



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  
Fakulta zdravotně sociální  
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

# Telefonicky asistovaná první pomoc u probíhajícího porodu

Vypracoval: Adéla Moravcová  
Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Picková

## **Abstrakt**

Obsahem této bakalářské práce je poskytnutí profesionální pomoci u probíhajícího porodu po telefonickém spojení. Správné poskytnutí první pomoci u probíhajícího porodu operátorem zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby je velmi důležité pro rodičku a její okolí. Poskytnutí první pomoci u probíhajícího porodu po telefonickém spojení spočívá, jak v samotném porodu, tak i ošetření matky a novorozence po porodu.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje nejenom telefonicky asistované první pomoci u probíhajícího porodu, ale i průběhu fyziologického porodu i porodu patologického a postupy k poskytnutí první pomoci u probíhajícího porodu. Teoretická část začíná definováním pojmu porod, historií a současností porodnictví. Dále je rozebrán samotný porod, jeho možné komplikace a první pomoc s ošetrovatelskou péčí. V závěru teoretické části je popsána práce zdravotnického operačního střediska ZZS a postupy k telefonicky asistované první pomoci u probíhajícího porodu a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace novorozence.

Empirická část práce byla vedena metodou kvalitativního výzkumu formou anonymních polostrukturovaných rozhovorů s operátory krajských zdravotnických operačních středisek, a to Jihočeského a Středočeského kraje. Rozhovory byly nahrávány či přepisovány v dubnu roku 2014. Rozhovor mi poskytlo celkem 12 respondentů, z toho 6 respondentů z Jihočeského kraje a 6 respondentů ze Středočeského kraje. Respondenti odpovídali nejprve na formální otázky, týkající respondentů samotných a následně na 15 otázek k tématu telefonicky asistovaná pomoc u probíhajícího porodu.

Zpracování získaných dat z rozhovorů bylo vyhodnoceno a umístěno do tabulek. Ke každé tabulce byl přidán popisek. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do 13ti tabulek. První čtyři tabulky jsou formálního typu. Od tabulky číslo pět jsou zaměřeny k tématu bakalářské práce. V rozhovorech se ukázalo, že většina dotazovaných respondentů jsou ženy s dlouholetou praxí na zdravotnickém operačním středisku. Dále bylo zjištěno, že telefonicky asistovaná první pomoc u probíhajícího

porodu byla poskytována převážně u druhorodiček a vícero diček. Pouze v jednom případě šlo o prvorodičku. Ve většině případů šlo o porod zdravého novorozence. V dnešní době se k podvázání pupečníku už moc nenavádí, jelikož dojezdová doba posádek zdravotnické záchranné služby je krátká. Podvaz pupečníku a následné přestřižení tedy ve většině případů provádí posádka zdravotnické záchranné služby. Všichni respondenti si byli jisti postupem při poskytování telefonicky asistované první pomoci u probíhajícího porodu a nepotřebovali radu svých kolegů. V obou krajských zdravotnických střediscích mají vlastní vypracované materiály a pravidelná školení ohledně poskytování telefonicky asistované první pomoci u probíhajícího porodu.

Cílem této práce bylo zmapovat postup operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované první pomoci u již probíhajícího porodu a porovnat rozdíly mezi Jihočeským a Středočeským krajem. Dále zhodnotit zda jsou postupy operátorů krajských zdravotnických operačních střediscích Jihočeského a Středočeského kraje při poskytování telefonické asistované pomoci při již probíhajícím porodu v souladu se současnými trendy v porodnictví. Díky polostrukturovaným rozhovorům bylo zjištěno, že postupy operátorů zdravotnických operačních středisek jsou v souladu se současnými trendy v porodnictví.

## **Abstract**

The content of this thesis is to provide professional assistance in the ongoing labor on the phone. The proper providing of help by the operator in the outgoing labor is very important for mother and vicinage. Providing of first-aid treatment on the phone in the outgoing labor, consists of the childbirth and also of the treatment for mother and child after the birth.

Theoretical part of the bachelor work is applying itself not only childbearing assisted on the phone, but also on physiological and pathological childbirth and procedures of correct first-aid treatment. Theoretical part begins with the definition of the word childbearing and also with characteristics of history and present of childbirth. As a next step, there is an analysis of childbirth with its possible complications, first-aid and treatment care. At the end of theoretical part, there are descriptions of responsibilities of emergency medical services employees and procedures of ongoing labor assisted on the phone and also for resuscitation of newborns assisted on the phone.

Empirical part of this work was performed by qualitative method including anonymous half-structured interviews with operators employed in regional centres of South Bohemia and Central Bohemian region. Interviews have been recorded and rewritten in April 2014. Interviews have been applied on 12 respondents. 6 respondents were from South Bohemia and 6 from Central Bohemian region. Respondents were answering personal questions firstly, then they were answering 15 questions about ongoing labor assisted on the phone.

Processing of the data obtained from the interviews were evaluated in tables and each table was added to the label. The results of the interviews were processed into 13 tables. The first formal section contains 4 tables. From the table number five are focused on the topic of the bachelor thesis.

The interviews showed that most of the respondents are women with long experience in emergency medical service call center. It was also found that telephone-assisted first aid in the ongoing childbirth was provided primarily by multiparous. Only in one case was a primipara. In most cases, there was the birth of a healthy newborn. It

was found, that nowadays operators are not leading to ligation of the umbilical cord, since the arriving time of emergency medical service's crews is very short. Ligation and subsequent cut of the umbilical cord is mostly provided by the emergency medical service crew. All respondents were sure of the procedure for the provision of telephone-assisted first aid in the ongoing labor and did not need the advice of their colleagues. In both regional emergency medical service's call centers have developed their own materials and regular training, regarding the provision of telephone-assisted first aid in the ongoing childbirth.

The aim of this study was to map the process of operators at Emergency Medical Services's call centres in the Region of South Bohemia in the provision of telephone-assisted first aid in ongoing labor. Furthermore, to assess whether the procedures of operators of emergency medical service's call centers in the Central Bohemian region and South Bohemia region, and the provision of assisted telephone assistance during childbirth has been in accordance with current trends in obstetrics. With semi-structured interviews, it was found that the procedures performed by operators at emergency medical service's call centers are in accordance with current trends in obstetrics.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 1.5.2014

.....

Adéla Moravcová

## **Poděkování**

Touto cestou bych velice ráda poděkovala vedoucí této bakalářské práce Mgr. Pavlíně Pickové za vedení a pomoc při zpracovávání práce. Také bych ráda poděkovala Radimu Viochnovi za jeho pomoc, ochotu a čas při vytváření výzkumné části práce a všem dotazovaným operátorům z KZOS jihočeského kraje a středočeského kraje. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Ivaně Shýbalové za textovou a jazykovou úpravu práce a svému přítelovi za podporu a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

## OBSAH:

Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Operační středisko zdravotnické záchranné služby .....	12
1.1.1 Náplň práce operátora zdravotnické záchranné služby .....	12
1.2 Vzdělání operátorů zdravotnické záchranné služby .....	13
1.3 Posádky zdravotnické záchranné služby.....	14
1.4 Porodnictví.....	14
1.4.1 Historie porodnictví v České Republice.....	15
1.4.2 Současnost porodnictví v České Republice .....	16
1.5 Porod .....	16
1.5.1 Fyziologický porod .....	17
1.5.2 Patologický porod .....	18
1.6 Ošetrovatelská péče o ženu u probíhajícího fyziologického porodu .....	19
1.6.1 Ošetrovatelská péče o ženu v první době porodní.....	19
1.6.2 Ošetrovatelská péče o ženu v druhé době porodní.....	21
1.6.3 Ošetrovatelská péče o ženu v třetí a čtvrté době porodní.....	21
1.7 Ošetrovatelská péče o novorozence .....	22
1.8 Rizikové a patologické porody .....	24
1.9 Telefonicky asistovaný porod.....	27
1.10 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace novorozence .....	29
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Výzkumná otázka .....	30
3 Metodika .....	31
3.1 Použitá metoda.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru. ....	31
4 Výsledky .....	32
4.1 Výsledky rozhovorů Středočeský kraj.....	32
4.1.1 Kauzaistika č. 1 – respondent 1.....	32
4.1.2 Kauzaistika č. 2 – respondent 2.....	33



4.1.3 Kauzaistika č. 3 – respondent 3.....	34
4.1.4 Kauzaistika č. 4 – respondent 4.....	35
4.1.5 Kauzaistika č. 5 – respondent 5.....	35
4.1.6 Kauzaistika č. 6 – respondent 6.....	37
4.2 Výsledky rozhovorů Jihočeský kraj.....	37
4.2.1 Kauzaistika č. 7 – respondent 7.....	37
4.2.2 Kauzaistika č. 8 – respondent 8.....	38
4.2.3 Kauzaistika č. 9 – respondent 9.....	39
4.2.4 Kauzaistika č. 10 – respondent 10.....	40
4.2.5 Kauzaistika č. 11– respondent 11.....	41
4.2.6 Kauzaistika č. 12– respondent 12.....	42
4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů v tabulkách.....	43
5 Diskuse.....	50
6 Závěr .....	56
7 Klíčová slova .....	57
8 Seznam použité literatury .....	58
9 Seznam příloh: .....	61

## **Seznam použitých zkratk**

ARIP – ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ INTENZIVNÍ PÉČE

KZOS – KRAJSKÉ ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO

KPR – KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

TANR – TELEFONICKY ASISTOVANÁ NEODKLADNÁ RESUSCITACE

TAP – TELEFONICKÝ ASISTOVANÝ POROD

TAPP – TELEFONICKÁ ASISTOVANÁ PRVNÍ POMOC

RLP – RYCHLÁ LÉKAŘSKÁ POMOC

RV – RENDES VOUS

RZP – RYCHLÁ ZÁCHRANNÁ POMOC

ZOS – ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO

ZZS - ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

## Úvod

Bakalářská práce na téma Telefonicky asistovaná první pomoc u probíhajícího porodu je zaměřena na poskytování první pomoci rodící ženě mimo zdravotnické zařízení pomocí telefonického spojení z řídicího operačního střediska zdravotnické záchranné služby.

Porod je pro ženu velmi náročný proces a je důležité jí poskytnout nejenom zdravotní první pomoc, ale i psychickou a fyzickou podporu, a proto je práce dispečera velice obtížná. Dispečer operačního střediska musí zvládat analýzu informací od volajícího, následně vyhodnotit momentální situaci a poskytnout validní instrukce k první pomoci. Neméně důležitá je schopnost operátora poskytnout psychickou podporu volajícímu.

Poskytnutí zdravotnické první pomoci u fyziologicky probíhajícího porodu bez komplikací není zas tak náročné, jak by se na první pohled mohlo zdát. Žena zvládne porodit plod sama nebo jen s malou pomocí. Problémem se stává až ve fázi, kdy nastanou porodní komplikace.

## **1 Současný stav**

### ***1.1 Operační středisko zdravotnické záchranné služby***

Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) je nepřetržitým pracovištěm, které neustále přijímá tísňové výzvy, které následně vyhodnotí a zpracuje. Operační středisko je nezbytnou složkou pro kvalitní přednemocniční neodkladnou péči. Během deseti let došlo k velkým změnám, které posunuly operační střediska Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) na vyšší úroveň. Také se zpřísnily požadavky na kvalifikaci dispečera. Došlo k postupnému slučování malých operačních středisek na jedno velké krajské operační středisko. Centralizace operačního řízení na jedno místo umožňuje efektivní využívání techniky a její maximální rozvoj a podporu. ZOS je samostatným úsekem v čele s vedoucím lékařem. Příjem a vyhodnocení tísňové výzvy je realizováno na základě platných doporučení a pokynů. Operátorem zdravotnického operačního střediska je určena vhodná klasifikace, indikace k výjezdu a příslušný stupeň naléhavosti tísňového volání v souladu s platnou legislativou. Operátoři ZOS poskytují v indikovaných případech telefonicky asistovanou první pomoc a telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci do doby dosažení místa události výjezdovou skupinou (17, 23).

#### ***1.1.1 Náplň práce operátora zdravotnické záchranné služby***

Povolání operátorů, přijímajících tísňová volání na lince 155, je velmi náročné. Operátoři jsou také profesionálové jako zdravotničtí záchranáři a musí splňovat kvalifikační požadavky. Při výkonu práce jsou dispečeri pod neustálým psychickým tlakem. Denně vyhodnotí desítky hovorů. Po telefonu musí správně posoudit a vyhodnotit závažnost situace i zdravotní stav pacienta. Nejen, že vysílají sanitní vozy k pacientům, ale navigují i posádky a jsou schopni po telefonu poradit, jak poskytnout telefonicky asistovanou první pomoc (dále jen TAPP) ještě před příjezdem sanitního vozu, včetně telefonicky asistované neodkladné resuscitace (dále jen TANR). Musí zvládat náročné telefonáty, které vyžadují znalosti z oboru psychologie a sociálních vztahů například zklidňující hovory s lidmi v psychickém šoku, pod vlivem alkoholu,

psychiatrickými pacienty, vtipálky, sebevrahy, ale hlavně s lidmi vyděšenými a obávajícími se o své blízké (8, 25).

Každý hovor, který je na linku 155 přepojen, je nahráván a povinně archivován. V případě potřeby je možné jej přehrát. Tím lze zpětně vyhodnocovat krizové situace a hodnotit postupy jednotlivých operátorů. Nahrávání hovorů je dané vyhláškou, zároveň však může záznam sloužit jako důkazní materiál a případná ochrana před stížnostmi na postup operátorů a posádek ze strany volajících (8, 34).

Schopnost sociální a psychologické komunikace operátorů s lidmi v tísňových hovorech je zásadní, ale málokdy je ve výuce na zdravotnických školách tomuto tématu věnována dostatečná pozornost. Nikde se budoucí operátor nenaučí, jak správně hovořit s člověkem, který chce spáchat sebevraždu nebo s babičkou která o Vánocích zavolá, protože je sama, je jí smutno a nemá si s kým popovídat. Je třeba si ale uvědomit, že jsou hovory podobného typu pro volající klíčové a někdy rozhodující. Stejně tak je důležité rychle zklidnit psychicky rozrušeného svědka nehody, který není schopný souvisle říci, co se stalo a kam je potřeba poslat sanitní vůz. Zatím neexistuje žádný obecný návod pro operátory, jak podobné situace řešit. Často se řídí pouze svými zkušenostmi, instinktem a intuicí (34, 35).

## **1.2 Vzdelání operátorů zdravotnické záchranné služby**

Pro vykonávání profese operátor ZOS může být pouze osoba vzdělaná ve zdravotnickém oboru. Definované ve vyhlášce 99/2012 sb.: „*zdravotnický záchranář způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu s absolvovaným certifikovaným kurzem Operační řízení přednemocniční neodkladné péče ( 30 s. 37)“.*

Vzdělání operátorů vymezuje zákon 96/2004sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Způsobilost k vykonávání Operátora ZOS je tedy zdravotnický záchranář vystudovaný v oboru zdravotnický záchranář na akreditovaných vysokých a vyšších školách nebo zdravotní sestra

vystudovaná v oboru všeobecná sestra na akreditovaných dnes pouze vysokých a vyšších školách se specializací pro intenzivní péči. Operátor ZOS také může vykonávat všeobecná sestra, která absolvovala certifikovaným kurzem Operační řízení přednemocniční neodkladné péče. Tento kurz pořádá národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů zřizované Ministerstvem zdravotnictví České republiky (32).

