



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Porod v přednemocniční péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Sára Zelinková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, PhD.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Porod v přednemocniční péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2022

.....

Sára Zelinková

Poděkování

Poděkování patří především paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce. Paní doktorce jsem vděčná za její trpělivost, vlídný přístup a čas, který mi věnovala a také velice přínosné a cenné rady při psaní bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla také informantům a informantkám z řad zdravotnických záchranářů, kteří byli ochotní podělit se o své zkušenosti a názory v oblasti porodnictví. Poděkování patří i mé rodině a partnerovi za podporu a trpělivost nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Porod v přednemocniční péči

Abstrakt

V bakalářské práci se zabýváme tématem porodu v přednemocniční péči.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá čtyřmi hlavními tématy, mezi něž patří jednotlivé doby porodní, zhodnocení novorozence pomocí APGAR skóre, vybrané komplikace při porodu a vedení porodu v přednemocniční péči. Do tématu vedení porodu v přednemocniční péči spadá rozhodování o transportu při hrozícím porodu, vedení porodu v přednemocniční péči, resuscitace novorozence a resuscitace těhotné ženy.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají vedení porodu mimo nemocniční zařízení. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou zdravotničtí záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením provedeným formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 12 zdravotnických záchranářů z Jihočeského a Plzeňského kraje, kteří se již setkali s porodem mimo zdravotnické zařízení. Výzkum byl uskutečněn od ledna do března roku 2022 a účast v něm byla zcela dobrovolná. Získaná data byla následně analyzována, kódována a rozdělena do kategorií a podkategorií.

Ve výzkumné části byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka zjišťovala, jak zdravotničtí záchranáři vnímají vedení porodu v přednemocniční péči. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že kromě informantů I5 a I6 jsou všichni ostatní dotazovaní při výjezdu k porodu nervózní, protože vedení porodu pro ně není rutinní činnost a jsou si vědomi možných komplikací. Druhá otázka se zabývala přípravou zdravotnických záchranářů na vedení porodu. Z výzkumu vyplynulo, že ve způsobu, obsahu i četnosti školení jsou mezi Jihočeským a Plzeňským krajem značné rozdíly a že velká část záchranářů by ocenila kratší interval mezi školeními a někteří by uvítali i možnost praxe na porodním sále.

Z výsledků šetření mimo jiné vyplynul téměř shodný názor záchranářů na domácí porody. Většina dotazovaných uvedla, že domácí porody neschvalují a že si rodičky

pravděpodobně neuvědomují jednak možné komplikace, jež mohou nastat, jednak to, jak velké riziko zde hrozí.

Tato práce upozorňuje na možnosti zlepšení vzdělávání a jejich realizaci. Informanti kladli důraz na častější školení v této problematice a za přínos by považovali praxe na porodním sále.

Výsledky práce mohou být využity k prezentaci na konferencích a k seznámení vedoucích pracovníků a školitelů s názory zdravotnických záchranářů.

Klíčová slova

Porod; komplikace porodu; novorozenec; porod mimo zdravotnické zařízení; resuscitace novorozence; APGAR skóre; žena

Childbirth in pre-hospital care

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of childbirth in pre-hospital care.

The bachelor thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is dedicated to four main topics - individual periods of childbirth, evaluation of a newborn with APGAR score, selected complications during childbirth and its guidance. Under the umbrella term of childbirth in pre-hospital care belong making decisions about transport during imminent childbirth, guidance of the said condition in pre-hospital care and resuscitation of a newborn and a pregnant woman.

Two goals were given for this bachelor thesis. The first goal was to find out how paramedics perceive the guidance of childbirth outside hospital facilities. The second goal was to research how paramedics are prepared for the guidance of the condition mentioned above.

The empirical part of the bachelor thesis has been done by a qualitative research survey in the form of a semi-structured interview. The research file consisted of 12 paramedics from the South Bohemian Region and the Pilsen Region, who had already been present during a childbirth outside a hospital facility. The research was going on from January to March 2022 and the participation was completely voluntary. The acquired data was then analysed, coded and divided into categories and subcategories.

In the research part two research questions were stated. The first question was supposed to find out how paramedics perceive the guidance of a childbirth in prehospital care. The research results showed that every questioned paramedic, except interviewed paramedics I5 and I6, is nervous when going to a prehospital childbirth. The nervousity is caused by the knowledge of possible complications. The second question was about the preparation of paramedics for childbirth guidance. The results of the research showed that there are big differences in the way, frequency and content of the medical training. Many paramedics would like to have a shorter interval between trainings and some would appreciate an opportunity to practice in the delivery rooms.

From the research results it is clear that many paramedics do not agree with home deliveries because of many possible complications and risks.

This bachelor thesis highlights the options of improvement of the education of paramedics and its realisation. The interviewed paramedics emphasised more frequent trainings of childbirth and participating in practices in delivery rooms.

The results of this bachelor thesis could be presented in conferences and could be used to present the opinions of paramedics to their trainers and chief medical officers.

Key Words

Childbirth; Complications of the Childbirth; Newborn; Delivery Outside a Hospital Facility; Resuscitation of a Newborn; APGAR Score; Woman

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	8
1.1 Porod	8
1.1.1 První doba porodní.....	8
1.1.2 Druhá doba porodní	10
1.1.3 Třetí doba porodní	11
1.1.4 Doba poporodní	13
1.1.5 APGAR skóre	13
1.1.6 Vybrané porodní komplikace.....	13
1.1.7 Porod v přednemocniční péči	15
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3 Metodika.....	24
3.1 Metodika a technika výzkumu	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24
4 Výsledky výzkumného šetření	25
4.1 Identifikační údaje informantů.....	25
4.2 Zpracování rozhovorů se zdravotnickými záchranáři	27
5 Diskuse	40
6 Závěr.....	47
7 Zdroje	49
8 Seznam tabulek.....	54
9 Přílohy	55
10 Seznam zkratk	65

Úvod

V rámci své praxe mohou zdravotničtí záchranáři odvádět porody mimo nemocniční zařízení. Tato situace vzbuzuje ve většině záchranářů obavy, zejména z důvodu možných komplikací, pro jejichž řešení má záchranná služba pouze omezené možnosti. Další nevýhodou řešení porodu mimo nemocnici je nedostatek místa ve voze záchranné služby, pokud probíhá porod v něm, nebo možné nevyhovující podmínky v místě porodu. Obecně je pro záchranáře péče o děti mnohdy psychicky náročnější než o dospělé, a pokud jde o novorozence, platí to dvojnásob.

Zdravotnický záchranář musí během porodu komunikovat s rodičkou, uklidňovat ji a zároveň sám zachovat klid. Musí postupovat podle doporučených postupů a umět okamžitě zareagovat na nově vzniklé situace.

Jako téma bakalářské práce jsme zvolili porod v přednemocniční péči, protože nás zajímal nejen názor zdravotnických záchranářů na tuto problematiku, ale i jejich zkušenosti. Dále jsme chtěli zjistit, jak probíhá školení porodů a jestli je záchranáři považují za dostačující. Dle našeho názoru by zpětná vazba o případných nedostatecích školení mohla vést k jeho zkvalitnění a tím ke zvýšení sebejistoty záchranářů při vedení porodu v přednemocniční péči.

1 Současný stav

1.1 Porod

Porodem je nazýváno každé ukončení těhotenství narozením živého, nebo mrtvého novorozence s porodní hmotností nad 500 gramů (Binder et al., 2011).

O narození živého dítěte se jedná tehdy, když novorozenec po porodu projevuje alespoň jednu ze známek života (Srp, 2014). Mezi tyto známky patří dýchání, srdeční činnost, aktivní pohyb svalstva a pulzace pupečníku (Roztočil, 2020a).

Mrtvě narozený plod je plod neprojevující známky života, jehož porodní hmotnost činí 500 a více gramů (Srp, 2014).

Pokud plod po vypuzení z matčina těla neprojevuje žádné známky života a váží méně než 500 gramů, označuje se takové ukončení těhotenství jako potrat. O potrat se jedná také v případě, kdy je trvání těhotenství kratší než 22 týdnů (zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Podle Bindera et al. (2011) vlastní porod dělíme na tři doby porodní a to na dobu otevírací, dobu vypuzovací a dobu k lůžku. Po třetí době porodní následuje období poporodní.

1.1.1 První doba porodní

První dobu porodní nazýváme také dobou otevírací (Kelnarová et al., 2013). Začátek první doby porodní se pojí se zahájením pravidelné děložní činnosti vedoucí k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a porodnické branky (Binder, 2011; Srp, 2014). Doba otevírací je dělena na tři fáze, jež se nazývají latentní, aktivní a přechodná, a je zakončena úplnou dilatací hrdla děložního (Bubeníková et al., 2020).

Během latentní fáze dochází k přeměně děložního hrdla na porodnickou branku, stahy dělohy jsou krátké a slabé a přicházejí po 15 až 20 minutách (Bubeníková, 2020; Wilhelmová et al., 2021). Do této fáze by nemělo být zbytečně zasahováno a je důležité, aby se žena cítila v bezpečí a byly uspokojeny její základní potřeby (Wilhelmová et al., 2021).

V aktivní fázi trvají děložní stahy delší dobu, jsou silnější a vracejí se v intervalech po 3 až 5 minutách (Bubeníková et al., 2020). Tato fáze začíná, když je porodnická branka

roztažena na pět centimetrů (WHO recommendations, 2018). Často v tomto období také odteče plodová voda (Wilhelmová et al., 2021).

V přechodné fázi jsou kontrakce dlouhé kolem 90 vteřin a vracejí se po 2 až 3 minutách (Bubeníková et al., 2020). Rodičky mohou mít v této fázi nauzeu až zvracení, nekontrolovatelný třes, mohou zrudnout v obličejí a cítit horkost. Tyto příznaky bývají způsobeny emočním vypětím, vysílením či sníženou hladinou cukru v krvi. Přechodná fáze končí zánikem porodnické branky (Wilhelmová et al., 2021).

Ve všech fázích první doby porodní probíhají kontrakce děložní svaloviny projevující se jako pravidelné bolesti křečovitého typu (Kelnarová et al., 2013). Názory na trvání děložních stahů ke konci doby otevírací jsou různé. Podle Bindera et al. (2011) se interval kontrakcí pohybuje kolem pěti minut, oproti tomu Roztočil (2020a) uvádí interval 1 až 2 minut a Bubeníková et al. (2020) 2 až 3 minuty, jak již bylo uvedeno.

K dilataci děložního hrdla dochází u prvorodiček a vícerodiček odlišně. U nulipar dochází k otevírání děložního hrdla směrem od vnitřní branky k zevní brance a k uvolnění hlenové zátky (Srp, 2014). Děložní čípek se postupně zkracuje, tím se vnitřní branka se posouvá k brance zevní, až dojde k jejich splynutí a ke vzniku porodnické branky (Binder et al., 2011). Branka se postupně rozšiřuje, až zajde úplně (Roztočil, 2020a). Časový údaj trvání první doby porodní se u jednotlivých autorů liší. Srp (2014) uvádí průměrně 6 až 7 hodin, zatímco Binder et al. (2011) hovoří o průměrném čase 7 až 12 hodin.

U multipar zevní branka děložního hrdla zeje, protože došlo k narušení její svaloviny v průběhu předchozích porodů. Na rozdíl od prvorodiček zde dochází k souběžnému rozšiřování vnitřní branky a rozevírání děložního hrdla. Ani v trvání této doby porodní se však autoři neshodují. Podle Srpa (2014) trvá u vícerodiček 3 až 4 hodiny, Binder et al. (2011) ale udává časový údaj 4 až 8 hodin.

Při vedení první doby porodní se pozornost soustředí na stav rodičky, a to jak po psychické, tak po tělesné stránce, dále na funkci fetoplacentární jednotky a na správný postup plodu porodními cestami (Roztočil, 2020b). Rodička by měla mít možnost volně se pohybovat, využít sprchu, vanu, žíněnku nebo míč, aby mohla při kontrakcích zaujmout pro ni co nejkomfortnější pozici (Binder et al., 2011).

Během doby otevírací porodník sleduje hlavně kontrakce dělohy a srdeční ozvy plodu, které jsou u fyziologického plodu monitorovány kardiokograficky každých 15 minut, dále postup nálezů na děložním hrdle pomocí vaginálního vyšetření, případné krvácení z rodidel, vyprazdňování, teplotu a fyziologické funkce (Bubeníková et al., 2020; Roztočil, 2020b). Pokud v průběhu první doby porodní nedojde k samovolnému odtoku plodové vody, provádí se dirupce vaku blan (Binder et al., 2011). Odtoklá plodová voda by měla být čirá nebo mléčně zakalená. Jestliže je zelená, případně zelenohnědá a zakalená smolkou, znamená to, že došlo k hypoxii plodu (Bubeníková et al., 2020). Po odtoku plodové vody je nutné provést vaginální vyšetření pacientky, aby byl odhalen případný prolaps pupečníku (Slezáková et al., 2017).

1.1.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní, jinak také doba vypuzovací, začíná zaniknutím branky a je zakončena vypuzením plodu (Roztočil, 2020a). Během této fáze porodu dochází k průchodu plodu tvrdými a měkkými porodními cestami (Srp, 2014).

Tato doba se dělí na pasivní a aktivní fázi (Wilhelmová et al., 2021). Ve fázi pasivní je již plně rozevřena porodnická branka, ale naléhající část plodu ještě není natočena do správné polohy. V jejím průběhu hlavička sestupuje a otáčí se. V aktivní fázi je již hlavička dorotována, naléhá na pánevní dno a žena pociťuje potřebu tlačit (Kašová a Janoušková, 2020a).

V této fázi porodu zapojuje rodička břišní lis, který koordinuje spolu s dýcháním během kontrakcí (Roztočil, 2020a). Plod prochází porodními cestami pomocí porodního mechanismu, který představuje sérii pohybů, jimiž se plod přizpůsobuje tvaru porodních cest (Slezáková et al., 2017). Nejprve nastává flexe hlavičky při vstupu do pánevního vchodu, následuje postup hlavičky skrz pánevní šíři do pánevní úžiny a rotace hlavičky, jež se následně prořezává poševním vchodem. Po hlavičce prostupují porodními cestami raménka (Srp, 2014; Slezáková et al., 2017).

