



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

# Předlékařská první pomoc u žen s gynekologickým krvácením

Vypracoval: Michal Tůma  
Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2014

## Abstrakt

TŮMA, M. *Předlékařská první pomoc u žen s gynekologickým krvácením*. České Budějovice 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

**Klíčové pojmy:** gynekologické krvácení, předlékařská první pomoc, porod, potrat, mimoděložní těhotenství, placenta praevia, abrupce placenty, hypotonie a atonie dělohy, hemoragický šok

Práce se zabývá předlékařskou první pomocí u žen s gynekologickým krvácením, a to s důrazem na úkoly, povinnosti a kompetence zdravotnického záchranáře v České republice. Nejprve se věnuje vymezení pojmu „předlékařská neodkladná péče“ a úkolům zdravotnického záchranáře, jejichž obsah dokládá legislativou. V následujících kapitolách mapuje fyziologické i patologické příčiny gynekologického krvácení i u těhotných žen. Dále se zabývá hemoragickým šokem jako jedním z nebezpečných následků gynekologického krvácení. V praktické části popisuje metodiku vlastního výzkumu mezi pracovníky záchranné služby. Výzkumem se snaží potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že znalosti zdravotníků v oblasti přednemocniční neodkladné péče jsou dostatečné. Výsledky výzkumu shrnuje závěrečná diskuze.

## **Abstract**

TŮMA, M. Pre-medical first aid for women suffering from gynaecological bleeding. České Budějovice 2014. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Health and Social Studies. Thesis supervisor: Miloš Velemínský, M.D., Ph.D.

**Keywords:** gynaecological bleeding, pre-medical first aid, childbirth, miscarriage, ectopic pregnancy, placenta praevia, placental abruption, placental hypotonia and atony, hemorrhagic shock

The thesis deals with the pre-medical first aid for women suffering from gynaecological bleeding, especially focussing on the responsibilities, duties and competences of a paramedic in the Czech Republic. Initially, the thesis concentrates on specifying the term “pre-medical emergency care” as well as on the responsibilities of a paramedic, which are supported with the relevant legislation. The subsequent chapters monitor the physiological and pathological causes of gynaecological bleeding of pregnant women. Furthermore, the thesis also addresses hemorrhagic shock as one of the dangerous subsequences of gynaecological bleeding. The practical part describes the methodology of the actual research among employees, trying to confirm or rebut a hypothesis that the knowledge of health care professionals is sufficient as far as the pre-medical emergency care is concerned. The closing discussion summarises the research results.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Poděkování patří MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. vedoucímu bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval.

# Obsah

Úvod .....	8
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>10</b>
1. 1 Předlékařská neodkladná péče .....	10
1. 1. 1 Úkoly zdravotnického záchranáře .....	12
1. 2 Fyziologické příčiny gynekologického krvácení .....	13
1. 2. 1 Menstruační cyklus .....	13
1.2.1.1 Juvenilní metroragie .....	15
1. 2. 2 Fyziologický porod .....	15
1.3 Patologické příčiny gynekologického krvácení u těhotných žen.....	18
1.3.1 Mimoděložní těhotenství (GEU).....	18
1.3.2 Potrat .....	19
1.3.3 Placenta praevia .....	21
1.3.4 Abrupce placenty .....	22
1.3.5 Předčasný porod.....	24
1.3.2 Další patologické příčiny gynekologického krvácení .....	25
1.3.2.1 Hypotonie a atonie dělohy po porodu .....	25
1.3.2.2 Znásilnění.....	27
1.3.2.3 Úrazy .....	28
1.4 Následky gynekologického krvácení .....	30
1.4.1 Hemoragický šok .....	30
<b>2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>32</b>
2.1 Cíl práce .....	32
2.2 Hypotézy .....	32

<b>3 METODIKA</b> .....	<b>33</b>
3.1 Metodiky práce .....	33
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	33
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	<b>34</b>
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>59</b>
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>66</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>68</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>72</b>
<b>9 PŘÍLOHY</b> .....	<b>73</b>

## Úvod

Gynekologické krvácení se, díky dostupnosti zdravotnické péče a návyku žen pravidelně navštěvovat gynekologa, stalo méně obvyklým důvodem výjezdu zdravotnické záchranné služby. Právě gynekolog může diagnostikovat onemocnění v rané fázi. Stále však jsou ženy, které ho nenavštěvují a prevenci či léčbu v gynekologické oblasti podceňují. Jakákoliv žena také může být postižena náhlou příhodou nebo její nemoc může svým akutním stavem vyžadovat příjezd záchranné služby. Během své praxe jsem zjistil, že situace, kdy zdravotnický záchranář musí zasahovat kvůli gynekologickému krvácení, nejsou tak časté, jak by se mohlo zdát. V souvislosti s tím jsem se zabýval i myšlenkou, nakolik jsou záchranáři, kteří nemají možnost řešit tyto stavy častěji, kompetentní v takových situacích obstat. Jelikož jsem měl zájem to více prozkoumat, zvolil jsem si předlékařskou (přednemocniční) první pomoc u žen s gynekologickým krvácením jako téma své bakalářské práce.

Situace, kdy dojde ke gynekologickému krvácení, jsou různorodé – může se jednat o dítě, dospívající dívku, dospělou ženu, ale i o těhotnou. V takovém případě je ohrožen nejen život matky, ale i plodu. Rozdílné jsou také příčiny – může jít o fyziologické (porod) i patologické (komplikace v těhotenství, znásilnění). Hlavní z těchto příčin se budu snažit postihnout ve své práci. Popíšu, jak vznikají a co se při nich děje. Vždy přitom uvedu, jaká je terapie daného problému a jak by v jeho řešení měl postupovat zdravotnický záchranář. Ten musí umět tyto stavy správně diagnostikovat, aby mohl včas zahájit odpovídající terapii a zajistit okamžitý transport do nemocničního zařízení. Při tom se setkává se studem a rozpaky postižené i jejího okolí. Jeho úkolem proto není jen kvalitní medicínský zásah, ale i zaujetí citlivého a ohleduplného přístupu, psychická podpora pacientky.

V práci se budu zabývat nejprve legislativním vymezením pojmu přednemocniční neodkladná péče a úkolů zdravotnického záchranáře, jehož kompetence a povinnosti také nastiňuje zákon. Dále, jak jsem zmínil výše, zmapuji nejobvyklejší fyziologické i patologické příčiny gynekologického krvácení u dívek, žen i těhotných žen. V druhé, praktické části své bakalářské práce, se budu snažit pomocí vlastního kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením potvrdit či vyvrátit v práci stanovenou hypotézu, že



úroveň znalostí zdravotníků v této oblasti je dostačující. Výzkum provedu mezi záchranáři pracujícími v záchranných službách Jihočeského kraje. V ideálním případě se mi podaří zjistit, jaké mají tito lidé zkušenosti s gynekologickým krvácením v přednemocniční neodkladné péči, jaké jsou jeho nejčastější příčiny, se kterými se setkávají a zda se orientují ve znalostech této problematiky. Otázky budu formulovat tak, aby skutečně prověřily znalosti, ale i poskytly prostor pro sebehodnocení. Tím bych rád zjistil, zda se sami pracovníci záchranné služby domnívají, že jsou dostatečně kompetentní. Výsledky výzkumu budu prezentovat v grafech a v diskuzi.

Bakalářská práce by mohla posloužit laické veřejnosti ke zvýšení informovanosti, studentům oboru zdravotnický záchranář a zdravotnickým záchranářům Jihočeského kraje k prohloubení teoretických znalostí o gynekologickém krvácení a k reflexi vlastních vědomostí o této problematice. Závěr práce by měl obsahovat návrh řešení na základě výsledků výzkumu a jejich souvislosti s ověřením hypotézy.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1. 1 Předlékařská neodkladná péče

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách při jejich poskytování dělí druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí. Jedním z nich je neodkladná péče, kterou zákon definuje: „(...) účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.“<sup>1</sup> Paragraf 49 tohoto zákona dále stanoví, že zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy. První pomoc má přitom poskytovat neprodleně každému, jehož život nebo zdraví jsou vážně ohroženy, a snažit se mu zajistit poskytnutí zdravotních služeb.<sup>2</sup> Odmítnout pomoc může zdravotnický pracovník v případě, že by její poskytnutí mohlo ohrozit jeho život nebo by odporovalo jeho náboženskému přesvědčení či jeho svědomí.<sup>3</sup>

Pro vykonávání profese zdravotnického záchranáře je zásadní zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, který ve svém základním ustanovení praví, že „zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem.“<sup>4</sup> Pod pojmem **přednemocniční neodkladná péče** se rozumí „neodkladná

---

1 Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách při jejich poskytování [online].

2 Srov. Tamtéž.

3 Srov. Tamtéž.

4 Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě [online].

péče poskytovaná pacientovi na místě vzniku závažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života (...) a během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče.“<sup>5</sup>

Zákon č. 374/2011 Sb. dále vymezuje činnosti zdravotnické záchranné služby:

- příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev
- rozhodování o naléhavosti tísňového volání a způsobu jeho řešení – rozhodování o vyslání výjezdové skupiny,
- řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku události,
- spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,
- poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím elektronické komunikace,
- vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče včetně neodkladných výkonů k záchraně života na místě události,
- soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče,
- přepravu pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče,
- přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, nelze-li přepravu zajistit jinak,
- třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí.<sup>6</sup>

Přednemocniční péči poskytují výjezdové skupiny, které na místo události (poskytnutí pomoci) po vyhodnocení situace vysílají pracovníci zdravotnického operačního střediska. Na jejich pokyn vyjedou z výjezdové základny výjezdové skupiny, jejichž členy jsou zdravotničtí záchranáři. Tyto skupiny mají vždy nejméně dva členy a dělí se do dvou typů:

- skupiny rychlé zdravotnické pomoci (nejméně dvoučlenná posádka složená z řidičů - záchranářů nebo středních zdravotnických pracovníků – záchranářů),

---

<sup>5</sup> Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě [online].

<sup>6</sup> Srov. Tamtéž.

- skupiny rychlé lékařské pomoci (nejméně tříčlenná posádka složená z řidičů – záchranářů nebo středních zdravotnických pracovníků – záchranářů a lékaře).<sup>7</sup>

Operátor zdravotnického operačního střediska vysílá na místo události skupinu rychlé zdravotnické pomoci podle stupně naléhavosti tísňového volání. První stupeň představují osoby, u nichž došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních zdravotních funkcí, nebo mimořádná událost s hromadným postižením osob. Druhý stupeň jsou osoby, u kterých pravděpodobně hrozí selhání základních životních funkcí. Osoby, kterým bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, představují třetí stupeň. Čtvrtý stupeň jsou případy, které nespádají do žádného z předchozích stupňů, ale operátor přesto rozhodne o vyslání výjezdové skupiny. K prvnímu stupni je vyslána nejbližší výjezdová skupina, a pokud je tato bez lékaře, na místo je směřována i rychlá lékařská pomoc.<sup>8</sup>

### 1. 1. 1 Úkoly zdravotnického záchranáře

Činnost zdravotnické záchranné služby, a tím i zdravotnického záchranáře, vymezují zákony. Hlavní z nich je zákon č. 374/2011 Sb, který kromě výše uvedeného stanovuje v paragrafech 18 a 19 oprávnění a povinnosti členů výjezdových skupin,<sup>9</sup> tedy i zdravotnických záchranářů. Členové výjezdových skupin jsou oprávněni (vyžaduje-li to účinná ochrana lidského života a zdraví):

- vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky,
- požadovat od fyzických osob, které se zdržují na místě události, pomoc nezbytně a bezprostředně nutnou k poskytnutí zdravotnické záchranné služby,

7 Srov. Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě [online].

8 Srov. Vyhláška 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě [online].

9 Srov. Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě [online].

- požadovat od fyzických a právnických osob informace nezbytné k poskytnutí zdravotnické záchranné služby.

Členové výjezdových skupin jsou povinni:

- splnit pokyn operátora zdravotnického operačního střediska k výjezdu, a to do dvou minut,
- poskytnout přednemocniční neodkladnou péči i bez tísňového volání.<sup>10</sup>

Kromě povinností a kompetencí vyjádřených zákonem lze v odborné literatuře nalézt navíc doplňující informace o nutné připravenosti zdravotnického záchranáře a určitých osobnostních předpokladech, které by měl splňovat. V knize *Prednemocnicna urgentna medicina* se například uvádí, že ve znaku profesionálních záchranných služeb je obsaženo šest základních principů: vyhledávání, zodpovědnost, dosažitelnost, ošetření na místě, monitoring během transportu a převoz k definitivnímu ošetření.<sup>11</sup> Zdravotnický záchranář se podílí na realizaci těchto principů, přičemž musí počítat s nepřízní počasí, psychickým tlakem okolí na poskytnutí co nejintenzivnější péče, vyrovnat se s agresivním chováním postiženého nebo jeho okolí. Důležité je také správně zhodnocení situace a odebrání základní anamnézy.<sup>12</sup>

## **1. 2 Fyziologické příčiny gynekologického krvácení**

### **1. 2. 1 Menstruační cyklus**

Menstruační cyklus patří k přirozeným dějům v životě ženy. Začíná v období puberty, tedy asi mezi jedenáctým a šestnáctým rokem života dívek. Menstruuje žena může otěhotnět a s koncem její menstruace, v klimakteriu, končí také její plodnost.

---

10 Srov. *Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě* [online].

11 Srov. DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocnicna urgentna medicina*, s. 15.

12 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicina*, s. 7.

Klimakterium neboli přechod nastává kolem pětáctýřicátého až padesátého roku ženy. Jak příchod první menstruace, tak začátek klimakteria jsou ovšem u každé ženy velmi individuální a ovlivňuje je nejen tělesný vývoj, ale i celkový zdravotní stav a životní podmínky (kvalita života).

Nejčastěji menstruační krvácení trvá 3 až 5 dnů, u každé ženy je ale interval individuální, proto není výjimkou rozmezí 1 až 8 dnů. Průměrná ztráta krve je přitom 30 až 80 ml.<sup>13</sup> Délka menstruačního cyklu, který počítáme od začátku jednoho krvácení do začátku krvácení příštího, se opakuje v pravidelných 28 denních intervalech. Rozmezí trvání je zde také u každé ženy jiné. Za normální stav se považuje, pokud se vyskytuje v intervalu 21 až 35 dní.<sup>14</sup> Menstruační cyklus odpovídá délce oběhu Měsíce kolem Země.<sup>15</sup>

Pravidelný cyklus můžeme rozdělit do jednotlivých fází. V **deskvamační** (menstruační) fázi dochází k zániku sekreční činnosti ovaria a začátku degenerativních změn na děložní sliznici (endometriu), která se odlučuje a odumřelá odchází s krví z dělohy jako menstruační krvácení. Krev je převážně arteriální a pouze 25 % je venózního původu. Tato fáze trvá 1-2 dny a často ji provází bolest v podbřišku i kříži.<sup>16</sup> Někdy tyto bolesti provází ještě bolesti hlavy, nevolnosti a celkový pocit nepohodlí. Bolesti lze zmírnit některými cviky, životosprávou nebo hormonálně.<sup>17</sup> Následující **regenerační** fáze probíhá ve 2-3 dnech a dochází v ní k opětovnému pokrytí povrchu děložní lumen epitelem. Většinou v 5. den menstruačního cyklu nastává fáze **folikulární** (proliferační) a s ní obnova děložní sliznice. **Sekreční** (luteální) fáze začíná 15. a končí 26. den cyklu. Délka této fáze je relativně konstantní a trvá přibližně 14 dnů. Během ní dochází k ovulaci a přípravě na eventuální uhníždění oplozeného vajíčka.<sup>18</sup>

---

13 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 18-19.

14 Srov. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, s. 304.

15 Srov. KOLÁŘOVÁ, M. *Bolestivá menstruace I.*, s. 9.

16 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 18-19.

17 Srov. *Bolestivá menstruace II.*, s. 19-20.

18 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 18-19.

### 1.2.1.1 Juvenilní metroragie

Metroragie je acyklické krvácení, tedy vymykající se menstruačnímu cyklu. Juvenilní metroragie vzniká u mladých dívek a to na základě poruchy ovariální funkce. Je to tedy dysfunkční krvácení.<sup>19</sup> Vyskytuje se nejčastěji asi půl roku po první menstruaci a její frekvence klesá koncem druhého roku menstruačního stáří. Postižená dívka krvácí velmi silně a i několik týdnů. Bývá anemická, může kolabovat, pociťovat bolest v břiše a zvracet.<sup>20</sup>

Juvenilní metroragie vyžaduje hospitalizaci na gynekologickém oddělení, pro zdravotnického záchranáře je proto hlavním úkolem zajistit rychlý převoz do nemocnice. Terapie spočívá především v klidu na lůžku, feroterapii a zástavě krvácení.<sup>21</sup> Podávají se malé dávky gestagenů a estrogenů, které asi po dvou dnech zastaví krvácení.<sup>22</sup> Při těžké anemii se provádí transfúze.<sup>23</sup>

### 1. 2. 2 Fyziologický porod

Za porod je považováno vypuzení plodu, který jeví alespoň jednu ze známek života, a dosahuje hmotnosti 500 gramů a více. Za porod označujeme i, přežije-li novorozenec s nižší hmotností než 500 gramů po dobu 24 hodin nebo mrtvě rozený plod dosáhl hmotnosti 1000 gramů a více.<sup>24</sup> O fyziologickém porodu, tedy jako o porodu v termínu, hovoříme, pokud se tento uskuteční mezi 38. a 42. týdnem těhotenství.<sup>25</sup>

---

19 Srov. KOBLIKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, s. 140-141.

20 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 80.

21 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 80.

22 Srov. HRDONKOVÁ, E., ROKYTA, Z. Dospívání z pohledu gynekologa. *Pediatric pro praxi*, s. 168.

23 Srov. Tamtéž, s. 80.

24 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 191.

25 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 186.

