

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

Špela Klemenc

**PRIMERNOST PORODNIH POLOŽAJEV ZA
VAGINALEN POROD PO CARSKEM REZU**

diplomsko delo

**SUITABILITY OF BIRTHING POSITIONS FOR
VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION**

diploma work

Mentorica: viš. pred. Anita Prelec

Recenzentka: doc. dr. Ana Polona Mivšek

Ljubljana, 2020

ZAHVALA

Posebna zahvala gre moji družini, ki mi je omogočila študij, in fantu Marku. Vsi ste me skozi celoten študij podpirali, spodbujali, me motivirali in se skupaj z mano veselili za vsak opravljen izpit, kolokvij in končano prakso. Brez vas bi to obdobje bilo nemogoče. Naučili ste me, da moram biti vztrajna in kdaj tudi »stisnit zobe«, če kaj ni šlo po planu. Zaradi vas sem to obdobje prehodila z nasmehom na obrazu in bom poklic opravljala s srcem in vztrajnostjo.

Hvala tudi moji mentorici, viš. pred. Aniti Prelec, da me je sprejela pod svoje mentorstvo in mi nudila strokovno pomoč.

Hvala recenzentki, doc. dr. Ani Poloni Mivšek za recenzijo diplomskega dela in strokovno pomoč.

Hvala Ivanu Ceganecu, prof. slov. in zgod. za tako hitro lektoracijo diplomskega dela.

Hvala babicam porodnega bloka UKC Maribor za sodelovanje pri intervjujih in potrpežljivost ter spodbudo pri nastajanju diplomskega dela.

Hvala vsem, ki ste kakor koli prispevali k nastajanju diplomskega dela in Vas nisem posebej omenila.

IZVLEČEK

Uvod: V zadnjem desetletju je po svetu močno narasel delež carskih rezov. V Sloveniji je med letom 1987 in 2011 trend carskih rezov narastel s 7,3 % na 19,4 %, do leta 2019 pa se je ta povečal še za 2 %. Po podatkih Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema naj bi ta trenutno znašal približno 21 %. World Health Organization je izdala smernice o deležu carskih rezov, kjer priporočajo, da ta delež carskih rezov naj ne bi presegal 10–15 % vseh porodov. Vaginalni porod po predhodnem carskem rezu je ena izmed strategij, s katero bi zmanjšali delež carskih rezov. **Namen:** Namen diplomskega dela je s pregledom domače in tuje literature ugotoviti primerne in neprimerne položaje za vaginalni porod po predhodnem carskem rezu, saj je tak način poroda v zadnjih letih pogostejši in je zanj potrebno posebno znanje in izkušnje babice. Zanimalo nas je, kateri porodni položaji so primerni za vaginalni porod po carskem rezu. **Metode dela:** V diplomskem delu je bil uporabljen kvalitativni pristop. V prvem delu diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene, strokovne, domače in tuje literature. V empiričnem delu je bilo opravljenih 5 polstrukturiranih intervjujev z bobicami UKC Maribor, Oddelka za perinatologijo. **Rezultati:** Dve intervjuvani babici sta v porodnem bloku zaposleni že 39 let, preostale tri so s 7 do 15 let izkušenj. Vse babice so v tem obdobju imele že več izkušenj s porodnicami, ki so vaginalno rodile po predhodnem carskem rezu. Osebno izkušnjo s takšnim porodom je imela tudi ena intervjuvana babica. Z analizo intervjujev smo pridobili naslednjih 5 kategorij: ocenjevanje poroda, porodni položaji v latentni fazi, porodni položaji v aktivni fazi, porodni položaji v drugi porodni dobi, neprimerni porodni položaji. **Razprava in zaključek:** Ugotovili smo, da se babice držijo priporočil za vaginalni porod po predhodnem carskem rezu in standardov njihove ustanove. Noben porodni položaj ni kontraindiciran, porodnica si lahko izbere položaj, ki ji je udoben, babica pa se ji poskuša prilagoditi, če stanje ženske in ploda to omogoča. Med položajem mora biti zagotovljeno kontinuirano snemanje CTG-zapisa za oceno stanja ploda ter na podlagi katerega se odločajo glede nadaljnje obravnave. Izogibajo se predvsem položaja na hrbtu, ker lahko povzroči sindrom vene cave. Ženski poskušajo zagotoviti prave in zadostne informacije glede porodnih položajev, da jih porodnica lahko pravilno uporablja in si izbere položaj, v katerem bo lažje prenašala bolečino in predihavala popadke. V diplomskem delu so povzeta glavna priporočila glede vodenja vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu, indikacije za carski rez, kontraindikacije za vaginalni porod po predhodnem carskem rezu ter povzetki prednosti in slabosti najpogostejših porodnih položajev.

Ključne besede: porodni položaj, carski rez, vaginalni porod, ruptura uterusa, porodna bolečina

ABSTRACT

Introduction: Over the last decade, the proportion of caesareans has risen sharply worldwide. In Slovenia, the trend of cesarean sections increased from 7.3 % to 19.4 % between 1987 and 2011, and by 2019 it increased by another 2 %. According to the National Perinatal Information System, it's currently around 21 %. The World Health Organization has issued guidelines on the proportion of cesarean sections, recommending that this proportion of cesarean sections should not exceed 10-15 % of all births. Vaginal delivery after a previous cesarean section is one of the strategies to reduce the proportion of cesarean sections. **Purpose:** The purpose of the diploma work is to review domestic and foreign literature to determine suitable and unsuitable positions for vaginal delivery after a previous cesarean section, as this method of delivery is more common in recent years and requires special knowledge and experience of the midwife. We were interested which delivery positions are suitable for vaginal delivery after cesarean section. **Methods:** In the diploma work we used qualitative approach. In the first part of the diploma work, a descriptive method of work was used with a review of scientific, professional, domestic and foreign literature. In the empirical part, 5 semi-structured interviews were conducted with the midwives of the University Medical Center Maribor, Department of Perinatology. **Results:** Two interviewed midwives have been employed in the maternity ward for 39 years; the remaining three are with 7 to 15 years of experience. All midwives during this period already had more experience with midwives who gave birth vaginally after a previous cesarean section. One interviewed midwife also had a personal experience with such a birth. By analyzing the interviews, we obtained the following 5 categories: birth assessment, birth positions in the latent phase, birth positions in the active phase, birth positions in the second childbirth period, inappropriate birth positions. **Discussion and conclusion:** We found that midwives adhere to the recommendations for vaginal delivery after a previous cesarean section and the standards of their institution. No birth position is contraindicated, woman can choose a position that is comfortable for her, and the midwife tries to adapt to it if the condition of the woman and the fetus allows it. During the position, a continuous CTG recording must be provided to assess the condition of the fetus and on the basis of which they decide on further treatment. They mainly avoid back position because it can cause cave vein syndrome. They try to provide women with the right and sufficient information about childbirth positions so that the midwife can use them correctly and choose a position in which she can more easily endure the pain and breathe contractions. The diploma thesis summarizes the main recommendations regarding the management of vaginal delivery after a previous cesarean section, indications for cesarean section, contraindications for vaginal delivery after a previous cesarean section and pros and cons of the most common birth positions.

Keywords: birthing positions, cesarean section, vaginal birth, uterine rupture, labour pain

KAZALO VSEBINE

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | UVOD..... | 1 |
| 1.1 | Carski rez | 1 |
| 1.2 | Vaginalni porod po carskem rezu | 3 |
| 1.2.1 | Znaki ruptur maternice..... | 5 |
| 1.2.2 | Kontraindikacije za VBAC..... | 5 |
| 1.2.3 | Slovenska priporočila za vodenje VBAC | 5 |
| 1.3 | Porodni položaji..... | 7 |
| 1.3.1 | Ležeči položaji..... | 8 |
| 1.3.2 | Hrbtni položaj | 8 |
| 1.3.3 | Položaj na boku | 9 |
| 1.3.4 | Polsedeči položaj | 9 |
| 1.3.5 | Pokončni položaj | 9 |
| 1.3.6 | Sedeči položaj..... | 10 |
| 1.3.7 | Čepeči položaj | 10 |
| 1.3.8 | Položaj na kolenih ali na vseh štirih | 11 |
| 1.3.9 | Stoječi položaj | 11 |
| 1.3.10 | Izpadni korak vstran | 11 |
| 2 | NAMEN | 13 |
| 3 | METODE DELA..... | 14 |
| 3.1 | Metode in tehnike zbiranja podatkov..... | 14 |
| 3.2 | Opis merskega instrumenta..... | 14 |
| 3.3 | Opis vzorca | 14 |
| 3.4 | Opis poteka raziskave in obdelave podatkov | 15 |
| 4 | REZULTATI | 17 |
| 4.1 | Ocenjevanje napredovanja poroda..... | 18 |
| 4.1.1 | Vzrok za predhodni carski rez | 18 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.2 | Primipara ali multipara..... | 19 |
| 4.2 | Porodni položaji v latentni fazi..... | 19 |
| 4.2.1 | Relaksacijski položaji..... | 19 |
| 4.3 | Porodni položaji v aktivni fazi..... | 20 |
| 4.3.1 | Udobje ženske | 20 |
| 4.3.2 | Kontinuirano snemanje CTG | 21 |
| 4.4 | Porodni položaji v drugi porodni dobi..... | 22 |
| 4.4.1 | Uporaba syntocinona..... | 22 |
| 4.4.2 | Čas iztisa ploda..... | 22 |
| 4.5 | Neprimerni porodni položaji | 23 |
| 4.5.1 | Izogibanje hrbtnemu položaju..... | 23 |
| 4.5.2 | Položaji, neugodni za babico..... | 24 |
| 5 | RAZPRAVA | 25 |
| 6 | ZAKLJUČEK..... | 27 |
| 7 | LITERATURA..... | 28 |
| 8 | PRILOGE | |
| 8.1 | Soglasje udeleženca za sodelovanje v raziskavi | |
| 8.2 | Vprašanja za intervju za diplomsko delo: Primernost porodnih položajev vaginalni porod po predhodnem carskem rezu | |
| 8.3 | Potrjena vloga za opravljanje raziskave v UKC Maribor | |

