

Spontánní porod, nebo císařský řez?

Marie Martišková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Marie Martišková
Osobní číslo: H13736
Studijní program: B5349 Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka
Forma studia: prezenční

Téma práce: Spontánní porod, nebo císařský řez?

Zásady pro vypracování:

Rešerše a studium literárních zdrojů.
Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení a formulace cílů.
Vypracování teoretické části bakalářské práce.
Příprava metodiky průzkumné části bakalářské práce.
Realizace výzkumného šetření zvolenou metodou.
Vypracování praktické části bakalářské práce.
Zpracování získaných dat a zhodnocení výsledků šetření.
Prezentace výsledků šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BINAGWAHO. Gynecology and obstetrics: Clinical protocols/treatment guidelines.

Kigali-Rwanda: Ministry of Health, 2012. Dostupné také z:

http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/OBS_Gyn_last-version.pdf.

ČECH, Evžen. Porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s., ISBN 80-247-1303-9.

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

PAŘÍZEK, Antonín. Porodnická analgezie a anestezie. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 535 s.

ISBN 80-7169-969-1.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **8. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 9. 2. 2016

.....
Wol. Kuc

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování vědeckých prací.

²⁾ Vysoká škola nepřijímá k zveřejňování disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, a jejich podobě obhajoby, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prováděných dle ustanovení kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertace, diplomová, bakalářská a rigorózní práce odměněná uchráňena k obhajobě musí být sáz nejvýše pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném veřejně přístupnou výloží školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovního výloží školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněnou prací pořádat na své náklady výjevy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odměněná práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez omezení na vymezené obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(1) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, utváří-li materiál za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu. K výuce nebo k vlastní potřebě může vyučování žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají na obvyklých podmínkách právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odjírá-li autor takového díla užití zvolení bez vědního důvodu, nabou se tyto osoby dovědat náhradem čtyřdílného procenta jeho výše v soudu. Ústavem § 35 odst. 3 zůstává neuděleno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výloží jin účastníka v souvislosti s užitím díla či poskytnutí licence podle odstavce 2 přinášel příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke výši výloží účastníka školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Spontánní porod, nebo císařský řez?“ Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá fyziologickým porodem a císařským řezem. U spontánního porodu je popsána jeho klasifikace, průběh porodu a popis každé doby porodní, dále je popsána porodnická bolest, analgezie, porodní poranění a komplikace epi-ziotomie. Také se zabývá kojením a psychikou ženy po spontánním porodu a v šestinedělí. U císařského řezu je popisována jeho historie, indikace, komplikace a anestezie. Dále se zabývá psychikou ženy po císařském řezu, popisuje výhody a rizika císařského řezu, kojením po císařském řezu, pooperační péči na šestinedělí a četnost císařských řezů v KNTB a. s. Zlín. V praktické části je využito výsledků z KNTB a. s. Zlín, týkajících se spontánním porodů a císařských řezů, které jsou prezentovány pomocí tabulek, grafů a slovních komentářů. Doplnující části jsou rozhovory s ženami po spontánním porodu a císařském řezu.

Klíčová slova: spontánní porod, císařský řez, kojení, psychický stav, fyzický stav

ABSTRACT

The topic of the bachelor's thesis is „Natural Childbirth or Caesarean Section?“ The work consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with natural childbirth and Caesarean section. Within the spontaneous delivery, its classification is described followed by description of childbirth and each stage of labour followed by the description of pains, obstetrical analgesia, birth injuries and complications of episiotomy. Thesis also deals with breastfeeding and psyche of women after spontaneous labour and the postpartum period. Caesarean section part contains information about history, indications, complications and anesthesia. Thesis also deals with the psyche of women after Caesarean section with the description of benefits and risks of Caesarean section, breastfeeding after a Caesarean, postoperative care on the ward and frequency of Caesarean sections in KNTB a.s. Zlín. The Practical part uses the results of KNTB a.s. Zlín concerning spontaneous births and Caesarean sections and present them with the usage of charts, graphs and verbal comments. The additional parts are interviews with women after spontaneous labour and Caesarean section.

Keywords: spontaneous delivery, Caesarean section, breastfeeding, psychological state, physical state

Poděkování:

Děkuji především své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Žárské, za odborné vedení mé práce, za její cenné rady a připomínky. Také bych chtěla poděkovat své rodině a mému příteli za podporu a trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

Motto:

"Rozhodnutí stát se matkou je to nezákladnější. Je to rozhodnutí, že vaše srdce bude navždy chodit mimo vaše tělo."

Elizabeth Stone

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění: Spontánní porod, nebo císařský řez?

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 FYZIOLOGICKÝ POROD	12
1.1 KLASIFIKACE PORODU	12
1.2 PRŮBĚH PORODU	13
1.2.1 Období přípravné	13
1.2.2 První doba porodní	13
1.2.3 Druhá doba porodní	14
1.2.4 Třetí doba porodní	14
1.2.5 Doba poporodní	15
1.3 PORODNICKÁ BOLEST	15
1.4 PORODNICKÁ ANALGEZIE	16
1.5 PORODNÍ PORANĚNÍ	17
1.5.1 Komplikace epiziotomie	17
1.6 KOJENÍ PO SPONTÁNNÍM PORODU	18
1.7 PSYCHIKA ŽENY PO SPONTÁNNÍM PORODU V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ	18
1.8 PŘÍTOMNOST BLÍZKÉ OSOBY U PORODU	19
1.9 VÝHODY A RIZIKA SPONTÁNNÍHO PORODU	20
2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	21
2.1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	21
2.2 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU	21
2.3 KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	22
2.4 ANESTÉZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	23
2.4.1 Neuroaxiální anestezie	23
2.4.2 Celková anestezie	24
2.5 PSYCHIKA ŽENY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	24
2.6 KOJENÍ PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	25
2.7 VÝHODY A RIZIKA CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	25
2.7.1 Kritéria pro následný vaginální porod	26
2.8 POOPERAČNÍ PÉČE NA ŠESTINEDĚLÍ	26
2.9 ČETNOST CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ VE SVĚTĚ	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	30
3.1 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	30
3.2 CÍLE PRÁCE	30
3.3 RESPONDENTI	31
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	32
5 ROZHOVORY	60
6 DISKUZE	63
7 ZÁVĚR	70

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM GRAFŮ.....	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem zvolila téma „Spontánní porod, nebo císařský řez?“ jelikož na otázku zdali rodit přirozeným způsobem nebo operativním, jako je císařský řez, mi při praktické výuce na porodním sále téměř více jak polovina rodiček odpověděla jednoznačně, že by raději volila císařský řez. To mě vedlo k zamyšlení, kam tento svět vlastně spěje. Žena, která byla stvořena, aby přivedla na svět nový život přirozenou cestou, by raději šla na císařský řez, který by byl podle jejího názoru bezbolestný, rychlý a bez větší psychické a fyzické újmy, bohužel ženy už nevidí kolik komplikací a nevýhod po císařském řezu existuje, než kdyby rodily přirozeným způsobem, jak k tomu byly stvořeny.

Četnost císařských řezů v posledních desítkách let rapidně stoupá, nejen v evropských zemích, ale po celém světě. Samozřejmě, že císařský řez je v nevyhnutelných případech záchranná operace, která pomohla na svět nespočetně mnoha novorozencům. Porod je okamžik, na který snad žádná žena nezapomene a tahle vzpomínka ji bude provázet celým životem, proto bych chtěla, aby se ženy nebály rodit přirozenou cestou a nedávali hned přednost císařskému řezu, který je z jejich hlediska lepší.

Ráda bych v mé bakalářské práci zjistila, jak se ženy cítí fyzicky a psychicky po spontánním porodu a po císařském řezu, jaká je soběstačnost po spontánním porodu a po císařském řezu, jaké je doprovází komplikace, jaké farmaka byly použity při jejich porodu a také za jak dlouho měly novorozence u sebe po obou způsobech porodu. Také bych chtěla zjistit případné potíže s kojením a schopnost kojít. V neposlední řadě bych chtěla provést rozhovor s ženami, které rodily jak spontánním porodem, tak císařským řezem.

Pro získání cílových informací jsem zvolila odbornou literaturu a internetové zdroje. Také jsem měla možnost po dobu 3 let navštěvovat praktickou výuku na oddělení šestinedělí v KNTB a.s. ve Zlíně, kde jsem přišla do styku jak s ženami po spontánním porodu, tak s ženami po císařském řezu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGICKÝ POROD

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky (Roztočil, 2008, str. 109).

Jako porod nazýváme také každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec i s minimální hmotností 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin (Čech, 2006, str. 121).

Klasifikace dle týdnů ukončení těhotenství:

1. *Předčasný porod* – před ukončením 37. týdne těhotenství.
2. *Porod v termínu* – v průběhu 38. - 40. týdne těhotenství.
3. *Potermínový porod* – po ukončeném 40. - 42. týdnu těhotenství.
4. *Porod po 42. týdnu těhotenství* – patologické přenášení, kterému je nutno zamezit (Roztočil, 2008, str. 109).

1.1 Klasifikace porodu

Podle průběhu klasifikujeme porod:

Samovolný (spontánní) porod

Za spontánní porod se dá považovat porod, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez jakýchkoli zásahů porodníka.

Medikamentózní porod

Po nastoupení spontánní porodní činnosti jsou aplikovány léčebné prostředky. Většinou jsou podávány léky k úpravě děložní činnosti, posílení nebo vyvolání děložních stahů nebo léky tlumící děložní stahy či uvolňující křečovité stahy.

Indukovaný porod

Tento porod je vyvolán uměle pomocí aplikace uterokinetických preparátů, jako jsou prostaglandiny nebo oxytocin, a to buď z lékařské indikace, nebo z důvodu nemedicínských (programovaný porod).

Operativní porod

Tato situace nastává v případě, že muselo být ukončeno těhotenství, porod plodu byl urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu, nebo porodnickou vaginální

nebo abdominální operací. Mezi operativní porody řadíme i ty, kdy byla vyvolána porodnická operace ve III. době porodní.

Fyziologický porod

Probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci, ale nikoliv zásahu personálu porodního sálu.

Patologický porod

Porodnická patologie se musí aktivně řešit. Někdy je obtížné určit přesnou hranici mezi porodem fyziologickým a patologickým (Roztočil, 2008, str. 110).

1.2 Průběh porodu

Z časového hlediska a podle probíhajících procesů dělíme porod na období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní, též někdy nazývaná IV. doba porodní.

1.2.1 Období přípravné

U prvorodiček můžeme pozorovat známky blížícího se porodu téměř měsíc před termínem porodu, u vícerodiček pak těsně před začátkem porodu.

Dolores praesagientes jsou stahy předzvěstné neboli „poslící“, objevují se v průběhu týdne, který předchází nástupu porodní činnosti. Projevují se bolestmi v podbřišku a kříži, jde o stahy nepravidelné, nedochází ke zvyšování intenzity a frekvence a nemají efekt na otevírání dolního segmentu děložního.

Zvýšená dráždivost dělohy nastupuje asi měsíc před porodem a projevuje se vznikem děložní kontrakce následkem palpačního podráždění.

V posledním měsíci těhotenství již žena nepřibývá na váze, následkem úbytku plodové vody se mírně zmenší objem břicha. Hlavička vstupuje do roviny pánevního vchodu, dochází zde také k odloučení cervikální hlenové zátky (Roztočil, 2001, str. 121; Čech, 2006, str. 124).

1.2.2 První doba porodní

Zvaná též jako doba otevírací, začíná pravidelnými kontrakcemi, v této době dochází k otevírání děložního hrdla, než zcela vymizí. Na konci této doby není bariéra mezi dutinou děložní a pochvou, děložní branka je zcela otevřená.

V průběhu této doby může dojít k prasknutí vaku blan a odtoku plodové vody. V této době se ženám podává očistné klyzma, které uvolní střevo, podráždí porodní cesty a dítě má snadnější průchod těmito cestami. Také je vhodná aromaterapie, nahřívání se ve sprše na gymnastickém balonu nebo žena může i na hodinu do vany. V této době se intenzivně monitoruje plod kardiokografem, ozvy plodu se měří každých 30 minut a natáčí se každé 2-3 hodiny 20 minutový záznam, také se sledují ozvy po zavedení prostaglandinu či dirrupci vaku blan. Dělí se na tři fáze:

Latentní fáze zvyšuje se frekvence kontrakcí a jejich intenzita, děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka, dochází zde k sestupu hlavičky do porodních rovin.

Aktivní fáze dochází zde k dilataci branky do 8 cm, zrychluje se kontrakční aktivita, která vede k rychlému a efektivnímu nálezu na brance.

Tranzitorní fáze v této době je rozvoj na brance od 8 cm do úplného konce zašlé branky, většinou zde dochází ke spontánní ruptuře vaku blan, zánikem branky končí první doba porodní (Roztočil, 2008, str. 114; Roztočil, 2001, str. 122).

1.2.3 Druhá doba porodní

Též vypuzovací, začíná zánikem děložní branky a končí porozením plodu, rodička zapojuje při tlačení břišní lis, plod sestupuje v průběhu tvrdými i měkkými porodními cestami. Nejčastěji se v této době podává uterokinetikum (Oxytocin) a spasmolytikum (Buscopan).

Druhá doba porodní je považována za údobí s nejvyšším možným ohrožením plodu. Její nadměrné prodloužení (déle než 60 minut) může negativně ovlivňovat acidobazickou rovnováhu plodu (hypoxie), (Doležal, 2007, str. 81).

V této době je vhodné provést epiziotomii (nástřih hráze), která chrání hráz před rupturou, dítě má snadnější průchod porodními cestami, čímž se snižuje tlak na hlavičku. Žena v této době může přivést na svět dítě v téměř jakékoli poloze, když to stav matky a plodu dovoluje. Nejčastěji však ženy rodí v poloze na zádech s pokrčenými koleny, ve stoje či v poloze a-la-vache.

1.2.4 Třetí doba porodní

Nazývaná také doba k lůžku, dochází zde k porození placenty, pupečníku, plodových obalů, retroplacentárního hematomu a k poporodní retrakci myometria. V případě samovolného neodloučení placenty by musela být operativně vybavena. Má tři fáze:

Fáze odlučovací děloha zde získá kulovitý tvar, je nápadně menší (retrahuje) a její fundus sahá zhruba k pupku. Obnovují se zde opět děložní kontrakce, které jsou, ale zdaleka slabší než v II. době porodní, placenta je postupně odlučována od děložní stěny, může zde dojít ke krvácení z důvodu ruptury uteroplacentárních cév, vytváří se retroplacentární hematoma, který se zvětšuje a napomáhá k odloučení placenty (Roztočil, 2008, str. 117).

Fáze vypuzovací v této době rodička placentu spontánně vytlačí pomocí děložních kontrakcí společně s nucením na tlačení.

Fáze hemostatická uteroplacentární cévy krvácejí a podílí se zde výrazná hemokoagulační aktivita (Roztočil, 2001, str. 127).

1.2.5 Doba poporodní

Jedná se o dvou až tříhodinový interval, ve kterém je žena ohrožena poporodním krvácením, děloha se zmenšuje, fundus sahá asi 2-3 prsty pod pupek, palpačně je děloha velmi tuhá. Běžná krevní ztráta po porodu je 300 ml.

Po tuto dobu zůstává žena 2 hodiny na porodním sále, kde se sleduje krvácení, krevní tlak, puls a teplota. V této době se přikládá poprvé dítě ke kojení k prsu matky. Když je všechno v pořádku dostává žena vlažný čaj a oběd či večeři (Roztočil, 2008; Čech, 2006).

1.3 Porodnická bolest

Bolest se definuje jako nepříjemný a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potenciálním poškozením tkání (Vymětal, 2003, str. 224).

Porod je fyziologický děj, do kterého by se mělo zasahovat co nejméně. Porodní bolest je vnímána rodičkami jako nutnost a patří mezi vůbec nejsilnější bolesti. Skóre porodní bolesti se hodnotí podle PRI jako 8 – 10 bodů, což se dá srovnat s nádorovým onemocněním nebo herpetickým onemocněním. Každá rodička vnímá bolest individuálně, jelikož každá má jinak silný práh bolesti, bezbolestný porod je zcela výjimečný. Prvorodičky udávají intenzitu bolesti daleko silnější než ženy, které už mají tuhle zkušenost za sebou.

Organismus rodičky reaguje na porodní bolest vylučováním adrenalinu, který dodává sílu a endorfinů, který tlumí bolest a při porodu se jeho hladina zvyšuje až 30 krát, důležitý je zde i přirozený oxytocin, který zlepšuje náladu, tlumí paměťová centra a zvyšuje práh bolesti, oxytocin podávaný intravenózně, však tyto účinky nemá.

Porodní bolest je nejčastěji v podbřišku, křížích nebo na obou místech zároveň. Příčinou je zkracování děložního hrdla a dilatací branky, také zde patří snížený přísun krve do dělohy během každé kontrakce, tlak plodu na pánevní struktury a napíná se vagina a perineum. Při porodní bolesti rozeznáváme hlavně práh bolesti, který se pocítuje jako nejnižší intenzita vjemu, který žena pocítuje jako bolestivý a toleranci bolesti, kterou je žena ochotna snést (Ratislavová, 2008, str. 66 – 67; Roztočil, 2008, str. 314 – 315).

1.4 Porodnická analgezie

Cílem analgezie je zmenšit bolest rodičky u spontánního vaginálního porodu. Téměř 60 – 70 % porodů je ovlivněno farmaky. Je důležité vzít do úvahy, že všechny farmaka podané v průběhu porodu prostupují placentou a ovlivňují tak novorozence. Patří sem například metody jako lumbální a epidurální analgezie, subarachnoidální, kaudální analgezie, intravenózní aplikace opioidů a další.

