

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Miroslava Škachová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Miroslava Škachová

Studijní obor: Porodní asistentka

POROD KONCEM PÁNEVNÍM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Miroslava ŠKACHOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0024P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Porod koncem pánevním**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce



Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti. Praha: Nakladatelské a tiskové středisko ČSL JEP, 1994-. ISSN 1210-7832.
- ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grafa Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí otevřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.
- MAREŠOVÁ, Pavlína. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
- ABHA, S, M. NALINI a D. RAJNI. Delivery in Breech Presentation: The Decision Making. The Journal of Obstetrics and Gynecology od India. 2012, č. 4. DOI: 10.1007/s13224-012-0289-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30.04.2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Škachová Miroslava

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Porod koncem pánevním

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: porod, porod koncem pánevním, konec pánevní, porodní asistentka

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou vedení porodů koncem pánevním. Práce je zaměřená na porodní asistentky a jejich zájem o vedení porodů koncem pánevním. Teoretická část obsahuje obecné poznatky o historii babictví a porodů koncem pánevním, dále obsahuje přiblížení metod vedení porodu koncem pánevním a péči porodní asistentky o ženu s plodem v poloze koncem pánevním během těhotenství a porodu. V teoretické části práce jsou zpracovány poznatky z dostupné literatury a internetových zdrojů.

Praktická část práce se zabývá hloubkovou analýzou dvou rozhovorů s porodními asistentkami, které mají zkušenosti s porodem koncem pánevním, a to formou kvalitativního výzkumu. Závěr práce obsahuje informace získané během výzkumného šetření a doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Škachová Miroslava

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Breech delivery

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 28

Keywords: delivery, breech delivery, breech position, midwife

Summary:

This bachelor thesis deals with the issue of breech delivery. The thesis is aimed on midwives and their interest in breech deliveries. Theoretical part includes general knowledge about history of obstetrics and breech deliveries, further also includes approach of methods of leading breech deliveries and midwife's care of women with fetus in breech position during the pregnancy and birth. In the theoretical part of the thesis are processed findings from affordable literature and internet sources.

Practical part deals with in- depth analysis of two interviews with midwives who have the experiences with breech deliveries in form of superior research. The end of the thesis includes information obtained during research investigation and recommendation for practice.

Předmluva

Porod koncem pánevním jsem si zvolila jako téma mé kvalifikační práce proto, že mě problematika porodů koncem pánevním jako ženu a budoucí porodní asistentku zajímá a chtěla jsem se dozvědět více o postoji porodních asistentek k porodům koncem pánevním a zmapovat jejich zkušenosti s danou problematikou.

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Hendrych Lorenzové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Další poděkování patří mojí rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 HISTORIE PORODU KONCEM PÁNEVNÍM.....	13
1.1 Historie vedení porodu koncem pánevním v domácím prostředí do poloviny 20. století	13
1.2 Období socialismu až rok 1999	15
1.3 Rok 2000 až současnost.....	15
2 AKTUÁLNÍ TRENDY A PŘÍSTUPY ODBORNÍKŮ V PORODNICTVÍ	
K PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	18
3 Problematika polohy plodu v poloze koncem pánevním	21
3.1 Incidence	21
3.2 Příčiny.....	21
3.3 Dělení.....	22
4 Vyšetření ženy v těhotenství při poloze plodu koncem pánevním.....	23
4.1 Zevní vyšetření	23
4.2 Vaginální vyšetření	23
4.3 Ultrazvukové vyšetření	24
5 Péče porodní asistentky o ženu s plodem v poloze koncem pánevním.....	25
5.1 Období těhotenství	25
5.2 Období I. doby porodní.....	27
5.3 Období II. doby porodní.....	29
5.4 Období III. doby porodní	30
5.5 Poporodní období.....	31
5.6 Císařský řez.....	32
5.7 Novorozenec po porodu koncem pánevním	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
6 Výzkumné šetření.....	34
6.1 Formulace problému	34
6.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	34
6.2.1 Hlavní cíl	34
6.2.2 Dílčí cíle	34
6.2.3 Výzkumné otázky	35
7 Charakteristika sledovaného souboru.....	36
8 Metodika práce.....	37
9 Organizace výzkumu.....	38
10 Rozhovor s respondentkou A	39
10.1 Vzdělání a praxe.....	39
10.2 Četnost setkání s porody koncem pánevním	39
10.3 Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním	40
10.4 Diagnostika polohy plodu koncem pánevním.....	40
10.5 Komunikace a informovanost rodičky	41
10.6 Polohování rodičky	41

10.7	Názor respondentky A na zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálních porodů koncem pánevní.....	42
10.8	Trénink během studia, nácvik situací.....	42
10.9	Motivace rodiček.....	42
10.10	Komplikace při vaginálním vedení porodu koncem pánevním	43
10.11	Vzpomínka na úsměvný porod koncem pánevním	44
10.12	Kritéria vaginálního vedení porodu koncem pánevním, vzpomínky na odpracovaná léta.....	44
10.13	Převzetí zodpovědnosti	45
10.14	Emoce z úspěšně odvedeného porodu koncem pánevním	46
10.15	Doporučení pro studentky	46
10.16	Shrnutí rozhovoru.....	46
10.17	Obsahová analýza textu.....	47
11	Rozhovor s respondentkou B	49
11.1	Vzdělání a praxe.....	49
11.2	Četnost setkání s porody koncem pánevním	50
11.3	Komunikace a informovanost rodičky	50
11.4	Změna ve způsobu vedení porodů koncem pánevním	51
11.5	Polohování rodičky	51
11.6	Názor respondentky B na zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálních porodů koncem pánevní.....	51
11.7	Trénink během studia, nácvik situací.....	52
11.8	Potřeby rodičky, motivace rodičky	52
11.9	Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním	52
11.10	Komplikace při vaginálním vedení porodu koncem pánevním	53
11.11	Vlastní porod respondentky B.....	53
11.12	Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním	53
11.13	Kritéria vaginálního vedení porodu koncem pánevním, vzpomínky na odpracovaná léta.....	54
11.14	Emoce z úspěšně odvedeného porodu koncem pánevním	54
11.15	Novorozenec po vaginálním porodu koncem pánevním.....	55
11.16	Doporučení pro studentky	55
11.17	Shrnutí rozhovoru.....	56
11.18	Obsahová analýza textu.....	56
	DISKUZE.....	58
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM LITERATURY	65
	SEZNAM PŘÍLOH	68
	PŘÍLOHY	69

ÚVOD

Domnívám se, že dnešní společnost, ať už laická veřejnost či zdravotnický a lékařský personál, považuje problematiku porodu koncem pánevním za jev, kterého je potřeba se obávat. Vývoj porodnictví bohužel směřuje k tomu, že se prakticky upustilo od klasického porodnického a babického umění. V prvopočátcích porodnictví bylo běžné, že porody vedly samostatně porodní báby a pouze za komplikací povolaly lékaře na pomoc. Vaginální porod koncem pánevním nebyl žádnou výjimečností a porodní asistentky dokázaly takové situace zvládat. Později s příchodem porodnických operací, a to zejména s příchodem císařského řezu, je možné vypočítat velký nárůst těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním ukončených císařským řezem. Jsou to často různé zahraniční státy, například Německo, Holandsko či Kanada, kde se stále porodní asistentky snaží o udržení klasického umění porodní asistence. K tomu patří i udržení profesních kompetencí a cíl podpory přirozeného porodnictví. Myslím si, že by bylo dobré čerpat inspiraci ze zahraničních vzorů a pokusit se o to, aby se konce pánevní, pokud je to ze zdravotního hlediska matky i plodu možné, opět rodily přirozenou cestou, například v poloze v kleku i v České republice.

Velmi často se také stává, že nastávající maminka, které je diagnostikován plod v poloze koncem pánevním jako první informační zdroj zvolí různé internetové stránky a fóra, kde se popisují nejrůznější hororové zážitky spojené s vaginálním porodem koncem pánevním a ženy tak na základě toho často zvolí jako způsob porodu císařský řez. Právě tady by měly zasáhnout porodní asistentky, které by měly být ženám profesními partnerkami a rádkyněmi a vše jim vysvětlit a doprovázet je na jejich cestě těhotenstvím i porodem. Je zde velký prostor pro komunitní péči, centra porodních asistentek či porodní domy, což bohužel u nás v České republice zatím nefunguje.

Toto téma jsem si vybrala proto, že mě jako budoucí porodní asistentku zajímají zkušenosti a pocity porodních asistentek, které mají dlouholetou praxi ve svém oboru a, které se s porody koncem pánevním opakovaně setkaly. Domnívám se, že dozvědět se více o této problematice je velkým přínosem nejen pro mne, ale i pro další budoucí porodní asistentky, které by se, jak doufám mohly touto prací inspirovat. Nebojme se ptát se zkušených kolegyně, čerpejme informace od kolegyně, které se v dnešní době nebojí zkoušet nové ověřené postupy ze zahraničí.

V teorii práce se stručně zabývám historií porodů koncem pánevním, dále pojednávám o aktuálních trendech a přístupech odborníků v porodnictví k porodům koncem pánevním. Dále jsem se zaměřila na diagnostiku polohy plodu v poloze koncem pánevním, jeho incidenci a v poslední části teoretické části mé práce rozebírám péči porodních asistentek o ženu s plodem v poloze koncem pánevním během celého těhotenství, porodu a poporodním období, dále se krátce věnuji problematice císařského řezu. V praktické části práce jsem rozpracovala dva hloubkové rozhovory s porodními asistentkami, které mají dlouhodobé zkušenosti s vaginálním porodem koncem pánevním.

Cílem mé práce bylo popsat a zhodnotit problematiku vedení vaginálních porodů koncem pánevním z pohledu porodních asistentek. Šetření se týkalo postoje zkušených porodních asistentek k porodům koncem pánevním ve vybraných porodnicích. Konkrétněji jsem se zaměřila na to, zda mají porodní asistentky zájem samostatně vést porody koncem pánevním a využít tak svých kompetencí. Dále se šetření týkalo prenatální péče o ženu s plodem v poloze koncem pánevním během celého těhotenství a za porodu. Zaměřuji se na komunikaci s rodičkou při vaginálním porodu koncem pánevním, na motivaci rodičky ze strany zdravotnického personálu a celkový přístup porodních asistentek k problematice vaginálních porodů koncem pánevním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

Porodní asistence je jednou z nejstarších profesí. Ženy u porodu vyhledávají pomoc, mají různé potřeby, jak emoční, tak tělesné. Porodní asistentky jsou tady od toho, aby ženy doprovázely a dokázaly vyhovět všem jejich potřebám, ať už se jedná o porod fyziologický, či nepravidelný porod, jakým je právě porod koncem pánevním. Porodní asistentka musí být znalá fyziologií, rozhodná, empatická a musí umět být ženě partnerkou, při její cestě porodem, a to je umění porodních asistentek, které platilo od pradávna a platí dodnes (Odent, 2017, s. 1-3).

1.1 Historie vedení porodu koncem pánevním v domácím prostředí do poloviny 20. století

Zde se budeme zabývat historií babictví a porodnictví přibližně od 17. století, kdy již máme k dispozici první odborné porodnické materiály psané samotnými porodními bábami, do období hromadného přesunu porodů do porodnic (50. léta 20. století). Z historických pramenů vyplývá popis rizikovosti porodu při poloze plodu koncem pánevním. Takovýto porod probíhá často vlekle, a to obzvláště při předčasném odtoku vody plodové. Pokud porodní bába zjistila, že se jedná o polohu plodu koncem pánevním, byla povinna ohlásit tuto skutečnost lékaři a zavolat si ho na pomoc, a to předáním lístku poslovi, který ho lékaři doručil. Na lístku pro lékaře bylo uvedeno, že se jedná o porod s plodem v poloze koncem pánevním, velikost branky a zdali odtekla voda plodová či nikoliv. Porodní bába uložila rodičku na bok, na kterém se nacházel i hřbet plodu. Rodičce bylo zakázáno tlačení, kvůli co nejdelšímu zachování vody plodové. Takto porodní bába s rodičkou čekala do příjezdu lékaře. Pokud voda plodová odtekla, kontrolovala pomocí vaginálního vyšetření, jak postoupil porodní nález. Pokud lékař nestihl přijet včas, porodní bába musela přesně vědět, jak postupovat a být schopná dítě vybavit i samostatně bez pomoci lékaře (Rubeška, 1897, s. 86-89).

Již v těchto dobách se porodníci pokoušeli o obrat plodu zevními hmaty, pokud se během těhotenství zjistilo, že se jedná o polohu plodu koncem pánevním. Toto však neprováděli dříve než při ukončeném 33. týdnu těhotenství. Po nepovedeném obratu bylo ženě doporučeno родit v porodnici. Vždy se dbalo na to, aby porod probíhal, pokud možno

přirozenými silami, neboť samovolný porod při porodu koncem pánevním je pro matku i plod nejvýhodnější. Každý další zásah lékaře může narušit průběh porodu, například narušením vaku blan s následným odtokem vody plodové vlivem častého vaginálního vyšetřování (Trapl, 1951, s. 177-181).

Mezi významné osobnosti porodní asistence, které si zasloužily respekt tehdejších odborníků patří francouzská porodní bába **Louise Bourgeois Boursier** (1563-1636), která v Paříži v roce 1609 vydala svou knihu Různá pozorování o neplodnosti, ztrátě plodu, plodnosti, porodech a nemocech žen a dětí. Dále napsala knihy: Zvláštní kapitola o porodech a křtění dětí Francie, pod králem Jindřichem IV., Pokyny mé dceři, Pravdivá zpráva o narození pánů a dam, dětí Francie. V roce 1635 vydala svou poslední knihu Sbírnka tajemství, kde jsou obsaženy její nejvzácnější zkušenosti. Tato kniha vyšla opakovaně a byla přeložena do několika jazyků. Právě tato kniha je prokazatelně první učebnicí pro porodní báby, kterou napsala žena. V učebnici autorka radí, aby porodní báby přihlížely pitvám žen, aby se naučily znát anatomii vnitřních rodidel. Dále je zde přesně popsána obličejová poloha plodu a stojí zde upozornění na **možnou záměnu s koncem pánevním** (Doležal, 2001, s. 43-44).

Další významnou osobností v porodní asistenci byla **Madame Margueritte du Tertre veuve Sieur de la Marche** (1638-1706), která v roce 1677 začala ve svém zařízení Hotel Dieu se vzdělávací činností, která spočívala v tříměsíčních kurzech pro porodní báby. Její kniha Rodinné pokyny velmi snadné, prováděné otázkami a odpověďmi týkajících se všech základních věcí, které by porodní bába měla znát, byla schválena lékařskou fakultou. Je zde například zdůrazněno, že při **obratu plodu vnitřním hmatem** stačí uchopit jen jednu nožku plodu, což bylo později jinými ostře kritizováno (Doležal, 2001, s. 45).

Význačnou osobností v porodní asistenci je i polka **Justine Dittrich Siegemundin** (1650-1705). Její zájem o porodní asistenci se projevil po tom, co si ve svých 21 letech myslela, že je těhotná, poté, co jí to místní porodní báby potvrzovaly a záhy zjistila, že se o těhotenství nejedná. Po této zkušenosti začala studovat anatomii a fyziologii ženských orgánů. Po dobu dvanácti let vyučovala porodní báby v Liegnitzu. Po korunovaci Friedrich III. na pruského krále, byla jím samotným jmenována Brandeburskou dvorní bábou a v roce 1701 pak Hoff-Webe-Mutter Pruska. V roce 1690 vydala svou slavnou knihu Nanejvýš potřebná výuka o těžkých a nepravidelných porodech, představená v rozhovoru,

jak totiž skrz božské přispění dobře vzdělaná a vycvičená porodní bába s rozumem a hbitou rukou může tomu zabránit, nebo když je nezbytné, umí dítě obrátit, skrz mnohaletého cvičení, vlastní zkušeností. Popisuje zde například, že **při obratu plodu na konec pánevní** užívala k stahování vedoucí tyčinku a kličku k obratu na nožky plodu. Domníváme se, že jako první také popsala abnormální rotaci plodu a protržení vaku blan k zástavě krvácení při placenta praevia (Doležal, 2001, s. 45-47).

1.2 Období socialismu až rok 1999

Po změně režimu byl roku 1965 změněn i oficiální název profese z porodní asistentky na ženskou sestru. Ke zpětnému přejmenování na porodní asistentku došlo v roce 1993. Prenatální poradny, které dříve byly pod vedením porodních asistentek začaly přebírat praktičtí lékaři. V období let 1963-1974 nastal rozmach technologie v porodnictví, objevil se hlavně kardiokograf a amnioskop. V období 70.-80. let se na našem území začal používat ultrazvuk, který byl čím dále častěji používán k diagnostice podélné polohy plodu koncem pánevním. Před tímto objevem spočívalo umění ženských sester v zevním vyšetření, kdy dokázaly určit polohu a postavení plodu i bez ultrazvuku. Vaginální porod koncem pánevním v této době nebyl žádnou výjimečností. Právě ženské sestry dokázaly vést vaginální porod koncem pánevním, pokud vše probíhalo bez komplikací. Rodičky do porodnic často přicházely s příznivým porodním nálezem a odhodláním koncem pánevní vaginálně porodit (Štembera, 2016, s. 23-30).

1.3 Rok 2000 až současnost

V současné době je na většině našeho území zvykem, že porod koncem pánevním vede lékař. Od klasického umění porodních asistentek se upustilo, protože se stále více spoléhá na moderní technologii. Pokud se v těhotenství zjistí, že je plod v poloze koncem pánevním, je to jediná možnost, kdy si žena může zvolit způsob porodu, tedy zda si přeje porod císařským řezem či zda chce porodit vaginálně.

