

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

**Subjektivní prožívání žen po akutním
císáském zezu**
Diplomová práce


Mgr. et Bc. Jiřina Weisová

Vedoucí práce: Mgr. Marka Vévodová Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlá-uji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 30.4.2018


.....
podpis studentky

Podkování

Touto cestou bych ráda podkovoala vedoucí práce paní Mgr. TMarce Vévodové, Ph.D. za její ochotu, as, lidský pístup, vedení, rady a bezmeznou trp livost p i zpracování diplomové práce. Dále dkuji v-em fenám, které se na výzkumu podílely a své rodin za pochopení, trp livost a pomoc p i studiu

ANOTACE

Typ závěrečné práce: diplomová

Téma práce: žena po císařském řezu

Název práce: Subjektivní prožívání žen po akutním císařském řezu

Název práce v angličtině: Subjective experience of women after acute cesarean section

Datum zadání: 29.1.2017

Datum odevzdání: 30.4.2018

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. et Mgr. Jiřina Weisová

Vedoucí práce: Mgr. Marka Věvodová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radka Kozáková

Abstrakt v češtině: Diplomová práce se zabývá subjektivním prožíváním žen po akutním císařském řezu v postpartuálním období. V teoretické části jsou předloženy poznatky z oblasti psychologie těhotných a rodiček a dále poznatky o císařském řezu. Výzkumná část se zaměřuje na popis a analýzu subjektivních prožitků. Jedná se o kvalitativní výzkum. Na základě získaných poznatků jsou formulovány návrhy doporučení ke zkvalitnění práce porodních asistentek.

Abstrakt AJ: The diploma thesis deals with the subjective experience of women after urgent Caesarean section during the postpartum period. In the theoretical part are presented findings from the field of psychology of

pregnant women and women in labour and also knowledge about Caesarean section. The research part focuses on description and analysis of subjective experiences. This is a qualitative research. On the basis of the acquired findings, recommendations for improvement of the midwives' work are formulated.

Klí ová slova v J: akutní císařský řez, psychika ženy po akutním císařském řezu, proflívání císařského řezu, sebehodnocení ženy po císařském řezu, porodní asistentka,

Klí ová slova v AJ: Acute cesarean incision, psyche of woman after acute cesarean section, cesarean section, female self-assessment after cesarean section, midwife

Rozsah: 119 / 8

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	12
1.1 Psychické změny v prvním trimestru těhotenství.....	13
1.2 Psychické změny ve druhém trimestru těhotenství.....	14
1.3 Psychické změny ve třetím trimestru.....	16
1.4 Psychologie porodu.....	17
1.5 Bonding.....	17
1.6 Emoce –estrnědělky.....	18
1.7 Poporodní blues.....	18
1.8 Psychika ženy po operativním porodu.....	19
1.9 Strach v těhotenství a –estrnědělí.....	20
1.10 Úzkost v těhotenství a –estrnědělí.....	22
1.11 Tokofobie.....	23
1.12 Stres v těhotenství.....	24
1.13 Poporodní posttraumatická stresová porucha.....	26
1.14 Deprese v těhotenství.....	28
1.15 Poporodní deprese.....	29
2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	31
2.1 Definice.....	31
2.2 Historie.....	31
2.3 Incidence císařských řezů.....	32
2.3.1D vody zvyčející se incidence.....	34
2.4 Indikace k císařskému řezu.....	35
2.5 Dleň císařských řezů.....	40
2.6 Anestézie při císařském řezu.....	41
2.7 Komplikace císařského řezu.....	45
2.8 Kojení po císařském řezu.....	50
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	52
3.1 Cíle výzkumu.....	52
3.2 Metodika.....	53
3.3 Sbírání dat.....	53

3.4	Charakteristika souboru	54
3.5	Zpracování dat	54
3.6	Výsledky.....	55
	Třk, odosobn ní	56
	Strach, úzkost	58
	Bolest	60
	P íjetí dít te	62
	Klobou ek	67
	Ne-podpora.....	69
	Pot eby	78
	P íjetí nezbytného- ale co ufl nad lám	87
	DISKUSE	89
	ZÁV R.....	93
	ZDROJE	95
	SEZNAM ZKRATEK.....	110
	SEZNAM P ÍLOH.....	111

ÚVOD

T hotenství a následn porod a –estined lí je významným flivotním obdobím pro kařdou flenu. Ne vřdy ale je t hotenství zavr–eno spontánním porodem. Pokud je b hem porodu rozhodnuto o provedení akutního císa ského ezu, rodi ka v t–inou vnímá bezprost edn po oznámení úlevu. Velice rychle v–ak následuje strach z operace, strach o sebe a strach o své dít . Zárove se bojí neznámého. Objevují se pocity hn vu, pocity obvi ování zdravotnického personálu, kterému rodi ky kladou za vinu, fle tento nep íznivý vývoj porodu zavinil. Podle Ryding se zhruba 25% flen obvi uje z porodního neúsp chu. Rodi ky mají pocit osobního selhání a pocity viny za nespln ná o ekávání (Ryding, 1998, s. 135). Zp tn je porod, který skon il akutním císa ským ezem vnímán jako dlouhý, pomalý, –patný, zpackaný. Na psychickou p ípravu k operaci je pot eba p iblifn dvou hodin, coflu akutního císa ského ezu nejde dodrřlet, protofle je v sázce po–kození a mnohdy i flivot nenarozeného dít te (epický a Líbalová, 2008, s. 79). V literatu e je zmi ován výskyt r zných psychosomatických a psychických problém u pacientek, které podstoupily akutní císa ský ez a tyto problémy mohou p etrvávat afl rok. Z psychologického hlediska mohou stále p etrvávat pocity viny a nedokonalosti (Gonidakis, 2007, s. 108). Z pohledu psychosomatiky ovliv uje negativn poopera ní bolest kojení, pé i o dít a vývoj vazby matka a dít . Karlström ve své studii zjistil, fle 78% flen nemá poopera ní bolest dostate n tlumenou (Karlström, 2007, s. 449). Naopak Porter ve své studii do–la k jiným záv r m- 66% m lo psychické problémy, které p isuzovaly –patné komunikaci p ed a p i porodu a hlavn v poporodním období a nikoli nedostate nému tlumení bolesti (Porter, 2007, s.150). Van Reenen a van Rensburg provád li kvalitativní výzkum s flenami v Jihoafrické republice a rovn fl do–li k záv r m, fle nejvíce fleny postrádají komunikaci a dostatek informací ze strany zdravotnického personálu (Van Reenen a van Rensburg, 2013, s. 680).

Protofle se autorka této práce stále ve své praxi setkává se flenami po akutním císa ském ezu, zajímalo ji, jak proflívají akutní císa ský ez eské fleny a rozhodla se provést vlastní výzkum. Diplomová práce je zam ěna na fleny, které podstoupily akutní císa ský ez a jsou práv na konci svého –estined lí. Práce je zam ěna na popis jejich profltk a pocit a na identifikaci jejich pot eb. Správné pochopení t chto pot eb by mohlo pomoci nejen léka m, ale i d tským sestřám a porodním asistentkám ve zkvalitn ní o–et ovatelské pé e v ústavní i komunitní pé i.

Vstupní literatura:

EPICKÝ, P. a M. ERNÁ. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky.*

DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*

TRPA HELOVÁ, I. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*

TAKÁCS, L, SOBOTKOVÁ, D. a L. TULOVÁ, *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace.*

REPERITIVNÍ INNOVACE

Dle následujícího algoritmu byly vyhledány články pro tvorbu diplomové práce.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- klíčová slova v J: akutní císařský řez, psychika ženy po akutním císařském řezu, profilování císařského řezu, sebehodnocení ženy po císařském řezu, porodní asistentka, bonding, poporodní posttraumatická stresová porucha, stres v těhotenství a –estined lí, strach v těhotenství a –estined lí, tokofobie, poporodní deprese, úzkost v těhotenství a –estined lí, kojení po císařském řezu, anestézie u císařského řezu, indikace k císařskému řezu, komplikace císařského řezu

- klíčová slova v AJ: Acute cesarean incision, psyche of woman after acute cesarean section, cesarean section, female self-assessment after cesarean section, midwife, bonding, post-traumatic post-traumatic stress disorder, pregnancy and puerperal stress, fear of pregnancy and puerperium, tocopherapy, postpartum depression, anxiety pregnancy and puerperium, breastfeeding after caesarean section, cesarean section anesthesia, indication of caesarean section, complications of caesarean section

ó jazyk: český, anglický

ó období: 2000 - 2017

ó další kritéria: recenzovaná periodika, akademické časopisy, plné texty, angličtina

DATABÁZE

MEDVIK, PUBMED, EBSCO, CINAHL, GOOGLE SCHOLAR

Nalezeno: 388 ČLÁNKŮ

VY AZUJÍCÍ KRITÉRIA

- ó duplicitní lánky
- ó lánky, které nesplnily kritéria

SUMARIZACE VYUŤITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENT

MEDVIK: 9
PUBMED: 12
EBSCO: 11
GOOGLE SCHOLAR: 100

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENT

International Journal of Obstetrics and Gynaecology - 6 lánk
Birth - 5 lánk
Midwifery ó 6 lánk
American Journal of Obstetrics and Gynekology ó 2 lánky
Social Science & Medicín ó 2 lánky
The American Journal of clinical Nutrition ó 2 lánky
Clinical Psychology Review ó 2 lánky
Journal of Psychosomatic Obstetrics& Gynekology ó 3 lánky
Praktická gynekologie- 6 lánk
Anesteziologie &Intenzivní medicína ó 4 lánky
eská gynekologie 5 lánk
A dal-í (Archives of Women's Mental Health, Canadian Medical Association
Journal, Clinical Nutrition, Clinical Obstetrics and Gynekology, Clinical
Psychology Review, Clinics in Perinatology, Gastroenterology, Ginekologia Polska,
Journal of Affective Disorders, Journal of Clinical Anesthesia, Journal of Obstetric,
Gynecologic & Neonatal Nursing, Journal of Obstetrics and Gynaecologyí ..)

Pro tvorbu teoretických východisek bylo pouffito 132
ze v-ech dohledaných lánk .

1 PSYCHOLOGIE T HOTENSTVÍ

Ve smyslu životního naplnění je s obdobím dospělosti spojováno i mateství, které je víceméně očekáváno. Pokračování rodu jako rodiny je lidská potřeba, která je velmi silná, přestože se u člověka nemluví o naplnění zákona zachování rodu jako lidstva. Mateství a následně pak i rodičovství významně přispívá ke zrání osobnosti, žena prostřednictvím mateství a rodičovství dosahuje své dospělé identity a začleňuje své vlastní já do nové role matky (Sobotková, 2001, s.121-122). Některé autoři, jako například Peenová nebo Vágnerová považují t hotenství za nejzávažnější vývojovou krizi, se kterou se žena musí vyrovnat. Svět t hotné prochází velikými psychickými změnami. Tyto změny nejsou jen psychické, ale i fyzické a sociálně- v-echny jsou provázané a nelze je jednotlivě oddělovat. Žena se nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát, musí se naučit sflit se se svojí novou rolí. Jak se tyto změny t hotná žena vyrovná, záleží na kombinaci nejrozličnějších faktorů, na její osobnosti, zralosti, vztahem a postojem k t hotenství, vku, připravenosti na roli matky, ale také na jejím sociálním a ekonomickém zázemí (Peenová, 1994, s. 466, Vágnerová 2000, s. 350). V emocionálním proflívání ženy dochází k obrovským změnám. Podle Roztočila máme chápání psychologii t hotenství jako období psychické nestability, která postihuje somatickou i sociální úroveň (Roztočil, 2008, s. 360). Emoce t hotné ženy, které jsou zcela nepředvídatelné a naprosto jedinečné, jsou podle Deansové zásadně ovlivněny pohlavními hormony estrogenem a progesteronem (Deansová, 2004, str. 151). Hormonální situace v t hotenství nemá obdobu v žádném jiném období ženina života a je naprosto atypická (Weiss 2010, s. 296). Jsou ženy, které proflívají během t hotenství klid, ale mnohem více je těch, u kterých se často i velmi prudké a silné emoce stírají jako na houpačce (Deansová 2004, str. 151). Podle Skutilové se až u 90% žen objevují prudké výkyvy nálady a emocí (Skutilová, 2013, s.20) Na jedné straně vidíme u t hotných žen pocity nevýslovného štěstí a radosti, na druhé straně i negativní pocity, jako úzkost, strach, pochybnosti, obavy nebo plá, který je mnohdy velmi silný a přichází zcela nečekaně. Výjimky nejsou ani přehnané emocionální reakce, euforie a na druhé straně i panické úzkosti a deprese. Mnohdy dochází i k poruchám spánku a zvýšené agresivitě. Tento stav zpravidla je-ť zhor-uje výskyt somatických t hotenských obtíží, jako například zvracení (Ratislavová 2008, s. 16). U žen, které si t hotenství velmi přejí (například pacientky po uměleém oplodnění, s diagnózou léčené sterility nebo po t hotenských ztrátách) se setkáváme

s nepříjemným strachem z potratu, případně jiných těhotenských komplikací. (Čech 2006, s. 71-72). U těhotné ženy se mohou vyskytnout pocity úzkosti, jakési ztracenosti, nepochopení a opuštěnosti a zmatku, se kterým si neví rady a někdy i nostalgie po dřívějším způsobu života, jaký byl a jaký se už nedá beze zbytku vrátit (Vágnerová 2000, str. 350). Je zcela normální, když je těhotná nervózní, podrážděná a zcela neadekvátně reaguje na stres a je velmi důležitá, aby okolí toto akceptovalo (Čech, 2006, s. 71). Emocionální neklid a nevyrovnanost je možné podle Mack chápat jako projev adaptace ženy na těhotenství a na budoucí úlohu matky. Dostatečné množství informací o těhotenství a porodu pomáhá snížit úzkost a obavy těhotné ženy (Mack a Mack, 1998). Starost a péče o psychické pohodlí těhotných žen patří k základním vzorům chování rodiny i společnosti a tato péče může ovlivnit průběh těhotenství a následně i porodu, případně předstírá (Čech 2006, s. 71-72). K udržení dobré psychické kondice těhotných pomáhá i vhodná tělesná aktivita (Korsten-Reck 2010, s. 96). Během těhotenství už od počátku se výrazně prodlužuje reakční doba, podle epického afe dvojnásobně. S tím je nutno počítat v situacích, které vyžadují rychlé reakce, například sporty nebo řízení automobilu. To by měly těhotné ženy omezit na minimum a počítat s prodlouženou reakcí (Čepický, Černá, 2006)

1.1 Psychické změny v prvním trimestru těhotenství

V průběhu prvního trimestru je zcela typické, že se těhotné ženy soustředí zejména na vlastní tělo a tělesné změny, které postupně přicházejí. Těhotná si pomalu připouští a uvědomuje skutečnost, že bude matkou, že v ní vyrůstá a vyvíjí se nový život, který ji celou pohltí a který zcela změní její následující život. Zároveň se zpracováním této skutečnosti přichází i pocit nové zodpovědnosti, nejen za sebe, ale i za vyvíjející se plod. Okolí těhotné si vědomá, že je žena zahledená do sebe, uzavřená, zpracovává pocity své nové situace. Na které si uvědomuje svou rozpolcenost v ní nemožnosti být starým způsobem života, přichází uvědomění si situace, že nemají své tělo pod svou kontrolou objevuje se rozladnost a nejistota, která se navenek projevuje náladovostí. V tomto období se také objevuje strach z porodu, z potratu nebo z toho, jestli zvládnou svoji novou roli matky (Ratislavová 2008, s.25). Těhotná žena, která čeká první dítě, prožívá velkou nejistotu, jak bude těhotenství probíhat a má-li popouťt úzdu své fantazii (Huříň 2000, s. 8).

V prvním trimestru se také u mnoha žen objevují tyto hotenské nepříjemnosti jako například nevolnosti a řídké zvracení, nevysvětlitelné bolesti hlavy, pocit napětí v prsou, často ospalost a nepřiměřená únava a podobně. Tyto potíže tyto hotné ženy vnímají velmi individuálně, velmi záleží na psychické připravenosti na toto hotenství. Některé ženy je vnímají jako běžné a často zcela nezbytné, utvrzují je v pocitu, že toto hotenství probíhá, jak má, pro ně, které jsou zcela nesnesitelné. To všechno se promítá do psychického stavu těchto hotných (Pečená 1999, s. 152). Zároveň se mohou objevit velmi ambivalentní pocity, které souvisí jak s tělesnými, tak psychickými změnami. Na jednu stranu se žena na své dítě velmi těší a cítí se úplně maximálně šťastná, na druhou stranu se obává všech možných komplikací během tohoto hotenství i porodu a bojí se, aby o své dítě nepřišla. Díky zcela rozkolísané hormonální hladině se musí vyrovnávat s pocity citlivými reakcemi, kdy například nevládně bezdůvodně pláče. Spojení fyzických potíží a značného emočního vypětí znamená pro ženu velmi náročné období a může jí omezovat v každodenních povinnostech (Ratislavová 2008, s. 25). Existují i ženy, které si informace o svém hotenství raději nechávají pro sebe v obavě, aby o své dítě nepřišlo (Huřínek 2000, s. 8). Některé ženy i samy na sobě pozorují, že se instinktivně více uchylují ke své matce, protože se cítí ohroženy tímto hotenstvím jako životní změnou a podvědomě se vrací do bezpečí náruče své matky (Lorencová, 2010).

Na konci prvního trimestru gravidity v třinácti letech žen absolvuje podrobný prenatální diagnostický screening na zjištění vrozených vad u plodu. V době, kdy ženy čekají na výsledky tohoto vyšetření, jsou ženy psychicky velmi rozkolísané a zranitelné. Mohou zažívat pocity strachu, úzkosti, a bezmoci. Tyto pocity jsou často zcela nevysvětlitelné a mohou ženu přepadnout náhle a bez výstrahy. Ženy si v tomto období mohou vytvořit od svého nenarozeného očekávaného dítěte i jakýsi odstup, který zmizí v okamžiku, kdy je z výsledků vyšetření patrné, že všechno je v pořádku (Ratislavová 2008, s.26).

1.2 Psychické změny ve druhém trimestru tohoto hotenství

Druhý trimestr je považována hormonálně i psychologicky nejstabilnějším obdobím tohoto hotenství. V třinácti letech vymizí ambivalentní pocity, které se mohou objevit na pocity pozitivní. Tato hotná je se svým hotenstvím ztotožňována, velmi často se objevují nejrozumnější představy a fantazie ohledně pohlaví, případně osobnosti a vzhledu očekávaného

dít te. (Ratislavová 2008, s. 26). V tomto období se také objevuje touha poznávat detský svet, znáť detské pání, touhy potreby. Na ktoré ženy vyhledávajú škómmunitu matek a alebo si nechávajú od svých príbuzných vypráväť, o svém dťství (Lorenzová,2010).

Telesné zmeny, ktoré sa začínajú viditeľne prejavovať, jsou tehotnými vnímané zcelä individuálne sú ženy, ktoré majú ze svého rastúceho bábika radosť a stav jí ho na odiv, pretože majú pocit, že je dťkazem správneho vývoje jejích dťátka, jiné ženy majú naopak úplne negatívne pocity, majú obavy ze ztráty atraktivity a pítmo se dťsí svých telesných proporcií (Pečená 1999, s. 153). Podľa Ratislavovej se negatívne pocity objavujú u tých žien, ktoré už pred otěhotnéním nebyly spokojené se svou postavou nebo u tých, ktoré se o svoj vzhled a postavu v období pred otěhotnéním nadmnoho staraly. Ze pocit ztráty kontroly nad svým tělem může dojít u těchto tehotných až k depresiím (Ratislavová, 2008, s. 25). Podľa Northrupovej se problémy s vnímaním stále se mňícího těla bhem tehotenství popisují tlaku společnosti, která tehotnou neustále pozoruje a hodnotí (Northrupová, 2008, s. 105-106).

Ve druhém trimestru je už tehotná žena plně pítesvedena o život dťte, protože cítí jeho pohyby. Plně si uvědomuje svoje tehotenství a pomalu začíná s dťtem komunikovat. Do popředí vystupuje potřeba starosti o své vlastní bezpečí a tím i bezpečí nenarozeného dťte, tehotná vyhledává informace, případně aktivity pro tehotné. Zmeny v jednání zejména v myšlení tehotné ženy mohou způsobit, že se začíná cítit jako úplně jiný člověk (Deansová 2004, str. 151). Podľa Lorenzové se někdy tehotné ženy cítí jako cizinky ve svém těle (Lorenzová, 2010).

Benigní tehotenská encefalopatie je porucha kognitivních funkcí, která je způsobena tehotenskými změnami. Projevuje se poruchami paměti, problémy s učením, potížemi se spánkem, poruchami koncentrace, dezorientací, únavností, ale zároveň nespavostí. Tato porucha se může vyskytnout kdykoliv bhem prvního i druhého trimestru tehotenství a její incidence je pomnoho vysoká - až 50% (Ratislavová, 2008, s. 26). Podľa Weisse je většinou u primordiale a do značné míry jí lze korigovat v lě. Po ukonění těhotenství tato porucha spontánně vymizí (Weiss, 2010 s. 296).

1.3 Psychické změny ve třetím trimestru

Chování těhotné ženy ve třetím trimestru je charakterizováno štvavším hnízdačím nebo šhnízdáním, kdy se těhotná snaží všechno připravit nadcházejícímu porodu. Dá se říct, že žena na své tělo připravuje nejen vybavení, ale i prostředí, do kterého dítě půjde. Po fyzické i psychické stránce je toto období pro těhotnou ženu zase velmi náročné, emocionálně vypjaté. Fyzicky zatížený organismus vyvolává v ženě pocity nepřítelství. Žena se nachází ve stavu, kdy by chtěla porodit co nejdříve, na kterém těhotným připadá těhotenství nekonečné (Ratislavová, 2008, s.26).

Ve třetím trimestru se vytrácí psychická stabilita, která provázela druhý trimestr a znovu se objevuje citová rozladnost a rozkolísanost. Typické jsou silně ambivalentní pocity zranitelnosti, možná závislosti na někom, například ekonomické, které přicházejí s nástupem ženy na mateřskou dovolenou, obavy o osud těhotenství, strach z porodu nebo třeba jen z epiziotomie, z porodních bolestí, z cizího prostředí, z personálu, ze smrti v souvislosti s porodem. Čím více se blíží termín porodu, tím více se strach z porodu stupňuje, žena se bojí vlastního selhání, má strach z komplikací u porodu, obává se o zdraví dítěte (Gregorová, 2014,). Možným doprovodným projevem strachu z porodu je i snění o porodu (Lorenzová, 2010) Nastávající matku trápí myšlenky, zda bude dostatečně schopná se o novorozené dítě správně postarat a zda adekvátně zvládne svoji zcela novou roli (Čech a kol. 2006, s. 86). Na které matky mohou vnímat plod jako součást svého těla, mohou dokonce o sobě i mluvit v množném čísle a podvědomě mohou odmítat dítěti umožnit samostatnou a nezávislou existenci. S blížícím se termínem porodu mohou mít zadržovací sklony, kdy nechtějí rozbít pouto mezi sebou a dítětem. Tento stav se vyskytuje hlavně u těhotných žen, které mají problém s přijetím dítěte a po přijetí se od něho nedokáží nebo nechtějí odloučit (Huřík 2000, s. 10). Fantazie o nenarozeném dítěti nejsou jifi tak bujné a barvité, protože se ženy jifi podvědomě, připravují na své reálné dítě (Lorenzová,2010).

Porod je vyvrcholením celého těhotenství. Jeho průběh závisí na tom, jak žena těhotenství prožívala a jak k němu postupovala. Je důležité, aby měla pocit, že ho dobře zvládla (Gregorová,2015)

1.4 Psychologie porodu

Pro ženu je porod nesmírně náročná životní situace, na kterou se psychicky připravuje po celou dobu těhotenství. I pro ženy, které již rodily, je tato situace opět nová a neobvyklá. Vyrovnání se s psychickou zátěží porodu záleží na osobnosti té které ženy, jak je schopna se vyrovnat se zátěží, na jejich vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, na odolnosti zvládat závažné situace a na aktuálním stavu. Porod jako závažnou situaci se musí posuzovat vždy vzhledem k adaptačním silám a možnostem ženy. Porod je jedním ze zdrojů, kterým se formuje ženská osobnost. Překonání a průběh porodu může být pro ženu zdrojem sebevědomí, sebevědomí, hrdosti a uspokojení, projeví se poporodní satisfakce. Naopak pokud má rodička pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí. (Ratislavová 2008, s. 58).

1.5 Bonding

Bonding je určitý proces, kdy dochází k utváření vztahu mezi matkou a novorozěným dítětem. Označení pochází z angličtiny a dá se přeložit jako přilepení, přilnutí, přilnutí, v porodnictví tedy přilnutí dítěte k matce a naopak matky k dítěti. Při bondingu dochází k budování základních emočních vazeb a láskyplného vztahu, který se naplno projeví v hormonálně vypjaté situaci před a po porodu. Kenel a Klaus vytvořili a popsali teorii bondingu, která vysvětluje význam prvního kontaktu mezi matkou a novorozěným dítětem. Tvrdili, že existuje biologicky naprogramované období, které souvisí s budováním emočních vazeb mezi matkou a dítětem a jehož největší důležitost je v prvních dvanácti hodinách po porodu. Podle nich je bonding automatická vzájemná reakce mezi matkou a dítětem. Při porodu by měl být nejen respektován, ale i co nejvíce podporován jako prevence komplikací dalšího společného soužití matky a dítěte (Mrowetz, 2013, s. 201-202). V české republice je velkou propagátorkou bondingu česká psychologička Michaela Mrowetz, která ve své knize Bonding-porodní radost popsal kroky, kterými lze proces bondingu podpořit a je zcela lhostejné, jakým způsobem žena své dítě porodila.

1.6 Emoce těstined lky

Psychika těstined lky je vystavena obrovské zátěži. Svoji roli hrají faktory biologické, psychologické a sociální. Emoce se stírají jako na houpačku, žena chvíli pláče a vzápětí je plná energie a sráčí dobrou náladou. Hlavními faktory, které psychiku těstined lky ovlivňují, jsou především náhlé a bouřlivé procesy vyrovnávání hormonálních hladin, (pokles hladiny progesteronu a estrogeneru, sekrece prolaktinu, oxytocinu), průběh porodu, fyzické změny po porodu (pokles hmotnosti, zavinování dlohy, nástup laktace, změny tělesného schématu). Dále je to adaptace na zcela novou roli matky se kterou souvisí změna životního stylu, zejména únava a nedostatek spánku a určitě nabuzení- neustálá pohotovost k péči o dítě. Přestože je žena po porodu v těsnou vyčerpaná tělesně i duševně, často nemůže vůbec usnout a ve svých představách a myšlenkách si znovu a znovu odehrává svůj porod a snaží se nový záflitek zpracovat, porovnat proflitek náročné situace a svého sebepojetí. Její psychika se vyrovnává s přijetím novorozeného dítěte jako samostatné jednotky, bytosti, která existuje těsně nezávisle na matce. Matka začíná být zcela v zajetí myšlenek na dítě, upevňuje k němu svůj citový vztah během kojení a péče o něj. Těstined lka flíje stálou pohotovostí k péči o své novorozeně a spolu s nedostatkem spánku se stupuje únava a fyzická vyčerpanost. Nevlí si na tuto trvalou zátěž nedlka zvykne a nevlí si ově, flíje je schopna se o dítě postarat, mflíje proflívav stavý i a neschopnosti a nedokonalosti. (Ratislavová, 2008, s. 1).

1.7 Poporodní blues

Poporodní blues je zcela specifický stav charakteristický pro rané těstined lky a podle Rohde se vyskytuje afl u 70% žen po porodu. flíjeninu psychiku ovlivňují prudké změny hormonálních hladin. Hned po porodu jsou flény v euforii, včeho dobře dopadlo, dítě je zdravé, včeho je za námi, aby vzápětí flény upadly do pochybností, obav a úzkosti. Rohde tvrdí, flíje poporodní blues je přechodná subdepresivní epizoda, která vzniká těsně afl těsný den po porodu- bohuflí, právě v tomto období odchází těstined lky z porodnice dom (Rohde, 2007). Poporodní blues (někdy nazýváno jako baby blues) je zcela přirozenou adaptační reakcí organismu flény po porodu, která

se objevuje ve všech kulturách a není považován za patologickou změnu v psychice těhotných žen. Projevuje se podrážděností, úzkostností, Rychlým střídáním nálad, plachostí, zmateností, únavou. Neklidem, pocity nejistoty, osamělosti, někdy sníženou sebeúctou. Plá se střídá se stavy naprosté euforie a to někdy ve velice krátkých intervalech. Poporodní změny nálady jsou celkem neškodné a spontánně odeznívají do 10 dnů po porodu.

Samozřejmostí je citlivé a empatické zacházení s matkou po porodu na oddělení těhotných žen, rovněž tak podpora při získávání zkušenosti v péči o novorozence a hlavně poskytnutí emoční podpory. Ženy by neměly být ovšem vždy poučeny o tom, že pokud se tento stav prohlubuje a neodezní do 14 dnů po porodu, je vhodné vyhledat pomoc odborníka, protože z potíží by se mohl vyvinout dlouhodobý depresivní stav (Ratislavová, 2008, s. 2).

1.8 Psychika ženy po operativním porodu

Porod je fyziologický děj a v naší společnosti je vnímán jako radostná událost, ale porod může mít i negativní dopad a to jak na rodičku, tak na její okolí. Zejména se jedná o psychické problémy. Porod může být vnímán jako stresující událost, která je navíc doprovázena přímou hormonální změnou a právě tu je možno považovat za příčinu změny chování rodičky a těhotné ženy. Operace jako taková je závažná situace i pro netěhotné pacientky a pokud rodička podstoupí operativní porod, její psychické potíže se mohou znásobit ještě stresem z operace a většinou se vyústí i v psychickou poruchu. Samotný fakt, že se těhotná žena připravovala na vaginální porod a fyziologické těhotné ženě a nakonec porodila akutním císařským řezem, může také způsobit psychické problémy, zejména v podobě úzkostí a pocit selhání (Duřová, 2010, s.122).

Porod císařským řezem přináší ženám větší psychické nepohodlí, nežli po spontánním vaginálním porodu, což se odráží na jejich sebepojetí, přijetí dítěte a v budoucnu problém s zvládnutím rodičovské role (Lobel, 2007, s. 2272). Již v roce 1993 se na psychosociální následky po akutním císařském řezu zaměřila studie Mutryn, která tvrdí, že nejen ženy, které porodily císařským řezem, ale i jejich blízcí mohou trpět psychickými problémy a že psychické potíže se mohou negativně odrazit na vývoji takto narozených dětí (Mutryn, 1993, s. 1280). Této problematice se v současnosti naplňuje

Xie, který ve své studii došel k závěru, že u žen po císařském ezu se vyskytuje asi již poporodní deprese, v jeho studii se ovšem nerozlišují ženy po akutním nebo plánovaném císařském ezu (Xie, 2011, s.1882). Podle Porter je volba anestézie základní příčinou distresu po porodu císařským ezem, protože rodinky nevnímají porod a neprožívají první okamžiky života s dítětem, neprožívají poporodní satisfakci-
uspokojení ze zdárného dokončení porodu (Porter, 2007. s.148). Nejvíce psychologických problémů vykazují ženy, které mají porušené porodní očekávání - myšlenku porodu císařským ezem si vůbec nepřipouštěly (Lobel, 2007, s. 2272). Jiní autoři, jako například Da Costa, Gaillard nebo Sword zkoumali výskyt poporodních depresí u žen po císařském ezu a shodně došli k závěru, že proflitek císařského ezu nemá vliv na výskyt poporodní deprese (Sword, 2011, s. 966, Gaillard, 2014, s. 341, Da Costa, 2006, s.95). Ke stejnému závěru došli i Eisenach, který tvrdí, že riziko vzniku poporodní deprese nesouvisí se způsobem porodu, ale s pocitem bolesti před a po porodu a její neadekvátní léčbou (Eisenach, 2008, s. 88).

Již v roce 1993 publikovala Mutryn naléhavou výzvu, aby bylo odbornou veřejností zvyčováno povědomí o psychosociálních dopadech císařského ezu a aby byly rozvíjeny perinatální psychosociální služby. (Mutryn, 1993, s. 1280). V závěru všech studií všichni autoři shodně doporučují vhodné psychologické poskytování ženám během těhotenství, ale hlavně po operativním porodu.

1.9 Strach v těhotenství a předstihnutí

Jednou ze základních vrozených lidských emocí je strach, který je definovaný jako nepříjemný emoční stav na akutně probíhající nebo očekávaný podnět, který jedinec kognitivně zpracovává a vyhodnocuje jako podnět, který jej ohrožuje, je pro něj nebezpečný, nový a nepředvídatelný, nebo který jej pohrožuje a nebo působí utrpení.

Člověk je v těhotenství schopen určit a identifikovat příčinu svého strachu (situaci, osobu, přednět, výkon apod). Fyziologické reakce jako například křeče v oblasti žaludku, napětí svalů, třes, tachykardie, palpitace, pocení, slabost, sucho v ústech, zjevení chlupů jsou doprovodnými příznaky strachu. Strach je zcela přirozenou emocí těhotných žen. Intenzivní strach má negativní vliv nejen na ženu, ale i na dítě a samotný porod (Mazúchová, 2016, s. 147). Podle Melendera strach určuje sílu emocí nejen těhotenství, ale hlavně před porodem a asi 80% těhotných žen pociťuje strach. Mírné obavy a strachy

v t hotenství jsou normální a napomáhají adaptaci na t hotenství a blížící se mate ství, ale strach m fle mít negativní dopad na kařkdodenní řivot a jeho kvalitu u t hotných řlen (Melender, 2002, s.101).