Na porodním sále se z nefarmakologických způsobů nejčastěji používá psychoprofylaktická příprava na porod, aromaterapie, audio-analgezie, hydro-analgezie z těch méně používaných je to akupunktura, hypnóza a transkutánní elektro-stimulace. Z farmakologických způsobů sem řadíme analgetika a anxiolytika, inhalační přípravky k analgezii (Entanox), místní anestetika ke svodné anestezii.

Epidurální analgezie patří mezi nejbezpečnější a nejúčinnější metody, kdy je přerušeno vedení nervových vzruchů, vyvolané injekcí s anestetiky do epidurálního prostoru, vyloučí se tak bolestivé prožitky při děložních kontrakcích a dilataci děložního hrdla. Je tak příznivě ovlivněna spolupráce rodičky, průběh porodu, stav novorozence a jeho poporodní adaptace. *„Důsledky nesprávné polohy matky při porodu potencované epidurální analgezií mohou vyústit v syndrom aortokavální komprese s následnou bradykardií plodu“*, avšak kardiokografický záznam včas upozorní na nepohodlí plodu jak primárně, kvůli pupečnickové příhodě nebo sekundárně jako je hypotenze matky a děložní hypertonus (Binder, 2011, str. 278; Doležal, 2007, str. 85).

Cíl porodnické analgezie je porodnický komfort pro matku, fyziologický průběh porodu, optimální podmínky pro plod a zvýšení psychické vazby matky a plodu – bonding. Porodní analgezie musí být volena individuálně, na výběru záleží podle psychofyziologického stavu rodičky, stavu plodu, porodnické situací, vybavení porodního sálu, zkušenosti porodníka a anesteziologa (Roztočil, 2008, str. 315).

1.5 Porodní poranění

Porod je fyziologický děj, který může být spojen s poraněním rodidel. Dělíme na 3. stupně:

Ruptura perinea I. stupně, která zasahuje kůži hráze, sliznici introitu bez postižení svalové struktury.

Ruptura perinea II. stupně, kde je postižena i svalovina hráze, pánevní dno a podslizniční vazivo pochvy.

Ruptura perinea III. stupně, kde je postiženo i vlákno análního sfinkteru.

Při spontánním porodu i tak mohou nastat komplikace a vzniká porodní poranění, kde patří poranění pochvy, poranění děložního hrdla, poranění dělohy, poranění tvrdých porodních cest a poranění močového měchýře (Binder, 2011, str. 234).

Prevence těchto poranění spočívá ve správném vedení porodu, kdy je nutno chránit hráz a v případě hrozící ruptury hráze provést epiziotomii, včasná diagnóza porodních překážek.

Mezi nejčastější porodní poranění patří jednoznačně **Epiziotomie** – je nástřih hráze, který se provádí většinou u rodiček, které rodí poprvé a u žen s pevnou hrází, u nespolupracující rodičky, u porodu kde očekáváme, že bude větší plod, u nevhodné polohy plodu a u překotného porodu.

1.5.1 Komplikace epiziotomie

Mezi nejčastější komplikace patří hematoma, který vzniká při nezastavitelném krvácení, kdy se hromadí krev v paracolpiu. Pacientka po porodu udává velmi bolestivý tlak na konečník, který narůstá na intenzitě. Musí se neodkladně provést revize v celkové anestezii, maximální pozornost věnujeme krevní ztrátě, podle závažnosti podáváme krystaloidy, koloidy případně krevní deriváty.

V raném šestinedělí je častá komplikace infekce rány, můžeme pozorovat zarudlé okolí sutury s palpační bolestivostí, někdy může také odcházet serózní nebo hnisavý sekret z rány, může se objevit febrilie, která je indikací k podání antibiotik.

Další komplikací může být dehiscence rány, která může být následkem nesprávně ošetřené epiziotomie nebo rané infekce, podávají se antibiotika, aplikují se oplachy s protizánětlivým účinkem a až po vyčištění rány se přistupuje k resutuře (Kudela, 2011, str. 198).

Je důležité pečlivě zvažovat každé provedení epiziotomie, jelikož z uvedeného výčtu možných komplikací je riziko vysoké, zbytečné a nesprávné provádět rutinně epiziotomii u multipar. Na druhou stranu by se, ale nemělo s epiziotomií váhat tam, kde je indikována, jelikož může mít za následek rozsáhlá poranění v pochvě a na hrázi. Vznikají rány s nerovnými okraji, které se hůře ošetřují, hojí a jsou spojené se značným diskomfortem rodičky (Kudela, 2011, str. 198).

1.6 Kojení po spontánním porodu

Kojení je vůbec nejjednodušší a ten nejpřirozenější způsob výživy novorozence. Tento proces je spuštěn poklesem hladiny estrogenů a vysokou hladinou prolaktinu. Je důležité vědět, že laktace nastupuje až cca 48 hodin po spontánním porodu a za cca 72 hodin po porodu císařským řezem.

Kladný vliv na kojení má především časně přiložení a volný režim kojení, v praxi je novorozenec připraven k přiložení k prsu během půl hodiny až hodiny od narození. Při kojení by měla být matka v klidu, doporučuje se i relaxační hudba, jelikož novorozenec je velmi citlivý na náladu své matky. Dále se na kojení podílí i faktory jako vyšší vzdělání a socioekonomický status a povzbuzující vliv manžela.

Co se týče negativních vlivů na kojení, patří sem podání umělé výživy v prvních dnech po porodu, stres, který negativně ovlivňuje ejekci mléka, nepřesná a nedůsledná instruktáž matek ze strany porodních asistentek, alkohol a v neposlední řadě také redukční dieta (Ratislavová, 2008, str. 84; Žáčková, 2009, str. 24, Kojení – laktační liga).

1.7 Psychika ženy po spontánním porodu v období šestinedělí

Psychika ženy v tomto období je vystavena obrovské zátěži, což mají za následek hormonální změny po porodu, adaptace na novou roli matky a samozřejmě sem patří fyzická zátěž a změny po porodu.

Jedna ze základních příčin psychických změn po porodu a na počátku šestinedělí je náhlá změna poklesu hormonů, jako je progesteron a estrogen, které klesají v prvních 72 hodinách po porodu v souvislosti s odloučením placenty. Do krevního oběhu přechází prolaktin a oxytocin drážděním bradavek při kojení. Nastávají zde hormonální a tělesné změny, únava a vyčerpání z porodu, žena se musí vyrovnat s přijetím novorozence jako samostatné bytosti, navazuje k němu citový vztah během péče a během kojení. První poporodní den

nastává většinou vzestup radostné nálady, který je však přechodný a je často vystřídán obavami, emocionální labilitou a úzkostí.

V tomto období je riziko vzniku **poporodního blues**, který vzniká 3. - 6. den po porodu a projevuje se labilitou nálady, podrážděností, plačtivostí, úzkostností, zmateností, únavou, neklidem a pocity nejistoty s osamělostí, sníženou sebeúctou. Spouštěcím faktorem mohou být problémy s kojením, obavy o novorozence, pocitem, že matka nic nezvládá. Poporodní blues celkem rychle odezní, většinou mizí do 10. dne po porodu (Ratislavová, 2008, str. 82)

1.8 Přítomnost blízké osoby u porodu

Žena může mít při porodu doprovod, kterému důvěřuje, nejčastěji to bývá partner - otec dítěte, přítelkyně, matka, dula. Tento doprovod je pro ženu velmi přínosný a zdravotníci by měli volbu a přání rodičky respektovat, jelikož žena může v nemocnici, vlivem neznámého prostředí pociťovat strach a izolaci. Většinou se na pokoji střídá mnoho neznámých lidí, jako jsou lékaři, porodní asistentky, pediatři, dětské sestry, studenti vysokých škol, ošetřovatelky.

Klady spočívají v příznivém průběhu porodu, rychleji se upevňují vztahy mezi otcem a narozeným dítětem. Podle několika výzkumů se potvrdilo, že více než 90 % párů udává spokojenost po společně prožitém porodu, hluboce na ně působí vybavení dítěte a sexuální život páru nebyl nijak narušen. Některé výzkumy však prokázali opak, kde měli ženy vzestup porodní bolesti a muži jim při porodu nijak nepomohli. V dnešní době je však přítomnost otce u porodu samozřejmostí a statistiky uvádějí, že až 88 - 91 % je přítomných v I. době porodní a II. době porodní.

Partner by se však neměl do přítomnosti u porodu nutit a měl by sám chtít, vhodná je však předporodní příprava páru, poučení otce o tom jak porod probíhá, nácvik různých technik, ale i poučení o komplikacích a jak by se měl v takových případech chovat. Porodní asistentka by měla citlivě reagovat na potřeby obou a jemně zasahovat a usměrňovat chování, aby byl výsledek porodu co nejlepší a probíhal v klidné a pozitivní atmosféře (Ratislavová, 2008, str. 72).

1.9 Výhody a rizika spontánního porodu

Při spontánním porodu se jedná o fyziologický a přírodní děj, kontakt matky a novorozence probíhá bezprostředně po porodu a dochází tak k rychlejšímu nástupu laktace. Porodní bolest je menší a snižuje se riziko poporodních komplikací. Mezi výhody také patří absence jizvy v podbřišku a nezanedbatelnou výhodou je přirozený děj pro novorozence, který má příznivé vlivy na jeho imunitní systém a dozrání plicní tkáně. Žena po spontánním porodu je celkově schopna se téměř ihned postarat o novorozence a o sebe samu na oddělení šestinedělí.

U rizik při spontánním porodu dochází většinou k větší krevní ztrátě, ruptuře konečníku, což má za následek porušení pánevního svalstva a dochází k inkontinenci moče a stolice. Riziko velké psychické zátěže, hlavně u žen nad 35 let a dívek mladších 17 let. Přenos infekčních nemocí z matky na plod je u tohoto způsobu porodu mnohem větší. Také je zde velká bolest a tělesné vyčerpání, které negativně ovlivňuje matku (Ratislavová, 2008; Doležal, 2007).

2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. Tato operace pro záchranu života matky a plodu je nesrovnatelná s jakoukoli jinou operací.

Císařský řez rozdělujeme:

- 1) Elektivní (plánovaný), který se provádí před začátkem porodu a nejsou přítomny děložní kontrakce.
- 2) Akutní (krizový), který provádíme během porodu.
- 3) Iterativní, což je opakovaný císařský řez (Binder, 2011, str. 266).

2.1 Historie císařského řezu

Sectio caesarea patří mezi nejstarší porodnické operace, první zprávy sahají až do starověku, kde se tato operace prováděla na mrtvých a umírajících ženách, z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi). *Byla-li tato operace na počátku století jevem výjimečným, budícím respekt, v současnosti se stala každodenností* (Doležal, 2007, str. 208).

V novověku jsou zmínky o provedení císařského řezu od 16. století. Císařský řez byl v minulosti často spojen s četnou mortalitou matek. V 18. století začalo hojně přibývat císařských řezů na živých ženách, v této době neexistovala anestezie a lidé neměli představu o mikrobiálním původu rané infekce.

První řez na živé ženě provedl švýcarský zvěrokleštič Jakub Nufer v roce 1500. V Čechách ho provedl chirurg Josef Strub v roce 1786. Dítě bylo mrtvé a žena zemřela den po operaci. Předělem pro císařský řez bylo zavedení anestezie, bezpečnost také zvýšilo zavedení transfúze a antibiotické léčby (Doležal, 1998, str. 163; Pařízek, 2012).

2.2 Nejčastější indikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu musí být vždy odůvodněny, jsou jak ze strany matky tak plodu. V současné době je indikací celá řada. Může se jednat o císařský řez primární (plánovaný) nebo sekundární (akutní).

- Kefalopelvický nebo fetopelvický nepoměr - (velký plod, pánevní zúžení, deformity).
- Patologické procesy v malé pánvi - (vcestné tumory dělohy a ovaria, exostózy).

- Pooperační stavy - (plastické operace hrdla děložního, operace z důvodu močové inkontinence).
- Porodnické krvácení (placenta praevia, ruptura dělohy, abrupce placenty, krvácení nejasné etiologie).
- Patologie naléhání plodu (vysoký přímý stav, asynklitizmy, poloha příčná a šikmá, poloha podélná koncem pánevním, hmotnost plodu menší než 1500 g a větší než 3800 g).
- Mimoděložní těhotenství, primární kontraindikace použití břišního lisu.
- Akutní a chronické stavy u matky (hrozící eklampsie, stav po již prodělaném eklamptickém záchvatu, farmakologicky nezvladatelná preeklampsie, závažné nemoci srdce, ledvin).
- Vícečetné těhotenství (dvojčata kromě PPH obě a PPH a PPKP).
- Jizva na děloze, Rh inkompatibilita – neúspěšné konzervativní léčba, zhoršení stavu plodu).
- Infekce matky (HIV, akutní herpes genitalis).
- Opakovaný císařský řez, prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných pokusech o indukci.
- Prolaps pupečníku.
- Nepostupující porod (3 hodiny stejný nález při pravidelných děložních kontrakcích), (Roztočil, 2008, s. 335; Binagwaho, 2012, s. 97, Křepelka 2010).

2.3 Komplikace císařského řezu

Při srovnávání spontánního vaginálního porodu a císařského řezu je všeobecná shoda, že operace představuje mnohem větší zatížení. Mortalita u císařského řezu je až 7 x vyšší než u spontánního porodu.

Možných komplikací je celá řada, patří sem především krvácení, což je nejčastější a nejnebezpečnější intra-operační komplikace, řešením je včasná dostatečná krevní náhrada. Během operace se může vyskytnout embolie vzduchem, nebo plodovou vodou, v pooperačním období je závažná embolie při tromboflebitidě. Může zde dojít i k poškození orgánů, především však močového měchýře a kličky tenkého střeva, zde je velmi důležitá včasná diagnostika a rychlé ošetření poškozených orgánů.

Vyskytnout se můžou komplikace jako pooperační hematom, který vznikne krvácením do ohraničených prostorů, infekce, kterých je celá řada, od infekce v operační ráně stěny břišní, z dělohy, přestup infekce na adnexa, parametria a řadí se sem i infekce močových cest.

Dále sem patří i anesteziologické komplikace, kde se na vzniku podílí mnoho faktorů, jako je vysoký stav bránice v těhotenství, zvýšená hladina progesteronu, vyšší kyselost žaludečního obsahu, náplň zažívacího traktu u nepřipravených rodiček. U celkové anestezie je riziko laryngospazmu. Velmi nebezpečný je tzv. *Mendelsonův syndrom*, kdy po bronchospazmu nastává chemicky vyvolaný rozvoj akutní dechové nedostatečnosti a prudká hypoxie. U epidurální anestezie jsou komplikace jako zvracení, bolesti hlavy, při průniku anestetik do subarachnoidálního prostoru mohou vzniknout závažné stavy, které vyžadují resuscitaci (Čech, 2006, str. 522, Binagwaho, 2012, str. 98).

2.4 Anestézie u císařského řezu

Anestezie musí být bezpečná a účinná, měla by být minimalizovaná na útlum novorozence. Volba anestezie závisí na indikaci k operaci, časové naléhavosti, přání rodičky a také zkušenosti anesteziologa. Císařský řez se může provést v anestezii neuroaxiální nebo celkové.

2.4.1 Neuroaxiální anestezie

Využívá se u plánovaného a neakutního výkonu, její výhody spočívají v minimálním riziku aspirace, kde jsou vyloučeny problémy s intubací, nedochází zde k útlumu plodu, matka je bdělá a účastní se porodu dítěte.

Kontraindikací je hemokoagulační porucha, sepse, infekce v místě vpichu, nespolupráce a odmítnutí rodičky a akutní hypoxie plodu. Dělíme ji:

- a) **Subarachnoidální anestézie (SAA)** – dochází zde k přechodnému přerušení vedení vzruchu v míšních nervových kořenech, které jsou vyvolané injekcí anestetik do subarachnoidálního prostoru. SAA vede k bloádě sympatické, senzorické a motorické. Největší výhodou je jednoduchá technika provedení, rychlý nástup a spolehlivost účinku, absence toxicity pro matku i plod.
- b) **Epidurální anestézie (EA)** – dochází zde k přechodnému přerušení vedení nervových vzruchů vyvolané injekcí lokálního anestetika do epidurálního prostoru. Je zde oproti SAA menší rychlost účinku, výhodou je menší pokles krevního tlaku, ponechání katetru v epidurálním prostoru pro pooperační analgezií.

Komplikace neuroaxiální anestézie rozdělujeme na **časné**, kde dochází ke snížení tlaku krve, nevolnosti, zvracení, pokles TT, úplná blokáda sympatiku a obrna bránice a na **pozdní**, kde patří retence moče, bolesti hlavy, poškození míchy a nervových kořenů, hematomy a abscesy (Binder, 2011, s. 276 – 277, Vojíková, 2010 str. 12).

2.4.2 Celková anestezie

Poskytuje rychlý úvod do anestézie, je poměrně technicky jednoduchá a dochází zde k dokonalé svalové relaxaci. Přistupuje se k ní hlavně tam, kde není možné provést neuroaxiální blokádu, aby se minimalizovala doba, po kterou je plod vystaven rizikům anestezie. Zahajuje se indukce anestézie až po dezinfekci a zarouškování operačního pole.

Mezi hlavní výhody patří rychlý a spolehlivý účinek, pokles tlaku krve je malý a spolehlivé zajištění DC. Hlavním rizikem je aspirace, špatná intubace a útlum plodu, kontraindikací je odmítnutí rodičkou (Binder, 2011, str. 277 – 278).

