

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Martina Adamová

VEDENIE PÔRODU CISÁRSKYM REZOM

Cisársky rez z psychosociálnej indikácie

Diplomová práca

Vedúci práce: doc. PhDr. Ľudmila Matulníková Ph.D.

Olomouc 2020

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne pod vedením doc. PhDr. Ľudmily Matulníkovéj Ph.D. s využitím zdrojov uvedených v zozname literatúry.

.....

Olomouc 15. júna 2020

Ďakujem doc. PhDr. Ludmile Matulníkovej Ph.D za pomoc a odborné vedenie diplomovej práce. Veľká vďaka patrí Ústavu pro péči o matku a dítě, ktorý mi umožnil realizáciu výskumu. Ďakujem rodine a priateľom, bez ich podpory a motivácie by táto práca nevznikla.

ANOTÁCIA

Typ záverečnej práce:	Diplomová práca
Téma práce:	Vedenie pôrodu cisárskym rezom
Názov práce:	Cisársky rez z psychosociálnej indikácie
Názov práce v AJ:	Caesarean section on psychosocial indication
Dátum zadania:	2018-01-29
Dátum odovzdania:	2020-06-15
VŠ, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotníckych vied Ústav porodní asistence
Autor práce:	Bc. Martina Adamová
Vedúci práce:	doc. PhDr. Ludmila Matulníková Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Radmila Dorazilová

ABSTRAKT V SJ

Cisársky rez je jednou z najstarších a v súčasnej dobe najčastejšie vykonávaných pôrodnických operácií. V priebehu času sa zlepšovali podmienky operácie, operačná technika a tým sa znižovala materská a novorodenecká mortalita a morbidita. Počet cisárskych rezov sa postupne zvyšuje aj vďaka voľnejšiemu prístupu k indikáciám a zohľadňovaniu psychosociálnych faktorov.

Cieľom práce je zistiť podiel cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie a zistiť psychologické a sociálne faktory, ktoré ovplyvňujú rozhodovanie o ukončení tehotenstva cisárskym rezom z danej indikácie. Ďalšími cieľmi je zistiť prítomnosť psychologického vyšetrenia, ktoré by opodstatňovalo psychosociálnu indikáciu a vzťah medzi psychosociálnou indikáciou a indikujúcim pôrodníkom. Na základe zhromaždených informácií je cieľom charakterizovať psychosociálnu indikáciu k cisárskemu rezu.

Výskum prebiehal v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe. Základný súbor predstavoval 4821 žien rodiacich v tomto zariadení v priebehu roku 2019. Po vyradení žien rodiacich vaginálne vznikla skupina 1676 žien, ktorých tehotenstvo bolo ukončené cisárskym rezom. Restrospektívnou štúdiou pôrodnickej dokumentácie v elektronickej podobe pomocou klinického informačného systému FONSAkord vznikla konečná sledovaná skupina 51 žien s psychosociálnou indikáciou k cisárskemu rezu. V tejto skupine boli ďalším štúdiom dokumentácie vyhľadávané detaily indikácie, súvisiace psychologické a sociálne faktory, odborné vyšetrenie psychológom a indikujúci lekár.

Percentuálne zastúpenie cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie v Ústave pro péči o matku a dítě za rok 2019 predstavuje 3,04%. Faktory, ktoré ovplyvňovali rozhodnutie o operačnom ukončení tehotenstva boli najčastejšie strach z vaginálneho pôrodu, traumatizujúci zážitok predchádzajúceho pôrodu, tehotenstvo po umelom oplodnení, vyšší vek matky v prvom tehotenstve, častá bola rôzna kombinácia jednotlivých faktorov. Psychosociálna indikácia bez podloženia v anamnéze a ďalšieho udania dôvodu bola zastúpená v 27,45%. Zo skúmanej vzorky podstúpilo odborné vyšetrenie psychológom 19,61%. Jedným pôrodníkom bolo indikovaných 35,3% prípadov.

Výskum ukazuje, že existujú určité psychologické a sociálne faktory, na základe ktorých sa ženy prikláňajú viac k cisárskemu rezu ako spôsobu pôrodu ako k prirodzenému vaginálnemu pôrodu. Zároveň však zo zistených výsledkov vyplýva, že týmto ženám nie je poskytovaná adekvátne podpora v podobe psychologickéj konzultácie, ktorá by mohla pomôcť k lepšiemu zvládaniu situácie. Ženy so strachom z pôrodu, zaťaženu pôrodnickou

anamnézou či s inými rizikovými psychosociálnymi faktormi by mali byť aktívne vyhľadávané v prenatalných ambulanciách už v začiatkoch tehotenstva a mala by im byť venovaná dostatočná podpora, motivácia a konzultácia.

ABSTRAKT V AJ

Caesarean section is one of the oldest and most frequently performed obstetric operations nowadays. Through times the conditions for performing the operation and operative technique improved hand in hand with decreasing the maternal and neonatal morbidity and mortality. The number of caesarean sections is increasing due to more open view on indications and consideration of psychosocial factors.

The goal of the thesis is to find out the rate of performed caesarean sections due to psychosocial indication and to find out psychological and social factors that have an influence on decision – making in favour of caesarean section. Other goals are finding out if there is a psychological consultation that can justify psychosocial indication and finding out the relation between psychosocial indication and obstetrician who indicated the operation. The last goal is to characterize psychosocial indication based on the gathered information.

The research took place in The Institute for the Care of Mother and Child in Prague. The main research group was 4821 women giving birth in this institution during year 2019. After excluding women after vaginal delivery, a subgroup of 1676 women after caesarean section was created. The final group of 51 women with psychosocial indication for caesarean section was created by retrospective study of electronic obstetric documentations using clinical information system FONSAkord. The documentations of the 51 women was then searched for psychological and social factors, psychological consultation and obstetrician that indicated the caesarean section.

The rate of caesarean section due to psychosocial indication in The Institute of the Care of the Mother and Child in 2019 is 3,04%. The factors affecting the decision – making about caesarean section were fear of childbirth, traumatic experience from previous vaginal delivery, pregnancy after IVF, higher age of mother combined with first pregnancy and various combinations between those factors. In 27,45% of women, there were no factors or reasons for psychosocial indication in women's history. 19,61% of all women undergo psychological consultation. One obstetrician indicated 35,3% of all cases.

The research shows that there are specific psychological and social factors that affect the decision of women and obstetricians for choosing caesarean section over vaginal delivery. The results show that there is not an adequate psychological help to manage the complicated

situation of these women. Women suffering from severe fear of childbirth (tocophobia), women with complicated obstetric history or other risk psychosocial factors should be identified during prenatal care in early stages of pregnancy and should be offered an adequate support, motivation and consultation.

Kľúčové slová v SJ: cisársky rez, psychosociálna indikácia, psychosociálne faktory, strach z pôrodu

Kľúčové slová v AJ: caesarean section, psychosocial indication, psychosocial factors, fear of childbirth

Rozsah: 96 strán

OBSAH

ÚVOD.....	11
POPIS REŠERŠNEJ ČINNOSTI.....	13
TEORETICKÁ ČASŤ.....	14
1 Cisársky rez.....	14
1.1 História cisárskeho rezu	14
1.2 Definícia cisárskeho rezu	16
1.3 Indikácie cisárskeho rezu	16
1.4 Technika cisárskeho rezu	18
1.4.2 Hysterotómia	18
1.4.1 Laparotómia.....	20
1.5 Predoperačná starostlivosť pred cisárskym rezom.....	21
1.5.1 Cieľ predoperačnej starostlivosti.....	21
1.5.2 Celkový stav	21
1.5.3 Antibiotiká.....	22
1.5.4 Tromboprofylaxia.....	22
1.5.5 Premedikácia	22
1.5.6 Infúzna terapia	22
1.5.7 Starostlivosť o močový trakt	22
1.5.8 Starostlivosť o gastrointestinálny trakt.....	23
1.6 Pooperačná starostlivosť po cisárskom reze	23
1.6.1 Ciele pooperačnej starostlivosti.....	23
1.6.2 Celkový stav	24
1.6.3 Analgézia	24
1.6.4 Antibiotiká.....	24
1.6.5 Infúzna terapia	25
1.6.6 Tromboprofylaxia.....	25
1.6.7 Uterotonika	25
1.6.8 Antianemická terapia.....	26
1.6.9 Starostlivosť o močový trakt	26
1.6.10 Starostlivosť o gastrointestinálny trakt.....	26
1.6.11 Starostlivosť o operačnú ranu.....	27

1.6.12 Rehabilitácia	27
1.7 Komplikácie	28
1.7.1 Peroperačné komplikácie.....	28
1.7.2 Rané pooperačné komplikácie.....	29
1.7.3 Neskoré pooperačné komplikácie.....	30
1.8 Pôrodnická anestézia	30
1.8.1 Celková anestézia	31
1.8.2 Regionálna anestézia	31
1.8.3 Anestéziologické komplikácie.....	32
2 Psychologická problematika	35
2.1 Psychológia cisárskeho rezu.....	35
2.1.1 Prežívanie cisárskeho rezu.....	35
2.1.2 Prevencia psychologických komplikácií	35
2.1.3 Psychologické rizikové faktory cisárskeho rezu	36
2.2 Psychosociálna indikácia.....	36
2.2.1 Psychosociálna indikácia zo strany plodu	37
2.2.2 Psychosociálna indikácia zo strany matky	37
2.2.3 Psychosociálna indikácia zo strany pôrodníka	40
2.3 Cisársky rez na prianie	41
EMPIRICKÁ ČASŤ	44
3 Metodika výskumu	44
3.1 Ciele	44
3.2 Výskumné otázky.....	44
3.3 Predpokladané výsledky.....	45
3.4 Hypotézy	45
3.5 Charakteristika súboru.....	45
3.6 Metódy zberu dát.....	46
3.7 Realizácia výskumu.....	46
3.8 Metódy spracovania dát	46
4 Výsledky výskumu	47
4.1 Spracovanie a interpretácia výsledkov	47
4.1.1 Cieľ 1	47
4.1.2 Cieľ 2	48

4.1.3 Cieľ 3	65
4.1.4 Cieľ 4	67
4.1.5 Cieľ 5	69
4.2 Potvrdenie hypotéz	70
4.2.1 Hypotéza 1	70
4.2.2 Hypotéza 2	71
4.2.3 Hypotéza 3	72
4.2.4 Hypotéza 4	73
4.2.5 Hypotéza 5	74
4.2.6 Hypotéza 6	75
DISKUSIA	77
ZÁVER.....	80
ZOZNAM LITERATÚRY	81
ZOZNAM SKRATIEK	88
ZOZNAM TABULIEK	89
ZOZNAM GRAFOV.....	90
ZOZNAM PRÍLOH.....	91

ÚVOD

Počiatky cisárskeho rezu siahajú hlboko do histórie. V priebehu času, zdokonaľovaním podmienok pre jeho uskutočnenie a operačnej techniky sa z primitívneho výkonu na mŕtvych či umierajúcich ženách formovala operácia zachraňujúca život plodu a matky. S vývojom operačného výkonu ako takého sa vyvíjali aj indikácie k nemu. Problematika niektorých indikácií je v dnešnej dobe stále kontroverznou témou, ktorá rozdeľuje profesionálnu aj laickú spoločnosť na dva tábory – konzervatívny a aktívny prístup k pôrodnému procesu. Skutočnosťou ostáva, že čoraz viac pribúdajú psychologické a sociálne faktory, ktoré vplyvujú na rozhodnutia žien a pôrodníkov a prispievajú k zvyšujúcemu sa počtu cisárskych rezov v súčasnosti. (1,2,3,4)

Psychosociálna indikácia k cisárskemu rezu nie je jednotne definovaná a v každej nemocnici či každým pôrodníkom môže byť charakterizovaná inak, vo všeobecnosti však predstavuje akúkoľvek inú ako medicínsku indikáciu. Je spájaná predovšetkým so strachom z pôrodu – tokofóbiou. Každá žena pociťuje v určitej miere strach z pôrodu a z pôrodnej bolesti, ktorý sa dá efektívne kontrolovať absolvovaním psychoprofylaktickej prípravy a dostatočnou podporou rodiny a zdravotníckych profesionálov. Asi 6% žien, trpiacich patologickým strachom neschopných prijať tehotenstvo a pôrod, vyžaduje odbornú pomoc psychológa. (5) Ženy s vysokým stupňom strachu z pôrodu by mali byť aktívne vyhľadávané v prenatálnych ambulanciách a nasmerované na odborníka. K strachu z pôrodu sa väčšinou pridávajú ďalšie psychosociálne faktory (vek, stav po IVF, sociálne – ekonomický status, predchádzajúce životné skúsenosti, posttraumatický stresový syndróm, negatívny postoj k tehotenstvu a pôrodu, nedostatočná podpora okolia), ktoré ovplyvňujú konečné rozhodnutie o ukončení tehotenstva cisárskym rezom. (4,5)

Cieľom diplomovej práce bolo zistiť počet cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie za rok a zamerať sa na rizikové psychologické a sociálne faktory a overiť ich prítomnosť vo vytvorenej skupine žien. Ďalšie ciele, výskumné otázky, predpokladané výsledky a hypotézy boli formulované na základe štúdia literatúry, ktorá bola vyhľadávaná pomocou databáz: EBSCO, Pubmed, Medvik, Google Scholar a Sciencedirect. Diplomová práca je rozdelená na úvod, teoretickú časť, praktickú časť, diskusiu a záver.

VSTUPNÁ LITERATÚRA

- (1) HÁJEK Z, ČECH E, MARŠÁL K. A KOL. 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 580 s. ISBN: 978-80-247-4529-9
- (2) ROZTOČIL A. ET AL. 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN: 978-80-247-5753-7
- (3) CUNNINGHAM F.G. ET AL. 2014. *Williams Obstetrics*. 24. vyd. New York: McGraw-Hill Medical. 1358 s. ISBN: 978-0-07-179893-8
- (4) MARSHALL J, RAYNOR M. 2014. *Myles Textbook for Midwives*. 16.vyd. London: Churchill Livingstone. 796 s. ISBN: 9708702051456
- (5) MCCOURT CH, WEAVER J, STATHAM H, BEAKE S, GABLE J, CREEDY D.K. Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature. *Birth. Issues in perinatal care*. [online]. 2007, 34 (1): 65 – 79 [cit 27.1.2018]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00147.x>

POPIS REŠERŠNEJ ČINNOSTI

VYHĽADÁVACIE KRITÉRIÁ

Kľúčové slová v SJ: cisársky rez, psychosociálna indikácia, psychosociálne faktory, strach z pôrodu

Kľúčové slová v AJ: caesarean section, psychosocial indication, psychosocial factors, fear of childbirth

Jazyk: slovenský, anglický

Obdobie: 2002-2020



NÁJDENÝCH ČLÁNKOV:
198



VYRADZUJÚCE KRITÉRIÁ

duplicitné články, články nevyhovujúce cieľom diplomovej práce



SUMARIZÁCIA VYUŽITÝCH DATABÁZ A VYHĽADANÝCH ČLÁNKOV

EBSCO: 3

PUBMED: 10

GOOGLE SCHOLAR: 22

SCIENCEDIRECT: 1

MEDVIK: 24



PRE TVORBU TEORETICKÝCH VÝCHODÍSK BOLO POUŽITÝCH 60 ZDROJOV

27 cudzojazyčných článkov

15 českých článkov

2 slovenské články

8 kníh

1 zákon

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Cisársky rez

1.1 História cisárskeho rezu

Pôrodné operácie patria medzi najstaršie na svete. Korene týchto operácií siahajú hlboko do histórie staroveku. Postupne, z deštrukčných výkonov a vyňatí plodov z tiel umierajúcich a mŕtvych žien, sa formoval cisársky rez ako ho poznáme dnes. Z historických prameňov je známe, že cisársky rez poznali už v Mezopotámii – Epos o Gilgamešovi či v Egypte – Ebersov papyrus. Rovnako sa spomína v židovskej Mišne ako operácia na živej žene. (1) Už v 7. storočí p.n.l., na popud panovníka Numa Pompilia, kráľovský zákon zakazuje pochovať tehotnú ženu skôr, ako sa vyreže z jej tela plod a dá sa mu tak nádej na život. Do druhej polovice 16. storočia bola táto indikácia uznávaná ako jediná indikácia cisárskeho rezu. Pôvod názvu cisársky rez nie je jednoznačný. Pravdepodobne pochádza z diela *Historia naturalis*, ktorého autorom je Plinius. Vo svojom diele píše o narodení cisára vyrezaním z tela matky. Slovo cisár – caesar pochádza zo slova vyrezaný – caesares či rezať – caedere. (2, 3)

Zmienky o cisárskom reze sa nachádzajú aj v mytológii, ktorá je plná bohov a hrdinov nenarodených „inter feaces at urinam“ – medzi výkalmi a močom. Týmto nepoškvrneným pôrodom im bolo venované budúce hrdinstvo a výnimočnosť. Takto mal prísť na svet aj Dionýzos, syn boha Dia a Semely. Zeus dal príkaz na vyrezanie ešte nezrelého dieťaťa z brucha umierajúcej matky, rozrezal si stehno a v otvore nechal dieťa dozrieť. Asklépios, syn boha Apolóna, bol rovnako narodený vyrezaním z brucha mŕtvej matky Korony. (1, 2, 3) Zrodenie Budhy rovnako nabáda na operačný pôrod a dobové spisy odkazujú na jeho vystúpenie z pravého boku matky, spôsobujúc jej tak strach a veľké bolesti. (2)

V novoveku je vykonávanie cisárskeho rezu zaznamenávané od 16. storočia. Prelomovým bodom bolo vydanie monografie lekára Francois Rousseta, v ktorej publikuje prípady úspešného cisárskeho rezu na pätnástich živých ženách. Prvou z týchto operácií vykonal miškár Jakub Nufer na vlastnej žene, ktorá operáciu prežila a údajne rok po nej priviedla prirodzenou cestou na svet dvojčatá. Tento prípad je však mnohými spochybňovaný. (3, 4) Kniha popisuje komplikácie cisárskeho rezu, ako je smrť a rozklad plodu, infekcie, abscesy, ruptúry maternice či vypudenie plodu do brušnej dutiny. Popisuje tiež špeciálne techniky operácie, ako je amputácia maternice či hemostáza pomocou kauterizácie. (4) Cisársky rez sa v tomto období vykonával najčastejšie z indikácie

kefalopelvického nepomeru pri zúženej panve zmenenej rachitídou. Koncom 19. storočia bol absolútnou indikáciou cisárskeho rezu priamy priemer panvového vchodu menší než 6 cm. Z nedokonalých znalostí anatómie a operačnej techniky boli výsledky nepriaznivé a mortalita dosahovala 60 – 90 %. (1) V tejto dobe nebola známa asepsa a vytvorené vhodné podmienky pre priebeh operácie. Chirurgická rana sa nešila, nepoznali transfúziu krvi a tak najčastejšie príčiny smrti boli vykrvácanie a puerperálna sepsa. (1, 4) S rozvojom bakteriológie ako vedného odboru a zavedením antisepsy Listerom a Semmelweisom nastala revolúcia v medicíne. Spolu s pokrokom v oblasti anestézie sa dramaticky znížila operačná mortalita. Max Sanger zaradil do operačnej techniky šitie hysterotomie v dvoch vrstvách striebornými vláknami, čo v kombinácii s aseptou a celkovou anestéziou značne znižovalo operačné riziko. Ďalším zlomom bolo objavenie krvných skupín Karlom Landsteinerom, čo poskytlo bezpečné podmienky pre poskytovanie transfúzií krvi. Objavením penicilínu a ostatných antibiotík sa podstatne obmedzili septické komplikácie a bezpečnosť cisárskeho rezu sa tak výrazne zväčšila. (1, 3, 4)

Spolu s vývojom cisárskeho rezu sa menili aj indikácie k nemu. Z operácie na mŕtvych ženách a operácie ako poslednej možnosti pri nepostupujúcich pôdoch sa postupne, s pribúdajúcimi teoretickými a praktickými znalosťami lekárov, presunul na ženy živé s cieľom zachrániť matku aj dieťa. Obrat plodu a extrakcia plodu koncom panvovým znovu objavené v 17. – 18. storočí znížili počty operácií. V 18. storočí sa začína používať forceps, ktorý rovnako rieši niektoré situácie. Indikácia kefalopelvického nepomeru, dlho uznávaná ako jediná indikácia k cisárskemu rezu, bola na prelome 19. a 20. storočia vyriešená objavom vitamínu D a účinnej terapie rachitídy. Slabým kontrakciám sa začalo pomáhať oxytocínom, čím došlo k ďalšiemu posunu indikácií. Postupným zdokonaľovaním monitorovania plodu a zobrazovacích metód bolo možné odhaliť počínajúcu hypoxiu plodu či iné patologické stavy a indikácie cisárskeho rezu sa presunuli skôr na stranu plodu. Problematika cisárskeho rezu je aj v súčasnosti živá a stále existujú spory medzi konzervatívnym a aktívnym prístupom k pôrodnému procesu. Každý pôrod je však niečím odlišný, výnimočný a malo by sa preto postupovať individuálne. Rôzne názory vyvolávajú hlavne indikácie, ktoré sa stále viac liberalizujú, v mnohých prípadoch dochádza k opúšťaniu lekárskej zásady a podlieha sa prianiu či tlaku rodičky a okolia. Nedostatok skúseností smeruje mladých lekárov k „bezpečnejšej“ možnosti cisárskeho rezu, ktorá však so sebou nesie vážne riziká. Napriek všetkému cisársky rez stále ostáva dominantnou pôrodnickou operáciou. (3)

1.2 Definícia cisárskeho rezu

Cisársky rez je pôrodná operácia, pri ktorej je plod vybavený z maternice cestou chirurgicky otvorenej brušnej steny. K cisárskemu rezu sa pristupuje v prípadoch, kedy je vaginálny pôrod rizikom pre zdravie matky, novorodenca alebo oboch. V závislosti na indikácii je táto operácia realizovaná už v priebehu tehotenstva alebo až behom samotného pôrodu. (1, 5)

1.3 Indikácie cisárskeho rezu

Indikácie k cisárskemu rezu sa v priebehu času rozširovali a čo bolo niekedy výnimočným javom a mnohokrát poslednou možnosťou je dnes na pôrodných sálach rutinou. Incidencia cisárskych rezov v posledných desaťročiach výrazne vzrástla, za čo môžu práve aj voľnejšie indikácie k operácii, vyšší vek prvorodičiek, rozšírenie asistovanej reprodukcie a výskytu viacpočetného tehotenstva, nedostatočné skúsenosti lekárov s komplikovanými vaginálnymi pôrodmi či tlak zo strany rodičiek a príbuzných.

