

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo
v současném porodnictví**

Diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Slováčková, Dis.

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D

Jihlava 2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce: **Bc. Kateřina Slováčková, Dis.**
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Obor: Komunitní péče v porodní asistenci
Název práce: **Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví**
Cíl práce: Cílem diplomové práce je zmapovat ze současných materiálů jak a kam se vyvíjí porod koncem pánevním a nastínit možnosti dalšího vývoje ve vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou.


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
vedoucí diplomové práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou spontánního porodu koncem pánevním v současném porodnictví. Úvodní část práce zahrnuje stručný historický přehled, na který navazuje současný stav problematiky a popisuje způsoby a možnosti vedení porodu.

Výzkumná část byla uskutečněna pomocí smíšeného výzkumného šetření. Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda je poloha plodu koncem pánevním významně negativním faktorem, který zvýhodňuje primární císařský řez před vaginálním porodem. Dále pak také zjistit a porovnat přístupy ve vedení vaginálního porodu koncem pánevním v různých polohách a nastínit možnosti dalšího vývoje.

Klíčová slova:

císařský řez, porod koncem pánevním, porodní poranění, spontánní vaginální porod, spontánní vaginální porod na kolenou, traumatismus novorozence.

ABSTRAKT

This master thesis focuses on spontaneous vaginal breech birth in the current obstetrics. Introductory part includes brief historical overview, following by current state of problems breech birth and describes the way and possibilities of labor management. Research part was done with the help of mixed research survey. The aim of this master thesis was to assess if the position of breech birth is significantly negative factor, which prefers primary caesarean to vaginal delivery. To assess and compare approaches vaginal breech in different positions and delineate possibilities of next evolution.

Keywords:

birth injury, breech birth, cesarean section, spontaneous vaginal breech birth on all fours, traumatism newborn, vaginal delivery

Poděkování

Děkuji Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této diplomové práce. Další poděkování patří kolegyním MUDr. Alici Prusenovské a Bc. Gabriele Holeňákové, díky kterým mohl celý tento projekt diplomové práce vzniknout.

Děkuji Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D., za vstřícnou pomoc při zpracovávání statistických údajů.

Rovněž děkuji manželovi a rodině za podporu při studiu na vysoké škole.

Dále děkuji všem respondentkám, které se na výzkumném šetření podílely.

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

Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

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

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

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

V Jihlavě dne

.....

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 STRUČNÝ HISTORICKÝ PŘEHLED	9
1.1 HISTORIE PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	9
1.2 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	11
1.3 HISTORIE POLOHY RODIČKY PŘI PORODU	12
2 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	14
3 PLOD V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍ.....	20
3.1 ROZDĚLENÍ POLOH KONCEM PÁNEVNÍM	20
3.2 DIAGNOSTIKA POLOHY PLODU KONCEM PÁNEVNÍM	21
3.2.1 ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ.....	21
3.2.2 ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (UZ)	22
3.3 ZEVNÍ OBRAT PLODU PŘI POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM	22
3.3.1 POSTUP PŘI OBRATU PLODU ZE VNITŘNÍMI HMATY	23
3.3.2 PŘIROZENÉ METODY K OBRÁCENÍ POLOHY PLODU	24
4 VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	26
4.1 VAGINÁLNÍ VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	26
4.2 MECHANISMUS PORODU PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM.....	26
4.2.1 POROD HÝŽDÍ	27
4.2.2 POROD TRUPU.....	27
4.2.3 POROD RAMÉNEK A RUČEK.....	27
4.2.4 POROD HLAVIČKY	28
4.3 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ SE SPONTÁNNÍM PORODEM KP.....	29
4.4 DOPORUČENÉ POSTUPY VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM.....	31
4.5 SPONTÁNNÍ VAGINÁLNÍ POROD KONCEM PÁNEVNÍM	32
4.5.1 POLOHA RODIČKY PŘI VAGINÁLNÍM PORODU KP, POROD NA „VŠECH ČTYŘECH“	33
4.6 OPERATIVNÍ METODY UKONČENÍ PORODU U POLOHY KP	35
4.7 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	36
4.7.1 NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU V SOUČASNÉ DOBĚ	37
4.7.2 INDIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU U POLOHY KONCEM PÁNEVNÍM	37
4.7.3 DOPORUČENÍ PRO VEDENÍ PORODU V POLOZE KP CÍSAŘSKÝM ŘEZEM.....	38
4.7.4 MOŽNÉ KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S CÍSAŘSKÝM ŘEZEM	39
4.8 PORODNÍ PORANĚNÍ ŽENY.....	39
4.9 PORODNÍ PORANĚNÍ PLODU.....	40

4.10 POROD KONCE PÁNEVNÍHO Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY	42
4.10.1 VÝZNAMNÉ ZAHRANIČNÍ PORODNÍ ASISTENTKY SE ZKUŠENOSTMI S PORODY KP	42
5 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	45
6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	47
6.2 METODIKA SBĚRU DAT A ZPRACOVÁNÍ.....	48
6.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	50
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	51
7.1 OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	51
7.2 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ POČTŮ PORODŮ V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM V LETECH 2013 – 2016 V KNTB A.S. ZLÍN.....	58
7.3 INTERPRETACE A ANALÝZA KVALITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	61
7.3.1 ROZHOVORY S RODIČKAMI PO SPONTÁNNÍM PORODU KONCEM PÁNEVNÍM V POLOZE NA KOLENOU.	61
7.3.2 RODIČKY PO SPONTÁNNÍM PORODU KONCEM PÁNEVNÍM V POLOZE NA ZÁDECH	74
7.3.3 RODIČKY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM	82
8 DISKUZE	93
ZÁVĚR	98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	102
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ	108
SEZNAM TABULEK.....	110
SEZNAM OBRÁZKŮ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
SEZNAM PŘÍLOH.....	113

ÚVOD

Poloha koncem pánevním představuje v dnešní době velmi významný porodnický problém. Jedná se o polohu abnormní, ale fyziologickou, jejíž četnost výskytu v termínu porodu je 4 - 5%. Přístup porodníků k vedení porodu konce pánevního je nejednotný. Poloha koncem pánevním představuje v současném porodnictví velmi diskutovanou problematiku, kdy se klinická praxe stále častěji přiklání k indikování primárního císařského řezu. Zásadním zlomem v přístupu porodníků k vedení porodu koncem pánevním bylo vydání multicentrické studie Term breech trial v roce 2000, na základě které došlo k velkému nárůstu počtu primárních císařských řezů u polohy koncem pánevním, a to i v případě zcela fyziologického průběhu gravidity (Hannah et al., 2000).

V poslední době se do popředí zájmu dostává lepší, pro matku a dítě vlídnější, způsob vedení porodu koncem pánevním. Na proces fyziologického porodu má výrazný vliv poloha rodičky. Více než sto let byl porod koncem pánevním veden na zádech za použití všech potřebných manévrů. Z výsledků výzkumných kvalitních, přelomových prací z Frankfurtu, Austrálie a Kanady vyplývá, že u žen, které rodí dítě koncem pánevním vkleče na všech čtyřech nebo ve stoje, je mnohem menší pravděpodobnost porodního poranění nebo nutných zásahů. Nedostatek praktických zkušeností vede k tomu, že se lékaři přirozeného porodu koncem pánevním bojí a vyhýbají se mu. Během posledních let se začalo mnoho žen s polohou koncem pánevním bránit císařskému řezu a prosazují si normální vaginální porod. Byl zaznamenán pozvolný a opatrný trend nabídnout prvorodičkám spontánní vaginální porod. Je naší zodpovědností naučit se jak podpořit takovéto porody bez použití rozsáhlých chirurgických zákroků. Pro zajištění vaginálního vedení porodu koncem pánevním je nezbytná přítomnost porodnického týmu s dostatečnou erudicí a zkušenostmi.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou vedení porodu koncem pánevním v termínu porodu. Pro výzkumné šetření byla zvolena smíšená forma výzkumu. Ve výzkumné části práce je zvoleno kvalitativní i kvantitativní výzkumné šetření. Závěrečná část diplomové práce je doplněna o zkušenosti s porody na kolenou a o rozbor statistických údajů porodů koncem pánevním Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. Zlín.

1 STRUČNÝ HISTORICKÝ PŘEHLED

1.1 Historie porodu koncem pánevním

„Je těžké, jestliže plod postupuje nohama. Často umírají matky, neb synové, neb obojí.“

(Hippokrates)

(Doležal, 2007, str. 103)

Vývoj metody porodu plodu v poloze koncem pánevním probíhal během historie současně s ostatními objevy medicíny. Od starověku je známo, že se u porodu rozlišovaly různé polohy plodu a bylo stanoveno, které plody se rodí snadno, které hůře a které nelze samovolně porodit vůbec (Doležal, 2009). Děti, které se rodily per clunibus – zadkem, byly označovány jako Agrippas. „Postupovati při porodu nohama je proti přírodě a z tohoto důvodu je nazývají Agrippas, jelikož těžce rodí.“ (Doležal, 2007, str. 103). Toto starověké latinské hodnocení porodů jako obtížných má platnost do dnešních dnů. V antice bylo na porody koncem pánevním pohlíženo s obavami. Extrakce plodu za nohy byla pravděpodobně jedna z nejstarších porodnických operací. Pokud se v zevních rodidlech objeví zadeček, nožky nebo kolínko, nic se tak snadno nenabízí, jako zatáhnout za nohy. „Královský chirurg královny Marie Theresie Cosme Viardel (Paris, 1671) říká: *Le premier de tous les instrumens, c'est la main.*“ („Prvý ze všech nástrojů je ruka.“) (Doležal, 2009, str. 272). U poloh řitních se uskutečňovaly obraty na hlavičku, a to jak u živých, tak mrtvých plodů. Existovala představa, že plod se nožkami opíral o dno děložní, a svými pohyby se tak dostával ven. Tento názor byl vyvrácen až v 18. století Jeanem Astruckem (1684–1766), který přednášel teoretické porodnictví (aniž by v životě odvedl jediný porod). Ten správně označil za nejvýznamnější porodní sílu děložní kontrakce. Ve středověku, při tzv. babském porodnictví, znalost obratu a extrakce plodu vymizela. V tomto temném období byla některými ranhojiči pokládána poloha koncem pánevním za neporoditelnou a primárně u ní byly prováděny zmenšující operace. Až Ambrois Paré (1510–1590) spolu s dalšími chirurgy oživil obrat na nožky (1549) a extrakci. Nepostupující porody u konců pánevních byly většinou řešeny destrukčními operacemi, vesměs se používaly různé nástroje, háky až později kleště. Objev porodnických kleští, znalost obratu a manuální extrakce stály za vznikem porodnictví. Zakladatelem a dominantní postavou evropského a celosvětového porodnictví

v 17. století byl Francois Mauriceau (1637–1709), který rozlišuje u polohy pánevní naléhání a u polohy kolínky zatlačuje končetiny dovnitř. Stanovil znaky živého plodu za porodu, znal stolicí plodu (smolku), věděl o přítomnosti mekonie u porodů koncem pánevním. Mauriceau popsal hmat, který nese v porodnictví jeho jméno a dopracoval techniku extrakce k dokonalosti (Doležal, 2009). Byl zásadním odpůrcem císařského řezu na živých ženách. V 18. století vedly zkušenost a znalosti porodnického mechanismu k poznání, že poloha koncem pánevním je poroditelná, byly vypracovány základní manévry pro vybavování ramének a hlavičky (Doležal, 2007). Významným porodníkem 18. století byl zakladatel anglického porodnictví skot, William Smellie (1697–1763).

Vyučoval a sepsal pojednání o teorii a praxi babictví, popsal výstižné výklady mechanismu porodu u pánve normální, rachitické a zúžené. Při mechanismu hlavičky mluví o její rotaci a dává návod, jak napomáhat rotaci kleštěmi. U konce pánevního (KP) používal hmat, který nese společná jména Mauriceau – Smellie, Levret – Smellie, Veit – Smellie (Doležal, Kuželka a Zvěřina, 2009). Obrácený Pražský hmat má u normální rotace KP již jen historický význam, zavedl jej Kiwisch (1846). Hmat je popisován jako agresivní, u plodu docházelo k přetržení kývačů, vazů páteře a k luxaci obratlů. U rodiček zase k poranění spony stydké a sakroiliakálního spojení. Doležal ve své knize (Porodnické operace, 2007) popisuje, že tento hmat několikrát použil v kritických situacích u menších plodů (Příloha I, Obrázek 1,2). U obráceného hmatu plod táhneme za nožičky nejprve horizontálně, dokud se nedostane pod sponu čelo, potom ho zvedáme dopředu a skláníme k břichu matky. Hlavička se rodí v maximální flexi, záhlaví se rodí vzadu, vnitřní ruka táhne za raménka, zevní za nožky, záhlaví se tak dostává do sakrálního vyhloubení. Jako první se rodí záhlaví, temeno, pak celá hlava. Hlavička a krční páteř se dostávají do krajních poloh a jsou ohrožené traumatismem (Doležal, 2007). Až v padesátých letech 20. století byly zdokonaleny metody podle Covjanova a Brachta, které znamenaly ústup od operativních extrakcí (Doležal, 2007). Covjanov popsal svoji metodu v roce 1929, určil ji převážně pro vedení nejčastěji se vyskytující polohy řitní. Metoda u nás zdomácněla a je prováděna v mnoha modifikacích. Covjanov doporučoval u konce pánevního tlačení vpolosedě. Bracht v roce 1938 popsal metodu, jejíž princip je podobný jako u Covjanova. Autor považuje plod za jeden celek a má snahu, aby ten postupoval v porodním kanálu tak, aby se žádný úd neodchyloval. Někteří od-

borníci nepovažují metodu za fyziologickou, někteří ruští autoři ji zaměňují s metodou Covjanovovou (Doležal, 1998).

Vermelin doporučoval při vedení porodu koncem pánevním zdrženlivost, nechával plod porodit u ležící rodičky na podložku bez jakéhokoli zásahu rukou.

1.2 Historie císařského řezu

Císařský řez (SC) je celosvětově nejčastější operací. Je součástí mýtů a pověstí mnoha pravěkých civilizací. Ač byl prováděn již v prehistorických dobách, původně byl uplatňován pouze na mrtvých a umírajících ženách. Původ termínu císařský řez sahá patrně až do 8. století před naším letopočtem. Během vlády římského krále Numa Pompilia (715–672 př. n. l.) bylo v zájmu zvýšení porodnosti římských občanů vydáno nařízení příkazující vyříznout dítě z těla každé ženy, která zemřela v pozdním těhotenství. Královský zákon zakazoval pohřbít těhotnou ženu, aniž by se předem vyřízl plod. Nejdříve bylo nařízení známo jako „lex regia“ neboli právo královské, později za vlády imperátorů – cízarů – nabyl příkaz pro posmrtný břišní řez názvu „lex caesarea“, který se postupně měnil na vlastní název operace partus caesareus a pak sectio caesarea (Roztočil, 2008). Tato indikace byla jedinou uznávanou indikací až do druhé poloviny 16. století. První doložený císařský řez na živé ženě provedl 22. dubna v roce 1610 Jeremias Trautman, saský chirurg. Břišní stěnu sešil, dělohu však nikoliv, a tak matka přežila pouhých 25 dní jako tehdy většina žen, které podstoupily operaci po dobu dvou následujících století. Její dítě žilo asi 9 let (Doležal, 2001). Chirurgové vycházeli z mylného přesvědčení, že rána v děloze nevyžaduje žádné ošetření kromě očištění. Byli přesvědčeni, že děloha se následkem kontrakcí spontánně uzavře. Spontánní uzavření rány mělo být dílem přírody. Později byla rána ošetřena, přesto nastoupila infekce a peritonitida ženu zahubila (Zábranský, 1997). Latinský název sectio caesarea (SC) je používán již od 17. století. Na přechodu 18. a 19. století se osobní pokusy lékařů o provedení operace dostávají do kontroverze. Obětovat živý plod za cenu pokusu o přežití matky, nebo se snažit vybavit živé dítě a riskovat fatální následky operace? V této době byl většinou podporován první názor, a to jak u odborníků, tak u laické veřejnosti. V předantiseptickém období byla mortalita matek při SC neuvěřitelně vysoká 50–90 % (Zábranský, 1997). Rodičky byly ohrožené infekcí a masivním krvácením do dutiny břišní. Až po roce 1882 bylo sešívání operační rány uznáno jako nejdůležitější součást operace, která zabránila krvácení, ale problém infekce zůstal. Asepsy a anestezie byly teprve na počátku

svého vývoje. Jedním z prvních obhájců myšlenky císařského řezu byl zakladatel moderního porodnictví, Francouz Andre Levret. Doporučoval ukončit porod SC, pokud byl nepoměr mezi rozměry pánve a plodu takový, že nedovoloval vaginální porod. Tím položil základ této indikace, která byla respektována jako jediná až do začátku 20. století. V možnosti abdominálního porodu spatřoval novou perspektivu (Křepelka, 2010). Císařský řez se v druhé polovině 19. století stává vlivem narkózy bezbolestným a vlivem asepse bezpečnějším. Indikace k SC se rozšiřuje o eklampsii, včasně lůžko (placenta praevia) a předčasné odlučování placenty. Úmrtnost rodiček činila 30 % (Doležal, 2009). Začátkem 20. století dochází ke zlomu v myšlení, porodníci začali provádět SC i po odtoku plodové vody a za kontrakcí. Císařský řez se stal reálnou porodnickou operací díky dostupnosti anestezie a prostředků omezujících krvácení a infekční komplikace. V roce 1916 J. T. Williams definuje další moderní indikace k císařskému řezu, plod v poloze koncem pánevním u primipar, deflexní polohy, zadní postavení a porody starších primipar nad 35 let.

1.3 Historie polohy rodičky při porodu

Ze starých historických pramenů se dočítáme o různých polohách, které se dříve uplatňovaly u porodu. Naši předkové přirozeně a logicky přiváděli děti na svět za maximálního využití zemské gravitace. Nejstarší a nejrozšířenější porodní pozicí byla poloha vsedě s oporou zad a s pokrčenýma nohama. Tyto vertikální polohy (klečení, dřepění a pozice ve stoje) znamenají menší náchylnost k natržení hráze a menší pravděpodobnost operativního zásahu (Marek, 2002). Metoda polohování rodičky byla zavedena do praxe se vstupem porodníků do porodního děje v 16. a 17. století. Francouzský lékař Francois Mauriceau je uváděn v literatuře jako největší průkopník a zastánce horizontální polohy při porodu. Hájl tuto polohu větší pohodlností pro rodičku i pro porodníka. Francouzský panovník Ludvík XIV. byl fascinován, a dokonce vzrušován, pohledem na rodící ženu, proto i on preferoval horizontální polohu, která představovala nejlepší možný vizuální požitek. Zda tato skutečnost měla vliv na trend k poloze na zádech, však dokázáno není. I když se metoda polohování rodičky stávala stále rozšířenější, nadále se setkáváme s porody vsedě. Na přelomu 18. a 19. století existovalo přes třicet popsanych typů porodnických křesel. Ze záznamů je doloženo, že porodnická křesla byla součástí výbavy porodních bab (Doležal, 2001).

V našem českém porodnictví bylo dlouhodobým standardem používat během porodu horizontální polohu na zádech, s abdukovanými dolními končetinami, které jsou upevněny v Schauteho podpěrách. Tato poloha je více výhodná pro porodníka než pro rodičku. Porodník aktivně zasahuje do porodního mechanismu a ten manévry ukončuje.

V dnešní době, tedy na počátku 21. století, se stále častěji setkáváme s možností alternativních porodů, kdy se jedná o jakýsi protipól klasického nebo tradičního, nemocničního porodnictví. Současné porodnictví klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Při užití vzpřímené (vertikální) polohy, se plod rodí aktivně s využitím zemské gravitace. Rodičce lze navrhnout nalezení takové polohy, která je pro ni nejpřirozenější a přináší jí úlevu. Stoj, sed, dřep a jejich nejrůznější kombinace působí příznivě, podporují lepší postup porodu a snižují nutnost použití léků. Cenný je rovněž nižší výskyt tísně plodů a novorozenců porozených ve svislé poloze. Vedení takového porodu vyžaduje souhru mnohých prvků, které při zajištění základních principů bezpečnosti o matku a dítě respektují individualitu její osobnosti a podporují její aktivní roli během všech dějů porodu (Bašková, 2015).

2 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

Zvládnutí a zhodnocení těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním je v dnešní době neustálý souboj se stále se vyvíjejícími skutečnostmi, a to od zdravotnických, právních až po snahu udržet si klinické dovednosti. Poloha koncem pánevním je běžná v nízkém stadiu těhotenství, v 28. týdnu je přibližně 28 % všech plodů uloženo v poloze podélné koncem pánevním a frekvence pak klesá na 3–4 % v období termínu porodu. Téměř devět plodů z deseti se spontánně otočí na polohu podélnou hlavičkou před nástupem porodu v termínu. Vyšší frekvence konců pánevních je u vícečetných gravidit. Porod plodu v poloze koncem pánevním může být veden vaginální nebo abdominální cestou. Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním vidíme dnes převážně ve spojitosti s emergentním porodem, vícečetnou graviditou, intrauterinním úmrtím nebo u extrémně nezralých plodů. Současný management porodu koncem pánevním klade důraz na včasné rozpoznání polohy plodu a spolehnutí se na elektivní císařský řez (Gimovsky et al., 2007). Klinická praxe se stále častěji kloní k vedení porodu císařským řezem, zejména v případě prvorodičky. Současná frekvence císařských řezů v České republice pro konec pánevní již přesahuje 90 % (Hájek, 2009).

Revoluci v rozhodování o způsobu vedení porodu koncem pánevním způsobil v roce 2000 článek torontské gynekoložky Mary Hannah Term Brech Trial. Studie probíhala multicentricky v 26 zemích a zhodnotila 2088 termínových konců pánevních, z nichž bylo 1041 ukončeno císařským řezem a 1041 vaginálním porodem. Výsledkem byla vyšší novorozenecká mortalita a závažná morbidita ve skupině vaginálních porodů, a to 5 % versus 1,6 %. Vzhledem k heterogenitě souborů byla výpovědní hodnota této studie často kritizována. I přes řadu výhrad přispěla tato studie i v České republice k extrémnímu rozšíření ukončování těhotenství konců pánevních císařským řezem (Roztočil, 2016).

Na výše zmiňovanou studii reaguje Dr. R. Porter z Royal United Hospital ve Velké Británii. Podle Portera nepřináší multicentrická studie natolik přesvědčivý důkaz, aby bylo upuštěno od vaginálního porodu koncem pánevním. Pokazuje na to, že musíme brát v úvahu nejen bezprostřední rizika při porodu koncem pánevním, ale také rizika, která mohou nastat v průběhu dalšího těhotenství rodičky, která prodělala císařský řez. Porter se obává situací, kdy plně informovaná žena, splňující všechny parametry k provedení

vaginálního porodu koncem pánevním, upřednostní tento porod před císařským řezem, ale nebude jí vyhověno (Porter, 2006).

Autoři Berhan a Haileamlak (2016) v randomizované studii uvádějí absolutní a relativní riziko perinatální morbidity a mortality při plánovaném vaginálním porodu koncem pánevním. V databázích HINARI, PubMed a Google scholar provedli řešerši studií porovnávajících plánovaný vaginální porod a plánovaný císařský řez. Do této meta-analýzy bylo zahrnuto 27 článků s celkovým počtem 258 953 žen. Výsledkem této studie bylo zjištění, že relativní riziko perinatální úmrtnosti a nemocnosti je dvou- až pětinasobně vyšší při plánovaném vaginálním porodu než při plánovaném porodu císařským řezem. Absolutní rizika perinatální mortality, fetální neurologické morbidity, porodních traumat, Apgar skóre 5 minut po porodu < 7 a neonatální asfyxie při plánovaném vaginálním porodu byly v této skupině respondentek 0,3, 0,7, 0,7, 2,4 a 3,3 %. V závěru studie je konstatováno, že perinatální úmrtnost a nemocnost je při plánovaných vaginálních porodech koncem pánevním signifikantně vyšší než u porodu plánovaným císařským řezem (Berhan, Haileamlak, 2016).

Vedení porodu při poloze plodu koncem pánevním se netýká jen otázky, zda císařský řez ano, nebo ne. Velký prostor v prevenci této otázky dává obrat zevními hmaty. Bipolární obrat zevními hmaty je velmi plauzibilní metoda prevence porodu koncem pánevním. Jeho úspěšnost je při splnění určitých podmínek u vícerodiček 60 % a u prvorodiček 40 %. Tento výkon se běžně provádí v mnoha evropských zemích, např. ve Švédsku, v České republice nenabyl širšího rozšíření. Obrat je považován za bezpečný a levný nástroj redukující vaginální porody plodů naléhajících koncem pánevním a císařských řezů prováděných z této indikace. V naší populaci odmítají tento výkon nejen rodičky, ale i porodníci (Roztočil, 2016).

Skupina vědců (De Hundt, Vlemmix, et al., 2015) se ve své studii snaží poskytnout přehled stávajících předpovědních modelů pro úspěšné zevní obraty plodu (External cephalic version - ECV) a posoudit jejich kvalitu a úspěšnost provedení. Hledali odborné články v databázích MEDLINE, EMBASE a Cochrane Library a identifikovali všechny články zaměřené na predikční modely pro úspěšné ECV zveřejněné od počátku až do ledna 2015. Vyhledali celkem 373 článků, k podrobnější analýze zvolili 21 článků, z nichž osm splnilo kritéria výběru. Hodnotili fáze vývoje modelů a shrnuli jejich úspěšnost a klinickou prospěšnost. Všechny modely byly podrobeny interní validaci, u žádného modelu nebyl hodnocen dopad na klinickou praxi. Nejdůležitější prognostic-

ké proměnné pro úspěšný ECV byla parita, uložení placenty, hmatný konec pánevní a hlavička plodu. Vzhledem k tomu, že celosvětově výrazně klesá počet vaginálních porodů koncem pánevním a císařský řez je spojen s krátkodobými i dlouhodobými důsledky pro matku i dítě, je možné konstatovat, že ECV je bezpečný a může přispět ke snížení počtu pánevních prezentací a císařských řezů, jichž v posledním desetiletí celosvětově přibývá. Jediný model, který byl podroben vnitřní i vnější validaci, byl model vyvinutý Kokem a spol. Tento model byl schopen rozlišovat mezi ženami s dobrou prognózou a špatnou prognózou úspěšného ECV. Více než 70 publikovaných článků o ECV v posledním měsíci gravidity zahrnuje přes 4000 případů s úspěšností kolem 70 % (De Hundt, Vlemmix et al., 2012).