### **1.3 Posádky zdravotnické záchranné služby**

Mezi hlavní činnosti ZOS patří operační řízení, pod které spadá koordinace činnosti výjezdových skupin. Podle zákona číslo 372/2011 sb. je výjezdová skupin a tvořena zdravotnickými pracovníky vykonávající činnost ZZS, který je upravován a doplňován vyhláškou 240/2012 sb. o provedení zákona o zdravotnické záchranné službě. Výjezdové skupiny ZZS se dělí na rychlou záchrannou pomoc (dále jen RZP), rychlou lékařskou pomoc (dále jen RLP), rendez vous (dále jen RV) a letecká záchranná služba (LZS). Posádka RZP se skládá ze zdravotnického záchranáře a řidiče sanitního vozu, posádka RLP se skládá z lékaře, zdravotnického záchranáře a řidiče sanitního vozu, RV je tzv. setkávací systém, kdy lékař a zdravotnický záchranář dojíždějí osobní automobilem na místo zásahu (33).

Vyslání posádky ZZS operátorem ZOS definuje vyhláška č. 240/2012 sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě: „Operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska vysílá výjezdové skupiny na místo události podle stupně naléhavosti tísňového volání, a to v pořadí od prvního stupně naléhavosti. V případě prvního stupně naléhavosti tísňového volání je na místo události přednostně vyslána nebo přesměrována nejbližší dostupná výjezdová skupina; je-li touto výjezdovou skupinou výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci, je na místo události současně vyslána nebo přesměrována výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci(31 s.2)“.

### **1.4 Porodnictví**

Porodnictví je lékařský obor, který se zabývá péčí o ženy během fyziologického i patologického těhotenství, během porodu a následnou péčí po porodu. Porodnická

ošetřovatelská péče je poskytována porodní asistentkou před porodem, při porodu a po porodu. Během porodu může být přítomen také lékař se specializací tzv. porodník, který provádí císařské řezy, vede patologické či rizikové porody a někdy také fyziologické porody. Znalosti a zkušenosti v porodní oblasti se vyvíjely po dlouhou dobu. Obor porodnictví je starý jako samo lidstvo (5, 29).

#### ***1.4.1 Historie porodnictví v České Republice***

V dávné historii ženy rodily bez pomoci jiné osoby. Postupem času se ženě pomáhalo při těžkých chvílích, které nemohla zvládnout sama. Na pomoc jí byli příbuzní a dále pak ženy, které již měly samy zkušenosti s porody. Na konec u porodu pomáhaly zkušené ženy, tzv. porodní báby, které si na tomto zakládaly živnost. Za vlády Marie Terezie došlo k reformám a vznikaly školy pro porodní báby, a od roku 1651 se porodní báby prokazovaly diplomem o splněné porodní zkoušce. I přesto ještě v 18. století končil každý 77. porod smrtí rodičky i novorozence. Postupem času babictví bylo přijato mezi zdravotnické povolání. Na konci 18. století začínají porody probíhat také v porodnicích pod dozorem a za vedení lékařů. Úmrtnost rodičky a novorozence však byla ještě větší než při porodu v domácích podmínkách. Až díky I. P. Semmelweisovi, který začal užívat jako dezinfekci rukou chlorové vápno, klesla v porodnicích úmrtnost matek na 1 % (14, 29).

I přesto v 19. století spousta žen stále rodila doma a v roce 1897 vycházejí služební předpisy pro porodní báby, které obsahovaly povinnosti a pravidla ošetřovatelství během porodu a po porodu. Ve 20. století se od názvu porodní bába ustoupilo a nahradil ho nový název porodní asistentka. Vyšel zákon č.95/1948 Sb. O vytvoření jednotného systému ve výchově a vzdělávání středního zdravotnického personálu, který sjednotil studium porodních asistentek a zařadil tento obor do vyššího sociálně zdravotního studia. Také začala výuka porodních asistentek na vysokých školách. V padesátých letech 20. století probíhala většina porodů v nemocnicích a o deset let později v porodnicích rodilo 90 % žen. V tomto období však nebyl brán zřetel na rodinné vazby. Otcové nemohli být přítomni u porodu a ženám se často

podávali sedativa. Novorozenec byl po porodu na několik hodin odtržen od rodičů (12, 14, 29).

#### ***1.4.2 Současnost porodnictví v České Republice***

V současné době je porodnictví na velmi vysoké úrovni, než tomu bylo dříve nejenom prostředkově, ale i v samotné péči rodiče. Dnes málokterá žena podstoupí riziko porodu v domácnosti, ale neznamená to, že už žádné ženy v domácnosti nerodí. Právě ženy rodící v domácím prostředí bývají častým případem, který využívají operační střediska záchranné služby. Žena si může volit z mnoha alternativních variant porodu a může si stanovit tzv. porodní plán. Dnes již je podporována rodina jako celek a vztahy mezi rodiči a dítětem jsou nezbytné pro vytvoření rodinných vazeb. Porod je brán jako příjemná událost jak pro rodičku, tak i pro její okolí, které může ženu utěšit, podpořit a sdílet s ní radost z nového potomka. Když se jedná o fyziologický porod, není potřeba lékařského personálu k odvedení porodu. Jak už říká S. K. Neuman ve své knize Dějiny ženy, že porod je fyziologický akt a za normálních okolností žena zvládne porod sama nebo jen s malou pomocí. Matka má dnes nárok být se svým dítětem po celou dobu pobytu v nemocničním zařízení, není-li stav matky či novorozence v ohrožení. Samozřejmostí je termín rooming-in, který znamená neustálý kontakt matky s novorozencem. Také došlo ke sloučení porodních místností do jedné tzv. místnosti pro porod, šestinedělí a novorozence. V nemocničním zařízení usilují o prostředí přátelské k dětem a prosazují heslo Baby Friendly Hospital. Žena v těhotenství podstupuje preventivní vyšetření a může docházet do porodních center, kde jí poskytnout pomoc či informace ohledně těhotenství, porodu a následnou péči o ní a dítě (12, 14, 19).

#### ***1.5 Porod***

Porod neboli partus je děj, kdy je ukončeno těhotenství porozením plodu a to porodem samovolným neboli partus spontaneus a nebo operativním ukončením partus operativus. Dochází k vypuzení plodového vejce, které obsahuje samotný plod, placentu, pupečník, plodovou vodu a plodové obaly z těla matky. Porozeným plodem se rozumí živý novorozenec o hmotnosti 500g a více, živý novorozenec o hmotnosti méně než 500g, ale přežije 24 hodin nebo mrtvý novorozenec nad 1000g. Fyziologický



porod neboli partus maturus nastává v rozmezí 38.- 42. týdne gravidity. Porod, který začne do 38. týdne nazýváme předčasný porod neboli partus praematurus a naopak porod opožděný, neboli partus serotinus je ukončení gravidity po 42.týdnu. Porod probíhá ve čtyřech dobách. Dělí se na první dobu porodní „otevírací“, druhou dobu porodní neboli „vypuzovací“, třetí dobu porodní nazývanou jako porod placenty a čtvrtou dobu porodní. Porod může být fyziologický nebo patologický (3, 5, 20, 29).

### ***1.5.1 Fyziologický porod***

Fyziologickým porodem rozumíme porod, který proběhne v daném termínu bez komplikací. Všechny faktory začínajícího porodu nejsou dosud známy. Začátek porodu obvykle začíná od doby, kdy se děloha začne pravidelně stahovat a začínají se otevírat porodní cesty a následně se zkracuje děložní hrdlo. Porod může někdy začít odtokem krvavého hlenu a plodové vody. Začátek porodu lze stanovit pouze po gynekologickém vyšetření. Porod lze rozdělit do čtyř období (3, 11, 13).

První doba porodní tzv. **otevírací** je nejdelší období porodu, trvá 8 až 10 hodin u prvorodiček a 6 až 7 hodin u vícero-diček. V tomto období se děložní hrdlo pomalu otevírá, až zcela vymizí díky pravidelným děložním kontrakcím. První dobu porodní dělíme na tři fáze a to latentní fázi, aktivní fázi, přechodnou fázi. Na začátku latentní fáze jsou kontrakce v intervalech 10-15 min a trvají 15 až 20 sekund, postupně kontrakce sílí a intervaly se zkracují, ke konci jsou kontrakce po 5 až 7 minutách a trvají 30 až 40 sekund. Děložní hrdlo se dilatuje na 3 cm a hlavička plodu postupuje do porodních rovin. Během aktivní fáze se frekvence kontrakcí zkracují asi na 3 minuty a trvají 45 sekund a déle. Děložní hrdlo se roztáhne na 4 až 8 cm. Přechodná fáze je nejintenzivnější fázi a nejkratší fázi první doby porodní. Interval silných kontrakcí je 1 až 2 minuty. Porodní kontrakce trvají 50 někdy až 90 sekund. Porodní branka se otevírá na 8 až 10 cm a následně dochází k sestupu plodu do nižších rovin porodního kanálu (11, 13).

Druhá doba porodní, tzv. **vypuzovací**, trvá od úplné dilatace děložního hrdla až do porození plodu. Tato porodní doba trvá 10 až 30 minut u vícero-diček a 60 až 120 minut u prvorodiček. Kontrakce jsou každé 2 až 3 minuty a trvají 60 až 90 sekund.

V této fázi začíná procházení plodu porodními cestami. Hlavička plodu vstupuje do porodních cest s bradou přiblíženou k hrudníku, tzv. iniciální flexe hlavičky. Nejnižším bodem na hlavičce je oblast malé fontanely, která je tzv. vedoucím bodem. Hlavička postupuje pánevním vchodem svým nejmenším obvodem tzv. subokcipitobregmatickým o průměru asi 32 cm a vedoucím bodem. Při vnitřní rotaci hlavičky o 90° do pánevní úžiny musí hlavička překonat odpor pánevního dna. Rotace je dokončena než začne opouštět pánevní východ. Po porození obličej plodu začíná tzv. zevní rotace a následné porození ramének a celého plodu (11, 12, 20).

Třetí doba porodní, tzv. **doba k lůžku**, začíná porozením plodu a končí porozením placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu. Třetí doba je nejkratší doba porodu, trvá 10 až 20 minut, ale může trvat až 60 minut. Dělí se na tři fáze a to fáze odlučovací, fáze vypuzovací a fáze hemostatická. V první fázi se děloha stáhne a obnoví se slabé děložní kontrakce. Placenta, která se nemůže zmenšit, se začne odlupovat od děložní stěny. Při odlučování placenty od děložní stěny dochází ke krvácení, kvůli rupturám uteroplacentárních cév. Následkem toho vzniká placentární hematoma, který pomáhá v odlučování placenty. V druhé fázi kontrakce stále pokračují a za pomoci rodičky a porodníka je placenta vytlačena a porozena. Zástava krvácení nastává v poslední fázi třetí doby porodní díky výrazné hemokoagulační aktivitě, následnou trombózou cév a kompresí stěn děložních (11, 20, 36)

Čtvrtá doba porodní je zvýšený porodní dohled, který trvá dvě hodiny. V této době je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením, proto zůstává pod dohledem na porodním sále (24, 36).

### ***1.5.2 Patologický porod***

Patologickým porodem je označován porod, který může být doprovázen celou řadou komplikací jako jsou nepravidelnost polohy plodu, nepravidelnost porodních sil, nepravidelnost porodních cest, nepravidelnost III. doby porodní, předčasné porody, protahované porody, předčasný odtok plodové vody, porodní poranění, porod preeklampsie, eklampsie, Help syndrom, nebo hypoxie plodu a další. Některé tyto

komplikace lze zvládnout konzervativně za vedení lékaře, část však končí operativním porodem, a to císařským řezem nebo vaginálními porodnickými operacemi (9, 36).

### ***1.6 Ošetrovatelská péče o ženu u probíhajícího fyziologického porodu***

Většinou v přípravném předporodním období ženě nastoupí děložní činnost, odteče plodová voda, začne krvácet nebo má plánovaný nástup. V tomto období těhotná žena vyhledá zdravotnické zařízení, kde podstoupí přijímací vyšetření. Do vstupního vyšetření zaznamenáváme anamnézu, průběh porodu před přijetím na porodní sál, krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, hmotnostní přírůstek v graviditě a odtok plodové vody. Dále lékař provádí komplexní vyšetření ženy (12, 24).

Předporodní vyšetření provádíme pohledem, kdy popisujeme tvar a vyklenutí břicha, hodnotíme případné jizvy či abnormality na břiše. Pomocí hmatu zjišťujeme velikost a tvar dělohy, dále pak velikost, polohu, držení a naléhání plodu. Srdeční ozvy kontrolujeme stetoskopem nebo kardiokografem. Vaginálním vyšetřením hodnotíme úroveň porodu, hodnotíme stav čípku, jeho zkracování, konzistenci a dilataci. Ultrazvukové vyšetření je použito v případě komplikací či možných rizik.(24,26)

Při přijetí pacientka podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací. Dnes už mnoho žen má vlastní představy o porodu, tzv. porodní plán. Tento plán by měl být konzultován s lékařem a následně dle možností respektován. Je možné poskytnutí oholení malé části rodidel a klyzma. Po následné celkové hygienické očištění je rodička přivedena na porodní box.(12,24)

#### ***1.6.1 Ošetrovatelská péče o ženu v první době porodní***

V první době porodní pozorujeme nejenom somatický stav pacientky, ale i psychický stav. Je důležité dbát na dostatečné zásobení plodu kyslíkem a adekvátní postup porodu. Během této doby porodní sledujeme kontrakce děložní, bolest rodičky, srdeční ozvy plodu, progresivní nálezu na hrdle děložním a vstupování hlavičky do porodních cest, odtok plodové vody, somatický stav pacientky, psychický stav rodičky (24, 26).

Při fázi latentní rodičku směřujeme na porodní sál a vyslechneme přání rodičky či obou rodičů o průběhu porodu. Sledujeme plod pomocí intermitentní auskultace

elektronickým monitorovacím přístrojem. Teplotu měříme každé čtyři hodiny případně po ruptuře plodových obalů každé dvě hodiny. Každou hodinu měříme pulz, respiraci a krevní tlak. Vysvětlíme nebo připomeneme rodičce techniky na potlačení bolestí. Je doporučeno chození, pouze pokud není kontraindikované (3, 27).

V aktivní fázi pokračujeme dále v monitorování vitálních funkcí a vyhodnocujeme stav plodu a rodičky. Při odtoku plodových obalů hodnotíme zabarvení, množství a zápach amniové tekutiny. Kontrolujeme distenzi močového měchýře, zabezpečíme okolí rodičky dostatečným hygienickým opatřením, střídáme polohy rodičky každou půl hodinu a pomáháme při relaxačních a dechových technikách. Snažíme se rodičku psychicky podporovat. Přejídná fáze je poslední fází I. doby porodní. V této fázi postupujeme stejně jako v předchozí aktivní fázi. Snažíme se rodičku uklidnit a psychicky podpořit, protože v této fázi rodička nemusí spolupracovat a je podrážděná (18, 24, 28).

Bolest rodičky můžeme korigovat pomocí analgetik intramuskulárně nebo aplikací do epidurálního prostoru páteřního kanálu. Bolest lze tlumit i bez léčiv jako teplou vodou, masáží, polohováním nebo přítomností blízké osoby u porodu (20, 24).

Sledujeme děložní kontrakce, jejich frekvenci, sílu a interval mezi kontrakcemi. Na začátku I. doby porodní jsou kontrakce v intervalech 10 – 15 min a trvají 15 až 20 sekund, postupně kontrakce sílí a intervaly se zkracují. Ke konci I. doby jsou kontrakce po 1 až 2 minutách a trvají 50 někdy až 90 sekund. V přejídné fázi je síla kontrakcí průměrně 55 až 60 torrů. Při slabých kontrakcích podporujeme jejich činnost oxytocinem v infuzi a naopak přitlumíme činnost tokolytiky při nadměrné činnosti kontrakcí (3, 36).