Indikácie cisárskeho rezu sa z hľadiska naliehavosti výkonu delia na akútne a plánované. Môžu vzniknúť zo strany matky alebo plodu, z oboch strán, môžu byť jasné či problematické. (1)

- Hypoxia plodu je najčastejšou indikáciou cisárskeho rezu. Monitorovanie plodu v priebehu pôrodu umožňuje rozoznať počínajúcu tieseň plodu v maternici a včasné ukončenie pôrodu cisárskym rezom. (1, 5)
- Dystokia predstavuje súhrnný názov pre poruchy v priebehu pôrodného deja – primárne a sekundárne slabá činnosť maternice nereagujúca na liečbu, spastická branka, rigidná branka a iné poruchy, ktoré vedú k nepostupujúcemu pôrodu (tri hodiny rovnakého vaginálneho nálezu pri pravidelných kontrakciách) a vyčerpanej rodičke. (1, 5, 6)
- Kefalopelvický nepomer sa týka dnes vzácnych zúžení panvy a jej deformít, či iných panvových zmien. Stanovuje sa objektívnym zmeraním vnútorných rozmerov panvy a hlavičky plodu ultrazvukom. Dnes je to sporná, no napriek tomu veľmi často používaná indikácia k cisárskemu rezu používaná v snahe vyhnúť sa termínu dystokia. (1, 5, 6)
- Vaginálny pôrod koncom panvovým predstavuje výrazne viac komplikácií a traumatizácií novorodenca, preto sa častejšie pristupuje k ukončeniu pôrodu plánovaným cisárskym rezom. Indikáciou je odhadovaná pôrodná hmotnosť nad 3500

g u prvoroďičiek a nad 3800 g u viacoroďičiek, nepriaznivé polohy (naliehanie nôžkami, jednou nôžkou, kolienkami), predchádzajúca operácia na maternici, predchádzajúci cisársky rez, myomatózna maternica, vrodená vývojová vada maternice, rastová restrikcia plodu. Prihliadnuc k nejstej prognóze vaginálneho pôrodu v tejto polohe aj pri vyhovujúcich podmienkach sa prikláňa k výberu rodičky. (1, 5)

- K iteratívnemu cisárskemu rezu pristupujú pôrodníci rôzne. V každom prípade je nutné postupovať individuálne, zhodnotiť, či trvá príčina predchádzajúceho cisárskeho rezu a preskúmať ďalšie indikácie. Indikáciou je veľký plod, poloha panvovým koncom, viacpočetné tehotenstvo, dva a viac predchádzajúcich cisárskych rezov, ultrazvukom preukázateľné stenčenie dolného segmentu maternice, dehiscencia jazvy, palpačná bolestivosť dolného segmentu a podozrenie na možnú ruptúru maternice. Platí, že jeden nekomplikovaný cisársky rez v anamnéze nie je indikáciou k opakovanej operácii a záleží aj na výbere rodičky. (6, 7)
- Preeklampsia, eklampsia a HELLP syndróm sú v prípade ohrozenia života matky a plodu jednoznačné indikácie k cisárskemu rezu. Často sa pridáva rastová restrikcia plodu a prejavy hypoxie. (1, 5)
- Viacpočetné tehotenstvo, dvojpočetné tehotenstvo pri kolíznych polohách dvojčiat, monochoriálne a monoamniálne dvojčatá sú indikáciou cisárskeho rezu. (1, 5)
- Patologické polohy plodu čelné, tvárové, šikmé, priečne, asynklitizmus či vysoký priamy stav sa nevyskytujú príliš často, sú však opodstatneným dôvodom k cisárskemu rezu. (1, 5)
- Placentárne patológie ako placenta praevia, placenta accreta či abrupcia placenty ohrozujú život matky a plodu a vyžadujú si ukončenie pôrodu cisárskym rezom. (1, 5)
- Neurologické, oftalmologické a interné indikácie sú rôzne a mali by byť vyslovené odborníkmi zo špecializovaných pracovísk. (1, 5)
- Ortopedické indikácie predstavujú predovšetkým problémy v oblasti bedrových kĺbov, posttraumatické stavy s porušením panvovej integrity a nemožnosti porodiť prirodzenou cestou. Aj túto indikáciu by mal stanoviť špecialista v danom odbore. (1, 5)
- Psychosociálne indikácie vyplývajú zo súčasnej doby, z potrieb a prání rodičiek dlhodobo sterilných, infertilných, podstupujúcich niekoľko cyklov asistovanej reprodukcie, prvoroďičiek vo vyššom veku s poslednou šancou tehotenstva. Ženy majú

strach z pôrodu a z pôrodnej bolesti a neschopnosti ovládať pôrodný proces či neprijemné skúsenosti z predchádzajúceho pôrodu. (1, 6)

- K menej častým indikáciám patria patologické procesy v malej panve (vcestné tumory maternice a ovárií), stav po rekonštrukčných operáciách v malej panve, závažné vrodené vývojové vady maternice (uterus duplex), myomatózna maternica, infekcie matky (HIV, akútny výsev herpes simplex), chorioamnionitída, neporoditeľná vrodená vývojová vada plodu, umierajúca a mŕtva rodička. (1)

1.4 Technika cisárskeho rezu

Operačná technika cisárskeho rezu prešla v priebehu histórie zložitým vývojom a zdokonaľovaním. Spolu s ďalšími pokrokmi v medicíne sa materská mortalita a morbidita súvisiaca s cisárskym rezom výrazne znížila. Napriek celosvetovému rozšíreniu tejto operácie neexistuje jediná používaná metóda. Operačná technika závisí na individuálnych skúsenostiach a preferenciách operátora, rôznych pracovísk, charakteristikách pacienta či urgentnosti výkonu. Aj v súčasnosti prebieha neustály vývoj a modifikácia operačných techník s prihliadnutím na minimalizáciu traumy v priebehu operácie a čo najväčšie zníženie počtu komplikácií v pooperačnej dobe.

1.4.2 Hysterotómia

Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis

Najčastejšou operačnou metódou je supracervikálny transperitoneálny cisársky rez. Rez je vedený v oblasti dolného segmentu maternice. Po otvorení brušnej dutiny, prestrihnutí vezikouterinnej pliky a obnažení dolného segmentu maternice sa najčastejšie priečnym rezom opatrne prenikne do dutiny maternice tak, aby sa neporanil plod. Častý je krátky, polooblúkovitý rez podľa Gepperta, ktorý sa tupo rozšíri prstami do strán smerom k hranám maternice, pričom je dôležité aby sa hrany neporušili a predišlo sa tak poraneniu ciev a riziku krvácania. Rez môže byť oblúkovite vedený povrchovou vrstvou myometria s kompletnou incíziou iba v strede a následným tupým rozšírením prstami. Povrchová incízia tak určuje výsledný tvar rany. (5, 6, 9)

Okrem priečneho preťatia myometria je možný oblúkovitý rez. Polooblúkovitý tvar je výraznejší s rovnobežným zakončením s hranami maternice, rez pripomína písmeno U. Využíva sa pri málo rozvinutom dolnom segmente maternice, zvlášť pri nezrelých plodoch. (5, 6)

Pozdĺžny rez sa realizuje na nerozvinutom dolnom segmente maternice pri predčasných pôrodoch, ktoré je nutné ukončiť cisárskym rezom či pri prerušení malého tehotenstva z genetických dôvodov či indikácie matky – sectio caesarea minor. (5, 6)

Ďalšou možnosťou je špirálovitý rez, ktorého esovitý priebeh rešpektuje smer vláken myometria a poskytuje tak viac priestoru pre vybavenie naliehajúcej časti plodu než polooblúkovitý rez. (5, 6)

Obrátený T – rez je rez kolmo nadväzujúci v strednej rovine na typický priečny či polooblúkovitý rez. Táto technika rezu nepatrí medzi plánované a slúži ako rozšírenie v núdzových situáciách pri náročnom vybavení plodu z maternice, kde je pôvodná incízia v tranzverzálnej rovine nedostatočná. (5, 6)

Po preniknutí do dutiny maternice a porušení plodových obalov je nad operačnú ranu rukou operátora vybavená naliehajúca časť plodu. Po pôrode celého plodu a podviazaní pupočníka sú aplikované uterotoniká a následne vybavená placenta. Dôležitá je digitálna revízia dutiny maternice. (5)

Rez na maternici sa šije v jednej alebo v dvoch vrstvách vstrebateľným materiálom a kryje sa plikou močového mechúra. Pred uzavretím peritonea je veľmi dôležitá kontrola celej brušnej dutiny. Kontrolujú sa adnexa, zadná stena a hrany maternice, appendix, zdroje predchádzajúceho krvácania, odstraňujú sa koagulá a zrasty. Po dôslednej kontrole a spočítaní rúšok a nástrojov sa postupne v anatomických vrstvách zošije brušná stena. Koža sa šije intradermálnym plastickým stehom, čo pomáha výslednému kozmetickému efektu. (1, 5, 6)

Sectio caesarea transperitonealis corporalis

Korporálny rez pretína svalové vlákna myometria naprieč telom maternice od fundusu k isthmu. Táto časť maternice je viac vaskularizovaná než dolný segment maternice, preto je operácia sprevádzaná väčšou krvnou stratou. V porovnaní s rezom v dolnom segmente je tiež vyššie riziko ruptúry maternice v nasledujúcej gravidite. V súčasnej dobe sú indikácie k tejto metóde obmedzené a takmer sa nepoužíva. Indikáciou je využitie pred následnou hysterektomiou, pri rozsiahlej varikozite v oblasti dolného segmentu maternice, u pacientok s predchádzajúcim korporálnym rezom, pri hroziacej ruptúre maternice či v prípade cisárskeho rezu na umierajúcej a mŕtvej žene. (1)

Sectio caesarea sec Misgav Ladach

Základnou myšlienkou tejto metódy je čo najmenšia trauma tkanív a maximálne zjednodušenie operácie. Rez do brušnej dutiny je vedený asi 3 až 4 cm nad lonovou sponou. Podkožie je porušené v dĺžke asi 2 až 3 cm len v strednej časti priečneho rezu až na fasciu,

ktorá sa pretne a prstami rozťahne kranio – kaudálnym smerom. V oblasti strednej línie sa tupo separujú priame brušné svaly. Ukazovák a prostredník oboch rúk operátora a asistencie sa laterálnym smerom rozťahnu svaly, fascie a podkožie pre vytvorenie dostatočne veľkého priestoru k vybaveniu plodu. Peritoneum je otvorené priečne po malej incízii a následnom tupom rozšírení kranio – kaudálnym smerom. Týmto spôsobom sa odkryje dolný segment maternice, kde je uskutočnený rez asi 2 cm nad úponom vezikouterinnej pliky. Incízia sa prstami rozšíri do strán. Po pôrode plodu a placenty je hysterotomia zašitá pokračujúcim stehom v jednej vrstve. Viscerálne a parietálne peritoneum, rovnako ako priame brušné svaly, sa nešije. Fascia sa šije rovnakým stehom ako myometrium. Podkožie sa nešije. Koža sa šije tromi silikónovými stehmi s veľkou ihlou. Okraje medzi stehmi sa k sebe priblížia štyrmi Backhausovými kliešťami po dobu piatich minút. Táto metóda má v súčasnosti mnoho modifikácií. (1, 9)

1.4.1 Laparotómia

Operácia sa začína otvorením brušnej dutiny - laparotomiou. Podľa vedenia rezu sa rozlišuje niekoľko druhov.

Dolná stredná laparotómia je rez dlhý asi 10 až 12 cm vedený v sagitálnej rovine medzi lonovou sponou a pupkom. Využíva sa v superakútnych indikáciách cisárskeho rezu, v prípade obrovského či malformovaného plodu s predpokladom náročného vybavenia, nádoru v tehotenstve či iných komplikácií s výhodou rozšírenia rezu kranialným smerom, u extrémne obéznych pacientok alebo po predchádzajúcich operáciách v dolnej strednej laparotómii. V dnešnej dobe sa k tejto metóde primárne pristupuje veľmi málo. (6, 8)

V súčasnosti je najčastejšie využívaná priečna suprapubická laparotómia – Pfannenstielov rez. Po dôkladnej dezinfekcii a kontrole operačného poľa sa vedie priečny rez na hornom okraji pubického ochlpenia asi 2 až 3 cm nad lonovou sponou. Incízia dlhá asi 8 až 12 cm s miernou konkavitou kranialným smerom pretína kožu, podkožie a fasciu. Pozdĺžnym rozpreparovaním priamych brušných svalov a následným ťahom smerom hore a dole ukazovákmi pravej a ľavej ruky sa sprístupní peritoneálna dutina. Pyramidové svaly sa rozstrihnú nožnicami. Peritoneum sa pretne zhora dole a zavedie sa ekartér za účelom sprehľadnenia operačného poľa. Po nastrihnutí pliky je močový mechúr zosunutý niekoľko centimetrov kaudálne k sponu, čo obnaží prednú stenu dolného segmentu maternice. Pfannenstielov rez je dnes skúseným operátorom využívaný aj v urgentných prípadoch. Jeho nepochybnou výhodou je väčšia pevnosť rekonštituovanej brušnej steny, veľmi malý výskyt

pooperačných hernií, celkovo hladší pooperačný priebeh a samozrejme výsledný estetický efekt hladko zahojenej jazvy s výhodným umiestnením. (5, 6, 8)

1.5 Predoperačná starostlivosť pred cisárskym rezom

V prípade plánovaného cisárskeho rezu je čas na dostatočnú predoperačnú prípravu, ktorá znižuje možné riziká operácie. Tehotná žena podstúpi kompletne predoperačné vyšetrenie, ktoré zahŕňa aktuálny pôrodnický nález, definitívne zhodnotenie indikácie k cisárskemu rezu, posúdenie výsledkov základných biochemických, hematologických a prípadne ďalších vyšetrení krvi, moču a zhotovenie a popísanie EKG, rovnako ako celkového zdravotného stavu ženy internistom. Dôležitá je kompenzácia existujúcich ochorení ako anémia, diabetes, hypertenzia či infekcie. (5)

Pred plánovaným cisárskym rezom je vhodná hospitalizácia deň pred výkonom, ktorá umožňuje dôkladnú kontrolu celkového stavu, požadovaných vyšetrení a dokumentácie a poskytuje dostatočný čas na realizáciu predoperačnej prípravy.

Akútnemu cisárskemu rezu predchádzajú len nevyhnutné opatrenia vykonané bezprostredne pred výkonom alebo v jeho priebehu. Dôležité je zaistenie ideálne dvoch žilných vstupov a odobranie krvných vzoriek k základným vyšetreniam. Predoperačné interné vyšetrenie zhodnotí anesteziológ, ktorý na základe všetkých skutočností ordinuje terapiu. (5)

1.5.1 Cieľ predoperačnej starostlivosti

Hlavným cieľom predoperačnej prípravy je minimalizácia komplikácií súvisiacich s operačným výkonom a tým spojené zníženie materskej morbidity a mortality.

1.5.2 Celkový stav

Pred každým operačným výkonom je dôležitý záznam o základných životných funkciách. Pôrodná asistentka sleduje hodnoty krvného tlaku, pulzu a telesnej teploty, celkový fyzický a psychický stav rodičky, rovnako monitoruje aj stav plodu prostredníctvom kardiogramu. (5, 10)

Dôležitá je kontrola oholeného a čistého operačného poľa a kontrola odstránenia šperkov, zubných protéz, laku na nechty a make-upu. Psychická príprava rodičky by mala prebiehať od momentu vyslovenia indikácie k cisárskemu rezu a vyvrcholiť v deň hospitalizácie rozhovorom s pacientkou, zmiernením strachu, podporou a poskytnutím všetkých základných informácií o priebehu predoperačného, peroperačného a pooperačného obdobia. (5, 10)

1.5.3 Antibiotiká

Podľa medzinárodných štandardov sa antimikrobiálna profylaxia podáva všetkým ženám pri pôrode cisárskym rezom, pričom doba podania nie je rozhodujúca. Aplikácia antibiotík pred alebo po prerušení pupočníka má rovnaký efekt a nepredstavuje riziko pre novorodenca. (11, 12) V našich podmienkach sa k antibiotickej profylaxii používa Cefazolin. (13) Používaná je tiež kombinácia antibiotík Ceftriaxon a Sulbaktam. (11)

1.5.4 Tromboprofylaxia

Prevenca trombembolickej choroby je dôležitou súčasťou starostlivosti pred cisárskym rezom. Rovnako ako rizikové a patologické tehotné (varixy, trombofilné mutácie či zaťažená anamnéza), aj tehotné ženy bez problémov potrebujú tromboprofylaktickú liečbu, nakoľko operačný pôrod cisárskym rezom predstavuje sám o sebe významný rizikový faktor vzniku trombembolickej choroby. V prevencii sa využívajú kompresné pančuchy, aplikácia nízkomolekulových heparínov a dostatočná hydratácia pred výkonom. Tromboprofylaxia nízkomolekulovými heparínmi sa môže začať už večer pred plánovaným výkonom, aj keď prínos tejto metódy je diskutabilný, preto je vyhradený predovšetkým pre rizikové pacientky. (14)

1.5.5 Premedikácia

Po pohovore s pacientkou anesteziológ zvaží podanie liekov znižujúcich úzkosť a psychické napätie (Diazepam, Lexaurin). Podľa ordinácie sa podávajú večer pred plánovaným výkonom či ráno v deň výkonu. V prevencii aspirácie kyslého žalúdočného obsahu sa v deň operácie intravenózne podávajú antagonisti H₂ receptorov (Ranisan) a antagonisti dopaminu (Degan). Ďalšia medikácia záleží na prípadných ochoreniach matky či ordináciách anesteziológa. (6)

1.5.6 Infúzna terapia

Infúzna príprava pred cisárskym rezom predstavuje aplikáciu 1000 – 1500 ml kryštaloidných roztokov. Táto expanzia objemu pomáha prevencii predpokladaných krvných strát, rovnako ako aj prevencii vzniku hypotenzie pri neuroaxiálnej blokáde. (6, 14)

1.5.7 Starostlivosť o močový trakt

Predoperačná príprava zahŕňa bezpečné a aseptické zavedenie permanentného močového katétra do močového mechúra, aby bol moč v priebehu operácie odvádzaný

a predišlo sa tak poraneniu plného močového mechúra a skomplikovaní výkonu. Katetrizácia sa vykonáva podľa zvyklostí pracoviska tesne pred operačným výkonom alebo v jeho priebehu po uvedení do anestézie. (5, 6)

1.5.8 Starostlivosť o gastrointestinálny trakt

Večer pred cisárskym rezom pacientka podstúpi klystír s cieľom vyprázdenia čriev a následného hladšieho pooperačného priebehu. (5)

1.6 Pooperačná starostlivosť po cisárskom reze

Bezprostredne po pôrode cisárskym rezom by mala byť žena sledovaná na oddelení so statusom jednotky intenzívnej starostlivosti, kde by mala zotrvať do nadobudnutia spontánnej dychovej aktivity, kardiopulmonálnej stabilizácie a schopnosti adekvátnej komunikácie. V súvislosti s anestéziou je nutné kontinuálne monitorovanie základných fyziologických funkcií – krvný tlak, pulz, telesná teplota v priebehu prvých dvoch hodín po operácii. V pravidelných intervaloch je nevyhnutné hodnotiť stav vedomia, stupeň bolesti, krvácanie, involúciu maternice, príjem a výdaj tekutín. (6, 10)

1.6.1 Ciele pooperačnej starostlivosti

Hlavným cieľom pooperačnej starostlivosti je zníženie až eliminácia materskej mortality, ktorá súvisí s možnými komplikáciami po pôrode cisárskym rezom ako je život ohrozujúce krvácanie, trombolická choroba, infekcie či komplikácie anestézie. (13)

Ďalším cieľom je zabránenie komplikáciám, ktoré prispievajú k bezprostrednej, časnej či neskorej materskej morbidite. V tomto prípade ide predovšetkým o krvácanie, trombolické príhody, infekcie, retenciu moču, adhezívne procesy v brušnej dutine, sekundárnu sterilitu či endometritídu. (13)

So snahou o odstránenie problémov súvisí aj subjektívne vnímanie pooperačného obdobia samotnou ženou. Cieľom je teda zníženie až odstránenie diskomfortu, eliminácia bolesti, čo najrýchlejšie a najšetrnejšie dosiahnutie mobility, kontakt medzi matkou a novorodencom, efektívne dojčenie a samostatná starostlivosť o dieťa. Neoddeliteľnou súčasťou celého procesu je poskytovanie dostatočnému množstvu informácií, čo prináleží hlavne pôrodnej asistentke. Pooperačná starostlivosť teda neznamená len aplikáciu liekov, ale aj ďalšie doplnujúce postupy, edukáciu a psychologickú podporu, ktoré by mali podporiť nekomplikovaný priebeh popôrodného obdobia pre ženu, ktorá z akéhokoľvek dôvodu nemohla rodiť spontánnou cestou. (13)

1.6.2 Celkový stav

Ako po každej veľkej operácii, aj po cisárskom reze musí byť dôsledne sledovaný stav operantky. Medzi základné vyšetrenia patrí kontrola vitálnych funkcií, výšky maternicového fundu, tonusu maternice, množstvo a charakter lochií, sledovanie hojenia operačnej rany, vzniku edémov na končatinách a stavu laktácie. Podľa závažnosti operačného výkonu, klinického stavu či pri vzniku komplikácií sú indikované ďalšie vyšetrenia ako hematologické, biochemické a mikrobiologické vyšetrenie. Celkový fyzický a psychický stav by mal byť každý deň kontrolovaný ošetrojúcim lekárom a pôrodnou asistentkou. (5, 13)

1.6.3 Analgézia

V súčasnej dobe väčšina cisárskych rezov prebieha v neuroaxiálnej blokáde, čo predstavuje veľkú výhodu v tlení pooperačnej bolesti. Do ponechaného epidurálneho katétru sa kontinuálne aplikuje analgetikum - Marcain, Fentanyl, Sufenta až 24 hodín po operácii, čo znižuje potrebu ďalších analgetík v pooperačnom období. Ďalšou alternatívou je intravenózne či intramuskulárne podanie opiátov. Tento spôsob podania analgetík by sa však nemal spájať s podaním epidurálnych opiátov aspoň 4 hodiny po prvej epidurálnej dávke z dôvodu kumulatívneho účinku a rizika respiračnej depresie. Základom v tlení pooperačnej bolesti ostávajú perorálne, intravenózne či rektálne podávané analgetiká ako Diclofenac či Paracetamol. V ďalších pooperačných dňoch väčšinou splnia úlohu perorálne analgetiká, prípadne už analgetická liečba nie je nutná. Pri voľbe analgetík je vždy nutné brať do úvahy možnosť ovplyvnenia novorodenca cestou materského mlieka. (10, 13, 15) Alternatívnou metódou v tlení pooperačnej bolesti je využívanie aromaterapie s levanduľovým olejom. Pozitívne analgetické vlastnosti levanduľového oleja boli preukázané v priebehu pôrodu, pri perineálnej bolesti, chronickej bolesti či v paliatívnej medicíne a štúdie ukazujú aj na ovplyvnenie pooperačnej bolesti po cisárskom reze. (16, 17) Do kyslíkovej masky sa aplikuje pár kvapiek 2 % levanduľovej esencie, ktorá je inhalovaná pacientkou. Táto metóda sa preukázala ako efektívna pri znížení pooperačnej bolesti, zároveň je jednoduchá, bezpečná a lacná. Jej využitie je doplnkové spolu s bežnými metódami analgézie, a tým sa znižuje aplikácia drahších a škodlivejších analgetík. (18)

1.6.4 Antibiotiká

Antibiotická profylaxia výrazne znižuje materskú morbiditu, výskyt pooperačných komplikácií, a tým aj dĺžku hospitalizácie a náklady na liečbu. Podanie antibiotík znižuje výskyt pooperačných febrílií, zápalu v operačnej rane, endometritídy, močových infekcií či

iných infekčných komplikácií (bakterémia, septický šok, tromboflebitída). Výskumy ukazujú, že výskyt pooperačných infekcií pod clonou antibiotík predstavuje malé percento a z veľkej časti nadväzuje na podmienky pred operáciou, ako preexistujúce infekcie či dlhodobá odtečená plodová voda. (11, 12) Pooperačné infekcie sa tak môžu vyskytnúť aj napriek antibiotickej profylaxii. Okrem dlhodobu porušených plodových obalov ide o prípady ako zkalená plodová voda, dlho trvajúci pôrod viac ako 9 hodín, ukončený cisárskym rezom, krvná strata viac ako 1000 ml krvi, patologické inzercie placenty, horúčka, dynamický nárast zápalových parametrov. V takýchto prípadoch je odporúčané pokračovať s antibiotickou terapiou aj po cisárskom reze do tretieho dňa. (13)

1.6.5 Infúzna terapia

Nultý operačný deň sa aplikuje 1500 – 2000 ml kryštaloidov a roztokov glukózy. Adekvátna infúzna terapia zlepšuje celkový pooperačný stav znížením pooperačnej bolesti, nevoľnosti či závrate. Pri hladkom pooperačnom priebehu bez známkov hypovolémie a pri absencii komplikácii nie je nutná ďalšia infúzna terapia. Už dve hodiny po operácii sa môže začať s hydratáciou per os. Vypité množstvo tekutín by sa malo pohybovať od 2000 – 3000 ml za deň. Aj v prípade hydratácie je nutné postupovať individuálne podľa stavu pacientky. (13, 15)

1.6.6 Tromboprofylaxia

Prevenia tromboembolických ochorení pokračuje aj v rámci pooperačnej starostlivosti. Predstavuje aplikáciu nízkomolekulových heparínov niekoľko dní po operácii, dostatočnú hydratáciu, časnú mobilizáciu a rehabilitáciu. Podľa súčasných výskumov sa cisársky rez u nekomplikovaného tehotenstva bez ďalších rizík radí medzi výkony s nízkym rizikom TEN. Niektoré názory spochybňujú nutnosť farmakologickej profylaxie a presadzujú len časnú mobilizáciu pacientky. Napriek tomu sa na väčšine pracovísk stále táto zaužívaná prevencia tromboembolických ochorení aplikuje. V prípade aplikácie opiátov do intratekálneho priestoru či pri odstránení epidurálneho katétra je nutné aplikáciu nízkomolekulového heparínu odložiť aspoň o 4 hodiny. (10, 13, 14, 15)

1.6.7 Uterotonika

Po pôrode plodu sa pacientke intravenózne aplikujú uterotonika. Aj napriek tomu môže dôjsť ku komplikáciám s involúciou maternice, k podozreniu na reziduá po pôrode či na

zadržané kolagulum. V tomto prípade je nutné podať oxytocín alebo metylergometrin aj nultý či prvý pooperačný deň. (13)

1.6.8 Antianemická terapia

V prípade veľkej krvnej straty a hodnotám hemoglobínu pod 80 g/l je vhodné podanie transfúzných prípravkov. Pri nižších hodnotách hemoglobínu sa začína s antianemickou terapiou, ktorú indikuje ošetrojúci lekár ako pokračovanie terapie pred pôrodom, z dôvodu väčšej krvnej straty v priebehu operácie a výsledkov krvného obrazu. K terapii sa používajú perorálne preparáty železa. (13)

1.6.9 Starostlivosť o močový trakt

V priebehu nultého pooperačného dňa je vďaka katetrizácii močového mechúra možno sledovať bilanciu tekutín, charakter moču či prímеси krvi. Katéter z močového mechúra by mal byť odstránený po dosiahnutí plnej mobility, čo znamená odstránenie po 12 – 24 hodinách po absolútnom pokoji na lôžku. V ďalšom pooperačnom priebehu je nutné sledovať spontánne močenie. Problémy pri močení môžu predpovedať infekciu močových ciest, stresovú inkontinenciu či poranenie močového traktu. (10, 13)