KAZALO SLIK

| | |
|------------------------------|----|
| Slika 1 PRIZMA diagram | 16 |
|------------------------------|----|

KAZALO TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1 Absolutne in relativne indikacije za carski rez | 2 |
| Tabela 2: Razpredelnica kategorij in kod..... | 17 |

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

| | |
|--------------|---|
| ACOG | The American College of Obstetricians and Gynecologists |
| CTG | Kardiotokografija |
| NPIS | Nacionalni perinatalni informacijski sistem |
| RCOG | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| TOLAC | Poskus vaginalnega poroda po carskem rezu, angl. Trial of labour after cesarean |
| UKC | Univerzitetni klinični center |
| VBAC | Vaginalni porod po carskem rezu, angl. Vaginal birth after cesarean |
| WHO | Svetovna zdravstvena organizacija, angl. World Health Organization |

1 UVOD

»Enkrat carski rez, vedno carski rez.« (Greenhill, 1950)

V zadnjem desetletju je močno narasel delež carskih rezov po svetu (Trojner Bregar, Pajntar, 2015). V Sloveniji je med letoma 1987 in 2011 trend carskih rezov narasel s 7,3 % na 19,4 %, do leta 2019 pa se je povečal še za 2 %. Po podatkih Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema (NPIS) naj bi trenutno znašal približno 21 % (Rudolf, Ponikvar, 2020). World Health Organization (WHO) (2015) je izdala smernice o deležu carskih rezov, ki priporočajo, da delež carskih rezov naj ne bi presegal 10–15 % vseh porodov.

V mnogih porodnišnicah še vedno velja doktrina, kjer je predhodni carski rez indikacija za elektivni carski rez pri naslednji nosečnosti. Takšno mišljenje je posledica raztrganin maternice pri vaginalnih porodih po predhodnem carskem rezu, ki so se predvsem dogajale v preteklosti, saj so največkrat nastale po vzdolžnem rezu maternice, ki je bil v tistih časih običajen in je veljal za klasični carski rez (Trojner Bregar, Pajntar, 2015). Danes carski rez opravijo s prečnim rezom v spodnjem segmentu maternice, kar bistveno zmanjša nevarnost raztrganine pri poskusu vaginalnega poroda v naslednji nosečnosti (Hayman, 2014). Delež vaginalnega poroda po carskem rezu ali angleško vaginal birth after cesarean (VBAC) tako iz leta v leto narašča, vendar nosečnice, ki se zanj odločijo, morajo ustrezati določenim kriterijem. Babice in ginekologi porodničarji pa morajo pri njih med porodom uporabiti primerne porodne položaje.

1.1 Carski rez

Carski rez je operativni postopek, pri čemer se plod, placenta in plodovi ovoji porodijo skozi rez v trebušni steni in maternici (Hayman, 2014). Poseg se izvaja pod splošno ali regionalno anestezijo. Pod splošno analgezijo so ženske popolnoma nezavestne, medtem ko pod regionalno obliko anestezije spadajo epiduralna in spinalna anestezija. Regionalni anestetik omrtviči telo od pasu navzdol tako, da je ženska lahko med celotnim posegom budna in lahko takoj po porodu vidi svojega otroka (Afolabi, Lessi, 2012).

Če se že med nosečnostjo odločijo, da bodo nosečnost končali s carskim rezom zaradi različnih zdravstvenih stanj matere ali ploda, govorimo o elektivnem carskem rezu. O

urgentnem carskem rezu pa takrat, kadar se zaradi različnih zapletov med porodom odločijo za nujno in hitro dokončanje poroda. Razlogi za elektivni carski rez so različni, v glavnem pa jih lahko razdelimo na indikacije s strani ploda, nosečnice in tiste, ki so v interesu obeh. Štiri najpogostejše indikacije za carski rez so: nenapredovanje poroda (distocija), fetalni distress, medenična vstava in ponovni carski rez. Indikacije je mogoče tudi razdeliti na relativne in absolutne, ki so prikazane v tabeli 1 (Trojner Bregar, Pajntar, 2015).

Tabela 1: Absolutne in relativne indikacije za carski rez (vir: Trojner Bregar, Pajntar, 2015).

| ABSOLUTNE INDIKACIJE | RELATIVNE INDIKACIJE |
|---|--|
| <i>Placenta praevia totalis (centralis)</i> | Predhodni carski rez |
| Abrupcija posteljice (s fetalnim distressom) | Predhodni kirurški posegi na maternici |
| Kefalopelvini disproporc | Zastoj napredovanja poroda (distocija) |
| Izpadla popkovnica (pri nepopolni razširitvi materničnega vratu) | Nenormalne prezentacije |
| Zanemarjena prečna lega | Grozeč fetalni distress |
| Dokazan (pH) fetalni distress (pri nepopolni razširitvi materničnega vratu) | Anomalije ploda |
| Aktivna okužba z genitalnim herpesom | Večplodna nosečnost |
| Obstruirajoči benigni ali maligni tumor | |
| Grozeča materina smrt | |

Pri carskem rezu so zapleti pogostejši kot pri vaginalnem porodu, prav tako je pogostejša obporodna obolevnost in umrljivost porodnice. Večinoma je to posledica indikacij, zaradi

katerih so se odločili za carski rez ter zapletov med in po njim (Lavrič, 2018). Pogoste nepravilnosti, ki se lahko še pojavijo, so:

- velik rez kože,
- previsok prečni rez kože,
- preobilno koaguliranje ali podvezovanje krvavečih mest (nekroza in ugodno mesto za okužbe),
- premajhen rez fascije,
- fascijo preveč ločimo od mišic v lateralni smeri in pretrgamo perforantne žile,
- fascijo premalo ločimo od mišic v vzdolžni smeri,
- premočna ločitev mehurja navzdol od maternice,
- prenizek rez maternice (sploh pri popolnoma odprtem ustju),
- preveč raven rez maternice ter pretrganje večjih uterinih žil,
- groba ekstrakcija ploda (nevarna za raztrganje maternice ter poškodbe ploda),
- pregosto šivanje maternice ter pregrobo zategovanje šivov,
- šivanje obeh peritonejev z zategovanjem na točko,
- grobo brisanje maternice in trebušne votline,
- močen šiv v kotu fascije, ki zažame genitofemoralni živec (povzroči nepotrebne bolečine po porodu),
- pregrobo zategovanje šivov rahlega podkožnega tkiva (ishemija in nekroza) (Trojner Bregar, Pajntar, 2015).

1.2 Vaginalni porod po carskem rezu

VBAC je ena izmed strategij, s katero želimo znižati hitro naraščajoč delež carskih rezov (Bangal et al., 2013). Trojner Bregar in Pajntar (2015) navajata, da je v Sloveniji med letom 2008 in 2012 po carskem rezu vaginalno rodilo 23 % žensk, 77 % pa je ponovno imelo carski rez. Poleg tega se je delež elektivnih carskih rezov v obdobju od 2002 do 2011 povečal s 4,2 % na 8,6 %. Splošna verjetnost uspeha vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu je 50–85 %, uspešnost pa lahko na podlagi znakov že predhodno napovemo. Znaki, ki napovedujejo uspešnost VBAC, so: predhodni carski rez zaradi naključne indikacije npr. nepravilna vstava ploda, aktivna okužba z genitalnim herpesom, placenta praevia ipd., predhodni vaginalni porod, predhodni VBAC ter spontani

začetek poroda. Medtem ko neuspeh napovedujejo predhodni carski rez zaradi distocije materničnega vratu, kefalopelvina disproporca, sprožitve poroda, indeks telesne mase > 30 ter zastoj poroda. Dejavniki, ki so povezani z manjšo verjetnostjo za uspešen VBAC, so: nosečnosti nad 41 tednov, porodna teža več kot 4000 g, odsotnost epiduralne analgezije ob porodu, manj kot 2 leti od prejšnjega poroda s carskim rezom, dilatacija materničnega ustja < 3 cm, predhodni porod s carskim rezom pred 37. tednom nosečnosti, starejša nosečnica in nosečnice z majhno telesno višino (Abdulkhalikova et al., 2016). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2015) navaja, da je VBAC primeren za nosečnice z enoplodno nosečnostjo, plodom v glavični vstavi, gestacijski starosti več kot 37 tednov ter z enim predhodnim carskim rezom, medtem ko število vaginalnih porodov pri tem ni pomembno. VBAC odsvetujejo nosečnicam s predhodno rupturo maternice, nosečnicam po vzdolžnem rezu na maternici pri predhodnem carskem rezu ter takrat, ko je carski rez absolutno indiciran. Če v nosečnosti, do katere pride po predhodnem carskem rezu, ni novih indikacij za carski rez, se nosečnici priporoča VBAC. Ta načeloma poteka enako kot pri porodnicah, ki predhodno niso rodile s carskim rezom, le da je nadzor in spremljanje ploda in porodnico pri VBAC poostren, prav tako pa se v vprašljivih situacijah pri takšnih porodnicah prej odločijo za carski rez (Trojner Bregar, Pajntar, 2015). Poročajo, da je manj možnosti za zaplete pri VBAC pri ženskah, ki so že rodile vaginalno (ACOG, 2019).

Medtem ko VBAC in elektivni carski rez predstavljata ogromno prednosti in slabosti, je predvsem pomembno, da porodničar individualno oceni tveganja takšnega poroda ter s tem zniža verjetnost pojava zapletov pri ženski in plodu ter predlaga VBAC kot varno izbiro (Trojano et al., 2019).

