

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Natálie Lexová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ženami preferovaná metoda vedení porodu po císařském řezu

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Natálie Lexová**
Osobní číslo: **Z23246**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Ženami preferovaná metoda vedení porodu po císařském řezu**
Téma práce anglicky: **Womens Preferred Mode of Birth After a Previous Cesarean Section**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BONZON, M. et al., 2017. Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section – An online survey investigating women’s preferences in Western Switzerland. Online. *Midwifery*. Vol. 50, s. 219–227. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.005>. [cit. 2025-02-24].
- ĎURÍČEKOVÁ, B. et al., 2021. Mode of delivery preferences among multiparous women based on previous birth experience. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. Vol. 12, no. 4, s. 545–554. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0032>. [cit. 2025-02-24].
- FITZPATRICK, K. et al., 2022. Planned mode of birth after previous cesarean section: A structured review of the evidence on the associated outcomes for women and their children in high-income setting. Online. *Frontiers in Medicine*. Vol. 9, s. 1-23. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.920647>. [cit. 2025-02-24].
- JUNGER, S. et al., 2017. Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. Online. *Palliative Medicine*. Vol. 31, no. 8, s. 684–706. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>. [cit. 2025-02-24].
- SYS, D. et al., 2022. Women’s views and preferences regarding the mode of birth after cesarean section: Polish cross-sectional web-based survey. Online. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 273, s. 26–32. ISSN 0301-2115. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.006>. [cit. 2025-02-24].
- VELEBIL, P., 2022. *Perinatologické výsledky: Česká republika*. Online. In: Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/>. [cit. 2025-02-24].

Vedoucí diplomové práce: **doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Ženami preferovaná metoda vedení porodu po císařském řezu 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 11.4. 2025

Bc. Natálie Lexová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní doc. Petře Mandysové, MSN, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost v průběhu konzultací při psaní diplomové práce. Zároveň děkuji všem odborníkům, kteří se zapojili do Delfského procesu a svou účastí přispěli k dosažení stanoveného cíle.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice rozhodování žen o preferovaném způsobu vedení porodu po předchozím císařském řezu. Teoretická část se zaměřuje na operační techniky císařského řezu, jeho indikace, výhody a rizika, stejně jako na možnosti, výhody a nevýhody vaginálního porodu po císařském řezu (VBAC) a plánovaného opakovaného císařského řezu (ERCS). Dále popisuje subjektivní faktory ovlivňující rozhodovací proces a vysvětluje postup Delfského procesu. Výzkumná část se soustředí na tvorbu dotazníku metodou Delfského procesu, jeho pilotní testování a analýzu získaných dat, přičemž hodnotí také srozumitelnost dotazníku z pohledu respondentek.

KLÍČOVÁ SLOVA

císařský řez, delfská metoda, iterativní císařský řez, preference rodiček, vaginální porod po císařském řezu

TITLE

Women's preferred method of labour management after caesarean section.

ANNOTATION

The Master thesis addresses the issue of women's decision-making regarding the preferred mode of delivery after a previous cesarean section. The theoretical part focuses on surgical techniques of cesarean section, its indications, benefits, and risks, as well as the options, advantages, and disadvantages of vaginal birth after cesarean (VBAC) and elective repeat cesarean section (ERCS). It also describes subjective factors influencing the decision-making process and explains the Delphi method. The research part focuses on the development of a questionnaire using the Delphi method, its pilot testing, and data analysis, while also assessing the comprehensibility of the questionnaire from the perspective of respondents.

KEYWORDS

caesarean section, delphi metod, elective repeated caesarean section, maternal preferences, vaginal birth after caesarean

OBSAH

SEZNAM DIAGRAMŮ, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK.....	9
SEZNAM ZKRATEK	11
TERMINOLOGIE	12
ÚVOD.....	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíle práce	15
1.2 Metody k dosažení cílů	15
2 Teoretická část	17
2.1 První těhotenství	17
2.1.1 Císařský řez.....	17
2.1.1.1 Indikace a podmínky k císařskému řezu.....	18
2.1.1.2 Císařský řez na přání.....	20
2.1.2 Robsonova klasifikace	21
2.1.3 Operační technika císařského řezu	22
2.1.4 Anestezie u císařského řezu	23
2.1.4.1 Neuroaxiální anestezie	23
2.1.4.2 Celková anestezie	24
2.1.4.3 Komplikace císařského řezu	25
2.2 Opakované těhotenství.....	27
2.2.1 Iterativní císařský řez.....	27
2.2.1.1 Podmínky pro iterativní císařský řez	27
2.2.1.2 Výhody iterativního císařského řezu	27
2.2.1.3 Rizika iterativního císařského řezu.....	27
2.2.2 Vaginální porod po císařském řezu	28
2.2.2.1 Podmínky pro vaginální porod po císařském řezu.....	28
2.2.2.2 Výhody vaginálního porodu po císařském řezu	29

2.2.2.3	Rizika spojená s vaginálním porodem po císařském řezu/pokusem o vaginální porod po císařském řezu	29
2.2.3	Subjektivní vnímání žen ohledně volby mezi vaginálním porodem po císařském řezu a opakovaným císařským řezem	30
2.3	Delfský proces	32
3	Výzkumná část.....	35
3.1	Fáze 1	36
3.1.1	Rešerše výzkumné literatury pro tvorbu dotazníku	38
3.1.2	Výběr a charakteristika panelistů.....	38
3.1.3	První kolo.....	40
3.1.3.1	Výsledky prvního kola.....	41
3.1.4	Druhé kolo	47
3.1.4.1	Výsledky druhého kola	48
3.1.5	Třetí kolo.....	53
3.1.5.1	Výsledky třetího kola.....	53
3.2	Fáze 2.....	54
3.2.1	Vstupní kritéria respondentek.....	57
3.2.2	Výsledky získaných dat	58
3.2.2.1	Porodnická anamnéza	58
3.2.2.2	Předchozí těhotenství a porod.....	59
3.2.2.3	Současné těhotenství.....	63
3.2.2.4	Nadcházející porod	63
3.2.2.5	Demografické údaje.....	68
3.2.2.6	Hodnocení srozumitelnosti otázek dotazníku	68
	DISKUZE	69
	ZÁVĚR	77
	POUŽITÁ LITERATURA	78
	PŘÍLOHY	84

SEZNAM DIAGRAMŮ, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

Diagram 1 Časová osa fáze 1	37
Diagram 2 Časová osa fáze 2	57
Graf 1 Otázky pilotního dotazníku 6 až 14 – předchozí porod.....	59
Graf 2 Otázky pilotního dotazníku 15 až 22 – předchozí porod.....	60
Graf 3 Otázky pilotního dotazníku 24 a 25 – současné těhotenství.....	63
Graf 4 Otázky pilotního dotazníku 26 až 34 – nadcházející porod	65
Obrázek 1 Bodový graf znázorňující vztah skór hodnocení nadcházejícího a předchozího porodu	61
Tabulka 1 Demografické údaje panelistů (n=20)	39
Tabulka 2 Frekvence kontaktu panelistů s ženami (n=20)	40
Tabulka 3 První kolo – Sociodemografické otázky (n=15).....	42
Tabulka 4 První kolo – Obstetrická anamnéza (n=15)	42
Tabulka 5 První kolo – zkušenosti s předchozím porodem (n=15)	43
Tabulka 6 První kolo – Péče v průběhu současného těhotenství (n=15).....	44
Tabulka 7 První kolo – Informovanost v průběhu těhotenství (n=15)	44
Tabulka 8 První kolo – Znalosti týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte (n=15).....	45
Tabulka 9 První kolo – Pocity týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte (n=15).....	46
Tabulka 10 Druhé kolo – Sociodemografické otázky	48
Tabulka 11 Druhé kolo – Klinické otázky	49
Tabulka 12 Druhé kolo – Předchozí porod, zkušenosti	49
Tabulka 13 Druhé kolo – Současný stav	51
Tabulka 14 Druhé kolo – Nadcházející porod, očekávání	51
Tabulka 15 Druhé kolo – Získávání informací	52
Tabulka 16 Druhé kolo – Životní styl.....	52

Tabulka 17 Třetí kolo – upravené/přidané otázky	54
Tabulka 18 Přeměna nominálních proměnných na ordinální proměnné	55
Tabulka 19 Důvody respondentek pro jejich předchozí císařský řez (n=50)	58
Tabulka 20 Spearmanova korelace a test nezávislosti skór předchozího a nadcházejícího porodu	61
Tabulka 21 Spearmanova korelace a test nezávislosti skór předchozího porodu a zdravotního stavu v současném těhotenství	62
Tabulka 22 Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test metody posledního porodu a plánované metody nadcházejícího porodu	64
Tabulka 23 Kde respondentky získaly informace.....	66
Tabulka 24 Spearmanova korelace skór nadcházejícího porodu a zdravotního stavu v současném těhotenství	67
Tabulka 25 Hodnocení srozumitelnosti otázek pilotního dotazníku (n=50).....	68

SEZNAM ZKRATEK

DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
ERCS	plánovaný opakovaný císařský řez (Elective Repeat Caesarean Section)
HELLP syndrom	porodnická komplikace charakterizovaná hemolýzou, zvýšením jaterních enzymů a trombocytopenií (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count)
PTSD	posttraumatická stresová porucha
CS	císařský řez, sectio caesarea
TOLAC	pokus o porod po císařském řezu (Trial of Labor After Caesarean)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VBAC	vaginální porod po císařském řezu (Vaginal Birth After Caesarean)
VEX	vakuumextrakce
WHO	světová zdravotnická organizace

TERMINOLOGIE

Abruptio placentae	předčasné odloučení placenty (abrupce placenty)
Bonding	přímý kontakt novorozence s matkou a/nebo otcem bezprostředně po porodu
Evidence based practice	angl. praxe založená na důkazech
Hysterotomie	chirurgické rozříznutí dělohy
Laparotomie	chirurgický řez břišní stěnou
Myom	benigní nádor ze svaloviny
Oligohydramnion	snížené množství plodové vody v amniovém vaku méně než 200 ml v termínu porodu
Placenta accreta	nadměrně vrostlá placenta do děložní stěny
Placenta praevia	vcestné lůžko
Polyhydramnion	zvýšené množství plodové vody v amniovém vaku nad 2 litry v termínu porodu
Prolaps	výhřez
Ruptura uteri	prasknutí (ruptura) dělohy
Tumor	zduření, novotvar, nádor
Vasa praevia	vcestné cévy

ÚVOD

Každý porod je jedinečný. Pro ženy, které již jednou rodily císařským řezem (CS) rozhodování o způsobu dalšího porodu přináší dilema: podstoupit znovu operační zákrok, nebo se pokusit o přirozený porod? Toto rozhodnutí není pouze otázkou medicínskou, ale také osobní.

Porozumění klíčovým faktorům ovlivňujícím rozhodování žen ohledně způsobu porodu po předchozím CS může přinést cenné informace pro zvýšení počtu vaginálního porodu po císařském řezu (VBAC). V celé Evropě dochází od 80. let minulého století k nárůstu především primárních CS a v současné době se tak stále častěji setkáváme s opakovanými elektivními CS. Studie ukazují, že míra CS přesahující 10–16 % nevede ke zlepšení mateřských nebo novorozeneckých výsledků. Tento fakt zpochybňuje obvyklou představu, že vyšší míra CS automaticky vede k lepším výsledkům. Navíc, míra CS přesahující 25 % je spojena s vyšší mírou novorozenecké mortality. To zdůrazňuje křehkou hranici mezi nutností CS z lékařského důvodu a potenciálním nebezpečím spojeným s jejich nadměrným využíváním (Betran et al., 2015; Bonzon et al., 2017; Výmolová, 2013).

Ženy, které v minulosti porodily CS, mají při následujícím porodu dvě možnosti: buď podstoupí plánovaný opakovaný císařský řez (ERCS), nebo se mohou rozhodnout pro pokus o vaginální porod po předchozím císařském řezu (TOLAC). V případě úspěšného průběhu TOLAC dochází k VBAC. Volba optimálního způsobu porodu, tedy zda upřednostnit ERCS, nebo zvolit TOLAC s potenciálním výsledkem VBAC, je nadále předmětem odborných diskusí (Fitzpatrick et al., 2022b).

V současné době je častá indikace k CS jen to, že ho žena podstoupila už při předchozím porodu. Počet provedených CS se k roku 2021 v České republice zvýšil na 25,7 % (Velebil, 2022) ze všech porodů a ve středně a vysoce rozvinutých zemích skoro až polovina rodiček rodí CS. I přes snahy o snížení počtu provedených CS, odborníci nepředpokládají, že nastane výrazný pokles dříve než za deset let. Navzdory tomu, že CS nese riziko bezprostředních i dlouhodobých komplikací, může být tento typ vedení porodu pro některé ženy nejbezpečnější nebo dokonce jedinou možností, jak přivést na svět zdravé dítě (Betran et al., 2015; Sung et al., 2023; Sys et al., 2022).

V zahraničí jsou prováděny průzkumy, které zjišťují názory a preference rodiček na VBAC a ERCS, aby lépe porozuměly rozhodovacím procesům rodiček a poskytly jim tak adekvátní podporu. Při rozhodování mezi ERCS a VBAC hraje roli řada faktorů, a to jak objektivních,

tak subjektivních. Studie z Polska od Sys et al. (2022) ukazuje, že preference žen jsou ovlivněny jejich předchozími zkušenostmi s porodem, osobními přesvědčeními a obavami z rizik spojených s oběma způsoby porodu. Australská studie od Davis et al. (2020) zdůrazňuje, že rozhodování žen je silně ovlivněno jejich postojem k porodu a podporou, kterou dostávají od zdravotníků. Důležitou roli hraje také informovanost.

Aby se ženy mohly vědomě rozhodnout, která z možností porodu je pro ně v kontextu jejich vlastní situace nejvhodnější, měly by být, podle systematického přehledu zpracovaného Fitzpatrick et al. (2022b), dostatečně informovány o výhodách, rizicích a možných výsledcích obou přístupů (ERCS i TOLAC/VBAC). Tento přístup zahrnuje nejen poskytnutí aktuálních klinických doporučení, ale také respektování individuálních preferencí a hodnot každé pacientky.

Cílem této diplomové práce je vytvořit validní a srozumitelný dotazník, který bude sloužit k identifikaci motivačních faktorů ovlivňujících rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS v českém prostředí. V rámci procesu tvorby dotazníku je využita Delfská metoda, která umožňuje zapojení odborníků. Součástí práce je také pilotní ověření dotazníku mezi těhotnými ženami, které již podstoupily porod CS, s cílem získat zpětnou vazbu ohledně jeho srozumitelnosti.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Tato teoreticko-výzkumná diplomová práce se zaměřuje na problematiku rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS. Pro práci byly zvolené následující cíle.

Cíle teoretické části

1. Popsat problematiku CS, včetně indikací, časového členění, operačních technik, možných komplikací a způsobů anestezie.
2. Popsat VBAC a ERCS včetně jejich přínosů, rizik a podmínek.
3. Zmapovat relevantní odbornou literaturu týkající se subjektivních faktorů ovlivňujících rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS.
4. Shrnout dosavadní výzkum na toto téma v České republice i v zahraničí a identifikovat mezeru ve výzkumu.

Cíle praktické části:

Hlavní cíl:

1. Vytvořit dotazník pomocí Delfské metody, který bude sloužit k identifikaci motivačních a rozhodovacích faktorů žen při volbě způsobu porodu po předchozím CS.

Dílčí cíle:

2. Pilotně ověřit vzniklý dotazník u těhotných žen, které se rozhodují mezi ERCS a VBAC.
3. Vyhodnotit souvislost mezi metodou vedení předchozího porodu a volbou způsobu vedení nastávajícího porodu.
4. Zhodnotit srozumitelnost dotazníku na základě zpětné vazby od respondentek.

1.2 Metody k dosažení cílů

Teoretická část práce se opírá o rešerši odborné literatury v bibliografické databázi *PubMed*, katalogu Národní lékařské knihovny České republiky *Medvik* a také volně dostupném vyhledávací vědeckých a odborných informací *Google Scholar*. Rešerše zahrnuje široké spektrum zdrojů od odborných článků po odborné monografie. Rešerše byla zaměřená na CS, VBAC, ERCS a Delfský proces.

Výzkumná část diplomové práce využívá metodu Delfského procesu, který je vhodným nástrojem pro dosažení konsenzu mezi odborníky při tvorbě dotazníku. Tento proces je realizován prostřednictvím několika iterací sběru dat od panelu odborníků. Výsledkem procesu

je návrh strukturovaného dotazníku, který zkoumá motivační faktory žen při volbě způsobu porodu po CS. Pilotní testování dotazníku probíhá mezi těhotnými ženami s anamnézou CS, které aktuálně stojí před rozhodnutím mezi VBAC a ERCS. Součástí dotazníku je prostor pro zpětnou vazbu ohledně srozumitelnosti otázek.

Teoretická část poskytuje základní rámec pro tvorbu dotazníku, jehož vývoj v praktické části navazuje na zjištěné poznatky a probíhá za využití Delfské metody a pilotního testování.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této diplomové práce poskytuje komplexní přehled o problematice metody porodu po předchozím CS. Jsou zde rozebrány jednotlivé aspekty CS v prvním těhotenství, včetně jeho indikací, operační techniky a anesteziologických přístupů, s důrazem na možné komplikace spojené s tímto chirurgickým výkonem. Podkapitola je věnována také Robsonově klasifikaci.

Další podkapitoly se zaměřují na opakované těhotenství a rozhodování mezi ERCS a VBAC. Jsou zde popsány výhody a rizika obou možností a faktory, které mohou ovlivnit rozhodování žen. Teoretická část se také věnuje subjektivnímu vnímání žen ohledně volby mezi VBAC a ERCS, přičemž jsou analyzovány jak české, tak zahraniční studie.

Závěr teoretické části je věnován metodologii Delfského procesu, který byl využit při sestavování dotazníku určeného ke zjištění preferencí žen ohledně způsobu porodu po předchozím CS. Popsány jsou principy této metody, postup jejího využití a kritéria pro výběr odborníků (panelistů).

2.1 První těhotenství

V rámci prvního těhotenství může žena porodit buď vaginálně, nebo CS, je-li k němu přítomna odpovídající indikace. S ohledem na zaměření této diplomové práce je tato podkapitola věnována výhradně problematice CS.

2.1.1 Císařský řez

Název této porodnické operace je odvozený od latinského slova *caesares* neboli *vyříznutý* a patří k nejčastějším porodnickým operacím a historicky patří k nejstarším porodnickým operacím. Císařský řez tedy představuje metodu porodu, při níž dochází k vyjmutí plodu prostřednictvím chirurgického zákroku, který zahrnuje laparotomii a následnou hysterotomii. V České republice tvoří CS 25,7 % všech porodů (Procházka a kol., 2020; Velebil, 2022).

S postupujícím vývojem chirurgických technik a neustálým zdokonalováním postupů aseptiky, anestezie, pokroků ve farmakologii a dalším se CS stal rutinním chirurgickým zákrokem. Přestože moderní přístupy a sterilní techniky zvýšily jeho bezpečnost a efektivitu, stále s sebou nese určitá rizika, zejména v případě akutního provedení. Navzdory těmto vylepšením je třeba stále považovat CS za komplexní a velkou břišní operaci. I když CS nese rizika v podobě jak okamžitých, tak dlouhodobých komplikací, pro určité ženy může být tento chirurgický zákrok jedinou možností, jak bezpečně přivést na svět své dítě. Proto i jeho nedostatečné využívání

může vést k úmrtí matky a/nebo dítěte, kterému by se jinak dalo operací snadno zabránit (Betran et al., 2021; Hájek a kol., 2014; Procházka a kol., 2020).

Po téměř tři desetiletí celosvětová lékařská komunita tvrdila, že by se optimální hladina CS měla pohybovat v rámci 10-15 %. Doporučení vycházelo od odborníků na setkání pořádané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (WHO, 1985) v Brazílii. Od té doby se však globálně počet CS jen navyšoval. Podle aktuálnějších studií a zpráv WHO z roku 2015 se míra císařských řezů v mnoha zemích pohybuje nad 20 % (WHO, 2015; Betran et al., 2021; Boerma et al., 2018).

Studie od Betran et al. (2021) ukazuje, že celosvětová míra CS v roce 2018 dosáhla 21,1 %, přičemž v některých regionech, jako je Latinská Amerika a Karibik, dosahuje 42,8 %. Naopak v subsaharské Africe zůstává míra nízká kolem 5 %, za to může nedosažitelnost této operace z důvodu nedostatečně rozvinutého zdravotnického systému a nedostatku zdravotnického personálu. Odhady naznačují, že do roku 2030 bude celosvětová míra CS dosahovat 28,5 %. V některých regionech, jako je východní Asie, může přesáhnout až 63 %.

WHO (2015) zdůrazňuje, že pokud míra CS přesahuje 15 %, už tato operace není nutně asociována s redukcí mateřské a novorozenecké morbidity a mortality. V zemích třetího světa nadměrné používání této operace může vést k závažným komplikacím pojící se s nebezpečným poskytováním CS, které zároveň vede k plýtvání lidskými i finančními zdroji a zvyšuje incidenci zbytečných zdravotních komplikací a úmrtí (Betran et al., 2021; WHO, 2015).

2.1.1.1 Indikace a podmínky k císařskému řezu

Původní podmínky pro CS (silné stahy dělohy, průchodnost porodního kanálu) už neplatí stejně tak, jako dříve stanovená podmínka živého plodu. Císařský řez se nyní může provést i při příznacích infekce, což může být ale závažná komplikace i při užívání antibiotik. Jedinou důležitou podmínkou je, že by velká část plodu neměla být fixována v pánvi. Nicméně ani tato podmínka není naprosto striktní. Při vstouplé hlavičce ji je možné vaginálním přístupem vytlačit rukou nad úroveň pánevního vchodu. Podle povahy indikací (ze strany matky, plodu, nebo kombinované) se CS dělí na plánovaný a akutní. Dalším dělením je dělení na indikaci absolutní (indikace k řezu je jednoznačná) a relativní (vaginální porod je možný, ale může znamenat zvýšené riziko) (Hájek a kol., 2014; Roztočil a kol., 2017).

Mezi časté indikace k CS patří:

- hrozící nebo počínající hypoxie;

- vícečetné těhotenství;
- krvácení (placenta praevia, vasa praevia, abruptio placentae, ruptura uteri);
- disproporce mezi naléhající částí plodu a porodními cestami;
- prolaps pupečníku;
- patologie naléhání plodu (obličejové, čelní naléhání plodu nebo asynklitismy, vysoký přímý stav, příčná a šikmá poloha a poloha koncem pánevním, kdy plod naléhá kolénky nebo nožkami);
- stav po CS;
- poruchy děložní činnosti;
- včestné útvary v malé pánvi (myomy, tumory);
- jizva na děloze;
- rodička odmítá spontánní porod;
- dvakrát neúspěšná indukce porodu;
- selhání extrakční operace (VEX, obstetrické kleště);
- zatížená anamnéza rodičky (HELLP syndrom, těžká preeklampsie, eklampsie, závažné respirační a kardiovaskulární onemocnění);
- psychologické indikace (Roztočil a kol., 2017; Procházka a kol., 2020).

Indikace k CS může být do jisté míry ovlivněna i osobní zkušeností lékaře. Často se tomu tak děje, když lékař nemá dostatečné zkušenosti s určitými situacemi, jako je např. poloha plodu koncem pánevním. V těchto případech může být volba CS pro lékaře nejjednodušším a nejbezpečnějším řešením. Rozhodnutí lékaře mohou dále ovlivnit i mezilidské vztahy na porodním sále. Protrahované porody jsou pro zdravotnický personál i rodičku velmi únavné, což může vést k nátlaku na lékaře, aby byl porod urychlen. V kontextu těchto událostí, kdy je tlak vyvíjen také ze strany rodičky a její rodiny, je věnován CS na přání oddíl 2.1.1.2 (Doležal a kol., 2007).

S ohledem na různorodé důvody vedoucí k provedení CS je vhodné přiblížit jeho základní časové dělení. Z časového hlediska můžeme CS dělit na elektivní (plánovaný) a akutní (neplánovaný). Elektivní CS je indikovaný z předem známého důvodu bez započaté děložní činnosti, tzn. je plánovaný už během těhotenství rodičky. Akutní CS je indikovaný postupně nebo z náhle vzniklé situace, která ohrožuje matku a/nebo plod na životě (Hájek a kol., 2014).

