

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Psychické aspekty porodu císařským řezem**

Michaela Fajtlová

vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kovaříková

**Praha 2017**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Psychic aspects of caesarean section**

Michaela Fajtlová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Zuzana Kovaříková

**Praha 2017**

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá psychickými aspekty porodu císařským řezem. Teoretická část je věnována vymezení pojmu a problematiky císařského řezu, jeho psychickým aspektům a možným psychickým následkům vyskytujícím se u žen po porodu císařským řezem.

Praktická část je realizována jako kvalitativní výzkumné šetření. Umožňuje nahlédnout do života tří žen porodivších císařským řezem a porozumět tomu, co prožívá žena při porodu císařským řezem, jaký vliv má na její sebepojetí a jak může ovlivnit utváření jejího vztahu s dítětem. Data získaná prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

**Klíčová slova:** císařský řez, porod, psychologie porodu, PTSD, sebepojetí, citová vazba

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the psychic aspects of cesarean section. The theoretical part is devoted to defining the concept and issues of the cesarean section, its psychic aspects and the possible psychic consequences occurring in women after the delivery of caesarean section.

The practical part is realized as a qualitative research survey. It allows you to peek into the lives of three women giving birth by caesarean section and understand what does a woman experience during a caesarean section, what effect does it have on her self-concept, and how could it affect the formation of her relationship with the child. The data obtained through the semi-structured interview was analyzed using an Interpretative Phenomenological Analysis.

**Key words:** caesarean section, birth, birth psychology, PTSD, self-concept, attachment

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu.

V Praze, dne

.....  
Michaela Fajtlová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Kovařikové za odbornou pomoc, vstřícnost, trpělivost a podporu při vedení práce. Dále mé poděkování patří všem respondentkám, díky jejichž sdíleným porodním příběhům mohla vzniknout praktická část této práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	10
1.1 Císařský řez z pohledu historie a současnosti .....	10
1.2 Indikace k císařskému řezu a jejich sociální kontext .....	13
1.2.1 Primární (plánovaný) císařský řez .....	15
1.2.2 Sekundární (akutní) císařský řez.....	15
1.2.3 Komplikace spojené s císařským řezem .....	16
2 PSYCHICKÉ ASPEKTY PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM .....	17
2.1 Prožívání porodu císařským řezem.....	17
2.2 Prožívání období po porodu císařským řezem .....	18
3 PSYCHICKÉ NÁSLEDKY PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM .....	20
3.1 Psychické stavy po porodu SC .....	22
3.1.1 PTSD po porodu císařským řezem .....	23
3.2 Sebepojetí ženy po císařském řezu .....	25
3.3 Vztah ženy k dítěti narozenému císařským řezem .....	28
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	30
4.1 Předmět, cíle a metody výzkumného šetření .....	30
4.2 Výběr respondentů.....	30
4.3 Etická stránka výzkumného šetření .....	31
4.4 Průběh výzkumného šetření.....	32
4.5 Analýza dat .....	33
4.6 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu.....	33
4.7 Výsledky výzkumného šetření.....	34
4.7.1 Analýza rozhovoru A.....	34
4.7.2 Analýza rozhovoru B .....	39
4.7.3 Analýza rozhovoru C .....	46
4.8 Závěry výzkumného šetření.....	50
4.8.1 Prožívání porodu císařským řezem.....	51
4.8.2 Sebepojetí ženy po SC .....	53
4.8.3 Vztah ženy k dítěti po SC .....	55
4.8.4 Diskuse.....	56
ZÁVĚR.....	59

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY .....	61
PŘÍLOHY .....	66
Příloha č. I – Průvodní dopis pro maminku o plánu rozhovoru.....	67
Příloha č. II – Informovaný souhlas s využitím získaných dat .....	68
Příloha č. III – Seznam otázek ke strukturovanému rozhovoru .....	69
Příloha č. IV – Tabulky k rozhovoru s respondentkou A .....	70
Příloha č. V – Tabulky k rozhovoru s respondentkou B .....	77
Příloha č. VI – Tabulky k rozhovoru s respondentkou C .....	87
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	98
Evidenční list knihovny .....	99

## ÚVOD

Císařským řezem (dále jen „SC“) v dnešní době rodí čím dál více žen a tak je přirozené, že se z něj stává často diskutované téma. Laickou veřejností bývá nejednou vnímán jako jednoduchý, rychlý proces, který ušetří ženu od porodních bolestí a mnoha rizik spojenými s vaginálním porodem, jako jsou např. porodní poranění, nástřih a šití. Neuvědomují si však, že se jedná o velkou abdominální operaci, která s sebou nese všechna rizika operačního zákroku a pooperačního hojení. Rodičku po operaci čeká delší hospitalizace a náročnější rekonvalescence, než rodičku po vaginálním porodu. Navíc, podstoupí-li žena jednou císařský řez, je již při druhém těhotenství vedena jako riziková. A pravděpodobnost porodu vaginální cestou po císařském řezu (VBAC) při dalším těhotenství se rapidně snižuje.

Vzhledem k jedinečnosti každé ženy i zde se objevují různé osobní přístupy k porodu. Některé ženy by si nejradši dopředu smluvily plánovaný císařský řez i bez zdravotní indikace, zatímco jiné ženy se na svůj porod připravují jako na přirozené vyústění těhotenství a těší se na něj. Mnohé se na porod intenzivně chystají, chodí na semináře a kurzy pro těhotné, načítají knihy o bondingu, píší porodní plán a některé zhlízejí i dokumenty typu Orgasmický porod. O to náročnější je pro tyto ženy situace, kdy se mine představa se skutečností a jejich vysněný porod skončí sekcí. Nastupují pocity selhání, výčitky, špatná nálada a slzy, jež mohou přerůst v apatii, poporodní deprese až v posttraumatickou stresovou poruchu.

Lze tedy říci, že císařský řez je společensky aktuálním tématem. Diskuse lékařů a porodních asistentek jsou často plamenné, stavovsky či gendrově podbarvené. Hlasy samotných žen, jichž především se téma císařského řezu dotýká, a to na všech bio-psycho-socio-spirituálních rovinách jejich života, zůstávají však ve stínu dění.

Jednou z mnoha otázek, jež byly motivem mého výzkumného zájmu, bylo to, jaký podíl by měla zaujímat příprava na císařský řez v rámci psychoprolaktické přípravy k porodu? Dojde-li nakonec k SC, co po psychické stránce pro ženu císařský řez znamená, jak ho vnímá a prožívá? Jak se s touto zkušeností vyrovnává a jaké má v České republice možnosti odborné péče? Kudy vede cesta od idealistických představ, přes obrovské zklamání ke smíření se s realitou velmi vzdálenou původním představám o porodu až ke spokojenému mateřství?

Téma porodu císařským řezem má pro ženu významné bio-psycho-socio-spirituální souvislosti. V přístupu k tématu považují tyto souvislosti a jejich vzájemnou provázanost za



velmi podstatné, pro potřeby bakalářské práce se však budu nadále soustřeďovat na hlubší porozumění psychickým aspektům porodu císařským řezem.

V první kapitole teoretické části práce se budu věnovat teoretickému vymezení císařského řezu, jeho definici, včetně velmi stručného exkurzu do historie a současné podoby. Poté se budu krátce věnovat podmínkám a indikacím k SC, vysvětlím rozdíly mezi primárním (plánovaným) a sekundárním (akutním) SC. Následně stručně shrnu volbu anestezie a průběh SC. V závěru první kapitoly uvedu možné komplikace, jež mohou po SC nastat. Druhá kapitola teoretické části bude věnována psychickým aspektům porodu SC. Konkrétně se zaměřím na prožívání porodu SC a prožívání období po porodu SC. Teoretickou část završím třetí kapitolou, v níž se budu zabývat psychickými následky, které se mohou objevit po porodu SC. Zařazuji sem podkapitolu o psychických stavech po porodu SC, blíže se zaměřuji na problematiku PTSD po porodu SC. Dále hovořím o vlivu porodu SC na sebepojetí ženy. Rovněž se věnuji vlivu porodu SC na utváření mateřského vztahu s novorozeným dítětem.

Cílem praktické části bude nahlédnout na žitou zkušenost tří žen, které porodily císařským řezem, a porozumět tomu, co prožívá žena při porodu SC, jaký to má vliv na její sebepojetí a jaký vztah má žena po SC ke svému dítěti.

# 1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

V následující kapitole definuji pojem císařský řez a lehce se dotknu souboru jevů, které obnáší. Záměrem této kapitoly je poskytnout čtenáři alespoň malý prostor ke získání konkrétnější představy, jakou zkušeností ženy indukované k SC musejí projít. Předpokládám, že pak může dojít k hlubšímu porozumění problematiky diskutovaného tématu.

## 1.1 Císařský řez z pohledu historie a současnosti

Císařský řez neboli sectio caesarea (dále jen „SC“) je porodnická operace, při níž je novorozenec chirurgicky extrahován z děložní dutiny cestou otevřené břišní stěny. Do té lékaři pronikají příčně nebo podélně. Po vybavení plodu (manuálně nebo vakuumextrakcí) se manuálně odloučí placenta, zkontroluje děložní dutina i stěna a poté se jednotlivé vrstvy sešijí. Celý zákrok obvykle netrvá déle než hodinu (Roztočil, 2008).

Výsledky dříve realizovaných SC bývaly špatné. Operace se prováděly v době, kdy nebyla známa asepse a rána na děloze se nešila. Mortalita matek dosahovala 50-90%. Nejčastěji umíraly buďto na vykrvácení nebo na puerperální sepsi (Zábranský, 1997). Roztočil píše, že vzhledem k podmínkám, ve kterých byl SC prováděný, i primitivnosti jeho provedení, je až s podivem, že vůbec nějaká žena takovou operaci přežila (Roztočil, 2008). Jako doslova převratný objev popisuje Zábranský odhalení výhod antiseptiky, asepse a poznání o nutnosti šití rány na děloze. Do té doby se předpokládalo, že se děloha uzavře spontánně následkem kontrakcí, a šití rány by proces hojení pouze rušilo (Zábranský, 1997).

Nicméně s rozvojem perinatální medicíny, novou technikou císařského řezu v dolním děložním segmentu, rozvojem anestezie, farmakoterapie (např. uterotonika), transfúzní služby, antibiotik aj. se z SC stává relativně bezpečná operace. Jeho frekvence neustále stoupá (Roztočil, 2008; Odent, 2016). Původně byl vykonáván pouze v případě nouze, ovšem během několika desítek let se z něj stal běžný způsob porodu – zkrátka jedna ze dvou cest, kterou dítě přichází na svět (Odent, 2016). I Holomáň pozoruje, že SC se v současné době považuje téměř za preventivní způsob, kterým se má předejít smrti matky či plodu (Holomáň, 2004). Přitom podle doporučení Světové zdravotnické organizace by země s nejnižší perinatální mortalitou měly mít méně než 10 % císařských řezů za rok. A údajně v žádné geografické lokalitě neexistuje důvod k výskytu císařských řezů nad 10-15 % (Safe of motherhood, 2016). Realita bývá ovšem odlišná.

Perinatologická péče v České republice se zakládá na systému diferencované, třístupňové regionální péče o těhotné ženy a jejich novorozence. Podle stupně závažnosti porodnické komplikace se dělí na: I. stupeň – základní, II. stupeň – intermediární, III. stupeň – intenzivní. Porodní sály Perinatologických center (III. stupeň) jsou koncipovány jako jednotky intenzivní porodnické péče, které řeší nejzávažnější porodnické komplikace v rámci centralizace (MZČR. *Věstník* 9/23, 2003). V těchto centrech lze pochopitelně očekávat vyšší míru císařských řezů. Nicméně i mezi Perinatologickými centry byly v roce 2013 až dvojnásobné rozdíly. Nejvyšší procento SC měl Ústav pro péči o matku a dítě Praha, činilo 40,6%, na druhém konci stojí Fakultní nemocnice Brno s 20,7%. Intermediárním centřům se dařilo lépe. Nejnižší míru SC lze spatřit v porodnici Na Bulovce Praha – 19,4% a naopak nejvyšší v Oblastní nemocnici Kolín 31,5%. Žádné z center, ať už Perinatologických nebo Intermediárních, nedosáhlo 10-15% SC za rok doporučených WHO (Pavlíková, 2016). Z celkového počtu SC je zhruba 30 % těchto operací výsledkem neindikované a nadměrné aktivity lékařů (Roztočil, 2012).

Podobnou míru císařských řezů můžeme spatřit například v USA – 26%, ovšem v soukromých nemocnicích ve velkých městech jako je São Paulo či Rio se rodí dokonce čtyři z pěti dětí císařským řezem – což je 80% všech dětí (Odent, 2016). Podle Americké gynekologicko-porodnické společnosti jsou přibližně 2,5 % porodů vedena císařským řezem na přání rodičky (Kalish aj., 2008).

Zajímavá zjištění přinesl výzkum uskutečněný v Londýně roku 1996. Z téměř 300 porodníků by si 17 % porodníků (mužů) a 31 % porodníků (žen) zvolilo plánovaný císařský řez namísto vaginálního porodu i v případě, že by se jednalo o nekomplikované těhotenství. Svá rozhodnutí zdůvodňovali především obavami z perineálního traumatu vedoucího ke stresové inkontinenci, porušení análního sfinkteru, dále obavami z dlouhodobého efektu vaginálního porodu na sexuální funkci a rovněž obavami o zdraví dítěte (Al-Mufti aj., 1996). Ovšem zcela opačné výsledky přinesl výzkum provedený mezi porodními asistentkami – 95 % dotázaných porodních asistentek by preferovalo vaginální porod (Dickson a Willett, 1999).

Z těchto výsledků lze usuzovat, že porodníci, kteří jsou častěji přítomni u komplikovaných porodů, mají z případného vlastního porodu větší obavy než porodní asistentky, které se častěji setkávají s porody nekomplikovanými. Navíc porodní asistentky jsou více než porodníci angažovány v péči o ženu po porodu a uvědomují si proto zřetelněji, že péče o dítě je pro matky po vaginálním porodu mnohem snazší než po SC (Aslam aj., 2003).

Odent si sám pro sebe i pro své čtenáře pokládá provokativní otázku, a to proč se nikdo neodvážá ve světle důkazů vyspělosti císařských řezů doporučovat SC jako běžný lékařský zákrok, který by měla podstoupit každá žena? Vždyť odborná veřejnost, jež stále hodnotí porodnické praktiky a umění porodních asistentek podle míry mateřské a novorozenecké morbidity a mortality, by mohla být spokojená (Odent, 2014)? Na jednu stranu poukazuje na fakt, že lze snadno pochopit s ohledem na historii porodnictví, proč byl porod po tisíce let hodnocen za úspěšný, když matka i dítě ve zdraví přežily. Problém však spatřuje v současném způsobu hodnocení porodů. Někteří odborníci, navzdory všemu technickému pokroku a vysoké úrovni perinatální medicíny u starého způsobu hodnocení porodů ustrnuli. Sám navrhuje, že nadešel čas, kdy je na místě rozšířit seznam měřítek, podle nichž by byla hodnocena i kvalita porodů (Odent, 2014).

Podobný názor zastává Mrowetz. Naší moderní společnosti vytýká, že není vůbec zvyklá chápat porod jako hluboký iniciační zážitek. Namísto toho se soustředíme pouze na medicínské, lékařské a technické aspekty porodu. Hlavním univerzálním zaklínadlem našeho porodnictví se stalo zdraví dítěte a rodičky. *„Zdraví je bezpochybně primární hodnotou, avšak redukovat porod na otázku přežití znamená popírat jeho hluboké psychické dopady na matku a dítě, potažmo celou rodinu a společnost“* (Mrowetz aj., 2011, s. 47).

Odent, Mrowetz aj. poukazují na nebezpečnou spirálu, do níž se hlouběji a hlouběji v současné době noříme. Říká se, že rodíme tak, jak žijeme a naopak žijeme tak, jak rodíme. I z této perspektivy bychom měli zvážit následky lehkovážného smýšlení a zacházení se SC. Mrowetz vysvětluje tento jev skrze svou teorii o kolektivním traumatu. Nebo poukazuje na souvztažnost: *„Pro zdravý a vyrovnaný vývoj dítěte je nezbytná zdravá a vyrovnaná matka... spokojenost dítěte má za následek štěstí matky“* (Mrowetz aj., 2011, s. 53). Pojmy „zdravá“ a „vyrovnaná“ lze ovšem statisticky těžko použít pro ženu po SC (břišní operaci), která má až sedmkrát vyšší riziko výskytu poporodní deprese, než žena po spontánním porodu (Odent, 2016).

Odent pro změnu nahlíží na císařský řez jako na potenciální evoluční mezník. V souvislosti s tím, jak přicházíme na svět, se zabývá mj. oxytocinovým systémem, jehož schopnost správného fungování (vlastní vyplavení oxytocinu) je oslabována rutinním podáváním syntetického oxytocinu (pitocinu) během porodů (Odent, 2016). V současnosti je téměř každá žena při porodu dítěte a placenty pod vlivem umělého oxytocinu. U plánovaného císařského řezu indikovaného před počátkem vlastních kontrakcí se běžně používá jako děložní tonikum, protože žena zatím přirozené hormony nevyklučuje. A u akutních císařských

řezů provedených v průběhu porodu byla většinou podávána infuze se syntetickým oxytocinem ještě dříve, než bylo o operaci rozhodnuto. Oxytocin je rovněž využíván při indukcích (uměle vyvolaném porodu), které dle výzkumů opět zvyšují riziko ukončení porodu císařským řezem (Odent, 2016; Goer, 2002). Oslabení oxytocinového systému může mít podle Odenta dalekosáhlé následky, poněvadž „... oxytocin se podílí na všech aspektech našeho reprodukčního a sexuálního života, v socializaci a na veškerých aspektech naší schopnosti milovat. K té patří i respekt k Matce Zemi“ (Odent, 2014, s. 14). Odent dochází k závěru, že výzkumy zabývající se dlouhodobými následky způsobu, jakým přicházíme na svět, jsou pravděpodobně považovány za politicky nekorektní. Za prvé těchto výzkumů není příliš mnoho a za druhé studiím, jež byly uskutečněny, se lékařská komunita vyhýbá, ačkoliv byly prezentovány v uznávaných lékařských a vědeckých časopisech. Lidské povaze vyčítá neschopnost myslet z dlouhodobého hlediska (Odent, 2016).

## 1.2 Indikace k císařskému řezu a jejich sociální kontext

Varovná čísla, upozorňující na každoroční nárůst podílu porodů císařským řezem, nutí mnohé porodníky k zamyšlení nad tím, co je vlastně příčinou nadužívání císařských řezů v tzv. vyspělém světě a co vede některé ženy k tomu, aby tuto variantu upřednostňovaly před vaginálním porodem.

Nad rizikovými faktory zvyšujícími pravděpodobnost porodu SC se zamýšlel Čepický. Udává, že literatura k tomuto tématu je nedostatečná. Co se týče akutního císařského řezu, dosud nebyly zjištěny žádné psychologické rizikové faktory. Nicméně v praxi lze pozorovat určité typy žen, př. lékařky nebo V.I.P. pacientky, jejichž porod končívá častěji CS než u jiných rodiček (Čepický a Líbalová, 2008). Jedná se tedy spíše o rizikový faktor sociální. Důvodem je údajný nátlak na porodníka, kdy se o výsledek jeho činnosti (zdárné provedení porodu a zdravé miminko) zajímá veřejnost, kolegové nebo příbuzní. Porodník postupuje stejně, používá stejné postupy jako u jiných pacientek, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Přesto se nad ním vznáší „balvan odpovědnosti“. Dochází tak k přehnané antepartální péči (lékař se obává neočekávané komplikace u plodu) a při sebemenší komplikaci v průběhu porodu častěji indikuje císařský řez (Hájek, 2000).

Odent je názoru, že vysoká míra indikace císařských řezů je zapříčiněna neporozuměním základním potřebám rodící ženy (př. stimulací neokortexu – řečí, hlukem, pachem, ostrými světly), fascinací vyspělými pokroky v medicíně, elektronickým monitorováním plodu, strachem ze soudních sporů, nedostatkem porodních asistentek,

změnou rolí asistentek, vysokou mírou indukovaných porodů, častým užíváním epidurálu aj. Běžně se říká, že by se měl porod „humanizovat“. Odent je nicméně v jistém smyslu raději pro „dehumanizaci“ – naší prioritou by mělo být, dle jeho slov, přiblížit porod nám jakožto savcům (Odent, 2016). Abychom vystoupili z bludného kruhu neustále se navyšujícího procenta SC, u diskutabilních indikací si osvojil strategii, kdy na prvním místě pro ženu v porodnici utváří podmínky, jež by naplnily její základní potřeby. Pokud porod postupuje snadno, pak je porod vaginální cestou možný. V opačném případě, nepostupuje-li snadno, provede císařský řez v průběhu porodu (Odent, 2016).

Jak uvádí Roztočil, mnozí porodníci považují navíc SC za „bezpečnější“ variantu z forezních důvodů. V porodnictví je obecně mnohem více žalob, než v jiných medicínských oborech (Roztočil, 2012). Poptávka žen po způsobu péče v nemocnici je častokrát až protichůdná. Některé ženy každý zásah do svého porodu považují za rušivý, až iatrogeně poškozující (poškození způsobené lékařským personálem). Jiné naopak využívají veškerou nabídku zdravotnické péče a intervence. V případě, že se jim péče, dle jejich mínění, nedostává, stěžují si na zanedbání. Zdravotníci často balancují v těžko představitelných situacích. Nastanou-li komplikace a po porodu se hledá, kde došlo k pochybení, lékař snáze zdůvodní, proč císařský řez provedl (např. u porodu koncem pánevním) a že komplikace byla neodvratná, než naopak (Čepický a Líbalová, 2008).

Studie zaměřující se na motivy žen pro volbu plánovaného císařského řezu dospívají k závěru, že rozhodnutí žen požádat o císařský řez bývá vedeno domněle racionálními důvody, jako je například prevence inkontinence, perineálního traumatu či narušení sexuální funkce, případně eliminace stresu dítěte, který by prožívalo při vaginálním porodu. Nebo je emocionálního rázu – strach z bolesti, ze ztráty kontroly, ze smrti, či strach z porodu na základě předcházející traumatické porodní zkušenosti (Tschudin aj., 2009). Jako nejvýznamnější prediktory pro přání rodit císařským řezem byly identifikovány předcházející císařský řez (elektivní i akutní), věk (císařský řez žádají starší rodičky), parita, lékařská diagnóza a negativní porodní zkušenost (Hildingsson, 2008; Tschudin, 2009; Wiklund aj., 2008).

Odent dělí indikace k císařskému řezu na dva druhy – absolutní (zdravotní hledisko) a diskutabilní. Absolutní indikace představují jen nepatrné procento všech porodů, ale budoucí matky by s nimi měly být obeznámeny. Patří sem prolaps pupečníku, placenta praevia, abrupce placenty, čelní poloha plodu, příčná poloha plodu, zástava srdce matky. Mezi diskutabilní indikace řadí jizvu na děloze (obvykle po předchozím SC), nepostupující porod,

cefalopelvická disproporce, tíseň plodu, myomy a cysty na vaječniku, předchozí poškození/ruptura análního svěrače, poloha koncem pánevním, porod dvojčat, HIV pozitivní ženy a herpes (Odent, 2016).

Lomíčková tvrdí, že v současnosti se nejčastěji uplatňují indikace jako hypoxie plodu, stav po předchozím císařském řezu, dystokie cervikokorporalis a konec pánevní (Lomíčková, 2009). K tomu Ratislavová dodává, že byl opakovaně popsán vliv osobnostních faktorů porodníka nebo organizačních faktorů porodnice na indikaci císařského řezu. Například procento CS stoupá ve večerních hodinách a klesá v časných ranních hodinách (Ratislavová, 2008).

V současnosti SC dělíme podle indikací na dva druhy, a to primární (plánovaný) a sekundární (akutní) císařský řez.

### 1.2.1 Primární (plánovaný) císařský řez

K primárnímu SC je žena indikována již během těhotenství, provádí se v termínu nebo dříve. Výhodou je, že se matka může prakticky i psychicky na SC lépe připravit, neboť má více času na přípravu. Lékař má povinnost ženu o všech postupech předem poučit. Na druhou stranu dlouhodobé očekávání takovéto události může být rovněž velmi stresující záležitostí.

Příprava přímo k zákroku začíná již od půlnoci před operací – ženy nesmí pít ani jíst. Některá pracoviště vybavují pacientky léky, které si musí večer před operací samy aplikovat, např. injekce nízkomolekulárního heparinu jako prevence trombózy. Ráno přijde žena do porodnice. Jako první se provádí monitorace děložní aktivity, pak je těhotná oholena a podstoupí klyzma. Následuje pohovor s anesteziologem. Ve většině případů mají ženy možnost zvolit si způsob anestezie. Při svodné anestezii (epidurální, spinální) je žena během operace při vědomí, zatímco u celkové anestezie nikoliv. Častěji si volí anestezii svodnou, aby se mohly těšit z prvních okamžiků narození svého dítěte. Dalším důvodem jsou poznatky o negativním vlivu celkové anestezie na plod (Zábranský, 1997).

Ženy s plánovaným SC hodnotí svůj porod podstatně lépe než ženy po SC akutní (Graham aj., 1999).

### 1.2.2 Sekundární (akutní) císařský řez

Provádí se po zahájení porodu (nástupu otevíracích kontrakcí), v případech náhlého zvýšení rizika při průběhu porodu vaginální cestou. Akutní SC lze provést pouze v I. době

porodní, kdy je dítě volně nad pánví. Jakmile hlavička vstoupí do pánve, zafixuje se v ní. V tomto případě by při SC hrozila vážná poranění matky a dítěte. Doporučeným postupem je pokračovat ve vaginálním porodu za použití kleští či vakuumextraktoru (Pařízek, 2006; Čech a kol., 2014).

Je-li za porodu vyslovena indikace k SC, svolá se operační tým, rodička je odvedena nebo odvezena na operační sál, kde se připraví k operaci (sestra zavede permanentní močový katetr, kanylu, podá antibiotika, léky proti zvracení a zaváže dolní končetiny). Následně se dezinfikuje kůže, zarouškuje operační pole, žena je uvedena do narkózy, provede se SC. Vše probíhá velmi rychle a často tak není prostor na řádné informování a edukaci pacientky a její rodiny (Pařízek, 2006; Čech a kol. 2014).

### 1.2.3 Komplikace spojené s císařským řezem

Oproti spontánnímu porodu je SC doprovázen až šestinásobně častějším výskytem komplikací (Čech a kol., 2014). Anesteziologické komplikace bývají poměrně vzácné, ovšem o to závažnější. Při celkové anestezii přichází v úvahu Mendelsonův syndrom (aspirace žaludečního obsahu s následnou hypoxií) a laryngospasmus, riziková je i neúspěšná intubace. Použití spinální nebo epidurální analgezie má svá úskalí, jako je postpunkční cefalea (bolest hlavy) a zvracení. Průnik anestetik do subarachnoidálního prostoru je velmi nebezpečný, mohou vzniknout vážné zdravotní stavy vyžadující resuscitaci a speciální péči (Čech a kol., 2014; Binder, 2008).