2.5 Psychika ženy po císařském řezu

Pro rodičku, která bude rodit císařským řezem, je mnohem výhodnější, hlavně po psychické stránce, pokud bude použita epidurální anestezie, kde není přerušeno vědomí a žena tak může kontinuálně přejít z těhotenství k narození dítěte, kde žena hned dítě slyší a vidí hned po porodu. Ženy, které rodí operativně, mají více psychosomatických příznaků, více se zaměřují na sebe a jsou méně schopné pečovat o dítě. Podle dánské studie, která zjistila, že ženy, které rodily císařským řezem v epidurální anestezii, kojí v 71 % ještě po 6 měsících, než ženy, které měli celkovou anestezii a kojí po 6 měsících jen v 39 % (Ratislavová, 2008, str. 71).

Hůře rodičky vnímají akutní císařský řez, sice jej přijímají jako osvobození od bolesti a utrpení, ale na druhou stranu se u nich objevuje nenaplnění touhy porodit dítě přirozenou cestou, objevují se pocity jako sebeobviňování, žena se může uzavřít do sebe, má pocit podvedení. Žena potřebuje na přípravu, že bude proveden císařský řez, alespoň 2 hodiny, což je v reálné situaci téměř nemožné, žena může dostat až panickou reakci. Psychologické rozdíly mezi matkami, které rodili spontánně, mizí do jednoho roku.

Jsou známé také poznatky o vlivu, které má císařský řez na psychiku dítěte, děti, které jsou porozeny operativně, mají svůj příchod na svět ulehčený a přišly o zkušenost probojovat se na tento svět. Jako dospělí lidé bývají údajně pasivnější a málo invenční, mohou mít také

problémy v sociálním chování a komunikaci, proto je velmi důležitý brzký kontakt novorozence s matkou (Ratislavová, 2008, str. 71; Čech, 2006).

2.6 Kojení po císařském řezu

Kojení je tou nejdůležitější úlohou po porodu, jelikož matka může být zklamaná, že porod neproběhl podle jejich představ a skončil císařským řezem, může jí kojení pomoci k psychickému zahojení. Po císařském řezu je důležitá pomoc zdravotnického personálu a větší úsilí než po vaginálním porodu, jelikož ženy potřebují pomoci se zahájením kojení a přikládáním novorozence. Laktace po císařském řezu nastupuje zpravidla až za 72 hodin. Je důležité, aby se ihned po porodu, nejlépe ještě na porodním sále, když má žena spinální anestezii dalo dítě matce na hrudník, v případě celkové anestezie ihned po probuzení se začalo s přikládáním k prsu matky. Novorozenci bývají většinou po císařském řezu více spaví a nejeví tolik zájmu o prs, proto je důležitá trpělivost a co nejčastěji přikládat dítě k prsu, jelikož ze začátku sají mlezivo, které jim pokryje jejich potřebu a i přes všechny medikace, které žena po císařském řezu dostává od bolesti, se k miminku dostane jen mizivé množství. Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit opoždění nebo nedostatečnou tvorbu mateřského mléka patří stresující porod, plánovaný i neplánovaný císařský řez, psychosociální stres a bolest související s porodem. (Jirásková, 2011; Kojení - laktační liga, Kojení, 1993).

2.7 Výhody a rizika císařského řezu

Co se týče výhod císařského řezu, patří sem jednoznačně minimalizované riziko ruptury děložní, výhoda císařského řezu spočívá v samotném výkonu, který je proveden ve velmi krátkém čase a je pro matku bezpečný a bezbolestný. Jelikož obchází porodní cesty, tak je chráněno pánevní dno a je sníženo riziko inkontinence moče a stolice. U plánované operace je daný přesný termín porodu, což má za následek velmi mnoho výhod pro rodičku, která si tak může vše naplánovat a zorganizovat. Také bych sem zařadila absenci absolvování bolestivého porodu s nejasným výsledkem. Císařský řez snižuje riziko hypoxie plodu a pro porodníka je časově méně náročný než vedení spontánního porodu.

Rizika u císařského řezu je možná infekce v operační ráně, infekce močových cest při zavedeném katetru, nebo drénu z dutiny břišní. Při krevní ztrátě vyšší než 1000 ml hrozí riziko rozvoje hemoragického šoku, je zde nebezpečí embolie krevní sraženinou, vzduchem

nebo plodovou vodou. Pooperační průběh je provázen bolestí operační rány a riziko smrti ženy u císařského řezu je 3 – 6x vyšší než u spontánního porodu.

Nevýhodou je také dvojnásobně vyšší hospitalizace než u spontánního porodu. Obrovskou ztrátou u císařského řezu je minimální kontakt matky s novorozencem, jelikož téměř 24 hodin je pacientka připoutána na nemocniční lůžko a nedokáže se postarat o sebe ani o novorozence, což má za následek pozdní adaptaci novorozence na matku a pozdní nástup laktace.

2.7.1 Kritéria pro následný vaginální porod

Nelze určit porodnické parametry, které by ovlivnili úspěšnost pokusu o vaginální porod a nevystavili rodičku zvýšenému riziku, které je s tímto pokusem spojeno. Zvažuje se zde charakter předchozího císařského řezu, indikace, průběh operace, stupeň dilatace v okamžiku operace, okolnosti ošetření rány, pooperační průběh, ale také přání rodičky (Zábranský F., 1997, str. 76).

2.8 Pooperační péče na šestinedělí

Ihned po operaci je pacientka po císařském řezu převezena na oddělení šestinedělí, kde je intenzivně sledována. Kontrolují se hlavně fyziologické funkce jako je krevní tlak, puls, teplota, dech. Dále je potřeba sledovat odeznění anestezie, zavínování dělohy, operační ránu, pooperační bolest, krvácení, vyprazdňování močového měchýře a příjem a výdej tekutin.

V průběhu pooperační péče o ženu plníme ordinace lékaře a aplikujeme léky, nejčastěji se podávají analgetika, antibiotika, antikoagulancia, uterotonika. Analgetika se podávají nejčastěji intravenózní cestou. V případě, že to situace vyžaduje, podáváme i krevní deriváty. Je důležité sledovat operační ránu, která se každý den dezinfikuje, a stehy se vytahují 5. - 7. den po operaci, stolice se po operaci vyskytuje jen zřídka.

Také je důležitá časná pooperační rehabilitace, jako je posazování, vstávání přes operační ránu. Velmi důležité je časně přiložení novorozence k prsu, které napomáhá lepšímu pooperačnímu průběhu a navozuje lepší psychickou pohodu matky.

2.9 Četnost císařských řezů ve světě

Počet provedených císařských řezů v posledních 20 letech výrazně stoupá, často je jejich provádění neindikované a již nezlepšují perinatální výsledky, ale naopak zvyšují mateř-

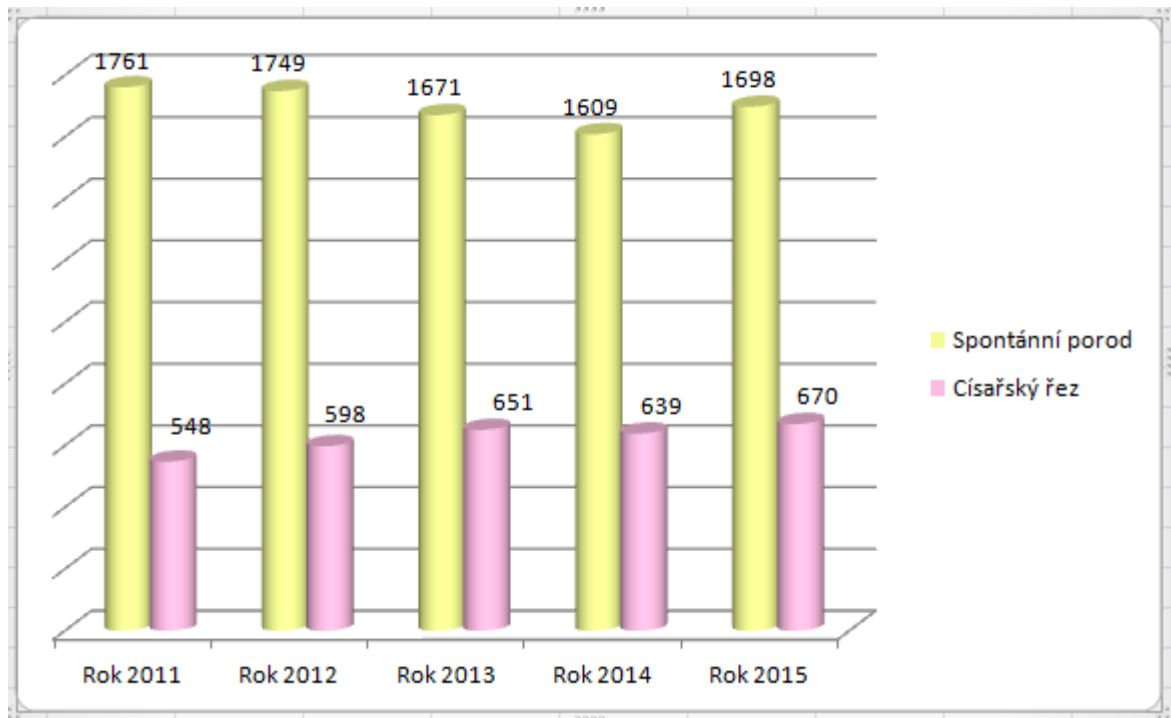
skou morbiditu a mortalitu. V dnešní době je zvyšující se četnost císařských řezů mezi porodníky velmi diskutované téma. Před 2. světovou válkou frekvence nedosahovala 1 %. Do roku 2006 vzrostla jejich frekvence v USA na téměř 25 % a u nás na 18,86 %, v roce 2010 už byla frekvence 24 % (Roztočil, 2008, str. 339; Binder, 2011, str. 266).

Značné procento císařských řezů kolísá různě dle zemí, zvyklostí, podle délky pracovní doby lékařů, týdenních rytmů, roli hrají i vlivy ze strany rodičky. V České republice Srp zjistil, že císařský řez patří v 45 % mezi příčiny smrti ženy za porodu a v šestinedělí. V roce 2004 bylo na gynekologicko-porodnické klinice na porodním sále v Praze 2015 porodů, z toho bylo císařských řezů 502, což je 24,9 % (Doležal, 2007, str. 209).

Tabulka 1: Statistika SC v KNTB a.s. Zlín

Způsob porodu	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015
Spontánní porod	1761	1749	1671	1609	1698
Císařský řez	548	598	651	639	670
Celkem	2309	2347	2322	2248	2368

Graf 1: Četnost SC a spontánních porodů v KNTB a.s. Zlín



II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1 Užitá metoda výzkumu

K šetření byla použita metoda kvantitativní, která byla provedena formou anonymního dotazníku. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků (100,00%) nazpět se vrátilo 143 - návratnost činila (95,33%). Tři dotazníky nebyly vyplněny v celém rozsahu, a proto byly vyřazeny z výzkumu. Celkem byl tedy výzkum prováděn a hodnocen dle odpovědí 140 respondentek z toho 80 respondentek rodilo spontánně a 60 respondentek mělo císařský řez. Dotazník obsahuje 17 otázek, které byly rozděleny na 9 otázek uzavřených a 8 otázek polootevřených, u určitých otázek lze využít více odpovědí.

První část, kterou tvořily 4 položky, (1 až 4 položka dotazníku) se týkala zjištění identifikačních údajů, jako je věk rodičky, parita, vzdělání a způsob porodu v nynějším těhotenství. Další dotazníková položka zjišťovala, zda měly ženy ihned po porodu dítě u sebe (5 položka dotazníku). Šestá a sedmá položka dotazníku hodnotila fyzický stav po porodu a následnou soběstačnost, osmá položka se týkala problémů s vyprazdňováním.

Další dvě dotazníkové položky se týkaly kojení a problémy s nimi spojených (9 a 10 položka dotazníku). Jedenáctá položka zjišťovala, jaké měly ženy porodní poranění. Následné dvě položky se týkaly pocitu bolesti po porodu a následného tlumení (12 a 13 položka dotazníku). 14. položka zjišťovala, zda měly ženy epidurální anestezii, další dvě položky se zabývají psychickým stavem ženy a následným omezením v péči o dítě (15 a 16 položka dotazníku), poslední otázka je věnována spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem (17 položka dotazníku). Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a tabulek, kde jsou uvedeny absolutní a relativní hodnoty a slovní komentář.

3.2 Cíle práce

Cíl 1. Srovnat psychický stav žen po spontánním porodu a císařském řezu.

Cíl 2. Srovnat fyzický stav žen po spontánním porodu a císařském řezu.

Cíl 3. Zjistit míru soběstačnosti po spontánním porodu a císařském řezu.

Cíl 3. Zjistit schopnost a kvalitu kojení po spontánním porodu a císařském řezu.

Cíl 4. Zjistit jak se cítí konkrétní ženy, které rodily jak spontánním porodem, tak císařským řezem.

3.3 Respondenti

Otázky výzkumu, byly zaměřeny na ženy 3. – 4. den po spontánním porodu a na ženy po císařském řezu nebo déle než 4. den. Místem výzkumu byla primárně Krajská nemocnice Tomáše Baťi ve Zlíně. Dotazníky byly dále rozeslány elektronickou formou na internetových fórech, cílené přímo ženám po porodu.

Dále byly zpracovány rozhovory se dvěma matkami jak po spontánním porodu, tak po císařském řezu. Ženy byly předem seznámeny s výzkumem a věděly, jak bude rozhovor probíhat, byly seznámeny, že veškerá data v rozhovoru jsou anonymní a budou sloužit výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Rozhovory byly pořizeny na soukromé schůzce a byly písemně zaznamenávány. Po skončení rozhovoru si ženy rozhovor přečetly a poskytly laskavý souhlas s použitím do bakalářské práce.

Tabulka 2: Umístění dotazníků

Umístění dotazníků	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
KNTB a.s. Zlín, oddělení šestinedělí.	75	53,57%
Elektronická forma dotazníku.	65	46,43%
Celkem	140	100,00 %

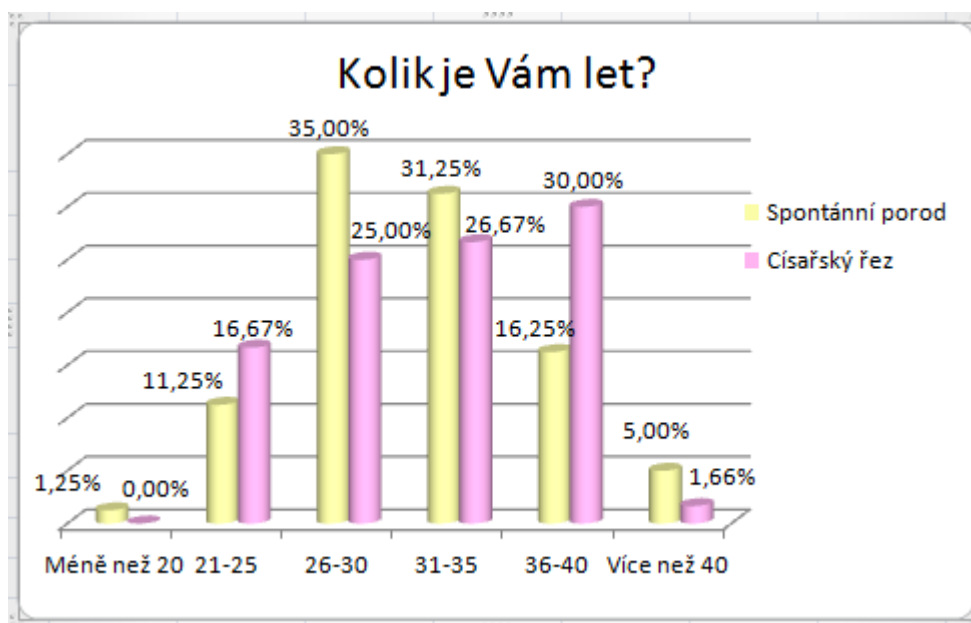
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka číslo 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 3: Věk respondentek

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu (%).	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC (%).
Méně než 20	1	1,25%	0	0,00%
21-25	9	11,25%	10	16,67%
26-30	28	35,00%	15	25,00%
31-35	25	31,25%	16	26,67%
36-40	13	16,25%	18	30,00%
Více než 40	4	5,00%	1	1,66%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 2: Věk respondentek



Graf č. 2 se zabývá věkem respondentek.

Ženy po spontánním porodu, které měly méně než 20 let, se objevily v 1 případě (1,25%), 9 respondentek (11,25%) uvádí věk 21 – 25 let, 28 žen (35,00%) uvedlo 26 -30 let, 25 respondentek (31,25%) má 31 – 35 let, 13 žen po spontánním porodu (16,25%) má 36 – 40 let a 4 ženy (5,00%) mají více než 40 let.

