



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Vedení porodu v přednemocniční péči

Management of childbirth in pre-hospital care

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Aneta Demlová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Jandová

Kladno 2022

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Demlová** Jméno: **Aneta** Osobní číslo: **491611**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Vedení porodu v přednemocniční péči

Název bakalářské práce anglicky:

Management of Childbirth in Pre-hospital Care

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude vedení porodu v přednemocniční neodkladné péči se zaměřením na zdravotnické záchranáře pozemních výjezdových skupin. V teoretické části bude popsán fyziologický porod a jeho fáze včetně ošetření novorozence po porodu. Následně bude uvedena metodika vedení porodu mimo zdravotnické zařízení včetně zhodnocení Apgar score a nejčastější komplikace, které mohou vzniknout. V praktické části bude student dotazníkovým šetřením u zdravotnických záchranářů zjišťovat jejich zkušenosti, teoretické znalosti a praktickou připravenost, znalost a využití dostupného vybavení pro vedení porodu a orientaci v projednávané problematice.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, Urgentní medicína v klinické praxi lékaře, ed. 2, Praha: Grada, 2018, 480 s., ISBN 978-80-271-0596-0
- [2] Hájek Zdeněk, Evžen Čech, Karel Maršál a kol., Porodnictví, ed. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2014, 538 s., ISBN 978-80-247-4529-9
- [3] SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ, Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví, ed. 2., přepracované a doplněné, Praha: Grada, 2017, 272 s., ISBN 978-80-271-0214-3
- [4] GALKOVÁ, Gabriela, Pavel BŮHM et al., Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019, Global Pediatric Health, ročník 9, 2007, 1-8 s., ISSN 2333-794X. DOI: 10.1177/2333794X211070916

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Eva Jandová

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2022**

Platnost zadání bakalářské práce: **22.09.2023**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Vedení porodu v přednemocniční péči vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 12.05.2022

.....
Aneta Demlová

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří především mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Evě Jandové, které bych chtěla tímto poděkovat za její ochotu, podporu, cenné rady a trpělivost při psaní práce. Dále bych ráda poděkovala Zdravotnické záchranné službě Moravskoslezského a Středočeského kraje za poskytnutí porodnických balíčků. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům, za jejich ochotu a čas, který obětovali k vyplnění dotazníku.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce řeší problematiku vedení porodu v přednemocniční péči zaměřenou na zdravotnické záchranáře pozemních výjezdových skupin. Cílem práce bylo zjistit jejich dosavadní zkušenosti s porody, úroveň a obsah vzdělávání záchranářů v projednávané problematice a znalost dostupného vybavení pro vedení porodu. Vyhodnocení probíhalo na základě anonymního dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Porod; přednemocniční péče; zdravotnický záchranář; novorozenec; porodnický balíček; vzdělávání

ABSTRACT

This bachelor's thesis addresses the issue of childbirth management in prehospital care focused on paramedics of ground field groups. The aim of the work was to find out their previous experience with childbirth, the level and content of rescue education in the issues discussed and the knowledge available for childbirth management. The evaluation took place on the basis of an anonymous questionnaire survey.

Keywords

Birth; pre-hospital care; paramedic; newborn; maternity package; education

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Cíle práce.....	10
3	Přehled současného stavu.....	11
3.1	Porod	11
3.1.1	Mechanismus porodu.....	11
3.1.2	Uložení plodu v děloze na konci gravidity	12
3.1.3	Průběh porodu.....	14
3.2	Porodní komplikace	16
3.2.1	Krvácení.....	16
3.2.2	Předčasné odloučení lůžka	17
3.2.3	Vcestné lůžko	18
3.2.4	Preeklampsie a eklampsie.....	19
3.2.5	Dystokie ramének	20
3.2.6	Strangulace pupečnickem.....	20
3.2.7	Nepoddajná hráz.....	21
3.2.8	Embolie plodovou vodou	21
3.3	Ošetření novorozence po porodu.....	22
3.3.1	Apgar skóre.....	22
3.3.2	Kardiopulmonální resuscitace novorozence	23
3.4	Ošetření rodičky po porodu.....	26
3.5	Porod v přednemocniční péči.....	26
3.5.1	Kompetence zdravotnického záchranáře	26
3.5.2	Vyšetření rodičky	27

3.5.3	Indikace a kontraindikace transportu	29
3.5.4	Porod záhlavím.....	30
3.5.5	Předčasný porod.....	32
3.5.6	Porod koncem pánevním	32
3.5.7	Překotný porod.....	34
3.5.8	Vícečetné těhotenství	34
3.5.9	Vybavení pro vedení porodu	35
4	Metodika.....	39
5	Výsledky.....	41
6	Diskuze	61
7	Závěr	68
8	Seznam použitých zkratk.....	69
9	Seznam použité literatury	70
10	Seznam použitých obrázků	73
11	Seznam použitých grafů	74
12	Seznam použitých tabulek.....	75
13	Seznam příloh.....	76

1 ÚVOD

Porod je v životě ženy jeden z nejintenzivnějších zážitků. Je to velmi náročný fyzický i psychický proces, kterým žena prochází. S porodem se proto setkáváme zpravidla ve zdravotnických zařízeních, která jsou svým personálem i vybavením připravena na příchod nového života.

V přednemocniční péči je ale porod stále velkým zdrojem obav. Zdravotnický záchranář se na výjezdu obvykle setkává s jinými stavy, nicméně může nastat situace, která vyžaduje pomoc zdravotnické záchranné služby. V tomto případě je nutné, aby byli záchranáři připraveni zasáhnout a situaci adekvátně zvládnout.

Tato bakalářská práce se pokusí čtenářům přiblížit s jakými stavy spojených s problematikou porodu se může zdravotnický záchranář setkat a jak by měl v takových situacích postupovat.

Praktická část práce bude zkoumat znalosti a zkušenosti zdravotnických záchranářů, úroveň jejich vzdělávání v této problematice a povědomí o dostupném vybavení pro vedení porodu.

Toto téma jsem si zvolila proto, že porod nepatří mezi nejčastější výjezdy v přednemocniční péči a jeho postup je velmi specifický.

2 CÍLE PRÁCE

Cíl č. 1: Zjistit povědomí záchranářů o Apgar skóre.

Cíl č. 2: Zjistit počet záchranářů, kteří se účastnili vedení porodu v PNP.

Cíl č. 3: Zjistit, s jakými nejčastějšími komplikacemi při porodu v PNP se záchranáři setkali.

Cíl č. 4: Zjistit povědomí záchranářů o porodnickém balíčku a pomůckách v něm.

Cíl č. 5: Zjistit typ (druh) nejvyšší obavy záchranářů při výjezdu na porod a navrhnout řešení k jejich minimalizaci.

Cíl č. 6: Zjistit úroveň školení v problematice porodů v PNP.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že záchranáři znají Apgar skóre a používají jej.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že největší obavou záchranářů by mohla být resuscitace novorozence nebo porod koncem pánevním.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že úroveň a náplň školení je v problematice porodů v PNP nedostatečná.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Porod

Slovem porod, v latinském jazyce *partus*, se označuje každé těhotenství, které končí narozením novorozence s minimální porodní hmotností 500 g. Každý vypuzený plod, který vykazuje alespoň jednu známku života, mezi které patří například dýchání, srdeční činnost nebo pohyb kosterního svalstva, je považován za narození živého dítěte. Porodem jako takovým se rozumí také narození mrtvého dítěte, jehož známky života přítomny nejsou, ale jeho hmotnost převyšuje 500 g. V případě, že nelze hmotnost u novorozence určit, aby se mohlo slovo porod použít, musí být dokončený 22. týden těhotenství. Není-li možné určit ani délku těhotenství, tak se orientuje podle délky plodu. Plod dlouhý minimálně 25 cm se pak taktéž označuje jako porod. Každý vypuzený plod neprojevující žádnou známku života, s porodní hmotností pod 500 g nebo s délkou méně než 25 cm, je označován jako potrat (latinsky *abortus*). Porody se pak rozlišují na základě toho, v kolikátém týdnu k nim dochází. Jedná se o porod v termínu, který začíná v rozmezí 37. – 42. dokončeného týdne těhotenství. Pokud dojde v porodu do ukončení 37. týdne, jedná se o porod předčasný. Třetí možností je porod opožděný, který začíná po ukončeném 42. týdnu gravidity. (Hájek 2014; Slezáková, 2017)

Délka porodu je velmi individuální, ale obecně se dá říct že u prvorodiček trvá průměrně 6–12 hodin a u vícerodiček 3–9 hodin. (Binder, 2020; Slezáková, 2017)

3.1.1 Mechanismus porodu

Vstupní místo, kde plod vstupuje do porodních cest, se nazývá pánevní vchod. Plod je hnán kontrakcemi a jeho vedoucí část těla, hlavička nebo zadeček, vstupuje do nejhlubšího místa pánve – hlubiny pánevní. Matka pociťuje silnou bolest a má nutkání tlačit. Hlavička plodu provede flexi, aby mohla co nejmenším obvodem procházet porodními cestami. V hlubině pánevní dochází k vnitřní

rotaci plodu, aby poté mohlo dojít k prostupu v nejužším místě porodních cest – v úžině. Při prostupu úžinou je nutné, aby rodička společně s kontrakcemi tlačila. Jedná se o nejvíce kritické místo, odkud nelze slyšet srdeční ozvy plodu a pokud rodička nespolupracuje a netlačí, může dojít k jeho hypoxii. Po prostoupení úžinou plod pokračuje k pánevnímu východu, hlavička plodu provede deflexi a dál prochází a následně vychází z porodních cest. V tuto chvíli lze již prořezávající část těla novorozence mezi stydkými pysky vidět. Po porození hlavičky z pánevního východu dochází k její zevní rotaci, záhlaví směřuje ke stehnu matky. Pokud se rodí zadečkem napřed, záda plodu směřují k symfýze. Následně dochází, v případě porodu záhlavím, k porození ramének plodu. Raménka mají stejný průměr jako hlavička, a tak prostupují porodními cestami podobným mechanismem jako hlavička. Vedoucí raménko se pak stočí pod sponu pánevní, dojde k porození jedné třetiny raménka, které se zapře o okraj symfýzy a porodí se raménko druhé. Trup a nožičky typický mechanismus nevykonávají. Tímto se zpravidla rodí bez velkých obtíží. (Binder, 2020; Šeblová, 2018)

3.1.2 Uložení plodu v děloze na konci gravidity

Porodníci, pro potřebu porodnické diagnostiky, vytvořili názvosloví, které se používá ke stanovení vztahu jednotlivých částí těla plodu ke stěnám děložní dutiny a pánevnímu otvoru. Toto názvosloví zahrnuje polohu, postavení, naléhání a držení plodu. Tyto vztahy hrají důležitou roli, protože podle ní lze předpokládat průběh a případné komplikace při porodu. (Hájek, 2014; Roztočil, 2020)

Poloha plodu

Poloha plodu se během těhotenství neustále mění. Stabilizuje se až ve třetím trimestru gravidity tím, že se plod zvětší a dojde k úbytku plodové vody. Poloha se stanovuje na základě vztahu podélné osy plodu k podélné ose dělohy.

Rozlišuje se poté podélná poloha, kdy je osa plodu rovnoběžná s osou dělohy. Tato poloha se dále rozděluje na podélnou hlavičkou a podélnou zadečkem. Dalším typem je poloha příčná, při které je osa plodu kolmá k ose dělohy. Třetí polohou je šikmá, která je charakteristická tím, že svírá ostrý úhel při spojení osy plodu a osy dělohy. Šikmé polohy bývají však přechodné a mění se v jednu ze dvou výše uvedených. V 99,5% se na konci těhotenství vyskytují polohy podélné. (Hájek 2014; Roztočil, 2020)

Postavení plodu

Postavení plodu se určuje podle jeho polohy. U polohy podélné se určuje postavení podle pozice páteře plodu k děložní hraně, která může být buď pravá nebo levá. U poloh příčných se rozlišuje, zda hlavička naléhá na pravou nebo levou lopatu kyčelní kosti. Nejčastější postavení, které plod zaujímá, je levé podélné, nicméně se nejedná o pravidlo. (Hájek, 2014; Slezáková, 2017; Roztočil, 2020)

Naléhání plodu

Naléhání plodu znamená, která část těla plodu naléhá k pánevnímu vchodu. Nejčastěji to bývá hlavička, která by za fyziologických podmínek měla naléhat na rovinu pánevního vchodu. Naléhání plodu také určuje prognózu a průběh porodu (Hájek, 2014; Roztočil, 2020)

Držení plodu

Držení plodu znamená, jak jsou jednotlivé části těla plodu navzájem uloženy. V pravidelném držení jsou části těla v takové poloze, aby plod zaujímal co nejmenší prostor. Hlavička plodu je v mírné flexi, bradička je přitažena k hrudníku, páteř je prohnutá do oblouku a končetiny jsou zkřížené a ohnuté

ve všech kloubech. Pupečník se nachází volně mezi končetinami. (Hájek, 2014; Roztočil, 2020)

3.1.3 Průběh porodu

Vlastní fyziologický porod se rozděluje na tři porodní doby. První dobou porodní je otevírací, druhá porodní doba se nazývá vypuzovací a porodem plodových obalů a blan se rozumí třetí doba porodní. (Hájek, 2014)

Přípravné období

Na konci těhotenství dochází ke složité přípravě organismu těhotné ženy i plodu k porodu. Tato příprava se označuje jako přípravné období. Jedná se o různé biologické děje, které připravují dělohu na vypuzení plodu a jejichž výsledkem jsou děložní kontrakce, kterými je následně plod vypuzen. Zpočátku se objevuje nárůst činnosti dělohy, které jsou pro ženu nepříjemné a mohou být bolestivé. Jedná se o „předzvěstné“ stahy, známé také jako poslíčci. Tyto stahy mají různě dlouhé trvání a buď mohou ustát, nebo se změnit v pravidelné děložní kontrakce. Kontrakce vznikají v děložním fundu a odtud se šíří svalovinou dělohy. Zpočátku mají tyto kontrakce různou intenzitu a dobu trvání s tím, že s blížícím se porodem dochází k jejich zkracování a zvyšování intenzity. Pravidelné kontrakce značí, že žena vchází do první doby porodní. (Hájek, 2014; Slezáková, 2017, Šeblová, 2018)

První doba porodní

První doba porodní, nazývána jako doba otevírací, je nejdelším obdobím porodu. Je charakteristická otevřením porodních cest, které je způsobené děložní činností. Dochází k rozevírání a zkracování děložního hrdla a k odtoku plodové vody, po kterém by, v případě spontánního odtoku, měly přijít nejpozději do jedné hodiny první děložní kontrakce. Ty se zpočátku opakují po

deseti minutách. Poté se intervaly mezi jednotlivými kontrakcemi postupně zkracují a jejich intenzita narůstá. Délka otevírací doby bývá různá v závislosti na konkrétním porodu. U prvorodiček trvá zpravidla 7-12 hodin, u vícerodiček zhruba 4-8 hodin. První doba porodní končí úplným zánikem děložní branky. Tímto jsou porodní cesty připraveny pro vstup plodu. (Binder, 2020; Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

Druhá doba porodní

Obdobím od úplného otevření porodních cest a zániku děložní branky do vypuzení plodu je typická druhá doba porodní, též doba vypuzovací. Děložní kontrakce v této době dosahují nejvyšší intenzity a opakují se každé 2-3 minuty. Plod prochází tvrdými a měkkými porodními cestami k poševnímu vchodu a rodička v této fázi tlačí a pomáhá plodu projít zapojením břišního lisu. Dochází k postupnému prostupu hlavičky, ramének, trupu a zadečku plodu, až dojde k porození dítěte. Délka druhé doby porodní bývá většinou u prvorodičky 20-60 minut, u vícerodičky 10-30 minut a neměla by přesáhnout délku dvou hodin. Tato doba končí úplným porozením plodu. (Binder, 2020; Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

Třetí doba porodní

Třetí doba porodní je ohraničena porodem plodu a vyloučením placenty. Délka této fáze bývá přibližně 5-10 minut v případě aktivního vedení, kdy se aplikuje methylergometrin. Fyziologická doba vyloučení bez aplikace léku je až jedna hodina. Během této doby se zmenší děloha a objevují se slabé kontrakce, kterými je placenta odlučována od stěny dělohy. Po jejím odloučení jsou stále přítomné kontrakce a rodička pociťuje nucení tláčit, čímž dojde k vytlačení placenty včetně pupečníku a plodových obalů z porodních cest. Poté dochází k postupnému stahování dělohy. Po porodu se provede kontrola ucelenosti a stavu placenty a plodových obalů. (Binder, 2020; Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

Poporodní doba

Po porodu placenty nastává poporodní období, které trvá asi dvě hodiny. Během této doby dochází k úplnému stažení dělohy. V této době je rodička nejvíce ohrožena poporodním krvácením. Vzniká takzvaná „parciální mechanická hemostáza“, která stlačením poškozených cév zabraňuje tvorbě sraženin po porodu. Také se v tomto období kontrolují krevní ztráty, které by neměly u fyziologického porodu přesahovat 300 ml, neustále se kontroluje matka pro případné poporodní komplikace. (Binder, 2020; Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

3.2 Porodní komplikace

Porod je velmi náročný proces pro matku i dítě, který je ohrožen vznikem komplikací. Ty mohou nastat jak při začínajícím porodu, během samotného průběhu kterékoli porodní doby, tak i v poporodním období. Určité riziko vzniku komplikací je spojeno také se vzrůstající incidencí domácích porodů, se kterými se může posádka zdravotnické záchranné služby setkat, a také s prvotním ošetřením novorozence.