Tsui ve své studii z roku 2003 do-el k záv ru, fle t hotné řleny poci ují nejv t-í strach ze samotného porodu (Tsui, 2006, s. 79). Vycházel p itom ze star-í studie Melendera z roku 2000, který tvrdil, fle nejvíce se t hotné řleny bojí porodu, zdravotnického personálu a císa ského ezu (Melender, 2002, s.101). Oba auto i shodn popsali jako p í ina strachu negativní pocity, nálady, negativní informace od jiných řlen po porodu, negativní zku-enosti z p edchozích porod . Na jejich práci navázala Mazúchová, která u slovenských rodi ek podrobn rozebrala obsah strachu p i porodu. Nej ast j-ím strachem je strach z bolesti p i porodu, z nevlídného personálu a jeho nátlaku na rodi ku a z toho, fle nebudou moci spolurozhodovat. Dal-ími strachem byl strach z dlouhého a vy erpávajícího porodu, pouřítí porodnických kle-tí, nást ih hráze, ale i porodní poran ní sebe i dít te, strach z císa ského ezu a strach z bolestí hlavy po epidurální nebo spinální anestezii nebo analgezii. V t hotenství, ale i -estined lí mohou řleny poci ovat strach z nedostatku financí a problém s výchovou dít te, p ípadn s rodinnými vztahy (Mazúchová, 2016, s. 149). Bilert dodává dal-í strach a to strach z epidurální analgezie a tento strach se m fle vyskytnout nejen p ed a p i porodu, ale také po porodu, p esto, fle epirudální analgezie nebyla aplikována (Bilert, 2007)

Tsui tvrdí, fle pokud se s pocity strachu u t hotných řlen nebude adekvátn pracovat, bude stále stoupat po et řlen, které budou vyřladovat císa ský ez na p ání- v jejich p ípad p eváří strach z porodu nad strachem z císa ského ezu (Tsui, 2006, s. 79). Je velmi d leřlité, aby se léka i a porodní asistentky v novali psychickému stavu t hotných řlen, aktivn hledali projevy strachu z porodu a vhodnými intervencemi se pokou-eli u řlen tento strach eliminovat. Strach z porodu pomáhá p ekonat podpora blízke osoby, dostatek informací získaných pohovorem s léka em a porodní asistentkou, p ípadn z internetu a hlavn podpora ze strany personálu. N kterým řlenám m fle pomoci modlitba, p ípadn hypnoporod (Mazúchová, 2016, s.150). Melender doporu uje, aby se porodní asistentky v rámci pé e o t hotnou řlenu zajímaly o pocity t chto řlen se zvlá-tním zam ením na prvorodi ky a na řleny, které mají negativní zku-enosti s p edchozím t hotenství (Melender, 2002, s.101). Zde se rovn řl otevírá prostor pro komunitní porodní asistentky.

1.10 Úzkost v t hotenství a ýestined lí

V perinatálním období jsou úzkostné poruchy b flné a podle Talové se s ur itou formou úzkosti setkává v t-ina t hotných flen. Na rozdíl od deprese zde ale hrají významnou roli faktory psychosociální, hlavn ekonomické (Talová, 2014, s. 29). V t hotenství se objevuje ast j-í výskyt nosofobií a hypochondrických rys , cofl ale nem ní p ípadné rizikové chování (Weiss, 2001, s. 96). Zdrojem úzkosti ov-em m fle být t hotenství samo o sob (Ratislavová 2008, s. 41). Weiss d lí t hotenské úzkosti na dv základní kategorie a to na úzkost zam enou na t hotenství a porod a úzkost, která provází obavy ze zvládnání výchovy dít te, Ratislavová p idává k tomuto d lení je-t úzkost jako psychopatologický syndrom (Weiss, 2001, s. 96, Ratislavová, 2008, s. 27). Ba urová popisuje, fle úzkost se vyskytuje u 50% t hotných flen mezi 18.-20. týdnem t hotenství a její nej ast j-í p í inou jsou proflité flivotní události, zejména nezpracované a nejr zn j-í zdravotní symptomy (Ba urová, 2005, s. 408).

T hotenská úzkost je spojována se zvý-eným rizikem t hotenských komplikací, zejména s p ed asným porodem. Nap íklad Verdoux ve své studii do-el k záv ru, fle fleny s diagnostikovanou prenatální úzkostnou poruchou m ly jifl v t hotenství v t-í pravd podobnost porodních komplikací (Verdoux, 2002, s. 218, Dayan, 2002, s. 293). Strach z vlastní neschopnosti, strach ze smrti své nebo svého dít te, strach z nesnesitelné bolesti nebo ztráty sebeovládání p i porodu jsou nej ast j-í p í iny t hotenské úzkosti. Jako zdroj úzkosti se popisuje také ned v ra k personálu nemocnice. (Hájek, 2004. s. 58). Generalizovaná úzkostná porucha se projevuje náhlými silnými epizodami obav, strach a starostí, které se týkají nejen jakéhokoliv aspektu t hotenství, ale i porodu a poporodního období. Tyto epizody jsou spojeny s r znou prakticky celodenní úzkostí, asto i iritabilitou, sklonem k vý itkám, neschopností si odechnout, soust edit se, plánovat si as (Pra-ko, 2002, s.48).

Nár st nov vzniklých úzkostných poruch v t hotenství není dostate n zmapován hlavn proto, fle se p íznaky skrývají za normální stavy psychické nevyrovnanosti v t hotenství. Pr b h t chto poruch v období t hotenství je r znorodý - m fle docházet ke zlep-ování, ale i zhor-ování psychického stavu fleny, ale je velmi d leflité rozeznávat v pr b hu t hotenství symptomy úzkosti a moflné nov se vyvíjející úzkostné poruchy, protofle ím d íve jsou symptomy rozeznány, tím rychleji a efektívni ji se dají lé it. Identifikace mate ské úzkosti umofl uje vyufflít raných

intervencích prostředků. Psychoterapie je stále nejúčinnější léčbou (Talová, 2014, s.36).

Období těhotenství se vyznačuje prudkými hormonálními změnami, se kterými přichází řada somatických, ale hlavně psychických změn. Samotný porod vyvolá prudkou psychickou odezvu v organismu rodice i těhotné, a účinně jakýkoli průběh. Jiným faktorem, který podporuje v těhotenství vznik úzkosti ať deprese, je spánková deprivace. Podstatným spouštěčem úzkostných poruch je nástup laktace a poté její průběh, zejména v prvních dnech. U matek vznikají pocity viny z toho, že nejsou schopny nakrmit své dítě a roztáhne se bludný kruh, protože úzkost matky má přímý vliv na laktaci (Talová, 2014, s. 30). A účinně pocity úzkosti způsobuje cokoli, je velmi důležité, aby se těhotná, případně těhotná snažila najít způsob, jak se svých úzkostných pocitů zbavit. Dostatečná informovanost o dané problematice dokáže odstranit velké množství nepřiměřených obav, ze kterých úzkost pramení. Je vhodné, aby byly známky úzkosti u žen bedlivě sledovány a nebagatelizovány. Zde se otevírá prostor pro práci a péči porodních asistentek, a účinně se jedná o ústavní nebo komunitní péči (Pečená 1994, s. 467). Pokud žena trpěla úzkostmi již před otěhotněním, je vysoce pravděpodobné, že se úzkosti objeví i v těhotenství a po porodu, proto je nutné po těchto stavech pátrat v rámci anamnestických údajů (Mohr, 2008, s.490).

Correia a Linhares došli ve své studii k závěru, že těhotenské a poporodní úzkosti jsou významnými rizikovými faktory pro vznik psychopatologií během dospívání dítěte a dále že mateřská úzkost je rizikovým faktorem pro normální vývoj plodu (Correia a Linhares, 2007).

1.11 Tokofobie

Patologický iracionální strach, který má ale zcela konkrétní obsah je definován jako fobie. Fobie provázejí vegetativní příznaky a silné vnitřní napětí, které vede k vyhýbání se fobickým podnětům. Fobií existuje celá řada. V těhotenství se může vyskytnout fobie z tloušťnutí, ale typickou fobií, která je spojována s těhotenstvím, je tokofobie- patologický strach z porodu (Rouhe 2011, s. 1104). Wijma tvrdí, že tokofobie je v podstatě paradox, kdy ženy touží po naplnění své potřeby přivést na svět dítě, ale současně pociťují panický strach z porodu. (Wijma, 2003, 142).

Raudenská popisuje dle ní kategorie tokofobie na fobii z bolesti, z neschopnosti porodit a ze ztráty sebekontroly (Raudenská, 2014, s. 96). K rizikovým faktorům vzniku a prohloubení tokofobie patří ispívající ataky depresí, sexuální zneužívání, nízké sebevědomí, nedostatečný vyrovnávací mechanismus a slabý systém sociální podpory (Larsen, 2009, s.356). Tokofobie se formuje už v době dospívání, nemusí vyskytovat jen u těžkých žen, ale v těhotenství se stupňuje (Hofburg a Ward 2004, 528). Výskyt tokofobie je častější u primorodicek a u starších rodiček (Rouhe 2002, s. 68). Hofburg a Ward dle ní tokofobii na primární, sekundární a terciární. Primární se začíná vyvíjet v rané adolescenci, příčinou může být například znásilnění, případně převzetí vzorce chování matky, která sama prožila porod s psychickým traumatem, které nedokázala zpracovat. Sekundární tokofobie se vyvíjí v těhotenství, které následuje po těhotenství s traumatickou zkušeností, jako je například spontánní potrat, zvláště ve vyšším týdnu gravidity, porod mrtvého dítěte nebo dítěte, které krátce po porodu zemřelo nebo akutní císáský zez. Dle ní je, jestli žena vnímá porodní zkušenost jako trauma a případně jestli toto trauma zpracovala. Terciární tokofobie je jedním z příznaků a zároveň jednou z příčin depresivního onemocnění ženy (Hofburg a Ward, 2003, s. 511).

Ženy trpící tokofobií hledají nejčastěji záminky pro to, aby neotěhotněly, případně pro císáský zez na práci. Nieminen na základě své studie došel k závěru, že tokofobie není spojena s výškou těhotenství (Nieminen, 2009, s. 807). Melender považuje za dle ní zabývat se v prenatální péči pocity klientek vzhledem k porodu a těhotenství (Melender, 2002, s. 108). Také Rouhe doporučuje zabývat se duševním zdravím všech těžkých žen v průběhu celé gravidity a zejména řadatelek císáského zez na práci s dostatečným časovým předstihem. Multidisciplinární duševní péče a podpora během těhotenství by měla být samozřejmostí (Rouhe, 2011, s. 1106).

1.12 Stres v těhotenství

Termín stres je zcela mimořádně nejednoznačný a definic existuje celá řada (Joshi ,2007, s. 19). Nejčastěji se jednoduše definuje jako soubor psychických a fyzických reakcí, které negativně působí na organismus člověka (Praško, Prašková a Vyskočilová, 2006, s. 24). V průběhu těhotenství zažívá žena mnoho náročných situací, které mohou, ale také nemusí vyvolat stresovou reakci. I těhotenství samo o sobě vyvolat nadměrný stres. Rovněž porod, způsob a průběh porodu, vnímání

podmínky porodu a následně ranného poporodního období, nástup laktace apod. se mohou stát stresory (Ratislavová 2008, s.27). K somatickým projevům stresu patří například bušení srdce, může být vystupované až do stenokardií, pocit nedostatku vzduchu až lapání po dechu, bolesti hlavy, flakudku, přejídání se nebo naopak nemohlost cokoli polknout, únava, pocení, teplota, zvracení apod. (Praško, Prašková a Vyskočilová, 2006, s. 24).

Ne vždy se může stres projevit somatickými projevy, podle něčeho se stres v těhotenství a po porodu projevuje podrážděností, zvýšenou plachtivostí, depresí nebo naopak agresivitou (něch, 2006, s. 75). Stres matky ovlivňuje její hormonální rovnováhu v těhotenství i po porodu, což negativně působí na vyvíjející se plod a na novorozence. S rizikem vzniku jedné konkrétní duševní poruchy, například schizofrenie není ovšem prenatální stres spojen (Huizinková, 2004). Podle Kostky je průvodním jevem stresu u člověka vždy významná změna jeho chování, které by si měl ovládat jeho okolí (Kostka).

Z cílených psychologických technik zvládnání stresu pro těhotné ženy i těhotné ženy doporučí cílenou představivost, případně meditaci a autogenní trénink (Kostka). Joshi považuje za základní techniky zvládnání stresu fyzické cvičení, které vede ke snížení hladiny noradrenalinu a tím snižuje negativní účinky stresu a masáže, které pomáhají relaxovat a zmírňují bolesti a které také snižují hladinu adrenalinu a glukokortikoidů v těle. Dále rovněž doporučí psychologické techniky (Joshi, 2007, s.20). Je velmi důležité, aby se těhotná žena nebo žena po porodu nebála vyhledat odbornou pomoc, pokud na ni stres působí, protože stresové situace nelze ze života odstranit (Ratislavová 2008, s. 28). Biernacka se ve své studii v oblasti stresu v souvislosti se zaměstnáním těhotných a došlo k závěru, že nejčastějším stresem polských těhotných žen je nedostatečná podpora v zaměstnání, dále monotónnost, špatné výkonnostní podmínky a nedostatečné vybavení pracoviště a doporučí zaměstnavatelům, aby na těhotné ženy brali zvýšený ohled a nevystavovali je stresovým situacím (Biernacka, 2007, s. 213). Jiná polská autorka Guskowska ve své studii z roku 2011 došlo k závěru, že nejčastější stresovou situací je pro ženy vlastní porod a doporučí nejen žádnou psychologickou podporou před porodem, ale i správnou psychologickou podporu během vlastního porodu (Guskowska, 2012, s. 158). V 80. letech minulého století byla propagátorkou psychologické podpory při porodu Peňová, která doporučovala u porodu přítomnost blízké osoby, což bylo do té doby nemyslitelné.

1.13 Poporodní posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha je jednou z úzkostných poruch. Jejím vzniku a následném rozvoji předchází prožití stresové události nebo situace, která má pro daného jedince rozměr katastrofy (Látalová, 2014, s.172). Posttraumatická stresová porucha se může vyskytnout i po událostech, které nepřesahují běžnou lidskou zkušenost (Olde, 2006, s. 2).

Grekin definuje přímo pojem poporodní posttraumatická stresová porucha (Grekin, 2014, s. 390). V souvislosti s těhotenstvím se objevuje u žen s těhotenskými ztrátami - po spontánním potratu, případně více potratech, po úmrtí dítěte před, při a těsně po porodu apod (Praško, 2002, s.49). Jiní autoři, například Grekin, Verreault, Korábová apod ovšem poukazují na to, že se může rozvinout po porodu i u žen bez těhotenských ztrát (Grekin, 2014, s. 390, Verreault, 2012, s. 258, Korábová, 2016, s.14). Traumatizaci porodu vychází zejména ze subjektivního vnímání porodu rodičkou, jedná se o prožitky strachu, hrůzy a bezmoci jako reakce na pocit ohrožení. Pocit ohrožení dítěte nebo sebe sama ovšem nemusí během porodu korespondovat s klasifikací porodu odborníky. Prevalence poporodní posttraumatické stresové poruchy se odhaduje v běžné populaci na 3,1% a v rizikových skupinách až na 17% (Grekin, 2014, s. 391). Podle Korábové v prvních měsících trpí po porodu posttraumatickou stresovou poruchou asi 1,5% žen. V České republice s 108 tisíci porody ročně tedy může touto poruchou trpět 1600 žen (Český statistický úřad, 2014, Korábová, 2016, s.15). Zda s postupem času symptomy posttraumatické stresové poruchy rostou nebo klesají, není dostatečně známo (Verreault, 2012, s. 258).

Poporodní posttraumatická stresová porucha vzniká za součinnosti více faktorů. Hlavní podíl má subjektivně vnímaný průběh porodu, riziko posttraumatických symptomů zvyšují veškeré invazivní procedury, hlavně akutní císařský řez, případně operativní vaginální porod (Korábová, 2016, s.16). Také epiziotomie je rizikovým faktorem pro vznik poporodní posttraumatické stresové poruchy. Komplikace na straně matky i dítěte, délka porodu, vnímání bolesti v době porodu a katastrofické interpretace prožívané bolesti jsou dalšími podstatnými prediktory vzniku poporodní posttraumatické stresové poruchy (Grekin, 2014, s. 390). Podle Olde vykazují v těhotenství výskyt poporodní posttraumatické stresové poruchy ženy, které porodily akutním

císařským řezem, než ženy, které podstoupily plánovaný císařský řez (Olde, 2006, s. 3). Mezi nejnápadnější predikátory poporodní posttraumatické stresové poruchy patří nedostatek pocitu vlastní kontroly nad průběhem porodu, strach o sebe i o dítě během porodu, nedostatek nebo úplná absence sociální podpory, perinatální disociace, peritraumatické perinatální emocionální reakce a negativně proflivovaná interakce se zdravotnickým personálem během porodu (Fenech, 2014, s. 186). Blábolilová doplňuje je ztrátou kontroly nad narozeným dítětem, separace, patologické způsoby agresivního a pasivně agresivního jednání zdravotník a absenci laktace po traumatických zážitcích (Blábolilová, 2017). Z postnatálních rizikových faktorů je významným faktorem nedostatek sociální opory (Denis, 2011, s. 126). Jako sloňka pocitu kontroly během porodu bývá často matkou popisován vztah se zdravotnickým personálem. S rozvojem posttraumatických symptomů jsou často přímo spojeny negativní aspekty vnímané interakce (Grekin, 2014, s. 390). Podle Czarnocké ženy, které způsoby udávaly, že během porodu necítily podporu ze strany zdravotník, nebo jim pociťovaly nedostatek, a ženy, které měly dojem, že jsou o situaci a následujícím vývoji nedostatečně informovány, vykazovaly více symptomů poporodní posttraumatické stresové poruchy (Czarnocka, 2000, s. 40). Uvedené problematice se vnovala Modarres, která ve své studii z roku 2009, publikované 2012 došlo k závěru, že 20% žen po porodu trpí určitou formou poporodní posttraumatické stresové poruchy a její výskyt je závislý nejen na faktorech, spojených s těhotenstvím a porodem, ale také na úrovni dosaženého vzdělání (Modarres a kol, 2012).

Narušení vztahu mezi matkou a dítětem je zcela typickým projevem poporodní posttraumatické stresové poruchy, na které ženy se dokonce rozhodnou, že své dítě nebudou kojit (Fenech, 2014, s. 186). Podle Ayers naopak může být pocit selhání v roli matky u jiných žen doprovázen lpením na kojení za každou cenu, které může být chápáno jako prostědek smazání domnělé viny a pokud kojení není možné nebo dostatečné, může se pocit domnělé viny prohlubovat (Ayers, 2008, s.245). V dalším těhotenství se mohou objevovat negativní emoce jako například strach a panika, která může vést do tokofobie a vyřadování provedení císařského řezu. Posilující zkušeností může být pozitivní průběh dalšího porodu, ale stejně tak může pozitivní zkušenost dalšího porodu ženám ztížit srovnání se s předchozím traumatickým porodem (Fenech, 2014, s. 187). Pokud po porodu zůstane porucha neléčená, může vést k celkovému zhoršení fungování ženy a ovlivňovat její manželské, rodinné i sociální vztahy (Nicholls, 2007, s. 500).

Jiří v roce 1995 upozoruje Born, že poporodní posttraumatické poruše se v praxi dostává jen velmi malé pozornosti. Jako terapii, popřípadě prevenci zmíní uje techniku debriefingu, ale uznává, že důkazy přínosu jsou zatím nejednoznačné a u zranitelných žen může dojít i k nárůstu a zhoršení symptomů (Born, 2005, s. 67). U rodiček s komplikacemi během porodu, popřípadě s předchozím prožitkem traumatu v anamnéze jsou reakce na průběh porodu velmi významně ovlivněny kvalitou poskytované péče (Ayers, 2014, s. 145). Podle Bailhama je jednoduchá a účinnější péče již prevence stresu prvních matek než pozdější léčba již rozvinuté poruchy (Bailham, 2005, s. 162). Kontinuální podpora pečovatele má pozitivní vliv na porodní zkušenost žen. Hodnett k tomuto závěru přišel na základě své studie z roku 2012, které se zúčastnilo 15 tisíc žen (Hodnett, 2012). Naopak například studie Cunen nebo Gamble sice neprobíhají jednoznačně pozitivní výsledky efektivity poradenství a podpory porodními asistentkami, ale jednoznačně doporučují další a podrobnější studie (Cunen, 2014, s. 172, Gamble, 2009, s. 21). Podle Hunter by měl být v porodní asistenci v nově dostatečně velký prostor k práci s emocemi klientek a porodní asistentky mohou sehrát velice důležitou preventivní úlohu, i když nenahradí terapeutickou péči psycholog popřípadě psychiatr (Hunter, 2004, s. 270).

1.14 Deprese v těhotenství

Deprese patří ke zcela typickým emocím těhotenství a podle Weisse mají svůj původ v hormonální nestabilitě a v psychosociální oblasti. (Weiss, 2010, s. 296). Depresivní syndromy (například poruchy spánku, změny chuti k jídlu, únava, nevěle, omezení zájmu o běžné aktivity, potíže se soustředěním, nechutenství, nespavost, agitovanost, třeskavost myšlení apod) se liší od normálních zkušeností těhotných žen a proto je někdy velmi obtížné je správně diagnostikovat. Prevalence depresivní poruchy je v graviditě stejná, jako u netěhotných žen. Zvýšené riziko pro vznik deprese během těhotenství představují faktory jako například předchozí prodělaná depresivní porucha, depresivní poruchy v rodině, mladší věk, zkušenost se zneuvělním v dětství, užívání návykových látek, slabé sociální zázemí, absence otce dítěte, neplánované těhotenství, nezaměstnanost a nízká úroveň vzdělání (Faldyna, 2009, s. 138). Relaps depresivní poruchy v těhotenství zvyšuje riziko nedostatečné péče o dítě, nepříznivé vlivy, porodních komplikací a je prediktorem vzniku poporodní deprese

(Bare–2002. s. 2). U pacientek s psychickou poruchou, kterou trpí v době těhotenství a laktace je léčba psychofarmaky zcela specifická. Pokud je farmakoterapie indikovaná, je indikována i v graviditě a indikace musí být zcela jednoznačná. Závažnost psychiatrických symptomů je vždy rozhodujícím faktorem v léčbě. Naprosto nezbytná se multioborová spolupráce psychiatra, psychologa, gynekologa, porodníka a později neonatologa. Léčba deprese vždy v těhotenství začínáme psychoterapií, později se přidávají psychofarmaka. Neléčená depresivní porucha může ohrožovat těhotenství (Seifertová, 2007, s. 18). Depresivní porucha v graviditě sama o sobě zvyšuje pravděpodobnost nízké porodní hmotnosti i předčasněho porodu a zvyšuje výskyt dráždivosti u novorozence (Strunzová, 2005, s. 29)

Nevhodně podaná antidepresiva mohou negativně působit na vývoj plodu a způsobit poruchy poporodní adaptace novorozence. (Macková, 2012, s. 188). Podle Rouhe v těhotenství depresivní stavy, které vznikly během těhotenství, zůstávají bez jakékoli intervence i léky. Zároveň upozorňuje na nutnost aktivního vyhledávání depresivních příznaků těhotných žen (Rouhe, 2011, s. 1104).

1.15 Poporodní deprese

Poporodní deprese patří již do kategorie psychických nemocí, které mohou být i život ohrožující. Může navázat na poporodní blues, případně se může vyskytnout samostatně bez předchozích významných emocionálních výkyvů a to v podstatě kdykoli po porodu. Nejsilnější poporodní deprese se vyskytují brzy po porodu, mírnější formy přicházejí od dvou týdnů do roku po porodu. Velmi silná únava, extrémní vyčerpání a zároveň nespavost jsou prvními příznaky, na které pak navazují další jako podráždění, sebeobviňování, sebeviny, vztek, úzkost, pocitu nejistoty, strachu, který může vyústit až do fobií. Žena neschopná postarat se o dítě, matka získává pocit, že dítě nedokáže milovat, odsuzuje se za to, že k dítěti nic necítí, nabývá přesvědčení, že selhala jako matka, někdy se obává ztráty partnera pro svoji neschopnost. (Jedličková, 2008, s. 86, Praško, 2003, s.42).

Poporodní deprese mohou vygradovat a vyústit až do poporodní psychózy, dříve nazývané laktální. Ty se vyskytují v prvních týdnech, nejčastěji v prvních 14 dnech po porodu. Za rizikové faktory pro vznik poporodní deprese je považován věk rodičky pod 20 let, základní vzdělání, zdravotní handicap, narušený vztah k vlastním rodičům

nebo k otci dítěte, nepříznivá socioekonomická situace, selhání nebo pocity selhání v péči o dítě a problémy s kojením. Holsber uvádí ještě další faktory jako snížená schopnost verbalizovat prožívání emocí nebo životních událostí, separace matky a dítěte po narození, porod v epidurální analgézii, dítě s nízkou porodní hmotností (Ratislavová, 2008, s. 91). Biologickými rizikovými faktory pro vznik deprese jsou předchozí epizoda deprese, depresivní epizoda po předchozím porodu, depresivní porucha u pokrevních příbuzných a anamnéza poporodní psychózy (Seifertová, 2007, s. 119).

Podle WHO se vznikem poporodní deprese nespojuje skutečné komplikace, ale subjektivní prožívání těhotenství a porodu a brzkého poporodního období. Významný vliv má délka hospitalizace a chování personálu, z čehož jasně vyplývá, že poporodní deprese může být i iatrogenního původu. Prevencí poporodní deprese je časný záchyt příznaků a zejména podpora ze strany nejen partnera a nejbližší rodiny, ale hlavně zdravotnických pracovníků. Základem léčby je psychoterapie, která může být zároveň i prevencí. Určité základy psychoterapeutického působení by měla mít každá porodní asistentka. I pouhý rozhovor může často napomoci k přijetí situace (Jedličková, 2008, s. 87).

2 CÍSA SKÝ EZ

2.1 Definice

Císařský ez je porodnická operace, při níž je plod vybaven z dělohy přímo přes otevřenou břišní stěnu. (Zwinger, 2004, s. 329)

Společně s destruktivními porodnickými operacemi je císařský ez jednou z nejstarších operací na světě. Destruktivní porodnické operace už jsou minulostí, ale díky rozvoji perinatální medicíny a zazením indikací ze strany plodu je císařský ez stále nejrozšířenější porodnickou operací (Pařízek, 2002, s. 323-324; Doleřal, 2007, s. 205-206; Roztočil, 2008, s. 17). Jeho pojmenování nacházíme v díle *Historia naturalis* Plinia staršího (23-79 n.l.), latinský název *sectio caesarea* je používán v lékařské terminologii od 17. století, doslovný český překlad není císařský ez, ale ez ezem. Přesto je vříté pojmenování císařský ez (Zábranský, 1997, s. 9).

2.2 Historie

Ze studia historických pramenů víme, že problematika císařských ezů byla známá už ve starověku. Až už se jedná o starověký Egypt, kde je zmíněn v Erbesově papyru nebo Mezopotámii- Epos o Gilgamešovi.. Zmínky o plodech, které jsou přímo vytaženy z útrobu matky, ovšem nacházíme už v řecké mytologii, nejznámější je případ narození Asklépia ve 13. století před naším letopočtem. Asklépios byl lékařem, byl synem Apollona a kněžky Koronis, kterou zabila bohyně Artemis. Sám Apollon pak provedl jedním tahem ezem na těle mrtvé Koronis a z jejího lona vyjmul živého syna. Chlapec dostal jméno Asklépios- Vyřazený jako památku na své zrození. Další zmínky nacházíme v dílech římských autorů Ovidia a Vergilia. Od Noma Pompilia (8. století před naším letopočtem) se dochoval Královský zákon- Lex regia, podle kterého nesmí býti pochována mrtvá těhotná žena- nejdříve musí být plod z jejího těla vytažen. V těchto případech se ovšem jednalo vždy o císařský ez prováděný na mrtvé ženě. V římské lékařské knize Mishnajoth z roku 140 n.l. je už zmínka o císařském ezem na živé ženě, není ovšem známo, zda-li žena císařský ez přežila. Ve středověku podporovala církev tyto operace na mrtvých ženách, aby plod mohl být pokřtěn. Doleřal uvádí, že první

císařský ež ve starověku, který byl proveden na řívné řen je doložen z roku 1500, kdy nunvá , neboli zvr okle-ti tuto operaci provedl na vlastní řen . Jako pomocníky měl své kolegy a porodní bábu. Tento případ je ovšem zpochybnován, protože se dodává, že řena nejenže nezemřela, ale porodila i další dítě . Prokazatelně doloženým císařským ežem provedeným za řívné řen je případ z roku 1610, kdy byla tato operace provedena před celou lékařskou fakultou ve Wittenbergu a to chirurgem Trautmannem, pacientka zemřela 25 dní po operaci, dítě přežilo 9 let (Doleřal, 2007, s. 205-6). Na konci 16. století francouz Rousset zmiňuje 15 úspěšně provedených císařských ežů (Mardesicová a Velebil, 2010, s. 171). Ovšem Pařížek na základě studia historických pramenů došel k závěru, že první císařský ež na řívné řen byl proveden ve 14. století a to v Praze, u druhé manželky Jana Lucemburského Beatrix, která v roce 1337 porodila své jediné dítě . Na tehdejší dobu zázračně přežilo dítě i matka (Pařížek, Drška a Šňhová, 2016, s. 305-307). Pokrok v provádění císařských ežů přinesly objevy anestézie (1846), asepsy (1847) a antibiotik (1928). (Doleřal, Kufleka a Zvěřina, 2009, s. 22, 71, 74.) Zároveň se mění operační techniky a od 70. let 20. století a hlavně pak ve 21. století pozorujeme prudký nárůst provádění císařských ežů ve světě i v ČR (Mardesicová a Velebil, 2010, s.171).

2.3 Incidence císařských ežů

Nelze přesně uvést, jaká je incidence císařských ežů obecně, protože jednotlivé ukazatele se mění podle typu zařízení. Například perinatologická centra, která soustřeďují rodilky s patologickým průběhem těhotenství, budou vykazovat více císařských ežů než běžná zařízení. Mardesicová a Velebil v roce 2010 uvádí, že nárůst císařských ežů vzrostl skokově v 90. letech minulého století a to zejména díky prudkému rozvoji intenzivní péče v neonatologii. Uvádí, že v roce 2010 tvořil císařský ež 21% všech porodů s určitými rozdíly podle velikosti porodnic (Mardesicová a Velebil, 2010, s. 171-2). Podle Hájka vzrostl počet císařských ežů v roce 2011 na 24,35% a v perinatologických centrech na 35% (Hájek, a kol, 2014, s. 500). Nejnovější dostupná data v ČR jsou z roku 2015 a podíl císařských ežů je 26% (UZIS, 2017). Pavlíková publikovala v roce 2015 statistická data z let 2009-2013, kde detailně popisuje incidenci císařských ežů podle krajů ČR. V roce

2013 byl nejvyšší podíl je v Hlavním městě Praha-31,8% a v Olomouckém kraji-30,6%, nejnižší v Jihomoravském kraji -19,8% (Pavlíková, 2015, s.16).

Studiem odborných článků bylo zjištěno, že počet císařských řezů stoupá nejen v ČR, ale i ve světě. Například podle Chaillet a Dumont dosáhl počet císařských řezů v Kanadě 22,5% již v roce 2002 a toto číslo považovali autoři za vysoké a proto ve své studii, publikované v roce 2007 došli k závěru, že incidence císařského řezu může být snížena pomocí strategií založených na auditu a podrobné zprávné vazbě (Chaillet a Dumont, 2007). Stavrou a kol ve své populační studii poukazuje na fakt, že během 10 let (1998-2008) se zvýšil počet provedených císařských řezů v Novém Jiřském Walesu z 19,1 na 29,5% (Stavrou a kol, 2011). Vychází z práce Robson a kol, který v roce 2009 publikuje závěry své práce, že v Austrálii v roce 2006 byl podíl císařských řezů 30% a vyslovují hypotézu, že toto číslo stoupá díky enormnímu nárůstu obezity (Robson, 2009, s.208). Starší práce MacDorman, Menacker a Declercq publikovaná v roce 2008 udává, že počet císařských řezů se v USA zvýšil v roce 2006 na 31,1% a zároveň upozorňuje na fakt, že se zvyšuje počet operací bez lékařské indikace (MacDorman, Menacker a Declercq, 2008, s.305). Betrán a kol, publikují v roce 2007 závěry své studie, kde dochází ke stejným výsledkům a dodávají, že nejvyšší podíl císařských řezů není překvapivě v USA, ale v Jiřní Americe a oblasti Karibiku (nad 32%). (Betrán a kol, 2007, s. 111). Betrán a kol. dále ve práci pokračují a v roce 2016 publikují další výstup- zatímco počet císařských řezů se v USA stále drží na 30%, prudce stoupá incidence v Asii (na 19,5%) a v severní Africe (na 27,8%). (Betrán a kol, 2016). Podle českých autorů Adamse a Roztočila uvádí mezinárodní statistiky celosvětově 62% nárůst císařských řezů mezi lety 1997-2007 (Adams, 2010, s. 24; Roztočil, 2008a, s. 339).

WHO udává, že císařský řez má smysl provádět u 10-15% porodů, protože vyšší podíl císařských řezů nesnižuje úmrtnost dětí ani matek (WHO, 2015, s. 4). V celosvětové ekologické studii publikované v roce 2015 došli Ye a kol. k úplně stejným výsledkům a to že vyšší podíl císařských řezů nad 10-15% nesnižuje mortalitu (Ye a kol. 2016, s. 745). Gibbons a kol ve své práci poukazují na ekonomický dopad nadměrného nárůstu počtu císařských řezů a doporučují, aby došlo ke snížení neopodstatněných císařských řezů pod 15% všech porodů (Gibbons, 2012, s. 331).

2.3.1 D vody zvyšující se incidence

Císařský řez se stal operací pro matku i plod méně rizikovou a to především díky rozvoji přirodních věd, například farmakologii, rozvoji anesteziologie a využíváním regionální anestezie, zdokonalení operativní techniky. Proto došlo k rozšíření indikací pro císařský řez, jak plánovaný, tak akutní. (Todman, 2007, s. 357). S tím, jak stoupá podíl císařských řezů, klesá zároveň podíl vaginálních operativních porodů, například v roce 2010 bylo ukončeno v České republice jen 0,9% porodů za použití porodnických kleští a rovněž 0,9% porodů za použití vakuumextraktoru. Používání metody nástihu porodnické branky zcela vymizelo z porodnické praxe (Lomíková, 2009, s. 43; UZIS-Rodička a novorozenec 2010, 2011, s. 17).

Počet císařských řezů je ovlivován sadou indikací pro tento způsob porodu. Někdy ovšem není zcela jednoznačné určení, zda by porod vaginální cestou proběhl bezpečně a je proto zvolen způsob porodu císařským řezem – například podezření na makrosomii plodu (Adams, 2010, s. 21625). Frekvenci císařských řezů ovlivňuje způsob vedení porodu při podélné poloze plodu koncem pánevním. Pěstofle ve starších uobnících porodnictví jako například autor Jerie a Klause z roku 1946 je poloha plodu koncem pánevním brána jako fyziologická, při vaginálním porodu mohou nastat komplikace afl 4x astěji nevl u porodu hlavičkou. Proto je v dnešní době většina těchto porodů ukončena císařským řezem. V roce 2010 to bylo v ČR 91,3 % porodů (Jerie-Klaus, 1946, s.435, Velebil, 2008, s. 16; UZIS Rodička a novorozenec 2010, 2011, s. 17).

Dalším faktorem, který zvyšuje frekvenci císařských řezů, je zvýšený počet vícečetných těhotenství, hlavně díky nárůstu početů flet, které úspěšně podstoupily metody in vitro fertilizace. Pouze velmi malé procento dvojčetných těhotenství bývá v dnešní době ukončeno spontánním porodem (pouze tehdy, jsou-li oba plody v poloze podélné hlavičkou), což má za následek vysoké procento porodů císařským řezem u těchto těhotenství (Mardeiová a Velebil, 2010, s. 173; Velebil, 2008, s. 15). Na zvýšení počtu císařských řezů má vliv také zvyšující se vertikální ek a s ním související přídavné choroby, kterými rodičky mohou trpět. Statisticky je operativní ukončení porodu astější u vyšších věkových skupin (Mardeiová a Velebil, 2010, s. 174).

