

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Anna Krieglerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vaginální porod po císařském řezu

Bakalářská práce

2024

Anna Krieglerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Krieglerová**
Osobní číslo: **Z21102**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Vaginální porod po císařském řezu**
Téma práce anglicky: **Vaginal delivery after caesarean section**
Zadávající 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 výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal, 2022. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. 2. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. 880 s. ISBN 978-80-7345-716-7.
GAVENDOVÁ, Hana a BYDŽOVSKÁ, Ivana, 2018. Vaginální porod po předchozím císařském řezu. *Gynekologie a porodnictví*. roč. 2, č. 5, s. 285-293. ISSN 2533-4689.
MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. 768 s. ISBN 978-80-7345-709-9.
PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
ROZTOČIL, Aleš, 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Eva Welge, MSc BSc**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Vaginální porod 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 29. 04. 2024

Anna Krieglerová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Nejprve bych ráda poděkovala své vedoucí práce Evě Welge, MSc BSc za cenné rady a trpělivost během vypracování této bakalářské práce. Dále mé díky patří respondentkám, které se podílely na sběru dat. Nakonec bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za jejich neustálou podporu během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce „Vaginální porod po císařském řezu“ se zaměřuje na problematiku vaginálního porodu po předchozím císařském řezu (VBAC). Teoretická část práce shrnuje poznatky o vaginálním porodu po císařském řezu. Věnuje se faktorům ovlivňujících úspěšnost VBAC, jeho frekvenci ve srovnání s císařským řezem, vlivu na zdraví novorozence, indukci porodu, kontraindikacím a možným komplikacím VBAC. Zároveň porovnává VBAC a elektivní iterativní císařský řez (ERCS). Průzkumná část je zaměřena na průzkum zkušeností žen po VBAC pomocí dotazníkového šetření. Zkoumá faktory ovlivňující rozhodnutí žen pro VBAC, spokojenost s poskytnutými informacemi, možnosti kontaktu s novorozencem a porovnává klady a zápory obou typů porodů z pohledu žen.

KLÍČOVÁ SLOVA

Vaginální porod po císařském řezu, císařský řez, novorozenec, ruptura dělohy

TITLE

Vaginal delivery after caesarean section

ANNOTATION

The bachelor thesis “Vaginal birth after caesarean section“ focuses on the issue of vaginal birth after previous caesarean section. The theoretical part of the thesis summarizes the knowledge about vaginal birth after caesarean section. It focuses on the factors affecting success rate of VBAC, its frequency compared to caesarean section, the impact on the health of the newborn, induction of labor, contraindications, and possible complications of VBAC. It also compares VBAC and elective iterative caesarean section (ERCS). The research part focuses on exploring the experiences of women after VBAC through a questionnaire survey. It explores the factors influencing women’s decision for VBAC, satisfaction with the information provided, opportunities for contact with the newborn and compares the pros and cons of both types of delivery.

KEYWORDS

Vaginal delivery after caesarean section, caesarean delivery, newborn, uterine rupture

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíl práce.....	14
1.2 Metody k dosažení cíle	14
Teoretická část	15
2 Vaginální porod po císařském řezu	15
2.1 Frekvence císařského řezu vs VBAC	15
2.2 VBAC a komplikace předešlého císařském řezu.....	17
2.3 Faktory ovlivňující úspěšnost VBAC	19
2.3.1 Předchozí vaginální porod	19
2.3.2 Jizva na děloze	20
2.3.3 Indikace císařského řezu	20
2.3.4 Hmotnost plodu.....	20
2.3.5 Počet předchozích císařských řezů	21
2.3.6 Interval mezi těhotenstvími	21
2.3.7 Délka těhotenství	21
2.3.8 Gemini	22
2.3.9 Psychická podpora	22
2.4 Indukce VBAC	23
2.5 Kontraindikace VBAC.....	24
2.6 Rizika a komplikace VBAC	24
2.6.1 Ruptura dělohy.....	24
2.7 Management VBAC	26
2.8 Vliv VBAC na novorozence	27
2.9 VBAC versus ERCS	28
Průzkumná část	30

3	Metodika průzkumné části.....	30
3.1	Metoda sběru dat.....	30
3.2	Charakteristika souboru respondentů.....	30
3.3	Cíle a průzkumné otázky	30
3.4	Analýza dat	31
3.5	Interpretace výsledků.....	32
4	Diskuze	51
5	Závěr	58
6	Použitá literatura	60
7	Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Graf věku respondentek	32
Obrázek 2 – Graf typu anestezie při císařském řezu	33
Obrázek 3 – Graf vlivu zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí pro VBAC	35
Obrázek 4 – Graf zdrojů informací o přínosech a rizicích VBAC	37
Obrázek 5 – Graf množství a kvality informací o VBAC od lékaře a zdravotníků.....	38
Obrázek 6 – Graf celkové spokojenosti s dostupnými informacemi o VBAC.....	39
Obrázek 7 – Graf prvního kontaktu s novorozencem po vaginálním porodu.....	40
Obrázek 8 – Graf prvního kontaktu s novorozencem po císařském řezu	41
Obrázek 9 – Graf kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu	42
Obrázek 10 – Graf kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po císařském řezu.....	43
Obrázek 11 – Graf vlivu poporodní bolesti na péči o novorozence	44
Obrázek 12 – Graf vlivu pooperační bolesti na péči o novorozence	45
Obrázek 13 – Graf bolesti v jizvě	46
Tabulka č. 1 – Věk respondentek.....	32
Tabulka č. 2 – Typ anestezie při císařském řezu	33
Tabulka č. 3 – Faktory ovlivňující rozhodnutí žen pro VBAC	34
Tabulka č. 4 – Faktory ovlivňující rozhodnutí žen – volné odpovědi	34
Tabulka č. 5 – Vliv zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí	35
Tabulka č. 6 – Vliv zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí – volné odpovědi	36
Tabulka č. 7 – Zdroje informací o přínosech a rizicích VBAC	36
Tabulka č. 8 – Množství a kvalita informací o VBAC od lékaře a zdravotníků	37
Tabulka č. 9 – Celková spokojenost s dostupnými informacemi o VBAC	38
Tabulka č. 10 – První kontakt s novorozencem po vaginálním porodu	39
Tabulka č. 11 – První kontakt s novorozencem po císařském řezu	40
Tabulka č. 12 – Kontakt kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu	41
Tabulka č. 13 – Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po vaginálním porodu	42
Tabulka č. 14 – Možnost kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po císařském řezu ...	43
Tabulka č. 15 – Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po císařském řezu.....	43
Tabulka č. 16 – Vliv poporodní bolesti na péči o novorozence	44
Tabulka č. 17 – Vliv pooperační bolesti na péči o novorozence	45

Tabulka č. 18 – Bolest v jizvě.....	46
Tabulka č. 19 – Porovnání obou typů porodů.....	47
Tabulka č. 20 – Klady vaginálního porodu.....	48
Tabulka č. 21 – Zápory vaginálního porodu.....	48
Tabulka č. 22 – Klady císařského řezu	49
Tabulka č. 23 – Zápory císařského řezu	49
Tabulka č. 24 – Doporučení pro ženy stojící před rozhodnutím podstoupit VBAC	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ERCS	elective repeat caesarean section
JAR	Jihoafrická republika
JIP	jednotka intenzivní péče
PPHL	poloha plodu hlavičkou
PPKP	poloha plodu koncem pánevním
TOLAC	trial of labor after caesarean
USA	Spojené státy americké
VBAC	vaginal birth after caesarean
VEX	vakuumextraktor

ÚVOD

V současné době se otázky spojené s možností vaginálního porodu po císařském řezu (VBAC) stávají stále aktuálnějšími. Nejen pro zdravotnický personál, ale hlavně pro těhotné ženy. VBAC přináší řadu rozhodnutí, která jsou ovlivněna jak zdravotními faktory, tak osobními preferencemi žen.

S rozvojem zdravotnictví se celosvětově zvýšil počet porodů císařským řezem, což v současné době činí z tohoto zákroku nejčastější porodnickou operaci. Tento nárůst vzbuzuje obavy, že je císařský řez prováděn častěji, než je nezbytně nutné (Hedwige et al., 2023). Frekvence počtu císařských řezů dosáhla v České republice v roce 2022 25,7 % z celkového počtu 99 381 porodů (NZIP, 2024). Diskuze o ideální míře císařských řezů přetrvává, ačkoli Světová zdravotnická organizace (WHO, 2015) doporučuje od roku 1985 jeho četnost mezi 10–15 %. Jednou z nejčastějších indikací k císařskému řezu je předchozí císařský řez v anamnéze. VBAC disponuje schopností snížit stoupající trend počtu císařských řezů. VBAC je pro určitou skupinu rodiček vhodnou volbou, zejména s ohledem na krátkodobé i dlouhodobé komplikace spojené s císařským řezem. I přes řadu výhod je VBAC ohrožen rostoucím počtem soudních sporů, a především ve Spojených státech stále častější volbou císařského řezu na přání. VBAC je v oblasti porodnictví velmi diskutovaným tématem. Zdravotníci se musí orientovat v jeho výhodách a rizicích, aby mohli poskytnout adekvátní poradenství rodičkám (Nggada, 2023).

Teoretická část bakalářské práce poskytuje ucelený přehled aktuálních teoretických poznatků o vaginálním porodu po císařském řezu, včetně frekvence císařských řezů ve srovnání s VBAC, faktorů ovlivňujících úspěšnost VBAC a vlivu VBAC na zdraví novorozence. Dále popisuje jeho komplikace a kontraindikace, management VBAC a hodnotí vliv indukce porodu na celkový výsledek. Zároveň porovnává VBAC a plánovaný iterativní císařský řez (ERCS). Teoretická část tvoří základ pro následující průzkumnou část, která směřuje k získání subjektivního hodnocení žen vaginálního porodu po císařském řezu. Hlavním cílem je zjistit zkušenosti žen s tímto porodem, a to prostřednictvím dílčích cílů zaměřených na faktory ovlivňující rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu, na spokojenost žen s poskytnutými informacemi, zhodnocení pozitivních i negativních aspektů obou typů porodu a možnosti kontaktu s novorozencem. K dosažení cílů je použito dotazníkové šetření. Získaná data jsou statisticky zpracována a prezentována s využitím tabulek a grafů MS Excel.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Teoretickým cílem bakalářské práce je shrnout aktuální teoretické poznatky o vaginálním porodu po císařském řezu. Hlavním průzkumným cílem je zjistit zkušenosti žen s vaginálním porodem po císařském řezu. Dílčí cíle práce zahrnují zjištění faktorů ovlivňujících rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu, zhodnocení spokojenosti žen s poskytnutými informacemi o vaginálním porodu po císařském řezu, porovnání kladů a záporů vaginálního porodu a císařského řezu z pohledu žen a porovnání možností kontaktu s novorozencem po obou typech porodu.

1.2 Metody k dosažení cíle

Metodou průzkumné části bakalářské práce byl kvantitativní průzkum v podobě nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány na oddělení šestinedělí záměrně vybraným ženám. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a dobrovolné.

TEORETICKÁ ČÁST

2 VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Termínem „vaginální porod po císařském řezu“ (dále VBAC) se rozumí úspěšný vaginální porod u ženy, která dříve porodila císařským řezem. Tato možnost umožňuje rodičkám šanci na přirozený porod bez podstoupení elektivního císařského řezu (dále ERCS), a tím nabízí přínosy pro matku i novorozence. Těhotné, které chtějí podstoupit VBAC, procházejí nejdříve pokusem o vaginální porod po císařském řezu (dále TOLAC) (Habak a Kole, 2023). Celková úspěšnost VBAC se pohybuje okolo 70–80 %, je však potřeba si uvědomovat, že je ovlivněna různými faktory (Dubová a Zikán, 2022, s. 798).

2.1 Frekvence císařského řezu vs VBAC

Frekvence císařského řezu

S rozšířením oblasti perinatální medicíny dochází v posledních 30 letech k významnému nárůstu četnosti císařského řezu, který se stává nejčastější prováděnou operací v oblasti porodnictví (Vrubová a Urbišová, 2019, s. 316). „Nárůst počtu porodů císařským řezem od roku 1996 do současnosti bez jasných důkazů o současném poklesu mateřské nebo novorozenecké morbidity a mortality vyvolává značné obavy, že porod císařským řezem je nadužíván“ (Hedwige et al., 2023), (překlad vlastní).¹ V první polovině 20. století bylo provádění této operace vzácné, s četností pod 1 %. Česká gynekologicko-porodnická a neonatologická společnost v roce 2018 evidovala snížení četnosti císařského řezu na 24 % a věřili, že bude stále klesat až pod 20 % (Straňák, 2019, s. 207). Dubová a Zikán (2022, s. 514) uvádí, že v roce 2020 frekvence činila 24,8 %. V příloze A je ukázka grafu znázorňující časovou řadu provedených císařských řezů v letech 2000-2022.

Rozdíly ve frekvenci císařského řezu jsou patrné po celém světě, přičemž nižší výskyt je zaznamenán v méně rozvinutých zemích ve srovnání s vyspělejšími regiony (Vrubová a Urbišová, 2019, s. 316). V roce 2021 podstoupil v USA ukončení těhotenství císařským řezem vysoký podíl žen, a to v celkové míře 32,1 %. Toto číslo může být ovlivněno i tím, že v USA je jednou z možných indikací císařského řezu přání rodičky (Hedwige et al., 2023). Světová zdravotnická organizace doporučuje udržení frekvence císařských řezů pod 15 % z celkového

¹ The increase in cesarean birth rates from 1996 to the present without clear evidence of concomitant decreases in maternal or neonatal morbidity or mortality raises significant concern that cesarean delivery is overused.

počtu porodů (Vrubová a Urbišová, 2019, s. 316). Není však až tak důležitá incidence, zásadní je sledování mateřské a novorozenecké morbidity a mortality (Dubová a Zikán, 2022, s. 512).

Marešová (2021, s. 516) uvádí, že možnými příčinami nárůstu císařského řezu je stoupající věk rodiček, nadváha, přítomnost přidružených onemocnění, upuštění od vakuumextrakce (VEX), kleští a vaginálních porodů plodů v poloze podélné koncem pánevním (PPKP) či strach ze soudních sporů. Dále pak frekvenci císařských řezů ovlivňuje nárůst vícečetných těhotenství, úbytek vaginálních porodů po císařském řezu či předchozí operace na děloze (Dubová a Zikán, 2022, s. 512).

Frekvence VBAC

Ze začátků je důležité definovat některé pojmy. Termín „míra pokusů VBAC“ se používá k vyjádření procentuálního podílu žen, které se pokusily o vaginální porod po předchozím císařském řezu, ve srovnání s celkovým počtem žen s císařským řezem v anamnéze. Ve Spojeném království se ukázala v roce 2014 51,8 % míra pokusů o VBAC (Alsubai et al., 2018). Pokus o TOLAC se ve Spojených státech zvýšil z 15,3 % v roce 2010 na 21,7 % v roce 2020 (Bruno et al., 2023). Míra VBAC je definována jako procento žen, které podstoupily úspěšný VBAC, ze všech žen, které mají v anamnéze císařský řez (Alsubai et al., 2018).

Incidence VBAC prošly v průběhu let mnoha změnami. V počátcích 70. let začala narůstat incidence porodu císařským řezem a věřilo se, že ženy, které dříve podstoupily tuto operaci, by měly v budoucím těhotenství zvolit stejný způsob porodu. Postupem času byl výrok „jednou císařský řez, vždycky císařský řez“ zpochybnován a zároveň podporován TOLAC, což vedlo k nárůstu VBAC a současně poklesu četnosti císařských řezů. Mezi lety 1985 a 1995 vzrostla míra VBAC až o 20 %. S nárůstem popularity VBAC se však i zvýšily přidružené komplikace a spolu se žalobami za nedostatečnou péči vedly k jeho ústupu (Habak a Kole, 2023). V rozvojových zemích je incidence VBAC značně nízká. Důvodem je omezenost personálu a vybavení pro náležité sledování plodu. Retrospektivní studie (Nggada, 2023) z let 2013–2016 prováděná v JAR v Pretorii, zjistila incidenci VBAC pouhých 36 %, a jako hlavní příčinu označuje nedostatečné poradenství ohledně možností porodu po předchozím císařském řezu. Z průzkumu v Rumunsku v období 2014–2020 vyplývá, že četnost výskytu VBAC se pohybuje pod 1 %. Také uvádí, že většina zúčastněných žen ze skupiny VBAC porodila doma bez přítomnosti zdravotníka. Tento fakt zdůvodňuje nedostatečnou osvětou o VBAC a tlakem zdravotnického personálu na volbu ERCS (Carauleanu et al., 2021). Gavendová a Bydžovská (2018, s. 285) uvádí, že incidence VBAC činí v Evropě 30 % až 50 % žen. Ve Spojených státech

amerických byla míra VBAC v roce 2019 13,8 % a v roce 2020 se zvýšila na 16,2 % (Bruno et al., 2023)

2.2 VBAC a komplikace předešlého císařském řezu

VBAC není bez rizik, nicméně pečlivě vybraným rodičkám přináší řadu výhod. Pokud je VBAC úspěšný, pojí se se snížením mateřské a neonatální morbidity. Žena není vystavena rizikům spojených s chirurgickým zákrokem jako takovým, ani nebezpečím komplikací císařského řezu (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 285). I když se komplikace císařského řezu vyskytují zřídka a obvykle se dají řešit, ve výjimečných případech však mohou být velmi závažné nebo dokonce smrtelné (ACOG, 2022). Plánovaný císařský řez má srovnatelnou míru komplikací jako spontánní porod. Pokud však dojde k neplánovanému císařskému řezu, jsou komplikace přibližně pětkrát častější než při vaginálním porodu. Mezi peroperační komplikace císařského řezu patří například krvácení a poranění okolních orgánů, které je však díky uložení dělohy na konci těhotenství ojedinělé (Roztočil, 2020, s. 507–508). Dále může nastat vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou, která však nastává zcela výjimečně. Při provádění císařského řezu v celkové anestezii je riziko aspirace žaludečního obsahu, laryngospazmu či nezdařilá intubace. Dále pak mohou nastat komplikace spojené se spinální nebo epidurální anestezii jako například krvácení či postpunkční syndrom. Ženy, které podstoupily císařský řez mají vyšší tendenci ke sníženému tonu dělohy na rozdíl od žen po vaginálním porodu. Infekce je dalším možným rizikem v pooperačním období. Může vzniknout v oblasti rány a následně se rozvinout v pelveoperitonitidu a endometritidu. Nebezpečnou a relativně častou pooperační komplikací je tromboembolie – pulmonální embolie a hluboká žilní trombóza (Procházka, 2020, s. 515-516).