Vzhledem k široké škále různých komplikací spojených s porodem je zde uveden výčet jen některých, se kterými je možné se setkat jak v nemocničním prostředí, tak v přednemocniční péči. (Galková, 2020; Remeš 2013; Binder 2020)

3.2.1 Krvácení

Krvácení je nejvýznamnějším urgentním stavem v těhotenství, které má za následek ohrožení života jak matky, tak dítěte. Jeho příčiny mohou být různé. (Remeš, 2013; Binder, 2020)

Při porodu může být zdrojem krvácení ruptura dělohy, ke které dochází nejčastěji v místě jizvy po císařském řezu z předchozího porodu. Rizikovým faktorem pro vznik trhliny může být ale také již v minulosti prodělaná ruptura,

nebo například uměle vyvolaný porod. Ruptura dělohy se projevuje abdominální bolestí rodičky, krvácením z rodidel, změnou charakteru kontrakcí, zpomalením srdeční frekvence plodu a hemodynamickou nestabilitou matky. V rámci terapie je nezbytné stabilizovat rodičku podáním krystaloidních roztoků a krevních náhrad a aplikovat kyslík pro zachování saturace. Poté se na základě diagnózy zvolí chirurgické řešení ruptury. (Remeš, 2013; Binder, 2020)

Velmi závažným a život ohrožujícím krvácením po porodu může být takzvaná „primární postpartální hemoragie (dále PPH)“. Jedná se o stav, při kterém dochází ke krevním ztrátám přesahujícím 500 ml. Typickými příznaky je krvácení, hypotenze a zrychlení srdečního tepu matky po porodu placenty. Rizikový faktor pro vznik PPH může představovat například překotný porod, krvácení v anamnéze nebo vícerodičství. V přednemocniční péči je přesné určení krevní ztráty po porodu složité, proto se orientuje podle doby trvání krvácení, intenzity krvácení a podle změn vitálních funkcí matky. Hlavními příčinami vzniku PPH jsou poruchy děložního tonu, poranění při porodu, patologické odloučení placenty a poruchy koagulace matky. V rámci terapie je nezbytné neustále sledovat možné krvácení po porodu placenty. Při postupu podle algoritmu ABC se pacientka zajistí a v rámci bodu C se staví krvácení a odhalí jeho zdroj dle možných příčin. Zajistí se vstup do cévního řečiště a aplikují se uterotonika a hemostatika. Bezpečným a dobře přijímaným uterotonikem je oxytocin, který lze podat i profylakticky. Lze použít tamponádu pro zástavu krvácení z porodních cest. Zajistí se rychlý transport do zdravotnického zařízení s informacemi pro porodnici o vzniku PPH. (Brendan V. Schultz, 2020; Šeblová, 2018)

3.2.2 Předčasné odloučení lůžka

Dalším stavem, který úzce souvisí s krvácením, je předčasné odlučování lůžka neboli abrupce placenty. K tomuto stavu může docházet jak spontánně, tak

vlivem úrazu. Spontánní odlučování vzniká na podkladě chorob matky souvisejících s vysokým krevním tlakem. Při úrazu dochází nejčastěji k tupému nárazu do oblasti břicha a dělohy. Vliv mohou mít také různé nepravidelnosti pupečníku nebo plodových blan. Je známo, že vyšší výskyt předčasného odlučování je u žen závislých na kokainu. Klinické příznaky jsou závislé na tom, ke které části placenty došlo k odloučení. V případě odloučení části placenty dochází ke krvácení různé intenzity. Naopak u odloučení celé placenty nemusí být krvácení přítomné žádné. Dochází k vymizení pohybové aktivity plodu, ke ztuhnutí a bolestivosti dělohy a u matky se mohou rozvíjet příznaky šoku z krevní ztráty. Principem terapie v rámci přednemocniční péče je zajištění vitálních funkcí matky, aplikace krystaloidních roztoků k udržení objemu krevního oběhu a v případě bolesti a neklidu je možné zajistit sedaci nebo analgezií. Proveďte se rychlý transport do porodnice s informací o předčasném odlučování lůžka. (Hájek, 2014; Šeblová, 2018)

3.2.3 Vcestné lůžko

Další komplikací, se kterou se lze setkat, je vcestné lůžko neboli placenta praevia. Jedná se o stav, kdy dojde k uhnízdění plodu v dolní části dělohy, čímž poté placenta zasahuje do vnitřní branky u děložního hrdla a během porodu může představovat překážku v porodních cestách a zkomplikovat tím průchod plodu během porodu. Diagnostika se v dnešní době provádí skrze sonografické vyšetření v ambulanci a rodička je o stavu informována. Umístění lůžka bývá také zaznamenáno v těhotenské průkazce. Hlavním příznakem vcestného lůžka je krvácení, ke kterému dochází již na konci prvního trimestru gravidity. Nicméně těhotenství zpravidla pokračuje a krvácení se znovu objevuje ve druhé polovině těhotenství z důvodu částečného odlučování lůžka od děložní sliznice. V přednemocniční péči se dá s tímto stavem setkat nejčastěji právě díky klinickému příznaku krvácení, kvůli kterému je rodička poučena, že má volat zdravotnickou záchrannou službu. Během samotného porodu dochází

v průběhu kontrakcí také ke krvácení, které má různou intenzitu a ohrožuje tak dítě hypoxií a matku krevní ztrátou. Terapie tohoto stavu je zaměřena na stavění krvácení podle stavu životních funkcí matky a transport do zdravotnického zařízení, kde se provede císařský řez. (Hájek, 2014; Šeblová 2018)

3.2.4 Preeklampsie a eklampsie

Další závažnou komplikací je preeklampsie. Americká společnost porodníků a gynekologů (ASPG) ji klasifikuje jako „hypertenzi, která vznikla ve druhé polovině těhotenství a je provázená proteinurií.“ (Ševčík, 2014; str. 971) Vzniklá hypertenze má za následek poškození endotelu cév, dochází k úniku tekutiny a tvorbě edémů. V organismu vznikají toxické látky, narušuje se homeostáza tvorby vazokonstrikčních a vazodilatačních látek, dochází k nekróze cév a v konečném důsledku k multiorgánovému selhání. Těžký průběh preeklampsie bývá indikací k ukončení těhotenství z důvodu ohrožení matky nebo plodu. (Remeš, 2013; Binder, 2020; Ševčík 2014; Šeblová, 2018)

V rámci vedení porodu, mezi jednu z komplikací preeklampsie, se kterou se můžeme v přednemocniční péči setkat, patří eklampsie. Jedná se o stav tonicko-klonických křečí, které způsobují edém mozku a hypoxii plodu. Eklampsie vzniká zpravidla na podkladě neléčené nebo neadekvátně léčené preeklampsie. Její typický průběh má čtyři fáze – prodromy, tonické křeče, klonické křeče a kóma. Po odeznění křečí se pacientka neprobírá a přetrvává různý stupeň bezvědomí. V diferenciální diagnostice může být eklampsie zaměněna za epileptický záchvat, u kterého, na rozdíl od eklampsie, dojde k pozvolnému nabití vědomí a diastolický tlak je u epileptického záchvatu nižší než 110 mmHg. Terapie je zaměřena na stabilizaci vitálních funkcí a antihypertenzní a antikonvulzivní léčbu matky. (Remeš, 2013; Binder, 2020; Ševčík, 2014; Šeblová, 2018)

3.2.5 Dystokie ramének

Jedná se o akutní příhodu, která komplikuje další postup plodu v porodních cestách. K tomuto stavu dochází tím, že nedojde k fyziologické vnitřní rotaci ramének plodu. Výsledkem je porozená hlavička a raménka zaklesnutá za symfýzou. Kvůli protražovanému průběhu porodu a útlaku okolních tkání na cévy zásobující hlavičku se rozvíjí cyanóza a plod je ohrožen hypoxií. Typickým příznakem je zkrácení hlavičky, které se označuje jako znak želvy. Rizikovým faktorem pro vznik dystokie je velikost plodu převyšující 4000g, se kterou roste incidence tohoto stavu. Existuje řada hmatů, které se používají k terapii dystokie, nicméně v přednemocniční péči je terapie zaměřena na pomoc prostupu raménka do pánve. Používá se poloha, při které rodička co nejvíc flektuje dolní končetiny v kyčlích a v kolenou a tím dojde k rozšíření pánevního vchodu až o 1 cm. Další možností je například vyzvat jednoho člena posádky, aby zatlačil pěstí za symfýzu současně s vertikálním tahem hlavičky, který vykonává druhý člen. Při násilném postupu, se snahou porodit raménka, může dojít k fraktuře klíční kosti nebo k poranění nervů s následkem ochrnutí ručičky plodu. (Hájek, 2014; Šeblová, 2018; Roztočil, 2017)

3.2.6 Strangulace pupečnícem

Pupečník se během porodu může dostat ke krku plodu a omotat se kolem něj. V případě, kdy je pupečník krátký, nedochází k postupu porodu a plod je ohrožen hypoxií. V tomto případě je nutný rychlý transport do zdravotnického zařízení. Hypoxii plodu v porodních cestách lze řešit pouze podáním kyslíku. Pokud je pupečník dlouhý a dojde k porození hlavičky, zpravidla se porodí plod bez problémů celý. Jestliže nedovolí pupečník dalšímu postupu v porodu, musí se pupečník z krku dítěte uvolnit. Prstem se sjede po týlu ke krku a nahmatá se klička pupečníku. Prst se vsune pod kličku a vytvoří háček, kterým se klička popotáhne a postupně přetáhne přes hlavičku. Přetažení nebývá obtížné, protože je pupečník pružný. Pupečník však může být kolem krku omotaný i vícekrát.

V tomto případě se nahmatá prstem konec pupečníku vedoucí do pochvy a dojde se po něm ke kličce na krku. Postup je pak stejný jako u kličky jedné. Nejde-li nahmatat konec kličky, postup spočívá ve snaze o přetáhnutí té kličky, kterou lze více vysouvat z krku. (Šeblová, 2018)

3.2.7 Nepoddajná hráz

Další komplikací, se kterou se lze setkat při porodu, je stav, kdy dojde k zastavení procesu rození hlavičky vlivem hráze, která nelze sesunout a představuje překážku pro vstup obličeje dítěte. Hráz je v tomto případě napnutá, tuhá a nelze sesunout ani silným tlačáním směrem ke konečníku matky. V této fázi je nutné provést epiziotomii neboli nastříhnutí hráze. Tento nástřih se provádí s cílem minimalizovat poranění matky a snížit tlak, který působí na hlavičku novorozence. Působící tlak ohrožuje novorozence vznikem hypoxie. Epiziotomie se provádí mimo probíhající kontrakci nebo alespoň mimo aktivní tlačení matky. Dva prsty se zasunou mezi hlavičku dítěte a napnutou hráz. Následně se prsty poposune pár centimetrů od konečníku matky směrem doprava nebo doleva. Prostřih nebo proříznutí se pak provede při probíhající kontrakci a aktivním tlačení rodičky ve velikosti asi dvou centimetrů. Následně se pokračuje opět v porodu. (Šeblová, 2018)

3.2.8 Embolie plodovou vodou

Za zmínku stojí také embolie plodovou vodou, která se sice vyskytuje jen vzácně, ale jedná se o závažnou akutní porodní komplikaci, při které může dojít ke smrti matky nebo plodu. Při embolii dojde k průniku plodové vody do plicního řečiště. V důsledku narušení bariéry mezi cirkulací krve matky a plodu vzniká plicní hypertenze. Dochází k akutní hypoxii a rozvíjí se oběhové selhání. Mezi klinické příznaky patří náhle vzniklý třes, úzkost, opocení a kašel. Následuje dušnost, cyanóza, vznikají křeče a v konečném stavu se rozvíjí plicní

edém, kolaps a kóma. Terapie je zaměřena na život zachraňující resuscitaci matky a případné ukončení těhotenství před porozením dítěte. (Ševčík, 2014)

3.3 Ošetření novorozence po porodu

Po proběhlém porodu, v lepším případě bez komplikací, je dalším krokem ošetření novorozence. Prvotní ošetření hraje významnou roli a může mít vliv na kvalitu jeho následujícího života. I při samotném ošetření může dojít k řadě komplikací, proto by měly být všechny pomůcky i přítomný tým plně připraveny zasáhnout i na případnou kardiopulmonální resuscitaci. (Slezáková, 2017)

Fyziologický novorozenec se ihned po porodu přikládá na hrudník matky, aby došlo k navázání prvního tělesného kontaktu. Poté se provede podvázání a přestřížení pupečnicku a desinfekce jeho konců. Provede se zhodnocení podle Apgarové. Novorozenec se osuší a zabalí do plen, aby se zabránilo ztrátám tepla, a sleduje se jak se dítě projevuje v mimoděložním prostředí. Dále se provede sterilní očištění dítěte od krve a hlenů a kontrola pupečnicku a jeho případného krvácení. V nemocničním prostředí následně dojde k identifikačnímu označení dítěte a novorozenec se předá sestře na předeřháté vyhřevné lůžko, kde probíhá zvážení, změření a další ošetření. (Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

Součástí ošetření v nemocničním prostředí je také preventivní aplikace kapek do očí proti kapavčité infekci očí a aplikace vitamínu K jako prevence hemoragické nemoci novorozenců. Nakonec se novorozenec předá podle zvyklostí pracoviště buď matce, otci anebo do péče novorozeneckého oddělení. (Hájek, 2014; Slezáková, 2017)

3.3.1 Apgar skóre

Apgar skóre, také hodnotící škála podle Apgarové, je objektivní hodnocení, které provádí lékař, zdravotní sestra nebo záchranář. Slouží pro vyšetření novorozenců a posouzení porodní asfyxie. Na základě skóre se tak vyhodnotí

jejich dobrá nebo špatná poporodní adaptace. Název testu je pojmenován podle americké lékařky Virginie Apgarové, která toto hodnocení vypracovala a publikovala. (Hájek, 2014; Slezáková, 2017; Sucharda, 2015)

Princip vyšetření spočívá v posouzení srdeční akce, dýchání, barvy kůže, svalového tonu a reflexní odpovědi na podráždění. Tyto parametry se hodnotí v 1., 5. a 10. minutě po narození dítěte s udělením 0–2 bodů pro každé kritérium. Celkové skóre může tedy dosáhnout 0–10 bodů. U vyhodnocení 0–3 body pak hovoříme o těžké porodní asfyxii, naopak s výsledkem 8-10 bodů pokládáme stav dítěte jako dobrý. Obecně čím vyšší bodové vyhodnocení získáme, tím je prognóza novorozence lepší. Stupně a bodové hodnocení jednotlivých kritérií je uvedeno v tabulce. (Hájek 2014; Slezáková, 2017; Sucharda, 2015)

Skóre podle Apgarové u novorozence			
Kritéria	Počet bodů		
	0	1	2
Pulz	nehmatný	pod 100/min	nad 100/min
Dýchání	nepřítomné	bradypnoe	dostatečné
Barva kůže	cyanóza, bledost	jen akrální cyanóza	celé tělo růžové
Motorická aktivita a svalový tonus	bez spontánní aktivity, tonus slabý	flexe končetin	živý aktivní pohyb
Reflexy, mimika a křik	vše chybí	grimasy	hlasitý křik

Obrázek 1 – Apgar skóre (Remeš, 2013, str. 454)

3.3.2 Kardiopulmonální resuscitace novorozence

Nejčastějšími příčinami, které mohou vést k nutnosti resuscitace novorozence jsou intrapartální asfyxie, neboli dušení plodu během porodu, a nedostatečná inflace plic, neboli naplnění plic vzduchem. Vlastní proces resuscitace pak můžeme rozdělit do několika základních kroků. (Hájek, 2014; Mixa, 2021; Šeblová, 2018)

- Zhodnocení stavu.
- Zajištění ventilace.
- Podpora oběhu.
- Podání léků.