Vzhledem k astějšímu ukončení těhotenství císařským řezem roste počet rodiček, které mají tuto operaci u anamnéze. Tyto ženy se mnohdy obávají rizik, která

jsou spojena s vaginálním porodem po předchozím císařském řezu a volí proto ukončení stávajícího těhotenství opět touto metodou císařského řezu. V roce 2010 bylo 72 % porodů, kdy se v anamnéze matky vyskytoval předchozí císařský řez, ukončeno opětovným císařským řezem (Mardešiová a Velebil, 2010, s. 174; Velebil, 2008, s. 15; UZIS Rodička a novorozenec 2010, 2011, s. 15). Svůj podíl na zvyšující se frekvenci císařských řezů má nepochybně nárůst počtu indukovaných a zejména programovaných porodů. Indukovaný i programovaný porod je spojen s vyšším rizikem ukončení akutním císařským řezem (Kopřivová, 2008, s. 17620; Thorsell a kol., 2011, s. 1095, Wood a kol. 2013, s. 675).

Hrozící nebo již přítomná hypoxie plodu je indikací k akutnímu císařskému řezu. Tato situace je brzy odhalena díky možností monitorování plodu v průběhu porodu, ovšem otázkou zůstává, zda je interpretace kardiokografie správná. Podle Adamse kontinuální monitorování srdečních ozvěn plodu významně zvyšuje počet provedených císařských řezů (Adams, 2010, s. 21 a 24). Ke stejnému závěru došel i Steer v roce 2008, který upozorňuje na nutnost používat dvě metody monitorace – kardiokografii a pulsní oxymetrii a zároveň odkazuje na možnosti monitorace plodu pomocí fetálního EKG (Steer, 2008, s.6).

Nutno dodat, že frekvenci císařských řezů ovlivují také společenské vlivy. Aktivita i naopak pasivita ošetřujících lékařů, jejich odpovědnost, zkušenosti a v neposlední řadě i strach rovněž ovlivují četnost císařského řezu. Dále jsou na místě obavy z možných soudních procesů. (Lomíková, 2009, s. 43; Mardešiová a Velebil, 2010, s. 171). Velice problematická je otázka císařského řezu na přání, který by měl být velice vzácnou záležitostí (Fenwick a kol, 2010, s. 399).

2.4 Indikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu můžeme dle nejrecentnějších hledisek. Nejprve se používá dělení na indikace ze strany matky, ze strany plodu a společné. Jiné dělení je na indikace absolutní (císařský řez je jedinou možností, jak porodit) a relativní. Nebo je možno rozdělit indikace na hlavní a vedlejší i samostatné, pokud se jedná o jeden patologický stav i sdružené, pokud je nakumulováno více patologií (Lomíková, 2009, s.43, Roztočil, 2008, s.301). Podle řehy na akutnost indikace je možno pohlídnout ze stránky ukazatele kvalitatívního závažnosti povahy patologického

stavu a ze stránky ukazatele kvantitativního- stupe závažnosti patologického stavu. Tyto ukazatele jsou nutné pro ur ení asového faktoru pro p ípravu a provedení operace (eck, 2006, s. 516).

Základní skupiny porodnických indikací

1. Fetopelvický a kefalopelvický nepom r. Nepom r mezi rozm ry plodu a pánevními rozm ry matky. Tento stav se m ě vyskytnout, má li rodi ka zúženou pánev, a jifl vrozen (vyskytuje se u drobných ťen men-ích nefl 150cm) nebo druhotn , nej ast ji po úrazech (autonehody, zlomeniny kostr e). Deformity pánve po prod lané rachitis se ufl u dne-ních ťen ve fertilním v ku nevyskytují.
2. Vcestné p ekáfky v porodních cestách, které brání prostupu plodu, nap íklad vcestné myomy, nádory vaje níku, rekta, tumory, p ípadn fraktury pánve, ren migrans
3. Symfyzeolýza a pelveolýza. Jedná se o rozvoln ní pánevního pletence, které by mohlo být p í spontánním porodu zhor-eno (hlavn u velkého plodu).
4. Zm ny a p ekáfky v m kkých cestách porodních. Zda se jedná zejména o stenózy d lofního hrdla, které m ě být jizevnaté po p edchozích plastických úpravách, po cerclage, rigidita branky, dále se jedná o stenózy, septa i varixy pochvy, p ípadn rozsáhlé varixy vulvy.
5. Stav y po operacích d lohy a operacích v malé pánvi. V míst jizvy, která vznikla na d lofní st n nap íklad po enukleaci myomu i korekci vrozených vývojových vad d lohy by mohlo p í porodu dojít k ruptu e. Spontánní porod by mohl také ohrozit výsledek p edchozích operací v pochv , jako jsou plastiky po-ěvní a nebo opera ní e-ení inkontinence.
6. Porodnické krvácení. Zde se m ě jednat o abrupci neboli p ed asné odlu ování placenty, placenta praevia, rupturu d lohy, vasa praevia, p ípadn krvácení nejasného pvodu.
7. Prodloužené t hotenství- po neúsp -ných pokusech o indukci porodu.
8. Cervikokorporální dystokie- porucha vypuzovacích sil. Primární a sekundární hypokinetické, hyperkinetické a dyskinetické poruchy d lofní innosti nezvládnutelné konzervativn . Do této skupiny se za azuje i výrazná porucha b i-ního lisu, nap íklad u rozsáhlých kýl nebo u myastenia gravis.

9. Dlouho odteklá plodová voda. Po neúspěšných opakovaných provokacích porodu a při známkách rozvíjející se intraovulární infekce- zvyšuje tělesná teplota, elevace CRP a leukocyt
10. Horečka za porodu- febrilní porod. Tato indikace vyžaduje cílené zajištění antibiotiky a zcela individuální postup.
11. Celková onemocnění rodičky. Jedná se o infekční a zhoršující se celková onemocnění jako diabetes mellitus, hypertenze, roztroušená skleróza, onemocnění orgán - srdce, plic, ledvin, zhoršující se preeklampsie a vznikající i ufl vzniklá eklampsie, onemocnění ortopedická, onemocnění očí jako například onemocnění sítnice, tělesný stupeň myopie. Dále cévní onemocnění jako aneurizma nebo hluboká trombóza velkých cév, kardiopatie, psychiatrické onemocnění apod. Vzhledem k tomu tato onemocnění by měla být ověřena a zvažována konziliem odborníků, protože podle Lomíkové naproti v těhotenství šneporodníkovi považuje císařský řez za zcela banální operaci bez možných vedlejších komplikací.
12. Nepravidelné uložení plodu. Jedná se o polohu příčnou, o polohu šikmou, případně o polohy deflexní elní a oblijeová. Pokud porod nepostupuje, tak i poloha temenní, při poloze podélné hlavičky, vysoký příčný stav, přední i zadní asynklitismus, naléhání a výhled zruky.
13. Naléhání a výhled zruky. Tato indikace je velmi akutní, pokud se plod nachází v poloze podélné hlavičky.
14. Poloha plodu koncem pánevním. Tato indikace je poměrně nová a rozhoduje o ní především váhový odhad plodu a porušené držení plodu. Váhový odhad plodu menší než 2500g, nebo větší než 3500g u prvorodičky a 3800g u vícerodičky je indikací. Porušené držení plodu jako například naléhání nohama, kolínky nebo kombinace je rovněž indikací k ukončení porodu císařským řezem. Další indikací je vysoko naléhající konec pánevní, podezení na nitrodložní r stovou retardací, snížené množství plodové vody. Na zetele se berou i jiné faktory jako například parita, věk matky, stav porodních cest, stav předchozím císařským řezem a pod. Zajímavou indikací je nesouhlas matky k vaginálnímu porodu koncem pánevním. Vzhledem ke komplikacím, které mohou při vaginálním porodu nastat a vzhledem k dyscherii porodníkovi a strachu z právních postihů dochází na mnohých pracovištích úplný odklon

od vaginálního porodu a poloha podílná koncem pánevním se stává automaticky indikací k císařskému řezu.

15. Akutní a chronická hypoxie plodu. Hypoxie je stanovena z kardiokografického záznamu. Podle Lomíkové je nutno tyto nálezy korigovat podle možností pracovníků s nálezy pulzní oxymetrie i ST analýzy.
16. Rh- izoimunizace (podle Moise je dříve častější) perinatálního úmrtí díky značnému pokroku v ultrazvukové diagnostice velmi vzácná a to v případě, že se vyskytnou pacientky, které se stávají RhD senzitivními ufl v počátcích gravidity a je tedy nejdelší slednost v depistáři pacientek
17. Tělná anémie plodu- při Rh izoimunizaci, fetomaternální nebo fetofetální transfuzi
18. Infekční onemocnění rodičky, zejména infekce HIV, floridní herpes simplex virus, nález MRSA v pochvě
19. Víčetné těhotenství. Jedná-li se o dvojčata uložena jinak, než obě v poloze podélné hlavičkou., došlo-li k úmrtí jednoho dvojčete a zároveň je druhé dvojčete životaschopné, pokud se jedná o srostlice (tzv. siamská dvojčata), monochoriální monoamniální dvojčata, je-li mezi váhovými odhady plodů rozdíl více, než 500g, jsou-li plody malé a nezralé nebo naopak velké. Další indikací je oligohydramnion, dlouhodobě odteklá plodová voda, známky intrauterinní retardace, císařský řez v anamnéze. Automatická indikace je u tří a více plodů. Dříve nebyla indikace k císařskému řezu u dvojčat, pokud bylo první dvojčete v poloze podélné hlavičkou a druhé v poloze koncem pánevním, ale vzhledem k možným komplikacím při porodu koncem pánevním je i tento stav do indikační skupiny zahrnut. I v této skupině platí, že na mnohých pracovištích se indikace vícečetného těhotenství stává automatickou indikací k císařskému řezu.
20. Stav po předchozím císařském řezu, pokud se projevuje cervikokorporální dystokie, je-li odhad hmotnosti plodu větší než 4000 g a hrozí-li ruptura dělohy projevující se bolestivostí v jizvě, jizva o méně než 2mm (méně než 2mm UZ), v případě Lomíkové je k této indikaci přidává hojení jizvy po předchozím císařském řezu per sekundam, kýla v jizvě a u prvního císařského řezu zjištěné varixy na děloze. Pokud se jedná o vícečetné těhotenství nebo o polohu podélnou koncem pánevním u ženy s císařským řezem v anamnéze, je tato

indikace automatická. Podle Zhang a kol. je 30,9% opakovaných císařských ezech v USA provedeno právě z této indikace.

21. Stav po dvou (ve výjimečných případech třech) císařských ezech.
22. Sdružené indikace- tato indikace je stanovena na základě komplexního rozhodování, například v k rodici, negativní gesta ní anamnéza, lé ená infertilita a sterilita, před asný porod, obtížný a komplikovaný předchozí porod, který bývá spojený s perinatálním úmrtím dítěte nebo jeho zdravotním postižením, komplikace při minulém porodu jako například rozsáhlé porodní poranění, dolní inverze, masivní krvácení apod.
23. Velký plod: 4000 g při sdružené indikaci (diabetes mellitus, stará primipara a jiné), samostatná indikace je váhový odhad plodu nad 4500g.
24. Psychologické indikace- zde se adí úzkostné obavy matky z porodních bolestí, z porodu obecně - tokofobie, ale také nadměrné obavy matky o zdravotní stav novorozence, který by byl porozen vaginální cestou. Podle Lomíkové jsou tyto indikace nesporné, jejich poznání ale závisí na osobě indukujícího.
25. Umírající a mrtvá plena- nejvzácnější a nejdramatičtější indikace, provádí se jen u živého a životaschopného plodu. Ten může přelit v d loze až 20 minut. V dnešní době se s touto indikací máme setkat po úrazech, například autonehodách. Dijkman a kol. ovšem doporučují zahrnout provedení perimortálního císařského ezu do lé by srdeční zástavy v t hotenství a doporučí v této technice vzdívat i lékaře- záchranáře.
26. epický a Líbalová popisují je-ť velmi zvláštní indikaci šporodník v strachě. Například se jedná o rodici s polohou plodu koncem pánevním, kde jsou všechny podmínky k vaginálnímu vedení porodu, případně pleny po císařském ezu- epický a Líbalová uvádí, že porodníci mnohdy vehementně vnucují t hotné, plenta jizva určitě bolí a tahá apod. Patí sem i tzv. šprogramované císařské ezy, kdy se z d vod zcela osobního rázu porodníka hledají indikace.
27. Zvláštní indikací- neindikací je císařský ezech na přání matky. Podle vyjádění FIGO není tato indikace eticky zd vodnitelná. Tento závěr se opírá o údaje o vyší mateřské morbiditě a mortalitě po císařském ezu, zohledněna jsou i kritéria ekonomická. Podle Lomíkové je ovšem nutno si poznat, že tato praxe je běžná na všech pracovištích. Mohou-li se pleny rozhodnout o ukončení nechtěného t hotenství, o prenatální diagnostice, poloze při porodu, porodnické analgezií, mohou se vyjádřit i ke zpsobu porodu. Indikace na přání rodici

jsou vzhledem k alibistickým postojům odborné veřejnosti skrývány pod odbornou indikaci. Ke stejnému názoru došla i Weaver, která ve své práci analyzovala data z Velké Británie v roce 2007. Jak uvádí Kopečka, chybí v naší republice relevantní studie o této indikaci. Zároveň udává, že po čtyřech, podstupujících císařský eznepání ve světě stále stoupá. Například dánská studie z roku 2009 uvádí výskyt císařských eznepání mezi 3-6% z celkového počtu císařských eznepání. K podobnému závěru došel i Wiklund, v roce 2012, který udává 8% ve Švédsku. Zároveň ale upozorňuje na poradenské programy, kterými by tyto ženy měly projít.

(Lomíková, 2009, s.43-44, Roztočil, 2008, s. 335, Hájek, 2009, s.40, Hájek a kol, 2014, s. 495, Mardesicová a Velebil, 2010, s. 173, Hofierková, 2016, s.227, Moise, 2004, s.25, Dijkman a kol, 2010, s. 287. Binder, 2011, s.266, Kopečka, 2010, s.7, Wiklund a kol., 2012, s. 104, Weaver, J., 2007, s. 33, Šepický a Líbalová, 2008, s.79).

2.5 Dlezení císařských eznepání

Stoupající podíl císařských eznepání je celosvětově velkým problémem a je nutno navrhnout a provádět úpravy ke snížení tohoto počtu. K tomu je podle Torloni zapotřebí zavést jednotnou klasifikaci císařských eznepání, která pomůže při vytváření a provádění efektivních strategií zaměřených na optimalizaci počtu císařských eznepání (Torloni a kol, 2011).

Například Lech nebo Kudela rozdělují císařské eznepání podle povahy indikace na:

- 1) primární neboli plánovaný, kdy je indikace předem známa a již v průběhu těhotenství (nebo ještě před otěhotněním) je rozhodnuto a provedení císařského eznepání- jedná se například o pánevní indikace nebo onemocnění matky
- 2) sekundární neboli neplánovaný- indikace vzniká akutně, a již v průběhu těhotenství nebo při probíhajícím porodu- zde se jedná například o hypoxii plodu, výhled pupečníku, abrupci placenty apod.

(Lech, 2006, s. 516; Kudela, 2008, s. 207).

Velmi podobné rozdělení císařských eznepání uvádí také Lomíková a to:

- 1) primární neboli elektivní- indikace vznikla před nástupem deliveriesinnosti
- 2) sekundární neboli selektivní- indikaci nebylo možné předvídat

(Lomíková, 2009, s. 43)

Jiní autoři, jako například Šámková dlejí císařské eznepání podle časové naléhavosti na:

- 1) neurgentní - plánovaný
- 2) akutní- neplánovaný, ale poskytující dostatek času k podání neuroaxiální anestezie
- 3) urgentní, emergentní, kdy časová prodlevy ohrožuje matku a plod

(Třámková, 2014, s.18)

Zahraníční autoři Kinsella a Scrutton doporučují ustanovit jednotné schéma a to rozlišení 4 kategorií z hlediska naléhavosti provedení císařského řezu:

- 1) krizový- kdy se jedná o bezprostřední ohrožení života matky nebo plodu
- 2) naléhavý- zde se jedná o akutní ohrožení matky nebo plodu, které ale není bezprostřední život ohrožující
- 3) selektivní- plánovaný, kdy je potřeba brzký porod, ale matka ani plod nejsou akutně ohroženy
- 4) elektivní- také plánovaný, který se provádí v době, která vyhovuje jak pacientce, tak porodnickému oddělení, kde je císařský řez prováděn.

Kinsella se opírá o výsledky rozsáhlého výzkumu, který byl proveden již v roce 2000, na jehož základě se pokoušel spolu s Lucas a Yentis tyto kategorie definovat. (Lucas, Yentis a Kinsella, 2000, s. 346). Touto problematikou se zabývala v roce 2010 i Torloni a kol., která uvádí, že v ideálním případě by mělo být 6-10 hlavních kategorií, protože i menším počtem se mohou indikace vzájemně překrývat (Torloni a kol., 2011).

2.6 Anestézie při císařském řezu

Císařský řez je nutno provést v anestézii. Nekonvenční metody anestézie jako například akupunktura nebo hypnóza nejsou v České republice rozšířeny, u císařských řezů je využívána anestézie:

- 1) celkovou (CA) s intubací a svalovou relaxací (nitrofilní, inhalační, kombinovanou)
- 2) regionální, (neuroaxiální), kterou je možné rozdělit na:
 - a) epidurální (EDA)
 - b) spinální a subarachnoidální (SAB)
 - c) kombinovaná spinální-epidurální (CSE)

Při celkové anestézii se rodička uvede do umělého bezvědomí (uspí). Používá se inhalační anestézie, která se někdy zkracuje zkratkou ETA (endotracheální). Mezi výhody celkové anestézie patří rychlý a spolehlivý nástup účinku a spolehlivější kontrola dýchání v jejím průběhu. Rovněž kolísání krevního tlaku je při této formě anestézie menší. Nevýhodou je zvýšené riziko vdechnutí flakuidního obsahu a možný útlum novorozence léky, které se podávají matce v úvodu do anestézie. Matka nemá po porodu bezprostřední kontakt s dítětem a při ukládání k prsu je možné až po odeznání anestézie (Pařízek, 2015, s 512).

Epidurální anestézie se často používá ke zmírnění porodních bolestí – v tomto případě se hovoří o analgézii. Epidurální katetr (jemná plastová trubička) se zavede na zevní stranu mozkomíšního obalu do blízkosti míšních nervů a aplikují se zde ná anestetika. Pokud je nutné provést císařský řez a pacientka má tento epidurální katetr zaveden, použije se silnější koncentrace anestetika. Účinek se dostavuje pomaleji než u spinální anestézie, přesto je tento druh anestézie využíván, hlavně v případech, kdy rodička už má zavedený epidurální katetr a indikace k císařskému řezu vznikne za porodu. Výhodou představuje možná aplikace analgetik do zavedeného epikatetru i v pooperačním období (Pařízek, 2015, s.511, Wee a kol) Bláha vidí největší přínos epidurální anestézie, v jejím možném ovlivnění v průběhu operace, zejména při prodloužení výkonu. Jako další výhodu udává pozvolný nástup hypotenze proti spinální anestézii. Podle Bláhy lze na rozdíl od spinální anestézie aplikovat epidurální anestézii i v případě komplikovaných a rizikových výkonů jako například placenta praevia nebo inkreta, při nichž dříve byla metodou volby celková anestézie, je však nutno dodržet určité podmínky (Bláha, 2014, s. 30).

Spinální anestézie se u císařských řezů používá nejčastěji. Při této anestézii se vstříkne místní anestetikum tenkou jehlou do mozkomíšního obalu v dolní části páteře. Stačí malá dávka anestetika, které účinkuje rychle (Bláha, 2014, s. 30).

Při kombinované regionální anestézii se použije spinální anestézie pro samotnou operaci, ale epidurální analgezie v pooperačním období (Bláha, 2014, s. 30).

Mezi výhody regionální anestézie lze zařadit minimální riziko vdechnutí flakuidního obsahu a tím poškození plic matky během operace, protože žena má zachované obranné reflexy a může kašlat. Nehrozí útlum novorozence léky a ihned po porodu je možný kontakt novorozence s matkou a je možné provádět bonding. Affolabi udává jako výhodu regionální anestézie pouze menší pooperační tělesnou a nízkou krevní ztrátu (Affolabi a kol, 2006). K výhodám regionální anestézie patří podle Chang

ní krevní ztráta a tím i kratší doba hospitalizace. Saracoglu dodává i menší pooperační bolest a nižší spotřebu analgetik (Chang, 2011, s. 462, Tsai, 2011, s. 758, Saracoglu, 2012, s. 48). Butwick ve retrospektivní své studii z roku 2009 došel k názoru, že pro rodilky s vysokým BMI je regionální anestézie jednoznačně nejlepší volbou právě díky lepšímu hojení laparotomie (Butwick, 2010, s. 520). Ke stejnému názoru došel i Rollins ve Velké Británii v roce 2011, který ovšem doporučuje další výzkum z hlediska nejen obezity, ale zároveň hematologických problémů matky (Rollins a Lucero, 2012, s.120).

Mezi nevýhody patří riziko poklesu krevního tlaku hlavně v počátku anestézie a plod je ohrožen nízkým přísunem kyslíku krví (Pařízek, 2015, s.511, Wee a kol.). Hypotenze během spinální anestézie u císařského řezu musí být systematicky detekována, předcházena a léčená neprodleně a podle Mercier je neefektivnější spojení vazopresor a rychlá aplikace krystaloidů v době punkce (Mercier, 2011, s. 668). Další nevýhodou je pomalejší nástup účinku anestézie. Regionální anestézie má řadu výhod, které vystupují do dolní končetiny, případně do celého těla před a po operaci. Mezi značnými obtížnými nežádoucími účinky regionální anestézie ale i analgezie patří silná bolest hlavy. Někdy pacientky pocítí místní bolesti v zádech v okolí vpichu. (Pařízek, 2015, s. 511, Wee a kol.).

Stále vytrvá po et císařských řezů zvykne i význam a vliv podané anestézie. Celosvětově je patrný stálý vzestup regionální anestézie proti anestézii celkové, která v současné době převažuje. V České republice byla v roce 2011 podána regionální anestézie v 53% a celková ve 47%, ovšem ve světě je tento poměr 85% ku 15% ve prospěch anestézie regionální, jak je možné zjistit z výsledků studie OBAAMA-CZ2011 (Touřil, 2013, s. 81). Bláha udává zastoupení celkové anestézie u císařských řezů v USA v 5% případů, ve Velké Británii a Holandsku 15%, v Belgii 4%, v Německu 10%, pouze ve Španělsku a Itálii se blíží 30%. Podle Bláhy je nutno přitom hledat v konzervativnosti a určitě rigiditě českého porodnictví a na úroveň pracoviště v obtížně pochopitelné nechuť i porodníků k regionálním anesteziologickým technikám a nelze tento poměr vysvětlit pouze odmítáním této anestézie rodilkou (Bláha a kol, 2013a, s. 287).

Mezi odbornou veřejností je dnes všeobecně akceptován názor, že pokud není u císařského řezu celková anestézie indikována, je kontraindikována, tedy před anestézií celkovou má jednoznačně přednost anestézie regionální, pokud ji lze použít (Bláha,

2013a, s. 288). Podle Reynolds a Seed není dnes již signifikantní rozdíl při použití celkové a neuroaxiální anestézie ani v mateřské mortalitě ani v ovlivnění plodu při porovnání Agar skóre v 1. a 5. minut. Autoři se opírají o výsledky meta-analýzy srovnávacích studií (Reynolds a Seed, 2005, s. 650). V australské studii z roku 2009 ale Algert a kol. docházejí k závěru, že použití celkové anestézie má horší vliv na poporodní adaptaci novorozence (Algert a kol, 2009). Ke stejnému závěru došel i italský autor Mancuso v roce 2010 (Mancuso a kol, 2010, s. 1115). V těchto studiích nejsou novorozenci rozděleni podle gestačního stáří a podle Bláhy se v klinické praxi setkáváme s horší poporodní adaptací u novorozence nezralých, což souvisí spíše s jejich nezralostí než s použitím anestézie (Bláha, 2011, s.188). Touto problematikou se zabýval i Tonni a kol, který došel k závěru, že z hlediska plodu by mohla být nejvýhodnější epidurální anestézie pro svůj pomalý nástup vegetativní blokády, se kterou souvisí méně výrazná hypotenze matky spojená s hypoperfúzí placenty (Tonni a kol, 2007, s. 145).

Ovšem i když je regionální anestézie celosvětově na vzestupu, i vyžití anestézie celkové má při císařském řezu své místo. Je metodou volby při kritických stavech matky nebo při emergentním ohrožení života plodu. Pochopitelně je vyžívána při odmítnutí regionální anestézie matkou (Bláha, 2013b, s. 186, McDonell, 2008, s. 295). V akutních stavech je tím hlavním kritériem pro volbu anestézie čas, který má anesteziolog k dispozici k přípravě rodičky a podání anestézie a na přípravě matky zhustanění brán z etel. O to významnější je maximální psychická podpora rodičky anesteziologem i porodníkem při přípravě na porodním a operačním sále (Bláha, 2011, s. 190). Celková anestézie v rukou zkušeného anesteziologa splňuje všechny požadavky na bezpečnost pro matku i pro dítě. U císařského řezu, který je indikován na základě hypoxie plodu je méně uspokojivý stav novorozence dán v těle jen p edem a volba anestézie to již nedokáže změnit ani při maximálním úsilí anesteziologa. Jestliže je plod vybaven do 3-4 minut po úvodu do celkové anestézie, pak je poporodní adaptace novorozence stejná jako při použití anestézie regionální (Bláha, 2013b, s. 186).

Dnešní porodnická péče vyžaduje především týmový a multidisciplinární přístup, jehož základním kamenem je vzájemná důvěra. Zatímco indikace k císařskému řezu a časové určení jeho naléhavosti je výhradně v cí porodníka, vlastní volba anestézie je v cí anesteziologa. Porodník musí určit čas, který má anesteziolog k dispozici do nutného vybavení plodu, a na základě tohoto časového úseku a s přihlédnutím ke stavu rodičky anesteziolog zvolí v tu chvíli nejvhodnější anestézii.

Podle Bláhy musí porodníci musí v it svým anesteziolog m a anesteziologové musí v it svým porodník m. Je jasné, fle viditeln lep-ích výsledk dosahují ty porodnice, kde se o rodi ky starají kombinované, navzájem spolupracující týmy složené ze zku-ených porodník , anesteziolog , neonatolog a porodních asistentek (Bláha, 2014, s. 39, Bláha, 2011, s. 291). Trendem dne-ní doby je maximalizovat komfort pacientky v období porodu a navodit atmosféru co nejvíce domácího prostředí s přítomností blízkých osob. Podle Tmoura e je na mnoha pracovi-tích prostor pro zlep-ení komfortu rodi ek, cofil ov-em vyfladuje pozitivní mezioborovou spolupráci (Tmoura , 2013, s. 82).

Velmi d ležitou podmínkou pro správné fungování peripartální anesteziologické pé e je existence anesteziologického týmu jen pro pot eby porodnického odd lení v pracovní dob . Podle výzkumu Tmoura e nebyla v roce 2010 přijata tato praxe v eské republice na více neff 50% pracovi- . (Tmoura , 2013, s. 82). V zahrani í existují speciáln pro-kolení anesteziologové pouze pro porodnickou anestezii a analgezii (Wee, a kol).

P ání matky je ve v t-in p ípad afl na druhém míst . O to významn j-í je maximální psychická podpora rodi ky anesteziologem i porodníkem jak p i p íprav na opera ním sále, tak p i neuroaxiální anestezii v pr b hu celého císa ského ezu (Bláha, 2011, s.188).

2.7 Komplikace císa ského ezu

P estofle je císa ský ez nej ast j-í nej ast ji provád nou operací v oboru gynekologie-porodnictví a ada nejen laik , ale i odborník z jiných obor medicíny jej považuje za jednoduchý a bezpečný výkon. Jako kterákoli jiná operace ale císa ský ez s sebou nese možná rizika a možné komplikace. (Bláha a kol, 2013b, s. 196). Podle Komára se riziko komplikací pohybuje kolem 5% (Komár, 2011, s.33).

Komplikace je možné d lit z asového hlediska na komplikace:

- 1) Bezprost ední - peropera ní- které vznikají p ímo v pr b hu operace- nej ast ji se jedná o krvácení z rány p i peropera ních rupturách,poruchách placentace, koagulopatiích i hypo afl atonii d lofní, poran ní novorozenc a mén asté poran ní vedlej-ích orgán .

2) Poopera ní komplikace:

- a) asné- kam pat í hemoragický –ok, syndrom DIC, trombembolie, poruchy motility st eva- nej ast ji paralytický ileus
- b) Pozdní- kam je za azována nej ast ji infekce. Podle Lomí kové je ned lka po císa ském ezu ohrožena afl 10x ast ji infekcí nejl nedl ka po spontánním porodu. Nej ast ji se jedná o endometritis, endomyometritis, infikované subfasciální, parametrální nebo perivesikální hematomy, infekce mo ových cest, které souvisí se zavedením permanentního katetru a déletrvající derivací mo e. Dal-í pozdní komplikací m fle být tromboflebitis a leckdy neprávem opomíjená anémie.

3) Pozdní následky císa ského ezu - do této kategorie jsou za azována poruchy fertility a p ípadné komplikace následného porodu- celé t hotenství i porod jsou poznamenány jizvou na d loze a z toho vyplývající problémy- poruch placentace, ast j-í dystonie, v t-í bolesti, velké opatrnosti je t eba p i podávání uterotonik. Dále sem pat í bolesti v podb i-ku, zp sobené nej ast ji poopera ními sr sty, p ípadn kosmetický defekt v jizv , je moflný i vznik hernie i endometriomu. Podle Nominato císa ský ez výrazn zvy-uje riziko onemocn ní endometriózou. Nezanedbatelný je i psychologický vliv, kdy m fle být snížená sebev domí matky porodit spontánn .

(Lomí ková, 2007, s. 52-54, Nominato, 2010, s. 85).

Jiní auto i, nap íklad Binder nebo Liu d lí komplikace podle obor na komplikace:

- 1) Anesteziologické - mezi n pat í u celkové anestézie Mendelson v syndrom, kdy dochází k aspiraci zvratk a kyselého obsahu flaludku a následuje laryngospasmus. Proto je velmi d leflitá d sledná kontrola pacientky p i vyvád ní z anestézie. P i regionální anestézii je nej ast j-í komplikací postpunk ní cefalea, kterou zp sobuje únik mozkomí-ního moku. Tato cefalea se dá spolehliv vy e-ít aplikací krevní zátky a není nutno s ní otálet. P í inou této komplikace je chybná technika, se zku-eností anesteziologa po et výrazn klesá. K raritním komplikacím pat í i nezvládnutelná hypotenze, která ohrožuje plod i matku.
- 2) Infek ní ó pom rn asté komplikace, které vznikají p i operaci otev ením komunikace do po-ěvního prostoru, který je osídlen patogeny a ty mohou p estoupit do dutiny d loflní i b i-ní. Nej ast ji k tomu dochází p i odtoku

plodové vody. Klinický stav se projevuje horečkami, které jsou často septického charakteru a to brzy po operaci. Pokud zůstane zánět ohraničen na děloze, jedná se o endometritis, pokud přestoupí i na svalovinu, pak se jedná o endomyometritis a pokud přestoupí do peritoneální dutiny, jedná se o pelveoperitonitis. Jako prevence tohoto stavu je doporučeno profylaktické bolusové podávání antibiotik předoperačně ihned po vybavení plodu. Binder sem zaznamenává i infekční komplikace operační rány, které jsou méně závažné, ale více viditelné a podle Bindera pacientky často hodnotí úspěch operace podle vzhledu operační jizvy. Poměrně vzácná je úplná dehiscence operační rány, spíše je možno se setkat s abscesy nebo flegmónami, které často souvisí s operační technikou. Ke vzniku podkožních hematomů vede přímě traumatický způsob operování případně společně s nedostatečným ošetřením podkoží, nevhodné použití kauteru vede ke vzniku strom. Prevencí těchto komplikací je opatrnost, pečlivé ohleduplné operování, velmi pečlivé stavění krvácení, případné používání elektrokoagulace a případně potěby používání drénů. Binder doporučuje sterilní krytí rány po dobu 24 hodin. Nezanedbatelné je také důsledné dodržování hygienicko-epidemiologických pravidel stanovených pro porodnická oddělení.

- 3) Krvácivé šó zde se jedná o vzácnou komplikaci hemoperitoneum, kdy se krev hromadí v Douglasově prostoru a o vznik hematomů. Subfasciální hematom vznikne nedostatečným ošetřením perforovaných cév přímých břišních svalů. Riziko jeho vzniku roste u opakovaných císařských řezů, u heparinizovaných pacientek a u stavů, které by mohly mít souvislost s poruchou koagulace, jako například HELLP syndrom nebo preeklampsie a dále při nadměrném používání elektrokoagulace. Subfasciální hematom se klinicky projeví subfebriliemi, poklesem červené krevní řady, které nekoreluje s udávanou krevní ztrátou a bolestivým vyklenutím v okolí sutury. Diagnóza se stanoví ultrazvukovým vyšetřením šestiny břišní. Léčbou je revize operační rány, evakuace hematomu a drenáž postifeného prostoru. Zdroj krvácení se téměř nikdy nejde. Prevencí této komplikace je založení redonova drénu do subfasciálního prostoru u rizikových pacientek. Subfasciální hematom vzniká často i u Pfannenstielova suprapubického řezu, který je ovšem na většině pracovišť preferován z kosmetických důvodů. Pooperační hematom je možné v případě exkavaci a vzniká při nedostatečném ošetření uterotomii. Klinické příznaky jsou stejné jako

u subfasciálního hematomu, ale vystupované a bývá přítomna porucha srdeční pasáže. Zde je nutná laparotomická revize a evakuace hematomu.

- 4) Poranění plodu- nejčastěji poraněním jsou číselné rány skalpelem při otevírání dutiny dlovní. K poranění dochází zejména v případech, kdy se operativně pole zalévá krví z otevřených varikozních cév a terén je nepřehledný. V tomto případě je lepší proniknout do dutiny dlovní tupým prstem. Vzácněji jsou poranění dlouhých kostí nebo luxace a to zejména při obrátcích plodu, případně v poloze plodu koncem pánevním.
- 5) Poranění okolních orgánů nejčastěji močového měchýře. Poranění se ošetřuje suturou stěny ve dvou vrstvách a dobře se hojí. Další poraněním orgánem mohou být močová a vřezání stěny
- 6) Embolie - nejzávažnější porodnická komplikace. Embolii plodovou vodou nelze předvídat, velmi rychle se projeví příznaky DIC a léčba musí být velmi rychlá a v kooperaci porodníka, anesteziologa a hematologa. Přesto je tato, náhle vznikající vzácná komplikace zatížena vysokou mateřskou úmrtností. Riziko tromboembolie se snižuje preventivním podáváním nízkomolekulárních heparinů.
- 7) Ostatní- sem patří dlovní hypotonie a atonie. S různými stupni poruch dlovního tonusu se setkáváme u císařského řezu celkem často, závažný stupeň nacházíme při nadměrné dystenzi dlovní dutiny při vícečetném těhotenství nebo velkém plodu. Tonus dlovy je nutné před a během operace kontrolovat a včas použít uterotonika. Dále sem patří ileus, kdy se jedná o poruchu motility stěvy.

