

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ
RODIČKY
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

2010

Autor:

Lucie Vojíková

ABSTRACT

Cesarean section by request of a para

Cesarean section is a surgery terminating pregnancy in the third term and during the delivery. This surgery has been known already from the before Christ period. Cesarean section currently belongs to the most often carried out obstetrics surgeries. Much untrue and misleading information about the Cesarean section spreads among pregnant women; such as that a woman can decide herself whether to undergo the Cesarean section or to deliver her child vaginally. Pre-operative examination and an examination of health condition of the para to undergo the surgery precede the surgery itself. The medical action consists in providing the para with anaesthesia and opening uterine cavity through abdominal wall. After arrival of the child there follows uterine cavity revision, closing and sutura treatment of the section. All the above described is done under a strict asepsis and antisepsis in the presence of erudite doctors and nurses.

The Bachelor's Thesis set three targets. The first one was to find out if women are informed about the legal regulations related to a Cesarean section. The second target was to find out whether women prefer natural delivery to Cesarean section regardless of the fact whether they were giving birth or were pregnant. And the third one was to find out an interest of women in Cesarean section by request regardless of medical indication. Corresponding hypotheses were assigned to the targets. Hypothesis No. 1 says: Women are not sufficiently informed about the legal regulations regarding Cesarean section by request. Hypothesis No.2 says: Women prefer vaginal delivery to Cesarean section. Hypothesis No. 3 says: Women are not interested in Cesarean section by request without medical indication. The research was carried out using a questionnaire containing 21 questions answered by women in-patient at the Department of Gynaecology and Obstetrics or attending Obstetric out-patient department of Nemocnice České Budějovice a.s.

Based on the research hypothesis No. 1 was prove as 43.75 % of questioned women sad to be informed about the legal regulations. The remaining two hypotheses were proved by the research. The conclusion of this thesis is finding out that the questioned women were rather well informed about legal regulations regarding

Cesarean section by request. The women also mostly agreed that vaginal delivery is less risky and they would like to terminate their pregnancy by natural delivery. The research also found out that women are not interested in Cesarean section by request.

This thesis could be used as an information booklet for pregnant women interested in Cesarean section. They could receive complex information about the Cesarean section.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Císařský řez na přání rodičky vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne

.....

Podpis studenta

Děkuji MUDr. Miloši Velemínskému ml. za vedení mé bakalářské práce, odborné rady a konzultace. Dále děkuji Mgr. Talůžkové za gramatickou a slohovou korekturu. Nejvíce však děkuji svým blízkým za trpělivost a podporu při dokončování práce.

OBSAH

1. Současný stav	1
1.1. Historie císařského řezu	1
1.2. Podmínky císařského řezu	3
1.3. Indikace císařského řezu	4
1.4. Předoperační období	6
1.5. Předoperační vyšetření	6
1.6. Ošetrovatelská péče během předoperační přípravy	8
1.7. Anestezie u císařského řezu	9
1.7.1. Celková anestezie u císařského řezu	10
1.7.1.1. Rizika celkové anestezie.....	11
1.7.2. Regionální anestezie	12
1.7.2.1. Epidurální anestezie.....	12
1.7.2.2. Subarachnoidální anestezie	12
1.7.2.3. Rizika regionální anestezie.....	13
1.8. Technika císařského řezu	13
1.8.1. Operační tým a instrumentace	14
1.9. Volba provedení císařského řezu	15
1.9.1. Radikální metody provedení císařského řezu.....	15
1.9.2. Konzervativní metody provedení císařského řezu.....	15
1.9.2.1. Druhy řezů na břišní stěně	15
1.9.2.2. Druhy řezů na děloze	16
1.10. Operační postup u císařského řezu	17
1.11. Ošetrovatelská péče v pooperačním období	18

1.12. Komplikace císařského řezu.....	19
1.12.1. krvácení	20
1.12.1.1. Hemorhagický šok.....	20
1.12.1.2. Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC).....	21
1.12.2. Tromboembolické komplikace	22
1.12.3. Anesteziologické komplikace.....	23
1.12.4. Poškození orgánů.....	23
1.12.5. Neonatologické komplikace	23
1.12.6. Infekce v operační ráně.....	23
1.12.7. Pozdní důsledky.....	24
1.13. Problematika císařského řezu na přání.....	24
1.13.1. Právní úprava císařského řezu v České Republice	25
1.13.2. Možnosti volby	26
1.13.3. Argumenty proti císařskému řezu.....	26
1.13.4. Argumenty pro císařský řez.....	27
2. Cíle práce a hypotézy	29
2.1. Cíle práce	29
2.2. Hypotéza 1.....	29
2.3. Hypotéza 2.....	29
2.4. Hypotéza 3.....	29
3. Metodika	29
3.1. Popis použité metodiky	29
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	29
4. Výsledky	31

5. Diskuze	52
6. Závěr	59
7. Použitá literatura	61
8. Klíčová slova	65
9. Přílohy	66

ÚVOD

Ženy rodily děti odjakživa. Ne vždy však porod postupoval fyziologicky a čas od času bylo nutno zasáhnout do samotného průběhu. Nelze pochybovat o tom, že v souvislosti s obtížnými porody jsou tyto operace nejstarší na světě.

V současné době patří císařský řez, nebo-li seccio caesarea, mezi hojně využívané porodnické operace zachraňující život matky i dítěte. Jedná se vlastně o klasickou operaci prováděnou v celkové nebo lokální anestezii, pomocí které se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a v akutních případech i během porodu (5). K provedení operace předchází indikace schválená zkušeným lékařem. Mnoho rizik vyplývá již ze samotné anestezie a komplikace mohou nastat i v době pooperační. (5, 8)

O císařském řezu koluje mnoho mýtů, jež se šíří mezi těhotnými i netěhotnými ženami. Mezi ně patří i relativně mylná informace o tom, že žena může samovolně rozhodnout o tom, zda podstoupí císařský řez nebo porodí dítě přirozenou vaginální cestou. Toto porodnické téma je v poslední době čím dál více diskutovanou otázkou mezi ženami i odbornou veřejností. Ženy mají představu o porodu císařským řezem jako o porodu zcela bezbolestném. Málo která je informována o skutečnosti, že císařský řez je operace jako každá jiná a má i jako každá jiná svá rizika. „Pacientka má určitou míru spolurozhodování, své stanovisko stvrzuje v informovaném souhlasu, ale k provedení výkonu přání pacientky nepostačuje“ (21, str. 90). Ženy se stávají čím dál více emancipovanější a chtějí rozhodovat o veškerých věcech týkajících se jejich osoby. Tím spíše, týká-li se to jejich budoucího potomka. Velmi často má na jejich rozhodnutí vliv partnerův názor (31).

Císařský řez se v posledních letech stává trendem, i přes svou poměrně vysokou rizikovitost. Ještě před pár desítkami let se porodník k císařskému řezu uchýloval až v případě nejvyšší nouze. A to až po velmi pečlivém uvážení, neboť rizika této operace byla opravdu vysoká. Teprve po zavedení profylaktické heparinizace a antibiotik se minimalizovala rizika a císařský řez se stal rutinně využívanou operací (21).

1. Současný stav

1.1. *Historie císařského řezu*

Císařský řez je porodnickou operací známou již ve starověku. První zmínka o této operaci je datována do 6. století, kdy se „z boku své matky“ narodil Gautáma, zvaný později Buddha (7). Dle řeckých mytologických příběhů pomohl na svět tímto způsobem Apollo svému synovi z těla mrtvé Koronis. Avšak porod pomocí císařského řezu je spojen spíše s antickým Římem. Pojmenování *seccio caesarea* nemá ani v nejmenším žádnou souvislost s Gaiem Juliem Caesarem. Termín *seccio caesarea* pochází nejspíše od Plinia staršího (23 – 79 př.n.l.) „*Historia naturalis T.I.L. CAP vii*“. Dle tohoto díla jsou děti porozené vyjmutím z dělohy nazývány *caesones* nebo též *caeaes*, odvozeno od *caedo* – rozřezávati. *Sectio caesarea* je i dnes mezinárodně používaný termín pro porodnickou operaci císařským řezem.

Předchůdci dnešních lékařů, tzv. ranhojiči, léčili nejrůznější válečná poranění břicha, operovali zkušeně kýly či močové kameny. Je znám i tzv. pojem *sectio caesarea in mortua* (císařský řez na mrtvé) (24). Podle královského zákona údajně od Numa Pompilia (715 – 672 př.n.l.) je zakázáno pohřbít zemřelou ženu bez vyříznutí plodu. Tak by se prý zničila naděje plodu na život (7).

Údajně první uskutečněný císařský řez na živé ženě s dobrým výsledkem byl proveden zvěrokleštěm Jakubem Nuferem v roce 1500 v thurgauském kantonu. Zvěrokleště pracoval za pomoci porodních bab a kolegů. Řez po „*tomotokii*“ zažil stejným způsobem, jako to dělával u zvířat (7). Další, kdo provedl císařský na živé těhotné, byl chirurg Jermias Trautmann s asistencí Christoha Seethe. Řezem přes stěnu břišní se dostali k děloze a po jejím otevření vyjmuli dítě, které jim samo „aktivně pomáhalo“. Nebyly žádné potíže s placentou ani krvácením. Dělohu nešili, ale pouze provedli několik kožních stehů. Pacientce bylo po menší komplikaci ve formě hnisavého povlaku na ráně dovoleno asi za tři týdny po zákroku vstát z lůžka. Žena se po chvilce stání zhroutila a do půl hodiny zemřela. Příčinou smrti byla nejspíše embolie. Dítě žilo o celých devět let déle než matka (7).

V roce 1581 je v Paříži vydána monografie o řezech a zde se poprvé vyskytuje název „*Enfantement Caesarien*“. Autorem knihy „*Traité nouveau de*

l' "Hysterotomotokie, ou Enfantement Caesarien" je francouzský lékař Rousset. Podává informace o tom, že tato operace neohrožuje život dítěte ani matky. Uvádí příklady patnácti úspěšně provedených císařských řezů na živých ženách. Dále se zmiňuje o řezu provedeném u koně, prasete a psa (7).

V roce 1596 jsou zveřejněny ve spisu „La Comare o ricoglitrice“ dva primitivní dřevoryty o této porodnické operaci. Pak následuje v roce 1603 zmínka o císařském řezu od židovského lékaře Rodriga de Castra (1550 – 1630) v knize „De universa mulierum medicina“. V ilustrované knize od Scultetuse seu Johann Schultese (1595 – 1645) jsou vykresleny tehdejší chirurgické a gynekologické nástroje jako například poševní zrcadla, nástroje na zmenšovací operace, odsávání mléka a i nástroje k provedení císařského řezu na živé ženě. Začaly se však objevovat i negativní ohlasy na císařský řez. Ten odmítali například chirurgové Ambroise Paré a později i François Mauriceau. Dle nich se smí císařský řez provádět až po smrti rodičky. Řez byl možný provést pouze v případě zúžené pánve tak, že se jí nedala zavést ruka do dělohy a provést zmenšovací operace. V roce 1704 v Paříži byla uveřejněna další porodnická operace formou císařského řezu, vedena chirurgem Jeanem Ruleau. Rozvoje se císařský řez dočkal teprve až v 18. a 19. století (7).

Okolo 18. století začal být císařský řez stále více využívanou porodnickou operací, přestože dosud nebyla známa anestezie či jakákoli péče zamezující vzniku rané infekce. Tento zákrok byl prováděn povětšinou na ženách vyčerpaných, krvácejících, které po operaci téměř ve většině případů umíraly. Rána po řezu na děloze se nešila, nešila se ani stěna břišní. Díky „ rozšklebené ráně “ docházelo ke snadnému přestupu infekce do dutiny břišní a důsledkem byla smrt ženy na infekci (7).

T.E.Lauverjat v roce 1788 se pokusil o provedení příčného řezu na fundu dělohy, kde při retrakci svalových vláken docházelo ke stahování okrajů řezu směrem k sobě. Výsledek tohoto postupu byl příznivý (24). Též příznivý průběh operace byl shledán u řezu vedeného transverzálně v dolním děložním segmentu – Adolf Kehrer (1837 – 1914) (7). Během 20. století popsali lékaři množství různých modifikací vedení řezů a šití (8).

Dle Felkina (1878) znaly císařský řez v jednodušší podobě i kmeny středoafričké Ugandy (24).

Ke snížení úmrtnosti přispělo několik aspektů. Jedním z nich bylo zavedení mytí rukou před operačním zákrokem. Jako dezinfekce bylo využíváno chlorového vápna. S myšlenkou o šíření sepse rukama porodních bab a lékařů přišel maďar Ignác Filip Semmelweis (1818-1865) (7).

Dalším objevem ku prospěchu snížení mortality rodiček bylo zavedení podání krevní transfúze. Počátky transfuzních převodů jsou datovány do 15. – 16. století. V druhé polovině 19. století začala být k operacím využívána narkóza. K ní byl využíván dimetyléter a později chloroform. Operace se stala vlivem narkózy bezbolestnou (7).

Zkoumáním biologa Otta Friedricha Müllera vznikají základy mikrobiologie. Z těch vychází lékař Robert Koch a pokládá základy lékařské mikrobiologie. Výsledkem nových objevů je zavedení asepse a antiseptiky (24).

Objev penicilinu Alexandrem Flemingem (1881 – 1955) v roce 1928 je významným přelomem v léčbě infekcí vzniklých během porodu. V současnosti je antibiotická profylaxe spolu s heparinovou profylaxí podávána všem ženám podstupujících císařský řez (24).

1.2. Podmínky císařského řezu

Císařský řez je operací prováděnou často neplánovaně, akutně (8). Lékař by proto měl mít v každé vteřině během zákroku jasnou mysl a umět předvídat možné komplikované situace. Musí mít na paměti situace, které mohou nastat nejen během operačního zákroku, ale i na důsledky v rané či pozdním pooperačním období (8).

K tomu aby byl proveden císařský řez je nutné splnění veškerých porodnických podmínek. Podmínky se po dobu vývoje této porodnické operace mění dle aktuálních poznatků. Dříve byl požadavkem k provedení císařského řezu životaschopný plod (8).

V současnosti je jedinou indikací k provedení císařského řezu při mrtvém plodu vitální ohrožení matky, například abrupcí placenty nebo krvácení z placenty praevie centralis (5).

Hlavní podmínka k provedení císařského řezu je, že velká plodová část nesmí být vstouplá hluboko do pánve. Vaginálně je toto zjistitelné tak, že prsty lékaře nahmatají horní okraj stydké spony (5).

Před samotnou operací je nutné poučení rodičky porodníkem a anesteziologem. Rodička stvrdí svým podpisem to, že byla poučena. Z úkonů jsou v případě akutního císařského řezu prováděny pouze ty nejdůležitější. Mezi ně patří poučení rodičky, provedení Statim odběrů krve na krevní obraz, koagulaci, biochemii a objednání krevních náhrad. Důležitá je heparinizace a profylaktické podání antibiotik. Samozřejmostí je zajistit dostatek kvalifikovaných lékařů porodníků, ale i pediatriů, anesteziologů, sester a ostatního zdravotnického personálu (8).

1.3. Indikace císařského řezu

Indikace k této porodnické operaci se postupem času rozšiřovaly stále více s ohledem na stav nenarozeného plodu. Jak již jsem se zmiňovala v kapitole Historie císařského řezu, se tato operace prováděla zřídka a později byla i zakázanou. V dnešním porodnickém světě je již dnes nepostradatelným zákrokem, který denně zachraňuje životy mnoha žen i nenarozených plodů. Díky sectio caesarea se výrazně snížila mortalita matek i plodů (8).

Dle plánování je císařský řez dělen na plánovaný (primární) a akutní (neplánovaný) císařský řez. U plánovaného řezu je indikace známá již v období těhotenství a je stanoven konkrétní termín provedení. Často to bývá u žen s některým ze závažných onemocnění či s nevyhovujícími pánevními rozměry. Akutní (neplánovaný) císařský řez se provádí v situaci, kde se vyskytly nečekané komplikace ohrožující plod, matku nebo oba. Tyto komplikace jsou následně indikací k provedení císařského řezu (5).

Jednou z nejčastějších indikací k akutnímu císařskému řezu je hrozící hypoxie plodu. Jedná se o nedostatečný přísun kyslíku k plodu. Tato skutečnost je podložena záznamem z monitorování srdeční frekvence plodu a děložní činnosti mateřské dělohy. Často se hrozící hypoxie spojuje s nepostupujícím porodem a poruchami děložní činnosti. Diagnózu hrozící hypoxie lze ještě upřesnit například pomocí Intrapartální

fetální pulsní oxymetrie (IFPO) či S - T analyzátoru (STAN). Takto se ještě podaří zredukovat skupinu matek určených pro indikaci k císařskému řezu pro hrozící hypoxii plodu (5, 8).

Kefalopelvický nepoměr a fetopelvický nepoměr je další indikací k plánovanému císařskému řezu. Jedná se v podstatě o zúžení a deformity pánve. Je velkou chybou opomenout změřit a zhodnotit zjištěné hodnoty pánevních rozměrů. Za pomoci pánevních rozměrů a ultrazvukového měření velikosti plodu lékař zhodnocuje vhodnost porodu vaginální cestou (5, 8).

Další relativní indikací je poloha plodu koncem pánevním. V tomto případě je volba vedení porodu ponechána v určitých případech na rodiče. Tento postup je schválen Českou gynekologicko – porodnickou společností (ČGPS). Aby mohla být ženě nabídnuta možnost volby vedení porodu, je rozhodující držení a váha plodu. U primipar je indikací k císařskému řezu váha plodu $\geq 3500\text{g}$, u multipar $\geq 3800\text{g}$. K porodu jsou indikovány všechny plody s hmotností $\leq 2500\text{g}$. K provedení císařského řezu se přistupuje také v případě intrauterinní růstové retardace plodu (IUGR), u porušeného držení plodu (výjimku tvoří neúplný řitní), plodu vysoko naléhajícího konce pánevního bez známek postupu, u hypoxie projevující se již na začátku porodu, u oligohydramnionu, při odtoku plodové vody a příznaků apozice stěn dělohy a v případě stavu po porodu císařským řezem (5).

Indikací k císařskému řezu jsou ženy se zhoršující se preeklampií, ženy s léčenou eklampií. Do skupiny indikované k sectio caesarea patří i ženy s HELLP syndromem (12).

V případě vícečetného těhotenství je císařský řez indikován tehdy, kdy je poloha obou plodů jiná než podélná hlavičkou. Císařský řez je indikací také u plodů s větší hmotností. V takovém případě není brán zřetel na polohu plodů. Do skupiny indikované i císařskému řezu jsou řazeny plody s malou hmotností do 1500g a stářím menším než 32. týdnů, dvojčata s rozdílnými hmotnostmi většími než 500g, vícečetné těhotenství s oligohydramniem, odumření jednoho plodu, podvojně zrůdy v děloze, těhotenství tři a vícečetném. Tato těhotenství je nejvhodnější ukončit ve 34. týdnu těhotenství (5).

Patologické polohy plodu například deflexní poloha obličejem, deflexní poloha čelní, poloha šikmá a příčná, nepostupující temenní poloha, naléhající a vyhřezlá ručka, přední a zadní asynklitismus a vysoký přímý stav (5, 8).

Placentární patologie indikované k císařskému řezu jsou například abrupce placenty, placenta praevia. Tyto situace mohou ohrožovat bezprostředně na životě plod i ženu (5, 8).

Indikací jsou i stavy po gynekologických operacích, kdy se na stěně dělohy vytvoří jizva, u které hrozí následná ruptura děložní stěny. Tyto situace mohou nastat například po enukleaci myomu, operacích vrozených vývojových vad na děloze či předchozím císařském řezu (5).

Další indikací je předčasně odteklá plodová voda po nezdařených opakovaných indukcích (5).

Mezi indikace císařského řezu zařazujeme celková onemocnění matky jako například diabetes mellitus, hypertenze, srdeční choroby a jiné (5).

Císařský řez lze provést i v případě, že se jedná o ženu umírající nebo mrtvou. Plod je po úmrtí matky schopen v děloze přežít ještě následujících 20 minut (5).

1.4. Předoperační období

Každý operační zákrok stejně jako samotná anestézie je invazivní zásah do organismu, při kterém hrozí nejrůznější komplikace. Lékař musí zvážit rozmanité faktory, na jejichž základě si vytvoří postup operace i možná hrozící rizika, která mohou ze stavu pacientky vyplynout. Je samozřejmě nutné brát na vědomí, že nadcházející operace se silně dotýká jak těla pacientky tak její psychiky. Je třeba na zákrok pacientku připravit fyzicky i duševně (5, 16).

1.5. Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření se skládá z několika jednotlivých vyšetření. A na základě zjištěných výsledků interní nebo obvodní lékař zhodnotí, zda je pacientka schopna podstoupit zákrok. Toto vyšetření by nemělo být starší 21 dní, nejvhodnější je vyšetření provedené 7 dní před plánovanou operací (16).