Úvodní zhodnocení stavu novorozence zahrnuje vyhodnocení Apgar skóre. Dále se zabezpečí průchodnost dýchacích cest správnou polohou dítěte v neutrálním postavení a případné odsátí při známkách obstrukce. Důležité je zajištění tepla z důvodu nedokonale vyvinuté termoregulace. Při sušení novorozence dochází také k aktivní stimulaci, při které může dojít k zahájení spontánní ventilace dítěte. (Hájek, 2014; Mixa, 2021; Šeblová, 2018)

Pokud dítě stále nedýchá nebo je dýchání nedostatečné, zajistí se ventilace maskou s použitím rozpínacího vaku. Při adekvátní ventilaci dochází zpravidla po 30 vteřinách k úpravě srdeční akce. Pokud nedojde ke zlepšení stavu a novorozenec nedýchá, zahájí se podpora oběhu nepřímou srdeční masáží. (Hájek, 2014; Mixa, 2021; Šeblová, 2018)

Nepřímá srdeční masáž je indikovaná v případě přetrvávající bradykardii pod 60/min při adekvátní ventilaci po dobu 30 sekund. Komprese se provádí druhým a třetím prstem jedné ruky nebo dvěma palci na hrudníku v dolní části sternu. Hloubka stlačení je do jedné třetiny hloubky hrudníku a poměr stlačení a ventilace je 3 : 1. Hrudník se stlačuje při frekvenci 120/min. (Hájek, 2014; Mixa 2021; Šeblová, 2018)

V případě přetrvávající tepové frekvenci pod 60/min, při stávající ventilaci a nepřímé srdeční masáži, je zvažováno podání léků. Lékem první volby je adrenalin. Při ztrátě krve a hypovolemii se aplikují tekutiny. Dalším lékem je například bikarbonát, který je indikovaný při dlouhotrvající resuscitaci s předpokladem vzniku acidózy. (Hájek, 2014; Mix, 2021; Šeblová, 2018)

Ve Spojených státech, v souvislosti s resuscitací novorozence, došlo k neobvyklé situaci, kdy bylo zapotřebí resuscitovat nejen dítě, ale také matku. K tomu, aby mohli dítě zachránit, bylo potřeba provést akutní císařský řez, který proběhl v nestandardních podmínkách v obývacím pokoji. Jednačtyřicetiletá těhotná žena ve 30. týdnu těhotenství v přítomnosti rodiny zkolabovala. Anamnesticky byla bez jakékoliv diagnózy a těhotenství probíhalo fyziologicky. Byla zavolána zdravotnická záchranná služba a mezitím přihlížející z rodiny podle pokynů operátora zdravotnického operačního střediska zahájil laickou resuscitaci. Na místo dorazily dvě posádky se záchranáři a jedním lékařem pro intenzivní péči. Připravena byla také letecká záchranná služba, která následně dorazila také. Posádka převzala resuscitaci a zjistila, že se jedná o srdeční zástavu se vstupním rytmem fibrilace komor. Po podání výboje došlo ke změně rytmu na asystolii. Podali adrenalin a zvolili mechanický přístroj LUCAS ke stlačování hrudníku. Vzhledem ke stavu matky rozhodli dva lékaři na místě, že provedou akutní „perimortem císařský řez“, který byl proveden na místě události. Lékaři provedli laparotomii a evakovali z dělohy novorozence, který po porodu nejevil dechové úsilí a srdeční frekvence nebyla rozpoznatelná. Došlo tedy k zahájení resuscitace novorozence. Novorozenec byl v první minutě po porodu zhodnocen nulovým bodem podle Apgar skóre. Lékař pro zajištění lepší ventilace dítě zaintuboval. Po třech minutách ventilace se novorozenci obnovila dechová aktivita a srdeční frekvence činila 160 tepů za minutu. V páté minutě bylo zhodnocení Apgar skóre novorozence sedm bodů, v 10. minutě pak skóre činilo deset bodů. Resuscitace matky byla po 68 minutách ukončena. Novorozenec byl transportován pozemní posádkou na novorozenecké oddělení. Během transportu bylo dítě pro dostatečnou ventilaci extubováno. Hospitalizace dítěte proběhla bez komplikací a po pobytu na jednotce intenzivní péče byl propuštěn domů. Dítě zůstalo i nadále sledované a i téměř po dvou letech, kdy dítě fyziologicky roste bez jakéhokoliv neurologického deficitu, není potřeba

lékařského sledování. Podle pitevního protokolu matky se ukázalo, že zemřela na následky nediagnostikované kardiomyopatie. (Woods, 2020)

3.4 Ošetření rodičky po porodu

Po porodu bývá rodička zpravidla vyčerpaná. Ošetření matky spočívá v revizi a ošetření porodních poranění a stanovení krevní ztráty, která by neměla převyšovat 300 ml. Kontroluje se vtažení dělohy. Dále se provede hygienická očista rodidel a rodička se uvede do klidové polohy. Změří se vitální funkce, především krevní tlak, pulz a tělesná teplota. (Slezáková, 2017; Roztočil, 2020)

V nemocničním prostředí se odebírá vzorek z pupečnickové krve pro laboratorní vyšetření. Zaznamenává se močení matky, které může být ztíženo otokem močové trubice nebo poraněním. Plný močový měchýř brání správnému vtahování dělohy. Současně se rodička zavodňuje, buď intravenózně nebo většinou perorálně. Důležitou součástí je věnovat pozornost na celkový stav matky a její psychickou pohodu. (Slezáková, 2017; Roztočil, 2020)

3.5 Porod v přednemocniční péči

Četnost porodů odvedených v terénu pozemní posádkou zdravotnické záchranné služby není v České republice vysoká, a z toho vyplývá jistá obava záchranářů při výjezdu na tuto indikaci. Nicméně i přesto je nutné, aby byli záchranáři pro tuto situaci připraveni. (Šeblová, 2018)

3.5.1 Kompetence zdravotnického záchranáře

Práce zdravotnického záchranáře probíhá z velké části v improvizovaných podmínkách v terénu. Pracuje bez odborného dohledu a má řadu kompetencí především k jiným výkonům. Nicméně co se týká porodu v přednemocniční péči, má záchranář podle vyhlášky 55/2011 Sb. kompetenci k tomu, aby mohl provést neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu. Taktéž je oprávněn k tomu, aby provedl první ošetření novorozence po porodu. Co se týká dalších

výkonů, nesouvisejících pak s porodem, patří mezi ně zajištění žilního vstupu do cévního řečiště matky, ošetření krvácení matky nebo případné zavedení kyslíkové terapie. Kompetentní je také v rámci zahájení kardiopulmonální resuscitace jak matky, tak novorozence. (Vyhláška 55/2011 Sb.)

3.5.2 Vyšetření rodičky

Anamnéza

Při příjezdu k porodu není zpravidla časový prostor pro získání komplexní anamnézy. U rodičky proto odebereme rychlou anamnézu, při které klademe specifické otázky, které odhalí případné bezprostřední komplikace. Zajímá nás především četnost a průběh předešlých porodů, nynější průběh těhotenství, přidružená onemocnění matky, naléhání plodu při posledním vyšetření a termín porodu. Ptáme se na odtok plodové vody a na začátek, průběh a intenzitu kontrakcí. Orientujeme se podle těhotenského průkazu a dále poučíme pacientku se spoluprací při porodu. (Dobiáš, 2021; Remeš, 2013; Šeblová, 2018)

Fyziologické funkce

Dále se změří základní vitální funkce matky, na kterých je současně závislý také plod. Monitorace plodu je v podmínkách přednemocniční péče složitá, z důvodu nespécifických monitorovacích pomůcek pro těhotné. Z dostupného vybavení je k dispozici fonendoskop, který lze použít pro zhodnocení přítomnosti srdeční akce. Důležitým parametrem matky je krevní tlak – při hypotenzi dochází k omezení průtoku krve placentou a tím pádem je plod ohrožen hypoxií. Při poklesu naměřené saturace již pod 95 % je indikováno podání kyslíku, aby bylo zajištěno dostatečné okysličení jak matky tak hlavně plodu. Je nutné fyziologické funkce opakovaně během porodu měřit a přiměřeně reagovat na jejich změny. (Slezáková, 2017; Roztočil, 2020; Šeblová, 2018)

Příprava rodičky

K porodu se připravuje nejen vybavení, ale důležitou součástí je také zajistit intimitu a tepelný komfort rodičky. Rodička se poté uvede do polohy vleže na zádech s dolními končetinami rozevřenými a pokrčenými v kolenou, ve které je pacientka připravena na porod. (Šeblová, 2018)

Palpační vyšetření

K odhadu délky těhotenství nebo ke kontrole kontrakcí při porodu slouží zevní palpační vyšetření děložního dna neboli fundu. Provádí se přiložením prstů pod konec hrudní kosti. Během těhotenství se fundus posunuje směrem k bránici a na konci gravidity pak dosahuje 2-3 prsty pod úroveň hrudní kosti. V tomto případě se odhaduje, že je plod zralý a nepředpokládají se komplikace po porodu. Toto vyšetření je významné také pro kontrolu odloučeného lůžka po porodu. (Roztočil, 2020; Šeblová, 2018)

Vaginální vyšetření

Přesto, že je vaginální vyšetření pro provedení v přednemocniční péči složité, vyžaduje zkušenosti a provádí jej pouze lékař, je možné toto vyšetření provést v případě nutnosti diferenciatně diagnostikovat například krvácení z pochvy nebo z konečníku. Při náhlém odtoku plodové vody je jej možno použít k vyloučení výhřezu pupečníku. Vyšetření se využívá také pro určení rodící se části plodu. Při poloze podélné hlavičkou jsou cítit buď lehce vystouplé nebo drobně prohloubené švy na lebce. Zadeček bývá naopak měkký a lze vyhmátnout rýhu mezi hýžděmi a kostrč plodu. (Slezáková, 2017; Roztočil, 2020; Remeš, 2013; Šeblová, 2018)

3.5.3 Indikace a kontraindikace transportu

V přednemocniční péči se dostávají posádky ZZS k porodům v různých fázích jeho průběhu. Důležitou součástí při příjezdu k porodu je zjistit, ve které fázi se rodička nachází a na základě toho adekvátně zvolit aktivní pomoc. Fázi porodu můžeme orientačně zjistit podle pocitů rodičky. (Šeblová, 2018)

Pokud rodička nemá pocit tlaku na konečník a potřebu tlačit a kontrakce se opakují po 5ti minutách, zbývá dostatek času na transport do zdravotnického zařízení. (Šeblová, 2018)

Pokud je interval mezi kontrakcemi kolem 3 minut a rodička cítí tlak na konečník, který ale po kontrakci ustupuje, je transport stále indikovaný. Při transportu máme ale připravené vybavení pro odvedení porodu a sledujeme opakování kontrakcí. (Šeblová, 2018)

Jestli zvolit transport nebo odvedení porodu na místě je složité ve chvíli, kdy se kontrakce opakují po 2-3 minutách a rodička pociťuje trvalý tlak na konečník, který po kontrakci neustupuje. Rodička může mít nutkání tlačit i při probíhající kontrakci. V tuto chvíli je těžké rozhodnout o transportu a jsou pro záchranáře důležité informace o předchozích porodech, podle kterých můžeme orientačně usoudit, jak bude probíhat nynější porod. U prvorodičky nás zajímá doba od prvních kontrakcí a jak rychle se změnila její pocity. Podle toho lze odhadnout další průběh porodu. Pokud se zvolí transport jako lepší varianta, je nutné sledovat změny stavu matky a případně ihned zastavit a postupovat podle aktuálního stavu a fáze porodu. (Šeblová, 2018)

Transport je kontraindikovaný, pokud matka pociťuje silné kontrakce, výrazný tlak na konečník, neustávající nutkání tlačit nebo je viditelná prořezávající se hlavička nebo jiná část těla plodu. Odebere se rychlá anamnéza, změní se základní fyziologické funkce matky a připraví se pomůcky k porodu

a k ošetření novorozence. Zkontroluje se síla kontrakcí a porod se odvede na místě. (Šeblová, 2018)

3.5.4 Porod záhlavím

Pokud situace nedovoluje zvolit variantu transportu do nemocnice, nezbyvá než odvést porod na místě. Vyšetřená a připravená rodička je v poloze k provedení porodu. Důležitá je neustálá komunikace mezi záchranářem a pacientkou. Rozpoznáme kontrakci, podle které pacientku vyzveme, aby správně tlačila a dýchala. Při kontrakci se rodička hluboce nadechne a zadrží dech. Zadržení dechu je nezbytné pro zapojení břišního lisu. Následuje maximální zatlačení na konečník v délce alespoň 10ti sekund. Poté pacientka vydechne a pokračuje v tlačení, dokud neskončí kontrakce. Pokud trvá kontrakce půl minuty, tlačíme ve spolupráci s rodičkou 2-3 krát. Prořezávající hlavičku můžeme zprvu překrýt plenou. Poté zviditelníme porodní cesty a hlavičku odhrnutím horního spojení stydkých pysků a shrneme hráz směrem ke konečníku. Pokud nejde hráz přetáhnout přes prostupující hlavičku, je nutné provést nástřih hráze neboli epiziotomii. Po porození hlavičky probíhá její přirozená zevní rotace obličejem směrem od konečníku ke stehnu matky. Záchranář při tom hlavičku jen přidržuje jednou rukou za obličej a druhou za záhlaví. Pod symfýzou se zpravidla poté objeví ramínko, které mírným sklopením hlavičky směrem ke konečníku porodíme. Následně se provede opačný pohyb hlavičkou ke sponě pánevní a dojde k objevení spodního ramínka. Opakovaným kývavým pohybem se porodí celý novorozenec. (Slezáková, 2017; Šeblová, 2018)

Po porodu se provede zhodnocení stavu novorozence pomocí Apgar skóre a dítě se položí matce na břicho nebo na podložku, připravenou mezi nohama matky. Dítě se otře plenou dosucha. Třením se se současně provádí jeho vnější stimulace. Následně se provede podvázání pupečníku. Jedna svorka nebo sterilní

šňůrka se umístí asi 10 cm od břicha novorozence a druhá přijde 2 cm nad tu předchozí. Uprostřed podvazů se pupečník prostřihne. Po oddělení dítěte se znovu zhodnotí jeho stav, vitální funkce a zajistí se termo management k zabránění ztrátám tepla. Následně novorozence předáme matce do náruče. Nesmíme zapomenout také na kontrolu matky. Neustále s ní komunikujeme a pozorujeme případné krvácení z porodních cest. (Šeblová, 2018)

K porodu placenty může dojít z důvodu transportu po porodu až po předání rodičky ve zdravotnickém zařízení. Porod placenty v terénu poznáme tak, že má rodička pocit kontrakce a můžeme vidět mírné krvácení z rodidel. Při palpačním vyšetření fundu je fundus mírně pokleslý, nachází se asi 2 prsty pod pupkem a je tuhý. Zdali došlo k odloučení placenty můžeme zkontrolovat jemným tahem za pupečník. Pokud je odloučená, cítíme pohyb placenty a pupečníku. Bez použití síly pak vystupuje z rodidel. Pokud placenta odloučená není, při tahu za pupečník vidíme sestupovat děložní fundus a také cítíme společný pohyb mezi dělohou a pupečníkem. V případě porození placenty ji uložíme do sáčku, který bývá součástí porodnického balíčku, a během transportu kontrolujeme rodičku pro případné krvácení z rodidel. (Slezáková, 2017; Šeblová, 2018)

Po odvedeném porodu je samozřejmostí vést dokumentaci. Zapisuje se pohlaví dítěte, přesný čas porodu a zhodnocení podle Apgarové. Co se transportu týče, musí být zajištěn hlavně bezpečně a klidně. Je možné vyzvat druhou posádku, která by novorozence transportovala v inkubátoru, nicméně oddělení od matky může u dítěte vyvolat nežádoucí stresovou situaci. Vhodný způsob je umístění novorozence v blízkosti u matky a provést transport společně. Při předávání matky s dítětem v porodnici je nutné předat i záznam o výjezdu, který se vypisuje ve třech vydáních. Jedno zůstává zdravotnické záchranné službě, jedno se předává na oddělení gynekologie a jedno vydání je předáno s dítětem na novorozenecké oddělení. (S. Lemoine, 2020; Remeš, 2013)

3.5.5 Předčasný porod

Předčasným porodem se rozumí porod, ke kterému došlo od dokončeného 22. týdne do dokončeného 37. týdne těhotenství. Rizikových faktorů pro vznik předčasného porodu je široká škála, ať už jsou to genitální infekce infikující plod, kouření matky, umělé oplodnění nebo stále se zvyšující průměrný věk rodičích žen. V přednemocniční péči, v případě předčasného porodu, je jediným cílem posádky zaměření terapie na oddálení kontrakcí a zajištění rychlého transportu do zdravotnického zařízení. Jedná se o tzv. "transport in utero", tedy přeprava ženy s plodem v děloze. Důvodem je snaha co nejdéle oddálit porod, aby mohly plíce plodu ještě dozrát, a nedošlo tak k porození nezralého novorozence. Porodní cesty matky mohou být při předčasném porodu nedostatečně rozvinuté, což představuje další komplikace z hlediska zaseknutí plodu v porodních cestách. K eliminaci kontrakcí se používá hexoprenalin, což je látka patřící mezi tokolytika. Výsledkem je tokolyza, neboli utlumení kontrakcí dělohy při porodu. V případě neustupujících kontrakcí i po podání tokolytik a dále probíhajícího porodu se musí postupovat jako u porodu fyziologického novorozence. Přerušování transportu a dokončení porodu se provádí jen v případě viditelně prořezávající se hlavičky nebo zadečku ze zevních rodidel. Transport ale pokračuje, pokud jsou vidět jen prořezávající nožičky nebo ručičky dítěte. Ty se překryjí sterilní plenou. Po nutném odvedení porodu se dítě umístí asi 15 cm pod úroveň zad matky, aby ještě došlo k prostupu okysličené krve přes pupečník do novorozence. Poté se pupečník přerušuje a dítě se zabalí od ramen po nohy do fólie, aby se zabránilo ztrátě tepla a prochlazení. Nakonec se zajistí klidný a bezpečný transport do porodnice. (Šeblová, 2018)

3.5.6 Porod koncem pánevním

Jedna z obávaných komplikací při porodu je porod plodu, jehož poloha je zadečkem napřed. V dnešní době se diagnostikuje poloha plodu již delší dobu před porodem a v případě polohy podélné zadečkem se rodí operačně před

objevením kontrakcí. Incidence porodu v této poloze činí asi 4 % ze všech porodů. Častěji se vyskytují už žen s vícečetným těhotenstvím nebo u předčasného porodu. Nicméně v přednemocniční péči se může posádka setkat s porodem koncem pánevním především u předčasného porodu, u prvorodiček, které nenavštěvovaly řádně poradnu nebo u vícero-diček. (Roztočil, 2020; Šeblová, 2018)