(Binder, 2008, s.89-94, Liu, 2007, s. 458-60)

Jiné dělení komplikací po císařském řezu je na komplikace mateřské a komplikace neonatologické. Tita uvádí bezprostřední neonatologickou komplikaci zhoršenou poporodní adaptací způsobenou nedostatečnou funkcí respiračního systému, kdy dítě neprojde porodními cestami, není komprimován hrudník a vytlačena plicní tekutina (Tita, 2009, s.111). Ke stejnému závěru došel i Hansen, podle kterého touto komplikací trpí více dětí porozené plánovaným císařským řezem nežli akutním (Hansen, 2009, s.85). Stráňák přidává k bezprostředním novorozeneckým komplikacím ještě častěji výskyt hypoglykémie a hyperbilirubinémie, které souvisí s pozdní iniciací kojení (Stráňák). Neonatologickými pozdními komplikacemi se zbývá například Gregora, který tvrdí, že porod císařským řezem má pro novorozence jak plusy, tak i negativa. K plusům patří zejména zohlednění životnosti, z čehož profitují zejména

novorozenci, kteří jsou ohroženi hypoxií nebo hypotrofií, protože se jim z nejrůznějších příčin nedostává v dloze správné oxygenace a výživy a zejména novorozenci, kteří jsou nezralí. Další skupinou jsou novorozenci s vrozenými vadami, novorozenci s abnormální polohou hlavy a naléháním v dloze a novorozenci hypertrofií, kteří by pouze obtížně, případně s rizikem poranění prošli porodními cestami. Mezi negativa Gregora zaujímá celkovou nepřipravenost plodu na porod a narození do sterilního prostředí. Novorozenec neprochází porodními cestami a díky tomu je ochuzen o přirozenou kolonizaci sliznic z přirozené flóry matky. Podle Gregory tedy porod císařským způsobem negativně modifikuje kolonizaci střeva a následný vývoj slizniční mikroflóry novorozence (Gregora, 2013, s. 404). Stejnou problematikou se zabýval i Chen v roce 2007, který ve své studii zkoumal složení stolice u novorozenců narozených vaginálně a novorozenců narozených císařským způsobem. Zjistil, že množství bifidobakterií bylo u císařským způsobem narozených dětí negativně ovlivněno, rozvoj laktobacilů byl na stejné úrovni, což bylo způsobeno vlivem brzkého kojení (Chen, 2007, s. 565).

Další pozdní komplikací císařského způsobu je vyšší výskyt astmatu a alergií u takto narozených dětí. Problematikou se zabýval například Thavagnanam, který prováděl metaanalýzu 20 epidemiologických studií a došel k závěru, že děti narozené císařským způsobem mají až 20% zvýšení rizika rozvoje astmatu (Thavagnanam, 2007, s. 630). Roduit ovšem prováděl studii, kde kromě výskytu astmatu sledoval i rodinnou zátěž alergiemi. Na základě výsledků své dlouhodobé studie tvrdí, že děti narozené císařským způsobem mají vyšší riziko vzniku astmatu než děti narozené vaginálně a toto riziko je ještě potencováno v případě rodičů alergiků. Dále Roduit došel k závěru, že porod císařským způsobem zvyšuje riziko senzibilizace na běžné alergeny a to u dětí, jejich rodiče alergiemi nejsou (Roduit, 2009, s. 111). Bager tvrdí, že i když je porod císařským způsobem spojen s vyšším rizikem astmatu i alergií, toto riziko není velké a rozhodně nestojí za prudkým nárůstem alergií ve světě (Bager, 2008, s. 640). Werner ovšem oponuje, že způsobem porodu neovlivňuje výskyt astmatu, i když uznává, že odlišná mikrobiální kolonizace může ovlivnit vývoj imunity (Werner, 2006). Rovněž Hrubá, která se zabývala výskytem alergie a astmatu u dětí narozených císařským způsobem došla k závěru, že způsobem porodu neovlivňuje výskyt astmatu a alergií u donošených dětí (Hrubá, 2009, s. 145).

Pozdní komplikace, které se týkají gastrointestinálního traktu, jsou podle Marlida, Deckera a Goldani rozvoj celiakie a obezity. Marlid vycházel z předpokladu, že střevní mikroflóra novorozence a její následný vývoj může ovlivnit vstřebávání

lepku. Na základ své studie do-el k záv ru, že riziko vzniku celiakie je asi o 15% vyšší u dětí, které byly porozeny císařským ezem. Zvlá-tní bylo, že zvýšené riziko bylo pozorováno po plánovaném, nikoli akutním císařským ezu (Marlid, 2012, s. 44). Decker sledoval ve své dlouhodobé studii nejen výskyt celiakie, ale i morbus Crohn a ulcerózní kolitidy. Do-el ke stejnému záv ru jako Marlid, ale riziko onemocnění morbus Crohn a ulcerózní kolitidy není zp sobem porodu ovlivn no (Decker, 2010, s. 1438). P estofe rozvoj obezity má multifaktoriální pří iny, jako například hormonální regulaci příjmu potravy, genetické predispozice, socioekonomické faktory, podle Goldani je riziko obezity v dosp losti v t-í u dětí narozených císařským ezem. Také Goldani vychází z předpokladu, že zde změna mikrobiálního prostředí st eva hraje významnou roli (Goldani, 2011, s. 1346). Barros ve své studii do-el k záv ru, že děti, narozené císařským ezem, mají v t-í riziko obezity, ale pouze v období dětství a dospívání (Barros, 2012, s. 2470).

Podle Gregory je ke stabilizaci st evní mikroflóry u novorozenc zajistit co nejasnější kojení novorozenc a v případě nemohlosti používat speciální mléčné formule, které pomáhají optimalizovat st evní mikroflóru (Gregora, 2013, s. 405).

2. 8 Kojení po císařském ezu

Mateřské tělo se na proces kojení připravuje celé těhotenství. Zp sob porodu nemá na tvorbu mateřského mléka příliš velký vliv. Kojení má zásadní význam pro vytváření a upevnění vztahu mezi matkou a dítětem a tím, že synchronizuje jejich interakce připravuje ke zdravému psychickému vývoji dítěte (Takáč, 2011, s.17). Podle Akmana matky, které kojí, vykazují po porodu nižší výskyt depresivních symptomů než matky, které krmí své děti umělou výživou (Akman., 2008, s. 370).

Úspěšné kojení po císařském ezu velice významně připravuje k posílení sebevědomí rodičky. Výrazně připravuje k zahojení mnohdy hluboké psychické rány po porodu, který neprobíhá podle představ rodičky. Pokud je císařský ez proveden v n kterém z regionálních zp sobů anestézie a matka i dítě jsou v pořádku, může být proveden bonding a první přísatí hned na operačním sále. Ne všechny zdravotnické zařízením ovšem tento postup akceptují (Jirásková, 2012). Do kvality kojení se promítají i vztahové faktory- roli zde mohou hrát interakce mezi zdravotníky a rodičkou v době

porodu i zahajování kojení, kontinuální psychická podpora, která je poskytována rodičce během celého porodu i po porodu má podle Morhason-Bello pozitivní vliv na nástup laktace. Naopak výsledkem vystavení kojící ženy stresu může mít za následek redukcí mléka (Morhason-Bello, 2009, s.16). Rodička po císařském řezu obvykle přikládá dítě k prsu až po několika hodinách a je proto velice důležitá pomoc a podpora personálu (Poloková, 2012. s. 65).

3 FORMULACE PROBLÉMU

Stále p íbývá žen, které porodí pomocí císařského řezu (UZIS, 2012) Ovšem porod císařským řezem není jen záležitost fyzická, ale přímo a často hluboce se dotýká i psychiky rodice. Porod a to i porod císařským řezem je okolím vnímán jako radostná událost, ale porod může mít i negativní psychický dopad na matku. Je-li k tomu navíc i negativní psychický dopad operace jako takové, může být proflitek císařského řezu pro ženu velmi stresující. Traumatické zkušenosti žen s neplánovaným operativním porodem mohou velmi významně ovlivnit nejen somatický, ale i psychický a emocionální stav ženy a to i na delší dobu (Singer, 2010).

V literatuře se hojně popisují medicínské komplikace císařského řezu, nicméně psychická stránka žen, které podstoupily akutní císařský řez, je opomíjena, popisována je pouze psychika žen po porodu obecně. Vzhledem k tomu, že se autorka této práce velmi často setkává se ženami po akutním císařském řezu, vnímá, že neplánovaný, akutní císařský řez znamená pro rodici a posléze i dítě nejen jako fyzicky nepříjemný a bolestivý záflitek, nýbrž i psychickou záfl. Tato záfl je odborníky často opomíjena a tímto ženám není věnována správná a dostatečná pozornost. Právě z tohoto důvodu autorka zaměřila svoji práci na problematiku subjektivního proflívání žen po akutním císařském řezu. Pochopením pocitů a potřeb těchto žen může pomoci ke zvolení vhodného postupu k těmto ženám nejen porodním asistentkám, ale i dětským sestřím a lékařům.

3.1.Cíle výzkumu

- 1) Zjistit a popsat proflívání a pocity žen, které porodily své dítě akutním císařským řezem.
- 2) Identifikace potřeb těchto žen, případně způsobů zvládnutí záfl.
- 3) Formulace návrhů a doporučení, které se týkají zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky (v ústavní a případně i komunitní péči).

3.2 Metodika

Kvalitativní metoda výzkumu byla zvolena vzhledem k citlivosti daného tématu a velmi malé teoretické bázi. Při kvalitativní analýze dat se jedná hlavně o systematickou organizaci s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy (Maříková a Ševčíková, 2014, s.207). Jedná se tedy o nestatistické zpracování získaných údajů a informací, při kterém je možno nahlédnout hlouběji pod povrch zkoumaných faktorů (Hendl 2005, s.43). Dalo se předpokládat, že kvalitativní analýzou a případnou interpretací získaných informací bude možno alespoň částečně porozumět prožívání žen po akutním císařském řezu. Získané informace by poté mohly být využity ke zkvalitnění práce s těmito ženami v ústavní i komunitní péči. Rovněž by mohly být použity ke tvorbě edukačních materiálů, případně k tvorbě materiálů pro zkvalitnění výuky porodních asistentek.

3.3 Sbír dat

Převodně mly být ženy vybrány záměrným výběrem přes instituce. Znamená to, že jejich vyhledávání a případné kontaktování by bylo použito jejich spojení s určitou institucí (Miovský 2006, s. 138). Prvotním záměrem byla spolupráce s oddělením –estinedlí gynekologicko-porodnického oddělení Slezské nemocnice v Opavě, ale před rozhodnutím o spolupráci nebylo vyhoveno. Ženy proto byly získávány metodou sněhové koule (výběr nabalováním). Výzkumníkem byla oslovena známá osoba v blízkém okolí, která splňovala kritéria výzkumu a která oslovila další ženy. Takto byly získány 4 ženy. Dalšími rozhodnutími o spolupráci s oddělením –estinedlí gynekologicko-porodnického oddělení Slezské nemocnice bylo nám stkním o –etovatelské péči vyhoveno a proto 8 žen bylo získáno ke spolupráci pomocí oslovením. Tyto ženy byly osloveny před propuštěním z oddělení –estinedlí a následně kontaktovány po 4-5 týdnech. Všechny ženy nejprve ústně souhlasily s rozhovorem a následně tím před rozhovorem podepsaly informovaný souhlas. Každá z oslovených –estinedlí svoji spolupráci neukončila předem, všechny oslovené ženy rozhovor dokončily.

V tomto výzkumu byla pro sbír dat použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Veškeré rozhovory probíhaly individuálně s použitím nahrávacího zařízení. Vzhledem k péči o –estitýdenní děti byly všechny rozhovory uskutečnily v domácím prostředí. Zároveň se participantky musí cítit při rozhovoru bezpečně a prostředí pro rozhovor

bylo vybráno jimi samými. Rozhovory byly uskutečněny v období srpen a říjen prosince 2017 a trvaly cca 60-90 minut.

3.4 Charakteristika souboru

Kritéria výběru zařazení do souboru byla: ženy starší 18 let, u kterých byl proveden akutní císařský řez před 4-6 týdny, souhlasící s rozhovorem. Toto období bylo vybráno s ohledem na konkrétní období, což je zcela specifické období ženina života, ve kterém se nejen somatické, ale i psychické změny vrací zpět k běžnému stavu. Při studiu literatury byl nalezen odborný článek ze zahraničí a autorka práce si chtěla ověřit, zda-li ve svém výzkumu dojde ke podobným výsledkům i v české republice. Výzkumný soubor tvořilo 12 žen, které porodily před 5-6 týdny. V věkové rozmezí se pohybovalo od 18 do 38 let. Dvě ženy podstoupily IVF+ET. Deset žen porodilo své první dítě, dvě ženy porodily druhé dítě.

3.5 Zpracování dat

Všechny rozhovory byly autenticky a detailně zapsány z nahrávacího zařízení do textového procesoru MS Word. Pro následné zachování anonymity byla osobám v textu přiznačena anonymní jména a z nahrávacího zařízení byly rozhovory po přepisování vymazány.

Získaná data byla analyzována pomocí některých technik zakotvené teorie, kódování, selektování a třídění. Jednalo se pouze o vytváření kategorií a subkategorií pomocí otevřeného a axiálního kódování, nikoli o vytváření zakotvené teorie (Strauss a Corbinová 1999, s. 79, 85).

Text byl postupně opakovaně pročitán a analyzován. Barevně zvýrazněny byly podstatné části, které se týkaly výzkumného problému. Na otevřené kódování navazoval vznik kódování axiálního, kdy byla provedena kategorizace získaných údajů. Z analýzy dat vzešel výstup v podobě vytvoření subkategorií a následně kategorií. Doslovné citace účastnic, které byly použity, jsou v práci psány kurzívou.

3.6 Výsledky

Bylo vytvořeno celkem 6 kategorií, které byly rozděleny do několika subkategorií. Některé byly uspořádány z časového pohledy, jiné jsou samostatné. Některé kategorie a subkategorie jsou velice úzce provázány, proto se doslovné citace klientek mohly objevovat opakovaně.

Tab 1

Kategorie	Podkategorie
Úzkost, osobní	
Strach, úzkost	
Bolest	Taková hra za Stojím na nohou
Přijetí dítěte	Je moje? Host?
Ne-podpora	Ukatulkování Věchno je o lidech Máma na nic
Potřeby	Informací není nikdy dost Mluvte se mnou Nejsem v tom sama Pomoc- pomoc

Těk, odosobn ní

V-echny respondentky shodn uvád jí, že byly zasko eny zprávou nebo spí-e rozhodnutím o provedení císa ského ezu. Nedokázaly se s touto informací ztotofnit a vyrovnat v tak velmi krátkém asovém úseku od rozhodnutí k provedení. Hovo ily o nepochopení a nezpracování této informace. *Úpln jsem ztuhla, nebyla jsem schopná v bec myslet. Prost doktor na mne vybafl, že honem a já jsem n jak nem la fládné my-lenky. Prost m úpln dostalí . To prost n jak nechápu, jak jsem se mohla tak zpomalit, nebo spí-utlumit, prost bez my-lenek, bez ni eho, Mohli jste si se mnou d lat cokoli (Lenka)í Víte mojí první my-lenkou byl v podstat údiv. N jak jsem poád nechápala, co mi cht jí íct, n jak jsem jim nerozum la. Jako pro ? Divila jsem se, co mi to íkají í Poád jsem to nechápala ...(Nikola) í A pak, to si pamatuju, kdyfl to ekli, tak jsem úpln odpadla. Ne, že bych omdlela, ale psychicky í (Renata)í .To jako, že za hodinu ufl bude po v-em? fie ufl budu mít dít ? (Natálie)í . To byl takový zlom, to mi do-to, že mi toho císa e ud lají a v tu chvíli jsem p estala myslet. Nebo ne, myslet, ale spí-spolupracovat. Prost takový pocit, že te ufl to nemám pod kontrolou já, ale n kdo jiný, tak co bych se namáhala. Já vím, že to zní nelogicky, ale mn to v tu chvíli bylo úpln jedno, co se mnou bude, d lají apod.. (Alena)í . . A pak mám n jakou mlhu, n jaké okno í N jak nic.. M la jsem pocit, že to v-echo jde n jak mimo mne. fie n jak nemohu a vlastn ani nechci do toho v-eho zasahovat. A pak prost okno, vymazáno (Miriam)í . Jako první co jsem pocítila ve chvíli, kdyfl mi bylo oznámeno, že bude proveden, byla na chvíli úlevaí . (Monika)í Paní So a byla v pr b hu t hotenství upozorn na na provedení plánovaného císa ského ezu a posléze byla tato informace zru-ena, protože pominuly d vody, pro císa ský ez provéstí *Takže se mi to zase celé n jak p eto ilo. Trochu mne to dostalo, to jo, takhle najednou a pamatuju se, jak mne napadla taková my-lenka n co, jako stejn se tomu nevyhnu. No, to byla jen taková my-lenka, spí-taková n jaká prchavá, asi ani ne první, prost si ji jen vybavuju..* (So a). Jist zde sehrál roli i asový faktor. Nep íjetí a nezpracování této informace se projevilo u fien jako ur ítý pocit odosobn ní, pocit, že se jedná o n koho jiného, p esto, že jsou ony ve st edu pozorností í *Poád jsem to nechápala í ale v tu chvíli jsem si íkala, že je to moje dít , tak pro rozhoduje n kdo za mne. Prost mne postavili p ed hotovou v c (Nikola)í . Prost takový pocit, že te ufl to nemám pod kontrolou já, ale n kdo jiný, tak co bych se namáhala. Já vím, že to zní nelogicky, ale mn to v tu**

chvíli bylo úpln jedno, co se mnou bude, d lajít apod (Alena)í . M la jsem takový pocit, takový divný, fle sice jsem to já, kdo p jde na operaci, ale p itom takové n jaké odosobn ní, nebo jak to íci, fle se zárove nejedná o mne, ale fle se na to koukám jako n jaký divák. Takové í takovéí nechci íct rozdvojení, ale takový n jaký pocit neskute na. ...Takové, jak íká moje kamarádka dilít mozkou í (Renata). Kdyby na v c p i-lo, ani bych asi nem la mofnost n jak protestovat. Já jsem necht la, ale ani jsem se nesta ıla vzpamatovat a uflmne ty sest i ky p ipravovaly (Klára)í fle n jak nemohu a vlastn ani nechci do toho v-eho zasahovat (Miriam).

N které flely považovaly tuto situaci za -okovou, a ji tak prost definovaly í pro m to byl stra-ný -ok (Lenka) a nebo si jen uv domily stresovou reakci na -okí a potom vztek- na v-echny kolem sebe a na sebe taky, fle se to v-echo komplikuje. A nápad, takový n jaký naprosto iracionální, ale nápad utéctí Paní Monika si zp tn uv domila, fle tato my-lenka byla zcela iracionální a navíc pouze letmáí Ale to bylo takové n jaké krátké, taková slabost (Monika)

Jedna flena ihned po sd lení nutnosti ukon it t hotenství akutním císa ským ezem za ala poci ovat vinu, obvi ovala se z neschopnosti, nedokonalostí í ekli mi fle ufl musím císa em, fle jsem ztratila dost krve a fle miminko stále neklesá. Zoufalá a unavená jsem ekla fle tedy ano, po ád jsem se omlouvala p ítelovi, fle jsem to nedokázala. Bylo mi hrozn . Fakt zoufalství, pro , pro to nejde, kde d lám chybuí Kdyfl mi ekli, fle mám jít sama na sál (p idrfovali m) tak to m dorazilo, m la jsem bolesti a nebyla jsem si jistá, zda tam v bec dojdou. Ani jsem nem la dobrý pocit, fle jsem nakonec do-la. Ufl tenkrát jsem si p ipadala stra-n , úpln pítom , fle se n kde n co zadržlo a n jak to neumím, nebo nejsem schopna vy e-ít. Úpln hrozný pocit.. (Lucka). Podobn negativní pocity m la i jiná flenaí . Hned poté v-ak nastal strach. P í-erný strach, fle n co n kde není v po ádkuí Také mofná i trochu stud a selhání. Styd la jsem se, fle to ufl dál nezvládám. Te , kdyfl jsem to ekla, tak mi to p ijde takové n jaké divné. Mám pocit, fle to nezvládám a p itom se stydím, fle to nezvládámí (Monika).

Jiná klientka si vybavila spí-e atmosféru, kterou vnímala p i tomto oznámeníí Jediné, co si tak z toho vzpomínám bylo, fle to bylo celkem v poklidu, fládné zmatky apod. Je-t mi íkal, fle císa ský ez, protofle nejsem otev ená. I na tom porodním sále pak, tak n jak v klidu. Je-t jsem si íkala, fle to asi není tak akutní. Ale p itom to v-echo bylo docela rychle, ale tak n jak v klidu. (Katka). áste n stejné pocity m la i paní Ur-ula í . Bylo mi to líto, to ano, ale n jak jsem se rozhodla. Sice hodn rychle, ale vícemén sama, nikdo mi nic nevnucoval. Myslela jsem si, fle to bude n kdy

pozd ji, ale do hodiny jsem byla na sále. To byl takový fofr, to jsem n jak nepobrala (Ur-ula).

P i vzpomínkách na my-lenky o provedení císa ského ezu se klientky asto opakovaly a velice asto si nebyly v bec schopné své my-lenky vybavit, stále se opakovalo nevím, nepamatuji si, nevybavuji si, p ípadn jen úpln první pocit- úleva, vztek, roz arování, cofl ale samotné klientky popisovaly jen jako prchavou my-lenku. Nedokázaly se v bec ztotofnit se situací, která pro n byla v tu chvíli krizová, -oková. Nebyly schopné tuto nastalou situaci zpracovat a jako obranný mechanismus se u klientek objevoval pocit odosobn ní, pocit, fle se jich situace v bec netýká, p ípadn vyt sn ní, které klientky popisovaly jako nevím, nepamatuji se, okno, vymazáno, dilít mozku.apod.

Strach, úzkost

Jedním z pocit , který respondentky popisovaly, byl strach, p ípadn úzkost. N kdy to byl strach z n eho zcela konkrétního, jako t eba klientka So a, která se bála epidurální anestézieí *Já je-ť p edtím, kdyfl mi ekli fle se malá narodí tím císa em, tak jsem si o t ch narkózách etla a docela jsem z takové té polovi ní, té epidurální dostala strach (So a).*

Klientka Klára si vzpomn la na zku-enost s epidurální analgezií, kdy sice bolesti vnímala mén intenzivn , ale zárove se nedokázala vnit n srovnat s tímto pocitem í *Mn se za alo chtít i trochu spát, ale m la jsem strach usnout (Klára).*

Dal-í pocity a uv dom ní si strachu se pojily s narozeným dít temí *M la jsem strach, to jo, strach o Filípka (Klára)í A docela jsem m la o n j strach (Nikola)í Vím, fle jsem se ptala, jestli je malá v po ádku (So a). í A hlavn , aby i hol i ka byla v po ádku (Monika)í .U n kterých klientek, které rodily p ed vypo teným termínem porodu, se objevily i my-lenky na nedozrállost, nezralost dít teí .. *Malá m la je-ť 2 týdny as, tak m napadlo, jestli nebude moc mali ká, ale to byla jen taková prchavá my-lenka (Miriam)í Ono to bylo dob e, já jsem byla ráda, fle to budu mít brzo za sebou, ale p ece jenom, on byl je-ť malý, je-ť m l být v b í-ku. A docela jsem m la o n j strach (Nikola)í Stra-n jsem se bála, fle se o syna nedokáflu postarat p es tu bolest (Lucka)í . Kdyfl se k tomu vrátím, já m la hrozný strach na n j sáhnout. Oni mi ho p inesli a já se bála. Po ád jsem si musela íkat, fle je m j, po ád mi to n jak**

nedocházelo a já se bála na n j sáhnout. Nejrád ji bych se na n j jen dívala (Katka) a pak zcela b flný maminkovský strach o své dít í . *A pak jsem se bála, aby se mu n co nestalo. P j ili jsme si dom ten monitor dechu (Alena) í . Jenom jsem se bála, aby byl Robinek v po ádku..(Nikola).* Paní Lenka si uv domila, fle ji zachvátil p ímo nep im ený strach o svou dceru. Tento strach souvisel s p íjetím své mate ské role í . *To jsem matka na nic, co? Já nevím, jestli to bylo tím císa em, fle se narodila beze mne, ale takové to práv t stí, ta láska, ta se fakt dostavila afl doma. A pak jsem se o ni za ala bát. Aby se jí n co nestalo. Ufl je to dobré, po ád se bojím, ale tu jednu chvíli to byla n jaká úpln taková n jaká panika, úpln najednou, takové n jaké ..n jaký stav, kdy mi bouchalo srdce a já ji k sob po ád tiskla, fle ji musím chránit a jen aby se jí nic nestalo (Lenka).*

Pocit strachu z neznámého, spí-e úzkosti, poci ovaly popisovaly jiné klientky, t eba paní Monikaí *Jako první co jsem pocítla ve chvíli, kdyfl mi bylo oznámeno, fle bude proveden byla na chvilku úleva. Hned poté v-ak nastal strach. P í-erný strach, fle n co n kde není v po ádku. Oni mi to íkali, fle ten porod nejde, ale já se p í-ern bála. Takový n jaký krok do neznámaí Ale v podstat hned jsem se za ala hrozn bát. Fakt. Hrozn í (Monika).* Pocit nedostatku informací jako p í inu svého strachu poci ovala i paní Lenka í *Víte, ta blon atá kolegyn , v bec jí to ne-fo, byla z toho docela nervózní. Docela to na mne p enesla, já se za ala taky docela bát, co se d je...(Lenka).* Pocit strachu z toho, co p íjde, si uv domovala i klientka Monika, která sama popisovala ur ítou nelogi nost své situaceí *Ono to vypadá asi divn , ale já jsem vlastn m la být ráda, fle mi ud lali císa e, takfle dcera je v po ádku, ale mn to v tu chvíli n jak nedocházelo, spí-jsem byla takováí .taková n jaká nabuzená, m la jsem strach z toho, co p íjde..(Monika).* Paní Monika poci ovala strach i po propu-t ní z porodnice, ale na druhou stranu si uv domovala, fle její strach je iracionální í *Já si n kdy p ípadám jako blázen, ale opravdu m n kdy p epadne taková n jaká úzkost, nebo jak to nazvat, takový n jaký strach, fle mi ho n kdo vezme s tím, fle kdyfl jsem ho nedokázala porodit, fle si ho nezasloufím. Najednou se t eba vzbudím a honem se koukám do postýlky, jestli ta hol i ka tam je-t je a dýcháí (Monika).* Tento její strach je zalofen na nezpracovaném proflitku p íjetí císa ského ezu jako zp sobu porodu.

Jiné klientky si uv domovaly, fle ur ítý stupe strachu í obav z neznámého je normální a vícemén s údivem zjistily, fle se tento pocit vlastn ani nedostavil. Je ov-em mofné, fle zde hrála svoji úlohu nejen asová tíse , ale i neuložení si pocitu

do paměti. Ani jsem se n jak nebála. Měla jsem pocit, že to v-echno jde n jak mimo mne (Miriam)í . Ani jsem se n jak nebála. Je to zvlá-tní, ale n jak mi to v tu chvíli nedocházelo. Jak jsem se bála p edtím, když mi ekli, že (plánovaný) císař a hledala v-echno mofné, tak te ne. Když se na to podívám zp t n , tak v bec nevím, pro mne n jaký strach v bec nep epadl. Asi proto, že to bylo v-echno tak stra-n rychle, že mi to asi ani nemohlo dojít. Nebo si to prost nepamatuju (So a)..

Strach z neznámého je zcela p irozenou reakcí lov ka a nelze se tedy divit, že pokud trpí klientky deficitem informací, objeví se strach jako p irozená emoce. Neuv dom ní si strachu ani obav u klientek op t souvisí s nezpracováním, vyt sn ním, odosobn ním. Chceme-li strach i obavy u klientek alespo áste n eliminovat, je nutno podat pacientkám informace, které musí být jednozna né, z d vod asového tlaku stru né, ale maximáln obsafné.

Bolest

a) Taková hr za

Také bezprost edn po operaci u klientek p evafovaly pocity t lesného nepohodlí, hlavn bolesti. Klientky vnímaly bolesti negativn , například paní Lenku ovládala my-lenka jen na to, aby bolest ustoupilaí No, když jsem se probrala, tak m-řen , ale opravdu p í-ern bolelo b icho, to bylo odporné. A já myslela jen na to, aby mn p estalo bolet. A v bec jsem se nezajímala o Lucinku. í A pak jsem n co dostala a p estalo to bolet..(Lenka)í Ale stra-n , opravdu stra-n mne to b icho bolelo a p ipadala jsem si jako úplný chcípák (Monika)í mne to bolelo jak hrom potom, to otá ení v posteli, nebo to vstávání, to byla teda síla (Natálie)í bolelo to dost.. (Lucka)

N které fleny nedokázaly p ijmout fakt, že se jedná o poopera ní bolesti A když p i-el manfel, tak jsme mu íkala, že asi budu rodit, že mne bolí b icho í . Po ád jsem si myslela, že teprve budu rodit a ty bolesti po té operaci, že jsou n jaké ty porodní bolesti. Já si to neum la n jak p edstavit, bolelo to po ád a po ád bych jen spala. V bec mi nedocházelo, že ufl je v-echno za námi. Navíc tím, jak jsem se po ád ztrácela do toho spaní, tak jsem m la pocit, že se mi to v-echno, teda, v-echno asi ne, ale že se mi to zdá (Lenka)í . Pak akorát bolesti. Dost silné bolesti b icha, to si vzpomínám, že mne to bolelo a já si myslela, že je to po ád ten porod (Alena)í . To m to b icho bolelo a já si myslela, že jsou to po ád ty porodní bolesti (Renata).

Opa n si ale sle na Natálie uv domila, fle se jedná o poopera ní bolestí *ale co si teda dobre pamatuju, jak to b icho p í-ern bolelo. To byl d s. To mi tak n jak do- lo, fle touhle bolestí se mi ta Sof a narodila. Ono to bylo takové zvlá-tní, nejd ív nic a pak taková hr zaí Fakt to bolelo dost. Ale ty injekce byly fajn, to zabralo. Pak ten dal-í den ufl to bylo lep-í* (Natálie).

Poopera ní bolesti vřdy pat í k jakémukoli poopera nímu stavu a je proto zcela pochopitelné, fle v-echny klientky bolesti poci ovaly a fle tento pocit byl negativní. Zajímavým zji-t ním bylo, fle si klientky v bec nevzpomínaly na informace o poopera ní bolesti, které jim byly sd leny p ed císa ským ezem i kdyfl fládná z klientek nebyla poopera ní bolestí p ímo p ekvapena. N které klientky ov-em nezpracovaly informaci o císa ském ezu a poopera ní bolesti v nich evokovaly bolesti porodní. Také tento stav souvisí s ur itým odosobn ním, s pocitem, fle se jedná o n koho jiného.

b) Stojím na nohou

Daleko z eteln ji si klientky vybavovaly bolesti a pocity, které m ly spojeny s prvním vstáváním po operacích .. *byla jsem ráda, fle jsem se do-ourala na záchod a do koupelny.. P es v-echnu tu stra-nou bolest jsem si zuby vy istila a za n jakou hodinu dv m odvezli na pokoj* (Lucka)í *Kdyfl si na to vzpomenu, tak to byla hr za-co krok, to bolest, nebyla jsem schopná ani myslet* (Monika)í *Ov-em kdyfl jsem potom ufl byla na pokoji, tak se p iznám, fle mne docela zmohlo, kdyfl jsem se m la postavit na nohy. To bylo stra-né, to bolelo jak ert. Kdyfl jsem se nehýbala, tak to -lo, ale musela jsem se za ít ufl hýbat, abych se o Robinka mohla starat. Ale bylo to stra-né, fakt, to by jeden ne ekl, jak to m fle bolet. A byla jsem taková celá n jaká polámaná, nebolelo mne jen b icho, ale v-echno. Úpln jsem si uv domovala, fle jdu jak svázaná, takové malé kr ky, v u-ích mi hu elo, to byl dost hnusný pocit. Ale cht la jsem malého k sob , tak jsem muselaí Ta fialová sestra mi ekla, fle jestli chci mít malého, fle se musím hýbat, já bych t eba i cht la, ale ono to ne-lo tak jednodu-e. V-echno mne bolelo* (Nikola). *Doktor m sprdnul, fle se mám hýbat, ale ufl ne ekl, pro . To mi ekla sest i ka, co mi p í-la pomoct. Ta mne nesprdla í Ta sest i ka mne trochu uklidnila, fle je to normální. Teda ne to, fle jsem neschopná, ale to, fle se tak t flko sbírám a -ourám, fle pak ufl to bude lep-í. V tu chvíli jsem jí to nev íla.*(Monika)í *ale t eba vy jste mi ekla, kdyfl jsem vstávala z postele, fle toho po sob nemám chtít moc, fle sta í, kdyfl se dojdeme umýt a pak taky, fle je to normální, kdyfl se tak plazím. To mi v tu chvíli*

*pomohlo daleko víc než to, že jste mne držela, abych neupadla. (Nikola)í A ta va-
kolegyně, ta mladá tmavovlasá, ta byla pro mě protivná, si asi myslí, že se tak ploufím
schválně (Natálie).*

Protože po operaci se pacientky vertikalizují až další den, u všech pak byly
fakt, že jsou po císařském řezu, ale stejně je pro ně ekvivalentní intenzita bolesti při pohybu
a to, jak je bolest fyzicky ovlivňovala. Vzpomínaly na pocit neschopnosti
a méně cennosti a z rozhovorů o tom vyplýval nedostatek informací, případně
nezpracování informací.

Často nepříjemného stavu bolesti si u domova používaly pouze na které strany *oni se
mne v nemocnici na ty bolesti ptali, dávali mi nějaké injekce, ale já jsem je moc
nechtěla, protože jsem po nich byla dost taková obhlbnutá, ale dost mne to bolelo.
Ale je fakt, že ty bolesti teda měly, to jo, bolelo to dost (Lucka)í . í Ale ty injekce byly
fajn, to zabralo. Pak ten další den už to bylo lepší (Natálie). í . A pak jsem na co
dostala a pak se to bolelo (Lenka)í . t eba když si vzpomenu, ty injekce nebo
tabletky od bolesti, nikdy jsem nijak netrpěla (Katka).*

Přijetí dítěte

a) Je moje?

Na kterým respondentkám byla při císařském řezu aplikována spinální anestézie,
kdy rodička zůstává při v domě a má své dítě, pokud je v pořádku, ihned vidět,
v případě zájmu a za pomoci druhé osoby (novorozeného tatínka nebo neonatologické
sestry) může využít bonding.

