

SC na přání

Lucie Novosádová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie NOVOSÁDOVÁ**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **SC na přání**

Zásady pro vypracování:

Sběr dat a odborné literatury týkající se problematiky císařského řezu v porodnictví.

Zpracování teoretické části -- historie císařského řezu, anatomie dutiny břišní.

Zpracování praktické části -- specifikace výzkumného šetření, formulace cílů a hypotéz, stanovení metod kvantitativního výzkumu, vypracování podkladů k výzkumnému šetření, zpracování získaných dat, jejich analýza a vyhodnocení.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOLEŽAL, Antonín. Technika porodnických operací. Praha: Grada Publishing, a. s., 1998. 232 s. ISBN 80-7169-549-1.

HENCI, Goer. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

KUDELA, Milan a kolektiv. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní. Praha: Eminent, 2002. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 403 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ZÁBRANSKÝ, František. Technika císařského řezu. Praha: Galén, 1997. 133 s. ISBN 80-85824-69-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Fremlová**
Ústav porodní asistence

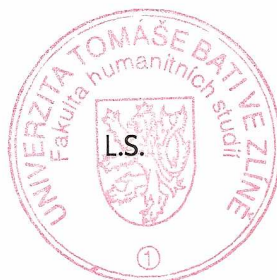
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan




Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 13.2.10


.....

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

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je SC na přání. Práce se skládá ze dvou částí a to z části teoretické a části praktické.

V teoretické části se zabývám historií císařského řezu a anatomií malé pánve. Dále pak císařským řezem jako takovým, jeho indikacemi, metodami provedení a komplikacemi. Následně se zde zabývám etickým pohledem na císařský řez na přání.

Praktická část je pomyslně rozdělena na dvě části, jedna je zaměřena na širokou veřejnost, kde pomocí elektronického dotazníku zjišťuji jejich informovanost o císařském řezu na přání, zda o něm někdy slyšeli, co si pod tím představují, nebo dokonce jestli by jej sami podstoupili. Ve druhé části se zaměřuji na samotné lékaře, jejich názor, zda jej někdy sami prováděli, popř. jakou indikaci uvedli do dokumentace.

Klíčová slova: císařský řez, císařský řez na přání, porodnická operace, laparotomie, indikace

ABSTRACT

The theme of my bachelor thesis is Caesarean section by request. The thesis consists of two parts. The first one is theoretical and the second one is practical.

In theoretical part I concerned with history of caesarean section and small pelvis anatomy. Other objects of my interest in this thesis are caesarean section itself, indications of caesarean section, methods and complications of caesarean section.

The practical part is divided into two parts. One of them is aimed at public. I used there web-based questionnaire to get their knowledge about caesarean section by request, whether they have ever heard about it and what they imagine when they hear caesarean section by request. Even the option that they would undergo this specific surgery.

The second part is aimed at doctors, their opinions and whether they have done it before on their own. Or which indications they wrote to evidence.

Keywords: Caesarean section, Caesarean section by request, obstetrical operation, laparotomy, indication

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Heleně Fremlové za trpělivost, odborné vedení, cenné rady, připomínky a podněty při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře gynekologicko-porodnického oddělení Bc. Heleně Novotné za pomoc s dotazníkovým šetřením pro lékaře.

Mé poděkování patří všem, co ochotně vyplnili dotazníky k mé bakalářské práci.

Velké poděkování patří také mé rodině za psychickou a materiální podporu v průběhu studia.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *SC na přání* vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

.....

Ve Valašském Meziříčí dne 31. 5. 2010

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	14
2 ANATOMIE MALÉ PÁNVE	17
2.1 OVARIUM – VAJEČNÍK	17
2.2 TUBA UTERINA – VEJCOVOD	17
2.3 UTERUS – DĚLOHA.....	18
2.3.1 Endometrium.....	18
2.3.2 Myometrium.....	19
2.3.3 Perimetrium.....	19
2.4 VAGINA – POCHVA	19
3 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	20
3.1 PODMÍNKY K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU	20
3.2 INDIKACE K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU	20
3.2.1 Skupiny indikací.....	21
3.3 METODY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	23
3.4 HYSTEROTOMIE	25
3.5 KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	27
4 ANESTEZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	29
4.1 CELKOVÁ ANESTEZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	29
4.1.1 Účinky celkové anestezie	29
4.1.2 Nebezpečí krevních ztrát	29
4.1.3 Výhody a nevýhody celkové anestezie	29
4.2 NEUROAXIÁLNÍ ANESTEZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	30
4.2.1 Epidurální anestezie	30
4.2.1.1 Komplikace epidurální anestezie	31
4.2.2 Subarachnoidální (spinální) anestezie	31
4.2.2.1 Komplikace subarachnoidální anestezie	32
5 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ	33
5.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ INDIKACE	33
5.2 ETICKÝ KODEX	33
5.3 KLADY A ZÁPORY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ	34
5.3.1 Císařský řez na přání – ANO	34
5.3.2 Císařský řez na přání – NE.....	35
5.3.3 Císařský řez na „přání“ porodníka	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 METODOLOGIE VÝZKUMU	38

6.1	CÍLE A HYPOTÉZY	38
6.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	39
6.2.1	<i>Dotazník č. 1: Dotazník určený pro širokou veřejnost.....</i>	39
6.2.2	<i>Dotazník č. 2: Dotazník určený pro lékaře.....</i>	39
6.2.3	Výsledky výzkumu.....	40
7	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám císařským řezem, konkrétněji pak císařským řezem na přání. Císařský řez je jednou z nejstarších a nejčastěji prováděných porodnických operací na světě. Neboť v posledních letech nastal nebyvalý nárůst této abdominální operace. Počátky císařského řezu spadají již do starověku. Tehdy se císařský řez prováděl na mrtvých a umírajících ženách. Mnoho žen posuzuje vaginální porod jako bolestivé období s pocity úzkosti, osamění a beznaděje a raději by zvolily císařský řez na přání, neboť tuto porodnickou operaci považují za běžnou a bezpečnou. (Roztočil, Perschout 2008; Doležal, 2008)

Domnívám se, že mnoho lidí si nedovede představit, co císařský řez na přání znamená a co všechno obnáší, a jaké komplikace tato abdominální operace s sebou nese. To byly jedny z mnoha důvodů, proč jsem si vybrala téma SC na přání, jako svou závěrečnou bakalářskou práci. Mezi další důvody bych zařadila především zajímavost tohoto tématu a současný bod sváru dnešní doby v oblasti porodnictví.

V teoretické části mé bakalářské práce píší o základních informacích císařského řezu. Zabývám se zde historií císařského řezu, dále anatomií malé pánve. Následně jsou v této části obsaženy kapitoly: císařský řez, indikace k této operaci, metody císařského řezu, hysterotomie, komplikace v souvislosti s císařským řezem, dále pak druhy anestezie. Závěr teoretické části patří císařskému řezu na přání. Praktická část mé práce se zabývá problematikou informovanosti veřejnosti o daném tématu. Zjišťuji, zda veřejnost o císařském řezu na přání někdy slyšela, a co si pod tímto pojmem představuje. V této části se také zaměřuji i na lékaře, např. na jejich názor k císařskému řezu na přání, nebo zda jej někdy provedli.

I. TEORETICKÁ ČÁST

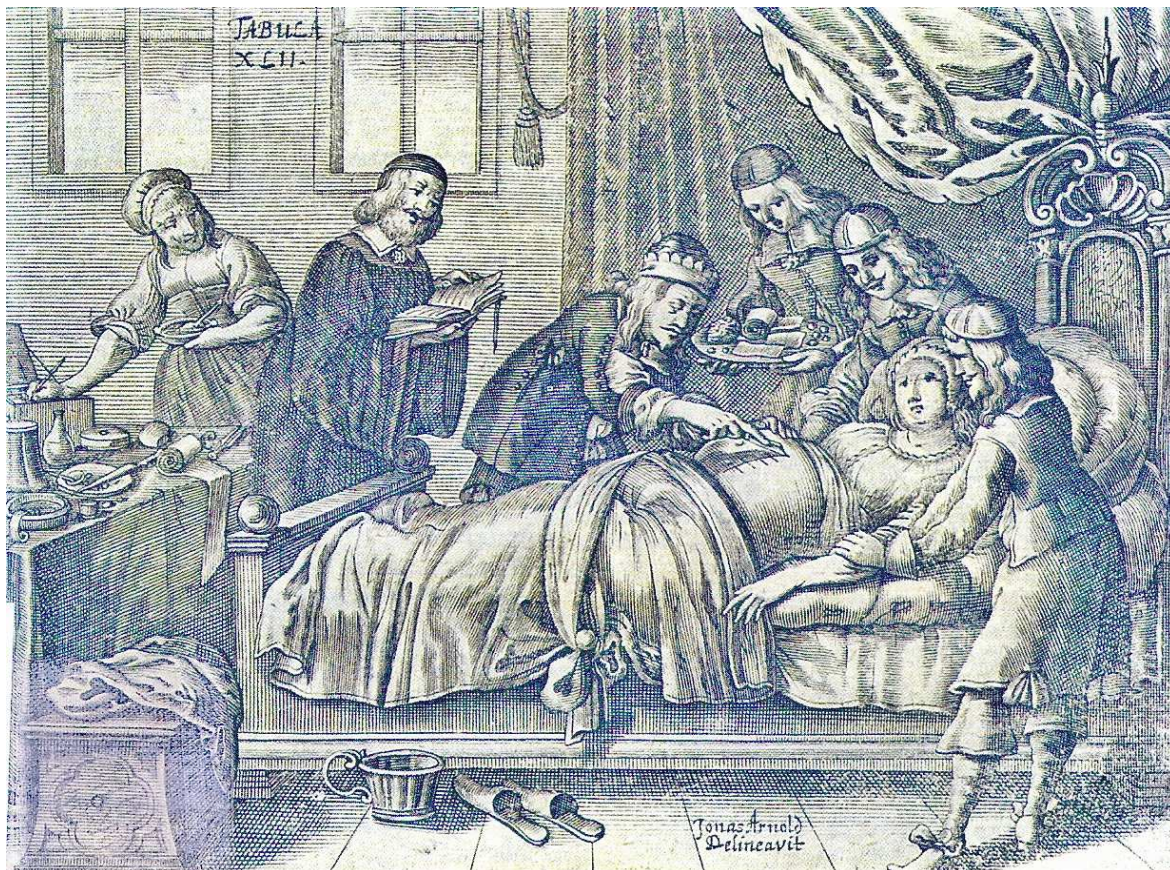
1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Císařský řez, jehož synonymum zní *sectio caesarea*, je chirurgický zákrok a kořeny této porodnické operace sahají hluboko do historie. V 6. století př. n. l. se v Indii „z boku své matky“ narodil Gautáma, zvaný Buddha. Matka zemřela 7. den po porodu. Řecká mytologie tvrdí, že Asklepios, Apollův syn, byl narozen císařským řezem ze své mrtvé matky Koronis. Později se Asklepios, Řeky uctívaný jako bůh umění uzdravení, dočkal velké slávy i u starých Římanů. (Pařízek a kol., 2002)

Název operace *sectio caesarea* (císařský řez, Kaiserschnitt, Kaisergeburt, Schittentbindung, opération, césarienne, césarienne, caesarean section, cesarean delivery, cesarean operation, abdominal delivery) pramení od Plinia, který ve svém díle *Historia naturalis T. I. L., Cap. IV.* píše, že děti chirurgicky vyňaté z dělohy byly nazývány *caesones* nebo *caesares* od *caedo* – rozřezávati. *Sectio* je odvozeno od slova *seco*, znamená řezati. *Sectio caesarea* je tautologický termín, obsahuje slova se stejným významem. S římským politikem *Caesarem* nemá název nic společného, *Gaius Julius Caesar* se narodil přirozenou cestou. Jméno mohl dostat od slova *caedo* – vraždit, *caesius* – šedomodrooký – *caesaries* – kštice, popřípadě mohl své jméno zdědit jako rodové. (Pařízek a kol., 2002; Roztočil, 2008)

„Královský zákon zakazuje pohřbit těhotnou, aniž je předem vyříznut plod.“ Později byl do křesťanské kultury tento zákon přejat a přešel i do pruského zákonodárství. Církev řezy na mrtvých ženách podporovala, aby mohl být pokřtěn ještě živý plod. (Pařízek a kol., 2002)

„*Sectio caesarea in mortua* (císařský řez na mrtvé) byl občas prováděn, odtud byl pak krůček k řezům na umírajících (*in moribunda*), pak na ženách živých.“ (Pařízek, 2002) Monografie, kterou v roce 1581 sepsal lékař *François Rousset* pod názvem *Traite nouvveav de l’Hysterotomotokie ov Enfantement Caesarien* – Nová rozprava o hysterotomotokii aneb rození císařském, což je vynětí dítěte postranním řezem břicha z dělohy těhotné ženy, nemohoucí jinak porodit. Píše zde, že tento zákrok neohrožuje život ani jednoho, ani druhého, ani není překážkou dalšího mateřství. Autor uvádí patnáct úspěšných případů císařského řezu na živých ženách, které přežily. (Roztočil, 2008; Doležal, 2001)



Obrázek č. 1 Johannes Scultetus a porod císařským řezem. (Doležal, 1998)

První císařský řez s příznivým výsledkem údajně provedl v r. 1500 zvěrokleštěč Jakub Nufer v kantonu Thurgau na živé ženě za pomoci porodních bab a jeho kolegů. Rána po tomotokii byla sešita po zvyklosti veterinářů – *veterinario modo*, a dobře zhojena. Podle jiných byl prvním úspěšným chirurg Jeremias Trautmann ve Witternbergu v r. 1610. Řez provedl u ženy s velkou poúrazovou diastázou břišních svalů. Byla provedena pouze sutura břicha, ne dělohy. Ženu operovali 21. 4., zemřela 16. 5., dítě zemřelo ve svých devíti letech. (Roztočil, 2008) V Čechách provedl první císařský řez na živé ženě plukovní chirurg Josef Strub v Jablonném Podještědí u vlekcoucha se porodu v roce 1786, dítě bylo mrtvé, žena zemřela druhý den vyčerpáním. V roce 1596 doporučil Scipio Mercurio v „*La comare*“ císařský řez i pro ženy živé v případě kdy jsou porodní cesty úzké, pubická kost plochá a plod mimořádně objemný. (Pařízek a kol., 2002; Roztočil, 2008)

V 18. století začíná císařských řezů přibývat na živých ženách. Anestézie tehdy neexistovala a představy o mikrobiálním původu rané infekce také nebyly. Úmrtnost žen byla téměř 100 %. Operace se prováděly většinou na umírajících, vyčerpaných, namnoze

poraněných a vykrvácených ženách, které často po operaci umíraly na záněty pobřišnice. Protože stehy vyhnisávaly, nechávali dělohu i břišní stěnu nešitou. Při retrakci se rána na děloze, která vedla středem děložního těla, rozšklebovala, do dutiny břišní se tak infekce dostala snadno s následným smrtelným koncem. (Pařízek a kol., 2002) „Z těchto důvodů Th. E. Lauerjat († 1800) provedl roku 1788 příčný řez na děložním fundu, kde se při kontrakci svalová vlákna naopak stahovala k sobě. Po dvou zdařilých císařských řezech na živých, kde ženy i děti přežily, napsal Lauerjat svoji monografii, ve které je seznam chirurgů, kteří do jeho doby dělali řez s příznivým výsledkem.“ (Doležal, 2001, s. 72)

Dříve byl největším problémem v porodnictví kefalopelvický nepoměr. Dříve ženy trpící osteomalácií, která zasahovala i do jejich kostěné pánve, byly jednoznačně indikovány k císařskému řezu. Stejně tak i ženy trpící eklamptickým záchvatem. (Pařízek a kol., 2002)

Přelomem pro vývoj císařského řezu bylo zavedení anestézie. Stále však přetrvával problém infekce. Roku 1876 uskutečnil E. Porro amputaci dělohy ve výši dolního segmentu, po císařském řezu, měděným drátem. Později začal používat k suturám drátů stříbrných. Až rozvoj lékařské mikrobiologie, zavedení antiseptiky a asepse dělá operaci bezpečnější. Bylo možné šít dělohu bez nebezpečí hnisání stehů, řez je zaveden v dolním segmentu a plika močového měchýře překryje ránu. Zavedení transfúze po 2. světové válce významně zvýšilo bezpečnost a stejně tak i používání antibiotické léčby. Radikálně se změnily i indikace k této operaci, důsledkem bylo zlepšení trofiky populace a redukce rachitidy. (Pařízek a kol., 2002)

2 ANATOMIE MALÉ PÁNVE

Ženské pohlavní ústrojí rozdělujeme na: vnitřní a zevní. V malé pánvi jsou uloženy vnitřní pohlavní orgány, které se skládají z párových gonád – vaječníků a z vývodných pohlavních cest, k nimž patří: párové vejcovody, nepárová děloha a pochva. (Dylevský, 1995)

2.1 Ovarium – vaječník

Vaječník je ženská pohlavní žláza, která produkuje v měsíčních ovariálních cyklech ženské pohlavní buňky – vajíčka a pohlavní hormony. Má také významné endokrinní funkce.

Vaječník má tvar oploštěného ovoиду šedorůžové barvy, jehož rozměry jsou přibližně 4 x 2 x 1 cm a hmotnost 7 – 14 g. Svou velikostí i tvarem je přirovnáván ke švestce. Povrch ovaria pokrývají vyklenuté zrající folikuly se vkleslinami po zaniklých žlutých tělískách. Při gynekologickém vyšetření je vzhledem k tuhé konzistenci ovarium hmatné.

Během života se vzhled ovaria mění. V novorozeneckém období je ovarium malé, hladké a velmi protáhlé. V dětství a pubertě roste, svého maxima velikosti dosáhne kolem 20. roku. Na jeho povrchu se v době puberty, kdy začínají ovariální cykly, objevují nerovnosti.

V klimakteriu vaječník postupně involuje a ve stáří je jizevnaté, tuhé a svráštělé, ovarium gydatum, a zmenšené na 1/3 – 1/4 ze své prvotní velikosti. (Grim, Druga et al, 2005)

2.2 Tuba uterina – vejcovod

Tuba uterina, salpinx, je párová trubice o délce 8 – 15 cm a šířce 6 – 8 mm. Salpinx je připevněn peritoneální řasou i volným a pohyblivým závěsem k pobřišnici. Vejcovod je členěn do několika úseků, z nichž má největší význam tzv. břišní konec vejcovodu, především jeho rozšířená část (*ampula*), která bezprostředně navazuje na začátek vejcovodu. Počáteční nálevkovitá část vejcovodu, přivrácená k vaječníku je infundibulum, z jeho okrajů vybíhá asi 10 nestejně dlouhých výběžků, fimbrií. (Grim, Druga et al, 2005; Dylevský, 1995)

2.3 Uterus – děloha

Děloha (řec. *metra* nebo *hystera*), je dutý svalnatý orgán, sloužící k přijetí oplozeného rýhujícího se vajíčka, a k ochraně a výživě vyvíjejícího se zárodku a plodu do porodu. Na konci gravidity je zralý plod z dělohy při porodu vypuzen.