Dilatace na děložním hrdle kontrolujeme pomocí vaginálního vyšetření. Na začátku I. doby porodní je porodní branka otevřena až na 3 cm a na jejím konci je otevřena 8 až 10 cm (21, 27).

Srdeční ozvy plodu sledujeme každých 15 minut a to elektronicky pomocí kardió sondy KTG monitoru nebo auskultačně pomocí stetoskopu (12, 21).

### ***1.6.2 Ošetrovatelská péče o ženu v druhé době porodní***

Snažíme se zajistit rodičce komfort a dále pokračujeme v uklidňování a psychické podpoře. Hodnotíme stav plodu i rodičky, průběžně sledujeme náplň močového měchýře. Kontrakce jsou každé 2 až 3 minuty a trvají 60 až 90 sekund, jejich intenzita je 70 až 80 torrů. Porodní blanka se otevře na 10 cm, až úplně vymizí. Srdeční ozvy můžeme kontrolovat po každé kontrakci. Pozorujeme napínání perinea, s následným prořezáváním hlavičky plodu. Směřujeme rodičku ke správné technice tlačení, zapojení břišního lisu a správné technice dýchání (10, 17).

Připravíme vše pro porození dítěte a to porodnický balíček, který zpravidla obsahuje sterilní jednorázový netkané textilie k vytvoření sterilního pole a k ochraně hráze, dále ochranný plášť pro porodníka. Připravíme si nástroje k přerušení pupečníku a k provedení epiziotomie. Také připravíme dezinfekci a sterilní rukavice. Vytvoříme příjemné prostředí, pro porod dítěte je důležité teplo, tlumené osvětlení a klidné okolí (6, 20).

Samotný porod plodu začíná koncem II. doby porodní, kdy uložíme rodičku do gynekologické polohy a ošetříme zevní rodidla vhodnou dezinfekcí. Po řádné dezinfekci rukou se oblečeme do sterilních rukavic a ochranného pláště. Rodička za pomoci porodníka zadržuje dech a dlouze tlačí. Snažíme se rodičku korigovat ke správnému tlačení a odpočívání mezi kontrakcemi. Když dojde k napínání hráze, provedeme její nástřih tzv. episiotomii a následně levou rukou hráz držíme a pravou rukou chráníme hlavičku dítěte, která se prořezává ven. Po porození hlavičky, která provede zevní rotaci, pomůžeme porodit přední raménko přiměřeným tahem za hlavičku směrem dolů k podložce. Následně porodíme zadní ramínko tahem nahoru. Po porození obou ramínek uchopíme dítě oběma rukama a porodíme celé dítě. Zaznameneáme čas porození a zhodnotíme dítě pomocí Apgar scóre (11, 18, 24).

### ***1.6.3 Ošetrovatelská péče o ženu v třetí a čtvrté době porodní***

Po porodu při aktivním vedení podáme rodičce uterotonika-metylergometrin, který zamezuje velkým krevním ztrátám nebo oxytocin. Bez léčiv trvá odlučování placenty déle. Při odloučení placenty děložní fundus vystupuje tak 2 až 3 prsty nad

pupek. Palpačně cítíme nad sponou stydkou měkkou bouli, což je fundus děložní. Znamky odloučení placenty lze zjistit pomocí Kusnerovo manévru. Tento manévr provedeme pomocí prstů zatlačením nad symfýzu, když je placenta odloučena, natažený pupečník se vysouvá z pochvy. Pokud placenta není ještě odloučena, pupečník se vtahuje dovnitř (12, 25).

Po odloučení placenty začne rodička tlačit a placentu vytlačí. Na konci této fázi můžeme přiměřeným tlakem na fundus ulehčit porod placenty. Placentu a plodové obaly vybavujeme pomocí Jacobsova hmatu, který zabraňuje odtržení. Provádíme ho uchopením oběma rukama a opatrným otáčením a postupným povytahováním placenty (3, 20).

Po vypuzení celé placenty zkontrolujeme stav a délku pupečníku, jeho úpon do placenty, plodové blány, fetální i mateřskou stranu placenty, její velikost, celistvost a tvar. V některých případech se placenta odesílá k histologickému vyšetření většinou u předčasných porodů. Poté kontrolujeme porodní cesty a ošetříme porodní poranění. Při lokální anestezii provede porodník šití porodního poranění a epizitomie. Poté ještě zkontroluje rodičku per rektum, jestli nedošlo k prošíání střeva. Zhodnotíme krevní ztrátu a vše zaznamenáme do dokumentace (3, 21).

Ve IV. době porodní uložíme pacientku do klidové polohy a poprvé přikládáme novorozence k matčině prsu. První přiložení novorozence k prsu by mělo proběhnout co nejdříve, nejpozději do 60 minut. V této době, která trvá dvě hodiny, kontrolujeme po 15 minutách krevní tlak, pulz, krvácení z rodidel a pohmatem kontrolujeme děložní retrakci. Měříme tělesnou teplotu a to těsně po porodu a po dvou hodinách. Zaznamenáme také močení, kdy plný močový měchýř může bránit správnému zavinování dělohy. Dále pozorujeme celkový fyzický a psychický stav ženy (12, 21, 24).

### ***1.7 Ošetřovatelská péče o novorozence***

Po narození dítěte zaznamenáme čas a zhodnotíme stav novorozence. Dýchání novorozence by mělo začít několik vteřin po porodu. Když k tomuto nedojde, zahajuje se resuscitační opatření na základě apgar score (příloha č. 3). Novorozence uložíme

do drenážní polohy, kdy jsou dolní končetiny výše než hlava, aby odtekly zbytky plodové vody z dýchacích cest. Odsávání provádíme tehdy, když je novorozenec hypoxický nebo plodová voda byla zkalená. Následně dítě odpovídá křikem a spontánně se nadechuje. Po podvázání a přestřížení pupečníku se na krátký okamžik novorozenec přikládá na prsa nebo břicho matky a označuje se identifikačním páskem. Po krátkém kontaktu dítěte s matkou je dítě ošetřeno na speciálním výhřevném lůžku (6, 23).

Ošetření novorozence probíhá rychle, přesně, šetrně a obsahuje hodnocení stavu, očištění, zabránění tepelným ztrátám, identifikace, ošetření pupečníku, vážení, změření tělesné teploty, kredeizace a aplikace vitamínu K. Při ošetření pokračujeme v hodnocení stavu novorozence pomocí apgar score. Apgar score hodnotíme v 1., 5. a 10. minutě, kdy pozorujeme srdeční akce, dýchací pohyby, barvu kůže, svalový tonus a reflexní reakce novorozence. U každé známky stavu novorozence je 0 až 2 body, jejichž součet udává celkový stav novorozence. U fyziologického novorozence nám dává součet 8 - 10 bodů. Očištění novorozence od krve a hlenů se často provádí sterilní plenou. Při ošetřování musíme dbát na tepelný komfort novorozence. Odstraníme mokré pleny a novorozence osušíme a zabalíme do nahřátých plen. Zkontrolujeme, zda-li podvázaný pupečník novorozence nekrvácí a provedeme nový podvaz pupečníku blíže jeho úponu. Poté dezinfikujeme pahýl a překryjeme sterilním čtvercem. Novorozence zvážíme pomocí korýtkové váhy a změříme tělesnou teplotu v konečníku teploměrem namočeném do oleje nebo masti. Měření novorozence se již dnes už moc neprovádí, jelikož je to nepřesné a traumatizujeme tak novorozence. Ošetření očí tzv. kredeizace se provádí jednou kapkou Ophtalmo-septonexu do obou očí. Toto oční ošetření je prevencí před kapavčitou infekcí. Dále se podává vitamín K jako prevence hemoragické choroby novorozence. Po celkovém ošetření a vyšetření dětským lékařem je novorozenec odevzdán matce, je-li to možné (3, 7, 20, 24).

Screening novorozence je soubor vyšetření, které mají odhalit možné závažné nemoci novorozence. Tyto vyšetření se provádí mezi 48. až 72. hodinou po porodu. Mezi povinná vyšetření, dle legislativy, patří vyšetření metabolických vad a vyšetření

kyčelních kloubů. Mezi další běžné vyšetření patří sonografie ledvin, vyšetření očí a sluchu (1, 12, 24).

### ***1.8 Rizikové a patologické porody***

V poslední ledech, díky vývoji a novým technologiím, se snížila perinatální úmrtnost včasným rozpoznáním a následnou terapií rizikových a patologických porodů. U rizikových či patologických porodů je matka i plod nebo novorozenec ve zvýšeném nebezpečí a je důležité dbát na všechny možné komplikace, které mohou nastat (9, 12).

Nepřavidelné porodní cesty dokážou zapříčinit překážku pro spontánní porod. Nejčastěji tomu dochází u stejnoměrně zúžené pánve, kterou mívají nejčastěji ženy drobné postavy, u ploché pánve, příčně zúžené pánve, šikmo zúžené pánve, u posttraumatických a postoperačních změn pánve. V minulosti tomu bylo u nižších vrstev s nedostačující výživou. Dnes se s touto komplikací setkáme díky deformitám po úrazech. Tuto patologii můžeme diagnostikovat pelvimetrií, porodnickým vyšetřením, vaginálním vyšetřením, ultrazvukem s biometrií plodu a anamnézou. Při potvrzení nepoměru porodních cest a velikosti plodu plánujeme císařský řez (21, 24).

Mezi nepřavidelné polohy plodu řadíme polohy podélné koncem pánevním, příčné a šikmé polohy. Polohu plodu můžeme diagnostikovat zevním a vnitřním porodnickým vyšetřením, ultrazvukovým vyšetřením a auskultací, kdy lokalizujeme místo ozev plodu. Poloha podélná koncem pánevním je brána jako fyziologická, ale je zvýšené riziko komplikací, perinatální mortality a morbidity plodu. V této poloze může dojít ke komplikacím jako jsou předčasný a nadměrný odtok plodové vody, který může způsobit apozice či hypoxii plodu nebo výhřez pupečníku, může nastat zaklínění ručiček a porodní traumatismus. Dnes se většinou poloha koncem pánevním provádí císařským řezem. Může se však stále provádět spontánním vaginálním porodem nebo obraty plodu zevními hmaty před samotným porodem. V poloze příčné svírá plod pravý úhel s osou dělohy a porod plodu je zde plánován císařským řezem. U polohy šikmé je nejčastěji hlavička plodu odkloněna od pánevního vchodu, který je řešen císařským řezem nebo u příznivé šikmé polohy je možný vaginální porod (5, 9, 22, 24).



Mezi nepravidelnost porodních sil patří slabá děložní činnost, silná děložní činnost, nekoordinovaná děložní činnost a nepravidelnost břišního lisu. Slabou děložní činnost můžeme rozdělit na primární, která trvá od začátku porodu, a na sekundární, kdy snížení činnosti nastává během porodu kvůli unavení dělohy. Následkem slabé děložní činnosti nastává zdlouhavý porod, který se neposouvá dál (3,12, 20).

Slabou děložní činnost může podpořit v I. době porodní infuzí s Oxytocinem, ve II. druhé době porodní Focepsem a VEXEM a ve III. době porodní uterotoniky. U nadměrně silné děložní činnosti je riziko překotného porodu, kdy I. doba trvá méně jak hodinu. Rodička nečeká tak rychlý průběh porodu a často se stává, že se nestihne dopravit do nemocničního zařízení. Tento stav může zapříčinit ruptury hrdla, pochvy nebo hráze a také hypoxii plodu díky nepřiměřenému postupu plodu porodními cestami. Snížení děložní činnosti řešíme tokolytiky. Při poruchách koordinace mezi horním a dolním segmentem dochází k nekoordinovanosti děložní činnosti. Tyto kontrakce jsou velice bolestivé, ale nemají účinnost. Porod nepostupuje a rodičku velice vyčerpává a plod je ohrožen hypoxií. Snažíme se o dočasné přerušování kontrakcí a následné obnovení tzv. restart děložní činnosti. Když tento zákrok děložní činnosti nevede do normálu, přistoupíme k porodu císařským řezem. Po celou dobu monitorujeme plod kvůli možné hypoxii plodu. Břišní lis napomáhá k porození plodu, při jeho oslabení se II. doba prodlužuje a někdy dochází k neschopnosti porodit. Rodičku se snažíme podpořit a dopomoci vypuzovacími silami (3, 12, 20).

Nepravidelnost III. doby porodní může ohrozit ženu na životě díky masivnímu krvácení a následné velké krevní ztrátě. Nepravidelnost může zapříčinit poruchy odlučování placenty, poruchy vypuzování placenty a krvácení po porodu. Odlučování placenty můžeme vést i medikamentózně uterotoniky dle krvácení od 30 až do 60 minut. Placentu můžeme také porodit manuálně či instrumentálním vybavením placenty s následnou revizí. U placenty, která se odloučí, ale nedojde k jejímu vypuzení, se jedná o tzv. uskřinutí placenty. To nastává následkem spasmu vnitřní blanky. Placentu můžeme porodit aplikací spasmolitik, použitím Crédeho hmatu tlakem na dělohu nebo manuálním vybavením (9, 12, 20).

Mezi patologické porodní poranění řadíme poranění zevních rodidel, poranění dělohy, poranění tkání v okolí dělohy a pochvy nebo poranění pánevních kostí. Nejčastějším poraněním zevních rodidel bývá ruptura hráze, kvůli hypoplazii, vysoké hrázi, hypoelasticitě tkáně nebo zjizvené tkáni. Rupturu hráze lze rozdělit do tří skupin dle závažnosti a rozsahu trhliny. Může se také stát, že se hráz roztrhne neobvyklým způsobem, kdy se hráz jeví na první pohled bez porušení. Těmto zraněním můžeme předejít provedením epiziotomie. K poranění dělohy patří i poranění děložního hrdla a děložního těla následkem zjizvené tkáně, děložní hypoplazii, malformace dělohy nebo nepřiměřeného tlaku (9, 12).

Předčasný porod a potrat rozlišujeme na základě doby těhotenství nebo na základě hmotnosti plodu, kdy je jako předčasný porod označován mezi 29. a 37. týdnem gravidity nebo porození živého plodu s hmotností 2500g až 500g. Hlavními příčinami předčasného porodu je vaginální infekce, věk matky, vícečetné těhotenství, patologické těhotenství, špatný životní styl před a v průběhu těhotenství, stres a nadměrná fyzická zátěž. Vyšetření předčasného porodu by mělo postupovat v tomto pořadí: anamnéza, průkaz děložní činnosti, porodnické vyšetření včetně vyšetření v zrcadlech, abdominální ultrazvuk, průkaz zkrácení děložního hrdla, průkaz předčasného odtoku plodové vody a laboratorní testy. Pokud nastane předčasný porod, zhodnotíme stav ženy a snažíme se ženu dostat do nemocničního zařízení. Pokud již toto není možné, vybereme vhodné místo pro porod ženy, zajistíme dostatečné hygienické prostředí a nachystáme nezbytné pomůcky k porodu (15, 16, 25).

Předčasný odtok plodové vody předchází před předčasným porodem i bez známek děložních kontrakcí. Hrozí ascendentní infekce, mateřská i perinatální mortalita a poporodní krvácení. Také hrozí vyhřeznutí pupečníku, a proto ženu poučíme, aby se snažila netlačit. Podle pH plodové vody zjistíme, zda-li plod vypouští smolku, a tím je i ohrožen na životě. Žena je v klidu a leží se zvednutými dolními končetinami (12, 16).