Ženy shodně popisovaly situace, kdy racionálně vlastně viděly, že dítě, které jim ukazují, případně pokládají na hrudník, je jejich, ale jejich psychika tento stav
nebyla schopna zpracovat... *Ale najednou mi dali Filipka. Položili mi ho na prsa.
Já na něj koukala a v béc mi nedocházelo, že je to můj Filipček. (Klára)í Malou mi
ukázali, dali mi ji na prsa. Ale ona mi nepříšla, že je tak velká. A v béc, ale v béc jsem
k ní nic necítila. Prostě mám na sobě dítě, vím, že je to moje dítě, ale nijak odvázaná
jsem z toho nebyla. A neplakala. V béc, to mi došlo později, že ona v béc neplakala.
(Renata)í . Prostě mi ukázali dítě, i mi ji dali na prsa, ale že bych z toho byla nějaká
odvázaná, to teda ne. A pak ji odnesli a mně to po řezu jak nedocházelo, že je to moje
dítě. (Natálie)í Takový zvláštní pocit. Držím si dítě, ale nějak mi nedochází, že je to
moje dítě. Já jsem byla ráda, že ho tam mám, ale po řezu jsem si říkala, že tohle je moje*

dít . N jak ale po ád nep icházel ten pocit, fle bych m la být –astná. Je to divné, ale tenkrát ne. Ten p i-el afl pozd ji. N co takového, jako jo, moje dít a co? (Alena).

I na odd lení –estined lí m ly n které rodi ky pocit n eho neskute ného, nedokázaly p ijmout fakt, fle dít , které mají u sebe, je skute n jejich. N které fleny si dokonce uv domovaly, fle postrádaly pocit –t stí, nad–ení., uspokojení z porodu, n které si uv domovaly i nelogi nost dané situaceí . Kdyfl se k tomu vrátím, já m la hrozný strach na n j sáhnout. Oni mi ho p inesli a já se bála. Po ád jsem si musela íkat, fle je m j, po ád mi to n jak nedocházelo a já se bála na n j sáhnout. Nejrad ji bych se na n j jen dívala. Byla jsem moc –astná, fle ho mám, fle je v–echo za námi, ale taková n jaká ta euforie, nebo nad–ení, fle tohle je m j syn, m j milovaný syn, to se n jak dostavilo afl doma. U vás n jak ne. Jsem divná, co? (Katka)í Já kdyfl se na to podívám zp tn , tak si p ipadám jako blázen. Ale já jsem v bec nep ijala tu my–lenku, fle ufl jsem porodila, no, porodila, fle ufl mám dít . Prost nebyla jsem u toho, tak mi to nedocházelo. ..(Lenka)í P itom ta hol i ka byla taková hodná a taková hezká, já se na ní po ád koukalaí .p itom jsem m la pocit, fle si ji ani vlastn nezasloufím (Monika)í .A p inesli mi Sofinku. Ufl jsem si jí prohlífla, ale po ád mi n jak nedocházelo, fle je vlastn moje. Taková schíza, fle, na jednu stranu to vím, na druhou mi to n jak nedochází. Asi se blb vyjad uju, do–lo mi, fle mám dít , ale po ád jsem m la dojem, jako kdybych ho m la tak n jak do asn . Mofná, fle to bylo i tím, fle mi ji ten den je–t odná–eli (Natálie)í Pak si jen pamatuju, fle mi ji p inesli a m la jsem ji u sebe v posteli. Ale nedokáflu vám íct, kdy to bylo. Dívala jsem se na ni a íkala si, fle bych m la mít radost, fle je to moje dít . Moje vytouflené dít . Ale ten pocit n jakého –t stí n jak nebyl. V bec mi to n jak nedocházelo. I potom, kdyfl jsem ji tam m la po ád. A po ád jsem si íkala, fle to není mofné. Rozumíte mi, fle to není mofné, fle je to moje dít . fie jsem se o n j nijak nezasloufíla. Já se asi neumím po ádn vyjád it, ale fle se sice o tu malou starám, ale fle není moje. Já si n jak nepamatuju, kdy mi to do–lo, fle je opravdu moje, ale je–t u vás .. (Renata)í Víte, co je zvlá–tní, já jsem byla tak –astná, fle toho chlape ka máme, ale v bec mi nedocházelo, fle je vlastn m j. Teda ná– fie je to ná–syn (Nikola)í P ítel mi ukazoval fotky na mobilu, ale já to n jak vnímala rozmazan . Nevím, jak dlouho to trvalo. Kdyfl jsem se probrala, p ítel ufl tam nebyl a sest i ka se mne ptala, jestli mi malého aspo ukázali. Já m la n jaké zpomalené my–lení, nejd ív mne napadlo, jakého malého, ale pak mi do–lo, fle jsem po císa i a mám dít a fle myslí moje dít . Ale nedocházelo mi, fle je moje. Pra–t ná, co? P ivezla mi ho v postýlce a já na n j koukala a íkala si,

fle ufl to máme za sebou. fle ufl je ten Filípek na sv t a já se o to vlastn ani nijak nep i inila. Pak mi ho p inesli afl ráno. Po ád mi n jak nedocházelo, fle je to moje dít . Byla jsem ráda, fle je to za námi, fle ufl je na sv t , ale taková ta intenzivní láska, jak se pí-e, tak to mi do-ło afl za pár dní. (Klára)

Paní Lenka m la situaci zkomplikovanou faktem, fle její dít bylo p evezeno na vy-í pracovi-t a v porodnici z stala bez n j. Tím, fle své dít nevid la naflivo, nemohla si na n j sáhnout, nemohla p ikládat a kojit, starat se o n j apod, se pocit nep ijetí a jakéhosi neskute na jen prohloubilí *Já si pamatuju, fle s manflelem jsem se bavila a on mi p inesl fotky. Lucin iny fotky. Ona tam leflela v inkubátoru. To mi prost n jak do-ło, fle je to moje dít . fle ufl jsem opravdu po porodu. Teda po operaci a fle je to za námi. fle fládný porod nebude. Byl to takový zvlá-tní pocit. Chvíli jsem uvařovala, jak je to mofné, ale pak jsem si vzpomn la, fle mne n kdo táhl na ten sál. Já jsem si nebyla jistá, fle se mi to jen zdálo. To si vybavuju jasn , fle teprve, kdyfl jsem vid la ty fotky, tak mi to vlastn v-echo zaklaplo do sebeí .. My-lenky, víte, to je ale asi hnusná my-lenka, ale já jsme k té mojí hol i ce v bec, ale v bec nic necítla. Já kdyfl jsem jí vid la, tak jsem si po ád íkala, fle tohle je moje dít , moje Lucinka, ale po ád mi n jak nedocházelo, fle bych ji m la mít ráda. Mofná, já to mofná tak n jak neumím správn íci, ale taková ta mate ská láska, to mi n jak v bec nep i-ło. Ona tam leflela a já se na ní jen koukala. Já byla ráda, fle je to v-echo v po ádku, ale tak n jak jsem si po ád musela opakovat, fle je to moje Lucinka. fle mi pat í. To mn v té O. v bec nedocházelo. To p i-ło afl doma. Afl kdyfl jsme byli doma. To jsem matka na nic, co?...Úpln se za to stydím, fle jsem k nic po ádn nic necítla. fle mi p ipadalo, fle ..jako by asi ani nebyla moje. fle jsem ji n jak neum la p ijmout. Já se asi neumím správn vyjád it, ale m la jsem a vlastn po ád mám takový pocit studu, fle jsme selhala jako matka. fle ji neumím porodit, fle si jí neváflím, fle ten vztah jsem musela n jak si p ipomínat, nebo opakovat, nebo jak to nazvat, prost fle jsem neschopná p ijmout ten fakt, fle jsem matka a mám své vlastní dít . Po ád jsem m la dojem, fle není moje, fle se mi nenarodila a tak není mojeí (Lenka).*

V rozhovorech se v r zných obm nách stále opakovala informace o chyb jící poporodní satisfakci, fleny m ly pocit, fle pokud si nepro-ly spontánním porodem, své dít si nezaslouflíí *fle není moje, fle se mi nenarodila a tak není mojeí (Lenka)í a já se o to vlastn ani nijak nep i inilaí (Klára)í Je-t taky, jestli to teda chcete sly-et, mám n kdy pocit, fle to miminko není moje. fle jsem se o n j nijak nezaslouffila, takfle není moje. Já nevím, jestli je tomu rozum t, já mám n kdy strach, fle mi ho n kdo vezme,*

fle jsem se o n j nezasloufřila (Monika)í .Rozumíte mi, fle to není mořné, fle je to moje dít . fle jsem se o n j nijak nezasloufřila. Já se asi neumím po ádn vyjád it, ale fle se sice o tu malou starám, ale fle není mojeí (Renata). Já jsem asi pot ebovala v d t, fle jsem dobrá, fle jsem dokázala porodit své dít . Ne, fle bych ji nem la ráda, ale ten pocit tohoí toho, já to neumím po ádn íct, toho úsp chu? Nebo tak n co, prost : dokázala jsem to, porodila jsem si miminko, jsem matka, jsem flenská se v-ím v-udy, ten jsem n jak postrádala (Natálie).

b) Host?

Po propu-t ní z porodnice p etrvával nadále u n kterých flen pocit, fle dít vlastn není jejich, fle si ho nijak nezasloufřily, asto se opakoval pocit jakési do asností *Víte, já je-t te mám pocit, fle ten Filípek je u nás jen na náv-t v , n jak mi po ád nedochází, fle ufl ho mám navřdy (Klára)í Ale tyhle pocity jsem m la i doma, fle je tu tak n jak na náv-t v , nebo jak to íct (Natálie),í Je-t i te mám n kdy pocit, fle je u nás jen na náv-t v . Já ho sice kojím, starám se, ale nevím, jak to íci, je-t mi asi nedo-řo, fle ho mám napo ád. N jak jsem si to p edstavovala asi jinakí (Nikola)... Ono i te mám n kdy takový iracionální pocit, fle ji mám jen p j enou, fle mi ji n kdo vezme. Ale to jsou takové chvílky. Já n jak nevím, jak to mám íct, já jsem -astná, fle ji mám a p itom tomu nev ím? fle je ufl navřdy moje. Ob as si p ipadám úpln zmaten , tak n jak jako blázen. Ale ono to ufl není tak asté, jen n kdy, úpln náhodou mne to p epadne (Monika)í . A najednou jsme t i a ten malý nám tu ídí domácnost. Ale nest fluju si. Jen mám n kdy pocit, fle je u nás tak n jak na náv-t v . N jak mi je-t nedo-řo, fle je to natrvalo. Ne, fle bych ho necht la, to naopak, ale pocit, fle prost k nám na chvíli p i-el. (Alena).*

N které fleny postupn p ijaly nem nnost a jakousi definitivu vztahu matka-dít v pr b hu -estined lí, n které teprve poté zafřily pocity euforie a -t stíí . *Já jsem m la pocit, fle afl doma mi to v-echo tak n jak do-řo. Tak n jak sepřo v té hlav , fle takhle je to v po ádku, jsme doma a teprve se dostavily ty návaly nad-ení. A taky, takové n jaké pýchy nebo hrdosti nebo tak n co- fle máme syna. Sice drobe ka, ale máme (Katka)í . Já nevím, jestli to bylo tím císa em, fle se narodila beze mne, ale takové to práv -t stí, ta láska, ta se fakt dostavila afl doma (Lenka)í . Ale tyhle pocity jsem m la i doma, fle je tu tak n jak na náv-t v , nebo jak to íct. Ale ufl dobrý, ufl mi do-řo, fle ji mám nafurt. Nikomu ji nedám, je moje. Ale taky mi to chvíli trvalo. Já mám asi*

n jaké dlouhé vedení. (Natálie)í No, doma, víte, doma mi teprve do-lo, jak jsem –astná, fle tu malou máme. To je hr za, já po ád íkám malá a malou, po ád ne íkám Lucinka a ufl má –est ned l (So a)í Ono i ten pocit, fle je tu u nás Robinek jen na náv-ť v , ten snad taky pomine, ufl to není tak silné. (Nikola)í

P i zpracování pocitu p íjetí dít te se objevily u dvou klientek i ur ité pocity sobectví a zároveň obaví . *N kdy mne to tak p epadne, fle si ho musím vzít a jak ho chovám, tak si íkám, fle ho nikomu nedám (Klára)í A cht la jsem se o tu hol i ku starat sama. Prost sama. Kdyfl p i-la máma, fle mi ji povoží, a se trochu vyspím, tak jsem odmítla. fle ne. Necht la jsem jí íct, fle je moje, ale rad ji jsme ekla, fle p jdeme ven spolu (Lenka)..*

Paní Miriam se akutním císa ským ezem narodilo t etí dít , p edchozí dv porodila spontánn a velice –patn se se svojí a svými problémy situací srovnávala, cofl se projevílo i v n kterých negativních pocitech v p íjetí svého dít teí *Nezlobte se, fle vám to tak íkám, ale já jsem kolikrát na-ťvaná i na ni, to je stra-ný, co, ale to není permanentní, to jen ob as mám takový nep íjemný pocit. V bec mám pocit, fle si to v bec neuffívám, p itom jsem se tak t –ila, fle budu mít po dvou synkách holku a n jak si to ani neumím uffít. Abyste si nemyslela, já jsem ráda, fle ji mám, aby to nevyzn lo tak, fle jsem na-ťvaná, ale v-echnu tu radost, tu takovou tu euforii mi úpln zkazil ten císa í í A n kdy se p istihnu, fle mne napadne, fle jsem na-ťvaná i na tu moji hol i ku, fle se neum la narodit. Ne, fle bych ji nem la ráda, ale ob as m tohle napadne. Pak se za to obvi uju, fle jsme hrozná matka, fle ta malá p ece za to nem fle, tak co mne to napadá (Miriam).*

Paní Lucka nem la problém s p íjetím svého dít te, ale m la i doma tak silné pocity neschopnosti, fle se p istihla i p i my-lenkách na to, fle by se dít te vzdalaí . *Po ád se mi v hlav honily my-lenky, fle jsem –patná máma a asi 14 dní po porodu jsem se p istihla, fle mám my-lenky, fle bych toho malého i n komu dala, kdo by se o n j postaral líp. Ale to nikdo neví, to byly takové záblesky, nebo chvilkové nápady, ale párkrát se mi to stalo. Sama si ov-em uv domila nesmyslnost t chto my-lenek Ale tohle je pry , nikomu ho nedám, i kdyfl jsem nemořná, je m j a nikomu ho nedám. I za tyhle my-lenky se stra-n stydím (Lucka).*

V-echny klientky, které m ly své první dít , m ly pocit do asnosti, kdy nedokázaly p íjmout fakt, fle dít jim skute n pat í. Tento sv j pocit stále dávaly do souvislosti s tím, fle dít porodily císa ským ezem, p ípadn se svým pocitem neschopnosti porodit. Tento pocit se ov-em objevuje u matek- prvorodi ek zcela b fln

po jakémkoli způsobu porodu, u matek, jejich novorozené děti nikdy neměly bonding, u matek, které byly i nebyly od svého dítěte z nejranějších dnů separovány. Uvedomí si nemnozí situace, pochopení toho, že dítě není doasně navázáno, ale napořád, probíhá zhruba po dobu určenou. Proto i ženy, které měly uletět dítě, v době o tomto pocitu nehovořily.

Klobouček

Na které klientky se velice často slyšely s pocitem určitého zaktulkování do skupiny neschopných matek, které musí používat ke kojení silikonový klobouček. Všechny ženy, které používaly ke kojení klobouček, ho vnímaly jako rušivý prvek. Díky používání kloboučku se u některých klientek ještě prohloubil pocit neschopností *Ty sestry, co se starají o miminka, ty mne tak n jak za adily do p íhrádky, že jsem po císaři a tak mi dají klobouček. Ten jsem teda fakt špatně snášela. Ten mi připadal jako hodně rušivý element. To mi teda fakt vadilo. Takový nějaký pocit, že když jsem po císaři, nejsem schopná kojít. Takový nějaký nepříjemný pocit jsem z toho měla. A Ondráček měl takovou malinkou pusinku a ještě jsem mu do ní cpala tu gumu, nebo silikon nebo co to je za hmotu, ani jsem si ho předtím neprotulila, protože jsem musela dávat pozor na ten klobouček. Mofná, že i proto mi nedocházela taková ta opravdová láska. Ten klobouček mi fakt vadil. Nebo mofná, ano, ten klobouček, ale hlavně ten pocit, že s tím nemohu nic dělat. Taková nějaká, nějaká, nevím, jak to správně pojmenovat, takové, že jsem do něho donucena, dostrkána a nějak nemám možnost se bránit. Nebo, bránit, to je mofná špatné slovo, spí-asi rozhodovat? Nebo spí-spolutrohodovat. Já nevím, já se asi vyjádřím uje nepěsň, ale prostě se mi nelíbilo, že jsem do něho vmanipulována. Je pravda, že Ondráček byl takový drobounký, oni mi říkali, že potěbuje předtím pít a když mi to nejde, tak klobouček a hotovo. Ale tam u vás mě prostě za adily do klatulky po císaři rovná se mizerně kojící a hotovo a já jsem nějak ani neměla sílu se vzbourit. Já jsem měla dojem, že se z toho všeho nějak vzpamatovávám a vlastně to jde tak nějak mimo mne. že mám kojít a teda s kloboučkem, přitom jsem si uvědomovala, jak mi vadí, jak je pro mne strašně rušivý (Katka)í Když se na to kouknu zpátky, tak oni mne za adily do mnohých těch, co jim to kojení předtím jde, ještě mi říkali, že po císaři to jde ztuha a hned mi dali klobouček- takže zase, neschopná kojít své dítě (Klára)í ještě taky pocit*

lítosti, když mi nešlo kojení. Ta jedna sestra mi strčila klobouček s tím, že jsem po císaři, takže se nedá nic dělat a přes klobouček. A to mi moc nešlo. Sofinka moc neprobírala s tím. Tak jsem dostala ten klobouček. A byla jsem hned ve skupině neschopných. Taková ta starší kojící sestra mi to dávala dost najevo. Ta moje Sofinka měla takovou malinkou pusinku, já jí tam ještě narvala ten klobouček, jak to měla chudra zvládat. A ten klobouček mi šel vyloženě na nervy, to jsem teda blbě nesla. Jenže jsem si myslela, že to musí být, dneska bych to šel jinak, snad přičítám (Natálie)í Hrozně mi nešlo to kojení, dali mi klobouček, nešlo mi to ani s ním. Spíčko mi vadilo, byla taková nepříjemná poznámka od jedné té kojící sestry, že když mám bradavky na nic, tak musím mít klobouček. Prostě klobouček a tečka, hotovo, já bych spíčko ocenila, kdyby mi s tím kojením trochu poradila a pomohla. A ne, že mám kojit přes klobouček a kdoví, jak mi to po tom císaři půjde. (Renata)

Paní Katka vnímala kojení s kloboučkem jako velmi nepříjemné po psychické stránce a doma zkoušela kojit bez kloboučku. Já byla ráda, že mi Ondráček pije, že probírá, nepláče, tak se uflne budu zatřesovat kloboučkem. Jenom jsem si říkala, že přičítám, myslím u druhého dítěte, že šeknu, že jsem první kojila bez něj a budu rovnou kojit bez něj ... A doma jsem ho normálně odbourala a neměla jsem pocit, že by byl nějak hladový. A vstáváme teď ufl jen dvakrát za nocí. A jak jsem přišla domů, tak jsem ho hned zrušila. Teď eba ho ještě prodám. (Katka)í Klobouček doma přestal poufívat i paní Kláraí Hlavně kojím bez kloboučku, on mi ufl přikojí. (Klára)í . O kojení v domácím prostředí bez kloboučku se snažila i slečna Natálie, ale její dítě nakonec skončilo na umělé stravě. Potom doma jsem jí zkoušela dát bez kloboučku, mlíko mi teklo v úde, ale ona se nenapila. Teda napila, ale málo, i když mi doktorka říkala, že by to mohlo stačit. Prostě chtěla tu gumu. Jenže přes ten klobouček po úde netahala, teda ona asi tahala, ale dalo jí to hodně práce a tak se vyerpala a nic moc nevypila. A když jsem jí zkoušela dávat bez, tak prskala. Úplně nejlepší bylo, když jsem odstříkala a dala jí to z láhve, to vypila v echno a přikojí. Ona mi doktorka říkala, že to tak mám dělat, že ty kloboučky jsou mor. Pro nás teda byl. To ufl nikdy. Ne, krmím z lahvičky, ale Sunarem. Snažila jsme se odstříkávat, dokonce jsem si přišla odsávat, ale nebylo to ono, to mlíko postupně sláblo a pak jsem dokrmovala a teď ufl týden jsme jen na Sunaru. Teda, že za útku jsem ho měla dost, ale nešlo to. To mne taky docela mrzelo, že nejsem schopná nakrmit své dítě. Ale tak krmím Sunarem. Akorát teda je to přičerně drahý. Ten Sunar. Ale malá je spokojená a to je pro mne nejdůležitější. Nedá se nic dělat. Ale přičítám, pokud ještě nějaké bude, tak

fládný klobou ek (Natálie). I u jiných žen ov-ěm doma neprobíhalo kojení podle jejich představ a d ti musely dostávat um lou stravuí ..., Jenže já ufl ani nep ikrmuju, ufl je malý na Nutrilonuí Ale stejn mne to mrzí, že nekojím (Lucka)í Ale to m že být i tím, že jí dávám ten Nutrilon a ona ufl nek i í hlady (Renata).

Silikonový klobou ek jako pomocn ka ke kojení své opodstatní a své výhody, ale také své nevýhody. Je pravda, že pokud jsou bradavky vpá ené nebo ploché, je v prvních poporodních dnech klobou ek dobrý pomocník. Ov-ěm pouflívání klobou ku má také své stinné stránky a to hlavn naru-ěný kontakt mezi maminkou a miminkem, což n které maminky vnímají velice t fce. Názory žen toto jednozna n potvrzují. Kojení přes klobou ek také m že vést k pozvolnému snížení laktace. Je proto d leflité upozornit na fakt, že kojení s klobou kem by m lo být pouze do asné a kojící maminku o pouflívání klobou ku a p ípadném odvykání ádn a t eba i opakovan pou it.

Ne-podpora

a) ^Tkatulkování

Již z předchozí kategorie vyplynulo, že ženám velmi vadil jakýsi rutinní přístup ze strany zdravotnického personálu, což zhusta samy ozna ovaly jako za-katulkování *Ty sestry, co se starají o miminka, ty mne tak n jak za adily do p íhrádky, že jsem po císa i a tak mi dají klobou ekí Ale tam u vás m prost za adili do -katulky po císa i rovná se mizer n kojící a hotovo a já jsem n jak ani nem la sílu se vzbou it (Katka)í Kdyfl se na to kouknu zpátky, tak oni mne za adili do mnoflny t ch, co jim to kojení p jde t fko, je-ť mi i ekli, že po císa i to jde ztuhaí .(Klára)í Ta jedna sestra mi str ila klobou ek s tím, že jsem po císa i, takže se nedá nic d lat a přes klobou ek...(Natálie)í ale t eba ty sest i ky, co se starají o miminka, z t ch jsem kolikrát m la tak nep íjemný pocit. To lov k n jak vycítí, že si mne tak n jak za-katulkovali jako neschopnou, pomalou atd. N kdy jsem m la i strach se zeptat. í (Katka)í Dokonce jsem sly-ela, že mladá rovná se nemofná, ale to nebylo p ímo do o í, t eba se nebavily o mn , ale stejn se mne to dotklo í .A byla jsem hned ve skupin neschopných. Taková ta star-í kojící sestra mi to dávala dost najevo (Natálie)í Po ád mi to dávali najevo. Ne, že by na mne n kdo k i el, ale takové pový-ěné jednání, n co jako: zase jedna neschopná, no jo, neschopná porodit, nechá*

si ud lat císa e a my abychom se staraly. Ne t mito slovy, ale úpln to z nich kapalo..(So a)í A tím, fle jsem tam ufl byla pot etí, tak jsem se psychicky na ty semetriky p ipravila a nenechala jsem se nima zdeptat. Ale ty jejich poznámky typu :õno jo, po sekci, to kojít nebudeõ, nebo šjeffi-, t etí, to máte um t, co s vámaõ, to teda není p íjemné. A naprosto chápu, fle se tam kv li t mhle poznámkám bre í. Poprvé jsem taky bre ela. (Ur-ula).

P esto, fle fle ny rodily v r zných nemocnicích, vesm s hovo ily o pocitu za-katulkování hlavn ze strany d tských sester. Pouze paní Lucka m la tento pocit ze strany porodních asistentekí Je-t navíc jsem m la pocit, fle m ty sestry tak n jak za-katulkovaly, fle jsem f ukna ubre ená a neschopná, m la jsem pocit, fle m ani nikdo nijak nepodpo il. On to byl mofná jen pocit, ale v té dob , co jsem tam lefla, jsem m la dojem, fle je v-em úpln fuk, jak mi je. Prost tak n co, jako šona furt bre íõ. (Lucka)í .by o pocitu vysloven za-katulkování klientka Nikola nemluvila, velmi se jí dotkl p ístup léka e v ordinací . On mi tvrdil, fle je to p ece jasné, fle kdyfl mám první dít a je obrácen , takfle musím na císa eí (Nikola).

^TKatulkování je ur ité stereotypní vnímání, které p ispívá ke zjednodu-ování komunikace mezi lidmi. K lidem, za azených do ur itých -katulek, se vytrácí individuální p ístup. fieny po porodu jsou hodn citlivé, n kdy i p ecitliv lé a tento p ístup vnímají opravdu hodn negativn .

b) V-echo je o lidech

fieny se setkávaly s nejr zn j-ími p ístupy ze strany zdravotník . A ufl byly vysloven kladnéí Já jsem asi m la -t stí na doktora F, ten mi to celkem v klidu v-echo vysv tlil í A pak mi ekl, fle by bylo lep-í, kdyby se miminko ufl narodilo, fle ufl by to cht lo. On mi i íkal, co se mu tak n jak nepozdává, ale já si to p esn nepamatuju í Mn to ten doktor F. vysv tlil, docela hezky a v poklidu.. (Katka)í M la jsem v-ak -t stí na paní anesteziolořku, která mi stála u hlavy a v-e mi hezky i kdyfl ne afl tak do detail vysv tlovala ó postupy, co vidí, co se zrovna d je, atd.. Byla milá a m la takový uklid ující hlas, cofl mi stra-n pomohlo se alespo trochu uklidnití (Monika)í íkala, fle není kařdému dáno, aby jenom kojil a fle to nevdí, kdyfl budu p ikrmovat.. To mn tak n jak pot -ilo, fle mi to ekla. V porodnici po ád jen kojít a kojít a p ipadala jsem si jako pako, kdyfl to ne-lo a paní doktorka klidn ekne, fle kdyfl to nejde, nemám se trápit. To mne pot -ilo. (Lucka)í Musím íct, fle t eba i ten mladý doktor, co tam byl, mi v-echo celkem srozumiteln ekl (Katka)í

mít hotovou a fle pracují s lidmi, to jim n jak nedochází. Nebo spí—to, fle jako lidi jsme r zní a n kdo pot ebuje jiný p ístup, neřn kdo jiný (Nikola)..

Bohufel se vyskytly i p ípady zcela negativních p ístup , nebo spí-e p ístup , které fleny vnímaly negativn í í .. Jenfle pak p i-la paní doktorka, zase jsem sly-ela to zelená voda a zase mi nikdo nic ne ekl. A pak se tak n jak za li bavít o tom, fle císa ský ez. To mi tak n jak vadilo, to bylo dost nep íjemné, protofle oni se bavili nade mnou, o mn a p ítom beze m . Já jsem to poslouchala a nedocházelo mi, fle se jedná o mne. Já bych neprotestovala, ale kdyby se bavili se mnou a ne o mn , bylo by to lep-í. Pak mi ta paní doktorka ekla, fle teda pojedeme na sál, fle malému se neda í dob e a fle mám podepsat papíry, fle s tím souhlasím (Alena)í A pak mi ekl doktor, fle okamřít na sál (Lenka)í Jen p edtím, neřl mi dávali tu první tabletku, tak mi íkali o n jakých vy-et eních z krve, ale já p esn nevím, co to je. A fle to není moc dobré, takfle by to t hotenství m lo skon ít a fle vyvolají porod. To mi íkalií byl tam doktor L a ten se se mnou moc nebavil. (Miriam)í pak najednou mi dokto i ekli, fle budou muset ud lat císa e, protofle miminko p estalo klesat (Monika). On mi tvrdil, fle je to p ece jasné, fle kdyřl mám první dít a je obrácen , takfle musím na císa e. Ale v tu chvíli mi to p i-to takové necitlivé, takové, nevím, jak to nejlíp vyjád ít, takové, takové manipula níí fle mi ten doktor prost n co oznamuje, aniřl by se mne ptal na názor. Ale hlavn , fle jsem musela podepsat n jaký papír, kde prý mi v-echo vysv tlil (Nikola)í í Doktor m sprdnul, fle se mám hýbat, ale uřl ne ekl, pro í .. V bec, z t ch léka í jsem m la pocit, fle nezlobte se, fle to íkám, ale takové jako dít v po ádku, matka v po ádku, tak dal-í. (Monika).

Vysloven ípatný pocit m la paní Ur-ula z léka e, ke kterému p i-la s potíflemi v t hotenstvíí . ten doktor na mne uřl v té ambulanci vybalil, fle se mám rozhodnout, který den p í-tí týden chci císa e. To teda byla docela facka. Já jsem necht la, já cht la rodit normáln . Já jsem z toho m la takový pocit takové jako: řno, a nás tady uřl po ád neotravuje, tak to vy e-íme a bude klidě, To bylo takové nep íjemné, ařl bych ekla, fle hnusné. Takové, já nevím, jak to nazvat, p ezíravé, prost jsem m la velice, ale velice ípatný dojem. Taky jsem mu to hned vpálila zpátky, ekla jsem mu, fle nevidím d vod, pro bych m la mít císa ský ez, fle mi nikdo nic nevysv tlil, fle jsem tam leřela ty íkrát a nikdy mi nikdo nic ne ekl, co mi vlastn je a te fle tohle. fle a mi to tedy vysv tlí, jinak fle řdu jinamí (Ur-ula).

í .ale t eba ty sest í ky, co se starají o miminka, z t ch jsem kolikrát m la tak nep íjemný pocit. To lov k n jak vycítí, í N kdy jsem m la i strach se zeptat. í Moje

maminka mi říkala, že se mám p ipravit na to, že budou nep ůjemné, dokonce když tam jednu tu starou vid la, tak se divila, že tam je-ť je a říkala, že tou se nemám nechat rozhodit, že ona to umí spolehliv , zdeptat lov ka (Klára)í Ráno mne pak sprdla jiná sestra, že co jsem to za matku, když nechci dít , to m fakt zbolelo. Ne že nechci, ale já jsem snad ani nebyla schopná a mn to fakt pomohlo, že jsem v noci spala. N jak jsem se snařila jí to vysv tlit, že m v-echo bolí, ale byla hned hotová, že a si eknu o injekci. Taková n jaká rázná osoba, tu jsem tam moc nemuselaí dneska si říkám, že mne snad ani necht la poslouchatí (Miriam)í Ta fialová sestra mi ekla, že jestli chci mít malého, že se musím hýbat, já bych t eba i cht la, ale ono to ne-ťo tak jednodu-e. V-echo mne bolelo. Trochu toho lidského slovaí m la jsem toho pak celkem uřli docela dost, uř bych si spo la, ale ta sestra mi ekla, že je to moje dít , tak že se musím starat (Nikola)í ta jedna sestra byla taková hrozná, nep ůjemná, mrzká. Ona to ne ekla tak, jak to te eknu já, ale m la jsme z ní takový pocit, že n co jako po řídila sis dít , tak se starej. Ta mne teda docela dostala, tu jsem fakt nem la rádaí . ty, co se mi staraly o Eli-ku, ty byly n které p kn nep ůjemné.. (Renata)í)í Ale potom za alo peklo. Ty lakta ní asistentky, to byl d s. Po řád jsem jen m la pocit, že jsem taková n jaká neschopná. Po řád mi to řávali najevo. Ne, že by na mne n kdo k i el, ale takové pový-ené jednání, n co jako: zase jedna neschopná, no jo, neschopná porodit, nechá si ud lat císa e a my abychom se staraly. Ne t mto slovy, ale ůpln to z nich kapalo. Ty lakta ní asistentky mi po řád jen tvrdily, že mi tu malou odnesou a musí dokrmit, když já holt nejsem schopná ji nakojití No, ty, co se staraly o ty miminkaí . hubovaly, že jsme neschopné, takové, takové, já mám pocit, že ůpln bez zájmu, unavené apod, kouska empatie nem lý , takové prost odd lat si svoji práci, když to nejde kojit, tak sice s p ipomínkami, ale dít odněst a asi dokrmit, to nevím, ale že by se na lov ka trochu vlídln pořívaly, to neí .. ale ty jak vy říkáte d tské, t m jsme museli říkat lakta ní asistentko a ty byly dost nep ůjemné. Ony d laly s t mi d tmi a nutily nás do kojení. Neřvrdím, že v-echny byly nesnesitelné, ale takové neú astné. N která více, n která mén , ale celkov z nich mám dost řpatný dojem. (So a)í A tím, že jsem tam uř byla pot etí, tak jsem se psychicky na ty semetriky p ipravila a nenechala jsem se nima zdeptat. Ale ty jejich poznámky typu :řno jo, po sekci, to kojit nebudeř, nebo řjeřří-, t etí, to máte um t, co s vámař, to teda není p ůjemné. A naprosto chápu, že se tam kv li t mhle poznámkám bre í. Poprvé jsem taky bre ela. (Ur-ula). Paní Lenky se dotkl p říkaz o-et ovatelky..Nebo t eba ta sestra v tom oranřvém, ta byla nep ůjemná a ekla mi, že jako rehabilitaci si mám po sob odná-et nádobí- to mi p i-ťo takové dost divné.

Rehabilitace, to ano, to bych brala, -koda, fle tam nemáte n jaké broflurky s cviky, ale takhle to íct, to mi p i-lo fakt divné.. (Lenka).

S nejvíce negativními p ístupy se fle ny setkávaly ze strany d tských, neontologických sester. Je velice zajímavým zji-t ním fle se nejednalo o sestry pouze z jedné nemocnice, ale ze v-ech. Nabízí se otázka, zda-li nejsou novope ené matky t eba více vnímavé, pokud se jedná o pé i o dít . Paní Klára nev domky poukázala na fakt, fle na novorozeneckém odd lení jsou zam stnávány i porodní asistentky, které berou matku s dít tem jako jednu jednotku, tak, jak by to m lo být automatickým pravidlemí *Na druhou stranu ta ernovlasá sest i ka, taková ta mladá, ta byla fajn. S tou jsem se v pohod domluvila. V bec s t ma mladýma to bylo lep-íí m la jsem z nich takový pocit, fle jim nejde jen o dít , ale i o matku (Klára).*

Úrove komunikace zdravotnických pracovník se -estined lkou se m fle leckdy diametráln odli-ovat. Každý lov k je individuální osobnost, ale profesionál by m l být schopen kontrolovat své negativní emoce a p edev-ím mít stále na pam ti, fle fle na v -estined lí je emo n velmi nevyrovnaná. Pak sta í jediná nevhodná poznámka, nap . *co jsem to za matku, kdyfl nechci dít a v -estined lkách nebo rodi kách z stává ho ká pachu negativity, která se p ená-í i na ostatní leny zdravotnického týmu.*

c) Neschopnost- máma na nic?