Pro studii rizika plánovaného vaginálního porodu koncem pánevním oproti plánovanému císařskému řezu v termínu porodu koncem pánevním: meta-analýza, včetně pozorovacích studií (Berhan, Y., & Haileamlak, A. 2016) byla provedena systematická rešerše s využitím databází HINARI, PubMed a Google scholar. Stanovenými kritérii pro zařazení bylo hodnocení perinatální morbidity a mortality ve vztahu k termínu porodu ve studiích publikovaných v angličtině v letech 1993–2014. Vyloučeny byly studie spojené s výskytem vrozených vývojových vad plodu neslučitelných se životem a s intrauterinním úmrtím plodu. Pro analýzu bylo vybráno 27 článků. Autoři 17 studií došli k závěru, že vaginální porod koncem pánevním zůstává i přes přísná hodnotící kritéria přijatelnou možností, nicméně autoři 10 studií došli k závěru, že rutinní provedení císařského řezu je bezpečnější variantou. Hodnocen byl plánovaný a skutečný způsob porodu, časná a pozdní novorozenecká nemocnost a úmrtnost, porodní trauma (zlomenina klíční kosti, pažní nebo stehenní kosti, intracerebrální krvácení, hematom na hlavičce, paréza lícního nervu, paréza brachiálního plexu a další traumata), umístění novorozence na JIP, neonatální asfyxie/hypoxie, pH krve, Apgar skóre 5 minut po porodu a neurologické morbidity novorozenců. Do této meta-analýzy bylo zahrnuto 258 953 prezentací konce pánevního. Z výsledků této studie vyplývá, že 0,3 % úmrtnost na 75 193 vaginálních porodů koncem pánevním je nižší než perinatální úmrtnost při vaginálních porodech hlavičkou (0,39, 0,38 %). Tato analýza rovněž ukázala, že absolutní riziko porodního traumatu při vaginálním porodu koncem pánevním bylo < 1 %, což je srovnatelné s absolutními riziky spontánního porodu hlavičkou při dystokii ramének, porodní hmotnosti plodu > 3 500 gramů nebo operativním vaginálním porodu. Nízké Apgar skóre 5 minut po porodu, přijetí novorozence na JIP, neonatální asfyxie a neurologické morbidity při

vaginálním porodu závisí především na délce druhé doby porodní a erudici ošetřujícího personálu. Plánovaný císařský řez je významně rizikový v oblasti morbidit a mortality matky. Ve studii WHO bylo zjištěno, že mateřská úmrtnost a nemocnost po plánovaném císařském řezu byla 3,4–2,3× vyšší než při vaginálním porodu. Plánovaný císařský řez je relativně bezpečný pro děti v perinatálním období, nicméně v Holandsku bylo zjištěno, že se zdvojnásobilo riziko neonatální úmrtnosti v následných těhotenstvích ve srovnání s plánovaným vaginálním porodem. Plánovaný císařský řez také zvýšil riziko pozdního dětského astmatu, kdy 2 meta-analýzy prokázaly, že děti porozené císařským řezem měly toto riziko zvýšené o 20 %. I když diskuse je stále nevyřešena, většina autorů doporučuje vaginální porod koncem pánevním, přestože relativní rizika perinatální úmrtnosti a nemocnosti při plánovaném vaginálním porodu koncem pánevním jsou výrazně vyšší, absolutní rizika vaginálního porodu koncem pánevním zůstávají na nízké úrovni. Dnes je porod koncem pánevním kontroverzní situací, kde klinické rozhodnutí mezi vaginálním porodem a císařským řezem je velmi složité (Berhan, Haileamlak, 2016).

Binder (2011) udává: Jednoznačně prokázaná nižší mateřská morbidita u vaginálně vedeného porodu je dávana do kontrastu s vyšší mortalitou a morbiditou u plodu. Morbidita matek po elektivním císařském řezu je sice statisticky vyšší, ale pouze u méně závažných komplikací. U plodu porozeného v poloze koncem pánevním je podle statistik vyšší riziko abnormalit kyčelního kloubu, kryptorchismu, porodního traumatismu plodu a jako nejzávažnější je udáváno vyšší riziko hypoxie až asfyxie plodu. V současné době převládá společný názor, že císařský řez je pro plod šetrnější v případech, kdy se jedná o předčasný porod s hmotnostním odhadem plodu v rozmezí 750–2500 gramů. U porodu v termínu je preferován elektivní císařský řez v případech, že hmotnostní odhad plodu přesahuje 3600 gramů u primipar a 3800 gramů u multipar s ohledem na porodní hmotnost již porozených dětí. Plánovaný císařský řez volíme u rodiček po předchozím císařském řezu, s myomatózou, postmaturitě a významné intrauterinní růstové retardaci plodu způsobené poruchou uteroplacentární jednotky. Dále při porušeném držení plodu s naléháním nožkou, kolínkem a dalšími možnostmi s výjimkou řitní se volí primárně císařský řez, zvláště dojde-li k předčasnému odtoku plodové vody. Pro spontánní vaginálně vedený porod koncem pánevním zbývá skupina rodiček s předčasným porodem s hmotností odhadem pod 750 gramů, kdy prognóza plodu je nejistá a způsob porodu tuto prognózu výrazně neovlivní a nepoměrně větší skupina rodiček s nekomplikova-

ným těhotenstvím s hmotnostním odhadem plodu v rozmezí 2500–3600 gramů. Ani v těchto případech neexistuje jednotný názor.

Výše zmiňované studie často zastrašují ženy s polohou koncem pánevním a zbavují je možnosti volby pro způsob porodu plodu koncem pánevním.

Pracoviště v České republice, která vedou porody koncem pánevním vaginální cestou, vyžadují zkušeného a erudovaného porodníka. Pro takový porod musí plod naléhat koncem pánevním úplným nebo neúplným řitním. Rodička musí splňovat podmínky pro vedení porodu koncem pánevním a souhlasit s tímto způsobem porodu. Porod je veden většinou metodou podle Covjanova nebo podle Brachta (Roztočil, 2008). V případě vaginálního vedení porodu koncem pánevním je v II. době porodní dle doporučeného postupu České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS), direktivně prosazovaná jediná přípustná poloha rodičky, a to klasická gynekologická poloha na zádech. Toto dogma je předáváno z generace na generaci. V posledních letech se objevily reference o alternativním přístupu k vaginálnímu vedení porodu koncem pánevním. Porod koncem pánevním může probíhat spontánně bez využití výše zmíněných metod. Kanadská společnost porodníků a gynekologů pobízí k přeučení zažitého porodního procesu a usiluje o učení porodu koncem pánevním přirozenou cestou. Vyžaduje to obrovskou znalost anatomie a fyziologie lidského těla a orientaci v oboru. Na základě studování historických učebnic, fotek a dokumentů vznikla nová teorie, popisující sestup a vnitřní rotaci plodu během porodu koncem pánevním a to v souvislosti s pohyby vně a uvnitř matčiny pánve. Rodička v závěru II. doby porodní zaujme polohu na všech čtyřech a je schopna porodit své dítě v poloze koncem pánevním pomocí vlastních sil. Magnetická rezonance (MRI) a pelvimetrické studie podporují teorii, že vzpřímená poloha vytváří větší prostor v pánvi (Reiter et al, 2014). Myšlenka polohy na všech čtyřech je podporována těmito studiemi, které prokazují, že kostěná pánev se při změně do jiné polohy, dostává do výhodné pozice pro porod plodu. Data retrospektivní kohortové studie německých autorů z univerzitní kliniky ve Frankfurtu nad Mohanem, analyzují soubor 271 vaginálních porodů koncem pánevním po dokončeném 37. týdnu v období od ledna 2004 do června 2011. V tomto souboru porodilo 750 žen s polohou KP, 315 žen (42 %) plánovaným císařským řezem a 269 žen porodilo úspěšně vaginálně, 229 žen v poloze na všech čtyřech. Autoři těchto studií poukazují na výraznou redukci porodního traumatismu plodu a současnou redukci zásahů a manévřů v II. době porodní. Závěrem lze říci, že porod v této poloze je bezpečný pro plod i pro matku (Hruban, 2016).

První zmiňovaná studie Term Breech Trial způsobila v laické i porodnické veřejnosti tak velké obavy, že došlo v posledním desetiletí k téměř úplnému vymizení spontánního porodu koncem pánevním. Současně se tím vytrácel um porodníků, kteří tak raději přistupovali k rutinnímu císařskému řezu. Během několika posledních let však sledujeme opatrný trend nabídnout prvorodičkám s polohou koncem pánevním porod vaginální. Ženy chtějí mít možnost volby a chtějí o svém způsobu porodu rozhodovat. Rodičky si opět uvědomují, že vaginální porod je jen klamné překonání strachu.

3 PLOD V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍ

Poloha plodu koncem pánevním je polohou fyziologickou, která je ale zatížena vyšší perinatální mortalitou a morbiditou plodů. Plod je otočen hýžděovou částí do pánevního vchodu, hlavička se nachází v děložním fundu a podélná osa trupu probíhá rovnoběžně s podélnou osou děložní. Vyskytuje se na začátku III. trimestru v 15–20 % těhotenství, ale na konci těhotenství je její četnost 3–4 % gravidit (Slezáková, 2011).

Dle Gimovského et al. (2007) se plod ocitne v poloze koncem pánevním náhodně, jindy je tato poloha způsobena relativním nedostatkem místa, které má plod k pohybu. Poloha koncem pánevním může rovněž souviset s mateřským nebo fetálním neurologickým či ortopedickým problémem. Ovlivňujícím faktorem je také gestační stáří a přítomnost fetálních anomálií. Vývojové anomálie dělohy (uterus unicornis, bicornis, septus) objemové útvary (myomy), placentární abnormality (placenta praevia), abnormality v množství plodové vody (polyhydramnion), fetální anomálie (anencephalus, hydrocephalus), fetus magnus. Ochablost dolního děložního segmentu u vícerodiček, absolutně či relativně krátký pupečník, intrauterinní odumření plodu (Gimovsky, et al., 2007). S polohou plodu koncem pánevním jsou ovšem také často spojené anomálie neurální trubice, kardiovaskulárního systému a ostatních orgánových struktur.

3.1 Rozdělení poloh koncem pánevním

Při porodu koncem pánevním se plod rodí v poloze podélné, ale opačným pólem jako při porodu hlavičkou. Dle Roztočila et al. (2008) rozdělujeme polohu podélnou koncem pánevním:

Úplná poloha koncem pánevním (*presentatio pelvina completa*) – držení plodu je zachováno, nožky jsou flektovány v kyčelním kloubu. Plod tak zaujímá nejúspornější uložení v děloze. Na pánevní vchod naléhají hýždě a nožky plodu.

Neúplná poloha koncem pánevním (*presentatio pelvina incompleta*) – držení plodu je porušeno.

Poloha řitní (*presentatio pelvina incompleta natium*), (cca 66 %), obě nožky jsou vztyčeny a nataženy a na pánevní vchod naléhá pouze hýžděová část, prognosticky nepříznivější varianta.

Poloha nožkou či oběma nožkami (*presentatio pedibus*) – jedna nožka je vztyčena jedna uložena vedle řitní části nebo obě nožky skrčené a uložené vedle řitní části plodu.

Poloha kolínkem či oběma kolínky (*presentatio genu*) – naléhající části na pánevní vchod jsou obě nebo jedno kolínko, nožky jsou extendovány v kyčli a flexovány v koleně. Jedná se o nejméně častou polohu, která se vyskytuje u konce pánevního.

Vztyčená nožka – na pánevní vchod naléhají hýždě plodu s jednou nožkou, druhá nožka je vztyčena k hlavě plodu (Příloha II, Obrázek 3).

3.2 Diagnostika polohy plodu koncem pánevním

K diagnostice polohy plodu můžeme využít zevního a vnitřního porodnického vyšetření a UZ vyšetření.

3.2.1 Zevní a vnitřní vyšetření

Zevním vyšetřením tzv. Pawlikovým hmatem, nehmatáme nad symfýzou hlavičku jako velkou tvrdou kulatou část, ale hmatáme měkkou část, a to konec pánevní. Místo toho se v dolním děložním segmentu nachází měkká velká část plodu. Nevyhmatáme krční rýhu. Maximum slyšitelnosti ozev zjišťujeme kolem pupku nebo v horních kvadrantech břicha – je to jen velice orientační vyšetření, které se spíše uplatňovalo v minulosti (Dušová, Marečková, 2009).

Vnitřním vyšetřením zjišťujeme v dolním děložním segmentu měkkou část. Při palpaci nenalezneme švy ani fontanely. Podaří se vyhmatat genitoanální rýhu s hrotem kostrče, který je mírně pohyblivý. U konce pánevního neúplného můžeme nahmatat kolínko nebo nožku plodu (Dušová, Marečková, 2009). U menších plodů lze dobře vyhmatat vyklenující se tužší křížovou kost jako trojhrannou plošku s řadou hrbolků (*procesus spinosi*). U ženského plodu je genitoanální rýha zakončena vyklenujícími se *labia majora*. U mužského plodu skrotum nehmatáme, poněvadž je vytaženo flektovanými nožkami v kyčelních kloubech (Čech, et al., 1999). Vaginální vyšetření by mělo být prováděno opatrně, aby při něm nedošlo k protržení vaku blan, jehož dolní pól bývá více naplněn plodovou vodou. U konce pánevního dolní děložní segment netěsní tak dobře jako u polohy hlavičkou (Roztočil et al., 2008).

3.2.2 Ultrazvukové vyšetření (UZ)

UZ vyšetřením si ověřujeme polohu plodu a provádíme biometrii se stanovením biparietálního průměru (BPD) a obvodu hlavičky (HC), protože znalost velikosti plodu je jedním z faktorů, které ovlivňují rozhodování o taktice porodu (Dušová, Marečková, 2009).

Vizualizace naléhající části plodu umožní ověření palpačního nálezu při zevním a vaginálním vyšetření. Nemožnost provedení ultrazvukového vyšetření představuje jednu z kontraindikací vaginálního vedení porodu (Hruban et al., 2016).

Liberální používání ultrazvuku v této situaci výrazně zvýšilo schopnost diagnostikovat polohu koncem pánevním. Stanovení diagnózy prenatálně zmírní stres, který daná diagnóza klade na těhotnou ženu a lékaře. Může být navržen pokus o zevní obrat (external cephalic version – ECV), který může být úspěšný v 60–70 % případů, čímž se snižují, ale ne zcela eliminují rizika pro matku i plod vyplývající z polohy plodu koncem pánevním – a pokud je to přijatelná metoda pro rodičovský pár, může být provedena včas (Gimovsky et al., 2007). Ultrazvukové vyšetření je prováděno opakovaně během předporodních kontrol a jeho algoritmus zaujímá v rozhodování o způsobu vedení porodu zásadní význam. Vyšetření provádí erudovaný lékař, a to vždy při příjmu rodičky a bezprostředně před porodem. Zaměřuje se na přesný popis polohy, postavení a naléhání plodu, určení varianty (kompletní, inkompletní), následuje ultrazvuková biometrie (makrosomie, růstová retardace), důležitá je pozice hlavičky (flexe, neutrální pozice, deflexe), pozornosti by nemělo uniknout uložení pupečníku, uložení placenty a množství plodové vody je vyšetřováno orientačně (Hruban et al., 2016).

3.3 Zevní obrat plodu při poloze koncem pánevním

Poloha koncem pánevním je v ranějších obdobích těhotenství až do 33. týdne polohou fyziologickou. Většina plodů se obrací samovolně a vytváří se poloha hlavičkou. Samovolný obrat nastává obvykle před 34. týdnem těhotenství, někdy i později.

„Hlavním pravidlem při provádění obratu je, že se hýždě plodu přemisťují na stranu hřbetu, hřbet se přemisťuje na stranu hlavičky, hlavička pak k břišní stěně plodu.“

(Trapl, 1955, str. 253)

Názory na obrat plodu zevními hmaty z polohy podélné koncem pánevním do polohy podélné hlavičkou prošly řadou názorových obměn. Možností, jak korigovat polohu

plodu v poloze koncem pánevním je zevní obrat plodu (external cephalic version – ECV), který může být úspěšný v 60 až 70 % případů, čímž se snižují, ale ne zcela eliminují rizika pro matku i plod. Podrobně propracoval techniku zevního obratu Archangelskij v 50. letech minulého století. Obrat byl v té době chápán jako prostředek pro snižování rizika porodu koncem pánevním, o redukci císařských řezů se neuvažovalo (Doležal, 2007).

V moderní medicíně má metoda obratu plodu zevními hmaty stanovená jasná pravidla a je důležité, aby před samotným pokusem byly splněny určité podmínky. V České republice je obrat plodu zevními hmaty součástí doporučeného postupu sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) (Hruban et al., 2016). Principem metody je změna polohy plodu hmaty přes břišní stěnu (versio externa). Výslednou polohou plodu je většinou poloha podélná hlavičkou. Obrat zevními hmaty do polohy podélné hlavičkou je možný ve 36. - 38. týdnu gravidity u fyziologického plodu při fyziologickém těhotenství, při zachovalé plodové vodě a za souhlasu rodičky (Slezáková et al., 2011). Podmínkami výkonu jsou pohyblivý plod, prostorná malá pánev, dobrý stav matky i plodu, přesná znalost uložení plodu v děloze a dobře prohmatná břišní stěna (Čech et al., 1999). Úspěšný zevní obrat je častější u multipar a neobézních matek. Obrat plodu zevními hmaty nelze plánovat ani provést bez předchozího ultrazvukového (UZ) vyšetření. Doležal (2007) uvádí, že doposud není jednota v tom, zda se může výkon provádět ambulantně či za hospitalizace. Zevní obrat je operace, k níž musí dát žena písemný informovaný souhlas, kde je informována o možných komplikacích a neúspěších. Obrat se provádí se na rovném lůžku v poloze na zádech po intravenózní přípravě tokolytiky a pod ultrazvukovou kontrolou. Někteří autoři uplatňují epidurální nebo spinální anestezii. Kontraindikací jsou stavy po operacích na děloze, myomy a vrozené vývojové vady dělohy.

3.3.1 Postup při obratu plodu zevními hmaty

Lékař, stojící po pravé straně rodičky, vyhmatá jednou rukou hlavu plodu a druhou rukou zadek plodu. Dále následuje vysunutí hýždí plodu z malé pánve a stálý protisměrný tlak na hlavu a zadek plodu s cílem převedení plodu do polohy příčné a následně do polohy podélné hlavičkou. K elevaci hýždí lze v případě potřeby použít i obě ruce. Teprve pak je možné přidat rotaci hlavou plodu. Rotační pohyb plodem je možný jak ve směru, tak proti směru hodinových ručiček. Důležitá je snaha o zachování hla-

vičky plodu ve flexi. Při prvním postavení plodu se preferuje rotace proti směru hodinových ručiček. Při druhém postavení se preferuje ve směru hodinových ručiček. Při neúspěchu lze vyzkoušet i opačný směr. Tlak vyvíjený na plod i břišní stěnu by měl být stálý, plynulý, přiměřený s vyloučením trhavých pohybů. Přílišné násilí zvyšuje riziko komplikací, a výkon tak může být pro rodičku nepříjemný a bolestivý. Pokud není patrná tendence plodu k snadnému dokončení obratu, mělo by být od dalších pokusů upuštěno. Celý výkon zpravidla trvá maximálně několik minut a neměl by přesáhnout hranici 15 minut. Ihned po výkonu následuje podrobná UZ kontrola plodu i placenty a kardiotokeografický záznam. Výkon se provádí za krátké preventivní hospitalizace (nejčastěji do druhého dne), poté je pacientka sledována již ambulantně (Hruban et al., 2016) (Příloha II, Obrázek 4,5).

Mezi nejzávažnější komplikace patří abruptce placenty s úmrtím plodu, známky hypoxie plodu, odtok PV během 24 hodin a vyvolání kontrakční činnosti. Původním záměrem tohoto obratu bylo snížit frekvenci porodů koncem pánevním. Přes původně pozitivní záměr se tento tzv. bipolární obrat, vzhledem k rizikovosti pro matku i plod, již prakticky neprovádí. Čech et al., (1999), Hruban et al., (2016) uvádějí, že úspěšnost zevního obratu se dle různých autorů pohybuje mezi 30 a 65 %. I když je to velmi neobvyklé, v důsledku ECV může vinou placentární nebo pupečnickové příhody dojít k úmrtí plodu nebo jiné události, jako prolapsu pupečníku nebo periferního nervového poškození. Je-li poloha koncem pánevním zjištěna až těsně před porodem a pokus o ECV selhal, je nutné zvážit provedení císařského řezu nebo vaginální vedení porodu po podrobném rozhovoru s rodičkou o rizicích a výhodách jednotlivých postupů (Gimovsky et al., 2007).

3.3.2 Přírozené metody k obrácení polohy plodu

Některé matky se potřebují utvrdit v tom, že vyzkoušely všechny dostupné metody, které by napomohly dítěti se otočit. V dnešní době nejsou ženy plně odkázány jen na informace od lékaře, ale často jsou schopny si samy vyhledat odpovědi na otázky, které je zajímají. Využívají toho i při pokusech o obrat konce pánevního. V případě úspěchu obratu nelze však zcela jednoznačně prokázat, zda se dítě samo otočilo nebo se o to zasloužily případné metody. Cvičení je patrně nejrozšířenější laickou metodou pro otočení plodu. Dle Stadelman (2001) je doporučováno provádět různé cviky a vhodné polohy, a to několikrát v průběhu dne. **Indický most** – tato poloha je nejčastějším způsobem otočení plodu, která pomáhá miminku zasunout bradu (tzv. flexe). Lze provádět

od 33. týdne, jedná se o leh na zádech, lýtka jsou co nejbližší k hýždím a je nutné zvednout co nejvýše pánev. Mezi další využívané alternativy, které mohou napomoci dítěti se otočit, patří čas a klid (přemýšlet o tom, proč je dítě v této poloze), akupunktura, moxování – léčebná metoda tradiční čínské medicíny, pomocí pelyňkové cigarety se prohřívají akupunkturní body ležící na drahách energie, meridiánech, úspěšnost je 50–70%, aromaterapie, homeopatie, Bachovy květové esence, hudba, somatické prožívání terapie, lezení po čtyřech, plavání, přitahování kolen k hrudníku apod. Metody jsou neškodné pro matku i dítě, ale jejich výsledky nejsou vědecky průkazné (Příloha II, Obrázek 6).

4 VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

Porod plodu v poloze koncem pánevním může být vaginální, nebo abdominální. Vaginální porod může být spontánní, asistovaný nebo s částečnou či totální extrakcí. Jak při vaginálním, tak při abdominálním porodu plodu v poloze koncem pánevním je pomocí manévru nutno dosáhnout porodu následné části plodu, která je větší než naléhající část (Gimovsky et al., 2007). Při stanovování strategie porodu konce pánevního je nutné provést selekci, kdy provést císařský řez a kdy je možno родit vaginálně (Roztočil, 2016). Každé ženě s polohou konce pánevního by měly být vysvětleny výhody a nevýhody spojené s vaginálním porodem nebo císařským řezem.

4.1 Vaginální vedení porodu koncem pánevním

Popisují se tři druhy vaginálních porodů koncem pánevním:

Spontánní porod KP – žádný tah ani manipulace s dítětem není použita. K tomuto druhu porodu dochází převážně u předčasných porodů.

Asistovaný porod KP – je nejčastější druh porodu KP. Dítě je spontánně porozeno až po pupečník, poté jsou zahájeny manévry k vybavení zbytku tělíčka, ramének a hlavičky.

Totální extrakce KP – nožky plodu jsou uchopeny a dítě se tahem za nožky následně vybaví. Totální extrakce by měla být použita pouze u vybavení 2. plodu u porodu dvojčat. Totální extrakce plodu u porodu jednoho dítěte je spojena s výskytem poranění ve 25 % případů a s mortalitou až v 10 % případů. K totální extrakci KP se rozhodují často mladí a nezkušení porodníci v případě, kdy dojde k nečekanému prolapsu jedné nožky. Pokud je i v tomto případě srdeční akce plodu v pořádku, je možné si dovolit vyčkat plné dilatace hrdla (Fischer, 2016).

4.2 Mechanismus porodu plodu v poloze koncem pánevním

První doba porodní bývá u porodů koncem pánevním poněkud delší, měkká hýžďová část plodu méně stimuluje nervové sakrální receptory, které ovlivňují intenzitu kontrakcí děložních. Rovněž lze pozorovat větší sklon k předčasnému odtoku plodové vody s příměsí smolky – tento jev nemusí znamenat známky hypoxie plodu, jedná se výsledek mechanického tlaku dolního děložního segmentu na břicho plodu. V II. době porodní se uplatňuje u porodu koncem pánevním mechanismus tří částí plodu, hýždí, ra-

mének a hlavy. Proto je II. doba porodní provázena různými poruchami a její mechanismus je výrazně složitější než u polohy podélné hlavičkou (Hájek et al., 2014).

4.2.1 Porod hýždí

Přední hýždě se prořezávají jako první, jsou vedoucím bodem a pak následuje hýždě zadní. Při napjaté hrázi a po předchozí lokální analgezii se provede mediolaterální episiotomie, která je doporučována u všech vaginálních porodů koncem pánevním. Trup se samovolně stáčí hřbetem pod sponu stydkou a v této fázi se do porodu vůbec nezasahuje. Někdy se může stát, že trup má tendenci stáčet se opačně, hřbetem dolů do vyhloubení kosti křížové (abnormní rotace). V takovém případě je nutné tomuto postupu aktivně zabránit. Porodník má obě ruce přiložené na stranách rodidel, nevyvíjí žádný tah za plod a pomocí protitlaku dlaní zpomaluje další postup porodu a dostatečný sestup hýždí plodu (Hruban et al., 2016).

4.2.2 Porod trupu

V okamžiku, kdy jsou porozeny obě hýždě, a hřbet plodu je stočen pod sponu stydkou, je vyzvána rodička k intenzivní spolupráci. Při aktivním tlačení rodičky a za kontrakce dochází k porodu trupu plodu po úpon pupečníku. V tento okamžik je doporučována bolusová dávka oxytocinu i. v., která podpoří dostatečně silnou kontrakci. Hlava plodu vstupuje do kostěné pánve a většinou dochází k přechodné kompresi pupečníku. Hraniče pro dokončení porodu je 5 minut. O dobrém stavu nás informuje tonus plodu a barva kůže. Plod je možno přidržovat několika způsoby: prsty obou rukou porodníka jsou uloženy na bederní části hřbetu plodu a palce jsou podélně uloženy na stehnech plodu, které jsou ohnutá v kyčlích, plod je uchopen jako válec. Jiným způsobem je uchopení plodu za stehna. Aby se zamezilo prochladnutí plodu, je vhodné použití teplé roušky a současně je usnadněno uchopení plodu. Pokud stagnuje spontánní vybavení nožek, je možné jejich abdukci a flexi v koleni usnadnit uvolnění. Trup přidržujeme v horizontální rovině (Hruban et al., 2016)

4.2.3 Porod ramének a ruček

Často během jedné kontrakce proběhne porod trupu a ramen plodu. Ramena se rodí biakromiálním průměrem v příčném průměru pánevního východu a rodí se obě současně. Při neporušeném držení se ručky plodu většinou rodí bez aktivní pomoci, pokud tomu

tak není, je možné stíravým pohybem před obličejem plodu vybavit postupně jednu a následně druhou ruku (Hruban et al., 2016) (Příloha II, Obrázek 7).

