

Rizika u novorozenců narozených mimo zdravotnické zařízení

Dominika Drymlová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika Drymlová**

Osobní číslo: **H16352**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Rizika u novorozenců narozených mimo zdravotnické zařízení**

Zásady pro vypracování:

Výběr literatury vztahující se k danému tématu.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti porodů mimo zdravotnické zařízení.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Stanovení cílů práce.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu kvalitativní technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CRISP, Stuart a Jo RAINBOW. Emergencies in paediatrics and neonatology, Oxford: Oxford University Press, 2013, ISBN 978-0-19-960553-8.

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽILKOVÁ. Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. Neonatologie. 2., Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3861-4.

STRAŇÁK, Zbyněk. Resuscitace a post-resuscitační péče o novorozence pro lékaře i nelékařské profese. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-36-5.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví, Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2019

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

⁽¹⁾ Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá riziky u novorozenců narozených mimo zdravotnické zařízení. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Na začátku teoretické části se dozvídáme informace o překotném porodu a jeho vedení mimo zdravotnické zařízení. Dále práce popisuje klasifikaci novorozenců, jejich poporodní adaptaci a prvotní vyšetření po porodu zahrnující i fyzikální vyšetření. V závěru se teoretická část věnuje možným zdravotním rizikům u novorozence narozeného mimo zdravotnické zařízení. Praktická část se zabývá zkušenostmi zdravotnických záchranářů s porody v terénu a četností výskytu komplikací u novorozence. Výzkumné šetření bylo zpracováno formou rozhovorů.

Klíčová slova: překotný porod, porod mimo zdravotnické zařízení, novorozenec, vyšetření novorozence, riziko u novorozence

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with possible risks of newborn babies born outside a medical institution. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The beginning of the theoretical part provides information about a rapid labour and its managing outside a medical institution. Furthermore, the thesis describes a classification of newborns, their postnatal adaptation and an immediate postnatal examination including a physical examination. In the conclusion of the theoretical part, possible health risks of newborns born outside a medical institution are introduced.

The practical part deals with medical rescue personnel experience with deliveries outside a medical institution and with a frequency of newborns' complications. The survey construct is based on interviews.

Keywords: rapid labour, delivery outside a medical institution, newborn baby, examination of a newborn, newborn baby risk

PODĚKOVÁNÍ:

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podporu a věnovaný čas.

Další poděkování patří mé nejbližší rodině za podporu po celou dobu studia.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PŘEKOTNÝ POROD	12
1.1 DEFINICE PORODU	12
1.2 PŘEKOTNÝ POROD A JEHO VEDENÍ.....	12
1.3 POROD KP.....	15
1.3.1 Vedení porodu KP v terénu.....	16
1.4 TELEFONICKY ASISTOVANÝ POROD	17
1.5 PORODNICKÝ BALÍČEK	17
1.6 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ	18
1.7 POROD V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	20
2 NOVOROZENEK	21
2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ.....	21
2.1.1 Klasifikace dle délky těhotenství	21
2.1.2 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku	21
2.1.3 Klasifikace dle zralosti	21
2.2 POPORODNÍ ADAPTACE NOVOROZENCE	21
2.2.1 Apgar skóre	22
2.3 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE	23
2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE.....	23
2.4.1 Zhodnocení pohledem	24
2.4.2 Vitální známky	25
2.4.3 Vyšetření částí těla	26
3 RIZIKA PORODU V TERÉNU	29
3.1 HYPOTERMIE	29
3.2 PORODNÍ PORANĚNÍ NOVOROZENCE	29
3.2.1 Poranění měkkých tkání hlavy a krku	29
3.2.2 Poranění CNS a periferních nervů	30
3.2.3 Zlomeniny	30
3.2.4 Poranění orgánů dutiny břišní	30
3.3 INFEKCE	30
3.4 PORODNÍ ASFYXIE	31
3.4.1 Resuscitace novorozence	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	36
4.1 CÍL PRÁCE	36
4.2 METODIKA ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	36
4.2.1 Vzorek respondentů	36

5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	37
6	DISKUZE	51
6.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	51
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	57
	SEZNAM TABULEK.....	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma spojené s porody mimo nemocniční zařízení zaměřené na novorozence. Hned v úvodu bych chtěla sdělit, že se v této práci nezabývám plánovanými porody doma, nýbrž neplánovanými porody v terénu, ke kterým jezdí výjezdové jednotky ZZS. Toto téma jsem si zvolila kvůli svému zájmu o obor neonatologie i urgentní medicíny.

V teoretické části práce se budu zabývat problematikou překotného porodu, jeho vedením mimo zdravotnické zařízení a dále možnými riziky ohrožení novorozence po porodu v terénu. V praktické části je vyhodnoceno, zda se zdravotničtí záchranáři setkali s porodem mimo zdravotnické zařízení, jaké jsou jejich zkušenosti a jaká je četnost výskytu komplikací u novorozence.

S porodem mimo zdravotnické zařízení se nesetkáme příliš často. Překotný porod je spíše spojen s ženami, které už za sebou porod mají. Jsou to tedy ve většině případů zkušené rodičky. Pokud ale dojde neplánovaně k porodu doma nebo na kterémkoliv jiném místě, je nutné, abychom si uměli poradit i v situaci, která by nás mnohdy ani nenapadla. Mezi nejdůležitější první body postupu patří vždy uklidnění rodičky a zajištění jí co nejlepšího komfortu na místě, kde se právě nachází. Při rychle postupujícím porodu, ke kterému nestihla ZZS přijet, patří mezi další významné kroky nachystání si potřebných pomůcek. Za těchto nestandardních okolností je nejdůležitější improvizace. Pro osobu, která odvádí porod, je prioritou zajištění tepla pro novorozence a pravidelná kontrola stavu jak matky, tak dítěte. Pro výjezdové členy ZZS je tudíž nezbytně nutné, aby měli alespoň základní vědomosti v oblasti vedení porodu a v oblasti péče o matku a dítě po porodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEKOTNÝ POROD

1.1 Definice porodu

„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života. Za známky života se považuje srdeční činnost, pulzace pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena. Mrtvě rozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více. Potratem (abortus) se rozumí situace, kdy plod po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně je jeho porodní hmotnost nižší než 500 g“ (HÁJEK, 2014, s. 175).

„Porod do konce 37. týdne těhotenství (tj. 37 + 6) označujeme jako porod předčasný (partus praematurus). Od 38. do 41. + 6 týdnů těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu nebo také o včasném porodu (partus maturus) a ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod (partus serotinus)“ (HÁJEK, 2014, s. 175).

1.2 Překotný porod a jeho vedení

K překotnému porodu dochází tehdy, když se spustí spontánně, neočekávaně a k porodu dítěte dochází v krátkém časovém úseku kratším než dvě hodiny. Výskyt je zejména u vícerodiček, u rodiček se silnými děložními stahy a u plodů nižší hmotnosti. Překotný porod se objevuje častěji mimo zdravotní zařízení (LEJSEK, 2010, s. 178).

I přestože ve většině případů probíhá překotný porod fyziologicky, můžeme se setkat s riziky jak u rodiček, tak u novorozenců. Poranění porodních cest (zejména děložního hrdla, pochvy a hráze) a krvácení jsou ohrožení, která mohou rodičku postihnout nejčastěji. Podmínky aseptiky nelze často v terénu zachovávat, proto k pozdním komplikacím patří také infekce. Po průchodu porodními cestami může hrozit novorozenci nitrolební krvácení při prudké dekompresi s přetržením cév v mozku, dále silné krvácení při možném roztržení pupeční šňůry. Novorozenec je také po porodu ohrožen rychlou ztrátou tepla neboli hypotermií. Matku a dítě je nezbytné i po porodu bez obtíží dopravit do porodnice ke konečnému vyšetření (LEJSEK, 2010, s. 178).

Jako první musíme informovat ZZS o počátku překotného porodu. Snažíme se ženu co nejvíce vyzpovídat, abychom si objasnili situaci. Zajímáme se především o aktuální týden těhotenství, počátek prvních porodních bolestí, průběh těhotenství, uložení plodu, frekvenci děložních stahů, odtok plodové vody (MARYŠKOVÁ, 2010, s. 90).

Během první doby porodní je vhodné rodičku napolohovat na levý bok nebo do polosedu. V poloze na levém boku nedochází k útlaku břišní aorty a dolní duté žíly způsobenému tlakem dělohy s plodem a plodovou vodou. V poloze na pravém boku by mohlo dojít ke snížení krevního tlaku a následně ke krátkodobé ztrátě vědomí z důvodu sníženého žilního návratu do srdce matky. Dále se může snížit okysličení krve plodu až k hypoxii, vzniklé omezeným zásobením dělohy a placenty krví. Usnadněné dýchání je v polosedu, kdy dochází k poklesu břišních útrob a bránice (LEJSEK, 2010, s. 179).

Pod rodičkou bychom měli mít nejlépe nějaký savý materiál pro zachycení plodové vody a krve při porodu. Pokud ho v terénu nemáme, lůžko můžeme nahradit ručníkem nebo bundou (MARYŠKOVÁ, 2010, s. 90).

Během této fáze by žena neměla usilovně tlačit, ale každou kontrakci prodýchávat rychle a povrchně, aby nedošlo k podpoře děložních kontrakcí a vypuzení plodu přílišným zapojením břišního lisu. Je vhodné sledovat a zaznamenávat počátek kontrakcí, délku trvání, sílu a časový interval mezi nimi (LEJSEK, 2010, s. 179).

V této době je dobré se rozhodnout, zda je možný transport do zdravotnického zařízení, či se připravovat na porod v terénu (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 321).

Transport ZZS je možný, pokud žena pociťuje bolesti nad symfýzou nebo v oblasti kosti křížové. Ptáme se na předchozí porody a jejich komplikace. Čekáme do příjezdu ZZS a po celou dobu sledujeme, zda se fáze porodu nemění. Pokud se kontrakce objevují po třech minutách, tlak na konečník odezní zároveň s kontrakcí a je nutno si uvědomit, že porod se do příjezdu ZZS může uskutečnit. Připravíme si tedy k ruce pomůcky k případnému porodu (ŠEBLOVA, 2018, s. 321).

Pokud máme u sebe vyšetřovací jednorázové rukavice, je vhodné je použít. Pomůcky, které budeme používat, by měly být čisté. Patří mezi ně podložka pod ženu (prostěradlo, bunda nebo čistý ručník), kus čisté látky pro novorozence, dva proužky látky na podvaz pupeční šňůry, nůž/nůžky na přestřihnutí pupečníku, čistý obvaz na pupečník. Velmi dobře nám může posloužit i lékárníčka z auta (MARYŠKOVÁ, 2010, s. 90).

Jestliže ještě před příjezdem ZZS jsou děložní kontrakce po 2–3 minutách a tlak na konečník trvalý, je velmi důležité se rozhodnout, zda porod odvést v terénu, či ženu převezeme do porodnice. Rozhodujeme se na základě informací o předešlých porodech (délka, komplikace, krvácení apod.) a také v jaké dojezdové vzdálenosti se porodnice nachází. Důležité také je, jak rodičku přeneseme do sanitky. Vertikalizace ženy může porod urychlit. Pomůcky k porodu a pomůcky k ošetření novorozence máme při ruce (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 322).

Kontraindikace k transportu rodičky nastává tehdy, když žena cítí nutkové pocity tlaku na konečník a na hrázi (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 322).

