

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Petra Kroupová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Petra Kroupová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**POLOHA PLODU KONCEM PÁNEVNÍM A PÉČE
PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Ivana Hánová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

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

V Plzni dne 21. 3. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Ivaně Hánové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem ženám, které mi ochotně poskytly rozhovor.

Anotace

Příjmení a jméno: Kroupová Petra

Katedra: Ošetrovatelství a Porodní asistence

Název práce: Poloha plodu koncem pánevním a péče porodní asistentky

Vedoucí práce: Bc. Ivana Hánová

Počet stran: 49

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: konec pánevní, těhotenství, obrat plodu, porod, psychika ženy

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá vnímáním a prožíváním žen při diagnostikované poloze plodu koncem pánevním. Teoretická část práce popisuje diagnostiku polohy, metody obratu plodu do polohy podélné hlavičkou a doporučené postupy při vedení porodu. Praktická část obsahuje rozhovory s ženami, které prožily porod plodu v poloze koncem pánevním. Zaměřuje se na subjektivní vnímání žen během diagnostiky polohy a během porodu a analyzuje jejich názor na způsob vedení porodu.

Annotation

Surname and name: Kroupová Petra

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The fetus breech position and the midwife's care

Consultant: Bc. Ivana Hánová

Number of pages: 49

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 20

Key words: breech presentation, pregnancy, external cephalic version, process of birth, woman's mental state

Summary:

This final work deals with women's perception and experience when breech presentation is diagnosed. The theoretical part describes the diagnostics of the bottom-down position (breech presentation), methods of external cephalic version and recommended procedures of the delivery. The practical part contains interviews with women who experienced breech presentation labour.

It is focused on women's subjective perception during diagnostics of the position and during the labour and analyses their opinion of the mode of the delivery.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ULOŽENÍ PLODU V DUTINĚ DĚLOŽNÍ	11
1.1 Poloha (situs)	11
1.2 Naléhání (presentatio)	11
1.3 Postavení (positio)	12
1.4 Držení (habitus)	12
2 KONEC PÁNEVNÍ, JEHO DĚLENÍ A DIAGNOSTIKA	13
2.1 Typy uložení plodu v poloze koncem pánevním	13
2.2 Diagnostika polohy podélné koncem pánevním	13
2.2.1 Vnější vyšetření	14
2.2.2 Ultrazvuková diagnostika	14
2.2.3 Vnitřní vyšetření za porodu	14
3 METODY OBRATU PLODU DO POLOHY PODÉLNÉ HLAVIČKOU	15
3.1 Přirozené metody	15
3.1.1 Čas a klid	15
3.1.2 Indický most	16
3.1.3 Hudba	16
3.1.4 Moxování	16
3.1.5 Homeopatické prostředky	17
3.2 Obrat konce pánevního zevními hmaty	17
4 POROD PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM V HISTORII	19
5 VAGINÁLNÍ POROD PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM	21
5.1 Mechanismus porodu plodu	21
5.1.1 Mechanismus porodu hýždí	21
5.1.2 Mechanismus porodu ramének	21
5.1.3 Mechanismus porodu hlavičky	22
5.2 Podmínky pro vedení vaginálního porodu	22
5.3 Průběh I. doby porodní	22
5.3.1 Úkoly porodní asistentky během I. doby porodní	23
5.4 Průběh II. doby porodní	24
5.4.1 Metoda dle Covjanova	24
5.4.2 Metoda dle Brachta	24
5.4.3 Mauriceau-Levret-Smelieho hmat	25
5.5 Rizika vaginálního porodu	25
6 OPERATIVNÍ UKONČENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	26
6.1 Extrakce plodu	26
6.1.1 Digitální extrakce	26
6.1.2 Manuální extrakce	26
6.2 Císařský řez	27
6.2.1 Indikace k S. C.	27
7 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NEBO SPONTÁNNÍ POROD	28

PRAKTICKÁ ČÁST	29
8 VYPRACOVÁNÍ	29
8.1 Problém.....	29
8.2 Cíle.....	29
8.3 Výzkumné otázky	29
8.4 Vzorek respondentů	30
8.5 Metodika výzkumu	30
8.6 Zpracování výsledků.....	31
9 DISKUZE	46
ZÁVĚR.....	49

ÚVOD

Každá žena si z těhotenství a porodu odnáší jiné zážitky. Některé mají to štěstí a celé období prožijí bez komplikací, jiné se potýkají s méně či více závažnými situacemi. Vždy záleží, jakým způsobem se toho žena zhostí, ovšem bez značné podpory okolí a zdravotnického personálu by se v této situaci neobešla. Mezi nepravidelnosti můžeme zařadit i porod plodu v poloze koncem pánevním, se kterým se neustále budeme setkávat. Pro ženu to může být nečekaný zásah do jejího, často do té doby poklidného těhotenství. Téma mé bakalářské práce se týká právě této problematiky a já jej zvolila proto, že mě zajímá cítění žen, které podle mého názoru prožívají vnitřní rozpor s nastalou situací a způsobem jak ji řešit a trpí případným nedostatkem informací.

Cílem mé bakalářské práce je prozkoumat pocity žen při diagnostikované poloze koncem pánevním, jejich prožívání při případných pokusech o obrat plodu a zážitky ze samotného porodu.

V teoretické části práce se snažím vysvětlit základní pojmy týkající se této polohy, popisují metody diagnostiky a poukazují na různé způsoby, kterými se žena může sama pokusit o obrat plodu do polohy podélné hlavičkou. Zároveň se snažím přiblížit způsob provedení obratu zevními hmaty a doporučené postupy při porodu plodu.

Praktickou část jsem zpracovala pomocí kvalitativního výzkumu. Provedla jsem několik rozhovorů s matkami, které prožily porod plodu koncem pánevním a zaměřila se hlavně na to, jak subjektivně vnímaly celou situaci a zda měly pozitivní zkušenost se zdravotnickým personálem ohledně dostatku informací a podpory.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ULOŽENÍ PLODU V DUTINĚ DĚLOŽNÍ

V první polovině těhotenství nezaujímá plod v dutině děložní žádnou trvalou polohu. Až ve třetím trimestru, tedy přibližně od 36. týdne gravidity, se stabilizuje jeho uložení, které stanovujeme základními parametry. Je to: poloha (situs), naléhání (presentatio), postavení (positio) a držení (habitus).

1.1 Poloha (situs)

Poloha plodu je definována vztahem dlouhé osy plodu k dlouhé ose děložní. Podle tohoto kritéria můžeme polohy dělit na podélné, příčné a šikmé.

Podélné polohy (situs longitudinalis), kdy obě osy probíhají souběžně, se vyskytují v 99%. Jedná se o polohy fyziologické.

Příčné polohy jsou považovány za patologické, vyskytují se v 0,5% všech porodů. Hlavička plodu je uložena na jedné z lopat kyčelních kostí, dlouhé osy plodu a dělohy jsou k sobě přibližně kolmé.

Jako poslední rozeznáváme šikmé polohy, kdy hlavička naléhá excentricky na pánevní vchod a překračuje tím lineu arcuatu. Tyto polohy můžeme dále dělit na příznivé a nepříznivé, podle toho, kam směřuje hřbet plodu. Jedná se pouze o polohy přechodné.

1.2 Naléhání (presentatio)

Naléhání plodu souvisí s jeho polohou. Jedná se o vztah naléhající části plodu k pánevnímu vchodu. Zaměří-li se na polohu podélnou, jedná se o naléhání hlavičkou nebo koncem pánevním.

Pokud plod v poloze podélné hlavičkou naléhá záhlavím, jedná se o fyziologickou polohu. Hlava je flektovaná, malá fontanela je v kontaktu s pánví. Můžeme se setkat i s patologickými deflexními polohami, například poloha čelní, obličejová nebo naléhání předhlavím, které znesnadňují průchod pánví.

O naléhání koncem pánevním se jedná, pokud do pánevního vchodu směřuje pánevní konec plodu. Porod plodu v poloze podélné koncem pánevním je považován za rizikový.

1.3 Postavení (positio)

U podélných poloh je určeno postavení uložením hřbetu plodu ve vztahu k děložní hraně. U poloh příčných postavení určuje uložení hlavičky plodu na jedné z lopat kyčelních. V podélné poloze se nejčastěji setkáme s levým předním a pravým zadním postavením, které je dáno fyziologickou dextrotorzí, dextroverzí dělohy během těhotenství.

1.4 Držení (habitus)

Držení plodu je určeno vzájemným vztahem částí plodu k sobě. Části plodu bývají uspořádány tak, aby plod v dutině děložní zaujímal co nejmenší prostor. Hlavička a končetiny bývají flektovány, hřbet prohnut. Pokud dojde k vztyčení některé z končetin nebo k deflexi hlavičky, mluvíme o držení nepravidelném. (2)

2 KONEC PÁNEVNÍ, JEHO DĚLENÍ A DIAGNOSTIKA

Konec pánevní je poloha, kdy plod svými hýžděmi naléhá na pánevní vchod, zatímco hlava směřuje do fundu. Jedná se o polohu abnormální, ale stále je považována za fyziologickou. Tato poloha se za porodu vyskytuje přibližně u tří až čtyř žen ze sta. Existuje mnoho důvodů, proč plod přetrvává v této poloze až do porodu. Mezi ně můžeme zařadit například různé děložní anomálie, myomatózní dělohu, vícečetné těhotenství, předčasný porod, oligohydramnion, včestnou placentu nebo krátkou pupeční šňůru. Polohu plodu může ovlivnit i velikost plodu nebo případná přítomnost intrauterinní růstové retardace. (5, 12)

2.1 Typy uložení plodu v poloze koncem pánevním

Uložení plodu v poloze koncem pánevním není vždy jednoznačné. Podle držení nožek plodu můžeme tuto polohu dále dělit na konec pánevní úplný (praesentatio pelvina completa) a konec pánevní neúplný (praesentatio pelvina incompleta).

Úplný konec pánevní nastává, když plod naléhá na pánevní vchod hýžděmi a nožkami zároveň. Ty jsou pokrčené a zároveň přitažené k břichu. Procházející průměr při porodu bývá 32 centimetrů.

O neúplném konci pánevním mluvíme, když plod naléhá na pánevní vchod koleny, jednou nebo oběma nožkami, případně kombinovaně jedním kolínkem a jednou nožkou. Tyto polohy nejsou příznivé pro vaginální porod, jelikož dochází k nedokonalému otevírání děložního hrdla v I. době porodní.

Nejpříznivější varianta neúplného konce pánevního je poloha řitní, kdy naléhají pouze obě hýždě a nožky jsou vztyčeny před břichem. Procházející průměr bývá 27 centimetrů. (2, 20)

2.2 Diagnostika polohy podélné koncem pánevním

Polohu plodu můžeme diagnostikovat zpravidla až v období kolem 36. týdne gravidity, kdy se plod v děložní dutině fixuje a nemá již tolik prostoru pro pohyb. Správná diagnostika této polohy je nezbytná k určení vhodného způsobu porodu.

K diagnostice polohy plodu můžeme využít vnější vyšetření, ultrazvuk a za porodu i vnitřní vyšetření. (12)

2.2.1 Vnější vyšetření

Vyšetříme-li těhotnou ženu Pawlíkovým hmatem, zjistíme, že nad symfýzou nehmatáme hlavičku plodu jako tvrdou kulovou část. Místo toho se v dolním děložním segmentu nachází měkká velká část plodu. Nemůžeme nahmatat krční rýhu a ozvy plodu bývají nejzřetelnější podle postavení v horních děložních kvadrantech nebo kolem pupku. Zároveň bývá fundus vysunut o něco výš. (2, 20)

Porodní asistentky by neměly zapomínat, že vnější vyšetření bylo dlouhou dobu jedinou možností, jak správně určit v prenatalním období polohu dítěte. Každá porodní asistentka by ho měla dokonale ovládat. Moderní přístroje jsou velice užitečné, ale ruce a um jsou k dispozici neustále. Zároveň je to způsob, kdy matka a asistentka navazují vzájemný kontakt. (17)

2.2.2 Ultrazvuková diagnostika

Ultrazvukové přístroje jsou hojně rozšířeny ve všech porodnicích a většině lékařských praxí. Jsou nezbytnými pomocníky při určování polohy koncem pánevním a hlavně pomáhají při rozhodování o způsobu porodu a jeho managementu.