V tomto případě se porod vede jen pokud je viditelně prořezávající zadeček v porodních cestách nebo mezi stydkými pysky a došlo k odtoku plodové vody. Předpokladem pro odvedení porodu je spolupráce rodičky a základem je správné dýchání a tlačení. Při kontrakci vystupující zadeček přidržujeme plenou. Při tlačení matky je cítit pohyb zadečku. Sledujeme přirozený postup po porození plodu po pupečník. Následně dojde k přirozené rotaci ke konečníku a porodí se jedno a pak druhé ramínko. Poté plod přidržujeme jednou rukou za nožičky nebo pánev a druhou rukou u jeho krku. Během kontrakce, při tlačení rodičky, pak popotáhneme plod směrem v rovině matky za současného tlaku dlaně druhého člena posádky na děložní fundus. K podpoření porodu hlavičky je možné aplikovat oxytocin, což je lék patřící mezi uterotonika, který podporuje činnost děložních kontrakcí. Po porození krku se provede překlopení k symfýze matky přes ruku, která drží krk. V této fázi může napnutá hráz bránit porození obličeje. V tomto případě se prsty ruky porodníka, které má u krku plodu, přesunou po hrázi do pochvy a poté do úst dítěte, kde se opře o jeho horní patro. Tímto se usnadní porod obličeje. Dojde k porodu obličeje a následně celé hlavičky. Pokud se nestihne porodit hlavička při první kontrakci, je nutné počkat do začátku další kontrakce, informovat matku a přichystat pomůcky pro případné odsátí dítěte. Je možná opět aplikace oxytocinu. Obecně by samotný porod hlavičky neměl přesahovat délku trvání pěti minut. Po porození hlavičky se novorozenec vyjme a ošetří se stejným způsobem jako u porodu záhlavím. (Roztočil, 2020; Šeblová, 2018)

3.5.7 Překotný porod

Další situací, se kterou se může zdravotnický záchranář setkat, je překotný porod. Ze všech spontánních porodů tvoří asi 2 % a liší se od fyziologického porodu délkou svého trvání. Nejčastěji dojde k porození plodu do jedné hodiny od prvních kontrakcí. Typickým příznakem překotného porodu jsou kontrakce, které jsou již od začátku časté a mají vysokou intenzitu a to bez téměř žádných pauz. Uvádí se, že mohou chybět typické bolesti, které matky pociťují během první doby porodní. Riziko překotného porodu je větší u vícerodiček nebo u malého plodu. Pokud má matka dobrou velikost pánve a měkkých tkání, dochází k porození bez velkých obtíží. V opačném případě může dojít k trhlinám hráze, ruptuře dělohy nebo ke tvorbě hematomů. Překotný porod je rizikový proto, že interval mezi kontrakcemi bývá krátký, a tak nedojde k dostatečnému okysličení placenty a následně také plodu. Plod je vlivem opakovaných stahů a působení nadměrného tlaku ohrožen nitrolebním krvácením a rupturou pupečníku. Důležité je u vedení porodu zajistit dostatečné okysličení matky podáním kyslíku polomaskou. Okysličení plodu může pomoci také poloha rodičky na boku. U samotného porodu se postupuje jako u porodu spontánního. Po porození plodu se provádí ošetření stejně jako u jiného porodu. (Bydžovský, 2011; Leifer, 2004; Mixa, 2021; Pařízek, 2015)

3.5.8 Vícečetné těhotenství

V podmínkách přednemocniční péče je porod vícečetného těhotenství možný pouze za předpokladu, že jsou oba plody polohou podélnou hlavičkou, rodička se záchranářem spolupracuje a jsou přítomné kontrakce. Porod prvního plodu je svým postupem shodný jako u porodu záhlavím. Jediný rozdíl je ten, že při porodu druhý člen posádky přidrží děložní fundus matky a po porození hlavičky drží dlaněmi horní část dělohy. Tímto zabraňuje změně polohy druhého plodu po porození plodu prvního. První dítě se rychle ošetří a podváže se mu pupečník. Pokud kontrakce stále pokračují, porodí se i druhý plod. V případě

ústupu kontrakcí se zvolí transport do porodnice. Je nutné však neustále sledovat, jestli nedojde k porodu druhému a v případě porození druhého plodu je na místě uvážit příjezd druhé posádky ZZS. (Šeblová, 2018)

3.5.9 Vybavení pro vedení porodu

Sanitní vůz je oproti porodním sálům omezený nejen svým prostorem, ale hlavně vybavením. Přesto, pokud situace vyžaduje porod na místě, ať už z jakéhokoliv důvodu, je nutné aby posádka znala dostupné vybavení a věděla jak s ním pracovat. Většina standartního vybavení je určena spíše k jiným akutním stavům, nicméně hlavní nepostradatelnou výbavou pro porod je porodnický balíček. (Remeš, 2013)

Porodnický balíček

Porodnický balíček obsahuje všechno vybavení k porodu. Zdravotnické záchranné služby různých krajů mohou mít porodnické balíčky odlišné v balení, ale svým obsahem by měly být stejné. Většinou se jedná o stříbrný sáček, který má tvar obdélníku se zelenou etiketou, ale není to pravidlem. Jeho obsah tvoří pomůcky pro matku a pomůcky pro novorozence. Můžeme je rozdělit také na sterilní a nesterilní. (Slezáková, 2017)



Obrázek 2 – Porodnický balíček (Zdroj: autor práce)



Obrázek 3– Porodnický balíček, část pro matku a část pro dítě (Zdroj: autor práce)

Část pro matku zahrnuje sterilní a nesterilní rukavice, podložku pod rodičku, fyziologický roztok a obvazový materiál k omytí rodidel, vložky a jednorázové kalhotky, tamponádu k zástavě krvácení z rodidel a sáček k uložení plodových obalů. (Remeš, 2013)



Obrázek 4 - Část porodnického balíčku pro matku (Zdroj: autor práce)

Druhá část pro novorozence obsahuje pomůcky k přerušení a podvázání pupečníku (sterilní pupeční svorky, sterilní nůžky a skalpel, dezinfekční roztok, sterilní krytí a náplast). Dále je součástí textilie na otření novorozence a termická folie na jeho zabalení, odsávačka hlenů z nosu a úst a tabulka pro zhodnocení Apgar skóre. (Remeš, 2013)



Obrázek 5 – Část porodnického balíčku pro dítě (Zdroj: autor práce)

4 METODIKA

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda zcela anonymního dotazování vybraných respondentů. Dotazování proběhlo prostřednictvím dotazníku v elektronické formě, který byl rozeslán emaily. Cílovou skupinou dotazovaných byli zdravotničtí záchranáři pozemních výjezdových skupin Zdravotnické záchranné služby Středočeského, Ústeckého a Moravskoslezského kraje. Cílem bylo získat jak kvantitativní tak i kvalitativní výsledky.

Kvantitativní výsledky byly získány skrze jednoduché otázky s možností výběru jedné z nabízených možností. Kvalitativní výsledky bylo možné odebrat na základě otevřených otázek, na které respondenti odpověděli podle svého uvážení.

Dotazník se skládal celkem z 24 otázek, které byly rozděleny do několika kategorií.

První otázka se týkala znalosti Apgar skóre, na kterou odpovídali všichni respondenti.

Následný soubor čtyř otázek měl zjistit, zdali se zdravotničtí záchranáři setkali s výjezdem k porodu. Pokud odpověděli „Ano“, další otázky byly směřovány k tomu, jestli proběhl porod bez komplikací, popřípadě k jaké komplikaci došlo a jestli měli prostor pro zhodnocení Apgar skóre. Otázky byly složeny ze tří uzavřených a jedné otevřené.

Druhý soubor, složený ze 6ti otázek, se týkal školení v problematice porodů, kterého by se měli zdravotničtí záchranáři účastnit v rámci zvyšování svých znalostí a dovedností v této problematice. Otázky směřovaly na četnost, obsah a formu školení. Respondenti měli na výběr několik odpovědí s možností doplnit i svou vlastní, která v nabídce uvedena nebyla.

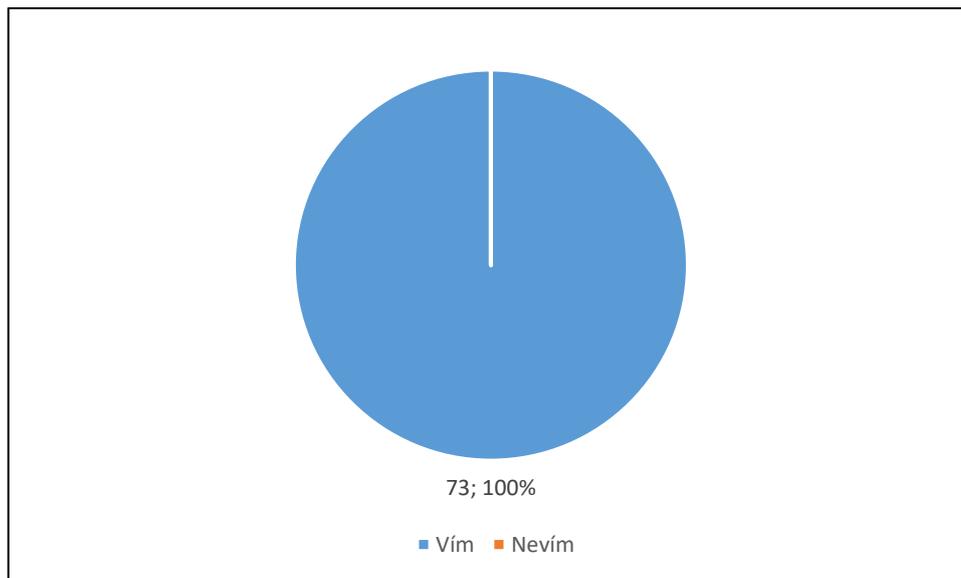
Odpovědi na čtyři otázky třetího souboru měly poukázat na možné obavy respondentů s výjezdem na porod a jak by se dosáhlo jejich případného zmenšení. Součástí uzavřených otázek byla také jedna otázka otevřená.

Poslední soubor 9ti otázek byl zaměřen na vybavení, které má zdravotnický záchranář k dispozici k odvedení porodu. Otázky se týkaly znalosti a použití jednotlivých pomůcek. Respondenti měli možnost odpovědět prostřednictvím otevřené otázky, jakou pomůcku by, na základě svých zkušeností z praxe, v balíčku uvítali a která pomůcka má podle jejich názoru nejmenší využití.

5 VÝSLEDKY

Tato část práce se bude věnovat výsledkům získaným dotazníkovým šetřením. Na dotazníku se podílelo celkem 73 respondentů. Všechny otázky a odpovědi jsou prezentovány ve formě grafů a tabulek.

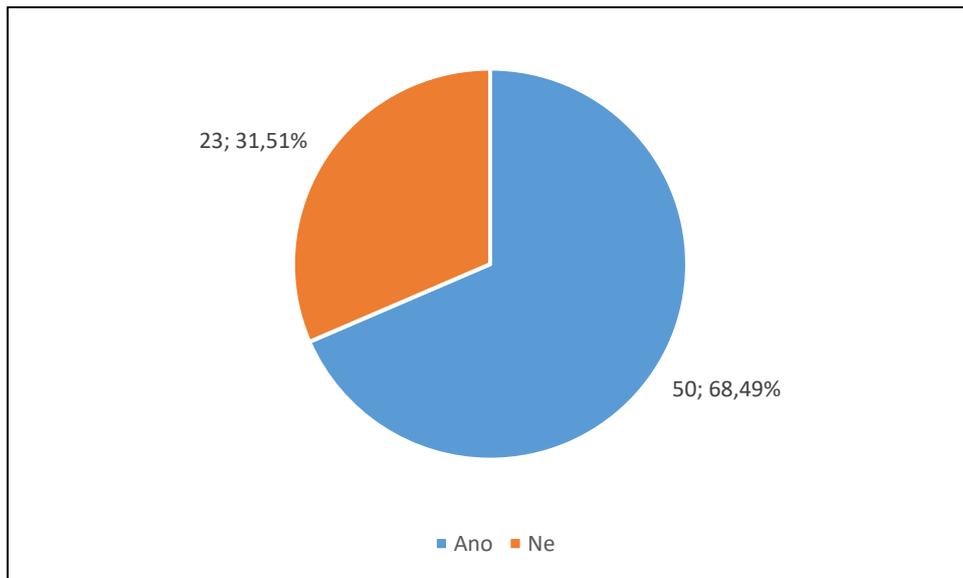
1. Víte co znamená Apgar skóre?



Graf 1 – Apgar skóre

První otázka zjišťovala znalost hodnotícího systému podle Apgarové. Z grafu vyplývá, že všichni dotazovaní Apgar skóre znají.

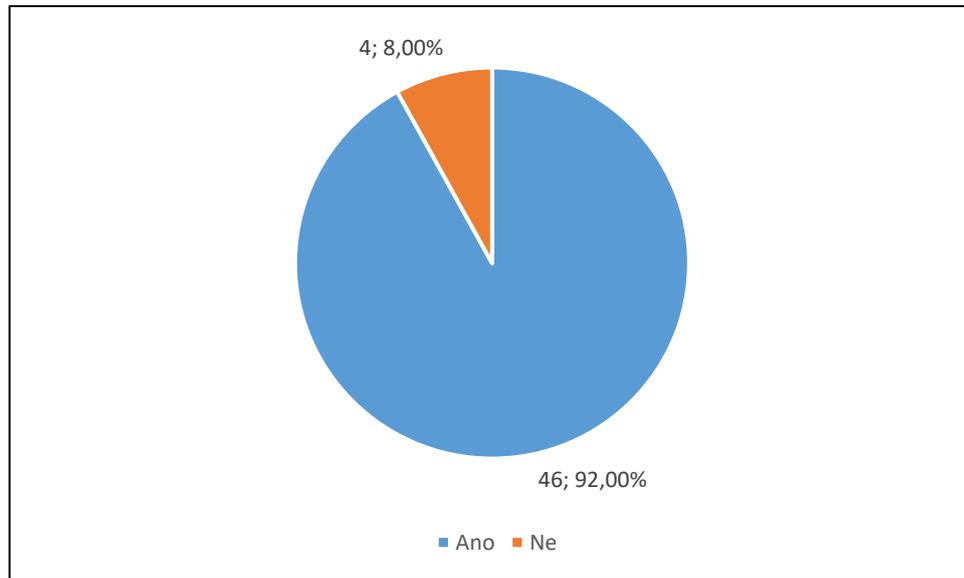
2. Byl/a jste někdy na výjezdu s indikací porod?



Graf 2 – Výjezd s indikací porod

Druhá otázka zjišťovala, kolik z dotazovaných respondentů bylo na výjezdu u porodu. 50 (68,49 %) respondentů odpovědělo že „Ano“, zbylých 23 (31,51 %) respondentů odpovědělo „Ne“. Respondenti s odpovědí „Ano“, byli následně tázáni na otázky týkající se situace v terénu.

3. Proběhl porod bez komplikací?



Graf 3 – Komplikace při porodu

Následující otázka se týkala průběhu porodu. Zdravotničtí záchranáři odpověděli, zdali proběhl porod bez komplikací nebo nikoliv. 46 (92,00 %) respondentů odpovědělo, že se s žádnou komplikací nsetkalo. Zatímco 4 (8,00 %) respondenti se s nějakou komplikací setkali.

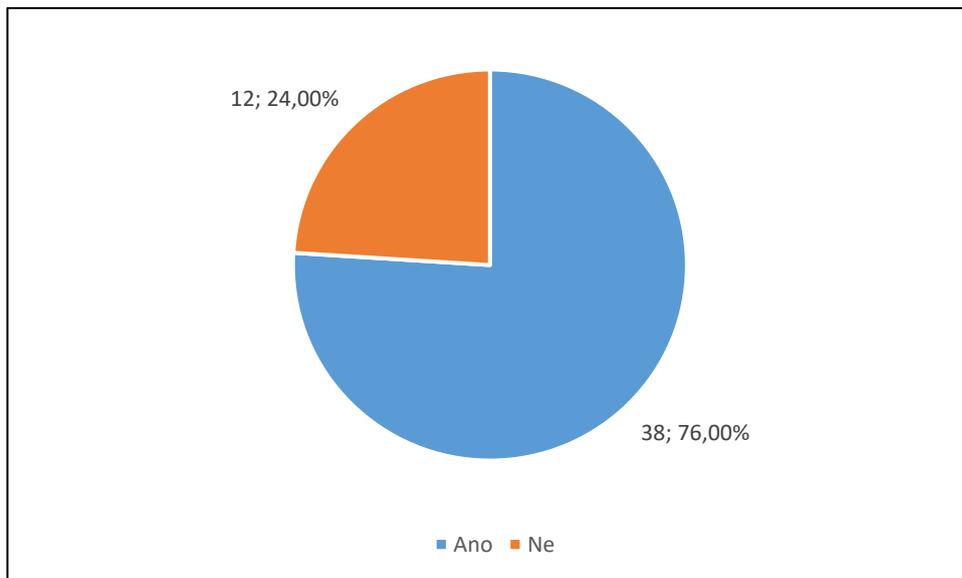
4. S jakou komplikací jste se setkal/a?

RESPONDENT 1	Resuscitace novorozence
RESPONDENT 2	Eklampsie matky
RESPONDENT 3	Nespolupracující rodička
RESPONDENT 4	Porod koncem pánevním

Tabulka 1 – Komplikace při porodu

Respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“ byli formou otevřené otázky tázáni, se kterou komplikací se setkali. Výsledky odpovědí jsou zaznamenány v tabulce.

