

**MASARYKOVA UNIVERZITA**  
**PŘÍRODOVĚDECKÁ FAKULTA**

# **Bakalářská práce**

**Brno 2015**

**Markéta Konířová**



**MASARYKOVA UNIVERZITA**

**Přírodovědecká fakulta**

**Ústav antropologie**



# **Vliv urychlování a zásahů do porodu na jeho průběh a pocity rodičky**

**Bakalářská práce**

**Markéta Konířová**

**Vedoucí práce: Mgr. Martin Čuta, Ph.D.**

**Brno 2015**

# Bibliografický záznam

<b>Autor</b>	Markéta Koniřová Přirodovědecká fakulta, Masarykova univerzita Ústav antropologie
<b>Název práce</b>	Vliv urychlování a zásahů do porodu na jeho průběh a pocity rodičky
<b>Studijní program</b>	Antropologie
<b>Studijní obor</b>	Antropologie
<b>Vedoucí práce</b>	Mgr. Martin Čuta, Ph.D.
<b>Akademický rok</b>	2014/2015
<b>Počet stran</b>	75
<b>Klíčová slova</b>	Porod, epiziotomie, amniotomie, operativní porod, císařský řez, vedení porodu.

# Bibliographic Entry

**Author:** Markéta Konířová  
Faculty of Science, Masaryk University  
Department of Anthropology

**Title of Thesis:** The impact of interventions and speeding up the delivery on its course  
and on the expectant mother

**Degree programme:** Anthropology

**Field of Study:** Anthropology

**Supervisor:** Mgr. Martin Čuta, Ph.D.

**Academic Year:** 2014/2015

**Number of Pages:** 75

**Keywords:** Delivery, episiotomy, amniotomy, assisted delivery, cesarean section,  
management of labor.

## Abstrakt

Práce se zabývá mapováním současné péče poskytované ženám při porodu zejména v porodnických zařízeních a hodnocením vlivu lékařských zásahů na průběh porodu a na pocity rodičky. Dotazníkovou metodou je hodnocena četnost jednotlivých zákroků (dirupce vaku blan, epiziotomie, porod pomocí kleští a pomocí vakuuextraktoru) a celkové pocity rodičky z průběhu porodu. Na základě informací získaných z dotazníku bylo zjišťováno, zda existuje závislost mezi četností jednotlivých zákroků, délkou porodu a dalšími aspekty porodního procesu. Dále se práce zabývá hodnocením zkušeností žen z porodu a vlivu vedení porodu na vztah rodičky a dítěte.

Z výzkumu bylo zjištěno, že vyšší četnost lékařských zákroků vede k horší celkové zkušenosti z porodu a že zákroky jsou často prováděny přes nesouhlas rodičky. Neumožnění jiné polohy pak vede k delšímu porodu a k vyšším četnostem zásahů. Dále bylo zjištěno, že nedostatek času na sblížení matky s dítětem po porodu vede k negativním důsledkům na jejich vztah.

## Abstract

This thesis is concerned with the actual situation of providing care to the women giving birth especially in a hospital. It evaluates the impact of the interventions and speeding up the delivery on the delivery process and on the feelings of the expectant mother. The frequency of the individual interventions (amniotomy, episiotomy, assisted delivery) as well as the general feelings of the mothers have been evaluated using a questionnaire. The relationships between the interventions and the individual aspects of the delivery process have been found based on the questionnaire. Furthermore the thesis assesses women's experiences with delivery and the impact of the management of labor on an attachment between the mother and child.

From the research it was found that higher number of interventions causes worse general feelings from the delivery and that interventions are frequently performed despite of the disagreement of expectant mother. Disallowing of the different position leads to the longer delivery process and to the higher frequency of interventions. Furthermore was found that the lack of time for an attachment between the mother and child causes a negative effects on their relationship.



Masarykova univerzita

Přírodovědecká fakulta



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Student: **Markéta Konířová**  
Studijní program: **PřF B-AN Antropologie**  
Studijní obor: **PřF ANTR Antropologie**

Ředitel Ústavu antropologie PřF MU Vám ve smyslu Studijního a zkušebního řádu MU určuje bakalářskou práci s tématem:

**Vliv urychlování a zásahů do porodu na jeho průběh a pocity rodičky**

**The impact of interventions and speeding up the delivery on its course and on the expectant mother**

### *Oficiální zadání:*

V teoretické části autorka stručně popíše lidský porod z antropologické perspektivy, bude se věnovat vlivu porodu a jeho vedení na matku a na její pocity.

V praktické části autorka využije dotazníkovou metodu pro získání údajů o vedení porodu u vzorku českých matek. Statisticky zhodnotí výsledky dotazníkového šetření, zaměří se na hledání vztahu mezi vedením porodu, jeho průběhem a výsledkem a celkovým vnímáním porodu matkou.

Carlander, A., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., Wiklund, I. (2010): Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery, *Sexual & Reproductive Healthcare*, Volume 1, Issue 1, February 2010

Čech, Evžen – Hájek, Zdeněk – Maršál, Karel – Srp, Bedřich (1999): *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, s. 17–20, 57.

Čepický, Pavel (1999): Porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 8, č. 3. Praha: Levret s. r. o., 220–221.

Doležal, Antonín (2001): *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, s. 11–75, 88–101, 104–109.

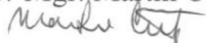
Hájek, Zdeněk (1996): Odborné stanovisko Sekce perinatální medicíny ČGPS JEP k porodům v domácnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 6, č. 2. Praha: Levret s. r. o., s. 340.

Odent, M. (2007): Znovuzrozený porod. Praha: Argo, 154s

SCHOVANCOVÁ, Regina a Lucie FOLTOVÁ. *Porodní komplikace jako antecedent školních problémů dětí*. In Martin Čuta, Igor M. Tomo. *Nové směry v bio-socio-kulturnej antropologii*. Bratislava, Brno: Slovenská biologická spoločnosť SAV Bratislava a Ústav antropologie, PřF, MU, Brno, 2011

*Jazyk závěrečné práce: čeština*


*Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Čuta, Ph.D.*

*Podpis vedoucího práce: *

*Konzultant:*

*Datum zadání bakalářské práce: srpen 2014*

V Brně dne 24. 10. 2014

  
prof. PhDr. Jiří Svoboda, DrSc.  
ředitel Ústavu antropologie

Zadání bakalářské práce převzal dne:

Podpis studenta



## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala svému školiteli Mgr. Martinu Čutovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a konzultace při psaní mé práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím informačních zdrojů, které jsou v práci citovány.

Brno 29.11.2015

.....

Markéta Koniřová



# Obsah

1. Úvod.....	10
2. Porod .....	11
2.1 První doba porodní .....	11
2.2 Druhá doba porodní .....	12
2.3 Třetí doba porodní .....	15
2.4 Doba poporodní .....	15
3. Stručná historie porodnictví posledních 100 let.....	16
3.1 Počátek 20. století.....	16
3.2 Přejchod z domácích na institucionalizované porody .....	16
3.3 60. léta až přelom tisíciletí.....	18
4. Současné metody a možnosti při porodu v porodnici .....	20
4.1 Metody vedení porodu v porodnici .....	20
4.1.1 Vedení 1. doby porodní .....	20
4.1.2 Vedení 2. doby porodní .....	21
4.1.3 Vedení 3. doby porodní .....	21
4.1.4 Metody přístupu k novorozenci a v šestinedělí.....	22
4.1.5 Volitelné možnosti v porodnicích.....	22
4.2 Doporučení WHO ohledně praxe u normálního porodu.....	23
5. Porod doma versus porod v porodnici .....	25
5.1 Argumentace odpůrců.....	25
5.2 Argumentace zastánců .....	25
6. Porodní komplikace a jejich řešení .....	27
7. Lékařské zásahy do porodu a jejich vliv .....	32
7.1 Epiziotomie.....	32
7.1.1 Popis výkonu.....	32
7.1.2 Dělení epiziotomie .....	32
7.1.3 Studie a výzkumy .....	33
7.2 Amniotomie .....	34
7.2.1 Popis výkonu.....	34
7.2.2 Studie a výzkumy .....	34
7.3 Operativní porod pomocí kleští či vakuumextraktoru.....	35
7.3.1 Klešťový porod .....	35
7.3.2 Porod pomocí vakuumextraktoru.....	35
7.3.3 Studie a výzkumy .....	36

7.4 Císařský řez .....	37
7.4.1 Popis výkonu .....	37
7.4.2 Studie a výzkumy .....	38
8. Metodika .....	40
8.1 Výzkumné otázky .....	40
9. Materiál .....	41
10. Analýza a výsledky .....	42
10.1 Analýza dat .....	42
10.2 Výsledky .....	42
11. Diskuze.....	50
12. Závěr .....	54
13. Zdroje .....	55
14. Přílohy.....	59

# 1. Úvod

Ve své práci se věnuji problematice urychlování porodů a jeho důsledku na průběh porodu a na pocity rodiček. Zvolila jsem dotazníkovou metodu, kde je mým cílem získat vlastní zkušenosti rodiček a jejich pohled na věc. Smyslem práce je zjistit, zda zásahy do porodu a jeho urychlování mají nějaký vliv na postup porodu, na psychiku rodičky a na její prožívání porodu. V současné době je toto téma aktuální, rodičky se stále více zajímají o účinky a přínosy postupů běžně používaných v porodnicích a snaží se najít pro sebe co nejlepší a nejvhodnější způsob porodu. Psychika rodičky hraje u porodu velkou roli, vzhledem k tomu, že může ovlivňovat hladiny hormonů, důležitých pro dobrý průběh porodu. Proto je podstatné vědět, jak se ženy při porodu cítí, co považují za přínosné, co je jim nepříjemné a jak celkově vnímají péči v porodnicích.

Z výsledků práce by mohlo být zjištěno, zda vedení porodu v porodnicích a péče v nich poskytovaná je pro rodičky přínosná a jak samy na tuto problematiku nahlíží. Na základě výsledků výzkumu by mohly být apelovány změny porodní péče a přístupu porodníků k rodičce.

## **Cíle práce**

Zhodnocení, jak ovlivňují porod lékařské zásahy a snaha o jeho urychlení.

Zjištění, jak zásahy do porodu a přístup v porodnicích ovlivňuje psychiku rodičky a její pocity v průběhu porodu.

Zjištění, co rodičky u porodu oceňují a co naopak považují za rušivé či škodlivé.

## 2. Porod

Jako porod je označováno narození, neboli vypuzení plodu, který jeví známky života (srdeční akce, dýchací pohyby, pulsace pupečníku, aktivní pohyb svalstva), zhruba od 24. týdne těhotenství, nebo plodu nejevícího známky života o hmotnosti nad 1000g. Jestliže má plod nižší hmotnost než 500g, je označen za novorozence (a nehovoříme pak o potratu) pokud přežije alespoň 24 hodin. Porod pak dle termínu můžeme rozčlenit na včasný - je zahájen v termínu, tedy v rozmezí 38. a 40. týdne, předčasný – je zahájen před koncem 37. týdne, a opožděný – je zahájen po 42. týdnu těhotenství. Samotný proces porodu je rozdělen na 3 (případně 4) doby porodní [Roztočil a kol. 2008].

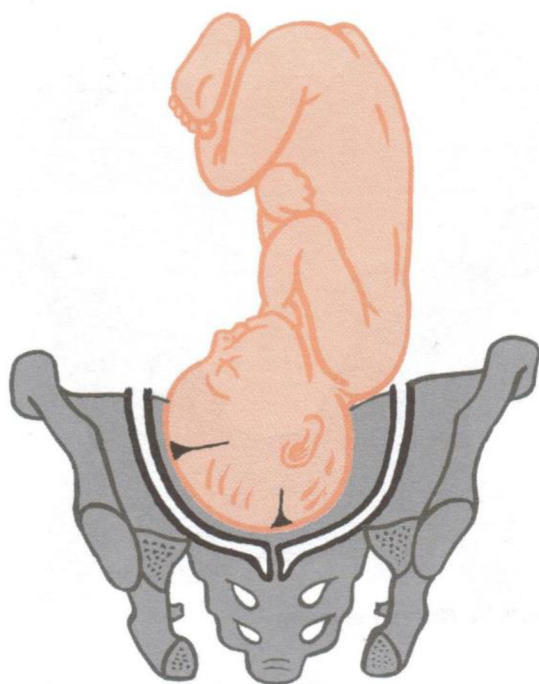
### 2.1 První doba porodní

První doba porodní, neboli otevírací, je přímým počátkem porodu. Celý mechanismus je závislý především na hladinách hormonů v těle matky a kromě toho hrají roli i mechanické faktory, jako jsou děložní stahy a napnutí stěn dělohy v důsledku jejího naplnění a roztahování. Děloha matky je díky biochemickým změnám citlivější na oxytocin a její napnutí způsobuje jeho vyšší syntézu, čímž jsou zahájeny stahy dělohy. Zvýšená hladina oxytocinu zároveň stimuluje tvorbu prostaglandinů, které ještě zvyšují citlivost dělohy na oxytocin a zároveň způsobují měknutí čípku a děložního hrdla. Každý stah dělohy působí, že hlavička plodu vyvíjí tlak na porodní kanál, čímž se urychluje jeho otevírání. Mimo to se za začátek porodu považuje i odtok plodové vody. Pokud se nedostaví do 1. hodiny po odtoku plodové vody kontrakce, je odtok označován jako předčasný [Čech a kol., 2006].

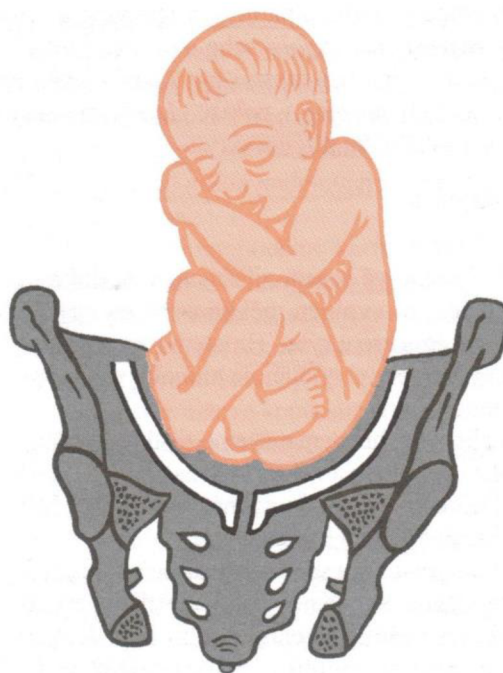
První doba porodní trvá u prvorodiček průměrně 5-8 hodin. Děložní hrdlo se otevírá kalichovitě, vnitřní branka se postupně posouvá směrem k zevní brance, která se otevírá nakonec. Splynutím branek zaniká děložní hrdlo a vzniká lem. Jeho zaniknutím končí první doba porodní. U vícerodiček trvá otevírací doba 3-5 hodin a děložní hrdlo se otevírá válcovitě, po celé délce stejně, čípek se otevírá současně s hrdlem. Otevírací doba končí úplným vstřebáním branky a zánikem lemu (což odpovídá otevření asi na 10 cm) [Kudela, 2004]. U prvorodiček se může stát, že dilatace hrdla proběhne skrytě už na konci těhotenství, což pak výrazně zkracuje první dobu porodní. Také u nich plod začíná vstupovat do porodního kanálu už v otevírací době, případně i na konci těhotenství, na rozdíl od vícerodiček, kde hlavička většinou pouze naléhá a do porodního kanálu vstupuje až ve druhé době porodní [Čech a kol., 2006].

## 2.2 Druhá doba porodní

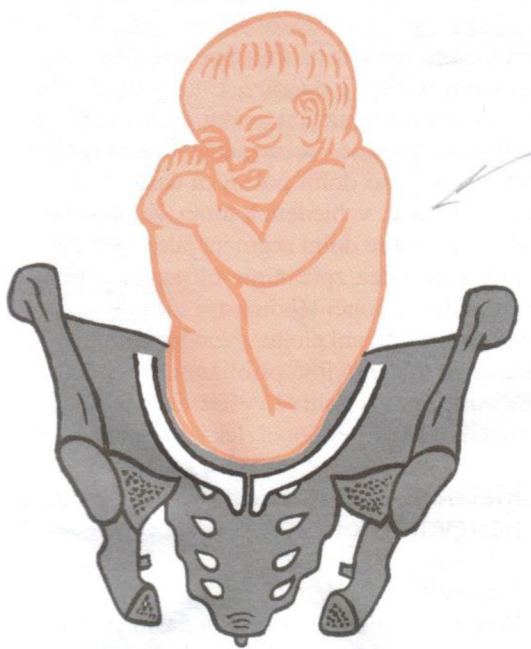
Druhá doba porodní, jinak nazvaná vypuzovací, začíná úplným zánikem branky a lemu, a na druhé straně je ohraničena narozením plodu. Během celé doby plod prochází porodním kanálem. Podle pozice plodu se jeho poloha dělí na podélnou záhlovím (viz obr. 1) (ta se dále dělí na 4 polohy dle toho, kam směřují záda plodu na I. a II. obyčejnou a I. a II. méně obyčejnou), podélnou koncem pánevním (úplná poloha KP - naléhání obou nožek i hýždí anebo neúplná poloha KP - řitní, nožkami, nožkou, kolénky, kolénkem nebo kolénkem a nožkou), viz obr. 2-5. Další možné polohy jsou poloha příčná (obr. 6), označovaná jako patologická, a poloha šikmá, spíše přechodná, u které rozlišujeme na příznivou (plod naléhá zády) a nepříznivou (plod naléhá břichem), viz obr. 7 a 8. V průběhu druhé doby porodní dosáhnou kontrakce svého vrcholu, zároveň je reflexivně vyvoláváno stahování břišního lisu, způsobené tlačení plodu na pánevní dno a jeho nervy. U prvorodiček je průměrná délka druhé doby porodní 15-20 minut, u vícerodiček pouze 5-10 minut [Čech a kol., 2006].



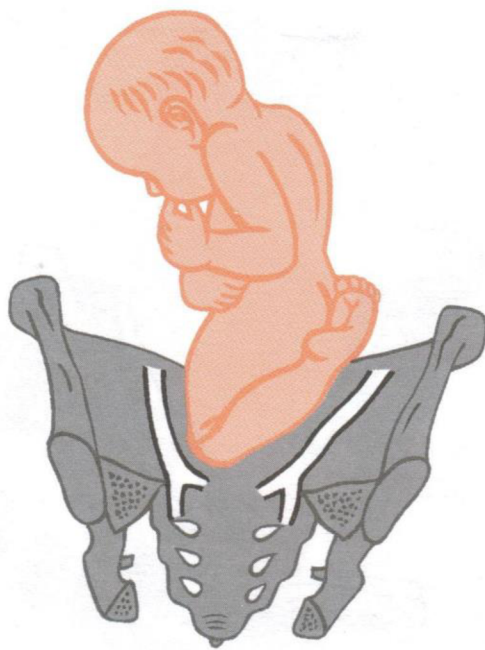
Obr. 1: Poloha podélná záhlovím [Čech a kol., 2006].



Obr. 2: Úplná poloha koncem pánevním [Čech a kol., 2006].



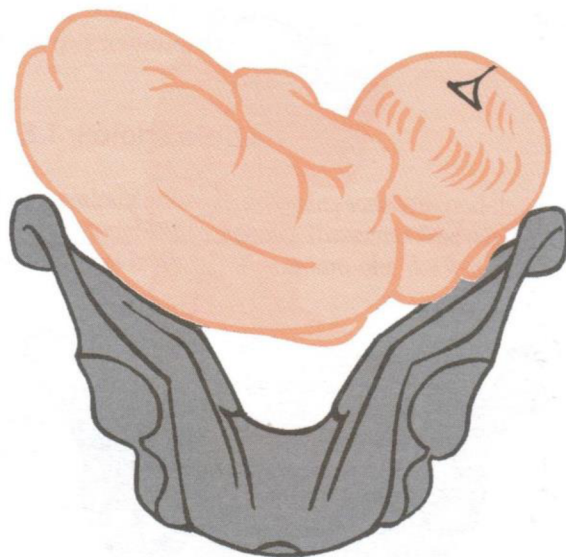
Obr. 3: Neúplná poloha koncem pánevním – poloha řitní [Čech a kol., 2006].



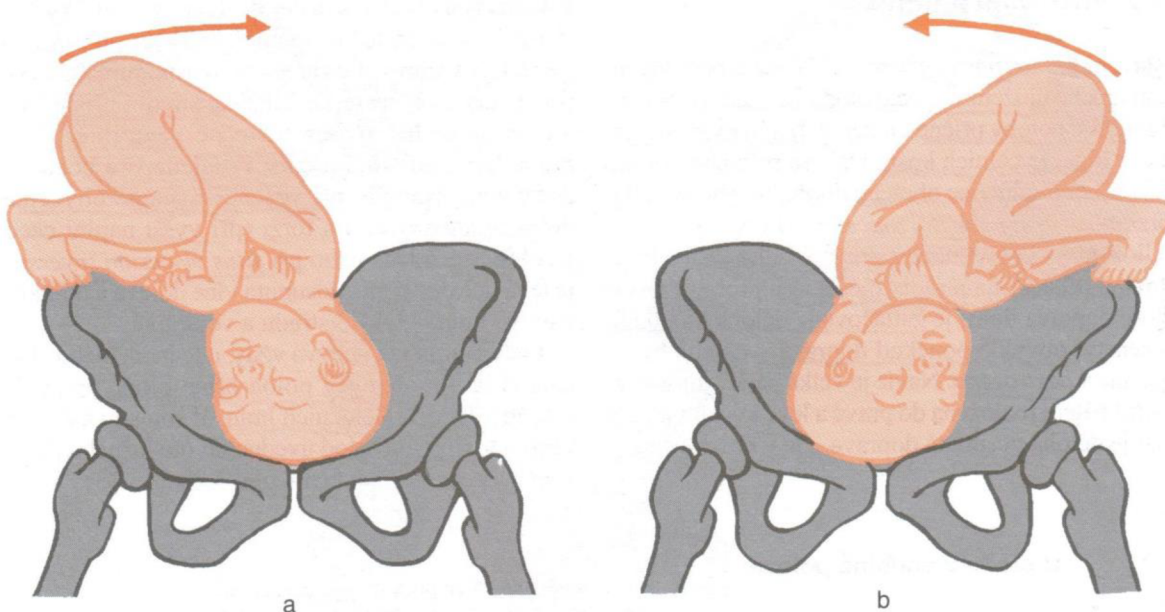
Obr. 4: Neúplná poloha koncem pánevním – poloha kolénky [Čech a kol., 2006].