Ultrazvuk nám pomůže zhodnotit polohu plodu, upřesnit o jaký typ konce pánevního se jedná, určit množství vody plodové a zároveň odhadnout hmotnost plodu. Sekce perinatální medicíny doporučuje vést vaginální porod v poloze koncem pánevním úplným nebo neúplným řitním při hmotnostním odhadu mezi 2500 a 3500 gramy. Ultrazvukem také důkladně změříme vnitřní pánevní rozměry, abychom včas vyloučili případný kefalopelvický nepoměr. (1, 19)

2.2.3 Vnitřní vyšetření za porodu

Při vaginálním vyšetření pootevřeným hrdlem děložním nehmatáme šev šípový ani fontanely, ale rozeznáme hýždě plodu společně s genitoanální rýhou a kostrčí, která je pohyblivá. U konce pánevního neúplného můžeme nahmatat kolínko nebo nožku plodu. Genitál bývá často nehmatný. (5)

3 METODY OBRATU PLODU DO POLOHY PODÉLNÉ HLAVIČKOU

Je-li plod v poloze podélné koncem pánevním, má matka možnost využít některou z přirozených metod sloužících k obratu plodu. Pokud se dítě samovolně neobrátilo, může být prospěšný pokus o obrat zevními hmaty, který je doporučeno provádět porodníkem mezi 36. až 38. týdnem gravidity. Ovšem žádná z těchto metod nebývá stoprocentní. Mnoho dětí zůstává v poloze koncem pánevním a příčina je odhalena až po porodu.

3.1 Přirozené metody

V poslední době již nejsou ženy plně odkázány na pouhé informace lékaře, ale jsou schopny si sami vyhledat odpovědi na otázky, které je zajímají. Zároveň se pomalu ustupuje od plně medikalizovaných porodů a částečně se navracíme k jisté přirozenosti a alternativám. Toho mohou ženy využít i při pokusech o obrat konce pánevního. Není ovšem zcela prokázané, zda se o případný obrat plodu zasloužily tyto metody nebo se dítě přetočilo samo.

3.1.1 Čas a klid

Čas a klid je důležitý k tomu, abychom docílili správného obratu plodu. Ingeborg Stadelmann říká: „*Některé ženy jsou již ve 30. týdnu neklidné a přicházejí k nám do ordinace, když zjistí, že se jejich dítě stále nachází v poloze koncem pánevním. V té době ženy především uklidňují, neboť dítěti zbývá ještě dost týdnů na to, aby se obrátilo do správné polohy. Jenom díky ultrazvuku matka ví, že je dítě v obrácené poloze, kdyby to nevěděla, nedělala by si v tuto dobu jistě žádné starosti.*“ (6, str. 116)

Zároveň Stadelmann nabádá nastávající matky, aby v duchu byly se svým dítětem a snažily si představit, proč se dítě takto otočilo. Porodní asistentka a matka často dojdou k společnému závěru, že se rodiče těhotenstvím příliš nezabývali a novou životní situaci brali samozřejmě. Ženy po těchto rozhovorech vidí svůj problém i ze strany dítěte a zahrnou ho do dění.

3.1.2 Indický most

Ideální doba pro tento cvik je když má žena prázdný žaludek a dítě je dostatečně čilé. Lehne si na záda, pokrčí nohy a lýtka dá co nejbližší k tělu. V této pozici zvedne co nejvýše pánev. Tím je prohnuta v kříži, což nebývá pro dítě pohodlné. Pro větší pohodlí si pod ni může podstrčit polštář. Nastávající matka si sama zvolí dobu, po kterou v této pozici vydrží. Po zaujmutí polohy se žena snaží uvolnit a představí si, jak dítě tlačí na děložní fundus. Myslí na to, jak se dítě postupně přetáčí, ve snaze uvolnit si hlavičku a mít ji opět nahoře. Některé děti se takto otočí.

Polohu může žena opakovat několikrát denně. Pokud jí to bude vyhovovat, tak může zapojit i svého partnera, který jí pánev podepře a zároveň může masírovat břicho olejem. Ideální je olej s levandulí, řebříčkem, cedrem nebo růží. Vhodný je taky správný směr masáže a to ve směru obratu dítěte. Dobré je přejít nakonec z této polohy na všechny čtyři a dostatečně se prodýchat. (16, 17)

Druhou variantou této metody je poloha, kdy se žena o zem opře koleny a hrudníkem, zatímco pánev vysune vzhůru. Tímto způsobem předejdeme aortokaválnímu syndromu, který hrozí u indického mostu. (6)

3.1.3 Hudba

Hudba je další alternativní metoda, kterou se lze pokusit o obrat konce pánevního. Matka si může vzít sluchátka, které si položí na podbříšek a pouští si pro ni příjemnou muziku. Místo hudby je možné využít partnerův hlas, který k dítěti promlouvá pomocí ruličky od toaletního papíru. Říká se, že děťátko se bude chtít dostat blíže ke zdroji zvuku a otočí se do polohy podélné hlavičkou.

Podobný způsob využívá vlastností světla. Dle této metody se dítě otočí za světlem, kterým si matka svítí na podbříšek. (6, 16)

3.1.4 Moxování

Moxování je léčebná metoda tradiční čínské medicíny. Podobá se akupunktuře, ale místo jehel se používají pelyňkové cigarety. Těmi se prohřívají akupunkturální body ležící na drahách energie, meridiánech. Dráhy spojují jednotlivé orgány a zároveň po nich proudí energie. Při pokusu o obrat konce pánevního se zahřívá určitý bod na malíčku dolní končetiny a tím se působí na meridián močový měchýř-ledviny. Dojde k pozitivnímu působení na děložní svalovinu a svaly malé pánve, čímž se podpoří

normální průběh těhotenství a dítě by se dle této metody mělo ke konci těhotenství přetočit.

3.1.5 Homeopatické prostředky

Homeopatie není schopna s ničím, ani s dítětem pohybovat. Porodní asistentka se může pokusit pomocí této metody o aktivaci dítěte a děložní stěny. Ovšem dítě, které se z nějakého důvodu otočit nechce, homeopatie přetočit nedokáže. (17)

3.2 Obrat konce pánevního zevními hmaty

Tato metoda se provádí v různých kulturách řadu let. Po celém světě je dodnes hojně používaná vzhledem k tomu, že se považuje za levný a bezpečný nástroj k obratu plodu do polohy podélné. Například na Yucatánském poloostrově v mayské populaci využívají tamější porodní báby sérii masáží, kterými lze docílit obratu plodu do polohy podélné hlavičkou. V této tradici pokračují i některé porodní asistentky ve Spojených státech. Podle nich se dítě snadno obrátí, pokud je matka uvolněná a porodní asistentce důvěřuje. Zároveň je kladen důraz na šetrnost těchto metod, jelikož není vhodné nutit dítě k obratu násilím. (6)

V moderní medicíně má metoda obratu plodu zevními hmaty stanovená jasná pravidla a je důležité, aby před samotným pokusem byly splněny určité podmínky. A to zejména fyziologický průběh gravidity, porodnická anamnéza nezatížená operací na děloze a pohyblivost plodu s dostatečným množstvím vody plodové.

Jsou-li tyto podmínky splněny, provede se pomocí ultrazvukového vyšetření zhodnocení polohy dítěte, jeho odhadovaná váha, množství vody plodové a uložení placenty. Pokud již nastaly pravidelné kontrakce nebo odtekla voda plodová, je výkon kontraindikován. Dalším důvodem k neprovedení obratu může být i nesouhlas budoucí matky nebo známky hypoxie plodu. Proto se před samotným výkonem provede těhotné ženě také kardiokografické vyšetření.

Matka se následně uloží na záda a snaží se o maximální uvolnění. Někdy je možné předem podat léky tlumící děložní činnost. Porodník namaže matčino břicho gelem a poté se pokouší zevními hmaty dítě nejprve pozvednout z pánve a pak pomalu otočit hlavičkou dolů. Směr otáčení může být buď hlavičkou plodu k břichu (roll-over) nebo k zádkám (back-flip). Celý proces se sleduje na ultrazvuku a zároveň je neustále monitorována srdeční akce plodu. Pokus o obrat plodu může trvat maximálně patnáct

minut. Výkon se po uplynutí časového limitu ukončí i v případě neúspěšného výsledku. Na konci je vždy nutné znovu natočit kardiokografický záznam, pro kontrolu stavu dítěte. (9)

4 POROD PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM V HISTORII

Během historie probíhal vývoj metody porodu plodu v této poloze současně s ostatními objevy medicíny, zejména se jednalo o pokrok v fyziologii a morfologii. Již v dávných dobách se rozlišovaly jednotlivé polohy a vědělo se, které jsou poroditelné (například polohy podélné hlavičkou) a které ne (polohy příčné, které nebyly nazývány takto sumárně, ale podle naléhající části těla). O tom, jak v tomto ohledu zhodnotit polohy koncem pánevním, trvaly dlouho rozpory. Postupně se odhaloval mechanismus porodu koncem pánevním a vytvářely se lékařské strategie. Na prvním místě se uplatňovala manuální extrakce plodu, na druhém místě teprve používání nástrojů jako jsou kleště nebo háky. Velké rozdíly v počínání byly zřetelné zejména mezi zeměmi rozvinutými a nerozvinutými.

Jednou z nejstarších porodnických operací byla pravděpodobně extrakce za nožky plodu. I u makaků je pozorováno, že samice za porozenou část plodu zatáhnou, čímž dojde ke vztyčení obou ruček plodu a tím pádem k zaklínění hlavičky. Stejně poměry platí i u lidí.

Už Hippokrates (460–370 př. n. l.) se na porody koncem pánevním díval s obavami. Radil, aby se u řítních poloh prováděly obraty na hlavičku a to u živých i mrtvých plodů. Pokud se pokus o obrat nevydařil, byla snaha plod vytáhnout. V případě neúspěchu se předčasně odřezávali části plodu a pomocí háků se vytahovaly ven. Ve starověku se rodily plody v poloze koncem pánevním i spontánně. Nazývány byly Agrippae, termín složený z řeckých slov agrios-divoký a hippa-klisna. Tento název vznikl podle hříbat divokých klisen, kterým jsou při porodu vidět nejprve nohy.

Podle tehdejších představ porod probíhal tak, že se plod opřel nožkami a dno pánevní a ven se dostával svými vlastními pohyby. To bylo vyvráceno až Jeanem Astrucem (1684–1766), teoretickým porodníkem, který označil za nejvýznamnější porodní sílu děložní kontrakce.

Ve středověku, kde v porodnictví hrály hlavní roli převážně porodní báby, téměř vymizely znalosti ohledně obratu a extrakce. Znovu se k těmto postupům vrátil až Ambrois Paré (1510–1590), francouzský královský chirurg. Jeho metody přebírali i ostatní chirurgové, kteří řešili většinu nepostupujících porodů destrukčními operacemi. Císařský řez byl v té době spojen téměř se stoprocentní mortalitou, proto se prováděl

zejména u mrtvých či umírajících žen. Hlavním cílem bylo u nepostupujících porodů především neohrožit život rodičky.