Když se placenta začne odlučovat v průběhu těhotenství, hovoříme o předčasném odlučování placenty. Při této patologii nastává krvácení z rodidel o různé intenzitě. Žena pociťuje zvýšené děložní až bolestivé kontrakce. Nastává poškození

fetoplacentární jednotky a následná hypoxie plodu. Léčba závisí na intenzitě krvácení a ohrožení života matky a dítěte. Při slabém krvácení bez ohrožení života dítěte či matky postupujeme konzervativně s přísným klidem na lůžku. Podáváme Hemostyptika a uterolytika, které zabraňují dalšímu odlučování placenty. Při silném krvácení a ohrožení na životě volíme císařský řez bez ohledu na délku těhotenství (6, 22).

Při vyhřeznutí pupečníku nastává vysoké ohrožení plodu na životě, jelikož je přerušena fetoplacentární perfuze. Nejčastěji k tomu dochází při předčasném odtoku plodové vody, u více rodiček při poloze příčné nebo koncem pánevním. Ženu položíme do polohy se zvýšenými dolními končetinami a podložíme pánev dekou. Rodidla kryjeme navlhčenými sterilními čtverci ve fyziologickém roztoku a snažíme se dostat ženu co nejrychleji do nemocničního zařízení (12, 25).

Nejcitlivější tkáň plodu při hypoxii neboli nedostatečném přísunu kyslíku, je mozek, kdy může dojít k nevratnému poškození mozku nebo úmrtí. Hypoxii plodu můžeme rozdělit na chronickou a akutní. Chronickou lze často zjistit dříve a následně se jí vyvarovat. Známky hypoxie plodu je zesílené pohyby plodu, změny frekvence srdeční akce plodu a zkalení plodové vody smolkou (12, 22).

### ***1.9 Telefonicky asistovaný porod***

*„Telefonicky asistovaný porod (dále jen TAP) je algoritmus, který by měl pomoci operátorkám na operačním středisku identifikovat probíhající porod a dále optimalizovat první pomoc u probíhajícího porodu (25 s.308)“.*

Rodící žena a její okolí je často ve vypjaté situaci, jelikož jsou zaskočeni náhlým začátkem a obvykle i prudkým průběhem porodu, proto je velmi důležité při této stresující situaci zachovat klid, správně vyhodnotit výzvu, podat vhodné informace a vyslat posádku na správné místo. Nesmíme také zapomínat na to, že se může narodit dítě patologické. Matka a okolí vždy očekává zdravé dítě a to může danou situaci znesnadnit (8, 28).

Velmi těžké je odhadnutí fáze porodu na dálku přes telefonické spojení. Ptáme se tedy na pár základních otázek, zda otekla plodová voda, po kolika minutách jsou

kontrakce, cítí rodička tlak na konečník, je vidět část plodu nebo je -li plod již porozen. Odtok plodové vody není dostačujícím signálem pro začátek samotného porodu. Fáze kontrakcí je důležitá, ale pouze v souvislosti s postupem hlavičky pánví a tlakem na konečník. Zjišťování síly a pravidelnosti kontrakcí je po telefonním spojení opravdu náročné, proto nejdůležitějším a nejspolehlivějším příznakem pro porod je trvalý tlak na konečník s nucením tlačit (8, 28).

U hrozícího porodu bez známek začátku II. doby porodní se snažíme o zklidnění rodičky, ale nesnažíme se aktivně bránit porodu a čekáme na příjezd ZZS. Při již probíhajícím porodu se snažíme rodičku, aby se položila na záda, aby bylo vidět postup hlavičky a následné dokončení porodu. Porod by měl probíhat v čistém prostředí. Je důležité správně poradit jak tlačit a dýchat. Mezi kontrakcemi je důležité zhluboka dýchat. Při kontrakci opakujeme nádech, tlačení do konečníku a výdech až do vytlačení plodu. Mezi tlačení je možné si krátce a povrchově dýchat. U fyziologického novorozence podvaz pupečníku není nutný provádět hned, ale až po jedné minutě po dokončení porodu (8, 25, 28).

Nejdůležitější je zjistit stav novorozence. Pro novorozence je velmi důležitý tepelný komfort, proto ihned po zhodnocení stavu navedeme volajícího k otření, osušení a zabalení do čistých a suchých plen a přiložení na hrud' nebo břich matky. U novorozence, který je namodralý, nekřičí a nedýchá, zahájíme taktilní stimulaci. Volajícímu říkáme: „novorozence si položte na svou ruku břichem dolů a držte čelist novorozence v dlani směrem dolů k zemi. V této poloze poklepejte mírně novorozenci na zádička“. Není-li tento manévr úspěšný je potřeba zahájit kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR) neboli TANR novorozence. Barva kůže určuje další postup ošetření dítěte. Postupně od růžové, modré a bílé barvy se operátorka dostává k TANR nebo zpětnou vazbou a změnou stavu k lepšímu tepelnému komfortu novorozence. Taktilní stimulaci, což je prvním krokem KPR, vyžaduje 5-10% novorozenců. (25,28)

Nesmíme také zapomínat na ošetření matky po porodu. I tato část spadá do TAP. Po porodu plodu je zapotřebí porodit ještě placentu to bývá obvykle do 30 minut od ukončení II. doby porodní. Porod placenty není nutný sledovat. Po porodu může nastat krvácení, kdy je důležité správně instruovat k zevní děložní masáži. Je to život

zachraňující výkon, který rodičku musí bolet, jinak je neúčinný. Zevní děložní masáž v PNP provádíme za hlavou rodičky přiložením dlaní na břicho rodičky. Palce rukou míří k sobě a masírují břicho dolů ke sponě stydké. Velmi důležité je stále sledovat krvácení rodičky. Po porodu placenty je zde riziko hypotonie či atonie děložní, což obvykle bývá jedna z příčin primárního poporodního krvácení (25, 28).

### ***1.10 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace novorozence***

TANR novorozence znamená telefonickou asistenci a vedení zachránce na místě události k provádění neodkladné kardiopulmonární resuscitace (dále jen KPR) novorozence operátorkou KZOS ZZS (8, 25).

KPR novorozence je odlišná od KPR batolete, dítěte či dospělého. Nejprve se ptáme volajícího, jestli novorozence slyší křičet, dýchat a nebo vidí jak se novorozenci zvedá hrudník. Při negativní odpovědi se nejdříve pokusíme o taktilní masáž, když nedojde ke změně stavu, navigujeme na KPR. Nepřímá srdeční masáž hrudníku se provádí v dolní třetině hrudní kosti. Jsou dvě techniky nepřímé srdeční masáže. První je technika dvou prstů a druhá je technika pomocí palců (příloha č. 4). Umělé dýchání a srdeční masáž pomocí prstů navádíme tak, že volajícímu řekneme, ať položí osušené a zabalené dítě na pevnou podložku a svými rty obemkne pusu a nos a malý obsah vzduchu ve svých ústech vdechne do úst novorozence a ještě čtyřikrát opakuje. K masáži pomocí palců navádíme: obejměte novorozence tak, aby oba palce směřovaly doprostřed spojnice bradavek novorozence a jemně stlačujte hrudník do 1/3 s rychlostí 120 stačení za minutu. Ze začátku volajícímu udáváme tempo stlačení. Volajícího takto navádíme dokud novorozenec nezačne sám dýchat a nebo do příjezdu posádky ZZS. Přáním volajícího i dispečera je zachránit život novorozence, avšak není vždy vše tak jak jsme si naplánovali. Matky, které záměrně volí pro porod domácí prostředí, tak vědomě ohrožují život svůj, dítěte a psychické zdraví dispečera, jenž bude případným neúspěchem TANR bezpochyby poznamenán (4,8,19).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

Cíl1: Zmapovat postup operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované první pomoci u již probíhajícího porodu a porovnat rozdíly mezi Jihočeským a Středočeským krajem.

### ***2.2 Výzkumná otázka***

Je postup operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované pomoci při již probíhajícímu porodu v souladu se současnými trendy v porodnictví?

### **3 Metodika**

#### ***3.1 Použitá metoda***

Výzkum byl proveden kvalitativní metodou technikou standardizovaného polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky zdravotnického operačního střediska Jihočeského kraje a s pracovníky zdravotnického operačního střediska Středočeského kraje. Sběr dat pomocí rozhovorů byl prováděn v dubnu 2014.

Pro potřeby vlastního výzkumu bylo poskytnuto celkem 12 rozhovorů dispečerů, kteří mají zkušenost s telefonickou asistencí při porodu. Celkem 6 rozhovorů bylo vedeno s pracovníky zdravotnického operačního střediska Jihočeského kraje a dalších 6 rozhovorů bylo vedeno s pracovníky zdravotnického operačního střediska Středočeského kraje. Všech 12 dispečerů odpovídalo celkem na 19 předpřipravených otázek. Z toho první čtyři otázky jsou formálního typu a sloužily k zmapování pracovníků zdravotnických operačních středisek obou krajů. Otázky číslo 5 až 19 byly směřovány cíleně k dané problematice.

Každý rozhovor byl zaznamenáván na diktafon a následně přepsán. Výsledky výzkumu jsou znázorněny v přehledných tabulkách.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru.***

Výzkumný vzorek pro potřeby výzkumu tvořilo 6 pracovníků zdravotnického operačního střediska Jihočeského kraje v Českých Budějovicích a 6 pracovníků zdravotnického operačního střediska Středočeského kraje v Kladně. Komunikace s hlavním vedoucím nelékařských pracovníků Jihočeského kraje Radimem Viochnou byla velmi příjemná a ochotná. Ve středočeském kraji to bylo více komplikované, jak na komunikaci tak i na vzdálenost. Trochu mě zklamala neochota hlavního vedoucího KZOS v Kladně spolupracovat, ale i tak se mi podařilo odebrat výzkumný vzorek.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky rozhovorů Středočeský kraj

#### 4.1.1 Kauzaistika č. 1 – respondent 1

Prvním respondentem je žena, ve věku 60 let s jedenáctiletou praxí na ZOS Kladno. Její nejvyšší dosažené vzdělání je specializace v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči (dále jen ARIP).

„ Už jsem tady jedenáctým rokem a za tu dobu jsem poskytovala pomoc u porodu celkem asi šestkrát, teda včetně čerstvě narozených dětí. O pomoc většinou volal partner rodičky, ale jednou jsem navigovala maminku rodičky a jednou asi kamarádku. Navigovala jsem pokaždé toho, kdo volal. Zdálo se, že chápou vše, co jím radím. V mé praxi šlo vždy o fyziologický porod. Co si pamatuju, tak jen jedna má kolegyně rodila koncem pánevním. Prvorodičky to nebyly. Většinou šlo o druhé, třetí či čtvrté těhotenství. Dneska se to dělá tak že, ženy přijdou do porodnice s kontrakcemi a většinou jsou ještě poslány domů s tím, že to ještě není k porodu. Doma si dají vanu a následně se jim rozjede porod. Většinou jsou z toho pak koupelnové porody. Dříve byly pokoje, kde ty maminky byly třeba dva, tři dny před porodem. Dneska je to udělaný tak, aby přišly na poslední chvíli, a tím pádem to nestíhají. Nejtěžší bylo, když dítě nedýchalo. Ono je to těžké, oni vám to lidi po telefonu všechno odkývají. Řeknete jim všechny postupy, co se týkají porodu, jak dítě prvotně ošetřit, ale když posádka přijede na místo, není udělaného skoro nic. Záleží na rodině. Už při prvním porodu jsem si byla jistá, jelikož jsem před prací na ZOS pracovala na nedonošencích na JIP a tu zkušenost s porody jsem měla. O radu jsem žádat nepotřebovala. Hodně kolegů, kolegyně zkušenosti z praxe nemá a spíš se oni obracují s radou na mě. Jako první je důležité zklidnit rodičku a její okolí. Plenou, nebo něčím čistým chráníme porodní cesty a přidržujeme hlavičku dítěte. Dál je důležité vedení rodičky, aby si dýchala a zároveň si tlačila při kontrakcích. Po vypuzení dítěte radím, jemně štípnout do ušního lalůčku nebo do patičky, aby začalo křičet. Vymáčknou z obličejíčku veškerou plodovou vodu, aby začalo plakat. Pokud není k dispozici odsávačka, a když dítě nezačne plakat, je nutno otočit ho přes ruku a poplácat po zádičkách. Osušit ho, zabalit ho a přiložit k matce, aby



neprochladlo. Pupečník většinou už stříhá záchranka, která dorazí na místo. Taky se někdy podaří, že musí sám partner. Kromě jednoho porodu, se jednalo o fyziologické porody. To volal pán, že žena porodila do záchodu. Ptala jsem se, jestli dítě dýchá a jak je na tom rodička a on mi odpověděl, že dítě nedýchá a rodička taky ne, tak to začalo dramaticky. No, ale rodička mu pak vzala telefon a začala mi říkat, že ne, že ona je v pořádku, ale že dítě teda nedýchá. Naštěstí tam byla maminka rodičky, se kterou jsem začala to dítě resuscitovat. Mezitím co jsme resuscitovaly dítě, narodilo se rodičce druhé dítě. Čekala totiž dvojčata. Tím se situace dost zkomplikovala. Rodičce jsem v rychlosti jen řekla co má s dítětem udělat, a to teda začalo plakat. To první jsme stále resuscitovaly, ale naštěstí to bylo tady kousek, takže tam posádka byla hned. Pak volali, že obě děti žijí. To první se teda vezlo do Prahy a to druhý zůstalo tady v Kladně s maminkou. K podvázání většinou ani nedojde, jelikož tam je už posádka záchranky. Ale nejdůležitější je jestli dítě dýchá. Spíše to dělá už záchranka. Ale byly případy, kdy to dělal partner. Maminky to ani moc nechtějí od partnerů, protože mají strach. Jinak jim říkám tak 20 cm od pupku dítěte zavázat, tak takových 15 cm mezeru a pevně zavázat, a po dotepání pupečníku mezi zavázáním, přestříhnout. Za svou praxi jsem ještě nezažila, že by tady dítě po porodu zemřelo. Máme své metodické postupy. Přímo tady pro záchranku a vypracovával to Honza Bradna. Školení tady máme na různá témata, na které se můžeme přihlásit a školení v oblasti porodnictví tu taky máme.“

#### **4.1.2 Kauzaistika č. 2 – respondent 2**

Respondentem číslo dvě je 46letá žena pracující na ZOS 11 let. Svě dosažené vzdělání střední zdravotní škola plus intenzivní péče a dispečera post graduál.

„Telefonický asistovaný porod jsem poskytovala pouze jednou. Většinou tam stačí dojet lékař, ale tohle bylo rychlý. Navigovala jsem asi její sestru. Myslím si, že s ničím problém neměla a šlo o fyziologický druhý porod. Obtížné bylo srovnat počáteční stres okolí, vyplývající z nezkušenosti. Jakmile ale začnou poslouchat a spolupracovat a uklidní se, všechno je mnohem snazší. Svým postupem jsem si byla jistá a žádnou radu jsem nepotřebovala. V tomto případě už bylo potřeba jenom tlačit, dítě už mělo hlavičku v porodních cestách. Takže jsem navigovala spíše na ošetření novorozence

a záchranka tam byla hned. Jednalo se o porod zdravého novorozence, akorát měl omotanou pupeční šňůru kolem krku. Bez problému ji zvládli sundat kolem krku a dítě začalo dýchat a plakat. Nejdůležitější je aby dítě dýchalo. K podvázání jsem je nenaváděla. V této fázi už byla na místě záchranka a telefonická pomoc byla úspěšná. Při poskytování TAP čerpáme z našich vypracovaných materiálů a taktéž máme pravidelná školení o postupech při poskytování telefonické pomoci.“

#### **4.1.3 Kauzaistika č. 3 – respondent 3**

Třetím respondentem je žena ve věku 47 let, která pracuješ ZOS v Kladně osmým rokem. Respondentka má střední zdravotnické vzdělání a následně ARIP.