Dalším problémem může být masivní krvácení, které vede k hemoragickému šoku, popřípadě k rozvoji diseminované intravaskulární koagulace (DIC). Operatéri se mohou pro záchranu pacientky rozhodnout pro totální hysterektomii. Pro pacientku je při těchto stavech rozhodující rychlost a komplexnost poskytnuté péče. Například subfasciální hematom vzniká při nedostatečném ošetření přerušovaných cév přímých břišních svalů (Čech a kol., 2014).

Během operace se může vyskytnout i vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou, což je jedna z nejzávažnějších komplikací a je doprovázena vysokou mírou úmrtnosti. V pooperačním období je nebezpečná embolie tromboflebitidou (Binder, 2008).

Při komplikovaném nebo rychlém operačním postupu může být poškozen močový měchýř nebo klika tenkého střeva skalpelem. Dalším ohroženým orgánem jsou močovody a jejich poranění nebo podvázání při zástavě krvácení hluboko v pánvi. Šíření hematomu do oblasti parametrií a do adnex (vejcovody a vaječníky) může vyústit k nutnosti provést adnexetomii (Binder, 2008; Roztočil, 2008).



Dále je na místě zdůraznit vysoké riziko infekce, které patří mezi časté komplikace SC. Pokud zůstane zánět ohraničený na děloze, může se projevit jako pooperační endometrióza (Binder, 2008).

Vyskytují se i ojedinělé komplikace jako například poranění novorozence skalpelem při otevírání dutiny děložní na jeho naléhající části (hlava, konec pánevní). Zlomeniny dlouhých kostí a luxace patří k ojedinělým epizodám, které se spojují s vyvinutím poměrně velkého násilí při extrakci plodu (Binder, 2008).

Komplikace SC se mohou projevit až v dalším těhotenství. Jedná se především o vznik dystokické děložní kontrakce, patologie placenty, dehiscence a ruptury děložní jizvy (Roztočil, 2008).

## **2 PSYCHICKÉ ASPEKTY PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM**

Každá z rodiček je individuální bytostí, mající své osobnostní charakteristické vlastnosti, styly, strategie, techniky atd. umožňující zvládnání těžkostí (Křivohlavý, 2001). Je tedy běžné, že i v rámci jedné a téže indikace k SC, např. z důvodu nepostupujícího porodu, se pocity matek diametrálně odlišují. Pro některé ženy může představovat konec jejich snu, zklamání nebo známku nedostatečnosti. Druhé jej vnímají jako záchrannou operaci, za kterou jsou vděčné. Odent dále uvádí případy žen, jež se nemohly zbavit pocitu, jako by „podváděly“, když porodily císařským řezem. Obzvlášť tyto ženy, dle Odentových slov, při svém následujícím porodu udělají vše pro to, aby porodily vaginální cestou. Často popisují, že teprve po druhém těhotenství, kdy se jim podařilo porodit vaginálně po SC, se cítí být konečně „celistvé“, „normální“, „posílené“ a „uzdravené“ (Odent, 2016, s. 107).

Prožívání a průběh porodu jsou taktéž v určité míře závislé na kulturních vlivech (Ratislavová, 2008). Marocké ženy se kupříkladu nepovažují za opravdové ženy, pokud neprodily vaginálně. Zatímco brazilské matky žijí v rámci kultury, kde je porod císařským řezem považován za symbol společenského postavení (Odent, 2016).

### **2.1 Prožívání porodu císařským řezem**

U plánovaného císařského řezu je podle Čepického předoperační úzkost srovnatelná s jinými operacemi. Říká, že lékaři všeobecně úzkost před plánovanou operací podceňují. Přitom vyšší úzkost koreluje s pomalejším pooperačním uzdravováním. Pozitivní vliv na snížení úzkosti má kvalitní informovanost a edukace od lékařského personálu, a to nejen od

porodníka, ale i anesteziologa, poněvadž významný strach bývá spojen právě s aplikací epidurální anestezie (Čepický a Líbalová, 2008). Méně negativních pocitů zaznamenáváme tam, kde byl porod veden v epidurální anestezii (nikoliv v celkové) a u porodu byl přítomen partner. Pozitivní vliv má taktéž umožnění ženě spolurozhodovat s odborníky o svém stavu a operaci (Čepický a Líbalová, 2008). Například přítomnost partnera nebo blízké osoby u porodu SC nebývá často v České republice umožňována, i když si to rodiče výslovně přejí. Zdravotnický personál tuto potřebu rodičky a jejích blízkých s nepochopením bagatelizuje.

Rozhodne-li se o provedení akutního SC během porodu, většina žen podle výzkumu prožívá při této zprávě smutek, zklamání a strach. Vzápětí po té, co je tato varianta porodu zcela potvrzena, pociťují většinou naopak úlevu. Mají za to, že je jejich problém vyřešen a že budou mít porod brzy za sebou. Zanedlouho však sílí na intenzitě pocity strachu z operace, strachu o sebe a o zdraví nenarozeného dítěte. Ženy zavalí pocity osobního selhání a viny za nesplněná sociální očekávání (Ryding aj., 1998; Čepický a Líbalová, 2008). „*Vzpomínám si, jak jsem se ptala manžela, jestli mu to nebude vadit*“ (Víchová, 2016, s. 57). Porod ukončený akutním SC po dlouhých bolestivých kontrakcích bývá vnímán jako „*dlouhý, pomalý, špatný, krutý, nemilosrdný, smutný*“ (Čepický a Líbalová, 2008, s. 81).

Dle Čepického potřebuje žena alespoň 2 hodiny na psychickou přípravu, byl-li jí indikován akutní SC. Tento čas bohužel nebývá běžně ženám k dispozici vzhledem k akutnosti indukované operace. Apeluje však na zdravotnický personál, že by několikahodinový interval mezi rozhodnutím a provedením operace měl být ženám poskytnut, jakmile jej zdravotní stav dovolí (Čepický a Líbalová, 2008).

Akutní SC prožívají výrazně hůře ženy, které vykazují silný strach z porodu a rovněž ženy úzkostné (Wijma aj., 2002).

## 2.2 Prožívání období po porodu císařským řezem

Podstatným momentem toho, jak se ženy bezprostředně po porodu SC cítí, je možnost kontaktu s dítětem. Ženy, které viděly své dítě hned po porodu SC, vnímají porod pozitivněji (Ryding aj., 1998). Pravděpodobně z tohoto i dalších důvodů (viz kapitola 1.2.1.) hodnotí svůj porod podstatně lépe ženy po plánovaném SC v epidurální anestezii v porovnání se ženami po akutním SC v celkové anestezii (Graham aj., 1999).

Ženy bezprostředně po akutním SC mívají pocity smíšené. Některé pociťují zlost a vztek, a to především tehdy, pokud se domnívají, že s nimi personál nezacházel dobře (Ryding aj., 1998). Čepický a Líbalová udávají, že po akutním SC jsou u žen (v 80 %) běžné

pocity hněvu na zdravotnický personál, který tento vývoj porodu údajně zavinil. Asi čtvrtina žen obviňuje sama sebe. Ženy trápí pocity osobního selhání a viny za nesplněná sociální očekávání (Čepický a Líbalová, 2008). „*Zvuky z porodního sálu byly občas děsivé, ale já těm ženám přesto záviděla. Zvlášť když jsem je pak slyšela, jak si o porodu povídají a jak jsou na sebe pyšné, že to zvládly. Mně se na moje pocity nikdo neptal... Manžel mě hladil, ale neřekl nic ve smyslu "blahopřeju" nebo "jsi dobrá, žes to zvládla". Řekl jen, ještě že to dopadlo takhle, aspoň jste oba zdraví. Připadala jsem si jako po totálním selhání*“ (Labusová, 2016). Tato tvrzení dále potvrzují studie uskutečněné v roce 2001. Představují akutní SC jako jeden z nejsilnějších prediktorů nespokojenosti s porodním zážitkem. U žen po akutním SC zaznamenávají menší spokojenost s péčí v porodnici v porovnání se ženami po porodu vaginálním, vaginálním s komplikacemi nebo plánovaným SC (Saisto aj., 2001).

Všeobecně po porodu SC Čepický a Líbalová evidují vyšší přítomnost různých psychosomatických problémů, které mohou přetrvávat až rok. Byl popsán vysoký výskyt poruch spánku. Čepický s Líbalovou zde vidí jako důležitou prevenci dostatečnou pooperační analgezií. Zmiňují výzkum, který zjistil nedostatečnou analgezií až u 78 % žen. Z psychologického hlediska mohou u žen přetrvávat pocity viny. Matky se často vnímají jako pomalé a málo výkonné (Čepický a Líbalová, 2008).

Goer taktéž poukazuje na skutečnost, že ženy, porodivší císařským řezem, začínají své mateřství v psychologicky velmi nevýhodné situaci. Musejí se samy zotavovat po náročné operaci, a současně se snaží pečovat o své právě narozené dítě. Do toho se často potýkají se spoustou negativních pocitů, které souvisejí jak se samotným prožitkem SC, tak s faktem, že k tomu, aby se jim mohlo narodit dítě, bylo takové operace vůbec zapotřebí. S negativními pocity se snaží nějakým způsobem vypořádat nebo je v sobě potlačují. Kromě přirozených pocitů (zklamání, hněvu, frustrace nebo smutku nad ztrátou očekávaného zážitku z narození dítěte) si některé ženy navíc připadají operací znetvořené (Goer, 2002).

Labusová zmiňuje výzkum provedený na Kalifornské univerzitě, který prokázal, že ženy vnímající svůj porod SC jako stresovou až traumatickou zkušenost potřebují projít k překonání traumatu obdobnými fázemi jako při tzv. procesu truchlení. Tento proces dělí do několika fází (Labusová, 2016):

**1. První hodiny po operaci** - žena se probouzí a vzpomíná na operaci, dosud omámená působením medikamentů a vyčerpaná bolestí. Cítí úlevu, že ona i dítě jsou v pořádku a hlubší souvislosti prozatím nevnímá. Psychologové hovoří o "mentální pauze".

2. **První dny po operaci** - s postupným nabýváním sil a zotavováním z neobvyklého pooperačního stavu ženě pozvolna dochází zklamání z operativního porodu. Jedná se o období vyznačující se tzv. baby-blues, přechodnou poporodní depresí související s poklesem porodních hormonů, a to i u rodiček s vaginálním porodem. Některé ženy po SC tuto depresi mohou paradoxně překonávat pro danou chvíli lépe, neboť je jejich mysl a pozornost plně zaměstnávána zvládnutím normálního fungování v rámci péče o svou fyzickou schránku (cvičení, kdy se znovu učí sedat, zvedat z postele, pečovat o poporodní ránu aj.) a kojení.

3. **Zpracovávání prožité zkušenosti** - probíhá obvykle v době od propuštění z porodnice do šestého až osmého týdne od SC. Šestinedělí je náročným obdobím i pro ženy po vaginálním porodu, natož pro ženy po SC, které musí zvládnout více, než kolik se toho obvykle požaduje po pacientech po jiné velké břišní operaci. Poprvé se u žen objevuje otázka, zda bylo provedení SC opravdu nutné. Ženy se s touto situací vyrovnávají různými způsoby. Některé své pochybnosti potlačí, jiné mají potřebu si o svých pocitech promluvit a postupně se v nich pokoušejí zorientovat.

4. **Vyrovnání se se situací** - čím více času od SC uběhne a jak dítě roste a mateřství nabývá nových podob, tím více bývají ženy schopné jej posuzovat s odstupem a nadhledem. Postupně dochází k „vnitřnímu smíření“.

### 3 PSYCHICKÉ NÁSLEDKY PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

Na poli porodnictví stále dominuje karteziánský způsob myšlení. Mnoho autorit již řadu let na tento přístup poukazuje a žádá, aby se seznam měřítek „úspěšného porodu“ neredukoval pouze na procentuální hodnocení míry mateřské a novorozenecké morbidit a mortality (viz kapitola 1.1). Současná společnost a především ženy – rodičky, kterých se to především týká, požadují holistický přístup, jež bere v úvahu hodnocení také kvality porodního zážitku, a to z bio-psycho-socio-spirituálního hlediska. V praxi však bývají prožitky žen z porodů stále bagatelizovány se slovy, že se jedná pouze o jeden okamžik, který je zapotřebí „holt přežít“. Pro řadu lidí z toho vyplývá, že je zbytečné lpět na kvalitě prožitků z porodu, a reakce matek považují za přehnané.

Těhotenství a porod jsou však velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. Porod v životě ženy bývá hraničním zážitkem. Z ženy se stává matka, na níž je po určitou dobu zcela závislý nový lidský jedinec. Osobně se během a po porodu pohybuje na hranicích vlastních sil, a to fyzických i psychických, střetává se svou smrtelností. Prožitky období těhotenství a porodu se dotýkají z mnoha stránek sebepojetí žen. Vývoj psychických změn a reakcí ženy je

podmíněn především osobností ženy, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním, ekonomickém zázemí, momentálním životním prostředí apod. Žena se učí a přivyká nové životní roli (vývoj mateřské identity), mění se staré modely chování, reorganizuje, doplňuje nové typy chování. Mohou vzniknout pocity zmatku, úzkosti, ztracenosti, nostalgie po starém způsobu života, obavy spojené s pocitem oběti vzhledem k aktuální ekonomické závislosti na partnerovi. Mohou se oživit i starší psychické konflikty či frustrace (týkající se např. vztahu s vlastní matkou). Těhotné a rodící ženy bývají velmi vnímavé a senzitivní (Ratislavová, 2008). Ratislavová uvádí, že negativní pocity jsou dokonce daleko častější než ty pozitivní (90 % žen). V oblasti emočního prožívání dochází k celé řadě výkyvů, rozporuplných pocitů. Štěstí, očekávání, naděje, důvěra a vděčnost na jedné straně a strach, obavy, nejistota, pochybnost a nedůvěra na straně druhé. Objevují se změny nálad od euforie po deprese, přehnané emoční reagování, hyperkritičnost, podrážděnost (Ratislavová, 2008).

*„Těhotenství a porod jako zdárně vyřešená vývojová krize vytváří v osobnosti ženy nový potenciál a vede k osobnostnímu růstu“* (Ratislavová, 2008, s. 17). A právě v tomto směru mohou být zdravotnický personál a soukromé porodní asistentky klíčovými osobami, které svými postoji přispějí k tomu, zda pro ženu bude porod posilujícím nebo traumatickým zážitkem. Způsob, jakým porod proběhne, se promítá do pozdějšího vztahu matky a dítěte a do vztahu ženy k sobě samotné (Mrowetz aj., 2011).

Vzhledem ke všem výše uvedeným poznatkům je na místě uvažovat o porodu SC jako o možném rizikovém faktoru mnoha změn v sebepojetí ženy, jež mohou čerstvou matku uvést v nejistotu a vystavit dalším negativním emočním prožitkům. Mohou vést ke komplikacím poporodní adaptace a péče o dítě. Tuto skutečnost osobně shledávám jako často podceňované téma.

Následující podkapitola přibližuje poporodní psychické stavy, jež se u žen po SC objevují. Dále uvedu definici sebepojetí, krátce rozeberu problematiku změn sebepojetí a vyrovnávání se nimi. Nato naváže podkapitolou s tématem – vztah ženy po SC ke svému dítěti. Všechny tyto aspekty se vzájemně prolínají a nelze je jednoduše od sebe odtrhnout. Jako další následky porodu SC bývají uváděny sekundární tokofobie (strach z porodu), vyhýbání se sexu a otěhotnění, těžkosti ve vztahu s významnými blízkými, rozvoj nasedajících psychických onemocnění – závislosti na návykových látkách aj. (Čepický a Líbalová, 2008). Vzhledem k omezené kapacitě bakalářské práce není možné se podrobně věnovat všem uvedeným následkům porodu SC.

### 3.1 Psychické stavy po porodu SC

Prožitky žen bývají okolím opakovaně ignorovány nebo bagatelizovány. Existuje všeobecné povědomí o tom, že vážné operace mají pro pacienty nepříznivé psychické následky. Společnost však jakoby císařský řez nepočítala mezi operace. Goer poukazuje na stížnosti žen po SC, které uváděly, že zdravotnický personál, a v důsledku toho i jejich vlastní rodiny, se vesměs chovali, jako kdyby při SC v podstatě o nic nešlo. Dle jejich slov manželé, příbuzní a přátelé očekávají, že se s císařským řezem vyrovnají fyzicky i emocionálně daleko dříve, než toho ve skutečnosti byly schopny. Při svém úsilí zotavit se z operace a zároveň pečovat o miminko si často připadaly jako špatné a neschopné. Jakýkoliv jejich pokus o to, dát průchod svým negativním pocitům, byl pokaždé odbýván větami – je přeci hlavní, že je dítě zdravé. Ženy se cítí provinile, poněvadž pociťují něco jiného než jenom radostný vděk za narození dítěte (Goer, 2002). O podobných zkušenostech u žen po SC hovoří i Mrowetz „*Ženy s posttraumatem se stydí, mohou dlouho trpět stereotypními představami, o tom, že porod dítěte musí být radostná událost, a ony jsou divné, neboť radost necítí*“ (Mrowetz aj., 2011, s. 19).

Řada autorů se shoduje, že ženy po SC jsou více ohrožené například závažnějšími stupni poporodního blues (Čepický a Líbalová, 2008), depresemi, které se mohou projevit silnou fixací na dítě, obavou o jeho zdraví a život, velikou únavou, podrážděností a úzkostí. Většinou tento stav do několika měsíců odezní. Někdy k němu bývá přihlíženo jako k normálnímu projevu únavy a je přehlédnut. Australská studie uvádí až sedmkrát vyšší riziko vzniku poporodní deprese u ženy po akutním SC (Goer, 2002; Ratislavová, 2008; Vodáčková a kol., 2007).

E. Ryding aj. ve svém výzkumu zaznamenali, že většina žen prožívá akutní SC jako psychické trauma. Z jejich výzkumného souboru (25 žen) trpěla zhruba polovina žen po akutním SC dva měsíce po porodu různými formami posttraumatické stresové reakce. Ta se projevuje nočními děsy, intenzivními záblesky vzpomínek na traumatické zážitky (flashbacks), nepřekonatelným strachem z dalšího otěhotnění (Goer, 2002; Ryding aj., 1998). Žádná z nich ovšem nesplňovala všechna kritéria posttraumatické stresové poruchy – PTSD (Ryding aj., 1998). Každopádně skutečnost, že neplánovaný SC bývá asociován s výskytem PTSD, potvrdila i studie s rozsáhlým výzkumným souborem (Stramrood aj., 2011). Více o PTSD viz podkapitola 3.1.1.

Ženy po SC taktéž spadají do rizikové skupiny, u níž by mohlo dojít k rozvoji psychotického onemocnění, tzv. poporodní psychózy (Ratislavová, 2008), dříve nazývané

laktační psychóza, ačkoliv s laktací nemá žádnou přímou souvislost (Fait, 2006). Kojení není primárně kontraindikováno, neboť preventivní zástava laktace může mít negativní vliv na psychiku ženy. Ovšem v praxi k zástavě laktace často dochází, a to z organizačních důvodů nebo pro přestup léků do mléka (Fait, 2006). Jedná se o nejzávažnější psychiatrickou komplikaci v šestinedělí, jejíž výskyt je poměrně vzácný 0,1 – 0,2 %. Klinické projevy nejsou jednotné. V prvních dvou dnech po porodu nevznikají vůbec, 3. – 4. den se u většiny žen objevuje psychická labilita. Mezi první příznaky tohoto onemocnění patří neklid, podrážděnost, spánkové poruchy, uzavřenost nebo naopak nadměrná aktivita a euforie. Ovšem velmi rychle se rozvinou závažnější příznaky jako dezorientace, bludy, halucinace, výpadky paměti, ztráta kontaktu se skutečností a také možnost agresivního chování matky vůči sobě nebo okolí. Halucinace mohou být zrakové, čichové, sluchové i hmatové a ženu neustále rozptylují (Fait, 2006; Seifertová a Mohr, 2009). Jedná se o onemocnění, při kterém může matka ohrožovat na životě sama sebe i své dítě (Vodáčková a kol., 2007).

### 3.1.1 PTSD po porodu císařským řezem

PTSD ženy postihuje nejčastěji po medicínsky vedených, programovaných porodech, kdy jsou rutinně použity medicínské zásahy (Mrowetz aj., 2011). Vysvětlení je podle Mrowetz jednoduché. Za negativními prožitky žen stojí ztráta kontroly nad prožívanou situací. Ženy bývají ve velkém stresu, který nejednou končí traumatem. Nejedná se pouze o případy žen, které se těšily na normální porod, jenž nakonec skončil SC. Velmi často ztrácejí kontrolu i takové, jež předem plánovaly родit medicínsky. Nejvyšší míra stresu po porodu vyplývá ze separace od narozeného dítěte a ze ztráty kontroly nad dítětem. K čemuž nejčastěji dochází právě po komplikovaných porodech, jako je SC. Mrowetz kromě toho vysvětluje, že děti rodíme většinou proto, že se na ně těšíme a chceme se o ně starat. Pokud s nimi po porodu jako matky nejsme, cítíme zklamání, a to na hluboce biologické a psychologické úrovni (cit. dle Labusová, 2016).

Čepický považuje posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD) po SC za „závažný, podceňovaný a poddiagnostikovaný stav, který je reakcí na nadhraniční stres (Čepický a Líbalová, 2008, s. 81).

V našich podmínkách ještě nikdo výzkum na četnost PTSD po porodu SC neuskutečnil, uvádí Mrowetz, nicméně zmiňuje různé německé a anglické výzkumy, které zaznamenaly výskyt PTSD u 6 – 30 % matek. Německé a anglické porodnictví je ovšem

známé svým přátelštějším přístupem k potřebám matek a dětí, tudíž lze očekávat, že v ČR může být traumatizovaných žen mnohem více (cit. dle Labusová, 2016).

Jako centrální problém charakteristický pro PTSD vidí Mrowetz prožitek katastrofického zážitku s těmito atributy (Mrowetz, 2013):

- ztráta kontroly nad porodem
- ztráta kontroly nad narozeným dítětem (separace dítěte od matky)
- přivázání nohou k lůžku, zamezování pohybu
- patologické způsoby agresivního nebo pasivně-agresivního jednání zdravotníků a manipulace verbální i nonverbální
- nejasné a jednostranné informace o možných rizicích SC
- fyzický kontakt se zdravotníky, čichové vjemy intimních pachů či zápachu cigaret
- poranění dítěte u porodu – zlomenina klíční kosti, jizvy na dítěti po SC a další fyzická traumata dítěte
- nešetrný a zraňující první kontakt s dítětem tzn. „přiložení“, narušení tělesné integrity střídáním se zdravotnic „na prsu ženy“, destrukce procesu samopřisátí dítěte k prsu
- absence laktace po traumatických prožitcích
- ztráta podpory doprovázející osoby

Ukazuje se, že podstatným činitelem rozvoje PTSD je přítom interakce ženy a zdravotníků. Rozhodující je opora, kterou zdravotníci ženě poskytují, empatie, respekt a možnost mít kontrolu nad tím, co se s ní v průběhu porodu děje. Ženy, které samy nemají zkušenost s bezpečnou rodičovskou péčí, jsou při porodu zranitelnější a častěji hodnotí oporu zdravotníků jako nedostatečnou, čímž stoupá riziko PTSD. Výsledky studií navíc ukazují vysokou míru prevalence psychiatrických příznaků u žen po narození dítěte a předpokládají, že kromě samotného zážitku z porodu jsou to především náchylnost nebo predispoziční minulost, které činí rozvoj psychiatrických příznaků více pravděpodobnými (Mrowetz, 2013).

Úkony spojené s institucionalizací porodu mají podle Mrowetz zásadní podíl na výsledném traumatickém prožitku žen z porodu. Institucionalizace porodu přinesla historická pozitiva, jako je minimalizace novorozenecké a mateřské mortality. Na druhou stranu má ale i svá negativní úskalí v podobě potlačení individuality jedince, odklonu od vývojové psychologické problematiky porodu, vytržení porodu z rodinné dynamiky, izolace porodu v ústavu, nárůstu PTSD z důvodů ztráty kontroly (nevyžádané intervence) a prožití katastrofické události, potlačování truchlení při izolaci a absenci loučení se s mrtvými dětmi.



Ve své praxi diagnostikuje Mrowetz PTSD na základě Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). U klientek pozoruje charakteristické rysy, jako je pocit prožití katastrofické události, znovuprožívání, vyhýbání se (místu prožité události, situacím s ní spojených nebo podobných, samotnému porodnímu procesu) a iritabilita (Mrowetz, 2013). Dále jako charakteristické symptomy projevů PTSD udává (Mrowetz, 2013):

- vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události („zpětné záblesky“ čili „flashbacky“).
- mnohdy traumaticky „rodí“ své děti několikrát za den ve stereotypních rozhovorech s ostatními ženami či se svěřují donekonečna na internetových fórech, kde se bez možnosti adekvátní zpětné vazby nadále retraumatizují.
- v noci se matkám opakují noční můry a děsy, ulpívají na pozitivním zážitku „přežití“ katastrofy porodu „hlavně, že jsme to přežili a jsme zdraví“.
- častý pláč a pláč jako doprovodný projev svěřování se s porodním zážitkem (nejen během psychotherapeutického procesu).
- v příbězích klientek lze identifikovat deprese, žal, zpřetrhání citových vazeb, vina, nereálná očekávání, narušený spánek, strach, neschopnost adekvátní důvěry sobě, dítěti, partnerovi, rodině a zdravotníkům.

Práce s poporodním traumatem v oblasti psychoterapie je podle slov Mrowetz minimálně odborně zdokumentována. Při práci se svými klientkami po traumaticky prožitém porodu používá vzorec podobný práci s oběťmi násilných sexuálních trestných činů: ventilace, uchopení a identifikace problémů, odčinění, uvolnění, kontrola nad situací, integrace do osobní historie podle A treatment manual (Mrowetz, 2013).

### 3.2 Sebepojetí ženy po císařském řezu

Sebepojetí je definováno jako „*souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“ (Blatný a Plháková, 2003, s. 92). Jasný, vnitřně soudržný a stálý obraz o sobě samém a o světě je provázen pocitem jistoty, zatímco změna v sebepojetí znamená vždy alespoň dočasnou ztrátu jistoty v orientaci. Nejistota v osobně závažných věcech vyvolává úzkost, čili nepříjemný citový stav, motivující člověka k jeho odstranění, v tomto případě obnovením jistoty a bezpečí (Balcar, 1991).

V nejširším slova smyslu se jedná o schopnost jedince percepcie (vnímání) sebe samého. Tyto percepcie jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím. Jedná se tedy o sociální učení v procesu interakce osoba – svět. Naše sebehodnotící kritéria a výsledný

emoční vztah k sobě jsou významně posilovány z prostředí, zvláště od významných druhých (Blatný a Plháková, 2003). Z těchto důvodů by měl zdravotnický personál, jakožto významná autorita, být kvalitně vzděláván v empatické a respektující komunikaci.