V 18. století napsal vídeňský učitel porodnictví Raphael Johann Steidele (1737–1823) knihu určenou převážně pro porodní báby: „K naučení kniha o babském umění“. Do českého jazyka byla přeložena Ignatzem Ruthem. Autor v ní například nedoporučuje rodit plody v poloze koncem pánevním na porodní stoličce, ale výhradně na příčné posteli. Varuje před uvíznutím hlavičky a upozorňuje na možnost uskřínutí pupečníku. Nesouhlasí s násilným taháním za plod a při protrahovaném porodu používá máslo. Smrt plodu v této poloze byla považována za obvyklou komplikaci, Steidele proto doporučoval pokřtít plod na nožičky.

V Čechách vzniká pražská porodnická škola, kterou svého času vedl Antonín Jan Jungmann (1775–1854), lékař a překladatel. Seepsal knížku s názvem Umění babické, kde mimo jiné popisuje metodiku porodu plodu koncem pánevním. Píše, že lepší průběh porodu bývá u vícerodiček, důležité jsou ovšem vydatné kontrakce. Stejně jako Steidele doporučuje v nouzi dítě včas pokřtít.

V Evropě se začíná porodnictví dělit na konzervativní a aktivní. Postupně se přestává spoléhat na matku Přírodu, zároveň se ale vyřazují zbytečné operační metody. Stále ovšem dochází k rozsáhlým traumatům plodu, zejména obrnám nebo poruchám brachiálního plexu. V té době byla u zúžené pánve běžnou komplikací utržená hlava plodu, čemuž se odborné publikace velmi věnovaly. Císařský řez je stále doprovázen velkou mortalitou, proto u vcestného lůžka zavádí John Braxton Hicks (1823–1897), britský porodník, obrat na nožky, kdy je proděravěná placenta tamponována vtaženým koncem pánevním.

Velký posun nastal při objevu narkózy, krevních skupin, srdečních ozev plodu a rozvoji mikrobiologie. Extrakční metody přetrvávaly až do 20. století, spontánní porody plodů v poloze koncem pánevním bývaly převážně u nedonošených plodů. Až poté se v Evropě začínají propracovávat metody dle Covjanova, Brachta a Thiessena, čímž se opouští od zbytečně aktivních extrakcí, které mohou způsobit značné komplikace. Porodník je aktivní zejména až v poslední fázi, kdy je třeba udržet správné držení plodu a zajistit ukončení porodu do tří minut po porození pupečníku. Díky předchozímu pasivnímu vedení porodu se málokdy objevovaly vztyčené ručky plodu. S rozvojem operativy se postupně opouštělo od vedení porodu vaginální cestou, ovšem v nerozvinutých zemích při selhání spontánního porodu v poloze koncem pánevním stále zůstává prostor pro extrakční metody. (4)

5 VAGINÁLNÍ POROD PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM

Vyhláška číslo 424/2004 Sb., která popisuje kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků včetně porodních asistentek, definuje, že porodní asistentky v neodkladných případech, kterými se myslí případné ohrožení života ženy nebo dítěte, mohou vézt i porody v poloze koncem pánevním. Nejedná se tedy o jejich hlavní činnost, ale i přesto se s tímto případem setkat mohou. Proto je důležité, aby i porodní asistentky znaly správný postup porodu plodu v této poloze. (18)

5.1 Mechanismus porodu plodu

Porodní mechanismus je soubor pohybů, které vykonává plod při průchodu porodními cestami. Jedná se o vzájemné působení stahů dělohy proti odporu porodních cest. Mechanismus lidského porodu je výsledek dlouhého vývoje, který započal už u předchůdců člověka. Vzpřímením postavy nastává i přeměna pánve, proto se porod člověka významně liší od porodu zvířete. Například přímý průměr pánevního vchodu mají lidé nejmenší, na rozdíl od jiných savců. Objem hlavičky se velikostně blíží objemu malé pánve, proto je třeba na vypuzení plodu vyvinout značnou sílu. (14)

Mechanismus porodu plodu koncem pánevním je složitější než u porodu hlavičkou. Důvodem je, že v této poloze probíhá mechanismus tří částí plodu, a to hýždí, ramének a hlavičky. Vzhledem k tomu hrozí větší riziko případných komplikací, a tak dnešní porodnictví řadí porody koncem pánevním mezi rizikové. (2)

5.1.1 Mechanismus porodu hýždí

Genitoanální rýha vstupuje do vchodu pánevního obvykle v šikmém průměru, kostrč směřuje podle postavení. Díky předozadní asymetrii pánve se hýždě, která je uložena více vpředu, stává vedoucí hýždí. V úžině začíná vedoucí bod rotovat směrem ke sponě, genitoanální rýha je v příčném průměru. V poševním východu začíná prořezávat nejprve přední hýždě, genitoanální rýha a nakonec hýždě uložená vzadu.

5.1.2 Mechanismus porodu ramének

Jakmile se hýždě plodu nachází v pánevním východu, začínají do pánve vstupovat i raménka. Biakromiální průměr probíhá v opačném průměru než genitoanální rýha, tedy

vstupuje do pánevního vchodu v opačném šikmém průměru. Mezi úžinou a východem se přední raménko stočí pod symfýzu a biakromiální průměr se dostává do přímého průměru. Před hráz se obvykle rodí obě raménka současně.

5.1.3 Mechanismus porodu hlavičky

Hlavička začíná vstupovat do pánve v době, kdy se v introitu objeví úpon pupečníku. V tuto dobu dochází ke kompresi pupečních cév, které probíhají podél ní porodním kanálem. Obvodový tlak může být před 200 mm Hg. Porod by se měl od této chvíle ukončit do dvou minut. Flektovaná hlavička prochází subokcipitobregmatickým obvodem, šev šípový se nachází v šikmém nebo příčném průměru vchodu pánevního. Hlava se nachází v úžině v době, kdy se rodí raménka. Začíná probíhat vnitřní rotace a záhlaví plodu se dostává pod symfýzu. Na hrázi se objeví nejprve brada, obličej, čelo a následuje zbytek hlavičky. (2, 20)

5.2 Podmínky pro vedení vaginálního porodu

Důležitým kritériem pro vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním vaginální cestou je nepřítomnost kontraindikací k vaginálnímu porodu, jako je například kefalopelvicý nepoměr, překážka v porodních cestách nebo onemocnění matky. Kromě těchto obecných příčin, které se vztahují i na porod v poloze podélné hlavičkou, musí být splněny i specifické podmínky pro tuto polohu.

- Primipary mohou rodit vaginálně pouze plody s váhovým odhadem mezi 2500 až 3500 gramy. U multipar je tato hranice mezi 2500 a 3800 gramy.
- Pánev musí být dostatečně prostorná, conjugata diagonalis musí měřit více než dvanáct centimetrů.
- Plod musí zaujímat poroditelnou polohu, tedy buď úplný konec pánevní, nebo neúplný konec pánevní řitní.
- Dále musí být dostatečné množství vody plodové, plod s tendencí vstupovat do pánve a bez známek hypoxie. (2, 19)

5.3 Průběh I. doby porodní

V první řadě je důležitá včasná diagnostika této rizikové polohy, abychom mohli s předstihem rozhodnout o způsobu vedení porodu. Rodička by před porodem měla být

informována o možných rizicích a výhodách spojených s jednotlivými metodami porodu. Na základě toho se sama může rozhodnout o způsobu vedení porodu. Rozhodnutí těhotné ženy by měl porodník respektovat vyjma stavů, které by mohly ohrozit její život nebo život plodu.

Délka trvání první doby porodní bývá obvykle delší než u polohy podélné hlavičkou. Důvodem je měkký konec pánevní, který nestimuluje nervové receptory ovlivňující děložní práci tolik jako naléhající hlavička. Voda plodová bývá častěji zbarvena do zelena. Důvodem většinou není hypoxie plodu, častěji se voda zkalí smolkou při tlaku dolního děložního segmentu na břicho plodu.

Při příjmu rodičky na porodní sál porodní asistentka vždy kontaktuje vedoucího lékaře, který ženu vyšetří a rozhodne o dalším vedení porodu. Vak blan se snažíme udržet co nejdéle, dirupce se provádí až ke konci I. doby porodní. Po spontánním odtoku plodové vody ihned ženu přešetříme vzhledem k vyššímu riziku výhřezu pupečníku. Pečlivě sledujeme srdeční frekvenci plodu během porodu a hodnotíme intenzitu děložní činnosti a její vliv na průběh porodu. Zároveň dbáme na dostatečný příjem tekutin. (2, 7)

5.3.1 Úkoly porodní asistentky během I. doby porodní

Porod plodu v poloze koncem pánevním může probíhat jako každý jiný normální porod, ovšem značnou roli hraje i přístup zdravotníků. Každá porodní asistentka pečující o ženu při normálním i nepravidelném porodu by měla disponovat určitými dovednostmi, zkušenostmi a sebedůvěrou. Její přístup a postoj k porodu má značný vliv na výsledek. Nejistota ze strany porodní asistentky může ovlivnit jistotu rodičky a tím i průběh porodu.

Porodní asistentka by měla ženě i partnerovi vysvětlit danou situaci a seznámit je s jejich možnostmi. Zároveň by měla v rodičích podporovat sebedůvěru a jistotu, že se dítě i v této poloze může porodit normálně. Ovšem je vhodné předem ženu připravit na možnost ukončení porodu císařským řezem. Nastane-li taková situace, je opět důležitá dostatečná podpora a edukace.

Porodní asistentka pečující o ženu během porodu koncem pánevním musí uvážlivě posuzovat průběh a k tomu je zapotřebí porozumění fyziologii takového porodu, značná trpělivost a osvojení si specifických postupů. Neméně důležitá je i zkušenost a vhodná metoda komunikace.

Úkolem porodní asistentky v I. době porodní je i vhodné polohování rodičí ženy. Zavedení epidurální anestézie nebo průběžného kardiokografického monitorování plodu omezí možnosti pohybu. Porodní asistentka by se i přesto měla snažit ženě pomoci zaujmout vhodnou polohu a zajistit volný pohyb. (10)

5.4 Průběh II. doby porodní

Na začátku II. doby porodní dbáme na to, aby se rodička nevysílila předčasným tlačáním. Po dezinfekci rodidel infiltrujeme hráz 1% Mesocainem a vycévkuje močový měchýř. S rouškou v ruce několik kontrakcí tlačíme proti poševnímu introitu, bráníme tak případnému proříznutí nožky a zároveň udržujeme plod ve flekčním držení. Následuje vydatný nástřih hráze a porod plodu podle některého z vypracovaných postupů. (2)

5.4.1 Metoda dle Covjanova

Covjanov popsal tuto metodu v roce 1929 a v současnosti je to nejpoužívanější způsob porodu plodu v poloze koncem pánevním v České republice.

Položíme ruce na zevní rodidla a vytvoříme kanál, kterým prodlužujeme porodní cesty. Jakmile plod postoupí, prsty ho udržujeme ve směru pánevní osy. Při porodu předního raménka plod sklopíme, naopak při prostupu zadního raménka plod mírně nadzvedáváme. Ručky plodu vypadnou z pochvy. Pokud vážně porod hlavičky, Covjanov doporučuje Mauriceau-Levret-Smellieho hmat.

5.4.2 Metoda dle Brachta

Metoda byla popsána v roce 1938. Autor vychází z předpokladu, že se plod v poloze koncem pánevním rodí jako válec, který se otáčí kolem spony stydké. První polovina těla se rodí stejným způsobem jako u Covjanovy metody, horní polovina se rodí samovolně. Uchopíme porozenou část plodu a po porodu pupečníku zvedáme plod k břichu ženy, zatímco asistence působí tlakem nad sponou. Hrudník se rodí společně s raménky jako jeden celek, následuje i hlavička. Tato metoda není považována za zcela fyziologickou, nepřiměřené páčení kolem symfýzy může způsobit nitrolební poranění.