Děloha je lehce předozadně oploštělá a má hruškovitý tvar. Je uložena intraperitoneálně v pánevní dutině mezi močovým měchýřem a konečníkem. U ženy, která doposud nerodila (nulipary) je až 8 cm dlouhá a v nejširším místě je asi 5 cm široká. Hmotnost dělohy je přibližně 50 g. U multipary je hmotnost a všechny její rozměry o něco větší. Během menstruace se děloha lehce zvětšuje (její stěna je prosáklá tkáňovým mokem). V průběhu gravidity se děloha mnohonásobně zvětšuje (na konci těhotenství prakticky vyplňuje celou dutinu břišní).

Uterus se skládá z těla (*corpus uteri*) a hrdla děložního (*cervix uteri*). Obě tyto části spojuje *isthmus uteri*.

Stěna dělohy je tvořena třemi různě silnými vrstvami. Vnitřní vrstvu děložní dutiny tvoří děložní sliznice (*endometrium*), vprostřed je vrstva svalová (*myometrium*), která je nejsilnější vrstvou, zevní vrstvou je serózní vrstva (*perimetrium*). (Čech, 2006)

2.3.1 Endometrium

Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami a slizničním vazivem a má šedorůžovou barvu. V oblasti děložního těla je hladké a měkké, v oblasti isthmu a hrdla je tužší a je podkladem řas (*plicae palmatae*). Pevně se spojuje s myometriem. V oblasti *canalis cervicis* jsou uloženy četné hlenové *glandulae cervicales*, produkující hustý hlenový sekret, který vyplňuje kanálek děložního hrdla a tvoří hlenovou zátku v zevní děložní brance. Endometrium prodělává během ovulačního cyklu a pod vlivem hormonů vaječníku charakteristické změny, které jsou označovány jako menstruační cyklus. Termínem menarche označujeme začátek menstruačních cyklů v pubertě. Cyklickým změnám především podléhá povrchní část sliznice, *zona functionalis*. Vnitřní vrstva, *zona basalis*, se prakticky nemění. (Čech, 2006; Naňka, Elišková 2006)

2.3.2 Myometrium

Myometrium (*tunica muscularis*) vytváří nejsilnější vrstvu děložní stěny. Je tvořeno pruhy hladké svaloviny, které jsou prostoupeny vazivem. Svalové buňky myometria během těhotenství hypertrofují, jejich délka se až zdesetinásobuje. Plod a placentu vypudí za porodu mohutné rytmické kontrakce zvětšené děložní svaloviny. V období šestinedělí se obnovuje délka svalových pruhů myometria do takřka původní délky. (Čech, 2006)

2.3.3 Perimetrium

Perimetrium (*tunica serosa*) je peritoneum vazu děložního tvořící povrch dělohy a je s ní pevně srostlé. Vrstvička vaziva poutající peritoneum ke svalovině dělohy je *tela subserosa*. Z dělohy (a z lig. latum) přechází peritoneum dvěma vkleslinami – jednou mělčí dopředu na močový měchýř *excavatio vesicouterina*, druhou hlubší dozadu na rectum *excavatio rectouterina*. (Čihák, 2002)

2.4 Vagina – pochva

Pochva je kopulačním orgánem, během menstruace odvádí menstruační krev, při porodu spolu s děložním hrdlem a vulvou tvoří měkké porodní cesty. Spojuje dělohu se zevními rodidly. Pochva je sliznicí vystlaná trubice, s délkou přibližně 8 cm a šířkou 3,5 cm, která kraniálním koncem obemyká děložní hrdlo, od něj směřuje šikmo ventrokaudálně a kaudálním koncem je navenek otevřena jako vchod poševní (*ostium vaginae*) do prostoru mezi malými stydkými pysky, zvaného předsín poševní (*vestibulum vaginae*). Na hranici pochvy a poševní předsíně vyvstává ze stěny tenká slizniční řasa, která je vyplněná řídkým fibrilárním vazivem – *hymen*, panenská blána. Jejíž rozsah je individuální, při první souloži se hymen natrhává (*defloratio*), po porodu z něj pak zbudou jen drobné hrbolky sliznice (*carunculae hymenales*). Stěna pochvy je 3 až 4 cm silná a skládá se ze sliznice, svaloviny a adventicie. Slizniční epitel je mnohvrstevný dlaždicový a kryje také povrch děložního čípku. Při pohlavním vzrušení a dráždění pochvy produkuje sliznice sekret. Sliznice je v době menstruačního krvácení růžová až červená, v graviditě má barvu fialovou. Svalová vrstva pochvy je tvořena hladkou svalovou tkání. (Čihák, 2002; Čech, 2006)

3 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez (sectio caesarea – S. C.) je nejčastější porodnická operace, kterou se ukončuje gravidita v posledním trimestru či porod. Císařským řezem se těhotenství končí většinou dříve, na rozdíl od vaginálních operací, které porod ukončují až v závěru druhé doby porodní.

3.1 Podmínky k císařskému řezu

Řada původních podmínek (prostupnost děložního hrdla, dobré děložní kontrakce) byla opuštěna. Operace se musí provádět někdy i při dříve kontraindikovaných projevech infekce. Nicméně i v období antibiotik je to závažná komplikace. Dokonce dříve stanovený požadavek živého a životaschopného plodu může být nerespektován při vitálním ohrožení matky (např. silné krvácení při placenta praevia) a operace se provede i při mrtvém plodu.

Prakticky jedinou, nicméně zásadní podmínkou je, že velká část plodu nemá být vstoupilá a fixovaná hluboko v pánvi, např. pánevní šíři, i když je třeba připustit, že i hlavička vstoupilá jen velkým oddílem do pánevního vchodu se někdy obtížně vybavuje při císařském řezu.

V případě že je horní, zadní okraj spony stydké dosažitelný, jsou podmínky splněny. Ve výjimečných případech je možno plod vybavit i při vstoupilé hlavičce velkým oddílem s vaginální elevací hlavičky prsty dalšího porodníka. (Čech, 2006)

3.2 Indikace k císařskému řezu

I zde nastalo mnoho změn, již ani nomenklaturně neplatí staré, tzv. absolutní a relativní indikace při značně či méně zúžených pánvích.

Podle povahy indikací se někdy císařský řez dělí na dva druhy:

- *primární* (plánovaný) císařský řez: jeho indikace je dopředu známá a již v těhotenství je rozhodnuto o jeho provedení ať už v termínu nebo dříve (např. onemocnění matky, pánevní indikace),
- *sekundární* (neplánovaný) císařský řez: indikace se vyvinula akutně, kdy neočekávaně byla na životě ohrožena matka nebo plod, či oba zároveň.

Nynějších indikací k císařskému řezu je celá řada. Některé se týkají zejména porodních cest, u dalších je v popředí celkový stav rodičky či plodu. Během gravidity i při porodu jsou však matka i plod ve společném vzájemném působení, a z tohoto důvodu je velká část indikací společná. Akutnost indikace záleží nejen na závažnosti povahy patologického stavu (ukazatel kvalitativní), ale rovněž na jeho stupni (ukazatel kvantitativní). Především jimi je stanoven časový faktor pro přípravu a provedení operace.

Pro uskutečnění císařského řezu je důležitý názor a souhlas těhotné ženy. Samotné přání rodičky či její rodiny však není indikací a právním zdůvodněním tohoto výkonu, protože nevyvažuje jeho případná rizika a komplikace.

3.2.1 Skupiny indikací

1. *Hypoxie plodu* – akutní a chronická tíseň plodu, retardace růstu plodu, akutní a chronická hypoxie plodu jsou nejčastějšími indikacemi v zájmu plodu.
2. *Kefalopelvický a fetopelvický nepoměr* – zúžení pánve a její deformity, velký plod, hraniční nepoměr projevující se „nepostupujícím porodem“.
3. *Dystokie cervikokorporální* – poruchy vypuzovacích sil, primární a sekundární dyskinetické poruchy, jež nedokážeme zvládnout konzervativně.
4. *Stav po předchozím císařském řezu* – projevující se jako dystokie cervikokorporální, nebo bolesti dolního děložního segmentu, které stresují jak rodičku, tak i porodníka.
5. *Vcestné překážky pro vaginální ukončení porodu* – nejen pánevní patologie (tumory, exostózy, svalek) mohou způsobit zúžení porodních cest, ale rovněž vcestné myomy, ovariální tumory, tumory rekta, ren migrans.
6. *Překážky měkkých porodních cest* – stenózy děložního hrdla, rigidita branky po plastických operacích či cerclage, varixy pochvy a vulvy, septa a stenózy pochvy.
7. *Stav po operačních zákrocích na děloze a v malé pánvi* – enukleace myomu, operace vrozených vad dělohy, poševní plastika, úprava močové inkontinence, operace píštělí, pánevní úrazy.

8. *Placenta praevia* – indikace může být plánovaná při ultrazvukové diagnóze, jako akutní indikace se jeví při opakovaném a zvláště při náhlém krvácení. Řadí se sem i placenta praevia cervicalis.
9. *Abruptio placentae* – při opakovaném a silném zevním anebo retroplacentárním krvácení.
10. *Prodloužené těhotenství* – po dvou neúspěšných pokusech o indukci.
11. *Poloha plodu koncem pánevním (KP)* – o indikaci k císařskému řezu zde rozhoduje především odhadovaná velikost plodu (≥ 3500 g u primipar, ≥ 3800 g u multipar, ≤ 2500 g). Dále podezření na IURG, porušené držení plodu (s výjimkou neúplného řitního), vysoko naléhající KP bez známek progresu vstupu do pánevního vchodu, oligohydramnion.
12. *Nepravidelné polohy plodu* – poloha příčná, šikmá, ale i deflexní polohy čelní, obličejová, dále přední a zadní asynklitismus a vysoký přímý stav.
13. *Naléhání a výhřez pupečníku* – zvláště při podélné poloze plodu hlavičkou je tato indikace velmi akutní.
14. *Vícečetné těhotenství* – je běžnou indikací k ukončení per sectionem caesaream: jiná poloha dvojčete A a B než podélná hlavičkou; velké nebo naopak malé, či nezralé plody (do porodní hmotnosti 1500 g); IURG; hmotnostní rozdíly mezi dvojčaty více než 500 g; oligohydramnion; antepartální odumření jednoho plodu; monoamniální monochoriální dvojčata; twin to twin transfusion; podvojně zrudly (srostlice); stav po císařském řezu; tři a více plodů, optimálně se ukončuje ve 34. týdnu. (u dvojčat ve 38. týdnu.)
15. *Pelveolýza a symfyzeolýza* – spontánní porod by mohl, zvláště u většího plodu, toto těhotenské onemocnění ještě více zhoršit.
16. *Rh-izoimunizace*
17. *Horečka za porodu* – individuální přístup a cílené zajištění antibiotik.
18. *Herpes genitalis*

19. *Celkové onemocnění ženy* – diabetes mellitus, hypertenze, preeklampsie, eklampsie, onemocnění orgánů (srdce, plíce, ledviny), mezioborové indikace – oční, ortopedické (tyto indikace by měly být pečlivě zhodnoceny odborným konziliem).
20. *Sdružené indikace* – vznikají na podkladě komplexního rozhodování (např. předčasný porod, věk těhotné, parita, gestační anamnéza, léčená sterilita, infertilita aj.). Pro zkušeného porodníka lze mezi tyto indikace skrýt cokoliv – strach rodičky z porodu, strach porodníka z rodičky a mnoho dalších faktorů.
21. *Psychosociální indikace* – VIP, pacientky s anamnézou mrtvého plodu, sterilita, infertilita. Počet indikací v této skupině je nestanovitelná.
22. *Žena umírající a mrtvá* – velmi vzácná indikace, plod může v děloze mrtvé ženy přežít až 20 minut.
23. *Císařský řez na přání* - podle vyjádření FIGO není vykonání císařského řezu na přání z lékařské indikace eticky odůvodněné. (Roztočil, 2008; Čech, 2006; <http://www.actualgyn.com>)

3.3 Metody císařského řezu

Dolní střední laparotomii provádíme pouze v případech akutní indikace, u obrovského nebo malformovaného plodu, kde je předpokládá jeho obtížné vybavení, u značně obézních pacientek a u žen s jizvou po předchozí dolní střední laparotomii.

Ve zbylých případech se provádí suprapubický řez podle Pfannenstiela.

1. *Sectio caesarea corporalis classica*. V dnešní době se tento řez takřka nepoužívá. Řez vede od děložního fundu, protíná napříč svalová vlákna myometria a končí v děložním isthmu. Použití korporálního řezu je indikováno při rozsáhlé varikozitě v dolním segmentu, před následující hysterektomií, u pacientek, které již korporální řez měly proveden, po operacích močové inkontinence, při hrozící ruptuře děložní a u císařského řezu na ženě umírající a mrtvé. Jeho hlavní nevýhodou je nedokonalé hojení děložní rány a její obtížná peritonealizace. Vzhledem k časté insuficienci jizvy může dojít v průběhu následujícího těhotenství a zvláště za porodu k jejímu rozestupu a tím ke vzniku děložní ruptury.

2. *Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis*. Řez na děloze se vede po protěti vezikouterinní pliky a po jejím příčném sesunutí v oblasti dolního děložního segmentu, pasivní části dělohy, mezi transverzálně probíhajícími svalovými vlákny myometria. (Roztočil, 2008) Naříznutí může být v celém rozsahu ostré nebo je stěna děložní naříznuta jen centrálně a hysterotomie je provedena tupým roztažením prsty do stran. Po protěti vaku blan operatér extrahuje naléhající část plodu rukou. Po následném podání uterotonik se pokud možno spontánně porodí placenta. Je vhodné provést digitální revizi dutiny děložní, v případě, že zbytky placenty nelze odstranit digitálně, použijeme tupou kyretu. Sutura hysterotomie se zpravidla provádí ve dvou vrstvách vstřebatelným materiálem. Břišní stěna se šije v anatomických vrstvách.
3. *Sectio caesarea sec Misgav Ladach*. Hlavní myšlenkou této metody je snaha o co nejmenší trauma tkání a operaci maximálně zjednodušit. Předpokladem přesto zůstává zachování maximální bezpečnosti operačního výkonu jak pro matku, tak pro plod. Cílem této techniky sice není snížení operačního času, je však zřejmý. Tento operační postup charakterizovat Michael Stark z Gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice Misgav Ladach v Jeruzalémě.
4. *Sectio caesarea extraperitonealis*. Technika spočívá v otevření dutiny děložní laparotomickou cestou bez otevření peritoneální dutiny. Tato operace se využívala hlavně při infikovaném obsahu dutiny děložní k zamezení průniku infekčního materiálu na peritoneum a tím k zabránění vzniku peritonitidy. V moderní době, při dostupnosti efektivních antibiotik, tato operace ztrácí na významu a prakticky se neprovádí.
5. *Sectio caesarea radicalis*. Při této operaci se zároveň s plodem odstraňuje děloha, buď částečně (supravaginální amputace těla děložního), nebo úplně (hysterektomie). Karcinom děložního čípku patří k nejběžnější indikaci.
6. *Sectio caesarea minor*. Tento císařský řez se dříve prováděl k ukončení gravidity starší než 4 měsíce. V dnešní době, kdy jsou k dispozici farmakologické prostředky k umělému přerušování těhotenství ve 2. trimestru, je tento výkon indikován jen ve značně akutních případech ohrožujících život ženy (masivní krvácení při placenta praevia nebo při abrupci placenty). (Roztočil, 2008)

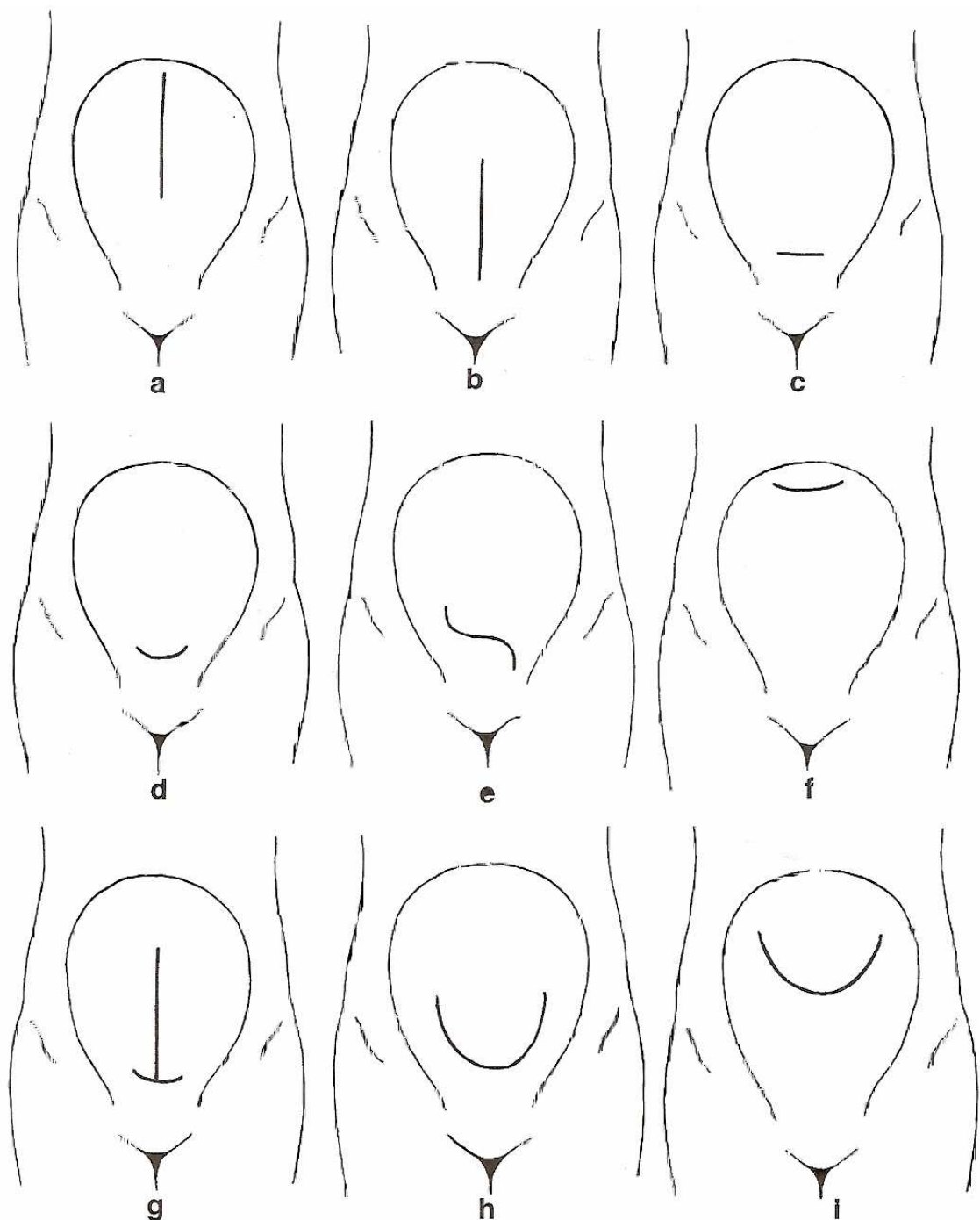
3.4 Hysterotomie

Při hysterotomii je důležitý odhad velikosti plodu, raději se počítá s větší hlavičkou. Je výhodné ohmatat si dolní segment a lokalizovat hlavičku a zejména místo, kde je její nejvyšší obvod, ještě před provedením samotného řezu. Incize dělohy se provádí skalpelem a lokalizujeme ji centrálně do dolního segmentu. Prostor vzniklý řezem má poskytnout šetrné vybavení plodu, neměl by však působit především větší poranění (např. ruptury do děložních hran, nebo pod močový měchýř) a krvácení. Řez nesmí poškodit děložní svalovinu a ohrozit dělohu v budoucnosti rupturou.