Pozdní komplikace císařského řezu mají významný vliv na rozhodování ohledně případného VBAC. Díky aktuálním metodám císařského řezu ve vyspělých zemích je zaznamenán nízký výskyt těchto komplikací. Avšak jako po každé operaci vzniká v místě řezu jizva. V případě císařského řezu bývá jizva na děloze odolná a další těhotenství a porody mohou být bez obtíží. Nicméně může vzniknout dehiscence či ruptura děložní jizvy (Procházka, 2020, s. 516). Porod císařským řezem zvyšuje rizika pro budoucí těhotenství. S každým císařským řezem stoupá riziko komplikací v následné graviditě (ACOG, 2022). Dánská studie z roku 2012 zkoumající přes dvacet tisíc žen s anamnézou císařského řezu i vaginálního porodu, potvrdila, že u žen po císařském řezu je vyšší riziko ruptury dělohy, hysterektomie, abrupce placenty a zvýšený výskyt abnormální placentace (Janoušková et al., 2019, s. 4).

Adheze

Císařský řez, stejně jako ostatní chirurgické zákroky v dutině břišní, nese riziko vzniku adhezí. Tyto srůsty mohou komplikovat další operace dutiny břišní a zapříčinit chronické bolesti v pánevní oblasti či obtíže s plodností (Voborská Neudeckerová, 2018, s. 16).

Gravidita v jizvě

Výjimečnou komplikací je ektopické těhotenství v jizvě po předchozím císařském řezu. Za jednu z příčin této patologie lze považovat neúplné zhojení jizvy. V této problematice je primárním cílem zachování fertility ženy, pokud však není tato gravidita zjištěna včas, musí se přistoupit na radikální řešení (Pešková a Kacerovský, 2020, s. 283–284).

Defekt jizvy

Defekt jizvy po císařském řezu dle jeho umístění a velikosti není jednoznačně definován. Většinou je popisován jako ztenčení myometria v oblasti předchozího řezu větší než 1 nebo 2 mm. Další zdroje ho definují podle jeho velikosti, přičemž redukce myometria o více než polovinu jeho šířky je charakterizováno jako velký defekt jizvy. Jeho četnost se podle studií pohybuje mezi 24–84 %. Většina defektů se nijak neprojevuje a obvykle jsou náhodně objeveny při ultrazvukovém vyšetření. Defekt jizvy je v dalším těhotenství spojen s vyšším rizikem poruchy placentace či děložní ruptury. Při rozhodování o vhodném způsobu vedení porodu v další graviditě je důležité zohlednit stav jizvy a šířku dolního děložního segmentu. I když není stanoveno pevné kritérium, studie ukazují, že šířka svaloviny děložní stěny v rozmezí 2,1 – 4 mm představuje vysoké riziko vzniku dehiscence nebo děložní ruptury (Pešková a Kacerovský, 2020, s. 283–284).

Další možnou komplikací je sterilita, zejména u žen, u kterých se vyskytly infekční problémy po operaci. Ženy po císařském řezu mají riziko snížené plodnosti až o 9 % oproti ženám po vaginálním porodu. Méně častou komplikací, zejména v případě po řezu dle Pfannenstiela, je kýla v jizvě (Procházka, 2020, s. 516).

Je známo, že složitost operace a riziko vážných komplikací roste s každým dalším výkonem. Z důvodů těchto rizik a komplikací se císařský řez obvykle volí pouze tehdy, když očekávané výhody převažují nad riziky. Důležitá je konzultace s gynekologem, který navrhne nejvhodnější způsob porodu (ACOG, 2022).

2.3 Faktory ovlivňující úspěšnost VBAC

Úspěšnost VBAC označuje procento úspěšných vaginálních porodů u žen s předchozím císařským řezem, ze všech žen s císařským řezem v anamnéze, které se pokusily o vaginální porod. Je důležité poznamenat, že tato míra je rozdílná v různých populacích a regionech a je ovlivněna mnoha faktory (Alsubai et al., 2018).

V retrospektivní kohortové studii, prováděné ve dvou nemocnicích Číny v letech 2011–2017, byla úspěšnost VBAC 84 % a 0,3 % ruptur dělohy. Do studie bylo zařazeno 2006 žen s anamnézou jednoho císařského řezu, které plánovaly TOLAC. Ženy s gestačním věkem pod 41. týdnů, nižším BMI, předchozím vaginálním porodem, nižší porodní hmotností novorozence a se spontánním začátkem porodu měly vyšší pravděpodobnost úspěšného VBAC. Tato relativně vysoká míra úspěšnosti poukazuje na fakt, že TOLAC je důležitou strategií ke snížení míry císařských řezů (Li, 2019).

Studie probíhající v Texasu od roku 2016 do 2018 zkoumala faktory predikující úspěšnost VBAC. Do studie bylo zahrnuto celkem 778 žen, z nichž 76 % úspěšně postoupilo VBAC. Kritéria pro zařazení do tohoto výzkumu byla následující: jeden předchozí císařský řez v anamnéze, těhotenství delší než 37. týdnů, normální tvar a velikost pánve, minimálně dva roky od posledního císařského řezu a žádné kontraindikace vaginálního porodu. Ženy s anamnézou ruptury dělohy, trvající porodnickou indikací přechozího císařského řezu a přítomností jiných závažných komplikací se výzkumu neúčastnily (Mi, 2021). Bruno et al. (2023) ve své studii uvádí, že úspěšný VBAC vzrostl ve Spojených státech v letech 2010–2019 z 69,8 % na 74,7 %.

Nelze zcela zaručit zdárný výsledek pokusu vaginálního porodu po císařském řezu (TOLAC), ale dodržením určitých podmínek lze zvýšit šance na úspěšný VBAC.

2.3.1 Předchozí vaginální porod

Nejvýznamnějším a nejpřesnějším ukazatelem úspěšného VBAC je vaginální porod v anamnéze. Předchozí vaginální porod výrazně zvyšuje šance na další úspěšný vaginální porod (až 90 %), i přes předešlý císařský řez. Ještě s větší úspěšností je spojován předchozí VBAC. Kromě toho mají ženy s vaginálním porodem v anamnéze podstatně snížené riziko děložní ruptury (Alsubai et al., 2018).

2.3.2 Jizva na děloze

Podoba jizvy je určena způsobem provedeného řezu na děloze. Nejčastěji používaným je tzv. Geppertův řez neboli transverzální incize v DDS. Řez dle Misgava-Ladacha je veden přibližně o 2–3 cm výše. Dalším řezem je obrácený T-řez, který se většinou využívá v případech, kde není možné vyjmout plod přes původní řez, například při vysoko balotující hlavičce. Široký U-řez je využíván nejčastěji u předčasného porodu kvůli nedostatečnému vytvoření DDS. Málo častým typem incize je klasický řez, který je prováděn podélně tělem děložním (Procházka, 2020, s. 514). Vaginální porod po císařském řezu (VBAC) je vzhledem k vysokému riziku ruptury dělohy kontraindikován u žen s klasickým řezem a T-řezem v anamnéze (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 286). Před VBAC by mělo proběhnout UZ vyšetření, kdy je důležité, kromě polohy a hmotnosti plodu, umístění placenty a množství plodové vody, určit šířku děložní jizvy, která by podle literatury měla být široká alespoň 2,5 mm. V doporučených postupech České gynekologické a porodnické společnosti se však ideální šířka neuvádí (Dubová, Zikán, 2022, 793). Stále narůstá množství důkazů naznačujících, že úplné zacelení jizvy v DDS po císařském řezu je spojeno s úspěšným vaginálním porodem v dalším těhotenství. Posouzení dokonalého zahojení pomocí ultrazvuku by mělo probíhat až po šesti měsících od operace, aby výsledky nebyly ovlivněny otokem (Faridová a Fait, 2015, s. 137).

2.3.3 Indikace císařského řezu

Významnou roli hraje indikace předchozího císařského řezu. Tyto indikace se rozdělují na vratné a nevratné. Mezi nevratné se řadí například fetální distress či PPKP. Žena, u níž byla indikace předchozího císařského řezu vratná, například děložní dystokie či zástava progresu porodu má menší šanci na úspěšný vaginální porod. Předchozí indikace císařského řezu pro selhání progresu porodu je spojena s mírou úspěchu v rozmezí 50–67 %, zatímco úspěšnost u předchozího císařského řezu z důvodu PPKP se udává až 89 % (Trojano et al., 2019).

2.3.4 Hmotnost plodu

Důležité je nezanedbávat určení odhadované hmotnosti plodu u žen, které dříve podstoupily císařský řez a zahrnout informace o hmotnosti plodů z předchozích gravidit. Přestože podle národních doporučení by přítomnost makrosomie plodu neměla být důvodem pro vyloučení pokusu o VBAC, studie uvádějí nižší úspěšnost VBAC u žen, jejichž plody váží nad 4000 g (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 287). Porodní hmotnost 4 kg a více je spojena se zvýšeným rizikem ruptury dělohy, dystokie ramínek a ruptury perinea třetího a čtvrtého stupně. U žen, které nemají přechodný vaginální porod v anamnéze, je u makrosomního plodu uváděna úspěšnost VBAC méně než 50 %. Z celkového počtu žen, které se pokusí o VBAC s plodem,

jehož hmotnost přesahuje 4 kg, je 60–70 % úspěšných. Nicméně ultrazvuk ve třetím trimestru gravidity není přesným nástrojem pro předpovídání makrosomie plodu (Trojano et al., 2019). Studie z roku 2003 zkoumající vliv porodní hmotnosti na úspěšnost VBAC ukázala, že porodní hmotnost nad 4000 g byla spojena 68 % úspěšností VBAC. Se zvyšující se hmotností klesala úspěšnost VBAC, přičemž u novorozenců s porodní hmotností nad 4500 g byla úspěšnost pouze 38 % (Elkousy et al., 2003).

2.3.5 Počet předchozích císařských řezů

Dle Nggadana (2023) má VBAC po dvou a více předchozích císařských řezech nízkou úspěšnost a vysoké riziko ruptury dělohy. Trojano et al. (2019) však podle několika studií uvádí, že úspěšnost VBAC po dvou císařských řezech je srovnatelná s ženami po jednom císařském řezu. Nicméně je důležité zdůraznit, že většina žen se dvěma předchozími císařskými řezy měly v těchto průzkumech již v anamnéze vaginální porod či úspěšný VBAC. Český doporučený postup z roku 2012 však doporučuje, aby ženě s více předchozími císařskými řezy v anamnéze byl proveden plánovaný opakovaný císařský řez (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 287).

2.3.6 Interval mezi těhotenstvími

Interval mezi těhotenstvími je definován jako doba mezi posledním porodem a dalším početím. Desetiletá retrospektivní kohortová studie z roku 2017 zkoumala souvislost mezi intervalem mezi těhotenstvími a úspěšností VBAC. Vzorek tvořily těhotné ženy, které se pokoušely o VBAC s jedním císařským řezem v anamnéze. Úspěšnost VBAC u žen, které rodily 1–2 roky po předchozím císařském řezu, byla 72 %. Se zvyšujícím intervalem mezi těhotenstvími klesala úspěšnost VBAC. Interval delší jak 5 let se pojil s 62 % úspěšností (Rietveld et al., 2017). Nicméně krátký interval mezi těhotenstvími zvyšuje riziko děložní ruptury. Podle Dubové a Zikána (2022, s. 792) by měl být při pokusu o VBAC mezi porody nejméně 18měsíční interval.

2.3.7 Délka těhotenství

Potermínové těhotenství by nemělo automaticky vylučovat pokus o VBAC, ačkoliv neúspěch VBAC u těchto gravidit je častější. Většina národních doporučení samotnou potermínovou graviditu nehodnotí jako překážku, ale v této problematice je důležité zohlednit i další faktory, jako jsou makrosomie plodu a indukce porodu. Naopak u předčasných porodů se udává srovnatelná nebo dokonce vyšší úspěšnost VBAC, přičemž riziko děložní ruptury je výrazně nižší (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 286).

2.3.8 Gemini

I přes to, že u žen s dvojčetnou graviditou po předchozím císařském řezu se obvykle volí porod císařským řezem, šance na úspěšný VBAC se zdají být srovnatelné s ženami s jednočetnou graviditou. Riziko děložní ruptury je u nich jen mírně zvýšeno. Doporučováno je však jednočetné těhotenství (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 287).

2.3.9 Psychická podpora

Samozřejmě hlavní podmínkou úspěšného VBAC je souhlas a informovanost rodičky. Je dokázáno, že ženy, které jsou dostatečně motivovány, mají vyšší pravděpodobnost úspěšného VBAC (Nggada, 2023). Průzkum využívající sběr dat pomocí rozhovorů s lékaři v letech 2012–2013 za cílem zvýšit úspěšnost VBAC zaznamenal jako jeden z faktorů úspěchu VBAC kvalitní péči během těhotenství a porodu zahrnující předporodní kurzy a tlumení strachu rodiček nejen po předchozím traumatickém porodu (Lundgren et al., 2016). Práce z roku 2018 analyzovala 20 výzkumů zabývajících se zkušenostmi žen, které zvažovaly VBAC. Zjištění ukazují, že se tyto ženy často setkávaly s negativními a neústupnými postoji ze strany zdravotníků. Ženy pociťovaly nedostatek podpory a byly vystaveny manipulaci, aby změnily své rozhodnutí. V důsledku těchto zkušeností se mnohé ženy necítily schopné rozhodovat o svém porodu a raději přenechaly rozhodnutí zdravotnickým odborníkům (Keedle et al., 2018).

Dalšími faktory zvyšující pravděpodobnost úspěchu vaginálního porodu je děloha bez anomálií, jiných jizev či děložní ruptury v anamnéze, věk matky pod 40 let, spontánní nástup děložní činnosti, neprotrahovaný porod, vyšší Bishopovo skóre při příjmu, PPHL a stav po jedné transverzální hysterotomii v DDS (Dubová a Zikán, 2022, s. 792). Obezita, přidružená onemocnění matky a indukce porodu snižují úspěšnost VBAC (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 286).

Podstatné je zhodnotit pravděpodobnost úspěchu VBAC, tedy pečlivě a individuálně posoudit stav ženy, protože selhání VBAC zvyšuje riziko komplikací více než ERCS (Gavendová a Bydžovská, 2018, 285). Jednoduchým nástrojem předpovědi úspěchu VBAC je Flammův a Geigerův skórovací systém, který hodnotí 5 parametrů – věk matky, vaginální porod v anamnéze, indikaci předchozího císařského řezu, zkrácení a dilataci děložního hrdla při příjmu. Studie zkoumající efektivitu této metody zjistila, že u žen, které dosáhly skóre nad 8 byla úspěšnost VBAC 100 %. Na rozdíl ženy, které měly skóre menší než 3, byl proveden akutní císařský řez (Nggada, 2023). Society for Meternal-Fetal Medicine má kalkulačku VBAC, která hodnotí váhu, výšku, BMI ženy a dříve také zahrnovala etnický původ. Používání

rasy jako faktoru ovlivňující VBAC však vyvolalo vlnu kritiky a vznikla aktualizovaná verze, kde se místo rasy posuzuje léčbu vyžadující chronická hypertenze (Thorton, 2023, s. 120).

2.4 Indukce VBAC

Výzkumy zaměřené na indukci porodu u žen po předchozím císařském řezu poskytují rozmanité výstupy. Je třeba podrobněji zkoumat vztah mezi indukcí porodu a úspěšností VBAC. V této problematice sehrávají významnou úlohu různé faktory, včetně indikace a načasování indukce, vaginálního nálezu a způsobu indukce. Diskutabilní je také kontrolní skupina, neboť mnoho studií porovnává výsledky se spontánním porodem, a ne s expektačním postupem, který pro rodičku v té chvíli představuje jedinou možnost, pokud nechce podstoupit ERCS. Indukce porodu po předchozím císařském řezu je možná, nicméně je třeba mít na paměti, že představuje zvýšené riziko děložní ruptury a sníženou úspěšnost VBAC. (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 287).

Četnost ruptury dělohy kolísá v závislosti na použité metodě indukce porodu. Binder (2020, s. 302) uvádí, že incidence děložní ruptury u indukovaného porodu činí 1,8 %, nicméně samotný oxytocin výrazně nezvyšuje riziko děložní ruptury, ale jeho použití při pokusu o vaginální porod po císařském řezu by mělo být posuzováno individuálně. Podstatně horšími jsou prostaglandiny, při jejichž použití dosahuje výskyt ruptury až 2,45 % (Binder, 2020, s. 302). Dle rozsáhlého výzkumu se při indukci porodu zvyšuje riziko děložní ruptury na 0,77 % bez použití prostaglandinů a s jejich využitím narůstá na 2,24 %. Jiná studie potvrzuje, že pravděpodobnost úspěšného VBAC klesá při indukci porodu a že riziko ruptury dělohy je 1,1 % při použití oxytocinu a 1,4 % při indukci prostaglandiny (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 288). Zatímco nižší dávku prostaglandinů E2 lze k indukci porodu po císařském řezu použít, misoprostol ze skupiny prostaglandinů E1 je pro jeho vysoké riziko ruptury dělohy kontraindikován (Dubová a Zikán, 2022, s. 799).

Existují různé studie s rozdílnými výsledky vlivu mechanických metod preindukce porodu, ale není dostatek silných důkazů o jejich potenciálně negativním dopadu. Proto lze u žen s nezralým vaginálním nálezem využít k preindukci Foleyův katétr (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 288).

Retrospektivní studie zabývající se bezpečností a účinností indukce porodu po císařském řezu porovnávala dvě metody indukce, balónkový katétr a oxytocin. Zahrnovala ženy, které porodily VBAC od roku 2003 do roku 2014. Bylo zjištěno, že míra úspěšnosti VBAC u indukce balónkovým katétre byla 45,5 % a 63,9 % po užití oxytocinu (Radan et al., 2017).

2.5 Kontraindikace VBAC

Důkladné zhodnocení anamnézy pacientky, operačních záznamů a pečlivé sledování po celé těhotenství pomáhá identifikovat ženy, pro které není VBAC vhodný. Mezi kontraindikace VBAC patří obecné kontraindikace vaginálního porodu a předchozí ruptura dělohy. Rozsáhlé chirurgické zákroky na děloze, jako myomektomie by měly být uvedeny v dokumentaci pacientky a v dalším těhotenství by měly být pečlivě hodnoceny. Za absolutní kontraindikaci je považován předchozí korporální (klasický) řez nebo T-řez na děloze (Nggada, 2023). Dle Royal College of Obstetricians and Gynecologists je VBAC kontraindikován u ženy se třemi předchozími císařskými řezy, ale možný po dvou nekomplikovaných císařských řezech v DDS (Nggada, 2023). Jak již bylo výše zmíněno, VBAC je u dvoučetné gravidity možný, avšak vyžaduje zvýšenou opatrnost. Riziko děložní ruptury je u těchto gravidit ve srovnání s jednočetným těhotenstvím zvýšené (Nggada, 2023).