U všech operací je základem odebrání podrobné anamnézy. Anamnéza obsahuje důvěrné informace o pacientovi a proto by sběr dat měl probíhat na klidném místě. Na anamnézu by měl být vyhrazen dostatek času, citlivý a empatický přístup sestry, aby nedošlo ze strany pacienta k zatajení některých důležitých informací. Zjišťujeme běžné identifikační údaje: jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, pojišťovna, bydliště, státní příslušnost, národnost, stav, povolání. Dále pak údaje o partnerovi: jméno, příjmení, datum narození a povolání. Tyto údaje jsou vždy zaznamenány pouze se souhlasem pacienta. V osobní anamnéze zaznamenáváme váhu, výšku a dále závažné choroby chronologicky od dětství po současnost. Ptáme se na alergie, transfúze a případné reakce na podanou krev. V rodinné anamnéze zjišťujeme dědičné choroby jako například diabetes mellitus, vysoký tlak, nádorová onemocnění, srdeční vady, psychiatrická onemocnění, vícečetné těhotenství v rodině, tuberkulóza či jiné závažné choroby. Zjišťujeme sociální anamnézu a pracovní poměry. Faktory sociální i pracovní mají velký vliv na průběh těhotenství. U těhotné ženy se zaznamenává, zda si přeje partnera u porodu. V porodnické anamnéze zaznamenáme první menstruace, průběh cyklu, počet těhotenství, potratů, interrupcí, porodů. Zapisuje se průběh předchozích těhotenství, informace o zdravotním stavu potomků. Dalším záznamem je průběh současného těhotenství. Z gynekologické anamnézy zjišťujeme přítomnost gynekologických zánětů, nádorů, vrozených anomálií, močové inkontinence, gynekologické operace a jiné. Další důležitou informací, která musí být pečlivě zapsána, je informovaný souhlas o přijetí a provedení plánovaného císařského řezu (příloha 2). Pacientka tento souhlas podepíše a tím se zavazuje k tomu, že je detailně srozuměna s hospitalizací, průběhem zákroku a i s možnými riziky. Poučení vždy provádí lékař. Pacientka má právo na informace a lékař je povinen pacientce vše řádně vysvětlit (5, 14, 16).

Další součástí předoperačního vyšetření je fyzikální vyšetření, jehož součástí je celkové a gynekologické vyšetření a provádí jej vždy lékař. Lékař kontroluje pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem a per vaginam je zjištěn porodnický nález. Zhodnotí vzrůst a stavbu ženina těla, celkový vzhled a stav. Kontroluje příbytek tělesné váhy,

vzhled případných otoků a varixů, krevní tlak, tep, orientační vyšetření moči na bílkovinu a cukr. Dále lékař posuzuje konkrétní stesky těhotné (5, 14, 16).

Doplňující vyšetření jsou biochemická laboratorní vyšetření AST, ALT, bilirubin, kreatinin, urea, CRP. Krevní obraz, koagulace, chemické vyšetření moče a sedimentu dále pak EKG. Sestra objednává též krevní náhrady na transfúzní stanici (5, 16).

1.6. Ošetrovatelská péče během předoperační přípravy

Pro vytvoření nejvhodnějších podmínek k provedení operace slouží předoperační příprava. Skládá se z přípravy obecné, která je obdobná u všech pacientek a z přípravy speciální. Ta se liší u jednotlivců na základě přidružených chorob a pro jednotlivé operační úkony. Důraz je kladen též na psychickou přípravu pacientky. Porodník spolu s porodní asistentkou představují pro rodičku hlavní psychickou podporu. Porodní asistentka pečlivě seznámí ženu s veškerými úkony, které budou prováděny během předoperační přípravy. Žena je aktivním účastníkem celého dění, je tudíž nutná její spolupráce a relativní psychická pohoda a vyrovnanost (5, 8, 16, 29).

Pokud se jedná o plánovaný výkon, je pacientka poučena o tom, že od půlnoci před operací nejí, nepije a nekouří. V případě potřeby je těhotná podána večerní premedikace dle ordinace anesteziologa. Avšak častěji se premedikace podává půl až jednu hodinu před operací. Do úkonů spadajících pod místní přípravu řadíme pečlivou tělesnou hygienu. Zvláštní pozornost je věnována hygieně pupeční jizvy, oblasti třísel a okolí genitálu. Žena je oholena a poučena o odložení šperků, kontaktních čoček, zubních protéz, odlakování a ostříhání nehtů. Cennosti a peníze jsou uloženy v zapečetěné obálce do nemocničního trezoru. Před operací podá porodní asistentka rodičce očistné klyzma a poté natočí kardiografický záznam o délce nejméně 20 minut. Dle ordinace anesteziologa je provedena profylaktická mikroheparinizace v kombinaci s bandáží dolních končetin. Před odvozem rodičky na operační sál zavede porodní asistentka do močového měchýře permanentní močovou cévku pro sběr moči. Tato cévka zůstává zavedena během operace i pooperačního období (5, 8, 16, 29).

Příprava v případě akutního císařského řezu spočívá ve vykonání nejnnutnějších úkonů důležitých pro provedení císařského řezu. Porodní asistentka na prvním místě

zavede kanyly a tak vytvoří nejlépe dva nitrožilní vstupy. Odebere vzorky krve na důležitá vyšetření – krevní obraz, koagulace, biochemie a vzorek krve pro transfúzní stanici. Lékař provádí zjištění orientační anamnézy a vysvětluje ženě důvod provedení císařského řezu. Žena podepíše pozitivní revers (příloha 3), který slouží jako informovaný souhlas s operací. Během rozhovoru lékaře s rodičkou provede porodní asistentka oholení kůže v oblasti operačního pole a odstranění veškerých šperků, kontaktních čoček a zubních protéz. Veškeré cennosti a peníze jsou v zapečetěné obálce uloženy do nemocničního trezoru. Dále porodní asistentka zavede permanentní močovou cévku. Případně jsou rodičce podány léky dle ordinace porodníka. Během všech přípravných úkonů je neustále monitorována srdeční činnost plodu. Žena je po provedení nejnnutnějších úkonů převezena na operační sál v doprovodu porodní asistentky, která průběžně kontroluje srdeční ozvy plodu. Na operačním sále předá rodičku s dokumentací anesteziologovi a ten dle naléhavosti zdravotního stavu těhotné a plodu si sám zjišťuje interní vyšetření a podává nitrožilně premedikaci. Podá rodičce k podepsání pozitivní revers (příloha 5). V tomto dokumentu žena souhlasí s podáním anestezie a s tím, že byla seznámena se všemi riziky, která anestezie obnáší (5, 8, 16, 29).

1.7. Anestezie u císařského řezu

Během porodu je žena vystavena silným bolestem. Je však neetické, aby jakýkoli člověk v lékařské péči trpěl bolestí, pokud je zde možnost tuto bolest odstranit nebo alespoň zmírnit (19).

V porodnictví rozeznáváme analgezii a anestezii vycházející ze stejného základu. Analgezie je podávána v průběhu porodu. Cílem je zmírnění bolestí s žádným nebo minimálním ovlivnění průběhu porodu. Anestezie je využívána během ukončování porodu nebo k řešení poporodních komplikací. Anestezii k provedení císařskému můžeme zvolit celkovou nebo regionální (19).

Žena je na operačním sále uložena do polohy na zádech, s mírným natočením cca 15° na levý bok. Toto je prováděno z důvodu předcházení stlačení dolní duté žíly těhotnou dělohou tzv. Syndrom dolní duté žíly, který způsobuje nedostatečný průtok

krve vracející se k srdci matky. Žena je do anestezie uvedena teprve poté, co bylo připraveno operační pole z důvodu poměrně rychlého transplacentárního přestupu anestetických látek k plodu. Díky tomu může dojít k ovlivnění hodnot Apgar-skóre u novorozence (32).

1.7.1. Celková anestezie u císařského řezu

„Celková anestezie je řízené, přechodně navozené bezvědomí.“ (32, str. 77) Pomocí celkové anestezie je pacient uveden do jakéhosi spánku a zároveň je zajištěna i vegetativní stabilita hladkého svalstva. Během operace je zaručeno svalové uvolnění a tím i snadnější přístup k operovanému místu. Kompetence pro provádění celkové anestezie v ČR má pouze anesteziologický tým sestávající se z lékaře a sestry oboru anesteziologie a resuscitace (32).

Celková anestezie je stále používanou metodou při operačních zákrocích, i přesto že stále více narůstá využívání neuroaxiálního znecitlivění (19). V případě akutních císařských řezů je lépe volit celkovou anestezii, neboť i nejrychleji navozená místní anestezie znamená zdržení. Tím je ohrožován život matky i dítěte (32).

Správně indikovaná celková anestezie v určité míře pozitivně ovlivňuje průběh operačního zákroku. Bohužel u porodu s komplikacemi ze strany plodu (uskřinutý pupečník, předčasné odlučování lůžka) dochází k přenosu látek, to znamená i anestetik, přes placentu, fetální i hematocefalickou bariéru, která tvoří mechanickou bránu pro zachování mozku. V těchto akutních situačních komplikacích ze strany plodu se přechodu anestetik nelze vyhnout ani v případě, kdy je k celkové anestezii využito nejnižší možné dávky anestetik. Působení anestetik se projevuje nižší hodnotou u Apgar-skóre novorozence. Dle klinických studií se však ukázalo, že útlum novorozence způsobuje spíše než přechod anestetik, delší doba zákroku. Obvyklá doba trvání operace by měla trvat 5 – 6 minut, a to od řezu na kůži až k vybavení plodu. Při správném a rychlém vybavení plodu je ve většině případů plod ženy, u níž byla provedena celková anestezie stejně vitální, jako plod ženy v anestezii neuroaxiální (23).

1.7.1.1. Rizika celkové anestezie

Císařský řez je operace nejen plánovaná a často je indikována v akutních situacích. Žena je na sál často přivezena jen s orientační anamnézou, bez operačních vyšetření a přípravy (23).

Prvním z rizik celkové anestezie bývá neúspěšná intubace. To znamená nemožnost zavést endotracheální trubici a tím zajisti průchodnost dýchacích cest. Za nezdařenou intubaci je považována situace, kdy ani zkušený odborník nezavede endotracheální trubici na tři pokusy do několika minut. Jsou jisté určité znaky, které mohou poukazovat na možnost neúspěšnosti intubace. Patří mezi ně například malá ústa s omezenou hybností čelistního kloubu, krátký a silný krk a jiné. Pokud nastane skutečnost neúspěšné intubace je nutno zvážit neodkladnost zákroku a v případě nemožnosti odložit operaci, je možno přejít k vedení porodu v neuroaxiálním znecitlivění nebo použít laryngální masku. V případě, že dojde k selhání neinvazivních intubačních technik, je nutno přistoupit k technikám nouzovým nebo také invazivním. Do invazivních technik jsou zařazeny například perkutánní koniotomie, chirurgické koniotomie, tracheostomie (23).

Dalším rizikem celkové anestezie je aspirace žaludečního obsahu. K aspiraci dochází následně po aktivním zvracení či po regurgitaci žaludečního obsahu do dýchacích cest. Během těhotenství je zvýšen stav bránice a pyloru. Toto může být podnětem pro vznik gastroezofageálního refluxu (23). Během těhotenství dojde fyziologicky ke zvýšení hodnot gastrinu, což způsobuje snížení pH žaludečního obsahu a zvyšuje se tak riziko aspirace obsahu žaludku. Hormonální změny ve smyslu zvýšení hladin progesteronu též mají vliv na sníženou činnost kardie a tím na zpomalené vyprazdňování žaludku a následné riziko aspirace (32).

Dalším z rizik je ovlivnění novorozence anestetiky, jak je již zmíněno výše. Je známo, že během kontrakcí, kdy dojde ke zvýšení nitroděložního tlaku, je přestup látek omezen. Naopak při komplikaci, například při ohrožení plodu hypoxií, dochází ke zvýšenému přechodu anestetik do fetálního oběhu. Obecně je rychlost sedativ a anestetik určována jejich nízkou molekulovou hmotností, minimální vazbou na bílkoviny, nízkým stupněm ionizace a vyšší rozpustností v tucích (23).

1.7.2. Regionální anestezie

„Regionální anestezie zahrnuje metody, které reverzibilně vyřazují vnímání podnětů z určitých oblastí“ (32, str. 82). Regionální analgezie je založena na principu změny vodivosti membrán nervových vláken. Předpokladem pro podání regionální anestezie je dostatek času. Díky lokální anestezii není žena ochuzena o prožitek narození svého dítěte a může jej spatřit hned v prvních chvílích jeho života jako u přirozeného vaginálního porodu (32).

Současnosti jsou pro císařský řez dostupné tři metody regionální analgezie - epidurální, spinální/subarachnoidální a kombinovaná (8).

1.7.2.1. Epidurální anestezie

Epidurální anestezie funguje na principu reverzibilního přerušení nervových vzruchů. Anestetikum se aplikuje do prostoru mezi dura mater a stěnu páteřního kanálu (23).

Indikací pro podání epidurální anestezie ze strany mohou být kardiovaskulární choroby, plicní choroby, epilepsie, oční choroby, vyčerpaná rodička, diabetes mellitus.

Indikace ze strany plodu mohou být předčasný porod, intrauterinní růstová retardace plodu, poloha plodu koncem pánevním, vícečetná těhotenství. Dalšími indikacemi mohou být dystokie, protražovaný porod, ukončení těhotenství ve II. nebo III. trimestru a jiné (23).

Naopak kontraindikacemi jsou obecné záležitosti jako alergie na anestetikum, infekce v místě vpichu, patologie koagulace krve a další.

Epidurální anestezii lze za splnění určitých podmínek aplikovat na žádost rodičky (23).

1.7.2.2. Subarachnoidální anestezie

„Subarachnoidální analgezie je podání lokálního anestetika do mozkomíšního moku, do subarachnoidálního prostoru (synonyma: spinální, lumbální, intratekální analgezie) (23, str. 308).

Indikace i kontraindikace jsou stejné jako u epidurální anestezie (23).

Toto je metoda jednodušší než provedení epidurální punkce, má rychlý nástup s kvalitním anestetickým účinkem. Výhodou je nižší dávka anestetika. Při použití opioidů jako analgetické látky zůstává zachována motorika a nedochází v organismu k hemodynamickým změnám. Je proto využívána u žen trpících některou s přidružených chorob, u kterých nelze použít epidurální anestezii (23).

Nevýhodou je hluboký průnik punkční jehly přes tvrdou plenu i pavučnici, čímž dojde k porušení anatomicky důležitých struktur a vznikne tak možná brána pro vstup infekce (23).

1.7.2.3. Rizika regionální anestezie

Rizikem regionální anestezie je možnost vzniku alergické reakce na anestetikum. Alergická reakce na anestetika amidového typu je poměrně vzácná, ale tato možnost tu je a nesmí být opomíjena.

Dalším rizikem je hypotenze, což znamená pokles systémového tlaku krve v důsledku s regionální anestezii v souvislosti s reverzibilním omezením funkce nervových vláken sympatiku.

Může také dojít k útlumu dechové činnosti jako následek po nadměrném podání anestetika.

Po podání regionální anestezie se zvyšuje možnost vzniku retence moči, díky ztrátě pocit nutkání na močení. Je tedy nutné po operačním výkonu sledovat výdej moči.

Dalším z častých komplikací postpunkční cefalea.

Může též dojít k neurologickému poškození, které nastává výjimečně, ale bohužel bývá dlouhodobé a nebo dokonce trvalé (23).

Dalšími riziky je vniknutí infekce či krvácení do epidurálního prostoru, kdy hrozí vznik epidurálního hematomu (32).

1.8. Technika císařského řezu

Sectio caesarea nelze srovnávat s běžnou gynekologickou operací, u které vládne v týmu operátorů relativní „pohoda“. U císařského řezu se od týmu očekává maximální

soustředěnost, okamžitá reakce na vzniklý problém, přesnost, rychlost a spolupráce. Ve chvíli, kdy jde o život dvěma bytostem, je nutná přesná a rychlá souhra týmu. Rychlost není braná ve smyslu hlídání hodin, ale v efektivnosti pohybů. Každý pohyb by měl být proveden tak, aby byl jak rychlý ale zároveň i účelný (8). „Nepracuje rychle ten, kdo rychle hýbe rukama, ale kdo neprovádí pohyby zbytečné, váhavé, polovičaté a chybné, které je nutno opakovat nebo složitě napravovat. Někdo neřeže, nestříhá, ale „žížlá“ na několikrát“ (8, str. 216).

1.8.1. Operační tým a instrumentace

Rozmístění operačního týmu okolo pacienta záleží na zvyklostech nemocnice. Instrumentace je možná od hlavy z pravé strany, kde jsou dobře přístupné nástroje operátorovi a asistenci ale instrumentářka má zhoršený vizuální kontakt s operačním polem a zároveň je v těsném kontaktu s nesterilním anesteziologickým týmem. Lze provádět instrumentaci i od nohou pacientky. Z této pozice instrumentářka dobře vidí na oblast operačního pole, ale je zde však delší dráha podávaných nástrojů a pohyb operátorů pro převzetí podávaného nástroje je obtížnější. Instrumentální stůl je možný umístit i mezi kolena pacientky, čímž jsou spojeny výhody obou předchozích způsobů (8).

Operační tým by měl, v zájmu profesionality v době operace, podřídit své interpersonální vztahy vykonávané operaci. Pozornost by měla být věnována nejen samotné operaci ale i vracení použitých nástrojů instrumentářce. To by mělo vždy probíhat za zrakové kontroly. Zvýšená pozornost by měla být v případech bezdomovkyň, narkomanek či alkoholiček (8).

Vytvoření ideálního procesu souhry mezi operujícími a instrumentářkou je otázkou poměrně dlouhého procesu. Je třeba aby nedocházelo ke vzniku konfliktů na pracovišti a tím pádem i možnému vzniku konfliktů u operace. Operatéri a sestry na operačním sále by měli vycházet jako partneři a ne jako soupeřící strany. Operátor instrumentářku nekárá a neponižuje (8). „Chybu ohlašujeme oznamovací větou jako racionální konstatování, v očekávání zpětné vazby, která se má realizovat v příčně

pruhovaném svalstvu a ne hladkém svalstvu personálu“ (8, str. 217). Emoce na operační sál nepatří.

1.9. Volba provedení císařského řezu

Operační metody u císařského řezu můžeme rozdělit na „konzervativní“ a „radikální“. Díky rozvoji gynekologicko-porodnického oboru se některé druhy těchto postupů již neuvžívají (5).

1.9.1. Radikální metody provedení císařského řezu

Metoda radikální znamená, že součástí operace je odstranění dělohy. Mezi tyto operace řadíme císařský řez se supravaginální amputací dělohy. Od této metody je v poslední době upuštěno z důvodu rizika krvácení z děložního hrdla.

Další operací je císařský řez a následující hysterektomie. Operační řešení využívané například při krvácení u dělohy s myomy, u ruptury děložní, krvácivých stavů (DIC) či u placenty accrety. Pokud je možnost, ponechávají se adnexa.

Dalším operačním řešením je exstirpace dělohy, používána však pouze v minulosti. Indikací k provedení tohoto zákroku bylo odumření plodu či plodového vejce s následným vznikem infekce. Dnes je tomuto předcházeno podáváním antibiotik (5).

1.9.2. Konzervativní metody provedení císařského řezu

Výraz konzervativní vystihuje situaci, kdy je děloha po císařském řezu ponechána „in situ“. Pro vybavení plodu je možno použít dle stávající situace různých řezů (5).

1.9.2.1. Druhy řezů na břišní stěně

Dlouhou dobu bylo k provedení císařského řezu užíváno laparotomie prováděné ve střední čáře, tzv. dolní střední laparotomie (DSL). Dnes je využíván u předpokládané makrosomie plodu či u těhotenství se třemi a více plody. Tento řez je též využíván u situacích, které si žádají následnou revizi břišních orgánů. Řez je v případě nutnosti možno rozšířit řezem supraumbilikálním nad pupek (5, 8).

Dnes je však mnohem více rozšířen řez, který je veden horizontálně nad symfýzou v místě dolního děložního segmentu, tzv. Pfannenstielův řez. Tento řez lze využít i v akutních případech a po zhojení je výsledný vzhled jizvy poměrně příznivý (5, 8).

1.9.2.2. Druhy řezů na děloze

Řez korporální, je veden tělem dělohy ve střední čáře od děložního fundu po přední stěně děložní. Dnes se používá primárně v akutních situacích, u předčasných porodů, velkých plodů a vícečetných těhotenství. Též se provádí u žen, kde byl již v minulosti korporální řez proveden. Tento řez je častou volbou lékaře v případech, kdy si není úplně jistý situací. Rizikem toho řezu je možnost ruptury v místě stávajícího řezu při dalším těhotenství. Hrozcím rizikem jsou možné srůsty střeva a omenta (5, 8, 25).