Jakmile je porozena hlavička, následuje porod ramének (Srp, 2014). Hlavičku lehce zatlačíme směrem dolů a tím se pod symfýzou porodí přední raménko přibližně k úponu deltového svalu (Roztočil, 2017a). Trup rotuje kolem hypomochlionu (opěrného místa) a přes hráz se porodí raménko zadní (Srp, 2014). Pro porod trupu plodu se neuplatňuje žádný zvláštní mechanismus (Slezáková et al., 2017).

Druhá doba porodní trvá u nulipary průměrně kolem 15 až 20 minut, u multipary 5 až 10 minut a je zakončena porodem (Srp, 2014). Podle Roztočila (2017a) by nemělo trvání doby vypuzovací přesáhnout jednu hodinu, podle doporučení WHO (2018) však může trvat u prvorodiček až tři hodiny a u vícerodiček do dvou hodin.

V době vypuzovací rodička v průběhu kontrakce zapojuje břišní lis tak, že se nadechne, zadrží dech, zavře oči a ústa a zatlačí jako na stoličce (Roztočil, 2020b). Mezi kontrakcemi je rodička instruována k odpočinku (Slezáková et al., 2017). Když hlavička v průběhu kontrakce nezajíždí zpět do pochvy, je důležité začít chránit hráz (Roztočil, 2020b). Nedominantní rukou je přidržována porozená část hlavičky a tím je bráněno jejímu příliš rychlému prořezání (Slezáková et al., 2017). Dominantní rukou je pomocí sterilní roušky ochraňována hráz před poškozením (Roztočil, 2020b). V případě hrozící ruptury perinea přistoupí porodník k epiziotomii (Srp, 2014). Po porození hlavičky a její zevní rotaci porodník skloní hlavičku směrem k podložce, aby usnadnil porod předního raménka a následně směrem vzhůru, aby porodil také raménko zadní (Slezáková et al., 2017). Porození zbývajících částí tělínka novorozence probíhá již velmi snadno (Srp, 2014).

Porodník zaznamená čas porodu, novorozence pokládá na břicho matky v rámci formování vztahu mezi matkou a dítětem neboli bondingu, zakryje jej a vyčkává na dotepání pupečníku (Slezáková et al., 2017). Roztočil (2020b) doporučuje před přestřižením pupečníku minutu počkat a následně provést milking, což je manuální stlačení pupečníku a vytlačení jeho obsahu směrem k dítěti, aby získalo co nejvíce placentární krve. Oproti tomu nová doporučení Evropské resuscitační rady uvádějí, že se má odložit podvaz pupečníku i o více než minutu, ale milking provést výhradně u novorozenců, u kterých není možné podvázání pupečníku odložit (Truhlář et al., 2021). Pupečník se přestřihuje mezi dvěma peány nebo svorkami, dítě je předáno do péče dětské sestře a za přítomnosti jednoho z rodičů označeno identifikačním náramkem. Pokud je vše v pořádku, je vhodné dítě co nejdříve položit zpět na hrudník matky (Slezáková et al., 2017).

1.1.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní, jinak také porod lůžka a plodových blan či doba k lůžku, je obdobím po porodu novorozence, během kterého dochází k porodu placenty, pupečníku,

plodových obalů a retroplacentárního hematomu a ke stažení děložní svaloviny (Srp, 2014; Roztočil, 2020a).

Mezi známky odloučení placenty patří Schröderovo znamení (změna tvaru dělohy z lukovité na protáhlý, změna uložení z centrálního na dextroverzi a přesunutí horního okraje z oblasti pupku mírně nad něj), Ahlfeldovo znamení (posunutí peánu připevněného na pupečníku těsně u rodidel směrem pryč při odloučení placenty), Küstnerovo znamení (tlak malíkové hrany nad symfýzou, což při neodloučené placentě způsobí zatažení pupečníku do rodidel, při odloučené naopak jeho posunutí směrem ven), Strassmanovo znamení (přenos vlny vzniklé poklepem z dělohy na pupečník) (Wilhelmová et al., 2021).

Existují tři základní mechanismy odloučení placenty. Prvním je Baudelocque-Schlutzův mechanismus, při němž se jako první začne odlučovat střední část placenty a ta se následně rodí stočená (Kašová a Janoušková, 2020b; Wilhelmová et al., 2021). Při tomto způsobu dochází pouze k drobným krevním ztrátám (Wilhelmová et al., 2021). Druhým je Duncanův mechanismus, při kterém se placenta odlučuje okrajem (Kašová a Janoušková, 2020b). Při něm bývá krevní ztráta výraznější (Wilhelmová et al., 2021). Třetím je Gessnerův mechanismus, jenž je kombinací předchozích dvou. Placenta se při něm odlučuje krajem, ale rodí se zavnutá (Kašová a Janoušková, 2020b).

Třetí doba porodní při aktivním vedení spočívajícím v podání nitrožilních uterotonik (methylergometrin, oxytocin) trvá 5 až 10 minut (Srp, 2014; Slezáková et al., 2017). Uterotonika urychlují odloučení a porození placenty a snižují krvácení z uterinních cév zvýšením kontrakcí dělohy (Roztočil, 2020b). Odloučenou placentu vytlačí rodička sama, v konečné fázi porodu placenty může porodník pomoci mírným tlakem na děložní fundus (Slezáková et al., 2017). Když se porodí placenta, rodí se plodové obaly, k jejichž vybavení se používá Jacobsonův hmat spočívající v bimanuálním uchopení placenty, otáčení a současném šetrném tahu směrem ven (Roztočil, 2020b). Tímto způsobem jsou blány porozeny a následuje kontrola celistvosti placenty a pupečníku, kontrola porodních cest a ošetření případných poranění (Slezáková et al., 2017).

1.1.4 Doba poporodní

Dle Slezákové et al. (2017) a Bindera et al. (2011) se jedná o dvě hodiny po porození placenty, ve kterých je rodička nejvíce ohrožena krvácením. Jiný názor zastává Roztočil (2020a), který ve své knize uvádí, že se jedná o tři hodiny. Tři hodiny jsou podle něj čas potřebný k dobré trombotizaci uterinních cév.

V tomto období jsou ošetřena porodní poranění, sledovány vitální funkce po 30 minutách, dále je kontrolováno případné krvácení, výška horního okraje dělohy a její tuhost a pevnost (Kašová a Janoušková, 2020b).

1.1.5 APGAR skóre

APGAR skóre představuje hodnotící škálu vytvořenou doktorkou Virginií Apgarovou v 60. letech 20. století (Spitzer, 2013). Užívá se v období po porodu novorozence k posouzení jeho klinického stavu a poporodní adaptace (Arora, 2020). APGAR skóre se určuje v první a páté minutě života dítěte (Spitzer, 2013). Hodnotí se srdeční akce, dechová frekvence, svalový tonus, barva pleti a reakce na podráždění, v každé kategorii novorozenec dostává 0 až 2 body (Arora, 2020). Dle Spitzera (2013) je dítě v dobrém stavu, pokud dosahuje APGAR skóre 7 a více bodů, pokud má 4 až 7 bodů, mělo by být pod zvýšeným dohledem a v případě, že je hodnoceno 3 a méně body, většinou je nutný zásah zdravotnického personálu.

Zdravotnická záchranná služba podle nových doporučených postupů Evropské resuscitační rady ale provádí standardně pouze zhodnocení svalového tonu, dostatečnosti dýchání, srdeční frekvence a případně barvy kůže novorozence. Ta se ovšem hodnotí pouze u novorozence s nízkým tlakem, nedostatečným dýcháním nebo bradykardií či apnoí (Truhlář et al., 2021).

1.1.6 Vybrané porodní komplikace

Těhotenství a porod se řadí mezi základní fyziologické procesy, jež jsou ale v jisté míře zatěžkány rizikem vzniku komplikací, které mohou ohrozit zdraví a život matky a dítěte (Štembera, 2014). Z velkého množství možných komplikací byly pro účely této práce vybrány pouze dystokie ramének, prolaps pupečníku, embolie plodovou vodou a peripartální život ohrožující krvácení.

Dystokie ramének je akutním stavem ve druhé době porodní, kdy se po standardním porodu hlavičky zaklíní přední raménko za horní okraj stydké spony (Roztočil, 2020d). Bývá přítomné tzv. „želví znamení“, při němž částečně porozená hlavička zajíždí zpět do porodních cest (Roztočil, 2017b). Dystokie ramének může mít velmi závažné následky, jako je hypoxické poškození mozku dítěte, fraktura klíční kosti, poranění brachiálního plexu nebo poranění měkkých tkání porodních cest matky (Snyder, 2013).

Jako řešení dystokie ramének je uváděn například McRobertsův manévr, kdy si rodička přitáhne kolena k hrudníku, čímž se rozšíří pánevní vchod a usnadní průchod raménka (Roztočil, 2020d). Snyder (2013) uvádí manévr, při němž je k uvolnění raménka využíván suprapubický tlak. Další možností je „manévr Gaskinové“, při kterém je rodička polohována na všechny čtyři končetiny a je využíváno působení gravitace na plod (Křepelka et al., 2016).

Další komplikací je *prolaps pupečnicku*. Dochází k němu v důsledku odtoku plodové vody, která pupečník strhne do porodních cest (Vaňatka, 2018). Důsledkem je útlak naléhající částí plodu, který může vést k velmi vážným následkům, od bradykardie přes asfyxii až po smrt plodu (Vlk, 2019). V rámci první pomoci je snaha o uvolnění tlaku na pupečník pomocí manuálního odtlačení plodu směrem zpět do dělohy. Toto nadzvednutí plodu je nutné udržet až do provedení akutního císařského řezu (Roztočil, 2020c). Pomoci může také Trendelenburgova poloha nebo napuštění 500 mililitrů fyziologického roztoku do močového měchýře pomocí Foleyova katétru (Vlk, 2019).

Při *embolii plodovou vodou* dochází k proniknutí plodové vody, fetálních buněk, vlasů plodu nebo mekonie do krevního oběhu matky, což má za následek zablokování plicního řečiště, vznik pulmonální hypertenze a následné selhání oběhového systému (Klozová, 2014; Vlk, 2019). Látky s antigenní výbavou plodu také vyvolávají silnou alergickou reakci organismu, kvůli které dochází k rozvoji distributivního šoku, proto je v současné době embolie plodovou vodou nazývána také jako anafylaktoidní těhotenský syndrom (Klozová, 2014; Matlák, 2021). Aby se jednalo o embolii plodovou vodou, musí být podle Bindera et al. (2011) splněna čtyři kritéria a to akutní hypotenze nebo srdeční zástava, akutní hypoxie, koagulopatie nebo jinak nevysvětlitelné závažné krvácení a manifestace všech těchto projevů během porodu nebo do 30 minut po něm. První pomoc dle Vlka (2019) spočívá v udržení průchodnosti dýchacích cest, podávání

kyslíku, sledování fyziologických funkcí, zajištění dvou žilních vstupů a medikamentózní podpoře kardiovaskulárního systému. Klozová (2014) uvádí, že pokud ještě nedošlo k vypuzení plodu, je nutné přistoupit k okamžitému ukončení těhotenství. Velmi důležitá je také léčba diseminované intravaskulární koagulopatie (Vlk, 2019).

Peripartální život ohrožující krvácení (PŽOK) je krvácení související s těhotenstvím a porodem, při kterém dochází ke krevní ztrátě nad 1500 mililitrů nebo k takové krevní ztrátě, při níž se objeví příznaky hemoragického šoku (Hanáková, 2021). Dle Bindera a Roztočila (2020) může být PŽOK definováno několika způsoby, a to buď jako ztráta jednoho celého objemu cévního řečiště během 24 hodin, nebo jako ztráta 50 % cirkulujícího objemu krve v průběhu tří hodin, anebo jako krvácení narůstající rychlostí 150 ml/ min.

Pokud krvácení nastane před porodem nebo v jeho průběhu, příčinou může být vcestné lůžko v oblasti cervixu (placenta praevia), předčasné odloučení lůžka (abrupte placenty) nebo ruptura dělohy (Remeš et al., 2013). Tato krvácení jsou podle Bindera a Roztočila (2020) označována jako antepartální.

Krvácení vzniklé po vypuzení novorozence se nazývá postpartální (Remeš et al., 2013). Mezi hlavní příčiny patří poruchy děložního tonu, tedy hypotonie a atonie dělohy, porodní poranění, poruchy tkání a hematologické poruchy (Vaňatka, 2018). Může však být způsobeno také porodními traumaty. Mezi ně patří například ruptury perinea, pochvy, cervixu nebo dělohy (Binder a Roztočil, 2020).

Krvácení začíná náhle a bývá silné, hrozí rozvoj hemoragického šoku a existuje riziko krevních ztrát do malé pánve a retroperitonea, které je těžké diagnostikovat (Remeš et al., 2013).

V případě masivního antepartálního krvácení se provádí okamžité ukončení těhotenství císařským řezem bez ohledu na vitalitu plodu (Binder, Roztočil, 2020). Záchrana života rodičky má přednost před záchranou života plodu (Remeš et al., 2013).

1.1.7 Porod v přednemocniční péči

Zdravotnická záchraná služba se setkává s porody mimo zdravotnické zařízení velmi zřídka a z toho vyplývají obavy zdravotnických záchranářů z vedení porodu. Při rychle

probíhajících porodech přitom komplikace většinou nenastávají, protože bývají splněny podmínky pro fyziologický porod. Náročnější mohou být výjezdy k domácím porodům, u nichž nastaly komplikace a byla přivolána záchranná služba (Vaňatka, 2018).

Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanovuje, že zdravotničtí záchranáři mohou provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence.

1.1.7.1 Rozhodování o transportu při hrozícím porodu

V přednemocniční péči může záchranář ošetřovat ženu v různé fázi porodu a musí umět rozhodnout, zda rodičku transportovat do zdravotnického zařízení, nebo rodit na místě (Vaňatka, 2018).

Pokud časové rozestupy mezi kontrakcemi trvají kolem pěti minut a rodička udává bolest v oblasti kosti křížové nebo nad stydkou sponou, je pravděpodobné, že se jí podaří transportovat do porodnice s minimálním rizikem porodu během transportu. V tomto případě je dostačující zevní vyšetření, důkladný odběr anamnézy a monitorace fyziologických funkcí. Rodička je transportována na boku a během převozu jsou pravidelně kontrolovány případné změny fáze porodu (Vaňatka, 2018).