1.6.10 Starostlivosť o gastrointestinálny trakt

Po cisárskom reze, rovnako ako po iných veľkých abdominálnych operáciách, je nutné počítať so znížením črevnej motility a zvýšením plynatosti, čo predstavuje diskomfort pre pacientku v pooperačnom období. So stravou by sa malo začať až po obnovení črevnej peristaltiky a odchode plynov. Včasnou rehabilitáciou a dietetickými opatreniami s dostatočným príjmom tekutín sa dá tento stav zlepšiť. (13) Ďalšou jednoduchou a lacnou metódou je žuvanie žuvačky, vďaka čomu dochádza k stimulácii gastrointestinálneho traktu bez nutnosti požitia stravy. Nepriamo sa stimuluje nervový systém k vylučovaniu gastrointestinálnych hormónov, slín a pankreatickej šťavy. V pooperačnej starostlivosti po cisárskom reze môže táto metóda pomôcť pri obnove funkcie čriev. (19, 20) V prípade zhoršenia je vhodná intravenózna či intramuskulárna aplikácia parasymptomimetík – Syntostigmin. Zanedbaný stav môže vyústiť až v paralytický ileus, preto by sa tento problém nemal podceňovať a pacientka by mala byť dostatočne poučená. Do ukončenia hospitalizácie by mala prebehnúť stolica, v prípade ťažkostí podané šetrné laxatíva. (13)

1.6.11 Starostlivosť o operačnú ranu

Po ukončení operácie je odporúčaná kompresia laparotómie zhruba v priebehu 12 hodín, čím sa zníži výskyt podkožných sufúzií a hematómov v oblasti operačnej rany. Sterilné krytie sa odstraňuje 24 hodín po pôrode. Po jeho odstránení je rana ošetrovaná otvorene, čo predstavuje pravidelné omývanie vodou a jemným mydlom a kvalitné osušenie. Je dôležité sledovať známky časnej infekcie, ako zvýšená bolestivosť a citlivosť, opuch, začervenanie či sekrét z rany. Avšak pri súčasných metódach sutúry a antibiotickej profylaxie je pravdepodobnosť infekcie v operačnej rane malá. Komplikovanejší priebeh hojenia sa môže vyskytnúť u obéznych žien. Kožný previs nad ranou vytvára nevhodné podmienky pre hojenie rany per primam a preto je vhodné na ranu položiť sterilnú gázu. (13)

1.6.12 Rehabilitácia

Šestonedielka po pôrode cisárskym rezom potrebuje všeobecne viac pozornosti ako žena po vaginálnom pôrode. Popôrodné obdobie môže byť vnímané náročnejšie z dôvodu dlhšieho pobytu v nemocnici, väčšej bolestivosti, únavy a závislosti na ošetrojúcom personáli. Preto by mal byť pre ženu vytvorený efektívny rehabilitačný plán zameraný na hrudné a brušné dýchanie, vhodné cviky a opatrenia pre zaistenie pohodlia a relaxácie. Časná mobilizácia a rehabilitácia je základom fyzického ako aj psychického stavu pacientky. Telesná aktivita stimuluje cievnu cirkuláciu, čím dochádza k zníženiu stuhnutosti svalov, bolesti, rýchlejšiemu hojeniu rán a vylučovaniu anestetík z organizmu. Rovnako pomáha prevencii tromboembolickej choroby. Ďalej podporuje funkciu obličiek, vyprázdňovanie močového mechúra a motilitu gastrointestinálneho systému. V konečnom dôsledku zlepšuje celkový stav a vnímanie pooperačného obdobia pacientkou. (13, 21)

Rehabilitačný program by mal zahrňovať dychové cvičenia, ktoré majú za úlohu odstránenie bronchiálnej sekrécie a zaistenie dobrej ventilácie. Pacientka by mala byť edukovaná o správnej technike odkašliavania, ktorá je menej bolestivá, nenapína sutúru a nevyvoláva sťahovanie svalov panvového dna a brušnej steny. Ďalšou dôležitou súčasťou rehabilitácie sú cviky dolných končatín. Toto cvičenie prispieva k prevencii hlbokaj žilnej trombózy a príprave na vertikalizáciu, predovšetkým po použití neuroaxiálnej anestézie. Predtým než šestonedielka dosiahne plnú mobilitu musí prejsť rehabilitáciou panvového dna, dolných končatín a nácvikom správneho vstávania z lôžka. Od tohto bodu je žena povzbudzovaná k aktívnemu pohybu v priestore. Bolestivosť a citlivosť v oblasti operačnej rany núti pacientku chodiť v predklone, čomu je potrebné sa vyhnúť, preto by mal

fyzioterapeut ženu poučiť o správnom držaní tela. Neskôr sa pridávajú cviky na spevnenie brušnej steny. Šestonedielka musí mať, pred prepustením z pôrodnice, všetky potrebné informácie o rehabilitačnom režime v domácom prostredí, starostlivosti o jazvu a bezpečnostných opatreniach. (21)

1.7 Komplikácie

Aj keď je cisársky rez v súčasnej dobe považovaný za banálnu a bezpečnú operáciu, a z väčšej časti to tak naozaj je, netreba zabúdať na to, že to je stále veľká brušná operácia, ktorá so sebou nesie určité percento komplikácií. V porovnaní s vaginálnym pôrodom predstavuje cisársky rez väčšiu záťaž a mortalita je 7x vyššia než pri pôrode vaginálnom. (6) Výrazne menší výskyt komplikácií sa spája s plánovaným cisárskym rezom než s akútnym. Aj kvôli tomu sa pôrodnici čoraz viac prikláňajú na stranu elektívnej operácie, so zámerom vyhnúť sa nečakaným problémom a z toho vyplývajúcej nespokojnosti pacientky a jej rodiny.

Komplikácie cisárskeho rezu sa dajú klasifikovať rôzne. V závislosti na tom, či je postihnutá matka alebo plod sa komplikácie rozdeľujú na materské a fetálne. Podľa oblasti postihnutia môžu byť komplikácie anesteziologické, chirurgické, krvácivé či infekčné. Z časového hľadiska výskytu sa rozlišujú komplikácie peroperačné, pooperačné rané a pooperačné neskoré. (1, 6, 22)

1.7. 1 Peroperačné komplikácie

Peroperačné komplikácie sú najčastejšie anesteziologické. Patrí medzi nich Mendelsonov syndróm – aspirácia žalúdočného obsahu, akútny pľúcny edém, poruchy ventilácie, problémy pri intubácii, laryngospazmus, bronchospazmus, syndróm dolnej dutej žily, anafylaktický šok, hypotenzia a problémy spojené s epidurálnou a spinálnou anestéziou, zástava srdca. (6)

V priebehu operácie sa môžu vyskytnúť chirurgické komplikácie, ktoré predstavujú predovšetkým poranenia okolitých orgánov a stavy spojené s krvácaním. Väčšina poranení vzniká pri iteratívnych cisárskych rezoch či iných predchádzajúcich výkonoch v brušnej dutine. Dôvodom sú výrazne zmenené neprehľadné anatomické pomery v brušnej dutine, stenčený dolný segment maternice, či početné adhézie. Najčastejšie je poranenie močového mechúra pri otvaraní peritonea v dolnom póle, pri nedostatočnom zosunutí či ruptúre dolného segmentu maternice pri nešetrnom vybavovaní plodu. Druhým najviac postihovaným orgánom sú močovody. Prerušenie močovodov je ojedinelé, ale možné pri neprehľadnosti operačného poľa alebo chybou neskúseného operátora. Častejšia je ligácia močovodu pri

ošetrovaní ruptúr maternice a pri ošetrovaní krvácajúcich uterinných artérií. V prípade adherentných črevných kľúčiek k brušnej stene môže byť pri jej otváraaní poranené črevo. Závažným problémom je ruptúra uterinnej artérie spojená s väčšou krvnou stratou, ktorá môže nastať pri nedostatočnom tupom rozšírení hysterotomie a násilnom vybavení hlavičky plodu. Pri akútnom cisárskom reze na začiatku druhej doby pôrodnej je pomerne častou komplikáciou ruptúra dolného segmentu maternice. V tejto fáze je dolný segment výrazne stenčený, čo predstavuje väčšie riziko jeho poranenia a následnú výraznejšiu krvnú stratu. (6)

Okrem rizika krvácania z poranených okolitých štruktúr sa počas cisárskeho rezu môžu vyskytnúť ďalšie komplikácie spojené so život ohrozujúcim krvácaním. Tieto komplikácie súvisia s poruchami zrážanlivosti krvi, hypotóniou až atóniou maternice, embóliou plodovou vodou či s rozvojom diseminovanej intravaskulárnej koagulácie. (6)

Ohrozený behom operácie môže byť aj plod. Najčastejšie sú rezné rany skalpelom pri vykonávaní hysterotomie. K ďalším poraneniam môže dôjsť pri vyvinutí väčšieho násillia pri extrakcii plodu, hlavne pri polohe pozdĺžnej koncom panvovým alebo polohe priečnej. Jedná sa o poranenia hlavičky a intrakraniálnych štruktúr, parenchymatóznych orgánov, fraktúry kostí a luxácie. Riziko traumy plodu stúpa s klesajúcim gestačným vekom. (6)

1.7.2 Rané pooperačné komplikácie

V ranom šestonedelí sa môžu objaviť infekčné komplikácie. S antibiotickou profylaxiou pred cisárskym rezom sa znížil výskyt pooperačných infekcií, ktorý väčšinou nadväzuje na podmienky pred operáciou, predovšetkým súvisiace s dlhodobou odtečenou plodovou vodou. (11) Infekcia ohraničená na maternicu sa prejaví ako pooperačná endometritída, pri postupe na svalovinu maternice vzniká endomyometritída. V prípade prestupu do peritoneálnej dutiny môže vzniknúť pelveoperitonitída. Infekcie môžu vznikáť v laparotomickej suture, postihovať močové cesty – uretritída, cystitída či pľúca – atelektázy, pneumónie. V prípade infekčných komplikácií je nutná následná antibiotická liečba. (1, 6)

Závažné sú komplikácie embolické. Prevažnú časť tvoria trombembólie – embolia pulmonalis, hlboká žilná trombóza, vzácnejšie sú vzduchové embólie a embólie plodovou vodou. Hoci sú trombembolické komplikácie v dnešnej dobe dobre ovplyvniteľné heparinizáciou a časnou mobilizáciou, je nutné dôsledné pooperačné sledovanie stavu, predovšetkým rizikových skupín žien. . (1, 6, 22)

Krvácanie je ďalšou komplikáciou, ktorá môže znepříjemniť pooperačný priebeh. Pri nedostatočnom ošetrovaní prerušených ciev môžu vznikáť hematómy – subfasciálny hematóm, hematóm v prednej exkavácii, širokom väze či Douglasovom priestore. Masívne krvácanie

a vznik hemoperitonea nie je častá komplikácia, avšak je nutné na ňu myslieť a sledovať príznaky rozvíjajúceho sa hemoragického šoku. V dôsledku perioperačnej straty krvi je častá pooperačná anémia. (1)

Obdobie po operácii ďalej komplikuje bolestivosť. Ženy sa sťažujú na bolesť v operačnej rane pri vstávaní, zmene polohy či pri kašli. Nadmerná bolestivá reakcia pacientky na iných miestach môže signalizovať vznik a priebeh pooperačnej komplikácie. (1, 6)

Pooperačné zníženie črevnej motility môže viesť ku gastroenterologickým komplikáciám ako paralytický ileus. (1)

1.7.3 Neskoré pooperačné komplikácie

Vzhľadom k súčasnej technike cisárskeho rezu vo vyspelých krajinách je frekvencia neskorých pooperačných komplikácií nízka. Môžu sa však vyskytnúť estetické defekty, keloidné jazvy, hernie v jazve, chronický syndróm bolestivej panvy, urologické komplikácie, parametritída, bolestivý pohlavný styk. Komplikácie po cisárskom reze sa môžu prejavíť v ďalšom tehotenstve – predčasné pôrody, dystokická činnosť maternice, poruchy placentácie. Vzhľadom k existujúcej jazve po cisárskom reze vzniká riziko jej dehiscencie či ruptúry. K ruptúre môže dôjsť pri umelom prerušení ďalšieho tehotenstva, pri zavádzaní intrauterinného telieska či samovoľne v priebehu gravidity alebo pôrodu. Ako pri inej laparotomickej operácii, aj po cisárskom reze je možný výskyt gastroenterologických problémov, porúch vyprázdňovania či peritoneálnych zrástov. Okrem fyzických komplikácií nie sú vzácne ani psychologické problémy, ktoré musia riešiť ženy po pôrode cisárskym rezom. (1, 6)

1.8 Pôrodnícka anestézia

Výskyt rizík a komplikácií v priebehu operácie a po operácii sa výrazne znížil v porovnaní s minulosťou. Za pôrodníkmi nezaostávajú ani anestéziológovia. Zdokonaľovanie anestéziologických postupov výrazne prispelo k zníženiu peroperačných a pooperačných anestéziologických komplikácií.

V prípade cisárskeho rezu je možné využiť celkovú anestéziu či niektorý zo spôsobov regionálnej (neuroaxiálnej) anestézie – epidurálna, spinálna (subarachnoidálna) a kombinovaná anestézia (spinálno – epidurálna). Využívanie regionálnej anestézie v prípade cisárskeho rezu celosvetovo stúpa a v prípade plánovaného či subakútneho výkonu a absencii kontraindikácií sa preferuje práve táto metóda. V každom prípade je dôležitá spolupráca

pôrodnického a anestéziologického tímu, rovnako ako zohľadnenie psychického stavu, spolupráce a preferencie rodičky. (14)

1.8.1 Celková anestézia

Aj napriek stúpajúcemu trendu regionálnej anestézie ostáva celková anestézia nevyhnutná vo viac ako 5% pôrodov vyžadujúcich operačný výkon a anestéziu. (10) Všeobecne sa považuje za najrýchlejšiu metódu anestézie a preto sa preferuje v urgentných prípadoch s ohrozením života matky či plodu, napríklad v prípade akútnej hypovolémie matky a život ohrozujúceho krvácania, koagulopatie matky, zlyhaní podania regionálnej anestézie, ťažkého distresu plodu (ako prolaps pupočníka) či závažného psychiatrického ochorenia matky. Voľba anestézie by však mala byť aj v akútnych situáciách racionálna a anestéziológ by nemal podliehať stresu zo strany pôrodníkov a zhodnotiť podanie celkovej anestézie. Podaním spinálnej anestézie či pridaním anestetika do už zavedeného epidurálneho katétra je možné dosiahnuť porovnateľný čas vybavenia plodu ako pri celkovej anestézii. Významným faktorom výberu celkovej anestézie namiesto anestézie regionálnej je tiež skúsenosť a zručnosť anesteziológa. (14, 23, 24)

V úvode celkovej anestézie sa rodičke podáva kyslík maskou z dôvodu denitrogenácie pľúc a predĺženia časového intervalu do začiatku desaturácie pri apnoickej intubácii. Týmto postupom sa zníži zbytočné riziko vzniku hypoxie matky a plodu pri celkovej anestézii. Anestetiká (thiopental či propofol) sú spolu s myorelaxanciami aplikované intravenózne. V priebehu niekoľkých sekúnd nastáva bezvedomie, anestéziológ zaistí dýchacie cesty a sleduje životné funkcie a celkový stav pacientky. Ďalšie anestetiká a opioidné analgetiká sú podávané až po podviazaní pupočníka z dôvodu minimálneho ovplyvnenia popôrodnej adaptácie plodu. (10, 23)

Kontraindikáciou celkovej anestézie je zložitá až nemožná intubácia, ktorá sa všeobecne vyskytuje u tehotných žien, predovšetkým u žien obéznych či trpiacich gestačnou hypertenziou. Ďalšími prekážkami celkovej anestézie môžu byť ochorenia matky ako astma bronchiale alebo iné dýchacie problémy, myasthenia gravis či maligná hypertermia. (25)

1.8.2 Regionálna anestézia

V súčasnej dobe sú neuroaxiálne metódy uprednostňované pred celkovou anestéziou. Dôvodom je okrem iného aj rastúci počet epidurálnych analgézií v priebehu pôrodu so zavedením epidurálneho katétra, čo umožňuje jednoduchý a rýchly prechod analgézie v anestéziu. Preferencia regionálnej anestézie je aj zo strany rodičov, rodička zostáva pri

vedomí a spolu s prítomným partnerom na operačnej sále môžu prežiť príchod dieťaťa na svet. (26)

Bezpečná aplikácia neuroaxiálnej anestézie zahŕňa bežné anestéziologické vyšetrenie s ohľadom na fyziologické zmeny v tehotenstve. Kontraindikáciami tejto metódy anestézie môžu byť infekčné komplikácie (infekcie v mieste vpichu či systémová sepsa), koagulopatia matky, alergická reakcia na lokálne anestetikum či nesúhlas rodičky s týmto postupom. (26)

Epidurálna anestézia

Epidurálna anestézia predstavuje aplikáciu anestetík do epidurálneho priestoru, ktorý sa nachádza medzi stavcovým oblúkom a dura mater. Aplikácia je možná v polohe na boku alebo v sede. Po vyšetrení predpokladaného miesta vpichu (väčšinou L₁/L₂, L₂/L₃, L₃/L₄) a infiltrácii miesta lokálnym anestetikom sa do epidurálneho priestoru za aseptických podmienok zavedie ihla. K správnej identifikácii epidurálneho priestoru sa najčastejšie využíva metóda straty odporu. Účinná látka sa podáva priamo do ihly alebo je cez ihlu 3 – 5 cm do epidurálneho priestoru zavedený katéter s výhodou pridania dávky či pooperačnej analgézie. Miesto vpichu a katéter sa prilepí adhezívnou náplastou k povrchu tela, aby sa predišlo vzniku dislokácie. (10, 27)

Spinálna anestézia

Spinálna (subarachnoideálna) anestézia znamená aplikáciu lokálneho anestetika do subarachnoideálneho priestoru, priamo do mozgovomiechového moku. Technika je podobná ako pri podaní epidurálnej anestézie, s niekoľkými rozdielmi. Miesto vpichu sa nachádza pod druhým bedrovým stavcom, aby sa predišlo poškodeniu miechy. Pri spinálnej anestézii je potrebné menšie množstvo anestetika a nástup účinku je rýchlejší. Anestetická blokáda trvá približne dve hodiny, ale na rozdiel od epidurálnej anestézie so zavedením katétra, v tomto prípade nie je možné pridanie ďalšej dávky anestetika. (26, 28)

1.8.3 Anestéziologické komplikácie

Komplikácie celkovej anestézie

Náročná či neúspešná intubácia je stále najčastejšou a najzávažnejšou komplikáciou pri cisárskom reze. Tento problém je spojený s fyziologickými zmenami organizmu ženy v tehotenstve ako zúženie horných dýchacích ciest a hlasivkovej štrbiny, nárast hmotnosti (často až obezita), veľké prsia, znížený tonus pažerákového zvierača. V prípade nepodarenej intubácie je cieľom anestéziológa zaistiť oxygenáciu matky a plodu. Najrýchlejšou metódou, a teda metódou prvej voľby, je zavedenie laryngeálnej masky. Až potom sa môže pristúpiť

k ďalším postupom, ako je použitie videolaryngoskopu či iných supraglotických pomôcok, retrográdnej intubácie či koniopunkcie. Zlyhanie intubácie je stále hlavnou príčinou materskej mortality v súvislosti s anestéziou, preto je vždy nevyhnutné vyšetrenie pacientky anestéziológom podľa Mallampatiho a identifikácia rizikových pacientok, predovšetkým tých s anamnézou problematickej intubácie. (23, 24)

Jednou z komplikácií celkovej anestézie môže byť aspirácia kyslého žalúdočného obsahu a následná chemická pneumónia. Výskyt tejto komplikácie pri cisárskom reze je však malý a objavuje sa v 0,1 % prípadov. (23) Z tohto dôvodu sú nutné informácie o čase posledného požitia potravy v prípade akútneho cisárskeho rezu, či cielené lačnenie aspoň 6 – 8 hodín pred plánovaným výkonom. Prevenciou je tiež podávanie antacid. V úvode anestézie sa v rámci prevencie refluxu žalúdočného obsahu môže použiť tlak na prstencovú chrupku, aj keď v súčasnosti sa používa čoraz menej. (10, 23, 24)

Menej častejšími komplikáciami celkovej anestézie môžu byť bdelá anestézia, pri nedostatočnej dávke anestetika z obavy zhoršenej popôrodnej adaptácie novorodenca, či reziduálna nervovosvalová blokáda po podaní myorelaxancií, ktorá ovplyvňuje svalový tonus nutný pre udržanie priechodnosti dýchacích ciest na konci anestézie. (24)

Komplikácie regionálnej anestézie

Bežnou komplikáciou regionálnej anestézie je pokles krvného tlaku spôsobený blokadou sympatiku. V prípade, že je hypotenzia závažná a dlhotrvajúca, môže spôsobiť zníženie prietoku krvi uteroplacentárnou jednotkou s následnou hypoxiou plodu. U matky môže dôjsť k strate vedomia, aspirácii, apnoe až srdčej zástave. Prevenciou hypotenzie je podanie kryštaloidných roztokov v priebehu nástupu neuroaxiálnej blokády. Ďalšie metódy prevencie sú ľavostranné odsunutie maternice, zdvihnutie dolných končatín a kompresia dolných končatín. V prípade potreby sa podávajú vazopresory. Liekom voľby pri liečbe hypotenzie je efedrín. Pri zlyhaní tejto terapie je nutná aplikácia noradrenalínu. (24, 29)

S poklesom krvného tlaku môžu súvisieť aj ďalšie komplikácie ako dušnosť či nauzea a zvracanie v priebehu cisárskeho rezu. (24)

Najobávanejšou komplikáciou neuroaxiálnej blokády je toxicita lokálnych anestetík. Prejavuje sa neurologickými a kardiologickými príznakmi. Ovplyvnenie nervového systému sa začína kovovou chuťou v ústach, brnením okolo úst, nezrozumiteľnou rečou, poruchami vízu a sluchu. Môže sa vyskytnúť tremor, zášklby tváre a končatín, tonicko – klonické kŕče až útlm centrálného nervového systému so stratou vedomia. Kardiotoxicita sa prejaví zmenami na EKG, bradykardiou až zástavou srdca. Najčastejšou príčinou toxickej reakcie je

nepoznaná intravaskulárna aplikácia lokálneho anestetika. Nutná je preto kontrola aspiráciou z ihly či katétra. Liečba tohto stavu zahŕňa okamžité prerušenie aplikácie lokálneho anestetika, zaistenie dýchacích ciest a ventilácie, podporu krvného obehu, podanie 20% intralipidu a v prípade srdcovej zástavy zahájenie kardiopulmonálnej resuscitácie. (24, 28)

Relatívne častou komplikáciou je postpunkčná cefalea, ktorá vzniká pri nechcenej perforácii dura mater a následné uvoľnenie mozgovomiechového moku v súvislosti s punkciou epidurálneho či subarachnoideálneho priestoru. Symptómy nastupujú väčšinou do týždňa od výkonu. Okrem bolesti hlavy sa vyskytuje aj diplopia, nauzea, zvracanie, tinitus, či stuhnutie šije. Typické je zhoršenie stavu vo vertikálnej polohe a ústup príznakov do 30 minút v polohe horizontálnej. Prevenciou vzniku postpunkčných bolestí hlavy je použitie tenkej ihly v prípade aplikácie subarachnoideálnej anestézie. Pri aplikácii epidurálnej anestézie je nutné použitie metódy straty odporu k identifikácii požadovaného priestoru. Keďže symptómy v priebehu niekoľkých týždňov až mesiacov odznejú spontánne, môže byť terapia konzervatívna. Tento postup zahŕňa preferenciu horizontálnej polohy, dostatočný príjem tekutín, využitie bežných analgetík a metylxantínov (kofeín, teofylín, aminofylín) či nápojov obsahujúcich kofeín. Druhou možnosťou je aplikácia terapeutickú krvnej zátky. V tomto prípade anesteziológ, po detekcii epidurálneho priestoru, aplikuje 20 ml autológnej krvi do miesta pôvodnej aplikácie alebo o jednu etáž nižšie. (15, 24)

Vznik hematómu alebo abscesu je výnimočná, avšak závažná komplikácia. Perforácia epidurálnej cievy môže vzniknúť pri opakovanej a traumatickej punkcii. Rizikové sú predovšetkým pacientky so získanými či vrodenými poruchami koagulácie a antikoagulačnou liečbou. Absces môže vzniknúť pri nedodržovaní aseptických podmienok v priebehu aplikácie, zavedení katétra, opakovanej a nešetrnej punkcii, septickom stave v dobe aplikácie či pri ponechaní epidurálneho katétra dlhšie ako 72 hodín. Príznakom sú bolesti chrbta, zvyčajne vystreľujúce do brucha či končatín. V pokročilej fáze vzniká motorický deficit s rôznym stupňom závažnosti. Odstup medzi vznikom symptómov a terapiou by mal byť čo najmenší. Metódou voľby v liečbe je laminektómia a následná revízia príslušného priestoru neurochirurgom. (15)

Zlyhanie neuroaxiálnej blokády v zmysle nedostatočného rozsahu či doby trvania pre uskutočnenie cisárskeho rezu, či naopak neprimerane vysoký rozsah blokády až totálna subarachnoideálna anestézia patria medzi menej časté nežiaduce situácie. Aj v týchto prípadoch je nutné okamžité riešenie problému, zaistenie adekvátnej anestézie pri jej zlyhaní a podpora základných životných funkcií pri vysokom rozsahu blokády s poruchou ventilácie, apnoe až bezvedomia. (24)

2 Psychologická problematika

2.1 Psychológia cisárskeho rezu

2.1.1 Prežívanie cisárskeho rezu

Bezprostredne po vyslovení rozhodnutia o ukončení tehotenstva či pôrodu cisárskym rezom prežíva žena pocit úľavy, ktorý môže byť neskôr nasledovaný pocitom strachu z operácie, strachu o seba a svoje dieťa. V prípade akútneho výkonu je psychika ženy pod veľkou záťažou. Žena môže pociťovať vinu a hnev na svoje osobné zlyhanie či nenaplnenie sociálnych očakávaní. Na psychologickú prípravu k akútnej operácii je potrebný čas, ktorý nie je možné v tomto prípade poskytnúť, čo môže vyústiť do frustrácie, psychologických problémov po pôrode až do posttraumatickej stresovej poruchy po cisárskom reze. Plánovaný výkon má výhodu faktora času. Žena má dostatočný priestor nielen na fyzickú ale aj na psychologickú prípravu. Úzkosť znižuje poskytnutie dostatočného množstva informácií o priebehu operácie zdravotníckym personálom, od pôrodnej asistentky, cez operátora až po anesteziológa. Výkon v regionálnej anestézii, prítomnosť partnera a kontakt s dieťaťom už na operačnej sále má pozitívny vplyv na prežívanie cisárskeho rezu ženou. V pooperačnom priebehu môže nedostatočná pooperačná analgézia a následná bolesť negatívne ovplyvňovať psychiku ženy. Výsledkom sú psychosomatické problémy ako poruchy spánku, problémy s dojčením, neschopnosť starostlivosti o dieťa, poruchy väzby matka – dieťa. Kontakt matky s dieťaťom je všeobecne po cisárskom reze spočiatku menej častý, čo môže v žene vyvolať nepríjemné pocity viny, vlastnej neschopnosti a zle vplývať na dojčenie. Väčšina zariadení sa však v dnešnej dobe snaží o čo najskorší a najčastejší kontakt matky s novorodencom, ak to stav matky dovoľuje. (30)

2.1.2 Prevencia psychologických komplikácií

Rovnako ako príprava na vaginálny pôrod by mala byť dôležitá psychologická príprava na pôrod cisárskym rezom. Efektívna komunikácia a edukácia zo strany zdravotníckeho personálu je základom prevencie úzkosti a strachu pred pôrodom a psychologických komplikácií v popôrodnom období. Do rozhodovacieho procesu o vykonaní cisárskeho rezu by mala byť zahrnutá rodička a na základe poskytnutých informácií a s podporou lekára a pôrodnej asistentky urobiť informované rozhodnutie. Obavy z operačného výkonu je možné minimalizovať predstavením operačného tímu, presným popisom procedúry, časového načrtnutia obdobia pred výkonom, v jeho priebehu a po ňom.

