

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

PÉČE O ŽENU PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU V OBDOBÍ  
ŠESTINEDĚLÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Hájková

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Tereza Hájková</b>
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	<b>Péče o ženu po císařském řezu v období šestinedělí</b>
Vedoucí práce:	PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je zhodnotit péči o ženy po císařském řezu v období šestinedělí.

## Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o ženy po císařském řezu během pobytu na oddělení šestinedělí. Cílem je popsat specifika pooperační péče, která zahrnuje sledování vitálních funkcí, péči o operační ránu, prevenci komplikací, tlumení bolesti a podporu psychické pohody ženy. Součástí je také podpora správného vyprazdňování, stimulace kojení, výběr vhodných poloh při kojení a edukace ženy v péči o novorozence. Součástí je také podpora postupného pohybu a cvičení zaměřeného na zlepšení mobility a celkové regenerace po operaci, postupy bezpečného vstávání a pohybu po operaci. Práce zdůrazňuje komplexní a individuální přístup porodní asistence, který podporuje rychlejší zotavení a adaptaci ženy na novou životní roli matky.

## Klíčová slova

Císařský řez; šestinedělí; péče; novorozenec.

## Abstract

The bachelor's thesis focuses on nursing care for women after cesarean section during their stay in the postpartum ward. The aim is to describe the specifics of postoperative care, including monitoring of vital signs, care of the surgical wound, prevention of complications, pain management, and support of the woman's psychological well-being. It also addresses support for proper elimination, stimulation of breastfeeding, selection of appropriate breastfeeding positions, and education of the mother in newborn care. Additionally, the thesis covers gradual mobilization and exercises aimed at improving mobility and overall recovery after surgery, as well as safe techniques for getting up and moving postoperatively. The work emphasizes a comprehensive and individualized approach by midwives, which promotes faster recovery and adaptation of the woman to her new role as a mother.

## Keywords

Cesarean section; puerperium; nursing care; newborn.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1. března 2026

.....

Tereza Hájková

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Vlastě Dvořákové, Ph.D., za její odborné vedení, vstřícný přístup, ochotu a čas, který mi věnovala v průběhu zpracování této práce. Velké poděkování patří také mé rodině za dlouhodobou podporu, trpělivost a zázemí, které mi během studia poskytovala. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které se ochotně zapojily do výzkumné části práce a umožnily tak její realizaci.

# Obsah

Seznam grafů.....	8
Seznam tabulek .....	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod .....	11
<b>1 Současný stav problematiky.....</b>	<b>12</b>
1.1 Historie císařského řezu.....	12
1.2 Indikace císařského řezu.....	13
1.3 Předoperační péče a příprava k císařskému řezu .....	14
1.3.1 Role porodní asistentky v péči o ženu před císařským řezem.....	14
1.4 Anestezie při císařském řezu .....	15
1.4.1 Neuroaxiální anestezie .....	15
1.4.2 Celková anestezie .....	16
1.5 Technika a provedení císařského řezu.....	16
1.5.1 Metody císařského řezu .....	17
1.5.2 Typy řezů na děloze.....	17
1.5.3 Porod plodu.....	18
1.5.4 Porod placenty .....	18
1.5.5 Sutura děložní a břišní stěny .....	18
1.6 Komplikace císařského řezu.....	18
1.6.1 Peroperační komplikace .....	19
1.6.2 Pooperační komplikace .....	19
1.6.3 Dlouhodobé následky.....	20
1.7 Role porodní asistentky při pooperační péči na oddělení šestinedělí.....	21
1.7.1 Hygienický režim v šestinedělí.....	22
1.7.2 Péče o vyprazdňování.....	22
1.7.3 Péče o operační ránu.....	23
1.7.4 Tlumení bolesti .....	24
1.7.5 Psychika ženy.....	24
1.8 Kojení po císařském řezu .....	25
1.8.1 Vhodné polohy během kojení .....	26
1.8.2 Technika kojení.....	27
1.9 Cvičení po císařském řezu.....	27
<b>2 Výzkumná část .....</b>	<b>29</b>
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	29
2.2 Metodika výzkumu .....	29
2.3 Charakteristika vzorku respondentů .....	30
2.4 Průběh výzkumu .....	30

2.5	Zpracování získaných dat.....	30
2.6	Výsledky a analýza výzkumu .....	31
2.7	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	48
2.8	Diskuse.....	53
2.9	Návrh řešení a doporučení pro praxi .....	56
	<b>Závěr .....</b>	<b>57</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>59</b>
	<b>Přílohy.....</b>	<b>61</b>

## Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentek .....	31
Graf 2: Vzdělání respondentek .....	32
Graf 3: Parita žen.....	32
Graf 4: Zkušenost s císařským řezem u předchozího porodu .....	33
Graf 5: Typ císařského řezu .....	34
Graf 6: Sebepéče .....	35
Graf 7: Pomoc s péčí o novorozence.....	36
Graf 8: Faktory usnadňující péči o novorozence v období rekonvalescence .....	37
Graf 9: Informovanost žen o pooperační péči po císařském řezu .....	38
Graf 10: Vnímání bolesti po operaci .....	39
Graf 11: Užívání analgetik v pooperačním období.....	40
Graf 12: Vliv pooperační bolesti na pohyblivost a péči o dítě .....	41
Graf 13: První přisátí miminka po císařském řezu.....	42
Graf 14: Vhodné poloha při kojení po císařském řezu.....	43
Graf 15: Komplikace při kojení po porodu .....	44
Graf 16: Co ženy považovaly za nejhorší po císařském řezu .....	45
Graf 17: Emoce žen při sdělení nutnosti císařského řezu .....	46
Graf 18: Postoj žen k porodu císařským řezem.....	47

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Náročnost sebeděče v prvních dnech po operaci .....	48
Tabulka 2: Dostatek pomoci při péči o novorozence .....	48
Tabulka 3: Faktory usnadňující péči o novorozence .....	48
Tabulka 4: informovanost žen v pooperační péči .....	49
Tabulka 5: Typ císařského řezu .....	50
Tabulka 6: Nejhorše vnímané aspekty po císařském řezu .....	50
Tabulka 7: Emoce vyvolané informací o nutnosti císařského řezu .....	50
Tabulka 8: Vnímání nemožnosti vaginálního porodu .....	50
Tabulka 9: Intenzita bolesti v prvních dnech po operaci .....	52
Tabulka 10: Analgezie po císařském řezu .....	52
Tabulka 11: Vliv pooperační bolesti na mobilitu a péči o novorozence .....	52

## Seznam zkratek

CTG – Kardiotokografie

HELLP – Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets (hemolýza, zvýšené jaterní enzymy, nízký počet krevních destiček)

PA – porodní asistentka

pH – měřítko kyselosti/alkalinity roztoku

STAN – Analýza ST segmentu plodu

VAS – Vizuální analogová škála bolesti

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# Úvod

V posledních desetiletích je na celém světě patrný výrazný nárůst porodů ukončených císařským řezem. Podle údajů Světové zdravotnické organizace tvoří tento způsob vedení porodu přibližně 21 % všech porodů na světě. Důvody zvyšujícího se počtu císařských řezů jsou různorodé a mohou souviset například s organizací zdravotnické péče, přístupem zdravotnických pracovníků v klinické praxi, kulturními vlivy či zdravotním stavem rodiček. Významnou roli proto sehrává komunikace mezi zdravotnickým personálem a ženou a také poskytování dostatečných informací o možných způsobech vedení porodu, aby se rodička mohla, pokud to její zdravotní stav dovoluje, rozhodovat na základě získaných informací. (WHO, 2021)

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o ženu po císařském řezu v období šestinedělí. V teoretické části je nejprve popsána obecná definice císařského řezu, historie a jeho současné indikace. Dále je pozornost věnována předoperační přípravě rodičky, možnostem anestezie a samotnému průběhu operačního výkonu. Následně práce pojednává o pooperační péči a možných komplikacích, které mohou nastat v peroperačním i pooperačním období, včetně jejich dlouhodobých následků. Významná část práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o ženu na oddělení šestinedělí, zejména na hygienický režim, péči o operační ránu, problematiku vyprazdňování, tlumení bolesti a psychický stav ženy po porodu. V závěru se práce věnuje také problematice kojení po císařském řezu, včetně vhodných poloh při kojení, správné techniky kojení a významu pohybové aktivity a cvičení v období rekonvalescence ženy po operačním porodu.

Cílem teoretické části bakalářské práce je poskytnout ucelený přehled o problematice císařského řezu a následné péče o ženu v období šestinedělí, se zaměřením na fyzické i psychické aspekty rekonvalescence, péči o operační ránu, vyprazdňování, tlumení bolesti, kojení a rehabilitaci. Dále je cílem poukázat na význam ošetrovatelské péče a úlohu porodní asistentky v tomto období.

Ve výzkumné části je poukázáno na zkušenosti žen po císařském řezu v praxi, přičemž výzkum byl realizován formou anonymního dotazníkového šetření.

Tato bakalářská práce by měla přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy po císařském řezu, zejména v oblasti edukace, individuálního přístupu a podpory v období šestinedělí.

## Motivace

Motivací k výběru tohoto tématu byly především zkušenosti získané během odborné praxe, kdy jsem měla možnost vnímat, jak náročné může být období šestinedělí po operačním porodu, a to nejen z fyzického, ale i psychického hlediska. V průběhu praxe jsem si uvědomila, jak významnou roli zde hraje kvalitní ošetrovatelská péče, dostatečná informovanost a individuální přístup k ženě. Tuto problematiku zároveň považuji za důležitou pro svou budoucí profesní praxi, protože přístup porodní asistentky může výrazně ovlivnit průběh rekonvalescence i celkovou adaptaci ženy na mateřství.

# 1 Současný stav problematiky

Císařský řez (*sectio caesarea*) patří mezi nejčastěji prováděné operační výkony v porodnictví. Jedná se o chirurgický zákrok, při němž je plod vybaven z dělohy řezem vedeným přes stěnu břišní. Tento výkon je považován za jeden z nejdůležitějších porodnických operačních zákroků, a proto klade vysoké nároky na odborné znalosti, technickou zručnost i psychickou připravenost operátora. Náročnost výkonu souvisí také s tím, že je často prováděn v akutních situacích, kdy je nutné jednat rychle a každá minuta může být rozhodující. (Dušová, Kachlová, Němečková, 2024)

Císařský řez je indikován především v případech, kdy by vaginální porod mohl představovat riziko pro zdraví nebo život matky či plodu. Hlavním cílem tohoto operačního výkonu je tedy ochrana zdraví a života obou. Z hlediska časového provedení lze císařský řez rozdělit na elektivní, tedy plánovaný, a akutní. Elektivní císařský řez je prováděn ještě před začátkem spontánního porodu, obvykle v době, kdy nejsou přítomny děložní kontrakce a indikace k výkonu je známa již v průběhu těhotenství. Naopak akutní císařský řez je indikován v průběhu porodu v situaci, kdy dojde k náhlým nebo postupně vznikajícím komplikacím vyžadujícím rychlé ukončení porodu operační cestou. (Dušová, Kachlová, Němečková, 2024)

Význam císařského řezu pro záchranu života matky a dítěte je mimořádný a nelze jej srovnávat s jinými operačními výkony. Díky pokroku v oblasti chirurgických postupů, zavedení přísných aseptických opatření a využívání antibiotické terapie je dnes tento zákrok považován za relativně bezpečný. Stále je ale zatížen rizikem, zejména v případě akutních císařských řezů, a stále musí být považován za „velkou“ operaci. (Procházka 2020)

## 1.1 Historie císařského řezu

Původ označení císařský řez není zcela jednoznačný. Podle Pliniova díla *Historia naturalis* je slovo „císař“ (caesar) odvozeno od latinského slovesa *caedere*, tedy řezat, protože dítě bylo z těla matky vyňato řezem. Název operace tak neodkazuje na její výjimečnost či „císařský“ charakter, ale na samotný způsob provedení zákroku, při kterém je otevřena břišní stěna matky a plod je následně vyňat z dělohy. (Roztočil, 2017)

Historické prameny naznačují, že určité povědomí o této formě porodu existovalo již ve starověku. Zmínky lze nalézt například v mezopotámském *Eposu o Gilgamešovi*, v egyptském Ebersově papyru nebo v židovských textech, konkrétně v lékařské knize Mišnajoth z roku 140 n. l., kde je popsán císařský řez provedený u živé rodičky. Motiv vyjmutí dítěte z těla matky se objevuje také v mytologii. V řeckých bájích je například bůh lékařství Asklépios vyňat Apollonem z těla jeho matky Koronis poté, co byla zabita bohyní Artemidou. (Roztočil, 2017)

Představa o možnosti takového zákroku se promítla i do právních předpisů. Římský zákon *Lex regia*, připisovaný králi Numa Pompiliovi (715–673 př. n. l.) a dochovaný v Justiniánově právním kodexu *Codex iuris civilis*, stanovoval, že těhotná žena nesmí být pohřbena dříve, než je z jejího těla vyňat plod. (Roztočil, 2017)

V novověku se první zprávy o provedení císařského řezu objevují od 16. století. Nejčastější indikací byla výrazně zúžená pánev (conjugata vera <6 cm), kdy nebylo možné plod z dělohy odstranit ani po jeho zmenšení. Výsledky těchto operací byly velmi nepříznivé a úmrtnost matek dosahovala přibližně 60–90 %. Zákroky byly prováděny v době, kdy ještě nebyly známy zásady asepse a děložní rána se většinou nešila. Úmrtí žen tak často způsobovalo buď masivní krvácení, nebo poporodní sepse. Vzhledem k tehdejším podmínkám a technickým možnostem je až překvapivé, že některé ženy tento zákrok vůbec přežily. (Roztočil, 2017)

Významnější pokrok v provádění císařského řezu nastal až ve druhé polovině 19. století po zavedení principů asepse, které prosazovali Ignác Semmelweis a Joseph Lister. V tomto období se také začalo se systematickým šitím děložní rány a laparotomie. Za první moderní císařský řez je považován výkon provedený německým porodníkem Ferdinandem Adolfem Kehrerem v roce 1881. Další rozvoj této operace umožnil pokrok v oblasti anestezie, farmakoterapie, zejména užívání uterotonik, a také rozvoj transfuzní služby. Po druhé světové válce přispěl k výraznému zlepšení výsledků objev antibiotik, který vedl ke snížení septických komplikací a umožnil rozšíření indikací k císařskému řezu. Spolu s rozvojem perinatální medicíny a s rostoucím důrazem na indikace ze strany plodu tak postupně docházelo k nárůstu frekvence této operace, která se stala nejčastěji prováděným porodnickým výkonem a postupně nahradila řadu dříve používaných vaginálních operačních postupů. (Roztočil, 2017)

## 1.2 Indikace císařského řezu

Císařský řez se provádí v situacích, kdy není možné nebo bezpečné vést porod vaginální cestou z hlediska stavu matky či plodu. Indikace k tomuto výkonu se dělí na absolutní a relativní. Absolutní indikace představují takové stavy, kdy je operační řešení nezbytné a neprovedení císařského řezu by mohlo mít závažné až fatální následky, například při příčné poloze plodu. Relativní indikace naopak označují situace, kdy je vaginální porod sice možný, avšak je spojen se zvýšeným rizikem. Patří sem například porod koncem pánevním, vícečetné těhotenství nebo některá onemocnění matky. Dalším způsobem klasifikace je rozdělení císařského řezu na akutní a plánovaný. Akutní císařský řez je prováděn během porodu nebo při náhlém zhoršení stavu matky či plodu v průběhu těhotenství, kdy je nutné těhotenství rychle ukončit. Naopak plánovaný císařský řez je indikován před začátkem porodu na základě předem stanovených zdravotních indikací. (Procházka, 2020)

Nejčastější indikace k provedení císařského řezu zahrnují následující situace:

- Předpokládané akutní ohrožení plodu během porodu, například hrozící nebo počínající hypoxie plodu (hypoxia imminens, hypoxia incipiens), které jsou obvykle diagnostikovány na základě patologického záznamu srdeční akce plodu na CTG nebo pomocí jiných metod monitorování, například systému STAN.
- Chronický distres plodu, kdy se předpokládá, že vaginální porod by pro plod představoval vysoké riziko poškození. Patří sem například těžká fetální růstová restrikce, syndrom fetofetální transfúze, anémie plodu a další stavy.
- Výhřez pupečníku, který představuje akutní stav ohrožující plod.

- Abnormální uložení placenty, například placenta praevia centralis nebo marginalis, kdy je placenta uložena nízko v děloze a částečně nebo zcela překrývá vnitřní branku děložního hrdla.
- Krvácení v průběhu těhotenství nebo porodu (antepartální či prepartální), například při placenta praevia, vasa praevia nebo při abrupci placenty, kdy je zdrojem náhle vzniklého krvácení placenta nebo pupečnickové cévy.
- Malprezentace a malpozice plodu, například naléhání nožkami nebo kolénky, příčná poloha, většina šikmých poloh či čelní a obličejové naléhání.
- Kefalopelvický nepoměr, tedy nepoměr mezi velikostí pánve matky a velikostí plodu, který může být způsoben například velkým plodem nebo naopak úzkou pávní.
- Vícečetné těhotenství, přičemž u trojčetných a vyšších vícečetných gravidit je císařský řez indikován vždy.
- Předchozí císařský řez, který zvyšuje pravděpodobnost opětovného operačního porodu v dalším těhotenství, nejedná se však o absolutní indikaci.
- Jizva na děloze po jiném operačním výkonu, nejčastěji po myomektomii provedené laparoskopicky nebo laparotomicky. V těchto případech závisí indikace císařského řezu na rozsahu předchozí operace.
- Poruchy děložní činnosti, například inertní děloha, cervikokorporální dystokie nebo selhání indukce porodu.
- Závažný zdravotní stav matky, který komplikuje průběh těhotenství a znemožňuje bezpečné vedení porodu vaginální cestou nebo jeho rychlé dokončení. Patří sem například těžká preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, závažná kardiovaskulární či respirační onemocnění (např. srdeční selhání, srdeční vady, dekompenzované bronchiální astma nebo status asthmaticus), genitální herpes nebo některé neurologické indikace, například obtížně kompenzovatelná epilepsie.
- Psychologická indikace, kdy žena z různých důvodů zásadně odmítá vaginální porod. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

### 1.3 Předoperační péče a příprava k císařskému řezu

Úspěch císařského řezu závisí nejen na technickém provedení operace, ale stejně důležitá je i předoperační a pooperační péče. Příprava se liší podle toho, zda jde o plánovaný (elektivní) nebo urgentní (akutní) císařský řez. U plánovaného císařského řezu se předoperační vyšetření v zásadě neliší od jiných chirurgických zákroků. Pacientky by měly podstoupit předanesteziologické vyšetření doplněné laboratorními testy a rovněž předoperační vyšetření u praktického lékaře. V případě přítomnosti dalších onemocnění je nutné vyšetření příslušným specialistou – internistou, kardiologem, neurologem či hematologem a případné odchylky od normálního zdravotního stavu, jako je například anémie nebo diabetes, je vhodné před porodem kompenzovat. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

#### 1.3.1 Role porodní asistentky v péči o ženu před císařským řezem

Porodní asistentka hraje při přípravě ženy na císařský řez klíčovou roli. Sleduje zdravotní stav pacientky, kontroluje laboratorní výsledky a výsledky předanesteziologického vyšetření a koordinuje spolupráci s lékaři a specialisty při případných zdravotních odchylkách. Na mnoha

pracovištích PA dohlíží na podání preventivních antibiotik, které se zpravidla aplikují po vyjmutí plodu, a kontroluje podávání profylaktického nízkomolekulárního heparinu dvanáct hodin před operací k prevenci tromboembolických komplikací. (Procházka, 2020)