Jednotlivé reprezentace (představitele) Já lze utřídit na základě dvou kognitivních dimenzí, jimiž jsou oblasti Já a perspektiva pohledu na Já. Základními třemi oblastmi Já jsou aktuální, ideální a požadované Já. Aktuální Já je reprezentací atributů, o nichž se člověk domnívá, že je má. Ideální Já reprezentuje atributy, které by člověk rád měl v ideálním případě (naděje, aspirace, přání). Požadované Já je reprezentací atributů, o nichž se člověk domnívá, že by je měl mít (pocit úkolů, povinností a odpovědností). Aktuální Já odpovídá dle Higgins tradičnímu pojmu sebepojetí, zatímco ideální a požadované Já představují životní standardy, tzv. osobní vodítka (např. kojit své dítě). Tato vodítka plní motivační funkci. Lidé usilují o to, aby své standardy plnili, čili jsou motivováni dosáhnout stavu, kdy jejich sebepojetí odpovídá jejich osobně důležitým standardům (Blatný a kol., 2010).

Emoční a motivační konsekvence Higgins diferencuje podle typu diskrepancí. To umožňuje rozlišit negativní emoční stavy související s jednotlivými diskrepancemi, souhrnně označované jako negativní sebepojetí (Blatný a kol., 2010):

- **Diskrepance mezi vlastním aktuálním Já a osobně formulovaným ideálním Já** – vede k absenci pozitivních závěrů o sobě a je spojena s náchylností k depresivně laděným emocím (nespokojenost, zklamání). Z hlediska motivace souvisí tato diskrepance se stavem frustrace.
- **Diskrepance mezi vlastním aktuálním Já a ideálním Já z pohledu významného druhého** – je opět spojena s depresivně laděnými emocemi (stud, rozpaky, sklíčenost), její motivační podstata souvisí s obavou ze ztráty lásky a úcty druhé osoby.
- **Diskrepance mezi vlastním aktuálním Já a osobně formulovaným požadovaným Já** – vede k negativní závěrům o sobě a je spojena s náchylností ke stavům agitovanosti (pocity viny, opovržení sebou, stísněnost). Motivační podstata souvisí s pocitem morální nedostatečnosti.
- **Diskrepance mezi vlastním aktuálním Já a požadovaným Já z pohledu významného druhého** – je opět spojena s náchylností ke stavům agitovanosti (pocity úzkosti, ohrožení). Z hlediska motivace souvisí s obavou z trestu.

Sebehodnocení, opírající se o výše zmíněné osobní standardy, je závislé na tom, jak lidé vnímají determinanty svého chování. Lidé bývají např. sebekritičtí v případě, pokud se

cítí zodpovědní za špatné výkony. Ovšem nikoliv tehdy, vnímají-li neuspokojivé výkony jako následek neobvyklých okolností, nepostačujících schopností nebo nerealistických požadavků (Blatný a kol., 2010).

Z pohledu teoretických poznatků je známo, že nedostatečně vytvořené sebepoznání nebo skutečnosti nedostatečně přizpůsobené sebepojetí vede k nerealistickým záměrům, nepřiměřeným činům a neúspěchům (Balcar, 1991). Hogenová říká, že právě sebenalézání je největším problémem člověka v postmoderní době, neboť neumíme žít z vlastního pramene. Ztratili jsme se sami sobě v houštině poznatků, které množí každá věda závratnou rychlostí. Za příčinu pokládá naši neschopnost snést pochybnost a ztrátu své jistoty (Hogenová, 2006). Kovaříková zde shledává jako narůstající rizikovou skupinu ženy, které se silně upínají k představě přirozeného porodu. Někdy se jedná o jakýsi ideál – na dobrý výkon je vázáno sebepojetí ženy jako dobré matky ve smyslu "nezvládla jsem přirozeně porodit, neobstojím ani jako matka". Společným jmenovatelem obtíží žen následně bývají pocity zklamání a selhání. Čím větší bylo očekávání normálního porodu, tím hůře přijetí reality probíhá (cit. dle Labusová, 2016).

Obdobně i příliš rychlé a rozsáhlé změny v sebepojetí, k nimž patří i náhlý a neočekávaný akutní SC, mohou vést k selhání. Příliš citlivá odezva na událost brání plánování do budoucna a sledování osobních cílů, což znemožňuje jejich dosahování (Balcar, 1991).

Dočasné nepřijetí nové, rozporné zkušenosti může být v zásadě prospěšným stabilizujícím opatřením, které chrání sebepojetí v jeho úloze setrvačnicku osobnosti. Příliš silná nebo slabá psychologická obrana proti takové informaci by pro osobnost byla rizikem (Balcar, 1991).

Psychologická obrana sebepojetí proti úzkosti je různého druhu. Nepřizpůsobivost přechodným a nepodstatným změnám zajišťují mechanismy vyrovnávání. Pomáhají jedinci uchovat netečnost vůči prožívaným zkušenostem, jež by ho mohly zbavit sebejistoty. Označují se také jako „obranu sebepojetí“ či „obranu proti úzkosti“. Základem je zkreslení vnímané skutečnosti, aby nedocházelo k vyvolávání úzkosti. Tu způsobují ohrožující rozpornosti mezi ustaveným sebepojetím a dílčími motivy jedince. Takové vjemy mohou přicházet z vnějšku, např. sdělení lékaře o tom, že je život ženy i dítěte ohrožen, musí provést akutní SC, anebo z nitra osobnosti ženy, např. rozporuplná přání (Balcar, 1991).

### 3.3 Vztah ženy k dítěti narozenému císařským řezem

Mezi významné psychické aspekty porodu SC jsem zařadila také problematiku vztahu ženy k dítěti, neboť utváření vztahu je ovlivňováno způsobem porodu. U žen po SC se vyskytuje vyšší pravděpodobnost poporodních psychických a fyzických obtíží (deprese, PTSD, delší a bolestivější rekonvalescence aj.). Tyto poporodní stavy mají bezpochyby vliv na vztah matky k dítěti. Navíc v řadě porodnic stále dochází k separaci matky a dítěte po porodu SC, čímž je narušována citová vazba matka-dítě v senzitivní periodě. Dochází ke komplikacím se spuštěním laktace a zahájením kojení apod.

Ženy, které porodily císařským řezem, jsou obecně více orientovány na sebe. Častěji je trápí pochyby o svých schopnostech pečovat o dítě, mají negativnější vzpomínky na porod a negativněji vnímají sebe i dítě (Čepický a Líbalová, 2008). Kovaříková popisuje, že některé matky vnímají své dítě jako „poznamenané“ císařským řezem, a to po fyzické i psychické stránce. Tento přístup k dítěti v nich opakovaně vyvolává pocity viny a pochybnosti o svých mateřských kompetencích (Kovaříková, 2015).

O problémech v oblasti citové vazby mezi matkou a dítětem svědčí mnohé případové studie. Dítě může být pro ženu po SC v podstatě ztělesněnou živoucí připomínkou prožitého traumatu. Některé ženy (v souladu s kritérii PTSD) se ve snaze vyhnout znovuprožívání traumatu mohou paradoxně vyhýbat i samotnému dítěti. Netřeba dodávat, že hrozí riziko narušení citové vazby (Ballard aj., 1995; Bailham a Joseph, 2003). Taktéž Fenech a Thomson popisují pocity neschopnosti žen po traumatickém porodu navázat citové pouto se svým dítětem a pocity odcizení od dítěte (Fenech a Thomson, 2014).

Opačným fenoménem je hyperprotektivita matek k dítěti pramenící z potřeb žen napravit chybu. Takové matky mohou být posedlé dokonalostí v mateřství. Kojení v tomto případě funguje jako prostředek smazání domnělé viny (cesta k odpuštění). Pokud však z nějakého důvodu není kojení možné, často se u ženy pocit viny ještě zvýrazní (Fenech a Thomson, 2014). V souladu s řečeným, další výzkumy potvrzují, že pozitivní zkušenost s kojením může pomoci rozvinout silnější pouto mezi matkou a dítětem, zatímco negativní zkušenost s kojením mohou u žen stres v poporodním období ještě umocnit (Ayers aj., 2008). Na druhou stranu jsou i ženy, které se po traumatickém porodu rozhodnou z důvodu „emocionální rovnováhy“ dítě nekojit vůbec (Fenech a Thomson, 2014).

V současné době nedisponujeme dostatečným množstvím empirických studií týkajících se PTSD po porodu a mateřského chování, avšak podle Bailham a Joseph bychom mohli do jisté míry očekávat podobné charakteristiky rodičovského chování jako u žen s

poporodní depresi, která byla podrobena podstatně většímu počtu výzkumů (Bailham a Joseph, 2003). Podle výzkumů ženy trpící poporodní depresí jsou ve vztahu ke svému dítěti méně citlivé a méně emočně angažované. Vykazují s ním méně synchronizace a komunikace s dítětem je pro ně obtížnější. Lze předpokládat, že podobný vzorec se objeví i u matek s PTSD. Největší potíže s rodičovstvím mohou mít nicméně ženy, u kterých je přítomno celkové „znecitlivění“. Ty se mohou pojit s nízkou mírou citlivosti vůči chování dítěte a v jejím důsledku i s nedostatkem komunikace a obtížnou interakcí ze strany matky. Další příznak PTSD, kterým je zvýšená dráždivost, může vést k větší kritičnosti a úzkostnosti vůči dítěti (Bailham a Joseph, 2003).

V kvalitativní studii dlouhodobých důsledků PTSD po porodu žen na jejich vztah s dítětem pro změnu Ayers aj. zjistili, že pouto mezi matkou a dítětem bylo vážně narušeno. Polostrukturovaný rozhovor byl veden se šesti ženami, u kterých se po porodu rozvinula klinicky významná PTSD (v délce trvání 7 měsíců až 18 let). Téměř všechny ženy popisovaly počáteční pocity odmítání dítěte, které během času vymizely. Zdá se, že PTSD po porodu může mít vážné a dlouhotrvající následky na ženu a její vztah s dítětem. Je však třeba provést další výzkumy pro možnost srovnání s kontrolní skupinou (Ayers aj., 2006).

## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Předmět, cíle a metody výzkumného šetření

Praktická část této práce je realizována jako kvalitativní výzkumné šetření, které umožňuje nahlédnout do života tří žen, jež prožily těhotenství nebo porod ukončené císařským řezem (dále jen „SC“).

Cílem výzkumného šetření je nahlédnout a porozumět tomu, co prožívá žena při porodu SC a jaký má vliv na její sebepojetí.

S ohledem na cíl výzkumného šetření jsem si položila následující výzkumné otázky:

- *Co prožívá žena při porodu císařským řezem?*
- *Jaký vliv má porod císařským řezem na sebepojetí ženy?*

V průběhu výzkumného šetření se ukázalo, že v rámci psychického prožívání matky je dominující její vztah k dítěti. Proto jsem s ohledem na významnost dyády matka-dítě zařadila do výzkumného šetření následující otázku:

- *Jaký vztah má žena po císařském řezu ke svému dítěti?*

Nástrojem výzkumného šetření je polostrukturovaný rozhovor, který nabízí respondentkám prostor pro volbu formy odpovědi a tím i lepší možnost vyjádření. Pro analýzu textů, jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Tato metoda analýzy textů je založena na fenomenologickém přístupu a nabízí jedinečný pohled na „žitou zkušenost člověka“ (Kostínková a Čermák, 2013).

V perspektivě IPA není nutné výzkumnou otázku více zužovat. Co vnímají ženy ze svých zkušeností jako významné, ukáže se v tématech vynořujících se v průběhu analýzy. Na metodě je klíčová otevřenost k tématům, o nichž respondentky hovoří. Neimplikuje výzkumníkovy domněnky o tom, jaká je jeho zkušenost s porody císařským řezem (Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

### 4.2 Výběr respondentů

Jak již téma práce napovídá, výzkum se zaměřuje na ženy, jejichž porod nebo těhotenství byly ukončeny císařským řezem. Jako kritéria výběru vzorku žen jsem zvolila

ženy primipary (prvorodičky) v období nejméně 4 – 12 měsíců po porodu, abych získala co nejhomogennější vzorek. Věkové rozmezí jsem ohraničila na 25-30 let.

Rozhovory jsou vedeny se ženami v období, ve kterém obvykle bývá již stabilizovaná hladina hormonů po porodu a zahojená pooperační zranění. Lze totiž předpokládat, že rozhovor vedený v akutní fázi, těsně po operaci (císařském řezu), by mohl být pro respondentky spíše zatěžující, což by se neslučovalo s etickými normami. Navíc jedním z důležitých aspektů výzkumu v perspektivě IPA je, aby respondentky své zapojení vnímaly jako užitečné nejen pro výzkum samotný, ale i pro sebe. Pokud je respondent dotazován na jeho zkušenost, která stále aktuálně probíhá a je pro něj určitým způsobem náročná, konfrontuje ho s existenciálními tématy či je dokonce traumatická, je možné, že nebude schopný reflexe této zkušenosti (Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

Metoda IPA pracuje s nižším počtem respondentů vzhledem k fenomenologické povaze výzkumu. Preferuje bohatost dat jednotlivých případů před jasně stanoveným počtem respondentů. Smith, Flowers a Larkin doporučují pro studentské projekty typu magisterské diplomové práce ze svých zkušeností vzorek o 3 až 6 respondentech. Ten umožní detailní analýzu každého případu a zároveň poskytne prostor pro provedení mikroanalýzy podobností či rozdílů napříč případy (cit. dle Koutná Kostínková a Čermák, 2013). Domnívám se, že pro bakalářskou práci je soubor tří respondentek dostačující, chceme-li vystihnout v první řadě subjektivní zkušenosti těchto žen.

### 4.3 Etická stránka výzkumného šetření

Kromě etických otázek, které jsem řešila v souvislosti s výběrem a oslovením respondentek (viz kapitola 3. 2), k etice patřilo důsledné zachování anonymity a důraz na dobrovolnost rozhovoru.

Respondentkám byla vždy nejprve vysvětlena povaha výzkumného šetření, jeho cíle a průběh. Byly upozorněny na to, že mohou rozhovor, pokud jim bude nepříjemný, kdykoliv přerušit. Rovněž v případě, pokud by měly jakýkoliv problém s některou z otázek, bylo respektováno jejich přání neodpovědět. Respondentky byly obeznámeny s tím, že celý rozhovor bude nahráván a nahrávka slouží pouze pro účely výzkumného šetření a bude s ní zacházeno dle etických pravidel. Výstupy jsou anonymní, bez uvedení pravých jmen či přímých souvislostí, které by vedly k identifikování respondentky. Pro účely analýzy textů byla použita označení „respondentka A, respondentka B a respondentka C“. Součástí každé nahrávky byl informovaný souhlas o jejím zpracování do textové podoby a následným

použitím výstupu pro bakalářskou práci. Řádně byly získány všechny potřebné podpisy k těmto informovaným souhlasům. Textová podoba rozhovorů nebyla z důvodu objemného rozsahu zahrnuta. V přílohách bakalářské práce uvádím průvodní dopis pro maminku o plánu rozhovoru (viz Příloha č. I), informovaný souhlas (viz Příloha č. II) a seznam otázek ke strukturovanému rozhovoru (viz Příloha č. III).

#### 4.4 Průběh výzkumného šetření

Respondentky jsem získala přes uzavřené skupiny na sociální síti Facebook a díky laktační poradkyni spolupracující s vedoucí mé bakalářské práce. Trvalo poměrně dlouhou dobu, než mě ženy začaly kontaktovat. Všechny respondentky se mi ozvaly samy, a to telefonicky, přes elektronickou poštu nebo zprávy na Facebooku. I přesto jsem zpočátku řešila značné problémy s uskutečněním rozhovorů. S některými ženami jsem si vyměnila pár emailů, zprvu se zdály být nadšené a motivované pro sdílení svých příběhů v rámci bakalářské práce, ovšem termíny setkání opakovaně oddalovaly tak dlouho, že k nim nakonec vůbec nedošlo. Tři ženy se omluvily těsně před smluveným setkáním, že se nemohou dostavit. Jedna žena na setkání nedorazila a ani se k tomu již nevyjádřila. Nakonec se uskutečnilo 7 rozhovorů.

Před smluveným setkáním jsem odesílala ženám krátký průvodní dopis o účelu a průběhu rozhovoru (viz Příloha č. I) a navrhla, aby si vybraly místo k setkání, kde by se vzhledem k citlivosti tématu cítily při rozhovoru bezpečně. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s připraveným seznamem otázek. Ty by tvořily osnovu rozhovoru v případě, kdyby se respondentky nerozhovořily. Za cenná témata jsem považovala především ta, ke kterým respondentky dospěly samy během rozhovoru po položení úvodní otázky.

Téměř každé setkání začínalo a končilo neformální a uvolňující konverzací. Rozhovory byly přínosné nejen pro mou práci, ale také pro mě samotnou. Probíhaly většinou spontánně, v dobré atmosféře po představení výzkumného šetření. V případě zájmu na tématu dále terapeuticky pracovat jsem respondentkám poskytla kontakty na další odbornou péči. Po našem rozhovoru mě kontaktovalo několik respondentek s potřebou ještě dodat opomenuté dojmy nebo poděkovat, že se tomuto tématu věnuji. Každá z nahrávek měla minimálně hodinový rozsah, byla přepsána do písemné podoby a následně analyzována pomocí výzkumné metody IPA.



## 4.5 Analýza dat

Cílem analýzy v přístupu IPA je porozumění žité zkušenosti respondenta. Ten je zde považován za experta na zkoumaný fenomén a je mu poskytnut dostatek volnosti k popsání všeho, co mu připadá významné (Koutná Kostínková a Čermák, 2013). Výzkumník tvoří interpretace s otázníkem a ponechává prostor pro další interpretační možnosti. Závěry vzešlé z IPA jsou tedy brány za subjektivní. Interpretace musí být zakotveny v datech prostřednictvím přímých citací respondentů. Samotná analýza rozhovoru je rozdělena podle IPA do několika fází (Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

Doslovně přepsané rozhovory jsem opakovaně pročetla, podtrhávala vše, co jsem považovala za významné a následně si zapisovala poznámky do pravého okraje textu. Poznámky zachycovaly vše, co mě v rozhovorech zaujalo. Obsahovaly mé nápady, asociace, interpretace, parafrázování apod. Z těchto poznámek následně vyplynul seznam témat dané respondentky. Pro názvy témat jsem používala slova, která respondentka sama vyslovila, nebo jsem je pojmenovala slovy vlastními. Dále jsem hledala vztahy a souvislosti mezi jednotlivými tématy. Takto jsem zpracovala všechny tři rozhovory. Dle Koutné Kostínkové a Čermáka je vhodné na úplný závěr pohlédnout na všechny analyzované případy a zjistit, zda se napříč případy nacházejí nějaké společné vzorce. V kontextu ostatních případů můžeme odhalit, co bylo prve přehlédnuto (Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

Pro přehlednost analýzy rozhovorů podle metody IPA předkládám čtenářům tabulky s tématy a citacemi. Ty jsou umístěny v příloze (Přílohy č. IV – VI).

## 4.6 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Podle metody IPA je vhodné před samotnou analýzou provést reflexi vlastní výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu. Umožňuje to uvědomění si vlastní motivace pro práci s daným tématem a sebereflexi vlastních očekávání a předpokladů, které by mohly ovlivnit vlastní interpretace. Tento krok pomáhá uvědomit si vlastní interpretativní roli ve výzkumném šetření. Zlepšuje schopnost efektivněji pracovat s daty a zajistit tak vyšší validitu analýzy (Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

Je na místě zmínit, že se osobně konfrontuji s problematikou fyziologických i operativních porodů a péčí o ženy v rámci vykonávání praxe při studiu porodní asistence.

Sebereflexi jsem uskutečnila formou vnitřního dialogu. Kladla jsem si otázky a odpovědi zapisovala rukou na papír. Tento zápis jsem následně doslovně přepsala: „*Psychické aspekty porodu, natož porodu SC, jsou podle mého názoru velmi podceňovanou*

*záležitostí. Porod je důležitý okamžik v životě ženy, kdy se z děvčete rodí matka. Ta by měla být schopná se citlivě naladit na své dítě a rozpoznat a uspokojit jeho potřeby. Svou péčí a pevným vztahem zakládá pilíře pro nového osobnostně zralého jedince a v podstatě i pilíře pro zdravou společnost. Matky po SC mají vzhledem k tělesnému a mnohdy právě i psychickému diskomfortu velmi ztížené podmínky pro navázání kontaktu se svým dítětem a péči o něj. Domnívám se, že způsob, jakým porodily a jakým způsobem jsou schopny se postarat o své dítě, se odráží na jejich sebepojetí. Velkou roli zde hraje kojení. Jako významný faktor, který ženě může celou situaci pomoci odlehčit, je podpora partnera nebo blízké osoby. Dle mého názoru by jim tedy nemělo být v kontaktu v porodnici (na sále) zamezováno, pokud si přejí být spolu. Věřím, že porod sekci mohou ženy vnímat jako traumatický zážitek, jež negativně ovlivnil jejich sebepojetí i vztah ke svému novorozenému dítěti. Dokáží si představit okamžiky, kdy se ženy oprávněně hněvají na zdravotnický personál a cítí se být iatrogeně poškozeny. Osobně věřím, že nemalému počtu císařských řezů by se dalo předejít v případě, že by byl zdravotnický personál lépe vzdělán ve fyziologii přirozeného porodu. Ke snížení počtu porodů SC by přispěl holistický pohled na porod, umění empatické komunikace personálu s rodičkami a rovněž nepodceňování psychoprolaxe v přípravě k porodu ze strany žen. Věřím, že je v naší společnosti mnohem více žen s negativními pocity z porodu císařským řezem, než se jich ozývá. Odborná pomoc pro ženy po traumaticky prožitém porodu není v České republice dostatečně podchycená.“*

## 4.7 Výsledky výzkumného šetření

### 4.7.1 Analýza rozhovoru A

Respondentka A, 26 let, primipara, 9 měsíců po akutním SC.

**Prožívání porodu císařským řezem** (viz Příloha č. IV, Tabulka č. 1)

#### **Interpretace**

Z vyprávění respondentky A bylo patrné, že se na příchod svého prvorozeného syna s manželem opravdu pečlivě připravovali a těšili (3.88). Respondentka A věnovala mnoho času předporodní přípravě „byli na několika předporodních kurzech a setkání, tam jsme nacvičovali spoustu technik, které můžeš využít u porodu. Různé techniky na uvolnění, různé druhy dýchání, pak to kojení a pak přijde tohle“ (3.90 – 93). K porodu v nemocnici je s

manželem měla doprovázet zkušená dula. O to nepříjemnějším překvapením a zklamáním pro respondentku A bylo, když nakonec musela podstoupit neočekávaný akutní císařský řez „*byla jsem připravena na něco jiného a teď se musím přizpůsobovat něčemu jinému*“ (4.112). Věnovala mnoho času přípravě na fyziologický porod (3.90 – 93). Na otázku, zda v rámci některého z kurzů probírali téma císařského řezu, odpověděla „*ne, vůbec, na žádném*“ (3.96), „*tenkrát jsem se o to vůbec nezajímala*“ (4.99 – 101).

V prožívání respondentky A jsem zaznamenala významný propad mezi bezproblémovým fyziologickým průběhem těhotenství a náhlou změnou zdravotního stavu ve 37. týdnu těhotenství, který si vyžádal okamžité ukončení těhotenství císařským řezem kvůli selhávajícímu organismu respondentky „*no a najednou přiběhli doktoři, že prý to ten můj organismus přestává zvládat a že musí Davidka hned akutně dostat ven. Že mi tedy budou dělat císaře*“ (1.10 – 11).

Zdravotní stav respondentky A byl natolik vážný, že jí nebylo možné poskytnout doporučený alespoň dvouhodinový interval mezi rozhodnutím a provedením operace na psychickou přípravu. Navíc byla respondentka A před uskutečněním císařského řezu intenzivně vystavena úzkostné nejistotě a obavám o svůj život a život dítěte (1.26 – 29, 2.32 – 35), zmatkům a stresu zapříčiněným pobíhajícím zdravotnickým personálem (1.26 – 29) a strachu o partnera (1.22 – 23). Míra stresu plynoucí z prostředí porodnice „*ten stres ty doktoři přenášeli ještě na mě*“ (1.18 – 19), se již jevila jako iatrogeně ohrožující pro respondentku A. Na druhou stranu zdravotníci bez problémů přijali její speciální přání ohledně odmítnutí transplantace krve od cizího dárce, jež se přičila s jejím náboženským vyznáním (2.42 – 43).

Zátěžovou událostí, která výrazně zhoršila adaptaci respondentky A, bylo zklamání z neposkytnuté slíbené podpory ze strany duly „*se na nás vykašlala*“ (5.129), „*po chvíli se mě, co jsme spolu mluvili, zeptala ... jestli to má cenu, aby za mnou jezdila, když to bude císař. Tak tím mě teda opravdu rozhodila, protože celou dobu jsme si plánovali, jak bude během porodu s námi a teď*“ (1.14 – 17). Potřeba podpory korespondovala s potřebou informovanosti a sounáležitosti, které by respondentku A uklidnily „*já jsem v tu chvíli tam někoho potřebovala. A ta dula je přeci od toho, aby tam se mnou byla a podpořila mě, vysvětlila mi a manželovi, co se děje a proč*“ (1.23 – 25). Z vyprávění respondentky A bylo patrné, že opravdu těžce nesla pocity osamocení během čekání na výkon, kdy kolem ní sice míhala řada osob zdravotnického personálu, přesto se cítila být zcela osamocena „*já jsem tam ležela úplně sama. Nikdo tam se mnou nebyl. Nikdo*“ (1.30 – 31).

Respondentka A vnímala svůj porod jako dramatický, ojedinělý a náhlý. Její líčení odpovídalo stavu šoku. „*jsem se nesetkala s ničím tak dramatickým, jako jsem měla já ... řekli mamince, vaše dítě má špatnou polohu nebo ... zítra půjdete na císaře ... připravte si v klidu ... maminky mají čas, mají klid se připravit. Ale já jsem fakt byla ojedinělá. Oni furt říkali, dobrý, dobrý, drželi se, joo, ale já jsem na nich viděla, že to dobrý není. Já, nečekala jsem, že se tohle stane*“ (4.119 – 124).

Respondentka A byla v době uskutečnění rozhovoru 9 měsíců po porodu. O svém psychickém stavu se vyjádřila: „*Už je to lepší, ale dříve jsem to prožívala strašně emocionálně. Hodně to ve mně vřelo*“ (4.109). V jejím líčení je možné spatřit posttraumatické příznaky. Téma vnímá jako tíživé a opakovaně jej prožívá „*sama s tím bojuju každý den*“ (4.117 – 118).

Jako jeden z podnětů, který jí traumatickou událostí porodu SC připomíná, označila slovo přirozený „*nesesu slovo přirozený. Já prostě, dokud se s tím nesrovnám a nesmírím, tak slovo přirozený nesmím slyšet. Jak ho slyším, tak mi to hned rozjede tu psychiku, a teď, začnu myslet na to, co se stalo, jak se to stalo a jak to všechno probíhalo*“ (4.128 – 5.131).

Na otázku, co by jí pomohlo, aby se s traumatickou událostí mohla smířit, odpověděla dvouslovně „*další porod*“ (5.134). Zároveň se s manželem obávala, aby i druhý porod nebyl ukončen SC anebo dokonce neskončil smrtí respondentky A (5.137 – 138). Z toho lze vyvodit, že směrem k dalšímu porodu si respondentka A odnáší představu spojenou s velkým očekáváním kompenzující neúspěch prvního porodu. A tenzí a obavami z dalšího selhání.