2.1.1.2 Císařský řez na přání

Za zvýšené množství provedených CS nemohou jen komplikace, nebo rozhodnutí lékaře, ale i přání ze strany rodiček. Mnoho žen žádá CS z různých důvodů: strach z porodu, špatná zkušenost z předchozího porodu, strach o zdraví novorozence, kulturní přesvědčení, obavy z poranění pánevního dna, pohodlí plánovaného termínu porodu a pozitivní postoje k CS vzhledem k jeho krátkému trvání, recenzí od blízkého okolí rodičky a absenci porodních bolestí (Roztočil a kol., 2017; Sorrentino et al., 2022).

Císařská řez na přání často vyhledávají ženy s vyšším vzděláním a lepším ekonomickým zázemím, starší prvorodičky, ženy s obezitou a ženy, které nemají důvěru ve vaginální porod (Sorrentino et al., 2022).

Brazílská studie zjistila, že péče od lékaře během těhotenství může být spojena s volbou CS na přání. V Itálii byl také zdůrazněn tento *faktor lékaře*, kdy ženy během těhotenství dochází ke stejnému gynekologovi, absolvují mnoho kontrol a velmi málo se setkávají a konzultují své těhotenství s porodními asistentkami. To může vést k přehnané *medikalizaci* porodu a těhotenství (Cesar et al., 2017; Sorrentino et al., 2022).

Přestože samotné přání ženy není v České republice považováno za indikaci k provedení této operace, v praxi k ní dochází tak, že se toto přání skryje za fiktivní diagnózu (Roztočil, 2017). Císařský řez na přání je v současné době velmi diskutované téma a v medicíně je uznáváno právo pacienta se aktivně účastnit rozhodování o léčebných postupech a to i v případě výběru způsobu porodu. Dle Křepelky (2008) v mnoha případech není indikace CS založena na jednoznačných vědeckých důkazech, ale spíše na empirických zkušenostech lékaře a klinickém uvážení. Z tohoto důvodu lze požadavek ženy na CS bez medicínské indikace považovat za legitimní a akceptovatelný, zejména s ohledem na právo rodičky rozhodovat o vlastním těle. V České republice, ale i v jiných evropských státech, se žena autonomně může rozhodnout, zda si v začátku těhotenství plod ponechá, zda v případě postižení plodu bude v těhotenství pokračovat, zda bude docházet na prenatální vyšetření, v jaké porodnici bude rodit, má právo na to si vybrat svého ošetřujícího gynekologa, může si zvolit, zda bude mít porodnickou analgezií a jakou, jaké léky ji mohou být nabízeny, v jaké poloze bude rodit a zda bude nebo nebude kojit své dítě (Roztočil, 2017). Ostatně se dle Erdösové (2024) s výkony čistě na přání pacienta běžně setkáváme v plastické chirurgii.

2.1.2 Robsonova klasifikace

Robsonova deseti skupinová klasifikace CS byla vyvinuta jako standardizovaný nástroj pro hodnocení procentuálního zastoupení CS v určité skupině žen vzhledem k celkovému počtu porodů v dané skupině a umožňuje jejich porovnání mezi jednotlivými porodnickými zařízeními. Klasifikace byla vytvořena Michaelem Robsonem (2001) v Dublinu v roce 2001. Klasifikace byla postupně validována a aplikována. V roce 2011 Torloni et al. (2011) vyhodnotili Robsonovu klasifikaci jako nejlepší dostupný klasifikační systém pro srovnávání CS. Robsonova klasifikace je využívána i v České republice. Například Zemanová a kol. (2018) využili Robsonovu klasifikaci k retrospektivní analýze počtu CS mezi roky 2013 a 2016, kde hodnotili faktory, které snižují počet CS (Robson et al., 2013).

Světová zdravotnická organizace (WHO) očekává, že Robsonovou klasifikací pomůže zdravotnickým zařízením odhalit, které skupiny žen nejvíce a které naopak nejméně přispívají rostoucímu počtu CS. Poskytne možnost porovnávat výsledky mezi jednotlivými zařízeními, která se pak mohou inspirovat od těch s lepšími výsledky a umožní posoudit účinnost jejich strategií pro optimalizaci využívání CS a umožní zvýšit informovanost personálu na základě shromážděných dat (WHO, 2017).

Robsonova klasifikace je mezinárodně uznávaná a celosvětově aplikovatelná, jednoduchá a inkluzivní - nejsou v ní zahrnuty jen ženy, které porodily CS, ale i ty, které CS neprodily. Klasifikace rozděluje porody podle konkrétních kritérií do 10 skupin na základě parity (nuliparita, multiparita), přítomnosti CS v anamnéze, začátku porodu (spontánní, indukovaný, elektivní CS), počtu plodů, gestačního stáří (předčasný porod před 37. týdnem a termínový porod po 37. týdnu) a poloze plodu (poloha podélná hlavičkou, koncem pánevní a šikmá poloha) (Jírová a kol., 2023; ÚZIS, 2024; WHO, 2017).

Deset skupin Robsonovy klasifikace:

- 1) „Prvorodička, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, spontánní začátek porodu
- 2)
 - a. Prvorodička, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, indukovaný začátek porodu
 - b. Prvorodička, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, CS před začátkem porodu

- 3) Vícerodička, bez předchozího CS v anamnéze, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, spontánní začátek porodu
- 4)
 - a. Vícerodička, bez předchozího CS v anamnéze, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, indukovaný začátek porodu
 - b. Vícerodička, bez předchozího CS v anamnéze, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství, CS před začátkem porodu
- 5) Vícerodička, alespoň 1 předchozí CS v anamnéze, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, ≥ 37 týdnů těhotenství
- 6) Prvorodička, jednočetné těhotenství v poloze koncem pánevním
- 7) Vícerodička, jednočetné těhotenství v poloze koncem pánevním
- 8) Všechny rodičky, vícečetné těhotenství
- 9) Všechny rodičky, jednočetné těhotenství v poloze příčné nebo jiné
- 10) Všechny rodičky, jednočetné těhotenství v poloze hlavičkou, < 37 týdnů těhotenství,, (JÍROVÁ a kol., 2023, str. 5-6).

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) v roce 2022 tvořily největší skupinu rodiček podstupujících CS multipary, které již měly alespoň jeden CS v anamnéze, jednalo se o jednočetné těhotenství v poloze podélné hlavičkou a gestační stáří dosahovalo minimálně 37. týdne. Tato skupina zahrnovala 7 066 CS, což představovalo 27,7 % ze všech evidovaných porodů CS. Z hlediska odborných doporučení by právě tyto ženy mohly být vhodnými kandidátkami na TOLAC, který je popsán v kapitole 4.2 (ÚZIS, 2024).

2.1.3 Operační technika císařského řezu

Císařský řez je nejčastěji započat suprapubickou příčnou laparotomií tzv. *sectio sec. Pfannenstiel*. Řez je veden 2-3 cm nad horním okrajem symfýzy a má semilunární tvar. Jizva je tak schovaná pod spodním prádlem a má pro rodičky výhodný kosmetický efekt. Další výhodou *Pfannenstielova řezu* je nižší pooperační bolestivost, rychlejší hojení rány a snížené riziko infekce v operační ráně i vzniku kýly v jizvě (Hájek a kol., 2014; Procházka a kol., 2020).

Ve výjimečných případech volí operatéři dolní střední laparotomii, kdy se řez vede v sagitální rovině mezi pupkem a symfýzou. K této technice přistupují v případě morbidně obézní pacientky, nebo když má rodička už preexistující jizvu po dolní střední laparotomii (Procházka a kol., 2020).

Na děloze se nejčastěji provádí *Geppertův řez*. Krátká transversální incize je vedena v dolním děložním segmentu a je prsty tupě rozšířena do stran. Variací *Geppertova řezu* je incize dle *Misgeva-Ladacha*, která je vedena přibližně o 3 cm výše. Tato metoda však nepředstavuje pouze odlišný přístup k incizi na děloze, ale umožňuje provedení CS. Metoda se vyznačuje snahou o maximální zjednodušení a zefektivnění operačního výkonu, čímž dochází k jeho urychlení. Při metodě *Misgeva-Ladacha* je používána technika tupého rozrušování tkání prsty operátora, což vede k minimálnímu traumatizování tkání. Využitím této metody se minimalizuje krevní ztráta, střevní paralýza a vznik infekce. Další výhodou této metody je snížení pooperační bolesti s následnou rychlejší rekonvalescencí pacientky. Metodu si jednotlivá pracoviště modifikují dle svých potřeb a preferencí, avšak obecně se metoda dle *Misgeva-Ladacha* stává oblíbenou (Procházka a kol., 2020).

2.1.4 Anestezie u císařského řezu

Rozhodnutí o způsobu anestezie při provedení CS je komplexní proces, který zohledňuje řadu faktorů. Jak porodník, tak anesteziolog jsou povinni podrobně zhodnotit všechny relevantní okolnosti spojené s operací, včetně indikace, časové naléhavosti zákroku a přání samotné rodičky/páru. V případě CS se používají dva typy anestezie: neuroaxiální anestezie a celková anestezie (Procházka a kol., 2020).

2.1.4.1 Neuroaxiální anestezie

Neuroaxiální anestezie je metoda znečítlivění používající se u CS. Zahrnuje techniky subarachnoidální anestezie, epidurální anestezie a kombinované subarachnoidální-epidurální anestezie. Regionální anestezie se zaměřuje na znečítlivění konkrétní části těla a umožňuje rodičce zůstat při vědomí během operace (Šťourač a kol., 2019).

Relativní kontraindikace pro použití regionální anestezie, kdy je nutné posoudit klinický kontext, je urgentní výkon, onemocnění mozku a míchy, deformity páteře, výhřez plotének, nezkušený anesteziolog nebo obtížná spolupráce s rodičkou (aplikace vyžaduje speciální polohu, kdy pacientka leží na boku s hlavou přitaženou k hrudi a nohama pokrčenými k břichu, nebo polohu v sedě s hlavou opět přitaženou k hrudi – též známou pod pojmem *kočičí hřbet*). Absolutní kontraindikací je masivní krvácení, infekce v oblasti vpichu, alergie na místní anestetika, sepse, zvýšený nitrolební tlak a významná koagulopatie matky (Nemocnice Agel Přerov, 2024; Procházka a kol., 2020).

2.1.4.1.1 Subarachnoidální anestezie

Provedení neuroaxiální anestezie je dnes při CS standardní praxí. V rámci spinální anestezie jsou běžně využívány adjuvancia, což jsou látky, které posilují účinek neuroaxiální blokády. Nejčastěji používanou adjuvantní látkou je morfin, který přináší efektivní pooperační analgezií po řadu hodin. Rodička má během operace zachované obranné reflexy, včetně kašlacího reflexu, což snižuje riziko aspirace žaludečního obsahu. Po provedení CS je také možné okamžitě přiložit novorozence k prsu matky. I když subarachnoidální anestezie přináší mnoho výhod, jako je rychlý nástup účinku a efektivní analgezie, má i své nevýhody. Mezi ty patří možný rychlý pokles krevního tlaku, který může být doprovázen pocitem na zvracení, omdlením nebo spavostí (Procházka a kol., 2020; Šťourač a kol., 2019).

2.1.4.1.2 Epidurální anestezie

V případě epidurální anestezie je nevýhodou poměrně pomalý nástup účinku, což má však za důsledek menší rozvoj hypotenze. Naopak velkou výhodou je již zavedený epidurální katétr v rámci předchozí porodní analgezie, což v případě akutního CS celý proces výrazně zkracuje. Další výhodou epidurální anestezie je možnost pooperační regionální anestezie a možnost prodloužení doby anestezie (Procházka a kol., 2020; Šťourač a kol., 2019).

2.1.4.1.3 Kombinovaná subarachnoidální-epidurální anestezie

Kombinovaná subarachnoidální-epidurální anestezie využívá to nejlepší z obou předchozích metod: rychlý a efektivní nástup účinku subarachnoidální anestezie s možností prodloužení účinku a poskytování pooperační analgezie pomocí zavedeného epidurálního katétru. Tato metoda se v České republice moc nevyužívá. Hlavním důvodem je vysoká cena setu pro kombinovanou subarachnoidální-epidurální anestezii a náročnost techniky (Šťourač a kol., 2019).

2.1.4.2 Celková anestezie

Celková anestezie reverzibilně alteruje stav vědomí. Pacientce navozuje stav spánku, čímž eliminuje jakékoli vnímání během chirurgického zákroku. Celková anestezie se vyznačuje rychlým a spolehlivým účinkem a navozením svalové relaxace – operatéri tak mají klidné operační pole. Výhodou celkové anestezie je minimální pokles krevního tlaku a reliabilní zajištění dýchacích cest. Hlavními riziky jsou komplikace v důsledku anatomických změn v těhotenství. Těhotné ženy mají sníženou funkční reziduální kapacitu plic, zvýšenou spotřebu kyslíku, zvýšené riziko aspirace žaludečního obsahu a riziko obtížné intubace. Z důvodu transplacentárního přestupu látek, a tím možného útlumu plodu, nepoužíváme opiáty

a benzodiazepiny do vybavení plodu. Lze je užívat až po vybavení plodu – přispívají k oběhové stabilitě pacientky (Binder a kol., 2015; Paul a kol., 2015).

Indikace k celkové anestezii vznikají především v případech, kdy je nutný okamžitý zásah, např. při ohrožení plodu akutní hypoxií. Volí se také v případech, kdy existuje kontraindikace k provedení neuroaxiální anestezie (Binder a kol., 2015).

Obecně je snaha vyhnout se použití celkové anestezie. „Celková anestezie a komplikace z ní plynoucí jsou stále na prvním místě smrtelných komplikací císařského řezu“ (BINDER a kol., 2015, str. 278). Neuroaxiální metody jsou také pohodlnější pro porodníky. Operatéri nejsou v časové tísní a nehrozí riziko útlumu plodu. Také se stále zvyšuje přání rodiček účastnit se *bondingu* s dítětem bezprostředně po vybavení plodu (Binder a kol., 2015).

2.1.4.3 Komplikace císařského řezu

Ve více než polovině případů je CS, který představuje nejčastější operační zákrok v oblasti porodnictví, proveden z akutních důvodů, tudíž často absentuje předoperační příprava ženy k výkonu a vyžaduje co nejrychlejší provedení výkonu, čímž vzniká i významný tlak jak na samotnou pacientku, tak na zdravotnický personál. S provedením CS je spojena celá řada možných komplikací (Hájek a kol., 2014).

Komplikace při CS vznikají peroperačně nebo pooperačně. Jednou z nejčastějších a nejzávažnějších komplikací během operace je krvácení, které může být jak z řečiště *aa. uterinae*, tak z různých žilních pletení, zejména u pacientek s pánevními varixy. Důležité je věnovat pozornost krvácivým poruchám, jako je DIC. V těchto případech je rozhodující rychlé podání krevních náhrad a cílená léčba. Krvácení může nastat i kvůli hypotonii dělohy po odloučení placenty (Hájek a kol., 2014; Procházka a kol., 2020).

Další potenciálně fatální komplikací je embolie. Při CS se můžeme výjimečně setkat se vzduchovou embolií a embolií plodovou vodou. Naopak pooperační tromboembolická nemoc stále patří mezi časté příčiny mateřské mortality ve vyspělých zemích, proto zavedení prevence pomocí heparinizace bylo nezbytné (Hájek a kol., 2014; Procházka a kol., 2020).

Dalším rizikem je pooperační infekce. Infekce se může projevit v místě řezu na kůži nebo na děloze, ale i přestoupit na okolní orgány (adnexa, peritoneum, parametria...) a může vést až k systémovým septickým příznakům vyžadujícím intenzivní léčbu (Hájek a kol., 2014).

Anesteziologické komplikace mohou zahrnovat laryngospasmus, regurgitaci žaludečního obsahu, která může vést k jeho aspiraci, nebo selhání intubace. Těmto komplikacím především

přispívají anatomické změny u těhotných žen – zvýšený tlak bránice a zvýšená kyselost žaludečního obsahu (Hájek a kol., 2014).

Je však nutno podotknout, že odborná literatura nerozlišuje komplikace spjaté s CS akutním a CS elektivním. Z časového a vstupního hlediska jsou tyto přístupy zcela odlišné. Dle Roztočila a kol. (2017) se elektivní sekce provádějí v ranních hodinách, kdy je na ně personál porodního sálu připraven a odpočat, tím pádem je schopen poskytnout ženě maximální péči a je připraven na eventuální komplikace. Při akutním řezu je tomu přesně naopak. Akutní CS je už primárně prováděn z důvodu život ohrožující komplikace a je spojen se stresem, časovým presem a nejistotou celého operačního týmu včetně rodící ženy a její rodiny. Procentuální komplikace elektivního CS jsou rovny s komplikacemi vaginálního porodu, u akutního CS je riziko komplikace až 6 krát vyšší.

Mezi komplikace spojené se CS patří také psychické obtíže. Kvantitativní studie Cloutové a Brownové (2015), provedená v Austrálii, se zaměřila na vliv sociodemografických, těhotenských, porodních a poporodních faktorů na stres, úzkost a depresi u matek po porodu. Výzkum dokončilo 105 žen.

Studie ukázala, že ženy, které podstoupily CS, vykazovaly vyšší úroveň poporodního stresu, úzkosti a deprese ve srovnání s ženami, které rodily vaginálně. Tento vztah byl pozorován jak u plánovaného, tak u akutního CS. Autorky zařadily plánovaný a akutní CS do stejné kategorie, což omezuje možnost přesného zhodnocení, zda stres a úzkost více souvisely s akutním nebo plánovaným zákrokem (Clout et Brown, 2015).

Po zohlednění úrovně psychického stresu během těhotenství přestal být vztah mezi CS a poporodní psychickou nepohodou statisticky významný. Nicméně ženy, které vykazovaly vyšší míru stresu, úzkosti a deprese již ve třetím trimestru těhotenství, častěji podstoupily CS. Tento náález podporuje hypotézu, že psychická zátěž během těhotenství může zvyšovat pravděpodobnost indikace CS, ať už ze zdravotních důvodů, nebo na žádost samotné ženy (Clout et Brown, 2015).

2.2 Opakované těhotenství

Ženy, které již mají v anamnéze CS, mají v dalším těhotenství dvě možnosti: buď TOLAC, nebo podstoupit ERCS. Termínem VBAC se rozumí až úspěšný vaginální porod ženy (Bonzon et al., 2017).

2.2.1 Iterativní císařský řez

S rostoucím počtem primárních CS dochází k progresivnímu nárůstu počtu žen, které v následných těhotenstvích podstupují iterativní (opakovaný) CS. Tento fenomén je v odborné literatuře označován jako *domino efekt* - vyšší frekvence primárních CS vede k jejich dalšímu opakování v budoucích těhotenstvích (Hounkpatin et al., 2020).

Hounkpatin et al. (2020) analyzovali tento trend v Beninu s využitím Robsonovy klasifikace a zjistili, že skupina žen s předchozím CS představuje nejvýznamnější skupinu přispívající k celkovému nárůstu CS, přičemž tento vzorec je patrný bez ohledu na ekonomickou úroveň země.

2.2.1.1 Podmínky pro iterativní císařský řez

Při rozhodování o provedení ERCS operatér posuzuje, zda přetrvávají důvody, které vedly k prvnímu řezu, jako je například kefalopelvicový nepoměr nebo interní indikace. Plánovaný opakovaný CS je preferován, zejména pokud je stěna dolního děložního segmentu v oblasti jizvy ztenčená nebo pokud existuje riziko ruptury jizvy. K ERCS se také přikláníme pokud se očekává makrosomie plodu, u vícečetného těhotenství nebo pokud je plod uložen v poloze koncem pánevním (Doležal a kol., 2007).

2.2.1.2 Výhody iterativního císařského řezu

Podle studie Chen et Mi (2024) je ERCS spojen s nižším rizikem ruptury dělohy ve srovnání s TOLAC. Kromě toho je u ERCS nižší pravděpodobnost nízkého Apgar skóre (méně než 7) v páté minutě života novorozence. Tyto faktory mohou hrát roli při rozhodování žen a jejich lékařů o vhodném způsobu porodu po předchozím CS.

2.2.1.3 Rizika iterativního císařského řezu

Mezi kumulativní rizika opakovaných CS patří zejména abnormální placentace (placenta previa a placenta accreta). Dále se zvyšuje riziko peripartální hysterektomie, masivního krvácení, poranění střev nebo močového měchýře a prodloužené doby rekonvalescence. Vzhledem k tomu, že s každým dalším CS narůstají peroperační i pooperační rizika, je žádoucí zvážít

možnosti dalšího vedení porodu. Další kapitola se věnuje VBAC, který může být vhodnou alternativou, zejména u žen, které plánují těhotnět vícekrát (Sadiq, 2024).

2.2.2 Vaginální porod po císařském řezu

Možným náhradním řešením k ERCS je pokus o vaginální porod po CS. Obě možnosti mají své výhody i rizika, která by měla být zohledněna při individuálním rozhodování. Ve srovnání s plánovaným ERCS je TOLAC/VBAC spojován s vyšším rizikem krvácení, ruptury dělohy a hypoxicko-ischemické encefalopatie novorozence. Na druhé straně i ženy podstupující ERCS čelí riziku perioperačních a pooperačních komplikací (viz výše) (Qiu et al., 2023).

Přesto je VBAC považován za bezpečnou možnost a jeho úspěšnost (tzn. vaginální dokončení porodu) se pohybuje mezi 75–90 %. Některé zdroje, například systematický přehled Tsikouras et al. (2023), podporují VBAC jako bezpečnou možnost pro většinu žen, které předtím rodily CS a byl jim proveden řez na dolním děložním segmentu.

Na druhou stranu však existují studie, které upozorňují na to, že bezpečnost VBAC není jednoznačná. Systematický přehled Fitzpatrick et al. (2022b) poukazuje na to, že ačkoli absolutní riziko komplikací je nízké pro oba přístupy, VBAC je přesto spojen s vyšším rizikem závažných porodních komplikací pro matku i dítě ve srovnání s ERCS. Fitzpatrick et al. (2022b) zdůrazňují, že rozhodnutí o volbě způsobu porodu po CS by mělo být individualizované a založené na pečlivém zvážení anamnézy pacientky a preferencí rodičky, přičemž by měly být rodičky plně informovány o možných rizicích i přínosech obou variant.

Pro snížení rizika komplikací nebo právních problémů se doporučuje poradenství a zavedení *VBAC checklistu*. Tento kontrolní seznam, jak uvádí Ward et al. (2021), může sloužit jako vodítko pro lékaře při posuzování rizik a přínosů VBAC a zároveň pomoci pacientkám lépe se orientovat ve složitém rozhodovacím procesu. Podle Ward et al. (2021) by jeho používání mohlo zlepšit výsledky díky strukturovanému rozhodování založenému na důkazech, což by rodičkám poskytlo realistický pohled na šance na úspěch VBAC.

2.2.2.1 Podmínky pro vaginální porod po císařském řezu

Žena, která v minulosti podstoupila CS, zejména pokud se jednalo o poslední porod, by měla konzultovat své možnosti ohledně způsobu porodu s ošetřujícím lékařem. Lékař hodnotí celkový zdravotní stav ženy a bere v úvahu i její věk. Na konci prvního trimestru lékař provádí ultrazvukové vyšetření a hodnotí zda je plod střední velikosti, uložen polohou podélnou hlavičkou, fyziologické uložení placenty, stav dolního děložního segmentu a tloušťku jizvy na

děloze z předchozího CS. Zároveň vyšetřuje malou pánev a posuzuje indikace, které vedly k CS v předchozím těhotenství (Hájek a kol., 2014).

K doporučením pro vedení VBAC patří opatrné používání velkých dávek oxytocinu a prostaglandinů, přičemž jakákoli násilná exprese plodu je přísně kontraindikována. Vaginální porod po CS je kontraindikován v případě velkého plodu, kefalopelvického nepoměru, vícečetného těhotenství, polohy plodu jiné než podélné hlavičkou nebo při výrazném oligohydramnionu či polyhydramnionu (Hájek a kol., 2014).