Existují různé možnosti řezů na děloze (obr. 2.):

1. *Korporální řez*, tento řez je nejčastěji zvolen u malých plodů při apozici, u příčných poloh. Dnes je prognóza korporálního řezu jiná než v 19. století, kdy byl pro nebezpečí vystřídán řezem v dolním segmentu, ale doposud po něm zůstává více komplikací a ruptur v příštím těhotenství, s nebezpečnějším průběhem jak pro matku, tak i pro plod.
2. *Cervikokorporální řez* je prováděn poměrně často, zvláště u příčných poloh, u malých plodů a v urgentních případech.
3. *Malé řezy transverzální* jsou oblíbené ve Francii. Nelze je ale doporučit jako bezpečné, nedostatek místa a následné násilí při vybavování plodu, může vést k maltretaci plodu a u matky k rupturám do děložních hran.
4. *Řez v dolním segmentu poloobloučkovitý* – semilunární dle *Gepperta*, čím je oblouk strmější, tím více je bezpečnější.
5. *S-řez* podle *Chmelíka* vyšel z kritiky předcházejících metod. Tímto řezem je získáno až o 20% více prostoru pro vybavování plodu a je možno jej použít i u větších plodů.
6. *U-řez*. Děloha se při tomto řezu málokdy roztrhne do stran, pro vybavení plodu je dostatek prostoru. *Vysoko položený U-řez* je vhodný pro plody extrémně nízké hmotnosti, u děložní apozice i u iterativních sekcí.
7. *Obrácený T-řez* vykonávají operatéri při obtížném vybavování, když nevystačí s prostorem po příčném nebo poloměsíčním řezu.

8. Řez *ve fundu* se prováděl v 18. století příčně u nešité dělohy.
9. Řez *extraperitoneální* není příliš rozšířen, i když má v určitých případech výhodu.
(Doležal, 1998)



Obrázek č. 2 Typy řezu

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

3.5 Komplikace císařského řezu

Většinou je mnohem náročnější pro ženu ukončení těhotenství a porodu císařským řezem, než porod spontánní. Dokazuje o tom i šestkrát větší výskyt komplikací, které tuto nejčastější porodnickou operaci provázejí. Případných komplikací je celá řada. (Čech, 2006)

1. *Anesteziologické komplikace.* Bývají poměrně vzácné, ale o to závažnější. Při celkové anestézii přichází v úvahu Mendelsonův syndrom (aspirace žaludečního obsahu s následnou hypoxií) a laryngospasmus, riziková je i neúspěšná intubace. Také spinální nebo epidurální analgezie má svá úskalí, jako je postpunkční cefalea a zvracení. Průnik anestetik do subarachnoidálního prostoru je velmi závažný, mohou vzniknout závažné celkové stavy, vyžadující resuscitaci a speciální péči. (Čech, 2006; Roztočil, 2008; Binder, 2008)
2. *Krvácivé komplikace.* Jsou jednou z nejnebezpečnějších a nejčastějších intra – operačních komplikací. Masivní krvácení vede k hemoragickému šoku, popřípadě k rozvoji diseminované intravaskulární koagulace – DIC, hovoříme o tzv. život ohrožujícím krvácení – ŽOK. Pro pacientku je při těchto stavech rozhodující rychlost a komplexnost poskytnuté péče. Subfasciální hematoma, ten vzniká při nedostatečném ošetření přerušovaných perforujících cév přímých břišních svalů. Jeho riziko narůstá u iterativních císařských řezů, nebo u těžké preeklampsie, HELLP syndromu, u stavů s poruchou koagulace. Hematom v přední exkavaci a interligamentózně se vyvine většinou při nedostatečně ošetřené uterotomii. Klasické hemoperitoneum se řadí k raritním komplikacím, kde se krev hromadí v Douglasově prostoru. (Čech, 2006; Binder, 2008; Roztočil, 2008)
3. *Embolie.* Během operace se může vyskytnout vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou, což je jednou z nejzávažnějších komplikací a je provázena vysokou mírou mortality. V období pooperačním je nebezpečná embolie při tromboflebitidě. Před zavedením mikroheparinizace byla hlavní příčinou mateřského úmrtí akutní plicní tromboembolie. (Čech, 2006; Binder, 2008)
4. *Poškození orgánů.* Při komplikovaném nebo rychlém operačním postupu může být poškozen močový měchýř nebo klička tenkého střeva skalpelem. Dalším ohroženým orgánem jsou močovody a jejich poranění nebo podvázání při zástavě

krvácení hluboko v pánvi či při následné hysterektomii. Ve všech případech je velice důležitá brzká diagnóza a ošetření poškozeného orgánu. (Čech, 2006; Binder, 2008)

5. *Infekce*. Patří mezi častější komplikace císařského řezu. Nejpravděpodobněji k infekci dojde v souvislosti s předčasným odtokem plodové vody. Zůstane-li zánět ohraničen na dělohu, může se projevit jako pooperační endometritis, přejde-li na svalovinu jako endomyometritis a přestoupí-li do peritoneální dutiny, mnohdy se manifestuje jako pelveoperitonitis. Popřípadě ani infekce močových cest není vzácná. (Binder, 2008)
6. *Kýla v jizvě (hernia in cicatricae)*. Nepatří mezi příliš časté pozdní komplikace. Po střední dolní laparotomii vzniká častěji než po příčné suprapubické. Predilekcí pro vznik může být opakovaná laparotomie nebo hojení per secundam. (Čech, 2006)
7. *Neonatologické komplikace*. K nejčastějším patří poranění novorozence skalpelem při otevírání dutiny děložní na jeho naléhající části (hlava, hýždě). Zlomeniny dlouhých kostí a luxace patří k ojedinělým epizodám spojených s poměrně vyvinutým velkým násilím při vybavení plodu. (Roztočil, 2008, Binder, 2008)

4 ANESTEZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Anestezie může být buď celková, nebo regionální se známými výhodami i nevýhodami. Regionální anestezie je kontraindikována u koagulopatií, celková anestezie může způsobit neonatální depresi.

4.1 Celková anestezie u císařského řezu

Celková anestezie k provedení císařského řezu má v porodnictví stále široké uplatnění, přestože se stupňuje trend využívání neuroaxiálních metod znečítlivění. Celková anestezie je metodou volby u kritických stavů, ke kterým dochází při akutním ohrožení matky či plodu.

4.1.1 Účinky celkové anestezie

Celková anestezie může v rozhodující míře přispět k optimálnímu průběhu operačního porodu, a to i bez negativního ovlivnění novorozence. Naopak u porodu komplikovaného ohrožením plodu (abrupce placenty, placenta praevia, protrahovaný porod, strangulace pupečníku) je neuspokojivý poporodní stav novorozence často předem určen a i maximální úsilí anesteziologické péče přináší jen částečný úspěch. Narůstající hypoxií a acidózou je charakterizován syndrom dechové tísně plodu.

Za tohoto stavu dochází ke zvýšenému průniku látek, mimo jiné i anestetik přes placentární, fetální a hematoencefalickou bariéru. V této situaci se nelze vyhnout ovlivnění stavu novorozence, ani tehdy jsou-li použity k celkovému znečítlivění matky nejnižší dávky farmak.

4.1.2 Nebezpečí krevních ztrát

Krevní ztráta udávána u císařského řezu je až 1000 ml, v porovnání s fyziologicky probíhajícím porodem (400-600 ml).

4.1.3 Výhody a nevýhody celkové anestezie

Nevýhody a rizika: Relativně vysoké riziko je podmíněno možností neúspěšné intubace, komplikované regurgitací nebo zvracením a následnou aspirací žaludečního obsahu. Přítomný laryngospasmus může přivodit až život ohrožující hypoxickou příhodu spojenou

s oběhovým selháním. Anestetika prostupující transplacentárně mohou působit supresivně na plod. Z psychologického hlediska je rodička při celkové anestezii ochuzena o okamžitý požitek z narození dítěte.

Výhody: Celková anestezie umožňuje rychlý úvod do anestezie, je technicky jednoduchá a vytváří vynikající operační podmínky s dokonalou svalovou relaxací. Na rozdíl od neuroaxiálního znecitlivění bývá při celkové anestezii menší výskyt hypotenzí a destabilizací oběhu.

K celkové anestezii je nutno přistoupit v situacích, kdy není možno provést neuroaxiální znecitlivění. Mezi příčinami je možno uvést syndrom tísně plodu, velké předporodní krvácení s hypertenzí, extrémní obezitu a koagulopatie. Překážkou může být rovněž infekce, neurologické onemocnění nebo léze bederní páteře. (Špunda, 2002)

4.2 Neuroaxiální anestezie u císařského řezu

Z metod neuroaxiální anestezie u císařského řezu připadá v úvahu anestezie epidurální (peridurální), subarachnoidální (spinální), obě buď jako výkon jednorázový, nebo kontinuální, anebo tzv. sekvenční anestezie, tedy kombinace obou způsobů. Epidurální anestezii kaudálním způsobem (kaudální blokáda) je sice možno pro císařský řez použít rovněž, není to ovšem metoda nejpříznivější a v úvahu přichází jen vzácně.

4.2.1 Epidurální anestezie

Její využití při císařském řezu se velmi podobá porodnické epidurální analgezii. Jelikož je nutno dosáhnout dostatečně „vysoké“ anestezie a svalové relaxace, umožňující nitrobřišní operaci, je pro úspěšný výkon nutno použít vyššího množství anestetika, eventuálně aplikovat jiné anestetikum než pro porodnickou analgezii.

Jakýkoli císařský řez, kde nebyla shledána kontraindikace, je indikací k epidurální anestezii. Metoda je vhodná především u těhotných rodiček náchylných k syndromu maligní hypertermie, s preeklampsií, s podezřením na myastenii, s chorobami plic a dýchacích cest, zejména s akutní respirační infekcí, a všude tam, kde spolehlivé zajištění dýchacích cest během celkové anestezie by bylo obtížné či nemožné. Dále je neuroaxiální anestezie vhodná u HIV pozitivních rodiček, protože téměř nezatěžuje imunitní systém, a u rodiček závislých na psychotropních látkách, protože jim ušetří toxickou zátěž.

Specifickou kontraindikací je časová naléhavost výkonu, protože provedení epidurální punkce a latence nástupu účinku anestetika vyžaduje nejméně dvacet minut zdržení. Poté může být alternativou subarachnoidální blokáda.

4.2.1.1 *Komplikace epidurální anestezie*

Při anestezii pro císařský řez připadají v úvahu následující komplikace:

1. *Intoxikace* v případě, že anestetikum proniklo do oběhu operantky. Příčinou je prakticky vždy nepoznaná injekce do (epidurální) cévy.
2. *Totální subarachnoidální anestezie* může nastat, v případě že objem anestetika, přiměřený pro epidurální anestezii, pronikne do subarachnoidálního prostoru. Následuje ztráta vědomí, pokles krevního tlaku a útlum dechu rodičky. Neléčená končí smrtelně.
3. *Vysoká (nepřiměřená) epidurální anestezie* spočívá ze špatného odhadu nutné dávky. Má podobné příznaky jako totální subarachnoidální anestezie, jen méně prudké.
4. *Zvracení* bývá původním jevem poklesu krevního tlaku, jindy nastává ne vždy ke konci operace. Spolehlivě napomáhají moderní antiemetika.
5. *Nechtěná punkce subarachnoidálního prostoru*, je-li včas diagnostikována, neznamena nebezpečí. Řešením může být opětovná punkce subarachnoidální anestezie pronikuvší epidurální jehlou.

4.2.2 *Subarachnoidální (spinální) anestezie*

Aplikací vhodného lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru se vyznačuje subarachnoidální anestezie. Lokální anestetikum poté okamžitě působí na nervové struktury.

Technika punkce subarachnoidálního prostoru je prakticky podobná epidurální punkci. Rozdíl je v tom, že při subarachnoidální punkci musí jehla proniknout tvrdou plenou (a pavučnicí), v ní však jehla po skončení výkonu zanechá otvor, kterým po punkci uniká mozkomíšní mok do epidurálního prostoru, tím může vzniknout pokles mozkomíšního tlaku s následnou bolestí hlavy.

Indikace je shodná s epidurální anestezií. Naopak subarachnoidální anestezie je kontraindikována a tedy nevhodná u degenerativních míšních chorob jako je např. amyotrofická laterální skleróza míšní nebo roztroušená skleróza mozkomíšní.

4.2.2.1 *Komplikace subarachnoidální anestezie*

Ovlivnění fyziologických funkcí se subarachnoidální anestezie od epidurální anestezie prakticky neliší. Stejná je také léčba komplikací.

Dokud není anestetikum „fixováno“ (30 - 40 minut po aplikaci), nelze operantku uložit do Trendelenburgovy polohy, riskovali bychom nežádoucí posun anestezie kraniálně. Tato komplikace bývá nejčastěji při hyperbarické technice aplikace lokálního anestetika.

Nejčastější komplikací subarachnoidální anestezie bývají bolesti hlavy, důsledkem je ztráta mozkomíšního moku. V dnešní době k této komplikaci však dochází opravdu vzácně, s použitím tenkých jehel. Prevencí bolesti hlavy je klid na lůžku a fyziologické uložení rodičky.

Postpunkční bolesti hlavy jsou vyznačovány tím, že se zhoršují, v případě že má rodička zvednutou hlavu, tedy když je ve stoje nebo vsedě. Bolest směřuje za bulby, bývá provázena nevolností a poruchami vizu a sluchu.

Vzácnou, přesto reálnou komplikací je zanesení živé tkáně (zejména kožních buněk) do mozkomíšního moku. Buňky tam mohou růst jako v živném roztoku. A po letech se mohou začít chovat jako pseudotumor. Prevencí je dokonalá kvalita instrumentaria s důsledným jednorázovým používáním. (Miloschewsky, 2002)

Tabulka č. 1 Srovnání epidurální a subarachnoidální anestezie (Miloschewsky, 2002)

	Epidurální anestezie	Subarachnoidální anestezie
spolehlivost	++	+++
relaxace	+	+++
latence	dlouhá	krátká
kvalita znecitlivění	++	+++
toxické komplikace	možné	nemožné
pooperační analgezie	možná	možná
návaznost na porodní analgezii	jednoduchá	obtížná
technické provedení	snadnější	obtížnější
septické komplikace	vzácné	teoreticky možné

5 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ

O císařský řez na přání v České republice zatím není možné požádat. U dvojčat nebo v případě polohy plodu koncem pánevním existuje možnost volby. U fyziologického těhotenství tomu tak není. Neboť císařský řez je abdominální operace, která má podobná rizika jako jakákoli jiná břišní operace. (Hájek, 2009)

Císařský řez na přání je v porodnickém prostředí již léta velmi diskutovanou otázkou. Interpretace je různorodá a liší se od různých autorů, porodníků, porodních asistentek a dokonce i těhotných žen. (Roztočil, Perschout, 2008)

5.1 Psychosociální indikace

Indikace při císařském řezu na přání bývá velmi volná a často se medicínská indikace setkává s psychosociální indikací, tedy s přáním ženy porodit břišní cestou. Charakteristika žen, které žádají o provedení této břišní operace na přání, má dvě strany. Buď jsou to ženy z ekonomicky silného prostředí, které nejsou na psychickou a fyzickou zátěž zvyklé a které předem odmítají stres porodu. Jsou dobře informovány o provedení císařského řezu, a také jsou velmi dobře orientovány, jakým způsobem si opatřit vhodnou indikaci k císařskému řezu. Anebo to jsou ženy neurotické, úzkostné, zranitelné s depresi, s podceňováním svých schopností, nespokojené v partnerství s nedostatečným sociálním zázemím. Tyto ženy, mají obavy z porodu vaginální cestou a okolností, které spontánní porod provází. Pro mnohé ženy je vaginální porod hodnocen jako bolestivé období s pocitem úzkosti, osamění a beznaděje. Některé ženy, které již porodily vaginálně, požádají o císařský řez, neboť jejich vzpomínka na porod je tak traumatizující, ať už ze stran rodičky nebo zdravotního stavu jejího novorozence, že plánované ukončení císařským řezem je pro ni a její nynější těhotenství jedinou možnou alternativou. (Roztočil, 2003; Roztočil, Perschout, 2008)

5.2 Etický kodex

Etický kodex, který byl navržen, by měl sloužit především k zamyšlení. Měl by porodníkům připomínat, že negativní právo, což je například právo pacientky odmítnout zákrok, je takřka absolutní. Na druhou stranu pozitivní právo je např. právo pacientky na žádost nebo přání, které nemá tu samotnou váhu a které je vyváženo principy poskytovatele. „Tyto principy (tab. 2) požadují, aby lékař učinil vše pro to, aby porozuměl

oběma stranám mince daného problému, vyhodnotil dostupné informace, a udělal si úsudek, který bude brát ohled na nejbezpečnější, nejvíce etický způsob porodu pro každou pacientku s respektováním individuální autonomie.“ (Hibbard, Torre, 2007, s. 21) Předkládat pacientce problematiku císařského řezu na přání porodník není povinen, musí však umět pacientce poradit a vést ji v jejím rozhodovacím procesu, v případě že se na tento způsob porodu žena zeptá. Lékař je povinen odeslat pacientku k jinému lékaři pro jeho názor, v případě nevhodnosti císařského řezu pro danou pacientku a její plod. (Hibbard, Torre, 2007)

Tabulka č. 2 Etický kodex (Hibbard, Torre, 2007)

Etický kodex
Princip autonomie: postupovat na základě rozumných a správných lékařských principů
Distribuční právo: požadavky na dražší intervenci nemohou být ospravedlněny jako nutná zdravotní péče
Princip beneficence: vyvarovat se způsobení škody tím, že provedeme jednodušší zákrok místo zákroku nebezpečnějšího
Princip nonmaleficence: doporučuje "neškodit" a vyvarovat se nebezpečnější intervence
Důvěra: jako důvěrník pacienta nedovolte ekonomickým úvahám, aby vedly k postupu neodpovídajícímu principům beneficence a spravedlnosti

5.3 Klady a zápory císařského řezu na přání

5.3.1 Císařský řez na přání – ANO

Mezi klady císařského řezu patří např.:

Stejnou mateřskou mortalitu jako vaginální porod vykazuje i primární císařský řez. Kdežto akutní císařský řez má až 6x horší výsledky.