4.2.4 Porod hlavičky

Hlava plodu se rodí jako poslední a její porod by měl být pozvolný a kontrolovaný. Při porodu hlavičky je nutné ji udržovat ve flexi, aby nedošlo k nadměrné extenzi v oblasti krční páteře. Porod hlavy je usnadněn při zachovaném tonusu plodu. V případě nekomplikovaného průběhu porodu hlavičky není žádná podpora nutná, pokud je však postup obtížnější, je vhodné vybavení hlavičky usnadnit. Lze toho využít pomocí modifikace manévru dle Mauriceaua – Smellieho – Veita nebo Brachtův manévr.

Při manévru dle *Mauriceaua – Smellieho – Veita* si porodník položí trup plodu v pozici jízdy na pravé předloktí a prsty pravé ruky se snaží fixovat spodní čelist nebo prst zavede přímo do úst plodu. Tímto manévrem se snaží udržet hlavu ve flexi a kontrolovaně hlavu vybavit z porodních cest postupným zvedáním plodu směrem k břichu matky. Principem tohoto manévru je zamezit nadměrnému záklonu a náhlé dekompresi hlavy. *Brachtův manévr* spočívá ve vyvíjení suprapubického tlaku asistující osobou. Princip je stejný jako u předchozího manévru, zamezit nadměrné extenzi hlavy při jejím vybavení. Oba manévry lze vzájemně kombinovat (Hruban et al., 2016) (Příloha II, Obrázek 8).

V české literatuře jsou tradičně uváděny dva způsoby vedení porodu koncem pánevním. Vedení II. doby porodní dle Covjanova a dle Brachta. Podle Hrubana et al., 2016 je popisována řada modifikací, které využívají prvky z obou metod.

Dle Covjanova přiloží porodník ruce na zevní rodidla a nechá mezi nimi plod procházet. Ramena se rodí svým biakromniálním průměrem v přímém průměru pánevního východu, kdy sklopením plodu směrem dolů se napomůže porodu předního raménka a následně nadzvednutím plodu nahoru je porozeno zadní ramínko. Hlava se rodí samovolně, nebo je doporučován manévr dle Mauriceaua–Smellieho–Veita (Příloha II, Obrázek 9).

Podle Brachta se s plodem manipuluje jako s jedním celkem. Plod je uchopen přes teplou roušku a postupně překlápěn směrem k břichu matky. Obě ramena jsou porozena současně, zpravidla v příčném průměru pánevního východu. Nadměrné extenzi hlavy při překlápění plodu brání asistence suprapubickým tlakem (Hruban et al., 2016) (Příloha II, Obrázek 10).

Zásady vedení porodu koncem pánevním

Důležité je polohu KP včas diagnostikovat a stanovit taktiku vedení porodu. Co nejdříve zachovat neporušený vak blan, který vytváří dilatační efekt a zároveň snižuje riziko prolapsu pupečníku. Uterokinetika aplikovat šetrně v průběhu I. doby porodní v infuzi rodičkám s primárně a sekundárně slabší děložní činností. V případě cervikokorporální distokie je možno podat analgetika – spasmolytika. Vždy provést vydatnou epiziotomii. Porod neurychlovat tahem za porozené nožky, došlo by k porušení držení plodu (vztyčení ruček) nebo k deflexi hlavičky. Ve II. době porodní porodník přikládá ruce na zevní rodidla a prodlužuje porodní kanál, plod se přidrží ve směru pánevní osy. Porod musí být od komprese pupečníku porozen do 3 minut. Dojde-li k asfyxii plodu, porod se ukončuje operativně (poloviční extrakce, úplná extrakce, císařský řez) (Kudela, 2008).

4.3 Nejčastější komplikace související se spontánním porodem KP

Hájek (2009) popisuje, že peripartální odtok nadměrného množství plodové vody může způsobit prolaps pupečníku, pasivní apozici plodu s rozvojem poruchy děložní činnosti a hypoxii plodu. Noční můrou každého porodníka je vztyčení a zaklínění ruček při porodu ramének (Příloha II, Obrázek 11,12). Spasmus branky a dolního děložního segmentu s následným uskřinutím hlavičky. V souvislosti s nerozpoznanou deflexí (hyperextenzí) hlavy je plod během porodu koncem pánevním ohrožen poškozením krční páteře. Hruban et al. (2016) uvádějí, že se vyskytuje až u 11 % plodů již před porodem v souvislosti s obtočením pupečníku kolem krku (Příloha II, Obrázek 13). U novorozenců je nejčastější komplikací obrna brachiálního plexu, těžká hypoxie s intrakraniálním krvácením. Mezi další komplikace dle Roztočila (2001) patří poškození kyčelního kloubu nešetrným tahem za nožičku, u chlapců poškození varlat u děvčat poškození gonád. Poranění plodu mohou být velmi pestrá, traumata kostí (končetin, hlavy, žeber), měkkých tkání, svalů a parenchymatózních orgánů (játra, slezina), nervový systém (parézy).

Tabulka 1 Srovnání komplikací při porodu v poloze koncem pánevním a hlavičkou dle Lanniho a Seedse

Komplikace	Incidence
Intrapartální úmrtí plodu	16 × vyšší
Hypoxie plodu intra partum	3,8 × vyšší
Prolaps pupečníku	5 - 20 častější
Poranění plodu	13 × častější
Následné uskřínutí hlavičky	8,80 %
Poranění krční páteře při extrakci plodu	21,00 %
Souvislost s malformací plodu	6 %
Souvislost s předčasným porodem	16 – 33 %
Hyperextenze hlavičky	5 %

(Zdroj: Hájek, 2009)

Počet komplikací je alarmující. Existuje řada doporučení, podle kterých je možné se vyvarovat komplikacím. V roce 1965 byl vypracován skórovací systém, Zatuchni – Andros (pojmenován podle autorů), který dodnes využívají někteří porodníci. Úspěšnost spontánního porodu v poloze koncem pánevním lze očekávat, pokud toto skóre je vyšší než 4 (Hájek, 2009).

Tabulka 2 Zatuchni - Andros skórovací systém

Parita	0	1	2
	Nulipara	Sekundipara	Multipara
Týden těhotenství	39	38	37
Porodní hmotnost UZ	3600g	3100 - 3600g	≤ 3100g
Předchozí porod KP	Ne	Jeden	Dva
Dilatace branky	2 cm	3 cm	≥ 4 cm
Vztah k pánvi	Malý oddíl	Velký oddíl	Šíře

(Zdroj: Hájek, 2009)

4.4 Doporučené postupy vedení porodu koncem pánevním

Riziko možných komplikací v průběhu vaginálního porodu vedlo ke stanovení rámcových pravidel pro dosavadní porodnickou praxi u nás, kdy prostorem pro spontánní porod zůstávají jen vymezené hmotnostní kategorie novorozenců. Důraz je kladen na podrobné ultrazvukové vyšetření a informovanost rodičky. Hruban et al., (2016) udávají, že ultrazvukem odhadovaná hmotnost plodu vhodná k vaginálnímu porodu koncem pánevním se mezi jednotlivými doporučenými postupy liší. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) vydala v roce 2013 doporučený postup a jako horní hranici udává hmotnost 3500 gramů pro prvorodičky a 3800 gramů pro vícerozičky. Dolní hranicí pro vaginální porod nesmí být odhadnutá hmotnost plodu menší než 2500 gramů. V britském doporučeném postupu je to rozmezí 2000–3800 gramů, ve francouzském 2500–3800 gramů, v americkém a kanadském 2500–4000 gramů. Českou lékařskou společností J. E. Purkyně byl vydán „Doporučený postup pro porod donošeného plodu v poloze KP (Binder, Unzeitig a Velebil, 2013). „*Rodička má právo na informace o potencionálních rizicích a výhodách spojených s císařským řezem a vaginálně vedeným porodem. Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Rozhodnutí těhotné ženy by měl porodník respektovat (s výjimkou takových rozhodnutí, která jsou v protikladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe). Rodička by měla vědět, že plánovaný císařský řez pro ni představuje lehce zvýšené riziko závažných per- a postoperačních komplikací včetně delší rekonvalescence ve srovnání s vaginálně vedeným porodem. Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním je možné vést pouze v zařízení, kde je možné provést urgentní císařský řez. Indukce porodu je přípustná, jsou-li individuální okolnosti příznivé. Doporučeno je kontinuální kardiokografické (CTG) monitorování stavu plodu. Pokud vážne sestup hýždí v průběhu druhé doby porodní, měl by být porod ukončen císařským řezem. Rodička rodí v poloze na zádech, alternativní polohy jsou nevhodné. Je doporučeno využít hmatů, které hlavičku plodu při jejím prostupu rodidly udržují ve flexi. V průběhu druhé doby porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s atestací z oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Případná poporodní resuscitace novorozence musí být zajištěna přímo na porodním sále.*“

Doporučený postup byl vypracován na podkladě analýzy evidence based medicínských přehledů včetně Cochranova registru kontrolovaných studií, doporučeného postupu Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) z roku 2006 a American

Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) z roku 2006 a SCOG z roku 2009 (Binder, Unzeitig a Velebil, 2013).

4.5 Spontánní vaginální porod koncem pánevním

„Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává snadno podobně jako jinou tělesnou činnost, a k němuž, pokud probíhá přirozeně, nepotřebuje příliš pomoci.“ (Neumann, 1999, str. 250).

Přirozený porod je porod, který se rozbíhá samovolně a probíhá bez vnějších zásahů. Žena podle svých instinktů sama určuje jeho průběh (Štomerová, 2017).

Dle Stadelmann (2001) poloha koncem pánevním nepředstavuje žádný abnormální nebo patologický jev, jedná se pouze o jinou variantu polohy plodu. Tématem současné doby je přirozený porod. Pomalu se ustupuje od plně medikamentózních porodů a trendem dnešní doby je návrat k přirozenosti. Obzvlášť u porodu koncem pánevním platí, že je důležité důvěřovat samotné ženě, dítěti a celému porodnímu procesu. I porod koncem pánevním může proběhnout nekomplikovaně a bez problémů jako každý jiný normální porod, proto je nanejvýš důležité, aby zdravotníci poskytující asistenci při těchto porodech, disponovali příslušnými dovednostmi, zkušenostmi a sebedůvěrou. Poloha plodu koncem pánevním je normální, ale ne zcela běžná eventualita. Dnešnímu nejnovějšímu zjištění při porodu koncem pánevním, odpovídá staré moudré pravidlo „ruce pryč!“ neboli „hands off!“ Fyziologický porod koncem pánevním popisuje, britská porodní asistentka Jane Ewans (2012): Porod by měl po 37. týdnu těhotenství začít samovolně, spontánně. Tento proces není nutné nijak urychlovat, indukovat. Při porodu koncem pánevním nechme dítě vyjít bez zásahů. Nejsou zapotřebí žádné tišící a tlumící léky od bolesti. Vnitřní (vaginální) vyšetřování je omezeno na minimum, aby vak blan zůstal co nejdéle zachován. Během druhé doby porodní probíhá spontánní úsilí a tlačení rodičky dle vlastních pocitů. Není zapotřebí rutinní nástřih hráze. Dítě se ve II. DP musí rodit samo a to díky práci dělohy a pohybů matky, ne pomocí zdravotníků. Jane Ewans, rozebírá nový způsob vedení porodu koncem pánevním, který je šetrnější jak pro dítě, které vykonává přirozené pohyby, tak pro rodičku.

Pokud má žena dostatek informací a možnost volby, vybere pro sebe tu nejlepší variantu porodu.

4 „P“ pro úspěšný porod KP

- pasažér - dítě
- pasáž - pelvis
- power - síla ženy
- psychologie - hlava ženy

Optimální polohou plodu pro vedení spontánního porodu KP je pravé přední postavení. Při uložení plodu KP u prvorodiček jsou nožky vztyčené nahoru, u vícerodiček jsou nožky pokrčené. Pokud je plod v pravém předním postavení a kyčle plodu nevstupují do pánve – je to signál, že hlavička plodu by neprošla, pokud hýždě vstupují do pánve správně, je předpoklad, že hlavička pánví projde (Ewans, 2012).

Ina Gaskin (2010) uvádí: nejobtížnější postavení pro porod dítěte v poloze koncem pánevním je zadní postavení, kdy je největší pravděpodobnost, že hlava může uvíznout. Důležité je snažit se zabránit takové rotaci dítěte, při které se kostrč plodu dostane k páteři matky.

Je nutné uchopit tělo oběma rukama a točit do pozice, ve které bude směřovat obličejem k matčinu pánevnímu dnu. Pokud hlavička zůstává ve vyhloubení kosti křížové a kostrče, je nutné snažit se porodit hlavičku přes hráz v tomto pořadí: zátylek, záhlaví, temeno a čelo (Štomerová, 2010).

Porodní asistentka Jane Ewans, v případě zadního postavení KP vůbec nedoporučuje spontánní porod.

4.5.1 Poloha rodičky při vaginálním porodu KP, porod na „všech čtyřech“

In all four, knees and hands position, upright position, a la vache kneeling. “

Na proces fyziologického porodu má výrazný vliv poloha rodičky. Poloha „**na všech čtyřech**“ na kolenou s oporou o ruce, je obzvlášť účinná, protože vhodně využívá zemské gravitace. Mnoho žen při porodu koncem pánevním si tuto polohu spontánně vybírá. Rodička zaujme v II. době porodní polohu na všech čtyřech a v této poloze setrvá až do porodu dítěte. Podle Ewans (2012) má žena v této poloze neomezený prostor pro pohyb pánví a plod se tak stává aktivním účastníkem porodního procesu. Při této poloze je jedna noha nebo polovina těla více vysunuta vpřed než druhá, hlavička dítěte tak lépe vykonává během porodního procesu spirálovitý pohyb. Plod se během vypuzovací fáze nechá vlastní vahou volně klesat k podložce bez nutnosti zvláštní podpory. Porodní me-

chanismus je velmi podobný podle Brachta, při kterém je plod převrácen na břicho matky. Při poloze na všech čtyřech se totožný děj odehrává samovolně bez nutnosti manuální podpory. Plod se po dokončení vnitřní rotace rodí obličejem do vyhloubení kosti křížové, tj. obličejem nahoru. Během průchodu plodu kostěnou pánví dochází k redukci komprese pupečníku, který je uložen nad plodem (Příloha II, Obrázek 14).

Výhody této polohy: volná pohyblivost matky, plod jako aktivní účastník porodu, minimální komprese pupečníku v II. DP, minimální porodní poranění matky.

Pravidla, která musí být splněna pro vedení přirozeného porodu

Uvědomit si fyziologii porodního mechanismu. Zaujmout polohu na čtyřech, kolenou. Nezasahovat, nedotýkat se rodičky, pravidlo „hands off!“, dokud nedojde k porodu hlavičky plodu. Neotírat hráz od stolice, netlačit do hýždí, neprovádět masáž perinea, nesahtat na dítě a nepřerušovat pupečník (Ewans, 2012).

Fundovaný přístup v případě porodu koncem pánevním zahrnuje uvážlivé klinické posouzení, důkladné porozumění fyziologii takového porodu, předchozí zkušenosti s asistencí u porodů koncem pánevním, značnou trpělivost a samozřejmě osvojení specifických technik. Velice záleží i na systému podpory a efektivním fungování komunikace.

Porodní mechanismu plodu při poloze na kolenou

Rodička v poloze na kolenou, dosahuje maximálního uvolnění bulbokavernozního svalu se svěřačem a dítě pak hladce sestupuje porodním kanálem k východu. Když se zadní hýždě dostanou do kontaktu s pánevním dnem (svaly), vyšle se impuls k plodu, který se začne se točit z pravého předního postavení do pravého šikmého až příčného průměru (při vnitřním vyšetření je genitoanální rýha vyšetřena příčně). Nejdříve se začne prořezávat přední hýždě, v tomto okamžiku ženy tlačí jen málo, spíše přitlačí, nejprve se porodí přední hýždě pod sponou, poté zadní hýždě pod hrází a následně plod rotuje zády pod sponu matky. V této době začínají vstupovat v příčném průměru ramena plodu, rodí se stehna, podkolenní jamky, holeně, a jak se plod protahuje pod sponou, uvolní se nožky, a plod je porozen nad úpon pupečníku. Všímáme si náplně tepajícího pupečníku, který nám ukazuje kondici plodu. Následně si všímáme rýhy – žlábků na hrudníku, který nám signalizuje, zda nebude narušen mechanismus porodu ramen. Ramena rotují, přední se rodí pod sponou, zadní se pak rodí pod perineem (ale většinou se rodí obě ruce najednou). Hlava vstupuje v šikmé nebo příčném průměru pánve a pak vykonává vnitřní rotaci pod sponu matky, dítě udělá **tummy scrunch** (flexi DK a HK) to vede k flexi

hlavy, která se opře o symfýzu, matka se instinktivně pohne dopředu a hlava se porodí přes hráz matky (Příloha II, Obrázek 15).

Novorozenci porození koncem pánevním potřebují více času na poporodní adaptaci, potřebují se tzv. „uzemnit“ (Ewans, 2012).

Základní manévry k vyřešení dystokie ramen a podpoře flexi hlavy plodu

K vyřešení dystokie ramen se používá **Louwenův manévr**. Pokud se dítě netočí dopředu a zůstává otočeno na stranu, jedná se nejčastěji o dystokii ramen. Nedoporučuje se tahat za plod, ale spíše rotovat- otočit plodem o 180° stupňů opačným směrem a pak zpět o 90 stupňů. Vždy musíme rotovat ve směru zadrženého ramene. Pomoc raménkům znamená pomoc hlavičce a užíváme manévr nazývaný se Prayer Hands – modlíci se ruce (Louwen, 2016), (Tully, 2013), (Příloha II, Obrázek 16).

K flexi hlavičky plodu je užíváno hmatu **Smellie – Cronk**. Porodní asistentka Mary Cronk, upravila tento hmat pro užití při porodu koncem pánevním ve vzpřímené poloze. Porodník rozloží dva prsty na lící kosti plodu, do úst není prst vkládán. Druhá ruka je vsunuta pod stydkou kost ženy a tlačí záhlaví vzhůru k děloze, čímž napomáhá flexi hlavičky. Je-li žena v poloze „na čtyřech“, není nutno plod zvedat jako při hmatu **Veit – Smellieho**, ale necháme ho „sedět“. Při hmatu **Smellie – Cronk** není nutno vykonávat tah za ramena plodu, ale raději použít mírný suprapubický tlak (Tully, 2013).

Další možností je užití **Frank's nudge** (Frankův šťouch), při kterém asistující manipuluje s již porozeným tělem dítěte a ve východu je viditelná brada. Tlakem palců jedné ruky na podkličky plodu a prsty druhé ruky, které jsou jemně rozloženy na lopatkách dítěte, podpoříme aktivitu kývače hlavy (m. sternocleidomastoideus), který se reflexně stáhne a brada plodu provede flexi. Dítě se snažíme jakoby sbalit.

Pokud je hlava v lehkém záklonu, nejčastěji se jedná o pupečník kolem krku - lehce se zatlačí na zátylek a pod oči dítěte se přiloží dva prsty, které se lehce stlačí směrem dolů. Hmat vyvolá reflex, který podpoří flexi hlavičky a dítě je následně porozeno (Louwen, 2016) (Příloha II, Obrázek 17).

4.6 Operativní metody ukončení porodu u polohy KP

Extrakce plodu je akutní předem neplánovaný výkon. V současném porodnictví se zejména jedná o patologické situace, kdy indikací k extrakci jsou stavy ohrožující život a zdraví plodu. Nejčastěji jde o akutní hypoxii plodu (výhřez pupečníku), sekundárně slabou děložní činnost, insuficientní břišní lis u vyčerpané rodičky, porucha me-

chanismu ramének nebo hlavičky, zvláštní indikaci představuje stav po obratu vnitřními hmaty (Kudela et al., 2008).

Extrakce plodu musí respektovat fyziologický mechanismu porodu koncem pánevním. Na řešení takových komplikací musí být porodník připraven, nejčastěji dochází k porušení držení ruček a k deflexi hlavičky. Extrakce plodu se provádí za kontrakce a má tři fáze: extrakce nožek a trupu, vybavení ramének a ruček, vybavení hlavičky. Rozlišuje se poloviční extrakce (semiextrakce) a kompletní (totální) extrakce (Hruban et al., 2016).

Poloviční extrakce sestává z aktivního vybavení hrudníku, ramének ruček a hlavičky plodu. Částečnou extrakci lze provést dle metody Müllera (Příloha II, Obrázek 18) nebo dle metody klasické, která je užívána při vztyčení ruček plodu. Úchop plodu porodníkem je stejný jako u metody Müllerovy. Úplná extrakce se nejčastěji provádí, je-li plod ohrožen akutní hypoxií ve II. době porodní a to zejména tehdy, nedostává-li se času k provedení císařského řezu. Zvláštní indikaci představuje stav po provedeném vnitřním obratu plodu na polohu KP (dnes přichází prakticky v úvahu při porodu dvojčat, kdy po porodu prvního plodu se druhý přetočí do příčné polohy, následuje obrat vnitřními hmaty na KP a pak úplná extrakce).

Zásady při provádění extrakce plodu v poloze KP

Extrakce se provádí bez anestezie, aby rodička mohla tlačit, tah se vede vždy za kontrakce, od porození plodu po pupek je třeba jej vybavit do 3 minut. Vyvarovat se při extrakci nepřiměřeného násilí. K uchopení plodu se používá sterilní rouška (plod pak neklouže) a tím je sníženo riziko jeho traumatizace (Kudela, 2008).

4.7 Císařský řez

Asi žádný jiný chirurgický výkon nepřináší tolik odborných diskusí a kontroverzí jako právě císařský řez. Ten je v současnosti nejčastěji prováděnou velkou porodnickou operací. U laické veřejnosti si císařský řez získal pověst zdánlivě jednoduchého a bezpečného výkonu. Současný tlak veřejnosti na zdravotníky odvádí porodníky od dřívějších zásad, trpělivosti, klinického citu a manuální zručnosti. Vedení porodu se v současné době často redukuje na zjednodušující alternativu – spontánní porod nebo císařský řez (Zábranský, 1997). Frekvence císařských řezů začala stoupat v 70. letech 20. století, kdy představovaly asi 5 % všech porodů. Mezi důvody nárůstu císařských řezů dle Roztočila (2002) přispělo zejména uznání „*nitroděložního pacienta*“. Došlo k rozšíření

indikací a to nejen medicínských, ale i sociálních. Dle UZIS z roku 2007 je v současné době v České republice asi 20 % všech těhotenství ukončeno císařským řezem. Počet císařských řezů rok od roku stoupá, a to nejen celorepublikově, ale i světově. Měchurová (2002) udává, že frekvence císařských řezů narůstá i v důsledku iterativně prováděných řezů ve smyslu „*císařský řez jednou, císařský řez vždy*“. Pokles vaginálně vedených porodů po předchozím císařském řezu je nesporně nejvýznamnější faktor podporující nárůst frekvence císařských řezů. Od roku 1996 poklesla četnost vaginálně vedených porodů po předchozím císařském řezu o 55 %. Dle Měchurové (2002) se před 30 - 40 lety porodník odhodlal k provedení císařského řezu až po velmi zralé úvaze. Často tento krok považoval za neúspěch vedení porodu. Úmrtnost matek je v přímé souvislosti s císařským řezem 4× vyšší, než je tomu u samovolného porodu. Problematikou pozdní morbidity se zabývají v posledních letech velké randomizované studie. Zvyšováním procenta císařských řezů nad 15 % už nedochází k poklesu perinatální mortality a morbidity ani v nejkvalitnějších perinatologických centrech. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) není žádný důvod, aby frekvence císařských řezů v kterékoliv zemi přesáhla 10 – 15 %.

4.7.1 Nejčastější indikace k císařskému řezu v současné době

Indikace k císařskému řezu v posledním období doznaly značných změn. V současné době se již neuznává absolutní a relativní indikace. Je stanoveno všeobecně uznávané dělení na *primární (plánovaný, elektivní) a sekundární (akutní, urgentní, krizový)* císařský řez. Většina intervencí je v zájmu matky nebo plodu, či obou zároveň. V dnešní době je spektrum moderních indikací císařského řezu velmi široké. Lze tedy říci, že zastoupení jednotlivých indikací se liší v různých zemích i na různých pracovištích. Mezi nejčastější indikace, které představují 60–90 % všech operací, patří: iterativní císařský řez (35–40 %), dystokie (25–30 %), poloha plodu koncem pánevním (10–15 %) a nitroděložní hypoxie plodu (10–15 %). Kontroverzní a velmi diskutovanou indikací současnosti je provedení operace na přání těhotné ženy. Císařský řez na přání představuje situaci, kdy je operace provedena na základě subjektivního postoje a přání ženy, bez odborné indikace. Incidence císařského řezu na přání se zvyšuje (Hájek, 2008).

4.7.2 Indikace císařského řezu u polohy koncem pánevním

Poloha plodu koncem pánevním je specifickou indikací. Jedná se o primární indikaci u všech primipar, u plodů s předpokládanou porodní hmotností pod 2500 gramů a nad

3500 gramů. Kudela (2008) udává, že 50 % porodů KP je vedeno císařským řezem. V posledních letech zaznamenáváme obrovský nárůst primárních císařských řezů, v případě žen s polohou KP je to 79–92 % (Hájek, 2008).

Primární (plánovaný, elektivní) císařský řez je indikací v zájmu matky, plodu nebo obou zároveň. Již v těhotenství je předem známa indikace, a je rozhodnuto o jeho termínovém nebo dřívějším provedení (Hájek, et al., 2014). Roztočil (2002) uvádí, že primární císařský řez vykazuje stejnou mateřskou mortalitu jako vaginální porod. V roce 2000 byla publikována randomizovaná multicentrická studie **Canadian Institutes of Health Research**, která dokumentuje lepší perinatální výsledky v porovnání s plánovaným císařským řezem a plánovaným vaginálním porodem koncem pánevním. Publikace vedla k masivnímu odklonu od vaginálních porodů koncem pánevním v mnoha zemích. Zastánci císařského řezu u konců pánevních tak získali významný argument. V roce 2001 vydal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) a American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) doporučené postupy, kde je jednoznačně preferován primární císařský řez před vaginálním porodem. Metodika této studie byla podrobena kritice a výsledky byly mnoha autory zpochybněny. V roce 2006 byly publikovány výsledky multicentrické studie **Premoda**, která nepotvrdila závěry **Term Brech Trial**. Doporučený postup z roku 2001 byl v roce 2006 rozšířen o variantu, která připouští vaginální porod za předpokladu důsledného výběru vhodných rodiček, jejich podrobného informování a podpisu informovaného souhlasu (Unzeitig, Binder, Velebil, 2009). V současné době patří poloha KP mezi liberální přístupy v indikaci k císařskému řezu a také mezi první indikaci na přání rodičky. Císařský řez se v případě porodů koncem pánevním stal zaběhanou praxí, ale neznamená to, že je to jediná přijatelná možnost. Dle Gimovského (2007) současný management klade důraz na včasné rozpoznání a spolehnutí se na císařský řez provedený před nástupem porodu. Důvody pro zvyšující se frekvenci císařského řezu vycházejí z komplexních souvislostí našich kulturních a sociálních zvyklostí.