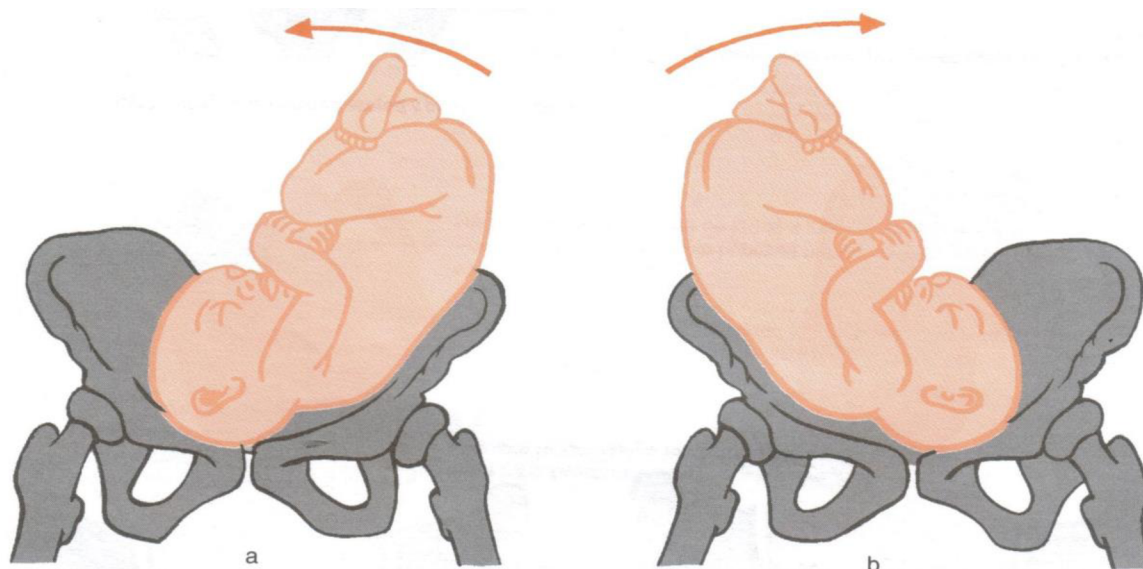
Obr. 5: Neúplná poloha koncem pánevním – poloha nožkou [Čech a kol., 2006].



Obr. 6: Poloha příčná [Čech a kol., 2006].



Obr. 7: Poloha šikmá, nepříznivá [Čech a kol., 2006].



Obr. 8: Poloha šikmá, příznivá [Čech a kol., 2006].

Porod plodu v poloze záhlavím je nejběžnější variantou. Do porodního kanálu vstupuje hlavička v předklonu a vedoucím bodem je tak malá fontanela. Hlavička v této poloze má nejmenší možný průměr. Vzhledem k velikosti je třeba, aby se hlavička plodu vždy natočila tak, aby její největší průměr odpovídal nejprostornějšímu průměru porodních cest, kde se právě hlavička nachází. Proto, když se vedoucí bod dostane do pánevní úžiny, hlavička provede vnitřní rotaci, aby se natočila na největší průměr úžiny. Z porodních cest vystupuje hlavička otočená obličejem k perineu. Jakmile opustí pánevní východ, provede hlavička zevní rotaci do polohy, v jaké do porodních cest vstupovala, čímž napomáhá správnému vstupu a porození ramének, které procházejí porodním kanálem v příčném nebo šikmém průměru, v opačném než šípový šev hlavičky [Kudela, 2004].

## 2.3 Třetí doba porodní

Během třetí doby porodní dochází k odloučení a vypuzení (porození) placenty. Dělí se na tři období a její celková délka je obvykle asi 5-10 minut. Během první, odlučovací fáze, se děloha v důsledku úbytku obsahu výrazně retrahuje, což trvá asi 5 minut. Po této době se obnoví děložní kontrakce, většinou slabé. Jak se děložní stěny zmenšují a stahují, dochází k přetrhání vazeb mezi myometriem a placentou, která se takto odlučuje. Během odlučování se přetrhají také cévy, což má za následek krvácení do prostoru mezi děložní stěnou a placentou a vznik hematomu, který pomáhá rychlejšímu odlučování [Čech a kol., 2006]. Ve druhé fázi dochází k samotnému porodu placenty, kterému napomáhají děložní stahy a použití břišního lisu. Dochází k porodu placenty a všech porodních blan. V poslední, hemostatické fázi, zůstávají po odloučení placenty v děložní stěně otevřené cévy. Zástava krvácení je způsobena hemokoagulační aktivitou a vznikem trombózy cév, mimo to se díky stažení a zmenšení stěn dělohy cévy stlačí a uzavírají [Roztočil a kol., 2008].

## 2.4 Doba poporodní

Dobou poporodní, někdy nazývanou čtvrtá doba porodní, je obvykle označováno období 2 hodin po porodu placenty, kdy je rodička pečlivě sledována. V této době je zvýšené riziko poporodního krvácení, které může být pro rodičku velmi nebezpečné [Kudela, 2004]. Zároveň se v této době myometrium dále silně stahuje, děloha se zmenšuje. K celkovému dobrému uzavření cév a jejich trombotizaci je třeba asi tří hodin od porodu placenty [Roztočil a kol. 2008].



### **3. Stručná historie porodnictví posledních 100 let**

Cílem této kapitoly je shrnutí vývoje metod a přístupu k porodu v nedávné historii. Kapitola je zaměřena především na Českou republiku. V období po druhé světové válce nastala pauza v publikaci učebnic, porodnice byly řízeny státem a byly snahy o vedení statistik. Bohužel, tyto statistiky se velmi různí, častá je špatná definice daného problému, špatné vyplnění a nebo nevyplňování dokumentace, takže výsledné informace jsou spíše kusé a neúplné.

#### **3.1 Počátek 20. století**

Období do 20. let 20 století je charakteristické porody doma za přítomnosti porodní báby. Pro ty jsou k dispozici příručky a první učebnice, kde jsou popsány například znaky umožňující fyziologický porod (pravidelnost pánve, dostatečně velké dítě, vhodná poloha a pravidelné držení plodu, dostatečná délka pupeční šňůry, množství plodové vody, umístění a pevnost přilnutí placenty, atd.). Porodní bába při příchodu k rodící ženě určuje anamnézu, provádí vnější a vnitřní vyšetření, podává klystýr. Jejím hlavním úkolem je zabránění poranění hráze a případná identifikace komplikací s následným přivoláním lékaře. Jsou popsány i metody pro porod ramének, techniky pro upravení síly kontrakcí jsou většinou neúčinné, později se přechází k řešení slabých kontrakcí pomocí námele a silných kontrakcí pomocí morfia či opia. Prováděly se poslechy ozev plodu, díky kterým se určovala poloha plodu, četnost těhotenství, případně nástup komplikací podle slabých ozev. V průběhu samotného porodu je ženám zakazováno tlačení, předchází se tomu i různými polohami pro znesnadnění tlačení, doporučuje se poloha v leže na boku, odstraňují se podpěry pro ruce i nohy. Smyslem netlačení je zabránění poranění hráze. Pokud se hráz roztrhne, volá se lékař. Pokud je hráz tuhá, široká či porodní „štěrbina“ úzká, provádí lékař nastřížení. Zavádí se pravidla antiseptiky jako prevence horečky omladnic. Ty spočívají ve vhodném výběru pokoje pro rodičku, úpravě lůžka, dostatku ložního prádla a v samotném čištění rodičky pomocí různých desinfekčních prostředků, po porodu se měří co 2-3 hodiny teplota. Kontroluje se celistvost placenty. Je odmítáno časté vyšetřování, stačí dvakrát, jednou při příchodu porodní báby, jednou při odtoku plodové vody [Čepický, Líbalová, 2007].

#### **3.2 Přejít z domácích na institucionalizované porody**

V roce 1929 zavádí Antonín Ostrčil termín „lékařské vedení porodu“, je vyzdvihována péče v nemocnicích a schopnost lékaře předejít komplikacím a v případě potřeby je řešit. Do 40. let 20 století probíhá v porodnici pouze asi 20% porodů, rodí se zde převážně na vlastní žádost, případně s vážnými komplikacemi. V průběhu porodu se obvykle ponechává vak blan intaktní, čeká se na jeho

samovolné prasknutí, jen občas je přistoupeno k prasknutí porodníkem za účelem zkrácení doby porodu. Hráz se chrání zamezením rychlého prořezání hlavičky a přidržováním hlavičky ve flexi. Propaguje se analgezie a řízení síly kontrakcí. Anestetika či analgetika se aplikují v aktivní fázi první doby porodní, což je často doplněno protrhnutím plodových obalů a podáním pitocinu (směs s oxytocinem). Je už zavedeno dělení porodu na 3 doby porodní, způsob porodu placenty je podobný dnešnímu (známky odloučení placenty, stáčení blan do provazce, aktivní porod placenty a blan). Je zavedena domácí péče o nedělkou, kdy porodní báby a nebo porodní asistentky dochází do domácnosti a kontrolují teplotu a odcházení očísků. Uvádí se vstávání nejdříve po 9 dnech a to ze začátku pouze na hodinu. Nedělka opouští dům nejdřív 3 týdny po porodu při vhodném počasí, jinak až 6 týdnů po porodu [Čepický, Líbalová, 2007].

V roce 1948 je zaveden zákon o povinném přeškolení porodních bab, které si následně shánějí práci v nově vznikajících porodnicích, případně si otevírají těhotenské poradny. Některé docházejí do domácností k těhotným a nedělkám. Na venkově není lékařská péče a porod v porodnici tolik dosažitelný a rodičky zde zůstávají odkázány na ty porodní báby, které si školení neudělaly, tedy příliš staré a nebo nezkušené. Postupně se stává běžným a vyžadovaným kontrolované těhotenství, kdy matka dochází na pravidelné kontroly, které si musí platit. Teprve v polovině 20. století vzniká zdravotní pojištění a náklady na prohlídky a hospitalizaci jsou převážně placeny z toho. Vznikají nová místa pro hospitalizaci těhotných a rodičích, kapacita je ovšem stále malá a tak jsou zde ženy v nepříliš dobrých podmínkách. V porodnici jsou ženy stále především v péči porodních asistentek, lékař je volán pouze ke komplikacím.

Vznik Ústavu pro péči o matku a dítě na konci 40. let je velkým krokem v péči o novorozence, který je od té doby ihned po porodu v péči pediatra a vzniká zde spolupráce porodníků s pediatry, na jejímž základě je například upuštěno od používání vysokých kleští, které byly pro novorozence nešetrné, a zlepšení resuscitace novorozence. Zavádí se psychoprofylaktická příprava těhotných, preventivní a léčivý tělocvik. Začíná se používat elektronické monitorování plodu a biochemické metody. Veškeré úkony související s porodem jsou vykonávány lékařem či proškoleným pomocným personálem v lékařském zařízení. Porody doma probíhají většinou pouze u těch, které nemají nárok na zdravotní pojištění. Zároveň vzniká finanční zabezpečení matky státem [Štembera, 2004].

V souvislosti s nástupem vyšší techniky a více možností vzniká jiný pohled na rodící ženu. Těhotenství už není bráno jako něco, co patří do koloběhu života ženy, ale jako jiný stav, nemoc, kterou je třeba pečlivě sledovat a léčit. Ženy se stávají pacientkami a jen lékař ví, jak se správně v těhotenství chovat, co dělat či ne a jak správně родit. Vzniká vysoká kontrola systémem, evidence rodiček, preventivní poradny, unifikace péče. Určitý aspekt lidského života je převeden do lékařské sféry a vše kolem těhotenství a porodu je třeba řešit lékařským zásahem. Vzniká konflikt ideálního

stabilního zdravého těla s tělem těhotné ženy, které se mění a patří k němu určitá omezení a obtíže [Ivanová, 2006].

Běžný porod v porodnici vypadal asi takto: rodička se k porodu dopravovala sama (s pomocí příbuzných či známých), při příjmu byla vyšetřena, byla stanovena přibližná doba porodu, byl jí přidělen pokoj, který sdílela s více dalšími matkami. V průběhu první doby porodní byla většinou umístěna na pokoji pro přípravu k porodu, kde nebylo příliš soukromí, ale často se stávalo, že zde rodička byla úplně sama a nikdo se o ni moc nezajímal. V ústavu často byla jedna nebo dvě porodní asistentky, které měly na starosti všechny matky i děti a neměly čas na kontrolu rodičích žen. Pro ty to byl mnohdy stresující zážitek. Vzhledem k propagaci byly ovšem přesvědčeny, že je to pro ně mnohem lepší a bezpečnější než porod doma. Porod probíhal v leže na zádech, žena se musela přesně řídit pokyny porodníka. Čerstvě narozené dítě bylo odneseno na novorozenecké oddělení a tam zůstalo po celou dobu pobytu v porodnici. Návštěvy v porodnici po porodu v té době nebyly povoleny. O dítě se staral pouze personál, matce je přinášel pouze na kojení. Domů tedy žena odcházela bez jakýchkoliv vědomostí, jak se o dítě starat. V 60. letech už byla většina porodů převedena do porodnic. O domácích porodech se tvrdilo, že už neexistují, ovšem na venkově se stále občas doma rodilo. S přechodem na institucionalizované porody je deklarováno snížení úmrtnosti jak mateřské, tak kojenecké. Toto snížení ovšem začalo ještě před porodnicemi, v důsledku zlepšení životní úrovně, a s příchodem porodů v porodnici se naopak úmrtnost zvýšila vzhledem k nevyhovujícím hygienickým podmínkám. Zlepšovat se začala až s antiseptickými metodami a objevem antibiotik [Štembera, 2004].

### **3.3 60. léta až přelom tisíciletí**

Z tohoto období jsou informace pouze kusé, statistiky se různí, výzkum byl obtížný a těžce převeditelný do praxe. Po válce jsou postupně zaváděny ultrazvukové vyšetření, antibiotika a další moderní technika a výzkumy v biomedicíně. Celých zhruba 40 let se však přístup v porodnictví téměř neměnil, větší změny se odehrály v podstatě až na přelomu tisíciletí. Zatímco po roce 1989 v politice převládla demokracie, porodnictví si uchovalo přísnou hierarchii, kde porodník byl autoritou a nositelem vědomostí.

V oblasti péče o novorozence převládal názor, že novorozenec necítí, případně si vzpomínky neuchová. Proto se k němu nepřístupovalo s přílišnou šetrností a většina nutných zákroků byla prováděna bez anestezie. V 80. letech je při porodu běžné holení pubického ochlupení, rutinní klystýr, porod probíhá na porodnickém lůžku často s nohama připevněnými ke třmenům. Dítě je po porodu nejdříve umyto, teprve potom ukázáno rodičce. Následně je odneseno na novorozenecké oddělení, kde tráví svůj pobyt v porodnici. V daném režimu je nošeno matce na kojení.

V roce 1958 vynalezený ultrazvuk se začíná ve velkém používat, což přináší lepší diagnózu

například *placenty praevia*, studium ontogenetického vývoje a sledování abnormalit ve vývoji plodu a jejich diagnóza [Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009].

Kolem roku 2000 byla péče už o něco posunuta. Bylo umožněno otcům být přítomni u porodu, běžné jsou porodní sály pro více žen najednou, kdy jsou ženy odděleny většinou pouze závěsem, někdy neúplnou stěnou. Stejně řešené jsou i pokoje pro přípravu k porodu. Rodičkám je holeno pubické ochlupení, je jim zaváděn klystýr. Rodí se běžně v leže na zádech s nohama ve třmenech (zhruba polovina porodů). V první době porodní jsou rodičky nabádány k chození a časté změně polohy. K dispozici je balon a sprcha na tlumení bolesti, ne vždy jsou ale nabízeny. Stále je zavedeno, že okolnosti porodu určuje porodník, nikoliv rodička, která je v roli pasivní pacientky. Do povědomí se dostává porod v jiné poloze, případně do vody, ale často není vůbec nabízen, anebo se rodička setká s nesouhlasem porodníka. Kontinuální elektronické monitorování se provádí v asi 13% porodnic, ostatní dávají přednost intermitentnímu monitoringu. Epiziotomie je prováděna často, zhruba u 75% rodiček. Rodičkám je dítě ukázáno po porodu, většinou je jim na chvíli dovoleno chování. Poté je odneseno na novorozeneckou jednotku, kde je obvykle vykoupáno. Matce je přineseno dle denní doby, většinou ráno, vydávání dětí se obvykle řídí řádem porodnice, nikoliv žádostí matky. Poté je dítě na pokoji s matkou, takzvaný systém rooming-in. Běžné je poučení rodičky ohledně péče o dítě, podpora kojení je deklarovaná, praxe není tak dobrá jako by mohla být [Marek, 2002].

## 4. Současné metody a možnosti při porodu v porodnici

Tato kapitola je zaměřena na současnou běžnou praxi v porodnicích v České republice. Praxe za posledních 50 let prošla mnoha změnami a především se změnil celkový náhled na rodičku a porod samotný. V současné době pomalu převládá názor, že rodička není pacientka a že porod jako takový je fyziologická záležitost, kterou žena dokáže zvládnout sama. Ovšem tato změna názoru je pozvolná a napříč porodnicemi se velmi liší přístup lékařů i porodních asistentek během těhotenství a při porodu. V této kapitole je uveden nejběžnější přístup a praxi obecně v porodnicích uznávanou jako správnou a běžnou. Mimo to je zde uvedeno také jaké další možnosti porodnice nabízejí na požádání.

### 4.1 Metody vedení porodu v porodnici

Praxe vedení porodu v porodnicích se odvíjí od učebnic porodnictví, ze kterých jsem čerpala informace. Změna názorů je v učebnicích jen pozvolná, a tak i praxe v porodnicích se mění jen pozvolna. Celkový přístup k vedení porodu je primárně aktivní, kdy porodník reguluje průběh porodu dle situace aktivními zásahy.

#### 4.1.1 Vedení 1. doby porodní

Rodičkám přijatým do porodnice na počátku 1. doby porodní, což je nejběžnější situace, je rutinně pořízen záznam kardiokografie (KTG, případně CTG), běžně nazývaný monitor, uvádí se minimálně 20-30 minut. KTG je pak natáčeno v průběhu celého porodu každé 2-3 hodiny, kdy je možné ho natáčet intermitentně, nebo kontinuálně, což se používá pouze u rizikových případů. Další možností je telemetrické měření. Zároveň se hodnotí síla, délka trvání a četnost kontrakcí. Při příliš slabých nebo silných kontrakcích je třeba stav upravit medikamentózně, slabé kontrakce jsou zesilovány oxytocinem nebo uterotoniky a silné zmírňovány uterokinetiky. Při příjmu a v průběhu celého porodu je také prováděno vaginální vyšetření pro zjištění stavu nálezu a zhodnocení postupu porodu. Toto vyšetření se opakuje každé 2-3 hodiny, dle situace i častěji. Mimo to se každé 1-2 hodiny měří rodičce teplota a co 2-3 hodiny tlak a tep [Roztočil a kol., 2008].

V průběhu celé 1. doby porodní se rodička může libovolně pohybovat, tak aby se cítila co nejpohodlněji a co nejúčinněji tlumila bolest v kontrakcích. Na lůžko se ukládá na vaginální vyšetření, na natočení monitoru (to lze také vsedě) a pokud neprojevuje přání se pohybovat. Pokud rodička leží na lůžku je vhodné aby neležela dlouho na zádech z důvodu rizika špatného prokrvování placenty a tím i plodu. Vhodná poloha je na tom boku, ke kterému směřuje hřbet

plodu. Na lůžko se ukládá většinou také na konci 1. doby porodní. Po celou dobu má rodička k dispozici sprchu a obvykle také skákací míč.

Pokud spontánně odteče plodová voda, je okamžitě provedeno vaginální vyšetření kvůli riziku výhřezu pupečníku, a je zhodnocen stav a množství plodové vody. Pokud k samovolnému odtoku plodové vody nedojde, přistupuje se při otevření branky na 4-5 cm k dirupci vaku blan, po kterém taktéž následuje vaginální vyšetření. Pokud se jedná o delší porod, je rodičce doplňována energie infuzí 5% glukózy [Čech a kol., 2006].

Mimo to je pečlivě sledováno, jak snáší rodička porodní bolesti a v případě potřeby je bolest zmírňována. Je možné použít teplou vodu, relaxační polohy, správné dýchání, analgetika nebo anestetika. V případě plného močového měchýře a neschopnosti rodičky se spontánně vymočit je přistoupeno k cévkování. Standardně se také provádí očištné klyzma, které kromě uvolnění tlustého střeva může usnadnit vstup plodu do malé pánve a uvolnit kontrakce. Holení zevních rodidel se provádí pouze po dohodě s rodičkou a zásadně se neholí ochlupení na *mons pubis* [Slezáková a kol., 2013]. Pokud 1. doba porodní přesáhne 12 hodin nebo je nález 2-3 hodiny neměnný, je přístup lékaře změněn na aktivní a je snaha porod vhodnými zásahy urychlit.

Z psychologického hlediska je vhodný doprovod, nejčastěji otec dítěte, který může mít na rodičku kladný vliv a zlepšit její vnímání porodu, duševní pohodu a spolupráci [Roztočil a kol., 2008].

#### **4.1.2 Vedení 2. doby porodní**

Po celou 2. dobu porodní se sledují ozvy plodu pomocí KTG, které je možné měřit kontinuálně telemetricky, intermitentně anebo vaginálně, kdy je na hlavičku plodu připevněna elektroda, která se snímá až těsně před porodem hlavičky. Poloha je obvykle nejdříve na boku kam směřuje hřbet plodu, následně na zádech či v polosedě, kdy si žena může držet nohy pod kolena. Použití břišního lisu je možné až ve chvíli, kdy hlavička plodu naléhá na pánevní dno. Tlačí se v kontrakci, většinou 3x v jedné kontrakci, kdy se předtím rodička zhluboka a nadechne, pak zadrží dech a zatlačí. Pro předcházení omdlení a pro dostatečnou ventilaci je používána inhalace kyslíku [Čech a kol., 2006]. Obvykle se také rodičce podloží hýždě, lékař při prořezávání hlavičky chrání hráz a přibrzdňuje hlavičku, aby se neprořezala příliš rychle. Pokud hrozí ruptura je v kontrakci provedena epiziotomie. Postup chránění hráze je omezením pro použití jiných poloh než na zádech na lůžku. Během porodu ramének porodník aktivně pomáhá a vhodnými hmaty usnadňuje jejich průchod, chrání hráz a zabraňuje dystokii [Roztočil a kol., 2008].

#### **4.1.3 Vedení 3. doby porodní**

Ve 3. době porodní je obvyklé aktivní vedení, kdy je rodičce po porodu celého plodu

injekčně podáno uterotonikum a uterokinetikum pro usnadnění a urychlení odloučení placenty. Následně se čeká na kompletní odloučení, což je kontrolováno vhodnými hmaty či postupy. Obvykle se čeká na spontánní odloučení, maximálně je možná pomoc jemným stlačením fundu dělohy, případně kontrolovaným řízeným tahem za pupečník [Kudela, 2004]. Pro lepší vybavení blan se obvykle placenta několikrát otočí, čímž se blány stočí do provazce a jejich porod je snadnější. Dále se zkontroluje míra porodního poranění, větší poranění je třeba sešít. Rodička je na porodním sále ještě 2 hodiny z důvodu kontroly retrakce dělohy a kvůli riziku krvácení. Celá 3. doba porodní by neměla přesáhnout 30 minut [Roztočil a kol., 2008].