5.4.3 Mauriceau-Levret-Smelieho hmat

Tímto hmatem se za porodu snažíme manuálně pomoci hlavičce. Zavedeme do pochvy ruku podle postavení plodu a porozený trup si opřeme o předloktí. Prostředníček druhé ruky položíme na okciput a dva protilehlé prsty na raménka plodu. Prostředníček vnitřní ruky zavedeme plodu do úst nebo jej opřeme o maxilu. Protilehlé prsty se opřou a lícni kosti. Začneme tahat hlavičku směrem dolů, ve východu ji vedeme dopředu a nahoru. Trup plodu zvedáme k břichu ženy. Asistence tlačí dlaní nad symfýzou. (20)

5.5 Rizika vaginálního porodu

Poloha plodu koncem pánevním nese pro porod větší rizika než naléhání hlavičkou. Již v těhotenství hrozí předčasný odtok vody plodové, jelikož konec pánevní neoddeluje přední a zadní vodu plodovou stejně dobře jako hlavička. Stejný důvod, tedy nerovnoměrnost konce pánevního, může způsobit za porodu výhřez pupečníku. Je to zapříčiněno tím, že porodní kanál není dokonale utěsněn.

Při vedení porodu vaginální cestou může dojít k častějším porodním poraněním matky, které jsou známkou nezvládnuté porodnické techniky. Sem můžeme zařadit ruptury hráze, pochvy, děložního hrdla nebo dolního děložního segmentu. Při ukončení těhotenství císařským řezem hrozí rizika spojená s tímto výkonem.

Nejrůznějšími traumaty je za porodu ohrožen i samotný plod. Hrozí poranění pohybového systému, krvácení do dutiny lebeční, pohmoždění měkkých tkání včetně vnitřních orgánů a nervů. Tyto následky rovněž svědčí pro nevhodnou strategii vedení porodu.

Mezi další porodní rizika patří například přestávka v děložní činnosti v době, kdy je pupečník utlačen vstupující hlavičkou, vztyčení ruček při porodu ramének, spasmus branky během porodu nebo vzácně deflexe hlavičky před vstupem do pánve. V neposlední řadě je i častější riziko hypoxie plodu než u polohy podélné hlavičkou. (2, 15)

6 OPERATIVNÍ UKONČENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

Porodnické operace jsou výkony, které se provádí v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud je ohrožen život matky nebo plodu. V současném vývoji porodnictví a operativy se ustupuje od vaginálních operací a pozvolně narůstá počet císařských řezů. Při poloze plodu koncem pánevním se využívají zejména zevní obraty, o kterých se zmiňují v předchozích kapitolách a porod císařským řezem. V akutních případech se využívají i extrakční metody. (20)

6.1 Extrakce plodu

Ještě po polovině 20. století patřily znalosti porodnických operací spojených s porodem koncem pánevním vaginální cestou k nezbytné výbavě každého porodníka. Rozvojem medicíny, objevem krevních skupin nebo antibiotik se od těchto metod upouští a do popředí se dostává porod císařským řezem. Přesto by se znalost těchto manuálních manévřů měla zachovat.

Extrakce se provádí při akutní hypoxii plodu, akutním stavu matky, nepostupujícím porodu nebo při silném krvácení při rozvinuté brance. Je nutné, aby byly splněny určité podmínky a to dostatečně prostorná pánev, rozvinutá branka, odteklá plodová voda a plod normální velikosti. Způsob provedení extrakce závisí především na rovině, ve které se nachází vedoucí bod plodu. (3, 20)

6.1.1 Digitální extrakce

Provádí se, pokud je konec pánevní vstoupilý do vchodu pánevního a přední inguina je dosažitelná. Zahákneme za ni ukazovák, palec přiložíme na křížovou kost plodu a za vydatné kontrakce začne pomalu rodit přední hýždi. Stejným způsobem se porodí i zadní. Dříve se tato extrakce prováděla pomocí háků a kleští, od čehož se postupně ustoupilo. Neosvědčila se ani vakuumentrakce. (2)

6.1.2 Manuální extrakce

Vykonává se tahem za jednu nožku tak, aby byl zachován fyziologický mechanismus porodu. Tuto extrakci dělíme na tři fáze a to na vybavení nožek a trupu, ruček a hlavičky.

Uchopíme nožku plodu a za kontrakce provádíme tah ve směru pánevní osy. V trakci pokračujeme, dokud se lopata kyčelní kosti plodu neopře o symfýzu. Nožku zdviháme a tím porodíme zadní hýždi. Po porodu konce pánevního plod uchopíme za nožky a zvedáme až po porození dolního okraje lopatky. Následně plod sklápíme a tím porodíme přední raménko. Opětovným zdvihnutím porodíme zadní raménko. Hlavička se porodí pomocí Mauriceau-Levret-Smelieho hmatu.

Mezi další porodnické extrakce můžeme zařadit vybavení vztyčených ruček Mülerovo, kombinovanou nebo klasickou metodou. Nezbytné je, aby porodníci ovládali i extrakci hlavičky při abnormální rotaci nebo při deflexi hlavičky. (20)

6.2 Císařský řez

V dnešní době se provádí vždy, kdy je kontraindikace k vaginálnímu porodu koncem pánevním nebo pokud nastane indikace k jeho provedení během první doby porodní. Poloha plodu koncem pánevním je zároveň jediná situace, kdy se může matka sama rozhodnout o vedení způsobu porodu.

6.2.1 Indikace k S. C.

Mezi časté indikace k primárnímu císařskému řezu u plodu v poloze koncem pánevním patří kefalopelvický nepoměr, vysokostojící konec pánevní, primipara nad 35 let, vrozené nebo získané vady dělohy, naléhání plodu nožkami nebo kolénkem, váhový odhad neodpovídající doporučením pro vaginální porod, chronické onemocnění matky, nepříznivá porodnická anamnéza jako je stav po sekci a jiné.

Indikace k akutnímu císařskému řezu v průběhu porodu bývají nejčastěji hrozící hypoxie plodu, výhřez pupečníku, unavená nebo nespolupracující rodička, medikamentózně nezvládnutelný nepostupující porod. (15)

7 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NEBO SPONTÁNNÍ POROD

Každá žena s plodem v poloze koncem pánevním by měla na konci těhotenství se svým lékařem podrobně probrat její možnosti a zvolit vhodný způsob porodu. V současně době je tendence ukončovat veškeré porody zvláště u primipar císařským řezem. (18)

Studie o porodech koncem pánevním („Term Breech Trial“, Hannah et al 2000) se snažila přesvědčivě určit nejvhodnější metodou ukončení těhotenství. Výzkum zahrnoval 2083 žen z 121 center ve 26 zemích. Kritériem pro zařazení do studie byl živý plod v poloze koncem pánevním nad 37. týden gravidity. Vylučovací kritéria zahrnovala kefalopelvický nepoměr plodu, odhadovaná hmotnost nad 4000 gramů, anomálie plodu nebo přítomnost kontraindikací k vaginální porodu (př. placenta praevia). Studie zjistila, že po plánovaném císařském řezu byla nižší kojenecká úmrtnost a nemocnost u dětí v poloze koncem pánevním. Mateřská mortalita a morbidita byla stejná jak u vaginálního porodu, tak u císařského řezu. (13)

Výsledky studie zásadně ovlivnily postoj zdravotnických pracovníků k porodům koncem pánevním. Přinesly s sebou také nový celosvětový standard péče při vedení těchto porodů. Ovšem vyloučí-li se z tohoto výzkumu ženy, jejichž porod byl protrahovaný, indukovaný, urychlovaný či tlumený epidurální anestézií, popřípadě u porodu chyběl zkušený zdravotník, byly výsledky podobné jak u porodu císařským řezem, tak u vaginálního porodu. Uspokojení rodiček v této studii rovněž nebylo bráno v potaz. (10)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 VYPRACOVÁNÍ

8.1 Problém

Každá žena má v současném porodnictví při poloze plodu koncem pánevním volnost ve výběru způsobu porodu. Důvody, které vedou ženy k jednotlivým rozhodnutím a jak ke každé z metod porodu přistupují, jsou různé. Otázkou je, zda mají ženy v dnešní době správné objektivní informace o výhodách či nevýhodách vaginálního porodu, které jsou potřebné k jejich rozhodnutí.

8.2 Cíle

Zhodnotit vnímání a prožívání žen při diagnostikované poloze plodu koncem pánevním a posoudit jejich subjektivní názor na způsob vedení porodu.

Cíl 1: Zjistit jakým způsobem byla diagnostikována poloha koncem pánevním. Jaké doporučení porodní asistentka předala.

Cíl 2: Zjistit, jestli byla žena v těhotenství informována o některých metodách obratu plodu a zda jich využila v praxi.

Cíl 3: Zjistit, jak žena prožívala rozhodování o způsobu porodu a průběh samotného porodu.

8.3 Výzkumné otázky

Předala porodní asistentka ženám dostatek informací o specifických polohy koncem pánevním?

Má žena dostatek informací o metodách obratu plodu do polohy podélné hlavičkou?

Jaké bylo pro ženu rozhodování o způsobu porodu a jak prožívala jeho průběh?

8.4 Vzorek respondentů

Rozhovor byl určen ženám, které prožily porod plodu v poloze koncem pánevním. Výběr respondentů byl záměrný. Celkem byly provedeny tři rozhovory s ženami, které porodily vaginálně, plánovaným císařským řezem a akutním císařským řezem. Všechny rozhovory jsem použila do praktické části své bakalářské práce.

8.5 Metodika výzkumu

Pro vypracování své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, díky kterému je možné prozkoumat problém hlouběji. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor. Otázky jsem rozdělila na tři části. První část zkoumá období, kdy žena zjistila, že je plod v poloze koncem pánevním. Druhá část je zaměřená na její znalosti a zkušenosti s různými metodami obratu plodu do polohy podélné hlavičkou. Ve třetí se zabýváme přípravou na porod, výběrem způsobu porodu a porodem.

8.6 Zpracování výsledků

Rozhovor č. 1

Ženě č. 1 (J. K.) je 26 let, II. gravida, I. para. Termín porodu byl stanoven na 25. 10. 2011, porod plodu byl v 39. týdnu gravidity (38+6). Den předem přichází na oddělení rizikových těhotných GPK FN Plzeň k hospitalizaci pro plánovaný císařský řez. Plod se toho času nachází v poloze podélné koncem pánevním, řítní, postavení II.

