

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Postoje žen k porodu císařským řezem

Lenka Veselá

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Veselá**
Osobní číslo: **Z12176**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Postoje žen k porodu císařským řezem**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran


Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. Porodnictví. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 978-80-247-130.
2. DOLEŽAL, Antonín. Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
3. KOUDELKOVÁ, Vlasta. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-807-3876-24.
4. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. Bonding porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
5. ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
6. SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-802-4733-739.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Věra Erbenová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 26. ledna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 4. 2015

Lenka Veselá

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Mgr. Věře Erbenové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se podílely na vyplnění dotazníku, který sloužil jako podklad pro výzkumnou část bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a nejbližším za psychickou podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá postoji žen k porodnické operaci nazývané císařský řez. Pozornost je věnována zejména psychickým problémům, které se mohou u žen po operativním porodu vyskytnout. Práce je také zaměřena na objasnění pojmu císařského řezu a jeho vývoje od minulosti k současnosti. Zmíněny jsou indikace, které vedou k porodu císařským řezem, druhy používané anestezie, chirurgické přístupy do břišní a děložní dutiny a možné komplikace, které se mohou vyskytnout. Dále je zmínka o šestinedělí, možnosti bondingu a o péči porodní asistentky v přípravném a pooperačním procesu. Výzkumná část zkoumá přítomnost psychických problémů u žen po prodělaném císařském řezu, jejich postoje ke zmiňované operaci a k poporodnímu bondingu.

KLÍČOVÁ SLOVA

císařský řez, operace, šestinedělí, psychika ženy, bonding, porodní asistentka

TITLE

Attitude of woman toward caesarean section

ANNOTATION

The bachelor's thesis focuses on the women's attitude towards the obstetric surgery, which is called Caesarean section. Particular attention is paid to mental health problem, that may arise among women after operative childbirth. The thesis also clarifies the concept of Caesarean section and its evolution from the past to the present. There are also described the indications that lead to a Caesarean section, types of used anaesthesia, surgical approaches to the abdominal and uterine cavity and possible complications that can occur during the surgery. In the thesis there are also mentioned puerperium period, the possibility of bonding and care of a midwife in the pre and post-surgical procedure. The research examines the presence of mental health problems women may have after Caesarean section birth and their attitudes towards the mentioned surgery and postpartum bonding.

KEYWORDS

caesarean section, operation, puerperium, mental healths problems, bonding, midwife

Obsah

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	12
2 INDIKACE	14
2.1 Skupiny porodnických indikací	14
2.2 Císařský řez na přání	17
3 ANESTEZIE	18
3.1. Celková anestezie	18
3.2. Regionální anestezie	18
4 LAPAROTOMIE	20
5 HYSTEROTOMIE	21
6 KOMPLIKACE OPERATIVNÍHO PORODU	22
6.1 Peroperační komplikace	22
6.2 Postoperační komplikace	23
6.2.1 Rané komplikace	23
6.2.2 Pozdní komplikace	24
7 BONDING	25
8 ŠESTINEDĚLÍ	27
8.1 Šestinedělí po operativním porodu	27
8.2 Laktace po císařském řezu	28
9 PSYCHIKA ŽENY PO S.C.	29
10 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	32
10.1 Příjem rodičky před plánovaným s.c.	32
10.2 Příprava ženy před plánovaným s.c.	32
10.3 Příprava ženy před akutním s.c.	33
10.4 Ošetrovatelský postup na JIP	33
10.5 Pooperační péče na oddělení šestinedělí	34
II VÝZKUMNÁ ČÁST	35
11 METODIKA VÝZKUMU	35
11.1 Výzkumné cíle	35
11.2 Výzkumné otázky	36
12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	37
13 DISKUZE	49
14 ZÁVĚR	51
15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
16 PŘÍLOHY	55

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 <i>Věk respondentek</i>	37
Obrázek 2 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek</i>	38
Obrázek 3 <i>Výběr způsobu porodu</i>	39
Obrázek 4 <i>Plánovaný císařský řez</i>	41
Obrázek 5 <i>Zklamání žen po s.c.</i>	42
Obrázek 6 <i>Negativní vlivy na psychiku ženy</i>	45
Obrázek 7 <i>Důležitost bondingu pro ženy</i>	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Důvod preference císařského řezu</i>	40
Tabulka 2 <i>Fyzické problémy po s.c.</i>	43
Tabulka 3 <i>Důvody pro potíže s kojením</i>	44
Tabulka 4 <i>Důvody pro provedení bondingu</i>	47
Tabulka 5 <i>Psychické problémy po s.c.</i>	48

SEZNAM ZKRATEK

S.C. sectio caesarea

CTG kardiokardografie

UZ ultrazvuk

SA spinální anestezie

EA epidurální anestezie

MM močový měchýř

DDS dolní děložní segment

DIC diseminovaná intravaskulární koagulopatie

PA porodní asistentka

FF fyziologické funkce

TK krevní tlak

ÚVOD

Císařský řez je nejčastěji užívaná porodnická operace, která má velký a nenahraditelný porodnický užitek. Zároveň má však svá nesporná rizika. Jedná se o chirurgickou operaci, kdy po provedení řezu do dutiny břišní a dutiny děložní, dochází k vybavení plodu a placenty porodníkem. Před každým provedením, je nutné zhodnotit míru závažnosti, pro kterou musí být porod ukončen císařským řezem a zároveň ji porovnat s riziky, které operace přináší a mohou tak negativně ovlivnit matku a plod (Hájek et al., 2014, s. 500).

Frekvence císařských řezů ve vyspělém světě stále narůstá a Česká republika není výjimkou. Důvodem nárůstu operativního ukončení porodu je mimo jiné i zvyšující se věk rodiček. S tím souvisí vyšší riziko vážných onemocnění a možných komplikací, které znemožňují ukončení těhotenství vaginální cestou. Dalším důvodem může být i poloha plodu koncem pánevním, kdy ženy, ale často i porodníci dávají přednost operativnímu ukončení těhotenství. S rozvojem asistované reprodukce dochází k nárůstu vícečetných gravidit, které bývají mnohdy ukončovány per sectionem (Velebil, 2008).

Císařský řez je vnímán laickou veřejností ve většině případů jako rychlé a bezpečné ukončení porodu bez hodin porodnických bolestí. Ač tato operace obsazuje první pozici v provádění porodnických operací a porodníci ji velmi dobře ovládají, stále jsou rizika pro ženu šestkrát vyšší, než je tomu při vaginálním porodu. Ty se nevyznačují pouze fyzickými problémy a delší rekonvalescencí, ale mohou se objevit také psychické problémy, projevující se úzkostí a sníženým sebevědomím, které mohou přejít až v depresivní stavy.

I TEORETICKÁ ČÁST

CÍLE PRÁCE

V teoretické rovině je cílem práce zpracovat problematiku císařského řezu jako celek z mnoha směrů. Poukázat na historii a vývoj operace, na indikace, které vedou k operativnímu porodu a na existující chirurgické přístupy do břišní a děložní dutiny. Dále popsat typy využívané anestezie, operační a pooperační komplikace, průběh šestinedělí a výskyt možných psychických problémů, možnosti bondingu a v neposlední řadě i péči porodní asistentky.

Ve výzkumné části je hlavním cílem zjistit, jak se ženy po porodu císařským řezem cítily, zejména po psychické stránce a jaký postoj k samotnému operativnímu porodu zaužívají. Dílčím cílem je zjistit, jaký názor mají ženy na poporodní bonding.

1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Císařský řez, latinsky *sectio caesarea*, má své kořeny hluboko v historii. Avšak porod císařským řezem se nejčastěji spojuje s antickým Římem, odkud pochází vlastní název operace. Pramení z díla „*Historia naturalis T. I. L. Cap. VII*“, jehož autorem je Plinius starší. Zde se mimo jiné dočteme, že děti vyňaté chirurgicky z dělohy, nazýváme *caesones* nebo *caeseres*, od slova *caedo*, což znamená rozřezávati. Slovo *sectio* je odvozeno od *seco* a překládáme ho jako řezati. Obě slova mají tedy stejný tautologický význam, který ale používáme dodnes. Název *sectio caesarea* tedy nemá nic společného s narozením Julia Caesara, jak se mnozí jistě mylně domnívají. Jeho jméno je pravděpodobně odvozeno buď od slova *caedo* – vraždit, bít, nebo z *caesius* podle šedomodrých očí (Roztočil et al., 2008, s. 17).

Císařský řez, latinsky *sectio caesarea*, je chirurgický zákrok, který má své kořeny hluboko v historii, a první pokusy o jeho provedení jsou starší již více než 2000 let. V řecké mytologii se můžeme dočíst o narození Asklepie, syna Apollóna a Koronis. Kdy právě otec Apollón vysvobodil syna z klína mrtvé matky. Touto operací „z boku své matky“ podle mýtu spatřil světlo světa jistý Siddhártha Gautama, nám známý jako Buddha. Zmínka sahá až do 6. století před naším letopočtem (Pařízek et al., 2012, s. 289). Římský císař Numa Pompilius (715 – 672 př. n. l.) nechal zakotvit zákon „*Lex regia de inferendo mortuo*“, ve kterém se píše: „*Negat lex regia mulierum quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur, qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur.*“ Překlad tohoto úryvku zní: „*Královský zákon zakazuje pohřbít ženu, která je těhotná, aniž by byl předem vyříznut plod.*“ Později byl zákon přijat církví, která podporovala řezy na mrtvých ženách, z důvodu pokřtění ještě živého plodu. Zákon prošel i do pruského zákonodárství, v 18. století byl prosazován v učebnicích pro porodní báby. Tyto případy se opírají pouze o mýty a legendy. Doložené spisy a zmínky o císařském řezu jsou datovány mnohem později, přesněji do 16. století (Doležal et al., 2007, s. 205).

Z počátku prováděli císařský řez zkušení ranhojiči, avšak pouze na mrtvých – *sectio in mortua* a na umírajících ženách – *sectio in moribunda*. Není zcela jisté, kdo provedl první úspěšný řez na živé ženě, kdy přežila matka i plod. Údajně to byl zvěrokleštič Jakub Nufer v roce 1500. Způsob, jakým operaci provedl, byl stejný jako u kastrace prasat. Jediným řezem rozřízl břicho a vyndal živý plod. Ránu pak sešil podle zvyklosti veterinářů a ta se později zhojila. Někteří autoři jsou toho názoru, že první císařský řez provedl chirurg Jeremias Trautmann až v roce 1610. Ten po vynětí plodu z dělohy ošetřil břicho suturou, ne však

dělohu. Dítě zákrok přežilo, žena zemřela po 25 dnech. Záznam operace se dochoval ve formě operačního protokolu. V Paříži roku 1581 chirurg Francois Rousseta vydal monografii o řezech, kde se poprvé objevil název „Enfantement Caesarien“. Ve své publikaci popisuje okolo 15 případů, kdy je na živých ženách proveden císařský řez s příznivým výsledkem. Roku 1596 Scipio Marcurio doporučil operaci i pro živé ženy, u kterých byly prokázány úzké porodní cesty, plochá pubická kost nebo při podezření na velký plod (Pařízek et al., 2012, s. 291). I přes znalosti anatomie, kterými operatéri oplývali, docházelo k úmrtnosti žen téměř ve 100% případů. Na vině zde bylo nesterilní prostředí a neexistující anestezie. Ženy pak často umíraly na vyčerpání, vykrvácení. Přeživší ženy umíraly později na záněty pobřišnice. Řezy prováděné podélně na děloze se nešily, často se nešila ani břišní stěna. Obsah dělohy se dostával právě do dutiny břišní, což mělo za následek smrtelný konec. Kvůli těmto fatálním následkům provedl roku 1788 T. E. Lauverjat příčný řez v dolním děložním segmentu. Jizva se zde díky kontrakcím samovolně uzavírala (Doležal et al., 2007, s. 205).

Operační mortalita se snížila v polovině 19. století. Příčinou bylo zavedení anestezie, antiseptiky a asepse. Eduardo Porro provedl v roce 1876 úspěšný císařský řez na rachitické trpaslici. On a jeho pomocníci si omyli ruce kyselinou karbovovou, jako narkózu použili chloroform, k sutuře pak stříbrné drátky (Doležal et al., 2007, s. 205). Koncem 19. století se vyvíjely techniky šití a řezů, měnily se a definovaly indikace pro císařský řez. Po 2. světové válce se zvýšila bezpečnost díky zavedení transfuze a používání antibiotické léčby (Pařízek et al., 2012, s. 291).