Cahill in sodelavci (2006) navajajo, da so s psihološkega vidika ženske po VBAC bolj zadovoljne, prav tako je pri njih nižja pojavnost poporodne depresije, stopnja maternalne obolevnosti je manjša, ležalna doba po VBAC pa krajša. Korist VBAC je tudi to, da je ženskam omogočeno prvo pristavljanje že v porodni sobi, tako da posledično dojenje steče hitreje kot pri ženskah, ki rodijo s carskim rezom. Prav tako imajo ženske, ki so rodile vaginalno, manjšo potrebo po transfuziji, saj je izguba krvi manjša kot pri carskem rezu, po porodu so tudi manjkrat imele povišano telesno temperaturo (Rezaei et al., 2016). Potreba po transfuziji je večja, če pri VBAC pride do zapletov. Pri vaginalnem porodu je večje tveganje za rupturo uterusa, kar posledično lahko ustvari potrebo po histerektomiji,

transfuziji in endometritisu (Clark et al., 2012). Ruptura uterusa je najnevarnejši zaplet VBAC, zato se nekatere nosečnice raje ponovno odločijo za carski rez, kot pa da bi sprejele tveganja, ki jih prinese VBAC (Das, Varma, 2012).

1.2.1 Znaki ruptur maternice

Tveganje za rupturo maternice se pri ženskah razlikuje glede na vrsto reza pri predhodnem carskem rezu. Delež raztrganine maternice po klasičnem vzdolžnem rezu je med 1 % in 12 %, medtem ko je delež za pojav raztrganine po vertikalnem rezu v spodnjem segmentu maternice med 0,7 % in 2 % (Lannon et al., 2015; Holmgren, 2012). Ginekolog porodničar in babice morajo biti ves čas VBAC pozorni na kakršnekoli znake, ki bi napovedovali rupturo maternice, ter prepoznati, če je do raztrganine že prišlo. Trenutno so edina orodja, s katerimi si lahko pomagamo postaviti diagnozo ter reagirati pravilno in pravočasno, elektronsko nadziranje plodovih srčnih utripov in natančno spremljanje sprememb porodnice. Znaki in simptomi ruptur maternice so: tahikardija, hipotenzija, vaginalna krvavitev, hematurija, šok matere, tesnoba/nemir, omotica, bolečine v trebuhu, bolečine v maternici, šibkost, bolečine v ramenih, dolgotrajne, ponavljajoče in globoke deceleracije v CTG-zapisu, bradikardija ploda, odsotnost plodovega srčnega utripa, redkejši in šibkejši popadki (Clark et al., 2012).

1.2.2 Kontraindikacije za VBAC

Absolutne kontraindikacije za VBAC so vzdolžni ali T-rez na maternici, predhodni posegi na miometriju, predhodna ruptura maternice, placenta praevia, placenta accreta, vasa praevia, prečna lega, večplodne nosečnosti (trojčki ali več), obstruktivne lezije maternice, nepravilnosti maternice in nestrinjanje porodnice z VBAC (Abdulhalikova et al., 2016, Clark et al., 2012).

1.2.3 Slovenska priporočila za vodenje VBAC

Slovenska priporočila za VBAC, katerih avtorji so Dzahmilyat Abdulhalikova, Andreja Trojner Bregar in Tanja Premru Sršen, so bila izdana leta 2016 v strokovnem glasilu

Zdravstveni vestnik. Priporočila sestavlja 23 priporočil, kjer so opisane koristi in tveganja ter smernice VBAC, ki pomagajo zdravstvenim delavcem pri obravnavi porodnice pri tovrstnem porodu.

Priporočila v uvodu namenijo poseben poudarek na svetovanje nosečnicam s predhodnim carskim rezom. Pravijo, da je treba vsaki nosečnici s predhodnim carskim rezom, brez kontraindikacij za VBAC, ponuditi možnost vaginalnega poroda. Prav tako jo je treba seznaniti z vsemi tveganji in koristmi, ki jih ta prinaša zanjo in za njenega otroka. Po 20. tednu naj bi se pričelo svetovanje za tovrsten porod. Ginekolog mora preveriti lego placente in morebitno vraščenost ter ustrezno načrtovati nadaljnjo obravnavo. Posvet za VBAC mora biti zabeležen v dokumentaciji oziroma materinski knjižici nosečnice. Preden se ženska odloči o načinu poroda, je potreben tudi posvet z ginekologom/porodničarjem v izbrani porodnišnici. Dogovori in posveti morajo biti natančno zabeleženi v materinski knjižici skupaj z vrsto predhodnega reza na maternici in vzrokom za predhodni carski rez. Priporočila poudarjajo, da je VBAC primeren za večino nosečnic po enem predhodnem carskem rezu, z rezom v spodnjem segmentu maternice.

Avtorji navajajo, da se VBAC lahko vodi le v zdravstvenih ustanovah, ki omogočajo pravočasno opravljanje urgentnega carskega reza. Optimalen čas za začetek urgentnega carskega reza, od postavitve indikacije, je 5 do 15 minut, najdaljša dopustna doba pa je 30 minut. Prav tako je pomembno, da ima takšna zdravstvena ustanova sprejet protokol, ki napoveduje izvajanje ukrepov v primeru pojava zapleta.

Pri VBAC je pomemben skrben, neprekinjen ter individualen nadzor porodnice s strani izkušene babice. Potrebno je aktivno nadzorovanje napredovanja poroda, saj s prolongiranim porodom povečamo možnost rupture maternice. Zaželeno je, da se tovrsten porod dokonča najkasneje v 12. urah od začetka aktivne faze poroda, prav tako pa je potrebno kontinuirano snemanje CTG-zapisa.

V prvi porodni dobi je pričakovana dilatacija materničnega vratu en centimeter na uro in pol (v aktivni fazi poroda). Po potrebi lahko porod stimuliramo z umetnim predrtjem plodovih ovojev oz. amniotomijo ali z oksitocinom, ki ga postopno titriramo tako, da pri porodnici dosežemo 3–4 popadke v 10 minutah. Maksimalen odmerek oksitocina, ki ga ženska lahko prejme pri VBAC, ni določen, čeprav naj bi odmerek nad 20 mE/min 4-krat povečal tveganje za rupturo maternice.

Druga porodna doba naj ne bi trajala več kot 2 uri. Ena ura je namenjena pasivnemu spuščanju glavice v porodnem kanalu, druga ura pa aktivnemu pritiskanju porodnice, ki v preteklosti še ni rodila vaginalno, ter največ 30 min pri porodnici, ki je v preteklosti že rodila vaginalno. Uporaba vakuuma v drugi porodni dobi ni kontraindicirana, saj naj ne bi povzročal večjega tveganja za zaplete, kot so poporodne krvavitve in ruptura maternice. Prav tako ni kontraindicirana uporaba epiduralne analgezije, saj je za porodnico varna in jo včasih celo spodbudi k poskusu vaginalnega poroda. Uporaba regionalne analgezije ne prikrije znakov rupture maternice, saj je najpogostejši znak, ki nakazuje na rupturo, sumljiv CTG-zapis plodovega srčnega utripa, njihova uporaba pa ne nakazuje na zmanjšano možnost uspešnega VBAC.

Po rojstvu posteljice pri VBAC ni potrebno rutinsko iztipanje maternice za oceno brazgotine, razen če za to obstajajo druge indikacije: defektna posteljica, sum na rupturo maternice ipd.

Del priporočil je namenjen tudi indukciji in stimulaciji poroda. Porod pri porodnicah s poskusom VBAC, ki je induciran, se pogosteje konča s carskim rezom, kot porod, ki se je pričel spontano. Kot že omenjeno, stimulacija z oksitocinom ni kontraindicirana. Zahteva le dosleden nadzor porodnice in ploda. Uporaba prostagladina E1 in E2 se pri VBAC odsvetuje, saj poveča tveganje za rupturo ali dehiscenco maternice. Varno indukcijo poroda pri VBAC predstavlja tudi indukcija s Foley katetrom in amniotomija.

1.3 Porodni položaji

Izbira porodnih položajev vpliva na fizično in psihično udobje ženske, zato med porodom večina žensk potrebuje možnost spreminjanja položajev in svobodo gibanja. Le tako lahko ženska najde položaj, ki ji najbolj ustreza in ki optimalno vpliva na nadaljnje napredovanje poroda (Kovačič, 2017).

Rojevanje v pokončnih položajih izkorišča silo težnosti, zato je priporočljivo, da ženske med porodom stojijo in se nagibajo naprej, če le ni medicinskih indikacij za porod v postelji (Tully, 2010). Nasploh gibanje med porodom premika medenične sklepe, kar spodbuja rotacijo in spuščanje ploda po porodnem kanalu (Kovačič, 2017).

Vloga babice je, da žensko informira o porodnih položajih in spodbuja, da se namesti v njej najbolj udoben položaj. To poveča občutek kontrole pri ženski, kar vpliva tudi na bolj pozitivno izkušnjo in zadovoljstvo ženske (Nieuwenhuijze et al., 2013 , Thies-Lagergren et al., 2013). V nadaljevanju opisujemo najpogostejše porodne položaje, ki jih ženska lahko uporabi tako v prvi kot tudi v drugi porodni dobi.

1.3.1 Ležeči položaji

Ležeči položaji, še posebej lega na hrbtu, so najpogosteje uporabljeni položaji v slovenskih porodnišnicah (Skoberne, 2000). Pogosto se jih uporablja ravno zaradi lažjega dostopa zdravstvenih delavcev. Omogočajo abdominalne palpacije, kontinuirano snemanje plodovih srčnih utripov, vaginalne preiskave, varovanje in dober pogled na presredek, nadzor nad porodom ter izvajanje drugih intervencij med porodom. Epiduralne analgezije, intravenske infuzije ter snemanje CTG otežuje gibanje ženske ter je v primeru lajšanja bolečine premikanje zanjo lahko celo nevarno, saj obstaja večja možnost, da pride do padca (Lawrence et al., 2013). Ležeči položaji so priporočljivi predvsem, ko je ženska utrujena in pri uporabi farmakološkega lajšanja bolečine (Skoberne, 2000).

1.3.2 Hrbtni položaj

Pri hrbtnem položaju ženska leži na hrbtu. Vzglavje ima povzdignjeno, ko pa prične s potiskanjem, pa se prime pod kolena in jih prisloni k sebi, medtem ko je zadnjica privzdignjena. Položaj se uporablja tudi pri porajanju dvojčkov, medenični vstavi ter pri zaključevanju poroda s pomočjo vakuumske ekstrakcije. Slaba plat hrbtnega položaja so oteženo dihanje in možnost nizkega krvnega tlaka, zmanjšana jakost in pogostost popadkov, kar omejuje napredovanje poroda in stopnjuje bolečino. Ženski je položaj pogosto neprijeten. Prav tako je večja možnost po epiziotomiji in raztrganinah presredka tretje in četrte stopnje, saj upognjena stegna napenjajo nožnico in presredek. Slabost in razlog, zakaj bi se hrbtnega položaja morali izogibati, je sindrom vene cave, ki zmanjša volumen krvi in povzroča fetalni distress ter slabo počutje matere (Musie et al., 2019; Kovačič, 2017).