4.7.3 Doporučení pro vedení porodu v poloze KP císařským řezem

Management, neboli doporučení, které uvádí Hájek (2007) pro vedení porodu císařským řezem, zahrnuje: odhad porodní hmotnosti pod 2500 gramů nebo na 3500 gramů u primipary, u multipary nad 3800 gramů. Neúplný KP nožkami, kolínkem, apod. Hraniční nebo zúžená pánev, myomatózní děloha, stavy po předchozích operacích na děloze.

Deflexe hlavičky, suspektní cirkumflexe pupečníku kolem krku plodu. Suspektní nebo patologický CTG záznam. Nepostupující porod, vysokostojící KP bez tendence vstupovat do porodních cest, nezkušený porodník, anxiózní pacientka, vysloveně žádající o provedení císařského řezu z důvodu polohy KP. Hruban et al., (2016) uvádějí, že deflexe hlavičky (plod se dívá směrem k hrudníku matky) patří mezi absolutní kontraindikace vaginálního porodu koncem pánevním.

4.7.4 Možné komplikace související s císařským řezem

K pooperačním komplikacím při císařském řezu patří poškození sousedních orgánů zahrnujících močový měchýř, močový trakt a střevo, a neúmyslné poranění dělohy nebo děložního hrdla. Výskyt těchto komplikací se udává v průměru okolo 12 %. Prokazatelný rozdíl je mezi plánovaným a akutním císařským řezem (4,2 % proti 18,9 %). Dále se uvádí lacerace dělohy, hrdla, močového měchýře, pochvy nebo střeva, pooperační krevní ztráta převyšující 1000 ml, hysterektomie a děložní rupturu. Děložní dehiscence, kdy se jedná o rozvolnění jizvy je také možnou komplikací (Hájek, 2009).

4.8 Porodní poranění ženy

Definice a klasifikace poranění po porodu není jednotná. Jedná se především o poranění struktur hráze, pochvy a děložního hrdla. Rizikovým faktorem pro vznik perineálních poranění je velký plod, vyšší věk rodičky, první porod a vaginální operační porod (Roztočil et al., 2008).

Epiziotomie – její výhoda by měla spočívat v urychlení porodu, uchránění hráze od nepravidelných poranění hráze a konečníku, měla by být ochranou proti descenzu, prolapsu a poranění močové trubice (Doležal, 2007).

Trhliny a ruptury - za porodu může být roztrženo děložní hrdlo, děložní tělo, pochva a hráz.

Drobné trhlinky na kůži a malých stydkých pyscích obvykle nevyžadují ošetření. Nejčastějším poraněním při porodu jsou ruptury hráze a pochvy. Častou příčinou bývá špatné chránění hráze porodníkem, předčasná deflexe, nebo příliš rychlý prostup naléhající části, který nedovolí hrázi se přizpůsobit a křehká tkáň po probíhajícím zánětu (Hájek et al., 2014).

Podle toho, které vrstvy hráze jsou poraněny, rozeznáváme:

Rupturu 1. stupně – je postižena kůže, podkoží a část poševní stěny

Rupturu 2. stupně – postihuje kůži, podkoží a svaly hráze

Rupturu 3. stupně – postihuje kůži, podkoží a svaly hráze, a navíc přetržení m. sfinkter ani. Tyto ruptury dělíme ještě na ruptury **inkompletní** (stěna střeva není porušena) a ruptury **kompletní** (u kterých je roztržena i stěna konečníku).

K menším poraněním děložního hrdla dochází při každém porodu. Tyto trhlinky se samy a snadno zhojí. Závažnějšími jsou trhliny podélné, které se mohou šířit do poševní klenby nebo k dolnímu děložnímu segmentu. Z hromadící se krve v parakolpiu vzniká hematom, rodička je ohrožena krvácením a sekundární infekcí (Roztočil et al., 2008). Méně častou situací je v dnešní době ruptura dělohy. I přes ojedinělý výskyt se jedná o příčinu mateřské mortality v souvislosti s těhotenstvím a porodem (Hájek et al., 2014).

Komplikací porodního poranění ženy při porodu císařským řezem může být infekce sutury laparotomické rány nebo její dehiscence s následným rozvojem pelveoperitonitidy, endometritidy a cystitidy (Roztočil et al., 2009).

4.9 Porodní poranění plodu

Predispozicí pro porodní poranění novorozence jsou makrosomie plodu, kefalopelvický nepoměr, děložní dystokie, protrahovaný porod a porod koncem pánevním. Při porodu koncem pánevním je větší sklon k traumatizaci plodu (Hájek et al., 2014).

Způsob, jakým bude postaráno o novorozence v jeho prvních minutách života, přímo ovlivňuje jeho kvalitu dalšího života.

Porodní poranění je nejčastěji způsobeno mechanickým nebo anoxickým traumatem během porodu, které vzniká následkem nepřiměřeného porodnického úsilí. Rozsah a charakter a porodních poranění se pohybuje od nezávažných až po těžce závažné, které zanechávají následky a mohou způsobit i smrt novorozence (Fendrychová, 2007).

Subkutánní tuková nekróza vzniká poruchou prokrvení při porodu v místech zvýšeného tlaku. U porodu koncem pánevním vznikají na zadečku. Ložiska nekrózy jsou tvrdá, velikosti 1 - 10 cm, nepravidelně ohraničená, bílé až načervenalé barvy. Za 6 - 8 týdnů změknou a spontánně vymizí.

Zlomenina klíční kosti je velmi častou zlomeninou při porodu koncem pánevním, fraktura bývá nejčastěji zjištěna palpačně jako krepitace nad klíčkem, s otokem měkkých

tkání a omezenou hybností končetiny (Hájek et al., 2014). Zlomenina zpravidla nevyžaduje léčbu.

Paréza brachiálního nervu vzniká následkem rotace a flexe hlavičky při obtížném vybavení ramének a při extrakci plodu v poloze koncem pánevním (Hájek et al., 2014). K obrně dochází následkem poškození nervu otokem, hematodem, zlomeným klíčkem, přetržením nebo vytržením míšních nervů. Rozeznáváme dva typy parézy **horní typ** (Duchenneho Erbova paréza) a **dolní typ** (paréza Klumpkeové). Léčení je konzervativní a prognóza závisí na stupni postižení (Příloha II, Obrázek19).

Torticolis - jedná se o porodní trauma, které je způsobeno ischemií a krvácením do musculus sternocleidomastoideus. Dojde ke zkrácení svalu, hlava je skloněna k postižené straně a je otočena ke straně druhé (Fendrychová, 2007).

Ke zlomeninám kosti pažní a femuru nejčastěji dochází při obtížném porodu koncem pánevním. Diagnóza musí být potvrzena rentgenologicky a léčení pak probíhá ve spolupráci s dětským ortopedem (Fendrychová, 2007).

Vzácná jsou **poranění vnitřních orgánů** dutiny břišní, nejčastěji jater a sleziny, s následným krvácením do břišní dutiny. Klinicky se projeví jako náhlá příhoda břišní či hypovolemický šok (Hájek, et al., 2014).

Intrakraniální krvácení - vzniká na podkladě traumatu nebo asfyxie. Při extrakci hlavičky plodu při porodu koncem pánevním dojde v důsledku traumatického porodu k mechanickému poškození, kdy jsou roztrženy mozkové splavy a velké mozkové cévy (Hájek et al., 2014).

Konfigurace hlavičky – hlavička po porodu koncem pánevním bývá stejnoměrně kulatá. Tlakem na děložní dno za těhotenství bývá zadní partie temene oploštělá. Porodní tumor je vyvinut hlavně na přední hýždí a v jejím okolí, genitálie bývají značně edematózní (Doležal, 2007).

Řezná rána skalpelem při porodu císařským řezem se vyskytuje vzácně a vzniká většinou v důsledku nešetrné manipulace operátora při vybavování plodu z dělohy (Fendrychová, 2007).

4.10 Porod konce pánevního z pohledu porodní asistentky

Místo porodní asistentky u fyziologického porodu je součástí systému komplexní ošetrovatelské péče o ženu. Zájem porodní asistentky je uchovat si maximální míru samostatnosti především v péči o ženu v průběhu fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí.

„Vyhláška č. 55/2011 Sb., popisující kompetence porodních asistentek, ve svém § 5, odst. 1 a bodu f) říká: připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porod v poloze koncem pánevním, neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví“ (Zákon č. 105/2011 Sb.).

Ze zákona 105/2011 Sb., vyplývá, že vedení porodu v poloze koncem pánevním není hlavní činností porodní asistentky.

Mezi hlavní aktivity porodní asistentky v případě porodu plodu koncem pánevním patří: Diagnostikovat (rozpoznat) zevním a vnitřním porodnickým vyšetřením, že se jedná o polohu koncem pánevním, popř. potvrdit tento nález UZ vyšetřením.

Po prvotní konzultaci s porodníkem zajistit psychickou pohodu rodičky podáním srozumitelných informací o situaci a dalším navrhovaném postupu. Porod vede porodník v součinnosti s porodní asistentkou. Sleduje a monitoruje stav plodu. V průběhu I. doby porodní povzbuzuje rodičku, aby zaujímala porodní pozici dle své volby, v druhé době porodní povzbuzuje ke spontánnímu úsilí a tlačení rodičky. Porodu je přítomen neonatolog, PA ošetřuje novorozence po porodu, či asistuje při resuscitaci. PA musí umět v případě porodu KP včas rozpoznat riziko či rozvíjející se patologický proces a reagovat tak, aby se zabránilo vzniku komplikací.

4.10.1 Významné zahraniční porodní asistentky se zkušenostmi s porody KP

Porodní asistentka **Mary Cronk**, je nezávislá porodní asistentka z Anglie, a je jednou z nejzkušenějších porodních asistentek s domácími porody v poloze koncem pánevním ve světě. **Jane Ewans** je britská porodní asistentka s třicetiletou letou praxí, která je zaměřena na komunitní péči o ženy rodící doma. Po dobu 20 let pracovala v instituci UK National Health Service. Od roku 1991 pracuje jako samostatná porodní asistentka. Získala rozsáhlé zkušenosti s porody dvojčat a porody koncem pánevním. Je autorkou

brožury „Breech Birth, What are my options?“ (Porod koncem pánevním, jaké jsou mé možnosti?) Jane Ewans, spolupracuje s Mary Cronk a pokračuje ve svém vzdělávacím úsilí s porodními asistentkami i lékaři. Jejich největším zájmem je zvýšení znalostí a povědomí základních dovedností porodních asistentek.

V Kanadě existuje organizace „*Koalice pro porod koncem pánevním*“ je to skupina rodičů a profesionálů, kteří podporují přirozený porod koncem pánevním a pomáhají spojit rodiče s odborníky. **Betty - Anne Daviss**, kanadská odbornice v oblasti porodů koncem pánevním s více než čtyřicetiletou praxí, mimořádná profesorka a výzkumná pracovnice v současnosti pracující v nemocnici, která se v současnosti zabývá výzkumnou činností. Je externí profesorkou Ženských studií v Carlton University v Ottawě. V letech 1989 – 2004 byla vedoucí komise pro statistiku v organizaci MANA (Midwives Association of North America). Je spoluautorkou rozsáhlé prospektivní studie týkající se porodů doma v Severní Americe. Asistovala u porodů koncem pánevním v domácím prostředí, ale získala právo asistovat u porodů koncem pánevním i v nemocnici, kde v současné době doškoluje jak lékaře, tak porodní asistentky (Louwen, 2012).

Německý lékař **Dr. Frank Louwen** z Frankfurtu nad Mohanem začal s výukou vertikálního porodu koncem pánevním v nemocnicích. Na konferencích prezentuje svůj příběh o tom, jak objevil vzpřímenou polohu při porodu koncem pánevním. *„Při jednom telefonním hovoru měl otevřenou knihu s Brachtovými obrázky. V průběhu tohoto hovoru, když přešel na opačnou stranu stolu a pohlédl na knihu, napadla ho myšlenka. Okamžitě přerušil hovor a znovu se podíval pozorněji. Co by se stalo, kdyby se žena obrátila na kolena?“* Trvalo několik měsíců, než se svým kolegou Dr. Anke Reitterem uskutečnili první porod koncem pánevním v poloze na kolenou, protože se museli znovu všechno naučit „vzhůru nohama.“ Na základě vlastních statistik a výsledků, Frank pevně věří, že porod koncem pánevním ve vzpřímené poloze může poskytnout fyziologické výhody a dobré perinatální výsledky ve srovnání s klasickou polohou na zádech. Díky této pozici může dojít ke snížení manuálních manévru potřebných k extrakci plodu v poloze podélné koncem pánevním a ke snížení porodního poranění rodičky (Louwen, 2016). Jeho statistiky a publikace jsou poměrně pozitivní a jsou výzvou pro bezpečné vaginální porody koncem pánevním.

I české porodní asistentky pozorují v posledních letech frustrující situaci v případě porodů koncem pánevním. Preference císařských řezů v případě polohy KP vede ke ztrátě praktických dovedností porodníků a k jejich zvýšeným obavám.

Zároveň je v poslední době vnímán trend, že si ženy začínají prosazovat vaginální porod, a to i v případě prvorodiček. Kameníková (2002) uvádí: Porodnice by měly matkám umožnit porodit přirozeně. Dnes je už patrný trend, kdy se změnil přístup k rodičce a respektují se její přání a potřeby, rodička spolurozhoduje o průběhu porodu. Rozhodující je spolupráce a určitý konsenzus. Předávání zkušeností ze zahraničí od výše zmiňovaných lektorů a absolvování certifikovaných kurzů, jsou možnost, jak lépe porozumět mechanismu porodu koncem pánevním.

5 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumná otázka:

Je poloha plodu koncem pánevním významně negativním faktorem, který zvýhodňuje primární císařský řez před vaginálním porodem?

Hlavní cíl diplomové práce:

Zmapovat ze současných materiálů jak a kam se vyvíjí porod koncem pánevním a nastínit možnosti dalšího vývoje ve vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou.

Dílčí cíle diplomové práce:

Cíl 1: Vyhledat v informačních zdrojích aktuální informace o vedení porodu koncem pánevním a popsat možnosti dalšího vývoje spontánního porodu koncem pánevním vaginální cestou s důrazem na eliminaci traumatizace rodičky a novorozence.

Cíl 2: Zjistit, jsou-li obavy rodiček při zjištění polohy koncem pánevním opodstatněné, a zda jsou dostatečně informovány o způsobu vedení porodu.

Cíl 3: Nastínit vhodnou strategii bezpečné péče o rodičku při porodu koncem pánevním vaginální cestou s důrazem na péči založenou na důkazech (standard péče).

Formulace předpokládaných hypotéz k těmto cílům:

V1: Jaké jsou rozdíly ve výskytu porodních poranění matky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním.

H0: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním není signifikantně vyšší výskyt porodních poranění matky v klasické poloze na zádech, než při porodu v poloze na kolenu.

HA: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním je signifikantně vyšší výskyt porodních poranění matky v klasické poloze na zádech, než při porodu v poloze na kolenu.

V2: Jaké jsou rozdíly v délce druhé doby porodní v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním?

H0: Při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech není signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech je signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou.

V3: Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace novorozence (hodnocení dle Apgar scóre) v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním?

H0: Při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech není signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence než při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech je signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence než při porodu v poloze na kolenou.

V4: Jaké jsou rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v poloze na kolenou?

H0: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním nejsou signifikantní rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním jsou signifikantní rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při porodu v poloze na kolenou.

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro výzkumné šetření byla zvolena smíšená forma výzkumu. Pro kvantitativní část výzkumného šetření byla použita retrospektivní studie. **Retrospektivní studie** - zkoumá události, které se staly v minulosti, jsou to v podstatě studie případů a dokumentů, ohlížející se do minulosti. Výsledky získané ze zdravotnické dokumentace (lékařské a ošetrovatelské záznamy, porodopisy, porodní knihy, informační systém porodnice) byly zpracovány tabulárně doplněné slovním komentářem. Další část výzkumného šetření byla zpracována formou kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum: jedná se o malý soubor respondentů bez nároků na statistickou analýzu výsledků. Analýza dat se provádí vyhodnocováním jednotlivých případů, např. metodou rozhovorů, hloubkové individuální rozhovory, skupinové. Kvalitativní výzkum je metoda, která se týká života lidí, jejich příběhů, vztahů a chování. Zahrnuje popis a interpretaci problémů a snaží se vytvořit komplexní holistický obraz zkoumaného problému (Kutnohorská, 2008).

Kvantitativní výzkum: jedná se o statistický popis závislosti mezi proměnnými a měření intenzity této závislosti. Pracuje s velkým počtem respondentů. Metoda, která zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací.

Kvalitativní i kvantitativní výzkum má důležitou úlohu v ošetrovatelském výzkumu, má svou sílu i omezení (Kutnohorská, 2008).

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Byly vybrány respondentky, které porodily dítě v poloze koncem pánevním po dokončeném 36. týdnu gravidity, v krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlín v letech 2013 – 2016. Z výzkumného vzorku byly vyjmuty ženy s vícečetnou graviditou, které měly jeden z plodů v poloze koncem pánevním. Pro kvalitativní výzkumné šetření tvořilo skupinu respondentek 15 rodiček s jednočetnou graviditou, a to 5 žen po vaginálním porodu KP v poloze na zádech, 5 žen po spontánním porodu KP v poloze na kolenou a 5 žen po císařském řezu.

Tabulka 3 Výzkumný soubor respondentek po spontánním porodu KP

N	%	N	Σ%
73	100,0	73	100,0

(Zdroj: vlastní)

Výzkumný soubor tvořilo 73 (100,0%) rodiček po spontánním porodu KP v různých polohách v období let 2013 - 2016, které porodily v KNTB a.s. Zlín.

Tabulka 4 Výskyt porodní polohy při spontánním porodu KP

Polohy		Frekvence	%
	na kolenou	41	56,2
	na zádech	32	43,8
	Celkem	73	100,0

(Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 73 (100,0 %) vaginálních porodů koncem pánevním porodilo v poloze na kolenou 41 (56,2 %) rodiček a v poloze na zádech 32 (43,8 %) rodiček.

Tabulka 5 Rozdělení respondentek podle parity po spontánním porodu KP

Parita		Frekvence	%
	primipara	37	50,7
	secundipara	23	31,5
	tercipara	8	11,0
	multipara	5	6,8
	Celkem	73	100,0

(Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 73 (100,0 %) vaginálních porodů koncem pánevním, bylo 37 primipar (50,7 %), secundipar 23 (31,5 %), tercipar 8 (11,0 %) a multipar 5 (6,8 %).

6.2 Metodika sběru dat a zpracování

Získávání dat bylo uskutečněno provedením individuálních rozhovorů, které probíhaly při osobním kontaktu. Na přání některých respondentek byl rozhovor uskutečněn zasláním otázek elektronickou poštou (EP), kde se každá z nich vyjádřila písemnou formou.

Podkladem pro rozhovor bylo 13 otázek, které byly rozděleny a zvlášť formulovány pro respondentky po spontánním porodu a zvlášť pro ženy po porodu císařským řezem. Jednotlivé položky byly tvořeny otevřenými otázkami, které respondentkám umožňovaly volně se vyjádřit k danému jevu.

Další data pro výzkumné šetření byla získána analýzou a rozbořem dokumentů, zahrnující incidenci porodů provedených v souvislosti s polohou koncem pánevním.

Srovnání rozsahu porodního poranění

- Parita /prvorodička, vícero dička/
- Porodní poloha/ na zádech, na kolenou/
- Porodní poranění, /lacerace, ruptury, episiotomie/
- Hmotnost dítěte

Srovnání délky II. doby porodní

- Parita
- Porodní poloha
- Délka II. DP

Porodní traumatismus novorozence

- Hmotnost dítěte
- Apgar scóre
- Hematom / hýždí nebo genitálu/, torticollitis, fractura klíční kosti, fractura dlouhých kostí, řezná rána skalpelem, hospitalizace na NJIP > 24 hodin

Srovnání počtu vaginálních porodů a císařských řezů v letech 2013 – 2016 v KNTB a.s. Zlín

- Rok porodu
- Porod císařským řezem při KP
- Spontánní porod KP / na zádech, na kolenou/
- Parita / prvorodička, vícero dička/

6.3 Zpracování získaných dat

Veškeré výsledky výzkumu byly zpracovány a vyhodnoceny v tabulkovém programu Microsoft Excel a Microsoft Word v operačním programu Windows. Statistické zpracování bylo uskutečněno pomocí programu IBM SPSS Statistics verze 24. Ověřování platnosti hypotéz proběhlo statistickými testy.

V případě H1 se jednalo o **Pearsonův chí-kvadrát test**, jedná se o metodu matematické statistiky, která umožňuje ověřit, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Chí-kvadrát stojí na rozhraní mezi parametrickými a neparametrickými testy. V jeho použití nebrání, pokud mají data nenormální rozložení. Test se používá pro ověřování hypotéz v kontingenční tabulce (Vévodová, Ivanová et al., 2015). Hypotéza 2 a 3 byla testována pomocí t- testu a H 4 pomocí ANOVA analýzy.

T- test dvou nezávislých výběrů - je test, pomocí kterého je testován rozdíl mezi dvěma průměry pocházejícími ze dvou různých souborů. Při použití tohoto testu je však nezbytné myslet na to, že test pouze určí, zda je mezi skupinami rozdíl, avšak neodhalí příčinu tohoto rozdílu (Vévodová, Ivanová et al., 2015).

ANOVA analýza - základní myšlenkou tohoto testu je skutečnost, že nesrovnávají aritmetické průměry, ale rozptyly okolo průměrů. Celková variabilita v datech je dána kombinací rozptýlení výsledků každého respondenta uvnitř každé skupiny a rozptýlení mezi středními hodnotami výsledků různých respondentů (Vévodová, Ivanová, et al., 2015).

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

7.1 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Vyhledat v informačních zdrojích aktuální informace o vedení porodu koncem pánevním a popsat možnosti dalšího vývoje spontánního porodu koncem pánevním vaginální cestou s důrazem na eliminaci traumatizace rodičky a novorozence.

V1: Jaké jsou rozdíly ve výskytu porodních poranění matky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním?

H0: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním není signifikantně vyšší výskyt porodních poranění matky v klasické poloze na zádech, než při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním je signifikantně vyšší výskyt porodních poranění matky v klasické poloze na zádech, než při porodu v poloze na kolenou.

Tabulka 6 Výskyt porodního poranění v souvislosti s polohou rodičky při spontánním porodu KP

Porodní poranění		Poloha		Σ
		na kolenou	na zádech	
	sine (bez poranění)	15	6	21
	lacerace	16	2	18
	ruptury perinei	7	4	11
	ruptury vaginae	2	6	8
	episiotomie	1	14	15
Celkem		41	32	73

(Zdroj: vlastní)

Tabulka 7 Znaménkové schéma

Porodní poranění	na kolenou	na zádech
sine	0	0
lacerace	++	--
ruptury	0	0
episiotomie	--	+++

(Zdroj: vlastní)

Tabulka 8 Výskyt porodního poranění v souvislosti s polohou rodičky při spontánním porodu KP v %

Porodní poranění		Poloha		Σ
		na kolenou	na zádech	
	sine (bez poranění)	36,6 %	18,8 %	28,8 %
	lacerace	39,0 %	6,3 %	24,7 %
	ruptura perinei	17,1 %	12,5 %	15,1 %
	ruptura vaginae	4,9 %	18,8 %	11,0 %
	episiotomie	2,4 %	43,8 %	20,5 %
Celkem		100,0 %	100,0 %	100,0 %

(Zdroj: vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu 73 (100,0 %) vaginálních porodů koncem pánevním porodilo v poloze na kolenou 41 (56,2 %) rodiček a v poloze na zádech 32 (43,8 %) rodiček.

Analýzou dat bylo zjištěno, že v poloze na kolenou z celkového počtu rodiček 41(100,0 %) porodilo 15 (36,6 %) rodiček sine (bez porodního poranění), s lacerací introitu 16 (39,0 %) rodiček, s rupturou perinea 7 (17,1 %), s rupturou vaginae 2 (4,9 %) a jedné rodičky byla provedena episiotomie 1(2,4 %).

Z celkového počtu rodiček 32 (100,0 %) v klasické poloze na zádech porodilo bez porodního poranění (sine) 6 (18,8 %) rodiček, s lacerací 2 (6,3 %), s rupturou perinea 4 (12,5 %), s rupturou vaginae 6 (18,8 %) a s episiotomií 14 (43,8 %) rodiček.

Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním je signifikantně nižší výskyt porodních poranění matky při porodu v poloze na kolenou, než v klasické poloze na zádech ($p < 0,001$). V závislosti na poloze rodičky se ukazují signifikantní rozdíly ve výskytu poranění lacerace a episiotomie (viz znaménkové schéma v tabulce výše). U rodiček, které porodily na zádech, pozorujeme významně nižší výskyt lacerací (2), naopak u žen které, porodily na kolenou, jsme zaznamenali signifikantně nižší výskyt episiotomie (1). Rozdíly ve výskytu ostatních poranění jsou v závislosti na poloze rodičky nevýznamné (výskyt těchto poranění je u porodu na kolenou i na zádech podobný).

Přijímáme alternativní hypotézu, že při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním je signifikantně vyšší výskyt porodních poranění matky v klasické poloze na zádech, než při porodu v poloze na kolenou.

V2: Jaké jsou rozdíly v délce druhé doby porodní v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním?

H0: Při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech není signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech je signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou.

Tabulka 9 Délka druhé doby porodní

Poloha	N	průměr	statistická odchylka	statistická chyba
na kolenou	41	30,85	22,039	3,442
na zádech	32	29,50	30,338	5,363

(Zdroj: vlastní)

Komentář:

Z analýzy výsledků šetření u 41(30,85) rodiček vyplývá, že průměrná délka druhé doby porodní je v poloze rodičky na kolenou 30,85 minut, v poloze na zádech (sledováno u 32 - 29,50 % rodiček) je průměrná délka druhé doby porodní 29,50 minut. Rozdíl je v tomto souboru vyčíslen hodnotou 1,35 minuty. Vzhledem k celkové délce druhé doby porodní u obou souborů rodiček lze tento rozdíl pokládat za nevýznamný, i přestože v těchto výsledcích není zohledněna parita ženy, která délku druhé doby porodní významným způsobem ovlivňuje.

Z analýzy vyplývá, že při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v poloze na kolenou nejsou statisticky významné rozdíly v délce druhé doby porodní ve srovnání s porody vedenými v poloze na zádech ($p = 0,767$).

Zamítáme alternativní hypotézu, že při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech je signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou a **přijímáme nulovou hypotézu, že při vaginálně vedeném porodu v poloze na zádech není signifikantně delší délka druhé doby porodní než při porodu v poloze na kolenou.**

V3: Jaké jsou rozdíly v míře traumatizace novorozence (hodnocení dle Apgar scóre) v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním?

H0: Při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech není signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence než při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech je signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence než při porodu v poloze na kolenou.

Tabulka 10 Traumatizace novorozence

Poloha	N	průměr	statistická odchylka	statistická chyba
na kolenou	41	16,683	4,321	0,675
na zádech	32	17,875	1,947	0,344

(Zdroj: vlastní)

Komentář:

Průměrná hodnota traumatizace novorozence při porodu KP v poloze na kolenou (41) je 16,683 a v poloze na zádech (32) 17,875, průměrný rozdíl je 1,192.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že traumatizace novorozenců při porodu v poloze na kolenou je srovnatelná s porodem v poloze na zádech. Tento rozdíl je statisticky nevýznamný. Dále jsou pro lepší přehled uvedeny výsledky Apgar skóre v 1. minutě a následně výsledky Apgar skóre v 5. minutě.

Tabulka 11 Apgar skóre v 1. minutě

Poloha	N	průměr	statistická odchylka	statistická chyba
na kolenou	41	7,54	2,942	0,459
na zádech	32	8,22	1,518	0,268

Tabulka 12 Apgar skóre v 5. minutě

Poloha	N	průměr	statistická odchylka	statistická chyba
na kolenou	41	9,15	1,542	0,241
na zádech	32	9,66	,653	0,115

(Zdroj: vlastní)

Komentář:

Pro snadnější orientaci uvádíme Apgar skóre novorozenců v 1. ($p = 0,205$)

a 5. ($p = 0,061$) minutě po porodu. Ani zde nejsou rozdíly statisticky významné. Z analýzy vyplývá, že při spontánním porodu koncem pánevním v poloze na kolenou nejsou statisticky významné rozdíly v míře traumatizace ve srovnání s porody vedenými v klasické poloze na zádech ($p = 0,121$).

Zamítáme alternativní hypotézu, že při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech je signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence (hodnocení dle Apgar scóre) než při porodu v poloze na kolenou a **přijímáme nulovou hypotézu, že při spontánním porodu koncem pánevním v klasické poloze na zádech není signifikantně vyšší předpoklad traumatizace novorozence (hodnocení dle Apgar scóre) než při porodu v poloze na kolenou.**

V4: Jaké jsou rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v poloze na kolenou?

H0: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním nejsou signifikantní rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při porodu v poloze na kolenou.

HA: Při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním jsou signifikantní rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při porodu v poloze na kolenou.

Tabulka 13 Traumatizace novorozence v závislosti na paritě

						95% interval spolehlivosti pro průměr
		N	Průměr	statistická odchylka	statistická chyba	dolní mez
	primipara	19	16,1053	4,65349	1,06758	13,8624
	secundipara	16	16,8750	4,16133	1,04033	14,6576
	tercipara	4	19,5000	1,00000	0,50000	17,9088
	multipara	2	15,0000	7,07107	5,00000	-48,5310
	Σ	41	16,6829	4,32111	0,67484	15,3190
1. minuta	primipara	19	7,11	3,178	0,729	5,57
	secundipara	16	7,75	2,646	0,661	6,34
	tercipara	4	9,50	1,000	0,500	7,91
	multipara	2	6,00	5,657	4,000	-44,82
	Σ	41	7,54	2,942	0,459	6,61
5. minuta	primipara	19	9,00	1,563	0,359	8,25
	secundipara	16	9,13	1,746	0,437	8,19
	tercipara	4	10,00	0,000	0,000	10,00
	multipara	2	9,00	1,414	1,000	-3,71
	Σ	41	9,15	1,542	0,241	8,66

(Zdroj: vlastní)

Tabulka 14 Traumatizace novorozence v závislosti na paritě a poloze

Traumatizace		Součet čtverců	df	Střední průměr	F	Sig.
	mezi skupinami	44,339	3	14,780	0,778	0,514
	v rámci skupin	702,539	37	18,988		
	Σ	746,878	40			
1. minuta	mezi skupinami	24,406	3	8,135	0,935	0,433
	v rámci skupin	321,789	37	8,697		
	Σ	346,195	40			
5. minuta	mezi skupinami	3,372	3	1,124	0,453	0,717
	v rámci skupin	91,750	37	2,480		
	Σ	95,122	40			

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Z analýzy výsledků vyplývá, že průměrná hodnota Apgar skóre v první minutě u primipar je 37 (7,41), u secundipar 23 (8,09), tercipar 8 (9,25) a multipar 5 (7,60).

Průměrná hodnota Apgar skóre v páté minutě u primipar je 37 (9,24) u secundipar 23 (9,35), tercipar 8 (9,88) a multipar 5 (9,6).

Při spontánním porodu koncem pánevním nejsou statisticky významné rozdíly v míře traumatizace plodu v závislosti na paritě ($p = 0.228$). Při porodu v poloze na kolenou nehraje parita významnou roli v míře traumatizace plodu.

Zamítáme alternativní hypotézu, že nejsou signifikantně vyšší rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním a **přijímáme nulovou hypotézu, že při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním nejsou signifikantně vyšší rozdíly v traumatizaci plodu v závislosti na paritě.**

7.2 Statistické zpracování počtů porodů v poloze koncem pánevním v letech 2013 – 2016 v KNTB a.s. Zlín.

Z každoročního statistického zpracování KNTB a. s., Zlín byl vyhledán a stručně tabulárně popsán počet porodů koncem pánevním při jednočetné graviditě.

Tabulka 15 Počet porodů koncem pánevním v letech 2013-2016 v KNTB a. s., Zlín

Rok	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Celkem poro- dů	2322	100,0	2248	100,0	2368	100,0	2392	100,0
Celkem císař- ských řezů	651	28,0	639	28,4	670	28,3	660	27,6
Císařský řez primární	309	13,3	271	12,1	297	12,5	277	11,6
Císařský řez při KP	154	6,6	117	5,2	142	6,0	114	4,8
Spontánní KP	13	0,6	25	1,1	18	0,8	29	1,2

(Zdroj: statistika KNTB)

Komentář: V roce 2013 z celkového počtu odvedených porodů 2322 (100,0 %), bylo provedeno 154 (6,6 %) císařských řezů při poloze KP, spontánních porodů v této poloze bylo celkem 13 (0,6 %). Roku 2014 byl celkový počet porodů 2248 (100,0 %), z toho se provedlo 117 (5,2 %) císařských řezů a 25 (1,1 %) spontánních porodů v poloze KP. V roce 2015 bylo celkem odvedeno 2368 (100,0 %) porodů z toho 142 (6,0 %) císařským řezem a počet spontánních porodů činil 18 (0,8 %). V roce 2016 z celkového po počtu porodů 2392 (100,0 %) bylo provedeno 114 (4,8 %) císařských řezů při KP a počet spontánních porodů činil celkem 28 (1,2 %).

Tabulka 16 Počet spontánních porodů koncem pánevním v letech 2013 – 2016

Rok	Na kolenou	%	Na zádech	%
2013	3	23,1	10	76,9
2014	12	48,0	13	52,0
2015	10	55,6	8	44,4
2016	16	55,2	13	44,8

(Zdroj: statistika KNTB)

Komentář: V roce 2013 bylo odvedeno 13 (100,0 %) spontánních porodů z toho 3 porody v poloze na kolenou a zbývajících 10 (76,9 %) na zádech.

V roce 2014 byl celkový počet spontánních porodů KP 25 (100,0 %) počet porodů v poloze na kolenou činil 12 (48,0 %) a v poloze na zádech 13 (52,0 %). Roku 2015 bylo z celkového počtu 18 (100,0 %) spontánních porodů při KP porozeno v poloze na kolenou 10 (55,6 %) a v poloze na zádech 8 (44,4 %). V roce 2016 se spontánně při poloze KP narodilo 29 (100,0 %) novorozenců, z toho 16 na kolenou (55,2 %) a 13 na zádech (44,8 %). V letech 2014 a 2016 byl zaznamenán výrazný vzestup porodů KP v poloze na kolenou.

Za sledované období byl v roce 2016 zaznamenán lehce vzrůstající trend spontánních porodů KP. V roce 2013 - 13 spontánních porodů v roce 2016 - 29 spontánních porodů.

Tabulka 17 Počet porodů koncem pánevním při císařském řezu a při spontánním porodu v letech 2013 - 2016

Rok	císařský řez při KP	%	spontánní porod při KP	%
2013	154	92,2	13	7,8
2014	117	82,4	25	17,6
2015	142	88,8	18	11,3
2016	114	79,7	29	20,3

(Zdroj: statistika KNTB)

Komentář: Roku 2013 bylo provedeno 154 (92,2%) císařských řezů při poloze KP

a odvedeno 13 (7,8 %) spontánních porodů při poloze plodu koncem pánevním. V roce 2014 se provedlo 117 (82,4 %) císařských řezů a počet spontánních porodů koncem pánevním činil 25 (17,6 %). V roce 2015 bylo provedeno 42 (88,8 %) císařských řezů a spontánně bylo porozeno 18 (11,3 %) porodů KP. V R roce 2016 byl počet císařských řezů 114 (79,7) a spontánních porodů 29 (20,3 %).

Tabulka 18 Spontánní porod koncem pánevním v letech 2013 – 2016

Rok / porodů cel- kem	Primipara / poloha	Secundipara / poloha	Tercipara / poloha	Multipara / poloha
2013/ 13	2 kolena / 4 záda	0 kolena / 3 záda	0 kolena / 2 záda	1 kolena / 1 záda
2014/ 25	3 kolena / 5 záda	8 kolena / 4 záda	0 kolena / 3záda	2 kolena / 0 záda
2015 /18	5 kolena / 5 záda	4 kolena / 1 záda	1 kolena / 2 záda	0
2016/ 29	10 kolena / 7 záda	4 kolena / 3 záda	2 kolena / 3 záda	0

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Roku 2013 porodilo vaginálně 13 žen, z toho 6 primipar, 3 secundipary, 2 tercipary a dvě multipary. V roce 2014 bylo celkem 25 vaginálních porodů z toho 8 primipar, 12 secundipar, 3 tercipary a 2 multipary. V roce 2015 z celkového počtu 18 vaginálních porodů KP, porodilo 10 primipar, 5 secundipar a 3 tercipary. Roku 2016 porodilo celkem 29 rodiček, 17 primipar, 7 secundipar a 5 tercipar. V letech 2015 a 2016 byl zaznamenán vzrůstající trend vaginálních porodů u prvorodiček.

7.3 Interpretace a analýza kvalitativního výzkumného šetření

7.3.1 Rozhovory s rodičkami po spontánním porodu koncem pánevním v poloze na kolenou.

Tabulka 19 Přehledová

Respondentka	1	2	3	4	5
Věk	31	28	33	25	26
Parita	I.	I.	II.	I.	I.
HBD	38+4	39+1	40+2	39+3	41+1
Pohlaví	mužské	ženské	ženské	ženské	mužské
Hmotnost/gramů	2910	3090	3250	3350	3310
Apgar skóre	10/10	10/10	10/10	9/10	5/10
II. DP (h/min)	0:25	1:08	0:15	0:34	0:40
Porodní poranění	lacerace labií	ruptura perinei I. st	ruptura perinei I. st	lacerace introitu	lacerace introitu
Nepravidelnosti	sine	sine	sine	sekundárně slabé KD	pupečník kolem krku

(Zdroj: vlastní)

Položka 1: Porod dítěte v poloze koncem pánevním je řazen mezi rizikové porody, jak jste přijala informaci o tom, že je Vaše dítě v této poloze uložené?

Tabulka 20 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Byla jsem z toho smutná, nicméně žádnou paniku jsem necítila, protože zde byla vždy možnost „bezproblémového“ císařského řezu.</i>
R2/B	<i>Během těhotenství mě tato myšlenka vůbec nenapadla, až když to člověk uslyší z úst odborníků, napadají ho otázky: Proč zrovna u mě? Jak se rozhodnout o způsobu porodu? Jako zdravotník jsem si uvědomovala komplikace u porodu KP i císařského řezu. Pořád jsem ještě doufala, že se přetočí a budu rodit přirozeně hlavičkou.</i>
R3/C	<i>Nijak jsem z této informace nepanikařila.</i>
R4/D	<i>Byla jsem dost smutná, měla jsem různé obavy, a pohltil mě strach z mého nadcházejícího porodu.</i>
R5/E	<i>Informaci o tom, že je dítě uloženo v poloze koncem pánevním jsem se dozvěděla při kontrole u své gynekoložky, tuto informaci jsem přijala s naprosto klidnou hlavou, přece je pořád možnost, že se dítě otočí samo, pokud má dostatek prostoru a pokud se neotočí hlavičkou dolů, ví samo nejlépe, z jakého důvodu se chce narodit v opačné poloze. Porod císařským řezem jsem jednoduše zamítla, o způsobu vedení porodu bylo z mé strany rozhodnuto. Při konzultaci s gynekoložkou jsem jí sdělila, že preferuji spontánní porod a až kdyby to nebylo z důvodu komplikací možné, budu přistupovat na porod císařským řezem, tuto informaci paní doktorka zapsala do těhotenské průkazky. Na porodním sále proběhlo přeměření pánve, kde se ukázalo, že mohu rodit spontánně.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentka přijala tuto informaci se smutkem, ale v případě komplikací se spoléhala na císařský řez. Druhá rodička do poslední chvíle doufala, že se dítě ještě otočí. Měla výčitky, že zrovna tato situace potkala jí. Respondentka 4 měla strach z nadcházejícího porodu. Respondentka 5 přijala informaci bez obav, spoléhala se na dítě, které ví, proč je v této poloze, a doufala, že se ještě otočí. Preferovala jednoznačně spontánní porod. Vesměs se všechny rodičky s danou situací smířily, ale obavy ze způsobu porodu přetrvávaly.

Položka 2: Kdy a kým jste byla informovaná o možných způsobech vedení porodu?

Tabulka 21 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Můj ošetřující lékař mi dal na výběr, že mohu родit jak spontánně tak císařským řezem. V rychlosti mi řekl, že konec pánevní se rodí přirozeně a že císařský řez se dá udělat vždy. A že pro KP je dobré, aby se porod rozběhl sám (praskla voda, kontrakce). To bylo vše, s čím jsem odcházela od mé lékařky.</i>
R2/B	<i>Ve 37. týdnu těhotenství jsem byla naposledy na kontrole u svého gynekologa, který mě informoval, že je „malá“ koncem pánevním, že už se do termínu porodu nepřetočí a že příští týden mám jít do ambulance porodního sálu, kde mě převezmou do péče a rozhodnou o způsobu porodu. Také mně sdělil, že „malá“ bude větší, že mně bude určitě doporučen císařský řez. S touto myšlenkou jsem šla do ambulance, kde mě paní doktorka seznámila se způsoby porodu. Po ultrazvukovém vyšetření, kde zjistili, že „malá“ má váhu 3260 g, mně paní doktorka oznámila, že jsem vhodná adeptka na spontánní porod KP. Paní doktorka byla pro přirozený porod, nechala by tomu volný průběh a v případě komplikací by se udělal akutní císařský řez. S tímto jsem souhlasila.</i>
R3/C	<i>Moje ošetřující lékařka a porodní asistentka, kterou jsem si vyžádala, mě informovaly o způsobech vedení porodu.</i>
R4/D	<i>Moje gynekoložka mi doporučila císařský řez.</i>
R5/E	<i>O možných způsobech vedení porodu jsem se dozvěděla v těhotenském kurzu, který jsem navštěvovala od 6. měsíce těhotenství.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 dostala od své lékařky na výběr, spontánní porod nebo císařský řez, byla poučena, že pro spontánní porod je důležité, aby se porod rozběhl sám, císařský řez lze udělat vždy. Respondentka 2 byla odeslána svým gynekologem v 37. týdnu těhotenství do ambulance porodního sálu k rozhodnutí o způsobu vedení porodu. Lékařka doporučila po UZ vyšetření (váhový odhad plodu 3260g) spontánní porod a poučila rodičku i o možnosti porodu per SC. Respondentka s tímto postupem souhlasila. Respondentka 3 byla informována lékařkou i por. asistentkou o způsobu porodu a respondentce 4 byl doporučen císařský řez. Respondentka 5 se

dozvěděla o způsobu porodu KP v těhotenském kurzu. Vesměs byly všem rodičkám podané cílené a dostačující informace o způsobu vedení porodu a většinou je získaly od svého gynekologa.

Položka 3: Pokládala jste tyto informace za dostatečné?

Tabulka 22 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Vůbec. Absolutně nedostatečné.</i>
R2/B	<i>Jako zdravotník jsem o této problematice něco věděla, proto informace paní doktorky byly dostatečné (způsob vedení porodu, poloha při porodu, možnost komplikací).</i>
R3/C	<i>Ano, ale i přesto jsem si o porodu tohoto typu hodně načetla.</i>
R4/D	<i>Vzhledem k tomu, že mi byl doporučen jen císařský řez, tak k němu ano.</i>
R5/E	<i>Ano pokládala.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentka pokládala informace za absolutně nedostatečné, druhá respondentka byla lékařkou dostatečně informována, třetí měla potřebu si o spontánním porodu KP informace dohledat (načíst) a čtvrtá respondentka byla připravována na primární císařský řez, tak dostala informace týkající se operace.

Položka 4: Vyhledávala jste sama informace o porodu koncem pánevním z dostupných zdrojů (internet, TV, časopisy, literatura, rodina, známí....)?

Tabulka 23 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Samozřejmě, začala jsem být nervózní, protože jsem nevěděla, jak se rozhodnout. S manželem jsme byli rozhodnutí, že porodíme spontánně, nicméně tlak okolí, že zbytečně riskuji, byl docela silný. K císařskému řezu jsem se rozhodla po vyprávění mé známé, která dělá atestaci na pediatričku a přebírá miminka po porodu na porodním sále, že miminka narozena KP mají vždy problém (modré zadečky a ouška, při narození nekřičí, jsou to „modré hadrové panenky“). To byl impuls, který mě přinutil obrátit mé rozhodnutí.</i>
R2/B	<i>I když mě paní doktorka zdůrazňovala, že v žádném případě si nemám číst informace a diskuze na internetu, nedalo mně to, ale spíše mě to znervózňovalo. Jak se mám rozhodnout, jsem konzultovala i s jednou porodní asistentkou a zdravotními sestrami, které byly pro přirozený porod. Pouze jeden gynekolog byl pro císařský řez, jeho důvodem bylo, že se těchto porodů už tolik nerodí spontánně a porodníci už nemají</i>

	<i>tolik cviku a trpělivosti. Rodinní příslušníci byli jednoznačně pro císařský řez, je podle nich pohodlnější než porod, jen si podle mě neuvědomovali náročnost rekonvalescence atd.</i>
R3/C	<i>Ano, získávala jsem informace z internetu.</i>
R4/D	<i>Sama jsem informace nehledala, ale po dalších rozhovorech s lékařkami na kontrolách v nemocnici a na ultrazvuku jsem zjistila, že můžu родit spontánně. Miminko bylo docela malé, a tak jsem se rozhodla pro spontánní porod.</i>
R5/E	<i>Cíleně jsem informace nevyhledávala, pořád byla možnost, že se dítě otočí samo. Od kamarádek jsem měla informace o možných komplikacích spontánního porodu koncem pánevním, na tomto základě jsem přečetla nějaké informace dostupné na internetu, ale nepřikládala jsem jim zase takovou váhu, podle mého názoru je důležité pozitivně myslet, od toho se hodně odvíjí, jaký bude mít porod průběh.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 vyhledávala informace přes své známé, s manželem byla prvotně rozhodnuta pro spontánní porod, i přes tlak okolí, který jí od porodu odrazoval. Nakonec její rozhodnutí ovlivnilo vyprávění kamarádky, která je lékařkou na pediatrii a proto raději preferovala císařský řez. Respondentka 2 i přes nedoporučení lékařkou vyhledávala diskuse na internetu, konzultovala porod s porodní asistentkou, která jí podpořila v přirozeném porodu, rodina byla pro císařský řez. Respondentka 3 také vyhledávala informace z internetu. Respondentce 4 stačily informace od lékaře při pravidelných kontrolách. Respondentka 5 věřila v pozitivní myšlení a přístup a informace si dohledala na internetu, ale nepřikládala jim zásadní význam.

Rodičky při rozhodování o způsobu porodu pátrají a hledají informace z jiných dostupných zdrojů, nejčastěji na internetu. Dále je v rozhodování ovlivňoval tlak rodiny a okruh známých.

**Položka 5: Konzultovala jste svoje rozhodnutí o způsobu porodu s partnerem?
Měl na to svůj názor nebo to nechal zcela na vás?**

Tabulka 24 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Ano, vše jsem konzultovala s manželem, se kterým jsme se vždy shodli.</i>
R2/B	<i>S manželem jsme na toto téma hodně diskutovali, byl pro císařský řez jako ostatní rodinní příslušníci. Když jsem se rozhodla při příjmu na porodním sále pro přirozený porod, nechal mě při tom, i když si uvědomoval náročnost porodu a možné komplikace.</i>
R3/C	<i>Byla jsem od začátku rozhodnutá porodit vaginálně, pokud možno bez žádné medikace, nástřihu, atd., a můj manžel měl stejný názor.</i>
R4/D	<i>Partner s mým rozhodnutím souhlasil.</i>
R5/E	<i>S partnerem jsem konzultovala možné způsoby vedení porodu, ale rozhodnutí nechal na mě.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace – respondentka 2 se pro spontánní porod rozhodla až při přijetí na por. sál, manžel, preferoval císařský řez jako ostatní rodinní příslušníci, nakonec její rozhodnutí toleroval. Respondentka 3 měla o svém porodu od začátku jasnou představu a manžel jí podpořil. Ve všech ostatních případech rodičky se svými partnery způsob porodu konzultovaly a byly ve svém rozhodnutí podpořeny.

Položka 6: Znáte a vyzkoušela jste nějaké přirozené metody, které by dopomohly k obratu dítěte?

Tabulka 25 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Znám (kočičí hřbet a podkládání pánve polštáři). K tomu prvnímu jsem si netroufla a v druhém případě mi zvýšená poloha dělohy vyvolávala bolesti (řekla bych, že i kontrakce), proto jsem to neprováděla.</i>
R2/B	<i>V předporodním kurzu mně paní říkala, že je dobré opřít se lokty například o stůl, rozkročit nohy a kroužit pánví, tento cvik jsem nedělala pravidelně, jen jsem ho párkrát zkusila.</i>
R3/C	<i>Žádné metody jsem nevyzkoušela.</i>
R4/D	<i>Nezkoušela.</i>
R5/E	<i>Zkoušela jsem nějakou chvíli cvičit „kočičí hřbety“ a zvedání pánve vleže, poté jsem od toho upustila.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první a pátá respondentka znaly a vyzkoušela metody, které dopomáhají k obratu plodu. Respondentce 1 vyvýšená poloha vyvolávala děložní činnost, proto ji již dále neprováděla. Druhá respondentka dle instrukcí z předporodního kurzu občasné kroužila pánví. A poslední dvě respondentky neprováděly žádné manévry k pokusu o obrat plodu.

Položka 7: Nabídl Vám někdo metodu obrat zevními hmaty?

Tabulka 26 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Ne.</i>
R2/B	<i>Zevní hmaty mně nikdo nenabídl, jen jsem o nich četla na internetu, že se dají udělat.</i>
R3/C	<i>Ne.</i>
R4/D	<i>Nenabídl.</i>
R5/E	<i>O metodě obratu dítěte zevními hmaty jsem slyšela, nabídnuta mi nebyla, také jsem měla informaci, že se dítě i po otočení touto metodou může vrátit zpět do opačné polohy.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny rodičky odpověděly, že obrat zevními hma-

ty jim nebyl nabídnut, jen respondentka 2 a 5 o něm četly na internetu.

Položka 8: Byla Vám nabídnuta možnost volby polohy při spontánním porodu?

Tabulka 27 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Ne. A nevadí mi to, sama jsem nevěděla, co je pro mě nejlepší.</i>
R2/B	<i>Při první návštěvě ambulance porodního sálu mně paní doktorka řekla, že se tyto porody provádí nejčastěji v poloze „na všech čtyřech – na kolenou“, s tím jsem souhlasila, proto mně další možnosti neříkala.</i>
R3/C	<i>Ano, byla mi nabídnuta poloha na kolenou, ale nikdo mě do ničeho nenutil, nevnucoval žádné polohy, léky, ani postupy. Vše probíhalo velmi přirozeně.</i>
R4/D	<i>Ano. Nejdřív jsem si myslela, že budu rodit vsedě, ale než samotný porod začal, paní doktorka mi sdělila, že budu rodit vkleče. Prý si miminko v této poloze lépe najde cestu ven, a já můžu dýchat, jak budu chtít.</i>
R5/E	<i>Ano, byla mi nabídnuta možnost polohy při porodu. Už v těhotenském kurzu jsem byla informována o vhodnosti polohy na kolenou při porodu dítěte koncem pánevním.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentka nebyla informována o možných polohách při porodu, nevadilo jí to, nevěděla, co bude pro ni nejlepší. Druhá respondentka byla informována lékařkou o tomto způsobu polohy a souhlasila s ní. Třetí respondentce byla taktéž tato poloha nabídnuta, kladně hodnotí, že ji nikdo do ničeho nenutil, vše probíhalo přirozeně. Čtvrtá respondentka byla lékařkou podpořena pro porod v poloze na kolenou, i když tuto informaci dostala až při rozběhlém porodu. Pátá respondentka byla informována o poloze na kolenou již v předporodním kurzu a možnost jí byla nabídnuta. Všechny rodičky byly informovány o možnosti volby polohy při porodu KP (předporodní kurz, lékaři, porodní asistentky) a tato možnost jim byla nabídnuta.

Položka 9: Souhlasila jste bez výhrad s radami a doporučeními porodní asistentky a lékaře provázející Vás porodem? Pokud ne, v čem spatřujete neshodu.