Jestliže je tedy porod v běhu, rodička je uložena na čisté, klidné místo. Zaujímá polohu polosedě s přitáženými dolními končetinami k tělu. Rodička zůstává v horní polovině těla oblečená, od pasu dolů naopak svlečená. Při nástupu kontrakcí se rodičce vysvětlí, aby se pevně chytla pod kolena, předklonila hlavu a aktivně tlačila. Mezi děložními stahy je důležité odpočívat. Mezi pochvou a konečníkem dochází k napínání kůže a často k jejímu roztržení. Ve zdravotnickém zařízení se tomu předchází nástřihem neboli epiziotomií. V terénu tomu předejdeme chráněním této oblasti vlastní rukou, sevřením mezi palcem a ukazovákem, například šátkem či kapesníkem. Zatímco jedna ruka chrání hráz, druhá ruka šetrně přidržuje hlavičku plodu. Během porodu hlavičky se s ní nijak nemanipuluje, naopak se nechá přirozeně porodit a zrotovat (LEJSEK, 2010, s. 180).

Po porodu hlavičky se dítě začne přetáčet obličejem na stranu. Ani v této fázi nijak nezasahujeme. Poté opatrně chytíme hlavičku plodu v zátylku a jemným tahem skláníme směrem dolů, abychom porodili horní raménko. Dolní raménko porodíme naopak tahem nahoru k břichu matky. V závěru chytíme dítě v podpaží a tahem ho vytáhneme z porodních cest (obličej směřuje k břichu matky) (LEJSEK, 2010, s. 180).

Bezprostředně po porodu je nutné zkontrolovat, zda nemá dítě kolem krku pupečník, jestli ano, je nutné ho ihned uvolnit. Dítě položíme matce na břicho a kouskem čisté látky či kapesníkem mu utřeme ústa a obličej (MARYŠKOVÁ, 2010, s. 90).

Sledujeme jeho barvu, dechovou aktivitu. Další důležitý ukazatel je, že ruce a nohy jsou ve flexi a pohybují se. Manipulací dítě křičí nebo pláče. (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 325)

Nezbytně nutné je dítě ihned osušit a zabalit, aby nedošlo ke ztrátám tepla. Pupečník na dvou místech kousek od sebe podvážeme dvěma tkanicemi alespoň ve vzdálenosti 8 až

10 cm. Podvazujeme minimálně v 15 cm vzdálenosti od břicha dítěte. Ujistíme se, že je pevně zaškrcený kvůli možnému vykrvácení novorozence, a mezi tkanicemi můžeme pupečník přestříhnout nebo nožem přeříznout. Po přestříhnutí sterilně kryjeme (MARYŠKOVÁ, 2010, s. 90).

Do příjezdu ZZS kontrolujeme případné krvácení z pupečního pahýlu (LEJSEK, 2010, s. 180).

Po narození dítěte dojde ihned k oddělení placenty od děložní stěny. Ženě vysvětlíme, ať mírným zatlačením pomůže k porodu placenty. Necháme ji porodit samovolně, nijak netaháme za pupeční šňůru. Po jejím odloučení uložíme placentu do sáčku a po příjezdu ZZS předáme lékaři. Jakmile se placenta porodí a uschová, ženu přesuneme do sucha, přikryjeme ji a dopřejeme jí co nejpříjemnější, i když provizorní prostředí (LEJSEK, 2010, s. 180–181).

Krvácení z rodidel po porodu je zcela běžné. Jestliže spatříme velmi silné krvácení, musíme zajistit jeho zastavení. K tomu můžeme využít pomoc ženy přitážením nohou v kolenu k tělu nebo masáží břicha těsně pod pupkem. Matce po porodu není vhodné podávat tekutiny ústy pro případnou revizi dutiny děložní (LEJSEK, 2010, s. 181).

1.3 Porod KP

„Poloha koncem pánevním je poloha podélná, kdy část naléhající na pánevní vchod je konec pánevní plodu“ (ROZTOČIL, 2017, s. 419).

Výskyt těchto porodů představuje přibližně 4 %. S porodem koncem pánevním se setkáme častěji u porodů předčasných a u vícečetného těhotenství. Příčiny mohou být jak ze strany matky, tak plodu. Může jít o vývojové vady dělohy, která má žena od narození, dále první těhotenství (úzká dolní část dělohy), více jak 3 porody v anamnéze, porod před termínem. Ze strany plodu to může být velikost, zvýšené množství plodové vody, intrauterinní růstová retardace, vícečetné těhotenství a jiné (ROZTOČIL, 2017, s. 420).

Diagnostiku polohy koncem pánevním zjistíme zevním a vnitřním vyšetřením a ultrazvukem. Ultrazvukové vyšetření je nejpřesnější (ROZTOČIL, 2017, s. 421).

Poloha koncem pánevním je rizikovější v průběhu porodu než poloha podélná hlavičkou. Mohou nastat rizika, která postihují matku, plod i novorozence, a to předčasný odtok plo-

dové vody, větší poranění porodních cest, poranění lebky dítěte, snížený přívod kyslíku plodu (ROZTOČIL, 2017, s. 421).

Do 33. týdne těhotenství je poloha plodu proměnlivá. U vícerodiček je změna polohy plodu možná déle než u prvorodiček. V děloze ženy může nastat samovolný spontánní obrat z polohy podélné koncem pánevním přes polohu příčnou do polohy podélné hlavičkou. Obvykle vzniká kolem 34. týdne těhotenství. Obrat zevními hmaty se vykonává mezi 36. a 38. týdnem těhotenství při použití léků ke snížení děložní činnosti a pod ultrazvukovým dohledem (ROZTOČIL, 2017, s. 421).

Při rozpoznání této polohy plodu se volí ve většině případů operativní porod císařským řezem (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 331).

1.3.1 Vedení porodu KP v terénu

Při porodu sledujeme, jak se v pánevní úžině objevují hýždě nebo genitál plodu. Hýždě se prořezávají přes stydké pysky matky. Zada plodu nesmějí být rotovaná ke konečníku. Při porodu konce pánevního v přednemocniční péči je velmi důležitá spolupráce rodičky, abychom se vyvarovali nežádoucích komplikací. Správnou spoluprací rodičky zkusíme tak, že si na prořezávající hýždě dítěte položíme plenu či kus nějaké látky, který máme k dispozici a požádáme ji, aby se zhluboka nadechla a zatlačila. Pokud ucítíme posun dítěte přes plenu, rodička tlačí správně (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 331).

Vedení porodu je stejné jako u porodu záhlavím. Zvláštností je neustálé přidržování pleny na hýždích plodu, který vybavíme po úpon pupečníku a porodíme raménka. Pokud má dítě vztyčené ruce, je porod ramínek složitější. Plod nakloníme ke stehnu matky a s pomocí prstů druhé ruky porodíme jedno ramínko, stejným způsobem porodíme druhé ramínko. Aby plod lépe vstoupil do pánve, uchopíme dítě jednou rukou za nožičky a druhou ruku dáme ke krku. Mezi druhý a třetí prst uchopíme krk dítěte a jemným tlakem potáhneme dítě v rovině matky. Matku vyzveme, aby aktivně tlačila, a druhý záchranář nám zatlačí na děložní fundus. Objeví-li se krk dítěte, pomalu začneme dítě překlápět k symfýze a dokončíme porod hlavičky. Péče po porodu plodu je stejná jako při porodu záhlavím (ŠEBLOVÁ, 2018, s. 331).

1.4 Telefonicky asistovaný porod

Telefonicky asistovaný porod neboli TAP většina lidí využívá právě při překotném porodu nebo situaci, kdy je rychlý začátek a silný průběh porodu. V takových případech si nejsme jisti, zda se o již probíhající porod jedná, a proto kontaktujeme zdravotnické záchranné středisko. Zachování klidu není mnohdy za těchto okolností možné, a tak komunikace i zvážení situace je velmi obtížná. Operátorky mají ztíženou situaci a komunikaci v tom, že se od rodiny dítěte očekává zdravý přírůstek. Je proto velmi důležité, aby měly dostatek zkušeností a znalostí a zvládaly rychle a klidně reagovat. Podstatným ukazatelem porodu jsou děložní stahy. Na dálku se nedá zjistit síla a časový interval mezi kontrakcemi, proto operátorku zajímá stálý tlak na konečník a potřeba tlačit. Mezitím je důležité zmapování okolí, bezpečnosti pro rodičku a nutnost základních pomůcek k porodu. Co se týká tlačení, operátor po telefonu dává jasné instrukce. Poloha na zádech, nádech, zadržetí dechu a nutnost tlačení do konečníku, výdech a při kontrakci znovu až do porodu dítěte. Podvaz pupočníku se doporučí až poté, co se ujistí, že je dítě v pořádku a v teple. Závisí na vynalézavosti operátora, zda se mu povede opatřit pomůcky. Dále TAP pokračuje tím, že se přesvědčíme o tom, že dítě dobře ventiluje. Jestliže dítě nekřičí a dochází u něj ke změně barvy, přistupuje se k neodkladné telefonicky asistované resuscitaci neboli TANR. Péče o ženu po porodu spočívá u operátorky především ve znalosti zevní masáže dělohy při případném krvácení (VAŇATKA, 2011, s. 21–23).

1.5 Porodnický balíček

Balíček slouží pro náhlé vedení porodu v terénu. Obsahuje sterilní rukavice, nůžky, gázu, svorky na pupočník, tkanice a návod k použití (<https://www.bexamed.cz/porodnickyy-balicek-460600.html>).

Obrázek 1: porodnický balíček 1



Zdroj: vlastní

1.6 Kompetence zdravotnických záchranářů

„Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků“

§

Zdravotnický záchranář

(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může:

- monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,*
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,*
- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,*
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,*
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,*
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,*
- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,*
- j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,*
- k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,*
- l) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,*
- m) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,*
- n) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.*

(2) Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může:

- (a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci,*
- (b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,*

- (c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,*
- (d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,*
- (e) odebírat biologický materiál na vyšetření,*
- (f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,*
- (g) zajišťovat intraoseální vstup“ (HEGER, 2011).*

1.7 Porod v domácím prostředí

Počet těhotných žen, které se rozhodují dobrovolně porodit doma, není příliš vysoký. Rodit v domácím prostředí se rozhodnou většinou ženy s nepříjemnou zkušeností z porodnice nebo ženy, které chtějí zažít něco jedinečného. Při takovém porodu hrozí novorozenci riziko úmrtí až 2,5× více než ve zdravotnickém zařízení. Mezi nejčastější komplikace, které mohou nastat, řadíme především náhlou hypoxii plodu, krvácení, infekce, poruchy porodního mechanismu nebo komplikace v třetí době porodní. Matce i plodu tedy s tímto typem porodu zbytečně hrozí rizika celá řada rizik. Pokud se těhotná žena rozhodne i navzdory tomu všemu porodit doma, musí k tomu podat svůj souhlas a předem být poučena o nežádoucích komplikacích (VLK, 2015, s. 29–34).

2 NOVOROZENEC

2.1 Klasifikace novorozenců

Novorozence bezprostředně po porodu můžeme zařadit do skupin, které nám posuzují jeho prenatální vývoj. Novorozence posuzujeme buď dle délky těhotenství, dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu stáří nebo dle zralosti (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 23).

2.1.1 Klasifikace dle délky těhotenství

Novorozenci narození před termínem porodu, tzn. před ukončeným 38. týdnem, se označují za nedonošené. Donošení novorozenci jsou narozeni v termínu, a to mezi 38. a 42. týdnem. Po termínu, tzn. po 42. týdnu těhotenství, se rodí přenášeni (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 26).

2.1.2 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří – eutrofický novorozenec. Porodní hmotnost je nižší vzhledem ke gestačnímu stáří – hypotrofický novorozenec. Porodní hmotnost je vyšší vzhledem ke gestačnímu stáří – hypertrofický novorozenec (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 26).