2.2.2.2 Výhody vaginálního porodu po císařském řezu

VBAC představuje širokou škálu výhod oproti ERCS. Tyto výhody odrážejí různorodé motivace žen. Jednou z klíčových výhod VBAC je rychlejší zotavení po porodu, které ženám umožňuje rychlejší návrat k běžným činnostem. Tuto výhodu obzvláště oceňují matky, které se doma starají o další děti. Mnoho žen také uvádí touhu zažít přirozený porod, který vnímají jako hluboce naplňující zážitek. Vaginální porod po CS rovněž podporuje okamžité navázání kontaktu mezi matkou a dítětem a umožňuje dřívejší zahájení kojení, což může být u ERCS opožděno kvůli delší rekonvalescenci po operaci. Důležité je také to, že VBAC předchází vzniku další jizvy na děloze, čímž snižuje riziko komplikací v budoucích graviditách, např. riziko placenty accrety nebo ruptury uteri (Bonzon et al., 2017).

2.2.2.3 Rizika spojená s vaginálním porodem po císařském řezu/pokusem o vaginální porod po císařském řezu

Ruptura dělohy je nejzávažnější komplikací spojenou s TOLAC. Tato komplikace přináší značná rizika (včetně rizika úmrtí) jak pro matku, tak pro plod. Ruptura dělohy se může projevit abdominální bolestí, oběhovou nestabilitou matky, vaginálním krvácením a fetální bradykardií. Varovným signálem možného vzniku děložní ruptury je tzv. Bandlova rýha, která je pozorovatelná na břiše rodičky. V případě výskytu těchto příznaků je nezbytné neprodleně přistoupit k CS, aby se minimalizovaly fatální následky. K ruptuře dělohy mají predispozice zejména ženy s jizvou na děloze po předchozím CS nebo v případech, kdy má plod velký obvod hlavičky (Lazarou et al., 2021; Roztočil et al., 2017).

Mateřská mortalita spojená s VBAC je velmi nízká, nicméně studie ukazují, že v případech komplikací, jako je už zmíněná ruptura dělohy, může být riziko výrazně zvýšeno. Ze systematického přehledu literatury Fitzpatrickové et al. (2022b), týkajícího se způsobu porodu po předchozím CS, vyplývá, že všechny zaznamenané případy mateřské mortality se vyskytly při ERCS, což naznačuje, že TOLAC není automaticky spojen s vyšší úmrtností.

2.2.3 Subjektivní vnímání žen ohledně volby mezi vaginálním porodem po císařském řezu a opakovaným císařským řezem

Bylo dohledáno několik studií zabývajících se subjektivním vnímáním žen při volbě mezi VBAC a ERCS. Na Slovensku realizovala Ďuričková et al. (2021) výzkum zaměřený na vztah mezi porodními očekáváním a zkušenostmi s předchozím porodem u 111 vícerodíček. Přestože pouze 32 % respondentek mělo zkušenost s císařským řezem, až 63 % by jej při dalším porodu preferovalo. Klíčovým faktorem této volby byl negativní prožitek předchozího porodu – pocit ztráty kontroly uvedlo 96 % žen, nejčastěji kvůli vyčerpání, bolesti a strachu. Jen 30 % žen vnímalo svůj předchozí porod pozitivně, zatímco 60 % jej popsalo jako negativní a 10 % jako traumatizující zkušenost.

Volba císařského řezu byla ženami často spojována se snahou vyhnout se poranění pánevního dna, porodním bolestem a dlouhému trvání porodu. Jako nevýhodu vnímaly delší dobu rekonvalescence. Studie rovněž potvrdila významnou souvislost mezi strachem z porodu a preferencí císařského řezu, což potvrzuje, že psychologické faktory hrají klíčovou roli v rozhodovacím procesu žen ohledně způsobu porodu (Ďuričková et al., 2021).

Psychické aspekty volby způsobu porodu zkoumala také studie Houston et al. (2014) ze Spojených států amerických, která analyzovala vztah mezi preferovaným způsobem porodu, skutečně zvoleným způsobem porodu a výskytem poporodní deprese. Výzkum byl založen na sekundární analýze longitudinálních dat u 160 žen, jejichž preference byly hodnoceny během těhotenství a deprese měřena v 8–10 týdnech a 6–8 měsících po porodu. Výsledky ukázaly, že 92 % žen uvedlo před porodem preferenci vaginálního porodu, avšak 26 % z nich nakonec rodilo CS. Incidence středně těžké až těžké deprese byla 9 % v 8–10 týdnech po porodu a 13 % v 6–8 měsících po porodu. Nejvyšší skóre na škále deprese vykazovaly ženy s preferencí vaginálního porodu, které však rodily CS, což naznačuje významný vliv porodních preferencí na psychický stav po porodu.

Naopak randomizovaná studie z Hongkongu (Law et al., 2010), která zahrnovala 291 žen, nezjistila žádné významné rozdíly mezi VBAC a ERCS v souvislosti s úzkostí, depresí či celkovým psychickým zdravím během těhotenství nebo v prvních šesti měsících po porodu.

Psychologické aspekty VBAC analyzovala také retrospektivní populační kohortová studie, která se zaměřila na ženy bez historie užívání psychotropních léků v období jednoho roku před porodem. Výsledky ukázaly, že plánovaný VBAC byl spojen s o 15 % nižším rizikem předepsání psychotropních léků a o 17 % nižším rizikem předepsání antidepresiv během

prvního roku po porodu. Přestože výsledky studií nejsou vždy zcela konzistentní, lze usuzovat, že plánovaný VBAC může být z hlediska psychického zdraví výhodnější volbou (Fitzpatrick et al., 2022a; Fitzpatrick et al., 2022b).

Motivace žen k volbě VBAC byla zkoumána kvalitativní studií Davis et al. (2020) v Austrálii, které se zúčastnilo 18 žen. Výsledky identifikovaly čtyři témata ovlivňující rozhodnutí žen pro VBAC:

1. Odhodlanost k vaginálnímu porodu – ženy považovaly vaginální porod za přirozený proces a cítily se motivovány jej podstoupit.
2. Zkušenost s náročným zotavením po předchozím CS – vaginální porod byl vnímán jako cesta k rychlejšímu uzdravení a návratu k běžnému životu.
3. Jasná a otevřená komunikace s odborníky – ženy oceňovaly informace o rizicích VBAC, pokud byly podávány v kontextu jejich zdravotní anamnézy.
4. Důvěra v nemocniční prostředí a personál – pocit bezpečí v případě nutnosti lékařského zásahu posiloval rozhodnutí žen podstoupit VBAC.

Na základě odborné literatury se ukazuje, že preference mezi VBAC a ERCS se liší v závislosti na individuálních okolnostech. Vaginální porod po CS je často spojován s motivacemi, jako je rychlejší zotavení, možnost zažít přirozený porod a zlepšení *bondingu* mezi matkou a dítětem. Naopak ERCS preferují ženy, které se chtějí vyhnout porodní bolesti, možnému poranění vaginální oblasti nebo upřednostňují plánovatelnost zákroku, například kvůli zajištění hlídání o starší děti. Přesto však existuje společný motivační faktor, a to snaha o zajištění bezpečí matky i dítěte, který hraje důležitou roli v jejich rozhodovacím procesu (Bonzon et al., 2017).

V zahraničí je tato problematika tedy aktivně zkoumána, a to i na úrovni vývoje výzkumných nástrojů. Například v Polsku byl Sys et al. (2022) vytvořen dotazník zaměřený na názory a preference žen týkající se volby způsobu porodu po CS.

V České republice dosud nebyly identifikovány studie, které by se zabývaly subjektivními faktory ovlivňujícími rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS. Zároveň nebyl v dostupné české literatuře nalezen žádný validovaný dotazník, který by, podobně jako například nástroj použitý ve studii Sys et al. (2022), umožňoval sběr dat o preferencích a motivech rodiček v této situaci. Vytvoření takového výzkumného nástroje by mohlo přinést cenné informace pro zlepšení porodnické péče v České republice.

K jeho tvorbě lze využít Delfský proces, který umožňuje systematické zapojení odborníků do formulace výzkumného nástroje s cílem dosáhnout odborného konsenzu. Tato metoda je detailně popsána v následující podkapitole.

2.3 Delfský proces

V praktické části této diplomové práce je využita Delfská metoda k tvorbě dotazníku. Proto považujeme za důležité této metodě věnovat několik odstavců a popsat, jak tento proces funguje.

Delfský proces je strukturovaná několikakolová technika, která vede ke konsenzu mezi panelisty (odborníky) na komplexní problém. Dle Delfské metody má úsudek skupiny větší váhu než individuální názor. Delfská metoda se stala od 50. let 20. století hojně využívaným nástrojem v medicíně, obchodu a sociálních vědách. Díky ní mohou odborníci dojít k nejlepším doporučením pro praxi, zejména tam, kde jsou zkoumané údaje omezené nebo rozporuplné (Diamond et al., 2014; Junger et al., 2017; Nasa et al., 2021).

Delfská metoda se drží určitých pravidel:

- Systematický výběr zkoumaného problému;
- objektivní výběr panelistů;
- anonymita panelistů;
- řízená zpětná vazba;
- iterativní zpětná vazba od panelistů;
- kritéria pro dosažení konsenzu;
- analýza konsenzu;
- předem definovaná uzavírací kritéria;
- stabilita výsledků (Nasa et al., 2021).

Výběr panelistů patří k nejdůležitějším aspektům Delfské metody. Způsob výběru panelistů se mezi studii liší a neexistuje tak pro jejich výběr žádné standardizované kritérium. Můžeme si vybrat mezi homogenním nebo heterogenním panelem odborníků podle zkoumaného problému. Zatímco při zkoumání velmi specifického problému, např. při tvorbě klinických doporučení pro léčbu vzácného onemocnění, kde je nutné hluboké porozumění dané patologii, volíme homogenní skupinu panelistů. U problémů vyžadujících různé perspektivy, jako například doporučení pro péči o pacienty s diabetem 2. typu, volíme heterogenní skupinu. Heterogenní panel odborníků pomáhá zobecnění konsenzu. Velkou výhodou je možnost

zapojení panelistů z různých oborů bez ohledu na jejich geografickou polohu, protože dotazování může probíhat online (Junger et al., 2017; Nasa et al., 2021).

Co se týče počtu členů panelu, také zde neexistuje jednotný názor. Počet se může pohybovat od 10 do 100 členů. Čím více panelistů se účastní, tím větší je generalizace problému (Nasa et al., 2021).

Anonymita panelistů je důležitým předpokladem Delfské metody. Eliminuje zaujatost, která se objevuje při osobních setkáních. Účastníci se tak při odpovídání cítí bezpečněji a jejich odpovědi nejsou ovlivněné například vztahy a konformitou k dominantnímu názoru ve skupině (Nasa et al., 2021).

Pojmenování *řízená zpětná vazba* vychází z faktu, že moderátor sbírá a analyzuje odpovědi panelistů a po každém kole dotazníku jsou získaná data anonymně prezentována panelistům v přehledném formátu. Takto pojatá zpětná vazba umožňuje panelistům vidět, jak se skupinový názor vyvíjí a zároveň je tak stále zachována jejich anonymita a nezaujatost. Každým kolem se odpovědi stabilizují, a tak je možné dojít k závěrečnému konsenzu (Nasa et al., 2021).

Pro definování konsenzu se nejčastěji používá procentuální vyjádření míry souhlasu mezi panelisty. Okrajové hodnoty shody se však mezi jednotlivými studii značně liší – zpravidla se pohybují v rozmezí od 50 % do 97 %. Tato diskrepance v intervalu naznačuje, že se může výrazně odvíjet od konkrétního zkoumaného problému. Nejčastěji se ale dle Diamond et al. (2014) používá procento shody s mediánem prahové hodnoty konsenzu 75 %. Podobně Bishop et al. (2017) upozorňují na variabilitu v definici konsenzu, ale uvádí medián prahové hodnoty 90 %.

V rámci Delfského procesu byla v této diplomové práci ve druhém a třetím kole hodnocení využita také Likertova škála. Tato škála byla poprvé představena R. Likertem v roce 1932 jako metoda pro měření postojů a názorů respondentů (Likert, 1932). Dle Bishop a Herron (2015) se jedná o hojně využívaný psychometrický nástroj. Likertova škála obsahuje, dle potřeb výzkumu, pětibodové nebo sedmibodové odpovědi, které se pohybují v rozmezí od *zcela nesouhlasím* po *zcela souhlasím*. Vyváženost odpovědí je zajištěna symetričností – pro každou kladnou odpověď existuje odpovídající záporná možnost kolem neutrálního středu. Odpovědi na Likertově škále se dají převést na ordinální data a v kontextu Delfského procesu usnadňují kvantitativní vyhodnocení míry souhlasu panelistů.

Složitou otázkou Delfské metody jsou uzavírací kritéria a stanovení momentu, kdy jednotlivá kola ukončit. Většina studií uzavírá kola po předem dohodnutém počtu, bez ohledu na to, zda bylo dosaženo skutečného konsenzu. Takový způsob ukončení může ovlivnit robustnost studie a je zde otázkou, zda se názory panelistů již stabilizovaly (Diamond et al., 2014).

Přestože se Delfská metoda může zdát ideálním nástrojem pro získání konsenzu mezi experty, má i několik nevýhod, které mohou snižovat její spolehlivost. Obecným problémem Delfského procesu je jeho nekonzistentnost a variabilita v metodice mezi studiemi. Mezi nejčastěji skloňované problémy patří nejednotná definice konsenzu, protože jednotlivé studie používají jiné prahové hodnoty pro shodu. Také bývá nedostatečně specifikováno, jak byl konsenzus vymezen a jaké bylo kritérium pro ukončení procesu. Ve studiích rovněž často chybí transparentnost při výběru panelistů. Tyto interpretace založené na nesourodých standardech mohou vést k nejednoznačným a těžce porovnatelným výsledkům, což snižuje jejich hodnotu (Diamond et al., 2014; Nasa et al., 2021)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Poznatky získané v teoretické části práce poskytly důležitý základ pro tvorbu výzkumné části, která se zaměřuje na rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS. Vysoký podíl CS v České republice nás motivoval zaměřit se na tuto problematiku a vytvořit dotazník, který pomůže lépe porozumět faktorům ovlivňujícím rozhodování mezi opakovaným CS a vaginálním porodem.

Pro účely této diplomové práce byl zvolen přístup smíšeného výzkumu, kdy byly odpovědi vyhodnoceny jak kvantitativně, tak byl prostor pro komentáře od panelistů. Dotazník byl konstruován na základě rešerše odborné literatury a byl dále upravován na základě iterativní zpětné vazby odborníků pomocí Delfského procesu (fáze 1). Tento proces pomohl dosáhnout shody mezi panelisty a zajistil, že dotazník odráží názory odborníků.

Po dosažení konsenzu panelistů a vytvoření návrhu dotazníku byl dotazník v pilotáži distribuován dospělým těhotným ženám, které v minulosti rodily CS (fáze 2). Jednalo se o kvantitativní šetření a součástí bylo také získávání zpětné vazby na dotazník. Odkaz na dotazník k vyplnění byl zveřejněn online prostřednictvím sociálních sítí Facebook a Instagram, což umožnilo oslovit širší cílovou skupinu. Po seznámení respondentek s pravidly účasti ve výzkumu, ověření splnění kritérií a po jejich souhlasu s účastí a použitím dat, byly respondentky vyzvány k jeho vyplnění.

Před zahájením fáze 1 i 2 byla etické komisi Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice předložena žádost o schválení etické přístupnosti, přičemž obě fáze byly komisí schváleny. Diplomová práce je také realizována v rámci Studentské grantové soutěže. Výzkum probíhal od března 2024 do března 2025. Časová osa fáze 1 je znázorněna v diagramu 1 a fáze 2 v diagramu 2.

Pro výzkumnou část byly stanoveny následující cíle a průzkumné otázky:

Hlavní cíl:

1. Vytvořit dotazník pomocí Delfské metody, který bude sloužit k identifikaci motivačních a rozhodovacích faktorů žen při volbě způsobu porodu po předchozím CS.

Dílčí cíle:

2. Pilotně ověřit vzniklý dotazník u těhotných žen, které se rozhodují mezi ERCS a VBAC.

Průzkumná otázka č. 1: Souvisí subjektivní prožitek předchozího porodu s postojem těhotné ženy k nadcházejícímu porodu?

Průzkumná otázka č. 2: Souvisí vnímání předchozího porodu s hodnocením vlastního zdravotního stavu v současném těhotenství?

Průzkumná otázka č. 3: Souvisí hodnocení zdravotního stavu v současném těhotenství s postojem ženy k nadcházejícímu porodu?

3. Vyhodnotit souvislost mezi metodou vedení předchozího porodu a volbou způsobu vedení nastávajícího porodu.

Průzkumná otázka č. 4: Souvisí způsob vedení předchozího porodu s volbou plánovaného způsobu porodu v aktuálním těhotenství?

4. Při pilotáži dotazníku zjistit názor žen na srozumitelnost navrženého dotazníku.

Průzkumná otázka č. 5: Jak ženy hodnotí srozumitelnost jednotlivých částí dotazníku v rámci pilotáže?

3.1 Fáze 1

S ohledem na cíle výzkumné části byla pro tvorbu dotazníku, určeného pro následné pilotní testování na vzorku těhotných žen, zvolena Delfská metoda. Fáze 1 je strukturována do tří kol podle zásad Delfské metody.

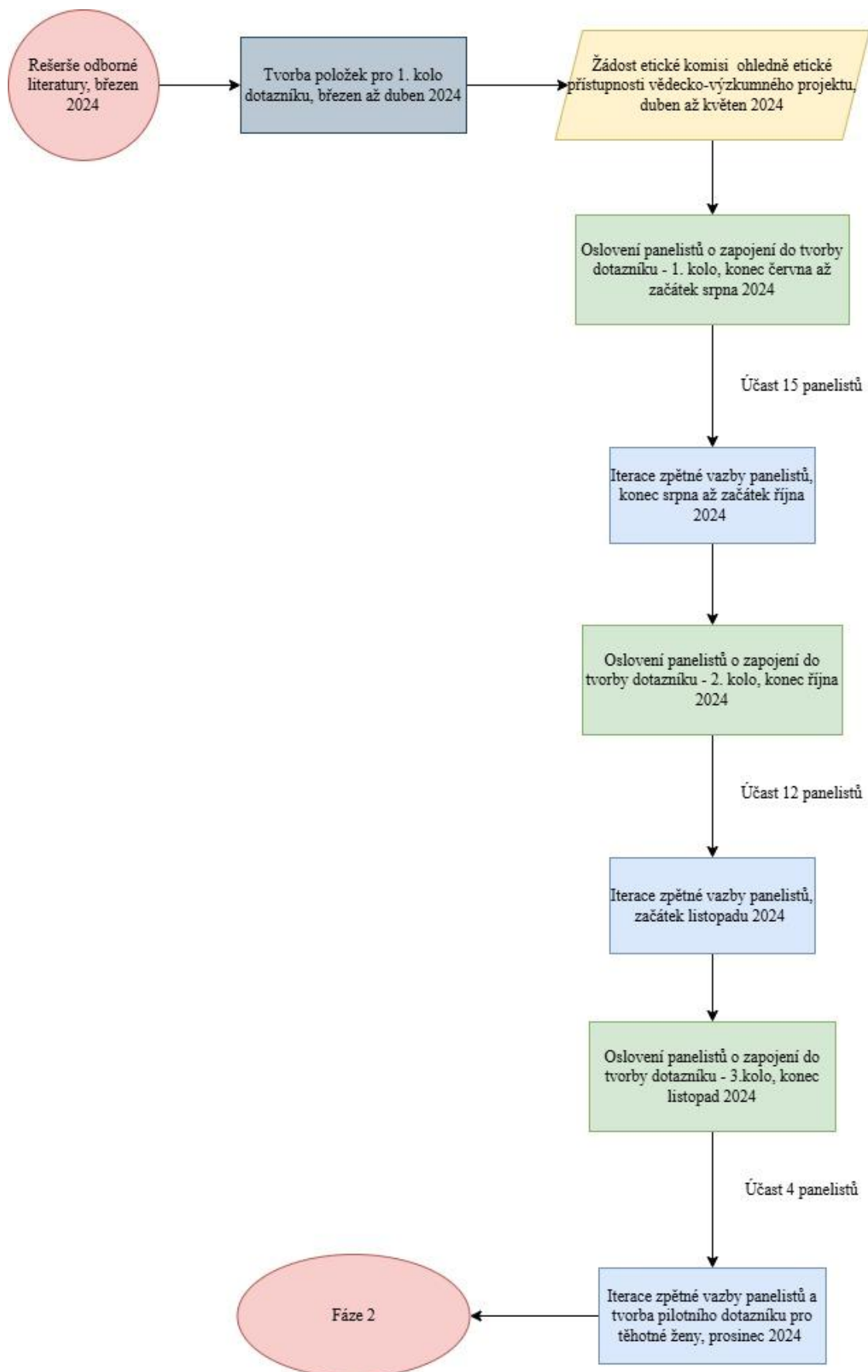
Nutností pro tvorbu položek do prvního kola byla rešerše odborné literatury. Díky tomu jsme mohli identifikovat relevantní témata, která budou do dotazníku zařazena. Po schválení etické komise byli emailem osloveni panelisté. Panelisté byli seznámeni s cíli tvorby dotazníku, přičemž bylo zdůrazněno, že finální pilotní dotazník bude distribuován online a určen těhotným ženám starším 18 let, které v minulosti porodily CS. Dále bylo specifikováno, že nebude zajištěn přístup ke klinickým údajům respondentek a že dotazník bude založen výhradně na subjektivních odpovědích bez doplnění o objektivní medicínská data.

První kolo sestávalo z otevřených položek. Následná analýza a iterativní úpravy získaných odpovědí vedla k tvorbě položek pro druhé kolo. Po zpětné vazbě byl dotazník upraven a následně předložen k finálnímu hodnocení ve třetím kole. Druhé a třetí kolo obsahovalo položky, které bylo možné hodnotit Likertovou škálou. Tímto byla první fáze výzkumu uzavřena.

Účast panelistů v prvním a druhém kole nebyla podmíněna předchozí účastí v předcházejícím kole. Naopak, ve třetím kole se mohli zúčastnit pouze panelisté, kteří se zúčastnili druhého kola.

Na následující straně je diagram časové osy fáze 1.

Diagram 1 Časová osa fáze 1



3.1.1 Rešerše výzkumné literatury pro tvorbu dotazníku

Pro získání zdrojů pro tvorbu dotazníku v rámci Delfského procesu jsme využili informační systémy PubMed, Medvik a Google Scholar. Na platformě PubMed jsme použili pokročilé hledání a zadali jsme klíčová slova: "pregnan*" AND "vaginal delivery" OR "vaginal birth" AND "post-caesarean" OR "post-caesarean" OR "post-C-section" (příloha A). Tímto způsobem jsme našli 22 relevantních článků a studií. Dále jsme aplikovali filtry pro omezení časového období na roky 2014-2024 a pro výběr jen volně dostupných studií, což nám snížilo počet relevantních studií na 10. Následně jsme systematicky prošli každou studii s cílem vybrat vhodné zdroje pro tvorbu dotazníku.

Na platformě Medvik jsme rešerši provedli obdobně. Do pokročilého vyhledávání jsme zadali: "pregnan*" AND "vaginal delivery" OR "vaginal birth" AND "post-caesarean" OR "post-caesarean" OR "post-C-section" (příloha B). Zvolili jsme, že se vyhledávaná klíčová slova mají objevit v abstraktu článku a časové období 2014-2024. Našli jsme 49 odborných článků včetně některých českých.

Do Google Scholar jsme zadali stejná klíčová slova, jako u předchozích až na první klíčové slovo, které jsme použili ve znění "pregnant" a nastavili časové omezení pouze na rok 2024. našli jsme 51 výsledků. Použili jsme jen literaturu, články a studie, které vyhovovali účelům diplomové práce.

3.1.2 Výběr a charakteristika panelistů

Panelisté byli odborníci schopní a ochotní se účastnit výzkumného šetření a poskytnout odpovědi prostřednictvím online dotazníku na platformě LimeSurvey. Kritéria pro zařazení panelistů zahrnovala následující požadavky:

- Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti nebo pracovník, který může působit v sociálních službách s minimální dvouletou praxí Alespoň polovina všech odborníků musela mít zkušenost s prací s těhotnými ženami či ženami aktivně plánujícími těhotenství nebo s ženami při nebo po porodu.
- Alespoň polovina odborníků musela být zdravotnickým pracovníkem.

Mezi vylučovací kritéria patřilo:

- Odchod do důchodu.
- Studenti zdravotnických oborů.

Osloveni byli experti z více profesních skupin: lékaři gynekologové-porodníci, porodní asistentky, všeobecné sestry, sociální pracovníci a psychologové. Celkově se do všech tří kol zapojilo 20 panelistů. V prvním kole bylo získáno 15 platných odpovědí, v druhém 12 odpovědí a ve třetím kole 4 odpovědi.

Nejvíce panelistů spadalo do věkové skupiny 41–50 let (n=7). Účastnilo se 18 žen a 2 muži. Nejpočetnější zastoupení v kategorii vzdělání měli panelisté s doktorským titulem (n=9) a nejčastější odbornou způsobilostí mezi panelisty byla profese porodní asistentky (n=7). Nejvíce panelistů pocházelo z Hlavního města Prahy (n=13). Detailnější rozepsání demografických údajů panelistů viz. tabulka 1. Věk a pohlaví viz příloha C.

Tabulka 1 Demografické údaje panelistů (n=20)

Nejvyšší stupeň vzdělání	Četnosti
Střední odborné	1 (5)
Bakalářské	4 (20)
Magisterské	6 (30)
Doktorské	9 (45)
Bez odpovědi	0
Odborná způsobilost	Četnosti
Lékař, gynekolog-porodník	6 (30)
Porodní asistentka	7 (35)
Všeobecná sestra	2 (10)
Dětská sestra	1 (5)
Chirurgická sestra	1 (5)
Sociální pracovník	1 (5)
Psycholog	1 (5)
Bez odpovědi	1 (5)
Kraj	Četnosti

Hlavní město Praha	13 (65)
Královéhradecký kraj	3 (15)
Pardubický kraj	2 (10)
Plzeňský kraj	1 (5)
Bez odpovědi	1 (5)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

Tabulka 2 znázorňuje frekvenci kontaktu panelistů s ženami v různých fázích mateřství, konkrétně v období plánování těhotenství, v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

Tabulka 2 Frekvence kontaktu panelistů s ženami (n=20)

	Nikdy	Denně	Několikrát za týden	Několikrát za měsíc	Několikrát za rok	Bez odpovědi
Kontakt s ženami v těhotenství	2 (10)	4 (20)	6 (30)	3 (15)	4 (20)	1 (5)
S ženami aktivně plánujícími těhotenství	2 (10)	9 (45)	2 (10)	2 (10)	4 (20)	1 (5)
Kontakt s ženami při porodu	10 (50)	1 (5)	3 (15)	2 (10)	2 (10)	2 (10)
Kontakt s ženami v šestinedělí	4 (20)	1 (5)	7 (35)	3 (15)	3 (15)	2 (10)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.						

3.1.3 První kolo

V rámci prvního kola došlo k sestavení 7 okruhů (viz níže) položek dotazníku a k prvnímu oslovení panelistů.

Panelisté byli osloveni pomocí emailu, aby nám poskytli zpětnou vazbu na položky v dotazníku. Dotazování panelistů probíhalo prostřednictvím online softwaru LimeSurvey. Na konci prvního kola byla zahrnuta sekce zaměřená na sběr demografických údajů panelistů. V instrukcích bylo uvedeno, že vyplnění dotazníku by mělo trvat přibližně 20-25 minut.

V prvním kole fáze 1 byly položky seskupeny do sedmi tematických okruhů:

1. Sociodemografické otázky
2. Obstetrická anamnéza
3. Zkušenosti s předchozím porodem
4. Péče v průběhu současného těhotenství
5. Informovanost v průběhu těhotenství
6. Znalosti týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte
7. Pocity týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte

Panelisté hodnotili, zda by dané položky zařadili do budoucího dotazníku pro sběr dat mezi těhotnými ženami, který má za cíl porozumět faktorům ovlivňujícím jejich rozhodování o způsobu porodu po CS. Panelisté měli na výběr mezi odpověďmi *ano*, *ne* a *nevím*, přičemž každá položka také nabízela možnost otevřené odpovědi pro doplnění komentáře. Na konci každého okruhu mohli panelisté poskytnout dodatečné připomínky.

Abychom data mohli vyhodnotit, bylo nutné si stanovit hranici konsenzu. Hranice shody byla stanovena na 80 %, což znamená, že alespoň 12 z 15 panelistů muselo souhlasit (vybrat odpověď *ano*) s danou položkou, aby postoupila do druhého kola fáze 1. Tento postup zajistil, že výsledná sada otázek v druhém kole refletovala názory většiny odborníků.

V prvním kole jsme obdrželi 41 odpovědí, z toho 15 bylo kompletních a 26 neodeslaných.

3.1.3.1 Výsledky prvního kola

Prvního kola se zúčastnilo celkem 15 panelistů. V tabulkách 3 až 9 je uvedeno konkrétní znění jednotlivých položek, které byly předmětem hodnocení prvního kola z hlediska jejich postoupení do kola druhého. Počet panelistů, kteří s postoupením položek souhlasili, je vyjádřen jak v absolutních, tak relativních četnostech.

Tabulka 3 První kolo – Sociodemografické otázky (n=15)

Položka	Věk	Vzdělání	Příjem rodiny (nízký / střední / vysoký)	Rodinný stav	Povolání / zaměstnání (jaké, výše úvazku)
Souhlas panelistů	14 (93,3)	14 (93,3)	3 (20,0)	5 (33,3)	12 (80,0)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení.					

Tabulka 4 První kolo – Obstetrická anamnéza (n=15)

Položka	Parita	Okolnosti předchozího porodu / předchozích porodů	Důvod/-y pro předchozí císařský řez	Typ zařízení, kde předchozí porod proběhl
Souhlas panelistů	14 (93,3)	14 (93,3)	14 (93,3)	10 (66,7)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení.				

Tabulka 5 První kolo – zkušenosti s předchozím porodem (n=15)

Položka	Rychlost uzdravení po porodu	Zdravotní stav sebe	Zdravotní stav dítěte	Bonding s dítětem	Kojení	Poranění dělohy	Poranění močového měchýře	Bolest	Infekce spojená s cévkováním	Infekce spojená s chirurgickým zákrokem
Souhlas panelistů	14 (93,3)	13 (89,7)	13 (89,7)	11 (73,3)	11 (73,3)	9 (60,0)	8 (53,3)	13 (89,7)	6 (40,0)	12 (80,0)
Položka	Komplikace týkající se jizvy	Úzkost	Strach z porodu	Strach z možnosti i poranění dítěte	Post-traumatická stresová porucha	Komplikace týkající se svalů pánevního dna	Podpora personálu	Podpora rodiny	Vnímaná kvalita péče	
Souhlas panelistů	12 (80,0)	12 (80,0)	12 (80,0)	9 (60,0)	10 (66,7)	10 (66,7)	12 (80,0)	10 (66,7)	11 (73,3)	

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení.

Tabulka 6 První kolo – Péče v průběhu současného těhotenství (n=15)

Položka	Zdravotní čtí pracovníci i a způsob jejich zapojení do péče	Sociální pracovníci i a způsob jejich zapojení do péče	Další pracovníci i a způsob jejich zapojení do péče	Způsob přípravy na těhotenství	Způsob příprav y na porod	Způsob zapojení laiků - rodiny	Způsob zapojení laiků - přátel
Souhlas panelistů	14 (93,3)	5 (33,3)	4 (26,7)	11 (73,3)	13 (86,7)	7 (46,7)	4 (26,7)

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení.

Tabulka 7 První kolo – Informovanost v průběhu těhotenství (n=15)

Položka	Informace získané jakou formou	Informace získané od koho	Spokojenost či názor na kvalitu informací ohledně VBAC	Spokojenost či názor na kvalitu informací ohledně ERCS	Vliv těchto informací na rozhodování – vliv koho	Vliv těchto informací na rozhodování – míra vlivu
Souhlas panelistů	13 (86,7)	12 (80,0)	11 (73,3)	11 (73,3)	11 (73,3)	8 (53,3)

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení.

Tabulka 8 První kolo – Znalosti týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte (n=15)

Položka	Rychlost uzdravení po porodu při VBAC / při ERCS	Zvýšení rizika pro další těhotenství při VBAC / při ERCS	"Lepší" pro zdravotní stav sebe při VBAC / při ERCS	"Lepší" pro zdravotní stav dítěte při VBAC / při ERCS	Usnadnění kojení při VBAC / při ERCS	Poranění dělohy při VBAC / při ERCS	Poranění močového měchýře při VBAC / při ERCS
Souhlas panelistů	13 (86,7)	13 (86,7)	10 (66,7)	11 (73,3)	13 (86,7)	12 (80,0)	9 (60,0)
Položka	Bolest při VBAC / při ERCS	Infekce spojená s cévkováním při VBAC / při ERCS	Infekce spojená s chirurgickým zákrokem při VBAC / při ERCS	Infekce - jiná, při VBAC / při ERCS	Komplikace týkající se jizvy při VBAC / při ERCS	Komplikace týkající se svalů pánevního dna při VBAC / při ERCS	
Souhlas panelistů	12 (80,0)	6 (40,0)	9 (60,0)	8 (53,3)	13 (86,7)	11 (73,3)	

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení. VBAC = vaginální porod po císařském řezu. ERCS = plánovaný opakovaný císařský řez.

Tabulka 9 První kolo – Pocity týkající se dopadu VBAC, ERCS na zdravotní stav matky / dítěte (n=15)

Položka	Úzkost při VBAC / při ERCS	Strach z porodu při VBAC / při ERCS	Strach z anestezie při VBAC / při ERCS	Strach z možnosti poranění dítěte při VBAC / při ERCS	Strach - jiné, při VBAC / při ERCS
Souhlas panelistů	10	13 (86,7)	9 (60,0)	10 (66,7)	12 (80,0)
Položka	Post-traumatická stresová porucha, při VBAC / při ERCS	Bonding s dítětem, při VBAC / při ERCS	Přání prožitku - např. vaginálního porodu, při VBAC / při ERCS	Přání "mít vše pod kontrolou", při VBAC / při ERCS	Přání - jiné, při VBAC / při ERCS
Souhlas panelistů	13 (86,7)	13 (86,7)	11 (73,3)	10 (66,7)	8 (53,3)

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost. Tučně jsou zvýrazněny položky, které splnily kritérium minimálně 80% shody mezi panelisty a byly zařazeny do dalšího kola hodnocení. VBAC = vaginální porod po císařském řezu. ERCS = plánovaný opakovaný císařský řez.

Celkem bylo z prvního do druhého kola fáze 1 postoupeno 33 položek, u kterých panelisté jejich důležitost potvrdili. Kromě těchto položek panelisté v tomto kole v komentářích navrhli několik dalších položek (zda žena tráví čas v přírodě, z jakého je kraje, jaké je národnosti), které byly rovněž zařazeny do druhého kola hodnocení (tabulka 10 a 16).

3.1.4 Druhé kolo

Ve druhém kole fáze 1 na základě iterace zpětné vazby z prvního kola postoupilo 33 položek, které prošly alespoň 80% shodou panelistů. Tyto položky jsme ponechali, v mnoha případech je přeformulovali s maximální snahou využití Likertovy škály. Pro naše potřeby byla zvolena sedmibodová Likertova škála, kde hodnota 7 označuje, že položka je velmi důležitá, zatímco hodnota 1 vyjadřuje, že položka není vůbec důležitá. Při sestavování otázek pro druhé kolo jsme taktéž uplatňovali následující základní principy tvorby dotazníku:

- a) Srozumitelný i pro laickou veřejnost se základním vzděláním.
- b) Položky formulovány konzistentně.
- c) Porovnání současného stavu s předchozím porodem, pokud je to relevantní.
- d) Určen pro těhotné ženy po alespoň jednom CS.
- e) Neutrální formulace (tzn. žádná metoda porodu není preferovaná).
- f) Využití Likertovy škály (*velmi souhlasím* = pozitivní postoj/zkušenost).
- g) Do 2. kola zařazeny položky s $\geq 80\%$ souhlasem o důležitosti.
- h) Doplněno o další demografické údaje.
- i) Dotazník je určen k online vyplnění bez ověřování údajů z dokumentace.

Otázky ve druhém kole jsme tematicky přeskupili do 7 logických oblastí:

1. Sociodemografické otázky
2. Klinické otázky
3. Předchozí porod – zkušenosti
4. Současný stav
5. Nastávající porod – očekávání
6. Získávání informací
7. Životní styl

Ve druhém kole panelisté pomocí Likertovy škály hodnotili, jak znění otázek, tak způsob odpovědi, kterou budou mít ženy ve finálním dotazníku na výběr. Na závěr každé tematické oblasti byla panelistům poskytnuta možnost připojit komentář. Po šesté oblasti *Získávání informací* následovala část, ve které jsme se panelistů dotazovali, zda se zúčastnili prvního kola.

V případě, že se prvního kola neúčastnili, byli vyzváni k vyplnění svých demografických údajů. Panelisté se druhého kola mohli účastnit, přestože se neúčastnili prvního kola. Vyplnění druhého kola trvalo 15-20 minut.

Panelisté byli v rámci druhého kola opět osloveni e-mailem s žádostí o vyplnění dotazníku. Předpokládaná časová náročnost byla stanovena na 15-20 minut. Celkem jsme navrhli 55 otázek, které panelisté zhodnotili podle jejich vnímání důležitosti na Likertově stupnici 1–7.

Pro každou otázku byla vypočítána průměrná hodnota odpovědí na Likertově škále. Původně byla stanovena prahová hodnota průměru na více než 5,0, což by umožnilo postup 23 otázek, ale pouze dvě z nich by se týkaly páté oblasti *Nastávajícího porodu*. S cílem zachovat rovnoměrnější zastoupení témat byla prahová hodnota průměru snížena na 4,5, čímž do pilotního dotazníku pro těhotné ženy postoupilo 38 otázek.

3.1.4.1 Výsledky druhého kola

Druhého kola se účastnilo celkem 12 panelistů, z nichž 7 se zapojilo již v prvním kole.

V levém sloupci tabulek je uvedeno zkrácené znění otázek. Kompletní znění všech otázek včetně nabízených odpovědí, které měly respondentky k dispozici ve finálním pilotním dotazníku a které byly také součástí hodnocení panelistů, je pro přehlednost uvedeno v příloze F.

Ve druhém kole panelisté upozornili na nejasnosti ve formulaci některých otázek, což vedlo k jejich zpřesnění. V rámci okruhu *sociodemografických otázek* (tabulka 10) byly na základě zpětné vazby rozšířeny odborné skupiny povolání ve 4. otázce o jejich podskupiny pro přesnější klasifikaci profesí. Odborné skupiny byly čerpány z internetového webu Národní Soustavy Povolání (Národní Soustava Povolání, 2025).

Tabulka 10 Druhé kolo – Sociodemografické otázky

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
1. Kolik je vám let?	6,0
2. V jakém kraji žijete?	4,3
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?	5,6
4. Jaké je Vaše povolání?	4,8
5. Jaká je Vaše národnost?	5,0

Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku

V okruhu *klinických otázek* (tabulka 11) panelista upozornil, že v 10. otázce není jiný než vaginální nebo císařský porod možný a doporučil odstranit možnost odpovědi *jinak, jak*, což jsme zohlednili. Zároveň jsme upřesnili, že pojem *dítě* v 8. otázce odkazuje na *plod*, ale s ohledem na srozumitelnost pro laické respondentky jsme označení *dítě* ponechali.

Tabulka 11 Druhé kolo – Klinické otázky

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
6. Kolikrát jste rodila?	6,7
7. Z toho kolik porodů bylo Císařským řezem?	6,8
8. Důvodem pro předchozí Císařský řez bylo:	6,5
9. V kterém roce proběhl Váš poslední porod?	5,4
10. Jak proběhl Váš poslední porod?	5,8
11. V kolikátém týdnu těhotenství jste?	4,4
12. Jakou metodou plánujete, že proběhne Váš nadcházející porod?	6,1
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku	

Na základě zpětné vazby z oblasti otázek týkajících se *Předchozího porodu a zkušenosti s předchozím porodem* (tabulka 12) jsme jednu doplňující otázku do dotazníku přidali. Panelista nás upozornil na fakt u 29. otázky, že se u šestinedělek spíše projevuje *poporodní deprese*, nežli *posttraumatická stresová porucha (PTSD)*.

Tabulka 12 Druhé kolo – Předchozí porod, zkušenosti

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
13. Všechny moje předchozí porody proběhly bez komplikací.	5,8
14. Po předchozím porodu jsem se zotavila velmi rychle.	5,6

15. Můj zdravotní stav při předchozím těhotenství byl velmi dobrý.	5,7
16. Zdravotní stav mého dítěte v mém předchozím těhotenství byl pro mě důležitý.	3,0
17. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou bolest.	4,6
18. Po předchozím porodu jsem neměla žádnou infekci.	5,0
19. Po předchozím porodu jsem neměla žádné problémy s jizvou.	5,8
20. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou úzkost.	5,6
21. Při předchozím porodu jsem neměla žádný strach z porodu.	4,9
22. Podpora zdravotnického personálu při předchozím porodu byla velmi dobrá.	4,9
23. Způsob, jakým se zdravotnický personál zapojil do mé péče při předchozím porodu, byl velmi dobrý.	5,2
24. Způsob, jakým jsem se připravila na předchozí porod, byl velmi dobrý.	5,3
25. Rizika spojená s mým předchozím porodem byla v maximální možné míře pod kontrolou.	5,1
26. Podmínky pro kojení byly po mém předchozím porodu velmi dobré.	5,8
27. Riziko poranění dělohy bylo při mém předchozím porodu v maximální možné míře pod kontrolou.	4,3
28. Při předchozím porodu jsem kromě porodu neměla žádný strach z dalších věcí.	4,7
29. Při předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji post-traumatické stresové poruchy (PTSD) související se strachem a úzkostí z porodu.	5,8
30. Po předchozím porodu byl bonding s mým dítětem velmi snadný.	5,3
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku	

Tabulky 13 až 16 obsahují zbývající čtyři ze sedmi okruhů otázek.

Tabulka 13 Druhé kolo – Současný stav

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
31. Můj současný zdravotní stav (v tomto těhotenství) je velmi dobrý.	5,8
32. Zdravotní stav mého dítěte v mém současném těhotenství je pro mě důležitý.	4,7
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku	

Tabulka 14 Druhé kolo – Nadcházející porod, očekávání

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
33. Očekávám, že se po nadcházejícím porodu zotavím velmi rychle.	4,3
34. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádnou bolest.	3,8
35. Po nadcházejícím porodu neočekávám žádnou infekci.	3,3
36. Po nadcházejícím porodu neočekávám žádné problémy s jizvou.	4,0
37. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádnou úzkost.	4,3
38. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádný strach z porodu.	4,8
39. Očekávám, že podpora zdravotnického personálu při nadcházejícím porodu bude velmi dobrá.	4,8
40. Očekávám, že způsob, jakým se zdravotnický personál zapojí do mé péče při nadcházejícím porodu, bude velmi dobrý.	4,8
41. Způsob, jakým se plánuji připravit na nadcházející porod, je velmi dobrý.	4,7
42. Očekávám, že rizika spojená s mým nadcházejícím porodem budou v maximální možné míře pod kontrolou.	4,8
43. Očekávám, že po mém nadcházejícím porodu budou moje podmínky pro kojení velmi dobré.	4,9
44. Očekávám, že při mém nadcházejícím porodu bude riziko poranění dělohy v maximální možné míře pod kontrolou.	4,5

45. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádný strach z dalších věcí kromě porodu.	4,2
46. Neočekávám, že u mě po nadcházejícím porodu dojde k rozvoji post-traumatické stresové poruchy (PTSD) související se strachem a úzkostí z porodu.	4,4
47. Po nadcházejícím porodu očekávám snadný bonding s mým dítětem.	4,6
48. Je pro mě velmi důležité mít možnost plánovat datum mého porodu.	3,9
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku	

Tabulka 15 Druhé kolo – Získávání informací

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
49. K mému nadcházejícímu porodu jsem získala dostatek odborných informací.	5,3
50. Odborné informace k mému nadcházejícímu porodu jsem získala z následujících zdrojů:	5,5
51. K mému nadcházejícímu porodu jsem získala dostatek informací z řad laické veřejnosti (např. rodiny, přátel, známých).	4,3
52. Informace k mému nadcházejícímu porodu z řad laické veřejnosti jsem získala z následujících zdrojů:	4,7
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku	

Tabulka 16 Druhé kolo – Životní styl

Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
53. Trávit čas v přírodě je pro mě velmi důležité.	3,3
54. Trávit čas na sociálních sítích je pro mě velmi důležité.	2,8
55. Trávit čas sledováním televize nebo streamovacích služeb (Netflix, VOYO apod.) je pro mě velmi důležité.	2,7

Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku

Zpětná vazba panelistů z druhého kola, kterou jsme nezohlednili, se převážně týkala otázek typu, zda je žena jako laik schopna objektivně posoudit například míru kontroly rizika poranění dělohy. Je však důležité podotknout, že náš dotazník není zaměřen na získávání objektivně ověřitelných medicínských údajů, nýbrž na subjektivní vnímání žen, což bylo panelistům na začátku procesu vysvětleno. Zohlednění zpětné vazby tohoto typu by vedlo k odklonu od původního záměru výzkumu a nemuseli bychom dosáhnout stanovených cílů této diplomové práce.

3.1.5 Třetí kolo

Obsahem třetího kola byla revize tří modifikovaných otázek a jedné nově přidané otázky z druhého kola. Podmínkou účasti ve třetím kole byla předchozí účast ve druhém kole, aby panelisté byli schopni posoudit provedené úpravy v kontextu předchozího hodnocení. Panelisty jsme oslovili opět pomocí emailu. Čas potřebný k vyplnění třetího kola byl odhadnut na 5 minut. Po třetím kole byla panelistům zaslána finální verze dotazníku.

Pro zařazení otázky do konečné verze dotazníku byla opět stanovena minimální prahová hodnota průměru 4,5 na Likertově škále 1-7, stejně jako tomu bylo ve druhém kole.

Ve třetím kole taktéž byly uplatněny základní principy tvorby dotazníku, jako tomu bylo ve druhém kole.

3.1.5.1 Výsledky třetího kola

Třetího kola se zúčastnili 4 panelisté. Stanovenou hranicí průměru odpovědí 4,5 prošly do finálního dotazníku všechny čtyři otázky.

Tabulka 17 uvádí otázky, které byly předmětem hodnocení ve třetím kole. První až třetí otázka prošly úpravou znění, čtvrtá otázka byla nově doplněna. Celé znění těchto 4 otázek je uvedeno v příloze G.

Tabulka 17 Třetí kolo – upravené/přidané otázky

Oblast	Otázka	Průměrná hodnota Likertovy škály
Sociodemografické otázky	1. V jaké oblasti pracujete?	4,5
Klinické otázky - úprava	2. Důvodem pro předchozí Císařský řez bylo:	7,0
	3. Jak proběhl Váš poslední porod?	7,0
Předchozí porod, zkušenosti - návrh doplňující otázky	4. Po předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji poporodní deprese.	6,3
Legenda: tučně jsou označené otázky, které splnily kritérium prahové hodnoty průměru Likertovy škály $\geq 4,5$ a postoupily tak do finální verze dotazníku		

Všechny čtyři hodnocené otázky hranici průměru splnily a byly tak schváleny k zařazení do finální podoby dotazníku. Panelisté nepřipojili žádné slovní komentáře k otázkám hodnoceným ve třetím kole.

Stanovenou hranicí průměru odpovědí 4,5 Likertovy škály prošlo do finálního dotazníku pro ženy po všech kolech fáze 1 celkem 40 otázek.

3.2 Fáze 2

Druhá fáze navazuje na fázi 1 projektu. Otázky získané ve fázi 1 byly chronologicky uspořádány tak, aby reflektovaly logický sled událostí – nejprve zahrnuje otázky týkající se minulého porodu, následují otázky zaměřené na současné těhotenství a poslední okruh se týká nadcházejícího porodu. Současně sem byly zařazeny i otázky týkající se zdrojů informací, ze kterých ženy čerpaly. Demografické údaje byly zařazeny na závěr dotazníku. Na konci každé oblasti (minulý porod, současné těhotenství, nadcházející porod a demografické údaje) respondentky hodnotily srozumitelnost otázek. Celý pilotní dotazník je přiložen v příloze H.

Dotazník pro ženy byl navržen tak, aby většina položek umožňovala odpověď prostřednictvím čtyřbodové Likertovy škály, zahrnující položky: *zcela souhlasím, částečně souhlasím, částečně*

nesouhlasím, zcela nesouhlasím. Pro následnou analýzu dat bylo nutné převést tyto nominální proměnné na ordinální proměnné (tabulka 18), což umožnilo kvantifikaci míry souhlasu respondentek. Výsledné skórování odpovědí bylo nastaveno tak, že čím vyšší hodnota, tím pozitivnější postoj respondentky k dané otázce. V závislosti na potřebách statistického testování mohly být tyto ordinální proměnné sčítány, například za celou tematickou oblast (např. součtem hodnot všech otázek týkajících se předchozího porodu), a následně mezi sebou porovnávány.

Na další položky dotazníku bylo možné odpovědět, dle povahy otázky, buď číselně, nebo vybráním předložených možností odpovědí.

Tabulka 18 Přeměna nominálních proměnných na ordinální proměnné

Nominální proměnná	Ordinální proměnná
Zcela souhlasím	4
Částečně souhlasím	3
Částečně nesouhlasím	2
Zcela nesouhlasím	1

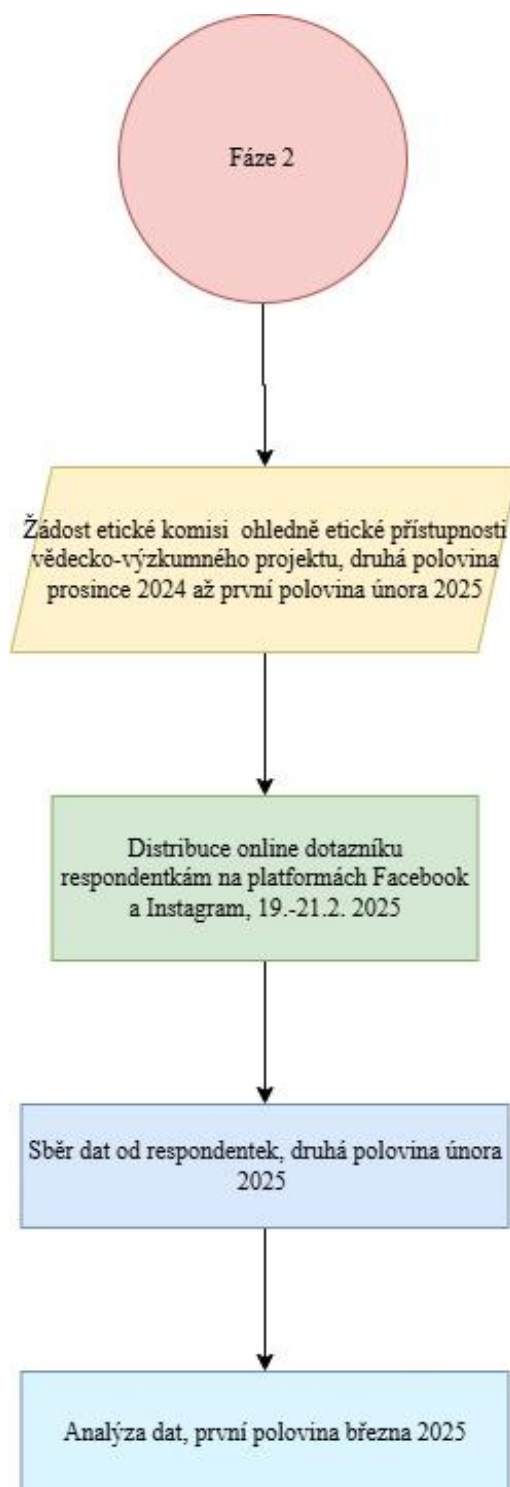
Respondentky byly osloveny a dotazník publikován na sociálních sítích *Facebook* a *Instagram*. Na *Facebooku* byl dotazník publikován do veřejných i soukromých facebookových skupin. V souvislosti s tématem diplomové práce jsme dotazník publikovali do skupin, kde se sdružují těhotné ženy. Sběr dat probíhal od 18. února do 26. února 2025. Na sociální síti *Instagram* byly osloveny porodní asistentky, které na této sociální síti mají založený uživatelský účet a jsou na profilu aktivní. Požádali jsme je, zda by dotazník mohly sdílet na svém *Instagram stories* s odkazem na dotazník, aby jej potenciální respondentky mohly vyplnit. Konceptem *Instagram stories* jsou krátkodobé příspěvky, které zmizí po 24 hodinách.

Údaje respondentek byly shromažďovány online za využití softwaru LimeSurvey. Informovaný souhlas respondentek byl, v souladu s novými trendy, vyjádřen kliknutím. Doba vyplnění dotazníku byla stanovena na 15-20 minut.

Z celkového počtu 155 odeslaných dotazníků bylo 50 řádně vyplněných. Nedokončené dotazníky nebyly zpracovány, jelikož neobsahovaly všechny potřebné údaje pro validní statistické vyhodnocení výsledků.

V rámci analýzy výsledků byly kategoriální varianty odpovědí na otázky dotazníku hodnoceny pomocí absolutních a relativních četností. Testování statistických hypotéz bylo provedeno pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu a chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA, hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 5 %.

Diagram 2 Časová osa fáze 2



3.2.1 Vstupní kritéria respondentek

Respondentky byly těhotné ženy schopné a ochotné se účastnit výzkumného šetření a poskytnout odpovědi prostřednictvím online dotazníku. Kritéria pro zařazení respondentky zahrnovala:

- a) Žena je v současné době těhotná
- b) Poslední porod před současným těhotenstvím proběhl CS
- c) Žena hovoří plyně česky
- d) Respondentce je více než 18 let

3.2.2 Výsledky získaných dat

V následujících pododdílech jsou prezentována získaná data z pilotního dotazníku. Pododdíly jsou rozdělené na: porodnickou anamnézu respondentek, přechodí porod a těhotenství, současné těhotenství, nastávající porod, demografické údaje a hodnocení srozumitelnosti otázek dotazníku respondentkami.

3.2.2.1 Porodnická anamnéza

První až pátá otázka v pilotním dotazníku sloužily pro sběr porodnické anamnézy respondentek (celé znění dotazníku je v příloze H). Data z první až čtvrté otázky ukazují že, největší podíl respondentek (78,0 %) rodil pouze jednou, přičemž u 82,0 % z nich byl alespoň jeden porod veden CS. Císařské řezy byly provedeny mezi lety 2012 až 2024, přičemž 72 % z nich proběhlo v posledních třech letech. Více než polovina respondentek (62,0 %) měla poslední porod původně plánovaný jako vaginální, avšak byl nakonec ukončen CS. Zbývajících 38,0 % podstoupilo plánovaný CS. Tabulka s kompletními údaji o porodní anamnéze respondentek je uvedena v příloze D.

Pátá otázka se týkala důvodů pro předchozí CS. Mezi nejčastější důvody pro CS patřila problémová poloha plodu, která byla indikací ve 20,0 % případů. Další a zároveň nejpočetnější kategorií byly *jiné důvody* pro CS (42,0 %). Zahrnovaly preeklampsii, tokofobii, odhadovanou makrosomii plodu, strach z vaginálního porodu, nepříznivou osobní anamnézu nebo předchozí dva CS. Všechny důvody pro CS jsou uvedené v tabulce 19.

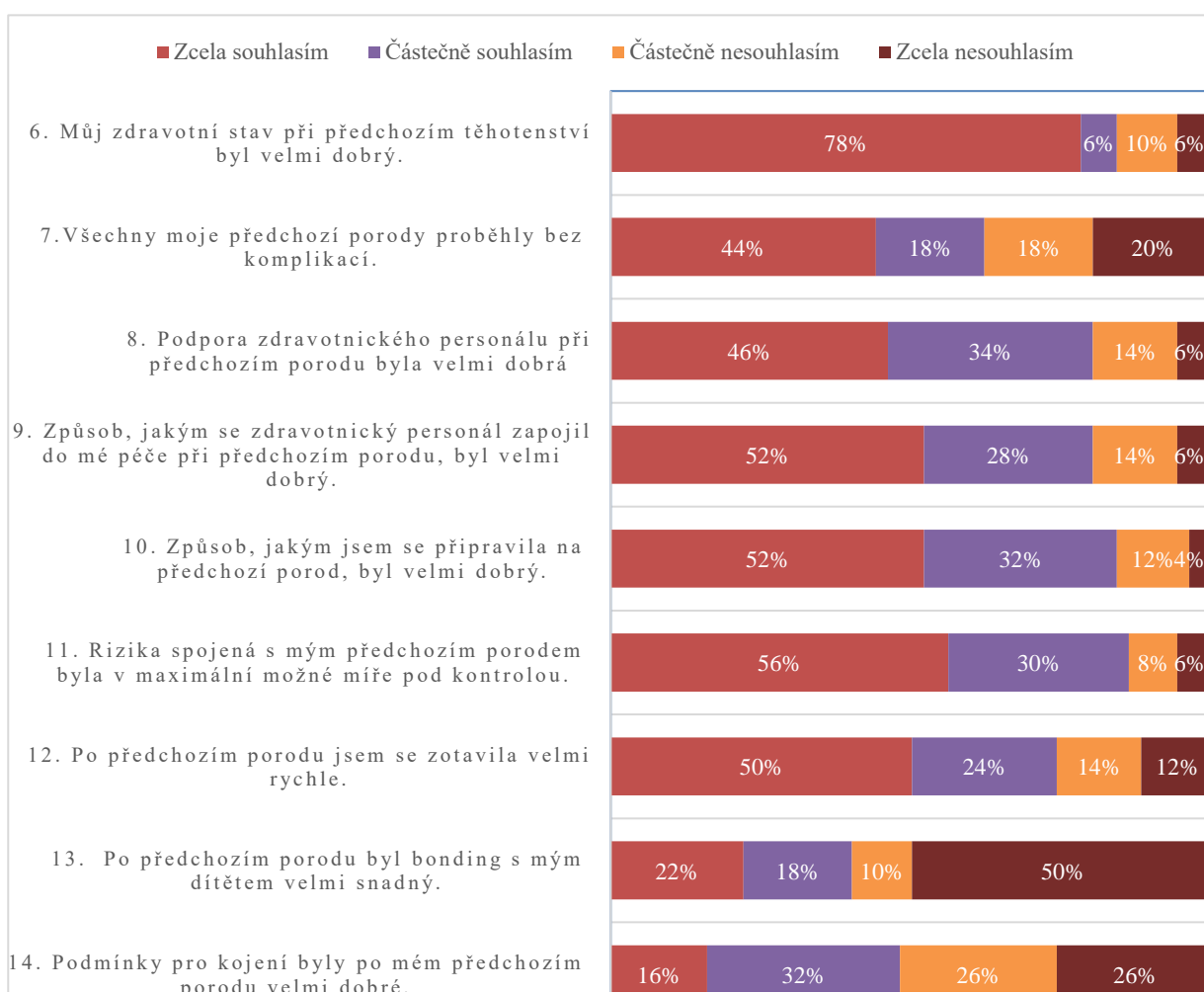
Tabulka 19 Důvody respondentek pro jejich předchozí císařský řez (n=50)

5. Důvod pro předchozí Císařský řez	Četnosti
Problematická poloha dítěte	10 (20)
Hrozící nebo počínající nedostatek kyslíku	7 (14)
Vícečetné těhotenství	1 (2)
Krvácení z důvodu problému s placentou	0

Výhřez pupečníku	0
Poruchy děložní činnosti	2 (4)
Neúspěšné umělé vyvolání děložní činnosti	8 (16)
Neúspěšné vybavení dítěte z porodních cest	1 (2)
Jiný důvod	21 (42)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

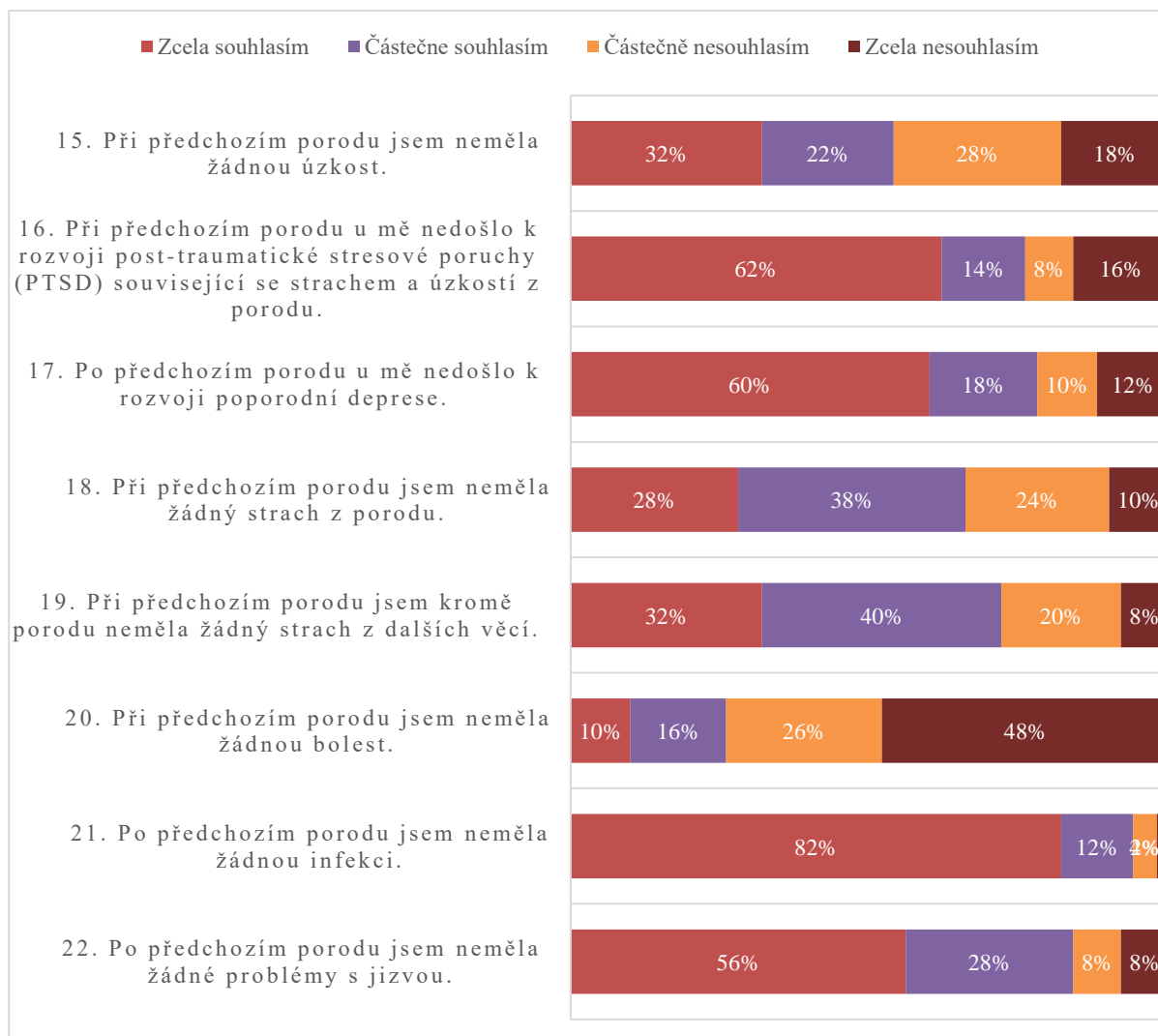
3.2.2.2 Předchozí těhotenství a porod

Otázky 6 až 22 v pilotním dotazníku se zaměřovaly na předchozí těhotenství a porod respondentek. Graf 1 znázorňuje otázky 6 až 14 a graf 2 otázky 15 až 22 z pilotního dotazníku (úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze H), ve kterých respondentky hodnotily své zkušenosti s předchozím porodem pomocí Likertovy škály s nabídkou odpovědí od *zcela*



Graf 1 Otázky pilotního dotazníku 6 až 14 – předchozí porod

souhlasím po zcela nesouhlasím. Všechny otázky z dotazníku, na které bylo možné odpovídat pomocí Likertovy škály, jsou znázorněny pomocí grafů, jelikož tato forma prezentace je pro tento typ otázek přehlednější než tabulkové zobrazení.



Graf 2 Otázky pilotního dotazníku 15 až 22 – předchozí porod

Hodnocení předchozího porodu se týkalo **průzkumné otázky č. 1:** Souvisí subjektivní prožitek předchozího porodu s postojem těhotné ženy k nadcházejícímu porodu? A **průzkumné otázky č. 2:** Souvisí vnímání předchozího porodu s hodnocením vlastního zdravotního stavu v současném těhotenství?

Z průzkumné otázky č. 1 vychází **výzkumná otázka č. 1:** Existuje statisticky významný vztah mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu a subjektivním postojem vůči nadcházejícímu porodu?

V rámci řešení výzkumné otázky č. 1 bylo provedeno porovnání souhrnného skóre získaného ze součtu ordinálních hodnot otázek pilotního dotazníku č. 6 až 22, které se vztahují

k předchozímu porodu, se součtem ordinálních hodnot otázek pilotního dotazníku č. 26 až 34, jež se týkají nadcházejícího porodu. Korelace je znázorněna v tabulce 20.

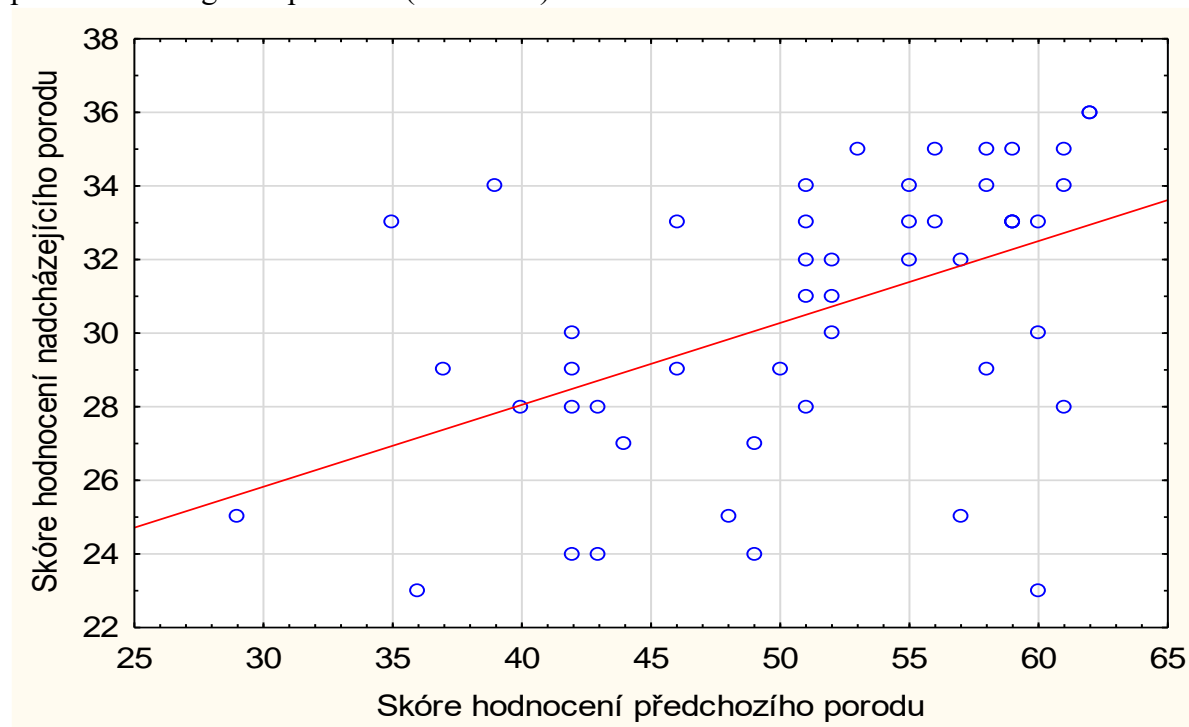
H_0 : Mezi skóre hodnocení předchozího porodu a skóre hodnocení nadcházejícího porodu není závislost.

H_A : Mezi skóre hodnocení předchozího porodu a skóre hodnocení nadcházejícího porodu je závislost.

Tabulka 20 Spearmanova korelace a test nezávislosti skór předchozího a nadcházejícího porodu

Hodnota R	p-hodnota	Rozhodnutí o H_0	Závislost prokázána
0,52	0,000	zamítáme	ano

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi skóre hodnocení předchozího porodu a skóre hodnocení nadcházejícího porodu. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu, která je vyšší než 0,5, se jedná o přímou závislost o silné intenzitě (Holá, 2018). S rostoucím skóre hodnocení předchozího porodu je v silné intenzitě závislosti spojeno rostoucí skóre hodnocení nadcházejícího porodu. Přímou závislost je možné pozorovat na základě bodového grafu proloženého regresní přímkou (obrázek 1).



Obrázek 1 Bodový graf znázorňující vztah skór hodnocení nadcházejícího a předchozího porodu

Z průzkumné otázky č. 2 vychází **výzkumná otázka č. 2**: Existuje statisticky významný vztah mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu a hodnocením svého zdravotního stavu v současném těhotenství?

V rámci řešení výzkumné otázky č. 2 bylo provedeno porovnání souhrnného skóre získaného ze součtu ordinálních hodnot otázek pilotního dotazníku č. 6 až 22, které se vztahují k předchozímu porodu, se součtem ordinálních hodnot otázky pilotního dotazníku č. 24, jež se týká zdravotního stavu v současném těhotenství. Korelace je znázorněna v tabulce 21.

H_0 : Mezi skóre hodnocení předchozího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství není závislost.

H_A : Mezi skóre hodnocení předchozího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství je závislost.

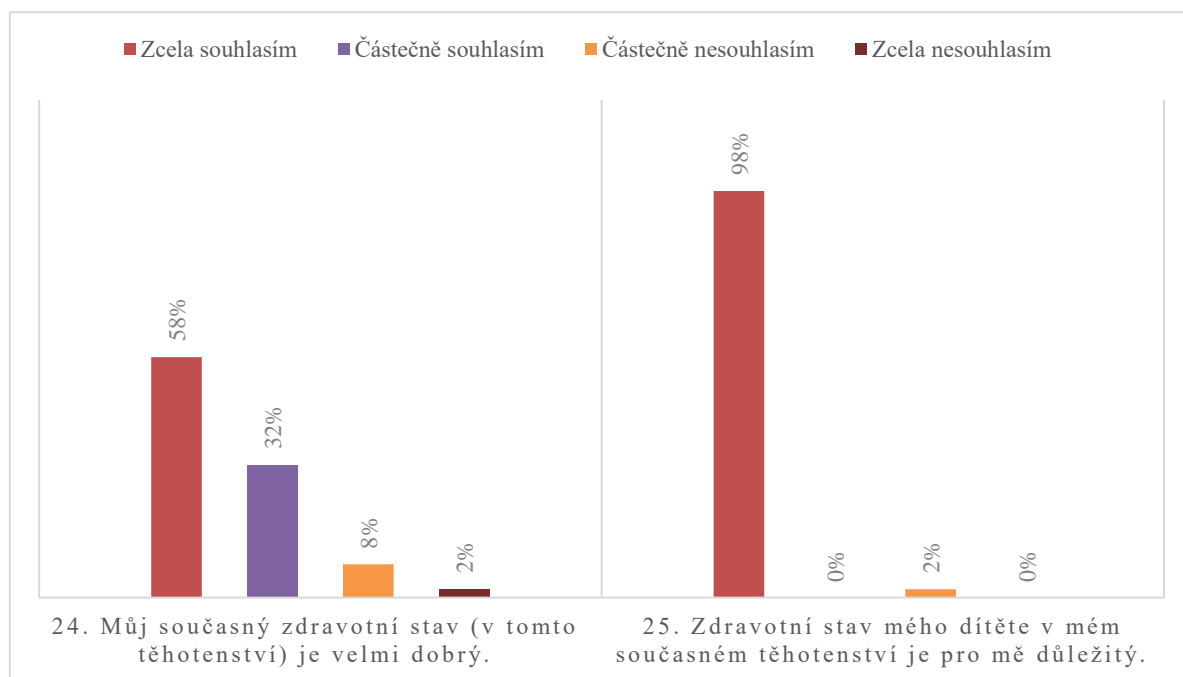
Tabulka 21 Spearmanova korelace a test nezávislosti skór předchozího porodu a zdravotního stavu v současném těhotenství

Hodnota R	p-hodnota	Rozhodnutí o H_0	Závislost prokázána
0,18	0,202	nezamítáme	ne

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,202, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi skóre hodnocení předchozího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství.