Pro český národ byl, co se císařského řezu týče, významný rok 1789. Tehdy vojenský plukovník, chirurg Josef Staub provedl císařský řez na živé ženě, kvůli protrahovanému porodu. Avšak tento řez neskončil dobře ani pro matku, ani pro plod. Dítě bylo porozeno mrtvé, žena zemřela druhý den (Roztočil et al. 2008, s. 22).

2 INDIKACE

Císařský řez je nejčastější porodnická operace, jejíž frekvence v ČR stále stoupá. S vyšším výskytem porodů, které jsou ukončeny operativně, se zvyšují mateřské komplikace. Na druhou stranu s touto operací přímo souvisí pokles porodů per forceps a per vex. Díky rozvoji medicíny, ATB profylaxi, miniheparinizaci, anestezii a zdokonalení operační techniky, se stal císařský řez méně rizikovým pro matku i pro plod. Z tohoto důvodu došlo k rozšíření indikací, které vedou k porodu císařským řezem (Lomíčková, 2009, s. 43).

Indikace císařského řezu můžeme dělit do několika skupin. Z časového hlediska dělíme řez na primární (plánovaný) a sekundární (neplánovaný). O primárním hovoříme tehdy, dojde-li k němu ještě před nástupem děložních kontrakcí a o jeho provedení je rozhodnuto již během gravidity. Na straně druhé řez sekundární, provádíme neplánovaně, akutně, když je ohrožena matka, plod nebo oba současně (Hájek et al., 2014, s. 493).

2.1 Skupiny porodnických indikací

V současné době máme celou řadu indikací, které vedou k císařskému řezu. Mohou se týkat jak matky, tak plodu. Často ale bývají indikace společné, jelikož matka a plod tvoří jeden celek. Indikace se měnily postupem času. Dříve byl prováděn řez na umírající či mrtvé ženě, kdy byla snaha zachránit plod. Kromě této indikace byla v 19. století ještě jedna jediná indikace a tou byl kefalopelvický nepoměr (Křepelka, 2008, s. 84). Dále budeme rozebírat současné nejčastější indikace k porodu císařským řezem.

Mezi indikace ze strany matky a plodu řadíme fetopelvický a kefalopelvický nepoměr. Hovoříme-li o fetopelvickém nepoměru, rozumíme nepoměr mezi pánevními rozměry matky a velikostí plodu. Oproti tomu kefalopelvický nepoměr znamená nemožnost prostupu hlavičky plodu jednotlivými pánevními rovinami. Pánevní patologie zahrnují změny pánve a její velká zúžení nebo deformity, dále také změny sklonu pánevní osy a hraniční zúžení. Mezi diagnostiku patří zhodnocení všech pánevních rovin a dále také provedení ultrazvukové biometrie plodu (Hájek et al., 2014, s. 493-494).

Další závažný důvod pro ukončení porodu císařským řezem (dále s.c.) bývá hypoxie plodu, která často souvisí s protražovaným porodem. Příčinou může být porucha děložní činnosti nebo výše uvedený kefalopelvický nepoměr. Znamky hypoxie sledujeme na kardiokografickém (dále CTG) záznamu. Podle možností zdravotnického zařízení je možné zpřesnit diagnózu pomocí fetální pulzní oxymetrie a ST-analýzy (Lomíčková, 2009,

s. 43). Mezi další indikace v zájmu plodu patří intrauterinní růstová retardace a chronická hypoxie. (Hájek et al., 2014, s. 494)

Poruchy vypuzovacích sil, jako je nadměrná děložní činnost nebo naopak nedostatečná děložní činnost, které nejsou zvládnuty konzervativně, mohou ohrozit matku i plod a jsou důvodem pro s.c. (Hájek et al., 2014, s. 494).

Opakovaný, nebo také iterativní císařský řez, vyžaduje v další graviditě nové posouzení. Posuzuje se, zda stále trvá příčina, která vedla v předchozí graviditě k s.c., dále zdali nevznikla indikace nová. Často bývají důvodem k operačnímu řešení právě stavy spojené s předchozím řezem, jako je hrozící ruptura dělohy, bolestivost dolního děložního segmentu, větší odhad hmotnosti plodu a kýla v jizvě (Hájek et al., 2014, s. 495).

Porodu vaginální cestou mohou bránit včasně překážky, které se vyskytují jak v tvrdých a měkkých porodních cestách, tak v malé pánvi. Ve tvrdých porodních cestách vznikají patologie v důsledku prodělaných fraktur (Lomíčková, 2009, s. 43). V měkkých porodních cestách se vyskytují překážky, jako je stenóza hrdla, která může být zjizvená po prodělaných poševních plastikách nebo cerklážích, ale také varixy pochvy či vulvy. Tyto patologie mohou vést nejen k zástavě progresu plodu, ale mohou poškodit samotnou rodičku. V malé pánvi se mohou tvořit překážky v podobě myomů. S tímto souvisí další skupina indikací k s.c., což bývají stavy po operacích na děloze a právě v malé pánvi. Po operačním zákroku, jako je například enakuace myomu nebo korekce vrozených vývojových vad, vzniká jizva, u které v některých případech hrozí ruptura jak v následující graviditě, tak za porodu (Hájek et al., 2014, s. 494).

K akutnímu ukončení těhotenství vede předčasné odlučování lůžka, latinsky abruptio placentae. Tento stav ohrožuje na životě jak matku, tak plod. K císařskému řezu přistupujeme tehdy, je-li indikována placentární patologie. Patologické uložení placenty v dolním děložním segmentu nazýváme pojmem placenta praevia. Indikace může být plánovaná díky ultrazvukové (dále UZ) diagnostice, jestliže ale žena náhle silně a opakovaně krvácí, dochází k neplánovanému s.c. (Hájek et al., 2014, s. 494)

Další skupinou je nepravidelné uložení plodu v děloze. K polohám, které vedou k porodu s.c., patří poloha příčná a šikmá. Dále pak poloha předhlavím, poloha čelní a obličejová, občas i poloha temenní. Zadní a přední asynklitismus a vysoký přímý stav jsou další příčiny, které patří do této skupiny (Hájek et al., 2014, s. 494)

Poloha podélná koncem pánevním může, a nemusí být důvodem pro operativní porod. Jsou zde některá kritéria, která určují, zda je možné porod vést vaginální cestou. Především to je biometricky určená hmotnost plodu. U primipar by neměla hmotnost překročit 3500 g,

zatímco u multipar 3800 g. Zároveň nesmí mít plod méně než 2500 g. Další podmínkou je držení plodu, kdy nesmí docházet k poruše v podobě naléhání nožkami či kolínky. Při podezření na IUGR – intrauterinní růstová retardace, olygohydramnion a při známkách hypoxie je proveden císařský řez. V potaz se bere také stav rodičky, parita, věk, anamnéza a v neposlední řadě přání rodičky (Hájek et al., 2014, s. 494; Lomíčková, 2009, s. 43).

Vícečetná gravidita je často ukončována císařským řezem kvůli nesplnění podmínek, které jsou nutné, aby mohl být porod veden vaginální cestou. U dvojčetného těhotenství to jsou zejména nepravidelné polohy a kolizní postavení, dále pak monoamniocita a monochoriocita plodů. Indikací k s.c. jsou velké či malé a nezralé plody, rozdíly hmotnosti mezi plody více jak 500 g, antepartální odumření jednoho plodu, kdy druhý plod je schopný života atd. Přítomnost tří a více plodů v děloze je vždy indikace k s.c. (Hájek et al., 2014, s. 495)

K provedení operace dochází tehdy, dojde-li k selhání indukce porodu, a to při následných nezdařilých pokusech. K indukci porodu přistupujeme při prodloužené graviditě (Roztočil et al., 2008, s. 335). S nezdařenými pokusy vyvolání porodu souvisí dlouho odteklá voda plodová, za tohoto stavu se může rozvinout infekce (Hájek et al., 2014, s. 494).

Dojde-li u rodičky k výhřezu pupečníku, tkví nebezpečí v kompresi, kdy dochází k životu ohrožujícímu stavu. Tento stav se vyskytuje u všech poloh plodu, nejčastěji však u polohy příčné a při patologickém naléhání pupečníku. K prolapsu dochází po porušení vaku blan. V této situaci se snažíme zabránit útlaku zavedením ruky do porodních cest a vytlačováním naléhající části na tak dlouhou dobu, dokud není proveden akutní císařský řez (Hájek et al., 2014, s. 495)

Velkou skupinou jsou celková onemocnění ženy. Patří sem například diabetes mellitus nebo hypertenze, dále pak nemoci parenchymových orgánů, jako jsou plíce, srdce, ledviny. V těchto případech dochází jak k plánovanému, tak k akutnímu císařskému řezu. Patří sem také některá cévní onemocnění a onemocnění očí, jako je těžká myopie. O způsobu vedení porodu by mělo rozhodovat konzilium lékařů (Lomíčková, 2009, s. 43).

Do velkého okruhu můžeme spojit indikace sdružené a indikace psychosociální. Je totiž často velice těžké tyto dvě skupiny odlišit. Mezi sdružené indikace zahrnujeme věk ženy, gestační anamnézu, ale také například léčenou sterilitu a infertilitu. Lze sem ale zahrnout prakticky cokoliv, například strach rodičky z porodu. Mezi psychosociální faktory patří například klientky se statutem „VIP“, nebo také pacientka s anamnézou mrtvého plodu (Hájek et al., 2014, s. 495; Lomíčková, 2009, s. 44).

Zvýšená horečka za porodu se řeší cíleným podáním antibiotik. Další postup je individuální. Příčinou může být například chorioamnionitida (Hájek et al., 2014, s. 494).

Rh inkompatibilita je důvodem k císařskému řezu při těžkém stupni anémie plodu, dále pak dojde-li k fetomaternální transfuzi (Hájek et al., 2014, s. 494).

Vzácná indikace je provedení císařského řezu na umírající nebo mrtvé ženě. V tomto případě by mělo dojít k vybavení plodu z dělohy v co nejkratším možném čase, do 20 minut. Tento případ je naštěstí vzácný (Lomíčková, 2009, s. 43).

2.2 Císařský řez na přání

V druhé polovině minulého století docházelo a stále dochází k nárůstu počtu císařských řezů. Díky četnosti této operace narůstá zručnost operatérů. Výsledkem jsou pak výborné perinatální výsledky jak u matky, tak u plodu. Postoje jednotlivých porodníků na téma provedení císařského řezu na přání se značně liší. V České republice není tento postup eticky odůvodněn, což vyplývá z výroku Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO). Avšak česká legislativa provedení s.c. na přání nevyklučuje (Roztočil, 2003, s. 14, 15). Přání rodičky provést císařský řez porodníci často ukrývají pod vymyšlené diagnózy. Řešením tohoto jednání by bylo zařazení císařského řezu na přání mezi medicínské indikace (Hájek et al., 2014, s. 494).

3 ANESTEZIE

Volba anestezie u císařského řezu se liší od jiných břišních operací a to hned z několika důvodů. Především by měl být brán v potaz nejen stav a přání rodičky, ale také stav plodu, eventuelně plodů u vícečetného těhotenství. U gravidních žen dochází k fyziologickým změnám, které jsou způsobeny zvětšující se dělohou a samozřejmě také hormony. Díky těmto změnám se zvyšují celková rizika analgezie. V neposlední řadě musí být zvážěn vliv anestezie na plod (Pařízek et al., 2012, s. 297).

3.1. Celková anestezie

V dnešní době je podání celkové anestezie poměrně vzácným jevem. Většinou se jedná o akutní císařský řez, kdy je ohrožena matka či plod, anebo při odmítnutí regionální anestezie matkou. Mezi další indikace pak patří kontraindikace regionální anestezie a plánovaný rozšířený chirurgický výkon. Výhodou celkové anestezie je rychlejší podání, dokonalá relaxace svalů a menší výskyt hypotenze. Naopak nevýhodou je přestup analgezie k plodu přes transplacentární řečiště. Hlavní roli hraje hlavně rychlost a zručnost operatérů. A v neposlední řadě patří mezi nevýhody i prožívání porodu matkou, která je ochuzena o okamžik narození svého dítěte (Doležal et al., 2007, s. 278; Pařízek et al., 2012, s. 304).