V současnosti dochází k minimu pooperačních komplikací, a to hlavně současnými technikami provedení této abdominální operace (volba incizí, moderní šicí materiály...).

Při elektivním císařském řezu nemůže dojít k intrapartální hypoxii plodu.

Nedojde k užití extrakčních vaginálních porodnických zákroků. Potencionální traumatizující vliv na matku a plod/novorozence je tímto eliminován.

V tomto případě nedojde ani k porodnímu poranění hrdla, pochvy ani její dilataci (což má pozitivní vliv na pohlavní život ženy), perinea, popřípadě rekta.

Frekvence časných a pozdních inkontinencí moči, stolice a střevních plynů je výrazně snížena, stejně jako poporodní dyspareunie.

Realizace této abdominální operace na přání zamezí nutnosti provedení akutního císařského řezu, ten je zatížen relativně vysokou mateřskou morbiditou a mortalitou.

Následná gravidita může být vedena vaginálně, když si to žena bude přát, i když četnost této operace po předchozí sekci je vyšší než u rodiček bez císařského řezu v anamnéze.

Elektivní císařský řez neodporuje učení žádného významného světového náboženství. (Roztočil, 2002)

5.3.2 Císařský řez na přání – NE

K hlavním kritériím dle Měchurové patří: mateřská mortalita, raná a pozdní mateřská morbidita a poté také perinatální mortalita a morbidita.

K rané mateřské morbiditě se řadí mimo jiné i císařský řez spolu s vakuumentakcí, forceps a hysterektomií do 48 hodin po porodu.

Ukončení gravidity abdominální operací je pro ženu minimálně 10x rizikovější než vaginální porod. Mezi hlavní rizika se řadí infekce, velká krevní ztráta a embolie. Pro příští těhotenství je vyšší riziko vcestného lůžka.

Ruptura děložní po císařském řezu supracervikálním nebo korporálním je jedno z dalších rizik pro další těhotenství.

Také iterativně prováděné císařské řezy ve smyslu „císařský řez jednou, císařský řez vždy“ zvyšují počet těchto operací.

Úmrtnost matek dle Měchurové je v přímé souvislosti s císařským řezem 4x vyšší, než porod vaginální cestou.

Vybavení plodu může být i při operaci značně obtížné, proto porodní trauma nemůžeme vyloučit. (Měchurová, 2002)

5.3.3 Císařský řez na „přání“ porodníka

Rozhodování porodníka je ovlivněno nejen odbornými medicínskými znalostmi a zkušenostmi. „Porodník je často vystaven různým tlakům (okolí rodičky, společenské postavení, kolegové apod.), které ve větší míře zvyšují míru jeho stresu při vedení porodu. Jeho rozhodování je pak často ovlivněno negativními emocemi, jako jsou obavy o výsledek porodu, strach z profesionálního selhání a ztráty společenské prestiže“ (Binder, 2002, s. 17)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem k získání požadovaných informací použila metodu dotazníkového šetření. Vytvořila jsem dva dotazníky. Dotazník č. 1 byl určen pro širokou veřejnost, jak muže, tak ženy. Dotazník č. 2 byl stanoven pro lékaře, pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazníky byly anonymní a rozdány v tištěné a elektronické formě. První dotazník, který byl určen pro širokou veřejnost, jsem vytvořila v elektronické podobě, kde počet respondentů byl 133, což činilo 100%. U druhého dotazníku, jenž byl určen pro lékaře, jsem oslovila 20 lékařů gynekologicko-porodnického oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Návratnost těchto dotazníků byla 75%.

6.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Informovanost o „SC na přání“.

Hypotéza 1.1: Předpokládám, že více jak 40% respondentů o „SC na přání“ doposud neslyšelo.

Hypotéza 1.2: Předpokládám, že více jak 60% respondentů by „SC na přání“ nepodstoupilo.

Cíl 2: Jaký způsob anestézie by respondent zvolil?

Hypotéza 2.1: Předpokládám, že méně jak 60% respondentů by zvolilo spinální anestézii.

Hypotéza 2.2: Předpokládám, že více jak 30% lékařů by využilo celkovou anestézii.

Cíl 3: Jaké ženy a proč, podle respondentů, volí „SC na přání“?

Hypotéza 3.1: Předpokládám, že více jak 30% respondentů si myslí, že „SC na přání“ volí ženy ze strachu z bolesti.

Hypotéza 3.2: Předpokládám, že méně jak 40% respondentů si myslí, že „SC na přání“ volí ženy prvorodičky.

Cíl 4: Lékaři a „SC na přání“.

Hypotéza 4.1: Předpokládám, že více jak 80% lékařů se již setkalo s „SC na přání“.

Hypotéza 4.2: Předpokládám, že méně jak 10% lékařů někdy provedlo „SC na přání“.

6.2 Dotazníkové šetření

6.2.1 *Dotazník č. 1: Dotazník určený pro širokou veřejnost*

Dotazník, který jsem vytvořila, byl určen pro širokou veřejnost, jak pro muže, tak pro ženy. Dotazník obsahuje 12 otázek, které jsem vytvořila na základě cílů a hypotéz. U všech otázek, kromě otázky č. 2, je možná jen jedna odpověď. U otázky č. 2 jsem zvolila formu volné odpovědi. Úvodní otázky 1 – 7 se zabývají „Císařským řezem na přání“, otázky 8 – 12, závěrečné otázky, obsahují zjišťovací údaje, jako jsou pohlaví, věková kategorie, nejvyšší dosažené vzdělání, počet dětí a práci ve zdravotnictví. Otázka č. 1 zjišťuje, zda někdy slyšeli o „Císařském řezu na přání“. V otázce č. 2 se dotazuji, co si představí pod pojmem „Císařský řez na přání“. V otázkách 3 – 5 se dotazuji, zda by sami podstoupili tuto operaci, jakou by zvolili anestézii a jestli ví o nějakém riziku při porodu císařským řezem. V otázce č. 6 – 7 se táži, proč a které ženy volí tuto variantu porodu. Všechny otázky v dotazníku č. 1 jsou uzavřené, kromě otázek č. 6 – 7, které jsou polouzavřené, a otázky č. 2 – ta je otevřená. Oslovených respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, bylo 133. Návratnost dotazníků byla 100%. Dotazník č. 1 je součástí přílohy.

6.2.2 *Dotazník č. 2: Dotazník určený pro lékaře*

Dotazník č. 2 byl určen pro lékaře na gynekologicko-porodnickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník obsahuje 10 otázek. Otázkami 1 – 2 zjišťuji pohlaví respondentů a dobu jejich praxe. Otázkami č. 3 – 6 se dotazuji, zda se někdy setkali s žádostí o „Císařský řez na přání“ a jestli jej sami prováděli a pokud ano, kolik jich bylo a jakou indikaci uvedli v dokumentaci. Otázky č. 7 – 8 jsou zaměřeny na názory, zda by sami podstoupili „Císařský řez na přání“ jakou anestézii by případně podstoupili. V otázce č. 9 se dotazuji lékařů, jaká skupina žen žádá o tento způsob porodu. Poslední otázka č. 10 se vztahuje na jejich osobní názor na „Císařský řez na přání“. Otázky v dotazníku č. 2 jsou uzavřené, kromě otázek č. 6 a 10, které jsou otevřené. Oslovila jsem 20 lékařů na gynekologicko-porodnickém oddělení. Návratnost dotazníků byla 75%. Dotazník č. 2 je uveden v příloze.

6.2.3 Výsledky výzkumu

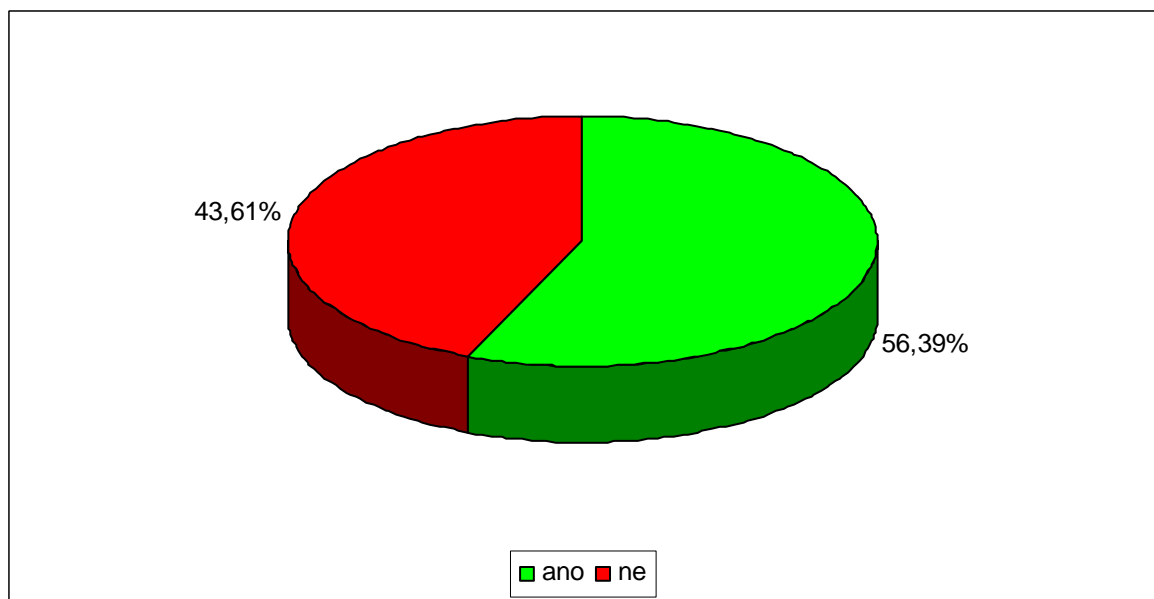
Dotazník č. 1: Dotazník pro širokou veřejnost

Otázka č. 1: Slyšel (a) jste někdy o "Císařském řezu na přání"?

Tabulka č. 3

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	75	56,39%
ne	58	43,61%
celkem	133	100%

Graf č. 1



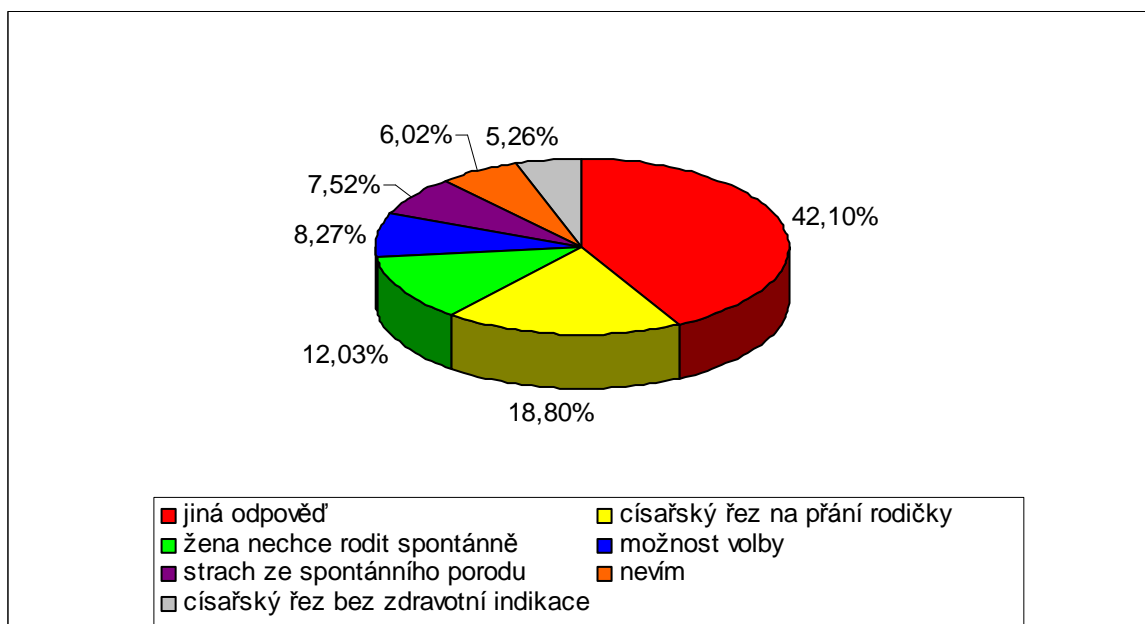
O „Císařském řezu na přání“ slyšelo 75 (56,39%) respondentů. Naopak 58 (43,61%) dotazovaných o „Císařském řezu na přání“ neslyšelo.

Otázka č. 2: Co si představíte pod pojmem „Císařský řez na přání“?

Tabulka č. 4

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
jiná odpověď	56	42,10%
císařský řez na přání rodičky	25	18,80%
žena nechce родit spontánně	16	12,03%
možnost volby	11	8,27%
strach ze spontánního porodu	10	7,52%
nevím	8	6,02%
císařský řez bez zdravotní indikace	7	5,26%
celkem	133	100%

Graf č. 2



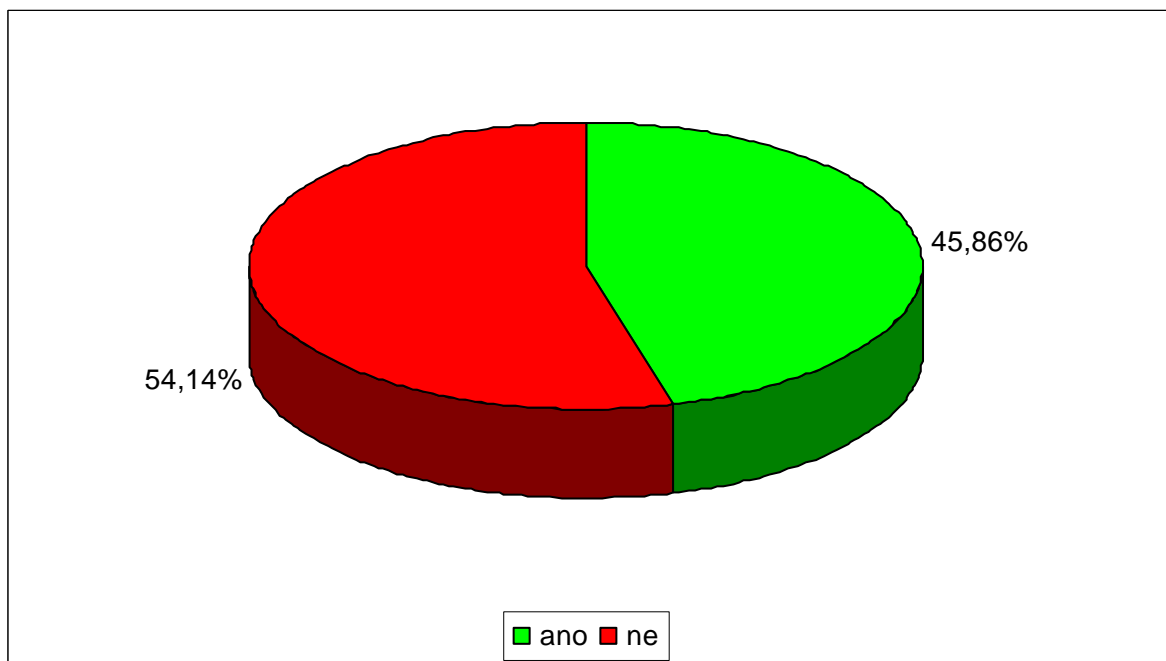
U otázky č. 2 jsem zvolila volnou formu odpovědi, jako nejčastější se vyskytovaly odpovědi, které jsem posléze dala do skupiny „jiná odpověď“ v počtu 56 (42,10%) respondentů, dobrovolný císařský řez, bezbolestný porod, operaci, císařský řez aj. Druhá nejčastější odpověď byla císařský řez na přání rodičky ve 25 (18,80%) případech. Když žena nechce родit spontánně, odpovědělo 16 (12,03%) respondentů. Možnost volby zvolilo 11 (8,27%) respondentů. 10 (7,52%) dotazovaných odpovědělo, že si pod pojmem „Císařský řez na přání“ představí strach ze spontánního porodu. 8 (6,02%) respondentů neví co si pod tím představí. A 7 (5,26%) si představí císařský řez bez zdravotní indikace.

Otázka č. 3: Podstoupila byste Vy sama „Císařský řez na přání“? Pro muže: Nechal byste svou ženu, manželku, přítelkyni, dceru podstoupit „Císařský řez na přání“?

Tabulka č. 5

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	61	45,86%
ne	72	54,14%
celkem	133	100%

Graf č. 3



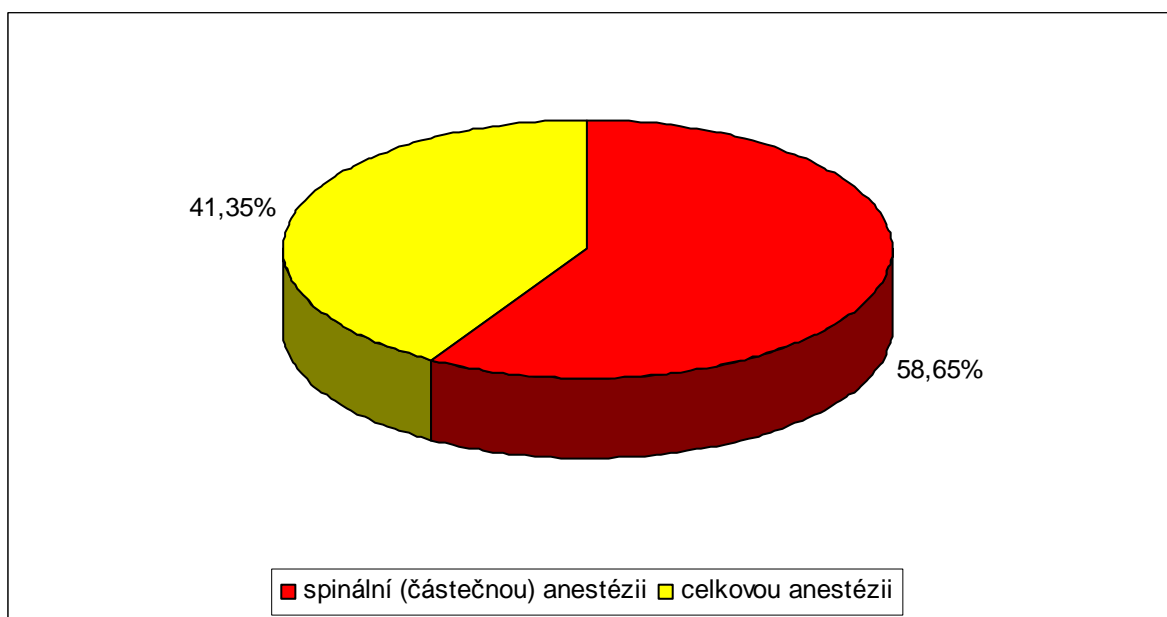
„Císařský řez na přání“ by podstoupilo, popř. by nechalo podstoupit svou ženu, manželku, přítelkyni, dceru, 61 (45,87%) respondentů. A 72 (54,14%) respondentů by jej určitě nepodstoupilo.

Otázka č. 4: Jakou anestézií byste zvolil(a)?

Tabulka č. 6

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
spinální (částečnou) anestézií	78	58,65%
celkovou anestézií	55	41,35%
celkem	133	100%

Graf č. 4



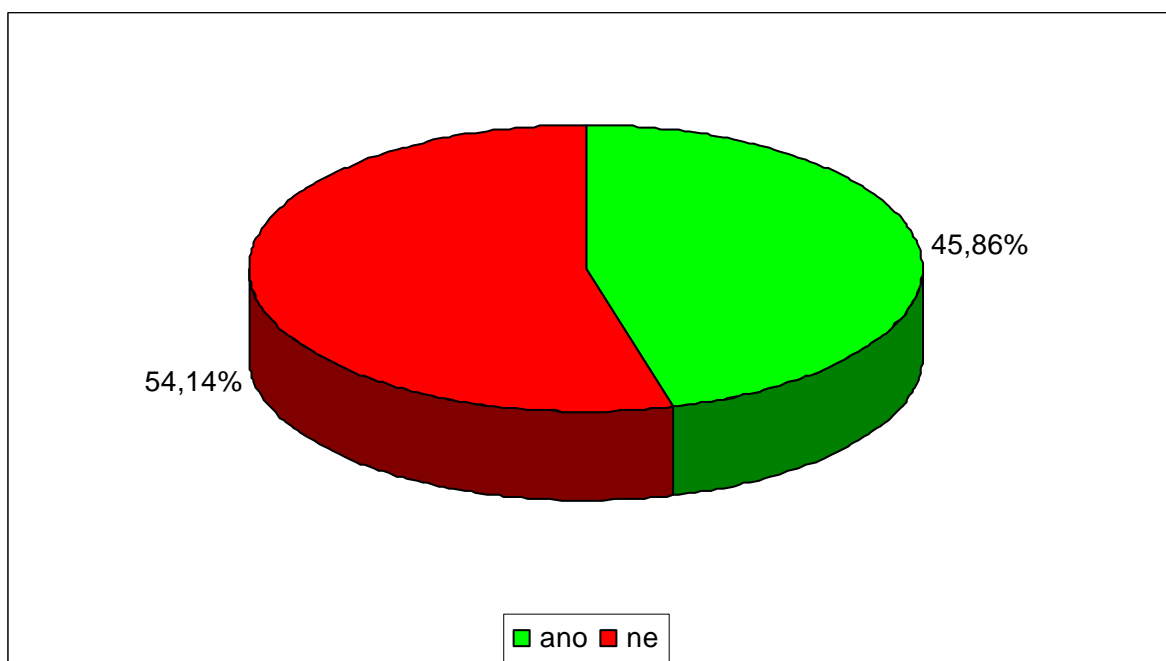
Většina dotazovaných 78 (58,65%) by zvolila spinální anestézií. Celkovou anestézií by využilo 55 (41,35%) respondentů.

Otázka č. 5: Znáte nějaké riziko při porodu císařským řezem?

Tabulka č. 7

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	61	45,86%
ne	72	54,14%
celkem	133	100%

Graf č. 5



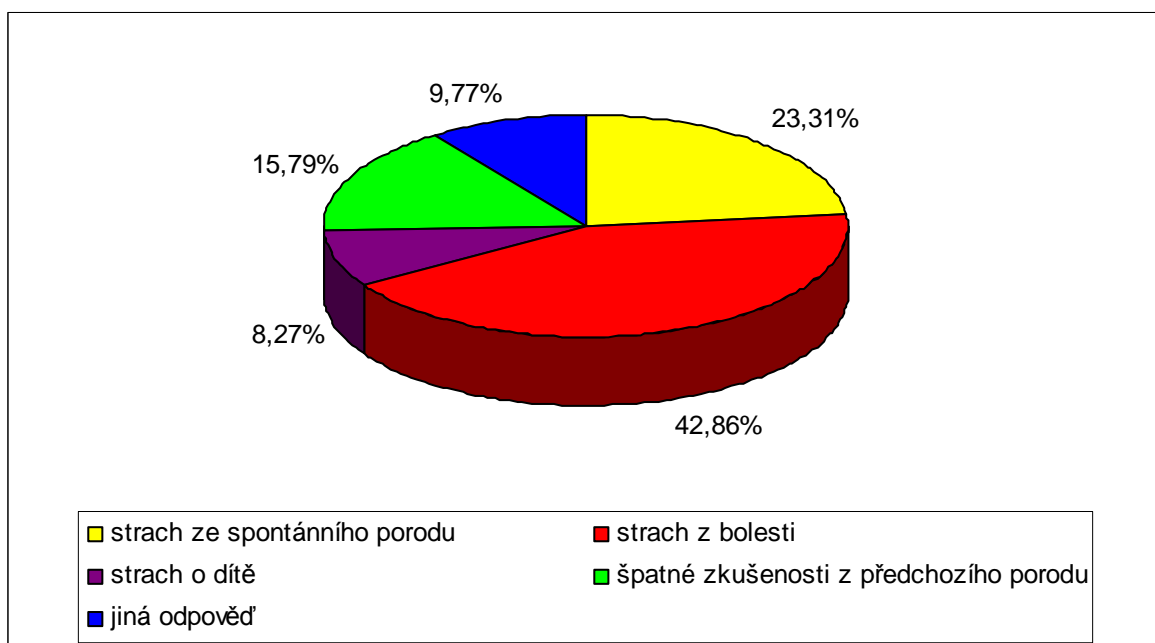
Otázkou č. 5 jsem zjišťovala, jestli dotazovaní znají nějaké riziko při porodu císařským řezem. 72 (54,14%) dotazovaných odpovědělo, že neznají riziko porodu císařským řezem a 61 (45,86%) zná nějaké riziko při císařském řezu.

Otázka č. 6: Proč ženy volí variantu „Císařský řez na přání“?

Tabulka č. 8

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
strach ze spontánního porodu	31	23,31%
strach z bolesti	57	42,86%
strach o dítě	11	8,27%
špatné zkušenosti z předchozího porodu	21	15,79%
jiná odpověď	13	9,77%
celkem	133	100%

Graf č. 6



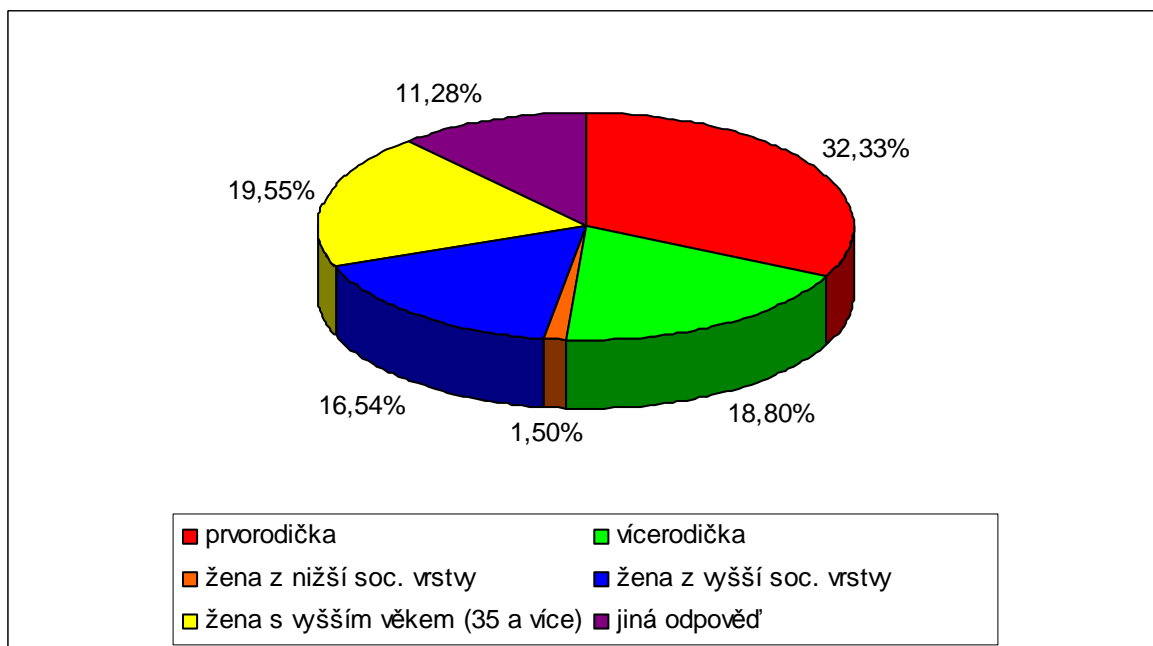
Na otázku: Proč ženy volí variantu „Císařský řez na přání“ odpovědělo nejvíce respondentů v počtu 57 (42,86%) strach z bolesti. Strach ze spontánního porodu zvolilo 31 (23,31%) respondentů. 21 (15,79%) respondentů označili odpověď špatné zkušenosti z předchozího porodu. Jinou odpověď zvolilo 13 (9,77%) respondentů. Strach o dítě označilo 11 (8,27%) respondentů.

Otázka č. 7: Která žena bude podle Vás, žádat o „Císařský řez na přání“?

Tabulka č. 9

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
prvorodička	43	32,33%
vícerodička	25	18,80%
žena z nižší soc. vrstvy	2	1,50%
žena z vyšší soc. vrstvy	22	16,54%
žena s nižším věkem (34 a méně)	0	0%
žena s vyšším věkem (35 a více)	26	19,55%
jiná odpověď	15	11,28%
celkem	133	100%

Graf č. 7



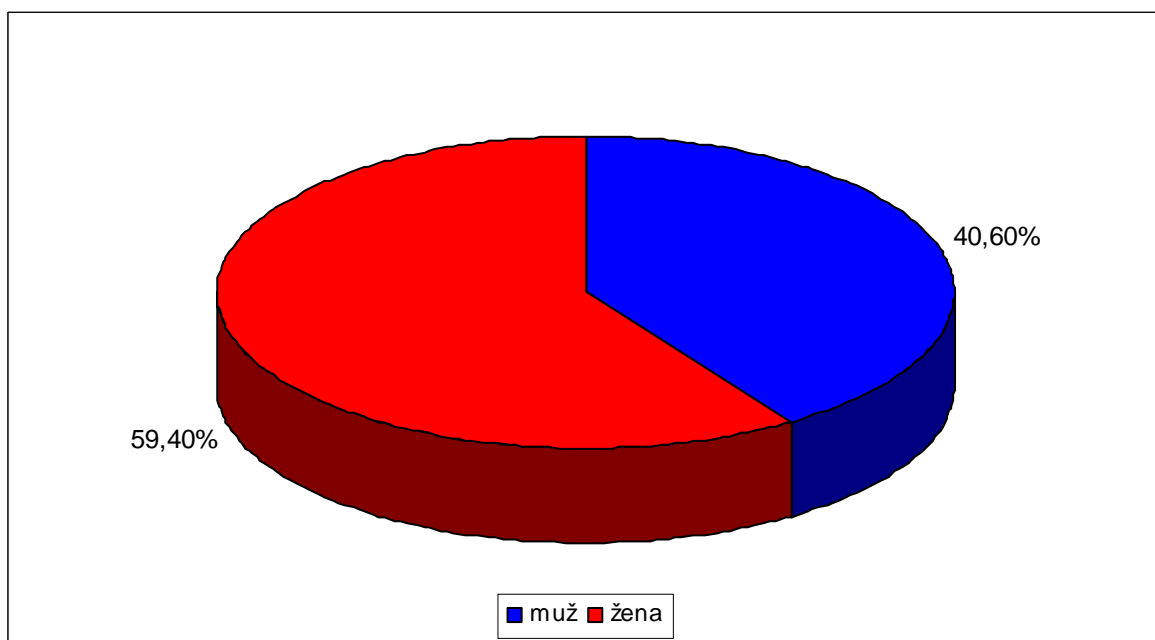
Respondenti na otázku č. 7 odpověděli nejčastěji ve 43 (32,33%), že o „Císařský řez na přání“ bude žádat prvorodička, následně odpovědělo 26 (19,55%) respondentů, že o něj bude žádat žena s vyšším věkem (35 a více). 25 (18,80%) respondentů označilo jako odpověď vícerodička. Dále 22 (16,54%) respondentů se domnívá, že o „Císařský řez na přání“ požádá žena z vyšší sociální vrstvy. Jinou odpověď označilo 15 (11,28%) respondentů. Jen 2 (1,50%) respondenti odpověděli, že o tento způsob porodu bude žádat žena z nižší sociální vrstvy. Odpověď „žena s nižším věkem (34 a méně)“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 8: Pohlaví

Tabulka č. 10

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
muž	54	40,60%
žena	79	59,40%
celkem	133	100%

Graf č. 8



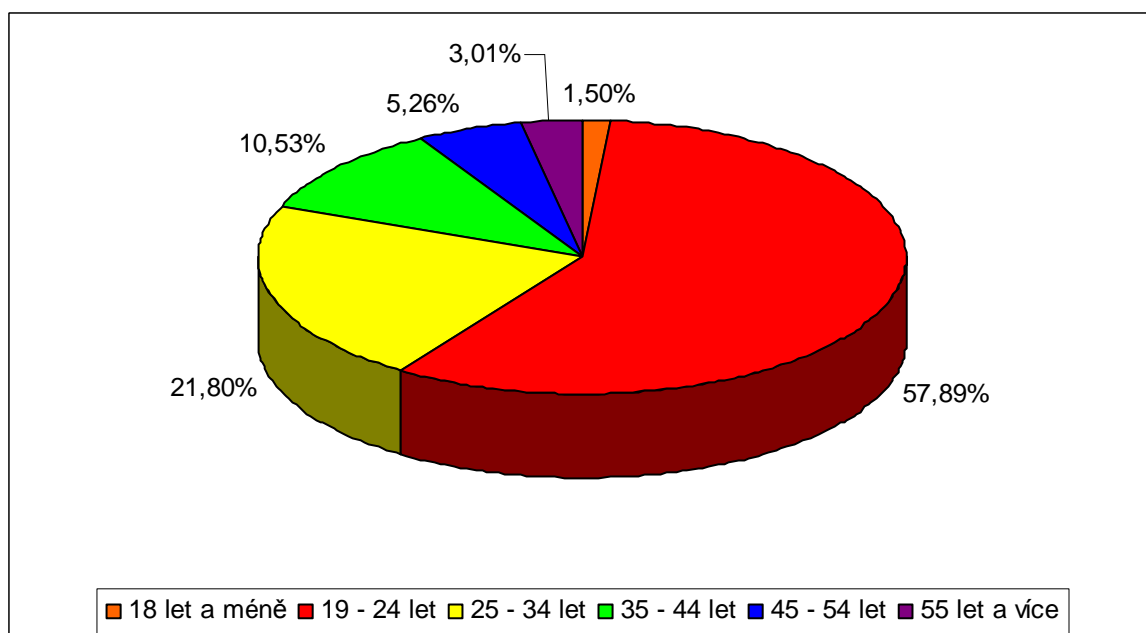
Otázkou č. 8 jsem se dotazovala na pohlaví respondentů, kde bylo 79 (59,40%) žen a 54 (40,60%) mužů.

Otázka č. 9: Váš věk?

Tabulka č. 11

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
18 let a méně	2	1,50%
19 - 24 let	77	57,89%
25 - 34 let	29	21,80%
35 - 44 let	14	10,53%
45 - 54 let	7	5,26%
55 let a více	4	3,01%
celkem	133	100%

Graf č. 9



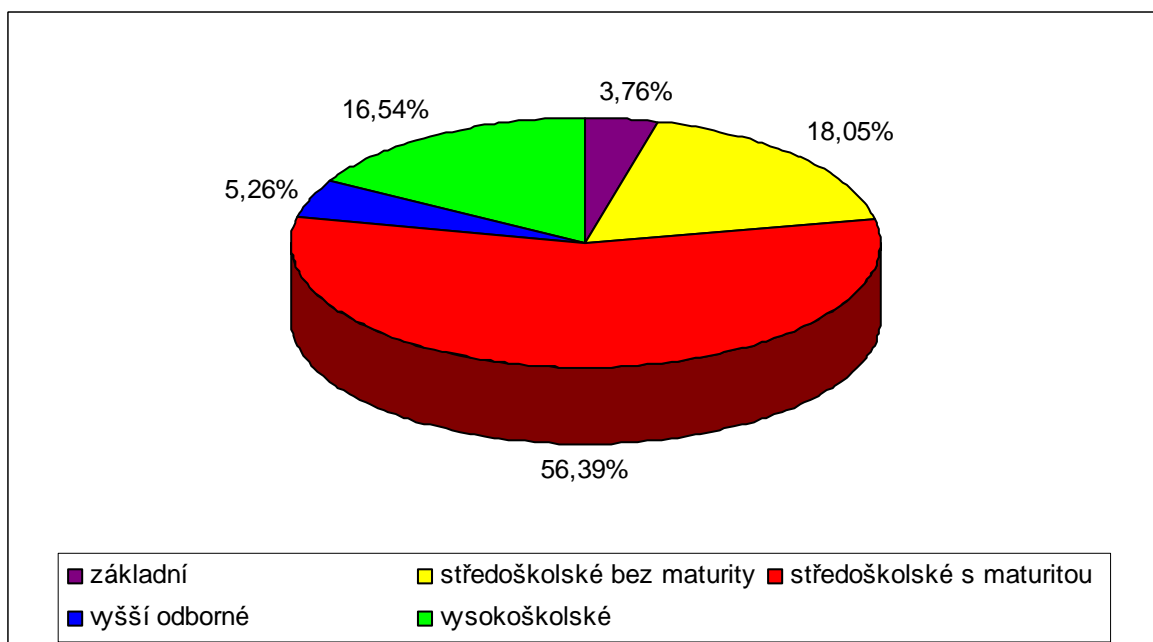
Nejčastější věková skupina respondentů byla 19 – 24 let. Tito respondenti zaujímali 57,89%. Věk 25 – 34 let byl zastoupen 29 respondenty (21,80%), 14 respondentů bylo ve věku 35 – 44 let (10,53%), 7 respondentů ve věku 45 – 54 let (5,26%), 4 respondenti byli ve věku 55 let a více (3,01%), respondentů pod 18 let a méně bylo 2 (1,50%).