Rozlišujeme dva druhy porodu. Porod **samovolný** (lat. partus spontaneus) a porod **operační** (lat. partus operativus). „Porod je podmíněn zesílením aktivity myometria a současně změnami ve tkáních cervixu, které usnadňují jeho dilataci. Oba pochody, senzibilizace myometria a zrání hrdla, probíhají synchronizovaně“.<sup>26</sup>

Porod rozdělujeme na čtyři plynule na sebe navazující porodní doby. První doba porodní se nazývá **otevírací**. V první fázi této doby začínají pravidelné děložní kontrakce, které jsou následně silnější, delší a častější. V druhé fázi této doby se plně rozvine hrdlo a branka zanikne, tehdy se spojí děložní dutina a pochva v jedinou trubici. Druhá doba porodní, nebo také **vypuzovací**, by neměla trvat déle než dvě hodiny a má tři fáze. Hlavička plodu sestoupí na hráz, hráz se rozpíná a hlavička postupuje přes hráz. Druhou dobu porodní by tedy bylo možné vymezit počátkem zániku branky a koncem v porodu dítěte. Třetí doba, nebo-li doba **k lůžku**, má fázi odlučovací, kdy děložní kontrakce vypudí placentu z dělohy a fázi vypuzovací, při které dojde k dokončenému porodu placenty, který by měl proběhnout do 30 minut. Obecně se dá říci, že doba k lůžku začíná porodem dítěte a končí porodem placenty a plodových obalů. Další dvě hodiny po porodu placenty jsou označovány jako doba **poporodní** (čtvrtá doba porodní). V této době vzniká nejvyšší riziko poporodního krvácení, proto je velmi důležitá kontrola krvácení a celkového stavu rodičky.<sup>27</sup>

Z hlediska bezpečnosti rodičky a dítěte se snažíme o šetrný a rychlý transport do kvalifikovaného pracoviště. Pokud jde ale o naléhavou situaci, kdy plodová voda již otekla, hrdlo je zcela dilatováno, branka je zašlá, děložní kontrakce jsou pravidelné a hlavička se objevuje v rozvíjejícím se poševním vchodu, je třeba přistoupit k porodu v přednemocniční neodkladné péči.<sup>28</sup> Zdravotnický pracovník zjistí těhotenskou anamnézu a připraví si porodnický balíček. Je potřeba uklidnit rodičku, zajistit alespoň částečné soukromí a tepelný komfort. Zdravotník rodičku uloží do polohy v polosedě s roztaženými nohama a podloženou hlavou a rameny.<sup>29</sup> Rodidla omyje dezinfekčním

---

26 ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 120-121.

27 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 120-154.

28 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 453-454.

29 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*, s. 43.



roztokem, podloží sterilní rouškou a použije sterilní rukavice. Rodičce zdravotník poradí zaujmout polohu s předkloněnou hlavou, uchopenými koleny, zadrženi dechu a tlačení. Za stálého chránění hráze rukou porodí hlavu. Většinou se v těchto případech jedná o vícerodičku, proto není epiziotomie v těchto podmínkách pravidelným výkonem.<sup>30</sup>

Po vybavení plodu zdravotnický pracovník počká, až ustane pulzace pupečníku a na dvou místech ho podváže (asi ve vzdálenosti 8 a 12 centimetrů), odebere do dvou zkumavek placentární krev a následně odstříhne.<sup>31</sup> Zkontroluje vitální funkce novorozence a stanoví v 1., 5. a 10. minutě Apgar skóre.<sup>32</sup> Dítěti je třeba vyčistit dutinu ústní a nosní, k prevenci kapavčité nemoci vykápnout spojivkové vaky očními kapkami a teple jej zabalit. Po přestřížení pupečníku se připevní peán k poševnímu vchodu a počká se na jeho snížení, které je signálem, že již odloučené plodové lůžko je možné vybavovat, nesmí se však za něj tahat.<sup>33</sup> Zabaleno novorozence společně s matkou transportuje zdravotnický pracovník co nejrychleji do specializovaného pracoviště.<sup>34</sup> Jestliže dojde k porodu placenty ještě před příjezdem do zřízení, musí být zabalena, a spolu s dítětem a matkou předána lékaři v nemocnici.<sup>35</sup>

---

30 Srov. ŠOBEK, D. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP. *Urgentní medicína*, s. 19.

31 Srov. Tamtéž.

32 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 186-187.

33 Srov. ŠOBEK, D. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP. *Urgentní medicína*, s. 19.

34 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 186-187.

35 Srov. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*, s. 171.

## **1.3 Patologické příčiny gynekologického krvácení u těhotných žen**

### **1.3.1 Mimoděložní těhotenství (GEU)**

Odborná literatura tento stav, jenž může ohrozit ženu na životě a je zahrnovaný mezi nejčastější náhlé příhody břišní gynekologického charakteru,<sup>36</sup> definuje následujícím způsobem: „Dojde-li k implantaci rýhujícího se oplozeného vajíčka kdekoli mimo děložní dutinu, hovoříme o těhotenství mimoděložním, ektopickém (lat. *graviditas extrauterina*).“<sup>37</sup>

Nejčastějšími příčinami mimoděložního těhotenství jsou stavy po gynekologických zánětech. GEU mohou ale vyvolat i stavy nezánettivé, jako například tumory malé pánve, endometrióza, vrozené vývojové vady vejcovodu, anatomické změny. Pravděpodobnost vzniku zvyšuje i nitroděložní nebo hormonální perorální antikoncepce.<sup>38</sup>

Nejvhodnějším místem pro nidaci oplozeného vajíčka je děloha, ale k usídlení může dojít i jinde. Nejčastěji to bývá ve vejcovodu, kde to má za následek až jeho rupturu. Ta vede k masivnímu krvácení a rozvoji hypovolemického šoku.<sup>39</sup> Mimo to může dojít k dalším situacím: Embryo krátce po nidaci odumře, vstřebá se a krvácení může být považováno za opožděnou menstruaci. V dalším případě je plodové vejce větší, choriové klky naruší cévy vejcovodu a vznikne krvácení do obalu vejce, které se může taktéž vstřebat nebo (méně často) je plodové vejce kontrakcemi vejcovodu vytlačeno do dutiny břišní. V tomto případě může nastat i masivní krvácení do dutiny břišní, které vyžaduje urgentní chirurgický zákrok.<sup>40</sup>

---

36 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 188.

37 ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 183.

38 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 184.

39 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 188.

40 Srov. CITTEBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 190-191.

Příznaky nasvědčující GEU jsou amenorea trvající zhruba šest týdnů, bolesti v podbřišku s jednostrannou bodavou bolestí vystřelující do ramene či lopatky a slabé vaginální krvácení.<sup>41</sup> Pokud dojde k ruptuře vejcovodu, žena pocítuje náhle vzniklé prudké bolesti v podbřišku, dostavuje se pocit slabosti a mdloby, dochází k masivnímu krvácení, jsou zjevné známky anémie a kardiopulmonální dekompenzace a vyvíjí se typický obraz hemoragického šoku.<sup>42</sup>

V první řadě je zapotřebí zvládnout šokový stav, a to především u pacientek kardiopulmonálně dekompenzovaných. Zajistit je nutné žilní linku, oběh hradit kombinací krystaloidů a koloidů, zajistit dostatečný přísun kyslíku. Zdravotník uloží pacientku do protišokové polohy a zajistí rychlý transport na gynekologické oddělení.<sup>43</sup>

### 1.3.2 Potrat

Podle Listiny základních práv a svobod má každý právo na život a lidský život je hoden ochrany již před narozením. Porušením práv ale není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.<sup>44</sup> S přijetím zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, došlo ke zrušení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 11/1988 Sb. o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, v nichž byly uvedeny definice související s potratem. V zákoně o zdravotních službách je v souvislosti s potratem konstatováno: „Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.“<sup>45</sup>

---

41 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 448.

42 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 192.

43 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 188-189.

44 Srov. *Listina základních práv a svobod* [online].

45 Srov. *Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online].

Potrat může nastat samovolně, tedy spontánně (lat. abortus spontaneus), uměle (lat. abortus artificialis) nebo nelegálním způsobem (lat. abortus criminalis).<sup>46</sup> V případě umělého legálního způsobu ukončení těhotenství může jít o ukončení ze zdravotních důvodů buď ze strany matky nebo plodu, nebo je tak učiněno na přání těhotné (interrupce). Samovolný potrat se objevuje především v prvním a na začátku druhého trimestru těhotenství.<sup>47</sup>

Společným příznakem je krvácení, které je způsobeno poklesem produkce progesteronu v důsledku poklesu hladiny hCG.<sup>48</sup> Celkový klinický obraz se postupně mění v závislosti na fázi potratu. První fázi můžeme označit potrat **hrozící** (lat. abortus imminens), který se projevuje slabším krvácením z uzavřeného hrdla, často bez kontrakcí a nevýraznými bolestmi v podbřišku. Pokud je krvácení intenzivnější, hrdlo se otevírá, připojují se kontrakce a děloha se snaží plod vypudit jako cizí těleso, mluvíme o potratu **počínajícím** (lat. abortus incipiens).<sup>49</sup> Další fází je potrat **v běhu** (abortus in cursu) - v této fázi většinou těhotenství již nelze zachránit a mění se v potrat **úplný** (lat. abortus completus), kdy je plodové vejce vypuzeno děložními stahy. Zůstanou-li části plodového vejce v děloze, jde o potrat **neúplný** (lat. abortus incompletus). Můžeme se setkat i s potratem **němým** (lat. abortus retentus), kdy dojde k zastavení vývoje plodu. V takovém případě plod odumře, ale zůstane v děloze zadržen, to vše bez klinických příznaků potratu (krvácení, bolesti).<sup>50</sup>

Důležitý je včasný převoz na gynekologické oddělení, kde se rozhodne o konzervativním, popř. operativním postupu. Také proto je v přednemocniční péči důležité preventivně držet těhotnou ženu na lačno, zajistit žilní vstup pro aplikaci náhradních roztoků a v případě potřeby podávat kyslík. K ženě musí zdravotnický pracovník přistupovat empaticky a snažit se jí uklidnit.<sup>51</sup>

---

46 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 268.

47 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 173-174.

48 Srov. SUCHARDA, I. *Funkční gynekologické krvácení* [online].

49 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 448.

50 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 174-175.

51 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 448.

### 1.3.3 Placenta praevia

Placenta praevia neboli vcestná placenta se řadí mezi nejčastější příčiny krvácení po 20. týdnu gravidity. Toto krvácení označujeme někdy také jako pozdní nebo jako antepartální.<sup>52</sup> Vcestnou placentou označujeme inzerci placenty v dolním děložním segmentu.<sup>53</sup> Podle vztahu placenty k vnitřní brance děložního hrdla se rozlišují čtyři stupně vcestné placenty.<sup>54</sup> Prvním stupněm je **hluboké nasedání vcestné placenty** (lat. insertio placentae profunda). To znamená, že placenta nasedá nízko v dolním segmentu, ale až k okraji vnitřní branky nedosahuje. V této fázi se jedná o nejmírnější formu inzerce placenty do porodních cest. V druhém stupni, označovaném jako **marginální vcestná placenta** (lat. placenta praevia marginalis), dolní pól placenty dosahuje k vnitřní brance, ale nepřekrývá ji. V případě, že placenta zasahuje do oblasti vnitřní branky, ale překrývá pouze její část, mluvíme o **parciální vcestné placentě** (lat. placenta praevia partialis). Čtvrtým stupněm je **vcestná placenta centrální** neboli totální (lat. placenta praevia centralis/totalis). Taková placenta zcela překrývá vnitřní branku a je překážkou v porodních cestách.<sup>55</sup>

Ve většině případů zjevnou příčinu vcestné placenty nenalzáme. Daleko častěji se však vyskytuje u multipar, u žen s děložními myomy, u žen po předchozím císařském řezu a u vrozených vývojových vad dělohy.<sup>56</sup>

Někdy může zůstat placenta praevia bez klinických příznaků a projeví se až na začátku porodu. Častěji jsou ale klinickými příznaky (již v průběhu těhotenství) epizody bezbolestného krvácení z rodidel čerstvou krví bez kontrakcí. Intenzita krvácení může být různá, ale u totální placenty praevie i život ohrožující.<sup>57</sup> Akutně může vzniknout

---

52 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 245.

53 Srov. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*, s. 126.

54 Srov. Tamtéž.

55 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 197.

56 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 245.

57 Srov. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*, s. 127.

prudké krvácení po pohlavním styku nebo po nešetrném vaginálním vyšetření, s rozvojem hemoragického šoku. Placenta praevia představuje primárně bezprostřední ohrožení života matky vykrvácením, ale je ohrožen i život plodu.<sup>58</sup>

V přednemocniční neodkladné péči se doporučuje postupovat opatrně a rodičku vaginálně nevyšetřovat. Je nutné zajistit žilní linky s náhradou koloidního a krystaloidního roztoku a v případě potřeby aplikovat kyslík. Pokud žena jeví známky šoku, uloží jí zdravotník do protišokové polohy na levém boku. Pokud známky šoku nejeví a stěžuje si na bolesti břicha, může zaujmout úlevovou polohu s pokrčenými a mírně zvednutými dolními končetinami. Při krvácení z rodidel se přikládá krycí a savý obvaz. Jelikož u tohoto stavu lze jen těžko předvídat vývoj a intenzitu krvácení, je nutné okamžitým a rychlým transportem směřovat rodičku na porodnické oddělení.<sup>59</sup>

Ve zdravotnickém zařízení je pro diagnostiku včasně placenty suverénní spolehlivou a neinvazivní metodou ultrazvukové vyšetření, kterým lze zjistit stupeň zasahování placenty do oblasti vnitřní branky. Po zastavení krvácení je přesto důležité provést důkladné vyšetření pomocí zrcadel.<sup>60</sup> Většinou se poruchy placenty řeší definitivním ukončením těhotenství. Záleží ale také na intenzitě krvácení. Pokud je plod gestačně dostatečně zralý, ukončuje se těhotenství císařským řezem. Pokud plod není ještě dostatečně zralý, ataka krvácení rychle odezněla a nebylo ohroženo zdraví ani život matky, je žena hospitalizována a má nařízený přísný klid na lůžku.<sup>61</sup>

### 1.3.4 Abrupce placenty

Abruptio placentae praecox neboli předčasné odlučování placenty, patří spolu s výše zmíněnou placentou praevii mezi nejčastější příčiny krvácení po 20. týdnu těhotenství.<sup>62</sup>

---

58 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, 449.

59 Srov. DOBIÁŠ, V. a kol. *Přednemocničná urgentná medicína*, 284-285.

60 Srov. SMITH, N., SMITH, A. *Ultrazvuk v porodnictví*, s. 114.

61 Srov. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*, s. 127.

62 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 448.

Jde o patologický stav, ve kterém dochází k předčasnému odloučení normálně inzerující placenty od děložní stěny před porodem plodu.<sup>63</sup>

V závislosti na rozsahu odloučené části placenty je tímto stavem na prvním místě ohrožen plod. Dochází ke snížení plochy sloužící k výměně krevních plynů a látkové výměny mezi matkou a plodem. To vede ke snížení přívodu kyslíku a dochází k akutnímu hypoxickému ohrožení plodu, což může vyvrcholit až smrtí plodu. Hlavním klinickým příznakem abrupce placenty je krvácení, jehož intenzita se odvíjí od rozsahu a lokalizace odloučené části placenty.<sup>64</sup>

Abrupce placenty má několik stupňů, z nichž rozlišujeme čtyři. Nultým stupněm označujeme stav, který má asymptomatický průběh a po porodu je zjištěn retroplacentární hematoma. Ten vzniká hlavně v případě, že se placenta odloučí v centru. Žena přitom vůbec nemusí navenek krvácet. První stupeň placentární abrupce se projevuje krvácením z rodidel a hypertonem dělohy, která je trvale drážděna pronikáním krve mezi svalové snopce děložní stěny. Žena není v hypovolemickém šoku a u plodu se neobjevují známky hypoxie. Pokud ale naopak žena jeví známky šoku a plod známky hypoxie, jedná se o druhý stupeň, bez ohledu na to, zda je či není přítomno krvácení z rodidel. Posledním - třetím stupněm - označujeme stav, kdy krvácení z rodidel nemusí být přítomno, žena ale udává rostoucí kolikovitě bolesti, břišní stěna je napjatá s děložní hypertonií. V tomto stupni je žena v šoku a plod je mrtvý.<sup>65</sup>

Primární příčina není přesně známá, je ale spousta rizikových faktorů, které mohou předčasné odloučení placenty zvyšovat. Nejvíce ohroženými skupinami jsou především těhotné ženy s hypertenzí, preeklampsií, diabetem, s děložní anomálií, ale také ženy kuřačky a po abdominálním traumatu.<sup>66</sup>

---

63 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 199.

64 Srov. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*, s. 123-124.

65 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 248.

66 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 199.

V přednemocniční neodkladné péči jsou možnosti terapie omezené, proto se zdravotnický pracovník musí soustředit hlavně na stabilizaci rodičky a okamžitý transport do zdravotnického zařízení. Je nutné zajistit žilní linku, kterou se podává kombinace krystaloidních a koloidních roztoků. Zdravotník se zaměřuje na udržení systolického tlaku nad 100 mmHg, podává oxygenoterapii a transportuje rodičku v protišokové poloze.<sup>67</sup>

Ve zdravotnickém zařízení se přistupuje k ultrazvukovému vyšetření, které může být němé, ale alespoň odliší krvácení při vcestném lůžku. Nejčastějším postupem při předčasném odlučování placenty je okamžité ukončení těhotenství. Téměř vždy se přistupuje k císařskému řezu. Velmi výjimečně lze přistoupit ke konzervativnímu postupu (vyčkávání): Pouze, pokud na ultrazvuku není prokázán retroplacentární hematom, odlučování placenty minimální, krvácení matky ustává a stav matky a plodu je plně stabilní.<sup>68</sup>

### 1.3.5 Předčasný porod

Odborná literatura tuto situaci definuje následovně: „Předčasný porod (lat. partus praematurus) je definovaný jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity“.<sup>69</sup> Zákon doplňuje, že takový porod nastává po 22. týdnu těhotenství a také, pokud předčasně narozené neboli nedonošené dítě váží alespoň 500 g.<sup>70</sup>

Příčiny předčasného porodu můžeme rozdělit do tří kategorií – **porodnické, obecně medicínské** a **socioekonomické**. Do první kategorie řadíme například nepříznivou porodnickou anamnézu, děložní anomálie, krvácení v prvním trimestru či závažné porodnické komplikace, jakými jsou vcestné lůžko, abrupce placenty a infekce.<sup>71</sup> Tyto komplikace patří mezi typické stavy vyžadující neodkladnou zdravotnickou péči a jsou

---

67 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 189.

68 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 249-250.