V-echny fle ny se s výjimkou paní Ur-uly nedokázaly srovnat s pocitem neschopnosti, nedokonalosti. Podstoupením akutního císa ského ezu jim velmi pokleslo sebev domí, n které fle ny se za sv j pocit neschopnosti i styd lýí *ekli mi, fle ufl musím císa em, fle jsem ztratila dost krve a fle miminko stále neklesá. Zoufalá a unavená jsem ekla fle tedy ano, po ád jsem se omlouvala p ítelovi, fle jsem to nedokázala. Bylo mi hrozn . Fakt zoufalství, pro , pro to nejde, kde d lám chybuí Kdyfl mi ekli, fle mám jít sama na sál (p idrřovali m) tak to m dorazilo, m la jsem bolesti a nebyla jsem si jistá, zda tam v bec dojdu. Ani jsem nem la dobrý pocit, fle jsem nakonec do-la. Ufl tenkrát jsem si p ipadala stra-n , úpln pítom , fle se n kde n co zadržlo a n jak to neumím, nebo nejsem schopna vy e-it. Úpln hrozný pocit.. (Lucka). Já se asi neumím správn vyjád it, ale m la jsem a vlastn po ád mám takový pocit studu, fle jsem selhala jako matka. fle ji neumím porodit (Lenka)í . No a pak se mi za nou v hlav honit n jaké my-ky, fle pro vlastn císa , pro se mi ta malá nenarodila*

normáln , po ád se s tím nejsem n jak schopná srovnatí .To mi sniřuje sebev domí, fle jsem taková nemořná, taková zdechláí , já si n kdy i íkám, jestli mi to stálo za to, pou-t t se do t etího dít te, ale cht la jsem to zkusit, kdyby vy-la holka. A vy-la. Pak se za ty my-lenky i trochu stydím (Miriam)í , je-t taky pocit lítosti, kdyřl mi ne-lo kojeníí to jsem tam u vás i bre ela. Spí-lítostí neřl vztekem, spí-jsem tam uřl necht la být... í V bec jsem m la pocit, fle tam u vás to se mnou po ádn cvi ilo, bre ím a zu ím, sm ju se a propadám depkám, to bylo docela dost hustý....No z toho, jak mi nepije. Jak jsem nemořná, fle mi nepije. (Natálie)í . Kojení. To mn teda fakt úřln vykolejilo. Po ád jsem jen m la pocit, fle jsem taková n jaká neschopná í No a já bre ela tím víc, protofle jsem m la takový blbý pocit, fle jsem neschopná matka, fle ani nenakrmím své dít ... Takové ty pocity neschopnosti, mén cennost, nejsem ani schopná po ádn nakrmit své dít . A to, fle jsem byla po ád taková n jaká celá zdechlá, to mi taky na sebev domí nep ídalo. T ch 7 dn tam bylo dost nep íjemných. To je mořná nep esné, spí-takových n jakých probre ených. .í a spí-m tam p epadala taková, jak íkal Cimrman, trdomyslnost, taková n jaké skepse, nevím, jak to nazvat (So a) í . Kdybych to n jak shrnula, tak v porodnici nejd ív asi takové roz arování. Z toho, jak to bylo. Jak se to n jak vyvinulo.. Ta bolest, ta bezmoc, kdyřl chcete jít a nejde toí (Nikola)í Up ímn e eno, zatím jsem se n jak po ádn z toho v-eho nevzpamatovala. Kdybych m la popsát ten pocit, takový ten hlavní pocit, tak to je stud. Stra-n se stydím za to, fle jsem nebyla schopná syna normáln porodit. Spí-fle jsem neschopná. S tím se po ád n jak peru, s tím se n jak nejsem schopná smít it. Já vím, fle se s tím te uřl nic nenad lám, ale po ád m to flere. Ne kařdý den, ale n jak si po ád p ípadám taková n jaká, já nevím, jak to správn popsát, taková nedokonalá, fle nejsem ani schopná porodit si své dít . Za to se stydím. N kdy mi to je-t p íjde tak líto, fle se i rozbre ím, kdyřl t eba kouknu na tu jízvu. Já vím, fle ji schovám do plavek, ale po ád tam bude. A taky se stydím za to, fle nejsem schopná své dít kojít. To je hr za. Za to se taky stydím a jakí Takfle ano, stud. (Lucka)í Pocity, no, vylořen -patné. Ne, v-echny, ale ty -patné n jak zatím p evládajíí m la jsem pocit, fle je toho na mne moc, fle se musím tak n jak vzpamatovat. Byla jsem ráda, fle se postupn o Filípka mohu starat, sice zpomalená jako hlemýřřl , v-echo mi trvalo hrozn dlouhoí . A tam n kdy mi za aly ty pocity té neschopnosti. Nejsem schopná porodit dít a nejsem schopná se o n j ani po ádn postarat. Je-t to ob as umocnily takové poznámky typu: koupání jsme ukazovali v era, dneska musíte samaí Jenfle já m la pocit, fle mi to ta hlava v-echo nepobere. A hlavn , fle nejsem schopná to zvládnout. A pak je-t za alo trápení

s kojením takhle zase, neschopná kojit své dítě . Měla jsem ten dojem, že se nějak musím z toho všechno vzpamatovat, ale nějak to nešlo . Připadám si taková nějaká neúplně celá. Taková nedokonalá, neschopná porodit dítě . Svě dítě . Já se s tím pořád peru, ale víte, jak to bolí, když vám chlapěk křičí, že jste ho neprodila, že ho vytáhli? Sama se s tím peru už šest neděl a neumím to ze sebe nějak dostat. To mě dělá a moc. Jsem neschopná, nemohu, nedokonalá., neúplná , já teda mám pořád takový ten pocit té neschopnosti. Nedokonalosti. Jsem jako matka zklamala. Jsem ho ani sama nedokážu přivést na svět ale ze zážitku to bylo strašné. To mi ty slzy tekly pořád, jen jsem se na Filipku podívala. Zajímavé, v porodnici to nebylo tak intenzivní, ale doma, když jsem byla doma, tak to začalo spí – jsem se zase tak nějak stáhla a říkala si, že jsem neschopná. Víte, tenhle pocit mě doma dost ničil. Je to i teď, ale už to není tak často. Ty stavy, kdy mě to doslova ničí. Ono to všechno chce asi asi . Paní Klára se ovšem setkala i s poznámkou, která jí nejen nepodpořila, ale úplně srazila i jen přitel měl takovou blbou poznámku, že jsem ho neprodila, že mi ho vyndali. On byl mohl i rád, že to vzalo, ten porod jsem vzal takový rychlý konec, protože mě deptalo, že to tak dlouho trvá a nikam to nevede, ale víte, jak to bolí, když chlap, kterého milujete, když vám chlapěk křičí, že jste ho neprodila, že ho vytáhli? On to mohl tak nemyslet, on mohl jen konstatovat fakt, ale opravdu to bolí. On nevědí jsi neschopná porodit, to ne, to by teprve byla hrůza, ale prostě křičí, že jsem na všechno syna neprodila. Přitom je rád, že všechno dobře dopadlo, pomáhá mi doma, ale tohle fakt zabořilo ..pořád to cítím .(Klára)í A když jsem přišla domů , začalo to nanovo, myslela jsem si, že to bude lepší, ale byla jsem úplně vyčizená. Pořád se mi v hlavě honily myšlenky, že jsem špatná máma na nic. Kretén, co nedokáže ani porodit, ani nakrmit svého syna. V podstatě se ani nepostará, protože jsem byla ráda, že jsem se došla na záchod a do koupelny. Když se na to podívám zpět , tak jsem vlastně pořád jen brečela. Bolestí, studem, neschopností, lítostí .. Nikdy bych nevěděla, že to mateřství bude pro mě takové já nevím, jak to říci, nevstřebatelné?? Asi takové .. Mohl je to ty pocity mé cennosti, neschopnosti, o je taky strašné, občas to na mě tak padne .bolelo to dost, ale ty pocity byly horší, ty pocity neschopnosti, to mě ničilo víc, než to bylo .(Lucka)í Nejsem schopná porodit dítě a nejsem schopná se ani dopotáčet do koupelny. Zase to selhání . je to se mi jak říkají honilo v hlavě , že se nedokážu o tu svoji holčičku postarat. Nemohu říct, že by mi nikdo nepomohl, ale měla jsem pocit, že jsem taková nějaká zpomalená, že mi to všechno tak dlouho trvá. Jsem neschopná. Ty moje společníci, ty byly se vším raz dva hotové, ale mě to všechno tak trvalo, připadala

jsem si jako slimák. Neschopná si trochu pohnout, trochu se n jak tak donutit se starat. Nem fl u íct, fl e bych necht la, ale p ipadala jsem si dost neschopn . Neschopná nakojit, p ebalit a tak. Stra-n dlouho mi to trvalo, m la jsem pocit, fl e sotva jsem skon ila, ufl abych za ala znova. A taky se pamatuju, jak jsem bre ela, vlastn ani nevím, pro . Takovou n jakou bezmocí, nebo já nevím, lítostí nad tou svojí neschopností Já si to ani n jak po ádn nevybavuju, mn se tak n jak po ád vrací ten pocit selhání. V té nemocnici vlastn selhání ze v-eho. Ta moje neschopnost... A pak ufl si to n jak moc nepamatuju, pak jen ten pocit totálního selhání . Paní Monika s pocitem selhání bojovala i po propu-t ní z porodnice, nebyla schopná tuto zku-enost n jakým zp sobem zpracovatí .. Ob as si p ipadám úpln zmaten , tak n jak jako blázen. Ale ono to ufl není tak ásté, jen n kdy, úpln náhodou mne to p epadne.. Nesu si v sob pocit naprostého selhání. N kdy mám dojem, fl e ufl trochu ustupuje, ale n kdy mn to je-t p epadne. Je pravda, fl e postupn to není tak ásto a mofná, fl e ani ne tak silné, takí tak. Intenzivní, ale n kdy p ijde takový n jaký záchvat, nebo náraz, nebo já vlastn nevím, jak to nazvat, ale mám pocit, fl e úpln ztuhnu, nebo, nebo tak n jak zamrznu v tom, fl e jsem prost naprosto neschopná. Neschopná porodit dít , ..své vlastní dít . Nejsem schopná nejen myslet, ale ani t eba bre et, ani nic d lat, prost m to tak n jak ochromí, úpln totáln zamrznu v tom pocitu. Já to asi íkám dost nesrozumiteln , já nevím, jestli jste schopná to n jak pochopit. Ale ono to p ejde, ani nedokáfl u íct, jak dlouho to trvá, mám pocit, fl e dlouho, ale ono mofná, fl e tak dlouho ne, fl e jenom mn to tak p ipadá. Ale ono to pomalu tak n jak mizí, nebo spí-, ne mizí, spí-bledne? Mám pocit, fl e to není tak intenzivní, jako kdyfl jsem p i-la dom , to jsem tu jen sed la jak socha a tekly mi slzy, jak jsem neschopná. (Monika). Stejné pocity m la i paní Renata, její stav umoc oval i fakt, fl e ot hotn la metodou um lého oplodn níí Jenfl e potom to bylo stra-né. Cítila jsme se úpln bídn . Taková í taková n jaká nemofná. Neschopná porodit své dít . Kdyfl ufl jsem byla na porodním sále a najednou takový zlom. To mne dostalo. Zklamala jsem na celé á e í Po ád jsem se obvi ovala, fl e jsem stra-n neschopná, fl e si tu hol i ku snad ani nezasloufl ím. fl e jsem naprosto matka na nic. Ot hotn t- problém, porodit, dal-í problém a ke v-emu kojit- vlastnímu dít ti nejsem schopná dát najíst. Nejhor-í to bylo pak doma. Po ád jsem bre ela, nic mi ne-lo. M la jsem pocit, fl e pokazím, na co sáhnu. Cht la jsem ji kojit a ne-lo to. Stra-n dlouho nám to trvalo. Ťpatn se chytala, necht la pít, nem la jsem mléko, v bec jí to nesta ilo. M la jsem pocit, fl e bu kojím a nebo bre ím. Stra-n jsem se litovala a obvi ovala, fl e jsem taková neschopná, pod adná, prost na nic. Po ád dokola jsem se manfl elovi

omlouvala, *že je mi to líto, že to takhle dopadlo, a i to mi nikdy nic nevyetl. Mne ani nenapadlo, že to se mnou takhle zamává. Fakt, a ipadala jsem si úpln hnušn . P estala jsem si sebe vářit. Místo, abych byla –astná, že mám dít , svoji hol i ku, tak místo toho jsem si a ipadala jako hadr na podlahu! Ne, tohle se rozjelo doma. U vás to n jak je–t jakřl takřl –ořl P ipadala jsem si taková k ni emu, nejsem jako řlenská k ni emu, nepo nu dít , neporodím ho, nenakrmím ho, navíc jsme se i styd la za ten pocit, že jsem si myslela, že není moje. Já si v bec n jak neuv domuju, jak jsem to doma dávala. A ta malá mi po ád cht la jíst a já nem la, co jí dát, m la jsem pocit, že ím více se snařím, tím h ěmi to jde. A tím se i prohlubovalo to moje sebev domí. Teda spí–nesebev domí. Já si opravdu pamatuju jen ten pocit té neschopnosti a takového n jakého, já nevím, zoufalství? Já jsem n jak nevid la nic pozitivního p ed sebou (Renata). Praktická d tská léka ka doporu ila paní Renat ě p íkrm mlé nou formulí, cořl paní Renatu také rozru–ilořl Dneska vím, že dob ě, ale tenkrát jsem to nesla jako dal–ř st ípek do mozaiky neschopnosti- uřl ani to mlíko nemá (Renata). Paní Renata nakonec sv j stav konzultovala s psychologřkou a za její pomoci se se svými negativními pocity vyrovnala.*

U řlen se projevíly negativní my–lenky, pocity neschopnosti nebo dokonce mén cennosti, které souvisely s p íjetím své rodi ovské role. řieny m ly pocit nedokonalosti, za který se ěasto styd ly, m ly pot ebu se dokonce omlouvatí *po ád jsem se omlouvala p ítelovi, že jsem to nedokázala. Bohuřel tyto pocity nejen, že nebyly zpracovány, ale jednáním a p ístupy zdravotník ě byly je–t v –estined lkách ěasto posilovány. Velice krásná slova zazn la od psychologřky, které se se svými psychickými stavy sv ila paní Renatařl *to je taková drobnost, doslova blb stka, já jsem p edtím íkala, vzali mi ji císa ským ězem, ale nevzali, naopak, dali..* Negativní poznámky, které v –estined lkách jen prohlubují pocity mén cennosti mohou vyústit ařl v psychickou iatropatogenii.*

Pot eby

a) Informací není nikdy dost

řieny m ly pocit, že informace podávané zdravotnickým personálem jsou mnohdy nedostate né. N které hovo řily obecn řl .. *Já nechci být nep řjemná, ale podle mého názoru by ne–kodilo, kdyby t m maminkám n které informace byly opakovány.*

Já například nevím, jestli mi někdo po úrodnosti co vysvětlil, já mám prostě okno, a možná, že jo a já nic nevím a všichni si myslí, že vím. Ano, opakovat, třeba jinak, třeba v nějakém kontextu, ale ano. (Miriam)...Takový pocit, že lov k neví, do čeho leze, neví, co se bude dít, po úrodnosti na co čeká a po úrodnosti se nic neděje. A další den zase.. (Klára). .. Jiné ženy mají deficit zcela konkrétních informací, na které přichází, že informace od personálu získaly, ale podle jejich mínění byly nedostatečné a nebo jim bylo málo. Věc nic, jen mi řekl, že jsem ufl víc než týden po termínu a že mi porod vyvolají. A že se dává nějaká tabletky. Sestřička mi řekla, že kdybych měla nějaký problém, že mám říct. Takže nějaké informace jsem měla, to ano. Ale třeba kolik se těch tabletek má dávat, jak dlouho se má lékat, to mi nikdo neřekl (Klára).. Třeba, že pak se se mnou ufl nikdo nebavil, pro to všechno vlastně takhle dopadlo. ..Ano, já si pamatuju jen špatné srdíčko, ale pro to a co jí bylo, to nějak ne. Já bych asi měla být vděčná, že to takhle dopadlo a nepátrat po tom, ale taková nějaká ta hořkost, že se s lovem k němu co děje a on ani neví proč, to tam je. A ani mi neřekli v té O., co se stalo...(Lenka)í . V podstatě mi chyběla jenom ta jedna informace. Když se zeptám, co to znamená zelená voda, tak by mi snad ta sestřička mohla odpovědět. Nebo doktorka. A ne to nechat. Lov k pak vidí všechno katastrofálně. Prostě odpovědět. To nějak ve mně zůstalo. To zelená voda, toho se nějak neumím zbavit. Víte, myslím si jednou na procházku k rybníku a přítel mi říkal špodívej, co je tu flabince, ta voda je úplně zelená a já si pamatuju, že mně úplně naskočila husí kůže- to spojení zelená voda mne dostalo. Vadilo mi, že mi to nevysvětlili. Nikdo (Alena)í já bych ještě přivítala více informací ze strany lékaře. Těeba vysvětlit to, co jste mi te říkala vy- že se porodil kde zasekl a udělají císařku, aby bylo miminko po úrodnosti, po operaci třeba to, co to bude obnášet ty bolesti, ta jizva apod. ne mne jen správnout, že se mám hýbat a ne říct proč (Monika)í .Já jsem se vlastně nic nedovolala. A před porodem, to byla síla- m j doktor mi řekl, že nějaká eklampsie, ale po úrodnosti nevím, co to je. U vás mi řekli, že nabrat krev a moč, měřit tlak a chodit na srdíčko, ale co to je a co s tím, to mi nikdo neřekl. Pak tabletky- ale to jo, to mi ta vysoká doktorka řekla, že jsou na tlak a že miminku neublíží, ale víc nic. To bylo takové zvláštní, jsem v nemocnici a vlastně nevím, proč. Jestli kvůli sobě nebo kvůli malému. Ten císařský- že porodit, že to ani nebudou zkoušet vyvolávat, že jsem zavřená, ale proč, to nevím. Já ufl to tak beru, že je to jedno, asi to bylo lepší pro nás pro obě, ale bylo by fajn, kdyby mi to trochu vysvětlili. Zrovna tak po tom císaři...To mi teda docela vadilo, že mi to nikdo nevysvětlil...(Natalie)í A s tím bolestma taky, to mi nikdo nevysvětlil, to si myslím,

že si ufl trochu pamatuju líp, ten mladý doktor jen íkal, že si mám íct o n co od bolesti, ale co, to, pro mne to bolí, to ne. (Miriam).. Aha, to mi nikdo nesdílil. (Soňa). Vesm s klientky hovořily o nedostatku informací v době jejich hospitalizace, pouze respondentka Klára si postesklaí . Je fakt, že lovk je rád, že jde dom , moc neposlouchá, ale kdybyste třeba mli n jaký leták, nebo n jaký papír, jako dávají ty dtské, tak by to nebylo –patné. lovk je tak vyízený, unavený, zoufalý, že je–t si hledat n jaké informace na netu, to ufl teda ne. (Klára). N které klientky si uv domovaly i to, že je možné, že informace získaly, ale nedokázaly je zpracovat, případn je vyt snily, nezařilyí Je–t jsem taky uvařovala, pro se to vlastn v–echno takhle stalo. To mi nikdo nevysvětlil, ne ekli. Nebo, já vlastn nevím, možná, že ekli, že si to jen nepamatuju. Ale zase pro by mi to ne ekli, to snad ne. I kdyžto bylo takové stra–n rychlé, možná, že ekli, ale nestaíla jsme to n jak pobrat (Lenka).. . To mi íkali, ale nerozumíla jsem tomu. Ale musím uznat, že n co mi ekli. Ale já t m léka ským v cem nerozumímí Jestli mi to n kdo íkal, tak já si to nepamatuju, ale byl tam doktor L a ten se se mnou moc nebavil, ale jestli mi to íkal n kdo jiný, to fakt nevím (Miriam)

Zcela opa ný pocit mla paní Katka í A na rozdíl od té kámo–ky já mla i ty informace, které jí chybyly. To je asi dáno situací a lidmi, kte í tam zrovna jsou, ale to je asi v–ude. (Katka)

Velice zajímavým zji–t ním bylo, že klientky v bec nehovořily o tom, že by si informace aktivn samy vyhledávaly- že by se ptaly, případn hledaly na webových stránkáchí Teda na to jsem ani nevzpomníla. Mne ani nenapadlo vám zavolat nebo napsat, to ufl v bec, já te na net nechodím, jsem ráda, že si jdu lehnout. Ale docela jsem pívítala, kdyžl jste se ozvala (Miriam)

Každý lovk, který se v pro n j nové situaci ocitne poprvé, potěbuje získat informace pro svoji orientaci. Rodičky, zvlá–t pro ty, které mají první dít , jsou ze své nové situace a stavu zcela vykojené a podaných informací je na n p íli– mnoho. Mnořství informací, které zdravotníci p edávají, je obrovské a nedíka nemá –anci si v–e zapamatovat. Velice rozumné je pravidlo št í a dostě, kdy po t ech informacích následuje shrnutí, zopakování a as na uloření informací do pam ti. Bohužel pacientky jsou asto informacemi zcela zavaleny, zahlceny a výsledkem je, že informace nezpracují, neuloří a zcela logicky mají pak pocit, že informací je málo nebo v bec fládné. I zde platí šopakování matka moudrosti.

b) Mluvte se mnou!

S pot ebou informací velice úzce souvisí i pot eba komunikace. Klientky poukazovaly na pot ebu komunikace mezi nimi a zdravotnickým personálemí . *Já si nechci st flovat, ale kdyby za mnou t eba n kdo p i-el a mohla jsem se pobavit, fle se bojím, fle se nic ned je, fle co mám ekat dál. í í Víte, v bec mám pocit, fle ta komunikace tam tro-ku vážne. Já vím, fle to je o lidech, n které ty sest i ky nebo jak íkáte porodní asistentky jsou fajn, n které jen ud lají svoje, ale to je v-ude. (Klára),í Tak moc bych se p imlouvala za lep-í komunikaci. Já se u vás m la dob e, nemohu si st flovat, nikdo na mne nebyl nijak nep íjemný, ale m la jsem pocit, fle bych si pot ebovala popovídat a to tam n jak ne-fo. Navíc jsem byla na pokoji sama a to mi trochu vadiloí a nikdo mi nedokáfle nebo nechce íct, fle je to normální a nebo není normální a jen jestli chci injekci. Já jsem to t eba v-echo n jak pot ebovala probrat, co se stalo, co se d je se mnou apod. Dneska ufl je to jedno, ale nedivte se, fle jsem u vás po ád bre ela. Kdybyste si s t mi pacientkami více povídali, to by bylo fajn. Aspo já to tak vnímámí Asi tak n jak a taková ta nemofnost rozhovoru, nebo nemofností spí-nezájem. Já zase nevím, jak to tam u vás je, vy jste tu jednu no ní docela kmitala po chodb , t eba nemáte nejen chu , ale ani prostor se s n kým více bavit, ale to bych fakt uvítalaí (Lenka), í Jenom kdyby trochu tak komunikace na tom porodním sále. Kdyfl se zeptám, tak by mi snad ta sest i ka mohla odpov d t. Nebo doktorka. A ne to nechat. lov k pak vidí v-echo katastrofáln . Prost odpov d t.(Alena),í já bych se p imlouvala za to, víc s nima (ned lkami) mluvit. Ony to jsou mofná prkotiny, ale kdyby se s nima mluvilo hned n jak v tom smyslu, fle to nevadí, kdyfl porodily císa em, fle by jim bylo líp. T eba ne úpln dob e, ale já bych p ivítala, kdybych si mohla povídat s n jakou tou sest i kou a ne se jen styd t za to, fle mi v-echo trvá. Nebo t eba jak jste mi te íkala, fle to bre í samo- ony to mofná v dí, ale lov ku to ne eknou a já si p ipadám jako pakoí , to bych fakt p ivítala, kdyby si se mnou o tom mohl n kdo popovídatí .. Myslím, fle kdybych tohle v-echo mohla n komu íct, kdyby mne aspo n kdo vyslechl, fle to bych tenkrát pot ebovala. Bre ela jsem jak flava a t epala seí ..ale kdyby n kdo p i-el, komu bych to mohla v-echo vyklopit, tak si myslím, fle bych se uklidnila. Ono, já vím, fle je to divné, ale te , kdyfl si na to vzpomenu, tak to íkám vám a ani mi ufl není do plá e. Asi by bylo fajn, kdyby tenkrát n kdo se zeptal í co bych zlep-ila, tak hlavn tu komunikaci (Monika),í Já si myslím, fle komunikace je naprostý základí , ale na tu komunikaci bych se zam íla. (Ur-ula).*

Jedna žena vnímala atmosféru nekomunikace a určitě nespolupráce porodních asistentek na oddělení –estined lí a d tských sesterí .*Já si myslím, že vylep-ít trochu tu spolupráci s t mi kojícími sestrami. Ale to se mi t eba jen zdá. N které tam byly dost nep íjemné. V jste mi t eba íkala, že chápete, že po porodu to bre í samo, ale ta jedna mi ekla, že nemám co bre et, že takhle nemám mlíko a budu mít potíže dál. Ale mofná, že to je jen m j pocit, že normáln spolupracujete, jen mi to tak p i-íto.. Fakt bych se p imlouvala za tu spolupráci- ona by ta atmosféra byla hned p íjemn j-í. í* (Renata).

c) Nejsem v tom sama

Nejr zn j-í situace vyvolávaly v klientkách ásto velmi negativní pocity jako nap íklad sebeobvi ování, neschopnost apod. Hovo ily o tom, že by pot ebovaly n jakou psychickou podporu ze strany zdravotník . I tato kategorie je velice úzce provázaná s kategorií komunikací *Zrovna tak po tom císa í. Ta mladá tmavovlasá sestra, co jsem s ní vstávala po operaci a ploufíla se do sprchy, tak ta byla p kn protivná, ta mi taky nic ne ekla. A ani nepomohla, to ta star-í siln j-í sest i ka, co vstávala s tou spolulefící, ta jí pomohla. T eba kdybyste ekli, že to p jde pomalu a že se nic ned je, nebo a se z toho lov k nerozsype, že je takový lazar, to by bylo fajn* (Natálie).. *N kdy jsem se v tom motala dost sama, tam bych teda taky vid la n jaké rezervy, takové jako mít více pochopení, kdyfl má lov k první dít a neví. Ale to je asi spí- individuáln , n kdo se v nuje víc, n kdo mí . Já nem flu íct, že bych byla nespokojená, to ne, ale t eba vy jste mi ekla, kdyfl jsem vstávala z postele, že toho po sob nemám chtít moc, že sta í, kdyfl se dojdeme umýt a pak taky, že je to normální, kdyfl se tak plazím. To mi v tu chvíli pomohlo daleko víc nefl to, že jste mne drflela, abych neupadla.* (Nikola). *í jen si myslím, že ty sestry, co se starají o d ti, by m ly myslet taky trochu na ty matky. Já jsem z toho m la dojem, že je zajímají jenom ty mimina, ale to, že je máma rozbitá, to jim je n jak jedno* (Miriam)í *No a to je p esn to, co lov k pot ebuje sly-et. fie není kripl, kdyfl mu to nejde tak, jak by si p edstavoval. Omlouvám se za ten výraz, ale já si tak p ípadalaí Trochu toho lidského slovaí jen n které va-e kolegyn jsou takové jak bych to ekla, takové neú astné. M la jsme z nich pocit, že jdou prost do práce, kterou musí mít hotovou a že pracují s lidmi, to jim n jak nedochází.* (Nikola)í *.To jste vd ná za kařdou radu, za kařd é povzbuzení, zájem í* (Ur-ula). *..Hlavn , jak se porodnice p etahují o matky, co v-echo nabízejí a takovýhle základ, aby matka byla v pohod , to zajistit neumí , já si nechci st fovat,*

ale tohle se mi nelíbí. (So a). N které feny hlavn v souvislosti s kojením m ly pocit jakéhosi za azení, za-katulkování. M ly dojem, fle tím o podporu ze strany zdravotník p icházejí .. N kdy jsem m la i strach se zeptatí a já m la tu nálepku ufl celou dobu tam. (Klára)í ale lov k uflm l n jaký blok, to z t ch kojících sester. (Renata)

V n kterých rozhovorech byla zmín na pé e komunitní porodní asistentky. Klientky vesm s nev d ly, zda-li by mohly o ekávat podporuí . *Asi ano, hlavn kdyby si se mnou popovídala o t ch mých pocitech mén cennosti. Ona by mi asi mofná nijak nepomohla, ale mn to te ud lalo dob e, kdyfl jsem to ekla vám. Ono to fakt bylo nejhör-í, kdyfl jsem p i-la dom , jak jsem v-echo, teda nic nestíhala. Ale nevím, spí-si myslím, fle anoí ono by mofná bylo fajn, kdyby to lov k mohl n komu íci, n komu, kdo není z rodiny. Te , kdyfl vám to lí ím, tak mám pocit, fle je to lep-í, fle i kdyfl o tom mluvím, fle to tolik nebolí. Jak jste ekla, fle ten císa ský ez je jen jiný zp sob porodu, to bylo milé. (Klára). To by bylo lep-í, protofle by mi to t eba n jak vysv tlila. A hlavn , to je odborník a pro mne vlastn cizí lov k, tomu by se mi sv ovalo lépe. Jako t eba te vám...Mn by to alespo hodn pomohlo. Já mám pocit, fle jste mne tím na-ím rozhovorem i uklidnila. Já se t -ila, fle p ijdete a fle to s vámi proberu, ono mi mofná pomohlo, fle jsem ty svoje starosti n komu ekla, n komu, kdo není z rodiny. Mám pocit, fle jsem si i n co ujasnilaí (Miriam). Paní Monika a paní Renata m ly pot ebu sdílení pocit a komunikace v porodnici, ale nedokázaly si p edstavit tuto podporu v domácím prost edí. Jist zde hrál svou roli así *Myslíte, fle by se se mnou t eba bavila o t ch mých náladách a pocitech? No, v tom p ípad asi jo, ale nevím, jestli by mi dokázala pomoci. Mofná, fle kdyby mne vyslechla, t eba by ten pocit selhání nebyl tak intenzivní, ale t eba taky ne. Te ufl je to jedno.(Monika) í Já vám to te zp tn nedokáflu íci, já bych bývala uvítala pomoc s tím kojením, s tím zatrápeným klobou kem, to ano. Mofná, fle kdybych ty svoje stavy popsala jí, fle by se mi t eba ulevilo. Ale nevím, jestli bych to dokázala vy e-ít. T eba jo, ale to te nevím.. Kdyfl to zp tn zkouknu, tak mofná, fle jo, ale myslíte, fle by mne n kdo poslouchal? (Renata)**

d) Pomóc - pomoc

V-echny feny vesm s hovo ily o pomoci, které se jim dostalo ze strany rodiny, ale to byla spí-e pomoc fyzického charakteru, pomoc v domácnosti nebo pomoc s d tmi. í *manfel taky, kdykoliv pom fle (Ur-ula), í p ítel pomáhá (Lucka H)í ale manfel mi pomáhá, to jo, to si nedovedu v bec p edstavit, fle bych je-t musela chodit do -kolky a va it a v-echo (Miriam). í . Manfel to vzal tak n jak lépe, nefl já, jemu je*

asi jedno, jak se malá narodila, on je –astný, fle ji máme. Fakt a dost mi pomáhá. A když vidím, jak si ji chová, tak to se mi líbí. fle ji má tak rád. (Monika)...Ten mi teda nijak výrazně nepomáhá, ne, fle by v bec, ale chodí z práce dost unavený. Ale abyste si nemyslela, ne, fle p ijde z práce a jde spát, ale spí–d lá jiné v ci, neff fle by t eba –el s malou ven, ale to nevadí (Natálie)í Maminka mi pomáhala, já nevím, co bychom jinak jedli, kdyby neuva ıla, jsem za to ráda. (Nikola), Já mám velmi dobré zázemí, když pot ebuju, nejsem na nic sama, mám hodnou maminku, ta mi kdykoli pom fle, manfel taky, takfle doma v pohod (Ur–ula)...I maminka mi pomáhá, ale taky je jí divné, fle jsem taková n jaká chcíplá, po ád se m ptá, co mi je (Miriam). Tato pomoc je viditelná, jaksi i hmatatelná, ale klientky více, neff pomoc fyzickou pot ebovaly pomoc nebo spí–e podporu psychickou . ale t eba vy jste mi ekla, když jsem vstávala z postele, fle toho po sob nemám chtít moc, fle sta í, když se dojdeme umýt a pak taky, fle je to normální, když se tak plazím. To mi v tu chvíli pomohlo daleko víc neff to, fle jste mne drflela, abych neupadla. (Nikola).. Psychické podpory se jim dostalo jednak ze strany rodinyí ..í .. Maminka to na mne poznala, ale ani jí n jak nejsem schopná vysv tlít, fle si p ipadám neschopná. Taky, ta když vidí, jaký je tu nepo ádek, tak jí to musí být jasné. Jen mi po ád opakuje, a se nestresuju, fle nejd lefít j–í je te ka ta moje hol i kaí .. Já jsem jí jenom ekla, fle je mi líto, fle jsem nedokázala porodit normáln . Manfel tam byl se mnou, ten to v bec ne e–í, jak se malá narodila. (Monika)í Ona mi pomohla maminka, taky íkala, fle ona nem la (mate ské mléko) a já jsem vyrostla, takfle když si to lov k n jak srovná v hlav í (So a). No, ano, maminka. Ta mi íkala, fle se to v–echno srovná. fle nemám být ne–astná, fle jsem neporodila normáln , ale fle mám být –astná, fle mám zdravé dít . Jenfle jí se to mluví, když ona porodila normáln í Ale abych nebyla nespravedlivá, pomáhá mi nejen maminka, ale taky p ítelova maminka. Ta to n jak vzala normáln , fle se malý narodil císa em. Teda moje máma taky, je to pro n fakt a hotovo (Lucka). Jiné flely vnímaly pozitivně fakt, fle partner mohl být nablízku, cofl sice nepovařovaly za pomoc, ale spí–e uklid ující momentí Manfel tam (na opera ním sále) byl se mnou, to jsem byla ráda. (Katka). P ítel tam byl se mnou a ten mi jen íkal, a se nebojím (Alena). S paní Monikou byl manfel na opera ním sále, cofl paní Moniku velice uklid ovalo, ..a také mofnost, aby byl u m manfel a drflel m za ruku. P ítel sle ny Nikoly sice nebyl na p ítomen porodu na opera ním sále, ne, on ekal n kde venku, já nevím, kde, ale sle na Nikola m la pocit bezpečí, když v d la, fle tam je. M la jsem pocit, fle když tam je, nem fle se nic stát (Nikola). Paní Ur–ula si mohla popovídat v rychlosti s manfelem je–t p ed císa ským

ezem, což kvitovala s velkým povděkem *No, a já se teda poradila s manželem, to se mi líbilo, že jsem to mohla aspoň říct* (Ur-ula). Po této, které partneri nebyli přítomni porodu na operačním sále, byli s maminkou na oddělení –estinedlí bezprostředně poté, co rodička byla na toto oddělení převezena. I to přispívalo na feny uklidňujícím dojmem *Manžel tam byl se mnou, to jsem byla ráda* (Katka) *I když nebyl na operačním sále, tak Filipka hned viděla a pak byl ještě u mne* (Klára). *Přítel tam byl se mnou, to bylo dobré, ukazoval mi fotky* (Nikola), *řekněte, ten pooperační (pokoj) tam bylo volno a tak tam byl manžel se mnou. To jsem taky cenila, že ho tam nechali* (Ur-ula). *Po císaři na mě čekal přítel, který ušel vidět syna* (Lucka)

Jistě je velmi vhodné a fládující, když mamince po porodu pomáhá rodina, lidé, kteří jsou jí nejbližší a ke kterým má důvěru, kterým se může svěřit a kteří jí kromě fyzické pomoci dovedou i povzbudit. Co ovšem klientkám chybělo a jak vyplynulo z rozhovorů, velmi postrádaly pomoc ze strany odborníků – zdravotníků. A ušelo to zase byla pomoc spíše viditelná, jako například pomoc s dítětem *Ale nechci si stříhat, aspoň se postaraly, když jsem byla ještě vyžéná*. (Renata) *řekněte* .nebo spíše podpora psychická *Ta mladá tmavovlasá sestra, co jsem s ní vstávala po operaci a ploufnila se do sprchy, tak ta byla pro mě protivná, ta mi taky nic neřekla. A ani nepomohla, to ta starší silnější sestřička, co vstávala s tou spoluležkyní, ta jí pomohla. Teď kdybyste řekli, že to přijde pomalu a že se nic neděje, nebo ať se z toho loví k nerozsypě, že je takový lazareťák, to by bylo fajn* (Natálie).