Odhladiť od častého strachu z aplikácie regionálnej anestézie, ktorá by mala byť žene anestéziológom dostatočne vysvetlená, je táto metóda výhodnejšia v redukcii strachu. Z psychologického hľadiska je dôležitým kladným faktorom prítomnosť partnera. V kombinácii s regionálnou anestéziou a bezprostredným kontaktom rodičov s dieťaťom po pôrode je možné stres matky v priebehu cisárskeho rezu redukovať na minimum. K prevencii psychosomatických a psychosociálnych dôsledkov v pooperačnom období je kľúčová adekvátne analgetická terapia. (10, 30)

2.1.3 Psychologické rizikové faktory cisárskeho rezu

Skupina žien s určitými rizikovými faktormi psychologického či sociálneho charakteru môže byť viac náchylnejšia k ukončeniu tehotenstva plánovaným či subakútnym cisárskym rezom. Môžu to byť ženy vysokopostavené, vzdelané, vyššieho veku, s potrebou naplánovania výkonu, so strachom z neznámeho či naopak z opakovania predchádzajúcej komplikácie. Mnohokrát sú týmito ženami lekárnice či VIP pacientky. Tlak okolností a vedomie dôsledkov prípadných komplikácií vedie pôrodníka k voľnejším indikáciám. Tieto faktory výrazne vplyvajú na vyslovenie konečného rozhodnutia o ukončení tehotenstva cisárskym rezom. Plánovaný výkon sa tak indikuje na základe somatickej indikácie (zúžená panva), nepriaznivej pôrodnicej anamnézy (detská mozgová obrna po komplikovanom pôrode kliešťami), nepôrodnicej indikácie (očná, ortopedická indikácia), ale aj na základe nedostatočných skúseností a strachu pôrodníka (vaginálny pôrod koncom panvovým či vaginálny pôrod po predchádzajúcom cisárskom reze) či na základe odmietania vaginálneho pôrodu ženou bez zjavného dôvodu. (30, 31, 32)

2.2 Psychosociálna indikácia

Psychosociálna indikácia k cisárskemu rezu nie je v literatúre presne a jednotne definovaná a v každej nemocnici či každým pôrodníkom môže byť charakterizovaná inak. Napriek tomu sa v súčasnej dobe už väčšina pôrodníkov zhodne na tom, že v niektorých prípadoch existujú psychosociálne okolnosti, za ktorých je možné tehotenstvo ukončiť primárnym cisárskym rezom. Hoci nie je prítomná somatická indikácia považuje sa tento postup lege artis. Čepický sa pokúsil o definovanie psychosociálnej indikácie rozdelením na psychosociálnu indikáciu zo strany plodu, matky a pôrodníka. (33)

2.2.1 Psychosociálna indikácia zo strany plodu

V prvom prípade sa, na základe štúdie „skrytých“ psychosociálnych indikácií, pokúsil o vymedzenie hraníc prijateľných pre vykonanie cisárskeho rezu z tejto indikácie. Ide o ženy sterilné alebo infertilné staršie než 35 rokov a so súčasným výskytom somatického rizikového faktoru. Druhou skupinou sú ženy s anamnézou mŕtveho či poškodeného plodu, staršie než 35 rokov alebo s prítomným somatickým rizikovým faktorom. (33)

2.2.2 Psychosociálna indikácia zo strany matky

Psychosociálna indikácia zo strany matky je problematickejšia a záleží na mnohých faktoroch. Túto kategóriu predstavuje extrémny strach z pôrodu. Strach z pôrodu v určitej miere prežíva každá nastávajúca matka. Level tohto strachu záleží na ďalších okolnostiach v živote ženy, ktorých kombinácia umocňuje úzkosť a obavy z pôrodu (predchádzajúce životné skúsenosti, negatívne skúsenosti s pôrodom iných žien, posttraumatický stresový syndróm, negatívny postoj k tehotenstvu a pôrodu, vek, sociálno – ekonomický status, nedostatočná podpora v rodine). Sklon k výraznejšiemu strachu z pôrodu majú ženy určitej osobnostnej charakteristiky – úzkostné, podceňujúce vlastné schopnosti, ženy v nefungujúcom partnerskom vzťahu či s neefektívnou sociálnou podporou. Najčastejším dôvodom strachu z pôrodu je bolesť. Okrem nej sa ženy najviac boja komplikácií, ktoré môžu nečakane nastať v priebehu vaginálneho pôrodu (prolongovaný pôrod, operačný vaginálny pôrod, veľké perineálne poranenie). (32, 34, 35)

Pôrod je nevyhnutne sprevádzaný bolesťou, ktorá je jedinečnou a komplexnou bolesťou, zahŕňajúcou v sebe zložku sensorickú, emočnú a behaviorálnu. Pôrodná bolesť je pominuteľná a nastávajúca matka by ju mala vnímať ako vyvrcholenie tehotenstva, posledný krok k materstvu, premenu ženy v matku a odlíšiť tak túto bolesť od iných patologických bolestivých stavov. Zážitok z pôrodnej bolesti je však výsledkom viacfaktorových fyziologických a psychologických procesov a individuálnej interpretácie bolestivých stimulov. Bolesť v priebehu pôrodu môže byť teda rodičkou vnímaná ako potrebná súčasť a hnacia sila pôrodu, ale aj ako iracionálne utrpenie či nebezpečenstvo, ktoré vychádza z kultúrneho, historického a psychosociálneho kontextu. Silná bolesť môže vplývať na postoj rodičky k bolesti ako takej a jej kognitívnemu spracovaniu a predstavovať hrozbu a negatívny emočný zážitok. S týmto stavom sa žena nemusí vedieť efektívne vyrovnáť a prežíva tak bezmocnosť a utrpenie, ktoré vyúsťujú v strach a úzkosť komplikujúce tehotenstvo a pôrod. (36)

Strach z pôrodnej bolesti súvisí so všeobecným strachom z bolesti (algofóbie) aj v iných situáciách. Môže byť primárny, spojený s preexistujúcimi úzkostnými poruchami alebo sekundárny, vyplývajúci s predchádzajúcej negatívnej skúsenosti (zlá skúsenosť s pôrodnou bolesťou, nečakaný priebeh, komplikácie a sklamanie z predchádzajúceho vaginálneho pôrodu). Pôvod strachu z pôrodnej bolesti môže byť psychologický (psychické problémy pred tehotenstvom, problémy vychádzajúce z osobnosti, nízkej sebadôvery, predchádzajúcej traumatickej udalosti, strachu z rodičovstva alebo veľkého množstva každodenných stresorov) a sociálny (socioekonomický status, vzdelanie, nízky či naopak vysoký vek matky, nedostatočná podpora matky, ekonomická neistota, žiadna či nedostatočná predpôrodná príprava). Iracionálny a neprimeraný strach z bolesti spôsobuje neadekvátne reakcie na bolestivé stimuly a vedie k úzkosti. V dôsledku úzkostného stavu dochádza k zvýšenej sekrécii katecholamínov, čo môže vnímanie nociceptívnych stimulov ešte umocniť. Výsledkom je ťažká až nemožná spolupráca rodičky so zdravotníckym personálom, viac žiadostí epidurálnej analgézie a ukončenie pôrodu cisárskym rezom. (10, 36)

Nekontrolovateľný strach z tehotenstva a pôrodu (tokofóbia) je klasifikovaná ako úzkostná porucha, vzniknutá primárne alebo sekundárne na podklade predchádzajúcej traumatickej udalosti. Štúdie ukazujú, že 20 % nulipar prežíva stredný až veľký strach z pôrodu a okrem podpory rodiny a blízkych vyžadujú profesionálnu pomoc špecializovaných zdravotníckych pracovníkov. Asi 6% žien trpí patologickým strachom z pôrodu, väčšinou na základe predchádzajúcej zlej skúsenosti z pôrodu. (37) V niektorých prípadoch môže byť tento stav výsledkom sexuálneho zneužívania v detstve, znásilnenia alebo môže byť symptómom depresie. V súvislosti s tokofóbiou sa objavujú iracionálne obavy z komplikácií behom tehotenstva a pôrodu, strach z bolesti, strach z neschopnosti porodiť dieťa, strach z vlastnej smrti a smrti dieťaťa, pocity neschopnosti, straty kontroly a iné psychické problémy, nočné mory, sústavné odmietanie prirodzeného pôrodu a vyžadovanie pôrodu cisárskym rezom. Existujú názory, že tento fenomén je spojený s medikalizáciou pôrodu, ktorá budí dojem neschopnosti ženy porodiť dieťa sama bez pomoci zdravotníctva. (34, 36, 37, 38)

Strach z pôrodnej bolesti a pôrodu je častým dôvodom žiadostí o ukončenie tehotenstva cisárskym rezom. Každá žena, ktorá požiada o plánovaný cisársky rez z dôvodu úzkosti a strachu z vaginálneho pôrodu by mala byť vyšetrená odborníkom z odboru psychológie/psychiatrie. Potvrdenie diagnózy tokofóbie je validnou indikáciou k elektívnemu cisárskemu rezu. Otázkou ostáva, čo je skutočná fóbia z pôrodu a bolesti a čo len prirodzený strach a rešpekt, ktorý je možné dostať pod kontrolu dostatočnou predpôrodnou prípravou.

V každom prípade je nutná správna diagnostika patologického strachu a nasadenie adekvátnej liečby. Liečba závisí na závažnosti strachu a úzkosti, čo by mal vyhodnotiť pôrodník či pôrodná asistentka a v prípade, že liečebné postupy presahujú ich kompetencie, nasmerovať ženu na príslušného odborníka. (34, 35, 39)

Predpôrodná príprava hrá významnú úlohu v znížení strachu súvisiacim s pôrodom. Kvalitnú prípravu k pôrodu by mali absolvovať všetky tehotné ženy, s upriamením pozornosti na rizikové skupiny. Primipary všeobecne zo strachu z neznámeho, primipary vyššieho veku a multipary s nepríjemným zážitkom z predchádzajúceho pôrodu vykazujú väčší strach z pôrodu. Príprava zahŕňa dôležité informácie o pôrode, pôrodnej bolesti a možnostiach nefarmakologického a farmakologického tíšenia tejto bolesti dostupných na danom pracovisku. V prípade sekundárneho strachu je nutný pohovor pôrodníka a pôrodnej asistentky s rodičkou, podrobná retrospektíva predchádzajúceho pôrodu a okolností, ktoré viedli k určitým situáciám či prípadným výkonom a zodpovedanie otázok. Cieľom tejto prípravy je získanie kontroly nad strachom z pôrodu a pôrodnej bolesti a umožniť tak žene sústrediť sa na iné aspekty pôrodného deja. (34, 36, 40, 41)

Podpora zdravotníkmi v priebehu pôrodu zahŕňa uspokojenie somatických aj psychologických potrieb. Intenzita prežívania strachu z pôrodu vyplýva aj z komunikácie a podpory zdravotníckym personálom. Veľký strach a úzkosť rodičky môžu ovplyvniť priebeh pôrodu a viesť k neželaným komplikáciám a operačnému ukončeniu pôrodu. Vytvorenie pocitu bezpečia, ľudský prístup, poskytnutie útechy, emočnej podpory a všetkých informácií k rozhodovaniu dodáva rodičkám pocit úľavy, istoty, väčšej pohody a v konečnom dôsledku lepšie zvládanie bolesti a silnejší prežitok z pôrodu. (36)

V závažnejších prípadoch úzkostných žien so strachom z bolesti je na mieste skupinová či individuálna psychoterapia poskytovaná klinickým psychológom. Cieľom psychoterapie je naučiť ženu prisudzovať strachu či bolesti iný význam a pozeráť sa tak na problém z iného uhla pohľadu. K zvládaniu strachu z pôrodu a pôrodnej bolesti sa využíva kognitívno – behaviorálna terapia. (36) Jej vysoká účinnosť je dokázaná pri liečbe problémov, z ktorých pramení strach z pôrodu – úzkostných porúch, posttraumatického stresového syndrómu, fóbií či nadmerného strachu o zdravie. Kognitívno – behaviorálna terapia sa zameriava na štyri zložky ľudskej psychiky – myslenie, emócie, telesné reakcie a pozorovateľné chovanie. Tieto zložky sú navzájom poprepájané a zmena v jednej má vplyv na ďalšie. Terapeut sa snaží dosiahnuť kognitívnu zmenu – pozmenenie myslenia pacientky a jej presvedčenia, aby to prinieslo zmenu aj v emocionálnom prežívaní a chovaní. Dôraz sa kladie na porozumenie individuálnych potrieb, konkrétneho presvedčenia a vzorcov chovania

pacienta. Kognitívno – behaviorálna terapia má široké spektrum metód, ktorými je možné ovplyvniť psychické, emočné a psychosomatické problémy. V praxi sa väčšinou využíva kombinácia viacerých metód. K ovplyvneniu myslenia sa môže použiť kognitívna reštrukturalizácia – racionálne prerávanie automatických negatívnych myšlienok. Návikom všímavosti, uvedomovaním a prijímaním vlastných pocitov, písomným záznamom či vystavovaním sa katastrofickým scenárom je možné ovplyvniť emočnú zložku. Zmena telesných reakcií na napätie, úzkosť a strach sa dá dosiahnuť návikom kontrolovaného dýchania a svalovej relaxácie. Na zmenu chovania sa zameriava expozičná terapia, pri ktorej sa pacient úmyselne vystavuje situáciám alebo chovaniu, ktoré v ňom vyvolávajú pocity úzkosti a strachu. (42, 43)

2.2.3 Psychosociálna indikácia zo strany pôrodníka

Psychosociálna indikácia k cisárskemu rezu zo strany pôrodníka je kontroverznou, ale zároveň častou praktikou v súčasnom pôrodníctve. Nie je tajomstvom, že v súkromných zariadeniach je počet vykonaných cisárskych rezov vyšší než v nemocniciach štátnych alebo že sa cisársky rez benevolentnejšie indikuje VIP pacientkam. Konečná indikácia operatívneho ukončenia tehotenstva závisí okrem ženy na pôrodníkovi, ktorý je ovplyvňovaný nie len organizačnými a ekonomickými skutočnosťami, ale aj obavami rodičky, nátlakom rodiny, vlastnými úzkosťami, zručnosťami a skúsenosťami. Je samozrejme nemožné, aby bol pôrodník v rozhodovaní neovplyvnený, každopádne je nevyhnutné si tieto vplyvy uvedomiť a snažiť sa ich minimalizovať. Otázne je vedomé ovplyvnenie a zastieranie želania ženy indikáciou psychosociálnou. V prípade podľahnutia obavám, nátlaku či žiadosti rodičky v kombinácii s faktorom časovým či ekonomickým môže situácia ľahko sklznúť do fenoménu cisárkeho rezu na pranie. Charakteristika žien, ktoré vyžadujú cisársky rez bez medicínskej indikácie sa prelína so skupinou žien indikovaných k cisárskemu rezu z psychosociálneho dôvodu. Bývajú to ženy z ekonomicky silného prostredia, so strachom z fyzickej a psychickej záťaže, odmietajúce vaginálny pôrod bez akejkoľvek predchádzajúcej skúsenosti, väčšinou sú dobre informované a orientované v spôsoboch získania indikácie k cisárskemu rezu. Často sú to ženy úzkostné, neurotické a zraniteľné s nedostatočným sociálnym zázemím, podceňujúce vlastné sily a schopnosti. Je preto ťažké určiť hranice, kedy je psychosociálna indikácia oprávnená a kedy nie. (33, 44, 45)

2.3 Cisársky rez na pranie

Zvyšujúci sa počet cisárskych rezov otvára otázku relevantnosti indikácii a možnosti nárastu operačných pôrodov z nemedicínskych indikácii a na pranie matky. Cisársky rez je indikovaný v prípade, že riziká vaginálneho pôrodu prevažujú riziká veľkej operácie. V prípade nemedicínskej indikácie môžu riziká operačného ukončenia tehotenstva prevyšovať riziká vaginálneho pôrodu. Za takýchto okolností je otázkou, čo je významným dôvodom takejto indikácie a kto je zodpovedný za posúdenie súvisiaceho rizika. V každom prípade by mala byť aj takáto indikácia podložená relevantnými dôkazmi, inak je súhlas s realizáciou cisárskeho rezu z nelekárskej indikácie kontroverzný. (31, 46)

V modernej dobe nie sú rodiny také veľké ako kedysi. Ženy plánujú jedno či dve deti a možnosť operačného výkonu je pre nich prijateľnejšia s vedomím, že toto riziko nepodstúpia viac ako dvakrát. Mnoho aspektov moderného života je kontrolovateľných, avšak zdravie nie je jedným z nich. Pôrod spadá do tejto kategórie, žena nevie ako bude prebiehať, kedy sa začne a kedy skončí. Plánovaný cisársky rez tak môže byť riešením tejto neistoty. Niektoré rodičky by chceli od pôrodníka garanciu úspešného vaginálneho pôrodu, ktorú však v žiadnom prípade dostať nemôžu. Nedá sa predpovedať priebeh pôrodu ani jeho prípadné ukončenie akútnym cisárskym rezom, čo je pre mnohé ženy neakceptovateľné. Aj keď sú riziká cisárskeho rezu väčšie než riziká vaginálneho pôrodu, akútny cisársky rez má viac rizík než výkon plánovaný. Vyvarovaním sa „nebezpečnejšieho“ urgentného výkonu v prípade nezdareného pôrodu ženy presadzujú elektívny výkon. (31)

Ďalším argumentom, podporovaným aj niektorými pôrodníkmi, je súvislosť tehotenstva a pôrodu s porušením integrity panvového dna a vzniku močovej či fekálnej inkontinencie a prolapsu panvových orgánov. Štúdie podporujú tvrdenie, že vaginálny pôrod predstavuje vyššie riziko porúch panvového dna než pôrod cisárskym rezom. Na druhú stranu, nie je rozdiel pri vzniku močovej inkontinencie medzi pôrodom elektívnym cisárskym rezom a cisárskym rezom v priebehu prvej či druhej doby pôrodnej. Operatívne vaginálne pôrody dramaticky zvyšujú riziko vzniku perineálnej traumy a inkontinencie, čo je ďalším argumentom pre voľbu cisárskeho rezu. Aj keď výskumy potvrdzujú prevalenciu výskytu močovej inkontinencie po vaginálnom pôrode, jej etiológia je multifaktoriálna a zahŕňa aj obezitu, vek, pôrodnú hmotnosť novorodenca, ale aj tehotenstvo ako také. (47, 48, 49) Pri riziku operačného vaginálneho pôrodu (malá rodička a veľký plod) či u žien s existujúcou inkontinenciou pred tehotenstvom alebo predchádzajúcim poranením análneho zvierača, je voľba primárneho cisárskeho rezu adekvátna a je na zväžení pôrodníka v spolupráci

s nastávajúcou rodičkou. V opačnom prípade je úlohou pôrodníka či pôrodnej asistentky vysvetliť žene možnosti prevencie výraznej traumy panvového dna masážou hrádze pred pôrodom a podporou hrádze, teplým obkladom či preventívnej epiziotómie v jeho priebehu. (50)

Pacient má právo odmietnuť liečbu či zdravotnícky výkon. (51) Napriek tomu, tehotná žena istým spôsobom nemá právo zvoliť si spôsob pôrodu, ale je za ňu rozhodnuté pôrodníkom. Z hľadiska výkonov, ktoré môžu ženy dobrovoľne podstúpiť a ktoré ich zdraviu objektívne neprosievajú, môže odmietnutie vykonania cisárskeho rezu na žiadosť pacientky vyznieť absurdne. Mimo pôrodu môže žena so svojím telom narábať akokoľvek, ale v prípade dobrého zdravotného stavu sa za jednoznačnú možnosť považuje vaginálny pôrod bez možnosti výberu. Argumentuje sa tým, že vaginálny pôrod je prirodzeným vyvrcholením tehotenstva a neodôvodnený cisársky rez by bol zásahom do diania prírody. Avšak nie všetko prirodzené je pre človeka aj optimálne a v prípade rešpektovania prírodných zákonov by nebola možná akákoľvek súčasná liečba. Odborná verejnosť je do istej miery rozdelená na odporcov cisárskych rezov na pranie pacientky a pôrodných liberálov. Odporcovia sa opierajú o to, že lekár by nemal uškodiť a zvážiť riziká, ktoré sú v prípade operácie štatisticky vyššie. Na základe toho prísne dodržiavajú medicínske indikácie k elektívnemu cisárskemu rezu. Druhá skupina pôrodníkov oponuje skutočnosťou, že rodičky odmietajúce vaginálny pôrod často agravujú svoje problémy a cisársky rez si v priebehu pôrodu nakoniec vynúti. Následne je akútnejší výkon rizikovejší, než keby bol vykonaný primárne. Rešpektujú teda právo ženy urobiť informovanú voľbu. Kde je však etická hranica medzi autonómiou ženy zvoliť si spôsob, akým bude narábané s jej telom behom pôrodu a rizikom vyplývajúcim zo súhlasu s jej voľbou? Kde sú hranice pôrodníka medzi neuškodením a rešpektovaním voľby ženy? Nesporným faktorom podieľajúcim sa na zvýšení počtu cisárskych rezov sú obavy pôrodníkov z právnych sporov. Viac než polovica sťažností, žalôb a súdnych sporov je v oblasti pôrodníctva. Ak sa k tomu pridá možné odškodné, medializácia či pôrody VIP osobností, nátlak na pôrodníka ovplyvní jeho rozhodovanie a priklonenie k benevolentnejšej indikácii. (31, 45, 52) Ďalší etický problém môže vzniknúť pri výbere konkrétneho pôrodníka. Ten je stále viac a viac častejší, čo podporuje naplánovanie pôrodu, a teda cisársky rez. Okrem toho je tento výber spojený s finančným ohodnotením pôrodníka, ktorý sa z tohto dôvodu môže prikláňať k praniu ženy. Cisársky rez na pranie je potom v mnohých prípadoch privilegiom a nie právom ženy. (31) Skutočnosťou ostáva, že cisársky rez na žiadosť ženy je kontroverznou témou rozdeľujúcou laickú a odbornú verejnosť na dva tábory. V budúcnosti by však mala pokračovať diskusia na túto tému s cieľom vymedziť hranice indikácií. Konečné

rozhodnutie je na zainteresovaných, a síce na žene a pôrodníkovi, ktorí sa môžu dohodnúť „medzi štyrmi očami“. Cisársky rez na prianie sa vykonával a bude vykonávať pod inými, väčšinou nepôrodníckymi indikáciami, čo je niektorými autormi označované za medicínske pokrytectvo a podvod. A preto apelujú na to, či nie je eticky prípustnejšie pomenovanie veci pravým menom, v tomto prípade na zavedenie možnosti cisárskeho rezu na prianie, ak má k tomu žena svoje dôvody. (44)

EMPIRICKÁ ČASŤ

3 Metodika výskumu

V priebehu praxe v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe ma zaujal zvyšujúci sa trend cisárskych rezov z iného ako medicínskeho dôvodu, predovšetkým z indikácie psychosociálnej. Výskumná časť diplomovej práce sa zaoberá otázkou, prečo ženy vyžadujú cisársky rez napriek absencii pôrodných komplikácií v tehotenstve, aké sú ich dôvody k preferencii operačného ukončenia tehotenstva a aké sú rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú toto rozhodnutie.