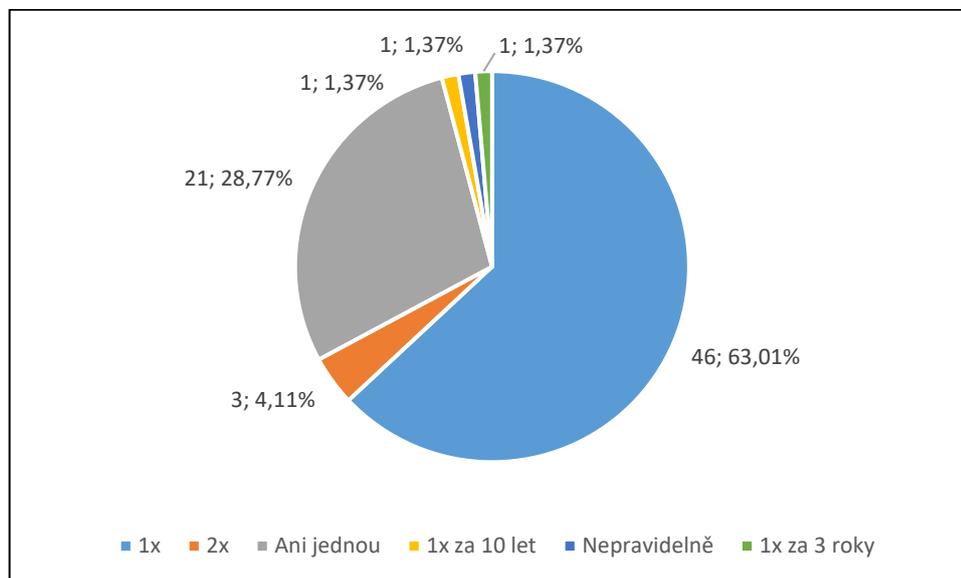
5. Měl/a jste prostor pro zhodnocení Apgar skóre během výjezdu?



Graf 4 – Zhodnocení Apgar skóre

V další otázce respondenti odpovídali, zdali měli prostor pro zhodnocení Apgar skóre. Z 50ti respondentů z nich 38 odpovědělo, že „Ano“ a zbylých 12 dotazovaných odpovědělo, že „Ne“.

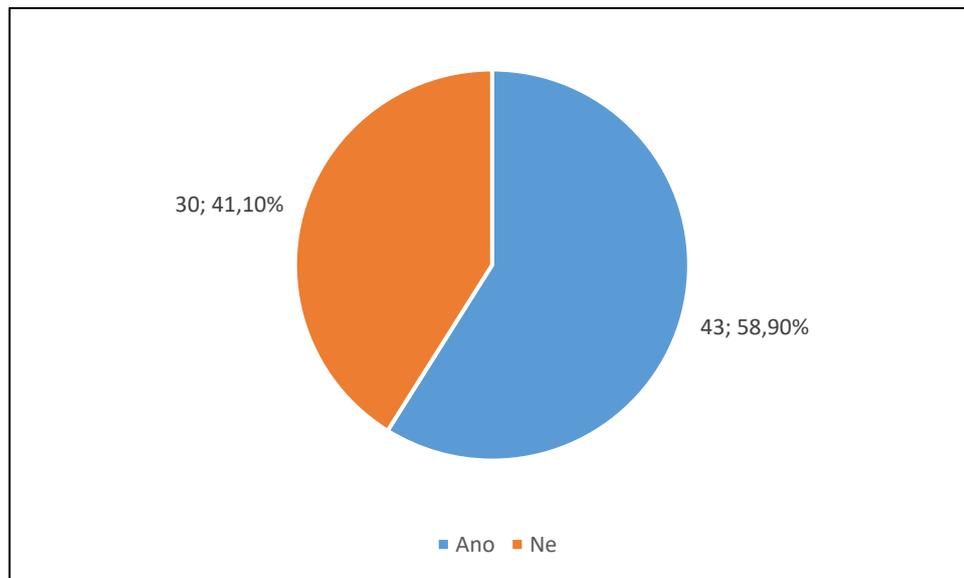
6. Kolikrát za rok jste absolvoval/a u ZZS školení ohledně porodu v terénu?



Graf 5 – Četnost školení o problematice porodu

Šestá otázka zkoumala, kolikrát se zdravotničtí záchranáři účastnili školení v problematice porodů. Z grafu vyplývá, že 46 (63,01 %) respondentů absolvovalo školení 1x ročně. Druhou nejčastější odpovědí byla „Ani jednou“, na kterou odpovědělo 21 (28,77 %) respondentů. 3 (4,11 %) respondenti odpověděli, že absolvovali školení 2x ročně. Další odpovědi, „Nepravidelně“, „1x za 10 let“ a „1x za 3 roky“, jsou v zastoupení jednoho respondenta.

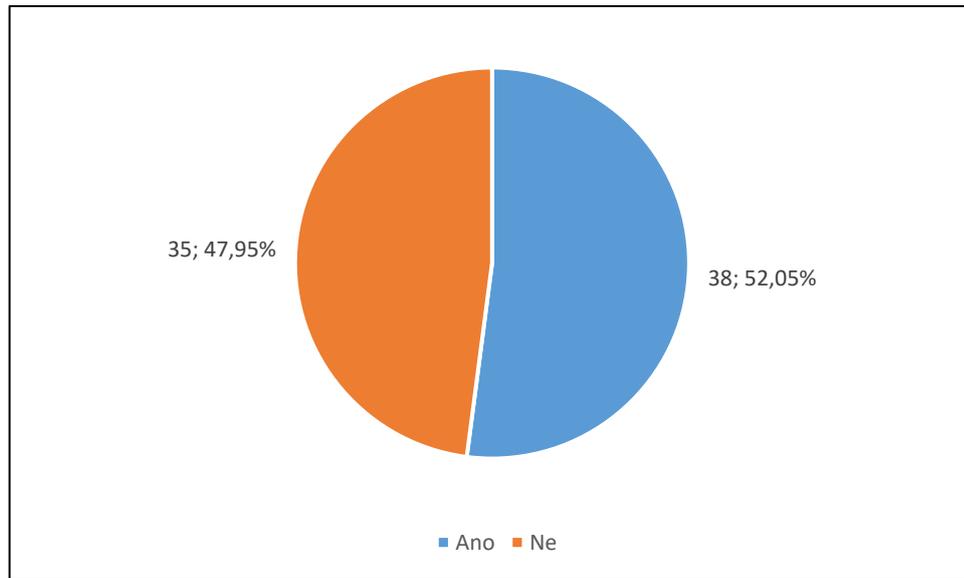
7. Myslíte si, že je obsah školení dostačující?



Graf 6 – Dostatečnost obsahu školení

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik respondentů si myslí, že je školení v oblasti této problematiky dostačující nebo nikoliv. Z celkového počtu 73 dotazovaných odpovědělo 43 (58,90 %) respondentů, že „Ano“, zatímco počet 30ti (41,10 %) dotazovaných odpověděl, že „Ne“.

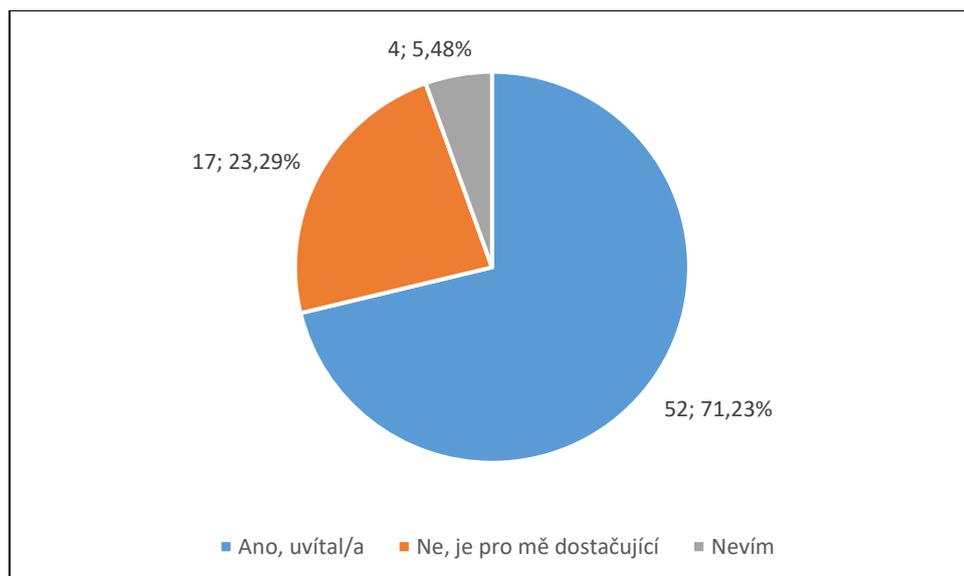
8. Myslíte si, že je četnost školení dostačující?



Graf 7 – Dostatečnost četnosti školení

V osmé otázce respondenti odpovídali, jestli je četnost školení v této problematice dostačující. Kladně odpovědělo 38 (52,05 %) respondentů a pro 35 (47,95 %) dotazovaných je četnost nedostačující.

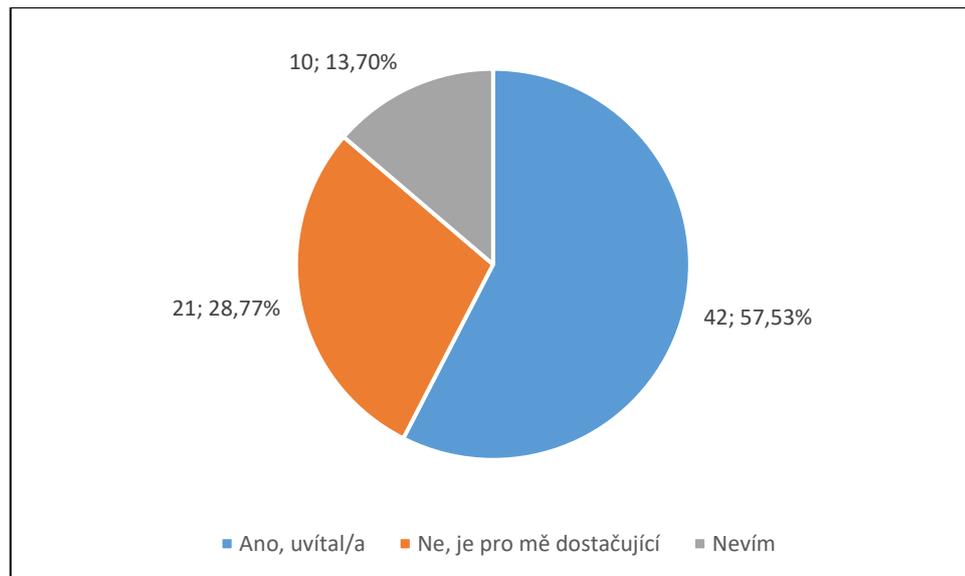
9. Uvítali byste školení v oblasti porodu častěji než dosud?



Graf 8 – Častější školení

Další otázka zkoumala, jestli by respondenti uvítali častější školení v problematice porodů. 52 (71,23 %) respondentů odpovědělo, že by častější školení uvítali, zatímco pro 17 (23,29 %) je dostačující. 4 (5,48 %) dotazovaní odpověděli „Nevím“.

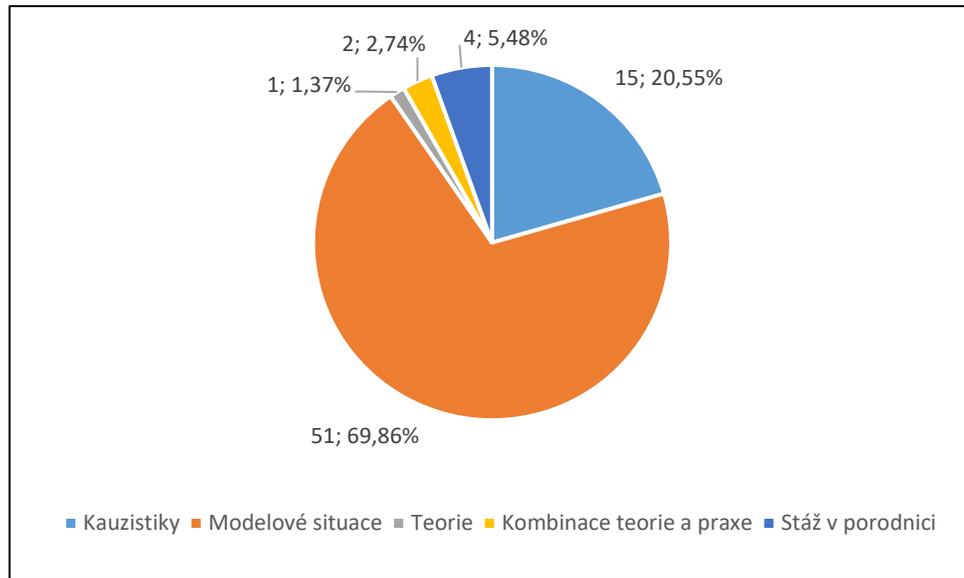
10. Uvítali byste rozsáhlejší obsah školení?



Graf 9 – Rozsáhlejší obsah školení

Desátá otázka měla zjistit, jestli by zdravotničtí záchranáři uvítali rozsáhlejší obsah školení. Více než polovina respondentů (přesně 57,53 %) by jej uvítala, nicméně pro 21 (28,77 %) dotazovaných je obsah dostačující. Zbýlých 10 (13,70 %) dotazovaných odpovědělo „Nevím“.

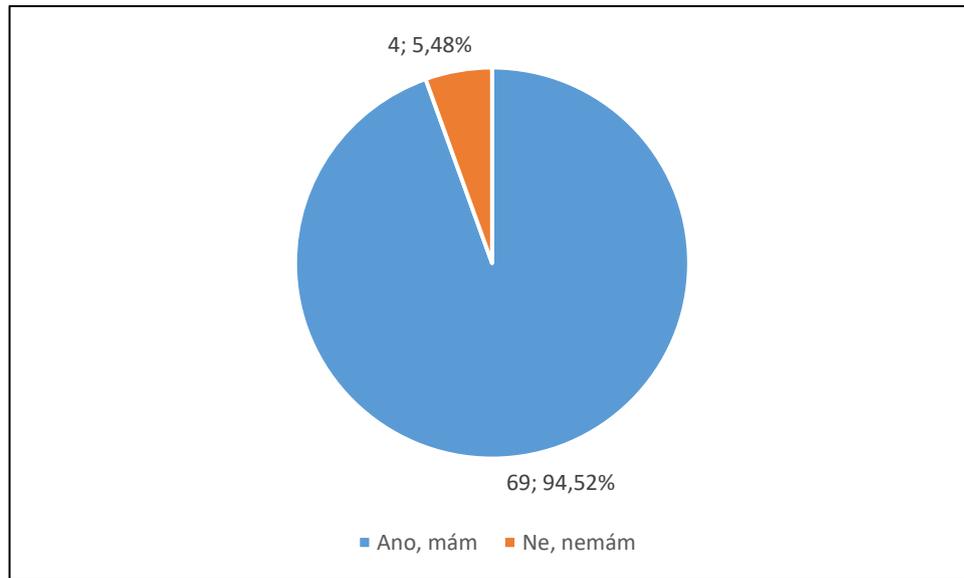
11. Na co by se, podle Vás, mělo školení více zaměřit?



Graf 10 – Obsah školení

Další otázka nabízela několik odpovědí s možností přidat novou další. Nejčastější odpovědí, na co by se mělo na školení více zaměřit, byly modelové situace. Druhou nejčastější odpovědí byly kazuistiky. Čtyři respondenti odpověděli, že by uvítali stáž v porodnici. Zbylí tři dotazovaní odpověděli, že by se mělo školení zaměřit na teorii nebo na kombinaci teorie a praxe.

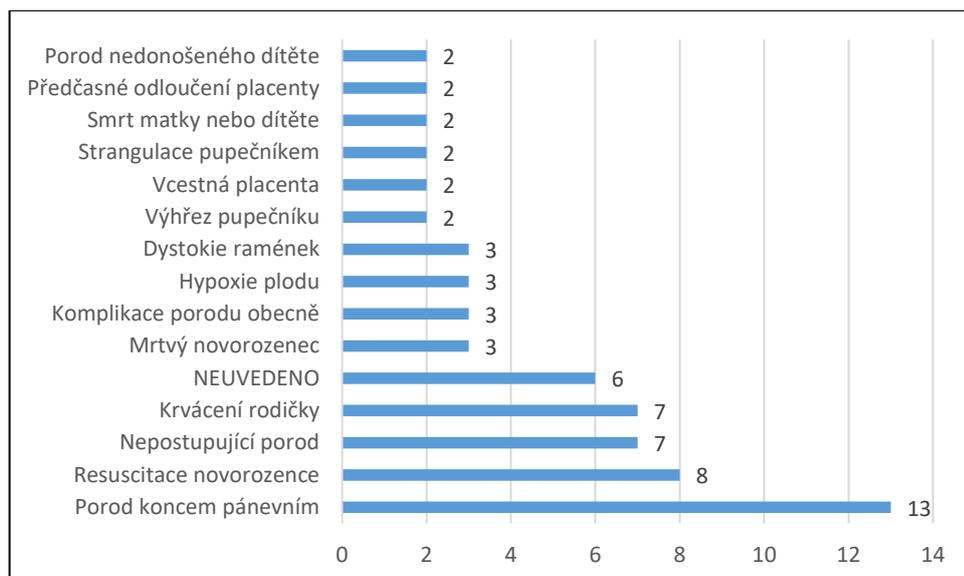
12. Máte při výjezdu na porod obavy z možných komplikací?