V případě, že jsou děložní stahy silné, časové rozestupy mezi nimi kolem tří minut a žena udává tlak na konečník, jenž ale po skončení kontrakce ustupuje, je možné pokusit se těhotnou transportovat, avšak hrozí porod v průběhu cesty do porodnice (Vaňatka, 2018). Záchranář by si proto měl na cestu připravit porodnický balíček obsahující sterilní rukavice, sterilní podložku, roušky, nůžky nebo skalpel, peán, pupečnickové svorky, odsávačku a izotermickou fólii (Štourač, 2019). Podle Remeše et al. (2013) balíček obsahuje navíc ještě bavlněné tkalouny, oboustranný krycí obvaz, dětskou plenu, hygienickou vložku, houbu na mytí a sáček k uložení plodových obalů. Vaňatka (2018) uvádí, že dále je potřeba mít připravený dětský dýchací vak a od rodičky ručník, zavinovačku, čepičku a případně další výbavu pro novorozence. I v tomto případě postačuje zevní vyšetření, odběr anamnézy a monitoring fyziologických funkcí. Je ale nutné důkladněji sledovat možné změny fáze porodu.

Při silných kontrakcích s intervaly dvou až tří minut, stálém tlaku na konečník a při občasné potřebě tlačít se záchranná služba může pokusit o transport do porodnice, je-li dojezdová vzdálenost do pěti minut. Existuje ale vysoká pravděpodobnost porodu

před transportem nebo během něj. Záchranář musí být neustále připraven porod odvést a ošetřit novorozence. Při rozhodování o transportu jsou důležité informace o průběhu předchozích porodů nebo o rychlosti změn stavu od prvních kontrakcí po stálý tlak na konečník v případě prvorodičky. Záleží také na způsobu transportu rodičky k sanitě, vertikalizace rodičky může postup dítěte porodními cestami zrychlit. Záchranář zjišťuje anamnézu, monitoruje fyziologické funkce a může rodičku vyšetřit per rectum (Vaňatka, 2018).

Transport rodičky do porodnice je kontraindikován v případě, že jsou přítomny silné děložní stahy v intervalu pod dvě minuty, stálý tlak na konečník a hráz a rovněž neustávající potřeba tlačit. Během vyšetření může být viditelná hlavička v porodních cestách. V tomto případě se záchranář musí okamžitě připravit na porod a ošetření novorozence, odebrat anamnézu, poučit rodičku o spolupráci při porodu, změřit fyziologické funkce a zajistit intravenózní vstup. Důležitý je také komfort rodičky, hlavně intimita a teplo (Vaňatka, 2018).

1.1.7.2 Vedení porodu v přednemocniční péči

Pokud je vidět prořezávající se hlavička plodu v porodních cestách, uloží záchranář rodičku na záda, podloží ji čistou látkou a podporuje ji v tlačení během kontrakcí (Vlk, 2019). Jak bylo již uvedeno v kapitole *Druhá doba porodní*, pravou rukou s plenou je chráněno perineum, levá zabraňuje příliš rychlému prostupu hlavičky (Vlk, 2019). Jestliže porod nepostupuje, měla by být provedena epiziotomie (Vaňatka, 2018). Oproti tomu Štourač (2019) ve své knize uvádí, že se nástřih hráze v terénu neprovádí.

Po porodu hlavičky dochází k porodu ramének (Vlk, 2019). Záchranář pomáhá novorozenci nejprve s porodem předního a následně i zadního raménka. Poté dítě uchopí za hlavičku a raménka a porodí zbytek tělíčka (Vaňatka, 2018).

U novorozence se hodnotí svalový tonus, adekvátnost dýchání a srdeční frekvence. Již během iniciálního posouzení stavu je třeba udržovat tělesnou teplotu novorozence (Truhlář et al., 2021).

V případě, že donošené nebo mírně nedonošené dítě (nad 32. týden těhotenství) nevyžaduje resuscitační péči, je důležité jej osušit a položit na břicho matky (Vaňatka, 2018) nebo jej zabalit do teplé roušky a tím zajistit jeho tepelný komfort

novorozence. U nedonošeného novorozence pod 32 týdnů těhotenství je doporučeno jej (kromě obličeje) bez osušení zabalit do plastové fólie a přes ni například do nahřátých roušek. U dobře adaptovaného novorozence je vhodné odložit podvázání pupečnicku na dobu po více než jedné minutě (Truhlář et al., 2021). Dle Vaňatky (2018) se pupečník může podvázat jak před, tak i po dotepání. Roztočil (2020b) uvádí, že se má před přestřížením pupečnicku minutu počkat a následně provést milking.

V případě, že poporodní adaptace novorozence není úplná, to znamená, že novorozenec má snížený svalový tonus, dýchá neadekvátně nebo má srdeční frekvenci pod 100 úderů za minutu, se odložení podvazu pupečnicku standardně nedoporučuje (Truhlář et al., 2021). Dítě je třeba osušit a zajistit tepelný komfort (Vaňatka, 2018; Štourač, 2019). Jestliže novorozenec nedýchá dostatečně nebo nedýchá vůbec, je nutné zprůchodnit dýchací cesty, provzdušnit plíce a začít ventilovat. Neustále musí být sledovány a hodnoceny změny srdeční frekvence, dýchání a ventilace a v případě, že nedochází ke změně srdeční akce, je zahájena umělá plicní ventilace (Truhlář et al., 2021).

Pokud dítě nekřičí, je hypotonické, bledé a srdeční frekvence je pod 60 úderů za minutu nebo není zjištělná, je nutné okamžitě podvázat a přestříhnout pupečník (Vaňatka, 2018; Truhlář et al., 2021). Ten se podvazuje deset centimetrů od napojení na břicho novorozence jednou svorkou a o dva centimetry dál svorkou druhou (Vaňatka, 2018). Dítě musí být osušeno, zabaleno do teplé pleny a stimulováno. Důležité je zajistit průchodnost dýchacích cest, provzdušnit plíce a efektivně ventilovat a podle reakce dítěte dále pokračovat v podpoře vitálních funkcí (Truhlář et al., 2021).

Během péče o novorozence nesmí být zapomínáno na péči o matku, s níž je důležité komunikovat, abychom včas rozpoznali změny vědomí (Vaňatka, 2018). Důležitá je hlavně kontrola krvácení a pohmatem tonus dělohy. Když krvácení neustává nebo při nedostatečné involuci dělohy se k její tonizaci podávají uterotonika (oxytocin, methylergometrin nebo carbetocin), popřípadě může být využita masáž prsních bradavek či děložního fundu (Štourač, 2019).

V přednemocniční péči není nutné čekat na porod placenty, její odloučení může trvat až 60 minut (Vaňatka, 2018). Pokud k vypuzení samovolně dojde, zkontrolujeme celistvost placenty a blan, vše zabalíme a předáme spolu s matkou a dítětem v porodnici (Štourač, 2019; Vlk, 2019).

1.1.7.3 Resuscitace novorozence

Zdravotnická záchranná služba u porodu v přednemocniční péči musí být vždy připravena k ošetření a resuscitaci novorozence, jelikož většinou neví, jaká bude úroveň adaptace dítěte. Není totiž schopna monitorovat srdeční činnost plodu v průběhu porodu (Vaňatka, 2018).

Jak již bylo zmíněno, po porodu dítěte se špatnou poporodní adaptací je nutné jej okamžitě osušit, zabalit do teplé pleny, stimulovat a následně podvázat a přerušit pupečník (Truhlář et al., 2021). Pupečník by měl být podvázán do 30 vteřin a přeříznut do jedné minuty od porodu (Vaňatka, 2018). Jestliže novorozenec po iniciálním zhodnocení a ošetření nezačne adekvátně dýchat nebo má srdeční frekvenci nižší než 100 pulzů za minutu, zajistí záchranář průchodnost dýchacích cest, provzdušnění a efektivní ventilaci plic (Truhlář et al., 2019). Ventilace pozitivním přetlakem by měla být zahájena do jedné minuty od porodu (Guidelines on Basic Newborn Resuscitation, 2012). Provádí se pět iniciálních vdechů s inspiračním tlakem 30 mm H_2O a 21 % O_2 u donošených novorozenců a s tlakem 25 mm H_2O a 21 až 30 % O_2 u nedonošených ≤ 32 . týden těhotenství a sleduje se srdeční frekvence a pohyby hrudníku jako kontrola správnosti a dostatečnosti ventilace (Truhlář et al., 2021). Pokud nezačne dítě po úvodních vdeších spontánně dýchat, pokračuje se ve ventilaci frekvencí 30 dechů za minutu (Dort et al., 2013).

V případě, že je po 30 vteřinách kvalitní ventilace srdeční akce nedetekovatelná nebo pomalejší než 60 pulzů za minutu, zahájí zdravotnický záchranář komprese hrudníku a zvýší koncentraci vdechovaného kyslíku na 100 % (Truhlář et al., 2021). Podle Dorta et al. (2013) se masáž provádí dvěma prsty nebo oběma palci do hloubky 1/3 hrudníku v poměru tři stlačení ku jednomu umělému vdechu, ale podle nových doporučení Evropské resuscitační rady jsou preferovány komprese dvěma palci s obemknutím hrudníku (Truhlář et al., 2021). Vaňatka (2018) udává, že frekvence stlačení by měla být 120 za minutu, což je v rozporu s tvrzením Baika (2018), který uvádí, že preferovanou frekvencí je 90 kompresí za minutu, protože je dostačující pro systémovou perfuzi a není tolik unavující pro záchránce. Každých 30 vteřin by měla být za minimálního přerušování masáže zkontrolována srdeční akce dítěte (Vaňatka, 2018).

Pokud se stav dítěte nelepší, měl by lékař zvážit zavedení endotracheální kanyly a zajištění vstupu do cévního řečiště (Truhlář et al., 2021). Jednu z možností zajištění vstupu do cévního oběhu představuje kanylace pupeční žíly, při níž ale dochází k odhalení dítěte a tedy ke ztrátám tepla, což považuje Vaňatka (2018) za problém. Naopak Truhlář et al. (2021) doporučují kanylací umbilikální vény jako metodu volby. Další možností je intraoseální vstup do tibie (Vaňatka, 2018).

Podání léků během resuscitace novorozenců je neobvyklé, ale pokud i přes kvalitní ventilaci a srdeční masáž nedojde ke zvýšení srdeční frekvence nad 60 pulzů za minutu, je indikováno podání adrenalinu (Truhlář et al., 2021). Dávka adrenalinu by měla být 10 až 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, což odpovídá 0,1 až 0,3 ml/kg adrenalinu naředěného v roztoku v poměru 1 : 10 000 pro intravenózní nebo intraoseální podání (Dort et al., 2013; Truhlář et al., 2021). Pokud není možnost jiného způsobu podání, může být adrenalin aplikován také intratracheálně v dávce 50-100 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (Dort et al., 2013). Jestliže nedošlo ke zlepšení stavu novorozence, je možné dávku po 3 až 5 minutách zopakovat (Truhlář et al., 2021).

Při podezření na krevní ztrátu nebo šokový stav nereagující na předešlou terapii má být podán izotonický krystaloidní roztok v množství 10 ml/kg (Vaňatka, 2018).

V případě protrahované resuscitace je doporučeno podat 250 miligramů glukózy na kilogram hmotnosti novorozence ke snížení možnosti vzniku hypoglykemie (Truhlář et al., 2021).

Dle Dorta et al. (2013) se má při ověřené či pravděpodobné metabolické acidóze podat také bikarbonát v dávce 2 až 4 ml/kg 4,2% roztoku pomalu intravenózně.

Po úspěšném ukončení resuscitace záchranná služba ošetří novorozence podle potřeby a přepraví jej i rodičku do zdravotnického zařízení odpovídajícího jejich zdravotnímu stavu (Vaňatka, 2018).

Resuscitace by měla být ukončena, pokud novorozenec po 10 minutách kvalitně prováděné ventilace nemá detekovatelný srdeční rytmus (Guidelines on Basic Newborn Resuscitation, 2012). Jestliže nastane během intenzivní KPR pouze přechodné zlepšení srdeční akce, je situace nejednoznačná, resuscitace nemusí být ukončena a je možnost novorozence transportovat na oddělení intenzivní péče (Truhlář et al., 2021). Neúspěšná KPR je podle Vaňatky (2018) taková, při níž během 10 až 15 minut nedošlo ke zvýšení

srdeční frekvence nad 60 za minutu, ovšem ani v tomto případě není řešení jednoznačné a při rozhodování by mělo být přihlíženo k prognóze dítěte a přání rodičů.

1.1.7.4 Resuscitace těhotné ženy

Postupy pro resuscitaci těhotné ženy jsou v principu shodné s běžnými algoritmy základní neodkladné resuscitace (BLS) či rozšířené neodkladné resuscitace (ALS), objevují se v nich ovšem jistá specifika s ohledem na anatomické a fyziologické změny v graviditě (Bláha, 2016), kvůli kterým se jimi budeme v této kapitole zabývat.

Mezi nejčastější příčiny zástavy oběhu u gravidní pacientky patří hemoragie, plicní embolie, sepse, anafylaktoidní těhotenský syndrom, eklampsie, anafylaxe, nitrolební krvácení či patologie související se srdcem (Maláska, 2020).

K obměnám oproti standardní BLS/ALS patří náklon pacientky o 15-30 stupňů na levou stranu, a to kvůli zmenšení aortokaválního útlaku (Bláha, 2016). Tento úkon je ale možné provést jen v případě, že se pacientka nachází na polohovací posteli nebo stole, na kterém bude mít i při náklonu pevně podepřený hrudník, aby bylo možné provádět kvalitní KPR (Maláska, 2020). Ke zmírnění aortokavální komprese se využívá také manuální odsunutí dělohy k levé straně (Truhlář, 2021).

Bláha (2016) uvádí, že poloha rukou při stlačování hrudníku by měla být nad středem sternu, ale to je v rozporu s doporučeními Evropské resuscitační rady (Truhlář, 2021), která udávají, že pokud je to možné, měla by být poloha rukou stejná jako při standardní resuscitaci, tedy na dolní polovině sternu.

Dalším specifikem je časná intubace provádějící se kvůli zvýšenému nebezpečí aspirace, vyššímu nitrobřišnímu tlaku a obtížnému prodýchávání (Maláska, 2020).

Defibrilace probíhá podle běžného algoritmu ALS, jedinou výjimkou je, že před výbojem musí být odpojena monitorace plodu (Bláha, 2016).

Podle Maláska (2020) by měl být intravenózní vstup zajištěn nad úrovní diaphragmy, aby se podaná léčiva vyhnula možnému zpomalení průtoku dolní dutou žilou při aortokavální kompresi.