RA: matka poudrazová epilepsie, tohoto času bez potíží

OA: opakované infekce močových cest, mutace MTHFR v heterozygotním stavu, nekouří

„Jaké pro vás byly první měsíce těhotenství? Snášela jste je dobře?“

„První měsíce, únor a březen, to jsem hodně zvracela. To nebylo moc příjemné, ale od dubna se to zpravilo a já mohla po celé těhotenství dělat téměř všechno. Nic mě neomezovalo, až se i ostatní divili, jak dobře to snáším. Neměla jsem ani žádné otoky a podobně.“

„Těhotenství jste s partnerem plánovali?“

„Ano, plánovali jsme.“

„Kdy jste se prvně dozvěděla, že je miminko v děloze koncem pánevním?“

„Dozvěděla jsem se to od svojí obvodní gynekoložky při prohlídce, asi tak na konci srpna. Při vyšetření mi rovnou řekla, že už se miminko pravděpodobně neotočí do normální polohy, takže jsem se s tím rovnou nějak smířila.“

„Už jste měla nějaké informace o této poloze nebo pro vás bylo důležité poučení od vaší lékařky, případně porodní asistentky?“

„Něco jsem už o tom věděla, ale moje lékařka mi byla velmi nápomocná. Doporučila mi, abych koncem pánevním raději nerodila, myslím spontánně. Podle ní by bylo lepší nechat si udělat císařský řez a to s epidurálem, ne s usmáním. Já jsem s ní ohledně císařského řezu souhlasila, nechtěla jsem rodit klasicky.“

„Proč si myslíte, že by byl porod císařským řezem pro vás a vaše dítě vhodnějším?“

„Já už jsem se o tom informovala sama před nějakou dobou, přibližně před půl rokem. Moje kamarádka totiž tehdy měla stejný problém. Takže jsme si o tom zjišťovaly informace, když rodila ona, zejména na internetu nebo v nějakých knížkách o těhotenství. Já jsem nechtěla rodit spontánně, aby se malý neoběsil na pupeční šňůře. Z toho mám totiž šílenou hrůzu, tak asi proto jsem se rozhodla takto. To byl ten hlavní důvod.“

„Věděla jste, proč vám vaše lékařka doporučuje epidurální anestézii?“

„Říkala mi, že jsou potom menší komplikace, tedy ne komplikace, ale spíše lepší průběh toho období po operaci. Třeba, že by měla odpadnout bolest v krku, malátnost a taková ta rozlámanost. A hlavně taky, že miminko po porodu uvidím hned. Což je pro mě velmi důležité. Už se nemůžu dočkat, až ho prvně uvidím a bůh ví, kdy by mi ho pak někdo přivezl.“

„Po tom co o vás převzala péči nemocnice, měla jste možnost se sama rozhodnout o způsobu porodu?“

„Ano, řekla jsem rovnou, že bych chtěla rodit tímto způsobem a jsem ráda, že mi tady všichni vyšli vstříc. Zaslouchla jsem sice nějaké názory, proč to chci zrovna takhle, přitom rizika bývají stejná. Já se ale nenechala zviklat.“

„Konzultovala jste svoje rozhodnutí partnerem? Měl na způsob porodu svůj názor nebo to nechal zcela na vás?“

„Jak už jsem se zmiňovala, tak celé moje rozhodnutí plynulo ze zkušeností kamarádky, takže já s nikým nic nekonzultovala a ani jsem se dlouho nerozmýšlela. Partner mi do ničeho nemluvil. Říkal, že rodím já, ne on, tak ať si sama zvolím, co pro mě bude nejpříjemnější.“

„Znáte nějaké přirozené metody, kterými se lze pokusit miminko otočit?“

„Moje paní doktorka mi radila, že si mám svítit na podbřišek. Přišlo mi to velmi směšné, ale řekli jsme si s manželem, proč bychom to nezkusili. Ale bohužel bez výsledku. A tchýně mi ještě říkala, že když budu na dítě hodně mluvit a vysvětlovat mu, že se musí otočit, tak se otočí. Ale taky nic. Asi máme lenocha.“

„Pokoušeli jste se v porodnici o obrat zevními hmaty?“

„Ne, to jsem nechtěla. Nikdo mi to teda ani nenabídl, ale i kdyby ano, tak bych to stejně odmítla. Gynekoložka mi říkala, že už se to dávno nepoužívá, protože je to docela nebezpečné a kamarádka na tom byla a říkala, že to hrozně bolelo. A její miminko pak mělo asi dva dny špatné ozvy, navíc ona nějakou dobu krvácela. Já osobně jsem tedy proti tomu.“

„Jak probíhala poslední noc těsně před výkonem?“

„Vůbec jsem nespala. Dostala jsem na noc nějakou injekci, ale nebylo to moc platný.“

„Měla jste strach?“

„Strach ani moc ne, spíše mě rušilo celkově to prostředí nemocnice. Byla jsem hospitalizovaná den před výkonem, takže to byla moje první noc v porodnici. Samozřejmě jsem zároveň přemýšlela, co mě bude druhý den čekat. Šla jsem do neznáma. Ze všeho nejhorší pro mě bylo čekání těsně před operací. Měla jsem jít na řadu v osm hodin, ale šla jsem až v jednu. Z toho jsem byla hodně nervózní.“

„Jaký byl pro vás samotný příchod na porodní sál?“

„Napřed mi dělali bandáže, dostala jsem cévku a podobně, to vše bylo dobrý, ale když jsem přišla přímo na sál, tak jsem litovala, že jsem se nenechala uspat celá. Bylo mi hodně špatně, chtělo se mi při tom výkonu zvracet, byla jsem hodně nervózní a navíc to celé trvalo dost dlouho. Přibližně jsem tam strávila asi hodinu.“

„A jaký byl přístup zdravotníků? Věděla jste, co se s vámi bude dít?“

„Personál byl skvělý, největší útechou byl pro mě anesteziolog. Vždy mi řekl, co se zrovna děje. Věděla jsem, kdy miminko vyndávali nebo kdy mě začali šít. Dokázal mě uklidnit. Jinak ta hodina byla nekonečná.“

„Miminko vám ukázali hned?“

„Ano, viděla jsem ho okamžitě. To pro mě byla jedna z mála výhod této anestézie.“

„Jaký byl pobyt na pooperačním pokoji?“

„Asi patnáct minut potom, co mě tam dovezli, mi přivezli miminko ukázat. Sestřičky mě s ním nechaly asi půl hodiny. Za tu dobu, co jsem tam ležela, mi ho dovezli asi dvakrát. Jinak jsem se tam postupně zotavovala. Zezačátku jsem myslela, že už nevstanu, ale postupně se to zlepšovalo.“

„Zkoušeli jste miminko přiložit k prsu?“

„Ano přikládali jsme a úspěšně. Myslím, že v tomto ohledu nebudeme mít žádné problémy.“

„A jak nyní zvládáte péči o miminko?“

„Já myslím, že dobře. Docela jsme se spolu s miminkem sžili a zvládáme to. Určitě taky díky personálu, který mi všechno hezky vysvětlí a ukáže. Myslím, že jsem se adaptovala dobře. Postupně se zlepšuje i můj stav a moje pohyblivost. Dnes je to o sto procent lepší než včera.“

„Kdybyste se dnes mohla znovu rozhodnout o způsobu porodu, zvolila byste si stejně?“

„Kdybych měla takovou možnost, tak bych znovu podstoupila císařský řez, ale nechala bych se celá uspat. Byla jsem nervózní z toho, že jsem byla při vědomí a že jsem si vše uvědomovala. Z toho mi bylo dost zle. Už nechci znovu prožít zážitek, kdy jsem seděla na stoličce, a píchali mě do páteře. Navíc jsem ráda, že jsem rodila císařským řezem, protože když se malý narodil, vážil přes čtyři tisíce gramů. Na sále mi pak řekli, že by to spontánně stejně nešlo. Přitom podle ultrazvuku měl váhu odhadnutou na tři tisíce tři sta gramů. Každopádně jsem ráda, že už to máme úspěšně za sebou a těším se domů.“

Diskuze

Rozhovor s klientkou proběhl na jednolůžkovém pokoji rizikových těhotných před plánovaným císařským řezem a následně na oddělení šestinedělí po výkonu. Z klientky vyzařovala jistota a sebevědomí. Nepocítovala jsem z jejího postoje známky nervozity, naopak se zřejmě na porod těšila.

Klientka již před těhotenstvím měla podvědomí o tom, co obnáší poloha koncem pánevním, vzhledem k tomu, že stejným způsobem prožívala těhotenství její kamarádka. Díky těmto zkušenostem si utvořila jasný názor na to, jakým směrem by se mělo její těhotenství ubírat. Nové informace a rady získávala především od svojí obvodní gynekoložky.

Klientka znala některé metody, kterými se lze pokusit o obrat plodu do polohy hlavičkou. Čerpala z doporučení gynekoložky a příbuzných. Ovšem podle mého názoru těmto metodám nepřikládala velký význam a cíleně nevyhledávala jiné způsoby, kterými by se dalo miminko otočit. Obrat zevními hmaty klientce nebyl navrhnut, ona by po negativních zkušenostech kamarádky tuto metodu odmítla.

Do porodnice šla klientka s jasným názorem na způsob vedení porodu. Byla ráda, že i přes některé negativní názory jí zdravotníci vyšli vstříc. Císařský řez zvolila, jelikož měla strach z komplikací, které mohou nastat při vaginálním porodu a ohrozit zdraví dítěte. Soudím, že byla spokojená s průběhem porodu i přístupem zdravotníků, volila by pouze jiný způsob anestézie.

Rozhovor č. 2

Ženě č. 2 (T. D.) je 31 let, II. gravida, I.para. Termín porodu byl stanoven na 4. 11. 2011, porod plodu byl v 38. týdnu gravidity (37+1). Přichází na porodní sál Mulačovi nemocnice v Plzni, pro odchod krvavých hlenů a počínající kontrakce. Plod je toho času v poloze podélné koncem pánevním, řítní, postavení II. Pacientka má zároveň stanovený těžký oligohydramnion. Přeje si ukončení těhotenství vaginálním porodem, těhotenství nakonec končí akutním císařským řezem.

RA: dědeček DM II. typu

OA: celyakie, kouřila před těhotenstvím

„Jak jste prožívala začátek těhotenství?“

„Dobře, o miminko jsme se s manželem už nějakou dobu pokoušeli, takže to pro mě byla radost. Nevolno mi začalo být až ve třetím měsíci, ale naštěstí to netrvalo moc dlouho. Přibližně jeden měsíc. Zbytek těhotenství jsem prožívala v klidu a pohodě.“

„Kdy jste se prvně dozvěděla, že je miminko v poloze koncem pánevním?“

„Dozvěděla jsem se to... Asi tak ve 30. týdnu těhotenství bylo hlavou dolů, a když jsem šla na návštěvu k paní doktorce ve 34. týdnu, tak už bylo zadečkem. A i přes moje očekávání už se neotočilo.“

„Věděla jste, co to obnáší? Bylo to pro vás něco nového nebo už jste měla nějaké informace?“

„Tak nové to pro mě úplně nebylo, během těhotenství jsem pročetla různé knížky, kde se o tom zmiňovali, ale já to většinou jen tak projela, nepřišlo mi to důležité. Dokud se to nezačalo týkat i mě. Zběžně jsem si nastudovala, o co vlastně jde.“

„Jak jste vnímala tuto situaci? Změnilo to váš přístup k nadcházejícímu porodu?“

„Já si po celou tu dobu až do porodu neustále opakovala, že se otočí. Nepřipouštěla jsem si jinou možnost. V některých knížkách jsem i našla, že se dítě otočilo těsně před

porodem, tak jsem si říkala, proč by to moje zrovna nemělo. Do porodu byl ještě několik týdnů čas, tak jsem jen doufala. Až když jsem v 37. týdnu a jednom dnu, tedy v 38. týdnu začala krvácet, tak jsem si uvědomila, že tam leží pořád stejně. Při prohlídkách se zjistilo, že mám i málo plodové vody. Tady v porodnici mi pan doktor na ultrazvuku řekl, že tam ještě nějaká voda je, tak jsem si říkala, že když je voda, tak se ještě může i otočit. Myslela jsem, že mám do porodu ještě čas. Ale to jsem ještě nevěděla, jak to nakonec všechno dopadne.“

„Vyzkoušela jste během čekání i nějaké přirozené metody, které by mohli miminku pomoci v obratu?“