Řez cervikokorporální je veden ve střední čáře v oblasti těla dělohy a dolního děložního segmentu. Často je využíván v akutních případech u příčných poloh a u malých plodů (5, 8).

Řez extraperitoneální se v Čechách téměř nepoužívá. Jedná se o částečné odsunutí močového měchýře vpravo od přední stěny dělohy a tím vznikne přístup k dolnímu děložnímu segmentu. Rizikem při tomto zákroku je poškození močového měchýře (5, 8).

V současnosti se nejvíce využívá přístup transversální supracervikální. Tento řez má více modifikací. Řezy rovné v dolním segmentu jsou bezpečně využitelné u malých plodů. Nejvíce využívanou modifikací je řez poloměsíčitý, také nazývaný řez dle Gepperta. Tento řez lze udělat v různě velkém rozsahu a platí zde, že čím ostřejší průběh řezu, tím větší otvor a bezpečnější řez. Řez je omezen rozsahem děložních hran (5, 8).

U-řez je další možnou volbou. Jedná o řez ve tvaru velkého U. Využití pro tento řez je u nepříliš rozvinutého dolního segmentu a hlavně u nezralých plodů (5).

Longitudinální řez je řez probíhající podélně v dolním děložním segmentu. Provádí se v minimálním rozsahu, nanejvýš 2cm. Tento řez je indikován například při přerušení menšího těhotenství. Nejčastěji z genetických důvodů – řez pak nazýváme

Sectio caesarea minor, prováděný ve II. trimestru. Pokud se tento řez prodlouží, vzniká řez cervikokorporální, který je zmíněn výše.

Spirální řez, nebo také nazývaný řez dle Chmelíka, je řez esovitého průběhu. Tento průběh řezu kopíruje směr svalových vláken myometria. Vzniká tak ještě více místa pro vybavení plodu. Během vybavování plodu však může dojít k rozšíření řezu distálním směrem (5).

1.10. Operační postup u císařského řezu

Jako přístupová cesta přes kožní vrstvu, je na břišní stěně vedena buď dolní střední laparotomie nebo příčná suprapubická laparotomie. Dolní střední laparotomie je řez ve střední čáře mezi pupkem a sponou v délce 10 – 12 cm. Tento řez lze v případě nutnosti rozšířit okolo pupku vzhůru. Příčná, suprapubická laparotomie je řez identická s řezem dle Pfannenstiela (5).

Po zvolení vhodného řezu a řádné dezinfekcí operačního pole je důležitá vizuální kontrola viditelných epigastrických cév. Asistent svým prstem pravé ruky, operátor pomocí prstu ruky levé, naznačí výšku budoucího řezu. Důležité je napnutí kůže a vyhlazení všech kožních záhybů. Řez kůže má být dostatečně velký, neboť při malém estetickém řezu, nastávají komplikace během vybavování plodu. Vrstva kůže má být proříznuta až k fascii, skalpelem vedeným kolmo. Tím se zajišťuje dobré přilnutí tkání při šití (5, 8).

Při císařském řezu dochází k porušení celistvosti cév. V případě vzniku malého krvácení, se toto krvácení nestaví, ale pouze se podchytí povrchové epigastrické cévy svorkou nebo užitím elektrokauteru (5, 8).

Po vytvoření přístupu kožní stěnou, operátor provede příčný řez fascií, kterou přidrží kraniálně i kaudálně pomocí Kochlerových kleští. V oblasti přímých břišních svalů je proveden skalpelem mělký řez pro vytvoření přístupu k peritoneu. Při řezu na peritoneu je třeba dávat pozor na močový měchýř, zvláště v případech řezů prováděných z estetického důvodu co nejnižší (5, 8).

Po řezu na peritoneu se okraje rány vystelou nahřátými rouškami, aby se snížil průnik plodové vody do mateřských tkání. Po zavedení ekartéru, nejčastěji užívaný je

typ Gosset Balfour, se nastříhne vesicouterinní plika a sesune se spolu s močovým měchýřem kaudálně (5, 8).

Operatér obnaží dolní děložní segment a provede zvolený řez. Po porušení celistvosti plodových blan se velmi opatrně vybaví naléhající část plodu. Zbývající část plodu velmi šetrně operatér vytahuje ránou z dělohy (5, 8).

Po vybavení plodu se svorkou přeruší pupeční šňůra a dítě je předáno neonatologovi.

Po aplikaci uterotonik operatér čeká na vydatnou děložní kontrakci, po které bude možné vybavit odloučenou placentu. Následně provede revizi dutiny děložní a očištění okolí řezu od krve, smolky a plodové vody (5, 8).

Poté je na řadě uzavření děložní dutiny. Svalová stěna dělohy se šije ve dvou vrstvách extramukózními stehy. Po vysušení břišní dutiny se pečlivě kontrolují přívěšky děložních, slepé střevo dále pak počet roušek a nástrojů. Pokud vše souhlasí, přistoupí operatér k šití břišní stěn. Šije se opět ve vrstvách. Kožní vrstva je šita speciálním intradermálním plastickým stehem (5, 8).

Po ukončení operace je pacientka sledována anesteziologem až do doby, kdy dojde k celkovému ustálení krevního oběhu, žena začne opět sama spontánně dýchat, navrátí se obranné reflexy a dojde k odeznění myorelaxace (5).

1.11. Ošetřovatelská péče v pooperačním období

Pozorování je uskutečněno většinou na operačním sále nebo je pacientka převezena na pooperační pokoj, záleží na zvyklostech nemocnice. Poté je žena převezena na jednotku intenzivní péče (JIP), kde o ženu nadále pečují porodní asistentky. Zde leží dle jejího zdravotního stavu 24 – 72 hodin. Po celou dobu pobytu na JIP jsou monitorovány životní funkce šestinedělky (krevní tlak, tepová frekvence, počet dechů, oxymetrie, monitorace srdeční frekvence), tělesná teplota, příjem a výdej tekutin, barva a příměsi moči, příjem potravy, stav vědomí, stav operační rány, bolestivost, zavínování dělohy (5, 16, 29).

Dle zdravotního stavu pacientky jsou prováděny krevní odběry na laboratorní vyšetření krevního obrazu a koagulace. Pacientce jsou podávány léky dle ordinace

porodníka i anesteziologa. V případě bolesti jsou podávány léky s utišujícími účinky, naordinované ošetřujícím lékařem. Pokračuje se v prevenci tromboembolických nemocí (TEN) pomocí bandážování dolních končetin, podávání tekutin, heparinizací a včasným vstáváním. Šestinedělka vstává do sprchy s pomocí porodní asistentky asi 12 hodin po operaci. Šestinedělka je poučena o hygieně v době, kdy budou odcházet tzv. očistky. Tyto očistky jsou infekční, je tedy důležité aby bylo dbáno na zvýšenou hygienu rukou po návštěvě toalety, před kojením či jiným kontaktem s novorozencem. Žena by se měla denně řádně sprchovat a pravidelně měnit vložky (5, 29). V případě nepříznivého zdravotního stavu šestinedělky je prováděna hygiena na lůžku za pomoci porodní asistentky (29).

Dle možností a potřeby je přivážen novorozenec dětskými sestrami ke kojení. Tak je umožněn co největší kontakt matky a dítěte. Dětské sestry též provedou edukaci matky o správné technice kojení či odsírkávání mateřského mléka (5, 8, 29).

K šestinedělce přichází rehabilitační pracovnice a navrhne nejvhodnější cviky, které může šestinedělka později sama provádět.

Šestinedělka může mít od druhého dne potíže se zažíváním, nejčastěji s neodcházejícími větry. Je tedy velmi důležitý přiměřený tělesný pohyb a stravování. Zpočátku může žena pít pouze čaj, je tedy vhodné dodržovat pravidelný pitný režim. Poté začne pomalu přecházet na běžnou stravu.

Pokud je žena bez obtíží, může být dle zvyklostí nemocnice převezena druhý až třetí den na standardní oddělení šestinedělí, kde začíná pečovat o své dítě.

Doba pobytu v nemocnici bývá většinou dvakrát delší než po přirozeném spontánním porodu. Délka hospitalizace se odvíjí od zdravotního stavu šestinedělky (5, 8, 29).

1.12. Komplikace císařského řezu

Ukončení císařským řezem hodnoceno jako rizikovější než porod spontánní. „Svědčí o tom i šestkrát větší výskyt komplikací, které tuto nejčastější porodnickou operativu provázejí“ (5 str. 522). Větší množství komplikací vyplývá z toho, že většinou se jedná o akutní císařský řez, během kterého není možné udělat řádná předoperační

vyšetření. Mortalita u císařského řezu je 4x vyšší než při porodu vaginálním. Veliký vliv na to mají komplikace vznikající nejen během operace, ale i jako její následek (5, 21, 23).

1.12.1. krvácení

Krvácení může být důsledkem mnoha příčin. Nejčastěji se krvácení vyskytuje při poranění dělohy, například dojde-li k ruptuře děložní, při atonii dělohy, vcestné placentě atd. Pokud se jedná o větší poranění a následnému masivnímu krvácení, hrozí zde riziko vzniku hemoragického šoku či rozvoji diseminované intravaskulární koagulopatii (DIC). Velké krvácení při ruptuře dělohy může vést až k hysterektomii, což je radikální zásah do života ženy. Také může dojít ke vzniku hematomu v parametriích, kde hrozí opět ruptura napínajících se tkání (1, 5).

1.12.1.1. Hemorhagický šok

Je to patologický stav podmíněný rychlou nečekanou ztrátou tělních tekutin a následnou poruchou organismu ženy (5).

Organismus těhotné ženy má fyziologicky zvýšen objem tělních tekutin přibližně o 1300ml (1). Tudíž je schopen se vyrovnat s krevními ztrátami snadněji než u žen netěhotných. Krevní ztráta 500 – 1200 je množstvím, kdy organismus nejeví známky šokového stavu, pouze laboratorní vyšetření ukazují lehce sníženou hladinu erytrocytů, hemoglobinu a hematokritu. Pacientka může být unavenější, s tachykardií avšak diuréza je v normě. Ztráty krve 1200 – 1800 se na organismu ženy projeví oligurií až anúrií, snížením systolického tlaku na 80 – 60 mm Hg, tachykardií a méně hmatným pulzem. Ztráta okolo 2000ml a více se stává pro organismus ireverzibilní, žena trpí anúrií, hodnoty tlaku již nejdou změřit, vyvíjí se metabolická acidóza a ve tkáních narůstá množství kyseliny mléčné. Nedostatek kyslíku se projevuje nevratným poškozením centrální nervové soustavy a žena upadá do bezvědomí (5).

Při léčebném postupu lékař nejprve diagnostikuje a odstraní příčinu krvácení, zajistí vitální funkce. Sestra zavede alespoň dva žilní katétry a přísun O₂, dle ordinace lékaře podá krystaloidní nebo koloidní roztok jako náhradu objemu a dle ordinace

anesteziologa podá přípravky na terapii metabolické acidózy. Žena leží v poloze se zvýšenými dolními končetinami a jsou monitorovány její životní funkce a je udržována v teple a v klidu (5).

1.12.1.2. Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC)

Koagulopatie se v dnešní době řadí mezi nejčastější příčiny mateřské mortality. U diseminovaná intravaskulární koagulopatie se „jedná o získaný rozvrat hemokoagulační rovnováhy charakterizovaný trombinovou aktivitou a deregulací plazminové aktivity“ (5, str. 332) Dojde ke vzniku nadměrné nebo nedostatečné fibrinolýzy se srážlivými nebo krvácivými symptomy , které způsobují poruchy orgánových funkcí. Dalším projevem je neutišitelné krvácení ze všech vzniklých oděrek na těle. DIC není onemocnění, ale pouze souhrn příznaků, u kterých je nutno zjistit příčinu, jež tyto příznaky vyvolává a odstranit ji (1, 5).

Jedná se o situaci, kdy do krevního oběhu matky pronikne určitý tkáňový faktor. Tkáňový faktor se nachází v membránách somatických buněk plodu obsažených například v plodové vodě. Tento tkáňový faktor způsobí spuštění nekontrolované aktivace trombinu. Dojde k aktivaci krevních destiček, přeměně fibrinogenu na fibrin a aktivaci endotelu cév. Vzniká nesčetné množství drobných sraženin v celém krevním oběhu. Z endotelu zároveň přestupují do krve tkáňové aktivátory plazminogenu. Ten spustí začátek fibrinolýzy, která probíhá neustále až do úplného vyčerpání tkáňového aktivátoru plazminogenu. Vzniká tzv. hypofibrinogenemie až afibrinogenemie, množství fibrinogenu je menší než 1g/l. Zároveň je v těle nedostatek krevních destiček, které jsou znehodnoceny, a zachytávány ve slezině. Nastává stav trombocytopenie, kdy je krevních destiček méně jak 100×10^9 l. Syndrom diseminované intravaskulární koagulopatie přechází do neutišitelného krvácení, které smrtelně ohrožuje organismus ženy (1, 5).

K tomu aby mohlo dojít k odstranění syndromu DIC, je nutné diagnostikovat tento syndrom, odstranit důvod vzniku syndromu DIC a regulovat a udržet homeostázu. Samotná léčba je závislá na konkrétním stavu pacientky. Obecně je aplikována léčba antikoagulační a substituční, což spočívá v podávání heparinu a kontrolování hladiny

trombocytů a fibrinogenu, a podávání čerstvě zmražené plazmy, erymasy nebo trombocytární náplava (1, 5).

1.12.2. Tromboembolické komplikace

Mezi peroperační i pozdní komplikace patří tromboembolické nemoci (TEN). Embolie vzniká po vytvoření vmetku (embolu), který se proudem krve uvolní ze stěny cévy a putuje dále krevním řečištěm. V místě, kde je průsvit cévy menší než je průměr vmetku, dojde k ucpaní a následně k nedokrvení tkáně a k ischemii. Embolie může být způsobena více příčinami. Podle druhu příčiny vzniku rozeznáváme dále vzduchovou embolii a embolii plodovou vodou (1, 5, 30).

Tromboembolie je spojena s hlubokou žilní trombózou v dolních končetinách. Nejčastěji se trombóza vyskytuje v levé dolní končetině, která nese příznaky otoku, změny barvy kůže a těhotná má zvýšený srdeční tep, tělesnou teplotu a pociťuje bolest v postižené končetině. Tento trombus se díky krevnímu proudu může uvolnit a doputovat až do plicního řečiště, které ucpou. Příznaky plicní embolie jsou dušnost, bolest na prsou, tachykardie, žena se potí a má pocit velkého smrtelného strachu. Vznik a průběh bývá často rychlý a ženu se často nepodaří zachránit. U žen, u kterých hrozí riziko vzniku TEN, jsou před operací dávány profylakticky bandáže na dolní končetiny a nízkomolekulární heparin před i po operačním zákroku. Je u nich aplikováno časné vstávání do 6 hodin po porodu (1, 5, 30).

Vznik vzduchové embolie je v porodnictví velmi vzácný, příčinou by bylo nasátí vzduchu do porušených cév. Dochází k rychlému nástupu kardiopulmonálnímu selhání (5).

K embolii plodovou vodou může dojít při operacích ve III. době porodní či při transplacentárním císařském řezu, kdy dojde k průniku většího množství plodové vody do krevního oběhu ženy. V raných fázích nelze diagnostikovat zda se jedná o tromboembolii nebo embolii plodovou vodu. Asi po 15 minutách jsou u ženy pozorovatelné symptomy zhoršujícího se syndromu DIC. Ve většině případu již není pacientce pomoci (5).

1.12.3. Anesteziologické komplikace

Peroperačními komplikacemi jsou myšleny ty, vzniklé během anestezie na základě působení různých příčin. Patří sem tzv. Mendelsonův syndrom, kdy při vyšším stavu bránice, vyšší hladině hormonů a nebo při plném žaludku rodičky je pH žaludku sníženo. To může způsobit návrat obsahu žaludku do jícnu a zvracení nebo aspiraci do dýchacích cest. Jako možný důsledek je stažení průdušek a rozvoj akutní dechové nedostatečnosti až hypoxie (5, 23).

Závažnou komplikací je neúspěšná intubace, která může mít tragické následky. Dále ženy po anestezii často trpí nevolnostmi, zvracením a bolestmi hlavy (5, 23).

Mohou nastat i situace, kdy je při epidurální anestezii aplikováno anestetikum do subarachnoidálního prostoru. Toto způsobí vážné zhoršení celkového stavu, kdy dochází k selhávání životních funkcí. Je zde nutná resuscitace a následná speciální péče (5, 23).

1.12.4. Poškození orgánů

Toto také patří mezi peroperační komplikace spojené s poškozením některého orgánu, nejčastěji to bývá močový měchýř, močovod či střešní klička. Příčinou těchto komplikací bývá spěch během akutního či komplikovaného zákroku (5).

1.12.5. Neonatologické komplikace

Během operace může dojít k poranění novorozence například při manipulaci se skalpelem nebo je poraněna hlavička či akrální části těla novorozence při vybavování z dutiny děložní. Často tato poranění bývají zaznamenána při vybavování nezralého novorozence a u plodů podélných koncem pánevním nebo polohy příčné (28).

1.12.6. Infekce v operační ráně

Je to postoperační komplikace. Díky operaci je řezem porušena celistvost kůže a tím otevřena brána pro vstup infekce do organismu. Infekce se může projevit pouze lokálně jako zarudnutí a hnisání či může dojít k přestupu infekce do okolí a vznikají různě závažné stavy orgánových zánětů v dutině břišní, oblasti malé pánve až velmi

závažný septický stav celého organismu. Aby bylo tomuto předcházeno je prováděna profylaktické podání antibiotik (5, 8).

1.12.7. Pozdní důsledky

Jako pozdní následek císařského řezu může dojít ke vzniku hernie v místě operační jizvy. Dále jsou to nejrůznější vzhledové defekty v podobě jizev. Po eventuálním poškození okolních orgánů např. močového měchýře se mohou v budoucnosti vyskytovat urologické potíže. Je možná sekundární sterilita nebo zvýšená neúspěšnost při další snaze otěhotnět. Protože při císařském řezu je porušena celistvost děložní stěny, která se hojí jizvou, je možné, že dojde v příštím těhotenství k usazení plodového vejce v místě jizvy a ke vzniku včestné placenty, placenty accrety. Také je zde zvýšené riziko předčasných porodů, hypotrofie plodu a při děložních kontrakcích může dojít ke vzniku ruptury dělohy. U některých žen císařský řez způsobuje negativní přijetí novorozence a další psychologické poruchy (5, 8).

1.13. Problematika císařského řezu na přání

Přibližně od 70. let 20. století se začalo stále více využívat císařského řezu k ukončení těhotenství ve třetím trimestru či v případech vaginálního porodu, kde se vyskytly komplikace v I. době. Tento nárůst způsobil, že se zručnost operátérů v provádění této operace rapidně zvýšila a zároveň došlo k poklesu perinatální mortality. Přesto, že tato operace je prováděná v porodnicích jako rutinní operační zákrok, není zcela bez rizik. Naopak rizika komplikací během operace i v době pooperační jsou šestkrát vyšší než u porodu vaginálního.

V posledních pár desítkách let dochází díky zlepšení socioekonomických podmínek i ke zvyšování spokojenosti pacientek. Blaho pacientky je v myšlení lékařů posunováno do popředí a je bráno stále více ohledů na přání pacientek. Proto se stává císařský řez na vlastní žádost velmi diskutovaným tématem. Avšak „porodnictví je medicínský obor jako každý jiný a nelze ho změnit na „společensko-zábavní“ akt, o což se mnozí snaží“ (11).

Emancipace se týká i ženského pokolení a ženy se emancipaci vůbec nebrání. Každá matka se snaží o své dítě pečovat, jak nejlépe dovede a to již od jeho početí. Tudíž má pocit, že má právo i volbou vedení svého porodu. Je mnoho podnětů, které vedou ženy k úvaze o císařském řezu a je pravděpodobné, že stále zvyšující se zájem žen o elektivní císařský řez je způsoben malou nebo žádnou informovaností o možných komplikacích operativních porodů. Ženy považují císařský řez, vzhledem k jeho rutinnímu provádění, za operaci jednoduchou a bezpečnou.

Důvody žen, které žádají provedení primárního císařského řezu na přání, jsou různé. Porodníci se nejčastěji setkávají s důvodem psychosociálním. Císařský řez žádají například ženy s vyšším ekonomickým statutem, které nejsou zvyklé na větší psychickou a fyzickou zátěž a za lékařem přicházejí s přáním bezbolestného porodu. Tyto ženy bývají většinou dobře informovány a znají možnosti získání indikace k císařskému řezu.