Při resuscitaci, jež není úspěšná během prvních čtyř minut, by měl být proveden perimortální císařský řez do pěti minut od vzniku náhlé zástavy oběhu (Truhlář, 2021). Do 20. týdne těhotenství nemusí být vykonán, protože děloha s plodem málokdy

výrazně ovlivňuje oběh matky (Bláha, 2016). Od 20. do 23. týdne gravidity je vhodné perimortální císařský řez zvážit ke zvýšení pravděpodobnosti obnovení oběhu matky (Maláska, 2020). Od 24. týdne gravidity je nutné emergentní císařský řez provést ke zvýšení efektivity resuscitace a šance na záchranu matky i plodu (Bláha, 2016; Maláska, 2020). V doporučeních Evropské resuscitační rady (Truhlář, 2021) však není takovéto rozdělení podle týdnů gravidity uvedeno a jako indikace k vykonání emergentního císařského řezu je stanoveno trvání gravidity nad 20 týdnů nebo hmatatelnost dělohy nad pupkem, pokud po čtyřech minutách resuscitace nedojde k návratu spontánní cirkulace (ROSC) matky. Všechna tato doporučení ovšem platí spíše pro anesteziologicko-resuscitační péči ve zdravotnických zařízeních, dle Vaňatky (2018) nemá být perimortální císařský řez v přednemocniční péči prováděn a má být kladen důraz spíše na KPR, možnosti kontinuální resuscitace během transportu a transport na pracoviště, kde by mohl být císařský řez vykonán.

Pokud je nutná resuscitace u ženy, která již porodila, pak probíhá podle standardních resuscitačních doporučení bez jakýchkoliv obměn (Truhlář et al., 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají porod v přednemocniční péči.

Cíl 2: Zjistit, jak jsou zdravotničtí záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají zdravotničtí záchranáři porod v přednemocniční péči?

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem jsou zdravotničtí záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílem bylo získat detailní a celistvé informace o zkoumaném jevu (Švaříček et al., 2014). V rámci rozhovorů byly informantům položeny předem připravené otevřené otázky (Příloha 1), které byly v případě potřeby upřesněny doplňujícími podotázkami.

Informanti byli získáváni pomocí metody sněhové koule, což je způsob, při němž dotazovaní odkazují na další osoby, o kterých si myslí, že by pro daný výzkum byly vhodné (Chrastina, 2019). Informanti byli osloveni na základě souhlasu ředitelství ZZS Jihočeského kraje a ZZS Plzeňského kraje. Povolení k výzkumu jsou z důvodu anonymity výzkumu k nahlédnutí u autorky práce. Dotazované osoby byly před zahájením rozhovoru seznámeny s tématem bakalářské práce, bylo jim umožněno předem nahlédnout do otázek a byly informovány, že při zpracování rozhovorů bude dbáno na ochranu osobních údajů. K zachování anonymity byli informanti označeni zkratkami I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10, I11 a I12. Všichni informanti souhlasili s tím, že budou rozhovory nahrávány na diktafon či na mobilní telefon. Rozhovory byly následně přepracovány do písemné podoby, byla provedena analýza pomocí otevřeného kódování a byly stanoveny hlavní kategorie a jejich podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen zdravotnickými záchranáři z Jihočeského a Plzeňského kraje, kteří se setkali s porodem v přednemocniční péči. Mezi dotazovanými převažovali záchranáři s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním. Průměrná délka zaměstnání informantů u ZZS činila necelých 14 let. Dotazování probíhalo v prostředí výjezdových základen v období od ledna do března 2022.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 1 – Identifikační údaje zdravotnických záchranářů

Informant	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka zaměstnání u ZZS	Kraj
I1	žena	středoškolské s maturitou	13 let	Jihočeský
I2	muž	vysokoškolské	5 let	Jihočeský
I3	muž	vyšší odborné	26 let	Jihočeský
I4	žena	středoškolské s maturitou	27 let	Jihočeský
I5	muž	středoškolské s maturitou	25 let	Jihočeský
I6	muž	vyšší odborné	9 let	Jihočeský
I7	muž	vyšší odborné	9 let	Jihočeský
I8	muž	vyšší odborné	14 let	Jihočeský
I9	muž	vysokoškolské	25 let	Plzeňský
I10	žena	vysokoškolské	13 let	Plzeňský
I11	muž	vysokoškolské	6 let	Plzeňský
I12	žena	vysokoškolské	5 let	Plzeňský

Zdroj: vlastní

Informantka I1 má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 13 let.

Informant I2 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 5 let.

Informant I3 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 26 let.

Informantka I4 má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 27 let.

Informant I5 má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 25 let.

Informant I6 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 9 let.

Informant I7 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 9 let.

Informant I8 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. U zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji pracuje 14 let.

Informant I9 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. U zdravotnické záchranné služby v Plzeňském kraji pracuje 25 let.

Informantka I10 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. U zdravotnické záchranné služby v Plzeňském kraji pracuje 13 let.

Informant I11 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. U zdravotnické záchranné služby v Plzeňském kraji pracuje 6 let.

Informant I12 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. U zdravotnické záchranné služby v Plzeňském kraji pracuje 5let.

4.2 Zpracování rozhovorů se zdravotnickými záchranáři

Na základě analýzy dat získaných kvalitativním výzkumným šetřením byly stanoveny čtyři kategorie a deset podkategorií (Tabulka 2).

První kategorie se nazývá „Příprava k vedení porodů“ a je členěna na čtyři podkategorie s názvy „Výuka vedení porodu během studia“, „Četnost školení k vedení porodu v rámci zaměstnání u ZZS“, „Obsah školení v rámci zaměstnání u ZZS“ a „Navrhované změny školení k vedení porodu“.

Druhá kategorie má název „Pocity záchranářů“ a je členěna na dvě podkategorie s názvy „Pocity při výjezdu k porodu“ a „Důvody obav záchranářů z porodu“.

Třetí kategorie nese název „Zkušenosti záchranářů s porody v přednemocniční péči“ a je rozčleněna na pět podkategorií, které se nazývají „Množství porodů“, „Průběhy porodů“, „Poporodní péče v rámci ZZS“, „Komplikace porodů“ a „Názory na speciální požadavky rodiček“.

Poslední kategorie se nazývá „Názory na problematiku domácích porodů“.

Tabulka 2 – Kategorie a podkategorie výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Příprava k vedení porodů	Výuka vedení porodu během studia
	Četnost školení k vedení porodu v rámci zaměstnání u ZZS
	Obsah školení v rámci zaměstnání u ZZS
	Navrhované změny školení k vedení porodu
Pocity záchranářů	Pocity při výjezdu k porodu
	Důvody obav záchranářů z porodu
Zkušenosti záchranářů s porody v přednemocniční péči	Množství porodů
	Průběhy porodů
	Poporodní péče v rámci ZZS
	Komplikace porodů
	Názory na speciální požadavky rodiček
Názory na problematiku domácích porodů	---

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Příprava k vedení porodů

Kategorie Příprava k vedení porodů se zaměřuje na názory záchranářů na školení porodů v rámci ZZS, popisuje obsah a četnost školení. Dále uvádí, zda je daný způsob přípravy pro záchranáře dostatečný a jaké jsou jejich případné návrhy na vylepšení.

Podkategorie 1 Výuka vedení porodu během studia

V této podkategorii dotazovaní uvádějí, jak probíhala výuka vedení porodů v rámci jejich kvalifikačního studia. Obsah výuky zaměřené na problematiku porodu se lišil v závislosti na době studia informantů. Informantka I1 uvedla, že studovala v devadesátých letech 20. století, kdy ještě žádné figuríny neměli, tudíž výuka porodu probíhala jen teoreticky. Ve stejném duchu odpověděli také informanti I3, I4, I6 a I8. Naproti tomu informant I2 sdělil: „*V rámci předmětu gynekologie a porodnictví jsme trénovali na figurínách a v rámci praxe jsme měli možnost účastnit se porodů, kdy se mi na střední škole povedlo být asi u šesti porodů a na vysoké u tří porodů.*“ Podobné zkušenosti z doby studií jako informant I2 uvedli informanti I5, I7, I9, I10, I11 a I12.

Podkategorie 2 Četnost školení k vedení porodu v rámci zaměstnání u ZZS

Tato podkategorie popisuje, jak často probíhají školení k vedení porodu v rámci zdravotnické záchranné služby.

Informantka I1 nevedla přesný interval školení, ale poznamenala, že porod se netrénuje každý rok. Informant I2 odpověděl, že za posledních pět let absolvoval jedno školení na porod, informant I3 naopak sdělil: „*Velké školení probíhá v Českých Budějovicích jednou ročně, a co si pamatuju, porod tam byl skoro pokaždé. A než bývala tahle velká školení, tak ti školitelé jezdili školit na oblastní záchranky a v tom byl porod zahrnutý pokaždé.*“ Tuto četnost školení potvrdil také informant I6. Informantka I4 poznamenala, že mimo velké školení mají na základně porodní model, na kterém občas trénují komplikace při porodu.

Podle informanta I5 se porod na výcviku ve školicím centru trénuje ob rok a informant I7 uvedl frekvenci dva až tři roky mezi jednotlivými nácviky porodu. Informant I8 odpověděl: „*Já jsem za těch 14 let zažil asi čtyři. Ze začátku to bývalo asi po dvou letech a teď se porod objevuje asi po šesti.*“

Informant I9 zažil v posledních deseti letech jeden praktický nácvik a dvě teoretická školení a také uvedl, že v letošním roce by měl být porod probírán v rámci tzv. lektorských dní, při nichž budou školeni všichni zaměstnanci. Informantka I10 rovněž zmínila školení v rámci již zmíněných lektorských dní, jejichž tématem letos bude porod a KPR novorozence. Navíc sdělila, že mají na ZZS zpracované platné metodické pokyny a videa dostupná na e-learningu. Informantka I12 se shodla s informanty I9 a I10.

Nepravidelné školení formou seminářů nebo praktických nácviků uvedl informant I11.

Podkategorie 3 Obsah školení v rámci zaměstnání u ZZS

Tato podkategorie seznamuje s obsahem školení týkajících se porodů.

Informantka I1 popsala obsah školení tak, že nejprve viděli instruktážní video a video porodu v terénu. Potom následovala praktická část výcviku, kdy odváděli porod na figuríně v autě, jednalo se o fyziologický porod. Informant I3 sdělil: „*Probíhá to tak, že je tam figurína, která simuluje průchod novorozence porodními cestami a porod. Máme tam k dispozici všechny pomůcky. Přijdeme na místnost, oni nám nastolí situaci,*

ve většině případů fyziologický porod, kdy třeba už kouká hlavička, a my máme začít pracovat. Cvičíme si hlavně posloupnost úkonů. Do toho se nás školitel ptá na různé věci, třeba když vyjde hlavička a bude kolem krku pupečník nebo pokud novorozenec nebude jevit známky života, tak co uděláme.“ Informant I3 dále zmínil přínos figurín, díky kterým je možné předvést situaci více reálně, a uvedl problematiku přepravy novorozence, jež je na školeních často diskutována. Sdělil: *„Způsob, kterým jsou novorozenci přepravováni, je totiž špatně, kdyby se stala nějaká nehoda, mohlo by to mít fatální následky. Problém je, že není způsob, jak novorozence připoutat, většinou jej drží matka nebo záchranář.“* Všichni ostatní informanti se s těmito dvěma shodují. Kromě informanta I5 všichni shodně uvádějí, že probíhá pouze školení fyziologického porodu, žádné komplikace ani porod koncem pánevním se netrénují. V rozporu s tím odpověděl informant I5: *„Cvičíme normální porod a základní zvládnutelné komplikace typu obtočeného pupečníku kolem krčku nebo polohy koncem pánevním.“*

Informant I9 sdělil, že obsahem školení je přirozený porod včetně porodu dvojčat a patologický porod s dystokií ramének nebo život ohrožujícím krvácením. Dále popsal, jak je nacvičována KPR novorozence a rodičky, farmakoterapie, transport, logistika domácího porodu a logistika porodu v sanitním voze. Podobně odpověděli i informanti I10, I11 a I12.

Podkategorie 4 Navrhované změny školení k vedení porodu

Tato podkategorie představuje změny v provedení školení, které zdravotničtí záchranáři navrhnou.

Pro informanty I1, I4, I5, I6 a I11 je stávající četnost i obsah školení dostačující. Informant I2 navrhuje: *„Vzhledem k tomu, jak řídce se s tím setkáváme, tak by nebylo špatné ten trénink alespoň na trenažérech absolvovat častěji. Bohužel si ale nemyslím, že by nám to pomohlo v tom, abychom si byli jistí, a nějaká povinná praxe na porodnickém oddělení je v tuto chvíli neproveditelná. Těžko říct, je to asi neřešitelné, budeme stále nejistí a nervózní.“* Podobný názor má také informant I3, který odpověděl: *„To, jak nás školí, podle mě obnáší všechno. Možná bychom mohli více nacvičovat spolupráci v týmu, to se trénuje málo.“* Vysvětlil, že existují dvě varianty. Na místě může být buď pouze záchranář s řidičem, nebo i lékař a další záchranář z posádky RV. Podle slov informanta I3 se většinou trénuje jen varianta, kde je řidič se záchranářem a domnívá se, že by bylo vhodné nacvičit i variantu spolupráce s lékařem.

Jako další návrh uvedl: „Vylepšil bych to v tom, aby každý měl možnost porod vidět naživo. Aby se mohl třeba jít podívat do porodnice a tam se na něj moct podívat. Už proto, že ten porodník to dělá správně, takže vše, co nám říkají teoreticky, by si tam člověk mohl ověřit. Kdyby byla možnost tohle nějak zajistit, podle mě by to mohlo hodně pomoci.“ S těmito názory se shoduje i informant I7, který by také uvítal častější školení, jeho náplň by obohatil o výuku komplikací porodu. Informant I8 poznamenal, že mu tento způsob školení vyhovuje, ale uvítal by zvýšení jejich frekvence. Stejný názor zastává i informant I9, jenž by ocenil školení v intervalu alespoň jednou za pět let.

Informantka I10 uvedla, že vzhledem k tomu, kolik věcí musí záchranáři znát ze všech oborů, se snaží jejich organizace každý rok udělat jedno celodenní školení zaměřené na jedno téma, tudíž v tomto ohledu je spokojená. Tématem školení letošního roku jsou porody a KPR novorozence, minulý rok školení obsahovala témata hromadného neštěstí a mimořádných událostí. Informantka I10 by také uvítala absolvování stáží v rámci jednotlivých oborů. Konkrétně sdělila: „V rámci přípravy určitě postrádám lepší spolupráci nemocnic a ZZS v odborných stážích a podpoření zaměstnance, pokud o vzdělávání a praxe má zájem.“

Informantka I12 přiznala, že vzhledem k tomu, že neabsolvovala žádná školení, se nemůže k této otázce vyjádřit.