Otázka č. 10: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 12

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
základní	5	3,76%
středoškolské bez maturity	24	18,05%
středoškolské s maturitou	75	56,39%
vyšší odborné	7	5,26%
vysokoškolské	22	16,54%
celkem	133	100%

Graf č. 10



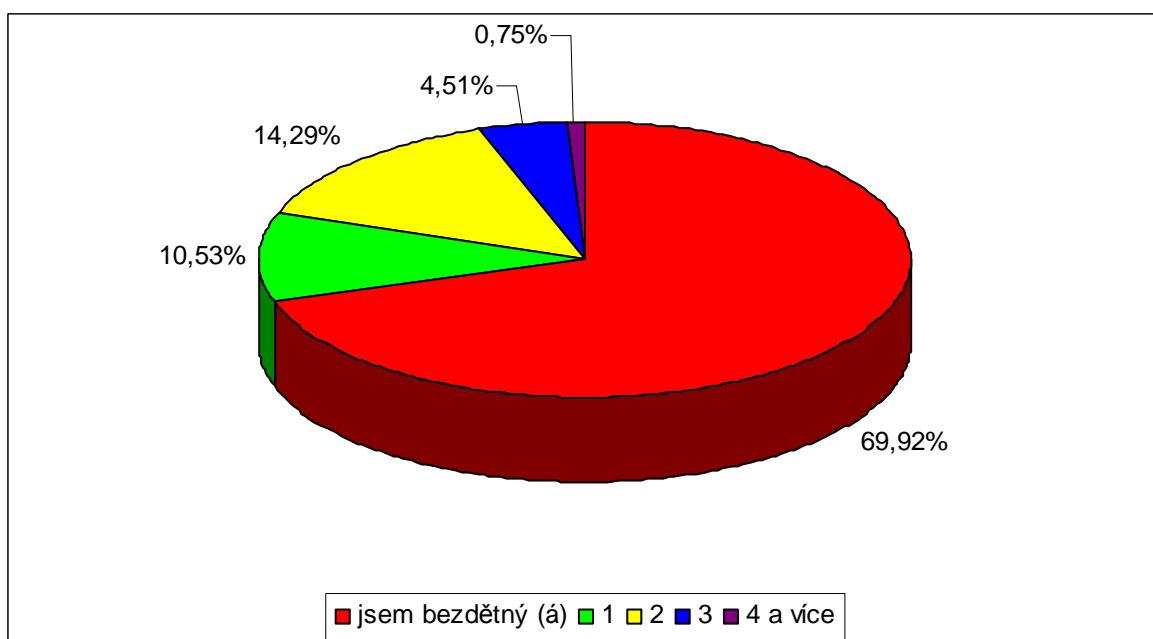
Nejpočetnější skupina dotazovaných respondentů 75 (56,39%) má středoškolské vzdělání s maturitou. 24 (18,05%) respondentů má středoškolské vzdělání bez maturity. 22 (16,54%) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, 7 (5,26%) respondentů má vyšší odborné vzdělání a základní vzdělání uvedlo 5 (3,76%) respondentů.

Otázka č. 11: Kolik máte dětí?

Tabulka č. 13

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
jsem bezdětný (á)	93	69,92%
1	14	10,53%
2	19	14,29%
3	6	4,51%
4 a více	1	0,75%
celkem	133	100%

Graf č. 11



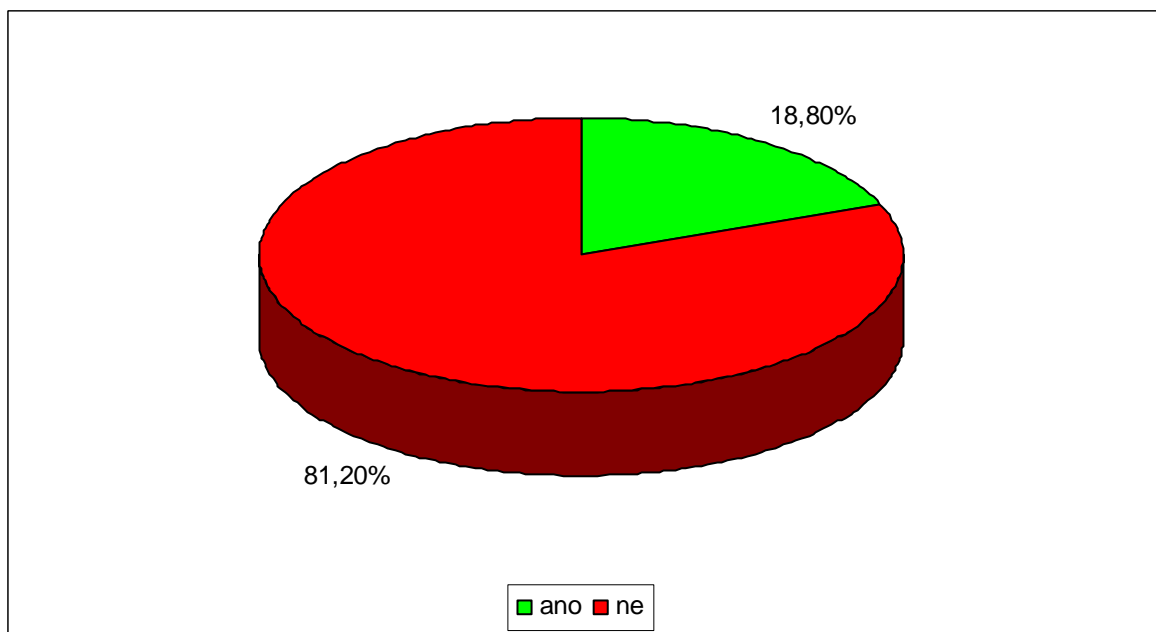
Jako nejčastější skupinou byli respondenti 93 (69,92%), kteří uvedli bezdětnost. Druhou skupinou bylo 19 (14,29%) respondentů se dvěma dětmi, třetí skupinou zaujímalo 14 (10,53%) respondentů, kteří mají jedno dítě. Tři děti má 6 (4,51%) respondentů. Čtyři a více dětí má jen jeden (0,75%) respondent.

Otázka č. 12: Pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 14

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	25	18,80%
ne	108	81,20%
celkem	133	100%

Graf č. 12



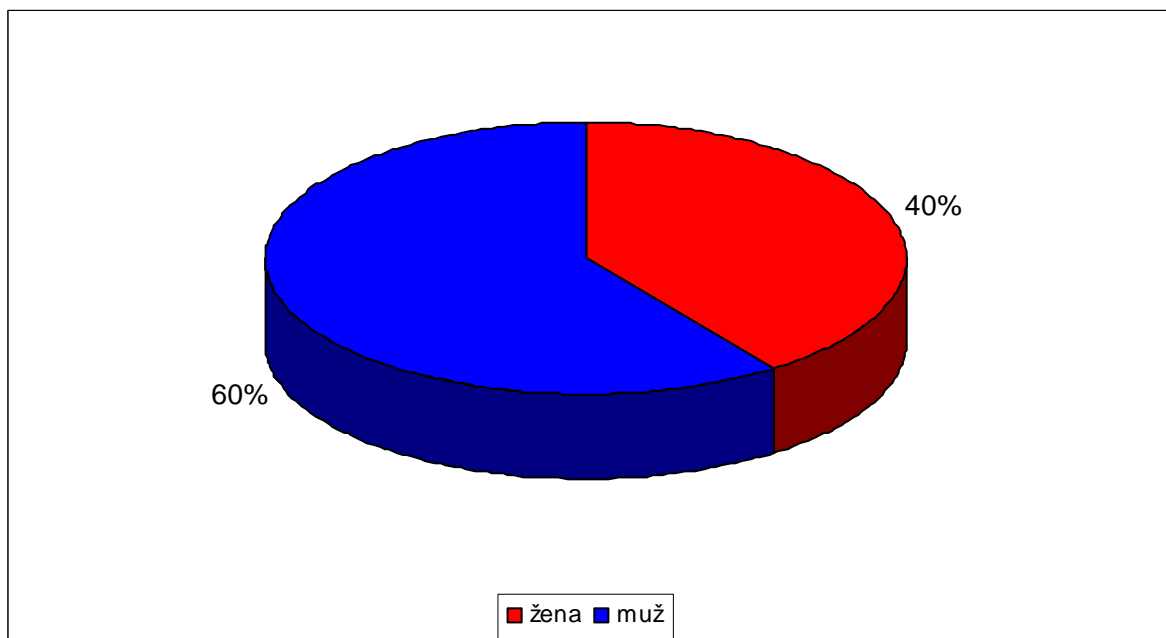
Většina 108 (81,20%) respondentů nepracuje ve zdravotnictví a 25 (18,80%) dotazovaných pracuje ve zdravotnickém zařízení.

Dotazník č. 2: Dotazník pro lékaře*Otázka č. 1: Pohlaví*

Tabulka č. 15

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
žena	6	40%
muž	9	60%
celkem	15	100%

Graf č. 13



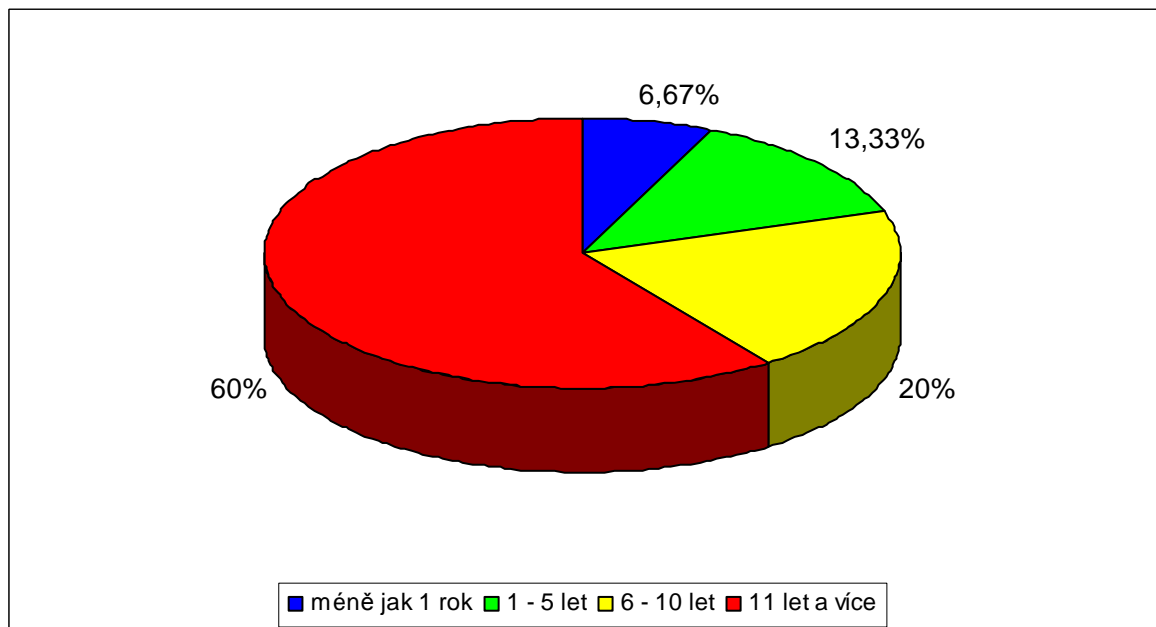
První otázkou jsem se dotazovala lékařů na pohlaví, více bylo mužů 9 (60%), žen bylo 6 (40%).

Otázka č. 2: Doba praxe

Tabulka č. 16

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
méně jak 1 rok	1	6,67%
1 - 5 let	2	13,33%
6 - 10 let	3	20%
11 let a více	9	60%
celkem	15	100%

Graf č. 14



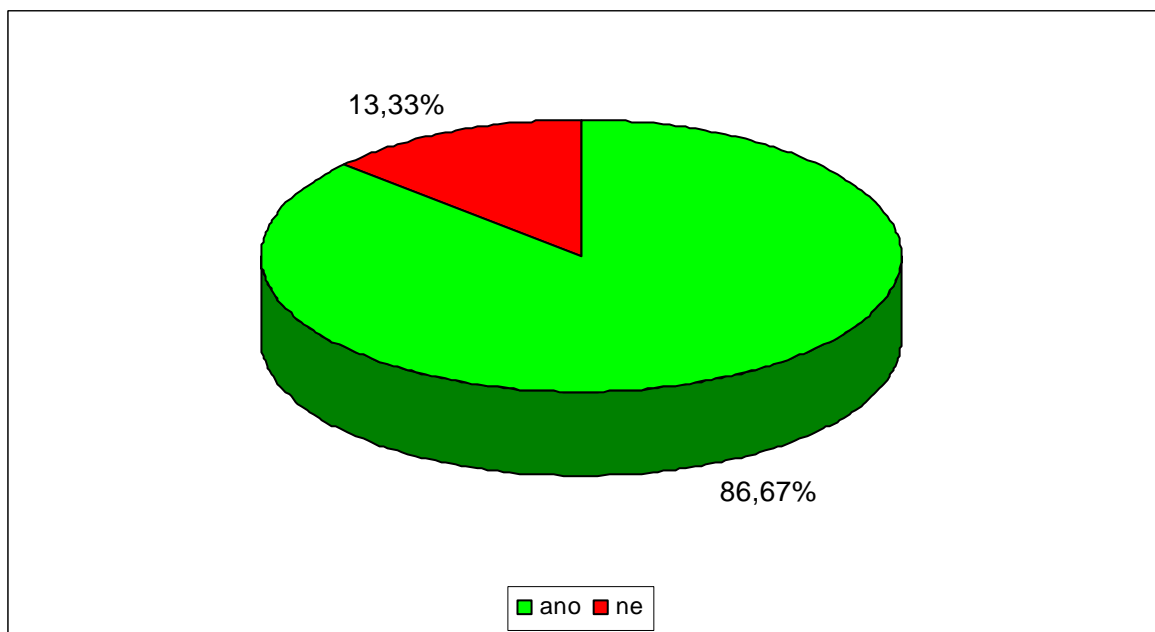
9 (60%) lékařů jsou v praxi 11 a více let. 6 – 10 let jsou v praxi 3 (20%) lékaři. Následně 2 (13,33%) lékaři jsou v praxi 1 – 5 let. Pouze 1 (6,67%) lékař je v praxi méně jak 1 rok.

Otázka č. 3: Setkal (a) jste se s žádostí o SC na přání?

Tabulka č. 17

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	13	86,67%
ne	2	13,33%
celkem	15	100%

Graf č. 15



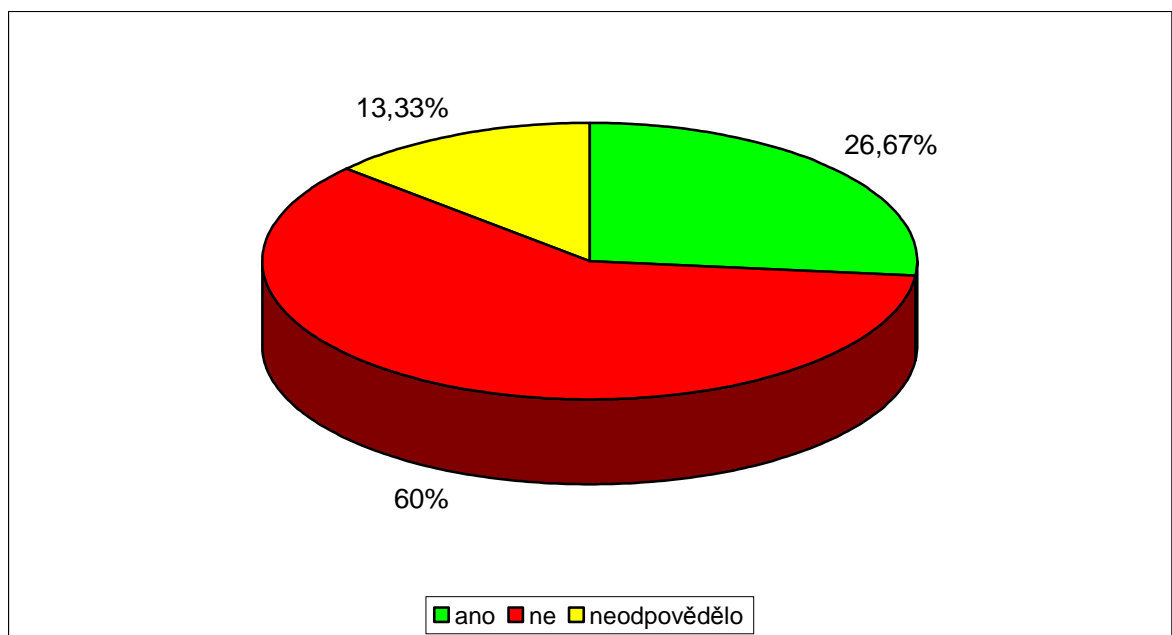
Naprostá většina lékařů 13 (86,67%) se s SC na přání již setkala. Naopak 2 (13,33%) lékaři prozatím ne.

Otázka č. 4: Vy sám (a) jste prováděl (a) SC na přání?

