

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav pro matku a dítě



Anna Baxová

**Názory lékařů a pacientek na císařský řez na
přání matky**

*Patients and obstetricians attitudes associated with
cesarean delivery on maternal request*

Diplomová práce

Praha, 2010

Autor práce: Anna Baxová

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav pro matku a dítě, Praha**

Datum a rok obhajoby: 30. 9. 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Anna Baxová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Petru Křepelkovi, Ph.D., za vstřícnost a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Personálu oddělení šestinedělí v ÚPMD děkuji za ochotu a pomoc při sběru dat. Poděkování za podporu a rady patří také mé rodině, především mému manželovi.

Obsah

<u>OBSAH</u>	5
ÚVOD	6
1. CÍSAŘSKÝ ŘEZ	7
1.1 DEFINICE, EPIDEMIOLOGIE.....	7
1.2 INDIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	8
1.3 KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	9
1.3.1 Peroperační komplikace chirurgické.....	11
1.3.2 Peroperační komplikace anesteziologické.....	12
1.3.3 Pooperační komplikace.....	12
1.3.4 Pozdní následky.....	13
2. CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ MATKY	14
2.1 SITUACE U NÁS A VE SVĚTĚ.....	15
2.2 ZDRAVOTNÍ ASPEKTY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ.....	16
2.3 PSYCHOLOGICKÉ, ETICKÉ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ.....	19
2.4 NĚKTERÉ DALŠÍ ASPEKTY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ.....	20
3. VÝSLEDKY VLASTNÍHO VÝZKUMU	22
3.1 POPIS HODNOCENÉHO SOUBORU A METODIKA SBĚRU DAT.....	22
3.2 OTÁZKY Kladené LÉKAŘŮM A PACIENTKÁM.....	22
3.3 VÝSLEDKY.....	23
ZÁVĚR	27
SOUHRN	28
SUMMARY	29
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	30
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	33
SEZNAM PŘÍLOH	33
PŘÍLOHY	34

Úvod

Tato práce se zabývá problematikou císařského řezu na přání matky. V porodnictví představuje tato kontroverzní otázka protipól neméně diskutované problematiky přirozeného porodu bez medicínských zásahů. Přestože se zdá, že většina žen se při rozhodování o svém porodu přiklání k co nejvíce přírodním a přirozeným postupům, porodníci nejen v České republice se stále častěji setkávají s přáním ženy porodit císařským řezem, i když k tomu nemá žádnou klinickou indikaci.

V první kapitole jsou uvedena základní fakta o epidemiologii, indikacích a komplikacích císařského řezu. Ve druhé kapitole je diskutována otázka císařského řezu na přání matky- nejčastější důvody k tomuto přání, možné pozitivní i negativní následky tohoto způsobu porodu, stanovisko lékařů i odborných společností. Třetí kapitola se zabývá vlastním výzkumem názorů rodiček a lékařů na císařský řez na přání matky.

1. Císařský řez

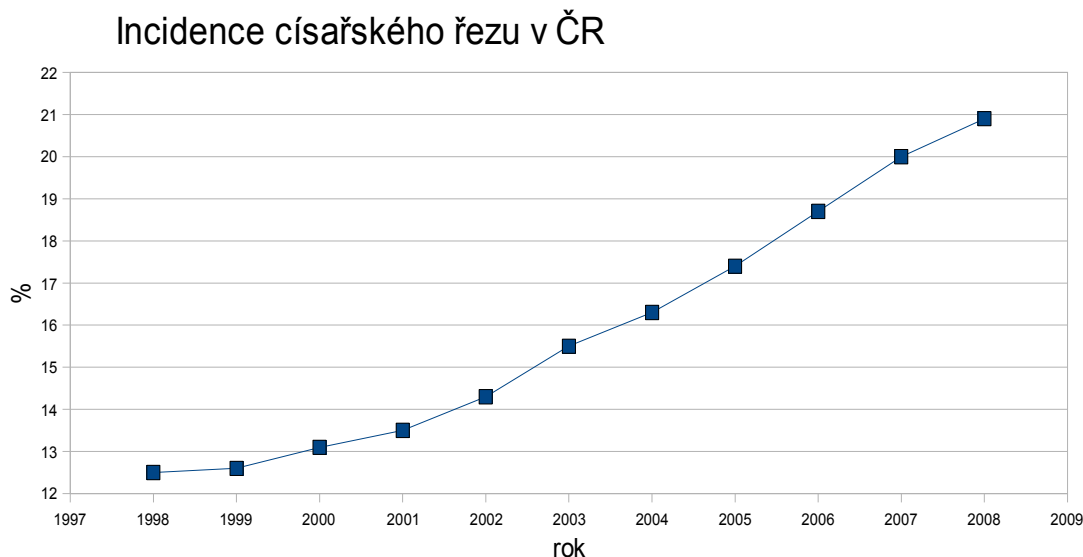
V současné době jsme v České republice svědky neustálého nárůstu počtu těhotenství ukončených císařským řezem. Tento trend vidíme také v řadě evropských zemí. Císařský řez je velkou břišní operací, a proto je spojen s nezanedbatelnými riziky. V této kapitole se budeme zabývat podrobnějšími údaji z epidemiologie, indikacemi a nejčastějšími komplikacemi císařského řezu.

1.1 Definice, epidemiologie

Císařský řez (lat. *sectio caesarea*) je porodnická operace, během které je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevřené břišní stěny. Dělíme ho na plánovaný (primární) a akutní (sekundární), přičemž obě skupiny můžeme dále rozdělit na výkony v těhotenství (tedy před zahájením děložních kontrakcí) a při porodu.

Císařský řez je nejčastěji prováděnou břišní porodnickou operací. Počty provedených císařských řezů se rok od roku zvyšují, navíc trend je stále strmější. Nejnovější dostupné údaje z České republiky pocházejí z roku 2008. Celkem se narodilo 119 842 dětí, z toho 24 486 císařským řezem; tedy 20,9% ze všech porodů bylo ukončeno císařským řezem (data ÚZIS ČR)¹. Přehled stoupající incidence císařského řezu v ČR v letech 1998-2008 přehledně ukazuje graf 1.

Graf č. 1: Incidence císařského řezu v ČR v letech 1998-2008



Největší podíl připadl na plánovaný císařský řez (sectio caesarea- SC) v těhotenství (37,7%), druhý největší na akutní SC za porodu (34,9%), třetí podíl náleží akutnímu SC v těhotenství (15,7%), nejmenší podíl tvoří plánovaný SC za porodu (11,7%). Co se týče věkového rozložení rodiček, ve skupině plánovaných SC se s věkem zvyšuje incidence z 16,9% v nejnižší věkové skupině (19-leté a mladší) na 45,0% u rodiček 35-letých a starších. Naopak u akutního SC jak v těhotenství, tak za porodu je nejvyšší incidence v nejnižší věkové skupině.

Vysvětlit příčiny neustálého zvyšování incidence císařského řezu je nesnadné. V popředí je samozřejmě snaha zaručit porod zdravého novorozence s minimalizací negativního vlivu na zdraví matky. Na rozhodnutí ukončit těhotenství císařským řezem se ale nepochybně podílejí i faktory psychologické, etické, právní, technické a konečně i vliv zkušenosti porodníka. Vyšší procento císařských řezů je také v zařízeních, kde se koncentrují patologická těhotenství, tedy v perinatologických centrech². Jedním z dalších faktorů je zvyšující se podíl rodiček vyšších věkových skupin, protože v těchto skupinách se císařský řez provádí s vyšší frekvencí. Podíl může mít i větší počet vícečetných těhotenství a tendence provádět císařský řez v případě, že plod je v poloze podélné koncem pánevním. Koneckonců, samo zvyšování počtu císařských řezů má spirálový efekt na další nárůst jejich incidence z důvodu obav o stav jizvy na dolním děložním segmentu.

Jsme svědky snahy frekvenci císařských řezů nezvyšovat, naopak spíše promyšleně snižovat. Zvyšování frekvence provádění císařského řezu již nevede ke zlepšení perinatálních výsledků, ale naopak ke zvyšování morbidity rodiček, vzácně i mortality, a také rizik pro rodičku v dalším těhotenství a při porodu. Podle doporučení WHO není důvod, aby podíl porodů císařským řezem přesáhl hranici 10-15% a měl by se pohybovat spíše na dolní hranici tohoto rozmezí³.