Psychická pomoc - podpora může mít podobu třeba jen pouhého naslouchání *řekněte*, *já si teď ejuju popovídat* (Miriam) *řekněte* *ale kdyby někdo přišel, komu bych to mohla všechno vykloupat, tak si myslím, že bych se uklidnila. Ono, já vím, že je to divné, ale teď, když si na to vzpomenu, tak to říkám vám a ani mi ušelo není do pláče. Asi by bylo fajn, kdyby tenkrát někdo se zeptal* (Monika) *řekněte* *..Někdy jsem se v tom motala dost sama, tam bych teda taky viděla nějaké rezervy, takové jako mít více pochopení, když má lov k první dítěti a neví. Ale to je asi spíše individuální, někdo se vnuje víc, někdo míň*. (Natálie). *řekněte* *No a to je přesně to, co loví k potěbuje slyšet. Já není křik, když mu to nejde tak, jak by si představoval. Omlouvám se za ten výraz, ale já si tak připadala Trochu toho lidského slova jen v které vaší kolegyně jsou takové jak bych to řekla, takové neúspěšné..* (Nikola) *řekněte* *To jste vděčná za každou radu, za každé povzbuzení, zájem* (Ur-ula). *řekněte* *..Hlavně, jak se porodnice přetahují o matky, co všechno nabízejí a takovýhle základ, aby matka byla v pohodě, to zajistit neumí, já si nechci stříhat, ale tohle se mi nelíbí*. (Soňa). V některých rozhovorech byla zmíněna péče komunitní

porodní asistentky. fieny vesm s nev d ly, zda-li by mohly o ekávat podporuí . Asi ano, hlavn kdyby si se mnou popovídala o t ch mých pocitech mén cennosti. Ona by mi asi mofná nijak nepomohla, ale mn to te ud lalo dob e, kdyfl jsem to ekla vám. Ono to fakt bylo nejhör-í, kdyfl jsem p i-la dom , jak jsem v-echo, teda nic nestíhala. Ale nevím, spí-si myslím, fle anoí ono by mofná bylo fajn, kdyby to lov k mohl n komu íci, n komu, kdo není z rodiny. Te , kdyfl vám to lí ím, tak mám pocit, fle je to lep-í, fle i kdyfl o tom mluvím, fle to tolik nebolí. Jak jste ekla, fle ten císa ský ez je jen jiný zp sob porodu, to bylo miléí (Klára). To by bylo lep-í, protofle by mi to t eba n jak vysv tlila. A hlavn , to je odborník a pro mne vlastn cizí lov k, tomu by se mi sv ovalo lépe. Jako t eba te vám...Mn by to alespo hodn pomohlo. Já mám pocit, fle jste mne tím na-ím rozhovorem i uklidnila. Já se t -ila, fle p ijdete a fle to s vámi proberu, ono mi mofná pomohlo, fle jsem ty svoje starosti n komu ekla, n komu, kdo není z rodiny. Mám pocit, fle jsem si i n co ujasnilaí (Miriam).

Paní Monika a paní Renata m ly pot ebu sdílení pocit a komunikace v porodnici, ale nedokázaly si p edstavit tuto podporu v domácím prost edí. Jist zde hrál svou roli así Myslíte, fle by se se mnou t eba bavila o t ch mých náladách a pocitech? No, v tom p ípad asi jo, ale nevím, jestli by mi dokázala pomoci. Mofná, fle kdyby mne vyslechla, t eba by ten pocit selhání nebyl tak intenzivní, ale t eba taky ne. Te uflje to jedno.(Monika) í Já vám to te zp tn nedokáflu íci, já bych bývala uvítala pomoc s tím kojením, s tím zatrápeným klobou kem, to ano. Mofná, fle kdybych ty svoje stavy popsala jí, fle by se mi t eba ulevilo. Ale nevím, jestli bych to dokázala vy e-ít. T eba jo, ale to te nevím.. Kdyfl to zp tn zkouknu, tak mofná, fle jo, ale myslíte, fle by mne n kdo poslouchal? (Renata)

Paní Klára a paní Renata poci ovaly pot ebu podpory, ale p ímo se vyjád ily, fle by si i dovedly p edstavit odbornou pomoc a podporu psychologáí .Ale asi nereálné. Já si myslím, fle byste tam m li mít toho psychologa. Takového, za kterým by lov k mohl zajít. Já bych bývala pot ebovala n jakou podporu v tom, fle mi porod vyvolávají a nejde to. To bylo taky takové deprimující (Klára). í . p i-la za mnou kamarádka z práce, ona je psychologka, a tak n jak jsem jí to v-echo vyklopila. Mofná, fle to i vid laí .celou situaci spolu rozebraly a paní Renat se velmi uleviloí A do toho p i-la ta kamarádka. A já se rozbre ela. Ona si cht la pochovat Eli-ku a já se najednou totáln rozsykala. Ona mne rozebrala, fakt, stra-n moc mi pomohla. Opravdu moc. Ono je to blbých 10 dní, ale je mi dob e. Pak tu byla je-t jednou. Je mi fakt fajní ...

Eva, to je ta kamarádka, ta mne rozebrala, úplně na ni, bre ela jsem, ale úplně mi to pomohlo! (Renata)

P íjetí nezbytného- ale co ufl nad lám

V podstat se všechny klientky vícemén smí ily s faktem, že své dítě p ivedly na svět pomocí císařského řezu, na které ufl podv dom p emý-lely o zpu sobu porodu dalšího svého dítěte. *..ufl jsem se s tím nějak srovnala, ale je pravda, že mne to mrzí, že to tak dopadlo. Jsem ráda, že všechno dopadlo dobře a že je malý v pořádku, ale raději na to nevzpomínat. Lov k si to naplánoval úplně jinak, no, co se dá dlat. Jenom bych byla ráda, kdyby to p í-t -lo ufl normálně. (Alena)í Mám pocit, že jsem se z toho všechno vzpamatovávala tak měsíc, ono to není dlouho, co jsem to tak nějak p ijala. Tak týden, možná, asi tak. Ale te si íkám, že to asi tak může být. Je mi třeba líto, že jsem si tu hol iku neprodila, ale co ufl nad lám. (Natálie)í Ale jinak doma to taky ufl je v pohod . Já jsem spokojená, sice si někdy eknou, že jsme p í-li o takové to š te e mi voda! Nebo š honem, jedeme, ale lov k nem že mít všechno. Asi to tak může být (Katka)í Já jsem samozřejmě ráda, že všechno dobře dopadlo, jsem –astná, že mám zdravého chlapeka, ale ta pachu tam nějak po řád je (Klára)í Je to fakt zkušenost k nezaplacení a já jsem ráda, že to dopadlo všechno dobře. (Lenka).. já jsem ráda, že všechno dobře dopadlo, že je ta moje hol ika v pořádku, ale já si teda v pořádku moc nep ípadám. Ale nějak se musím zhrabat (Miriam)í Jsem ráda, že všechno dobře dopadlo, s tím císařem jsem se srovnala, mne to ani nep í-lo jako nějaká újma, ale spí-to okolo. Jsem –astná, že máme Robinka. í myslíte, že p í-t taky budu rodit císařem?... (Nikola)í . Já vidla jen to, jak stojím za nic, ale to, že mám zdravé dítě, že je to moje, moje Eli-ka, že mám bezva chlapeka, to mi nějak nedocházelo. Ufl jsem se taky smí ily s tím, že jsem ji porodila císařským řezem. Víte, to je taková drobnost, doslova blb stka, já jsem p edtím íkala, vzali mi ji císařským řezem, ale nevzali, naopak, dali, ta kamarádka mi íkala, že mám íkat, že jsem porodila císařským řezem (Renata).. Byla jsem ráda, že je to za námi. N jak jsem nep emý-lela nad tím, jestli je všechno v pohod , prost to -lo císařem nedá se s tím nic dlat.. (So a)í paní Ur-ula ufl měla zkušenost z dřívější doby, kdy její první porod také skončil akutním císařským řezem.. spí-je to moc líto, že to takhle dopadlo. fie se mi ta hol ika narodila*

a já jsem u toho nebyla. To je mi líto, mrzí mne to, ale to je tak nějak asi všechno. Přesně se to tak nějak zvrtilo. Já pořád doufala, že to půjde, ono to ufljednoušlo. Kdybych to měla srovnat s tím prvním porodem, před 7 roky, tak tenkrát to bylo podstatně horší. To jsem si připadala jako neschopné jelito, co nedokáže ani porodit. Tenkrát jo, to si pamatuju. Dokonce jsem se s tím i dost dlouho srovnávala. Než jsem to uzavřela s tím, že mohu být ráda, že to dopadlo dobře, ale pořád je tam nějaký ten osten byl. Vlastně, když si to tečka uvidím, tak osvobození z toho pocitu neschopnosti porodit přišlo až za dalších 3 roky, když jsem porodila druhé dítě. Taková ta hrdost, že jsem to dokázala. A pak mi najednou přestalo vadit i to, že toho prvního mi vzali císařem. Pouze jedna žena nehovořila o smíření s daným stavem. Upřímně řečeno, zatím jsem se nějak pořád z toho všeho nevzpamatovala. (Lucka)

S výjimkou jedné ženy se všechny ostatní s danou situací smířily, přijaly a sice svého očekávání i dokázaly vnitřně zpracovat fakt, že jejich dítě se narodilo jiným způsobem, než si představovaly. Ženy oproti ke zvládnutí svých pocitů a k přijetí nezbytného použily racionalizace, jedné ženě pomohl rozhovor s kamarádkou psychologkou.

DISKUSE

Předmětem výzkumu bylo popsat a analyzovat subjektivní profity žen, které podstoupily akutní císařský řez. Ze získaných rozhovorů jasně vyplynulo, že ženy postrádají citlivý, empatický přístup zdravotnického personálu. Oslovené ženy měly pocit, že jim nebyly sděleny relevantní informace ohledně císařského řezu a raného pooperačního období, že neměly možnost nijak spolupracovat. Negativní roli, která se podílela na těchto pocitech, hrála časová tíseň. V případě akutního císařského řezu je třeba jednat rychle a informace jsou mnohdy stručné. Daleko větší vliv ale autorka spatřuje v tom, že u žen se po sdělení nutnosti provést císařský řez dostavil šok, kdy žena není schopna vnímat, zpracovat a v podstatě ani si zapamatovat sdělené informace.

Protože se k nim ufl potom ani lékaři, ani porodní asistentky nevrátí, mají ženy oprávněné pocity deficitu informací, v případě vysvětlení situace. Podané informace by měly být jasné, jednoznačné, stručné a výstižné. Měly by být podány nejen v ústní, ale i písemné podobě. Podle čl. 1. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je stanoveno obecné pravidlo, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Formulář informovaného souhlasu žena podepíše, mnohdy v časové tísně a ve stavu rozrušení si ho ani nepřečte a formulář je založen do dokumentace bez toho, aby se k němu mohla žena vrátit. Bylo by jistě možné informovaný souhlas vytisknout dvojmo s tím, že jeden výtisk s podpisem by byl založen do dokumentace a druhý by si mohla ponechat pacientka pro případ, že by se chtěla k tématu vrátit. Rovněž by, dle soudu autorky, bylo vhodné se s ženami k situaci vracet a opakovaně probírat. Úplně stejná situace nastává v brzkém pooperačním období, kdy ženy mají pocit, že jim chybí trochu lidského pochopení, což se v rozhovorech například projevilo vzpomínkami na vstávání po operaci, stačí mnohdy jedna věta (*...to m pomohlo víc, než kdyfl jste mne drflela..*) a porozumění. Bohužel se mnohdy zdravotníci zaměřují pouze na fyzickou stránku a potěbu být bez bolesti, než na psychiku ženy, která je určitým způsobem upozaděna. Zde vidí autorka práce velké rezervy.

Dalším tématem je podpora s přijetím dítěte. Ženy mají pocit, že pokud neprošly vaginálním porodem, o dítě se nijak nezasloufily. Po porodu akutním císařským řezem není automatickým pravidlem, že je matce i dítěti umožněn bonding, než kdy dítě mamince jen ukáží a odnesou k dalšímu ošetření, než kdy je žena v celkové anestézii a špíř, v nejlepším případě dítě poloflí matce na prsa, aby ho viděla a dítě se mohlo

p isát k bradavce. Tato doba je ovšem velmi krátká a ženy mají poté pocit, že ani tento zážitek nijak nezpracovaly. Racionálně si sice uvědomí, že dítě je jejich, ale pocitově převládá jakási došlost a ženy tyto stavy dávají do souvislosti s císařským řezem a absencí bondingu. Opat se zde objevuje problém nedostatku informací a empatie. Ženy by měly vědět, že stavy postupného přijímání dítěte jsou u prvního dítěte zcela normální, že jejich pocity nesouvisí s císařským řezem, případně s absencí bondingu, ale s tím, že mají první dítě a tedy se mění v matku. Zde se otevírá prostor nejen pro porodní asistentky v ústavní, ale i komunitní péči.

Z rozhovorů vyplynulo i negativní hodnocení kojící pomoci kloboučkem. Opat ženám ovšem chybí informace a lidský přístup ze strany zdravotníků. V dnešní době se u nás velmi zřídka setkáváme s ženami, které kojení odmítají, bohužel, často si ale ženy myslí, že kojení půjde n jak samo od sebe a ne, že se musí učit i matka i dítě. Přichází pak pocit rozčarování. Ženy by měly vědět, že kojící pomoci jsou právě jen pomoci, které rozhodně nemusí být povinné a hlavně trvalé a že pouhým poskytnutím pomoci se z nich nestávají neschopné osoby. Zůstává ovšem otázkou, kdo by měl ženy před o kojení informovat a edukovat, protože v mnohých porodnicích stojí proti sobě personál novorozeneckého a porodnického oddělení, což se týká kojení a situace není uspokojivá vyřešena. Bohužel i z některých rozhovorů vyplynulo, že ženy tuhle situaci negativně vnímají a samy se přimlouvají za lepší komunikaci mezi týmy. Dle soudu autorky by měly mít všechny zdravotníci stejný cíl a tím je spokojená žena.

Při analýze rozhovorů bylo zjištěno, že to, co ženy nejvíce postrádají, je pocit podpory zdravotnického personálu. Nejedná se o pomoc i podporu hmatatelnou, ale spíše o lidský, empatický přístup, o pochopení pocitů, případně emocí ženy. Zde vidí autorka velké rezervy, jak situaci zlepšit, obyčejné pochopení nebo ústná vta i slova pochvaly stejně jako úsměv nic nestojí.

Další potřebou žen jsou informace. Ovšem informace podané správnou formou, ve správném množství a správném čase. Zdravotníci by si měli uvědomit, že ženy se nacházejí v emocionálně vypjatých situacích, zhuště v očku, kdy často informace vytvářejí. Jako příklad je možno uvést, že si vůbec nepamatují jména osob, se kterými se v porodnicích setkali, pouze 2 ženy zmínily jméno lékaře. Porodní asistentky i detské sestry popisovaly jen jako starší, mladá, narezlá, protivná, ve fialovém triku apod. Všechny ženy mají nesporný nárok na řádné a pravdivé informace o problémech a případných řešeních problémů, se kterými se setkávají. Ovšem pouze předložit ženám

zdroje informací, případně dodat odkazy, ze kterých je možné sepat, nestability ženy musí být především vyslechnuty a řádně edukovány a to především porodní asistentkou.

V časové tísní především ským ezem je nutné podat informace jasné a stručné, ale přitom výstižné a rozhodně dát prostor pro případné dotazy. Postupně je vhodné dále informace přidávat, rozšiřovat, nabalovat, ale zároveň také opakovat. Ovšem musíme dát pozor na zahlcení informacemi, protože fládný lov k není schopen si všechno a hned zapamatovat. Nejen porodní asistentka, ale všichni členové týmu, který se o ženu stará, by měli podávat informace stejné a zde je nutná spolupráce mezi všemi členy týmu. Porodní asistentky by si měly umět najít čas se s těmito ženami jeť především tím ze zdravotnického zařízení sejt a správně je edukovat, případně jim dát informace písemně ve formě letáku. Vhodné je doporučení kontaktu i při potížích a to nejen fyzických, ale i psychických. Zde se opět otevírá prostor pro spolupráci všech členů týmu, případně pro spolupráci ústavních a ambulantních složek.

Při studiu literatury byla autorkou nalezena studie autorem van Reenen a van Rensburg z roku 2012, kde se autorky věnují v podstatě stejnému tématu u žen po akutním císařském ezu v Jihoafrické republice. Také ony došly k závěru, že kritickým bodem pro rodinky byla ztráta kontroly nad situací v okamžiku sdělení nutnosti provést akutní císařský ez. Matky měly pocit ignorace, zastrahování a manipulace a tento pocit přispěl k negativnímu hodnocení porodu. Akceptování způsobu porodu bylo přímo závislé na přístupu zdravotníka. Shodným závěrem byla také nutnost informací, které ačkoli jsou rodině a posléze nedělně poskytovány. Autorky zdraznily potřebu jakési diskuse, tedy spíše rozhovoru a možnost kladení otázek, nejen pouhého podání informací. S tím souvisí i rozměr komunikace s odborníky, který byl u žen v této studii také hodnocen nedostatečně a autorky také doporučují více a hlouběji se správnými metodami komunikace s ženami po akutním císařském ezu vnovat. Zvláštní kapitolou byla podpora, kde autorky došly k poněkud rozdílnému názoru. Podle nich je nejdlejší podpora rodiny, partnera a rodinných příslušníků, případně okolí. Přímá podpora ze strany zdravotníka je skryta v nedostatečnosti komunikace. Zvláštním druhem podpory byla podpora duchovní. V závěru této studie bylo autorkami doporučeno pracovat se ženami po psychické stránce a podporovat je v používání adaptačních mechanismů k vyrovnání se se svojí situací, kterou mnohdy berou jako stresující (van Reenen a van Rensburg, 2013, s. 680).

Autorka této práce se domnívá, že by bylo velmi zajímavé pokračovat v rozhovorech po delším časovém úseku po císařském zezu a zjistit, jak se ženy vyrovnaly nebo nevyrovnaly se svojí situací v časovém kontextu. Přesto, že v tina oslovených žen přijala fakt, že porodily dítě akutním císařským zezem, bylo by zajímavé zjistit, jak se tyto ženy cítí nadále, jaký mají vztah k dítěti a případně jaký mají názor na svůj další porod.

Doporučení pro praxi

Autorka této práce se domnívá, že by bylo vhodné více pracovat s psychikou žen a lépe s ženami komunikovat. Na základě získaných poznatků se pokusila vytvořit leták pro porodní asistentky, případně dtské sestry. Leták je uveden v příloze.

Nejenom porodní asistentky, ale i dtské sestry a lékaři by měli mít možnost prohlubovat a zlepšovat své znalosti a dovednosti v komunikaci nejen s nemocnicemi, ale i uvnitř týmu a bylo by proto nanejvýš vhodné a žádoucí, kdyby byl dostatek vhodných vzdělávacích akcí na toto téma. V práci porodní asistentky by rozhodně neměla chybět supervize.

Dle soudu autorky by bylo dobré obnovit návratvní slufbu alespoň u matek po císařském zezu, kterou by hradila pojišťovna.

Pozornost zdravotníků je věnována obecně ženám po porodu, ale nejen lékařům, ale i porodním asistentkám a dtským sestrám by měli být na paměti, že ženy po akutním císařském zezu by si zasloužily pozornost speciální.

Bylo by také žádoucí, aby se o této problematice začalo více hovořit a to nejen v odborných kruzích. Otevřená diskuse by mohla přinést novou inspiraci nejen zdravotníkům, ale i rodinným příslušníkům, případně by mohla pomoci při hledání východiska z možné vnitřní krize těm ženám, které se s nevídanou zkušeností císařského zezu samy nedokáží vyrovnat.

ZÁVĚR

Císařský řez je brán jako poměrně banální chirurgický zákrok v jakékoliv laické, tak i velké části odborné lékařské veřejnosti, ale fládný z chirurgických výkonů nepopírá –el tolik diskusí jako císařský řez. Ve světě, ale i v České republice je stále vzrůstající tendence k provádění císařských řezů. Indikace se stále rozšiřují a stále více císařských řezů je prováděno plánovaně. Někdy se ale stává, že císařský řez musí být proveden urgentně, akutně a pak není možnost se na něj předpřipavit. Význam a efektivnost císařských řezů je posuzován především podle fyzické stránky rodičky a novorozence. Neplánovaný akutní císařský řez znamená pro ženu nejen fyzicky nepříjemný a bolestivý zážitek, ale i psychickou zátěž.

Diplomová práce se zabývá problematikou subjektivního prožívání žen o akutním císařském řezu a období od porodu do ukončení těhotenství. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána psychologie těhotenství, porodu a těhotenství, císařský řez a psychické aspekty po císařském řezu. Ke zpracování teoretické části byly použity jak odborné monografie, tak články z odborných periodik, které se týkají též problematiky. Vyhledávání relevantních zdrojů bylo definováno podle klíčových slov v databázi Medvik, EBSCO a Pubmed a elektronického vyhledávání Google scholar. Relevantnost jednotlivých článků byla hodnocena dle aktuálního impact faktoru dané periodiky, který se pohyboval v rozmezí 0,6-3,1. Pro získání článků nedostupných v elektronické podobě vyuffila autorka služeb místní, případně ústavní knihovny. Vyhledávání bylo započato v září 2017 a proběhlo doplněno do konce března 2018. K této problematice bylo nalezeno 488 článků českých i zahraničních, ale k samotné rešeršiči byla použita asi jedna třetina z důvodů duplicitních a zastaralých informací. Autorka pracovala s články od roku 2004, které byly doplněny několika články staršími, které mají povahu longitudinálních studií se stále neuzavřeným závěrem. Jeden odkaz je na dílo z roku 1946, který slouffil pouze ke srovnání s historickým postupem. Cílem rešeršiči bylo nalézt dostatečné množství zdrojů – pohledových článků, odborných textů a studií pro získání pohledu k danému výzkumnému problému.

V praktické části se autorka vnovala formou kvalitativního výzkumu subjektivnímu prožívání žen o akutním císařském řezu s důrazem na jejich potřeby. Byly popsány pocity žen a byly identifikovány jejich potřeby. Tyto cíle práce byly splněny. V části Doporučení pro praxi se pokusila autorka zformulovat námty

ke zlepšení práce porodních asistentek v ústavní i komunitní péči a tím byl splněn i tento cíl.

Z výzkumného zetření vyplynulo, že ženy mají největší deficit v obdržených informacích a v podpoře ze strany lékaře, porodních asistentek a dškových-neontologických sester. Je tedy nesmírně důležité se zamyslet nad tím, jak ženy v této oblasti co nejlépe edukovat a jako formu pomoci nebo podpory jim poskytnout. Této problematice je nutné se do budoucna více věnovat. Dle soudu autorky by bylo dobré obnovit návratvní slufbu alespoň u matek po císařském ezu, kterou by hradila pojišovna. Další deficit vnímají ženy v komunikaci a je zajímavé, že nejen v komunikaci zdravotník - pacientka, ale i zdravotník - zdravotník. Také této problematice je nutné se intenzivně věnovat.

Dále je velmi fládoucí zajistit správné psychologické vzdání porodních asistentek a to nejen veškách, ale i v rámci celoflivotního vzdání., ze strany zaměstnavatel zajistit možnost se tohoto vzdání účastnit a poznatky pak přenést do praxe.

V rámci reerční strategie byly nalezeny dvě bakalářské práce s podobnou tématikou, ale s jinými parametry a jiným způsobem zpracování. Jedna z autorek došla k závru, že největší pot ebou je pro matku po císařském ezu kontakt s dítětem. Bohužel tato autorka nerozlišovala ve své práci, zda ženy porodily akutním nebo plánovaným císařským ezem. Pot eba podpory zdravotník je zde zmíněna pouze okrajově a pouze v kontextu péče o dítě (Pelantová, 2014). Druhá z autorek došla ve své práci k podobným záv r m v oblasti nedostatečné informovanosti a podpory ze strany zdravotnického personálu. Zde se ovšem autorka zam íla pouze na porodní asistentky a dškové sestry a je zajímavým zjištěním, že většina jejich respondentek měla s dškými sestrami negativní zkušenosti a s porodními asistentkami na oddělení –estined lí naopak pozitivní. Autorka zde zmiňuje i laktaní poradkyni, ale z kontextu práce není jasné, jestli je vůbec zdravotnický pracovník a jaký. Tato autorka se u svých respondentek setkala s pocitem méněcennosti a zklamáním, že porod skončil císařským ezem, ale protože rozhovory byly poskytnuty delší dobu po porodu, nebyly tyto pocity příliš intenzivní a nestály v pop edí ežení pot eb (Kovářová, 2017).

Přestože obě práce byly pojaty trochu jinak, obě autorky shodně doporučují více se ženám věnovat po psychické stránce, což je zcela v souladu s touto diplomovou prací.

ZDROJE

ADAMS, M. G. a kol. Jak reagovat na trend narůstajícího počtu císařských řezů ?. Gynekologie po promoci. 2010, 10(4), 21-25. ISSN 1213-2578.

AFOLABI, B.B. a kol, Regional versus general anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2006; 4: dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076903>, DOI: 10.1002/14651858.CD004350.pub3

AKMAN, I. a kol. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. Journal of Paediatrics and Child Health. 2008, 44(6), 369-373. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2008.01336.x. ISSN 1034-4810. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1754.2008.01336.x>

ALGERT, C.S. a kol. Regional block versus general anaesthesia for caesarean section and neonatal outcomes: a population-based study. BMC Med [online]. 2009, 7(20) [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683867/>, DOI 10.1186/1741-7015-7-20

AYERS, S. a kol. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008, 29(4), 240-250. DOI: 10.1080/01674820802034631. ISSN 0167-482X. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820802034631>

AYERS, S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery. 2014, 30(2), 145-148. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.001. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S026661381300346X>

BAUROVÁ, R. Fikční události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci břicha jako prediktory prenatální mateřské anxiety a deprese. Československá psychologie, 2005, 49, (5), 399-411, ISSN 0009-062X.

BAGER, P., J. WOHLFAHRT a T. WESTERGAARD. *Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses* [online]. 2008, 38(4), 634-642 [cit. 2018-02-23]. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2008.02939.x. ISSN 0954-7894. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2222.2008.02939.x>

BAILHAM, D. a S. JOSEPH. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med*. 2003, 8(2), 159-168. DOI: 10.1080/1354850031000087537. ISSN 1354-8506. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354850031000087537>

BARROS, F.C. Cesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. *The American Journal of Clinical Nutrition*, [online]. 2012, 11.11.2012, 95(2), 465-470 [cit. 2018-02-23]. ISSN 1938-3207. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ajcn/article/95/2/465/4576816#aff-1>

BETRÁN, A P. A kol. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007, **21**(2), 98-113. DOI: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x. ISSN 0269-5022. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>

BETRÁN, A. P. A kol. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. *PLOS ONE*. 2016, **11**(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0148343. ISSN 1932-6203. Dostupné také z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0148343>

BIERNACKA, J a kol. Psypoleczne ucia liwo ci rodowiska pracy zawodowej kobiet cie arnych a ryzyko wystepowania porodu przedwczesnego, *Medycyna Pracy* 2007;58(3):205 ó 214, ISSN 0465-5893

BILERT, H. Tokophobia ó a multidisciplinary problem. *Ginekologia Polska*. 2007, **78**(10). ISSN 0017-0011. https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46813

BLÁBOLILOVÁ, J. Posttraumatická stresová porucha po porodu/PTSD/ ó realita nebo mýtus?. *Jitkablabolilova.cz* [online]. 2017 [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://jitkablabolilova.cz/postraumaticka-stresova-porucha-po-porodu-ptsd-realita-nebo-mytus/>

BLÁHA, J. a kol. Porodnická anestézie- eská republika versus sv t. *Praktická gynekologie*. 2013a, **17**(4), 287-292. ISSN 121166645.

BLÁHA, J. a kol. Sou asné postupy v porodnické anestézii II.- Celková anestézie u císa ského ezu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2013b, **24**(3), 186-192. ISSN 1214-2158.

BLÁHA, J. a kol. Sou asné postupy v porodnické anestézii III.- regionální anestézie u císa ského ezu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2014, **25**(1), 29-39. ISSN 1214-2158. dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/soucasne-postupy-v-porodnicke-anestezii-iii-regionalni-anestezie-u-cisarskeho-rezu-48123>

BLÁHA, J., KOLNÍKOVÁ, I, a NOSKOVÁ, P, Císa ský ez, ale jaká anestézie, *Praktická gynekologie*, 2011; 15(3-4): 187-191, ISSN 121166645, dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/cisarsky-rez-ale-jaka-anestezie-36362>

BORG CUNEN, N. a kol. A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*. 2014, **30**(2), 170-184. DOI: 10.1016/j.midw.2013.09.003. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813002830>

BORN, L. a kol. Trauma & the reproductive lifecycle in women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005, **27**(suppl 2), s65-s72. DOI: 10.1590/S1516-44462005000600006. ISSN 1516-4446, dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600006

BUTWICK, A. B. a kol.. Retrospective analysis of anesthetic interventions for obese patients undergoing elective cesarean delivery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2010, **22**(7), 519-526. DOI: 10.1016/j.jclinane.2010.01.005. ISSN 09528180. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S095281801000231X>

CORREIA, L. L. a M. B. M. LINHARES. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007, **15**(4), 677-683. DOI: 10.1590/S0104-11692007000400024. ISSN 0104-1169., dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400024

CZARNOCKA, J. a P. SLADE, Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*. 2000. **39**, (4), 356-51. ISSN 0144-6657.

ECH, E.. *Porodnictví*. 2., přepracované. a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1303-9

EPICKÝ, P. a M. ERNÁ. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret, 2006. ISBN 80-903-1839-8.

EPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. Psychologické aspekty císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, **17**(1), 79-84. ISSN 1211-1058.

DA COSTA, D. a kol. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*. 2006, **9**(2), 95-102. ISSN 1434-1816., dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-005-0108-6>

DAYAN, J., a kol.. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour. *American Journal of Epidemiology* 2002; **155**: 292-301. ISSN 1476-6256 , dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11836191>

DEANS, A.. *Kniha knih o mateřství*. Praha: Fortuna Print, c2004. ISBN 80-732-1117-3

DECKER, E., a kol.. Cesarean Delivery Is Associated With Celiac Disease but Not Inflammatory Bowel Disease in Children. *Pediatrics*. 2010, **125**(6), e1433-e1440. DOI: 10.1542/peds.2009-2260. ISSN 0031-4005. Dostupné také z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-2260>

DECKER, K. Porod ve Wittenbergu. *Zdravotnické noviny*. ISSN 0044-1966 ro . 31, . 30

DENIS, A. a kol. Post traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011, **29**(2), 125-135. DOI: 10.1080/02646838.2010.513048. ISSN 0264-6838. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2010.513048>

DIJKMAN, A. a kol. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training?. *BJOG*. 2010, **117**(3), 282-287. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02461.x. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2009.02461.x>

DOLEFIAL, A, a kol. *Evropa - kolébka v dečkého porodnictví*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-506-2,.

DOLEFIAL, A. Císařský řez na živé v děchách v roce 1786. *s. Gynecologie* 2016,(47)6, s.436-441 ISSN 0374-6852.

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

DOLEFIAL, A. Praha, místo, kde byl proveden první císařský řez, kdy pefila souasn matka i dít? *s gynekologie*. 2016, **81**(4), 304-313. ISSN 0374-6852.

DUŠOVÁ, B. a N. MONIAKOVÁ. Emoční změny u žen v období –estinedlí. *O-et ovatelství a porodní asistence: recenzovaný v dečký asopis*. Ostrava, 2010, **1**(4), 121-123. ISSN 1804-2740.

EISENACH, J. C. a kol. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008, **140**(1), 87-94. DOI: 10.1016/j.pain.2008.07.011. ISSN 0304-3959.

FALDYNA, Z. Psychiatrické konzilium a depresivní porucha, *Psychiatrie pro praxi*, 2009; 10(3): 135-138, ISSN 1803-5272 dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/03/07.pdf>

FENECH, G. a kol. Tormented by ghosts from their past? A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*. 2014, **30**(2), 185-193. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.004. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813003513>

FENWICK, J L., a kol. S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*. 2010, **26**(4), 394-400. DOI: 10.1016/j.midw.2008.10.011. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613808001046>

GAILLARD, A. a kol. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*. 2014, **215**(2), 341-346. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.003. ISSN 01651781. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178113006513>

GAMBLE, J. a D. K. CREEDY. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 2009, **25**(2), e21-e30. DOI: 10.1016/j.midw.2007.04.004. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613807000642>

GIBBONS, L. , a kol. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012, **206**(4), 331.e1-331.e19. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.02.026. ISSN 00029378. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293781200258X>

GOLDANI, H. A. S., a kol. Cesarean delivery is associated with an increased risk of obesity in adulthood in a Brazilian birth cohort study. *The American Journal of Clinical*

Nutrition. 2011, **93**(6), 1344-1347. DOI: 10.3945/ajcn.110.010033. ISSN 0002-9165. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/ajcn/article/93/6/1344/4597836>

GONIDAKIS, F. akol. Maternity blues in Athens, Greece. *Journal of Affective Disorders*. 2007, **99**(1-3), 107-115. DOI: 10.1016/j.jad.2006.08.028. ISSN 01650327. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032706003624>

GREGORA, M. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pedatrie pro praxi*. 2013, **14**(6), 404-406. ISSN 1803-5264.