Tabulka 28 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Ano, souhlasila a vše bylo zcela v pořádku, jejich doporučení se vždy ukázala jako správná.</i>
R2/B	<i>Ano, souhlasila. Porodní asistentka byla vedle manžela velkou oporou, chodila se mě ptát, jak se mně daří, radila mně, jaké mám střídat polohy, jak dýchat a v závěru jak tlačit, doporučila mně jít do sprchy, sednout si na balón a sprchovat si záda, napustila mně vanu, použila aromaterapii.</i>
R3/C	<i>Ano, souhlasila, ale jak jsem již uvedla výše, vše probíhalo velmi přirozeně.</i>
R4/D	<i>Ano, souhlasila jsem se vším. Jejich rady mi vyhovovaly, porod trval necelou hodinu, nijak moc jsem se netrápila.</i>
R5/E	<i>Ano, souhlasila jsem s radami a doporučeními porodní asistentky a lékaře.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny rodičky se vyjádřily velmi kladně k průběhu porodu a doporučením porodních asistentek a lékařů. Pro respondentku 2 byla porodní asistentka velkou oporou.

Položka 10: Které možné komplikace provázející porod ve Vás vyvolaly největší obavy (traumatismus novorozence, poranění, popř. zlomenina klíční, pažní a stehenní kosti, hematom, obtížný průchodu hlavičky porodními cestami, protrahovaný porod)? Měla jste obavy ze vzniku většího porodního poranění?

Tabulka 29 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Doted' jsem nevěděla, že takové komplikace mohou nastat. Syn měl modřinu přes polovinu zadečku a na varlátkách, modřina ale do třech dnů zmizela, proto mě to nepřijde jako komplikace. Kamarádčin syn, který se narodil hlavičkou napřed, měl půl roku křivou hlavičku, protože procházel porodními cestami nakřivo. V porodnici jsem ležela na pokoji s holkami, kde jedna z nich byla potrháná, nemohla se posadit a druhá porodila holčičku tak, protože se jí drala na svět ramínkem. Já mám tři drobné stehy a maličký měl tři dny modřinu, tak se ptám, kdo vyhodnotil, že porod KP je rizikovější než porod hlavičkou napřed?</i>
R2/B	<i>Když jsem se rozhodla pro tento porod, hlavou se mně honily všechny komplikace, které by mohly nastat – od zlomenin až po udušení a smrt dítěte..., ale naštěstí v našem případě vše dobře dopadlo (jen hematom na pravé hýždí).</i>
R3/C	<i>Obávala jsem se všech možných poranění.</i>
R4/D	<i>Neuvědomovala jsem si, že může dojít k tolika poraněním. Měla jsem různé obavy.</i>
R5/E	<i>Již jsem zmiňovala, že je důležité pozitivní myšlení, nepřipouštěla jsem si možnost vzniku komplikací. V průběhu porodu ve mně vzbudil krátkodobou obavu porod hlavičky.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 nevěděla, že tolik komplikací v průběhu porodu KP může nastat (syn měl modřinu na zadečku – nehodnotila toto poranění jako závažné), její porodní poranění bylo zanedbatelné, zamyslela se nad tím, kdo vyhodnotil porod KP jako rizikový!? Respondentka 2 vzhledem k tomu že je sama zdravotník, znala všechny komplikace, které se jí promítaly do obav, aby vše dobře dopadlo. Respondentka 4 také nevěděla, že může vzniknout tolik poranění. Respondentka 5 měla obavu o porod hlavičky. Všechny rodičky měly obavy z možných komplikací, ale nevěděly, že jich může vzniknout tolik. Hematomy hýždí a otoky genitálu hodnotí jako přirozeně vzniklé. Kladně hodnotily vlastní porodní poranění, které bylo spontánní a malé.

Položka 11: Současný porod pro Vás byl první nebo máte již zkušenosti z předchozích porodů?

Tabulka 30 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu na kolenou

R1/A	<i>První.</i>
R2/B	<i>Ano, tento porod byl pro mě první.</i>
R3/C	<i>Tento porod byl mým druhým.</i>
R4/D	<i>Toto byl můj první porod.</i>
R5/E	<i>Jednalo se o můj první porod.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – čtyři dotazované respondenty byly prvoroďičky a jedna byla druhorodička po spontánním porodu.

Položka 12: Byla pro Vás poloha „na všech čtyřech“ (na kolenou) přijatelná? V čem spatřujete její klady, event. zápory?

Tabulka 31 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Jednoznačně mě poloha, kdy působí gravitace, vyhovovala, dokonce bych řekla, že díky ní byl porod tak krátký, cítila jsem, že v této poloze jsou KD rychlejší a silnější.</i>
R2/B	<i>Poloha na kolenou mi nevadila, vyhovovala mi, byla pro mě pro tlačení přirozená.</i>
R3/C	<i>Poloha na všech čtyřech byla pro mě nejlepší možná poloha pro tlačení. Oproti císařskému řezu, který se také nabízel, byl můj porod 100 a 1.</i>
R4/D	<i>Ano, byla mi příjemná, dobře se mi tlačilo.“</i>
R5/E	<i>Poloha na všech čtyřech pro mne byla přijatelná a považuji toto rozhodnutí za správné. Nemohu hodnotit porod v jiné poloze, těžko budu hledat klady a zápory, ale myslím, že tato poloha žádné zápory nemá. Mezi klady přisuzuji, že díky této poloze nevzniklo žádné porodní poranění, nebyl nutný nástřih hráze, dítě se „narodilo samo“, nikdo z doktorů za něj netahal, aby mu pomohl na svět.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 díky poloze na kolenou hodnotí porod jako krátký a rychlý, pro respondentku 2 byla poloha přirozená. Respondentka 3 je nadšená ze svého porodu, poloha na všech čtyřech jí absolutně vyhovovala. Respondentka 5 kladně hodnotí, že nedošlo k žádnému porodnímu poranění, nebyl nutný nástřih hráze a dítě se narodilo samo bez manévrů.

Položka 13: Jak zpětně hodnotíte správnost Vašeho rozhodnutí, rozhodla byste se v případě dalšího porodu stejně a proč?

Tabulka 32 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Toť otázka. Jsem nesmírně šťastná, že se mi podařil spontánní porod KP bez jakýchkoli komplikací a rychle. Pro spontánní porod jsem se rozhodla až po vyšetření lékařky při příjmu do porodnice, když už mi praskla voda a rozběhly se mi kontrakce. Dle jejích slov vše nasvědčovalo pro bezproblémový porod KP. Je zajímavé, že naopak v porodnici se divily porodní asistentky, proč chci na císařský řez, když to klidně odrodíme spontánně. Jejich klid a přesvědčení na mě tak pozitivně zapůsobily, že jsem obrátila své rozhodnutí a ukázalo se, že to rozhodnutí bylo správné. Nicméně pak v porodnici na pokoji některé sestry a doktoři mi vykládali, jak jsem šikovná, prvoroďčka, a rodila jsem spontánně KP – to jsem opravdu tolik riskovala???</i>
R2/B	<i>Hned po porodu jsem všem říkala, že bych podruhé už do toho nešla, ale s měsíčním odstupem to vidím jinak a příště bych rodila opět přirozeně, myslím, že je to např. pro dítě a navození laktace nejlepší volba.</i>
R3/C	<i>Můj porod byl super. Oceňuji, že mě nikdo do ničeho nenutil, že vše probíhalo přirozeně. Porod proběhl tak, jak jsem si přála, a vše dopadlo dobře. V případě dalšího porodu bych se rozhodla stejně.</i>
R4/D	<i>Ano, rozhodla bych se stejně. Byla jsem ráda, že jsem měla možnost si vybrat, a ještě k tomu jsem byla vlastně bez bolístek. Když se mě dnes někdo zeptá, vyprávím o svém porodu s nadšením.</i>
R5/E	<i>Spontánní porod dítěte uloženého v poloze koncem pánevním hodnotím kladně. V případě dalšího porodu dítěte v této poloze bych se určitě rozhodla stejně. Byl to sice můj první porod, nemám s čím srovnávat, ale dle mého názoru měl hladký průběh, tak proč zbytečně přistupovat na císařský řez?</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – v případě první respondentky jsou nad jejím rozhodnutím stále otazníky. Pro spontánní porod se rozhodla až při příjmu na porodní sál a za podpory personálu. Je šťastná, že porodila spontánně a bez komplikací, ale dle ohlasů ostatních neví, zda příliš neriskovala. Druhá respondentka hodnotí (asi měsíc po porodu) svoje rozhodnutí jako správné, i když bezprostředně po porodu měla jiný názor. Respondentka 3 je nadšená ze svého porodu, v případě dalšího porodu by se rozhodla stejně, vše dopadlo tak, jak si přála. Respondentka 4 by se také znovu rozhodla stejně, kladně hodnotí možnost, že si mohla způsob porodu vybrat. Respondentka 5 jako

prvorodička nemá s čím srovnávat, ale hodnotí průběh porodu kladně. Závěrem lze říci, že všechny rodičky byly se svým porodem na kolenou spokojené až nadšené. Poloha na všech čtyřech jim vyhovovala, porod hodnotily jako klidný, rychlý a přirozený. Nikdo je do ničeho nenutil, mají pocit, že svoje dítě porodily opravdu samy.

Položka 14: Zde máte prostor vyjádřit svůj názor na porod v oblastech, které nebyly dotazovány:

Tabulka 33 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou

R1/A	<i>Pro mě byla důležitá důvěra v porodní asistentku, ze které vyjadřovala jistota, že porod KP je normální věc, nijak se mě nesnažila ovlivnit, prostě jsem z ní měla pocit – „konec pánevní“? „Brnkačka“. Jednoznačně bych dala na doporučení porodní asistentky a lékařky, protože mi jejich rozhodnutí ve všem usnadnilo porod. V různých publikacích se o KP píše, že se pro jistotu píchá oxytocin, rodí se vleže, aby lékař mohl okamžitě zasáhnout, nastřihává se hráz, aby dítě rychleji přišlo na svět. V mém případě se vše dělo naopak, žádné podpůrné přípravky ani nástřih jsem neměla. Když to řeknu velmi zlehčeně, porodní asistentky a lékařka se prostě jen dívaly, jak vytlačím dítě, přitom jejich podpory si natolik vážím, že můj porod byla z poloviny jejich práce.</i>
R2/B	<i>Vyřídte pozdravy svým kolegyním, určitě to má smysl, co děláte a jak to děláte. Už nevím, jestli jsem to v rozhovoru zdůraznila, ale myslím, že díky porodu na kolenou probíhalo vše tak hladce. Výhodu této polohy vnímám tak silně, že u dalšího porodu budu vyžadovat jedinečně tuto. Díky přístupu porodních asistentek a doktorky se pro mě porod stal krásným zážitkem a stejně tak to vnímá i můj manžel.</i>
R3/C	0
R4/D	0
R5/E	<i>Přítomnost manžela u porodu pro mne moc znamenala, jeho podpora spočívala již v samotné přítomnosti, byl mi oporou, staral se o mne (podával láhev s vodou, ovládal tělo). Myslím, že je přítomnost muže u porodu důležitá, vidět narození svého dítěte je přece nezapomenutelný zážitek na celý život. Muž by měl vidět, jaké žena přináší oběti pro to, aby mohla přivést na svět dítě.</i>

(Zdroj: vlastní)

7.3.2 Rodičky po spontánním porodu koncem pánevním v poloze na zádech

Tabulka 34 Přehledová

Respondentka	1	2	3	4	5
Věk	34	28	32	25	26
Parita	II.	I.	II.	II.	II.
HBD	38+3	37+0	40+1	38+5	39+0
Pohlaví	mužské	ženské	ženské	mužské	mužské
Hmotnost/gramů	2990	3590	3590	3250	3500
Apgar skóre	10/10	8/10	8/10	9/9	3/5/7
II. DP (h/min)	0:12	0:25	0:25	0:15	0:45
Porodní poranění	episiotomie	episiotomie	ruptura perineí I. st.	episiotomie	episiotomie
Nepravidelnosti	infuze s 2 IU oxytocinu	alterace OP pupečník kolem krku	sine	infuze s 2 IU oxytocinu	extrakce plodu

(Zdroj: vlastní)

Položka 1: Porod dítěte v poloze koncem pánevním je řazen mezi rizikové porody, jak jste přijala informaci o tom, že je Vaše dítě v této poloze uložené?

Tabulka 35 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Z této informace jsem nebyla nijak nervózní, naopak jsem velmi doufala, že se dítě v závěru těhotenství samo přetočí.</i>
R2/G	<i>Byla jsem z této informace dost znepokojena. Měla jsem obavy z porodu jako takového, vzhledem k tomu, že se mělo jednat o můj první porod, a navíc tato komplikace.</i>
R3/H	<i>Po zjištění polohy jsem měla strach, chtěla jsem podstoupit císařský řez i přesto, že jsem měla родit již po druhé. Lékařka v ambulanci porodního sálu, kam jsem byla odeslána mým gynekologem, mi doporučila spontánní porod.</i>
R4/CH	<i>Měla jsem trochu obavy, ale byla jsem druhorodička a první porod proběhl rychle, tak jsem věřila, že to zvládnu.</i>
R5/I	<i>Dozvěděla jsem se o tom až v průběhu rozběhlého porodu. Bylo mi řečeno, že to zvládnu, tak jsem jim věřila a nebránila se.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první tři respondentky byly z této informace znepokojeny, měly strach a obavy, respondentka 3 i přesto, že byla druhorodička, preferovala

porod císařským řezem, respondentka 4 věřila, že to zvládne, byla taktéž druhorodička, a poslední respondentka vůbec nevěděla, že její dítě je v poloze KP, tento fakt jí byl sdělen až při rozběhlém porodu na porodním sále.

Položka 2: Kdy a kým jste byla informovaná o možných způsobech vedení porodu?

Tabulka 36 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Můj obvodní gynekolog mi doporučil plánovaný císařský řez, vzhledem k velikosti miminka. Předal mě do péče ambulance porodního sálu.</i>
R2/G	<i>Můj obvodní gynekolog mi doporučil plánovaný císařský řez, vzhledem k tomu, že jsem prvorodička.</i>
R3/H	<i>Po rozhovoru se svým gynekologem jsem byla trochu klidnější, ale porodu jsem se stále bála.</i>
R4/CH	<i>U své obvodní gynekoložky a při přijetí na porodní sál.</i>
R5/I	<i>Porodní asistentka mi při vyšetření v průběhu porodu řekla, že hmatá zadeček. Zavolala lékařku, a ta řekla, že se nic neděje, že porodím i tak.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky - první dvě respondentky byly informovány jejich gynekologem, který v obou případech preferoval císařský řez, taktéž třetí i čtvrtá respondentka tuto informaci dostaly od svého gynekologa, pátá respondentka byla informována až na porodním sále lékařkou, která při přijetí a vyhodnocení celé situace rozhodla pro spontánní porod.

Položka 3: Pokládala jste tyto informace za dostatečné?

Tabulka 37 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Rozhovor s lékařkou mě nadchnul, protože císařského řezu jsem se velmi obávala. Začala jsem o variantě spontánního porodu více přemýšlet.</i>
R2/G	<i>Ano, vzala jsem informaci o císařském řezu jako fakt.</i>
R3/H	<i>Nemohla jsem se s myšlenkou spontánního porodu smířit, stále jsem doufala a preferovala porod císařským řezem.</i>
R4/CH	<i>Ano, věřila jsem odborníkům.</i>
R5/I	<i>Neměla jsem čas na přemýšlení a poslouchala jejich doporučení.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny respondentky důvěřovaly odborným infor-

macím svých gynekologů.

Položka 4: Vyhledávala jste sama informace o porodu koncem pánevním z dostupných zdrojů (internet, TV, časopisy, literatura, rodina, známí...).

Tabulka 38 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Samozřejmě, po rozhovoru s lékařkou jsem se snažila nalézt podrobnější informace na internetu. Četla jsem si diskuse rodiček, které mají tuto zkušenost za sebou.</i>
R2/G	<i>Stačilo mi vysvětlení mého gynekologa, další informace jsem z jiných zdrojů nečerpala.</i>
R3/H	<i>Informace jsem dohledávala na internetu, vesměs to byly negativní informace.</i>
R4/CH	<i>Nevyhledávala, má sestra je porodní asistentka, měla jsem dostatek informací.</i>
R5/I	<i>Nevyhledávala.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 a 3 vyhledávaly doplňující informace na internetu, četly diskuse o porodu koncem pánevním, respondentka 2 jiné informace nečerpala, respondentka 4 měla dostatek informací od své sestry, která je porodní asistentkou.

Položka 5: Konzultovala jste svoje rozhodnutí o způsobu porodu s partnerem? Měl na to svůj názor nebo to nechal zcela na Vás?

Tabulka 39 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Ano, konzultovala jsem to s manželem, který mě v přirozeném porodu koncem pánevním svým názorem a přístupem podpořil.</i>
R2/G	<i>Ano, můj partner s císařským řezem souhlasil.</i>
R3/H	<i>Ano konzultovala jsem porod s manželem, neměl na to svůj názor, vnímal moje obavy a strachy ze spontánního porodu.</i>
R4/CH	<i>Mluvili jsme o mých obavách, ale do rozhodování vůbec nezasahoval.</i>
R5/I	<i>Vzhledem k tomu, že jsme se to dozvěděli až v průběhu porodu, který běžel dobře, oba jsme souhlasili a věřili porodníkům.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny respondenty s partnerem způsob porodu konzultovaly a partneři jejich konečné rozhodnutí podpořili.

Položka 6: Znáte a vyzkoušela jste nějaké přirozené metody, které by dopomohly k obratu dítěte?

Tabulka 40 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Ano, vyhledala jsem si metody přetočení miminka na internetu, a některé jsem vyzkoušela.</i>
R2/G	<i>Vzhledem k tomu, že od začátku mi bylo předkládáno, že budu rodit císařským řezem, tak jsem žádné metody nezjišťovala, ani nezkoušela.</i>
R3/H	<i>Ano o těchto metodách jsem slyšela, ale nevyzkoušela jsem je. Četla jsem si o nich na internetu a byly mi doporučeny porodní asistentkou mého gynekologa.</i>
R4/CH	<i>Nezkoušela jsem cíleně žádné metody, nechala jsem rozhodnutí na miminku.</i>
R5/I	<i>Neznala jsem je, a neměla jsem k tomu ani příležitost.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentka metody hledala na internetu a některé i vyzkoušela, druhá respondentka nezkoušela žádné metody, třetí respondentce byly doporučeny porodní asistentkou, ale nevyzkoušela je a poslední dvě respondentky o nich nevěděly, a ani je nezkoušely.

Položka 7: Nabídl Vám někdo metodu obrat zevními hmaty?

Tabulka 41 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Ne, nenabídl.</i>
R2/G	<i>Ne, nenabídl.</i>
R3/H	<i>Ne.</i>
R4/CH	<i>Ne.</i>
R5/I	<i>Ne, v průběhu porodu by to snad ani nešlo.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – ani jedné respondentce nebyl obrat zevními hmaty nabídnut.

Položka 8: Byla Vám nabídnuta možnost volby polohy při spontánním porodu?

Tabulka 42 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Ano, byla mi nabídnuta poloha na kolenou, ale v průběhu porodu mi nevyhovovala, lépe se mi tlačilo v poloze na zádech.</i>
R2/G	<i>Nebyla, od samého začátku porod směřoval k císařskému řezu.</i>
R3/H	<i>Lékařka i porodní asistentka mi sdělily, že mohu родit v poloze na kolenou, která je pro porod koncem pánevním přirozenější. Vnímala jsem to tak, že chtěly moje obavy rozptýlit.</i>
R4/CH	<i>Nebyla, automaticky mne připravili do polohy na zádech.</i>
R5/I	<i>Ne. Na samotný porod jsem ležela na zádech.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentce 1 byla poloha na kolenou nabídnuta, nevyhovovala jí, respondentka 2 měla primárně naplánovaný císařský řez, o polohách informována nebyla, respondentce 3 byla nabídnuta poloha na kolenou jako volba přirozenějšího porodu, respondentkám 4 a 5 jiná poloha nabídnuta nebyla.

Položka 9: Souhlasila jste bez výhrad s radami a doporučeními porodní asistentky a lékaře provázející Vás porodem? Pokud ne, v čem spatřujete neshodu?

Tabulka 43 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Ano, souhlasila. Já sama jsem byla již velmi unavená a pasivní, ale porodní asistentka mě velmi podporovala, byla aktivní.</i>
R2/G	<i>Ano, ve 37. týdnu mi praskla plodová voda, a porod začal již probíhat. Lékař společně s porodní asistentkou mě přesvědčili, abych rodila přirozenou cestou, protože miminko bylo malé. Měla jsem strach, ale nakonec jsem do toho šla. Byla jsem ujištěna, že pokud přijdou komplikace, přejdeme k císařskému řezu. Porodní asistentka mi na sále napustila vanu, bylo to úžasné, moc jsem se tím uvolnila, a poté začaly kontrakce. Polohu na kolenou jsem vyzkoušela, ale porodila jsem na zádech.</i>
R3/H	<i>Po příjezdu do porodnice byl už porod rozběhlý, byla jsem otevřená na 7 cm, stále jsem doufala v císařský řez, ale bylo mi řečeno, že je již na provedení operace pozdě, vše probíhalo velmi rychle. Nakonec jsem porodila na zádech.</i>
R4/CH	<i>Souhlasila jsem se vším, co mi doporučili. Jsou to odborníci, věděli, co mají dělat. Porod šel rychle, takže nebyl prostor na dlouhé diskuze.</i>
R5/I	<i>Poslouchala jsem jejich rady.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 se vším jsem souhlasila, respondentka 2 měla rodit prvotně císařským řezem, až při přijetí na porodní sál, všechny respondentky v podstatě uposlechly rad a pokynů ošetřujících lékařů a porodních asistentek.

Položka 10: Které možné komplikace provázející porod ve Vás vyvolaly největší obavy (traumatismus novorozence, poranění popř. zlomenina klíční, pažní a stehenní kosti, hematom, obtížný průchodu hlavičky porodními cestami, protrahovaný porod)? Měla jste obavy ze vzniku většího porodního poranění?

Tabulka 44 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Spíše jsem měla obavy z porodu císařským řezem. Ostatní komplikace jsem si nepřipouštěla.</i>
R2/G	<i>Vzhledem k plánovanému císařskému řezu jsem takové obavy neměla. Nepočítala jsem s přirozeným porodem. Negativně vnímám nástřih hráze, bylo to pro mě velmi bolestivé ještě několik týdnů po porodu.</i>
R3/H	<i>Největší obavy jsem měla z toho, že nepůjde porodit hlavička a že mi dítě u porodu zemře.</i>
R4/CH	<i>Nepřemýšlela jsem o možných komplikacích. Říkala jsem si, že jsem zvládla porodit poprvé dobře, zvládnou to i tentokrát. Měla jsem u porodu svou sestru, která je porodní asistentka. Věřila jsem porodníkům, že to zvládnou.</i>
R5/I	<i>Bála jsem se o dítě. Nevěděla jsem, co se může stát, ale neměla jsem už jinou možnost.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 si komplikace nepřipouštěla, porod císařským řezem vnímala jako větší komplikaci. Respondentka 2 negativně vnímala bolestivé porodní poranění, respondentka 3 měla strach, že jí dítě u porodu zemře. Respondentka 4 se neobávala komplikací, podporou jí byla sestra porodní asistentka, která s ní byla u porodu. Respondentka 5 se po celou dobu porodu bála o své dítě.

Položka 11: Současný porod pro Vás byl první nebo máte již zkušenosti z předchozích porodů?

Tabulka 45 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Tento porod byl mým druhým. Mám hezký zážitek již z prvního porodu, který byl vaginální, proto jsem stejný způsob porodu velmi uvítala. Spíše jsem měla obavy z císařského řezu.</i>
R2/G	<i>Byl to můj první porod.</i>
R3/H	<i>Byl to můj druhý porod, první porod byl dlouhý a indukovaný, neměla jsem na něj dobré vzpomínky, ovlivnilo to můj postoj k druhému porodu.</i>
R4/CH	<i>Rodila jsem podruhé.</i>
R5/I	<i>Byl to můj druhý porod. Poprvé jsem rodila dítěátko hlavičkou.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentka rodila už po druhé, porodu se nebála, uvítala možnost vaginálního porodu, měla spíše obavy z císařského řezu. Respondentka 2 rodila poprvé, ostatní respondentky byly již druhorodičky.

Položka 12: Byla pro Vás poloha na zádech přijatelná? V čem spatřujete její klady, event. zápory?

Tabulka 46 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Nevadila mi, rodila jsem tak i poprvé při porodu hlavičkou.</i>
R2/G	<i>Nejdříve jsem zkoušela polohu na kolenou, ale miminku se nedařilo dobře, tak mi paní doktorka řekla, ať se raději přetočím na záda. Netlačila jsem dlouho, holčička byla drobná.</i>
R3/H	<i>Nevnímala jsem to, vše bylo tak rychlé, že mi tato poloha nevadila, znala jsem ji z předchozího porodu.</i>
R4/CH	<i>Nevěděla jsem o žádné jiné možné poloze. Do polohy na zádech jsem byla položena automaticky.</i>
R5/I	<i>Nebylo to příjemné. Porod se zkomplikoval a lékařka nemohla malého vytáhnout. Bylo to nekonečné a měla jsem obrovský strach.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – první respondentce poloha nevadila, znala ji z předchozího porodu, druhá respondentka polohu na kolenou zkoušela, ale lékařkou jí bylo doporučeno se přetočit, respondentce 2 a 3 poloha nevadila, respondentka 4 hodnotí polohu za nepříjemnou, jednalo se o komplikovaný porod, měla strach.

Položka 13: Jak zpětně hodnotíte správnost Vašeho rozhodnutí, rozhodla byste se v případě dalšího porodu stejně a proč?

Tabulka 47 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech

R1/F	<i>Se svým rozhodnutím jsem spokojená, ale kdyby byl váhový odhad miminka velký, pravděpodobně bych volila porod císařským řezem, i když se ho obávám.</i>
R2/G	<i>Byla jsem moc vděčná, že mi byl dovolen porod přirozenou cestou v poloze na zádech. Byl to úžasný zážitek, malička byla za chvíli venku. Když jsem ji poprvé uviděla, byla jsem šťastná, že jsem to tak zvládla, a že má dcera byla krásné a zdravé dítě.</i>
R3/H	<i>Mojí preferencí byl od počátku císařský řez. Rodit vaginálně jsem nechtěla. Samozřejmě jsem ráda, že vše dobře dopadlo a nenastaly žádné komplikace.</i>
R4/CH	<i>Určitě bych se rozhodla stejně. Tento porod byl podle mne dokonce méně bolestivý a mám na něho dobré vzpomínky. Všechno dobře dopadlo, a to je to hlavní.</i>
R5/I	<i>Kdybych to mohla vrátit a měla čas na rozmyšlenou, určitě bych si přála císařský řez. Syn byl přidušený a nemohla jsem ho mít u sebe. Já jsem byla zničená, potrhána a nešťastná. Nakonec to dopadlo dobře, syn je zdravý a já také, ale ty děsivé vzpomínky se mi pořád vracejí.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentky 1, 2 a 4 hodnotí porod kladně a v případě dalšího porodu by se rozhodly stejně. Respondentka 3 i přes preferenci císařského řezu hodnotí porod kladně, protože vše dobře dopadlo. Respondentka 5 má z porodu negativní zážitek, kdyby se měla rozhodovat znovu, volila by císařský řez.