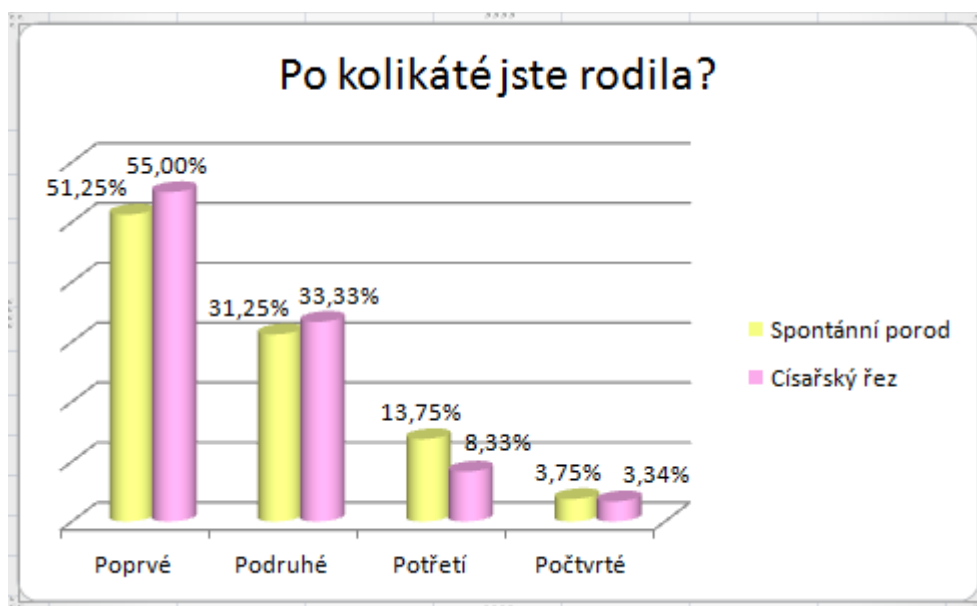
U žen po císařském řezu má 0 respondentek (0,00%) méně než 20 let, 10 respondentek (16,67%) uvádí věk 21 – 25 let, 15 respondentek (25,00%) má 26 – 30 let, 16 respondentek (26,67%) uvedlo věk 31 – 35 let, 18 respondentek (30,00%) má 36 – 40 let a 1 respondentka (1,66%) má více než 40 let.

Otázka číslo 2: Po kolikáté jste rodila?

Tabulka 4: Parita

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu (%).	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC (%).
Poprvé	41	51,25%	33	55,00%
Podruhé	25	31,25%	20	33,33%
Potřetí	11	13,75%	5	8,33%
Počtvrté	3	3,75%	2	3,34%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 3: Parita



Graf č. 3 zobrazuje paritu žen po spontánním porodu a císařském řezu.

U žen po spontánním porodu rodilo poprvé 41 žen, (51,25%) naopak nejméně rodilo žen počtvrté a více 3 (3,75%), podruhé rodilo 25 žen (31,25%) a 11 žen (13,75%) rodilo potřetí.

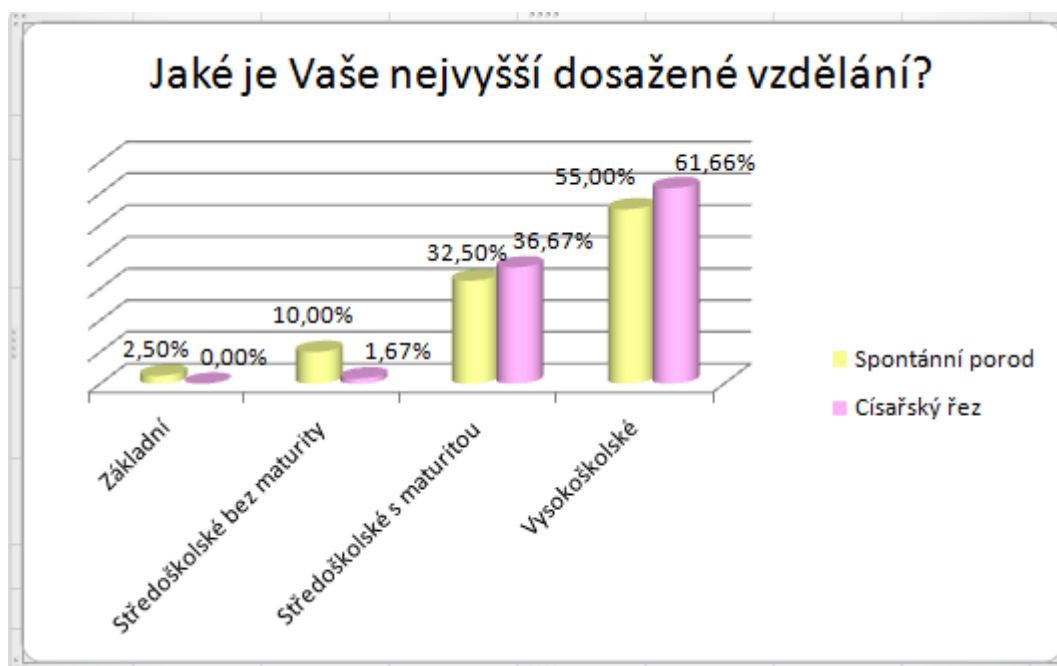
U žen po císařském řezu rodilo nejvíce 33 žen (55,00%) poprvé, 20 žen (33,33%) bylo druhorodiček, 5 žen (8,33%) rodilo potřetí a nejméně rodily 2 ženy (3,34%) počtvrté.

Otázka číslo 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 5: Vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu.	Relativní četnost po spontánním porodu (%).	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC (%).
Základní	2	2,50%	0	0,00%
Středoškolské	8	10,00%	1	1,67%
Středoškolské	26	32,50%	22	36,67%
Vysokoškolské	44	55,00%	37	61,66%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 4: Vzdělání



Graf č. 4 se zabývá vzděláním respondentek.

U žen po spontánním porodu bylo nejvíce vysokoškolsky vzdělaných respondentek 44 (55,00%), naopak jen 2 ženy (2,50%) měly základní vzdělání, středoškolské vzdělání bez maturity mělo 8 žen (10,00%) a 26 žen (32,50%) mělo vzdělání s maturitou.

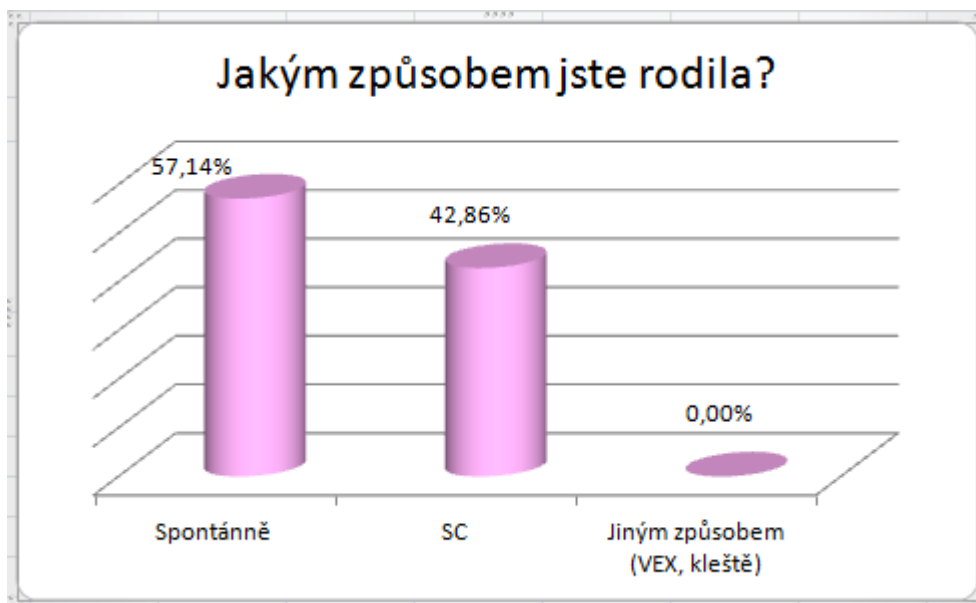
U žen po císařském řezu mělo 37 žen (61,66%) vysokoškolské vzdělání, 22 žen (36,67%) mělo vzdělání s maturitou, jen 1 žena (1,67%) měla středoškolské vzdělání bez maturity a základní vzdělání mělo 0 žen (0,00%).

Otázka číslo 4: Jakým způsobem jste rodila?

Tabulka 6: Způsob porodu.

Odpověď	Absolutní četnost způsobu porodu. (N)	Relativní četnost způsobu porodu (%). (N)
Spontánně	80	57,14%
SC	60	42,86%
Jiným způsobem (VEX, kleště)	0	0,00%
Celkem	140	100,00 %

Graf 5: Způsob porodu.



Graf č. 5 zobrazuje počet žen, které rodily spontánně, císařským řezem nebo jiným způsobem.

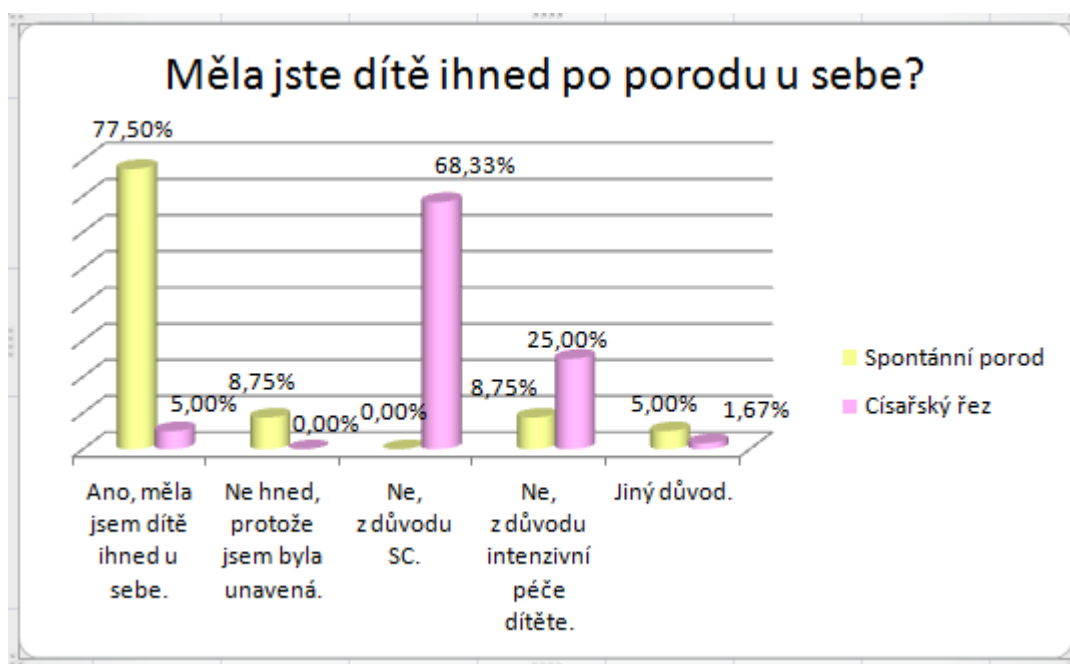
Spontánně rodilo 80 žen (57,14%), císařský řez mělo 60 žen (42,86%) a jiným způsobem nerodila žádná z dotazovaných respondentek (0,00%).

Otázka číslo 5: Měla jste dítě ihned po porodu u sebe?

Tabulka 7: Poporodní adaptace.

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC (%)
Ano, měla jsem dítě ihned u sebe.	62	77,50%	3	5,00%
Ne hned, protože jsem byla unavená.	7	8,75%	0	0,00%
Ne, z důvodu SC.	0	0,00%	41	68,33%
Ne, z důvodu intenzivní péče dítěte.	7	8,75%	15	25,00%
Jiný důvod.	4	5,00%	1	1,67%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 6: Poporodní adaptace



Graf č. 6 zobrazuje poporodní adaptaci dítěte a matky krátce po porodu.

U spontánního porodu mělo 62 žen (77,50%) dítě ihned u sebe, jen 7 žen (8,75%) nemělo dítě hned u sebe, protože byly unavené, 7 žen (8,75%) nemělo dítě u sebe z důvodu intenzivní péče dítěte a 4 ženy (5,00%) neměly dítě u sebe, z toho 2 ženy z důvodu masivní ztráty krve po porodu a následné revize a 2 ženy z důvodu zvyklosti oddělení.

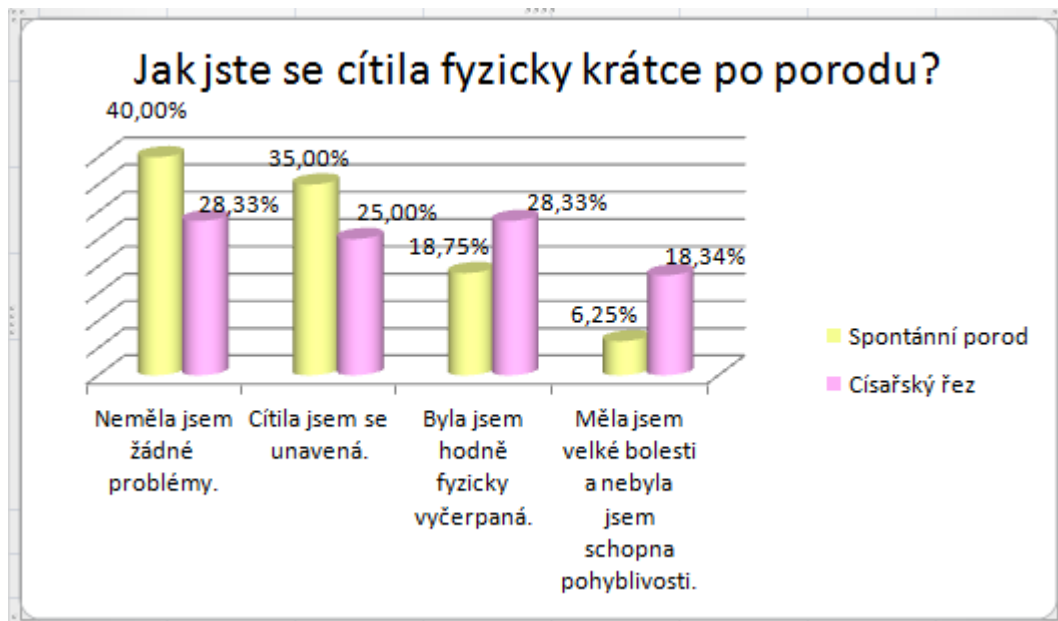
U žen, které rodily císařským řezem, bylo dítě ihned u matky jen ve 3 případech (5,00%), 0 žen (0,00%) nemělo dítě u sebe z důvodu únavy, 41 žen (68,33%) nemělo dítě u sebe z důvodu zvyklostí po SC, 15 žen (25,00%) nemělo dítě u sebe z důvodu intenzivní péče novorozence a 1 žena (1,67%) neměla dítě u sebe z důvodu hospitalizace na JIP ihned po SC.

Otázka číslo 6: Jak jste se cítila fyzicky krátce po porodu?

Tabulka 8: Fyzický stav po porodu

Odpověď	Absolutní čet- nost po spon- tánním porodu. (N)	Relativní čet- nost po spon- tánním porodu (%)	Absolutní čet- nost po SC. (N)	Relativní čet- nost po SC (%)
Neměla jsem žádné problémy.	32	40,00%	17	28,33%
Cítila jsem se unavená.	28	35,00%	15	25,00%
Byla jsem hodně fyzicky vyčerpaná.	15	18,75%	17	28,33%
Měla jsem velké bolesti a nebyla jsem schopna pohyblivosti.	5	6,25%	11	18,34%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 7: Fyzický stav po porodu



Graf č. 7 se zabývá fyzickým stavem žen po spontánním porodu a císařském řezu.

Ženy po spontánním porodu neměly žádné problémy 32 (40,00%), 28 žen (35,00%) se cítilo unaveně, hodně fyzicky vyčerpaných bylo 15 žen (18,75%) a 5 žen (6,25%) mělo velké bolesti a nebylo schopno pohyblivosti.

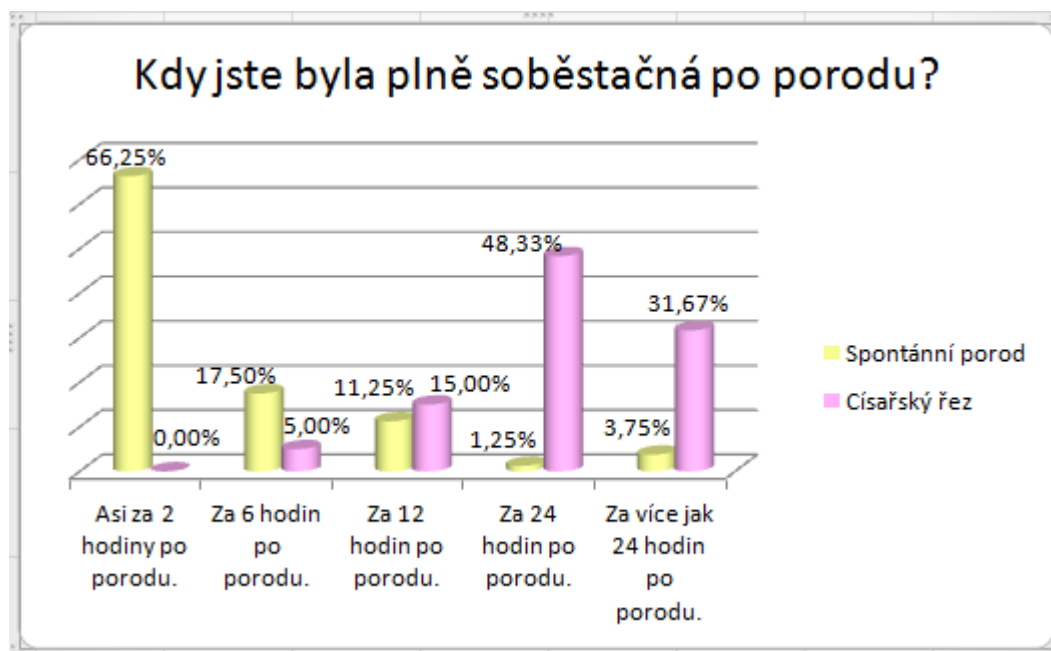
U žen po SC uvedlo 17 žen (28,33%), že nemělo žádné problémy, 15 žen (25,00%) se cítilo unavených, 17 žen (28,33%) bylo hodně fyzicky vyčerpaných a 11 žen (18,34%) mělo velké bolesti a nebyly schopny pohyblivosti.