„Co jsem věděla, to jsem vyzkoušela. Skoro celé ty týdny jsem trávila na čtyřech. Vytírala jsem bez koštěte a jiné podobné věci. Dokonce jsem zkoušela miminku domluvit. Povídali jsme si a já ho přemlouvala, aby se otočilo, vysvětlovala jsem mu, že to budeme mít jednodušší. Ale ono asi vědělo nejlíp, proč je tam takhle. Pravděpodobně vědělo, že se nemá otáčet a proč.“

„Kde jste se o těchto metodách dozvěděla?“

„Většinu z nějaké literatury nebo internetu.“

„Nabídl vám někdo metodu obratu zevními hmaty?“

„Ne, nenabídl. Prý by to nebylo možné kvůli tomu nedostatku plodové vody.“

„Po tom co o vás převzala péči nemocnice, měla jste možnost se sama rozhodnout o způsobu porodu?“

„Já jsem chtěla родit přirozeně. Nejsem příznivcem císařských řezů a podobných metod a s tím jsem také šla do porodnice. Doktoři si můj názor vyslechli a společně jsme se také o přirozený porod pokusili, ale plodové vody jsem měla opravdu málo a miminku už v děloze nebylo moc dobře, takže to nakonec přece jen skončilo tím císařským řezem.“

„Proč myslíte, že spontánní porod by byl pro vás lepší volbou?“

„Protože vím, že císařský řez má spoustu rizik. Každá operace člověka stresuje. Nevím, co se semnou v narkóze děje a podobně. Taký vím, jak je na tom potom člověk v šestinedělí. Po normálním porodu vstanu téměř hned, ale jizva po císařském řezu mě bude omezovat mnohem déle. Důležitý by pro mě byl i zážitek z porodu. Měla bych vzpomínku na celý život, takhle jsem to celé prospala a miminko viděla až za nějakou dobu. Ovšem dozvěděla jsem se, že dnes už můžu druhé dítě rodit normálně, i když první šlo císařským řezem, tak snad se mi to příště zdaří.“

„Konzultovala jste svoje rozhodnutí o přirozeném porodu s partnerem? Měl na tento způsob porodu svůj názor nebo to nechal zcela na vás?“

„Partner věděl můj názor na císařský řez, ale popravdě jsme se spolu o tom nijak nebavili. Ani jeden jsme nepředpokládali, že to dopadne tímto způsobem. Myslím si, že by to i tak nechal na mě. Možná by měl pocit, že císařský řez by byl pro nás bezpečnější, ale nemluvil by mi do toho.“

„Jak jste prožívala pobyt na porodním sále?“

„Do porodnice jsem přijela kvůli krvácení. To začalo asi v pět hodin ráno. Myslela jsem si, že se jedná jen o hlenovou zátku, ale pro jistotu jsem jela k mojí gynekoložce. Ta mi oznámila, že se začínám otvírat a poslala mě sem do nemocnice. Pociťovala jsem trochu bolesti v břiše, ale nebylo to nic dramatického. V devět hodin mi vyšetřil primář včetně ultrazvuku a poslal mě na porodní sál. Tam jsem čekala, co se bude dít dál. Říkala jsem si, že se to uklidní a já půjdu domů. Nechtěla jsem rodit tak brzo. Ale potom odpoledne, kolem jedné hodiny, se začaly kontrakce stupňovat. Ke konci jsem je měla téměř po dvou minutách a stále jsem se víc a víc otevírala. Do druhého dne do rána jsem se otevřela na šest centimetrů. Problém byl v tom, že zadeček miminka nevstupoval do pánve, tak jak by měl a k tomu ještě hodně pomalu. Pan doktor mi říkal, že to může být způsobeno tím nedostatkem vody. V tu dobu jsem už byla přesvědčená, že by přirozený porod byl nebezpečnější než císařský řez. Měla jsem strach a nechtěla jsem na to tlačit.“

Jak jsem říkala, nejsem fanoušek operací, ale když pan doktor zjistil, že se tam tomu zadečku moc nechce, tak jsem s císařským řezem souhlasila.“

„Jaký byl přístup zdravotníku. Měla jste z jejich strany dostatek informací?“

„Na nikoho ze sálu si nemůžu stěžovat. Po každém vyšetření mi pan doktor řekl, jak to vypadá, co se bude dít dál a podobně. I sestřičky byly moc hodné a příjemné. Byla jsem ráda, že jsem si měla s kým popovídat. Když natáčely srdíčko miminka, tak mi pokaždé řekly, jak se mu daří, jestli se má dobře. Byla jsem na sále jediná maminka, takže jsem měla takovou nadstandardní péči.“

„Jak jste prožívala období těsně po operaci?“

„Když jsem přijela sem na pokoj, tak už jsem byla při vědomí. Každou chvilku za mnou chodila sestřička a kontrolovala mi tlak a podobně. Nebylo mi moc dobře. Chvillemi jsem měla pocit na zvracení, ale to naštěstí brzy přešlo. Navíc jsem se hrozně těšila na miminko. Nemohla jsem se dočkat, až mi ho přinesou ukázat. Horší to bylo potom se vstáváním. Ta rána dost bolí a já jsem pořád hodně nepohyblivá. Zatím mi se vším musí pomáhat sestřičky.“

„Jak se vám podařilo první přiložení miminka k prsu?“

„Ze začátku jsem měla pocit, že dost dobře neví, co s tím. Ale nakonec si poradil. Už se mi spustilo pořádně mléko, takže teď už to zvládáme na jedničku.“

„A jak nyní zvládáte péči o miminko?“

„Vzhledem k tomu, že mám stále drén a necítím se ještě úplně ve své kůži, tak mi miminko nosí jen na kojení. Slíbili mi, že až budu trochu víc mobilní, tak už mi ho tady nechají. Ale myslím si, že to spolu zvládneme. Jsou tady milé sestřičky, ty mi určitě pomůžou, pokud bude potřeba. Spíš mám strach z toho, co mě čeká doma, až tam na vše budu sama.“

Diskuze 2

Rozhovor s klientkou proběhl na jednolůžkovém pokoji na šestinedělí druhý den po operaci. Klientka byla stále upoutána k lůžku, ovšem projevovala se velmi čile. Z jejího projevu byla patrná úleva za zdárný konec porodu. Zároveň jsem ale pocítovala v jejím tónu mírnou lítost při hovoru o průběhu porodu, který nemohl být ukončen podle přání klientky.

Klientka měla informace o poloze koncem pánevním již v časném těhotenství z literatury. Nedávala jim význam, dokud jí samotné nebyla tato poloha diagnostikována. Další informace sbírala opět z knih nebo internetu. Předpokládala ovšem, že se dítě do porodu otočí.

Klientka měla povědomí o různých metodách obratu plodu, které se snažila i aplikovat. Čerpala opět především z knih a internetu, případně z doporučení ošetřujícího lékaře. Podle mého názoru se i přesto, že nepovažovala uložení jejího dítěte za velkou překážku, snažila aktivně napomoci k obratu plodu a zvýšit tak šanci vaginálního porodu, který si přála. Metoda obratu zevními hmaty klientce nabídnuta nebyla, vzhledem k nedostatku plodové vody.

Vaginální porod byl klientce v porodnici umožněn, nakonec ovšem bylo nutné provést akutní císařský řez, vzhledem k nepostupujícímu porodu. Pacientka byla velmi dobře informována o rizicích spojených s císařským řezem a chápala i rozdíly, které se vyskytují v časném poporodním období. Zároveň si přála uchovat zážitek, který by měla z vaginálního porodu. Dobrou zprávou pro ni byla možnost vést další porod vaginálně.

Rozhovor č.3

Anamnéza

Ženě č. 3 (L. M.) je 26 let, I. gravida, I. para. Termín porodu byl stanoven na 14. 12. 2011, porod plodu byl ve 40. týdnu gravidity (40+0). Pacientka přichází na porodní sál GPK FN v Plzni pro spontánní odtok čiré vody plodové a pravidelné kontrakce po pěti minutách. Plod je toho času v poloze podélné koncem pánevním, řitní, postavení I. Těhotenství bylo ukončeno vaginálním porodem.

RA: bezvýznamná

OA: bezvýznamná

„Jaký byl pro vás začátek těhotenství? Měla jste nějaké potíže?“

„Začátek těhotenství byl bez problémů. Celou dobu jsem se cítila dobře.“

„Těhotenství bylo plánované?“

„Ano, bylo plánované.“

„Kdy jste se dozvěděla, že je miminko v poloze koncem pánevním?“

„Myslím, že někdy kolem 20 až 25. týdne. Dozvěděla jsem se to na prohlídce, kde mi paní doktorka dělala ultrazvuk.“

„Přikládala jste tomu nějaký význam?“

„Ne, já jsem byla přesvědčená, že se ještě otočí. Ale od 32. týdne, kdy jsem byla na dalším ultrazvuku, jsem začínala mít trochu obavy. Miminko bylo stále koncem pánevním a já viděla v průkazce dokolečka jen KP. Pořád jsem doufala, že se otočí, ale už jsem nad tím začala přemýšlet. Věděla jsem, že je tam v nějaké poloze a že to není dobře.“

„Měla jste dostatek informací od vaší porodní asistentky nebo od lékaře o této poloze?“

„Od lékařky jsem věděla základní informace, ale nestresovala jsem se, jelikož mi všichni říkali, že se otočí, že je to v pohodě, že ani nemám důvod se stresovat.“

„Znáte nějaké přirozené metody, kterými je možné miminko obrátit?“

„Třeba lezení po čtyřech, to jsem zkoušela, ale že bych to nějak intenzivně řešila a čtyři hodiny denně kleče, to zase ne. Baterku jsem nezkoušela, přišlo mi to směšné, ale možná by to zabralo, co já vím.“

„Nabídl vám někdo metodu obrat zevními hmaty?“

„To mi nikdo nenabídl, já jsem ani nevěděla o tom, že tato metoda je dostupná.“

„Vy jste se sama rozhodovala o tom, jakým způsobem chcete родit?“

„To pro mě bylo velké dilema. Při příchodu na ambulanci ve fakultní nemocnici se mě ptali, jestli jsem rozhodnutá, jakým způsobem chci родit. Jestli zvolím císařský řez nebo spontánní porod. A já v tu chvíli nevěděla co, byla jsem zaskočená. Zjišťovala jsem si informace o tom, co je lepší. Doktor mi vysvětlil, jak vaginální porod probíhá. Pověděl mi o tom, že může dojít ke stisknutí pupeční šňůry hlavičkou a miminko pak nemá kyslík. Tehdy jsem byla hodně na vážkách, jestli to mám vaginálně riskovat. Ale miminko si nakonec vybralo samo.“

„Řekl vám i partner svůj názor ke způsobu vedení porodu?“

„Po pravdě do toho mluvili všichni, co mě mají trochu rádi a převážně tvrdili, ať si zvolím císařský řez, protože bývá bezpečnější. Já také byla přesvědčená, že bych chtěla родit raději císařským řezem. Ovšem mám kamarádku, která dlouhodobě pracuje jako porodní asistentka a ta mi říkala, že by vaginální porod neměl být nějak extra rizikový, pokud nemám žádný problém. Holčička ani nebyla moc velká, i hlavičku má malou, což si myslím, že byla výhoda na konci porodu.“

„Porod se rozběhl doma?“

„Ano, porod začal doma. Téměř okamžitě jsem měla kontrakce po 5 minutách. Začaly ihned po odtoku plodové vody a pak byly intervaly ještě kratší. Zároveň jsem se rychle otevírala.“

„Jak jste se cítila, když jste věděla, že porod už běží?“

„To už jsem to neřešila, říkala jsem si, že to nějak dopadne. Navíc na porodním sále byli všichni hrozně hodní. Přesvědčovali mě, že kdyby se něco náhodou začalo dít, tak můžou ihned zasáhnout. Já potřebovala jen podpořit.“