#### **4.1.4 Metody přístupu k novorozenci a v šestinedělí**

Hned po narození plodu v 2. době porodní je novorozenci podvázán a přestřížen pupečník, pokud je to třeba jsou odsáty zbytky plodové vody z nosních dutin. Novorozenec je očištěn, změřen, zvážen a označen, je mu ošetřen pahýl pupečníku. Obvykle se kape desinfekční roztok do očí a aplikuje se injekce vitamínu K. Dítě je zabaleno do nahřáté pokrývky a přiloženo matce na břicho k přisátí, pokud je to možné tak kůže na kůži. Ošetření se provádí na vyhřívaném lůžku nebo pod výhřevnou lampou, novorozenec se nekoupe. Po 2 hodinách je odvezen na novorozenecké oddělení [Kudela., 2004]. Rodička je následně převezena na oddělení šestinedělí, do pokoje s možností rooming-in. Je jí nechána nějaká doba na zotavení a odpočinek, pak je jí přivezeno dítě na pokoj, kde s ní zůstává po celý pobyt v porodnici. Rodička s dítětem je z porodnice propuštěna zpravidla po 4-5 dnech, pokud je všechno v pořádku, je běžné propuštění i dříve [Roztočil a kol., 2008].

#### **4.1.5 Volitelné možnosti v porodnicích**

Do této kapitoly jsou shrnuty metody a postupy běžně dostupné v českých porodnicích, o které si ale rodička musí požádat nebo se neaplikují rutinně. V první řadě jsou to metody ulevující od bolesti. Rodička má možnost využít metody nefarmakologické: psychologická příprava na porod, využití skákacího míče, pohyb dle chuti po porodním sále, akupunktura, akupresura, TENS (transkutánní elektronická nervová stimulace), hydroanalgezie v podobě teplé sprchy nebo porodního bazénku, masáže, alternativní polohy jak v 1. tak ve 2. době porodní, aromaterapie a fototerapie, hypnóza a audioanalgezie v podobě bílého šumu anebo puštění rodičkou vybrané hudby [Čech a kol., 2006]. Metody farmakologické zahrnují celkovou analgezii v inhalační formě či aplikace do žíly, a lokální analgezii (epidurální a subarachnoideální analgezie, paracervikální a pudendální blok, místní infiltrace perinea). Základní myšlenkou analgezie je, aby bolest nebyla úplně potlačena, pouze zmírněna tak, aby rodičce zůstala alespoň nějaká citlivost.

Žena má možnost přivést si s sebou k porodu doprovod, ať už manžela, jiného příbuzného, kamarádku či profesionální doprovod (dulu). Cílem toho je psychická pohoda ženy a zvýšení jejího

pocitu bezpečí přítomností jí známé osoby, ve kterou má důvěru. Většina porodnic také nabízí předporodní kurzy pro zvýšení informovanosti rodiček, nácvik dýchání a relaxačních technik u porodu a pro ujasnění role partnera u porodu.

Pokud o to žena stojí je možné jí novorozence přiložit na břicho okamžitě po porodu, ještě před vyšetřením. Je také upřednostňováno spíše tiché, mírně osvětlené prostředí, aby se žena cítila v bezpečí a byla zachována co největší intimita. Rodička má možnost zaujmout při 2. době porodní takovou polohu, která jí je nejpříjemnější, například v kleče, v podřepu, vsedě na porodní stoličce či ve stoje, kdy je přidržována porodní asistentkou či manželem, nebo se drží za okolní předměty [Roztočil a kol., 2008].

## **4.2 Doporučení WHO ohledně praxe u normálního porodu**

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v roce 1999 doporučení ohledně praxe a postupů u normálního porodu. Praktiky rozdělila do 4 kategorií podle doporučení k jejich užívání.

### **Jednoznačně prospěšné praktiky**

Sem WHO zařadila vypracování osobního porodního plánu rodičky, podávání tekutin orálně v první době porodní, respektování soukromí a rozhodnutí rodičky ohledně doprovodu k porodu, použití nefarmakologických neinvazivních metod k tlumení bolesti (např. masáže a relaxační techniky), monitorování plodu pomocí auskultace namísto elektronického, volnost rodičky ve výběru polohy v první i druhé době porodní a podpora personálu jiné polohy než v leže na zádech, preventivní podání uterotonik ve třetí době porodní rodičkám se zvýšeným rizikem poporodního krvácení nebo těm, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve, důraz na časný kontakt mezi matkou a dítětem hned po porodu.

### **Škodlivé či neefektivní metody**

Jako škodlivé či neefektivní metody nedoporučované k používání bylo označeno použití klystýru, holení pubického ochlupení, rutinní intravenózní infuze v první době porodní a také rutinní zavedení intravenózní kanyly, rutinně použitá poloha v leže na zádech i jiné polohy na lůžku, ať s podpěrkami nohou nebo bez, při porodu, zaměření na dýchání a tlačení se zadržným dechem, masáž a roztahování perinea ve druhé době porodní.

### **Metody pro něž není dostatek důkazů o jejich přínosu či škodlivosti**

Jsou to metody, které je třeba používat po řádném zvážení, protože není dostatek důkazů o jejich kladných účincích a je riziko negativních účinků nebo zbytečného zasahování. Spadá sem nefarmakologické tlumení bolesti (např. použití bylinek, vody, nervové stimulace), rutinní časná amniotomie, zásahy na ochranu perinea a vedení hlavičky při jejím porodu, rutinní aplikace oxytocinu a řízený tah za pupečník ve třetí době porodní, časně podvazování pupeční šňůry.

### **Metody, které jsou často nevhodně používány**



WHO zde zmiňuje omezení příjmu potravin a tekutin v první době porodní, epidurální analgezii i léčiva pro celkovou aplikaci, elektronické monitorování ozev plodu, opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je provádí více osob, urychlení porodu oxytocinem, cévkování močového měchýře, povzbuzení k tlačení při úplné dilataci hrdla bez nutkání rodičky tlačit, rigidní snaha o dodržení délky trvání druhé doby porodní ačkoliv porod postupuje a rodička i plod jsou v dobrém stavu, operativní porod, liberální či rutinní provedení epiziotomie.

## 5. Porod doma versus porod v porodnici

V současné době na porod doma existují vlastně jen dva názory, vzájemně se vylučující. Na jedné straně stojí odpůrci domácího porodu, kteří argumentují větším rizikem, nedostatkem odborné péče a nedostatkem technického vybavení. Na straně druhé jsou zastánci domácího porodu, kteří tvrdí, že porod doma je nejenže stejně rizikový jako v porodnici, ale zároveň je u něj potřeba méně medikace, lékařských zásahů a navíc je pro rodičku její domácí prostředí psychologicky výhodnější.

### 5.1 Argumentace odpůrců

Vedení porodu doma je pro rodičku i její dítě zcela zbytečným rizikem. V porodnicích bylo dosaženo velmi nízké hodnoty morbidit a mortality matky, perinatálních úmrtí a jiných komplikací dítěte. Těchto výsledků bylo dosaženo pomocí nejnovější techniky a lékařského pokroku, k jejich udržení je třeba vyspělé technologie, která je k dispozici pouze v porodnicích a tudíž je při porodu doma nedosažitelná. Domácnost nelze jen na dobu porodu vybavit veškerou potřebnou technikou a vybavením pro porod a tedy je riziko vyšší. Pokud by při domácím porodu nastaly komplikace, bude třeba rodičku velmi rychle transportovat do porodnice. Tedy je třeba aby ten, kdo asistuje u porodu byl schopen rodičku či dítě stabilizovat a doba přejezdu do lékařského zařízení musí být dostatečně krátká [Roztočil a kol. 2008]. Dále je i v porodnici v současné době možná přítomnost doprovodu u porodu, pobyt dítěte na jednom pokoji s matkou i návštěvy rodiny, takže argument sociálních kontaktů a potřeba více kontaktu matky s dítětem už není platný. Je také velmi obtížné před porodem odhadnout, který bude rizikový a který ne. Mimo to se porod může zkomplikovat v kterékoli své fázi a pak je potřeba lékařské pomoci. Pokud by u porodu nebyla k dispozici monitorovací technika, je velké riziko nerozpoznané hypoxie plodu a tím se zvyšuje riziko poporodních komplikací či trvalých následků na dítěti.

Co se týká České republiky, jsou zde výhrady i k možnosti kvalifikovaného dozoru a vedení porodu v domácnosti. Nejsou zde certifikované porodní asistentky, které by to měly povoleno, není tu možnost mobilní techniky dojíždějící k porodům doma (jako je například v Holandsku) a i co se týká převozu v případě komplikací, jsou zde pochybnosti o jeho dostatečné rychlosti například v méně obydlených oblastech či po městě v dopravní špičce. Krom toho zde není zajištěna návštěva lékaře - pediatra v domácnosti po porodu ani v prvních 4 dnech, je zajištěna až po obvyklém propuštění z porodnice [Hájek, 1996].

### 5.2 Argumentace zastánců

Porod jako takový je přirozený a fyziologický jev, který má žena šanci zvládnout sama, za

podpory kvalifikovaného doprovodu. Psychika ženy hraje při porodu velkou roli a tudíž je pro ni výhodnější porodit tam, kde se bude cítit nejlépe a nejvíce v bezpečí, tedy například doma. Za přítomnosti náležité kvalifikovaného profesionála není porod doma pro rodičku s nerizikovým těhotenstvím žádné zvýšené nebezpečí. Výsledky porodů doma jsou srovnatelné s porodnicemi, tedy perinatální výsledky nemají statisticky významný rozdíl od výsledků v porodnici. Naopak pokud jde o četnosti vyvolávání porodu, potřeby medikace, epiziotomie, operativních porodů (kleště, vakuumextrakce) a císařského řezu, jsou na tom porody doma výrazně lépe. V důsledku toho je porod doma i levnější než porod v porodnici, kde je spotřeba anestetik, jiných medikamentů a četnost operativních zásahů výrazně vyšší. A ženy samy hodnotí péči, která se jim dostane doma jako lepší a příjemnější než v porodnici, kde na ně personál nemá zdaleka tolik času a možností se jim věnovat [Goer, 1999].

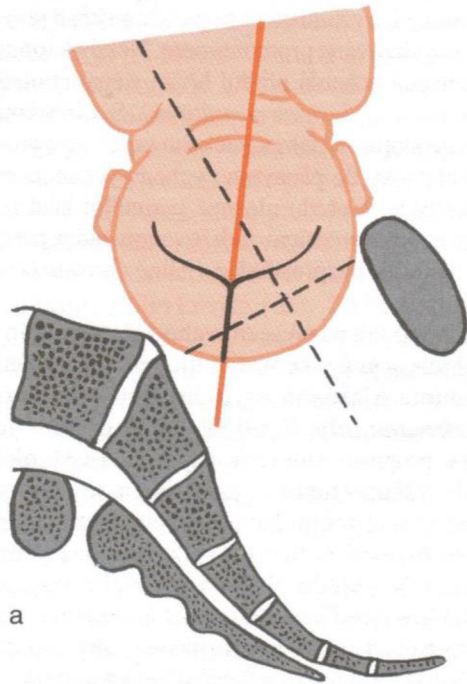
Argumentace zastánců je podepřena mnoha různými studiemi, které potvrzují, že statistické rozdíly mezi perinatální mortalitou a morbiditou při porodu doma a v porodnici nejsou statisticky významné. Dále potvrzují, že mateřská morbidita (zahrnuje i traumata perinea) také nevykazuje statistické rozdíly, dokonce je v některých studiích nižší. A nakonec dokládají, že počet zákroků nutných u porodů v domácnosti je výrazně nižší než v porodnici. Výrazný rozdíl je i mezi počtem císařských řezů a použitím analgezie [Hutton, 2009; Olsen, 1997; Ackermann-Liebrich et al., 1996; Durand, 1992]. Naopak studie potvrzující postoj odpůrců jsem našla dvě [Cheng et al., 2013; Wax et al., 2010], ale k oběma existuje odborné stanovisko rozporující způsob argumentace, selekce materiálu a celkovou úroveň a validitu studií [Grübenbaum, McCullough, Chervenak, 2014; Zohar, De Vries, 2010].

## 6. Porodní komplikace a jejich řešení

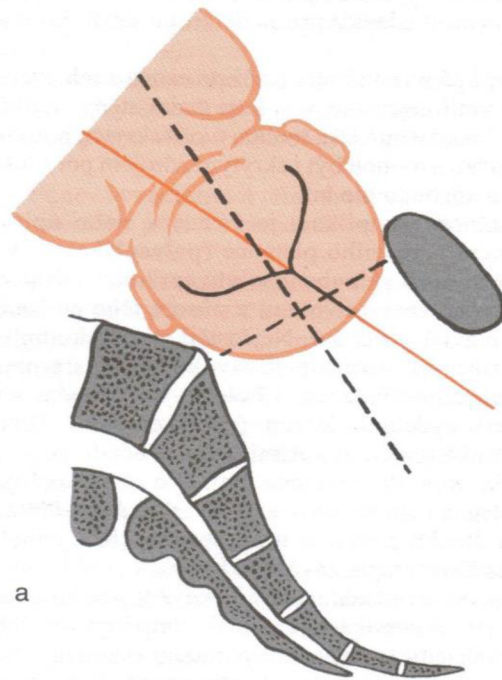
U porodních komplikací lze hovořit o několika různých situacích. Komplikace může vzniknout na základě tělesné stavby matky a to buď primárně, například úzká pánev, nebo sekundárně, jako důsledek nemoci či úrazu. Další variantou je nepravidelnost už v těhotenství (těhotenská cukrovka, *placenta praevia*, poruchy funkce placenty). Další situace může být způsobena už nepravidelností v přípravném období a v první době porodní a nakonec jsou komplikace vzniklé nepravidelností přímo v průběhu porodu. Jako prevence vzniku a zároveň nástroj rychlého odhalení nepravidelností a patologií těhotenství slouží pravidelné těhotenské prohlídky.

Nepravidelnosti pánve jsou závažnou kontraindikací k vedení vaginálního porodu, zejména pokud zúžení pánve doprovází hrozba velkého plodu. Jedná se o kefalopelvický nepoměr, kdy se hlavička plodu nevejde do tvrdých cest porodních, aniž by byla deformována. Pokud je situace diagnostikována, je indikován císařský řez. Nepravidelnosti mohou být vrozené nebo způsobené deformací pánve z důvodu prodělané nemoci či úrazu [Kudela, 2004].

Poruch naléhání plodu je několik variant. Závažným stavem je asynklitismus, kdy na pánevní vchod naléhá hlavička nestejnými částmi svých parietálních kostí, kdy se rozlišuje, zda naléhá větší částí přední (obr. 9) či zadní (obr. 10) parietální kosti, často se váže k poruše zúžené pánve. Asynklitismus je indikací pro ukončení porodu císařským řezem. Vysoký přímý stav je poměrně vzácná anomálie, kdy plod naléhá hlavičkou šípovým švem v přímém průměru, hlavička pak do pánve vstupuje v konformaci (obr. 11 a 12). Pokud není zjištěn současný kefalopelvický nepoměr, je snaha o změnu naléhání plodu polohování rodičky na bok. Většinou však tento stav vzniká při pánevních anomáliích, které jsou samy důvodem k indikaci císařského řezu, a ten je pak jediným řešením. Jinou komplikací je pak vysoko naléhající velká část plodu, kdy hlavička nebo pánevní konec zcela nevyplňuje prostor dolního děložního segmentu. Důvodem může být krátká pupeční šňůra, *placenta praevia* či jiné vcestné útvary, natažené nožky plodu při poloze koncem pánevním a jiné. Pokud je důvodem *placenta praevia* či jiný vcestný útvar znemožňující vaginální porod, je indikován císařský řez. Při jiných příčinách je snaha o odstranění důvodu vysokého naléhání, případně se vyčkává dalšího průběhu. Při dirupci vaku blan je nutné opatrně vysouvat prsty z důvodu zvýšené možnosti výhřezu pupečníku. Komplikací může také být deflexní poloha hlavičky (obr. 13), tyto stavy je většinou možné normálně porodit, případně je třeba použití kleští [Čech a kol., 2006].



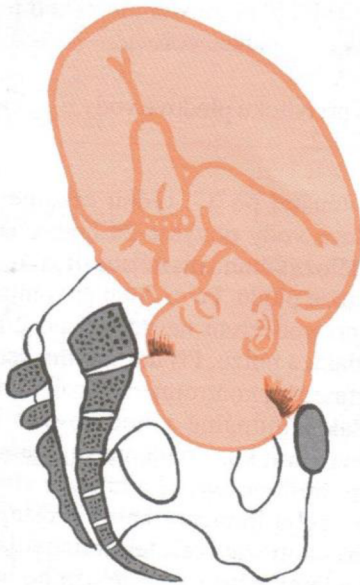
a



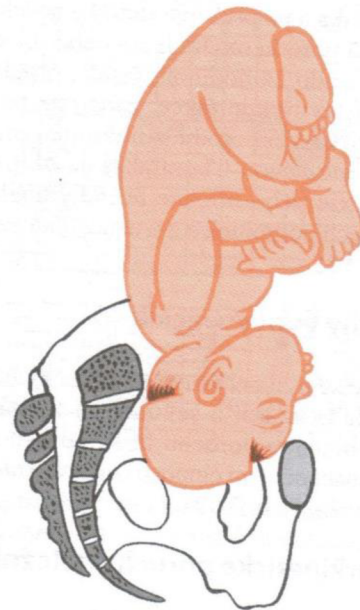
a

Obr. 9: Přední asynklitismus [Čech a kol., 2006].

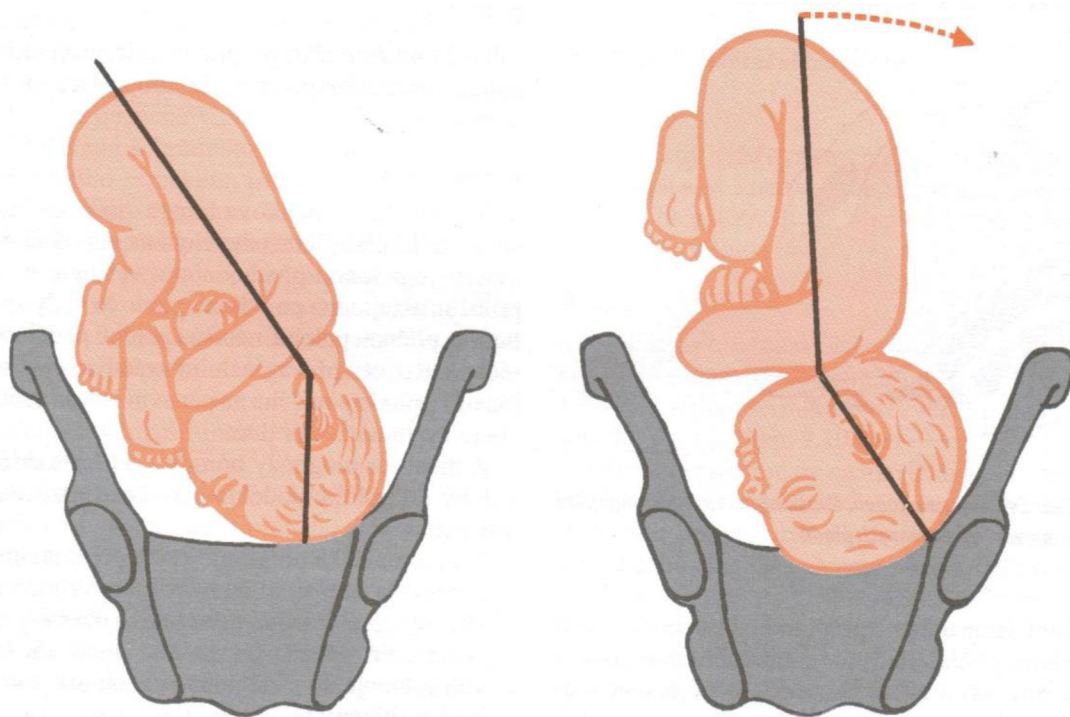
Obr. 10: Zadní asynklitismus [Čech a kol., 2006].



Obr. 11: Vysoký přímý stav, pozice pubická [Čech a kol., 2006].



Obr. 12: Vysoký přímý stav, pozice sakrální [Čech a kol., 2006].



Obr. 13: Deflexní polohy [Čech a kol., 2006].

Polohy koncem pánevním jsou takové, kdy na vstup naléhá místo hlavičky pánevní konec. Dělíme je dle naléhající části. Pokud plod na vstup naléhá hýžděmi a nožkami, mluvíme o úplné poloze KP (obr. 2). Neúplná poloha je, když plod naléhá hýžděmi a pouze jednou nožkou, pouze hýžděmi, pouze nožkami (případně jen jednou) anebo kolínky (obr. 3-5). Rizika polohy KP jsou možný výhřez pupečníku, předčasný odtok plodové vody, hypoxie plodu a zvýšené riziko porodních poranění jak plodu, tak matky. Pokud je poloha plodu zjištěna včas, je možné se pokusit o podporu spontánního otočení a to zhruba do 33. týdne těhotenství. Ve 36. týdnu je možností obrát zevními hmaty za současné aplikace tokolytik. Pokud plod není příliš velký, dostatečně naléhá a nejsou zjištěny jiné kontraindikace, je možné zvolit vaginální porod, jinak se přistupuje k císařskému řezu [Kudela, 2004].

Při příčných polohách (obr. 6) je poměrně vysoká možnost spontánní korekce polohy i na začátku porodu. Pokud k tomu nedojde, je indikován císařský řez. Při šikmých polohách naléhá velká část plodu neúplně, je vybočena do strany. Důležité je uložení zad plodu, kdy pokud jsou obrácena k pánevnímu vchodu, hovoří se o příznivé šikmé poloze (obr. 7), kdy se poloha postupem porodu upraví a je možný normální porod. U nepříznivé šikmé polohy (k pánevnímu vchodu je obrácen hrudník) se provádí císařský řez (obr. 8). Nepravidelné držení plodu může mít za následek výhřez končetin. Při vyhřeznutí ruky vedle hlavičky je možné vést porod normálně, císařský řez je nutný jen ojediněle.