Marešová (2021, s. 512) dále uvádí, že VBAC by neměl být uskutečněn u plodu s odhadem hmotnosti nad 4000 g, při naléhání plodu KP, u morbidně obézní rodičky a při výrazné bolestivosti v DDS. Krátký interval mezi těhotenstvími (do 19 měsíců) a tloušťka jizvy po císařském řezu menší než 2 mm jsou dalšími kontraindikacemi. Relativní kontraindikací je věk rodičky nad 40 let. Rodička má právo odmítnout jak před, tak i v průběhu porodu a její nesouhlas by měl být absolutní kontraindikací. (Nggada, 2023).

2.6 Rizika a komplikace VBAC

VBAC přináší specifická rizika a komplikace, které vyžadují důkladné sledování a hodnocení. Tyto komplikace samozřejmě zahrnují rizika spojená s vaginálním porodem. Nicméně nejobávanější komplikací při vaginálním porodu u rodičky, která dříve podstoupila císařský řez, je ruptura dělohy (Alsubai et al., 2018)

2.6.1 Ruptura dělohy

Ruptura dělohy je sice poměrně vzácná, ale velmi závažná komplikace, která ohrožuje život matky i plodu. Zpravidla k ní dochází intrapartálně, ale může se vyskytnout i v období před a po porodu. Uváděná perinatální úmrtnost činí 13 % a u 28 % novorozenců je zaznamenána neonatální asfyxie. Mateřská mortalita dosahuje 3 % (Brennan a Jaraquemada, 2019, s. 156). Gavendová a Bydžovská (2018, s. 286) však udávají, že úmrtí plodu následkem děložní ruptury je poměrně nízké, okolo 6 % všech ruptur dělohy. Výskyt děložní ruptury u žen, které nepodstoupily chirurgický zákrok na děloze, je minimální. Nicméně u těchto žen jsou perinatální výsledky děložní ruptury méně příznivé, pravděpodobně z důvodu pozdní

diagnostiky. U rodiček s císařským řezem v anamnéze se celková incidence pohybuje kolem 0,2-1,5 % (Andonovová et al., 2019, s. 122). Je nutno rozlišit incidenci u spontánního VBAC, která se pohybuje okolo 0,4-0,5 % a u indukovaného VBAC, kde je riziko ruptury dělohy přibližně dvakrát vyšší (Dubová a Zikán, 2022, s. 792). Přítomnost dvou předchozích císařských řezů zvyšuje riziko této komplikace až na 1,8 % (Alsubai et al., 2018).

Rozsah děložní ruptury ovlivňuje její závažnost. Nejtěžší formou je kompletní ruptura, kdy dojde k porušení dělohy v celé tloušťce včetně perimetria, což umožňuje obsahu děložní dutiny volně proniknout do dutiny břišní. Při inkompletní ruptuře dělohy je přerušeno myometrium bez porušení perimetria. Dehiscence je částečné narušení děložní stěny v místě jizvy, která vzniká při neúplném zhojení rány (Andonovová et al., 2019, s. 122). Diagnóza inkompletní ruptury nebo dehiscence je obvykle stanovena až během císařského řezu. Tyto stavy jsou většinou asymptomatické a obvykle nezpůsobují závažné následky pro matku a novorozence (Brennan a Jaraquemada, 2019, s. 156). Brennan a Jaraquemada (2019, s. 156) doporučují, aby termín „dehiscence“ byl vyhrazen pro inkompletní ruptura a aby takové případy byly vyloučeny z klinických studií ruptury dělohy vzhledem k nízkým klinickým následkům.

U žen, které se pokoušejí o TOLAC, může vzniknout podezření na ruptura dělohy projevující se následujícími symptomy. Mezi nejčastější příznaky patří patologické CTG, náhlá bolest břicha, Bandlova rýha a vaginální krvácení, které se však obvykle nedá považovat za hlavní znak, neboť může být jen mírné intenzity. Hlavní komplikací je krvácení do dutiny břišní. Mohou se projevit změny děložních kontrakcí jako jejich náhlý ústup a hypertonus dělohy. V případě, že došlo k narušení stěny močového měchýře, objeví se krev v moči. Další diagnostickou metodou je ultrazvukové vyšetření, které se však kvůli urgenci děložní ruptury za porodu zpravidla nevyužívá. UZV může být využito k identifikaci přítomnosti krve v dutině břišní, za předpokladu, že zdravotní stav matky a plodu je stabilizovaný. Diferenciální diagnózou děložní ruptury je nejčastěji abrupce placenty či nitrobřišní krvácení z jiných příčin (Binder, 2020, s. 301; Marešová, 2021, s. 513).

Léčba kompletní děložní ruptury spočívá v urgentním císařském řezu. Marešová (2021, 513) udává, že bezpečná doba od stanovení diagnózy děložní ruptury do samostatného porodu je 10-18 minut. Nicméně dle Bindera (2020, s. 305) je nutné provést císařský řez do 15 minut, jakmile se objeví vážné projevy odchylek v srdeční frekvenci plodu, a i přes to nemusí zdravotní stav novorozence dopadnout příznivě. Při děložní ruptuře je rodička nejvíce v ohrožení při výrazné krevní ztrátě, která může vést až k hemoragickému šoku, který je nezbytné kompenzovat.

V rámci terapie se musí provést sutura dělohy. Pokud dojde k devastujícímu poranění dělohy, je nutno přistoupit k hysterektomii. Hysterektomie je prováděna v přibližně 10–20 % případů děložní ruptury (Andonovová et al., 2019, s. 122; Dubová a Zikán, 2022, s. 794).

Předchozí císařský řez, jiné operace na děloze včetně předchozí ruptury dělohy jsou nejčastějšími a nejvýznamnějšími rizikovými faktory vzniku děložní ruptury. Více než 87 % případů děložních ruptur ve Spojeném království postihuje ženy po předchozím císařském řezu. U primipar je výskyt děložní ruptury bez traumatu velmi ojedinělý. Riziko děložní ruptury se zvyšuje po vertikální hysterotomii a v tomto případě není vaginální porod doporučován (Brennan a Jaraquemada, 2019, s. 157–158). Binder (2020, s. 301) však uvádí, že po nízko položené vertikální hysterotomii je riziko děložní ruptury obdobné jako po nízko položené transverzální hysterotomii. Indukce porodu u žen po předchozím císařském řezu v anamnéze je zásadní příčinou ruptury dělohy. Důležitou roli zde hraje načasování a způsob indukce. Dalšími rizikovými faktory jsou vaginální operační porody, vrozené malformace dělohy, Kristellerova exprese, ztenčení stěny dělohy po předešlých porodech, potermínová gravidita, interval kratší 6-12 měsíců mezi porodem a dalším těhotenstvím, hmotnost plodu nad 4 kg a více jak jeden císařský řez v anamnéze (Bindera, 2020, 301; Dubová a Zikán, 2022, 794). Rozsáhlá studie v Norsku zkoumala faktory spojené s rizikem děložní ruptury a odhalila, že s rostoucím věkem žen roste i riziko této komplikace (Výmolová, 2013, s. 125). Retrospektivní studie prováděná na gynekologicko-porodnické klinice v Brně v letech 2011-2016 zkoumala děložní ruptury diagnostikované v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Celkem porodilo 36 195 žen, z toho 1 679 žen porodilo VBAC. Bylo zaznamenáno patnáct žen s děložní rupturou, z nichž osm mělo císařský řez v anamnéze, čtyři ženy byly po dřívější operaci na děloze a u třech nebyl žádný operační výkon. Ve dvou případech došlo k úmrtí plodu (Andonovová et al., 2019, s. 122–123).

2.7 Management VBAC

Předporodní péče by měla probíhat obvykle jako u nerizikové těhotné bez předchozího císařského řezu v anamnéze, ale měla by být poskytována s důrazem na pečlivé posouzení záznamů z předchozích gravidit a dalších faktorů, které jsou důležité při rozhodování o vhodném způsobu porodu. Ženám by měly být nabídnuty speciální kurzy, které jim pomohou porozumět očekávanému porodu a získat informace o různých možnostech péče především v dané porodnické jednotce (Robson, 2019, s. 153). Robson (2019, s. 153) tvrdí, že pokud se žena cítí dobře a není jiný zdravotní důvod k císařskému řezu, měla by mít možnost čekat na spontánní začátek porodu až do 42. týdne. Nicméně v případě nepřipravenosti děložního hrdla by se mělo od 41. týdne diskutovat o možnosti plánovaného císařského řezu. Dále navrhuje

neindukovat porod, pokud je děložní čípek nepřipravený a dirupce vaku blan není možná. Schéma antepartálního managementu VBAC je znázorněno v příloze B.

Intrapartální sledování žen, které se pokouší o VBAC, vyžaduje pečlivě navržený a systematický plán, který by měl zvýšit úspěšnost VBAC, minimalizovat výskyt komplikací a vyhnout se soudním sporům v důsledku nedostatečného monitorování a nerozpoznání ruptury dělohy. Celá dokumentace ženy by měla být důkladně prozkoumána a mělo by být rodičce umožněno potvrdit původní plán způsobu porodu nebo ukončit porod opakovaným císařským řezem (Nggada, 2023). Při pokusu o VBAC by mělo být dostupné vybavení a personál k případnému akutnímu císařskému řezu. V průběhu porodu by se měla tlumit nadměrná děložní činnost a dle doporučeného postupu probíhat monitorace intermitentní nebo kontinuální kardiokardiografií od začátku pravidelných kontrakcí (Dubová a Zikán, 2022, s. 792). Ta je podstatná pro včasnou identifikaci nepravidelností v srdečním rytmu plodu, neboť tyto odchylky, především bradykardie, jsou nejčastějším znakem ruptury dělohy. Je důležité si uvědomit, že děložní ruptura může nastat v jakékoliv fázi porodu. Také se doporučuje zavést intravenózní kanylu a odebrat vzorek krve na krevní skupinu a krevní obraz (Nggada, 2023). V případě spontánního VBAC by hodnocení progresu porodu mělo být stejné jako u prvorodiček. Opakovaný císařský řez je doporučován, pokud VBAC nepostupuje déle jak tři hodiny, pokud je přítomna dystokie děložní nebo probíhá-li druhá doba porodní déle jak dvě hodiny (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 288). S příznivějšími výsledky VBAC jsou spojovány individuální přístup, péče a podpora porodní asistentky, které by měly být pravidlem ve všech zařízeních, které umožňují ženám pokus o VBAC (Nggada, 2023).

I přes to, že se dříve domnívalo, že epidurální analgezie zpomaluje průběh porodu a skrývá známky děložní ruptury, se neprokázalo, že by snižovala úspěch VBAC (Gavendová a Bydžovská, 2018, s. 288). Retrospektivní studie, realizovaná v letech 2006 až 2013, uvádí významně nižší míru opakovaných porodů císařským u rodiček, které využily epidurální analgezi (Grisaru-Granovsky et al., 2018).

2.8 Vliv VBAC na novorozence

Hlavními způsoby porodu plodu u žen po předchozím císařském řezu jsou VBAC a opakovaný císařský řez. Při rozhodování o nejvhodnějším způsobu porodu je potřeba zvážit také výhody a nevýhody pro novorozence (Nggada, 2023).

I přes to, že císařský řez je nejčastěji prováděnou porodnickou operací, tak nebylo zaznamenáno snížení mateřské či novorozenecké úmrtnosti (Słabuszewska et al., 2020). Nicméně pro

nedonošený, hypotrofický plod, plod ohrožený hypoxií, s abnormální polohou v děloze a s vrozenými vadami může znamenat císařský řez šetrný a život zachraňující způsob porodu (Gregora, 2013, s. 404). Zatímco v rozvinutých zemích se předpokládá, že porod císařským řezem předejde závažným komplikacím, v Africe vlivem císařského řezu na 23 novorozenců statisticky připadá úmrtí jednoho novorozence. Globální perinatální úmrtnost se pohybuje okolo 19 úmrtí na 1000 novorozenců (Słabuszewska et al., 2020).

Očekává se, že děti narozené vaginální cestou budou mít výhodu oproti těm, které se narodily císařským řezem. Bakterie, které novorozenci získávají průchodem porodními cestami, podporují imunitní systém, který brání proti pozdnímu vzniku chronických onemocnění. Na rozdíl od císařského řezu, kde je zvýšené riziko diabetu I. typu, astmatu, atopie, hypertenze či celiakie (Couzin-Frankel et al., 2016). Vaginální porod má pozitivní dopad na respirační zdraví novorozence vlivem katecholaminů a kortizolu, které jsou podstatné pro přizpůsobení oběhového systému a rozvoj plicní zralosti. K jejich zvýšené produkci dochází vlivem peripartálního stresu, který u plodu v případě plánovaného císařského řezu neprobíhá. Tato skutečnost může vést u plánovaného císařského řezu k syndromu dechové tísně či plicní hypertenzi, při kterých je nutná hospitalizace novorozence na jednotce intenzivní či intermediární péče (Słabuszewska et al., 2020). S tím souvisí i problematika novorozenecké žloutenky a odloučení novorozence od matky (Straňák, 2019, 207). Dalšími výhodami VBAC je výrazně vyšší pravděpodobnost zahájení kojení a při bezproblémovém průběhu umožňuje bezprostřední a nerušený kontakt s novorozencem (Petersen et al., 2018). Podle Nggada (2023) má VBAC zvýšené riziko hypoxicko-ischemické encefalopatie a větší riziko perinatálního úmrtí v souvislosti s porodem.

Studie prováděná v porodnicích Iránského města v letech 2016–2018 zkoumala 150 těhotných žen, které se pokoušely o VBAC. Úspěšnost VBAC byla 85,33 % a císařský řez muselo znovu podstoupit 14,67 % žen. Studie uvádí, že ve skupině s opakovaným císařským řezem byl syndrom dechové tísně podstatně vyšší ve srovnání se skupinou s úspěšným VBAC (Asgarian, 2020).

2.9 VBAC versus ERCS

U žen s předchozím císařským řezem v anamnéze nastává otázka způsobu porodu v následujícím těhotenství. V případě, že je vaginální porod v další graviditě kontraindikován, první volbou je plánovaný iterativní císařský řez (ERCS). Podle aktuálních doporučení by měly

být ženy před tímto rozhodnutím informovány lékařem a seznámeny s riziky a výhodami VBAC a ERCS (Lili et al., 2023).

VBAC je spojen s mnoha výhodami jak pro matku, tak pro novorozence. Kromě kratší doby rekonvalescence a absence chirurgického zákroku snižuje také riziko potřeby ERCS v budoucím těhotenství a zvyšuje šanci na další vaginální porod. Při pokusu o VBAC je nejobávanější komplikací ruptura dělohy. Tato komplikace nese vysoké riziko morbidit a mortality jak pro matku, tak pro plod (Alsubai et al., 2018).

Jsou zaznamenány různé komplikace elektivního císařského řezu, včetně poranění okolních orgánů, vzniku adhezí, velké krevní ztráty a poruchy placentace, přičemž riziko těchto komplikací, zejména hysterektomie, značně roste s počtem provedených předchozích císařských řezů. Jak již bylo zmíněno, císařský řez je spojen s komplikacemi postihující novorozence, jako je syndrom dechové tísně, odloučení od matky a s tím spojené potíže s kojením a dlouhodobé zdravotní problémy, včetně astmatu, atopie a dalších. Nicméně jsou potřeba rozsáhlejší studie, které budou tyto rizika podrobněji zkoumat (Alsubai et al., 2018). Přínosy ERCS jsou podle Nggada (2023) známý termín porodu a velmi nízké riziko děložní ruptury. Avšak s rostoucími císařskými řezy v anamnéze se zvyšuje riziko ruptury dělohy v dalším těhotenství.

Dle metaanalýzy 13 studií publikovaných v letech 1989–2019 bylo prokázáno, že četnost ruptury dělohy a novorozenecká asfyxie byla nižší u ERCS ve srovnání s VBAC. Výrazné rozdíly nebyly zaznamenány ve výskytu infekce v šestinedělí či peripartální hysterektomie. Rizika všech komplikací byla však u obou typů porodů nízká (Lili et al., 2023).

Na základě uvedených informací je volba mezi VBAC a ERCS diskutabilní téma, které vyvolává mnoho kontroverzí. Hlavním problémem je nedostatek jasných důkazů, které by umožnily stanovit jasné doporučení (Alsubai et al., 2018). Rozhodnutí ženy o způsobu porodu by mělo být učiněno na základě informovaného souhlasu a nemělo by být ovlivněno nátlakem zejména od zdravotníků (Nggada, 2023).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

3.1 Metoda sběru dat

Pro průzkumnou část bakalářské práce byla zvolena forma kvantitativního průzkumu v podobě nestandardizovaného dotazníkového šetření (Příloha C), které bylo vytvořeno v souladu s předem stanovenými cíli a průzkumnými otázkami. Před rozdělením dotazníků byla provedena pilotní studie, kterou byla ověřena srozumitelnost otázek. Dotazník byl vytvořen z 19 otázek s využitím otevřených, uzavřených a polouzavřených otázek.

Dotazníky byly distribuovány po souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči na oddělení šestinedělí ve dvou nemocnicích okresního a krajského typu. Dotazníky byly osobně rozdávány v období na přelomu listopadu 2023 a února 2024. Před rozdělením dotazníků byly respondentky informovány o anonymitě, dobrovolnosti a účelu průzkumu. Na vyplněné dotazníky byla určena papírová schránka na chodbě oddělení.

3.2 Charakteristika souboru respondentů

Výběr souboru respondentek byl záměrný. Respondentkami byly ženy, které dříve podstoupily jeden císařský řez a poté vaginální porod. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 34 žen, avšak pouze 32 (94,1 %) z nich vrátilo validní a kompletní dotazníky. Průzkum dále pracuje pouze s 32 dotazníky, které tvoří 100 % celku.

3.3 Cíle a průzkumné otázky

Cíle:

Hlavní cíl:

- Zjistit zkušenosti žen s vaginálním porodem po císařském řezu.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaké faktory měly vliv na rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu.
- Zjistit spokojenost žen s informacemi ohledně vaginálního porodu po císařském řezu.
- Porovnat možnosti kontaktu s novorozencem po vaginálním a po císařském řezu z pohledu žen.
- Porovnat klady a zápory vaginálního porodu a císařského řezu z pohledu žen.

Průzkumné otázky:

- Jaké faktory ovlivnily rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu?
- Jak jsou ženy spokojené s informacemi ohledně vaginálního porodu po císařském řezu?
- Jaké možnosti kontaktu s novorozencem měly ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu?
- Jak ženy vnímají klady a zápory vaginálního porodu a císařského řezu?

3.4 Analýza dat

Získaná data byla zpracována pomocí popisné statistiky s použitím absolutní a relativní četnosti a prezentována s využitím tabulek a grafů Microsoft Office Excel. Grafy a tabulky byly následně slovně popsány.