1.3.3 Položaj na boku

Položaj na boku je alternativa ležečega položaja, kjer ženska leži na boku. V predelu kolka in kolena ima noge rahlo upognjene, med njimi pa ima nameščene dodatne blazine, da ji je položaj bolj udoben. Ko je čas za potiskanje, se ženska prime pod kolenom nasprotne noge, na kateri leži, in jo potisne k sebi. Ženskam je takšna alternativa ležečega položaja udobnejša in bolj naravna, babicam pa je položaj še vseeno zelo lepo pregleden ter lahko dostopen za vse intervencije, ki so potrebne med samim porodom. Pri bočnem položaju je trebušni pritisk slabši, vendar se presredek počasi razteza in je zato dober za preprečevanje porodnih poškodb. Kot hrbtni položaj tudi ta ženski omogoča, da med porodom počiva ter zmanjšuje njen povišan krvni tlak. Ženska z menjavo bokov omogoča rotacijo otroka, prav tako pa položaj zmanjšuje pritisk na hemoroide in se ga priporoča pri edematoznem materničnem vratu (Kovačič, 2017; Skoberne, 2000).

1.3.4 Polsedeči položaj

Polsedeči položaj je prilagojen hrbtni položaj, kjer ima ženska dvignjen zgodnji del telesa pod kotoma 30 in 45 stopinj. Predstavlja srednjo pot med pokončnim in ležečim položajem, saj omogoča delno uporabo težnosti. Polsedeči položaj je primeren za počitek ženske, povečuje učinkovitost trebušnih mišic pri pritiskanju porodnice in posledično skrajša drugo porodno dobo. Slabost položaja je, da teža pritiska na trtico in zmanjšuje medenični izhod. Tako poveča možnost za hujše poškodbe presredka (Kovačič, 2017).

1.3.5 Pokončni položaj

Najboljši porodni položaji za vaginalen porod so čepe, sede, kleče ali stoje, torej kadar je telo v pokončnem položaju. Največja prednost pokončnih položajev je boljša izraba gravitacijske sile, večji pretok krvi med materjo in plodom, saj plodova teža ne pritiska na materine glavne žile. Prav tako je boljša rotacija ploda skozi medenico in porodni kanal ter boljši in močnejši popadki (Kovačič, 2017). Porodnice, ki pokončni položaj uporabljajo v prvi fazi, občutijo manj bolečine, prav tako pa imajo krajšo prvo porodno dobo. Pri pokončnem položaju se jih manj odloči za farmakološko lajšanje bolečine, saj se porodnice več premikajo, prehajajo med pokončnimi položaji ter si tako lajšajo bolečine (Desseauve

et al., 2016). Uporaba pokončnega položaja spodbuja učinkovitejše popadke, kar zmanjša verjetnost pospeševanja poroda z umetnimi popadki. Posledično imajo porodnice v pokončnem položaju krajšo drugo porodno dobo ter nižjo stopnjo instrumentalnega dokončanja poroda ter manj epiziotomij. Slabosti položaja so težje kontinuirano spremljanje plodovih srčnih utripov, slabši nadzor nad presredkom in nad napredovanjem poroda ter težji dostop do porodnice za izvajanje različnih intervencij (npr. vaginalni pregledi). Zaradi slabšega nadzora obstaja večja možnost za raztrganine druge stopnje ter večja izguba krvi (> 500 ml) po porodu, kar je posledica obporodnih poškodb (Kovačič, 2017).

1.3.6 Sedeči položaj

Ženska sedeči položaj lahko izvaja na postelji, straniščni školjki ali porodni pručki. Omogoča ji počitek med popadki ter še vseeno izkorišča gravitacijsko silo in sprost presredek za lažje spuščanje in rotiranje ploda po porodnem kanalu. Položaj zmanjša ali celo izniči bolečine v križu in je primeren predvsem za porodnice, ki jim ugaja masaža hrbta. Ob potiskanju je sedeči položaj lažji, če se izvaja na porodni pručki kot pa na postelji, saj ima babica lažji dostop in nadzor nad porodom in presredkom (Kovačič, 2017). Uporablja se lahko tudi kot nemedicinska intervencija za krajšanje druge porodne dobe, saj le-to znatno skrajša (Thies-Lagergren et al., 2013). Slabosti sedečega položaja so povezane predvsem z raztrganinami presredka. Večja je možnost za raztrganine tretje in četrte stopnje ter večja izguba krvi v tretji porodni dobi, predvsem pri ženskah s poškodbo presredka. Večje krvavitve so povezane predvsem z višjim tlakom v arterijah in venah ter večjim edemom perineja (Kovačič, 2017).

1.3.7 Čepeči položaj

Pri čepečem položaju ženska čepi na tleh ali na postelji in se oprijema partnerja ali držala. Modifikacija čepečega položaja je tudi med nogami partnerja, kjer se naslanja na njegova stegna, medtem ko on sedi (Kovačič, 2017). Položaj sprošča bolečino v križu in odpira medenični izhod ter omogoča delovanje gravitacijske sile. Povzroča krajše trajanje poroda ter manjšo potrebo po instrumentalnem končanju poroda, saj plodu omogoča rotacijo skozi porodni kanal ter lažje pritiskanje, prav tako pa položaj spodbuja spontani pritisk navzdol.

Posledično je v drugi dobi manjkrajt treba stimulirati porod z oksitocinom. Porodnice, ki uporabljajo čepeči položaj, se manjkrajt odločijo za farmakološko lajšanje bolečine, imajo manjkrajt edemov vulve po porodu, manjkrajt izgubo krvi, prav tako je manjkrajt tudi delež epiziotomij. Slabost položaja pa je večja možnost raztrganin presredka, saj je dostop do perineja otežen (Kovačič, 2017; Zaibunnisa, 2015).

1.3.8 Položaj na kolenih ali na vseh štirih

Pri tem položaju ženska kleči in se naslanja na roke, komolce ali partnerja. Poleg tega si pri opiranju lahko pomaga z različnimi predmeti, kot so: žoga, postelja, ribstol ipd. Položaj na kolenih ali na vseh štirih sprošča bolečino v križu, saj se plod premika naprej in pomaga pri rotaciji v posteriorno vstavo. Položaj omogoča ženski gibanje z medenico ter znižuje pritisk ploda na hemoroide (Kovačič, 2017). Možnost porodnih poškodb presredka je na vseh štirih manjkrajt, zato je ta položaj eden izmed najugodnejših za nadzor babice nad presredkom (Lodge, Haith-Cooper, 2016).

1.3.9 Stoječi položaj

Porodnica pri stoječem položaju stoji, lahko se naslanja na partnerja ali posteljo, kar ji omogoča, da se med popadki spočije, oddahne in si najde oporo. Kot že omenjeno, stoječi položaj izkorišča silo gravitacije med samim popadkom, kar popadke naredi še močnejše, otroku pa pomaga, da se centrira na maternični izhod in vstopi v porodni kanal. Ženska se v položaju lahko giba, pozibava in s tem omogoča lažjo rotacijo ploda ter spust po porodnem kanalu, kar še dodatno pospešuje porod. Stoječi položaj ženski omogoča tudi lažje pritiskanje, saj ji poveča občutek pritiska (Kavčič, 2017; Tully, 2010).

1.3.10 Izpadni korak vstran

Položaj spada med asimetrične pokončne položaje, kjer ženska z eno nogo stopi na stol v stran, pokrči koleno, težo telesa pa spusti na pokrčeno nogo. Tega položaja se ženska lahko poslužuje tudi, ko je na kolenih, kjer z eno nogo stopi vstran. Na dva do tri popadke ženska izmenjuje položaj iz desne na levo nogo. Položaj omogoča, da se medenica razširi v smeri

izpadnega koraka, kar plodu ustvari več prostora za spremembo položaja in rotiranja skozi porodni kanal (Kovačič, 2017; Tully, 2010).

V empiričnem delu diplomskega dela smo želeli ugotoviti, kateri izmed omenjenih porodnih položajev so primerni za VBAC in katere najpogosteje uporabljajo v porodnišnici UKC Maribor.

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pregledom domače in tuje literature ugotoviti primerne in neprimerne položaje za VBAC, saj je tak način poroda v zadnjih letih pogostejši in je zanj potrebno posebno znanje in izkušnje babice.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti, kateri so primerni položaj za vaginalni porod po carskem rezu,
- ugotoviti, kateri položaji niso primerni za vaginalni porod po carskem rezu,
- ugotoviti, kakšne so izkušnje in praksa babic v UKC Maribor pri vaginalnih porodih po carskem rezu.

3 METODE DELA

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabljali kvalitativni pristop. V prvem delu diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda s pregledom znanstvene, strokovne, domače in tuje literature na temo VBAC in primernosti porodnih položajev porodnice pri takšnem porodu. Ugotovitve iz prvega dela je avtorica preverila v praksi. Opravila je 5 polstrukturiranih intervjujev z babicami porodnišnice UKC Maribor, Oddelka za perinatologijo.

3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo intervjuja (Priloga 2). Zajema 6 polstrukturiranih vprašanj, na katera so babice odgovarjale med osebnim intervjujem. Sodelujočim smo zagotovili anonimnost, da bi na vprašanja odgovarjale iskreno in brez zadrege. Vprašanja so bila potrjena s strani službe zdravstvene nege UKC Maribor (Priloga 3).

3.3 Opis vzorca

V diplomskem delu sta bili uporabljeni dve metodi raziskovanja; pregled literature in metoda spraševanja z vprašalnikom oz. intervjujem. Zastavljene cilje smo preverili z ugotovitvami, pridobljenimi s pregledom literature in analizo opravljenih intervjujev.