Tabulka č. 18

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	4	26,67%
ne	9	60%
neodpovědělo	2	13,33%
celkem	15	100%

Graf č. 16



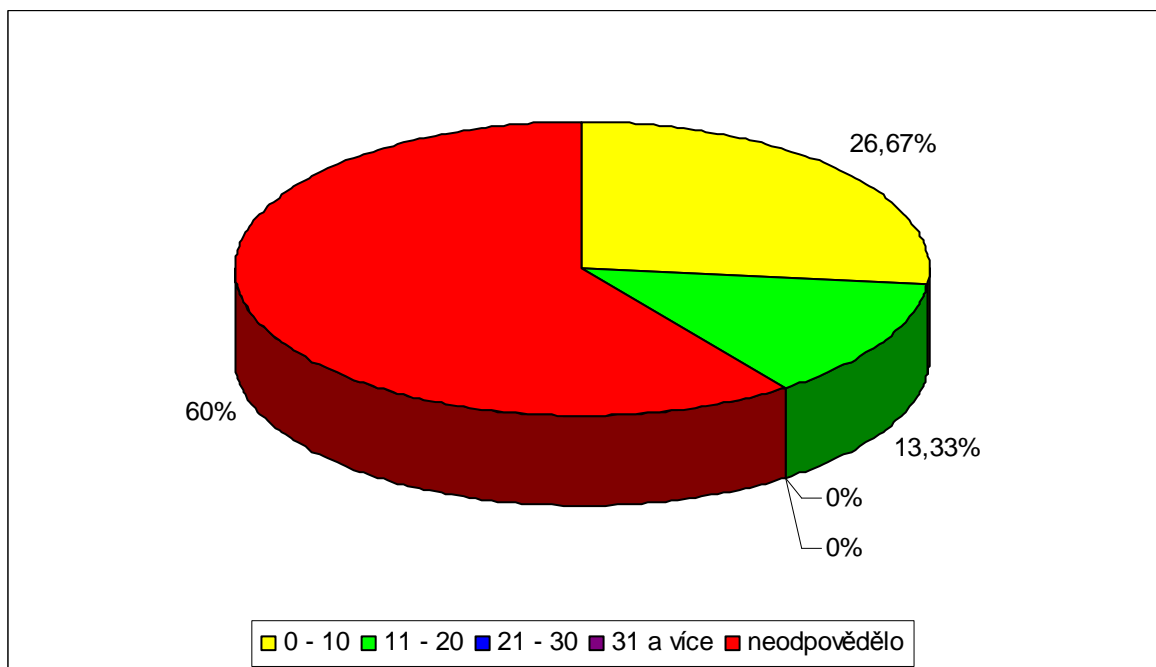
Touto otázkou jsem zjišťovala, kolik lékařů SC na přání provádělo. 9 (60%) lékařů odpovědělo, že SC na přání neprovádělo, 4 (26,67%) lékaři se přiznali, že SC na přání již provádělo a 2 (13,33%) lékaři na tuto otázku neodpověděli vůbec.

Otázka č. 5: Pokud ano, kolik jich bylo?

Tabulka č. 19

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
0 - 10	4	26,67%
11 - 20	2	13,33%
21 - 30	0	0%
31 a více	0	0%
neodpovědělo	9	60%
celkem	15	100%

Graf č. 17



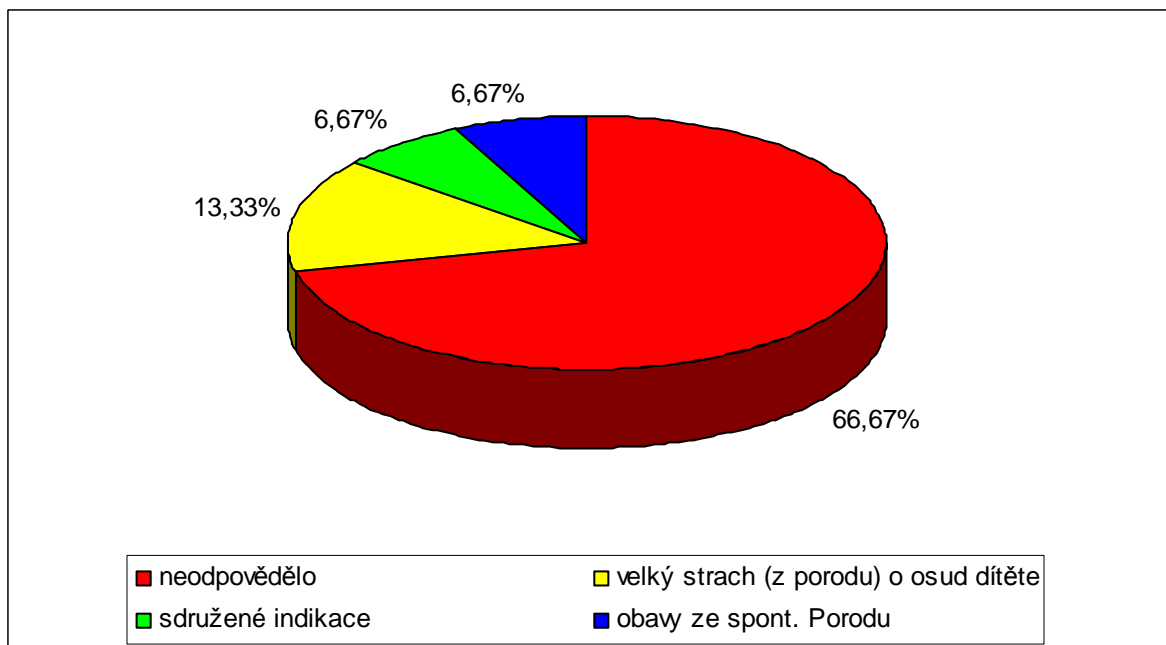
Celkem 9 (60%) lékařů na tuto otázku vůbec neodpovědělo. 4 (26,67%) lékaři zvolili první odpověď tedy, že provedli 0 – 10 SC na přání, přičemž dva lékaři neprovedli ani jeden SC na přání, neboť na předcházející otázku odpověděli, že SC na přání neprováděli. 2 (13,33%) lékaři zvolili druhou odpověď, že provedli 11 – 20 SC na přání.

Otázka č. 6: Jakou nejčastější indikaci jste uvedl (a) do dokumentace při SC na přání?

Tabulka č. 20

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
neodpovědělo	10	66,67%
velký strach (z porodu) o osud dítěte	2	13,33%
sdužené indikace	1	6,67%
obavy ze spont. porodu	1	6,67%
celkem	15	100%

Graf č. 18



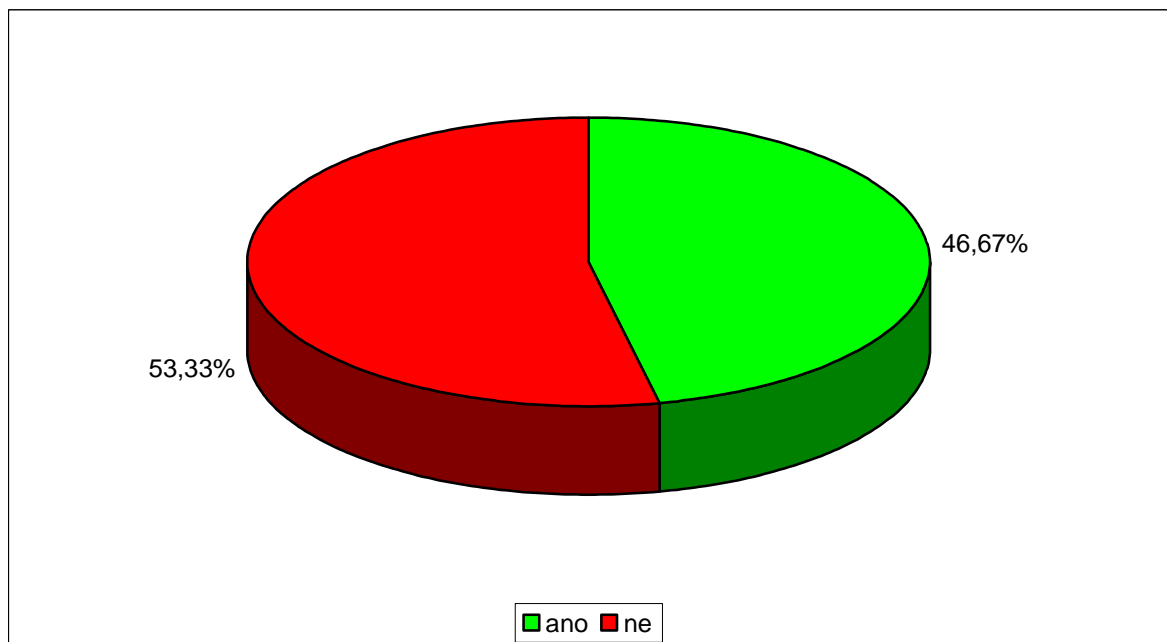
10 (66,67%) lékařů na tuto otázku neodpovědělo, dále 2 (13,33%) lékaři odpověděli, že jako nejčastější indikaci píší do dokumentace velký strach (z porodu) o osud dítěte. 1 (6,67%) lékař píše sdužené indikace, a obavy ze spontánního porodu jako nejčastější indikace píše taktéž 1 (6,67%) lékař.

Otázka č. 7: Podstoupila byste Vy sama SC na přání? Popřípadě, zda byste nechal svou ženu, manželku, přítelkyni podstoupit SC na přání?

Tabulka č. 21

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
ano	7	46,67%
ne	8	53,33%
celkem	15	100%

Graf č. 19



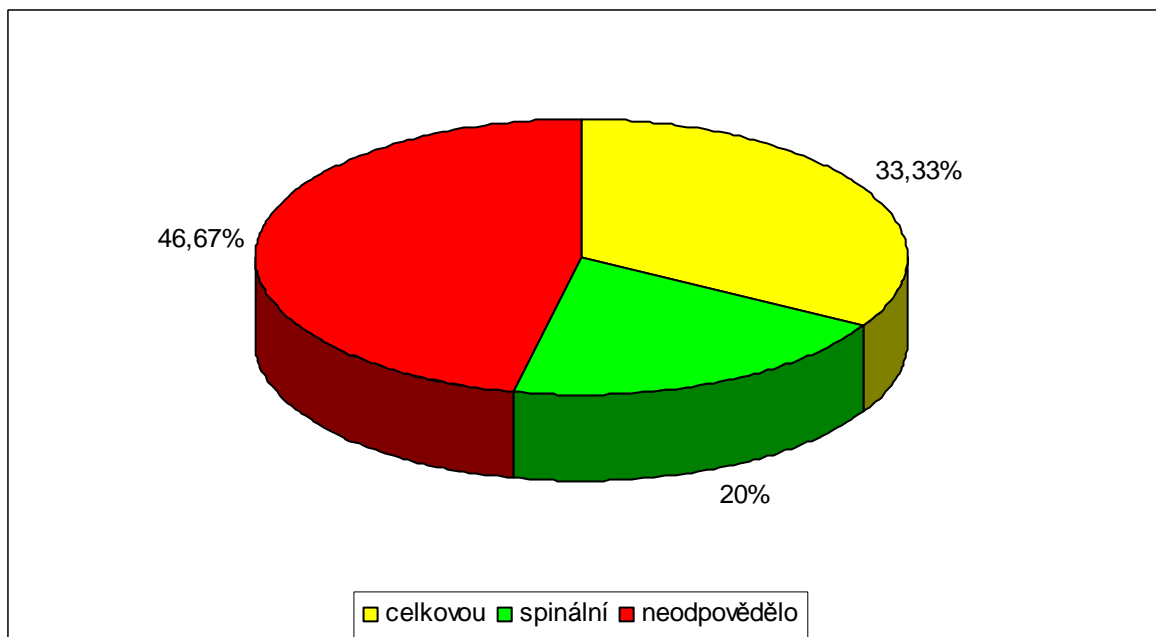
SC na přání by nepodstoupilo, nebo nenechalo podstoupit svou ženu, manželku, přítelkyni 8 (53,33%) lékařů, na druhou stranu 7 (46,67%) lékařů by jej podstoupilo, nebo nechalo podstoupit svou ženu, manželku, přítelkyni.

Otázka č. 8: Jakou anestézií byste zvolil (a)?

Tabulka č. 22

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
celkovou	5	33,33%
spinální	3	20%
neodpovědělo	7	46,67%
celkem	15	100%

Graf č. 20



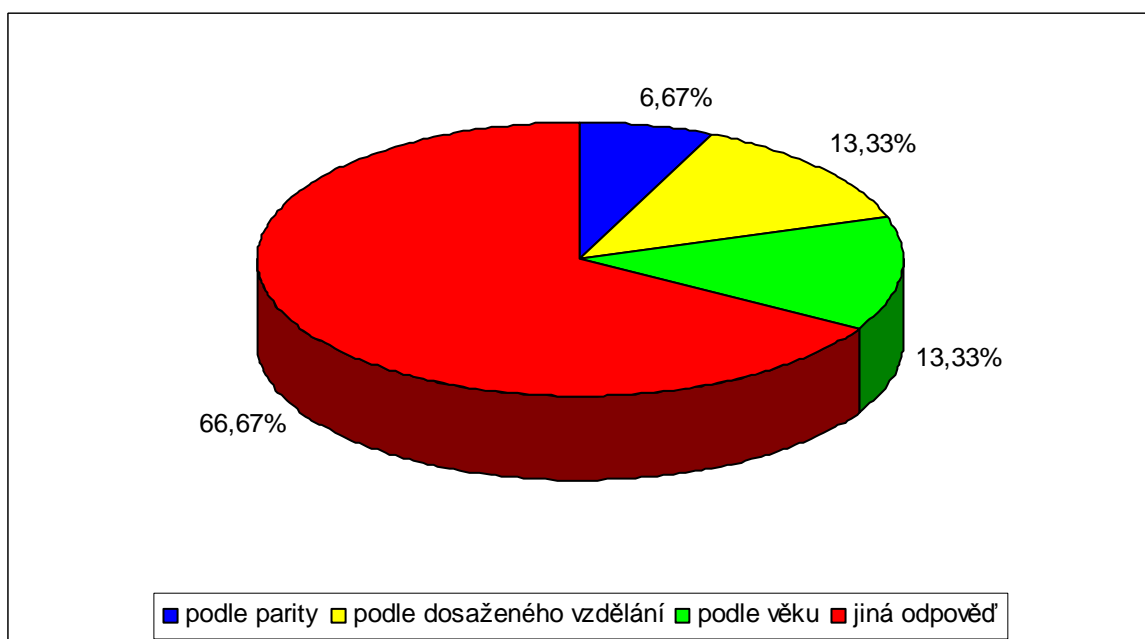
Na otázku jakou anestézií byste zvolil (a) 7 (46,67%) lékařů neodpovědělo. 5 (33,33%) lékařů by zvolilo raději celkovou anestézií. A 3 (20%) lékaři zvolili odpověď spinální anestézií.

Otázka č. 9: Která skupina žen, podle Vás, nejčastěji žádá o SC na přání?

Tabulka č. 23

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
podle parity	1	6,67%
podle dosaženého vzdělání	2	13,33%
podle věku	2	13,33%
jiná odpověď	10	66,67%
celkem	15	100%

Graf č. 21



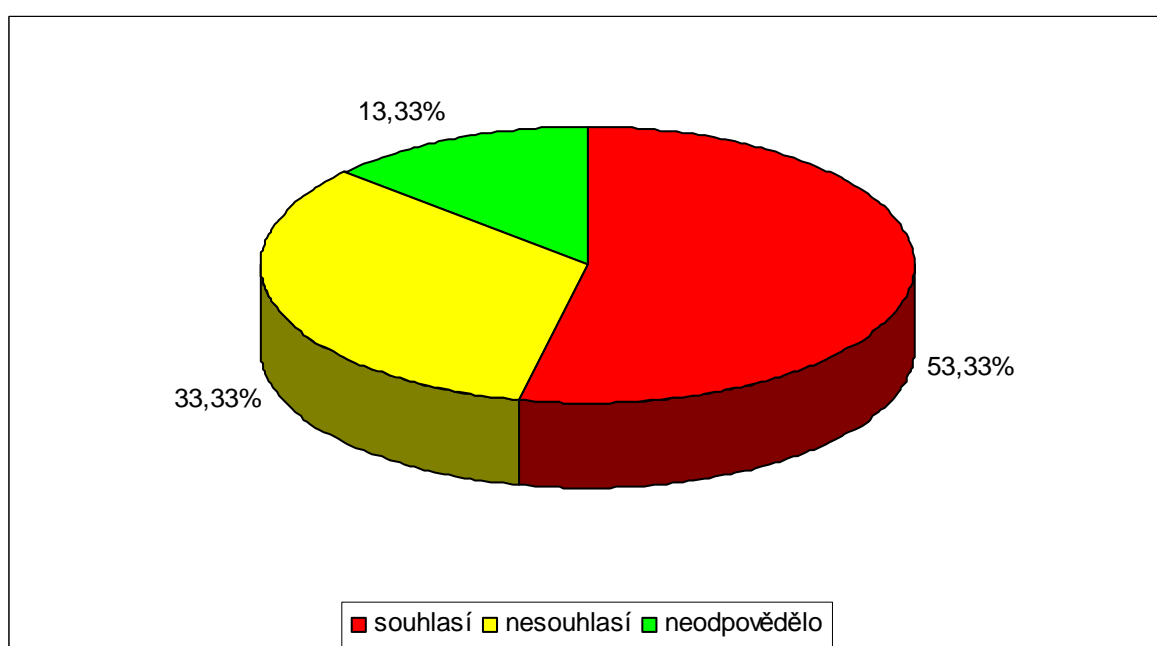
10 (66,67%) lékařů zvolilo jinou odpověď, 2 (13,33%) lékaři zvolili odpověď, že nejčastější skupina žen, která o SC na přání žádá je podle dosaženého vzdělání, stejný počet, tedy 2 (13,33%) lékaři označili jako svou odpověď podle věku, 1 (6,67%) lékař zvolil odpověď podle parity.

Otázka č. 10: Napište, prosím, svůj názor na SC na přání.

Tabulka č. 24

Odpověď	Počet respondentů	Procenta
souhlasí	8	53,33%
nesouhlasí	5	33,33%
neodpovědělo	2	13,33%
celkem	15	100%

Graf č. 22



8 (53,33%) lékařů s SC na přání souhlasí, 5 (33,33%) lékařů s tímto císařským řezem nesouhlasí a 2 (13,33%) lékaři na tuto otázku vůbec neodpověděli.

7 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Informovanost o „SC na přání“

Na zjištění informovanosti o „SC na přání“ byla zaměřena otázka č. 1 a otázka č. 2 v dotazníku č. 1, a otázka č. 3 v dotazníku č. 3. Vyhodnocení tohoto cíle je graficky znázorněno v grafech č. 1, č. 2, kde je informovanost o „SC na přání“ posuzováno ze stran široké veřejnosti a v grafu č. 15 je znázorněna informovanost o „SC na přání“ z pohledu lékařů.

Hypotéza 1.1: Předpokládám, že více jak 40% respondentů o „SC na přání“ doposud neslyšelo.

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 1 v dotazníku č. 1, kde je v tabulce č. 3 uvedeno, že 58 z dotazovaných respondentů, o „SC na přání“ doposud neslyšelo. Ze 133 respondentů tvoří počet těchto dotazovaných 43,61%.

Hypotéza 1.1 se potvrdila.

Hypotéza 1.2: Předpokládám, že více jak 60% respondentů by „SC na přání“ nepodstoupilo.

Ověření této hypotézy je v otázce č. 3 v dotazníku č. 1 a v otázce č. 7 v dotazníku č. 2.

Z pohledu dotazované široké veřejnosti:

Ze 133 dotazovaných uvedlo 72 (54,14%), že by „SC na přání“ nepodstoupilo.