V roce 2000 proběhla studie Term Breech Trial, která porovnávala vaginálně vedené porody koncem pánevním s porody vedenými primárním císařským řezem. **Díky této studii se v mnoha zemích odklonili od vaginálního vedení porodů koncem pánevním.** Již v roce 2004 stejný tým, který se podílel na studii Term Breech Trial publikoval follow up studii vycházející z původního souboru. Výsledky sledování nepotvrdily tehdejší předpoklad studie. V roce 2006 byly publikovány výsledky studie Premoda, která zcela vyvrátila studii Term Breech Trial. I přes vyvrácení této mylné studie

se stále drží vysoké procento porodů koncem pánevním vedených císařským řezem. Nárůst císařských řezů pro polohu plodu koncem pánevním je úzce spojen se zdrojem mateřské a novorozenecké morbidity. Vzhledem k tomu, že mnoho rodiček vyžaduje vaginální vedení porodu koncem pánevním, se Kanada snaží zvýšit erudici lékařů ve vaginálním vedení porodů koncem pánevním. Díky absenci zkušeností zdravotnického personálu se proto některé ženy uchylují k variantě domácích porodů. V současnosti se přísně dodržují kritéria pro výběr rodiček vhodných pro vedení porodu koncem pánevním vaginálně, aby byl porod pro rodičku i plod bezpečný. Nyní se čeká na výsledky, které podá brněnská porodnice. Zde zkoumají výhody vaginálního porodu koncem pánevním na čtyřech končetinách v kleku (Česká gynekologie, Pilka, 2014, s. 344-348).

Porodní dům U čápa v Praze je nezisková, nevládní a dobrovolnická společnost, která se snaží o vybudování prvního porodního domu v České republice. Prosazují možnost volby pro rodičky, kde a jak chtějí родit. Podporují přirozené metody vedení porodu. Porodní dům U čápa funguje i jako vzdělávací institut pro porodní asistentky a lékaře, často zprostředkovává porodním asistentkám a lékařům vzdělávací kurzy na různá témata. V roce 2013 a 2017 se konal kurz Přirozený porod koncem pánevním a naposledy v květnu roku 2019 seminář Den s koncem pánevním. Na těchto kurzech přednášela **Jane Evans** z Velké Británie, která má s porody koncem pánevním bohaté zkušenosti. Porodní asistentkou je více než 35 let a je uznávanou odbornicí na problematiku porodů s plodem v poloze koncem pánevním. Jane Evans se zaměřuje na komunitní porodní péči a od roku 1991 pracuje jako samostatná porodní asistentka. Je zastáncem názoru, že šetrně vedený vaginální porod je pro ženu nejpřirozenější a nese nejmenší rizika, avšak tvrdí že porod koncem pánevním by měl probíhat v porodnici pro případné komplikace. Jejím největším zájmem je rozšíření znalostí o přirozeném vedení porodu koncem pánevním mezi porodní asistentky a lékaře. Dále jsou také velmi oblíbené semináře a kurzy vedené německou porodní asistentkou **Barbarou Kosfeld**, která získala své zkušenosti od porodních asistentek, které působily za druhé světové války, tudíž může kombinovat tradiční umění porodních asistentek s novodobím porodnictvím. V roce 1994 založila první praxi porodních asistentek ve městě Aachen a v roce 1997 založila porodní dům Pegasus, který pak v roce 1998 rozšířila o Zentrum Akademie, což je vzdělávací institut pro porodní asistentky. Barbara Kosfeld také jako první kongres o mimonemocničním porodnictví Evropský kongres porodních asistentek. Za dobu svého působení v komunitní péči, která trvala přes 25 let, asistovala u mnoha porodů koncem pánevním a získala tak bohaté

zkušenosti. Porodní dům u Čápa také v roce 2015 zprostředkoval odborný seminář Evoluce porodu koncem pánevním – nové paradigma pro optimální péči s kanadskou porodní asistentkou **Betty-Anne Daviss**. Cílem semináře bylo dostat do podvědomí účastníků fakt, že vaginální porod koncem pánevním je stejně rizikový jako často indikovaný porod císařským řezem. Betty-Anne Daviss je porodní asistentka s více než čtyřicetiletou praxí. Je spoluautorka Franfurtské studie, ve které s Dr. Frankem Louwenem porovnávali porody s rodičkami ve vzpřímené poloze - vestoje, ve dřepu, vkleče, vsedě s rodičkami v klasické porodnické poloze na zádech v polosedě. Odvedla již přes 150 porodů koncem pánevním a jako jediná porodní asistentka v Kanadě má povolení vést porody koncem pánevním v domácím prostředí bez povinnosti transportu do porodnice (Porodní dům u Čápa, 2015).

Další významnou porodní asistentkou současnosti je **Ina May Gasking**. Ina May Gaskin se dostala k porodní asistenci náhodou, když pomáhala rodit cizí ženě, protože nikdo jiný nebyl poblíž. Zázitek se jí dotkl natolik, že se začala o porodní asistenci více zajímat. V jejím učení jí hodně napomohl lékař John O. Williams. Ina May Gasking se svým mužem založili centrum nazvané Farma v Tennessee. Zde odvedli více než 3000 porodů. Její přístup spočívá v přirozeném průběhu porodu bez zbytečných lékařských intervencí. Známa je také díky jejímu manévru pro vybavení ramen, pokud dojde k dystokii ramen, což je obávanou komplikací porodu. Ve své knize Zázrak porodu popisuje svůj životní příběh, několik příběhů žen a postupy při vedení porodu. Část knihy je věnovaná porodům koncem pánevním a vývoji vedení takových porodů. Ina May Gasking zde například popisuje, jak upustily od rutinního uspávání rodiček při porodu, což se provádělo kvůli údajnému většímu uvolnění a snazšímu vybavení dítěte a od episiotomie, která byla u porodu koncem pánevním považována za nutnou (Gasking, 2010. s. 19-104).

2 AKTUÁLNÍ TRENDY A PŘÍSTUPY ODBORNÍKŮ V PORODNICTVÍ K PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

V současném porodnictví je vaginální porod s plodem v poloze koncem pánevním brán jako rizikový, takový porod je často veden lékařem, ale vést neurgentní porod koncem pánevním může i porodní asistentka. Jsou dána striktní kritéria, podle kterých je určeno, zda je rodička vhodná k vaginálnímu porodu koncem pánevním.

Porod koncem pánevním může probíhat pouze v zařízení, kde je možno provést akutní císařský řez. U vaginálního porodu koncem pánevním není doporučena indukce porodu. Plod by měl být častěji monitorován CTG přístrojem a v průběhu porodu by na porodním pokoji měli být přítomni dva porodníci, porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Vzhledem k tomu, že rodičky musí být seznámeny se všemi riziky spojené s vaginálním porodem konce pánevního a podepisují informovaný souhlas, rozhodne se více než 90 % rodiček pro primární císařský řez. Pouze při poloze plodu koncem pánevním má žena možnost si zvolit způsob porodu. V současné době je cílem porodnictví snížit procento císařských řezů, a proto je ženám s plodem v poloze koncem pánevním nabízen obrat plodu mezi 36. – 38. týdnem gravidity (Procházka, 2016, s. 20-24).

Nevhodnými rodičkami pro vaginální porod koncem pánevním jsou rodičky, u kterých se vyskytuje kefalopevický nepoměr, růstová restrikce plodu, nevhodné uložení plodu, deflexe hlavy plodu, oligohydramnion, jizvy na děloze, děložní myomy, vrozené vývojové vady dělohy, plod větší než 3500 gramů u primipar, plod větší než 3800 gramů u multipar a vysoko naléhající konec pánevní. Přísnou kontraindikací k vaginálnímu porodu plodu koncem pánevním je suspektní kardiokografický záznam, plod s hmotností 4000 gramů a více a anxiózní rodička (Procházka, 2016, s. 25).

Doporučený postup při vedení vaginálního porodu koncem pánevním je v I. době porodní zachovat co nejdéle vak blan, polohovat ženu na bok, kde se nachází hřbet plodu a dát jí polštář mezi kolena. Je vhodné omezit vaginální vyšetření a sledovat projevy ženy. Důležité je také dbát na pravidelné močení ženy, pravidelně poslouchat ozvy plodu, měřit fyziologické funkce a zavést permanentní žilní katetr. V II. době porodní je nutno aktivně s ženou tlačit až po dorotování plodu, musí být zašlé porodní cesty a po porodu trupu aplikovat bolus 5 jedniček oxytocinu intravenózně. Vždy musí být u porodu připravený

Dolsin, kvůli možnému spasmu branky. Při porodu koncem pánevním se nemusí rutinně provádět episiotomie (Procházka, 2016, s. 30-31).

Aktuálně většina porodnic využívá pro vaginální porod koncem pánevním metodu **dle Covjanova**. Tato metoda pochází z Ruska a byla dlouho považována za nejfyziologičtější metodu. Porodník přiloží obě ruce na rodidla ženy a nechá mezi nimi plod procházet. Po porodu trupu skloní plod směrem dolů, což pomůže porodu předního raménka, poté porodník zvedne plod nahoru a porodí raménko zadní. Hlava se rodí samovolně. Pokud tomu tak není, je možno použít **manévr dle Mauriceaua-Smellieho-Veita**. Tento manévr spočívá v tom, že si porodník položí tělo plodu na předloktí jedné ruky a vloží první a čtvrtý prst do úst plodu, kde se opře o jářmové kosti a třetí prst opře o maxilu, čímž zafixuje hlavu ve flexi. Druhou ruku položí porodník na hřbet plodu, kde druhý a čtvrtý prst zaklesne o ramena plodu, třetí prst opře o záhlaví. Poté porodník trup nadzvedne a co nejšetrněji bez vynaložení násilí porodí hlavičku plodu. Této manuální pomoci při porodu hlavičky je většinou zapotřebí u primipar. Dále je využívána metoda **dle Brachta**, která má původ v Německu. Při této metodě je s plodem zacházeno jako s jedním celkem. Plod je uchopen přes roušku a je postupně překlápěn směrem k břichu matky. Obě ramena jsou porozena současně a hlava plodu je porozena samovolně nadzvednutím trupu plodu nad úroveň spony stydké. Při metodě porodu konce pánevního dle Brachta je riziko způsobení u plodu nitrolební trauma a poranění krční páteře, proto dáváme přednost manuální pomoci vybavení hlavičky. V anglosaských zemích je často ve finální fázi porodu používána metoda **dle Lovseta**, která má původ ve Francii. Tato metoda umožňuje asistovaný porod ramének plodu i pokud u plodu dojde ke vztyčení ruček. Metodu dle Lovseta využijeme v momentě, kdy je plod porozen po úpon pupečníku a kdy již pod symfýzou vidíme dolní pól přední lopatky plodu. Porodník si vezme suchou roušku a oběma rukama uchopí trup plodu v oblasti pánve a pak začne sklánět trup plodu směrem dolů a šroubovitým mechanismem provádí rotaci o 180 stupňů, záda plodu rotuje k symfýze až je viditelné zadní raménko, které pak porodník může snadno vybavit. Po vybavení zadního raménka porodník rotuje trup o 180 stupňů v opačném směru až je pod stydkou sponou porozeno i přední raménko plodu. Manévr musí být prováděn šetrně, aby u plodu nedošlo k poranění brachiálního plexu (Procházka, Pilka, 2016, s. 151-159).

Velkým pokrokem ve vedení vaginálního porodu koncem pánevním bylo zavedení porodu s rodičkou na všech čtyřech. S tímto nápadem přišel **Dr. Frank Louwen**, který tvrdí, že tato poloha pomáhá snížit počet manuálních manévrů potřebných k extrakci

plodu, zkracuje II. dobu porodní a také že pomáhá snížit procento porodních poranění rodičky. V období od ledna roku 2004 do června roku 2011 byla Dr. Lowenem a jeho kolegy provedena ve Frankfurtu studie, kde se potvrdily fyziologické výhody této metody a dobré perinatální výsledky. Při porodu v této poloze mají lékař a porodní asistentka spíše roli pozorovatele, protože pokud je porod fyziologický, není potřeba žádných zbytečných intervencí jako například preventivní episiotomie či extrakční manévry. Dítě by nemělo být drženo ani podporováno, protože samotná hmotnost těla dítěte provádí dostatečnou trakci k tomu, aby bylo tělo včetně hlavičky bez vnějšího zásahu porozeno. Dr. Louwen sám zavedl dva manévry pomáhající extrakci plodu v poloze koncem pánevním, pokud by došlo ke komplikacím. První manévr slouží k vybavení ramének při dystokii ramen. Porodník uchopí ramena plodu a otočí fixní raménko od symfýzy matky a zpět o 90°. Druhý manévr tzv. Frank's nudge se používá při vážnoucím porodu hlavičky. Porodník vezme do rukou tělo dítěte, kdy prsty obou rukou jsou rozloženy na zádech dítěte a palce jsou vepředu pod klíčními kostmi, porodník na toto místo palci zatlačí a současně je tělo plodu tlačeno k symfýze matky (FIGO, 2017, s. 151-161).

Mnoho vzdělávacích institucí učily porodní asistentky a lékaře, že pomocné manévry k vybavení plodu v poloze koncem pánevním, jsou při každém takovém porodu nutné, a tak se staly rutinní záležitostí a mnoho porodníků je stále používá a nedá na tyto manévry a metody dopustit, ačkoli v roce 2006 sama společnost RCOG přestala rutinní používání vybavovacích manévrů doporučovat, ale doporučuje spontánní porod v poloze, kterou si rodička sama zvolí. Samozřejmě při komplikacích či vážnoucím porodu je užití vybavovacích manévrů žádoucí a je doporučováno (Chapman, Charles, 2008, s. 192).

Poloha plodu koncem pánevním je poloha plodu podélná, což jí činí vaginálně poroditelnou a proto byla tato poloha plodu do nedávna považována za fyziologii, ale dnes je celosvětově vaginální porod koncem pánevním považován za rizikový a to zejména kvůli tomu, že je plod při takovém porodu vystaven většímu riziku komplikací jako je třeba hypoxie plodu za porodu. Za nejvíce rizikové pro vaginální porod koncem pánevním jsou považovány prvorodičky. Celkově byla zpřísněna medicínská kritéria výběru rodiček vhodných k vaginálnímu porodu koncem pánevním (Binder a kol., 2014, s. 225).

3 PROBLEMATIKA POLOHY PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM

3.1 Incidence

Poloha plodu koncem pánevním znamená, že je plod v poloze podélné a na vchod pánevním naléhá pánev plodu a hlavička plodu je uložena v děložním fundu. Tyto porody řadíme k porodům rizikovým, protože prostupující obvod naléhající části, tedy pánve plodu je menší než následně se rodící části těla plodu, což může mít za příčinu určité peripartální komplikace. Do konce II. trimestru je poloha plodu labilní a může se měnit. Ve 24. týdnu gravidity je až 30 % plodů v poloze koncem pánevním. Ve 30. týdnu gravidity je to již jen 14 % plodů. Plod zaujímá svou definitivní polohu mezi 32. a 34. týdnem gravidity, většina plodů se v tomto období otočí hlavičkou dolů směrem ke vchodu pánve a 3 až 4 % plodů zůstane v době termínu porodu v poloze podélné koncem pánevním (Procházka, Pilka, 2016, s. 151).

3.2 Příčiny

Vyzrávání statoakustického aparátu ve vnitřním uchu plodu mezi 32. a 34. týdnem gravidity nutí plod ke spontánnímu obratu plodu hlavičkou dolů, ale ke spontánnímu obratu plodu nemusí dojít i z mnoha dalších příčin. (Procházka, Pilka, 2016, s. 151).

K nejčastějším příčinám setrvání plodu v podélné poloze koncem pánevním patří abnormální tvar dělohy, abnormální inzerce placenty, odchylky v množství vody plodové (oligohydramnion, polyhydramnion), krátký pupečník nebo pupečník obtočený kolem části plodu, poruchy fixace hlavičky plodu spojené s ochablým dolním děložním segmentem, některé vrozené vývojové vady plodu spojené s abnormálním vývojem centrální nervové soustavy plodu, makrosomní plod nebo plod s intrauterinní růstovou restrikcí (Procházka, 2016, s. 15).

Příčiny, proč plod v děloze zaujímá právě polohu podélnou koncem pánevním nejsou ve většině případů známé. Incidence stoupá u předčasných porodů (Binder a kol., 2014, s. 222).

3.3 Dělení

Rozlišujeme pět typů poloh koncem pánevním (Procházka, Pilka, 2016, s. 151):

Konec pánevní úplný: incidence výskytu je 10 % z celkového počtu konců pánevních. Nožky plodu jsou flektovány v kyčelním a kolenním kloubu, ručky jsou flektovány a zkříženy na hrudníku plodu a hlavička je také flektována, plod tak zaujímá v děloze nejmenší objem. Na vchod pánevní naléhají hýždě a obě nožky plodu. Prostupující obvod je 32 cm a je nejpříznivější pro vaginální porod.

Konec pánevní inkompletní: incidence je 5 % z celkového počtu konců pánevních. Hlavička plodu je flektována, ručky plodu jsou zkřížené a flektované na hrudníku, jedna nožka plodu je flektovaná v kolenním a kyčelním kloubu a druhá nožka je natažená podél těla plodu. Prostupující obvod je 31 cm a poloha příznivá pro vaginální porod.

Konec pánevní řitní: incidence výskytu je 75 % z celkového počtu konců pánevních, je tedy polohou nejčastější. Plod má v této poloze obě nožky nataženy podél těla. Prostupující obvod je 28 cm a je příznivý pro vaginální porod.

Konec pánevní kolénky: incidence výskytu je 1 % z celkového počtu konců pánevních, jedná se o nejvzácnější variantu. Nožky plodu jsou extendované v kyčelním kloubu a flektované v kolenním kloubu. Na pánevní vchod naléhá jedno nebo obě kolénka plodu. Prostupující obvod je 27 cm.