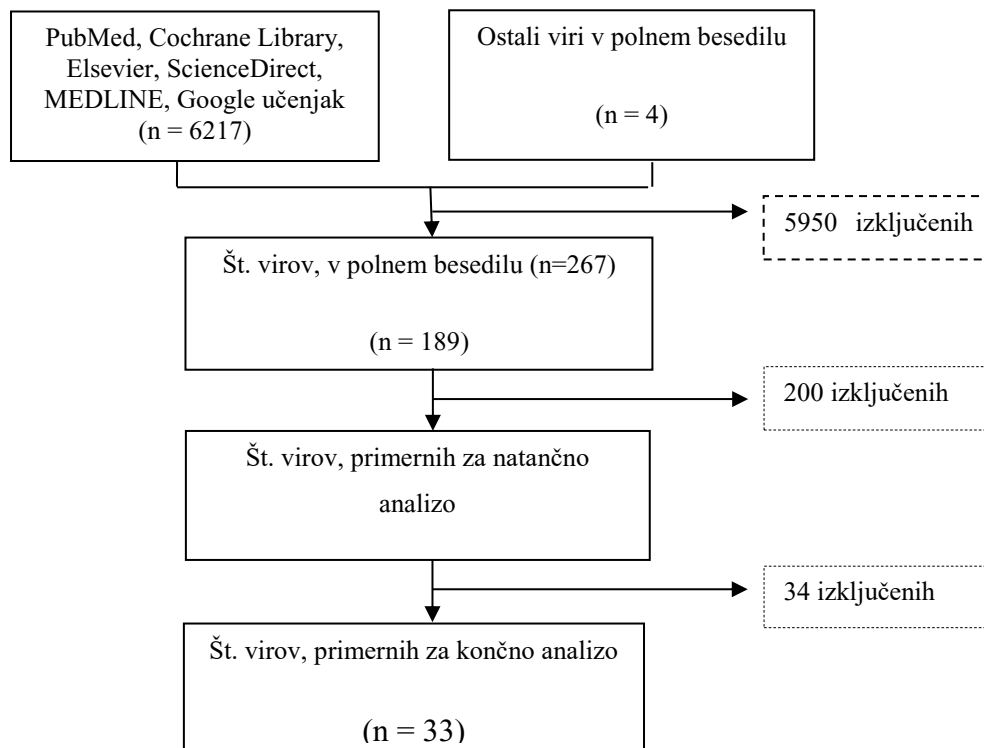
Pri izdelavi diplomskega dela so bili uporabljeni novejši članki ter drugi viri v slovenskem in angleškem jeziku s področja babištva, porodništva in ginekologije. Avtorica je literaturo pridobila s pomočjo mednarodnih iskalnih baz MEDLINE, ScienceDirect, Cochrane Library, PubMed, Elsevier, preko digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani DiKUL, slovenskega knjižničnega informacijskega sistema COBISS ter s pomočjo spletnega brskalnika Google Učenjak. Ključne besede in besedne zveze pri iskanju literature so bile: porodni položaj, carski rez, vaginalni porod, ruptura uterusa, porodna bolečina v slovenskem jeziku ter birthing positions, cesarean section, vaginal birth, uterine rupture, labour pain v angleškem jeziku.

3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri opravljanju intervjuja smo v raziskavo vključili 5 babc Oddelka za perinatologijo UKC Maribor, ki so bile naključno izbrane. Pred samim začetkom raziskovanja so bili sodelujoči seznanjeni z namenom in potekom raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost njihovih podatkov in pridobljenih odgovorov. Intervjuvanci so imeli omogočen prostovoljen pristop k raziskavi ter možnost odstopa kadarkoli in brez navajanja razloga. Pred začetkom raziskave so prebrali in podpisali Soglasje udeleženca k sodelovanju v raziskavi (Priloga 1).

Literaturo smo zbirali od 1. 12. 2019 do 30. 8. 2020. Srečali smo se z manjšimi iskalnimi omejitvami, kot so prosto dostopno celotno besedilo, onemogočena prosta uporaba knjižnice zaradi Covid-19 in slabša obravnava izbrane teme v strokovni literaturi. Za namene diplomskega dela smo morali vključiti tudi literaturo, starejšo od 5 let.

S pregledom podatkovnih baz in upoštevanjem omejitev opisanih v strategiji pregleda literature smo dobili 6217 zadetkov, iz katerih smo 5950 virov izločili zaradi tematske neustreznosti našemu naslovu. Tako nam je ostalo 267 virov, ki smo jih pregledali in izključili še 200 virov. Za pregled v polnem besedilu smo dobili 67 virov, iz katerih smo, po natančni analizi, izključili 34 virov. V končno analizo smo vključili 33 virov. Pregled smo shematsko prikazali s PRIZMA-diagramom (Liberati et al., 2009).



Slika 1: PRISMA-diagram.

Po pridobljenem soglasju sodelujočih v raziskavi smo pričeli z intervjujem. Bil je polstrukturiran. Takšna oblika je bila izbrana, ker je z njim mogoče dobiti veliko informacij, prav tako pa je mogoče med njim zastaviti dodatna vprašanja, ki nam dajo možnost pridobitve večje količine uporabnih informacij. Avtorji raziskave lahko na tak način dobimo poglobljen uvid v tematiko, ki jo preučujemo (Britten, 1995). Sodelujoči so prosto govorili, izvajalec intervjuja pa jih je pri tem usmerjal s podvprašanji, če je to bilo potrebno. Intervju je trajal približno 20 min, izvajali so se v prostoru, kjer sta bila zagotovljena zasebnost in mir. S strinjanjem udeležencev smo intervju posneli in nato naredili transkript, s katerim smo analizirali kvalitativno vsebino, s pomočjo odprtega kategoriziranja in kodiranja pridobljenega besedila. Z njim smo povzeli vsebino intervjujev v vzorce, ki so se najpogosteje pojavili v odgovorih, ter tako prešli iz kategorij nižjega reda v pojme višjega reda (Kordeš, Smrdu, 2015). V pridobljenih podatkih intervjuja je avtorica iskala podobnosti in razlike obravnave porodnic pri VBAC z ugotovitvami iz pregleda literature.

4 REZULTATI

S pomočjo kvalitativne vsebinske analize in odprtega kategoriziranja ter kodiranja smo analizirali intervjuje ter prišli do kategorij in kod, ki so prikazane v Tabeli 2.

Tabela 2: Razpredelnica kategorij in kod.

| KATEGORIJA | KODA |
|---------------------------------------|--|
| Ocenjevanje napredovanja poroda | Vzrok za predhodni carski rez Primipara ali multipara |
| Porodni položaji v latentni fazi | Relaksacijski položaji |
| Porodni položaji v aktivni fazi | Položaj, udoben za žensko Kontinuirano snemanje CTG |
| Porodni položaji v drugi porodni dobi | Uporaba syntocinona Čas iztisa ploda |
| Neprimerni porodni položaji | Izogibanje hrbtnega položaja Položaji, neugodni za babico |

V raziskavi je sodelovalo pet babic Oddelka za perinatologijo UKC Maribor. Dve izmed intervjuvanih babic sta v porodnem bloku zaposleni že 39 let, preostale tri pa imajo od 7 do 15 let izkušenj. Vse babice so v tem obdobju imele že več izkušenj z VBAC, ena izmed njih je opisovala tudi lastno izkušnjo s takšnim porodom. Z analizo intervjujev smo pridobili naslednjih pet kategorij: ocenjevanje poroda, porodne položaje v latentni fazi, porodne položaje v aktivni fazi, porodne položaje v drugi porodni dobi, neprimerne porodne položaje. V nadaljevanju bomo v rezultatih vsako kategorijo predstavili s pomočjo podkategorij, ki so bolj podrobne in specifične.

4.1 Ocenjevanje napredovanja poroda

Zanimalo nas je, kako babice ocenjujejo napredovanje poroda pri porodnicah, ki se odločijo za vaginalen porod po predhodnem carskem rezu, in na katere stvari so pri ženskah pozorne.

4.1.1 Vzrok za predhodni carski rez

Večina babic poudarja pomembnost odvzete anamneze in njenega natančnega pregleda. Ob sprejemu jih predvsem zanima vzrok za opravljen carski rez v predhodni nosečnosti in kdaj oziroma v kateri fazi poroda so se zanj odločili. Če je bil ta planiran oziroma elektiven zaradi neizogibnih absolutnih indikacij, npr. medenične vstave, prečne lege, okužbe z genitalnim herpesom, kefalopelvine disproporca, ali pa je bil carski rez urgenten in so se zanj odločili med samim porodom zaradi pojava urgentne situacije pri ženski ali plodu (fetalni distress, grozeča materina smrt, abrupcija placente ipd.). Če je bil predhodni carski rez storjen zaradi nenapredovanja poroda ali zastoja poroda, babice pozorno ocenjujejo napredovanje pri takšni porodnici, saj je to lahko indikator, da se podobne težave lahko pojavijo tudi pri naslednjem porodu. Vse babice napredovanje poroda pri porodnicah s predhodnim carskim rezom ocenjujejo na enak način kot pri ostalih porodnicah, ki niso imele carskega reza, le da so pri njih dodatno pozorne na zaplete, ki se lahko pojavijo tekom poroda.