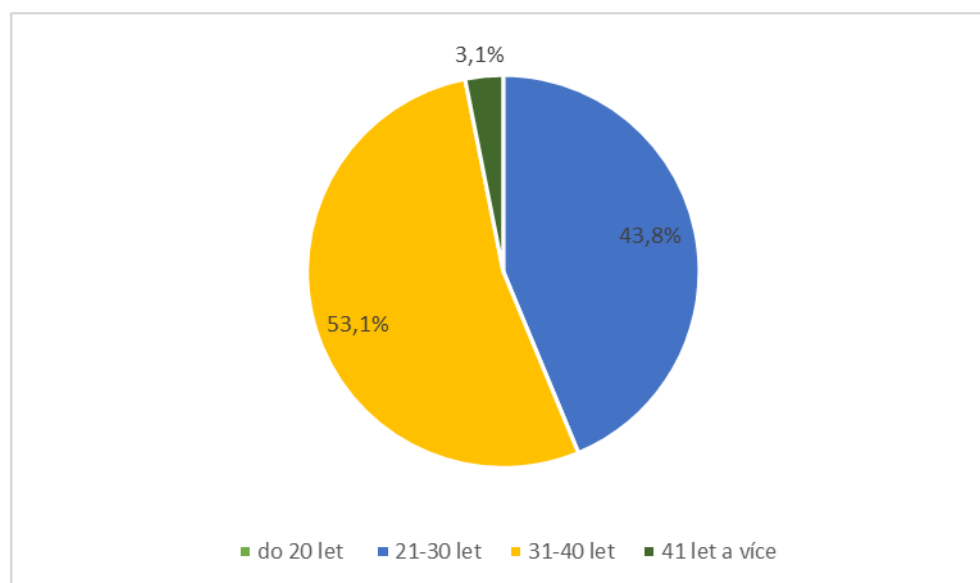
Ke zpracování dat byla použita celková, absolutní a relativní četnost. Celková četnost „ n “ odpovídá celkovému počtu zúčastněných respondentek. Absolutní četnost „ n_i “ vyjadřuje počet odpovědí na konkrétní otázku a relativní četnost „ f_i “ udává procentuální podíl absolutní a celkové četnosti. Relativní četnost vypočítáme vzorcem: $f_i = n / n_i * 100$ (Chráška, 2016, s. 35).

3.5 Interpretace výsledků

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 – Věk respondentek

Věk respondentek	n_i	f_i (%)
do 20 let	0	0,0 %
21-30 let	14	43,8 %
31-40 let	17	53,1 %
41 let a více	1	3,1 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 1 – Graf věku respondentek

Získaná data ukazují, že největší část respondentek (53,1 %) spadá do věkové kategorie 31–40 let. Skupina ve věku 21–30 let tvoří 43,8 % celkového vzorku, zatímco respondentky ve věku 41 let a více představují pouze 3,1 %. Tohoto průzkumu se nezúčastnily respondentky mladší dvaceti let. Tyto data jsou zobrazena v tabulce a grafu č. 1.

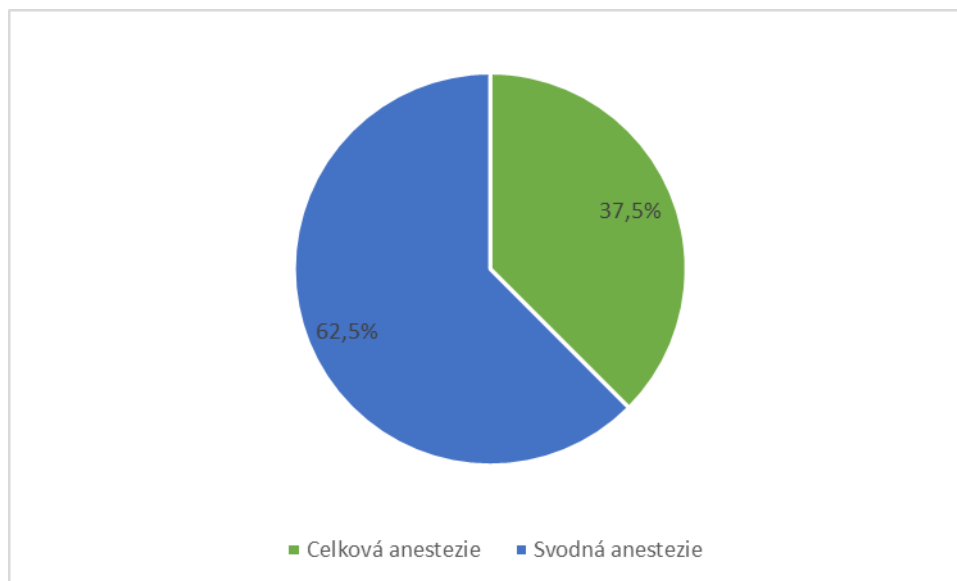
Otázka č. 2: Kolikrát jste rodila císařským řezem?

Druhá otázka dotazníkového šetření se zabývala počtem přechozích porodů císařským řezem. Celý průzkumný vzorek (100 %) tvoří respondentky, které absolvovaly pouze jeden předchozí císařský řez.

Otázka č. 3: Byl Váš poslední porod císařským řezem prováděn v celkové anestezii (celkový „spánek“) nebo svodné anestezii (zachováno vědomí)?

Tabulka č. 2 – Typ anestezie při císařském řezu

Typ anestezie při císařském řezu	n_i	f_i (%)
Celková anestezie	12	37,5 %
Svodná anestezie	20	62,5 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 2 – Graf typu anestezie při císařském řezu

Ve třetí otázce, která se týkala typu použité anestezie během císařského řezu, absolvovala většina respondentek (62,5 %) císařský řez ve svodné anestezii. Zbýlých 37,5 % uvedlo, že během císařského řezu byly v celkové anestezii.

Otázka č. 4: Co ovlivnilo Vaše rozhodnutí pro vaginální porod po předchozím císařském řezu?

Tabulka č. 3 – Faktory ovlivňující rozhodnutí žen pro VBAC

Faktory ovlivňující rozhodnutí žen – volné odpovědi	n _i	f _i (%)
Doporučení lékaře, zdravotníka	11	13,1 %
Zkušenosti z předchozího císařského řezu	19	22,6 %
Vlastní zdraví a zdravotní stav	4	4,8 %
Rizika spojená s opakovaným císařským řezem	7	8,3 %
Osobní zkušenosti žen, které prošly vaginálním porodem po císařském řezu	3	3,6 %
Samostudium o vaginálním porodu po císařském řezu	6	7,1 %
Přání mít přirozený porod	27	32,1 %
Jiné	7	8,3 %
Celkem	84	100,0 %

Ve čtvrté otázce, která se zaměřovala na faktory ovlivňující rozhodnutí žen pro VBAC, měly respondenty možnost vybrat více odpovědí. Nejméně uváděnou možností byly osobní zkušenosti žen, které prošly vaginálním porodem po císařském řezu (3,6 %), přičemž těsně za nimi následovalo vlastní zdraví a zdravotní stav (4,8 %). Pro 6 respondentek mělo samostudium o VBAC význam, zatímco pro 7 z nich hrála roli rizika spojená s opakovaným císařským řezem. Doporučení lékaře či zdravotníka uvedlo 11 respondentek. Nejčastěji uváděným faktorem, který ovlivnil rozhodnutí, bylo přání mít přirozený porod (32,1 %) a hned poté zkušenosti z předchozího císařského řezu (22,6 %). Sedm respondentek uvedlo jiné faktory, které měly vliv na jejich rozhodnutí. V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé odpovědi respondentek.

Tabulka č. 4 – Faktory ovlivňující rozhodnutí žen – volné odpovědi

Faktory ovlivňující rozhodnutí žen – volné odpovědi	n _i	f _i (%)
Spontánní nástup vaginálního porodu před plánovaným císařským řezem	3	42,9 %
Očekávání rychlejší rekonvalescence než po císařském řezu	2	28,6 %
Výhody pro novorozence	2	28,6 %
Celkem	7	100,0 %

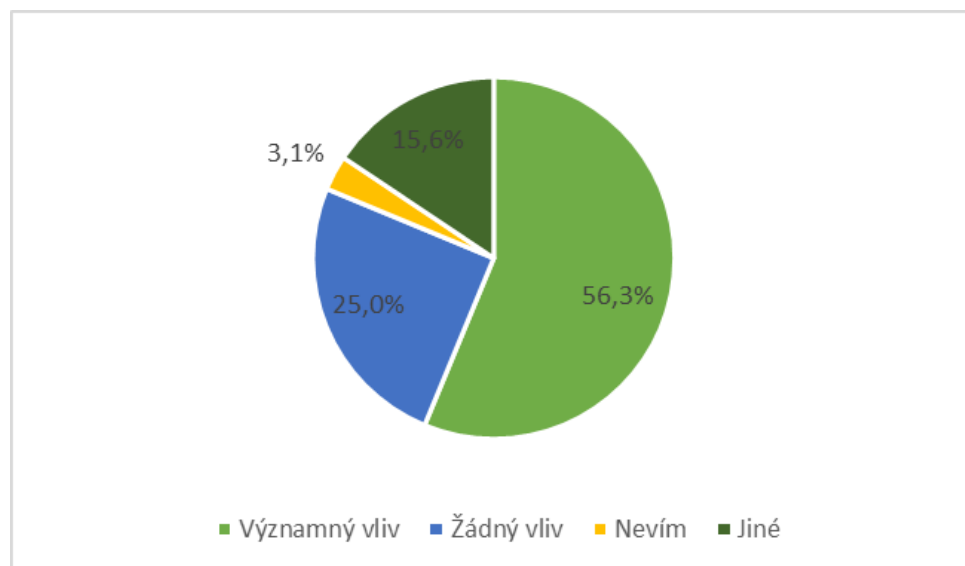
Odpovědi byly seskupeny do tří kategorií a zaznamenány v tabulce č. 4. Ze 7 respondentek, které zvolily jinou odpověď, 3 uvedly, že se vaginální porod rozběhl spontánně před plánovaným termínem císařského řezu. Další 2 respondentky očekávaly rychlejší

rekonvalescenci po nepříjemné zkušenosti z dlouhého zotavování po císařském řezu, zatímco u 2 respondentek hrály roli při výběru přínosy VBAC pro novorozence.

Otázka č. 5: Jak Vaše zkušenosti s předchozím císařským řezem ovlivnily Vaše rozhodnutí podstoupit vaginální porod?

Tabulka č. 5 – Vliv zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí

Vliv zkušeností s předchozím císařským řezem na rozhodnutí pro VBAC	n_i	f_i (%)
Významný vliv	18	56,3 %
Žádný vliv	8	25,0 %
Nevím	1	3,1 %
Jiné	5	15,6 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 3 – Graf vlivu zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí pro VBAC

Více jak polovina (56,3 %) respondentek odpovědělo, že zkušenosti z předchozího císařského řezu měly na jejich rozhodnutí významný vliv. Naopak 25 % respondentek uvedlo, že tyto zkušenosti neměly žádný vliv. Jedna respondentka nevěděla a 15 % respondentek zaškrtnulo odpověď „jiné“. V následující tabulce jsou uvedeny jiné odpovědi respondentek.

Tabulka č. 6 – Vliv zkušeností s císařským řezem na rozhodnutí – volné odpovědi

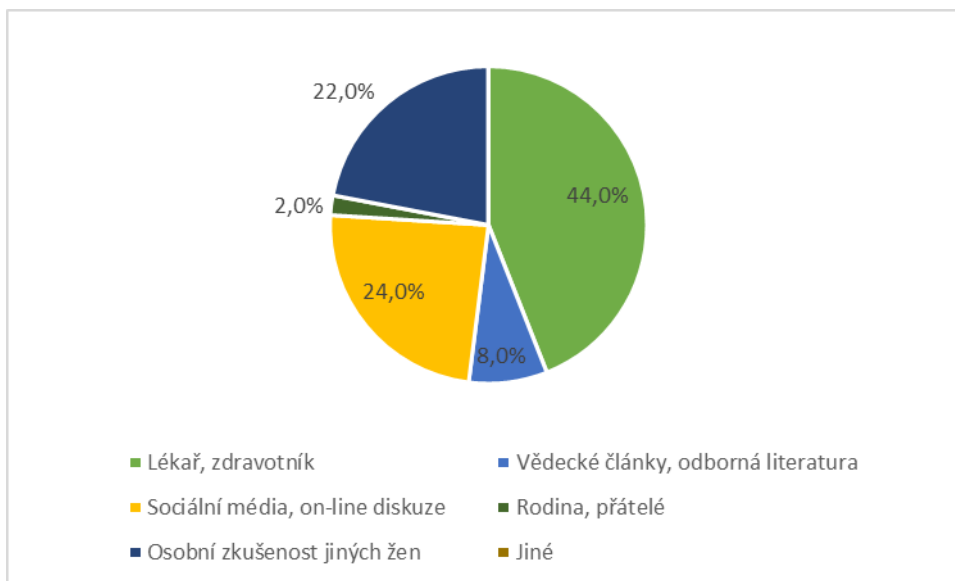
Vliv zkušeností s předchozím císařským řezem na rozhodnutí pro VBAC – volné odpovědi	n_i	f_i (%)
Spontánní nástup vaginálního porodu před plánovaným císařským řezem	3	60,0 %
Zkušenosti měly vliv, ale nebyly rozhodující	2	40,0 %
Celkem	5	100,0 %

Odpovědi byly seskupeny do dvou kategorií a zaznamenány v tabulce č. 6. Stejně jako v předchozí otázce uvedly tři ženy, že před plánovaným termínem porodu se vaginální porod rozběhl spontánně. Pro další dvě respondentky měly zkušenosti s předchozím císařským řezem vliv na rozhodování o VBAC, ale tento vliv nebyl nijak významný.

Otázka č. 6: Odkud jste čerpala informace o přínosech a rizicích vaginálního porodu po předchozím císařském řezu?

Tabulka č. 7 – Zdroje informací o přínosech a rizicích VBAC

Zdroje informací o přínosech a rizicích VBAC	n_i	f_i (%)
Lékař, zdravotník	22	44,0 %
Vědecké články, odborná literatura	4	8,0 %
Sociální média, on-line diskuze	12	24,0 %
Rodina, přátelé	1	2,0 %
Osobní zkušenost jiných žen	11	22,0 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	50	100,0 %



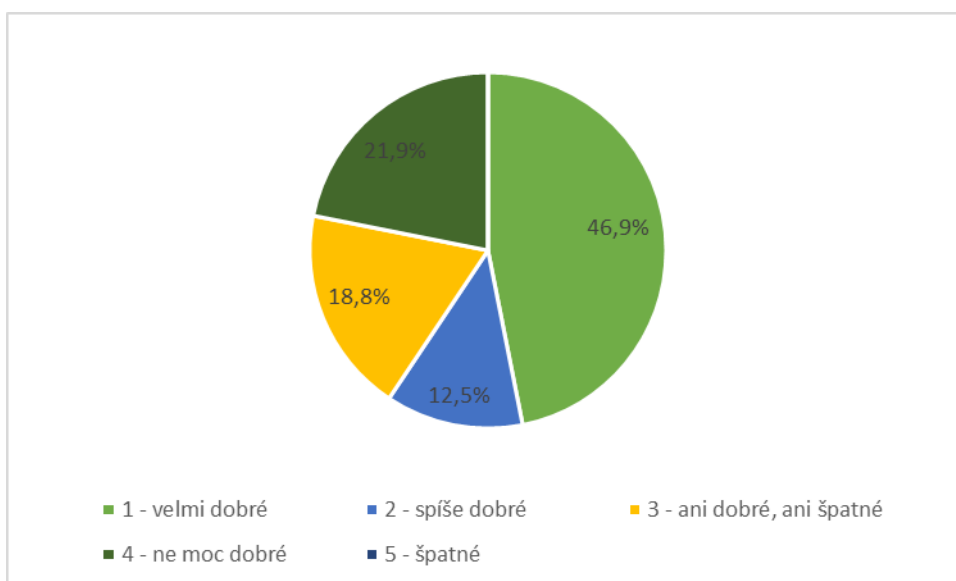
Obrázek 4 – Graf zdrojů informací o přínosech a rizicích VBAC

Výsledky šesté otázky ukazují, že nejčastějším zdrojem informací o VBAC byl podle respondentek lékař či zdravotník. Tuto odpověď zvolilo 22 respondentek. Dalšími nejvyužívanějšími zdroji byly pro respondentky sociální média a jiné ženy, které měly osobní zkušenost s VBAC. Méně často zastoupenými zdroji byly vědecké články (8 %) a rodina, přátelé (2 %). Jiné zdroje neuvěděla žádná z respondentek.

Otázka č. 7: Jak hodnotíte množství a kvalitu informací o vaginálním porodu po předchozím císařském řezu od lékaře či zdravotníků?

Tabulka č. 8 – Množství a kvalita informací o VBAC od lékaře a zdravotníků

Množství a kvalita informací o VBAC od lékaře a zdravotníků	n_i	f_i (%)
1 - velmi dobré	15	46,9 %
2 - spíše dobré	4	12,5 %
3 - ani dobré, ani špatné	6	18,8 %
4 - ne moc dobré	7	21,9 %
5 - špatné	0	0,0 %
Celkem	32	100,0 %



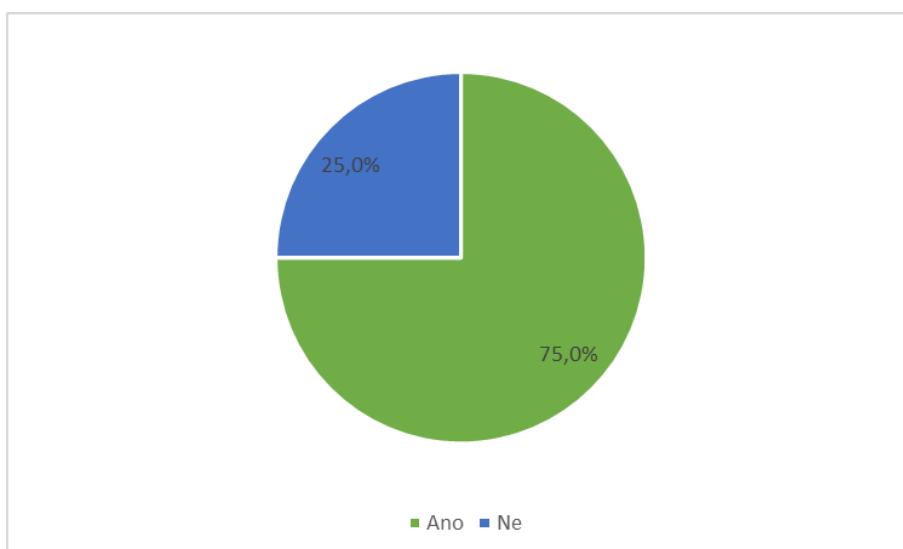
Obrázek 5 – Graf množství a kvality informací o VBAC od lékaře a zdravotníků

Odpovědi respondentek na sedmou otázku byly získány pomocí Likertovy škály od 1 do 5, kde 5 představuje nejhorší hodnocení. Velmi dobře hodnotilo poskytnuté informace 46,9 % respondentek. Za spíše dobré označilo 12,5 % respondentek. Neutrálně hodnotilo 18,8 %, zatímco 21,9 % respondentek hodnotilo poskytnuté informace jako ne moc dobré. Žádná z respondentek neoznačila množství a kvalitu informací za špatné.