Konec pánevní nožkami: incidence je 9 % z celkového počtu konců pánevních. Nožky plodu jsou extendované v kyčelním i kolenním kloubu. Na vchod pánevní naléhá buď jedna nebo obě nožky. Prostupující obvod je cca 24 až 25 cm.

4 VYŠETŘENÍ ŽENY V TĚHOTENSTVÍ PŘI POLOZE PLODU KONCEM PÁNEVNÍM

4.1 Zevní vyšetření

Do zevního vyšetření můžeme zahrnout i celkové vzezření rodičky, velikost a stavba těla, váha, výživa, konstituční typ, kostra – její vývoj či případné nepravidelnosti, zvláště pak na páteři, kostrči a v kloubech kyčelních. Dále můžeme zahrnout prsy, jejich umístění, velikost a tvar. Je dobré prohmátat mléčnou žlázu a poté se zaměřit na vzhled bradavek, prsních dvorců a celkovou pigmentaci. Dále posuzujeme, zda již odchází kolostrum. Břicho rodičky můžeme posoudit pohledem. Posuzujeme velikost, tvar, zbarvení střední čáry a krajiny pupku. Dále vzhled kůže, strie a případně stav jizvy po předchozím císařském řezu či jiné operaci. Vyšetřující se postaví nebo posadí k ženě po její pravé straně. Žena leží na lůžku na zádech, má podloženou hlavu polštářem a nohy mírně pokrčené. Používáme vyšetřovací hmaty, které nazýváme Leopoldovy (Trapl, 1951, s. 78).

Nejdůležitější částí zevního vyšetření je vyšetření pohmatem, lze tak ozřejmit tvar dělohy, uložení plodu v děloze a případně můžeme odhadnout velikost plodu. Pomocí Leopoldových hmatů lze zpravidla dobře vyhmátat pozici hlavičky a hýždí plodu. Hlavička plodu je tvrdá a nepoddajná, zatímco hýždě plodu jsou měkké. Podstatným krokem je určit vztah hýždí plodu k pánevnímu vchodu matky, dále pak zhodnotit mobilitu hlavičky. Dobře hmatná, mobilní hlavička a hýždě plodu, které pouze naléhají na vchod pánevní a lze je snadno vysunout kraniálně, jsou pak nezbytným předpokladem pro úspěšný obrat plodu (Procházka, 2016, s. 17). Ozvy plodu posloucháme nejčastěji nad pupkem, což je výše než při poloze podélné hlavičkou (Binder a kol., 2014, s. 222).

4.2 Vaginální vyšetření

Musíme dbát na to, že každým vaginálním vyšetřením i za přísných zásad asepse, můžeme ženu ohrozit infekcí, proto provádíme vaginální vyšetření jen tehdy, kdy je k tomu odůvodněná indikace (Trapl, 1951, s. 82).

Při vaginálním vyšetření hmatáme naléhající část plodu, u konce pánevního jsou to zpravidla hýždě, hýždě a chodidla plodu nebo případně samotná chodidla plodu. Dále můžeme vyhmátat kostrč a genitoanální rýhu. Musíme dát pozor na naléhající pupečník,

který je typického trubicovitého měkkého tvaru a při lehkém stlačení pulzuje, takový nález nesmí ujít pozornosti. Vaginální vyšetření by mělo probíhat, co nejšetněji, s ohledem na možné protrhnutí vaku blan, který pak může způsobit prolaps pupečníku, který může plod ohrozit na životě. Pro vaginální vedení porodu koncem pánevním je také nutné příznivé cervix-skóre, které musíme umět dobře vyhodnotit (Procházka, 2016, s. 17-18).

4.3 Ultrazvukové vyšetření

V současné době je ultrazvukové vyšetření standartní a hlavní vyšetřovací metodou při diagnostice polohy plodu koncem pánevním (Binder a kol., 2014, s. 222). Ultrazvukové vyšetření je v případě polohy plodu koncem pánevním velmi důležité. Neprovedení ultrazvukového vyšetření by v tomto případě bylo kontraindikací k vaginálnímu způsobu porodu. Vyšetření ultrazvukem nám přináší podrobnou informaci o poloze a naléhání plodu v děloze a dále zda se jedná o kompletní nebo inkompletní variantu konce pánevního. Ultrazvukové vyšetření také slouží k ověření nálezu zevního a vnitřního vyšetření. Ultrazvukem provádíme biometrii pro váhový odhad plodu, kontraindikací vaginálního vedení porodu by byla intrauterinní růstová restrikce a také makrosomní plod. Nezřídka můžeme ultrazvukem vidět omotaný pupečník kolem krku plodu, což není absolutní kontraindikací k vaginálnímu způsobu porodu, ale musí být k tomuto faktoru při rozhodování o vedení porodu přihlíženo. Chceme-li si pozici pupečníku ověřit, můžeme využít barevné dopplerovské mapování. Hlavička musí být ve flexi, deflexe hlavičky je absolutní kontraindikací k vaginálnímu vedení porodu. Při ultrazvukovém vyšetření je také změřeno přibližné množství vody plodové, což může hrát roli při případném pokusu o zevní obrat plodu. Ultrazvuková vyšetření jsou prováděna během těhotenství několikrát v poradně pro těhotné a poté před samotným porodem na porodním sále. Vyšetření ultrazvukem by vždy měl provádět erudovaný lékař. Obecně platí, že při naléhání plodu koncem pánevním se zaměřujeme na tyto faktory: množství vody plodové, uložení placenty, určení varianty polohy podélné koncem pánevním, postavení plodu, ultrazvuková biometrie, pozice hlavičky a uložení pupečníku (Procházka, 2016, s. 18-19).

5 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PLODEM V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM

Porodní asistentka je uznávaným plně zodpovědným zdravotnickým pracovníkem. Porodní asistentka pracuje v partnerství se ženami a snaží se jim poskytnout potřebnou péči, podporu a radu během těhotenství, porodu a v době šestinedělí. Může vést samostatně porod na vlastní zodpovědnost a poskytovat péči dětem v novorozeneckém a kojeneckém věku, dále může pečovat o ženu v celém reprodukčním věku. Důležitou součástí profese porodní asistentky je poskytování poradenství a vzdělávání pro ženy, jejich rodinu a pro celé komunity. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, nemocnice, kliniky, zdravotnická střediska, ambulantní zdravotnická zařízení, včetně domácího prostředí. Porodní asistentka by měla být zodpovědná, nezávislá, odvážná, rozhodná, dobře jazykově vybavená, mít otevřenou mysl a být schopna utvořit si vlastní názor, měla by umět naslouchat, mít pokoru a víru v samu sebe i v ženy o které pečuje (Štomerová a kolektiv, 2010, s. 7-18).

5.1 Období těhotenství

Vyhláška č. 424/2004 Sb., popisuje kompetence porodních asistentek, ve svém 5. odstavci 1 a bodu f) říká doslova: „...připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví“ První věcí, kterou může porodní asistentka ženě pomoci, je její vlastní přístup ke zjištění, že miminko je v poloze koncem pánevním. Tento fakt by se neměl příliš zdůrazňovat a neměl by se brát jako mimořádná událost. Fakt, že je plod v poloze koncem pánevním v období před termínem porodu nemusí být definitivní a ženu není potřeba strašit. S blížícím se termínem porodu by měla porodní asistentka sledovat, zda má plod tendenci se otočit, či nikoli. Na konci těhotenství, pokud plod v poloze koncem pánevním zůstane, měla by porodní asistentka podniknout kroky k zjištění o jaký typ konce pánevního se jedná, zda o variantu úplnou či neúplnou a v jakém kontaktu je konec pánevní s pánevním vchodem ženy. Již výše zmíněná studie Dr. Hannah z USA z roku 2000, vrhá na vaginálně vedené porody koncem pánevním špatné světlo. Ačkoli byly výsledky studie zpochybněny a vyvráceny, prosazuje stále mnoho porodnic císařský řez pro polohu plodu koncem pánevním, zvláště u prvorodíček. Přesto lze dnes najít lékaře,

kteří schopnost pomoci ženě při porodu pánevním neztratili a ženy odhodlané k vaginálnímu porodu konce pánevního, by se měli snažit takové lékaře vyhledat (Štomerová a kolektiv, 2010, s. 164-165).

Činnost komunitní porodní asistentky, která pečuje samostatně o ženu během těhotenství, porodu a v období poporodním se zakládá na vlastních osvědčených postupech. Doporučené kontroly v poradně u porodní asistentky probíhají do 36. týdne gravidity jednou měsíčně, od 36. týdne gravidity jednou týdně a po 41. týdnu gravidity každé 3 dny. Při první návštěvě ženy u porodní asistentky v poradně, porodní asistentka ženu uvítá představí se jí, provede úvodní rozhovor a sepíše s ní anamnézu, vyšetří orientačně moč, zkontroluje váhu a změří fyziologické funkce, vše je potřeba pečlivě zaznamenat do těhotenské průkazky. Dle gestačního stáří je provedeno zevní vyšetření plodu. Pokud je potřeba nějaké rady či edukace, provede tak porodní asistentka neprodleně a poté si s ženou sjedná termín další návštěvy. Návštěva v I. trimestru probíhá obdobně, počáteční rozhovor, vyšetření moče, kontrola váhy a změření fyziologických funkcí. Zevní vyšetření pohmatem pro zjištění velikosti dělohy, změření vzdálenosti spona-fundus a změření obvodu v pase, vše, pokud je již děloha hmatná. Vše se zaznamená, případná doporučení a domluví další návštěvy. Návštěva v II. trimestru probíhá stejně jako návštěva v trimestru II., ale při zevním vyšetření už je navíc odhadem zjišťováno množství vody plodové, zjišťuje se naplnění dolního děložního segmentu a poslouchají se ozvy plodu. Návštěva v III. trimestru probíhá stejně, jako návštěva předchozí. Návštěvy poradny u porodní asistentky 4 týdny před porodem probíhají stejně, jako návštěvy v II a III. trimestru s rozdílem zevního vyšetření, kde se zaměřuje na změření obvodu pasu, změření vzdálenosti spona-fundus, velikost a tvar dělohy, množství plodové vody, vyhmatáme polohu a postavení plodu, reaktivita dělohy a míra vstupu vedoucího bodu do pánve (Štomerová a kolektiv, s. 49-51).

Každá porodní asistentka ať záměrně nebo nevědomě působí v oblasti poradenské a vzdělávací. Obzvláště pokud porodní asistentka vede předporodní přípravu rodičů, měla by si být dobře vědoma o čem rodiče edukuje, proč takové informace vůbec říká a jaké její informace mohou mít vliv na průběh těhotenství, porodu a na spokojenost rodičů. Dostatek přiměřených informací může rodiče pomoci se lépe orientovat v porodním procesu a může si tak lépe sama vybrat způsob vedení porodu (Štomerová a kolektiv, 2010, s. 234).

Způsob vedení porodu by se měl s rodičkou probrat s dostatečným předstihem, proto je s výhodou, pokud ošetřující gynekolog či porodní asistentka pošlou ženu do zařízení, které si vybrala k porodu již před 36. týdnem gravidity. Ve zvoleném zařízení je poté možnost provést podrobné vyšetření a případně zvážení možnosti zevního obratu plodu do polohy podélné hlavičkou. S rodičkou by měly být probrány možnosti vedení porodu a rodička by měla mít dostatek času poskytnuté informace zpracovat a promyslet a připravit se na porod. Pokud je postoj rodičky k vaginálnímu porodu koncem pánevním vyloženě odmítaví, je nutné rodičku informovat i o riziku neočekávaného překotného porodu a na tuto možnost jí připravit, v takovém případě již při pokročilém nálezů je operační výkon významně zatížen riziky a komplikacemi. Rodičky pro vaginální vedení porodu koncem pánevním jsou přísně selektovány, pokud u ženy není žádné riziko, měl by jí být vaginální porod aktivně nabízen. Konečné rozhodnutí o způsobu vedení porodu s plodem v poloze koncem pánevním v případě fyziologického průběhu těhotenství je ponecháno na rodičce. Pokud rodička vaginální porod odmítne, musí být její přání respektováno (Procházka, 2016, s. 24-25).

5.2 Období I. doby porodní

Porodní asistentka by měla dát ženě možnost si vybrat, kdo bude přítomen u jejího porodu, tato situace by se s ženou samozřejmě měla řešit již během těhotenství. Pokud bude u porodního procesu přítomno příliš diváků, či osob, které rodičce nijak nepomáhají, může se tak porod zpomalit, či až na několik hodin zastavit, dokud se energie nezmění a rodička se nebude cítit příjemně. Veškerá emocionální podpora a pomoc by měla být směřována k rodící ženě. Porod začíná v době, kdy děložní kontrakce přicházejí v pravidelných intervalech a jejich intenzita sílí. Ženu bychom měly upozornit, že zpočátku mohou připomínat menstruační bolesti, ale jsou intenzivnější. Dále odejde hlenová zátka, která uzavírala hrdlo děložní během těhotenství. Odchod hlenové zátky může doprovázet slabé špinění, proto by na porodní asistentka měla ženu připravit. Vlivem silnějších a pravidelnější stahů dělohy se děložní hrdlo zkracuje, zraje a mění se na porodnickou branku, která dále dilatuje. I. doba porodní trvá, dokud není porodnická branka otevřena na 10 cm, pak hovoříme o plně dilatované porodnické brance. Porodní asistentka a doprovod by měli být rodící ženě po celou dobu k dispozici. I. doba porodní u prvorodičky může trvat až 15 hodin. Otevírání porodnické branky v případě porodu konce pánevního může trvat déle než u porodu hlavičkou. Dokud nezačne konec pánevní vstupovat do vchodu pánevního, je větší riziko výhřezu pupečníku. V takovém případě je vhodné, aby porodní

asistentka ženu edukovala, že je lepší se zdržovat v posteli či na porodnickém lůžku, pro případ, že by praskl vak blan. Dobré je zachovat vak blan, co nejdéle, pokud přece jen k odtoku vody plodové dojde, je na místě intenzivnější monitoring a kontrola, zda nedošlo k vyhřeznutí a stlačení pupečníku. Když je branka téměř otevřená, propadá žena panice a nejrůznějším emocím, má pocit, že porod nezvládne a porodní asistentka jí musí být oporou a stále rodičce opakovat, že vše zvládne, ovšem sama porodní asistentka by měla o tomto faktu být přesvědčena, aby její slova nabíla na věrohodnosti. Tyto pocity většinou s koncem I. doby porodní pomíjejí, protože v II. době porodní je od rodičky očekávána aktivní účast a větší soustředění se na porodní děj. Důležité je, aby porodní asistentka nenechala ženu tlačit předčasně, tedy v době, kdy ještě není porodnická branka plně otevřená a kdy není konec pánevní vstouplý do pánve. V této době je velmi důležité s rodičkou komunikovat, vysvětlit jí, proč ještě nemůže tlačit, i když jí to již velmi nutí a celý proces porodu jí vysvětlit (Gasking, 2010, s. 198-199, s. 355-356).

Během první doby porodní je vhodné využívat polohování rodičky, a to zejména do polohy na boku a dále je dobré ženě doporučit teplou sprchu pro prohřátí dolního děložního segmentu a usnadnění otevírání porodnické branky. Dále dbáme na to, aby rodička nezapomínala na vyprazdňování močového měchýře a snažíme se rodičky, co nejméně rušit, aby se porod, pokud možno, co nejlépe samovolně rozběhl. Důležité jsou kvalitní kontrakce děložní, které mají vliv na otevírání porodnické branky a na postup plodu porodním kanálem (Procházka, 2016, s. 30-31).

V první době porodní se mohou vyskytnout komplikace jako nepostupující porod a vysoko stojící konec pánevní. Porodní asistentka se snaží rodičku aktivně polohovat. Pokud i přes tyto intervence porod stagnuje na více než dvě hodiny, je vhodné provést císařský řez. Stejně je tomu tak, pokud konec pánevní během první doby porodní nejeví žádnou tendenci k sestupu i přes pravidelnou a intenzivní děložní činnost a stále stojí vysoko, je lepší přistoupit k císařskému řezu. Hodnocení tzv. nepostupujícího porodu je přísnější než u porodu s plodem v poloze podélné hlavičkou. Při nepostupujícím porodu konce pánevního je vyšší riziko hypoxie plodu a děložní dystokie, z níž pramení poruchy mechanismu porodu hlavičky. Další komplikací může být výhřez nožky nebo obou nožek plodu do pochvy nebo až před rodidla rodičky, pokud se nejedná o překotný porod, přistupujeme k císařskému řezu. Další komplikací je výhřez pupečníku (Procházka, 2016, s. 31-32).

Během první a druhé doby porodní u porodu koncem pánevním je třeba dát pozor na větší nebezpečí vyhřeznutí pupečníku, protože konec pánevní netěsní vchod pánevní tak dobře, jako hlavička plodu a pupečník tak může být při odtoku vody plodové vyplaven ven z dělohy. Vyhřeznutí pupečníku u porodu konce pánevním je desetkrát častější než u porodu plodu v poloze podélné hlavičkou. Incidence vyhřeznutí pupečníku při porodu koncem pánevním je tedy 4-5 % (Gasking, 2010, s. 352).

Při polohách plodu koncem pánevním je porodní asistentka povinna k porodu povolát lékaře. Je zde větší riziko ohrožení plodu na životě, které může vzniknout náhle ačkoli byl dosavadní průběh porodu bezproblémový. Proto je lepší, aby byl po celou dobu lékař přítome. V I. době porodní je hlavní úlohou porodní asistentky vyčkávat a do průběhu porodu příliš nezasahovat, pravidelně poslouchat srdeční ozvy plodu (Trapl, Bébr, 1932, s. 295).