Výskumný problém: Aké sú dôvody psychosociálnej indikácie k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom?

3.1 Ciele

- Zistiť podiel cisárskych rezov z primárnej psychosociálnej indikácie
- Zistiť prítomnosť psychologických a sociálnych súvisiacich faktorov ukončenia tehotenstva cisárskym rezom v osobnej anamnéze ženy
- Zistiť prítomnosť odborného vyšetrenia k potvrdeniu psychosociálnej indikácie k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom
- Zistiť vzťah medzi indikovaním cisárskeho rezu z psychosociálneho dôvodu a indikujúcim pôrodnikom
- Na základe získaných dát charakterizovať psychosociálnu indikáciu k cisárskemu rezu

3.2 Výskumné otázky

- Aké je percentuálne zastúpenie cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe za rok 2019?
- Aké sú najčastejšie psychosociálne faktory vplývajúce na ukončenie tehotenstva cisárskym rezom?
- Aké je zastúpenie tokofóbie ako dôvodu k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom?
- Aké je zastúpenie primipar a aké multipar so strachom z pôrodu?
- Do akej miery využívajú ženy so strachom z pôrodu psychologickú pomoc?
- Aké je zastúpenie cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie na základe indikujúceho pôrodníka?

3.3 Predpokladané výsledky

V priebehu rozširovania teoretických znalostí o danej problematike boli s ohľadom na stanovené ciele a výskumné otázky vytvorené predpokladané výsledky.

V súvislosti s vedením pôrodu cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie predpokladám:

- väčšinu žien vo veku 35 rokov a viac
- vyšší počet vysokoškolsky vzdelaných žien ako žien nižšieho vzdelania
- vyšší počet prvorodičiek ako viacrodičiek
- prevahu tokofóbie ako dôvodu indikácie
- vyšší počet žien bez vyšetrenia psychológom
- výraznú prevahu jedného indikujúceho pôrodníka

3.4 Hypotézy

- H1: Predpokladám vyšší podiel žien vo veku 35 a viac rokov po umelom oplodnení ako žien vo veku 35 rokov
- H2: Predpokladám vyšší podiel žien vo veku 35 a viac rokov so strachom z pôrodu ako žien vo veku pod 35 rokov
- H3: Predpokladám vyšší podiel vysokoškolsky vzdelaných žien so strachom z pôrodu ako žien so stredoškolským vzdelaním
- H4: Predpokladám vyšší počet nulipar so strachom z pôrodu ako multipar
- H5: Predpokladám, že ženy so strachom z pôrodu viac využívajú pomoc psychológa ako ženy, ktorých strach nebol súčasťou psychosociálnej indikácie
- H6: Predpokladám, že nulipary viac využívajú pomoc psychológa ako multipary

3.5 Charakteristika súboru

Základným výskumným súborom boli všetky ženy rodiace v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe v priebehu roku 2019 s celkovým počtom 4821. Táto skupina bola následne rozdelená na dve časti, ktoré tvorili ženy rodiace vaginálne a ženy rodiace cisárskym rezom. Z celkového počtu 1676 žien, ktoré podstúpili pôrod cisárskym rezom sa vytvorili ďalšie dve skupiny akútneho a plánovaného cisárskeho rezu. Poslednou a smerodajnou skupinou boli ženy rodiace cisárskym rezom s primárnou psychosociálnou indikáciou v počte 51. Táto množina žien bola podrobnejšie skúmaná v zmysle anamnézy a súvisiacich faktorov, ktoré viedli k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom z danej indikácie. Analýze skupiny žien

rodiacich cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie, kde boli informácie získavané podrobnou štúdiou dokumentácie zapožičanej z archívu Ústavu pro péči o matku a dítě, predchádzalo schválenie výskumu nemocnicou a kontrola súhlasu pacientky s náhľadom do pôrodnickej dokumentácie. Výskum prebiehal s ohľadom na anonymitu a ochranu osobných údajov skúmaných subjektov a zozbierané dáta boli použité len v rámci tejto práce.

3.6 Metódy zberu dát

Dáta boli získavané retrospektívnou štúdiou z pôrodnickej dokumentácie v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe. Základný súbor predstavoval celkový počet 4821 žien rodiacich v danom zariadení za rok 2019, z ktorých boli vyselektované ďalšie podskupiny vyhľadávaním potrebných údajov v klinickom informačnom systéme FONSAkord. Na základe takto získaných informácií vznikla skupina 51 žien, ktorých tehotenstvo bolo ukončené cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie. Za účelom podrobnej analýzy skúmaných subjektov boli následne z archívu pôrodnice zapožičané konkrétne pôrodnickej dokumentácie. V prípade súhlasu s nahliadaním do dokumentácie, ktorý je v danom zariadení súčasťou informovaného súhlasu s hospitalizáciou, boli zisťované nasledujúce parametre: vek, sociálny status, gravidita, parita, týždeň ukončenia tehotenstva, psychologické a sociálne faktory v osobnej anamnéze súvisiace s psychosociálnou indikáciou k cisárskemu rezu, odborné psychologické vyšetrenie, konečná indikácia k cisárskemu rezu, indikujúci pôrodník, predpôrodná príprava, okolnosti ukončenia tehotenstva pri príjme pacientky. Zber dát prebiehal od začiatku roku 2019 do 31.4.2020 v Ústave pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4 po schválení žiadosti k výskumnej činnosti zariadením a Etickou komisiou Univerzity Palackého v Olomouci (viz Prílohy č. 1,2,3).

3.7 Realizácia výskumu

Prvým krokom realizácie výskumu bolo vytýčenie výskumného problému, na základe ktorého nasledovala rešeršná štúdia literatúry. Po formulácii cieľov a hypotéz diplomovej práce sa začal zber dát retrospektívnou štúdiou pôrodnickej dokumentácie. Získané informácie boli ukladané vo forme tabuliek v programe Microsoft Office Excel. Posledným krokom bolo spracovanie údajov a vytvorenie príslušných tabuliek a grafov.

3.8 Metódy spracovania dát

V rámci práce bola spracovaná popisná štatistika využívajúca absolútne hodnoty a relatívne hodnoty, aritmetický priemer, medián, minimum a maximum hodnôt. Dáta boli

ukladané a spracovávané v tabuľkách v programe Microsoft Office Excel. K prehľadnejšiemu zobrazeniu hodnôt boli vytvorené tabuľky a grafy. K štatistickému testovaniu hypotéz bol použitý štatistický program Statistica 13 s použitím Fisherovho testu. V rámci každého štatistického testu bola vypočítaná hodnota pravdepodobnosti (p – value), ktorej výsledok potvrdil alebo zamietol konkrétnu hypotézu. Hodnota $p \leq 0,05$ (na 5% hladine významnosti) je hodnotou štatisticky významnou.

4 Výsledky výskumu

Po zbere dát nasledovalo ich spracovanie a interpretácia výsledkov na základe stanovených cieľov a výskumných otázok. Výsledky sú zobrazené za pomoci tabuliek a grafov.

4.1 Spracovanie a interpretácia výsledkov

4.1.1 Cieľ 1

Zistiť podiel cisárskych rezov z primárnej psychosociálnej indikácie

Súbor všetkých pôrodov za rok 2019 v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe bol poskytnutý IT oddelením s písomným súhlasom zariadenia. Získané dáta boli ďalej triedené s použitím klinického informačného systému FONSAkord. Základné rozdelenie predstavuje skupiny podľa spôsobu vedenia pôrodu – vedenie pôrodu vaginálnou cestou a vedenie pôrodu cisárskym rezom (viz tab. č. 1). Pôrod cisárskym rezom bol ďalej rozdelený na akútne a plánovaný výkon (viz tab. č. 2).

Tabuľka č. 1: Zastúpenie pôrodov podľa spôsobu vedenia

Spôsob pôrodu	n	%
Vaginálny pôrod + cisársky rez	4821	100
Vaginálny pôrod	3145	65,24
Cisársky rez	1676	34,76

Tabuľka č. 2: Zastúpenie cisárskych rezov podľa naliehavosti výkonu

Spôsob pôrodu	n	%
Cisársky rez	1676	100
Akútny cisársky rez	803	47,91
Plánovaný cisársky rez	873	52,09

Hlavným cieľom bolo zistiť podiel cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie (viz tab. č. 3). Vyhľadávaním indikácií v elektronickej pôrodníckej dokumentácii bol zistený počet 51 (3,04%) psychosociálnych indikácií z celkového počtu 1676. Z celkového počtu 873 plánovaných cisárskych rezov sa vykonalo 41 výkonov z psychosociálnej indikácie a zo všetkých akútnych cisárskych rezov v počte 803 bolo 10 akútnych (viz tab. č. 4).

Tabuľka č. 3: Zastúpenie cisárskych rezov podľa indikácie

Indikácia	n	%
Všetky indikácie	1676	100
Psychosociálna indikácia	51	3,04
Ostatné	1625	96,96

Tabuľka č. 4: Zastúpenie indikácií podľa naliehavosti výkonu

Indikácia	n	%
Akútny cisársky rez	803	100
z psychosociálnej indikácie	10	1,25
z inej indikácie	795	98,75
Plánovaný cisársky rez	873	100
z psychosociálnej indikácie	41	4,93
z inej indikácie	830	95,07

4.1.2 Cieľ 2

Zistiť prítomnosť psychologických a sociálnych súvisiacich faktorov ukončenia tehotenstva cisárskym rezom v osobnej anamnéze ženy

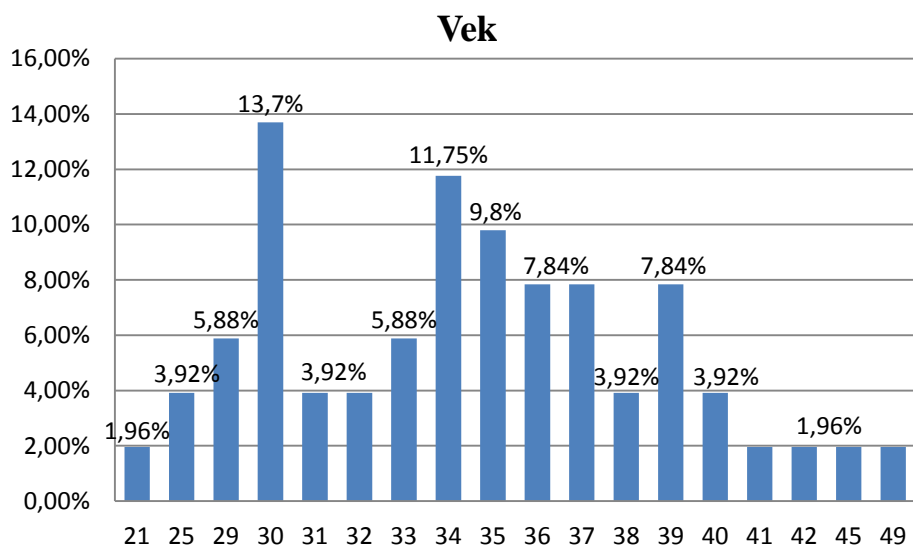
Druhým cieľom bolo nájsť psychologických a sociálnych faktorov, ktoré ovplyvňujú rozhodovanie ženy či pôrodníka k operačnému ukončeniu tehotenstva z psychosociálnej indikácie. Tieto informácie boli zisťované retrospektívnou štúdiou

pôrodníckej dokumentácie. Dáta o 51 ženách, ktorých tehotenstvo bolo ukončené cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie, sú pre lepší prehľad rozdelené podľa skúmaných parametrov do štyroch samostatných tabuliek (viz tab. č. 5, tab. č. 6, tab. č. 7).

Tabuľka č. 5 ukazuje prehľad skúmaných subjektov v závislosti na socioekonomickom statu. Sledované kategórie sú vek, rodinný stav, vzdelanie, zamestnanie a sociálne pomery.

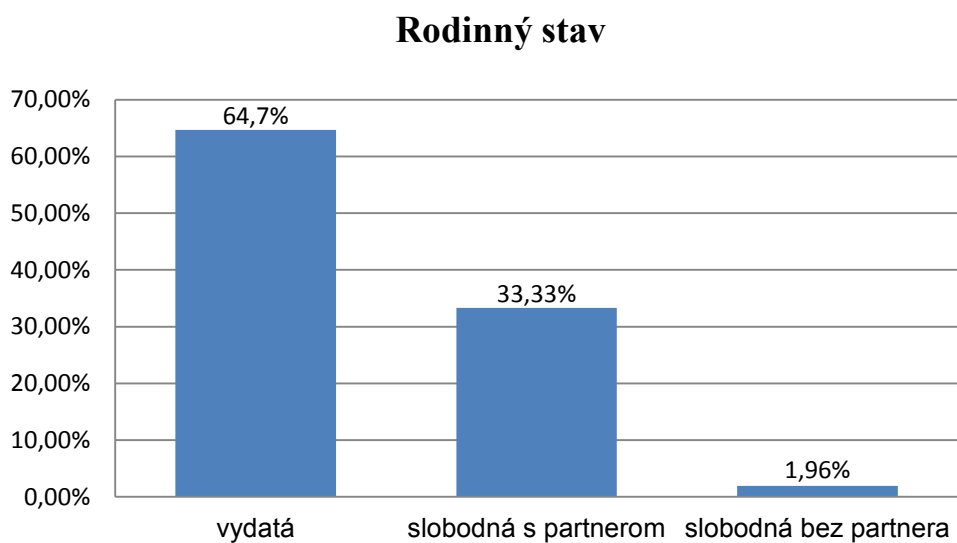
Priemerný vek žien rodiacich cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie je 34,4 rokov pričom najmladšia rodička mala 21 rokov a najstaršia 49 rokov (viz graf. č. 1). Medián je 34 rokov.

Graf č. 1: Vekové zastúpenie žien



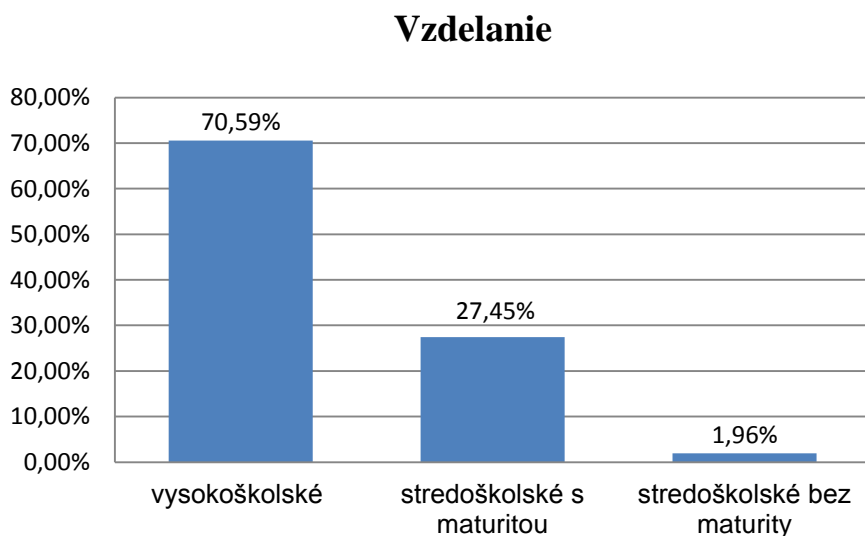
Z celkového počtu 51 žien žije 35 (64,7%) v manželskom zväzku, 17 žien (33,33%) je slobodných, ale v partnerskom vzťahu a len jedna žena (1,97%) je slobodná bez partnera a v dokumentácii odmietala udať meno otca dieťaťa (viz graf č. 2).

Graf č. 2: Zastúpenie žien podľa rodinného stavu



Väčšina žien, s celkovým počtom 36 (70,59%) je vysokoškolsky vzdelaná, 14 žien (27,45%) má stredoškolské vzdelanie ukončené maturitnou skúškou a 1 žena (1,96%) bez maturitnej skúšky (viz graf č. 3).

Graf č.3: Zastúpenie žien podľa dosiahnutého vzdelania



V zamestnaniach prevláda široká škála odborov. Najviac zastúpená je administratívna činnosť (8 žien), druhou v poradí je manažérska pozícia (6 žien) a na treťom mieste sú lekárnice (4 ženy) a právničky (4 ženy). Dve ženy v skúmanej vzorke sú nezamestnané a 1 je študentkou vysokej školy.

Sociálne pomery v rodine boli v pôrodníckej dokumentácii označené ako vyhovujúce vo všetkých prípadoch.

Tabuľka č. 5: Prehľad sledovaných subjektov podľa veku, rodinného stavu, vzdelania, zamestnania a sociálnych pomerov

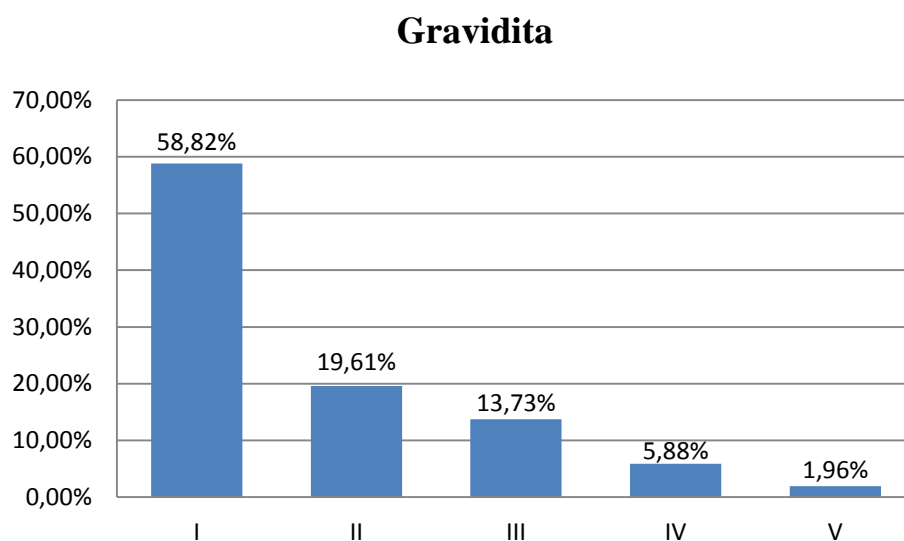
Subjekt	Vek	Rodinný stav	Vzdelanie	Zamestnanie	Sociálne pomery
1	38	vydatá	vysokoškolské	letuška	vyhovujúce
2	34	vydatá	stredoškolské s maturitou	kadernička	vyhovujúce
3	30	vydatá	vysokoškolské	filmová producentka	vyhovujúce
4	37	vydatá	vysokoškolské	architektka	vyhovujúce
5	30	slobodná/partner	stredoškolské s maturitou	administratíva	vyhovujúce
6	38	vydatá	stredoškolské bez maturity	administratíva	vyhovujúce
7	33	slobodná/partner	vysokoškolské	riaditeľka pobočky	vyhovujúce
8	30	vydatá	vysokoškolské	nezamestnaná	vyhovujúce
9	34	vydatá	vysokoškolské	manažérka	vyhovujúce
10	33	slobodná/partner	vysokoškolské	IT manažérka	vyhovujúce
11	36	slobodná/partner	stredoškolské s maturitou	recepčná	vyhovujúce
12	29	vydatá	vysokoškolské	hypotékový poradca	vyhovujúce
13	34	vydatá	stredoškolské s maturitou	manažérka	vyhovujúce
14	31	vydatá	vysokoškolské	IT pracovník	vyhovujúce
15	34	vydatá	vysokoškolské	asistentka	vyhovujúce
16	35	vydatá	vysokoškolské	právnička	vyhovujúce
17	21	slobodná/bez partnera	stredoškolské s maturitou	študentka	vyhovujúce
18	37	vydatá	vysokoškolské	právnička	vyhovujúce
19	25	slobodná/partner	vysokoškolské	asistentka	vyhovujúce
20	32	slobodná/partner	vysokoškolské	administratíva	vyhovujúce
21	39	vydatá	vysokoškolské	nezamestnaná	vyhovujúce
22	39	slobodná/partner	vysokoškolské	právnička	vyhovujúce
23	35	vydatá	stredoškolské s maturitou	predavačka	vyhovujúce
24	39	slobodná/partner	vysokoškolské	psychologička	vyhovujúce
25	40	vydatá	stredoškolské s maturitou	nezamestnaná	vyhovujúce
26	49	slobodná/partner	stredoškolské s maturitou	vedúca prevádzky	vyhovujúce
27	41	slobodná/partner	vysokoškolské	učiteľka hudby	vyhovujúce
28	35	vydatá	stredoškolské s maturitou	administratíva	vyhovujúce
29	37	vydatá	vysokoškolské	asistentka	vyhovujúce
30	31	slobodná/partner	vysokoškolské	administratíva	vyhovujúce
31	36	vydatá	stredoškolské s maturitou	manažérka	vyhovujúce
32	42	slobodná/partner	vysokoškolské	tlačová hovorkyňa	vyhovujúce
33	45	vydatá	vysokoškolské	právnička	vyhovujúce
34	35	vydatá	vysokoškolské	vlastník kozmetickej firmy	vyhovujúce

35	30	slobodná/partner	vysokoškolské	pôrodná asistentka	vyhovujúce
36	40	vydatá	stredoškolské s maturitou	administratíva	vyhovujúce
37	30	vydatá	vysokoškolské	lekárka	vyhovujúce
38	30	vydatá	vysokoškolské	lekárka	vyhovujúce
39	34	vydatá	vysokoškolské	administratíva	vyhovujúce
40	33	vydatá	stredoškolské s maturitou	novinárka	vyhovujúce
41	36	slobodná/partner	vysokoškolské	auditor	vyhovujúce
42	34	vydatá	vysokoškolské	kariérna poradkyňa	vyhovujúce
43	25	slobodná/partner	stredoškolské s maturitou	sociálny pracovník	vyhovujúce
44	29	vydatá	stredoškolské s maturitou	administratíva	vyhovujúce
45	30	vydatá	vysokoškolské	lekárka	vyhovujúce
46	36	slobodná/partner	vysokoškolské	lekárnička	vyhovujúce
47	29	vydatá	vysokoškolské	lekárka	vyhovujúce
48	39	slobodná/partner	vysokoškolské	realitná maklérka	vyhovujúce
49	32	vydatá	vysokoškolské	manažérka	vyhovujúce
50	35	vydatá	vysokoškolské	konzultantka	vyhovujúce
51	37	vydatá	vysokoškolské	manažérka	vyhovujúce

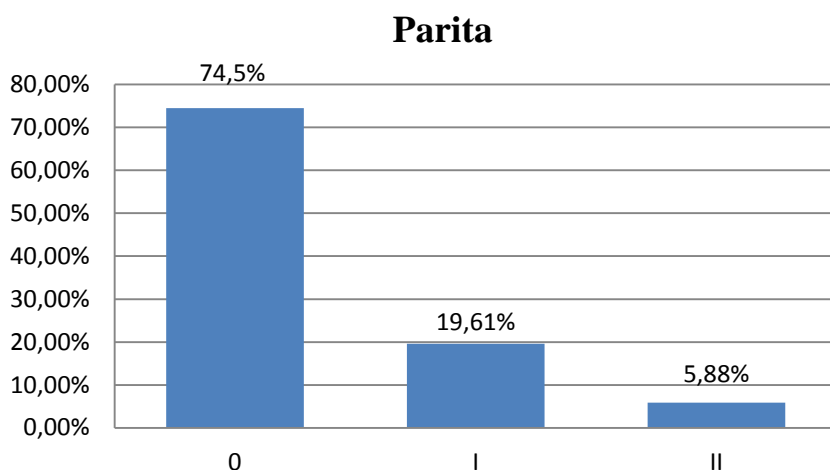
Tabuľka č. 6 zobrazuje prehľad ďalších sledovaných parametrov: graviditu, paritu a týždeň tehotenstva, v ktorom bolo ukončené cisárskym rezom.