Kategorie 2 Pocity záchranářů

Kategorie Pocity záchranářů se skládá ze dvou podkategorií zaměřujících se na to, jak se záchranáři cítí, když jedou na výjezd k porodu, dále se zabývá tím, jaké jsou důvody jejich případných obav.

Podkategorie 1 Pocity při výjezdu k porodu

V této podkategorii se zaměřujeme na pocity záchranářů během výjezdu k porodu. Většina záchranářů uvedla, že to pro ně není příjemné a jde mnohdy o velmi stresující situaci. Na otázku, jak se cítí, když jede k porodu, informantka I1 odpověděla, že se moc dobře necítí, protože jde o dva životy, mohou nastat komplikace a ne vždy je k dispozici lékař. S tímto názorem se ztotožňuje i informant I12. Informant I3 vypověděl: „Jsem nervózní z toho důvodu, že se k tomu jezdí zřídka, někdo se za svoji kariéru k porodu vůbec nedostane. Záleží na informacích. Pokud máme informaci, že jde o fyziologický porod v termínu, tak mě to trochu uklidní,“ také prozradil, že kdysi

mu jeden porodník řekl, že když se jedná o fyziologické těhotenství, tak se dítě porodí prakticky samo. Dále uvedl: „*Pokud by ale byla informace, že se jedná o nějakou komplikaci, tak to bych byl hodně nervózní.*“ Informanti I2, I4, I7, I8 a I10 odpovídali obdobně. Informant I9 sdělil, že cítí nával adrenalinu a obav, a informant I11 prozradil, že doufá, že *vše půjde fyziologicky a samo*. Oproti tomu informant I5 uvedl, že na výzvu *Porod se jezdí často a většinou k porodu ani nedojde, proto bývá při výjezdu k hlášenému porodu klidný*. V podobném duchu odpověděl také informant I6: „*Když jede i doktor, tak dobře. Když nejede, tak je to horší. Jednou jsme jeli k porodu a než dojel lékař, tak bylo dítě venku. Ale když ten porod jde dobře, tak jsme tam spíš na obtíž. Spíš potom jde o tu péči o novorozence.*“

V případě předčasného porodu v přednemocniční péči informanti I1, I3, I4, I7, I8, I9, I10, I11 a I12 shodně odpověděli, že by to pro ně bylo ještě horší než fyziologický porod v termínu, neboť by novorozenec byl nedonošený a hrozily by poruchy poporodní adaptace. Samozřejmě by však záleželo na tom, v jakém týdnu gravidity byl porod vedený. Podle některých ovšem také záleží na tom, jak moc předčasný by porod byl. Informantka I1 na otázku, zda by se nějak lišily její pocity v případě předčasného porodu, odpověděla: „*Určitě jo, je to horší, protože to miminko může být nedonošené. A jsou třeba maminky, které ani nechodí na pravidelné prohlídky k lékaři, takže ani přesně nevíme, jak dlouho jsou těhotné, kdy mají termín. Člověk z toho má hodně velký strach. Takovéhle rodičky se hodně snažíme dovézt do porodnice, takže uděláme jen velmi rychle základní vyšetření na místě a jedeme.*“ K tématu předčasného porodu informant I8 uvedl svoji vlastní zkušenost: „*Záleží, jak moc předčasný je. Rizik tam je samozřejmě víc. Byl jsem u porodu v 26. týdnu těhotenství a tam byl problém, že to miminko bylo malinkaté, v takové velikosti nemáme žádné vybavení.*“ Oproti tomu pro informanty I2, I5, I6 by vedení porodu bylo stejné jako v případě porodu v termínu.

Podkategorie 2 Důvody obav záchranářů z porodu

V této podkategorii jsou popsány důvody obav záchranářů z vedení porodu. Jako důvod svých obav informantka I1 sdělila, že jde o dva životy a zná komplikace, které mohou nastat. Její pocity sdílí také informanti I11 a I12. Informant I2 uvedl: *„Není to rutina, není to běžné, nemáme v tom tu praxi. Máme sice teoretický základ, ale v našich podmínkách nejsou porody v záchranné službě běžné.“* Také dodal, že rodičky jsou perfektně sledované, termíny porodu jsou dobře odhadnutelné a dojezdy do zdravotnických zařízení jsou relativně krátké, takže mnohdy je rodina schopna dopravit rodičku do nemocnice sama i v relativně krátkém čase. Dále poznamenal: *„Porody v terénu se stávají zřídka. Většinou to jsou už vícerodičky, nebo se kolegům už podařilo, že rodili v domácnosti, kde to ale vypadalo, že se rodina připravovala na domácí porod, což je velké riziko, které může zkomplikovat naši práci a způsobit častější řešení porodů v terénu, na které bychom měli být připraveni, ale nejsme.“* S tímto názorem se ztotožňují i informanti I3, I4, I7 a I9. Informant I5 poznamenal: *„Dělá se to málo, může se cokoliv pokazit, jde o nový život. To člověk nechce zkažit.“* Informant I6 se nejvíce obává komplikací, jako je například porod koncem pánevním nebo pupeční šňůra obtočená kolem krku. Informant I8 jako hlavní důvod obav uvedl, že pro záchranáře je práce s dětmi celkově psychicky náročnější než s dospělými. Informantka I10 sdělila: *„Pro spoustu z nás, kteří jsme rodiče, jsou děti velmi citlivé téma. Může také nastat spousta komplikací dítěte i matky.“*

Kategorie 3 Zkušenosti záchranářů s porody v přednemocniční péči

Tato kategorie je složena z pěti podkategorií, jež se zabývají množstvím porodů, které záchranáři v terénu řešili, průběhy daných porodů a poporodní péči v rámci ZZS. Dále se tato kategorie zaměřuje na případné komplikace porodů. V poslední podkategorii jsou popisovány názory záchranářů na speciální požadavky rodiček.

Podkategorie 1 Množství porodů

Tato podkategorie se zabývá množstvím porodů v přednemocniční péči, s nimiž se záchranáři za svou praxi setkali. Informanti I1 a I9 se s porodem setkali dvakrát, informanti I2, I10 a I12 pouze jednou. Informant I3 uvedl: *„Myslím, že čtyřikrát nebo pětkrát. Za poslední rok asi třikrát, měl jsem štěstí.“* K pěti porodům byli vysláni také informanti I7 a I11. Informantka I4 se s porodem setkala třikrát a jeden další řídila

po telefonu z operačního střediska. Stejný počet porodů zažil také informant I6. S největším počtem porodů se setkali informanti I5 a I8, každý vedl porod celkem šestkrát.

Podkategorie 2 Průběhy porodů

V této kategorii jsou popsány konkrétní zkušenosti záchranářů s porody v terénu. Dotazovaní se setkali s různými okolnostmi porodů, o něž se v rozhovorech podělili. Informantka I1 zažila dva porody: *„První porod byl v sanitce, kdy jsme si mysleli, že rodičku dovezeme, hlavně jsme ji chtěli dostat do auta, protože u nich doma byly nevyhovující podmínky pro porod. Byla tam zima, jednalo se o sociálně slabší rodinu, pro miminko nebylo nic připraveno, rodička nechodila na pravidelné lékařské prohlídky. V autě jsme měli zatopeno, to je u porodů důležité, takže jsme ji transportovali tam. A v sanitce začala rodit, takže jsme si na místo dovolali lékaře.“* Dotazovaná dále uvedla, že pod rodičku dali podložky a nachystali si porodnický balíček. Dítě se narodilo ve vaku blan, jenž nebyl prasklý, což pro ni byla zajímavá situace. Vzhledem k tomu, že novorozenec byl v pořádku, provedli základní ošetření a rodičku s dítětem transportovali do porodnice. Informantka I1 popsala ještě druhý porod plánovaný jako domácí, ale žena dostala strach a nakonec přivolala ZZS. Informantka I1 uvedla, že porod probíhal dobře, neboť se jednalo o sekundiparu. Dále informantka I1 sdělila: *„Miminko bylo chvíli cyanotické, ale po mírné stimulaci začalo plakat. Na přání matky jsme nechali dotepat pupečník, ošetřili jsme miminko a matku a jeli do porodnice.“*

Informant I2 odpověděl, že porod probíhal hladce, protože rodička byla vícenásobnou matkou a věděla, co má dělat. Dále poznamenal, že porodnický balíček dle jeho názoru obsahuje příliš velké množství věcí, z nichž některé nejsou vůbec potřeba.

Informant I3 se podělil o zážitky ze dvou porodů, které zažil. U jednoho z nich žena rodila na čtyřech. Dotazovaný popsal tuto polohu jako výhodnou, neboť žena si ji sama zvolila, což zvýšilo její komfort, záchranáři měli dobrý přístup k porodním cestám. Na výjezd k dalšímu porodu jel v posádce RV, již si dovolávala posádka RZP. I v případě tohoto porodu vše proběhlo fyziologicky a nenastaly žádné komplikace.

Informantka I4 popsala své zkušenosti ze dvou porodů: *„Jednou jsme jeli asi 20 kilometrů daleko odsud, tam maminka čekala třetí děťátko, tak jsme ji naložili a jeli*

do porodnice. Asi v půlce cesty maminka začala rodit. Museli jsme hodně topit, protože venku byla zima a ty sanitky tenkrát moc netopily a bylo těžké tam udržet dostatečné teplo. Byli jsme tam tři, spolu s lékařem a dalším záchranářem, řidič už se tam nevešel. Paní jsme si podložili a porodili zdravou holčičku.“ Další porod navigovala informantka I4 po telefonu, protože v té době ještě fungovaly okresní dispečinky. Přijala výzvu, že žena leží na schodech a rodí. Sanitka tam nestihla dojet, protože se jednalo o vzdálenou lokalitu, a dotazovaná tedy volajícího navigovala po telefonu. Vyličila, jak hovor probíhal: *„Popisoval mi, že vidí vlásky a hlavičku miminka, takže jsem říkala, aby maminka začala tlačit. To bylo tenkrát takové hezké, protože jsem v telefonu slyšela, že přichází doktor a miminko zrovna začalo plakat.“*

Informant I5 se setkal většinou s překotnými porody a informant I6 uvedl, že všechny porody probíhaly poměrně hladce. Informant I7 jednou asistoval u domácího porodu, jednou u porodu s poruchou poporodní adaptace a ostatní porody byly podle jeho slov fyziologické. Informant I8 sdělil, že u čtyř porodů už bylo v době jejich příjezdu dítě porozené, a tak jen přerušovali pupečník a ošetřovali novorozence a matku. Jednalo se o fyziologické porody. Informant I9 zažil předčasný porod v sociálně slabší rodině a jednou dorazil na místo až po porodu.

Informantka I10 popsala: *„Dítě se narodilo doma v posteli těsně před naším příjezdem. Nemělo přestřižený pupečník a bylo mírně podchlazené, protože leželo na posteli neosušené a nezabalené. Jinak bylo zdravé a v pořádku.“*

Informant I11 sdělil, že se setkal s více porody od bezproblémového porodu i s porodem placenty a dobrou adaptací až po novorozence se špatnou poporodní adaptací, kde byly třeba inflační vdechy a podpora ventilace. Informantka I12 odpověděla, že vedla pouze překotný, nekomplikovaný porod.

Podkategorie 3 Poporodní péče v rámci ZZS

Tato podkategorie se zabývá problematikou poporodní péče, kterou provádí záchranáři v rámci péče a možností, jež mají k dispozici. Informant I3 podrobně vysvětlil, jak poporodní péči prováděli: *„Zkontrolovali jsme vitální funkce, osušili, zajistili tepelný komfort, třeba zabalili do termofólie a zatopili v sanitce, protože to dítě velmi rychle prochladává. Nechali jsme dotepat pupečník, udělali Apgara a dali dítě matce.“* Informant I3 popsal následující postup tak, že sledovali novorozence i matku, po určité

době znovu kontrolovali APGAR skóre, které následně zaznamenali do dokumentace. Dotazovaný vysvětlil také péči o matku: „*Péče o matku probíhá tak, že ji trochu očistíme a dáme jí do rozkroku vložky a já jí dávám ještě plenkové kalhotky, protože mi to přijde praktické. Pokud je čas, je dobré matce zajistit žílu, pokud se to nestihlo před porodem. Matku jsme zajistili pulzním oxymetrem.*“ Nakonec bylo dítě s matkou transportováno a během transportu byli oba sledováni a kontrolováni kvůli vzniku případných komplikací.

Odpovědi ostatních informantů se s tímto postupem ztotožňují. Informant I9 uvedl, že bohužel zatím zažil pouze péči o mrtvého novorozence.

Podkategorie 4 Komplikace porodů

Tato podkapitola popisuje, s jakými komplikacemi porodů se záchranáři v rámci poskytování přednemocniční péče setkali.

Informantka I1 popsala své zkušenosti: „*Komplikace u prvního porodu žádné nebyly, jen malinko zakalená voda.*“ U druhého porodu se informantka I1 starala o novorozence, který měl pupečník kolem krku a byl cyanotický. Po uvolnění pupečníku a tření zad a nožiček ale nakonec začal plakat. Uvedla také jeden specifický zážitek: „*Tenkrát dávno, když jsem jezdila na záchrance v rámci ARO, jsem jela k porodu, kde už miminko bylo na světě, pupečník byl ošetřený, ale placentu jsme nenašli, i když byla porozená. Potom jsme se dozvěděli, že si placentu nechali, aby si ji mohli uvařit a sníst ji.*“

Informanti I2, I11 a I12 sdělili, že se se žádnými komplikacemi zatím nesetkali.

Informant I3 popsal případy, které zažil: „*Jedno dítě bylo narozené hodně předčasně, vážilo 500 gramů a bylo cyanotické. Nějakým způsobem se nám ho povedlo zresuscitovat a dovézt, i když jsme tomu moc naději nedávali. To byl hodně nepříjemný porod. A co jsem viděl i třeba při praxích v nemocnici, tak poměrně často mají děti pupečník kolem krku. A občas chvilku trvá, než se novorozenec nadechne, takže jsme asi dvě děti museli trochu stimulovat, než začaly dýchat.*“ Podobný zážitek měla i informantka I4, která se setkala s předčasně narozeným dítětem v šestém měsíci těhotenství, to museli resuscitovat a i po resuscitaci mělo srdeční akci velmi nízkou. Následně ho zahřívali a vezli do porodnice, kde později zemřelo. Další novorozenec

měl po narození obtočený pupečník kolem krku, ale když jej lékař uvolnil, bylo dítě v pořádku.