Otázka číslo 7: Kdy jste byla plně soběstačná po porodu? (došla na WC, do sprchy, samostatné pití, stravování, zvládala osobní hygienu)

Tabulka 9: Soběstačnost po porodu

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Asi za 2 hodiny po porodu.	53	66,25%	0	0,00%
Za 6 hodin po porodu.	14	17,50%	3	5,00%
Za 12 hodin po porodu.	9	11,25%	9	15,00%
Za 24 hodin po porodu.	1	1,25%	29	48,33%
Za více jak 24 hodin po porodu.	3	3,75%	19	31,67%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 8: Soběstačnost po porodu



Graf č. 8 zobrazuje soběstačnost žen po spontánním porodu a císařském řezu.

U žen po spontánním porodu uvedlo 53 žen (66,25%), že byly plně soběstačné asi za 2 hodiny po porodu, naopak 3 ženy (3,75%) byly soběstačné za více jak 24 hodin po porodu, 14 žen (17,50%) bylo soběstačných za 6 hodin po porodu, za 12 hodin po porodu bylo soběstačných 9 žen (11,25%) a za 24 hodin byla soběstačná pouze 1 žena (1,25%)

U žen po císařském řezu naopak žádná neuvedla, že byla soběstačná za 2 hodiny po porodu 0 (0,00%), nejvíce žen, 29 (48,33%) uvedly, že byly soběstačné za 24 hodin, 19 žen (31,67%) dokonce až za více jak 24 hodin, 3 ženy (5,00%) za 6 hodin po porodu a za 12 hodin po porodu bylo soběstačných 9 žen (15,00%).

Otázka číslo 8: Měla jste problémy s vyprazdňováním? (možno zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 10: Vyprazdňování

Odpověď	Absolutní čet- nost po spon- tánním porodu. (N)	Relativní čet- nost po spon- tánním porodu. (%)	Absolutní čet- nost po SC. (N)	Relativní čet- nost po SC. (%)
Neměla jsem žádné obtíže s močením a stolicí.	45	52,94%	36	60,00%
Měla jsem obtíže vymočit se po porodu.	8	9,41%	1	1,67%
Měla jsem strach a obavu jít na stolicí.	28	32,94%	6	10,00%
Doprovázelo mě nadýmání, vzedmuté břicho.	1	1,18%	12	20,00%
Jiné	3	3,53%	5	8,33%
Celkem	85	100,00 %	60	100,00 %

Graf 9: Vyprazdňování



Graf č. 9 zobrazuje problémy s vyprazdňováním po spontánním porodu a po SC.

Ženy po spontánním porodu neměly v 45 případech (52,94%) žádné problémy s močením a stolicí, 8 žen (9,41%) mělo obtíže se vymočit po porodu, u 28 respondentek (32,94%) se objevil strach a obava jít na stolicí, jen 1 ženu (1,18%) doprovázelo nadýmání a vzedmuté břicho a 3 ženy (3,53%) uvedly jiné, všechny 3 ženy pociťovaly strangulaci, bolestivou stolicí a hemoroidy.

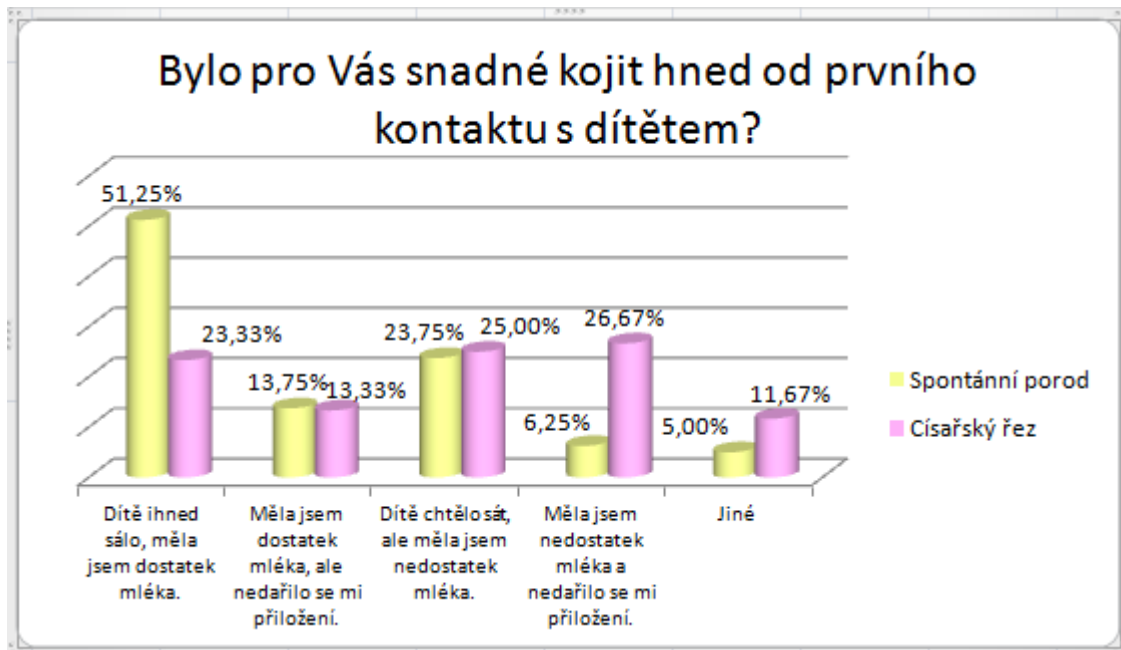
U žen po císařském řezu nemělo žádné problémy s vyprazdňováním 36 žen (60,00%), 1 žena měla obtíže vymočit se po porodu (1,67%), u 6 žen (10,00%) se objevily strach a obava jít na stolicí, 12 žen (20,00%) doprovázelo nadýmání a vzedmuté břicho a u 5 žen (8,33%) se u 2 respondentek objevila strangulace, 2 ženy měly stolicí až za 5 dní a u 1 respondentky došlo při SC k perforaci močového měchýře a týden měla zavedený PMK.

Otázka číslo 9: Bylo pro Vás snadné kojit hned od prvního kontaktu s dítětem?

Tabulka 11: Kojení

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Dítě ihned sálo, měla jsem dostatek mléka.	41	51,25%	14	23,33%
Měla jsem dostatek mléka, ale nedařilo se mi přiložení.	11	13,75%	8	13,33%
Dítě chtělo sát, ale měla jsem nedostatek mléka.	19	23,75%	15	25,00%
Měla jsem nedostatek mléka a nedařilo se mi přiložení.	5	6,25%	16	26,67%
Jiné	4	5,00%	7	11,67%
Celkem	80	100,00%	60	100,00

Graf 10: Kojení



Graf č. 10 se zabývá dostatkem mléka při kojení a přísátím novorozence.

U žen po spontánním porodu 41 respondentek (51,25%) mělo dostatek mléka a dítě ihned sálo, 11 žen (13,75%) mělo dostatek mléka, ale nedařilo se jí přiložení, u 19 žen (23,75%) chtělo dítě sát, ale ženy měly nedostatek mléka, 5 žen (6,25%) mělo nedostatek mléka a nedařilo se jim přiložení dítěte a 4 ženy (5,00%) z toho 2 ženy nechtěly kojit vůbec a u 2 žen probíhalo kojení s kloboučky.

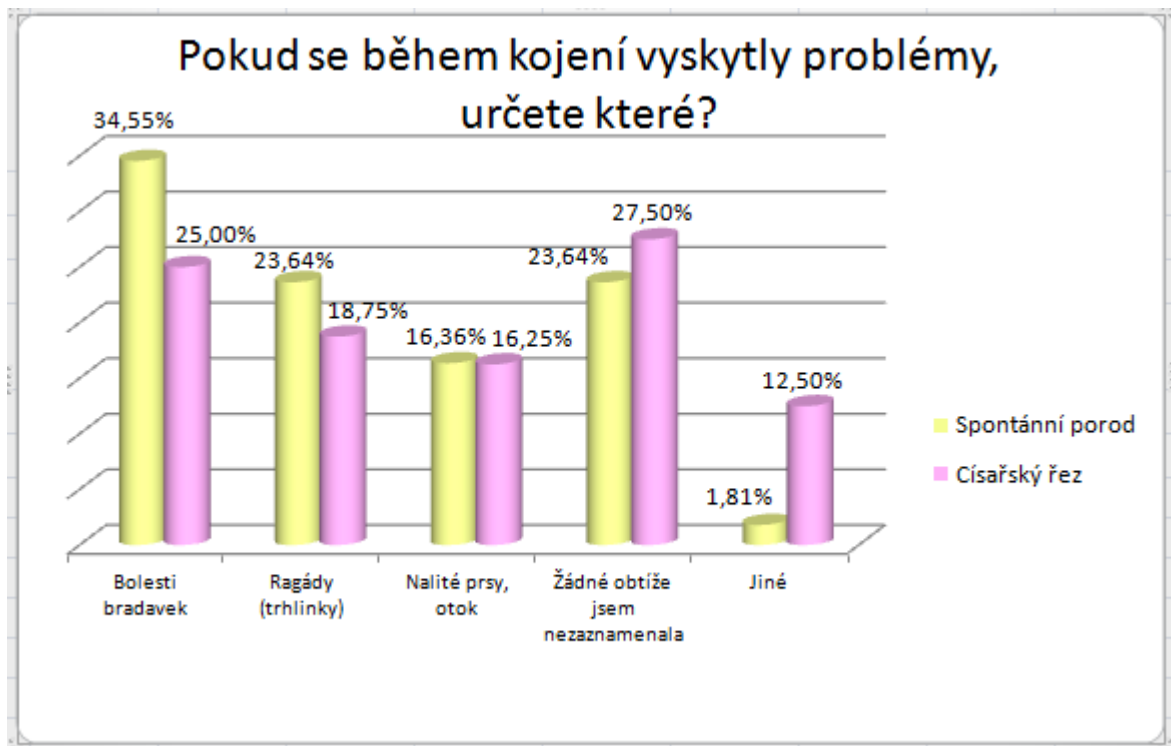
U žen po císařském řezu mělo 14 žen (23,33%) dostatek mléka a dítě ihned sálo, z toho 8 ženám (13,33%) se nedařilo přiložení, ale měly dostatek mléka, u 15 žen (25,00%) dítě chtělo sát, ale měly nedostatek mléka, 16 žen (26,67%) mělo jak nedostatek mléka tak se jim nedařilo přiložení a 7 žen (11,67%) nemohlo kojit vůbec z důvodu uložení novorozence na JIP, 5 žen odšťikávalo mléko, 2 ženy odmítly.

Otázka číslo 10: Pokud se během kojení vyskytly problémy, určete které? (možno zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 12: Problémy při kojení

Odpověď	Absolutní čet- nost po spon- tánním porodu. (N)	Relativní čet- nost po spon- tánním porodu. (%)	Absolutní čet- nost po SC. (N)	Relativní čet- nost po SC. (%)
Bolesti brada- vek	38	34,55%	20	25,00%
Ragády (trhlin- ky)	26	23,64%	15	18,75%
Nalité prsy, otok	18	16,36%	13	16,25%
Žádné obtíže jsem nezazna- menala	26	23,64%	22	27,50%
Jiné	2	1,81%	10	12,50%
Celkem	110	100,00 %	80	100,00 %

Graf 11: Problémy při kojení



Graf č. 11 se zabývá problémy a komplikacemi při kojení.

U žen po spontánním porodu se vyskytly u 38 žen (34,55%) bolesti bradavek, ragády se vyskytly u 26 žen (23,64%), otok a nalité prsy mělo 18 žen (16,36%), 26 žen (23,64%) nemělo žádné obtíže a u 2 žen (1,81%) se vyskytla mastitis.

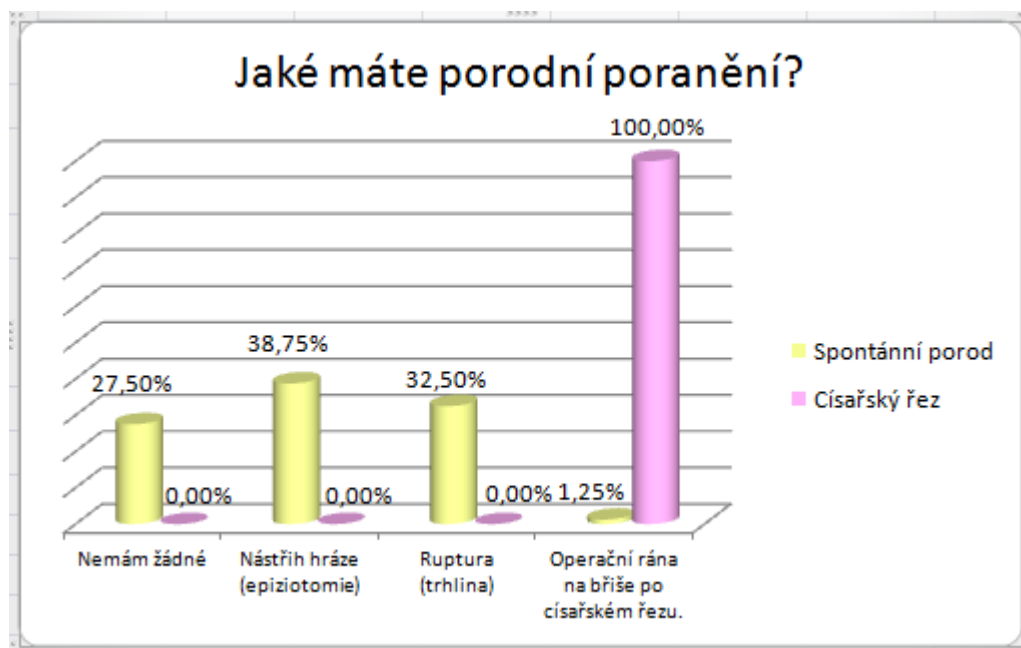
U žen po SC mělo 20 žen (25,00%) bolest bradavek, ragády se vyskytly u 15 žen (18,75%), 13 žen (16,25%) mělo nalité prsy a otok, 22 žen (27,50%) nezaznamenalo žádné problémy a u 10 žen (12,50%) se vyskytly problémy jiné, z toho 6 žen mělo mastitidu, 2 ženy měly zastavenou laktaci, 1 žena měla zatvrdlé mléko a 1 žena měla ploché bradavky.

Otázka číslo 11: Jaké máte porodní poranění?

Tabulka 13: Porodní poranění

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Nemám žádné	22	27,50%	0	0,00%
Nástřih hráze	31	38,75%	0	0,00%
Ruptura (trhlina)	26	32,50%	0	0,00%
Operační rána na břicho po cí-	1	1,25%	60	100,00%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00%

Graf 12: Porodní poranění



Graf č. 12 se zabývá porodním poraněním.

U žen po spontánním porodu nemělo 22 žen (27,50%) žádné porodní poranění, 31 žen (38,75%) mělo epiziotomii, 26 žen (32,50%) mělo rupturu a 1 žena (1,25%) měla po spontánním porodu provedenou hysterektomii.

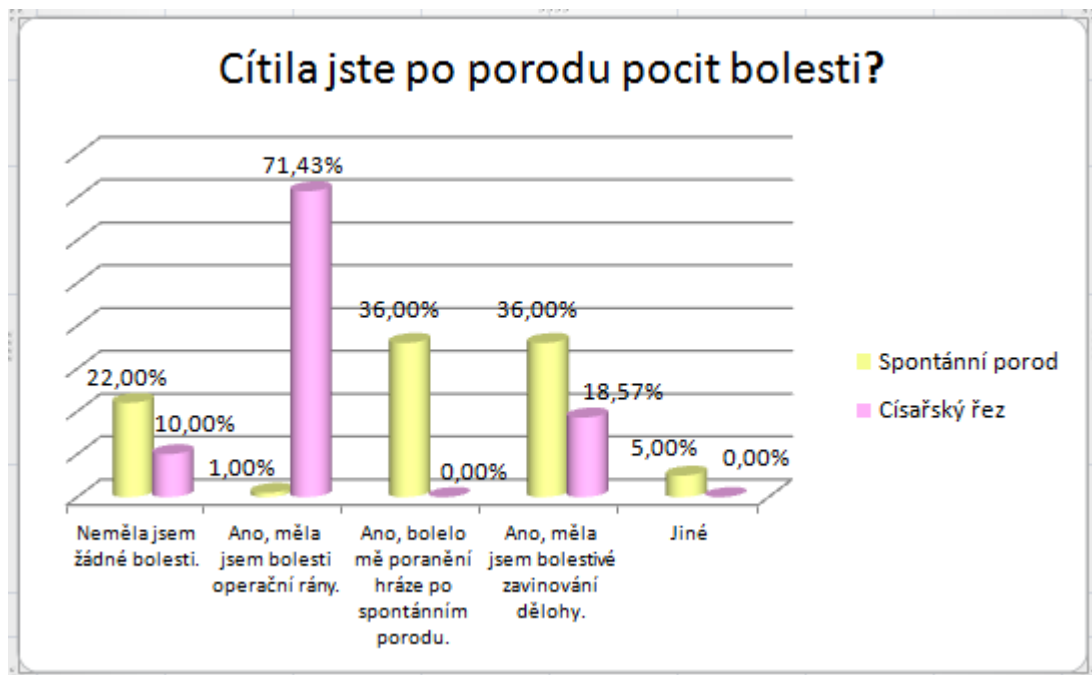
Ženy po SC měly v tomto případě operační ránu na břicho, která byla provedena všem 60 respondentkám (100,00%).