3.2.2.3 Současné těhotenství

Otázky 24 a 25 se týkaly současného těhotenství. jak respondentky odpovídaly je zobrazeno v grafu 3.



Graf 3 Otázky pilotního dotazníku 24 a 25 – současné těhotenství

3.2.2.4 Nadcházející porod

Dvacátá třetí otázka pilotního dotazníku se respondentek ptala, jakou metodou plánují, že proběhne jejich následující porod. Vaginální porod preferovalo 32,0 % respondentek. Císařský řez preferovalo 42,0 % respondentek a u 20,0 % respondentek musí porod proběhnout CS ze zdravotních důvodů. 6,0 % z nich si metodou porodu ještě nejsou jisté.

Ke 23. otázce se váže **průzkumná otázka č 4**: Souvisí způsob vedení předchozího porodu s volbou plánovaného způsobu porodu v aktuálním těhotenství? Z průzkumné otázky č.4 vyplývá **výzkumné otázka č.4** (porovnává otázku č. 23 a 4 pilotního dotazníku): Existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak proběhl poslední porod ženy (plánovaný císařský řez vs. původně plánovaný vaginální porod ukončený císařským řezem) a tím, jakou metodou plánuje, že proběhne její nadcházející porod (vaginální porod vs. císařský řez)? Do kontingenční tabulky (tabulka 22) nebyly zahrnuty odpovědi nutného CS ze zdravotních důvodů, protože v tomto případě absentuje možnost volby, což nesouvisí s cílem práce.

H_0 : Mezi metodou, jakou proběhl poslední porod, a metodou, jakou žena plánuje nadcházející porod, není závislost.

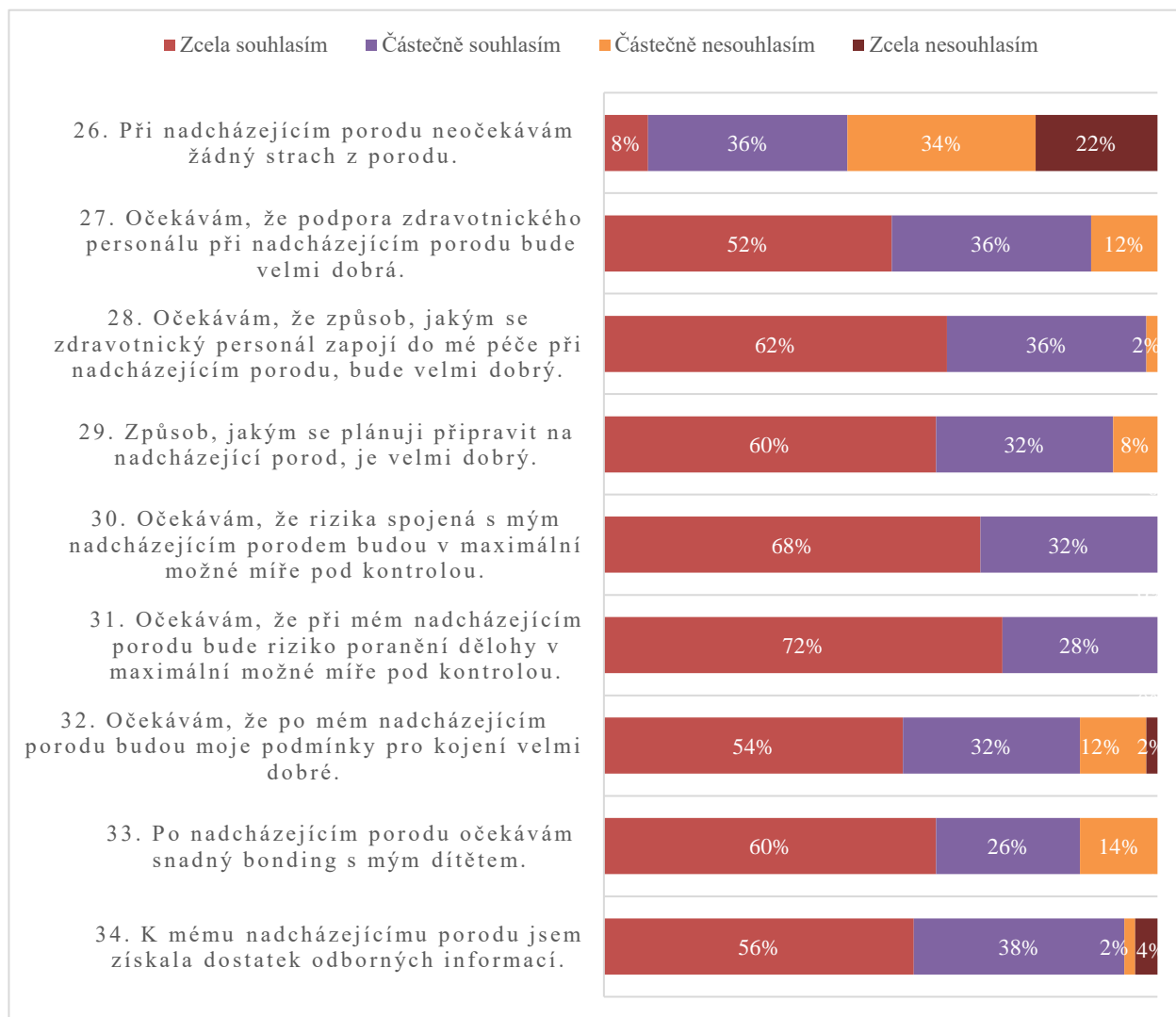
H_A: Mezi metodou, jakou proběhl poslední porod, a metodou, jakou žena plánuje nadcházející porod, je závislost.

Tabulka 22 Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test metody posledního porodu a plánované metody nadcházejícího porodu

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,893	Preferovaná metoda porodu pro nadcházející porod				celkem
	Preferuji vaginálně		Preferuji císařský řez		
Poslední porod	n	%	n	%	
Neplánovaná císařský řez	11	44	14	56	25
Plánovaný císařský řez	5	42	7	58	12
Celkem	16		21		37

Respondentky, jejichž poslední porod byl plánován vaginálně, ale proběhl CS, uvedly preferenci vaginálního porodu ve 44 % případů a preferenci CS v 56 % případů. Respondentky, jejichž poslední porod proběhl plánovaně CS, uvedly preferenci vaginálního porodu v 42 % případů a preferenci CS v 58 % případů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,893, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi metodou, jakou proběhl poslední porod, a metodou, jakou žena plánuje nadcházející porod.

Další otázky pilotního dotazníku z oblasti nadcházejícího porodu, konkrétně otázky 26 až 34, jsou znázorněny v grafu 4.



Graf 4 Otázky pilotního dotazníku 26 až 34 – nadcházející porod

V tabulce 23 jsou otázky 35 a 36 pilotního dotazníku, kde respondentky sháněly informace k nadcházejícímu porodu. Respondentky měly možnost vybrat více možných odpovědí. Šestnáct procent respondentek uvedlo, že odborné informace čerpaly z jiných zdrojů. V komentářích některé respondentky specifikovaly, že informace získaly od jiných rodiček, které v daném zdravotnickém zařízení již rodily, nebo od doly. Tyto zdroje však nelze považovat za odborné ve smyslu medicínsky podložených informací poskytovaných zdravotnickými pracovníky.

Mezi neobornými zdroji informací byly nejčastěji využívány sociální sítě, ze kterých čerpalo informace 76,0 % respondentek. Byly zmíněny platformy *Facebook* a *Instagram*. Konkrétní profily nebo skupiny, které respondentky navštěvovaly, však nebyly blíže specifikovány.

Tabulka 23 Kde respondentky získaly informace

35. Odborné informace k mému nadcházejícímu porodu jsem získala z následujících zdrojů	Četnosti
Osobně/ústně od lékaře	41 (82)
Osobně/ústně od porodní asistentky	12 (24)
Osobně/ústně od jiného zdrav. pracovníka	1 (1)
Písemně od lékaře	2 (4)
Písemně od porodní asistentky	1 (2)
Písemně od jiného zdrav. pracovníka	0
Telefonicky od lékaře	2 (4)
Telefonicky od porodní asistentky	0
Telefonicky od jiného zdrav. pracovníka	0
Digitálními technologiemi od lékaře	6 (12)
Digitálními technologiemi od PA	2 (4)
Digitálními technologiemi od jiného zdravotnického pracovníka	4 (8)
Z jiných odborných zdrojů	8 (16)
36. Informace k mému nadcházejícímu porodu z řad laické veřejnosti jsem získala z následujících zdrojů	Četnosti
Od rodiny	12 (24)
Od přátel	19 (38)
Od známých	7 (14)
Z tištěných populárně naučných zdrojů	11 (22)
Z digitálních populárně naučných zdrojů	28 (56)

Ze sociálních sítí	38 (76)
Z mobilních aplikací	9 (18)
Z jiných zdrojů	1 (2)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

Poznámka: U otázek, kde respondentky mohly zatrhnout více variant odpovědí, nebyl součet procent roven 100.

Hodnocení nadcházejícího porodu se také týkalo **průzkumné otázky č. 3**: Souvisí hodnocení zdravotního stavu v současném těhotenství s postojem ženy k nadcházejícímu porodu?

Z průzkumné otázky č. 3 vychází **výzkumná otázka č. 3**: Existuje statisticky významný vztah mezi subjektivním postojem vůči nadcházejícímu porodu a hodnocením svého zdravotního stavu v současném těhotenství? Korelace je znázorněna v tabulce 24.

H_0 : Mezi skóre hodnocení nadcházejícího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství není závislost.

H_A : Mezi skóre hodnocení nadcházejícího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství je závislost.

Tabulka 24 Spearmanova korelace skór nadcházejícího porodu a zdravotního stavu v současném těhotenství

Hodnota R	p-hodnota	Rozhodnutí o H_0	Závislost prokázána
0,39	0,005	zamítáme	ano

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,005, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi skóre hodnocení nadcházejícího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu, která je mezi 0,3 a 0,5, se jedná o přímou závislosti o střední intenzitě. S rostoucím hodnocením zdravotního stavu je ve střední intenzitě závislosti spojeno rostoucí skóre hodnocení nadcházejícího porodu.

3.2.2.5 Demografické údaje

Poslední oblastí byly otázky týkající se demografických údajů respondentek. Jednalo se o otázky 37 až 40 v pilotním dotazníku.

Respondentky byly ve věku od 23 do 44 let. Největší podíl tvořily ženy ve věku 31–35 let (48,0 %), následované skupinou ve věku 26–30 let (26,0 %). Z hlediska dosažené úrovně vzdělání měla největší část respondentek (32,0 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 28,0 % dosáhlo magisterského vysokoškolského stupně. Téměř všechny respondentky byly české národnosti (96,0 %). V oblasti profesního zařazení převažovalo zaměstnání ve veřejné správě a veřejných službách, kde pracovalo 44,0 % respondentek. Rozepsané tabulky s demografickými údaji jsou v příloze E.

3.2.2.6 Hodnocení srozumitelnosti otázek dotazníku

Na hodnocení srozumitelnosti otázek pilotního dotazníku lze navázat **průzkumnou otázkou č.5**: Jak ženy hodnotí srozumitelnost jednotlivých oblastí otázek dotazníku v rámci pilotáže?

Srozumitelnost otázek v jednotlivých oblastech pilotního dotazníku byla ve většině případů hodnocena pozitivně. Konkrétní hodnocení srozumitelnosti oblastí je zobrazeno v tabulce 25.

Tabulka 25 Hodnocení srozumitelnosti otázek pilotního dotazníku (n=50)

Oblast	Možné odpovědi		
	Ano, zcela	Ne, vůbec ne	Některé ano, některé ne
Minulý porod a těhotenství	39 (78)	0	11 (22)
Současné těhotenství	49 (98)	0	1 (2)
Nadcházející porod	45 (90)	0	5 (10)
Demografické údaje	49 (98)	0	1 (2)

Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.

DISKUZE

Diplomová práce měla za cíl ve fázi 1 vytvořit dotazník, který bude zjišťovat motivační faktory ovlivňující rozhodování žen o způsobu porodu po předchozím CS. Tento dotazník byl ve fázi 2 postoupen těhotným ženám, které měly minulý porod veden CS. Následně byla data analyzována.

Dotazník byl vytvořen ve fázi 1 za využití Delfského procesu ve třech kolech a byl tak splněn **první hlavní cíl** praktické části diplomové práce. Tento proces představuje komplexní a časově náročný postup, jehož cílem je dosažení konsenzu mezi oslovenými odborníky napříč různými profesemi. Již samotné vytvoření panelu složeného z odborníků z oblasti gynekologie a porodnictví, porodní asistence a psychologie je vnímáno jako významný přínos, neboť umožnilo nahlížet na problematiku z různých úhlů pohledu.

Na základě zkušeností získaných během tohoto procesu se ukázalo, že první kolo Delfského procesu bylo problematické z hlediska zapojení odborníků. Z původně oslovených 21 panelistů se účastnilo 15 (71% míra odezvy), přičemž hlavní překážkou byla časová náročnost a rozsah instrukcí k vyplnění dotazníku. Úvodní email obsahoval podrobné vysvětlení metodologie a cílů studie, což mohlo některé panelisty odradit od zapojení nebo vést k nedorozuměním ohledně účelu dotazníku.

Ve druhém kole byli osloveni stejní odborníci a přibyli tři noví, celkem tedy 24 panelistů. Odezva činila 50 %. Pokles účasti může být přičítán nejen časové náročnosti, ale i zvolené formě zpětné vazby, která zahrnovala hodnocení konkrétních návrhů otázek na Likertově škále, včetně návrhů odpovědí a prostoru pro komentář. Ačkoliv tento přístup zajišťoval hodnotný a strukturovaný sběr zpětné vazby, mohl být vnímán jako příliš obsáhlý.

Třetí kolo bylo časově nejméně zatěžující, zaměřovalo se pouze na revizi 4 otázek. Účastnit se mohli pouze ti panelisté, kteří prošli kolem druhým. Z celkových 12 panelistů se zapojili 4 (33% míra odezvy). Tento klesající trend účasti je v souladu s obecnými zkušenostmi s Delfskou metodou, kdy v každém kole dochází k úbytku přibližně 20 % panelistů (Akins et al., 2005; Vogel et al., 2019).

Navzdory těmto obtížím lze celý proces hodnotit jako úspěšný. Všechna tři plánovaná kola byla realizována a byla dodržena časová osa navzdory vytíženosti odborníků. Například Quirke et al. (2021) poukazují na to, že časová náročnost více kolového Delfského procesu může vést ke ztrátě zájmu a nespokojenosti účastníků, a proto navrhuje použití tzv. *Real-Time Delphi*

(moderní varianta klasické Delfské metody, která má za cíl urychlit proces sběru dat a zvyšovat efektivitu dosažení konsenzu mezi odborníky) jako efektivnější alternativu bez pevně daných kol. To, že se nám podařilo uskutečnit celý tradiční tříkolový proces, tak dokládá nejen organizační zvládnutí procesu, ale také ochotu a motivaci zapojených odborníků dotáhnout tento náročný proces do konce. Roli sehrála i počáteční rešerše odborné literatury, která sloužila jako východisko pro návrh témat v prvním kole.

Formulace otázek dotazníku probíhala postupně a na základě zpětné vazby byly otázky upravovány tak, aby byly srozumitelné a vhodné k hodnocení na Likertově škále. Například původní návrh okruhu v prvním kole delfského procesu *strach z porodu* byl postupně konkretizován na *Při předchozím porodu jsem neměla žádný strach z porodu* s možnostmi odpovědi na čtyřbodové škále od *zcela souhlasím* po *zcela nesouhlasím*.

Výsledkem fáze 1 je strukturovaný dotazník o 40 otázkách, které byly rozděleny do několika tematických oblastí:

- 23 otázek se týká předchozího těhotenství a porodu z toho 5 otázek sbírá porodnickou anamnézu,
- 2 otázky se zaměřuje na současné těhotenství,
- 11 otázek se týká nastávajícího porodu z toho 2 otázky zkoumají, kde ženy berou informace k porodu,
- 4 otázky sbírají demografické informace.

Plné znění dotazníku včetně odpovědí je uvedeno v příloze H.

Ve fázi 2 byl pilotně ověřen vzniklý dotazník, čímž byl splněn druhý dílčí cíl praktické části. Pilotní verze dotazníku byla otestována na souboru 50 žen, které již v minulosti porodily CS. Většina z nich (78 %) rodila pouze jednou a u 82 % respondentek byl alespoň jeden porod veden císařským řezem. Převážná část těchto porodů proběhla v nedávné době a přibližně tři čtvrtiny žen uvedlo, že CS absolvovaly v posledních třech letech, tedy v období let 2022 až 2024.

Zajímavým zjištěním bylo, že více než polovina žen (62 %) měla původně plánovaný vaginální porod, který však byl nakonec ukončen CS. To poukazuje na častou situaci, kdy i při úvodním záměru родit spontánně dochází k operačnímu ukončení porodu. Naopak plánovaný CS absolvovalo 38 % respondentek. Důvody k indikaci CS byly různorodé. Nejčastěji šlo o nevhodnou polohu plodu, ale poměrně velké zastoupení měla i kategorie *jiné důvody*, kam

spadaly například preeklampsie, tokofobie, odhadovaná makrosomie plodu, strach z vaginálního porodu nebo nepříznivá osobní či porodnická anamnéza.

Demograficky se respondentky pohybovaly ve věkovém rozmezí 23 až 44 let, ale téměř polovina respondentek byla ve věku mezi 31 a 35 lety. Nejčastěji měly středoškolské vzdělání s maturitou nebo vysokoškolské magisterské vzdělání. Většina respondentek byla české národnosti, výjimku tvořily pouze dvě ženy. Nejvíce respondentek pracovalo ve veřejné správě nebo veřejných službách (44 %).

Hodnocení jednotlivých položek pilotního dotazníku přineslo zajímavá zjištění. V oblasti zdravotního stavu během předchozí gravidity většina žen (78 %) uvedla, že jej vnímala jako velmi dobrý. Přesto pouze 44 % respondentek hodnotilo svůj předchozí porod jako velmi dobrý. Tento kontrast může naznačovat, že ačkoliv těhotenství probíhalo bez větších obtíží, samotný porod může být často vnímán jako náročný nebo komplikovaný. Problematická byla zkušenost s bondingem. Pouze 22 % žen uvedlo, že navázání kontaktu s dítětem po porodu pro ně bylo velmi snadné. Nízké hodnocení se objevilo i v oblasti podmínek pro kojení po předchozím porodu. Jako velmi dobré je označilo jen 16 % respondentek, což může reflektovat jak nedostatečnou podporu ze strany personálu, tak psychický a fyzický stav žen po CS. Bonzon et al. (2017) uvádějí, že v případě VBAC bývá možnost okamžitého bondingu výrazně vyšší, což může přispívat k lepšímu navázání vztahu mezi matkou a dítětem i k úspěšnějšímu zahájení kojení. Tento rozdíl může vysvětlovat, proč ženy po CS vnímají bonding a kojení častěji jako náročné či nedostatečně podpořené.

Pozitivněji byly naopak hodnoceny otázky týkající se fyzických komplikací po CS. Většina žen (82 %) uvedla, že neměla žádné potíže s infekcí a více než polovina (56 %) nezaznamenala problémy s hojením jizvy. Přesto se téměř polovina respondentek (48 %) potýkala s bolestí po výkonu, což odpovídá poznatkům odborné literatury, která upozorňuje na častý výskyt pooperační bolesti (Procházka a kol., 2020). Výsledky tak částečně potvrzují, že moderní operační techniky mohou významně přispět ke snížení výskytu komplikací. Nejčastěji používaný *Pfannenstielův řez*, vedený těsně nad symfýzou, má nejen kosmetické výhody, ale je také spojen s rychlejším hojením a nižším rizikem infekce v oblasti rány (Procházka a kol. 2020).

V části dotazníku zaměřené na očekávání související s nadcházejícím porodem se ukázalo, že přibližně polovina žen pocítuje obavy. Pouze 8 % respondentek uvedlo, že strach z porodu nemají a dalších 36 % přiznalo, že mají strach částečně. Tento výsledek je v souladu s výzkumy,

kteřé ukazují, že porodní zkušenost má vliv na postoj žen k dalšímu těhotenství a porodu. Tento poznatek podporuje například polská studie Sys et al. (2022) či australská studie Davis et al. (2020), které uvádějí, že porodnická anamnéza a osobní přesvědčení ohledně porodu významně ovlivňují volbu budoucí metody porodu. Podobně i studie Ďuríčkové et al. (2021) ukazuje, že negativní zkušenosti z předchozího porodu (např. ztráta kontroly, bolest nebo psychické vyčerpání) často vedou ženy k preferenci plánovaného CS.

Očekávání žen ohledně kojení ukazují, že pouze polovina respondentek předpokládá, že podmínky pro kojení budou velmi dobré. Tato nejistota pravděpodobně souvisí s předchozí zkušeností, kdy jen 16 % žen hodnotilo podmínky pro kojení po CS jako velmi dobré. Jak ukazují studie zmíněné v předchozím odstavci, ženy do značné míry vycházejí z minulé porodní zkušenosti, která formuje jejich očekávání, emoce i preference ohledně dalšího porodu.

Z výsledků rovněž vyplývá, že většina žen vnímá svou informovanost o nadcházejícím porodu jako dostatečnou. Celkem 56 % respondentek uvedlo, že mají dostatek informací a dalších 38 % s tímto tvrzením částečně souhlasilo. Pouze 6 % žen se domnívá, že informací má nedostatek. Dobrá informovanost je faktorem, který může přispět k posílení sebedůvěry žen, lepší orientaci v porodních možnostech a celkově i k větší spokojenosti s porodním zážitkem. Význam informovanosti potvrzuje také studie Stoll et al. (2017), která zjistila, že s rostoucí úrovní sebedůvěry žen ve vlastní znalosti o těhotenství a porodu klesala jejich preference pro CS.

K **druhému dílčímu cíli** praktické části se vážou následující 3 průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Souvisí subjektivní prožitek předchozího porodu s postojem těhotné ženy k nadcházejícímu porodu?

Průzkumná otázka č. 3: Souvisí hodnocení zdravotního stavu v současném těhotenství s postojem ženy k nadcházejícímu porodu?

Výsledky analýzy ukázaly statisticky významnou souvislost mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu, postojem k nadcházejícímu porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství. Ženy, které vnímaly svůj předchozí porod pozitivněji, mají větší pravděpodobnost pozitivního vnímání i svého nadcházejícího porodu (průzkumná otázka č. 1), přičemž tento optimistický postoj k porodu se zároveň pojí s pozitivnějším hodnocením zdravotního stavu v těhotenství (průzkumná otázka č. 3). Výsledky naznačují, že vnímání těhotenství a porodu je utvářeno nejen předchozí porodní zkušeností, ale také aktuálním

zdravotním stavem ženy, což poukazuje na úzké propojení fyzických a psychických aspektů těhotenství.

Tento výsledek je v souladu s výsledky výzkumů, které ukazují, že porodní zkušenost má vliv na postoj žen k dalšímu těhotenství a porodu. Toto zjištění podporuje například polská studie Sys et al. (2022) a australská studie Davis et al. (2020), že obstetrická historie a osobní přesvědčení ohledně porodu ovlivňuje ženy v rozhodování o metodě porodu. Z hlediska klinické praxe tento výsledek upozorňuje na potřebu podpory žen během porodu a následné poporodní péče, která může významně ovlivnit jejich budoucí rozhodování o porodu.