Respondentce A bylo po porodu laktační poradkyní doporučeno vyhledat psychologickou péči a nabídnuto, v případě zájmu, podělit se o svůj porodní příběh v rámci bakalářské práce (3.84 – 88). Respondentka A využila obou nabídek. Na terapii docházela již 5 měsíců. Zhodnotila, že jí pomáhá. Psychoterapeutka jí navíc doporučila návštěvu psychiatrické ordinace (3.88 – 89). Z toho lze vyvodit, že její psychický stav po porodu by bylo možné označit jako výrazně narušený.

Respondentka A porod císařským řezem celkově prožívala značně emotivně. Prožívala pocity šoku, zklamání a křivdy „*proč já? Vždyť já jsem na to tak těšila, až si toho malýho pochovám, až ho budu kojit, až se s ním budu chlubit. Vstanu k němu, pochovám si ho, aby neplakal*“ (3.70 – 72). Dále v emocích dominoval prožitek neodbytné tělesné bolesti během pooperačního hojení (2.50), dezorientace (2.52), odtržení od dítěte a pocit selhání ve svých mateřských kompetencích (neprodila přirozeně a nepodařilo se jí kojit své dítě). „*Celý ty tři*

*dny jsem tam probrečela. Strašně to bolelo, neměla jsem u sebe malýho, nemohla jsem ho dát ani k prsu, nemohla jsem pak ani začít kojit“ (2.58 – 60).*

## **Sebepojetí ženy po SC (viz Příloha č. IV, Tabulka č. 2)**

### **Interpretace**

Jak je možné z předešlé kapitoly vidět, respondentka A byla v průběhu porodu a po něm vystavena nespočtu situacím, které přesahovaly její adaptační kapacity. Její psychický stav po porodu byl výrazně narušený. To v citlivé periodě negativně ovlivnilo utváření jejího mateřského sebepojetí. Téměř z hodiny na hodinu musela předat kontrolu nad svým těhotenstvím a porodem do rukou jiných osob. Podrobení se některým rutinním lékařským postupům bylo pro ni odosobňující (1.31 – 2.32). Z jejího vyprávění byly patrné ambivalentní prožitky bezmoci a zoufalství střídané pocitem apatie. Cítila se být s dítětem pouze objektem manipulace, obětí, nikoliv partnerem zdravotnického personálu – ženou spolurozhodující o svém porodu.

Rodící se mateřské sebepojetí bylo zasaženo přístupem duly, která odmítla respondentce poskytnout předem smlouvanou a hrazenou odbornou podporu ve chvíli, kdy to respondentka potřebovala. Tento přístup v respondentce A vyvolal pocity méněcennosti a pochyby o svých mateřských kompetencích „*já si jen říkala jako v tu chvíli, tak to že já jako nic neznamenám? Jenom proto, že nerodím normálně, tak nejsem máma, tak nejsem nic pro ni. Jen proto, že jdu císařem, tak nemám pro ni cenu“ (1.19 – 21).*

Dalším velkým zklamáním a zdrojem pocitů selhání mateřských kompetencí bylo to, že se jí nepodařilo začít kojit své dítě. Cítila se bezmocně a nedostatečně „*ted' ti tam brečí a ty ty ... já, mně trvalo dobrých 20 minut, než jsem vstala a došla na kojeňák s malým, aby mu dali mlíčko umělý, protože já jsem ho neměla“ (3.72 – 74).*

Bohužel i sociální zpětná vazba byla pro respondentku A zdrojem utvrzení v negativním sebepojetí. V rámci sociálních interakcí se cítila být okolím nepochopená. Způsob jakým ji utěšovali, devalvoval její prožívání a komplikoval přijetí a smíření se zátěžovou událostí porodu. Neporozumění vyvolalo pocit osamocení a vinu za to, že nedokázala být vděčná (4.112 – 118). Sociální reakce okolí nenaplňovaly její potřeby.

Splín, výčitky svědomí a pocity viny, byly esencí jejího utvářejícího se mateřského sebepojetí „*já jsem neměla vztah k dítěti, ještě jsem byla bolavá, že jo. Psychika rozházená a ted' si uživej mateřství“ (4.109 – 110).*

## Vztah ženy k dítěti po SC (viz Příloha č. IV, Tabulka č. 3)

### Interpretace

Respondentka A hovořila o svém vztahu k dítěti otevřeně.

Původně se na příchod svého prvního dítěte s manželem těšili a důkladně připravovali (1.2 – 3). Po akutním císařském řezu došlo ovšem u respondentky A ke znejistění, odosobnění a pochybnostem ohledně dítěte. Své pocity po procitnutí po celkové narkóze popsala následovně *„divný bylo, když jsem se probudila pak na JIPce, ještě dezorientovaná. A samozřejmě jsem se hned ptala, kde je Davídek a jestli je v pořádku. Ale byl to takový divný pocit. Devět měsíců ho nosím pod srdcem. Když mě uspávali, tak jsem měla ještě obrovský břicho a teď nic. Prázdné. Nikde ani břicho, ani dítě. Tak člověka pak i napadne, jestli vůbec je“* (2.52 – 55).

Bezprostředně po porodu vyjadřovala respondentka A svou touhu po blízkosti dítěte *„chtěla jsem, aby mi ho přinesli, ale sestřičky odmítly s tím, že jsem ještě příliš slabá, ať odpočívám. Že je malý v pořádku a spinká“* (2.56 – 57). Ovšem odloučení do dítěte trvalo mnohem déle *„na tý JIPce jsem ležela normálně 3 dny! Celý ty tři dny jsem tam probřečela. Strašně to bolelo, neměla jsem u sebe malýho, nemohla jsem ho dát ani k prsu, nemohla jsem pak ani začít kojit“* (2.58 – 60). Během této velmi dlouhé separace od dítěte byla respondentka A zahlcená pocity zoufalství, osamocení a bolesti.

První setkání matky s dítětem po separaci bylo provázeno pocity odcizení *„no, takové ... jako jo ... byl hezkej, ale prostě ... přinesli mi nějaké miminko a, ale já k němu vůbec nic necítla ... jako všichni kolem na mě, že mám tak krásného synka a já to ale vůbec necítla, nedokázala jsem to“* (3.76 – 78). Jakoby respondentka A nemohla v danou chvíli prožívat pozitivní emoce. Ke svému dítěti se vztahovala pouze na racionální úrovni *„věděla jsem, že se teď o něj musím postarat, ale“* (3.78).

Utváření svého vztahu k dítěti zobecnila: *„Myslím si, ze svý zkušenosti, že pro tu maminku je mnohem těžší, vytvořit si vztah k tomu dítěti. Když rodí normálně, tak jí ho můžou dát rovnou na prsa, může se s ním seznámit, nakojit ho, pohladit, může být s ním. Já jsem k Davidkovi neměla vůbec žádný vztah, pro mě to bylo prostě jenom nějaké miminko, o které se musím starat“* (4.102 – 105).

Jako další nepříjemný aspekt svého prvního setkání s dítětem označuje necitlivý přístup sestry. Ta respondentku A nepodpořila, naopak ji emočně znejistila *„pamatuji si, že jsem na ní jenom zůstala koukat“* (3.81 – 82). Namísto taktního přístupu sestra na její rozpaky reagovala pasivní verbální agresí *„sestřička mi ho dala do ruky a stála tam nade mnou a*

*cpala mi ho k prsu. A já nevěděla vůbec, co mám dělat, bylo mi to strašně nepříjemné. A ta sestřička se na mě tak podívala, a že prý snad nakrmím svoje dítě, ne“ (3.79 – 81).*

Dynamika utváření vztahu s dítětem byla po císařském řezu vážně narušena separací v senzitivní poporodní periodě. Poukazovala na to, že její manžel si mohl vytvořit vztah k synovi již po jeho narození, neboť s ním měl od počátku kontakt (2.63 – 64). Respondentka A si kontakt s dítětem začala podle svých slov budovat až po 9 měsících. Teprve tehdy cítila, že si k němu nachází cestu (4.103 – 105).

#### 4.7.2 Analýza rozhovoru B

Respondentka B, 28 let, primipara, 1 rok měsíců po akutním SC.

**Prožívání porodu císařským řezem** (viz Příloha č. V, Tabulka č. 1)

##### **Interpretace**

V případě respondentky B se jednalo o porod ukončený akutním císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu. Respondentka B se dostatečně neotevírala a u plodu dle slov lékařů začalo docházet k tísní.

Respondentka B zahájila rozhovor slovy „*vezmeme to rychle, já se v tom nechci nijak zbytečně šťourat, abych se zase nerozsekala*“ (1.2 – 3). Z její verbální i neverbální komunikace bylo zjevné, že se jednalo o zkušenost, která byla navzdory již uplynulým 12 měsícům od porodu stále citlivá.

Původně chtěla родit co nejpřirozenějším způsobem a fakt, že byl její porod nakonec ukončen císařským řezem, nesla těžce „*se to úplně nesetkalo s mým očekáváním. A to pro mě bylo právě asi ten největší šok*“ (1.4 – 6). Z analýzy verbálního i neverbálního projevu byla hned v úvodu rozhovoru v emocích respondentky B cítit hořkost, zklamání, pocity křivdy a oběti instituce, kde v rámci rutinních zásahů došlo k ukončení jejího porodu císařským řezem. Svou nespokojenost s výslednou podobou porodu popisovala mj. slovy „*byl to klasickéj průběh toho, jak to skončí po oxytocinu*“ (3.83). Prožitky její psychické i fyzické nepohody měly v příběhu gradující charakter v souvislosti s událostmi, ve kterých se právě ocitla, viz níže.

Respondentka B sama charakterizovala svou psychiku jako „*relativně takovou citlivější*“ (5.137). Samotný počátek porodního procesu (odtok plodové vody) pro ni přinesl rozrušení „*byla jsem nervózní, klepaly se mi nohy a byla jsem z toho taková celá hotová*“ (1.16 – 17). K eskalaci výraznější psychické nepohody ovšem u respondentky B došlo na

základě souhry pro ni neočekávaných situací při odjezdu do porodnice „*tím už se to začalo tak jako mi přijde trochu hrotit*“ (1.21). Byla vystavena vynucenému a pro ni nepochopitelnému odloučení od blízké osoby, které pro ni znamenalo ztrátu zdroje podpory. Ono nepříjemné dohadování sarkasticky komentovala jako „*překvapení*“. V líčení průběhu cesty převládaly pocity nejistoty, osamělosti a bezradnosti „*přítel zůstal ve tři hodiny ráno stát na ulici prostě sám a já jsem sama odjela pryč a teď jsem vůbec nevěděla co*“ (1.26 – 28).

Po příjezdu do porodnice čelila necitlivému a nerespektujícímu přístupu nemocničního personálu. To její stres nadále stupňovalo „*já jsem byla úplně vyřízená, nevěděla jsem, chtěla jsem mít klid a to prostředí se mi fakt hrozně nelíbilo*“ (2.59 – 60). Vyjadřuje prožitky vyčerpanosti, pocity nátlaku, nespokojenosti z nedostatku intimity a klidu v prostředí, kde se měl rozeběhnout porodní proces, jehož předpokladem je uvolnění a otevírání porodních cest „*oni furt - furt to jako nepostupuje bla bla bla... my vám dáme oxytocin*“ (2.46 – 47), „*okolo mě tam už prostě chodily v různých fázích porodu další tři ženský, který prostě v průběhu dne jako v silných kontrakcích už tam jako fakt řvaly a odcházely jedna za druhou na sál. Za chvíli jsem slyšela miminko, pak další, to jako všechno člověku moc nedodá, když jemu se nic neděje*“ (2.52 – 55), „*do toho ta sestřička se mě ptala, proč to nechci (oxytocin), do toho mi volala kamarádka, ať si ho nenechávám píchnout... volala mamka, ať si ho nechám píchnout*“ (2.56 – 58).

Respondentka A také nelibě nesla zavedené rutinní postupy v porodnici. Považovala je za omezující na svobodném pohybu. To vedlo k prožitkům ztráty kontroly nad porodním procesem (3.65 – 67). K tématu přebírání kontroly nad porodem se vrátila ještě na konci rozhovoru, kdy uvedla „*žena, když rodí, tak není pacient, není nemocný. A to mi vadí, že ty tam takhle přicházíš jako pacient, o kterého se oni musí postarat. Takže ta kompetence se přesouvá na ně. A to mě štvě*“ (9.276 – 279). Dalším rutinním vyšetřováním, jež vnímala jako extrémně bolestivé, bylo vaginální vyšetření během kontrakce „*taková bolest, já se tam prohýbala úplně do luku, protože to jsem fakt v životě nezažila*“ (3.80 – 81).

Negativní emoce u respondentky B vygradovaly až do propadu v zoufalství a pocitů neschopnosti a bezmoci, které explicitně vyjádřila následovně „*mám vysokou školu, já jsem si ale připadala úplně v prdeli, ale úplně, já jsem byla prostě vyřízená, v životě se mi tohle nestalo. Já mám jinak psychiku relativně takovou citlivější, ale takhle jsem si připadala, jako když jdu na odstřel, prostě úplně neschopná*“ (5.136 – 138, 5.148 – 150).

Pod tlakem personálu opakovaně během porodu ustoupila od svých původních představ a přání. To přineslo pocity zklamání a osobního selhání. Navíc ani jednomu



z rozhodnutí nepředcházelo přijetí tohoto medicínského zákroku, spíše odosobněné apatické odevzdání se. Ustoupila v případě aplikace oxytocinu (2.64) a následovaly pocity nespokojenosti (3.65 – 67). Obdobně tomu bylo u informovaného souhlasu se sekci „*tak mi dali tu narkózu, jsem teda řekla, že jo*“ (3.85). Rozzlobeně to komentovala slovy „*plod má tíseň. No, a aby neměl, protože ten oxytocin to vždycky takhle vyvolá, byl to klasickéj průběh toho, jak to skončí po oxytocinu ... tím no ... císařem*“ (3.82 – 84). Z vyprávění respondentky B bylo zřejmé, že byla sečtělá v oblasti problematiky fyziologického porodu. O to horší pak pro ni byla diskrepance mezi představami a realitou.

Jedním z nejhorších momentů porodu SC bylo pro ni to, že nebyla bdělá při narození svého syna „*pro mě je asi nejhorší na celý tý věci to, že jsem tam jakoby u toho nebyla při vědomí, že nevím, že se narodil*“ (3.85 – 90). Malou útěchou jí bylo, že syna hned po narození viděl alespoň přítel (3.88).

Intenzivní psychická nepohoda pokračovala i po přechodu do domácího prostředí „*v noci jsem usnula, probudila jsem se a pořád se mi zdálo, že mi dítě padá na zem, nebo že ho zalehnu. A třeba jsem si vůbec nepamatovala, že jsem ho dala do postýlky, že jsem ho třeba nakojila a přebalila. Nebo jsem se bála, že jsem s ním usla v náruči a prostě jsem ho rozmáčkla nebo zadusila*“ (5.163 – 6.166). Její psychický stav se nadále zhoršil natolik, že začala mít iluzorní poruchy vnímání týkající se ohrožení dítěte „*jsem měla totiž i takové bludy, já jsem třeba tady v koupelně na dlaždičkách viděla prostě, hmm ... obrázek mrtvého dítěte, všude prostě ... tam je takový vzorek na tý dlaždičce a vypadá to jako mrtvé dítě a těch, těch dlaždiček je tam stovky, že jo ... a byla jsem úplně vyřízená prostě*“ (5.158 – 161).

Po krátkém období zlepšení psychického stavu se opět navrátila potřeba řešit téma porodu. Prvním spouštěčem byla konverzace na Facebooku „*Veru, no ty ses s tím teda jako vůbec nevyrovnala. To bys s tím měla teda něco dělat*“ (7.203 – 206), „*každá se uchlácholí tím, že má zdravé dítě a to je vlastně to nejdůležitější, ale tu psychiku vůbec neřeší*“ (7.209 – 2010).

„Druhou vlnu“ plačtivého období, kdy u ní došlo k rozjitření a znovuprožívání tématu, přisuzovala setkání s knihou *Mateřství* a setkání ženy se vlastním stínem od Laury Gutmanové. „*hrozně jsem u toho brečela ... popisovala přesně to, co jsem cítila ... že člověk si prostě připadá jako znásilněnej. Je to útok opravdu na ty nejintimnější a nejnítěrnější zážitky a emoce, které člověk může zažít. A když to proběhne, tak jak to proběhlo, tak je jasné, že to člověk nedokáže moc vydejchat. Protože je to prostě síla*“ (8.250 – 254).

Pochyby o stabilitě svého psychického stavu a schopnosti zdravé sebereflexe v rozhovoru sama komentovala „*je to už rok po tom a pořád nevím, jestli si to sama sobě nalhávám, jako že to řešit nepotřebuju*“ (7.217 – 218).

V rámci sociální zpětné vazby se respondentka B setkala s devalvací svých pocitů. Zdravotnický personál v nemocnici její emoční prožívání bagatelizoval (5.149 – 150). Psychiatr jí také příliš nepomohl ani nepodpořil. Nabídl jí pouze léky a zastavení laktace, s čímž nesouhlasila, protože chtěla kojit „*byl úplně mimo taky, on tam takhle seděl, koukal takhle, ani na mě nekoukal, pořád jen civěl do počítače. A já tam seděla, takhle jsem řvala úplně a byla jsem úplně hotová*“ (5.156 – 158). Později byla ještě u jedné psychiatričky, kde se jí rovněž podpory a pomoci nedostalo „*je to sice kapacita, ale přijde mi, že už jí trošku hrabe. Ona mi vlastně celou dobu vyprávěla, koho zná, komu kdy pomohla*“ (6.183 – 185).

Došla k závěru, že si musí pomoci sama „*po téhle zkušenosti, natrefit fakt na někoho, na nějakého psychiatra nebo psychologa, který je odborník a dokáže člověku pomoc a sedne mu, je prostě úplně totální zázrak. Protože prostě tady to v tomhle vůbec nefunguje*“ (6.186 – 188), „*pak jsem si říkala, že už to musím zvládnout sama*“ (6.188 – 189). Z rozhodnutí čišelo zklamání a pocity osamocení. Ovšem namísto bezradnosti jsem tentokrát zaznamenala odhodlanost. Začala přebírat kontrolu nad sebou a okolními událostmi do svých rukou.

Velkou oporou jí byla rodina. Maximální věcnou a účastnou oporu pociťovala v mamce s tatškou, sestra přijela pomoci s domácími pracemi. U přítele si cenila, že se od začátku se synem nebál být sám a postaral se o něj (8.256 – 262).

Při reflexy porodního zážitku respondentka B poukazovala na problém primární nepřipravenosti na možnost císařského řezu „*jsem předtím neustále řešila jen normální porod ... a to byl velký problém, protože já jsem v podstatě po dvou dnech vůbec netušila co se děje*“ (4.106 – 109). Nedostatečná psychoprofylaktická příprava k porodu a neinformovanost negativně přispěly ke ztrátě orientace, kontroly nad situací, pocitům nejistoty, bezradnosti a horší poporodní adaptaci. K celé situaci zaujala racionální postoj „*čím více se v tom patlám, tím horší to pro mě je*“ (7.215), „*už s tím nic neudělám, do Kolína znovu jít nechci, a pokud budu mít druhý dítě, udělám maximum proto, abych si ten porod zařídila podle svého a abych byla i připravená na ty věci, které se dějí potom*“ (7.219 – 221). Hovořila o poučení ze své porodní zkušenosti pro příští porod a formulovala obecné postřehy o situaci v českém porodnictví. Vyjadřovala přímo i nepřímou určitá přání a obavy. Zmínila, že by byla ráda, kdyby se v ČR dalo legislativně rodit v porodním domě nebo alespoň prostředí porodnic bylo

příjemnější (9.274 – 275). Taktéž si přála, aby se v nemocnici nepřístupovalo k ženám jako k pacientkám a nebyla jim brána kompetence porodit své děti (9.276 – 279).

Respondentka B měla velké obavy z druhého porodu (9.279 – 286, 10.307 – 308). Ve své přípravě na další porod spoléhala především na výběr porodnice. O hledání alternativ psychoprofylaxe se nezmiňovala.

Svůj celkový dojem náročnosti porodu, který byl nakonec ukončen sekci, popisuje slovy „*mě ten císař a po těch dlouhých kontrakcích ... mě to úplně rozhadrovalo*“ (3.94 – 95), „*24 hodin po porodu jsem vůbec nevstala z postele. A byla jsem úplně zblblá ... špatně jsem viděla. Měla jsem takový tunel ... já jsem si říkala, už nikdy nebudu moc normálně žít, už nikdy se snad nebudu moc radovat*“ (3.96 – 4.101). Zkušenost respondentky B z porodu císařským řezem se jevila jako pro ni velmi traumatická, přesahující její adaptační kapacity. Psychický stav po porodu byl výrazně zhoršen.

Svůj porodní příběh respondentka B líčila s nádechem absurdity. Při vyprávění peripetií událostí porodního příběhu často užívala v rámci kompenzačních mechanismů ironii až sarkasmus (1.20 – 21, 3.82 – 84, 6.186 – 188) a racionalizaci (3.90 – 94).

## **Sebepojetí ženy po SC (viz Příloha č. V, Tabulka č. 2)**

### **Interpretace**

Respondentka B během líčení svého porodního příběhu opakovaně zmiňovala situace, ve kterých se potýkala s nedostatkem respektu, intimity a autonomie, což jsou základní komponenty pro zachování lidské důstojnosti. Pocity nedůstojnosti a devalvace komentovala slovy „*se k člověku chovají jako k buchtě na krámě*“ (1.28 – 29). Odlidštění sekce asociovala s prostředím koncentračního tábora „*jako tohle to, to bylo tak nedůstojný, já jsem si fakt připadala jak v koncentráku*“ (3.71 – 72).

Jako velmi frustrující vnímala narušení osobní intimity a autonomie nerespektujícím zdravotnickým personálem „*řekli, že mám nějaký sekundární vak blan a že mi to musí píchnout, jako že voda neodtýká, ale udělaly to ještě dříve, než jsem si vůbec stačila nasadit brýle, tak už mi šmataly mezi nohama a už ze mě prostě tekla voda ... já jsem z toho byla úplně taková jako v šoku*“ (2.34 – 37). Celou situaci podtrhoval handicap v podobě hypermetropie (dalekozrakosti), jež zvýrazňoval problém s orientací, rychlostí reakce na okolí a adaptace.

Na zdravotnický personál si respondentka B stěžovala opakovaně (2.39 – 41). Měla pocit narušení intimity přítomností sester. Její legitimní žádost o více soukromí v pro ni

intimní situaci byla odmítnuta zpětnou vazbou, jež devalvovala její osobnost nevhodným označením – „citlivka“ a „cimprdlích“ (2.39 – 41). V interakci s nemocničním personálem se často cítila bezmocně, nekompetentně, nerespektovaná, postrádala ohleduplný, individuální, empatický přístup. V průběhu porodu celkově mizel pocit kontroly nad situací, který by jí usnadnil zvládnání situace. A narůstal pocit ponížení a nekompetentnosti.

Respondentka B si smutně povzdechla se slovy „*já mít trochu víc síly, tak bych byla snad i agresivní, ale v tu chvíli je člověk takový bezmocný, máš to velký břicho, takže je člověk takový nemotorný, takový velrybí*“ (10.301 – 303). Výroky respondentky B se týkaly především tělesných prožitků, tělesného konceptu, prožitků bezmoci vzhledem k neobratnosti pokročilého stádia těhotenství, bezbrannosti, ponížení a vydanosti na milost a nemilost zdravotnického personálu. Na základě analýzy příběhu respondentky B se nabízí hypotéza, že utváření mateřského sebepojetí je propojeno s intimními tělesnými prožitky během porodu. Pokud je tato rovina výrazně narušena, má to na utváření mateřského sebepojetí ženy negativní vliv.

Celým rozhovorem rovněž prolínalo téma kojení. Pro respondentku B představovalo nepochybně velmi důležitý životní standard (osobní vodítko). Obdobně tomu bylo i u respondentky A. Velmi toužila a lpěla na tom, aby kojila, a vynaložila velké úsilí, aby se kojení spustilo. Z počátku se nedařilo (4.121, 4.122 – 124). Psychiatr jí nabízel léky, po kterých by se jí psychicky ulevilo, ovšem ona dala přednost kojení „*no jako, jsem sice dost v hajzlu, ale kojit teda chci a léky teda žádný nechci*“ (5.153). Vysoce si cenila toho, že se kojení navzdory počátečním problémům rozeběhlo, neboť „*porod byl taková jako jednorázová věc, důležitá, ale stala se, stala. Ale to, kdybych ho nemohla jako kojit, sama, kdyby ten kontakt byl omezený tím, že bych ho krmila lahvičkou ... To, že je to každodenní záležitost, protože kojíš xkrát za den, to by mě deptalo mnohem víc*“ (8.230 – 233). Kojení jí pomohlo utužit kontakt s dítětem a užít si příjemné společné chvílky (8.230 – 235).

Co se týče utváření mateřského sebepojetí, v příběhu respondentky B, dominují dva aspekty. Ponižující tělesné i psychické prožitky z porodu SC její sebepojetí znejistily a ohrozily. Úspěch v kojení ji však naopak v utváření mateřských kompetencí povzbudil.

**Vztah ženy k dítěti po SC** (viz Příloha č. V, Tabulka č. 3)

### **Interpretace**

Respondentky B měla rozsáhlé znalosti problematiky fyziologického porodu a na porod se intenzivně připravovala, jejím přáním bylo porodit co nejpřirozenějším způsobem.

Výslovně ale nezmínila, že by se před porodem těšila na dítě (Prožívání porodu císařským řezem, Tabulka č. 1., 1.4 – 6).

Velmi ji chyběl zážitek prvotního kontaktu s dítětem bezprostředně po porodu – nejhorší pro ni na celém porodu bylo, že nebyla při vědomí, když se její syn narodil (3.88 – 8). Svůj první okamžik setkání se synem faktograficky hodnotí „*poprvé mi ho dali hned po probuzení, takže to bylo alespoň relativně do těch dvou hodin ... jako to by ještě šlo, ale*“ (3.87 – 88). Tento výrok více odráží její nespokojený postoj k „doktory zkaženému porodu“, než by vypovídal o jejím vztahu k dítěti.

Během popisu prožitků změněného stavu vědomí, mrákot a pocitu tunelového vidění po císařském řezu naráží na ambivalence ve svém vztahu k dítěti „*já jsem v podstatě po dvou dnech vůbec netušila co se děje, měla jsem pocit, že to dítě je nějaký špatný vtíp, že si pro něj určitě někdo přijde a pak bude zase všechno dobrý*“ (4.107 – 109). Její výroky odráží poporodní zoufalý stav fyzického i psychického vysílení. Hluboce negativní prožitky komplikují počátky vyladování v rámci dyády matka-dítě.

Zahlcení negativními psychickými i tělesnými prožitky blokuje u respondentky B její schopnost vnímání dítěte a počátky vytváření vztahu s ním.