5.3 Období II. doby porodní

Druhá doba porodní začíná v době, kdy je porodnická branka plně otevřená a kdy jsou splněny podmínky k tlačení a končí porodem plodu. Fyziologické trvání druhé doby porodní je několik minut, ale je až dvě hodiny. Pocit nucení „na tlačení“ je již velmi silný, ale žena ho dokáže ovládat. Porodní asistentka v této fázi rodičce radí, kdy by měla zatlačit, jakou pozici zaujmout, jak dýchat a další intervence, které ženě pomohou, co nejnadhěji porodit a vyhnout se tak porodnímu poranění. Všeobecně lze říci, že čím vzpřímenější polohu rodička při porodu koncem pánevním zaujímá, tím méně je pravděpodobné, že plod vztyčí ručky nebo že dojde k deflexi hlavičky, což by způsobilo komplikace průběhu porodu a byl by nutný zásah lékaře. Konec pánevní by se měl nechat rodit samovolně až po úpon pupečníku, který jemně popotáhneme, aby se nenapínal, na pupečníku by měl být znatelný pulz. Za tělo plodu nikterak netaháme a nesnažíme se mu pomoci, dokud to není nutné, protože bychom zapříčinili, že plod vztyčí ručky. Rodičku edukujeme, aby tlačila pouze za kontrakce děložní. Pokud porod dojde k fázi, že je plod porozen po úpon pupečníku, máme zpravidla čtyři až 5 minut na vybavení zbylých částí plodu. Pokud nestačí vlastní úsilí rodičky k tomu, aby byly zbylé části plodu porozeny, je nutný zásah porodníka (Gasking, 2010, s. 199-200, s. 356-357).

U porodu plodu koncem pánevním dochází k situaci, kdy je tělo plodu porozeno a hlavička plodu prochází oblastní otevřené porodnické branky a pánevního východu, takže pokud by hlava plodu byla příliš velká, může dojít ke stlačení pupečníku a hypoxii plodu.

Hlavička plodu je větší než ostatní předcházející části plodu, a tak se může někdy stát, že se porodnická branka ani neotevře natolik, aby jí hlavička plodu mohla projít. Při porodu koncem pánevním má hlavička plodu mnohem méně času, aby zaujala co nejvýhodnější postavení pro průchod kostěnou pávní. Někdy může dojít k situaci, kdy je nutné plod vybavit, co nejrychleji, aby nedošlo k asfyxii, je třeba však postupovat šetrně, aby nedošlo k nitrolebnímu krvácení. Z důvodu možnosti nastání závažných komplikací by porod koncem pánevním měla vždy vést zkušená a erudovaná osoba (Gasking, 2010, s. 352).

Během druhé doby porodní je podmínkou provádět kontinuální záznam CTG. Znamky hypoxie plodu, které by se projevíly na CTG záznamu již na začátku druhé doby porodní jsou indikací k ukončení porodu císařským řezem (Procházka, 2016, s. 33).

Jednou ze závažných komplikací ve druhé době porodní je spasmus porodnické branky, ke kterému často dochází, pokud porodnická branka není zcela zašlá. Zpravidla je tomu tak u porodů menších plodů a u porodů s rychlou progresí. Pokud je při prořezávání hýždí plodu zjištěno, že porodnická branka není zcela otevřená a je hmatný lem porodnické branky, měl by být porod pozdržen protitlakem ruky proti hýždím plodu. K úplnému zániku porodnické branky často stačí takto bránit plodu v prořezávání jen na několik málo kontrakcí. Pokud je plod porozen až po ramena a nastane spasmus branky kolem krku plodu, je tak zabráněno porodu hlavičky plodu. Pro takové případy je nutné mít při porodu konce pánevního připravenou jednu ampuli Dolsinu, kterou rodičce aplikujeme intravenózně, pokud spasmus branky nepovolí, je nutné přistoupit k naložení porodnických kleští na následnou hlavičku plodu (Procházka, 2016, s. 51-52).

5.4 Období III. doby porodní

Třetí doba porodní začíná po vybavení plodu a končí vybavením placenty a nijak se neliší od průběhu třetí doby porodní po porodu plodu hlavičkou. Při aktivním vedení porodu by neměla přesáhnout 30 minut. Porodní asistentka by měla ženu upozornit, že ještě přijdou slabé krátké stahy dělohy, které napomůžou porodu placenty, avšak je nutné ženě říci, že intenzita kontrakcí jistě nebude taková, jako v první a druhé době porodní. Vytlačení placenty je většinou snadné, protože je placenta oproti plodu malá a měkká. Zde je riziko krvácení, pokud porod trval déle, což obvykle trvá díky menšímu obvodu konce pánevního než hlavičky. Proto je dobré dát si pozor na děložní tonusu a pečlivě kontrolovat úroveň stažení dělohy. (Gasking, 2010. s. 200).

Po porodu je povinností porodní asistentky zkontrolovat vzhled a celistvost placenty, množství a stav plodových obalů a délku pupečníku. Vzhled placenty může napovědět v jakých podmínkách dítě v posledních dnech před porodem žilo. Pokud je placenta neporušená a obaly celistvé, je to pravděpodobný ukazatel, že v děloze nejsou žádná placentární rezidua a že se placenta odloučila celá (Štomerová a kolektiv, 2010, s. 191).

5.5 Poporodní období

Příchod miminka na svět je pro všechny účastníky porodu hlubokým emocionálním prožitkem. Reakce rodiček, když poprvé spatří své dítě jsou různé. Porodní asistentka a ostatní personál by měli dbát, na to, že rodička i novorozenec mají právo být nerušeni, avšak by porodní asistentka neměla zapomenout na to, že nesmí přehlédnout jakýkoli příznak, který by mohl signalizovat nějakou komplikaci. Je důležité sledovat celkový stav matky. Pokud žena jednorázově zakrvácí z rodidel, ale jinak se cítí dobře, děloha je kontrahovaná a její vitální funkce jsou fyziologické, není nutné nijak zasahovat, pouze je dobré, aby porodní asistentka pod ženou vyměnila podložku, aby se dalo snáze vyzorovat, zda žena dále nekrvácí. Rodička se po porodu může cítit slabá a malátná, k takovému stavu může nastat po větší krevní ztrátě, ale nemusí to mít s krevní ztrátou souvislost. Porodní asistentka musí neprodleně zkontrolovat fyziologické funkce ženy a stav krvácení. U prvorodiček bývá po nekomplikovaném porodu dítěte děloha dobře kontrahovaná a s děložní hypotonií nebývá problém. Poporodní krvácení tedy často pochází z neošetřeného nebo špatně ošetřeného porodního poranění. Porodní asistentka může ženě po porodu podat homeopatikum Arnica Montana 15CH (jednu kuličku) nebo 9CH (dvě kuličky pod jazyk). U vícerodičky může mít poporodní krvácení zcela jiný charakter. Po porodu placenty se může objevit silnější krvácení, které ještě nějakou dobu přetrvává, protože se děloha pomaleji retrahuje. Porodní asistentka musí zkontrolovat fyziologické funkce ženy a dále zkusit masáž dělohy či zátěž dělohy (Štomerová a kolektiv, 2010, s. 195-197).

Poporodním krvácením je více ohrožena žena, která krvácela při předešlém porodu, porodila dvojčata nebo u níž se v těhotenství objevil polyhydramnion, trpí anémií, ztratila velké množství krve již před porodem, prožívala protrahovaný porod a multipara. Pokud v děloze zůstala část placenty, plodových obalů či krevní sraženina, nemůže se děloha dostatečně retrahovat a ucpat tak cévy v místě, kde se upínala placenta ke stěně děložní.

Porodní krvácení je hodnoceno jako krevní ztráta větší než 500 ml. Následkem velkého poprodního krvácení může žena upadnout do šoku, který se projevuje pulzem vyšším než tepů za minutu, nízkým krevním tlakem, bledou kůží, studeným potem a nízkou tělesnou hmotností. Taková situace je život ohrožujícím stavem a je zapotřebí neprodlených lékařských intervencí (Gasking, 2010, s. 397-399).

Po porodu koncem pánevním, stejně tak jako po každém jiném porodu by měl probíhat okamžitý bonding. Bonding je okamžité a původní spojení mezi matkou a dítětem. Ihned po porodu dochází mezi matkou a dítětem ke zvýšené vzájemné vnímavosti, která v jejich podvědomí zanechá hluboké psychické stopy. Jedná se o bezprostřední tělesný kontakt matky s dítětem, který ovlivňuje pozdější chování jako třeba schopnost matky se o své dítě dobře postarat. Po porodu konce pánevního může být bonding poněkud narušen, protože je často novorozenec odnášen k observaci na novorozenecké oddělení (Gasking, 2010. s. 202).

5.6 Císařský řez

Lidé začali vnímat císařský řez jako běžný způsob porodu, a tak jsme v mnoha zemích světa velmi rychle vstoupili do doby císařského řezu na přání. V České republice je císařský řez na přání přípustný pouze tehdy, pokud má žena v období termínu porodu stále plod v poloze koncem pánevním. Jedním z hlavních důvodů, proč procento císařských řezů na celém světě stoupá je, že se jedná o poměrně bezpečnou operaci (Odent, 2004, s. 6-9). Stále více se rozšiřuje obecný nedostatek porozumění základním potřebám rodiček. Po tisíce let se porodní báby a porodníci snažili o rozšíření porodnického umění, o metody přirozeného porodu, ale jakmile se objevila bezpečná technika císařského řezu, jsou tyto základní potřeby a metody často opomíjeny (Odent, 2004 s. 19)

Císařský řez je jedním z nejstarších operačních výkonů, první zprávy o císařském řezu sahají až do starověku. Císařský řez je možné provést pouze, pokud jsou splněny podmínky k provedení, indikace, předoperační vyšetření, předoperační příprava a rodičkou podepsaný informovaný souhlas. Poloha plodu koncem pánevním je jednou z nejčastějších indikací k císařskému řezu (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2014, s. 492-494).

Primární neboli plánovaný císařský řez, je indikován v zájmu matky, plodu nebo obou současně. Frekvence císařských řezů v České republice stále stoupá. V roce 2011 se četnost císařských řezů pohybovala okolo 24,3 % a v perinatologických centrech je frekvence císařských řezů až o 10 % vyšší (Hájek et. Al, 2014, s. 500). V dnešní době

vlivem internetových stránek a různých diskuzních fór jsou těhotné strašeny patologiemi, které mohou nastat při vaginálním porodu koncem pánevním, a tak se mnoho z nich rozhodne pro plánovaný císařský řez. V minulosti tomu však tak nebylo, ženy dávaly přednost zevním obrátům a vaginálnímu porodu s případnou porodnickou extrakcí plodu. Aktuálně 79-92 % žen s plodem v poloze koncem pánevním volí jako způsob porodu primární císařský řez (Hájek, 2008, s. 19-20). Zejména u prvorodiček je těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním velmi často z preventivních důvodů ukončeno císařským řezem (Pařízek, 2005, s.301).

Situace v České republice k primárnímu císařskému řezu při poloze plodu koncem pánevním je poměrně benevolentní. Rodička si sama může zvolit, jakým způsobem chce v takovém případě porodit a téměř 90 % rodiček si zvolí jako způsob porodu císařský řez (Binder a kol., 2014, s. 225).

5.7 Novorozenec po porodu koncem pánevním

Před vaginálním porodem koncem pánevním je důležité s rodičkou probrat rozdíl mezi vaginálním porodem koncem pánevním a mezi vaginálním porodem koncem pánevním a je důležité jim vysvětlit, že jejich zodpovědnost je větší a že musí velmi dobře spolupracovat a mít velké odhodlání, aby se dítě narodilo, co možná nesnadněji. Protože v porodu hlavičkou a porodu koncem pánevním je rozdíl, novorozenci narození koncem pánevním potřebují častěji resuscitaci, často jim trvá déle než se spontánně nadechnou, mají slabý svalový tonus a špatné reflexy, ačkoli jejich srdeční rytmus je v pořádku (Chapman, Charles, 2008, s. 192-193).

Pokud porod koncem pánevním probíhal obtížně a bylo zapotřebí vybavovacích manévřů, je vybavené dítě často úplně nehybné. Podle tepu pupečníku a srdečník ozev si porodní asistentka ověří vitalitu dítěte, pokud dítě jeví známky života, je nutné zahájit proces oživení. Pokud se povede, je dítě uloženo na bezpečné místo a prohlédnuto, zda nemá nějaké porodní poranění, jako například zlomené klíční kosti. O každém podobném výkonu si musí porodní asistentka udělat podrobný záznam do svého deníku a je povinna tuto skutečnost nahlásit úřednímu lékaři (Pachner, Bébr, 1932, s. 303).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Formulace problému

V dnešní době porod koncem pánevním není raritní situací. Právě poloha plodu koncem pánevním bývá nejčastější indikací pro porod císařským řezem. Mnoho porodních asistentek nemá možnost v dnešní době se se spontánním vaginálním porodem koncem pánevním setkat. Nemají proto dostatek zkušeností a možnost se naučit techniky vedení tohoto typu porodu. Nutností je zjistit, zda vůbec porodní asistentky mají zájem naučit se techniky vedení porodu koncem pánevním, dále zda chtějí nést zodpovědnost za určitá rizika tohoto typu porodu. Případně zjistit, zda mají porodní asistentky možnost samostatného vedení porodu koncem pánevním, či zda je tato problematika ponechána na lékaři a porodní asistentky zaujímají spíše pasivní roli.

Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma mé bakalářské práce Porod koncem pánevním. Má výzkumná otázka zní: „Jaká je problematika vedení porodu koncem pánevním z pohledu porodní asistentky?“

6.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

6.2.1 Hlavní cíl

Popsat problematiku vedení porodů koncem pánevním z pohledu porodní asistentky (přiblížení metod vedení porodu koncem pánevním, výhody a nevýhody jednotlivých přístupů a komunikace s rodičkou).

6.2.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat zkušenosti porodních asistentek s porodem koncem pánevním
2. Zjistit výskyt porodů koncem pánevním ve vybrané nemocnici
3. Zmapovat výhody jednotlivých přístupů k porodu koncem pánevním
4. Zmapovat nevýhody jednotlivých přístupů k porodu koncem pánevním

5. Analyzovat komunikaci porodních asistentek s rodičkou při porodu koncem pánevním
6. Zjistit kritéria rozhodnutí o vedení porodu koncem pánevním
7. Identifikovat zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálního porodu koncem pánevním

6.2.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti porodních asistentek s porodem koncem pánevním?
2. Jaký je výskyt porodů koncem pánevním ve vybrané nemocnici?
3. Jaké jsou výhody jednotlivých přístupů vedení porodu koncem pánevním?
4. Jaké jsou nevýhody jednotlivých přístupů vedení porodu koncem pánevním?
5. Jaká je komunikace porodních asistentek s rodičkou při porodu koncem pánevním?
6. Jaká jsou kritéria pro rozhodnutí o vedení porodu koncem pánevním?
7. Je zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálního porodu koncem pánevním?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro můj výzkum jsem si záměrně vybrala porodní asistentky s minimální odbornou praxí alespoň deset let, které mají zkušenosti s vedením porodů koncem pánevním.

Seznámila jsem respondentky s anonymitou výzkumu. Dobrovolně mi podepsaly informovaný souhlas, který jsem uvedla v příloze. Pro zachování anonymity v mé bakalářské práci uvádím respondentky jako respondentka A a respondentka B.

8 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování mé bakalářské práce jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Pomocí tohoto výzkumu je možné vyhledat a vyhodnotit informace, které vedou k zodpovězení výzkumných otázek. Přináší nám podrobné informace o objektu, jež zkoumáme. Pomáhá nám chápat chování lidí v přirozeném prostředí a různých situacích. (Hendl, 2005, s. 52 -53)

Ke zmapování problematiky vedení porodů koncem pánevním z pohledu porodní asistentky (přiblížení metod vedení porodu koncem pánevním, výhody a nevýhody jednotlivých přístupů a komunikace s rodičkou) jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru obsahuje soubor témat, který chce mít tazatel probraná. Dále určuje, že tazatel obdrží adekvátní odpovědi na témata, která chce zodpovědět. Tazatel i respondent také může přizpůsobit otázky a odpovědi dané situaci. (Hendl, 2005, s. 174)

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Setkání s respondentkami proběhla ve vybrané nemocnici nebo u respondentky doma. Délka jednoho setkání byla zhruba 60 minut. Polostrukturovaný rozhovor byl nahráván na diktafon a skládal se z otevřených otázek. Následně byla nahrávka přepsána do elektronické podoby. Výzkum probíhal v období od října do ledna v Oseku v blízkosti Hořovic a v Uherském Hradišti.

10 ROZHOVOR S RESPONDENTKOU A

Respondentka A je v současné době v důchodu, je jí 66 let a má 40 let praxe na porodním sále v nemocnici Hořovice jako porodní asistentka, několik let zde působila jako staniční sestra. Respondentku A jsem informovala o mé bakalářské práci, na co se zaměřuji, jak budou informace z rozhovoru zpracovány a že její totožnost bude anonymní, aby byla se situací seznámena. Na základě toho mi podepsala informovaný souhlas s provedením rozhovoru.