3.2. Regionální anestezie

Při plánovaném císařském řezu je podávána regionální anestezie zhruba u 70 % rodiček. Zároveň je tento typ bezpečnější pro matku i pro plod než výše uvedená celková anestezie a matka má možnost okamžitého kontaktu se svým dítětem (Doležal et al., 2007, s. 279). Regionální anestezii dělíme na tři typy. Spinální, epidurální a kombinovanou spinální-epidurální. Aplikace anestezie je indikována v případě těžké obezity, při selhání celkové anestezie a při závažném onemocnění matky.

Spinální anestezie (dále SA) se řadí do jednodušších metod regionální anestezie. Lokální anestetikum je anesteziologem aplikováno do subarachnoidálního prostoru. Nástup účinku je rychlý, v průměru do pěti minut. Výhodou je zde aplikace poměrně malého

množství anestetik a velice dobrý efekt blokády, avšak na druhou stranu není možnost blokádu prodloužit, tudíž je omezená doba účinku (Pařízek et al., 2012, s. 318 - 319).

Epidurální anestezie (dále EA) je využívána především u rodiček, které mají zavedený epidurální katétr pro porodní analgezii. Při provedení císařského řezu je pak možnost aplikace anestezie právě do zavedeného katétru. Další výhodnou možností je prodloužení doby anestezie v případě potřeby a po operačním výkonu aplikace analgetik. Díky vyšším potřebným dávkám anestetik je zde riziko dosažení toxického účinku v organismu ženy (Pařízek et al., 2012, s. 318, 321 - 322).

V případě kombinované spinální-epidurální anestezie se využívá výhod obou předchozích typů. Ze SA je to rychlost nástupu účinku, z EA pak možnost prodloužení anestezie a podání analgetik v pooperační době. Směs analgetik nebo anestetik je aplikována do subarachnoidálního prostoru, jako je tomu při SA, a dále jsou nepřetržitě podávány analgetika nebo anestetika do epidurálního katétru, jak je tomu při EA. Tato metoda vyžaduje zkušenosti anesteziologů, kdy je potřeba správně odhadnout kombinaci dávek. I přesto, že byla tato metoda použita již v roce 1981, není v našem porodnictví příliš rozšířena (Pařízek et al., 2012, s. 318, 325).

4 LAPAROTOMIE

Pojmem laparotomie označujeme chirurgické otevření břišní dutiny. V minulosti byly řezy prováděny různě. V oblasti linea alba nebo vedle ní a ze strachu z krvácení z arteria epigastrica pak příčně nebo šikmo (Doležal et al., 2007, s. 205). V dnešní době je v porodnictví využíváný podélný nebo příčný řez. Výběr závisí na několika faktorech, kterým se budeme věnovat níže.

Nejčastějším přístupem k dolnímu děložnímu segmentu je využívána laparotomie dle Pfannenstiela. Jedná se o příčný řez, latinsky laparotomia suprasymphysealis transversa, jehož výhodou je nízký výskyt pooperačních hernií, rychlé zhojení jizvy a i příznivější pooperační průběh. Díky jeho vedení v těsné blízkosti pubického ochlupení a pro jeho dobrý kosmetický efekt je rodičkami vyhledávaný. Při tomto řezu je ale méně přístupný pohled do dutiny břišní a je zde větší možnost krvácení (Doležal et al., 2007, s. 218-220).

Podélný řez v dolní střední čáře, latinsky laparotomia infraumbilicalis mediana, je vedený přes oblast linea alba. Výhodou je rychlost provedení, je tudíž volen většinou v urgentních situacích, kdy je odsunuta pozdější estetická stránka. Pro volbu tohoto řezu je indikací zejména velmi obézní žena, troj- a více četná gravidita a makrosomie plodu, nebo je volena u žen, u kterých už byla dolní střední laparotomie provedena. Díky možnosti kraniálního prodloužení řezu nad pupek, dobrému přístupu a přehledu je možnost současné chirurgické léčby. Mimo to, že má jizva po operaci horší kosmetický efekt, dochází zde i k častějšímu výskytu hernií (Doležal et al., 2007, s. 218-220).

5 HYSTEROTOMIE

Hysterotomií je označováno chirurgické otevření, rozříznutí dělohy. Před provedením řezu by měl být osahán děložní segment, kde je vyhmatána hlavička a na ní místo s největším obvodem. Řez je proveden skalpelem, někdy jsou pro rozšíření použity nůžky. Prostor, který po otevření dělohy vznikne, by měl umožnit šetrné vybavení plodu a zároveň by nemělo docházet k většímu krvácení nebo rupturám do děložních hran či pod močový měchýř (dále MM). Na děloze je možno provést několik modifikací řezu. Jejich ukázky jsou uvedeny v příloze A (Doležal et al., 2007, s. 224).

6 KOMPLIKACE OPERATIVNÍHO PORODU

Porod císařským řezem je pro ženu větším zatížením, než je tomu u porodu vaginální cestou. Vypovídá o tom i výskyt komplikací, které jsou až šestkrát vyšší než u přirozeného porodu. Komplikace můžeme klasifikovat z několika hledisek. Nejčastěji se však dělí na komplikace peroperační a pooperační. Pooperační pak ještě na rané a pozdní (Hájek et al., 2014, s. 499)

6.1 Peroperační komplikace

Do peroperačních komplikací můžeme zahrnout krvácení, anesteziologické komplikace, embolie a poškození orgánů. Všechny tyto skupiny mohou výrazně ovlivnit délku operace a následně i pooperační průběh.

Nejčastější komplikací bývá krvácení. K tomu může dojít následkem poranění dělohy nebo MM, dále při atonii děložní a při patologickém uložení lůžka. Původ krvácení může být v oblasti arterie uterinae či venózních plexů. Závažné je krvácení z poruchy hemokoagulace. Při masivní ztrátě dochází k rozvoji hemoragického šoku, eventuálně k rozvoji diseminované intravaskulární koagulopatie (dále DIC). V tomto případě je vždy nutné co nejrychlejší zastavení krvácení a dodání krevní náhrady. V situaci, kdy krvácení nelze zastavit je přístupováno k podvázání hypogastrických arterií, dále pak k supravaginální či totální hysterektomii (Hájek et al., 2014, s. 499)

Na vzniku anesteziologických komplikací se podílí řada okolností. Je to především fyziologická změna organismu ženy v době gravidity, kdy dochází k vysokému postavení bránice, ke zvýšení hladiny progesteronu a vyššímu obsahu žaludečních šťáv. Právě žaludeční šťávy mohou být aspirovány do dýchacích cest a může dojít k rozvoji Mendelsonova syndromu. Do anesteziologických komplikací řadíme i stav, kdy dochází k průniku anestetik do subarachnoidálního prostoru. V takovém případě může dojít k celkovému závažnému stavu ženy často vyžadujícímu resuscitaci a speciální péči (Hájek et al., 2014, s. 500).

Během operace může dojít ke dvěma typům embolií. První je vzduchová embolie, která vzniká pouze ve výjimečných případech. Vzduch proniká do krevního oběhu ženy přes porušené uteroplacentární cévy. Projevuje se velmi rychle v podobě kardiopulmonálního selhání. Dalším typem je embolie plodovou vodou, při níž dochází k přestupu většího

množství vody plodové do mateřského oběhu. Dostává se až do plicního řečiště a dochází k přetěžování pravého srdce. Rozlišují se dvě fáze, kdy první se projevuje stejně jako vzduchová embolie. Jestliže pacientka přežívá, dochází ve druhé fázi k rozvoji DIC, který se neustále prohlubuje. Ženy ve většině případů nepřežívají (Hájek et al., 2014, s. 499).

Během rychlé či komplikované operace může dojít k poškození MM nebo střevní kličky tenkého střeva. Důležité je zde včasné rozpoznání a zahájení ošetření zasaženého orgánu (Hájek et al., 2014, s. 500).

6.2 Postoperační komplikace

Po operaci dělíme komplikace podle doby výskytu na rané a pozdní. Do raných patologických projevů zahrnujeme infekce, krvácení, embolie a gastroenterologické potíže. Pozdní komplikace se projevují především zhoršeným hojením jizvy a urologickými obtížemi. Často se pak pozdní komplikace projevují s následnou graviditou (Doležal et al., 2007, s. 254).

6.2.1 Rané komplikace

Patologické projevy se mohou projevit za několik hodin až dnů po operaci. První skupinou komplikací jsou infekce, které se mohou projevovat jako lokální infekt v jizvě na břišní stěně nebo na děloze. Délka porodu, počet vaginálních vyšetření nebo také nízký sociální status mohou vyústit k infekci parametria či peritonea malé pánve. Výjimkou pak nejsou ani záněty močových cest (Hájek et al., 2014, s. 499).

Pooperační hematom je způsobený krvácením do ohraničených prostorů. V tomto případě je nutné zabránit šíření hematomu do oblasti parametrií a to vyhledáním a následným ošetřením původce krvácení. Provedena může být i drenáž poškozené oblasti (Hájek et al., 2014, s. 500).

Díky podání nízkomolekulárních heparinů a včasnému vstávání šestinedělky jsou dnes plicní embolie spíše vzácné, než jak tomu bylo dříve. Při výskytu embolie bývá přítomen zároveň i další faktor, jako je například obezita ženy anebo přímo diagnostikovaná porucha krevní srážlivosti (Doležal et al., 2007, s. 254).

Kvůli tlaku dělohy na stěnu tlustého střeva může docházet k paralytickému ileu, kdy nedochází k adekvátnímu odchodu plynů a stolice. Pomocí je pak časná mobilizace ženy (Hájek et al., 2014, s. 500).

6.2.2 Pozdní komplikace

Do pozdních komplikací datujeme projevy objevující se za více než týden. Kýla v jizvě bývá ne příliš častá a to především proto, že se vyskytuje více po provedení dolní střední laparotomie než po Pfannenstielovu řezu. Vznik hernie může způsobit hojení rány per secundam nebo opakovaná laparotomie (Hájek et al., 2014, s. 500).

Pozdní patologie se objevují v následné graviditě, kdy může dojít k ruptuře jizvy na děloze, dále pak k poruše placentace projevující se jako placenta praevia nebo placenta accreta (Doležal et al., 2007, s. 254-255).

Mezi další pozdní komplikace řadíme různé estetické defekty, urologické komplikace, bolest při pohlavním styku a v neposlední řadě také psychologické poruchy (Doležal et al., 2007, s. 254).

7 BONDING

Slovo bonding můžeme přeložit do češtiny jako lepení, připoutání. Jde o poporodní proces, kdy dochází k vytvoření vztahu a emočních vazeb mezi matkou a novorozencem. Podpora navázání vazby není výsadou donošených dětí, ale měla by probíhat i u dětí nedonošených, nemocných a také po operativním porodu. K navázání vztahu mezi matkou a dítětem dochází vždy, avšak díky fyzickému kontaktu ihned po porodu je tento proces usnadněn. Kontakt matky a dítěte pomáhá překonávat emoční a fyzická zranění, která vznikla za porodu.

V ideálním případě je ihned po porodu nahé a neumyté dítě položeno na odhalený hrudník matky. Spolu s matkou by měl být novorozenec zabalen do teplých přikrývek či osušek. Dítěti by neměla být smyta z pěstiček plodová voda, protože její chuť a vůně jsou stejné jako bradavky matky. To pomáhá novorozenci k nalezení zdroje potravy. Důležitá je podpora vizuálního kontaktu, kdy si dítě a matka mohou navzájem koukat do očí. Při pohledu z očí do očí dochází ke zvýšení hladiny oxytocinu u matky i dítěte. K ošetření novorozence dochází na hrudi matky a to pouze v nejnižším rozsahu, kdy je dítěti podvázán pupečník, je vyšetřeno stetoskopem a dochází ke zhodnocení poporodního stavu dle Apgarové. U novorozence, který se jeví jako rizikový, je prováděno ošetření za stálého vizuálního kontaktu matky. Technika „skin to skin“ by měla být prováděna nejméně dvě, avšak v ideálním případě až dvanáct hodin v kuse. Při odloučení matky od dítěte dochází k poklesu hormonů u matky, která se pak cítí vyčerpaná a začíná mít potřebu spánku. Zároveň tím dochází k narušení přirozeného procesu.