»Zopet je seveda odvisno, zakaj je bil prvi carski rez opravljen in v katerem času oz. fazi poroda. Porodnica lahko rodi kot multipara, če je bila pred predhodnim carskim rezom popolnoma odprta, vodilni plodov del že spuščen, torej če se je carski rez opravil čisto na koncu. Ali je bil carski rez narejen recimo zaradi nenapredovanja poroda, zastoja poroda, seveda to lahko pričakuješ, da se bo podobno zgodilo pri tem porodu ali pa da se lahko pojavijo zapleti. Če je bil napravljen elektivni carski rez npr. zaradi medenične vstave, lahko drugič kamot lepo rojeva in potek poroda zna biti povsem normalen, tudi dilatacijo materničnega ustja ocenjujemo na enak način kot pri običajni porodnici.«

»Načeloma ni kakšnih razlik. Porodnice obravnavamo na enak način, smo pozorni, če je bil narejen urgentni carski rez, da se kakšno stanje ne ponovi tudi pri tem porodu, drugače pa načeloma vse obravnavamo enako.«

4.1.2 Primipara ali multipara

Glede na vzrok opravljenega predhodnega carskega reza babice tudi presodijo, če ženska rojeva kot prvorodnica ali mnogorodnica. Če se za carski rez odločijo med porodom, pomeni, da se je maternično ustje porodnice že enkrat dilatiralo. Če je bilo ustje porodnice že kdaj popolnoma odprto, se bo maternično ustje pri VBAC dilatiralo na enak način kot pri mnogorodki, četudi potem porodnica pri prejšnjem porodu ni rodila vaginalno, ampak se je prej opravil carski rez. Ocenjevanje napredovanja poroda pri porodnicah z VBAC se pri intervjuvanih babicah razlikuje samo po tem, če prihaja kot primipara ali multipara. Ocenjevanje je enako kot pri običajnih porodnicah, kjer se držijo norm dilatacije in napredovanja glede na število porodov, ki so jih porodnice imele v preteklosti, to je ca. 1 cm/uro pri prvorodnicah in ca. 1,5 cm/uro pri mnogorodnicah.

»Zdaj, napredovanje poroda je čisto odvisno od tega, ali ženska rodi prvič ali drugič, oziroma ali je že rodila po carskem rezu. Ene imajo tako, da prvič rodijo normalno in je drugič carski rez, pa če pride tretjič rodit, tudi spet poskusijo vaginalni porod. Torej, odvisno od poroda je, rečmo od tega, če je gospa že prej vaginalno rodila ali pa zaradi česa je bil carski rez. To pomeni, če je bil zaradi tega, ker je bilo nenapredovanje poroda ali pa fetalni distress, pa če je bila slučajno že bila popolnoma odprta, ko je bil fetalni distress, je seveda vsekakor različno, ker se je maternično ustje že enkrat odpiralo ali pa tisto, ko se dejansko sploh ni. Tak, da od tega je bolj odvisno, ali ženska rodi kot primipara ali pa multipara.«

4.2 Porodni položaji v latentni fazi

Zanimalo nas je, kakšne položaje babice priporočajo v latentni fazi poroda pri porodnicah z VBAC.

4.2.1 Relaksacijski položaji

Vseh pet babic je povedalo, da v latentni fazi poroda priporočajo relaksacijske položaje ter razbremenilne položaje, med katere spada levi bočni položaj. Priporočajo tudi položaje, katerih so se porodnice posluževale že skozi nosečnost in kateri so jim udobni, saj je

latentna faza predvsem čas, kjer se porodnica spočije in nabere moči, ki jih bo potrebovala tekom poroda.

»V latentni fazi ne uporabljamo nobenih, ker te tudi niso priporočljivi, V latentni fazi so takšni relaksacijski položaji, torej ravno takšni, kot odgovarjajo porodnici. Se pravi, če porodnici odgovarja, ne vem, počitek, ji svetujemo počitek na levem boku, če ji odgovarjajo sprehodi, se sprehaja. Za latentno fazo v bistvu ni nekih priporočljivih položajev. Za latentno fazo gre za izključno za položaje, ki jih uporablja skozi celo nosečnost, neke razbremenilne, relaksacijske.«

Babice priporočajo tudi gibanje in sprehajanje v latentni fazi, če pri porodnici še ni prišlo do razpoka plodovega mehurja in če je snemanje CTG-zapisa omogočeno.

»V latentni fazi je najboljša, če se dosti giba, ne, normalno, če še ni razpoka ali pa če je glavica zelo nizko, da ji paše, če hodi. Ko je enkrat razpoka, se mora snemati CTG, ne, drugače pa so večinoma na boku.«

4.3 Porodni položaji v aktivni fazi

Zanimalo nas je, katere porodne položaje babice priporočajo ženskam z VBAC v aktivni fazi poroda.

4.3.1 Udobje ženske

Vseh pet babic poudarja, kako pomembno je, da je ženski v položaju udobno. Babice se porodnici vedno poskušajo prilagoditi in ji ugoditi, če jim stanje ploda in porodnice to omogoča. Želijo, da si ženske same najdejo položaj, kjer bodo popadek in bolečino najlažje prenesle. Ženski le svetujejo, med katerimi položaji lahko izbira, vendar je pomembno, da ženska ta položaj že pozna oziroma ga pravilno izvaja. Ženskam poudarjajo, da naj ne iščejo položaja, kjer bolečina ne bo prisotna, saj takšen položaj ne obstaja, temveč naj najdejo položaj, kjer bolečino najlažje obvladujejo in predihajo. Svetujejo jim različne položaje, pokončnega, kjer se nasloni na nekaj nižjega, sedeči položaj na žogi, kjer se lahko pozibava, ter tudi levi bočni položaj, če bolečine v drugih položajih ne more obvladovati.

»V aktivni fazi zopet ni, še enkrat poudarjam, zopet ni položaja, ki bi ga lahko mi predlagali porodnici in bi ta tudi njej odgovarjal in bi bil zanjo najboljši. Položaj si mora vsaka porodnica poiskati sama, ji pa seveda predlagamo različne položaje. In sicer gre za pokončni položaj, torej hojo, da se nasloni na nekaj nižjega, da lahko popadek prediha, sedi na žogi s tem, da mora te položaje ženska že poznati, jih obvladati in potem seveda lahko te položaje uporablja. Ker recimo zanimiv položaj predihavanja popadka na žogi je, če ona pravilno predihuje popadek na žogi in se nežno pozibava, ali pa jo pozibava partner, ki jo spodbuja, je to izredno dobro. Če se ona na žogi pozibava sama s tem, da to počne z nogami, torej da se odriva, da hopsa, se utruji, tak da to je sposobna samo pol ure in je obnemogla. Torej še enkrat, vse položaje mora tudi poznati, jih predhodno uporabljati in poiskati položaj takšen, v katerem bo bolečino najlažje prenesla. Naj ne išče položaja, kjer bolečine ne bo, ker takšnega položaja ženska ne bo našla, samo položaj, kjer bolečino najlažje obvladuje ali pa prediha.«

»V aktivni fazi pa načeloma zbiramo bolj položaje na boku.«

4.3.2 Kontinuirano snemanje CTG

Babice predvsem poudarjajo pomembnost kontinuiranega snemanja CTG-zapisa, saj jim ta pove, kakšno je stanje ploda, kar je pri porodnicah z VBAC še posebej pomembno, saj preko njega prepoznajo rupturo maternice in stanje, ki je bilo pri prejšnjem porodu lahko vzrok za carski rez. Pomembno je, da je snemanje CTG v vsakem položaju, v katerem je porodnica, omogočeno.

»Kar se tiče aktivne faze poroda, je najvažnejše, da je porodnici udobno v položaju in da ga zna uporabljati, pa tak, da vidiš, da dobro komunicira s tabo in da ji lahko zaupaš, da te bo poslušala, ko boš rekla, da gre zares, pa kaj lahko in kaj ne. Pomembno nam je, da je omogočeno kontinuirano snemanje CTG in da je ta normokarden, reaktiven in da porod napreduje, drugače pa žensko ne omejujemo. Tako da se prilagajamo na njene želje.«

»Dokler so utripi v redu, je tudi od poroda odvisno, ne, včasih, če je vse okej, če so utripi v redu, si lahko marsikaj zmišljujem, pa marsikaj delaš. Če pa te skrbi zaradi ploda, pa si omejen, ne. Tako da ni neke razlike.«

4.4 Porodni položaji v drugi porodni dobi

Zanimalo nas je, kakšne porodne položaje uporabljajo babice v drugi porodni dobi oziroma če se le-ti razlikujejo, ko obravnavajo porodnico z VBAC.

4.4.1 Uporaba syntocinona

Babice poudarjajo, da pri izbiri položaja ni razlike kot pri porodnici, ki ni imela predhodnega carskega reza. Pri položaju so bolj pozorne, če pride do nenadne urgentne bolečine in če ob stimulaciji s syntocinonom pride do hipertonijske uterusa. Pri porodnicah po predhodnem carskem rezu počasi dvigujejo dozo syntocinona, čeprav je priporočeno, da se ga dviguje na pol ure. Izjavljajo, da je treba delati po občutku, ter poudarjajo pomen opazovanja in ocenjevanja moči in pogostosti popadkov, ki jih povzročijo, saj lahko le tako primerno ocenimo, ali je doza syntocinona še vedno treba dvigovati.

»Ni razlike kot pri navadni porodnici. Isto delaš. Pač si bolj pazljiv, če bi slučajno prišlo do kakšne res urgentne bolečine, hipertonijske zihre ne smeš imeti, skrbno dviguješ synto, ne ker tak, kot ga lahko na pol ure striktno, ampak res opazuješ, koliko ga potrebuješ, ker nočeš pretirano, da ne bi prišlo do rupture uterusa, ker to je tisto, kar nas najbolj skrbi, ne. Včasih ti synto takoj pride, včasih ga moraš večkrat dvigniti, da dobiš redne popadke, to je res vse odvisno. Vse moraš po občutku, veš.«

4.4.2 Čas iztisa ploda

Vse babice se največkrat poslužujejo hrbtnega položaja ali položaja na boku. Kakor pri porodnih položajih v prvi porodni dobi, tudi tu ni razlike med porodnicami, ki niso imele predhodnega carskega reza. Porodnica se lahko sama odloči, kakšen položaj ji najbolj ugaja za iztis ploda. Babice so pozorne na stanje ploda in ženske ter se na podlagi tega odločijo, če ženski lahko ugodijo. Najpogostejši so položaji na hrbtu in boku, saj v primeru urgentnih situacij in nepravilnosti, kot so npr. distocija ramen, poporodna krvavitev, ruptura uterusa, v teh položajih lahko ukrepajo najhitreje. Babice pravijo, da se posebnim željam porodnice prilagodijo, vendar se pred samim iztisom in izvedbo položaja pogovorijo, da je varovanje presredka v teh položajih oteženo ali nemogoče ter da lahko hitreje pride do večjih raztrganin presredka.