Otázka č. 8: Byla jste celkově spokojená s dostupnými informacemi o vaginálním porodu po císařském řezu?

Tabulka č. 9 – Celková spokojenost s dostupnými informacemi o VBAC

Celková spokojenost s dostupnými informacemi o VBAC	n_i	f_i (%)
Ano	24	75,0 %
Ne	8	25,0 %
Celkem	32	100,0 %



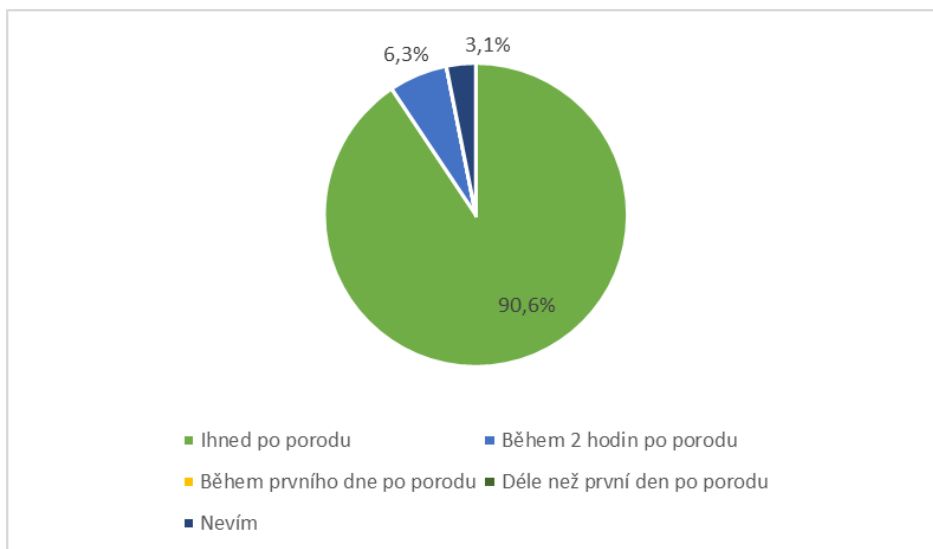
Obrázek 6 – Graf celkové spokojenosti s dostupnými informacemi o VBAC

Výsledky osmé otázky ukazují, že majorita respondentek (75 %) byla spokojená s dostupnými informacemi o VBAC. Naopak 25 % respondentek uvedlo, že celkově s dostupnými informacemi nebyly spokojené.

Otázka č. 9: Kdy byl Váš první kontakt s novorozencem po vaginálním porodu?

Tabulka č. 10 – První kontakt s novorozencem po vaginálním porodu

První kontakt s novorozencem po vaginálním porodu	n_i	f_i (%)
Ihned po porodu	29	90,6 %
Během 2 hodin po porodu	2	6,3 %
Během prvního dne po porodu	0	0,0 %
Déle než první den po porodu	0	0,0 %
Nevím	1	3,1 %
Celkem	32	100,0 %



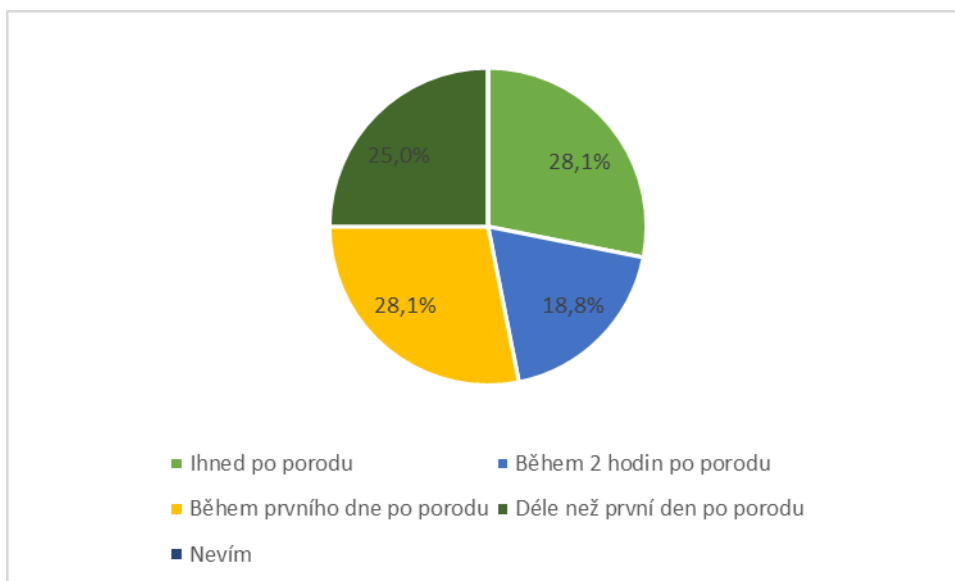
Obrázek 7 – Graf prvního kontaktu s novorozencem po vaginálním porodu

Odpovědi zaznamenané v grafu č. 7 a tabulce č. 10 ukazují, že drtivá většina respondentek (90,6 %) měla první kontakt s novorozencem ihned po vaginálním porodu. Pouze 6,3 % respondentek uvedlo, že jejich první kontakt s novorozencem byl během dvou hodin po porodu. Jedna respondentka nevěděla, kdy byl její první kontakt s novorozencem a žádná respondentka neměla první kontakt s novorozencem až během prvního dne po porodu nebo později.

Otázka č. 10: Kdy byl Váš první kontakt s novorozencem po císařském řezu?

Tabulka č. 11 – První kontakt s novorozencem po císařském řezu

První kontakt s novorozencem po císařském řezu	n_i	f_i (%)
Ihned po porodu	9	28,1 %
Během 2 hodin po porodu	6	18,8 %
Během prvního dne po porodu	9	28,1 %
Déle než první den po porodu	8	25,0 %
Nevím	0	0,0 %
Celkem	32	100,0 %



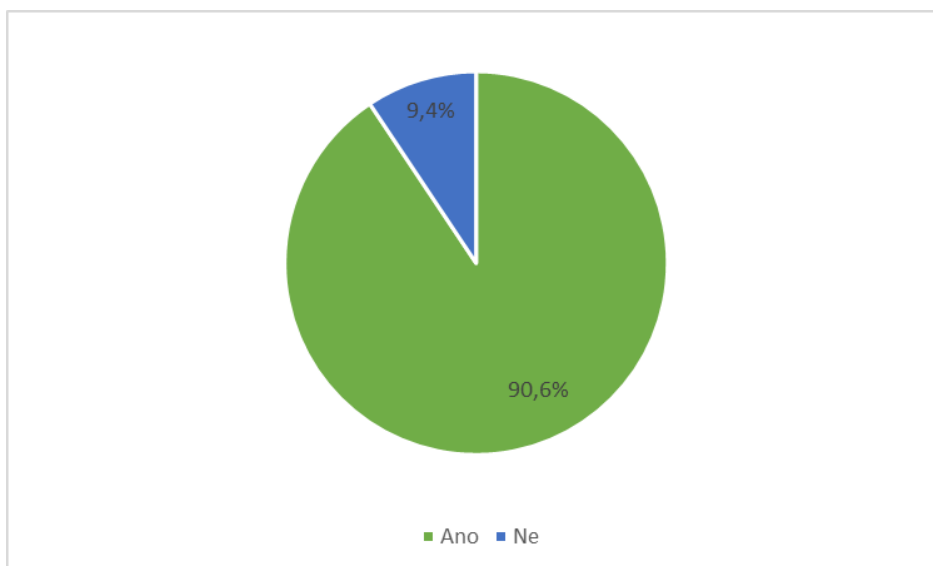
Obrázek 8 – Graf prvního kontaktu s novorozencem po císařském řezu

Podle získaných dat desáté otázky, která se zabývala prvním kontaktem s novorozencem po císařském řezu, se ukázalo, že 29 % respondentek mělo první kontakt ihned po porodu. U dalších 19 % došlo k prvnímu kontaktu během dvou hodin po porodu, 29 % respondentek se setkalo s novorozencem během prvního dne po porodu, zatímco u 25 % respondentek byl první kontakt déle než první den po porodu.

Otázka č. 11: Byla Vám poskytnuta možnost kontaktu kůže na kůži (skin to skin) s novorozencem ihned po vaginálním porodu?

Tabulka č. 12 – Kontakt kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu

Možnost kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu	n_i	f_i (%)
Ano	29	90,6 %
Ne	3	9,4 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 9 – Graf kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu

Převážné většině respondentek (90,6 %) byla možnost kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po vaginálním porodu poskytnuta. Podstatně nižší počet respondentek (9,4 %) uvedlo, že s novorozencem neměly kontakt kůže na kůži ihned po vaginálním porodu. Respondentky, které zvolily odpověď „ne“, měly možnost napsat z jakého důvodu kontakt neproběhl. Odpovědi jsou zaznamenané v následující tabulce.

Tabulka č. 13 – Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po vaginálním porodu

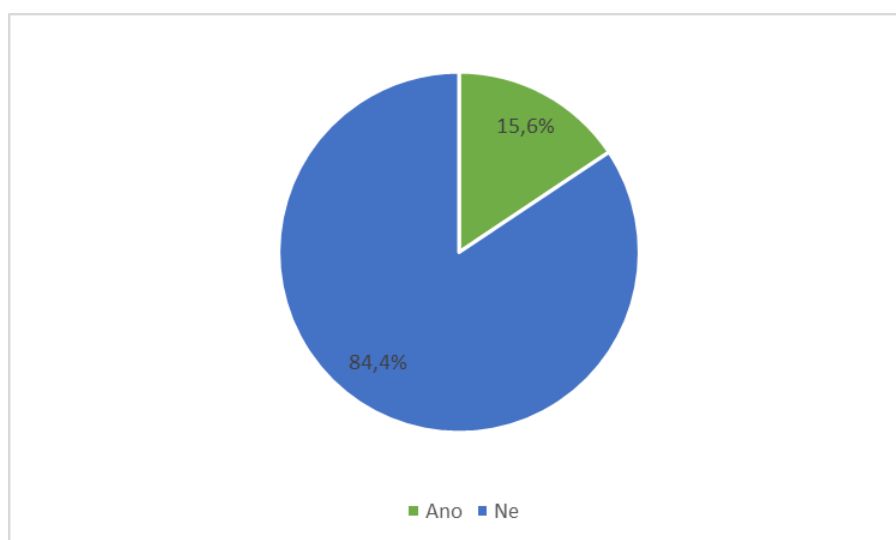
Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po vaginálním porodu	n_i	f_i (%)
Zdravotní stav novorozence	2	66,7 %
Zdravotní stav matky	1	33,3 %
Celkem	3	100,0 %

Dvě respondentky uvedly, že jim kontakt s novorozencem ihned po vaginálním porodu nebyl umožněn z důvodu zdravotních problémů novorozence a jedné kvůli vlastním zdravotním problémům.

Otázka č. 12: Byla Vám poskytnuta možnost kontaktu kůže na kůži (skin to skin) s novorozencem ihned po císařském řezu?

Tabulka č. 14 – Možnost kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po císařském řezu

Možnost kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po císařském řezu	n_i	f_i (%)
Ano	5	15,6 %
Ne	27	84,4 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 10 – Graf kontaktu kůže na kůži s novorozencem ihned po císařském řezu

Většina respondentek (84,4 %) odpovědělo, že s novorozencem neměly možnost kontaktu kůže na kůži ihned po císařském řezu. Pouze pěti respondentkám byla tato možnost poskytnuta. Stejně jako v předchozí otázce uváděly respondentky důvody, proč neměly tento kontakt.

Tabulka č. 15 – Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po císařském řezu

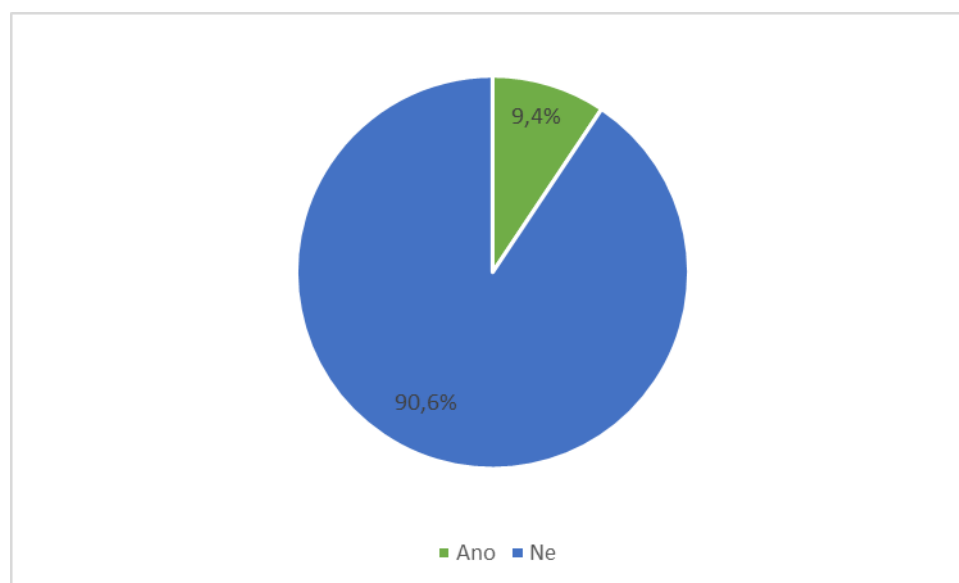
Důvody neuskutečnění kontaktu kůže na kůži po císařském řezu	n_i	f_i (%)
Celková anestezie	12	44,4 %
Nevím	6	22,2 %
Zdravotní stav novorozence	4	14,8 %
Předčasný porod	3	11,1 %
Zdravotní stav matky	2	7,4 %
Celkem	27	100,0 %

Z 27 respondentek 12 uvedlo, že neměly kontakt s novorozencem ihned po císařském řezu z důvodů celkové anestezie, 4 z důvodů zdravotního stavu novorozence, 3 v důsledku předčasného porodu a 2 z důvodu vlastního zdravotního stavu. Celkem 6 respondentek nevědělo, proč jim kontakt kůže na kůži nebyl poskytnut.

Otázka č. 13: Komplikovala Vám poporodní bolest péči o novorozence po vaginálním porodu?

Tabulka č. 16 – Vliv poporodní bolesti na péči o novorozence

Vliv poporodní bolesti na péči o novorozence	n_i	f_i (%)
Ano	3	9,4 %
Ne	29	90,6 %
Celkem	32	100,0 %



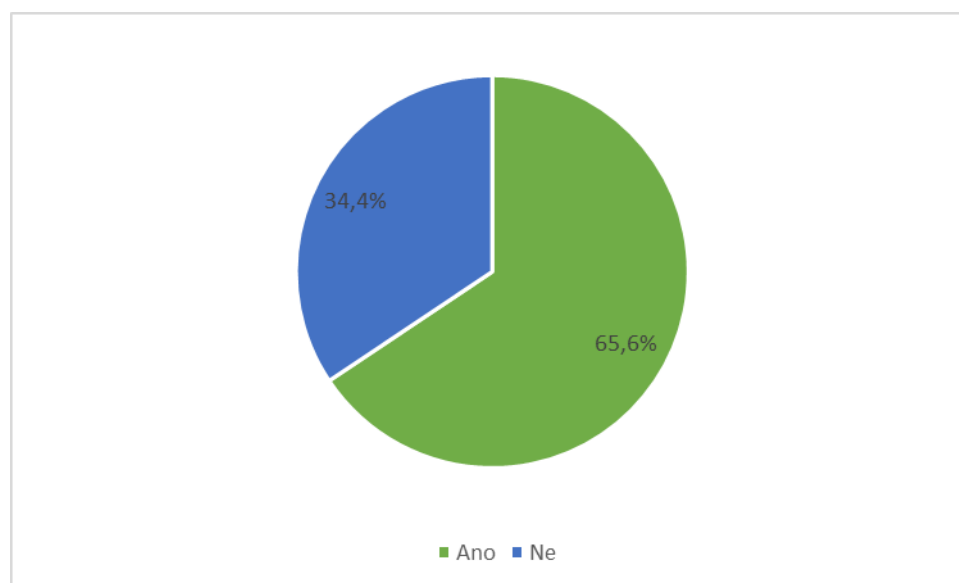
Obrázek 11 – Graf vlivu poporodní bolesti na péči o novorozence

Majorita respondentek (90,6 %) na otázku č. 13 uvedlo, že jim poporodní bolest po vaginálním porodu péči o novorozence nekomplikovala. Naopak jen 3 respondentky odpověděly, že jim tato bolest komplikovala péči o novorozence.

Otázka č. 14: Komplikovala Vám pooperační bolest péči o novorozence po císařském řezu?

Tabulka č. 17 – Vliv pooperační bolesti na péči o novorozence

Vliv pooperační bolesti na péči o novorozence	n_i	f_i (%)
Ano	21	65,6 %
Ne	11	34,4 %
Celkem	32	100,0 %



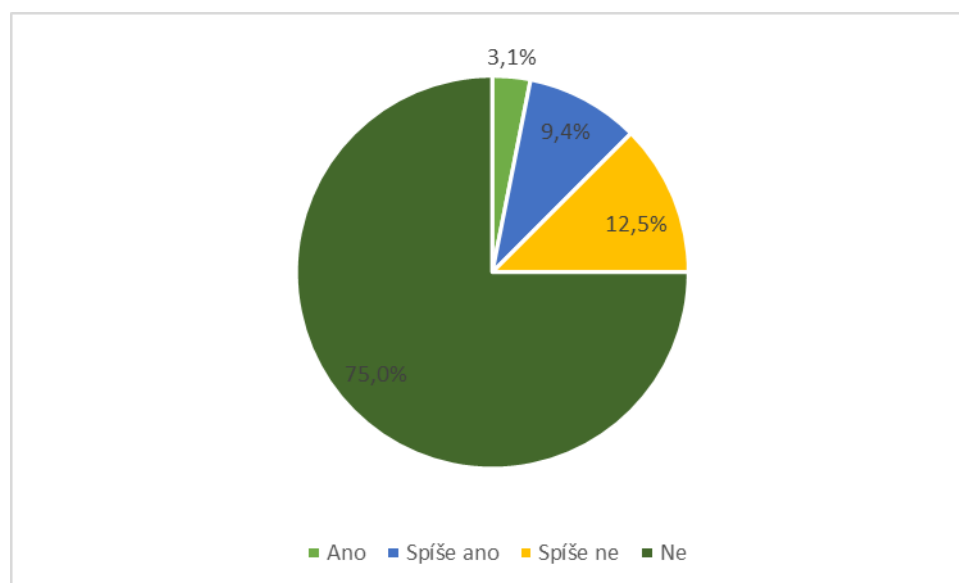
Obrázek 12 – Graf vlivu pooperační bolesti na péči o novorozence

Tabulka č. 17 a graf č. 12 zobrazují vliv pooperační bolesti po císařském řezu na péči o novorozence. Pooperační bolest po císařském řezu komplikovala péči o novorozence 65,5 % respondentek. Pooperační bolest po císařském řezu neměla vliv na péči o novorozence u 34,4 % respondentek.

Otázka č. 15: Cítíte intenzivnější bolest v místě jizvy během vaginálního porodu?

Tabulka č. 18 – Bolest v jizvě

Bolest v jizvě	n_i	f_i (%)
Ano	1	3,1 %
Spíše ano	3	9,4 %
Spíše ne	4	12,5 %
Ne	24	75,0 %
Celkem	32	100,0 %



Obrázek 13 – Graf bolesti v jizvě

Otázka č. 15 se zabývala bolestí v jizvě po císařském řezu během vaginálního porodu. Bolest v jizvě během vaginálního porodu necítilo 75 % respondentek, 12,5 % uvedlo, že bolest spíše necítily. Spíše ano odpovědělo 9,4 % rodiček a ano uvedla pouze 1 respondentka.

Otázka č. 16: Zaškrtněte typ porodu, který Vám vyhovoval z hlediska, viz tabulka:

Tabulka č. 19 – Porovnání obou typů porodů

Porovnání obou typů porodů	Vaginální porod		Císařský řez		Totožně	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Bolesti při porodu	8	25,0 %	20	62,5 %	4	12,5 %
Bolesti po porodu	28	87,5 %	2	6,3 %	2	6,3 %
Přirozenosti porodu	29	90,6 %	0	0,0 %	3	9,4 %
Kontaktu s novorozencem kůže na kůži ihned po porodu	28	87,5 %	0	0,0 %	4	12,5 %
Kontaktu a péče o novorozence v prvních dnech po porodu	28	87,5 %	0	0,0 %	4	12,5 %
Celkový názor a preference	27	84,4 %	0	0,0 %	5	15,6 %

V otázce č. 16 porovnávaly respondenty vaginální porod a císařský řez z pohledu různých aspektů. Z výsledků vyplývá, že bolest při císařském řezu byla pro více respondentek (62,5 %) přijatelná ve srovnání s bolestí při vaginálním porodu (25 %). Totožně hodnotí bolest při porodu 12,5 % respondentek.

Vaginální porod z hlediska bolesti po porodu preferovala drtivá většina respondentek (87,5 %). Pouze 2 respondenty zvolilo císařský řez a pro 2 (6,3 %) respondenty byly z hlediska bolesti po porodu vyhovující oba porody.

Přirozenost porodu vyhovovala 90,6 % respondentek u vaginálního porodu a pouze 9,4 % respondentek uvedlo oba způsoby porodu.

Výsledky odpovědí ohledně kontaktu s novorozencem kůže na kůži ihned po porodu a péče o novorozence v prvním dnech života byly shodné. Vaginální porod z těchto hledisek vyhovoval 87,5 % respondentek. Císařský řez nevybrala žádná z respondentek a oba způsoby porodu zvolily 4 (12,5 %) respondenty.

Celkově respondentkám vyhovoval v převážné většině vaginální porod (84,4 %). Císařský řez nevyhovoval celkově ani jedné z respondentek a totožně oba typy porodů hodnotilo 15,6 % respondentek.

Otázka č. 17: Jaké klady a zápory má podle Vás vaginální porod?

Tabulka č. 20 – Klady vaginálního porodu

Klady vaginálního porodu	n _i	f _i (%)
Rychlejší rekonvalescence	19	25,3 %
Kontakt s novorozencem	15	20,0 %
Přirozenost porodu	15	20,0 %
Posílení sebevědomí	10	13,3 %
Bezproblémový nástup laktace	8	10,7 %
Kratší hospitalizace	6	8,0 %
Možnost porodu bez anestezie	1	1,3 %
Možnost kontroly nad porodem	1	1,3 %
Celkem	75	100,0 %

V otázce č. 17 měly respondenty možnost volně napsat své odpovědi. Tabulka č. 20 znázorňuje odpovědi respondentek, které byly zařazeny do osmi kategorií. Odpovědi bylo celkem 75. Nejvíce respondentek považuje za klad vaginálního porodu rychlejší rekonvalescenci. Tuto odpověď uvedlo 19 respondentek. Dalšími nejčastějšími odpověďmi byl kontakt s novorozencem a přirozenost porodu. Každou z možností napsalo 15 respondentek. Významným faktorem bylo také posílení sebevědomí, které uvádělo 10 respondentek. Jako další klady uvedly respondenty bezproblémový nástup laktace a kratší hospitalizaci. Možnost porodu bez anestezie a možnost kontroly nad porodem uvedlo nejméně respondentek.

Tabulka č. 21 – Zápory vaginálního porodu

Zápory vaginálního porodu	n _i	f _i (%)
Nevím	14	32,6 %
Bolest při porodu	13	30,2 %
Délka porodu	13	30,2 %
Narušená přirozenost ze strany zdravotníků	2	4,7 %
Větší riziko pro novorozence	1	2,3 %
Celkem	43	100,0 %

Odpovědi respondentek ohledně záporů vaginálního porodu byly seskupeny do pěti kategorií a zaznamenány v tabulce č. 6. Odpovědi bylo celkem 43. Zápory vaginálního porodu nevedlo 14 respondentek. Dalších 13 respondentek považovalo za negativum vaginálního porodu bolest při porodu a stejný počet respondentek uvedlo délku porodu. Narušenou přirozenost porodu uvedly 2 respondenty a pro 1 respondentku představuje vaginální porod větší riziko pro novorozence.

Otázka č. 18: Jaké klady a zápory má podle Vás císařský řez?

Tabulka č. 22 – Klady císařského řezu

Klady císařského řezu	n _i	f _i (%)
Délka císařského řezu	11	34,4 %
Nevím	10	31,3 %
Dostupnější záchrana novorozence	6	18,8 %
Možnost naplánování císařského řezu	4	12,5 %
Při zákroku menší bolestivost	1	3,1 %
Celkem	32	100,0 %

Stejně jako v předchozí otázce měly respondentky možnost volně napsat své odpovědi. Tabulka č. 22 znázorňuje odpovědi respondentek, které byly zařazeny do pěti kategorií. Každá z respondentek uvedla jednu odpověď. Nejčastěji zmiňovaným kladem císařského řezu byla jeho délka trvání, kterou uvedlo 11 respondentek. Klady císařského řezu nevědělo 10 respondentek. Dalších 6 respondentek zmínilo dostupnější záchrana novorozence a možnost naplánování uvedly 4 respondentky. Nejméně zastoupeným kladem byla menší bolestivost při zákroku.

Tabulka č. 23 – Zápory císařského řezu

Zápory císařského řezu	n _i	f _i (%)
Bolest po porodu	18	23,1 %
Delší rekonvalescence	15	19,2 %
Horší kontakt s novorozencem	11	14,1 %
Nepřirozenost	6	7,7 %
Problémová laktace	6	7,7 %
Delší hospitalizace	6	7,7 %
Omezená pohyblivost	5	6,4 %
Přítomnost jizvy	5	6,4 %
Špatný psychický stav ženy	4	5,1 %
Nutnost anestezie	2	2,6 %
Celkem	78	100,0 %

Odpovědi respondentek ohledně záporů císařského řezu byly rozděleny do deseti kategorií. Mezi nejčastěji uváděné patřila bolest po porodu, kterou uvedlo 18 respondentek. Dalším důležitým zmíněným negativním faktorem byla delší rekonvalescence, kterou uvedlo 15 respondentek. Horší kontakt s novorozencem byl zápor pro 11 respondentek. Mezi další negativní stránky císařského řezu patřila nepřirozenost porodu, problémová laktace a delší

hospitalizace. Přítomnost jizvy byla negativním aspektem pro 5 respondentek. Omezenou pohyblivost uvedlo 5 respondentek, zatímco špatný psychický stav byl negativem pro 4 respondentky. Nejméně uváděná byla nutnost anestezie.

Otázka č. 19: Máte nějaká doporučení či rady pro ženy, které stojí před rozhodnutím podstoupit vaginální porod po předchozím císařském řezu?

Tabulka č. 24 – Doporučení pro ženy stojící před rozhodnutím podstoupit VBAC

Doporučení/rada	n _i	f _i (%)
Aspoň to zkusit (pokud má žena možnost)	8	25,0 %
Výběr podporující porodnice	7	21,9 %
Nebát se a věřit svému tělu	6	18,8 %
Doprovod k porodu (dula, soukromá porodní asistentka)	3	9,4 %
Příprava na porod (předporodní kurz, zjišťování informací)	3	9,4 %
Dbát na doporučení lékařů a porodních asistentek	3	9,4 %
Řídit se svým pocitem	2	6,3 %
Celkem	32	100,0 %

V odpovědích na otevřenou otázku o doporučeních pro ženy stojící před rozhodnutím podstoupit VBAC respondentky vyjádřily různé názory. Odpovědi respondentek byly seskupeny do pěti kategorií a zaznamenány v tabulce č. 6. Nejvíce respondentek (25 %) doporučovalo, aby se o tento porod alespoň pokusily. Další respondentky (21,9 %) zdůraznily důležitost výběru porodnice, která respektuje přání rodičky a poskytuje podporující prostředí. Nebát se a věřit svému tělu doporučovalo 18,8 % respondentek. Mezi další odpovědi patřil doprovod k porodu v podobě duly či soukromé porodní asistentky. Toto doporučení bylo sdíleno 9,4 % respondentek. Stejný počet respondentek (9,4 %) doporučoval důkladnou přípravu na porod v podobě předporodních kurzů a zjišťování informací o VBAC. Dalším 9,4 % respondentek zdůraznilo důležitost odborných rad a doporučení lékařů a porodních asistentek. Řídit se svým pocitem doporučilo 6,3 % respondentek.

4 DISKUZE

V této kapitole jsou porovnávány výsledky průzkumného šetření s výsledky studií, poznatků z literatury a bakalářských a diplomových prací.

Průzkumná otázka č. 1: Jaké faktory ovlivnily rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu?

K vyhodnocení první průzkumné otázky byla použita data z dotazníkového šetření pomocí otázek č. 4 a č. 5.

Otázka č. 4 měla za cíl zmapovat faktory, které ovlivnily rozhodnutí žen pro vaginální porod po císařském řezu. Respondentky měly možnost vybrat více odpovědí. Nejčastěji uváděným faktorem bylo přání mít přirozený porod, které vybralo 27 dotázaných (32,1 %). S tímto výsledkem se shoduje výzkum Laury B. Attanasio et al. (2018), v kterém zkoumala důvody pro preferovaný způsob porodu. Nejčastěji zmiňovaným byla touha zažít vaginální porod. Respondentky v tomto výzkumu měly pocit, že kvůli porodu císařským řezem o tuto zkušenost přišly a vaginální porod považovaly za přirozenější. Tento důvod uvedlo 129 respondentek (40,8 %). Výraznou potřebu rodiček prožít vaginální porod potvrdila kvantitativní analýza, která zkoumala právě faktory ovlivňující volbu VBAC (Konheim-Kalkstein et al., 2017). Výzkum prováděný pomocí literární rešerše zaznamenal jako nejčastější téma všech studií vliv zdravotníků na volbu způsobu porodu u žen po císařském řezu. Většina z těchto studií byla zaměřena na negativní názory zdravotníků na VBAC a jejich ovlivňování výběru pro ERCS (Hamilton et al., 2023). V mém průzkumu uvedlo pouze 11 respondentek (13,1 %) jako jeden z faktorů, který ovlivnil jejich rozhodnutí pro VBAC, doporučení lékaře či zdravotníků. Simeoneho et al. (2019) studie ukazuje důležitost zdravotníků v procesu rozhodování o způsobu porodu. Vztah mezi rodičkami a poskytovateli zdravotní péče pozitivně ovlivnil jak jejich rozhodnutí, tak prožitek z porodu.

Otázka č. 5 se zabývala konkrétně vlivem zkušeností s předchozím porodem císařským řezem na rozhodnutí žen podstoupit VBAC. Více jak polovina respondentek (56,3 %) uvedla, že tyto zkušenosti měly významný vliv na jejich rozhodnutí. Již ve zmiňovaném výzkumu Laury B. Attanasio et al. (2018) hrály v preferencích budoucího porodu důležitou roli zkušenosti s prvním porodem. Respondenty, které se rozhodly pro VBAC, uvedly negativní zkušenost s císařským řezem, a to nejen z hlediska fyzického, ale také emocionálního. Tyto zkušenosti měly vliv na volbu VBAC pro 25 dotazovaných (7,9 %). Dalších 48 respondentek (15,2 %) zvolilo VBAC z důvodu dlouhé rekonvalescence po císařském řezu. Podobné zjištění

prezentuje Davise et al. (2020) kvalitativní studie, která uvádí významný faktor motivace žen k volbě vaginálního porodu zkušenost s rekonvalescencí po předchozím císařském řezu. V Chenově et al. (2018) výzkumu byla předchozí porodní zkušenost nejčastěji zmiňovaným faktorem výběru VBAC. Ženy, které měly pozitivní zkušenost z předchozího porodu, často zvolily stejný způsob porodu.

Průzkumná otázka č. 2: Jak jsou ženy spokojené s informacemi ohledně vaginálního porodu po císařském řezu?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky č. 6, 7 a 8 z dotazníkového šetření.

Otázka č. 6 zjišťovala nejčastější zdroje informací o přínosech a rizicích VBAC, ze kterých respondentky čerpaly. Nejvyužívanějším zdrojem informací byl uváděn lékař či zdravotník, kterého uvedlo 22 dotazovaných (44 %). Tento výsledek je v rozporu se Simeone et al. (2019) studií, která identifikovala internet jako hlavní zdroj informací, především on-line diskuze. Avšak některé z dotazovaných uvedly, že sociální média využívaly k vyhledávání osobních zkušeností a názorů žen, které v minulosti podstoupily VBAC. V mém průzkumu zvolilo sociální média či on-line diskuze 12 respondentek (24 %) a osobní zkušenosti jiných žen vybralo 11 respondentek (22 %). Skutečnost, že mnoho žen, které zvažují VBAC, hledá značné množství informací na on-line diskuzních fórech, potvrzuje studie, která analyzovala 600 příspěvků na těchto platformách. Ženy zde aktivně vyhledávaly příběhy a zkušenosti od ostatních. Významnou součástí této analýzy byla rozsáhlá diskuze o zkušenostech s poskytovateli zdravotní péče. Konkrétně se ženy zaměřovaly na informace o podporujících zdravotnících v souvislosti s VBAC. Toto zjištění není však překvapivé, neboť ženy v tomto výzkumu opakovaně zmiňovaly obtíže nalézt podporující zdravotnický personál. On-line skupiny nabízejí anonymitu, což uživatelům umožňuje diskutovat o tématech, která by se možná neodvážili sdělit osobně. Obecně ženy uváděly, že sdílejí zkušenosti, kladou otázky a poskytují či přijímají emocionální podporu prostřednictvím on-line komunit (Yasmine et al., 2015).

Otázka č. 7 měla za cíl zjistit spokojenost respondentek s množstvím a kvalitou informací o VBAC od zdravotnického personálu. Data byla získána pomocí Likertovy škály. Výsledky této otázky ukazují, že většina respondentek byla spokojená s informacemi poskytnutými zdravotnickým personálem. Odpověď „velmi dobré“ zvolilo nejvíce respondentek (46,9 %) a „spíše dobré“ označilo 12,5 % dotazovaných. S těmito výsledky se neztotožňuje starší studie Lagana et al. (2011), která tvrdí, že ženy raději vyhledávaly informace on-line, než se obracely

na zdravotnický personál. Uváděly nedostatek informací poskytovaných během prenatalních návštěv a preferovaly pohodlí a rychlost internetu. Autoři citované studie doporučují, aby se zdravotníci se skutečností častého využívání internetu při hledání informací ztotožnili a naváděli ženy k důvěryhodným webovým stránkám. Důležité je, aby byli připraveni diskutovat o přinášovaných informacích. Hamiltonův et al. (2023) výzkum pomocí literární rešerše 14 studií udává, že zdravotníci neměli dostatečné znalosti o VBAC. Naopak v zemích, kde byl VBAC podporován, jako je Nizozemsko a Norsko, zdravotníci poskytli uspokojivé informace podporující výběr VBAC. Některé studie zdůraznily význam komunikace, především styl, načasování a obsah diskuze mezi ženami a zdravotníky. Ve dvou studiích respondentky uváděly potřebu jasnějších informací pro lepší porozumění. Zdůraznily touhu slyšet spíše pozitiva než se zaměřovat na rizika obou typů porodů. Nicméně výsledky studie Nilssona et al. (2017) toto vyvrací. Ženy ve zmiňovaném výzkumu preferovaly nezkreslené a úplné informace, jež posílily jejich důvěru ve zdravotníky. Většina zjištění naznačuje, že ne všichni zdravotníci plně splňovali potřeby komunikace. Studie ukazují, že ženy často pociťovaly nedostatek podpory a informovanosti a v důsledku toho nebyly schopné učinit rozhodnutí o způsobu porodu. Tyto skutečnosti potvrzují, že názory a znalosti zdravotníků mají vliv na rozhodování o případném VBAC (Hamilton et al., 2023).

S těmito údaji souvisí také **otázka č. 8**, která zkoumala celkovou spokojenost žen s dostupnými informacemi o VBAC. Naprostá většina respondentek (75 %) uvedla, že byly celkově spokojené s dostupnými informacemi. Dá se předpokládat, že tento pozitivní výsledek je spojen se snazším přístupem k bohatému množství informací díky rozmanitosti dostupných zdrojů, zejména on-line portálů. Tento předpoklad potvrzují studie zmíněné v otázce č. 6 (Simeone et al., 2019; Yasmine et al., 2015), které uváděly jako hlavní zdroj informací internet.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké možnosti kontaktu s novorozencem měly ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu?

Na průzkumnou otázku č. 3 byly zaměřeny otázky č. 9, 10, 11, 12, 13 a 14 z dotazníkového šetření.

Otázky č. 9 a 10 zjišťovaly první kontakt s novorozencem po vaginálním porodu a po císařském řezu. Drtivá většina respondentek (90,6 %) odpověděla, že jejich první kontakt s novorozencem po vaginálním porodu byl ihned po porodu. Naopak u porodu císařským řezem uvedlo okamžitý kontakt s novorozencem pouze 28,1 % žen. U stejného procenta respondentek proběhl tento kontakt s novorozencem až během prvního dne po porodu císařským řezem. Je

třeba poznamenat, že u 37,5 % respondentek byl proveden císařský řez v celkové anestezii. Tyto výsledky ukazují, že vaginální porod měl výhodu časnějšího kontaktu s novorozencem. K obdobnému výsledku došla ve své práci na téma „Podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem“ Tereza Planetová (2021), kde 96 % respondentek uvedlo, že ihned po vaginálním porodu proběhl kontakt s novorozencem. Lucie Vítovcová (2018) ve svém průzkumu pomocí rozhovorů zjistila, že první kontakt s novorozencem ihned po císařském řezu byl umožněn pouze 2 ženám z 11 dotazovaných. Nutno podotknout, že pouze u těchto 2 žen probíhal císařský řez ve svodné anestezii. Zbylé ženy udávaly, že si první kontakt s novorozencem, který probíhal až na oddělení JIP, vlivem celkové anestezie jen matně pamatovaly či dokonce měly úplnou amnézii paměti. Podobné výsledky vyšly v bakalářské práci Kristýně Kovářové (2017). Nicméně v té se většina respondentek pozitivně vyjádřila o tom, že měly možnost prvního kontaktu do 2 hodin po porodu. Časté oddělování novorozence od matky má významné negativní dopady na navázání vztahu matky s dítětem a také komplikuje zahájení kojení (Zacharová, 2014).

S těmito výsledky úzce souvisí **otázky č. 11 a 12**, které se dotazovaly na poskytnutí kontaktu kůže na kůži (skin to skin) s novorozencem ihned po vaginálním porodu a císařském řezu. Zatímco u vaginálního porodu byl tento kontakt naprosté většině respondentek (90,6 %) umožněn, opačně tomu bylo u císařského řezu, kdy u 84,4 % dotazovaných tento kontakt neproběhl. Nejčastěji tuto možnost kontaktu omezila celková anestezie a 22,2 % žen ani nevědělo, proč jim kontakt kůže na kůži nebyl poskytnut. Stevensová et al. (2019) zkoumala pomocí rozhovorů zkušenosti žen s kontaktem kůže na kůži a to, co ženy chtějí v prvních dvou hodinách po císařském řezu. U převážné části z dotazovaných tento kontakt neproběhl. Tato studie zjistila, že ženy cítily odpojení, smutek a vztek z odloučení od svého dítěte na operačním sále. Zdůraznila důležitost přítomnosti partnerů při porodu a jejich zapojení do kontaktu. Jedna z respondentek, které byl kontakt kůže na kůži umožněn na operačním sále, uvedla, že to pro ni byl nejlepší zážitek. Autoři doporučují, aby bylo respektováno a podporováno přání žen, včetně nepřetržitého kontaktu kůže na kůži navzdory problémům spojených s poskytováním tohoto kontaktu na operačním sále. Další studie Stevensové et al. (2014) měla za cíl identifikovat faktory, jimiž lze podporovat okamžitý (do několika minut) nebo časný (do 1 hodiny) kontakt kůže na kůži po císařském řezu u zdravých matek a novorozenců a také měla zhodnotit, jaký vliv má na matky a novorozence. Bylo zjištěno, že kontakt kůže na kůži lze bezpečně poskytnout přímo na operačním sále za spolupráce a edukace personálu, matek a jejich partnerů. Pokud tuto možnost porodnice nenabízejí, ženy a novorozenci přicházejí o řadu

výhod, jako je zlepšení tvorby laktace, zlepšení vztahu matky a novorozence a jejich emocionální pohody, snížení mateřské bolesti, úzkosti a novorozeneckého stresu. Nicméně studie uvádí omezenost zdrojů a důkazů a doporučuje další výzkumy na toto téma.

Otázky č. 13 a 14 zjišťovaly, zda respondentkám poporodní a pooperační bolest komplikovala péči o novorozence po vaginálním porodu a po císařském řezu. Drtivá většina respondentek (90,6 %) nepocítovala poporodní bolest po vaginálním porodu jako komplikaci při péči o novorozence, zatímco u 65,6 % dotázaných po císařském řezu bolest po operaci ovlivňovala péči o dítě. Stejnou otázkou se zabývala ve své práci Eliška Krejčí (2022). Zjistila velmi podobné výsledky vlivu pooperační bolesti, kdy 69 % žen uvedlo, že je tato bolest omezovala v péči o novorozence. Avšak mírně rozdílné výsledky autorka zaznamenala u vlivu poporodní bolesti, kde pouze 65 % respondentek nepocítovalo omezení v péči. I když je pooperační bolest fyziologickým jevem, její nedostatečné kompenzování může mít negativní dopad na zdraví jedinců. Zejména u tak častých operací, jako jsou císařské řezy, je třeba věnovat zvýšenou pozornost, protože probíhají v období významných hormonálních a emočních změn spojených s příchodem dítěte. Vzhledem k těmto skutečnostem byla provedena studie Borgesové et al. (2017), která se zaměřila na výskyt, intenzitu a vliv bolesti po císařském řezu. Zjistilo se, že pooperační bolest s neúnosnou intenzitou byla běžným problémem, u kterého bylo riziko ohrožení zdraví matky i dítěte. Tyto poznatky vyvolaly pochybnosti ohledně účinnosti tlumení pooperační bolesti. Autorka doporučovala změny v managementu tlumení bolesti, aby se minimalizovala rizika s tím spojená, jako je omezení schopnosti žen starat se o své dítě, problémy s kojením a ovlivnění vzájemného vztahu. Hamilton et al. (2023) uvedl, že se ženy v jeho výzkumu z důvodu imobility a bolesti po císařském řezu nemohly dostatečně starat o novorozence.

Průzkumná otázka č. 4: Jak ženy vnímají klady a zápory vaginálního porodu a císařského řezu?

K poslední průzkumné otázce byly využity otázky č. 16, 17 a 18.

V otázce č. 16 porovnávaly respondentky vaginální porod a císařský řez z pohledu různých aspektů, jako je bolest při a po porodu, přirozenost porodu, kontakt s novorozencem a celkové preference. Až na bolest při porodu, která vyhovovala nadpoloviční většině respondentek (62,5 %) u císařského řezu, v ostatních faktorech zvolila naprostá většina dotazovaných vaginální porod jako více vyhovující. K podobným výsledkům došla Zakerihamidiho et al. (2015) studie. Účastnice vnímaly vaginální porod za bolestivý, zatímco císařský řez byl díky anestezii

považován za bezbolestný. Nicméně zdůraznily, že to, co odlišuje porodní bolesti od jiných typů bolesti, je pozitivní zakončení, který činí vaginální porod přijatelnější. Navíc uvedly další výhody císařského řezu, jako je zaručení zdraví dítěte a minimalizace rizika sexuálních dysfunkcí. Studie dále zjistila, že některé z respondentek se potýkaly s neschopností pečovat o své dítě. Z hlediska přirozenosti a bezpečnosti porodu vyhovoval ženám vaginální porod. V předchozích částech diskuze (viz. otázka č. 4, 9, 10, 11, 12) jsme již potvrdili, že pro ženy jsou klíčovými faktory při výběru porodu přirozenost a kontakt s novorozencem. V diplomové práci Elišky Krejčí (2022) bylo rovněž provedeno srovnání obou typů porodů. Její výzkum vedl k podobným závěrům, přičemž se zaměřil na širší spektrum aspektů.

Otevřená **otázka č. 17 a č. 18** se zajímala o klady a zápory vaginálního porodu a císařského řezu. Nejvíce respondentek (59,3 %) uvedlo jako klad vaginálního porodu rychlejší rekonvalescenci a často uváděným záporům u císařského řezu byla právě délka rekonvalescence. Toto zjištění je v souladu se studií Davise et al. (2020), v kterém bylo zjištěno, že špatné zkušenosti s rekonvalescencí po císařském řezu byla důležitým faktorem výběru vaginálního porodu. Attanasio et al. (2018) a Simeone et al. (2019) toto zjištění jen stvrzují. Dalšími nejčastěji uváděnými klady vaginálního porodu byl kontakt s novorozencem a přirozenost porodu. Tato skutečnost jen potvrzuje předchozí zjištění této diskuze. Vaginální porod také pomohl ženám posílit sebevědomí. Kvalitativní studie prostřednictvím rozhovorů odhalila, že respondentky vnímaly zkušenost s císařským řezem jako traumatickou, na rozdíl od vaginálního porodu, který považovaly za naprosto pozitivní. Díky vaginálnímu porodu se cítily sebevědomé a hrdé (Hadjigeorgiou et al., 2021). Nejčastější odpověď respondentek na zápory vaginálního porodu bylo „nevím“, následované bolestí během porodu a délkou porodu, která byla zároveň nejčastěji uváděným kladem císařského řezu. Tento výsledek odpovídá již zmíněným zjištěním v této diskuzi (viz. otázka č. 16). Většina žen považovala za negativum císařského řezu bolest po porodu. Dle Simeone et al. (2019) převážná část respondentek pociťovala pooperační nepříjemnosti, včetně silných bolestí, omezení pohybu, nepohodlí či nevolnosti.

V poslední **otázce č. 19** měly respondentky možnost otevřeně uvést doporučení či rady pro ženy, které stojí před rozhodnutím podstoupit VBAC. Nejčastějším sdělením (25 %) respondentek bylo, že by se budoucí rodičky měly alespoň o VBAC pokusit. Důležitost volby porodnice podporující VBAC uvedlo 21,9 % dotazovaných. Významná role podpory, zejména ze strany zdravotnického personálu, je již uvedena v této bakalářské práci v kapitole o faktorech ovlivňujících úspěšnost VBAC. S těmito zjištěními souvisí i doporučení doprovodu k porodu

v podobě dudy či soukromé porodní asistentky, které navrhovalo 9,4 % respondentek. Neméně dotazovaných doporučuje důkladnou přípravu na tento porod v podobě předporodních kurzů a zjišťování si informací. Toto tvrzení potvrzuje Lundgren et al. (2016), který ve svém výzkumu zaznamenal jako jeden z faktorů úspěchu VBAC kompletní péči včetně předporodních kurzů.

5 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání vaginálního porodu po císařském řezu. Vzhledem k rostoucímu počtu císařských řezů a s ním spojených rizik je VBAC stále více diskutovanou a potřebnou alternativou, která vyžaduje pozornost a podporu. V teoretické části práce jsou shrnuty poznatky o VBAC, které byly získány z odborné literatury. Zabývá se frekvencí císařského řezu ve srovnání s VBAC, faktory ovlivňující úspěšnost VBAC, indukci VBAC a jeho komplikacemi a kontraindikacemi. Dále popisuje management VBAC a vliv VBAC na zdraví novorozence. Průzkumná část bakalářské práce měla za cíl získat subjektivní hodnocení žen, které podstoupily VBAC. Jejím hlavním cílem bylo zjistit zkušenosti žen, a to prostřednictvím dotazníkového šetření. Do průzkumu se zapojilo 32 žen na oddělení šestinedělí ve dvou vybraných porodnicích. Dotazník distribuovaný respondentkám byl nestandardizovaný a anonymní.

K získání potřebných dat byly stanoveny čtyři dílčí cíle zaměřené na identifikaci faktorů ovlivňujících rozhodnutí žen pro VBAC, na spokojenost žen s poskytnutými informacemi, možnosti kontaktu s novorozencem a porovnání kladů a záporů obou typů porodů.

Z průzkumu bylo zjištěno, že rozhodování žen pro VBAC je ovlivněno řadou faktorů. Nejvíce významným faktorem, který motivoval ženy k tomuto rozhodnutí, byla touha zažít přirozený vaginální porod. Tento faktor uvedly bez mála téměř všechny respondentky (84,4 %). Předchozí negativní zkušenosti s císařským řezem také hrály významnou roli, přičemž více jak polovina respondentek potvrdila jejich značný vliv na rozhodování. Překvapivě pouze 34,4 % žen se rozhodlo pro VBAC na základě doporučení zdravotnického personálu. Podle průzkumu je zřejmá potřeba podpory a informovanosti žen nejen ze strany zdravotnického personálu. Pozitivním zjištěním bylo, že nejčastějším zdrojem informací o VBAC byl zdravotnický personál a nadpoloviční většina hodnotila jejich poskytované informace za kvalitní a dostatečné. Celkově byly respondentky s dostupnými informacemi o VBAC spokojené. Dále byly porovnávány možnosti kontaktu s novorozencem po vaginálním a po císařském řezu. Z výsledků je jednoznačné, že hlediska spokojenosti s kontaktem s novorozencem a péčí o něj výrazně dominoval vaginální porod. Podle očekávání hodnotily respondentky v různých aspektech pozitivně především průběh vaginálního porodu, s výjimkou bolesti při porodu, která většinou vyhovovala u císařského řezu.

Zpracování bakalářské práce pro mě bylo přínosem a stanovené průzkumné cíle považuji za splněné. Slabinou této práce je malé množství respondentek, tudíž výsledky nelze zobecnit na celkovou populaci.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ACOG, © 2024. *Cesarean Birth*. Online. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dostupné z: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth>. [cit. 24-02-17].

ALSUBAI, Nasir Ahmad, Tayy NASSER Al Juhani, Mishal Ibrahim ALJIKHIDIB, 2018. Vaginal birth after cesarean section (vbac). Online. *Indo american journal of pharmaceutical sciences*, vol. 05, no. 12, s. 16463–16466. ISSN 2349-7750. Dostupné z: <https://doi.org/10.5281/zenodo.2392584>. [cit. 24-02-17].

ANDONOVOVÁ, Vendula, Lukáš HRUBAN, Romana GERYCHOVÁ, Petr JANKŮ a Pavel VENTRUBA, 2019. Ruptura dělohy v těhotenství a při porodu: rizikové faktory, příznaky a perinatální výsledky – retrospektivní analýza. *Česká gynekologie*. roč. 84, č. 2, s. 121–128. ISSN 1210-7832.

ASGARIAN, AZADEH; RAHMATI, NAYEREH; NASIRI, FARZANEH; MOHAMMADBEIGI, ABOLFAZL, 2020. The Failure Rate, Related Factors, and Neonate Complications of Vaginal Delivery after Cesarean Section. Online. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. vol. 25, no. 1, s. 65-70. ISSN 2228-5504. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6952909/>. [cit. 2024-03-25].

ATTANASIO, L. B., KOZHIMANNIL, K. B., KJERULFF, K. H, 2019. Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. Online. *Birth* (Berkeley, Calif), vol. 46, no. 1, s. 51–60. ISSN 0730-7659. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/birt.12386>. [cit. 2024-03-17].

BINDER, Tomáš, 2020. Ruptura dělohy a dehiscence v jizvě po císařském řezu v následné graviditě. In: *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, s. 301–306. ISBN 978-80-271-2009-3.

BORGES N., SILVA B., PEDROSO CH., SILVA T., TATAGIBA B., PEREIRA L., 2017. Postoperative pain in women undergoing caesarean section. Online. *Enfermeria Global*. ISSN 1695-6141. Dostupné z: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/en_1695-6141-eg-16-48-00354.pdf. [cit. 2024-04-05].

BRENNAN, D.J. a JARAQUEMADA, J.M. Palacois, 2019. Uterine rupture. In: ROBSON, Michael a Sabaratnam ARULKUMARAN. *Munro Kerr's Operative Obstetrics*. 13 edition. Elsevier s. 156–159. ISBN 978-0-7020-7635-0.

BRUNO, A. M., ALLSHOUSE, A. A., & METZ, T. D., 2023. Trends in Attempted and Successful Trial of Labor After Cesarean Delivery in the United States From 2010 to 2020. Online. *Obstetrics and gynecology*, vol. 141, no. 1, s. 173–175. ISSN 1873-233X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004998>. [cit. 24-03-17].

CARAULEANU A, TANASA IA, NEMESCU D, HABA R, SOCOLOV D., 2021. Vaginal birth after Cesarean experience in Romania: A retrospective case-series study and online survey. Online. *Experimental and Therapeutic Medicine*. vol. 22, no. 2. ISSN 1792-1015. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34194570/>. [cit. 24-03-17].

COUZIN-FRANKEL J., 2016. How to give a C-section baby the potential benefits of vaginal birth. Online. In: Science. Dostupné z: <https://www.science.org/content/article/how-give-c-section-baby-potential-benefits-vaginal-birth>. [cit. 2024-04-05].

DAVIS, D., S HOMER, C., CLACK, D., TURKMANI, S., FOUREUR, M., 2020. Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. Online. *Midwifery*. vol. 88. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>. [cit. 2024-04-05].

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, 2022. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. 2. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. 880 s. ISBN 978-80-7345-716-7.

ELKOUSY MA, SAMMEL M., STEVENS E., et al., 2003. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Online. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. vol. 188, no. 3, s. 824–830. ISSN 002-9378. Dostupné z: <https://doi.org/10.1067/mob.2003.186>. [cit. 2024-03-17].

FARIDOVÁ, Adéla a Tomáš FAIT, 2015. Spontánní porod po císařském řezu – význam ultrazvukového měření dolního děložního segmentu. *Praktická gynekologie*. roč. 19, č. 2, s. 136–139. ISSN 1211-6645.

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

GREGORA, Martin, 2013. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. Online. *Pediatric pro praxi*. roč. 14, č. 6, s. 404–406. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/19.pdf>. [cit. 2024-02-14].

GRISARU-GRANOVSKY, SORINA, BAS-LANDO, MAAYAN, DRUKKER, LIOR, HAOUZI, FRED, FARKASH, RIVKA, SAMUELOFF, ARNON AND IOSCOVICH,

ALEXANDER, 2018. Epidural analgesia at trial of labor after cesarean (TOLAC): a significant adjunct to successful vaginal birth after cesarean (VBAC). Online. *Journal of Perinatal Medicine*. vol. 46, no. 3, s. 261-269. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0382>. [cit. 2024-02-17].

HABAK PJ, KOLE M., 2023. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Online. In: *StatPearl Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>. [cit. 2024-02-17].

HADJIGEORGIOU, E., KATSIE, C., PAPADOPOULOU, M., CHRISTOFI, M. D., CHRISTOFOROU, A., 2021. Women's experiences of VBAC in Cyprus: a qualitative study. Online. *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 21, no. 1, s. 766. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04193-7>. [cit. 2024-04-05].

HAMILTON, E. L., MCLAUGHLIN, K., MOLLART, L., 2023. Factors that Influence Women's Decision on the Mode of Birth After a Previous Caesarean Section: A Meta-ethnography. Online. *International journal of community based nursing and midwifery*. vol. 11, no. 3, s. 152–168. ISSN 2322-4835. Dostupné z: <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.97229.2171>. [cit. 2024-04-05].

HEDWIGE, Saint Louis, MD, MPH, FACOG, 2023. *Cesarean Delivery*. Online. In: Medscape. 6. 9. 2023. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview?0=reg=1#showall>. [cit. 2024-02-14].

CHEN, S. W., HUTCHINSON, A. M., NAGLE, C., BUCKNALL, T. K., 2018. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. Online. *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 18, no. 1, s. 31. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1661-0>. [cit. 2024-04-05].

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JANOŠKOVÁ, Kateřina, Ludmila VÍTKOVÁ, Irena VOŘÍŠKOVÁ, Štěpánka BUBENÍKOVÁ a Renata HRUBÁ, 2019. Císařský řez a jeho rizika pro matku. *Profese online*. roč. 12, č. 2, s. 1-7. ISSN 1803-4330.