2.1.3 Klasifikace dle zralosti

Novorozenci narození do 38. týdne těhotenství s porodní váhou 2000–2499 g se nazývají lehce nezralí. Do 34. týdne s hmotností 1500–1999 g jsou středně nezralí. Těhotenství ukončené do 32. týdne a novorozenci s porodní váhou 1000–1499 g jsou velmi nezralí. Extrémně nezralí novorozenci jsou narozeni do ukončeného 28. týdne s hmotností do 999 g (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 26).

2.2 Poporodní adaptace novorozence

„Adaptaci novorozence po porodu ovlivňuje řada faktorů, jako je nezralost novorozence, onemocnění matky, její medikace, průběh porodu aj.“ (MORAVCOVÁ, 2015, s. 94).

Bezprostředně po narození se u dítěte odehrává spousta změn. Novorozenec musí samovolně dýchat a okysličovat se. Krev v pupečníku pomalu přestává proudit, a proto ho přerušujeme. Na přizpůsobení mimoděložního života se u novorozence podílejí hlavně systém dýchací, oběhový a nervový. Ihned po narození má dítě schopnost sacího reflexu a je připraveno na první přiložení k prsu matky (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 38).

Mezi aortou a plicnicí dojde k uzavření tepenné dučej (Botalova dučej) a tím začíná u novorozence samostatná činnost srdce. K tomu by mělo dojít u zralého novorozence do 72–96 hodin po narození. Novorozenec se rodí růžový s modravým zbarvením končetin, po nějakém čase jeho barva zbledne (MORAVCOVÁ, 2015, s. 95).

Srdeční a dechová frekvence novorozence je po porodu vyšší a snižuje se, když dítě po první hodině od narození usne. U zralých donošených novorozenců dochází k odchodu první moči do 24 hodin a první stolice – smolky do 48 hodin (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 40–43).

2.2.1 Apgar skóre

Hodnotíme stav novorozence po porodu, a to v 1., 5. a 10. minutě. Každou oblast, kterou posuzujeme, hodnotíme body 0, 1 nebo 2. Posuzujeme akci srdeční, dýchání, svalový tonus, barvu kůže, reakci na podráždění, a to v 55. sekundě po porodu (FENDRYCHOVÁ, 2013, s. 24).

První minuta je odrazem novorozeneckého intrauterinního prostředí a okamžité reakce na porod. Skóre v 5. minutě ukazuje, jak se novorozenci přizpůsobují extrauterinnímu prostředí. Dále zaznamenáváme skóre v 10. Apgar skóre je užitečné při rozhodování, které děti se dobře adaptují a které budou potřebovat odbornou pomoc. Je nutné si uvědomit, že rozhodnutí o zavedení resuscitačních opatření by mělo být založeno spíše na stavu pacientů než na Apgar skóre (MARINO, 2013, s. 25).

Tabulka 1

	0	1	2	1. min	5. min	10. min
Srdeční frekvence	žádná	<100 tepů/min	>100 tepů/min			
Dechová aktivita	žádná	nepravidelná	křik			
Svalový tonus	atonie	flexe končetin	pohyb			
Reakce na po dráždění	žádná	grimasa	kašel			
Barva kůže	cyanotická, bledá	akrocyanóza	růžová			
Celkem:						

Apgar skóre

- 0–3 body těžká asfyxie
- 4–6 bodů střední asfyxie
- 7–8 bodů mírná asfyxie

Zdroj: Fendrychová (2013), str. 24

2.3 První ošetření novorozence

Prvotní vyšetření novorozence po narození musí být co nejšetrnější. Provádí se za účelem zhodnocení stavu a vytvoření optimálních podmínek pro následnou poporodní adaptaci. Základem je také časný kontakt s matkou. Ošetření obsahuje úkony jako zabránění ztrátám tepla, ošetření pupečníku, označení, kredeizace (preventivní vkapání antibakteriálního prostředku do očí), vážení a měření, oblečení, přiložení k prsu matky a založení dokumentace. Mimo nemocniční zařízení pečujeme pouze o tepelný komfort dítěte, pupeční pahýl, osušení novorozence (DORT, 2018, s. 19).

2.4 Fyzikální vyšetření novorozence

První zaměření fyzikálního vyšetření je objevení možných anatomických rozdílů vzniklých během nitroděložního vývoje a poruch poporodní adaptace. V prvních minutách života se provádí první vyšetření novorozence. Další se zaměřuje na odhalení známek nemocí, které se mohou projevit až v průběhu několika dní. Velmi důležité je pozorování novorozence zkušeným personálem a pečlivé vedení dokumentace. Postup poporodní adaptace se skládá ze tří fází, a to z fáze reaktivity, která trvá 30 minut, dále fáze spánku. Fáze spánku trvá asi

1 až 2,5 hodiny a na ni navazuje druhá fáze reaktivity, jež je pro vyšetření nejvhodnější. Při vyšetřování musí být dítě svlečené (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 56–57). Hodnotíme, zda je aktivní, pokud spí, jestli snadno reaguje na podráždění a je přiměřeně citlivé. Když je dítě provokováno, hodnotíme, zda je křik silný, nebo slabý. Celkově si všímáme, jestli je novorozenec velikostně úměrný svému gestačnímu stáří. Dýchání nesmí doprovázet příznaky zvýšeného snažení o dýchání či zvuky. Kůže může být lehce růžová, ne však bledá nebo promodralá (MARINO, 2013, s. 19).

2.4.1 Zhodnocení pohledem

Stav vědomí

„Dle Prechtla a Beitema

- *Hluboký spánek*
- *Lehký spánek*
- *Dítě probuzené, mírné pohyby končetinami*
- *Dítě probuzené, výrazné pohyby i tělem, nepláče*
- *Dítě probuzené, pláče“ (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 59).*

Spontánní projevy

U novorozence hodnotíme jeho samovolnou pohybovou aktivitu, při krmení sledujeme jeho projevy, jako jsou sání a polykání. Dále sledujeme, kolik hodin denně novorozenec spí (průměrně spánek trvá kolem 20 hod/den). V neposlední řadě pozorujeme, jak novorozenec reaguje na manipulaci (STRAŇÁK, 2014, s. 13).

Barva kůže

Hodnotíme především barvu a charakter kůže, např. modré až modrofialové zbarvení kůže a sliznic neboli cyanóza, žluté zbarvení sklér a sliznic – ikterus. Dále novorozenec může mít sytě červeně zbarvenou kůži, pletoru. Můžeme také sledovat bledé zbarvení kůže, a to v důsledku anémie nebo cirkulačních změn (STRAŇÁK, 2014, s. 13–14).

Dechové úsilí

Zajímá nás především, jaký je počet dechů za minutu, jakou hloubku mají dýchací pohyby a možné zvuky, které se mohou objevit při dýchání, např. grunting (naříkavý výdech), gasping (lapavý dech) (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 59).

Držení těla (postura)

Novorozenec má končetiny pokrčené ve velkých kloubech (lokty, ramena, kyčle, kolena, kotníky) a hlavu otočenou na jednu stranu. Pozorujeme souměrnost pravé a levé části těla a porovnáváme mezi sebou horní a dolní končetiny (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 59).

2.4.2 Vitální známky

Tělesná teplota

Fyziologická tělesná teplota доноšeného novorozence je 36,5–37,5 °C. Jestliže je tělesná teplota vyšší a po poklesu teploty okolí přetrvává, je vhodné provést vyšetřování infekčních nebo neurologických příčin. Varováním patologického stavu také může být hypotermie neboli snížená tělesná teplota (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 59–60).

Dechová a srdeční frekvence

Fyziologický počet dechů je u доноšeného novorozence 40 až 60 za minutu. Počet dechů hodnotíme pohledem na břicho. Fyziologická srdeční akce je u доноšeného novorozence 100 až 180 úderů za minutu. Vyšší srdeční frekvence se může objevit u nedonošených dětí (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 60).

Krevní tlak

Při měření krevního tlaku velmi záleží na jeho metodě. Metoda za použití manžety není přesná. Je důležité, aby byla zvolena vhodná velikost manžety (šířky manžety se přizpůsobí obvodu paže) (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 60).

Tabulka 2

Teplota	36,5–37,5 °C 36,5–37,0 °C
Dechová frekvence	40–60/min
Srdeční frekvence	100–180/min (v klidu 120–160/min, ve spánku 70–80/min) Srdeční frekvence se zvyšuje při stimulaci novorozence
Krevní tlak	V závislosti na gestačním týdnu Orientačně: středně arteriální tlak v mmHg = gestační týden (v prvních hodinách po porodu)

Zdroj: Fendrychová (2012), str. 60

2.4.3 Vyšetření částí těla

Tvář

Pokud vznikne podezření při vyšetřování tváře, je vhodné nejdříve porovnat nález s členy rodiny. Z tváře můžeme posoudit její velikost, poměr k ostatním částem těla a různé deformace (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 60).

Hlava a krk

Měříme obvod hlavy v centimetrech. Hodnotíme tvar lebky a rozstup švů. Nesmíme opomenout vyšetření velikosti a úrovně velké a malé fontanely. Zvýšení nitrolebního tlaku se projevuje vyklenutím velké fontanely. Naopak vpadnutí značí podstatnou dehydrataci. Dále můžeme na hlavě palpací rozpoznat otok porodního nádoru nebo kefalhematom. Porodní nádor není vázán na lebeční švy, naopak kefalhematom ano. Co se týká krku, sledujeme jeho délku a pohyblivost (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 60–61), (STRAŇÁK, 2014, s. 16).

Oči

Vyšetření červeného reflexu, které nás upozorní na vrozenou kataraktu neboli zákal čočky, je součástí novorozeneckého screeningu v ČR, prováděného oftalmoskopem. Posuzujeme velikost, tvar, souměrnost, vzdálenost očních štěrbin a nadměrné slzení. Příčinou nadměr-

ného slzení může být neprostupnost slzných kanálků. Hodnotíme také oční panenky, a to jejich zúžení na světle (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 61).

Uši

Vyšetření sluchu patří mezi nepovinný screening. Vyšetření OEA (otoakustické emise) provádíme pouze tehdy, pokud je novorozenec v klidu a pokud máme zajištěné tiché prostředí (MORAVCOVÁ, 2015, s. 121).

Nos

U nosu posuzujeme jeho velikost, možný otok a délku mezi dolním koncem nosu a horním rtem. Jemnou cévkou zjistíme průchodnost nosních průduchů (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 61).

Ústa

Klade se důraz na velikost dolní čelisti a také na celistvost horního rtu, čelistí, tvrdého a měkkého patra z důvodu rozštěpů (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 62).

Hrudník a břicho

Donošený novorozenec má menší obvod hrudníku než hlavy, břicho je vzedmuté. Na hrudníku sledujeme prsní bradavky a jejich počet. V důsledku hormonální reakce může být prsní žláza zduřelá. Na břicho si všímáme pupečníku, a to jeho umístění (vprostřed) a případné absence pupečnickových cév nebo zarudnutí či krvácení. Je možné na břicho hmatat také játra a ledviny (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 62), (STRAŇÁK, 2014, s. 16–17).

Kardiovaskulární systém

Do vyšetření kardiovaskulárního systému řadíme vyklenutí hrudníku nad srdcem a pulzaci velkých tepen. Poruchu prokrvování zjistíme tak, že zatlačíme prstem např. na předloktí dítěte a čekáme na rychlost zaplnění (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 63).

Vyšetření genitálu

Velkou pozornost je třeba věnovat konečníku, a to kvůli zjištění jeho neprůchodnosti. Vyšetření genitálu je rovněž důležité. U chlapců se mohou objevovat změny velikosti penisu nebo neobvyklé uložení varlat. U děvčat to jsou zejména změny ve velikosti clitorisu. Můžeme také pozorovat výtok z pochvy v prvních hodinách po narození, jehož důvodem je hormonální reakce od matky (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 63), (STRAŇÁK, 2014, s. 17).