Tricet dva procent respondentek z našeho výzkumu plánuje родit vaginálně a pokusí se tak o TOLAC. Tento podíl je však nižší ve srovnání se studií Sys et al. (2022), kde až 73 % respondentek preferovalo právě TOLAC. Sys et al. (2022) zároveň uvádějí, že jejich výsledek byl v souladu s dalšími výzkumy, ve kterých se podíl žen preferujících TOLAC pohyboval v rozmezí 40 % až 85 %. Rozdíl mezi naším výsledkem a studií Sys et al. (2022) může být způsoben velikostí vzorku. Zatímco polské studie se zúčastnilo 733 těhotných žen, náš vzorek byl výrazně menší a zahrnoval pouze 50 respondentek. Menší počet respondentek může snižovat variabilitu dat a omezit generalizaci výsledků na širší populaci.

Vzhledem k tomu, že v českém prostředí jsme nedohledali studie zaměřené na subjektivní vnímání porodu a jeho vliv na budoucí rozhodování, by další výzkum mohl hlouběji zkoumat specifické faktory, které přispívají k pozitivní či negativní zkušenosti s porodem, a jejich dlouhodobý dopad na postoje žen k mateřství a reprodukčnímu zdraví.

Druhý cíl zjišťoval subjektivní názory respondentek o souvisejících faktorech s volbou metody porodu po CS a také, jaký způsob porodu plánují.

Výsledky analýzy ukázaly statisticky významnou souvislost mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu, postojem k nadcházejícímu porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství. Ženy, které vnímaly svůj předchozí porod pozitivněji, mají větší pravděpodobnost pozitivního vnímání i svého nadcházejícího porodu, přičemž tento optimistický postoj k porodu se zároveň pojí s pozitivnějším hodnocením zdravotního stavu v těhotenství. Výsledky naznačují, že vnímání těhotenství a porodu je utvářeno nejen předchozí porodní zkušeností, ale také aktuálním zdravotním stavem ženy, což poukazuje na úzké propojení fyzických a psychických aspektů těhotenství.

Tento výsledek je v souladu s výsledky výzkumů, které ukazují, že porodní zkušenost má vliv na postoj žen k dalšímu těhotenství a porodu. Toto zjištění podporuje například polská studie Sys et al. (2022) a australská studie Davis et al. (2020), že obstetrická historie a osobní přesvědčení ohledně porodu ovlivňuje ženy v rozhodování o metodě porodu. Z hlediska klinické praxe tento výsledek upozorňuje na potřebu podpory žen během porodu a následné poporodní péče, která může významně ovlivnit jejich budoucí rozhodování o porodu.

Třicet dva procent respondentek z našeho výzkumu plánuje родit vaginálně a pokusí se tak o TOLAC. Tento podíl je však nižší ve srovnání se studií Sys et al. (2022), kde až 73 % respondentek preferovalo právě TOLAC. Sys et al. (2022) zároveň uvádějí, že jejich výsledek byl v souladu s dalšími výzkumy, ve kterých se podíl žen preferujících TOLAC pohyboval v rozmezí 40 % až 85 %.

Rozdíl mezi naším výsledkem a studií Sys et al. (2022) může být způsoben velikostí vzorku. Zatímco polské studie se zúčastnilo 733 těhotných žen, náš vzorek byl výrazně menší a zahrnoval pouze 50 respondentek. Menší počet respondentek může snižovat variabilitu dat a omezit generalizaci výsledků na širší populaci.

Vzhledem k tomu, že v českém prostředí jsme nedohledali studie zaměřené na subjektivní vnímání porodu a jeho vliv na budoucí rozhodování, by další výzkum mohl hlouběji zkoumat specifické faktory, které přispívají k pozitivní či negativní zkušenosti s porodem, a jejich dlouhodobý dopad na postoje žen k mateřství a reprodukčnímu zdraví.

Průzkumná otázka č. 2: Souvisí vnímání předchozího porodu s hodnocením vlastního zdravotního stavu v současném těhotenství?

Výsledky analýzy neprokázaly statisticky významný vztah mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu a hodnocením zdravotního stavu v současném těhotenství. To znamená, že skóre hodnocení předchozího porodu není přímo spojeno s tím, jak ženy subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav v aktuálním těhotenství.

Třetí dílčí cíl praktické části bylo vyhodnotit souvislost mezi metodou vedení předchozího porodu a volbou způsobu vedení nastávajícího porodu. K tomuto cíli se váže průzkumná otázka č. 4.

Průzkumná otázka č 4: Souvisí způsob vedení předchozího porodu s volbou plánovaného způsobu porodu v aktuálním těhotenství?

Analýza neprokázala statisticky významný vztah mezi způsobem předchozího porodu a plánovanou metodou porodu v aktuálním těhotenství ($p = 0,893$). To naznačuje, že předchozí porod v našem vzorku významně neovlivnil rozhodování o volbě způsobu porodu. Přesto však výsledky ukazují jistou tendenci v rozhodování žen, i když rozdíly mezi skupinami nejsou výrazné. Je možné, že při větším vzorku by rozdíly mohly dosáhnout statistické významnosti. Ženy, jejichž poslední porod byl plánován jako vaginální, ale nakonec proběhl CS, ve 44 % případů preferovala vaginální porod. Přesto však téměř polovina z nich (46%) preferovala ERCS. Naproti tomu ženy, které v předchozím těhotenství podstoupily plánovaný CS, se pro vaginální porod rozhodly méně často (42 %), zatímco 58 % žen plánuje ERCS z vlastní preference.

Tato zjištění lze částečně interpretovat podobně jako ve kvalitativní studii Chen et al. (2018), kteří zjistili, že ženy s negativní zkušeností s indukcí porodu nebo komplikacemi při vaginálním porodu častěji volily ERCS. Konkrétně uvádějí, že ženy, které podstoupily neúspěšnou indukci porodu s následným CS, často ztrácely důvěru v možnost vaginálního porodu a preferovaly opakovaný CS, aby se vyhnuly opakování předchozího negativního porodního zážitku. Tento vzorec může vysvětlovat, proč ženy v našem vzorku, jejichž poslední porod byl původně plánován jako vaginální, ale skončil CS, častěji volí ERCS. Pravděpodobně vnímají CS jako bezpečnější a předvídatelnější variantu.

Na druhé straně ženy, které v předchozím těhotenství podstoupily plánovaný CS, mohly mít s tímto způsobem porodu pozitivní zkušenost, což by mohlo vysvětlovat, proč se v našem vzorku ve 58 % případů rozhodly pro jeho opakování. To je v souladu se závěry studie Chen et al. (2018), která zjistila, že ženy s pozitivní zkušeností s CS se častěji rozhodovaly pro stejnou metodu porodu i v následujícím těhotenství

Čtvrtý dílčí cíl praktické části bylo při pilotáži dotazníku zjistit názor žen na srozumitelnost navrženého dotazníku. K cíli se váže průzkumná otázka č. 5.

Průzkumná otázka č. 5: Jak ženy hodnotí srozumitelnost jednotlivých částí dotazníku v rámci pilotáže?

Srozumitelnost otázek byla většinou respondentek hodnocena pozitivně, žádná z nich neuvedla, že by některé otázky byly zcela nesrozumitelné. Nejjasnější byly otázky týkající se současného těhotenství a demografických údajů. Za zcela srozumitelné je označilo 98 % respondentek. Naopak nejnižší míru srozumitelnosti vykazovala oblast týkající se předchozího těhotenství

a porodu, kde 78 % respondentek uvedlo, že otázky byly zcela jasné, zatímco 22 % uvedlo, že některé otázky jim srozumitelné nebyly. Tento výsledek může souviset s vyšší emoční citlivostí tématu i s větším počtem otázek v této části (celkem 23).

Pár respondentek uvedlo konkrétní výhradu k otázkám. Týkala se obtížnější interpretace otázek formulovaných s negací (např. *Při předchozím porodu jsem neměla žádnou úzkost*), které vyžadovaly delší zamyšlení. Většina respondentek však žádné nejasnosti neuváděla, a tak bylo původní znění dotazníku ponecháno. Finální verze dotazníku je uvedena v příloze H.

Doporučení pro praxi a další výzkum

Výsledky pilotní fáze přinesly několik poznatků, které mohou být užitečné pro klinickou praxi i budoucí výzkum. Z pohledu praxe je vhodné zaměřit větší pozornost na oblasti, které respondentky označily jako problematické. Zejména tedy bolest po CS, obtížné navázání bondingu s novorozencem, nejistota v oblasti kojení a obavy z nadcházejícího porodu. Právě tyto faktory mohou ovlivnit nejen prožitek z porodu, ale také následné rozhodování o způsobu dalšího porodu.

V oblasti výzkumu je na místě doporučit ověření dotazníku na větším vzorku žen. Dalším krokem by měla být psychometrická validace nástroje, tedy ověření jeho validity a reliability. V současné fázi však nelze doporučovat další úpravy dotazníku. Před dalším zasahováním do jeho struktury je důležité provést zmíněné ověření pomocí robustnějších metod. Teprve na základě výsledků výzkumu bude možné zvážit, zda je třeba dotazník doplnit nebo upravit.

Limity práce

Je nutné zdůraznit, že se jednalo o pilotáž, jejímž cílem nebylo plošné zobecnění výsledků, ale ověření funkčnosti a srozumitelnosti dotazníku. Z toho důvodu nelze výsledky interpretovat jako reprezentativní pro širší populaci žen po CS.

Dalším omezením může být online forma sběru dat. Ačkoliv umožnila snadné oslovení cílové skupiny prostřednictvím sociálních sítí, zároveň znemožnila kontrolu nad tím, v jakém prostředí ženy dotazník vyplňovaly a zda odpovídaly samostatně. Rovněž nebylo možné poskytnout dodatečné vysvětlení nebo upřesnění v případě nejasností, což by bylo při osobním sběru dat možné. Stejně tak byla online formou realizována i komunikace s panelisty v rámci Delfského procesu, což mohlo ovlivnit míru jejich pozornosti věnované jednotlivým částem dotazníku.

ZÁVĚR

Teoretická část diplomové práce se věnovala rozhodování žen o způsobu porodu po císařském řezu, včetně popisu operačních technik, indikací, rizik a možností VBAC a ERCS, a také subjektivním faktorům ovlivňujícím tento proces.

Prvním a hlavním cílem praktické části práce bylo vytvořit výzkumný nástroj – dotazník, který by umožnil analyzovat faktory ovlivňující volbu mezi VBAC a ERCS. Dotazník byl sestaven za využití tříkolového Delfského procesu, který zajistil odborný konsenzus napříč několika profesními skupinami. Přes postupný pokles účasti panelistů v jednotlivých kolech se podařilo dotazník úspěšně vytvořit a následně pilotně otestovat na vzorku 50 těhotných žen s anamnézou CS, čímž byl splněn druhý cíl práce.

Analýza získaných dat ukázala, že mezi subjektivním hodnocením předchozího porodu a postojem k nadcházejícímu porodu existuje statisticky významná souvislost. Ženy, které vnímaly svůj předchozí porod pozitivněji, měly zároveň pozitivnější očekávání od porodu nadcházejícího. Podobně se ukázal jako významný i vztah mezi hodnocením aktuálního zdravotního stavu a postojem k nadcházejícímu porodu. Naopak v případě vztahu mezi metodou vedení předchozího porodu a volbou způsobu vedení porodu nadcházejícího se statisticky významná souvislost neprokázala, což byl třetí cíl práce. Nicméně zde byla identifikovaná tendence žen volit spíše CS. Výsledky také poukázaly na specifické oblasti, které ženy vnímají jako problematické. Například bolest po CS, obtíže s bondingem a kojením či obavy z dalšího porodu. Těmto faktorům by mělo být věnováno více pozornosti. Pozitivním zjištěním je, že většina respondentek se cítí být dostatečně informována o možnostech porodu, což podle současných studií přispívá k posílení sebedůvěry žen a lepší orientaci v rozhodnutí zda VBAC nebo ERCS. Čtvrtým cílem bylo zhodnotit srozumitelnost dotazníku z pohledu respondentek. Výsledky ukázaly, že jednotlivé části dotazníku byly pro většinu respondentek jasné a dobře pochopitelné.

Hlavní přínos této práce je vytvoření a pilotní ověření dotazníku, který v českém prostředí dosud chyběl. Tento nástroj může sloužit jako základ pro další výzkum, jehož cílem by mělo být ověření psychometrických vlastností dotazníku a otestovat ho na větším a reprezentativnějším vzorku žen. Teprve na základě těchto výsledků bude možné uvažovat o jeho dalších úpravách nebo využití v klinické praxi a pochopit tak, proč se české ženy rozhodují pro konkrétní metodu vedení porodu po předchozím CS.

POUŽITÁ LITERATURA

1. AKINS, R.B. et al., 2005. Stability of response characteristics of a Delphi panel: Application of bootstrap data expansion. Online. *BMC Medical Research Methodology*. Vol. 5, s. 37. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-5-37>. [cit. 2025-03-13].
2. BETRAN, A. P. et al., 2021. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. Online. *BMJ Global Health*. Vol. 6, no. 6, e005671. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>. [cit. 2025-02-19].
3. BETRAN, A. P. et al., 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Online. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 123, no. 5, s. 667–670. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>. [cit. 2024-02-14].
4. BINDER, T. et al., 2015. Porodnictví. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
5. BISHOP, P. A. et HERRON, R. L., 2015. Use and Misuse of the Likert Item Responses and Other Ordinal Measures. Online. *International Journal of Exercise Science*. Vol. 8, no. 3, s. 297–302. Dostupné z: <http://www.intjexerCSi.com>. [cit. 2025-02-22].
6. BISHOP, D. et al., 2017. Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. Online. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 58, no. 10, s. 1068–1080. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>. [cit. 2025-02-21].
7. BOERMA, T. et al., 2018. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Online. *The Lancet*. Vol. 392, no. 10155, s. 1341–1348. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31928-7). [cit. 2025-02-19].
8. BONZON, M. et al., 2017. Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section – An online survey investigating women's preferences in Western Switzerland. Online. *Midwifery*. Vol. 50, s. 219–227. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.005>. [cit. 2025-02-24].
9. CESAR, J. A. et al., 2017. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. Online. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Vol. 17, no. 1, s. 99–105. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100006>. [cit. 2024-07-25].
10. CLOUT, D. et BROWN, R., 2015. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers.

- Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 188, s. 60–67. ISSN 0165-0327.
Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.054>. [cit. 2024-12-30].
11. DAVIS, D. et al., 2020. Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. Online. *Midwifery*. Vol. 88, s. 102766. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>. [cit. 2024-12-30].
 12. DIAMOND, I. et al., 2014. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. Online. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 67, s. 401–409. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>. [cit. 2024-10-24].
 13. DOLEŽAL, A. a kol., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
 14. ĎURÍČEKOVÁ, B. et al., 2021. Mode of delivery preferences among multiparous women based on previous birth experience. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. Vol. 12, no. 4, s. 545–554. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0032>. [cit. 2025-02-24].
 15. ERDŐSOVÁ, A. et al., 2024. Cisársky rez na žiadosť – kontroverzná požiadavka či právo pacientky? Online. *Česká gynekologie*. Vol. 89, no. 3, s. 245–252. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccg2024245>. [cit. 2024-07-30].
 16. FITZPATRICK, K. et al., 2022a. Planned mode of birth after previous caesarean section and women's use of psychotropic medication in the first year postpartum: a population-based record linkage cohort study. Online. *Psychological Medicine*. Vol. 52, no. 14, s. 3210–3221. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0033291720005322>. [cit. 2025-03-13].
 17. FITZPATRICK, K. et al., 2022b. Planned mode of birth after previous cesarean section: A structured review of the evidence on the associated outcomes for women and their children in high-income setting. Online. *Frontiers in Medicine*. Vol. 9, s. 1–23. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.920647>. [cit. 2025-02-24].
 18. HÁJEK, Z. a kol., 2014. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
 19. HOLÁ, J. *Zdravotnická statistika - cvičebnice*. 2018.
 20. HOUNKPATIN, B. et al., 2020. Practice of the Caesarean Section in Four Maternities in Benin Using Robson Classification. Online. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 10, s. 65–75. Dostupné z: <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.101006>. [cit. 2025-02-20].

21. HOUSTON, K. A. et al., 2015. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. Online. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 212, no. 2, s. 229.e1–229.e7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.002>. [cit. 2024-12-30].
22. CHEN, S.-W. et al., 2018. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. Vol. 18, no. 31, s. 1-13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1661-0>. [cit. 2025-03-14].
23. CHEN, X. et MI, M.-Y., 2024. The impact of a trial of labor after cesarean versus elective repeat cesarean delivery: A meta-analysis. Online. *Medicine*. Vol. 103, no. 7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037156>. [cit. 2025-03-13].
24. JÍROVÁ, R. a kol., 2023. Rodičky a Robsonova klasifikace porodů. Online. ÚZIS. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/nrrz/nrrz-metodicke-popisy/1618-rodicky-a-robsonova-klasifikace-porodu.pdf>. [cit. 2024-09-16].
25. JUNGER, S. et al., 2017. Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. Online. *Palliative Medicine*. Vol. 31, no. 8, s. 684–706. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>. [cit. 2025-02-24].
26. KŘEPELKA, P., 2008. Císařský řez – indikace, nebo volba? Online. *Česká gynekologie*. Vol. 73, no. 5, s. 303–307. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2008-5/cisarsky-rez-indikace-nebo-volba-842>. [cit. 2025-03-13].
27. LAW, L. et al., 2010. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous caesarean section – Impact on maternal psychological dynamics. Online. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Vol. 23, no. 10, s. 1106–1113. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/14767050903551434>. [cit. 2024-12-02].
28. LAZAROU, A. et al., 2021. Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. Online. *Journal of Perinatal Medicine*. Vol. 49, no. 7, s. 773–782. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0222>. [cit. 2024-10-26].
29. LIKERT, R., 1932. A technique for the measurement of attitudes. Online. *Archives of Psychology*. Dostupné z: <https://archive.org/details/likert-1932/page/8/mode/2up>. [cit. 2025-02-22].

30. NASA, P. et al., 2021. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. Online. *World Journal of Methodology*. Vol. 11, no. 4, s. 116–129. ISSN 2222-0682. Dostupné z: <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>. [cit. 2024-10-19].
31. NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ, 2025. *Odborné skupiny*. Online. Praha: Národní soustava povolání. Dostupné z: <https://www.nsp.cz/odborne-skupiny>. [cit. 2025-03-29].
32. NEMOCNICE AGEL PŘEROV, 2024. *Typy anestezií, porodní analgezie*. Online. Dostupné z: <https://nemocniceprerov.agel.cz/pracoviste/oddeleni/aro/informace-pro-pacienty/typy-anestezi.html>. [cit. 2024-01-23].
33. PAUL, G. a kol., 2015. *Klinická anesteziologie*. Online. 6. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9690-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-anesteziologie-798/> [cit. 2024-09-14].
34. PROCHÁZKA, M. a kol., 2020. Císařský řez – sectio caesarea. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Maxdorf, s. 511. ISBN 978-80-7345-618-4.
35. QIU, L. et al., 2023. The safety of trial of labor after cesarean section (TOLAC) versus elective repeat cesarean section (ERCS): a systematic review and meta-analysis. Online. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Vol. 36, no. 1, s. 2214831. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2214831>. [cit. 2025-02-19].
36. QUIRKE, F.A. et al., 2021. Multi-Round compared to Real-Time Delphi for consensus in core outcome set (COS) development: a randomised trial. Online. *Trials*. Vol. 22, no. 142, s. 1-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05074-2>. [cit. 2025-03-31].
37. ROBSON, M., 2001. Classification of caesarean sections. Online. *Fetal and Maternal Medicine Review*. Vol. 12, no. 1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/s0965539501000122>. [cit. 2025-02-19].
38. ROBSON, M. et al., 2013. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. Online. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 27, no. 2, s. 297–308. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>. [cit. 2025-02-19].
39. ROZTOČIL, A. a kol., 2017. *Moderní porodnictví. 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.



40. SADIQ, A., 2024. Elective Repeated Cesarean Section (ERCS). Online. *Academic International Journal of Medical Sciences*. Vol. 1, no. 4, s. 1–7. Dostupné z: <https://doi.org/10.59675/m141>. [cit. 2025-02-19].
41. SORRENTINO, F. et al., 2022. Cesarean Section on Maternal Request—Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review. Online. *Medicina*. Vol. 58, no. 9, s. 1–12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>. [cit. 2024-07-25].
42. STOLL, K. et al., 2017. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. Online. *Reproductive Health*. Vol. 14, no. 1, s. 116. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0383-x>. [cit. 2025-03-14].
43. SUNG, S. et al., 2023. Cesarean section. Online. *StatPearls Publishing*. Treasure Island. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>. [cit. 2024-02-14].
44. SYS, D. et al., 2022. Women’s views and preferences regarding the mode of birth after cesarean section: Polish cross-sectional web-based survey. Online. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 273, s. 26–32. ISSN 0301-2115. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.006>. [cit. 2025-02-24].
45. ŠŤOURAČ, P. a kol., 2019. Anesteziologie a intenzivní péče v gynekologii a porodnictví. Online. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Vol. 30, no. 6, s. 254–259. Dostupné z: <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2019/06/03.pdf>. [cit. 2024-01-23].
46. TORLONI, M. R. et al., 2011. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. Online. *PLoS ONE*. Vol. 6, no. 1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>. [cit. 2025-02-19].
47. TSIKOURAS, P. et al., 2023. New Aspects in Cesarean Sections. Online. *IntechOpen*. Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/intechopen.109385>. [cit. 2024-10-05].
48. ÚZIS, 2020. *Rodičky a Robsonova klasifikace porodů*. Online. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/1618-rodicky-a-robsonova-klasifikace-porodu>. [cit. 2024-07-30].
49. VELEBIL, P. 2022. *Perinatologické výsledky: Česká republika*. Online. In: Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/>. [cit. 2025-02-24].
50. VOGEL, C et al., 2019. A Delphi study to build consensus on the definition and use of big data in obesity research. Online. *International Journal of Obesity*. Vol. 43, s.

- 2573–2586. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0313-9>. [cit. 2025-03-13].
51. VÝMOLOVÁ, H., 2013. Opakovaný císařský řez, opět a opět: kazuistika. Online. *Praktická gynekologie*. Vol. 17, no. 2, s. 123–127. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-2/opakovany-cisarsky-rez-opet-a-opet-kazuistika-40653>. [cit. 2024-02-14].
52. WARD, A. et al., 2021. Vaginal birth after caesarean section. Online. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. Vol. 31, no. 7, s. 199–204. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.05.005>. [cit. 2024-10-05].
53. WHO, 1985. Appropriate technology for birth. Online. *Lancet*. Vol. 2, s. 436–437. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863457/>. [cit. 2024-09-15].
54. WHO, 2015. *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Online. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. [cit. 2024-09-15].
55. WHO, 2017. *Robson Classification: Implementation Manual*. Online. ISBN 978-92-4-151319-7. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2024-09-16].
56. ZEMANOVÁ, D. a kol., 2018. Snižování počtu císařských řezů v Krajské nemocnici Liberec – hodnocení podle Robsona. Online. *Česká gynekologie*. Vol. 83, no. 2, s. 103–107. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-2-23/snizovani-poctu-cisarskych-rezu-v-krajske-nemocnici-liberec-hodnoceni-podle-robsona-63773>. [cit. 2025-02-19].

PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Historie hledání na PubMed</i>	85
Příloha B – <i>Historie hledání na Medvik</i>	86
Příloha C – <i>Věk a pohlaví panelistů (n=20)</i>	87
Příloha D – <i>Porodní anamnéza respondentek (n=50)</i>	88
Příloha E – <i>Demografické údaje respondentek (n=50)</i>	89
Příloha F – <i>Celé znění otázek dotazníku ke druhému kolu Delfského procesu</i>	90
Příloha G – <i>Celé znění otázek dotazníku ke třetímu kolu Delfského procesu</i>	98
Příloha H – <i>Pilotní dotazník pro těhotné ženy</i>	99


Příloha A – Historie hledání na PubMed


History and Search Details  Download  Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#12	...	>	Search: #2 AND #5 AND #9 Filters: Free full text, from 2004 - 2024	10	08:41:41
#10	...	>	Search: #2 AND #5 AND #9	22	06:51:12
#9	...	>	Search: ((post-cesarean[Title/Abstract]) OR (post-caesarean[Title/Abstract])) OR (post-C-section[Title/Abstract])	1,124	05:54:13
#5	...	>	Search: ("vaginal delivery"[Title/Abstract]) OR ("vaginal birth"[Title/Abstract])	19,003	05:51:16
#2	...	>	Search: pregnan*[Title/Abstract]	629,350	05:47:46



Showing 1 to 5 of 5 entries

Příloha B – Historie hledání na Medvik

No.	Event	Count	
<input type="checkbox"/> 1.	abstrakt: "pregnan*" and "vaginal delivery" or "vaginal birth" and "post-caesarean" or "post-caesarean" or "post-C-section"	49 view refine	






All  Custom combination:

Search by multiple fields

"pregnan*" and "vaginal delivery" or "vaginal birth" and "post"  

[Less...](#)

Search by:

Language: 
Country: 
Fond: 
Publication year: Interval: -  (YYYY)
Record created: Interval: -  (YYYYMMDD)

Příloha C – Věk a pohlaví panelistů (n=20)

Věková skupina	Četnosti
21-30 let	4 (20)
31-40 let	6 (30)
41-50 let	7 (35)
51-60 let	2 (10)
61-70 let	1 (5)
Bez odpovědi	0
Pohlaví	Četnosti
Muž	2 (10)
Žena	18 (90)
Bez odpovědi	0
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

Příloha D – Porodní anamnéza respondentek (n=50)

1. Kolikrát jste rodila?	Četnosti
1x	39 (78)
2x	9 (18)
3x	1 (2)
4x	1 (2)
2. Z toho kolik porodů bylo císařským řezem?	Četnosti
1	41 (82)
2	7 (14)
3	1 (2)
4	1 (2)
3. V kterém roce proběhl Váš poslední porod?	Četnosti
2012	1 (2)
2013	3 (6)
2017	1 (2)
2018	1 (2)
2019	1 (2)
2020	3 (6)
2021	4 (8)
2022	19 (38)
2023	15 (30)
2024	2 (4)
4. Jak proběhl Váš poslední porod?	Četnosti
Plánován vaginálně, ale proběhl císařským řezem	31 (62)
Císařským řezem dle plánu	19 (38)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

Příloha E – Demografické údaje respondentek (n=50)

37. Věk	Četnosti
25 let a méně	2 (4)
26-30 let	13 (26)
31-35 let	24 (48)
36-40 let	9 (18)
41 let a více	2 (4)
38. Vzdělání	Četnosti
Základní	2 (4)
Střední s maturitou	16 (32)
Střední s výučním listem	4 (8)
Střední bez maturity/bez VÚ	0
Vyšší odborná škola	3 (6)
VŠ Bc.	11 (22)
VŠ Mgr.	14 (28)
Doktorské	0
39. Jaká je Vaše národnost?	Četnosti
Česká	48 (96)
Slovenská	1 (2)
Polská	1 (2)
40. V jaké oblasti pracujete?	Četnosti
Energetika, životní prostředí, doprava	0
Finanční, řídicí a podpůrné činnosti	9 (18)
Služby, umění, média	6 (12)
Stavebnictví a průmysl	8 (16)
Veřejná správa a veřejné služby	22 (44)
Zemědělství a lesnictví	0
Nepracuji	5 (10)
Legenda: n = absolutní četnost, (%) = relativní četnost.	

Příloha F – *Celé znění otázek dotazníku ke druhému kolu Delfského procesu*

Druhé kolo, okruh otázek č. 1 – Sociodemografické otázky

1. Kolik je vám let? (číselná odpověď)
2. V jakém kraji žijete?
 - a. Hlavní město Praha
 - b. Jihočeský
 - c. Jihomoravský
 - d. Karlovarský
 - e. Královéhradecký
 - f. Liberecký
 - g. Moravskoslezský
 - h. Olomoucký
 - i. Pardubický
 - j. Plzeňský
 - k. Středočeský
 - l. Ústecký
 - m. Vysočina
 - n. Zlínský
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Základní
 - b. Střední s maturitou
 - c. Střední s výučním listem
 - d. Střední bez maturity / bez výučního listu
 - e. Vyšší odborná škola
 - f. Bakalářské
 - g. Magisterské
 - h. Doktorské
 - i. Jiné, jaké?
4. Jaké je Vaše povolání?
 - a. Energetika, životní prostředí, doprava, spoje - specifikujte pozici
 - b. Finanční, řídicí a podpůrné činnosti - specifikujte pozici
 - c. Služby, umění, média - specifikujte pozici
 - d. Stavebnictví a průmysl - specifikujte pozici
 - e. Veřejná správa a veřejné služby - specifikujte pozici
 - f. Zemědělství a lesnictví - specifikujte pozici)
5. Jaká je Vaše národnost?
 - a. Česká
 - b. Slovenská
 - c. Jiná - prosím uveďte

Druhé kolo, okruh otázek č. 2 – Klinické otázky

6. Kolikrát jste rodila? Uveďte počet předchozích těhotenství ukončených porodem. (číselná odpověď)
7. Z toho kolik porodů bylo Císařským řezem? (číselná odpověď)
8. Důvodem pro předchozí Císařský řez bylo:
 - a. Problematická poloha dítěte v děloze před porodem (např. poloha koncem pánevním);
 - b. Hrozící nebo počínající nedostatek kyslíku dítěte (hypoxie)
 - c. Vícečetné těhotenství; Krvácení z důvodu problému s placentou
 - d. Výhřez pupečníku (předčasné uvolnění pupečníku do porodních cest)
 - e. Poruchy děložní činnosti
 - f. Neúspěšné umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu
 - g. Neúspěšné vybavení dítěte z porodních cest pomocí speciálních nástrojů (porodnické kleště, porodní zvon/VEX)
 - h. Jiný důvod, uveďte jaký:
9. V kterém roce proběhl Váš poslední porod? (číselná odpověď)
10. Jak proběhl Váš poslední porod?
 - a. Vaginálně
 - b. Byl plánován vaginálně, ale proběhl Císařským řezem
 - c. Císařským řezem dle plánu
 - d. Jinak, jak:
11. V kolikátém týdnu těhotenství jste? (číselná odpověď)
12. Jakou metodou plánujete, že proběhne Váš nadcházející porod?
 - a. Preferuji vaginální porod
 - b. Preferuji Císařský řez
 - c. Porod musí proběhnout Císařským řezem ze zdravotních důvodů
 - d. Ještě nevím

Druhé kolo, okruh otázek č. 3 – Předchozí porod, zkušenosti

13. Všechny moje předchozí porody proběhly bez komplikací.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
14. Po předchozím porodu jsem se zotavila velmi rychle.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
15. Můj zdravotní stav při předchozím těhotenství byl velmi dobrý.

- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
16. Zdravotní stav mého dítěte v mém předchozím těhotenství byl pro mě důležitý.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
17. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou bolest.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
18. Po předchozím porodu jsem neměla žádnou infekci.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
19. Po předchozím porodu jsem neměla žádné problémy s jizvou.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
20. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou úzkost.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
21. Při předchozím porodu jsem neměla žádný strach z porodu.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
22. Podpora zdravotnického personálu při předchozím porodu byla velmi dobrá.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
23. Způsob, jakým se zdravotnický personál zapojil do mé péče při předchozím porodu, byl velmi dobrý.

- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
24. Způsob, jakým jsem se připravila na předchozí porod, byl velmi dobrý.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
25. Rizika spojená s mým předchozím porodem byla v maximální možné míře pod kontrolou.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
26. Podmínky pro kojení byly po mém předchozím porodu velmi dobré.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
27. Riziko poranění dělohy bylo při mém předchozím porodu v maximální možné míře pod kontrolou.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
28. Při předchozím porodu jsem kromě porodu neměla žádný strach z dalších věcí.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
29. Při předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji post-traumatické stresové poruchy (PTSD) související se strachem a úzkostí z porodu.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
30. Po předchozím porodu byl bonding s mým dítětem velmi snadný.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím

Druhé kolo, okruh otázek č. 4 – Současný stav

31. Můj současný zdravotní stav (v tomto těhotenství) je velmi dobrý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
32. Zdravotní stav mého dítěte v mém současném těhotenství je pro mě důležitý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím

Druhé kolo, okruh otázek č. 5 - Nadcházející porod, očekávání

33. Očekávám, že se po nadcházejícím porodu zotavím velmi rychle.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
34. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádnou bolest.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
35. Po nadcházejícím porodu neočekávám žádnou infekci.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
36. Po nadcházejícím porodu neočekávám žádné problémy s jizvou.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
37. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádnou úzkost.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím

38. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádný strach z porodu.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
39. Očekávám, že podpora zdravotnického personálu při nadcházejícím porodu bude velmi dobrá.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
40. Očekávám, že způsob, jakým se zdravotnický personál zapojí do mé péče při nadcházejícím porodu, bude velmi dobrý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
41. Způsob, jakým se plánuji připravit na nadcházející porod, je velmi dobrý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
42. Očekávám, že rizika spojená s mým nadcházejícím porodem budou v maximální možné míře pod kontrolou.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
43. Očekávám, že po mém nadcházejícím porodu budou moje podmínky pro kojení velmi dobré.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
44. Očekávám, že při mém nadcházejícím porodu bude riziko poranění dělohy v maximální možné míře pod kontrolou.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
45. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádný strach z dalších věcí kromě porodu.
- Zcela souhlasím

- b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
46. Neočekávám, že u mě po nadcházejícím porodu dojde k rozvoji post-traumatické stresové poruchy (PTSD) související se strachem a úzkostí z porodu.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
47. Po nadcházejícím porodu očekávám snadný bonding s mým dítětem.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
48. Je pro mě velmi důležité mít možnost plánovat datum mého porodu.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím

Druhé kolo, okruh otázek č. 6 – Získávání informací

49. K mému nadcházejícímu porodu jsem získala dostatek odborných informací.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
50. Odborné informace k mému nadcházejícímu porodu jsem získala z následujících zdrojů:
- a. osobně/ústně od lékaře
 - b. osobně/ústně od porodní asistentky
 - c. osobně/ústně od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - d. písemně od lékaře
 - e. písemně od porodní asistentky
 - f. písemně od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - g. telefonicky od lékaře
 - h. telefonicky od porodní asistentky
 - i. telefonicky od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - j. digitálními technologiemi od lékaře (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.)
 - k. digitálními technologiemi od porodní asistentky (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.)

- l. digitálními technologiemi od jiného zdravotnického pracovníka (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.), jakého:
 - m. z jiných odborných zdrojů, jakých:
51. K mému nadcházejícímu porodu jsem získala dostatek informací z řad laické veřejnosti (např. rodiny, přátel, známých).
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
52. Informace k mému nadcházejícímu porodu z řad laické veřejnosti jsem získala z následujících zdrojů:
- a. od rodiny
 - b. od přátel
 - c. od známých
 - d. z tištěných populárně naučných zdrojů (zdrojů pro neoborníky), např. časopisů, knih
 - e. z digitálních populárně naučných zdrojů (zdrojů pro neoborníky), např. blogů, internetových portálů pro laickou veřejnost
 - f. ze sociálních sítí
 - g. z mobilních aplikací
 - h. z jiných zdrojů, jakých:

Druhé kolo, okruh otázek č. 7 – Životní styl

53. Trávit čas v přírodě je pro mě velmi důležité.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
54. Trávit čas na sociálních sítích je pro mě velmi důležité.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
55. Trávit čas sledováním televize nebo streamovacích služeb (Netflix, VOYO apod.).
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím

Příloha G – Celé znění otázek dotazníku ke třetímu kolu Delfského procesu

Třetí kolo, sociodemografické otázky - úprava

1. V jaké oblasti pracujete?
 - a. Energetika, životní prostředí, doprava spoje (např. logistika, vodní hospodářství, poštovní a doručovatelské služby, elektronická komunikace)
 - b. Finanční, řídicí a podpůrné činnosti (např. management, ekonomika, administrativa, personalistika, informační technologie, obchod a marketing, bankovníctví, finance a pojišťovnictví)
 - c. Služby, umění, média (např. pohostinství a cestovní ruch, služby provozní a osobní, umění a kultura, média, publicistika a knihovnictví, umělecká řemesla)
 - d. Stavebnictví a průmysl (např. dřevařská výroba a nábytkářství, potravinářství a krmivářství, textilní a oděvní výroba, polygrafie, chemie, sklářská a keramická výroba, elektrotechnika, strojírenství a automobilový průmysl)
 - e. Veřejná správa a veřejné služby (např. právo, státní správa, věda, vzdělávání, sport, zdravotnictví a farmacie, sociální služby, ozbrojené síly a bezpečnostní sbory)
 - f. Zemědělství a lesnictví (např. lesní hospodářství, zemědělství a veterinární péče)
 - g. Nepracuji

Třetí kolo, klinické otázky - úprava

2. Důvodem pro předchozí Císařský řez bylo:
 - a. Problematická poloha dítěte (plodu) v děloze před porodem (např. poloha koncem pánevním)
 - b. Hrozící nebo počínající nedostatek kyslíku (hypoxie) dítěte (plodu)
 - c. Vícečetné těhotenství; Krvácení z důvodu problému s placentou
 - d. Výhřez pupečníku (předčasné uvolnění pupečníku do porodních cest)
 - e. Poruchy děložní činnosti
 - f. Neúspěšné umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu
 - g. Neúspěšné vybavení dítěte (plodu) z porodních cest pomocí speciálních nástrojů (porodnické kleště, porodní zvon / VEX)
 - h. Jiný důvod, uveďte jaký:
3. Jak proběhl Váš poslední porod?
 - a. Vaginálně
 - b. Byl plánován vaginálně, ale proběhl Císařským řezem
 - c. Císařským řezem dle plánu

Třetí kolo, předchozí porod, zkušenosti - návrh doplňující otázky

4. Po předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji poporodní deprese.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím

Příloha H – Pilotní dotazník pro těhotné ženy

PŘEDCHOZÍ POROD

1. Kolikrát jste rodila? Uveďte číslem počet předchozích těhotenství ukončených porodem:
2. Z toho kolik porodů bylo Císařským řezem? (číselná odpověď)
3. V kterém roce proběhl Váš poslední porod? (číselná odpověď)
4. Jak proběhl Váš poslední porod?
 - a. Byl plánován vaginálně, ale proběhl Císařským řezem
 - b. Císařským řezem dle plánu
5. Důvodem pro předchozí Císařský řez bylo:
 - a. Problematická poloha dítěte (plodu) v děloze před porodem (např. poloha koncem pánevním)
 - b. Hrozící nebo počínající nedostatek kyslíku (hypoxie) dítěte (plodu)
 - c. Vícečetné těhotenství
 - d. Krvácení z důvodu problému s placentou
 - e. Výhřez pupečníku (předčasné uvolnění pupečníku do porodních cest)
 - f. Poruchy děložní činnosti
 - g. Neúspěšné umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu
 - h. Neúspěšné vybavení dítěte (plodu) z porodních cest pomocí speciálních nástrojů (porodnické kleště, porodní zvon/VEX)
 - i. Jiný důvod, uveďte jaký:
6. Můj zdravotní stav při předchozím těhotenství byl velmi dobrý.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
7. Všechny moje předchozí porody proběhly bez komplikací.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
8. Podpora zdravotnického personálu při předchozím porodu byla velmi dobrá.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
9. Způsob, jakým se zdravotnický personál zapojil do mé péče při předchozím porodu, byl velmi dobrý.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím

10. Způsob, jakým jsem se připravila na předchozí porod, byl velmi dobrý.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
11. Rizika spojená s mým předchozím porodem byla v maximální možné míře pod kontrolou.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
12. Po předchozím porodu jsem se zotavila velmi rychle.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
13. Po předchozím porodu byl bonding s mým dítětem velmi snadný.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
14. Podmínky pro kojení byly po mém předchozím porodu velmi dobré.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
15. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou úzkost.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
16. Při předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji post-traumatické stresové poruchy (PTSD) související se strachem a úzkostí z porodu.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
17. Po předchozím porodu u mě nedošlo k rozvoji poporodní deprese.
 - a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím

- d. Zcela nesouhlasím
18. Při předchozím porodu jsem neměla žádný strach z porodu.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
19. Při předchozím porodu jsem kromě porodu neměla žádný strach z dalších věcí.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
20. Při předchozím porodu jsem neměla žádnou bolest.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
21. Po předchozím porodu jsem neměla žádnou infekci.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
22. Po předchozím porodu jsem neměla žádné problémy s jizvou.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
23. Jakou metodou plánujete, že proběhne Váš nadcházející porod?
- a. Preferuji vaginální porod
 - b. Preferuji Císařský řez
 - c. Porod musí proběhnout Císařským řezem ze zdravotních důvodů
 - d. Ještě nevím

Prosíme o Váš názor na **srozumitelnost** výše uvedených otázek a možností odpovědí ohledně Vašeho **předchozího porodu**.

Jsou uvedené otázky a možnosti odpovědí srozumitelné?

- a) Ano, zcela
- b) Ne, vůbec ne
- c) Některé ano, některé ne

Pokud některé otázky / možnosti odpovědí nejsou srozumitelné, které to jsou?
(*uved'te prosím číslo otázky, případně daná špatně srozumitelná slova vypište*)

Jak navrhuje, abychom tyto otázky / možnosti odpovědí změnili?

Prostor pro Váš další komentář:

SOUČASNÉ TĚHOTENSTVÍ

24. Můj současný zdravotní stav (v tomto těhotenství) je velmi dobrý.

- a. Zcela souhlasím
- b. Částečně souhlasím
- c. Částečně nesouhlasím
- d. Zcela nesouhlasím

25. Zdravotní stav mého dítěte v mém současném těhotenství je pro mě důležitý.

- a. Zcela souhlasím
- b. Částečně souhlasím
- c. Částečně nesouhlasím
- d. Zcela nesouhlasím

Prosíme o Váš názor na **srozumitelnost** výše uvedených otázek a možností odpovědí ohledně Vašeho **současného těhotenství**.

Jsou uvedené otázky a možnosti odpovědí srozumitelné?

- d) Ano, zcela
- e) Ne, vůbec ne
- f) Některé ano, některé ne

Pokud některé otázky / možnosti odpovědí nejsou srozumitelné, které to jsou?
(*uved'te prosím číslo otázky, případně daná špatně srozumitelná slova vypište*)

Jak navrhuje, abychom tyto otázky / možnosti odpovědí změnili?

Prostor pro Váš další komentář:

NASTÁVAJÍCÍ POROD

26. Při nadcházejícím porodu neočekávám žádný strach z porodu.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
27. Očekávám, že podpora zdravotnického personálu při nadcházejícím porodu bude velmi dobrá.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
28. Očekávám, že způsob, jakým se zdravotnický personál zapojí do mé péče při nadcházejícím porodu, bude velmi dobrý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
29. Způsob, jakým se plánuji připravit na nadcházející porod, je velmi dobrý.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
30. Očekávám, že rizika spojená s mým nadcházejícím porodem budou v maximální možné míře pod kontrolou.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
31. Očekávám, že při mém nadcházejícím porodu bude riziko poranění dělohy v maximální možné míře pod kontrolou.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím
 - Zcela nesouhlasím
32. Očekávám, že po mém nadcházejícím porodu budou moje podmínky pro kojení velmi dobré.
- Zcela souhlasím
 - Částečně souhlasím
 - Částečně nesouhlasím

- d. Zcela nesouhlasím
33. Po nadcházejícím porodu očekávám snadný bonding s mým dítětem.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
34. K mému nadcházejícímu porodu jsem získala dostatek odborných informací.
- a. Zcela souhlasím
 - b. Částečně souhlasím
 - c. Částečně nesouhlasím
 - d. Zcela nesouhlasím
35. Odborné informace k mému nadcházejícímu porodu jsem získala z následujících zdrojů (lze vybrat více možností):
- a. Osobně/ústně od lékaře
 - b. Osobně/ústně od porodní asistentky
 - c. Osobně/ústně od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - d. Písemně od lékaře
 - e. Písemně od porodní asistentky
 - f. Písemně od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - g. Telefonicky od lékaře
 - h. Telefonicky od porodní asistentky
 - i. Telefonicky od jiného zdravotnického pracovníka, jakého:
 - j. Digitálními technologiemi od lékaře (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.)
 - k. Digitálními technologiemi od porodní asistentky (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.)
 - l. Digitálními technologiemi od jiného zdravotnického pracovníka (email, mobilní aplikace, virtuální služby apod.), jakého:
 - m. Z jiných odborných zdrojů, jakých:
36. Informace k mému nadcházejícímu porodu z řad laické veřejnosti jsem získala z následujících zdrojů (lze vybrat více možností):
- a. Od rodiny
 - b. Od přátel
 - c. Od známých
 - d. Z tištěných populárně naučných zdrojů (zdrojů pro neoborníky), např. časopisů, knih
 - e. Z digitálních populárně naučných zdrojů (zdrojů pro neoborníky), např. blogů, internetových portálů pro laickou veřejnost
 - f. Ze sociálních sítí
 - g. Z mobilních aplikací

h. Z jiných zdrojů, jakých:

Prosíme o Váš názor na **srozumitelnost** výše uvedených otázek a možností odpovědí ohledně Vašeho **nastávajícího porodu**.

Jsou uvedené otázky a možnosti odpovědí srozumitelné?

- g) Ano, zcela
- h) Ne, vůbec ne
- i) Některé ano, některé ne

Pokud některé otázky / možnosti odpovědí nejsou srozumitelné, které to jsou?
(uved'te prosím číslo otázky, případně daná špatně srozumitelná slova vypište)

Jak navrhuje, abychom tyto otázky / možnosti odpovědí změnili?

Prostor pro Váš další komentář:

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

37. Kolik je Vám let? (číselná odpověď)

38. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní
- b. Střední s maturitou
- c. Střední s výučním listem
- d. Střední bez maturity / bez výučního listu
- e. Vyšší odborná škola
- f. Bakalářské
- g. Magisterské
- h. Doktorské
- i. Jiné, jaké?

39. Jaká je Vaše národnost?

- a. Česká
- b. Slovenská
- c. Jiná, prosím uveďte:

40. V jaké oblasti pracujete?

- a. Energetika, životní prostředí, doprava a spoje (např. logistika, vodní hospodářství, poštovní a doručovatelské služby, elektronická komunikace)
- b. Finanční, řídicí a podpůrné činnosti (např. management, ekonomika, administrativa, personalistika, informační technologie, obchod a marketing, bankovníctví, finance a pojišťovnictví)
- c. Služby, umění, média (např. pohostinství a cestovní ruch, služby provozní a osobní, umění a kultura, média, publicistika a knihovnictví, umělecká řemesla)

- d. Stavebnictví a průmysl (např. dřevařská výroba a nábytkářství, potravinářství a krmivářství, textilní a oděvní výroba, polygrafie, chemie, sklářská a keramická výroba, elektrotechnika, strojírenství a automobilový průmysl)
- e. Veřejná správa a veřejné služby (např. právo, státní správa, věda, vzdělávání, sport, zdravotnictví a farmacie, sociální služby, ozbrojené síly a bezpečnostní sbory)
- f. Zemědělství a lesnictví (např. lesní hospodářství, zemědělství a veterinární péče)
- g. Nepracuji

Prosíme o Váš názor na **srozumitelnost** výše uvedených otázek a možností odpovědí ohledně Vašich **demografických údajů**.

Jsou uvedené otázky a možnosti odpovědí srozumitelné?

- j) Ano, zcela
- k) Ne, vůbec ne
- l) Některé ano, některé ne

Pokud některé otázky / možnosti odpovědí nejsou srozumitelné, které to jsou? (*uved'te prosím číslo otázky, případně daná špatně srozumitelná slova vypište*)

Jak navrhuje, abychom tyto otázky / možnosti odpovědí změnili?

Prostor pro Váš další komentář: