Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Eva Skřivanová

Porod císařským řezem na přání – ano či ne

Caesarian Section on Demand – Yes or No

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 16. 4. 2014

Eva Skřivanová

Podpis:

Identifikační záznam:

SKŘIVANOVÁ, Eva. *Porod císařským řezem na přání – ano či ne.* [*Caesarian Section on Demand – Yes or No*]. Praha, 2014. 65 stran, 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 2014. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování:

Úvodem své bakalářské práce bych chtěla poděkovat paní Mgr. Miluši Kulhavé, za odborné vedení při zpracování bakalářské práce, za trpělivost, čas a ochotu při poskytování cenných rad.

Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která při mně stála a podporovala mě během mého studia v časech zlých i lepších.

Všem moc děkuji.

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „porod císařským řez na přání“. Zabývá se zájmem žen o provedení císařského řezu na vlastní žádost rodičky a důvody, které je k jejich rozhodnutí vedou. Práce je složena z části teoretické a empirické.

V teoretické části se práce zabývá historií porodnictví, císařským řezem, dále pak indikací k císařskému řezu, možnými metodami, anestezií, případnými komplikacemi a spontánním porodem.

Empirická část, realizovaná kvantitativním výzkumem, zjišťuje pomocí dotazníkového šetření, zda ženy mají zájem o provedení císařského řezu na přání a zjišťuje důvody, které je vedou k tomuto rozhodnutí. Dále práce odpovídá na otázku, zda mají ženy zájem o volbu možnosti anestezie a jaký typ anestezie by zvolily. Celkový počet zúčastněných respondentek je 82, jejich výběr byl zcela náhodný. Výzkum byl proveden v lednu 2014. Z výsledků vyplynulo, že zájem o císařský řez na vlastní žádost má pouze 37,80 % dotazovaných. Nejčastějším důvodem pro tuto volbu je strach o dítě, dále strach z bolesti a špatné zkušenosti z předchozího porodu. Zájem o volbu možnosti anestezie mělo 30 dotázaných žen z 31 respondentek, které jsou pro možnost císařského řezu na vlastní přání. Částečnou anestezii by volilo 24 žen a celkovou anestezii pouze 7 respondentek. Výsledky jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů doplněných komentářem. Významem práce je upozornit na aktuálnost tohoto tématu.

Klíčová slova: porod, císařský řez, přání rodičky

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is “Caesarean section on demand”. The thesis deals with women’s interest in undergoing the surgery at their own request and with the reasons behind their choice. It consists of a theoretical and an empirical part.

The theoretical part of the thesis focuses on the history of obstetrics, on Caesarean section, indications for a Caesarean section, possible methods, anesthesia, potential complications and spontaneous delivery.

The empirical part is based on quantitative research. By means of a questionnaire, women have been asked whether they are interested in undergoing Caesarean section at their own request and what are the reasons behind their choice. The empirical part further examines whether women are interested in choosing their preferred type of anesthesia and what this type is. The total number of respondents who participated in the survey was 82; they had been chosen randomly. The survey was conducted in January 2014. Its results have shown that only 37,80% of respondents are interested in Caesarean section at their own request. The most frequent reasons for this choice are their concern for the child’s health, fear of pain and previous bad birth experience.

30 respondents out of the 31 interested in Ceasarean section on demand are interested in choosing their preferred type of anesthesia. 24 women prefer partial anesthesia, full anesthesia would be the choice for only 7 respondents. The results are presented in tables and charts with commentary. The purpose of the thesis is to draw attention to the relevance of the topic for today´s women.

Key words: parturition, Caesarian Section, wish mothers

OBSAH

ÚVOD 9

TEORETICKÁ ČÁST 10

1 HISTORIE PORODNICTVÍ 10

2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ 13

2.1 Úvod do problematiky 13

2.2 Anestezie u císařského řezu 16

2.2.1 Celková anestezie 17

2.2.2 Neuroaxiální anestezie 17

2.3 Možné komplikace císařského řezu 18

2.4 Císařský řez na přání rodičky 20

3 SPONTÁNNÍ POROD 22

3.1 Průběh spontánního porodu 22

3.2 Možné komplikace v průběhu spontánního porodu 25

4 SPONTÁNNÍ POROD KONTRA POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM 28

EMPIRICKÁ ČÁST 29

5 Úvod 29

6 Výzkumný problém 29

7 Cíle výzkumného šetření 29

8 Charakteristika výzkumného souboru 31

9 Metodika výzkumného šetření 35

10 Průběh empirického šetření 35

11 Zpracování empirického šetření 36

12 Vyhodnocení a závěry empirického šetření 37

DISKUZE 54

DOPORUČENÍ PRO PRAXI 57

ZÁVĚR 58

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 59

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ 61

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ 62

SEZNAM PŘÍLOH 65

ÚVOD

„Být živi z porodu nestačí. Nastala doba naslouchat ženám. Věnovat pozornost jejich potřebám a přáním. Povzbuzovat je, aby se nebály vyjadřovat a prosazovat to, co si myslí, že by se v porodnictví dalo dělat jinak a lépe.“ Penny Simkin (Štromerová, 2014).

S výběrem tématu mi pomohla má vedoucí práce Mgr. Miluše Kulhavá. Téma se mi velice zalíbilo nejen z pohledu jednou budoucí matky, ale také z profesního pohledu. Pro každou ženu je okamžik narození dítěte tím nejdůležitějším v jejím životě. Každá žena by se měla během tohoto aktu cítit, tak jak ona si přeje, být podporována a oceňována. Porod v ženách zanechává vzpomínky na celý život. Proto přikládám důležitost tomuto tématu.

Císařský řez na přání je diskutovaným tématem nejen mezi porodníky, ale i laickou veřejností. Důvody se mohou různit, od strachu ze samotné bolesti, která provází porod, nebo jen touha žen mít termín a celý děj pod kontrolou. Je spousta odpůrců, ale také dost přívrženců.

Historicky se císařský řez dotýká dob starověku, kdy se prováděl pouze na mrtvých a umírajících ženách. Mnoho žen má spojitost vaginálního porodu s bolestí, úzkostí a beznadějí. Bolest mnoho žen během porodu hodnotí v těch nejvyšších číslech, která dovoluje vizuální analogová škála. Proto jim tento chirurgický výkon dodává pocit bezpečí a jistoty.

Cílem mé práce je zjistit zájem žen o provedení císařského řezu na přání. V teoretické části se zmiňuji o historické stránce vedení porodu, jeho metodách a v neposlední řadě srovnání obou metod.

Praktická část má několik cílů, na které je zodpovězeno pomocí nestandardizovaného dotazníku.

S pomocí této práce bych se ráda dozvěděla, zda ženy mají zájem o provedení císařského řezu na přání, či nikoliv, jaké důvody by je k tomuto rozhodnutí vedly, zájem o vlastní volbu možnosti anestezie a typ anestezie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PORODNICTVÍ

V historii byla žena během porodu sama bez jakékoliv vnější pomoci. Postupem času, kdy docházelo ke sdružování a organizování lidí, začaly starší ženy pomáhat těm mladším během porodu potomků. Pomoc od starších žen byla hodnocena jako nedostatečná, jelikož docházelo pouze k předávání zkušeností a poznatků mezi generacemi, proto postupem doby dochází k rozvoji činnosti pomoci rodícím ženám při porodu a vzniká z ní povolání. Nové povolání bylo určené pouze ženám, které byly nazývány báby pupkořezné, ženy babicí a poslední ustálený termín byl porodní bába. Odvození tohoto termínu bylo od slovesa babiti – roditi. Na ženy, které směly vykonávat toto povolání, bylo kladeno mnoho podmínek. Porodní bábou mohla být žena, která již sama porodila. Dále její věk hrál důležitou roli, žena se nesměla vyskytovat ve věku plodnosti. Pro lékaře bylo porodnictví povoláním nedůstojným, muži hráli v porodnictví roli pouze jako ranhojiči, brandýři či lazebníci. Ti však byli přivoláni pouze v případě vážných komplikací během porodu a jejich přístup k rodičce byl často drastický (Čech, 1999).

Historie porodnictví ve světě

Pravěk – Nálezy dokazují, že neexistoval zlatý věk přírodní ženy. Délka života ženy byla zřejmě ovlivněna její reprodukční činností. Od období paleolitu (15 000 př. n. l.) jsou nalézány sošky – venuše. Jsou kultem plodnosti a mateřství. Komplikace během porodu byly spojovány s magickými a náboženskými úkony. Ženy rodily většinou svépomocí, ale nevylučuje to možnost přítomnosti manžela, příbuzných, zkušených žen nebo šamanů. Odborná lékařská péče v té době nebyla dostupná a docházelo tak k velkým ztrátám, které by dnes byly neúnosné (Roztočil, 2008).

Starověk – V prastarých kulturách, jako je Indie a Čína, vznikaly instituce porodních bab. Jejich odbornost byla na takové výši, že se řadila na úroveň lékařů. Jako ve všech jiných kulturách i zde vládly pověry spojené s těhotenstvím. Mezi takové patřila i pověra, že těhotná žena nesmí příliš přehřát těhotenské břicho na slunci nebo u ohniště, aby neohrozila plod. Jedna z dalších pověr vypovídala o tom, že nastávající maminka si má odpustit spánek během dne nebo pohled na rudou věc, jehož následek by vedl k znetvoření obličeje novorozence. Nejhorší pověrou byl pohled těhotné ženy na oběšence, který dle pověry vedl k uškrcení plodu jeho pupeční šňůrou.

Porodní bolesti se tlumily pomocí potních lázní či léčebnými nápoji. Pokud žena úspěšně porodila, její čin byl rovnocenný jako pro válečníka vyhraný souboj. Na počest narození dítěte se uskutečňovaly oslavy a porozená placenta se zakopávala do země nebo házela do vody (Macků, 1998).

Egypt – Dochované záznamy na papyrech pod názvy Kahoun, Edwin Smith a Carlburg Ebers pojednávají o těhotenství. Zahrnují témata jako je diagnostika, nemoci v těhotenství, jeho trvání, urychlení porodu, vícečetná těhotenství, měření novorozenců nebo o smysluplné antikoncepci.

Stará Indie – Dochované dokumenty od tehdejších lékařů (Šustra, Caraca) vypovídají o skutečnostech normálních porodů, šestinedělí, ale i eklampsii, smrti plodu, poruchách poloh plodu a pupečníkových komplikacích.

Řecko a Řím – Pro Evropu má největší přínos starověké antické lékařství. Hippokrates po sobě zanechal spoustu poznatků o anatomii a o porodnictví. Nejznámější rozdělení temperamentu známe díky Hippokratovi, který jej rozdělil na čtyři dle lidských šťáv – choleriky, melancholiky, sangviniky a flegmatiky. Pro antiku bylo dále typické pouštění žilou, které nás však drželo až do novověku o krok zpět. Aristoteles byl další významnou osobností. Tento vyškolený lékař popisuje těhotenské změny, potraty, zrůdy, mnohočetná těhotenství aj.

Antika dala základ pro lékařskou řecko-latinskou terminologii.

Středověk a raný novověk – Ve středověku došlo k úpadku vědy. V porodnictví se tradovaly poznatky od Hippokrata, Galéna a později od Avicenny. Úroveň porodních bab byla velice nízká, jejich povinnosti upravovaly řády – babické a křesťanské pořádky. Porodní báby se účastnily soudních případů, kdy jejich role byla v atestaci panenství, stanovování těhotenství u vězněných, zjišťovaly známky prodělaného těhotenství aj.

Významný pokrok byl však v oblasti císařského řezu.

Novověk – V novověku docházelo k četnému prolínání porodnictví s přírodními vědami, hlavně astronomií. S astronomií úzce souvisí cestování, a proto se do Evropy dostává mnoho potravin, od kakaa, tabáku ke kukuřici a bramborám. Z Nového světa se k nám nedostaly pouze potraviny, ale také pohlavní mor.

V 17. století byla vybudována první babická škola v pařížské nemocnici Hotel-Dieu Matenité zvláště určenou pro chudinu.

Historie českého porodnictví

V období Habsburků, kdy byly značné nepokoje politické a náboženské, mají za následek opoždění průniku informací hlavně z oblasti anatomie. Další brzdou v rozvoji byla izolace od zemí, kde se babictví začalo rozvíjet správným směrem. Mezi tyto země patřily hlavně Francie a Anglie.

Na počátku 17. století u nás vznikla první instituce tvz. „Vlasšský špitál“, jehož činností bylo starat se o těhotné ženy a jejich děti. Tak byl položen základ pro porodnice a nalezince. Vlašský špitál sloužil nejen jako porodnice a nalezinec, ale jeho další funkce byla výuková. Později byl přemístěn do prostornější porodnice u kostela sv. Apolináře na Novém Městě pražském. Později byly budovány další porodnice v Brně a Olomouci.

První velkou osobností v porodnictví byl J. Melič. Jeho znalosti teoretické i praktické budily respekt. Empatické a sociální cítění Meliče dalo základ pro vznik moderního sociálního pojištění a péče, které předčilo svou dobu, ale uchytilo se až o sto let později. Jeho následovníkem byl A. Jungmann, kterému vděčíme za průkopnickou činnost. Zavedl pevný medicínský řád, administrativní systém a zlepšil úroveň výuky nejen svými přednáškami v českém a německém jazyce, ale i vydáním učebnic určených pro porodní babičky a studenty medicíny.

Nepochybně další osobností se stal profesor K. Pawlík. Byl skvělým porodníkem, v oblasti porodu císařským řezem, dále uměl cévkovat uretry z volné ruky a později zkonstruoval cystoskop. Za jeho činy je považován za zakladatele světové urogynekologie.

Jeho nástupcem se stal jeho žák, profesor V. Piťha. Byl dalším skvělým operatérem a pedagogem, ale jeho největším zájmem byla laboratorní práce – histopatologie. Velkým pokrokem byla výstavba nového gynekologického pavilonu, který svou moderností předčil zařízení v celé Evropě.

Nelze pozapomenout další skvělé gynekology, porodníky, pedagogy a vědce. Mezi ně patří profesoři F. Mošner, J. Streng, B. Eiselt, V. Weiss, V. Rubeška, A. Ostrčil, J. Jerie, K. Klaus a další.

V poválečném období došlo k dalšímu rozvoji lékařských fakult a klinik. Negativní dopad na české porodnictví činil rok 1948. Docházelo k znemožňování činnosti našich předních lékařů, byl odepřen kontakt se zahraničními informacemi, a proto docházelo k čerpání informací pouze z literatury. V dnešní době je již porodnictví rozvinuté a opírá se o moderní biochemické metody a elektroniku. S pýchou v srdci můžeme tvrdit, že české porodnictví má důstojnou pozici ve světě (Čech, 1999).

2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

2.1 Úvod do problematiky

Definice císařského řezu

Císařský řez nebo sectio caesarea (s. c.) je nejčastější porodnická operace, během které se vybaví novorozenec skrz abdominální stěnu (Binder, 2011).

Historie císařského řezu

Císařský řez patří mezi jedny z nejstarších porodnických operací vůbec. Historický původ má hluboké kořeny. První zmínka o s. c. pochází až z 6. století př. n. l., která má vypovídat o narození později zvaného Buddhy. Název sectio caesarea však pramení od Plinia staršího. Sectio je odvozeno od slova seco – řezati. Slovo caesares má obdobný význam – rozřezávati. Význam obou slov je tautologický. Na první pohled se může zdát, že Julius Caesar má jistou spojitost s tímto spojením, ale nemá. Jeho matka jej porodila spontánně a jeho jméno je tedy odvozeno od caedo – vražditi, sekati.

První úspěšný císařský řez u živé gravidní ženy byl prý proveden Jakubem Nuferem v roce 1500 ve švýcarském městě Thurgau. Zajímavostí u této operace byl způsob sešití operační rány a to způsobem – vetenario modo – po zvyklosti veterinářů. Jsou zde však spory o pravdivosti této informace. Jiní uvádějí, že první císařský řez provedl J. Trautmann.

V Čechách byl první císařský řez proveden chirurgem Josefem Staubem, kde indikací byl vlekoucí se porod. Tento zásah měl bohužel tragický konec jak pro dítě, tak i pro matku (Pařízek, 2002).

Závratný převrat nastal při zavedení antisepse. O jejím zavedení vděčíme lékařům I. F. Semmelweisovi a J. Listerovi. Do té doby byla vysoká mortalita žen v souvislosti s císařským řezem. Mezi další moderní techniky napomáhající ke zlepšení bezpečnosti výkonu jsou např. nové šicí techniky, lepší anestezie, krevní náhrady, nové možnosti ve farmakologii, zlepšení operační techniky aj. (Čech, 2006).

Indikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu se postupem doby rozšiřovaly a měnily. Indikace císařského řezu lze dle jeho povahy dělit na dva druhy: primární a sekundární.

Primární, nebo také plánovaný, s. c. má svou indikaci předem známou, o které se rozhodne již během těhotenství. Řadíme sem onemocnění matky nebo pánevní indikace.

Sekundární, neplánovaný, s. c. je na základě akutního stavu, kdy je ohrožena matka, plod nebo jsou ohroženi oba současně.

Nynějších indikací je mnoho skupin. Mohou se týkat porodních cest, stavu matky či plodu. Mezi nejčastější indikace v současné době řadíme hypoxii plodu, dystokie cervikokorporální, stav po předchozím císařském řezu a v neposlední řadě polohu plodu koncem pánevním (Lomíčková, 2009).

Skupiny indikací

1. *Hypoxie plodu* – známky hypoxického plodu na CTG.

2. *Fetopelvický nepoměr* – řadíme sem deformity pánve, její zúžení a změnu sklonu pánevní osy.

3. *Dystokie cervikokorporální* – dyskinetické poruchy, jedná se o poruchu souhry normálních pohybů, někdy označován jako nepostupující porod (Vokurka, 2009).

4. *Stav po předchozím císařském řezu* – mohlo by dojít k ruptuře dělohy hlavně při vedení korporálního a cervikokorporálního řezu.

5. *Vcestné překážky* – možné patologické procesy (tumory, exostózy, aj.).

6. *Překážky v měkkých porodních cestách* – jejich výskyt může ohrozit rodičku na životě. Jedná se stenózy děložního hrdla, varixy pochvy, vulvy, aj.

7. *Stavy po operacích dělohy a oblasti malé pánve* – enukleace myomů, plastiky pochvy, operace indikované pro inkontinenci, aj.

8. *Placenta praevia* – jedná se o patologické uložení placenty, které může způsobovat krvácení během těhotenství.

9. *Abruptio placentae* – náhlý stav během porodu, při silném opakovaném krvácení.

10. *Neúspěšná indukce* – při prodlouženém těhotenství nebo neúspěšné provokaci.

11. *Poloha plodu koncem pánevním a jiné nepravidelné polohy* – v závislosti na odhadování hmotnosti, dále zda dochází k naléhání kolínky, nožkami. Důležité je zde i zamítnutí vedení vaginálního porodu rodičkou. Mezi nepravidelné polohy řadíme polohu šikmou, příčnou a deflexní polohy.

12. *Naléhání a prolaps pupečníku.*

13. *Vícečetné těhotenství* – tři a více plodů, rozdíly v hmotnosti mezi jednotlivými plody o více než 500 g, úmrtí jednoho z plodů při životaschopnosti druhého plodu, srostlice, aj.

14. *Rh inkompatibilata* – při neúspěšné konzervativní léčbě a progresivnímu zhoršení stavu plodu.

15. *Celková onemocnění rodičky* – diabetes mellitus, hypertenze, eklampsie, onemocnění srdce, ledvin, indikace oční a ortopedické.

16. *Horečka během porodu.*

17. *Infekce matky* - Herpes genitalis – při akutním výsevu puchýřků, HIV pozitivní rodička.

18. *Císařský řez u ženy umírající a mrtvé* – tato indikace se řadí mezi nejvzácnější a nutno podotknout, že plod je schopen přežít v děloze mrtvé rodičky pouhých 20 minut.

19. *Psychologická indikace* – indikace této skupiny závisí na osobnosti lékaře, který ji indikuje.

20. *Císařský řez na přání* – Tato indikace je dle vyjádření FIGO eticky zdůvodněná. Přesto však dochází dnes na porodnických pracovištích k císařskému řezu na přání, ale je však skryt za odbornou indikací (Lomíčková, 2009).

Metody císařského řezu

Metody laparotomií existují v zásadě dvě. Dolní střední laparotomie se využívá jen v případě indikovaného akutního císařského řezu, u obézních žen, u žen s jizvou po předchozí provedené dolní střední laparotomii, u makrosomie či vícečetného těhotenství. V případě volby této metody se musí podřídit stránka estetická. V dalších případech se využívá suprapubický Pfannenstielův řez.

1. *Sectio caesarea corporalis classica*. V dnešní době se tento typ řezu již nevyužívá. Principem této metody je vedení řezu ve fundu děložním, řez dále protíná svalovinu myometria a zakončen je v oblasti isthmu dělohy. Indikace tohoto typu řezu je u pacientek, kde již byl tento typ řezu proveden, po operacích pro močovou inkontinenci, u ženy s následnou indikací k hysterektomii a dále u ženy umírající. Hlavní zápor této metody je nedokonalé zhojení rány a možný rozestup během příštího těhotenství.
2. *Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis*. (Příloha B, obr. č 1 - 7) Nejprve dochází k napnutí kůže, aby řez proběhl v řase na horním okraji pubického ochlupení. Řez se provádí dostatečně široký, při zvolení nedostatečného řezu se naskytuje potencionální problém s vybavováním plodu. Incize může mít ostré zakončení nebo operatér může zvolit roztažení prsty a vytvořit tak tupé zakončení incize. Následuje fáze protětí blan, kdy dochází k otoku plodové vody a tlaku plodu na incizi. Po této fázi dochází k aplikování uterotonik, nejčastěji oxytocinu, jehož účinkem je vypuzení placenty

během 1 až 3 minut. Po porození placenty je vhodné provést digitální revizi, případně ji provést tupou kyretou pokud došlo k neodstranění zbytků placenty digitálně. Sešití rány po hysterotomii se provádí ve dvou vrstvách pomocí vstřebatelného materiálu, abdominální stěnu pak v jejích anatomických vrstvách.

3. *Sectio caesarea sec Misgav Ladach*. Charakteristiku této metody provedl Michael Stark v nemocnici Misgav Ladach v Jeruzalémě. Její prioritou je způsobit nejmenší trauma tkání a operační výkon nejvíce zjednodušit. Snížit čas však není tak úplně cílem této metody.
4. *Sectio caesarea extraperitonealis*. Tato metoda se volí v případě infikovaného obsahu děložního, kdy je nežádoucí, aby došlo ke kontaminaci peritoneálního prostoru tímto obsahem. V době, kdy jsou dostupná účinná antibiotika, se od této metody upouští.
5. *Sectio caesarea radicalis*. Volba této metody je na základě nejčastější indikace karcinomu děložního čípku. Kdy se současně s porozením plodu odstraňuje i děloha, a to částečně (supravaginální amputace děložního těla), nebo totálně (hysterektomie).
6. *Sectio caesarea minor*. Tento výkon se nyní provádí pouze v akutních život ohrožujících stavech. Dříve byl hojně využíván pro ukončení těhotenství staršího než 4 měsíce, ale od této metody se odstoupilo díky farmakologickým prostředkům, které jsou k dispozici pro ukončení těhotenství ve 2. trimestru (Roztočil, 2008).

Jednotlivé typy řezů u hysterotomie jsou podrobněji rozebrány v příloze C.

2.2 Anestezie u císařského řezu

Typ anestezie u císařského řezu je závislý na mnoha faktorech. Bere se ohled na indikaci k císařskému řezu, dále je brán ohled na časovou naléhavost a v neposlední řadě i osobní preference. Anestezie u císařského řezu, bez ohledu na typ anestezie, vždy začíná elevací rodičky na levý bok, která je zhruba 10-15 cm. Důvodem tohoto postupu je prevence aortokavální komprese s následným rapidním poklesem krevního tlaku. V současné době využíváme celkovou nebo regionální anestezii. Oba typy mají jisté výhody a nevýhody (Málek, 2011).

2.2.1 Celková anestezie

Celková anestezie má veliké uplatnění a to i přesto, že je stále oblíbenější metodou znecitlivění formou neuroaxiální anestezie.

Účinky celkové anestezie jsou ovlivněny průběhem porodu. Během optimálního průběhu porodu nemusí dojít k negativnímu ovlivnění novorozence. Zatím co během porodu komplikovaného, kdy může dojít k syndromu tísně plodu, který je charakterizován hypoxií a acidózou, dochází k vyššímu prostupu látek přes placentární, fetální a hematoencefalickou bariérou.

Požadavky na celkovou anestezii jsou dle sledovaných cílů, jako je např. dosáhnutí optimálních podmínek vedení porodu, zajištění bezpečnosti matky, udržení přiměřené uretroplacentární perfúze, minimalizování vlivu anestezie na základní životní funkce novorozence a v neposlední řadě zajištění pohodlí operatérovi.

U každého typu anestezie se setkáváme s výhodami a nevýhodami. Mezi zápory a rizika tohoto typu anestezie můžeme řadit možné komplikace spojené s intubací, od regurgitace, zvracení až po aspiraci žaludečního obsahu. Nebo možný laryngospasmus, který je příčinou hypoxického selhání. Dále transplacentární přestup anestetických látek. Nejdůležitější částí z psychologického pohledu je však chybění okamžitého prožitku rodičky z narození novorozence. Klady celkové anestezie jsou rychlý nástup anestezie, dále zabezpečení dýchacích cest a tím i možnost nelimitované ventilační podpory (Špunda, 2002).

2.2.2 Neuroaxiální anestezie

Důvodem volby tohoto typu anestezie jsou nejen komplikace, které jsou spojené s celkovou anestezií, ale hlavní důvod je účast rodičky při aktu narození dítěte. Metody neuroaxiální anestezie jsou na výběr dvě, epidurální a subarachnoidální (spinální). Využít těchto metod můžeme bolusově nebo kontinuálně. Dále také sekvenčně, nebo-li metodou kombinace obou způsobů (Miloschewsky, 2002).

- **Epidurální anestezie** a její využití při císařském řezu je velmi obdobné jako porodnická epidurální analgezie. Pro úspěšný operační výkon je nutno použít vyššího množství anestetika, aby došlo k dostatečné anestezii a svalové relaxaci. Tuto metodu je vhodné použít u žen, které mají tendence k syndromu maligní hypertermie, u žen s preeklampsií, s chorobami plic, s HIV pozitivitou a u žen závislých na psychotropních látkách. Kontraindikací této metody je časově neodkladný výkon. Neboť provedení samotné epidurální punkce a nástupu účinku anestetika si žádá minimálně 20 minut. Dalšími kontraindikacemi jsou těžká hypotenze, koagulační poruchy a lokální infekce.

Komplikace epidurální anestezie rozdělujeme na časné a pozdní.

Mezi ty nejzákladnější komplikace řadíme intoxikaci, kdy anestetikum pronikne do oběhu operované ženy. Principem je napíchnutí epidurální cévy a následná aplikace anestetika. Další velice závažnou komplikací je totální subarachnoidální anestezie. Jedná se o proniknutí anestetika určeného pro epidurální anestezii do subarachnoidálního prostoru. Pokud se tato komplikace neléčí, končí smrtí rodičky. Léčba této komplikace je UVP, doplnění cirkulujícího objemu a KPR. Mezi další závažnou komplikaci řadíme alergickou reakci, která je však poměrně vzácná. Hypotenze je dále řazena mezi komplikace anestezie, nejedná se o závažnou komplikaci, pokud neklesne o více než 25 % z původní hodnoty. Jednoduchou prevencí je aplikace vhodné infúze. V neposlední řadě mezi komplikace patří zvracení. Tato komplikace lze řešit podáním antiemetik, v případě poklesu tlaku podáním dehydrobenzperidolu (Miloschewsky, 2002; Datta 2010).

- **Subarachnoidální anestezie** (spinální anestezie) Principem je aplikace lokálního anestetika do prostoru mezi arachniodeou a piou mater. Jehla musí proniknout tvrdou plenou, kde po vyjmutí jehla zanechává průnik, kterým může unikat mozkomíšní mok a způsobovat tak bolesti hlavy. Výhodou oproti epidurální anestezii je, že tuto metodu lze užít při urgentních výkonech. Mezi kontraindikace můžeme zahrnout degenerativní míšní choroby.

Komplikace u spinální anestezie jsou obdobné jako u epidurální anestezie s tím rozdílem, že celková toxicita je zde vyloučena pro malé množství aplikované látky. Možné jsou zde postpunkční bolesti hlavy, pro které je typické progresivní zhoršování. Léčba se zahajuje, pokud nedojde během 2-3 dnů ke zlepšení a to aplikací autologní venózní krve do epidurální oblasti (Miloschewsky, 2002; Fortner a kol., 2007).

Na základě přednášky jsem se dozvěděla tyto informace. „Raritní komplikací může být poškození nervu jehlou. Toto poškození by se nemělo stávat, jelikož pacient zhruba 1-2 mm od nervu popisuje nepříjemné pocity, typu bolest. Co se týče aplikování autologní krve do subarachnoidálního prostoru pro zlepšení bolestí hlavy, které jsou rizikové pro ženy mezi 20-30 rokem věku ženy, je diskutabilní otázkou. Pomalu se k nám dostávají výsledky, co taková krev, aplikovaná do subarachnoidálního prostoru, udělá s dotyčným pacientem. Zjišťuje se, že zřejmě bude dělat pořádnou neplechu (Svítek, 2014).

2.3 Možné komplikace císařského řezu

V současné době je císařský řez na prvních příčkách v počtu porodnických operačních výkonů. Obecně si laická veřejnost myslí, že císařský řez je běžný chirurgický výkon. Naopak se jedná o velkou otevřenou operaci, která nese svá rizika. Možné komplikace lze rozdělit na peroperační a pooperační časné a pozdní (Komár, 2011).

Peroperační komplikace

Mezi tato rizika se řadí poranění okolních struktur, zejména po předchozí břišní operaci. Dalším závažným rizikem je krvácení, které nelze podceňovat. Má mnoho původů, jak ze samotného řezu nebo hypotonické dělohy či při poruchách placentace. Pro objasnění *placentace* je výraz pro vytvoření pevného spojení plodové a mateřské části placenty. Do této skupiny dále patří riziko poranění plodu (Komár, 2011; Vokurka, 2009).

- *Neonatologické komplikace*

Nejčastější neonatologickou komplikací je poranění novorozence iatrogenně, a to incizí skalpelem. Takové predispozice pro poranění jsou předčasný odtok plodové vody a vybavování nezralého plodu. Oblasti, kde dochází k poraněním, je hlavička, parenchymatózní orgány a končetiny. Další komplikací, kterou sem řadíme, je syndrom retence alveolární tekutiny.

- *Komplikace z důvodu krvácení*

Při císařském řezu může dojít k poranění dělohy (ruptura hrany nebo její stěny), hypotonii až úplné atonii dělohy, poranění močového měchýře, střev nebo stěny břišní. Masivní krvácení je velice závažnou komplikací, která může vést k hemoragickému šoku, případně k rozvoji defibrizačního syndromu diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC). Masivní krvácení, u kterého nedošlo k medikamentóznímu ani k chirurgickému ztišení, může být závěrem až pro totální hysterektomii (Roztočil, 2008).

Pooperační komplikace

Do skupiny pooperačních komplikací řadíme komplikace infekční, embolické, hemoragické, algické, respirační, urologické a gastroenterologické.

Infekční komplikace jsou poměrně časté. Jejich výskyt se snížil po zavedení antibiotické profylaxe, proto se již dnes se septickými stavy setkáváme výjimečně. Takový septický stav může začínat infekcí sutury po hysterotomii, její následný rozpad a vznik pelveoperitonitidy, endometritidy, cystitidy, jehož rozvoj následuje gangrenózním stavem.

Embolické příhody jsou další závažnou komplikací. Nejčastější formou jsou tromboembolie (embolia pulmonalis, hluboká žilní trombóza). Výjimečným typem embolie jsou embolie vzduchem nebo plodovou vodou.

Respiračními komplikacemi jsou nejčastěji vznik atelektáz a pneumonií.

Urologické komplikace jsou ve spojitosti s pooperační hypotonií močového měchýře projevující se pooperační cystitidou a retencí moče.

Mezi gastroenterologické komplikace řadíme paralytický ileus, jehož vznik je na podkladě utlačení tlustého střeva dělohou a následně vznikne jeho dilatace (Roztočil, 2008).

2.4 Císařský řez na přání rodičky

Císařský řez na přání je tématem diskutabilním, jelikož jeho provedení by mělo být na základě zdravotnické indikace. S jeho provedením jsou samozřejmě spojené hrozící komplikace a rizika, která převažují nad riziky spojené se spontánním porodem.

Zdání na první pohled může klamat. Přestože porod císařským řezem se nám zdá, jako porod bez bolesti, musíme pomýšlet na to, že se jedná o operaci, jako je každá jiná. Tudíž provedení porodu v anestezii, je sice bezbolestné, ale musíme si uvědomit následky, které můžou být s tím spojené. Bolest spojená s procesem hojení, delší rekonvalescence, možné komplikace týkající se operačního výkonu aj. (Chmel, 2008).

Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně

Úmluva na ochranu lidských práv a biomedicíně je mezinárodní smlouvou upravující práva pacientů související s medicínou, léčbou a výzkumem. Česká republika tuto úmluvu přijala v roce 2001, o 4 roky později než státy Rady Evropy. Jejím účelem je vytvoření práv pacientů a zároveň tak i povinností poskytovatelů zdravotních služeb. Tato úprava je nadřazena všem vnitrostátním pramenům práva (ústava, zákony, vyhlášky aj.).

Vybrané články z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně:

Nadřazenost lidské bytosti: *„Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.“* – Článek 2

Tento článek tedy pojednává o tom, že pacient nemůže být léčen či podroben výzkumu bez svého souhlasu.

Profesní standardy: *„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“* – Článek 4

Postup při poskytování zdravotní péče musí být *lege artis.*

Souhlas: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“* – Článek 5

Poskytnutí informovaného souhlasu jsou v českých podmínkách dále upraveny zákonem o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.).

Stav nouze vyžadující neodkladná řešení: *„Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.“* – Článek 8

Dříve vyslovená přání: *„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“* - Článek 9

Ochrana soukromí a právo na informace: *„Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv.“*- Článek 10 (Úmluva o lidských právech a biomedicíně).

3 SPONTÁNNÍ POROD

„Kult utrpení je jen omyl a ignorace. Naše zaslepenost a rezignace. Tento druh utrpení není k ničemu, pramení z nedostatku naší inteligence. Přirozený porod – narození dítěte bez násilí – je toho důkazem“ Frederic Leboyer (Marek, 2002).

Definice spontánního porodu

Jedná se o děj, kdy dochází k vypuzení plodového vejce, tím je na mysli plod, placenta, pupečník, plodová voda a plodové obaly. Porozený plod je novorozenec se známkami života nebo bez známek života s porodní hmotností 1000 g a více. Známkami života rozumíme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku. Pro porod živě narozeného plodu je důležitější výše zmíněné známky života než samotný týden ukončení těhotenství nebo hmotnost plodu (Roztočil, 2008).

Historický pohled na definici spontánního porodu: spontánní porod je přirozený akt, během kterého žena nepotřebuje o nic více pomoci než jakákoliv jiná samice zvířete. Vyskytuje se zde skutečnost, že žena, která pochází z nižších vrstev, rodí mnohem snáze než žena z vyšších vrstev. Je to přirozeně dáno jejich zámožností a rozmazleností (Neumann, 1932).

3.1 Průběh spontánního porodu

„Žena bez bříška je jako nebe bez hvězd“ Arabské přísloví (Marek, 2002).

Porod je proces, při kterém dojde k vypuzení plodového vejce. Plodové vejce obsahuje plod, placentu a plodové obaly. Porodem se myslí: porození živého novorozence o hmotnosti 500 g a více, porození živého novorozence o hmotnosti méně než 500 g, pod podmínkou jeho přežití 24 hodin nebo porození mrtvého novorozence o hmotnosti 1000 g a více. Pokud je plod nižší váhy, nejedná se o porod ale o potrat (Slezáková, 2011).

Potratem tedy rozumíme ukončení těhotenství ženy, kdy plod neprojevuje ani jednu ze známek života, jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a nelze zjistit, zda trvání těhotenství bylo kratší než 28. týdnů. Dále potratem rozumíme okolnosti, za kterých plod projevuje alespoň jednu známku života, jeho porodní váha je nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin. A třetí definicí potratu rozumíme, pokud šlo o ukončení mimoděložního těhotenství nebo šlo o UPT (Pavlíková, 2011).

Průběh porodu dle časového hlediska se rozděluje na tři, někdy čtyři doby porodní.

První doba porodní, otevírací doba

Jedná se o dobu, která je přípravnou fází pro porod plodu. Během ní dochází k dilataci hrdla a vytváří se tak branka. Pro začátek jsou charakteristické pravidelné děložní stahy, které nazýváme kontrakce. Pomocí kontrakcí je děloha v postavení kolmém k rovině pánevního vchodu a pomocí tohoto postavení je veškerá děložní činnost soustředěna ve směru porodních cest. Hrdlo prvorodiček je kónické, jeho dilatace začíná vytlačením hlenové zátky s následným kalichovitým otevíráním, kterému napomáhají kontrakce. Hrdlo je zašlé v případě, že dilatace překročila zevní ústí cervikálního kanálu. U vícerodiček probíhá dilatace ve všech rovinách hrdla současně. Nejpřirozenějším dilatátorem je vak blan naplnění plodovou vodou. Pokud dojde k odtoku plodové vody před zánikem branky, tuto funkci zastane hlavička plodu. První doba porodní končí zánikem branky (Kobilková, 2005).

První doba porodní je nedůležitější pro somatickou a psychickou přípravu rodičky a případnému jejímu doprovodu. Tato doba se také nazývá dobou otevírací. Trvá zhruba 6 - 12 hodin u primipary a u vícerodičky se tato doba může zkrátit na 3 – 9 hodin. Je tedy nejdelší porodní dobou (Slezáková, 2011).

V tomto období dochází k symbióze matky s plodem. Dítě je citlivé k psychickému i fyzickému rozpoložení matky, dokonce vnímá i samotné pocity, které má matka k němu samotnému. Pokud je toto období harmonické, dojde k vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, ten zajišťuje jistotu i v dalším životě. V případě nechtěného dítěte nebo jeho odmítnutí je vytvořen základ pro deprese a špatné životní postoje. Pokud tlak v první době porodní trvá déle než 12 hodin, má negativní vliv na psychiku dítěte (Juříková, 2007).

Druhá doba porodní, doba vypuzovací

Druhá dobu porodní začíná zánikem branky a končí porozením plodu. Děložní kontrakce jsou silnější, doba mezi jednotlivými kontrakcemi se zkracuje a jejich trvání prodlužuje. Vstup hlavičky plodu je za fyziologických podmínek tak, že se sníží záhlaví a tím je bradička plodu přitažena k hrudi. Hlavička prochází pánevním vchodem, šíří až do úžiny, kde je největší odpor tvořený pánevním dnem. V této fázi dochází k vnitřní rotaci hlavičky a poté co je hlavička zrotovaná opouští pánevní východ. Záhlaví se opírá o stydkou sponu a obličej plodu je stočen směrem k zadní stěně pochvy (Kobilková, 2005). Když hlavička naléhá na poševní vchod, dojde ke zvýšení tlaku na hráz (perineum) a následuje prořezávání hlavičky (Slezáková, 2011). V okamžiku, kdy se porodí obličej, dojde k zevní rotaci a to k pravému nebo levému stehnu matky. Rotací dojde k porození ramének, následuje porození trupu plodu a končetin (Kobilková, 2005). Posledním krokem je přestřižení pupečníku. Před samotným přestřižením musíme zaškrtit prostor dvěma

peány, mezi kterými následně nůžkami přerušíme pupečník. Dítě přikládáme okamžitě k prsu matky a snažíme se o první přisátí. Pokud ovšem nenastanou komplikace (Roztočil, 2008).

Časové rozhraní této doby je u prvorodiček zhruba hodinu, u více rodiček 20 až 30 minut. Kontrakce se vyskytují asi každé 2 až 3 minuty a jejich trvání je zhruba 60 – 90 sekund (Slezáková, 2011).

Pocity dítěte během této fáze jsou nepříjemné, jelikož je v pasivním postavení a je nuceno vyčkávat. Dále je na něj vyvíjen tlak, který u plodu může stimulovat odolnost. Samotný porod je náročnou situací nejen pro matku, ale i pro dítě. Pokud se v této fázi vyskytnou komplikace, může to mít za následek koktavost, psychosomatické potíže a také vliv na budoucí sexuální život (Juříková, 2007).

Třetí doba porodní

Začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty, proto jej také nazýváme dobou k lůžku. Během porodu hlavičky plodu se aplikuje intravenózně uterotonikum. Tím se zajistí aktivní vedení třetí doby porodu, která tak trvá 5 až 10 minut. Chvíli po porodu se děloha začíná kontrahovat, tím se zpřetrhají uteroplacentární septa a cévy a dochází k odloučení placenty od stěny dělohy. Po porodu lůžka je důležité jej prohlédnout a ujistit se o jeho celistvosti (Kobilková, 2005).

Dítě je provázeno při porodu mnoha smyslovými změnami, kdy mají bezesporu kladný vliv na dítě pozitivní vjemy. Těmi jsou tlumené světlo, tiché prostředí a bezprostřední kontakt s matkou po porodu. Dítě by ji mělo být přiloženo na břicho ještě dříve, než je přestřižen pupečník. Při nekomplikovaném průběhu je postaven pevný základ pro mentální dospělost a odpovědnost. Pokud nastane komplikovaný případ, častěji jsou shledávány příznaky jako sklíčenost a přílišné odevzdání (Juříková, 2007).

Čtvrtá doba porodní, doba poporodní

Čtvrtá doba porodní trvá po fyziologickém porodu 2 hodiny. Rodička společně s novorozencem zůstává po tuto dobu na porodním sále. Je důležité kontrolovat její fyzický stav, krvácení, děložní retrakci, ale i psychickou pohodu. Pokud v tomto období nedojde ke komplikacím, nedělka může být převezena na oddělení šestinedělí (Slezáková, 2011).

3.2 Možné komplikace v průběhu spontánního porodu

Těhotenství a porod jsou základními životními pochody, které zajišťují zachování lidského rodu. Patří tedy mezi fyziologické procesy, pouze v malém procentu případů vznikají komplikace, které ohrožují zdraví a život matky nebo jejího dítěte. Hranice, kdy z fyziologického porodu se stane patologický, je velice tenká. Zásadní rozhodnutí o vedení porodu závisí na porodníkovi, které je v souladu s názorem rodičů. Rozhodnutí by mělo vést k minimalizaci rizikům pro plod i matku (Štembera, 1999; Hájek, 2004).

Poruchy mechanismu I. doby porodní

Do poruch první doby porodní řadíme poruchy naléhání velké části plodu, předčasný odtok plodové vody a poruchy vypuzovacích sil.

Do poruchy naléhání velké části plodu se řadí asynklitismus, označení pro nerovnoměrné vstupování hlavičky do pánevního vchodu. Vysoký přímý stav je další poruchou, která je poměrně vzácná. Při této poruše dochází k naléhání hlavičky na pánevní vchod svým šípovým švem v přímém průměru. Příčinou této poruchy je zúžená pánev (Kobilková, 2005).

Předčasný odtok plodové vody je považován za začátek porodu či potratu. Vzniká rupturou vaku blan a detekce plodové vody je velice důležitá v rozhodování o následném postupu. Nejčastěji se provádí zkouška Temesvaryho roztokem, ta je založena na změně pH pochvy, které se po odtoku změní z kyselého na zásadité (Měchurová, 2004).

Poruchy vypuzovacích sil jsou hlavně poruchy děložní činnosti. Pro hyperkinetickou poruchu (nadměrnou děložní činnost) jsou typické tyto příznaky: nadměrná děložní činnost, hyperaktivita a nadměrný vzestup bazálního tonu. Při dlouhotrvajících kontrakcích může plod trpět nedostatkem kyslíku a živin. Opačnou poruchou je hypokinetická děložní činnost, která je charakteristická nízkou amplitudou kontrakcí a jejich sníženou frekvencí. Děložní hypoaktivitu lze dělit na primární, kdy je od počátku nedostatečná činnost děložní a sekundární, kdy se zpočátku porod vyvíjí dobře, ale v jeho průběhu dojde k ochabování děložní činnosti, zřejmě vyčerpáním děložního svalu (Peschout, 2008).

Poruchy mechanismu II. doby porodní

Hlavními poruchami v druhé době porodní jsou hluboký příčný stav hlavičky a porucha porodu ramének. První ze zmíněných poruch je abnormalita vnitřní rotace hlavičky. Dochází k uvíznutí hlavičky mezi úžinou a východem se šípovým švem v příčném průměru (Roztočil, 2008). Porucha porodu ramének (dystokie ramének) vzniká

zachycením raménka o symphysis pubis. Podezření na tuto komplikaci je porození hlavičky s buclatou tváří a dvojitou bradou, snaha je o co nejšetrnější porození ramének a to skloněním hlavy plodu a tlakem na fundus (Kobilková, 2005).

Nepravidelnosti III. doby porodní a poporodního období

Nepravidelnosti třetí doby porodní jsou spjaté s krvácením, lze jím předcházet aplikací uterotonik během druhé doby porodní.

Třetí doba je charakteristická odloučením placenty. Pokud se placenta neodloučí do jedné hodiny po aplikaci uterotonik, lze mluvit o poruše. Nejčastěji je tato porucha způsobená nedostatečnými kontrakcemi spolu s vyčerpáním děložní svaloviny. Snaha je do mechanismu nikterak nezasahovat, pouze v případě pokud dochází ke krvácení a odlučování trvá déle než hodinu. Pokud i po hodinovém intervalu nedochází ke změně, přistupuje se k manuálnímu vybavení lůžka a téměř vždy s instrumentální revizí.

Pokud dojde k odloučení lůžka, stále se může vyskytnout porucha vypuzování. Principem je uskřinutí placenty vzniklé spasmem v oblasti vnitřní branky.

Při absolutním vypuzení lůžka dochází za fyziologických podmínek k rychlé retrakci a k ligatuře cév. Pokud ovšem nedojde k tomuto mechanismu a cévy jsou nadále nedostatečně uzavřeny, je následkem krvácení. Krevní ztráta v rozpětí 300 ml až 500 ml je charakteristické pro hypotonii. Ztráta nad 500 ml je označována jako atonie děložní. Léčba spočívá v několika krocích, těmi základními jsou: aplikace uterotonik, masáž dělohy, aplikace chladu, prevence šoku a DIC, léčba infekce a tamponáda pochvy (Roztočil, 2008).

Porodní poranění

Porod může být spojený i s poraněním rodidel. Nejčastějším poraněním jsou trhliny, které mohou postihnout děložní hrdlo, tělo, pochvu a hráz.

Trhliny (*ruptury*) hrdla děložního se vyskytují téměř u všech spontánních porodů. Drobné trhliny se dobře hojí a obejdou se většinou i bez ošetření. Větší trhliny se mohou dále šířit do kleneb poševních, takové poranění už je život ohrožující. Prevencí je dostatečně dozrálé hrdlo děložní před indukcí porodu a zamezení tlačení rodičky před zajitím branky.

Trhliny pochvy jsou často v souvislosti s poraněním okolních orgánů, jako je vulva či hráz. Trhlina nemusí být vždy ve všech jejích vrstvách, někdy zůstane sliznice neporušená a tím může dojít k hromadění krve mezi poševní stěnou a fascia pelvina. Prevencí je včasná episiotomie.

Trhliny vulvy a hráze. Drobné trhliny na vulvě není třeba ošetřovat, pokud nedochází k výraznému krvácení při poranění crura clitoridis. Poranění hráze je nejčastějším poraněním, obvykle postihující všechny vrstvy hráze a část pochvy. Příčinou bývá špatné chránění hráze, překotný porod a velikost plodu. Poškození hráze má tři stupně. Tím prvním stupněm poškození je poranění kůže hráze a pochvy, bez poškození svalů. Druhý stupeň zahrnuje poškození kůže, podkoží, svalstvy perinea, poškození sliznice a podslizničního vaziva pochvy. Pro třetí nejrozsáhlejší poranění je charakteristická trhlina s poškozením zevního svěrače konečníku.

Trhliny těla děložního se nachází na stěně děložní. K tomuto poškození může dojít už během těhotenství, ale spíš se jedná o vzácný výskyt. Četnější ruptury jsou právě během porodu. Samovolné trhliny nejčastěji vznikají v místě jizvy po předchozí operaci a to v důsledku zvýšeného intrauterinního tlaku během kontrakcí (Roztočil, 2008).

Kritické situace

Jedná se o závažné stavy, které ohrožují rodičku na životě, proto je nesmírně důležité poskytnutí včasné první pomoci.

Embolie, vmetek. Má trojí původ. Tromboembolie je vmetek krevní sraženiny. Je charakteristický tachykardií subfebrilií a neklidem. Prevencí je důkladná příprava, komprese dolních končetin, medikamentózní opatření a poporodní rehabilitace. Embolie plodovou vodou se řadí mezi vzácné komplikace, ale má fatální následky. Je řešitelná pouze časně. Třetí variantou je vzduchová embolie. Principem je vniknutí většího množství vzduchu do cév, přes dolní dutou žílu a pravé srdce do arteria pulmonalis.

Hypovolemický šok - jeho typickými průvodními projevy je pokles krevního tlaku bez krvácení z rodidel. Vzniká okamžitě po porodu. Jedná se o nedostatek krve přivádějící kyslík pro mozek a tělo. Hemoragický šok vzniká hlavně u komplikovaných operativních výkonů. Základní terapeutický přístup k šoku je zajistit žilní vstup, infuzní terapie, protišoková opatření, zajištění dýchacích cest a zároveň odstranit vyvolávající příčinu.

Selhání kardiovaskulárního systému je hlavně na základě vad srdce, které mohou být vrozené i získané. Důležité je včasně vyhledat kardiopatii a na základě charakteru srdeční vady dál rozhodnout o způsobu vedení porodu.

Krvácení do centrálního nervového systému je četnější u žen s chorobami spojenými s hypertenzí. Největší ohrožení pro dotyčné ženy je v druhé době porodní. Typicky se projevuje příznaky šoku, bezvědomím a asymetrií zorniček (Kobilková, 2005).

4 SPONTÁNNÍ POROD KONTRA POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

Vaginální porod je biologicky labilním procesem. Tento proces je dán hlavně pístovým fenoménem, vztahem mezi kontrakcemi a prokrvením, poruchami odlučování a vypuzování plodového lůžka. Mezi rizika vaginálního porodu řadíme větší krevní ztráty, rupturu konečníku, porušení pánevního dna a s ním často spojenou inkontinenci moči, flatů a stolice. Dalším nepodcenitelným rizikem je prolaps rodidel, který může mít za následek problémy v pohlavním životě. Během porodu je také možný přenos infekčních chorob mezi matkou a novorozencem. Vaginální porod je spojen s výraznou bolestí, stresem a vyčerpáním, což může být důvodem pro vznik traumatu pro labilní rodičky.

Císařský řez je děj, při kterém dochází k obcházení porodních cest. Rozpor pro a proti ze strany porodníka a pojišťovny. Pro porodníka se jedná o výkon, který je časově méně náročný než vedení samovolného porodu. Proti se staví pojišťovny, pro které je vedení porodu císařským řezem otázkou hlavně financí. Jeho hlavními výhodami jsou krátký čas, bezbolestnost a neporušenost pánevního dna. Císařský řez má nespočet výhod v patologických situacích, snižuje rizika u hypoxického plodu a uplatnění najde v akutních situacích. Ale každá operace nese svá rizika a komplikace, jak již bylo zmíněno. Při opakovaných sekcích se vyskytuje riziko ruptury dělohy v jizvě, možnost vzniku placentae accretae, tromboembolické příhody a vznik nitrobřišních synechií (Doležal, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Úvod

Ve své bakalářské práci, která nese název „Císařský řez na přání – ano či ne“, se zabývám zájmem žen o dobrovolné podstoupení tohoto zákroku. Z mé pozice vidím toto téma, jako velice aktuální a sama jsem byla zvědavá na výsledky mého šetření, jelikož názory mého blízkého okruhu se velice lišily. Při zpracovávání jsem byla překvapená kolik žen je informováno, byť jen, o problematice jakéhokoliv operačního výkonu.

V empirickém šetření, které jsem realizovala formou kvantitativního výzkumu, jsem zvolila jako techniku sběru dat dotazník, který se nabízel jako nejvhodnější. Dotazník byl sestaven na základě stanovených cílů, které byly na základě konzultace s vedoucí práce Mgr. Miluší Kulhavou.

Cílovou skupinou byly ženy v produktivním věku, které jednotlivě odpovídaly na sedmnáct otázek. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou graficky vyhodnoceny a slovně popsány. Dále se v empirické části zabývám porovnáním odpovědí žen z vesnice a z města, které znázorňuji pomocí tabulek. Toto zpracování obsahuje též slovní popis.

6 Výzkumný problém

Výzkumným problémem empirické části mé bakalářské práce je zjistit, zda mají ženy zájem o provedení císařského řezu na vlastní žádost. Zvolily by tedy ženy tuto možnost? A co by bylo příčinou toho, že by si tuto možnost zvolily? V případě, že by si ženy možnost vlastní volby porodu císařským řezem zvolily, měly by také zájem o vlastní volbu anestezie? A jaké anestezii by ženy daly přednost?

7 Cíle výzkumného šetření

Před sestavením dotazníku jsem si stanovila cíle, ke kterým jsem dospěla na základě dotazníkového šetření.

Hlavní cíl

Hlavním cílem je zjistit, zda respondentky mají zájem o porod císařským řezem na vlastní žádost.

Dílčí cíle

Na základně hlavního cíle jsem stanovila tři cíle dílčí.

Dílčí cíl číslo 1: Zjistit, jaké důvody by vedly respondentky k volbě porodu císařským řezem na vlastní žádost.

Dílčí cíl číslo 2: Zjistit, zda respondentky v případě volby porodu císařským řezem na vlastní žádost, mají zájem také o vlastní volbu anestezie.

Dílčí cíl číslo 3: Zjistit, jaký typ anestezie by respondentky zvolily.

8 Charakteristika výzkumného souboru

Pro můj výzkum jsem zvolila jeden výzkumný soubor. Cílovou skupinou byly ženy v produktivním věku. Celkem jsem oslovila 110 respondentek, hraniční spodní věk byl 15 let, horní hranici věku jsem nestanovila. Výzkumný soubor charakterizují první čtyři demografické otázky, které zjišťují věk, nejvyšší dosažené vzdělání, bydliště respondentek na vesnici či ve městě a zda pracují ve zdravotnické profesi. Ze 110 oslovených respondentek se mi vrátilo 82 hodnotitelných dotazníků. Celkem jsem tedy zpracovala 82 dotazníků, to znamená 90,2 % z původního počtu oslovených žen.

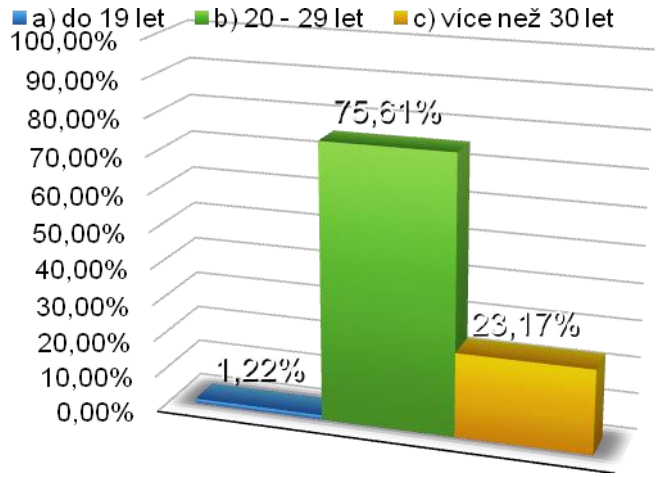
Vyhodnocení položky číslo 1

Věk: (a – do 19 let, b – 20-29 let, c – 30 let a více)

Tabulka č. 1 : Určuje věk respondentek

Možnosti	Relativní četnost - p_i	Absolutní četnost - n_i
a) do 19 let	1,22 %	1
b) 20 - 29 let	75,61 %	62
c) 30 let a více	23,17 %	19
celkem	100,00 %	82

Graf č. 1 : Určuje věk respondentek



První demografická otázka klasifikuje respondentky podle věku. Respondentky měly na výběr ze tří možností. První možnost do 19 - ti let byla zaškrtnuta jedenkrát (1,22 %). Druhá varianta 20 – 29 let byla zvolena 62 respondentkami, tvořily tak nejpočetnější skupinu (75,61 %). Poslední možnost byla zvolena 19 - ti respondentkami (23,17 %) a znamenala věk 30 let a nad 30 let.

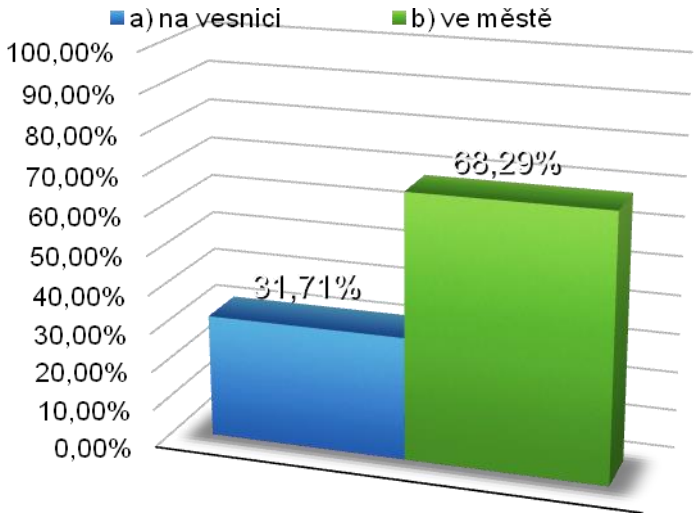
Vyhodnocení položky číslo 2

Bydlíte: (a – na vesnici, b – ve městě)

Tabulka č. 2 : Určuje místo bydliště respondentek

Možnosti	p_i	n_i
a) na vesnici	31,71 %	26
b) ve městě	68,29 %	56
celkem	100,00 %	82

Graf č. 2 : Určuje místo bydliště respondentek



Touto otázkou jsem zjišťovala bydliště respondentek. Měly na výběr ze dvou možností. První možností bylo bydliště na vesnici, tu označilo 26 žen, v procentuálním zastoupení to činilo 31,71 %. Bydliště ve městě, jako druhou možnosti volilo 56 žen, to činí 68,29 % z celku. Výsledkem mého hodnocení je, že téměř dvě třetiny respondentek pochází z města a jedna třetina pochází z venkovského bydliště.

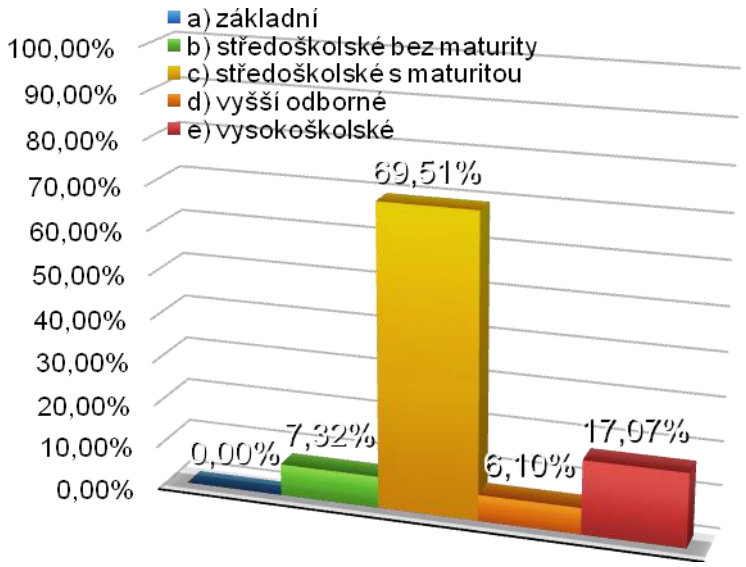
Vyhodnocení položky číslo 3

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: (a – základní, b – středoškolské bez maturity, c – středoškolské s maturitou, d – vyšší odborné, e - vysokoškolské)

Tabulka č. 3 : Určuje nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	p_i	n_i
a) základní	0,00 %	0
b) středoškolské bez maturity	7,32 %	6
c) středoškolské s maturitou	69,51 %	57
d) vyšší odborné	6,10 %	5
e) vysokoškolské	17,07 %	14
celkem	100,00 %	82

Graf č. 3 : Určuje nejvyšší dosažené vzdělání



Odpověď A uvádějící základního vzdělání neoznačila ani jedna z respondentek. Odpověď B, středoškolské vzdělání bez maturity, zvolilo 6 žen (7,32 %). Odpověď s nejpočetnějším množstvím odpovědí byla středoškolské s maturitou. Tuto variantu zvolilo 57 žen (69,51 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 5 žen (6,10 %) a poslední možností z nabídky bylo vysokoškolské vzdělání, které uvedlo 14 žen (17,07 %).

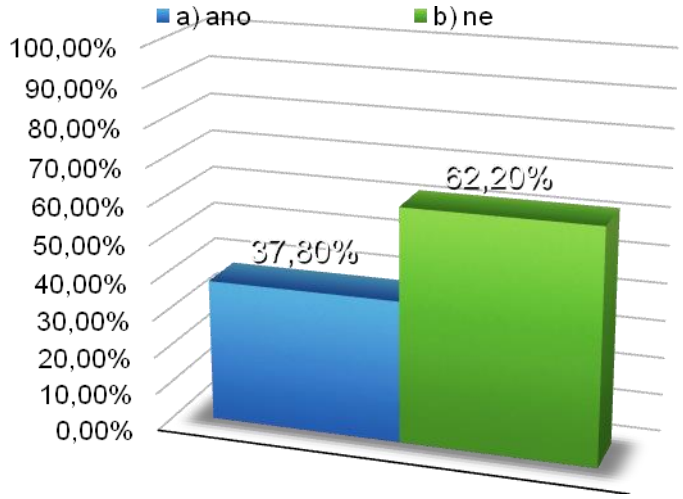
Vyhodnocení položky číslo 4

Pracujete ve zdravotnictví: (a – ano, b - ne)

Tabulka č. 4 : Určuje počet žen pracujících ve zdravotnictví

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	37,80 %	31
b) ne	62,20 %	51
celkem	100,00 %	82

Graf č. 4: Určuje počet žen pracujících ve zdravotnictví



Z celkového počtu respondentek uvedlo 51 žen (62,20 %), že nepracuje ve zdravotnictví. Zbylých 31 žen uvedlo, že jsou pracovnicemi ve zdravotnictví a tvoří tak 37,80 % z celku.

Nejčastější věkovou kategorií ve výzkumném souboru byly respondentky ve věku 20-29 let. Nejmenší skupinu tvořila jediná respondentka ve věku 19 – ti let. Téměř dvoutřetinovou skupinu tvořily ženy bydlící ve městě. Jako konečné základní vzdělání neuvedla ani jedna z respondentek, zato nejpočetnější skupinu tvořily respondentky se středoškolským vzděláním s maturitou. Ve zdravotnické profesi se pohybuje 31 dotázaných respondentek, zbylých 51 pracuje v nezdravotnických profesích.

9 Metodika výzkumného šetření

Kvantitativní výzkum je metoda pro sběr dat a jejím výsledkem je popsání zkoumané oblasti. Výhodou této metody je její jednoduchost a nenáročnost, proto je vhodná pro velké množství respondentů. Nejčastější formou je dotazník, kde lze jednoduše dospět k zodpovězení položených otázek a na jejich základě je použít pro další zkoumání či pro propagaci.

Pro zpracování empirické části jsem zvolila kvantitativní výzkum. Nástroj pro získání dat jsem zvolila nestandardizovaný dotazník, který obsahuje sedmnáct položek. Dotazník je anonymní a je postaven tak, aby odpověděl na stanovené cíle. V hlavičce dotazníku jsem se představila, upřesnila svůj obor studia a důvod mého výzkumu. Neopomněla jsem dodat, že dotazník je čistě anonymní a výsledky mého šetření budou použity do mé závěrečné práce.

Na začátku svého dotazníku mám stanovené 4 demografické otázky, které charakterizují výzkumný soubor. Zjišťuji věk, bydliště, vzdělání a poslední položka demografických otázek zjišťuje, zda respondentky pracují ve zdravotnictví. V dotazníku jsou dále použity otázky uzavřené – otázka č. 5, 7, 9, 15 a 17. Otázkou polouzavřenou je otázka č. 6. Otevřená otázky se nachází v dotazníku jen jedna, pod číslem 8. Otázka číslo 10 je otázkou filtrační s možností vícero odpovědí. Otázkou filtrační je otázka číslo 11, 12, 13 a 14. Otázka číslo 16 je otázkou filtrační s otevřenou odpovědí.

10 Průběh empirického šetření

Empirické šetření bylo realizováno v měsíci leden roku 2014. Oslovila jsem ženy z mého okolí, jak z velkých měst i vesnic. Dotazník byl zcela anonymní a byl rozeslán elektronickou formou pomocí webového dotazníku. Návratnost dotazníků jsem časově neomezila.

Tabulka č. 5: Tabulka návratnosti dotazníků

Celkem oslovených respondentek	110
Návratnost	82
Návratnost v procentech	90,20 %
Vyřazené dotazníky	0

11 Zpracování empirického šetření

Získané údaje z internetového dotazníku byly ve formátu CSV. Dále jsem získaná data zpracovávala pomocí počítačového programu Excel. Výsledky mého šetření jsem zpracovala formou tabulek a grafů, zkonstruované v programu Excel.

Jednotlivé položky v dotazníku jsou vyhodnoceny v tabulkách, kdy absolutní četnost je označena n_i a relativní četnost je označena p_i. Při výpočtu relativní četnosti jsem zaokrouhlovala počty na dvě desetinná čísla. Došlo k zaokrouhlování dle základních matematických pravidel. K zaokrouhlení dolů je v případě rozmezí nula až čtyři, zaokrouhlení nahoru je pak rozmezí pět až devět.

Grafy jsou vytvořeny pomocí sloupcového typu. Je zde barevné odlišení jednotlivých odpovědí a každý sloupec má nad sebou jeho vlastní procentuální zastoupení. Pod vyhodnocením jednotlivých položek je vždy slovní komentář.

12 Vyhodnocení a závěry empirického šetření

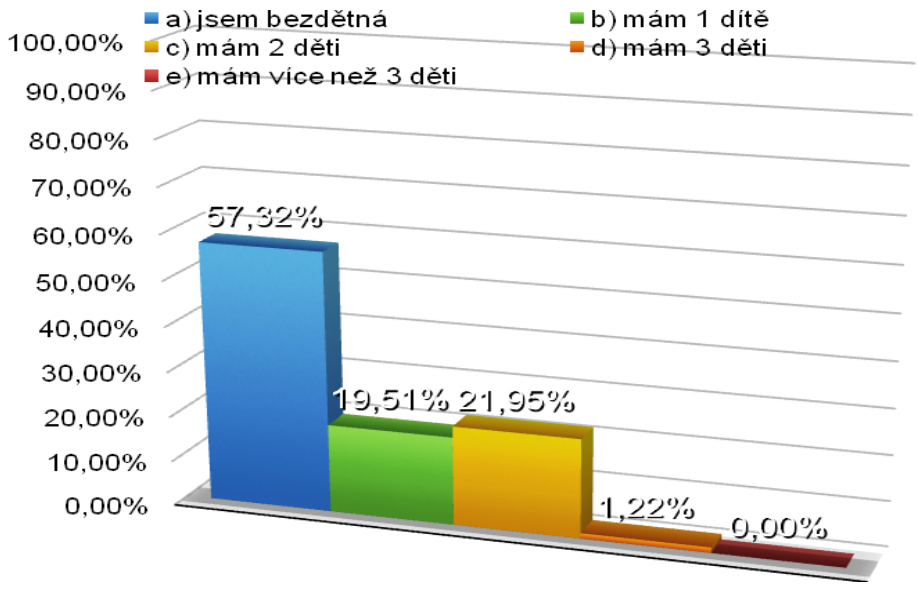
Vyhodnocení položky číslo 5

Kolik máte dětí: (a – jsem bezdětná, b – mám 1 dítě, c – mám 2 děti, d – mám 3 děti, e – mám více než 3 děti)

Tabulka č. 6 : Určuje počet dětí

Možnosti	p_i	n_i
a) jsem bezdětná	57,32 %	47
b) mám 1 dítě	19,51 %	16
c) mám 2 děti	21,95 %	18
d) mám 3 děti	1,22 %	1
e) mám více než 3 děti	0,00 %	0
celkem	100,00 %	82

Graf č. 5 : Určuje počet dětí



Touto otázkou jsem prošetřovala počet dětí respondentek. Variantu A, jsem bezdětná, volilo 47 žen (57,32 %). Druhou možností byla odpověď, mám jedno dítě, tu volilo 16 respondentek (19,51 %). 18 respondentek zvolilo třetí možnost, která označovala respondentku se dvěma dětmi. Celkem jich bylo 21,95 %. Jediná respondentka vybrala variantu: mám 3 děti, se zastoupením 1,22 %. Možnost, mám více než 3 děti, nevybrala žádná z respondentek.

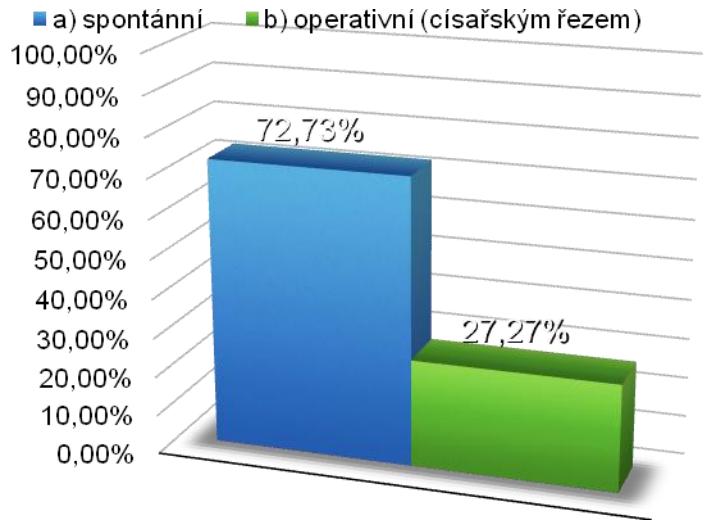
Vyhodnocení položky číslo 6

Pokud jste již rodila, jednalo se o porod: (a – spontánní, b – operativní (císařským řezem))

Tabulka č. 7a : Určuje počet spontánních a operativních porodů

Možnosti	p_i	n_i
a) spontánní	72,73 %	40
b) operativní (císařským řezem)	27,27 %	15
celkem	100,00 %	55

Graf č. 6a : Určuje počet spontánních a operativních porodů

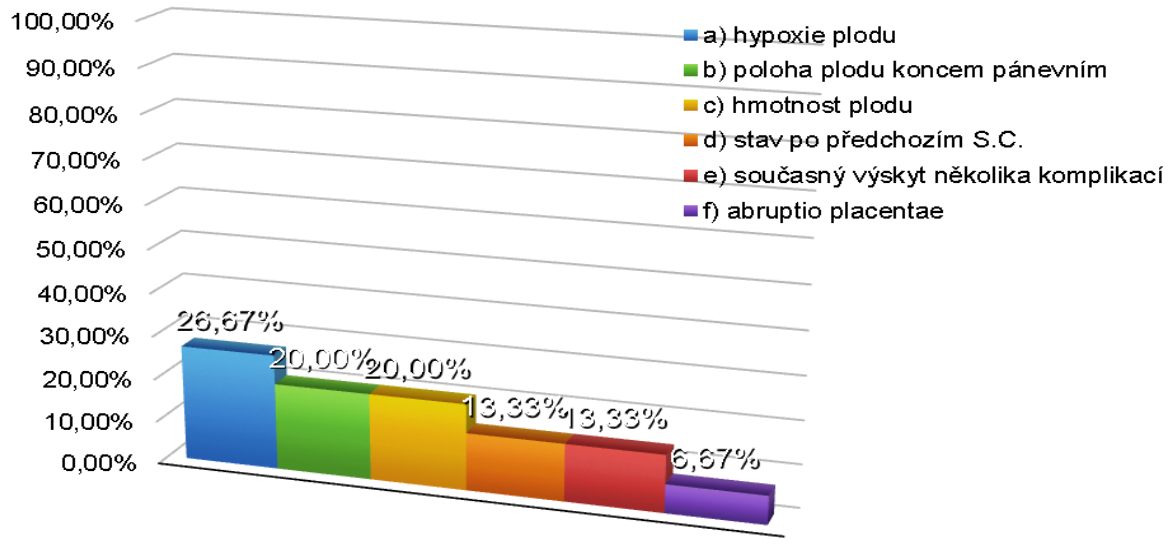


Počet odpovídajících respondentek na tuto otázku činilo 35. Porodů bylo celkem 55 (100 %), z toho 40 jich bylo spontánních (72,72 %). A 15 porodů bylo vedeno císařským řezem, tvořily tedy 27,27 %.

Tabulka č. 7b : Indikace k císařskému řezu

Možnosti	p_i	n_i
a) hypoxie plodu	26,67 %	4
b) poloha plodu koncem pánevním	20,00 %	3
c) hmotnost plodu	20,00 %	3
d) stav po předchozím s.c.	13,33 %	2
e) současný výskyt několika komplikací	13,33 %	2
f) abruptio placentae	6,67 %	1
celkem	100,00 %	15

Graf č. 6b : Indikace k císařskému řezu



Z celkového počtu 15 porodů vedeným císařským řezem, byly příčiny takto vedeného porodu následující: nejčastější indikací byla hypoxie plodu, ta se vyskytla v odpovědích čtyřikrát (26,67 %). Na druhé pozici se stejným procentuálním zastoupením (20,00 %) se umístily odpovědi poloha plodu koncem pánevním a hmotnost plodu. Třetí a čtvrtá odpověď má opět stejné procentuální zastoupení (13,33 %) stav po předchozím s. c. zvolily dvě respondentky a současný výskyt několika komplikací opět dvě respondentky. Abtuptio placentae zvolila jedna žena (6,67 %). V 15 – ti případech ženy rodily císařským řezem, to představuje při vyhodnocování této položky 100 %.

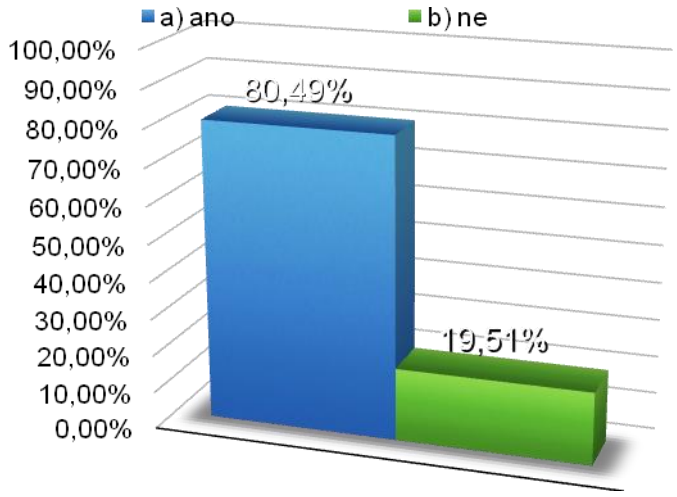
Vyhodnocení položky číslo 7

Slyšela jste někdy o „Císařském řezu na přání“: (a – ano, b - ne)

Tabulka č. 8 : Určuje počet respondentek, které slyšely o „Císařském řezu na přání”

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	80,49 %	66
b) ne	19,51%	16
celkem	100,00 %	82

Graf č. 7 : Určuje počet respondentek, které slyšely o „Císařském řezu na přání”



Většina žen zvolila odpověď A, která byla možností Ano, odpovědělo na ni 66 žen (80,49 %). Variantu Ne, udalo 16 respondentek (19,51 %).

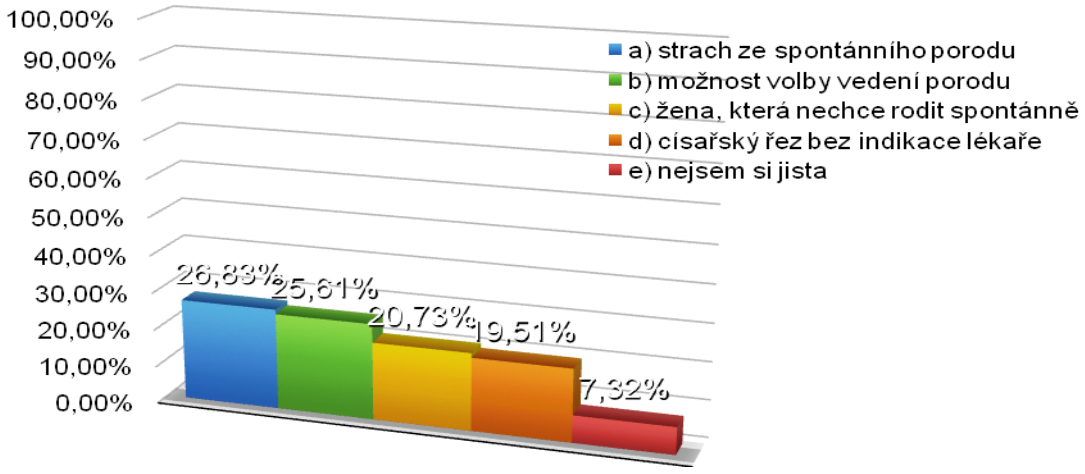
Vyhodnocení položky číslo 8

Co si představíte pod pojmem “Císařský řez na přání”

Tabulka č. 9 : Co si představíte pod pojmem “Císařský řez na přání”?

Možnosti	p_i	n_i
a) strach ze spontánního porodu	26,83 %	22
b) možnost volby vedení porodu	25,61 %	21
c) žena, která nechce rodit spontánně	20,73 %	17
d) císařský řez bez indikace lékaře	19,51 %	16
e) nejsem si jista	7,32 %	6
celkem	100,00 %	82

Graf č. 8 : Co si představíte pod pojmem “Císařský řez na přání”?



Při položení této otázky uvedlo 22 respondentek (26,83 %) že pod pojmem císařský řez na přání si představují strach ze spontánního porodu. 21 respondentek (25,61 %) si představují pod termínem možnost volby vedení porodu. Žena, která nechce rodit spontánně, takovou odpověď zvolilo 17 žen (20,73 %). V pro 16 žen (19,51 %) pojem představuje císařský řez bez indikace lékaře. 6 respondentek (7,32 %), si pod tímto termínem nepředstavují žádnou konkrétní odpověď, s významem nejsou jisté.

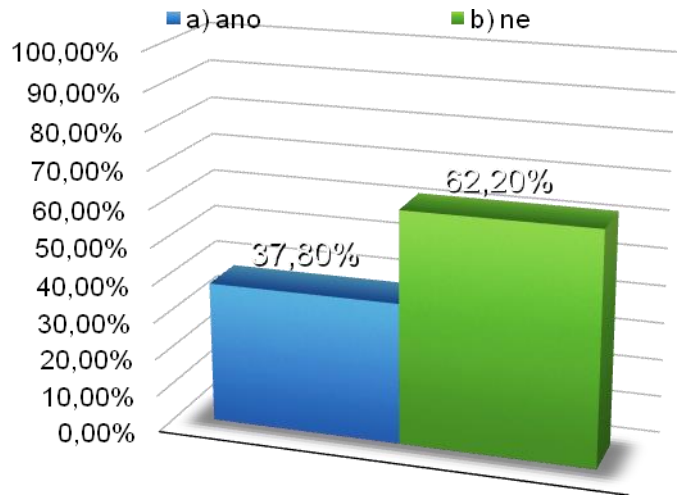
Vyhodnocení položky číslo 9

Podstoupila byste Vy sama "Císařský řez na přání": (a – ano, b - ne)

Tabulka č. 10 : Určuje počet respondentek, které by podstoupily „Císařský řez na přání"

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	37,80 %	31
b) ne	62,20 %	51
celkem	100,00 %	82

Graf č. 9 : Určuje počet respondentek, které by podstoupily „Císařský řez na přání"



Nejvíce dotazovaných žen odpovědělo na položenou otázku variantou B, tudíž Ne. Většinu tedy tvořilo 51 dotazovaných, v procentuálním zastoupení 62,20 %. Překvapivého výsledku dosáhla odpověď Ano. Tu zaškrtlo 31 žen a tvořily tak 37,80 % z celku.

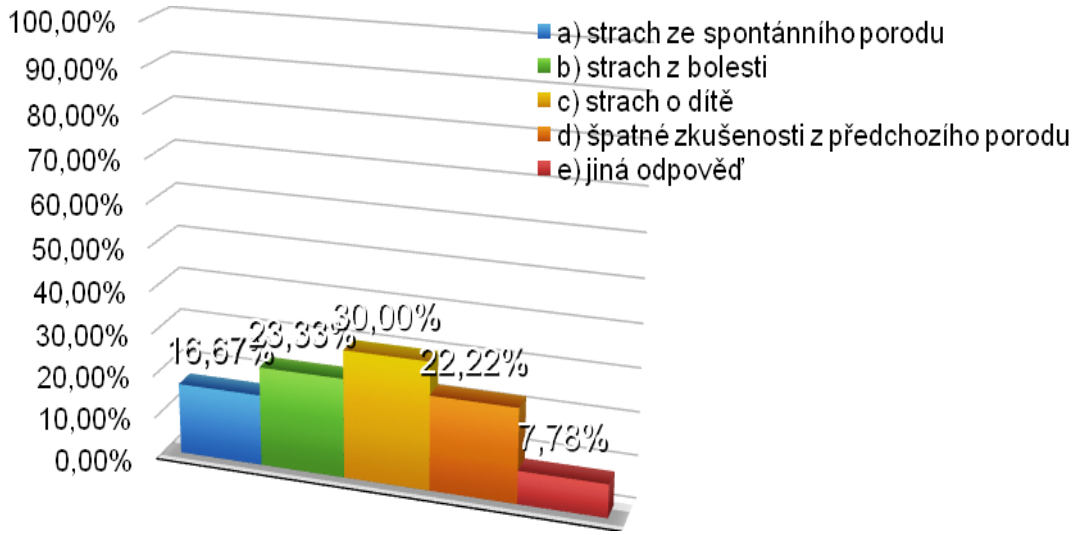
Vyhodnocení položky číslo 10

Jaký důvod by Vás k Vašemu rozhodnutí vedl (možnost vícero odpovědí): (a – strach ze spontánního porodu, b – strach z bolesti, c – strach o dítě, d – špatné zkušenosti z předchozího porodu, e – jiná odpověď)

Tabulka č. 11a : Určuje důvody vedoucí k rozhodnutí o podstoupení s. c. na přání.

Možnosti	p_i	n_i
a) strach ze spontánního porodu	16,67 %	15
b) strach z bolesti	23,33 %	21
c) strach o dítě	30,00 %	27
d) špatné zkušenosti z předchozího porodu	22,22 %	20
e) jiná odpověď	7,78 %	7
Celkem	100,00 %	90

Graf č. 10a : Určuje důvody vedoucí k rozhodnutí o podstoupení s. c. na přání.



V této otázce měly respondentky, které by zvolily císařský řez na vlastní přání, možnost výběru více odpovědí. Celkem odpovědí bylo 90, to jsem považovala za 100 %. 15 (16,67 %) respondentek zvolilo odpověď A, strach ze spontánního porodu. Strach z bolesti uvedlo 21 žen a tvořily tak 23,33 % z celku. Nepočetnější skupinou byla možnost

s odpovědí strach o dítě, její četnost byla 27 a tvořila rovných 30,00 %. Odpověď D označovala respondentky, které označily odpověď špatné zkušenosti z předchozího porodu. Na tu odpovědělo 20 žen, v procentuálním zastoupení 22,22 %. Jinou odpověď zvolilo 7 žen (7,78 %).

Jiná odpověď formou otevřené odpovědi. 5 respondentek (5,56 %) uvedlo odpověď, pouze v případě komplikací. Vlastní zdravotní důvody, které nejsou automatické k indikaci S. C., tato odpověď byla uvedena jednou respondentkou (1,11 %). Poslední z jiných možností zní: pozdější problémy s inkontinencí, zvětšení poševního vchodu, deformace genitálií, celý výčet odpovědí uvedla jedna respondentka, opět s procentuálním zastoupením 1,11% z celku.

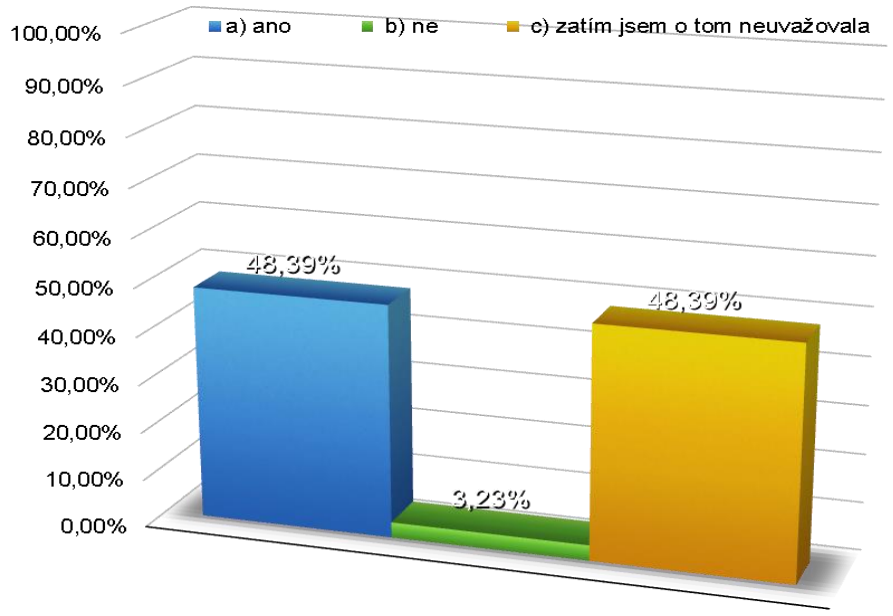
Vyhodnocení položky číslo 11

Pokud Vaše odpověď na otázku č. 9 zněla ano, podstoupila byste „Císařský řez na přání“ i přesto, že by tato služba byla zpoplatněna: (a – ano, b – ne, c – zatím jsem o tom neuvažovala)

Tabulka č. 12 : Určuje, zda jsou respondentky ochotné podstoupit výkon i v případě jeho zpoplatnění

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	48,39 %	15
b) ne	3,23 %	1
c) zatím jsem o tom neuvažovala	48,39 %	15
celkem	100,00 %	31

Graf č. 11 : Určuje, zda jsou respondentky ochotné podstoupit výkon i v případě jeho zpoplatnění



Ženy, které by byly ochotny zaplatit za provedení výkonu na přání, jsou v počtu patnácti respondentek, tvoří tak 48,39 %. Pouze 1 žena (3,23 %) by výkon v případě zpoplatnění nepodstoupila. Zbylých 15 žen (48,39 %) zatím neuvažovala nad tím, zda by výkon podstoupila i v případě zpoplatnění.

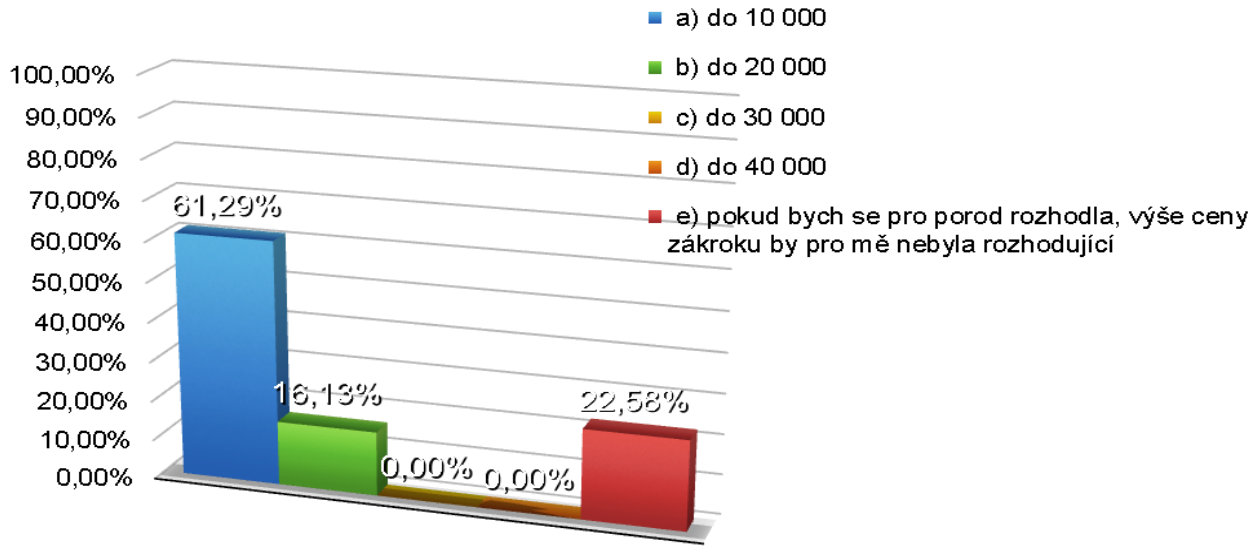
Vyhodnocení položky číslo 12

Do jaké výše byste byla ochotna tento zákrok zaplatit: (a – do 10 000, b – do 20 000, c – do 30 000, d – do 40 000, e – pokud bych se rozhodla, výše ceny zákroku by pro mě nebyla rozhodující)

Tabulka č. 13 : Určuje maximální cenu, kterou by respondentky byly ochotny zaplatit za výkon

Možnosti	p_i	n_i
a) do 10 000	61,29 %	19
b) do 20 000	16,13 %	5
c) do 30 000	0,00 %	0
d) do 40 000	0,00 %	0
e) pokud bych se pro porod rozhodla, výše ceny zákroku by pro mě nebyla rozhodující	22,58 %	7
Celkem	100,00 %	31

Graf č. 12 : Určuje maximální cenu, kterou by respondentky byly ochotny zaplatit za výkon



Možnost A, do 10 000 Kč, si vybralo 19 respondentek, tvoří tak 61,29 % z celku. Pro druhou nejpočetnější skupinu není výše ceny zákroku rozhodující. Tu tvoří 7 žen (22,58 %). Variantu B, do 20 000 Kč, zvolilo 5 žen v zastoupení 16,13 %. Cenu 30 000 Kč a 40 000 Kč si vybrala žádná z respondentek (0,00%).

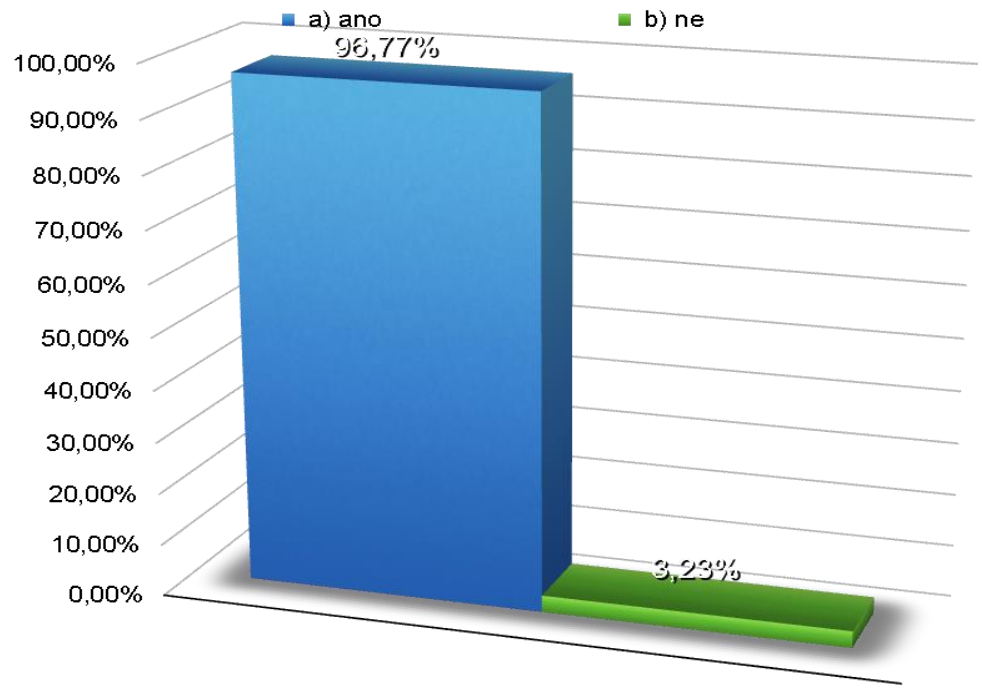
Vyhodnocení položky číslo 13

V případě možnosti měla byste zájem o volbu anestezie: (a – ano, b - ne)

Tabulka č. 14 : Informuje o zájmu respondentek o volbu anestezie

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	96,77 %	30
b) ne	3,23 %	1
celkem	100,00 %	31

Graf č. 13 : Informuje o zájmu respondentek o volbu anestezie



Respondentky měly téměř jednoznačný zájem o výběr anestezie v případě možnosti, a to 30 respondentek, to činí 96,77 % z celku. Pouze 1 z respondentek by o možnost výběru nestála (3,23 %).

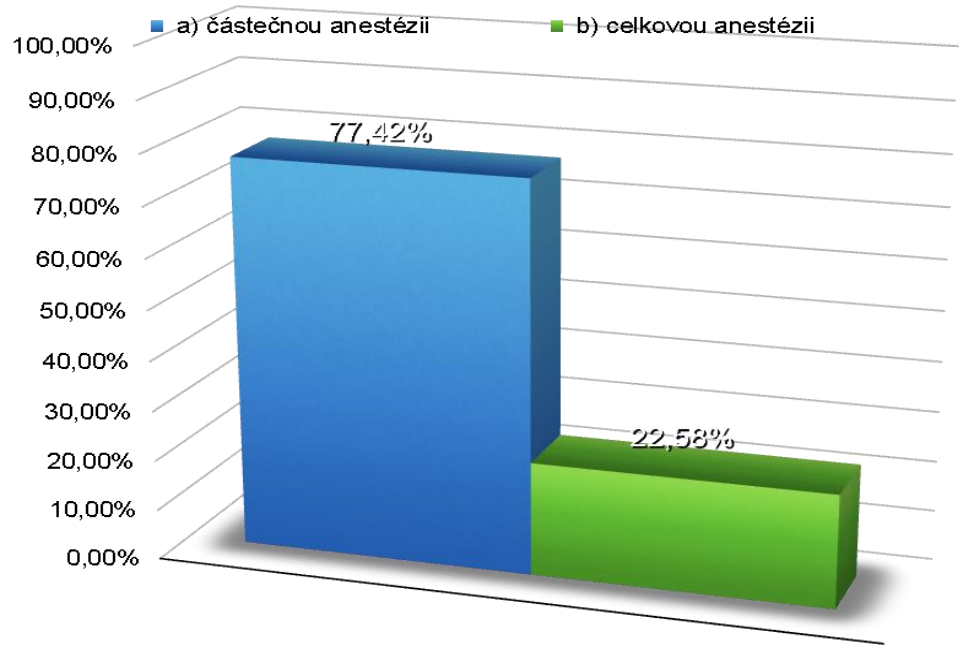
Vyhodnocení položky číslo 14

Jakou anestézii byste zvolila: (a – částečnou anestézii, b – celkovou anestézii)

Tabulka č. 15 : Určuje počet respondentek preferující částečnou čí celkovou anestezii

Možnosti	p_i	n_i
a) částečnou anestézii	77,42 %	24
b) celkovou anestézii	22,58 %	7
celkem	100,00 %	31

Graf č. 14 : Určuje počet respondentek preferující částečnou čí celkovou anestezii



Z celku odpovědělo 24 žen (77,42 %), že by dala přednost částečné anestezii před celkovou anestezií. Celkovou anestezii tedy volilo 7 žen (22,58 %).

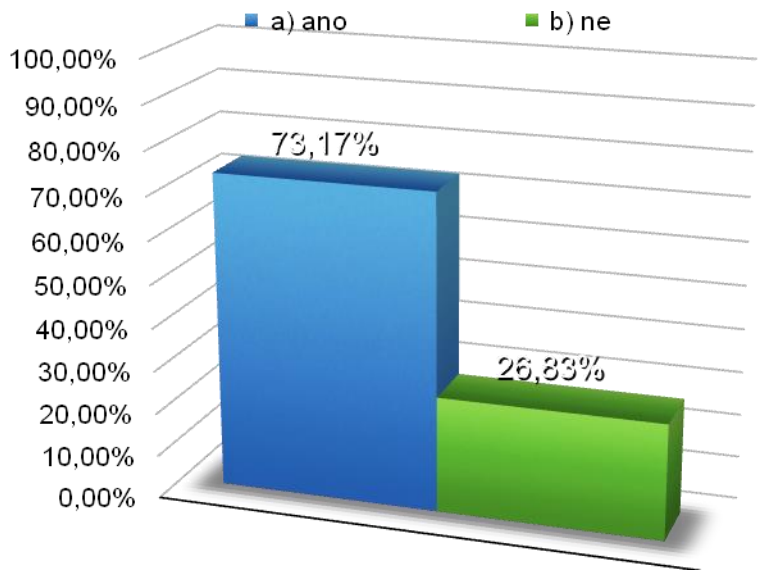
Vyhodnocení položky číslo 15

Znáte nějaké riziko při porodu císařským řezem: (a – ano, b - ne)

Tabulka č. 16 : Informuje o tom, zda respondentky znají nějaké riziko při porodu císařským řezem

Možnosti	p_i	n_i
a) ano	73,17 %	60
b) ne	26,83 %	22
celkem	100,00 %	82

Graf č. 15 : Informuje o tom, zda respondentky znají nějaké riziko při porodu císařským řezem



Na tuto otázku opět odpovídalo všech 82 respondentek (100 %). 60 z nich jich odpovědělo za A, variantu označující znalost rizik při porodu císařským řezem. Tvoří tak 73,17 %. Zbylých 22 respondentek označilo odpověď, že neznají rizika při tomto výkonu. Tvořily tak menšinu 26,83 % z celku.

Vyhodnocení položky číslo 16

Pokud jste na otázku č. 15 odpověděla ano, jaká rizika při porodu císařským řezem znáte:

Při zpracování této položky jsem zvolila vyhodnocení bez tabulky a grafu, pro jejich nepřehledné uspořádání. Tato položka je tedy vyhodnocena pouze slovním popisem.

Celkový počet respondentek v této položce je 60 žen. Nejpočetnější odpovědí, která se vyskytovala, bylo riziko infekce operační rány. Tu odpovědělo 35 respondentek, celkem vytvořily 24,31 % z celku. Druhou nejpočetnější odpovědí, bylo riziko krvácení, zvolena 27 respondentkami (18,75 %). 23 respondentek (15,97 %) se zmínilo o rizicích spojených s anestezií. Matky myslící na své potomky uvedly riziko poranění plodu, ta se po sečtení výsledků vyskytla dvanáctkrát (8,33 %). Poškození okolních orgánů bylo uvedeno devětkrát (6,25 %). Odpověď: delší nástup laktace, byla respondentkami zmíněna osmkrát (5,56 %). Odpověď: zhoršená rekonvalescence matky, uvedlo 7 žen (4,86 %). Odpověď: možné riziko ruptury při dalším těhotenství, opět uvedlo 7 respondentek (4,86 %). Pětkrát byla uvedena bolest spojená s operační ránou, to činí 3,47%. Čtyřikrát bylo uvedeno riziko embolie a se stejným počtem také pooperační srůsty, obě odpovědi tak získaly zastoupení po 2,78 %. Na poslední příčce se nachází zhoršená adaptace plodu, kterou uvedly tři respondentky (2,08 %).

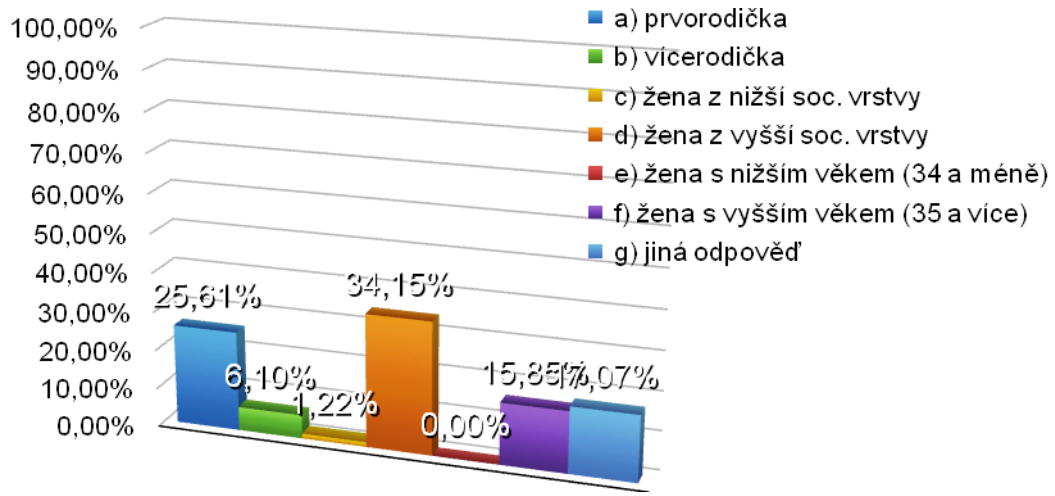
Vyhodnocení položky číslo 17

Jaká žena podle Vás by spíše žádala o „Císařský řez na přání“: (a – prvorodička, b – vícerodička, c – žena z nižší sociální vrstvy, d – žena z vyšší sociální vrstvy, e – žena s nižším věkem (34 a méně), f – žena s vyšším věkem (35 a více), g – jiná odpověď)

Tabulka č. 17 : Určuje ženy, které by pravděpodobně žádaly o „Císařský řez na přání“

Možnosti	p_i	n_i
a) prvorodička	25,61 %	21
b) vícerodička	6,10 %	5
c) žena z nižší soc. vrstvy	1,22 %	1
d) žena z vyšší soc. vrstvy	34,15 %	28
e) žena s nižším věkem (34 a méně)	0,00 %	0
f) žena s vyšším věkem (35 a více)	15,85 %	13
g) jiná odpověď	17,07 %	14
celkem	100,00 %	82

Graf č. 16 : Určuje ženy, které by pravděpodobně žádaly o „Císařský řez na přání“



Prvorodička byla respondentkami vybrána 21 - krát, vytvořily tak 25,61 % zastoupení z celku. Vícerodička byla zvolena pěti respondentkami (6,10 %). Jediná respondentka (1,22 %) zvolila možnost C, žena z nižší sociální vrstvy. Nejčastěji byla vybrána odpověď, žena z vyšší sociální vrstvy, a to 28 ženami, které vytvořily 34,15 % z celku. Žena s nižším věkem (34 a méně), nebyla vybrána žádnou z respondentek. Zato

odpověď F, žena s vyšším věkem (35 a více), byla zvolena 13 – ti respondentkami (15,85 %). Pod bodem jiná odpověď ženy vyjadřovaly svůj názor. Odpovědi respondentek jsem rozdělila do tří skupin. 6 žen zmínilo odpověď: žena, která měla vážně komplikace při prvním porodu. Tvořily tak 7,32 %. Nejsem si jista, tuto variantu zvolily 4 respondentky, v procentuálním zastoupení tak tvořily 4,88 % z celku. 4 respondentky vybraly více možností z nabídky, vytvořily tak zbylých 4,88 %.

Závěry

Tato kapitola je určená k shrnutí výsledků, ke kterým jsem dospěla díky mému dotazníkovému šetření.

Hlavní cíl empirického šetření

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo: *zjistit, zda mají ženy zájem o porod císařským řezem na přání*.

Z mého šetření tedy vyplývá, že ženy mají negativní postoj k porodu císařským řezem na vlastní přání. 51 respondentek (62,20 %) nemá zájem o provedení tohoto výkonu. Překvapujícím ale bylo, že 31 respondentek by v případě možnosti zažádala o porod s. c. na přání (37,80 %). Zajímavostí je, že i pokud by tento chirurgický výkon byl zpoplatněn, tak ve většině případů by jej respondentky podstoupily. Pouze 4 respondentky by jej nepodstoupily.

Dílčí cíle

Dílčí cíl číslo 1*: zjistit, jaké důvody by vedly respondentky k volbě porodu císařským řezem na vlastní žádost.*

Z mého výzkumu vyplývá, že nejčastějším důvodem, který by respondentky vedl k jejich rozhodnutí, činí strach o dítě (30,00 %), na druhé příčce pak strach z bolesti (23,33 %) a poslední, je strach ze spontánního porodu (16,67 %). Častou odpovědí byly i špatné zkušenosti z předchozího porodu. Tuto odpověď uvedlo 20 respondentek. Zvolení císařského řezu na přání by zvolilo 5 respondentek pouze v případě komplikací. Další odpovědi, které se u otázky vyskytly, byly: vlastní zdravotní důvody, které nejsou automatické k indikaci S. C., pozdější problémy s inkontinencí, zvětšení poševního vchodu a deformace genitálií.

Dílčí cíl číslo 2: *zjistit, zda respondentky v případě volby porodu císařským řezem na vlastní žádost, mají zájem také o vlastní volbu anestezie.*

O výběr anestezie by mělo zájem 92,68 % respondentek, které jsou pro možnost porodu císařským řezem na vlastní žádost. Pouze 6 respondentek by zájem o vlastní volbu anestezie nemělo.

Dílčí cíl číslo 3: *zjistit, jaký typ anestezie by respondentky zvolily.*

Celkový počet respondentek v této otázce činil 76 žen, z kterých 58 (76,32 %) žen by volilo částečnou anestezii. Zbylých 18 žen (23,68 %) by dalo přednost celkové anestezii.

DISKUZE

Faktem je, že ženy se musely s narozením potomka poprat od pradávna samy. Minimálně s pomocí kamarádky, sousedky a později porodní báby. Později ženy rodily v nemocnicích, ale to pouze při výskytu komplikací. Dnes je situace jiná. U císařského řezu se ohlížíme hluboko do historie. V roce 1500 došlo k prvnímu úspěšnému císařskému řezu u živé gravidní ženy. Od té doby se rozjela nová éra v porodnictví. S tím rozdílem, že dříve se spíše z náboženského hlediska přistupovalo k záchraně dítěte, než k záchraně matky. Vývoj lékařství měl za následek i změnu techniky této porodnické operace. Obrovským zvratem bylo zavedení antisepse, antibiotik a moderního šicího materiálu. Došlo k rozšíření indikací a tím nárůstu počtu výkonů. Císařský řez získal značku bezpečné operace, jelikož podvědomí rodiček o komplikacích bylo na nízké úrovni. V dnešní době jsou jakékoliv informace dostupné, což však neznamená, že jsou vždy kvalitní a plnohodnotné. Často je publikováno pouze množství benefitů císařského řezu, ale jeho komplikace a rizika už v takové míře nikoliv.

Domnívám se, že mnoho lékařů je ochotno provést císařský řez na přání, ale pod některou z lékařských indikací, tak aby vyšlo vstříc rodičce. Zda má být uzákoněno provedení císařského řezu na vlastní přání rodičky je tématem velmi sporným. Je mnoho dohadů proč ano a proč ne.

Výsledkem mé bakalářské práce je, že ženy převážně nemají zájem o možnost císařského řezu na přání. Ty ženy, které by jej podstoupily na přání, by ve většině případů byly ochotny za něj zaplatit. Podstoupení tohoto chirurgického výkonu přináší svá rizika a těch si je vědomo 60 respondentek z celkového počtu 82.

Bakalářskou práci jsem porovnávala s bakalářskou prací z roku 2010, která nese název *S. C. na přání*. Autorka této práce je Lucie Novosádová. Práce je vedena na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, fakultě humanitních studií. Charakter práce je teoreticko-empirický. V této práci byly dva výzkumné vzorky, široká veřejnost a lékaři. Výsledky mé bakalářské práce budu porovnávat s výsledky druhé práce, které se vztahovaly k výzkumnému souboru laické veřejnosti. Počet respondentek v mém šetření byl 82, v porovnávané práci jich byl celkový počet 133.

V mém dotazníku i v dotazníku druhé práce byly ženy dotazovány, zda slyšely o císařském řezu na přání. Převážná většina žen v porovnávaných pracích o volbě císařského řezu na přání rodičky slyšela. V mém případě o tom slyšelo 66 respondentek (80,49 %), v porovnávané práci 75 respondentek ze 133 (59,39 %). U otázky tázající se na typ anestezie, ženy v mém případě odpovídaly téměř svorně tak, že by volily anestezii částečnou, a to v 58 případech z 82 (76,32 %). Ve srovnání s druhou prací bylo

procentuální zastoupení žen, které by volily anestezii částečnou, menší. 78 respondentek (58,65 %) by volilo částečnou, zbytek pak celkovou (41,35 %). Na dotaz, zda by respondentka sama podstoupila S. C. na přání, odpovědělo v mém dotazníku 31 respondentek variantou Ano (37,80 %). Dotazované ženy v druhé práci odpovědělo Ano 61 respondentek (45,86 %). Důvod, který by vedl respondentku k jejímu rozhodnutí, je v mém případě nejčastěji strach o dítě, ve 30,00 %, to v porovnání bylo mnohonásobně vyšší. Ve srovnávané práci byl strach o dítě zvolen pouze 11 – ti respondentkami, které tak tvořily 8,27 %. Naopak variantou, která byla nejpočetnější v druhé práci, je strach z bolesti. Té se obává 57 respondentek (42,86 %) ze 133 dotázaných. V mém šetření jsem vyhodnotila, že strach z bolesti má 21 respondentek (23,33 %). Další porovnávanou je, zda ženy znají nějaké riziko císařského řezu. Mé výsledky ukazují, že ženy ze 73,17 % (60 respondentek) znají rizika císařského řezu. Zato v dotazníku, který jsem porovnávala, zná rizika 62 dotazovaných, ale 71 jich nezná žádné riziko. Což je 54,14 % (ze 133 respondentek) neinformovaných žen o rizicích S. C. Shodnou otázkou bylo i odůvodnění podstoupení chirurgického výkonu. V mém dotazníku nejčastější odpovědí byl strach o dítě v zastoupení celých 30 %. Následující shodnou otázkou bylo, která žena by pravděpodobně spíše zvolila S. C. na přání. Nejpočetnější odpovědi se v této položce liší. V mém výzkumu byla nejčetněji zvolena žena z vyšší sociální vrstvy, a to 28 respondentkami (34,15 %), zato v porovnávaném dotazníku byla zvolena odpověď prvorodička 42 respondentkami s 32,33% zastoupením.

Můj názor na porod císařským řezem na přání se liší dle mého úhlu pohledu. Můj první úhel pohledu na S. C. na přání nesouhlasí. Jelikož se domnívám, že narození dítěte spontánně je to nejkrásnější, co žena může cítit, prožívat všechny svoje pocity a úsilí, které s tím souvisí. Můj druhý úhel se domáhá práv, která každý pacient má. Jako je například respektování přání pacienta. V závěru ale převažuje názor, že S. C. by na přání prováděno být nemělo, jelikož bolest spojená s porodem je něco, čím by si měla projít každá hrdá matka.

Zajímavý náhled na trend rodit císařským řezem na žádost rodiček má přední český porodník docent MUDr. Pavel Calda, s kterým byl veden rozhovor na toto téma zveřejněný na dostupném internetovém portálu. V daném rozhovoru upřesňuje důvody, proč počet porodů císařským řezem stoupá, okrajově nás informuje o indikacích k císařskému řezu, dále srovnává plánovaný a neplánovaný císařský řez a mnohé další informace. V daném rozhovoru se také vyskytl dotaz ohledně skupiny žen, které chtějí císařský řez. Docent MUDr. Pavel Calda předpokládá, že se jedná o ženy úzkostlivější nebo těhotné se špatnou zkušeností z minula. Zmiňované je i téma, co kdyby se císařský řez prováděl jako nadstandartní služba. Odpověď zní jednoznačně, jelikož se jedná o rozsáhlou operaci s možnými komplikacemi. Docent MUDr. Pavel Calda se přiklání

k názoru, že nadstandard si představuje jinak. S tím souvisí i následující odstavec v článku pojednávající o přistoupení k S. C. na přání rodičky. Jelikož se jedná o operaci, je snaha o rozmluvení této myšlenky a samozřejmě o vysvětlení možných rizik nejen pro ni, ale i dítě. Poslední zmínkou je právo rodičky na možnost rozhodnout se sama, jakým způsobem bude porod veden. Striktní odpověď předního českého porodníka zní: „Ne.“ Jelikož se staví k názoru, že by porod měl být veden fyziologicky. Samozřejmě se tak nejedná, pokud lze předpokládat nějaké komplikace (Hátlová, 2010).

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato kapitola je věnována doporučení pro praxi na základě poznatků získaných v empirické části. Všechny návrhy mají stejný princip, jedná se o zvyšování informovanosti žen.

Prvním návrhem je zvýšení kvality a kvantity informací na internetu. Předpokládám, že internet je prvním zdrojem informací, který zvolí člověk každé vyspělé země. Skvělou variantou by bylo vytvořit internetové stránky přímo určené k danému tématu předními českými porodníky včetně jejich názorů a postojů k dané problematice. Vhodná by zde bylo zavést i diskuzní fórum pro ženy. Případně vhodné zajistit i konzultace s danými porodníky.

Dalším zdrojem, který by byl kvalifikovaný pro předávání informací z této problematiky, je praktický gynekolog. Možnost rozhovoru, konzultace a poskytnutí rad by bylo mnohem intimnější, než prostředí na internetu. A hlavní výhodu nese možnost rozvinutí rozhovoru a prodiskutování tématu do hloubky.

Nejen gynekologové, porodníci, ale v neposlední řadě mohou svými zkušenostmi přispět i porodní asistentky a duly. K neopomenutí jsou dále poradny, kde se může získat opět nepřeberné množství informací.

Vytvoření edukačního materiálu, brožurky, která by byla ženám dostupná v čekárnách prenatálních poraden.

ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem věnovala tématu císařský řez na přání.

V teoretické části jsem se zabývala jeho historií, indikacemi k císařskému řezu, metodami císařského řezu, anestezií a v neposlední řadě i možnými komplikacemi. Dále je popsán spontánní porod, jeho historie, průběh a možné komplikace. V závěru teoretické části je porovnání spontánního porodu a porodu císařským řezem.

Praktická část zjišťuje kvantitativním výzkumem, zda by ženy byly pro volbu císařského řezu na jejich vlastní přání. Hlavním cílem bylo zjistit zájem žen o S. C. na přání. Dílčí cíle zjišťovaly, jaké důvody by respondentky vedly k této volbě, zda v případě volby porodu císařským řezem na vlastní žádost, mají zájem také o vlastní volbu anestezie. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaký typ anestezie by respondentky zvolily. Výzkumným souborem byly ženy v reprodukčním období života.

Doufám, že svou bakalářskou prací jsem přispěla k většímu zamyšlení nad touto problematikou hlavně u laické veřejnost. Informace, které jsou v teoretické i praktické části jsou určené pro ženy přemýšlející nad volbou metody porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Binder, T. (2011). *Porodnictví.* (1. vyd., 297 s.) Praha: Karolinum.

Čech, E. (2006). *Porodnictví.* (2., přeprac. a dopl. vyd., 544 s., [2] s. barev. obr. příl.) Praha: Grada

Čech, E., Srp, B., Hájek, Z., & Maršál, K. (1999). *Porodnictví.* (1. vyd., 432 s.) Praha: Grada

Datta, S.; Kodali, B. S.; Segal, S. *Obstetric Anesthesia Handbook*, 5th ed.; Springer: New York, 2010.

Doležal, A (1998). *Technika porodnických operací.* (1. vyd., 231 s.) Praha: Grada

Doležal, A. (2007). *Porodnické operace.* (1. vyd., 376 s.) Praha: Grada.

Fotner, KB. Et al. (2007). *Johns Hopkins Manual of Gynecology and Ostretrics.* (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství.* (Vyd. 1. České, 443 s.) Praha: Grada.

Hátlová, P. (2010, July). Porodník Pavel Calda: Císařský řez na přání je věc diskutabilní. *Novinky.* Retrieved from http://www.novinky.cz/zena/deti/206640-porodnik-pavel-calda-cisarsky-rez-na-prani-je-vec-diskutabilni.html

Chmel, R. (2008) *Otázky a odpovědi o porodu.* (2., aktualiz. a dopl. vyd., 138 s.) Praha: Grada

Juříková, L. (2007). Psychologické prožívání porodu. *Sestra, 17,* 28-29 p.

Kobilková, J. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví.* (1. vyd., xv, 368 s.) Praha: Galén.

Komár, M. (2011). Umí ženy ještě rodit spontánně? *Sestra, 3,* 32-33 p.

Lomíčková, T. Změnily se indikace k císařskému řezu?. *Aktuální gynekologie a porodnictví* 2009, *1*, 42–44.

Macků, F., & Macků, J. (1998). *Průvodce těhotenstvím a porodem.*(1. vyd., 327) Praha: Grada.

Marek, V. (c2002). *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál : přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí.* (263 s.) Praha: Eminent.

Málek, J. (2011). *Praktická anesteziologie.* (1. vyd., 188 s.) Praha: Grada.

Neumann, S. (1932). *Dějiny ženy: populární kapitoly sociologické, etnologické a kulturně-historické.* (349 s.) Praha: Melantrich.

Novosádová, L. SC na přání. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 4. června 2010

Pavlíková, M. Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší?. *Zdravotnické noviny* 2011, *60*, 8.

Pařízek, A. (2002). *Porodnická analgezie a anestezie.* (1. vyd., 535 s.) Praha: Grada.

Roztočil, A. (2008). *Moderní porodnictví.* (1. vyd., 405 s.) Praha: Grada.

Slezáková, L. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* (1. vyd., 269 s., [8] s. barev. obr. příl.) Praha: Grada.

Svítek, M. *Základy anesteziologie, celková a místní anestézie, monitorace* [přednáška]. Praha: VFN 20. Února. 2014.

Vokurka, M., & Hugo, J. (2009). *Velký lékařský slovník.* (9. aktualizované vyd., xv, 1159 s.) Praha: Maxdorf.

Česká republika. Zákon o zdravotních službách. 2011. 372/2011 Sb. Dostupné také z URL <http://portal.gov.cz/zakon/372/2011>.

Česká republika. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In *Sbírka mezinárodních smluv*. 2001. 96/2001 Sb. m. s. Dostupné také z URL <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

atd.	a tak dále
aj.	a jiné
CTG	kardiotokografie
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
KRP	kardiopulmonální resuscitace
např.	například
př. n. l.	před naším letopočtem
s. c.	sectio caesarea
Str.	stránka
UPT	umělé přerušení těhotenství
UPV	umělá plicní ventilace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 : Určuje věk respondentek 31

Tabulka č. 2 : Určuje místo bydliště respondentek 32

Tabulka č. 3 : Určuje nejvyšší dosažené vzdělání 33

Tabulka č. 4 : Určuje počet žen pracujících ve zdravotnictví 34

Tabulka č. 5: Tabulka návratnosti dotazníků 35

Tabulka č. 6 : Určuje počet dětí 37

Tabulka č. 7a : Určuje počet spontánních a operativních porodů 38

Tabulka č. 7b : Indikace k císařskému řezu 39

Tabulka č. 8 : Určuje počet respondentek, které slyšely o „Císařském řezu na přání” 40

Tabulka č. 9 : Co si představíte pod pojmem “Císařský řez na přání”? 41

Tabulka č. 10 : Určuje počet respondentek, které by podstoupily „Císařský řez na přání“ 42

Tabulka č. 11a : Určuje důvody vedoucí k rozhodnutí o podstoupení s. c. na přání. 43

Graf č. 10a : Určuje důvody vedoucí k rozhodnutí o podstoupení s. c. na přání. 43

Tabulka č. 12 : Určuje, zda jsou respondentky ochotné podstoupit výkon i v případě jeho zpoplatnění 45

Graf č. 11 : Určuje, zda jsou respondentky ochotné podstoupit výkon i v případě jeho zpoplatnění 45

Do jaké výše byste byla ochotna tento zákrok zaplatit: (a – do 10 000, b – do 20 000, c – do 30 000, d – do 40 000, e – pokud bych se rozhodla, výše ceny zákroku by pro mě nebyla rozhodující) 46

Tabulka č. 13 : Určuje maximální cenu, kterou by respondentky byly ochotny zaplatit za výkon 46

Tabulka č. 14 : Informuje o zájmu respondentek o volbu anestezie 47

Tabulka č. 15 : Určuje počet respondentek preferující částečnou čí celkovou anestezii 48

Graf č. 14 : Určuje počet respondentek preferující částečnou čí celkovou anestezii 48

Tabulka č. 16 : Informuje o tom, zda respondentky znají nějaké riziko při porodu císařským řezem.....49

Tabulka č. 17 : Určuje ženy, které by pravděpodobně žádaly o „Císařský řez na přání“ 51

Graf č. 16 : Určuje ženy, které by pravděpodobně žádaly o „Císařský řez na přání“ 51

Seznam grafů

Graf č. 1 : Určuje věk respondentek 31

Graf č. 2 : Určuje místo bydliště respondentek 32

Graf č. 3 : Určuje nejvyšší dosažené vzdělání 33

Graf č. 4: Určuje počet žen pracujících ve zdravotnictví 34

Graf č. 5 : Určuje počet dětí 37

Graf č. 6a : Určuje počet spontánních a operativních porodů 38

Graf č. 6b : Indikace k císařskému řezu 39

Graf č. 7 : Určuje počet respondentek, které slyšely o „Císařském řezu na přání" . 40

Graf č. 8 : Co si představíte pod pojmem "Císařský řez na přání"? 41

Graf č. 9 : Určuje počet respondentek, které by podstoupily „Císařský řez na přání" 42

Graf č. 12 : Určuje maximální cenu, kterou by respondentky byly ochotny zaplatit za výkon 46

Graf č. 13 : Informuje o zájmu respondentek o volbu anestezie 47

Graf č. 15 : Informuje o tom, zda respondentky znají nějaké riziko při porodu císařským řezem 49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A dotazník

Příloha B obrázky

Příloha C typy řezů u hysterotomie

Příloha A

Milé dívky a ženy,

jmenuji se Skřivanová Eva a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V letošním roce jako součástí mé státní závěrečné práce je i obhajoba bakalářské práce na téma „Porod císařským řezem na přání – ano či ne.“ Prosím Vás o pravdivé vyplnění mého dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky budou použity v mé empirické části bakalářské práce.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci

Skřivanová Eva

1) Věk

a) do 19 let

b) 20 – 29 let

c) více než 30 let

2) Bydlíte:

a) na vesnici

b) ve městě

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a) základní

b) středoškolské bez maturity

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

4) Pracujete ve zdravotnictví?

a) ano

b) ne

5) Kolik máte dětí?

a) jsem bezdětná

b) mám 1 dítě

c) mám 2 děti

d) mám 3 děti

e) mám více než 3 děti

6) Pokud jste již porodila jednalo se o porod:

a) spontánní

b) operativní (císařským řezem), uveďte příčinu císařského řezu
……
……
……
……

7) Slyšela jste někdy o "Císařském řezu na přání"?

a) ano

b) ne

8) Co si představíte pod pojmem „Císařský řez na přání“?

….....
.....
.....
.....
.....

9) Podstoupila byste Vy sama „Císařský řez na přání“?

a) ano

b) ne

Otázky 10 – 14 jsou určeny pro ženy, které v otázce č. 9 zvolily možnost a) ano. Pokud Vaše odpověď byla b) ne, prosím přejděte k otázce č. 15., na kterou pak odpovídají všechny respondentky.

10) Jaký důvod by Vás k Vašemu rozhodnutí vedl? (Možnost vícero odpovědí)

a) strach ze spontánního porodu

b) strach z bolesti

c) strach o dítě

d) špatné zkušenosti z předchozího porodu

e) jiná odpověď : ……

11) Pokud Vaše odpověď na otázku č.9 zněla ano, podstoupila byste „Císařský řez na přání“ i přesto, že by tato služba byla zpoplatněna

a) ano

b) ne

c) zatím jsem o tom neuvažovala

12) Do jaké výše byste byla ochotna tento zákrok zaplatit?

a) do 10 000

b) do 20 000

c) do 30 000

d) do 40 000

e) pokud bych se pro porod rozhodla, výše ceny zákroku by pro mě nebyla rozhodující

13) V případě možnosti měla byste zájem o volbu anestezie?

a) ano

b) ne

14) Jakou anestézii byste zvolil(a)?

a) spinální (částečnou) anestézii

b) celkovou anestézii

15) Znáte nějaké riziko při porodu císařským řezem?

a) ano

b) ne

16) Pokud jste na otázku č.15 odpověděla ano, tak jaká:

……
……
……
……

17) Jaká žena podle Vás by spíše žádala o „Císařský řez na přání“?

a) prvorodička

b) vícerodička

c) žena z nižší soc. vrstvy

d) žena z vyšší soc. vrstvy

e) žena s nižším věkem (34 a méně)

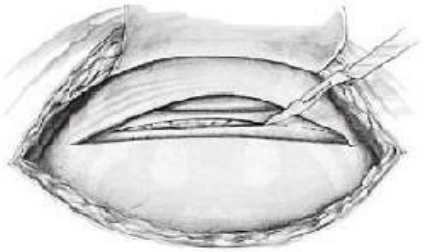
f) žena s vyšším věkem (35 a více)

g) jiná odpověď : ……

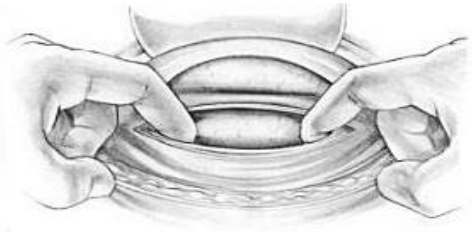
Příloha B

Obrázek číslo 1 - 7

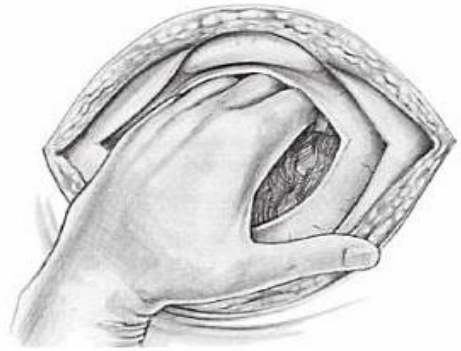
Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis



Obr. č. 1 provedení hysterotomie

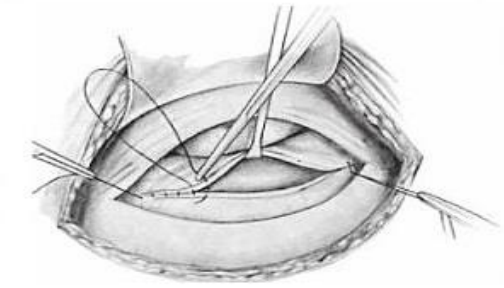


Obr. č. 2 tupé rozšíření hysterotomie

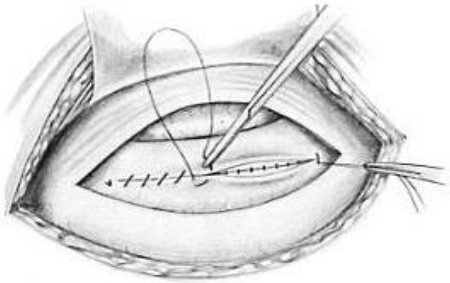


Obr. č. 3 vybavení hlavičky plodu

Obr. č. 4 porod placenty



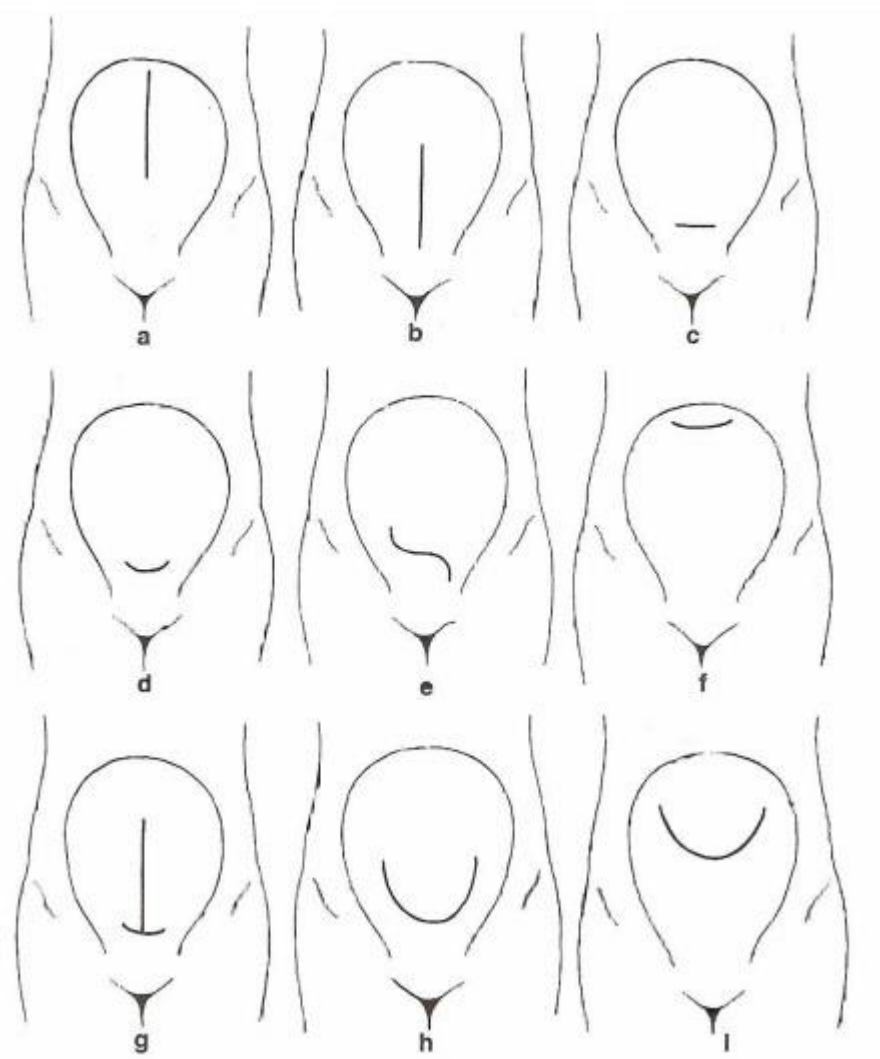
Obr. č. 5 sutura první vrstvy myometria



Obr. č.6 sutura druhé vrstvy myometria

Obr. č. 7 sutura plíky močového měchýře

Obr. č. 8



a – korporální; b – cervikokorporální; c – Geppert; d – semilunární; e – S–řez; f – Lauverjat; g – T–řez; h – U–řez;. i – vysoko položený U-řez (Doležal, 1998)

Příloha C

Typy řezů u hysterotomie

Před samotným řezem provedeme zarouškování děložních stran pro zachycení plodové vody. Preventivně odhadujeme větší hlavičku plodu pro šetrnější vybavování z dělohy, prevenci krvácení nebo poranění děložních hran. Incizi provádíme centrálně v dolním segmentu.

Typy řezů na děloze (Příloha B, obr. č. 8):

- *Korporální řez* - v současnosti je prognóza tohoto řezu jiná, než tomu bylo v minulosti, protože byl nahrazen řezem v dolním segmentu. Tento řez volíme v případě malých plodů v apozici a u příčných poloh. Díky svému uložení zde však zůstává mnoho rizik např. ruptura dělohy během následujícího těhotenství, možný rozpad sutury, infekce a vznik pooperačních srůstů.
- *Cerviko-korporální řez* – tato metoda je častá hlavně u plodu v poloze příčné, u malých plodů a v akutních situacích.
- *Malé řezy transverzální* – typický rovný řez provedený v dolním segmentu, který je oblíbený ve Francii. U nezkušeného lékaře se může tento řez vymstít. Teorie tohoto řezu je, že se provede krátký řez a následně dochází k tupému rozšiřování do stran. Častými komplikacemi tak může být maltretace plodu a ruptury do děložních hran.
- *Řez poloměsíčitý* – podle Gepperta semilunární. Bezpečnost řezu je dána jeho provedením, čím je strmější, tím je bezpečnější. Řez je limitován hranami dělohy.
- *S řez podle Chmelíka* – řez vyšel z kritiky předchozích metod. Jeho kladem je získání až o 20 % více prostoru pro porození plodu, tudíž nezanedbatelný přínos u porodu větších plodů.
- *U řez* – mezi výhody můžeme zařadit nízké procento rizika roztržení hran dělohy. Umožňuje nám dostatek prostoru k vybavení plodu v apozici, u interativních sekcí nebo u plodu s extrémně nízkou hmotností.
- *Obrácený T-řez* – využíváme jej v případě obtížného vybavování plodu. Může být takovým rozšířením, které navazuje na primární příčný nebo poloměsíčitý řez.
- *Příčný řez ve fundu* – je řez, který je metodou historickou. Byl prováděn v 18. století, kdy po provedení řezu již nedošlo k následnému sešití.

- *Řez extraperitoneální* – není v českých zemích rozšířen. Jeho hlavní výhodou je krátký čas pro vybavení plodu, nevýhodou však možné trauma močového měchýře při jeho odtlačování do strany.
- *Řez Joel Cohen* – řez obdobný semilunárnímu. Rozdílem je jeho položení, které je výše, až nad plikou vezikouterinní (Doležal, 2007).

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno **(hůlkovým písmem)**	**Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)**	**Signatura závěrečné práce**	**Datum**	**Podpis**