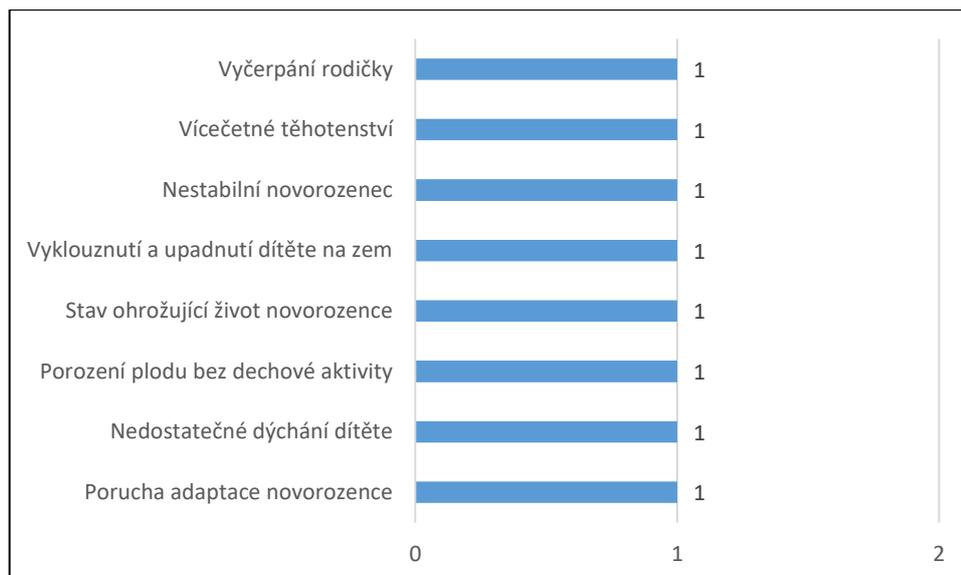
Graf 11 – Obavy z komplikací porodu

Cílem dvanácté otázky bylo zjistit, jestli mají zdravotničtí záchranáři obavy z komplikací při výjezdu na porod. Až 69 (94,52 %) záchranářů odpovědělo, že „Ano“. Pouze 4 (5,48 %) respondenti odpověděli, že „Ne“.

13. Jaká je Vaše největší obava při výjezdu na porod?



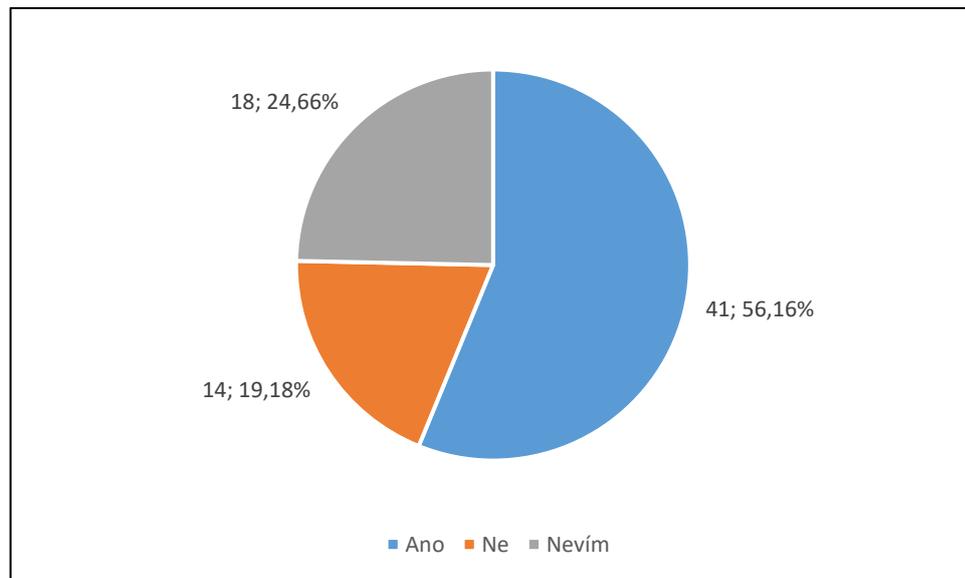
Graf 12 – Největší obavy



Graf 13 – Ostatní obavy

Další otázka se snažila detailněji zjistit, z čeho mají zdravotničtí záchranáři největší obavy při výjezdu k porodu. Respondenti odpovídali na otevřenou otázku. Odpovědi jsou zaznamenány ve dvou tabulkách. Jedna znázorňuje nejvíce zastoupené odpovědi. Druhá ukazuje odpovědi, které uvedli respondenti v zastoupení jednoho dotazovaného na jednu odpověď.

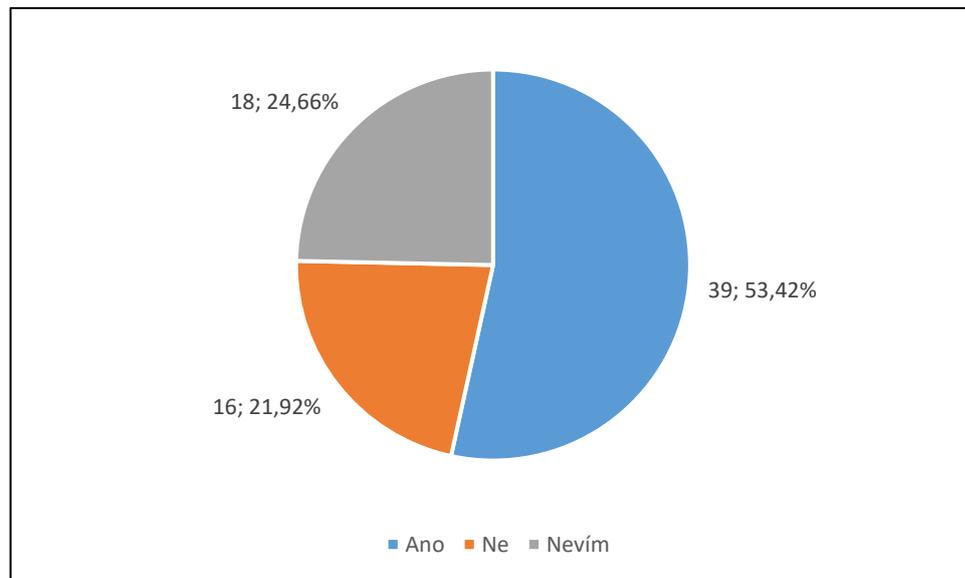
14. Byly by Vaše obavy menší, kdy byste měl/a s porody více zkušeností?



Graf 14 – Minimalizace obav při zkušenostech

Otázka č. 14 měla zjistit, jestli by obavy záchranářů zmírnilo více zkušeností v této problematice. U 41 (56,16 %) respondentů by více zkušeností obavy zmírnilo, u 14 (19,18 %) respondentů nezmírnilo a 18 (24,66 %) dotazovaných odpovědělo, že neví.

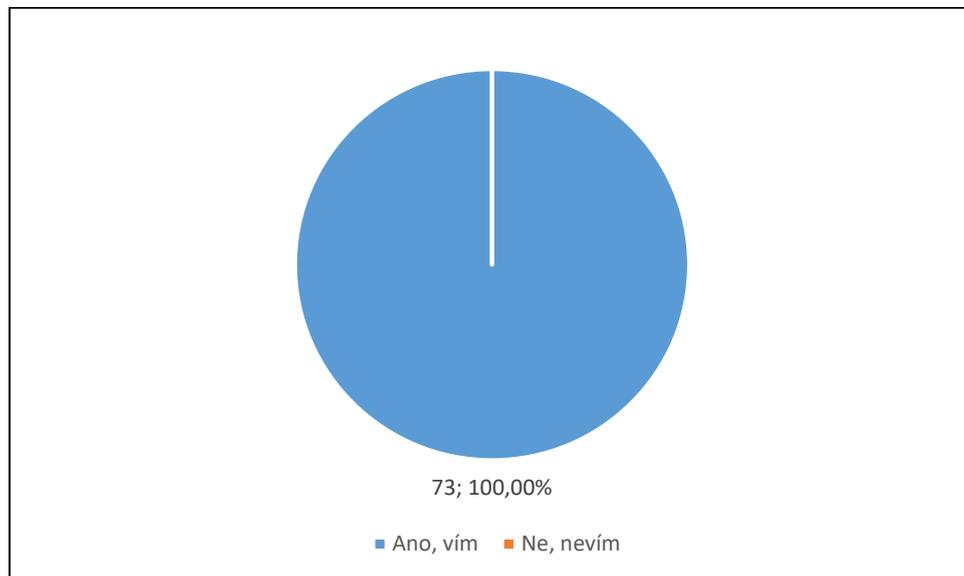
15. Zmírnilo by Vaše obavy intenzivnější školení v problematice porodů?



Graf 15 – Minimalizace obav při intenzivnějším školení

Více než 50 % (přesně 53,42 %) dotazovaných odpovědělo, že intenzivnější školení by obavy zmírnilo. 18 respondentů (24,66 %) odpovědělo, že neví a u 16 dotazovaných (21,92 %) by obavy školení nezmírnilo.

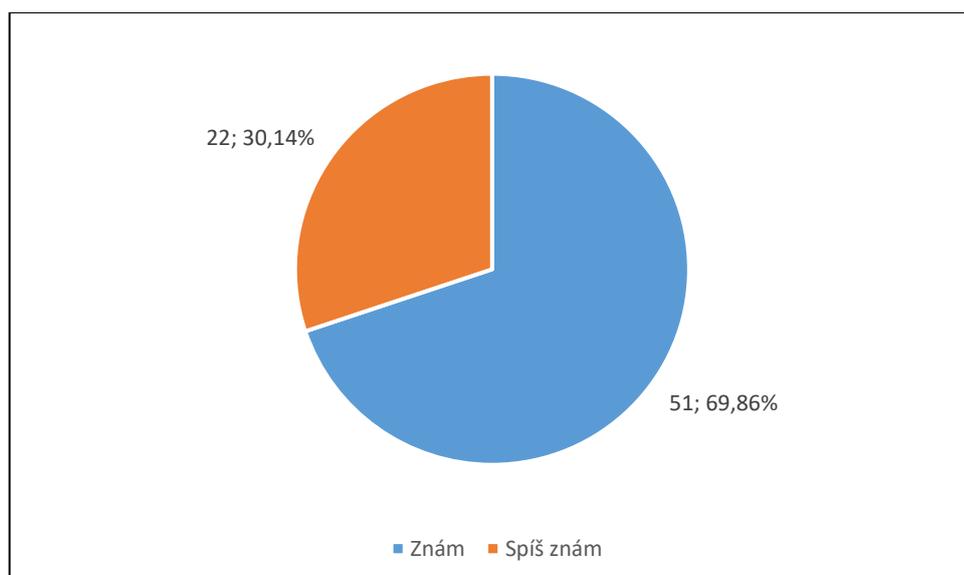
16. Víte, jaké máte, jako zdravotnický záchranář, dostupné vybavení k výjezdu k porodu?



Graf 16 – Znalost vybavení k porodu

Odpověď na tuto otázku byla jednoznačná. Všechny 73 respondentů odpovědělo, že ví, jaké mají dostupné vybavení k výjezdu k porodu.

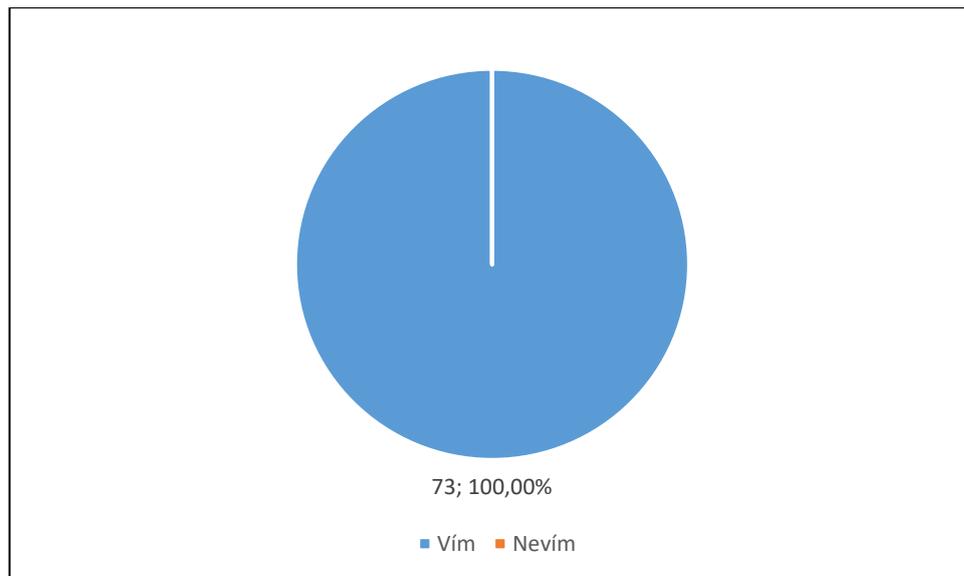
17. Znáte obsah porodnického balíčku?



Graf 17 – Obsah porodnického balíčku

Další otázka se ptala na to, jestli respondenti znají obsah porodnického balíčku. Z nabízených čtyř možností, byly nejčastější dvě z nich. 51 (69,86 %) respondentů odpovědělo, že porodnický balíček zná a 22 (30,14 %) respondentů odpovědělo, že spíš zná.

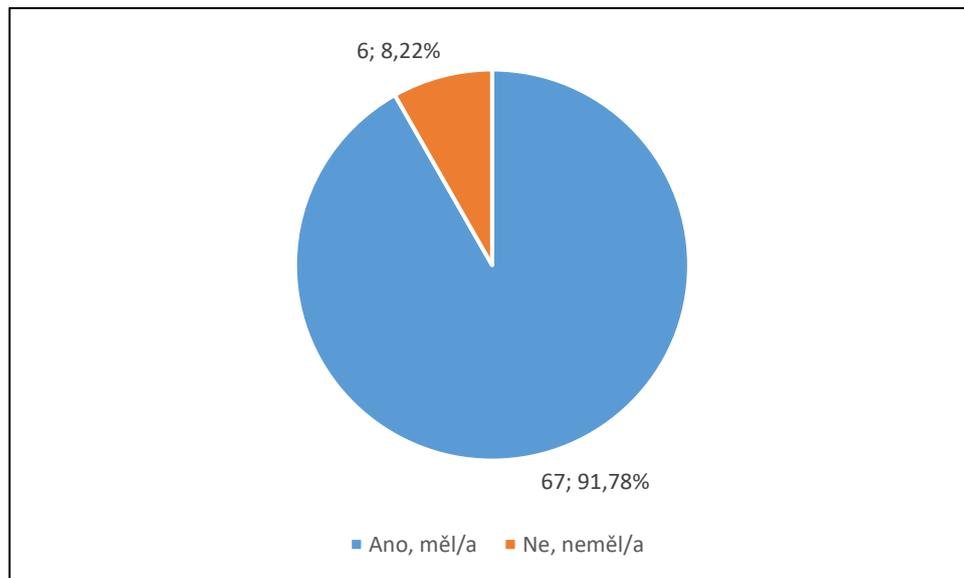
18. Víte kde se, ve Vašem sanitním voze, porodnický balíček nachází?



Graf 18 – Umístění porodnického balíčku

Odpověď na tuto otázku byla jednoznačná. Všechny 73 dotazovaných, tedy celých 100 %, odpovědělo, že ví, kde se balíček nachází.

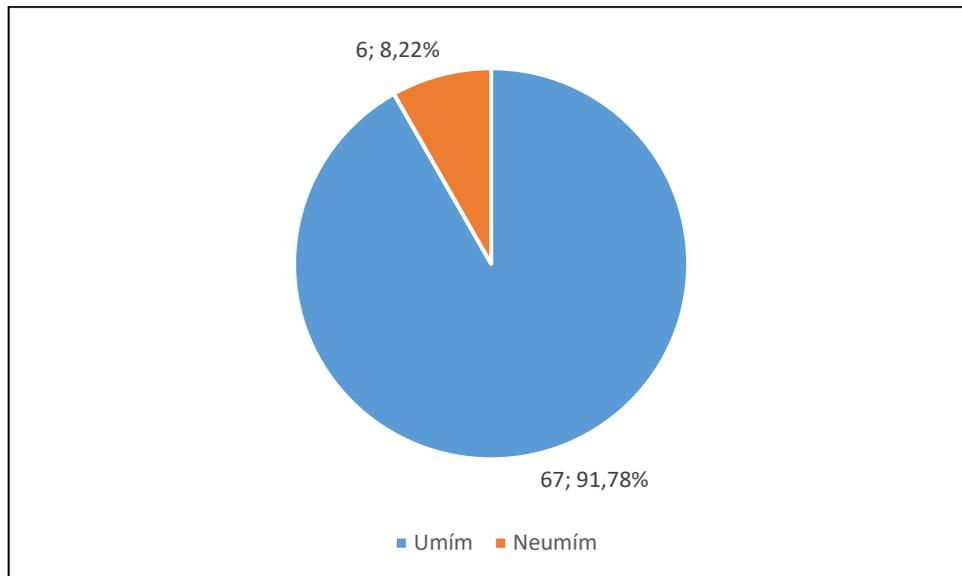
19. Měl/a jste možnost nahlédnout na obsah porodnického balíčku?