Vyšetření končetin

V ČR je zaveden screening na vyšetření kyčlí, provádí ho ortopedové. Ve vyšetřování končetin u dítěte se zaměřujeme na velikost, délku, pohyblivost a počet prstů (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 63).

Nervový systém

Hodnotíme neobvyklé pohyby v obličeji, hlasitý pláč a hlavně křeče. Křeče jsou nejdůležitějším znakem pro poruchu nervového systému. Neodeznívají ani po uchopení končetiny. Při fyzikálním vyšetření se vyšetřují reflexy – Moroův a hledací a sací reflex. (FENDRYCHOVÁ, 2012, s. 64), (STRAŇÁK, 2014, s. 17–18).

3 RIZIKA PORODU V TERÉNU

3.1 Hypotermie

Prevence nadměrných tepelných ztrát výrazně ovlivňuje přežití novorozenců. Novorozené dítě musí být udržováno v neutrálním termálním prostředí. Obvyklá teplota pokožky u novorozenců je 36.0–36.5 °C, teplota v konečníku je 36.5–37.5 °C. Teplota v podpaží může být nižší o 0.5–1.0 °C. Předčasně narozené děti jsou více náchylné na tepelné ztráty, protože mají málo izolačního podkožního tuku a snížené množství glykogenu a zásob hnědého tuku. Navíc jejich hypotonické držení těla je omezuje v pohybu (GOMELLA, 2013, s. 39).

Důsledkem nadměrné tepelné ztráty je nedostatečné zásobování tkání kyslíkem ze zvýšené spotřeby kyslíku. Zařízení, která se používají k udržení teplot novorozenců, jsou uzavřené inkubátory, které jsou vyhřívány (prouděním ohřátého vzduchu). Jednou nevýhodou inkubátorů je, že se může obtížně sledovat nemocné dítě nebo provádět jakýkoliv výkon. Dále jsou to sálavé ohříváče. Ty se používají pro velmi nestabilní novorozence nebo při provádění lékařských postupů (GOMELLA, 2013, s. 39).

V terénu je velice důležité, aby bylo dítě co nejvíce vysušené a zabalené do teplých a suchých přikrývek a umístěno přímo na hrud' matky. Nezapomínáme na pokrytí hlavy (GOMELLA, 2013, s. 39).

3.2 Porodní poranění novorozence

Porodní poranění vzniká v souvislosti s porodem, je to mechanické poškození tkání. Některé změny jsou patrné ihned, jiné se mohou projevit až později. K poranění novorozence může dojít při porodu nedonošeného plodu, při porodu konce pánevního, při porodu velkého plodu, protrahovaném porodu s využitím kleští či vakuumextraktoru nebo právě při překotném porodu v terénu (DORT 2018, s. 29).

3.2.1 Poranění měkkých tkání hlavy a krku

V tomto rozdělení se nejčastěji objevuje porodní nádor a kefalhematom. Porodní nádor bývá v místě vedoucího bodu na hlavičce plodu, je to otok s plošným krvácením. Kefalhematom, ohraničený lebními švy se projevuje krvácením pod obal kryjící povrch kosti. Dále

sem řadíme zhmoždění tkáně po operativním porodu, poranění očí a řezné ranky při porodu císařským řezem (DORT, 2018, s. 29–30).

3.2.2 Poranění CNS a periferních nervů

Nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví může způsobit subarachnoideální krvácení, projevující se křečemi. Patří sem také obrny různých nervů, např. lícního, pažního a bráničního (DORT, 2018, s. 30).

3.2.3 Zlomeniny

Nejčastější je zlomenina klíční kosti, stačí opatrné zacházení s dítětem. Dále se může objevit zlomenina stehenní kosti. U této zlomeniny sledujeme otok, abnormální držení končetiny a bolestivost. Zařadit do tohoto rozdělení můžeme také zlomeniny lebních kostí (DORT, 2018, s. 30–31).

3.2.4 Poranění orgánů dutiny břišní

Krvácení do nadledvin a poranění jater a sleziny jsou komplikace projevující se akutním krvácením nebo poruchou funkce orgánu (DORT, 2018, s. 31).

3.3 Infekce

Pro plod a novorozence je infekce významným důvodem k morbiditě (nemocnosti). Přenáší se přes placentu z pochvy do děložní dutiny, kontaktem s matkou, laktací či při prostupu porodními cestami za porodu. Mezi příznaky patří poruchy dýchání, zvýšená srdeční akce. U novorozence se mohou objevit křeče, změna barvy kůže, ale i potíže trávicího ústrojí (DORT 2018, s. 79).

Kongenitální fetální infekce

Přenášejí se přes placentu až na plod. Řadíme sem cytomegalovirus, toxoplazmóza, syfilis, lymfská boreliózu aj. U těhotných žen v rámci screeningu vyšetřujeme syfilis, hepatitidu B, HIV a každý novorozenec je vyšetřen z pupečnickové krve na syfilis (DORT, 2018, s. 81).

Perinatální infekce

Dítě se rodí s příznaky infekce nebo se prvotní příznaky dostaví během prvních dnů života. Infekce přechází z matky na plod před porodem, a to tím způsobem, že se infekční agens dostane z pochvy do děložní dutiny a k plodu nebo během porodu (DORT 2018, s. 83).

Za větší zmínku určitě stojí infekce streptokokem skupiny B (GBS). Celosvětový výskyt *Streptococcus agalactiae* u těhotných je kolem 10 a 37 %, v ČR je to kolem 19 a 29 %. U infekci rozlišujeme časnou a pozdní formu. Časná forma se projevuje v 80 % novorozeneckých infekcí GBS, a to v prvních 24 hodinách po porodu. U dítěte můžeme pozorovat zhoršenou poporodní adaptaci vyžadující resuscitaci, potíže s dýcháním (dyspnoe, grunting), sepsi. Mezi 7. a 28. dnem se objevuje pozdní forma infekce, která je ale méně častá. Léčba spočívá v podání antibiotik. Je také doplněna o podpůrnou léčbu. Úmrtnost novorozenců na infekci GBS se pohybuje mezi 2 a 10 %. Prevence infekcí GBS je imunoprofylaxe a chemoprofylaxe. Imunoprofylaxí, se rozumí podání očkovací látky matce v průběhu těhotenství. Tyto látky ale zatím nejsou dostupné, proto je používána chemoprofylaxe a rodičím ženám se podávají nitrožilně antibiotika (STRAŇÁK, 2015, s. 262).

Do kategorie perinatální infekce můžeme zařadit stafylokoky, mykoplazmata, herpes simplex virus, viry hepatitidy, HIV, kvasinky aj. (DORT 2018, s. 83–84).

Postnatální infekce

Postnatální (nozokomiální) infekcí rozumíme infekce, které vznikly po porodu v nemocnici v místě, kde jsou ošetřováni. Nejvíce jsou ohroženi novorozenci hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče. K přenosu nákazy nejčastěji dochází při nesprávném dodržení zásad sterility a asepse ošetřovatelského personálu při prováděných výkonech (LEBL, 2014, s. 41).

3.4 Porodní asfyxie

„Asfyxie je v děloze (intrauterinní asfyxie) nebo za porodu (porodní asfyxie) vzniklá hypoxie, hyperkapnie a acidóza, provázená změnami nebo selháním dýchání, oběhu, činnosti mozku a ostatních orgánů“ (DORT, 2018, s. 33).

Plod je během asfyxie ohrožen na životě omezeným či úplným přerušením dodávky kyslíku. Mezi příčiny před porodem řadíme přenášení plodu, předčasně odteklá plodová voda

s infekcí, zvýšený krevní tlak v těhotenství. Nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví může být také důvod k perinatální asfyxii také jako komprese pupečníku, poloha koncem pánevním aj. Po porodu může trpět asfyxií dítě, které má vrozené vývojové vady srdce nebo těžké plicní onemocnění (KLEMENTA, 2014, s. 195).

Organismus plodu se trvalému poškození brání předem kompenzačními mechanismy. Co se týká dýchacího systému, dochází ke zrychlení dechu, poté nastává bezdeší a následně lapavé dechy. V děloze to plodu způsobí vdechnutí plodové vody do dýchacích cest a plic. V oběhovém systému dochází ke zrychlení srdeční činnosti a zvýšení krevního tlaku. Zástava srdce může nastat, když asfyxie nadále pokračuje a dojde ke snížení tlaku a pulzu. Oběh prvotně zásobuje mozek a myokard, tkáním hrozí šok. Po narození začne zdravý a donošený novorozenec křičet a tím pravidelně dýchat, naopak po asfyxii dítě dýchá v nepravidelných intervalech nebo vůbec. Také barva kůže přetrvává modrofialová a při šoku si všímáme, že je novorozenec bledý. Je nutné dítě pečlivě sledovat na jednotce intenzivní péče (DORT, 2018, s. 33).

3.4.1 Resuscitace novorozence

„Resuscitace novorozence je definována jako sled intervencí (obvykle bezprostředně po porodu), které mají vést k obnově a udržení dýchání a krevního oběhu a zajistit přísun kyslíku a krve do srdce, mozku a ostatních tělesných orgánů. Resuscitace má zabránit smrti pacienta nebo poškození mozku plynoucímu z nedostatku kyslíku v tkáních“ (STRAŇÁK, 2015, s. 431).

Resuscitaci novorozence zahajujeme v případě, když ihned po porodu má novorozenec potíže s dýcháním současně s poruchami krevního oběhu. Provedení resuscitace spočívá v 5 fázích: úvodní kroky, dýchání vakem a maskou, nepřímá srdeční masáž, endotracheální intubace, farmakoterapie (DORT, 2018, s. 35).

V prvotních krocích bráníme ztrátám tepla, středním záklonem hlavy a případným odsátím uvolníme dýchací cesty. Využíváme také možnost taktilní stimulace na ploskách nohou. Posuzujeme spontánní dýchání, srdeční akci a barvu kůže. Pokud není srdeční akce vyšší než 100/min přikládáme masku na ústa a nos. Provede se 5 dechů (DORT, 2018, s. 35).

Při srdeční akci kratší než 60/min se zahajuje nepřímá srdeční masáž (DORT, 2018, s. 35).

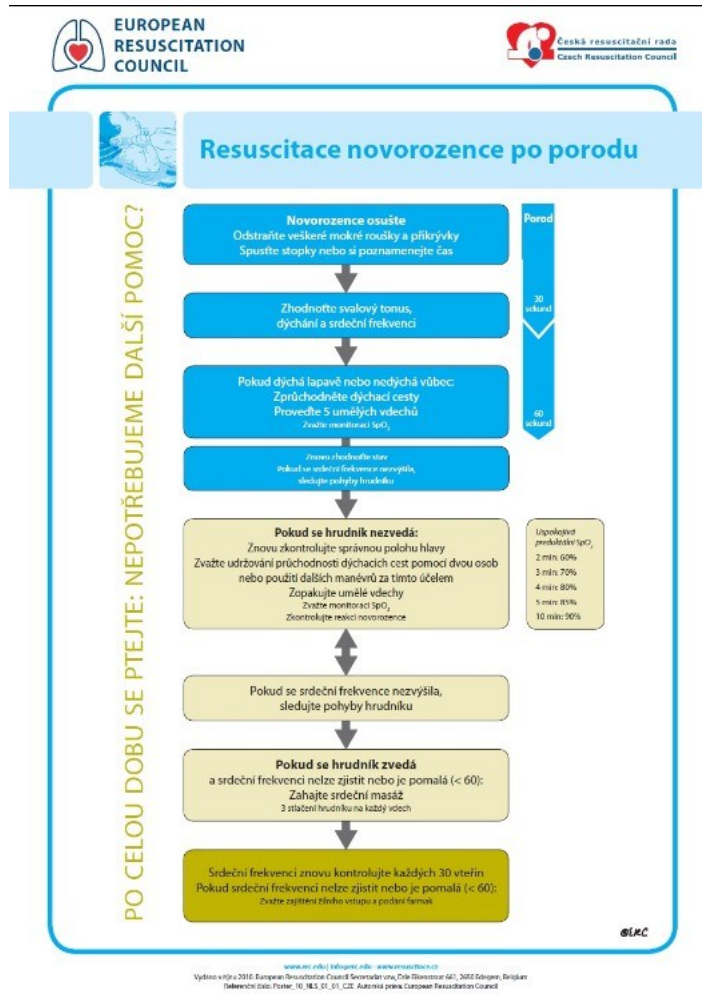
Srdeční masáž probíhá v dolní třetině sternu (pomyslná čára mezi bradavkami). Ruce jsou obemklé kolem hrudníku a technika probíhá ve stlačování dvěma palci, což je efektivnější varianta než dvěma prsty (STRAŇÁK, 2015, s. 32).