Další skupinou žen, které žádají porod abdominální cestou, jsou ženy úzkostné, které nedůvěřují samy sobě. Bojí se o dítě, a že vaginální porod jednoduše nezvládnou. Tyto pocity vznikají buď na základě špatných zkušeností z předchozího porodu či prvorodičky z nezkušenosti (21, 27).

Dalším z důvodů operativního porodu na přání je představa přesného naplánování porodu, zvýšené obtíže spojené s koncem těhotenství a tím i zhoršení jejich zvládnání.

Důvodů, proč ženy žádají je daleko více. Každá žena, která přijde k lékaři s prosbou o císařský řez, má svůj důvod, který je pro ni indikací k provedení operace. Ostatní již závisí jen na lékaři, protože právě v jeho kompetenci je prozatím právo indikovat císařský řez (20).

1.13.1. Právní úprava císařského řezu v České Republice

Dle zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění, paragraf 11, by měl každý lékař postupovat „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ (6).

Žena má právo rozhodovat o tom, co se s ní a jejím dítětem bude dít. Má právo odmítnout postup lege artis. To znamená, že není povinna užívat předepsanou medikaci,

podstoupit indukci k porodu či může odmítnout provedení císařského řezu. Dle zákona lze provést pouze postup, se kterým pacient výhradně souhlasí. Jedinou výjimkou je případ, kdy pacient není schopen tento souhlas či odmítnutí projevit, nebo v situaci, kdy je určitý postup nařízen soudně. Toto se však v porodnictví vyskytuje velmi zřídka. Nastane-li situace, kdy žena odmítá postup lege artis a podepíše negativní reverz, je lékař nucen najít „druhé nejlepší“ řešení. Žena je v negativním reverzu seznámena se všemi riziky, která mohou následovat v případě odmítnutí postupu, který stanovil lékař.

Pokud bude žena vyžadovat postup non lege artis, například císařský řez, ke kterému není shledána žádná medicínská indikace, má lékař právo odmítnout. Neexistuje reverz, který by umožňoval lékařovi porušovat zákon (6).

1.13.2. Možnosti volby

V ČR není prozatím na základě české zdravotnické legislativy povolena možnost volby vedení porodu. Jsou však určité výjimky, kdy má žena právo volby.

První situace, kdy si žena sama může rozhodnout, jakým způsobem bude veden její porod je poloha plodu koncem pánevním (příloha 4). Tento postup je v souladu s doporučením České gynekologicko – porodnické společnosti (ČGPS).

Další situací je tzv. ultimo desiderium. Jedná se o situaci, kdy je předpokládáno, že toto těhotenství je pro ženu poslední možností mít dítě (31).

1.13.3. Argumenty proti císařskému řezu

Přirozený porod je proces, který má svůj přirozený průběh. Už tím, že žena přivede na svět své dítě per vias naturales, vytváří si svůj vztah k dítěti a upevňuje pozitivní emocionální vazbu. Vytvoření této emocionální vazby u císařského řezu není ve většině případů možné (2).

Císařský řez je invazivní zásah do organismu a tudíž sebou nese zvýšená rizika vzniku komplikací během operaci i v pooperačním období. Hovoří se o šestkrát vyšších číslech než při vaginálním porodu. Nejhorším důsledkem komplikací je smrt rodičky (9).

Během císařského řezu mohou nastat komplikace i u novorozence. Může dojít k poranění dítěte skalpelem a v některých situacích například k ovlivnění novorozence anestetiky. Též se u novorozence po císařském řezu vyskytují dýchací obtíže v souvislosti se zbytkem plodové vody v dýchacích cestách. Při vaginálním porodu jsou tyto zbytky vody během kontrakcí z dýchacích cest novorozence vytlačeny.

Po porodu císařským řezem se u některých matek může vyskytnout pocit méněcennosti a neschopnosti přivést na svět dítě vlastními silami. Navíc je ještě situace po operačním porodu znepríjemněna sníženou pohyblivostí matky a bolestivostí jizvy.

Dalším negativem je mnohem delší rekonvalescence, žena je tedy částečně omezena v péči o novorozence. U některých žen nastává pocit frustrace, že byly ochuzeny o prožitek ze samotného příchodu novorozence na svět a následně vnímají pocit bezmocnosti z důvodu své neschopnosti se o své dítě starat již pár hodin po porodu. Často se k negativnímu prožitku přidává ještě nepříjemná jizva v podbřišku (2).

Určitá rizika hrozí i u následujících těhotenství. U žen je pozorován zvýšený výskyt včestného lůžka či ruptury dělohy v místě provedeného řezu (2).

1.13.4. Argumenty pro císařský řez

Díky císařskému řezu jsou ženy ušetřeny porodních bolestí. Avšak zcela bez bolesti se neobejde ani císařský řez. Spíše by se dalo říci, že bolest u císařského řezu je jen relativně snížena.

Významný fakt je, že při císařském řezu je ušetřeno svalstvo pánevního dna. To je při vaginálním porodu vysoce namáháno a to se může v pozdějším věku projevit inkontinencí moče či stolice. Avšak pánevní dno je samo o sobě namáháno během těhotenství obzvláště v posledních měsících na něj působí tlak těhotně dělohy. Proto se inkontinenční problémy nevyhnou ani určité skupině žen po operativním porodu.

Během vaginálního porodu může dojít ke vzniku porodního poranění jako jsou například ruptury měkkých porodních cest či je nutné provést nástřih hráze. Tato poranění se většinou hojí rychle a nebývají na první pohled patrná. U císařského řezu žádný nástřih hráze nehrozí. Bohužel však jizvě se ženy po tomto zákroku také nevyhnou.

Mnoho žen se též domnívá, že vaginální porod je pro dítě šetrnější. Vybavení z dělohy je rychlejší a dítě nebývá „pomačkané“ Avšak názor neonatologů i psychologů je jiného rázu. Domnívají se, že porod vaginální cestou je pro dítě velmi důležitý z hlediska fyziologického i psychologického (3, 10).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjištění informovanosti žen o současné právní úpravě týkající se možnosti provedení císařského řezu na přání. Druhým cílem bylo zjistit, zda ženy preferují vaginální porod před porodem císařským řezem, a to bez ohledu na to zda již rodily nebo byly těhotné. A posledním, třetím cílem bylo zjištění, zda by ženy přivítaly možnost císařského řezu na přání bez ohledu na lékařskou indikaci.

2.2. Hypotéza 1

Ženy nejsou o současné právní úpravě týkající se císařského řezu dostatečně informované.

2.3. Hypotéza 2

Ženy preferují vaginální vedení porodu před císařským řezem.

2.4. Hypotéza 3

Ženy mají zájem o císařský řez na přání bez lékařské indikace.

3. Metodika

3.1. Popis použité metodiky

K výzkumu informovanosti žen o současné právní úpravě týkající se možnosti císařského řezu na přání, volby vedení porodu a toho zda by ženy přivítaly možnost císařského řezu na přání bez lékařské indikace jsem zvolila kvantitativní výzkum. Výzkum byl proveden pomocí dotazníků. Každý obsahoval 21 otázek, na které ženy odpovídaly písemnou formou. Otázky v dotazníku byly uzavřené, otevřené a filtrační. Tuto metodu výzkumu jsem zvolila z důvodu jednoduchosti při vyplňování a zajištění anonymity respondentek. Dotazník jsem rozdávala na lůžkových gynekologicko – porodnických odděleních a Porodnické ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. (příloha č.1).

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

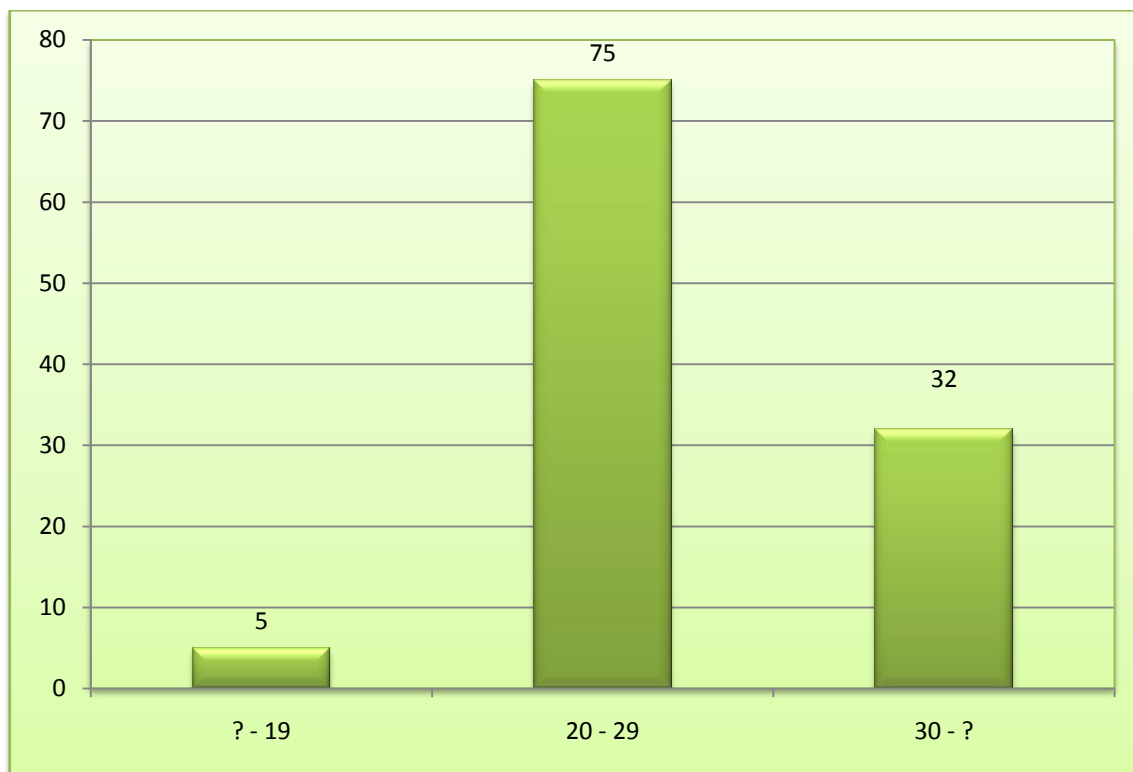
Respondentkami byly ženy v produktivním věku hospitalizované na gynekologické – porodnickém oddělení nebo navštěvující porodnickou ambulanci

Nemocnice České Budějovice a.s. Dotazníky byly rozdány v období od 1.března – 13.dubna 2010.

Rozdáno bylo 150 dotazníků, vrátilo se 136 dotazníků a 24 dotazníků nebylo řádně vyplněno. Konečný počet dotazníků použitých k výzkumu byl 112 (100%).

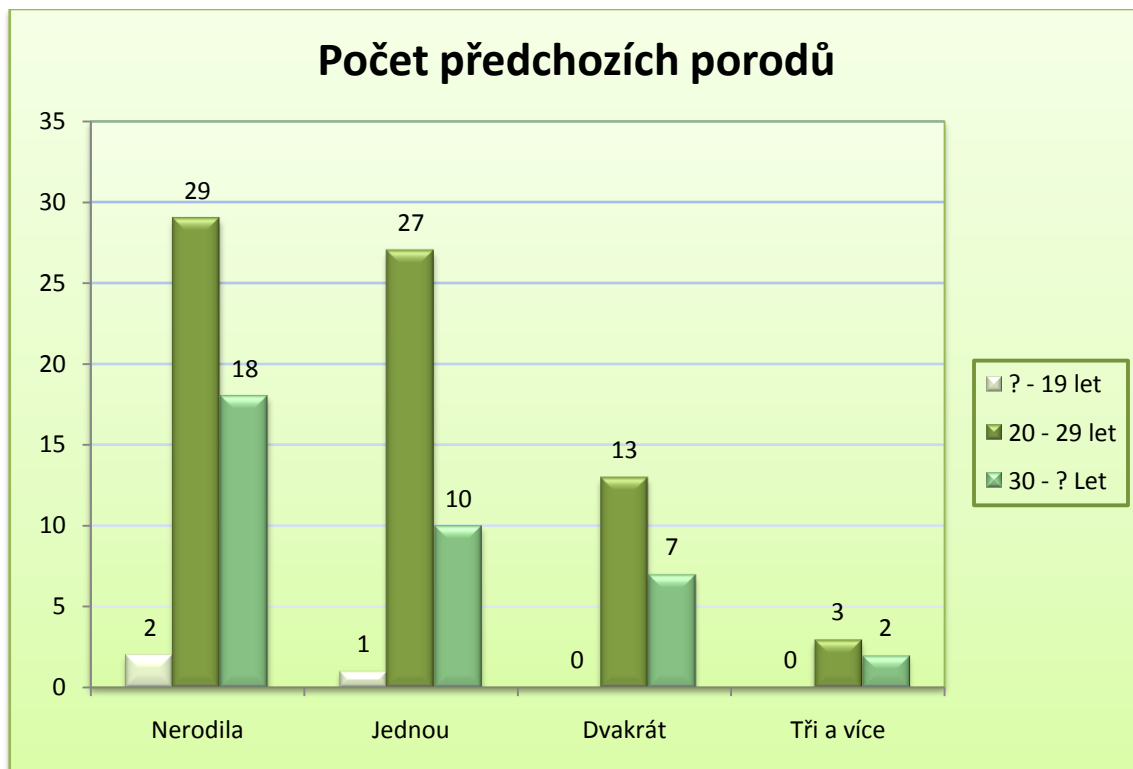
4. Výsledky

Graf č. 1 Věk dotazovaných žen



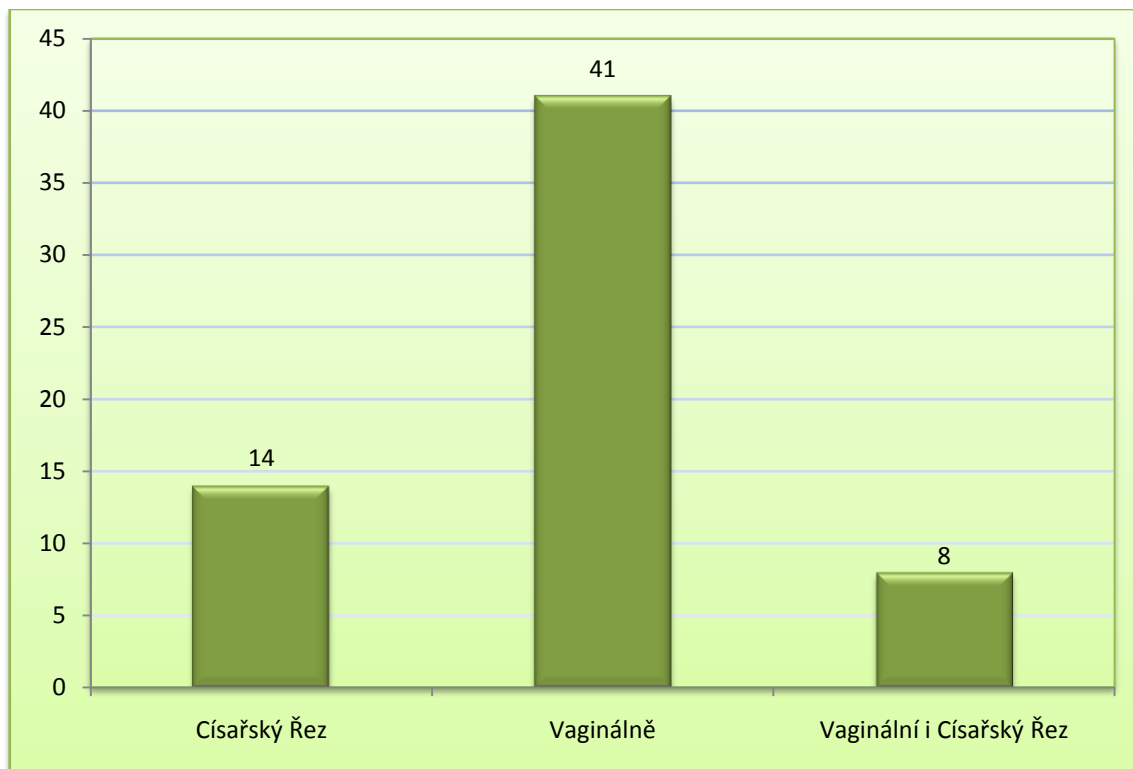
Graf č. 1 mapuje věk dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a docházejících do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotazovaných žen spadá 5 (4,46%) žen do věkové kategorie ? – 19 let. Do kategorie 20 – 29 let je zahrnuto 75 (66,96%) dotázaných a ve věkové kategorii 30 - ? let je zahrnuto 32 (28,57%) dotázaných žen.

Graf č. 2 Počet předchozích porodů vzhledem k věku rodiček



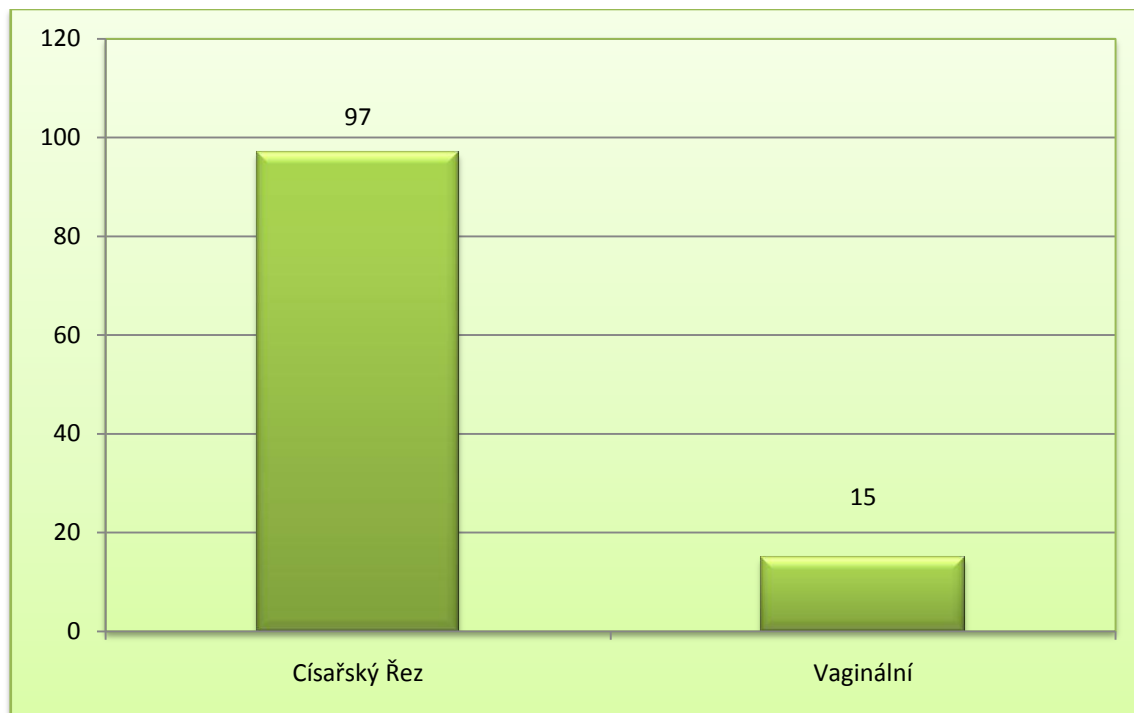
Graf č. 2 znázorňuje počty předchozích porodů vzhledem k věku rodiček u žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotázaných žen je patrné, že dosud nerodilo 49 (43,75%) dotázaných žen. Jeden porod udává 38 (33,93%) dotázaných žen, dva porody udává 20 (17,86%) dotázaných a tři a více porodů má za sebou 5 (4,46%) dotázaných žen.

Graf č. 3 Způsob ukončení předchozího těhotenství



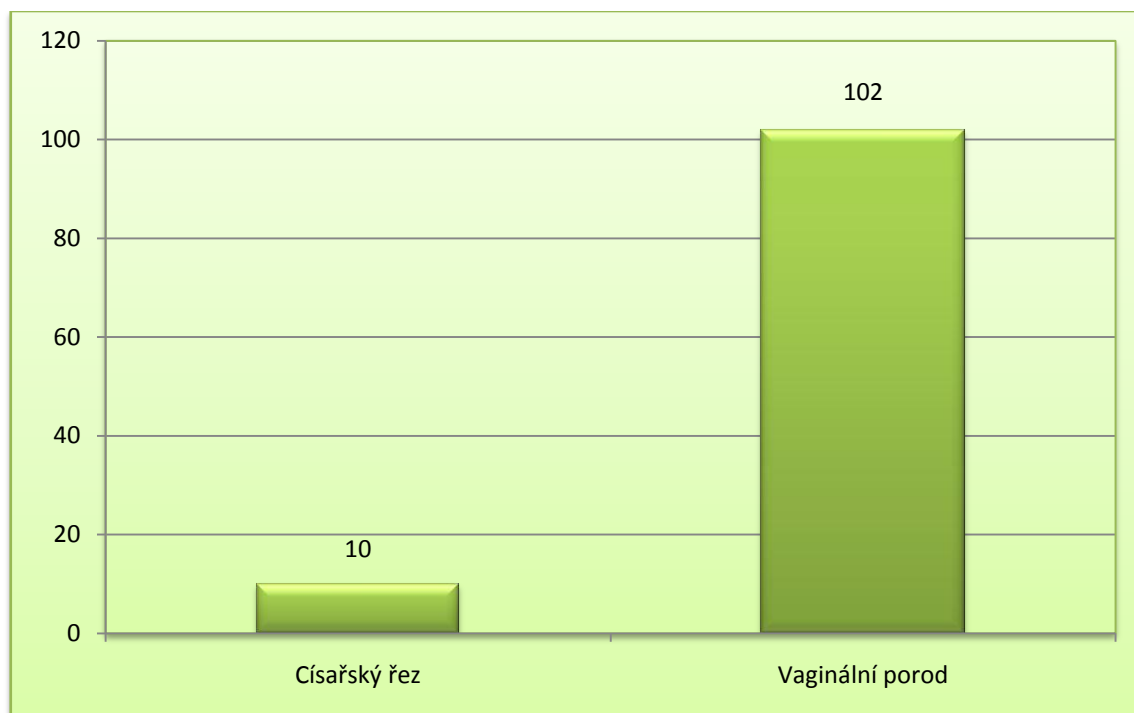
Graf č. 3 je zaměřen na zjištění způsobu ukončení předchozího těhotenství u žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 žen na tuto otázku odpovědělo 63 (100%) rodivších žen. Zbýlý počet 49 (43,75%) žen, které nerodily, neodpovídaly. Ukončení těhotenství pomocí císařského řezu uvedlo 14 (22,22%) dotazovaných žen, vaginálním porodem bylo ukončeno těhotenství u 41 (65,08%) dotázaných žen a 8 (12,70%) žen uvedlo ukončení těhotenství oběma způsoby vedení porodu v případě dvou a více gravidit.

Graf č. 4 Rizikovější způsob vedení porodu dle dotazovaných žen



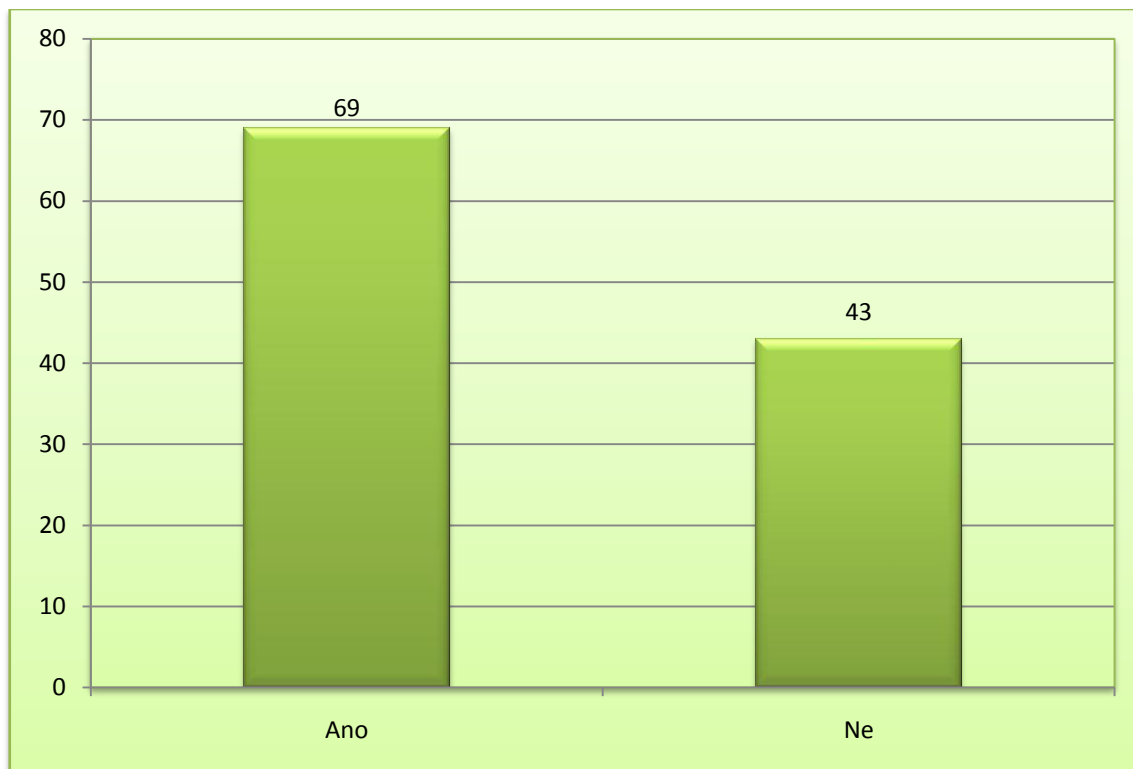
Graf č. 4 znázorňuje rizikovější způsob vedení porodu dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotázaných se 97 (86,61%) žen domnívá, že rizikovější způsob vedení porodu je pomocí císařského řezu. Naopak 15 (13,39%) dotázaných žen zastává názor, že rizikovější je vaginální porod.

Graf č. 5 Volba vedení porodu bez ohledu na paritu či lékařskou indikaci.



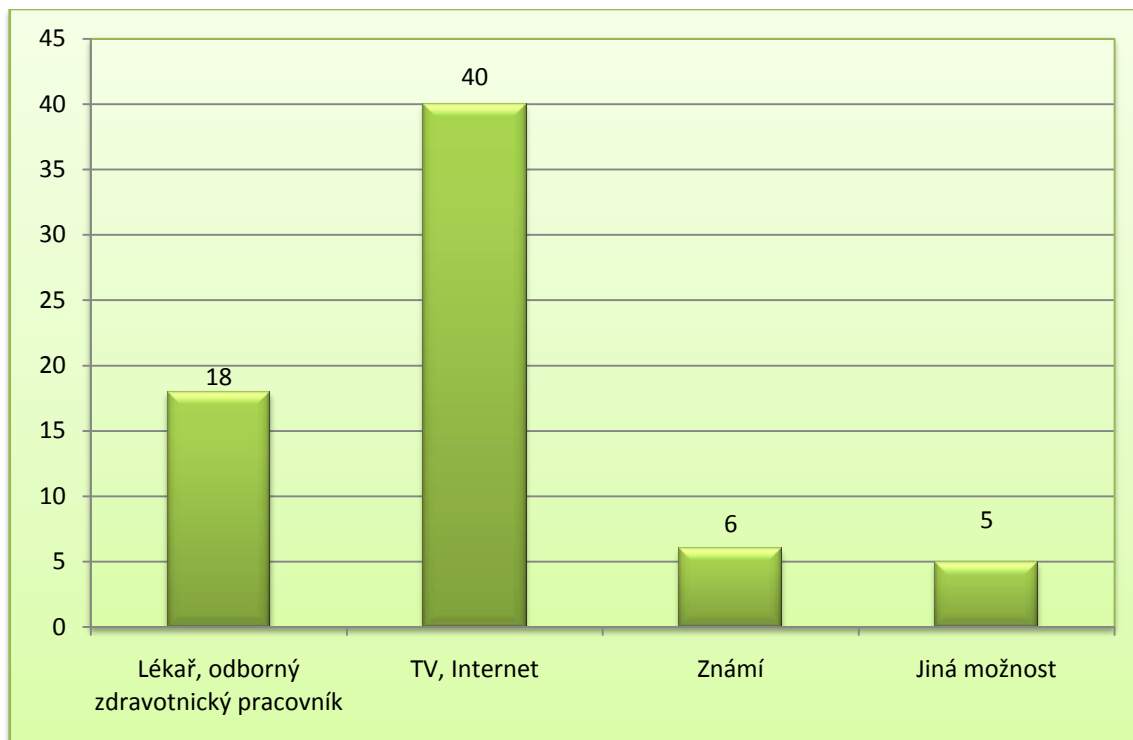
Graf č. 5 mapuje volbu vedení porodu bez ohledu na paritu či lékařskou indikaci u žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotazovaných žen by si 10 (8,93%) žen k ukončení porodu zvolilo císařský řez. Vaginálně by chtělo porodit 102 (91,07%) dotázaných žen.

Graf č. 6 Informovanost dotazovaných žen o císařského řezu



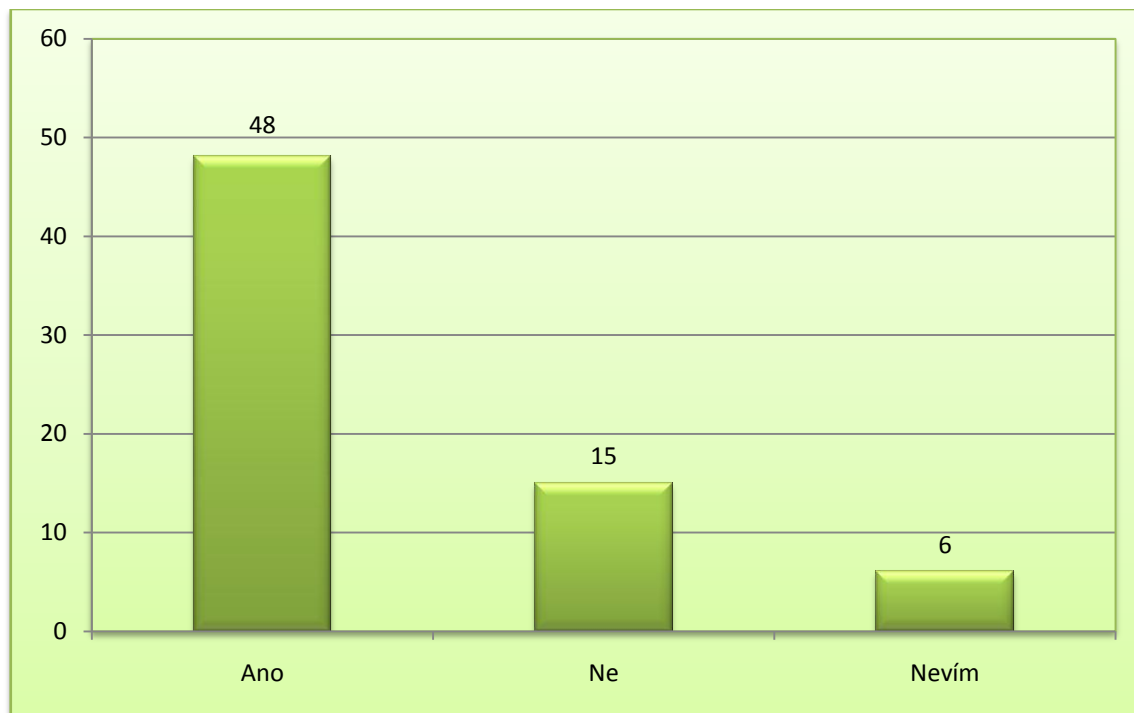
Graf č. 6 mapuje informovanost dotazovaných žen o rizicích a výhodách císařského řezu. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotázaných žen se 69 (61,61%) domnívá, že mají dostatek informací o rizicích a výhodách císařského řezu. Naopak 43 (38,39%) žen má pocit, že nejsou dostatečně informovány o rizicích a výhodách císařského řezu.

Graf č. 7 Získávání informací o rizicích císařského řezu



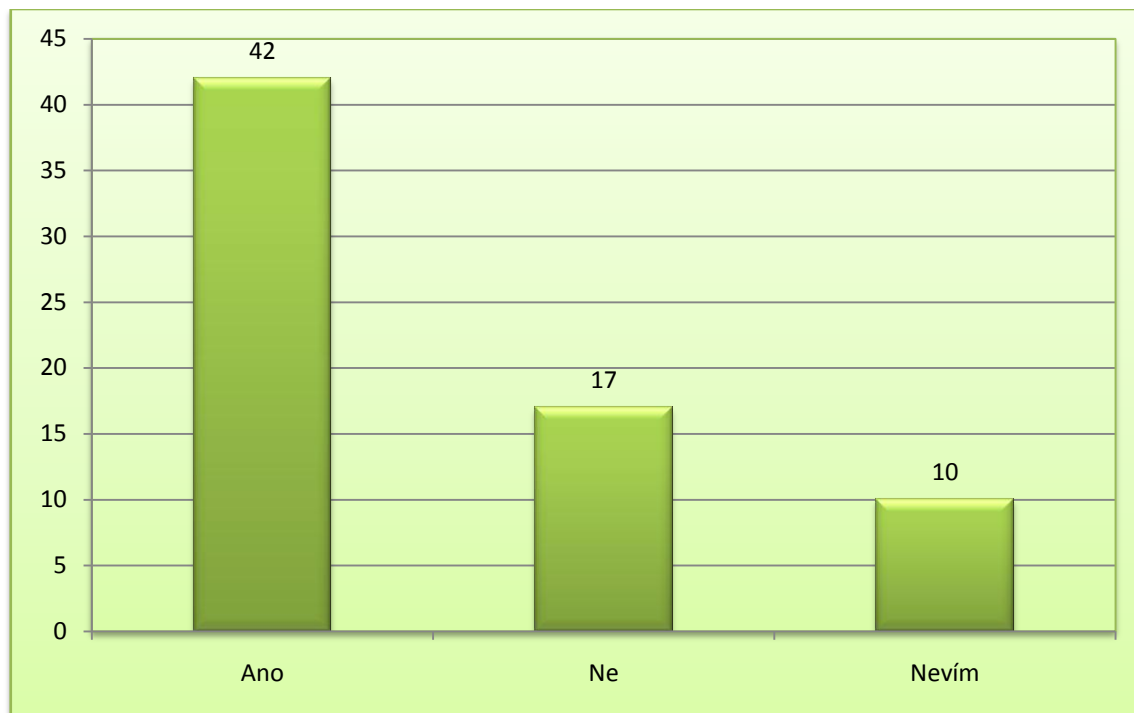
Graf č. 7 mapuje získávání informací o rizicích a výhodách císařského řezu. Dotazovanými jsou hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. 18 (26,09%) žen uvedlo jako zdroj informací lékaře či jiného odborného zdravotnického pracovníka. Pro 40 (57,97%) žen je zdrojem informací televize či internet. Od známých se informovalo 6 (8,70%) žen a jinou možnost získávání informací uvedlo 5 (7,25%) dotázaných žen.

Graf č. 8 Zařazení císařského řezu



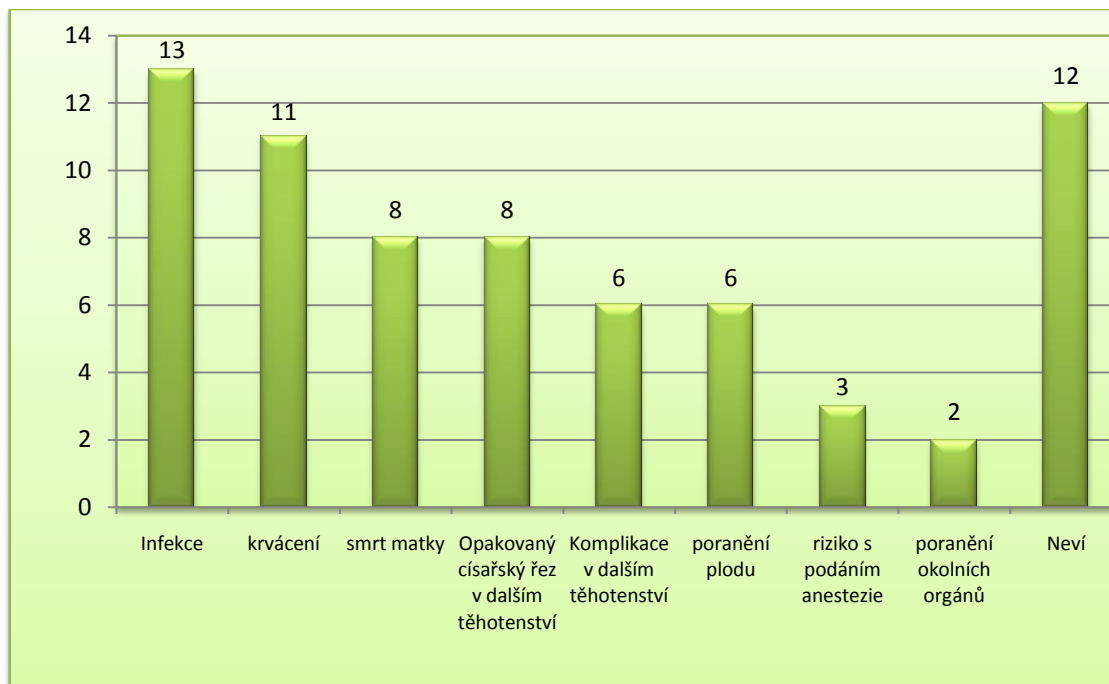
Graf č. 8 zobrazuje zařazení císařského řezu dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. Císařský řez zařadilo mezi velké břišní operace 48 (69,57%) dotázaných žen. 15 (21,74%) žen si nemyslí, že by císařský řez patřil mezi velké břišní operace a 6 (8,70%) žen neví.

Graf č. 9 Vliv císařského řezu na další těhotenství



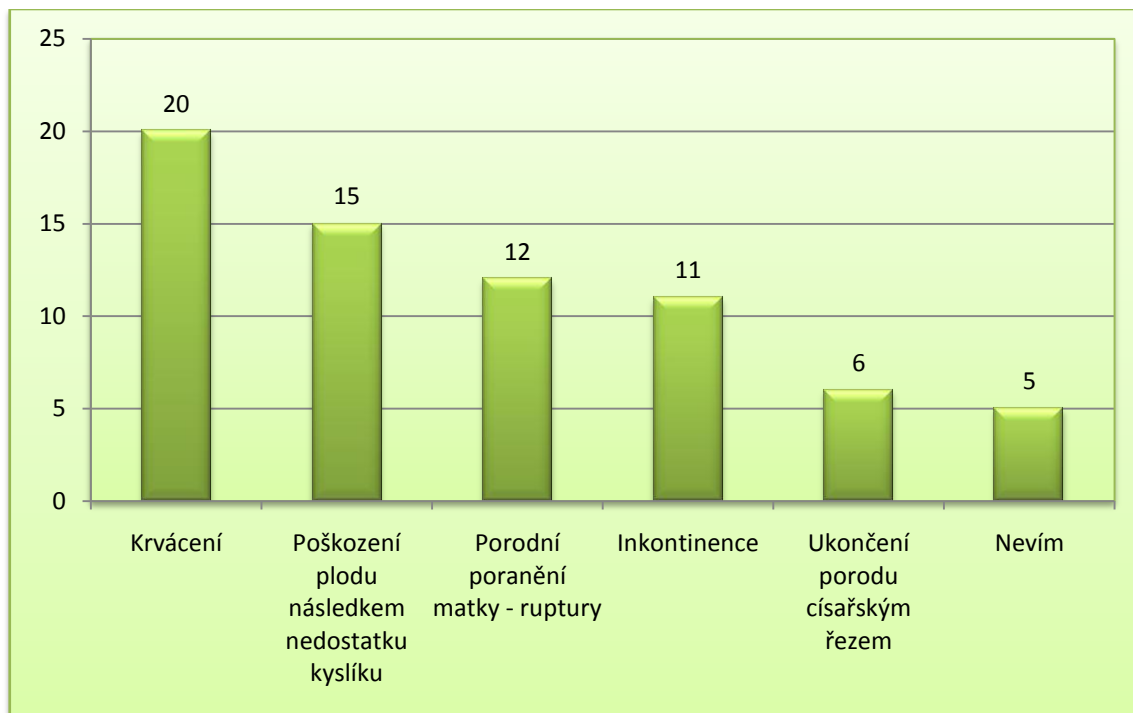
Graf č. 9 znázorňuje vliv císařského řezu na další těhotenství dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. 42 (60,87%) žen domnívá, že císařský řez má vliv na další těhotenství. Naopak 17 (24,64%) dotázaných si myslí, že císařský řez na další těhotenství nemá žádný vliv. 10 (14,49%) dotázaných žen neví.

Graf č. 10 Rizika pro matku i dítě v souvislosti s císařským řezem



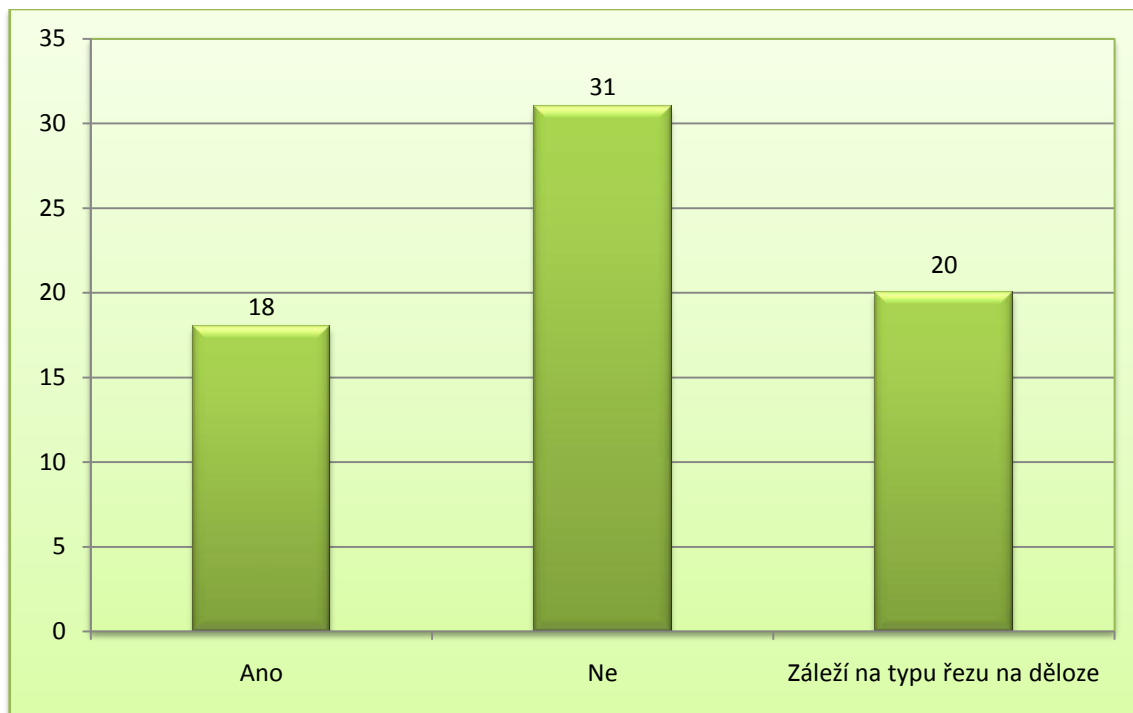
Graf č. 10 znázorňuje rizika pro matku a dítě v souvislosti s císařským řezem dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otevřená otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. Infekci jako riziko vypsalo 13 (18,84%) žen, riziko krvácení vypsalo 12 (17,39%) dotázaných. 8 (11,59%) žen shledalo rizikem smrt matky, stejný počet 8 (11,59%) žen se domnívá, že rizikem je opakovaný císařský řez v dalším těhotenství. Poranění plodu je rizikem pro 7 (10,14%) žen, 5 (7,25%) žen se obává rizika s podáním anestezie, 4 (5,80%) ženy si myslí, že rizikem je poranění okolních orgánů a zbylý počet 12 (17,39%) žen se přiznalo, že je nenapadá žádné riziko.

Graf č. 11 Rizika pro matku i dítě v souvislosti s vaginálním porodem



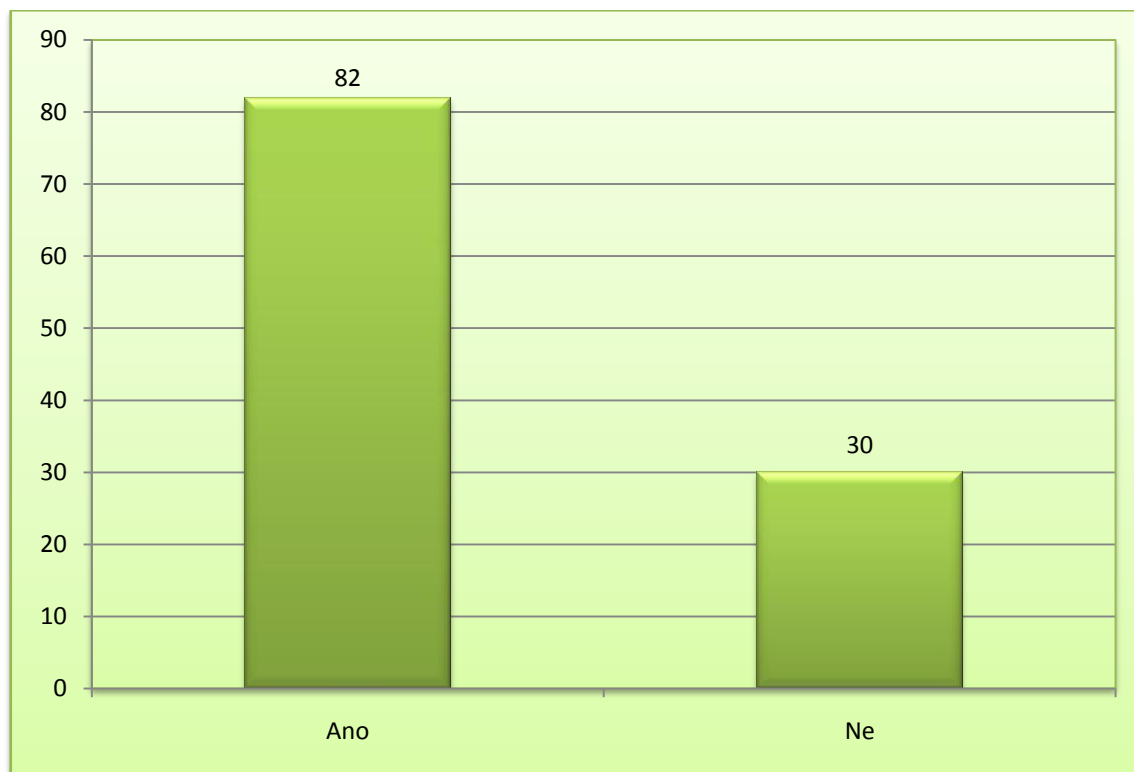
Graf č. 11 znázorňuje rizika pro matku i dítě v souvislosti s vaginálním porodem dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato vypisovací otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. Jako největší riziko je pro 20 (28,99%) žen vznik krvácení. Poškození plodu následkem nedostatku kyslíku je rizikem pro 15 (21,74%) žen. 12 (17,39%) žen se obává porodního poranění. Pro 11 (15,94%) žen je rizikem vznik inkontinence. 6 (8,70%) žen se domnívá, že rizikem u vaginálního porodu je ukončení porodu císařským řezem a 5 (7,25%) žen přiznává, že je žádná rizika nenapadají.

Graf č. 12 Opakovaný císařský řez



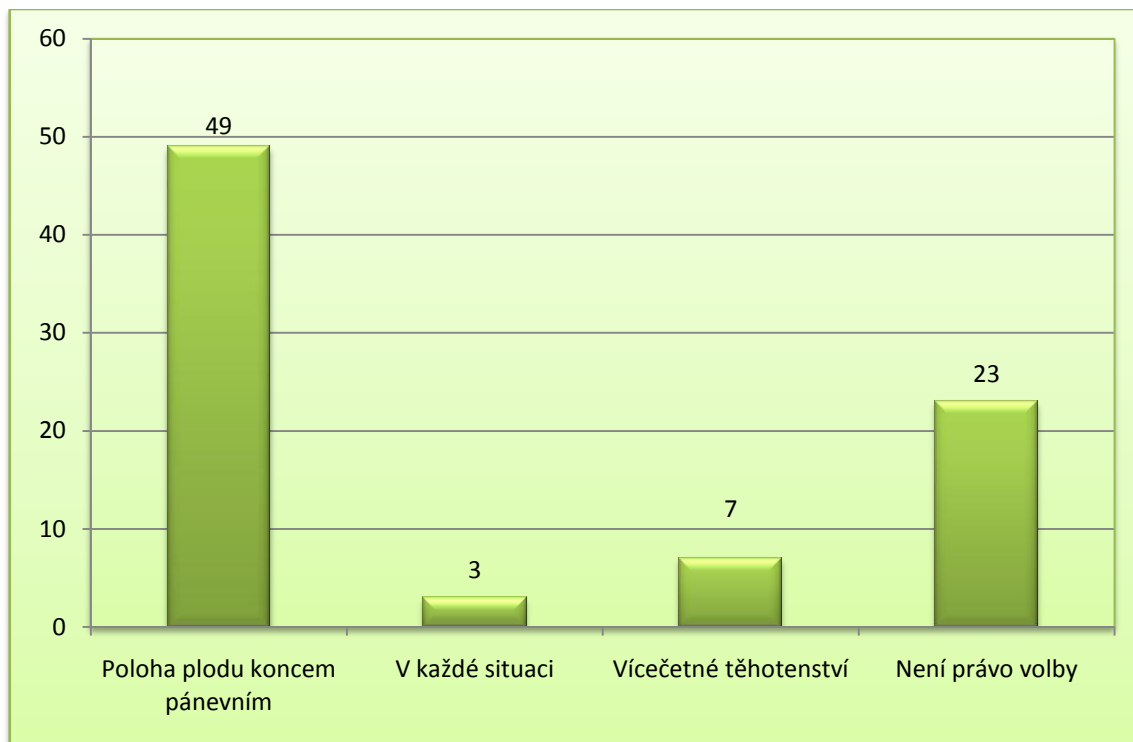
Graf č. 12 mapuje názor dotazovaných žen na opakovaný císařský řez. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 69 (100%) žen. 18 (26,09%) žen je názoru, že prodělání císařského řezu v minulosti je indikací k opakovanému císařského řezu. To, že prodělání císařského řezu není indikací k císařskému řezu je názorem 31 (44,93%) dotazovaných žen a 20 (28,99%) žen se domnívá, že záleží na typu řezu na děloze.

Graf č. 13 Informovanost dotazovaných žen o právní úpravě týkající se císařského řezu na přání



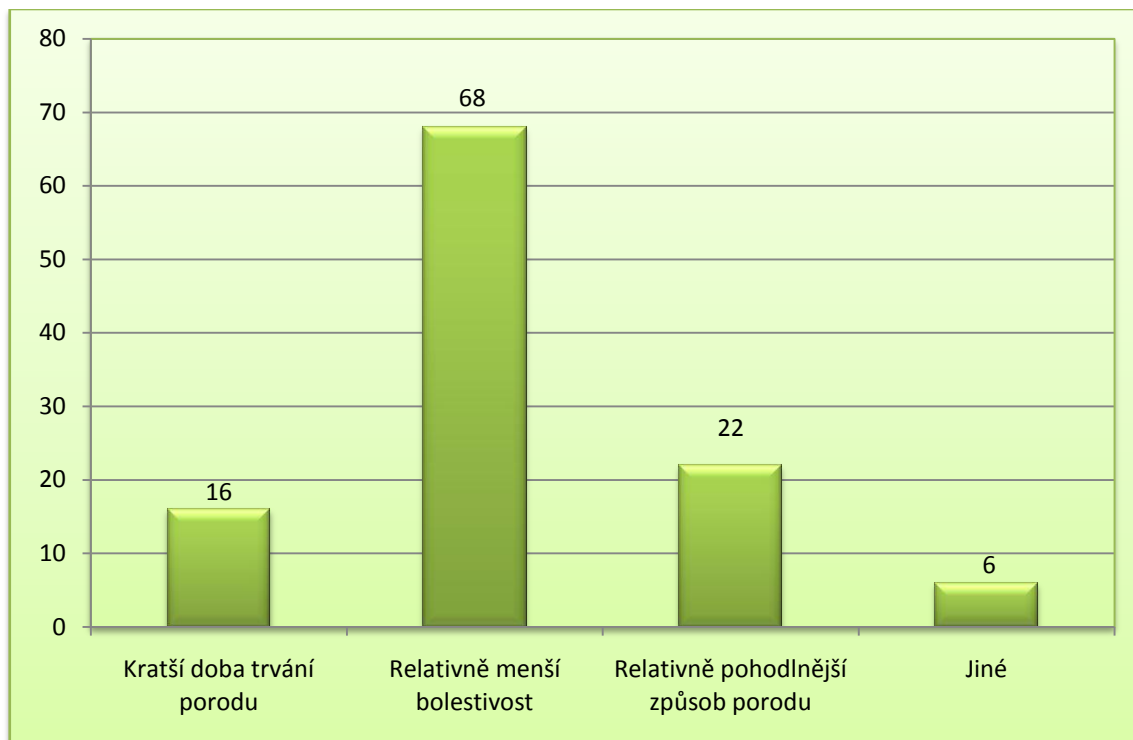
Graf č. 13 mapuje informovanost dotazovaných žen o právní úpravě týkající se císařského řezu na přání. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotázaných žen se 82 (73,21%) žen domnívá, že mají dostatek informací o právní úpravě císařského řezu na přání. Naopak 30 (26,79%) dotázaných nemá dostatek informací o právní úpravě císařského řezu na přání.

Graf č. 14 Právo volby císařského řezu



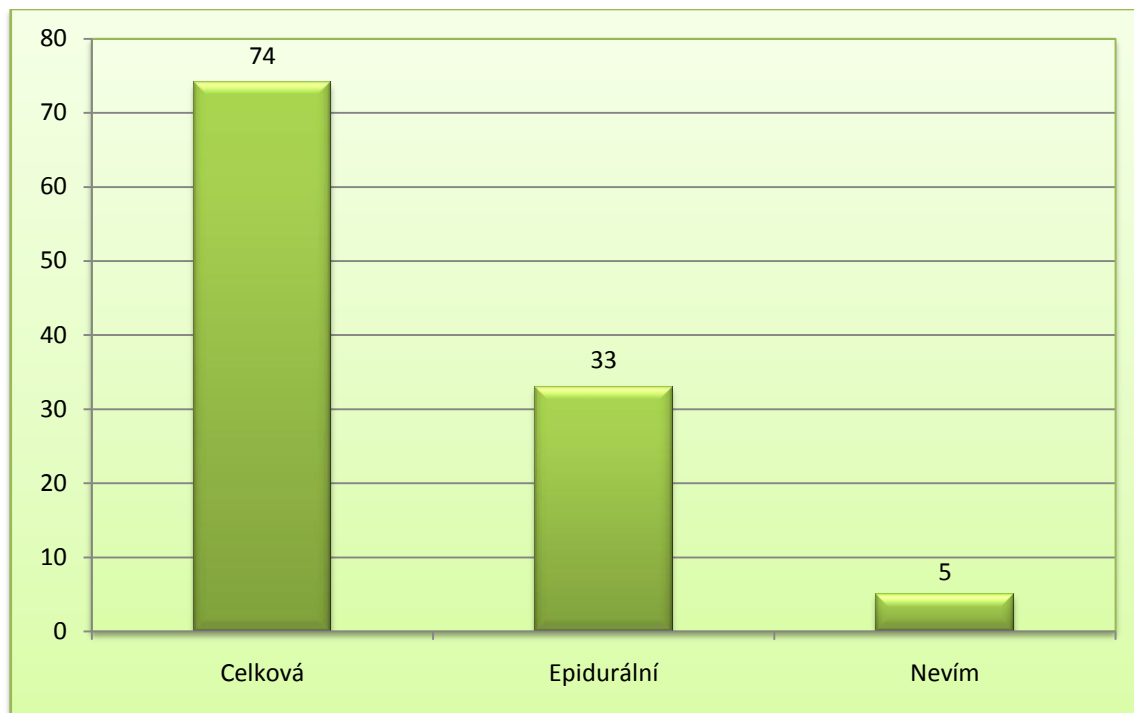
Graf č. 14 znázorňuje právo volby císařského řezu dle dotazovaných žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko - porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 82 (100%) žen. 49 (59,76%) dotázaných se domnívá, že právo volby vedení porodu má rodička s plodem v poloze koncem pánevním. Právo volby v každé situaci má rodička dle 3 (3,66%) dotázaných žen. Podle 7 (8,54%) žen si může ukončení císařským řezem zvolit rodička s vícečetným těhotenstvím a 23 (28,05%) žen si myslí, že žena nemá v žádném případě právo na císařský řez na vlastní žádost.

Graf č. 15 Motivace k císařskému řezu



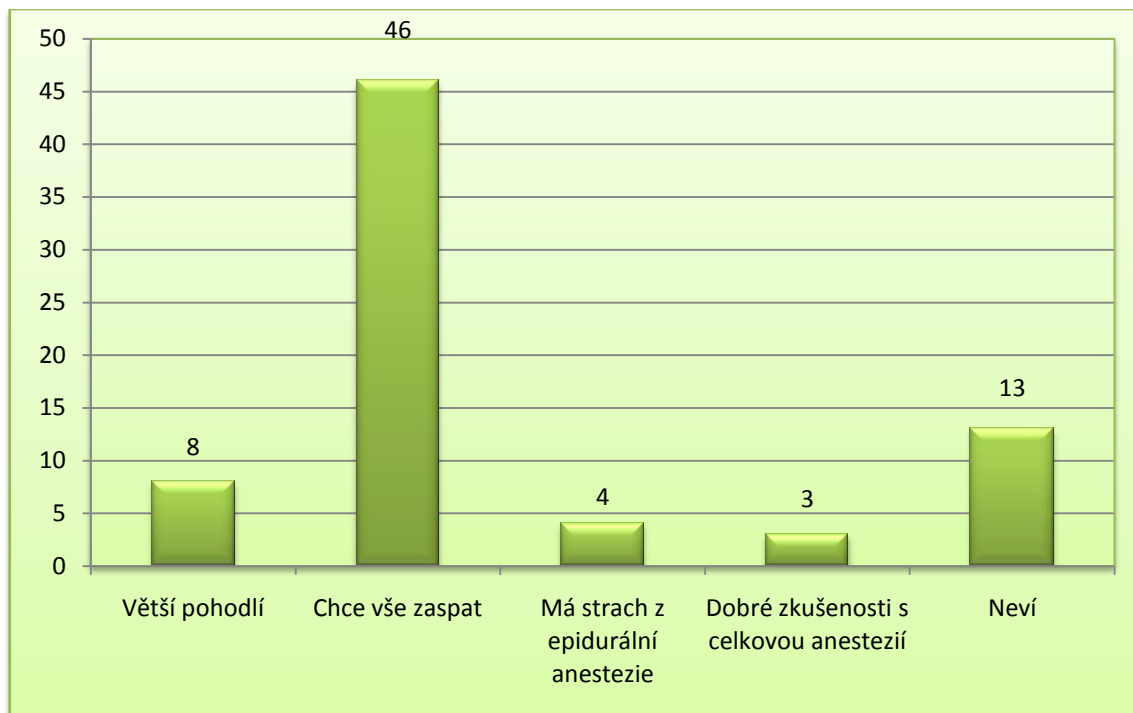
Graf č. 15 zobrazuje motivace k císařskému řezu u žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Na tuto otázku odpovídalo 112 (100%) žen. Pro 16 (14,29%) dotázaných žen je k podstoupení císařského řezu motivací kratší doba trvání porodu. Pro 68 (60,71%) žen je motivací relativně menší bolestivost porodu, pro 22 (19,64%) ženy je císařský řez relativně pohodlnější způsob porodu a 6 (5,36%) ženy mají k císařskému řezu jiné motivace.

Graf č. 16 Anestezie u císařského řezu



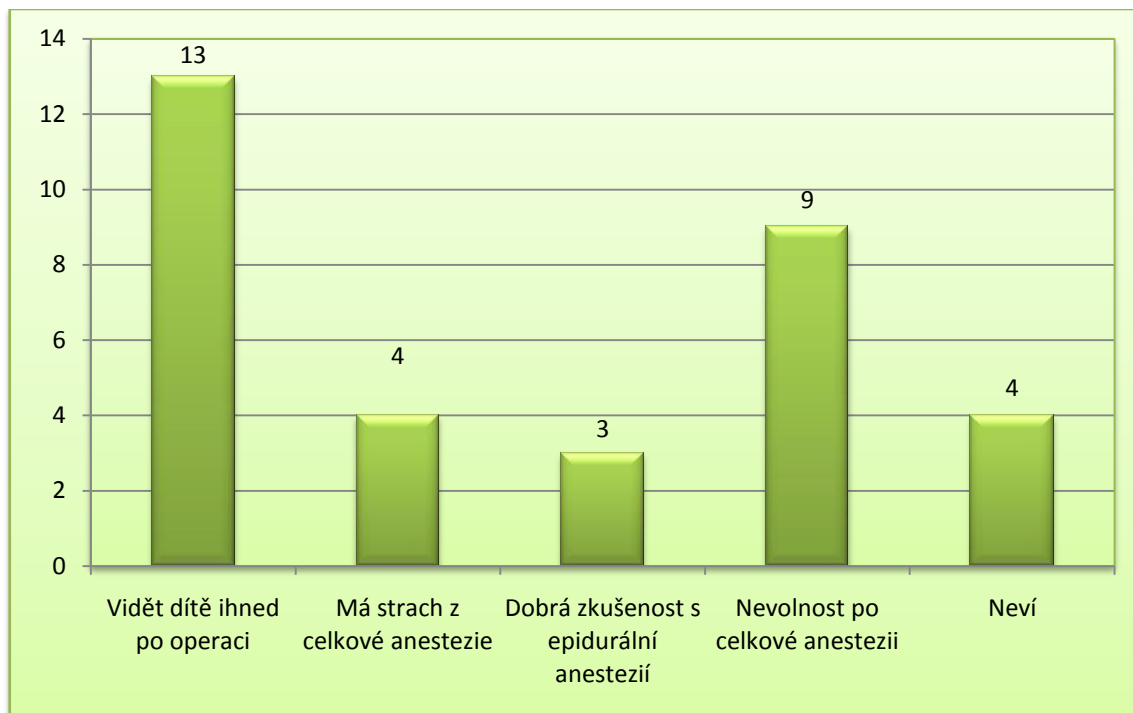
Graf č. 16 znázorňuje volbu anestezie u císařského řezu. Na tuto otázku odpovídaly ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1.března – 12.dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) žen by celkovou anestezii zvolilo 74 (66,07%) žen, epidurální anestezii by podstoupilo 33 (29,46%) žen a 5 (4,46%) dotázaných zvolilo odpověď „nevím“.