1.2 Indikace císařského řezu

V terminologii indikací císařského řezu můžeme použít více hledisek. Indikace je možné dělit na ty, jež vedou k plánovanému císařskému řezu, a na ty vedoucí k

akutní operaci. Dále rozlišujeme indikace na absolutní a relativní; na indikace z hlediska matky, plodu nebo obou; na indikace samostatné nebo sdružené⁴.

Nejčastější skupiny porodnických indikací císařského řezu jsou tyto:

Hypoxie plodu. Znamky akutní hypoxie na CTG, příp. zjištěné při pulsní oxymetrii nebo analýze ST úseku. Znamky chronické hypoxie plodu.

Fetopelvický a kefalopelvický nepoměr. Deformity pánve, úzká pánev, velký plod.

Překážky v porodních cestách. Patologie kostěnné pánve, tumory malé pánve, včestné myomy, velké varixy pochvy a vulvy, stenóza či rigidita děložního hrdla.

Cervikokorporální dystokie nezvládnutelné konzervativní terapií.

Stav po operacích na děloze a malé páňvi. Enukeace myomů, korekce vrozených vad dělohy a pochvy, plastika poševní stěny, operace pro inkontinenci...

Placenta previa partialis i centralis.

Abrupce placenty.

Naléhání a výhřez pupečníku.

Rh izoimunizace těžkého stupně s anemizací plodu.

Nepravidelné polohy plodu. Příčná a šikmá poloha, některé deflexní polohy, přední a zadní asynklitismus, vysoký přímý stav.

Neúspěšná indukce porodu.

Pelveolýza a symfyzeolýza.

Horečka za porodu.

Vícečetné těhotenství. Nepravidelné a kolizní polohy dvojčat, velké nebo naopak malé plody, rozdíl v hmotnosti plodů více než 500g, oligohydramnion, známky IUGR a další patologie. Troj- a vícečetné těhotenství se rodí vždy císařským řezem.

Herpes genitalis. Akutní výsev eflorescencí.

Poloha plodu koncem pánevním. O indikaci k SC rozhoduje hmotnost plodu, parita ženy, držení plodu, nesouhlas matky s vaginálním porodem a další faktory. V roce 2008 se v ČR 91,9% porodů plodů v poloze koncem pánevním uskutečnilo císařským řezem¹.

Stav po předchozím císařském řezu. Kritéria pro opakovaný císařský řez nejsou ani v zahraničí, ani v ČR stále jasně stanovená. Císařský řez volíme

především v těchto případech: opakování indikace z předchozího porodu (porodnické, ale i z jiných oborů); více než jeden císařský řez v anamnéze; předchozí císařský řez proveden s peroperačními komplikacemi (rozsáhlé poranění myometria, poranění okolních orgánů); zánětlivé a hemorhagické komplikace při a po předchozí operaci; vícečetné těhotenství; poloha plodu koncem pánevním; makrosomie plodu (UZ odhad více než 4000 g); předchozí císařský řez proveden korporálním řezem; UZ diagnostikované ztenčení dolního děložního segmentu pod 2 mm; výrazná obezita matky (100 kg a více); vyšší věk matky; zatížená porodnická anamnéza (porod mrtvého plodu, plodu s vývojovými vadami, dlouhodobě léčená sterilita aj.); přání matky ukončit těhotenství císařským řezem⁵. V České republice bylo v roce 2008 u 66,5% žen s porodem císařským řezem v anamnéze těhotenství ukončeno rovněž touto cestou¹. V USA toto číslo přesahuje 90%⁶.

Celkové onemocnění ženy je indikací nejen porodnickou, ale i mnoha jiných oborů, příkladem onemocnění může být diabetes, hypertenze, eklampsie, HIV pozitivita, ortopedické indikace, oftalmologické indikace atd. Vhodné je pečlivé zvážení konziliem odborníků.

Žena umírající či mrtvá.

Psychosociální indikace. Nejsou přítomny somatické indikace, ale psychosociální okolnosti se zdají operaci opravňovat. Příkladem může být extrémní strach rodičky z vaginálního porodu nebo jeho následků, dlouhodobě léčená sterilita nebo infertilita, předchozí porod mrtvého či handicapovaného dítěte, velmi negativní zkušenost s předchozím vaginálním porodem⁷. Existence psychosociálních indikací je nesporná, nejsou ale ještě dobře definovány a probíhají kolem nich řady diskusí.

Přání matky. Kontroverzní indikace, která je podrobně diskutována v další kapitole.

1.3 Komplikace císařského řezu

Císařský řez je často laickou a zčásti i odbornou veřejností považován za banální chirurgický zákrok. Jedná se však o velkou abdominální operaci, která je přes značnou frekvenci jejího provádění zatížena určitým procentem větších i

menších komplikací. Primární (plánovaný) císařský řez má komplikací mnohem méně (kolem 1,5%) nežli akutní, celkově se komplikace objevují přibližně v 5%⁸.

Komplikace císařského řezu se orientačně rozdělují takto⁹:

Peroperační -chirurgické
-anesteziologické

Pooperační -časné
-pozdní

Pozdní následky

Ke komplikacím císařského řezu je možno řadit také komplikace *neonatologické*, tedy takové, které poškozují novorozence. Ty jsou podrobněji zmíněny ve druhé kapitole.

1.3.1 Peroperační komplikace chirurgické

Krvácení. Nejčastěji se jedná o krvácení z rány způsobené peroperačními rupturami (natržení a. uterina, ruptura dolního děložního segmentu při hlavičce fixované v pánvi, ruptura jizvy po předchozí uterotomii), atonií či hypotonií dělohy, poruchami placentace (placenta accreta, placenta previa) či koagulopatií. Krevní ztráta při císařském řezu se odhaduje kolem 750 ml, ale až v 60% přesahuje 1000 ml. Léčba je chirurgická- sutura, ošetření krvácejících arterií ligaturami; medikamentózní- aplikace uterotonik; aplikace krevních derivátů. Ve vzácných extrémních případech je jediným definitivním řešením hysterektomie.

Poranění okolních orgánů. V úvahu připadá hlavně poranění močového měchýře skalpelem, pokud není dostatečně sesunut, nebo jeho prošíání při uzavírání uterotomie. Vzácně dochází k jeho ruptuře při vybavování hlavičky plodu, hlavně je-li naplněn močí. Defekty ošetřujeme suturou stěny ve dvou vrstvách. Dalším ohroženým orgánem jsou močovody. K jejich přerušení či poškození skalpelem dochází zřídka, častější je jednostranné podvázání při ošetřování děložních ruptur. Důležitá je včasná identifikace této komplikace; jinak hrozí poškození ledviny. K poranění střeva může dojít při otvírání břišní dutiny, kdy střeva adherují k břišní

stěně, nebo při rozrušování adhezí. Obecně nejsou tyto komplikace časté a myslíme na ně hlavně při opakovaných laparotomiích, proběhlém adhezivním procesu v malé pánvi, ale i u málo zkušených chirurgů. Při řešení je často třeba mezioborová spolupráce.

1.3.2 Peroperační komplikace anesteziologické

Jsou to obvykle velmi vážné komplikace, které závisí na druhu použité anestezie. U celkové anestezie přichází v úvahu aspirace žaludečního obsahu, laryngospasmus, akutní plicní edém. Velice důležitá je důsledná kontrola pacientky při probouzení z anestezie a převozu z operačního sálu. U spinální nebo epidurální anestezie je nejčastější komplikací postpunkční cefalea způsobená únikem mozkomíšního moku. Raritní komplikací je nezvládnutelná hypotenze ohrožující matku i plod. Obvykle přichází po aplikaci betamimetik k utlumení děložní činnosti, které mají rovněž hypotenzní efekt¹⁰.

1.3.3 Pooperační komplikace

Časné. Mezi časné pooperační komplikace patří hemorhagický šok, DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), častější jsou tromboembolické příhody (hluboká žilní trombóza, embolie a. pulmonalis), poruchy střevní motility-nejčastěji paralytický ileus, dilatace tlustého střeva tlakem dělohy (Ogilvieho syndrom). Vzácné jsou embolie vzduchem či plodovou vodou, které vedou ke vzniku DIC.