69 HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 263.

70 Srov. *Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online].

71 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 191.



příčinami patologického gynekologického krvácení. Obecně medicínské příčiny vyplývají z celkového zdravotního stavu matky, vlivu kouření, alkoholu a traumat matky. Do socioekonomických příčin řadíme věk matky. Věk pod 17 a nad 30 let je většinou dáván do souvislosti s předčasným porodem, stejně tak i vliv tělesné námahy, zaměstnání a stresu.<sup>72</sup> Obecně lze říci, že velká část předčasných porodů je vyvolána infekcí genitálního traktu.<sup>73</sup>

Příznaky předčasného porodu v běhu (lat. partus praematurus in cursu) bývají dobře zřetelné. Žena udává pravidelné kontrakce, někdy i hluboké zádové bolesti v křížové oblasti. Závažným příznakem je krvácení nebo krvavý výtok. To může kromě předčasného porodu v běhu signalizovat také vcestné lůžko nebo předčasné odlučování normálně nasedajícího lůžka. Pozornost je třeba věnovat i údajům o předčasném odtoku plodové vody (PROM), který může souviset s intraovulární infekcí.<sup>74</sup>

Předčasný porod se od fyziologického průběhu porodu odlišuje i časovým průběhem, který bývá u předčasného porodu rychlejší. V přednemocniční neodkladné péči je porod z hlediska bezpečnosti, komfortu a intimity matky i dítěte nevhodný, proto by se zdravotník měl soustředit převážně na stabilizaci stavu rodičky a rychlý transport do kvalifikovaného pracoviště.<sup>75</sup>

## **1.3.2 Další patologické příčiny gynekologického krvácení**

### **1.3.2.1 Hypotonie a atonie dělohy po porodu**

Děložní atonie a hypotonie patří do tzv. časně poporodní hemoragie (krvácení), kterou charakterizuje významná ztráta krve v průběhu 24 hodin po porodu. Tato primární

---

72 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 191.

73 Srov. MAŠATA J., JEDLIČKOVÁ A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví*, s. 173.

74 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 269.

75 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 453-454.

poporodní hemoragie je v současnosti nejvýznamnější příčinou úmrtí matek, i když díky rozvoji léků užívaných k posílení činnosti děložního svalstva, prevenci i léčbě porodnického krvácení nastávají její těžké formy méně často.<sup>76</sup> Především atonie je tedy závažným, život ohrožujícím stavem.<sup>77</sup>

„Krvácení z prázdné děložní dutiny nazýváme krvácením atonickým. Příčinou je neschopnost dělohy retrahovat při nízkém bazálním tonusu děložního svalstva. Uteroplacentární cévy zejí a z nich proudí krev, která se sráží.“<sup>78</sup> Když je tedy po porodu porušena retrakce děložního svalu, dochází ke zvýšenému krvácení, které můžeme rozdělit podle množství krevní ztráty. Pokud má rodička krevní ztrátu do 500 ml, nazýváme tento stav **hypotonií dělohy**. Jestliže krevní ztráta převýší 500 ml, mluvíme o **atonii dělohy**.<sup>79</sup> Kromě vysoké ztráty krve je pro atonii typická nedostatečná retrakce myometria.<sup>80</sup>

Rizikovým faktorem hypotonie/atonie dělohy jsou především dlouhotrvající nebo naopak překotný porod, velký plod a polyhydramnion, čtvrtý a další porod a dále pak celková anestézie, vrozené vývojové vady dělohy nebo nadměrné rozpětí dělohy, se kterým se setkáváme nejčastěji u vícečetných těhotenství.<sup>81</sup>

První pomocí při hypotonii a atonii dělohy je děložní masáž, která by měla pomoci retrahovat děložní sval. Masáž se podporuje oxytocinem, námelovými preparáty, prostaglandiny F podávanými v infuzi a nahrazováním krevní ztráty transfúzí. Atonie však na tyto zásahy prakticky nereaguje.<sup>82</sup> Vhodné je na podbříšek umístit vak s ledem, který chladem dráždí dělohu ke kontrakci. Zároveň jsou aplikována farmaka, infuzní terapie a popř. převod krevních derivátů. Pokud krvácení neustává, je třeba zvážít

---

76 Srov. Kritické stavy v porodnictví. *Postgraduální medicína* [online].

77 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 367.

78 KOBLIKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, s. 316.

79 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 367.

80 Srov. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, s. 291.

81 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 385.

82 Srov. KOBLIKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, s. 316.

existenci nerozpoznaného poranění či zbytků placenty a blan v děložní dutině a je nutné urgentně přistoupit k revizi děložní dutiny.<sup>83</sup>

### 1.3.2.2 Znásilnění

Znásilnění je závažný trestný čin, který se vztahuje na všechny věkové kategorie a obě pohlaví. Trestný je nejen dokonáný trestný čin, ale i pokus o znásilnění nebo jeho příprava.<sup>84</sup> Jedná se o dotykovou formu sexuálního zneužívání a označuje vynucené vniknutí do vaginy, konečníku nebo úst pohlavním orgánem.<sup>85</sup> Pro účely této práce se však budeme zabývat pouze vaginálním znásilněním žen.

Znásilnění je spojené s fyzickými traumaty, stejně tak ale i s těžkým psychickým traumatem, proto je důležité k ženě přistupovat empaticky, odebrat anamnézu velmi citlivě, zajistit intimitu a diskrétnost.<sup>86</sup> Vhodné je snažit se zjistit čas napadení, místa poranění, použití cizích předmětů, nedávná gynekologická léčba a operace atd.<sup>87</sup> Specifická pozornost se musí věnovat vulvovaginálnímu poranění, a to především krvácení z vulvy a pochvy, popisu traumatu zevních rodidel, pochvy, krvácení z hrdla a bolestivosti v podbříšku. Možnost vnitřního krvácení a následného hemoragického šoku nemůžeme vyloučit.<sup>88</sup>

Přednemocniční neodkladná péče v tomto případě spočívá v přivolání Policie České republiky pro zajištění stop po trestném činu, psychickém a farmakologickém zklidnění, ošetření ran a nabídnutí informací o postkoitální kontracepci.<sup>89</sup> Při znásilnění

---

83 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 366.

84 Srov. ČECHOVÁ, J., JANDOVA, H. *Stop znásilnění: Analýza stavu pomoci obětem znásilnění v ČR* [online].

85 Srov. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATEJÍČEK, Z., a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 75.

86 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 270.

87 Srov. *Sestra a urgentní stavy*, s. 407.

88 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 445.

89 Srov. DOBIÁŠ, V. a kol. *Přednemocniční urgentní medicína*, s. 283.

vznikají na zevních rodidlech hluboké a silně krvácející trhliny. Pokud se hematomy nezvětšují, přikládáme studené obklady a stavíme krvácení. Zvláště u mladých dívek se můžeme pak setkat také s poševními trhlinami, které taktéž vznikají po násilné, prudké nebo abnormálním způsobem prováděné souloži. Trhliny mohou být značně hluboké a silně krváčet, v takovém případě je první pomocí sterilní tamponáda pochvy a následně je nezbytná sutura trhliny.<sup>90</sup> Podle typu zranění případně zajistíme protitetanovou prevenci a antibiotickou profylaxi. Materiál použitý k ošetření ran se uchová v igelitovém obalu, stejně tak se postupuje i u prádla a oblečení. Na vyžádání se poté odevzdá Policii České Republiky k vyšetřovacím účelům.<sup>91</sup> V případě znásilnění musí sama žena učinit oznámení policii nebo k tomu dát písemný souhlas lékaři. Ten je ale v rámci oznamovací povinnosti povinen ohlásit událost, zjistí-li další ublížení na zdraví nebo při podezření na zneužití.<sup>92</sup>

### 1.3.2.3 Úrazy

Vulvovaginální poranění se u dospělých žen a adolescentních dívek vyskytují jen zřídka. Většinou může dojít k poranění při pádech z výšky, při polytraumatech pánevní oblasti či traumatických sexuálních praktikách. Naopak u dětí jsou dosti časté, vznikají nejčastěji při hře – pádu z kladiny, na plot nebo pádem rozkročmo na tvrdý předmět (prolézačka, rám jízdního kola atd.).<sup>93</sup> Při úrazech rodidel v dětském věku zdravotnický pracovník postupuje stejně jako u pohlavního zneužití. Vždy musí zvážit, zda rozsah a druh poranění odpovídá anamnestickým údajům.<sup>94</sup> Tato poranění většinou charakterizujeme jako poranění trzně - zhmožděná, týkající se nejčastěji krajiny poštvěváčku, malých stydkých pysků a zevního ústí močové trubice. Specifické je, že

---

90 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 194.

91 Srov. DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*, s. 283.

92 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 271.

93 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 144.

94 Srov. KOBLOKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, s. 203.

velmi silně krvácejí a jsou velmi bolestivá.<sup>95</sup> U všech věkových kategorií musíme však myslet i na možnost pohlavního zneužití či znásilnění. Diagnosticky nalézáme krvácení z rodidel, pohmoždění zevních rodidel, trhliny poševní klenby či poranění děložního hrdla. Připojuje se bolest v podbřišku, někdy i zvýšená teplota, svědčící o zánětu.

Prvotně je důležitý empatický přístup, tělesný klid a zajištění žilní linky. Podáváme analgetika, při větší krevní ztrátě hradíme oběh krystaloidy a koloidy. Při krvácení ze zevních rodidel následkem traumatu aplikujeme kompresivní obvaz. Následně rychlým transportem směřujeme postiženou na gynekologické oddělení.<sup>96</sup> Jelikož se obvykle jedná o rány nečisté, se zhmožděnými okraji, měl by zdravotník pamatovat na protitetanovou prevenci a v případě potřeby pokrytí antibiotiky.<sup>97</sup>

V současné době stoupá výskyt traumatických stavů těhotných žen. Nejčastěji jde o tupá traumata způsobená domácím násilím nebo dopravními nehodami.<sup>98</sup> K poranění plodu vede přímé působení síly, hypotenze nebo smrt matky. Tupý úder i malé intenzity vede postupně k předčasnému odlučování lůžka. U matky se vlivem nárazu může také následně plíživě rozvinout subperitoneální krvácení až hemoragický šok.<sup>99</sup> Do děložní dutiny je možná takřka nepozorovatelná ztráta krve. Náraz dále způsobí kontuzi prsů s hematomy a rizikem zánětlivé reakce – mastitidy.<sup>100</sup>

Diagnosticky je důležité zjistit mechanismus vzniku poranění, zda se u ženy objevuje bolest, tlak, kontrakce, krvácení a zda žena cítí pohyby plodu.<sup>101</sup> To, jak matka v této situaci vnímá plod, je důležité, protože v těchto případech bývá plod ohrožen hypoxií, která se projeví změnou frekvence ozev a oslabením pohybů.<sup>102</sup> I když se těhotná cítí dobře, vždy ji transportujeme na pozorování. Pokud jde o vážnější zranění, uložíme ženu do polohy hlavou výše s podložením pravé kyčle a postupujeme jako

---

95 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 86.

96 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 144.

97 Srov. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*, s. 86.

98 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 426.

99 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 452.

100 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 426.

101 Srov. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 453.

102 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 266.

u netěhotných. Zajistíme základní životní funkcí, s ohledem na fetální farmakologii a transportujeme do nejbližšího nemocničního zařízení.<sup>103</sup>

## **1.4 Následky gynekologického krvácení**

### **1.4.1 Hemoragický šok**

Je to šok, který může nastat následkem gynekologického krvácení. Pokud se tak stane, situace se značně komplikuje, protože sám šok je život ohrožující stav, vyžadující okamžitý odborný zásah zdravotníka: „Šok je jedním z nejdramatičtějších stavů, se kterým se setkáváme v neodkladné zdravotní péči. Je nejzávažnější akutní hemodynamickou poruchou. Možným rychlým ohrožením života má důležité místo mezi stavy bezprostředně ohrožujícími život. Šok lze definovat jako akutní periferní oběhové selhání s nedostatečným tkáňovým prokrvením s následkem generalizované buněčné hypoxie.“<sup>104</sup>

Vzniká náhlou a prudkou ztrátou cirkulujícího objemu mimo krevní řečiště. Tato ztráta obvykle přesahuje 30 procent kolujícího objemu. Masivní krvácení v časném období těhotenství, jež má arteriální původ, se nejčastěji vyskytuje u ruptury mimoděložního těhotenství s rozvojem hemoperitonea.<sup>105</sup> V druhé polovině těhotenství jsou nejčastějšími příčinami hemoragického šoku placenta praevia, abrupce placenty, traumata a další.<sup>106</sup>

Šok nejčastěji klasifikujeme, podle krevní ztráty a příznaků, na stupně, ale můžeme ho rozdělit i podle příznaků plynoucích z postižených systémových orgánů. Všeobecně lze ale říct, že žena pociťuje slabost a zvětšující se bolesti v podbříšku. Rychlý

---

103 Srov. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*, s. 191.

104 POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*, s. 112.

105 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 414.

106 Srov. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 251.

a kritický pokles krevního tlaku, který může být až neměřitelný, je doprovázen bledostí, nauzeou, zimnicí, studeným potem, tachykardií, hyperventilací, zpomaleným kapilárním návratem a může vést až ke ztrátě vědomí.<sup>107</sup>

První pomoc vyžaduje v první řadě protišokovou polohu, kde buď elevujeme dolní končetiny, nebo uložíme pacientku do Trendelenburgovy polohy (celé tělo v úhlu 30 stupňů s hlavou níže), což napomáhá centralizaci oběhu.<sup>108</sup> Dále nesmíme opomenout aplikaci pravidla „5 T“, což zvládne zdravotník i v terénu aniž by měl k dispozici pomůcky. Jedná se o:

- ticho – Eliminace rušivých vlivů a psychické uklidnění, protože při fyzickém vzrušení se výrazně zvyšuje spotřeba kyslíku v mozku.
- teplo – Při šoku je pocit chladu výrazný, je ale důležité zabránit ztrátám tepla.
- tekutiny – Pocit žízně se snažíme tlumit svlažováním rtů.
- tišení bolesti – Optimální polohování a psychické uklidnění jsou postupy, které zvyšují práh bolesti nefarmakologickým způsobem.
- transport – Musíme zvážit přednosti a nevýhody improvizovaného transportu oproti transportu zdravotnickou záchrannou službou, transport však vždy provádíme v protišokové poloze.<sup>109</sup>

Akutní postup v přednemocniční neodkladné péči vyžaduje zajištění a monitorování vitálních funkcí, aplikaci kyslíku, zajištění nejméně dvou žilních linek, analgezii a tlumení, hrazení krevní ztráty náhradními roztoky, elevaci dolních končetin a urgentní transport do nemocničního zařízení.<sup>110</sup>

---

107 Srov. ZWINGER, A. *Porodnictví*, s. 414.

108 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 74.

109 Srov. DOBIÁŠ, V. a kol. *Přednemocničná urgentní medicína*, 73.

110 Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, s. 74-75.

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda je úroveň znalostí zdravotníků v oblasti předlékařské první pomoci u žen s gynekologickým krvácením dostačující.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1.: Úroveň znalostí zdravotníků v této oblasti je dostačující.



## **3 METODIKA**

### ***3.1 Metodiky práce***

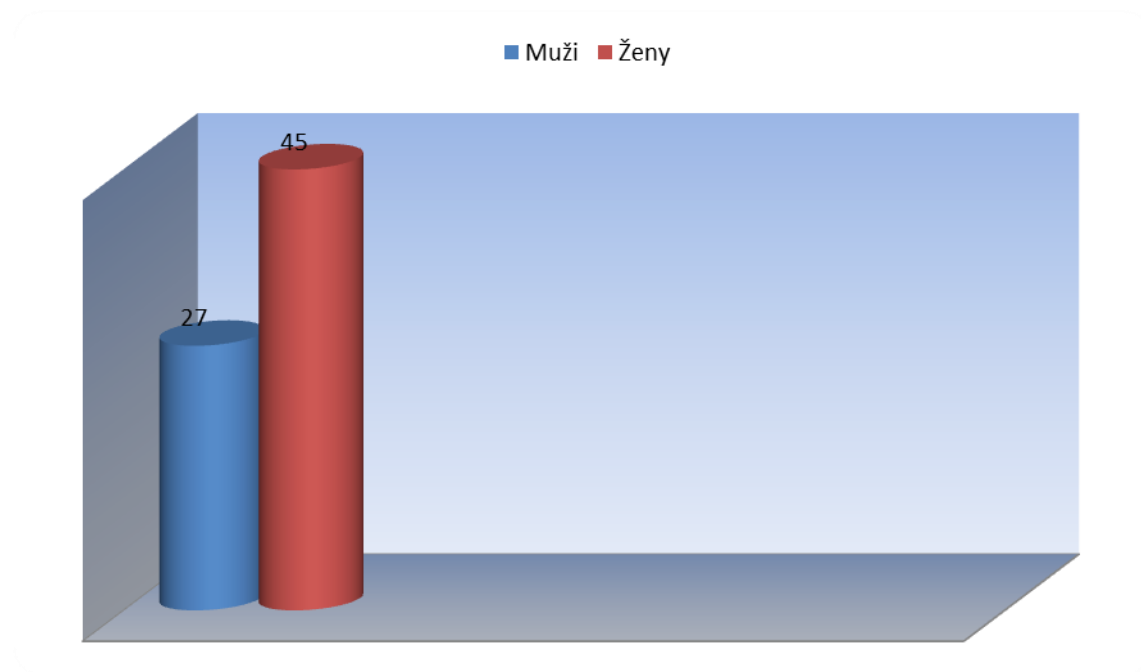
Ke zpracování praktické části své bakalářské práce jsem použil kvantitativní metodu výzkumu. Sběr dat byl proveden dotazníkovou metodou určenou zdravotnickým záchranářům v Jihočeském kraji. Dotazník byl anonymní a jeho plné znění se nachází v přílohové části bakalářské práce. Dotazník se skládal celkem z 25 otázek. Úvodní 4 otázky byly stratifikační, 5 otázek bylo utvořeno otevřených, 4 otázky polootevřené a 12 otázek uzavřených. Výsledky z dotazníků jsou znázorněny sloupcovými grafy, pod kterými je uvedeno procentuální zastoupení odpovědí (se zaokrouhlením na celá čísla).

### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři Jihočeského kraje. Sběr dat probíhal od 6. 6. 2014 do 4. 7. 2014. Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků, z toho vyplněných a vhodných k použití se vrátilo 72 (58 %) dotazníků, a to v poměru: České Budějovice - rozdáno 40, vráceno vyplněných 31 (78 %), Český Krumlov - rozdáno 15, vráceno vyplněných 7 (47 %), Tábor - rozdáno 20, vráceno vyplněných 11 (55 %), Prachatice - rozdáno 10, vráceno vyplněných 5 (50 %), Jindřichův Hradec - rozdáno 15, vráceno vyplněných 6 (40 %), Písek - rozdáno 10, vráceno vyplněných 4 (40 %), Strakonice - rozdáno 15, vráceno vyplněných 8 (53 %).