Dalším krokem je zavedení endotracheální intubace k delšímu zajištění dýchacích cest z různých důvodů. Při resuscitaci novorozence používáme tyto léky: adrenalin, FR 1/1 a bikarbonát (DORT, 2018, s. 36).

Po resuscitaci většina dětí potřebuje být sledována na novorozenecké jednotce intenzivní péče, dokud není jasné, že jsou v dobrém stavu. Při transportu na jednotku intenzivní péče se musí věnovat velká pozornost udržení optimální tělesné teploty. Důležité je zapojit rodiče do situace a vysvětlit jim událost resuscitace. Také dbáme na informovanost o zdravotním stavu dítěte a očekávaných plánech péče (CRISP, 2013, s. 79).

Při porodech mimo zdravotnické zařízení trvá nutnost dodržení doporučení pro resuscitaci a pro resuscitaci nutná přítomnost osoby, která ji ovládá. (DORT, 2018, s. 36).

Obrázek 2: Algoritmus resuscitace dle EU 2010



Zdroj: Česká resuscitační rada (2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Součástí bakalářské práce je praktická část, jež obsahuje výsledky výzkumu zaměřeného na zkušenosti zdravotnických záchranářů s porody mimo zdravotnická zařízení a na výskyt komplikací při porodu ze strany dítěte. Realizace výzkumu je dále popsána v následující podkapitole.

4.1 Cíl práce

V bakalářské práci je stanoveny dva hlavní cíle.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit četnosti výskytu komplikací u novorozenců při porodu mimo zdravotnické zařízení.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit připravenost zdravotnických záchranářů na porod mimo zdravotnické zařízení.

4.2 Metodika získávání informací

Informace byly získávány metodou kvalitativního výzkumu, který byl proveden formou dotazování. Pro techniku sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor mezi autorem práce a členy Zdravotnické záchranné služby ve Zlíně. Před začátkem sběru dat byl vyžádán písemný souhlas s realizací výzkumného šetření ve Zdravotnické záchranné službě Zlínského kraje. Souhlas k výzkumnému šetření je k nahlédnutí u autora bakalářské práce.

Celkem bylo uskutečněno 5 rozhovorů, některé formou osobního setkání, ostatní elektronicky. Bylo vytipováno 5 zdravotnických záchranářů, kteří se s překotným porodem v terénu setkali.

Výzkum byl realizován v období od druhé poloviny dubna do začátku května 2019. Získaná data byla analyzována a zpracována do tabulek, které se nacházejí níže.

4.2.1 Vzorek respondentů

Stanice ZZS ve Zlíně byla zvolena kvůli dobré dostupnosti a předchozímu seznámení se s ní. Četnost zdravotnických záchranářů s tímto zvoleným tématem byla nižší, ale i přesto se dalo výzkum realizovat. Totožnost respondentů je anonymní.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Položka 1: Pracovní zkušenosti zdravotnických záchranářů.

Jak dlouho pracujete na ZZS Zlín? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3

Pracovní zkušenosti zdravotnických záchranářů.	
R1	<i>No teď na podzim to budou čtyři roky. Po škole jsem nastoupil na ARO a potom po dvou letech sem na záchranku. Mám vošku. Dlouho jsem přemýšlel ještě nad bakalářským studiem, ale potom jsem si to rozmyslel.</i>
R2	<i>Letos to bude 10 let. Vysokoškolské.</i>
R3	<i>Už to bude 5 let. Skončil jsem vyšší odbornou školou.</i>
R4	<i>Tady ve Zlíně pracuji asi 3 roky, předtím jsem pracovala v Uherském Hradišti přes 7 roků. Mám vyšší odbornou školu.</i>
R5	<i>Už to bude 8 roků, co zde pracuji. Mám vysokoškolské bakalářské studium.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

U této položky respondenti odpovídali na otázku, která se týkala délky jejich pracovního poměru na ZZS ve Zlíně a jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Všichni tázaní respondenti jsou zaměstnaní na ZZS Zlín déle než 3 roky. Nejdélší pracovní poměr na ZZS ve Zlíně má respondent č. 2, a to 10 let. Respondent č. 4 uvádí, že pracoval i v Uherském Hradišti, a to po dobu déle než 7 let. Citují: „*Tady ve Zlíně pracuji asi 3 roky, předtím jsem pracovala v Uherském Hradišti přes 7 roků.*“ Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání většina respondentů odpovídala, že mají vyšší odbornou školu. Dva z respondentů mají vzdělání vysokoškolské, a to respondent č. 2 a respondent č. 5.

Položka 2: Zkušenost s porodem mimo zdravotnické zařízení.

Setkal/a jste se s porodem mimo nemocniční zařízení, případně kolikrát? Na jakém místě k porodu došlo?

Tabulka 4

Zkušenost s porodem mimo zdravotnické zařízení.	
R1	<p><i>Jo, setkal, takto doma nečekaně se moc nerodí, a když se nám to stane, tak to stiháme do porodnice, takže hodně vezeme ty ženy už přímo na porodní sál. Ony jsou to většinou ženy, co rodí třeba podruhé, nebo víckrát, že nečekají, že se to rozjede tak rychle. To je většina případů, že se snažíme fakt na ten sál a tam porodí. Ale v sanitce jsme měli porod, to bylo hned ze začátku, jak jsem nastoupil, tak jsem z toho byl docela nervózní. Bylo to takto jen jednou, naštěstí.</i></p> <p><i>No v té sanitce.</i></p>
R2	<p><i>Ano, setkal víckrát, ale vždy se to stihlo do porodnice. Porodit v terénu se mi zadařilo 2×.</i></p> <p><i>V obou případech se jednalo o porod doma.</i></p>
R3	<p><i>Ano, ale naštěstí jenom jednou. Z těchto situací mám strach.</i></p> <p><i>V sanitním voze před porodnicí.</i></p>
R4	<p><i>Ano, setkala jsem se. Většina případů byla, že jsme jen ženu odvezli do porodnice. Jednou, když jsme mysleli, že budem muset родit v sanitce, jsme to stihli na porodní sál, takže k porodu v sanitce nedošlo. Potom jsem měla i to štěstí na porod doma. Porod byl neplánovaný. Byla to paní tuším, že třetirodička. Velice rychlý porod. Rodil lékař, my záchranáři jsme asistovali.</i></p> <p><i>Rodili jsme doma u paní.</i></p>
R5	<p><i>Setkal jsem 2×. Jeden případ byl takový, že paní porodila sama a my dojeli a dítě už měla paní v náručí. Druhý případ, to jsme rodili v sanitce. Rozhodli jsme se k rychlému transportu do porodnice, ale porod tak hrozně rychle postupoval, že jsme museli odrodit v sanitce. Oba případy pro mě byly dobrou zkušeností.</i></p> <p><i>Porod probíhal v sanitním voze.</i></p>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Respondentům byla položena otázka, zda se setkali s porodem mimo zdravotnické zařízení a případně kolikrát. Všichni respondenti odpověděli, že se s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali a v počtu kolikrát se jejich odpovědi lišily. Respondent č. 1 a respondent č. 3 se s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali pouze jednou. Respondent č. 1 uvedl, že při neplánovaných porodech mimo zdravotnické zařízení se jedná většinou o ženy vícerodíčky, jež nečekají, že se jejich porod rychle rozběhne, a také uvedl, že při svém prvním porodu v terénu byl nervózní. Respondent č. 3 uvedl také odpověď, že z těchto situací má strach a respekt. Naopak respondent č. 5 uvedl, že to pro něj byla zajímavá zkušenost. Cituji: *„Setkal jsem se 2×. Jeden případ byl takový, že paní porodila sama a my dojeli a dítě už měla paní v náručí. Druhý případ, to jsme rodili v sanitce. Rozhodli jsme k rychlému transportu do porodnice, ale porod tak hrozně rychle postupoval, že jsme museli odrodit v sanitce. Oba případy pro mě byly zajímavou zkušeností.“*

Další otázka zjišťovala místo neplánovaného porodu. Respondenti č. 1, 3 a 5 u porodu zasahovali v sanitním voze, kdežto respondenti č. 2 a 4 se setkali s porodem doma.

Položka 3: Zhodnocení komplikací a stavu dítěte po porodu.

Objevily se při porodu nějaké komplikace ze strany dítěte, případně jak se řešily? Jaký byl stav dítěte po porodu?

Tabulka 5

Zhodnocení komplikací a stavu dítěte po porodu.	
R1	<p><i>To byla paní, co rodila potřetí no. Jako dítě bylo v pořádku, byl jen problém, že to bylo v zimě a v autě moc teplo nebylo, tak jsme se báli, že se podchladí, ale jinak dítě dýchalo normálně i reagovalo. Takže v pořádku. Po převozu do porodnice říkal pediatr, že je v pořádku.</i></p> <p><i>Jak říkám, dítě bylo naštěstí v pořádku. Jen jsme se báli té tepelné ztráty. Ono my jsme rodili normálně v té sanitce na lehátku, takže žádné poranění nebo tak nebylo. Po příjezdu bylo dítě a paní předána do péče personálu porodního sálu a pediatr zhodnotil, že je dítě v pořádku.</i></p>
R2	<p><i>Tak první porod byl hodně rychlý, paní byla zkušená rodička. Vše bez komplikací. Spíš bych měl mluvit o tom druhém porodu. Ten druhý případ, to bylo myslím tak, že se dítě rodilo ve 37. t. g. – takže takový lehký nedonošenec cca myslím 2 kg, a bylo to v zimě, takže problém s termoregulací, hned jsme osušili a zabalili. Použili jsme termofólii.</i></p> <p><i>Dítě bylo kardiopulmonálně stabilní, srdeční akce byla pravidelná, dechová frekvence taktéž, jen TT kolem 36,4 °C.</i></p>
R3	<p><i>Naštěstí byl novorozenec v dobré kondici, takže žádný velký zásah jsme neprováděli, ale nervózní jsme byli, abychom něco nezanedbali.</i></p> <p><i>Dítě bylo ve velmi dobré kondici. Ihned po porodu jsme se ho snažili dobře osušit a zabalit a dát matce, aby bylo v tepelném komfortu a už před porodnicí čekal celý tým, takže neonatolog s dětskou sestrou a porodní asistentka s lékařem.</i></p>
R4	<p><i>Dítě se narodilo lehce promodralé a dechová aktivita ze začátku slabá. Docela nás to vyděsilo. Prodýchali jsme ho. Poté bylo dítě už lepší, ale těšili jsme se, až budeme v porodnici a předáme dítě a matku do odborné péče.</i></p> <p><i>Jak už jsem říkala, ta dechová aktivita ze začátku nepravidelná. Jinak teplotně bylo dítě stabilní. Tohle všechno kontroloval lékař.</i></p>
R5	<p><i>Při tom prvním případě, jak jsme přijeli, a paní byla po porodu, tak bylo vše v pořádku. Jen jsme dítě víc zabalili, aby neprochladlo. Ten druhý porod proběhl velmi rychle. Všimli jsme si v těhotenské průkazce, že je matka GBS pozitivní. Dítě bylo lehce cyanotické. Raději jsme prodýchli, potom se zdálo dítě lepší. Po příjezdu k porodnici si ihned dítě přebírali lékaři, takže další informace o dítěti</i></p>