Graf č. 17 Motivace pro celkovou anestezii



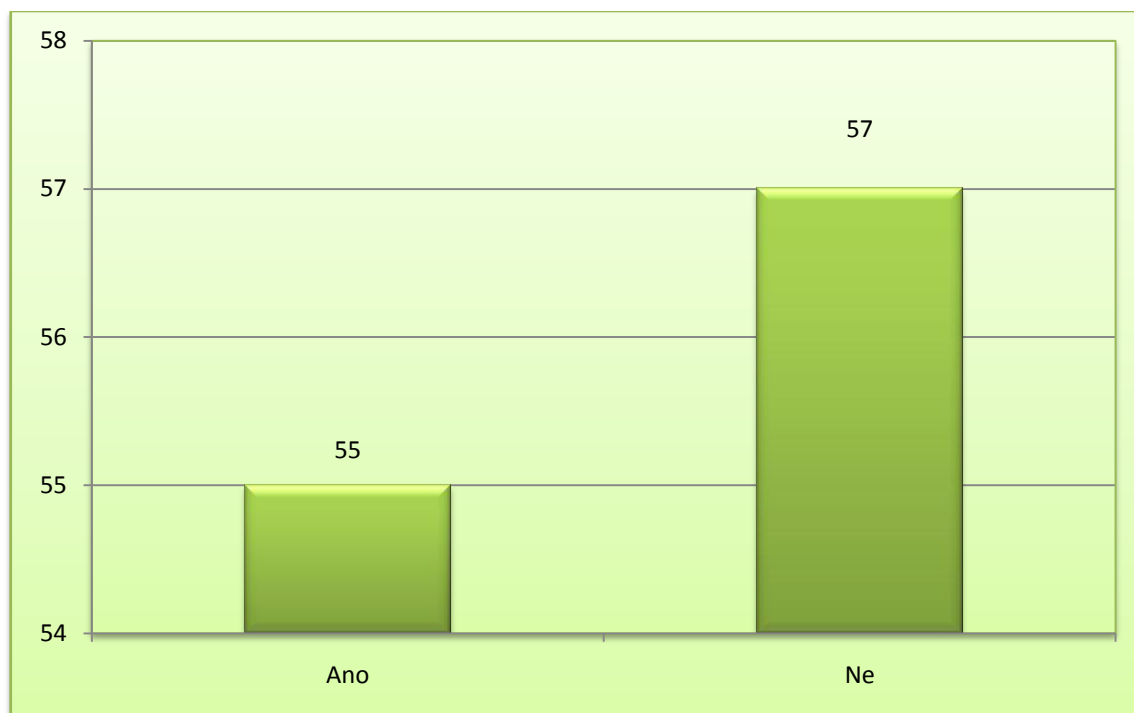
Graf č. 17 znázorňuje motivaci k celkové anestezii u žen hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. 112 (100%) dotázaných žen odpovědělo na tuto otevřenou otázku různými způsoby. V 8 (10,81%) případech se ženy shodly, že největší motivací je pro ně větší pohodlí. Ve 46 (62,16%) případech napsaly dotazované ženy největší motivaci to, že mohou vše zaspat. Další 4 (5,41%) ženy mají strach z epidurální anestezie. 3 (4,05%) dotazované vypsaly, že s celkovou anestezí mají dobré zkušenosti. 13 (17,57%) žen neví jakou motivaci vypsát.

Graf č. 18 Motivace k epidurální anestezii



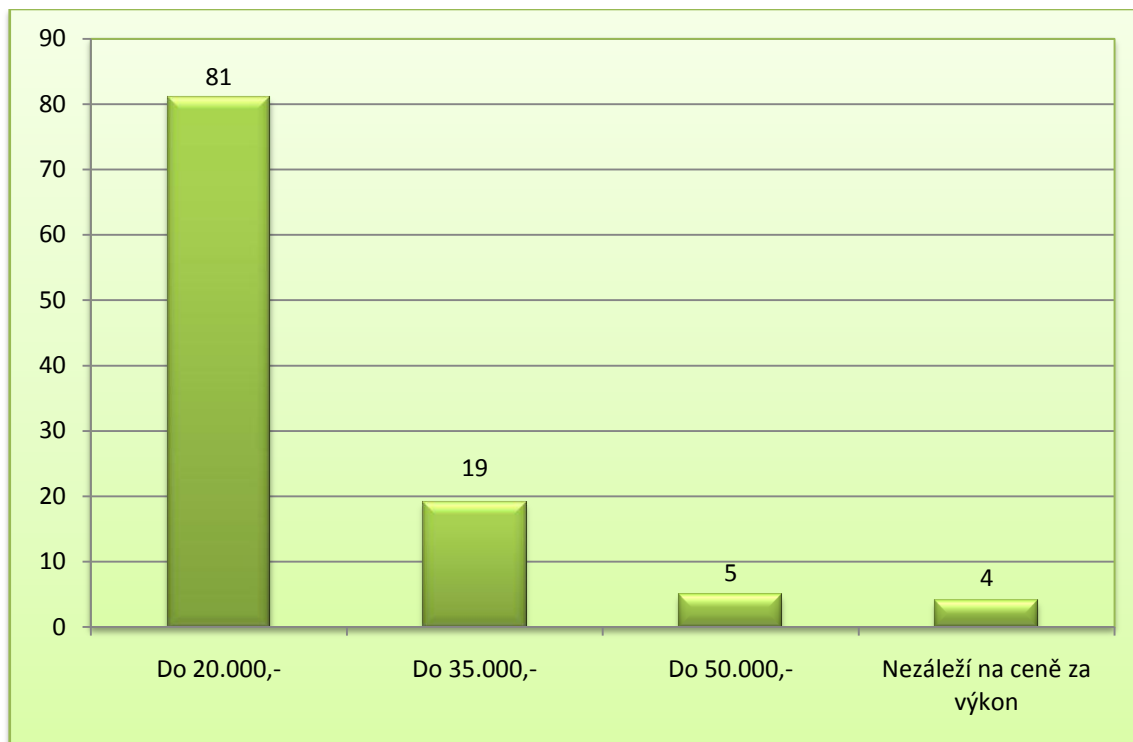
Graf č. 18 znázorňuje motivace k epidurální anestezii u žen hospitalizovaných na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Tato otázka byla směřována tak, že na ni odpovídalo pouze 33 (100%) žen. Z tohoto počtu odpovědělo na tuto otevřenou otázku 13 (39,39%), že největší motivací je možnost vidět dítě hned po operaci. Strach z celkové anestezie mají 4 (12,12%) ženy. Dobré zkušenosti s epidurální anestezii mají 3 (9,09%) ženy. Epidurální anestezii chce podstoupit 9 (27,27%) žen z důvodu nevolnosti po předchozí celkové anestezii. Zbýlý počet 4 (12,12%) žen přiznává, že je nenapadá žádná motivace k epidurální anestezii.

Graf č. 19 Císařský řez na vlastní žádost



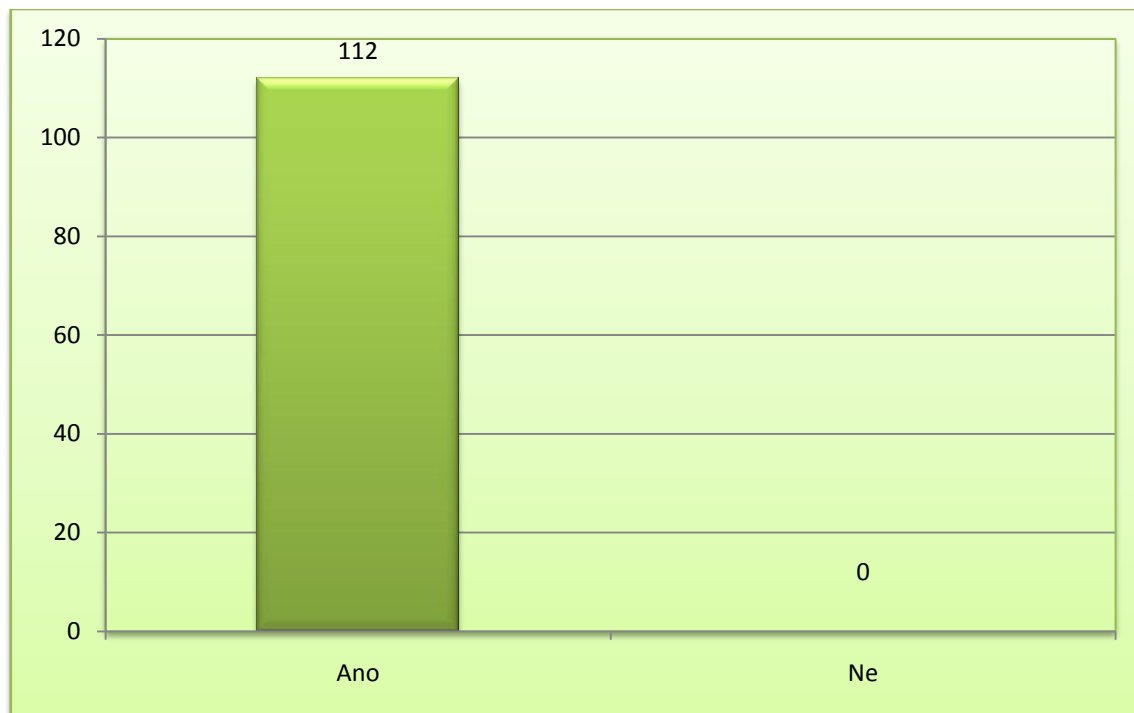
Graf č. 19 mapuje přání žen na císařský řez na vlastní žádost. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového množství 112 (100%) dotázaných žen by o císařský řez na přání mělo zájem 55 (49,11%) dotázaných a 57 (50,89%) žen nemá zájem o císařský řez na přání.

Graf č. 20 Cena za provedení císařského řezu na vlastní žádost



Graf č. 20 znázorňuje cenu za provedení císařského řezu, jakou by byly ochotné dát ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) dotazovaných žen by za císařský řez provedený na vlastní žádost dalo sumu do 20 000 Kč 81 (74,31%) dotázaných. Do 35 000 Kč by za výkon zaplatilo 19 (17,31%) žen. Do 50 000 Kč by zaplatilo 5 (4,59%) žen a na ceně za výkon nezáleží 4 (3,67%) dotazovaným ženám.

Graf č. 21 Informovanost dotazovaných žen o délce hospitalizace po císařském řezu



Graf č. 21 znázorňuje informovanost dotazovaných žen o délce hospitalizace po císařském řezu. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Z celkového počtu 112 (100%) žen se všech 112 (100%) domnívá, že délka hospitalizace po císařském řezu je delší než po vaginálním porodu.

5. Diskuze

Výzkum byl prováděn metodou kvantitativního sběru dat pomocí dotazníků s otevřenými, uzavřenými a filtračními otázkami. Dotazovanými jsou ženy hospitalizované na lůžkovém Gynekologicko – porodnickém oddělení a ženy docházející do Porodnické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. V období od 1. března – 12. dubna roku 2010. Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o právní úpravě týkající se možnosti císařského řezu na přání. Zda ženy preferují vaginální porod před porodem císařským řezem a to bez ohledu na to, zda již rodily nebo byly těhotné. Dále pak bylo cílem zjištění, jestli by ženy přivítaly možnost císařského řezu na přání bez ohledu na lékařskou indikaci.

Grafem č. 1 jsem znázornila výsledky z otázky č. 1, kde jsem zjišťovala věkové kategorie dotázaných žen. Do věkové kategorie 0 – 19 let se zařadilo 5 (4,46%) žen. Největší počet žen spadá do věkové kategorie 20 – 29 let. V této skupině se nachází 75 (66,96%) dotázaných a zbylých 32 (28,57%) žen se zařadilo do věkové kategorie 30 - ? let.

V grafu č. 2 bylo cílem zobrazení parity vzhledem k věku hospitalizovaných žen. Ukázalo se, že nerodily prozatím ve věkové kategorii ? – 19 let 2 (1,79%) ženy, ve věkové kategorii 20 - 29 nerodilo 29 (25,89%) žen a v kategorii 30 - ? let nerodilo žen 18 (16,07%). Jednou rodila ve věkové kategorii ? – 19 let 1 (0,89%) žena, ve věkové kategorii 20 – 29 let rodilo jednu 27 (24,11%) žen a v kategorii 30 - ? let rodilo jednu 10 (8,93%) žen. Ve věkové kategorii 0 – 19 let dvakrát nerodila žádná žena, v kategorii 20 – 29 let rodilo dvakrát 13 (11,61%) žen a dva porody má za sebou ve věkové kategorii 30 - ? let 7 (6,25%) žen. Tříkrát a více v kategorii ? – 19 let nerodila žádná žena, v kategorii 20 – 29 let rodily tříkrát a více 3 (2,68%) ženy a v kategorii 30 - ? let tříkrát a více rodily 2 (1,79%) ženy. Na základě těchto informací je patrný zvyšující se věk prvorodiček. Není důležitý způsob vedení porodu u těchto primipar, ale dá se předpokládat, že v dalším těhotenství a zvyšujícím se věku klesá fyzická zdatnost žen. Následkem toho by se tyto ženy mohly cítit nejistě v situaci, kterou by pro ně měl následující vaginální porod představovat a tudíž je zde zvýšená pravděpodobnost nárůstu císařského řezu na přání.

Vedení porodu je zjišťováno pomocí grafu č. 3. V tomto grafu jsou zaznamenány pouze odpovědi od žen, které rodily jednou a více. Z celkového počtu 63 (100%) dotazovaných, nejvíce žen udávalo porod přirozenou vaginální cestou. Takto rodilo 41 (65,08%) dotazovaných žen. U 14 (22,22%) žen byl porod veden císařským řezem. Žen, které označily možnost vedení porodu císařským řezem i vaginálně bylo 8 (12,70%). Porodem vaginálním i císařským řezem bylo myšleno to, že ženy rodily dvakrát a více. Přičemž každý porod byl veden jiným způsobem.

Dle literatury je u císařského řezu až 6x vyšší pravděpodobnost vzniku komplikací (5). Z grafu č. 4 můžeme vyčíst, že o vyšší rizikovosti císařského řezu je také přesvědčeno 97 (86,61%) žen, 15 (13,39%) žen se domnívá, že rizikovější je naopak vaginální porod.

Na grafu č. 5 vztahujícím se k hypotéze č. 2 ze 112 (100%) žen by se rozhodlo pro ukončení těhotenství přirozeným vaginálním porodem 102 (91,07%) žen. Pouze 10 (8,93%) žen by chtělo podstoupit císařský řez. Tyto výsledky jsou více než příznivé už z důvodu, že mezi dotazovanými jsou ženy především ve věku 20 – 29 let, u kterých je předpoklad dalšího těhotenství.

Grafem č. 6 je zmapována informovanost žen v ohledu císařského řezu. Dostatečně informováno se cítí 69 (61,61%) žen a málo informací má 43 (38,39%) dotázaných. Ženy, které reagovaly záporně, odpovídaly poté na otázku č. 13.

Informace o císařském řezu u lékaře či jiného zdravotnického odborníka získávalo pouze 18 (26,09%) žen. Toto není moc příznivý výsledek, neboť nejvíce tj. 40 (57,97%) žen si informace o této operaci získalo na internetu či z televize. Z některých neoficiálních zdrojů mohou být informace zkreslené či mylné. Počet 6 (8,70%) žen získávalo informace od známých a 5 (7,25%) dotázaných uvedlo jinou možnost informovanosti.

Císařský řez je velkou břišní operací, kterou je ukončováno těhotenství ve třetím trimestru a zkomplikovaný porod (5). Graf č. 8 znázorňuje, že stejnou myšlenku má i 48 (69,57%) žen. Dalších 15 (21,74%) žen si nemyslí o císařském řezu, že patří mezi velké břišní operace a 6 (8,70%) žen neví kam zařadit tuto operaci.

Pozdní důsledky císařského řezu mohou být zaznamenávány i v dalším těhotenství. Projevují se nejčastěji placentou praevii, accretou, předčasným porodem či rupturou děložní stěny v místě jizvy (8). Na grafu č. 9 můžeme pozorovat názory žen na vliv císařského řezu u dalšího těhotenství. 42 (60,87%) žen je toho názoru, že prodělaná operace nese do dalšího těhotenství určitá rizika. 17 (24,64%) dotázaných má pocit, že operace nemá na další těhotenství žádný vliv a 10 (14,49%) žen na tuto otázku odpovědělo, že neví.

Provedení císařského řezu má 6x vyšší riziko vzniku komplikace než porod vaginální. Mnohem častější komplikace se vyskytují u akutních, neplánovaných císařských řezů. Před takovými zákroky není na řádné předoperační vyšetření čas (5). Největší rizika dle dotazovaných žen jsou vyobrazena v grafu č. 10. Z 69 (100%) žen se 13 (18,84%) dotázaných obává rizika vzniku infekce. Pro 11 (15,94%) představuje největší riziko krvácení. Bylo zjištěno, že nižší riziko poporodního krvácení se vyskytuje spíše u plánovaného císařského řezu, než u porodů vaginálních či akutních císařských řezů (13). Pro dalších 8 (11,59%) žen je největším rizikem smrt matky. Tato smrt bývá nejčastěji způsobena embolií, hypertenzí a krvácením (13). Riziko úmrtí od minulého století zaznamenalo díky zavedení profylaktické heparinizace znatelný pokles. Dalším rizikem uvedeným 8 (11,59%) ženami je opakovaný císařský řez v dalším těhotenství. Velmi často nastává nárůst opakovaných císařských řezů ve smyslu „císařský řez jednou, císařský řez na vždy“. Toto tvrzení se zvyšuje s počtem prodělaných císařských řezů, je nutné počítat s jizevnatými srůsty a změnami v dolním děložním segmentu, u kterých hrozí při vyšším tlaku ruptura děložní stěny. Na základě toho je relativně zvýšena frekvence primárně indikovaných císařských řezů u žen s touto operací v předchozím těhotenství (21). S předchozím rizikem souvisí riziko vzniku komplikací v dalším těhotenství, které uvedlo 6 (8,70%) žen. Mezi takovéto komplikace můžeme řadit placentu praeviae, předčasný porod, rupturu dělohy a jiné (5, 8). Další riziko poranění plodu uvedlo 6 (8,70%) žen. Riziko s podáním anestezie uvedly 3 (4,35%) ženy. Poranění okolních orgánů je rizikem pro 2 (2,90%) ženy. Zbýlý počet 12 (17,39%) dotazovaných žen na tuto otázku neznalo odpověď. Na základě této vypisované otázky je zřetelná poměrně dobrá informovanost žen o komplikacích

císařského řezu. Je to velmi příznivé zjištění, neboť tyto komplikace mohou mít i tragické následky.

Pro srovnání, jaká rizika znají ženy u vaginálního porodu, slouží graf č. 11. Krvácení je velkým rizikem pro 20 (28,99%) dotázaných žen. Nedostatek kyslíku neboli hypoxie mívá často za následek poškození CNS plodu (5). Tohoto se obává 20 (28,99%) žen. 15 (21,74%) žen má strach z porodního poranění ve smyslu ruptury hráze či jiných částí porodních cest. Vzniku inkontinence se obává 12 (17,39%) žen. Vaginální porod svým dílem přispívá ke vzniku inkontinence, avšak dle literatury se tato obtíž vyskytuje i u žen, které mají v anamnéze prodělán operativní porod. Je tedy možné, že z určité části můžeme inkontinenci přičítat i těhotenství, kdy na děložní dno působí váha těhotné dělohy a plodu (13). Vaginální porod může být ukončen císařským řezem z různých důvodů, nejčastěji to bývá hrozící hypoxie plodu (5). Toto je rizikem pro 6 (8,70%) žen. Zbýlý počet 5 (7,25%) žen se přiznalo, že je v tuto chvíli žádné riziko nenapadá.