## 4 VÝSLEDKY

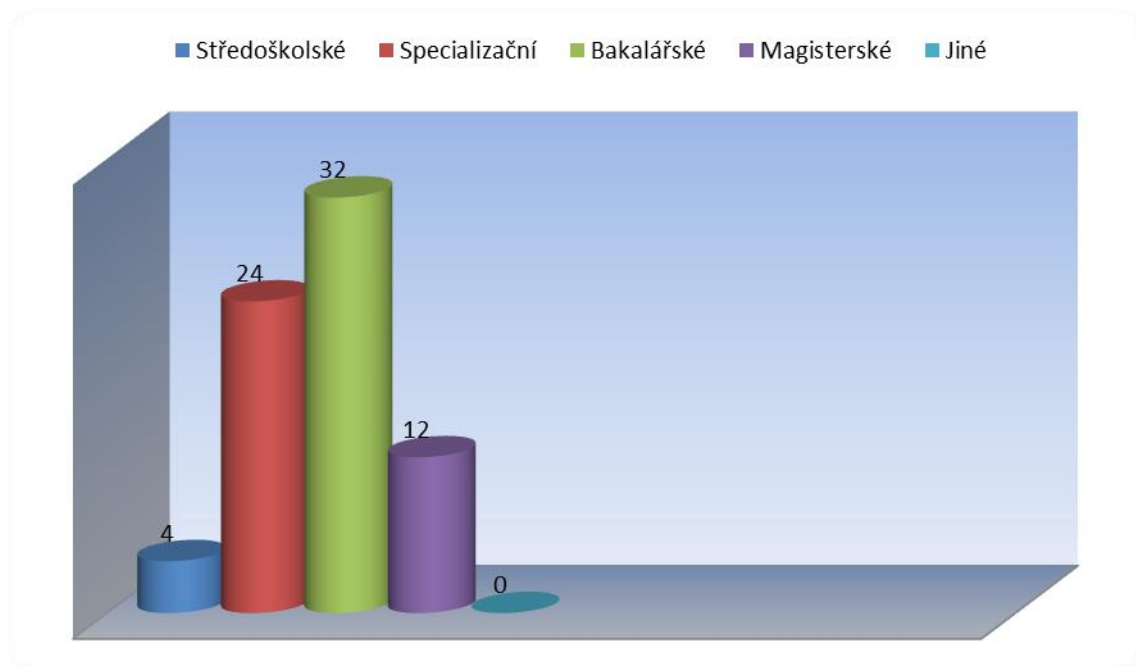
Graf 1 – Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 72 respondentů bylo 27 (38 %) mužů a 45 (62 %) žen.

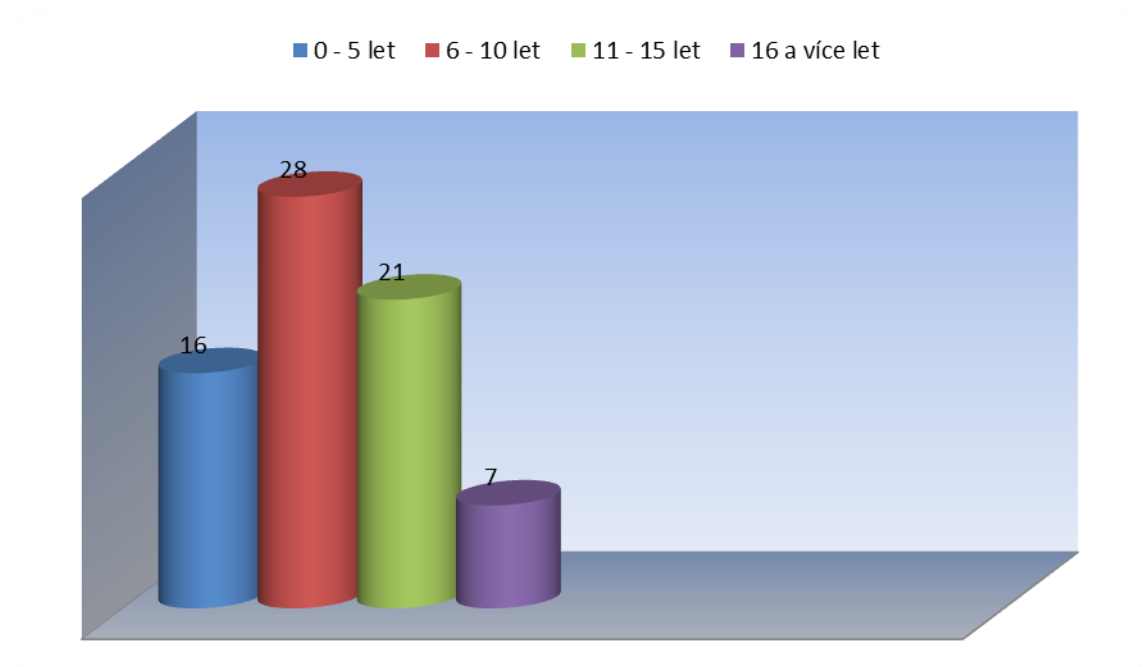
Graf 2 – Nejvýše dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 72 dotazovaných zdravotnických záchranářů mají 4 (6 %) středoškolské vzdělání ukončené maturitou, 24 (33 %) záchranářů uvedlo specializační studium, 32 (44 %) záchranářů vysokoškolské bakalářské studium a 12 (17 %) záchranářů vysokoškolské magisterské studium. Žádný z dotazovaných nevedl v této otázce jiné studium.

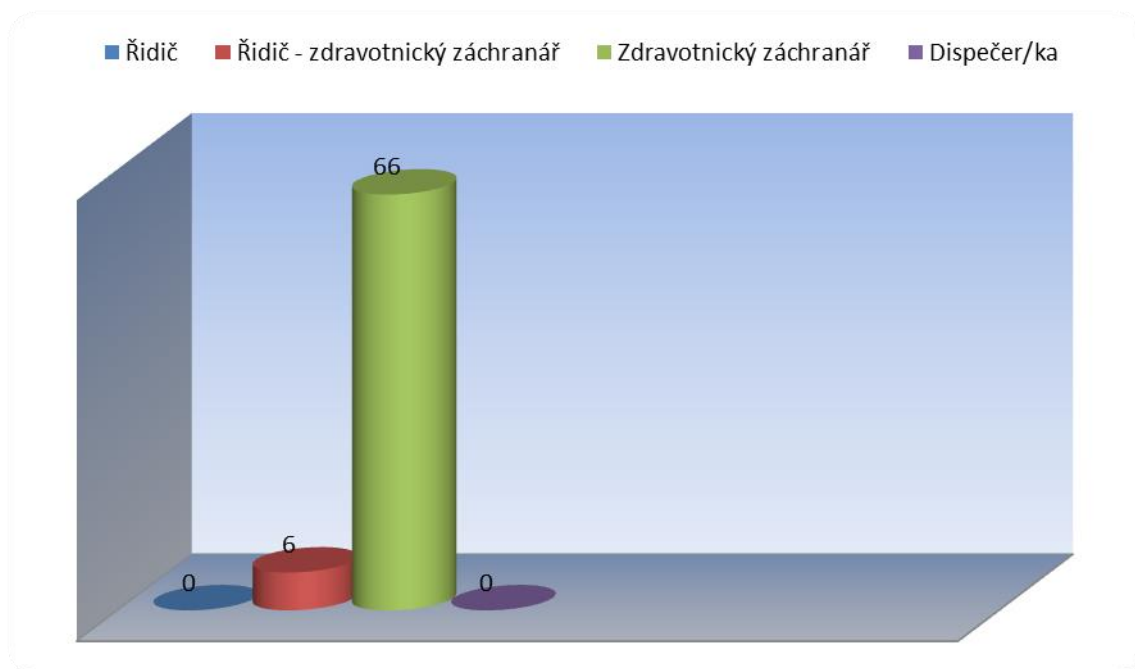
Graf 3 – Léta praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

16 (22 %) respondentů má u Zdravotnické záchranné služby odpracováno 0-5 let praxe, 28 (39 %) záchranářů 6-10 let praxe, 21 (29 %) záchranářů 11-15 let praxe a 7 (10 %) respondentů má více než 16 let praxe.

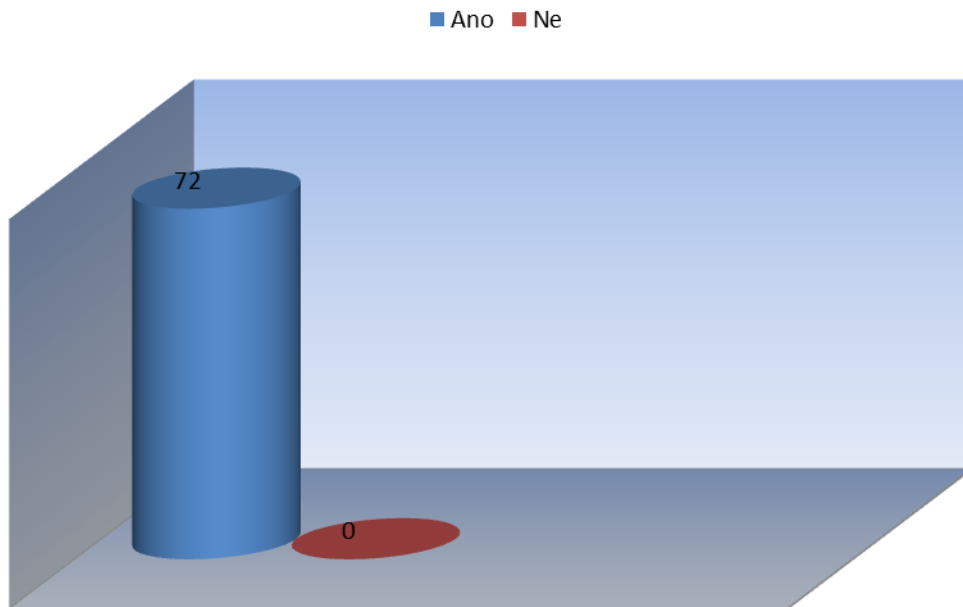
Graf 4 – Pracovní zařazení



Zdroj: Vlastní výzkum

Zadané dotazníky na základnách zdravotnických záchranných služeb v Jihočeském kraji, vyplnilo 6 (8 %) pracovníků se zařazením řidič – zdravotnický záchranář a 66 (92 %) pracovníků se zařazením zdravotnický záchranář.

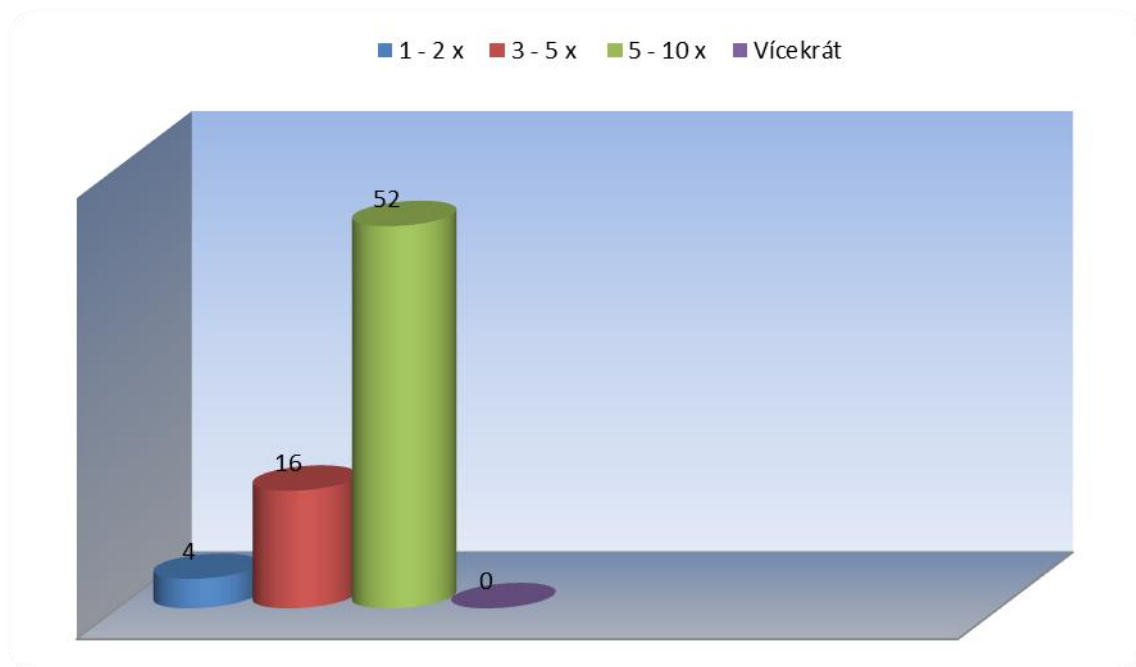
Graf 5 – Zkušenosti se zásahem v terénu u ženy s gynekologickým krvácením



Zdroj: Vlastní výzkum

Celých 100 %, tedy 72 dotazovaných zdravotnických záchranářů uvedlo, že se za svou praxi již setkali s nutností zásahu v terénu v situaci, kdy nějaká žena měla gynekologické krvácení.

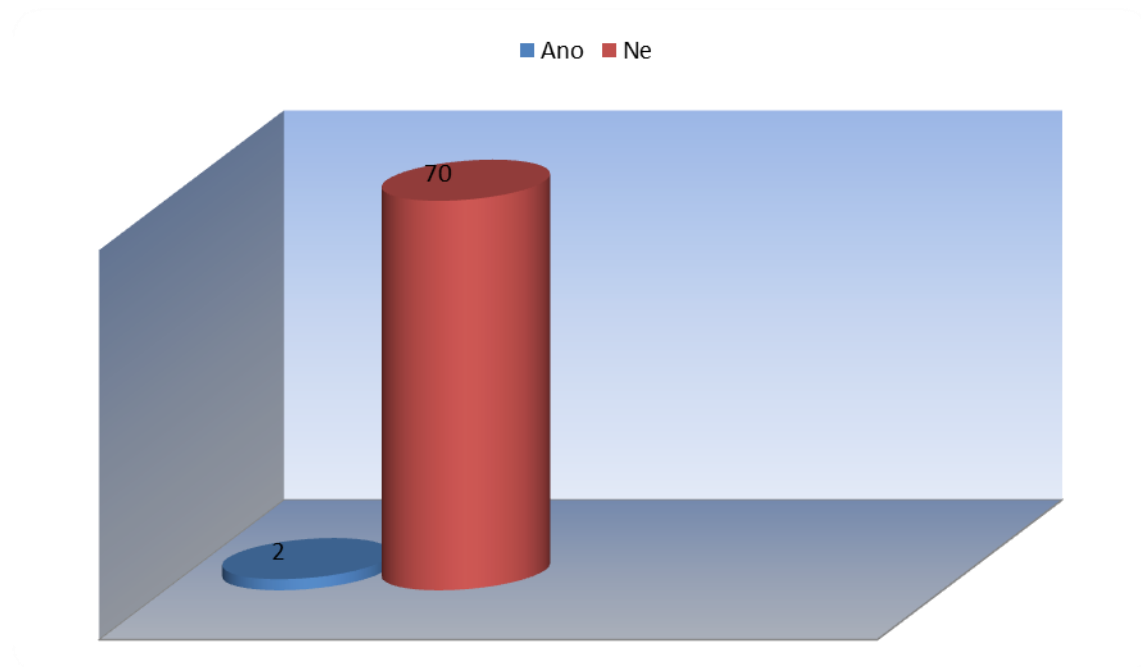
Graf 6 – Četnost setkání se s gynekologickým krvácením během praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných se 4 (6 %) záchranáři s gynekologickým krvácením setkali 1-2x za svou praxi, 16 (22 %) záchranářů 3-5x a 52 (72 %) záchranářů 5-10x. Vícekrát než 10x se žádný zdravotnický záchranář s tímto typem krvácení neseťkal.

Graf 7 – Zkušenosti s gynekologickým krvácením mimo svou práci

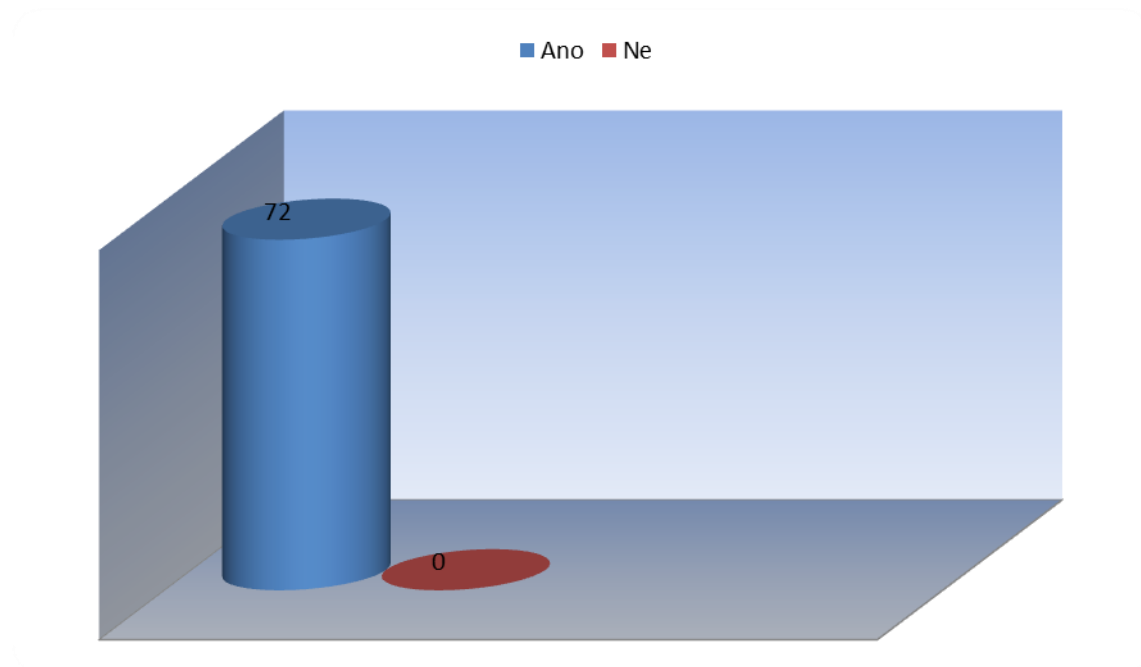


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, že 2 (3 %) dotazovaní se s gynekologickým krvácením u žen setkali i mimo svou práci, tedy například v rodině nebo na ulici atd. Ostatních 70 (97 %) dotazovaných nikoliv.