Z celkového počtu 51 žien je 30 (58,82%) primigravid a 21 (41,18%) multigravid (viz graf č.4). Pre 38 žien to bol prvý pôrod (74,51%), 10 žien (19,61%) predtým rodilo jedenkrát a 3 ženy (5,88%) dvakrát vaginálnou cestou (viz graf č. 5).

Graf č. 4: Zastúpenie žien podľa gravidity

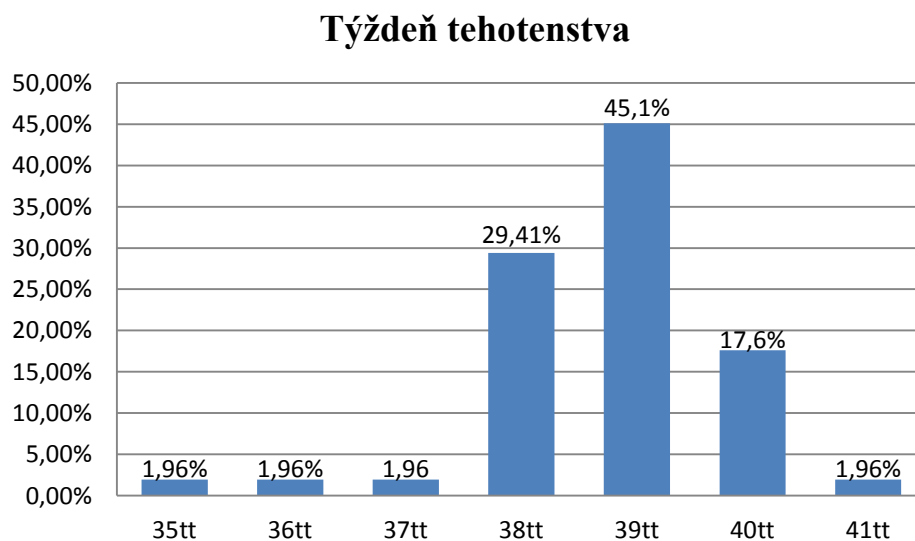


Graf č. 5: Zastúpenie žien podľa parity



Tehotenstvo bolo najčastejšie ukončené v 39. týždni (23 žien) a 38. týždni (15 žien), ďalej nasledoval 40. týždeň (9 žien), 41. týždeň (1 žena), 37. týždeň (1 žena), 36. týždeň (1 žena) a 35. týždeň gravidity (1 žena) – viz graf č. 6.

Graf č. 6: Zastúpenie žien podľa týždňa tehotenstva



Tabuľka č. 6: Prehľad sledovaných subjektov podľa gravidity, parity a týždňa ukončenia tehotenstva

Subjekt	Gravidita	Parita	Týždeň gravidity
1	1	0	38+5
2	1	0	38+4
3	4	0	39+4
4	1	0	38+6
5	1	0	40+4
6	3	0	40+2
7	1	0	40+3
8	1	0	35+5
9	3	0	39+0
10	1	0	39+4
11	1	0	38+4
12	2	1	40+2
13	1	0	39+2
14	1	0	39+5
15	1	0	38+1
16	1	0	41+3
17	1	0	40+3
18	4	1	40+0
19	2	0	38+4
20	1	0	39+0
21	3	2	39+2
22	1	0	39+3
23	2	1	38+2
24	5	1	39+2
25	3	2	36+1
26	4	0	38+2
27	2	0	39+0
28	1	0	39+0
29	1	0	39+1
30	1	0	39+1
31	3	2	38+1
32	1	0	39+3
33	1	0	38+2
34	2	1	38+5
35	1	0	39+0
36	3	1	37+4

37	1	0	39+1
38	1	0	39+4
39	2	1	40+1
40	1	0	38+2
41	1	0	38+4
42	1	0	38+1
43	1	0	38+6
44	1	0	39+3
45	3	0	39+0
46	2	0	39+3
47	1	0	40+4
48	1	0	39+1
49	2	1	39+1
50	2	1	39+3
51	2	1	40+0

Rozdelenie anamnézy sledovaných žien na osobnú, gynekologickú a pôrodnú, zobrazené v tabuľke č. 7, načrtáva možné dôvody ukončenia tehotenstva z psychosociálnej indikácie prameniace z histórie ženy. V osobných anamnézach sa pátralo predovšetkým po predchádzajúcich či súčasných problémoch súvisiacich s psychikou ženy. Z 51 žien mali 4 pozitívny nález v osobnej anamnéze. Jedna z nich trpela depresiami liečenými Cipralekom, druhá udávala úzkostné stavy bez medikácie, ale sledované na psychiatrii, tretia úzkostné stavy bez sledovania a medikácie a štvrtá žena udávala mentálnu anorexiu v detstve. V anamnéze operácií a ochorení sa najčastejšie vyskytovala apendektómia (11 žien), augmentácia prsníkov (6 žien), hypotyreóza (5 žien), gestačný diabetes mellitus (5 žien), hematologické poruchy (4 ženy), otrasy mozgu v detstve (3 ženy).

Z gynekologického hľadiska ma zaujímali potraty či mimomaternicové tehotenstvá, ktoré by mohli negatívne ovplyvniť psychiku ženy. Sedem žien zo skúmanej vzorky malo v anamnéze potrat (spontánny potrat – 4 ženy, zamĺknutý potrat – 2 ženy, umelé prerušenie tehotenstva – 2 ženy), z toho 2 ženy prežili spontánny potrat dvakrát v živote, jedna žena prežila dvakrát zamĺknutý potrat a jedna žena podstúpila dvakrát umelé prerušenie tehotenstva a následne v ďalšom tehotenstve došlo k zamĺknutému potratu. Mimomaternicové tehotenstvo sa vyskytlo v anamnéze štyroch žien. Tri z týchto žien museli podstúpiť jednostrannú alebo bilaterálnu salpingektómiu s následným ďalším tehotenstvom po IVF terapii.

V poslednej kategórii pôrodnickej anamnézy ma zaujímal spôsob otehotnenia a predchádzajúce pôrody v prípade multipár, ktoré by mohli ovplyvniť rozhodovanie

o ukončení ďalšieho tehotenstva. S pomocou asistovanej reprodukcie otehotnelo 9 žien z 51 (kryoembryotransfer – 8 žien, inseminácia – 1 žena). Všetky ženy (13), ktoré už predtým rodili mali neprijemnú skúsenosť s predchádzajúcim pôrodom v zmysle hroziacej hypoxie plodu a operačného vaginálneho ukončenia (forceps – 2 ženy, VEX – 1 žena), ohrozenia novorodenca (7 – žien), veľkého pôrodného poranenia (3 ženy), komplikácii po pôrode (4 ženy) a pôrodu mŕtveho plodu (2 ženy).

Tabuľka č. 7: Prehľad sledovaných subjektov podľa osobnej, gynekologickej a pôrodnickej anamnézy

Subjekt	Osobná anamnéza	Gynekologická anamnéza	Pôrodnická anamnéza
1	Hemangiom pečče augmentácia prsníkov GDM na dieťa		
2	Spánková epilepsia v detstve Augmentácia prsníkov		
3	Apendektómia	2x UPT 1x missed ab Endometrióza - odstránená	
4	Depresie – na terapii (Cipralex) Migrény		
5	Otras mozgu v detstve Kliešťová encefalitída v detstve Myópia		
6		2x missed ab + RCUI	
7	Apendektómia Rekonštrukcia šľachy zápästia		
8	GDM dieťa		
9	hypotyreóza	2x spont. potrat Konizácia krčku	
10	Apendektómia Hypotyreóza		
11	Operácia varixov LDK	Konizácia krčku	
12	GDM na dieťa		1x komplikovaný vag. pôrod – per forcipem, hypoxia plodu
13			
14			
15	Poz. screening na preeklapsiu, opakovane diastola nad 100		
16	Apendektómia		IVF + KET

Plastika nosa		
17		
18		1x spont. potrat 1x GEU
		1x komplikovaný vag. pôrod – indukcia, hypotónia po pôrode, podanie TRF
19	Myópia Laserová operácia očí	1x UPT
20	2x otras mozgu v detstve Reflux ľavej obličky Mignózne stavy spojené so stratou vnímania a ochrnutím polovice tela	IVF + KET
21		1x komplikovaný vag. pôrod – hroziaca hypoxia plodu, VEX 1x komplikovaný vag. pôrod – indukcia (veľký plod), fraktúra hornej končatiny
22		Endometrióza Sactosalpinx – laparoskopická salpingektómia bilaterálne
23	cholecystektómia	1x komplikovaný vag. pôrod – proťahovaný pôrod, kefalhematóm novorodenca
24	Opakované otrasy mozgu v detstve – sledovaná na neurológii do 20 rokov	1x komplikovaný vag. pôrod – per forcipem, hypoxia plodu
25	Abdominoplastika Strumektómia Fraktúra kostrče – pád na schodoch Hypotyreóza Reflux Borelióza v detstve Encefalitída v detstve GDM na diéte Gestačná hypertenzia	Konizácia – CIN 1 – 2 Odstránenie polypu
		1x komplikovaný vag. pôrod – hypoxia plodu, mentálna retardácia novorodenca 1x vag. pôrod bez komplikácií
26	Pupočná hernia v detstve Augmentácia prsníkov Reoperácia prsníkov	1x GEU – salpingektómia I.sin.
		IVF + KET – darovaný oocyt

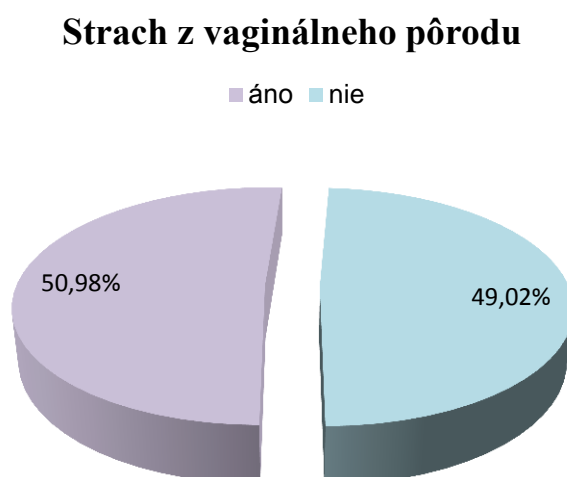
	Plastika viečok		
27	Laserová operácia očí	Recidivujúci polyp – v gravidite normálny nález (nie je kontraindikácia vag. pôrodu)	
28	Apendektómia Pneumónia v detstve Poz. screening na preeklapsiu		
29		Endometrióza Odtráňenie cysty l.dx.	IVF + KET
30			
31	tonzilektómia	Herpes genitalis – momentálne bez výsevu	1x vag. pôrod bez komplikácií 1x pôrod mŕtveho plodu (32+0)
32	Apendektómia	1x GEU – bilaterálna salpingektómia myomektómia	IVF + KET
33	Apendektómia Panické ataky – sledovaná na psychiatrii		IVF – 2012 - inseminácia (neúspešne), ET + KET (neúspešne), 2017 – 3x KET, 1x ET (neúspešne), 2018 – 1x KET (neúspešne), 1x KET + darovaný oocyt - úspešne
34	Apendektómia Laserová operácia očí Augmentácia prsníkov Astma bronchiale Nikotinizmus (3 – 4 cigarety/denne) úzkostné stavy bez terapie		1x komplikovaný vag. pôrod - indukcia
35	Apendektómia GDM na dieťe		
36	Thyreopatia – bez terapie MTHFR heterozygot – sledovaná na hematológii	1x GEU – salpingektómia I.sin., komplikácie, podaná TRF	IVF + KET 1x pôrod mŕtveho plodu – neznáma príčina
37	Anémia v gravidite - feroterapia		
38	Apendektómia 4 x fraktúra ruky v detstve Otras mozgu v detstve MTHFR heterozygot		IVF – inseminácia

	Palpitácie v gravidite – bez terapie, sledovaná na kardiológii		
39	Mentálna anorexia v detstve Chronické bolesti sakroiliakálneho skĺbenia – rehabilitácia Chronický únavový syndróm Hereditárna trombofília – bez terapie, sledovaná v trombocentre Prolaps chlopne		1x komplikovaný vag. pôrod – KPR novorodenca (pacientka nevie príčinu), po pôrode postpunkčná cefalea po EDA, pyelonefritída
40	Mononukleóza v 16 rokoch Fibróm v prsníku – sledovaná Opakované synkopy ortostatického charakteru v gravidite - sledovaná		
41			
42	Cholecystektómia		
43	Mononukleóza v 16 rokoch		
44		Konizácia krčku Endometriózne cysty na vaječníku l.sin.	
45	Alergická astma bronchiale – bez terapie Embryotoxický profil imunity – sledovaná na imunológii	1x spont. potrat + RCUI 1x spont. potrat bez RCUI	
46		1x spont. potrat bez RCUI	
47	Adenotómia Hypotyreóza Varixy dolných končatín		
48	Augmentácia prsníkov	Konizácia krčku	
49	Augmentácia prsníkov	Konizácia krčku	1x komplikovaný vag. pôrod – poranenie hrádze III. st.
50	Apendektómia MTHFR heterozygot Fibroadenóm prsníka - sledovaná		1x komplikovaný vag. pôrod – indukcia, hypoxia plodu, KPR novorodenca, poranenie hrádze III. st., LMP + 2x RCUI, podaná TRF
51	Hypotyreóza – bez terapie	Kondylómy	1x komplikovaný vag. pôrod – poranenie hrádze III. st.,

Ďalšie parametre, na ktoré sa v priebehu štúdie kládol dôraz boli konečná indikácia, okolnosti, ktoré predchádzali cisárskemu rezu a absolvovanie psychoprofylaktickej prípravy k pôrodu (viz tab. č. 8).

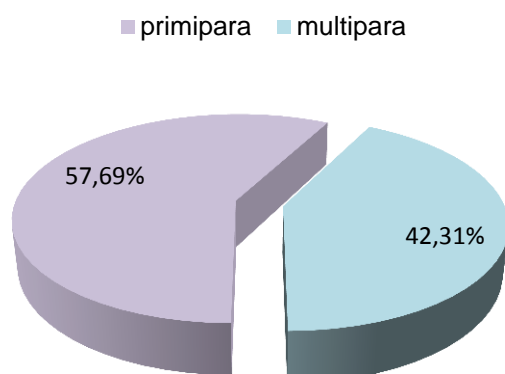
Zmyslom detailného rozboru dokumentácie bolo objasniť konkrétne dôvody vyslovenej indikácie. Najčastejším dôvodom ukončenia tehotenstva cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie bol strach z vaginálneho pôrodu (26 žien) – viz graf č. 7. Z toho bolo 15 žien nulipar a 11 multipar, ktoré prežili nepríjemný zážitok z komplikovaného predchádzajúceho pôrodu a odmietali ďalší vaginálny pôrod (viz graf č. 8)

Graf č. 7: Zastúpenie žien podľa strachu z vaginálneho pôrodu



Graf č. 8: Zastúpenie žien podľa strachu z vaginálneho pôrodu v závislosti na parite

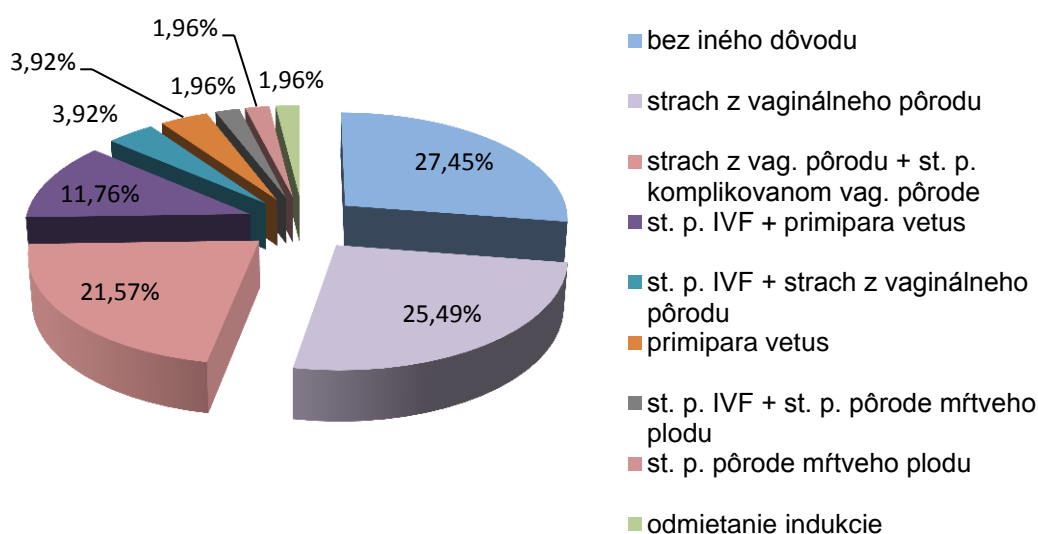
Strach z vaginálneho pôrodu v závislosti na parite



Šesť žien rodilo cisársky rezom z psychosociálnej indikácie kvôli kombinácii vyššieho veku a tehotenstva po umelom oplodnení, dve kvôli stavu po umelom oplodnení v kombinácii so strachom z vaginálneho pôrodu a dve ženy kvôli kombinácii vyššieho veku a prvého tehotenstva. V jednom prípade bola pôvodnou indikáciou poloha panvovým koncom, ktorá už pri prijíme pacientky neplatila a pacientka odmietala vaginálny pôrod a indukciu. Súčasťou indikácie dvoch žien bol predchádzajúci pôrod mŕtveho plodu, z toho jednej v kombinácii s tehotenstvom po IVF. Psychosociálna indikácia bez ďalších okolností, ktoré by opodstatňovali výber spôsobu pôrodu sa vyskytovala v 14 prípadoch.

Graf č. 9: Zastúpenie dôvodov psychosociálnej indikácie

Dôvody psychosociálnej indikácie



Plánovaný cisársky rez v určený deň bol nakoniec uskutočnený 41 ženám, 10 žien prišlo na pohotovosť z iného dôvodu skôr než bol plánovaný príjem a cisársky rez tak bol uskutočnený akútne/subakútne. Podrobnejším rozborom dokumentácie som zisťovala okolnosti situácie v priebehu prijatia a hospitalizácie pacientky. Všetky ženy, ktoré prišli k plánovanému výkonu spolupracovali a v záznamoch o priebehu hospitalizácie nebol žiadny zápis o horšej spolupráci. Päť z desiatich žien, ktoré prišli pred stanoveným termínom ukončenia z iného dôvodu, bolo úzkostných, odmietali vaginálny pôrod a bola s nimi ťažká spolupráca. Jedna žena bola odoslaná z prenatálnej ambulancie kvôli nepriaznivému ultrazvukovému nálezu a zvyšujúcej sa úzkosti pacientky.

Predpôrodná príprava bola jedným zo sledovaných parametrov, avšak z celkového počtu 51 žien, 27 žien nemalo v pôrodníckej dokumentácii o absolvovaní prípravy k pôrodu akýkoľvek záznam, 22 žien malo záznam o jej neabsolvovaní a len 2 ženy sa zúčastnili predpôrodných prednášok.

Tabuľka č. 8: Prehľad sledovaných subjektov podľa konečnej indikácie, súvisiacich faktorov v čase príjmu a absolvovania predpôrodnej prípravy

Subjekt	Indikácia	Súvisiace faktory	Predpôrodná príprava
1	psychosociálna		nezadané
2	psychosociálna	pôvodná indikácia - PPKP, pri prijme poloha PPHL, pacientka odmieta vag. pôrod, preferuje SC	nezadané
3	psychosociálna tokofóbia	príjem pre odtok plodovej vody a kontrakcie, pacientka nezvláda bolesti, je úzkostná a nespupracuje	nezadané
4	psychosociálna strach z vaginálneho pôrodu	príjem pre podozrenie na odtok plodovej vody, pacientka je úzkostná	0
5	psychosociálna obava z vaginálneho pôrodu veľkého plodu (4100 g)	príjem pre podozrenie na odtok plodovej vody, pacientka nespupracuje	nezadané
6	psychosociálna obava z vaginálneho pôrodu veľkého plodu (4600 g) a strach o zdravie dieťaťa	príjem pre jednorazové zašpinenie	0
7	psychosociálna	príjem pre odtok plodovej vody	nezadané
8	psychosociálna		0
9	psychosociálna		0

	strach vaginálneho pôrodu		
10	psychosociálna		nezadané
11	psychosociálna		nezadané
	strach z vaginálneho pôrodu		
12	psychosociálna	pohovor s pôrodníkom – pacientka st.p. komplikovanom pôrode obava z vaginálneho pôrodu väčšieho plodu (3600 g)	nezadané odmieta indukciu pôrodu
13	psychosociálna		0
	strach z vaginálneho pôrodu		
14	psychosociálna		0
15	psychosociálna		nezadané
16	psychosociálna	pohovor s pôrodníkom – pac. primipara vetus st. p. IVF	odmieta indukciu 0
17	psychosociálna		0
	obava z vaginálneho pôrodu väčšieho plodu (3600 g, rodička má 154 cm)		
18	psychosociálna	pohovor s pôrodníkom – pac. st. p. komplikovanom vag. pôrode obava z vaginálneho pôrodu	odmieta indukciu nezadané
19	psychosociálna		nezadané
20	psychosociálna	príjem pre podozrenie na odtok obava z vaginálneho pôrodu st. p IVF	plodovej vody nezadané
21	psychosociálna	st. p. komplikovaných vag. pôrodoch strach z vaginálneho pôrodu	0
22	psychosociálna	st. p. IVF primipara vetus	0
23	psychosociálna	príjem pre kontrakcie a pokročilý st, p. komplikovanom vag. pôrode strach z vaginálneho pôrodu	vag. nezadané nález – pacientka má strach, je úzkostná, odmieta vag. pôrod
24	psychosociálna	st. p. komplikovanom vag.	0

	pôrode strach z vaginálneho pôrodu		
25	psychosociálna st. p. komplikovanom vag. pôrode strach vaginálneho pôrodu	príjem pre odtok plodovej vody, pacientka je úzkostná, odmieta vag. pôrod	nezadané
26	psychosociálna primipara vetus st. p. IVF		0
27	psychosociálna primipara vetus		prednášky
28	psychosociálna		nezadané
29	psychosociálna primipara vetus st.p. IVF		0
30	psychosociálna		nezadané
31	psychosociálna st. p. pôrode mŕtveho plodu		nezadané
32	psychosociálna primipara vetus st. p. IVF		0
33	psychosociálna primipara vetus st. p. opakovanom IVF		nezadané
34	psychosociálna st, p. komplikovanom vag. pôrode strach z vaginálneho pôrodu úzkostné stavy so somatizáciou (bez terapie)		0
35	psychosociálna		nezadané
36	psychosociálna st. p. pôrode mŕtveho plodu st. p. IVF	príjem z prenatálnej ambulancie – na UZV vyšetrení viditeľný pupočník okolo krku, výrazne úzkostná pacientka	0
37	psychosociálna		0
38	psychosociálna strach z vaginálneho pôrodu st. p. IVF		0
39	psychosociálna st. p. komplikovanom vag.		0

	pôrode obava z vaginálneho pôrodu		
40	psychosociálna tokofóbia		nezadané
41	psychosociálna primipara vetus		nezadané
42	psychosociálna tokofóbia		nezadané
43	psychosociálna		nezadané
44	psychosociálna		nezadané
45	psychosociálna strach z vaginálneho pôrodu		nezadané
46	psychosociálna strach z vaginálneho pôrodu		nezadané
47	psychosociálna	príjem pre nepravidelné bolesti	nezadané
48	psychosociálna strach z vaginálneho pôrodu		prednášky
49	psychosociálna st. p. veľkom pôrodnom poranení strach z vaginálneho pôrodu		0
50	psychosociálna st. p. komplikovanom vag. pôrode strach z vaginálneho pôrodu		0
51	psychosociálna st. p. komplikovanom vag. pôrode strach z vaginálneho pôrodu		0

4.1.3 Cieľ 3

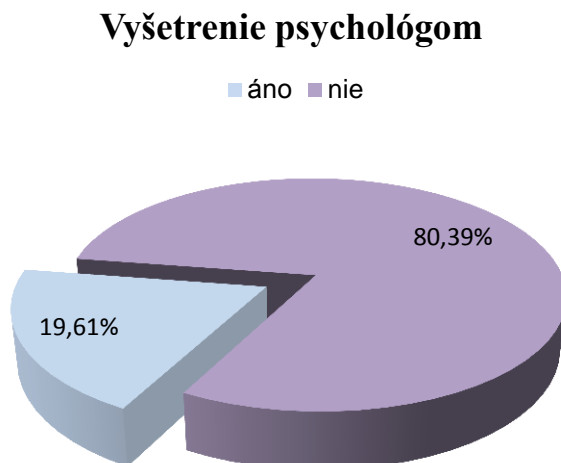
Zistiť prítomnosť odborného vyšetrenia k potvrdeniu psychosociálnej indikácie k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom

K splneniu tretieho cieľa bola skúmaná prítomnosť záznamu vyšetrenia psychológom s odporúčaním k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom. Údaje zobrazuje tabuľka č. 9.