Pozdní. Nejčastějšími pozdními komplikacemi jsou infekce. Je způsobena přestupem bakterií z vaginy do dělohy či na přilehlé tkáně, případně porušením asepse při operaci. Zůstane-li zánět ohraničen na dělohu, projeví se jako pooperační endometritis, při přestupu na svalovinu jako endomyometritis, a pokud přestoupí do pánevní dutiny, obvykle se manifestuje jako pelveoperitonitis. Klinicky se stav prezentuje febriliemi (často septického charakteru), subinvlovanou dělohou se zmnoženými očištění, bolestí v podbříšku a poruchou střevní motility. Infekční komplikace samotné operační rány jsou méně závažné, zato však více viditelné. K úplné dehiscenci rány dojde zřídka, v ráně však mohou

vznikat abscesy či infikované hematomy, které jsou mimojiné překážkou dobrého hojení rány a způsobují kosmetický defekt. Dalšími komplikacemi jsou infekce močových cest, především močového měchýře při dlouhotrvající derivaci moče, zůstává riziko vzniku tromboembolických komplikací a může se rozvinout posthemorhagická anemie.

1.3.4 Pozdní následky

Pomineme-li dlouhotrvající pooperační bolesti, mohou být pozdním následkem poruchy fertility, obtíže v dalším těhotenství a při porodu (poruchy placentace, častější dystokie děložní činnosti, opatrnost při podávání uterotonik, ruptura jizvy). Obavy z ruptury jizvy vedou k opětné indikaci porodu císařským řezem. Možný je vznik hernie v jizvě, případně kosmeticky defektní jizvy. V neposlední řadě může mít porod císařským řezem negativní dopad na psychiku ženy, která má pocit selhání, vlastní neschopnosti porodit přirozenou cestou. Tyto pocity mohou vést ke snížení sebedůvěry a depresím.

2. Císařský řez na přání matky

Císařský řez na přání matky je jednou z nejvíce diskutovaných porodnických kontroverzí nejen u nás, ale prakticky na celém světě. Úkolem této kapitoly je přiblížit situaci kolem této záležitosti u nás i v zahraničí, podívat se na stanovisko odborných společností a lékařů a podrobně rozebrat důvody, které matky vedou k přání porodit své dítě císařským řezem.

Nejprve je třeba do určité míry definovat pojem císařského řezu na přání matky. Je to situace, kdy není přítomna žádná lékařská indikace k císařskému řezu, přesto matka projeví přání porodit tímto způsobem. Je však třeba mít na mysli, že mezi indikace císařského řezu nepatří jen klasické indikace „somatické“, ale i v moderní době plně uznávané indikace psychosociální, podrobněji zmíněné v předchozí kapitole. Musíme tedy rozlišovat situaci, kdy můžeme císařský řez indikovat z psychosociálních důvodů (např. předchozí porod mrtvého či handicapovaného plodu, extrémní strach z vaginálního porodu) a kdy tyto důvody neshledáme⁷. Osobně se domnívám, že hranice mezi těmito dvěma situacemi je velmi nejasná, její stanovení závisí na osobnosti matky i porodníka a bylo by tedy třeba pojem psychosociální indikace císařského řezu dále upřesnit. Jaký stupeň obav matky již zahrneme do psychosociálních indikací a na jaký nebudeme brát v tomto směru ohled? Diskusi o císařském řezu na přání matky by tedy zřejmě měly předcházet diskuse na toto téma.

Nicméně, v řadě zemí jsou tyto pojmy směřovány, možná právě z důvodu nevyjasněné hranice mezi nimi^{11,12}. Můžeme to však považovat za odlišný pohled na problematiku. Matka, která si přeje porodit císařským řezem, má jistě pro toto přání svůj osobní, velmi důležitý důvod. Je úkolem porodníka rozhodovat, který důvod je pro indikaci císařského řezu dostatečný? Přání matky je tedy řazeno mezi psychosociální indikace bez dalšího zkoumání jejích důvodů.

Těchto skutečností bychom si měli být vědomi, hodnotíme-li podíl porodu císařským řezem na přání matky z celkového počtu provedených císařských řezů. Definice samotného pojmu se totiž může do jisté míry odlišovat.

2.1 Situace u nás a ve světě

Přístup k císařskému řezu na přání matky se v jednotlivých státech liší. V některých zemích je přání matky uznáno jako plnohodnotná indikace císařského řezu (USA, část Itálie, Austrálie)^{26,40,43}, jinde zatím není situace vyjasněna a jeho provedení není postupem *lege artis*. Stanovisko Výboru pro etické aspekty lidské reprodukce a zdraví ženy Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) z roku 1999 jasně říká, že provedení císařského řezu z nelékařské indikace **není eticky zdůvodněné**¹³. Dle názoru WHO je optimální frekvence císařského řezu mezi 10-15% a její zvyšování nepřináší již žádné zlepšení perinatální morbidity a mortality, dalšímu nárůstu počtu porodů císařským řezem je třeba se vyhnout. Názor Americké gynekologicko-porodnické společnosti (ACOG) je ale naproti tomu takový, že císařský řez na přání a vaginální porod jsou stejně bezpečné, proto mohou být obě možnosti dány ženě ke zvážení a ta má právo si vybrat způsob porodu⁴³.

Jaký je přístup samotných porodníků? Na toto téma již byly provedeny četné studie. Uvedme si výsledky několika z nich. Často citovaná britská studie z roku 2001 říká, že 69% dotázaných odborníků by souhlasilo s provedením císařského řezu na přání matky (hypotetický příklad nekomplikovaného jednočetného těhotenství v termínu, plod v poloze podélné hlavičkou)¹⁴. Výsledky dánského průzkumu z roku 2004 uvádějí, že 37,6% porodníků se domnívá, že žena má mít právo si zvolit porod císařským řezem¹⁵. Holandská studie zjistila, že ochota porodníků provést císařský řez na přání matky stoupá s jejich věkem a odbornými zkušenostmi (tentýž závěr učinila švédská studie)^{16,17}. Rozsáhlý britský výzkum porovnává přístup porodníků v několika evropských zemích. Nejméně naklonění respektování přání matky jsou lékaři ve Španělsku (15%), Francii (19%), Holandsku (22%), nejvíce naopak jejich kolegové v Německu (75%) a Velké Británii (79%). Názory porodníků jsou podle výzkumu ovlivňovány spíše kulturními zvyklostmi v konkrétní zemi a místní právní odpovědností (tedy obavou ze soudního sporu) než dostupnými vědeckými poznatky¹⁸.

Jak je vidět, přístup lékařů k tomuto tématu se sice liší, přesto ale nezanedbatelná část (a v některých zemích výrazná většina) odborníků soudí, že

matce má být poskytnuta možnost porodit císařským řezem, je-li to její přání. V České republice zatím není možné žádat o císařský řez na přání. Jiná situace je u polohy plodu koncem pánevním a u dvojčetného těhotenství, v těchto případech se k přání matky přihlíží (byl prokázán jednoznačný protektivní vliv císařského řezu na novorozence¹⁹). Přesto, bylo by nesmyslné se domnívat, že všechny císařské řezy jsou provedeny na podkladě zcela jasně definované porodnické nebo jiné lékařské indikace. Císařský řez na přání matky se velmi pravděpodobně provádí i u nás, jen je oficiálně proveden z jiné indikace, často psychosociální či indikace jiného, hraničního medicínského oboru²⁰.

2.2 Zdravotní aspekty císařského řezu na přání

Jaké jsou nejčastější důvody matek pro žádost o císařský řez, co se týče zdravotního hlediska? Ženy se obávají následků vaginálního porodu, jako je poranění pánevního dna s následnou inkontinencí moči, plynů i stolice či prolapsem pánevních orgánů, poranění porodních cest (děložního hrdla, vaginy, perinea, rekta, včetně iatrogenního poranění perinea, totiž epiziotomie), zhoršení sexuálního života v důsledku dilatace vaginy, případně jizev po epiziotomii či ruptuře. Zároveň jsou přesvědčeny, že císařský řez je bezpečnější pro jejich dítě.