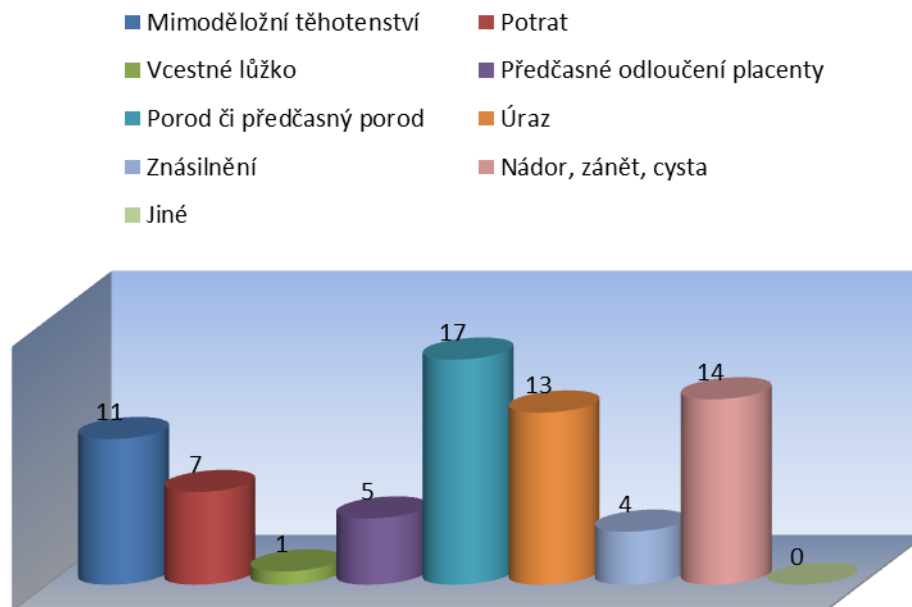
Graf 8 – Úkoly zdravotnického záchranáře



Zdroj: Vlastní výzkum

72 (100 %) respondentů odpovědělo, že ví jak při setkání se ženou s gynekologickým krvácením reagovat a jaké jsou v této situaci úkoly zdravotnického záchranáře. Žádný z respondentů neodpověděl, že by nevěděl, jak se v takové situaci zachovat.

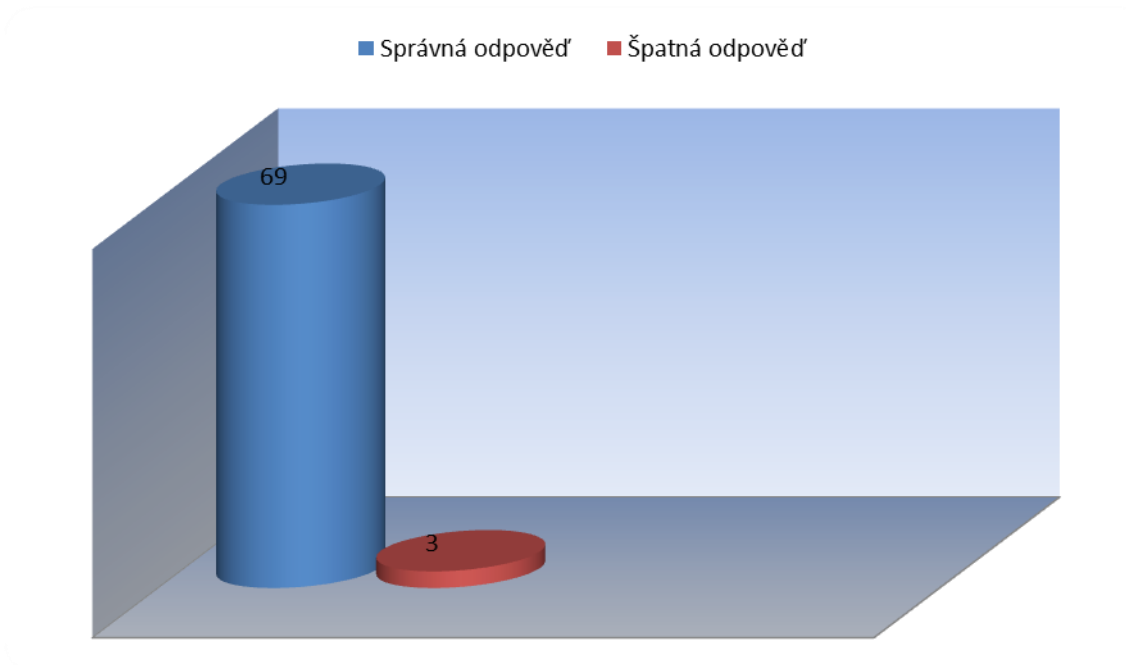
Graf 9 – Četnost výjezdů u žen s gynekologickým krvácením na základě zkušeností zdravotnických záchranářů



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce, a to 17 (24 %) zdravotnických záchranářů, se za svou praxi účastnilo výjezdu k porodu či předčasnému porodu, 14 (19 %) dotazovaných se setkala se ženou s diagnózou nádoru, zánětu nebo cysty. Třetí nejčastější se staly úrazy, se kterými se setkala 13 (18 %) respondentů, s mimoděložním těhotenstvím 11 (15 %), s potratem 7 (10 %) dotazovaných a 5 (7 %) záchranářů má zkušenosti s předčasným odloučením placenty. 4 (6 %) respondenti označili, že se za svou praxi setkali se znásilněním a 1 (1 %) zdravotnický záchranář se setkal u ženy s diagnózou vcestného lůžka. Možnosti doplnit jinou diagnózu řešenou během vlastní praxe nikdo nevyužil.

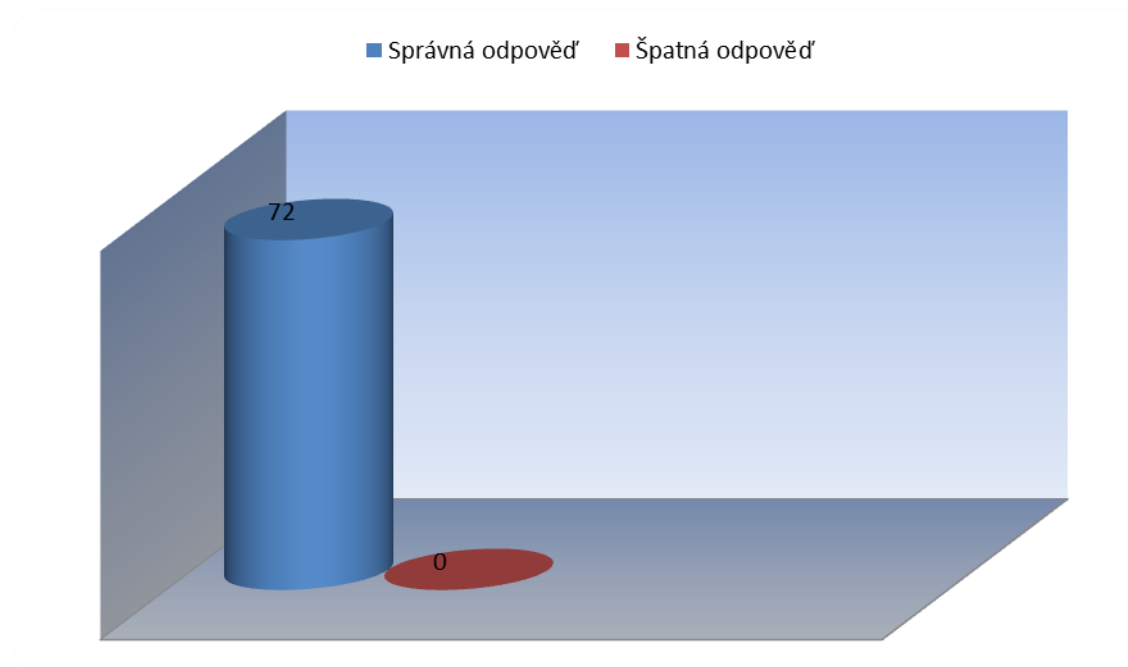
Graf 10 – Jakými příznaky se vyznačuje mimoděložní těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

69 (96 %) zdravotnických záchranářů vědělo, jakými příznaky se vyznačuje mimoděložní těhotenství. Za správné byly považovány následující odpovědi: amenorea, bolesti v podbříšku, slabost a mdloba, vaginální krvácení, známky anémie až rozvoj hemoragického šoku. 3 (4 %) záchranáři odpověděli chybně.

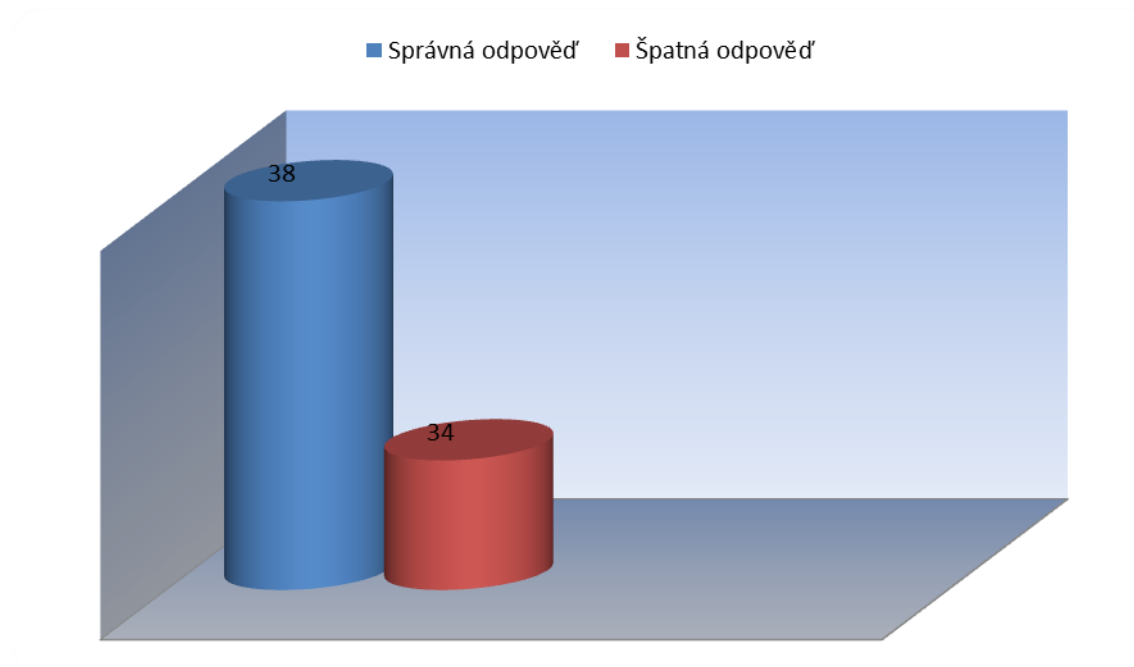
Graf 11 – Jakými příznaky se vyznačuje potrat



Zdroj: Vlastní výzkum

Všech 72 (100 %) dotazovaných zdravotnických záchranářů Jihočeského kraje vypsalo správné příznaky, kterými se potrat vyznačuje. Žádná odpověď nebyla špatná.

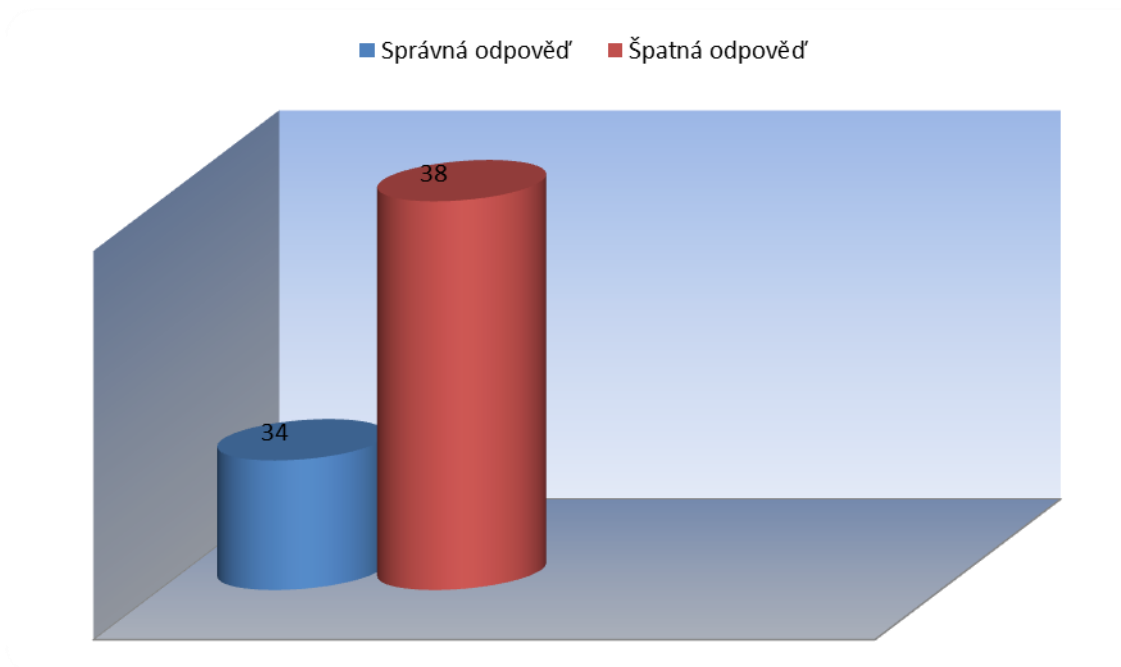
Graf 12 – Jakými příznaky se vyznačuje placenta praevia



Zdroj: Vlastní výzkum

Přes polovinu dotazovaných, konkrétně 38 (53 %) vědělo, že placenta praevia neboli vcestná placenta může být bezpříznaková, ale projevuje se i krvácením z rodidel bez přítomnosti kontrakcí. 34 (47 %) zdravotnických záchranářů správnou odpověď neznalo.

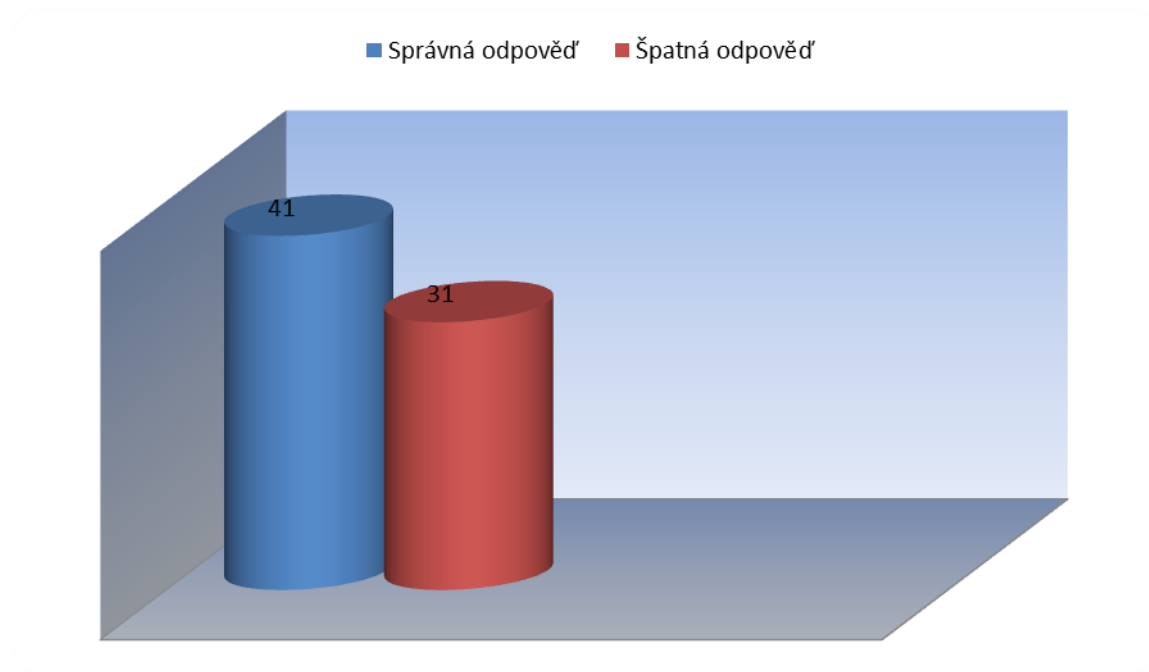
Graf 13 – Jakými příznaky se vyznačuje abrupce placenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Příznaky abrupce placenty (předčasné odlučování lůžka) vypsalo správně 34 (47 %) dotazovaných, u 38 (53 %) dotázaných nelze odpověď považovat za správnou.

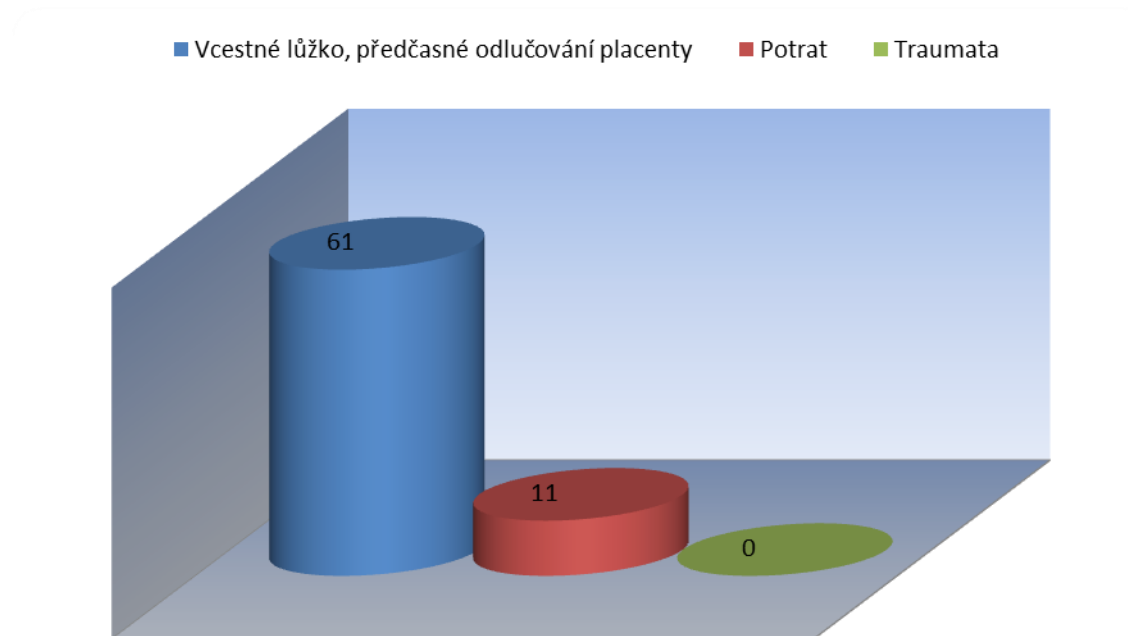
Graf 14 – Jakými příznaky se vyznačuje hypotonie a atonie dělohy



Zdroj: Vlastní výzkum

Dobré teoretické znalosti v oblasti příznaků hypotonie a atonie dělohy potvrdilo svými odpověďmi 41 (57 %) zdravotnických záchranářů. 31 (43 %) respondentů neznalo správnou odpověď.