Psychický stav respondentky B se nadále zhoršoval a z hlediska její schopnosti péče o dítě by bylo možné jej označit za hraniční „*v noci jsem usnula, probudila jsem se a pořád se mi zdálo, že mi dítě padá na zem, nebo že ho zalehnu. A třeba jsem si vůbec nepamatovala, že jsem ho dala do postýlky, že jsem ho třeba nakojila a přebalila. Nebo jsem se bála, že jsem s ním usla v náručí a prostě jsem ho rozmáčkla nebo zadusila*“ (5.163 – 6.166).

Pozitivním obratem v rozvíjení vztahu s dítětem bylo kojení „*hrozně pomohlo, s ním ten kontakt utužit, zvyknout si na to všechno a užívat si to, všechny tyhle hezký chvílky*“ (8.234 – 235). Syna kojila již přes rok a v průběhu toho se posílila její jistota v roli matky i schopnost jejího intuitivního vnímání dítěte „*do toho vztahu mě s tím dítětem může málokdo zasáhnout. Pro mě je to nějaká intuice*“ (8.240 – 242).

Respondentka B byla v průběhu poporodního období vystavena zprávám, které zpochybňovaly zdraví a psychickou pohodu dětí po císařském řezu. Obecné informace z článku na FB vrhaly negativní obraz i na její dítě. Respondentka se kvůli tomuto článku dostala do konfliktu s některými ze svých kamarádek (Příloha č. V, Tabulka č. 4, 7.203 – 206.). V rámci toho se ukázala její silná potřeba chránit a bránit své dítě, i její pozitivní emoce k němu „*ale já když ho vidím, tak já fakt nic jinýho neřeším, já jsem strašně šťastná, on je prostě báječněj, veselej*“ (7.228 – 229).

Traumatický porodní zážitek byl v případě klientky B příčinou výrazných komplikací v utváření citové vazby a attachmentu k novorozenému dítěti. Počáteční naladění po porodu bylo blokováno a vztah se vyvíjel se značným opožděním- až poté, co se psychický stav respondentky B začal stabilizovat a dovolil jí obrátit pozornost na dítě. Pozitivní roli v procesu vyladování s dítětem a posilování jejích mateřských kompetencí bylo úspěšné a dlouhodobé kojení.

### 4.7.3 Analýza rozhovoru C

Respondentka C, 30 let, vícečetné těhotenství, primipara, 4 měsíce po plánovaném SC.

**Prožívání porodu císařským řezem** (viz Příloha č. VI Tabulka č. 1)

#### **Interpretace**

V případě respondentky C se jednalo, na rozdíl od předešlých respondentek, o těhotenství ukončené plánovaným císařským řezem indukovaným z důvodu polohy plodu A koncem pánevním, což bylo vyhodnoceno jako ohrožující kolizní poloha.

Respondentka C prožívala svůj porod císařským řezem jako „nouzovou situaci“, kterou nechce, ale vzhledem k poloze dvojčat je nutností „*pro ně je to nejlepší*“ (1.2 – 6). Z rozhovoru bylo patrné, že výslovně nelpěla na žádné z variant vedení porodu. Uvedla, že rozhodnutí o způsobu porodu přenechala dvojčatům (4.122, 4.119 – 122).

Již počátek porodu prožívala s výrazným emočním rozkolísáním. Při příjezdu do nemocnice pocítovala „velký adrenalin“, strach ovšem negovala. Ve vnitřním dialogu se opakovaně obracela ke svým dětem „*nejdřív jsem si promluvila tak jakoby trošku telepaticky s miminkama, říkala jsem jim, tak dneska přijdete na svět*“ (1.13 – 15).

Velký strach se dostavil během operačního výkonu „*jsem se to snažila tak jako zlehčovat, vtípkovat s doktory, ale prostě to tělo mě zradilo, mě začaly lítat nohy a ruce, já jsem to nedokázala ovládat*“ (1.21 – 23). Pocity strachu měla tendenci popisovat odosobněně „*tělo mi dávalo najevo, že se strašně bojí, je to něco nového a nečekaného*“ (1.23 – 24).

Respondentka C prožila traumatizující neočekávaný šok v podobě nedostatečně účinného tišícího prostředku proti bolesti „*jsem cítila ten skalpel, jak do mě řízнул. Všichni mi říkali, ucítíte jen takový tlaky, to je v pohodě, já jsem teda spíš měla pocit, jako kdyby mi tahali ven žaludek zaživa*“ (1.31 – 34), „*největší bolest v mém životě, já jsem tam tak křičela*“ (2.35 – 36, 2.41 – 42). Intenzitu prožitku bolesti respondentky C obsahoval i dovětek „*chápu,*

že po porodu někdo nemá žádný vztah k dětem, když právě je to nejhorší bolest, co si zažije v životě“ (2.42 – 43).

Na oddělení JIP se cítila fyzicky nejhůře, co kdy v životě zažila. Chyběla jí přítomnost manžela (3.88 - 89). „*Jsem byla hrozně rozlámaná, jsem si říkala, že bych chtěla z té postele vstát možná někdy za týden. Vůbec jsem nechápala, jak budu fungovat*“ (2.49 – 51). Na novorozeneckém oddělení si však mohla odpočinout pouze jeden den a pak už se musela starat o miminka (2.55 – 56). K tomu se navíc potýkala s poporodními komplikacemi, konkrétně hematodem v ráně (3.69 – 70), bolestivými otoky (7.221 – 222) a podezřením na plicní embolii (7.230 – 8.232).

Během císařského řezu i po výkonu se dostávalo respondentce C velmi dobré sociální opory. Sešlo se více lidí, jejichž přítomnost pocítovala jako vítanou a podpůrnou „*přišel manžel a chytil mě za ruku, za druhou mě chytila anestezioložka, já jsem se klepala jako ratlík pořád*“ (1.29 – 30), „*pak přišla doktorka, tu jsem teda znala už dopředu, tak to pro mě bylo uklidňující*“ (1.30 – 31). Velkou inspirací a oporou byly pro respondentku C také další maminky na poporodním pokojí „*byla velká vzpruha, že jsem viděla, že to ostatní zvládají taky*“ (2.54 – 55). Po porodu jí byl opět velkou pomocí i podporou manžel (5.153 – 155) a jako přínosné vnímala, když chodila tichýně pomáhat s chováním (5.160 – 161).

V porovnání s předešlými respondentkami byla respondentka C spokojená s přístupem zdravotního personálu „*jsem dostala velmi kvalitní péči v porodnici*“ (3.82 – 83). Původně se obávala „*toho, jak všichni říkají, že v porodnictví berou lékaři ženu jako pacienta, kterej do toho nemá co mluvit, já jsem měla tu zkušenost jinou, měla jsem pocit, že když jsem něco potřebovala vysvětlit, že mi to prostě vysvětlili, že mě jako partnera berou*“ (7.208 – 211). Její pozitivní postoj neovlivnil ani ne příliš citlivý přístup sestry, když přinesla děti poprvé na kojení „*ježišmarja, vy nemáte vytvarovaný bradavky*“ (6.164).

Co jí ovšem vadilo, byl nedostatek klidu a odpočinku z důvodu režimu chodu porodnice a absenci klidu na pokojích během návštěvních hodin. Situaci nakonec řešila zaplacením nadstandartního pokoje (4.126 – 5.131, 3.74 – 75).

Respondentka C v líčení svého porodního příběhu v různých souvislostech často užívala slovo „zrada“. Nejprve ji „zradilo“ bojící se tělo (1.22), poté zdravotnický personál (1.31 – 34), kamarádky (8.233 – 234), když jí podaly zcela odlišné informace o intenzitě bolesti, jež měla při SC zažívat, a v neposlední řadě manžel, který si pouze užívá to hezké z návštěvy novorozenců a pak jde domů, zatím co ona musela a musí stále trpět (7.229 – 230).

Respondentka C zmiňovala opakované navracení vzpomínek na nepříjemné pocity z porodu SC a potřebu celou situaci zpracovat (8.233 – 234). „*jsem zpracovávala asi měsíc, hodně se mi to vracelo, že to byl extrémně nepříjemnej zážitek*“ (3.80 – 81).

V rozhovoru s respondentkou C jsem zaznamenávala výrazné střídání pozitivních i negativních prožitků a emocí. Hovořila například o „chuti do života“ a odhodlanosti „*extrémně nepříjemný bylo vstávání, ale dítě zakřičí a já jsem sebrala zbytky sil a dopotácela jsem se k dítěti. Já jsem byla velmi rozněžnělá a cítila jsem velkou chuť, že tu chci být pro ty děti*“ (3.66 – 68). Ty byly střídány extrémně plačtivým obdobím (3.79 – 80), sužujícími obavami ze selhání (3.76 – 77), stresem (6.173), pocity osamělosti (3.93), iritabilitou a dezorientací – „rozhozeným vnímáním“ (7.214 – 216). Respondentka C spatřovala příčinu svého rozkolísaného emočního prožívání a vnímání v záplavě hormonů „*je to vlastně všechno velmi silný hormonální koktejl ... jeden velkej hukot. Člověk se chvilku směje, chvilku na něho spadne splín*“ (5.149 – 152).

Po měsíčním zpracovávání prožitků císařského řezu došla k závěru „*to byla taková směsice, bylo to strašně krásný, ale i strašně nepříjemný, ale vím, že mi to stálo za ty miminka a nic bych na tom neměnila*“ (3.83 – 85), „*ani bych nešla do jiný anestezie, i když vím, že by to pro mě bylo lepší, ale nebylo by to dobrý pro miminka. Je to věc, která mi přinesla moje mimina*“ (3.85 – 86).

Ve vyprávění respondentky C bylo možné identifikovat řadu aspektů, které jí pomohly na cestě k vyrovnání se s prožitou zkušeností císařského řezu. Bylo jimi například nadšení z dětí (2.57 – 59), nalezení ženské a mateřské stránky, které ji naplnilo pocitem úplnosti a pozitivními emocemi (5.143 – 148), dále vyplakání, utišení a podpora od manžela (8.236 – 237), čas „*pak už to nějak pro mě přestalo být důležitý*“ (8.235) a nadhled nad celou situací „*mrzí mě, ale trochu, že jsem si neprožila běžnej porod. Zase ale vím, že kamarádky, který měly císaře, a měly celkovou anestezii, tak ty vnímaly, že jim někdo ukradl celej porod. Oni defakto spaly a pak se probudily a neměly břicho a to je takový divný. Zato já jsem si to prožila, něco z toho bylo velmi nepříjemnýho, něco z toho bylo nádhernýho*“ (8.239 – 243).

## **Sebepojetí ženy po SC (viz Příloha č. VI, Tabulka č. 2)**

### **Interpretace**

Na otázky týkající se vnímání sebe sama reagovala respondentka C otevřeně. Bylo pro ni důležité se zamýšlet nad skutečností, jak byly její děti přivedeny na svět. Porodila je ona nebo „jizva“ (císařský řez, doktoři)? Vyjasnění tohoto významového rozdílu mělo pro



respondentku C významnou hodnotu „*jsem si nejdřív říkala, já nejdu rodit, jdu na operaci, a brala jsem to trochu pejorativně*“ (5.140 – 145). Následně došla ke změně postoje „*řekla jsem si, ne je to prostě taky porod, protože ty emoce a ty hormony tam taky byly*“ (5.140 – 145). O jizvě po SC se vyjadřuje „*je to věc, která nám ty miminka přivedla na svět*“ (3.96 – 97) a mluví tak i o sekci samé „*je to věc [SC], která mi přinesla moje mimina*“ (3.85 – 86). Tyto výroky svědčí o proměnách jejího vnitřního postoje k porodu císařským řezem. Z hlediska vývoje mateřského sebepojetí se zpočátku výrazná diskrepance mezi aktuálním Já a osobně formulovaným ideálním Já postupně zmírňovala.

Proces utváření sebepojetí byl komplikovaný silně protichůdnými prožitky a emocemi respondentky C „*je docela blbý to, že člověk leží na JIPce a vůbec nevidí ty děti*“ (2.44). Lituje odloučení od dětí, zároveň popisuje míru své vyčerpanosti a intenzitu bolesti, těžko slučitelnou s péčí o dvojčata „*byla jsem strašně vysílená a úplně odrovnaná, že jsem je ani nechtěla mít u sebe, protože jsem věděla, že bych to ani nezvládala. Takže jsem byla šťastná, když mi je přinesli nakojit jednou za tři hodiny a to bylo tak všechno, čeho jsem byla schopná*“ (2.46 – 49). Touha a chuť pečovat o své děti (3.66-68) a fyzické a psychické vyčerpání z náročného průběhu porodu SC a poporodní rekonvalescence byly po ni vnitřně silně konfliktní. Postupné překonávání těchto vnitřních konfliktů spolu s překonáváním strachu ze selhání (3.79), osamělosti a negativního sebeobrazu „*trpím, jsem pořezaná*“ (7.229) ji posílily v budování jejího mateřského sebepojetí.

Integrace mateřství a ženství do jejího sebepojetí byla pro ni zdrojem pocitu naplnění „*jsem se začala vnímat víc jako žena a matka, protože je to úplně nová role pro mě. Já jsem se najednou cítila, že teď jsem ta žena. Najednou jsem cítila svojí ženskou stránku, že teď jsem úplná ... Cítila jsem pocit takovýho naplnění. Věděla jsem, že ano, tady to je ta ženská role a ta je skvělá*“ (5.143 – 148).

Důležitou součástí mateřských kompetencí bylo pro ni kojení. Na rozdíl od předchozích respondentek k němu přistupovala jako k samozřejmosti. Opřela se o transgenerační zkušenosti předávané v ženské linii rodu – s kojením neměla žádný problém ani její maminka či babička. Neváhala hledat cestu, jak řešit případné potíže (6.173 – 175, 6.176 – 178 a 6.179 – 181). Z jejích výroků bylo zjevné, kolik trpělivosti a sebezapření při kojení dětem i sobě věnovala, než se začalo dařit „*spousta ženských ... kojení prostě vzdaly, protože je to bolelo. Ale pravda je, že ono to prostě bolí, matka neumí dítěti to prso pořádně nabídnout, ono si ho neumí vzít a hryže. A moje děti hryzaly asi dva měsíce, než se to naučily*“ (6.182 – 184).

## Vztah ženy k dítěti po SC (viz Příloha č. VI, Tabulka č. 3)

### Interpretace

V rozhovoru s respondentkou C bylo patrné, že se na děti těšila, připravovala, obávala se o jejich zdraví (1.24) a přála si jim být na blízku i po porodu (2.44). Jednala primárně s ohledem na své děti. Ponechala na nich volbu vedení porodu, volbu anestezie volila podle toho, co je nejlepší pro děti (1.26 – 27) a nechtěla ji změnit ani v okamžiku, kdy původně zvolená epidurální anestezie selhala „*říkala jsem si, že to radši vydržím, pro ty mimina*“ (2.37 – 38).

U respondentky C jsem opakovaně shledala velkou míru sebeobětování pro své děti. Vypovídá o značné nepohodě po SC a obtížích poporodní péče o děti „*chápu, že po porodu někdo nemá žádný vztah k dětem, když právě je to nejhorší bolest, co si zažije v životě*“ (2.42 – 43) nebo „*opravdu mi běžela hlavou myšlenka, to je tak intenzivní bolest, že já se nedivím, že některý ty ženský jsou pak na ty děti i naštvaní*“ (7.223 – 225). Navzdory těmto prožitkům „*jsem sebrala zbytky sil a dopotácela jsem se k dítěti. Já jsem byla velmi rozněžnělá a cítila jsem velkou chuť, že tu chci být pro ty děti*“ (3.66 – 68).

V rozhovoru s respondentkou C jsem zachytila řadu popisů silných emočních prožitků ve vztahu k dětem. Hovořila o negativních pocitech „naštvaní“ na děti. Dominovala však vyjádření pozitivních emocí k dětem „*to bylo tak kouzelný, když oni na mě tak koukali, že jsem ta nejdůležitější osoba na světě, a že mi věří a ví, že tady budu vždycky pro ně, já se o ně postarám i z té postele*“ (2.61 – 63), „*když máte krásný zdravý miminko, který se na vás usměje, tak to je nejkrásnější pocit na světě a člověk na to špatný hned zapomíná*“ (2.57 – 58). Celou zkušenost s porodem císařským řezem zhodnotila „*to vnímám tak, že je to s tím spojený a že oni jsou tak krásný a já je tak strašně miluju, že kdybych to tady nevyprávěla, tak už to ani nevím*“ (7.225 – 226). Výsledným emočním prožitkem je mateřská láska k dětem „*vím, že mi to stálo za ty miminka a nic bych na tom neměnila*“ (3.85).

## 4.8 Závěry výzkumného šetření

Data z výzkumného šetření, získaná rozhovorem a následnou analýzou, byla poměrně rozsáhlá a poskytla odpovědi na 3 výzkumné otázky: *Co prožívá žena při porodu císařským řezem? Jaký vliv má porod císařským řezem na sebepojetí ženy? Jaký vztah má žena po císařském řezu ke svému dítěti?* Rozhovory byly analyzovány v rámci tří tematických celků vycházejících z výzkumných otázek. V rámci těchto otázek se objevila řada témat, jež měly velký význam u všech respondentek, zároveň jsem poukázala na individuální rozdíly.

V následující podkapitole nejprve shrnu tematický celek *Prožívání porodu císařským řezem*, následně *Sebepojetí ženy po SC* a na závěr tematický celek s názvem *Vztah ženy k dítěti po SC*.

#### 4.8.1 Prožívání porodu císařským řezem

V rámci výzkumného šetření jsem získala bližší náhled na to, co žena prožívá při porodu císařským řezem.

V první řadě bych shrnula výčet nejčastěji zmiňovaných prožitků a témat, která se v rozhovorech objevovala: *pocity šoku, překvapení/zaskočení, ztráta kontroly, pocity nejistoty, strachu a úzkostí (setkání s vlastní smrtelností), obavy o zdraví dítěte, pocity stresu, bezmoci, osamocení, nedůstojnosti, nedostatek intimity, soukromí a autonomie, potřeba informovanosti a sociální opory, (ne)spokojenost se zdravotnickým personálem, zklamání z nemožnosti být u narození svého dítěte, prožitky největší bolesti v životě, konflikt mezi svou schopností péče o dítě a svým fyzickým a psychickým diskomfortem, potřeba klidu, spuštění hormonů, potíže s laktací a kojením, vztah k novorozenému dítěti, sebepojetí, iritabilita a dezorientace po SC, navracení traumatických vzpomínek po porodu SC, potřeba zpracování traumatických vzpomínek, pocit znásilnění, téma dalšího porodu, nedostatečná připravenost na SC.*

Ani jedna z respondentek, kdyby měla možnost, by si císařský řez dobrovolně nevybrala. První dvě respondentky se připravovaly ryze na přirozený porod. Respondentka C, vzhledem ke svému vícečetnému těhotenství, s možností vedení porodu SC počítala. Respondentky se shodly na tom, že nebyly dostatečně připravené. Respondentky A a B se shodovaly v tom, že ve své přípravě soustředily pouze na přirozený porod. Na variantu SC nebyly vůbec připravené. Všechny respondentky mluvily o své touze po prožití přirozeného porodu. Pro svůj další porod po porodu SC by si přály zažít VBAC (Vaginal birth after caesarean).

Každá z respondentek popisovala během rozhovoru určité dominující prožitky. Respondentka A byla nejvíce zasažena dramatičností a ojedinělostí svého operativního zákroku (k císařskému řezu muselo dojít akutně, neboť byla ohrožena na životě) a velmi emotivně prožívala „zradu“ dudy, která odmítla přijet s odůvodněním, že se jednalo „jenom“ o císařský řez. Respondentka B označila svůj porod za „klasický průběh“ toho, jak to končívá po vnějším zásahu do porodu aplikací umělého oxytocinu. Cítila se iatrogeně poškozena zdravotnickým personálem, na jehož direktivní a necitlivý přístup si opakovaně stěžovala. Hovořila o svých pocitech nedůstojnosti a pocitu jako by byla znásilněna. Nemocnici

přirovnala ke koncentračnímu táboru. Pro respondentku C byla šokující především intenzita bolesti, již zažívala při samém zákroku kvůli nedostatečně efektivní epidurální anestezii, a těžce snášela bolest i během pooperační rekonvalescence. Respondentky celkově popisovaly širokou škálu negativních emocí a byly zasaženy jejich intenzitou. Pouze respondentka C zmiňovala i prožitky pozitivní – například odhodlání a chuť do života.

Co se týče kontroly nad situací, respondentka A se během setkání stále prezentovala jako oběť svého osudu („proč já“). Perseverovala pocit křivdy. Respondentkám B a C se ovšem v procesu vyrovnávání se s poporodními nesnázeми podařilo najít sílu v sobě samých. Referovaly o tom, že dospěly do bodu, kdy se rozhodly převzít řízení a kontrolu nad sebou i svými dětmi.

Jako důležité jsem shledala také téma sociální opory a citlivé podpory ve chvílích, kdy to respondentky skutečně potřebovaly. Sociální oporu ze strany rodiny jednoznačně chválily respondentka B a C. Respondentka A měla pouze částečnou oporu, a to ve svém muži. Během porodu ji však trápily obavy o partnera vzhledem k jeho méně stabilnímu duševnímu stavu. To jí pravděpodobně spíše znejistilo, než podpořilo. Ze strany rodiny oporu postrádala.

Zajímavým zjištěním bylo, že žádná z respondentek nebyla spokojená s podporou ze strany přátel. Zpětné vazby ze strany přátel shledávaly respondentky jako málo empatické a devalvující. Vzhledem k tomu se ocitaly v sociální izolaci.

Respondentky věnovaly mnoho času tématu odborné sociální opory ze strany zdravotnického personálu, psychiatrické nebo psychologické odborné péče. V očích respondentky B tato péče zcela selhala – situaci v České republice označila za „absolutní diletantství“. Zdravotnickým systémem se cítila být iatrogenně poškozena. Spokojená nebyla ani s psychiatrickou a psychologickou péčí. Obdobně tomu bylo i u respondentky A. Ta sice uznávala, že jí zdravotníci na jednu stranu zachránili život, z nemocnice si ovšem také odnesla traumatizující vzpomínky na intenzivní stres, jehož zdrojem byl personál a jeho chaotické chování, malá empatie a neschopnost jí srozumitelně informovat. Na rozdíl od respondentky B byla spokojená s psychoterapeutickou péčí, kterou po porodu vyhledala. Naprosto odlišně líčila své zkušenosti respondentka C. S péčí v nemocnici a podporou personálu byla zcela spokojená, a to i navzdory komplikacím s epidurální anestézií.

Míra traumatizace prožitky z porodu byla u všech tří respondentek natolik závažná, že u nich bylo možné spatřit některé ze symptomů posttraumatické stresové poruchy. Respondentka A po 9 měsících po porodu stále zažívala flashbacky traumatických vzpomínek z císařského řezu pokaždé, když zaslechla slovo „přirozený“. Respondentka B si ani rok po

SC nebyla jista svou emoční stabilitou. Popsala dvě období, kdy u ní došlo k retraumatizaci. Respondentce C se rovněž vracely vzpomínky na intenzivní bolest, pocity zrady, šoku a osamocení, jež jí přinesl císařský řez.

Všechny tři respondentky vypovídaly také o tématu vyrovnávání se zážitkem císařského řezu. Všechny potřebovaly určitý čas, aby se s prožitou zkušeností vyrovnaly. Nejmenší míru rizikových stresových faktorů jsem shledala v prožitcích respondentky C. Adekvátní tomu se zdálo být i zjištění, že čas, který potřebovala k integraci porodního zážitku, byl nejkratší – 1 měsíc. Uvedla, že jí pomohlo se „vyzpovídat“ svému manželovi. Respondentky A a B měly po porodu císařským řezem potřebu vyhledat odbornou psychiatrickou nebo psychoterapeutickou péči. Se zážitkem z porodu se nejevily být vyrovnány ani rok po porodu. Diskrepance jejich očekávání a reality zážitku císařského řezu byla velmi výrazná.

Společným terapeutickým prvkem respondentek byla motivace pro poskytnutí rozhovoru. Shodly se na tom, že bylo pro ně významné sdílení svého porodního příběhu a to, že by jejich příběh mohl být někomu užitečný. Projevovaly vděk za to, že se tímto tématem zabývám a ochotně nabízely další spolupráci.

#### 4.8.2 Sebepojetí ženy po SC

Podkapitola o prožitcích žen během císařského řezu dokládá, že míra traumatizace a počet stresových faktorů v příbězích žen přesahoval jejich adaptační kapacity. Porod je iniciační zážitek – proces, skrze který se integruje do dosavadního sebepojetí ženy její nová mateřská role. Pokud je porod zatížen tak vysokou mírou stresu, je zkomplikováno i utváření pozitivního mateřského sebepojetí a vnímání ženy jako dobré matky.

Ženy si zvykají na svou novou mateřskou roli a kromě toho se musí vyrovnávat se změnami a dopady charakteristickými pro císařský řez, které původně neočekávaly nebo si prvotně nedovedly dostatečně barvitě představit.

Prvotním problémem bylo už jen přijetí císařského řezu za porod. Každá z respondentek minimálně jednou nejistě uvažovala nad tím, zda vlastně může říci, že porodila své dítě. Respondentka A polemizovala o tom, zda skutečnost, že porodila císařským řezem, znamenala, že tedy není máma a „nemá takovou cenu“. Respondentka B byla hypersenzitivní na témata typu „dětí narozené císařským řezem“. Na svůj porod nahlížela jako na selhání a pociťovala vinu za to, že se jí nepodařilo zajistit dítěti zdravější vstup do života. Respondentka C zpracovávala svůj původně pejorativní přístup „nejdu rodit, jdu na operaci“.

V přijetí SC za porod jí pomohlo racionální zdůvodnění, že i při SC dochází k vyplavování porodních hormonů.

Důležitou součástí mateřských kompetencí bylo u respondentek kojení. Všechny tři respondenty si od začátku přály kojit své děti a navzdory potížím s laktací se o to opakovaně snažily. Respondentka A se těšila, až se jí syn narodí a bude ho kojit. Laktace se přes veškeré úsilí nespustila. Navštívila dokonce i laktační poradkyni a psychoterapeutku. Respondentka B měla rovněž zpočátku potíže s laktací. Problém netkvěl v nedostatku hormonu prolaktinu, jehož funkcí je tvorba mleziva, nýbrž ve funkci oxytocinu, který pomáhá spouštět laktaci. V rámci navrhované léčby psychiatrem měla přestat kojit úplně. Rozhodnutí se ovšem vzepřela a laktace se nakonec spustila. Během rozhovoru upřesňovala, že mnohem více než to, že se jí nepodařilo porodit přirozeně, by ji mrzelo, kdyby nemohla kojit – neboť porod je „jednorázovým okamžikem“, zatímco kojení „denní záležitostí“. U respondenty C se spuštěním laktace problém nebyl. Laktace se spustila hned třetí den, jak tomu bývá běžně po fyziologickém porodu. Respondentka C řešila pouze praktické potíže s plochými bradavkami a kousáním dvojčat.