Jakmile není z nějakého důvodu možnost, aby bylo čerstvě narozené dítě přiloženo k matce, může tuto funkci plnit doprovázející osoba u porodu, nejčastěji pak tedy otec. Novorozenec je v těsném kontaktu s blízkou osobou a u otce pak dochází k rychlejšímu navázání vztahu. U otců, u kterých byl bonding proveden, je prokázána větší trpělivost do budoucna, co se dítěte týče.

V českých porodnicích je bonding známým pojmem, avšak nepatří ještě zcela do zaběhnutých ošetrovatelských rutin. I když dochází po porodu k přiložení nahého dítěte na kůži ženy, po pár okamžicích dochází k oddělení matky a dítěte kvůli provedení prvního ošetření novorozence. K matce se již poté vrátí dítě očištěné a zabalené.

Ani po porodu císařským řezem není nutnost vzdát se provedení bondingu. Při regionální anestezii je pokládáno dítě pod prsa matky v horizontální poloze. Dítěti je tímto usnadněný přechod do vnějšího okolí, který je při operativním porodu velmi rychlý.

Je zde důležitá pomoc další osoby, která dítě u matky přidržuje. Po dobu, kdy dochází k ukončování operace a přesunu matky na lůžko, může matku v kontaktu kůži na kůži nahradit otec, jak je již popsáno výše. U celkové narkózy dochází v rámci bondingu alespoň k přiložení obličeje dítěte ke spícímu obličejí matky. Další roli zde hraje opět doprovázející osoba u porodu.

. Jestliže je proces bondingu narušen nebo nemohl být z nějakého důvodu proveden, měla by matka dopřát svému dítěti co nejvíce tělesného kontaktu, jak jen to bude možné. Tělesný kontakt není pouze mazlení nebo chování, ale také třeba společná koupel nebo nošení dítěte v šátku.

Ženy, u kterých došlo po porodu k separaci od dítěte, mohou trpět pocitem viny nebo posttraumatickou stresovou poruchou. Mohou být v budoucnu ke svým dětem úzkostné, přecitlivělé, na druhou stranu se u nich může vyvinout odmítavost k vlastnímu dítěti. V neposlední řadě může mít tato skutečnost vliv i na rozvoj laktace. U dětí se pak objevuje problém s adaptací, jsou více plačtivé a hledají matčinu náruč (Mrowetz at al., 2011).

8 ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí, latinsky puerperium, začíná porodem placenty a trvá po dobu šesti týdnů. Toto období se dále dělí na rané, které trvá prvních sedm dní, a pozdní končící 42. dnem. V tomto období dochází k navrácení organismu ženy do stavu před těhotenstvím. Mizí anatomické a fyziologické změny, naopak dochází k činnosti mléčné žlázy a počátkům laktace (Koudelková, 2013, s. 19).

8.1 Šestinedělí po operativním porodu

Mezi největší změny patří involuce dělohy. Ta po porodu plodu váží okolo 1000 g a na konci šestinedělí pouhých 80 g. Děložní fundus klesá asi o 1 cm za den a již po týdnů sahá 2-3 prsty nad sponu stydkou. Po vícečetném těhotenství, u polyhydramnia nebo po porodu, který trval déle než 18 hodin, se může děloha retrahovat pomaleji. Po porodu se zvyšuje myometrální a intrauterinní tlak, který se prohlubuje s přísátím dítěte k prsu. Tento tlak pak může šestinedělka cítit jako porodní bolest (Hájek at. al., 2014, s. 209)

Decidua dutiny děložní se odlučuje a odchází ve formě sekretů, které obsahují krev, koagula, nekrotické kusy deciduy, tkáňový mok a sekret z hrdla, pochvy a vulvy. Tyto sekrety se nazývají očistky neboli lochia. Lochia se dělí podle charakteru a podle času. Lochia rubra odchází v prvních hodinách po porodu a jejich název je podle červeného zabarvení, kde převažuje krev. Lochia fusca mění tmavě červenou na světle červenou až hnědou barvu a odchází v prvním týdnů. V následujících sedmi dnech převažují v sekretu leukocyty, které barví lochia flava na žlutou, v dalším týdnů ubývá jak leukocytů a erytrocytů, takže barva se mění na bílou, proto lochia alba. Od čtvrtého týdnů odchází hlen a ten je nazývaný lochia musoca (Slezáková et. al., 2011, s. 230).

V těle matky klesá celkový objem krve, bránice klesá a vrací se na své místo, snižuje se i počet tepů a dechů za minutu. Mizí otoky končetin, prosáknutí a překrvení pohlavních orgánů. Za ideálního stavu by se měla celková hmotnost ženy vracet k hmotnosti před otěhotněním na konci šestinedělí (Slezáková et. al., 2011, s. 230).

Odlišností mezi císařským řezem a vaginálním porodem je přítomnost a lokalizace porodního poranění. Rána po s.c. nevyžaduje po operaci zvláštní opatření. První den je jizva sterilně kryta, v následujících dnech už to není nutné. Naopak se doporučuje nechat ránu

na čerstvém vzduchu, kvůli hojení. Důležitá je zvýšená hygiena vlažnou vodou, bez použití mýdel. Jizva bývá citlivá na dotek a má jasně růžovou barvu. Žena by se měla vyvarovat jejímu dráždění příliš těsným oblečením, páskem nebo zipem. Pro lepší hojení a lepší vzhled jizvy, je doporučována tlaková masáž za pomoci krémů na jizvy nebo měsíčkovou mastí. Říká se ovšem, že nejlepším mastidlem zůstává domácí nesolené přeškvážené máslo. Žena by se měla vyhýbat prudkým pohybům a zároveň nezvedat a nenosit těžká břemena, v prvních týdnech by měla vstávat a uléhat do postele přes bok (Hájek et. al., 2014, s. 210; Koudelková, 2013, s. 15).

8.2 Laktace po císařském řezu

Na začátek laktace se mléčná žláza připravuje během celé gravidity. Estrogeny stimulují růst mlékovodů, progesteron pak tvorbu alveolů. Po porodu tyto dva hormony klesají a stimulují začátek laktace. Tvorba mléka je ale nastartována hypofyzárním prolaktinem. Intenzita se zvyšuje častým přikládáním novorozence k prsu, kdy vlastní sání podporuje tvorbu mateřského mléka. V prvních dnech po porodu se objevuje první mléko, kolostrum, které může být přítomno už v době gravidity. Je v něm obsaženo hodně minerálů a bílkovin. Po dvou až třech dnech nahrazuje kolostrum mateřské mléko, které je bohaté na tuky, bílkoviny, laktózu, vitamíny, stopové prvky a v neposlední řadě IgA protilátky. Pro dostatečnou tvorbu mléka je důležité časté přikládání dítěte spolu s dokonalým vyprázdněním prsu (Hájek et al., 2014, s. 211).

Laktace po císařském řezu bývá stejná jako po porodu vaginální cestou. Rozdílem může být ovšem její nástup. U přirozeného porodu je novorozenec přiložen k prsu do 30 minut. U císařského řezu, zvláště pak u řezu s celkovou narkózou není ovšem v tak krátké době přiložení možné. Zde je důležité, aby dítě bylo přiloženo k prsu matky v co nejkratší možné době a po dobu, kdy není matka schopna se o dítě sama starat, by mělo být v pravidelných intervalech za matkou přinášeno. Dítěti by se neměly podávat náhrady v podobě dudlíků, které mohou ohrozit techniku kojení. Samotné kojení by se mělo provádět v polohách vhodných právě po porodu císařským řezem. Mezi ně patří poloha boční fotbalová, v polosedu s pokrčenýma nohama, kdy je na nad jizvou položený polštář, anebo poloha vleže na boku s podloženou horní končetinou polštářem (Roztočil, 2008, s. 127-129).

9 PSYCHIKA ŽENY PO S.C.

Psychika ženy v šestinedělí je vystavena obrovské zátěži, ať se jedná o porod císařským řezem, tak o porod vaginální cestou. Důvodem jsou hormonální změny, fyzické změny a také adaptace na novou roli matky.

Stav, kdy se žena stává emočně labilní, je plačtivá, smutná a projevuje se u ní špatná koncentrace, můžeme nazvat jako poporodní blues. Vyskytuje se u žen, které mají sklon k depresi v anamnéze, nemají dostatečně silné rodinné zázemí. Může se objevit i po nedostatečné laktaci, když se žena obviňuje, že se nedokáže dostatečně postarat o své nově narozené dítě. Tento stav není patologický, je to pouze přirozená adaptační změna ženy na nové skutečnosti. Je vhodné zajistit ženě vhodnou psychoterapii (Slezáková et al, 2011, s. 231).

Poporodní deprese se může objevit po vaginálním porodu nebo po porodu s.c., ale také po umělém přerušení těhotenství, mimoděložním těhotenství nebo předčasném porodu. Může se objevit od ukončení těhotenství až do jednoho roku po něm. Do rizikové skupiny patří mladé ženy pod dvacet let, ženy s nedostatečným rodinným a ekonomickým zázemím, nebo také ženy, které pochází k velké rodiny, kdy mají pět a více a sourozenců. Roli zde hraje i sociální status a vzdělání. Poporodní deprese se projevuje jako deprese u jiných netěhotných osob ztrátou váhy, nespavostí a neschopností dávat najevo city svým blízkým. Důležité je včasné rozpoznání a zahájení léčby psychoterapií a vhodnými léky.

Nejzávažnější, avšak naštěstí nejméně častou psychickou poruchou je laktační psychóza, která se řadí do schizofrenií. Šestinedělka vykazuje úzkost, spojenou s maniodepresivními atakami, které doprovázejí halucinace. Může se předpokládat u žen, u kterých se v rodinné anamnéze vyskytuje psychiatrická porucha, nebo u kterých se již psychóza projevila. Žena pak nesmí být dále ošetřována na klasickém oddělení šestinedělí, ale musí být přeložena na oddělení psychiatrické (Slezáková et al, 2011, s. 231).

Období šestinedělí může být pro ženy, které porodily císařským řezem více psychicky náročné, než pro ženy, které porodily vaginální cestou. Dochází zde ke střetnutí více faktorů, které mají negativní dopad na psychiku. Jsou to situační faktory, které se vyskytují již před samotným porodem. Patří sem například stres z operace, který může být umocněn faktem, že se často jedná o neplánovaný, akutní císařský řez, kdy vše probíhá velmi rychle a pod tlakem a často se rodičce nedostane dostatek informací. S tím souvisí další faktory, jako je strach a úzkost, později frustrace. Žena, která se těšila na svůj přirozený porod, připravovala se a plánovala, je většinou velmi zklamaná, když poté dojde k operativnímu

ukončení. Když se poté přidá již zmíněné těžké období šestinedělí, nemocniční prostředí a zároveň odloučení od rodiny a blízkých, tlak na psychiku ženy může být již příliš velký. V tomto případě velmi záleží na sociálním zázemí ženy a její schopnosti vyrovnávat se se stresovými situacemi. Mnohdy se ale stává, že žena zůstává nepochopena jak rodinou, tak ošetřujícím personálem. Nestarají se o to, co matka cítí, ale pouze o viditelnou stránku věci a to, jak žena vypadá a jak se cítí po stránce fyzické. V této situaci, kdy matka zůstává nepochopena, se může její stav zhoršit. Pokud má žena potřebu o svém problému mluvit a zůstává nevyslyšena, může u ní dojít k zapouzdřené bolesti. To může narušit vztah jak k jejímu okolí, tak i k dítěti a partnerovi, a v neposlední řadě i k sobě samé (Labusová, 2008).

Zdravotní personál může hrát v tomto případě klíčovou roli. Důležité je již samotné sdělení informace. Jestliže ženě, která s císařským řezem nepočítala a plánovala si svůj přirozený porod, sdělí lékař zprávu o nutnosti ukončení porodu per sectionem, může žena reagovat zklamáním, které může doprovázet strach ze samotného zákroku. Lékař by měl ženě vždy vysvětlit okolnosti a důvody, popřípadě další lékařský postup a dát rodičce dostatek prostoru pro otázky a vyjádření svých obav (Vymětal, 2003, s. 160, 161). Jestliže ovšem dojde k situaci, kdy je nutné provést akutní s.c., není dostatek prostoru toto realizovat.