Porodní asistentka rovněž asistuje při praktické předoperační přípravě: kontroluje hygienu operačního pole, případně dohlíží na oholení místa řezu a podání klyzmatu pro vyprázdnění střev. Součástí její činnosti je také zavedení periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru, který umožňuje prázdný močový měchýř během operace a odvádí moč v bezprostředním pooperačním období. U žen s diabetem léčeným inzulínem koordinuje správné podání glukózové infuze. (Procházka, 2020)

Neméně důležitou součástí role porodní asistentky je psychická podpora a edukace ženy. Edukuje pacientku ohledně lačnění před operací, hospitalizace, průběhu zákroku, typu anestezie a možností kontaktu s novorozencem a rodinou. Tím pomáhá snižovat stres a úzkost a podporuje pocit bezpečí a důvěry. Porodní asistentka rovněž zajišťuje, aby všechny úkony byly zaznamenány v dokumentaci a koordinuje činnosti s ostatními členy týmu, což přispívá k bezpečnému a efektivnímu průběhu přípravy na císařský řez. (Procházka, 2020)

## 1.4 Anestezie při císařském řezu

Při císařském řezu je možné zvolit mezi celkovou, regionální nebo kombinovanou formou anestezie, obdobně jako u jiných chirurgických výkonů. V naléhavých případech, kdy hrozí riziko zdržení, porodník často požaduje celkovou anestezii, protože u některých pacientek, například při odlišných anatomických poměrech nebo zvýšené tělesné hmotnosti, by provedení subarachnoidální blokády mohlo být časově náročné nebo neúspěšné, a pokus o ni by mohl ohrozit zdraví plodu či matky. Tento postup však není zcela bez rizika, celková anestezie může přinést komplikace, jako jsou obtíže se zajištěním dýchacích cest, zvracení a riziko aspirace, nebo prudký nárůst krevního tlaku u preeklamptických pacientek během intubace, což představuje potenciální ohrožení života a zdraví matky. Volba mezi regionální a celkovou anestézií proto zůstává vždy individuálním rozhodnutím a nelze ji zcela standardizovat. Obecně se však doporučuje, aby celkové znecitlivění bylo vyhrazeno pouze těm pacientkám, u nichž je regionální forma kontraindikována. (Roztočil, 2017; Monteiro, Salman, Malhotra, Yentis, 2019)

### 1.4.1 Neuroaxiální anestezie

Při neuroaxiální anestézii zůstává rodička při vědomí a není intubována, což jí umožňuje komunikovat s personálem i s přítomným partnerem. Tento způsob anestézie umožňuje kontakt s dítětem již během porodu a bezprostředně po císařském řezu je možné novorozence přiložit k prsu. Zachované obranné reflexy, zejména kašlací reflex, snižují riziko aspirace žaludečního obsahu a poškození plic během operace. Léky podávané při neuroaxiální anestézii neovlivňují plod, čímž zvyšují jeho bezpečnost. Anestezie zároveň poskytuje operatérovi dostatečný časový prostor pro bezpečné vybavení plodu, což je zvláště důležité u rodiček po předchozích císařských řezech (Procházka, 2020).

Neuroaxiální anestezie se provádí podáním lokálního anestetika, případně s doplňujícími látkami, do epidurálního nebo subarachnoidálního prostoru, což vyvolává přechodnou blokádu sympatiku, senzitivní vnímavosti a částečně i motoriky kaudálně od místa aplikace.

Subarachnoidální a epidurální anestezie účinně tlumí bolest, snižují perioperační stresovou reakci, omezují intraoperační krevní ztrátu, snižují výskyt tromboembolických komplikací a zajišťují efektivní perioperační analgezii (Klučka, 2018).

Mezi nevýhody neuroaxiální anestezie patří pokles krevního tlaku, který může být zejména u spinální anestezie rychlý a výrazný, a který se může projevit pocitem na omdlení, nevolností, zvracením či únavou. Epidurální anestezie oproti tomu působí pomaleji, zatímco spinální anestezie umožňuje téměř okamžitý nástup účinku, což umožňuje zahájit operaci během několika minut. Rodičku je nutné upozornit, že během zákroku může vnímat určité nepříjemné podněty z operačního pole a že po anestezii nebude po dobu několika desítek minut až hodin cítit dolní končetiny (Procházka, 2020).

Relativní kontraindikace zahrnují urgentní operace, onemocnění mozku a míchy, těžké deformity páteře, výhřez plotének či anamnézu silných bolestí zad a hlavy (Procházka, 2020).

Pokud anamnéza nebo klinické nálezy naznačují obtížnou intubaci, považuje anesteziolog tuto situaci za vhodný důvod pro volbu neuroaxiální anestezie. Mezi další situace, kdy se tato forma anestézie doporučuje, patří například preeklampsie, hypertenze, astma bronchiale, ischemické či jinak postižené kardiovaskulární onemocnění, výrazná obezita, neurologické poruchy nebo preference samotné pacientky (Jindrová, 2016).

#### 1.4.2 Celková anestezie

Všechna běžně používaná anestetika při celkové anestezii procházejí placentární bariérou, a vzhledem k nedostatečně vyvinutému detoxikačnímu enzymatickému systému novorozence mohou ovlivnit jeho neurobiologické a behaviorální funkce. Riziko závisí především na časovém intervalu mezi úvodem do anestezie a vybavením plodu a přerušáním pupečníku, doporučuje se, aby tato doba nepřekročila přibližně 10 minut. Při zavádění celkové anestezie je nejprve provedena preoxygenace matky kyslíkem po dobu 3–5 minut. Následně se podává pouze hypnotikum, nejčastěji thiopental nebo propofol, a relaxans, obvykle depolarizující rokuronium, po jehož aplikaci je zajištěna průchodnost dýchacích cest orotracheální trubicí a zahájena umělá plicní ventilace s kyslíkem. Anestezie může být dále prohloubena oxidem dusným v 50 % koncentraci a nízkou dávkou volatilního anestetika, přičemž je nutné brát v úvahu, že vyšší koncentrace těchto látek mohou zvyšovat riziko děložní atonie. Po vybavení plodu a podvazu pupečníku se anestezie prohlubuje podáním benzodiazepinů, opiátů nebo dodatečné relaxace. Po odloučení placenty je intravenózně aplikován oxytocin. Intraoperační krevní ztráty jsou kompenzovány podáním krystaloidů, koloidů nebo, při větších ztrátách, krevních derivátů. Po ukončení operace je matka vyvedena z anestezie a umístěna na monitorované lůžko. (Procházka, 2020)

### 1.5 Technika a provedení císařského řezu

Pacientka je uložena v poloze na zádech na operačním stole, přičemž není nutné využít Trendelenburgovu polohu. Lehké natočení rodičky na levý bok způsobí vychýlení dělohy ze středové linie, což vede ke snížení komprese dolní duté žíly. (Procházka 2020)

### 1.5.1 Metody císařského řezu

*Sectio caesarea corporalis classica*. Tento typ císařského řezu se v současné době využívá již jen výjimečně. Řez je veden od fundu dělohy směrem dolů, přičemž protíná svalová vlákna myometria a zasahuje až do oblasti děložního isthmu. Mezi jeho nevýhody patří především horší hojení děložní rány a problematická peritonealizace. V důsledku častější nedostatečnosti jizvy existuje zvýšené riziko jejího rozestupu v průběhu dalšího těhotenství, zejména během porodu, což může vést ke vzniku ruptury dělohy (Roztočil, 2017).

*Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis*. Jedná se o nejčastěji používaný typ císařského řezu v současném porodnictví. Po protěti vezikouterinní pliky a jejím odtažení je veden příčný řez v oblasti dolního děložního segmentu, tedy v méně aktivní části dělohy, mezi příčně orientovanými svalovými vlákny myometria. Incize může být provedena buď kompletně ostrým způsobem, nebo pouze částečně, kdy je stěna dělohy naříznuta centrálně a následně rozšířena tupou technikou pomocí prstů (Roztočil, 2017).

*Sectio caesarea sec. Misgav Ladach*. Tato metoda je založena na snaze minimalizovat poškození tkání a zjednodušit operační postup. Využívá především tupou disekci prováděnou prsty operátéra. Kůže je sice naříznuta skalpelem, avšak podkožní tkáň i fascie jsou otevřeny pouze v krátkém centrálním úseku. Následné otevření břišní stěny včetně peritonea probíhá již tupě pomocí prstů a dlaní. Řez na děloze je veden nad řasou močového měchýře (Procházka, 2020).

### 1.5.2 Typy řezů na děloze

Nejběžněji používaným typem incize při císařském řezu je Geppertův řez, což je krátká transversální semilunární incize v dolním segmentu dělohy, která se tupě rozšiřuje prsty do stran. Podobnou variantou je řez dle Misgava–Ladacha, vedený přibližně o 2–3 cm výše, tedy nad úponem pliky močového měchýře, kterou není nutné posouvat. (Procházka, 2020)

Pro porody nezralých dětí, kdy dolní děložní segment ještě není dostatečně vyvinut, se využívá široký U řez, protože klasická příčná incize by v těchto případech vybavení plodu neumožnila. (Procházka, 2020)

Obrácený T řez se zpravidla nepředepisuje plánovaně, ale používá se při nemožnosti vyjmout plod přes původní příčnou incizi, například při vysoko batolící hlavičce nebo spastickém dolním segmentu. (Procházka, 2020)

Velmi vzácně se provádí klasická podélná incize (*incisio corporalis classica*) vedená podélně děložním tělem. Tento typ řezu je pro matku nevýhodný, protože jizva se nachází v kontrakčně aktivní části dělohy, což zvyšuje riziko ruptury při dalším těhotenství. (Procházka, 2020)

Ačkoli existuje více typů incizí, výše uvedené jsou v současné porodnické praxi využívány nejčastěji. (Procházka, 2020)

### 1.5.3 Porod plodu

Porod plodu se uskutečňuje pomocí dlaně operátora, která šetrně elevuje hlavičku a navádí záhlaví do vytvořené uterotomie, přičemž asistent současně vyvíjí mírný tlak na fundus dělohy. Extrakce plodu však nemusí být vždy snadná. Pokud je hlavička hluboko naléhající v pánvi, může být nutná další asistence, která ji vaginálním přístupem vytlačuje kraniálně zpět do děložní dutiny. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

V situaci, kdy se hlavička nachází vysoko nad pánevním vchodem, je možné využít porodnické kleště nebo vakuumextraktor, případně se operátor může rozhodnout pro vnitřní obrat plodu s následnou extrakcí tahem za dolní končetiny. Manipulace s plodem by měla být vždy maximálně šetrná, zejména při předčasném porodu nezralého novorozence. V těchto případech je výhodné ponechat plodové obaly intaktní až do porodu hlavičky, čímž se zabrání nepříznivé apozici děložních stěn kolem těla plodu. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

### 1.5.4 Porod placenty

Po vyjmutí plodu se standardně podávají uterotonika, nejčastěji 5–10 jednotek oxytocinu intravenózně nebo přímo do myometria. Jako alternativa mohou být použita ergometrin nebo karbetocin. Placenta je následně odstraněna buď mírným tahem za pupečník, nebo manuálně. Někteří porodníci provádějí po porodu placenty rovněž manuální či instrumentální revizi děložní dutiny, aby předešli zadržení části placenty nebo plodových blan. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

### 1.5.5 Sutura děložní a břišní stěny

Děložní řez je uzavřen jednovrstvým nebo dvouvrstvým vstřebatelným stehem. Následně se podle zvyklostí daného pracoviště postupně uzavírají jednotlivé vrstvy břišní stěny. (Procházka, 2020)

## 1.6 Komplikace císařského řezu

Stejně jako u jiných chirurgických výkonů je i císařský řez spojen s určitými riziky a možností vzniku komplikací. Ty lze klasifikovat několika způsoby. Kromě běžného rozdělení na komplikace mateřské a fetální, případně podle časového výskytu na bezprostřední, časně a pozdní, se u císařského řezu používá také dělení na komplikace anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační. (Roztočil, 2020)

Ve srovnání s vaginálním porodem je u žen, které rodí císařským řezem, popisováno až dvojnásobně vyšší riziko závažných komplikací. Současně je u těchto rodiček přibližně pětkrát častější potřeba podání antibiotik v poporodním období. (Buckleyová, 2016)

### 1.6.1 Peroperační komplikace

Mezi anesteziologické komplikace císařského řezu patří především Mendelsonův syndrom, tedy aspirace žaludečního obsahu, dále akutní plicní edém, poruchy ventilace včetně laryngospazmu a hypotenze. Komplikace mohou vzniknout také v souvislosti s regionální anestézií, zejména při epidurální nebo spinální technice, například krvácení nebo postpunkční cefalea. (Roztočil, 2020)

Chirurgické komplikace jsou nejčastěji spojeny s krvácením. To může vzniknout v důsledku poranění dělohy, například při ruptuře jejích okrajů nebo stěny, dále při děložní atonii nebo při patologickém uložení placenty, jako je placenta praevia či abnormální adherentní placenta (placenta increta, accreta nebo percreta). Další možnou komplikací je poranění močového měchýře. Masivní krevní ztráta může vést k rozvoji hemoragického šoku a v některých případech i k diseminované intravaskulární koagulaci. Iatrogenní poranění dalších orgánů dutiny břišní, například střeva, se vzhledem k anatomickému uložení dělohy na konci gravidity vyskytuje jen vzácně. Riziko však stoupá u opakovaných císařských řezů nebo při výrazném adhezivním procesu v dutině břišní. Pokud se masivní krvácení nepodaří zvládnout konzervativní ani chirurgickou léčbou, může být nutné přistoupit k podvazu hypogastrických arterií nebo k supravaginální či totální hysterektomii. Další komplikací může být vznik hematomu, který se může šířit do oblasti parametrií, adnex nebo v okolí velkých cév a močovodu, rozsáhlý hematom v oblasti adnex může v krajních případech vyžadovat adnexektomii. (Roztočil, 2020)

Z neonatologických komplikací je nutné zmínit především poranění novorozence a syndrom retence alveolární tekutiny. K poranění může dojít již při incizi dělohy skalpelem, zejména pokud naléhající část plodu (nejčastěji hlavička nebo hýždě) těsně přiléhá k dolnímu děložnímu segmentu, což se často stává po odtoku plodové vody. Další poranění může nastat při extrakci plodu, především u nezralých novorozenců, u nichž je riziko poranění vyšší a souvisí se stupněm jejich nezralosti. Může dojít například k poranění hlavy, intrakraniálních struktur, parenchymatózních orgánů nebo končetin. Zvýšené riziko představují také situace, kdy je plod vybavován z polohy podélné koncem pánevním nebo z polohy příčné. (Roztočil, 2020)

Mezi pozdní komplikace u dětí narozených císařským řezem patří zejména alergická onemocnění kůže a bronchiální astma, uvádí se také vyšší výskyt diabetu. Z důvodu snížení rizika adaptačních potíží novorozence a syndromu respirační tísně se proto elektivní císařský řez doporučuje provádět až po ukončeném 39. týdnu těhotenství. (Roztočil, 2020)

### 1.6.2 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace císařského řezu mohou mít různý charakter a zahrnují zejména komplikace infekční, embolické, hemoragické, algické, respirační, urologické a gastroenterologické. Mezi infekční komplikace patří například infekce sutury hysterotomie, která může vést k její dehiscenci a následnému rozvoji pelveoperitonitidy. Dále se může objevit endometritida, cystitida související s dlouhodobou katetrizací močového měchýře nebo infekce laparotomické rány. V současné době jsou díky moderním operačním postupům a antibiotické terapii septické komplikace spíše výjimečné. V literatuře jsou však popsány i velmi vzácné, avšak závažné stavy, jako například anaerobní gangréna v oblasti hysterotomie, gangrenózní

pyoderma, nekrotizující fasciitida nebo nekrotizující plynová celulitida. Mezi závažné komplikace patří také embolické příhody. Nejčastěji se jedná o tromboembolické komplikace, především plicní embolii a hlubokou žilní trombózu. Méně často se mohou vyskytnout vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou. Hemoragické komplikace se mohou projevit metroragií, vznikem hemoperitonea nebo krvácením v oblasti laparotomické rány. Výrazná bolestivá reakce pacientky, například v oblasti hlavy, hrudníku, břicha nebo končetin, může být rovněž známkou rozvíjející se pooperační komplikace. Respirační komplikace zahrnují především vznik atelektáz nebo pneumonie. Z urologických komplikací se nejčastěji objevuje pooperační cystitida a retence moči, která bývá spojena s přechodnou hypotonií močového měchýře po operaci. Z gastroenterologických komplikací se relativně často vyskytuje paralytický ileus. V některých případech může dojít také k dilataci tlustého střeva způsobené tlakem dělohy na střevní stěnu, což je označováno jako Ogilvieho syndrom. Významná perioperační krevní ztráta může vést k rozvoji pooperační anémie. (Roztočil, 2020)

Při současných chirurgických technikách používaných ve vyspělých zemích je výskyt pozdních komplikací relativně nízký. Nebyla například prokázána souvislost mezi císařským řezem a vznikem adenomyózy, endometriózy v oblasti laparotomické jizvy ani sekundární sterility. Jako specifická, avšak velmi vzácná komplikace byla popsána uterovezikální fistula, označovaná také jako Youssefův syndrom, která se projevuje absolutní inkontinencí moči a menohematurií. Komplikace se mohou projevit i v průběhu následujícího těhotenství. Patří mezi ně zejména poruchy děložní činnosti, abnormality placentace (například placenta praevia, placenta adhaerens nebo placenta accreta) a také riziko dehiscence nebo ruptury jizvy na děloze. Paradoxně dochází s rostoucí frekvencí provádění císařských řezů k poklesu výskytu některých komplikací, což souvisí především se zvyšující se zkušeností operačních týmů, zaváděním bezpečnějších operačních technik, například metodou Misgav-Ladach, a s rozvojem intenzivní preoperační, perioperační i pooperační péče. (Roztočil, 2020)

Frekvence komplikací při plánovaném císařském řezu je srovnatelná s vaginálním porodem. Naopak u akutního císařského řezu je výskyt komplikací přibližně pětikrát vyšší než při spontánním porodu. V posledních desetiletích je navíc celosvětově pozorován výrazný nárůst počtu císařských řezů, který je někdy označován jako „epidemie císařských řezů“. V některých případech jsou tyto výkony prováděny bez jednoznačné indikace, přičemž nepřinášejí další zlepšení perinatálních výsledků a mohou být spojeny se zvýšenou mateřskou morbiditou i mortalitou. Zatímco před druhou světovou válkou nepřesahovala frekvence císařských řezů 1 %, v roce 2015 dosahovala v České republice přibližně 26,3 %, což znamená, že přibližně každé čtvrté dítě bylo porozeno abdominální cestou. (Roztočil, 2020)

### 1.6.3 Dlouhodobé následky

Jedním z možných dlouhodobých následků císařského řezu je vznik jizvy na děloze, která představuje místo se sníženou pevností tkáně. Ve většině případů je však jizva dostatečně pevná a další těhotenství i porody mohou proběhnout bez komplikací. Přesto existuje riziko tiché dehiscence nebo ruptury děložní stěny v oblasti jizvy. Tyto stavy se mohou projevit například bolestí v podbříšku, nepostupujícím porodem nebo v závažnějších případech rupturou dělohy spojenou s hemoragickým šokem. (Šimětka, Procházka, Klát, 2016)