„Pomoc při porodu jsem poskytovala dvakrát. V prvním případě kdo volal o pomoc, byla maminka rodičky a jí jsem také následně navigovala k přípravě porodu a samotného porodu. V druhém případě to byl muž nejspíše partner rodičky. V tomto případě tam byla brzo posádka ZZS a porod dokončila sama. V obou případech šlo o fyziologický porod. Už si to moc nepamatuju, ale myslím si, že to v obou případech nebyl první porod rodičky. Nemyslím si, že byl v něčem problém. V obou případech to bylo bez komplikací. U toho druhého případu jak už jsem říkala, tam byla brzo posádka a tak partner stihnul pouze obstarat potřebné věci k porodu. Postupem porodu jsem si byla jista. Radu jsem nepotřebovala. S porodem už mám svou vlastní zkušenost tak vím jaké to pro rodičku je a jak to probíhá. Jako první, je důležité uklidnit situaci zjistit v jaké fázi porod je a kde se rodička nachází. Je potřeba připravit potřebné věci jako jsou čisté pleny a teplá voda. Když už je porod v chodu je důležité plenou chránit hráz a hlavičku novorozence. Rodičce poradit správné dýchání mezi kontrakcemi a tlačení při kontrakcích. Když už je dítě venku, většinou je slyšet jeho křik. Alespoň v mém případě tomu tak naštěstí bylo. Osušíte a zabalíte dítě. V mém případě šlo o zdravého novorozence a poskytnutí TAP bylo úspěšné. Nejdůležitější po telefonu je zjistit, že dítě pláče a když pláče tak většinou i dýchá. Navedení k podvázání pupečníku jsem naštěstí ani v jednom případě nemusela. Posádka už byla na místě. Snad ve všech případech co jsme tu měli tak nebylo nutné asistovat k podvázání pupečníku.

Máme tady vypracované vlastní materiály a procházíme pravidelně školeními i ohledně TAP.“

#### **4.1.4 Kauzaistika č. 4 – respondent 4**

Čtvrtým respondentem je tentokrát muž ve věku 27 let na ZOS v Kladně slouží čtvrtým rokem. Na ZOS nastoupil hned po absolvování vyšší odborné školy obor Zdravotnický záchranář.

„K porodu jsem navigoval zatím pouze jednou. O pomoc volal hodně vystrašený muž, pravděpodobně partner rodičky. Naštěstí u toho byla i maminka rodičky a převzala si od toho muže telefon. S paní už byla komunikace mnohem lepší a neměl problém pochopit, co po ní chce. Šlo o fyziologický porod a myslím si, že to bylo asi druhé dítě. Myslím si, že to maminka rodičky tak říkala. Paní byla velmi schopná a evidentně i zkušená ohledně porodu. Abych pravdu řekl, byl jsem z toho trochu nesvůj, ale zvládnul jsem to. Poradit jsem nepotřeboval, a i kdybych potřeboval, nebyl na to čas. Uklidnil jsem situaci, aby rodička a její okolí nebylo ve stresu. Zeptal jsem se, jak to tam vypadá, jestli se už hlavička prořezává ven. Řekl jim, co bude potřeba k porodu. Navedl je tak, aby chránili plenou porodní cesty rodičky, ale aby zároveň nebránili hlavičce v posunu z porodních cest. Když už je dítě venku, je důležitý zhodnotit jeho stav a když je vše v pořádku osušit ho a zabalit. Celkový stav dle apgar skóre, ale nejdůležitější je, jestli dýchá, ostatní se po telefonu hodnotit moc nedá. K podvázání pupečníku jsem se nedostal. Když jsem je k tomu začínal navádět, akorát přijížděla k místu posádka a paní říkala, že raději počká na záchranku. Myslím, že moje telefonická pomoc byla úspěšná. Na pracovišti máme vlastní materiály ke studiu, stejně tak i školení, někdy tam máme i téma porodnictví.“

#### **4.1.5 Kauzaistika č. 5 – respondent 5**

Pátým respondentem ze středočeského kraje, je 57letá žena pracující jako operátorka na ZOS pro středočeský kraj již devátým rokem. Má vystudovanou specializaci ARIP.

„ Celkem jsem poskytovala TAP asi tak pětkrát. Většinou volají ženy, sestra matka či kamarádka rodičky. Někdy mají potíže pochopit, co se po nich chce. Velkou roli tam hraje strach, a tím pádem se jim rodiče nechce moc pomáhat. Myslím si, že tady u nás v Kladně šlo vždy o fyziologický porod. Jednou jsem však měla porod koncem pánevním. Porod koncem pánevním obvykle na porodnici trvá hodně dlouho, jelikož se snažíte trochu dítě tlačit dovnitř. Je to hodně pomalý postup. Tento porod byl překvapivě rychlý asi proto, že to byl rodičky čtvrtý porod. Snad pokaždé to byla více rodička a porod probíhá rychle. Většinou si totiž myslí, že to bude ještě dlouho trvat jako u předchozího porodu a ono tomu pak tak není. Přijde mi, že u sociálně slabších rodin jsou větší potíže. Svým postupem jsem si byla velmi jistá. Dlouhá léta jsem dělala na novorozeneckém oddělení tady v Kladně a radu jsem opravdu nepotřebovala. Postup TAP se odvíjí dle situace. Důležitá poloha rodičky, kontrola hlavičky, příprava materiálu. Je dobré mít připravenou plenu a k tomu teplou vodu. Plenu namočenou v teplé vodě držíme na hrázi a následně pak přidržujeme hlavičku dítěte. Většinou, když už se porodí hlavička a ramínka, to jde rychle a tak musíme být opatrní, aby nám dítě nevyklouzlo a neupadlo nám. Po porodu dítěte většinou slyšíme pláč. Dítě osušíme a zabalíme a přiložíme k matce. Když neslyšíme dítě plakat, zeptáme se, jestli dítě dýchá a jemně ho štípáme do patičky, aby se rozplakalo. Když stále nepláče, zkusíme vymáčknout z obličeje plodovou vodu nebo si dítě obrátíme na ruce, tak abychom měli jeho dolní čelist v dlani a jeho břicho položené na předloktí, směrem hlavou dolů a poplácáme po zádičkách. Když se dítě nerozdýchá ani teď, zahájíme resuscitaci. V mém případě jsem nikdy nemusela zahajovat resuscitaci. Vždy šlo o porody zdravých novorozenců, u kterých je nejdůležitější zjistit jejich dechovou aktivitu. Když víme, že sanitka dorazí, nenavigujeme k podvázání pupečnicku. Je možné, že to nebude správně podvázané a dítě i matka mohou vykrvácet. Kdyby sanitka měla dorazit později, osušené a zabalené dítě položíme pod úroveň matky tak, aby nevykrvácelo do placenty. Myslím si, že všechny TAP byly úspěšné. Máme na ně vytvořené postupy a procházíme průběžnými školeními.“

#### **4.1.6 Kauzaistika č. 6 – respondent 6**

Posledním respondentem z KZOS středočeského kraje je 51let stará žena. Na ZOS pracuje deset let. Předtím pracovala jako zdravotní sestra na interní jednotce intenzivní péče. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a k tomu dále dva roky ARIPu.

„Asistovanou pomoc při porodu jsem poskytovala pouze jednou. Volala kamarádka rodičky, která shodou okolností byla taky těhotná již podruhé, naštěstí byla pouze v třetím měsíci. Naváděla jsem rodičky kamarádku, ta už měla teda před dvěma roky porod úspěšně za sebou. Byla velmi ochotná a schopná a věděla co má dělat tak nebyl s ničím problém, byl to fyziologický porod. Byla to prvorodička, která byla poslána z porodnice domů. Prý to nebylo ještě k porodu. Doma si pak dala teplou vanu a už to k porodu bylo, paní to však to zvládla dobře. Byla moc šikovná. Svým postupem jsem si byla jistá. Na porodu není nic těžkého, teda jestli probíhá v pořádku. O radu jsem žádat nikoho nemusela. Vše probíhalo dobře a celkem i rychle. Pro zjištění fáze porodu bylo nutné vypustit vodu. Hlavička se už prořezávala ven. Rodička byla statečná a věděla, jak si má dýchat a tlačit a nebyla potřeba rada. Bylo i slyšet, jak kamarádka ohledně dýchání a tlačení radí. Když byla hlavička, ramínka šla už sama. Brečícího novorozence kamarádka osušila a zabalila a položila rodičce na břicho. Pak už šla otevřít dveře záchrance, která se tam už chvíli dobývala. Byl to porod zdravého novorozence, po narození dítě plakalo, tak bylo jasné, že dýchá. K navedení k podvázání pupečníku nebylo potřeba, již provedli záchranáři. Moje telefonická pomoc byla úspěšná. Materiály k poskytování TAP tady mám, ale kdo to napsal, to nevím. Jinak máme školící program a v něm je i zahrnut porod.“

#### **4.2 Výsledky rozhovorů Jihočeský kraj**

##### **4.2.1 Kauzaistika č. 7 – respondent 7**

Prvním respondentem ze KZOS České Budějovice je padesátiletá žena pracující na ZOS již 17 tím rokem. Je vystudovaná jako diplomovaná dětská sestra specialista.

„K porodu jsem navigovala celkem čtyřikrát. Myslím si, že dvakrát volal manžel, jednou sousedka a jednou maminka rodičky. Vždy jsem navigovala toho, kdo si i volal

záchrannou službu. Když jde o dítě, tak lidé jsou většinou hodně nervózní a mají strach. Je tedy důležité uklidnit emoce. Jednou šlo o předčasný porod, kdy rodička byla v šestém měsíci. Jinak ty ostatní porody byly spíše fyziologické. Nikdy však nešlo o prvorodičky. Nejtěžší je uklidnit emoce a celkově zklidnit situaci a přimět dotyčné ke spolupráci. Při porodech jsou snad lidé nervózní vždy. Největší problém je u sociálně slabých a nepřizpůsobivých rodin. Špatně se s nimi spolupracuje. Svým postupováním jsem si byla jista. Pracovala jsem jako dětská sestra několik let. Dokonce jsem měla i porody v sanitě, když jsme sloužila na ZZS. Poradit jsem nepotřebovala. Jako první je potřeba uklidnit emoce a zjistit adresu. Za druhé zjistit stav porodu a stav rodičky. Polohovat matku a následně zkontrolovat porodní cesty. Navigovat k dýchání a následně při tlakové bolesti tlačit na konečník se zavřenýma očima a s kolenama přitaženýma k trupu. Po porodu ošetřit novorozence, osušit, zabalit a položit na matku. Důležitá je nejenom kontrola dítěte, ale i matky. Jednou šlo o nedonošené dítě a porod v šestém měsíci, které bylo porozené do záchodové mísy. Resuscitace nebyla potřeba, dítě spontánně dýchalo a kňouralo, ale bohužel v nemocnici následně zemřelo. Po porodu se zjišťuje barva, pláč, a jestli, je vdechnutá plodová voda. Dnes už k podvazu pupečníku nenavigujeme, většinou už je posádka na místě nebo přijíždí na místo. K pupečníku jsem navigovala asi jenom jednou. V žádném případě se dnes už pupečník nestříhá. Moje TAP byly úspěšné. Pro telefonickou asistovanou pomoc při porodu máme své zpracované postupy. Ale nejvíce čerpám ze své předchozí praxe. A máme i školící programy.“

#### **4.2.2 Kauzaistika č. 8 – respondent 8**

Druhým respondentem z KZOS České Budějovice je žena ve věku 59 let. Na ZZS pracuje od roku 1985 a od roku 1995 pracuje jako operátorka ZOS tedy 29let. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a následně dva roky ARIPU v Brně.

„ Poskytovala jsem pomoc při poradu pouze jednou. Jednou jsem navigovala už jen k ošetření porozeného novorozence. Volal manžel rodičky. Nakonec jsem navigovala nějakou sousedku, kterou si přivolal, jelikož ten pán tam sebou měl malé plačící dítě.

Když už mi byla předána sousedka, tak už to bylo dobré. Šlo o fyziologický porod a vypadalo to, že to malé plačící dítě je její, tak možná šlo o druhý porod.

Nebyl tam žádný problém. Pouze teda ta sousedka říkala, že dítě má kolem krku omotanou pupečnickovou šňůru, ale tu bez problému zvládla sundat. Dítě přesto stále neplakalo, tak ho paní poklepala po zádičkách a dítě se rozplakalo. Postupem jsem si byla jista, nikdo mi neradil, není vůbec čas na radu. Postup se odvíjí od dané situace, je to individuální. Jednalo se o zdravého novorozence, vždy je nejdůležitější, zda dítě pláče. K podvázání pupečnicku jsem nenaváděla, záchranka právě dorážela na místo.

Určitě moje pomoc byla úspěšná, všechno proběhlo v pořádku. Na pracovišti máme zpracované postupy, kterými se musíme řídit a máme i pravidelná školení, která se občas věnují i porodnictví.“

#### **4.2.3 Kauzaistika č. 9 – respondent 9**

Třetím respondentem je žena z KZOS Jihočeského kraje. Je jí 55 let a na ZOS pracuje již patnáctým rokem. Ve zdravotnictví pracuje už 35 let. Po zdravotní střední škole si dělala něco jako specializace v ARIP v Brně.

„ Za svou dlouholetou praxi na ZOS jsem poskytovala porod po telefonu dvakrát a jednou pouze ošetření novorozence. Ve všech případech volal asi teda partner rodičky. S muži je to trochu složitější. Mají větší strach a jsou z toho trochu nesví. Když jsem zjistila, že neví, co po něm chci, tak jsem si nechala od nich zavolat nějakou ženu sousedku či příbuznou, co s nimi bydlí v domě. U toho ošetření miminka tatínek zvládl vše sám a záchranka tam byla brzo. Ano byly to fyziologické porody.

U případu, kdy se jednalo jen o ošetření novorozence, tak tam to bylo určitě třetí dítě, a ty dva porody, nejsem si úplně jistá, ale myslím si, že to byly druhorodičky. Nejhorší je uklidnit volajícího, který poskytuje tu první pomoc u toho porodu. Přijde mi, že muži to nesou hůře a proto jak už jsem říkala, raději komunikuji ohledně porodu s ženou, nejlépe s ženou, která už někdy sama rodila. Svým postupem jsem si byla jista. Radu ani pomoc od kolegyň jsem nepotřebovala. Nejprve zjišťuji adresu, kde se rodička nachází, abych tam mohla poslat posádku. Pokusím se uklidnit situaci a zjistit, jak na tom je rodička, a v jakém stádiu je porod. Pokud je čas a možnosti, nechám dotyčné

připravit potřebné věci k porodu. Většinou ženy vědí jak dýchat a tlačit, ale i tak jim to zopakují, aby se nebránily bolestivému stahu. Po vypuzení novorozence je nutné rychle osušit a zabalit. Zhodnotí se, jak je na tom s dechem, s barvou a jestli se hýbe. K podvázání pupečníku nenavádím, když vím, že je posádka za chvíli na místě. Ano byly to zdraví novorozenci. Nejdůležitější je zjistit dechovou aktivitu novorozence. Nejlepší je, když miminka pláčou. To máte jisté, že i dýchají. K podvázání pupečníku jsem zatím navádět nemusela, naše posádka už byla na místě, nebo každou chvíli na místo měla dorazit. Moje telefonická pomoc byla úspěšná. Máme zde vypracované postupy a algoritmus od MUDr. Vaňaty. Ano máme pravidelná školení a někdy tam bývá i porodnictví.“

#### **4.2.4 Kauzaistika č. 10 – respondent 10**

Čtvrtým respondentem je žena z KZOS České Budějovice je jí 45 let. Zde na zdravotnickém operačním středisku pracuje devátým rokem, a před tím pracovala jako zdravotní sestra netraumatologickém oddělení. Má specializaci v oboru ARIP. „, Telefonickou asistovanou pomoc u porodu jsem poskytovala celkem dvakrát. Volaly blízké osoby, které se vyskytovaly v okolí. Nepamatuji si přesně, vím jen, že to byly v obou případech ženy. Myslím, že v jednom případě to byla maminka rodičky a v druhém kamarádka, nebo sestra. Byly to fyziologické porody. V prvním případě to byla prvorodička, mám za to, že v druhém případě rodila již po několikáté. Problém nebyl v ničem, jen snad v mírné počátečné nervozitě. Jakmile se ale situace uklidnila, vše probíhalo bez problému. Ano, byla jsem si svým postupem jistá. Nemyslím si, že bych potřebovala poradit. Navíc v této situaci by stejně nebyl čas. Nejprve zhodnotíme a uklidníme situaci. Polohujeme matku na záda, nejlépe s nohama přitaženými k trupu. Připravíme si pomůcky k porodu. Když má rodička tlak na konečník, porod je ve druhé fázi. Rodička si mezi kontrakcemi dýchá a při kontrakci tlačí jako na konečník. Dále navigujeme toho, kdo rodičce pomáhá, aby si připravil plenu a přidržel jí hlavičku a následně tělíčko. Porozeného novorozence osušíme a zabalíme. Ano, v případě prvorodičky byl TAP trochu složitější, všechno bylo trochu nové, ale maminka rodičky byla hodně schopná, takže všechno proběhlo bez problému. Druhá rodička i žena, která



jí naváděla, byla v problematice těhotenství poměrně hodně orientovaná a navíc i hodně zkušená, naštěstí nenastaly žádné komplikace. Nejhlavnější je po úspěšném porodu slyšet křik dítěte. Je pak jasný, že dítě spontánně dýchá. K podvázání pupečníku jsem po telefonu nepřistupovala. Věděla jsem, že za chvíli přijede záchranná služba. Naváděla jsem je jen k polohování dítěte na úroveň matky. Všechno probíhalo v pořádku, takže se dá říct, že moje poskytnutá pomoc byla úspěšná. Na oddělení máme zpracované oficiální postupy a máme pravidelná školení, která občas zahrnuje i porodnictví.“

#### **4.2.5 Kauzaistika č. 11 – respondent 11**

Pátým respondentem z KZOS v Českých Budějovicích je opět žena ve věku 34 let. Na ZOS pracuje pět let a má dálkově vystudovanou vysokou školu obor zdravotní sestra.

„ Za celou dobu, co jsem na operačním středisku, jsem asistovala telefonicky u porodu pouze v jednom případě. O pomoc volal zmatený manžel, kterého situace vyvedla z míry natolik, že musel zavolat sousedku. Manžel rodičky byl natolik zmatený a nesvůj, že jsem nakonec zvolila cestu sehnání ženy, která se vyskytovala kdekoli v okolí. Naštěstí byla doma sousedka, hned ve vedlejším bytě, takže jsem nadále komunikovala už jenom s ní. Porod byl naštěstí fyziologický a vše probíhalo bez komplikací. Bylo to její druhé dítě. Nejtěžší byla prvotní bariéra v komunikaci s partnerem rodičky, byl z nastalé situace dost překvapený a nevěděl přesně, co po něm chce. S příchodem sousedky, se ale situace hodně zlehčila a neměla jsem žádný problém, na porady nebyl čas. Postup při TAP je velmi individuální. Podle situace kde se rodička nachází, v jaké fázi je porod a kdo jí pomáhá při porodu. Důležitá je poloha rodičky a připravené pomůcky k porodu. Při samotném porodu radíme matce, jak si dýchat a kdy má tlačit. Dotyčného, který pomáhá rodičce, navigujeme, aby chránil hráz a prořezávající hlavičku čistou plenou, ale tak aby nebránil porodu. Po porodu novorozence osušíme a řádně zabalíme. Položíme novorozence 20cm pod úroveň matky. Jednalo se o porod zdravého novorozence. Nejdůležitější je zjistit, zda normálně dýchá. Když v telefonu slyšíte křik dítěte, máte jistotu, že dýchá v pořádku a hned

se všem uleví. K podvázání pupečníku jsem již nenaváděla. Když maminka dítě vypudila, byla už ve dveřích posádka. Ano, jak říkám naštěstí vše proběhlo bez komplikací. Máme tady zpracované postupy, kterými se všichni operátoři řídí a máme pravidelná školení, na kterých se občas objeví i porodnické téma.“

#### **4.2.6 Kauzaistika č. 12– respondent 12**

Poslední respondentem je 40letá žena pracující na ZOS v Českých Budějovicích sedmým rokem. Před ZOS v Českých Budějovicích pracovala šest let jako zdravotní sestra na Anesteziologickoresuscitačním oddělení. Ke střednímu zdravotnickému vzdělání má vystudovanou specializaci ARIP.

„ Porod jsem naváděla pouze jednou. Volal manžel a také jeho jsem následně navigovala k porodu. Pán byl šikovný a schopný udělal všechno, co jsem mu řekla. Šlo o fyziologický porod. Bylo to určitě druhé dítě, co maminka rodila a byl to chlapeček. Nejtěžší nebylo opravdu nic. Všechno probíhalo klidně a rychle. Svou pomocí jsem jsi byla jistá. Rady jsem nepotřebovala a ani na to není čas. Když něco potřebuju, podívám se do materiálů, které máme všichni u stolu. Prvotní je zjistit situaci, příprava pomůcek, navigovat rodičku při porodu (při kontrakci zhluboka nadechnout, zadržet dech, tlačit do konečníku a vydechnout, toto celé opakovat až do porodu novorozence) po porodu novorozence ošetřit a zabalit do tepla. Jednalo se o zdravého novorozence. Po telefonu je nejdůležitější, jestli dýchá. Když dítě pláče, je to jasná známka, že dýchá. Nejprve jsme nechali dotepat pupečník, a pak tatínek našel dva provázky, myslím, že to byly nepoužité tkaničky do bot. Nejprve udělal pevný uzlík asi tak 15cm od břicha novorozence a další uzlík o 5 cm dál směrem k matce. Pupečník jsme takto nechali, nepřestříhávali jsme, až do příjezdu záchranky. Moje pomoc byla úspěšná, ještě ten den, tatínek volal zpátky, aby poděkoval za pomoc a říkal, že dítě je v pořádku a zdravé. K porodům máme zpracovaný algoritmus od MUDr. Vaňaty. Pravidelná školení máme a porod jsem už taky měli.“

### 4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů v tabulkách

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

pohlaví	Součet	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12
Žena	11	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1
Muž	1				1								
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 12-ti respondentů byl pouze jeden respondent muž, zbylých 11 respondentů byly ženy. Ve Středočeském kraji byl jeden respondent muž a v Jihočeském kraji nebyl žádným respondentem muž. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 2 – Věk dotazovaných respondentů

Věk	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
23- 35 let	2				1							1	
36-45 let	2										1		1
46- 55 let	4		1	1				1		1			
56- 65 let	3	1				1			1				
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 12-ti respondentů je nejvíce respondentů ve věkové škále 46 - 55 let a to čtyři respondenti. Dva respondenti ze Středočeského kraje a dva respondenti z Jihočeského kraje. Dále tři respondenti jsou ve věkové škále 56 – 60 let, z toho jsou dva ze Středočeského kraje a jeden z Jihočeského kraje. Ve věkové škále 36 – 45 let jsou dva respondenti, oba jsou z Jihočeského kraje. a ve věkové škále jsou také dva respondenti jeden ze Středočeského kraje a druhý z Jihočeského kraje. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 3 – Délka praxe respondentů na ZOS

Délka praxe	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
1 – 5let	2				1							1	
6 – 9 let	4			1		1					1		1
10 a více	6	1	1				1	1	1	1			
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka znázorňuje délku praxe respondentů na ZOS. Nejvíce respondentů pracuje na ZOS 10 let a více a to celkem 6 respondentů. Z toho jsou 3 respondenti ze Středočeského kraje a 3 respondenti z Jihočeského kraje. Dále jsou 4 respondenti pracující na ZOS 6 – 9 let, z toho 2 respondenti ze Středočeského kraje a dva respondenti z Jihočeského kraje. Respondenti uvedli délku své praxe na ZOS 1 - 5 let každý byl z jiného kraje. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 4 – Dosažené vzdělání

vzdělání	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
VOŠ	2				1			1					
VŠ	2		1									1	
ARIP	8	1		1		1	1		1	1	1		1
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 12-ti respondentů mají 2 respondenti vyšší odborné vzdělání, z každého kraje jeden respondent. 2 respondenti mají vysokoškolské vzdělání, z každého kraje také jeden respondent. 8 respondentů má vystudovanou specializaci v anesteziologicko-resuscitační intenzivní péči. Z toho čtyři ve Středočeském kraji a čtyři v Jihočeském kraji. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje

Tabulka č. 5 - Počet poskytnutých TAP

Počet TAP	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
1x	6		1		1		1		1			1	1
2 x	3			1						1	1		
3x	0												
4x	1							1					
5x a více	2	1				1							
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka znázorňuje počet poskytnutých telefonicky asistovaných porodů operátorem ZOS. 6 respondentů uvedlo, že TAP poskytovali pouze jednou, 3 respondenti ze Středočeského kraje a 3 respondenti z Jihočeského kraje. 3 respondenti poskytovali TAP dvakrát z toho dva z Jihočeského kraje a jeden ze Středočeského kraje. Nikdo neposkytoval TAP 3x. 1 respondent z Jihočeského kraje poskytoval TAP 4x a dva respondenti ze Středočeského kraje poskytovali TAP pětkrát a vícekrát. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje

Tabulka č. 6 - Nejčastější volající o pomoc při porodu

volající	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
partner	13	4		1	1			2	1	2		1	1
sousedka	2					1		1					
matka	6	1		1		2		1			1		
sestra	3		1			1					1		
kamarádka	3	1				1	1						
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje, kdo volá o pomoc při porodu dítěte. Nejčastěji to jsou partneři rodiček. Z celkového počtu 27 porodů volali o pomoc při porodu 13 partnerů z toho 6 ze středočeského kraje a 7 z Jihočeského kraje. Dále 6x volala matka rodičky z toho 4x ze Středočeského kraje a 2x z Jihočeského kraje. Tříkrát volala sestra rodičky z toho 2x ze středočeského kraje a 1x z jihočeského kraje. Také 3x volala kamarádka rodičky a to ze středočeského kraje. Nejméně volala sousedka rodičky celkem 2x z každého kraje jednou. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z jihočeského kraje

Tabulka č. 7 – Navigace volajícího při porodu

volající	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
partner	10	4		1	1			2				1	1
sousedka	5					1		1	1	2			
matka	6	1		1		2		1			1		
sestra	3		1			1					1		
kamarádka	3	1				1	1						
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka doplňuje informace k předchozí tabulce, koho operátoři následně navigovali k poskytnutí TAP. Pouze ve třech případech byl navigován někdo jiný než ten kdo si volal o pomoc. Místo tří partnerů rodiček v Jihočeském kraji navigovali operátoři tři sousedky rodiček. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje

Tabulka č. 8 – Fyziologický porod

porod	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Fyziologický	26	6	1	2	1	4	1	4	1	2	2	1	1
Koncem pánevním	1					1							
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje, o jaký porod šlo. Skoro ve všech případech šlo o porod fyziologický. Celkem 26 fyziologických porodů z toho 15 ve Středočeském kraji a 11 v Jihočeském kraji. Pouze v jednom případě šlo o porod koncem pánevní a to ve Středočeském kraji. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 9 – Počet porodu rodičky

Věk	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
prvorodička	2						1				1		
druhorodička	19	4	1	2	1	3		3	1	2		1	1
Více rodička	6	2				2		1			1		
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje počet porodů rodičky. Nejvíce bylo druhorodiček, z celkového počtu 27 porodů jich bylo 19 druhorodiček, z toho bylo 11 rodiček ze Středočeského kraje a 8 rodiček z Jihočeského kraje. Tří a vícerodiček bylo 6 z toho byly 4 ze Středočeského kraje a 2 z Jihočeského kraje. Nejméně bylo prvorodiček a to 2 z každého kraje jedna. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 10 – Jistota při postupech poskytování TAP

Věk	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
jistota	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
nejistota	0												
Nutná rada	0												
Celkem	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka znázorňuje jistotu operátorů při poskytování TAP. Všichni respondenti si byli jisti poskytováním TAP a nepotřebovali radu ohledně poskytnuté pomoci při TAP. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č. 11 – Stav novorozence

Stav novorozence	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Fyziologicky	22	5		2	1	3	1	4		2	2	1	1
Taktilní masáž	4		1			2			1				
Nutná KPR	1	1											
Mrtvý	0												
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje stav novorozence po porodu. Z celkového počtu 27 novorozenců bylo 22 fyziologických. Z toho 12 ze Středočeského kraje a 10 z Jihočeského kraje. Čtyři novorozenci potřebovali taktilní masáž, z toho tři ve Středočeském kraji a jeden v Jihočeském kraji. Pouze u jednoho novorozence ze Středočeského kraje byla zahájena kardiopulmonální resuscitace. U žádného případu nebylo porozené mrtvé dítě. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje



Tabulka č. 12 - Navigace k podvázání pupečníku

Věk	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Proběhla	4	2						1					1
Neproběhla	23	3	1	2	1	5	1	3	1	2	2	1	
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje četnost navigace k podvázání pupečníku. Z celkového počtu 27 porodů bylo navigováno k podvázání pupečníku pouze 4x z toho 2x ve Středočeském kraji a 2x v Jihočeském kraji. Ve 23 případech navigace k podvazu pupečníku neproběhla 14x ve středočeském kraji a 9x v Jihočeském kraji. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

Tabulka č 13 – Úspěšnost TAPu

Úspěšnost	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Úspěšná	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1
Neúspěšná	0												
Celkem	27	6	1	2	1	5	1	4	1	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje úspěšnost poskytnutého TAPu. Ve všech případech byla poskytnutá pomoc úspěšná. Úspěšných poskytnutých pomocí bylo celkem 27 z toho 16 ve Středočeském kraji a 11 v Jihočeském kraji. Modrá část tabulky znázorňuje respondenty ze Středočeského kraje a zelená část tabulky znázorňuje respondenty z Jihočeského kraje.

## 5 Diskuse

Empirická část bakalářské práce na téma telefonicky asistovaná první pomoc u probíhajícího porodu byla zaměřená na zmapování postupů operátorů zdravotnických operačních střediscích pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory obsahovaly část formální a 15 otázek k tématu. Během sbírání dat pomocí rozhovorů nenastal žádný problém. Pracovníci KZOS Středočeského kraje i Jihočeského kraje byli velmi ochotní ke spolupráci.

Ve formální části výzkumných rozhovorů bylo zjištěno, že většina dotazovaných respondentů se zkušenostmi s TAP byly ženy. Pouze jeden respondent z KZOS Středočeského kraje byl muž. Tato data jsou uvedena v tabulce č.1.

Další otázkou byla zjišťována věková škála dotazovaných respondentů. Nejpočetnější byla věková skupina 46- 55 let zastoupena čtyřmi respondenty. V druhé nejpočetnější věkové skupině 56- 65 let byli 3 respondenti. V obou dalších dvou věkových skupinách bylo po dvou respondentech a to ve věkovém rozmezí 23- 35 let a 36- 45 let. Ve Středočeském kraji bylo zastoupení respondentů v nejstarší věkové skupině 56- 65 let větší než v Jihočeském kraji. Naopak v druhé, nejmladší věkové skupině 36- 46 let bylo zastoupení dvou respondentů z Jihočeského kraje a žádný respondent ze středočeského kraje. Viz tabulka č. 2.