Předčasný odtok plodové vody je definován jako ruptura vaku blan v těhotenství ještě před započítáním děložní činnosti. Při podezření na odtok je třeba stav ověřit testem. Důvodem může být

dilatace nedostatečného hrdla v těhotenství, při zvýšené motilitě dělohy během předporodní přípravy, prudké změny nitroděložního tlaku při nárazu, úderu a kýčání či z důvodu degenerativních změn na dolním pólu plodových obalů. U těhotenství po 37. týdnu je doporučeno čekat 24 hodin od odtoku na spontánní nástup děložní činnosti. Současně je kontrolována možná infekce či hypoxie plodu pomocí měření teploty a tlaku, vaginálního vyšetření a KTG. Pokud je pravděpodobné, že porod sám nezačne, přistupuje se k jeho indukci pomocí prostaglandinů a oxytocinu a preventivně se podají antibiotiku. Při zjištění příznaků infekce je nález potvrzen laboratorním rozbořem či kultivací, rodičce jsou podána antibiotika a je zahájena indukce porodu [Roztočil, 2008].

Mezi poruchy vypuzovacích sil zařazujeme hyperaktivitu děložní činnosti, projevenou nadměrnou amplitudou a zvýšením frekvence kontrakcí. Takový stav může způsobit hypoxii plodu a překotný porod (vysoké riziko porodních poranění rodičky). Může se projevit jako důsledek nadměrné aplikace uterokinetik při snaze o zkrácení porodu, anebo ze zatím neznámé příčiny. Řeší se podáním malé dávky tokolytik ke zmírnění síly a frekvence kontrakcí. Pokud se stav upraví, probíhá porod dál normálně. Velmi účinná bývá také aplikace peridurální analgezie. Při děložním hypertonu je diagnostikován zvýšený bazální tonus myometria. Jeho rizikem je snížený průtok krve placentou a v důsledku hypoxie plodu. Může mít stejné příčiny jako hyperaktivita dělohy či může být způsobena nadměrným napnutím děložní stěny například při vícečetných těhotenstvích nebo velkých plodech a je příznakem předčasného odlučování placenty. Řešením je také podání malého množství uterolytik, kdy je dán rodičce čas k odpočinku, následně proběhne pokus o navození normální děložní činnosti. Pokud je důvodem předčasné odlučování lůžka je indikován císařský řez. Dalším stavem je hypoaktivita dělohy, která může být primární či sekundární (v důsledku prodloužovaného porodu). Jejím důsledkem je zpomalení či úplné zastavení progresu porodu. Pokud porod i přes slabé kontrakce postupuje normálně (může se objevit i překotný porod, zde je však riziko porodních poranění minimální) není důvod pro intervenci. Jinak je stav řešen aplikací infuze oxytocinu či případně aplikací prostaglandinů. U prolongovaných porodů se doporučuje krátký odpočinek před pokusem o obnovu děložní činnosti. Při porodu se také může rozvinout diskoordinace děložní činnosti s následnou funkční rigiditou branky, kde je účinné na kratší dobu (např. na 1 hodinu) přerušit děložní činnost podáním tokolýzy a následně ji znovu navodit za současné aplikace spazmolytik [Čech a kol., 2006].

Důvodem k zásahu také může být anatomická rigidita branky způsobená jizevnatostí hrdla či při primární hypoplazii hrdla. Řešením je mělký nástřih branky jako prevence většího děložního poranění a tísňe plodu. Při poruše břišního lisu je někdy třeba jeho sílu nahradit použitím kleští nebo vakuumentraktu, případně digitální extrakcí. Při závažnějších stavech je indikován císařský řez.

Ve druhé době porodní je možnou komplikací hluboký příčný stav hlavičky, kdy je porušena vnitřní rotace hlavičky, která je pak zafixována mezi úžinou a východem se šípovým švem v příčném průměru. Příčinou může být slabě děložní činnost, hraničně zúžená pánev nebo zkrácený pupečník. Většinou je stav upraven aplikací uterokinetik a současným polohováním na bok. Pokud není náprava úspěšná, je přistoupeno k použití kleští. Závažnou komplikací je také dystokie ramének. Vzniká při vysokém přímém stavu ramének, kdy jsou raménka natočena do nevýhodného přímého průměru pánve anebo při hlubokém příčném stavu, kdy je porušena vnitřní rotace ramének. Řešení vysokého přímého stavu je velice obtížné, sestává z mnoha kroků a hmatů, přičemž je dané pořadí a rizikovost jednotlivých úkonů. Pomoci může rozšíření epiziotomie, změna sklonu stydké spony, zevní tlak na stydkou sponu, digitální rotace ramének, rotace za pomoci paralelních Shutových kleští (nutná vzácně), stažení zadní ručičky do prohloubení křížové kosti (riziko fraktury humeru a klavikuly), zevní přetočení hlavičky za účelem manuální rotace ramének a mnoho dalších metod. V krajním případě se přistupuje ke kleidotomii (zlomení klíční kosti). Dystokii se dá předejít včasným zachycením makrosomie plodu a pečlivým vyšetřením pánve, kdy při patologickém nálezů je indikován císařský řez [Roztočil, 2008].

Ve třetí době porodní je komplikací porucha odlučování placenty, která je spojena s vyšší krevní ztrátou a rizikem vybavení neúplné placenty a následné revize děložní dutiny. Pokud porod placenty trvá déle než 30 minut za předpokladu, že byly rodičce aplikovány medikamenty na jeho usnadnění, a déle než 1 hodinu, pokud jí aplikovány nebyly, přistupuje se k manuálnímu vybavení. Pokud je důvodem neodlučování *placenta accreta*, *increta* či *percreta* je manuální vybavení neúspěšné a spojené s krvácením a je třeba provést hysterektomii (odstranění dělohy). Při poruchách vypuzování odloučené placenty je řešením manuální vybavení, při podezření na retenci části placenty se provádí manuální či instrumentální revize [Kudela, 2004].

Po porodu lůžka je riziko poporodního krvácení, způsobeného slabými kontrakcemi při odlučování a nedostatečné stažení cév. Stav je urovnáván lehkou masáží děložního těla pro vyvolání kontrakce, překlopení dělohy ke stydké sponě, aplikace uterotonik.

Porodní zranění jsou odhalována hned po porodu lůžka a je přistoupeno k jejich šití, pokud je to nutné. Poraněné může být perineum, někdy ruptura zasahuje až k análnímu otvoru a může přetřhnout svěrač, dále může být poraněna pochva, poševní klenba, děložní hrdlo a děložní tělo [Roztočil a kol., 2008].



## 7. Lékařské zásahy do porodu a jejich vliv

Kapitola shrnuje některé lékařské zákroky používané během porodu, se zaměřením na ty, které jsou zmíněny v praktické části práce. U každého zákroku je popsán stručný postup a důvody k jeho aplikaci a následně komentář na základě výzkumů a studií o účinnosti a přínosnosti.

### 7.1 Epiziotomie

#### 7.1.1 Popis výkonu

Epiziotomie je nejvíce používaná porodnická operace. Nejčastěji je používána v závěru druhé doby porodní, při prořezávání hlavičky plodu a to především u primipar. Indikace k jejímu použití jsou zejména hrozba ruptury perinea při přílišném tlaku na hráz, rigidita a zjizvení hráze znemožňující její dostatečné roztahování, velký plod bránící standardnímu porodu a malý a nezralý plod (jako prevence jeho traumatizace), při vaginálním porodu koncem pánevním, při deflexních polohách hlavičky a jako preventivní opatření před operativními porody za použití kleští či vakuumextraktoru, před vnitřním obratem a extrakcí. Její použití je také indikováno při dystokii ramének [Čech a kol., 2006]. Epiziotomie by měla být používána pouze v nutných případech, její rutinní použití a to zejména u multipar je škodlivé a nesprávné [Kudela, 2004].

Epiziotomie se provádí při úplném rozvinutí hráze a při prořezávání hlavičky a to na vrcholu kontrakce, kdy lékař dvěma prsty uvnitř brání hlavičce v rychlém prořezání a speciálními nůžkami provede rovný stříh. Směr a začátek stříhu je dle zvyklostí porodníka a dle situace [Roztočil a kol., 2008]. Preventivně se provádí i při nerozvinuté hrázi (v případě přípravy porodnické operace či třeba při porodu koncem pánevním), v tom případě se aplikují lokální anestetika [Čech a kol., 2006].

Mezi výhody epiziotomie patří urychlení druhé doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky plodu při prořezávání, prevence ruptury hráze a pochvy, lepší kosmetický a funkční stav pochvy po šestinedělí, prevence močové inkontinence. Oproti spontánním trhlinám se epiziotomie lépe sešívá a ošetřuje a lepší je i následně hojení, je zde také menší riziko vzniku hematomu [Kudela, 2004].

#### 7.1.2 Dělení epiziotomie

Epiziotomie se dělí podle směru vedení stříhu vzhledem ke stření čáře a řitnímu otvoru. Dělíme ji tedy na:

-Mediální, kdy je stříh proveden ve středové čáře směrem k análnímu otvoru v délce asi 3cm. U této varianty hrozí zvýšené riziko prodloužení epiziotomie až k análnímu otvoru a vzniku trhlín 3. a 4.

stupně. Její výhody jsou rychlé hojení a snadné sešití.

-Mediolaterální, kdy je začátek stejný jako u mediální epiziotomie, ale stříh je veden šikmo směrem k *tuber ischiadicum* (Kudela, 2004 uvádí úhel asi 45°) v délce asi 3-4cm. Je zde menší riziko poškození *m. sphincter ani externus* a trhlin 3. a 4. stupně, rána ale může více krvácet a je náročnější na sešití, někdy se hůře hojí.

-Laterální, kde začátek je posunut asi o 1-2 cm od středové čáry a stříh pak vede šikmo směrem k *tuber ischiadicum* v délce asi 3cm. Riziko trhlin 3. a 4. stupně je nejmenší a je nejsnazší epiziotomii v případě potřeby rozšířit. Většinou je spojena s vyšší krvácivostí a šití i hojení je náročnější. Uvádí se vyšší riziko deformace poševního vchodu při tvorbě jizvy a proto se příliš nepoužívá [Roztočil a kol., 2008].

-Schuchardtův řez je rozšíření laterální epiziotomie, kdy je prodloužení řezu vedeno mírně obloukovitě, do délky 6-7cm. Je používán v případě operativního porodu, vytváří nejprostornější přístup. Často silně krvácí, je náročný na ošetření i na hojení a v současné době není používán [Čech a kol., 2006].

### 7.1.3 Studie a výzkumy

Při srovnání rodiček s laterální epiziotomií a rodiček bez epiziotomie bylo prokázáno, že bez použití epiziotomie jsou častější trhliny 1. a 2. stupně, ale statisticky významně méně časté trhliny 3. a 4. stupně. U multipar pak byly zjištěny větší ztráty krve při použití laterální epiziotomie než bez ní [Räisänen et al., 2010].

Ohledně bolestivosti bylo prokázáno, že ženy s epiziotomií trpěly bolestí více a déle, než ženy bez epiziotomie. Bolest byla v době 1 a 2 týdnů po porodu významně nižší u žen bez epiziotomie, v 6. týdnu nebyl rozdíl tak markantní, ale stále statisticky významný, dále byly hodnoty nerozdílné. Dlouhodobé vlivy jsou tedy stejné pro epiziotomii i bez ní. Symptomy močové inkontinence byly 3 měsíce po porodu zjištěny významně vyšší u žen s epiziotomií, dalším obdobím se studie nevěnovala, tudíž je možné, že má epiziotomie v tomto ohledu dlouhodobější vliv a ze studie vyplývá, že epiziotomie nemá účinek ochrany před močovou inkontinencí. V sexuální funkčnosti a bolestivosti nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly [Chang et al., 2011]. V jiné studii byly zkoumány ženy bez natržení, se spontánními trhlinami, s epiziotomií a s trhlinami 3. a 4. stupně. Zde bylo zjištěno, že spontánní trhliny jsou méně bolestivé než epiziotomie, sexuální funkce je lepší u žen se spontánními trhlinami a u symptomů povolení pánevního dna nebyly nalezeny statistické rozdíly mezi všemi skupinami. Tedy vyvrací, že by epiziotomie měla vliv při prevenci uvolnění pánevního dna [Klein et al., 1994].

Při výzkumu rozdílu mezi mediolaterální a laterální epiziotomií nebyla zjištěna rozdílnost mezi četností trhlin a trhlin v prodloužení stříhu, ve ztrátě krve ani ve stavu novorozence (Apgar

skóre a pH krve). Významnější odlišnost byla nalezena pouze v době šití rány a ve spotřebě šicího materiálu, kdy šití mediolaterální epiziotomie trvalo v průměru o 2 minuty méně a bylo spotřebováno méně šicího materiálu. Studie mimo jiné uvádí, že nejlepší výsledky jsou u mediolaterální epiziotomie pokud je stříh veden v minimálním úhlu 60° od středové čáry [Karbanová et al., 2014].

## **7.2 Amniotomie**

### **7.2.1 Popis výkonu**

Amniotomie, neboli dirupce vaku blan, je porodnický úkon, při němž jsou do pochvy rodičky vsunuty prsty s jednou branží amerických kleští, kterou je opatrně protrhnut vak blan. Následně jsou prsty pomalu vysouvány, aby nedošlo k výhřezu pupečníku. Amniotomie se provádí zejména jako prostředek posílení děložních kontrakcí, kdy samotná hlavička plodu tlačí na pánevní dno více, než vak blan, kde se tlak rozkládá přes vodu. Nastupuje zde Fergussonův reflex, kdy jsou hlavičkou více drážděny receptory v oblasti vnitřní branky, které stimulují vyšší vyplavování oxytocinu. Obecně se uvádí, že je amniotomii vhodné provést (pokud nedojde ke spontánnímu odtoku plodové vody) v první době porodní při otevření asi na 3-5cm a při vstouplé hlavičce do pánevního vchodu. Po odtoku plodové vody je nutné provést vaginální vyšetření kvůli riziku prolapsu pupečníku [Roztočil a kol., 2008].

Další důvody indikace jsou například indukce porodu, kdy občas stačí jen amniotomie, nebo je kombinována s podáním prostaglandinů a/nebo oxytocinu. Díky zvýšení síly kontrakcí je také porod urychlen. Dále se amniotomie provádí před obratem kombinovanými hmaty. Lze ji provést i pod vodou při porodu do vody anebo když rodička relaxuje ve vodě v první době porodní. V případě polohy plodu koncem pánevním je k dirupci přistupováno až těsně před započítím druhé doby porodní, případně na jejím začátku, a obecně je snaha o co nejdelší uchování celistvosti vaku blan z důvodu zvýšeného rizika výhřezu pupečníku [Čech a kol., 2006].

### **7.2.2 Studie a výzkumy**

Bylo potvrzeno, že amniotomie má vliv na zesílení děložních kontrakcí, tento efekt může negativně ovlivnit zvýšené BMI [Rosen et al., 2013]. Při indukci porodu u nulipar bylo potvrzeno snížení doby porodu o více než 2 hodiny a bylo doloženo zvýšení poměru rodiček, které porodily do 24 hodin od amniotomie [Macones, Cahill, Stamilio et al., 2012]. Nebyl nalezen rozdíl v mortalitě dětí narozených do 24 hodin a dětí narozených po 24 hodinách od amniotomie. Riziko vzniku infekce není závislé na době od amniotomie do porodu ale na době od vaginálního vyšetření do porodu [Schutte et al., 1983]. Počet prováděných vaginálních vyšetření zvyšuje pravděpodobnost

vzniku vaginální infekce [Soper et al., 1997; Seaward et al., 1997]. Při spontánním porodu u žen s normální progresí porodu amniotomie postup urychlila, ale u žen s pomalejší progresí se porod ještě více zpomalil, případně zastavil a bylo nutné podat oxytocin, tedy dirupce není prevencí pomalé progresi porodu [Seitchik, Holden, Castillo, 1985]. Byla potvrzena redukce počtu dystokie ramének při použití amniotomie, pouze pokud je provedena při minimální dilataci hrdla na 3 cm. Amniotomie nesnižuje počet císařských řezů [Fraser et al., 1993].

## 7.3 Operativní porod pomocí kleští či vakuumextraktoru

### 7.3.1 Klešťový porod

Porod kleštěmi je indikován při nepostupujícím porodu i po aplikaci uterokinetik ve druhé době porodní (60-90 minut při fyziologickém CTG), u fyzicky či psychicky vyčerpané či nespolupracující rodičky, při nemožnosti použití břišního lisu, při diagnóze horečky nad 38°C a při silném krvácení ve druhé době porodní, pokud jsou splněny podmínky pro vaginální porod. Možná je i indikace ze strany plodu a to při akutní intrapartální hypoxii ve druhé době porodní. Kontraindikace jsou zejména kefalopelvický nepoměr, neodstraněná překážka v porodních cestách, nesestouplá a nefixovaná hlavička (ve vzácných případech to není nutné, například při porodu plodu ve vysoké přímé poloze) [Roztočil a kol., 2008].

Jako příprava pro klešťový porod se vždy provádí mediolaterální epiziotomie (Schuchardtův řez už není používán) a desinfekce rodidel. Kleště se zavádí mimo kontrakci, každá branže zvlášť, provede se pokusná trakce, kdy se porodník ujistí o správném zavedení kleští a zda nesklouzávají. Vlastní trakce, neboli vybavení hlavičky plodu probíhá vždy za kontrakce, ve směru pánevní osy a je třeba co nejlépe napodobit přirozené porodní mechanismy porodu hlavičky. Zbytek porodu je pak obvykle samovolný a je veden obvyklým způsobem [Čech a kol., 2006].

Vzácně může dojít ke komplikacím způsobeným sesmeknutím kleští, kdy dochází ke vzniku trhlin hrdla, pochvy a hráze. Častěji může dojít k trhlinám pochvy, které jsou většinou způsobeny příliš rychlou extrakcí. Natržení hráze je nejčastěji způsobeno nedostatečnou epiziotomií. U matky může dojít ke komplikacím v důsledku klešťového porodu, jako například přechodná močová inkontinence, u plodu může vzácně nastat kefalohematom, subdurální či intrakraniální krvácení, paréza *plexus brachialis* v důsledku dystokie ramének, případně přechodná obrna *nervus facialis* [Kudela, 2004].

### 7.3.2 Porod pomocí vakuumextraktoru

Indikace je velmi podobná jako u klešťového porodu, tzn. použití vakuumextraktoru je indikováno při prodlužované druhé době porodní, vyčerpání rodičky, nemožnosti použití břišního

lisu, temenní poloze plodu, abnormální rotaci plodu, hrozící a počínající hypoxii. Na rozdíl od kleští je porod vakuumextraktorem zdlouhavější a není proto používán při pokročilé či vážné hypoxii plodu, který je třeba rychle vybavit. Zároveň vytvořený podtlak může hypoxii o něco zhoršit. Kontraindikace jsou zejména zúžená pánev, překážky v porodních cestách, nevstoupá hlavička do pánevního vchodu, pokročilá hypoxie, porucha krevní srážlivosti či podezření na ni, nezralý plod [Čech a kol., 2006].

Výkon se provádí v lokální anestezii. Pelota (přísavná hlavice vakuumextraktoru) je zaváděna mimo kontrakci a umístěna na vedoucí bod hlavičky plodu. Pomocí přístroje se vytvoří podtlak, který fixuje pelotu na hlavičce a provede se pokusná trakce. Vlastní trakce probíhá vždy v kontrakci a je při ní nutná spolupráce rodičky. Při tahu je napodoben fyziologický mechanismus porodu. Po vybavení hlavičky probíhá porod obvyklým způsobem. Porodní nádor obvykle vymizí do 24-48 hodin po porodu. Výkon nemá trvat déle než 15 minut a pokud se nedaří či pokud pelota 3x sklouzne, je přistoupeno k porodu pomocí kleští [Kudela, 2004].

### 7.3.3 Studie a výzkumy

Ve srovnání s vakuumextraktorem (VEX), kleště zvětšují obvod hlavičky plodu, častěji nastávají větší ruptury hráze a to i ruptury 3. stupně. Naopak při správném zavedení kleští je menší pravděpodobnost poranění plodu. Po vakuumextrakci jsou častější kefalohematomy, rozsáhlé porodní nádory a vzácněji hyperbilirubinemie a krvácení do retiny. Při klešťovém porodu je menší pravděpodobnost sesmeknutí kleští a je možné je použít i u nezralých plodů, jeho výhodou je možnost rychlého vybavení plodu a tím možnost použití při vážné hypoxii plodu. Kleště jsou také šetrnější k plodu, naopak VEX je šetrnější k rodičce [Kudela, 2004].

U porodu pomocí VEXu je menší pravděpodobnost úspěšného porodu, ale také menší četnost císařských řezů. Tento fakt ale může být ovlivněn tím, že po neúspěšné vakuumextrakci je přistoupeno k použití kleští a pokud selže i tento postup, je nutný císařský řez. Vzhledem ke kleštím je u VEXu menší pravděpodobnost vážných poranění matky, méně časté použití lokální i celkové anestezie a zároveň je udávána nižší míra bolesti jak při porodu, tak po 24 hodinách. U kleští je méně častý kefalohematom, ale ostatní poranění hlavy a obličeje plodu jsou častější. Je zde také nižší procento nízkých hodnot Apgar skóre v 5. minutě [Johanson, Menon, 1999].

U primipar byla prokázána vyšší urinární inkontinence po porodu pomocí kleští oproti VEXu a spontánnímu porodu. Příznaky inkontinence u druhých dvou skupin rychle ustupovaly, zatímco u kleští tato tendence nebyla [Arya et al., 2001]. Při použití kleští v kombinaci s epiziotomií byla výrazně zvýšená šance na trhliny 3. a 4. stupně oproti samotné epiziotomii a spontánnímu porodu [Hudelist et al, 2005]. Po porodu kleštěmi byla prokázána vyšší četnost fekální inkontinence ve srovnání s vakuumextrakcí [Fitzpatrick, 2003].

## 7.4 Císařský řez

### 7.4.1 Popis výkonu

Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován břišní cestou. Rozlišuje se primární, tedy plánovaný, kde je indikace známa už z těhotenství, a sekundární, neboli akutní, kde indikace k provedení vznikne až v průběhu porodu, případně na konci těhotenství, a je třeba rychlého řešení. Indikací k provedení je mnoho, obecně platí, že k provedení musí být jasná medicínská indikace. Podmínky císařského řezu jsou především nesestouplá a nefixovaná hlavička (případně konec pánevní) v porodních cestách. Podmínka živého plodu už dnes není nutná.