7.3.3 Rodičky po císařském řezu v poloze koncem pánevním

Tabulka 48 Přehledová

Respondentka	1	2	3	4	5
Věk	25	35	28	31	26
Parita	I.	I.	I.	II.	I.
HBD	39+1	39+0	37+1	38+5	38+0
Pohlaví	ženské	mužské	mužské	ženské	mužské
Hmotnost/gramů	3030	3350	3040	3140	3100
Apgar skóre	9/10	10/10	10/10	10/10	10/10
Císařský řez	primární	primární	akutní	primární	primární
Anestezie	celková	spinální	celková	spinální	spinální
Nepravidelnosti	sine	sine	PROM*	placenta adherens	sine

(Zdroj: vlastní)

PROM * předčasný odtok vody plodové

Položka 1: Porod dítěte v poloze koncem pánevním je řazen mezi rizikové porody, jak jste přijala informaci o tom, že je Vaše dítě v této poloze uložené?

Tabulka 49 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>S polohou KP jsem se smířila ihned, bez obav.</i>
R2/K	<i>Zpočátku mi bylo líto, že nejspíše nebudu mít přirozený porod. Ale brzy jsem se s tím smířila, že je asi nějaký důvod, proč se dítě nepřetáčí, a budu tedy volit bezpečnější variantu, jak ho přivést na svět – císařský řez.</i>
R3/L	<i>Nijak dramaticky, vzhledem k tomu, že uložení plodu v děloze je jev neovlivnitelný. Navíc mi bylo známo, že porod dnem pánevním není nic extra výjimečného. Lze jej řešit přirozenou cestou a císařským řezem.</i>
R4/M	<i>Informaci, že mé dítě je koncem pánevním, jsem přijala s trochou rozpaků. Ale řekla jsem si, že je nejdůležitější, aby bylo zdravé.</i>
R5/N	<i>Přijala jsem ji neutrálně.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – většina rodiček přijala informaci o poloze KP bez velkých obav. Respondentka 2 vyslovila lítost, že nebude mít přirozený porod. Prioritou

pro všechny rodičky je zdravé dítě, proto císařský řez volí jako bezpečnou volbu porodu.

Položka 2: Kdy a kým jste byla informovaná o možných způsobech vedení porodu?

Tabulka 50 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Od asistentky v porodnici, těsně před termínem porodu (cca 38. týden), jelikož se stále vyčkávalo otočení dítěte.</i>
R2/K	<i>Nejprve jsem informace vyhledávala na internetu, poté mi možnosti porodu vysvětlil můj gynekolog asi v 36. týdnu, když už bylo pravděpodobné, že se dítě neotočí.</i>
R3/L	<i>Informována jsem byla svou gynekologickou lékařkou při průběžných prohlídkách cca od 5. měsíce těhotenství.</i>
R4/M	<i>Můj gynekolog mě informoval o možnostech porodu. A jelikož moje sestra má také takovou zkušenost s „neotočeným“ dítětem, tak pro mě ty informace zase tak nové nebyly.</i>
R5/N	<i>Gynekologem.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – o možných způsobech vedení porodu v poloze KP byly rodičky informovány většinou svým gynekologem a v jednom případě porodní asistentkou. Informovány byly v období mezi 36. - 38. týdnem gravidity, kdy se předpokládá, že se dítě ještě spontánně samo otočí.

Položka 3: Pokládala jste tyto informace za dostatečné?

Tabulka 51 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ano, informace byly typu spontánní porod nebo císařský řez.</i>
R2/K	<i>Ano.</i>
R3/L	<i>Ano, pokládala jsem je za plně dostačující.</i>
R4/M	<i>Informace, které mi řekl můj gynekolog, mi stačily.</i>
R5/N	<i>Ano.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny rodičky shledaly informace za dostačující.

Položka 4: Vyhledávala jste sama informace o porodu koncem pánevním z dostupných zdrojů (internet, TV, časopisy, literatura, rodina, známí...)?

Tabulka 52 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Informace ohledně spontánního porodu KP jsem nevyhledávala, pouze jsem vyhledávala informace o samotné poloze a o SC.</i>
R2/K	<i>Ano – internet, známí.</i>
R3/L	<i>Ne, nebylo to potřeba, lékařka zodpověděla všechny mé dotazy.</i>
R4/M	<i>Informace pro doplnění jsem si našla na internetu.</i>
R5/N	<i>Ano, internet.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – většina rodiček si informace vyhledala v médiích (internet). Respondentka 3 nevyhledávala jiný zdroj informací, stačilo jí vysvětlení gynekologa.

Položka 5: Konzultovala jste svoje rozhodnutí o způsobu porodu s partnerem? Měl na to svůj názor nebo to nechal zcela na vás?

Tabulka 53 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ano, konzultovala, nechával rozhodnutí o způsobu zcela na mně.</i>
R2/K	<i>Nechal to na mně a souhlasil s císařským řezem.</i>
R3/L	<i>Konzultovala, názor na porod měl stejný, rozhodnutí ponechal na mně.</i>
R4/M	<i>Můj manžel se mnou souhlasil hned od začátku, že podstoupíme císařský řez, ani jinou možnost jsme nezvažovali.</i>
R5/N	<i>Konzultovala, zvážili jsme rizika, ale konečné rozhodnutí nechal na mně.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny rodičky konzultovaly své rozhodnutí se svým partnerem a ve všech případech se dvojice shodly. Ve třech případech partneři nechali konečné rozhodnutí na ženě.

Položka 6: Znáte a vyzkoušela jste nějaké přirozené metody, které by dopomohly k obratu dítěte?

Tabulka 54 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ne, ani jsem takové informace nevyhledávala.</i>
R2/K	<i>Četla jsem na internetu „babské rady“, ale můj gynekolog mi řekl, že nic konkrétního mimo obratu zevními hmaty nepomáhá. Nic jsem nezkoušela.</i>
R3/L	<i>Neznám a neřešila jsem je.</i>
R4/M	<i>Zkoušela jsem tzv. kočičí hřbet, ale bylo jasné, že to moc nepomůže.</i>
R5/N	<i>Ne, neznám, a nezkoušela jsem.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – čtyři rodičky nezkoušely žádné metody, které by dopomohly obratu dítěte. Jedna z rodiček zkoušela kočičí hřbet, který však k obratu dítěte nepomohl.

Položka 7: Nabídl vám někdo metodu obrat zevními hmaty?

Tabulka 55 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ne, ani jsem se o takové metody nezajímala.</i>
R2/K	<i>Ne.</i>
R3/L	<i>Ne, nenabídl.</i>
R4/M	<i>Gynekolog mi o obratu říkal, ale ten jsem zavrhla.</i>
R5/N	<i>Ne.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – ve většině případů nebyl obrat zevními hmaty rodičkám nabízen, jen respondentka 4 byla svým gynekologem informována, ale ta obrat zamítla.

Položka 8: Byla Vám nabídnuta možnost volby polohy v případě spontánního porodu?

Tabulka 56 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ne, ani jsem se nezajímala. Preferovala jsem plánovaný SC vzhledem k poloze KP.</i>
R2/K	<i>Ne, byl plánován císařský řez.</i>
R3/L	<i>Byla jsem informována o doporučených a vhodných polohách (celkem 2 varianty).</i>
R4/M	<i>Rodila jsem císařským řezem.</i>
R5/N	<i>Ano.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – většina rodiček nebyla informována o možných polohách při spontánním porodu, vzhledem k plánovanému císařskému řezu. Pouze respondentka 3 byla obeznámena s možnými variantami poloh u spontánního porodu koncem pánevním.

Položka 9: Souhlasila jste bez výhrad s radami a doporučeními porodní asistentky a lékaře provázející Vás porodem? Pokud ne, v čem spatřujete neshodu?

Tabulka 57 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Byl proveden plánovaný císařský řez, kde bylo vše jednoznačně dané, vyhovovalo mi vše.</i>
R2/K	<i>Ano.</i>
R3/L	<i>Svémi radami a doporučením mě k ničemu nenutili, nechali mě svobodně se rozhodnout, přestože můj názor byl opačný, plně a bez výhrad jej respektovali.</i>
R4/M	<i>S připomínkami zdravotního personálu jsem souhlasila.</i>
R5/N	<i>Ano, souhlasila jsem.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – tři rodičky souhlasily s doporučeními porodní asistentky a lékaře. Jedna rodička byla jiného názoru, který byl porodním týmem absolutně respektován.

Položka 10: Které možné komplikace provázející porod ve Vás vyvolaly největší obavy (traumatismus novorozence, poranění popř. zlomenina klíční, pažní a stehenní kosti, hematom, obtížný průchodu hlavičky porodními cestami, protrahovaný porod)? Měla jste obavy ze vzniku většího porodní poranění?

Tabulka 58 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Všechny výše uvedené komplikace.</i>
R2/K	<i>Obtížný průchodu hlavičky porodními cestami, poškození genitálií chlapečka.</i>
R3/L	<i>Komplikovaný a protrahovaný porod s nejasným průběhem, a především to, že jsem prvorodička, drobné postavy, dítě s odhadem větší tělesné váhy, většího průměru hlavičky. Nejvíce pak riziko – porod dnem pánevním u chlapečka, možné přiskřípnutí a odkrvení varlat s následkem neplodnosti.</i>
R4/M	<i>Strach jsem měla ze všeho. Navíc jsem měla možnost spolupracovat s dětmi, které byly rozeny koncem pánevním. A porod byl s komplikacemi. Nechtěla jsem riskovat.</i>
R5/N	<i>Měla jsem obavy o celkový traumatismus novorozence.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentky měly nejčastěji obavy z obtížného průchodu hlavičky a poškození genitálií novorozence. Respondentka 3 měla obavy z toho že, je prvorodička drobné konstitute.

Položka 11: Současný porod pro Vás byl první nebo máte již zkušenosti z předchozích porodů?

Tabulka 59 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>První.</i>
R2/K	<i>První.</i>
R3/L	<i>Můj první porod.</i>
R4/M	<i>Porod císařským řezem byl už můj druhý. Staršího syna jsem rodila spontánně.</i>
R5/N	<i>První.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – 4 respondentky byly prvorodičky, jedna druhorodička, která rodila první dítě spontánně.

Položka 12: Jak zpětně hodnotíte správnost Vašeho rozhodnutí, rozhodla byste se v případě dalšího porodu stejně a proč?

Tabulka 60 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Ano, rozhodla bych se opět pro císařský řez, abych předcházela komplikacím u miminka.</i>
R2/K	<i>Bylo správné, při porodu mi museli naříznout šikmý břišní sval, aby se uvolnila hlavička, při přirozeném porodu by se nejspíš museli přiklonit stejně k císařskému řezu. Kdybych měla před dalším porodem dítě v poloze konec pánevní, rozhodla bych se stejně.</i>
R3/L	<i>Příště bych se rozhodla stejně pro císařský řez, byla jsem tak psychicky mnohem klidnější a smířená s touto variantou.</i>
R4/M	<i>Určitě bych se rozhodla stejně, nic bych neměnila.</i>
R5/N	<i>Ano, máme zdravé dítě, bez jakéhokoli poranění.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všechny respondentky nelitují porodu per SC a v případě dalšího porodu by se rozhodly stejně.

Položka 13: Proč si myslíte, že byl porod císařským řezem pro Vás a Vaše dítě vhodnějším?

Tabulka 61 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Protože jsem měla obavy ze spontánního porodu KP kvůli ohrožení dítěte.</i>
R2/K	<i>Volila jsem ho jako nejbezpečnější variantu porodu pro dítě v poloze konec pánevní.</i>
R3/L	<i>Vysvobození od traumatu bolesti a nejistoty z toho, jak porod dopadne a které komplikace skutečně nastanou (viz odpověď na otázku č. 10).</i>
R4/M	<i>Nebylo to takové riziko na zdraví mého dítěte.</i>
R5/N	<i>Byl šetrnější na vybavení dítěte.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – respondentka 1 volila porod per SC z obav ze spontánního porodu, respondentka 2 volila bezpečnější volbu porodu pro dítě, respondentka 3 měla obavy z bolesti při spontánním porodu a z komplikací, které mohou v průběhu nastat a respondentky 4 a 5 se chtěly vyvarovat rizika traumatizace dítěte.

Položka 14: Preferovala jste u císařského řezu anestezii celkovou nebo částečnou (spinální)? Měla jste možnost výběru?

Tabulka 62 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem

R1/J	<i>Celkovou anestézií, ano bylo mi dáno na výběr.</i>
R2/K	<i>Ano, měla jsem možnost výběru, a zvolila jsem částečnou anestezii, chtěla jsem mít zážitky z narození – pláč dítěte a ihned ho přiložit k prsu.</i>
R3/L	<i>Ano, možnost výběru jsem měla. Preferovala jsem anestezii celkovou, vzhledem k tomu, že omdlévám už jen při psychickém uvědomění si narušení integrity těla. Nevolnost z krve, velmi nízký tlak, určitě bych zkolabovala.</i>
R4/M	<i>Hned, jak jsme se s manželem rozhodli, že budeme rodit císařským řezem, druhá jasná věc byla, že chci родit ve spinální anestezii. Samozřejmě mi dali možnost na výběr.</i>
R5/N	<i>Preferovala jsem spinální anestezii, možnost výběru částečná – byla nutná konzultace s anesteziologem, ale vyhověli mi.</i>

(Zdroj: vlastní)

Analýza a interpretace položky – všem ženám byla dána možnost výběru anestezie, 3 respondentky preferovaly spinální anestezii kvůli okamžitému kontaktu s dítětem, 2 preferovaly celkovou anestezii.

Tabulka 63 Finální výstup průzkumu o informovanosti rodiček

Rodička	Reakce	Zjišťování informací	Vlastní preferenze porodu	Způsob porodu	Podpora partnera	Zpětné hodnocení
A	<i>smutek</i>	<i>gynekolog, kamarádky</i>	<i>císařský řez</i>	<i>spontánní porod kolena</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
B	<i>neurčitá</i>	<i>gynekolog, PA*,rodina, internet</i>	<i>spontánní porod</i>	<i>spontánní porod kolena</i>	<i>ano, jiný názor, pod- pořil</i>	<i>pozitivní</i>
C	<i>realistická, vyrovnaná</i>	<i>gynekolog, PA*, inter- net</i>	<i>spontánní porod</i>	<i>spontánní porod ko- lena</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
D	<i>smutek, obavy, strach</i>	<i>gynekolog</i>	<i>spontánní porod</i>	<i>spontánní porod kolena</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
E	<i>realistická, klidná, vyrovnaná</i>	<i>těhotenský kurz, kama- rádky</i>	<i>spontánní porod</i>	<i>spontánní porod kolena</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
F	<i>klidná</i>	<i>gynekolog, internet</i>	<i>spontánní porod</i>	<i>spontánní porod záda</i>	<i>ano podpo- řil</i>	<i>pozitivní</i>
G	<i>obavy, znepokojení</i>	<i>gynekolog</i>	<i>císařský řez</i>	<i>spontánní porod záda</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
H	<i>strach</i>	<i>gynekolog, internet</i>	<i>císařský řez</i>	<i>spontánní porod záda</i>	<i>ano, ale jiný názor</i>	<i>pozitivní</i>
CH	<i>obavy</i>	<i>gynekolog,</i>	<i>spontánní</i>	<i>spontánní</i>	<i>ano podpo-</i>	<i>pozitivní</i>

		<i>PA*</i>	<i>porod</i>	<i>porod záda</i>	<i>řil</i>	
I	<i>realistická</i>	<i>gynekolog, PA*</i>	<i>o poloze KP se dozvěděla až v průběhu porodu</i>	<i>spontánní porod záda</i>	<i>0</i>	<i>negativní</i>
J	<i>klidná, vyrovnaná</i>	<i>PA*</i>	<i>císařský řez</i>	<i>císařský řez/CA**</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
K	<i>smutek, zklamání</i>	<i>gynekolog, kamarádky, internet</i>	<i>císařský řez</i>	<i>císařský řez/SA***</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní, rozhodla by se stejně</i>
L	<i>realistická</i>	<i>gynekolog</i>	<i>císařský řez</i>	<i>SC/CA</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
M	<i>rozpaky, realistická</i>	<i>gynekolog, internet</i>	<i>císařský řez</i>	<i>SC/SA</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>
N	<i>realistická</i>	<i>gynekolog, internet</i>	<i>císařský řez</i>	<i>SC/SA</i>	<i>ano</i>	<i>pozitivní</i>

(Zdroj: vlastní)

PA* porodní asistentka

CA** celková anestezie

SA*** spinální anestezie

Komentář: Z patnácti dotazovaných respondentek, při zjištění polohy koncem pánevním, jich sedm vyjadřuje znepokojení, obavy, strach a smutek. Osm zbývajících přijímá tuto informaci realisticky. Prvotně byly rodičky o možnostech vedení porodu informovány svým gynekologem, v jednom případě porodní asistentkou a v jednom případě v předporodním kurzu. Druhým nejčastějším zdrojem doplňujících informací je internet, rodina a známí. Ani jedné z 15 dotazovaných respondentek nebyl nabídnut obrat zevními hmaty. Devět žen neznalo ani nevyhledávalo přirozené metody, kterými lze podpořit obrat plodu do polohy podélné hlavičkou, šest žen tyto metody aktivně

zkusilo, ale k obratu plodu nedopomohly. Rozhodnutí respondentek o způsobu vedení porodu bylo jejich partnery podpořeno. Šest jich preferovalo porod spontánní, a tento způsob porodu také podstoupilo. Tři preferovaly císařský řez, avšak nakonec porodily spontánně. Pět respondentek, kterým byl primárně doporučen císařský řez, tento způsob porodu akceptovalo. Zpětné hodnocení porodu bylo téměř u všech žen pozitivní. Pouze v jednom případě si rodička odnesla negativní zkušenost ze spontánního porodu, a v případě dalšího porodu by se raději rozhodla pro císařský řez.

8 DISKUZE

Výzkumné šetření této diplomové práce se zabývá problematikou vedení porodu koncem pánevním. Konkrétněji je zaměřeno na bezpečnou strategii vedení porodu koncem pánevním s důrazem na eliminaci traumatizace novorozence a rodičky.

Byly srovnávány výsledky porodního poranění rodičky v souvislosti se zvolenou polohou při vaginálním porodu KP, délka druhé doby porodní v různých polohách a míra traumatizace novorozence. Dále bylo analyzováno, zda jsou obavy rodiček při spontánním porodu koncem pánevním četnější a intenzivnější než při porodu ukončeném císařským řezem a zda míra informovanosti o způsobu vedení porodu je dostačující.

Výzkumný soubor respondentek, které porodily v období let 2013-2016, v KNTB a. s. Zlín, tvořilo 73 (100,0 %) rodiček po spontánním porodu KP v různých polohách. Z celkového počtu vaginálních porodů koncem pánevním porodilo v poloze na kolenou 41 (56,2 %) rodiček a v poloze na zádech 32 (43,8%) rodiček. Bez porodního poranění bylo v obou souborech 21 (28, 8 %) žen, lacerace introitu byla zaznamenána u 18 (13,4 %) rodiček, ke spontánní ruptuře perinea došlo u 11 (15,1 %), k ruptuře vaginae u 8 (10,9 %) probandek. Při poloze rodičky na zádech jsme zaznamenali vyšší výskyt epiziotomií - 14 (43,8 %) oproti jediné u žen rodících v poloze na kolenou. I když výsledek srovnání obou souborů rodiček poukazuje na nižší výskyt porodního poranění při porodu koncem pánevním v poloze na kolenou, můžeme konstatovat, že porodní poranění prodělalo 52 (71,2 %) žen.

Dle doporučeného postupu ČGPS (Binder, Unzeitig, Velebil, 2013) je standardem při vedení porodu KP provést profylaktickou episiotomii. Dle Roztočila et al. (2008) nepatří porod koncem pánevním mezi nezbytné indikace pro provedení episiotomie.

Karaçam et al., (2012) uvádějí, že k zabránění vzniku perineálního poranění je důležitý individuální přístup ke všem porodům, zkušenosti zdravotnického personálu a organizační normy. Důležité je docílení svalové relaxace pánevního dna, což snižuje odpor porodních cest. To vede ke zkrácení trvání porodu a výraznému snížení vnímání porodních bolestí rodičkou (Roztočil, 2008). Episiotomie je velmi frekventovaným zákrokem v průběhu vaginálního porodu (operačního i neoperačního). V současné době je patrná celosvětová tendence ke snížení tohoto výkonu. V českých porodnicích je skutečnost taková, že pro zachování funkce pánevního dna je indikací episiotomie (Takács, et al.,

2015). Skrytým problémem poranění pánevního dna je jeho dysfunkce (PFD), statistické údaje upozorňují na to, že jedna z deseti žen má poporodní poranění pánevního dna tak závažné, že vyžaduje chirurgický zákrok. Porodní poranění ženy v průběhu vaginálního porodu může být považováno za významný faktor v rozvoji močové inkontinence, fekální inkontinence a prolapsu pánevních orgánů. Tyto poruchy postihují jednu třetinu dospělých žen ve Spojených státech a mají značný dopad na kvalitu jejich života. Až 20 % těchto žen podstoupí chirurgickou léčbu PFD a přibližně 17 % těchto žen vyžaduje reoperaci (Georgiou, Raja et al., 2015).

Důležité jsou rozdíly v délce druhé doby porodní v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním. U 41(56,2 %) rodiček, které v druhé době porodní upřednostnily polohu na kolenou, byla průměrná délka druhé doby porodní 30,85 minut, v poloze na zádech (sledováno u 32 rodiček - 43,8 %) 29,50 minut. Rozdíl je v tomto souboru vyčíslen hodnotou 1,35 minuty. Vzhledem k celkové délce druhé doby porodní u obou souborů rodiček lze tento rozdíl pokládat za nevýznamný, i přesto že v těchto výsledcích není zohledněna parita ženy, která délku druhé doby porodní významným způsobem ovlivňuje. Výsledky výzkumu Bognera et al. (2014) ukázaly, že délka druhé doby porodní byla zhruba stejná, a to 50 minut v poloze na kolenou a 44 minut v poloze na zádech.

V roce 2014 ve Frankfurtu v Německu využili ke studii rozměrů pánve magnetickou rezonanci a srovnávali pánevní rozměry v poloze na kolenou a na zádech. Výzkumným souborem byly ženy těhotné i netěhotné. Výsledky ukázaly signifikantní nárůst příčných průměrů od 0,9 - 1,9 cm (7-15 %) v poloze na kolenou u obou skupin (Reiter et al., 2014). Banks (2009) popisuje, že houpavé pohyby pánve ve stoje, rozkročmo, s náklonem dopředu zvětší pánevní vchod a posunou kostrč směrem dozadu. Plod i děloha jsou lépe zásobeny krví a kyslíkem, než při poloze vleže, plod je více odkloněn od páteře matky a lépe vstupuje do porodních cest.

Dalším výzkumným problémem bylo zjištění rozdílů v míře traumatizace novorozence (hodnocení dle Apgar scóre) v závislosti na poloze rodičky při vaginálně vedeném porodu. Průměrná hodnota traumatizace novorozence při porodu KP v poloze na kolenou (41) je 16,683 a v poloze na zádech (32) 17,875, průměrný rozdíl je 1,192. Traumatizace novorozenců při porodu v poloze na kolenou je tedy srovnatelná s porodem v poloze na zádech.

Ze statistických záznamů KNTB, a. s. Zlín byly získány údaje o 73 (100,0 %) vaginálních porodech koncem pánevním, při nichž byl nejčastějším poraněním novorozence otok nebo hematom v oblasti genitálií a hýždí a ploskách nohou. U děvčat to byly hematomy na lábích, u chlapců edémy skrota. V jednom případě došlo při nešetrné manipulaci asistence ke vzniku torticollis na pravé straně s dobrou prognózou. U dvou novorozenců proběhla těžká hypoxie s následně dobrou adaptací a prognózou.

V České republice proběhlo retrospektivní zhodnocení porodů v poloze podélné koncem pánevním na Gynekologicko - porodnické klinice Fakultní nemocnice Brno v letech 2008-2010. V tomto období se jednalo o 5 – 6 % porodů KP ve Fakultní nemocnici Brno. Cílem této studie bylo stanovit intrapartální a neonatální mortalitu, závažnou a lehkou neonatální morbiditu u plodů porozených KP po 36. týdnu gravidity. Z analýzy výsledků tohoto šetření se nejčastěji jednalo o lehké neonatální morbidity hematom hýždě, exkoriaci 69 (20,7 %), frakturu klíční kosti 6 (1,8 %). Následovaly zlomeniny dlouhých kostí (končetin) 1(0,3 %), tortikolis (m. sternocleidomastoideus) 15 (4,5 %). Mezi jednotlivými skupinami novorozenců nejsou, co se týče sledovaných perinatologických parametrů, statisticky významné rozdíly. Výsledky této studie nepodporují tvrzení o jednoznačné výhodnosti ukončení všech termínových těhotenství v poloze koncem pánevním primárně císařským řezem (Hruban, Janků, et al., 2014).

Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním vyžaduje trpělivost. Jennifer Block ve své knize „Pushed: Bolestná pravda o porodu a moderní mateřské péči“ z roku 2007 zmiňuje kolektivní moudrost porodních asistentek, které vědí, že čím více svobody poskytnou ženě a jejímu dítěti, tím úspěšnější bude výsledná péče (Marieskind, 2007). V diplomové práci byla rovněž zkoumána problematika traumatizace plodu v závislosti na paritě při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v poloze na kolenou. Průměrná hodnota Apgar skóre v první minutě u primipar byla 37 (7,41), u secundipar 23 (8,09), tercipar 8 (9,25) a multipar 5 (7,60) a v páté minutě u primipar byla 37 (9,24) u secundipar 23 (9,35), tercipar 8 (9,88) a multipar 5 (9,6). Při porodu v poloze na kolenou nehrála parita významnou roli v míře traumatizace plodu.