Dále byla u respondentů zjišťována délka praxe na ZOS Středočeského kraje a Jihočeského kraje. Nejvíce byla zastoupena skupina s délkou praxe 10 a více let, se stejným počtem 3 respondentů jak ve Středočeském, tak i Jihočeském kraji. Další skupinou s délkou praxe 6- 9 let byli čtyři respondenti opět se stejným počtem respondentů z obou krajů a to konkrétně dva. Nejmenší měla zastoupení skupina s délkou praxe 1- 5 let a to jedním respondentem z každého kraje. Je však nutno podotknout, že délka praxe nepřímo souvisí s četností poskytované pomoci. I u respondenta s dlouholetou praxí byl zaznamenán pouze jeden případ, kdy byla poskytována první pomoc u probíhajícího porodu tak jako u respondenta s krátkou délkou praxe na ZOS. Například respondentka č. 2 z KZOS Středočeského kraje uvádí délku praxe na ZOS 11 let a poskytovala pomoc při TAP pouze jednou. Tak jako

respondent č. 4 z KZOS Středočeského kraje, který pracuje na ZOS teprve čtvrtým rokem. Viz tabulka č. 3 a č. 5.

Poslední informativní otázkou bylo, jaké mají vzdělání jako operátoři ZOS. Vzhledem k věkovému zastoupení respondentů byla nejčastější odpověď střední zdravotní škola a následně při zaměstnání studovaná specializace ARIP, což je specializace v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Tato skupina byla zastoupena osmi respondenty z celkového počtu 12 respondentů, z toho čtyřmi z KZOS Středočeského kraje a čtyřmi z KZOS Jihočeského kraje. Zastoupení vysokých škol a vyšších odborných škol bylo stejné, po dvou respondentech a to z každého kraje vždy jeden respondent. Viz tabulka č. 4.

První otázkou k tématu práce byla četnost poskytovaných TAP. Nejčastěji respondenti poskytovali TAP pouze jednou. Jedenkrát poskytovali pomoc při porodu 6 respondentů z každého kraje tři respondenti. Tři respondenti poskytovali TAP dvakrát ze Středočeského kraje jeden respondent a z Jihočeského kraje dva respondenti. Tříkrát neposkytoval pomoc nikdo a čtyřikrát pouze jeden respondent z Jihočeského kraje. Dva respondenti uvádí že, poskytovali TAP 5x a více krát. Respondentka č. 1 z KZOS Středočeského kraje poskytovala TAP celkem šestkrát a respondentka č. 5 z KZOS Středočeského kraje pětkrát. Z rozhovorů bylo zaznamenáno více TAP ve Středočeském kraji než v Jihočeském. Z celkového počtu 27 TAP bylo ve Středočeském kraji 16 TAP a v Jihočeském kraji 11 TAP. Viz tabulka č. 5.

Otázka číslo dvě byla zaměřená na toho, kdo volal na ZOS o pomoc při probíhajícím porodu. Nejčastějšími volajícími byli partneři rodiček a to v počtu 13 volání. Ve Středočeském kraji volalo 6 partnerů a v Jihočeském kraji volalo 7 partnerů. Dalším nejčastějším volajícím byla uvedena matka rodičky. Z celkového počtu 6 volajících matek rodičky jich bylo ve středočeském kraji čtyři a v Jihočeském kraji dvě. Po třech uvedených volajících byly sestry rodiček a kamarádky rodiček. Ve Středočeském kraji volaly dvě sestry rodiček a tři kamarádky rodiček. V Jihočeském kraji volala jedna sestra rodičky a žádná kamarádka rodičky. Nejméně uvedené volající byly sousedky rodiček, v každém kraji byla uvedena jednou.

Otázka číslo tři doplňovala otázku číslo dvě v tom smyslu, jestli dotyčný volající v předchozí otázce dále pokračoval v poskytování pomoci při porodu rodiče, nebo telefon předal někomu jinému. Z celkového počtu zaznamenaných 27 porodů byla téměř ve všech případech poskytnuta pomoc prvním volajícím. Pouze u tří případů byl navigovaným někdo jiný, než ten který volal na ZOS. U respondenta č. 2 z KZOS Jihočeského kraje a respondenta č. 3 z KZOS Jihočeského kraje byl předán partnerem telefon sousedce, která byla schopna poskytnout rodiče první pomoc při probíhajícím porodu. U respondenta č. 2 tomu tak bylo dvakrát.

Čtvrtá otázka zjišťovala, jestli šlo o porod fyziologicky nebo nikoliv. Pouze v jednom případě z celkového počtu 27 porodů šlo o porod koncem pánevním. Tento případ uváděla respondentka č. 5 z KZOS Středočeského kraje. Tyto údaje zahrnuje tabulka č. 8.

Pátá otázka zkoumala, o kolikáté těhotenství se při poskytování TAPu jedná. Z celkového počtu 27 porodů se ukázalo, že o první porod rodičky šlo pouze ve dvou případech. Porod prvorodičky poskytoval respondent č. 6 z KZOS Středočeského kraje a respondent č. 4 z KZOS Jihočeského kraje. V nejpočetnějším zastoupení byly druhorodičky v celkovém počtu 19 žen. U zbylých šesti žen, kterým byl poskytován TAP, šlo o třetí, či čtvrté těhotenství. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 9.

Otázka číslo šest zjišťovala, co bylo nejtěžší při navigaci laika při TAP z pohledu operátora. Žádný operátor neměl problém s navigací laika při TAP. Lidé jsou sice často nervózní, když jde o porod novorozence, ale se zachováním chladné hlavy se situace dá uklidnit. Osvědčenou taktikou jsou klidné, krátké a jasně formulované věty jak uvádí MUDr. Franěk ve svém Manuálu pro dispečery. U většiny případů volající pochopí, co se po něm ze strany operátora chce. U sociálně slabých rodin je však komunikace slabší, jak uvádí respondent č. 5 z KZOS Středočeského kraje. Tato otázka není uvedena v tabulkách (8).

Odpovědi na otázku ohledně jistoty operátora ZOS při poskytování TAP byly jednoznačně kladné. Žádný z respondentů KZOS Středočeského ani Jihočeského kraje neodpověděl, že si byl nejistý postupem při poskytování pomoci při TAP. Tyto údaje zahrnuje tabulka č. 10.

Následující otázka číslo 8 navazuje na otázku předchozí a to číslo 7, jestli si operátoři byli natolik jistí postupem TAP, že nepotřebovali radu od svých kolegů, případně materiálů zpracovaných KZOS. Tato otázka je také zahrnuta v tabulce č 10 tak jako otázka předchozí.

Odpovědi na otázku číslo 9 byly většinou rozsáhlejší, jelikož se jednalo o celý postup TAP v bodech. Často zde zaznělo, že postup je vždy individuální vzhledem tomu, kde se rodička nachází a v jaké fázi je porod. Uvádí to respondenti č. 2 a 5 z KZOS Středočeského kraje a respondenti č. 2 a 4 z KZOS Jihočeského kraje. U respondentů č. 1, 3 a 4 z KZOS Středočeského kraje a u respondentů č. 1 a 3 z KZOS Jihočeského kraje bylo nejdůležitější uklidnit situaci a přimět volající k aplikaci první pomoci u probíhajícího porodu a také uklidnit rodičku. Dále většina respondentů uváděla postup, kdy se hodnotí fáze porodu podle toho, jestli cítí rodička výrazný tlak na konečník, či je už vidět část hlavičky, a následná příprava pomůcek k porodu. Poté navigujeme rodičku, jak si správně při kontrakcích dýchat a tlačit. Po porození zdravého novorozence jej osušíme a zabalíme tak, aby bylo v teple. Postupy operátorů při poskytování pomoci při probíhajícího porodu se shodují s doporučenými postupy při telefonicky asistovaném porodu, které jsou uvedené v časopise Urgentní medicína. Postupy operátorů se ale liší od postupů TAP uvedené v časopise Urgentní medicína u podvazování pupečníku. Většina respondentů vůbec nenavádí na podvázání pupečníku a už vůbec ne k jeho přestřihávání. K podvázání pupečníku navigují pouze u případů, kdy posádka ZZS má delší dojezdový čas. Dokonce MUDr. Franěk uvádí, že pokud je dítě v pořádku není potřeba pupečník podvazovat. Tyto údaje nejsou zahrnuty v tabulkách (28).

Otázka číslo 10 zjišťuje stav novorozence po porodu. Většina respondentů uvedla, že šlo o zdravého novorozence nevyžadující zvláštní péči. Z celkového počtu 27 novorozenců bylo 22 fyziologických novorozenců. Ve čtyřech případech novorozenců byla potřeba taktilní masáž nožiček a hrudníku, a to u respondentů č. 2 a 5 z KZOS Středočeského kraje a u respondenta č. 2 z KZOS Jihočeského kraje. U respondenta č. 5 z KZOS Středočeského kraje tomu tak bylo dokonce dvakrát. Pouze v jednom případě nešlo o fyziologického novorozence. Více je uvedeno v podotázce

10b. Porození mrtvého novorozence nebylo evidováno žádným respondentem. Tyto informace uvádím v tabulce č. 11.

Podotázka otázky č. 10 odpovídá na poskytnutí telefonicky asistované neodkladné resuscitace u novorozence. Poskytnutá TANR u novorozence byla pouze jednou a to u respondenta č. 1 z KZOS střeďočeského kraje. V tomto případě šlo o vícečetné těhotenství, kdy první dítě bylo porozené do záchodové mísy. U tohoto novorozence byla zahájena TANR, kdy postup se téměř shodoval s doporučeným postupem publikovaným MUDr. Vaňatou. Při poskytování KPR matkou rodičky bylo porozené druhé dítě, které bylo fyziologické. KPR novorozence byla úspěšná a dítě nemělo žádné komplikace. Ještě ten den bylo převáženo do Prahy. V ostatních případech byli porození novorozenci, kteří nevyžadovali TANR(28).

Jedenáctá otázka zjišťuje, co je důležité zhodnotit po porodu novorozence. Všichni dotazovaní respondenti odpověděli dýchání či křik dítěte stejně tak jak uvádí MUDr. Vaňata a Růžička v odborném článku časopisu Urgentní medicína. Respondent č. 4 z KZOS Střeďočeského kraje a respondent č. 1 z KZOS Jihočeského kraje ještě dále hodnotí barvu dítěte. Tyto odpovědi nejsou uvedeny v tabulkách (28).

Otázka č. 12 se ptá, zda operátoři ZOS naváděli na podvaz pupečníku a jakým způsobem. Ve většině případů respondenti nenaváděli k podvázání pupečníku. Z celkového počtu 27 porodů nebyl u 23 porodů podvazován pupečník. Podvázání pupečníku proběhlo u 4 porodů. Respondentka č. 2 z KZOS Střeďočeského kraje naváděla k podvázání pupečníku dvakrát a respondenti č. 1 a 6 z KZOS Jihočeského kraje navigovali k podvázání pupečníku jednou. Respondenti č. 1 a 6 z KZOS Jihočeského kraje, kteří navigovali k podvázání pupečníku, nenavigovali k přestřižení pupečníku. Pouze respondentka č. 2 z KZOS střeďočeského kraje navigovala i k přestřižení pupečníku. Postupy operátorů se shodují s postupy odborné literatury. Literatura udává, že podvaz pupečníku není nutný, je-li novorozenec fyziologický. Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 12 (8).

Třináctá otázka je zaměřena na úspěšnost poskytnuté pomoci při TAP. Všichni respondenti na tuto otázku odpovídali kladně. Tato otázka je více rozpracovaná v tabulce č. 13.

Otázka číslo 14 a 15 se týkala dalšího vzdělávání ohledně TAP. Všichni respondenti z obou KZOS odpověděli, že mají pravidelná školení, ve kterých bývá uvedena i první pomoc při probíhajícím porodu. Respondenti z KZOS Středočeského kraje čerpají z vlastní materiálů zpracovaných pro KZOS Kladno. Respondenti z KZOS Jihočeského kraje mohou čerpat při TAP z přepracovaného algoritmu od MUDr. Vaňaty uvedeného v časopise Urgentní medicína (28).

V závěru diskuze bych chtěla říci, že postupy operátorů jsou v souladu s postupy, které uvádí odborná literatura. A přes to že, TAP je emocionálně náročný operátoři ZOS jsou ve svých telefonických pomocích úspěšní (8,28).

## 6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat postup operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované první pomoci u již probíhajícího porodu a porovnat rozdíly mezi Jihočeským a Středočeským krajem. Cíl práce byl splněn.

Teoretická část zahrnuje historii i současnost porodnictví, průběh fyziologického porodu, rizikový či patologický porod, ošetrovatelskou péči při porodu a poskytnutí telefonické pomoci při porodu.

Výzkumná část mé bakalářské práce byla prováděna kvalitativní technikou standardizovaného polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky KZOS Jihočeského kraje a s pracovníky KZOS Středočeského kraje. Rozhovory s dispečery KZOS byly anonymní.

**Cíl práce 1: Zmapovat postup operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované první pomoci u již probíhajícího porodu a porovnat rozdíly mezi Jihočeským a Středočeským krajem?**

Výzkumné otázky byly zaměřeny na postupy operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje při poskytování telefonické asistované pomoci při již probíhajícím porodu, a zda-li jsou jejich postupy při poskytování telefonické asistované pomoci při již probíhajícím porodu v souladu se současnými trendy v porodnictví.

Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že operátoři zdravotnických záchranných služeb jsou dostatečně orientováni v problematice telefonicky asistovaných porodů a resuscitace novorozenců, přestože se jedná o problematiku, se kterou se setkávají jen velmi zřídka. Dokumenty a postupy, které mají zpracované ZOS a jejich následná aplikace na konkrétní případy, je funkční. Jak se totiž ukázalo, ve všech případech se jednalo o postupy, které korespondují se současnými trendy v oblasti porodnictví.

Pro extrémní emocionální komplikovanost situace a malou četnost problematiky telefonicky asistovaných porodů jsem se pokusila o zpracování stručného manuálu pro dispečery ZOS při TAP (příloha 5) a TANR novorozence (příloha č. 6).