Otázka číslo 12: Cítla jste po porodu pocit bolesti? (možno zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 14: Bolest

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Neměla jsem žádné bolesti.	22	22,00%	7	10,00%
Ano, měla jsem bolesti operační rány.	1	1,00%	50	71,43%
Ano, bolelo mě poranění hráze po spontánním porodu.	36	36,00%	0	0,00%
Ano, měla jsem bolestivé zavinování dělohy.	36	36,00%	13	18,57%
Jiné	5	5,00%	0	0,00%
Celkem	100	100,00 %	70	100,00 %

Graf 13: Bolest



Graf č. 13 se zabývá lokalizací bolesti.

Ženy po spontánním porodu neměly ve 22 případech (22,00%) žádné bolesti, jen 1 žena měla bolest operační rány po hysterektomii (1,00%), 36 žen (36,00%) mělo bolest hráze, 36 žen (36,00%) mělo bolestivé zavinování dělohy a u 5 žen (5,00%) se vyskytly bolesti konečníku ve 2 případech, 3 ženy pocítovali silné bolesti zad.

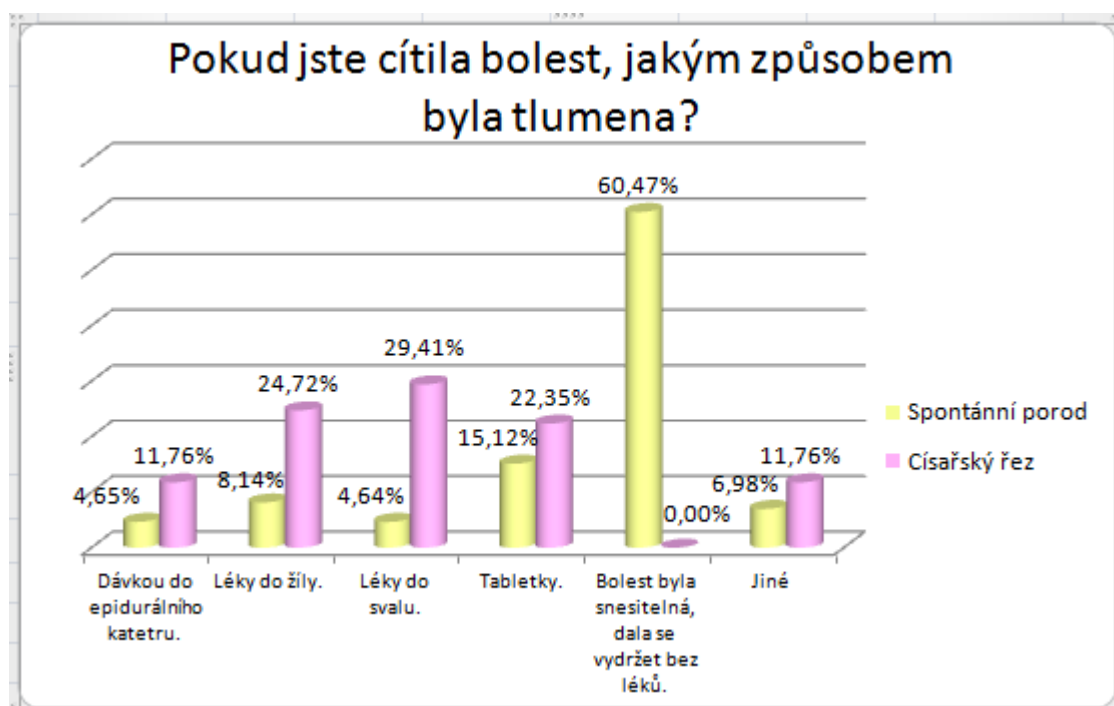
U žen po SC nemělo 7 žen (10,00%) žádné bolesti, 50 žen (71,43%) mělo bolesti v oblasti operační rány a 13 žen (18,57%) mělo bolestivé zavinování dělohy.

Otázka číslo 13: Pokud jste cítila bolest, jakým způsobem byla tlumena? (možno zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 15: Tlumení bolesti

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Dávkou do epidurálního katetru.	4	4,65%	10	11,76%
Léky do žíly.	7	8,14%	21	24,72%
Léky do svalu.	4	4,64%	25	29,41%
Tabletky.	13	15,12%	19	22,35%
Bolest byla snesitelná, dala se vydržet bez léků.	52	60,47%	0	0,00%
Jiné	6	6,98%	10	11,76%
Celkem	86	100,00 %	85	100,00 %

Graf 14: Tlumení bolesti



Graf č. 14 se zabývá tlumením bolesti.

U žen po spontánním porodu probíhalo tlumení bolesti dávkou do epidurálního katetru ve 4 případech (4,65%), 7 žen (8,14%) mělo analgetika intravenózně, 4 ženy (4,64%) měly léky intramuskulárně, perorální analgetika mělo 13 žen (15,12%), 52 žen (60,47%) mělo bolesti snesitelné, které se daly vydržet bez použití analgetik a 6 žen (6,98%) využívalo čípky, kapky a inhalaci plynu.

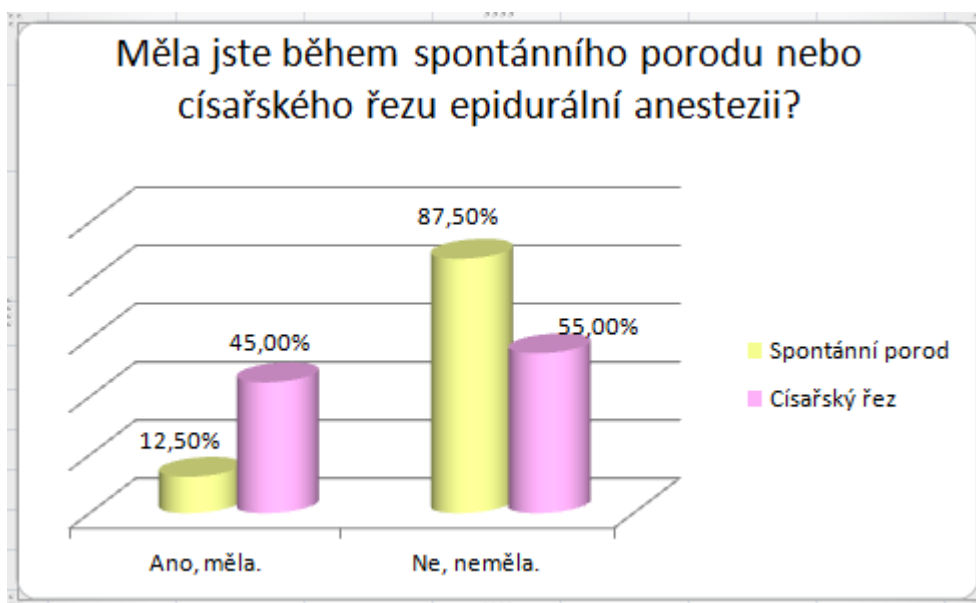
U žen po SC mělo 10 žen (11,76%) tlumení bolesti přes epidurální katetr, 21 žen (24,72%) mělo léky do žíly, 25 žen (29,41%) mělo léky do svalů, tabletky mělo 19 žen (22,35%) a 10 žen (11,76%) z toho 4 ženy zaváděly čípky, 2 ženy používaly kapky a 4 ženy využívaly ledování.

Otázka číslo 14: Měla jste během spontánního porodu nebo císařského řezu epidurální anestezii?

Tabulka 16: Epidurální anestezie

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Ano, měla.	10	12,50%	27	45,00%
Ne, neměla.	70	87,50%	33	55,00%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 15: Epidurální anestezie



Graf č. 15 se zabývá zjištěním, zda měly ženy epidurální anestezii.

Ženy se spontánním porodem měly EA v 10 případech (12,50%) a 70 žen (87,50%) EA nemělo.

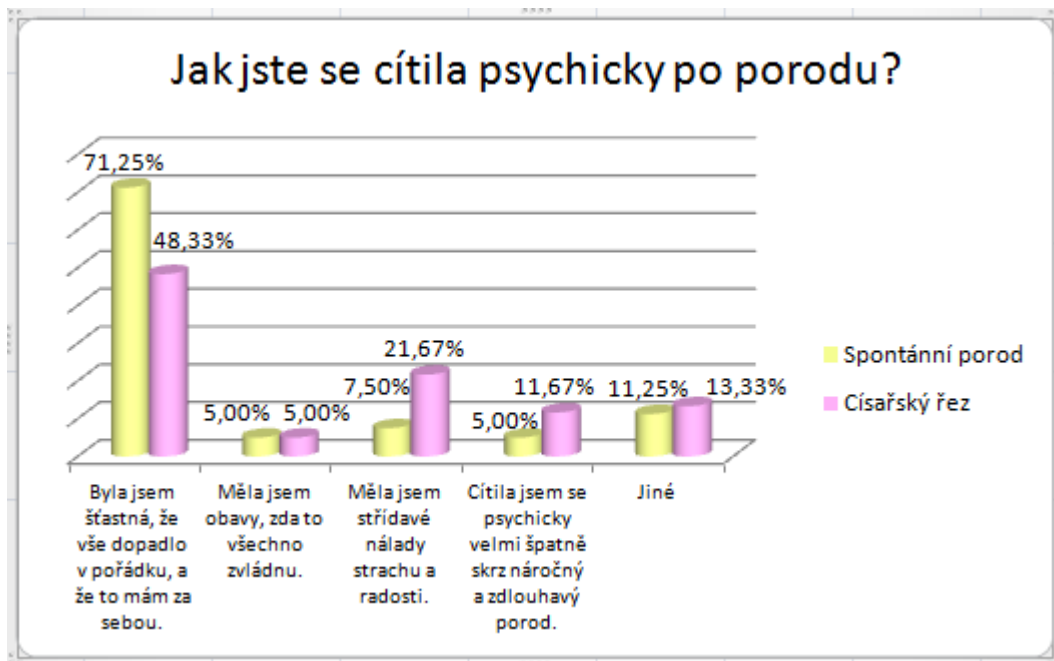
U žen s císařským řezem mělo EA 27 žen (45,00%) a 33 žen (55,00%) ji nemělo.

Otázka číslo 15: Jak jste se cítila psychicky po porodu?

Tabulka 17: Psychický stav po porodu

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Byla jsem šťastná, že vše dopadlo v pořádku, a že to mám za sebou.	57	71,25%	29	48,33%
Měla jsem obavy, zda to všechno zvládnou.	4	5,00%	3	5,00%
Měla jsem střídavé nálady strachu a radosti.	6	7,50%	13	21,67%
Cítila jsem se psychicky velmi špatně skrz náročný a zdlouhavý porod.	4	5,00%	7	11,67%
Jiné	9	11,25%	8	13,33%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 16: Psychický stav po porodu



Graf č. 16 se zabývá psychikou ženy po porodu.

U žen se spontánním porodem bylo 57 respondentek (71,25%) šťastných, že to mají za sebou a, že vše dopadlo v pořádku, 4 ženy (5,00%) měly obavu, zda všechno zvládnou, střídavé nálady strachu a radosti mělo 6 žen (7,50%), 4 ženy (5,00%) se cítily psychicky velmi špatně, skrz náročný a zdlouhavý porod a 9 žen (11,25%) uvedlo jiné, z toho 8 žen mělo velký strach o miminko a 1 žena se cítila, jakoby dítě dostala jen na starost a nebylo ani její.

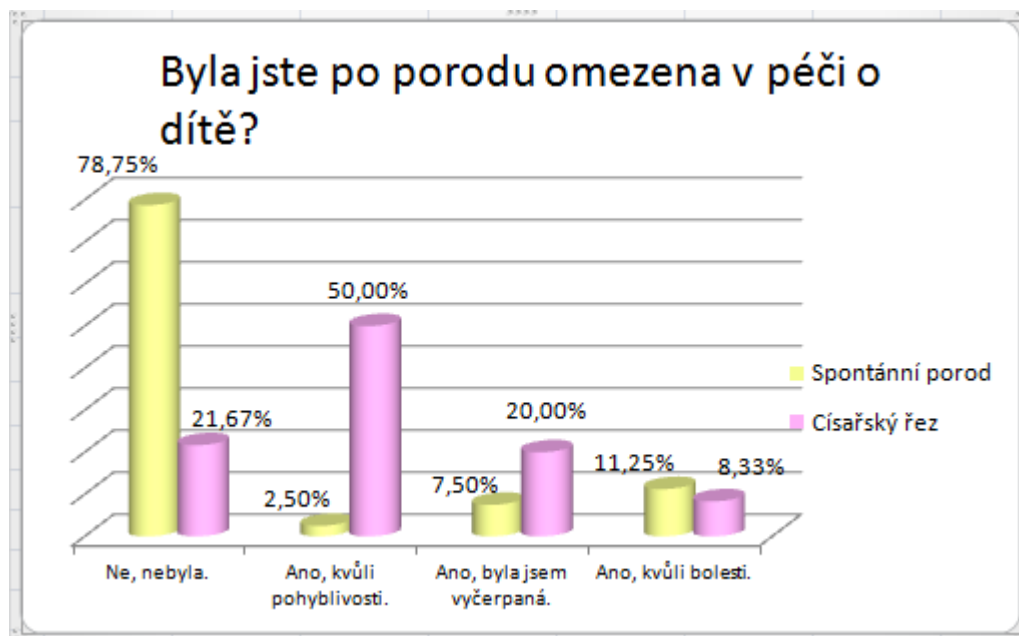
Ženy po SC byli v 29 případech (48,33%) šťastné, že je vše v pořádku, 3 ženy (5,00%) měly obavu, zda vše zvládnou, 13 žen (21,67%) mělo střídavé nálady strachu a radosti, 7 žen (11,67%) se cítilo psychicky velmi špatně a 8 žen (13,33%) uvedlo, že se nedokázali vyrovnat s akutním císařským řezem a ještě 3 – 4 den po porodu se s tím vyrovnávají.

Otázka číslo 16: Byla jste po porodu omezena v péči o dítě?

Tabulka 18: Péče o dítě

Odpověď	Absolutní četnost po spontánním porodu. (N)	Relativní četnost po spontánním porodu. (%)	Absolutní četnost po SC. (N)	Relativní četnost po SC. (%)
Ne, nebyla.	63	78,75%	13	21,67%
Ano, kvůli pohyblivosti.	2	2,50%	30	50,00%
Ano, byla jsem vyčerpaná.	6	7,50%	12	20,00%
Ano, kvůli bolesti.	9	11,25%	5	8,33%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 17: Péče o dítě



Graf č. 17 se zabývá omezeností v péči o dítě.

Ženy se spontánním porodem nebyli v 63 případech (78,75%) nijak omezeni v péči o dítě, 2 ženy uvedly, (2,50%) že byli omezeny kvůli pohyblivosti, 6 žen (7,50%) bylo omezeno z důvodu fyzického vyčerpání a 9 žen (11,25%) kvůli bolesti.

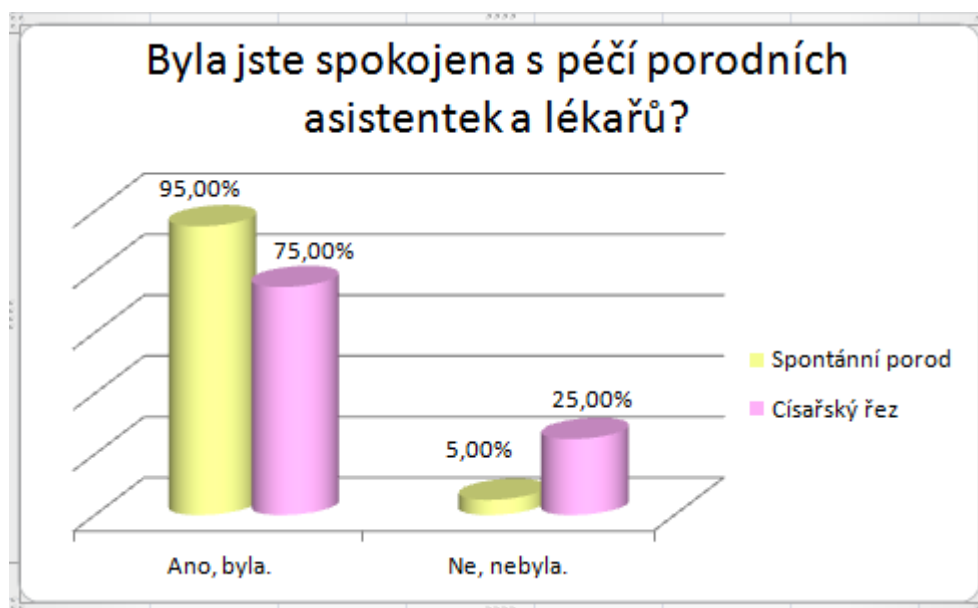
U žen po SC nebylo omezených 13 žen (21,67%), 30 žen (50,00%) bylo omezených kvůli pohyblivosti, 12 žen (20,00%) z důvodu vyčerpání a 5 žen (8,33%) kvůli bolesti.

Otázka číslo 17: Byla jste spokojena s péčí porodních asistentek a lékařů?

Tabulka 19: Spokojenost s personálem

Odpověď	Absolutní čet- nost po spon- tánním porodu. (N)	Relativní čet- nost po spon- tánním porodu. (%)	Absolutní čet- nost po SC. (N)	Relativní čet- nost po SC. (%)
Ano, byla.	76	95,00%	45	75,00%
Ne, nebyla.	4	5,00%	15	25,00%
Celkem	80	100,00 %	60	100,00 %

Graf 18: Spokojenost s personálem



Graf č. 18 se zabývá spokojeností rodiček se zdravotnickým personálem.

Ženy po spontánním porodu bylo v 76 případech (95,00%) spokojené a jen 4 ženy (5,00%) spokojené s péčí porodních asistentek a lékařů nebyly.