Pokusme se určit zdravotní benefity i rizika císařského řezu na přání matky a porovnat mateřskou mortalitu a morbiditu při vaginálním porodu a plánovaném císařském řezu. Nejprve je nutno upozornit, že procento komplikací uváděné v naší i zahraniční literatuře často nerozlišuje mezi plánovaným císařským řezem a císařským řezem prováděným z akutně vzniklé komplikace. Zatímco v prvním případě je operace prováděna obvykle v ranních hodinách odpočatým operačním týmem bez časového stresu, akutní císařský řez je většinou prováděn pro vznik vážné, život matky či plodu ohrožující komplikace, kdy operace musí být zahájena a vykonána bezodkladně. Dle provedených studií má akutní císařský řez asi 6x více komplikací²⁰. Indikace plánovaného císařského řezu primárně vyloučí nutnost provedení akutní sekce s vyšší morbiditou i mortalitou a nemůže vzniknout ani indikace k vaginální extrakční operaci s následnými komplikacemi (krvácení, poranění pánevního dna i porodních cest, sekundární hojení sutur). Naopak při vaginálním porodu může nastat situace, kdy bude indikován akutní císařský řez.

Liší se tedy mateřská morbidita a mortalita plánovaného císařského řezu a vaginálního porodu? Zahraniční literatura nabízí několik málo studií na toto téma. Kanadská retrospektivní studie z roku 2007 dospěla k názoru, že mateřská mortalita se u těchto dvou způsobů porodu neliší. Co se týče vážné mateřské morbidity, plánovaný císařský řez vykazoval významně vyšší procento komplikací (např. velké puerperální infekce, hysterektomie, hluboké žilní trombózy), pouze hemoragií vyžadujících transfuzi bylo významně více ve skupině vaginálních porodů. Plánovaný císařský řez tedy přináší více mateřských komplikací než vaginální porod, přestože absolutní rozdíl je malý²¹. Finský retrospektivní výzkum z roku 2008 ukázal, že vážných komplikací plánovaného císařského řezu bylo přibližně 2,5x více než při vaginálním porodu²². Bylo by ale nanejvýš žádoucí, aby vznikaly další, nejlépe prospektivní studie s randomizovaným výběrem, které pomohou v rozhodování, zda je porod císařským řezem z hlediska mateřské mortality a morbidity rovnocennou alternativou vaginálního porodu.

Podívejme se ještě na porod císařským řezem z hlediska protekce svalstva pánevního dna. Vaginální porod bývá spojován s vyšším rizikem následné močové i anální inkontinence a prolapsem pánevních orgánů. Výsledky kanadské studie ukazují, že riziko stresové inkontinence moči po císařském řezu je signifikantně nižší než po vaginálním porodu, incidence urgentní inkontinence ale nezávisí na způsobu porodu²³. Švédský výzkum shledává incidenci stresové i urgentní inkontinence významně vyšší po vaginálním porodu ve srovnání s plánovaným císařským řezem²⁴. Izraelská studie prokázala signifikantně vyšší incidenci stresové inkontinence po vaginálním porodu (a akutním císařským řezu pro nepostupující porod) než po plánovaném císařském řezu zahájeném před nástupem pravidelných děložních kontrakcí²⁵. Avšak všechny tyto studie sledovaly výskyt močové inkontinence pouze během krátkého časového období (max. 1 rok). Dlouhodobější sledování naznačují, že protektivní vliv císařského řezu je postupně stále méně patrný a ve věku 50 let již nelze vysledovat souvislost mezi způsobem porodu a výskytem močové inkontinence²⁶. Co se týče anální inkontinence, současná literatura udává, že protektivní efekt plánovaného císařského řezu je minimální a lze jej vysledovat jen krátkou dobu po porodu. Zvýšená incidence je způsobena spíše samotným těhotenstvím a způsob porodu ji významně neovlivňuje^{27,28}.

Vede plánovaný císařský řez k potížím v dalším těhotenství a při porodu? Porodníci se obávají možnosti vzniku sekundární sterility nebo infertility, i když ta nebyla dosud prokázána²⁰. Dalším sporným momentem je možnost ruptury jizvy na děloze při snaze ukončit následné těhotenství vaginálním porodem. Italská studie udává, že ačkoliv je incidence děložní ruptury při následném vaginálním porodu trochu vyšší, rozdíl není signifikantní²⁹. Avšak významně vyšší riziko je u porodu indukovaného oxytocinem a zvláště prostaglandinem E₂³⁰. Mateřská mortalita při následujícím porodu (ať už vaginálním nebo císařským řezem) není zvýšena³¹. Dále se udává, že v dalším těhotenství hrozí daleko více abnormální placentace či abrupce placenty. Je faktem, že riziko vzniku placenta previa je přímo úměrné počtu císařských řezů v anamnéze a riziko vzniku placenta accreta a abrupce placenty se také výrazně zvyšuje. Poruchy placentace přinášejí zvýšené riziko hysterektomie během porodu³².

Pokusme se ještě zvážit dopad plánovaného císařského řezu na novorozence. Některé studie ukazují překvapivě mírně vyšší neonatální mortalitu po plánovaném císařském řezu ve srovnání s vaginálním porodem (plod v poloze podélné hlavičkou, porod v termínu)³³. Vzhledem k velmi nízké celkové neonatální mortalitě se však tento malý rozdíl na absolutních číslech spíše neobjeví. Významný rozdíl je však v respirační morbiditě novorozenců porozených císařským řezem. U vaginálně porozených dětí je plicní adaptace na extrauterinní život zlepšena kompresí hrudní stěny, evakuací amniové tekutiny z bronchopulmonálního prostoru a zvýšeným plicním průtokem. Selhání těchto mechanismů má za následek vznik syndromu dechové tísně (RDS), perzistující plicní hypertenzi novorozenců a tranzitorní tachypnoi novorozenců³⁴. Respirační komplikace (a s nimi spojený příjem na jednotku intenzivní péče) jsou u novorozenců narozených plánovaným císařským řezem asi 2-3x častější^{35,36}. Při provádění císařského řezu je také riziko poranění novorozence skalpelem, které však naštěstí nemívá pozdní následky. V krajním případě může dojít ke špatnému odhadu stáří těhotenství a vytvoření iatrogení nezralosti plodu (s následky jako např. odchylky v metabolismu novorozence, hypotermie, hyperbilirubinémie, hypoglykémie a hospitalizace na jednotce intenzivní péče). Po porodu císařským

řezem můžeme rovněž zaznamenat častější problémy s kojením, pozdější zahájení kojení a kratší dobu, po kterou je dítě výlučně kojeno³⁷.

Ovšem plánovaný císařský řez má i prokázané výhody pro novorozence. Snižuje se riziko přenosu některých onemocnění, jako je HIV, hepatitida B, hepatitida C, HPV. Některé studie prokázaly významně nižší incidenci hypoxicko-ischemické neonatální encefalopatie (způsobené intrapartální hypoxií), poranění lebky a intraventrikulárního krvácení. Protektivní vliv na závažné formy neurologického postižení v dlouhodobém horizontu však zatím nebyl prokázán³⁸. Při plánovaném císařském řezu je také signifikantně nižší výskyt poranění brachiálního plexu a jiných vzácnějších poranění, k prevenci jednoho poškození brachiálního plexu je ovšem třeba provést více než 1000 císařských řezů.

2.3 Psychologické, sociální a etické aspekty císařského řezu na přání

V diskusi o přijatelnosti císařského řezu na přání je nutno zmínit i další otázky. Jaké výhody (pomineme-li již diskutovaná zdravotní hlediska) spatřují ženy v plánovaném porodu císařským řezem? A jaké nevýhody a rizika může přinášet?