»Predvsem tisti položaj, ki ženski odgovarja. Za tovrsten porod ni razlike od ostalih porodov, da bova rekla, da bova nek drug položaj izbrala, ampak je odvisno, kaj ženski paše. Če paše biti na boku, naj bo na boku. Če bo vrede potisnila na boku, je lahko tudi rodi na boku. Če bo pa, rečmo, imela večjo moč, da bo potisnila v polsedečem položaju, jo namestiva v polsedeči položaj. Nekako izbirava tisto, kar ženska zmore, pa kar nam dejansko tudi omogoča kontinuirano snemanje CTG-ja. Lahko bi bil tudi položaj na vseh štirih, sem ga tudi že imela pri takšni porodnici, tako da ni neke težave, je pa res, da takrat se moraš spravit k situaciji malo drugače.«

»Najboljši so nam bočni položaji ali pa dobro samo za dobo iztisa hrbtni položaj, ker lahko v nekih nepravilnostih ali pa urgencah hitro reagiramo. Če pa so kakšne posebne želje ženske, pa se tak tudi dogovorimo, samo razložimo ji, da pri večini položajev ne moremo varovat presredka, zato lahk pride do večjih ruptur.«

4.5 Neprimerni porodni položaji

Raziskovali smo predvsem, če se babicam kateri izmed porodnih položajev zdijo neprimerni za porodnice z VBAC.

4.5.1 Izogibanje hrbtnemu položaju

Vseh pet babic poudarja, da kontraindiciranega položaja ni. Vsak položaj, ki porodnici odgovarja, je primeren. Najbolj se sicer trudijo izogniti hrbtnemu položaju, saj povzroča sindrom vene cave. Prav tako hrbtni položaj otežuje spuščanje glavice, ker deluje proti sili gravitacije, plodova glavica pa se tudi ne more dobro opirati na trdo porodno pot.

»Noben tak položaj ni tak, da bi me kaj ekstra skrbelo, da ni primeren. Vse, kar paše porodnici, je vrede. Zdej, če je dve leti od carskega reza, ne, če je manj načeloma niti ne dovolijo, da bi rodile vaginalno. Se čim bolj normalno obnašaš, isto kot pri normalnem porodu. V latentni je najmanj primerno sigurno to, da bi na hrbtu ležala, ne, se bojimo vene cave, ne, ali pa slabo napredovanje poroda. Tak da najmanj na hrbtu, če se le da.«

»Najmanj primeren je seveda na hrbtu položaj, to tak že zaradi samega spuščanja glavice, ker teža pritiska in ne more se upirat tolko na trdo porodno pot, pa tudi porodnicam

načeloma ne paše. Drugo pa je čisto individualno za vsako žensko. Da bi imela osebno kakšne izkušnje, da kakšen porodni položaj ni okej, nimam.»

4.5.2 Položaji, neugodni za babico

Tri izmed intervjuvanih babic so poudarile, da kljub temu, da ne obstaja položaj, ki bi bil neprimeren za porodnico z VBAC, obstajajo položaji, ki so neprimerni za babico. Neprimerni so zaradi oteženega snemanja CTG, težjega nadzora nad porodnico in težjega varovanja presredka. Prav tako so lahko neprimerni, saj bi bilo, v primeru pojava krvavitve ali rupture maternice, ukrepanje upočasnjeno ali onemogočeno.

»Da bi bili najmanj ugodni za porodnico, vam povem, da ga ni položaja. Razen mogoče za položaj, če se pogovarjava, da je neprimeren za babico, to pa je. Zaradi tega, ker je težko snemanje kardiotokograma, težji nadzor, težje seveda varovanje presredka. Ampak, da bi bil za sam potek poroda...to pa ne.»

»Zdej tak, glede na to, da je bil predhoden carski rez, lahko pride do ruptur uterusa. Takrat ne bi izbirala nekih položajev na pručki ali čepe, ker je fajn, da smo na postelji, da če do česa pride, da ti imaš žensko gor in je ne rabiš potem dvigovati na posteljo. Ker lahko pride do neke krvavitve, do ruptur uterusa. Tak, da najmanj bi v aktivni fazi uporabljala na neki pručki zaradi tega, ker lahko pride do zapletov in nama je lažje, če smo nekje na postelji, da hitreje ukrepava.»

5 RAZPRAVA

V razpravi bomo primerjali ugotovitve, pridobljene s pregledom literature, in ugotovitve, pridobljene z intervjuji. Slovenska priporočila za vodenje VBAC (Abdulkhalikova et al., 2016) poudarjajo, kako zelo pomembno je dokumentiranje pregledov in posvetov, ki so bili opravljeni v nosečnosti. Dokumentira se vzrok za predhodni carski rez ter vrsto predhodnega reza na maternici. To jih zanima predvsem zaradi možnosti absolutnih kontraindikacij za VBAC, kot so vzdolžni rez na maternici, predhodna ruptura, placenta previa in placenta accreta ter druge, ki jih opisuje tudi Clark s sodelavci (2012). Babice Oddelka za perinatologijo UKC Maribor velik del časa namenijo pregledu anamneze in dokumentacije porodnice, preko katere izvedo, če ženska prihaja kot primipara ali multipara. Poleg tega pridobijo informacije, če morajo biti posebej pozorne na kakšno stanje, ki se je morebiti pojavilo pri prejšnjem porodu oziroma nosečnosti in bi se lahko ponovilo ter vplivalo na potek poroda. Priporočila za vodenje VBAC prav tako opisujejo pomembnost skrbnega, neprekinjenega ter individualnega nadzora porodnice s strani izkušene babice, kar babice UKC Maribor upoštevajo ter se vsaki porodnici skrbno posvetijo ter ji, v kolikor to dopušča stanje ploda in porodnice, ugodijo. Prav tako so vse babice poudarile pomembnost kontinuiranega snemanja CTG-zapisa, na podlagi katerega se odločajo glede obravnave porodnice.

Kakor je zapisala Kovačič (2017), izbira porodnih položajev vpliva na fizično in psihično udobje ženske, zato med porodom večina žensk potrebuje možnost spreminjanja položajev in svobodo gibanja. Le na takšen način lahko ženska najde položaj, ki ji najbolj ustreza in optimalno vpliva na napredovanje poroda. Tekom intervjuja smo ugotovili, da babice porodnice z VBAC obravnavajo enako kot tiste, ki niso imele predhodnega carskega reza, tako da lahko izbirajo med vsemi porodnimi položaji in najdejo tistega, ki jim je najbolj udoben. Kakor smo ugotovili s pregledom literature (Nieutenhuijze et al., 2013, Thies-Lagergren et al., 2013), je vloga babice predvsem to, da ženski svetujejo glede porodnih položajev ter jih o njih informirajo, porodnica pa si sama izbere položaj, ki ji najbolj ustreza in v katerem bo najlažje prenesla bolečino in predihala popadke, kar v porodnišnici UKC Maribor skrbno upoštevajo. Ugotovili smo, da po njihovem mnenju ni neprimernih položajev, ki bi bili kontraindicirani ob VBAC. Primeren je vsak položaj, ki babicam omogoča snemanje CTG-zapisa in tisti, ki je ženski udoben, saj se babice vedno poskušajo prilagoditi in ugoditi porodnici, v kolikor njeno stanje in stanje ploda to dopušča. Omenile

so le hrbtne položaje, ki se mu poskušajo izogibati zaradi možnosti pojava sindroma vene cave ter zaradi neugodja ženske in delovanja proti sili gravitacije, kakor so zapisali tudi Musie in sodelavci (2019) in Kovačič (2017). V latentni fazi žensko predvsem spodbujajo k gibanju in uporabi relaksacijskih položajev, v katerih si bo nabrala moč in energijo za aktivno fazo poroda, medtem ko se v aktivni fazi ženski prilagajajo ter ji nudijo samostojno izbiro porodnega položaja. Izpostavile so le položaje, ki so neugodni za babico, saj bi lahko v primeru zapletov in urgentnega stanja, kot so distocija ramen, krvavitev in ruptura maternice, babici ter ginekologom/porodničarjem otežili dostop in hitro ukrepanje.

6 ZAKLJUČEK

V Sloveniji se je v obdobju od 2002 do 2011 delež carskih rezov povečal s 4,2 % na 8,6 %. Med letoma 2008 in 2012 je po carskem rezu vaginalno rodilo 23 % porodnic, 77 % pa jih je ponovno imelo carski rez. Eno izmed največjih tveganj, ki se lahko pojavi med VBAC, je ruptura uterusa, ki je pogost razlog, zakaj se nekatere nosečnice raje ponovno odločijo za carski rez. Ker porod pri VBAC poteka malo drugače, nas je zanimalo, če so kateri izmed porodnih položajev kontraindicirani. Po opravljenem intervjuju smo ugotovili, da se babice porodnišnice UKC Maribor Oddelka za perinatologijo držijo nacionalnih priporočil za vodenje VBAC ter standardov njihove ustanove. Porodnica si lahko izbere položaj, ki ji je udoben, babica pa se ji poskuša prilagoditi, če stanje ženske in ploda to omogoča. Med položajem mora biti zagotovljeno kontinuirano snemanje CTG-zapisa, s katerim opazujejo in ocenjujejo stanje ploda ter na podlagi katerega se odločajo glede nadaljnje obravnave. Izogibajo se predvsem hrbtnega položaja, ker lahko povzroči sindrom vene cave pri ženski. Poskušajo zagotoviti prave in zadostne informacije glede porodnih položajev, da jih porodnica lahko pravilno uporablja in si izbere položaj, v katerem bo najlažje prenesla bolečino in predihala popadke. Babice so poudarjale, da ni položaja, ki ne bi bil primeren. Neprimeren je lahko samo z vidika babice, saj jim je ob pokončnih ter sedečih položajih na žogi, pručki ipd. lahko onemogočeno varovanje presredka, prav tako pa je otežen dostop in počasnejše ukrepanje ob pojavu zapletov in urgentnih situacij (krvavitev, rupture uterusa, distocije ramen).