GREGOROVÁ, R. *Jste to hotná? Nejprve se mění vaše psychika* [online]. 2015, , 2 [cit. 2018-01-25]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/jste-tehotna-nejprve-se-meni-vase-psychika>

GREGOROVA, R. *Na porod se nejde připravit, rodičky bolest zaskočí* [online]. 2014 [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: <https://zena.aktualne.cz/rodina/na-porod-se-nejde-pripavit-rodicky-bolest-zaskoci/r~:article:804568/>

GREKIN, R. a M. W. O'HARA. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2014, **34**(5), 389-401. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.003. ISSN 02727358. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814000725>

GUSZKOVSKA, M. Lk před porodem i determinující činnosti z literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2012 5, (3), 154-161, ISSN 1899-5624, dostupné z: http://www.ptmp.com.pl/png/png5z3_2012/PNG53-06-Guszkowska.pdf

HAANSEN, A. K. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008, **336**(7635), 85-87. DOI: 10.1136/bmj.39405.539282.BE. ISSN 0959-8138. Dostupné také z: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.39405.539282.BE>

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, Praha: Grada Publishing a.s, 2004. 444s. ISBN 80-2477-922-6,

HÁJEK, Z. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Z., Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví, *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 2009, 1, 38-41 ISSN 1803-9588

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HODNETT, E. D. a kol. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK, 1996, 2012-10-17. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4. ISBN 80-860-1357-X. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

HOFBERG, K. a M. R WARD. Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric-Psychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004, **47**(3), 527-534. DOI: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca. ISSN 0009-9201.

HOFBERG, K. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*. 2003, **79**(935), 505-510. DOI: 10.1136/pmj.79.935.505. ISSN 0032-5473. Dostupné také z: <http://pmj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/pmj.79.935.505>

HOFIERKOVÁ, J. Traumatická ruptura spony p i vaginálním porodu: kazuistika. *eská gynekologie*. 2016, **81**(3), 222-227. ISSN 0374-6852.

HRUBÁ, D. a kol, Mají porod císařským řezením a porodní hmotnost vztah k výskytu alergií? *Praktická Gynekologie*, 2009; 13(3): 134-136, ISSN 12116645.

HUŘIN, J. Jiný stav p iná-í i jiný sv t. *Psychologie dnes*. 2000, (7/8), 8-10. ISSN 1212-9607

HUIZINKOVÁ, A. Stres matky v t hotenství je rizikem pro dít „ *Psychologie dnes*. 2004, (3). ISSN 1212-9607

HUNTER, B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004, **20**(3), 261-272. DOI: 10.1016/j.midw.2003.12.004. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613803000962>

CHAILLET, N. a A.DUMONT. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*. 2007, **34**(1), 53-64. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x. ISSN 0730-7659. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x>

CHANG, Ch-Ch, a kol.. Anesthetic management as a risk factor for postpartum hemorrhage after cesarean deliveries: note II. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011, 1968, **205**(5), 462.e1-462.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.06.068. ISSN 00029378. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811008131>

CHEN, J. Development of intestinal bifidobacteria and lactobacilli in breast-fed neonates. *Clinical Nutrition*. 2007, **26**(5), 559-566. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.03.003. ISSN 02615614. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561407000611>

JEDLI KOVÁ, M. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. Praha, 2008, **12**(2), 86-90. ISSN 180168750., dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=pg_08_02_06.pdf

JERIE, J., *Porodnictví pro mediky a lékaře - I. část fyziologická*, Praha: Vesmír, 1946, 529 s

JIRÁSKOVÁ, V. Kojení po císařském řezení. *Porody.net* [online]. Praha, 2012 [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://www.porody.net/2012/08/12/kojeni-po-cisarskemrezu/>

KARLSTRÖM, A. a kol. Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007, **36**(5),

430-440. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x. ISSN 08842175. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515336935>

KINSELLA, S. M. a M. J. L. SCRUTTON. Assessment of a modified four-category classification of urgency of caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009, **29**(2), 110-113. DOI: 10.1080/01443610802585546. ISSN 0144-3615. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443610802585546>

KOHNER, N. a A. HENLEY. *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-807-3876-432

KOP IVOVÁ, L., Vliv programovaného a indukovaného porodu na frekvenci císařských a vaginálních operací porodů. *Praktická gynekologie*, 2008, 12(1), 17-20. ISSN 1211-6645

KORÁBOVÁ, I. a Z. MASOPUSTOVÁ. Posttraumatická stresová porucha po porodu. *Česká gynekologie*, 2016, **81**(1), 14-19. ISSN 1210-7832., dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/posttraumaticka-stresova-porucha-po-porodu-57624?confirm-gdpr=1>

KORSTEN-RECK, U. Bewegung in Schwangerschaft und Stillperiode bei mütterlichem Übergewicht. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2010, **214**(03), 95-102. DOI: 10.1055/s-0030-1254139. ISSN 0948-2393. Dostupné také z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0030-1254139>

KOSTKA, K. techniky zvládnání stresu - přednáška dodána osobně autorem, dostupné na <http://www.kostka-skola.cz/archiv/soubor/KOSTKA-72798-techniky-zvladani-stresu.pdf>

KOVÁŘOVÁ, K. *Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu* [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: file:///C:/Users/Ji%C5%99ina%20Weisov%C3%A1/Downloads/Bakalarska_prace_Kovarovova.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce D. Filausová

KOPELKA, P. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu. *Gynekolog*. 2010, 20,(1), 7 - 15. ISSN 1210 - 1133.

LAJDOVÁ, A., BOTÍKOVÁ, I. Podíl porodní asistentky při ochraně a udržování zdraví ženy, *Sestra*, 2010, **3**, s. 76 , ISSN 0049-8572

LAMKOVÁ, I., BOROŠOVÁ, J. Edukační proces u ženy procházející klimakteriem, In *Cesta k modernímu ošetřovatelskému výkonu XII.*, 16.-17.9.2010 , Praha: vydala FN Motol, s. 46-48, ISBN 978-80-87347-03-4.

LÁTALOVÁ, K. a kol. Posttraumatická stresová porucha. *Praktický lékař*. 2014, **94**(4), 172-176. ISSN 1805-4544., dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/posttraumaticka-stresova-porucha-49730>

LAURSEN, M. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008, **115**(3), 354-360. DOI: 10.1111/j.1471-

0528.2007.01583.x. ISSN 1470-0328. Dostupné také z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>

LIU, S., a kol. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*. 2007, **176**(4), 455-460. DOI: 10.1503/cmaj.060870. ISSN 0820-3946. Dostupné také z: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.060870>

LOBEL, M. a R.S. DELUCA. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*. 2007, **64**(11), 2272-2284. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.02.028. ISSN 02779536. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953607000779>

LOMÍ KOVÁ, T. Zm nily se indikace k císa skému ezu?. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2009, (1), 42-44. ISSN 1803-9588.

LORENCOVÁ, E. *Psychika ženy v t hotenství* [online]. 2010, [cit. 2018-01-25]. Dostupné z: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html>

LUCAS, D N. Urgency of caesarean section: A new classification. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016, **93**(7), 346-350. DOI: 10.1177/014107680009300703. ISSN 0141-0768. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014107680009300703>

MACK , F. a J. MACK . *Pr vodce t hotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9589-0.

MANCUSO, A. a kol. General versus spinal anaesthesia for elective caesarean sections: effects on neonatal short-term outcome. A prospective randomised study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 2010, **23**(10), 1114-1118. DOI: 10.3109/14767050903572158. ISSN 1476-7058. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767050903572158>

MARDESICOVÁ, N. a VELEBIL, P. Epidemiologie císa ských ez , *Postgraduální medicína*, 2010, (2), 170-174, .ISSN 1212-4184, dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-cisarskych-rezu-449539>

MÅRILD, K. a kol. Pregnancy Outcome and Risk of Celiac Disease in Offspring: A Nationwide Case-Control Study. *Gastroenterology*. 2012, **142**(1), 39-45.e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.09.047. ISSN 00165085. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508511013734>

MAZÚCHOVÁ,L., a kol. Strach t hotných žen. *Praktická gynekologie* 2016; 20(3-4): 147-151, ISSN 121166645, dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/strach-tehotnych-zien-60707>

Mc. DORMAN, M. F. a kol. Cesarean Birth in the United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes. *Clinics in Perinatology*. 2008, **35**(2), 293-307. DOI:

10.1016/j.clp.2008.03.007. ISSN 00955108. Dostupné také z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095510808000225>

Mc.DONNELL, N.J. a kol. Difficult and failed intubation in obstetric anaesthesia: an observational study of airway management and complications associated with general anaesthesia for caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2008, **17**(4), 292-297. DOI: 10.1016/j.ijoa.2008.01.017. ISSN 0959289x. Dostupné také z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959289X08000514>

MELENDER, H. L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29, 2, 101-111. ISSN 1523-536X, dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051188>

MERCIER, Frédéric J. Fluid Loading for Cesarean Delivery Under Spinal Anesthesia: Have We Studied All the Options?. *Anesthesia and analgesia*. 2011, **113**(4), 677-680. DOI: 10.1213/ANE.0b013e3182245af4. ISSN 0003-2999. Dostupné také z:
<https://insights.ovid.com/crossref?an=00000539-201110000-00002>

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MOCKOVÁ, A. a kol. Deprese a antidepresivní terapie matek z pohledu neonatologa. *Pediatric pro praxi*, 2012; 13(3): 188-192. ISSN 1213-0494

MODARRES, M. a kol. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012, **12**(1), -. DOI: 10.1186/1471-2393-12-88. ISSN 1471-2393. Dostupné také z:
<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-88>

MOHR, P. a kol. Psychické poruchy v graviditě a laktaci. In SEIFERTOVIÁ, Dagmar, ed. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy české neuropsychofarmakologické společnosti*. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.

MOISE, K.J. Rh inkompatibilita: stálý problém, *Gynekologie po promoci*, 2004, (4), .25, ISSN 1213-2578, dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/6862-rh-inkompatibilita-staly-problem>

MORHASON-BELLO, I. O. a kol. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*. 2009, **4**(1), 16 DOI: 10.1186/1746-4358-4-16. ISSN 1746-4358. Dostupné také z:
<http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-4-16>

MROWETZ, M. a M. PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkrojitelná norma o chiméře, i realita budoucnosti?. *Pediatric pro praxi*. Praha, 2013, **14**(3), 201-204. ISSN 1803-5264. dostupné z: <http://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MUTRYN, C. S. Psychosocial impact of cesarean section on the family: A literature review. *Social Science & Medicine* 1993, **37**(10), 1271-1281. DOI: 10.1016/0277-

9536(93)90338-5. ISSN 02779536. Dostupné také z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369390338>

NIEMINEN, K., a kol. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section ó a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009, **88**(7), 807-813. DOI: 10.1080/00016340902998436. ISSN 0001-6349. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1080/00016340902998436>

NICHOLLS, K. a S. AYERS. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*. 2007, **12**(4), 491-509. DOI: 10.1348/135910706X120627. ISSN 1359107X. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1348/135910706X120627>

NOMINATO, N. S. a kol. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010, **152**(1), 83-85. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.001. ISSN 03012115. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211510002198>

NORTHRUP, Ch.. *Zdravá žena: od prvního po etí po stá í*. V Praze: Columbus, 2008. Knihovna domácího léka e (Columbus). ISBN 978-807-2492-503.

OLDE, E. a kol. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*. 2006, **26**(1), 1-16. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.002. ISSN 02727358. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735805000991>

PA ÍZEK, A, DR^TKA, V. a ÍHOVÁ, M, Praha, místo, kde byl proveden první císařský ez, kdy p eřila sou asn matka i dít ?, *eská gynekologie*, 2016, **81** (4), 304-313. ISSN 1805-4455, dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/document/66356/cg-0416-304-313-parizek-final.pdf>

PA ÍZEK, A. *Knih o t hotenství, porodu a dít ti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.

PAVLÍKOVÁ, M. *Analýza dat o rodi kách z registru Národního referen ního centra 2009-2013* [online]. 2015, , 58 [cit. 2017-10-25]. Dostupné z: z <http://www.biostatisticka.cz/wp-content/prilohy/Analyza-dat-o-rodickach-z-registru-NRC.pdf>

PE ENÁ, M. Psychologie t hotenství EPICKÝ, Pavel, ed. *Celostátní kongres eské gynekologické a porodnické spole nosti LS JEP: 11.-13. listopad 1999 : Karlovy Vary, Grandhotel Pupp : program*. Praha: Euroagentur, 1999. ISBN 80-238-4740-6.

PE ENÁ, M. Psychologie ženy-psychologie osobnosti, *eskoslovenská psychologie*, 1994, (5) , 466, ISSN 0009-062X.

PELANTOVÁ, ^TM Císařský ez a jeho vnímání ženou v poporodním období [online]. Brno, 2014 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/d4zoz/BP_Pelantova.pdf. Bakalá ská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce R. Wilhelmová.

POLOKOVÁ, A. *Praktický návod na doj enie*. Praha: Slovart, 2012. ISBN 9788055607511.

PORTER, M. a kol. Satisfaction with Cesarean Section: Qualitative Analysis of Open-Ended Questions in a Large Postal Survey. *Birth*. 2007, **34**(2), 148-154. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00161.x. ISSN 0730-7659. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2007.00161.x>

PRA^TŤKO, J a kol, Psychoterapie úzkostných poruch v t hotenství a poporodním období, *Psychiatrie*, 2002, 6 (soupl2), 45-55, ISSN 1211-7579, dostupné z: http://files.kbt-pesek.cz/200000046-89db98ae51/Uzkosti%20behem%20tehotenstvi_cl%20Prasko%20a%20kol.pdf

PRA^TŤKO, J. a kol. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznad jí*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-717-8809-0.

RATISLAVOVÁ, Kate ina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie t hotenství, porodu a –estined lí : psychosomatická medicína : u ební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

RAUDENSKÁ, J. Strach související s porodní bolestí. *Bolest*. 2014, **17**(3), 94-99. ISSN 1212-0634.

REYNOLDS, F. a P. T. SEED. Anaesthesia for Caesarean section and neonatal acid-base status: a meta-analysis. *Anaesthesia*. 2005, **60**(7), 636-653. DOI: 10.1111/j.1365-2044.2005.04223.x. ISSN 00032409. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2044.2005.04223.x>

ROBSON, S. J. a kol. Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal Request: Anonymous Survey of Obstetricians in Australia. *Birth*. 2009, **36**(3), 208-212. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x. ISSN 07307659. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x>

RODUIT, C. a kol. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax*. 2009, **64**(2), 107-113. DOI: 10.1136/thx.2008.100875. ISSN 0040-6376. Dostupné také z: <http://thorax.bmj.com/cgi/doi/10.1136/thx.2008.100875>

ROHDE, A., A. DORN *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch ; mit 52 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer, 2007. ISBN 37-945-2460-8.

ROLLINS, M. a J. LUCERO. Overview of anesthetic considerations for Cesarean delivery. *British Medical Bulletin*. 2012, **101**(1), 105-125. DOI: 10.1093/bmb/ldr050. ISSN 0007-1420. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/bmb/article-lookup/doi/10.1093/bmb/ldr050>

ROUHE, H. a kol. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011, **118**(9), 1104-1111. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x>

ROUHE, H. a kol. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG*. 2011, **118**(9), 1104-1111. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x>

ROUHE, H. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*,. 2009, **116**(1), 67-73. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>

ROUX, S. a E. VAN RENSBURG. South African Mothers' Perceptions and Experiences of an Unplanned Caesarean Section. *Journal Journal of Psychology in Africa*. 2011, **21**(3), 429-437. ISSN 14330237. dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14330237.2011.10820477?journalCode=rpia20>

ROZTO IL A., a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-2471941X.

RYDING, E.L. a kol. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1998, **19**(3), 133-144. ISSN 1743-8942.

SARACOGLU, K.T., Comparative study of intravenous opioid consumption in the postoperative period. *Biomedical Papers*. 2012, **156**(1), 48-51. DOI: 10.5507/bp.2011.037. ISSN 12138118. Dostupné také z: <http://biomed.papers.upol.cz/doi/10.5507/bp.2011.037.html>

SEIFERTO VÁ, D. a kol. Lé ba psychofarmaky v t hotenství a laktaci. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: Solen, 2007, **8**(3), 118-124. ISSN 1339-4258., dostupné z : <http://www.solen.sk/pdf/67d0d2961a66baceb95bf87d0418da21.pdf>

SKUTILOVÁ, V. *Jak na strach a úzkost v t hotenství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8559-8.

STAVROU, E. P. Epidemiology and trends for Caesarean section births in New South Wales, Australia: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011, **11**(1), -. DOI: 10.1186/1471-2393-11-8. ISSN 1471-2393. Dostupné také z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-8>

STEER, P. J. Has electronic fetal heart rate monitoring made a difference?. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2008, **13**(1), 2-7. DOI: 10.1016/j.siny.2007.09.005. ISSN 1744165x. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744165X07001126>

STRA ÁK, Z. *Elektivní císa ský ez z pohledu neonatologa* [online]. , 2016 [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/neonatologie.web360.cz/cisarskyrez.pdf>

STRUNZOVÁ, V. Terapie deprese úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci, *Psychiatria pre prax*, 2005,(1), 27-32. ISSN 1336-8168 dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/b7258fdf3551f5b958ca4dba74e084d6.pdf>

SWORD, W. a kol. *Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study*. 2011, **118**(8), 966-977. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x>

TRÁMKOVÁ, L., a kol. Souběžně probíhající neodkladný a akutní císařský řez - kazuistika, *Anestezie & intenzivní medicína*, 2014, **25**(1), 18-20, ISSN 1214-2158, dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/soubezne-probihajici-neodkladny-a-akutni-cisarsky-rez-kazuistika-48120>

TOURA, P., Obstetric anaesthesia and Analgesia Month Attributes- Reálná zpráva o anesteziologické praxi na českých porodních odděleních, *Anesteziologie & intenzivní medicína* 2013 **24**(2), 81-82, ISSN 1214-2158 dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/obstetric-anaesthesia-and-analgesia-month-attributes-realna-zprava-o-anesteziologicke-praxi-na-ceskych-porodnich-40344>

VAŠEK, R. a K. KOVÁŘOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TALOVÁ, B. a kol, Úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu, *eská a slovenská psychiatrie* 2014; 110(1): 29637, ISSN 1212-0383, dostupné z : <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=931>

THAVAGNANAM, S. a kol. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clinical & Experimental Allergy*. 2008, **38**(4), 629-633. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x. ISSN 0954-7894. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x>

THORSELL, M. a kol. Induction of labor and the risk for emergency cesarean section in nulliparous and multiparous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011, **90**(10), 1094-1099. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01213.x. ISSN 00016349. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0412.2011.01213.x>

TITA, A.T.N. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2009, **360**(2), 111-120. DOI: 10.1056/NEJMoa0803267. ISSN 0028-4793. Dostupné také z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa0803267>

TODMAN, D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007, **47**(5), 357-361. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x. ISSN 00048666. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x>

TORLONI, M. R. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2011, **6**(1), e14566-. DOI: 10.1371/journal.pone.0014566. ISSN 1932-6203. Dostupné také z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0014566>

TSAI, P.S. General anaesthesia is associated with increased risk of surgical site infection after Caesarean delivery compared with neuraxial anaesthesia: a population-based study. *British Journal of Anaesthesia*. 2011, **107**(5), 757-761. DOI: 10.1093/bja/aer262. ISSN 00070912. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091217326119>

TSUI, M. H. Maternal Fear Associated with Pregnancy and Childbirth in Hong Kong Chinese Women. *Women & Health*. 2008, **44**(4), 79-92. DOI: 10.1300/J013v44n04_05. ISSN 0363-0242. Dostupné také z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v44n04_05

UZIS [online]. [cit. 2017-10-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7730>

UZIS, *Rodi ka a novorozenec 2010, Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky R, 2000. ISBN 978-80-7280-967-7

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: d tství, dosp lost, stá í*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8308-0.

VAN REENEN, S. a E. VAN RENSBURG. South African Mothersø Coping With an Unplanned Caesarean Section. *Health Care for Women International*. 2013, **36**(6), 663-683. DOI: 10.1080/07399332.2013.863893. ISSN 0739-9332. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2013.863893>

VELEBIL, Petr, 2008. Epidemiologie císa ského ezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, 17(1),12618. ISSN 1211-1058.

VERDOUX, H,a kol. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2002; (106): 212-219, ISSN 1600-0447, dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197859>

VERREAULT, N a kol. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012, **73**(4), 257-263. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.07.010. ISSN 00223999. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399912002024>

VRÁNOVÁ,V. *Historie babictví a sou asnost porodní asistence*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

WEAVER, J J. a kol. Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. *Birth*. 2007, **34**(1), 32-41. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x. ISSN 0730-7659. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x>

WEE, M. a kol. Anestézie pro císa ský ez, p elofila S.Dolenská. *Obstetric Anaesthetists Asotiations* [online]. , 4 [cit. 2017-10-25]. Dostupné z: <http://euwelcome.org.uk/Documents/CS%20choice%20of%20anaesthesia%20-%20Czech.pdf>

WEISS,P. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-24-72492-8.

WERNER, A, a kol. Zvyšuje porod císařským řezem riziko astmatu pro dítě?, *Acta paediatrica* 2006; 96. ISSN:1651-2227. dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/zvysuje-porod-cisarskym-rezem-riziko-astmatu-pro-dite-3652>

WHO. *WHO Statement on Caesarean Section Rates* [online]. 2015, , 8 [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf

WIJMA, K. Why focus on 'fear of childbirth'?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009, 24(3), 141-143. DOI: 10.3109/01674820309039667. ISSN 0167-482x. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01674820309039667>

WIKLUND, I. Indications for cesarean section on maternal request ó Guidelines for counseling and treatment. *Sex Reprod Healthc*. 2012, 3(3), 99-106. DOI: 10.1016/j.srhc.2012.06.003. ISSN 18775756. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575612000304>

WOOD, S. a kol. Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*. 2014, 121(6), 674-685. DOI: 10.1111/1471-0528.12328. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12328>

XIE, R. a kol.. Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate. *Journal of Women's Health*. 2011, 20(12), 1881-1886. DOI: 10.1089/jwh.2011.2842. ISSN 1540-9996. Dostupné také z: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2011.2842>

YE, J. a kol. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016, 123(5), 745-753. DOI: 10.1111/1471-0528.13592. ISSN 14700328. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13592>

ZÁBRANSKÝ, F. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-858-2469-8

ZACHAROVÁ, E., TĚMÍ KOVÁ- ÍŤIKOVÁ, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-802-4740

ZHANG, J. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010, 203(4), 326.e1-326.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.06.058. ISSN 00029378. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937810008380>

ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-726-2257-9

SEZNAM ZKRATEK

- CA - celková anestezie
- CRP - C-reaktivní protein
- R - česká republika
- DIC - diseminovaná endotracheální koagulopatie
- EDA - epidurální anestezie
- CSE - kombinovaná anestézie
- EKG - Elektrokardiograf
- ETA - endotracheální anestezie
- FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics
- HELLP - Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets.
- HIV - Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
- IVF+ET - In vitro fertilizace + embryotransfer
- MRSA - metycylin rezistentní staphylococcus aureus
- SAB - subarachnoidální blokáda
- USA - Spojené státy americké
- UZ - ultrazvuk
- UZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
- WHO - světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Leták pro pracovníky na oddělení –estined lí

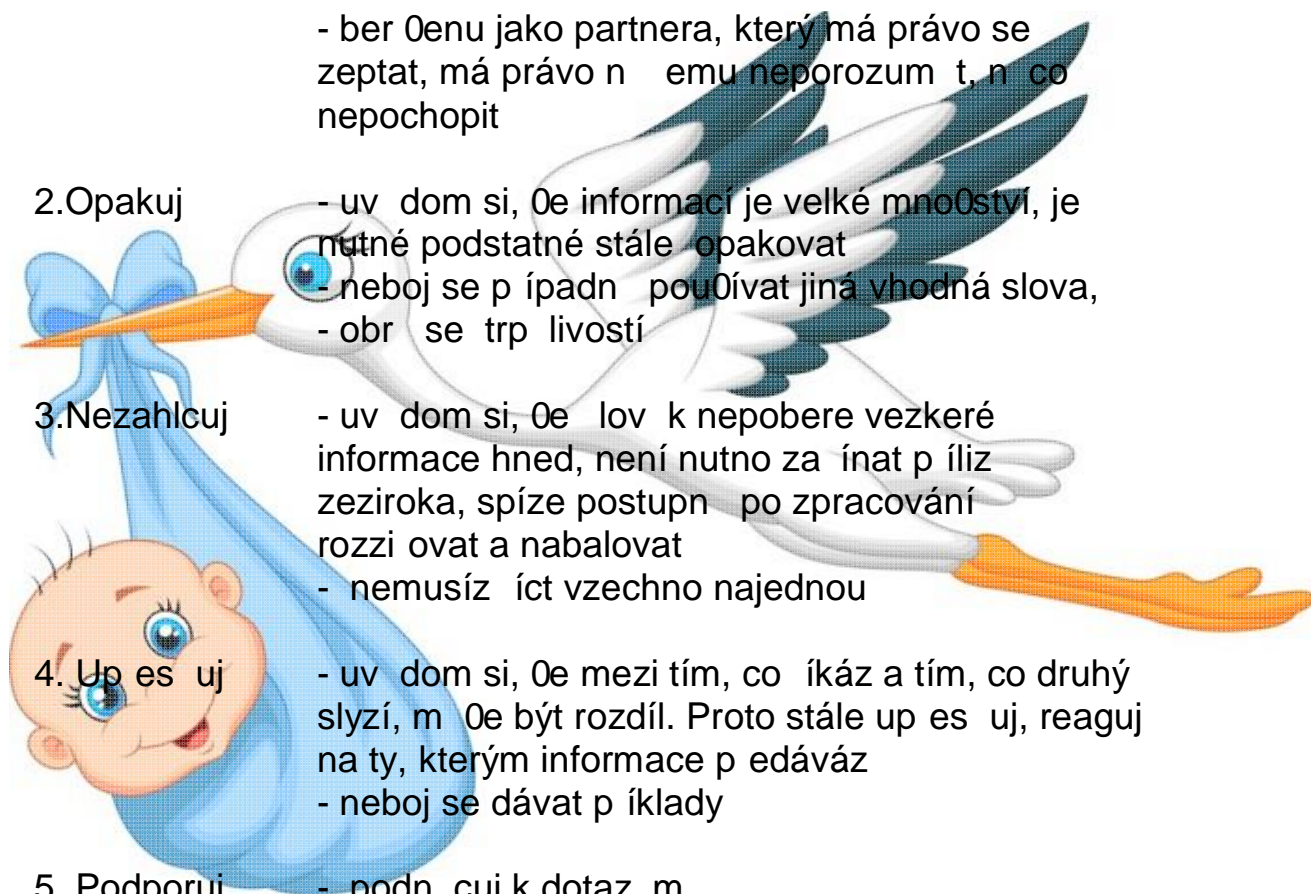
fiádost o vyjádění etické komisr

Informovaný souhlas

fiádost k zam stnavateli

5 rad pro zlepšení komunikace se šestinedělkami

1. Vysvětluj
 - nestačí informace pouze sdílet, je nutné je sdílet tak, aby byly srozumitelné pro každou ženu jako osobnost
 - ber ženu jako partnera, který má právo se zeptat, má právo němu neporozumět, něco nepochopit
2. Opakuj
 - uvědom si, že informací je velké množství, je nutné podstatné stále opakovat
 - neboj se opakovat používat jiná vhodná slova,
 - obrať se trpělivostí
3. Nezahlcuj
 - uvědom si, že člověk nepobere veškeré informace hned, není nutno začínat příliš zrychleně, spíše postupně po zpracování rozlišovat a nabírat
 - nemusíš říct všechno najednou
4. Upřesňuj
 - uvědom si, že mezi tím, co říkáš a tím, co druhý slyší, může být rozdíl. Proto stále upřesňuj, reaguj na to, kterým informací předáváš
 - neboj se dávat příklady
5. Podporuj
 - podněť k dotazům
 - vhodně se zeptej na srozumitelnost tvých informací
 - nesuň, pokud se nesejde s adekvátní odpovědí, zkus si představit sebe, nejsou všichni odborníci ve tvém oboru, stejně, jako ty nejsi v jejich
 - rozhodně nešetřuj pochvalou





Žádost o vyjádření Etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce

Název diplomové práce: Prožívání žen po akutním císařském řezu

Student/autor: Jméno a příjmení: Jiřina Weisová

E-mail studenta: jirina.weisova@atlas.cz

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Výzkumná část diplomové práce:

Vyplňte každou kategorii, vždy max. 800 znaků.

Cíle: Zjistit a popsat pocity žen po akutním císařském řezu.

Identifikovat potřeby žen po akutním císařském řezu a způsoby zvládnání zátěže

Zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky

Metodika: kvalitativní výzkum

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru:

Výzkumným vzorkem budou rodičky starší 18 let po akutním císařském řezu, které budou souhlasit s rozhovorem.

Popis sběru, zpracování, uchování a prezentace, způsob zajištění anonymity dat:

Data k výzkumnému šetření budou získána polostrukturovanými rozhovory od žen, které budou 6 týdnů po akutním císařském řezu a budou souhlasit s rozhovorem. Součástí bude podpis informovaného souhlasu, klientky budou moci kdykoli od rozhovoru odstoupit. K prvnímu oslovení klientek bude využito oddělení šestinedělí ve Slezské nemocnici Opava, kde budou klientky hospitalizovány po akutním císařském řezu, k vlastním rozhovorům dojde po uplynutí 6 týdnů.

Rozhovory budou nahrávány a doslovně přepsány. V zájmu zachování anonymity budou participantky při přepisu rozhovorů přejmenovány. Ihned po přepisu bude nahrávka rozhovoru smazána z nahrávacího zařízení.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování):

Zátěž pro účastníky výzkumného šetření bude časová- předpokládaná doba rozhovoru bude asi 60 minut, podle situace se může změnit. Místo rozhovoru si určí participantky samy, přestože je lepší při rozhovorech používat neutrální prostředí, předpokládám, že klientky budou chtít využít prostředí domácího vzhledem k péči o šestitýdenní dítě. Jako porodní asistentka se specializací komunitní péče předpokládám, že budu moci být klientkám v oblasti komunitní péče prospěšná radou, případně pomoci. Klientky budou moci kdykoli svou účast na šetření odvolat.

Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod.):

V průběhu výzkumu bude kladen důraz na etické aspekty. Z výzkumu budou vyloučeny rodičky mladší 18 let.

K možnosti využití dat z rozhovorů bude použit informovaný souhlas klientek. Klientky na oddělení šestinedělí budou osloveny se souhlasem SN Opava.

Vyjádření vedoucího práce k etickým aspektům diplomové práce, vyjádření souhlasu s uvedeným popisem výzkumné části diplomové práce:

Souhlasím s uvedeným popisem výzkumu,
Šárka Věvodová

Mgr. Šárka VÉVODOVÁ, Ph.D.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Povinné přílohy žádosti:

1. **Informovaný souhlas** poskytovaný subjektům výzkumu včetně písemné informace poskytované subjektům výzkumu. Informovaný souhlas musí být vytvořen dle vzoru dostupného na www.fzv.upol.cz.

V Opava dne 10.5.2014 Podpis žadatele Jiřina Wisková

Žádost spolu s přílohami zasílejte v elektronické podobě a 1x v tištěném vyhotovení nejpozději 7 dní před jednáním na adresu Etické komise – Mgr. Lenka Stloukalová, lenka.stloukalova@upol.cz, EK FZV UP, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc. O stanovisku Etické komise budete vyrozuměni elektronicky.



Fakulta
zdravotnických věd

**Vážená paní
Jiřina Weisová**

UPOL-84413/1040-2017

2017-06-28

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Weisová,

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 „**Prožívání žen po akutním císařském řezu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce

Období realizace: 15.7.2017- 15.12.2017

Řešitelé projektu: Mgr. Jiřina Weisová pod vedením Mgr. Šárky Vévodové Ph.D.

Vážená paní, slečno

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit a popsat pocity žen po akutním císařském řezu, identifikovat potřeby žen po akutním císařském řezu a způsoby zvládnání zátěže a zároveň zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky. Proto Vás prosíme o poskytnutí a souhlas s rozhovorem na dané téma. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Rozhovor bude nahráván pomocí nahrávacího zařízení a následně přepsán do písemné formy elektronicky, pomocí programu Word. Okamžitě po přepisu bude rozhovor z nahrávacího zařízení vymazán. Přepisy rozhovoru budou použity pouze a výhradně k mé diplomové práci. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani další identifikační údaje o Vaší osobě. Od rozhovoru můžete kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Po obhájení diplomové práce budou i elektronické přepisy z PC vymazány.

Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: Protože mám vzdělání jako komunitní porodní asistentka i laktiční poradkyně, může být pro Vás výhodou konzultace během celého šestinedělí a v případě zájmu i později (rozhovor se uskuteční po 6 týdnech od porodu), případné řešení Vašich problémů dle mojí kompetence. Nevýhodou může být pro vás časová zátěž cca 60 minut, podle Vašich

potřeb je možné rozhovor přerušit a posléze pokračovat. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Jiřina Weisová

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Mgr. Lenka Hanková
Námstkyn o- pé e
Slezská nemocnice
Olomoucká 86
Opava, 74601

V c: fi Á D O S T

Jsem zamstnankyn SN Opava a zároveň studentkou kombinované formy studia oboru Intenzivní pé e v porodní asistenci. Téma mé diplomové práce je Proflívání flen po akutním císa ském ezu. Jedná se o kvalitativní výzkum. Prosím o mořnost oslovovat s prosbou o spolupráci pacientky, které spl ují kritéria a zároveň jsou hospitalizovány na odd lení -estined lí. Jedná se pouze o prvotní oslovení s prosbou o spolupráci, p ípadn vysv tlení. asová náro nost cca 5 minut u jedné klientky. Chod odd lení nebude naru-en, ke st etu zájmu nedojde. Vlastí rozhovory budou uskute nny mimo SN Opava 6 týdn po císa ském ezu.

V p ípad zájmu seznámím po obhájení diplomové práce s výsledky a výstupy vedení odd lení, p ípadn vedení nemocnice.

fiádost etické komisi plus její p ílohu Informovaný souhlas jsem p edlořila na FZV UPOL, zatím mi nep ílo vyjád ení. V p íloze zasílám.

P edem d kuji

Mgr. et Bc. Jiřina WEISOVÁ
B. N mcové 3
Opava

Gyn- por odd. ó odd V8
Jirina.weisova@atlas.cz
720131269 nebo l. 6292

V Opav 19.6. 2017