JÍROVÁ J., JARKOVSKÝ J., POHLOVÁ R., ŠANCA O., KLIMEŠ D., KOMENDA M., DUŠEK L., 2023. Rodičky a císařské řezy. Tematická datová sada. Online. Praha: *Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1616-rodicky-a-cisarske-rezy>. [cit. 24-02-17].

KEEDLE, H., SCHMIED, V., BURNS, E., DAHLEN, H. G., 2018. The journey from pain to power: A meta-ethnography on women's experiences of vaginal birth after caesarean. Online. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*. Vol. 31, no. 1, s. 69–79. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.008>. [cit. 2024-04-05].

KONHEIM-KALKSTEIN, Y. L., WHYTE, R., MIRON-SHATZ, T., STELLMACK, M. A., 2015. What are VBAC Women Seeking and Sharing? A Content Analysis of Online Discussion Boards. Online. *Birth*. vol. 42, no. 3, s. 277–282. ISSN 1523-536X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/birt.12167>. [cit. 2024-04-05].

KONHEIM-KALKSTEIN, YL, KIRK, CP, BERISH, K., GALOTTI, KM, 2017. Owing the birth experience: what factors influence women's vaginal birth after caesarean decision? Online. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. vol. 35, no. 4, s. 410–422. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320365>. [cit. 2024-03-17].

KOVÁŘOVÁ, Kristýna, 2017. *Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/u54cxk/>. [cit. 2024-04-05].

KREJČÍ, Eliška, 2022. *Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky*. Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce MUDr. Lukáš Hruban. Dostupné z: <https://theses.cz/id/mqm922/>. [cit. 2024-04-05].

LI Y, BAI Z, LONG D, et al., 2019. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. Online. *BMJ Open*. vol. 9, no. 5, ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027807>. [cit. 2024-03-17].

LILI Qiu, JINGJING Zhu a XIANYAN Lu, 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. 16, no. 1,

ISSN 1476-4954. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2214831>. [cit. 2024-02-17].

LUNDGREN, I.; HEALY, P.; CARROLL, M. et al., 2016. Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. Online. *BMC Pregnancy Childbirth*. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1144-0>. [cit. 2024-02-17].

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, 768 s. ISBN 978-80-7345-709-9.

MI, Y., QU, P., GUO, N., BAI, R., GAO, J., MA, Z., HE, Y., WANG, C., & LUO X., 2021. Evaluation of factors that predict the success rate of trial of labor after the cesarean section. Online. *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 21, no. 527. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04004-z>. [cit. 2024-03-17].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. Online. *Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-prehled-porodnosti-v-cesku>. [cit. 25.03.2024].

NGGADA, Joseph B, 2023. Vaginal Birth after Caesarean (VBAC). Online. In: TSIKOURAS P, Friedrich Von TEMPELHOFF G, RATH W, et al. *New Aspects in Cesarean Sections*. IntechOpen. ISBN 978-1-83768-491-5. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.109385>. [cit. 2024-02-17].

NILSSON C, LIMBEEK E, VEHVILAINEN-JULKUNEN K, LUNDGREN I., 2017. Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates. Online. *Qualitative health research*, vol. 27, no. 3, s. 325–340. ISSN 1049-7323. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1049732315612041>. [cit. 2024-04-05].

PEŠKOVÁ, Věra a Marian KACEROVSKÝ, 2020. Defekt v jizvě po SC – signifikace, diagnostika, terapie. *Česká gynekologie*. roč. 85, č. 4, s. 282–287. ISSN 1210-7832.

PETERSEN, RW, 2018. Vaginal delivery: An argument against requiring consent. Online. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. vol. 58, no. 6, s. 704-706. ISSN 1479-828X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ajo.12919>. [cit. 2024-03-25].

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

RADAN, A.-P., AMYLIDI-MOHR, S., MOSIMANN, B., SIMILLION, C., RAIIO, L., MUELLER, M. a SURBEK, D., 2017. Safety and effectiveness of labour induction after caesarean section using balloon catheter or oxytocin. Online. *Swiss Medical Weekly*. vol. 147, no. 4546. ISSN 1424-3997. Dostupné z: <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14532>. [cit. 2024-02-17].

RIETVELD, A. L., TEUNISSEN, P. W., KAZEMIER, B. M., De GROOT, C. J. M., 2017. Effect of interpregnancy interval on the success rate of trial of labor after cesarean. Online. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, vol. 37, no. 11, ISSN 1192–1196. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/jp.2017.117>. [cit. 2024-04-05].

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

ROZTOČIL, Aleš, 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

SIMEONE, S., STILE, F., ASSUNTA, G., GARGIULO, G., REA, T., 2019. Experience of Vaginal Birth After Cesarean: A Phenomenological Study. Online. *The Journal of perinatal education*. vol. 28, no. 3, s. 131–141. ISSN 1548-8519. Dostupné z: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.3.131>. [cit. 2024-04-05].

SŁABUSZEWSKA-JÓŹWIAK, Aneta; SZYMAŃSKI, Jacek Krzysztof; CIEBIERA, Michał; SARECKA-HUJAR, Beata a JAKIEL, Grzegorz, 2020. Pediatrics Consequences of Cesarean Section—A Systematic Review and Meta-Analysis. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health* Basel: MDPI. vol. 17, no. 21. ISSN 1660-4601. Dostupné z: DOI: 10.3390/ijerph17218031. [cit. 2024-02-05].

STEVENS, J., SCHMIED, V., BURNS, E., DAHLEN, H. G., 2019. Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. Online. *Midwifery*, vol. 74, s. 140–146. ISSN 1532-3099. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.020>. [cit. 2024-04-05].

STEVENS, J., SCHMIED, V., BURNS, E., DAHLEN, H., 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Online. *Maternal & child nutrition*, vol. 10, no. 4, s. 456–473. ISSN 1740-8709. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>. [cit. 2024-04-05].

STRAŇÁK, Zbyněk, 2019. Problematika císařského řezu z pohledu neonatologa – slovo úvodem. *Pediatric pro praxi*. roč. 20, č. 4, s. 207. ISSN 1213-0494.

THORTON, Patric D., 2023. VBAC calculator 2.0: Recent evidence. Online. *Birth-issue in perinatal care*. vol. 50, no. 1, s. 120–126, ISSN 1523-536X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/birt.12705>. [cit. 2024-02-17].

TROJANO G, DAMIANI GR, OLIVIERI C, VILLA M, Malvasi A, ALFONSO R, LOVERRO M, CICINELLI E., 2019. VBAC: antenatal predictors of success. Online. *Acta Biomed*. vol. 90, no. 3, s. 300–309. ISSN 2531-6745. Dostupné z: <https://doi.org/10.23750/abm.v90i3.7623> [cit. 2024-02-17].

VÍTOVCOVÁ, Lucie, 2018. *Časný kontakt matka a novorozenec při porodu císařským řezem*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Milan Hanzl, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/npu0f5/25342805>. [cit. 2024-04-05].

VOBORSKÁ NEUDECKEROVÁ, Jana, 2018. Císařský řez. *Umění fyzioterapie*. s. 12–16. ISSN 2464-6784.

VRUBLOVÁ, Yveta a Lenka URBIŠOVÁ, 2019. Císařský řez z pohledu rizikových faktorů. *Gynekologie a porodnictví*. roč. 3, č. 5, s. 316–319. ISSN 2533-4689.

VÝMOLOVÁ, Iva, 2013. Opakovaný císařský řez, opět a opět: kazuistika. *Praktická gynekologie*. roč. 17, č. 2, s. 123–127. ISSN 1211-6645.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Online. *World Health Organization*. Geneva. s. 1-8. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1. [cit. 2024-03-17].

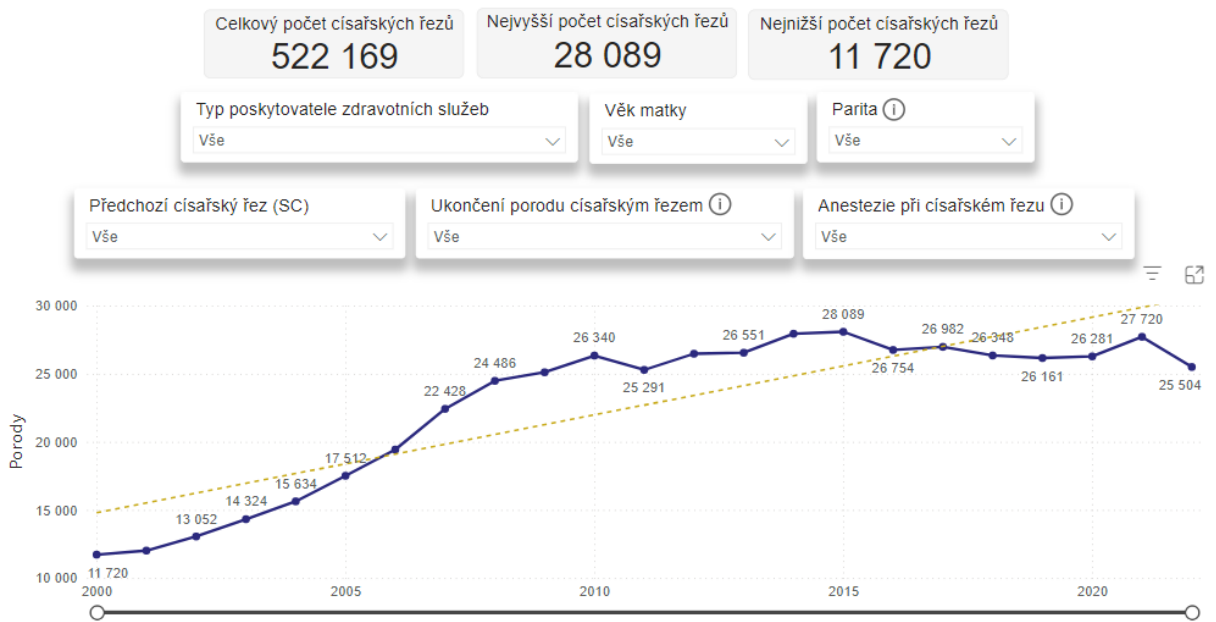
ZACHAROVÁ, E., 2014. Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví a medicína*. Roč. 14, č. 19, s. 5-6. ISSN 2336-2987.

ZAKERIHAMIDI, M., LATIFNEJAD ROUDSARI, R., MERGHATI KHOEI, E., 2015. Vaginal Delivery vs. Cesarean Section: A Focused Ethnographic Study of Women's Perceptions in The North of Iran. Online. *International journal of community based nursing and midwifery*. vol. 3, no. 1, s. 39–50. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280556/>. [cit. 2024-04-05].

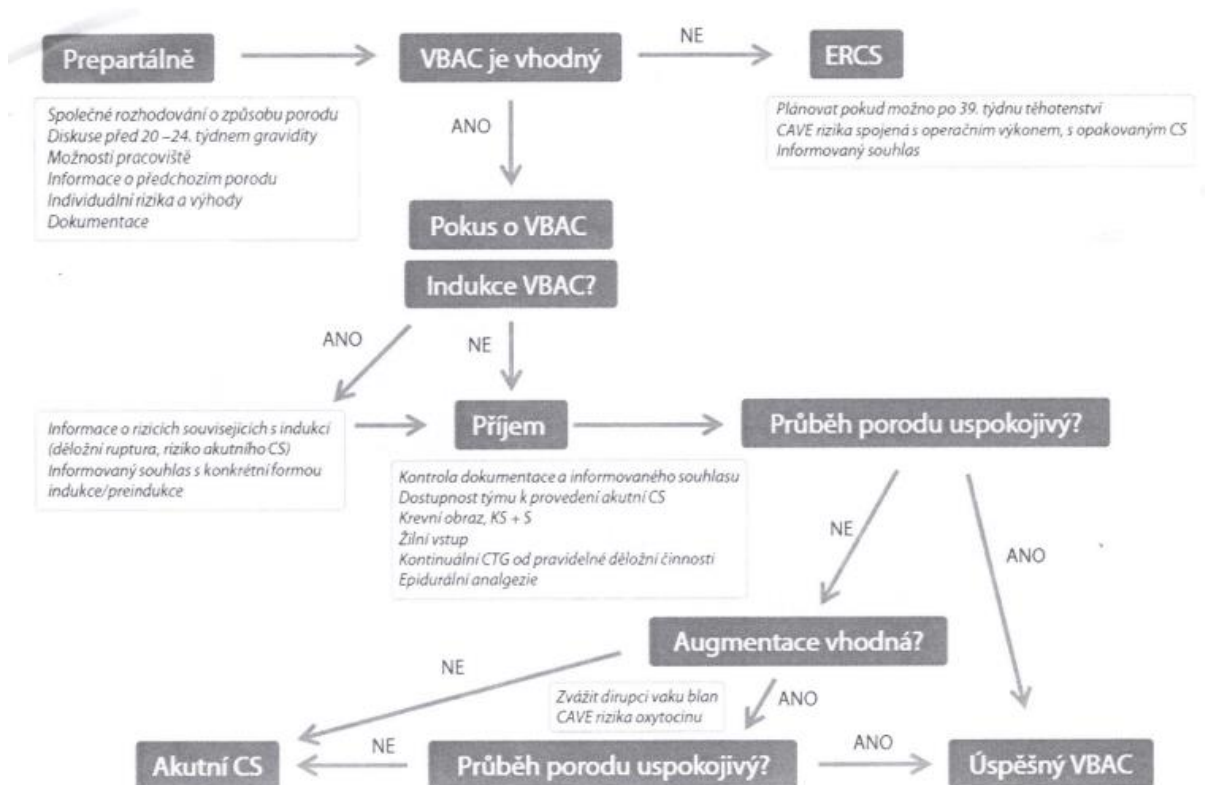
7 PŘÍLOHY

Příloha A - Časová řada počtu provedených císařských řezů 2000-2022 (Jírová et al., 2023)	68
Příloha B – Schéma managementu porodu po předchozím císařském řezu (Gavendová a Bydžovská, 2018)	68
Příloha C – Dotazník.....	69

Příloha A - Časová řada počtu provedených císařských řezů 2000-2022 (Jírová et al., 2023)



Příloha B – Schéma managementu porodu po předchozím císařském řezu (Gavendová a Bydžovská, 2018)



Příloha C – Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistence Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku na téma „Vaginální porod po císařském řezu“. Dotazník je určen pouze pro klientky oddělení šestinedělí, které rodily vaginálně po předchozím císařském řezu. Dotazník je anonymní a vyplnění Vám zabere cca 10 minut. Získaná data poslouží k mé bakalářské práci. V případě dotazů se na mě neváhejte obrátit. Za spolupráci Vám předem děkuji.

Anna Krieglerová
a.krieglerova@seznam.cz

1) Kolik je Vám let?

Vyberte 1 možnost

- a) Do 20 let
- b) 21–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41 let a více

2) Kolikrát jste rodila císařským řezem?

Vyberte 1 možnost

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x a více

3) Byl Váš poslední porod císařským řezem prováděn v celkové anestezii (celkový „spánek“) nebo svodné anestezii (zachováno vědomí)?

- a) Celková anestezie
- b) Svodná anestezie

4) Co ovlivnilo Vaše rozhodnutí pro vaginální porod po předchozím císařském řezu?

Vyberte 1 nebo více možností

- a) Doporučení lékaře, zdravotníka
- b) Zkušenosti z předchozího císařského řezu
- c) Vlastní zdraví a zdravotní stav
- d) Rizika spojená s opakovaným císařským řezem
- e) Osobní zkušenosti žen, které prošly vaginálním porodem po císařském řezu
- f) Samostudium o vaginálním porodu po císařském řezu
- g) Přání mít přirozený porod
- h) Jiné – vypište.....

5) Jak Vaše zkušenosti s předchozím císařským řezem ovlivnily Vaše rozhodnutí podstoupit vaginální porod?

Vyberte 1 možnost

- a) Zkušenosti z předchozího císařského řezu měly významný vliv na mé rozhodnutí pro vaginální porod
- b) Zkušenosti z předchozího císařského řezu neměly žádný vliv na mé rozhodnutí pro vaginální porod
- c) Nevím
- d) Jiné – vypište.....

6) Odkud jste čerpala informace o přínosech a rizicích vaginálního porodu po předchozím císařském řezu?

Vyberte 1 nebo více možností

- a) Lékař, zdravotník
- b) Vědecké články, odborná literatura
- c) Sociální média, on-line diskuze
- d) Rodina, přátelé
- e) Osobní zkušenost jiných žen
- f) Jiné – vypište.....

7) Jak hodnotíte množství a kvalitu informací o vaginálním porodu po předchozím císařském řezu od lékaře či zdravotníků?

Vyberte 1 možnost

- a) 1 – velmi dobré
- b) 2 – spíše dobré
- c) 3 – ani dobré, ani špatné
- d) 4 – ne moc dobré
- e) 5 – špatné

8) Byla jste celkově spokojená s dostupnými informacemi o vaginálním porodu po předchozím císařském řezu?

- a) Ano
- b) Ne

9) Kdy byl Váš první kontakt s novorozencem po vaginálním porodu?

- a) Ihned po porodu
- b) Během 2 hodin po porodu
- c) Během prvního dne po porodu
- d) Déle než první den po porodu

e) Nevím

10) Kdy byl Váš první kontakt s novorozencem po císařském řezu?

- a) Ihned po porodu
- b) Během 2 hodin po porodu
- c) Během prvního dne po porodu
- d) Déle než první den po porodu
- e) Nevím

11) Byla Vám poskytnuta možnost kontaktu kůže na kůži (skin to skin) s novorozencem ihned po vaginálním porodu?

- a) Ano
- b) Ne – proč?

12) Byla Vám poskytnuta možnost kontaktu kůže na kůži (skin to skin) s novorozencem ihned po císařském řezu?

- a) Ano
- b) Ne – proč?.....

13) Komplikovala Vám poporodní bolest péči o novorozence po vaginálním porodu?

- a) Ano
- b) Ne

14) Komplikovala Vám pooperační bolest péči o novorozence po císařském řezu?

- a) Ano
- b) Ne

15) Cítila jste intenzivnější bolest v místě jizvy během vaginálního porodu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16) Zaškrtněte typ porodu, který Vám vyhovoval z hlediska:

	vaginální porod	císařský řez	totožně
bolesti při porodu			
bolesti po porodu			
přirozenosti porodu			
kontaktu s novorozencem kůže na kůži ihned po porodu			
kontaktu a péče o novorozence v prvních dnech po porodu			
celkový názor a preference			

17) Jaké klady a zápory má podle Vás vaginální porod?

a) Klady:

b) Zápory:

18) Jaké klady a zápory má podle Vás císařský řez?

a) Klady:

b) Zápory:

19) Máte nějaká doporučení či rady pro ženy, které stojí před rozhodnutím podstoupit vaginální porod po předchozím císařském řezu?

.....

.....

Za vyplnění dotazníku Vám děkuji.