Dalším možným následkem může být snížená plodnost nebo vznik sterility, zejména u žen, u nichž se po operaci objevily infekční komplikace. Podle dostupných údajů může být plodnost u žen po císařském řezu až o 9 % nižší ve srovnání se ženami, které rodily vaginálně. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

Císařský řez může být také spojen s výskytem adhezí v dutině břišní, které vznikají v důsledku operačního výkonu. Tyto srůsty mohou způsobovat dlouhodobé nebo trvalé bolesti břicha, pocit diskomfortu a v některých případech i vznik ileu. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

S rostoucím počtem provedených císařských řezů se zvyšuje také riziko komplikací v následujících těhotenstvích. Patří mezi ně zejména abnormální nidace placenty, například placenta accreta, a také možnost dehiscence nebo ruptury jizvy na děloze během další gravidity. Každý další císařský řez zvyšuje pravděpodobnost těchto komplikací, které mohou být spojeny se závažnými následky, jako je masivní krvácení nebo nutnost provedení hysterektomie. (Šimetka, Procházka, Klát, 2016)

Významná jsou také rizika pro další těhotenství. Řada studií poukazuje na možné snížení plodnosti u žen po císařském řezu, a to jak z biologických, tak i z psychologických důvodů. U těchto žen byl rovněž popsán vyšší výskyt mimoděložního těhotenství, které může představovat závažné ohrožení zdraví matky. Porod císařským řezem může také v následujícím těhotenství zvýšit pravděpodobnost porodu koncem pánevním. Dalším možným rizikem jsou komplikace spojené s placentou, například placenta praevia, nízko uložená placenta, abrupce placenty nebo placenta accreta. (Buckleyová, 2016)

## 1.7 Role porodní asistentky při pooperační péči na oddělení šestinedělí

Po ukončení operace je pacientka přeložena na pooperační pokoj nebo jednotku intenzivní péče, kde porodní asistentka sleduje její stav a zajišťuje bezpečný průběh prvních hodin po císařském řezu. V pravidelných intervalech kontroluje vitální funkce – krevní tlak, srdeční frekvenci, saturaci kyslíkem, stav vědomí a dýchání. Současně hodnotí celkový stav rodičky, úroveň vědomí, odeznívání anestezie, intenzitu bolesti, množství moči, příjem tekutin a případné krvácení z operační rány či z rodidel. Důležitou součástí kontroly je i palpace děložního fundu, která se provádí podle typu operační incize: u příčné incize obdobně jako po vaginálním porodu, u vertikálního řezu jemnou palpací od boků k fundu. Porodní asistentka dle ordinace lékaře po operaci podává infuzní terapii. (Procházka, 2020)

V první pooperační den porodní asistentka zajišťuje kontrolní odběr krevního obrazu k posouzení případné anémie. Současně se podílí na prevenci tromboembolické nemoci, která bývá obvykle ukončena druhý až třetí den po operaci. (Procházka, 2020)

Součástí péče porodní asistentky je také kontrola zavedeného permanentního močového katétru, včetně sledování množství, zabarvení a vzhledu moči ve sběrném sáčku. Pokud je v operační ráně zaveden Redonův drén, sleduje se množství a charakter odváděné tekutiny a zároveň vzhled operační rány. V případě stabilního stavu pacientky a dostatečné diurézy může být během hygieny permanentní močový katétr odstraněn, pokud nedochází ke kolapsovým stavům. (Šálková, 2021)

Hodnocení pooperační bolesti patří mezi klíčové úkoly porodní asistentky a provádí se pomocí subjektivních škál, nejčastěji vizuální analogové škály (VAS). V prvních 24 hodinách po operaci se analgetika podávají intravenózně, intramuskulárně nebo prostřednictvím epidurálního katétru, následně se přechází na perorální podání. Porodní asistentka zároveň edukuje pacientku o možnostech užívání analgetik dle potřeby a informuje ji o bezpečnosti jejich krátkodobého užívání ve vztahu k novorozenci. (Procházka, 2020)

Porodní asistentka sleduje množství a charakter lochií, které bývají po císařském řezu zpravidla menší než po spontánním porodu. Pokud je pacientka stabilní a při vědomí, podporuje časný kontakt s novorozencem a zahájení kojení. Současně ji edukuje o dodržování hygienicko-epidemiologických zásad, zejména o důkladné hygieně rukou před kojením, péči o prsní bradavky. Pravidelné hygieně genitálu. Součástí péče je také výměna hygienických vložek. (Procházka, 2020)

Důležitou součástí péče porodní asistentky je časná mobilizace ženy, ideálně během prvních dvanácti hodin po operaci. Porodní asistentka pomáhá pacientce vstát z lůžka a doprovází ji do sprchy, kde ji poučí o významu pravidelné hygieny genitálu, péče o operační ránu a nutnosti časté výměny hygienických vložek. Zároveň ji edukuje o správné technice vstávání a ulehání přes bok, čímž se snižuje napětí břišní stěny a zmírňuje bolestivost v oblasti operační rány. (Šálková, 2021)

### 1.7.1 Hygienický režim v šestinedělí

V období šestinedělí je nezbytné, aby žena dodržovala důsledné hygienické návyky, které přispívají k prevenci možných poporodních komplikací. Kojení podporuje uvolňování hormonu oxytocinu, což vede ke zvýšenému vyprazdňování dělohy a intenzivnějšímu odchodu očístků. Z tohoto důvodu může být krvácení výraznější a je nutné věnovat zvýšenou pozornost osobní hygieně, zejména častému sprchování. Očistky představují směs krve, nekrotické povrchové vrstvy endometria a lymfatické tkáně. Vzhledem k jejich zásaditému pH dochází ke změně prostředí v pochvě, což může vytvářet vhodné podmínky pro množení mikroorganismů. Z tohoto důvodu je důležité pravidelně měnit hygienické vložky bez neprodyšné fólie a provádět hygienu rodidel, ideálně po každém močení, po stolici a také po kojení, kdy se vlivem oxytocinu zvyšuje odchod očístků. Velký význam má také důkladná hygiena rukou po manipulaci s použitými vložkami, aby nedošlo ke kontaminaci prsou a následnému vzniku zánětu prsní žlázy (mastitidy). Při použití toalety je doporučeno utírat se směrem od pochvy ke konečníku, čímž se snižuje riziko přenosu infekce z oblasti konečníku do genitálního traktu. Vzhledem k infekčnímu charakteru očístků je vhodné používat dva oddělené ručníky – jeden určený pro oblast horní poloviny těla a druhý pro oblast od pasu dolů. Současně je důležité pravidelně měnit spodní prádlo i ložní prádlo. (Dušová, 2019)

### 1.7.2 Péče o vyprazdňování

Potíže s vyprazdňováním se mohou v období po porodu objevit v souvislosti s nedostatečnou informovaností ženy, obavami nebo bolestí. (Dušová, 2019)

## **Vyprazdňování stolice**

Při nitrobršních operacích dochází často k oblenění střevní peristaltiky. Tu lze podpořit především včasnou rehabilitací a obnovením perorálního příjmu, nicméně použití prokinetik (Syntostigmin) bývá někdy nutné. (Šálková, 2021)

Vyprazdňování stolice by nemělo být zbytečně odkládáno, protože dlouhodobé zadržování může vést ke zpomalení střevní činnosti a obnovení správné peristaltiky je následně obtížnější. Poruchy střevní pasáže souvisejí také s dočasnou dilatací střevních kliček, které se po porodu postupně vrací do fyziologického stavu. Při dodržování vhodného dietního režimu a dostatečného příjmu tekutin obvykle dochází k prvnímu odchodu stolice a plynů přibližně do třetího dne po porodu. V případě obstipace je možné využít podpůrná opatření, například podání glycerinového čípku nebo aplikaci klystýru. Pomoci může také konzumace lněného semínka. (Dušová, 2019)

## **Vyprazdňování močového měchýře**

V poporodním období je nezbytné věnovat pozornost obnovení fyziologické funkce močového měchýře, zejména návratu spontánního močení. Tato funkce může být přechodně narušena v důsledku fyzických změn po porodu, jako je otok tkání nebo případné poranění v oblasti porodních cest, ale také v souvislosti s psychickým stavem ženy, například napětím či obavami z močení. (Slezáková, 2017)

Porodní asistentka poskytuje ženě informace o správné péči o vyprazdňování močového měchýře a zároveň provádí odstranění permanentního močového katetru. Při prvním vstávání po porodu dochází k močení často ve sprše během hygieny. Žena je poučena, aby se snažila uvolnit a soustředit se například na zvuk tekoucí vody, což může močení usnadnit. Pokud nedojde ke spontánní mikci do šesti hodin od prvního vstávání, je indikováno jednorázové vycévkování. Následně se sleduje, zda žena začne močit spontánně i po provedení tohoto výkonu. (Dušová, 2019)

### **1.7.3 Péče o operační ránu**

Jizva vzniká jako důsledek hojení tkání, které byly během chirurgického výkonu narušeny. Oproti původní tkáni má odlišnou strukturu i vlastnosti, protože je tvořena převážně vazivovou tkání. Jizva bývá obvykle tužší a má tendenci se stahovat. Pokud není operační rána po císařském řezu dostatečně a včas ošetřována, může dojít ke vzniku srůstů mezi jednotlivými vrstvami tkání, například mezi kůží, podkožím a svalovinou. Tyto srůsty mohou zhoršit prokrvení postižené oblasti a narušit metabolické procesy v tkáni. Důsledkem těchto změn mohou být různé obtíže, například snížená citlivost v oblasti jizvy nebo naopak její dlouhodobá přecitlivělost. V případě císařského řezu mohou hlubší srůsty vést také k menstruačním potížím, jako je bolestivá menstruace, nepravidelné krvácení či špinění. V některých případech mohou být spojeny i s problémy s otěhotněním nebo s udržením těhotenství. Nedostatečně zhojená jizva může navíc ovlivnit funkci pánevního dna, což se může projevit například inkontinencí moči, sestupem dělohy nebo bolestmi v oblasti pánve a zad. (Dušová, 2019)

Pro optimální hojení operační rány je nezbytné zajistit vhodné lokální podmínky a dodržovat zásady správné péče. Sterilní krytí rány se obvykle ponechává po dobu prvních 24 hodin po operaci, následně se při nekomplikovaném průběhu přistupuje k otevřenému ošetřování. Důležitým opatřením je udržování rány v čistotě a suchu, přičemž postačuje pravidelná hygiena za použití běžného toaletního mýdla a vody. Po omytí je nutné oblast rány šetrně osušit a umožnit jí dostatečné větrání, protože nadměrná vlhkost a teplo mohou negativně ovlivnit proces hojení. Důležitá je také volba vhodného, prodyšného prádla, které minimalizuje zapaření a mechanické dráždění rány. Při fyziologickém hojení se stehy odstraňují zpravidla mezi 5. až 10. pooperačním dnem. (Šálková, 2021)

Další metodou podporující hojení je tlaková masáž jizvy. Provádí se postupným přitlačováním prstů na jednotlivá místa jizvy směrem k podkoží, aniž by docházelo k přejíždění po jejím povrchu. Cílem této techniky je zlepšit prokrvení tkání v oblasti řezu a omezit vznik srůstů mezi jednotlivými vrstvami tkání. Pokud probíhá hojení bez komplikací, dochází k úplnému zhojení jizvy obvykle přibližně do šesti týdnů po císařském řezu. (Dušová, 2019)

#### 1.7.4 Tlumení bolesti

V pooperačním období porodní asistentka sleduje míru bolesti pacientky pomocí VAS škály a v návaznosti na zjištěné hodnoty zajišťuje podání analgetik dle ordinace lékaře. V prvních 24 hodinách po výkonu jsou léky proti bolesti aplikovány nejčastěji intravenózně nebo intramuskulárně, přičemž u pacientek se zavedeným epidurálním katétreem je možné využít také tento způsob analgezie. Součástí péče je rovněž edukace pacientky, že krátkodobé užívání analgetik nemá nepříznivý vliv na novorozence ani na průběh kojení. (Procházková, 2020)

V pooperační analgezií po císařském řezu se často využívá Metamizol (Novalgin). Významnou výhodou je možnost pokračování v epidurální analgezií, která byla použita během operace, a její následné využití i k tlumení bolesti po porodu. Léky první volby pro zvládnutí bolesti v období šestinedělí jsou paracetamol a krátkodobě působící nesteroidní protizánětlivá analgetika, například diklofenak nebo ibuprofen. (Fait, 2021)

#### 1.7.5 Psychika ženy

Psychický stav ženy v souvislosti s porodem začíná být významně ovlivněn již v posledních týdnech těhotenství. V této době se často objevují pocity nejistoty, úzkosti a obavy, zejména pokud jde o průběh porodu, bolest, možné komplikace nebo zdraví dítěte. U některých žen může být zdrojem stresu i myšlenka na operační ukončení porodu císařským řezem. Vnímání a psychický stav těhotné ženy jsou dále ovlivněny předchozími porodními zkušenostmi, mírou informovanosti, podporou rodiny a komunikací s personálem. Poskytnutí dostatečných informací a psychologická podpora v těhotenství mohou snížit úroveň úzkosti a napomoci pozitivnějšímu prožitku porodu. Tyto psychické aspekty se následně odrážejí i v období po porodu, kdy žena prochází adaptací na novou životní situaci a roli matky. (Takács, Mlíková Seidlerová, Čepický, 2019)

Psychická adaptace ženy po porodu, včetně císařského řezu, představuje náročné období. Kromě fyziologických a hormonálních změn, únavy a vyčerpání jsou psychický stav ženy ovlivněn i psychosociálními faktory. V této době se matka postupně přizpůsobuje nové roli, buduje citový

vztah s dítětem prostřednictvím péče a kojení a učí se zvládat situaci spojenou s rodičovstvím. (Lapáčková, 2018)

Psychické projevy v šestinedělí úzce souvisejí s fyzickými a hormonálními změnami po porodu a s adaptací na novou roli. Vztah s novorozencem podporuje časný kontakt a přikládání dítěte k prsu, přičemž významnou oporu představuje systém rooming-in, kdy matka a dítě sdílejí společný pokoj. V prvních dnech po porodu většina žen pociťuje zvýšené sebevědomí a uvolnění, avšak v následujících dnech se mohou u některých objevit přechodné emoční výkyvy, projevující se nespavostí, plačtivostí, podrážděností, psychickou labilitou, sníženou koncentrací či smutkem. Tyto změny mohou ovlivnit komunikaci s okolím a sebedůvěru ženy, včetně obav, že k dítěti necítí očekávanou lásku nebo že nezvládne jeho péči. (Lapáčková, 2018)

Citlivá komunikace zdravotnického personálu je klíčová, protože ženy jsou v tomto období emočně zranitelné. Nevhodný přístup, například odměřený tón nebo ironické poznámky, může psychický stav matky negativně ovlivnit. Proto je důležité, aby byla žena průběžně informována o vyšetřeních či zákrocích týkajících se jí i dítěte a aby personál nepochyboval o její schopnosti pečovat o dítě či kojit. (Lapáčková, 2018)

Šestinedělkám by měly být poskytovány praktické rady a ukázky péče o novorozence a kojení s ohledem na jejich psychickou zátěž. Individuální přístup, osobní podpora porodní asistentky a jednotnost informací od všech členů týmu jsou nezbytné. V případě komplikací je klíčové poskytovat dostatek informací a praktickou pomoc. (Lapáčková, 2018)

Plánovaný císařský řez je většinou dobře snášen a ženy s ním bývají spokojené, zatímco akutní císařský řez bývá často spojen s vyšší mírou nespokojenosti s porodní zkušeností. (Lapáčková, 2018)

## 1.8 Kojení po císařském řezu

Porod císařským řezem představuje významný chirurgický zákrok, který může ovlivnit průběh časného poporodního období i samotné zahájení kojení. Přestože způsob porodu sám o sobě neznamená nemožnost kojení, první dny po operaci bývají pro matku fyzicky i psychicky náročnější. Žena se musí vyrovnat nejen s péčí o novorozence, ale také s pooperační bolestí, únavou a omezenou pohyblivostí způsobenou hojením operační rány. Tyto faktory mohou ztěžovat nalezení vhodné polohy při kojení a mohou vést k nejistotě nebo obavám, zda je kojení dostatečné. (Berešová, bez data)

Dalším faktorem, který může ovlivnit začátek laktace, je možné oddělení matky a dítěte bezprostředně po porodu. Pokud není umožněn časný kontakt „kůže na kůži“, může dojít k oddálení prvního přisátí k prsu. Právě první hodiny po narození jsou však z hlediska zahájení kojení velmi důležité, protože stimulace prsu novorozencem podporuje spuštění tvorby mateřského mléka. V případě císařského řezu může být tento proces zpomalen vlivem anestezie, pooperačního režimu nebo zdravotního stavu matky. (Berešová, bez data)

Pro úspěšné nastartování kojení je proto zásadní podpora časného kontaktu mezi matkou a dítětem, jakmile to zdravotní stav dovolí. Pravidelné a časté přikládání dítěte k prsu napomáhá stimulaci laktace a zvyšuje pravděpodobnost vytvoření dostatečné tvorby mléka. Důležitá je také

vhodná volba kojící polohy, která nezatěžuje oblast operační rány. Významnou roli hraje rovněž podpora zdravotnického personálu a edukace matky, která může přispět k větší jistotě a klidnějšímu průběhu kojení. (Berešová, bez data)

Přestože mohou být začátky po císařském řezu obtížnější, při dostatečné podpoře a správném přístupu je možné dosáhnout plně funkčního a dlouhodobého kojení. Klíčové je zajistit kontakt matky a dítěte co nejdříve po porodu, podporovat časté přisátí a minimalizovat zbytečné překážky, které by mohly proces laktace narušit. (Berešová, bez data)

V případě porodu císařským řezem lze pro podporu zahájení a úspěšného rozvoje laktace doporučit následující postupy dle Polokové:

- **Bezprostřední kontakt kůže na kůži** – Ihned po porodu je vhodné umožnit novorozenci a matce přímý kontakt, který by měl trvat co nejdéle, pokud zdravotní stav obou dovoluje.
- **Kontinuita kontaktu kůže na kůži** – Jestliže nebylo možné kontakt umožnit ihned po porodu, doporučuje se zahájit jej co nejdříve a podporovat jeho opakování.
- **Časně zahájení kojení** – Kojení by mělo být zahájeno co nejdříve, ideálně během prvního kontaktu kůže na kůži, protože stimulace prsu včas podporuje nastartování a stabilizaci laktace.
- **Informovanost o nástupu laktace** – Samotný císařský řez nezpůsobuje opožděný začátek tvorby mateřského mléka, kolostrum je připraveno již před porodem, jeho podávání novorozenci podporuje další tvorbu mléka a adaptaci dítěte.
- **Odstříkávání při oddělení matky a dítěte** – Pokud matka nemůže být s dítětem v kontaktu, doporučuje se zahájit odstříkávání nejpozději do jedné hodiny po porodu. Kolostrum se podává novorozenci přímo, např. pomocí zkumavky či jiné vhodné pomůcky, v malých, opakovaných dávkách, vzhledem k jeho vysoké nutriční a imunologické hodnotě.
- **Omezení dudlíku** – V prvních dnech po porodu je vhodné vyhnout se používání dudlíku, který může narušovat správnou techniku sání a ustalování kojení.
- **Alternativní dokrmování** – Pokud je dokrmování nezbytné, doporučuje se využít metody podporující kojení, například laktační pomůcku u prsu nebo podávání kolostra a mléka pomocí kalíšku či zkumavky, místo podávání z lahve. (Poloková, 2020)

### 1.8.1 Vhodné polohy během kojení

Správná poloha při kojení je důležitá pro jeho úspěšnost, přičemž matka může využívat různé způsoby držení dítěte. Neexistuje jediná „ideální“ poloha, která by zaručila efektivní kojení, vhodnost každé polohy závisí na faktorech, jako je velikost a tvar prsou, délka dítěte, tělesná stavba matky či její preference. Při zahájení kojení, nebo pokud se objeví obtíže, je doporučeno vyzkoušet více poloh, což pomáhá matce získat jistotu a naučit se kojit pohodlně v různých situacích. Nakonec matka i dítě obvykle upřednostní polohy, které jim nejlépe vyhovují a zajišťují pohodlí pro oba. (Dušová, 2019)

Přehled poloh (Dušová, 2019):

- **Boční fotbalové držení** – doporučuje se ženám s většími prsy nebo plochými bradavkami. Dítě leží pod paží matky, tváří k ní, zadeček spočívá na polštáři podél těla matky, vrchní část zad dítěte je opřena o předloktí, hlavičku matka podpírá prsty pod ušima nebo krkem.
- **Poloha tanečnicka** – dítě leží na předloktí matky, prs je podpírán rukou stejné strany. Během kojení lze měnit prs, aniž by se měnila pozice dítěte. Tato poloha je vhodná pro nedonošené děti nebo děti, které se obtížně přisávají.
- **Ležení na boku** – dítě leží na boku těsně přitisknuté k matčině tělu, zády rovnoběžně s předloktím. Poloha je vhodná zejména pro ženy po císařském řezu, bolestivost jizvy lze zmírnit podložením dečky nebo ručníku mezi matku a dítě.
- **Polosedící poloha s podloženýma nohama** – tato pozice podporuje pohodlné kojení a snižuje tlak na jizvu, je vhodná pro matky po císařském řezu.
- **Kojení v leže na zádech** – vhodné pro matky po císařském řezu a pro novorozence, kteří mají potíže s přisátím. Matka může dítě přibližovat k prsu bez většího tlaku na operační jizvu.