Graf 15 – Ke kterým předporodním krvácením u těhotných žen v 3. trimestru dochází nejčastěji

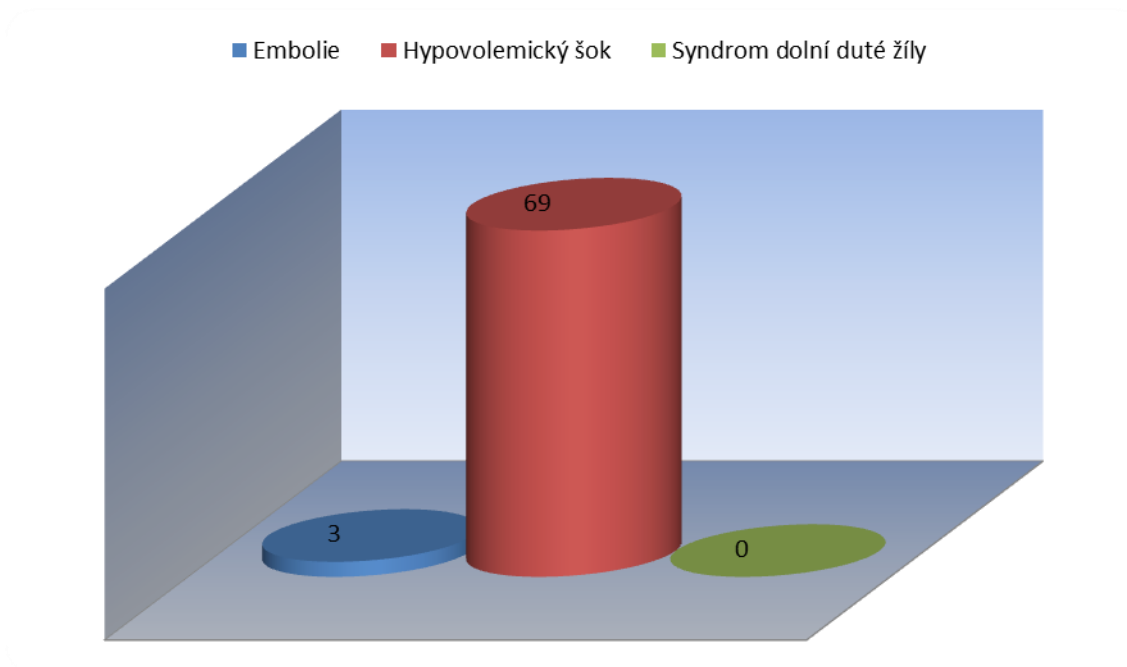


Zdroj: Vlastní výzkum

61 (85 %) zdravotnických záchranářů zaškrtno, že nejčastěji dochází u žen v 3. trimestru k vcestnému lůžku, předčasnému odlučování placenty a podle 11 (15 %) zdravotnických záchranářů dochází nejčastěji k potratům. Nikdo z dotazovaných si nemyslí, že by nejčastěji ve 3. trimestru docházelo k traumatům.



Graf 16 – Nejčastější komplikace předčasného odlučování placenty

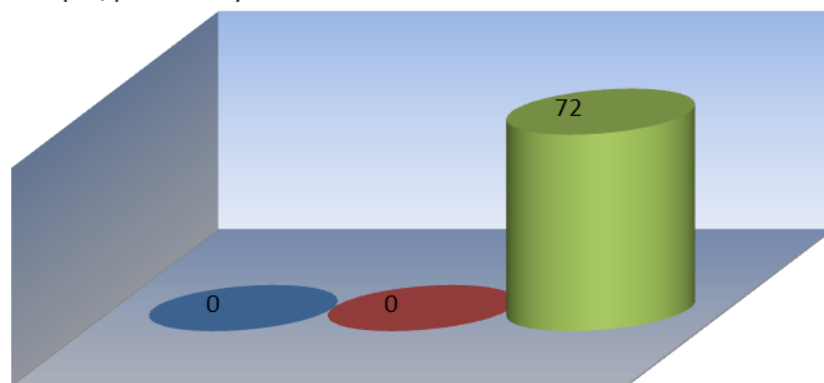


Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi nejčastější komplikace předčasného odlučování placenty uvedli 3 (4 %) respondenti embolii, 69 (96 %) uvedlo hypovolemický šok. Syndrom dolní duté žíly neuvedl nikdo.

Graf 17 – Důležité anamnestické údaje u žen s patologickým gynekologickým krvácením

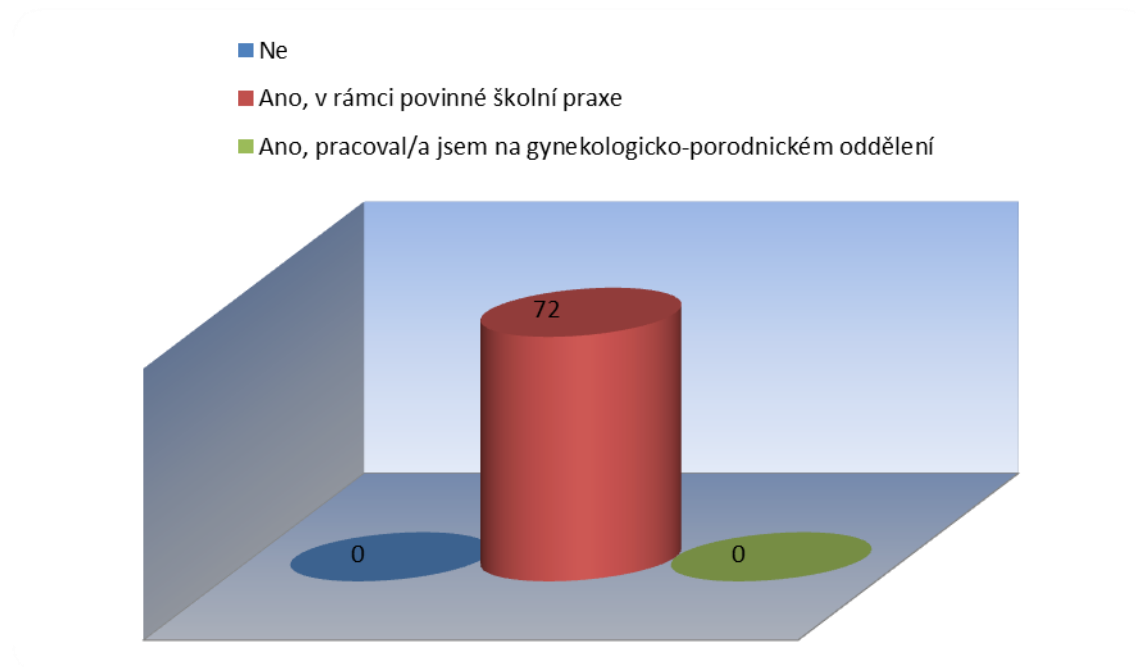
- Alergie na léky, bolest, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk
- Počet a druhy gynekologických operací, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk
- Bolest v podbříšku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, úrazový mechanismus, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk



Zdroj: Vlastní výzkum

Všech 72 (100 %) respondentů správně uvedlo, že nejdůležitějším anamnestickým souborem během zásahu v terénu u ženy s patologickým gynekologickým krvácením je bolest v podbříšku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, úrazový mechanismus, menstruace, antikoncepce a pohlavní styk.

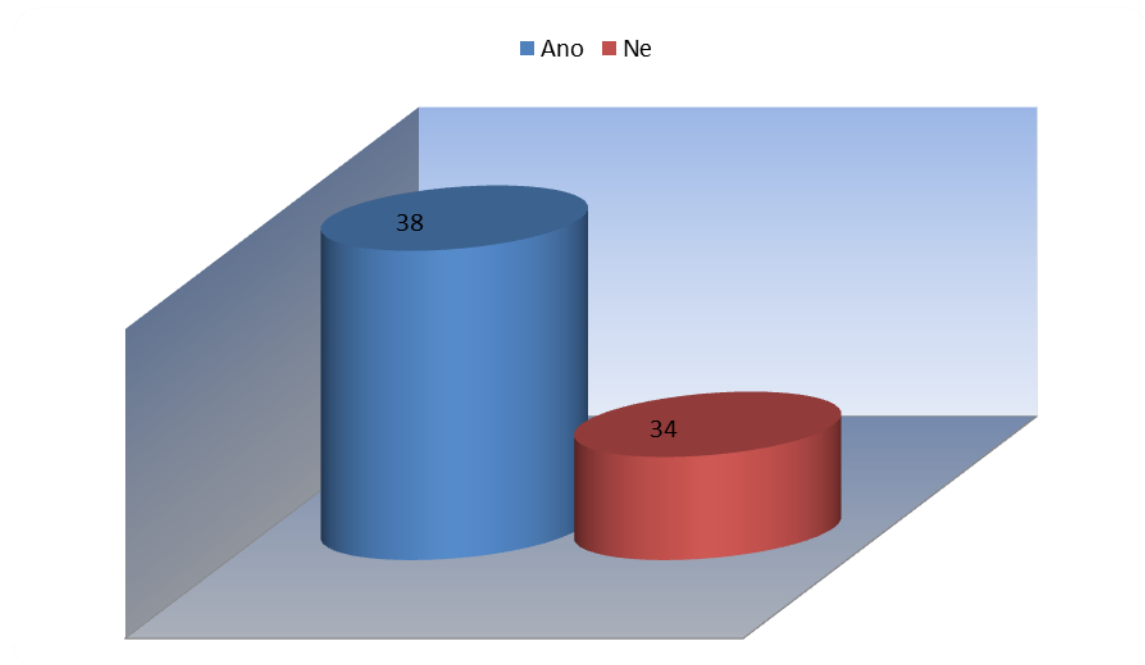
Graf 18 – Pracovní zkušenosti na gynekologicko-porodnickém oddělení



Zdroj: Vlastní výzkum

72 (100 %) dotazovaných má pracovní zkušenosti na gynekologicko-porodnickém oddělení, které získali absolvováním povinné školní praxe. Nikdo z nich na tomto oddělení nepracoval.

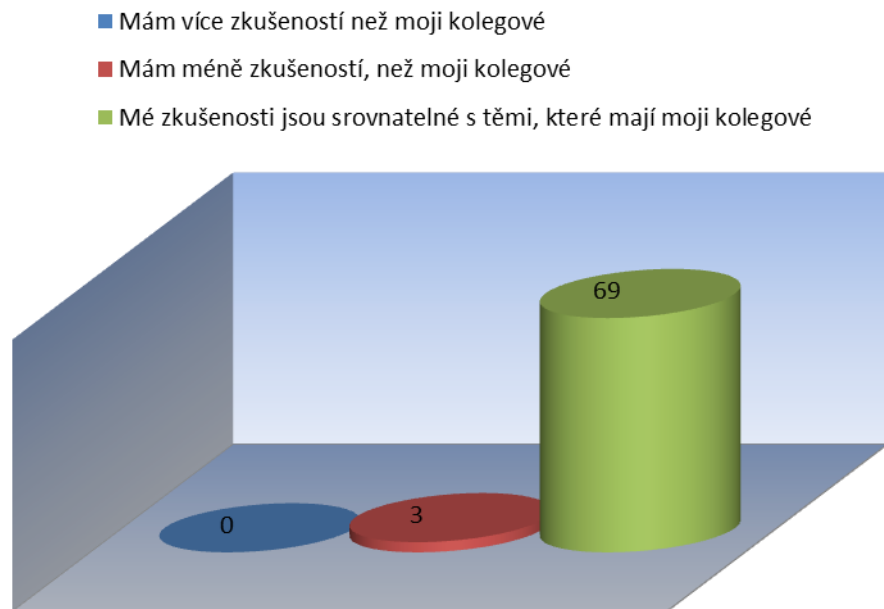
Graf 19 – Zkušenosti zdravotnických záchranářů



Zdroj: Vlastní výzkum

38 (53 %) zdravotnických záchranářů se domnívá, že v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením má dostatečné zkušenosti, ale 34 (47 %) se domnívá, že dostatečné zkušenosti nemá.

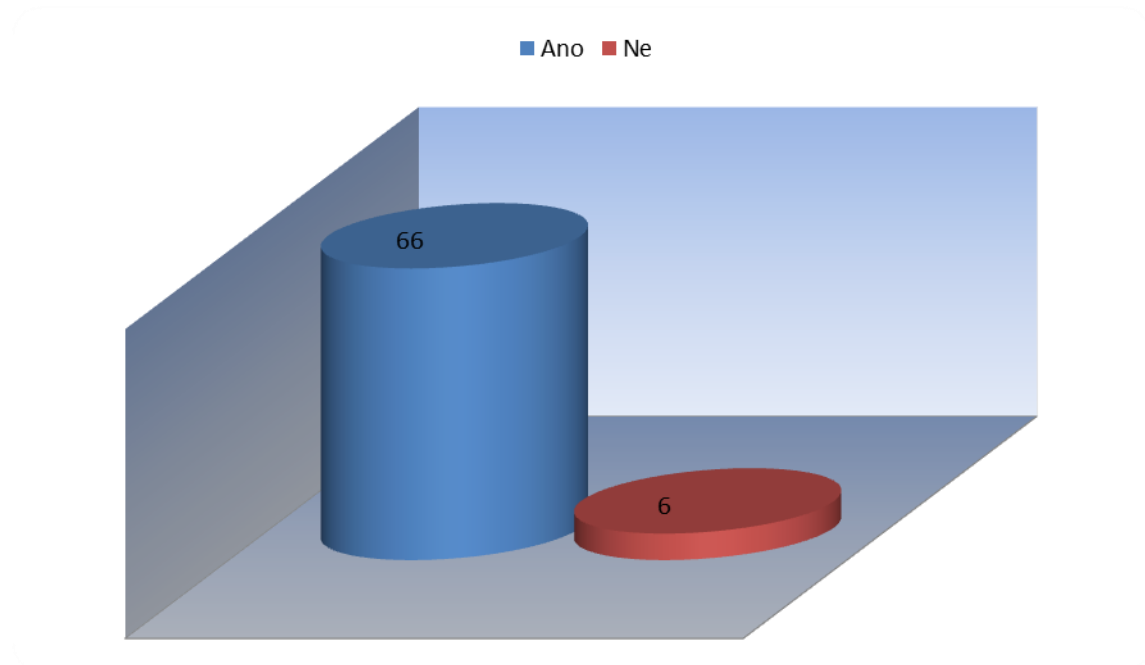
Graf 20 – Zkušenosti zdravotnických záchranářů ve srovnání s kolegy



Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný z dotazovaných záchranářů si nemyslí, že v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením má více zkušeností než jeho kolegové. 3 (4 %) záchranáři se domnívají, že mají v této oblasti méně zkušeností než jejich kolegové a 69 (96 %) považuje své zkušenosti za srovnatelné s kolegy.

Graf 21 – Teoretické znalosti



Zdroj: Vlastní výzkum

66 (92 %) se domnívá, že má dostatečné teoretické znalosti v oblasti přednemocniční péče se ženami s gynekologickým krvácením ale 6 (8 %) se domnívá, že dostatečné znalosti nemá.

Graf 22 – Teoretické znalosti zdravotnických záchranářů ve srovnání s kolegy

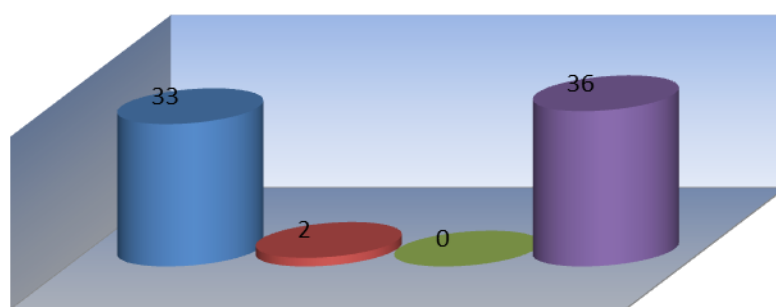


Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný z respondentů si nemyslí, že má hlubší teoretické znalosti než jeho kolegové, 3 (4 %) záchranáři mají méně znalostí a 69 (96 %) záchranářů má srovnatelné znalosti se svými kolegy.