Informant I5 uvedl: „*Jedno miminko mělo horší adaptaci po porodu, to bylo hodně cyanotické a huř dýchalo, tak jsme ho zabalili, trochu pomasírovali. Tenkrát se ještě odsávalo z dýchacích cest, takže jsme ho odsáli, to pomohlo, pak dostalo maličko kyslíku a hezky se rozbrečelo.*“ O dva novorozence s poruchou adaptace se staral také informant I6: „*Dvě děti byly cyanotické, ale po stimulaci se nadechly. Jedno z nich na chvíli uvízlo v porodních cestách, ale nakonec se ho podařilo porodit a stimulovat k dýchání celkem rychle.*“ I informant I7 se podělil o podobný zážitek, kdy při jednom porodu přejížděli z jedné strany okresu na druhou, takže byla celkem dlouhá dojezdová vzdálenost. Na místě už byla posádka RZP, jež rodičku naložila a vyrazila do porodnice. Během transportu žena začala rodit a po porodu došlo u dítěte k poruše poporodní adaptace, takže novorozenec musel být stimulován a byla zahájena i dechová resuscitace.

Nejhorší zkušenosti s komplikacemi při porodu má informant I8, který byl u dvou porodů, jež skončily smrtí dítěte. V jednom případě se jednalo o předčasný porod ve 26. týdnu, v druhém případě o mrtvě narozené dítě, které rodička porodila do záchodu.

Informant I9 zažil jeden potrat a jeden mrtvě narozený plod. Informantka I10 popsala, že byla při výjezdu u ženy se zkalenou odteklou plodovou vodou a neslyšitelnými ozvami. Tuto rodičku se podařilo převést do porodnice ještě před porodem.

Podkategorie 5 Názory na speciální požadavky rodiček

V této podkategorii jsou popsány názory záchranářů na požadavky matky ohledně speciální polohy, dotepání pupečníku, přiložení k prsu nebo bondingu v rámci péče zdravotnické záchranné služby.

Informantka I11 vypověděla: „*Respektujeme to, pokud vše probíhá tak, jak má, je čas a nejsou žádné komplikace na straně maminky nebo miminka. Hlavně kvůli psychickému klidu maminky, abychom ji zbytečně nestresovali.*“ Tento názor sdílí také informant I3, který uvedl, že když k tomu budou podmínky a nebude žádné riziko, tak je ochotný požadavky tolerovat. Informant I3 si myslí, že i jen tím, že záchranář bude pacientce zbytečně odporovat, může celou situaci zhoršit.

Odpovědi informantů I4, I8, I9, I10 a I11 se ve své podstatě shodují s tím, co řekli informanti I1 a I3.

Opačný názor má informant I2: „*Já myslím, že to bych asi neřešil. Myslím, že bych to nebyl schopný pokrýt, ale opravdu jsem nad tím nikdy nepřemýšlel. Z mého pohledu by to byl na záchranku dost zajímavý požadavek, aby si matka představovala, že bude v záchrance rodit na míči nebo tak. Ale myslím, že když matka volá záchranku, tak už je pravděpodobně v takovém stavu a s takovými agonálními bolestmi, že už nepřemýšlí nad takovými věcmi, jen chce, aby to rychle skončilo a někdo jí pomohl.*“

Informant I5 vysvětlil, že by spíš rodičku přesvědčil, že to takhle v záchrance nejde a že se snaží udělat to nejlepší pro dítě. Uznává, že například v létě v domě jde leccos, ale že rodili i na ulici před poliklinikou, kde nebyl prostor pro žádné speciální požadavky, protože dítě bylo mokré a byla zima. Informant I6 uvedl podobný názor: „*Třeba přiložení k prsu v záchrance jsme dělali, protože pak si matka dítě stejně většinou veze během transportu v náručí. Ale kdyby chtěla třeba rodit ve vaně, tak má smůlu, to měla jet do porodnice dřív. A třeba porod na čtyřech v záchrance si neumím představit, to by tam bylo všechno zase úplně obráceně. Asi bych se matku snažil přesvědčit, že má rodit vleže.*“

Informant I7 sdělil, že v záchrance by to asi bylo trochu komplikované, ale ví, že kolegové měli takový případ v domácím prostředí a že požadavky matky tolerovali. Podle jeho názoru se ale rozhodnutá matka těžko přesvědčuje. Pokud by se ovšem jednalo o ohrožení života nebo zdraví dítěte, například kdyby matka trvala na dotepání pupečníku ve chvíli, kdy by bylo nutné jej přerušit dříve, tak bych šel proti rozhodnutí matky ve prospěch dítěte. Informant I12 uvedl, že na prvním místě bude vždy dodržování bezpečnosti matky a dítěte.

Kategorie 4 Názory na problematiku domácích porodů

Tato kategorie se zabývá názory zdravotnických záchranářů na problematiku domácích porodů, neboť záchranná služba je často volána k řešení komplikací těchto porodů.

Informant I2 na otázku, jak nahlíží na problematiku domácích porodů, odpověděl: „*Odmítám je. Minimálně ty jedince, kteří se tím žijí, jako jsou duly a porodní asistentky poskytující péči při domácích porodech, ty by měly být nějak trestně odpovědné, aby to pro ně bylo i riziko. Protože je zajímavé, že ony poskytují službu, na kterou když*

přestanou stačit, tak si zavolají záchrannou službu, to mi přijde dost zvláštní.“ Sdělil, že je to legislativně nedořešené téma, které se pořád pohybuje v šedé zóně. „Je tolerováno, ale už mělo svoje oběti z řad zdravotníků, kteří kvůli tomu byli popotahováni po soudech. Dle mého názoru by to mělo být konečně dořešeno,“ dodal informant I2. Informant I3 sdělil, že podle něj si matky vůbec neuvědomují rizika domácího porodu. Dotazovaný jej vnímá jako velký zásah do organismu matky, u něž může dojít k závažným komplikacím, které mohou mít bez odborné péče fatální následky. Odpovědi informantů I1, I4, I5, I8 a I9 se téměř shodují, slovy jednoho z nich: „Absolutně to neschvaluju, ti lidi jsou cvoci.“

Informant I6 se podělil o svou zkušenost: *„Když se tak rozhodnou, je to jejich vůle, ale ať si to pak nějak odrodí. Byli jsme jednou na takovém výjezdu k domácímu porodu, který nepokračoval, hlavička byla v porodních cestách a porodní asistentka od toho tenkrát utekla, když nastal problém. Je to těžké, ale když se stane nějaký problém, který nejde v terénu vyřešit, tak to dítě může mít trvalé následky a bude za to moct matka. V dnešní době, kdy je péče dostupná pro všechny, nevidím důvod nejet do nemocnice a riskovat doma.“*

Informantka I10 uvedla, že domácí porody jsou celkem běžnou záležitostí, ale ZZS je volána až v případě nějakých komplikací, které jsou obtížně řešitelné i pro záchranáře. Dalším problémem bývá dohodnout se s rodiči, jestli je vůbec možné odvézt dítě do nemocnice, když si to oni nepřejí.

Informant I11 sdělil: *„Kvůli chybějící legislativě je to šedá zóna, ve které se neví, kdo má teda zodpovědnost. Současné znění je dost v neprospěch záchranářů, kteří tam přijedou ve chvíli, kdy už se něco pokazilo a oni to mají zachránit. Zároveň pokud se to pokazí málo, tak jsou popotahováni za to, že neměli transportovat a zachovat přání rodičky. Bylo by třeba upřesnit legislativu, aby se vědělo, či hlavy se za to budou sekát.“*

Benevolentnější názor vyjádřil informant I7, který si myslí, že je to věc každého, ale musí se pak umět postavit čelem následkům svého rozhodnutí a akceptovat například nemocniční péči, pokud je potřeba. V podobném duchu odpověděla i informantka I12, která sdělila, že domácí porody částečně respektuje, ale po příjezdu na místo očekává plnou spolupráci. Dále dodala: *„Naším cílem bude převoz do nemocnice, nefungujeme jako rychlá porodní pomoc.“*

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá tématem porodu v přednemocniční péči. Porodem je označováno každé ukončení gravidity narozením živého, nebo mrtvého novorozence s porodní hmotností nad 500 gramů (Binder et al., 2011).

V této bakalářské práci byly vytyčeny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají vedení porodu mimo nemocniční zařízení. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou zdravotničtí záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka se zabývala tím, jak zdravotničtí záchranáři vnímají porod v přednemocniční péči.

Porod v přednemocniční péči je noční můrou většiny zdravotnických záchranářů. Dokládají to i výsledky našeho výzkumu. Obavy a stres při výjezdu k porodu uvádí téměř shodně většina informantů. Jako důvod nepříjemných pocitů udávají nejčastěji nízkou četnost výjezdů k porodnickým indikacím a málo zkušeností s nimi, riziko obtížně řešitelných komplikací a dva pacienty na jednu posádku záchranné služby.

Porod je i ve standardních podmínkách velmi psychicky náročnou záležitostí pro všechny zúčastněné a v situaci neplánovaného porodu mimo nemocniční zařízení to platí dvojnásob. Záchranáři musejí být schopni se plně koncentrovat, rychle jednat a odvést bezchybnou práci i přes stres, který pocítují (Dvořáková, 2016).

Předčasné porody v přednemocniční péči jsou pro mnoho záchranářů ještě více obávanými než porody normální. O předčasný porod se jedná v případě, kdy je gravidita ukončená mezi 24. až 37. týdnem těhotenství (Pařízek et al., 2020). Takovéto porody jsou zatíženy větším rizikem vzniku komplikací a zhoršené poporodní adaptace. Podle dostupné literatury se četnost předčasných porodů v České republice zvyšuje. Zároveň tvoří asi 70% podíl na perinatální a časně neonatální úmrtnosti (Hájek, 2014). Z dotazovaných se s předčasnými porody setkali informanti I3, I4 a I8. Informantka I4 v přednemocniční péči rodila novorozence v 6. měsíci těhotenství, kterého se sice podařilo zresuscitovat, ale v porodnici bohužel zemřel. Informant I8 jako jediný z dotazovaných zažil porod mrtvého dítěte. Novorozenec, kterého rodil, byl mrtvý již před porodem a nepodařilo se u něj obnovit základní životní funkce. Informant I8

vedl také předčasný porod ve 26. týdnu těhotenství. Dítě se sice povedlo na místě udržet při životě a transportovat, ale následně v porodnici také zemřelo.

Informant I8 v případě druhého zmíněného porodu uvedl, že novorozenec byl tak malý, že i ty nejmenší pomůcky dostupné ve voze ZZS pro něj nebyly vhodné. Je otázkou, zda by bylo vhodné vůz vybavit i pomůckami pro předčasně narozené děti i přesto, že se jedná o raritní případy, nebo jestli by tento krok zbytečně zvýšil množství pomůcek, které by posádka nejspíš nikdy nevyužila a na něž je v sanitním voze omezený prostor.

Porod mrtvého plodu bývá velmi traumatizujícím zážitkem nejen pro rodiče, ale také pro zdravotnický personál přítomný porodu. Zdravotnický personál je v tomto případě tzv. sekundárně zasažený a může využít psychosociální pomoc. Mezi další sekundárně zasažené patří například příbuzní postiženého nebo zemřelého, svědci tragické události nebo právě osoby poskytující pomoc. Jedná se o osoby, jež nejsou zasaženy fyzicky, ale prožily nadlimitní psychickou zátěž (Psychosociální intervenční služba, 2020). Pro události tohoto typu existuje Systém psychosociální intervenční podpory (SPIS) zahrnující tzv. peer podporu a intervenční službu (Systém psychosociální intervenční podpory, 2020). Peer je zdravotník vyškolený v poskytování první psychické pomoci kolegům ve zdravotnictví. Poskytuje psychosociální podporu zdravotnickým pracovníkům v situacích nadlimitní psychické zátěže (Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví, 2019). Zdravotničtí záchranáři mohou například právě po porodu mrtvého plodu využít tzv. peer podporu. Systém psychosociální intervenční podpory (2020) poskytuje také intervenční službu. Intervenční služba představuje první psychickou pomoc, již interventi poskytují osobám příbuzným nebo blízkým pacientovi, u nichž se projevují známky akutní stresové reakce.

Z výzkumu vyplynulo, že téma porodu je z pohledu záchranářů mnohdy velmi obávané a stresující jak z důvodu nízké frekvence porodů mimo nemocniční zařízení, tak kvůli možným velmi závažným komplikacím, které se v terénu obtížně řeší. Tento výsledek byl očekávaný vzhledem k obecnému mínění zdravotnických záchranářů o porodech a i k našemu vlastnímu pocitu, který z představy porodu v terénu máme.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem jsou zdravotničtí záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči. Nejprve jsme se zabývali

tématem výuky porodů během studií zdravotnických záchranářů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina mladších záchranářů studujících přibližně v posledních patnácti letech byla kvalitněji školená k vedení porodů než většina starších záchranářů. Informant I2 sdělil, že na vysoké škole měli předmět *gynekologie a porodnictví* a v něm trénovali porod na figurínách a byli také na praxích na porodních sálech. Oproti tomu informantka I1 uvedla, že žádné figuríny neměli a vše se učili jen teoreticky. Tento rozdíl je možná způsoben faktem, že od roku 1998 není možné začít studovat obor zdravotnický záchranář na střední škole a všem mladším záchranářům bylo tedy poskytnuto vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání (Plecháč, 2020). Můžeme se tedy domnívat, že vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání studenty připravuje kvalitněji na budoucí výkon povolání. Dalšími faktory ovlivňujícími kvalitu studia jsou rozvoj a popularita simulační výuky, které jsou v posledních letech značné. Jedná se o vzdělávací metodu, díky níž si mohou zdravotníci vyzkoušet modelové situace v téměř reálném provedení a lépe tak propojit teoretické znalosti s praktickými dovednostmi. Je prováděna pomocí moderních technologií a špičkových patientských simulátorů s mnoha funkcemi a umožňuje nacvičovat kromě praktických dovedností také komunikaci a spolupráci v týmu (Sekce simulační medicíny, 2022). Simulační výuka využívá principu učení se z chyb, kde jsou chyby brány jako motivace k dalšímu zdokonalování se, zároveň při výuce není ohroženo zdraví pacienta (Halířová, 2018).