„Jak probíhala I. doba porodní?“

„Měla jsem s sebou partnera a tak to všechno šlo docela dobře. Ze začátku jsem trávila hodně času ve sprše, teplá voda mi pomáhala na bolesti. Pak byla pro mě asi nejlepší poloha v kleku. Zvládla jsem se ještě opírat ve stoje. Nejhorší byl konec, kdy jsem nesměla tlačit a mě už to hodně nutilo. Já jen čekala, než se otevřu úplně, to bylo ošklivé. Ani neřeknu, jak dlouho to celé trvalo, raději jsem nesledovala čas.“

„Byla vám vaše porodní asistentka nápomocná?“

„Porodní asistentka, která se o mě starala, byla opravdu výborná. Říkala mi jak si ulevit, co můžu dělat a podobě. Opravdu mě během porodu hodně podporovala.“

„Jak probíhala II. doba porodní?“

„Ta proběhla bez problémů. Položili měna záda a ty velké kontrakce, co jsem měla, téměř zmizely. Proto mě dopyovali oxytocinem, ale stejně to moc nepomohlo. Takže jsme museli docela dlouho čekat, ale pak už to bylo v podstatě za chvíli. Nejdříve vylezl zadeček. Já myslela, že vyšla ven celá až po hlavičku a mi jsme zrovna čekali dlouho na další kontrakci. Já si myslela, že je to zrovna v ten moment, kdy je skřípnutý pupečník, ale naštěstí byl venku jen zadeček. A na další kontrakci už vylitla ven celá.“

„Jaké bylo období po porodu?“

„I hned na pokoji mi holčičku přiložili na kojení. Nejprve si jí tedy vzala sestřička, zabalila ji a zahřála ji. Potom si miminko odnesli pryč na pozorování a donesli mi jí až za nějakou dobu na šestinedělí. Já jsem tam šla asi za dvě hodinky po porodu. Cítila jsem se docela dobře, jen trochu unavená. Neměla jsem žádné velké poranění pouze nástřih.“

„A jak se vám daří péče o miminko?“

„Já myslím, že mi to jde snad dobře. Ze začátku jsem měla strach, přece jen je to moje první miminko. Ale asi je pravda, že ta mateřská role přijde u každé ženy sama po porodu.“

„Kdybyste měla родit znovu, jaký způsob porodu byste volila?“

„Asi bych měla úplně stejné dilema jako u tohoto porodu. Měla bych strach z komplikací a tak bych určitě byla nerozhodná jako tentokrát.“

Diskuze

Nejvíce informací o této poloze čerpala klientka od svojí praktické lékařky a od kamarádky, která pracuje jako porodní asistentka. Zpráva o tom, že se její dítě nachází v poloze koncem pánevním, ji nechávala v klidu, jelikož do poslední chvíle předpokládala, že se spontánně otočí.

Během těhotenství klientka aktivně vyzkoušela některé metody, kterými je možné otočit plod do polohy podélně hlavičkou, ale pravděpodobně žádnému z těchto způsobů příliš nevěřila. Některé metody, například svícení na podbříšek, považovala za směšné. Obrat plodu zevními hmaty nebyl klientce nabídnut. Nebyla ani nikým informována o této možnosti.

Klientka po příchodu do porodnice prožívala klasické dilema, které je spojené s výběrem vhodného způsobu porodu u plodu v poloze koncem pánevním. Byla informovaná od lékaře o možných rizicích vaginálního porodu. Zároveň se v jejím okolí objevovali různé názory a různá doporučení ze strany příbuzných a ze strany

profesionálů. Klientka si musela vybrat metodu, kterou by považovala za nejvhodnější pro ni i pro její dítě. Prvotní volba padla na porod císařským řezem. Ovšem díky tomu, že porod se rozběhl dříve, než klientka dorazila do porodnice, byl porod ukončen vaginálně. Klientka byla ráda za zdárný konec porodu, ovšem při dalším těhotenství by dle jejích slov prožívala stejnou nejistotu a nerozhodnost ohledně způsobu porodu, jako nyní.

9 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit, jak ženy vnímají a prožívají diagnostikovanou polohu plodu koncem pánevním, co od těhotenství a porodu očekávají a zda znají a aktivně využívají některé metody, kterými lze obrátit plod do polohy podélné hlavičkou. Dále mě zajímalo, jak se porodní asistentka podílela na edukaci žen s touto rizikovou diagnózou.

To, že se plod nenachází ve standardní poloze, se první dvě klientky dozvěděly ve třetím trimestru, paní L. M. o tom byla informována již ve druhém trimestru. Všechny shodně udávají, že tato informace pro ně nebyla nijak zásadní, jelikož předpokládaly, že se dítě spontánně do termínu porodu otočí. Pouze paní J. K. od prvního vyšetření považovala možnost porodu plodu v této poloze za reálnou, jelikož jí ošetřující lékařka sdělila, že je nepravděpodobné, že se dítě otočí. U žádné ze tří klientek se na prvotní edukaci nepodílela porodní asistentka. Základní informace získaly všechny ženy od ošetřujícího lékaře, další poznatky vyhledávali buďto v literatuře nebo na internetu. Paní J. K. čerpala ze zkušeností kamarádky, která již prožila porod plodu v poloze koncem pánevním a zásadně se jimi inspirovala.

Klientky byly v těhotenství obeznámeny o metodách obratu plodu do polohy podélné hlavičkou, ale jejich přístup k těmto postupům byl rozdílný. Paní J. K. použila v praxi metody, které doporučují Henci Goer nebo Ingeborg Stadelmann. Dozvěděla se o nich od svojí lékařky a příbuzných. Přes počáteční nedůvěru rozmlouvala se svým dítětem, vyzkoušela i svícení na podbříšek. Obrat plodu zevními hmaty klientce navrhnout nebyl, od svojí ošetřující lékařky se dozvěděla, že je tato metoda zastaralá a nebezpečná. Na základě těchto informací a zkušeností kamarádky by tuto metodu odmítla. Paní T. D. měla o těchto metodách více informací a přistupovala k nim s větší důvěrou. Čerpala především z literatury a internetu. Vyzkoušela dítěti rovněž domlouvání a zároveň se snažila trávit co nejvíce času v pozici na čtyřech s prověšeným břichem. Obrat zevními hmaty paní T. D. taktéž navrhnout nebyl, pravděpodobně kvůli nedostatku plodové vody. Paní L. M. některé alternativní metody a cviky vyzkoušela, ovšem nepokládala je za příliš důležité. Obrat zevními hmaty ji také nikdo nenavrhl, nebyla ani informována, o tom, že tato metoda existuje.

Rozdílný byl i přístup žen k způsobu vedení porodu. Každá měla jiné priority a jiné důvody, proč volit zrovna ten způsob, který si přály, ovšem všem třem ženám se

zdravotnický personál snažil vyhovět v jejich přání. Paní J. K. s jistotou věděla, že chce porodit císařským řezem. Hlavním motivem byl strach z komplikací, které mohou ohrozit plod během porodu. Paní T. D. si velmi přála vaginální porod, ovšem díky nastalým komplikacím prodělala akutní sekci. Klientka sama tvrdí, že není zastáncem císařských řezů a dobře si uvědomuje rizika, které jsou s touto operací spojena. Paní L. M. byla po té, co přešla do péče nemocnice, seznámená s výhodami a nevýhodami vaginálního porodu. Nové informace ji postavily před nelehkou situaci, kdy musela sama rozhodnout o způsobu porodu. Možná rizika vaginálního porodu ji přesvědčila, že porod císařským řezem bude pro ni a dítě bezpečnější, ovšem díky pozdnímu příjezdu do porodnice porodila spontánně. Paní T. D. a paní L. M. konzultovaly své možnosti i s blízkými členy rodiny. Manžel paní T. D. podpořil v jejím rozhodnutí rodit vaginálně, i když se domníval, že císařský řez by byl vhodnější. Naopak si myslím, že názory příbuzných a známých paní L. M. byly spíše kontraproduktivní. Protichůdné názory a doporučení těhotnou ženu podle mého názoru mátlý a znesnadňovaly jí rozhodování. Paní J. K. měla na vedení porodu od začátku jasný názor a manžel jí podpořil.

Začátek porodu prožívala každá žena jinak. Paní J. K. byla hospitalizovaná den před operací a tušila, co jí bude následující den čekat. Udávala, že noc v nemocnici nebyla příjemná, ovšem já myslím, že nejvíce stresující pro ni muselo být pětihodinové zpoždění výkonu. Sama přiznala, že z této situace byla velmi nervózní. Předpokládám, že příchod na porodní sál byl pro paní J. K. úlevou. Přípravu na císařský řez prožívala, dle svých slov klidně, také díky přístupu zdravotnického personálu, se kterým byla velmi spokojená. Samotný výkon pro ni nebyl příliš uspokojující, jelikož nebyla spokojená s epidurální anestézií. Pro paní T. D. byl počátek porodu na rozdíl od paní J. K. překvapením. Porod začal na počátku 38. týdne gravidity. Klientka navštívila svojí ošetřující lékařku, která ji rovnou odeslala do porodnice, díky postupujícímu nálezu na děložním hrdle. Domnívám se, že paní T. D. neměla dostatek času se na tuto novou situaci připravit. Vzhledem k tomu, že do termínu porodu jí ještě zbýval čas, stále doufala, že se miminko stihne obrátit. Nyní už ji nevyhnutelně čekala konfrontace s myšlenkou, že bude muset porodit plod v poloze koncem pánevním. Přesto paní T. D. stále doufala ve vaginální porod, který nebyl ihned zavrhnut. Vyčkávalo se do druhého dne, bohužel podmínky pro plod nebyly příliš příznivé. Po dohodě s klientkou bylo nakonec těhotenství ukončeno císařským řezem. Paní T. D. dodává, že už se necítila příliš dobře a tento návrh uvítala. Porod paní L. M. se rozběhl doma a jeho průběh byl velmi rychlý. Kontrakce nastoupily po pěti minutách a po příjezdu do porodnice byl

nález už značný. Přes původní přání klientky se přistoupilo k vaginálnímu vedení porodu. Myslím si, že toto rychlé rozhodnutí bylo pro paní L. M. mnohem jednodušší než předchozí dlouhodobé přemyšlení o možnostech a rizicích. Potvrdila mi mojí domněnku, poté co vypověděla, že během porodu už se cítila klidně. Důležitá pro ni byla podpora zdravotníků a kontakt s porodní asistentkou. Potřebovala jistotu, že jsou kolem ní profesionálové, kteří jsou schopni v případě komplikací ihned zasáhnout. První a druhou dobu porodní prožívala paní L. M. za přítomnosti manžela a porodní asistentky, která jí dle jejích slov byla velmi nápomocná. Ocenila její rady ohledně vhodné polohy během první doby porodní.

Celkově všechny klientky vnímali přístup zdravotníků na porodním sále i v prenatálních ambulancích velmi pozitivně. Během těhotenství si vyslechly doporučení jejich ošetřujících lékařů a konzultovaly s nimi svá přání a obavy. Paní L. M. si ráda vyslechla i názory kamarádky porodní asistentky ohledně způsobu vedení porodu. Všechny tři ženy se shodují v názoru na personál porodních sálů, i když nerodily ve stejné porodnici. Potvrzují, že se k nim zdravotníci chovali přátelsky, vyslechli si jejich přání a žádná z žen se nesetkala s tím, že by jim některý pracovník vylouval jejich rozhodnutí. Paní T. D. byla velmi ráda, že měla neustálé informace o průběhu porodu a stavu dítěte. Paní J. K. ocenila vstřícnost anesteziologa, který jí uklidňoval během operace.