10.1 Vzdělání a praxe

Respondentky A jsem se na začátku rozhovoru zeptala, kolik let působila v praxi jako porodní asistentka. Respondentka A mi odpověděla, že má 40 let praxe jako porodní asistentka na porodním sále, ale že v současné době je již 6 let v důchodu. Zeptala jsem se, zda se jí po práci stýská a jestli se doma nenudí, protože práce porodní asistentky je mnohdy napínavá a plná adrenalinu. Sdělila mi, že jí práce v porodnici chybí, ale že si již dopřává zaslouženého odpočinku: *„Práce mi chybí, ale беру tak, že mám již svoje odpracováno a teď si ráda odpočinu, práce na dvanáctihodinové směny je náročná“*. Moje další otázka směřovala ke vzdělání respondentky A. Respondentka mi sdělila, že v dobách jejího studia se porodní asistence nestudovala jako dnes bakalářské studium na vysoké škole, ale že má vystudovaný čtyřletý obor s maturitou, ženská sestra na Střední zdravotnické škole v Plzni. Své studium ukončila v roce 1972. V této době bylo středoškolské studium pro výkon práce porodní asistentky dostačující. Po dokončení studia hned respondentka A nastoupila na porodní sál v nemocnici Hořovice, kde působila celou svou praxi: *„Mně bylo 19 let a hned jsem nastoupila, rovnou po škole, dříve nebylo nějaké zaučování, rovnou jsem týden po ukončení studia měla tři noční sama, to byla obrovská zodpovědnost. Samozřejmě těch porodů bylo míň, my jsme tenkrát měli asi 600 porodů za rok, ale zase jsem se tak sama spoustu věcí velmi rychle naučila a byla jsem podle mě velmi soběstačná a věděla jsem si rady i v náročných situacích. Důležité je zachovat chladnou hlavu, to platí vždy a všude“*.

10.2 Četnost setkání s porody koncem pánevním

Respondentky A jsem se zeptala, jaká byla četnost výskytu porodů koncem pánevním ku porodům hlavičkou. Respondentka A informovaně odpověděla, že zhruba 4 % z celkového počtu porodů v porodnici v nemocnici Hořovice a že téměř všechny porody

koncem pánevním byly vedeny vaginálně: „Zhruba tak ty 4 % z celkového počtu porodů, ale téměř všechny jsme normálně vaginálně rodili“.

10.3 Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním

Dále mě zajímalo, jakým způsobem byly vaginální porody koncem pánevním vedeny, zda veškerý personál porodnice užíval jeden standartní vybavovací manévr, stejnou techniku nebo jak to v dobách její praxe vlastně probíhalo. Respondentka A odpověděla, že pokud to bylo možné, tak vaginální porod koncem pánevním vždycky vedl lékař: „U nás, pokud to šlo, tak tyhle porody vždycky vedl lékař“. Na její odpověď jsem reagovala dotazem, zda to takto v období socialismu bylo nastavené celoplošně, že by porod koncem pánevním měl vést pouze lékař nebo zda tomu tak bylo pouze v nemocnici Hořovice. Respondentka A si odpovědi nebyla zcela jistá, ale usoudila, že zřejmě tomu tak bylo všude, kvůli rizikovosti porodů koncem pánevním: „Já si myslím, že tomu tak bylo všude, to by asi musela být jediné nějaká výjimečná událost, že lékař zrovna není přítomen, třeba v sanitce, když jsme jezdili pro porod, překotný porod a podobně. Ale nevím to na 100 %, zda to tak měly nastavené i ostatní porodnice, ale na 99 % bych řekla, že ano, bylo to hodně dáno tou dobou. Takový porod byl brán jako lékařsky vedený porod“. Respondentka A mi dále pověděla, že techniky se používaly stejné jako dnes, nejčastěji metoda dle Covjanova a také pokud bylo zapotřebí, tak využívali manévr dle Mauriceaua-Smellieho-Veita na vybavení hlavičky plodu.

10.4 Diagnostika polohy plodu koncem pánevním

Respondentky A jsem se dále dotazovala na diagnostiku poloh plodu, zda se spoléhaly na zevní a vnitřní vyšetření nebo jakých dalších metod využívali. Respondentka A mi sdělila, že v začátcích její praxe nebyl dostupný ultrazvuk ani jiná technika a tak veškerá diagnostika byla na zkušenostech lékařů a porodních asistentek, ale že se stávalo velmi často, že těhotná žena celé těhotenství nevěděla, že je její plod v poloze koncem pánevním, protože k diagnostice pak docházelo až na základě vaginálního nálezu při příjmu k porodu: „Všechno to bylo o zkušenostech, prvním vaginálním vytřením při příjmu se hned zjistilo, že to není hlavička, ale konec pánevní, možná že někdy došlo k tomu, že se lékaři plod v poloze koncem pánevním zdál obrovský a tak ženu poslali na rentgenové vyšetření, ale to bylo hodně za starých časů, ultrazvuk už teď máme dostupný asi 25 let“. Dále mi respondentka A dovysvětlila, že ona sama zažila, že lékař těhotnou ženu odeslal na rentgenové vyšetření nejvýše dvakrát za celou její praxi, protože samozřejmě všichni

dobře věděli, že rentgenové vyšetření v těhotenství nese určitá rizika pro plod. K takovému vyšetření docházelo dle respondentky A jen v extrémních případech.

10.5 Komunikace a informovanost rodičky

V téhle části rozhovoru jsem se respondentky A ptala, zda si myslí, že rodičky s vaginálním vedení porodu koncem pánevním počítaly a zda to tak bylo zvykem. Respondentka A celou dobu souhlasně přikyvovala a odpověděla mi, že rodičky byly nastavené na vaginální vedení porodu koncem pánevním, ale možná z důvodu neinformovanosti: *„Nikoho ani nenapadlo, že by se ty porody koncem pánevním vedly jinak, obzvlášť když se kolikrát ani nevědělo celé těhotenství, že se jedná o konec pánevní. Internet nebyl a literatura taky v podstatě dostupná nebyla. Pan doktor jim řekl, je to konec pánevní, porodíte to a většinou tomu tak bylo, bez problému ty ženy porodily“*. Z této části rozhovoru tedy vyplynulo, že ani personál porodnice ani rodičky nepovažovali konec pánevní za překážku ve vaginálním vedení porodu.

10.6 Polohování rodičky

Další moje otázka směřovala k polohování rodičky během I. doby porodní a jakou polohu musely rodičky zaujmout při tlačení. Zda si mohly vybrat nebo zda byl striktně dodržován nějaký postup. Respondentka A uvedla, že polohování rodičky příliš neprováděly, pouze se snažily, aby se rodička sama aktivně pohybovala a chodila, což jí bylo umožněno, protože nemusela být upoutaná na lůžko při natáčení kardiografického záznamu. Porodní asistentky dle respondentky A chodily rodičkám poslouchat každých 20 minut ozvy plodu klasickým stetoskopem. Dále respondentka uvádí, že sprchy se při I. době porodní nevyužívaly a že tlačení probíhalo vždy v porodnické poloze na zádech: *„Někdy se stalo, že si rodička intuitivně klekla, tak se v té poloze nechala třeba chvíli, ale pak se musela přesunout na záda na porodnické lůžko, záleželo na přítomné porodní asistentce a tehdy se tohle polohování příliš nenosilo“*. Dále jsem se respondentky A zeptala, zda tedy vůbec porodní asistentky věděly o výhodách polohování rodičky v I. době porodní. Respondentka A odpověděla, že se o tom příliš nevědělo anebo se o to nezajímaly: *„Některá ta maminka si třeba lehla na bok a říkala, že je to tak lepší, že jí to tak miň bolí, ale zase záleželo na přítomné porodní asistentce, zda ji v té dané poloze nechala nebo zda striktně vyžadovala, aby se položila na záda nebo si stoupla. Já určitě nechci říkat, že to bylo špatné porodnictví, spíše to prostě bylo jiné a nikoho ani nenapadlo, že by to mohlo být jinak“*.

10.7 Názor respondentky A na zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálních porodů koncem pánevní

Respondentce A jsem položila otázku, zda se domnívá, že porodní asistentky mají zájem o to, aby je lékaři nechali samostatně vést porody koncem pánevním. Respondentka A reagovala na můj dotaz odkazem na naše povídání v začátku rozhovoru, že ony samy ve většině případů konce pánevní nerodily, že to měl kompetencích lékař, a tak to všechny porodní asistentky chápaly a braly: *„Je to hodně o té mentalitě lidí, nějak to bylo nastavené, a tak se to bralo, nevím, zda by měla některá z nás takovou odvahu, aby si stoupla k porodu koncem pánevním, kdyby byl k dispozici lékař“*. Reagovala jsem otázkou, zda tedy panoval všeobecný respekt a strach z porodu koncem pánevním a respondentka A mi odpověděla, že respekt k takovému porodu měli určitě všichni, ačkoli to nebyla nějaká výjimečná událost, jako je tomu dnes: *„Veškerá ta zodpovědnost je na lékaři, a tak si myslím, že ani ten lékař by porodní asistentku v té době nenechal, aby porod koncem pánevním vedla samostatně. Nevím, jak je tomu dnes, zda porodní asistentky rodí konce pánevní samy“*.

10.8 Trénink během studia, nácvik situací

Respondentky A jsem se dotazovala na její studium, zda probíhal nějaký trénink porodů koncem pánevním například na modelu nebo nějaký nácvik situací, aby byly studentky připravené a uměly dobře reagovat a porod koncem pánevním v případě nutnosti samostatně bezpečně odvést, respondentka reagovala, že nic takového neprobíhalo: *„Určitě ne, my jsme ani žádné modely jako máte dnes ve škole k dispozici neměly, měly jsme tam maximálně kostru a model na nácvik resuscitace, ale to bylo asi všechno, abychom tam měly model těhotné maminky, to vůbec ne. Chodily jsme do praxe a musely jsme mít odvedeno 15 porodů. Já jsem chodila na praxi v Plzni na Slovany a nepamatuji si, že by i tam porodní asistentky v té době konce pánevní samostatně rodily. Jak jsme se o tom už předtím bavily, asi to opravdu všude vedli jen lékaři ty konce pánevní, to by musela být nějaká výjimečnost jako překotný porod a podobně“*.

10.9 Motivace rodiček

Dále jsem se v rozhovoru zaměřila na potřeby rodičky během vaginálního porodu koncem pánevním a na motivaci rodičky ze strany porodní asistentky a lékaře: *„My jsme rodičky nijak motivovat nemuseli, ony prostě přišly s tím, že chtějí porodit a nikdo je přesvědčovat nemusel. Tenkrát to ani jinak nešlo, aby si mohly vybrat jako dnes, zda chtějí*

rodit císařským řezem nebo vaginálně. Primárně se skoro vždy přistoupilo k variantě vaginálního porodu a až když porod nepostupoval nebo když byly nějaké závažné komplikace, tak se přistoupilo k variantě císařského řezu. Dříve se i při nepostupujícím porodu čekalo déle než dnes, nechávali jsme rodiče prostor, aby porod běžel přirozenou cestou, dnes se všeobecně ti lékaři asi víc bojí. My jsme u nás v porodnici tenkrát měli zhruba 6–8 % císařských řezů a určitě jich bylo víc provedeno z důvodu polohy koncem pánevním než při komplikacích s plodem v poloze hlavičkou. Císařské řezy se dělaly hodně například u kolizních poloh při dvojčatech, ale vzpomínám si, že před ultrazvukem jsme měli asi šest případů, kdy se ani v prenatální poradně nepoznalo, že se jedná o dvojčata a zjistili jsme to až při porodu, občas to bylo takové dobrodružné“.

10.10 Komplikace při vaginálním vedení porodu koncem pánevním

Zajímalo mě, zda si respondentka A vzpomene na nějaký komplikovaný porod koncem pánevním, který by jí uvízl v paměti. Na konkrétní případ si respondentka A nevzpomněla, ale popisovala, že komplikace při vaginálních porodech koncem pánevním jistě byly: „*Zažiješ leccos, byly komplikace a nebylo to úplně výjimečné, vztyčení ručiček plodu nebo vážnoucí porod hlavičky, s tím vším jsme se museli vypořádat. Komplikace jsou i při porodu hlavičkou, ale tady v tom případě jich bylo určitě více, ale nepamatuji si, že by nějaký ten porod dopadl úplně katastrofálně, že by to plod stálo život. Ale občas to byly trochu horory, jednou jsem s panem primářem rodila konec pánevní u prvorodičky a jak už jsem zmiňovala, příliš se to nediagnostikovalo, takže jsme nevěděli, že je plod tak velký a porodili jsme dítě 4300 gramů, ale musím říct, že naprosto bez problému. Jednou u dvojčat šlo první hlavičkou a druhý byl konec pánevní a zůstala hlava v porodním kanálu dost dlouho, a to už pak všichni dělají, co je v jejich silách, aby se ta hlava vybavila, pamatuji si, že jsme jí všichni tlačili pěstmi na břicho a podobně, což se samozřejmě dělat nemá, ale dítě jsme vybavili živé. Žádný odstrašující případ s utrženou hlavou při porodu koncem pánevním jsem naštěstí nikdy nezažila. Ani si nevzpomínám, že by některé to dítě bylo nějak výrazně poraněné, maximálně tak zlomená klíční kost s následnou parézou brachiálního plexu, což bylo dost časté i při komplikovanějším porodu hlavičkou, protože se prostě rodilo vaginálně téměř všechno, i děti, které měly pět kilo, takže tomu se nešlo ubránit. Jednou jsem zažila, že se při císařském řezu dítěti zlomila stehenní kost, ale u toho vím, že se to dobře zahojilo. Jak na tom jinak byly ty děti později, to jsme nikdo z nás nezjišťovali, zda měli nějaké poškození nebo i kdyby došlo k pozdějšímu úmrtí, tak my na sále jsme to nevěděli. To věděli pouze na novorozeneckém oddělení a o takových věcech se*

vůbec nemluvalo. Takové závažné kazuistiky se řešily pouze na Krajských seminářích primářů“.

10.11 Vzpomínka na úsměvný porod koncem pánevním

V průběhu rozhovoru si respondentka A vzpomněla na jeden případ s porodem koncem pánevním, který jí utkvěl v paměti: „Pamatuji si na jeden případ s ženou, která pracovala jako kuchařka v kuchyni, ona byla taková silnější postavy a měla nějakou vrozenou vadu, už si nevzpomínám jakou, ale měla měsíčky tak jednou za rok a lékaři jí řekli, že nikdy nebude mít děti, a tak by jí to v životě nenapadlo, že nějaké děti teda bude mít. Manžela měla, ale z tohoto důvodu se nijak nechránila. V sobotu byla na zábavě a v pondělí šla do práce, kde v kuchyni dělala tu nejhorší práci, musela mýt ty obrovské hrnce a strašně jí bolelo břicho, a tak šla k závodní doktorce a ta jí řekla, že má něco v břiše a odeslala jí do nemocnice na chirurgii, tam se jim to taky nezdálo, tak jí odeslali na gynekologii a k nám na sál už se dostala jako konec pánevní se zašlou brankou a pak jsme krásně porodili. Tak to je takový úsměvný příběh, který já ráda vyprávím. Naštěstí to vše dopadlo dobře“.

10.12 Kritéria vaginálního vedení porodu koncem pánevním, vzpomínky na odpracovaná léta

Respondentky A jsem se dále zeptala, jakými kritérii se při porodech koncem pánevním řídili: „Z počátku jsme se v podstatě žádnými kritérii neřídili, jak už jsem říkala, snaha byla o co nejvíc vaginálních porodů. Ženy chodily do poradny ke svému gynekologovi a ten rozhodoval, zda žena může rodit vaginálně, kdyby se mu něco nezdálo, tak dříve opravdu maximálně rentgenové vyšetření, ale s nástupem ultrazvuku se ty problémy nabalovaly a musely jsme se určitými kritérii opravdu řídit. Více záleželo na váhovém odhadu plodu a podobně. A myslím, že i díky tomu se pak postupně tyhle věci začaly řešit s tou danou ženou, zda chce zkusit konec pánevní rodit vaginálně nebo ne, do té doby s ní o tom v podstatě nikdo nediskutoval, ale ty ženy opravdu převážně chtěly zkusit rodit vaginálně, některá prvorodička se občas zalekla a vyžadovala císařský řez, ale těch bylo opravdu málo. Tady už pak byla důležitá ta motivace rodičky a nějak jí celý proces porodu vysvětlit a ujistit jí, že jsme tam pro ni, ale dříve tomu tak nebylo, to se nevysvětlovalo nic. Postup, jak vést porod koncem pánevním je ale asi stále v podstatě stejný, i my jsme dávali oxytocin na porod hlavičky a podobně, akorát to provedení bylo

jiné, my totiž dříve neměli kanyly jako máme dneska, ale žena měla v žíle napíchnutou klasickou jehlu, to už vy si asi ani neumíte představit“.