Z celkového počtu 51 malo 10 žien (19,61 %) konzultáciu s psychológom (viz graf č. 10). Strach z pôrodu bol z celkového počtu 26 žien indikovaný v 10 prípadoch psychológom a v 16 prípadoch pôrodníkom (viz graf č. 11). Všetky ženy, ktoré podstúpili odborné

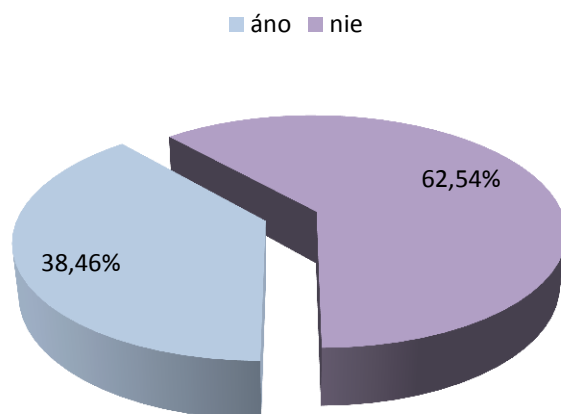
vyšetrenie psychológom boli nulipary. Ženy, ktoré mali komplikovaný predchádzajúci pôrod (11 žien) a ženy s predchádzajúcim pôrodom mŕtveho plodu (2 ženy) neabsolvovali psychologické vyšetrenie, cisársky rez bol indikovaný len pôrodníkom.

Graf č. 10: Zastúpenie vyšetrenia žien psychológom



Graf č. 11: Zastúpenie vyšetrenia žien so strachom z pôrodu

Vyšetrenie psychológom pri strachu z pôrodu

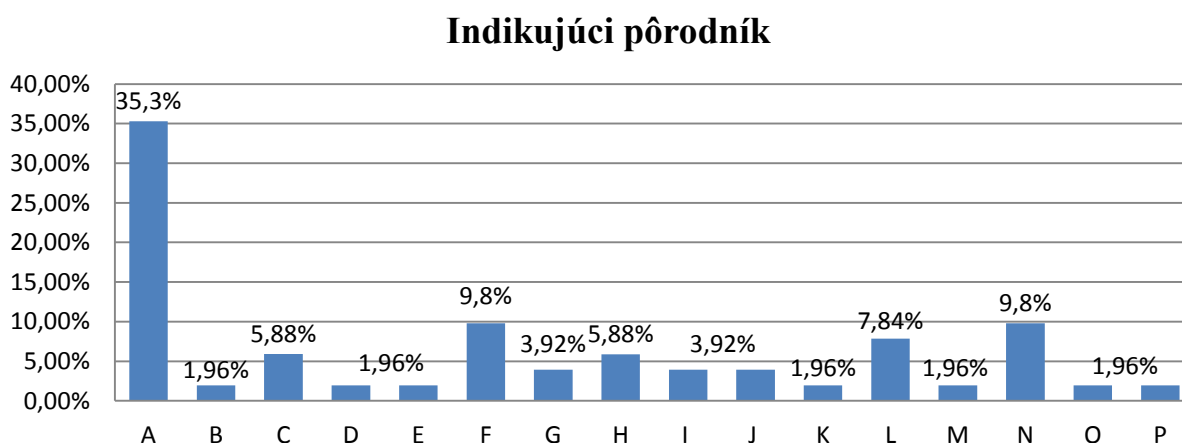


4.1.4 Cieľ 4

Zistiť vzťah medzi indikovaním cisárskeho rezu z psychosociálneho dôvodu a indikujúcim pôrodníkom

V súvislosti s názorom, že psychosociálna indikácia je v mnohých prípadoch ovplyvnená samotným pôrodníkom, jeho skúsenosťami, zručnosťami a vonkajšími vplyvmi v podobe ekonomických a organizačných faktorov či obáv a želaní rodičky a jej rodiny, bola táto skutočnosť skúmaná v konkrétnej vzorke žien. Pôrodníci, ktorý indikovali cisársky rez sú v tabuľke č. 9 označení písmenami abecedy A – P. V našej skupine subjektov je jednoznačná prevaha jedného indikujúceho pôrodníka (A), ktorý v 18 prípadoch (35,3 %) z 51 indikoval cisársky rez z psychosociálnej indikácie. Zvyšný počet 33 pacientok bol rozdelený medzi 15 pôrodníkov (viz graf č. 12)

Graf. č. 12: Zastúpenie indikujúcich pôrodníkov



Tabuľka č. 9: Prehľad sledovaných subjektov podľa odborného vyšetrenia psychológom a indikujúceho pôrodníka

Subjekt	Vyšetrenie psychológom	Indikujúci pôrodník
1	nie	A
2	nie	A
3	áno – tokofóbia, voľná indikácia k SC	B
4	áno – strach z vaginálneho pôrodu a možných komplikácií, brat pacientky má mentálne následky po komplikovanom vaginálnom pôrode	C
5	nie	D
6	nie	E
7	nie	A
8	nie	F

9	áno – strach z vaginálneho pôrodu	F
10	nie	G
11	áno – strach z vaginálneho pôrodu	H
12	nie	H
13	áno – strach z vaginálneho pôrodu a zdravie dieťaťa (hydronefróza plodu)	I
14	nie	A
15	nie	A
16	nie	A
17	nie	J
18	nie	A
19	nie	A
20	nie	K
21	nie	A
22	nie	A
23	nie	L
24	nie	M
25	nie	I
26	nie	J
27	nie	N
28	nie	A
29	nie	L
30	nie	A
31	nie	N
32	nie	N
33	nie	A
34	nie	L
35	nie	A
36	nie	O
37	nie	H
38	áno – strach z vaginálneho pôrodu a zdravie dieťaťa	F
39	nie	F
40	nie	A
41	nie	A
42	áno - tokofóbia	N
43	nie	A
44	nie	L
45	áno – strach z vaginálneho pôrodu	G
46	áno – strach z vaginálneho pôrodu	C
47	nie	A

48	áno – strach z vaginálneho pôrodu, praje si zástavu laktácie	P
49	nie	F
50	nie	N
51	nie	C

4.1.5 Cieľ 5

Na základe získaných dát charakterizovať psychosociálnu indikáciu k cisárskemu rezu

Zozbieraním a spracovaním údajov o ženách, ktoré rodili cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie som zistila, že v danej indikácii prevláda psychologická alebo sociálna zložka. Psychologická je spájaná s úzkosťou, strachom, obavami z vaginálneho pôrodu ako takého, z pôrodu väčšieho plodu, z komplikácií, strachom o zdravie dieťaťa. V prípade multipár prevláda trauma z prechádzajúceho komplikovaného pôrodu a odmietanie ďalšieho vaginálneho pôrodu a riziko opakovania problémov. Sociálna zložka zahŕňa vyšší vek matky a prvé dieťa, často v kombinácii s umelým oplodnením. Faktorom je aj nedostatočná predpôrodná príprava tehotnej, ktorá by sprostredkovala množstvo potrebných informácií, vyvrátila falošné predstavy o pôrode a poskytla dostatočnú podporu rodičke. Na základe informácií v skúmanej vzorke by sme mohli psychosociálnu indikáciu rozdeliť do niekoľkých skupín:

- psychosociálna indikácia ako výsledok strachu z neznámej situácie – primipary sa zo strachu častejšie prikláňajú k cisárskemu rezu. Cisársky rez, ktorý je možné naplánovať, je pre nich prijateľnejšia voľba ako vaginálny pôrod, ktorého priebeh sa nedá plne kontrolovať. Nedá sa povedať ako dlho bude trvať, aká intenzívna bude bolesť alebo či vzniknú komplikácie, čo je zdrojom strachu z vaginálneho pôrodu.
- psychosociálna indikácia ako výsledok traumatizujúceho zážitku z predchádzajúceho pôrodu – po pôrode v anamnéze, počas ktorého vznikli komplikácie ohrozujúce plod, matku či oboch alebo po pôrode mŕtveho plodu je nutné očakávať istý stupeň psychickej traumatizácie matky. V niektorých prípadoch môžu spomienky na udalosť negatívne ovplyvniť pohľad na vaginálny pôrod, čo má za výsledok to, že sa mu chce žena vyhnúť.
- psychosociálna indikácia ako výsledok prvého tehotenstva vo vyššom veku – pre ženy vyššieho veku môže byť ich prvé tehotenstvo aj posledné a preto môžu pociťovať

obavy z vaginálneho pôrodu z hľadiska možných komplikácií aj keď v anamnéze nie je žiadna kontraindikácia.

- psychosociálna indikácia ako výsledok tehotenstva po IVF – k umelému oplodneniu sa prikláňajú ženy infertilné či sterilné, väčšinou už vyššieho veku. Môže to byť posledná šanca na tehotenstvo a pôrod dieťaťa z čoho plynie túžba po nekomplikovanom priebehu pôrodu, ktorý zveria do rúk pôrodníka a prikláňajú sa tak k cisárskemu rezu.
- psychosociálna indikácia bez zjavného dôvodu – v tomto prípade by sa dalo polemizovať o validite indikácie a uvažovať o tom, či dôvodom cisárskeho rezu nebolo pranie pacientky. V tejto kategórii indikácie pravdepodobne závisí aj na indikujúcom pôrodníkovi. Otázkou je prečo zdravá mladá žena bez obmedzení k vaginálnemu pôrodu volí radšej variantu veľkej brušnej operácie ako pôrod prirodzenou cestou, čo nie je predmetom tohto výskumu a vyžadovalo by ďalšie skúmanie.

4.2 Potvrdenie hypotéz

Na spracovanie štatistických údajov bol použitý štatistický program Statistica 13. Použité boli kontingenčné tabuľky s hodnotami počet (N) a percento (%). K výpočtu pravdepodobnosti bol použitý Fisherov exaktný test.

4.2.1 Hypotéza 1

Predpokladám vyšší podiel žien vo veku 35 a viac rokov po umelom oplodnení ako žien vo veku pod 35 rokov

Tabuľka č. 10: Zastúpenie žien vo vzťahu veku a IVF oplodnenia

vek	IVF				celkom počet	celkom %
	nie počet	%	áno počet	%		
<35	24	47,1%	2	3,9%	26	51,0%
≥35	18	35,3%	7	13,7%	25	49,0%
Celkový súčet	42	82,4%	9	17,6%	51	100,0%

Tabuľka č. 11: Vzťah veku a IVF

	<35	≥35	celkom	
počet N nie		24	18	42
riadková %	47,059%	35,294%	82,353%	
počet N áno		2	7	9
riadková %	3,922%	13,725%	17,647%	
celkom	26	25	51	
celková%	50,980%	49,020%	100%	
Fisher exact test				p= 0,0613

Starší vek matky a potreba umelého oplodnenia sú dva silné psychosociálne faktory, ktoré ovplyvňujú ukončenie tehotenstva cisárskym rezom bez medicínskeho dôvodu. Hypotéza predpokladá vzťah medzi týmito dvoma faktormi. Hodnota p – value je 0,0613 (viz tab. č. 11), a teda nie je štatisticky signifikantný rozdiel medzi ženami po IVF vo veku 35 a viac rokov a mladšími ženami. Hypotéza sa nepotvrdila.

4.2.2 Hypotéza 2

Predpokladám vyšší podiel žien vo veku 35 a viac rokov so strachom z pôrodu ako žien vo veku pod 35 rokov

Tabuľka č. 12: Zastúpenie žien vo vzťahu k veku a strachu z pôrodu

vek	strach z pôrodu				celkom počet	celkom %
	nie počet	%	áno počet	%		
<35	13	25,5%	13	25,5%	26	51,0%
≥35	12	23,5%	13	25,5%	25	49,0%
celkový súčet	25	49,0%	26	51,0%	51	100,0%

Tabuľka č. 13: Vzťah veku a strachu z pôrodu

	<35	≥35	celkom	
počet N nie		13	12	25
riadková %	25,490%		23,529%	49,020%
počet N áno		13	13	26
riadková %	25,490%		25,490%	50,980%
celkom		26	25	51
celková%	50,980%		49,020%	100%
Fisher exact test				p= 0,5545

Hypotéza predpokladá že ženy vyššieho veku budú viac pociťovať strach z pôrodu než ženy mladšie. Podľa výsledkov - $p=0,5545$ (viz tab. č. 13) môžeme povedať, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi týmito dvoma premennými. Hypotéza sa nepotvrdila.

4.2.3 Hypotéza 3

Predpokladám vyšší podiel vysokoškolsky vzdelaných žien so strachom z pôrodu ako žien so stredoškolským vzdelaním

Tabuľka č. 14: Zastúpenie žien vo vzťahu k dosiahnutému vzdelaniu a strachu z pôrodu

vzdelanie	strach z pôrodu		celkom počet		celkom %	
	nie počet	%	áno počet	%		
stredoškolské bez maturity	1	2,0%	0	0,0%	1	2,0%
stredoškolské s maturitou	6	11,8%	8	15,7%	14	27,5%
vysokoškolské	18	35,3%	18	35,3%	36	70,6%
celkový súčet	25	49,0%	26	51,0%	51	100,0%

Tabuľka č. 15: Vzťah dosiahnutého vzdelania a strachu z pôrodu

	stredoškolské	vysokoškolské	celkom
počet N nie	7	18	25
riadková %	13,725%	35,294%	49,020%
počet N áno	8	18	26
riadková %	15,686%	35,294%	50,980%
celkom	15	36	51
celková%	29,412%	70,588%	
Fisher exact test			p= 0,5362

Predpokladaný štatisticky signifikantný rozdiel medzi vyšším vzdelaním sledovaných žien a strachom z pôrodu sa nepotvrdil. Hodnota p – value je 0,5362 (viz tab. č. 15), hypotéza sa teda nepotvrdila a nedá sa povedať, že existuje štatisticky významný rozdiel medzi skupinou žien s vysokoškolským a stredoškolským vzdelaním vo vzťahu k strachu z pôrodu.

4.2.4 Hypotéza 4

Predpokladám vyšší podiel nulipar so strachom z pôrodu ako multipar

Tabuľka č. 16: Zastúpenie žien vo vzťahu k parite a strachu z pôrodu

parita	strach z pôrodu		áno		celkom počet	Celkom%
	nie počet	%	počet	%		
nulipara	23	45,1%	15	29,4%	38	74,5%
multipara	2	3,9%	11	21,6%	13	25,5%
celkový súčet	25	49,0%	26	51,0%	51	100,0%

Tabuľka č. 17: Vzťah parity a strachu z pôrodu

	nulipara	multipara	celkom
počet N áno	15	11	26
riadková %	29,412%	21,569%	50,980%
počet N nie	23	2	25
riadková %	45,098%	3,922%	49,020%
celkom	38	13	51
Celková%	74,510%	25,490%	100%
Fisher exact test			p= 0,0054

Vzhľadom na potenciálne malé množstvo informácií a strach z neznámeho zážitku bol predpokladaný väčší podiel nulipar so strachom z pôrodu než multipar. Predpoklad sa potvrdil, s hodnotou $p=0,0054$ (viz tab. č. 17) sa hypotéza považuje za potvrdenú.

4.2.5 Hypotéza 5

Predpokladám, že ženy so strachom z pôrodu viac využívajú pomoc psychológa ako ženy, ktorých strach nebol súčasťou psychosociálnej indikácie

Tabuľka č. 18: Zastúpenie žien vo vzťahu k strachu z pôrodu a potrebe psychológa

strach z pôrodu	psychológ		nie		celkom počet	celkom %
	áno	%	počet	%		
nie	0	0,0%	25	49,0%	25	49,0%
áno	10	19,6%	16	31,4%	26	51,0%
celkový súčet	10	19,6%	41	80,4%	51	100,0%

Tabuľka č. 19: Vzťah strachu z pôrodu a psychológa

	strach z pôrodu		celkom
	nie	áno	
počet N bez potreby psychológa	25	16	41
riadková %	49,020%	31,373%	80,392%
počet N potreba psychológa	0	10	10
riadková %	0,000%	19,608%	19,608%
celkom	25	26	51
celková %	49,020%	50,980%	
Fisher exact test			p= 0,0004

Hypotéza predpokladá, že ženy trpiace strachom z pôrodu viac využívajú konzultácie psychológa. Hodnota p – value je 0,0004 (viz tab. č. 19), vzťah medzi strachom z pôrodu a potrebou psychologického konzília je vysoko signifikantný.

4.2.6 Hypotéza 6

Predpokladám, že nulipary viac využívajú pomoc psychológa ako multipary

Tabuľka č. 20: Zastúpenie žien vo vzťahu k parite a potrebe psychológa

parita	potreba psychológa				celkom počet	celkom %
	áno		nie			
	počet	%	počet	%		
nulipara	10	19,6%	28	54,9%	38	74,5%
multipara	0	0,0%	13	25,5%	13	25,5%
celkový súčet	10	19,61%	41	80,39%	51	100,00%

Tabuľka č. 21: Vzťah parity a potreby psychológa

	nulipara	multipara	celkom
počet N bez potreby psychológa	28	13	41
riadková %	54,902%	25,490%	80,392%
počet N potreba psychológa	10	0	10
riadková %	19,608%	0,000%	19,608%
celkom	38	13	51
Celková%	74,510%	25,490%	100%
Fisher exact test			p= 0,0370

Z dôvodu častejšieho strachu z prvého pôrodu som predpokladala aj častejšie využívanie psychologickéj pomoci. Táto hypotéza sa s hodnotu pravdepodobnosti 0,0370 (viz tab. č. 21) potvrdila.

DISKUSIA

Výskum sa zaoberá problematikou cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie. Pomocou retrospektívnej štúdie 51 žien rodiacich v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe v roku 2019 sa hľadali najčastejšie psychologické a sociálne faktory, ktoré ovplyvňujú rozhodovanie o ukončení tehotenstva z inej ako medicínskej indikácie.

Vzhľadom na socioekonomický status sme na začiatku výskumu predpokladali vyšší počet žien s vekom 35 rokov a viac, čo sa nakoniec nepotvrdilo. Túto skupinu reprezentovalo 25 žien z 51 (49,02%). Vyšší vek by sám o sebe nemal byť indikáciou k cisárskemu rezu. V každom prípade sa s vekom spájajú ďalšie psychosociálne faktory, ktoré ovplyvňujú konečné rozhodnutie o spôsobe pôrodu. Vek ženy súvisí so schopnosťou otehotnieť a celkovým prežívaním tehotenstva a pôrodu, s čím môže byť spojený výraznejší strach z pôrodu a strach o dieťa. (53) S prihliadnutím k týmto skutočnostiam som sledovala vzťah vyššieho veku a otehotnenia po IVF. Hypotéza predpokladala vyšší počet žien s vekom 35 a viac, ktoré podstúpili umelé oplodnenie ($p=0,0613$) Zisťoval sa aj vzťah vyššieho veku a strachu z pôrodu. Predpokladom bol vyšší počet žien s vekom 35 a viac so strachom z pôrodu ($p=0,5545$). Hypotézy sa nepotvrdili. Zdroje popisujú ženy preferujúce primárny cisársky rez z vyšších socioekonomických vrstiev a s vyšším vzdelaním. (54, 55) Z tohto dôvodu som predpokladala vyšší počet vysokoškolsky vzdelaných žien v sledovanej skupine. Z celkového počtu bolo 36 žien (70,%) s vysokoškolským vzdelaním, predpoklad bol teda správny. Skúmaný bol aj vzťah medzi vzdelaním a strachom z pôrodu, ktorý sa ukázal ako štatisticky nevýznamný ($p=0,5362$).

Najčastejším faktorom psychosociálnej indikácie bol strach z vaginálneho pôrodu. Podľa mnohých štúdií je patologický strach z pôrodu čoraz častejším fenoménom. Prevalencia sa líši medzi rôznymi štúdiami, z dôvodu rozdielnych definícií konceptu strachu, rozdielneho merania úrovne strachu a kultúrneho kontextu. Švédska štúdia ukázala, že 9 – 11% žien trpí výrazným strachom z pôrodu a väčšine žien nie je tento problém identifikovaný na začiatku tehotenstva. Ukázalo sa, že výrazný strach z pôrodu zvyšuje počet elektívnych cisárskych rezov. (56) Nórske štúdie ukázali, že asi 8% žien trpí závažným strachom z pôrodu a 17 žien z 134 (12,7%), ktoré podstúpili primárny cisársky rez mali v tejto štúdii ako dôvod strach. (39) Írske výskumy zistili patologický strach z pôrodu u 5,3% žien a vysoký level strachu z pôrodu u 36,7 %. (57) Štúdia zahrňujúca tehotné ženy navštevujúce prenatálne poradne v Keni zistila, že približne 29,5 % žien má nízky level strachu z pôrodu, 22,1 % vysoký level strachu a 8% žien trpí patologickým strachom z pôrodu. (58) V mojej štúdii 26 žien z 51

(50,98%) udávalo strach z pôrodu a vyžadovalo pôrod cisárskym rezom. Potvrdil sa tak môj predpoklad tokofóbie ako najčastejšej príčiny. Vzťah medzi paritou a strachom z pôrodu je štatisticky významný ($p=0,0054$). Hypotéza, že v skúmanej vzorke sa vaginálneho pôrodu obávajú viac nulipary ako multipary sa teda potvrdila. Ďalšími faktormi, ktoré rozhodujú o ukončení tehotenstva z psychosociálnej indikácie boli vyšší vek rodičky, tehotenstvo po IVF, negatívna skúsenosť z predchádzajúceho pôrodu v zmysle komplikácií či pôrodu mŕtveho plodu. Závěry iných štúdií potvrdzujú výsledky tohto výskumu. (53, 54)

Vzhľadom na odborné vyšetrenie psychológom som predpokladala väčšinu žien bez konzultácie. Z celkového počtu 51 podstúpilo konzultáciu 10 žien (19,61%). Z 26 žien, ktoré sa obávali vaginálneho pôrodu podstúpilo psychologické vyšetrenie 10 žien (38,46%). Všetky ženy, ktoré podstúpili psychologické vyšetrenie boli nulipary, čo potvrdzuje aj hypotézu. Hypotéza predpokladala, že nulipary viac využívajú pomoc psychológa ako multipary ($p=0,0370$). Zároveň bol v ďalšej hypotéze vyslovený predpoklad, že ženy s výrazným strachom z pôrodu budú viac využívať pomoc psychológa než ženy, ktorých strach nebol súčasťou psychosociálnej indikácie. Hypotéza sa potvrdila ($p=0,004$). Ostatné ženy boli k cisárskemu rezu indikované len pôrodnikom bez spolupráce s psychológom. Zaujímavé sú výsledky švédskej štúdie žien so strachom z pôrodu. Konzultácie s psychológom sa neukázali ako efektívne v zmysle zníženia počtu plánovaných cisárskych rezov. Na druhej strane podporuje názor, že konzultácie sú vhodnou metódou ako ženám s obavami a úzkosťou pomôcť prežiť pôrod v takej podobe, akú si vybrala žena. (56)

Mnoho výskumov sa zaoberá vzťahom cisársky rez z psychosociálnej indikácie verzus cisársky rez na pranie. Táto téma je diskutabilná, ale čím viac pribúda cisárskych rezov bez medicínskej indikácie, tým je viac rozoberaná. Podľa niektorých názorov je cisársky rez na pranie jednoduché schovať pod indikáciu psychosociálnu. (55) Otázkou je, či je profesionálne korektné zastierať skutočný dôvod vymyslenou indikáciou. V mojej štúdií až 14 žien z 51 (27,45%) nemalo k operačnému výkonu, okrem konečnej psychosociálnej indikácie, iné dôvody. V anamnéze neboli prítomné psychologické ani sociálne faktory, ktoré by opodstatňovali danú indikáciu, preto môžeme uvažovať nad tým, či cisársky rez bol na pranie pacientky. Právne a eticky nie je táto záležitosť riadne opatrená. Podľa FIGO odporúčaní nie je cisársky rez z inej ako medicínskej indikácie eticky zdôvodniteľný. (46) V každom prípade závisí na individuálnom názore pôrodnika a jeho rozhodnutí, či takýto cisársky rez vykoná. V súvislosti s indikujúcim pôrodnikom som predpokladala prevahu jedného pôrodnika, ktorá sa potvrdila. Osemnásť žien (35,3%) bolo indikovaných rovnakým pôrodnikom, v 10 prípadoch bez udania ďalšieho dôvodu.

Psychoprofylaktická príprava pomáha ženám účinne kontrolovať úzkosť, obavy a prirodzený strach, ktoré sa viažu na tehotenstvo a pôrod. Edukácia, dostatočné množstvo informácií a efektívny nácvik relaxačných techník sú základom pre zníženie strachu z pôrodu, pôrodnej bolesti a o zdravie dieťaťa. (56, 59, 60) Strach z pôrodu bol najčastejším dôvodom psychosociálnej indikácie k elektívnemu cisárskemu rezu, a preto by sa mu mala v praxi venovať väčšia pozornosť. Tento problém by sa mal včas identifikovať v prenatálnych ambulanciách a následne riešiť okrem pohovoru s pôrodníkom a pôrodnou asistentkou aj konzultáciou s psychológom. Rovnako dôležité je upriamiť pozornosť na ženy s ďalšími rizikovými psychosociálnymi faktormi (psychické problémy v anamnéze, nulipary vyššieho veku, ženy po IVF, multipary po komplikovanom predchádzajúcom pôrode).