Graf 23 – Možnost vzdělávání v dané problematice

- Ano a zúčastnil/a jsem se takového vzdělávání
- Ano, ale neúčastnil/a jsem se takového vzdělávání z osobních důvodů (časové důvody, nezájem o problematiku)
- Ano, ale neúčastnil/a jsem se takového vzdělávání, protože mi to neumožnil zaměstnavatel
- Ne, taková možnost se mi nenaskytla

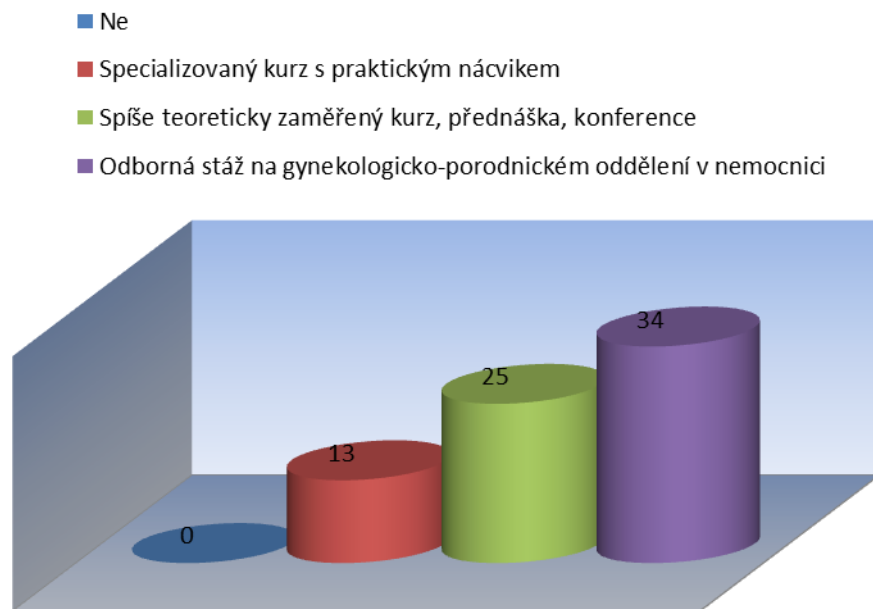


Zdroj: Vlastní výzkum

33 (46 %) dotazovaných odpovědělo, že se zúčastnilo proškolení v dané problematice (např. ve specializovaném kurzu, formou účasti na přednášce nebo konferenci atd.). 2 (4 %) záchranáři zaškrtnuli, že takovou možnost vzdělávání během své praxe měli, ale neúčastnili se takového vzdělávání z osobních důvodů (časové důvody, nezájem o problematiku). Nikdo z dotazovaných nebyl v situaci, kdy by se mu naskytla možnost vzdělávání, ale zaměstnavatel by mu to neumožnil a 36 (50 %) uvedlo, že taková možnost se jim během praxe nenaskytla.



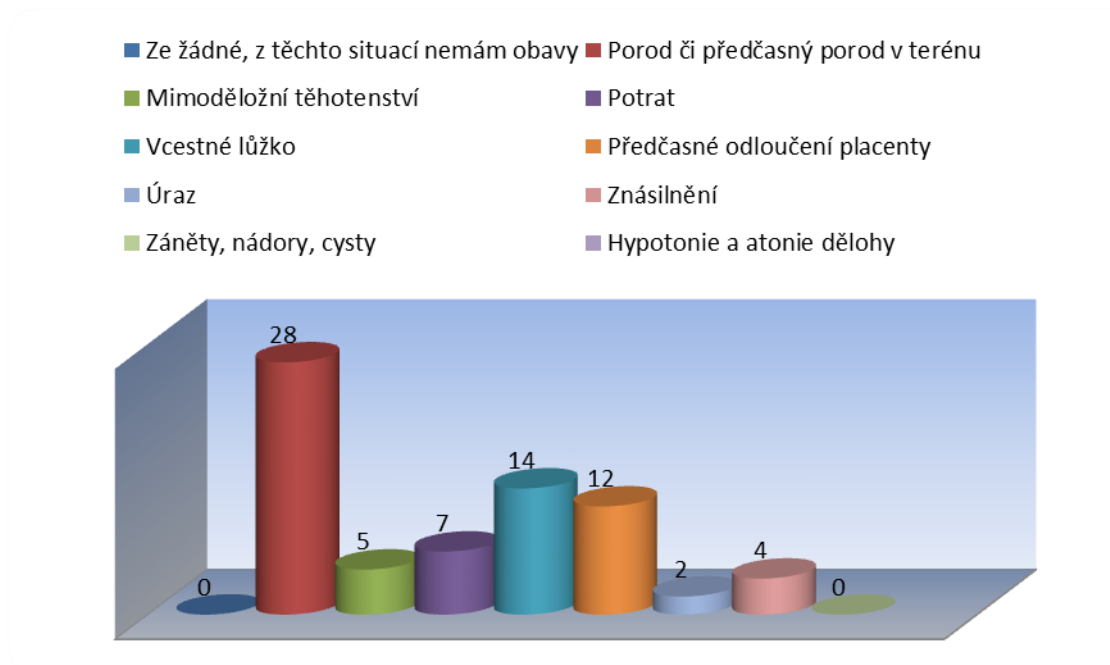
Graf 24 – Forma prohlubování znalostí v dané problematice



Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni dotazovaní by měli zájem si prohloubit znalosti v oblasti gynekologického krvácení. 13 (18 %) z nich by považovalo za nejpřínosnější absolvování specializovaného kurzu s praktickým nácvikem, 25 (35 %) z nich by volilo spíše teoreticky zaměřený kurz, přednášku či konferenci a 34 (47 %) dotazovaných by mělo zájem o odbornou stáž na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici.

Graf 25 – Obavy zdravotnických záchranářů



Zdroj: Vlastní výzkum

Ani jeden dotazovaný nezaškrtl, že by neměl obavy z některé ze situací spojené s gynekologickým krvácením. Nejvíce, a to 28 (39 %) záchranářů, má obavy z porodu či předčasného porodu v terénu, poté 14 (19 %) z vcestného lůžka, 12 (17 %) z předčasného odloučení placenty, 7 (10 %) z potratu a 5 (7 %) z mimoděložního těhotenství. 4 (5 %) dotazovaní mají obavy ze zásahu u znásilnění a nejméně záchranářů, konkrétně 2 (3 %) mají obavy z úrazů spojených s gynekologickým krvácením. Ze zánětů, nádorů a cyst nemá obavy žádný zdravotnický záchranář.

## 5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda je úroveň znalostí zdravotníků v oblasti předlékařské první pomoci u žen s gynekologickým krvácením dostačující. Že tomu tak je, tvrdila stanovená hypotéza. Mnou provedený kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření měl za cíl zjistit co nejvíce údajů, které by mohly posloužit k vyvrácení nebo potvrzení hypotézy. Otázky se zaměřovaly na výpovědi o tom, zda zdravotnický záchranář při zásazích u žen s gynekologickým krvácením dokáže správně určit diagnózu a postupovat odborně. Respondenti byli dotazováni na své praktické zkušenosti a na četnost situacím kdy musí zasahovat u žen s gynekologickým krvácením. Důležitou součástí dotazníku byly i dotazy dávající možnost hodnocení hloubky vlastních znalostí a množství zkušeností. Obecně lze tedy shrnout, že otázky byly zaměřeny na četnost a druh zásahů v přednemocniční neodkladné péči v Jihočeském kraji, praktické zkušenosti a teoretické znalosti zdravotnických záchranářů. V diskuzi se zaměřím na komparaci výzkumem získaných výsledků s názorem svým vlastním.

Jelikož se jedná výhradně o záchranáře Jihočeského kraje, mezi kterými jsem prováděl svůj výzkum, uvedu několik zajímavých statistických údajů z roku 2013 týkajících se Záchrané zdravotnické služby Jihočeského kraje: Kraj má 28 výjezdových míst a 51 výjezdových skupin. Na nich pracuje 502 zaměstnanců (průměrný přepočtený evidenční počet). V uplynulém roce ošetřili členové ZZS přes 70 tisíc osob, na kterých provedli 200 tisíc výkonů.<sup>111</sup>

První čtyři otázky sloužily k identifikaci respondentů. První otázka zjišťovala, zda se jedná o muže či ženu (viz graf č. 1). Z celkového počtu 72 dotazovaných bylo 27 (38 %) mužů a 45 (62 %) žen. Vzhledem ke známému faktu, že počet mužů a žen pracujících u zdravotnické záchrané služby se vyrovnává, jsem očekával větší podíl mužů jako respondentů ve svém výzkumu. Mohu se jen domnívat, že je možné, že vzhledem k zaměření výzkumu (gynekologická tematika), tento zaujal více ženy a někteří muži například neměli zájem dotazník vyplňovat. Přesto jsem ale očekával, že

---

<sup>111</sup> Srov. *Vybrané ukazatele ZZS ČR 2013* [online].

ženy budou tvořit pravděpodobně větší část výzkumného vzorku, což se potvrdilo.

Druhá otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Můj předpoklad se naplnil, když jsem na základě vyhodnocení odpovědí zjistil, že nejvíce je zastoupeno vysokoškolské bakalářské studium, které uvedlo 32, tedy 44 % dotazovaných (viz graf č. 2). Poměrně hojně bylo zastoupeno specializační studium (24 osob = 33 %). 12 respondentů (17 %) absolvovalo vysokoškolské magisterské studium a 4 (6 %) středoškolské studium s maturitou. Jiné vzdělání neuvedl nikdo.

Třetí otázkou jsem chtěl zjistit, jak dlouhá je praxe respondentů u zdravotnické záchranné služby (viz graf č. 3). Zde měla největší zastoupení praxe s délkou šesti až deseti let, což uvedlo 28 (38 %) dotazovaných. Praxi ještě delší, tedy jedenáct až patnáct let, uvedlo 21 (29 %) respondentů. V rozmezí nula až pět let se pohybuje délka praxe u 16 (22 %). Nejvíce let odpracovaných u záchranné služby, tedy šestnáct a více, uvedlo 7 (10 %) dotázaných. Očekával jsem, že nejvíce bude zastoupena kategorie 6-10 let, což se potvrdilo. Na druhém místě jsem ale předpokládal kategorii s nejkratší praxí (0-5 let). Překvapením pro mne bylo, že tato byla početně až třetí nejsilnější.

Čtvrtá otázka uzavřela soubor identifikačních dotazů. Ptal jsem se v ní na pracovní zařazení dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Můj předpoklad, že nejvíce z nich bude zdravotnických záchranářů, se potvrdil (viz graf č. 4). Bylo jich 66, tedy 92 %. Respondentů s pracovním zařazením řidič – zdravotnický záchranář bylo pouze 6 (8 %). Nikdo z dotazovaných nepracuje jako řidič/ka či dispečer/ka. Domnívám se, že takové složení respondentů v mém výzkumu je pro mou bakalářskou práci nejvhodnější, protože pracuji s předpokladem, že dotazovaný řeší nastíněné situace osobně na výjezdech k ženám s gynekologickým krvácením.

Otázkou číslo pět jsem se ptal, jaké jsou zkušenosti respondentů s nutností zásahu u ženy s gynekologickým krvácením v terénu. Předpokládal jsem, že většina záchranářů odpoví, že se s takovou situací během své praxe již setkali. Překvapením pro mne byl výsledek, kdy kladně odpověděli všichni dotázaní, tedy plných 100 % (viz graf č. 5). Výjezdy k ženám s gynekologickým krvácením jsou proto buď častější, než jsem se domníval, nebo je výsledné číslo ovlivněno tím, že velký počet respondentů mého výzkumu má již dlouholetou praxi u zdravotnické záchranné služby a je tedy

pravděpodobnější, že se během ní s takovou situací již setkali.

Na předchozí otázku jsem navázal dalšími dvěma, které zjišťovaly, jak často se záchranáři se situací, kdy museli zasahovat u ženy s gynekologickým krvácením, setkali. V souladu s tím, co jsem naznačil v úvodu této práce, jsem se domníval, že četnost takových zásahů bude nízká. Otázka číslo šest se ptala po četnosti těchto zásahů během praxe (pracovní doby) a odpovědi na ní dokumentuje graf 6. V něm je výrazně zastoupen počet 5-10 zásahů u ženy s gynekologickým krvácením, tedy 52 (72 %) záchranářů. 16 respondentů (22 %) se s takovou situací setkali 3-5x a 4 (6 %) pouze 1-2x. Nikdo neodpověděl, že by u gynekologického krvácení zasahoval více než desetkrát. V souvislosti s touto otázkou mne zajímalo, jak často se záchranáři s takovou situací setkávají mimo svou práci, tedy ve svém volném čase. Tyto případy mohou nastat v rodině nebo na ulici atd. V mimopracovní době se přihodilo pouze 2 (3 %) dotazovaným, že osobně řešili takový problém. Naprostá většina, tedy 70 (97 %), u žen s gynekologickým krvácením ve svém volném čase nikdy zasahovat nemusela (viz graf č. 7). Druhá otázka naznačuje správnost mé domněnky z úvodu bakalářské práce, totiž že gynekologické krvácení žen není v dnešní době až tak časté, protože moderní medicína poskytuje možnosti prevence a léčbu, díky níž se podaří mnoho potenciálních případů gynekologického krvácení eliminovat.

Osmý dotaz směřoval na povědomí zdravotnických záchranářů o jejich úkolech v případě zásahu u ženy s gynekologickým krvácením. Plných 100 % uvedlo, že vědí, jak reagovat a znají své úkoly v takové situaci.

V otázce číslo 9 jsem se ptal, s jakými diagnózami z oblasti gynekologického krvácení se dotazovaní v přednemocniční neodkladné péči setkali. Graf k této otázce také ukazuje, že četnost nutnosti zásahu u těchto případů je poměrně vyrovnaná. Nejčastějším případem byl porod či předčasný porod. Těmto ženám pomáhalo 17 (24 %) záchranářů. Další nejvyšší četnost měly následující příčiny: nádor, zánět nebo cysta (14 respondentů = 19 %), úraz (13 respondentů = 18 %), mimoděložní těhotenství (11 respondentů = 15 %). Méně časté byly zbylé z nabízených možností: potrat (7 respondentů = 10 %), předčasné odloučení placenty (5 respondentů = 7 %), znásilnění (4 respondenti = 6 %), včasně lůžko (1 respondent = 1 %). Tyto výsledky

dokazují, že záchranáři častěji zasahují u gynekologického krvácení z fyziologických příčin než u krvácení z příčin patologických.

V desáté až čtrnácté otázce jsem mapoval, do jaké míry dokáží zdravotníci záchranáři vyjmenovat příznaky určitých diagnóz. Ptal jsem se na mimoděložní těhotenství, potrat, placentu praevia, abrupci placenty a hypotonii a atonii dělohy. U otázky na příznaky mimoděložního těhotenství (viz graf č. 10) jsem považoval za správné odpovědi amenorea, bolesti v podbřišku, slabost a mdloba, vaginální krvácení, známky anémie, rozvoj hemoragického šoku. Naprostá většina, tedy 96 % (69 respondentů), dokázalo odpovědět správně. U zbylých 3 (4 %) nelze odpověď považovat za správnou. Správné příznaky potratu vyjmenovalo plných 100 % dotázaných (viz graf č. 11). Graf číslo 12 ukazuje odpovědi na otázku zjišťující povědomí o příznacích placenty praevia. Za správnou odpověď bylo považováno, že včasná placenta může být bezpříznaková, ale může se také projevovat krvácením z rodidel, aniž by zároveň byly patrné kontrakce. Správně dokázalo odpovědět 53 % (38 respondentů), ale téměř stejný počet, tedy 47 % (34 respondentů) správnou odpověď neznalo. Třináctá otázka se týkala příznaků abrupce placenty. Ty jmenovalo správně 34 respondentů (47 %), 38 (53 %) správnou odpověď neznalo (viz graf č. 13). Správně vyjmenovalo příznaky hypotonie a atonie dělohy 41 (57 %) dotazovaných, špatně 31 (43 %), jak je možné vidět v grafu číslo 14. Odpovědi na těchto pět otázek považuji za velmi zajímavé především v souvislosti s otázkou číslo 9. Takové propojení výsledků totiž dokazuje, že dotazovaní zdravotníci záchranáři mají menší teoretické znalosti o příznacích těch stavů, se kterými se ve své praxi setkávají nejméně (předčasné odloučení placenty a včasně lůžko). Naopak, příznaky mimoděložního těhotenství bezpečně znali všichni dotazovaní, přičemž v 15 % se s ním také setkali ve své praxi.

S patnáctou otázkou lze také provázat otázku číslo 9. Ta nám ukázala, že 24 % dotazovaných zasahovalo u gynekologického krvácení ženy v důsledku porodu nebo předčasného porodu. Patnáctý graf ukazuje odpověď na otázku, co zdravotníci záchranáři považují za příčinu předporodního krvácení u žen ve třetím trimestru. 61 (85 %) respondentů se domnívá, že nejčastěji dochází v těchto případech k včasnému lůžku a předčasnému odlučování placenty. 11 (15 %) označilo za nejčastější důvod potrat. Třetí

z nabízených možností, traumata, si nevybral nikdo.

Graf číslo 16 znázorňuje odpovědi na otázku, jaká je nejčastější komplikace předčasného odlučování placenty. 69 respondentů, tedy 96 %, vybralo hypovolemický šok a 3 respondenti (4 %) zvolili možnost embolie. Nikdo si nevybral syndrom dolní duté žíly. Většina tedy odpověděla správně.

V otázce číslo 17 jsem chtěl zjistit, zda záchranáři vědí, po jakých anamnestických údajích se při zásahu u ženy s gynekologickým krvácením mají pít. K dispozici byly tři možnosti, přičemž všichni, (tedy 100 %) respondenti dokázali odpovědět správně (viz graf č. 17). Zvolili možnost nabízející následující soubor příznaků: bolest v podbřišku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, úrazový mechanismus, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk.

Abych se přiblížil odhalení toho, proč mají zdravotníci záchranáři nedostatečnou nebo naopak uspokojující znalost v oblasti gynekologického krvácení, jsem položil otázku číslo 18. Ta se tázala na pracovní zkušenosti z gynekologicko-porodnického oddělení. Nikdo z dotazovaných nevedl, že na tomto oddělení pracoval. Celých 100 % (72 respondentů) získalo své zkušenosti z porodnicko-gynekologického oddělení v rámci povinné školní praxe. Zpravidla uváděli trvání této praxe v délce 2 týdny. Bylo pro mne překvapující, že nikdo z dotázaných nikdy na takto specializovaném oddělení nepracoval. Dvoutýdenní praxi ale osobně považují za nedostačující. Domnívám se, že její pravidelné opakování (např. v intervalu několika let) by zdravotnickým záchranářům mohlo výrazně pomoci upevnit si své teoretické znalosti, a především si je vyzkoušet v praxi. Také by se zvýšila šance, že budou moci být přítomni situacím, se kterými se během výjezdů nesetkávají tak často a ve kterých, jak dokazuje náš výzkum, nemají dostačující znalosti.