Respondentka A pak dále vzpomínala, jak to za dob její praxe fungovalo: *„Dříve to bylo jinak i co se příjmu k porodu týče, my jsme si jezdili pro porod v sanitce samy. Vždycky sestřička ze šestinedělí jela v sanitce pro porod, tenkrát neměl každý svoje auto. My jsme sloužily po jedné, na sále, šestinedělí, gynekologii i na novorozeneckém byla jen jedna sestra. Každá jsme si musely udělat všechno samostatně, od asistence u porodu po následný úklid porodního pokoje. Obvykle jsme měli tak tři výjezdy pro porod za noc. Ale ty maminky byly jiný, žádná nic nechtěla a nic nevyžadovala, byly hodně poslušný, kdyby se té ženě řeklo, ať zůstane stát na chodbě, tak by tam stála ještě teď. Nikdo nemůže říct, že to bylo horší nebo lepší, zkrátka to bylo jiné“.* Zajímalo mě, jak se postupovalo v situacích, když by rodilo více žen najednou a na porodním sále sloužila pouze jedna porodní asistentka: *„Pamatuji si, že jednu noční jsme měli od dvou hodin ráno do šesti ráno šest porodů a byla jsem tam pouze s jedním lékařem a rodily jsme dvě maminky oba současně. Veškerá dokumentace a podobně se pak dělala až v klidu dodatečně, což by dneska už úplně nešlo. Takových služeb ale naštěstí nebylo moc, proto si je pak člověk pamatuje na celý život. Maminky chodily k porodu až s pořádným porodnickým nálezem, to se stalo jednou za čas, že by přišla žena s poslíčky, protože většinou žilo v jednom domě více generací pohromadě a ty starší ženy tu mladou rodičku pozdržely doma až dokud se porod opravdu nerozběhl. Když přišel někdo k porodu, tak opravdu rodil“.*

10.13 Převzetí zodpovědnosti

Respondentky A jsem se zeptala, jak by se zachovala, kdyby se dostala do situace, že by jí lékař nabídl, že může vést porod koncem pánevním samostatně za jeho přítomnosti, k této situaci se respondentka A stavila odmítavě: *„Já kdybych tu možnost měla, tak bych jí nevyužila, bála bych se a proč na sebe budu brát takovou zodpovědnost, když mám přítomného lékaře, možná dříve, když jsem byla mladá jsem na to měla jiný názor, nějaké porody koncem pánevním jsem sama odvedla v krizové situaci, nebylo jich moc, ale tu zkušenost mám a i přesto bych se do toho asi sama nehrnula ačkoli ty maminky většinou velmi dobře spolupracovaly a porod postupoval hladce. Ale kdybych já sama měla plod v poloze koncem pánevním v té době, tak bych vaginálně určitě rodila, i když vím, jaká rizika tohle rozhodnutí nese“.*

10.14 Emoce z úspěšně odvedeného porodu koncem pánevním

Dále jsem se respondentky ptala, jestli si vzpomíná na svůj první samostatně odvedený porod koncem pánevním a jaké měla v průběhu porodu a po porodu pocity a emoce. Respondentka A mi sdělila, že měla napřed veliký strach a potom velký pocit úlevy: *„Můj první porod koncem pánevním jsem zažila právě při jedné z těch náročnějších služeb, kdy zrovna lékař a lékař z příslužby dělali akutní císařský řez a přijela maminka s koncem pánevním. Věděla jsem, že porod tedy bude na mě a měla jsem z toho strach. Už jsem takové porody dříve viděla, ale vést ten porod samostatně, to je úplně něco jiného. Snažila jsem se mamince vysvětlit, co od ní budu potřebovat, kdy má tlačit a jak má spolupracovat. Zavolala jsem si na pomoc porodní asistentku z gynekologického oddělení. Naštěstí porod proběhl dobře, ono to dítě nebylo moc veliké a maminka rodila po druhé, takže jsme to dobře zvládly. Po porodu jsem na sebe byla velmi pyšná, že jsem to zvládla, člověk si musí nějak poradit, ale při porodu hlavičky jsem snad ani strachy nedýchala“*.

10.15 Doporučení pro studentky

Jako poslední jsem se respondentky A zeptala, zda má nějaké doporučení pro studentky a začínající porodní asistentky, respondentka A mi odpověděla: *„Nikdy neztratit respekt k porodu, i když budete mít pocit, že už máte všechno v malíku, nepřestávat být ostražití a myslet na případné komplikace, protože ve většině případů jsme to právě my porodní asistentky, kdo s tou maminkou na porodním sále tráví nejvíce času a my většinou první poznáme, že je nějaký problém. Je to krásné povolání, ale je potřeba neusnout na vavřínech a neztratit tu vášně k výkonu zrovna tohohle povolání, protože já to беру tak, že práce porodní asistentky je určité poslání. A co se porodů koncem pánevním týče, nechte si poradit od starších a zkušenějších, od těch se vždycky nejlíp naučíte. I když budete jen pozorovat, jak lékař rodí a budete mu asistovat, i to vám dá do praxe hodně, pro případ, že se ocitnete v situaci, kdy takový porod budete muset odvést samy. A když budete mít tu možnost a budete se na to cítit, tak se zkuste k tomu konci pánevnímu postavit, když vše dopadne, jak má a já doufám, že ano, bude to pro vás obrovským přínosem. Porodnictví je obor, který se poměrně hodně mění a vyvíjí, a tak se musíte zajímat a vzdělávat celý život“*.

10.16 Shrnutí rozhovoru

První rozhovor s respondentkou A byl proveden v domácím prostředí za přítomnosti její babičky, která mi rozhovor zprostředkovala, protože se obě dobře znají z dob, kdy spolu v Hořovické porodnici pracovaly. Respondentka A pochází z malé

vesnice v blízkosti Hořovic. V domácím prostředí se nám vedl rozhovor dobře, protože atmosféra byla příjemná a nenucená. Často respondentka A i má babička v průběhu rozhovoru vzpomínaly na odpracovaná léta, což bylo velmi zajímavé poslouchat zážitky starších a zkušených dam z oboru porodní asistence. Respondentka B byla velmi ochotná zodpovědět veškeré moje dotazy.

10.17 Obsahová analýza textu

- Vaginální porod koncem pánevním byl za dob socialismu ve většině případů veden lékařem
- Časté případy nerozpoznání polohy plodu koncem pánevním během těhotenství a porodu (nebyl k dispozici ultrazvuk)
- Snaha o co nejvíce vaginálních porodů koncem pánevním
- Vedení porodů koncem pánevním vaginální cestou bylo pro zdravotníky zcela přirozené
- Komplikace během vaginálního porodu koncem pánevním nebyly výjimečné (vážnoucí porod hlavičky, vztyčení ruček plodu, poruchy brachiálního plexu u novorozence, ...)
- Za socialismu bylo v porodnici v Hořovicích asi jen 6-8 % císařských řezů (císařský řez se prováděl až jako krajní možnost – závažné onemocnění matky, obrovský plod, silné krvácení před a během porodu, ...)
- S nástupem ultrazvuku se zpřísnila kritéria vaginálního vedení porodu koncem pánevním
- Vzdělávání porodních asistentek probíhalo mnohdy až v praxi, studentky ženské sestry musely mít „odvedeno“ 15 porodů
- Porodní asistentky sloužily na porodním sále po jedné (jedna porodní asistentka, jeden lékař), proto, když byl lékař zaneprázdněn, měly možnost dostat se k rizikovým porodům, které dnes vede pouze lékař
- Porodní asistentky přenechávaly zodpovědnost spojenou s vedením vaginálního porodu koncem pánevním na lékaři

- Mentalita rodiček v dobách socialismu byla jiná, ženy očekávaly a preferovaly vaginální vedení porodu
- Motivace rodiček a vysvětlování postupu vedení porodu ze strany zdravotníků téměř neprobíhalo
- Tlačení během porodu koncem pánevním probíhalo striktně v porodnické poloze na zádech
- Doporučení pro studentky nikdy neztratit respekt k porodu a celoživotně se vzdělávat

11 ROZHOVOR S RESPONDENTKOU B

Respondentka B pracuje v porodnici v Uherském Hradišti a je jí 55 let.

V Uherském Hradišti se narodila a žije tam celý svůj život v rodinném domku, v blízkosti nemocnice. Ve zdejší nemocnici pracuje jako porodní asistentka již 33 let. Respondentka B bude v rozhovoru mluvit především o současné situaci v Uherskohradištské porodnici s krátkými vzpomínky na dobu socialismu. Respondentce B jsem vysvětlila téma a postup mé bakalářské práce, byla seznámena s anonymitou rozhovoru a s tím, že provedu zvukový záznam pro pozdější přepis, na základě toho mi respondentka B podepsala informovaný souhlas s provedením rozhovoru. Po skončení rozhovoru nám respondentka B ukázala prostory jejich porodnice a vysvětlila nám organizaci práce na jejich porodním sále, což bylo velmi přínosné.

11.1 Vzdělání a praxe

Respondentky B jsem se na úvod zeptala, jaké má vzdělání a jak dlouho působí jako porodní asistentka ve zdejší nemocnici: „Já pracuji jako porodní asistentka již 33 let, takže si myslím, že nějaké zkušenosti už mám a proto doufám, že pro vás rozhovor bude přínosný. Pracuji celou svou praxi tady v naší malé porodnici a jsem tady spokojená. Mám ukončené bakalářské vzdělání. Napřed jsem studovala gymnázium, poté dvouletý obor ženská sestra, tak se to ještě za mě jmenovalo a potom jsem vystudovala bakaláře ošetrovatelství na lékařské fakultě v Olomouci“. Dále jsem se respondentky B zeptala, zda má v rámci svého vzdělání i nějaké kurzy, které by byly zaměřené třeba právě na porody koncem pánevním: „Mám jakoby evropskou školu, kurz od Barbary Kosfeld, která mě naučila v rámci svého kurzu mnoho a potom mám spoustu dalších jiných kurzů, jako laktační poradenství a podobně. Na konec pánevním mám kurz, který probíhal v Brně na záchrance a přednášela nám tam porodní asistentka z Kanady, která nám vysvětlovala porody koncem pánevním a celou tu situaci proč vlastně došlo k tomu, že se v České republice téměř přestaly koncem pánevní rodit vaginálně. Když já jsem přišla před těma 33 lety do praxe, tak se 99 % porodů koncem pánevním rodilo vaginálně. Ta kanadská porodní asistentka nám vysvětlila, že koncem 90. let vyšla studie Hannah, která celou situaci obrátila a až asi po patnácti letech přišla jakási revize téhle studie, kdy oni přišli na to, že ona do své studie zahrнула děti, které byly mrtvě rozené a koncem pánevním a tím pádem ta statistika prospěšnosti vaginálního porodu koncem pánevním vyšla úplně jinak.

A po téhle revizi vlastně zjistili, že není žádná výhoda pro ty děti v poloze koncem pánevním, aby se narodily císařským řezem. Součástí tohoto kurzu byla ukázka toho, jak moc výhodné je vést porody koncem pánevním v kleku, kdy dojde k tomu, že to děťátko se v podstatě rodí samo a bez zásahu zdravotníků. Velmi mě to zaujalo, a tak jsem dále pátrala a našla jsem, že v Německu doktor Frank Louwen rodí konce pánevní v kleku v nemocnici vaginálně a mají tam na to specializovanou kliniku, kam jim chodí maminky s konci pánevními rodit a vlastně jsem pochopila, že když to jde tímto způsobem jinde, tak proč by to nešlo u nás, a tak jsme začali zkoušet rodit v kleku. Ráda bych ale zdůraznila, že u nás v porodnici nikdy nedošlo k tomu, že bychom přestali koncem pánevní rodit vaginálně, náš pan primář byl příznivcem toho, aby se tyto děti rodily vaginálně“.

11.2 Četnost setkání s porody koncem pánevním

Dále jsem se respondentky B zeptala, jak často se s vaginálními porody koncem pánevním setkává a kolik jich přibližně je z celkového počtu porodů: *„My u nás v porodnici máme asi tak 40 vaginálních porodů koncem pánevním za rok. Do roku 2014 než jsme začali koncem pánevní rodit v kleku jsme měli asi 80 % císařských řezů na konec pánevní a asi jen 20 % jich bylo vedených vaginálně. Po tom roce 2014 se to úplně celé obrátilo a snažíme se o to, aby nám ženy rodily vaginálně. Samozřejmě pokud je to prvorodička a má větší váhový odhad plodu, tak je to na ní, zda chce zkusit rodit vaginálně, ale my nikomu nic nerozmlouváme, pokud jsou splněny veškeré podmínky pro možný vaginální porod koncem pánevním, tak proč by měla jít ta maminka na císařský řez“.*

11.3 Komunikace a informovanost rodičky

Zajímalo mě, jak probíhá motivace rodiček k vaginálnímu porodu koncem pánevním a jaká je komunikace s rodičkou už třeba v prenatální poradně, pokud dojde k diagnostice polohy plodu koncem pánevním: *„Záleží samozřejmě, jak je tomu ta maminka nakloněná a pak musíme brát zřetel na ty lékařské věci, jako jestli se jedná o koncem pánevní úplný, neúplný, nožky a podobně. Těch podmínek pro to rození je daleko více než u porodu hlavičkou. U nás tyto maminky chodí do rizikové poradny, která je při porodnici, paní doktorka s nimi vede rozhovor na téma porod, snaží se jich všechno vysvětlit, a to rozhodnutí je poté společné“.* Reagovala jsem dotazem, zda jsou tedy i lékaři u nich v porodnici tak nakloněni vaginálním porodům koncem pánevním: *„Ano, i lékaři jsou tomu tak nakloněni, snažíme se, aby v celém týmu panoval jednotný názor“.*

11.4 Změna ve způsobu vedení porodů koncem pánevním

Požádala jsem respondentku B, aby mi více přiblížila způsob, jakým v jejich porodnici docílili toho, že je všechen jejich zdravotnický a lékařský personál nakloněn vaginálnímu vedení porodů koncem pánevním: *„Jak jsem již zmínila, já, a ještě jedna kolegyně jsme se zúčastnily semináře na konec pánevní se zkušenou porodní asistentkou z Kanady a její výklad a způsob vedení porodů koncem pánevním se nám zalíbil. Zkusily jsme o tom referovat ostatním kolegyním na provozní schůzi, donesla jsem tenkrát nějaké materiály s obrázky a myslím, že jsme se dívaly i na nějaké video od doktora Franka Louwena z Německa. Samozřejmě ne všechny kolegyně byly okamžitě přesvědčené, že porody v kleku musí být nutně lepší, protože nám to tak někdo řekl. Ale já jsem to chtěla vyzkoušet a když se mi naskytla vhodná rodička, využila jsem příležitosti a zkusily jsme spolu konec pánevní porodit v kleku. Následovaly mě odvážnější kolegyně a lékaři a postupně se tato idea dostala k celému našemu týmu, ale nebylo to hned, nějakou dobu to trvalo, ale teď s tímto způsobem máme všichni dobrou zkušenost“.*

11.5 Polohování rodičky

Dále mě zajímalo, jak se zdejší personál staví k polohování rodičky v I. době porodní a jakou polohu zaujímají rodičky při finální fázi porodu, tedy při tlačení: *„Snažíme se ty maminky do ničeho nenutit, v I. době porodní mají naprostou volnost a mohou se pohybovat, jak samy uznají za vhodné, mají na porodním boxu různé pomůcky, jako míče a žíněny a těch můžou využívat, co se týče polohy při tlačení, my od toho roku preferuje porod koncem pánevním v kleku, už o tom máme celkem velké povědomí, těch porodů od té doby přibýlo a máme s tím dobrou zkušenost. Nejlepší samozřejmě je, když se takový porod rozběhne samovolně, to pak ta maminka krásně sama porodí a my do toho nemusíme zasahovat, máme i maminky, které opakovaně rodí děti v poloze koncem pánevním a takové porody je pak radost sledovat, protože takové maminky nepovažují porod koncem pánevním za něco zvláštního, a tak je to vždycky nejlepší“.*

11.6 Názor respondentky B na zájem porodních asistentek o vlastní vedení vaginálních porodů koncem pánevní

Zajímal mě názor na zájem porodních asistentek o vlastní vedení porodů koncem pánevním. Sdělila jsem respondentce můj názor na situaci u nás ve středních Čechách, že spíše panuje všeobecný strach z vaginálního vedení porodů koncem pánevním a chtěla jsem, aby reagovala sdělením, jak je tomu ve zdejší porodnici: *„U nás panuje všeobecná*

idea, že vaginální porod koncem pánevním, pokud jsou splněny všechny podmínky k porodu a vše běží tak, jak má, by se měl odvést vaginálně, že není žádný důvod k tomu rodičku přesvědčovat o císařském řezu a podobně. U nás tomu je tak, že celou dobu porodu je s maminkou porodní asistentka a až když začne zadeček prořezávat, tak už u toho musí být přítomen lékař. My rodíme i dvojčata koncem pánevním, tam samozřejmě o to víc musí být přítomen lékař, a ještě navíc i pediatr. My v tom konci pánevním nevidíme problém, ani porodní asistentky, ani lékaři. Vždycky to chce tu znalost toho, jak by měl tento porod postupovat, to musí každá porodní asistentka znát. I když my rodíme v kleku, tak musí porodní asistentka vědět, jak to bude vypadat a probíhat a nebojí se toho, protože jsou na to připravené a kdyby se cokoli stalo, tak je přítomen lékař a ten zasáhne“.

11.7 Trénink během studia, nácvik situací

Respondentky B jsem se dále ptala na průběh jejího studia. Zajímalo mě, zda probíhal nějaký nácvik porodů koncem pánevním na modelu či nějaký nácvik krizových situací a podobně. Respondentka B uvedla, že nic takového za dob jejího studia neprobíhalo: „*Ne, nic takového opravdu neprobíhalo, to se nijak neřešilo. Žádné modely jsme neměly. Tam šlo jen o tu životní zkušenost z praxe. A to vás naučí víc, když budete ty porody koncem pánevním aspoň v praxi pozorovat, než když si to budete zkoušet na modelu, protože ta živá rodička pak samozřejmě reaguje úplně jinak, má potřeby, emoce a je to o něčem jiném“.*

11.8 Potřeby rodičky, motivace rodičky

Dále jsem se respondentky B zeptala, zda si myslí, že má rodička při porodu koncem pánevním jiné potřeby než rodička při vaginálním porodu hlavičkou, zda potřebuje větší motivaci a podporu, respondentka B mi odpověděla, že určitě ano „*Celý ten proces toho porodu koncem pánevním je pro mnohý personál ještě stále takovým strašákem, a i pro ty maminky, a to zejména kvůli internetu. Ty maminky si tam leccos přečtou a všechny ty neblahé informace je mohou uvést až do úplné paniky a zde je potřeba zásah porodní asistentky, která by měla umět tu maminku uklidnit a ujistit, že je děťátko v pořádku, že porod postupuje, že se neděje nic mimořádného, že kontrakce k porodu patří a podobně“.*

11.9 Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním

V návaznosti na předchozí sdělení respondentky B jsem se zeptala, jak se staví třeba k preventivní epiziotomii při vaginálním porodu koncem pánevním a k dirupci vaku blan: „*Takové dobré znamení u tohoto typu porodu je, když máte, co nejdéle zachovanou*

plodovou vodu, protože pak ta dilatace porodních cest je pro to děťátko šetrnější, když ten vak blan je zachovaný. Nepamatuji si, že bychom někdy dělali na konec pánevní dirupci, necháváme to spontánně prasknout a odtéct plodovou vodu. Preventivní epiziotomii určitě neděláme, záleží na lékaři, někdo jí pak v průběhu porodu udělá, ale snažíme se tomu vyhnout, protože právě podle té kanadské porodní asistentky nástřih trochu změni polohu toho děťátka, když rodíte v kleku a mohlo by se to akorát zbytečně zkomplikovat, protože ta hráz v podstatě drží to děťátko v určitém úhlu a jestliže vy moc dopředu tu hráz nastřihnete, tak to děťátko se mírně skloní jinak a pak tam může dojít k tomu, že ty děti vztyčí ručky a bylo by potřeba dalšího zásahu ze strany lékaře“.