Pouze informant I6, jenž vystudoval VOŠ, uvedl, že k výuce nevyužívali žádné modely a porod se učili pouze teoreticky bez praktického nácviku.

Dále jsme se zabývali četností školení k vedení porodu v rámci zdravotnické záchranné služby. Bylo zajímavé, že ač všichni záchranáři Jihočeského kraje absolvují stejná školení v Českých Budějovicích, uváděné intervaly mezi školeními se značně liší. Rozpětí uváděných intervalů mezi školeními porodu bylo od jednoho roku do šesti let. Je těžké najít vysvětlení pro uvedené rozdíly, nicméně se přikláníme k názoru, že každý danou problematiku vnímá subjektivně rozdílně a jinak se o ni zajímá, a tedy i interval školení mu připadá jinak dlouhý, než ve skutečnosti je.

V Plzeňském kraji probíhají školení odlišným způsobem. Podle informantky I10 mají všichni k dispozici metodické pokyny a videa dostupná na e-learningu a v letošním roce se budou konat lektorské dny na téma porodu. Lektorské dny probíhají formou hromadných školení, která se každý rok zaměřují na jiné téma řešící se

v rámci přednemocniční péče. Informant I11 dodal, že školení probíhají nahodile, formou seminářů nebo praktických nácviků.

Dále nás zajímal obsah školení k vedení porodu. Z odpovědí vyplynul podstatný rozdíl mezi obsahy školení v Plzeňském a Jihočeském kraji. Zatímco v Jihočeském kraji jsou školení zaměřena především na praktický nácvik fyziologického porodu, v Plzeňském kraji nacvičují záchranáři mnohem více situací. Informant I9 uvedl, že během školení trénují fyziologický porod, porod dvojčat a také patologický porod způsobený například dystokií ramének nebo život ohrožujícím krvácením matky. Součástí školení je také KPR novorozence a rodičky, transport, logistika porodu v sanitním voze nebo logistika domácího porodu.

Tyto rozdíly mezi jednotlivými kraji jsou možné z toho důvodu, že zdravotnické záchranné služby nejsou zřizovány centrálně státem, ale jedná se o samostatné příspěvkové organizace krajů. Jednotnou metodiku určuje ministerstvo zdravotnictví, existují doporučené postupy a legislativa, primárně zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o ZZS, anebo vyhláška č. 296/2012 Sb. stanovující mimo jiné i požadavky na vybavení ZZS dopravními prostředky. Vše ostatní je v režii jednotlivých krajských zdravotnických záchranných služeb (Vilášek et al., 2014).

Zjišťovali jsme, zda jsou záchranáři s těmito způsoby nacvičování spokojeni, nebo jestli navrhují nějaké změny, díky nimž by pro ně školení byla přínosnější. Informanti I2, I3, I10 se shodli na tom, že by ocenili možnost praxe přímo na porodních sálech, kde by si mohli reálné porody vyzkoušet. Pro informanta I3 by bylo přínosné, kdyby se na školeních více nacvičovala spolupráce v týmu jak v rámci RZP posádky, tak i spolu s lékařem a záchranářem z posádky RV. V sanitním voze je málo místa, a pokud se kolem rodičky rozestaví čtyři členové záchranné služby, bude pro ně obtížné se kamkoliv přemísťovat. Je tedy důležité, aby měli předem nacvičeno, kde mají být a co přesně dělat, čímž bude daná situace pro všechny snazší a méně stresující. Polovina všech dotazovaných by uvítala častější školení na zmíněné téma a někteří by jejich náplň obohatili o výuku komplikací.

Myslíme si, že pro vzdělávání zdravotnických záchranářů by byl velmi přínosný trénink v simulačních centrech, která byla již zmíněna v souvislosti s výukou v rámci studia. Jedná se o nový způsob výuky, jenž by mohl zvýšit jistotu záchranářů nejen při

provádění výkonů spojených s porodem, ale i v rámci péče o novorozence nebo spolupráce v týmu. Z výzkumu vyplynulo, že simulační výuka je sice pro školení záchranářů využívána již v současné době, ale jedná se spíše o jednotlivé simulační modely než o nácvik komplexních modelových situací v simulačních centrech včetně efektivního debriefingu.

S dotazovaným I3 jsme diskutovali o transportu novorozence ve voze zdravotnické záchranné služby. Informant I3 uvedl, že se jedná o téma, které se často řeší právě na školení v Českých Budějovicích a bohužel se ještě nepřišlo na správné řešení. V sanitním voze totiž není místo, kde by se dal bezpečně přepravovat novorozenec, a tak po porodu bývá transportován nejčastěji v náručí rodičky nebo záchranáře. Kontakt s matkou je pro novorozence po porodu sice velmi podstatný, ale během transportu je z bezpečnostního hlediska nevhodný. Ideálním řešením by byl převoz ve speciálním transportním inkubátoru. Jedná se o inkubátor vybavený nejmodernější technikou a je možné díky němu bezpečně transportovat novorozence a poskytnout mu případnou podporu životních funkcí (Novorozenecký transportní inkubátor, 2017). Problémem je, že tento inkubátor je v sanitce převážen na nosítkách, na nichž je běžně transportován pacient. V případě porodu na těchto nosítkách ale leží rodička a není tedy možné je za inkubátor vyměnit. Možným řešením by bylo, aby na místo přijel další vůz RZP vybavený inkubátorem, který by se o novorozence postaral a následně jej transportoval do porodnice. Ani tato varianta by ale nejspíš nefungovala ve všech případech. Další vůz RZP by například nemusel být vůbec dostupný, nebo by se na něj muselo čekat z důvodu dlouhé dojezdové doby z jiné části kraje. Samotné čekání s novorozencem v nevyhovujících podmínkách mimo nemocnici by pro něj však mohlo být rizikové hlavně z důvodu obtížného udržení dostatečné okolní teploty. Dalším problémem je, že tento inkubátor je určen primárně pro transport nezralých novorozenců, kteří potřebují specializovanou péči (Novorozenecký transportní inkubátor, 2017).

Domníváme se, že se jedná o téma, jež by mělo být řešeno, ale obáváme se, že bezpečnost transportu novorozence nikdy nebude úplně ideální. Záleží tedy hlavně na řidiči, aby v takovýchto případech jezdil ještě bezpečněji než obvykle.

Diskutovaným tématem, které vzbudilo emoce, byly domácí porody z pohledu ZZS. Dotazovaní dali najevo rozhořčení nad nedostatečnou legislativní úpravou v dané

oblasti. Podle nich není jasně dané, kdo nese zodpovědnost v případě, že porodní asistentka porod přestane zvládat a zavolá si na pomoc zdravotnickou záchrannou službu. Pro záchranáře by bylo přínosné vědět, jestli v danou chvíli nese zodpovědnost za následky komplikací porodní asistentka, jež vedla porod doma i s rizikem, že takový stav nastane, nebo záchranná služba, která byla přivolána a už nedokázala komplikace vyřešit.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky zastává názor, že domácí porody jsou rizikové. Řídí se zákonem č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, a vyhláškami č. 99/2012 Sb., *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*, a č. 92/2012 Sb., *o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče* (Doprovod porodních asistentek k domácím porodům, 2020).

Podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. musí být *zajištěno provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace porodu ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče*. Porodní asistentky tedy mohou vést fyziologický porod, ale musí mít zajištěné požadavky pro případ, že by nastaly komplikace. Tyto požadavky mají zajistit dostatečné bezpečí a kvalitu péče poskytované matce a dítěti (Doprovod porodních asistentek k domácím porodům, 2020). Porodní asistence za vedení domácího porodu hrozí i pokuta (Válová, 2021).

Na téma domácích porodů navazuje problematika transportu novorozence do zdravotnického zařízení proti vůli rodičky. Informant I11 uvedl, že by bylo potřeba, aby bylo přesně stanoveno, kdy má záchranná služba právo transportovat novorozence do porodnice proti vůli matky a kdy musí zachovat její přání. Příkladem může být případ, jenž se odehrál v roce 2010 v Jihomoravském kraji. Zdravotnická záchranná služba tehdy přijela k novorozenci, který byl již porozený, ale stále připojený pupeční šňůrou k placentě. Lékař rozhodl o transportu dítěte do porodnice proti vůli matky, která situaci následně řešila soudní cestou. Soudní proces probíhal několik let, a nakonec jej vyhrála matka (Záchranka odvezla novorozeně proti vůli matky, teď musí zaplatit pokutu, 2019). Dle rozhodnutí soudu nebylo dítě bezprostředně ohroženo na životě a rozhodnutí lékaře záchranné služby bylo protiprávním zásahem do osobní svobody matky a dítěte (Sedláčková, 2019).

Podle zákona č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, má lékař právo poskytnout přednemocniční neodkladnou péči a nařídit transport novorozence proti vůli zákonných zástupců v případě, že jsou patrné projevy život ohrožujících stavů.

Může být ale velmi obtížné na místě zásahu tyto projevy správně určit a myslíme si, že většina lékařů bude raději transportovat i dítě, jež není bezprostředně ohroženo na životě, než aby zanedbali péči o novorozence. Z toho potom mohou plynout nepříjemné soudní spory vyvolané matkami, které s tím nesouhlasily.

Zabývali jsme se také názory záchranářů na požadavky matek ohledně netradiční porodní polohy, dotepání pupečníku, přiložení k prsu nebo bondingu v rámci přednemocniční péče. Překvapily nás názory většiny dotazovaných, kteří uvedli, že pokud splněním požadavků nevznikne riziko ohrožení zdraví nebo života novorozence či matky, tak se snaží matce vyhovět. Dělají to zejména kvůli psychickému klidu matky, protože pokud by jejím požadavkům zbytečně odporovali, mohla by se tím celá situace zhoršit.

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, mají záchranáři povinnost *provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence*. Respektování speciálních požadavků matky tedy nespadá do povinností ZZS, ale je projevem jejich dobré vůle udělat porod pro rodičku co nejsnesitelnějším.

Z výsledků výzkumu nás překvapilo, kolik záchranářů se setkalo s novorozenci s poruchou adaptace a s předčasně narozenými dětmi. Dozvěděli jsme se také, jak jsou záchranáři spokojeni s výukou vedení porodů v rámci ZZS a jaké změny by navrhovali, aby v úkonech spojených s porodem získali jistotu. Z výzkumu vyplynulo, že vedení porodu je pro záchranáře raritní záležitostí a nahlízejí na něj s respektem, jelikož jsou si vědomi možných komplikací, což je podle nás správný přístup.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem porodu v přednemocniční péči. Byla zaměřena konkrétně na zdravotnické záchranáře z Jihočeského a Plzeňského kraje, kteří se setkali s porodem mimo nemocniční zařízení. Bakalářská práce se skládá z části teoretické a části praktické.

V teoretické části byl popsán průběh a vedení jednotlivých dob porodních, hodnocení novorozence pomocí APGAR skóre a vybrané porodní komplikace. Byl popsán jednak porod v přednemocniční péči, jednak jeho vedení, což představovalo jedno z nejdůležitějších témat teoretické části, dále byla popsána kritéria rozhodování o transportu pacientky s hrozícím porodem a také resuscitace novorozence a těhotné ženy.

Pro naši bakalářskou práci jsme zvolili dva cíle, z nichž vycházely dvě výzkumné otázky. V rámci prvního cíle a první výzkumné otázky jsme zjišťovali, jak vnímají zdravotničtí záchranáři porod v přednemocniční péči. Druhým cílem a zároveň záměrem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jak jsou záchranáři připravováni na vedení porodu v přednemocniční péči.

Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů a vyplynulo z něj, že pro většinu záchranářů je porod obávanou záležitostí. Uvědomují si možná rizika a fakt, že velkou část komplikací nejsou mimo nemocnici schopni vyřešit. Proto je primární snahou záchranářů dovézt rodičku do porodnice ještě před porodem, tedy transportovat novorozence „in utero“, což je pro něj ze všech možností transportu nejbezpečnější způsob. Pokud ale převoz již není možný, řeší záchranáři náročnou situaci, ve které až do samotného porození dítěte neví, v jakém stavu novorozenec bude, musejí být tedy připraveni na jakýkoliv vývoj situace.

Dále jsme zjistili, že v Jihočeském kraji jsou záchranáři školeni ve školicím centru v Českých Budějovicích jednou za rok, ale pokaždé se školí jiné téma. Záchranáři se úplně neshodli na časovém rozestupu školení, ale většina uvedla, že neprobíhá každým rokem. Obsahem školení bývá nácvik fyziologického porodu na modelu. V Plzeňském kraji se porod školí v rámci lektorských dní jednou za několik let a kromě toho mají zpracované metodické pokyny a videa na e-learningu. Na rozdíl od Jihočeského kraje se však v Plzeňském kraji školí kromě fyziologického porodu i porod dvojčat,

komplikovaný porod či KPR novorozence a matky. Velká část záchranářů se shodla na tom, že by uvítala častější nácvik porodu a někteří ze záchranářů by ocenili možnost praxe na porodních sálech. Podle informanta I3 by bylo prospěšné více nacvičovat spolupráci v týmu jak RZP, tak RLP.

Výsledky výzkumného šetření naší bakalářské práce by mohly být využity k prezentaci na konferencích a k seznámení vedoucích pracovníků a školitelů s názory zdravotnických záchranářů. Mohly by také sloužit ke změně obsahu a zvýšení četnosti školení k vedení porodu, aby bylo více vyhověno požadavkům záchranářů. Díky tomu by se řešení porodů v přednemocniční péči mohlo stát pro záchranáře méně stresující záležitostí.

7 Zdroje

1. ARORA, S., 2020. *Elsevier Clinical Skills Manual, Child Health Nursing*. Elsevier Inc. 214 s. ISBN 978-81-312-5427-1.
2. BAIK, N. et al., 2018. Ventilation Strategies during Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation. *Front. Pediatr.* 6, 9-15. doi: 10.3389/fped.2018.00018.
3. BINDER, T. et al., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. BINDER, T., et al., 2020. *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.
5. BINDER, T., ROZTOČIL, A., 2020. Šokové stavy v porodnictví. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 445-67. ISBN 978-80-271-2098-7.
6. BLÁHA, J., 2016. Kardiopulmonální resuscitace těhotných. In: JINDROVÁ, B. et al. *Praktické postupy v anestezii. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s.101-103. ISBN 978-80-247-5910-4.
7. BUBENÍKOVÁ, Š. et al., 2020. První doba porodní. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. s. 393-95. ISBN 978-80-7345-618-4.
8. *Doprovod porodních asistentek k domácím porodům*, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18487/40223/18_2020_A.pdf
9. DORT, J. et al., 2013. *Neonatologie. 2.*, upravené vydání. Praha: Karolinum. 118 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
10. DVOŘÁKOVÁ, E., 2016. *Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě*. Praha. Bakalářská práce. ČVUT.
11. HÁJEK, Z., 2014. Poruchy délky těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 3.* zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 240-55. ISBN 978-80-247-4529-9.
12. HALÍŘOVÁ, R., 2018. Význam simulační medicíny pro intenzivní péči. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.
13. HANÁKOVÁ, A., 2021. *Repetitorium porodní asistence*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-1242-5.

14. CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie: metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 288 s. ISBN 978-80-244-5375-6.
15. KACEROVSKÝ, M. et al., 2017. Spontánní předčasný porod: doporučený postup. *Česká gynekologie* [online]. 82(2), 160-165 [cit.2022-03-09]. ISSN 1805-4455.
16. KAŠOVÁ, L., JANOUŠKOVÁ, K., 2020a. Druhá doba porodní. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. s. 401-05. ISBN 978-80-7345-618-4.
17. KAŠOVÁ, L., JANOUŠKOVÁ, K., 2020b. Třetí doba porodní. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. s. 425-30. ISBN 978-80-7345-618-4.
18. KELNAROVÁ, J. et al., 2013. *První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů*, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4200-7.
19. KLOZOVÁ, R., 2014. Kritické stavy v porodnictví. In: ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 968-78. ISBN 978-80-7492-066-0.
20. KŘEPELKA, P., ZÁHUMENSKÝ, J., PROCHÁZKA M., 2016. *Dystokie ramének*. Praha: Maxdorf. 77 s. ISBN 978-80-7345-442-5.
21. MATLÁK, P., 2021. Porodnictví. In: ŠÁLKOVÁ, J. et al. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada, s. 119-163. ISBN 978-80-271-0844-2.
22. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, 2019. [online]. Ministerstvo zdravotnictví české republiky. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>
23. *Novorozenecký transportní inkubátor*, 2017. [online]. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.zzsck.cz/aktuality/5420-novorozenecky-transportni-inkubator>
24. PAŘÍZEK, A. et al., 2020. Předčasný porod, porodnická problematika. In: MARKOVÁ, D. et al. *Předčasně narozené dítě*. Praha: Grada, s. 13-21. ISBN 978-80-271-1745-1.
25. PLECHÁČ, D., 2020. *Historie vzdělávání zdravotnických záchranářů*. Liberec. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

26. *Psychosociální intervenční služba*, © 2020. [online]. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.zzsck.cz/cinnost/utvar-krizoveho-rizeni/psychosocialni-intervencni-sluzba>
27. REMEŠ, R. et al., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
28. ROZTOČIL, A., 2017a. Lékařsky vedený porod. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 195-200. ISBN 978-80-247-5753-7.
29. ROZTOČIL, A., 2017b. Dystokie ramének. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 427-30. ISBN 978-80-247-5753-7.
30. ROZTOČIL, A., 2020a. Mechanismus porodu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 109-25. ISBN 978-80-271-2098-7.
31. ROZTOČIL, A., 2020b. Vedení porodu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 128-41. ISBN 978-80-271-2098-7.
32. ROZTOČIL, A., 2020c. Nepravidelnosti pupečníku. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 383-385. ISBN 978-80-271-2098-7.
33. ROZTOČIL, A., 2020d. Dystokie ramének. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 414-19. ISBN 978-80-271-2098-7.
34. SEDLÁČKOVÁ, M., 2019. *Ústavní soud odmítl ústavní stížnost Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje ve věci omluvy a finanční satisfakce za nucený transport zdravého novorozence po domácím porodu do nemocnice* [online]. Ústavní soud [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/ustavni-soud-odmitl-ustavni-stiznost-zdravotnicke-zachranne-sluzby-jihomoravskeho-kraje-ve-veci-omluyy-a-financni-satisfakce-za-nuceny-transport-zdraveho-novorozence-po-domacim-porodu-do-nemocnice>
35. *Sekce simulační medicíny*, © 2022. [online]. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/kdo-jsme/sekce-spolecnosti/simulacni-mediciny>
36. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

37. SNYDER, S. R., 2013. Prehospital Childbirth, Part 2: Fetal Complications. *EMS World* [online]. HMP Global Learning Network [cit. 2021-10-19]. Dostupné z: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/emsworld/article/11192112/prehospital-childbirth-part-2-fetal-complications>
38. SPITZER, A. R., 2013. Care of the Term Infant. In: POLIN, R. A., SPITZER, A. R. *Fetal & Neonatal Secrets*. 3. edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, s. 7-18. ISBN 978-0-323-09139-8.
39. SRP, B. 2014. Mechanismus porodu. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 178-89. ISBN 978-80-247-4529-9.
40. *Systém psychosociální intervenční podpory*, © 2020. [online]. Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.azzs.cz/spis>
41. ŠTEMBERA, Z., 2014. Rizikové a patologické těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 237-40. ISBN 978-80-247-4529-9.
42. ŠTOURACĚ, P., 2019. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví. In: ŠÍN, R. et al. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, s. 219-228. ISBN 978-80-7492-433-0.
43. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
44. TRUHLÁŘ, A. et al., 2021. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. *Anest. intenziv. Med.* 32, 8-70, doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.003.
45. VÁLOVÁ, I., 2021. *Analýza: Porodit dítě doma s asistencí je stále nelegální, některé matky proto raději rodí samy* [online]. Česká justice [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2021/12/analyza-porodit-dite-doma-s-asistenci-je-stale-nelegalni-nektere-matky-proto-radeji-rodí-samy/>
46. VAŇATKA, T., 2018. Gynekologická a porodnická problematika v urgentní medicíně. In: ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 301-46. ISBN 978-80-271-0596-0.
47. VILÁŠEK, J., et al. 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21.století*. Praha: Karolinum. 188 s. ISBN 978-80-246-2477-8.

48. VLK, R., 2019. Urgentní stavy v porodnictví. In: MÁLEK, J. et al. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada, s. 110-16. ISBN 978-80-271-0590-8.
49. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2019. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20. [cit. 2021-10-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
50. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2021. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99/zneni-20210101>
51. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018. [online]. World Health Organization. [cit. 2021-12-29]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=4FC46F555E3F2A45BC71C13007926E66?sequence=1>
52. WILHELMOVÁ, R. et al., © 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2021-12-3]. ISSN 1802-128X. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html
53. WORLD HEALTH ORGANISATION, 2012. *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation* [online]. World Health Organisation. [cit. 2021-10-28]. ISBN 978-92-4-150369-3. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75157>
54. *Záchranka odvezla proti vůli matky novorozeně do nemocnice, teď musí zaplatit pokutu*, 2019. [online]. Česká televize. [cit.2022-03-22]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2778071-zachranka-odvezla-proti-vuli-matky-novorozene-do-nemocnice-ted-musi-zaplatit-pokutu>
55. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2021. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. [cit. 2021-12-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p82-2>

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 – Identifikační údaje zdravotnických záchranářů	25
Tabulka 2 – Kategorie a podkategorie výzkumu	28

9 Přílohy

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru se záchranáři

Příloha 2 – Prezentace

Příloha č.1: Otázky k rozhovoru se záchranáři (zdroj: vlastní)

Identifikační otázky:

- Jste muž nebo žena?
- Jaká je Vaše nejvyšší dosažená úroveň vzdělání?
- Jak dlouho pracujete u zdravotnické záchranné služby?
- V jakém kraji pracujete?

Další otázky:

1. Jakou formou probíhal v průběhu studia na SŠ/VOŠ/VŠ nácvik porodu?
2. Jak často a jakou formou probíhají v rámci ZZS školení o porodech?
 - a. Co je obsahem školení?
 - b. Co v přípravě postrádáte a jaký způsob změny byste navrhoval?
3. Jak se cítíte, když jedete na výjezd k porodu?
 - a. Lišily by se nějak vaše pocity, kdyby se jednalo o předčasný porod?
 - b. Z jakého důvodu se podle vás záchranáři obávají porodů?
 - c. Jak nahlížíte na problematiku domácích porodů, vzhledem k tomu, že ZZS často musí řešit jejich komplikace?
4. Kolikrát jste se setkal/a s porodem mimo zdravotnické zařízení?
 - a. Jak daný porod probíhal?
 - b. Jaký byl stav dítěte a rodičky po porodu?
 - c. Jakou poporodní péči jste prováděl/a?
5. S jakými komplikacemi u porodu jste se setkal/a?
6. Jak se díváte na požadavky matky ohledně speciální porodní polohy (př.na čtyřech), dotepání pupečníku (v případech, kdy to není vhodné), bondingu nebo přiložení k prsu ve voze zdravotnické záchranné služby?



Porod v přednemocniční péči

SÁRA ZELINKOVÁ

3.ZZ

ZSF JCU

Obsah

- Porod
- Potrat
- První doba porodní
- Druhá doba porodní
- Třetí doba porodní
- Doba poporodní
- Rozhodování o transportu při hrozícím porodu
- Vedení porodu v přednemocniční péči
- Vybrané porodní komplikace
- Resuscitace novorozence
- Resuscitace těhotné ženy

Porod

- Narození živého nebo mrtvého novorozence s porodní hmotností nad 500 gramů
- Živě narozené dítě
 - Znamky života
 - Dýchání
 - Srdeční činnost
 - Aktivní pohyb svalstva
 - Pulzace pupečníku
- Mrtvě narozené dítě

Potrat

- Plod pod 500 gramů bez známek života
- Těhotenství kratší než 22 týdnů

První doba porodní

- Začátek – pravidelná děložní činnost
- Zakončení – zánik porodnické branky
- Změny
- Nulipara 6–12 hodin
- Multipara 3–8 hodin
- Tři fáze
 - Latentní
 - Aktivní
 - Přechodná

Druhá doba porodní

- Začátek – zaniknutí porodnické branky
- Zakončení – vypuzení plodu
- Dvě fáze
 - Pasivní
 - Aktivní
- Nulipara 15–20 minut
- Multipara 5–10 minut

Třetí doba porodní

- Začátek - vypuzení plodu
- Zakončení - porození placenty
- Změny
- Mechanismy odloučení placenty
 - Baudelocque– Schulzův mechanismus
 - Duncanův mechanismus
 - Gessnerův mechanismus

Doba poporodní

- Dvě hodiny po porodu placenty
- Rodička nejvíce ohrožena krvácením

Rozhodování o transportu při hrozícím porodu

- Kontrakce po 5 minutách, bez stálého tlaku na konečník
 - Transport ano
- Kontrakce po 3 minutách, tlak na konečník po stahu ustupuje
 - Transport s rizikem porodu
- Silné kontrakce po 2–3 minutách, stálý tlak na konečník, občasná potřeba tlačit
 - Transport (max. 5 minut cesta)
- Silné kontrakce pod 2 minuty, stálý tlak na konečník, stálá potřeba tlačit
 - Kontraindikace transportu

Vedení porodu v přednemocniční péči

- Porodnický balíček
- Uložení rodičky
- Činnosti záchranáře
- Čas porodu
- Zhodnocení novorozence
- Termomanagement novorozence !

Vybrané porodní komplikace

- Dystokie ramének
- Prolaps pupečníku
- Embolie plodovou vodou
- Peripartální život ohrožující krvácení

Resuscitace novorozence

- Stimulace, termomanagement
- Podvaz a přerušení pupečníku
- Zprůchodnění dýchacích cest
- 5 inflačních vdechů (O_2 21–30%)
- 30 vteřin ventilace
- Nepřímá srdeční masáž 3:1 (O_2 100%)
- Vstup do cévního řečiště + léky

Resuscitace těhotné ženy

- Téměř shodné s ALS
- Změny
 - Náklon 15–30°
 - Časná intubace
 - I.V. vstup nad úroveň diaphragmy
 - Perimortální císařský řez

Zdroje

- BINDER, T. et al., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BUBENÍKOVÁ, Š. et al., 2020. První doba porodní. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. s. 393–95. ISBN 978-80-7345-618-4.
- KLOZOVÁ, R., 2014. Kritické stavy v porodnictví. In: ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 968–78. ISBN 978-80-7492-066-0.
- KŘEPELKA, P., ZÁHUMENSKÝ, J., PROCHÁZKA M., 2016. *Dystokie ramének*. Praha: Maxdorf. 77 s. ISBN 978-80-7345-442-5.
- ROZTOČIL, A., 2020. Mechanismus porodu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, s. 109–25. ISBN 978-80-271-2098-7
- SRP, B. 2014. Mechanismus porodu. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 178–89. ISBN 978-80-247-4529-9.

Zdroje

- TRUHLÁŘ, A. et al., 2021. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. *Anest. intenziv. Med.* 32, 8–70, doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.003.
- VAŇATKA, T., 2018. Gynekologická a porodnická problematika v urgentní medicíně. In: ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 301–46. ISBN 978–80–271–0596–0.
- VLK, R., 2019. Urgentní stavy v porodnictví. In: MÁLEK, J. et al. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada, s. 110–16. ISBN 978–80–271–0590–8.
- WILHELMOVÁ, R. et al., © 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2021–12–3]. ISSN 1802–128X. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2021. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. [cit. 2021–12–02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p82-2>

Děkuji za pozornost!

10 Seznam zkratek

µg - mikrogram

ABC - algoritmus, podle kterého zdravotnická záchranná služba vyšetřuje pacienty

ALS - advanced life support; sada protokolů a dovedností, které rozšiřují základní podporu životních funkcí poskytovanou v BLS

APGAR skóre - skóre, kterým se hodnotí poporodní adaptace novorozence

BLS - basic life support; typ zdravotní péče, kterou poskytují osoby nevyškolené v ALS osobám s poruchami základních životních funkcí

kg - kilogram

KPR - kardiopulmonální resuscitace

ml - mililitr

mm - milimetr

PŽOK - peripartální život ohrožující krvácení

ROSC - return of spontaneous circulation; obnova spontánní cirkulace krevního oběhu

RV - rendez-vous; posádka lékařského automobilu záchranné služby složená z lékaře a zdravotnického záchranáře

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

SPIS - systém psychosociální intervenční podpory

SŠ – střední škola

tzv. – takzvaně

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

ZZS - zdravotnická záchranná služba