Po porodu na oddělení šestinedělí je důležitá role porodní asistentky, která se o ženu stará. Jakmile porodní asistentka zpozoruje známku psychické nepohody, jako je například pocit sebeobviňování, zklamání, plačtivost nebo apatičnost, je důležité zaujmout správný postoj. Měla by mít schopnost jednat, naslouchat a orientovat ženu na pozitivní jevy a poskytnout ji tzv. krizovou intervenci. Krizová intervence se označuje jako pomoc osobám, které se vyskytly v nějaké životní krizi, a jejím úkolem je navrácení psychické rovnováhy postiženému jedinci. Porodní asistentka by měla ženě poskytnout emociální podporu a pocit bezpečí, podporovat ji v komunikaci a zároveň vybízet k ventilaci emocí. Důležité je identifikovat a popsat problém, který přesně ženu trápí a pomoci jí vytvořit plán, jak se se situací vyrovnat. Zároveň může ženě poskytnout kontakty na jinou specializovanou pomoc. Při komunikaci s klientkou, která trpí některým psychickým problémem, není vhodné přesvědčování a vybízení k potlačení emocionálních reakcí. Nežádoucí je bagatelizování problému a přílišné utěšování (Špatenková, 2011, s. 15, 17)

Na Kalifornské univerzitě byl proveden výzkum, který prokázal, že ženy, které posléze prožívají svůj operativní porod jako nevídanou zkušenost až jako traumatický zážitek, potřebují projít čtyřmi fázemi. Tyto fáze jsou podobné jako u procesu truchlení po ztrátě blízké osoby.

V prvních hodinách po operaci u žen doznívají anestetika, analgetika. Žena cítí úlevu, že je ona a dítě v pořádku. V dalších dnech při hospitalizaci ženy na oddělení šestinedělí dochází k uvědomování si zklamání, že její porod byl veden operativně. Objevuje se přechodná poporodní deprese, která se však může objevit i u žen po spontánním porodu. Po propuštění z nemocničního zařízení až do šestého až osmého týdne začíná velmi psychicky náročné období. U žen po s.c. je o to náročnější díky velké břišní operaci, kdy pociťují bolest v jizvě, ale musí se postarat o své dítě. Zároveň přemýšlí nad otázkou, co bylo špatně, zda bylo nutné operativní ukončení porodu. Každá žena se vyrovnává s touto zkušeností a myšlenkami po svém. Některá je zapudí hluboko do své mysli, další má potřebu o svých pocitech mluvit. Fáze smíření přichází až s odstupem času, kdy je žena schopna posuzovat věc s větším nadhledem a má čas se se situací vyrovnat (Labusová, 2009).

10 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Role porodní asistentky by neměla zahrnovat pouze rutinní ošetrovatelskou péči, ale především také psychickou podporu. Na předoperační péči má vliv urgence provedení operace.

10.1 Příjem rodičky před plánovaným s.c.

Dle zvyklosti zdravotnického zařízení přichází rodička zpravidla den před plánovanou operací na porodní sál, oddělení rizikového těhotenství atd. Při příjmu žena prochází filtrem, odevzdá porodní asistentce všechny potřebné doklady jako je občanský průkaz, kartičku pojištěnce a těhotenskou průkazku. Dále výsledky z předchozích vyšetření v těhotenství, oddací list nebo prohlášení o jménu dítěte z matriky. Porodní asistentka (dále PA) vyšetří moč na bílkovinu a cukr pomocí diagnostických proužků, v případě podezření na odtok vody plodové provede test pomocí Temesváryho činidla. Natočí vstupní CTG záznam, změří fyziologické funkce (dále FF) a zhodnotí celkový stav rodičky. Dále sepíše anamnestické údaje, administrativní příjem a předá informace o ženě lékaři. PA plní ordinace lékaře a asistuje při vnitřním vaginálním vyšetření, informuje ženu o nutnosti lačnění, odstranění šperků a možnosti jejich úschovy do trezoru a odličení. Součástí přípravy k císařskému řezu je i nutnost oholení pubického ochlupení včetně ochlupení na břicho, dle zvyklosti zdravotnického zařízení podání očistného klyzma nebo YAL gelu. Rodička podepíše všechny informované souhlasy a na závěr absolvuje pohovor s anesteziologem, se kterým se dohodnou na způsobu anestezie (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 30).

10.2 Příprava ženy před plánovaným s.c.

Předporodní příprava u plánovaného císařského řezu je individuální, každé zdravotnické zařízení má své zvyklosti. Jestliže není odstraněno pubické ochlupení a provedeno očistné klyzma nebo mikroklima pomocí YAL gelu z předchozího dne, provede toto PA ráno v den výkonu. Poté vyzve rodičku, aby se osprchovala a uložila se na lůžko. Ženě je natočen kontrolní CTG monitor, jsou změřeny FF, zaveden permanentní žilní katetr a močový katetr. PA zabandážuje rodičce dolní končetiny pomocí obinadel nebo elastických punčoch jako prevenci trombembolie. Podává medikaci dle ordinace lékaře a anesteziologa.

Později je žena zavezena na operační sál, kam ji PA doprovází a předává informace lékaři. Během podávání anestezie si PA připraví pomůcky k zajištění potřebných odběrů na ASTRUP a další vyšetření podle krevní skupiny matky. V neposlední řadě zapisuje čas porodu novorozence a placenty do porodní knihy (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 31-32).

10.3 Příprava ženy před akutním s.c.

V situaci, kdy je nutné provedení okamžitého operativního ukončení těhotenství, je hlavním úkolem připravit ženu v co nejkratším možném čase. PA svolá novorozenecké oddělení a anesteziologický tým. Důležité je zavedení žilního katetru, permanentního močového katetru, bandáž dolních končetin, kontrola operačního pole kvůli ochlupení a plnění ordinace lékaře. PA dá rodičce podepsat informované souhlasy o provedení císařského řezu a anestezie, jestliže už to nebylo součástí příjmu. Po celou dobu by měla být porodní asistentka zároveň psychickou podporou jak pro ženu, tak pro její doprovod u porodu. Po převezení ženy na operační sál je další postup totožný jako u plánovaného s.c. (Koudelková, 2013, s. 105-106).

10.4 Ošetřovatelský postup na JIP

Po ukončení operace přebírá PA ženu společně se sanitářem a odváží ji na oddělení JIP. Šestinedělka je uložena do mírně zvýšené polohy a je připojena na EKG. Na levou horní končetinu je umístěno čidlo na kontrolu saturace a na opačnou končetinu je připevněna manžeta na kontrolu krevního tlaku (dále TK). PA kontroluje krvácení a zavinování dělohy, množství moče ve sběrném sáčku, sleduje křivku EKG, TK a pulz, saturaci a dechovou křivku, plní ordinace lékaře a zajišťuje odběry biologického materiálu. Nezbytná je i kontrola operační rány a případné prosáknutí sterilního krytí.

Dle stavu rodičky, přibližně za 12 hodin, vstává PA s ženou do sprchy. Nejdříve ji poučí o nutnosti vstávat přes bok, ponechá ženu sedět na lůžku, později stát vedle lůžka. Pokud se žena cítí dobře, doprovodí ji do sprchy a dopomůže s hygienou a následným osušením. PA je neustále se ženou a dotazuje se na její stav, následně ji odvede zpátky na lůžko (Koudelková, 2013, s. 105-106).

10.5 Pooperační péče na oddělení šestinedělí

Po převezení šestinedělky na standardní oddělení PA změří FF, zkontroluje krvácení, barvu a případný zápach očístků, zavínování dělohy. Poučí ženu o způsobu vstávání a ulehání na lůžko přes bok a seznámí ji s chodem oddělení. V případě, že je nedělka již plně mobilizována, PA odstraní močový katetr a edukuje o nutnosti dodržování pitného režimu. Dále kontroluje u ženy odchod stolice, plynů a moči. Podává ordinace dle lékaře a provádí odběr biologického materiálu. Všímá si celkového zdravotního, ale i psychického stavu nedělky a případné změny hlásí neprodleně lékaři (Koudelková, 2013, s. 105-106).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

11 METODIKA VÝZKUMU

Ve výzkumné části bakalářské práce bylo využito kvantitativního sběru dat. Pro tento typ výzkumu byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Respondenty se staly ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí v jednom ze zdravotnických zařízení Královéhradeckého kraje.

Dotazník, který byl vytvořen (viz příloha B), byl určen ženám po porodu císařským řezem a byl zcela anonymní. Skládá se celkem ze 12 otázek uzavřeného typu. Mezi uzavřenými otázkami byly odpovědi výběrové, kdy byla možná jedna odpověď, dále pak odpovědi výčtové, kdy bylo možné vybrat více variant zároveň. V dotazníku se objevily i otázky polouzavřené, kdy měly respondentky možnost vybrat odpověď a zároveň vyjádřit svůj názor.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od listopadu 2014 do ledna 2015. Vyplněno bylo celkem 43 dotazníků, avšak kvůli neúplnosti vyplněných odpovědí nemohly být 3 dotazníky použity. Získaná data z celkem 40 dotazníků byla zaznamenána do programu Microsoft Office Excel a později zpracována pomocí tabulek a grafů. Ve vypracovaných tabulkách je uváděna relativní četnost v procentech. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i (\%) = n_i/n \times 100$ (Chrásková, 2007). Přičemž f_i je tedy relativní četnost vyjádřena v procentech, n_i vyjadřuje absolutní četnost, zde tedy počet jednotlivých respondentek, které vybraly danou variantu a n je celková četnost, která vyjadřuje celkový počet respondentek, které odpověděly na danou otázku.

11.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jak se ženy po porodu císařským řezem cítily zejména tedy po stránce psychické a jaký postoj k samotnému operativnímu porodu zaujímají. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký názor mají ženy na poporodní bonding.

11.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených výzkumných cílů práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

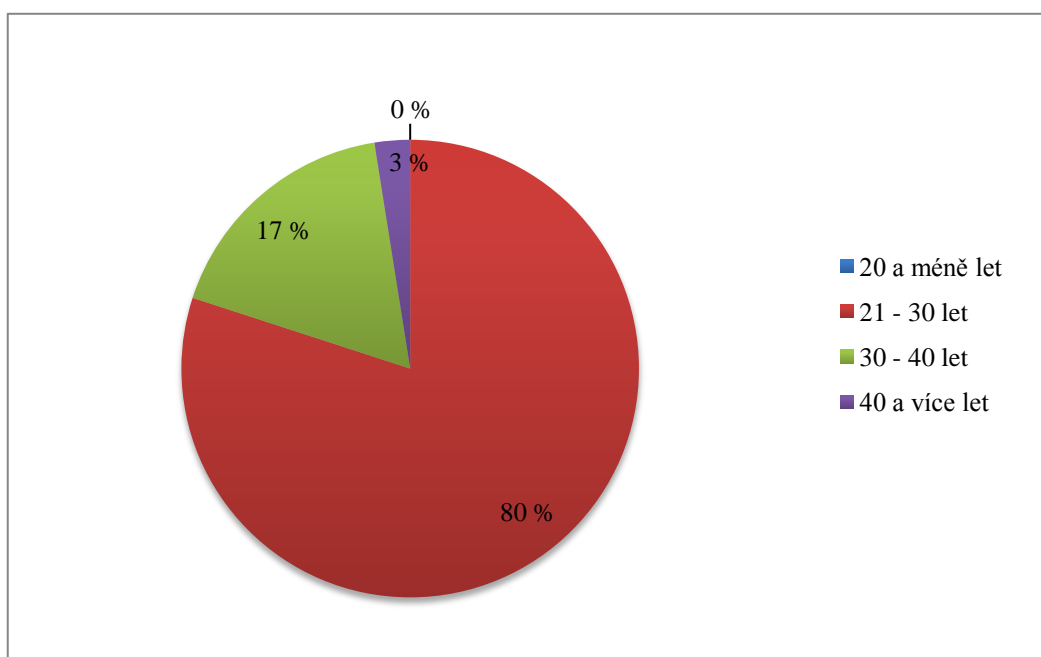
1. Preferují ženy porod císařským řezem před přirozeným porodem?
2. Byly ženy, u kterých byl proveden císařský řez, zklamány, že nemohly porodit vaginální cestou?
3. Jaké psychické problémy se objevily u žen po porodu císařským řezem?
4. Jaký názor mají ženy na poporodní bonding?