Indikace k provedení císařského řezu jsou:

- kefalopelvický nepoměr, překážky v měkkých cestách porodních, patologické procesy v pánvi
- stavy po operacích v malé pánvi, předchozí 2 císařské řezy, korporální řez v předchozím těhotenství
- porodnické krvácení (*placenta praevia*, abrupce placenty, neznámé příčiny)
- nepravidelné polohy a držení plodu (poloha šikmá, příčná, asynklitismus, vysoký přímý stav, čelní či obličejová poloha, při nepostupujícím porodu i temenní poloha)
- poloha koncem pánevním a to u primipar větší než 3500g, u multipar než 3800g, menší než 2500g, porušení držení plodu (kromě neúplného řitního), v souvislosti s paritou, věkem, gestační anamnézou rodičky
- výhřez pupečníku
- onemocnění matky (těžká preeklampsie nereagující na léčbu, některé kardiovaskulární choroby, HIV pozitivní matky-při císařském řezu je menší pravděpodobnost nákazy plodu)
- protrahovaný porod (poruchy děložní činnosti, dystokie ramének)
- ohrožení plodu - akutní a chronická hypoxie, sérologický konflikt, přenášení po opakované neúspěšné indukci, hmotnost plodu do 1500g
- vícečetné těhotenství, kromě dvojčat naléhajících hlavičkou, nebo jedno hlavičkou a druhé koncem pánevním všechny kombinace a těhotenství více než dvojčetná, nezralé plody
- sdružené indikace, zde se bere v potaz i psychický stav matky, věk, předchozí gestační anamnéza
- na mrtvé či umírající rodiče, pokud je životaschopný plod

Před samotnou operací se zavádí permanentní katetr do močového měchýře, desinfikuje se oblast řezu, zákrok se provádí buď v celkové nebo v lokální anestezii (spinální či epidurální). Provedení operace spočívá v otevření břišní dutiny, nejčastěji supracervikálním transperitoneálním císařským řezem, děloha se otevírá asi 10-12 cm dlouhým obloukovitým řezem příčně asi 2 prsty nad symfýzou kolmo na střední čáru. Méně často se používá řez mezi pupkem a symfýzou vedený podélně (v případě existující jizvy po operaci, při předpokladu revize břišní dutiny, při nutnosti

rychlého vybavení, někdy u nezralého plodu). Řez se roztáhne prsty a opatrné se vybaví vedoucí část plodu, nejčastěji hlavička, a pak celý plod, podváže a přestřihne se pupečník, provede se revize děložní dutiny a manuálně se vybaví placenta. Je nutná kontrola intaktnosti močového měchýře a průchodnosti porodních cest pro odcházení krevních sraženin. Provede se sutura dělohy a stěny břišní.

Vzhledem ke spontánnímu porodu až 6x častěji dochází ke komplikacím. Možné komplikace jsou krvácení, infekce, ať už děložní dutiny, močového měchýře nebo zanícení jizvy, embolie (té se předchází bandáží dolních končetin, časnou mobilizací pacientky), poranění orgánů malé pánve, nejčastěji močového měchýře, střev a ureteru, gastrointestinální obtíže, následná sterilita (nejčastěji důsledkem infekce, většinou způsobena zanedbáním péče) [Čech a kol., 2006].

#### **7.4.2 Studie a výzkumy**

V roce 2004 bylo v České republice prováděno 16% císařských řezů ze všech porodů, v perinatologických centrech 20% [Čech a kol., 2006]. Bylo zjištěno, že nad 12-15% císařských řezů nevede ke zlepšení perinatálních výsledků [Kudela 2004]. Uvádí se také, že po 2. provedení císařského řezu je rodičkám doporučována sterilizace, z důvodu rizikovosti dalšího těhotenství a porodu [Kudela, 2004, Čech a kol, 2006]. Maternální mortalita je po císařském řezu 2-4x vyšší než po spontánním porodu a morbidita 5-10x vyšší [Shearer, 1993]. Pokud je císařský řez proveden dříve než v 39 (+0) týdnu těhotenství, vede ke zvýšené morbiditě novorozenců (zvýšené riziko potřeby resuscitace a asistovaného dýchání, nízké poporodní hodnoty, sepse). Zároveň nebylo prokázáno vyšší riziko císařského řezu po 40. týdnu těhotenství [Wilmink et al., 2010]. S císařským řezem je také spojován novorozenecký syndrom dechové tísně. Bylo zjištěno, že pokud pře císařským řezem proběhl porod (respektive pokud o něj), byla četnost syndromu nižší, z čehož vyplývá, že porod před císařským řezem má preventivní účinek [Gerten et al., 2005].

King, 2012 ve své studii uvádí, že existují faktory v běžné péči, které zvyšují pravděpodobnost císařského řezu. Mezi tyto praktiky řadí časné přijetí do porodnice, diagnóza aktivní fáze porodu už při 3-4 cm dilatace, kontinuální KTG (vyšší četnost novorozenců po císařském řezu, u kterých se zpětně neprokáže nutnost císařského řezu), grafické standardy (Freidmanova křivka), volitelná indukce porodu. Dále uvádí, že intermitentní auskultace má stejně dobré výsledky co se týče četnosti novorozeneckého záchvatu jako kontinuální KTG. Mezi metody, které snižují četnost císařského řezu, řadí porod v péči porodní asistentky, kontinuální podpora při porodu, ideálně jeden člověk na jednu rodičku, podávání povzbudivých tekutin ústy (ne infuzí), vyhýbání se epidurální analgezií, fyziologické vedení druhé doby porodní. V závěru King doporučuje úplné vyřazení Friedmanovy křivky pro hodnocení postupu porodu, pozdější příjem rodičky do porodnice, určení aktivní fáze porodu až při dilataci na 5-6 cm, prodloužení doby

očekávané pro průběh aktivní fáze porodu (tady více času v první době porodní), z čehož vyplývá nutnost podpory ženy při delším průběhu porodu, větší zapojení porodních asistentek. Všechny tyto metody vedou k výraznému snížení počtu císařských řezů, aniž by byly zhoršené perinatální výsledky.



## 8. Metodika

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní dotazníkovou metodu, kdy bylo cílem získat co největší počet respondentek z důvodu vyšší vypovídací hodnoty výsledků. Výhodou dotazníku je anonymita respondentů, kdy jsou ochotnější odpovídat, a snadné zhodnocení výsledků. Nevýhodou jsou přesně definované otázky a odpovědi, kde pokud respondent nepochopí otázku, nebo se mu nehodí ani jedna odpověď, není možné to zohlednit. Z tohoto důvodu byly u několika otázek vloženy volné odpovědi, které dávají možnost komentáře nebo specifikace odpovědi.

Sběr dat proběhl v září a říjnu 2014 primárně na serveru [www.modrykonik.cz](http://www.modrykonik.cz) a vzhledem k připojení výzvy za aktivní šíření dotazníku i v širokém spektru známých a přátel respondentek.

### 8.1 Výzkumné otázky

Dotazník byl rozdělen na úvodní část, která obsahovala dotazy na věk, vzdělání a počet porodů respondentek. V další části byly dotazy zaměřeny na každý porod zvlášť. Bylo možné popsat maximálně 5 porodů na respondentku, aby dotazník nebyl příliš dlouhý, neodrazoval od vyplnění a protože pravděpodobnost 6 porodů není nijak vysoká (dotazník zodpověděla pouze jedna respondentka s 6 porody).

U každého porodu byly otázky zaměřené na několik tematických okruhů. Byla snaha zahrnout všechna fakta, která by mohla mít vliv na zkoumané téma. Na začátek byly umístěny obecné dotazy na rok porodu, jeho četnost, místo porodu, období těhotenství, kdy porod proběhl, zda byl plánovaný císařský řez a zda byl plod koncem pánevním. V následující části byly otázky ohledně průběhu porodu (zda byl porod spontánní, vyvolávaný či císařský řez) a dotazy na jednotlivé zákroky prováděné při porodech se zaměřením na dirupci, epiziotomii a operativní porod kleštěmi či vakuumextraktorem. V následující části byly umístěny otázky na dodržení porodního plánu a nesplněná přání při porodu. Poslední část byla věnována celkové zkušenosti z porodu, pocitům, sžití s dítětem a poporodní péči o rodičku i o dítě.

Pracovní hypotézy byly stanoveny 3 a to:

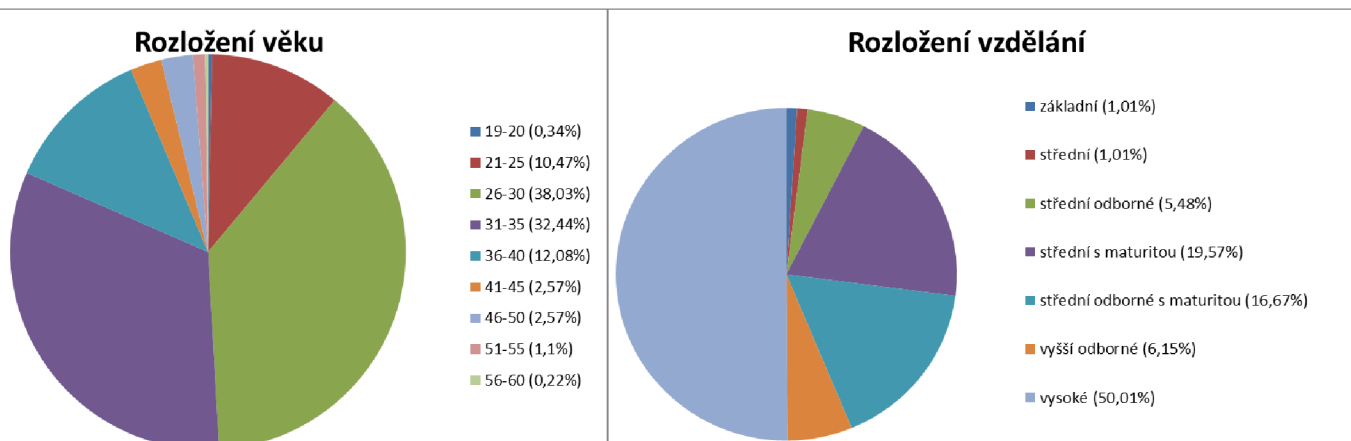
Větší počet zásahů do porodu negativně ovlivňuje jeho průběh a vnímání rodičkou.

Přístup personálu v porodnicích nebere dostatečný ohled na rodičku a její pocity.

Přání rodičky ohledně péče nejsou brána jako závažná.

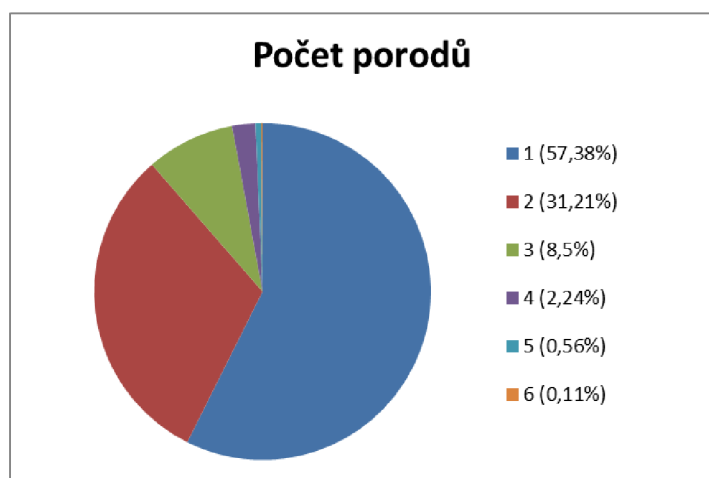
## 9. Materiál

Celkem dotazník vyplnilo 984 respondentek, jejichž věk se pohyboval od 19 do 60 let. Kategorie 15-20 a 60 a více let nebyly zastoupeny. Nejpočetnější byly kategorie 26-30let (38,03%) a 31-35let (32,44%). Konkrétní zastoupení věkových kategorií viz graf 1. Vzdělání respondentek bylo nejčastěji vysoké (50,11%), střední s maturitou (19,57%) či střední odborné s maturitou (16,67%), viz graf 2. Průměrný počet porodů na respondentku byl 1,56. Nejčastěji odpovídaly respondentky s pouze jedním porodem (57,38%) a se dvěma porody (31,21%), přesné rozložení viz graf 3. Za účelem analýzy pak byl hlavní výzkumnou jednotkou porod, celkem bylo hodnoceno 1404 porodů, z nichž 1281 proběhlo v porodnici (91,43%), 72 proběhlo doma s přejezdem do porodnice (5,14%), 43 domácích porodů (3,07%). V souboru dále byly 2 porody proběhlé na cestě do porodnice a 3 porody v centrech aktivního porodu.



Graf 1: Rozložení věku respondentek.

Graf 2: Rozložení vzdělání respondentek.



Graf 3: Rozložení počtů porodů u respondentek.

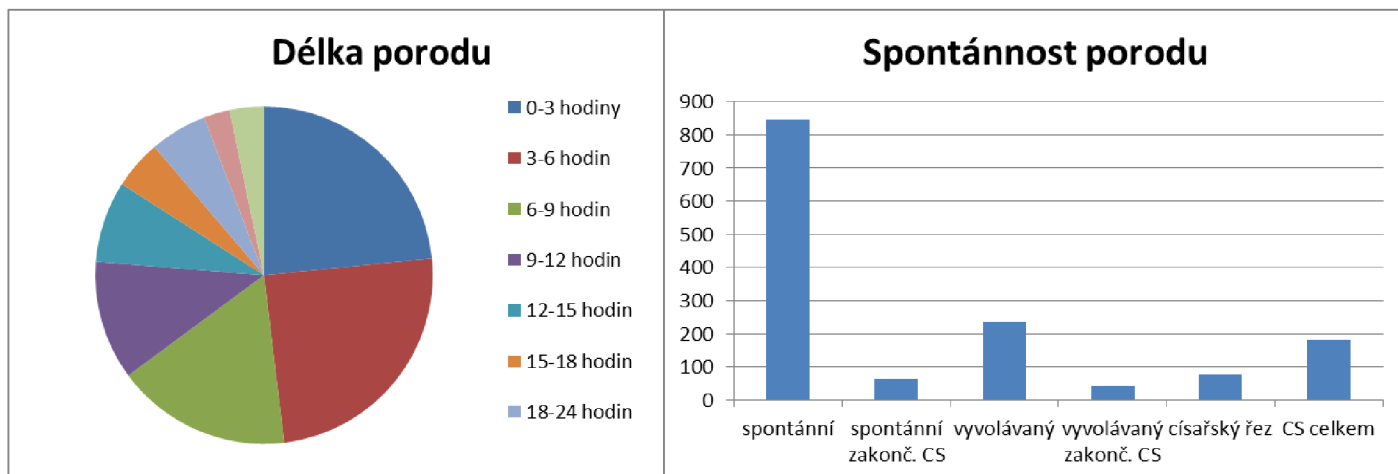
## 10. Analýza a výsledky

### 10.1 Analýza dat

Data z dotazníků byla rozdělena na jednotlivé porody (po vyřazení několika porodů z důvodu chybějících informací (místo porodu, rok porodu, doba strávená s dítětem) a jednoho porodu v cizině) a vznikl soubor s 1401 porody. Z těchto dat byly dále vyřazeny porody proběhlé na cestě do porodnice, v porodnickém centru a domácí porody, vzhledem k tomu, že výzkum se zabývá vlivem zásahů na průběh porodu, a při domácích a jiných porodech je zásahů prováděno minimum a celková péče je jiná než v porodnici. Ve výsledku zůstalo 1281 porodů ke zhodnocení. Data byla hodnocena v zakódované formě, kdy každé odpovědi bylo přiřazeno číslo pro zjednodušení práce s programem. Hodnocení probíhalo v programu MS Excel a R-Studio. Při stanovování závislosti byly použity Test o nezávislosti v kontingenčních tabulkách a Asymptotický test nezávislosti ve čtyřpolní tabulce. Míra závislosti byla hodnocena pomocí Cramérova koeficientu.

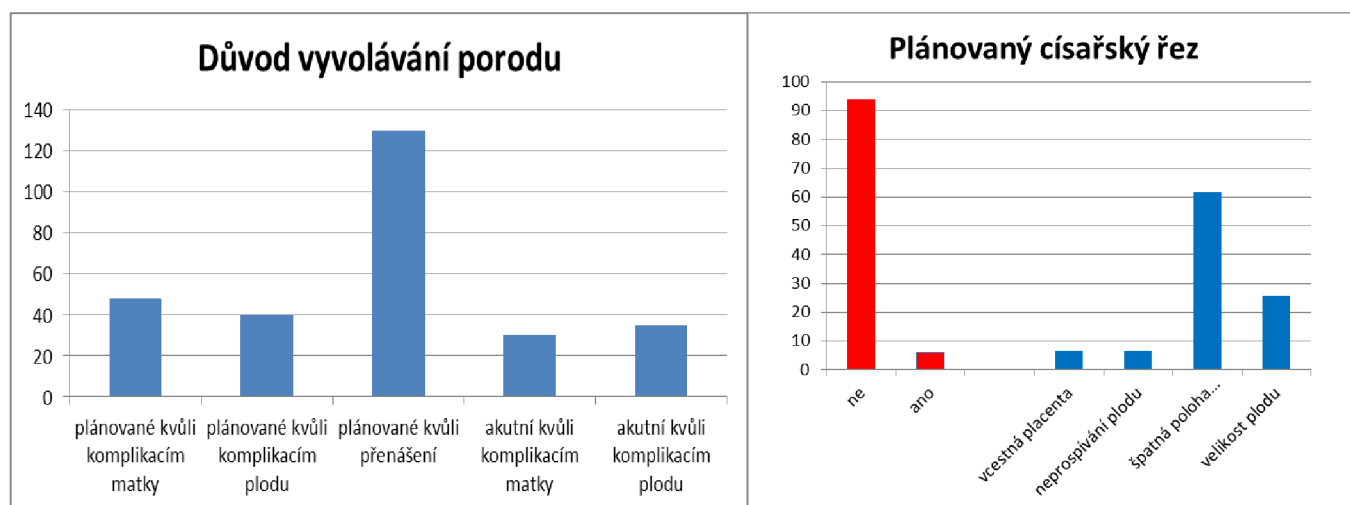
### 10.2 Výsledky

V souboru porodů bylo 4,45% porodů před ukončeným 36. týdnem těhotenství, 24,36 % před termínem, po ukončeném 36. týdnu, 44,87% porodů v termínu (+3 dny) a 26,31% porodů po termínu. Medián délky porodu vyšel 6-9 hodin, modus 3-6 hodin. Konkrétní rozložení viz graf 4. V 11,16% porodů byl plod koncem pánevním. Nejčastější byl spontánní porod (67,45%), vyvolávaný porod byl v 18,35% případů, císařský řez v 5,93%, spontánní porod zakončený císařským řezem byl v 5% případů a vyvolávaný zakončený císařským řezem v 3,28%, tedy celkové množství císařských řezů bylo 14,21% (graf 5). V případech, kde bylo přistoupeno k vyvolávání byl zjištěn důvod vyvolávání. Nejčastější indikací bylo přenášení (45,94%), dále plánované vyvolávání kvůli komplikacím matky (16,96%) a plodu (14,13%). Nejméně časté bylo akutní vyvolávání kvůli komplikacím plodu (12,37%) nebo matky (10,6%). Celkem bylo 77,03% vyvolávaných porodů plánovaných (graf 6). V 6,09% (78 porodů) případů byl plánovaný císařský řez, z čehož nejčastější indikací byla špatná poloha plodu (61,54%) a velikost plodu (25,64%). Indikace z důvodu včestné placenty a neprospívání plodu (obojí 6,41%), viz graf 7.



Graf 4: Rozložení délky porodu.

Graf 5: Četnosti spontánnosti porodu.



Graf 5: Rozložení důvodů vyvolávání porodu.

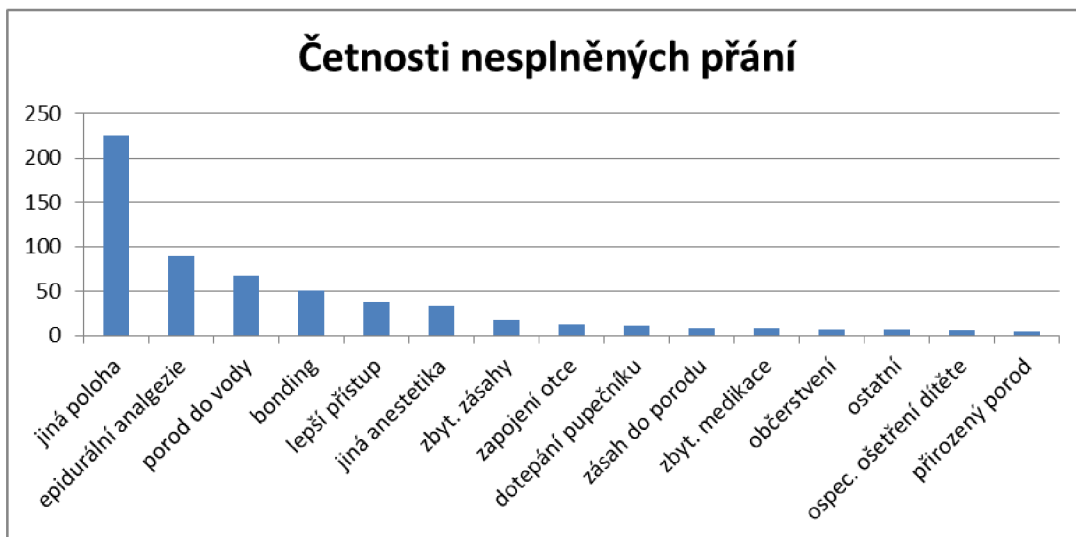
Graf 6: Důvody plánovaného císařského řezu.

Respondentky byly dotázány na provedené zákroky. Dirupce vaku blan byla provedena u 572 porodů (44,65%), epiziotomie v 583 případech (45,51%), porod pomocí kleští u 18 porodů (1,41%) a pomocí vakuumextraktoru u 30 porodů (2,34%). Bez jakéhokoli z těchto zákroků se obešlo 419 porodů (32,71%). U jednotlivých zákroků bylo zkoumáno, zda byl rodiče oznámen, zda s ním souhlasila a její pocit ohledně účinnosti zákroku, viz tabulka 1. V případě epiziotomie byly výraznější negativní výsledky, kdy u 45,97% porodů respondentky uvedly, že jim nebyla oznámena, a u 53,17% porodů uvedly, že s ní nesouhlasily a přesto jim byla provedena.