Limity výskumu

Výskum prebiehal na malej vzorke 51 žien, ktoré rodili cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie za rok 2019 v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe. Východiskový počet pôrodov za rok 2019 bol 4821, z toho 1676 cisárskych rezov. Výsledky by boli štatisticky významnejšie pri sledovaní väčšieho počtu žien z rôznych zariadení. Časový faktor však nedovoľoval vyhľadávanie psychosociálnej indikácie vo väčšej východiskovej vzorke. Cieľom práce bolo objasniť psychosociálne faktory, ktoré ovplyvňujú rozhodovanie o ukončení tehotenstva cisárskym rezom, čo sa v prípade väčšiny sledovaných subjektov podarilo. Hlbšie porozumenie týchto faktorov by mohlo poskytnúť ďalšie dotazníkové šetrenie či kvalitatívna štúdia vo forme rozhovorov. Závery tejto diplomovej práce je preto nutné interpretovať s opatrnosťou a s ohľadom na zmienené obmedzenia.

ZÁVER

Diplomová práca sa zaoberá problematikou cisárskeho rezu z psychosociálnej indikácie. Tento fenomén v súčasnej dobe stále rastie, ženy majú veľké obavy z pôrodu, nechávajú tehotenstvo na vyšší vek, sú viac využívané IVF metódy oplodnenia, pribúdajú psychické poruchy a tým prispieva k zvyšujúcemu sa číslu vykonaných cisárskych rezov.

Prvým cieľom práce bolo zistiť percentuálne zastúpenie cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie za rok 2019 v Ústave pro péči o matku a dítě v Prahe. Vylúčením všetkých ostatných indikácií som zistila výslednú hodnotu 3,04% psychosociálnych indikácií. Druhým cieľom bolo zistiť prítomnosť psychologických a sociálnych faktorov, ktoré určujú ukončenie tehotenstva cisárskym rezom z psychosociálnej indikácie. Najčastejšie sa vyskytoval strach z pôrodu u nulipar (25,49%), strach z pôrodu u multipar po predošlom komplikovanom vaginálnom pôrode (21,57%) a kombinácia staršej nulipary a stavu po umelom oplodnení (11,76%). Zjavný dôvod operačného ukončenia nebol prítomný v 27,45%. Ďalším cieľom bolo zistiť podiel žien, ktoré v rámci psychosociálnej indikácie podstúpili konzultácie s odborníkom z oblasti psychológie. Z celkového počtu podstúpilo psychologické vyšetrenie 19,61% žien, vo vzťahu k strachu z pôrodu bol výsledný podiel 38,46%. Pri skúmaní vzťahu medzi počtom cisárskych rezov z psychosociálnej indikácie a indikujúcim pôrodníkom som zistila jasnú prevahu jedného pôrodníka, ktorý indikoval 35,3% všetkých operácií. Na základe výsledkov a splnením posledného cieľa som psychosociálnu indikáciu rozdelila do piatich skupín: psychosociálna indikácia ako výsledok strachu z neznámej situácie, ako výsledok traumatizujúceho zážitku z predchádzajúceho pôrodu, ako výsledok prvého tehotenstva vo vyššom veku, ako výsledok tehotenstva po IVF a psychosociálna indikácia bez zjavného dôvodu.

ZOZNAM LITERATÚRY

1. ROZTOČIL A. ET AL. 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN: 978-80-247-5753-7.
2. DVOŘÁKOVÁ V. Historie porodů císařským řezem. *Logos polytechnikos* [online]. 2013, 4 (1): 25 – 31 [cit 16.9. 2019]. Dostupné z: file:///C:/Users/ntb/Downloads/logos%201_2013_final_Web.pdf
3. DOLEŽAL A. 2008. Historie císařského řezu do XX. století. *Moderní gynekologie a porodnictví. Císařský řez*. Praha: Levret. 17 (1): 5 – 11. ISSN: 1211-1058.
4. KŘEPELKA P. Císařský řez – Historie, současnost a chirurgický minimalismus. *Sanquis* [online]. 2008, 57: 84 – 87 [cit 16.9. 2019]. Dostupné z: http://www.address.cz/data/www.sanquis.cz/articles/files/57_84-87_cisarsky_rez.pdf
5. HÁJEK Z, ČECH E, MARŠÁL K. A KOL. 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 580 s. ISBN: 978-80-247-4529-9.
6. DOLEŽAL A. ET AL. 2007. *Porodnické operace*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN: 978-80-247-0881-2.
7. ROZTOČIL A. 2008. Iterativní císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví. Císařský řez*. Praha: Levret. 17 (1): 85 – 88. ISSN: 1211-1058.
8. MĚCHUROVÁ A. 2008. Metody provedení císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví. Císařský řez*. Praha: Levret. 17 (1): 37 – 44. ISSN: 1211-1058.
9. VITALE S.G. ET AL. Comparison between modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr techniques for Cesarean section: review of literature. *Journal of Prenatal Medicine* [online]. 2014, 8 (3-4), 36 – 41 [cit 28.12.2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4510561/>
10. MARSHALL J, RAYNOR M. 2014. *Myles Textbook for Midwives*. 16.vyd. London: Churchill Livingstone. 796 s. ISBN: 9708702051456.

11. LIU R, LIN L, WANG D. Antimicrobial prophylaxis in caesarean section delivery. *Experimental a Therapeutic Medicine* [online]. 2016, 12: 961 – 964 [cit 24.9.2019]. Dostupné z: DOI.org/10.3892/etm.2016.3350
12. SMAILL F.M, GRIVELL R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing ifection after cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online]. 2014, 10: 1 – 259 [cit 24.9.2019]. Dostupné z: DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub3
13. ROZTOČIL A. 2008. Pooperační péče po cisářském řezu. *Moderní gykologie a porodnictví. Císářský řez*. Praha: Levret. 17(1): 60 – 69. ISSN: 1211-1058
14. BLÁHA J, NOSKOVÁ P, KLOZOVÁ R, SEIDLOVÁ D, ŠTOURAC P, PAŘÍZEK A. Současné postupy v porodnické anestezii I. – peroperační péče u císařského řezu. *Anest Intenziv Med* [online]. 2013, 24 (2): 91 – 101 [cit 15.12.2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Petr_Stourac2/publication/287306315_Current_Practice_in_obstetric_anaesthesia_I_-_Peri-operative_care_in_Caesarean_Section/links/5677af9708aebcdda0eb37f7.pdf
15. BLÁHA J, KLOZOVÁ R, NOSKOVÁ P, SEIDLOVÁ D, ŠTOURAC P, PAŘÍZEK A. 2015. Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anest. Intenziv. Med*. Praha. 26 (2): 87 – 98. ISSN: 1214-2158.
16. HADI N, HANID A. A. Levender Essence for Post – cesarean Pain. *Pak J Biol Sci* [online]. 2011, 14 (11): 664 – 667 [cit 6.9.2019]. Dostupné z: DOI: 10.3923/pjbs.2011.664.667
17. STEA S, BERAUDI A, De PASQUALE D. Essential Oils for Complementary Treatment of Surgical Patients: State of the Art. *Pain Research and Treatment* [online]. 2016, 13 s. [cit 26.9.2019]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8158693>
18. OLAPOUR A, BEHAEEN K, AKHONDZADEH R, SOLTANI F, RAZAVI F, BEKHRADI R. The Effect of Inhalation of Aromatherapy Blend containing Lavender Essential Oil on Cesarean Postoperative Pain. *Anesth Pain Med* [online]. 2013, 3 (1): 203 – 207 [cit 6.9.2019]. Dostupné z: DOI: 10.5812/aapm.9570

19. ABD-EL-MAUBOUND K.H.I, IBRAHIM M.I, SHALABY D.A.A, FIKRY M.F. Gum chewing stimulates early return of bowel motility after caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2009, 116: 1334 – 1339 [cit 26.9.2019]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02225.x>
20. SHORT V, HERBERT G, PERRY R, ATKINSON C, NESS A.R, PENFOLD C, THOMAS S, ANDERSEN H.K, LEWIS S.J. Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2015, 2: 182 s. [cit 26.9.2019]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006506.pub3>
21. ROZTOČILOVÁ A, ROZTOČIL A. 2008. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví. Císařský řez*. Praha: Levret. 17(1): 70 – 78. ISSN: 1211-1058
22. BINDER T. 2008. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví . Císařský řez* Praha: Levret. 17(1): 89 – 95. ISSN: 1211-1058
23. BLÁHA J, NOSKOVÁ P, KLOZOVÁ R, SEIDLOVÁ D, ŠTOURAC P, PAŘÍZEK A. 2013. Současné postupy v porodnické anestezii II. – celková anestezie u císařského řezu. *Anest. Intenziv. Med.* Praha. 24 (3): 186 – 192. ISSN: 1214-2158.
24. ŠTOURAC P, BLÁHA J, NOSKOVÁ P, KLOZOVÁ R, SEIDLOVÁ D. Současné postupy v porodnické anestezii IV. – anesteziologické komplikace u císařského řezu. *Anest. Intenziv. Med.* [online]. 2014, 25 (2): 123 – 134 [cit 15.12.2019] Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Petr_Stourac2/publication/287384188_Current_practice_in_obstetric_anaesthesia_IV_-_Anaesthesia_complications_in_caesarean_section/links/5677af4b08ae502c99d4ce89/Current-practice-in-obstetric-anaesthesia-IV-Anaesthesia-complications-in-caesarean-section.pdf
25. PAŘÍZEK A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praga: Grada Publishing. 535 s. ISBN: 80-7169-969-1

26. BLÁHA J, NOSKOVÁ P, KLOZOVÁ R, SEIDLOVÁ D, ŠTOURAC P, PAŘÍZEK A. 2014. Současné postupy v porodnické anestezii III. – regionální anestezie u císařského řezu. *Anest. Intenziv. Med.* Praha. 25 (1): 29 – 39. ISSN: 1214-2158.
27. NOSKOVÁ P, BLÁHA J, MANNOVÁ J, SEIDLOVÁ D, ŠTOURAC P. Aplikace epidurální analgezie v porodnictví. *Anest Intenziv Med* [online]. 2019, 30 (1): 9 – 13 [cit 15.12.2019] Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Petr_Stourac2/publication/334480317_Aplikace_epiduralni_analgezie_v_porodnictvi/links/5d2d98cea6fdcc2462e33086/Aplikace-epiduralni-analgezie-v-porodnictvi.pdf
28. KLEMENTOVÁ O, MICHÁLEK P. Lokální anestetika z pohledu anesteziologa. *Klin Farmakol Farm* [online]. 2018, 32 (2): 28 – 32 [cit 15.12.2019] Dostupné z: https://www.klinikafarmakologie.cz/artkey/far-201802-0005_Lokalni_anestetika_z_pohledu_anesteziologa.php
29. MERCIER F.J, AUGE M, HOFFMANN C, FISCHER C, LE GOUEZ A. Maternal hypotension during spinal anesthesia for caesarean delivery. *Minerva anesteziologica* [online]. 2013, 79 (1): 62 – 73 [cit 15.12.2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Frederic_Mercier2/publication/233332650_Maternal_hypotension_during_spinal_anesthesia_for_caesarean_delivery/links/00b7d533972485d5d1000000.pdf
30. ČEPICKÝ P, LÍBALOVÁ Z. 2008. Psychologické aspekty císařského řezu. Císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 17(1), 79 – 84. ISSN: 1211-1058
31. PENNA L, ARULKUMARAN S. Cesarean section for non – medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* [online]. 2003, 82 (3): 399 – 409 [cit 22.12.2019]. Dostupné z: doi: 10.1016/s0020-7292(03)00217-0
32. STØRKSEN ET AL. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2015, 15 (1), 1 – 10 [cit 28.12.2019]. Dostupné z: DOI 10.1186/s12884-015-0655-4
33. ČEPICKÝ P. 2004. Císařský řez na přání a psychosociální indikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví. Kontroverze v gynekologii a porodnictví.* 13(1), 100 – 104. ISSN: 1211-1058
34. MAZÚCHOVÁ L, ŠKODOVÁ Z, KELČÍKOVÁ S, RABÁROVÁ A. 2017. Factors associated with childbirth – related fear among Slovak Women. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2017, 8(4), 742 – 748 [cit 22.12.2019]. ISSN: 2336-3517. Dostupné z: doi: 10.15452/CEJNM.2017.08.0027

35. ROUHE H. ET AL. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2011, 118 (9), 1104 – 1111 [cit 28.12.2019]. Dostupné z: doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x
36. RAUDENSKÁ J, SANTLEROVÁ K, MARUSIČOVÁ P, HANULÍKOVÁ P, AMLEROVÁ J, JAVŮRKOVÁ A. 2014. Strach související s porodní bolestí. *Bolest. Praha*. 17 (3): 105 – 110. ISSN: 1212-0634
37. SIOMA-MARKOWSKA U, ŽUR A, SKRZYPULEC-PLINTA V, MACHURA M, CZAJKOWSKA M. Causes and frequency of tocophobia - own experiences. *Ginekol Pol.* [online]. 2018, 88 (5): 239 – 243 [cit 20.12.2019]. Dostupné z: doi: 10.5603/GP.a2017.0045
38. IZÁKOVÁ Ľ. 2013. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*. 14 (4), 161 – 163. ISSN: 1213-0508
39. PRAŠKO J. ET. AL. 2011. *Klinická psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Tigis. ISBN: 978-80-87323-00-7
40. BAŠKOVÁ M, STRUHÁROVÁ P. Psychoprofylaktická příprava na pôrod – efektivita a význam v pôrodnej asistencii. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2010, 1(3), 83 – 88 [cit 3.1.2020]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2010/03/03.pdf>
41. BAŠKOVÁ M. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN: 978-80-247-5361-4
42. PEŠEK R, PRAŠKO J, ŠTÍPEK P. 2013. *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. 232 s. ISBN: 978-80-262-0501-2
43. BECKOVÁ J.S. 2018. *Kognitivně behaviorální terapie*. 1. vyd. Praha: Triton. 367 s. ISBN: 978-80-7553-525-2
44. ROZTOČIL A. 2004. Císařský řez na přání. *Moderní gynekologie a porodnictví. Kontroverze v gynekologii a porodnictví*. 13(1), 100 – 104. ISSN: 1211-1058.
45. KAUR B. Cesarean Delivery on Maternal Request (CDMR): Do's and Don'ts. *Interventions in Gynaecology & Women's Healthcare* [online]. 2019, 4(1), 344 – 346 [cit 3.1.2020]. ISSN: 2637-4544. Dostupné z: DOI: 10.32474/IGWHC.2019.04.000177
46. CHERVENAK F, MCCULLOUGH L. Current Ethical Challenges in Obstetric and Gynecologic Practice. Research and Education. *FIGO* [online]. 2018. [cit 13.1.2020]. Dostupné z: https://issuu.com/figohq/docs/binder1-dr._frank_chervenak

47. GYHAGEN M, BULLARBO M, NIELSEN T. F, MILSOM I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2013, 120 (2): 144 – 151 [cit 22.12.2019]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03301.x>
48. HANDA V. L, BLOMQUIST J. L, KNOEPP L. R, HOSKEY K. A, MCDEMOTT K. C, MUNOZ A. Pelvic Floor Disorders 5-10 Years After Vaginal or Cesarean Childbirth. *Obstet Gynecol* [online]. 2011, 118 (4): 777 – 784 [cit 22.12.2019]. Dostupné z: doi: 10.1097/AOG.0b013e3182267f2f
49. LIANG C.-C, WU M.-P, LIN S.-J, LIN Y.-R, CHANG S.-D, WANG H.-H. Clinical impact of and contributing factors to urinary incontinence in women 5 years after first delivery. *Int Urogynecol J* [online]. 2013, 21 (1): 99 – 104 [cit 22.12.2019]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00192-012-1855-3
50. FREEMAN R. M. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2013, 120 (2): 137 – 140 [cit 22.12.2019]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12092>
51. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, p. 4730 – 4801. ISSN 1211-1244
52. VYSLOUŽIL M. 2011. Císařský řez, nebo přirozený porod? *Sestra*. 21 (3): 34 – 36. ISSN: 1210-0404
53. YAJUAN Z, SHUANGYUN CH. Psychosocial Factors for Women Requesting Cesarean Section. *International Journal of Clinical Medicine* [online]. 2013 (4): 395 – 399 [cit 4.4.2020]. Dostupné z : <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2013.49071>
54. WIKLUND I, ANDOLF E, HAKAN L, HILDINGSSON I. Indications for cesarean section on maternal request – Guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [online] 2012, 3 (3): 99 – 106 [cit 4.4.2020]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.srhc.2012.06.003
55. PESCHOUT R. 2008. Psychosociální indikace k císařskému řezu. Císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret. 17(1): 85 – 88. ISSN: 1211-1058
56. WALDENSTRÖM U, HILDINGSSON I, RYDING E. L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* [online]. 2006, 113 (6): 638– 46 [cit 4.4.2020]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x

57. O'CONNELL M.A, LEAHY-WARREN P, KENNY L.C, O'NEILL S.M, KHASHAN A.S. The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: A cross-sectional study in Ireland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2019, 98 (8), 1014 – 1023 [cit 1.6.2020]. Dostupné z : <https://doi.org/10.1111/aogs.13599>
58. ONCHONGA D, MOGHADDAM V, KERAKA M, VÁRNAGY Á. Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. 2020 (24): 1 – 18 [cit 4.4.2020]. Dostupné z : doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510
59. TERHI S, HALMESMÄKI E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2003, 82 (3): 201 – 208 [cit 4.4.2020]. Dostupné z : doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x
60. BETRÁN A.P. ET AL. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*. [online]. 2018 (392): 1358 – 1368. [cit 4.5.2020] Dostupné z : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31927-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31927-5/fulltext)

ZOZNAM SKRATIEK

EDA	epidurálna analgéria
EKG	elektrokardiografia
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count
IVF	In vitro fertilizácia
KET	kryoembryotransfér
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
L ₁	prvý lumbálny stavec
L ₂	druhý lumbálny stavec
L ₃	tretí lumbálny stavec
L ₄	štvrtý lumbálny stavec
LMP	lysis manualis placentae
MTHFR	methyléntetrahydrofolátreduktáza
p.n.l.	pred naším letopočtom
PPHL	poloha pozdĺžna hlavičkou
RCUI	revisio cavi uteri
TEN	trombembolická nemoc
TRF	transfúzia
UZV	ultrazvuk
VIP	very important person

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka č. 1: Zastúpenie pôrodov podľa spôsobu vedenia	47
Tabuľka č. 2: Zastúpenie cisárskych rezov podľa naliehavosti výkonu	48
Tabuľka č. 3: Zastúpenie cisárskych rezov podľa indikácie	48
Tabuľka č. 4: Zastúpenie indikácií podľa naliehavosti výkonu	48
Tabuľka č. 5: Prehľad sledovaných subjektov podľa veku, rodinného stavu, vzdelania, zamestnania a sociálnych pomerov	51
Tabuľka č. 6: Prehľad sledovaných subjektov podľa gravidity, parity a týždňa ukončenia tehotenstva	54
Tabuľka č. 7: Prehľad sledovaných subjektov podľa osobnej, gynekologickej a pôrodnickej anamnézy	56
Tabuľka č. 8: Prehľad sledovaných subjektov podľa konečnej indikácie, súvisiacich faktorov v čase príjmu a absolvovania predpôrodnej prípravy	62
Tabuľka č. 9: Prehľad sledovaných subjektov podľa odborného vyšetrenia psychológom a indikujúceho pôrodníka	67
Tabuľka č. 10: Zastúpenie žien vo vzťahu veku a IVF oplodnenia	70
Tabuľka č. 11: Vzťah veku a IVF	71
Tabuľka č. 12: Zastúpenie žien vo vzťahu k veku a strachu z pôrodu	71
Tabuľka č. 13: Vzťah veku a strachu z pôrodu	72
Tabuľka č. 14: Zastúpenie žien vo vzťahu k dosiahnutému vzdelaniu a strachu z pôrodu	72
Tabuľka č. 15: Vzťah dosiahnutého vzdelania a strachu z pôrodu	73
Tabuľka č. 16: Zastúpenie žien vo vzťahu k parite a strachu z pôrodu	73
Tabuľka č. 17: Vzťah parity a strachu z pôrodu	74
Tabuľka č. 18: Zastúpenie žien vo vzťahu k strachu z pôrodu a potrebe psychológa	74
Tabuľka č. 19: Vzťah strachu z pôrodu a psychológa	75
Tabuľka č. 20: Zastúpenie žien vo vzťahu k parite a potrebe psychológa	75
Tabuľka č. 21: Vzťah parity a potreby psychológa	76

ZOZNAM GRAFOV

Graf č. 1: Vekové zastúpenie žien.....	49
Graf č. 2: Zastúpenie žien podľa rodinného stavu.....	50
Graf č.3: Zastúpenie žien podľa dosiahnutého vzdelania.....	50
Graf č. 4: Zastúpenie žien podľa gravidity	52
Graf č. 5: Zastúpenie žien podľa parity	53
Graf č. 6: Zastúpenie žien podľa týždňa tehotenstva.....	53
Graf č. 7: Zastúpenie žien podľa strachu z vaginálneho pôrodu	60
Graf č. 8: Zastúpenie žien podľa strachu z vaginálneho pôrodu v závislosti na parite	61
Graf č. 9: Zastúpenie dôvodov psychosociálnej indikácie	61
Graf č. 10: Zastúpenie vyšetrenia žien psychológom.....	66
Graf č. 11: Zastúpenie vyšetrenia žien so strachom z pôrodu	66
Graf. č. 12: Zastúpenie indikujúcich pôrodníkov	67

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č.1: Súhlasné stanovisko etickej komisie.....	92
Príloha č. 2: Schválenie žiadosti so zberom dát 1	93
Príloha č. 3: Schválenie žiadosti so zberom dát 2	95

Príloha č.1: Súhlasné stanovisko etickej komisie

UPOL-28671/1040-2019

Vážená pani

Martina Adamová

2019-11-02

Vyjádrení Etické komise FZV UP

Vážená pani Adamová,

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 „**Primarny cisarsky rez z psychologickéj/psychiatrickej indikacie**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

předsedkyně

Etické komise FZV UP

Príloha č. 2: Schválenie žiadosti so zberom dát 1

ŽÁDOST O SBĚR DAT/ POSKYTNUTÍ INFORMACÍ PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací

Jméno a příjmení žadatele: Martina Adamová

Datum narození: 11.12.1993

Tel. číslo: 607 261 736

E-mail: adamovamartina11@gmail.com

Adresa trvalého bydliště: Andreja Hlinku 1093/30, 091 01 Stropkov, Slovenská republika

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

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia: kombinovaná

Téma závěrečné práce: Primární císařský řez z psychologické indikace

Účel žádosti: sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové práce

Žádám o: nahlížení a zapůjčení zdravotnické dokumentace

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: 12.8.19 - 30.11.19

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, 147 00, Praha 4 – Podolí

Ústav pro péči o matku a dítě budu v závěrečné práci uvádět jako zdroj dat.

Beru na vědomí, že získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu ÚPMD pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

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

Souhlasím/nesouhlasím

Útvar: VPMD

Pozice: VRCHNÍ JEŠTRA

Jméno a příjmení vedoucího zaměstnance NLZP:

V Praze dne: 19. 2. 2019

Mgr. Vacková M. 
Podpis vedoucího zaměstnance:

Príloha č. 3: Schválenie žiadosti so zberom dát 2

ŽÁDOST O SBĚR DAT/ POSKYTNUTÍ INFORMACÍ PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací

Jméno a příjmení žadatele: Martina Adamová

Datum narození: 11.12.1993

Tel. číslo: 607 261 736

E-mail: adamovamartina11@gmail.com

Adresa trvalého bydliště: Androja Hlinku 1093/50, 091 01 Stropkov, Slovenská republika

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

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia: kombinovaná

Téma závěrečné práce: Primární císařský řez z psychologické indikace

Účel žádosti: sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové práce

Žádám o: přístup do archivu a nabližení do zdravotnické dokumentace

Termín, ve kterém bude žadatel nabližen do zdravotnické dokumentace: 1.1.20 - 30.4.20

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, 147 00, Praha 4 – Podolí

Ústav pro péči o matku a dítě bude v závěrečné práci uvádět jako zdroj dat.

Berú na vědomí, že získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu ÚPMID pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

V Praze dne: 31/1/2020

Podpis žadatele:



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

Souhlasím/nesouhlasím

Útvar: *VPMD* /

Pozice: *VRCHNÍ SESTRA*

Jméno a příjmení vedoucího zaměstnance NLZP:

V Praze dne: *31.1. 2020*

Mgr. Vacková M.



Podpis vedoucího zaměstnance:

ÚSTAV PRO PÉČI O MATEŘI A DÍTĚ
Podošské nábřeží 1
PSČ 147 00 PRAHA 4 - PODOŠÍ