12 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části práce se zabýváme interpretací dosažených výsledků pomocí slovního komentáře, tabulek a grafů. Výsledky v procentech budou zaokrouhleny.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

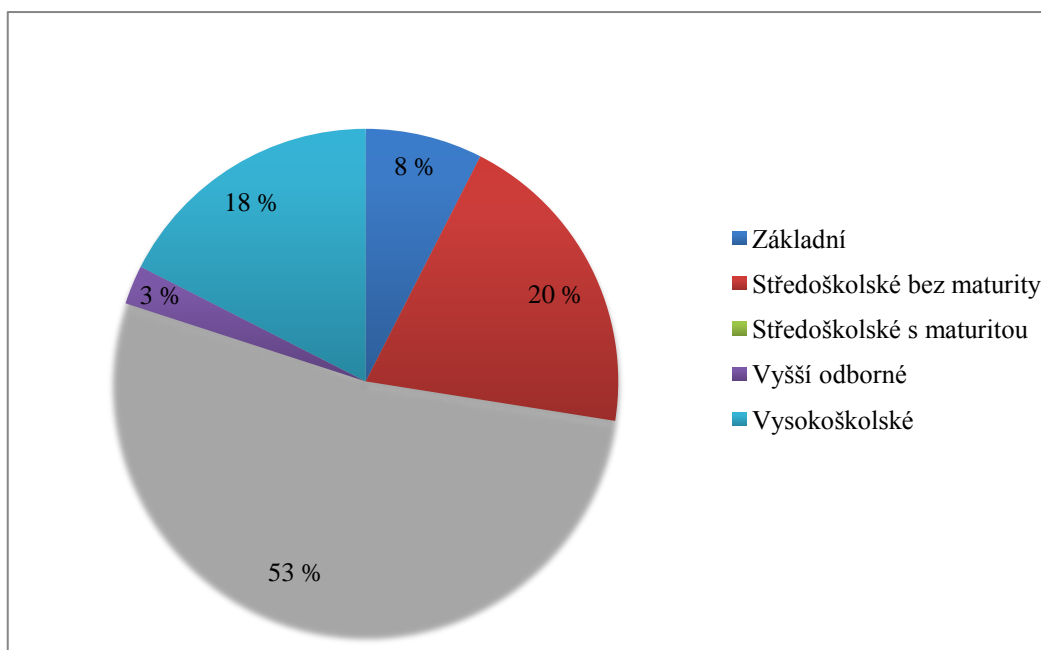
Graf (obr. 1), představuje věk respondentek, rozdělený do 4 kategorií. Z celkového počtu 40 žen (100 %), byla nejčastěji zastoupena věková kategorie od 21 do 30 let. Dohromady jich bylo 32 (80 %). Dalších 7 (18 %) bylo zařazeno do kategorie 31 – 40 let, 1 ženě (3 %), která odpovídala na dotazník, bylo více než 40 let.



Obrázek 1 *Věk respondentek*

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

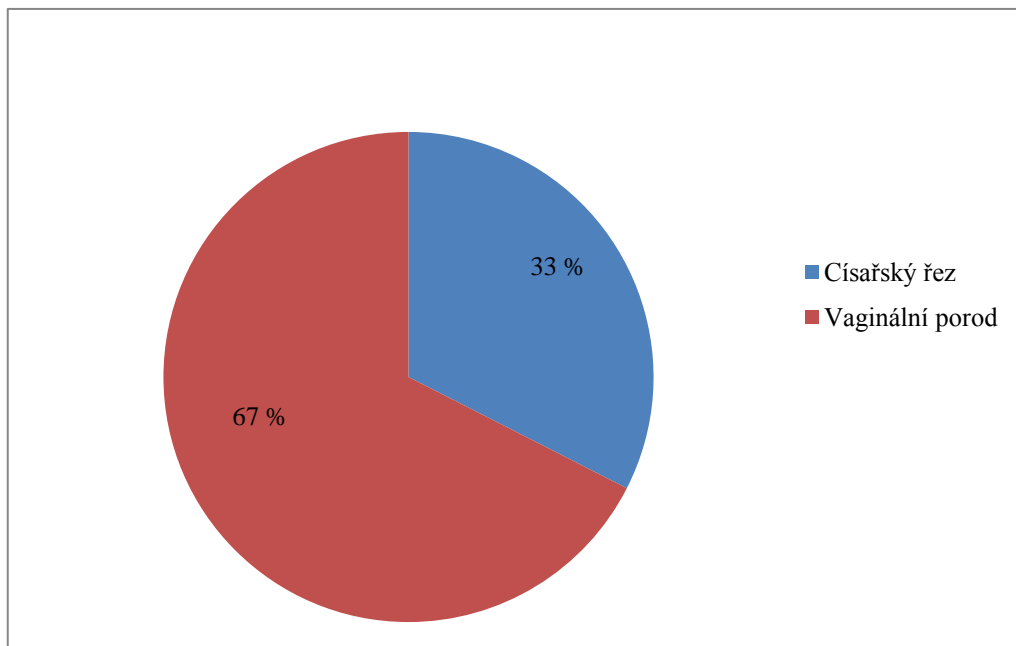
V uvedeném grafu (obr. 2) lze vyčíst nejvyšší dosažené vzdělání, kterého oslovené respondentky dosáhly. Nejméně početnou skupinu tvořily ženy, jež dosáhly pouze základního vzdělání, a to ve 3 (8 %) případech, středoškolské vzdělání bez maturity dosáhlo 8 (20 %) žen. Nejpočetnější skupinu se středoškolským vzděláním s maturitou tvoří 21 (53 %) respondentek. Vyšší odborné vzdělání má pouze 1 (3 %) žena a vysokoškolské vzdělání 7 (18 %) žen.



Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Otázka č. 3: Kdybyste si mohla vybrat, dala byste přednost císařskému řezu před vaginálním porodem?

Graf (obr. 3) poskytuje přehled žen, které by v případě možnosti volby daly přednost císařskému řezu před přirozeným porodem a které nikoliv. Na otázku odpovědělo 13 (33 %) žen kladně a zbytek, tedy 27 (67 %) záporně. Pokud byla odpověď ano, navazovala otázka číslo 4. V opačném případě respondenty na 4. otázku neodpovídaly.



Obrázek 3 *Výběr způsobu porodu*

Otázka č. 4: Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, z jakého důvodu byste chtěla právě císařský řez?

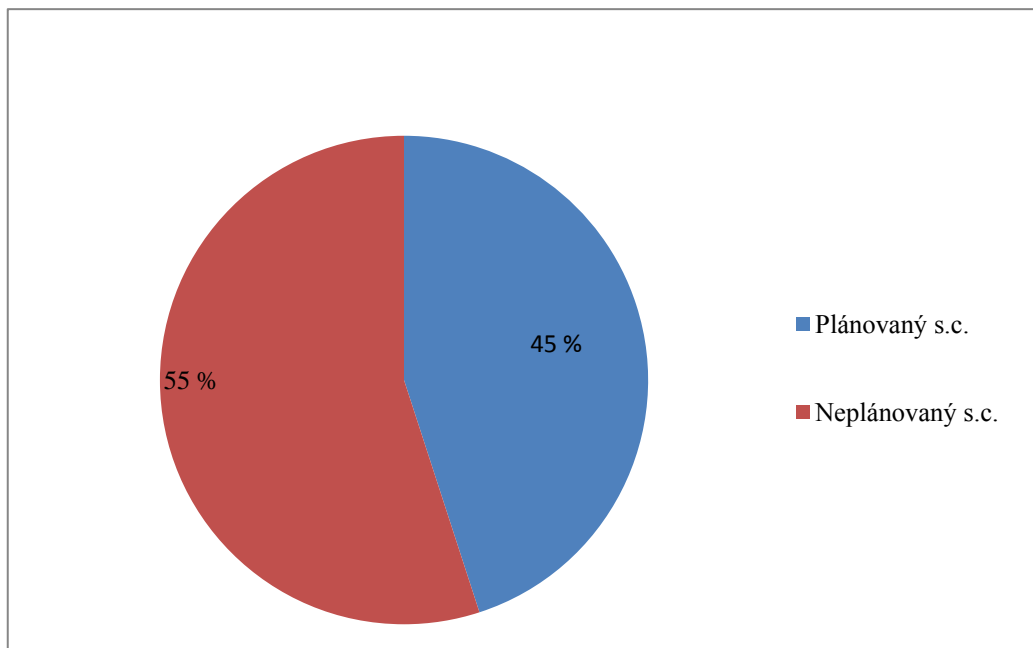
Tabulka 1 *Důvod preference císařského řezu*

Důvod preference císařského řezu		
Důvod	n_i	f_i (%)
Strach z bolesti	5	24
Strach z porodu	10	48
Možnost naplánovat si termín porodu	1	5
Jiné	5	24
Celkem	21	100

Tabulka 1 nabízí možné důvody, proč by daly ženy přednost císařskému řezu před vaginálním porodem. U této otázky mohly ženy zvolit více odpovědí z nabízených možností, a popřípadě dopsat, z jakého důvodu by chtěly родit právě císařským řezem. Nejčastějším důvodem, který uvedlo 10 (48 %) žen, byl strach z porodu. Obavu z bolesti uvedlo 5 (24 %) žen a 1 (5 %) žena chce mít předem naplánované datum porodu. Možnost volné odpovědi využilo 5 (24 %) žen, avšak odpovědi byly u všech stejné, pouze jinak interpretované. U těchto žen byl proveden akutní císařský řez a všechny se shodly na tom, že už nechtějí zažít strach o své dítě, když přirozený porod neprobíhal tak, jak by měl.

Otázka č. 5: Byl Váš porod císařským řezem plánovaný?

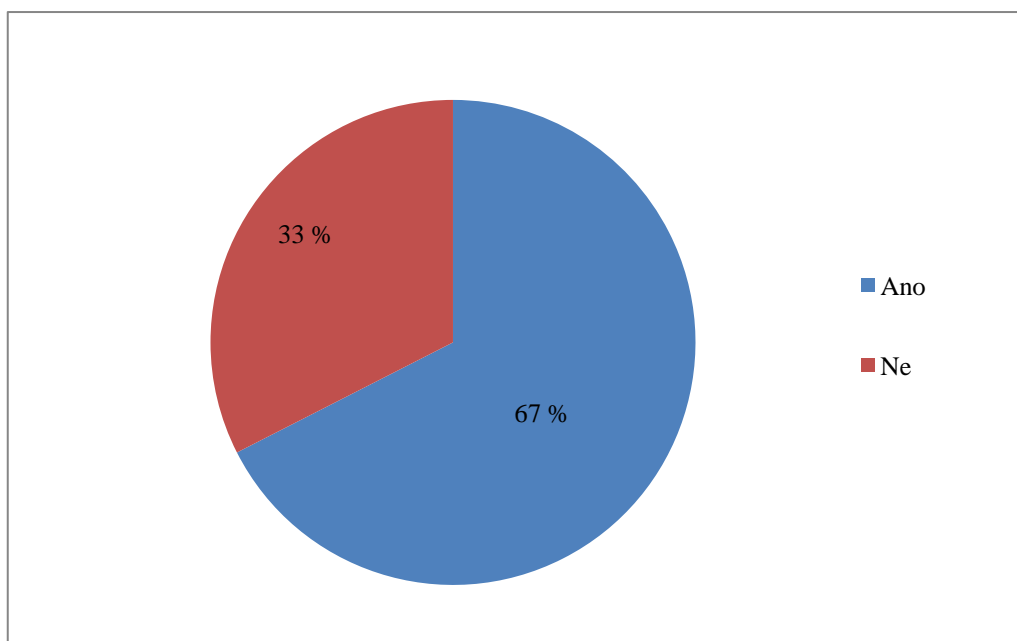
Z níže uvedeného grafu (obr. 4) je patrné, že plánovaný císařský řez byl proveden u 18 (45 %) respondentek, zbylým 22 (55 %) ženám byl proveden neplánovaný císařský řez.



Obrázek 4 Plánovaný císařský řez

Otázka č. 6: Byla jste zklamaná, že jste nerodila vaginální cestou?

V této otázce ženy vybíraly možnost ano nebo ne. Jestliže byla jejich odpověď ano, měly se ženy vyjádřit, proč byly zklamané. Možnost ne vybralo 13 (33 %) žen, 27 (67 %) žen uvedlo, že byly zklamány operativním vedením porodu. Odpovědi jsou znázorněny v grafu (obr. 5). Mezi důvody pak uváděly nejčastěji nemožnost zapojení se do porodu, přivést dítě na svět přirozenou cestou, okamžitého kontaktu s dítětem a v neposlední řadě nepřítomnost partnera po celou dobu porodu.