Vědomí vlastní hodnoty a utváření pozitivního sebeobrazu ženy jako matky bylo v příbězích respondentek A a B narušováno faktory sociálního přijetí či nepřijetí. Respondentka A popsala zklamání z nepochopení ostatními lidmi. Integrita osobnosti respondenty B se snažila vypořádat s pocity nedůstojnosti, nepochopení, znásilnění, vyvolanými prožitky nátlaku ze strany necitlivého zdravotnického personálu. Nemocnici přirovnala ke koncentračnímu táboru. Absurditu situace pro ni znásobovalo i to, že si navzdory vysokoškolskému vzdělání připadala úplně neschopná a vzhledem ke svému „velkému břichu“ i nemotorná a bezbranná.

Porod ve výpovědích respondentek vystupoval jako iniciační zážitek s podstatnými existenciálními rozměry. Respondentka C o porodu hovořila jako o situaci, ve které byla „tak trochu sama“. Vyprávěla své pozitivní prožitky transformace dívky v ženu-matku. Objevila v sobě svou ženskou stránku a těšila se z role matky.

Podle teorií o sebepojetí (viz kapitola 3.2) je jedinec k udržení své psychické integrity primárně motivován, neboť jej naplňuje pocity jistoty, zatímco prudké změny vnímá nelibě, vyvádějí ho z jistoty do nejistoty. Výpovědi respondentek svědčí o tom, že je porod císařským řezem vystavil nadlimitním stresům v pro ně citlivé existenciální situaci. Potýkaly se s pocity osamocení, absencí sociální opory, nedostatečností, pocity selhání, viny a odevzdání kontroly. Tyto rozsáhlé a náhlé změny komplikovaly utváření jejich sebepojetí jako „dobré matky“.

### 4.8.3 Vztah ženy k dítěti po SC

Poslední tematický celek přinesl odpovědi na výzkumnou otázku, jaký vztah má žena po císařském řezu ke svému dítěti.

Jedním z hlavních aspektů, proč ženy prožívaly císařský řez tak negativně, byla nenaplněná touha být při vědomí v momentě narození svých dětí. Respondentka C si z tohoto důvodu záměrně vybrala epidurální anestezii. Neměla pocit „ukradeného porodu“. Respondentka A i B musely podstoupit celkovou anestezii, neměly na výběr. Obě litovaly, že se se svými dětmi nemohly setkat v okamžiku jejich příchodu na svět. Došlo k separaci matky a dítěte po porodu. U respondentky A se jednalo o 4 dny a u respondentky B o 2 hodiny po operaci. Na rozdíl od respondentky C ani jedna z těchto matek nepopisovala pozitivní emoce při prvním setkání se svým dítětem.

Respondentka A se během těhotenství na dítě těšila, ale po porodu SC došla k závěru, že k dítěti nic necítila. Otevřeně prohlašovala, že má ke svému dítěti narušený vztah. Cestu si k němu pomalu začala nacházet až 9 měsíců po porodu.

Respondentka B líčila své touhy po porodu „co nejpřirozenějším způsobem“, ale výslovně nezmínila, že by se před porodem na dítě těšila. Svůj první okamžik setkání se synem popsala poněkud faktograficky, bez pozitivních emocí. Zahlcení negativními psychickými i tělesnými prožitky blokovalo u respondentky B její schopnost vnímání dítěte a počátky vytváření vztahu s ním. Traumatický porodní zážitek byl v případě klientky B příčinou výrazných komplikací v utváření citové vazby a attachmentu k novorozenému dítěti. Počáteční naladění po porodu bylo blokováno a vztah se vyvíjel se značným opožděním- poté, co se psychický stav respondentky B začal stabilizovat a dovolil jí obrátit pozornost na dítě. Pozitivní roli v procesu vyladování s dítětem a posilování jejich mateřských kompetencí bylo úspěšné a dlouhodobé kojení.

Příběh respondentky C se liší v mnoha aspektech. Na děti se těšila, připravovala, obávala se o jejich zdraví a přála si jim být na blízku ihned po porodu. Volbu anestezie volila podle toho, co je nejlepší pro děti a nechtěla ji změnit ani v okamžiku, kdy primárně zvolená epidurální anestezie selhala. Respondentce C se podařilo adaptivním způsobem zpracovat negativní emoce vůči dětem, související s bolestí zakoušenou při jejich příchodu na svět. Dominujícím emočním prožitkem byla mateřská láska.

Z výpovědí respondentek vyplývalo, čím více rizikových stresujících faktorů prožily při porodu SC a čím více bylo zasazeno vytváření jejich mateřského sebepojetí, tím spíše docházelo ke komplikacím a opožděnému vývoji vztahu s dítětem. Prožitky bolesti a fyzická

nepohoda nedovolovaly respondentkám obrátit svou pozornost na novorozené dítě – docházelo k obtížím ve vyladění na dítě, k problémům v porozumění jeho signálům a komunikaci s ním. Vývoj vazby matka-dítě byl u všech respondentek po císařském řezu zkomplikován. Dvě ze tří respondentek se přes tyto potíže překlenuly se značným opožděním.

#### 4.8.4 Diskuse

Praktická část bakalářské práce je uskutečněna na základě výzkumného šetření, jehož cílem je nahlédnout na žitou zkušenost tří žen, které porodily císařským řezem, a porozumět tomu, co prožívá žena při porodu SC, jaký to má vliv na její sebepojetí a jaký vztah má žena po SC ke svému dítěti. Opírám se o 3 rozhovory analyzované pomocí výzkumné metody IPA. Vzhledem k velikosti vzorku a způsobu výběru respondentek si nekladu ambice získané výsledky zobecňovat na celou populaci žen porodivších císařským řezem. Dané výsledky lze srovnat pouze s dostupnými závěry podobných publikovaných výzkumů nebo s obecnějšími teoretickými poznatky. Předložené poznatky slouží především k nahlédnutí a bližšímu porozumění individuální žité zkušenosti respondentek.

Získaná data v rámci této bakalářské práce vesměs potvrzují závěry publikovaných výzkumů a teoretických poznatků, které uvádím v teoretické části. Nadto bych ráda poukázala na další zjištěná témata, která vyplynula z rozhovorů s respondentkami. Podle mého názoru by měla být podrobena společenské diskusi a dalšímu zkoumání:

- Kvalitní psychoprofylaktická předporodní příprava – nepodceňovat přípravu, neupínat svou pozornost pouze na přirozený porod, nezanedbávat edukaci o císařském řezu. Domnívám se, že konstruktivní příprava na situaci, kdy těhotenství nebo porod mohou být nakonec ukončeny císařským řezem, by mohla u žen snížit šok (diskrepanci mezi jejich prvotním očekáváním a představami a následným reálným zážitkem porodu SC) a další projevy spojené s takto stresovou situací.
- Nedostatečná následná péče o ženy po císařském řezu – v případě potřeby by měl být k dispozici v nemocnici psycholog, který s matkou promluví, nebo jiný odborník s adekvátními komunikačními schopnostmi. V ideálním případě by měli zdravotníci edukovat matku v možnostech odborné péče s nabídkou konkrétních kontaktů, ne ji pouze odkázat na psychiatrickou ambulanci. Kompetentní specializovaná péče pro ženy po traumaticky vnímaném porodu se začíná pomalu utvářet.



- Neustálá ignorace vědecky podložených doporučených postupů během těhotenství a fyziologického porodu – je ve své podstatě neetickým, iatrogenním poškozováním rodiček, mající své následky, se kterými se musejí rodičky následně vypořádávat.
- Přístup zdravotníků – nedostatečné komunikační schopnosti, narušování respektu, autonomie a intimity pacienta, jakožto základních komponentů uchování lidské důstojnosti. Přebírání kontroly a zodpovědnosti za porod a dítě – toto odepření a ztrátu kontroly ženy prožívaly s nejistotou, pocity bezmoci a hněvem.
- Sociální izolace žen po císařském řezu způsobená kolektivním traumatem – „přežili jsme to všichni, přežijete to taky“.

Vzhledem k tomu, že jsem nakonec musela některé respondentky odmítnout z důvodu překročení kapacity bakalářské práce, ve zpracovávání tématu lze pokračovat v rámci diplomové práce, a to nejen rozšířením práce o další životní příběhy, ale také hledáním odpovědí například na jedno z výše uvedených témat. Jako zajímavé se mi také jeví uskutečnit výzkum zaměřený na ženy, které mají například 3-4roky po císařském řezu – ideálně se stejnými respondentkami. Získané výsledky by bylo možné porovnat s výsledky výzkumného šetření v této bakalářské práci.

Výsledky výzkumného šetření bezesporu využiji osobně v rámci své praxe porodní asistentky a osobně je budu šířit mezi kolegyněmi a kolegy, jež budou mít zájem o empatictější a taktnější přístup při práci s pacientkami/klientkami. Přínosné by mohly být rovněž pro čtenářky z řad žen po císařském řezu, z řad terapeutů či osob blízkých. Zájem o tuto práci projevilo Aperió Praha. Bude využívána jako studijní materiál kurzu pro lektory předporodní přípravy a v podpůrné skupině pro ženy po SC, pořádanými touto organizací. Bude k dispozici i dalším spolupracujícím odborníkům, jež se s matkami po SC často setkávají a jsou konfrontováni s jejich psychickou nepohodou.

Během výběru respondentek jsem se v rámci možností (získaných rozhovorů) pokoušela o nastavení takových kritérií, jež by zaručovaly získání co nejhomogennějšího vzorku žen. Teoreticky jsem byla obeznámena s rozdíly mezi plánovaným a akutním císařským řezem. Ovšem až po analýze mnou vybraných rozhovorů jsem došla k poznání, jak markantní mohou být rozdíly v prožitcích žen, které porodily primárním (plánovaným) císařským řezem, kdy dochází k ukončení těhotenství císařským řezem před spontánním začátkem porodu, a mezi prožitky porodu sekundárním císařským řezem. Při něm dítě musí být akutně vybaveno během pár minut vzhledem ke zdravotním potížím matky či plodu a

indikuje se leckdy i po mnohahodinových bolestech, kdy se žena snaží porodit vaginálně. Osobně bych se připojila k názorům Odena a Čepického, kteří poukazují na nutnost rozlišovat porody císařským řezem na 3 druhy. I tuto problematiku by bylo vhodné dále specificky zkoumat.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá psychickými aspekty porodu císařským řezem. Teoretická část je věnována vymezení pojmu a problematiky císařského řezu, jeho psychickým aspektům a možným psychickým následkům vyskytujících se u žen po porodu císařským řezem. Praktická část je realizována jako kvalitativní výzkumné šetření. Umožňuje nahlédnout do života tří žen porodivších císařským řezem a porozumět tomu, co prožívá žena při porodu císařským řezem, jaký vliv to má na její sebepojetí a jaký vztah má žena po císařském řezu ke svému dítěti. Data získaná prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla analyzována prostřednictvím metody IPA (Interpretativní fenomenologické analýzy).

Bylo zjištěno, že porod císařským řezem představoval pro respondentky velkou psychickou zátěž. Musely si zvykat nejen na změny, jež přináší i fyziologický porod, ale také na změny charakteristické pro císařský řez, které původně neočekávaly nebo si nedovedly dostatečně představit. Došlo u nich k traumatické diskrepanci mezi jejich prvotním očekáváním a následným reálným zážitkem porodu SC. Všechny respondentky byly sužovány pocity šoku, nejistoty a úzkosti, strachu, zmatenosti, bezradnosti, zklamání, pocity selhání a hněvu. Míra traumatizace prožitky z porodu byla u všech tří respondentek natolik závažná, že u nich bylo možné spatřit některé ze symptomů posttraumatické stresové poruchy.

Respondentky potřebovaly určitý čas, aby se s prožitou zkušeností vyrovnaly. Dvě vyhledaly po porodu císařským řezem odbornou psychiatrickou nebo psychoterapeutickou péči. Se zážitkem z porodu se nejevily být vyrovnány ani rok po porodu. Všechny respondentky si přály zažít ve svém životě ještě fyziologický porod.

Výpovědi respondentek svědčí o tom, že je porod císařským řezem vystavil nadlimitnímu stresu v pro ně citlivé existenciální situaci. Nedostatek kontroly nad situací, pocity osamocení, absence sociální opory i ponížení komplikovaly utváření pozitivního sebepojetí respondentek a vnímání se jako „dobré matky“.

Čím více rizikových stresujících okolností prožily při porodu SC a čím více bylo zasaženo vytváření jejich mateřského sebepojetí, tím spíše docházelo ke komplikacím a opožděnému vývoji vztahu a citové vazby s dítětem. Prožitky bolesti a fyzická i psychická nepohoda nedovolovaly respondentkám obrátit svou pozornost na novorozené dítě – docházelo k obtížím ve vyladování na dítě, problémům v porozumění jeho signálům a

komunikaci s ním. Vývoj vazby matka-dítě byl u všech respondentek po císařském řezu zkomplikován.

Porod SC může mít negativní dopad na tělesnou a instinktivní rovinu prožívání ženy i její psychický stav, rovněž tak může negativně ovlivňovat schopnost jejího intuitivního rodičovského vyladění a chování ve vztahu k dítěti. SC významně narušuje jedinečnou bio-psycho-socio-spirituální komplexnost fenoménu porodu.

Ze zpětných reakcí respondentek bylo zřejmé, že tato bakalářská práce byla přínosná minimálně pro ně samotné. Byly vděčné, že se někdo zabývá problematikou porodů SC, a tak se rády podělily o své porodní příběhy. Na výsledky bakalářské práce nebo témata vypsaná v diskusi lze navázat diplomovou prací. Jedná se o témata, jež by měla být podrobena společenské diskusi a dalšímu zkoumání. Porod císařským řezem zasahuje do života ženy a dítěte na bio-psycho-socio-spirituálních rovinách a může být zdrojem závažných traumat s dlouhodobým dopadem. Při péči o rodičky je nezbytné přistupovat k porodu citlivě a neredukovat jej pouze na tělesné aspekty.

Výsledky této práce lze prakticky využít v psychoprofylaktické přípravě na porod, v přímé individuální i skupinové práci se ženami po císařském řezu a k edukaci zdravotnického personálu a dalších odborníků, kteří přicházejí do kontaktu se ženami před, během i v období po porodu.

Autorka práce souzní s názory autorů hovořících o potřebě rozšířit seznam měřítek úspěšnosti porodu, podle nichž by nebyla hodnocena pouze morbidita a mortalita rodiček a novorozenců, ale i kvalita porodů včetně faktorů psychického prožívání rodičky. Zdravotnický personál by měl být vzhledem k těmto zmíněným změnám v přístupu k porodům adekvátně edukován. O problematice císařských řezů se začíná hojně diskutovat a psát. Ženy mají dnes k dispozici celou řadu literárních zdrojů a kurzů, které jim otevírají cestu k sebepoznání, k porozumění svým tělesným projevům a procesům pojícím se s fyziologickým porodem a poporodní adaptací. Je však zapotřebí dbát na to, aby se k přípravě na porod přistupovalo komplexně a otevřeně se probíraly všechny alternativy porodu včetně kvalitní edukace o porodu císařským řezem.

# SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

## LITERATURA

- BALCAR, Karel. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. opr. vyd. Chrudim: Mach, 1991, s. 217.
- BLATNÝ, Marek a Alena PLHÁKOVÁ. *Temperament, inteligence a sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003, s. 150. ISBN 80-86620-05-0.
- BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: hlavní témata a současné přístupy*. Praha: Grada, 2010, s. 320. ISBN 978-80.247-3434-7.
- ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL, Bedřich SRP a kolektiv. *Porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, s. 580. ISBN 978-80-247-4529-9.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vyd. Přel. Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010, s. 255. ISBN 978-80-7367-815-9.
- GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Přel. Jiří KRÁLOVEC. Praha: OneWomenPress, 2002, s. 549. ISBN 80-86356-13-2.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 407. ISBN 80-736-7040-2.
- HOLOMÁŇ, Karol. *Vybrané kapitoly z pôrodnictva*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2004, s. 343. ISBN 80-223-1929-5.
- KOCVRLICHOVÁ, Marta. *Vina*. Praha: Triton, 2006, s. 366. ISBN 80-7254-684-8.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In: Tomáš ŘIHÁČEK, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 190. ISBN 978-802-1063-822.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 279. ISBN 80-7178-744-4.
- MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia, 2011, s. 279. ISBN 978-80-7436-014-5.
- ODENT, Michel. *Císařský řez*. Přel. Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016, s. 180. ISBN 978-80-7500-227-3.
- ODENT, Michel. *Porod a budoucnost homo sapiens: první kniha o evoluci člověka v souvislosti s tím, jak přicházíme na svět*. Přel. Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2014, s. 164. ISBN 978-80-7500-052-1.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 414. ISBN 80-726-2411-3.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008, s. 106. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, s. 405. ISBN 978-802-4719-412.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 544. ISBN 80-7367-342-8.

ZÁBRANSKÝ, František. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén, 1997, s. 132. ISBN 80-85824-69-8.

### ELEKTRONCKÉ ZDROJE

AL-MUFTI, Raghad, Andrew McCARTHY a Nicholas M. FISK. Obstetricians' personal choice and mode of delivery [online]. *Lancet*. 1996, roč. 347, č. 9000, s. 544-545. Dostupné z: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(96\)91176-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(96)91176-9/abstract).

ASLAM, M. F., K. GILMOUR a R. D. FAWDRY. Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery [online]. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 2003, roč. 23, č. 4, s. 364-366. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0144361031000119493](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0144361031000119493).

AYERS, Susan, Andrew EAGLE a Helen WARING. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study [online]. *Psychology, Health & Medicine*. 2006, roč. 11, č. 4, s. 389-398. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500600708409](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500600708409).

AYERS, Susan, Stephen JOSEPH, Kirstie MCKENZIE-MCHARG, Pauline SLADE aj. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research [online]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008, roč. 29, č. 4, s. 240-250. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820802034631?journalCode=ipob20](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820802034631?journalCode=ipob20).

BAILHAM, David a Stephen JOSEPH. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice [online]. *Psychology, Health & Medicine*. 2003, roč. 8, č. 2, s. 159-168. Dostupné z: [www.tabs.org.nz/pdfdocs/159-168.pdf](http://www.tabs.org.nz/pdfdocs/159-168.pdf).

BALLARD, C. G., A. K. STANLEY a I. F. BROCKINGTON. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth [online]. *The British Journal of Psychiatry*. 1995, roč. 166, č. 4, s. 525-528. Dostupné z: [bjp.rcpsych.org/content/166/4/525](http://bjp.rcpsych.org/content/166/4/525).

BINDER, Tomáš. Komplikace císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví [online]. *Levret*. 2008, roč. 17, č. 1, s. 89-95. Dostupné z: [www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol17c1/clanek?c=1](http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol17c1/clanek?c=1).

ČEPICKÝ Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ. Psychologie císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví [online]. *Levret*. 2008, roč. 17, č. 1, s. 79-84. Dostupné z: [www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol17c1/clanek?c=1](http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol17c1/clanek?c=1).

DICKSON, Malcolm John a Mark WILLETT. Midwives would prefer a vaginal delivery [online]. *British Medical Journal*. 1999, roč. 319, č. 1008. Dostupné z: [www.bmj.com/content/319/7215/1008.2](http://www.bmj.com/content/319/7215/1008.2).

FAIT, Tomáš. Šestinedělí. Moderní babičství [online]. *Levret*. 2006, č. 9, s. 1-8. Dostupné z: [www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67](http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67).

FENECH, Giliane a Gill THOMSON. Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being [online]. *Midwifery*. 2014, roč. 30, č. 2, s. 185-193. Dostupné z: [www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00351-3/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00351-3/fulltext).

GRAHAM, W. J., V. HUNDLEY, A. L. McCHEYNE, M. H. HALL, aj. An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section [online]. *British Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 1999, roč. 106, č. 3, s. 213-20. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08233.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08233.x/full).

HÁJEK, Zdeněk: Vedení a rizika porodu V.I.P. Moderní gynekologie a porodnictví [online]. *Levret*. 2000, roč. 9, č. 1, s. 342-343. Dostupné z: [www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c1/hajek.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c1/hajek.php).

HILDINGSSON, Ingegerd. How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy [online]. *Midwifery*. 2008, roč. 24, č. 1, s. 46-54. Dostupné z: [www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(06\)00095-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(06)00095-7/fulltext).

HOGENOVÁ, Anna. K fenoménu „autorita“. *PVŠPS* [online]. ©2016, 13. prosince 2016 [cit. 2016-12-13]. Dostupné z: [www.pvsps.cz/data/document/20100503/kolo06-hogenova.pdf?id=73](http://www.pvsps.cz/data/document/20100503/kolo06-hogenova.pdf?id=73).

KALISH, Robin. B., Laurence B. McCULLOUGH a Frank A. CHERVENAK. Patient choice Cesarean delivery: ethical issues [online]. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008, roč. 20, č. 2, s. 116-119. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/5463369\\_Patient\\_Choice\\_Cesarean\\_Delivery\\_Ethical\\_Issues](http://www.researchgate.net/publication/5463369_Patient_Choice_Cesarean_Delivery_Ethical_Issues).

LABUSOVÁ, Eva. Císařský řez - spásná operace i obchod se strachem. *Rodičovství, psychologie, zdraví* [online]. ©2006-2017 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: [www.evalabusova.cz/cesty/I\\_10.php](http://www.evalabusova.cz/cesty/I_10.php).

LABUSOVÁ, Eva. Dobré pocity žen z porodu jsou přínosné pro celou společnost. *Rodičovství, psychologie, zdraví* [online]. ©2006-2017 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: [www.evalabusova.cz/rozhovory/m\\_mrowetz2.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_mrowetz2.php).

LABUSOVÁ, Eva. Chtít a plánovat prostě nestačí. *Rodičovství, psychologie, zdraví* [online]. ©2006-2017 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: [www.evalabusova.cz/rozhovory/z\\_kovarikova.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/z_kovarikova.php).

LOMÍČKOVÁ, Taťána. Změnily se indikace k císařskému řezu [online]. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2009, č. 1, s. 42-44. Dostupné z: [www.actualgyn.com/pdf/en\\_2009\\_12.pdf](http://www.actualgyn.com/pdf/en_2009_12.pdf).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník 9/2003. *MZCR.cz* [online]. ©2010 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: [www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3660\\_1782\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3660_1782_11.html).

MROWETZ, Michaela. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie [online]. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*. 2013, roč. 20, č. 1, s. 59-64. Dostupné z: [www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2013/ppp1-2013-cla22.pdf](http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2013/ppp1-2013-cla22.pdf).

PAVLÍKOVÁ, Markéta. Perinatologická a Intermediární centra. *Biostatistická* [online]. ©2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: [www.biostatisticka.cz/analyza-dat-nrc-2/](http://www.biostatisticka.cz/analyza-dat-nrc-2/)

ROZTOČIL, Aleš. Jak dál s našim porodnictvím? Česká gynekologie [online]. *Levret*. 2012, roč. 77, č. 6, s. 552-554. Dostupné z: [www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/jak-dal-s-nasim-porodnictvim-40047?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/jak-dal-s-nasim-porodnictvim-40047?confirm_rules=1).

RYDING, Elsa Lena, Klaas WIJMA a Barbro WIJMA. Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women [online]. *Birth*. 1998, roč. 25, č. 4, s. 246-251. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x/full).

SAISTO, Therhi, Katariina SALMELA-ARO, Jari-Erik NURMI a Erja HALMESMÄKI. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression [online]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001, roč. 80, č. 1, s. 39-45. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x/full).

SEIFERTO VÁ, Dagmar a Pavel MOHR. Psychiatrické komplikace v šestinedělí. Moderní gynekologie a porodnictví [online]. *Levret*. 2009, roč. 18, č. 1, s. 14-21. Dostupné z: [www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol18c1/clanek?c=1](http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol18c1/clanek?c=1).

STRAMROOD, Claire. A. I., K. Marieke PAARLBERG, Elisabeth M. J. HUIS IN 'T VELD, Leonard W. A. R. BERGER aj. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings [online]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2011, roč. 32, č. 2, s. 88-97. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2011.569801](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2011.569801).

TSCHUDIN, Sibil, Judith ALDER, Stephanie HENDRIKSEN, Johannes BITZER aj. Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand [online]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009, roč. 30, č. 3, s. 175-180. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820902789233](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820902789233).

VÍCHOVÁ, Tereza. Rady, jak se vyrovnat s císařským řezem [online]. *Maminka*. 2016, roč. 2016, č. 2, s. 56-58. Dostupné z: [www.maminka.cz/clanek/rady-jak-se-vyrovnat-s-cisarskym-rezem](http://www.maminka.cz/clanek/rady-jak-se-vyrovnat-s-cisarskym-rezem).



WHO. Safe of matherhood. *WHO.INT/EN* [online]. ©2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: [www.who.int/healthinfo/systems/SARA\\_H\\_UGA\\_Results\\_2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_H_UGA_Results_2014.pdf?ua=1).

WIJMA, Klaas, Elsa Lena RYDING a Barbro WIJMA. Predicting psychological wellbeing after emergency caesarean section: a preliminary study [online]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2002, roč. 20, č. 1, s. 25-36. Dostupné z: [www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830220106776](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830220106776).

WIKLUND, Ingela, Gunnar EDMAN, Elsa Lena RYDING a Ellika ANDOLF. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section [online]. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 2008, roč. 115, č. 3, s. 324-331. Dostupné z: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x/full).

### PŘEDNÁŠKA

KOVAŘÍKOVÁ, Zuzana. Setkání žen na téma císařský řez. *Aperio*. Praha, říjen, 2015.

## PŘÍLOHY

Příloha č. I – Průvodní dopis pro maminku o plánu rozhovoru

Příloha č. II – Informovaný souhlas s využitím získaných dat

Příloha č. III – Seznam otázek ke strukturovanému rozhovoru

Příloha č. IV – Tabulky k rozhovoru s respondentkou A

Příloha č. V – Tabulky k rozhovoru s respondentkou B

Příloha č. VI – Tabulky k rozhovoru s respondentkou C

## Příloha č. I – Průvodní dopis pro maminku o plánu rozhovoru

Milá maminko,

jsem studentkou třetího ročníku prezenčního studia bakalářského studijního programu Psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Děkuji Vám za zájem připojit se ke spolupráci nad mou bakalářskou prací. Cílem praktické části je zachytit jedinečnou osobní zkušenost 3 žen, které porodily císařským řezem. A tato otázka: „Jaká je Vaše osobní zkušenost s porodem císařským řezem“, bude náplní našeho setkání. Samozřejmě, pokud by Vám byl rozhovor jakýmkoliv způsobem nepříjemný, tak jej kdykoliv můžete ukončit. Stejně tak můžete na kteroukoliv otázku při rozhovoru neodpovědět. Celý rozhovor bude nahráván, abych mohla plnou pozornost věnovat Vám, namísto psaní poznámek. Nahrávka slouží pouze pro účely výzkumného šetření a bude s ní zacházeno, dle etických pravidel, s nejvyšší opatrností. Výstupy budou anonymní, bez uvedení pravých jmen, či přímých souvislostí, které by vedly k Vaší identifikaci. Jako respekt k intimitě příběhů budou, pro účely analýzy textů, použity pseudonymy.

Ještě jednou děkuji za Vaši ochotu a čas strávený při čtení tohoto průvodního dopisu. Budu se těšit na naše setkání.