V diplomskem delu so podatki in zapisi, ki so pomembni za vse babice, ki niso imele izkušenj z VBAC, saj vključuje glavna priporočila glede vodenja poroda VBAC, indikacije za carski rez, kontraindikacije za VBAC ter povzetke najpogostejših porodnih položajev. Diplomsko delo vključuje ugotovitve, pridobljene iz prakse, kjer smo analizirali obravnavo izkušenih babic ter njihov izbor porodnih položajev pri VBAC, kar je predvsem uporabno za novozaposlene babice porodnega bloka.

7 LITERATURA

Abdulkhalikova D, Trojner Bregar A, Premru Sršen T (2016). Slovenska priporočila za vaginalni porod po carskem rezu. *Zdrav Vestn* 85(4): 244 – 56. doi: [10.6016/ZdravVestn.1512](https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.1512).

ACOG Practice Bulletin No. 205 (2019). Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 133(2): 393 – 95. doi: [10.1097/AOG.0000000000003079](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003079).

Afolabi BB, Lesi FEA (2012). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *CDSR* 10(CD004350): 1 – 2. doi: [10.1002/14651858.cd004350.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.cd004350.pub3).

Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP (2013). Vaginal birth after cesarean section. *N Am J Med Sci* 5(2): 140 – 44.

Britten N (1995). Qualitative research: Qualitative interviews in medical research. *Br Med J* 311: 251. doi: [10.1136/bmj.311.6999.251](https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.251).

Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO et al. (2006). Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Obstet Gynecol* 195(4): 1143–7. doi: [10.1016/j.ajog.2006.06.045](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.045).

Clark SM, Carver AR, Hanking GDV (2012). Vaginal birth after cesarean and trial of labour after cesarean: what should we be recommending relative to maternal risk: benefit? *Womens Health* 8(4): 371–83. doi: [10.2217/whe.12.28](https://doi.org/10.2217/whe.12.28).

Das M, Varma R (2012). Vaginal birth after caesarean section: a practical evidence-based approach. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 22(7): 17 –85. doi: [10.1016/j.ogrm.2012.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2012.03.004).

Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F (2016). Position for labour and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 208: 46–54. doi: [10.1016/j.ejogrb.2016.11.006](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006).

Hayman R (2014). Operative births. In: Marshall J, Raynor M, eds. *Myles Textbook for Midwives*. 16th ed. London: Elsevier, 455–73.

- Holmgren CM (2012). Uterine Rupture Associated With VBAC. *Clin Obstet Gynecol* 55(4): 978 – 87. doi: [10.1097/GRF.0b013e31826fd9b0](https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31826fd9b0).
- Kordeš U, Smrdu M (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem: 51 – 60.
- Kovačič S (2017). *Porodni položaji: Izbira porodnih položajev kot izziv v porodni sobi*. eds. *Novost pri obravnavi žensk in družin v reproduktivnem obdobju*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 54–61.
- Lannon SM, Guthrie KA, Vanderhoeven JP, Gammill HS (2015). Uterine rupture risk after periviable cesarean delivery. *Obstet gynecol* 125(5): 1095 – 100. doi: [10.1097/AOG.0000000000000832](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000832).
- Lavrič M (2018). *Porodništvo*. 3. izd. Celje: Visoka Zdravstvena šola, 187–90.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of Systematic Reviews*, 5–6. doi: [10.1002/14651858.cd003934.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.cd003934.pub3).
- Liberati A (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine* 151(4): 66–68. doi: [10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136](https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136).
- Lodge F, Haith-Cooper M (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *Br J Midwifery* 24(3): 172–80. doi: [10.12968/bjom.2016.24.3.172](https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.172).
- Musie MR, Peu MD, Bhana-Pema V (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 11(1): e1–e8. doi: [10.4102/phcfm.v11i1.2071](https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071).
- Nieuwenhuijze MJ, De Jonge A, Korstjens I, Budé L, Largo-Janssen TLM (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery* 29: 107–14. doi: [10.1016/j.midw.2012.12.007](https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007).

Rudolf A, Ponikvar MB (2020). Porodi in rojstva v Sloveniji 2016-2018. Ljubljana: NIJZ, 116.

Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/porodi-in-rojstva-v-sloveniji-2016-2018>
<16.7.2020>.

Rezai S, Labin M, Gottimukkala S (2016). Trial of labour after cesarean (TOLAC) for vaginal birth after previous cesarean section (VBAC) versus repeat cesarean section; a review. *Obstet Gynecol Int J* 4(6): 00135. doi: [10.15406/ogij.2016.04.00135](https://doi.org/10.15406/ogij.2016.04.00135).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45.

Dostopno na:

http://nascerebene.ch/files/3714/6946/0183/RCOG_Linee_guida_VBAC_10_2015.pdf
<25.7.2020>.

Skoberne M (2000). Telesni položaji in lege med porodom. *Obz zdr neg* 34: 59–61.

Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Sandin-Bojö AK, Christensson K, Hildingsson I (2013). Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery* 29: 344–50. doi: [10.1016/j.midw.2011.12.014](https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.014).

Trojano G, Damiani GR, Olivieri C et al. (2019). VBAC: antenatal predictors of success. *Acta Biomed* 90(3): 1–10. doi: [10.23750/abm.v90i3.7623](https://doi.org/10.23750/abm.v90i3.7623).

Trojner Bregar A, Pajntar M (2015). Carski rez. In: Lučovnik M, Novak Antolič Ž, Pajntar M, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*, 3. izd. Ljubljana: Društvo Medicinski razgledi, 364–76.

Tully G (2010). *The belly mapping workbook*. Bloomington: Maternity house publishing, 42–4.

World Health Organization (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. 1 – 8.

Dostopno na:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 <25.7.2020>.

Zaibunnisa AF, Ara B, Kaker P, Aslam M (2015). Child birth: Comparison of complications between lithotomy position and squatting position during. Prof Med J 22(4): 390–94.

8 PRILOGE

8.1 Soglasje udeleženca za sodelovanje v raziskavi



Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta
Zdravstvena pot 5
1000 Ljubljana

SOGLASJE UDELEŽENCA ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Naslov raziskave: Primernost porodnih položajev pri vaginalnem porodu po predhodnem carskem rezu

Vabljeni ste k sodelovanju v raziskavi »Primernost porodnih položajev pri vaginalnem porodu po predhodnem carskem rezu«. Raziskavo izvaja študentka 3.letnika babištva Špela Klemenc v okviru svojega diplomskega dela za zaključek študija Babištva, 1. stopnje. Raziskava poteka pod strokovnim mentorstvom viš. pred. Anite Prelec.

Namen raziskave je proučiti, kako babice porodnega bloka ocenjujejo napredovanje poroda pri vaginalnem porodu po predhodnem carskem rezu ter kakšne porodne položaje uporabljajo v prvi in drugi porodni dobi.

Podatke bomo zbrali v obliki intervjuja, ki bo trajal par minut. Vaše sodelovanje v raziskavi je povsem prostovoljno in imate možnost, da lahko kadarkoli prekinete raziskavo, brez navedbe kakršnega koli razloga.

Zagotavljamo vam, da bodo vaši podatki ostali anonimni in bodo uporabljeni izključno za pedagoški in znanstveno-raziskovalni namen diplomskega dela.

S podpisom jamčim, da sem izjavo prebral in sem imel priložnost za postavitev vprašanj v zvezi z raziskavo. Prostovoljno potrjujem svojo privolitev za udeležbo v raziskavi ter dovolim uporabo anonimiziranih podatkov za pedagoške in znanstveno-raziskovalne namene.

Datum: _____

Ime in priimek udeleženca: _____

Podpis: _____

8.2 Vprašanja za intervju za diplomsko delo: Primernost porodnih položajev vaginalni porod po predhodnem carskem rezu

Datum izvedbe intervjuja:

1. Koliko let ste zaposleni v porodnem bloku?
2. Ali ste v teh letih že imeli izkušnjo vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu?
3. Kako ocenjujete napredovanje poroda pri takšni porodnici?
4. Kakšne porodne položaje najpogosteje uporabljate v latentni in kakšne v aktivni fazi?
5. Kateri porodni položaji so še primerni za tovrsten porod v dobi iztisa?
6. Kateri porodni položaji so po vašem mnenju najmanj primerni? Oziroma katerega uporabljate najmanj v latentni in aktivni fazi ter zakaj?

8.3 Potrjena vloga za opravljanje raziskave v UKC Maribor

 **UKC** Univerzitetni
MARIBOR klinični center
Maribor
Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija
tel.: 00386 2 321 10 00 faks: 00386 2 331 23 93

Služba zdravstvene nege
telefon: 02 321 2594
telefaks: 02 331 2393
e-naslov: mojca.dobnik@ukc-mb.si

Št.: 123-35/(801)/2020-15
Maribor, 9. 9. 2020

Špela Klemenc
Partizanska cesta 22

1251 MORAVČE

Spoštovani,

Služba zdravstvene nege UKC Maribor je obravnavala vašo vlogo za raziskavo z naslovom:
»Primernost porodnih položajev pri vaginalnem porodu po carskem rezu«.

Glede na vašo vlogo na strokovnih področjih, ki jih pokriva komisija Službe zdravstvene nege UKC Maribor, vam posredujemo odgovor.

Obveščamo vas, da vam da je raziskava odobrena. Ob zagotavljanju kriterija prostovoljnega sodelovanja in anonimnosti lahko izvedete anketo pri zaposlenih v zdravstveni negi v UKC Maribor. Za izvedbo raziskave se povežite s strokovno vodjo zdravstvene nege Klinike za ginekologijo in perinatologijo in strokovno vodjo zdravstvene nege Oddelka za perinatologijo, s katerima se dogovorite za velikost vzorca, anketiranje in zagotavljanje anonimnosti.

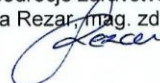
Rezultati in ugotovitve raziskave se lahko uporabijo samo za namen raziskave.

Lep pozdrav in uspešno delo.

Služba zdravstvene nege
Doc. dr. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.



Pomočnica direktorja UKC
za področje zdravstvene nege
Hilda Rezar, mag. zdr. nege



UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR
Služba zdravstvene nege