U žen po SC bylo spokojených 45 žen (75,00%) a 15 žen (25,00%) spokojených nebylo

5 ROZHOVORY

Rozhovor s ženou XY a s ženou MM.

1. Kolik je Vám let, po kolikáté a jakým způsobem jste rodila?

Žena XY: „Je mi 40 let a letos jsem rodila již počtvrté, naštěstí opět spontánním porodem. Můj první porod proběhl v roce 1999 císařským řezem, na který opravdu nerada vzpomínám, skrz velmi bolestivé a nepříjemné zkušenosti, druhý porod byl opět císařský řez a bylo to v roce 2006, třetí porod mi vyšel až neuvěřitelným štěstím spontánně v roce 2008 a tento rok 2016 jsem porodila také spontánně.“

Žena MM: „Je mi 23 let a rodila jsem celkem dvakrát. Před třemi lety, v roce 2013, jsem rodila spontánním porodem a téměř před rokem v roce 2015 jsem měla císařský řez.“

2. Můžete srovnat, jak jste se cítila psychicky po spontánním porodu a po císařském řezu?

Žena XY: „Po spontánním porodu jsem se cítila psychicky velmi dobře, cítila jsem se opravdu šťastná, neměla jsem žádné problémy, adaptace s miminkem proběhla ihned na porodním sále, spontánní porod probíhal bez problémů. Co se týče císařského řezu, byla jsem na tom psychicky hodně špatně, první dny jsem si ani neuvědomovala, že mám miminko u sebe, a že je to za mnou, měla jsem velké bolesti a střídavé nálady strachu, smutku a byla jsem zklamaná, že jsem nemohla родit spontánně.“

Žena MM: „Cítila jsem se opravdu špatně po vaginálním porodu, byla jsem v bolestech, měla jsem velké šití a rupturu hráze, jelikož se mi neodlučovala placenta, museli mi dělat revizi dutiny děložní, takže jsem byla i krátkodobě v anestezii, i když mi pak donesli miminko, nebyla jsem schopna vstřebat všechno, co se stalo a měla jsem z toho hodně dlouho psychické problémy. Císařský řez proběhl v naprostém pořádku, jelikož jsem měla plánovaný SC z důvodu špatné polohy miminka, krátce po probuzení mi donesly sestřičky miminko na kojení, takže adaptace proběhla ještě na operačním sále, cítila jsem se šťastná, že to mám za sebou.“

3. Můžete srovnat, jak jste se cítila fyzicky po obou způsobech porodu?

Žena XY: „Po císařském řezu jsem měla velké bolesti, které přetrvávaly ještě dalšího půl roku, nejvíce v oblasti operační rány, co se týče spontánního porodu, nepociťovala jsem žádné bolesti záhy po porodu, jen větší vyčerpání a únavu.“

Žena MM: „Po císařském řezu jsem se cítila báječně, necítila jsem žádnou bolest, ta se začala projevovat více až tak 2 -3 den, ale byla mi tlumena léky do žíly, takže jsem téměř nic necítila. Po spontánním porodu mě strašně bolela hráz a děloha, byla jsem celkově hodně fyzicky vyčerpaná z dlouhého a náročného porodu, bála jsem se i sednout, jak byla ta bolest silná.“

4. Za jak dlouho jste byla plně soběstačná po obou porodech?

Žena XY: „Po spontánním porodu jsem byla schopna již za 2 hodiny vstát a téměř všechno jsem zvládala sama včetně péče o dítě, u císařského řezu si pamatuji, že jsem poprvé vstala až za více jak 12 hodin, ale dítě jsem měla na pokoji až za více jak 24 hodin, celkově jsem celých 12 hodin jen prospala a kontakt s dítětem si ani nepamatuji, plně schopna se postarat sama o sebe a ještě o miminko jsem byla schopná až za 3 dny po císařském řezu.“

Žena MM: „Po císařském řezu to bylo za cca 12 hodin, kdy jsem se sestřičkou poprvé vstávala, pak už to bylo jen lepší a lepší, takže celkově jsem byla plně soběstačná do 24 hodin od operace. Po spontánním porodu to bylo za více jak 24 hodin.“

5. Vyskytly se u Vás s kojením problémy? A jak dlouho jste kojila?

Žena XY: „S kojením po spontánním porodu nebyly téměř žádné problémy, jen bolesti bradavek a po měsíci se mi vytvořily i ragády, ale dalo se to zvládnout, dítě se ihned přisálo od 1. dne a mléko se mi vytvořilo asi za 2 – 3 dny, kojila jsem cca 2 roky. Po císařském řezu jsem bohužel přišla o mléko, kojila jsem pouze 5 týdnů.“

Žena MM: „Kojení po spontánním porodu bylo první dny celkem náročné, nedařilo se mi přiložení novorozence a měla jsem nedostatek mléka, proto dostávalo, dítě dokrm. Navíc jsem pak dostala ještě zánět prsní žlázy, takže ve výsledku jsem kojila jen asi měsíc a půl, jelikož jsem pak přišla o mléko. U císařského řezu se mi podařilo plně kojit již od 2. dne a kojila jsem 1 rok, nevyskytly se žádné problémy, jen sem tam ragády, ale to bylo jen první týden, pak se mi zahojily.“

6. Kdybyste měla možnost a mohla si vybrat, jakým způsobem byste rodila?

Žena XY: „Rozhodně spontánní porod, to minimum komplikací a rizik se nedá srovnat s císařským řezem, kde jsem byla nesoběstačná víc jak 36 hodin a přišla jsem o ty nejkrásnější hodiny a dny s miminkem, kdy jsme měli být pořád spolu a já je proležela v bolestech, omámená z anestezie a nemohla se téměř pohybovat, ještě víc jak půl roku jsem měla velké bolesti v oblasti jizvy a psychicky jsem to zpracovávala hodně dlouho.“

Žena MM: „S mými zkušenostmi bych volila raději opět císařský řez, u kterého jsem neměla žádné komplikace než u spontánního porodu.“

6 DISKUZE

Bakalářská práce na téma „Spontánní porod, nebo císařský řez?“ je zaměřena na zjištění a srovnání psychického a fyzického stavu žen jak žen po spontánním porodu tak žen po císařském řezu a také na zjištění schopnosti a kvality kojení.

V této části práce se nachází analýza získaných dat. Některé výsledky výzkumu byly porovnány s pracemi a výzkumy autorů, kteří se zabývali stejnou nebo podobnou problematikou.

Cíl 1. Srovnat fyzický stav žen po spontánním porodu a císařském řezu.

K prvnímu cíli se vztahovala následující výzkumná otázka:

Otázka číslo 6, ve které jsem zjišťovala a srovnávala, jak se jednotlivé ženy cítily fyzicky po spontánním porodu a po císařském řezu. U žen po spontánním porodu odpovědělo nejvíce 32 žen (40,00%) z 80 dotazovaných, že neměly žádné problémy, u císařského řezu takhle odpovědělo 17 žen (28,33%) z 60 dotazovaných, což je téměř o polovinu méně, než u žen rodících spontánně a tudíž ženy po SC měly více problémů než ženy, které rodily spontánně. Více unavené se cítily ženy po spontánním porodu, kde odpovědělo 28 respondentek (35,00%), u císařského řezu takhle odpovědělo 15 respondentek (25,00%), což je opět téměř o polovinu méně než u spontánního porodu. 15 respondentek po spontánním porodu bylo hodně fyzicky vyčerpaných (18,75%), u císařského řezu takhle odpovědělo 17 respondentek (28,33%), což ve výsledku ukazuje, že obě skupiny žen byly téměř stejně fyzicky vyčerpané. U žen po císařském řezu odpovědělo 11 žen (18,34%), že měly velké bolesti a nebyly schopny pohyblivosti a u žen po spontánním porodu se takhle cítilo 5 žen (6,25%), což je v procentuálním výsledku o třetinu méně než u SC.

Z výzkumu tedy plyne, že více fyzických problémů měly ženy, které rodily císařským řezem, více žen, které rodily spontánním porodem, neměly žádné problémy, naopak u císařského řezu odpovědělo více žen, že mělo velké bolesti a nebyly schopny pohyblivosti.

Cíl 2. Srovnat psychický stav žen po spontánním porodu a císařském řezu.

Otázka číslo 15 se vztahovala ke druhému cíli:

V této výzkumné otázce jsem zjišťovala a srovnávala, jak se cítily ženy psychicky po spontánním porodu a po císařském řezu. Téměř 71,25% respondentek po spontánním porodu odpovědělo, že se cítily šťastné, že vše dopadlo v pořádku a mají porod za sebou, u císařského řezu se tak cítilo 48,33%. U SC měly 3 ženy (5,00%) obavy, zda to zvládnou a u

spontánně rodících to byly 4 respondentky (5,00%), což potvrzuje, že ve srovnání se ženy rodící spontánně a SC cítily stejně obavu, zda všechno zvládnou. 7,50% respondentek po spontánním porodu mělo střídavé nálady strachu a radosti u žen po SC to bylo 21,67%, což je téměř třikrát více než u žen rodících spontánně. U žen po SC 11,67% se cítilo psychicky velmi špatně, skrz velmi náročný a zdoluhavý porod, u žen po spontánním porodu takhle odpověděly pouze 4 respondentky (5,00%) což je více jak o polovinu méně, než u žen po SC. V odpovědi na jinou možnost odpovědělo 8 žen, které rodily spontánně, že měly velký strach o miminko a 1 žena se cítila, jakoby dostala dítě na starost a ani nebylo její, při tom dítě bylo chtěné. U žen po SC odpovědělo na jinou možnost 13,33% kde uvádí 8 respondentek, že se nedokázalo vyrovnat s akutním císařským řezem a necítí se psychicky dobře.

Z výzkumné otázky tedy vyplývá, že více se cítily šťastné (71,25%) respondentky po spontánním porodu. Téměř trojnásobně se u žen, které rodily císařským řezem, vyskytly střídavé nálady strachu a radosti než u žen rodících spontánně.

Cíl 3. Zjistit míru soběstačnosti po spontánním porodu a císařském řezu.

K třetímu cíli se vztahovaly následující výzkumné otázky:

V otázce číslo 7 jsem se dotazovala, kdy byly ženy plně soběstačné po porodu, tzn. dojít si na WC, do sprchy, samostatně se napít, najíst, zvládat osobní hygienu a péči o dítě. U spontánního porodu mi 53 respondentek (66,25%) odpovědělo za 2 hodiny po porodu, u císařského řezu nebyla žádná respondentka schopna soběstačnosti za 2 hodiny. Za 6 hodin po porodu bylo soběstačných 14 žen (17,50%) a u císařského řezu pouze 3 ženy (5,00%). 9 žen po spontánním porodu a 9 žen po císařském řezu bylo soběstačných za 12 hodin po porodu. 48,33% žen po císařském řezu bylo soběstačných až za 24 hodin po porodu u spontánního porodu to byla jedna žena (1,25%). A za více jak 24 hodin po porodu bylo soběstačných 19 žen (31,67%) po císařském řezu a 3,75% respondentek po spontánním porodu.

Další výzkumná otázka číslo 12 se vztahovala také k soběstačnosti a to zda respondentky pociťovaly bolest. 22 žen po spontánním porodu uvádí, že neměly žádnou bolest, u císařského řezu to uvedlo 7 žen. 71,43% žen cítilo bolest v operační ráně po císařském řezu, u spontánního porodu to byla 1 žena (1,00%), která byla po hysterektomii krátce po porodu. 36,00% žen po spontánním porodu uvádí bolest poranění hráze a dalších 36,00% žen po spontánním porodu mělo bolestivé zavinování dělohy a u císařského řezu to bylo 18,57%.

V odpovědi na jinou možnost, uvedlo 5 žen po spontánním porodu, z toho 2 ženy cítily bolest konečníku a 3 ženy silné bolesti zad.

Poslední otázkou kde jsem se dotazovala na míru soběstačnosti, byla otázka číslo 16, která zjišťovala, zda byly ženy omezeny po porodu v péči o dítě. Po spontánním porodu nebylo 63 žen (78,75%) nijak omezeno v péči o dítě, u císařského řezu to bylo jen 13 žen (21,67%). Jen 2 ženy (2,50%) po vaginálním porodu byly omezeny z důvodu pohyblivosti, u císařského řezu bylo tímto způsobem omezeno 30 respondentek (50,00%), což dokazuje, že v 50,00% se ženy po císařském řezu nemohly starat o dítě kvůli pohyblivosti. Z důvodu vyčerpání odpovědělo 6 žen (7,50%) po spontánním porodu a po císařském řezu odpovědělo 12 žen (20,00%). Kvůli bolesti bylo omezeno 11,25% žen po spontánním porodu a 8,33% žen po císařském řezu.

Dle bakalářské práce Evy Smutné (2009), která se zabývala také problematikou soběstačnosti, zjistila ve svých výzkumech, že ženy po spontánním porodu se cítí být dříve schopny postarat o sebe a o své dítě než ženy, které rodily císařským řezem. Z mého výzkumu plyne, že (78,75%) žen po spontánním porodu nebylo nijak omezeno, naopak ženy po SC (50,00%) uvedly, že byly omezeny z důvodu pohyblivosti. Je tedy zřejmé, že ženy po spontánním porodu jsou mnohem dříve soběstačné jak v péči o sebe tak o dítě.

Cíl 4. Zjistit schopnost a kvalitu kojení po spontánním porodu a císařském řezu.

Ke čtvrtému cíli se vztahovaly následující otázky:

První otázka, která se týkala zjištění schopnosti a kvality kojení byla otázka číslo 5, která zjišťovala, zda měly ženy dítě ihned po porodu u sebe. Zajímavým zjištěním je, že pouze 3 ženy po SC odpověděly, že měly dítě ihned u sebe z 60 dotazovaných, oproti tomu ženy po spontánním porodu měly dítě ihned u sebe v 62 případech z 80 dotazovaných. Z důvodu únavy a vyčerpání, nemělo dítě u sebe 7 žen po spontánním porodu, u SC tuhle odpověď neuvedla žádná respondentka. 41 respondentek po SC uvedlo, že neměly dítě u sebe z důvodu císařského řezu a jeho zvyklostem. U spontánního porodu uvedlo 7 žen z důvodu intenzivní péče dítěte a u císařského řezu to uvedlo dvojnásobně více respondentek. V odpovědi na jinou možnost, proč neměly dítě ihned u sebe, odpověděly 4 ženy po spontánním porodu, z toho 2 ženy z důvodu masivní ztráty krve a následné revize a 2 ženy z důvodu zvyklosti oddělení. U císařského řezu zvolila jinou možnost 1 žena, která neměla dítě u sebe z důvodu její hospitalizace na JIP ihned po porodu.

Další výzkumnou otázkou k dané problematice byla otázka číslo 9, která zjišťovala, zda bylo pro ženy snadné kojit od prvního kontaktu s dítětem. U žen po spontánním porodu nemělo 41 žen (51,25%) žádné problémy, jelikož dítě ihned sálo a měly dostatek mléka, u SC takhle odpovědělo 14 žen (23,33%). 11 žen, které rodily vaginálně, uvedly, že měly dostatek mléka, ale nedařilo se jim přiložení, u SC takhle odpovědělo 8 žen (13,33%). 23,75% respondentek po spontánním porodu uvedlo, že dítě chtělo sát, ale neměly dostatek mléka, u SC tuhle odpověď zvolilo 25,00%. 26,67% ženy po SC neměly dostatek mléka a nedařilo se jim přiložení, u spontánního porodu to uvedlo pouze 6,25%. V odpovědi na jinou možnost uvedlo 5,00% po spontánním porodu, z toho 2 ženy nechtěly kojit vůbec a u 2 žen probíhalo kojení s kloboučky. U SC zvolilo jinou možnost 11,67%, z toho u všech respondentek bylo dítě na JIP, z toho 5 žen pravidelně odstříkávalo mléko a 2 ženy tuhle možnost odmítly.

Poslední otázkou týkající se problémů s kojením byla otázka číslo 10, která zjišťovala, zda se během kojení vyskytly obtíže. U žen po spontánním porodu se u 38 žen vyskytly bolesti bradavek, u žen po SC tuhle odpověď zvolilo 20 žen, z čehož vyplývá, že téměř o polovinu mají ženy po SC méně bolestivé bradavky. 26 žen, které rodily spontánně, uvedly, že se jim objevily během kojení ragády, u žen po SC se objevily u 15 žen. Nalité prsy měly ženy v 16,36% po spontánním porodu a v 16,25% po SC. U 26 žen po spontánním porodu se neobjevily žádné problémy, u žen po SC se neobjevily problémy u 22 žen. V odpovědi na jinou možnost odpověděly 2 ženy po spontánním porodu, že se u nich vyskytla mastitis a 10 žen po SC zvolilo jinou možnost, z toho 6 žen mělo po porodu mastitidu a u 2 žen se úplně zastavila laktace, 1 žena uvedla zatvrdlé mléko a 1 žena uvádí, že měla ploché bradavky a nemohla kojit.

Z výzkumu bakalářské práce Evy Smutné, (2009) která zjistila, že ženy po spontánním porodu mají menší problémy s laktací, než ženy po císařském řezu. Z mého výzkumu je patrné, že více problémů, také vykazovaly ženy po císařském řezu. Dítě po porodu měly ihned u sebe nejvíce ženy po spontánním porodu. Více žen po císařském řezu mělo více problémů s laktací než u porodu spontánního.

Cíl 5. Zjistit jak se cítí konkrétní ženy, které rodily jak spontánním porodem, tak císařským řezem.