	<p><i>nevím.</i></p> <p><i>Barva dítěte trochu namodralá. Asi lehká hypoxie, ale po tom, jak jsme prodýchli, tak se jevílo vše v pořádku. Už si to taky moc nepamatuju, je to delší doba.</i></p>
--	---

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

V této položce bylo cílem zjistit, zda se vyskytly u porodu komplikace ze strany dítěte a jak se případně řešily. Většina respondentů odpovídala, že dítě nejevilo známky žádných větších patologických stavů, ale respondentka č. 4 řekla: *„Dítě se narodilo lehce promodralé a dechová aktivita ze začátku slabá. Docela nás to vyděsilo. Prodýchali jsme ho. Poté bylo dítě už lepší, ale těšili jsme se, až budem v porodnici a předáme dítě a matku do odborné péče.“* Podobnou odpověď měl i respondent č. 5, který uvedl: *„Dítě bylo lehce cyanotické. Raději jsme prodýchli, potom se zdálo dítě lepší. Po příjezdu k porodnici si ihned dítě přebírali lékaři, takže další informace o dítěti nevím.“* Respondenti č. 1 a 2 ve svých odpovědích uvádějí strach z tepelné ztráty novorozence. Oba případy jsou obdobné. U respondenta č. 1 byla odpověď následovná: *„Jako dítě bylo v pořádku, byl jen problém, že to bylo v zimě a v autě moc teplo nebylo, tak jsme se báli, že se podchladí, ale jinak dítě dýchalo normálně i reagovalo. Takže v pořádku. Po převozu do porodnice říkal pediatr, že je v pořádku“* Respondent č. 2 popisuje situaci takto: *„Dítě se rodilo ve 37. t. g – takže takový lehký nedonošenec, cca myslím 2 kg a bylo to v zimě, takže problém s termoregulací, hned jsme osušili a zabalili. Použili jsme termofólii.“*

Další otázka v této se ptala na stav dítěte po porodu. Dva respondenti uvedli, že měli strach z tepelné ztráty novorozence, ale jinak bylo o dítě dostatečně postaráno. Respondent č. 2 ve své odpovědi řekl: *„Dítě bylo kardiopulmonálně stabilní, jen TT kolem 36,4 °C.“* Respondenti č. 3 a 4 tvrdili, že po vybavení z porodních cest bylo dítě mírně hypoxické, ale po prodýchnutí se jevílo ve stabilizovaném stavu.

Tyto otázky jsou odpovědí na první cíl bakalářské práce, a to na zjištění četnosti výskytu komplikací u novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Čtyři z pěti odpovědí respondentů udávají výskyt komplikací u novorozence po porodu. Nejvíce jde o ztráty termoregulace a porodní asfyxie.

Položka 4: Péče o novorozence po porodu.

Byl/a jste si jistý v péči o novorozence bezprostředně po porodu?

Tabulka 6

Péče o novorozence po porodu.	
R1	<i>No, stalo se mi zatím jen jednou, že jsem byl u porodu takhle v terénu. A v péči o novorozence si nejsem moc jistý, ale míváme školení na porody.</i>
R2	<i>Určitě nedostatky mám. Ale zas, že bych nevěděl, co dělat, to říct nemůžu.</i>
R3	<i>Skoro vůbec. S porody přímo odvedenými v terénu se nesečkáváme často. Mám z toho docela strach. Kdyby se objevily větší komplikace, tak úplně nevím, jak pohotově bych reagoval. Ale vždycky by s námi při těch výjezdech měl být doktor.</i>
R4	<i>Já si docela jsem jistá. Na pravidelná školení chodím a docela si tady v tom věřím, ale stejně jsem vždycky klidnější, když vše předáme odborníkům. Něco jiného by potom bylo, kdyby se při porodu děly závažnější komplikace.</i>
R5	<i>Tohle asi nedokážu úplně zhodnotit. O dítě se většinou po porodu stará lékař. Ale jistý si v tomhle nejsem, přece jenom je to situace, která se děje málo, že se nám zadaří porodit mimo nemocnici.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Odpovědi většiny respondentů uvádějí, že si v péči o novorozence bezprostředně po porodu nejsou jistí, protože se do situací spojených s porodem nedostanou, tak často. Dokonce respondent č. 3 uvedl, že si v péči o novorozence není jistý skoro vůbec a má strach. Dále uvádí: „*Kdyby se objevily větší komplikace, tak úplně nevím, jak pohotově bych reagoval. Ale vždycky by s námi při těch výjezdech měl být doktor.*“ Pro rozšíření vzdělání se podle respondenta č. 1 a 4 konají pravidelná školení. Odpověď respondenta č. 1 zněla: „*V péči o novorozence si nejsem moc jistý, ale míváme školení na porody.*“ Respondentka č. 4 doslova řekla: „*Já si docela jsem jistá. Na pravidelná školení chodím a docela si tady v tom věřím, ale stejně jsem vždycky klidnější, když vše předáme odborníkům. Něco jiného by potom bylo, kdyby se při porodu děly závažnější komplikace.*“

Položka 5: Další postup přednemocniční péče.

Jaký byl váš další postup po samotném porodu dítěte, následoval porod placenty, nebo okamžitý transport dítěte a matky do zdravotnického zařízení?

Tabulka 7

Další postup přednemocniční péče.	
R1	<i>Porodili jsme miminko a pak na placentu jsme vyloženě nečekali a hned jeli do porodnice. Nechali jsme dítě na pupeční šňůře. Ale paní byla už zkušená rodička. To byl myslím její třetí porod, ale tím si nejsem už úplně jistej.</i>
R2	<i>Tak po osušení a zabalení jsme hned rodili placentu. Začala se rychle odlučovat, takže jsme ji porodili, dali do sáčku a vzali ji s sebou do porodnice. Všechno bylo bez obtíží. U matky byla krevní ztráta, řekl bych, tak přiměřená. Nedomůžu teď zpětně asi zhodnotit. No a už jsme byli spojení tady s Baťovkou a po příjezdu jsme hned předali matku týmu porodníků a neonatologům.</i>
R3	<i>Novorozenci jsme dali základní péči, kterou můžeme v sanitce zajistit. Došlo i k podvazu pupečníku. No a porod placenty jsme už nechali až na převoz na porodní sál. Žena nijak závažně nekrvácela, takže nám to nepřišlo jako věc, na kterou bysme měli spěchat.</i>
R4	<i>No, po porodu dítěte jsme pupečník přerušili. Placenta šla asi 10 minut po dítěti. Potom jsme už hned vyrazili do porodnice. Placentu jsme samozřejmě brali s sebou.</i>
R5	<i>V tom prvním případě jsme dítě z pupečníku odpojili, byl už zkolabovaný a paní cítila, že ji placenta už tlačí v pochvě, tak jsme porodili i tu placentu. A v druhém případě jsme nechali porod placenty až na porodnici.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Tato položka se zabývala dalším postupem záchranné služby v přednemocniční péči. Otázka zjišťovala, jaký postup byl zvolen po porodu, jestli se čekalo do porodu placenty, nebo byl zahájen okamžitý transport dítěte a matky do zdravotnického zařízení. Respondent č. 1 a 3 hovořili o tom, že porod placenty nechali až na převoz na porodní sál. Respondent č. 1 přímo uvedl: „Porodili jsme miminko a pak na placentu jsme vyloženě nečekali a hned jeli do porodnice. Nechali jsme dítě na pupeční šňůře. Ale paní byla už zkušená rodička. To byl tuším její třetí porod, ale tím si nejsem už úplně jistej.“ Dále respondent č. 3 řekl: „Novorozenci jsme dali základní péči, kterou můžeme v sanitce zajistit. Došlo i k podvazu pupeč-

níku. No a porod placenty jsme už nechali až na převoz na porodní sál. Žena nijak závratně nekrvácela, takže nám to přišlo jako věc, na kterou bysme měli spěchat.“ Naopak respondenti č. 2, 4 a 5 porodili v terénu i placentu z důvodu rychlého odlučování, kterou následně zabalili a vzali s sebou ke kontrole do zdravotnického zařízení. Odpovědi respondentů poukazují na to, že je vždy nutno se řídit aktuálním stavem matky a dítěte a v jaké fyzické kondici jsou, zda bylo rozhodnutí čistě jen na nich nebo byli ovlivněni zdravotním stavem dítěte nebo matky.

Položka 6: Zhodnocení porodu.

Byla potřeba nějakého většího zásahu (jakého) do porodu, nebo porod šel hladce?

Tabulka 8

Zhodnocení porodu.	
R1	<i>No, jak říkám, jako to byla paní třetirodička, takže spíš nám šlo o to ji dostat do porodnice, aby neporodila nám takto a vlastně to šlo až moc hladce jako no. Dítě nebylo až tak moc velké, ale trochu hůř šly ven ramínka, ale nakonec to dobře dopadlo. Já si takto přesně nepamatuju, jestli někdo tlačil třeba na břicho na děložní fundus, že by to nešlo, pro mě to byla hodně neobvyklá situace. Před tím jsem viděl porod jen, když jsme šli párkrát na praxi no ještě na vošce.</i>
R2	<i>Oba porody byly překotné, bylo to velmi rychlé.</i>
R3	<i>Porod byl překotný a velice rychlý. Nijak jsme nezasahovali.</i>
R4	<i>Rodil lékař. Nijak zvlášť nezasahoval. Pouze jsme vzali porodní balík, co máme v sanitce. Na pár zatlačení bylo dítě na světě.</i>
R5	<i>Už moc nevím, v té chvíli jsme jen popadli porodní balíček, rychle otevřeli a hlavička už byla skoro venku. Akorát dítě bylo nějak špatně dorotované, byl problém s horním ramínkem, ale kolega zatlačil na břicho matce a podařilo se dítě v krátkém čase vybavit. Ale jednu chvíli jsme teda měli všichni strach.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Položka 6 obsahuje zhodnocení průběhu porodu zdravotnickými záchranáři. Více jak polovina dotázaných respondentů odpovídala, že do porodu nijak nezasahovali. Respondenti č. 2, 3 a 4 uvádějí, že porody byly překotné, rychlé bez jakéhokoliv zásahu. V případě respondenta č. 4 rodil dítě lékař. Respondent odpověděl, cituji: „Rodil lékař. Nijak zvlášť nezasahoval. Pouze jsme vzali porodní balík, co máme v sanitce. Na pár zatlačení bylo dítě na světě.“ V případě respondentů č. 1 a 5 se vyskytly komplikace při porodu ramének plodu. Ti to popisují následovně. Respondent č. 1 uvedl: „Dítě nebylo až tak moc velké, ale trochu hůř šly ven ramínka, ale nakonec to dobře dopadlo. Já si takto přesně nepamatuju, jestli někdo tlačil na břicho na děložní fundus, že by to nešlo, pro mě to byla hodně neobvyklá situace. Předtím jsem porod viděl, jen když jsme šli párkrát na praxi, no ještě na vošce.“ Respondent č. 5 řekl: „Akorát dítě bylo nějak špatně dorotované, byl problém

s horním raménkem, ale kolega zatlačil na břicho matce a podařilo se v krátkém čase dítě vybavit. Ale jednu chvíli, jsme teda měli všichni strach.“

Položka 7: Zhodnocení použitých pomůcek u porodu a vybavenosti sanitních vozů k porodům v terénu.