Ženy se často cítí lépe, mohou-li termín porodu do určité míry ovlivňovat a předvídat, zvláště jsou-li vícenásobnými matkami a musí zajistit chod domácnosti a péči o děti. Nejistota ohledně data porodu jim přináší stres a může negativně ovlivňovat jejich psychický stav. Stanovení konkrétního data, kdy porodí své dítě, jim tedy může vyhovovat z organizačního hlediska a snížit stres z nejistoty. Některé ženy také uvádějí, že vaginální porod pro ně představuje situaci velmi neznámou, nepřírozenou a nedůstojnou, obávají se nevhodnosti svého chování při porodu a některých přirozených tělesných pochodů, a tak je pro ně porod císařským řezem vhodnou alternativou. Rovněž obava z porodních bolestí může vést ženy k rozhodnutí porodit císařským řezem. Zde je ale třeba zvážit, že bolesti po velké břišní operaci také nejsou nezanedbatelné, byť jsou tišeny analgetiky, a doba rekonvalescence po císařském řezu je spíše delší než po vaginálním porodu.

Pooperační bolesti mohou narušit péči o novorozence a způsobit problémy s kojením. Dalším často zmiňovaným důvodem je negativní zážitek z předchozího vaginálního porodu, který byl dlouhý, extrémně bolestivý nebo provázený komplikacemi a nepříjemnými následky.

Na druhou stranu, lékaři se obávají, že žena bude v tomto důležitém rozhodnutí ovlivněna názory prezentovanými médii, laickým přístupem rodiny a známých. Ve společnosti převládá názor, že císařský řez je jednoduchou, bezbolestnou, rutinní operací s minimem komplikací, naopak vaginální porod je často popisován jako velmi bolestivý s mnoha komplikacemi znepríjemňujícími budoucí život. Matky tedy mohou mít nepřesné či zkreslené informace, které mohou mít zásadní vliv na jejich rozhodování. Hlavní roli v podávání informací by měl mít lékař, ke kterému žena dochází v těhotenství; ten by jí měl podat pravdivé a nezaujaté informace, aby se tak mohla odpovědně rozhodnout.

Můžeme uvažovat i o možném negativním dopadu porodu císařským řezem na psychiku matky. Matky mohou cítit smutek, pocit vlastní neschopnosti, určité „nedokončenosti“ těhotenství. Tyto pocity jsou častější po akutním císařském řezu, objevují se však i po plánovaném výkonu³⁹. Zatím nevíme, jaký vliv na matčinu psychiku by měl císařský řez na přání, je však možné, že by se zpětně dostavil pocit viny a neschopnosti. V současnosti se také hodně hovoří o důležitosti tzv. bondingu (připoutání se), tedy vzniku rané vazby mezi matkou a dítětem ihned po porodu. Při porodu císařským řezem může být vznik této vazby ztížen, případně znemožněn, je-li nutno provést operaci v celkové anestezii. Naopak při nyní často používané spinální či epidurální anestezii je matce a novorozenci bonding poskytnut. Rovněž přítomnost otce je u porodu císařským řezem možná.

2.4 Některé další aspekty císařského řezu na přání

Otázkou zůstává, nakolik císařský řez na přání matky ovlivňuje celkové množství provedených císařských řezů. Připomeňme si doporučení WHO, že podíl porodů císařským řezem nemá přesáhnout hranici 10-15%. Procento císařských řezů na přání je často jen odhadováno, protože jsou v mnoha případech prováděny falešně z jiné indikace, případně se zaznamenávají jako císařské řezy

z psychosociální indikace, kde není jasné, jaké procento tvoří přímo císařský řez na přání matky.

Z dostupných pramenů můžeme uvést anonymně prováděný průzkum z Austrálie z roku 2009, který uvádí, že nejméně 17% procent z plánovaných císařských řezů (a cca 3% ze všech porodů) bylo provedeno na přání matky⁴⁰. Rozsáhlý dánský výzkum ukazuje, že mezi lety 2002 a 2006 se procento císařských řezů na přání zvýšilo ze 3,2% na 19,4% ze všech plánovaných císařských řezů mezi poprvé rodivšími matkami (nejvíce jich bylo ve věkové skupině nad 35 let) a z 5,5% na 31,2% mezi vícenásobnými matkami (nejvíce u 15 až 24-letých)⁴¹. Britský průzkum uvádí, že ze všech plánovaných císařských řezů bylo 38% provedeno na přání matky (údaje z okresu Hertfordshire)⁴². Všechny tyto výzkumy dospívají k závěru, že císařský řez je významný faktor nárůstu podílu císařských řezů ze všech porodů.

Neméně závažným aspektem je vyšší ekonomická náročnost císařského řezu (spojeného nyní většinou se svodnou anestezií). Nárůst procenta císařských řezů znamená vyšší náklady na zdravotní péči. Zde lze uvažovat o spoluúčasti matek v případě, že si vyberou porod císařským řezem a jejich zdravotní pojišťovna nebude ochotna tento výkon hradit. Rovněž doba hospitalizace bývá po porodu císařským řezem delší, což opět zvyšuje náklady a způsobuje větší obsazenost nemocničních zařízení.

V této kapitole jsme se snažili uvést všechny hlavní důvody matek pro císařský řez na přání, jeho pozitivní i negativní následky. Diskuse o prospěšnosti a rizicích tohoto výkonu by ovšem mohla ještě dlouho pokračovat. V první řadě je třeba provádět další studie tohoto jevu a jeho vzrůstající role ve společnosti.

3. Výsledky vlastního výzkumu

Naší snahou bylo získat současné názory českých lékařů i pacientek na problematiku císařského řezu na přání matky a na některé další otázky tomuto tématu blízké. V této kapitole se budeme zabývat popisem dotazovaného souboru, způsobem sběru dat a zhodnocením získaných odpovědí.

3.1 Popis hodnoceného souboru a metodika sběru dat

Oslovili jsme primáře gynekologicko-porodnických oddělení nemocnic v České republice s prosbou o distribuci našich dotazníků mezi lékaře na jejich oddělení a zaslání vyplněných dotazníků zpět. Získali jsme 33 vyplněných dotazníků, z nichž jeden nebyl hodnotitelný, celkem tedy 32 použitelných dotazníků.

Údaje od pacientek jsme získali na oddělení šestinedělí v Ústavu pro matku a dítě v Praze-Podolí. Během dvou dnů jsme postupně rozdali dotazníky všem pacientkám na oddělení a obdrželi jsme zpět celkem 74 vyplněných dotazníků.

3.2 Otázky kladené lékařům a pacientkám

Zásadní otázkou v dotazníku je dotaz na názor lékařů a rodiček na císařský řez na přání matky. Respondenti měli odpovědět, zda jejich názor nejlépe vystihuje tvrzení „Žena nemá právo vyjádřit se ke způsobu vedení porodu a musí se podrobit rozhodnutí lékaře, protože ten je k tomuto rozhodnutí kvalifikován“, případně tvrzení „Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po sdělení a pochopení rizik pro rodičku a plod, které vyplývají z jednotlivých způsobů vedení porodu“ nebo „Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem bez ohledu na lékařskou indikaci“ (tedy absolutní rozhodovací právo).

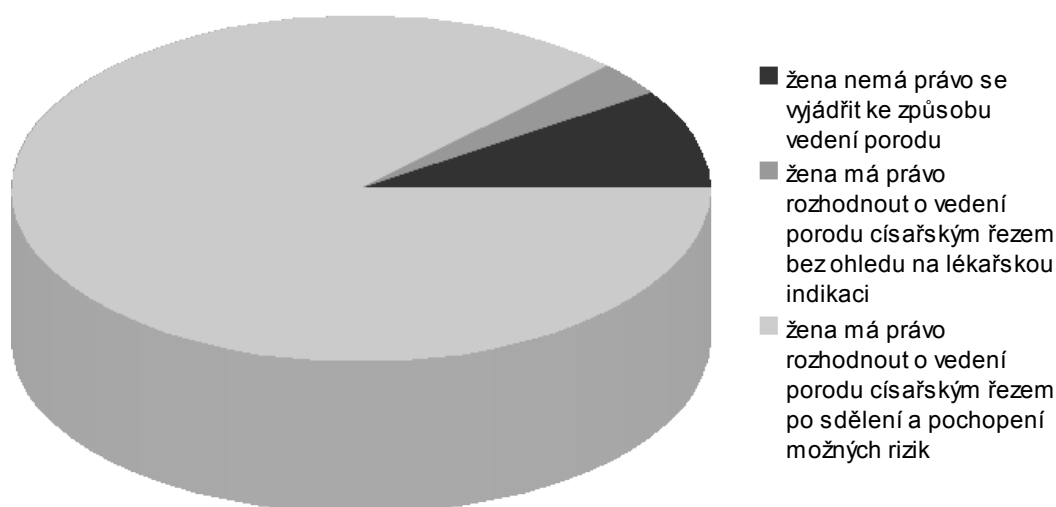
V další otázce jsme se ptali, jak velké riziko závažného poškození plodu je dle respondentů důvodem k vedení porodu císařským řezem. Odpověď měla být vyjádřena v procentech na stupnici od 0 do 100%. Třetí otázka byla stejná, pouze se týkala rizika závažné poruchy zdraví rodičky.