Graf 19 – Povědomí o obsahu porodnického balíčku

Na 19. otázku, která se zaměřovala na to zdali respondenti nahlédli do porodnického balíčku, odpovědělo 67 (91,78 %) respondentů, že tuto možnost měli. Pouze 6 (8,22 %) respondentů uvedlo, že na obsah balíčku možnost nahlédnout neměli.

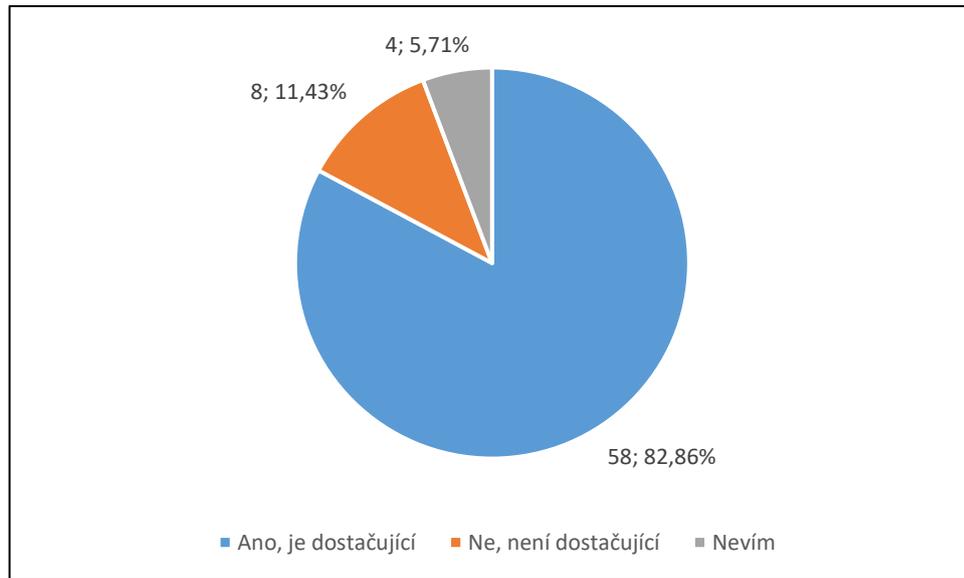
20. Umíte zacházet s jednotlivými pomůckami?



Graf 20 – Znalost pomůcek k porodu

Cílem další otázky bylo zjistit, jestli respondenti umí zacházet s pomůckami k vedení porodu. 67 (91,78 %) respondentů odpovědělo, že s pomůckami zacházet umí, nicméně 6 dotazovaných (8,22 %) uvedlo, že neumí zacházet s pomůckami.

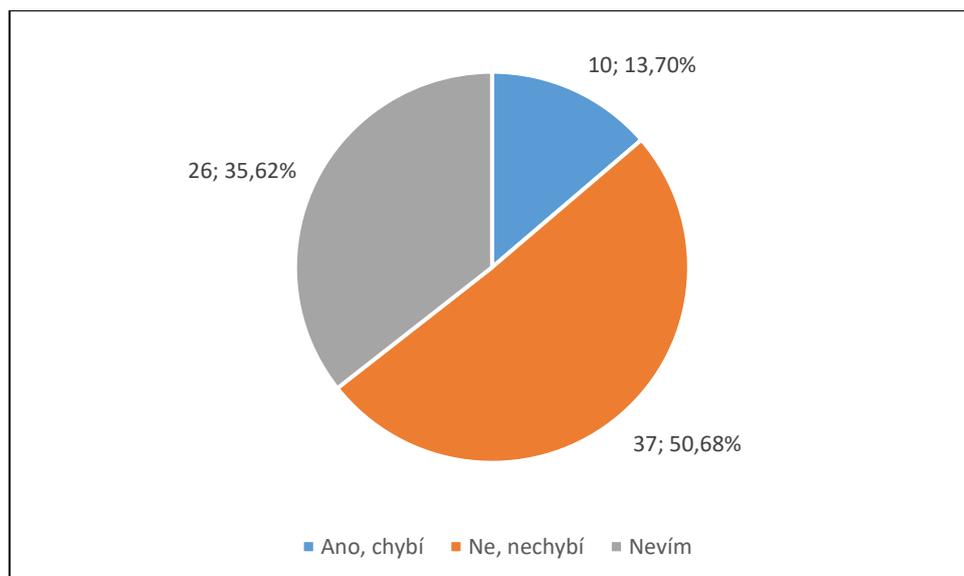
21. Je pro Vás dostupné vybavení dostačující?



Graf 21 – Dostatečnost pomůcek k porodu

58 (82,86 %) dotazovaných odpovědělo, že je pro ně dostupné vybavení dostačující. Pro 8 (11,43 %) dalších vybavení dostačující není a zbylí 4 (5,71 %) dotazovaní neví.

22. Chybí podle Vás nějaká pomůcka v balíčku?



Graf 22 – Absence pomůcky v balíčku

Více než 50 % (přesně 50,68 %) respondentů uvádí, že podle nich žádná pomůcka v balíčku nechybí. Pro 10 (13,70 %) dotazovaných v balíčku nějaká pomůcka chybí a zbylých 26 (35,62 %) neví.

23. Jaká pomůcka podle Vás v balíčku chybí?

RESPONDENT 1	„čepička není součástí balíčků“
RESPONDENT 2	„čepička pro novorozence, nůžky“
RESPONDENT 3	„více svého materiálu“
RESPONDENT 4	„čepička, nůžky“
RESPONDENT 5	„Dětská plenka“
RESPONDENT 6	„Cívka pro kanylaci pupečníku“
RESPONDENT 7	„Jednorázová deka“
RESPONDENT 8	„Více roušek“
RESPONDENT 9	„Málo plenek“
RESPONDENT 10	„Více plen“

Tabulka 2 – Chybějící pomůcky v porodnickém balíčku

Předposlední otázka byla otevřená, a tak měli respondenti možnost napsat, jaká pomůcka podle nich v dostupném vybavení chybí. Výsledky jsou shrnuty v tabulce.

24. Která pomůcka z porodnického balíčku má podle Vás nejméně využití?

RESPONDENT 1	„Vložka“
RESPONDENT 2	„Svorky“
RESPONDENT 3	„Rukavice“
RESPONDENT 4	„Svorky“
RESPONDENT 5	„Nůžky“
RESPONDENT 6	„Sterilní rukavice“
RESPONDENT 7	„Ženská vložka“
RESPONDENT 8	„Tkanice na pupečník a sterilní rukavice“
RESPONDENT 9	„Sterilní rukavice“
RESPONDENT 10	„Nůžky na episiotomii“
RESPONDENT 11	„Nůžky“

Tabulka 3 – Nejméně využitelné pomůcky v porodnickém balíčku

Poslední otázka byla taktéž otevřená, do které respondenti mohli napsat, která pomůcka má podle nich nejméně využití. Všechny odpovědi jsou shrnuty v tabulce.

6 DISKUZE

První otázka dotazníkového šetření se snažila zjistit, jestli záchranáři znají Apgar skóre. Všichni dotazovaní uvedli, že skóre znají. Vzhledem k tomu, že se tato hodnotící škála v rámci přednemocniční péče používá pro zhodnocení poporodní adaptace novorozence, je, podle mého názoru, důležité ji znát a měla by to být určitě nedílná součást znalostí v této problematice. (Šeblová, 2018) V rámci stanoveného cíle, čili zjistit povědomí záchranářů o Apgar skóre, si myslím, že z výsledků lze usoudit, že míra povědomí o tomto skóre je dostačující. Za sebe považuji tedy cíl za splněný.

Následujícími otázkami jsem se snažila zjistit, kolik záchranářů má zkušenost s výjezdem k porodu. Vzhledem k tomu, že byl dotazník určen jak záchranářům se zkušeností s porodem, tak i těm, kteří se porodu neúčastnili, překvapilo mě, že ze 73 dotazovaných respondentů se jich, na základě získaných odpovědí, 50 porodu účastnilo. Další otázky souvisely s komplikacemi, které mohly vzniknout během vedení porodu. Ze všech 50ti respondentů, kteří byli u porodu, se pouze 4 z nich setkali s nějakou komplikací. Každý ze čtyř dotazovaných uvedl komplikaci jinou, kterými byly resuscitace novorozence, eklampsie matky, nespolupracující rodička a porod koncem pánevním. Poslední otázka, která se týkala zkušeností dotazovaných, se snažila zjistit, jestli záchranář provedl zhodnocení podle Apgar skóre. Z výsledků se dá vypozařovat, že v 76% výjezdů k porodu ke zhodnocení došlo. Otázkou však zůstává, z jakého důvodu zbylých 24 % respondentů toto zhodnocení neprovedlo. Přesto výsledek 76% hodnotím veskrze jako pozitivní. S přihlédnutím na toto šetření lze zhodnotit další dva stanovené cíle. Jedním cílem bylo zjistit počet záchranářů se zkušeností s porodem v terénu, který považuji, na základě výsledků, za splněný. Druhý cíl, jímž bylo zjištění nejčastější komplikace, se podařilo splnit pouze částečně. Respondenti sice odpověděli, s jakou komplikací se setkali, nicméně každý uvedl

komplikaci jinou. Tímto nelze obecně určit, v závislosti na mém zkoumaném vzorku respondentů, která komplikace by mohla být nejčastější.

Dále jsem se pokusila zjistit, jaká je četnost školení v problematice porodu a zdali je dostačující. Výsledky ukazují, že se více než 60 % (63,01 %) záchranářů na zdravotnické záchranné službě, bez ohledu na krajevou příslušnost, účastnilo 1x ročně školení. Přesto necelých 30 % (28,77 %) uvedlo, že školení neabsolvovali ani jednou. Tři respondenti odpověděli, že se účastnili školení 2x ročně. Další odpovědi v zastoupení jedním respondentem odpovídaly, že se školení konalo nepravidelně nebo pouze 1x za určitý časový úsek. Vzhledem však k tomu, že respondenti, kteří na tuto otázku odpovídali, pocházejí ze zdravotnické záchranné služby z různých krajů, nelze určit, ve kterém kraji jak často školení probíhá. Nicméně přesto lze z výsledků vidět, že četnost ve vybraných krajích není sjednocená.

S četností vzdělávání souvisel i další výzkum. Šlo mi o to zjistit, zdali se zdá záchranářům četnost školení dostačující. Výsledky byly takové, že více než 50 % (52,05 %) dotazovaných uvedlo na tuto otázku kladnou odpověď. Nelze však vyvodit, o jakou četnost se tedy jedná. Nicméně u otázky, zdali by záchranáři uvítali školení častěji než dosud, odpovědělo až 70 % (71,23 %) záchranářů, že ano. Dá se z výsledků tedy usoudit, že ač 52,05 % respondentů odpovědělo, že je pro ně četnost dostatečná, s přihlédnutím k výsledkům z následující otázky lze hádat, že záchranáři jeví o tuto problematiku zájem.

Po zkoumání četnosti jsem se zaměřila na obsah a náplň vzdělávání v této problematice. Co se týká výsledků, ptala jsem se na to, jestli je pro záchranáře obsah dostačující. Předpokládala jsem více negativních odpovědí, nicméně mě překvapilo, že pro 58,90 % je obsah školení, co se náplně týká, dostačující a pouze 41,10 % by uvítalo rozsáhlejší obsah školení. V neposlední řadě mě zajímalo, co

by zdravotničtí záchranáři uvítali v rámci náplně školení. Ukázalo se, že by se podle záchranářů mělo vzdělávání zaměřit na modelové situace a kazuistiky. Pro čtyři respondenty by byla, podle jejich názoru, přínosná také stáž v porodnici. V souvislosti s touto částí výzkumu došlo ke splnění dalšího stanoveného cíle, který se týkal zjišťování úrovně školení záchranářů v této problematice. Z výsledků lze tedy, podle mého názoru, usoudit, že by se mělo zapracovat více na četnosti školení a zhodnotit samotný obsah.

Dále jsem se pokusila zaměřit na obavy z výjezdu k porodu, které záchranáři mohou mít. Z výsledků je patrné, že z celkového počtu 73 dotazovaných, bez ohledu na to, z jakého kraje pocházejí, má 69 (94,52 %) respondentů obavy z možných komplikací. Mým cílem bylo v této části výzkumu zjistit, jaký je důvod jistých obav a jak by se dalo popřípadě s těmito obavami u záchranářů pracovat. Z výsledků jsem se dozvěděla, že mezi hlavní obavy, spojené s porodem v přednemocniční péči, patří porod koncem pánevním (uvedlo 13 respondentů), resuscitace novorozence (uvedlo 8 respondentů), krvácení rodičky (7 respondentů) a nepostupující porod (uvedlo 7 respondentů). Dalšími obavami, které uvedli v zastoupení tři respondenti na každou odpověď, byla dystokie ramének, hypoxie plodu, mrtvý novorozenec a komplikace spojené s porodem obecně. Další odpovědi se pak týkaly komplikací spojených s pupečnickem a placentou. Skutečnost, zdali by došlo ke zmírnění těchto obav, pokud by měli záchranáři více zkušeností s porody, lze vyčíst z výsledků, které ukazují, že více než 55 % (přesně 56,16 %) respondentů uvádí, že by zkušenosti jejich obav zmírnily. U vztahu intenzivnějšího školení a zmírnění obav mě však výsledky překvapily. Domnívala jsem se, že pokud by bylo školení v této problematice intenzivnější, snížily by se možné obavy, nicméně pouze minimálně přesahující polovina (přesně 53,42 %) ze všech dotazovaných uvedla, že by tomu tak mohlo být. Tuto část výzkumu bych chtěla zakončit zhodnocením cíle, který byl stanoven. Jednalo se o zjištění největší obavy, kterou by záchranáři mohli mít. Cíl

byl splněn. Součástí bylo také navrhnout řešení k jejich minimalizaci, čímž by podle výsledků mohlo alespoň částečně pomoci intenzivnější školení zahrnující například modelové situace, které záchranáři uvedli v předešlé části výzkumu. I přesto se však velká část záchranářů shoduje na tom, že pro minimalizaci obav je potřeba zkušeností z terénu.

Další částí výzkumu jsem se snažila zjistit, jaké je povědomí o vybavení, které mají zdravotničtí záchranáři k dispozici pro vedení porodu v terénu. Na otázku, ve které jsem se ptala na znalost vybavení, odpověděli všichni dotazovaní, tedy 73 respondentů, že jej znají. Co se týká samotného obsahu porodnického balíčku jako takového a znalosti jednotlivých pomůcek v něm, nebyla odpověď jednohlasná jako u předchozí otázky. 69,86 % respondentů odpovědělo, že obsah znají. Zbýlých 30,14 % dotazovaných tvrdí, že obsah spíše znají. Potěšilo mě, že jsem na tuto otázku nenašla ani jednu negativní odpověď. S odpovědí na další otázku týkající se umístění porodnického balíčku v sanitním voze jsem, dá se říct, doufala v jednoznačnou odpověď, což se také stalo. Všichni respondenti uvedli, že ví kde se vybavení nachází. Podle mého názoru je nezbytné, aby záchranář věděl, kde se jaké vybavení nachází, aby s ním mohl adekvátně a efektivně pracovat. Následující otázka se ptala na to, jestli měli záchranáři možnost se na jednotlivé pomůcky podívat a prohlédnout si je. Ze všech 73 respondentů odpovědělo pouze 6 z nich, že neměli možnost vybavení vidět. Navázala bych tímto i na další otázku, která poukazovala na to, jestli si dotazovaní myslí, že s vybavením umí pracovat. Odpovědi korespondovaly s předchozí otázkou, tedy že 6 odpovědí bylo negativních. Domnívám se, že respondenti, kteří uvedli, že neměli možnost vybavení vidět, následně takto odpověděli i v další otázce. Myslím si, že znalost vybavení s možností si každou pomůcku „osahat“ je důležité pro to, aby s ní záchranář poté uměl pracovat a používat ji.