Obrázek 5 Zklamání žen po s.c.

Otázka č. 7: Pociťovala jste nějaké fyzické problémy po porodu?

Tabulka 2 Fyzické problémy po s.c.

Fyzické problémy po s.c		
Potíže	n_i	f_i (%)
Bolesti hlavy	2	2
Bolest v jizvě	27	28
Únava, vyčerpání	15	15
Obtížné močení	5	5
Zácpa	9	9
Potíže při vstávání	27	28
Potíže při ošetřování dítěte	13	13
Bez obtíží	0	0
Celkem	98	100

V této otázce bylo opět možno vybrat více nabízených odpovědí. Tabulka 2 nabízí možné fyzické problémy, které se u žen po porodu s.c. mohou objevit. Bolest v ráně pociťovalo 27 (28 %) žen a stejný počet uvedl potíže při vstávání z lůžka. 15 (15 %) šestinedělek se cítilo unaveně, 2 (2 %) uváděly bolest hlavy, 5 (5 %) problémy s močením, 9 (9 %) problémy s vyprazdňováním stolice a 13 (13 %) žen uvedlo, že měly potíže při ošetřování a manipulaci s dítětem. Žádná žena nevyužila možnost bez obtíží.

Otázka č. 8: Vyskytly se u vás některé problémy s kojením?

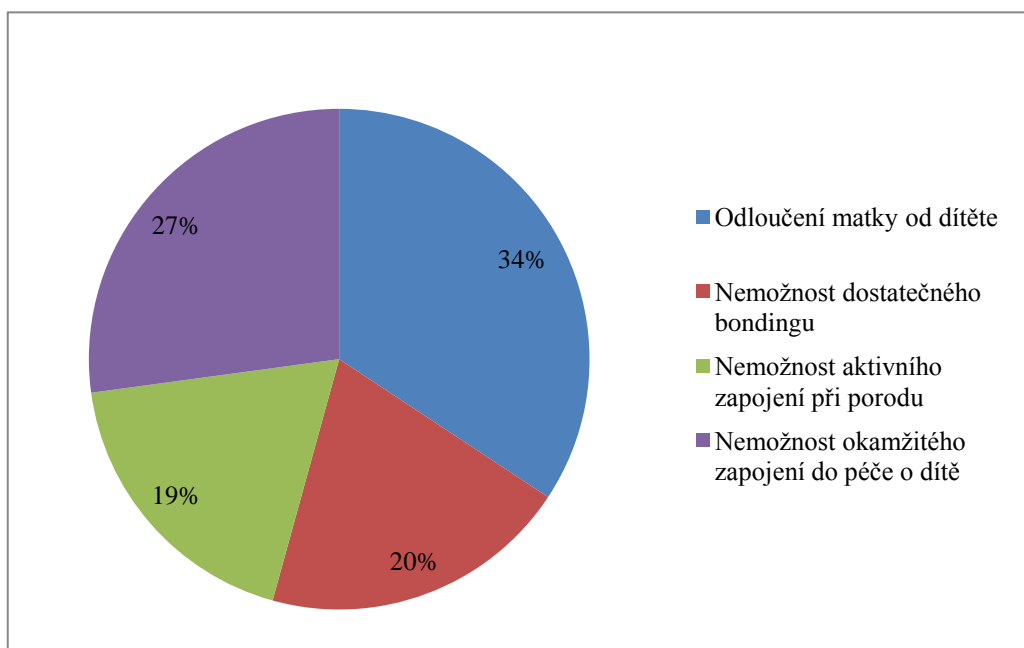
Tabulka 3 Důvody pro potíže s kojením

Důvody pro potíže s kojením		
Příčiny	n_i	f_i (%)
Bolestivé nalití prsou	8	13%
Nedostatečná tvorba mléka	20	33%
Nepřísátí se dítěte	9	15%
Zadržování mléka	1	2%
Zánět prsu	4	7%
Trhlinky, ragády na bradavce	11	18%
Bez obtíží	7	12%
Celkem	60	100

V tabulce 3 jsou uvedeny možné důvody, které mohou být příčinou nemožnosti kojení. Problémy s nedostatečnou tvorbou mléka uvedlo 20 (33 %) žen, u 8 (13 %) šestinedělek docházelo k bolestivému nalití prsou, u 11 (18 %) se objevily trhlinky, ragády na bradavce a 9 (15 %) žen uvedlo, že jejich dítě mělo problémy s přísátím. U 4 (7 %) žen došlo k zánětu prsu a u 1 (2 %) dotazované se objevilo zadržování mléka. Pouze 7 (12 %) z dotazovaných žen uvedlo, že kojení bylo bez problémů.

Otázka č. 9: Které z uvedených bodů mají podle Vás vliv na psychiku ženy po císařském řezu?

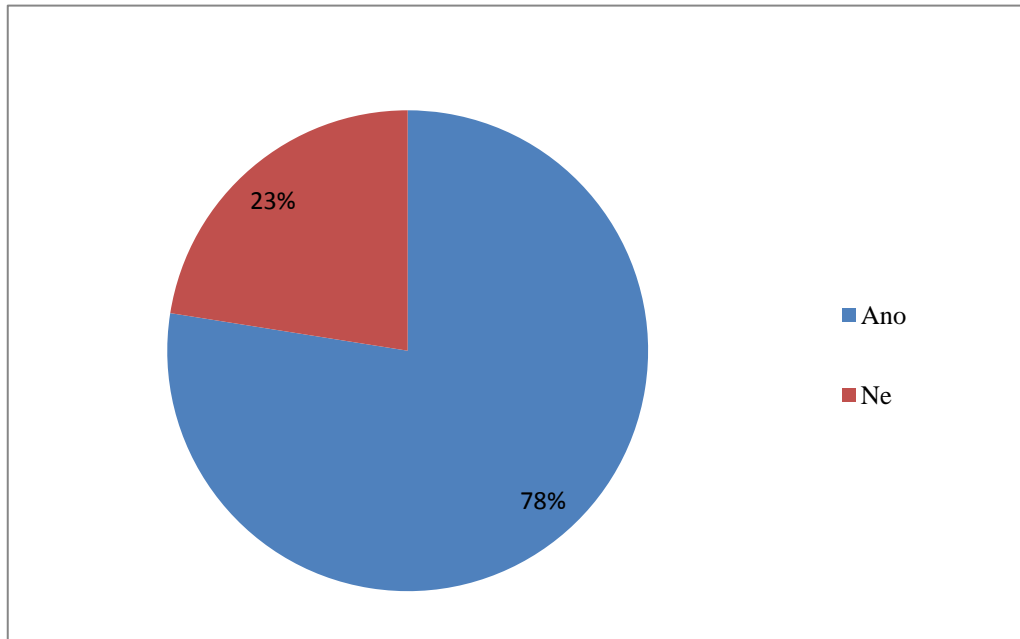
Ze čtyř nabízených odpovědí bylo možné vybrat jednu nebo více možností, popřípadě dopsat vlastní názor. Poslední zmíněnou možnost ani jedna žena nevyužila. 24 (34 %) žen se domnívá, že na psychiku ženy má vliv odloučení matky od dítěte, u 14 (20 %) je to nemožnost dostatečného bondingu. Nemožnost aktivního zapojení při porodu označilo 13 (19 %) žen a nemožnost okamžitého zapojení do péče o dítě žen 19 (27 %). Odpovědi byly zaznamenány do grafu (obr. 6).



Obrázek 6 *Negativní vlivy na psychiku ženy*

Otázka č. 10: Myslíte si, že je bonding důležitou součástí porodu?

Odpovědi znázorňuje graf (obr. 7) uvedený níže. Pouze 9 (22 %) žen z celkových 40 (100 %) dotázaných odpovědělo, že bonding není důležitou součástí porodu. Zbytek, tedy 31 (78 %) žen odpovědělo na otázku kladně.



Obrázek 7 *Důležitost bondingu pro ženy*

Otázka č. 11: Proč myslíte, že je bonding důležitý?

Tabulka 4 *Důvody pro provedení bondingu*

Důvody pro provedení bondingu		
Důvody	n_i	f_i (%)
Tvorba emočních vazeb mezi matkou a dítětem	27	33
Vzájemné poznávání matky a dítěte	13	16
Matka se lépe vyrovnává s porodními a poporodními bolestmi	15	19
Novorozenec se lépe adaptuje na vnější prostředí	12	15
Matka lépe chápe signály vysílající dítětem	3	4
Menší výskyt poporodních úzkostí	11	14
Celkem	81	100

V této otázce byl opět výčet možností, které jsou uvedeny v tabulce 4, ze kterých bylo možno vybrat více odpovědí. Více než polovina dotázaných žen a to celkem 27 (33 %) se domnívá, že bonding je důležitý pro tvorbu emočních vazeb mezi matkou a dítětem, vzájemné poznávání matky a dítěte označilo 13 (16 %) žen a 15 (19 %) se domnívá, že se žena díky bondingu lépe vyrovnává s porodními a poporodními bolestmi. Pro lepší adaptaci novorozence se rozhodlo 12 (15 %) žen, 11 (14 %) pak pro odpověď, kde bylo uvedeno, že se u matek projevuje méně poporodní úzkost. Pouze 3 (4 %) ženy označily, že díky poporodnímu bondingu matky lépe chápou signály svých dětí.

Otázka č. 12: Projevily se u Vás některé psychické problémy?

Tabulka 5 Psychické problémy po s.c.

Psychické problémy po s.c.		
Potíže	n_i	f_i (%)
Pocit vlastního selhání	21	30%
Snížené sebevědomí	6	8%
Smutek	7	10%
Problém navázání vazby s dítětem	15	21%
Strach z dalšího těhotenství	13	18%
Bez obtíží	3	4%
Jiné	6	8%
Celkem	71	100%

V poslední otázce bylo ženám nabídnuto 7 odpovědí, kdy mohly vybrat i více než jednu odpověď a zároveň se mohly samy k otázce vyjádřit. Možné odpovědi jsou uvedeny v tabulce 6. Pouze u 3 (4 %) žen se neobjevily žádné psychické obtíže, naopak nejčastěji ženy uvedly, že měly pocit vlastního selhání při prodělaném porodu s.c. a to hned v 21 (30 %) případech. U 13 (18 %) dotazovaných došlo k obtížnějšímu navázání vazby s dítětem, 13 (18 %) žen uvedlo, že má strach z dalšího těhotenství. 7 (10 %) šestinedělek pocívalo smutek a u 6 (8%) se vyskytl pocit sníženého sebevědomí. Pouze 6 (8 %) žen využilo možnost vlastního vyjádření, které se ale ve všech případech shodovalo. Ženy zde vyjádřily obavu z dalšího těhotenství a z limitovaného počtu možných gravidit.

13 DISKUZE

V této části jsou představeny výsledky výzkumné části bakalářské práce a zodpovězeny výzkumné otázky, které jsme si na začátku výzkumu stanovily.

Výzkumná otázka č. 1: Preferují ženy porod císařským řezem před přirozeným porodem?

K odpovědi na tuto otázku se vztahuje graf 3 a tabulka 4. Ze čtyřiceti (100 %) dotazovaných by dalo operativnímu porodu přednost 13 (33 %) žen. Zajímavým zjištěním bylo, že u všech těchto žen byl proveden neplánovaný císařský řez a vyskytla se u nich negativní zkušenost v podobě nepostupujícího, protražovaného porodu a tím i přítomnosti obav o dítě. U dalších žen se objevil strach z dalšího možného vaginálního porodu.

Výzkumná otázka č. 2: Byly ženy, u kterých byl proveden císařský řez, zklamány, že nemohly porodit vaginální cestou?

Druhá výzkumná otázka zněla, zda byly ženy po operativním porodu zklamané, kvůli nemožnosti prožití vaginálního porodu. Zde dochází ke shodě výsledků s první výzkumnou otázkou. Všechny ženy, tedy v celkovém počtu 27 (67 %), které by nedaly přednost císařskému řezu před vaginálním porodem, pociťovaly zklamání, že nebyl jejich porod veden přirozenou cestou. PhDr. Eva Labusová ve svém článku popisuje (Labusová, 2008), že čím více se žena připravuje na přirozený porod, tím větší pak cítí zklamání, že k němu nedošlo. Díky dotazníku bylo zjištěno, že u 21 žen byl proveden neplánovaný císařský řez. Domnívám se tedy, že i tento fakt přispěl k tomu, že se u žen vyskytl pocit zklamání.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké psychické problémy se objevily u žen po porodu císařským řezem?