Jaké vybavení jste při porodu použil/a a je tohle standardní vybavení sanitních vozů dostačující pro porody v terénu?

Tabulka 9

Zhodnocení použitých pomůcek u porodu a vybavenost sanitních vozů k porodům v terénu.	
R1	<i>Tak použili jsme ten porodnický balíček. A potom termofólii na dítě. Vystačili jsme si.</i>
R2	<i>Vzali jsme si k porodu porodní balíček, kterej máme standardně v sanitkách, takže nějaký pleny, nůžky na přestřihnutí pupečnicku a tkanička na podvaz. Myslím, že to stačí.</i>
R3	<i>Použili jsme něco na to zasvorkování pupečnicku. Takže nějaká ta tkanice nebo svorka, která by měla být součástí každého toho porodnického balíku, kterej máme v sanitce. Potom jsme novorozence osušili, zabalili do plen a do matčina oblečení a ona si ho sama přidržovala. Jako vybavení asi dostačující je, ale pokud by byl porod nějaký komplikovaný, tak nedokážu říci, co navíc by bylo potřeba. Ale tak na ty komplikovaný porody mimo porodnici dojde asi velmi zřídka, což je samozřejmě dobře.</i>
R4	<i>Běželi jsme k porodu s porodnickým balíkem, který máme v sanitním vozu. Vše potřebné jsme v něm našli. K zabalení dítěte se potom dá použít jakékoliv oblečení. Je to o improvizaci.</i>
R5	<i>Když jsme rodili v té sanitce, použili jsme porodnický balíček. S tím, co se v balíčku nachází, jsem byl spokojen. Akorát jsem postrádal víc plen na zakrytí dítěte.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Odpovědi respondentů uvádějí spokojenost s vybavením sanitních vozů k porodu a poukazují na pomůcky, které byly u porodu využity. Téměř u všech respondentů se ukázala spokojenost s porodním balíčkem, standardním vybavením pro porod v terénu. Respondent č. uvedl, že u porodu využili navíc i termofólii pro dítě. K malé nespokojenosti došlo u respondenta č. 5. Ten uvedl: „S tím, co se v balíčku nachází, jsem byl spokojen. Akorát jsem postrádal víc plen na zakrytí dítěte.“

Položka 8: Zhodnocení a zpětný pohled na osobní vědomosti a zkušenosti s porody v terénu.

Stačilo Vám Vaše vzdělání a zkušenosti pro porod v terénu? Jak byste zpětně zhodnotil/a Vaše odvedené porody mimo nemocniční zařízení, jaké pocity jste cítil/a u porodu v terénu?

Tabulka 10

Zhodnocení a zpětný pohled na osobní vědomosti a zkušenosti s porody v terénu.	
R1	<p><i>No, nestačilo si myslím. Ale byli jsme na to tři, kdybych na to měl být sám, tak mám co dělat. Hlavně rodil doktor.</i></p> <p><i>Můžu zhodnotit jenom ten jeden a jako určitě v tomhle mám nedostatky.</i></p>
R2	<p><i>Zkušenosti nemám, když jde o těhotnou nebo přímo už o rodící ženu, mám velké respekt a strach. Zkušenosti velké nemám, děje se to fakt výjimečně. Asi tak, že to bylo tak strašně rychlý, že v té chvíli nehraju vyloženě na nějaký postupy, ale jednám selským rozumem, jak je to správně. Vždycky je nás tam víc, takže jde všechno líp.</i></p> <p><i>Zkušenosti jsou fakt malé, hodně neobvyklé situace. A pocity dost zmatený a všelijaký...</i></p>
R3	<p><i>Zkušenosti jsem neměl žádné. Naštěstí porod proběhl před porodnicí. Ihned byli k dispozici týmy porodnický a novorozenecký, za což jsem byl rád.</i></p> <p><i>Tak určitě velký strach a nejistota v práci. Naštěstí jsem takhle porod zažil jen jeden.</i></p>
R4	<p><i>Já bych řekla, že aji stačily. Máme každoročně různá školení a někdy mezi nimi je zahrnuto i školení na porody. Takhle výjezdů k porodům se nebojím. Rodí takhle spíš doktor, ale kdybych se měla postavit k porodu já, myslím, že to zvládnou.</i></p> <p><i>Zhodnotila bych to jako zajímavou zkušenost a nevšední záležitost. A pocity dobré.</i></p>
R5	<p><i>Pořád se máme, co učit, ale myslím, že to všechno proběhlo tak, jak má. Porod si teoreticky pamatuju ještě ze školy a praktickému nácviku máme každoroční školení.</i></p> <p><i>Já byl vždy spokojený se svým výkonem. Pocity všelijaké, ale ne špatné.</i></p>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Položka 8 měla za cíl zhodnocení a zpětný pohled na osobní vědomosti a zkušenosti s porody v terénu u tázaných zdravotnických záchranářů. Většina respondentů zaujala vůči sobě kritický postoj a zhodnotila svoje vědomosti z vedení porodu jako nedostačující. Tři respondenti odpověděli, že s porodem mimo zdravotnické zařízení nemají téměř žádné zkušenosti. Respondenti č. 1 a 3 uvedli, že bez celého týmu by sami s porodem v terénu měli co dělat. Odpověď respondenta č. 3 cituji: *„Zkušenosti jsem neměl žádné. Naštěstí porod proběhl před porodnicí. Ihned byli k dispozici tým neonatologický a porodnický, za což jsem byl rád.“* Respondent č. 2 odpověděl skoro totožně, řekl: *„Zkušenosti nemám, když jde o těhotnou nebo přímo už rodící ženu, mám velkej respekt a strach. Vždycky je nás tam víc, tak jde všechno líp.“* Naopak respondenti č. 4 a 5 mají na své vědomosti z této oblasti pohled jiný. Odpověď respondentky č. 4 cituji: *„Já bych řekla, že aji stačily. Máme každoročně různá školení a někdy mezi nimi je i zahrnuto školení na porody. Takhle výjezdů k porodům se nebojím. Takhle rodí spíš doktor, ale kdybych se měla k porodu postavit já, myslím, že to zvládnou.“* Respondent č. 5 doslova řekl: *„Pořád se máme co učit, ale myslím, že to všechno proběhlo, tak jak má. Porod si teoreticky pamatuju ještě ze školy a praktickému nácviku máme každoroční školení.“*

Respondenti č. 1, 2 a 3 hodnotili své odvedené porody a pocity vzhledem ke svým dosavadním zkušenostem spíše negativně. Respondent č. 4 posuzuje přítomnost u porodů jako zajímavou zkušenost. Respondent č. 5 se za své výkony u porodu hodnotí kladně.

Tyto otázky jsou odpovědí na druhý cíl práce, a to na zjištění připravenosti zdravotnických záchranářů na porod mimo zdravotnické zařízení. Většina respondentů se dle výzkumného šetření s porody tolikrát nesešla, aby si v této oblasti mohla být jistá. Považují to za nevhodnou záležitost.

Položka 9: Postoj zdravotnických záchranářů k rozšiřujícímu vzdělávání z oblasti porodnictví.

Uvítal/a byste nějaké rozšiřující vzdělávání v této oblasti?

Tabulka 11

Postoj zdravotnických záchranářů k rozšiřujícímu vzdělání z oblasti porodnictví.	
R1	<i>Každým rokem probíhá školení a nácvik porodu na figuríně. A jestli něco i víc rozšiřujícího...jako špatné by to nebylo, aji bych něco takového uvítal, ale jak se to moc často neděje, tak myslím, že kolegové by to třeba víc nechtěli řešit.</i>
R2	<i>Určitě, klidně i nějaká stáž na porodním sále, přednáška...</i>
R3	<i>Určitě, nějaký kurz nebo tak.</i>
R4	<i>Za mě osobně stačí ty nácviky, co máme docela často, tuším jednou ročně zaměřené na porody. Spíš bych uvítala nácvik na porod koncem pánevním. To by bylo hodně zajímavé si myslím.</i>
R5	<i>Když by se něco takového objevilo, tak proč ne. Workshop, kurz...</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Respondenti v této položce odpovídali na otázku případného dalšího rozšiřujícího vzdělání v oblasti porodnictví. Všichni odpověděli kladně. Respondent č. 4 měl zajímavou připomínku k nácviku porodu. Cituji: „*Spíš bych uvítala nácvik na porod koncem pánevním. To by bylo hodně zajímavé si myslím.*“ Ostatní reagovali návrhem stáže, kurzu či workshopu.

6 DISKUZE

6.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Tématu spojenému s porody mimo zdravotnické zařízení se věnovalo už několik výzkumných prací. Většina z nich byla prováděna kvantitativní formou výzkumu. Pro zpracování této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativní. Tato metoda, umožnila formou polostrukturovaných rozhovorů získat od respondentů odpovědi, při kterých bylo možno zhodnotit kladené cíle práce. Rozhovor tvořilo 13 otázek.

První a druhá výzkumná otázka se věnovala pracovním zkušenostem zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS. Přesněji, jak dlouho pracují na ZZS Zlín a jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Dalším výzkumným tématem bylo jaké mají zkušenosti s porodem mimo zdravotnické zařízení, kolikrát a kde se s nimi setkali. Tomu se věnovala třetí a čtvrtá výzkumná otázka. Dále bylo zjišťováno pomocí páté a šesté otázky zhodnocení komplikací u porodu a jejich případné řešení.

Dalšími výzkumnými tématy otázky sedmé a osmé otázky bylo zjištění zkušeností s péčí o novorozence po porodu a další postup zdravotnických záchranářů v PNP. Otázka devět se věnovala zhodnocení porodu zdravotnickým záchranářem a to přesněji jakým způsobem porod probíhal a jestli byla potřeba většího zásahu. Tématem desáté otázky bylo zhodnocení použitých pomůcek u porodu. Umožnilo zdravotnickým záchranářům vyjádřit se k vybavení sanitních vozů k porodu.

Prostřednictvím jedenácté a dvanácté výzkumné otázky byl umožněn zpětný pohled na odvedené porody a pocity záchranářů při porodu. Poslední otázka se zabývala doporučením pro další vzdělávání v oblasti porodu a prostřednictvím jakých metod by bylo vzdělávání nejzajímavější.

Pavčina Jakoubková (2018) ve své bakalářské práci na téma „*Vedení porodu v terénu*“ se prostřednictvím kvantitativního výzkumu zabývá jaká je úroveň teoretických znalostí z oblasti vedení porodu v terénu u NLZP pracujících na ZZS. Výsledek výzkumu ukázal, že se správné odpovědi pohybovaly kolem 80%, tudíž respondenti mají dobré teoretické znalosti. Cíl předkládané práce je, zjištění připravenosti zdravotnických záchranářů na porody mimo zdravotnické zařízení. Výsledkem je, že zdravotničtí záchranáři nejsou dostatečně připraveni na porod mimo zdravotnické zařízení z důvodu toho, že se do situace spo-

jené s porody v terénu nedostanou tak často. Výsledky se od sebe liší. Autorka Jakoubková (2018) zkoumala prostřednictvím dotazníku teoretické znalosti NLZP pracujících na ZZS a tato práce se s pomocí výzkumných otázek č. 11 a 12 zabývá připraveností zdravotnických záchranářů na porod mimo zdravotnické zařízení. Z tohoto výsledku lze vyvodit doporučení pro praxi. Dále se práce zajímala o obecný výskyt komplikací při porodu. Autorka Pavlína Jakoubková (2018) uvádí z výsledku výzkumného šetření, že se dotazovaní respondenti setkali s komplikacemi při porodu v 8%. Nejčastěji resuscitační péče, porod koncem pánevním a poporodní krvácení. Tato předložená práce je rozdílná v tom, že měla za cíl zjistit četnost výskytu komplikací pouze u novorozence. V šesté výzkumné otázce čtyři z pěti respondentů odpověděli, že se s komplikacemi setkal. Nejčastěji s problémy termoregulace u novorozence a zhoršenou poporodní adaptací. Respondenti, ale uvedli, že se pečlivě starali o dodržování tepelných ztrát novorozence. Výsledky výzkumného šetření se tedy liší v kladených cílech. Výzkumná otázka Pavlíny Jakoubkové (2018) jestli se respondenti setkali více s překotnými, či plánovanými porody ukázala, že v 60% byly porody uzavřeny jako překotné. Odlišnost výsledků práce Jakoubkové (2018) a této je, že byli osloveni jen ti respondenti, kteří se setkali s překotnými porody. Domácí porody do práce nebyly zahrnuty.