Doplňující částí mé bakalářské práce byl rozhovor se dvěma ženami, které rodily jak spontánně tak i císařským řezem, zjišťovala jsem, jak se cítily psychicky a fyzicky po porodu,

zda měly problémy s kojením nebo zda měly problémy s vyprazdňováním. Každá žena měla s jednotlivým porodem naprosto odlišnou zkušenost, což je pro mou bakalářskou práci velmi zajímavé. Tato část bakalářské práce porovnává jednotlivé odpovědi obou respondentek navzájem. Kompletní znění obou rozhovorů je uvedeno v praktické části bakalářské práce. Výsledky a závěry tohoto průzkumu nelze v žádném případě zobecňovat, jedná se o porovnání názorů pouze 2 respondentek.

V první otázce měly respondentky uvést svůj věk, paritu a způsob porodu. Žena XY má 40 let, rodila celkem čtyřikrát, z toho 2 krát císařským řezem a 2 krát spontánním porodem. Druhá žena MM má 23 let, rodila celkem dvakrát a to jednou spontánně a podruhé císařským řezem.

Ve druhé otázce jsem se dotazovala, jak se cítily psychicky po obou způsobech porodu. Žena XY se u obou spontánních porodů cítila velmi dobře a dítě měla ihned u sebe, naopak žena MM se po spontánním porodu cítila velmi špatně, byla v bolestech a z důvodu velkého šití, ruptury hráze a neodlučování placenty, byla provedena revize dutiny děložní, žena uvedla, že měla velké psychické potíže ještě delší dobu od porodu. U císařského řezu se žena XY cítila velmi psychicky špatně, protože nemohla родit spontánně, měla velké bolesti a střídavé nálady strachu a smutku. Naopak žena MM, se cítila po SC skvěle, miminko bylo přiloženo ještě na operačním sále a neměla žádné psychické problémy.

Ve třetí otázce jsem zjišťovala fyzický stav po obou porodech. Opět byly zkušenosti obou žen naprosto rozdílné, oproti ženě XY, která měla po SC velké bolesti, a které přetrvávaly ještě půl roku, žena MM se cítila báječně a bolest nepocítovala výrazně. U spontánního porodu necítila žena XY žádné bolesti, jen větší vyčerpání a únavu, naopak žena MM cítila velkou bolest hráze a dělohy a byla hodně vyčerpaná.

Ve čtvrté otázce jsem se dotazovala na soběstačnost po obou porodech. Zatímco žena XY byla schopna po spontánním porodu za 2 hodiny, žena MM byla schopna až za více jak 24 hodin. Po císařském řezu se žena XY cítila plně soběstačná až za 3 dny od porodu, žena MM uvedla do 24 hodin od porodu.

V páté otázce jsem zjišťovala problémy s kojením a délku kojení. Žena XY neměla po spontánním porodu žádné problémy, jen bolesti bradavek a kojila celkem 2 roky, zatímco žena MM kojila jen měsíc a půl, z důvodu mastitidy, dítě se špatně přisávalo a měla nedostatek mléka. Po SC žena XY přišla o mléko a kojila pouze 5 týdnů, naopak žena MM kojila 1 rok a měla ragády.

V šesté otázce jsem se dotazovala, kdyby si respondentky mohly vybrat způsob porodu, jaký by raději zvolily. Žena XY by rozhodně volila spontánní porod, jelikož u SC přišla o ty nejkrásnější chvíle s miminkem, byla v bolestech a omámená z anestezie, dlouhou dobu měla psychické problémy a ještě víc jak půl roku cítila bolest operační rány. Žena MM na tuhle otázku odpověděla, že jednoznačně císařský řez, jelikož neměla žádné problémy než u spontánního porodu.

Cíl č. 5 byl splněn, na základě rozhovoru se dvěma ženami, které rodily jak spontánním porodem, tak císařským řezem

Ve spojitosti s mou bakalářskou prací, jsem narazila na výzkum ve Skandinávii (Schindl, 2003), který se zabýval ženami po spontánním porodu a ženami, které měly plánovaný císařský řez. Do studie bylo zahrnuto 1050 žen, kde jim byl navržen dotazník, který se zabýval psychologickými faktory, úrovní bolesti a zkušenostmi s porodem. Tento dotazník byl podán ženám 3 krát a to první v 38 týdnu těhotenství, 3 dny po porodu a 4 měsíce po porodu. Z 903 rodiček s plánovaným spontánním porodem mělo 484 žen (53,6%) provedenou minimální perineální operaci, která byla provedena krátce po porodu. 41 žen (4,5%) porodilo vakuum extrakcí a v 93 případech (10,3%) byl proveden akutní císařský řez. Ze 147 plánovaných císařských řezů bylo 103 založeno na medicínských důvodech a 44 na psychologických faktorech. Výrazně nižší míra komplikací matky a plodu bylo pozorováno ve srovnání s vaginálním porodem (5,4% vs. 19,3%). Zkušenost s porodem byla u plánovaného císařského řezu výrazně lepší než u spontánního porodu, horší zkušenost měly ženy u akutního císařského řezu a vůbec nejhorší zkušenost měly ženy s vacuum extrakcí u porodu. Studie zjistila, že 83,5% žen se spontánním porodem, by znovu volilo spontánní porod, 74,3% by volilo z plánovaného SC opět plánovaný SC a 66,00% žen s lékařsky nezbytnou indikací k císařskému řezu. Pouze 30,1% žen s akutním SC by znovu volilo císařský řez. Volitelný císařský řez je bezpečný a psychicky dobře snášený. Tyto výsledky jsou srovnatelné s nekomplikovaným spontánním porodem a daleko lepší než sekundární intervence, jako je porod za pomoci vacuum extrakce nebo akutního SC.

7 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „Spontánní porod, nebo císařský řez?“ jsem se zabývala srovnáním psychického a fyzického stavu po spontánním porodu a po císařském řezu. Dále jsem zjišťovala míru soběstačnosti po obou porodech a také schopnost a kvalitu kojení po spontánním porodu a po císařském řezu.

V teoretické části byl popsán fyziologický porod, jeho klasifikace, průběh porodu, období přípravné, první doba porodní, druhá doba porodní, třetí doba porodní a doba poporodní. Dále jsem popisovala porodnickou bolest, porodnickou analgezií a porodní poranění po spontánním porodu. Zabývala jsem se také komplikacemi epiziotomie. Popisovala jsem také kojení po spontánním porodu, psychiku ženy jak po spontánním porodu, tak v období šestinedělí, přítomnost blízké osoby u porodu a výhody a rizika spontánního porodu. Další kapitola byla věnována císařskému řezu, jeho historii, nejčastějším indikacím a komplikacím SC a anestezii císařského řezu. Dále jsem popisovala psychiku žena po SC, kojení po císařském řezu, výhody a rizika SC, kritéria pro následný vaginální porod, pooperační péče na šestinedělí a četnost císařských řezů ve světě.

V praktické části jsem zpracovávala informace, které jsem získala dotazníkovou metodou na oddělení šestinedělí, kde jsou umístěny jak ženy po spontánním porodu tak ženy po císařském řezu a také jsem získávala informace prostřednictvím elektronického dotazníku. Hlavní cíl byl směřován na srovnání psychického stavu po spontánním porodu a po císařském řezu a také na srovnání fyzického stavu po spontánním porodu a císařském řezu. Mezi další cíle také patřilo zjistit míru soběstačnosti žen jak po spontánním porodu, tak po císařském řezu, dále také kvalitu kojení a problémy s kojením po spontánním porodu a po porodu císařským řezem.

Během zpracování mé bakalářské práce je z výzkumu patrné, že více psychických i fyzických problémů mají ženy, které rodily císařským řezem, než ženy, které rodily spontánně. Co se týče míry soběstačnosti a schopnosti a kvality kojení, tak jsou na tom opět daleko lépe ženy, které rodily spontánně.

Každá žena je individuální osobnost, která má svá přání a očekávání od porodu a podle toho bychom k ní měli přistupovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAĎUROVÁ, Eva. Porod po císařském řezu [online]. Zlín, 2014 [cit. 2016-05-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/tatafk/>>.

BINAGWAHO. Gynecology and obstetrics: Clinical protocols/treatment guidelines. Kigali-Rwanda: Ministry of Health, 2012. Dostupné také z: http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/OBS_Gyn_last-version.pdf.

BINDER, Tomáš, 2011. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Karolinum, 297 s. ISBN 978-80-246 1907-1.

BRZOSKOVÁ, Milada. Císařský řez, výhra nebo selhání? [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2016-05-10]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Ludmila Reslerová Dostupné z: <<http://theses.cz/id/4nm6wv/>>.

ČECH, Evžen, 2006. Porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 544 s., [2] ISBN 80-247-1303-9.

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

JIRÁSKOVÁ, Vlasta. Kojení po císařském řezu. Děti a my. 2011, roč. 41, č. 11. ISSN 0323-1879.

Kojení – praktický průvodce pro zdravotníky, TIDE DIGE VINTHER, Kodaň 1993, Recenze: Elizabeth Horman (INCLC) MUDr. Magdaléna Paulová, CSc.,

MUDr. Olga Vildová

Kojení – všechno, co potřebujete vědět, Laktační liga

KUDELA, Milan, 2008. Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 273 s. ISBN 9788024419756.

KŘEPELKA, P. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu. Gynekolog. 2010, roč. 20, č. 1, s. 7 - 15. ISSN 1210 - 1133.

PAŘÍZEK, Antonín, 2012. Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš.a přeprac. vyd. Praha: Galén, xxxii, 427 s. ISBN 9788072628933.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš, 2001. Porodnictví. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SCHINDL, M; BIRNER, P; REINGRABNER, M; E. A, Joura; HUSSLEIN, P; LANGER, M. Elective Cesarean Section Vs. Spontaneous Delivery: A Comparative Study of Birth Experience. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. 2003, vol. 82, no. 9 s. 834-840. ISSN:0001-6349.

SMUTNÁ, Eva. Srovnání psychického a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-02-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Marková Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/214743/lf_b/>.

VOJÍKOVÁ, Lucie. Císařský řez na přání rodičky [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2016-05-18]. Bachelor's thesis. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies. Thesis supervisor MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D. Available from: <<http://theses.cz/id/dtrxqo/>>.

VYMĚTAL, Jan, 2003. Lékařská psychologie. Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

ZÁBRANSKÝ, František, 1997. Technika císařského řezu. 1. vyd. Praha: Galén, 133 s. ISBN 80-858-2469-8.

ŽÁČKOVÁ, Markéta, 2009. Problematika nástupu laktace. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 87 s., 11 s. příloh. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/8551>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Brychtová, Pavla.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.s. – akciová společnost

DC – dýchací cesty

EA – epidurální anestezie

HIV – human immunodeficiency virus

KNTB – Krajská nemocnice Tomáše Baťi

PPH – poloha podélná hlavičkou

PPKP – poloha podélná koncem pánevním

RH – krevní typ

SAA – subarachnoidální anestezie

SC – císařský řez

TT – tělesná teplota

Tzn. – to znamená

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Statistika SC v KNTB a.s. Zlín	27
Tabulka 2: Umístění dotazníků	31
Tabulka 3: Věk respondentek	32
Tabulka 4: Parita	34
Tabulka 5: Vzdělání	35
Tabulka 6: Způsob porodu	36
Tabulka 7: Poporodní adaptace	37
Tabulka 8: Fyzický stav po porodu	39
Tabulka 9: Soběstačnost po porodu	41
Tabulka 10: Vyprazdňování	43
Tabulka 11: Kojení	45
Tabulka 12: Problémy při kojení	47
Tabulka 13: Porodní poranění	49
Tabulka 14: Bolest	50
Tabulka 15: Tlumení bolesti	52
Tabulka 16: Epidurální anestezie	54
Tabulka 17: Psychický stav po porodu	55
Tabulka 18: Péče o dítě	57
Tabulka 19: Spokojenost s personálem	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Četnost SC a spontánních porodů v KNTB a.s. Zlín.....	27
Graf 2: Věk respondentek.....	32
Graf 3: Parita.....	34
Graf 4: Vzdělání.....	35
Graf 5: Způsob porodu.	36
Graf 6: Poporodní adaptace	37
Graf 7: Fyzický stav po porodu.....	40
Graf 8: Soběstačnost po porodu.....	42
Graf 9: Vyprazdňování	44
Graf 10: Kojení	45
Graf 11: Problémy při kojení	48
Graf 12: Porodní poranění	49
Graf 13: Bolest	51
Graf 14: Tlumení bolesti.....	52
Graf 15: Epidurální anestezie.....	54
Graf 16: Psychický stav po porodu	56
Graf 17: Péče o dítě.....	57
Graf 18: Spokojenost s personálem.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník.....	78
Příloha 2: Žádost o umožnění přístupu k informacím.....	81
Příloha 3: Žádost o umožnění výzkumného šetření	82

Dotazník

Vážená maminko,

Jmenuji se Marie Martišková a jsem studentkou 3. ročníku presenční formy bakalářského studijního oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Baťi ve Zlíně. Pěkně Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je základem mé bakalářské práce na téma: „ **Spontánní porod nebo císařský řez?** “ Tento dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce. Předem Vám mockrát děkuji za čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21 - 25 let
- c) 26 - 30 let
- d) 31 - 35 let
- e) 36 – 40 let
- f) více než 40 let

2. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

4. Jakým způsobem jste rodila?

- a) spontánně
- b) císařským řezem
- c) jiným způsobem (vex, kleště)

5. Měla jste dítě ihned po porodu u sebe?

- a) ano, měla jsem dítě ihned u sebe
- b) ne hned, protože jsem byla unavená
- c) ne, z důvodu SC
- d) ne, z důvodu intenzivní péče dítěte
- e) jiný důvod

6. Jak jste se cítila fyzicky krátce po porodu?

- a) neměla jsem žádné problémy
- b) cítila jsem se unavená
- c) byla jsem hodně fyzicky vyčerpaná
- d) měla jsem velké bolesti a nebyla jsem schopna pohyblivosti

7. Kdy jste byla plně soběstačná po porodu? (došla na WC, do sprchy, samostatné pití, stravování, zvládala osobní hygienu)

- a) asi za 2 hodiny po porodu
- b) za 6 hodin po porodu
- c) za 12 hodin po porodu
- d) za 24 hodin po porodu
- e) více jak za 24 hodin po porodu

8. Měla jste problémy s vyprazdňováním? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) neměla jsem žádné obtíže s močením a stolicí
- b) měla jsem obtíže vymočit se po porodu
- c) měla jsem strach a obavu jít na stolicí
- d) doprovázelo mě nadýmání, vzedmuté břicho
- e) jiné

9. Bylo pro Vás snadné kojit hned od prvního kontaktu s dítětem?

- a) dítě ihned sálo, měla jsem dostatek mléka
- b) měla jsem dostatek mléka, ale nedařilo se mi přiložení
- c) dítě chtělo sát, ale měla jsem nedostatek mléka
- d) měla jsem nedostatek mléka a nedařilo se mi přiložení
- e) jiné

10. Pokud se během kojení vyskytly obtíže, určete které? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) bolesti bradavek
- b) ragády (trhlínky)
- c) nalité prsy, otok
- d) žádné obtíže jsem nezaznamenala
- e) jiné

11. Jaké máte porodní poranění?

- a) nemám žádné
- b) nástřih hráze (epiziotomie)
- c) ruptura (trhlina)
- d) operační rána na břicho po císařském řezu

12. Cítila jste po porodu pocit bolesti? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) neměla jsem žádné bolesti
- b) ano, měla jsem bolesti operační rány
- c) ano, bolelo mě poranění hráze po spontánním porodu
- d) ano, měla jsem bolestivé zavinování dělohy
- e) jiné

13. Pokud jste cítila bolest, jakým způsobem byla tlumena? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) dávkou do epidurálního katetru
- b) léky do žíly
- c) léky do svalu
- d) tabletky
- e) bolest byla snesitelná, dala se vydržet bez léků
- f) jiné

14. Měla jste během spontánního nebo císařského řezu epidurální anestezii?

- a) ano, měla
- b) ne, neměla

15. Jak jste se cítila psychicky po porodu?

- a) byla jsem šťastná, že vše dopadlo v pořádku a, že to mám za sebou
- b) měla jsem obavy, zda to všechno zvládnou
- c) měla jsem střídavé nálady strachu a radosti
- d) cítila jsem se psychicky špatně skrz velmi náročný a zdlouhavý porod
- e) jiné

16. Byla jste po porodu omezena v péči o dítě?

- a) ne, nebyla
- b) ano, kvůli pohyblivosti
- c) ano, byla jsem vyčerpaná
- d) ano, kvůli bolesti

17. Byla jste spokojena s péčí porodních asistentek a lékařů?

- a) ano, byla
- b) ne, nebyla

Ještě jednou Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 2: Žádost o umožnění přístupu k informacím

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studentka 3. ročníku zpracovává bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

Téma bakalářské práce	Spontánní porod nebo císařský řez?
Termín konání odborné praxe	8.2 – 25. 3. 2016
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín, oddělení šestinedělí a oddělení novorozenecké
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření.
Skupina respondentů	Ženy po spontánním porodu nebo císařském řezu.
Autor bakalářské práce	Marie Martišková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Kateřina Žárská

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne 15-02-2016


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

Razítko a podpis zástupce zařízení

Bc. Helena Novotná

Příloha 3: Žádost o umožnění výzkumného šetření

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na oddělení šestinedělí, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Spontánní porod nebo císařský řez?
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření.
Skupina respondentů	Ženy po spontánním porodu nebo císařském řezu.
Pracoviště	KNTB Zlín, oddělení šestinedělí a oddělení novorozenecké
Autor bakalářské práce	Marie Martišková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Kateřina Žárská

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne 15-02-2016

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
Gynekologicko-porodnické odd.

Razítko a podpis zástupce zařízení

Bc. Helena Novotná