Psychickými problémy po s.c. se zabývala třetí výzkumná otázka. Zajímavým zjištěním bylo, že pouze 3 ženy z celkových 13 (33 %), které uvedly, že by daly přednost s.c. před vaginálním porodem uvedly, že se u nich nevyskytl žádný psychický problém a ani pocit

zklamání. U ostatních 10 žen, které pocit zklamání nepocit'ovaly, se ale objevila obava z dalšího těhotenství. U 27 (67 %) žen, které pocit'ovaly po prodělaném s.c. zklamání se nejčastěji objevil i pocit vlastního selhání.

Všechny ženy, které uvedly pocit vlastního selhání, smutku nebo obou pocitů dohromady zároveň označily odpověď odloučení matky od dítěte jako příčinu, která může mít vliv na ženskou psychiku. U 6 žen z celkových 13 (19 %), které uvedly, že nemožnost aktivního zapojení při porodu má negativní vliv na psychiku ženy, se objevil pocit sníženého sebevědomí.

Za zmínku stojí i fakt, že z 15 (18 %) žen, které uvedly, že u nich došlo k obtížnějšímu navázání vazby s dítětem, 14 žen označilo nemožnost dostatečného bondingu jako bod, který má vliv na psychiku ženy. Klinická psycholožka Michaela Mrowetz v knize Bonding – porodní radost uvádí, že právě nedostatečný a mnohdy chybějící bonding po císařském řezu může vést právě k této komplikaci (Mrowetz et al., 2011).

Výzkumná otázka č. 4: Jaký názor mají ženy na poporodní bonding?

Více jak tři čtvrtiny žen (78 %) se domnívalo, že bonding je důležitou součástí porodu. 9 (22 %) žen, které mají opačný názor, patří zároveň do již zmíněné skupiny 13 (33 %) žen, které dávají přednost s.c. Považuji za zajímavé zmínit, že ani jedna z těchto 13 (33 %) žen nedosáhla vysokoškolského ani vyššího odborného vzdělání, naopak pouze 2 dosáhly středoškolského vzdělání s maturitou, ostatních 8 je vyučeno a zbylé 3 mají pouze základní vzdělání. Ač není moje úvaha podepřená, domnívám se, že nezáměr o bonding závisí v tomto případě i na nedostatku informací o tomto přirozeném poporodním kroku.

Většina ze zbylých 31 (78 %) žen, které odpověděly kladně na otázku přínosnosti poporodního bondingu, uvedly, že je důležitý pro tvorbu emočních vazeb mezi matkou a dítětem a dále že pomáhá s vyrovnáváním se s porodní a poporodní bolestí a zároveň dochází ke vzájemnému poznávání matky a dítěte.

14 ZÁVĚR

Císařský řez je u nás nejčastější operace vedoucí k ukončení těhotenství a jeho frekvence stále stoupá. Avšak oproti přirozenému vaginálnímu porodu je u porodu s.c. až šestinásobně vyšší riziko výskytu komplikací (Pařízek, 2009). Domnívám se však, že mezi komplikace se zde zahrnují pouze komplikace fyzické, nikoliv psychické. Z výsledků našeho výzkumu, kde bylo hlavním cílem zjistit, jak se ženy po porodu s.c. cítily, vyplývá, že mnoho žen trpí po operativním porodu zklamáním a dalšími psychickými problémy. Tyto výsledky platí ale pouze pro náš výzkumný vzorek, nelze jej tedy zevšeobecňovat pro celou populaci.

V naší práci jsme se také věnovaly bondingu, který dle mého názoru, s psychikou ženy po porodu úzce souvisí. Z výsledků vyplynulo, že ženy považují bonding za důležitou součást porodu, avšak ne ve všech porodnicích je tento proces součástí přirozeného porodu, natož po porodu císařským řezem. Domnívám se proto, že by se v tomto případě mělo brát více ohledů na rodičku a proces kůži na kůži aplikovat i po operativním porodu. Jestliže by to zdravotní stav rodičky nedovolil, může ji zastoupit člen rodiny, nejčastěji tedy otec dítěte.

Při psaní této bakalářské práce jsem se dozvěděla mnoho nových a zajímavých informací. Avšak domnívám se, že by se této oblasti mělo vyhradit více výzkumného prostoru. Publikací o problematice, která by se zabývala ženami a jejich následném prožívání porodu císařským řezem, není ještě zcela mnoho. Ve většině případů bývá důležitým měřítkem pro zdravotníky a blízké okolí fyzické hledisko, které je lépe měřitelné, avšak žena a její pocity bývají často opomenuty. Doufám tedy, že se tato problematika dostane do popředí a stav ženy bude hodnocen jako celek, ze všech možných aspektů.

15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4745-299.

DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-807-3876-241.

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : přehled péče o fyziologického novorozence*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

PAŘÍZEK, Antonín, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Analgezie a anestezie v porodnictví: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Kamenice: Galén, 2011, 279 s., [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-2628-933.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4733-739.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

KŘEPELKA, Petr. Císařský řez: Historie, současnost a chirurgický minimalismus. *SANQUIS* [online]. 2008, č. 57 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=pls33&kat=2>

LABUSOVÁ, Eva. Eva Labusová.cz: rodičovství, psychologie, zdraví. [online]. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/vice2.php>

LOMÍČKOVÁ, Taťána. Změnily se indikace k císařskému řezu?. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2009, č. 1 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.actualgyn.com/en/index.php>

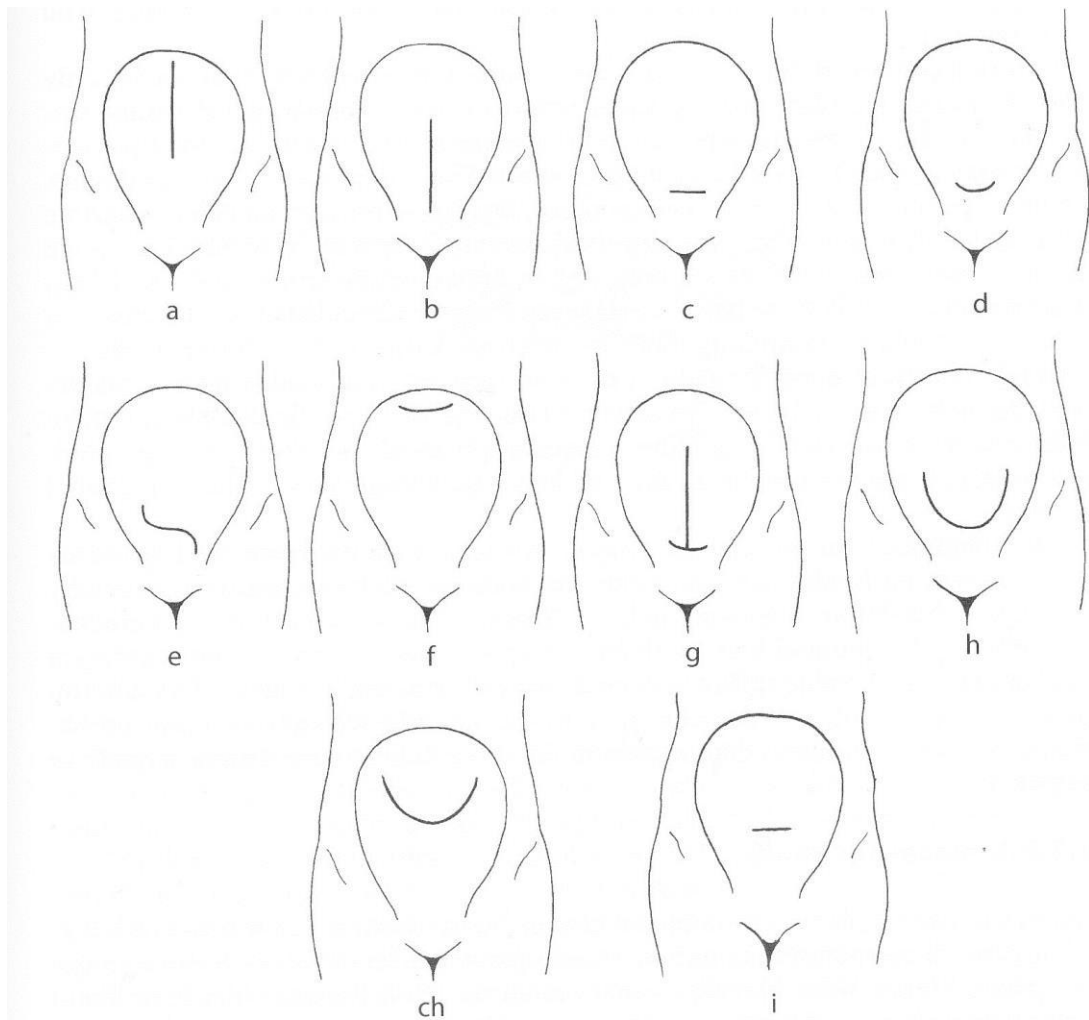
ROZTOČIL, Aleš. Císařský řez na přání pacientky - ano či ne. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/03/14.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A <i>Řezy na děloze (Doležal et al., 2007, s. 225)</i>	55
Příloha B <i>Dotazník</i>	56

16 PŘÍLOHY

Příloha A Řezy na děloze (Doležal et al., 2007, s. 225)



Obr. 93 Typy řezu na děloze

a – korporální, b – cerviko-korporální, c – malá příčná incize, d – semilunární, e – S řez podle Chmelika, f – Lauverjat, g – T řez, h – U řez, ch – vysoko uložený U řez, i – Joel Cohen

Příloha B *Dotazník*

Postoj žen k porodu císařským řezem – dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Veselá a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice, oboru Porodní asistentka.

Dovoluji si, Vás tímto požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma Postoj žen k porodu císařským řezem. Veškeré vyplněné údaje budou sloužit pouze k účelům mé práce.

Odpověď, prosím, zaškrtněte. Je možno zaškrtnout více odpovědí.

Děkuji za Váš čas, který věnujete dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- 20 a méně
- 21- 30
- 31 – 40
- 40 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučená
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Kdybyste si mohla vybrat, dala byste přednost císařskému řezu před vaginálním porodem?

- ANO
- NE

4. Pokud jste odpověděla ano, z jakého důvodu byste chtěla právě císařský řez?

- Strach z bolesti
- Strach z porodu
- Možnost naplánování termínu
- Jiné (dopište)

5. Byl Vás porod císařským řezem plánovaný?

- ANO
- NE

6. Byla jste zklamaná, že jste nerodila vaginální cestou?

- NE
 - ANO
- proč?

7. Pociťovala jste nějaké fyzické problémy po porodu císařským řezem?

- Bolesti hlavy
- Bolesti v oblasti jizvy
- Únava, vyčerpání
- Obtížné močení
- Zácpa
- Potíže při vstávání
- Potíže při ošetřování dítěte (zvedání z postýlky, manipulace s dítětem ...)
- Nepociťovala jsem žádné obtíže

8. Vyskytly se u vás některé problémy s kojením?

- bolestivé nalití prsou
- nedostatečná tvorba mléka
- nepřisátí se dítěte
- retence mléka
- zánět prsu
- trhlinky – ragády na bradavce
- Bez obtíží

9. Které z níže uvedených bodů, mají podle Vás vliv na psychiku ženy po S.C.?

- Odloučení matky od dítěte
- Nemožnost dostatečného bondingu
- Nemožnost aktivního zapojení při porodu
- Nemožnost okamžitého zapojení do „roaming-in“
- Jiné

10. Myslíte si, že je bonding důležitou součástí porodu?

- ANO
- NE

11. K čemu myslíte, že je bonding dobrý?

- pro tvorbu emočních vazeb matky a dítěte
- vzájemné poznávání matky a dítěte
- matka se lépe vyrovnává s porodními a poporodními bolestmi
- lepší adaptace novorozence
- matky lépe chápou signály svých dětí
- matky trpí méně poporodními úzkostmi

12. Projevily se u Vás některé psychické problémy?

- Pocit vlastního selhání
- Snížené sebevědomí
- Pocit zklamání
- Smutek
- Problém navázání vazby matka a dítě
- Strach z dalšího těhotenství
- Jiné