Z pohledu lékařů:

Z 15 dotazovaných lékařů uvedlo 8 (53,13%), že by „SC na přání“ nepodstoupilo.

Hypotéza 1.2: se nepotvrdila.

Cíl 2: Jaký způsob anestézie by respondent zvolil?

Cíl 2 je graficky zpracován v otázce č. 4 v dotazníku č. 1 a v otázce č. 8 v dotazníku č. 2. V grafu č. 4 je graficky znázorněno zvolení anestezie z pohledu široké veřejnosti a v grafu č. 20 je tato problematika graficky znázorněna z pohledu lékařů.

Hypotéza 2.1: Předpokládám, že méně jak 60% respondentů by zvolilo spinální anestézii.

K ověření hypotézy 2.1 směřuje otázka č. 4 v dotazníku č. 1, kde v tabulce č. 6 je uvedeno, že 78 respondentů z možných 133 uvedlo jako svou odpověď spinální anestezii. Procentuální vyjádření je 58,65%.

Hypotéza 2.1 se potvrdila.

Hypotéza 2.2: Předpokládám, že více jak 30% lékařů by využilo celkovou anestezii.

Hypotéza 2.2 je ověřena v otázce č. 8 v dotazníku č. 2, kde v následné tabulce č. 22 je zobrazeno, že 5 lékařů by podstoupilo celkovou anestezii. Z možných 15 lékařů je procentuální vyjádření 33,33%.

Hypotéza 2.2 se potvrdila.

Cíl 3: Proč a jaké ženy, podle respondentů, volí „SC na přání“?

Tento cíl je graficky zpracován v otázce č. 6, č. 7 v dotazníku č. 1. V grafu č. 6 je graficky znázorněno proč ženy volí variantu „SC na přání“. Naopak v grafu č. 7 je grafické znázornění, které ženy, podle respondentů, by žádaly o „SC na přání“.

Hypotéza 3.1: Předpokládám, že více jak 30% respondentů si myslí, že „SC na přání“ volí ženy ze strachu z bolesti.

K ověření této hypotézy slouží otázka č. 6 v dotazníku č. 1, kde z přítomné tabulky č. 8 je možné vyčíst, že 57 respondentů z celkového počtu 133 odpovědělo, že ženy volí „SC na přání“ ze strachu z bolesti. 57 respondentů činí 42,86%.

Hypotéza 3.1 se potvrdila.

Hypotéza 3.2: Předpokládám, že méně jak 40% respondentů si myslí, že „SC na přání“ volí ženy prvorodičky.

Ověření hypotézy 3.2 je uvedeno v otázce č. 7 v dotazníku č. 1, kde z příslušné tabulky č. 9 je patrné, že 43 respondentů si myslí, že o „SC na přání“ budou žádat ženy prvorodičky. Ze 133 respondentů tvoří počet těchto dotazovaných 32,33%.

Hypotéza 3.2 se potvrdila.

Cíl 4: Lékaři a „SC na přání“.

Cíl 4 je graficky zpracován v otázce č. 3, č. 4 v dotazníku č. 2. V grafu č. 15 je znázorněno, zda se někdy lékaři setkali s „SC na přání“. A následně v grafu č. 16 je graficky znázorněno, jestli dotazovaní lékaři někdy provedli „SC na přání“.

Hypotéza 4.1: Předpokládám, že více jak 80% lékařů se již setkalo s „SC na přání“.

K ověření této hypotézy jsem použila otázku č. 3 v dotazníku č. 2., kde 13 lékařů z 15 odpovědělo, že se s „SC na přání“ již setkalo. Což je 86,67%.

Hypotéza 4.1 se potvrdila.

Hypotéza 4.2: Předpokládám, že méně jak 10% lékařů někdy provedlo „SC na přání“.

K ověření hypotézy 4.2 slouží otázka č. 4 v dotazníku č. 2, kde je v příslušné tabulce č. 18 znázorněno, že 4 lékaři „SC na přání“ někdy provedli. Z celkového počtu 15 to dělá 26,67%.

Hypotéza 4.2 se nepotvrdila.

ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se zabývala porodnickou problematikou dnešní doby, a tedy císařským řezem na přání. Císařský řez na přání byl, je a bude velmi diskutovatelným tématem, ať už mezi porodníky nebo mezi laickou veřejností. Operace je veřejností většinou vnímána jako bezproblémová operace. Mnoho žen považuje vaginální porod jako nesnesitelnou bolest, a tak by raději dobrovolně podstoupily císařský řez, který je podle nich vnímán jako „bezbolestný“. Opak je však pravdou, neboť císařský řez je velká abdominální porodnická operace, která s sebou nese patřičná rizika a komplikace. Těhotné ženy, které si přejí porodit břišní cestou na přání, většinou patří mezi tzv. VIP osoby neboli celebrity, celebritou je považována i žena, která je na vysoké úrovni v jednotlivých regionech. Dále ženy, které mají špatné zkušenosti z předešlých porodů, kdy byl ohrožen život jak matky, tak novorozence.

Stanovila jsem si hned několik cílů, které se však vztahovaly k praktické části mé práce. V teoretické části byl kladen důraz na základní informace o císařském řezu. O jakou operaci se jedná, jaké jsou indikace k císařskému řezu, dále pak jaké jsou následné komplikace. Neboť, jak jsem se domnívala, a domnívala se správně, většina dotazovaných z příslušného dotazníku nezná komplikace spojené s touto abdominální operací. K praktické části byly stanoveny hned 4 cíle. Prvním cílem byla informovanost o císařském řezu na přání. Druhý cíl se stahoval k anestezii, a tedy jakou by dotazovaný zvolil. Třetím cílem jsem zjišťovala proč a jaké ženy, podle respondentů, volí císařský řez na přání. Poslední, tedy čtvrtý cíl byl - lékaři a SC na přání. Ke každému cíli byly zároveň vytvořeny dvě hypotézy. Pouze dvě hypotézy se nepotvrdily, a to hypotéza 1.2, ve které jsem předpokládala, že více jak 60% respondentů by císařský řez na přání nepodstoupilo, u široké veřejnosti bylo procentuální vyjádření 54,14%, u lékařů 53,13%. Nepotvrdila se hypotéza 4.2, u které jsem předpokládala, že méně jak 10% lékařů někdy provedlo SC na přání. Opak byl pravdou, neboť 4 lékaři z 15, což činí 26,67%, již císařský řez na přání někdy provedli.

V literatuře, ze které jsem čerpala, jsem se dozvěděla mnoho o této problematice, i když ze začátku mi činilo „problém“ se k těmto literárním zdrojům dostat. Jako ve většině případů existují dva tábory dané problematiky, stejně tomu je i u císařského řezu na přání. Jedni by si přáli, aby elektivní císařský řez byl považován za lege artis, druzí se k němu „otáčejí zády“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2, Druhé upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.

DOKLÁDAL, Milan – PÁČ, Libor. *Anatomie člověka II. Splanchnologie a cévní systém*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2413-5.

DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001, 142 s. ISBN 80-246-0277-6.

DOLEŽAL, Antonín. *Technika porodnických operací*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1998. 232 s. ISBN 80-7169-549-1.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie orgánových systémů*. Praha: Karolinum, 1995. 358 s. ISBN 80-7184-065-3.

ELIŠKOVÁ, Miloslava – NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

GRIM, Miloš – DRUGA, Rastislav et. al. *Základy anatomie 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén, Karolinum, 2005. 163 s. ISBN 80-7262-302-8.

HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

KUDELA, Milan a kolektiv. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.

NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad spol., 2004. 416 s. ISBN 80-7021-397-3.

PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing 2002, 536 s. ISBN 80-7169-969-1.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 403 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

TROJAN, Stanislav. *Tělověda*. Praha: Grada Publishing spol. s. r. o., 1997. 192 s. ISBN 80-7169-543-2.

ZÁBRANSKÝ, František. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén, 1997. 133 s. ISBN 80-85824-69-8.

Články z časopisů:

BINDER, T. Gynek. po Prom., Roč. 3, č. 6 (2003), s. 20-22. ISSN: 1213-2578. Lit: 5

BINDER, T. Prakt. Gynek. ČR, č. 5 (2002), s. 16-17. ISSN: 1211-6645.

ČEPICKÝ, P. Mod. Gynek. Porod., Roč. 13, č. 1 (2004), s. 100-104. ISSN: 1211-1058. Lit: 7

DVOŘÁK, M. Zdrav. Nov. ČR, Roč. 55, č. 17 (2006), s. 19, ISSN: 0044-1996.

HÁJEK, Z. Moderní gynekologie a porodnictví, Roč. 17, č. 1 (2008), s. 19-22. ISSN: 1211-1058. Lit.: 8

HIBBARD, J. U. – TORRE, M. D. Gynek. po promoci, Roč. 7, č. 3 (2007), s. 16-22. ISSN: 1213-2578. Lit. 58

KLÁN, A. Zdrav. Nov. ČR, Roč. 55, č. 18 (2006), s. 21. ISSN: 0044-1996.

KŘEPELKA, P. Česká gynekologie, Roč. 73, č. 5 (2008), s. 303-307. ISSN: 1210-7832.

MALÝ, Z. Zdrav. Nov. ČR, Roč. 50, č. 23 (2001). ISSN: 0044-1996. Příl. Lék. Listy, s. 20

MĚCHUROVÁ, A. Mod. Gynek. Porod., Roč. 13, č. 1 (2004), s. 89-93. ISSN: 1211-1058. Lit: 10

MĚCHUROVÁ, A. Prakt. Gynek. ČR, č. 5 (2002), s. 15-16. ISSN: 1211-6645. Lit: 10

NAGY, J. – HUVAR, I. Prakt. Gynek. ČR, č. 5 (2002), s. 17. ISSN: 1211-6645.

PERSCHOUT, R. Moderní gynekologie a porodnictví, Roč. 17, č. 1 (2008), s 23-27. ISSN: 1211-1058. Lit.: 7

PILKA, R. – KUDELA, M. Zdrav. Nov. ČR, Roč. 55, č. 18 (2006), s. 20. ISSN: 0044-1996.

ROZTOČIL, A. – HÁJEK, Z. – BINDER, T. – MERDEŠIČ, T. – ROKYTA, Z. – PAŘÍZEK, A. Medical tribune, Roč. 5, č. 18 (2009), s. A2. ISSN: 1214-8911.

ROZTOČIL, A. – KUDLÍK, J. – ŠULC, J. Zdrav. Nov. ČR, Roč. 55, č. 17 (2006), s. 20-22. ISSN 0044-1996.

ROZTOČIL, A. – PERSCHOUT, R. Lékařské listy, Roč. 57, č. 9 (2008), s. 22-25 Zdravotnické noviny. ISSN: 0044-1996.

ROZTOČIL, A. a kol. Medical tribune, Roč. 5, č. 18 (2009), s. A2. ISSN: 1214-8911.

ROZTOČIL, A. Interní Med. pro Praxi, Suppl., č. 2 (2003), s. 13-15. ISSN: 1212-7299. Lit: 8, Souhrn: eng

ROZTOČIL, A. Mod. Gynek. Porod., Roč. 13, č. 1 (2004), s. 94-99. ISSN: 1211-1058. Lit: 19

ROZTOČIL, A. Prakt. Gynek. ČR, č. 5 (2002), s. 15. ISSN: 1211-6645.

STARR, C. Gynek. po Prom., Roč. 3, č. 6 (2003), s. 15-19. ISSN: 1213-2578. Lit:8

VLK, R. – HORÁK, J. – KRATĚNOVÁ, A. – VODÁKOVÁ, B. Prakt. Gynek. ČR, č. 5 (2002), s. 37. ISSN: 1211-6645.

Elektronický zdroj:

Actualgyn [online]. [cit. 28. 3. 2010]. © 2009

URL: <http://www.actualgyn.com/pdf/2009_12.pdf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
aj.	a jiné
apod.	a podobně
cm	centimetr
č.	číslo
DIC	disseminated intravascular coagulation
FIGO	Intenational Federation of Gynecologists and Obstetricians
g	gram
HIV	human immunodeficiency virus
HELLP	hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count
IURG	intrauterine growth retardation
KP	konec pánevní
lig.	ligamentum
ml	mililitr
mm	milimetr
např.	na příklad
obr.	obrázek
popř.	po případě
př. n. l.	před naším letopočtem
řec.	Řecky
SC	section caesarean
tzv.	tak zvaný
VIP	very important person
ŽOK	život ohrožující krvácení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Johannes Scultetus a porod císařským řezem. (Doležal, 1998).....	15
Obrázek č. 2 Typy řezu	26

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Srovnání epidurální a subarachnoidální anestezie (Miloschewsky, 2002)	32
Tabulka č. 2 Etický kodex (Hibbard, Torre, 2007).....	34
<i>Tabulka č. 3.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka č. 4.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka č. 5.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka č. 6.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka č. 7.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka č. 8.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka č. 9.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka č. 10.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka č. 11.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka č. 12.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka č. 13.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka č. 14.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka č. 15.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka č. 16.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka č. 17.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka č. 18.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka č. 19.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka č. 20.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka č. 21.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka č. 22.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka č. 23.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka č. 24.....</i>	<i>61</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1</i>	40
<i>Graf č. 2</i>	41
<i>Graf č. 3</i>	42
<i>Graf č. 4</i>	43
<i>Graf č. 5</i>	44
<i>Graf č. 6</i>	45
<i>Graf č. 7</i>	46
<i>Graf č. 8</i>	47
<i>Graf č. 9</i>	48
<i>Graf č. 10</i>	49
<i>Graf č. 11</i>	50
<i>Graf č. 12</i>	51
<i>Graf č. 13</i>	52
<i>Graf č. 14</i>	53
<i>Graf č. 15</i>	54
<i>Graf č. 16</i>	55
<i>Graf č. 17</i>	56
<i>Graf č. 18</i>	57
<i>Graf č. 19</i>	58
<i>Graf č. 20</i>	59
<i>Graf č. 21</i>	60
<i>Graf č. 22</i>	61

SEZNAM PŘÍLOH

- PI Dotazník pro veřejnost
- PII Dotazník pro lékaře
- PIII Co říkají profesní organizace na císařský řez na přání (Hibbard, Torre, 2007)

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO VEŘEJNOST

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Novosádová, jsem studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma *Císařský řez na přání*. Prosím, Vás o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Poslouží mi pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za spolupráci a za Váš strávený čas nad vyplňováním otázek.

1. Slyšel (a) jste někdy o „Císařském řezu na přání“?

- a) ano
- b) ne

2. Co si představíte pod pojmem „Císařský řez na přání“? (volná odpověď)

.....

.....

.....

.....

3. Podstoupila byste Vy sama „Císařský řez na přání“? Pro muže: nechal byste svou ženu, manželku, přítelkyni, dceru podstoupit „Císařský řez na přání“?

- a) ano
- b) ne

4. Jakou anestezii byste zvolil (a)?

- a) spinální (částečnou) anestezii
- b) celkovou anestezii

5. Znáte nějaké riziko při porodu císařským řezem?

- a) ano
- b) ne

6. Proč ženy volí variantu „Císařský řez na přání“?

- a) strach ze spontánního porodu
- b) strach z bolesti
- c) strach o dítě
- d) špatné zkušenosti z předchozího porodu
- e) jiná odpověď

7. Která žena bude, podle Vás, žádat o „Císařský řez na přání“?

- a) prvorodička
- b) vícerodička
- c) žena z nižší sociální vrstvy
- d) žena z vyšší sociální vrstvy
- e) žena s nižším věkem (34 let a méně)
- f) žena s vyšším věkem (35 let a více)
- g) jiná odpověď

8. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

9. Váš věk

- a) 18 let a méně
- b) 19 – 24 let
- c) 25 – 34 let
- d) 35 – 44 let
- e) 45 – 54 let
- f) 55 let a více

10. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

11. Kolik máte dětí?

- a) jsem bezdětný (á)
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 a více

12. Pracujete ve zdravotnictví?

- a) ano
- b) ne

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO LÉKAŘE

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Novosádová, jsem studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma *SC na přání*. Prosím, Vás o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Poslouží mi ke zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za spolupráci a za Váš strávený čas nad vyplňováním otázek.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Doba praxe

- a) méně jak 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 a více let

3. Setkal (a) jste se s žádostí o *SC na přání*?

- a) ano
- b) ne → (přejděte na otázku č. 7)

4. Vy sám (a) jste prováděl (a) *SC na přání*?

- a) ano
- b) ne

5. Pokud ano, kolik jich bylo?

- a) 0 – 10
- b) 11 – 20
- c) 21 – 30
- d) 31 a více

6. Jakou nejčastější indikaci jste uvedl (a) do dokumentace při SC na přání? (volná odpověď)

.....

.....

.....

7. Podstoupila byste Vy sama SC na přání? Popřípadě, zda byste nechal svou ženu, manželku, přítelkyni rodit SC na přání?

- a) ano
- b) ne → (přejděte na otázku č. 9)

8. Jakou anestézii byste zvolil (a)?

- a) celkovou
- b) spinální

9. Která skupina žen, podle Vás, nejčastěji žádá o SC na přání?

- a) podle parity
- b) podle dosaženého vzdělání
- c) podle věku
- d) jiná odpověď

10. Napište, prosím, svůj názor na *SC na přání*.

.....

.....

.....

.....

PŘÍLOHA PIII: CO ŘÍKAJÍ PROFESNÍ ORGANIZACE NA CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ

Co říkají profesní organizace?

ACOG: Etický výbor pro chirurgické souhlasy používá císařský řez na přání jako příklad:

- **Císařský řez na přání je ospravedlnitelný**, pokud porodník věří, že pro celkové zdraví ženy a plodu představuje větší přínos než porod vaginální.
- **Císařský řez na přání není ospravedlnitelný**, pokud si porodník není jist, že pro ženu představuje větší přínos než porod vaginální.

SOGC: „Vaginální porod je stále považován za preferovaný postup a bezpečnější volbu pro většinu žen. Znamená menší riziko komplikací v těhotenství nebo v dalších těhotenstvích.“

NICE/RCOG: „Žádost ženy sama o sobě není indikací k císařskému řezu. Každý porodník má právo odmítnout žádost ženy o císařský řez, pokud není přítomen nějaký jiný, identifikovatelný důvod... žena by měla být odeslána k jinému odborníkovi pro druhý názor.“

FIGO (WHO): Absence důkazů o přínosu; možný odliv zdrojů. **Eticky neospravedlnitelné.**

NIH konference:

- Není dostatek důkazů, abychom některý ze způsobů porodu preferovali před jinými.
- Rozhodnutí o císařském řezu na přání musí být individuální, v souladu s etickými principy.
- Je zapotřebí dalších prospektivních studií.

SOCG – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence; RCOG – The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; FIGO – The International Federation of Gynecology and Obstetrics.