Nejistotu zdravotnických záchranářů ohledně znalostí a zkušeností v případech zásahu u gynekologického krvácení žen v přednemocniční neodkladné péči potvrzují odpovědi na otázky 19-22. Zde dostali respondenti možnost ohodnotit úroveň vlastních znalostí a míru zkušeností a pokusit se je srovnat se znalostmi a zkušenostmi svých kolegů. Graf číslo 19 ukazuje poměrně vyrovnané odpovědi. Zatímco 38 (53 %) dotázaných považuje své zkušenosti v této oblasti za dostatečné, 34 (47 %) si myslí opak. V následující otázce (viz graf č. 20) měli respondenti tyto své zkušenosti porovnat s kolegy. Nikdo u nich se nedomnívá, že by nabyl více zkušeností než jeho spolupracovníci. 69 záchranářů (96 %) si myslí, že jejich zkušenosti jsou srovnatelné s těmi, které mají kolegové a pouze 3 (4 %) respondenti považují své zkušenosti za bohatší, než jaké mají jejich kolegové. Na teoretické

znalosti se zaměřily otázky 21 a 22. V první z nich byli respondenti tázáni, zda se domnívají, že mají v oblasti gynekologického krvácení žen dostatečné znalosti. 66 (92 %) odpovědělo kladně, zatímco 6 (8 %) osob tvrdilo opak (viz graf č. 21). Když měli srovnat své znalosti s kolegy, shodovaly se jejich odpovědi procentuálně s těmi v otázce číslo 20. Graf číslo 22 tak znázorňuje, že 69 záchranářů (96 %) si myslí, že jejich teoretické znalosti jsou srovnatelné s těmi, které mají kolegové a pouze 3 (4 %) respondenti považují své znalosti za méně obsáhlé. Dotazovaní záchranáři se tedy domnívají, že na situace, kdy budou muset zasahovat u gynekologického krvácení žen jsou dobře teoreticky připraveni, ale téměř polovina z nich považuje své praktické zkušenosti za nedostatečné. Jak v otázce teoretické přípravy tak zkušeností si ale připadají téměř všichni na stejné úrovni jako jejich spolupracovníci. Pokud by to odpovídalo skutečnosti, mohli bychom se domnívat, že i když jsou jejich teoretické znalosti dostatečné, má poměrně velké procento (téměř polovina) záchranářů Jihočeského kraje v této oblasti pocit nedostatečné praxe.

V otázce číslo 23 jsem se snažil zjistit, zda se záchranáři v Jihočeském kraji v problematice přednemocniční neodkladné péče u žen s gynekologickým krvácením dále vzdělávají a v otázce číslo 24 formu vzdělávání, jakou by pro tuto tematiku oni osobně považovali za nejprínosnější. Na první otázku odpovědělo 36 (50 %) dotázaných, že se jim možnost takového vzdělávání vůbec nenaskytla. 33 (46 %) respondentů ale takto proškoleni bylo (např. ve specializovaném kurzu, formou účasti na přednášce nebo konferenci). Další 2 (4 %) takovou možnost měli, ale nevyužili ji z osobních důvodů (časových), nebo neměli o takové školení zájem. Nikdo nevedl, že by se mu sice taková možnost naskytla, ale neumožnil by mu ji využít jeho zaměstnavatel. To považuji za překvapivé, protože si umím představit situace, kdy zaměstnavatel nepovolí účast na určitém vzdělávání z důvodů kapacitních (nedostatek personálu), finančních nebo že například dá přednost jinému tématu, které považuje za aktuálnější, nebo o kterém se domnívá, že si v něm zaměstnanci potřebují doplnit znalosti. V následující otázce vyjádřilo 34 (47 %) dotazovaných domněnku, že nejprínosnější by pro ně byla možnost absolvovat stáž na gynekologicko – porodnickém oddělení v nemocnici. 25 (35 %) respondentů by dalo přednost teoretickému kurzu, přednášce nebo konferenci a 13 (18 %) záchranářům by největší poznatky přinesl specializovaný kurz s praktickým nácvikem. Nikdo nevedl, že by neměl zájem o žádnou formu dalšího vzdělávání v této problematice.

Poslední otázka mého výzkumu směřovala k obavám zdravotnických záchranářů



z konkrétních situací gynekologického krvácení. Nikdo nevedl, že by neměl obavy ze žádné z těchto situací. Nejvyšší počet, tedy 28 (39 %) záchranářů má největší obavy z porodu či předčasného porodu v terénu. Další možnosti byly označeny s následující četností: 14 respondentů (19 %) má největší obavy z vcestného lůžka, 12 (17 %) z předčasného odlučování placenty, 7 (10 %) z potratu a 5 (7 %) z mimoděložního těhotenství. 4 (5 %) dotazovaní mají obavy ze zásahu u znásilnění a nejméně záchranářů, konkrétně 2 (3 %), má obavy z úrazů spojených s gynekologickým krvácením. Ze zánětů, nádorů a cyst nemá obavy žádný zdravotnický záchranář. Vzhledem k tomu, že výše v dotazníku jsem v otázce číslo 9 zjistil, že 24 % dotazovaných zasahovalo u gynekologického krvácení ženy v důsledku porodu nebo předčasného porodu, a v otázce číslo osm 100 % dotázaných uvedlo, že znají své úkoly a vědí jak reagovat, pokud se naskytne u gynekologického krvácení ženy, považují za překvapující, že tolik záchranářů má obavy právě z fyziologické příčiny krvácení. Domníval jsem se, že nejvíce z nich se bude cítit nejistých v případech abrupce placenty nebo vcestného lůžka, protože právě v těchto oblastech se jejich znalosti ukázaly jako nejslabší (viz otázky 12 a 13). Z odpovědí na otázku 9 také vyplynulo, že s takovou situací mají nejméně praktických zkušeností.

Z celkového pohledu na výsledky výzkumu, včetně diskuze, podle mého názoru vyplývá, že zdravotničtí záchranáři v Jihočeském kraji mají s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě poměrně dost praktických zkušeností, ale chybí jim bohužel teoretické znalosti, a to především u těch případů, které jsou v praxi zřejmě méně obvyklé. Patrné je ovšem také to, že zdravotničtí záchranáři by měli zájem o prohloubení svých znalostí v této problematice, ale často se jim k tomu během jejich praxe dosud nenaskytla možnost. Domnívám se tedy, že hypotézu této bakalářské práce (Úroveň znalostí zdravotníků v této oblasti je dostačující.) nelze považovat za potvrzenou.

## 6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval gynekologickým krvácením v přednemocniční neodkladné péči a úkoly zdravotnického záchranáře. Cílem práce bylo zjistit, zda je úroveň znalostí zdravotníků v Jihočeském kraji v oblasti předlékařské první pomoci u žen s gynekologickým krvácením dostačující. Cíl byl splněn na základě výzkumné části, ve které byla stanovena hypotéza, že úroveň znalostí zdravotníků v této oblasti je dostačující. Výzkum ukázal, že sami zdravotníci se domnívají, že vědí, jaké jsou jejich úkoly, pokud mají zasahovat v případě ženy s gynekologickým krvácením a všichni dotazovaní se již někdy s takovou situací ve své praxi setkali. Ve třech z pěti otázek na příznaky jednotlivých patologických stavů však velká část dotazovaných nedokázala odpovědět správně (ve 43, 47 a 53 %). Téměř polovina respondentů (47 %) se také domnívá, že jejich znalosti nejsou dostačující. Naprostá většina se domnívá, že má dostatečné teoretické znalosti v této oblasti, a že její znalosti jsou srovnatelné s kolegy (tedy ne menší nebo větší). Tyto výsledky naznačují, že hypotéza bakalářské práce se nepotvrdila. Znalosti zdravotnických záchranářů v Jihočeském kraji v oblasti gynekologického krvácení v přednemocniční neodkladné péči nejsou dostatečné.

V úvodu své práce jsem předeslal, že bych v jejím závěru rád navrhl řešení na základě zjištění z výzkumu. Protože se hypotéza nepotvrdila a z výzkumu tak vyplývá, že zdravotničtí záchranáři v Jihočeském kraji potřebují další vzdělávání v této oblasti, lze vést diskuzi o tom, jakou formou by toto mělo probíhat. Za účelem zjištění potřeb a přání záchranářů samotných jsem do dotazníku zařadil několik otázek s touto tematikou. Z odpovědí vyplývá, že téměř polovina respondentů prošla specializovaným proškolením v problematice. Přesně polovině se ale možnost doplnit si vzdělání v tomto oboru formou školení, kurzu, přednášky nebo účasti na konferenci během jejich praxe vůbec nenaskytla. Za nejpřínosnější formu, jak docílit zkvalitnění svých znalostí, 47 % respondentů označilo možnost absolvovat stáž na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici, 35 % by volilo teoretický kurz a 18 % by považovalo za nejlepší absolvování specializovaného kurzu s praktickým nácvikem.

Doporučením této práce na základě zjištění vyplývajících z provedeného výzkumu je, aby zdravotnická záchranná služba úžeji spolupracovala s nemocnicemi, které by mohly umožnit alespoň krátkodobé stáže na svých odděleních. Tím by se pracovníci záchranné služby mohli efektivně vzdělat v potřebných oblastech a přímo v praxi a pod odborným dozorem si své poznatky vyzkoušet. Jelikož naplnění takového doporučení zřejmě vyžaduje širší změny, možná systémové, pro rychlejší řešení lze hledat alternativy. Ředitelé zdravotnických záchranných služeb by se určitě měli zajímat o potřeby a přání svých podřízených, ale i o úroveň jejich znalostí a dovedností. Teoretický kurz, zaměřený na odborné oblasti, o kterých sami zdravotníci referují jako o těch, ve kterých nemají dostatek znalostí, by jistě prospěl jejich vědomostem i sebevědomí v akutních situacích.

Teoretická část práce by mohla přispět studentům a zdravotnickým záchranářům k většímu prohloubení a ucelení jejich znalostí ohledně gynekologického krvácení v přednemocniční neodkladné péči. Výzkumná část bakalářské práce by mohla posloužit zdravotnickým záchranářům jako zpětná vazba, případně jejich nadřízeným jako návrh řešení, jak zkvalitnit práci jejich zaměstnanců.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-540-X.

*Bolestivá menstruace II*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-316-4.

BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.

BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0680-6.

CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.

ČECHOVÁ, J., JANDOVÁ, H. *Stop znásilnění: Analýza stavu pomoci obětem znásilnění v ČR* [online]. Brno: Persefona. 2008 [cit. 2014-06-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf>>.

DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-255-7.

DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATEJÍČEK, Z., a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HRDONKOVÁ, E., ROKYTA, Z. Dospívání z pohledu gynekologa. *Pediatric pro praxi*, 2011, roč. 12, č. 3, str. 167-170. ISSN 1213-0494.

KOBLIKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.

KOLÁŘOVÁ, M. *Bolestivá menstruace I*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-315-6.

*Kritické stavy v porodnictví. Postgraduální medicína* [online]. 2005, č. 4 [cit. 2014-06-27]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/kriticke-stavy-v-porodnictvi-168298>>.

Listina základních práv a svobod [online]. © 2010, poslední aktualizace neuvedena [cit. 2014-06-14]. Dostupné na WWW: <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_discrimination/133501\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_discrimination/133501_cs.htm)>.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-038-0.

MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.

POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262 -214-5.

POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262 -259-5.

*Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2548-2.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SMITH, N., SMITH, A. *Ultrazvuk v porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1107-9.

SUCHARDA, I. *Funkční gynekologické krvácení* [online]. © 2008, poslední aktualizace neuvedena [cit. 2014-06-10]. Dostupné na WWW: <[http://www.clk.cz/gallery/1716/dr.\\_sucharda\\_-\\_funkcni\\_gyn\\_krvaceni.pdf](http://www.clk.cz/gallery/1716/dr._sucharda_-_funkcni_gyn_krvaceni.pdf)>.

ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. a kol. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-203-X.

ŠOBEK, D. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP. *Urgentní medicína*, 2000, roč. 3, č. 3, s. 18 – 19. ISSN 1212-1924.

*Vybrané ukazatele ZZS ČR 2013* [online]. Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR © 2013, poslední aktualizace neuvedena [cit. 2014-07-24]. Dostupné na WWW: <<http://www.azzs.cz/uploads/doc/zzs-v-cislech/AZZS%20%20Statistika%20ZZS%20%C4%8CR%202013.pdf>>.

*Vyhláška 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra © 2014, poslední aktualizace neuvedena [cit. 2014-07-10]. Dostupné na WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=77808&fulltext=&nr=240~2F2012&part=&name=&rpp=15#local-content>>.

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě [online]. © 2010, poslední aktualizace 8. 4. 2014 [cit. 2014-06-14]. Dostupné na WWW: <[http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotnicka-zachranna-sluzba\\_6106\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotnicka-zachranna-sluzba_6106_1786_11.html)>.

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online].  
© 2010, poslední aktualizace 8. 1. 2014 [cit. 2014-06-14]. Dostupné na WWW:  
<[http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)>.

ZWINGER, A. *Porodnictví*. Praha: Galén a Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0822-7.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Abrupce placenty

Gynekologické krvácení

Hemoragický šok

Hypotonie a atonie dělohy

Mimoděložní těhotenství

Placenta praevia

Porod

Potrat

Předlékařská první pomoc



## **9 PŘÍLOHY**

*Příloha číslo 1 – Dotazník*

## **Příloha číslo 1 – Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Michal Tůma a jsem student Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Zdravotnický záchranář. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku na téma „**Předlékařská první pomoc u žen s gynekologickým krvácením**“, který je podkladem pro mou bakalářskou práci. Důkladně si, prosím, přečtěte všechny otázky a své odpovědi označte křížkem (x). Pokud není výslovně napsáno jinak, vždy je **pouze jedna odpověď správná**. Tento dotazník je určen pro zdravotnického záchranáře a je anonymní.

Předem děkuji za Váš čas.

1) Jste muž/žena?

a) Muž

b) Žena

2) Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

a) Středoškolské ukončené maturitou

b) Specializační studium - DiS.

c) Vysokoškolské bakalářské vzdělání - Bc.

d) Vysokoškolské magisterské vzdělání - Mgr.

▫ Jiné .....

3) Kolik let pracujete u ZZS?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 a více let

4) Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) Řidič
- b) Řidič – zdravotnický záchranář
- c) Zdravotnický záchranář
- d) Dispečer/ka

5) Setkal/a jste se s nutností zasáhnout v terénu v situaci, kdy nějaká žena měla gynekologické krvácení?

- a) Ano
- b) Ne

6) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, kolikrát jste se s takovou situací během své práce setkal/a?

- a) 1-2 x
- b) 3-5 x
- c) 5-10 x
- c) Vícekrát ..... (prosím, doplňte počet nebo odhad počtu takových situací)

7) Setkal/a jste se někdy s takovou situací i mimo svou práci (na ulici, v rodině atd.)?

a) Ano

b) Ne

8) Víte či věděl/a jste, jak v takové situaci reagovat a co je Vaším úkolem?

a) Ano

b) Ne

9) Pokud jste se účastnila výjezdu u ženy s gynekologickým krvácením, o jakou diagnózu šlo? **Lze zaškrtnout více variant.**

a) Mimoděložní těhotenství

b) Potrat

c) Placenta praevia (včasně lůžko)

d) Abrupce placenty (předčasné odloučení placenty)

e) Porod či předčasný porod

f) Úraz

g) Znásilnění

h) Nádor, zánět, cysta

h) Jiné .....

10) Jakými příznaky se vyznačuje mimoděložní těhotenství?

11) Jakými příznaky se vyznačuje potrat?

12) Jakými příznaky se vyznačuje placenta praevia?

13) Jakými příznaky se vyznačuje abrupce placenty?

14) Jakými příznaky se vyznačuje hypotonie a atonie dělohy?

15) Ke kterým předporodním krvácením u těhotných žen v 3. trimestru dochází nejčastěji?

a) Vcestná placenta, předčasné odloučení placenty

b) Potrat

c) Traumata

16) Co je nejčastější komplikací předčasného odlučování placenty?

a) Embolie

b) Hypovolemický šok

c) Syndrom dolní duté žíly

17) Který soubor údajů z anamnézy považujete u ženy s patologickým gynekologickým krvácením během zásahu v terénu za nejdůležitější?

- a) Alergie na léky, bolest, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk
- b) Počet a druhy gynekologických operací, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk
- c) Bolest v podbříšku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, úrazový mechanismus, menstruace, antikoncepce, pohlavní styk
- d) Jiné .....

18) Máte nějaké pracovní zkušenosti z gynekologicko-porodnického oddělení? Pokud ano, jaké?

- a) Ne
- b) Ano, v rámci povinné školní praxe v délce ..... (prosím, doplňte délku Vámi absolvované praxe)
- c) Ano, pracoval/a jsem na gynekologicko-porodnickém oddělení.

19) Domníváte se, že v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením máte dostatečné **zkušenosti**?

- a) Ano
- b) Ne

20) Jak hodnotíte své **zkušenosti** v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením ve srovnání s Vašimi kolegy?

- a) Mám více zkušeností než moji kolegové.
- b) Mám méně zkušeností než moji kolegové.
- c) Mé zkušenosti jsou srovnatelné s těmi, které mají moji kolegové.

21) Domníváte se, že v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením máte dostatečné **teoretické znalosti**?

- a) Ano
- b) Ne

22) Jak hodnotíte své **teoretické znalosti** v oblasti přednemocniční péče o ženy s gynekologickým krvácením ve srovnání s Vašimi kolegy?

- a) Mám hlubší znalosti než moji kolegové.
- b) Mám méně znalostí, než moji kolegové.
- c) Mé znalosti jsou srovnatelné se znalostmi mých kolegů.

23) Měl/a jste možnost se během své praxe v této oblasti více proškolit (např. na ve specializovaném kurzu, formou účasti na přednášce nebo konferenci atd.)?

- a) Ano a zúčastnil/a jsem se takového vzdělávání.
- b) Ano, ale nezúčastnil/a jsem se takového vzdělávání z osobních důvodů (časové důvody, nezájem o problematiku).
- c) Ano, ale nezúčastnil/a jsem se takového vzdělávání, protože mi to neumožnil zaměstnavatel.
- d) Ne, taková možnost se mi nenaskytla.

24) Měl/a byste zájem si v této problematice prohloubit znalosti? Pokud ano, jakou formu považujete za nejpřínosnější pro Vaši praxi?

- a) Ne
- b) Specializovaný kurz s praktickým nácvikem
- c) Spíše teoreticky zaměřený kurz, přednáška, konference
- d) Odborná stáž na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici

25) Z které ze situací, které mohou nastat v předlékařské péči o ženu s gynekologickým krvácením, byste měl/a největší obavy?

- a) Ze žádné, z těchto situací nemám obavy.
- b) Porod či předčasný porod v terénu
- c) Mimoděložní těhotenství
- d) Potrat
- e) Placenta praevia (vcestné lůžko)
- f) Abrupce placenty (předčasné odloučení placenty)
- g) Úraz
- h) Z násilnění
- i) Záněty nádory, cysty
- j) Hypotonie a atonie dělohy