Následně mě zajímalo, co si záchranáři myslí o obsahu vybavení. Snažila jsem zjistit, jestli je podle jejich názoru dostačující nebo nikoliv. Podle výsledků je pro 58 (82,86 %) respondentů postačující. Dalších 8 (11,43 %) uvedlo, že je pro ně vybavení nedostatečné. Zbylí 4 (5,71 %) respondenti uvedli, že neví. S negativními odpověďmi tak souvisela otázka, která se ptala na to, jestli podle záchranářů nějaká pomůcka v balíčku chybí. Překvapilo mě, že negativních odpovědí na tuto otázku bylo 10 (13,70 %), ačkoliv v předešlé otázce odpovědělo negativně pouze 8 respondentů. Nicméně pro to, abych zjistila, která pomůcka podle záchranářů chybí, vytvořila jsem otevřenou otázku, kam mohli respondenti napsat vlastní odpověď. Odpovědi byly různé, a tak bych tímto chtěla rozebrat každou odpověď zvlášť. Tři respondenti uvedli, že v balíčku chybí čepička pro novorozence, nicméně dodali, že zdravotnická záchranná služba tuto položku dodává mimo balíček a tím je tedy k dispozici k použití. Podle mého názoru je čepička důležitou součástí balíčku, aby byla zajištěna termoregulace novorozence, takže by se tak neměla nacházet mimo balíček jako takový. (Šeblová, 2018) Další čtyři odpovědi se týkaly většího množství savého materiálu, jako jsou pleny a roušky, které se v balíčku sice nacházejí, ale podle respondentů je jejich množství nedostatečné. Vzhledem k povaze porodu a spotřebě tohoto typu pomůcek by mělo být, podle mého názoru, toto množství dostatečné. Jeden respondent následně odpověděl, že se v balíčku nenachází jednorázová deka. Standardně by se měly jednorázové deky jako součást vybavení v sanitním voze nacházet, tímto je možné je použít i při porodu. Další respondent následně odpověděl, že v balíčku chybí cévka pro kanylaci pupečnicku. Jedná se o přístup do cévního řečiště novorozence prostřednictvím žíly v pupečnicku, kterého se využívá například při kardiopulmonální resuscitaci. (Šeblová, 2018) Z pohledu zdravotnického záchranáře a jeho kompetencí (Vyhláška 55/2011 Sb.), je však přijatelnější variantou zvolit například intraoseální přístup, ke kterému je nejen kompetentní, ale také řádně proškolen. Dle mého názoru se tedy nejedná o pomůcku, u které je nezbytně nutné, aby byla součástí

porodnického balíčku. Poslední odpovědí na tuto otázku, kterou uvedl jeden respondent, je dětská plenka, která podle něj v balíčku chybí. Vzhledem k tomu, že krátce po nebo již při probíhajícím porodu dochází k odchodu smolky dítěte, stojí, dle mě, doplnění této pomůcky do porodnického balíčku minimálně za zamyšlení.

Poslední částí výzkumu jsem se snažila zjistit, která pomůcka má, podle názoru záchranářů, v porodnickém balíčku nejmenší využití. Na otevřenou otázku odpovědělo celkem 11 respondentů. Nyní rozeberu každou odpověď uvedenou dotazovanými. Nejčastěji zmíněnou pomůckou jsou nůžky, které uvedli 3 tazaní. Zdravotníci záchranáři mohli takto uvažovat asi proto, že sterilní nůžky bývají součástí zdravotnického vybavení sanitního vozu. Nicméně tato pomůcka představuje důležitou součást porodnického vybavení z hlediska použití například k epiziotomii nebo k přerušení pupečnicku novorozence. (Šeblová, 2018) Myslím si tedy, že by se v balíčku nacházet měly, proto s těmito třemi respondenty nesouhlasím. Další pomůcka, kterou uvedli dva respondenti, byly svorky nebo také klipsy. Tato pomůcka se v balíčku používá k podvázání pupečnicku, aby mohlo dojít následně k jeho přerušení. Nicméně se v balíčku nacházejí také tkanice sloužící ke stejnému účelu. Tímto je možné jednu pomůcku nahradit druhou. (Šeblová, 2018) Co se tedy týká odpovědi respondentů, mohlo by se jednat o subjektivní preferenci jedné z pomůcek například na základě zkušeností záchranáře z terénu. Dále dva dotazovaní zmiňovali, jako nejméně využitelnou, hygienickou dámskou vložku. Dle mého názoru má tato pomůcka v balíčku své místo. Po porodu totiž může u rodičky docházet ke krvácení. Domnívám se tedy, že použití vložky může zvýšit komfort nejen rodičky, ale také pracující posádky. V poslední řadě uvedli dva respondenti jako pomůcku, která zaujímá pozici nejmenšího využití, sterilní rukavice. I přesto, že se tato pomůcka jistě nachází jako součást standardizovaného vybavení sanitního vozu, pokud bychom brali v úvahu, že by se tato pomůcka v balíčku nenacházela, mohlo by

například dojít k jejímu úplnému opomenutí. V rámci posledního cíle, který byl pro tuto část výzkumu vytyčen, bylo zjištěno povědomí o porodnickém balíčku. Ukázalo se, že záchranáři nejen ví, kde se vybavení nachází, ale také si myslí, že s ním umí pracovat. Co se týká samotného obsahu balíčku, záchranáři naznačili, které pomůcky podle nich mají nejmenší využití a které naopak v balíčku chybí. Podle mého názoru došlo k splnění stanoveného cíle.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala vedením porodu v přednemocniční péči.

Teoretická část se věnovala fyziologickému porodu, včetně jeho mechanismu a fází. Následně byly rozebrány komplikace, ke kterým může během porodu docházet a postupy jejich řešení. Dále byla uvedena ošetrovatelská péče o novorozence a rodičku po porodu. Následně byly rozebrány postupy určené pro porod mimo zdravotnické zařízení, včetně indikací a kontraindikací transportu rodičky. Zmíněno bylo také vybavení, které je zdravotnickým záchranářům dostupné k vedení porodu.

V praktické části byly na základě dotazníkového šetření zjištěny informace potřebné ke splnění stanovených cílů a důležité pro pochopení problematiky z pohledu samotných záchranářů. Kromě splnění jednotlivých cílů jsem se také pokusila nastínit možné řešení některých problémů, na které zdravotničtí záchranáři v rámci šetření upozornili.

V rámci práce byly stanoveny tři hypotézy. Dvě z nich byly potvrzeny a jedna naopak vyvrácena. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že záchranáři mají povědomí o hodnotící škále Apgar skóre a během vedení porodu došlo k jeho zhodnocení. Tímto je první hypotéza potvrzena. Druhá hypotéza, která se týkala nejvíce obávaných komplikací, byla taktéž potvrzena. Výsledky ukázaly, že těmito obavami jsou jak zmíněný porod koncem pánevním, tak resuscitace novorozence. Poslední, třetí, hypotéza pojednávající o nedostatečnosti úrovně a obsahu školení záchranářů v této problematice byla vyvrácena. Ukázalo se, že pro více než polovinu dotazovaných se jeví četnost i obsah školení jako dostatečné. Toto zjištění o úrovni vzdělávání v projednávané problematice lze hodnotit tedy pozitivně. Přesto záchranáři upozornili, že i v procesu vzdělávání existuje místo pro zlepšení.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZOS – Zdravotnické operační středisko

PPH – Primární postpartální hemoragie

ASPG – Americká společnost porodníků a gynekologů

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BINDER, Tomáš. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2009-3
2. BRENDAN V. SCHULTZ, Shonel Hall, Lachlan Parker, Stephen Rashford & Emma Bosley (2021) Epidemiology of Oxytocin Administration in Out-of-Hospital Births Attended by Paramedics, *Prehospital Emergency Care*, 2020, 412-417, DOI: 10.1080/10903127.2020.1786613
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. *Zdraví & životní styl*. ISBN 978-80-247-2334-1.
4. DOBIÁŠ, Viliam a Táňa BULÍKOVÁ. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 2., přepracované a doplněné vydání. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3020-7.
5. GALKOVÁ, Gabriela, Pavel BÖHM et al., Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019, *Global Pediatric Health*, ročník 9, 2007, 1-8 s., ISSN 2333-794X. DOI: 10.1177/2333794X211070916
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
7. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
8. MIXA, Vladimír, Pavel HEINIGE a Václav VOBRUBA. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3088-7.
9. PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnice.cz: Překotný porod* [online]. Grada, 2015 [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod-a-z/prekotny-porod>

10. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5
11. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
12. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7
13. S. LEMOINE, J.-L. Chabernaud, N. Lode, S. Teissedre, B. Prunet, Aptness of the transport of healthy term newborns not requiring support after an unplanned prehospital birth, *Archives de Pédiatrie*, Volume 27, Issue 1, 2020, Page 61, ISSN 0929-693X, <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.10.010>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X19301915>)
14. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3
15. SUCHARDA, Petr a Lukáš ZLATOHLÁVEK. *Základy klinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3091-5
16. 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
17. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína. 3., přeprac. a rozš. vyd.* Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0
18. VYHLÁŠKA 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]*. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 27.04.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

19. WOODS Matthew Dr: Prehospital perimortem caesarean section – a survivor, *Prehospital Emergency Care*, Volume 24, Issue 4, Page 595-599, 2020, ISSN 10903127. DOI: 10.1080/10903127.2019.1671563

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Apgar skóre (Remeš, 2013, str. 454)	23
Obrázek 2 – Porodnický balíček (Zdroj: autor práce)	36
Obrázek 3– Porodnický balíček, část pro matku a část pro dítě (Zdroj: autor práce)	36
Obrázek 4 - Část porodnického balíčku pro matku (Zdroj: autor práce).....	37
Obrázek 5 – Část porodnického balíčku pro dítě (Zdroj: autor práce).....	38

11 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 – Apgar skóre.....	41
Graf 2 – Výjezd s indikací porod.....	42
Graf 3 – Komplikace při porodu	43
Graf 4 – Zhodnocení Apgar skóre.....	44
Graf 5 – Četnost školení o problematice porodu	45
Graf 6 – Dostatečnost obsahu školení	46
Graf 7 – Dostatečnost četnosti školení.....	47
Graf 8 – Častější školení.....	47
Graf 9 – Rozsáhlejší obsah školení	48
Graf 10 – Obsah školení	49
Graf 11 – Obavy z komplikací porodu	50
Graf 12 – Největší obavy	50
Graf 13 – Ostatní obavy	51
Graf 14 – Minimalizace obav při zkušenostech.....	52
Graf 15 – Minimalizace obav při intenzivnějším školení.....	53
Graf 16 – Znalost vybavení k porodu	54
Graf 17 – Obsah porodnického balíčku	54
Graf 18 – Umístění porodnického balíčku	55
Graf 19 – Povědomí o obsahu porodnického balíčku.....	56
Graf 20 – Znalost pomůcek k porodu.....	57
Graf 21 – Dostatečnost pomůcek k porodu.....	58
Graf 22 – Absence pomůcky v balíčku	58

12 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 – Komplikace při porodu	43
Tabulka 2 – Chybějící pomůcky v porodnickém balíčku	59
Tabulka 3 – Nejméně využitelné pomůcky v porodnickém balíčku	60

13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník zdravotnickým záchranářům.....	77
Příloha 2 - Žádost o rozšíření dotazníku pro ZZS Středočeského kraje.....	82
Příloha 3 - Žádost o rozšíření dotazníku pro ZZS Moravskoslezského kraje	83
Příloha 4 - Žádost o rozšíření dotazníku pro ZZS Ústeckého kraje.....	84

Vedení porodu v přednemocniční péči

Dobrý den,

Jmenuji se Aneta Demlová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na univerzitě České vysoké učení technické v Praze na fakultě Biomedicínského inženýrství. Součástí studia je vypracování bakalářské práce, jejíž téma jsem si zvolila "Vedení porodu v přednemocniční péči". Práce bude zaměřena na zdravotnické záchranáře a porod v terénu.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který mi bude velkým přínosem pro psaní výzkumné části práce. Veškerá data jsou anonymní a poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za vyplnění.

Aneta Demlová

1. Byl/a jste někdy na výjezdu s indikací porod?

- a) Ano
- b) Ne

2. Proběl porod bez komplikací?

- a) Ano
- b) Ne

3. S jakou komplikací jste se setkal/a?

.....

4. Víte co znamená Apgar skóre?

- a) Vím
- b) Nevím

5. Měl/a jste prostor na zhodnocení Apgar skóre během výjezdu?

- a) Měla
- b) Neměla

6. Kolikrát za rok jste u ZZS absolvoval/a školení ohledně porodu v terénu?

- a) Ani jednou
- b) 1x
- c) 2x
- d) Jiné

7. Myslíte si, že je obsah školení dostačující?

- a) Ano
- b) Ne

8. Myslíte si, že je četnost školení dostačující?

- a) Ano
- b) Ne

9. Uvítali byste školení častěji než dosud?

- a) Ano, uvítal/a
- b) Ne, je pro mě dostačující

c) Nevím

10. Uvítali byste rozsáhlejší obsah školení?

- a) Ano, uvítal/a
- b) Ne, neuvítal/a
- c) Nevím

11. Na co by se podle Vás mělo více školení zaměřit?

- a) Teorie
- b) Modelové situace
- c) Kazuistiky
- d) Jiné

12. Máte při výjezdu k porodu obavy z možných komplikací?

- a) Mám
- b) Nemám

13. Jaká je Vaše největší obava při výjezdu k porodu?

.....

14. Byly by Vaše obavy menší, kdyby jste měl/a s porody více zkušeností?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Zmírnilo by Vaše obavy intenzivnější školení v problematice porodů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Víte, jaké máte jako zdravotnický záchranář dostupné vybavení k výjezdu na porod?

- a) Vím
- b) Nevím

17. Znáte obsah porodnického balíčku?

- a) Zním
- b) Spíš znám
- c) Spíš neznám
- d) Neznám

18. Měl/a jste možnost nahlédnout na obsah porodnického balíčku?

- a) Ano, měl/a
- b) Ne, neměl/a

19. Umíte zacházet s jednotlivými pomůckami?

- a) Umím
- b) Neumím

20. Je pro Vás dostupné vybavení dostačující?

- a) Ano, je dostačující

- b) Ne, není dostačující
- c) Nevím

21. Chybí podle Vás nějaká pomůcka v balíčku?

- a) Ano, chybí
- b) Ne, nechybí

22. Jaká pomůcka podle Vás v balíčku chybí?

.....

23. Která pomůcka z porodnického balíčku má podle Vás nejmenší využití?

.....



Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>

Dotazník bakalářské práce

1 zpráva

Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>
Komu: kabinet@zachranka.cz

10. prosince 2021 19:54

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Demlová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na univerzitě České vysoké učení technické v Praze na fakultě Biomedicínského inženýrství. Součástí studia je vypracování bakalářské práce, jejíž téma jsem si zvolila "VEDENÍ PORODU V PŘEDNEMOCNICNÍ PÉČI". Práce bude zaměřena na zdravotnické záchranáře a porod v terénu.

Jelikož se škola nachází ve středočeském kraji a také spolupracuje se zdravotnickou záchrannou službou, ráda bych ve své výzkumné části oslovila zdravotnické záchranáře právě na ZZS Středočeského kraje.

Tímto bych se chtěla zeptat, zda by bylo možné dotazník rozeslat zdravotnickým záchranářům, který mi bude velkým přínosem pro psaní výzkumné části práce. Veškerá data jsou anonymní a poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Dotazník se nachází na tomto odkazu
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScpoNQ7V3OQxZi4aKMkDauAdxtkMFS_CNBplGUeUHGPIPjxZg/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0

Předem děkuji za odpověď a případné rozeslání.

S pozdravem a přáním hezkého dne
Aneta Demlová



Bez virů. www.avast.com



Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>

Dotazník bakalářské práce

1 zpráva

Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>
Komu: martina.machova@zzsmk.cz

4. ledna 2022 16:07

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Demlová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na univerzitě České vysoké učení technické v Praze na fakultě Biomedicínského inženýrství. Součástí studia je vypracování bakalářské práce, jejíž téma jsem si zvolila "Vedení porodu v přednemocniční péči". Práce bude zaměřena na zdravotnické záchranáře a porod v terénu.

V létě jsem měla možnost u vás na výjezdové stanici v Novém Jičíně absolvovat povinné praxe, kde jsem byla moc spokojená a tak bych chtěla Vás a všechny kolegy moc poprosit o vyplnění dotazníku, který by mi byl velkým přínosem pro dokončení bakalářské práce.

Dotazník je krátký, zabere sotva pár minut a jeho vyplnění je anonymní. Nachází se níže v odkazu.
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScpoNQ7V3OQxZi4aKMkDauAdxtkMFS_CNBpIGUeUHGPIPJxZg/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Předem děkuji za případné vyplnění.
S přáním hezkého dne

Aneta Demlová



Bez virů. www.avast.com



Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>

Dotazník k bakalářské práci

Počet zpráv: 2

Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>
Komu: vais.lukas@zssuk.cz

18. března 2022 11:12

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Demlová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na univerzitě České vysoké učení technické v Praze na fakultě Biomedicínského inženýrství. Součástí studia je vypracování bakalářské práce, jejíž téma jsem si zvolila "VEDENÍ PORODU V PŘEDNEMOCNÍČNÍ PÉČI". Práce je zaměřena na zdravotnické záchranáře a porod v terénu.

Měla jsem možnost u vás na výjezdové stanici v Ústí nad Labem absolvovat minulý měsíc praxe, kde jsem se dozvěděla, že má několik záchranářů s porody zkušenosti.

Tímto bych se chtěla zeptat, zda by bylo možné dotazník rozeslat zdravotnickým záchranářům, který mi bude velkým přínosem pro psaní výzkumné části práce. Dotazník je zaměřený jak na záchranáře, kteří s porodu zkušenosti mají, tak i na ty, kteří na výjezdu k porodu nebyli. Veškerá data jsou anonymní a poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Dotazník se nachází na tomto odkazu

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScpoNQ7V3OQxZi4aKMKDauAdxtkMFS_CNBpIGUeUHGpIPJxZg/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Předem děkuji za odpověď a případné rozeslání.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Aneta Demlová

Vais Lukáš <vais.lukas@zssuk.cz>
Komu: Aneta Demlová <aneta.demlova@gmail.com>

21. března 2022 7:39

Dobrý den,

dotazník vystavíme na našem vzdělávacím portále. Přeji hezký den. LV.

S pozdravem

Mgr. Bc. Lukáš Vais

vedoucí vzdělávání ZZS ÚK

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p. o.

Adresa: Sociální péče 799/7A, P.O. BOX 44, 400 11 Ústí n. L.

Mobil: +420 725 201 169

Email: vais.lukas@zssuk.cz

[Citovaný text byl skryt]