Zkušenost s porodem plodu v poloze koncem pánevním nijak neovlivnila předešlý názor žen a ty následně nelitovaly svých rozhodnutí. Paní J. K. si prožila břišní operaci i stav, který po takovém zákroku následuje, přesto by znovu v této situaci volila porod císařským řezem. Strach z komplikací, které hrozí při vaginálním porodu koncem pánevním, je příliš velký. Představy paní T. D. o průběhu porodu nebyly naplněny. Velkou útěchou je pro ni možnost spontánního porodu po císařském řezu, čímž se jí může splnit její přání. Paní L. M. porodila vaginálně bez komplikací. Přesto ví, že kdyby se v této situaci ocitla znovu, prožívala by si stejné dilema jako nyní. Myslím si, že při řešení těchto otázek by měl být nápomocen kvalifikovaný zdravotnický personál, který ženu seznámí s jejími možnostmi, bude respektovat její přání a bezpečně ji provede těhotenstvím a porodem.

ZÁVĚR

Domnívám se, že přístup lékařů, porodních asistentek a dalších členů týmu k těhotným a rodícím ženám je klíčový a má významný vliv na průběh porodu. Všechny tři ženy se setkaly s pozitivním přístupem a z porodu si mohou odnést převážně příjemné zážitky. Mohu říct, že klientky netrpěly nedostatkem informací, nikdo je neodrazoval od jejich přání a představ.

Ovšem dle mého názoru byl u všech žen v hlavní roli poradce lékař. Domnívám se, že edukační činnost by již během těhotenství měly převzít do svých rukou porodní asistentky a předat tak ženám jejich rady a zkušenosti. Porodní asistentka by měla ženu, jejíž plod se nachází v poloze koncem pánevním seznámit s metodami a cviky, kterými lze plod obrátit do polohy podélné hlavičkou. Myslím si, že žena tím získá naději a hlavně šanci, pokusit se sama zvrátit nastalou situaci. Předpokládám, že pro ženy je těžké přijmout informaci o tom, že jejich dítě je v nesprávné poloze a nemít možnost proti tomu zasáhnout. Stejně tak by měla být porodní asistentka k dispozici klientkám, které se rozhodují o způsobu vedení porodu. Většina žen vyhledává informace na internetu, kde může narazit na spoustu protichůdných, někdy i nepřesných údajů. Tyto ženy by měly mít možnost obrátit se na profesionála, který jim objektivně vysvětlí všechny výhody a nevýhody jednotlivých metod a doporučí jim pro ně tu nejvhodnější možnost. Na základě těchto informací by se měly ženy rozhodovat a nemanipulovat s nepřesnými představami, které můžou internetové články vyvodit.

Porodní asistentka by měla být společníci a rádčiny těhotné ženy a proto by neměla dopustit, aby se edukační činnost přesunula do kompetencí lékaře. Navrhují, aby byly porodní asistentky, které jsou již v době studia seznámeny s nutností edukace, dále podporovány v této činnosti. Myslím si, že potřebují dostatečný prostor, který jim umožní se plně realizovat ve své profesi a kompetencích. Nejvíce práce ovšem leží na ramenou samotných asistentek, které musí být dostatečně sebevědomé a vzdělané, zároveň je nezbytně nutný jejich zájem o obor. Jen tak mohou být schopné se prosadit a poskytovat těhotné ženě správné a smysluplné informace i bez asistence lékaře.

SEZNAM LITERATURY

1. CALDA, Pavel, BŘEŠŤÁK Miroslav a FISCHEROVÁ Daniela. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. 2., kompletně přeprac. a rozš. vyd. Praha: Aprofema, 2010, 496 s. ISBN 978-809-0370-623.
2. ČECH, Evžen, a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2006. 544s. ISBN 80-247-1303-9.
3. DOLEŽEL, Antonín. Extrakce konce pánevního. In. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č.3, s. 272-278, ISSN 1211-1058.
4. DOLEŽEL, Antonín. Historické zamyšlení nad manuální extrakcí konce pánevního. In. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č.3, s. 272-278, ISSN 1211-1058.
5. DUŠOVÁ, Bohdana a MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. 162 s. ISBN 978-80-7368-663-5.
6. GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN: 80-86356-13-2.
7. HÁJEK, Zdeněk. *Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví* [online]. [cit.2011-11-20], dostupné na: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2009_11.pdf
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. KACEROVSKÁ, Ivana a KASÍKOVÁ, Kateřina. Obrat zevními hmaty plodu naléhajícího koncem pánevním. In. *Sestra*, 2008, roč.18, č.10, s.49. ISSN 1210-0404.
10. ČŽL: *Normální porod koncem pánevním* [online], [cit. 2011-02-17], dostupné na: <http://www.normalniporod.cz/rejstrik-temat/normalni-porod-koncem-panevnim/>
11. ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-85794-05-2.
12. PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén, 2009. 738s. ISBN 978-80-7262-653-3.
13. PEREZ Luis. *The Term Breech Trial* [online], [cit. 2012-02-100], dostupné na: <http://www.breechbaby.info/tbt.html>
14. *Porodnice: Mechanika porodu* [online], [cit. 2011-02-17], dostupné na: <http://lekari.porodnice.cz/mechanika-porodu>

15. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
16. SIMKINOVÁ, Penny. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
17. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2001. 583 s. ISBN 80-86356-04-3.
18. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
19. UNZEITIG, V., BINDER, T. a VELEBIL, P. *Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním* [online], [cit. 2011-11-20], dostupné na:
<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20v%20perinatologii%20-%2007.pdf>
20. ZWINGER, Antonín, et al. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532s. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM ZKRATEK

PPKP – poloha plodu koncem pánevním

S. C. – sectio caesarea

t. g. – týden gravidity

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

PPKP úplný (ČECH 2006, str. 231)

Příloha č. 2

PPKP neúplný řitní (ČECH 2006, str. 231)

Příloha č. 3

PPKP neúplný nožkou (ČECH 2006, str. 231)

Příloha č. 4

PPKP neúplný kolénky (ČECH 2006, str. 232)

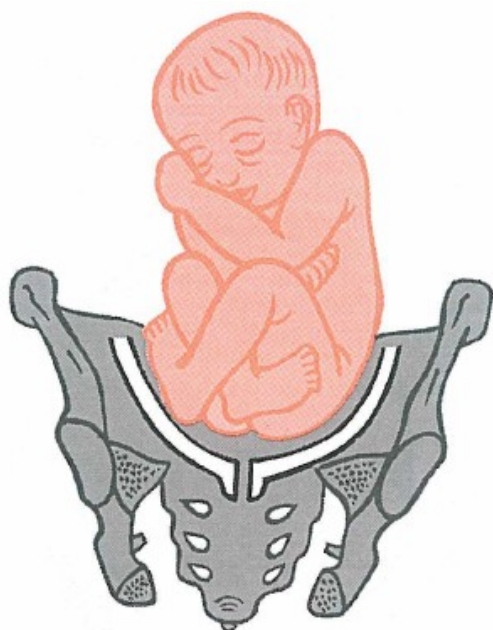
Příloha č. 5

fotografie obratu plodu zevními hmaty (<http://www.gyne.cz/clanky/2008/308c13.htm>)

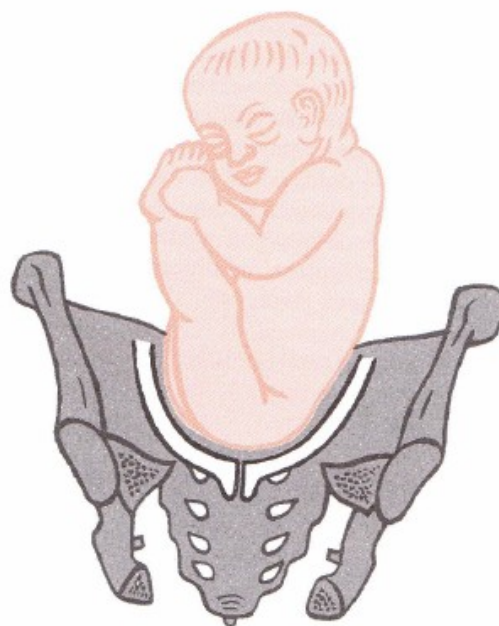
Příloha č. 6

Mauriceau-Levret-Smelieho hmat (<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/specificke-porodnicke-operace-460472>)

PŘÍLOHY



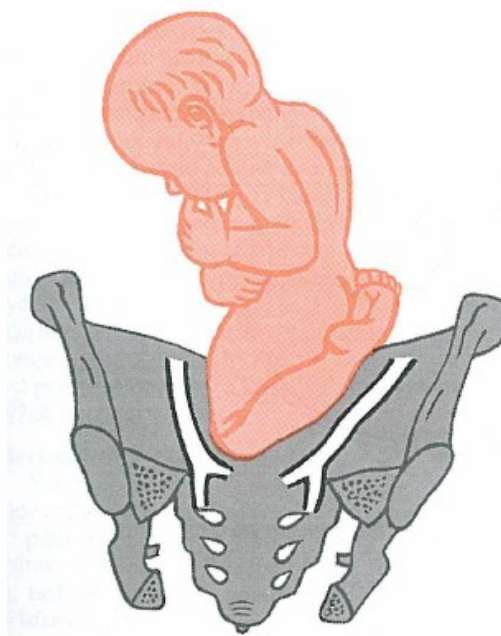
Příloha č. 1 - PPKP úplný



Příloha č. 2 - PPKP neúplný řitní



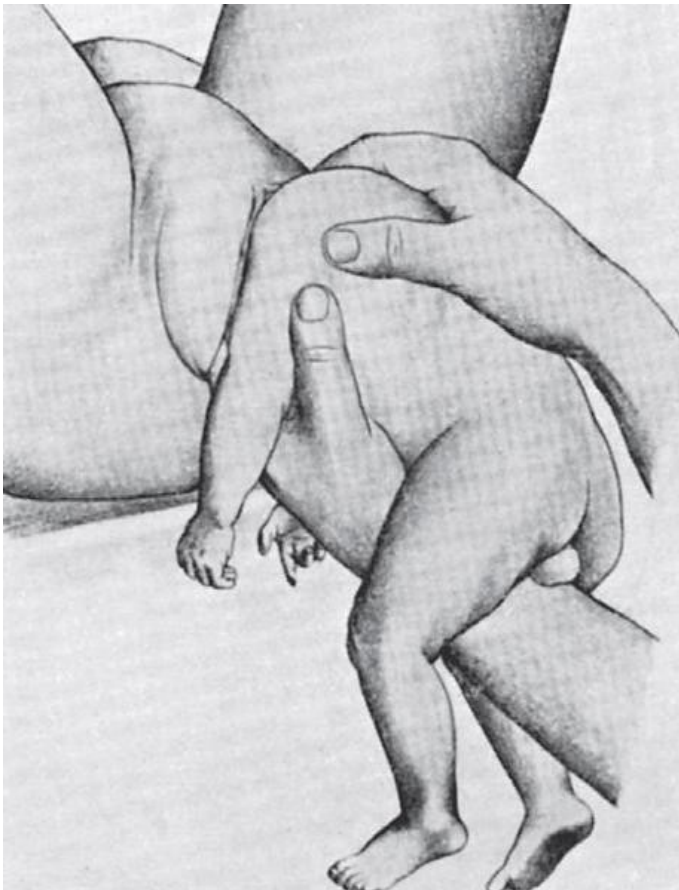
Příloha č. 3 - PPKP neúplný nožkou



Příloha č. 4 - PPKP neúplný kolénky



Příloha č. 5 - fotografie obratu plodu zevními hmaty



Příloha č. 6 - Mauriceau-Levret-Smelieho hmat