Kvalitativní výzkum diplomové práce probíhal metodou polostrukturovaného rozhovoru s ženami, které porodily dítě v poloze koncem pánevním. Účelem bylo zjistit, jsou-li obavy rodiček při zjištění polohy koncem pánevním opodstatněné, a zda jsou dostatečně informovány o způsobu vedení porodu. Soubor probandek byl tvořen 5 ženami, které porodily vaginálně v poloze na kolenou, 5 rodičkami, které porodily vaginálně v poloze

na zádech a 5 respondentkami, jejichž porod byl ukončen císařským řezem. Sedm respondentek z patnácti dotazovaných, vyjádřilo při diagnostikování polohy koncem pánevním strach, obavy a smutek, osm žen přijalo tuto informaci neutrálně. Prvotní informace získaly ženy o způsobu a možnosti vedení porodu od svého gynekologa, dále nejčastěji od porodních asistentek a v předporodních kurzech. Skoro polovina (7) respondentek měla potřebu dohledávat informace na internetu. Rozhodování rodiček (5) bylo ovlivňováno i názorem rodiny a známých. Rozhodnutí respondentek o způsobu vedení porodu bylo jejich partnery podpořeno. Šest dotazovaných respondentek preferovalo porod spontánní, a tento způsob porodu také podstoupilo. Tři preferovaly císařský řez, avšak nakonec porodily spontánně. Pět respondentek, kterým byl primárně doporučen císařský řez, tento způsob porodu akceptovalo. Zpětné hodnocení porodu bylo téměř u všech žen pozitivní. Pouze v jednom případě si rodička odnesla negativní zkušenost ze spontánního porodu, a v případě dalšího porodu by se raději rozhodla pro císařský řez. Podle vyhodnocených výsledků jsou pocity a prožitky žen ze zkušenosti z porodu koncem pánevním na kolenou stejně pozitivní jako při porodu koncem pánevním na zádech.

Respondentky po císařském řezu ovlivnil v jejich rozhodnutí především strach o zdraví jejich nenarozeného dítěte, svého rozhodnutí nelitovaly a v případě dalšího porodu by se rozhodovaly stejně. Rodičky kladně hodnotí možnost volby porodu, osobní podíl na spolurozhodování o jeho průběhu a také to, že je jejich konečné rozhodnutí lékaři respektováno.

V roce 2014 publikovali Bogner et al. (2014) první výzkum, v němž srovnávali vaginální porod koncem pánevním, vedený v poloze na zádech a v poloze na kolenou. Z hlediska vzniku porodního traumatismu ženy došlo v poloze na zádech k poranění u 61 % žen, zatímco u druhé skupiny rodiček vzniklo poranění jen v 14, 6 %. Provedení episiotomie bylo v případě polohy na kolenou indikováno pouze u 7,6 % žen, kdežto u žen rodících v poloze na zádech byla indikována v 61 %. Poloha na kolenou zajistila 71 % rodiček průběh porodu bez intervence, u 19,8 % žen byl po porodu ramének použit tlak v oblasti klíčních kostí pro porod hlavičky a 9,8 % žen bylo v průběhu porodu přetočeno do polohy na zádech. V poloze na zádech byla intervence 90 %.

Problematikou vedení porodu koncem pánevním se zabývala fakultní nemocnice Tampere ve Finsku. Tato finská studie srovnávala spontánní porody záhlavím a koncem pánevním. Bylo zjištěno, že hodnocení podle Apgarové v první minutě bylo nižší u vagi-

nálních porodů koncem pánevním, ale v páté minutě života byl rozdíl nevýznamný (Toivonen et al., 2012).

V letech 2007 – 2008 při ústavu gynekologie a porodnictví na univerzitě v Bělehradu proběhla retrospektivní studie, která analyzovala průběh a výsledek porodů u jednočetných gravidit v poloze koncem pánevním. Sledovalo se 401 rodiček po ukončeném 37. týdnu těhotenství. Kritériem sledovanosti byl věk a parita rodičky, délka vaginálního porodu, hmotnost novorozenců při porodu, Apgar skóre v páté minutě, délka pobytu na novorozenecké jednotce intenzivní péče a časná neonatální úmrtnost. Studie ukázala, že plánovaný císařský řez je volbou porodu koncem pánevním u primipar starších 35 let. Naopak vícerodičky mladší 35 let je vhodné rodit vaginálním způsobem, kdy předporodní odhadovaná hmotnost plodu je 2500–3500 gramů. Jednou ze základních podmínek pro příznivý průběh a výsledek porodu jsou dovednosti a zkušenosti porodníka (Vojnosanitetski Pregled, 2010).

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku vedení porodů koncem pánevním. Aby bylo možné se touto problematikou zabývat, je v úvodní části práce popsán stručný historický přehled, současný stav této problematiky, způsob a metody vedení porodu koncem pánevním. Výzkumná část diplomové práce proběhla formou smíšeného výzkumu a byly stanoveny 3 cíle.

První cíl byl orientován na získání informací o vedení porodu koncem pánevním se zaměřením na možnosti dalšího vývoje spontánního porodu koncem pánevním s důrazem na eliminaci traumatizace rodičky a novorozence.

Záměrem tohoto cíle bylo srovnat rozsah porodního poranění, délku II. doby porodní a poporodní traumatismus novorozence po spontánním porodu koncem pánevním ve dvou rozdílných polohách. Výsledek poukazuje na nižší výskyt porodního poranění při vaginálně vedeném porodu koncem pánevním v poloze na kolenou.

Rozdíl v délce druhé doby porodní v závislosti na poloze rodičky, lze u obou souborů rodiček pokládat za nevýznamný. Rozdíly v míře traumatizace novorozence při spontánním porodu koncem pánevním v poloze na kolenou nejsou statisticky významné ve srovnání s porody vedenými klasické poloze na zádech. Při porodu v poloze na kolenou nehraje parita významnou roli v míře traumatizace plodu.

Cíl 1 byl splněn.

Druhý cíl mapoval, zda jsou obavy rodiček při zjištění polohy koncem pánevním opodstatněné a zda jsou rodičky dostatečně informovány o způsobu vedení porodu.

Zpětné hodnocení porodu bylo téměř u všech dotazovaných žen pozitivní. Pouze v jednom případě si rodička odnesla negativní zkušenost ze spontánního porodu, a v případě dalšího porodu by se raději rozhodla pro císařský řez. Podle vyhodnocených výsledků jsou pocity a prožitky žen ze zkušenosti z porodu koncem pánevním na kolenou stejně pozitivní jako při porodu koncem pánevním na zádech.

Respondentky po císařském řezu ovlivnil v jejich rozhodnutí především strach o zdraví jejich nenarozeného dítěte, svého rozhodnutí nelitovaly a v případě dalšího porodu by se rozhodovaly stejně.

Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo nastínit vhodnou strategii bezpečného vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou s důrazem na péči založenou na důkazech.

Výstupem této diplomové práce je návrh standardu péče o ženu s plodem v poloze koncem pánevním (Příloha P IV.).

Doporučení pro praxi:

Ženy by měly být od svého privátního gynekologa dostatečně informovány o způsobu vedení porodu koncem pánevním a být seznámeny s možnými komplikacemi. I porodní asistentky v rámci svých kompetencí mohou při své lektorské činnosti v kurzech psychosomatické přípravy k rodičovství a péči o dítě individuálně podpořit a seznámit tyto rodičky a jejich partnery s možnostmi vedení porodu koncem pánevním.

Je kladen důraz na podrobné předporodní ultrazvukové vyšetření, kdy odhadovaná hmotnost plodu je rozhodující pro vaginální vedení porodu koncem pánevním. Doporučený postup ČGPS z roku 2013 udává jako horní hranici 3500 g u prvorodičky a 3800g pro vícerozičky. Pro zajištění vaginálního vedení porodu koncem pánevním je nezbytná přítomnost porodnického týmu s dostatečnou erudicí a zkušenostmi, který je schopen řešit všechny případné komplikace. V současnosti jsou v České republice organizovány workshopy, které mají teoretickou a praktickou část. Jedná se o možnost výuky a zlepšení erudice ve vaginálním vedení porodu koncem pánevním na simulátoru neživého modelu. Důraz je kladen na praktický nácvik jednotlivých manévru, tak aby se eliminovala možnost poškození plodu.

Cíl 3 byl splněn.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat ze současných materiálů, jak a kam se vyvíjí porod koncem pánevním a nastínit možnosti dalšího vývoje ve vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou.

Studováním dostupné literatury, české i zahraniční, se podařilo krátce a stručně zmapovat historii spontánního porodu koncem pánevním. Od prvopočátků se lidé tohoto porodu obávali, ale postupně nacházeli jeho zákonitosti a poučili se na nezdarech.

Citace autora knihy z roku 1955 profesora MUDr. Jiřího Trapla: „*Porod koncem pánevním musí být veden pokud možno přirozenými silami porodními. Porodník se musí snažit, aby tyto přirozené síly, děložní stahy, a břišní lis, správně působily, a nemá zasahovat do normálního průběhu porodu. Porodník je nucen přispět k ukončení porodu operativním výkonem, když porod přirozenými silami není možný nebo když se dostaví nebezpečí pro matku nebo pro plod.*“

V poslední době si ženy začínají prosazovat vaginální porod koncem pánevním i v případech, že se jedná o prvorodičky. Plně informovaná rodička s diagnostikovanou polohou KP by měla mít možnost volby způsobu porodu a porodnické týmy by měly být natolik erudované, aby byla u každé ženy zvolena bezpečná strategie vedení porodu. Pro některé ženy není přirozený porod koncem pánevním vhodný, v těchto případech je třeba dodržovat bezpečnostní kritéria a ženě je doporučen jiný postup.

V závěru práce se nabízí odpověď na výzkumnou otázku:

Je poloha plodu koncem pánevním významně negativním faktorem, který zvýhodňuje primární císařský řez před vaginálním porodem?

Poloha koncem pánevním nepatří do skupiny jednoznačných zdravotnických indikací k provedení císařského řezu. Konec pánevní spadá do skupiny indikací, kde není stanovisko odborníků k provedení či neprovedení císařského řezu jednotné.

Vydáním multicentrické studie Term Breech Trial v roce 2000 došlo, dá se říci téměř ze dne na den, ke změně standardu v případě vedení porodů koncem pánevním. Studie měla vliv na zvyšující se frekvenci císařských řezů. Většina následně prováděných studií poukazuje, na statisticky nevýznamné rozdíly v neonatální mortalitě a morbiditě, takže vaginální porod KP zůstává za stanovených kritérií možností volby *lege artis*. K vedení porodu koncem pánevním je u nás i ve světě přistupováno obdobně. I české porodnictví zaznamenalo v posledních letech frustrující situaci v případě těchto porodů. Volba SC může být i výsledkem snahy lékaře vyhnout se při komplikovaném porodu riziku poškození plodu či vaginální extrakční operaci, s kterou mají obzvláště mladí porodníci méně zkušeností. Preference císařských řezů v případě polohy KP vede ke ztrátě praktických dovedností porodníků a k jejich zvýšeným obavám. Tento strach zahání zdravotníky do začarovaného kruhu: bojíme se porodu koncem pánevním – vyhýbáme se porodům koncem pánevním – raději indikujeme císařský řez – tím pádem ztrácíme zkušenosti – stále více se bojíme – stále více se vyhýbáme atd. Samozřejmostí zůstává, že všichni zúčastnění, společně hledají nejlepší a nejbezpečnější řešení pro matku a dítě. Obavy a strachy nejsou jen na straně zdravotníků. Dnešní doba je plná informací a rad z internetových zdrojů, což v některých případech při rozhodování ženy o vedení porodu působí velmi negativně. Motivy žen pro preferenci císařského řezu jsou často ovlivňovány podněty z vnějšího prostředí. Nejčastější jsou obavy ze zdravotních následků vaginálního porodu pro ženu a dítě, ale i strachy z porodního procesu samého. Ženy by měly být dostatečně informovány o výhodách vaginálního porodu, ale i o všech případech

ných komplikací. Významným podílem, kterým se můžeme podílet na redukci císařských řezů, by měla být podpora, empatie a respekt ze strany zdravotníků.

Podpora přirozeného porodu KP v KNTB a.s. Zlín

Téma této diplomové práce vzniklo na základě tříleté zkušenosti a podpory přirozeného porodu konce pánevního v poloze na kolenou.

Tým gynekologicko - porodnického oddělení (lékaři, porodní asistentky) absolvoval, v květnu roku 2013 kurz britské porodní asistentky Jane Ewans, v roce 2015 seminář Betty - Anne Davis „Evoluce porodu koncem pánevním“ a v loňském roce konferenci „V porodnici jako doma,“ kde prezentoval svoje výsledky porodu v poloze na kolenou Dr. Frank Louwen z Frankfurtu.

Zkušenosti zahraničních odborníků jsou natolik inspirativní a podnětné, že byly základním impulsem pro to, aby první porod KP vedený v poloze na kolenou proběhl v KNTB, a. s. Zlín v listopadu roku 2013. Nebyly to jednoduché ani lehké začátky. Názory, komentáře a opozice ze stran některých lékařů i porodních asistentek nebyly povzbuzující. První porody byly provázeny pochybnostmi a nezkušeností, ale s každým dalším porodem se situace zlepšovala.

Nejdůležitější a zásadní je naučit se držet pravidel, která musí být splněna pro vedení takového porodu. Pozorováním, pečlivou znalostí anatomie a fyziologie, můžeme ženám zajistit bezpečný vaginální porod. Je naší zodpovědností jak podpořit takovéto porody, které pomáhají efektivněji snížit strach rodiček z porodu koncem pánevním. Pořizování video dokumentace se souhlasem rodiček slouží ke zpětnému hodnocení a pomáhá poučit se z případných chyb. V našem případě se jedná o oboustrannou a respektující spolupráci lékařů, porodních asistentek a rodiček. Takto vedené porody nezůstávají tajemstvím zlínské porodnice a pomalu se začínají naplňovat obavy z porodní turistiky.

V dnešní době by mělo být umožněno ženám, které si přejí родit spontánně a splňují podmínky pro vaginální porod, aby porodnice byla schopna takovouto péči poskytnout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BANKS, Maggie, 2009. Breech, Posterior and Deflexed Head! An Active Birth Solution? *Midwifery today* [online]. [cit. 2017-03-19] Dostupné z: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/1420145387?pq-origsite=summon>.
- BAŠKOVÁ, Martina. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024753614.
- BERHAN, Y a A HAILEAMLAK, 2016. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 123(1), 49-57 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1111/1471-0528.13524. ISSN 14700328. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13524>.
- BINDER, T. 2011. Konec pánevní - spontánní porod ano či ne?. Praha: Facta Medica. *Praktická gynekologie*, roč. 15, 3-4. ISSN 1211-6645-1801-8750.
- BOGNER, Gerhard et al., 2014. Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. [cit. 2017-04-13]. DOI: 10.1515/jpm-2014-0048.
- ČECH, Evžen. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 8071693553.
- ČESKO. Vyhláška č.55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*, [online]. [cit. 2014.04-22]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- ČESKO. Zákon č. 105/2011 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>.
- DE HUNDT, Marcella et al., 2012. External Validation of a Prediction Model for Successful External Cephalic Version. *American Journal of Perinatology* [online]. 29(03), 231-236 [cit. 2017-04-11]. DOI: 10.1055/s-0031-1285098. ISSN 07351631. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1285098>

DOLEŽAL, Antonín. 1998. *Technika porodnických operací*. Praha: Grada, ISBN 8071695491.

DOLEŽAL, Antonín, 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 8024602776.

DOLEŽAL, Antonín et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-0881-2.

DOLEŽAL, Antonín, Extrakce konce pánevního. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 3, s. 279-284. ISSN: 1211-1058.

DOLEŽAL, Antonín, Vítězslav KUŽELKA a Jaroslav ZVĚŘINA, 2009. *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 9788072625062.

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.

DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ, 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 9788073686635.

EVANS, Jane, 2012. The final piece of the breech birth jigsaw? *Essentially MIDIRS*. Vol. 3, Num. 3.

EVANS, Jane, 2012. Understanding physiological breech birth. *Essentially MIDIRS*. Vol. 3, Num. 2. ISSN:2044-0308.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO+NZO. ISBN 978-80-7013-447-4.

FISCHER, Richard, 2016. Breech Presentation. Medscape: *Medical Students* [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/262159-overview#a2>.

GASKIN, Ina May, 2010. *Zázrak porodu*. I. Vydání. Doubice: One Woman Press. ISBN: 978-80-86356-48-8.

GEORGIU, C, RAJA, M, YE, W, GROSU, L, JAFFAR, H, NEALE, E, & MAHRAN, M. 2015, 'Re: Pelvic organ prolapse and incontinence 15-23 years after first delivery: a cross-sectional study', *BJOG: An International Journal Of Obstetrics*

& *Gynaecology*, 122, 12, pp. 1714-1715, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost, viewed 21 April 2017.

GIMOVSKY, Martin L. et al. 2007. Nové informace o managementu těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním. *Gynekologie po promoci.*, roč. 7, č. 6, s. 35. ISSN 1213-2578.

HÁJEK, Zdeněk, 2007. Současný pohled na porod koncem pánevním. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 16, č. 1. ISSN: 1211-1058.

HÁJEK, Zdeněk. Indikace k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 19-22. ISSN: 1211-1058.

HÁJEK, Zdeněk, 2009. Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. roč. 1. ISSN: 1803-9588.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024745299.

HANNAH, Mary E. et al., 2000. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet* [online]. vol. 356, issue 9239. DOI: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3.

HRUBAN, L., JANKŮ, P., VENTRUBA, P., OŠKRDALOVÁ, L., SKORKOVSKÁ, K., HODICKÁ, Z., ŤÁPALOVÁ, V., MEKIŇOVÁ, L., ŠMEREK, M. Vaginální vedení porodu koncem pánevním po ukončeném 36. týdnu gravidity - analýza perinatálních výsledků let 2008-2011. *Česká gynekologie*. 2014, 79(5), 343-349. ISSN 1210-7832.

HRUBAN, Lukáš et al., 2016. *Vaginální vedení porodu koncem pánevním*. Praha: Maxdorf. Porodnictví krok za krokem. ISBN 9788073454807.

KARAÇAM, Zekiye, EKMEK, Hatice a ÇALIŞIR, Hüsnüye. 2012. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* [online]. 33(8) [2017-04-08]. DOI: 10.1080/07399332.2012.655385. ISSN 0739-9332. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2012.655385>.

KONTROVERZE V PERINATOLOGII A VEDENÍ PORODU, 2017. *Praktická gynekologie* [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z:

http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek?ida=1063&confirm_rules=1.

KŘEPELKA, Petr. 2010. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu. *Gynekolog*, roč. 19, č. 1, s. 16-20. ISSN: 1210-1133.

KUDELA, Milan. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024419756.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024418773.

LOUWEN, F., 2016://rixarixa.blogspot.cz/2016/07/dr-frank-louwen-re-invention-of-vaginal.html, [online] [cit. 2017-02-18] Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/265518241_Breech_delivery_in_the_all_fours_position_A_prospective_observational_comparative_study_with_classic_assistance.

LOUWEN, Frank et al., 2012. Rethinking the Physiology of Breech Birth – A cohort study in Frankfurt Germany 2004 – 2011. [online prezentace]. Germany: Goethe University Hospital in Frankfurt. Dostupné z:

https://women.wcha.asn.au/system/files/frankfurt_breech_presentation_for_australia_november_29_2012.pdf.

MAREK, Vlastimil, c2002. Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. Praha: Eminent. ISBN 8072810901.

MARIESKIND, H. 2007, 'Media reviews. Pushed: the painful truth about childbirth and modern maternity care', *Birth: Issues In Perinatal Care*, 34, 4, pp. 354-355, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost, viewed 21 April 2017.

NEUMANN, Stanislav Kostka. 1999. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. Vyd. 1. v nakl. Otakar II. Praha: Otakar II. ISBN 8086355039.

PORTER, R, 2006. Breech delivery: the dilemma. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 113(8), 973-974 [cit. 2017-04-11]. DOI:

10.1111/j.1471- 0528. 2006. 00996. x. ISSN 14700328. Dostupné z:

<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471- 0528. 2006. 00996. x>.

- REITTER, Anke, et al., 2014. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. [cit. 2017-02-13]. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.06.029.
- ROZTOČIL, Aleš. 2007. Nové informace o managementu těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním: komentář. *Gynekologie po promoci*, roč. 7, č. 6, s. 40-42. ISSN: 1213-2578.
- ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 9788024719412.
- ROZTOČIL, Aleš. Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu. *Česká gynekologie*, 2009, roč. 74, Suppl. 1, s. 13-15. ISSN: 1210-7832.
- ROZTOČIL, Aleš. 2016. Proč se bojíme vaginálního porodu konce pánevního?. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 24, č. 1, s. 28-31. ISSN: 1211-1058.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024733739.
- STADELMANN, Ingeborg. 2001. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 583 s. ISBN 80-86356-04-3.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana, 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. ISBN 9788025703243.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana, 2017. Přirozený porod. Porodní dům U čápa: nestátní nezisková organizace založená ve formě obecně prospěšné společnosti, která usiluje o návrat přirozených porodů do českého porodnictví [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>.
- TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, et al. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, ISBN 9788024751276.
- TERM BREECH DELIVERY IN SWEDEN: mortality relative to fetal presentation and planned mode of delivery., č. 84. DOI: 84: 593– 601. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15901273>.

THE MIDWIFE, THE MOTHER AND THE BRECH.2013.*thoughts on research, specialist practice, family life and minority positions* [online] [2017-04-20]. Dostupné z: <http://breechbirth.org.uk/2013/05/mechanisms-of-upright-breech-birth/>.

TOIVONEN, E, O. PALOMAKI, H. HUHTALA a J. UOTILA.2011. Selective vaginal breech delivery at term – still an option. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*. č. 11. DOI: [online].[2017-04-02].

TRAPL, Jiří, 1955. Učebnice praktického porodnictví. Praha:1955. Státní zdravotnické nakladatelství. Třetí přepracované vydání.

TULLY, Gail, 2013. Identitying and Resolving Obstructed Breech Birth: When to Touch and When to Be Hands-Free. *Midwifery today* [online]. [2017-04-03]. Dostupné z:<http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/1417589139/fulltextPDF/13D088B820A94B84PQ/1?accountid=15518>.

UNZEITIG, Vít, BINDER, Tomáš, 2005. III. Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze podélné koncem pánevním. *Česká gynekologie*, roč. 70, č. 6, s. 462. ISSN: 1210-7832.

UNZEITIG, Vít, BINDER, Tomáš, VELEBIL, Petr, 2009. Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním. *Česká gynekologie*, roč. 74, Suppl. 1, s. 15. ISSN: 1210-7832.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

VOJNOSANITETSKI PREGLED. 2010. *Vaginal delivery versus cesarean section for term breech delivery*. 2010, č. 67. DOI:[online].[2017-04-05]. Dostupné z: http://www.vma.mod.gov.rs/vsp_10_2010-1.pdf.

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

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ACOG – Americký kongres gynekologů a porodníků.

AS – Apgar skóre

BPD – biparietální průměr

CA – celková anestezie

CTG – kardiotokograf

ČGPS – Česká gynekologicko – porodnická společnost

DDŽ – dolní dutá žíla

DP – doba porodní

DP II – druhá doba porodní

ECV – external cephalic version – obrat zevními hmaty

EP – elektronická pošta

Epi – episiotomie.

ET – embryo transfer

Grav. hbd – Graviditas hebdomas (latinsky týden).

HC – obvod hlavičky

IVF – in vitro fertilizace

JIP – jednotka intenzivní péče

KD – kontrakce děložní.

KNTB, a. s. – krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.

KP – konec pánevní

MRI – magnetická rezonance

OXY – oxytocin.

PA – porodní asistentka.

PPKP – poloha podélná koncem pánevním

PROM – preterm rupture of membranes – předčasný odtok vody plodové

PS – porodní sál

RCOG – Královská vysoká škola porodníků a gynekologů

RCUI – revisio cavi uteri instrumentalis – revize dutiny děložní

rpt. – ruptura – trhlina

SA – spinální anestezie

SC – sectio caesarea

SCOG – Švédská společnost porodníků a gynekologů

TP – termín porodu

UZ – ultrazvuk

UZIS – ústav zdravotnických informací a statistiky

VB – vak blan

VŠPJ – Vysoká škola polytechnická Jihlava

WHO – World health organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Srovnání komplikací při porodu v poloze koncem pánevním a hlavičkou dle Lanniho a Seedse	30
Tabulka 2 Zatuchni - Andros skórovací systém	30
Tabulka 3 Výzkumný soubor respondentek po spontánním porodu KP	48
Tabulka 4 Výskyt porodní polohy při spontánním porodu KP	48
Tabulka 5 Rozdělení respondentek podle parity po spontánním porodu KP	48
Tabulka 6 Výskyt porodního poranění v souvislosti s polohou rodičky při spontánním porodu KP	51
Tabulka 7 Znaménkové schéma	52
Tabulka 8 Výskyt porodního poranění v souvislosti s polohou rodičky při spontánním porodu KP v %	52
Tabulka 9 Délka druhé doby porodní	53
Tabulka 10 Traumatizace novorozence	54
Tabulka 11 Apgar skóre v 1. minutě	54
Tabulka 12 Apgar skóre v 5. minutě	55
Tabulka 13 Traumatizace novorozence v závislosti na paritě	56
Tabulka 14 Traumatizace novorozence v závislosti na paritě a poloze	57
Tabulka 15 Počet porodů koncem pánevním v letech 2013-2016 v KNTB a s., Zlín	58
Tabulka 16 Počet spontánních porodů koncem pánevním v letech 2013 – 2016	59
Tabulka 17 Počet porodů koncem pánevním při císařském řezu a při spontánním porodu v letech 2013 - 2016	59
Tabulka 18 Spontánní porod koncem pánevním v letech 2013 – 2016	60
Tabulka 19 Přehledová	61
Tabulka 20 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	62
Tabulka 21 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	63
Tabulka 22 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	64

Tabulka 23 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	64
Tabulka 24 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	66
Tabulka 25 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	67
Tabulka 26 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	67
Tabulka 27 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	68
Tabulka 28 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	69
Tabulka 29 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	70
Tabulka 30 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu na kolenou	71
Tabulka 31 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	71
Tabulka 32 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	72
Tabulka 33 Rozhovory s respondentkami po spontánním porodu KP na kolenou	73
Tabulka 34 Přehledová.....	74
Tabulka 35 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	74
Tabulka 36 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	75
Tabulka 37 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	75
Tabulka 38 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	76
Tabulka 39 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	76

Tabulka 40 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	77
Tabulka 41 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	77
Tabulka 42 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	78
Tabulka 43 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	78
Tabulka 44 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	79
Tabulka 45 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	80
Tabulka 46 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	80
Tabulka 47 Rozvory s respondentkami po spontánním porodu KP v poloze na zádech	81
Tabulka 48 Přehledová.....	82
Tabulka 49 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	82
Tabulka 50 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	83
Tabulka 51 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	83
Tabulka 52 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	84
Tabulka 53 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	84
Tabulka 54 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	85
Tabulka 55 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	85
Tabulka 56 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	86
Tabulka 57 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	86
Tabulka 58 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	87
Tabulka 59 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	87
Tabulka 60 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	88
Tabulka 61 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	88
Tabulka 62 Rozhovory s respondentkami po porodu císařským řezem.....	89
Tabulka 63 Finální výstup průzkumu o informovanosti rodiček.....	90

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I.....	115
PŘÍLOHA P II	116
PŘÍLOHA P III.....	126
PŘÍLOHA P IV	128
PŘÍLOHA P V	130