Michaela Fajtllová

## Příloha č. II – Informovaný souhlas s využitím získaných dat

Informovaný souhlas s využitím získaných dat pro účely zpracování bakalářské práce

Souhlasím s účastí na výzkumném šetření studentky Michaely Fajtlvé, která se tímto zavazuje, že jakékoliv informace, data a nahrávka poslouží výhradně ke studijním účelům a případně jako příloha zprávy, a to pouze v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií, s.r.o.

Souhlasím s tím, aby výsledky výzkumného šetření byly zveřejněny v bakalářské práci za předpokladu anonymizace osobních dat. K použití dat či nahrávky za jiným účelem by byl potřeba můj samostatný písemný souhlas. Studentka se tímto zároveň zavazuje, že mě řádně informovala o všech okolnostech výzkumu uskutečněného:

Dne ..... V (e) ..... Michaelou Fajtlvou.

.....

Podpis respondentky

.....

Podpis autorky výzkumného šetření

## Příloha č. III – Seznam otázek ke strukturovanému rozhovoru

- 1. Jaká je Vaše zkušenost s porodem/těhotenstvím ukončeným císařským řezem?**  
(úvodní otázka)
  - Z jakého důvodu byl porod ukončen císařským řezem?
- 2. Jaké máte zkušenosti s porody ve Vaší rodině či okolí? Víte, jak jste se sama narodila?**
- 3. Jakým způsobem vnímáte své tělo? Rozumíte jeho potřebám a signálům, skrze které s Vámi komunikuje?**
- 4. Jakým způsobem jste se připravovala na porod? Měla jste nějaké konkrétní představy a očekávání?**
  - Jaké představy a očekávání se Vám splnily a které nikoliv?
- 5. Jak jste se těšila na příchod svého miminka? Měla jste nějaká očekávání a konkrétní představy o miminku?**
  - Jaké představy a očekávání se Vám splnily a jaké nikoliv?
- 6. Jaký vliv měla Vaše zkušenost s porodem císařským řezem na Vaše sebepjetí?**

## Příloha č. IV – Tabulky k rozhovoru s respondentkou A

**Tabulka č. 1: Prožívání porodu císařským řezem**

Téma	Citace + souřadnice
<b>Fyziologický průběh těhotenství</b>	„no, tak celé těhotenství bylo naprosto v pořádku“ (1.1) „a všechno se vyvíjelo normálně“ (1.4)
<b>Náhlá změna</b>	„až se mi jednou večer udělalo hrozně špatně, zvracela jsem, bolela mě hlava, byla jsem strašně malátná a nechtělo to odeznít, pak mě začalo bolet i břicho a nakonec jsem začala i krvácet“ (1.4 – 6) „byla jsem připravena na něco jiného a teď se musím přizpůsobovat něčemu jinému“ (4.112) „kdybych se na to alespoň tak nepřipravovala a netěšila“ (3.88)
<b>Příprava na fyziologický porod</b>	„s Peťou jsme byli na několika předporodních kurzech a setkání, tam jsme nacvičovali spoustu technik, které můžeš využít u porodu. Různé techniky na uvolnění, různé druhy dýchání, pak to kojení a pak přijde tohle“ (3.90 – 93)
<b>Příprava na císařský řez</b>	„ne, vůbec, na žádném“ (3.96) „tenkrát jsem se o to vůbec nezajímala. Jako byli jsme plní otázek a chtěli jsme pomoc, poradit. Třeba jsme byli v jedné nemocnici a vůbec jsme pak nevěděli, kterou si máme vybrat. Pak nám byla nabídnutá ještě ta Šárka (dula) z rodiny“ (4.99 – 101)
<b>Ohrožení na životě (akutní císařský řez)</b>	„no a najednou přiběhli doktoři, že prý to ten můj organismus přestává zvládat a že musí Davidka hned akutně dostat ven. Že mi tedy

	<p>budou dělat císaře“ (1.10 – 11)</p> <p>„jsem jen slyšela z otevřených dveří, že tu paní je zapotřebí do hodiny operovat! A že pokud to akutně do hodiny nebude tak... a teď, doktoři kolem mě lítali, operatěři nebyli, jo... takže paní doktorka tam z toho byla úplně vyřízená, protože říkala, já tu holku musím rychle operovat, prostě musím“ (1.26 – 29)</p> <p>„teď jsem měla strach z anestezie, jestli se vůbec probudím, jestli budu žít nebo nebudu, když tam takhle plaší. Protože ty orgány prý vůbec nefungovaly, jak měly, a ta anestezie je ještě větší zátěž na organismus, takže nevěděli, jestli to ten organismus vůbec zvládne“ (2.32 – 35)</p>
<b>Zklamání z přístupu dule</b>	<p>„tak jsem volala dule. Ta mi to sice zvedla, ale po chvíli se mě, co jsme spolu mluvili, zeptala, jako jestli to má cenu, aby za mnou jezdila, když to bude císař. Tak tím mě teda opravdu rozhodila, protože celou dobu jsme si plánovali, jak bude během porodu s námi a teď“ (1.14 – 17)</p> <p>„jsem jí to říkala, že i přesto bych byla ráda, kdyby přijela, ale ona si pořád trvala na svém“ (1.23 – 26)</p> <p>„dula se na nás vykašlala“ (5.129)</p>
<b>Stres</b>	<p>„ten stres ty doktoři přenášeli ještě na mě“ (1.18 – 19)</p> <p>„jsem Jehovista a to byl další stres navíc, jestli lékaři budou respektovat mé přání, že nechci žádnou cizí krev“ (2.42 – 43)</p>
<b>Pocit osamělosti</b>	<p>„já jsem tam ležela úplně sama. Nikdo tam se mnou nebyl. Nikdo“ (1.30 – 31)</p>

<b>Potřeba podpory a informovanosti</b>	„Já jsem v tu chvíli tam někoho potřebovala. A ta dula je přeci od toho, aby tam se mnou byla a podpořila mě, vysvětlila mi a manželovi, co se děje a proč“ (1.23 – 25)
<b>Strach o manžela</b>	„ten tam seděl na chodbě, ještě s tou svojí nemocí, a já nevěděla, co se mu honí hlavou“ (1.22 – 23)
<b>Dezorientace</b>	„divný bylo, když jsem se probudila pak na JIPce, ještě dezorientovaná“ (2.52)
<b>Neodbytná bolest</b>	„nedokázala vnímat nic jiného než tu bolest“ (2.50)
<b>Proč já</b>	„proč já? Vždyť já jsem na to tak těšila, až si toho malýho pochovám, až ho budu kojít, až se s ním budu chlubit. Vstanu k němu, pochovám si ho, aby neplakal“ (3.70 – 72)
<b>Dramatický porod</b>	„třeba některý maminky, když o tom mluví, tak jsem se nesetkala s ničím tak dramatickým, jako jsem měla já. Třeba řekli mamince, vaše dítě má špatnou polohu, nebo něco, zítra půjdete na císař. Nebo půjdete za... nevím, jo, a připravte si v klidu tohleto. A furt ty maminky mají čas, mají klid se připravit. Ale já jsem fakt byla ojedinělá. Oni furt říkali, dobrý, dobrý, drželi se, joo, ale já jsem na nich viděla, že to dobrý není. Já já, nečekala jsem, že se tohle stane“ (4.119 – 124)
<b>Bojuju každý den</b>	„teď už je to lepší, ale dříve jsem to prožívala strašně emocionálně. Hodně to ve mně vřelo“ (4.111) „já to prožívala prostě sama. Sama s tím bojuju každý den“ (4.115 – 116)
<b>Vyhýbání se slovu „přirozený“</b> -	„nesnesu slovo přirozený. Já prostě, dokud se s tím nesrovnám a nesmírím, tak slovo přirozený



	nesmím slyšet. Jak ho slyším, tak mi to hned rozjede tu psychiku, a teď, začnu myslet na to, co se stalo, jak se to stalo a jak to všechno probíhalo. Ta rodina do toho, dula se na nás vykašlala“ (4.128 – 5.131)
<b>Co by pomohlo?</b>	„další porod“ (5.134) „Peťa se mi svěřil s tím, že se bojí, že to bude znovu císař a že tentokrát u něj mohu umřít“ (5.137 – 138)
<b>Odborná pomoc</b>	„ať se poradím s laktační poradkyní (...) a ta říkala, že u mě je to prostě o psychice, že jsem úplně stažená a psychicky rozhozená a dokud se nedám dohromady, tak to nepoteče. Doporučila mi, ať jdu na nějakou terapii a pak mi dala ještě kontakt na tebe, že píšeš bakalářku a sháníš pro svojí práci maminky po císařském řezu (3.84 – 88) „k té psychoterapeutce chodím už 5 měsíců, doporučila mi, abych si našla ještě nějakého psychiatra. Je moc fajn, hodně mi to pomáhá“ (3.88 – 89)

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 2: Sebepojetí ženy po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Snižování hodnoty Já (devalvace)</b>	„a já si jen říkala jako v tu chvíli, tak to že já jako nic neznamenám? Jenom proto, že nerodím normálně, tak nejsem máma, tak nejsem nic pro ni. Jen proto, že jdu císařem, tak nemám pro ni cenu“ (1.19 – 21)
<b>Přikování ke stolu</b>	„a pak mě vzali na sál, posadili mě na stůl. Ted mě přikovali jednu ruku, druhou, nohy. Jo... Ted' tam manipulovali s Davidkem jo a

	prostě. A já jsem si říkala“ (1.31 – 2.32)
<b>Umělé mléko</b>	„teď ti tam brečí a ty ty... já, mně trvalo dobrých 20 minut, než jsem vstala a dojela na kojeňák s malým, aby mu dali mlíčko umělý, protože já jsem ho neměla“ (3.72 – 74)
<b>Nepochopená</b>	„všichni mi pořád jen říkali, vždyť jste v pořádku, oba jste zdraví, tak co vlastně chceš??? Tak co řešíš, ty jsi tady, Davídek je zdravý, prospívá. Buď ráda, že jsi tady, ale nikdo neřešil, co jsem si já musela prožít. Prostě nepochopená. Ale já jsem potřebovala jenom pochopit, co jsem prožila, vyslyšet jenom to, co jsem prožila. Vyslyšení a pochopení, ne rady, jak to a co mělo bejt, a tohle a to. Ne, pochopení. Ale já to prožívala prostě sama. Sama s tím bojuju každý den“ (4.112 – 118)
<b>Sebeobraz</b>	„já jsem neměla vztah k dítěti, ještě jsem byla bolavá, že jo. Psychika rozházená a teď si uživej mateřství“ (4.109 – 110)

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 3: Vztah ženy k dítěti po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Počáteční těšení na dítě</b>	„na Davídka jsme se moc těšili s manželem“ (1.2 – 3)
<b>Postrádání dítěte</b>	„byl to takový divný pocit. Devět měsíců ho nosím pod srdcem. Když mě uspávali, tak jsem měla ještě obrovský břicho a teď nic. Prázdnno. Nikde ani břicho, ani dítě. Tak člověka pak i napadne, jestli vůbec je“ (2.53 – 55)
<b>Otec u porodu</b>	„Pěťa ho viděl první. Takže on si k němu

	nějakej ten vztah vytvořil. Protože on tam jezdil“ (2.63 – 64)
<b>Sestřičky odmítly přinést dítě</b>	<p>„chtěla jsem, aby mi ho přinesli, ale sestřičky odmítly s tím, že jsem ještě příliš slabá, ať odpočívám. Že je malý v pořádku a spinká (2.56 – 57)</p> <p>„na tý JIPce jsem ležela normálně 3 dny! Celý ty tři dny jsem tam probřečela. Strašně to bolelo, neměla jsem u sebe malýho, nemohla jsem ho dát ani k prsu, nemohla jsem pak ani začít kojit“ (2.58 – 60)</p>
<b>Absence citu k dítěti</b>	<p>„no, takové... Jako jo... Byl hezkej, ale prostě... Přinesli mi nějaké miminko a, ale já k němu vůbec nic necítla... jako všichni kolem na mě, že mám tak krásného synka a já to ale vůbec necítla, nedokázala jsem to“ (3.76 – 78)</p> <p>„věděla jsem, že se teď o něj musím postarat, ale“ (3.78)</p> <p>„myslím si, ze své zkušenosti, že pro tu maminku je mnohem těžší, vytvořit si vztah k tomu dítěti. Když rodí normálně, tak jí ho můžou dát rovnou na prsa, může se s ním seznámit, nakojit ho, pohladit, může být s ním. Já jsem k Davídkovi neměla vůbec žádný vztah, pro mě to bylo prostě jenom nějaké miminko, o které se musím starat“ (4.102 – 105)</p>
<b>Necitlivý přístup sestřičky</b>	„sestřička mi ho dala do ruky a stála tam nade mnou a cpala mi ho k prsu. A já nevěděla vůbec, co mám dělat, bylo mi to strašně nepříjemné. A ta sestřička se na mě tak podívala, a že prý snad nakrmím svoje

	dítě, ne? Pamatuji si, že jsem na ní jenom zůstala koukat“ (3.79 – 82)
<b>Budování vztahu k dítěti</b>	„dokud nezačal breptat a už takhle komunikovat, tak teď už je to lepší. Vlastně až teď mám pocit, že si k němu nějaký ten vztah tvořím“ (4.105 – 107)

*Zdroj: vlastní zpracování*

## Příloha č. V – Tabulky k rozhovoru s respondentkou B

**Tabulka č. 1: Prožívání porodu císařským řezem**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Stále citlivé téma</b>	„vezmeme to rychle, já se v tom nechci nijak zbytečně šourat, abych se zase nerozsekala“ (1.2 – 3)
<b>Očekávání přirozeného porodu</b>	„já jsem chtěla rodit, co nejpřirozenějším způsobem a dopadlo to císařským řezem. Takže se to úplně nesetkalo s mým očekáváním. A to pro mě bylo právě asi ten největší šok (1.4 – 6)
<b>Začalo se to hrotit</b>	„byla jsem nervózní, klepaly se mi nohy a byla jsem z toho taková celá hotová“ (1.16 – 17) „v tom Kolíně mi dali na tom předporodním kurzu letáček, na kterém bylo číslo na sanitku, kterou mám volat v případě, že začnu rodit a nemám se jak dostat do nemocnice... Ale to číslo neexistovalo“ (1.17 – 20) „jsem si potom zavolala normální sanitku. Oni pro mě přijeli, ale tím už se to začalo tak jako mi přijde trochu hrotit, protože oni mi řekli, že mě odvezou do Nymburka. A taky mi řekli, že můj přítel se mnou jet nemůže. Takže jsem v tu chvíli byla dvakrát překvapená z toho, že jsem se s nimi musela dohadovat“ (1.20 – 25)
<b>Nejistota, ztráta blízké osoby jako zdroje podpory</b>	„přítel zůstal ve tři hodiny ráno stát na ulici prostě sám a já jsem sama odjela pryč a teď jsem vůbec nevěděla co“ (1.26 – 28)
<b>Pocit nátlaku</b>	„oni furt - furt to jako nepostupuje bla bla bla... my vám dáme oxytocin“ (2.46 – 47)
<b>Stres</b>	„okolo mě tam už prostě chodily v různých

	<p>fázích porodu další tři ženský, který prostě v průběhu dne jako v silných kontrakcích už tam jako fakt řvaly a odcházely jedna za druhou na sál. Za chvíli jsem slyšela miminko, pak další, to jako všechno člověku moc nedodá, když jemu se nic neděje“ (2.52 – 55)</p> <p>„do toho ta sestřička se mě ptala, proč to nechci (oxytocin), do toho mi volala kamarádka, ať si ho nenechávám píchnout... volala mamka, ať si ho nechám píchnout“ (2.56 – 58)</p>
<b>Vyčerpaná</b>	<p>„já jsem byla úplně vyřízená, nevěděla jsem, chtěla jsem mít klid a to prostředí se mi fakt hrozně nelíbilo“ (2.59 – 60)</p> <p>„to bylo 17 hodin, od té doby, co mi praskla voda. Tak jsem měla hlad, oni mi nechtěli dát najíst, prostě, co kdyby. Tak jsem tam na tajňačku jedla banán“ (2.61 – 63)</p>
<b>Ustoupila</b>	<p>„ať už mi ten oxytocin píchnou“ (2.64)</p>
<b>Nespokojená</b>	<p>„když má člověk píchlejší oxytocin, tak musí být furt na tom monitoru. Takže ani v těch silných kontrakcích se člověk nemůže skoro hýbat, chodit, dát si sprchu, protože má kolem sebe pořád“ (3.65 – 67)</p>
<b>Bolest – rutinní vyšetření</b>	<p>„byla taková bolest, já se tam prohýbala úplně do luku, protože to jsem fakt v životě nezažila... děsný to bylo“ (3.80 – 81)</p>
<b>Zoufalství, mrak</b>	<p>„nikdo jako mi toho andílka nenabídnul jako... nepomohl oblíknout, nikdo nešel se mnou, že by mi pomohl jako... nic prostě. Já už jsem to měla taky jako v takovém mraku“ (3.75 – 77)</p>
<b>Akutní císařský řez</b>	<p>„plod má tíseň. No, a aby neměl, protože ten oxytocin to vždycky takhle vyvolá, byl to klasický průběh toho, jak to skončí po</p>

	oxytocinu... tím no... císařem... no a on mi řekl, že mi budou dělat císařský řez, protože prostě jako miminko je v nebezpečí. Tak mi dali tu narkózu, jsem teda řekla, že jo. Tak mi dali narkózu, nevím o ničem“ (3.83 – 86)
<b>Nebyla u narození svého syna</b>	„tak mi dali narkózu, nevím o ničem. Probrala jsem se... on se narodil v půl 10 večer, já se probudila o půlnoci. Poprvé mi ho dali hned po probuzení, takže to bylo alespoň relativně do těch dvou hodin... jako to by ještě šlo, ale... jsem ráda, že alespoň Vladimír ho viděl. Pro mě je asi nejhorší na celý tý věci to, že jsem tam jakoby u toho nebyla při vědomí, že nevím, že se narodil“ (3.85 – 90).
<b>Pohled na zkušenost s SC</b>	„jako říkám, že se to někdy může stát, protože porod je přirozená věc, ale v přírodě prostě se to děje tak, že se spousta mlád'átek nebo i děti dříve umíraly a dnes by to bylo stejně tak, kdyby se o to ty doktoři nepostarali, ale jako na jednu stranu to беру jako nevyhnutelnost, na druhou stranu mám dítě, ale nevím o tom vůbec“ (3.90 – 94) „mě ten císař a po těch dlouhých kontrakcích... mě to úplně rozhadrovalo“ (3.94 – 95) „24 hodin po porodu jsem vůbec nevstala z postele. A byla jsem úplně zblblá... špatně jsem viděla. Měla jsem takový tunel... já jsem si říkala, už nikdy nebudu moc normálně žít, už nikdy se snad nebudu moc radovat“ (3.96 – 4.101)
<b>Nevědomé odpovědi na trauma</b>	„v noci jsem usnula, probudila jsem se a pořád se mi zdálo, že mi dítě padá na zem, nebo že ho zalehnu. A třeba jsem si vůbec nepamatovala,

	že jsem ho dala do postýlky, že jsem ho třeba nakojila a přebalila. Nebo jsem se bála, že jsem s ním usla v náruči a prostě jsem ho rozmáčkla nebo zadusila“ (5.163 – 6.166)
<b>Porucha vnímání</b>	„a já jsem měla totiž i takové bludy, já jsem třeba tady v koupelně na dlaždičkách viděla prostě hmmm. obrázek mrtvého dítěte, všude prostě... tam je takový vzorek na tý dlaždičce a vypadá to jako mrtvé dítě a těch těch dlaždiček je tam stovky že jo... a byla jsem úplně vyřízená prostě“ (5.158 – 161)
<b>Strach ze smrti</b>	„měla jsem strach, že já umřu, on umře, že všichni umřeme“ (5.161 – 162)
<b>Nezastavitelný pláč</b>	„já jsem prostě furt brečela, non stop, já jsem byla prostě úplně fakt v prdeli. A oni pořád na mě, že je to normální a sháněli tam pořád v nemocnici někoho, kdo by tam se mnou popovídal“ (5.148 – 150)
<b>Pocit neschopnosti</b>	„mám vysokou školu, já jsem si ale připadala úplně v prdeli, ale úplně, já jsem byla prostě vyřízená, v životě se mi tohle nestalo. Já mám jinak psychiku relativně takovou citlivější, ale takhle jsem si připadala, jako když jdu na odstřel, prostě úplně neschopná“ (5.136 – 138)
<b>Nedostatečná příprava k porodu</b>	„jsem předtím neustále řešila jen normální porod, ale to, co se děje po tom porodu jsem v podstatě neřešila a to byl velký problém“ (4.106 – 107)
<b>Racionální postoj k SC</b>	„čím více se v tom patlám, tím horší to pro mě je“ (7.215) „už s tím nic neudělám, do Kolína znovu jít nechci, a pokud budu mít druhé dítě, udělám maximum proto, abych si ten porod zařídila



	podle svýho a abych byla i připravená na ty věci, které se dějí potom“ (7.219 – 221)
<b>Podpora a pomoc od odborníků</b>	<p>„pořád na mě, že je to normální a sháněli tam pořád v nemocnici někoho, kdo by tam se mnou popovídal“ (5.149 – 150)</p> <p>„byl úplně mimo taky, on tam takhle seděl, koukal takhle, ani na mě nekoukal, pořád jen civěl do počítače. A já tam seděla, takhle jsem řvala úplně a byla jsem úplně hotová“ (5.156 – 158)</p> <p>„je to sice kapacita, ale přijde mi, že už jí trošku hrabe. Ona mi vlastně celou dobu vyprávěla, koho zná, komu, kdy pomohla“ (6.183 – 185)</p> <p>„po téhle zkušenosti, natrefit fakt na někoho, na nějakého psychiatra nebo psychologa, který je odborník a dokáže člověku pomoc a sedne mu, je prostě úplně totální zázrak. Protože prostě tady to v tomhle vůbec nefunguje“ (6.186 – 188)</p>
<b>Podpora od rodiny</b>	<p>„podporu jsem měla maximální od rodičů. Byly opravdu věcný a účastný. Ty by sem přijeli prostě kdykoliv. I ségra přijela a pomohla třeba s žehlením apod. Byla jsem i u nich v Kolíně, dokonce jsem u nich měla i pokojíček s postýlkou. A přítel ... mají s Viktorem hezký vztah. Od začátku se s ním nebál být sám, od začátku, pěkně se postaral“ (8.256 – 262)</p>
<b>Musím to zvládnout</b>	<p>„pak jsem si říkala, že už to musím zvládnout sama“ (6.188 – 189)</p>
<b>První retraumatizace</b>	<p>„děti po císařském řezu mají horší imunitu. A já jí k tomu napsala. A co já s tím mám teďka</p>

	<p>dělat. Mám dítě, narodilo se císařským řezem a myslíš, že mi tahle informace pomůže? A ona. Veru, no ty ses s tím teda jako vůbec nevyrovnala. To bys s tím měla teda něco dělat“ (7.203 – 206)</p> <p>„každá se uchláholí tím, že má zdravé dítě a to je vlastně to nejdůležitější, ale tu psychiku vůbec neřeší“ (7.209 – 2010)</p>
<b>Pochyby o své emoční stabilitě</b>	<p>„je to už rok po tom a pořád nevím, jestli si to sama sobě nalhávám, jako že to řešit nepotřebuju“ (7.217 – 218)</p>
<b>Druhá retraumatizace</b>	<p>„hrozně jsem u toho brečela. Ona totiž popisovala přesně to, co jsem cítila - že člověk si prostě připadá jako znásilněnej. Je to útok opravdu na ty nejintimnější a nejniternější zážitky a emoce, které člověk může zažít. A když to proběhne, tak jak to proběhlo, tak je jasné, že to člověk nedokáže moc vydejchat. Protože je to prostě síla“ (8.250 – 254)</p>
<b>Další porod</b>	<p>„samozřejmě bych byla ráda, kdyby se legislativně dalo zařídit, kdyby se tady udělaly ty porodní domy, nebo aby porodnice měly příjemnější prostředí“ (9.274 – 275)</p> <p>„žena, když rodí, tak není pacient, není nemocný. A to mi vadí, že ty tam takhle přicházíš jako pacient, o kterého se oni musí postarat. Takže ta kompetence se přesouvá na ně. A to mě štve“ (9.276 – 279)</p>
<b>Obavy z dalšího porodu</b>	<p>„jako nedokážu si představit, že bych rodila doma... neplánuju dítě nějak brzo. Chtěla bych se teď alespoň na chvíli vrátit do práce a pak doufám, že se ty porodnice zlepší. Některé ty porodnice jsou dobře našlápnuté, třeba v tom</p>

	<p>Krnově nebo Vyškově, jsem si říkala, i kdybych si tam měla pár dní před porodem zamluvit hotel, tak pořád bych radši takhle rodila v porodnici než doma. Ale už bych se vyprdla na takové to, musíš do tří hodin po prasknutí vody jít do nemocnice. Si říkám, že procento, že by se během hodiny v těle rozmohla nějaká masivní infekce, tak to je fakt přitažené za vlasy“ (9.279 – 286)</p> <p>„jsem objevila skupinu na Facebooku - VBAC a HBAC. Tak jsem to všechno přečetla, ale tak samozřejmě s rozumem, nehodlám to nikterak hrotit“ (10.307 – 308)</p>
--	---

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 2: Sebepojetí ženy po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Pocit nedůstojnosti</b>	„se k člověku chovají jako k buchtě na krámě“ (1.28 – 29)
<b>Narušení osobní intimity a autonomie</b>	„řekli, že mám nějaký sekundární vak blan a že mi to musí píchnout, jako že voda neodtýká, ale udělaly to ještě dříve, než jsem si vůbec stačila nasadit brýle, tak už mi šmataly mezi nohama a už ze mě prostě tekla voda... já jsem z toho byla úplně taková jako v šoku“ (2.34 – 37)
<b>Necitlivost a devalvace</b>	„vyšetřoval mě doktor a za ním mezi dveřmi stály takhle tři sestřičky a koukali na mě a já říkám, jako to tady budete takhle stát a oni vy jste nějaká cimprdlích, to vám jako vadí? A já říkám, ano vadí mi to a oni, no vy jste teda nějaká citlivka“ (2.39 – 41)
<b>Pocit nedůstojnosti</b>	„cesta na sál vypadala tak, že jsem šla sama