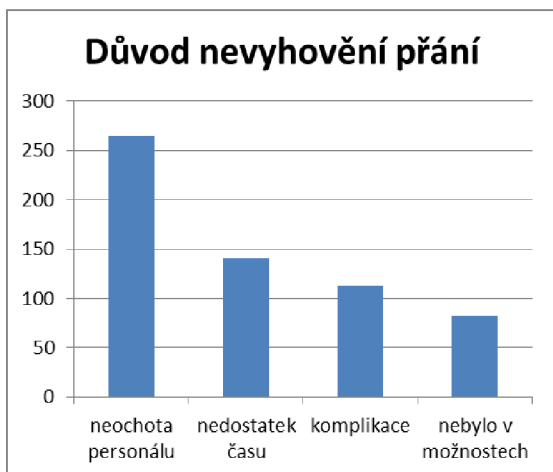
	celkem	Oznámení zákroku			Souhlas se zákrokem			Účinek zákroku		
		Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
dirupce	572	475	72	12	434	62	53	313	118	120
epiziotomie	583	262	268	53	140	310	95	303	84	176
kleště	18	11	6	1	11	3	4	13	1	4
vex	30	17	12	1	18	3	5	22	4	4
bez zásahu	419									
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
dirupce	44,65	83,04	12,59	2,10	75,87	10,84	9,27	54,72	20,63	20,98
epiziotomie	45,51	44,94	45,97	9,09	24,01	53,17	16,30	51,97	14,41	30,19
kleště	1,41	61,11	33,33	5,56	61,11	16,67	22,22	72,22	5,56	22,22
vex	2,34	56,67	40,00	3,33	60,00	10,00	16,67	73,33	13,33	13,33
bez zásahu	32,71									

Tab. 1: Četnosti oznámení, souhlasu a pocitu účinnosti u jednotlivých zákroků.

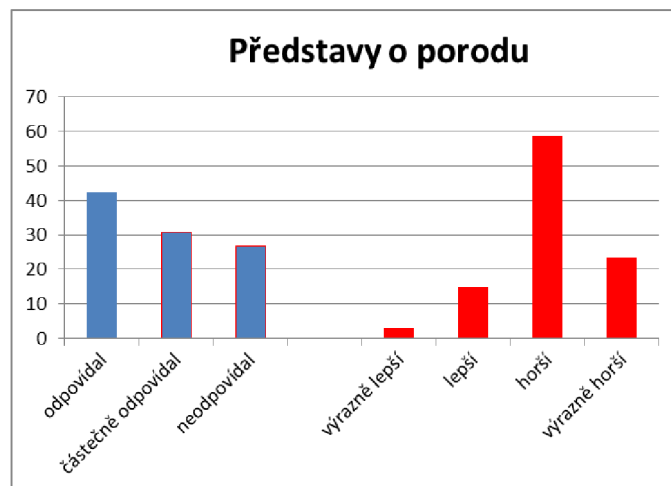
Z celkového počtu porodů, u 382 (29,82%) z nich měly rodičky porodní plán, z nichž 105 (27,49%) uvedlo, že se personál jejich porodním plánem neřídil. Rodičky byly dotázány také na to, zda měly nějaké přání, které jim nebylo v průběhu porodu splněno. Někaké nesplněné přání bylo uvedeno u 459 porodů (35,83%), kdy nejčastějším přáním byla možnost jiné polohy, ať už v první nebo v druhé době porodní. Tuto možnost uvedlo 225 rodiček (17,56%). Další nesplněná přání bylo podání epidurální analgezie (6,95%), porod do vody (5,23%), bonding (3,98%), lepší přístup personálu zahrnující klid u porodu, zachování intimity, respekt a podávání informací (2,97%) a další (viz graf 8). Další dotaz byl směřován na důvod, proč nebylo vyhověno přání rodiček. Nejčastěji uváděným důvodem byla neochota personálu, což bylo uvedeno u 265 porodů (57,73%), dále nedostatek času (141 porodů, 30,72%), porodní komplikace (113 porodů, 24,62%) a to, že uvedené přání nebylo v možnostech porodnice (83 porodů, 18,08%), viz graf 9. V následující otázce byly respondentky dotázány na to, zda byl porod takový, jaký si ho představovaly. 42,47% (544 porodů) uvedlo, že porod odpovídal jejich představám, 30,84% (395 porodů) uvedlo částečně splněné představy a 26,7% (342 porodů) uvedlo, že porod nesplňoval jejich představy. Respondentky, které uvedly, že porod splňoval jejich představy jen částečně nebo vůbec byly pak dotázány na to, zda byl porod lepší než očekávání, nebo horší. 34,58% uvedlo horší skutečnost, 13,82% výrazně horší skutečnost, 8,74% lepší skutečnost a 1,72% výrazně lepší skutečnost (graf 10).



Graf 8: Četnosti přání, která nebyla rodičkám splněna.

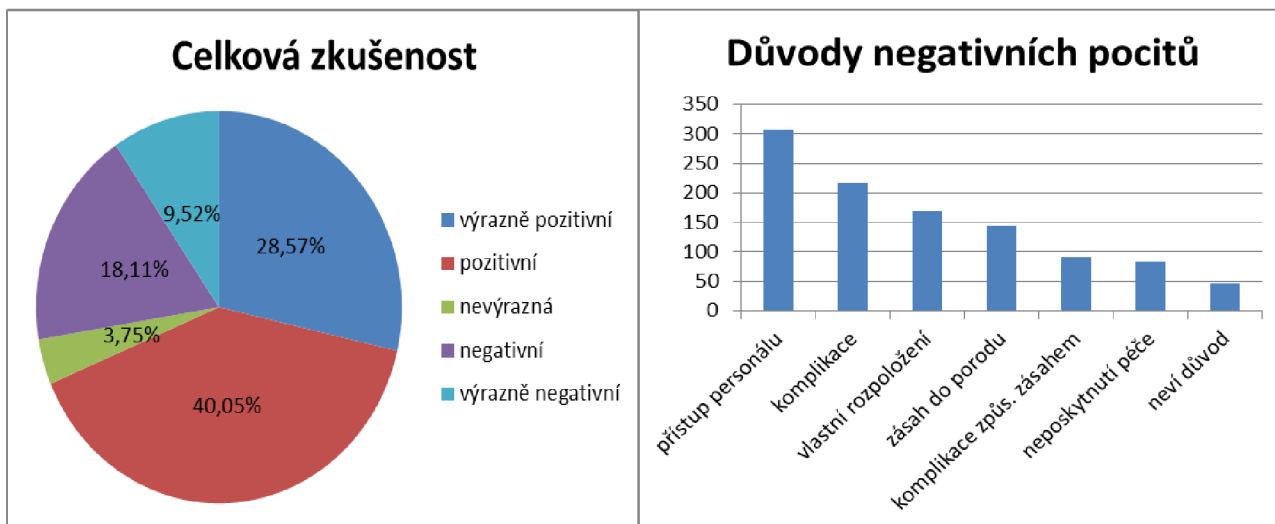


Graf 9: Důvody nevyhovění přání rodiček.



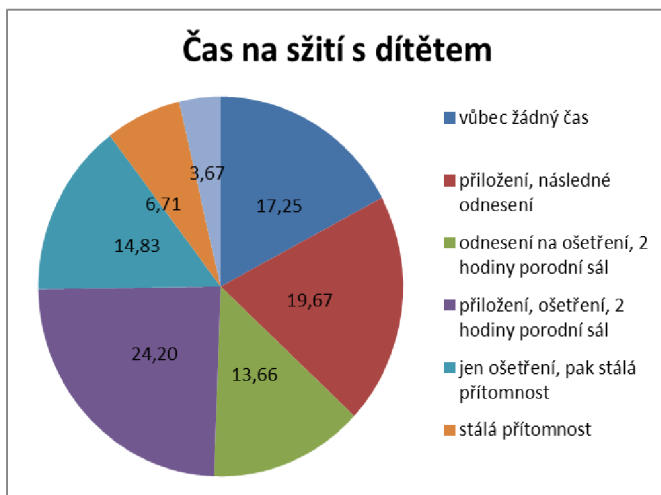
Graf 10: Představy rodiček o porodu.

Celková zkušenost z porodu a poporodního období byla u 28,57% (n=366) výrazně pozitivní, u 40,05% (n=513) pozitivní, 3,75% (n=48) uvedlo že to pro ně nebyla výrazná zkušenost, u 18,11% (n=232) byla negativní a u 9,52% (n=122) byla zkušenost výrazně negativní (viz graf 11). Dále byly rodičky dotázány na to, zda v průběhu porodu měly nějaký výrazně negativní pocit a čím byl způsoben. Nejčastěji byl negativní pocit způsoben přístupem personálu (46,88% z negativních pocitů, n=308), porodní komplikací (33,18%, n=218), vlastním rozpoložením (25,72%, n=169) a nechtěným zásahem do porodu (21,92%, n=144). Podrobný rozpis viz graf 12.

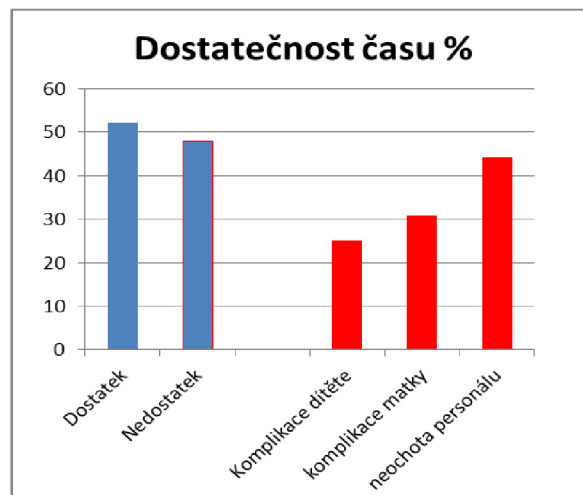


Graf 11: Celková zkušenost rodiček s porodem. Graf 12: Důvody negativních pocitů během porodu.

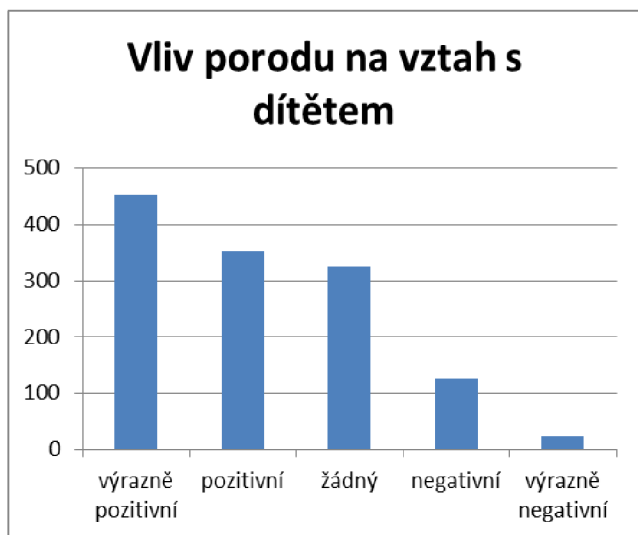
Následující část byla věnována času stráveným s dítětem po porodu. Respondentky určily dobu, kterou s dítětem po porodu strávily a následně byly dotázány (viz graf 13), zda se jim poskytnutý čas zdál dostatečný a z jakého důvodu jim nebyl dopřán dostatek času. Málo času na sblížení s dítětem bylo uvedeno u 614 porodů (47,93%), z toho 25,08% uvedlo jako důvod komplikace dítěte, 30,78% komplikace rodičky a 44,14% neochotu personálu (graf 14). Dotázány byly také na to, jaký vliv měl porod a jeho vedení na vztah s dítětem. Velmi pozitivní vliv byl uveden v 452 případech (35,28%), pozitivní v 353 případech (27,56%), žádný vliv na vztah v 326 případech (25,45%), negativní vliv v 127 případech (9,91%) a velmi negativní vliv v 23 případech (1,8%), viz graf 15. Pokud respondentky uvedly negativní či velmi negativní vliv, byly dále dotázány a důvod negativního vlivu. Nejvíce z nich uvedlo nedostatek času (n=114, 76%), dále traumatický zážitek z porodu (n=85, 56,67%) a komplikace (n=31, 20,67%). Všechny odpovědi jsou zahrnuty v grafu 16. V poslední části respondentky hodnotily pomoc s péčí o novorozence a s kojením a vlastní péčí na oddělení šestinedělí (viz grafy 17 a 18).



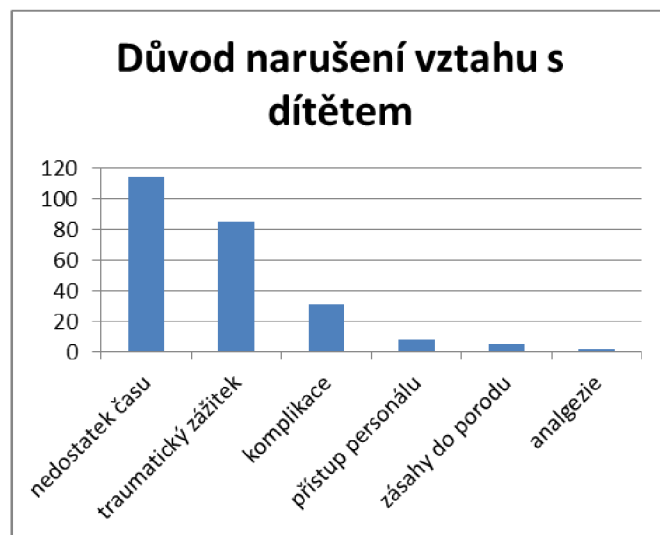
Graf 13: Délka doby strávené s dítětem po porodu.



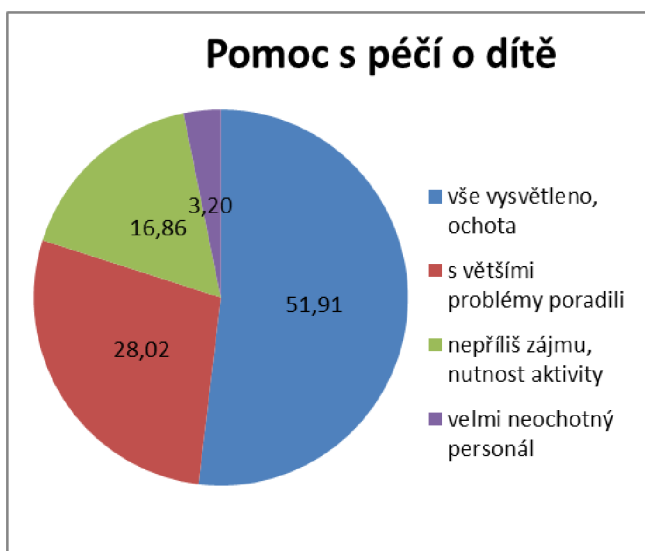
Graf 14: Dostatečnost času poskytnutého na sžití a důvody nedostatku času.



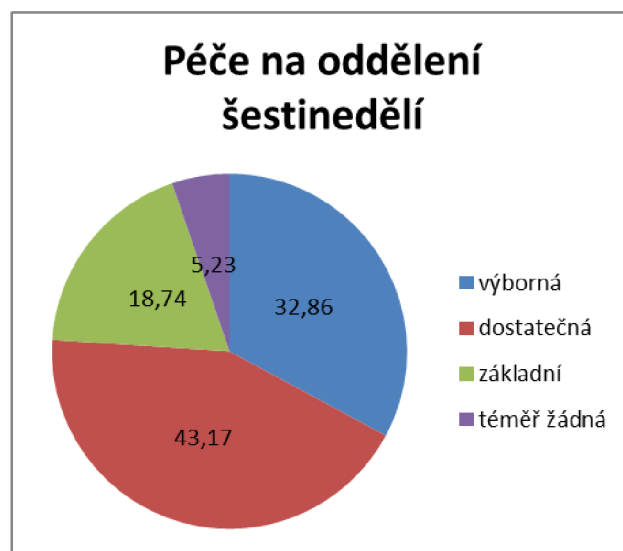
Graf 15: Vliv porodu na vztah s dítětem.



Graf 16: Důvody narušení vztahu s dítětem po porodu.



Graf 17: Poskytnutá pomoc s péčí o dítě a kojením.



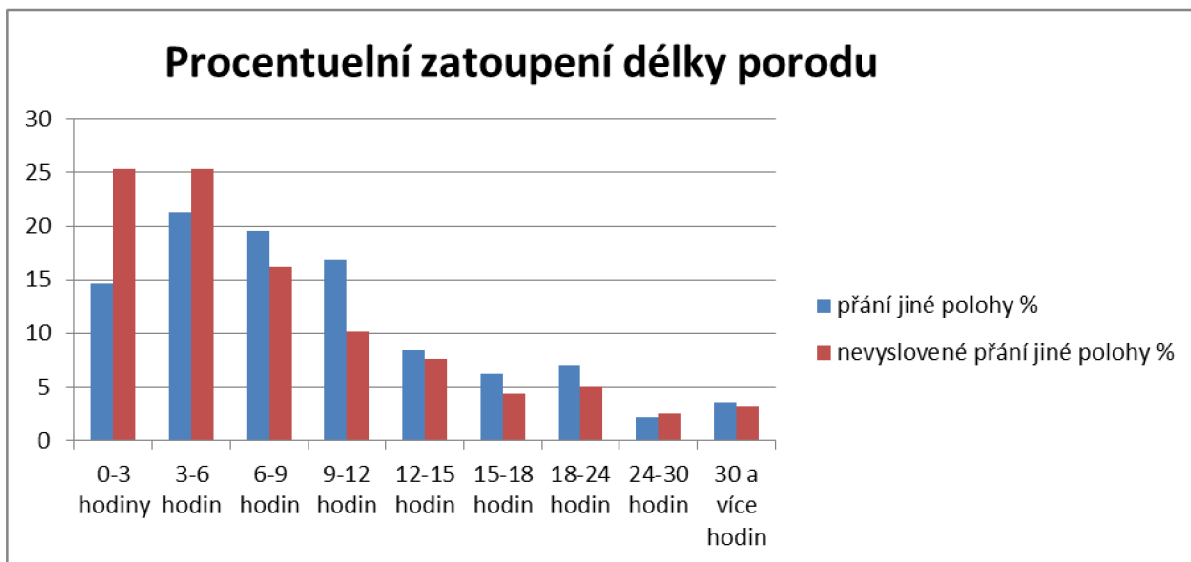
Graf 18: Péče o rodičku na oddělení šestinedělí.



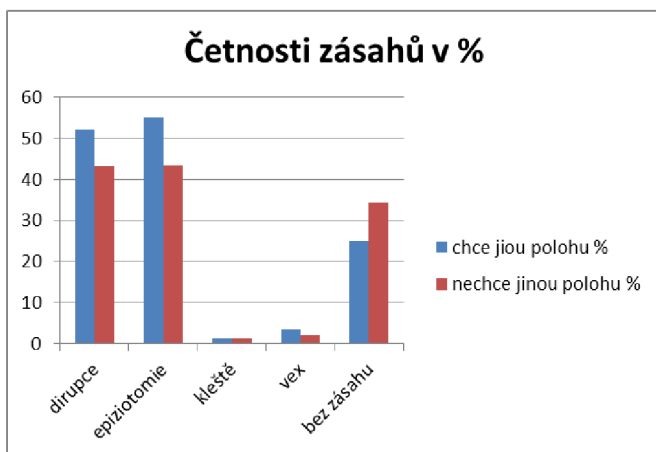
Data získaná z dotazníků pak ještě byla porovnáována a hodnocena ve vzájemném vztahu. Byly sledovány rozdíly mezi celkovou zkušeností a jednotlivými zákroky. Při hodnocení respondentek, které podstoupily dirupci, a těch, které ji nepodstoupily byla zjištěna zanedbatelná závislost (Cramérův koeficient=0,08) celkové zkušenosti na provedení dirupce. Při hodnocení provedení či neprovedení epiziotomie byla mezi celkovou zkušeností a provedením epiziotomie zjištěna slabá závislost. Mezi porodem pomocí kleští a porodem pomocí VEXu a celkovou zkušeností byla zaznamenána středně silná závislost (Cramérův koeficient=0,31), viz tabulka 2. Dále byla hodnocena závislost délky porodu na tom, zda žena projevila přání jiné polohy. Závislost byla určena jako slabá (Cramérův koeficient=0,13), medián délky porodu u skupiny respondentek, které si přály jinou polohu a nebyla jim umožněna, byl 6-9hodin a u skupiny respondentek, které neprojevily přání jiné polohy pouze 3-6 hodin (graf 19). Ve vztahu k přání jiné polohy byla také hodnocena četnost jednotlivých zásahů. Závislost četnosti zásahu (pomocí Asymptotického testu o nezávislosti ve čtyřpolní tabulce) na přání jiné polohy byla nalezena u dirupce, epiziotomie, porodem pomocí VEXu (vždy ve srovnání se skupinou, která daný zákrok nepodstoupila) i při srovnání skupiny bez zásahu s jakýmkoli zásahem. U porodu pomocí kleští závislost nebyla zjištěna (graf 20). Následně byla hodnocena závislost dostatku času na sblížení matky s dítětem a vlivem na vztah s dítětem. Byl zjištěn střední stupeň závislosti (Cramérův koeficient=0,51), viz graf 21. U výsledků, kde je uveden jako míra závislosti Cramérův koeficient byl pro určení závislosti dat použit Test o nezávislosti v kontingenčních tabulkách.

	celkem	výrazně pozitivní %	pozitivní %	Nevýrazný pocit %	Negativní %	Výrazně negativ %
Dirupce	572	153 26,75	215 37,59	24 4,20	113 19,76	67 11,71
Epiziotomie	583	134 22,98	247 42,37	20 3,43	122 20,93	60 10,29
Kleště	18	1 5,56	6 33,33	0 0,00	6 33,33	5 27,78
Vex	30	5 16,67	10 33,33	0 0,00	13 43,33	2 6,67
Bez zásahů	419	147 35,08	156 37,23	16 3,82	63 15,04	37 8,83
S jakýmkoli zásahem	862	219 25,41	357 41,42	32 3,71	169 19,61	85 9,86
Bez dirupce	709	213 30,04	298 42,03	24 3,39	119 16,78	55 7,76
Bez epiziotomie	698	232 33,24	266 38,11	28 4,01	110 15,76	62 8,88
Bez kleští	1263	365 28,9	507 40,14	48 3,80	226 17,89	117 9,26
Bez vexu	1251	361 28,85	503 40,21	48 3,84	219 17,51	120 9,59
Dirupce a epiziotomie	297	68 22,9	108 36,36	12 4,04	67 22,56	42 14,14
Dirupce a kleště	10	0 0	4 40,00	0 0,00	3 30,00	3 30,00
Dirupce a vex	14	1 7,14	5 35,71	0 0,00	7 50,00	1 7,14
Epiziotomie a kleště	13	1 7,69	4 30,77	0 0,00	4 30,77	4 30,77
Epiziotomie a vex	24	5 20,83	6 25,00	0 0,00	11 45,83	2 8,33
Epiziotomie, dirupce a kleště	7	0 0	3 42,86	0 0,00	2 28,57	2 28,57
Epiziotomie, dirupce a vex	11	1 9,09	3 27,27	0 0,00	6 54,55	1 9,09

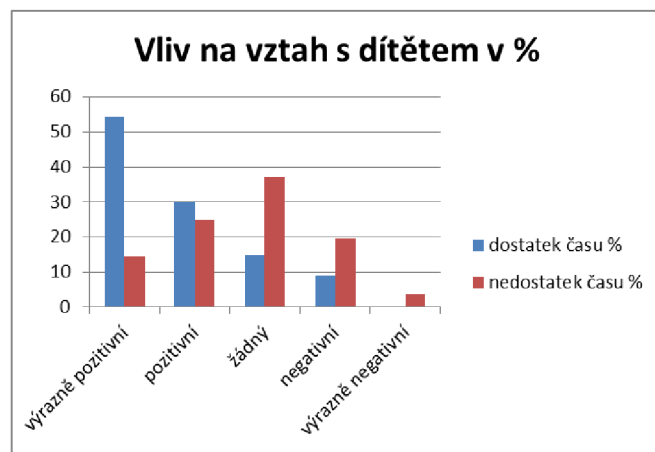
Tab. 2: Hodnocení celkového pocitu v závislosti na provedených zákrocích.