### 1.8.2 Technika kojení

Úspěšné kojení závisí na správné technice, která zahrnuje vhodnou polohu matky i dítěte a správné přiložení a přisátí dítěte k prsu. V počátečních dnech po porodu je důležité, aby matky měly k dispozici podporu zdravotnického personálu, protože tato asistence významně ovlivňuje jejich samostatnost při dalším kojení. Po zaujmutí vhodné polohy je klíčové správné přiložení dítěte. Matka podpírá prs prsty zdola a palcem shora, čímž prs zformuje do tvaru písmene C, aniž by se dotýkala dvorce. Před kojením je možné stimulovat dítě vymačkáním několika kapek mléka a jemným krouživým drážděním bradavky, aby se spustil hledací reflex. Jakmile dítě otevře ústa, matka jej přivine k sobě a vloží do úst co nejvíce dvorce, přičemž bradavka směřuje k hornímu patru. Při správném přiložení jsou horní a dolní ret dítěte vyšpulené, brada a tváře se opírají o prs a větší část dvorce je viditelná nad horním rtem.

Při nesprávném přisátí jsou rty pevně sevřené, jazyk nedosahuje přes dolní ret a tváře se při sání vtahují. Takové přisátí je neefektivní a může vést k nedostatečnému přísunu mléka a problémům s kojením. (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022)

## 1.9 Cvičení po císařském řezu

Tělo ženy prochází během těhotenství a porodu výraznými fyziologickými změnami, se kterými si někdy samo nedokáže plně poradit. Cvičení v časném období šestinedělí může ženě významně pomoci při návratu k plnému zdraví. Pravidelná fyzická aktivita podporuje krevní oběh a tím snižuje riziko tromboembolických komplikací, zlepšuje dýchání, aktivuje svaly pánevního dna a břišní stěny a zároveň zahajuje rehabilitaci pánevních struktur. Porodní asistentka má při tom důležitou roli – měla by ženě vysvětlit smysl cvičení, ukázat správnou techniku a motivovat ji k jeho pravidelnému provádění. (Dušová, 2019)

V prvních hodinách po císařském řezu je vhodné, aby měla žena možnost pít tekutiny přes flexibilní slámku nebo s asistencí při zvednutí horní části těla. Během prvních dvou pooperačních dnů by měly být pohyby na lůžku a vstávání prováděny pomalu, aby se minimalizovalo napětí

v oblasti operační rány a snížila bolestivost. Nedělnka by měla podporovat oblast břišní stěny rukama nebo polštářem a horní polovina těla by měla být při vstávání mírně vyvýšená. Pomocí hrazdy nad lůžkem si může usnadnit polohování a přemísťování. Při vstávání má tendenci mírně se předklánět, aby chránila citlivou oblast břicha. (Roztočil, 2017)

Pomalá a kontrolovaná aktivita podporuje krevní oběh, snižuje svalovou ztuhlost a bolest, zlepšuje funkci ledvin, vyprazdňování močového měchýře a střevní motilitu. Pohyb také napomáhá hojení rány a urychluje eliminaci zbytků anestetik z organismu. Optimálně by měla žena začít pohybovat se po pokoji a sociálním zařízení během prvních 12–24 hodin po operaci. (Roztočil, 2017)

### **Doporučená pooperační rehabilitační cvičení (Nemocnice Havlíčkův Brod)**

**V den operace** se doporučuje lehká pohybová aktivita zahrnující především:

- odkašlávání s podporou břišní stěny,
- dechová cvičení,
- pohyby v malých kloubech dolních končetin.

**První den po operaci** se tyto cviky opakují a doplňují se o cvičení horních i dolních končetin ve větších kloubech.

**V dalších dnech** je vhodné omezit cviky, které silně napínají břišní stěnu, a zaměřit se na:

- dechová cvičení,
- cvičení kyčelních a stehenních kloubů,
- posilování hýžděových svalů a svalů pánevního dna.

Cvičení lze provádět v různých polohách – vleže na zádech, na boku nebo vsedě na lůžku. Již od druhého dne je možné cvičit také vleže na břiše, od pátého dne lze zahrnout cviky ve stoje. Posilování břišních svalů se doporučuje začít až po šesti týdnech od operace.

### **Vstávání z lůžka:**

Žena by se měla nejprve otočit na bok a přisunout k okraji lůžka. Dolní končetiny se ohnou, špičky nohou se přisunou k okraji. Ruka vzdálenější od okraje se opře o lůžko a tělo se vzepře, současně se spustí nohy dolů z lůžka. Po usednutí je vhodné hluboké dýchání a procvičení nohou v kotnících a kolenou před samotným postavením. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

### **Pokládání na lůžko:**

Při návratu na lůžko stojí žena bokem k lůžku, čelem k polštáři. Nejprve zvedne nohu bližší k lůžku a usedne na okraj lůžka. Dlaněmi se opře o lůžko, položí se na bok a současně přitáhne skrčené nohy na lůžko. Nakonec se otočí z boku na záda. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

## 2 Výzkumná část

Výzkumná část této bakalářské práce se zaměřuje na dotazníkové šetření, jehož cílem je zhodnotit zkušenosti žen s péčí po císařském řezu v období šestinedělí.

### 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je analyzovat a zhodnotit péči o ženy po císařském řezu v období šestinedělí. Z tohoto cíle vycházejí následující výzkumné otázky.

**VO 1:** Jak ženy hodnotí kvalitu a dostatečnost péče po císařském řezu v období šestinedělí?

**VO 2:** Jak ženy prožívají císařský řez po psychické stránce a jaké faktory jejich prožívání ovlivňují?

**VO 3:** Jaký vliv má pooperační bolest na mobilitu ženy a její schopnost pečovat o novorozence po císařském řezu?

### 2.2 Metodika výzkumu

Pro účely této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření formou anonymního dotazníku. Výhodou této metody bylo získání relevantních dat od většího počtu respondentek v relativně krátkém čase a možnost systematického vyhodnocení informací.

Pro výzkumnou část práce byl sestaven originální autorský dotazník, jehož cílem bylo získat údaje potřebné pro naplnění stanovených cílů práce a zodpovězení výzkumných otázek. Dotazník vycházel z poznatků uvedených v teoretické části práce a byl zaměřen na zkušenosti žen s péčí po císařském řezu v období šestinedělí, zvládání péče o sebe, intenzitu bolesti, informovanost o pooperační péči, podporu ze strany zdravotnického personálu a blízkých, péči o novorozence a zkušenosti s kojením.

Dotazník byl rozdělen do několika tematických oblastí. Úvodní část obsahovala oslovení respondentek, vysvětlení účelu práce, instrukce k vyplnění a ujištění o dobrovolné a anonymní účasti. Hlavní část dotazníku obsahovala celkem 18 položek, z nichž některé byly uzavřené, jiné polouzavřené nebo otevřené, aby respondentky měly možnost volného vyjádření. Některé otázky byly formulovány pomocí Likertovy škály, což umožnilo podrobnější zkoumání míry souhlasu s jednotlivými tvrzeními.

Sběr dat probíhal v období prosinec 2025–březen 2026 na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o., částečně pak v Nemocnici Jihlava, p.o., konkrétně na oddělení šestinedělí. Dotazníky byly distribuovány ženám po císařském řezu, které byly hospitalizovány na těchto odděleních. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a anonymní.

Celkem bylo získáno 105 vyplněných dotazníků. Data byla následně zpracována pomocí deskriptivní statistiky a prezentována formou tabulek a grafů, což umožnilo zhodnotit péči po císařském řezu a odpovědět na všechny stanovené výzkumné otázky.

## 2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnily ženy, které podstoupily císařský řez a byly hospitalizovány na oddělení šestinedělí. Respondentky tvořily cílovou skupinu této práce, protože právě jejich zkušenosti s péčí po císařském řezu jsou předmětem zkoumání.

Vzorek respondentek byl různorodý z hlediska věku, vzdělání a počtu předchozích porodů. Věkové rozdělení zahrnovalo 6 žen ve věku 16–20 let, 44 žen ve věku 21–30 let a 55 žen ve věku 31–45 let. Z hlediska vzdělání mělo 14 žen základní vzdělání, 57 žen středoškolské vzdělání a 34 žen vysokoškolské vzdělání. Počet předchozích porodů byl rovněž různý – 45 žen rodilo poprvé, 42 podruhé, 17 potřetí a 1 žena po čtvrté nebo vícekrát.

Z hlediska typu císařského řezu se soubor respondentek skládal z žen, které podstoupily řez plánovaný i akutní, což odráží běžnou praxi na oddělení šestinedělí.

## 2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo zcela anonymně a na dobrovolné bázi, prostřednictvím tištěných dotazníků, které byly speciálně sestaveny pro tuto bakalářskou práci. Dotazník se skládal z osmnácti otázek a jeho kompletní znění je přiloženo v Příloze č. 1. Součástí tištěného dotazníku byl také QR kód, díky kterému měly respondentky možnost vyplnit dotazník online na stránce Survio, tuto možnost však téměř nikdo nevyužil.

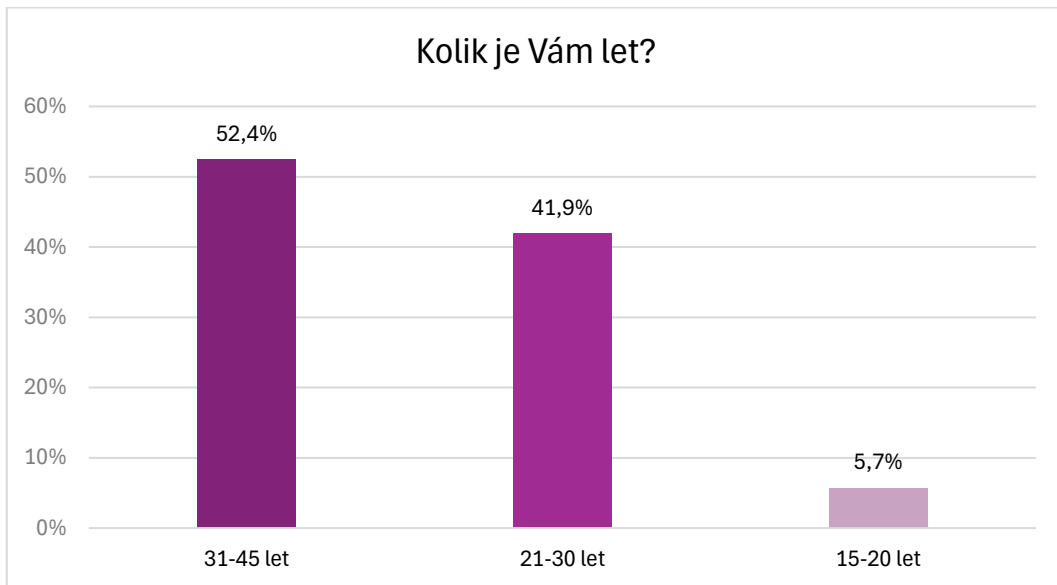
Sběr dat probíhal v nemocničním prostředí, konkrétně na gynekologicko-porodnickém oddělení, oddělení šestinedělí, v Nemocnici Havlíčkův Brod, a částečně také v Nemocnici Jihlava, v období od prosince 2025 do března 2026, kde jsem je distribuovala v rámci mé praxe. Celkem bylo nasbíráno 105 vyplněných dotazníků, které byly všechny zahrnuty do analýzy.

## 2.5 Zpracování získaných dat

Pro samotnou analýzu dat byla využita online platforma Survio. Získané výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů pomocí absolutní a relativní četnosti v programech Microsoft Excel a Microsoft Word. Na základě těchto výsledků byly následně formulovány komentáře a závěry k jednotlivým zjištěním.

## 2.6 Výsledky a analýza výzkumu

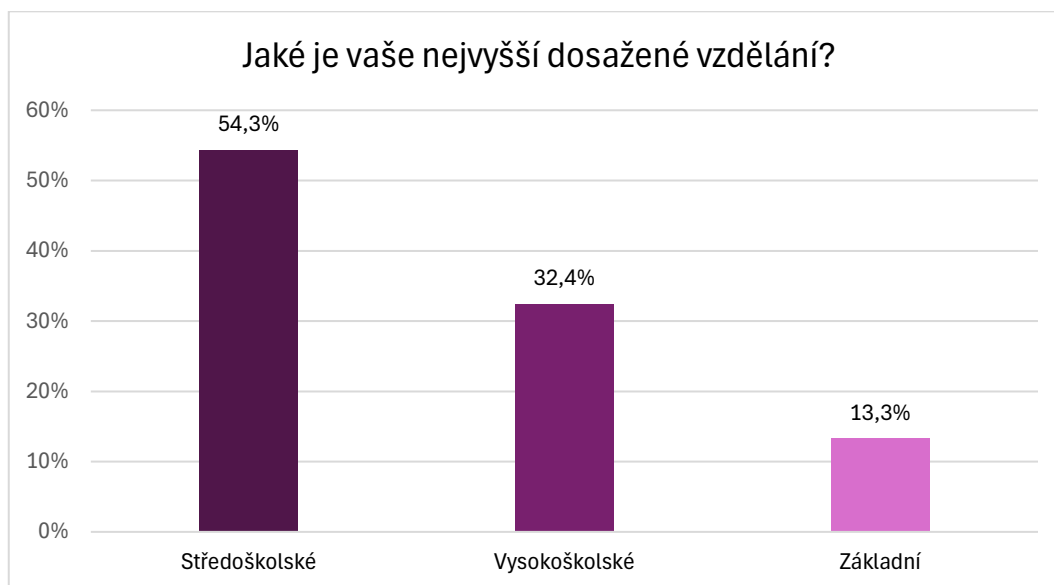
**Otázka č.1:** Kolik je Vám let?



**Graf 1: Věk respondentek**

Graf č. 1 znázorňuje věkové rozložení respondentek. Největší zastoupení tvořily ženy ve věkové kategorii 31–45 let, a to 55 respondentek (52,4 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 21–30 let, celkem 44 respondentek (41,9 %). Nejmenší zastoupení měly ženy ve věkové kategorii 16–20 let, kterých bylo 6 (5,7 %).

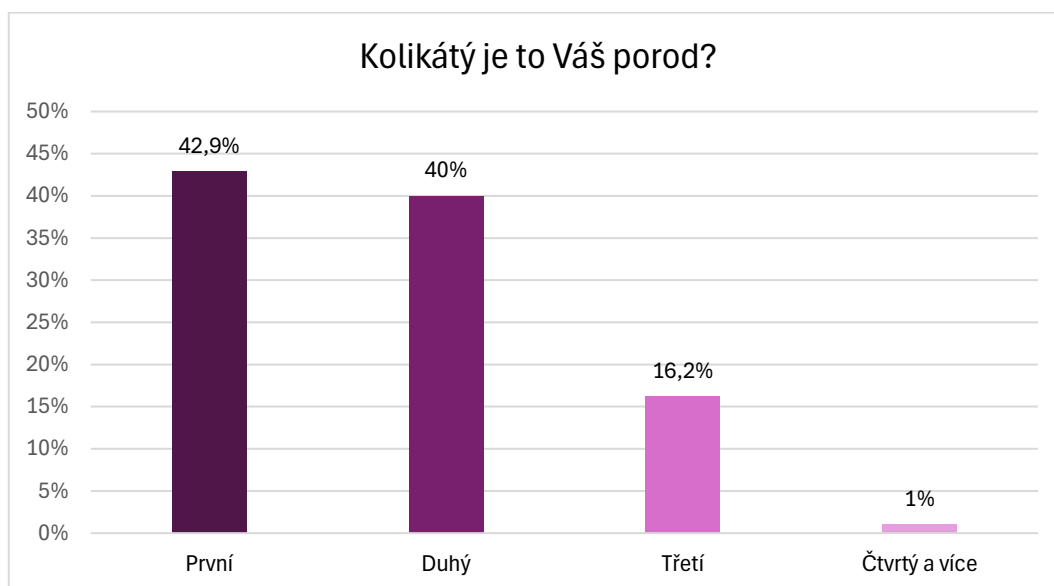
**Otázka č.2:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



**Graf 2: Vzdělání respondentek**

Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Největší zastoupení tvořily ženy se středoškolským vzděláním, a to 57 respondentek (54,3 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy s vysokoškolským vzděláním, celkem 34 respondentek (32,4 %). Nejmenší zastoupení měly respondentky se základním vzděláním, kterých bylo 14 (13,3 %).

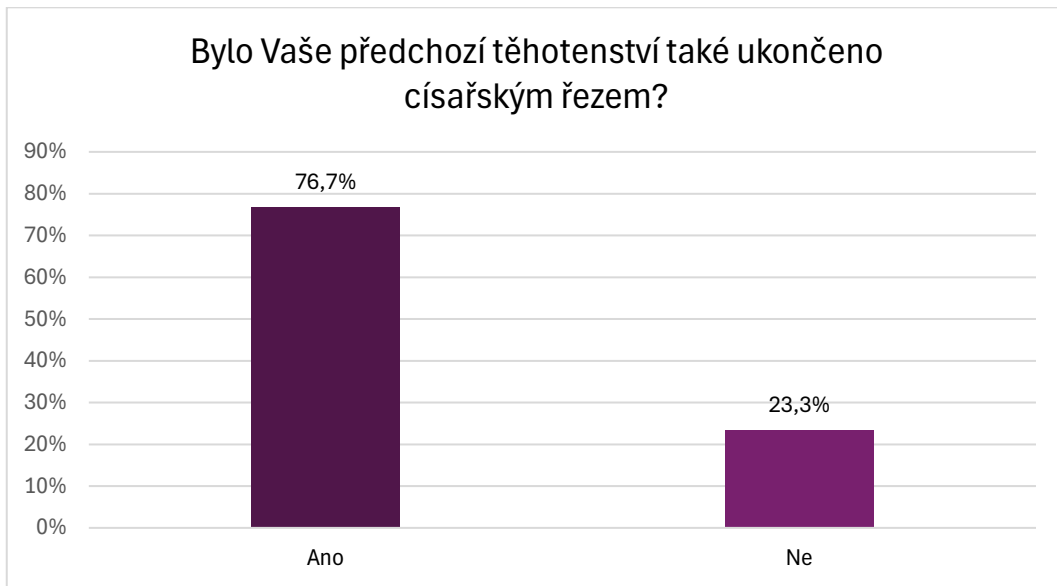
**Otázka č. 3:** Kolikátý je to Váš porod?



**Graf 3: Parita žen**

Graf č. 3 znázorňuje počet porodů u respondentek. Největší zastoupení tvořily ženy, u kterých se jednalo o první porod, a to 45 respondentek (42,9 %). Velmi podobné zastoupení měly ženy, které rodily podruhé, celkem 42 respondentek (40 %). Menší část tvořily ženy s třetím porodem, kterých bylo 17 (16,2 %). Nejmenší zastoupení měly ženy, které rodily počtvrté a vícekrát, a to 1 respondentka (1 %).

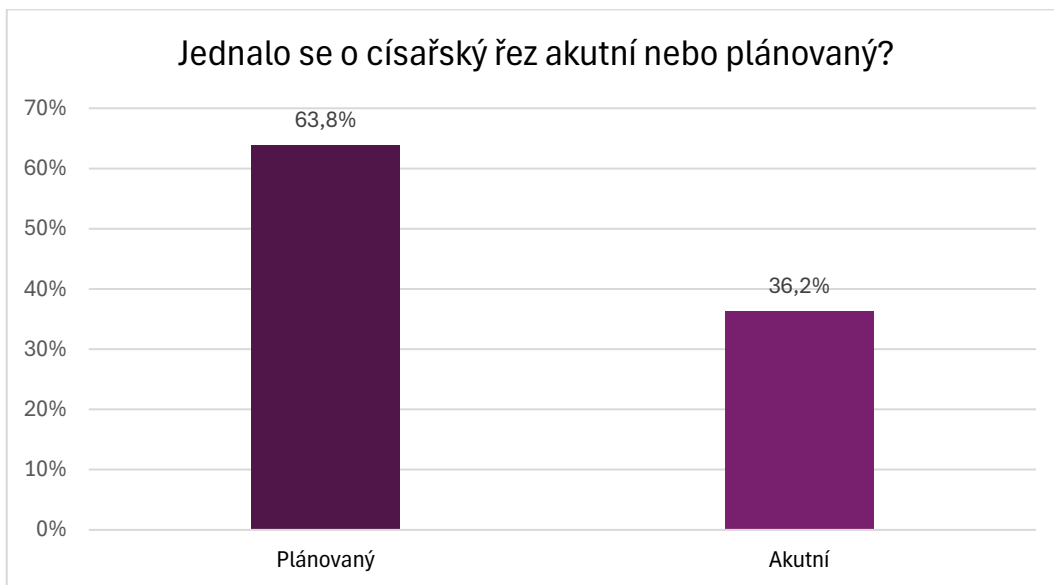
**Otázka č. 4:** Bylo Vaše předchozí těhotenství také ukončeno císařským řezem?



**Graf 4: Zkušenost s císařským řezem u předchozího porodu**

Graf č. 4 znázorňuje, zda bylo předchozí těhotenství respondentek ukončeno také císařským řezem. Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které rodily více než jednou. Ženy, u kterých se jednalo o první porod, ji nevyplňovaly. Mezi těmito respondentkami uvedlo 46 žen (76,7 %), že jejich předchozí porod proběhl císařským řezem, zatímco 14 žen (23,3 %) uvedlo, že jejich předchozí porod byl spontánní. Tento údaj poskytuje informace o porodní historii respondentek a je významný při hodnocení jejich zkušeností s pooperační péčí.

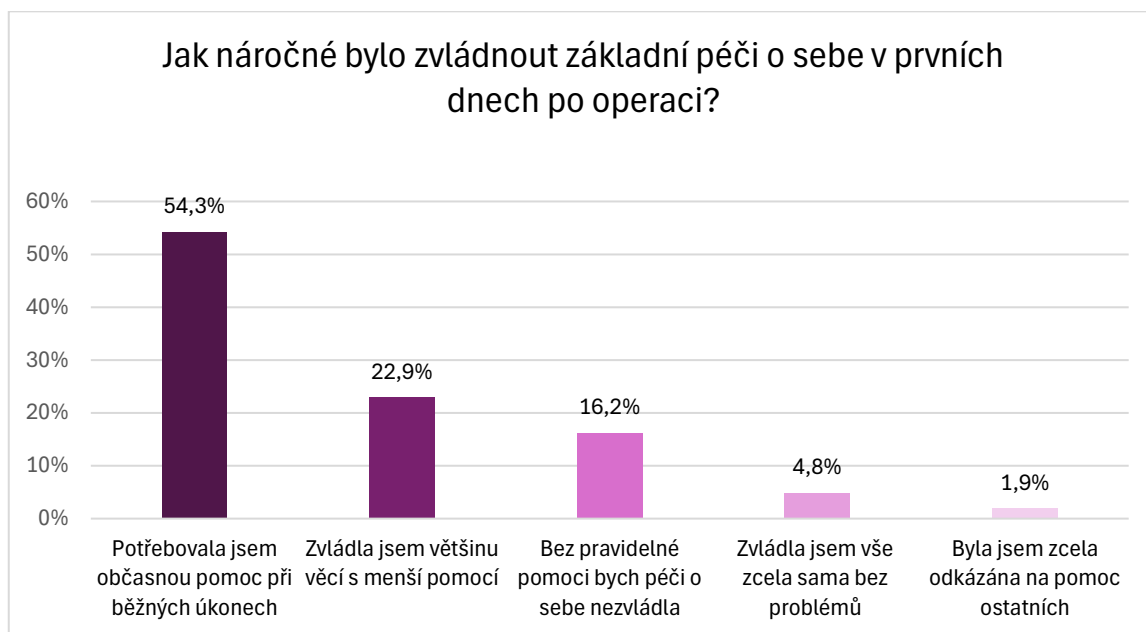
**Otázka č. 5** Jednalo se o císařský řez akutní nebo plánovaný?



**Graf 5: Typ císařského řezu**

Graf č. 5 zachycuje rozdělení císařských řezů u respondentek podle toho, zda šlo o císařský řez plánovaný, či akutní. 67 žen (63,8 %) uvedla, že jejich císařský řez byl plánovaný, zatímco 38 žen (36,2 %) podstoupilo císařský řez akutní. Tyto informace umožňují lépe porozumět okolnostem porodu a jejich vlivu na potřebu podpory a péče v období šestinedělí.

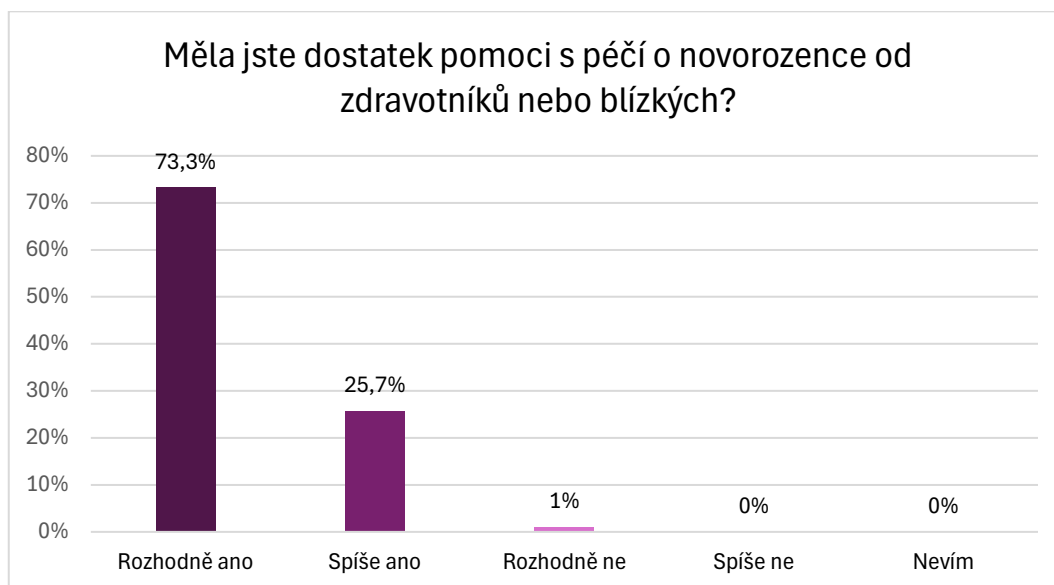
**Otázka č. 6:** Jak náročné bylo zvládnout základní péči o sebe v prvních dnech po operaci?



**Graf 6: Sebepéče**

Graf č. 6 znázorňuje náročnost zvládnutí základní péče o sebe u respondentek v prvních dnech po císařském řezu. Největší skupinu tvořily ženy, které uvedly, že potřebovaly občasnou pomoc při běžných úkonech, celkem 57 žen (54,3 %). Dále 24 žen (22,9 %) zvládlo většinu činností s menší pomocí. Naopak 17 žen (16,2 %) uvedlo, že by bez pravidelné pomoci péči o sebe nezvládly, 5 žen (4,8 %) zvládlo vše zcela sama bez problémů a 2 ženy (1,9 %) byly zcela odkázány na pomoc ostatních.

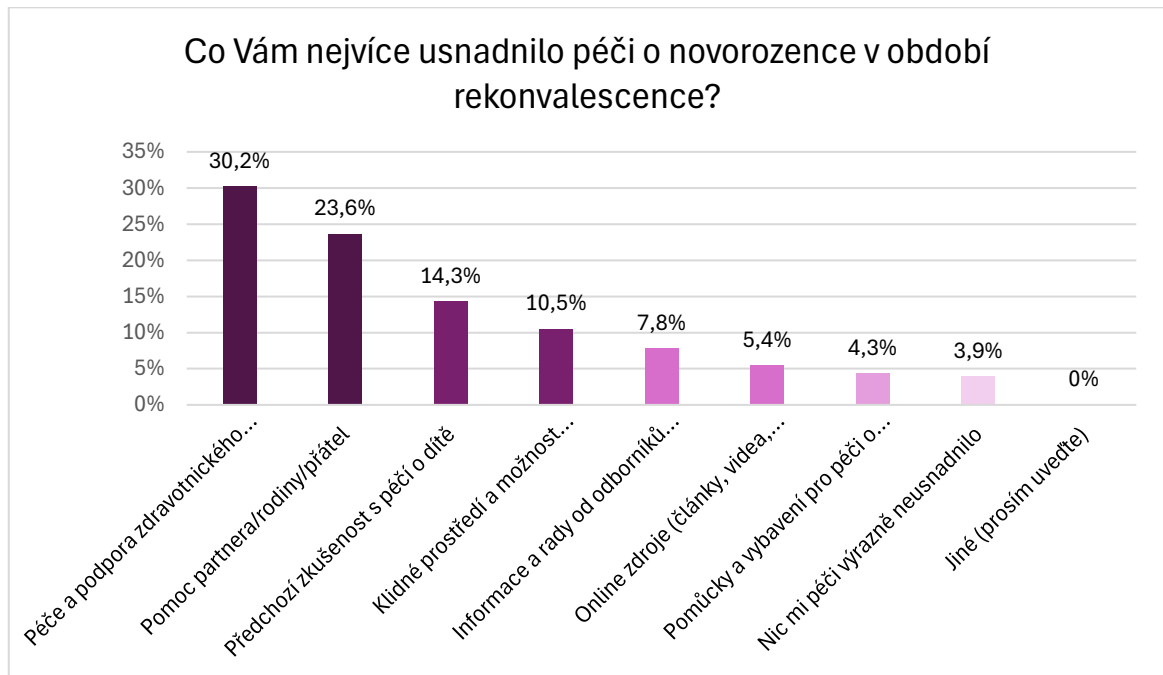
**Otázka č.7:** Měla jste dostatek pomoci s péčí o novorozence od zdravotníků nebo blízkých?



**Graf 7: Pomoc s péčí o novorozence**

Graf č. 7 znázorňuje, zda měly respondentky dostatek pomoci s péčí o novorozence od zdravotníků nebo blízkých osob. Největší skupinu tvořily ženy, které uvedly, že měly rozhodně dostatek pomoci, celkem 77 respondentek (73,3 %). Dále 27 žen (25,7 %) odpovědělo, že pomoc měla spíše dostatečnou. Pouze 1 žena (1 %) uvedla, že dostatek pomoci rozhodně neměla, přičemž žádná z respondentek ne zvolila odpovědi spíše ne ani nevím.

**Otázka č. 8:** Co Vám nejvíce usnadnilo péči o novorozence v období rekonvalescence?

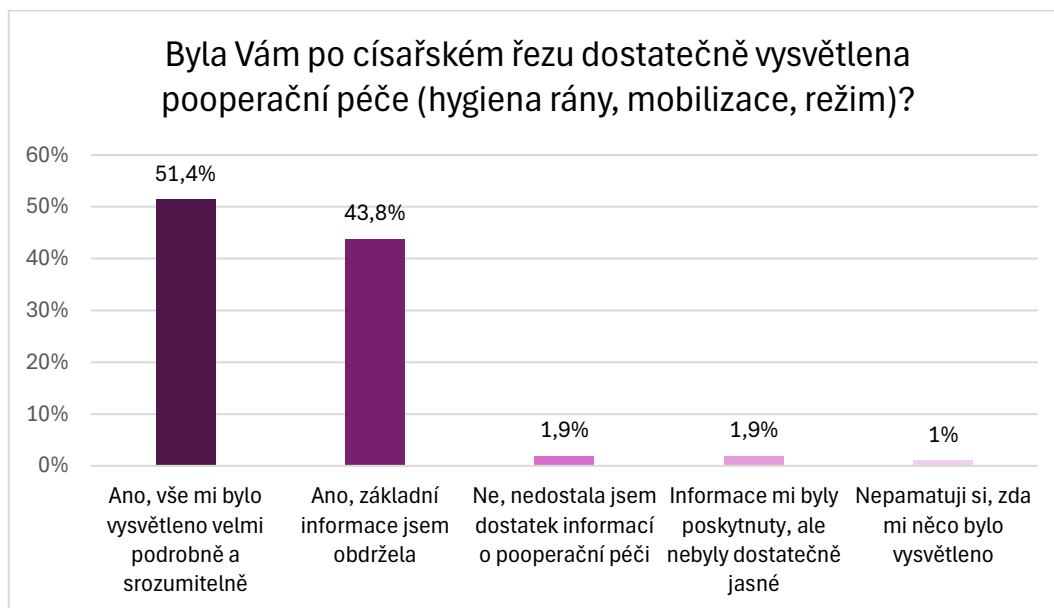


**Graf 8: Faktory usnadňující péči o novorozence v období rekonvalescence**

Graf č. 8 znázorňuje faktory, které respondentkám nejvíce usnadnily péči o novorozence v období rekonvalescence. Nejčastěji byla uvedena péče a podpora zdravotnického personálu, kterou vybralo 78 žen, což představuje 30,2 %. Významnou roli sehrála také pomoc partnera, rodiny či přátel, kterou zvolilo 61 žen (23,6 %). Dalšími často uváděnými faktory byla předchozí zkušenost s péčí o dítě, kterou uvedlo 37 žen (14,3 %), a klidné prostředí spolu s možností odpočinku, jež vybralo 27 žen (10,5 %). Menší část respondentek označila jako přínos informace a rady od odborníků, například laktačních poradkyň, porodních asistentek či pediatriů, celkem 20 žen (7,8 %), a online zdroje, jako jsou články, videa nebo diskusní fóra, které zvolilo 14 žen (5,4 %). Nejméně často byly zmíněny pomůcky a vybavení pro péči o dítě, které vybralo 11 žen (4,3 %), a 10 žen (3,9 %) uvedlo, že jim péči o novorozence nic výrazně neusnadnilo. Možnost jiné nebyla zvolena žádnou respondentkou.

Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí současně. Součástí byla také otevřená možnost „jiné“, kde mohly uvést vlastní zkušenost.

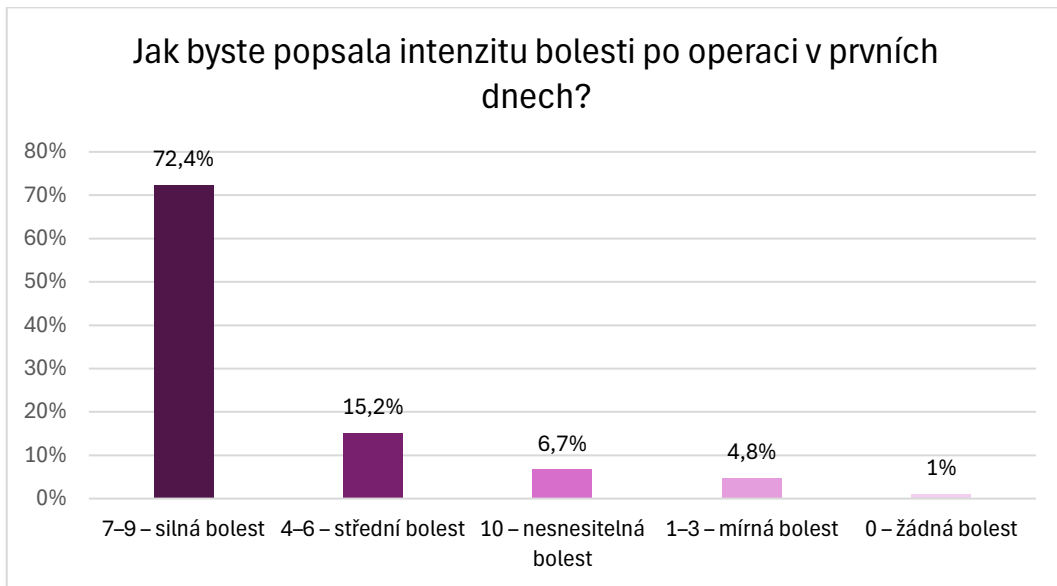
**Otázka č.9:** Byla Vám po císařském řezu dostatečně vysvětlena pooperační péče (hygienu rány, mobilizace, režim)?



**Graf 9: Informovanost žen o pooperační péči po císařském řezu**

Graf č. 9 znázorňuje, jak respondentky hodnotily vysvětlení pooperační péče (hygienu rány, mobilizace, režim) po císařském řezu. Největší skupinu tvořily ženy, které uvedly, že vše jim bylo vysvětleno velmi podrobně a srozumitelně, celkem 54 žen (51,4 %). Dalších 46 žen (43,8 %) uvedlo, že obdrželo základní informace. Pouze malé procento respondentek pociťovalo nedostatečnou informovanost: 2 ženy (1,9 %) uvedly, že informace byly poskytnuty, ale nebyly dostatečně jasné, a další 2 ženy (1,9 %) uvedly, že nedostaly dostatek informací o pooperační péči. Jedna respondentka (1 %) si nepamatovala, zda jí něco bylo vysvětleno.

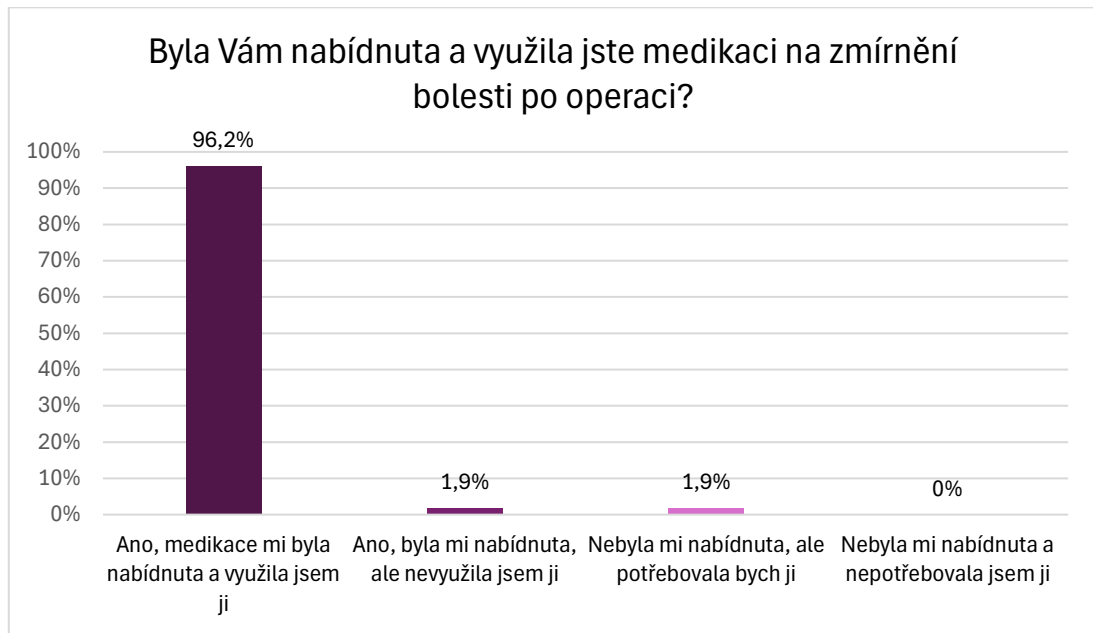
**Otázka č. 10** Jak byste popsala intenzitu bolesti po operaci v prvních dnech?



**Graf 10: Vnímání bolesti po operaci**

Graf č. 10 znázorňuje, jak ženy hodnotily intenzitu bolesti po císařském řezu v prvních dnech. Bolest hodnotily na škále od 0 do 10, kde 0 znamená žádnou bolest a 10 nejhorší možnou bolest. Většina žen uváděla vysokou úroveň bolesti: 76 žen (72,4 %) označilo svou bolest jako silnou (7-9). Střední bolest (4-6) uvedlo 16 žen (15,2 %). Nesnesitelnou bolest (10) cítilo 7 žen (6,7 %). Mírnou bolest (1-3) pociťovalo 5 žen (4,8 %) a pouze 1 žena (1 %) nepociťovala žádnou bolest.

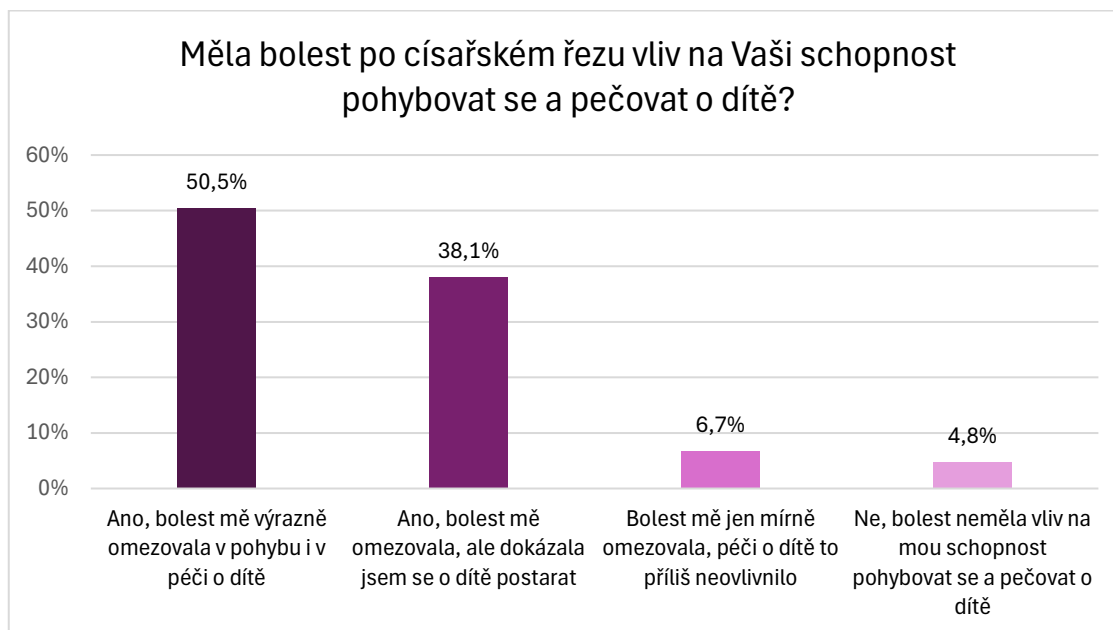
**Otázka č. 11** Byla Vám nabídnuta a využila jste medikaci na zmírnění bolesti po operaci?



**Graf 11: Užívání analgetik v pooperačním období**

Graf č. 11 znázorňuje, zda byla respondentkám nabídnuta a zda využily medikaci ke zmírnění bolesti po císařském řezu. Naprostá většina žen, celkem 101 (96,2 %), uvedla, že medikace jim byla nabídnuta a také ji využily. Pouze 2 ženy (1,9 %) medikaci odmítly, i když jim byla nabídnuta, a stejně tak 2 ženy (1,9 %) uvedly, že medikace jim nebyla nabídnuta, přesto by ji potřebovaly. Žádná respondentka ne zvolila možnost, že medikace jí nebyla nabídnuta a ani ji nepotřebovala.

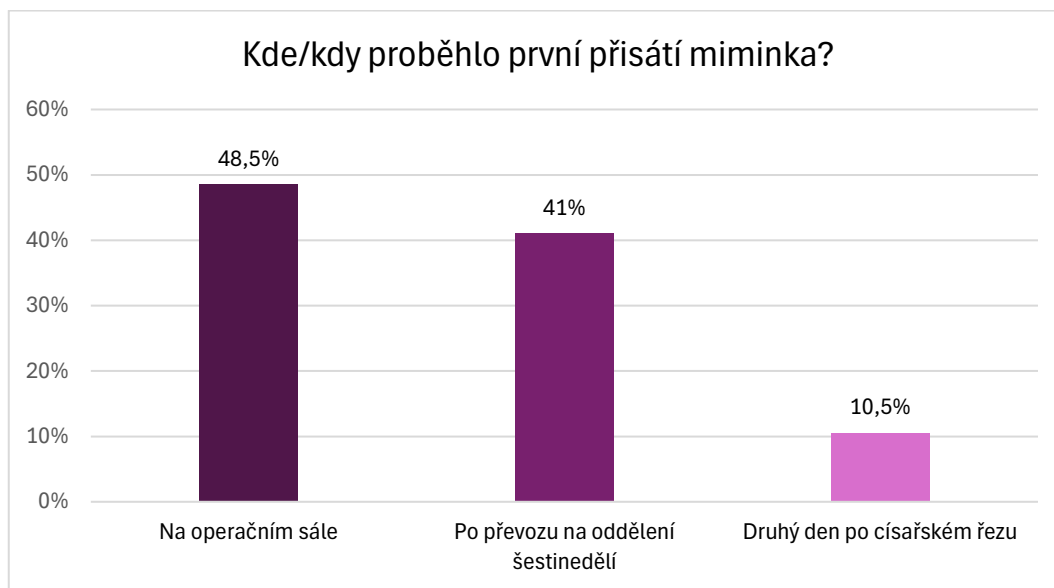
**Otázka č. 12** Měla bolest po císařském řezu vliv na Vaši schopnost pohybovat se a pečovat o dítě?



**Graf 12: Vliv pooperační bolesti na pohyblivost a péči o dítě**

Graf č. 12 znázorňuje, jak bolest po císařském řezu ovlivnila schopnost žen pohybovat se a pečovat o novorozence. Polovina respondentek, celkem 53 žen (50,5 %), uvedla, že bolest je výrazně omezovala jak v pohybu, tak v péči o dítě. Dalších 40 žen (38,1 %) uvedlo, že bolest je sice omezovala, ale přesto se dokázaly o dítě postarat. Mírné omezení, které péči o dítě příliš neovlivnilo, pocítilo 7 žen (6,7 %) a 5 žen (4,8 %) uvedlo, že bolest neměla žádný vliv na jejich schopnost pohybu a péče.

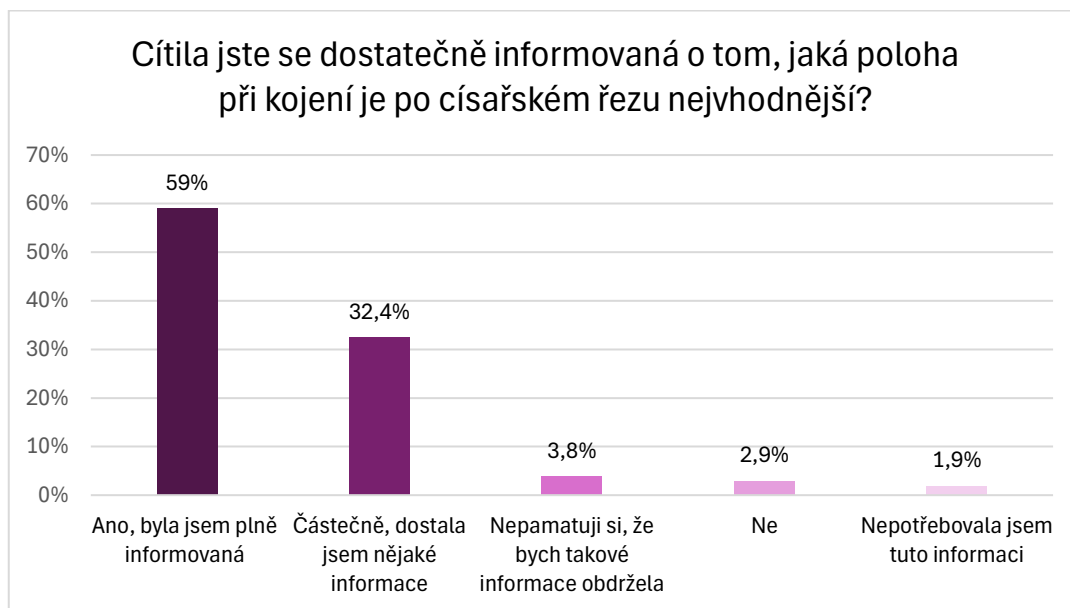
**Otázka č.13** Kdy/kde proběhlo první přisátí miminka?



**Graf 13: První přisátí miminka po císařském řezu**

Graf č. 13 znázorňuje, kdy a kde proběhlo první přisátí miminka po císařském řezu. Odpovědi byly otevřené, přesto se ukázalo, že se dají seskupit do tří hlavních kategorií. Největší skupina, celkem 51 žen (48,5 %), uvedla, že první přisátí proběhlo přímo na operačním sále. Dalších 43 žen (41,0 %) přiložilo miminko k prsu po převozu na oddělení šestinedělí. Zbývajících 11 žen (10,5 %) mohlo první přisátí uskutečnit až druhý den po císařském řezu, uváděným důvodem byly zdravotní komplikace novorozence, který musel být hospitalizovaný na intermediálním oddělení.

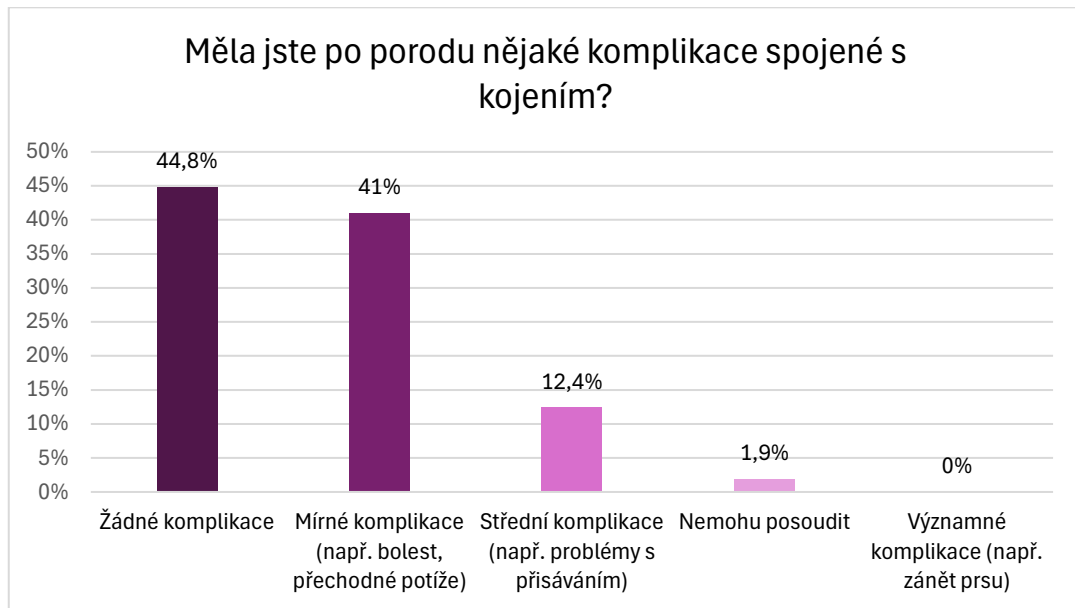
**Otázka č.14** Cítíte se dostatečně informovaná o tom, jaká poloha při kojení je po císařském řezu nejvhodnější?



**Graf 14: Vhodné poloha při kojení po císařském řezu**

Graf č. 14 znázorňuje, jak dobře se ženy cítily informované o vhodné poloze při kojení po císařském řezu. Nejvíce žen, celkem 62 (59 %), uvedlo, že byla plně informovaná. Dalších 34 žen (32,4 %) získalo částečné informace. Menší skupinu tvořily ženy, které si nepamatují, že by takové informace obdržely, konkrétně 4 ženy (3,8 %), a 3 ženy uvedly, že nebyly informovány (2,9 %). Pouze 2 ženy (1,9 %) uvedly, že tuto informaci nepotřebovaly.

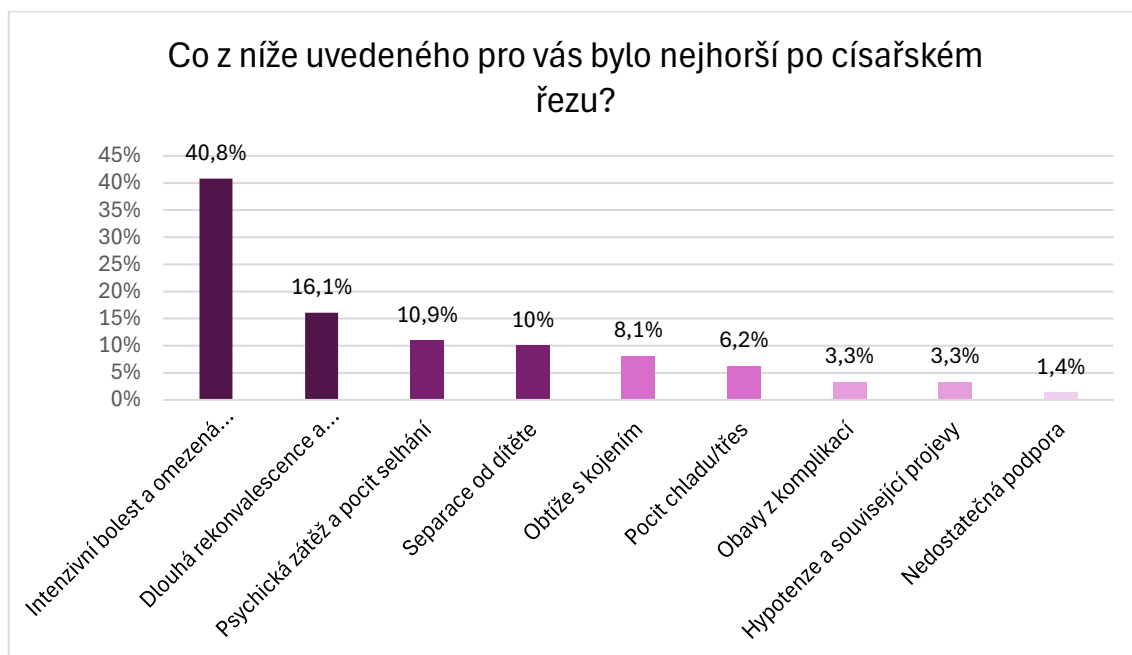
**Otázka č. 15:** Měla jste po porodu nějaké komplikace spojené s kojením?



**Graf 15: Komplikace při kojení po porodu**

Graf č. 15 znázorňuje, zda měly respondentky po porodu komplikace spojené s kojením. Největší část žen, celkem 47 (44,8 %), uvedla, že žádné komplikace neměly. Dalších 43 žen (41 %) zažilo mírné komplikace, například bolest či přechodné potíže při kojení. Střední komplikace, jako problémy s přisáváním, uvedlo 13 žen (12,4 %). Pouze 2 ženy (1,9 %) uvedly, že nemohou posoudit, zda komplikace nastaly. Žádná respondentka nezaznamenala významné komplikace, jako například zánět prsu.

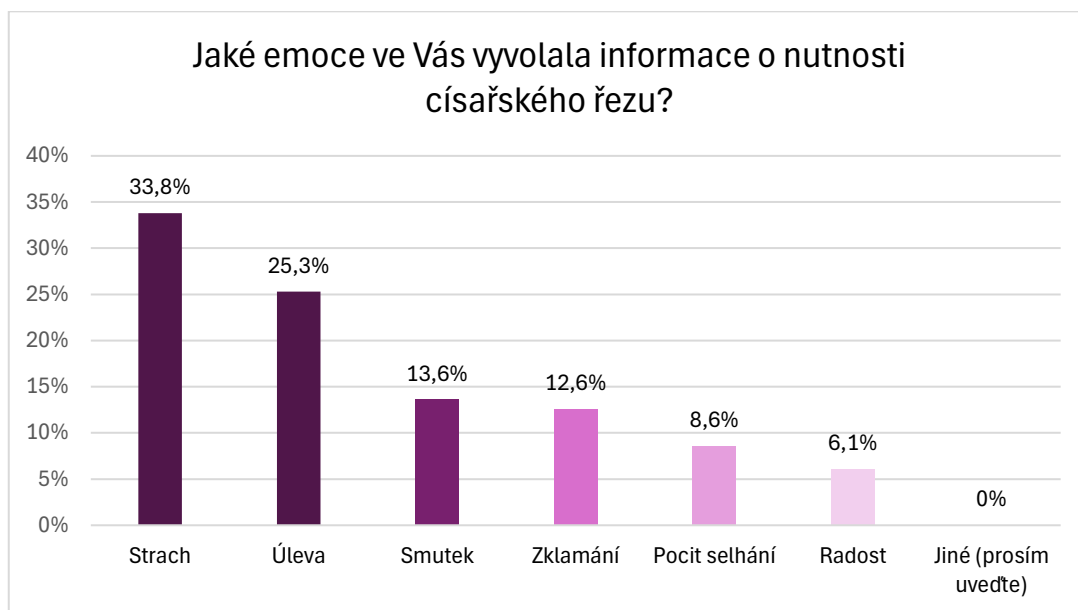
**Otázka č. 16:** Co z níže uvedeného pro vás bylo nejhorší po císařském řezu?



**Graf 16:** Co ženy považovaly za nejhorší po císařském řezu

Graf č. 16 znázorňuje, které obtíže ženy považovaly za nejhorší po císařském řezu. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí současně, aby vystihly všechny aspekty, které jim komplikovaly rekonvalescenci. Nejčastěji byla označena intenzivní bolest a omezená mobilita, celkem 86 žen (40,8 %). Významnou část tvořily i dlouhá rekonvalescence a únava, kterou uvedlo 34 žen (16,1 %), a psychická zátěž a pocit selhání zaznamenaný u 23 žen (10,9 %). Některé ženy trápila separace od dítěte, konkrétně 21 žen (10 %), obtíže s kojením řešilo 17 žen (8,1 %), pocit chladu a třes uvedlo 13 žen (6,2 %), obavy z komplikací mělo 7 žen (3,3 %) a 3 ženy uvedly, že necítily dostatečnou podporu (1,4 %). Otevřená možnost „Jiné“ byla využita 7 ženami (3,3 %) a zahrnovala především hypotenzi a související projevy, jako jsou slabost a motání hlavy.

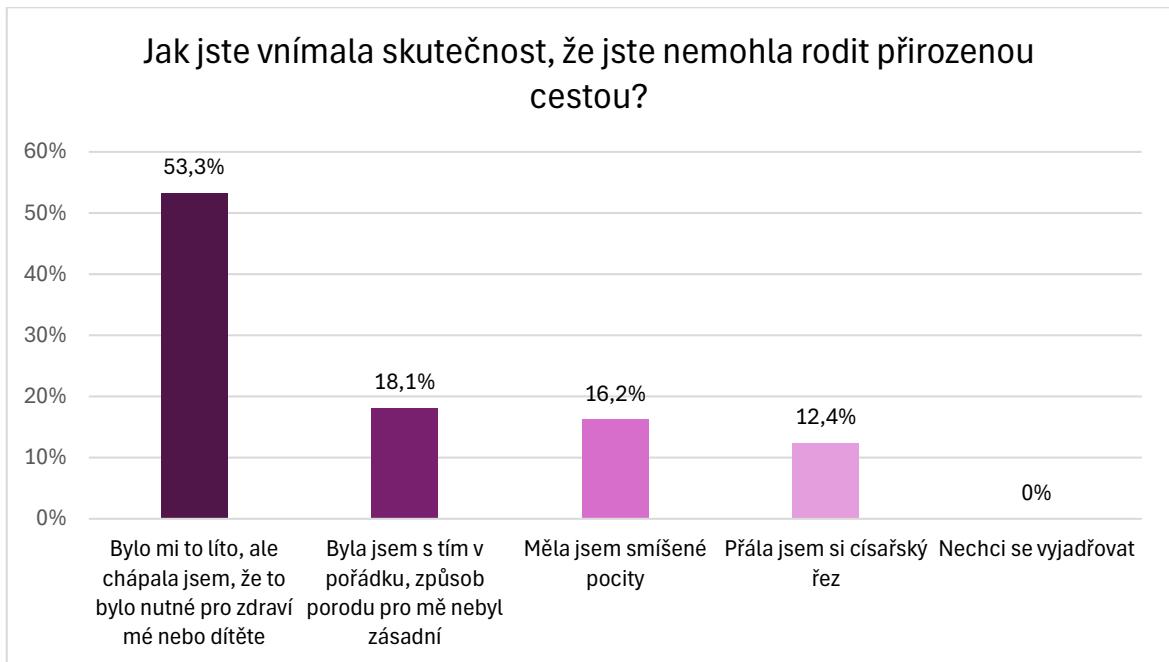
**Otázka č.17:** Jaké emoce ve Vás vyvolala informace o nutnosti císařského řezu?



**Graf 17: Emoce žen při sdělení nutnosti císařského řezu**

Graf č. 17 znázorňuje emoce, které ženy prožívaly při sdělení nutnosti císařského řezu. Respondentky mohly označit více možností, proto jsou hodnoty vyjádřeny jako podíl z celkového počtu všech zaznamenaných odpovědí. Nejčastěji se objevoval strach, který uvedlo 67 žen (33,8 %). Úlevu zaznamenalo 50 žen (25,3 %). Mezi další často uváděné emoce patřily smutek, který uvedlo 27 žen (13,6 %), a zklamání, jež zaznamenalo 25 žen (12,6 %). Pocit selhání cítilo 17 žen (8,6 %) a nejméně často byla zmíněna radost, a to u 12 žen (6,1 %). Možnost „Jiné“ byla otevřenou otázkou, kterou však žádná žena nevyužila.

**Otázka č. 18:** Jak jste vnímala skutečnost, že jste nemohla родit přirozenou cestou?



**Graf 18: Postoj žen k porodu císařským řezem**

Graf č. 18 znázorňuje, jak ženy vnímaly skutečnost, že nemohly родit přirozenou cestou. Největší část respondentek uvedla, že jim to bylo líto, ale zároveň chápaly, že císařský řez byl nutný pro jejich zdraví nebo zdraví dítěte, celkem 56 žen (53,3 %). S danou situací bylo v pořádku 19 žen (18,1 %) a způsob porodu pro ně nebyl zásadní. Smíšené pocity uvedlo 17 žen (16,2 %). Naopak 13 žen (12,4 %) uvedlo, že si císařský řez přály. Možnost „Nechci se vyjadřovat“ nebyla zvolena žádnou respondentkou.

## 2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

**VO 1:** Jak ženy hodnotí kvalitu a dostatečnost péče po císařském řezu v období šestinedělí?

**Tabulka 1:** Náročnost sebezpěče v prvních dnech po operaci

Náročnost sebezpěče v prvních dnech po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zvládla jsem vše zcela sama bez problémů	5	4,8
Zvládla jsem většinu věcí s menší pomocí	24	22,9
Potřebovala jsem občasnou pomoc při běžných úkonech	57	54,3
Bez pravidelné pomoci bych péči o sebe nezvládla	17	16,2
Byla jsem zcela odkázána na pomoc ostatních	2	1,9

**Tabulka 2:** Dostatek pomoci při péči o novorozence

Dostatek pomoci při péči o novorozence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	77	73,3
Spíše ano	27	25,7
Nevím	0	0
Spíše ne	0	0
Rozhodně ne	1	1

**Tabulka 3:** Faktory usnadňující péči o novorozence

Faktory usnadňující péči o novorozence v období rekonvalescence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pomoc partnera/rodiny/přátel	61	23,6
Péče a podpora zdravotnického personálu	78	30,2
Předchozí zkušenost s péčí o dítě	37	14,3
Informace a rady od odborníků (laktační poradkyně, PA, pediatr atd.)	20	7,8
Online zdroje (články, videa, diskuzní fóra)	14	5,4
Klidné prostředí a možnost odpočinku	27	10,5
Pomůcky a vybavení pro péči o dítě (např. kojící polštář, nosítko)	11	4,3
Nic mi péči výrazně neusnadnilo	10	3,9
Jiné:	0	0

**Tabulka 4:** informovanost žen v pooperační péči

Dostatečnost informací o pooperační péči po císařském řezu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vše mi bylo vysvětleno velmi podrobně a srozumitelně	54	51,4
Ano, základní informace jsem obdržela	46	43,8
Informace mi byly poskytnuty, ale nebyly dostatečně jasné	2	1,9
Ne, nedostala jsem dostatek informací o pooperační péči	2	1,9
Nepamatuji si, zda mi něco bylo vysvětleno	1	1

K výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly otázky č. 6, 7, 8 a 9 z dotazníkového šetření.

Podle tabulky č. 1 odpovědělo 5 (4,8 %) žen, že zvládly péči o sebe v prvních dnech po císařském řezu zcela samostatně bez problémů. Dalších 24 (22,9 %) žen uvedlo, že zvládly většinu činností s menší pomocí. Nejvíce, a to 57 (54,3 %) žen, uvedlo, že potřebovalo občasnou pomoc při běžných úkonech. Sedmáct (16,2 %) žen odpovědělo, že by bez pravidelné pomoci péči o sebe nezvládlo. Pouze 2 (1,9 %) ženy uvedly, že byly zcela odkázány na pomoc ostatních. Podle tabulky č. 2 uvedlo 77 (73,3 %) respondentek, že měly rozhodně dostatek pomoci při péči o novorozence. Dalších 27 (25,7 %) žen uvedlo, že měly spíše dostatek pomoci. Pouze 1 (1 %) respondentka uvedla, že neměla dostatek pomoci při péči o novorozence. Z tabulky č. 3 vyplývá, že nejčastějším faktorem usnadňujícím péči o novorozence byla péče a podpora zdravotnického personálu, kterou uvedlo 78 (30,2 %) žen. Dále 61 (23,6 %) žen uvedlo pomoc partnera, rodiny a přátel. Předchozí zkušenost s péčí o dítě označilo 37 (14,3 %) žen a klidné prostředí a možnost odpočinku 27 (10,5 %) respondentek. Informace a rady od odborníků uvedlo 20 (7,8 %) žen, online zdroje 14 (5,4 %) žen a pomůcky a vybavení 11 (4,3 %) žen. Deset (3,9 %) respondentek uvedlo, že jim péči nic výrazně neusnadnilo. Podle tabulky č. 4 uvedlo 54 (51,4 %) žen, že jim byly informace o pooperační péči po císařském řezu vysvětleny velmi podrobně a srozumitelně. Dalších 46 (43,8 %) žen uvedlo, že obdržely základní informace. Dvě (1,9 %) ženy uvedly, že jim informace nebyly dostatečně jasné, další 2 (1,9 %) respondentky uvedly nedostatek informací a 1 (1 %) žena si nepamatovala, zda jí byly informace sděleny.

**VO 2: Jak ženy prožívají císařský řez po psychické stránce a jaké faktory jejich prožívání ovlivňují?**

**Tabulka 5: Typ císařského řezu**

Typ císařského řezu (akutní/plánovaný)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Plánovaný	67	63,8
Akutní	38	36,2

**Tabulka 6: Nejhůře vnímané aspekty po císařském řezu**

Nejhůře vnímané aspekty po císařském řezu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Intenzivní bolest a omezená mobilita	86	40,8
Psychická zátěž a pocit selhání	23	10,9
Separace od dítěte	21	10
Obtíže s kojením	17	8,1
Nedostatečná podpora	3	1,4
Dlouhá rekonvalescence a únava	34	16,1
Obavy z komplikací	7	3,3
Pocit chladu/třes	13	6,2
Hypotenze a související projevy	7	3,3

**Tabulka 7: Emoce vyvolané informací o nutnosti císařského řezu**

Emoce vyvolané informací o nutnosti císařského řezu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Úleva	50	25,3
Strach	67	33,8
Zklamání	25	12,6
Smutek	27	13,6
Radost	12	6,1
Pocit selhání	17	8,6
Jiné:	0	0

**Tabulka 8: Vnímání nemožnosti vaginálního porodu**

Vnímání nemožnosti vaginálního porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bylo mi líto, ale chápala jsem, že to bylo nutné pro zdraví mé nebo dítěte	56	53,3
Měla jsem smíšené pocity	17	16,2
Byla jsem s tím v pořádku, způsob porodu pro mě nebyl zásadní	19	18,1
Přála jsem si císařský řez	13	12,4
Nechci se vyjadřovat	0	0

K výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly otázky č. 5, 16, 17 a 18 z dotazníkového šetření.

Podle tabulky č. 5 uvedlo 67 (63,8 %) respondentek, že jejich císařský řez byl plánovaný, zatímco 38 (36,2 %) respondentek uvedlo, že se jednalo o akutní císařský řez. Z tabulky č. 6 vyplývá, že nejhůře vnímaným aspektem po císařském řezu byla intenzivní bolest a omezená mobilita, kterou uvedlo 86 (40,8 %) respondentek. Dále 34 (16,1 %) žen uvedlo dlouhou rekonvalescenci a únavu. Psychickou zátěž a pocit selhání označilo 23 (10,9 %) respondentek a separaci od dítěte 21 (10 %) žen. Obtíže s kojením uvedlo 17 (8,1 %) respondentek, pocit chladu nebo třes 13 (6,2 %), obavy z komplikací 7 (3,3 %) a hypotenzi a související projevy rovněž 7 (3,3 %) respondentek. Nedostatečnou podporu označily 3 (1,4 %) ženy. Z tabulky č. 7 vyplývá, že informace o nutnosti císařského řezu vyvolaly u respondentek nejčastěji strach, který uvedlo 67 (33,8 %) žen. Dále 50 (25,3 %) žen uvedlo úlevu. Smutek uvedlo 27 (13,6 %) respondentek, zklamání 25 (12,6 %) a pocit selhání 17 (8,6 %) žen. Radost uvedlo 12 (6,1 %) respondentek. Podle tabulky č. 8 uvedlo 56 (53,3 %) respondentek, že jim bylo líto, že nemohly родit přirozenou cestou, ale chápaly nutnost císařského řezu pro zdraví své nebo dítěte. Smíšené pocity uvedlo 17 (16,2 %) žen. S porodním způsobem bylo v pořádku 19 (18,1 %) respondentek a 13 (12,4 %) žen uvedlo, že si císařský řez přály.

**VO 3: Jaký vliv má pooperační bolest na mobilitu ženy a její schopnost pečovat o novorozence po císařském řezu?**

**Tabulka 9:** Intenzita bolesti v prvních dnech po operaci

Intenzita bolesti v prvních dnech po císařském řezu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 - žádná bolest	1	1
1-3 - mírná bolest	5	4,8
4-6 - střední bolest	16	15,2
7-9 - silná bolest	76	72,4
10 - nesnesitelná bolest	7	6,7

**Tabulka 10:** Analgezie po císařském řezu

Využití analgezie po císařském řezu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, medikace mi byla nabídnuta a využila jsem ji	101	96,2
Ano, byla mi nabídnuta, ale nevyužila jsem ji	2	1,9
Nebyla mi nabídnuta, ale potřebovala bych ji	2	1,9
Nebyla mi nabídnuta a nepotřebovala jsem ji	0	0

**Tabulka 11:** Vliv pooperační bolesti na mobilitu a péči o novorozence

Vliv pooperační bolesti na mobilitu a péči o novorozence	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, bolest mě výrazně omezovala v pohybu i v péči o dítě	53	50,5
Ano, bolest mě omezovala, ale dokázala jsem se o dítě postarat	40	38,1
Bolest mě jen mírně omezovala, péči o dítě to příliš neovlivnilo	7	6,7
Ne, bolest neměla vliv na mou schopnost pohybovat se a pečovat o dítě	5	4,8

K výzkumné otázce č. 3 se vztahovaly otázky č. 10, 11 a 12 z dotazníkového šetření.

Podle tabulky č. 9 uvedla největší část respondentek, že v prvních dnech po císařském řezu pociťovala silnou bolest (7–9), a to 76 (72,4 %) žen. Dále 16 (15,2 %) respondentek uvedlo střední bolest (4–6). Mírnou bolest (1–3) uvedlo 5 (4,8 %) žen, nesnesitelnou bolest 7 (6,7 %) respondentek a žádnou bolest pouze 1 (1 %) žena. Z tabulky č. 10 vyplývá, že většině žen byla nabídnuta a následně využita medikace ke zmírnění pooperační bolesti, a to u 101 (96,2 %) respondentek. Pouze 2 (1,9 %) ženy uvedly, že jim byla medikace nabídnuta, ale nevyužily ji, a také 2 (1,9 %) respondentky uvedly, že jim medikace nabídnuta nebyla, přestože by ji potřebovaly. Z tabulky č. 11 vyplývá, že pooperační bolest měla u poloviny respondentek výrazný vliv na mobilitu a schopnost péče o novorozence, což uvedlo 53 (50,5 %) žen. Dalších 40 (38,1 %) respondentek uvedlo, že je bolest omezovala, ale péči o dítě zvládly. Mírné omezení uvedlo 7 (6,7 %) žen a bez vlivu bolesti na mobilitu a péči o dítě bylo 5 (4,8 %) respondentek.

## 2.8 Diskuse

K bakalářské práci „Péče o ženu po císařském řezu“ byly stanoveny tři výzkumné otázky, které se zaměřovaly na kvalitu ošetrovatelské péče, psychické prožívání žen po císařském řezu a vliv pooperační bolesti na mobilitu a schopnost péče o novorozence. Pro dosažení cílů práce bylo provedeno dotazníkové šetření u žen po císařském řezu. Výsledky výzkumu byly následně porovnány s dostupnými odbornými poznatky.

### **VO 1: Jak ženy hodnotí kvalitu a dostatečnost péče po císařském řezu v období šestinedělí?**

K výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly dotazníkové otázky: *Jak náročné bylo zvládnout základní péči o sebe v prvních dnech po operaci? Měla jste dostatek pomoci s péčí o novorozence od zdravotníků nebo blízkých? Co Vám nejvíce usnadnilo péči o novorozence v období rekonvalescence? Byla Vám po císařském řezu dostatečně vysvětlena pooperační péče?*

Výsledky výzkumu ukazují, že většina žen hodnotí poporodní péči po císařském řezu pozitivně, a to jak z hlediska pomoci při sebed péči, tak i při péči o novorozence. Zároveň však z výsledků vyplývá, že v časném poporodním období je pro ženy typická zvýšená závislost na okolní pomoci.

Z hlediska sebed péče bylo zjištěno, že více než polovina žen (54,3 %) potřebovala v prvních dnech po operaci občasnou pomoc při běžných úkonech a 16,2 % žen uvedlo, že by bez pravidelné pomoci péči o sebe nezvládly. Pouze malá část žen (4,8 %) zvládla péči o sebe zcela samostatně. Tyto výsledky potvrzují, že období bezprostředně po císařském řezu je spojeno s výrazným omezením soběstačnosti.

Z hlediska péče o novorozence většina respondentek uvedla, že měly dostatek pomoci, 73,3 % žen odpovědělo „rozhodně ano“ a 25,7 % „spíše ano“. Pouze 1 % žen uvedlo, že pomoc nebyla dostatečná. Tyto výsledky naznačují, že podpora žen v poporodním období je vnímána jako převážně adekvátní.

Za nejvýznamnější faktory usnadňující péči o novorozence byla označena péče a podpora zdravotnického personálu (30,2 %) a pomoc partnera či rodiny (23,6 %). Dále ženy uváděly klidné prostředí a možnost odpočinku (10,5 %) a odborné informace (7,8 %). Pouze 3,9 % žen uvedlo, že jim péči nic výrazně neusnadnilo.

Z hlediska edukace uvedla více než polovina žen (51,4 %), že informace o pooperační péči byly velmi srozumitelné a podrobné, a 43,8 % je hodnotilo jako základní, ale dostačující. Jen 1,9 % žen považovalo informace za nedostatečné. Tyto výsledky ukazují, že edukace v rámci poporodní péče je většinou dobře zajištěna.

Výsledky odpovídají doporučením WHO (2018), která zdůrazňují, že kvalitní poporodní péče musí zahrnovat nejen fyzickou péči, ale také edukaci, podporu soběstačnosti a psychosociální oporu ženy. WHO zároveň uvádí, že právě první dny po porodu jsou klíčové pro adaptaci ženy na mateřskou roli. Z výsledků tedy vyplývá, že péče o ženy po císařském řezu je většinou hodnocena pozitivně, avšak současně je patrné, že rané šestinedělí je období zvýšené závislosti na pomoci okolí, což je nutné zohlednit v ošetrovatelské praxi.

## **VO 2: Jak ženy prožívají císařský řez po psychické stránce a jaké faktory jejich prožívání ovlivňují?**

K výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly dotazníkové otázky: *Jednalo se o císařský řez akutní nebo plánovaný? Co z níže uvedeného pro vás bylo nejhorší po císařském řezu? Jaké emoce ve Vás vyvolala informace o nutnosti císařského řezu? Jak jste vnímala skutečnost, že jste nemohla родit přirozenou cestou?*

Výsledky výzkumu ukazují, že psychické prožívání žen po císařském řezu je výrazně ovlivněno jak samotným typem výkonu, tak i okolnostmi jeho indikace a možností akceptace situace. Většina císařských řezů byla plánovaná (63,8 %), zatímco akutní výkony tvořily 36,2 %, což může částečně ovlivňovat míru psychické zátěže žen, protože plánovaný výkon bývá doprovázen vyšší mírou informovanosti.

Z hlediska emočních reakcí při sdělení nutnosti císařského řezu převažovaly negativní emoce, zejména strach (33,8 %), smutek (13,6 %), zklamání (12,6 %) a pocit selhání (8,6 %). Naopak úlevu uvedlo 25,3 % žen. Tyto výsledky ukazují, že i přes medicínskou nutnost výkonu je tato situace pro velkou část žen psychicky náročná a emočně ambivalentní.

Z hlediska nejhůře vnímaných aspektů po císařském řezu byla nejčastěji uváděna intenzivní bolest a omezená mobilita (40,8 %), dále dlouhá rekonvalescence a únava (16,1 %) a psychická zátěž včetně pocitu selhání (10,9 %). Významným faktorem byla také separace od dítěte (10 %). Tyto výsledky potvrzují, že psychické prožívání žen je úzce propojeno s fyzickými omezeními a celkovou náročností pooperačního období.

Z hlediska vnímání nemožnosti vaginálního porodu většina žen (53,3 %) uvedla, že jim bylo líto, že nemohly родit přirozenou cestou, ale zároveň chápaly medicínskou nutnost výkonu. Smíšené pocity uvedlo 16,2 % žen a 18,1 % žen považovalo způsob porodu za méně důležitý. Pouze 12,4 % žen si císařský řez přálo. Tyto výsledky naznačují, že klíčovou roli v psychickém přijetí hraje porozumění indikaci a dostatečná informovanost.

Zjištění odpovídají závěrům bakalářské práce Kvačkové (2021), která uvádí, že ženy po císařském řezu často prožívají pocity selhání a ztráty kontroly nad porodem, zejména pokud nebyl výkon plánovaný. Autorka zároveň zdůrazňuje, že tyto pocity jsou úzce spojeny s očekáváním přirozeného porodu a mohou zvyšovat potřebu psychické podpory ze strany zdravotnického personálu.

Z výsledků tedy vyplývá, že psychické prožívání žen po císařském řezu je komplexní a zahrnuje jak negativní emoce, tak i akceptaci situace, přičemž zásadní roli hraje typ výkonu, jeho plánování a míra porozumění důvodům operace.

## **VO 3: Jaký vliv má pooperační bolest na mobilitu ženy a její schopnost pečovat o novorozence po císařském řezu?**

K výzkumné otázce č. 3 se vztahovaly dotazníkové otázky: *Co pro Vás bylo nejhorší po císařském řezu? Využívala jste možnost podání léku na bolest? Měla jste pocit, že Vás operační rána omezuje v péči o novorozence?*

Výsledky výzkumu ukazují, že pooperační bolest je jedním z nejvýraznějších faktorů ovlivňujících rané poporodní období po císařském řezu. Většina žen uváděla silnou pooperační bolest

v prvních dnech, která měla přímý dopad na jejich soběstačnost a schopnost péče o novorozence.

Z hlediska vlivu bolesti na péči o dítě bylo zjištěno, že 50,5 % žen uvedlo, že je bolest výrazně omezovala v pohybu i péči o novorozence, zatímco 38,1 % žen sice pociťovalo omezení, ale péči zvládly. Pouze 4,8 % žen uvedlo, že bolest neměla vliv na jejich schopnost péče. Tyto výsledky potvrzují, že bolest po císařském řezu významně zasahuje do každodenního fungování ženy v časném šestinedělí.

Z výsledků dále vyplynulo, že téměř všechny ženy měly k dispozici analgetickou léčbu a její využití bylo velmi vysoké, což naznačuje, že farmakologická kontrola bolesti je standardní součástí péče. Přesto však bolest zůstává významným limitujícím faktorem v mobilitě a péči o dítě.

Srovnání s výzkumem Nováčkové (2018) ukazuje obdobné výsledky, kdy většina žen hodnotila bolest jako intenzivní nebo nepříjemnou. Autorka uvádí, že nejčastěji se jednalo o silnou až krutou bolest, zatímco pouze malá část žen ji vnímala jako mírnou. Tyto výsledky jsou v souladu s tímto výzkumem, kde byla bolest rovněž nejčastěji hodnocena jako výrazně limitující faktor.

Bakalářská práce Kvačkové (2021) dále uvádí, že bolest po císařském řezu významně omezuje mobilitu ženy a ztěžuje péči o novorozence v raném šestinedělí, což potvrzuje i tento výzkum. Zároveň zdůrazňuje, že adekvátní management bolesti je klíčový pro podporu časně mobilizace a celkové rekonvalescence.

Z výsledků tedy vyplývá, že pooperační bolest je zásadním faktorem, který negativně ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku ženy, přičemž její správná léčba je nezbytná pro podporu soběstačnosti a péče o novorozence.

## 2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumu vyplývá, že období po císařském řezu je pro ženy nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročné. Častým tématem je zvýšená emoční zátěž, pocity nejistoty a v některých případech i pocity selhání v souvislosti s nemožností spontánního vaginálního porodu. Tyto skutečnosti mohou negativně ovlivňovat psychickou pohodu ženy v raném šestinedělí.

V praxi porodní asistence je proto klíčové věnovat dostatečnou pozornost komunikaci s ženou, poskytovat jí srozumitelné informace a aktivně ji psychicky podporovat. Velký význam má zejména prevence pocitů viny nebo selhání, kdy žena může mít tendenci vnímat operační porod jako vlastní neúspěch. V těchto situacích je důležitý empatický přístup zdravotnického personálu, který pomáhá ženě situaci lépe přijmout a zpracovat.

Z hlediska ošetrovatelské péče se jako zásadní ukazuje také dostatečná podpora při rané péči o novorozence, zejména v situacích, kdy je žena omezena bolestí nebo sníženou mobilitou. Pomoc při přikládání dítěte, edukace o vhodných polohách při kojení a trpělivý přístup personálu mohou významně přispět ke snížení diskomfortu a zvýšení jistoty ženy v péči o dítě.

Výsledky dále naznačují, že vhodně vedená podpora v časném poporodním období, včetně možnosti kontaktu matky s novorozencem, má pozitivní vliv na psychickou adaptaci ženy na novou roli.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývala péčí o ženu po císařském řezu se zaměřením na její fyzické i psychické prožívání v časném poporodním období a na úlohu porodní asistentky v rámci poskytované péče.

V teoretické části byla zpracována problematika císařského řezu z hlediska jeho historie, indikací, operační techniky a anestezie. Dále byly popsány možné peroperační i pooperační komplikace a jejich vliv na stav ženy. Významná část byla věnována také ošetrovatelské péči po operaci, zejména v oblasti hygienického režimu, péče o vyprazdňování, hojení operační rány, tlumení bolesti, podpory kojení, psychické podpory a rehabilitace. Teoretická část tak poskytla ucelený přehled o specifikách péče o ženu po operačním porodu.

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření formou anonymního dotazníku. Pro získání dat byl použit autorský dotazník zaměřený na zkušenosti žen po císařském řezu v období šestinedělí. Sběr dat probíhal na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod a částečně také v Nemocnici Jihlava, kde byly dotazníky distribuovány ženám po císařském řezu během hospitalizace na oddělení šestinedělí. Výzkumu se celkem zúčastnilo 105 respondentek.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že toto období je pro ženy náročné jak po fyzické, tak psychické stránce a vyžaduje zvýšenou míru podpory ze strany zdravotnického personálu i rodiny.

Psychická zátěž se u žen projevuje především v souvislosti s nutností operačního porodu, kdy se objevují negativní emoce, jako je strach, smutek nebo zklamání. U části žen se také vyskytují pocity nejistoty či selhání, které souvisejí s nemožností spontánního porodu a s očekáváním spojeným s mateřstvím. Tyto pocity mohou ovlivňovat celkovou adaptaci ženy na novou životní situaci.

Významným zjištěním je také skutečnost, že pooperační bolest výrazně omezuje pohyb i schopnost péče o novorozence, zejména v prvních dnech po operaci. I přes dostupnost analgetické léčby zůstává bolest jedním z hlavních limitujících faktorů v raném šestinedělí.

Z pohledu poskytované péče se ukazuje, že ženy nejvíce oceňují podporu zdravotnického personálu, dostatek informací a pomoc při péči o novorozence. Kvalitní komunikace, empatie a individuální přístup se jeví jako klíčové prvky, které mohou pozitivně ovlivnit průběh poporodního období a psychickou pohodu ženy.

Celkově lze říci, že císařský řez představuje pro ženy specifickou zátěžovou situaci, která vyžaduje komplexní přístup zahrnující nejen fyzickou péči, ale také psychickou podporu a edukaci. Výsledky práce poukazují na důležitost mezioborové spolupráce a potřebu citlivého přístupu k ženám v tomto období. Významnou roli zde hraje zejména porodní asistentka, která svým přístupem ovlivňuje průběh rekonvalescence i celkovou zkušenost ženy s porodem.

Výsledky práce mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy po císařském řezu, zejména v oblasti individualizace přístupu, dostatečné edukace a včasného rozpoznání fyzických i psychických obtíží v poporodním období. Důraz by měl být kladen na systematickou podporu žen ze strany zdravotnického personálu, která může pozitivně ovlivnit jejich adaptaci na mateřství a průběh rekonvalescence.

Na základě získaných výsledků je možné konstatovat, že stanovený cíl bakalářské práce byl splněn a všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

## Seznam použité literatury

- BEREŠOVÁ, L. Jak na kojení po císařském řezu [online]. [cit. 2026-03-10]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/vsechny-clanky/clanek/jak-na-kojeni-po-cisarskem-rezu.html>
- BUCKLEY, Sarah J. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Přeložil Iva MICHALIKOVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-164-1.
- DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
- DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/edukace-v-porodni-asistenci-5115/>.
- DUŠOVÁ, Bohdana; KACHLOVÁ, Miroslava a DLUGOŠ NĚMEČKOVÁ, Jana. *Péče porodní asistentky o ženu v období šestinedělí*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2024. ISBN 978-80-7599-428-8.
- FAIT, Tomáš. *Šestinedělí*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2021]. ISBN 978-80-7345-685-6.
- JINDROVÁ, Barbora, STRÍTESKÝ, Martin, KUNSTÝŘ, Jan a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5612-7.
- KVAČKOVÁ, Lucie. *Specifika péče o ženu po císařském řezu v raném šestinedělí*. Jihlava, 2021. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- LAPÁČKOVÁ, Zuzana. *Adaptace žen v pooperačním období po císařském řezu*. Pardubice, 2018. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- MAZÚCHOVÁ, Lucia; MASKÁLOVÁ, Erika a DIVOKOVÁ, Dominika. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.
- MONTEIRO, Róisín; SALMAN, Marwa; YENTIS, Steve a MALHOTRA, Surbhi. *Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy: A Practical Guide*. Cambridge University Press, 2019. ISBN 9781108710527.
- NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD, Gynekologicko-porodnické oddělení. *Cvičení po císařském řezu*. Interní materiál. Havlíčkův Brod: Nemocnice Havlíčkův Brod, Gynekologicko-porodnické oddělení.
- NOVÁČKOVÁ, Klára. *Období šestinedělí z pohledu žen*. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- POLOKOVÁ, Andrea. *Praktický návod na kojení*. Druhé vydání, první ve Slovartu. Přeložil Andrea KRBEČKOVÁ. Praha: Mamila, [2020]. ISBN 978-80-276-0179-0.
- PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-618-4.
- PROCHÁZKA, Martin; PILKA, Radovan; BUBENÍKOVÁ, Štěpánka; CURTISOVÁ, Václava; DOSEDĚL, Martin et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9757-6.

ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

SEIDLOVÁ, Dagmar a ŠTOURAC, Petr (ed.). *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. Druhé vydání. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4857-6.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠÁLKOVÁ, Jana. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0844-2.

TAKÁCS, L., MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, J. a ČEPICKÝ, P. Psychosocial risk factors for emergency cesarean section [online]. *Ceska gynekol.*, 2019 [cit. 2026-03-10]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2019-1-24/psychosocial-risk-factors-for-emergency-cesarean-section-112748>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [online]. 2021 [cit. 2026 03 10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

# Přílohy

## Příloha A: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Tereza Hájková a jsem studentkou oboru Porodní asistence na Vysoké škole polytechnické Jihlava. V mé bakalářské práci se věnuji tématu péče o ženy po císařském řezu v období šestinedělí.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění krátkého anonymního dotazníku zaměřeného na zkušenosti žen po císařském řezu.

Děkuji Vám mnohokrát za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.



QR kód pro vyplnění  
dotazníku online

### 1. Kolik je Vám let?

- 16-20
- 21-30
- 30-45

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské
- Vysokoškolské

### 3. Kolikátý je to Váš porod?

- První
- Druhý
- Třetí
- Čtvrtý a více

### 4. Bylo vaše předchozí těhotenství také ukončeno císařským řezem? (Pokud jste rodila poprvé na tuto otázku neodpovídejte.)

- Ano
- Ne

### 5. Jednalo se o císařský řez akutní nebo plánovaný?

- Akutní
- Plánovaný

### 6. Jak náročné bylo zvládnout základní péči o sebe v prvních dnech po operaci?

(Vyberte pouze jednu odpověď)

- Zvládla jsem vše zcela sama bez problémů
- Zvládla jsem většinu věcí s menší pomocí
- Potřebovala jsem občasnou pomoc při běžných úkonech
- Bez pravidelné pomoci bych péči o sebe nezvládla
- Byla jsem zcela odkázána na pomoc ostatních

**7. Měla jste dostatek pomoci s péčí o novorozence od zdravotníků nebo blízkých?**

*(Vyberte pouze jednu odpověď)*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

**8. Co Vám nejvíce usnadnilo péči o novorozence v období rekonvalescence?**

*(Můžete zaškrtnout více možností.)*

- Pomoc partnera/rodiny/přátel
- Péče a podpora zdravotnického personálu
- Předchozí zkušenost s péčí o dítě
- Informace a rady od odborníků (laktační poradkyně, PA, pediatr atd.)
- Online zdroje (články, videa, diskusní fóra)
- Klidné prostředí a možnost odpočinku
- Pomůcky a vybavení pro péči o dítě (např. kojící polštář, nosítko)
- Nic mi péči výrazně neusnadnilo
- Jiné: \_\_\_\_\_

**9. Byla Vám po císařském řezu dostatečně vysvětlena pooperační péče (hygiena rány, mobilizace, režim)?**

*(Vyberte pouze jednu odpověď)*

- Ano, vše mi bylo vysvětleno velmi podrobně a srozumitelně
- Ano, základní informace jsem obdržela
- Informace mi byly poskytnuty, ale nebyly dostatečně jasné
- Ne, nedostala jsem dostatek informací o pooperační péči
- Nepamatuji si, zda mi něco bylo vysvětleno

**10. Jak byste popsala intenzitu bolesti po operaci v prvních dnech?**

*(Ohodnoťte na škále od 0 do 10, kde 0 = žádná bolest a 10 = nejhorší možná bolest)*

- 0 – žádná bolest
- 1–3 – mírná bolest
- 4–6 – střední bolest
- 7–9 – silná bolest
- 10 – nesnesitelná bolest

**11. Byla Vám nabídnuta a využila jste medikaci na zmírnění bolesti po operaci?**

*(Vyberte pouze jednu odpověď)*

- Ano, medikace mi byla nabídnuta a využila jsem ji
- Ano, byla mi nabídnuta, ale nevyužila jsem ji
- Nebyla mi nabídnuta, ale potřebovala bych ji
- Nebyla mi nabídnuta a nepotřebovala jsem ji

**12. Měla bolest po císařském řezu vliv na Vaši schopnost pohybovat se a pečovat o dítě?**

*(Vyberte pouze jednu odpověď)*

- Ano, bolest mě výrazně omezovala v pohybu i v péči o dítě
- Ano, bolest mě omezovala, ale dokázala jsem se o dítě postarat
- Bolest mě jen mírně omezovala, péči o dítě to příliš neovlivnilo
- Ne, bolest neměla vliv na mou schopnost pohybovat se a pečovat o dítě

**13. Kdy/kde proběhlo první přisátí miminka?**

---

**14. Cítila jste se dostatečně informovaná o tom, jaká poloha při kojení je po císařském řezu nejvhodnější? (Vyberte pouze jednu odpověď)**

- Ano, byla jsem plně informovaná
- Částečně, dostala jsem nějaké informace
- Ne
- Nepamatuji si, že bych takové informace obdržela
- Nepotřebovala jsem tuto informaci

**15. Měla jste po porodu nějaké komplikace spojené s kojením?**

*(Vyberte pouze jednu odpověď)*

- Žádné komplikace
- Mírné komplikace (např. bolest, přechodné potíže)
- Střední komplikace (např. problémy s přisáváním)
- Významné komplikace (např. zánět prsu)
- Nemohu posoudit

**16. Co z níže uvedeného pro vás bylo nejhorší po císařském řezu?**

*(Můžete zaškrtnout více možností.)*

- Intenzivní bolest a omezená mobilita
- Psychická zátěž a pocit selhání
- Separace od dítěte
- Obtíže s kojením
- Nedostatečná podpora
- Dlouhá rekonvalescence a únava
- Obavy z komplikací
- Pocit chladu/třes
- Jiné: \_\_\_\_\_

**17. Jaké emoce ve Vás vyvolala informace o nutnosti císařského řezu?**

*(Můžete zaškrtnout více možností.)*

- Úleva
- Strach
- Zklamání
- Smutek
- Radost
- Pocit selhání
- Jiné: \_\_\_\_\_

**18. Jak jste vnímala skutečnost, že jste nemohla родit přirozenou cestou?**

- Bylo mi to líto, ale chápala jsem, že to bylo nutné pro zdraví mé nebo dítěte
- Měla jsem smíšené pocity
- Byla jsem s tím v pořádku, způsob porodu pro mě nebyl zásadní
- Přála jsem si císařský řez
- Nechci se vyjadřovat