	<p>svlečená, měla jsem přes sebe hozený jen svetr a šla jsem takhle z té hekární prostě přes celou chodbu, v tomhle tom stavu a držela jsem se toho vozítka s infuzí... normálně kolem mě chodily lidi, návštěvy ... jako tohle to, to bylo tak nedůstojný, já jsem si fakt připadala jak v koncentráku“ (3.69 – 72)</p>
<p><b>Kojení (mateřská kompetence)</b></p>	<p>„prostě hrozně to bolelo a vůbec to nešlo“ (4.121)</p> <p>„mně se ty prsa strašně zvětšily, ale to mlíko nešlo vůbec ven. A ta jedna laktační sestra tam vedle mě seděla a mačkala mi z těch prsou kapku po kapce do stříkačky to mlezivo, aby aspoň něco dostal, protože on to jinak nevytáhnul“ (4.122 – 124)</p> <p>„no jako, jsem sice dost v hajzlu, ale kojit teda chci a léky teda žádný nechci“ (5.153)</p> <p>„porod byl taková jako jednorázová věc, důležitá, ale stala se, stala. Ale to, kdybych ho nemohla jako kojit, sama, kdyby ten kontakt byl omezen tím, že bych ho krmila lahvičkou... to, že je to každodenní záležitost, protože kojíš xkrát za den, to by mě deptalo mnohem víc“ (8.230 – 233)</p> <p>„mi hrozně pomohlo, s ním ten kontakt utužit, zvyknout si na to všechno a užívat si to, všechny tyhle hezký chvílky“ (8.230 – 235)</p>
<p><b>Bezmocnost</b></p>	<p>„já mít trochu víc síly, tak bych byla snad i agresivní, ale v tu chvíli je člověk takový bezmocný, máš to velký břicho, takže je člověk takový nemotorný, takový velrybí“</p>

	(10.301 – 303)
--	----------------

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 3: Vztah ženy k dítěti po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Nebyla jsem u toho</b>	„pro mě je asi nejhorší na celý tý věci to, že jsem tam jakoby u toho nebyla při vědomí, že nevím, že se narodil“ (3.88 – 89)
<b>První setkání</b>	„poprvé mi ho dali hned po probuzení, takže to bylo alespoň relativně do těch dvou hodin... jako to by ještě šlo, ale“ (3.87 – 88)
<b>Porod SC</b>	„na jednu stranu to беру jako nevyhnutelnost, na druhou stranu mám dítě, ale nevím o tom vůbec“ (3.90 – 94)
<b>Narušení primárního pouta k dítěti</b>	„já jsem v podstatě po dvou dnech vůbec netušila co se děje, měla jsem pocit, že to dítě je nějaký špatný vtip, že si pro něj určitě někdo přijde a pak bude zase všechno dobrý“ (4.107 – 109)
<b>Strach o dítě</b>	„v noci jsem usnula, probudila jsem se a pořád se mi zdálo, že mi dítě padá na zem, nebo že ho zalehnu. A třeba jsem si vůbec nepamatovala, že jsem ho dala do postýlky, že jsem ho třeba nakojila a přebalila. Nebo jsem se bála, že jsem s ním usla v náruči a prostě jsem ho rozmáčkla nebo zadusila“ (5.163 – 6.166)
<b>Vztah s dítětem</b>	„a to mi hrozně pomohlo, s ním ten kontakt utužit, zvyknout si na to všechno a užívat si to, všechny tyhle hezký chvílky“ (8.234 – 235)  „tak jsem si říkala, ať mi dají všichni pokoj. Do toho vztahu mě s tím dítětem může

	málokdo zasáhnout. Pro mě je to nějaká intuice“ (8.240 – 242)
<b>Děti po SC</b>	<p>„oni tyhle ženský řeknou, no, ona každá se uchlácholí tím, že má zdravé dítě a to je vlastně to nejdůležitější, ale tu psychiku vůbec neřeší... ale, já si opravdu myslím, že to nejdůležitější je to, že mám zdravé dítě. Protože to dítě si s některýma věcma nedokáže poradit, já jako dospělý člověk, jo. Myslím si, že jsem si spoustu věcí nastudovala. A pak jsem si uvědomila, že čím více se v tom patlám, tím horší to pro mě je, protože já to nezměním“ (7.209 – 2014)</p> <p>„ale já když ho vidím, tak já fakt nic jinýho neřeším, já jsem strašně šťastná, on je prostě báječnej, veselej“ (7.228 – 229)</p>
<b>První setkání</b>	„poprvé mi ho dali hned po probuzení, takže to bylo alespoň relativně do těch dvou hodin... jako to by ještě šlo, ale“ (3.87 – 88)

*Zdroj: vlastní zpracování*

## Příloha č. VI– Tabulky k rozhovoru s respondentkou C

**Tabulka č. 1: Prožívání porodu císařským řezem**

Téma	Citace + souřadnice
<b>SC jako nouzová situace</b>	„pro mě to byla taková nouzová situace. Já jsem porod CŘ nechtěla, chtěla jsem přirozený, ale miminka byla natočená nožičkama, takže to byla nutnost, jinak by měla kolizní polohu a bylo by to pro ně nebezpečné. Takže jsem k tomu takhle přistupovala, jakože se mi do toho nechce, ale pro ně je to nejlepší“ (1.2 – 5)
<b>Plánování přirozeného porodu</b>	„bude to padesát na padesát. Já jsem s miminama vždycky mluvila v těhotenství a vysvětlovala jim, že to záleží na nich. Když se otočí hlavičkama dolu, když si řeknou, tak půjdou normálně. A když se otočí nožičkama, tak půjdou, kdy si řeknu já, a půjdou bříškem. Tak si vybraly, no. Věděly pro a proti“ (4.119 – 122)
<b>Spokojená se zdravotnickým personálem</b>	„paní doktorka byla tedy velmi profesionální a příjemná, rodila jsem ve velké nemocnici v Brně. (...) lidi si na tu porodnici dost stěžují, ale já jsem měla dobrou zkušenost. Chovala jsem se ke všem slušně, ostatní se ke mně taky chovali slušně, všechno mi vysvětlovali, takže jakoby velmi profesionální péče a vysoká úroveň“ (1.8 – 12)  „vím, že jsem dostala velmi kvalitní péči v porodnici“ (3.82)  „mě varovali, že v týhle porodnici je super

	<p>lékařská péče, ale sestřičky nemají na nic čas a jsou protivný. Já jsem se vždycky na něco slušně zeptala a dostala jsem odpověď. Vyloženě bylo vidět, že jim na těch pacientech záleží, jenom se nemůžou každému věnovat hodinu. Potřebovala jsem pomoc s kojením, zavolala jsem si je a vždycky přišly, nemůžu si na nic stěžovat“ (6.193 – 197)</p> <p>„jsem se obávala toho, jak všichni říkají, že v porodnictví berou lékaři ženu jako pacienta, kterej do toho nemá co mluvit, já jsem měla tu zkušenost jinou, měla jsem pocit, že když jsem něco potrebovala vysvětlit, že mi to prostě vysvětlili, že mě jako partnera berou“ (7.208 – 211)</p> <p>„člověk dostává protichůdný informace, to je prostě fakt třeba u toho kojení. To mi taky nevadilo, protože jsem si aspoň mohla vybrat, co mi vyhovovalo“ (7.211 – 213)</p>
<b>Příjezd do porodnice</b>	<p>„pro mě to byl velký adrenalin, ale ani jsem se vlastně nebála. Nejdřív jsem si promluvila tak jakoby trošku telepaticky s miminkama, říkala jsem jim, tak dneska přijdete na svět a bude to tak a tak“ (1.13 – 15)</p>
<b>Strach</b>	<p>„hodně silně jsem to prožívala emočně, já jsem ten typ, že to hodně prožívám, když jsem v neznámém prostředí. Já jsem se to snažila tak jako zlehčovat, vtipkovat s doktory, ale prostě to tělo mě zradilo, mě začaly lítat nohy a ruce, já jsem to nedokázala ovládat“ (1.20 – 23)</p> <p>„tělo mi dávalo najevo, že se strašně bojí, je</p>



	<p>to něco novýho a nečekanýho“ (1.23 – 24)</p> <p>„bála jsem se, aby se miminkům něco nestalo“ (1.24)</p>
<b>Sociální opora při SC</b>	<p>„naštěstí tam se mnou mohl být manžel, to je pro mě obrovská opora“ (1.25 – 26)</p> <p>„přišel manžel a chytil mě za ruku, za druhou mě chytila anestezioložka, já jsem se klepala jako ratlík pořád“ (1.29 – 30)</p> <p>„pak přišla doktorka, tu jsem teda znala už dopředu, tak to pro mě bylo uklidňující“ (1.30 – 31)</p>
<b>Bolest při SC</b>	<p>„jsem si vybrala možnost epidurálu, ale ten mi nezabral“ (1.18 – 19)</p> <p>„samotný zákrok, mě překvapilo, že jsem cítila ten skalpel, jak do mě říznul. Všichni mi říkali, ucítíte jen takový tlaky, to je v pohodě, já jsem teda spíš měla pocit, jako kdyby mi tahali ven žaludek zaživa“ (1.31 – 34)</p> <p>„prostě jsem to cítila, největší bolest v mém životě, já jsem tam tak křičela, manžela odvedli do rohu sálu, ten to hrozně špatně nesl, tak se z toho složil“ (2.35 – 37)</p> <p>„takovej šok, oni říkali, že ucítím jen takový tahání, ale paní doktorka ze mě ty děti rvala“ (2.41 – 42)</p> <p>„chápu, že po porodu někdo nemá žádný vztah k dětem, když právě je to nejhorší bolest, co si zažije v životě“ (2.42 – 43)</p>
<b>Pláče štěstím</b>	<p>„pocit, co jsem měla na tom sále, byl – ježiš, oni ze mě vyndali holčičku a ona křičí, to znamená, že je v pohodě, a pak vytáhli chlapečka a já jsem začala hrozně brečet,</p>

	<p>protože jsem byla šťastná, že děti jsou v pořádku“ (2.59 – 61)</p> <p>„když mi je nosili, tak to bylo tak kouzelný, když oni na mě tak koukali, že jsem ta nejdůležitější osoba na světě, a že mi věří a ví, že tady budu vždycky pro ně, já se o ně postarám i z té postele“ (2.61 – 63)</p>
<p><b>Bolest po SC</b></p>	<p>„na té JIPce jsem prožívala to, že jsem se fyzicky cítila nejhůř v životě a nejhorší bylo, že tam nepustili manžela, takže ani on nevěděl, jak na tom jsem“ (3.88 – 89)</p> <p>„jsem byla hrozně rozlámaná, jsem si říkala, že bych chtěla z té postele vstát možná někdy za týden. Vůbec jsem nechápala, jak budu fungovat“ (2.49 – 51)</p> <p>„jsem se učila sednout si, stoupnout... ale prostě to byla zase největší bolest, co jsem zažila“ (2.51 – 52)</p> <p>„bylo strašně bolavý, já jsem nemohla ležet ani na boku, jen občas. Když jsem ležela na zádech, jsem upadla do takovýho zvláštního kómatu“ (3.65 – 66)</p> <p>„všechny jsme tam hekaly. Šílený. Nás nechali oddechnout jeden den a pak už jsme měly miminka na pokoji“ (2.55)</p>
<p><b>Sociální opora po porodu</b></p>	<p>„byly jsme tam tři a to byla velká vzpruha, že jsem viděla, že to ostatní zvládají taky“ (2.54 – 55)</p> <p>„jsem viděla, jak ona tam chodí a stará se o děti a říkala jsem si, že to nedám. A ona mi říkala, že vypadala stejně, že to dám taky. Tak jsem viděla, že to jde a že je to normální“ (3.72 – 74)</p>

	<p>„potřebovala jsem pomoc s kojením, zavolala jsem si sestřičky a vždycky přišly“ (6.196)</p> <p>„jediný štěstí, neměla jsem tu poporodní depresi, protože on byl se mnou dva týdny po porodu manžel, takže jsme se těma dětma sžily oba dva a pro mě to byla velká pomoc a podpora“ (5. 153 – 155)</p> <p>„na pomoc babičku, žije s námi v jednom domě, tak jsem si jí volala na chování, takže to mi třeba pomáhalo“ (5.160 – 161)</p>
<b>Pocit osamělosti</b>	<p>„tohle je věc, ve které je ta ženská tak trochu sama“ (3.93)</p>
<b>Hormony</b>	<p>„já jsem běžně hodně citlivá, ale ta záplava hormonů, to bylo něco enormního“ (2.64 – 3.65)</p> <p>„je to vlastně všechno velmi silný hormonální koktejl. To tělo vyrábí během těhotenství a ten porod a pak to šestinedělí, to je jeden velkej hukot. Člověk se chvilku směje, chvilku na něho spadne splín“ (5.149 - 152)</p>
<b>Pláče „nezvládnou to“</b>	<p>„třetí den se mi spustilo mlíko. To byl extrémní zážitek, já jsem myslela, že se mi to tělo zbláznilo. Najednou jsem začala hrozně brečet, a říkala jsem si, já to nezvládnou se o ně postarat, já potřebuju spát a úplně jsem se tam složila“ (3. 75 – 76)</p> <p>„bylo extrémně plačtivý období, kdy jsem měla strach, že to nezvládnou. Já ho měla i v těhotenství, ale když se narodily, tak jsem věděla, že to jít musí“ (3.79 – 80)</p>
<b>Stres</b>	<p>„jsem čtrnáct dní po porodu skoro nejedla, to byl hrozný stres pro mě“ (6.173)</p>

	<p>„já jsem spíš byla ze začátku nervózní, ono se to strašně obtížně stíhalo“ (5.157)</p>
<b>Odhodlání a chuť do života</b>	<p>„to bylo tak kouzelný, když oni na mě tak koukali, že jsem ta nejdůležitější osoba na světě, a že mi věří a ví, že tady budu vždycky pro ně, já se o ně postarám i z tý postele“ (2.61 – 63)</p> <p>„extrémně nepříjemný bylo vstávání, ale dítě zakřičí a já jsem sebrala zbytky sil a dopotácela jsem se k dítěti. Já jsem byla velmi rozněžnělá a cítila jsem velkou chuť, že tu chci být pro ty děti“ (3.66 – 68)</p>
<b>Retraumatizace - pocity zrady</b>	<p>„tělo mě zradilo“ (1.22)</p> <p>„to je zrada, já tady takhle trpím, jsem pořezaná a manžel prostě přijde, pochová si je a jde domu“ (7.229 – 230)</p> <p>„párkrát se mi to vracelo, já jsem to vnímala jako zradu, že to bylo takhle nepříjemný, když mi ostatní ženský říkaly, že to jen trochu zašimrá“ (8.233 – 234)</p> <p>„to, že to byla extrémní bolest, jsem zpracovávala asi měsíc, hodně se mi to vracelo, že to byl extrémně nepříjemnej zážitek“ (3.80 – 81)</p>
<b>Neměnila by</b>	<p>„pak když jsem to zpracovala po tom měsíci, tak to byla taková směsice, bylo to strašně krásný, ale i strašně nepříjemný, ale vím, že mi to stálo za ty miminka a nic bych na tom neměnila“ (3.83 – 85)</p> <p>„ani bych nešla do jiný anestezie, i když vím, že by to pro mě bylo lepší, ale nebylo by to dobrý pro miminka. Je to věc, která mi přinesla moje mimina“ (3.85 – 86)</p>

<p><b>Co pomohlo</b></p>	<p>„když máte krásný zdravý miminko, které se na vás usměje, tak to je nejkrásnější pocit na světě a člověk na to špatný hned zapomíná, to je prostě úžasný“ (2.57 – 59)</p> <p>„pak už to nějak pro mě přestalo být důležitý“ (8.235)</p> <p>„myslím, že i pomohlo, že jsem se manželovi vybrečela na rameni, že to bylo strašně nepříjemný a ta bolest byla hrozej zážitek. Manžel mě utěšil a pak už to samo odeznělo“ (8.236 – 237)</p>
<p><b>Mohlo to být lepší, ale i horší</b></p>	<p>„mrzí mě, ale trochu, že jsem si neprožila běžnej porod. Zase ale vím, že kamarádky, které měly císaře, a měly celkovou anestezii, tak ty vnímaly, že jim někdo ukradl celej porod. Oni defakto spaly a pak se probudily a neměly břicho a to je takový divný. Zato já jsem si to prožila, něco z toho bylo velmi nepříjemnýho, něco z toho bylo nádhernýho“ (8.239 – 243)</p> <p>„ale ráda bych si prožila spontánní porod, protože je to prostě přirozený. Pořád si myslím, že lepší tohle, že jsem mohla být s miminama hned v kontaktu, než v celkové narkóze“ (8.244 – 246)</p>
<p><b>Manžel u porodu</b></p>	<p>„když ti muži chodí k porodům, tak aspoň něco vidí, já jsem byla strašně ráda, že jsem měla manžela u porodu. Protože za A to pro mě byla velká podpora a za B to pro mě vůbec nebylo lehký a potom si strašně moc miminek váží a hladí mi jizvu a ví, že je to věc, která nám ty miminka přivedla na svět“ (3.94 - 97)</p>

<p><b>Potřeba klidu</b></p>	<p>„co mi vadilo v té porodnici, bylo, že jsem tam neměla klid. Člověk porodí nebo má operaci a je prostě vyřizenej. A tam v 6 hodin začíná režim. Nejdřív je vizita a přijdou dětské sestry, pak přijdou gynekologické sestry, pak přijdou doktoři, pak přijde uklízečka, první, druhá, třetí, pak přinese sanitářka jídlo a tak. V podstatě, tam je volno jedna hodina denně, když je polední klid. Pak jsou návštěvy, když je člověk na pokoji s někým, tak tam pořád chodí cizí lidi“ (4.126 – 5.131)</p> <p>„pak jsem šla na pokoj sama, abych měla klid a mohla navázat kontakt s miminkama“ (3.74 – 75)</p>
<p><b>Rozhozené vnímání</b></p>	<p>„jsem těsně po porodu měla rozhozený vnímání (...) něco řekli a já jsem to pochopila úplně jinak. Takže manžel (...) říkal, ale tobě to přece řekli úplně jinak a já že to není pravda, že jsem to slyšela takhle“ (7.214 – 216)</p> <p>„ty hormony jsou zblázněný, já jsem si pamatovala třetinu informací“ (7.216 – 217)</p> <p>„myslím, že jo, že to bylo tím, jak jsem byla rozrušená“ (7.219)</p>
<p><b>Poporodní komplikace</b></p>	<p>„jsem byla v porodnici 5 dní, mně se udělal v té ráně hematoma, takže kvůli tomu jsem tam byla déle“ (3.69 – 70)</p> <p>„já jsem měla brutální otoky nohou, že jsem nemohla skoro ani chodit“ (7.221 – 222)</p> <p>„když jsme se vrátili domu, tak já jsem měla druhý kolečko po doktorech, protože jsem měla podezření na plicní embolii, takže ještě</p>

	to tomu dodávalo. Takže jsme měli ještě hroznej strach“ (7.230 – 8.232)
--	---

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 2: Sebepojetí ženy po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Já nejdu rodit</b>	„já jsem si nejdřív říkala, já nejdu rodit, jdu na operaci, a brala jsem to trochu pejorativně. Pak jsem ten názor změnila a řekla jsem si, ne je to prostě taky porod, protože ty emoce a ty hormony tam taky byly“ (5.140 – 145)
<b>Jizva přivedla dítě na svět</b>	„hladí mi jizvu a ví, že je to věc, která nám ty miminka přivedla na svět“ (3.96 – 97) „je to věc [SC], která mi přinesla moje mimina“ (3.85 – 86)
<b>Strach ze selhání</b>	„jsem měla strach, že to nezvládnou“ (3.79)
<b>Obraz sama sebe</b>	„já tady takhle trpím, jsem pořezaná“ (7.229)
<b>Role ženy a matky</b>	„a změnilo se pro mě to sebepojetí v tom smyslu, že jsem se začala vnímat víc jako žena a matka, protože je to úplně nová role pro mě. Já jsem se najednou cítila, že teď jsem ta žena. Najednou jsem cítila svojí ženskou stránku, že teď jsem úplná... Cítila jsem pocit takovýho naplnění. Věděla jsem, že ano, tady to je ta ženská role a ta je skvělá“ (5.143 – 148)
<b>Protichůdné prožitky</b>	„je docela blbý to, že člověk leží na JIPce a vůbec nevidí ty děti“ (2.44) „byla jsem strašně vysílená a úplně odrovnaná, že jsem je ani nechtěla mít u sebe, protože jsem věděla, že bych to ani nezvládala. Takže jsem byla šťastná, když mi

	je přinesli nakojit jednou za tři hodiny a to bylo tak všechno, čeho jsem byla schopná“ (2.46 – 49)
<b>Kojení</b>	<p>„já jsem měla zafixovaný, že prostě kojit budu... moje maminka kojila, její mamka kojila, nikdy s tím žádný problém nebyl, tak proč by měl být u mě“ (6.173 – 175)</p> <p>„sestřička, ježišmarja, vy nemáte vytvarovaný bradavky a já to je v pohodě, to se udělá, tak jsem to nějak tomu miminu sesmolila do tý pusinky a ono to pak nějak šlo“ (6.176 – 178)</p> <p>„měl problém se sáním, že se mu ta bradavka nevešla do pusinky, tak jsme jim dali ty kloboučky a bylo to potom v pořádku“ (6.179 – 181)</p>

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tabulka č. 3: Vztah ženy k dítěti po SC**

<b>Téma</b>	<b>Citace + souřadnice</b>
<b>Strach o děti</b>	„bála jsem se, aby se miminkům něco nestalo“ (1.24)
<b>Sebeobětování pro děti</b>	<p>„nejdřív tam se mnou byla anestezioložka, mohla jsem si vybrat, jestli chci epidurál nebo spinální nebo celkovou anestezii, já jsem volila, co je nejlepší pro dětičky“ (1.26 – 27)</p> <p>„mohla jsem si říct, já chci celkovou, ale říkala jsem si, že to radši vydržím, pro ty mimina“ (2.37 – 38)</p> <p>„extrémně nepříjemný bylo vstávání, ale dítě zakřičí a já jsem sebrala zbytky sil a dopotácela jsem se k dítěti. Já jsem byla velmi rozněžnělá a cítila jsem velkou chuť,</p>



	<p>že tu chci být pro ty děti“ (3.66 – 68)</p> <p>„spousta ženských (...) kojení prostě vzdaly, protože je to bolelo. Ale pravda je, že ono to prostě bolí, matka neumí dítěti to prso pořádně nabídnout, ono si ho neumí vzít a hryže. A moje děti hryzaly asi dva měsíce, než se to naučily“ (6.182 – 184)</p>
<b>První setkání</b>	<p>Viz Tabulka č. 7: Prožívání porodu císařským řezem rodičkou. Téma: Pláče štěstím.</p> <p>„manžel mi ukázal fotky, tak jsem se rozzářila“ (2.45 – 46)</p>
<b>Touha být dětem nablízku</b>	<p>„je docela blbý to, že člověk leží na JIPce a vůbec nevidí ty děti“ (2.44)</p>
<b>Vztah k dítěti</b>	<p>„opravdu mi běžela hlavou myšlenka, to je tak intenzivní bolest, že já se nedivím, že některý ty ženský jsou pak na ty děti i našťvaný“ (7.223 – 225)</p> <p>„já to vnímám tak, že je to s tím spojený a že oni jsou tak krásný a já je tak strašně miluju, že kdybych to tady nevyprávěla, tak už to ani nevím“ (7.225 – 226)</p> <p>„vím, že mi to stálo za ty miminka a nic bych na tom neměnila“ (3.85)</p>

*Zdroj: vlastní zpracování*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Michaela Fajtlová

**Studijní program:** Bc. Psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Psychické aspekty porodu císařským řezem

**Počet stran (bez příloh):** 65

**Celkový počet stran příloh:** 34

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 28

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 17

**Počet internetových odkazů:** 6

**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Kovaříková

**Rok dokončení práce:** 2017



**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Michaela Fajtllová  
 Obor studia: Psychologie  
 Název práce: Psychické aspekty porodu císařským řezem  
 Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kovaříková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 65  
 Počet stránek příloh: 34  
 Počet titulů v seznamu literatury: 51

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretické a praktické části  
v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč se studentka domnívá, že je téma psychologicky i společensky aktuální? Co pro ni práce znamenala? Co zažívala při setkávání s respondentkami? Čím se z psychologického pohledu liší porod SC od porodu vaginálního? Jaká jsou jeho psychologická rizika pro ženu, novorozené dítě a vývoj jejich vztahu? Na základě čeho zastává názor, že by do předporodní přípravy měla být zahrnuta i příprava žen na variantu porodu SC? Změnily se nějak její postoje k tématu vlivem zpracování bakalářské práce? Má nějaké další studijní či profesní plány ve vztahu k tématu?

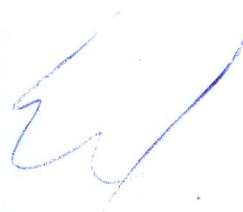
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka si pro svou bakalářskou práci vybrala psychologicky i společensky závažné téma, které ji lidsky i odborně oslovovalo. Práce je výsledkem poctivého dlouhodobého úsilí- jak teoretického obeznámení s tématem, tak i pečlivého zpracování výzkumné části. Při kontaktu s respondentkami věnovala pozornost dodržování etických norem, byla vnímavá a empatická adekvátně citlivosti tématu. Materiál se jí podařilo zpracovat se zachováním přiměřeného nadhledu, s vyvážením teoretické i praktické části. Zpracování tématu bylo pro studentku nelehké vzhledem ke značným nárokům na dovednost v práci s jazykem, kterou vyžaduje kvalitativní analýza. Spolupráce se studentkou si celkově velmi cením a z výše uvedených důvodů navrhuji hodnotit práci jako výbornou. Nosností tématu i kvalitou zpracování by práce byla dobrým odrazovým můstkem pro diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 7.5.2017 Mgr. Zuzana Kovaříková



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Michaela Fajtllová  
 Obor studia: Psychologie  
 Název práce: Psychické aspekty porodu císařským řezem  
 Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 65  
 Počet stránek příloh: 34  
 Počet titulů v seznamu literatury: 28+17+6

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x	x		
--	---	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	x	x		
--	---	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Čo si myslí autorka, aké pozitívne aspekty, a to i po duševnej stránke, môže pre ženy priniesť pôrod cisárskym rezom?
2. Objasnite, čo myslíte svojim tvrdením v Diskusii, že dochádza k neustálej ignorácii „vědecky podložených doporučených postupů během těhotenství a fyziologického porodu“. (str.57).

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práca je po obsahovej, formálnej i metodologickej stránke kvalitne spracovaná a prináša cenné informácie o tom, čo prežívajú ženy, ktoré podstúpia pôrod cisárskym rezom, ako táto skutočnosť môže vplývať na ich sebapojatie a na vzťah so svojim dieťaťom. Chcem oceniť autorkine inšpiratívne odporúčania do praxe (prvé a druhé), ktoré uvádza v Diskusii a ktoré vyplývajú zo získaných výsledkov a podporiť ju, aby sa jej tieto odporúčania podarilo realizovať.

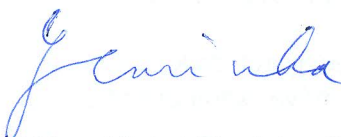
Na druhej strane emočné naladenie práce pôsobí takmer jednostranným negatívnym dojmom a vyhranením voči pôrodu cisárskym rezom. I túto pociťovanú jednostrannosť autorka vyvažuje, a to tým, že podáva svoje predporozumenie tematike a ukazuje, že prežívanie žien po cisárskom reze môže byť multifaktoriálne podmienené a nemusí vyplývať iba zo samotného cisárskeho rezu. Osobne by som prijal väčšie zdôraznenie možných iných fenoménov, ktoré prispievajú k prežívaniu pôrodu.

Práca spĺňa všetky kritéria bakalárskej práce a odporúčam ju k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace: výborne

Datum, podpis: 4.5.2017

  
Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.