## **7 Klíčová slova**

Dispečer

Novorozenec

Operátor

Ošetření novorozence

Porod

Rodička

Resuscitace novorozence

Telefonicky asistovaný porod

Zdravotnické operační středisko

## 8 Seznam použité literatury

1. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008.450s. ISBN 978-80-7254-815-6.
2. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 76s. ISBN 80-247-0099-9
3. ČECH, E. HÁJEK, Z. MARŠÁL, K. SRP, B. a kolektiv. *Pordnictví*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 546s. ISBN 80-247-1313-9
4. *Česká resuscitační rada* [oline]. [cit 2014-2-15] Dostupné z: <<http://www.resuscitace.cz/>>
5. ČEPICKÝ, P. KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: Karolium, 2003. 174s. ISBN 80-246-0677-1
6. DOBIÁŠ, V. a kolektiv. *Přednemocničná urgentná medicína*. 1.vyd. Martine: Osveta, 2007. 381s. ISBN 978-80-8063-255-7
7. EROLVA, F., MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2.vyd. Brno: 2004. 368 s. ISBN 57-855-03
8. FRANĚK, O. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 2. doplněné vydání. Brno : Computer Press 2010. 230 s. ISBN 978-80-254-5910-2
9. HÁJEK, Z. a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 444s. ISBN 80-247-0418-8
10. KELNAROVÁ, J. *První pomoc I*. 2.vyd. Praha: Grada, 2012, 100s. ISBN 978-80-247-4199-4
11. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN 80-7262-31-5X
12. LEIF, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988s. ISBN 80-247
13. MACHŮ F., ČECH, E. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Informatorium 2002, 143s. ISBN 80-86073-92-0
14. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Emimet, 2002. 264s. ISBN 80-7281-090-1,

15. MARILYNN E. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 7. vyd. Praha: Grada 2001. ISBN 80-247-0242-8
16. MĚCHUROVÁ, A. *Předčasný odtok plodové vody*, časopis Moderní babičství, 2004. str. 30-33. ISSN1214-5572
17. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 543 s. ISBN 80-726 2259-5
18. POKORNÝ, J., BYDŽOVSKÝ, . *Lékařská první pomoc*. 2. dopl a přeprac. vyd. Praha: Galén 2010, 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8
19. PROKOP, M. a kolektiv. *Resuscitace novorozence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 56 s. ISBN 80-247-0535-4
20. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408s. ISBN 978-80-247-1941-2
21. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 179s. ISBN 80-7013-255-8
22. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Intenzivní péče na porodním sále*.
23. REMEŠ, R. TRNOVSKÁ, S. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5
24. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 220s. ISBN 978-80-247-2270-2
25. ŠEBLOVÁ, J. KNOR, J. a kolektiv. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 400s. ISBN 978-80-247-4434-6
26. ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní asistentkou krok za krokem: Praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vyd. Praha: Agro, 2010, SBN-13: 978-80-257-0324-3
27. ŠTROMEROVÁ, Z. *Péče porodní asistentky o těhotnou a rodící ženu v prostředí mimo porodnici: Rychlý rádce*. Brožura. Praha: 2008. Dostupná z: <http://www.pdcap.cz/Images/Brozury/BrozuraPA.pdf>

28. VAŇATA, T., RŮŽIČKA, J., *Telefonicky asistovaný porod*, časopis Urgentní medicína, 2011, č.4, str. 21-23, ISSN 1212 – 1924
29. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 199s. ISBN 978-80-244-1764-6
30. Vyhláška číslo 99/2012 sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
31. Vyhláška číslo 240/2012 sb. o provedení zákona o zdravotnické záchranné službě.
32. Zákon číslo 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
33. Zákon číslo 372/2011 sb. o zdravotních službách.
34. *Zdravotnická záchranná služba jihočeského kraje* [online]. c2011, [cit. 2014-2-15] Dostupné z: <<http://www.zzsck.cz/cinnost/krajske-zdravotnicke-operacni-stredisko/>>
35. *Zdravotnická záchranná služba středočeského kraje* [online]. c2013, [cit. 2014-2-15] Dostupné z: <<http://www.zachranka.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko>>
36. ZWINGER, A. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 532s. ISBN 80-7262-257-9

## **9 Přílohy**

***Příloha 1*** - podklad pro rozhovor

***Příloha 2*** - algoritmus telefonicky asistovaného porodu

***Příloha 3*** - apgar score

***Příloha 4*** - techniky srdeční masáže

***Příloha 5*** – manuál pro dispečery ZOS – TAP

***Příloha 6*** – manuál pro dispečery ZOS – TANR novorozence

## **Příloha 1:**

### **Podklad pro rozhovor**

Pohlaví:

Věk:

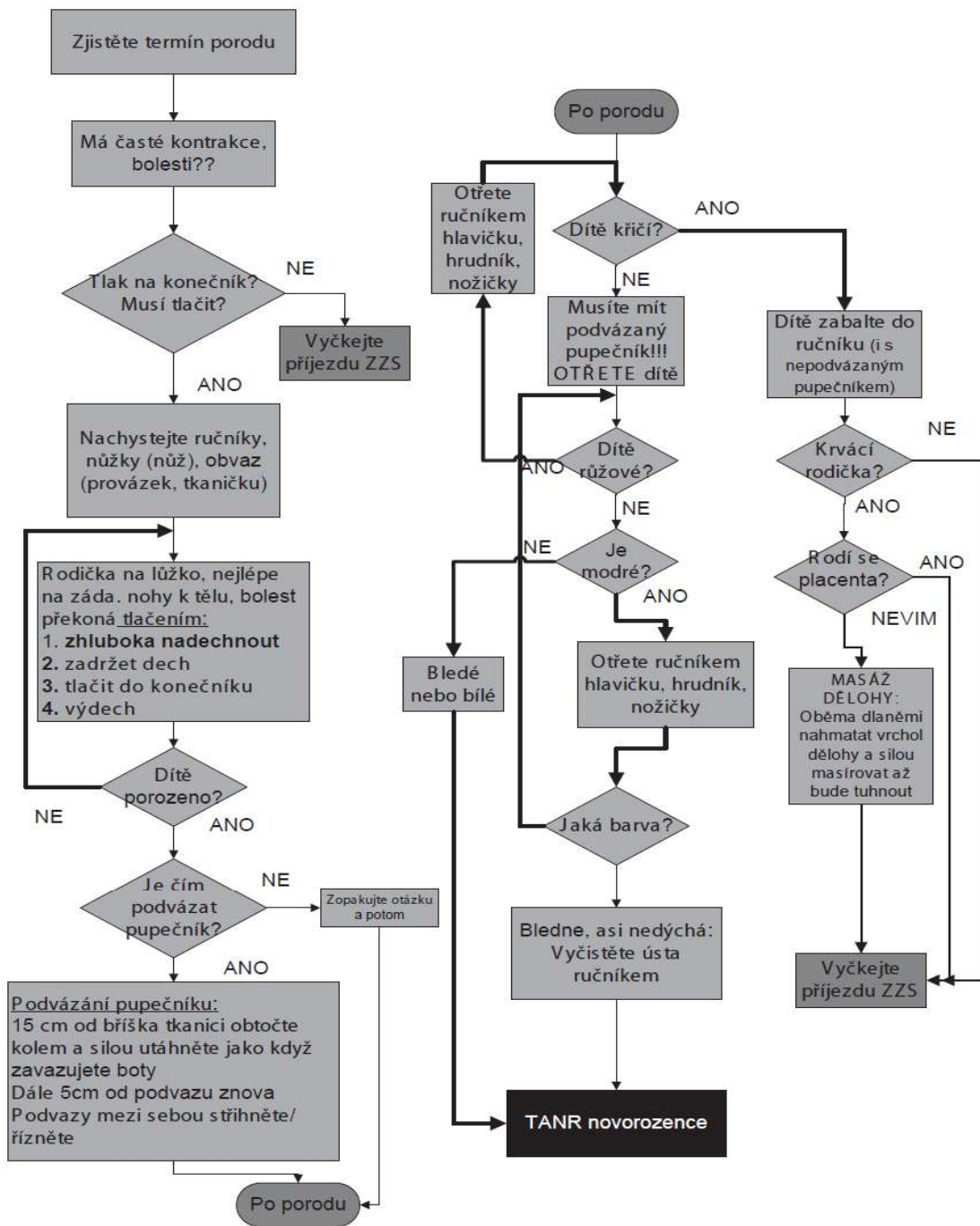
Délka praxe na ZOS:

Dosažené vzdělání:

### **Otázky k dané problematice:**

1. Kolikrát jste poskytoval/a TAP?
2. Kdo nejčastěji volal o pomoc?
3. Koho jste navigoval/a při TAP? Byly s tím potíže pochopit co se po nich chce?
4. Šlo o fyziologický porod?
5. O kolikátý šlo porod rodičky?
6. Co při navigaci laika při TAP bylo nejtěžší?
7. Byl/a jste si jista postupem poskytovaným při TAP?
8. Nepotřeboval/a jste poradit?
9. Popište svůj postup TAP v bodech
- 10a. Šlo o porod zdravého novorozence?
- 10b. Poskytovala jste TANR novorozence? (pouze při negativní odpovědi na otázku 10a)
11. Co bylo důležité zjistit po porodu novorozence?
12. Jak jste navedl/a k podvázání pupečníku?
13. Byla Vaše poskytnutá telefonická pomoc u probíhajícího porodu úspěšná?
14. Z jakých materiálů čerpáte při poskytování TAP?
15. Máte pravidelná školení o postupech při poskytování telefonické pomoci?

## Příloha 2:



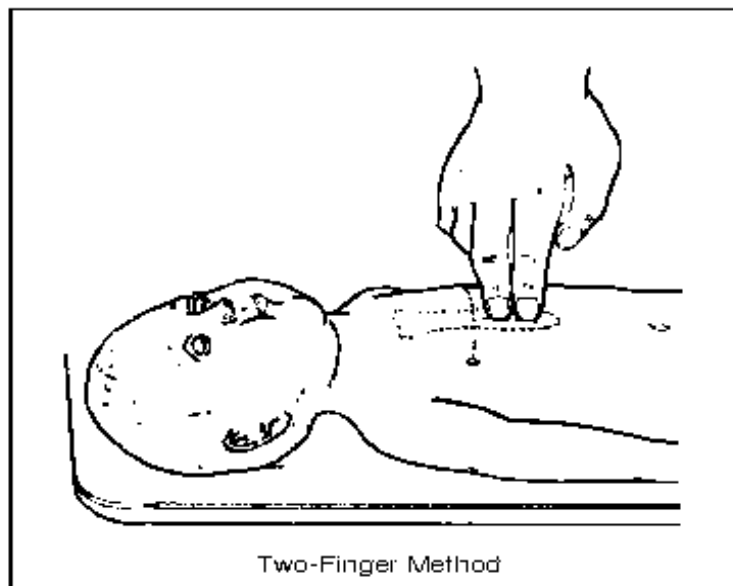
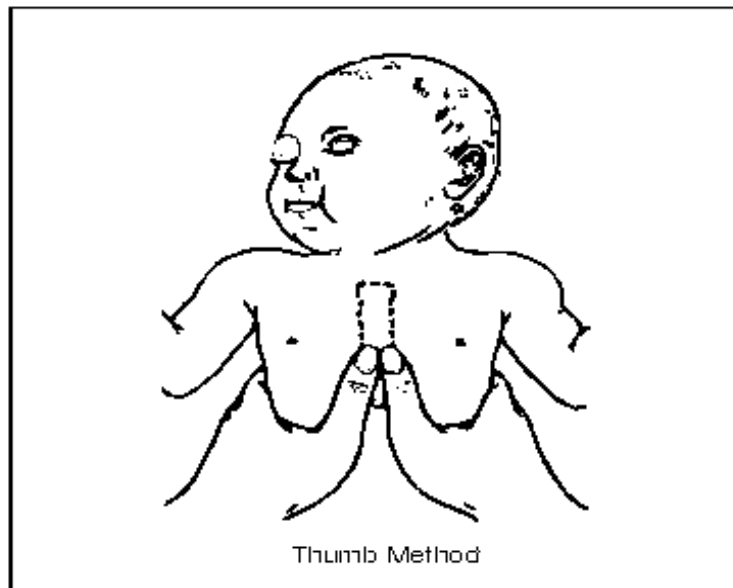
TAP – telefonicky asistovaný porod – algoritmus

**Příloha 3:**

<b>APGAR SCORE</b>	<b>BODY</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>SRDEČNÍ AKCE</b>	CHYBÍ	< 100 MIN.	> 100 MIN.
<b>DÝCHÁNÍ</b>	CHYBÍ	NEPRAVIDELNÉ	DOBŘE, KŘÍK
<b>SVALOVÝ TONUS</b>	OCHABLÝ	MÍRNÝ, POHYB KONČETIN	DOBŘÝ, AKTIVNÍ POHYB
<b>BARVA KŮŽE</b>	BÍLÁ	CIANOTICKÁ	PERIFERNÍ CYANÓZA, RŮŽOVÁ
<b>REAKCE NA ODSÁTÍ, GRIMASOVÁNÍ</b>	CHYBÍ	GRIMASA	KAŠEL, KÝCHÁNÍ



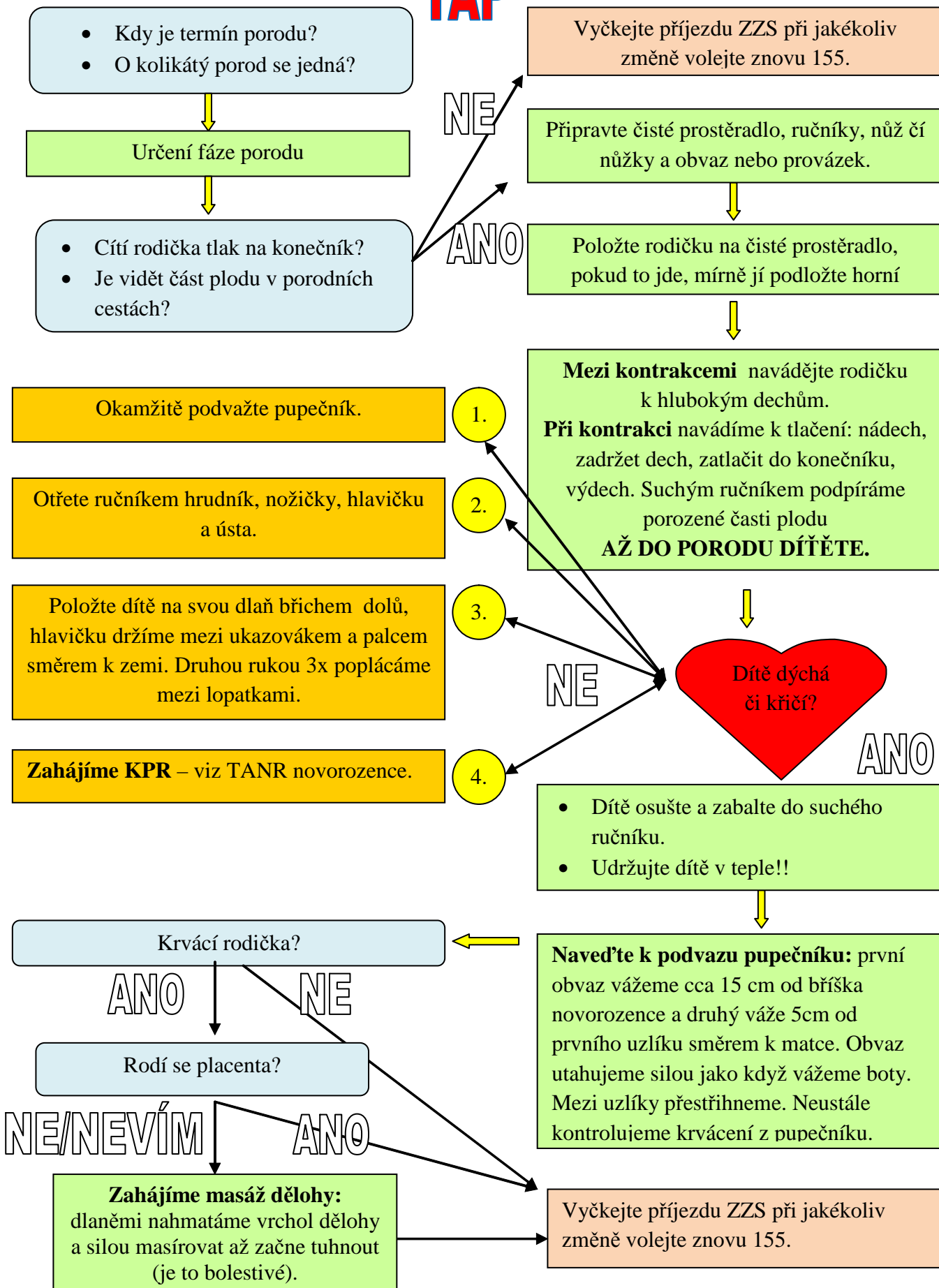
**Příloha 4:**



Reproduced with permission.  
© Textbook of Neonatal Resuscitation, 1987, 1990  
Copyright American Heart Association

**Příloha 5:**

**TAP**



# TANR novorozence