Dominika Šašinka (2016) ve své bakalářské práci na téma „*Porody mimo zdravotnické zařízení*“ zkoumá zkušenosti zdravotnických záchranářů s porody mimo zdravotnické zařízení. Výsledek výzkumu v tomto případě ukázal, že se dotázaní respondenti s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali, četnost se poté u každého lišila. Tato předložená práce zkoumala připravenost zdravotnických záchranářů na porod mimo zdravotnické zařízení. Výsledek analýzy výzkumné otázky č. 11 a 12 v rozhovoru ukázal, že se dotazovaní respondenti s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali, ale že si jsou vědomi značné nejistoty při této situaci. Výsledek analýzy Šašinky (2016) ukázal pouze, zda se pracovníci ZZS s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali a kolikrát. Z výzkumných otázek č. 11 a 12 této práce vyšlo, že se respondenti s porodem mimo zdravotnické zařízení setkali a víc jak polovina uvedla, že se cítí nepřipraveně na tyto situace. Z tohoto výzkumu můžeme vyvodit i doporučení pro praxi. Dále se autor práce Dominik Šašinka (2016) zajímal na jakém místě k porodu může dojít. Uváděl, např. ve výtahu, na parkovišti před nemocnicí. Výsledek analýzy této předložené práce je takový, že respondenti se s porodem setkali na dvou místech a to v sanitním voze nebo doma u rodičky. Výsledky se liší. Autor práce Šašinka (2016) měl výzkum prováděn s více respondenty.

Otázka v práci Dominika Šašinky (2016), která se týkala deficitu v přípravě záchranářů na situace spojené s porodem mimo zdravotnické zařízení se všichni respondenti shodli na důležitosti každoročních školení. Tomuto výsledku se dopátrala i analýza otázky č. 13 – Uvítal/a by jste nějaké rozšiřující vzdělání v této oblasti? Všichni tázaní byli pro pravidelnost každoročních školení a i pro rozšiřující vzdělání v podobě stáže, kurzu. Výsledek Šašinky (2016) se shoduje s výsledky překládané práce.

Lenka Strnadová (2010) ve své bakalářské práci na téma „*Asistence záchranářů u porodu mimo zdravotnická zařízení*“ zabývá, zda mají zdravotničtí záchranáři dostatečné teoretické znalosti o vedení fyziologického porodu, poporodního ošetření rodičky a novorozence v podmínkách PNP. Výsledkem bylo, že dostačující teoretické znalosti má 56,1% tázaných respondentů. Dále se autorka Lenka Strnadová (2010) zabývá, zda jsou si zdravotničtí záchranáři jisti po praktické stránce vedení porodu, poporodního ošetření rodičky a novorozence v podmínkách PNP. Výsledky se lišily. V resuscitaci novorozence si bylo 89,5% respondentů jisto, naopak ve znalosti vedení porodu v terénu si bylo jisto 26,1%. Dalším výzkumným šetřením Lenky Strnadové (2010) bylo zjistit, zda by zdravotničtí záchranáři uvítali další vzdělávání v této oblasti a jaká forma dalšího vzdělávání by jim nejvíce vyhovovala. Výsledek této analýzy vztahující se k dalšímu vzdělávání zdravotnických záchranářů se shoduje s výsledkem této práce a to uvítání stáže na porodním sále, kurzu nebo semináře.

6.2 Doporučení pro praxi

Vzhledem k analýze výsledků praktické části této bakalářské práce lze vyvodit i doporučení pro praxi. Zdravotničtí záchranáři jsou kompetentní v provádění neodkladných výkonů v rámci probíhajícího porodu, proto je důležité, aby byli neustále vzděláváni ve svých teoretických i praktických dovednostech.

Z pohledu porodní asistence by bylo přínosné uspořádání semináře zaměřeného na nácvik vedení porodu a péče o novorozence bezprostředně po porodu. Dále by součástí semináře bylo seznámení se s případnými komplikacemi u porodu a jejich praktickým řešením.

Seminář by byl pod vedením gynekologa – porodníka, porodní asistentky, neonatologa a dětské sestry a určen by byl pro zdravotnické záchranáře, ale i lékaře pracující na ZZS.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem spojeným s porody mimo zdravotnické zařízení s ohledem na novorozence. Věnovala se pouze neplánovaným překotným porodům, ke kterým došlo mimo zdravotnické zařízení a u kterých zasahovali zdravotničtí záchranáři. V práci je popsán překotný porod a jeho vedení v terénu. Uvedeno je zde rozdělení novorozenců, jeho prvotní vyšetření po porodu a hlavní rizika, kterými novorozenec může být ohrožen při porodu mimo zdravotnické zařízení. V praktické části jsou zvoleny dva hlavní cíle, k jejichž dosažení bylo použito kvalitativního výzkumu.

Cíl 1: Zjistit četnost výskytu komplikací u novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení.

Výsledky výzkumu ukázaly, že dotazovaní respondenti se s komplikacemi u porodu setkali. Z odpovědí bylo jasné, že se nejvíce jedná o komplikace spojené s tepelnou ztrátou u novorozence. Všichni dotazovaní se ale snažili o pečlivé dodržování prevence tepelných ztrát. Uvedli také výskyt porodní asfyxie. Žádný z dotazovaných respondentů, ale nepřistupoval k resuscitaci novorozence.

Cíl splněn

Cíl 2: Zjistit připravenost zdravotnických záchranářů na porody mimo zdravotnické zařízení.

Z výzkumu vyplývá, že zdravotničtí záchranáři nejsou dostatečně připraveni na porody mimo zdravotnická zařízení. Odpovědi ukázaly, že se do situací spojenými s porody a péčí o novorozence nedostanou tak často, tudíž nemají možnost potřebné zkušenosti získat. Mezi reakcemi na pocity prožité při vedení porodu jsme se setkali se strachem a nejistotou. Jedná se pro ně o nevšední záležitost. Na otázku, zda by uvítali rozšiřující vzdělání z oblasti porodnictví, odpověděli všichni kladně.

Cíl splněn

Zpracování rozhovorů se zdravotnickými záchranáři bylo pro mě zajímavou zkušeností. Z porodní asistence jsem se na chvíli dostala k práci urgentní medicíny. Díky psaní této práce jsem si rozšířila obzory v oblasti překotných porodů a v postupu při péči o novorozence po porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CRISP, Stuart a Jo RAINBOW. *Emergencies in paediatrics and neonatology*, Oxford: Oxford University Press, 2013, Oxford medical publications. ISBN 978-0-19-960553-8.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLÍČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.

GOMELLA, Tricia Lacy. *Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2013. ISBN 978-0-07-176801-6.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:a35ce490-dcdc-11e8-a5a4-005056827e52>

HEGER. *Nová vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků 55/2011 Sb.* In: *Www.komorazachranaru.cz* [online]. Praha: Komora záchranářů, 2011 [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/nova-vyhlaska-o-cinnostech-zdravotnickych-pracovniku-55-2011-sb>

KLEMENTA, Bronislav, Olga KLEMENTOVÁ a Pavel MARCIÁN. *Resuscitace*. [Olomouc: Epava, 2014]. ISBN 978-80-86297-41-5.

LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

LEJSEK, Jan, Petr RŮŽIČKA a Jan BUREŠ. *První pomoc*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1845-6.

MARINO, Bradley S. a Katie S. FINE. *Blueprints pediatrics*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, c2013. ISBN 978-1-4511-1604-5.

MARYŠKOVÁ, Andrea. První pomoc při porodu mimo zdravotnické zařízení. Sestra (Praha), 2010, roč. 20, č. 7–8, s. 90. ISSN: 1210-0404.

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. Neonatologie. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:1da8f0a0-ee52-11e8-bc37-005056827e51>

STRAŇÁK, Zbyněk, Jana CHRÁSKOVÁ a Ludmila LAMPLOTOVÁ. Základy neonatologie pro porodní asistentky. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7414-727-2.

STRAŇÁK, Zbyněk. Resuscitace a post-resuscitační péče o novorozence pro lékaře i nelékařské profese. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-36-5.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

VAŇATKA, Tomáš a Jiří RŮŽIČKA. Urgentní medicína: Telefonicky asistovaný porod. České Budějovice: Mediprax, s. r. o, 2011, 2011(3), s 21–23. ISSN 1212- 1924

VLK, Radovan. Porod mimo zdravotnická zařízení. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 2015, roč. 25, č. 3, s. 29–34. ISSN: 1212-6152.

Internetové zdroje:

Algoritmy doporučených postupů 2010. In: [Www.resuscitace.cz](http://www.resuscitace.cz) [online]. Česká resuscitační rada, 2010 [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: http://www.resuscitace.cz/?page_id=47

Porodnický balíček. In: [Www.bexamed.cz](http://www.bexamed.cz) [online]. Magento Theme by Bexamed s.r.o. cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <https://www.bexamed.cz/porodnickyy-balicek-460600.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ZZS	Zdravotnická záchranná služba
TAP	Telefonicky asistovaný porod
GBS	Streptokok skupiny B
FR 1/1	Fyziologický roztok
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PNP	Přednemocniční péče

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	23
Tabulka 2	26
Tabulka 3	37
Tabulka 4	38
Tabulka 5	40
Tabulka 6	42
Tabulka 7	43
Tabulka 8	45
Tabulka 9	47
Tabulka 10	48
Tabulka 11	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Otázky do rozhovoru

PŘÍLOHA I: OTÁZKY DO ROZHOVORU

- 1) Jak dlouho pracujete na ZZS Zlín?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Setkal/a jste se s porodem mimo nemocniční zařízení, případně kolikrát?
- 4) Na jakém místě k porodu došlo?
- 5) Objevily se při porodu nějaké komplikace ze strany dítěte, případně jak se řešily?
- 6) Jaký byl stav dítěte po porodu?
- 7) Byl/a jste si jistý v péči o novorozence bezprostředně po porodu?
- 8) Jaký byl váš další postup po samotném porodu dítěte, zda následoval porod placenty, nebo okamžitý transport dítěte a matky do zdravotnického zařízení.
- 9) Byla potřeba nějakého většího zásahu (jakého) do porodu nebo porod šel hladce?
- 10) Jaké vybavení jste při porodu použil/a a je tohle standardní vybavení sanitek dostatečné pro porody v terénu?
- 11) Stačilo Vám vaše vzdělání a zkušenosti pro porod v terénu nebo porod probíhal za asistence porodníka na příjmu?
- 12) Jak byste zpětně hodnotil/a Vaše odvedené porody mimo nemocniční zařízení, jaké pocity jste cítil/a u porodu v terénu?
- 13) Uvítal/a byste nějaké rozšiřující vzdělávání v této oblasti?