V dalších otázkách jsme se dotazovali na to, zda má mít rodička právo odmítnout operační porod a vystavit tak plod případnému riziku vážného poškození či smrti a dále na to, jestli by ochráncem práv plodu před narozením měl být lékař, stát či rodička. Pacientek jsme se dále ptali na jimi preferovaný způsob vedení porodu (pokud by měly možnost si vybrat), jejich vzdělání, detaily právě prodělaného porodu a případných předchozích porodů. U lékařů jsme se zajímali o dosažené vzdělání (atestace), délku odborné praxe a ochotu dodržovat porodní plán, je-li rodičkou stanoven (celé dotazníky viz Přílohy). Lékařům i rodičkám byl také ponechán prostor k podrobnějšímu vyjádření vlastních názorů.

3.3 Výsledky

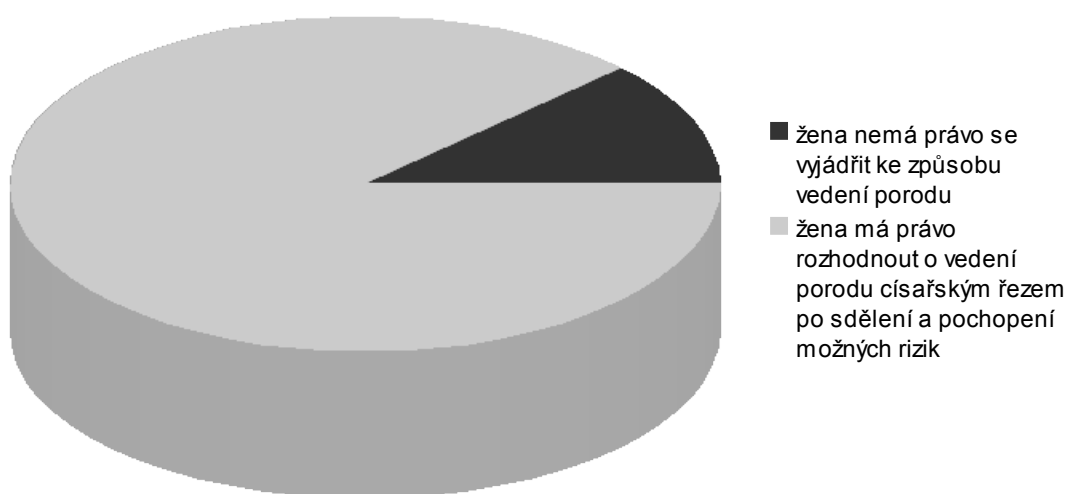
První otázka zjišťovala postoj k císařskému řezu na přání matky. **9,4%** lékařů vyjádřilo nesouhlas s právem ženy vyjádřit se ke způsobu vedení porodu („Žena nemá právo vyjádřit se ke způsobu vedení porodu a musí se podrobit rozhodnutí lékaře, protože ten je k tomuto rozhodnutí kvalifikován“), **87,5%** lékařů souhlasilo s ženiným právem rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po informování („Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po sdělení a pochopení rizik pro rodičku a plod, které vyplývají z jednotlivých způsobů vedení porodu“). **3,1%** lékařů se domnívá, že žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem bez ohledu na lékařskou indikaci. Situaci přehledně ukazuje graf 2.

Graf 2: Názory lékařů na císařský řez na přání matky



U pacientek je situace do jisté míry podobná. **12,2%** pacientek si myslí, že žena nemá právo se vyjádřit ke způsobu vedení porodu a je úkolem pouze lékaře o tom rozhodnout. **87,8%** pacientek naopak říká, že žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po sdělení a pochopení možných rizik. Žádná pacientka ne zvolila třetí možnost („Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem bez ohledu na lékařskou indikaci“). Názory žen vyjadřuje graf 3.

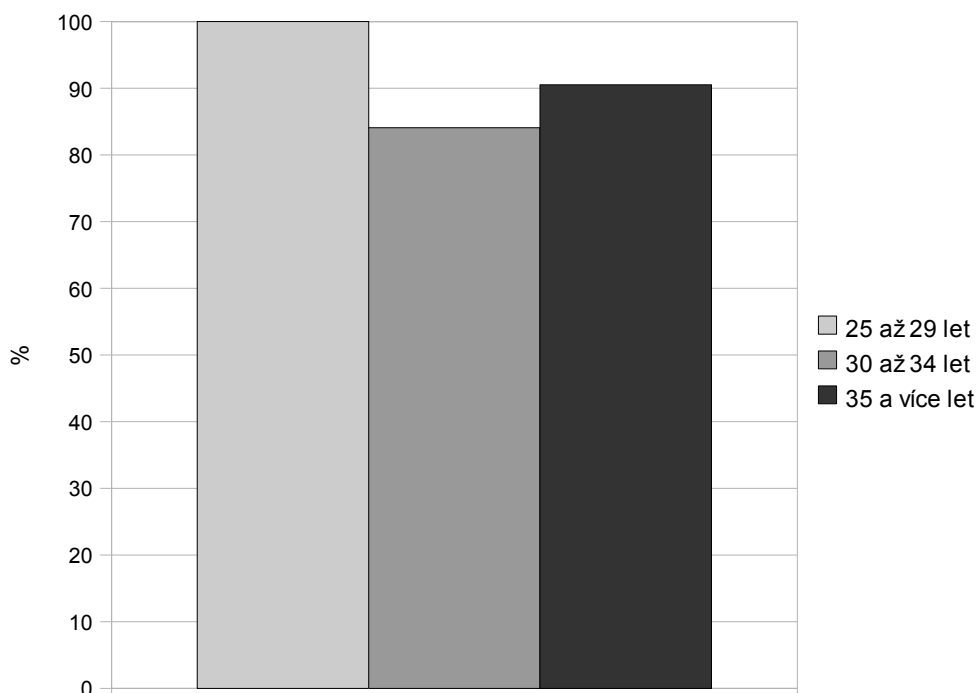
Graf 3: Názory pacientek na císařský řez na přání matky



Chtěli jsme dále posoudit, má-li na názor ženy vliv její vzdělání a věk. Ze skupiny středoškolsky vzdělaných žen vyjádřilo souhlas s císařským řezem na přání **95,9%** pacientek, mezi ženami s vysokoškolským vzděláním dosáhl podíl souhlasných odpovědí **82,1%**. Ve vzorku se nevyskytla žádná žena s nižším dosaženým vzděláním. Lze říci, že ve skupině středoškolsky vzdělaných žen je podíl souhlasících pacientek vyšší, při statistickém vyhodnocení jsme však zjistili, že rozdíl v názorech středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných žen není statisticky významný, názor na císařský řez na přání matky tedy nezávisí na vzdělání ($P=0,1286$, 5% hladina významnosti). Pacientky jsme dále rozdělili podle věkových kategorií. Ve skupině žen 25- až 29-letých souhlasilo s císařským řezem na přání **100%** pacientek, ve skupině 30- až 34-letých **84,1%** pacientek a mezi 35-letými a staršími **90,5%** pacientek. Ve skupině žen mladších než 25 let byla pouze jedna pacientka; tuto kategorii jsme tedy kvůli nízkému počtu osob a možnosti nesprávné interpretace nehodnotili (relativní četnosti žen souhlasících s císařským řezem na přání v jednotlivých věkových kategoriích ukazuje graf 4). Statistické zhodnocení ukázalo, že rozdíl v názorech žen v jednotlivých věkových kategoriích

není statisticky významný a postoj žen k císařskému řezu na přání matky nezávisí na věku ($P=0,4066$, 5% hladina významnosti). Nelze ovšem vyloučit, že při hodnocení početnějšího souboru by byly získány odlišné výsledky.