Graf 19: Hodnocení délky porodu v závislosti na projevení přání jiné polohy.



Graf 20: Četnosti jednotlivých zásahů v závislosti na přání jiné polohy.



Graf 21: Hodnocení vlivu poskytnutého času na vztah rodičky s dítětem.

## 11. Diskuze

Celkové procento císařských řezů 14,21% se jeví jako přijatelné, Goer, 1999 uvádí jako dostačující hranici 10-12%, kdy nejsou nijak zhoršené perinatální výsledky. V České republice je uváděna frekvence z roku 2004 16%, v perinatologických centrech dokonce 20% [Čech a kol., 2006]. Plánovaný císařský řez byl zjištěn v 6,09%, z čehož největší podíl byla indikace špatné polohy plodu a na druhém místě velikost plodu, kterou uvedlo 25,64%. Takto vysoké procento se zdá být zbytečné, vzhledem k přesnosti odhadu velikosti plodu pomocí ultrazvuku, a vzhledem k tomu, že lze vaginálně rodit i velké plody bez větších komplikací. Haram, Pirhonen a Bergsjø, 2002, uvádí, že současné metody měření velikosti plodu nejsou natolik průkazné, aby bylo možné na jejich výsledcích indikovat císařský řez, za předpokladu zdravé matky, při odhadu velikosti plodu do 5000g.

Z četností dirupce, epiziotomie, použití kleští a vakuumextraktoru vyplývá, že pouze 1/3 rodiček nepodstoupí žádný z těchto zákroků. Dirupci podstoupilo 44,65% a epiziotomii 45,51% rodiček. Studie prokázaly, že spontánní natržení je méně bolestivé a zároveň, že epiziotomie nemá preventivní účinek při močové inkontinenci [Klein et al., 1994; Chang et al., 2011]. Vzhledem k těmto výsledkům se zjištěné procento zdá být zbytečně vysoké. Alarmující je skutečnost, že zákroky nejsou v mnoha případech rodičkám oznamovány a často také prováděny přes jejich nesouhlas. V případě dirupce zákrok nebyl rodičce oznámen v 12,59%, proveden přes nesouhlas byl v 10,84% případů. U epiziotomie nebyl zákrok oznámen u 45,97% případů, 9,09% rodiček nevědělo, zda jim byl oznámen, proveden přes nesouhlas byl dokonce v 53,17% případů a 16,3% respondentek uvedlo, že neví, zda se zákrokem souhlasily. Takové výsledky ukazují, že přístup porodnického personálu je v mnoha případech přinejmenším nestandardní a bylo by třeba výraznějších změn v přístupu. Mimo to byly také rodičky dotázány na svůj pocit, ohledně účinnosti a přínosnosti zákroku. V případě dirupce 20,63% uvedlo, že zákrok nebyl účinný a prospěšný, epiziotomie byla jako neúčinná či neprospěšná uvedena ve 14,41% případů. V případě operativních porodů pomocí vakuumextraktoru a kleští byly výsledky vzhledem k malému počtu případů ne úplně průkazné, další faktor, který mohl ovlivnit například oznámení rodičce, či čekání na souhlas, byla akutní tíseň plodu (to se týká převážně klešťového porodu). Posouzení účinnosti je však pouze subjektivní pocit dané rodičky, která nemá možnost srovnat, zda by porod probíhal lépe či hůře, pokud by daný zákrok nebyl proveden. Může zde proto být zanesena chyba v podobě rodiček, které, kdyby měly srovnání, by zákrok označily za neprospěšný anebo naopak za prospěšný. Proto je třeba tyto hodnoty brát spíše jako osobní pocit dané respondentky a ne jako exaktní data účinnosti zákroku.

Porodní plán mělo 29,82% respondentek, z nich 27,49% uvedlo, že se jím personál v porodnici neřídil. Porodní plán má přitom funkci písemného sdělení přání rodičky, aby se u porodu mohla plně soustředit na jeho průběh, a je důležitý také proto, že se ženy často v průběhu porodu dostávají do stavu změněného vědomí a jejich rozhodování může být tímto ovlivněno. Proto by se na přání uvedené v porodním plánu měl brát vyšší ohled, což platí zejména pro přání neprovádění určitých zákroků. Ze studie od Whitford, Hillan, 1998, vyplývá, že ženy, které si vytvořily porodní plán měly celkově pocit jeho užitečnosti, . S tím také souvisí otázka na nesplněná přání rodiček u porodu, kdy nějaké nesplněné přání uvedla více než 1/3 rodiček (35,83%). Nejčastějším přáním byla jednoznačně jiná poloha (17,56%), ať už v první, nebo ve druhé době porodní. Vzhledem k tomu, že poloha při porodu může ovlivňovat jeho postup, byl proveden test nezávislosti mezi přáním jiné polohy a délkou porodu. Byl zjištěn slabý stupeň závislosti, zároveň byl vypočítán medián délky porodu (3-6 hodin u rodiček, které nevyslovily přání jiné polohy a 6-9 hodin u rodiček, které si přály jinou polohu). V současné době je nejpoužívanější poloha v leže na zádech na porodnickém lůžku, případně v polosedě, může být s nohami na podpěrkách. V souvislosti zjištěné závislosti a rozdílného mediánu lze předpokládat, že rodičky, kterým nebyla umožněna jiná poloha, přestože si ji přály, měly delší porod. Dále byla zjišťována závislost přání jiné polohy a četnosti jednotlivých zákroků. Ve všech případech (dirupce, epiziotomie, vakuumextraktor) kromě porodu pomocí kleští byla zjištěna závislost dat. Vzhledem k četnosti zákroků u skupiny, která projevila přání jiné polohy a u skupiny, která takové přání neprojevila, lze usuzovat, že všechny zmíněné zákroky byly častější v případě neumožněné jiné polohy. Zároveň byla prokázána závislost mezi četností rodiček bez jakéhokoliv zásahu u obou skupin a přáním jiné polohy. Z toho lze usuzovat, že ve skupině neumožněné jiné polohy bylo méně rodiček bez jakéhokoliv zásahu. V případě porodu pomocí kleští nebyla závislost s přáním jiné polohy prokázána, test ale mohl být zkreslen malým počtem uskutečněných zákroků.

V případě, že respondentky uvedly nějaké nesplněné přání, byly dotázány na důvod jeho nesplnění. Nejčastější variantou byla nechota personálu (57,73%), což může vypovídat o úrovni péče o rodičky v českých porodnicích. V dalších 18,08% bylo uvedeno, že požadované nebylo v možnostech porodnice. Zde výsledky poukazují na celkový přístup personálu k rodičkám, kdy jejich přání není přikládána příliš velká váha.

Zkreslené představy o porodu mělo 57,54% respondentek, z nichž 23,47% uvedlo výrazně horší skutečnost a 58,75% horší skutečnost. Tyto údaje mohou být ovlivněny informovaností rodiček o porodu a jejich přáním, jak by chtěly aby porod probíhal. Prožití porodu ovlivňují také komplikace, které většina rodiček do svých představ nezahrnuje. Celková zkušenost z porodu je také ovlivněna samotným narozením dítěte, což jako skutečnost často přebije většinu jiných okolností. Je proto pochopitelné, že jako pozitivní či velmi pozitivní zkušenost porod označilo

68,62% rodiček. Jako nevýraznou zkušenost porod uvedlo 3,75%, negativní zkušenost mělo 18,11% a výrazně negativní 9,52% rodiček. Byla také zjišťována závislost celkové spokojenosti na provedení jednotlivých zákroků. V případě epiziotomie byl prokázán slabý stupeň závislosti mezi provedením epiziotomie a celkovou zkušeností z porodu. Lze tedy předpokládat, že provedení epiziotomie má vliv na celkovou zkušenost z porodu, avšak ne příliš velký. Vzhledem k četnostem lze usuzovat, že provedení epiziotomie zhoršuje celkovou zkušenost z porodu. Mezi provedením dirupce a celkovou zkušeností závislost prokázána nebyla. Závislost vůči celkové zkušenosti byla také měřena mezi porodem pomocí kleští a pomocí vakuumextraktoru. Zde byl zjištěn střední stupeň závislosti. Vzhledem k četnostem pozitivních a negativních zkušeností u obou skupin, lze předpokládat, že porod pomocí kleští je spojen s celkově horší zkušeností, než porod pomocí vakuumextraktoru, výsledky však mohou být zkresleny malým počtem provedených zákroků.

V průběhu porodu uvedlo 51,28% rodiček nějaký výrazně negativní pocit. Nejčastějším důvodem negativních pocitů rodiček byl přístup personálu, což uvedlo 46,88%. Až na dalším místě pak byly uváděny komplikace (33,18%), vlastní rozpoložení rodičky (25,72%). Na posledním místě s nejnižší četností pak byl uveden nechtěný zásah do porodu (21,92%), ovšem lze z něj vyčíst, že více než 1/5 rodiček byl proveden nějaký zásah (ať už jeden ze výše zmíněných, nebo jiný), se kterým nesouhlasila.

Rodičky byly dotázány na čas strávený s dítětem po dobu v porodnici. Nejčastější varianta bylo přiložení miminka k matce, následné odnesení na ošetření a ponechání na porodním sále 2 hodiny, poté bylo miminko odneseno a znovu přineseno po nějakém čase k matce na oddělení šestinedělí (24,2%), nejméně časté varianty pak byly, že dítě nebylo odneseno vůbec, a po celý čas bylo s matkou (6,71%) a to, že bylo dítě přiloženo k partnerovi, což je varianta prováděná například pokud rodička podstoupí císařský řez v celkové anestezii (3,67%). V 17,25% případech rodičky uvedly, že jim nebyl poskytnut vůbec žádný čas na sblížení s dítětem. Přitom pro vztah matky s dítětem jsou první hodiny a dny po narození velmi důležitým obdobím, kdy pro co nejlepší vztah je třeba nechat matku a dítě pohromadě co možná nejvíce času, ideálně stále [Kennell, McGrath, 2005]. V další fázi pak respondentky hodnotily, zda jim poskytnutý čas připadal dostačující pro sblížení s dítětem, anebo ne, a pokud uvedly nedostatek času, udaly důvod, proč jim nebyl čas poskytnut. S délkou času na sblížení nebylo spokojeno 47,93% rodiček, z nichž 25% uvedlo jako důvod komplikace dítěte, 30,78% komplikace matky a 44,14% neochotu personálu. Z toho vyplývá, že téměř polovina rodiček neměla dostatek času sblížit se se svým čerstvě narozeným dítětem pouze proto, že personál nebyl ochotný jim to umožnit. 9,91% rodiček dále uvedlo, že porod měl na jejich vztah s dítětem negativní vliv a 1,8% uvedlo výrazně negativní vliv. Tyto rodičky dále uvedly, že důvodem negativního vlivu na vztah byl v 76% nedostatek času, v 56,67% traumatický zážitek z porodu a v 20,67% porodní komplikace.

V této souvislosti byl také zjištěn střední stupeň závislosti mezi nedostatkem času na sblížení s dítětem a vlivem na vztah s dítětem. Vzhledem k procentuálnímu zastoupení vlivu na vztah ve skupinách rodiček, které měly dostatek času a které neměly dostatek času, lze říci, že nedostatek času na sblížení v době po porodu negativně ovlivňuje vztah matky k dítěti.

## 12. Závěr

Z výsledků práce vyplývá, že vyšší četnosti provedených zákroků způsobují horší celkovou zkušenost z porodu. Dále je zřejmé, že v některých případech není vyhověno přáním rodiček na jinou polohu při porodu, přestože toto nevyhovění vede k déle trvajícím porodu a jsou při těchto porodech častěji nutné lékařské zásahy. Dalším zásadním zjištěním je, že nedostatek času na sblížení rodičky s dítětem vede k negativním důsledkům na tento vztah.

Alarmující je zjištění, že porodnický personál velmi často narušuje práva žen, když přes jejich nesouhlas provede lékařský zákrok. Tento fakt ukazuje, že rodička je stále vnímána jako pasivní účastník porodu, který by se měl podříditi autoritě lékaře. Dále je v mnoha případech uváděno, že nesplnění přání při porodu bylo způsobeno neochotou personálu. Všechny tyto výsledky ukazují na nutnost změny v přístupu porodnického personálu k rodičce.

Pro další výzkum by mohlo být přínosné zjištění, zda má četnost zásahů vliv na pravděpodobnost císařského řezu. Kromě toho by byly přínosné výzkumy zaměřené na psychiku rodiček u porodu a zda přístup porodníků ovlivňuje celkovou psychiku rodičky a jaký je její vliv na průběh porodu.

## 13. Zdroje

- Ackermann-Lieblich, U. - Voegeli, T. - Gunter-Witt, K. - Kunz, I. - Zullig, M. - Schindler, C. – Maurer, M. - Zurich Study Team (1996): Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *Bmj*, 313(7068), 1313-1318.
- Arya, L. A. - Jackson, N. D. - Myers, D. L. - Verma, A. (2001): Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), 1318-1324.
- Čech, E. - Hájek, Z. - Maršál, K. - Srp, B. a kol. (2006): *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čepický, P. - Líbalová, Z. (2007): Historie vedení porodu. (online). <http://www.levret.cz/>.
- Doležal, A. - Kuželka, V. - Zvěřina, J. (2009): *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén.
- Durand, A. M. (1992): The safety of home birth: the farm study. *American Journal of Public Health*, 82(3), 450-453.
- Fitzpatrick, M. - Behan, M. - O'Connell, P. R. - O'Herlihy, C. (2003): Randomised clinical trial to assess anal sphincter function following forceps or vacuum assisted vaginal delivery. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 110(4), 424-429.
- Fraser, W. D. - Marcoux, S. - Moutquin, J. M. - Christen, A. (1993): Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. *New England Journal of Medicine*, 328(16), 1145-1149.
- Gerten, K. A. - Coonrod, D. V. - Bay, R. C. - Chambliss, L. R. (2005): Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: does labor make a difference? *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3), 1061-1064.
- Goer, Henci (2002): *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press.
- Grünebaum, A. - McCullough, L. B. - Chervenak, F. A. (2014): Interventions at home births. *American journal of obstetrics and gynecology*, 5(210), 487-488.
- Hájek, Zdeněk (1996): Odborné stanovisko Sekce perinatální medicíny ČGPS JEP k porodům v domácnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 6(2), 340-342.



- Haram, K. - Pirhonen, J. - Bergsjø, P. (2002): Suspected big baby: a difficult clinical problem in obstetrics. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81(3), 185-194.
- Hudelist, G. - Gelle'n, J. - Singer, C. - Ruecklinger, E. - Czerwenka, K. - Kandolf, O. - Keckstein, J. (2005): Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(3), 875-881.
- Hutton, E. K. - Reitsma, A. H. - Kaufman, K. (2009): Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study. *Birth*, 36(3), 180-189.
- Chang, S. R. - Chen, K. H. - Lin, H. H. - Chao, Y. M. Y. - Lai, Y. H. (2011): Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International journal of nursing studies*, 48(4), 409-418.
- Cheng, Y. W. - Snowden, J. M. - King, T. L. - Caughey, A. B. (2013): Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209(4), 325-e1.
- Ivanová, Kateřina (2006): *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Johanson R. B. - Menon V. (1999): Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Karbanova, J. - Rusavy, Z. - Betincova, L. - Jansova, M. - Parizek, A. - Kalis, V. (2014): Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 124(1), 72-76.
- Kennell, J. - McGrath, S. (2005): Starting the process of mother–infant bonding. *Acta Paediatrica*, 94, 775–777.
- King, T. L. (2012): Preventing primary cesarean sections: intrapartum care. *Seminars in perinatology*, 36(5), 357-364.
- Klein, M. C. - Gauthier, R. J. - Robbins, J. M. - Kaczorowski, J. - Jorgensen, S. H. - Franco, E. D. – Johnson, B. – Waghorn, K. – Gelfand, M. M. – Guralnick, M. S. – Luskey, G. W. - Joshi, A. K. (1994): Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 171(3), 591-598.

- Kudela, Milan a kol. (2004): *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Macones, G. A. - Cahill, A. - Stamilio, D. M. - Odibo, A. O. (2012): The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(5), 403-e1.
- Marek, Vlastimil (2002): *Nová doba porodní*. Praha: Eminent.
- Olsen, O. (1997): Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24(1), 4-13.
- Räisänen, S. - Vehviläinen-Julkunen, K. - Heinonen, S. (2010): Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348-356.
- Rosen, H. - Hiersh, L. - Saltzer, L. - Aviram, A. - Ben-Haroush, A. - Melamed, N. – Raban, O. – Calderon, I. – Hadar, E. - Yogev, Y. (2013): 312: Amniotomy: does artificial rupturing of membranes in the active phase enhance myometrial electrical activity? A common practice still in controversy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(208), S140.
- Roztočil, Aleš a kol. (2008): *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Seaward, P. G. - Hannah, M. E. - Myhr, T. L. - Farine, D. - Ohlsson, A. - Wang, E. E. – Haque, K. – Weston, J. A. – Hewson, S. A. – Ohel, G. – Hodnett, E. D. (1997): International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *American journal of obstetrics and gynecology*, 177(5), 1024-1029.
- Seitchik, J. - Holden, A. E. - Castillo, M. (1985): Amniotomy and the use of oxytocin in labor in nulliparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 153(8), 848-854.
- Shearer, E. L. (1993): Cesarean section: medical benefits and costs. *Social Science and Medicine*, 37(10), 1223-1231.
- Schutte, M. F. - Treffers, P. E. - Kloosterman, G. J. - Soepatmi, S. (1983): Management of premature rupture of membranes: the risk of vaginal examination to the infant. *American journal of obstetrics and gynecology*, 146(4), 395-400.
- Slezáková, Lenka (2013): *Ošetřovatelsví pro střední zdravotnické školy III - Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Soper, D. E. - Mayhall, C. G. - Froggatt, J. W. (1996): Characterization and control of intraamniotic infection in an urban teaching hospital. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(2), 304-310.

Štembera, Zdeněk (2004): *Historie české perinatologie*. Praha: MAXDORF s.r.o.

Wax, J. R. - Pinette, M. G. - Cartin, A. - Blackstone, J. (2010): Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(2), 152-e1.

Whitford, H. M. - Hillan, E. M. (1998): Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 14(4), 248-253.

WHO (1999): *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace.

Wilmink, F. A. - Hukkelhoven, C. W. - Lunshof, S. - Mol, B. W. J. - van der Post, J. A. - Papatsonis, D. N. (2010): Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(3), 250-e1.

Zohar, N. - De Vries, R. (2011): Study validity questioned. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(4), e14.

## 14. Přílohy

### Dotazník o vlivu zásahů do porodu na jeho průběh a pocity rodičky

V rámci své bakalářské práce z antropologie se věnuji problematice vlivu vnějších zásahů do porodu, jeho urychlování a vyvolávání, na samotný průběh porodu a na celkový vliv na psychiku matky. Ráda bych Vás proto poprosila o vyplnění dotazníku o Vašich jednotlivých porodech a jejich průběhu, dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce a navazující studie.

Pokud pro Vás byl porod natolik stresovým zážitkem, že si ho nechcete připomínat, zvažte prosím vyplňování dotazníku.

Markéta Konířová

Pro začátek bych Vás ráda požádala o potvrzení Informovaného souhlasu. Zaškrtnutím odpovědi 'Souhlasím' potvrzujete, že odpovědi na otázky ohledně Vašich porodů jste poskytla dobrovolně, že víte že budou použity za účelem výzkumu a výsledek dotazníku že bude zveřejněn v mé bakalářské práci. Zaručuji Vám že dotazník je plně anonymní a data Vámi poskytnutá budou použity pouze za účelem výzkumu a nebudou poskytnuty žádným třetím osobám.

Souhlasím

1. Věk:

- |                                |                                |                                    |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15-18 | <input type="checkbox"/> 31-35 | <input type="checkbox"/> 51-55     |
| <input type="checkbox"/> 19-20 | <input type="checkbox"/> 36-40 | <input type="checkbox"/> 56-60     |
| <input type="checkbox"/> 21-25 | <input type="checkbox"/> 41-45 | <input type="checkbox"/> 60 a více |
| <input type="checkbox"/> 26-30 | <input type="checkbox"/> 46-50 |                                    |

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- střední odborné
- střední
- střední odborné s maturitou
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysoké

3. Počet Vašich porodů?

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nyní se budu ptát na průběh jednotlivých porodů. Vyplňte prosím každý porod zvlášť.

#### 1. POROD

1a. Ve kterém roce porod proběhl?

.....

2a. Kolika čtené bylo Vaše těhotenství?

- čekala jsem jedno dítě
- čekala jsem dvojčata
- čekala jsem trojčata
- čekala jsem čtyřčata

3a. Uveďte prosím kde porod probíhal.

- doma
- doma s přejezdem do porodnice
- v porodnici
- jinde (uveďte kde):.....

4a. Byl u Vás plánovaný císařský řez?

- Ne
- Ano, z důvodu včestné placenty nebo její jiné špatné polohy
- Ano, z důvodu neprospívání plodu
- Ano, z důvodu špatné polohy plodu
- Ano, z důvodu velikosti plodu

5a. Kdy proběhl Váš porod vzhledem k termínu porodu?

- před termínem - před ukončeným 36. týdnem
- před termínem - po ukončeném 36. týdnu
- v termínu +/- 3 dny
- po termínu

6a. Proběhl porod koncem pánevním?

- ano
- ne

7a. Porod byl:

- spontánní
- spontánní zakončený císařským řezem
- vyvolávaný
- vyvolávaný zakončený císařským řezem
- císařský řez

8a. Pokud byl vyvolávaný, bylo vyvolávání:

- plánované kvůli komplikacím matky
- plánované kvůli komplikacím plodu
- plánované kvůli přenášení
- akutní kvůli komplikacím matky
- akutní kvůli komplikacím plodu

9a. Byly Vám v průběhu porodu provedeny některé z následujících zákroků?

- dirupce (prasknutí plodové vody)
- epistomie (nástřih hráze)
- použití kleští
- použití vakuumextraktoru (Vex)

žádný ze zákroků mi nebyl proveden

Jestliže jste v předchozí otázce vybrala alespoň jednu odpověď, zodpovězte prosím otázku 10, pokud ne, přeskočte rovnou na otázku 11.

10a. Vyberte prosím v následující tabulce u každého zákroku, který jste podstoupila, zda vám byl oznámen předem, zda jste s provedením souhlasila a jestli měl zákrok podle vás význam pro postup porodu a napomohl mu, nebo ne:

	Byl vám zákrok předem oznámen?			Souhlasila jste se zákrokem?			Měl podle vás zákrok smysl, pomohl porodu?		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Dirupce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epistomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleště	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Řídil se personál Vaším porodním plánem (za předpokladu že to bylo možné)?

Ano  Ne  Neměla jsem porodní plán

12a. Přála jste si něco, co Vám nebylo poskytnuto?

- Epidurální analgezie
- Jiná anestetika
- Porod do vody
- porod v jiné poloze
- Jiné.....
- Pokud jsem si něco přála, bylo mi dle možností vyhověno

13a. Jestliže vám personál v něčem nevyhověl, z jakého důvodu?

- Nebyl dostatek času
- Komplikace porodu
- Neochota personálu
- Požadované nebylo v možnostech porodnice

14a. Jak dlouho porod trval?

- Méně než 3 hodiny

- 3-6 hodin
- 6-9 hodin
- 9-12 hodin
- 12-15 hodin
- 15-18 hodin
- 18-24 hodin
- 24-30 hodin
- déle než 30 hodin

15a. Odpovídal porod vašim představám?

- Ano  Ne  Částečně

16a. Jestliže neodpovídal vašim představám, byla skutečnost horší nebo lepší než očekávání?

- Výrazně lepší  Lepší  Horší  Výrazně horší

17a. Jaká zkušenost pro Vás byl porod jako celek?

- Výrazně pozitivní
- Spíše pozitivní
- Nebyla to výrazná zkušenost
- Spíše negativní
- Výrazně negativní

18a. Jestliže jste měla v průběhu porodu výraznější negativní pocit, čím byl tento pocit způsoben?

- Komplikací porodu
- Nechtěným zásahem do porodu
- Nechtěným zásahem do porodu a jím způsobou komplikací
- Přístupem personálu
- Neposkytnutí požadované péče
- Vlastním rozpoložením
- Nejsem si jistá čím konkrétně byl negativní pocit způsoben

19a. Byl Vám po porodu poskytnut čas na sžití s dítětem (tzv. bonding) a jak dlouho Vám bylo miminko necháno?

- Nebyl mi vůbec poskytnut čas na sžití
- Miminko ke mě bylo přiloženo a následně hned odneseno
- Miminko bylo odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko ke mě bylo přiloženo, odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko bylo po přiložení jen ošetřeno pak už u mě bylo ponecháno stále
- Miminko vůbec nebylo odneseno, bylo ošetřeno přímo u mě
- Miminko bylo přiloženo k manželovi/partnerovi

20a. Pokud vám nebyl poskytnut dostatek času, z jakého důvodu?

- Kvůli komplikacím miminka (např. nutnost resuscitace, inkubátor, atd...)
- Kvůli Vaším komplikacím (např. narkóza po císařském řezu, atd...)
- Neochota personálu

Byl mi poskytnut dostatek času

21a. Jaký vliv měl Váš porod a jeho vedení na vztah s Vaším miminkem?

- velmi pozitivní                       spíše pozitivní                       Žádný  
 spíše negativní                       velmi negativní

22a. Pokud měl porod negativní vliv na Váš vztah k miminku, čím byl tento vztah narušen?

- Nedostatkem času na sblížení  
 Traumatickým zážitkem z porodu  
 Komplikacemi

23a. Byla Vám po porodu poskytnuta pomoc při kojení či péči o miminko?

- Vše mi bylo vysvětleno a s problémy mi personál ochotně pomohl  
 S většími problémy mi personál poradil, musela jsem se aktivně ptát  
 Personál se příliš nestaral o to zda vím jak se o miminko starat  
 Personál byl velmi neochotný

24a. Byla Vám po porodu poskytnuta dostatečná péče ohledně poporodních zranění či jiných problémů týkajících se Vašeho zdraví či psychiky?

- Byla mi poskytnuta výborná péče  
 Byla mi poskytnuta dostatečná péče  
 Byla mi poskytnuta pouze základní péče  
 Nebyla mi poskytnuta téměř žádná péče

## 2. POROD

1b. Ve kterém roce porod proběhl?

.....

2b. Kolika čtené bylo Vaše těhotenství?

- čekala jsem jedno dítě  
 čekala jsem dvojčata  
 čekala jsem trojčata  
 čekala jsem čtyřčata

3b. Uveďte prosím kde porod probíhal.

- doma  
 doma s přejezdem do porodnice  
 v porodnici  
 jinde (uveďte kde):.....

4b. Byl u Vás plánovaný císařský řez?

- Ne  
 Ano, z důvodu včestné placenty nebo její jiné špatné polohy  
 Ano, z důvodu neprospívání plodu  
 Ano, z důvodu špatné polohy plodu  
 Ano, z důvodu velikosti plodu



5b. Kdy proběhl Váš porod vzhledem k termínu porodu?

- před termínem - před ukončeným 36. týdnem
- před termínem - po ukončeném 36. týdnu
- v termínu +/- 3 dny
- po termínu

6b. Proběhl porod koncem pánevním?

- ano
- ne

7b. Porod byl:

- spontánní
- spontánní zakončený císařským řezem
- vyvolávaný
- vyvolávaný zakončený císařským řezem
- císařský řez

8b. Pokud byl vyvolávaný, bylo vyvolávání:

- plánované kvůli komplikacím matky
- plánované kvůli komplikacím plodu
- plánované kvůli přenášení
- akutní kvůli komplikacím matky
- akutní kvůli komplikacím plodu

9b. Byly Vám v průběhu porodu provedeny některé z následujících zákroků?

- dirupce (prasknutí plodové vody)
- epistomie (nástřih hráze)
- použití kleští
- použití vakuumextraktoru (Vex)
- žádný ze zákroků mi nebyl proveden

Jestliže jste v předchozí otázce vybrala alespoň jednu odpověď, zodpovězte prosím otázku 10, pokud ne, přeskočte rovnou na otázku 11.

10b. Vyberte prosím v následující tabulce u každého zákroku, který jste podstoupila, zda vám byl oznámen předem, zda jste s provedením souhlasila a jestli měl zákrok podle vás význam pro postup porodu a napomohl mu, nebo ne:

	Byl vám zákrok předem oznámen?			Souhlasila jste se zákrokem?			Měl podle vás zákrok smysl, pomohl porodu?		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Dirupce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epistotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleště	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11b. Řídil se personál Vaším porodním plánem (za předpokladu že to bylo možné)?

- Ano                       Ne                       Neměla jsem porodní plán

12b. Přála jste si něco, co Vám nebylo poskytnuto?

- Epidurální analgezie  
 Jiná anestetika  
 Porod do vody  
 porod v jiné poloze  
 Jiné.....  
 Pokud jsem si něco přála, bylo mi dle možností vyhověno

13b. Jestliže vám personál v něčem nevyhověl, z jakého důvodu?

- Nebyl dostatek času  
 Komplikace porodu  
 Neochota personálu  
 Požadované nebylo v možnostech porodnice

14b. Jak dlouho porod trval?

- Méně než 3 hodiny  
 3-6 hodin  
 6-9 hodin  
 9-12 hodin  
 12-15 hodin  
 15-18 hodin  
 18-24 hodin  
 24-30 hodin  
 déle než 30 hodin

15b. Odpovídal porod vašim představám?

- Ano                       Ne                       Částečně

16b. Jestliže neodpovídal vašim představám, byla skutečnost horší nebo lepší než očekávání?

- Výrazně lepší                       Lepší                       Horší                       Výrazně horší

17b. Jaká zkušenost pro Vás byl porod jako celek?

- Výrazně pozitivní
- Spíše pozitivní
- Nebyla to výrazná zkušenost
- Spíše negativní
- Výrazně negativní

18b. Jestliže jste měla v průběhu porodu výraznější negativní pocit, čím byl tento pocit způsoben?

- Komplikací porodu
- Nechtěným zásahem do porodu
- Nechtěným zásahem do porodu a jím způsobou komplikací
- Přístupem personálu
- Neposkytnutí požadované péče
- Vlastním rozpoložením
- Nejsem si jistá čím konkrétně byl negativní pocit způsoben

19b. Byl Vám po porodu poskytnut čas na sžití s dítětem (tzv. bonding) a jak dlouho Vám bylo miminko necháno?

- Nebyl mi vůbec poskytnut čas na sžití
- Miminko ke mě bylo přiloženo a následně hned odneseno
- Miminko bylo odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko ke mě bylo přiloženo, odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko bylo po přiložení jen ošetřeno pak už u mě bylo ponecháno stále
- Miminko vůbec nebylo odneseno, bylo ošetřeno přímo u mě

20b. Pokud vám nebyl poskytnut dostatek času, z jakého důvodu?

- Kvůli komplikacím miminka (např. nutnost resuscitace, inkubátor, atd...)
- Kvůli Vaším komplikacím (např. narkóza po císařském řezu, atd...)
- Neochota personálu

21b. Jaký vliv měl Váš porod a jeho vedení na vztah s Vaším miminkem?

- velmi pozitivní
- spíše pozitivní
- Žádný
- spíše negativní
- velmi negativní

22b. Pokud měl porod negativní vliv na Váš vztah k miminku, čím byl tento vztah narušen?

- Nedostatkem času na sblížení
- Traumatickým zážitkem z porodu
- Komplikacemi

23b. Byla Vám po porodu poskytnuta pomoc při kojení či péči o miminko?

- Vše mi bylo vysvětleno a s problémy mi personál ochotně pomohl
- S většími problémy mi personál poradil, musela jsem se aktivně ptát
- Personál se příliš nestaral o to zda vím jak se o miminko starat
- Personál byl velmi neochotný

24b. Byla Vám po porodu poskytnuta dostatečná péče ohledně poporodních zranění či jiných problémů týkajících se Vašeho zdraví či psychiky?

- Byla mi poskytnuta výborná péče
- Byla mi poskytnuta dostatečná péče
- Byla mi poskytnuta pouze základní péče
- Nebyla mi poskytnuta téměř žádná péče

### 3. POROD

1c. Ve kterém roce porod proběhl?

.....

2c. Kolika čtené bylo Vaše těhotenství?

- čekala jsem jedno dítě
- čekala jsem dvojčata
- čekala jsem trojčata
- čekala jsem čtyřčata

3c. Uveďte prosím kde porod probíhal.

- doma
- doma s přejezdem do porodnice
- v porodnici
- jinde (uveďte kde):.....

4c. Byl u Vás plánovaný císařský řez?

- Ne
- Ano, z důvodu včestné placenty nebo její jiné špatné polohy
- Ano, z důvodu neprospívání plodu
- Ano, z důvodu špatné polohy plodu
- Ano, z důvodu velikosti plodu

5c. Kdy proběhl Váš porod vzhledem k termínu porodu?

- před termínem - před ukončeným 36. týdnem
- před termínem - po ukončeném 36. týdnu
- v termínu +/- 3 dny
- po termínu

6c. Proběhl porod koncem pánevním?

- ano
- ne

7c. Porod byl:

- spontánní
- spontánní zakončený císařským řezem
- vyvolávaný
- vyvolávaný zakončený císařským řezem
- císařský řez

8c. Pokud byl vyvolávaný, bylo vyvolávání:

- plánované kvůli komplikacím matky
- plánované kvůli komplikacím plodu
- plánované kvůli přenášení
- akutní kvůli komplikacím matky
- akutní kvůli komplikacím plodu

9c. Byly Vám v průběhu porodu provedeny některé z následujících zákroků?

- dirupce (prasknutí plodové vody)
- epistomie (nástřih hráze)
- použití kleští
- použití vakuumextraktoru (Vex)
- žádný ze zákroků mi nebyl proveden

Jestliže jste v předchozí otázce vybrala alespoň jednu odpověď, zodpovězte prosím otázku 10, pokud ne, přeskočte rovnou na otázku 11.

10c. Vyberte prosím v následující tabulce u každého zákroku, který jste podstoupila, zda vám byl oznámen předem, zda jste s provedením souhlasila a jestli měl zákrok podle vás význam pro postup porodu a napomohl mu, nebo ne:

	Byl vám zákrok předem oznámen?			Souhlasila jste se zákrokem?			Měl podle vás zákrok smysl, pomohl porodu?		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Dirupce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epistomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleště	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11c. Řídil se personál Vaším porodním plánem (za předpokladu že to bylo možné)?

- Ano
- Ne
- Neměla jsem porodní plán

12c. Přála jste si něco, co Vám nebylo poskytnuto?

- Epidurální analgezie
- Jiná anestetika
- Porod do vody
- porod v jiné poloze

- Jiné.....
- Pokud jsem si něco přála, bylo mi dle možností vyhověno

13c. Jestliže vám personál v něčem nevyhověl, z jakého důvodu?

- Nebyl dostatek času
- Komplikace porodu
- Nepochota personálu
- Požadované nebylo v možnostech porodnice

14c. Jak dlouho porod trval?

- Méně než 3 hodiny
- 3-6 hodin
- 6-9 hodin
- 9-12 hodin
- 12-15 hodin
- 15-18 hodin
- 18-24 hodin
- 24-30 hodin
- déle než 30 hodin

15c. Odpovídal porod vašim představám?

- Ano
- Ne
- Částečně

16c. Jestliže neodpovídal vašim představám, byla skutečnost horší nebo lepší než očekávání?

- Výrazně lepší
- Lepší
- Horší
- Výrazně horší

17c. Jaká zkušenost pro Vás byl porod jako celek?

- Výrazně pozitivní
- Spíše pozitivní
- Nebyla to výrazná zkušenost
- Spíše negativní
- Výrazně negativní

18c. Jestliže jste měla v průběhu porodu výrazně negativní pocit, čím byl tento pocit způsoben?

- Komplikací porodu
- Nechtěným zásahem do porodu
- Nechtěným zásahem do porodu a jím způsobou komplikací
- Přístupem personálu
- Neposkytnutí požadované péče
- Vlastním rozpoložením
- Nejsem si jistá čím konkrétně byl negativní pocit způsoben

19c. Byl Vám po porodu poskytnut čas na sžití s dítětem (tzv. bonding) a jak dlouho Vám bylo miminko necháno?

- Nebyl mi vůbec poskytnut čas na sžití
- Miminko ke mě bylo přiloženo a následně hned odneseno
- Miminko bylo odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko ke mě bylo přiloženo, odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko bylo po přiložení jen ošetřeno pak už u mě bylo ponecháno stále
- Miminko vůbec nebylo odneseno, bylo ošetřeno přímo u mě

20c. Pokud vám nebyl poskytnut dostatek času, z jakého důvodu?

- Kvůli komplikacím miminka (např. nutnost resuscitace, inkubátor, atd...)
- Kvůli Vaším komplikacím (např. narkóza po císařském řezu, atd...)
- Neochota personálu

21c. Jaký vliv měl Váš porod a jeho vedení na vztah s Vaším miminkem?

- velmi pozitivní
- spíše pozitivní
- Žádný
- spíše negativní
- velmi negativní

22c. Pokud měl porod negativní vliv na Váš vztah k miminku, čím byl tento vztah narušen?

- Nedostatkem času na sblížení
- Traumatickým zážitkem z porodu
- Komplikacemi

23c. Byla Vám po porodu poskytnuta pomoc při kojení či péči o miminko?

- Vše mi bylo vysvětleno a s problémy mi personál ochotně pomohl
- S většími problémy mi personál poradil, musela jsem se aktivně ptát
- Personál se příliš nestaral o to zda vím jak se o miminko starat
- Personál byl velmi neochotný

24c. Byla Vám po porodu poskytnuta dostatečná péče ohledně poporodních zranění či jiných problémů týkajících se Vašeho zdraví či psychiky?

- Byla mi poskytnuta výborná péče
- Byla mi poskytnuta dostatečná péče
- Byla mi poskytnuta pouze základní péče
- Nebyla mi poskytnuta téměř žádná péče

#### 4. POROD

1d. Ve kterém roce porod proběhl?

.....

2d. Kolika čtené bylo Vaše těhotenství?

- čekala jsem jedno dítě
- čekala jsem dvojčata
- čekala jsem trojčata
- čekala jsem čtyřčata

3d. Uveďte prosím kde porod probíhal.

- doma
- doma s přejezdem do porodnice
- v porodnici
- jinde (uved'te kde):.....

4d. Byl u Vás plánovaný císařský řez?

- Ne
- Ano, z důvodu včestné placenty nebo její jiné špatné polohy
- Ano, z důvodu neprospívání plodu
- Ano, z důvodu špatné polohy plodu
- Ano, z důvodu velikosti plodu

5d. Kdy proběhl Váš porod vzhledem k termínu porodu?

- před termínem - před ukončeným 36. týdnem
- před termínem - po ukončeném 36. týdnu
- v termínu +/- 3 dny
- po termínu

6d. Proběhl porod koncem pánevním?

- ano
- ne

7d. Porod byl:

- spontánní
- spontánní zakončený císařským řezem
- vyvolávaný
- vyvolávaný zakončený císařským řezem
- císařský řez

8d. Pokud byl vyvolávaný, bylo vyvolávání:

- plánované kvůli komplikacím matky
- plánované kvůli komplikacím plodu
- plánované kvůli přenášení
- akutní kvůli komplikacím matky
- akutní kvůli komplikacím plodu

9d. Byly Vám v průběhu porodu provedeny některé z následujících zákroků?

- dirupce (prasknutí plodové vody)
- epistomie (nástřih hráze)
- použití kleští
- použití vakuumextraktoru (Vex)
- žádný ze zákroků mi nebyl proveden

Jestliže jste v předchozí otázce vybrala alespoň jednu odpověď, zodpovězte prosím otázku 10, pokud ne, přeskočte rovnou na otázku 11.

10d. Vyberte prosím v následující tabulce u každého zákroku, který jste podstoupila, zda vám byl



oznámen předem, zda jste s provedením souhlasila a jestli měl zákrok podle vás význam pro postup porodu a napomohl mu, nebo ne:

	Byl vám zákrok předem oznámen?			Souhlasila jste se zákrokem?			Měl podle vás zákrok smysl, pomohl porodu?		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Dirupce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epistomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleště	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11d. Řídil se personál Vaším porodním plánem (za předpokladu že to bylo možné)?

- Ano                       Ne                       Neměla jsem porodní plán

12d. Přála jste si něco, co Vám nebylo poskytnuto?

- Epidurální analgezie  
 Jiná anestetika  
 Porod do vody  
 porod v jiné poloze  
 Jiné.....  
 Pokud jsem si něco přála, bylo mi dle možností vyhověno

13d. Jestliže vám personál v něčem nevyhověl, z jakého důvodu?

- Nebyl dostatek času  
 Komplikace porodu  
 Neochota personálu  
 Požadované nebylo v možnostech porodnice

14d. Jak dlouho porod trval?

- Méně než 3 hodiny  
 3-6 hodin  
 6-9 hodin  
 9-12 hodin  
 12-15 hodin  
 15-18 hodin  
 18-24 hodin

- 24-30 hodin
- déle než 30 hodin

15d. Odpovídal porod vašim představám?

- Ano
- Ne
- Částečně

16d. Jestliže neodpovídal vašim představám, byla skutečnost horší nebo lepší než očekávání?

- Výrazně lepší
- Lepší
- Horší
- Výrazně horší

17d. Jaká zkušenost pro Vás byl porod jako celek?

- Výrazně pozitivní
- Spíše pozitivní
- Nebyla to výrazná zkušenost
- Spíše negativní
- Výrazně negativní

18d. Jestliže jste měla v průběhu porodu výrazně negativní pocit, čím byl tento pocit způsoben?

- Komplikací porodu
- Nechtěným zásahem do porodu
- Nechtěným zásahem do porodu a jím způsobou komplikací
- Přístupem personálu
- Neposkytnutí požadované péče
- Vlastním rozpoložením
- Nejsem si jistá čím konkrétně byl negativní pocit způsoben

19d. Byl Vám po porodu poskytnut čas na sžití s dítětem (tzv. bonding) a jak dlouho Vám bylo miminko necháno?

- Nebyl mi vůbec poskytnut čas na sžití
- Miminko ke mě bylo přiloženo a následně hned odneseno
- Miminko bylo odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko ke mě bylo přiloženo, odneseno na ošetření a pak u mě bylo ponecháno 2 hodiny
- Miminko bylo po přiložení jen ošetřeno pak už u mě bylo ponecháno stále
- Miminko vůbec nebylo odneseno, bylo ošetřeno přímo u mě

20d. Pokud vám nebyl poskytnut dostatek času, z jakého důvodu?

- Kvůli komplikacím miminka (např. nutnost resuscitace, inkubátor, atd...)
- Kvůli Vaším komplikacím (např. narkóza po císařském řezu, atd...)
- Neochota personálu

21d. Jaký vliv měl Váš porod a jeho vedení na vztah s Vaším miminkem?

- velmi pozitivní
- spíše pozitivní
- Žádný
- spíše negativní
- velmi negativní

22d. Pokud měl porod negativní vliv na Váš vztah k miminku, čím byl tento vztah narušen?

- Nedostatkem času na sblížení
- Traumatickým zážitkem z porodu
- Komplikacemi

23d. Byla Vám po porodu poskytnuta pomoc při kojení či péči o miminko?

- Vše mi bylo vysvětleno a s problémy mi personál ochotně pomohl
- S většími problémy mi personál poradil, musela jsem se aktivně ptát
- Personál se příliš nestaral o to zda vím jak se o miminko starat
- Personál byl velmi neochotný

24d. Byla Vám po porodu poskytnuta dostatečná péče ohledně poporodních zranění či jiných problémů týkajících se Vašeho zdraví či psychiky?

- Byla mi poskytnuta výborná péče
- Byla mi poskytnuta dostatečná péče
- Byla mi poskytnuta pouze základní péče
- Nebyla mi poskytnuta téměř žádná péče

25. Pokud byste byla ochotná vyplnit dotazník pro další část výzkumu, která bude probíhat pravděpodobně s odstupem několika let, prosím napište mi sem svou e-mailovou adresu. Pokud byste měla zájem pouze o výsledky studie, připište za adresu "Výsledky".

.....

Pokud chcete k dotazníku něco dodat, zde je prostor pro vaše připomínky či vzkazy:

Velmi Vám děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku, shromážděná data budou zpracována pro účely mé bakalářské práce a na ni navazující studie. Kontaktní e-mail bude použit pouze za účelem rozeslání navazujícího dotazníku či otázek ohledně další spolupráce na studii a nebude předán žádné třetí straně.