Graf č. 12 mapuje názory žen na opakovaný císařský řez. 18 (26,09%) žen se domnívá, že prodělaný porod císařským řezem v minulosti je indikací k opakovanému císařskému řezu. 31 (44,93%) dotázaných s tímto názorem nesouhlasí a 20 (28,99%) žen zastává myšlenku, že záleží na typu řezu provedeném na děloze. Skutečnost je taková, že nejvyužívanějším řezem je při této operaci řez supracervikální dle Gepperta. U tohoto řezu je určité riziko vzniku ruptury, avšak není indikací k iterativnímu řezu. Plně indikovány jsou k opakovanému operačnímu zákroku řezy korporální, obrácený T-řez či stav po dvou a více císařských řezech (4).

Dle české právní legislativy není provedení císařského řezu na přání zcela vyloučeno. Dle zákona č. 20/1966 Sb., O zdraví lidu, paragrafu 11 má lékař povinnost postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (26). Tudíž je na uvážení lékaře, aby zhodnotil stávající situaci a indikoval císařský řez. Grafem č. 13, vztahujícím se k hypotéze č. 1, je zjišťována informovanost o současné právní úpravě týkající se císařského řezu na přání. 82 (73,21%) žen je informováno o této legislativě. Počet 30 (26,79%) dotázaných nemá pocit dostatečné informovanosti v tomto směru.

Grafem č. 14 jsem znázornila názory žen na to, v jaké situaci má žena právo volby mezi císařským řezem a vaginálním porodem. Počet 49 (59,76%) žen se domnívá, že těhotná má právo volby vedení porodu u polohy plodu koncem pánevním, 3 (3,66%) ženy jsou názoru, že žena má právo volby v každé situaci. 7 (8,54%) žen zastává myšlenku, že zvolit vedení porodu si mohou rodičky v případě vícečetného těhotenství. 23 (28,05%) dotázaných se domnívá, že žena nemá právo volby. Dle České gynekologicko - porodnické společnosti (ČGPS) je možné nabídnout ženě možnost volby vedení porodu v případě, že je její plod uložen v děloze koncem pánevním. Další možnou výjimkou pro volbu vedení porodu je tzv. ultimum desiderium. Jedná se o případy žen, u níž je současné těhotenství poslední předpokládanou možností mít dítě (21).

Graf č. 15 mapuje motivace žen k žádosti o císařský řez. Pro 16 (14,29%) žen je motivací kratší doba trvání porodu. Více jak polovina, tedy 68 (60, 71%) žen uvedlo jako největší motivaci k porodu relativně menší bolestivost. Bolest neodmyslitelně patří k porodu. Je to subjektivní pocit, který poznává každý člověk skrze své vlastní zkušenosti. Každá rodička má jinak nastaven práh bolesti a jinak se dokáže s bolestí vyrovnat. To co je pro jednu ženu normální, stává se pro jinou rodičku nesnesitelné (22). Další motivací k císařskému řezu je pro 22 (19,64%) žen relativně pohodlnější způsob porodu a 6 (5,36%) žen uvedlo jiné motivace.

U grafu č. 16 je znázorněno, jaký druh anestezie by si ženy zvolily u císařského řezu. Největší počet žen tj. 74 (66,07%) by volilo celkovou anestezii. Ta je využívána u akutních případů pro svůj rychlý nástup (23). Epidurální anestezii by zvolilo 33 (29,46%) žen. Toto rapidně nižší číslo může být způsobeno nepříliš častým využitím a nedůvěrou k této anestezii. Zbýlý počet 5 (4,46%) žen neví, pro jakou anestezii by se rozhodlo. Vyšší obliba celkové anestezie se dá vyložit tak, že se s ní žena jako pacientka setká pravděpodobně častěji než s anestezii regionální. Motivace k volbě celkové nebo epidurální anestezie jsou znázorněny v následujících grafech č. 17 a 18.

Otevřenou otázkou, jejíž odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 17, jsem zjišťovala důvody žen k rozhodnutí pro celkovou anestezii. Pro 8 (10,81%) žen znamená celková anestezie větší pohodlí. 46 (62,16%) žen by si přálo celou operaci

prospat. Strach z epidurální anestezie mají 4 (5,41%) ženy, dobré zkušenosti s celkovou anestezii mají 3 (4,05%) ženy a na tuto otázku nevědělo odpověď 13 (17,57%) žen.

Graf č. 18 je znázorněním motivací k podstoupení epidurální anestezie. Velkou výhodou oproti celkové anestezii je pro 13 (39,39%) žen možnost vidět své dítě ihned po operaci. To není u celkové anestezie možné. 4 (12,12%) ženy mají strach z celkové anestezie. Další 3 (9,09%) ženy již v minulosti podstoupilo epidurální anestezii a tudíž vědí, co obnáší. Pro 9 (27,27%) žen je velkou motivací k epidurální anestezii nevolnost, která následovala po probuzení z celkové anestezie. Zbylý počet 4 (12,12%) žen neví na tuto otázku odpověď. Dle literatury je od roku 1985 analgezie a anestezie u porodu uváděna jako příčina úmrtí rodiček až na posledním místě (1 : 2 000 000) (21).

Graf č. 19 se vztahuje k hypotéze č. 3. V ČR není prozatím povoleno provádění císařských řezů na přání. V mnoha evropských zemích je žena po důkladné informovanosti od zdravotnického odborníka schopna se sama rozhodnout zda chce podstoupit vaginální porod, po kterém je většinou ihned schopna se o své dítě postarat. Nebo zda chce podstoupit císařský řez s nejrůznějšími riziky přestupujícími do další gravidity (9). Názory dotazovaných žen zní, že 55 (49,11%) žen se domnívá, že by bylo správné nabízet ženám možnost volby mezi císařským řezem a vaginálním porodem. Proti je 57 (50,89%) žen.

Cena za vaginální porod se pohybuje v průměru 7 600 Kč. Cena za elektivní císařský řez je to v průměru 47 000 Kč. Navíc je u operativního porodu potřeba erudovaných lékařů a sester a je nutné počítat s mnohonásobným zvýšením ekonomických nákladů Gynekologicko – porodnických pracovišť (21). V grafu č. 19 jsou znázorněny finanční obnosy, které by byly ochotné ženy dát za provedení císařského řezu. Nejvíce žen tj. 81 (74,31%) by bylo ochotných dát za císařský řez do 20 000 Kč, do 35 000 Kč by investovalo za operativní porod 19 (17,43%) žen, do 50 000 Kč by zaplatilo 5 (4,59%) žen a jakoukoli částku adekvátní k výkonu by byly ochotné dát 4 (3,67%) ženy (9).

Hospitalizace po císařském řezu je samozřejmě delší než u vaginálního porodu. Po samovolném porodu, pokud se nevyskytnou žádné komplikace u matky ani novorozence, odchází ženy třetí den domů. Po císařském řezu jsou ženy propuštěny až

pátý či šestý den od provedení operace. Dle grafu č. 21 jsou všechny ženy informovány o delší hospitalizaci po operativním porodu než po spontánním porodu (5, 8).

6. Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na císařský řez na přání rodičky. Stanoveny byly tři cíle. První cíl byl zaměřen na informovanost žen o současné právní úpravě týkající se možnosti císařského řezu na přání. Druhým cílem bylo zjištění toho, zda ženy preferují vaginální porod před porodem císařským řezem a to bez ohledu zda již rodily nebo byly těhotné. Třetím cílem mělo být zjištěno, zda by ženy přivítaly možnost císařského řezu na přání bez ohledu na lékařskou indikaci. Na základě cílů byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza 1 zní: Ženy nejsou o právní úpravě týkající se císařského řezu na přání dostatečně informované.

Hypotéza 2 zní: Ženy preferují vaginální vedení porodu před císařským řezem.

Hypotéza 3 zní: Ženy nemají zájem o císařský řez na přání bez lékařské indikace.

Výsledky výzkumu potvrdily 1. hypotézu, kdy 49 (43,75%) dotázaných žen se správně domnívá, že císařský řez na vlastní žádost je možný v případě, kdy je plod v děloze uložen koncem pánevním.

Druhá hypotéza byla potvrzena zjištěním, že 102 (91,07%) dotázaných žen by si zvolilo vaginální porod v případě fyziologického průběhu těhotenství a možnosti volby mezi přirozeným vaginálním porodem a porodem císařským řezem bez lékařské indikace.

Třetí hypotéza byla také potvrzena. Výzkumem bylo zjištěno, že 57 (50,89%) dotázaných žen nemá zájem o císařský řez na přání bez ohledu na lékařskou indikaci.

Na základě výzkumného šetření byla zjištěna poměrně vysoká informovanost o právní úpravě týkající se císařského řezu na vlastní žádost a o situacích, ve kterých má rodička právo volby vedení porodu. Své informace o císařském řezu ženy získávají spíše z mediálních zdrojů, které jsou snadno přístupné, avšak obsahem svých informací nepříliš věrohodné. Domnívám se, že by bylo vhodné vytvořit seznam několika zdrojů, např. internetových stránek, ze kterých by ženy mohly čerpat kvalitní informace. Seznam zdrojů by mohl být vkládán do těhotenské průkazky nebo by mohl být zveřejněn v gynekologických čekárnách a ordinacích.

Díky poměrně dobré informovanosti dotazovaných žen o rizicích, které císařský řez obnáší, preferují dotazované ženy přirozený vaginální porod před operativním vedením porodu. Z výzkumu je též patrné, že ženy nemají zájem o možnost volby mezi císařským řezem a vaginálním porodem. Avšak počet odpovědí byl poměrně vyrovnaný a rozdíl mezi nimi představoval pouhé dva hlasy. Tudíž se domnívám, že některé ženy by přivítaly možnost provedení císařského řezu na vlastní žádost. I já se přikláním k mínění MUDr. Martina Dvořáka. Dle jeho názoru by měla žena mít možnost volby vedení porodu. Pokud je u rodičky přítomný psychosociální problém nebo se rodička obává vaginálního porodu z jiného závažného důvodu, měla by jí být umožněna volba vedení porodu. Žena dle vlastního uvážení a po řádné informovanosti o průběhu operace, pooperačního období, všech možných rizik a zátěží přestupujících do dalšího těhotenství, stvrdí svůj souhlas s operací podpisem pozitivního reversu. Provedení této operace by si žena musela samozřejmě zaplatit stejně jako jiné nadstandardní výkony či služby (9).

Tato práce by mohla být zpracována jako informační brožura pro těhotné se zájmem o císařský řez. Ženy by z ní mohly získávat informace o problematice všech stránek císařského řezu.

7. Použitá literatura

1. BINDER, Tomáš; SALAJ, Peter; VAVŘINCOVÁ, Blanka . Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii. Praha: Triton, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
2. BINDER, T. Komentář k císařskému řezu na přání. Gynekologie po promoci. 2003, listopad/prosinec, s. 20-22.
3. Císařský řez na přání. Rodiče [online]. 2005, 7-8, [cit. 2010-04-05]. Dostupný z WWW:
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:zI9fa6vcXxoJ:www.rodice.com/casopis/24_cisarsky.pdf+c%ADsa%C5%99sk%C3%BD+%C5%99ez+na+p%C5%99%C3%A1n%C3%AD&hl=cs&gl=cz&sig=AHIEtbQaCU4P3ArQKrcuNDL6dUAPnQVq3w>.
4. Císařský řez. [online], [cit. 2010-04-05]. Dostupný z WWW:
<http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/28.pdf>.
5. ČECH, Evžen, et al. Porodnictví. 2., Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
6. ČEPICKÝ, P. Císařský řez na přání a psychosociální indikace císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví. 2004, 13, 1, s. 100 – 104
7. Doležal, A. et al.: Evropa – kolébka vědeckého porodnictví, 1. Vydání, Praha: Galén, 2009, 98 s. ISBN 978-807262-506-2
8. Doležal, A. et al.: Porodnické operace, 1.vydání, Praha: Grada 2007, 376 s ISBN 978-80-247-0881-2

9. DVOŘÁK, M. Císařský řez na přání: Budou rodit "císařem" všechny ženy?. Zdravotnické noviny. 2006, 18, s. 19
10. GOER, Henci. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. [s.l.]: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
11. HÁJEK, Zdeněk. Medical tribune cz: tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 09.06.2009 [cit. 2010-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13980>>.
12. Hájek, Z., Rizikové těhotenství, Praha: Grada, 2004, 1. Vydání. 444s., ISBN 80-247-0418-8
13. HIBBARD U., TORRE J.D., M. Když žena žádá císařský řez. Gynekologie po promoci. 2007, květen/červen, s. 16 – 22
14. IK+EM [online]. 2006 [cit. 2010.02.13]. Předoperační vyšetření. Dostupné z WWW: <<http://www.ikem.cz/www/?docid=1004135>>.
15. Kobilková J., Základy gynekologie a porodnictví, Praha, Galén 2005, 1.vyd., 368s., ISBN 80-7262-315-X
16. KOLIBA, Peter ; ŠEVČÍK, Libor; PANNOVÁ, Jana. Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky. Ostrava: [s.n.], 2004. 106 s. ISBN 80-7042-353-6.Porodnická anestezie a analgezie
17. KUDLÍK, Jaroslav . Řez na přání. Zdravotnické noviny. 2006, 17, s. 22.

18. LABUSOVÁ, E. Císařský řez - stále oblíbenější způsob porodu? [online]. 2009 [cit. 2010-04-07]. Evalabusova.cz/clanky/cisar. Dostupné z WWW: <<http://www.evalabusova.cz/clanky/cisar.php>>
19. MACHART, S.; ŠTĚPÁN, M. Porodnická analgezie a anestézie. In . [s.l.]: [s.n.], 2007 [cit. 2010-04-06]. Dostupné z WWW: <http://www.akutne.cz/res/file/Publikace/Sbornik_Milovy_2007/28_Porodnicka_analgezie_a_anestezie_up_to_date-Machart.pdf>.
20. MALÝ, Zdeněk. Úvaha o císařském řezu na přání rodičky. Gynekolog. 2001, 10, 1, s. 38 – 40
21. MĚCHUROVÁ, A. Císařský řez na přání. Moderní gynekologie a porodnictví. 2004, 13, 1, s. 89 - 93.
22. Normální porod [online], [cit. 2010-04-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.normalniporod.cz/zvladani-bolesti.asp>>.
23. PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie a anestézie [online]. [s.l.]: [s.n.], 2002 [cit. 2010-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://kniha.porodnice.cz/porodnicka-analgezie-a-anestezie/>>.
24. Porodníci [online]. 2006 [cit. 2010-03-25]. Porodníci/Historie císařského řezu. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnici.cz/historie-cisarskeho-rezu>>
25. Porodníci [online]. 2007 [cit. 2010.02.13]. Porodnické operace. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>>.
26. ROZTOČIL A., Císařský řez a psychosociální indikace. Zdravotnické noviny. 2006, 17, s. 20 – 21

27. ROZTOČIL A., Císařský řez na přání. Moderní gynekologie a porodnictví. 2004, 1, 13, s. 94 - 99.
28. Roztočil A., Moderní porodnictví, Praha: Grada , 2008 , 1. Vyd., 405 s., 978-80-247-1941-2
29. Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci. [s.l.]: [s.n.], 2008. 238 s.
30. VYHNÁNEK, L. Chirurgie III.. [s.l.] : [s.n.], 2006. 120 s
31. ZEMAN, Z.; DOLEŽAL, A. Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví. Praha: Galén, 2000. 231 s. ISBN 80-7262-024-X
32. ZEMANOVÁ J., Základy anesteziologie 1.část. první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0
<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>

8. Klíčová slova

Porod

Císařský

Operace

Na přání

Informovanost

Indikace

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro ženy hospitalizované na Gynekologicko-porodnickém oddělení nebo docházející do Porodnické ambulance nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 2 Záznam o souhlasu s provedením plánovaného císařského řezu

Příloha 3 Záznam o souhlasu s provedením neodkladného císařského řezu

Příloha 4 Formulář pro volbu vedení porodu u polohy plodu koncem pánevním

Příloha 5 Informovaný souhlas s podáním anestezie u císařského řezu

Příloha 1 Dotazník pro ženy hospitalizované na Gynekologicko-porodnickém oddělení nebo docházející do Porodnické ambulance nemocnice České Budějovice a.s.

Vážená paní,

Mé jméno je Lucie Vojíková a jsem studentkou 3. ročník oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku. Získané informace použiji k výzkumu do své bakalářské práce na téma: „Císařský řez na přání rodičky“. Veškeré údaje budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce. Své odpovědi prosím zakroužkujte (vždy pouze jednu možnost) nebo doplňte. Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

1) Do jaké věkové kategorie byste se zařadila:

- a) ? - 19
- b) 20- 29
- c) 30 - ?

2) Kolikrát jste rodila:

- a) Zatím nerodila (přejděte prosím k otázce č. 4)
- b) Jednou
- c) Dvakrát
- d) Třikrát a více

3) Váš porod byl veden:

- a) Císařským řezem
- b) Vaginálně (přírozenou cestou)
- c) Vaginální cestou i císařským řezem (v případě dvou a více těhotenství)

- 4) Který způsob vedení porodu je podle Vás rizikovější při fyziologickém průběhu těhotenství ?**
- a) Císařský řez
 - b) Vaginální (přirozený) porod
- 5) V případě, že by u Vás probíhalo fyziologické těhotenství a Vy jste měla možnost volby mezi císařským řezem a přirozeným vaginálním porodem bez ohledu na lékařskou indikaci, byste si zvolila jakou možnost?**
- a) Císařský řez
 - b) Vaginální (přirozený) porod
- 6) Domníváte se, že máte dostatek informací o císařského řezu?**
- a) Ano
 - b) Ne (přejděte prosím k otázce č. 12)
- 7) Kde jste získávala informace o císařském řezu?**
- a) Obvodní lékař či jiný odborný zdravotnický pracovník
 - b) Televize, internet, odborné články
 - c) Známi
 - d) Jiná možnost
- 8) Domníváte se, že císařský řez patří mezi velké břišní operace?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 9) Myslíte, že má provedení císařského řezu vliv na další těhotenství?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

10) Jaké hlavní riziko (pro matku, dítě) Vás napadá v souvislosti s císařským řezem? Prosím vypište:

.....

11) Jaké hlavní riziko (pro matku, dítě) Vás napadá v souvislosti s vaginálním porodem? Prosím vypište:

.....

12) Myslíte si, že skutečnost, že byste prodělala v minulosti porod císařským řezem je indikací k opakovanému císařskému řezu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Záleží na typu řezu na děloze

13) Domníváte se, že jste seznámena se současnou právní úpravou týkající se možnosti císařského řezu na přání?

- a) Ano
- b) ne (prosím přejděte k otázce č. 15)

14) V jaké situaci se domníváte, že má žena právo volby mezi císařským řezem a vaginálním porodem?

- a) Poloha plodu koncem pánevním (tzn. uložení miminka v děloze zadečkem dolů)
- b) V každé situaci, záleží na svobodném rozhodnutí ženy
- c) Vícečetné těhotenství
- d) Žena nemá právo volby, indikovat císařský řez je pouze v kompetenci lékaře

15) Co by pro Vás bylo největší motivací k žádosti o císařský řez?

- a) Kratší doba trvání porodu

- b) Relativně menší bolestivost
- c) Relativně pohodlnější způsob porodu
- d) Jiné

16) Jaký druh anestezie byste si eventuálně zvolila při císařském řezu?

- a) Celková (prosím přejděte k otázce č. 17)
- b) Epidurální či jiná svodná anestezie – vnímáte vše co se kolem děje, ale necítíte žádnou bolest (prosím přejděte k otázce č. 18)
- c) Nevím (přejděte prosím k otázce č. 19)

17) Proč byste se rozhodla právě pro celkovou anestezii.

Prosím vypište:

.....

.....

.....

18) Proč byste se rozhodla právě pro lokální anestezii?

Prosím vypište:

.....

.....

.....

19) Domníváte se, že by bylo správné nabízet ženám možnost volby mezi vaginálním porodem a císařským řezem?

- a) Ano
- b) Ne

20) Kolik byste byla ochotná zaplatit za císařský řez v případě, že by zde byla možnost provedení tohoto zákroku na vlastní žádost? (Jednalo by se tudíž o nadstandardní výkon, který pojišťovna nehradí)

- a) Do 20 000,-
- b) Do 35 000,-
- c) Do 50 000,-
- d) Nezáleží na ceně za výkon

21) Myslíte si, že je doba hospitalizace po císařském řezu delší než u vaginálního porodu?

- a) Ano
- b) Ne