11.10 Komplikace při vaginálním vedení porodu koncem pánevním

Zajímalo mě, zda si respondentka B vzpomene na nějaký komplikovaný porod koncem pánevním, který by jí uvízl v paměti. Respondentka B reagovala dosti suverénně: *„Pokud je ten porod komplikovaný, tak vždycky skončí císařským řezem a pokud ten porod jde, tak ho vždycky porodíte. Bud' ho porodíte v kleku nebo ho porodíte na zádech“.* Reagovala jsem dotazem, jestli si tedy respondentka nevzpomíná ani na to, že by někdy měly takto porozené děti nějaké poporodní komplikace jako zlomenou klíční kost a podobně, respondentka B zase reagovala velmi svědomitě: *„Ne, od toho roku 2014, kdy jsme změnilí postup vaginálního vedení porodu koncem pánevním jsme žádné takové úrazy a komplikace neměli“.*

11.11 Vlastní porod respondentky B

Ze zvědavosti jsem se respondentky B zeptala, jak by se zachovala, kdyby ona sama měla plod v poloze koncem pánevním, zda by chtěla rodit vaginálně a jak: *„Já bych určitě chtěla rodit vaginálně a chtěla bych rodit v kleku, když ten porod jde, tak je to něco krásného. Já sama jsem dítě rozené koncem pánevním, takže moje maminka konec pánevní porodila a určitě by mě v mém rozhodnutí podpořila. Ona sama prý porodila krásně, protože to dřív bylo naprosto normální, aby se konec pánevní rodil vaginálně, ti porodníci byli hodně zkušený a měli velkou trpělivost, a i ty maminky byly všechny nastavené na vaginální porod. Moji maminku by nenapadlo, že by někdy měla rodit císařským řezem, to se dříve běžně nestávalo“.*

11.12 Zkušenosti, techniky vedení porodů koncem pánevním

Požádala jsem respondentku B, zda se může ještě jednou trochu vyjádřit k samotnému vedení vaginálního porodu koncem pánevním, třeba k výběru pozice při

tlačení: „*Jde o to, že když s tou maminkou začnete tlačit, tak aby ona měla ten pocit, že jí více vyhovuje, že tlačí v dané pozici. Vy musíte vidět, že to tak má tu správnou progresi, že to tak jde a když to postupuje a jde, tak nakonec i ten porod na těch zádech je hezký, ale pokud rodíte na zádech, tak to chce ty znalosti a zkušenost lékaře. Používáme metodu dle Brachta a je potřeba už určitá manipulace s tím děťátkem, položit si ho na předloktí, pomalým tahem napomoci vybavení hlavičky, kdyby byly vztyčené ručky, tak je šetrně manuálně vybavit, oproti porodu v kleku, kdy vám to děťátko v podstatě, jak kdyby samo vypadne. Je strašná škoda, že ty zkušenosti těchto starých porodníků se pak nepřenášely na ty mladší generace, protože když se o to trochu zajímáte a prohlédnete si ty staré učebnice, tak je úžasné s čím vším si ti lékaři a porodní asistentky dokázali poradit bez ultrazvuku a veškerého vybavení, které máme dnes dostupné“.*

11.13 Kritéria vaginálního vedení porodu koncem pánevním, vzpomínky na odpracovaná léta

Respondenku B jsem požádala, zda může shrnout, jakými kritérii se řídí, když jde o vaginální vedení porodu koncem pánevním, respondentka B mi vše ochotně shrnula: „*Jak jsem říkala, maminky chodí do rizikové poradny, kde se jich ptáme na anamnézu, provádíme ultrazvuk pro váhový odhad plodu a ke zjištění přesné polohy plodu. Pokud by rodička trpěla nějakým závažným onemocněním nebo bychom měli podezření na velký plod a kefalopelvický nepoměr, tak se do vaginálního vedení porodu za každou cenu nepouštíme a konzultujeme s rodičkou možnost porodu císařským řezem. Maminky jsou většinou rozumné a nechtějí svoje děťátko vystavit nebezpečí, proto dají na doporučení lékaře. Pokud maminka řádný takový problém nemá, konzultuje s ní lékař průběh vaginálního vedení porodu, aby si maminka vše mohla promyslet a rozhodnout se samostatně. Ale myslím si, že naši porodníci vyhledávají maminky, které chtějí porodit vaginálně a jsou na to nastavené. Nabízíme i možnost porodu do vody, a tak asi možná přitahujeme jinou klientelu než ostatní porodnice. Pro mě osobně je daleko více příjemné spolupracovat s ženou, která je, jak se říká na stejné vlně a chce hezky porodit než s ženou, která by se nechala k vaginálnímu porodu přemluvit a sama to tak necítí, to je asi jasné“.*

11.14 Emoce z úspěšně odvedeného porodu koncem pánevním

Dále jsem se respondentky B ptala, jestli si vzpomíná na svůj první samostatně odvedený porod koncem pánevním a jaké měla v průběhu porodu a po porodu pocity a emoce. Respondentka B mi sdělila, že dříve se k tomu asi moc nedostala, že porody

koncem pánevním rodil lékař, ale první porod koncem pánevním, u kterého byla po změně techniky v roce 2014 si pamatovala a popsala jej: „*Já, když jsem chtěla začít vést porody koncem pánevním v kleku, tak jsem k tomu napřed potřebovala vhodnou maminku, ideálně vícerodičku a to se mi po nějaké době povedlo. Ta maminka rodila po třetí a já jsem s ní rozebírala výhody tlačení v kleku a ta maminka k tomu byla svolná, a tak jsme to spolu zkusily, všechno běželo hladce a ta maminka krásně porodila, chlapečka Tomáška, to si vzpomínám. A tento porod mě velmi namotivoval k tomu, abychom takto zkusili ty konce pánevní vést, protože to byl opravdu zážitek, nemusel do toho nikdo zasahovat a děťátko se narodilo samo jen za pomoci maminky. Ale samozřejmě je potřeba to tlačení v dané pozici s tou maminkou vyzkoušet, protože i když některá maminka chce rodit v kleku, tak vám prostě tak dobře v tom kelku nezatlačí jako v jiné poloze, to je hodně individuální. Nemůžu říct, že všechny konce pánevním rodíme v kleku, protože někdy to nejde, ale snažíme se o to“.*

11.15 Novorozenec po vaginálním porodu koncem pánevním

Zeptala jsem se respondentky B jaký přístup mají k vaginálnímu vedení porodu koncem pánevním pediatři a dětské sestry, zda by radši, aby se tyto děti rodily císařským řezem: „*Pediatři z toho měli ze začátku strach a myslím si, že mají strach dodnes, ale nikdy se nám nestalo nic závažného a nikdy jsme v první minutě neměli u apgara horší číslo než sedm a to se stalo tak jednou ročně, ty děti jsou prostě v pořádku. Nožičky se jim samy natáhnou a žádné komplikace poté nemají a já si osobně myslím, že je pro to děťátko lepší, když si zažije ten přirozený proces narození se, a to z mnoha důvodů“.*

11.16 Doporučení pro studentky

Závěrem rozhovoru jsem se respondentky B zeptala, zda má nějaké doporučení do praxe pro studentky a začínající porodní asistentky, respondentka B mi odpověděla: „*Důležité je být obezřetná, vnímavá a sledovat ty svoje starší kolegyně, jak ty porody vedou, vy i tím, že se jen díváte získáváte ty zkušenosti a je dobré si o tom v tom týmu povídat o těch svých zkušenostech a na základě toho vy samy si můžete udělat obrázek o tom, jak ty porody povedete, co se vám líbí nebo co byste udělaly jinak. Je hrozně důležité v tom týmu komunikovat, aby ty starší kolegyně těm mladším sdělovaly svoje zkušenosti, aby jim pomáhaly a ty mladší kolegyně, aby se nebály si říci o pomoc a o radu od zkušenějšího. Někdy ty mladší kolegyně to berou špatně, že je ty starší poučují a že ony to přece už znají, ale tenhle přístup je špatně, protože vy byste právě měly využít toho, že vám*

někdo chce ty informace a zkušenosti předat a nasát to do sebe jako houba“. Na doporučení respondentky B jsem reagovala dotazem, jak je tomu u mladých začínajících lékařů, jestli i ti čerpají zkušenosti od porodních asistentek nebo zda berou na vědomí pouze informace od starších lékařů: „Pokud jde o konec pánevní, tak to je vždycky pro všechny začínající událost a jsou zvědaví a všichni by se nejradši na to podívali, ale to nejde, mělo by to být s ohledem na tu maminku, není možné aby u toho samotného porodu bylo moc lidí, čím více lidí, tím je to horší a ještě horší je to pro maminky, které rodí na zádech, protože ty které rodí v kleku, tak to ani nevidí a nevnímají. Ale řekla bych, že aspoň u nás je tomu tak, že ti mladí lékaři na ty porodní asistentky hodně dávají a radí se s nimi, protože ta zkušená porodní asistentka ví mnohdy víc než lékař čerstvě po škole. Lékaři nás tady berou jako téměř rovnocenné partnery, a tak je to dobře, si myslím já“.

11.17 Shrnutí rozhovoru

Druhý rozhovor s respondentkou B byl proveden v nemocnici v Uherském Hradišti, kam jsem musela vlakem cestovat téměř 350 kilometrů, protože jsem na respondentku dostala dobré doporučení od mé spolužačky, které s respondentkou B také prováděla rozhovor ke své bakalářské práci. Ačkoli jsme rozhovory prováděly se spolužačkou po sobě a celá schůzka tak trvala téměř dvě hodiny, respondentka B byla velmi trpělivá a ochotná odpovědět na každý dotaz.

11.18 Obsahová analýza textu

- Respondentka B absolvovala v roce 2014 kurz kanadské porodní asistentky, který u nich v porodnici změnil vedení porodů koncem pánevním
- Personál ve zdejší porodnici byl ve většině případů nakloněn tomu, zkusit nový způsob vedení porodu koncem pánevním v kleku dle kanadského modelu
- Změnit postup vaginálního vedení porodu koncem pánevním nebylo možné hned, každý z personálu si napřed tento způsob vyzkoušel, aby se přesvědčil o jeho účinnosti
- Mladší kolegyně i začínající lékaři čerpají zkušenosti od profesně starších porodních asistentek
- Ve zdejší porodnici považují lékaři porodní asistentky za téměř rovnocenné profesní partnery

- Ročně ve zdejší porodnici mají zhruba 40 vaginálních porodů koncem pánevním
- Pokud jsou všechna kritéria k vaginálnímu porodu splněna, preferují porod v kleku
- Personál porodnice vnímá, že porod v kleku je pro matku i plod přínosnější
- Nástřih hráze v nevhodný čas může zkomplikovat průběh porodu (změna pozice plodu při průchodu porodním kanálem)
- Novorozenci po porodu koncem pánevním nemají horší poporodní adaptaci než novorozenci po porodu hlavičkou
- Doporučení pro studentky je respektovat starší kolegyně a čerpat od nich zkušenosti a informace

DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat a zhodnotit problematiku vedení vaginálních porodů koncem pánevním z pohledu porodní asistentky. Šetření se týkalo postoje porodních asistentek k porodům koncem pánevním v daných porodnicích. Konkrétněji jsem se zaměřila na to, zda mají porodní asistentky zájem samostatně vést porody koncem pánevním a využít tak svých kompetencí. Dále se šetření týkalo prenatální péče o ženu s plodem v poloze koncem pánevním během celého těhotenství. Ve své práci se dále zabývám jednotlivými dobami za porodu, zaměřuji se na komunikaci s rodičkou při vaginálním porodu koncem pánevním, na motivaci rodičky ze strany zdravotnického personálu a celkový přístup porodních asistentek k problematice vaginálních porodů koncem pánevním. V dalších pasážích textu bych ráda diskutovala své výsledky empirické části práce s dostupnou literaturou a ráda bych jako praktický výstup práce navrhla konkrétní doporučení do odborné praxe porodních asistentek, kterých se přímo dotýká problematika polohy plodu koncem pánevním.

K velmi aktuální problematice tématu porodů koncem pánevním patří stále se zvyšující procento primárních císařských řezů pro polohu plodu koncem pánevním. Z dostupné literatury je možné se dočíst, že až 90 % rodiček si zvolí jako způsob porodu císařský řez (Binder a kol., 2014, s. 225). Velký podíl na vývoji situace měla studie Hannah provedena v roce 2000, ze které jasně vyplývalo, že vaginální porod koncem pánevním je z hlediska neonatální morbidity a mortality rizikovější než primární císařský řez (The Lancet, 2000). Ačkoli mnohé studie výsledky studie Hannah zpochybnily a vyvrátily, neodmyslitelně tato studie celosvětově ovlivnila pohled veřejnosti i zdravotníků na vaginální porody koncem pánevním (Česká gynekologie, Pilka, 2014, s. 344-348). Ke stejnému závěru z dostupných studií došla i bývalá studentka Hrdinová, ve své kvalifikační práci na téma Porod koncem pánevním, v závěru své práce uvádí, že plně informovaná rodička v této problematice by měla mít možnost výběru, proto by na každém pracovišti měl být školený lékař ve vaginálním vedení porodu koncem pánevním (Hrdinová, 2014, s. 46).

Prvním dílčím cílem mé práce bylo **zmapovat zkušenosti porodních asistentek s porodem koncem pánevním**. Pro mé výzkumné šetření jsem si záměrně vybrala respondentky, které mají poměrně bohaté zkušenosti s porody koncem pánevním.

Respondentka A popisuje, že v době nepřítomnosti lékaře musela být schopná sama vést vaginální porod koncem pánevním, ale pokud byla možnost nechat zodpovědnost na lékaři, raději jen asistovala. Podobný přístup k této problematice měly za dob socialismu v Hořovické porodnici téměř všechny porodní asistentky. Respondentka B uvádí, že ani ona ani její kolegyně se nebojí vzít na sebe zodpovědnost spojenou s vedením vaginálního porodu koncem pánevním a že jsou rády za své kompetence a hodlají jich naplno využívat.

Druhým dílčím cílem bylo **zjistit výskyt porodů koncem pánevním ve vybrané nemocnici**. Respondentka A jasně popisovala, že za dob socialismu, a tedy i před rokem 2000, kdy vznikla studie studie Hannah, vaginální porody koncem pánevním nebyly žádnou výjimečností. S postupem let respondentka A zaznamenala úpadek v počtu vaginálních porodů koncem pánevním. V rozhovoru uvádí, že to má i dopad na ztrátu porodnických dovedností, jak lékařů, tak porodních asistentek, protože s nižším počtem vaginálních porodů koncem pánevním nemají nové generace možnost se správné vedení takových porodů naučit. Respondentka B také zaznamenala po roce 2000 u nich v porodnici menší úpadek výskytu vaginálních porodů koncem pánevním, ale dle porodnické knihy a statistiky dané porodnice ne příliš výrazný. Ročně mají v Uherskohradištské porodnici zhruba 40 vaginálních porodů koncem pánevním. Většina těchto porodů je dle respondentky B vedena v kleku.

Další dílčí cíle se týkaly **výhod a nevýhod jednotlivých přístupů k porodu koncem pánevním**. Personál Uherskohradištské porodnice v čele s respondentkou B se k situace po kauze se studií Hannah postavili tak, že zkusili změnit metodu vedení vaginálních porodů koncem pánevním. Změna spočívala v tom, že má nyní rodička možnost si zvolit v jaké poloze chce porodit, daná porodnice pro vaginální porody koncem pánevním preferuje polohu rodičky v kleku dle kanadské předlohy od porodní asistentky Betty Anne Davis. Respondentka B s další kolegyní navštívily její kurz a dále se v problematice porodů v kleku vzdělávaly. Velký přínos pro ně měla i studie a kniha německého doktora Franka Louwena, který také popisuje značné výhody vaginálního vedení porodů koncem pánevním v poloze v kleku (FIGO, 2017, s. 151-153). Z dostupných studie vyplývá, že poloha v kleku či na všech čtyřech je pro porod koncem pánevním optimálnější, šetrnější a je u takového porodu zapotřebí menších či žádných vnějších zásahů do porodního procesu. Plod má tak větší šanci se sám přirozeně narodit pouze za pomoci rodičky bez potřebných lékařských intervencí. O výhodách vaginálního vedení porodu koncem pánevním v poloze v kleku či na všech čtyřech jsou zatím stále

dostupné pouze zahraniční zdroje a zahraniční studie, a proto se domnívám, že u nás chybí osvěta o této problematice zejména pak v menších porodnicích. Porodní asistentky by se měly samy aktivně podílet na svém vzdělávání a navštěvovat dostupné semináře zahraničních odborníků a snažit se informace předávat, tak jako tomu bylo v případě Respondentky B a Uherskohradištské porodnice.