Graf 4: Souhlas pacientek s císařským řezem na přání matky podle věku



Zároveň nás zajímalo, kolik pacientek by dalo přednost porodu císařským řezem před porodem vaginálním, pokud by měly možnost si způsob vedení porodu vybrat. **13,9%** pacientek odpovědělo, že by zvolily raději porod císařským řezem. Pokud by neměly žádnou lékařskou indikaci k takovému porodu, byly by tyto ženy zřejmě kandidátkami na císařský řez na přání matky, pokud by byl v ČR umožněn.

Další otázka v dotazníku zjišťovala, jak velké riziko závažného poškození plodu a závažné poruchy zdraví rodičky (v procentech) je podle respondentů důvodem k vedení porodu císařským řezem. Jako hodnotu dobře reprezentující všechny odpovědi jsme vybrali 10% useknutý průměr kvůli výskytu odlehlých hodnot (tyto hodnoty mohou být způsobeny například nepochopením otázky). Tímto způsobem je možné částečně eliminovat jejich nežádoucí vliv. Co se týče lékařů, důvodem k vedení porodu císařským řezem je pro ně průměrně **16,5%** riziko závažného poškození plodu a **11,7%** riziko závažné poruchy zdraví rodičky.

Vidíme, že u ženy (rodičky) by lékaři přistoupili k provedení císařského řezu při nižší pravděpodobnosti poškození zdraví než u plodu. Lze to snad interpretovat i tak, že lékaři chrání přednostně zdraví matky. Odpovědi pacientek jsou odlišné. Důvodem k vedení porodu císařským řezem je pro ně průměrně **21,2%** riziko závažného poškození plodu a **25,1%** riziko závažné poruchy zdraví matky. Větší důraz je kladen naopak na zdraví plodu.

Další otázky rovněž souvisí s právy matky činit určitá rozhodnutí při porodu a během těhotenství. Konkrétně jsme se ptali, zda má matka právo odmítnout operační porod a vystavit tak plod případnému riziku vážného poškození či smrti. **28,1%** lékařů a **13,7%** pacientek se domnívá, že ano. V návaznosti na tuto otázku jsme se zajímali o to, kdo by měl být ochráncem práv plodu před narozením. **33,3%** lékařů se domnívá, že by tato úloha měla připadnout rodičce, **27,8%** si myslí, že lékaři a **38,9%** soudí, že ochráncem práv plodu má být stát. Je vidět, že názory lékařů jsou v této otázce značně nejednotné. Z pacientek by **40,0%** určilo za ochránce práv plodu lékaře, **48,2%** rodičku a pouze **11,8%** stát. Opakovaně zazněl názor, že práva plodu má chránit matka, jen v případě extrémní situace, kdy matka sama vážně ohrožuje zdraví či život plodu, má tuto její roli přebrat nezávislý činitel (tedy stát).

S ochotou lékařů respektovat názory a přání ženy během porodu souvisí i otázka určená lékařům, totiž zda souhlasí s dodržováním porodního plánu, je-li rodičkou stanoven. **62,5%** lékařů odpovídá, že ano, ale s častou výhradou, že to nesmí ohrozit zdraví či život matky ani plodu. **37,5%** lékařů není ochotno porodní plán dodržovat. Zdá se, že v této otázce jsou lékaři méně ochotni respektovat matčinu autonomii než v otázce císařského řezu na přání.

Závěr

Na základě uvedených studií je možno konstatovat, že plánovaný císařský řez má ve srovnání s vaginálním porodem poněkud více komplikací a vážná mateřská morbidita je tedy vyšší, přestože v absolutních číslech je tento rozdíl malý. Zvyšuje se také riziko komplikací v dalším těhotenství a při porodu. Rovněž respirační morbidita novorozenců je vyšší. Na druhou stranu toto vše možná vyváží psychická pohoda a klid matky. Ta si vybrala pro sebe a své dítě optimální způsob porodu a je schopna se s ním vnitřně ztotožnit. Domnívám se, že pokud matku během celého těhotenství provází úzkost a strach z porodu, zasáhne potom tento její psychický stav i do průběhu samotného porodu. Porod se komplikuje, je pro matku nepříjemným zážitkem a odnáší si z něj trauma do dalšího těhotenství. Takové situace bychom se mohli vyhnout, pokud by matce bylo umožněno zvolit si porod císařským řezem. Další možné řešení by nabízelo prostor pro porodní asistentky a psychology, vzdělané v této problematice, kteří by pracovali s úzkostnými těhotnými ženami a pomohli jim vyrovnat se s představou vaginálního porodu.

Z výsledků našeho výzkumu jasně vyplývá, že převážná většina nejen pacientek, ale i porodníků souhlasí s právem matky rozhodnout o vedení porodu císařským řezem, bude-li matka dostatečně informována o možných rizicích. Je pravda, že podíl porodů císařským řezem, přesahující již nyní 20%, by ještě vzrostl. Také by bylo nutno zvážit otázku ekonomickou. Přínosné by určitě bylo zjistit názor většího vzorku populace a také co největšího množství porodníků, protože jsou to oni, kdo zodpovídá za výsledek porodu. Diskuse o císařském řezu na přání matky ještě nejsou u konce a stanoviska odborné veřejnosti zatím zdaleka nejsou jednoznačná.

Souhrn

Císařský řez na přání matky je jednou z nejvíce diskutovaných otázek mezi porodníky na celém světě. Je to situace, kdy není přítomna žádná lékařská indikace k císařskému řezu, přesto matka projeví přání porodit tímto způsobem. Cílem této diplomové práce je uvést důležitá fakta o epidemiologii, indikacích a komplikacích císařského řezu a pojednat o názorech lékařů a odborných společností na císařský řez na přání matky, jeho zdravotních, psychologických, sociálních a etických aspektech. V praktické části jsou uvedeny výsledky dotazníkového průzkumu, ve kterém jsme se ptali na názory lékařů a pacientek na císařský řez na přání matky a s ním související otázky.

Summary

Cesarean delivery on maternal request is one of the most discussed questions among obstetricians all around the world. It is a situation when mother wishes to have cesarean delivery although no indications for this surgery are presented. The aim of this diploma paper is to provide important facts about epidemiology, indications and complications of cesarean section and discuss obstetricians' and professional associations' opinion on cesarean delivery on maternal request, its' health, psychological, social and ethic aspects. In the practical part the results of the questionnaire survey are provided, in which we asked about the attitudes of patients and obstetricians towards cesarean delivery on maternal request and other associated questions.

Seznam použité literatury

1. Rodička a novorozenec 2008, ÚZIS ČR, s. 1-126
2. VELEBIL, P. Epidemiologie císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 12-17
3. ZÁBRANSKÝ, F. Sectio caesarea. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2000, roč. 9, č. 1
4. LOMÍČKOVÁ, T. Indikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 47-51
5. ROZTOČIL, A. Iterativní císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 85-88
6. MENACKER, F., DECLERCQ, E., MACDORMAN, M.F. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin. Perinatol.*, 2006, 30(5):235-41
7. ČEPICKÝ, P. Císařský řez na přání a psychosociální indikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, roč. 13, č. 1
8. BERGHOLT, T., STENDERUP, J.K., et al. Intraoperative surgical complication during caesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obst. Gynecol. Scand.*, 2003, 82:251
9. LOMÍČKOVÁ, T. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 52-55
10. BINDER, T. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 89-95
11. STJERNHOLM, Y.V., PETERSSON, K., ENEROTH, E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2010, 89(1):49-53
12. WEAVER, J.J., STATHAM, H., RICHARDS, M. Are there „unnecessary“ cesarean sections? Perception of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*, 2007, 34(1):32-41
13. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Womens Health. Ethical aspects regarding cesarean sections for non-medical reasons. *Int. J. Obstet. Gynecol.*, 2000, 64:317
14. COTZIAS, C.S., PATERSON-BROWN, S., FISK, N.M. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2001, 97(1):15-16
15. BERGHOLT, T. et al. Danish obstetricians´ personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2004, 83(3):262-266
16. KWEE, A. et al. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2004, 113(2):186-190
17. GUNNERVIK, C. et al. Attitudes towards cesarean section in a nationwide sample of obstetricians and gynecologists. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2008, 87(4):438-444
18. HABIBA, M. et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians´ attitudes in eight European countries. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 2006, 113(6):647-656
19. HANNAH, M.E., HANNAH, W.J., HEWSON, S.A. et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*, 2000, 356:1375-83
20. ROZTOČIL, A. Císařský řez na přání matky: ano či ne. *Interní medicína*, 2003, č. 2, s. 13-15

21. LIU, S., LISTON, R.M., JOSEPH, K.S. et al. Maternal morbidity and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Can. Med. Assoc. J.*, 2007, 176(3):455-460
22. PALLASMAA, N., EKBLAD, U., GISSLER, M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2008, 87(6):662-668
23. PRESS, J.Z., KLEIN, M.C., KACZOROWSKI, J. et al. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth*, 2007, 34(3):228-237
24. EKSTROM, A., ALTMAN, D., WIKLUND, I. et al. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, 2008, 19(4):459-465
25. GROUTZ, A., RIMON, E., PELED, S. et al. Cesarean section: Does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol. Urodyn.*, 2004, 23(1):2-6
26. HIBBARD, J.U., DELLA TORRE, M. Když žena žádá císařský řez. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 3, s. 16-25
27. FENNER, D. Anal incontinence: relationship to pregnancy, vaginal delivery, and cesarean section. *Semin. Perinatol.*, 2006, 30(5):261-266
28. ŠTĚPÁN, J., KARBANOVÁ, J., KALIŠ, V. a kol. Porodní poranění a anální inkontinence v dlouhodobé perspektivě. *Česká gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 1, s. 4-8
29. LOCATELLI, A., GHIDINI, A., CIRIELLO, E. Induction of labor: comparison of a cohort with uterine scar from previous cesarean section vs. a cohort with intact uterus. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*, 2006, 19(8):471-475
30. GROSSETTI, E. et al. Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2007, 86(5):572-578
31. MOZURKEWICH, E.L., HUTTON, E.K. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2000, 183(5):1187-97
32. MILOSEVIC, J. et al. Placental complications after a previous cesarean section. *Med. Pregl.*, 2009, 62(5-6):212-216
33. DE LUCA, R., BOULVAIN, M., IRION, O. et al. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics*, 2009, 123(6):1064-71
34. STRAŇÁK, Z. Elektivní císařský řez z pohledu neonatologa. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 96-99
35. HANSEN, A.K., WISBORG, K., ULDBJERG, N., HENRIKSEN, T.B. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2007, 86(4):389-94
36. CERIANI CERNADAS, J.M. et al. Cesarean delivery at term in low risk pregnancies: effects on neonatal morbidity. *Arch. Argent. Pediatr.*, 2010, 108(1):17-23
37. BODNER, K. et al. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2010
38. HANKINS, G.D., CLARK, S.M., MUNN, M.B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin. Perinatol.*, 2006, 30(5):276-287
39. ČEPIČKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. Psychologické aspekty císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 79-84

40. ROBSON, S.J., TAN, W.S., ADEYEMI, A., DEAR, K.B. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: Anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*, 2009, 36(3):208-212
41. FORSTHOLM, M.M., LIDEGAARD, O. Cesarean section on maternal request. *Ugeskr Laeger*, 2009, 171(7):497-502
42. JACKSON, N.V., IRVINE, L.M. The influence of maternal request on the elective caesarean section rate. *J. Obstet. Gynecol.*, 1998, 18(2):115-119
43. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet. Gynecol.*, 2007, 110(6):1501

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Graf č. 1: Incidence císařského řezu v ČR letech 1998-2008	7
Graf č. 2: Názory lékařů na císařský řez na přání matky	23
Graf č. 3: Názory pacientek na císařský řez na přání matky	24
Graf č. 4: Souhlas pacientek s císařským řezem na přání matky podle věku	25

Seznam příloh

Příloha č. 1: Názory lékařů na císařský řez na přání matky (dotazník)	34
Příloha č. 2: Názory pacientek na císařský řez na přání matky (dotazník)	35

Přílohy

Příloha č. 1

Názory lékařů na císařský řez na přání matky

Tento dotazník bude použit jako podklad pro vypracování diplomové práce. Budete-li se chtít k některé otázce šířeji vyjádřit, využijte prosím zadní stranu. Děkujeme za Váš čas.

Rok narození

Dosažené vzdělání - atestace

Počet let praxe

Vyberte tvrzení, které je nejbližší Vašemu názoru **Q1**

- Žena nemá právo vyjádřit se ke způsobu vedení porodu a musí se podrobit rozhodnutí lékaře, protože ten je k tomuto rozhodnutí kvalifikován.
- Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem bez ohledu na lékařskou indikaci (objektivní důvod k operaci).
- Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po sdělení a pochopení rizik pro rodičku a plod, které vyplývají z jednotlivých způsobů vedení porodu.

Jak velké riziko závažného poškození plodu je podle Vás důvodem k vedení porodu císařským řezem – vyznačte prosím na ose 0 – 100. **Q2**

0% _____ 100%

Jak velké riziko závažné poruchy zdraví rodičky je podle Vás důvodem k vedení porodu císařským řezem – vyznačte prosím na ose 0 – 100%. **Q3**

0% _____ 100%

Má mít rodička právo odmítnout operační porod a vystavit tak plod případnému riziku vážného poškození či smrti? **Q4**

- ANO NE

Ochráncem práv plodu před narozením by měl být **Q5**

- Lékař Stát Rodička

Souhlasíte s dodržováním porodního plánu, pokud rodička nějaký stanoví? **Q6**

- ANO NE

Názory pacientek na císařský řez na přání matky

Tento dotazník bude použit jako podklad pro vypracování diplomové práce. Budete-li se chtít k některé otázce šířeji vyjádřit, využijte prosím zadní stranu. Děkujeme za Váš čas.

Rok narození _____ **Vzdělání** ZŠ SŠ VŠ

Národnost Česká Jiná _____

Předchozí porody

Zážitek z předchozího porodu hodnotím jako

Rok Vaginální porod Císařský řez Velmi pozitivní Pozitivní Neutrální Negativní Velmi negativní

Rok Vaginální porod Císařský řez Velmi pozitivní Pozitivní Neutrální Negativní Velmi negativní

Vyberte tvrzení, které je nejbližší Vašemu názoru

Q1

- Žena nemá právo vyjádřit se ke způsobu vedení porodu a musí se podrobit rozhodnutí lékaře, protože ten je k tomuto rozhodnutí kvalifikován.
- Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem bez ohledu na lékařskou indikaci (objektivní důvod k operaci).
- Žena má právo rozhodnout o vedení porodu císařským řezem po sdělení a pochopení rizik pro rodičku a plod, které vyplývají z jednotlivých způsobů vedení porodu.

Jak velké riziko závažného poškození plodu je podle Vás důvodem k vedení porodu císařským řezem – vyznačte prosím na ose 0 – 100%.

Q2

0% _____ 100%

Jak velké riziko závažné poruchy zdraví rodičky je podle Vás důvodem k vedení porodu císařským řezem – vyznačte prosím na ose 0 – 100%.

Q3

0% _____ 100%

Má mít rodička právo odmítnout operační porod a vystavit tak plod případnému riziku vážného poškození či smrti?

Q4

- ANO NE

Ochráncem práv plodu před narozením by měl být

Q5

- Lékař Stát Rodička

Kdybych si mohla vybrat způsob vedení porodu v tomto těhotenství, vybrala bych si

- Vaginální porod Císařský řez

Q6

Porod

Porodní plán ANO NE

Datum _____ Vaginální porod Císařský řez Forceps (kleště)

Indikace k operativnímu porodu _____

Mohla jsem zasahovat do průběhu porodu, podávané medikace, polohy atd. ANO NE

Zážitek z porodu hodnotím jako

- Velmi pozitivní Pozitivní Neutrální Negativní Velmi negativní