Dalším cílem bylo **zjistit kritéria rozhodnutí o vedení porodu koncem pánevním**. V případě zjištění, že je plod v poloze koncem pánevním by mělo být vedení porodu s rodičkou konzultováno. Pokud rodička splňuje poměrně přísná kritéria pro vaginální vedení porodu, což znamená, že musí být vyloučená růstová restrikce plodu, oligohydramnion, jizva na děloze, kefalopelvický nepoměr, makrosomní plod, vrozené vývojové vady dělohy, závažné onemocnění plodu a podobně (Procházka, 2016, s. 25), jsou ji nastíněné obě varianty porodu, tedy jak vedení porodu přirozenou cestou vaginálně, tak vedení operativní cestou, císařským řezem. Konečné rozhodnutí je na rodičce. Poloha plodu koncem pánevním je u nás jediná uznávaná situace, kdy si žena může zvolit, zda chce родit vaginálně či císařským řezem. Z mého šetření opět jasně vyplývá, že v dřívějších dobách se s rodičkou takové diskuze o možnostech vedení porodu příliš neprováděly a celkově se preferovaly vaginální porody před porody operativními. Respondentka A uvádí, že rodičky vaginálně родit chtěly a často ani celé těhotenství nevěděly, že mají plod v poloze koncem pánevním, protože ještě nebyl dostupný ultrazvuk a poloha plodu se zjišťovala pouze zevními hmaty nebo ve výjimečných situacích pomocí rentgenového vyšetření. Respondentka B má zkušenost jinou, u nich v porodnici s rodičkami jejich možnosti probírají a dle jejich zkušenosti si rodičky často zvolí vaginální vedení porodu. Těhotné ženy s plodem v poloze koncem pánevním v Uherskohradištské nemocnici navštěvují prenatální poradnu pro rizikové těhotné, zde je jim věnována dostatečná péče a personál se snaží s rodičkou najít nevhodnější způsob porodu právě pro danou ženu, protože ke každé ženě je potřeba přistupovat individuálně.

Dalším dílčím cílem mé kvalifikační práce bylo **analyzovat komunikaci porodních asistentek s rodičkou při vaginálním porodu koncem pánevním**.

Z rozhovoru s respondentkou A jsem se dozvěděla, že se s rodičkou při porodním procesu příliš nekomunikovalo. Bylo jí vysvětleno potřebné minimum k tomu, aby porod proběhl, co nejlépe a více s rodičkou nikdo nediskutoval ani se jí nikdo nesnažil nějak polohovat, například na bok, což by v daném případě bylo vhodné. Respondentka B uvádí, že se snaží, aby rodička byla informovaná a vždy je u nich prostor na dotazy, které rodičce rádi

zodpoví. Zdejší personál chápe, že každá žena má individuální potřeby a snaží se na všem s rodičkou domluvit. Během první doby porodní mají zde rodičky naprostou volnost a mohou se svobodně pohybovat.

Dále jsem se ve své práci snažila **zmapovat celkový přístup a zájem porodních asistentek o samostatné vedení porodů koncem pánevním**. Z rozhovorů opět vyplynulo, že se situace v porodnictví v tomto ohledu zlepšila. Respondentka A uvádí, že pokud si to situace vyloženě nežádala, tak by se porodní asistentky k vaginálnímu porodu koncem pánevním postavit nechtěly, protože to považovaly za příliš velké riziko a raději nechaly tyto kompetence a veškerou zodpovědnost na lékaři. Kdežto z rozhovoru s respondentkou A vyplývá, že se situace zlepšila a mnohem více porodních asistentek má zájem využít svých kompetencí a samostatně dobře postupující porody za asistentce lékaře odvádět. Důkazem toho je i snaha zdejšího porodnického personálu o rozšíření svých schopností a možností, jako například zavedení vedení vaginálních porodů koncem pánevním v kleku.

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila, protože mám pocit, že tohle téma je stále velkým strašákem mnohého porodnického personálu a chtěla jsem se o této problematice dozvědět více. Bakalářská práce se mi pod vedením mé vedoucí práce psala dobře, protože její poznatky a poznámky byly věcné a přínosné. Dostupné literatury na mnou zvolené téma jsem našla poměrně dostatek ve zdejší univerzitní a vědecké knihovně a dále jsem čerpala z internetových zdrojů. Dle mého názoru jsem respondentky pro rozhovory k praktické části zvolila dobře, protože se mi povedlo zmapovat veškeré mnou stanovené cíle a témata.

Na základě výzkumného šetření v této bakalářské práci mám tato doporučení do praxe:

- Podpořit studentky porodní asistentce ve vzdělávání a zájmu o obor. Vzdělané porodní asistentky se mohou lépe zhostit svých kompetencí a nemusí svou práci nechávat na lékaři.
- Pokusit se o osvětu ve vaginálním vedení porodů koncem pánevním. Dle světové studie Dr. Frank Louwena, jsou polohy v kleku nebo na všech čtyřech pro vaginální porod koncem pánevním příznivější (FIGO, 2017, s. 151-152).
- Podpořit porodní asistentky a lékaře ve vzdělávání se a ve zlepšování svých dovedností s ohledem na vedení vaginálního porodu koncem pánevním.

Ideálním způsobem přípravy na vaginální vedení porodů v kleku se jeví nácvik situací na modelu a účast na kurzech a seminářích k tomuto tématu.

- Těhotným ženám již v prenatálních poradnách aktivně nabízet možnost vedení porodu vaginální cestou, pokud jsou splněny všechny podmínky k porodu, protože studie prokázaly, že císařský řez nemá v tomto případě žádnou výhodu oproti vaginálnímu vedení porodu (Česká gynekologie, Pilka, 2014, s. 344-348).
- Volit vhodnou a respektující formu komunikace se ženou. Porodní asistentky by měly usilovat o to, aby si ženy věřily a byly si jisté, že vaginální porod koncem pánevní zvládnou. Při podávání informací by se mělo vycházet z validních odborných studií a praxe založené na důkazech.
- Podpořit komunitní péči porodních asistentek. Porodní asistentky by tak měly mnohem více času na práci se ženou již během těhotenství a mohly by případně ženy doprovodit k porodu.
- Podporovat vznik specializačního vzdělávání pro porodní asistentky. Například po vzoru Velké Británie, podporovat vzdělávání porodních asistentek, které se chtějí stát expertkami na vedení porodu koncem pánevním.
- Podporovat vznik specializovaných pracovišť, kde se vedou nízkorizikové porody koncem pánevním vaginální cestou a podporovat sdílení jejich zkušeností mezi další odborníky v porodnictví.

ZÁVĚR

Cílem mé kvalifikační práce bylo popsat a rozebrat problematiku vedení porodů koncem pánevním z pohledu porodní asistentky – přiblížení metod vedení porod koncem pánevním, výhody a nevýhody jednotlivých přístupů, komunikace s rodičkou a podobně. V teoretické části práce jsem se zabývala historií vedení porodů koncem pánevním, historické období jsem si rozdělila na tři tématické celky a obsáhla jsem tak historický vývoj od porodů v domácím prostředí až po dnešní moderní porodnictví. Do historické části jsem zahrnuje některé významné porodní asistentky, kterým můžeme vděčit za informace a literaturu, ze které se můžeme dále vzdělávat. Dále jsem popisovala možnosti vedení porodů koncem pánevním, management gravidity a péči o ženu s plodem v poloze koncem pánevním během těhotenství, během porodního procesu a v poporodním období. Také jsem zmínila problematiku péče o novorozence po porodu koncem pánevním a problematiku císařských řezů.

V praktické části kvalifikační práce jsem provedla dva hloubkové rozhovory s respondentkami z odlišného časového i místního prostředí. Respondentka A je ze Středočeského kraje a rozhovor se týkal převážně porodnictví za dob socialismu. Respondentka A je z Uherského Hradiště a rozhovor se týkal současného porodnictví. Obě respondentky mají poměrně bohaté zkušenosti s porody koncem pánevním. Zajímala jsem se o jejich zkušenosti, názory, vzpomínky a doporučení pro studentky a budoucí porodní asistentky. Oba rozhovory byly velmi přínosné. Cíle mé kvalifikační práce se mi povedlo naplnit. V závěru práce rozebírám a porovnávám výsledky mého výzkumného šetření v závěrečné diskuzi, kde je uvedeno i několik doporučení pro praxi porodních asistentek.

Edukace rodičky s polohou plodu koncem pánevním ať už během těhotenství či během porodu by mohla patřit do rukou porodních asistentek, pokud by se jednalo o plně fyziologický průběh těhotenství. Diagnostikování toho, že je plod v jiné poloze, než v podélné hlavičkou může být pro ženu někdy složité. Ženy si pak často hledají informace na pochybných internetových stránkách, místo toho, aby se obrátily a pomoc profesionálů. V takovém případě by jistě mělo smysl rozšíření komunitní péče porodních asistentek, které by v takovém případě mohly být ženě nápomocné a vysvětlily jí všechny dostupné metody a jejich výhody či nevýhody. Bohužel i v dnešní době je mnoho porodních asistentek zejména starší generace, které o své kompetence nestojí nebo je dokonce ani neznají a přenechávají tak svojí práci na lékaři a vytrácí se tak to původní babické

porodnické umění. Porodní asistentky a lékaři by se měli snažit o vzájemnou spolupráci. Dle mého názoru je důležité, aby nové generace porodních asistentek byly ve vzdělávacích institucích dobře informovány o svých kompetencích a byly podporovány v zájmu o svůj obor. Jedině tak mohou být ženám profesionálními rádkyněmi a partnerkami v průběhu těhotenství i při porodu.

„Stanete-li se porodní asistentkou, vystavujete se nebezpečí, že budete mít často zraněné srdce, ale to je v pořádku, protože když k tomu dojde, vytryskne na povrch spousta lásky. Udělá to z vás ještě lepší porodní asistentku.“

Stephen Gasking

SEZNAM LITERATURY

1. BINDER, Tomáš. Porodnictví. Praha: Karolinum, 2015, 298 s. ISBN 9788024619071.
2. Barbara Kosfeld v Porodním domě U čápa [online]. Praha: Porodní dům u Čápa, 2000[cit.2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PDL/BKvPD.html>
3. Betty-Anne Daviss [online]. Good learning, 2020 [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.goldlearning.com/speaker/616/betty-anne-daviss>
4. Co je Porodní dům U čápa? [online]. Praha: Porodní dům u Čápa, 2000 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/OPS/CojePDCAP.html>
5. Česká gynekologie. Časopis české gynekologické a porodnické společnosti. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014. s. 343 – 349 . ISSN 1210- 7832
6. DOLEŽAL, Antonín. Od babictví k porodnictví. Praha: Karolinum, 2001, 142 s. ISBN 80-246-0277-
7. E HANNAH, Mary. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial [online]. THE LANCET. 2000 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02840-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02840-3/fulltext)
8. GASKIN, Ina May. Zázrak porodu. Doubice: One Woman Press, 2010, 476 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
9. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. HRDINOVÁ, Veronika. Porod koncem pánevním. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

12. CHAPMAN, Vicky. The midwife's labour and birth handbook. Oxford: Wiley-Black Well, 2010, 342 s. ISBN 978- 1 – 4051- 6105-3.
13. Lékař otočil dítě v děloze do správné polohy. Jak to dokázal? In: Super mámy [online]. 2020 [cit.2020-03-27]. Dostupné z: <https://supermamy.maminka.cz/clanek/pro-zeny-super-mamy-tehotenstvi-a-porod-tehotenstvi/563486/lekar-otocil-dite-v-deloze-do-spravne-polohy-jak-to-dokazal.html>
14. LOUWEN, Frank. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? [online]. RESEARCH GATE. 2017 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/312348715_Does_breech_delivery_in_an_upright_position_instead_of_on_the_back_improve_outcomes_and_avoid_cesareans
15. ODENT, Michel. Císařský řez. Praha: Maitrea, 2016, 183 s. ISBN 978-80-7500-227-3.
16. ODENT, Michel. Potřebujeme porodní asistentky? Praha: Maitrea, 2017, 146 s. ISBN 978-80-7500-300-3.
17. PACHNER, František a BÉBL, Richard. Učebnice pro porodní asistentky. Praha: Ministerstvo veřejného zdraví a sportu České republiky, 1932, 642 s.
18. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a porodu. Praha: Galén, 2005, 417 s. ISBN 80-7262-321-4.
19. Photographer captures incredible photos of baby being born bum first. In: Kidspot [online]. 2017 [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.kidspot.com.au/birth/labour/types-of-birth/these-photos-of-a-frank-breech-birth-are-mindblowing/news-story/f2fed029c5e5a543480251483b73c8e9>
20. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018, 243 s. ISBN 978-80-244-5322-4
21. PROCHÁZKA, Martin. Vaginální vedení porodu koncem pánevním. Praha: Maxdorf, 2016, 79 s. ISBN 978-80-7345-480-7.

22. RUBEŠKA, Václav. Porodnictví pro babičky. Praha: vlastní náklad, 1897, 192 s.
23. ROZTOČIL, Aleš et al. Moderní porodnictví. Praha 7: Grada Publishing, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
24. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče). Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
25. ŠTEMBERA, Zdeněk. Rodička včera, dnes a zítra. Praha: Maxdorf, 2016, 222 s. ISBN 978-80-7345-500-2.
26. TRAPL, Jiří. Učebnice praktického porodnictví pro studující medicíny a lékaře. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1951, 673 s. ISBN 301-08-405-49253.
27. VČELÁK, Petr. Šablona kvalifikační práce na Fakultě zdravotnických studií ZČU. Západočeská univerzita v Plzni, 2018.
28. VRÁNOVÁ, Věra. Historie babictví a současnost porodní asistence. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 204 s. ISBN 978-80-2441-764-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – polohy plodu koncem pánevním

Příloha 2 – Manévry dle Dr. Franka Louwena

Příloha 3 – Fotografie zevního obratu plodu

Příloha 4 - Fotografie vaginálního porodu koncem pánevního v poloze na čtyřech

Příloha 5 - Vzor informovaného souhlasu pro rozhovory s respondentkami

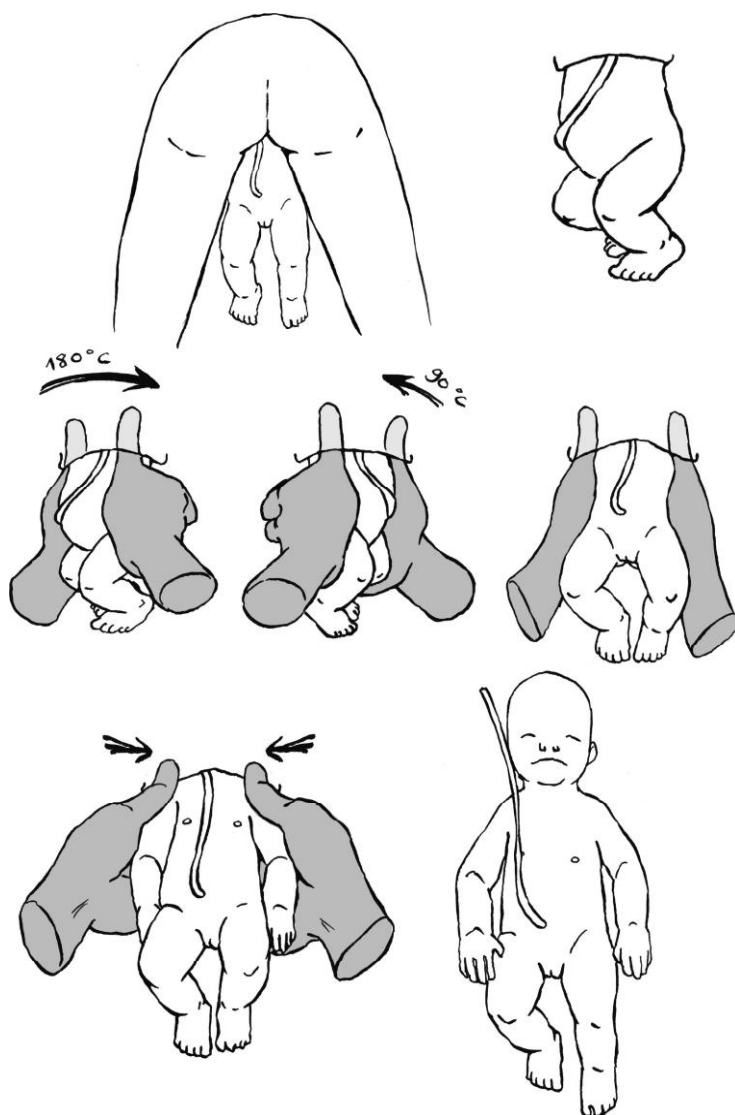
PŘÍLOHY

Příloha 1 – Polohy plodu koncem pánevním



Polohy plodu koncem pánevním – vlevo nahoře: konec pánevní úplný; uprostřed: konec pánevní inkompletní – levá nožka plodu vztyčená; vpravo nahoře: konec pánevní řitní; vlevo dole: konec pánevní nožkou/nožkami; vpravo dole: konec pánevní kolénky (Roztočil a kol., 2008, s. 284).

Příloha 2 - Manévry dle Dr. Franka Louwena – porod koncem pánevním v kleku (FIGO, 2017, s. 152)



Příloha 3 – Fotografie zevního obratu plodu



Zdroj: www.supermamy.maminka.cz

Příloha 4 – Fotografie vaginálního porodu koncem pánevním v poloze na všech čtyřech





Zdroj: www.kidspot.com.

Příloha 5 – Vzor informovaného souhlasu pro rozhovory s respondentkami

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Porod koncem pánevním

STUDENT:

Miroslava Škachová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
skachova@students.zcu.cz ; skaskovamirka@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
elorenzo@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je popsat problematiku vedení porodů koncem pánevním z pohledu porodní asistentky. Přiblížení metod vedení porodu koncem pánevním, výhody a nevýhody jednotlivých přístupů a komunikace s rodičkou.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: