

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické
zařízení**

bakalářská práce

Autor práce: Tereza Kohútová
Studijní program: Porodní asistentka
Studijní obor: Porodní asistence

Vedoucí práce: MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

V bakalářské práci se věnuji zajištění nezbytné péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Zdůrazňuji, že se nezabývám problematikou plánovaných porodů mimo zdravotnické zařízení, ale akutními situacemi, které nebylo možné předvídat. Soustřeďuji se na hlavní zásady péče o novorozence v podmínkách, které značně limitují možnosti porodní asistentky. Za hlavní zásady považuji zhodnocení rizika novorozence na základě anamnestických údajů, v těhotenské průkazce, kterou je těhotná žena povinná nosit neustále u sebe, minimální narušení fyziologie adaptace novorozence a zhodnocení stavu novorozence po porodu.

Cílem práce bylo zmapovat připravenost porodních asistentek na řešení péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Zjišťovala jsem, jak si porodní asistentky udržují znalosti ohledně porodní asistence. Jak by reagovaly na situaci, že mají porodit novorozence mimo zdravotnické zařízení, zajistit novorozenci adekvátní péči bezprostředně po porodu a to včetně resuscitace novorozence.

Ve výzkumné části jsem použila metodiku pomocí strukturovaných rozhovorů, kterých se účastnilo 8 porodních asistentek z Jihomoravského kraje, které mají praxi minimálně dva roky v oboru. Rozhovory se uskutečnily v nemocničním prostředí, na předporodním kurzu a v domácím prostředí. Porodní asistentky byly velmi ochotné a dostatečně dotazované otázky rozvíjely.

Byly položeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala udržování znalostí porodních asistentek. Z následujících otázek vyplynulo, že jsou porodní asistentky nuceny preferovat spíše samostudium literatury či účastnit se přednášek se širě koncipovanou tematikou. Specializované kurzy na mé výzkumné téma v České republice bohužel chybí.

Druhá výzkumná otázka se zabývala problematikou, jak by porodní asistentky dokázaly pečovat o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Porod novorozence mimo zdravotnické zařízení by zvládly. Z uskutečněného výzkumu vyplynulo, že by se nejdříve dané situace zalekly, ale nakonec by zachovaly chladnou hlavu a porod by odvedly téměř stejně jako v porodnici, ale bohužel bez pomůcek, protože pomůcky u sebe nosí jen jedna z nich. O novorozence by rovněž pečovaly

adekvátně. Velkou pozornost by věnovaly termoregulaci, protože novorozenec nedokáže po porodu udržet teplo. Novorozenec by osušily, přikryly přikrývkou, některé z nich by položily novorozence na matčino břicho a sledovaly by u novorozenec i matky vitální funkce.

Poslední výzkumná otázka se týkala resuscitace novorozenec. Zde si nebyly porodní asistentky při odpovědích tolik jisty, jako u předešlých otázek. Resuscitaci by byly schopné adekvátně zahájit, ale bohužel, jak sem již zmiňovala, pomůcky k resuscitaci u sebe nenosí, takže by postupovaly bez pomůcek. Nejdříve by zajistily dýchací cesty případným odsátím a následovalo by dýchání z úst do úst, novorozenec by měly v neutrální poloze. Neutrální polohou myslí, že by novorozenec uložily na rovnou podložku na záda, hlavou směrem k sobě tak, aby nebyla moc zakloněná ani předkloněná. Pokračovaly by nepřímou srdeční masáží, kde by použily buď techniku pomocí 2. a 3. prstu nebo techniku pomocí palců.

Z uskutečněného výzkumu vyplynulo, že by porodní asistentky u porodu novorozenec mimo zdravotnické zařízení obstály, ale všechny by zavolaly rychlou záchrannou službu, kvůli možným vzniklým komplikacím. Jen by bylo potřeba realizovat kurzy týkající se dané problematiky, přimět porodní asistentky, aby si pořídily malý porodní balíček „do kapsy“ a navýšit počet praktických školení týkající se resuscitace novorozenec, protože pouhé teoretické školení porodním asistentkám nestačí.

Dle mého názoru by výsledky výzkumu mohly být použity jako edukační materiál již pracujícím porodním asistentkám nebo jako informační či edukační zdroj studentkám porodní asistence.

Klíčová slova: porodní asistentka, novorozenec, porod mimo zdravotnické zařízení, první ošetření novorozenec, resuscitace novorozenec

Abstract

This thesis deals with the assurance the necessary care of the newborns at birth outside of health facility. I emphasize that I do not deal with the issue of planned births outside of hospitals, but acute situations that could not be foreseen. I focus on the main principles of newborns care, where conditions are very limited for midwives. I consider the main principles are the evaluation of risks of newborns based on anamnesis in pregnancy card, which pregnant woman is required to have with her at all times, also minimal disruption neonatal physiology adaptation and evaluation of the newborns after birth.

The aim of the thesis was to catch midwife's awareness to solving of newborns care at birth outside of health facility. I focused on methods, which formidwives prefer for maintaining the knowledge about midwifery. I focused on their reactions about births outside of health facility, simultaneously that they have to be able to provide adequate care for newborns immediately after birth, including neonatal resuscitation.

In the empirical part I used a methodology of structured interview with eight midwives from the South Moravia Region, who have at least two years experience in the practice. The interview took place in a hospital setting, on antenatal courses and home setting. Midwives answered very willingly and they sufficiently developed the questioned issues.

They were asked on three research questions. The first research question concerned on the maintenance of knowledge of midwives. The following questions showed that midwives are forced to prioritize self study of literature or attendance on the courses. Specialized courses on my research topic is unfortunately missing in the Czech Republic.

The second research question dealt with the issue of care of the newborns at birth outside of health facility and the ability of midwives deal with this problematic. They are able to handle with childbirth of newborns outside of health facility. After the first frightening, they were be able to handle it as well as in the hospital, but unfortunately without aids, because the necessary aids had prepared with her only one of them. The newborn also should be adequately cared. Great attention should be devoted to

thermoregulation. Newborn after birth can not keep warm. They had dried out of newborn and covered him of blanket. Some of them laid the infant on the mother's abdomen and followed by neonatal and maternal vital signs.

The last research question related to neonatal resuscitation. The midwives were not so sure in their answers in this problematic. They were be able to adequately begin of resuscitation, but unfortunately, as I already mentioned, they had not prepare with them the necessary aids, so they have to work without the aids. For the first they would ensure the airways and possible aspiration followed by mouth-to-mouth breathing, in the neutral position of newborn. Neutral position had in mind that the infant laid on a flat surface on the back, head toward to them, so the head was not too backswept or bend over. They would continue by indirect heart massage, where they used technique of using second and third or techniques of using inches.

The research showed that the midwives stand proof during the birth of newborn outside of health facility, but all of them would called the ambulance, due to possible risks incurred. Just would be the necessary to implement courses on this topic, encourage midwives to get a small package "in the pocket" and increase the number of practical training in neonatal resuscitation, because the theoretical training midwives is not enough.

In my opinion, the results of the research could be used as educational material for working midwives, as information or educational resource for students of midwifery.

Key words: midwife, newborn, birth outside of health facility, first treatment of newborn, neonatal resuscitation

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Tereza Kohútová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za odborné vedení, jeho ochotu, čas a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svým respondentkám za jejich čas a ochotu a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Mezinárodní definice a kompetence porodních asistentek.....	11
1.1.1 Mezinárodní definice porodních asistentek.....	11
1.1.2 Vzdělávání porodních asistentek.....	12
1.1.3 Role a funkce porodních asistentek.....	12
1.2 Klasifikace novorozence.....	13
1.2.1 Klasifikace dle délky těhotenství.....	14
1.2.2 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku.....	14
1.2.3 Klasifikace dle zralosti.....	14
1.3 Zralost u novorozence od hranice viability po termín porodu.....	15
1.4 Observace poporodní adaptace porodní asistentkou.....	16
1.5 Plod jako objekt porodu.....	18
1.5.1 Mechanismus porodu.....	19
1.5.1.2 Mechanismus porodu ramének.....	20
1.5.1.3 Mechanismus porodu trupu a hýždí.....	21
1.5.2 Poloha a postavení plodu.....	21
1.6 Porod novorozence mimo zdravotnické zařízení.....	22
1.7 První ošetření novorozence.....	24
1.8 Hodnocení časné poporodní adaptace.....	24
1.9 Termoregulace.....	26
1.10 Zhodnocení rizika u novorozence dle anamnestických údajů.....	27
1.10.1 Látky s negativním působením na plod.....	27
1.10.2 Novorozenec matky s gestačním diabetem.....	29
1.10.3 Těhotenská hypertenze.....	30
1.10.4 Infekce streptokokem skupiny B.....	31
1.11 Novorozenec s vrozenými malformacemi.....	31
1.11.1 Vrozené malformace nervového systému.....	32

1.11.2	Vrozené malformace gastrointestinálního systému	32
1.11.3	Chromozomální abnormality	33
1.12	Značení novorozenců	34
1.13	Resuscitace novorozence	34
1.13.1	Definice resuscitace	34
1.13.2	Pomůcky	34
1.13.3	Ošetřovatelský postup	35
1.13.4	Základní kroky resuscitace	35
1.13.5	Poresuscitační péče	37
2	Cíl práce a výzkumné otázky	38
2.1	Cíl práce	38
2.2	Výzkumné otázky	38
3	Metodika a charakteristika výzkumného souboru	39
3.1	Metodika	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
4	Výsledky výzkumu	40
4.1	Rozhovor 1	40
4.2	Rozhovor 2	42
4.3	Rozhovor 3	43
4.4	Rozhovor 4	44
4.5	Rozhovor 5	45
4.6	Rozhovor 6	46
4.7	Rozhovor 7	48
4.8	Rozhovor 8	50
5	Diskuze	51
6	Závěr	56
7	Seznam použitých zdrojů	57
8	Přílohy	60

Úvod

V současné době mohou ženy rodit mimo porodnici z různých důvodů, například pokud nestihnou do porodnice přijet. Část žen se ale připravuje předem na porod mimo zdravotnické zařízení, protože jim porod v porodnici nevyhovuje. Může to být kvůli nevyhovujícímu zdravotnickému personálu, či nevyhovujícím podmínkám porodnice, jako je „sterilní“ prostředí, bílé stěny, které působí chladně...Dnes se však s úspěchem daří napodobit porodní sály „domácímu“ prostředí, pomocí barevné malby, gymnastických míčů, žíněnek, pohodlnou porodnickou postelí, porodnickou stoličkou, muzikoterapií a aromaterapií.

Bakalářskou práci povedu prvním směrem, že do porodnice nestihnou ženy přijet. Například u žen vícerodiček se porod může rozbíhat tak rychle, že do porodnice nestihnou přijet i proti své vůli a jsou tak nuceny porodit mimo zdravotnické zařízení. Může také dojít ke špatnému určení data porodu a ženu může porod nečekaně překvapit, dále může dojít k úrazu ženy a porod se nečekaně rozběhne.

Cílem práce je zmapovat připravenost porodních asistentek na řešení péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Zabývá se jejich pohotovým zasáhnutím a adekvátní péči směřující k novorozencům bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení. Výzkumná část práce se skládá ze strukturovaných rozhovorů, které se uskutečnily s 8 porodními asistentkami z Jihomoravského kraje.

Bakalářskou práci na toto téma jsem si vybrala proto, že mě zajímaly reakce porodních asistentek, jak by na danou situaci reagovaly a jak by si s ní poradily, protože do kompetence porodní asistentky patří vést fyziologické porody na svou vlastní odpovědnost, včetně akutního porodu mimo zdravotnickém zařízení. A zároveň proto, že chci být sama na takovou situaci připravena. Chtěla bych umět velmi rychle a rozhodně zasáhnout, aniž bych se dané situace zalekla.

1 Současný stav

1.1 Mezinárodní definice a kompetence porodních asistentek

1.1.1 Mezinárodní definice porodních asistentek

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky, a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik a zdravotnických středisek. “²⁷

Znění této definice bylo přijato na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005, nahrazuje definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 Mezinárodní konfederací gynekologů a porodníků. (27)

1.1.2 Vzdělávání porodních asistentek

Přijetí ke studiu porodní asistence je možné až po úspěšném ukončení středoškolského vzdělání s takovými kvalifikacemi, které vyžadují jednotlivé členské státy při přijetí na univerzitu a to buď na podkladě obvyklého způsobu přijímání k danému univerzitnímu studiu, anebo se přijetí může zakládat na formální akreditaci předchozího studia.

Délka studijního programu musí být dostačující k získání specifikovaných kompetencí a nesmí být kratší než 3 roky.

Během studia se nesmí od studentů požadovat, aby vstupovali do pracovních poměrů jako zaměstnanci a musí být přiznán status rovnocenný ostatním univerzitním studentům. Úspěšné absolvování programu porodní asistence musí vést k získání odborné kvalifikace porodní asistentky. Kvalifikaci porodní asistentky lze získat buď na základě programu založeného na předchozí kvalifikaci sestry, nebo cestou programu přímého vstupu. Studium musí být založeno na výzkumu, důkazech a kompetencích. Univerzita, její fakulta a katedra porodní asistence a místa k výkonu praxe určená, musí být formálně akreditovány. Univerzitní fakulta a katedra porodní asistence musí mít přístup k odpovídajícím lidským a fyzickým zdrojům, včetně klinických laboratoří a knihoven, nutných k zajištění programů na úrovni pre-graduálního i post-graduálního studia. (26)

1.1.3 Role a funkce porodních asistentek

Porodní asistentka musí být schopná zajistit nezbytný dohled, musí poskytnout péči a být rádkyní ženám v době těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Vede porody na svou vlastní odpovědnost a pečuje o novorozence a kojence. Péče zahrnuje preventivní opatření, zjišťování abnormálních stavů matky a dítěte, zajištění lékařské pomoci a při její nepřítomnosti poskytnutí neodkladných opatření. Důležitým posláním porodních asistentek jsou poradenství a výchova, určené jak ženám, tak i rodinám a komunitám,

kde probíhá příprava k rodičovství, psychoprofylaktická příprava k porodu a na poporodní období, zahrnuje i určité oblasti gynekologie, plánovaného rodičovství a péče o dítě. Porodní asistentky mohou pracovat v nemocnicích, klinikách a zdravotnických zařízeních.

Porodní asistentky přijímají profesionální a osobní hodnocení i odpovědnost za vykonanou práci. Spolupracují s pacienty, jejich rodinami a multidisciplinárním týmem, prosazují právo pacientů na jejich svobodnou volbu, zda se chtějí nebo nechtějí podílet na rozhodování o vlastní péči. Porodní asistentka je přesvědčena, že ošetřovatelství, porodní asistence a lékařství sdílejí řadu společných dovedností, každá z nich je důležitá pro poskytování péče požadované kvality. Jednou z dovedností je poskytovatelka péče, vnímá pacienta holisticky, jako jedince a nedílnou součástí rodiny či komunity a kultury. Poskytuje kvalitní, etickou, komplexní, kontinuální a osobní péči ve vztahu založeného na důvěře. Druhou z dovedností je autorka, odhaluje potřeby nebo zdravotní problémy a činí rozhodnutí o tom, jakých zásahů je z etického hlediska a podle finanční efektivnosti potřeba použít k dosažení holistické a vysoce kvalitní péče. Komunikátorka motivuje ženy ke zdravému způsobu života objasňováním, výukou a obhajováním a posiluje jedince k ochraně a upevnění zdraví. Další dovedností může být vedoucí komunity, kde získává důvěru lidí, s nimiž pracuje, uvádí do souladu individuální a skupinové požadavky týkající se zdraví. Nesmíme opomenout porodní asistentku jako manažerku. Harmonicky spolupracuje s jedinci a organizacemi uvnitř a vně systému zdravotní péče v zájmu identifikace, mobilizace a koordinace dostupných zdrojů k uspokojení potřeb lidí. (26)

1.2 Klasifikace novorozence

Všeobecně je uplatňována klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. Existují ještě jiné klasifikační pojmy, které se

užívají v praxi, jako je například novorozenec extrémně, velmi, středně a lehce nezralý. (10)

1.2.1 Klasifikace dle délky těhotenství

Dle délky těhotenství se novorozenci dělí na novorozence narozených před termínem neboli, nedonošené novorozence = gestační věk před ukončeným 38. týdnem. Novorozence narozených v termínu (donošení novorozenci) = gestační věk mezi ukončeným 38. – 42. ukončeným týdnem a na novorozence narozených po termínu (přenášení novorozenci) = gestační věk nad 42. ukončený týden. (10)

1.2.2 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozdělujeme novorozence na eutrofické novorozence, u kterých stav výživy odpovídá gestačnímu věku; hmotnost mezi 10. – 90. percentilem pro daný gestační věk, hypotrofické novorozence, kde je porodní hmotnost nižší než odpovídá gestačnímu věku; hmotnost pod 10. percentilem pro daný gestační věk a hypertrofické novorozence, kdy je porodní hmotnost vyšší než odpovídá gestačnímu věku; hmotnost nad 90. percentilem pro daný gestační věk. (12)

1.2.3 Klasifikace dle zralosti

Podle zralosti se novorozenci dělí na extrémně nezralé novorozence, kteří jsou narození do 28. týdne gestace, velmi nezralé novorozence, narození do 32. týdne gestace, středně nezralé novorozence, narození do 34. týdne gestace a na lehce nezralé novorozence, kteří jsou narození do 38. týdne gestace. (10)

1.3 Zralost u novorozence od hranice viability po termín porodu

Ve 25. – 28. týdnu těhotenství dostane tělo a obličej takovou podobu, jakou bude mít v době porodu. Roztočil uvádí, že „*Výraz „starého muže“ je způsoben červenou vrásčitou kůží.*“⁸ Kožní záhyby se začínají vyplňovat podkožním tukem. V tomto období plod dosahuje stadia extrauterinní viability. Jenže plíce i plicní cévy nejsou stále zralé. Mozek se vyvíjí velmi rychle, nervový systém umožňuje vyvolat dýchací pohyby, ale ne na dlouhou dobu. Plod je i schopný částečně regulovat tělesnou teplotu. Oční víčka jsou již otevřena. U plodů mužského pohlaví začínají sestupovat varlata tříselným kanálem do šourku. U děvčat jsou malé stydké pysky překryty velkými pysky. Střeva jsou vyplněna mekoniem. Ve 28. týdnu těhotenství délka plodu činí 260 – 300 mm a hmotnost plodu je 1000 – 1200 g. (2), (22)

Ve 29. – 32. týdnu těhotenství pokračuje hmotnostní přírůstek a pokračuje i vývoj tukové a svalové tkáně. Kostí jsou již plně vyvinuty, ale zatím ne úplně osifikovány, jsou stále měkké a ohebné. Nyní dochází k mineralizaci. Plod dostává novorozenecký vzhled. Ve 32. týdnu těhotenství nehty přerůstají prsty, plod si nyní může poškrábat kůži. Délka plodu je přibližně 350 mm a hmotnost je 2000 g. (22)

Ve 33. – 36. týdnu těhotenství plod ještě sice pokračuje v růstu, ale ke konci tohoto období dochází ke zpomalení růstu. Začíná mizet lanugo. Plod je již ve většině případů schopen extrauterinního života. Délka plodu je nyní 400 mm a hmotnost je asi 2500 g.

Ve 38. týdnu těhotenství je plod zralý. Kůže je už hladká a růžová. I většina lanuga zmizela, jen na ramenou a horních končetinách zůstávají nějaké okrsky. Většina plodů zaujímá v dutině děložní polohu hlavou dolů. Obvod hlavičky je asi o 2 cm větší než obvod hrudníku. Dobře vyvinuty jsou i bradavky. Je stabilizován cyklus spánku a bdění, který většinou po narození pokračuje. Délka plodu se pohybuje v rozmezí 45 – 51 cm, záleží to na genetických a nutričních vlivech, na prostředí, ve kterém se vyvíjí. Hraje i roli věk matky, počet předchozích těhotenství a také na počtu plodů vyvíjejících se v dutině děložní. Hmotnost plodu je přibližně 2600 – 3800 g. (22)

Posledních dvanáct týdnů slouží dítěti v matčině děloze k přípravě na život mimo dělohu neboli na život venku. (24)

1.4 Observace poporodní adaptace porodní asistentkou

Úkolem je rozpoznat co nejdříve, zda byla překročena hranice mezi fyziologickými a patologickými projevy, aby se včas mohla zahájit potřebná opatření. Dále musí porodní asistentka rozpoznat změnu stavu k lepšímu či horšímu a přizpůsobit tomu péči. Stav, který by ohrožoval novorozence po narození, je mnohdy rozpoznatelný už při pouhém pečlivém pozorování. Tíže následků, které můžeme objevit až později, záleží na tom, jakou dobu škodlivý vliv nebo jeho porucha trvaly a jak byly závažné. Proto je nutné při observaci poporodní adaptace sledovat stav vědomí, činnost srdce, dýchání, barvu kůže a sliznic a tělesnou teplotu. (10)

Stav vědomí – u novorozenců je stav vědomí závislý na zralosti CNS, krevním oběhu v CNS, výměně plynů v plicích a hladině vápníku a cukru. Silnějších podnětů k tomu, aby se dítě probralo, je potřeba při tlumeném vědomí. V bezvědomí nereaguje novorozenec na žádný podnět. Když má dítě v tomto stavu otevřené oči, tak nemrkají a jeho výraz se přirovnává k výrazu panenky. Dráždivý novorozenec bývá neklidný, plačtivý, může vykonávat mnoho zbytečně prudkých pohybů. U takového novorozence se dá lehko vyvolat úleková reakce.

Činnost srdce – v prvních minutách po porodu, dosáhne srdeční frekvence až 170 tepů, do jedné hodiny klesne k 140 – 160 tepům, tlak může mírně kolísat. Frekvence na 160 tepů za minutu se může objevit u extrémně nezralého novorozence, kde to bývá označováno za „normální“. Ale může signalizovat poruchu činnosti srdce, zvýšenou tělesnou teplotu, šok, dehydrataci, přehřátí anebo anémii. Frekvence pod 100 tepů za minutu bývá přítomno u výrazné hypoxie. Při frekvenci pod 60 tepů za minutu se musí zahájit resuscitace novorozence nepřímou srdeční masáží. (10)

Dýchání – bývá u bdělého novorozence nepravidelné. Porodní asistentka pozoruje přechod hrudníku a břicha dítěte – to je brániční typ dýchání. Pozorujeme počet dechů

za minutu, rytmus dýchání a apnoické pauzy. Za minutu by se měl počet dechů pohybovat v rozmezí 30 – 60 za minutu. Pro eupnoe (volné, klidné a účinné dýchání) jsou typické symetrické dechové pohyby obou polovin hrudníku a je přítomna souhra pohybů hrudníku a břicha. Dyspnoe (ztížené, usilovné dýchání), je doprovázeno zatahováním epigastria, vtahováním žeberních chrupavek v místech úponu bránice, vpadáváním jugula, naříkavým výdechem. Hypopnoe je přítomno při nezralosti CNS, při vyčerpání energetických zásob, při svalové únavě nebo taky při acidóze. Pokud novorozenec potřebuje dodat kyslík, projeví se to zvýšením počtu dechů, protože jen tak může větší potřebu kyslíku uspokojit. Gasping neboli lapavé dýchání je prognosticky nejzávažnější. Jedná se o nepravidelné dýchání s nestálou hloubkou jednotlivých dechů a rozvrácenými pohyby břicha a hrudníku.(10)

Barva kůže a sliznic – U fyziologického novorozence je charakteristická bledě růžová kůže. V prvních minutách po porodu je přítomna akrocyanóza (namodralé konce končetin), je to reakce na chlad, ale může také doprovázet hypoxii, kde by bylo přítomné namodralé okolí úst. U nezralých novorozenců můžeme pozorovat mramorovou kůži a to při podchlazení nebo také při poruchách CNS a počínajících infekcích. Žlutavé zbarvení kůže je odpovědí na zvýšení množství bilirubinu v krvi a ve tkáních. Cyanóza (modré nebo namodralé zbarvení kůže a sliznic) můžeme sledovat při neprůchodnosti dýchacích cest, vrozených vývojových vadách dýchacích cest nebo srdce, z centrálních příčin. Cyanóza může být omezena jen na určité části těla. Bledá kůže je typická při omezení průtoku krve podkožím a kůží a to při hypoxii, šoku a podchlazením, při hypovolemii nebo anémii. Červenou kůži má nedonošený, fyziologický novorozenec první den po porodu a při polyglobulii. Příznak harlekýna (jedna polovina těla bledá a druhá polovina těla sytě červená) vzniká při poruše centrálního řízení oběhu a trvá maximálně 1-2 minuty. (10)

Tělesná teplota – u fyziologických novorozenců se tělesná teplota pohybuje okolo 36,6 – 37,2 °C. Kožní teplota kolísá značně podle toho, jaká je teplota vzduchu a podle místa, kde ji měříme. Nejnížší teplotu naměříme na ploskách nohou, na dlaních a na čele. Nejvyšší teplotu naměříme mezi lopatkami a na kůži nad játry. Centrální teplota neboli teplota tělesného jádra, je v hloubce 6 – 8 cm od análního otvoru, pro velké

riziko poškození rekta se u novorozenců neměří. Teploměr zavádíme maximálně 2 cm hluboko. (10)

1.5 Plod jako objekt porodu

Plod se nejčastěji rodí v poloze podélné hlavičkou. Proto je její velikost a tvar determinující pro průchod plodu porodními cestami. Hlavička je nepoddajná a poměrně tuhá. Jakmile projde pánevními rovinami hlavička, je až na výjimečné případy dystokie ramének pravděpodobné, že pánevními rovinami projdou i zbývající části těla plodu.

Na hlavičce rozeznáváme 4 švy. Šev čelní – mezi kostmi čelními; šev šípový – mezi kostmi temenními; šev věncový – mezi kostmi čelními a temenními a šev záhlavní- mezi kostmi temenními a kostí záhlavní. Dále rozlišujeme malou a velkou fontanelu. Velká fontanela (bregma) má tvar podobný kosočtverci a je uložena na temeni hlavičky. Tam se stýkají kosti čelní s kostmi temenními. Do velké fontanely ústí ze strany švy věnčité, zepředu šev čelní a ze zadu šev šípový. Roztočil uvádí, že velká fontanela: „*Je nejpoddajnějším místem na hlavičce.*“¹⁴ Malá fontanela (lambda) má tvar trojúhelníku. Nachází se na záhlaví mezi kostí záhlavní a kostmi temenními. Zepředu do ní ústí šev šípový a ze stran šev lambdový. (2)

Na hlavičce rozlišujeme příčné a podélné průměry a z nich odvozené prostupující obvody. Malý příčný průměr (diameter bitemporalis) spojuje nejvzdálenější body na věnčitém švu (8cm). Velký příčný průměr (diameter biparietalis) – spojnice vrcholů parietálních hrbolů (9,5cm). Rozdělujeme čtyři podélné průměry.

Malý šikmý průměr (diameter suboccipitobregmatica), měří 9,5cm. Pro vaginální porod je vyhovující obvod na hlavičce, který se promítá do tohoto průměru. Je nazýván suboccipitobregmatickým obvodem, měří 32cm, patří mezi nejmenší obvody na hlavičce při normálním porodu v poloze záhlavím.

Předozadní průměr (diameter frontooccipitalis), měří 12 cm. Obvod hlavičky je nazýván frontoocipitálním obvodem a měří 34 cm. Je prostupujícím obvodem při poloze předhlavím.

Velký šikmý průměr (diameter maxiloparietalis), měří 13cm. Obvod na hlavičce plodu, který je promítán do tohoto průměru, je nazýván obvodem maxiloparietálním, který měří 36cm. Je prostupujícím obvodem při porodu v poloze čelní.

Diameter submentobregmatica, měří 9,5cm, submentobregmatický obvod je 32cm. Je prostupujícím obvodem při porodu hlavičky v poloze obličejové.

Dále u plodu hodnotíme šíři ramen (diameter biacromialis), měří 12cm. Obvod pažního pletence je 35cm. Šíře hýždí (diameter iliaca), měří 9cm. Obvod činí 27cm.
(14)

1.5.1 Mechanismus porodu

Leifer říká, že: „*Když plod sestupuje do pánve, prodělává určité změny držení a postavení, a tak se přizpůsobuje měnícímu se tvaru a velikosti porodního kanálu. Mnohé z těchto pohybů (zvaných též kraniální) probíhají simultánně.*“¹⁴

Porod bývá zahájen začátkem děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, hrdla děložního a branky. (2)

Mechanismus porodu začíná sestupem plodu. Sestup plodu je zásadně důležitý pro další pohyby a také pro to, aby bylo možné dítě porodit. Stav bývá popisován jako úroveň naléhající části plodu, nejčastěji hlavičky v pánvi.

1.5.1.1 Mechanismus porodu hlavičky plodu

Hlavička plodu vstupuje do pánve u prvorodiček a vícerodiček rozdílně. U matek, které ještě nerodily (nullipary) je častější, že naléhající část plodu vstupuje do pánve ještě před porodem. U multipar obvykle hlavička do zajetí branky naléhá a vstupuje do pánve až na začátku II. porodní doby. (2), (14)

Dále hlavička plodu provádí iniciální flexi. Flexe hlavičky je důležitá, aby se usnadnil průchod hlavičky pánví. Děložní kontrakce zvyšují její míru s postupujícím porodem, až se brada dotýká téměř hrudníku. (14)

Jakmile vstupuje hlavička do pánevního vchodu, postupuje do prostorné pánevní šíře a následovně se dostává do pánevní úžiny, prodělává hlavička progresi. Tam naráží na odpor pánevního dna. Při tomto okamžiku rodička reflektoricky při kontrakcích zapojuje břišní lis, tím značně zesiluje intenzitu porodních sil. (2)

Hlavička plodu musí udělat vnitřní rotaci. Hlavička je při sestupu plodu obvykle orientovaná tak, že týl plodu směřuje do pravé nebo levé strany matčiny pánve. Děložní kontrakce posunuje plod do porodního kanálu, jehož zakřivený tvar způsobuje, že se hlavička plodu otáčí, dokud se týl plodu neocitne přímo pod symfýzou. (14)

Aby plod překonal zakřivení porodního kanálu, musí zaklonit hlavičku, to je nazýváno deflexe hlavičky, jakmile je plod puzen pod matčinou symfýzou. Potom se ocitá krk plodu pod sponou stydkou. Působením kontrakcí dělohy a břišního lisu se hlavička kývavými pohyby tlačí dopředu, roztahuje hráz, až se porodí. (14)

Zevní rotace je zapříčiněna mechanismem porodu ramének. Horní končetiny jsou zkříženy v pánvi v okamžiku, kdy je hlavička porozena v záklonu. Hlavička je mírně stočena vzhledem k ramenům. Spontánně se otáčí ke straně, tím se dostává do normálního čelního postavení vzhledem k ramenům. Ramena plodu rotují v pánvi tak, že se jejich příčný průměr dostává do předozadního průměru pánve matky. Hlavička plodu se dále stáčí do strany při rotaci ramen. (2), (14)

1.5.1.2 Mechanismus porodu ramének

První se rodí přední raménko, potom až zadní. (14)

1.5.1.3 Mechanismus porodu trupu a hýždí

Trup, ani hýždě žádný zvláštní mechanismus porodu nevykonávají. Rodí se většinou hladce po porodu pažního pletence. Porod trupu se rodí ve směru zakřivení osy pánevního kanálu. (14)

1.5.2 Poloha a postavení plodu

Před porodem by mělo být povinností porodní asistentky se přesvědčit o poloze plodu a jeho postavení pomocí zevních hmatů. (14)

Poloha plodu (*situs foetus*) je vztah podélné osy plodu k podélné ose dělohy. Poloha plodu se ustálí v posledním trimestru těhotenství. V této době plodové vody ubývá, plod vzrůstá a nemá v děloze tolik místa jako na začátku těhotenství. Může být podélná poloha, příčná nebo šikmá, neboli přechodná poloha. Nejčastější je podélná poloha hlavičkou. Dále je možné se setkat s polohou podélnou koncem pánevním a již zmiňovanou polohou příčnou. Mezi fyziologické polohy řadíme polohu podélnou hlavičkou, ta je nejčastější a polohu podélnou koncem pánevním, ta bývá méně častá. (7), (23)

Postavení plodu (*positio foetus*) je vztah hřbetu plodu k děložní hraně. Hřbet plodu v levé hraně děložní je označováno jako postavení I. levé a pokud je hřbet v pravé hraně děložní, jde o postavení II. pravé. Jelikož je většinou děloha na konci těhotenství v dextroverzi a dextrotorzi, hřbet plodu se nachází při prvním postavení vlevo vpředu, při druhém postavení vpravo vzadu. Může ale také dojít k případům, kdy se děloha ukládá do sinistroverze s sinistrotorze, potom hřbet plodu sleduje děložní hranu. Při I. postavení je hřbet plodu vlevo vzadu a při II. postavení je vpravo vpředu. Kobilková uvádí, že: „Vzhledem k tomu, že obvykle je uložení dělohy v dutině břišní v dextroverzi a dextrotorzi, označil Pawlík postavení plodu s hřbetem vlevo vpředu jako postavení I. obvyčejné a postavení plodu s hřbetem vpravo vzadu jako postavení II.

obyčejné. Postavení při sinistroverzi a sinistrotorzi dělohy jsou postavení méně obvyklá.“¹³

1.6 Porod novorozence mimo zdravotnické zařízení

K porodu mimo zdravotnické zařízení dochází zejména u vícerodiček a to v případě, kdy měkké porodní cesty nekladou odpor při silných děložních stazích, při špatně uzavřeném děložním hrdle, u malých plodů. Může také dojít ke špatnému určení data porodu, anebo v důsledku úrazu. (16)

Od rodičky je nutné získat veškeré informace o průběhu těhotenství, stáří těhotenství, stavu matky a doposud probíhajícím porodu. To vše najde porodní asistentka v těhotenském průkazku. Průkazka je majetkem těhotné, proto je těhotná žena povinná neustále nosit těhotenskou průkazku u sebe. Dále je nutné zjistit časový údaj o začátku porodního procesu, zda je plod hlavičkou dolů, zda odtéká plodová voda. Velmi důležité je všimnout si, jakou má barvu voda plodová. Dále je nutné zjistit, jak časté jsou děložní kontrakce. Zjištěné informace mohou ovlivnit průběh porodu, mohou objasnit, co mohlo stav již narozeného novorozence ovlivnit. Porodní asistentka si musí vše potřebné zaznamenávat. (15), (16)

Porodní asistentka si musí uvědomit při porodu mimo porodnici základní rozdíly proti porodnímu sálu, které mohou mít podstatný vliv na novorozence. Cílem prvního ošetření novorozence je zajištění optimálních podmínek pro nerušený nástup jeho postnatální adaptace po vypuzení a první zhodnocení stavu porodní asistentkou. Prostředí, do kterého se novorozenec narodí, by mělo mít odpovídající hygienický standard a optimální teplotu tj. 24-25°C. Měla by být možnost okamžitého osušení novorozence a prostor pro uložení novorozence při případné resuscitaci. (3), (15)

Proto, je potřeba rodičku uklidnit, stále na ni mluvit, pokud možno uklidňujícím hlasem. Žena by měla být slovně poučena o svém chování. Zejména by neměla tlačit dříve, než se bude hlavička prořezávat ve stydké rýze. Je nutné umístit rodící ženu na

neoptimálnější a nejteplejší místo, které poskytuje co možná největší soukromí. Dále je potřeba rodičku svléci ze svrchního oděvu, který by při porodu překážel. (16), (19)

Již při prvním kontaktu s rodičkou pozná zkušená porodní asistentka, zda žena již rodí či ne. Lze to rozpoznat, jak v tónu hlase, tak i ve výrazu tváře. Nejspolehlivější známkou vypuzovací fáze porodu je „zející“ konečník. Vnitřního vyšetření je lepší se vyvarovat, kvůli infekci.

Leifer říká, že: „*Druhá doba porodní je stadiem vypuzení (expulze), od úplné dilatace hrdla na 10 cm do narození dítěte*“¹⁴ Průměrně druhá doba porodní trvá u nullipary 50 minut, ale může se prodloužit i na dvě hodiny nebo i na delší dobu. U multipary trvá obvykle 20 minut.

Při vypuzovací fázi je nejvhodnější uložit rodičku do polosedu s podloženou hlavou a rameny. Rodičku je třeba neustále uklidňovat a podporovat ji. Porodní asistentka by měla mít k dispozici kus textilie, nejraději plenu, ručník, prostěradlo, bundu a jiné, optimální je vybavenost sterilní (i netkanou) textilií, která je součástí sterilního porodního balíčku připraveného pro tyto účely. Nejvhodnější jsou pro podložení rodičky savé materiály, které pohltnou plodovou vodu, případně i krev po porodu. Pokud bude nějaká jiná osoba nablízku, požádá ji o pomoc. Je nutné vybavit novorozence z porodních cest tak, aby došlo co k nejmenšímu poranění jak matky, tak dítěte. Při prořezávání hlavičky není možnost provedení episiotomie, proto je nutné velmi pečlivé chránění hráze. Zwinger uvádí, že: „*U překotných porodů nemusí odtéci plodová voda a plod se rodí „v košilce“, s „čepicí štěstěny“ (caput galeatum), s hlavičkou obalenou amniochoriálními blanami. Při nádechu blány přilnou a nejsou-li včas odstraněny, plod se udusí. Blány sesuneme zcela snadno rouškou nebo ručníkem, holou rukou to není pro nízký koeficient tření možné.*“³² Placenta se kvůli infekci nerodí. A to v případě, pokud rodička souhlasí s transportem do nemocnice, kde bude placenta porozena. V opačném případě, kdy rodička odmítá odjet do nemocnice, musí porodní asistentka placentu porodit a důsledně ji zkontrolovat. (20), (32)

1.7 První ošetření novorozence

Po vypuzení je novorozenec položen matce na břicho (skin to skin), je potřeba zabezpečit kontakt matky s novorozencem. Tím se zároveň zajistí optimální termomanagement, přes novorozence je nutné dát příkrývku. Je nutno respektovat fyziologické známky poporodní adaptace (nástup dýchání, je nutné nechat dotepat pupečník, kvůli placentární transfuzi). V ideálním případě, pokud jsou vytvořeny optimální podmínky, přiložíme dítě k prsu. První přísátí stimuluje produkci oxytocinu, lépe se rozvine laktace a bude se rychleji zavívat děloha. Následuje podvázání pupečníku, nejvhodnější jsou dva kousky tkaniny přibližně 0,5cm široké. Pro přerušování pupeční šňůry potřebujeme nůžky či nůž, nejlépe sterilní, pokud není sterilní, vyvaříme je alespoň 10min ve vroucí vodě nebo ostříkáme dezinfekčním prostředkem. Čech uvádí, že: „*Pupečník podvážeme ve vzdálenosti asi 6cm od břišní inzerce a pod ochranou ruky jej přestříhneme.*“² Pro krytí pupečníku je nutné sterilní krytí, do kterého pupek zlehka zabalíme. Je nutno polohovat novorozence tak, aby došlo k uvolnění dýchacích cest. Novorozenec vyžaduje ihned po porodu pečlivé zhodnocení stavu, zahrnující přítomnost mekonium v plodové vodě nebo na kůži, dále se hodnotí akce srdeční, dýchání, svalové napětí a barva pokožky. Dále je nutné zhodnotit gestační stáří, a to zda je novorozenec donošený či nedonošený. Novorozenec s dobrou poporodní adaptací, vyžaduje pouze základní ošetření, jako je osušení, teplo a uvolnění dýchacích cest. V ostatních případech by se muselo dle potřeby postupovat o další doplňující kroky, které budou uvedeny v následující podkapitole. (4), (9), (15),

Porodní asistentka musí vše písemně zdokumentovat.

1.8 Hodnocení časně poporodní adaptace

Jak již bylo řečeno, novorozenec po porodu vyžaduje zhodnocení stavu, a to pomocí skóre dle Apgarové. Hodnocení poporodní adaptace publikovala v roce 1952 dr.

Virginia Apgarová. Hodnotí stav dítěte bezprostředně po porodu a dává informaci o tom, zda novorozenec vyžaduje pomoc a zda je pomoc úspěšná. Hodnotí se za jednu, za pět a za deset minut po porodu. Hodnotí se pět životních projevů: barva (prokrvení), srdeční frekvence, respirační úsilí, svalové napětí a reakce na podráždění (reflexní reaktivita). (8), (10)

Každý životní projev se hodnotí body ve stupnici 2, 1 nebo 0. Nejvýše může být dosaženo 10 bodů, nejnižší 0 bodů. Fyziologický novorozenec má 7 až 10 bodů. Novorozenec s body pod 7 je považován za rizikového.

Tab. č. 1 Skóre dle Apgarové

TABELÁRNÍ VYJÁDŘENÍ SKÓROVÁNÍ PODLE APGAROVÉ			
SCORE 0-3 těžká porucha adaptace (zahájit resuscitaci)			
4-7 lehká a středně těžká porucha adaptace (observace, stimulace, každopádně observace)			
8-více bez poruchy adaptace			
SKÓRE			
Hodnocení	0	1	2
Barva kůže	Kompletně lividní	Tělo růžové, akra lividní	Kompletně růžová
Akce srdeční	Nepřítomná	Pod 100/min.	nad 99/min.
Dechová aktivita	Nedýchá	Pomalá, povrchní, nepravidelná	Silný křik, pravidelná
Svalový tonus	Bez flexe, atonie	Chabý, malý odpor vůči extenzi	Dobrá flexe, silný odpor vůči extenzi
Odpověď na podráždění	Žádná reakce	Chabá odpověď, nebo jen grimasa	Výrazná reakce s křikem

1.9 Termoregulace

Fendrychová říká, že „*Teplota dítěte je výsledkem rovnováhy mezi teplem, které samo produkuje a teplem, které ztrácí.*“⁵ Pokud je jeho teplota stabilní, pak je i v rovnováze tepelná produkce a tepelná ztráta. (10)

Čím je nižší gestační věk, tím menší je schopnost termoregulace novorozence. Je potřeba zabránit ztrátám tepla dřív, než se objeví hypotermie neboli nízká tělesná teplota. Jinak řečeno, je třeba udržovat termoneutrální prostředí, pro udržení normotermie. (30)

Novorozenec vyžaduje podporu termoregulace. Udržení tělesné teploty novorozence je nezbytně důležité. Tělo novorozence nedokáže ihned po porodu efektivně produkovat teplo. Hypotermie může způsobit hypoglykémii (nízká hladina cukru v krvi), může vzniknout v případě, pokud tělo novorozence využije glukózu na tvorbu tepla. Dále můžou vzniknout respirační obtíže, pokud zvýšený metabolismus spotřebovává více kyslíku a tělo novorozence by nemuselo těmto nárokům vyhovět. Teplo může odcházet několika cestami. Vypařováním tekutin z pokožky, vedením např. chladným povrchem (chladnou přikrývkou), prouděním tepla z těla průvanem a vyzařováním, to může být zapříčiněno blízkostí chladného povrchu, i když nemusí dojít k přímému kontaktu.

Novorozenci ihned po porodu mají tendenci rychle ztrácet teplo, protože dochází k odpařování z těla novorozence amniové tekutiny. Proto je nutné bezprostředně po porodu novorozence důkladně osušit, položit novorozence matce na břicho, přikrýt teplou přikrývkou, nenechat ho ve vlhké přikrývce a nesahat na něj studenýma rukama. (14)

1.10 Zhodnocení rizika u novorozence dle anamnestických údajů

Jak již bylo řečeno, je nezbytně nutné, aby porodní asistentka našla těhotenskou průkazku u rodičky. Pokud chodila těhotná žena na pravidelné kontroly a pravidelná vyšetření do prenatální poradny, potom porodní asistentka očekává odpovědi na určité otázky. Diagnóza gravidity při první návštěvě. Je žena těhotná? Jaký je postoj ke graviditě? Délka trvání a výpočet termínu porodu. Zda jde o těhotenství bez rizika, rizikové či patologické. Stav organismu ženy a jeho odchylky od normy. Zde zjistí porodní asistentka i stav fetoplacentární jednotky. (22)

Z těhotenské průkazky porodní asistentka zjistí, zda čekat nějaké riziko či patologii u novorozence, pokud žena například užívá návykové látky, má gestační diabetes, gestační hypertenzi nebo může mít pochvu osídlenou streptokokem skupiny B

1.10.1 Látky s negativním působením na plod

Jak je již známo, jsou určité druhy legálních i nelegálních drog, které mohou nebo poškozují rozvíjející se dítě. Látka, která vážně fyzicky poškozuje vyvíjející se plod, se nazývá teratogen. Pokud je to možné, je žádoucí, se v těhotenství těmito látkám vyvarovat a neužívat je, bylo by i vhodné neužívat ani terapeutické drogy, pokud lze odložit jejich užívání na pozdější dobu. Spousta látek v životním prostředí mají v počínající fázi těhotenství obzvlášť škodlivý účinek na vyvíjející se dítě, a to ještě v období, než žena zjistí, že je těhotná. (14)

Kouření, včetně pasivního kouření, zapříčiňuje omezení fetálního růstu. Kouření tabáku v graviditě, souvisí s předčasným odtržením placenty, předčasným porodem, porodem mrtvého plodu, zvýšenou úmrtností novorozenců a se syndromem náhlého úmrtí novorozence. Leifer, ve své knize uvádí, že: „*Novorozenci žen – kuřaček jsou menší, než je v daném gestačním věku normální, protože vazokonstrikce způsobená nikotinem snižuje množství krve procházející placentou*“. ¹⁴

Alkohol patří mezi nejrozšířenější drogy, kterou fertilní ženy užívají. Leifer uvádí, že: „*Pro těhotnou ženu neexistuje žádné „bezpečné“ množství alkoholu. Ženy by se měly zdržet konzumace alkoholu od chvíle početí.* „¹⁴ I ženy, které se snaží otěhotnět, by neměly užívat alkohol, protože může plod ohrozit ještě před tím, než vůbec zjistí, že je již těhotná. (14)

Těhotnou ženu, která užívá kokain, můžou postihnout náhlé porodní kontrakce abnormální intenzity, které mohou vést až ke spontánnímu potratu, předčasnému prasknutí plodových obalů, předčasnému porodu nebo k odtržení placenty. Kokain vyvolává vazokonstrikci cév, ta brání normální výměně živin, kyslíku a odpadních látek prostřednictvím placenty. Plod drogu přijímá, ale neumí ji efektivně vyloučit. Plod potom trpí tachykardií, fetální hyperaktivitou a nitroděložním omezením růstu. Při fetálním monitorování plodu se často objevují známky ohrožení. (14)

Ženy, závislé na heroinu, bývají vystaveny infekci virem HIV, protože se heroin aplikuje do žíly, neboli intravenózně. Heroin vyvolává fyzickou závislost, pokud ji žena nedostává v pravidelných intervalech, dostaví se abstinenční příznaky, které mají projevy, jako jsou: rozrušenost, slzení z očí i z nosu, zívání, pocení, křeče v břišní a děložní oblasti, průjem, svalová bolest. Může docházet ke spontánnímu potratu v počínajícím těhotenství, plod bývá hyperaktivní, trpí hypoxií, rovněž může dojít k průniku mekonium do amniotické tekutiny nebo se může narodit mrtvé dítě. Do 24 hodin po porodu se dostaví abstinenční syndrom projevující se vytrvalým vysokým pláčem, silnou potřebou kojení, třesením, záchvaty, hyperaktivitou a narušeným spánkovým režimem. V průběhu těhotenství se matce podává metadon, což je jiný druh opiátu, aby se předešlo vážnému poškození plodu. (14)

Základem ošetrovatelské péče je míra důvěry ve vztahu porodní asistentky a klientky, ta ovlivňuje pravdivost, jak klientka informuje porodní asistentku o užívání ať už legálních či nelegálních drog. Porodní asistentka se musí v první řadě vyvarovat odsuzování klientky, pokud chce znát pravdivé informace. Porodní asistentka musí povzbudit ženu, která projeví přání omezení užívání drog, musí projevit uznání jejího úsilí o zlepšení jak jejího zdraví, tak i zdraví dítěte. Nesmí ženě vyčítat, že své přání nesplní a že selže, musí ženu podporovat a chválit ji. (14)

1.10.2 Novorozenec matky s gestačním diabetem

Novorozenci matek s gestačním diabetem jsou kategorizováni jako vysoce riziková. Míra rizika je závislá na faktorech, jako je věk matky a hmotnost matky, její předchozí porody a vznik komplikací během těhotenství, stupeň kompenzace diabetu v těhotenství, makrosomie plodu a porodní trauma novorozence. Novorozenec diabetické matky bývá obézní, má tučnou plerotickou tvář, kůže novorozence bývá rudá, bohatě pokrytá mázkem, je lesklá a napnutá. Příčinou toho je, zvýšené množství podkožního tuku a zvýšené množství kolagenu v tukové tkáni pod kůží. (12)

Placenta je velká, rovněž pupečník je velký a rosolovitý. Jak již bylo zmíněno, plod může být velký a při porodu může dojít ke komplikacím a dojít jak k poranění matky, tak i novorozence. Nejčastěji se vyskytuje zlomenina klíční kosti. Z důvodu opožděné tvorby surfaktantu, dochází častěji k syndromu dechové tísně. Po porodu novorozence diabetické matky, klesá dítěti rychleji glykemie než u fyziologických novorozenců. Glykemie dosahuje velmi nízkých hodnot. Tento pokles bývá většinou asymptomatický. Je nutné měření glykemie, a to z důvodu, že nízké a nulové hodnoty krevního cukru se stávají rizikem pro poškození CNS. Protože novorozenci matek diabetiček nemají ještě zralé vylučovací mechanismy pro bilirubin, vzniká zde častěji intenzivní žloutenka.

Čech uvádí, že: „*U porodu novorozence těhotné s gestačním diabetem musí být přítomen neonatolog s erudicí v problematice novorozence diabetické matky, protože je ohrožen následujícími stavy: porodním poraněním (dystokie ramének, paréza brachiálního plexu atd.), respiratory distress syndromem (RDS), diabetickou fetopatií, neonatální hypoglykemií, polycytemií, hyperbilirubinemií, hypokalcemií a infekční morbiditou.*“² Proto, pokud porodní asistentka zjistí, že má rodička gestační diabetes volá rychlou záchrannou službu s neonatologem. Dítě diabetické matky je v dětství vystaveno riziku vzniku obezity a poruchám glukózové tolerance. (2)

Úkolem porodní asistentky je, poučit ženu o správné životosprávě a poskytnout ženě emocionální péči. Žena má strach jak o sebe, tak i o dítě. Porodní asistentka musí přimět ženu, aby se vyprávěla a své pocity jí sdělila. Je potřeba ženu chválit pokud

dodržuje režim péče. Ihned po porodu monitoruje porodní asistentka hladiny glykémie u novorozence. (14)

1.10.3 Těhotenská hypertenze

Hypertenze indukovaná těhotenstvím snižuje přítok mateřské krve do placenty, a tím snižuje zásobování plodu kyslíkem. Hypoxie plodu může způsobit vyloučení mekonia do plodové vody nebo až ohrožení plodu. Může se zpomalit růst plodu a při narození může být plod dlouhý a hubený a může se mu olupovat kůže. Je zde riziko úmrtí plodu. (14)

Spasmus cév obvykle brání průtoku krve do matčiných orgánů a také do placenty. To může mít za následek několik příznaků. Hypertenze, edém a proteinurie. Hypertenze indukovaná těhotenstvím může také postihovat centrální nervovou soustavu, oči, močové ústrojí, játra, gastrointestinální systém a srážlivost krve.

U většiny žen nedochází v těhotenství ke zvýšení krevního tlaku, protože u těhotných žen většinou dochází k rezistenci vůči faktorům ovlivňujícím vazokonstrikci. Žena s hypertenzí indukovanou těhotenstvím je citlivější na vazokonstrikci a nižší objem vazodilatancií. Leifer, uvádí, že: „*Krevní tlak 140/90 se v těhotenství považuje za hypertenzi.*“¹⁴

Jakmile tekutina proniká z cév do tkání, dochází k vytvoření edému. I přes to, že má žena zvýšený přísun tekutin, klesá podíl tekutin v krevním řečišti, což se nazývá hypovolemie, tím se snižuje přítok krve do mateřských orgánů a placenty. Bývá to první známka, které si žena všimne. První známkou retence tekutin je náhlé výrazné zvýšení tělesné hmotnosti, poté následuje okem viditelný otok. V těhotenství je obvyklý otok nohou a dolních končetin, otok, který vznikl na horní polovině těla, nasvědčuje vzniku hypertenzi indukované těhotenstvím. Těhotná žena může rovněž napuchnout v obličejí, nebo může být nucena přestat nosit prsteny, kvůli nateklým prstům. Pokud po stlačení oteklého místa zůstane dolíček, je to známka velkého edému. Po porodu se vše vrací do

normálu. Edém rychle vymizí, nadbytečná tekutina se vrací do oběhu a vyloučí se močí. Žena často močí, proto je nutné časté doplňování tekutin.

K poškození ledvin s následnou proteinurií dochází v důsledku sníženého prokrvování ledvin v pokročilejším stádiu těhotenství. Do moči se potom dostávají bílkoviny. Proteinurie se zjistí tím, že se odebere sterilní vzorek moči cévkováním, aby se do vzorku nedostaly vaginální sekrety a výsledek se tak nezkreslil.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na zpřístupnění prenatální péče. Porodní asistentka musí pomoc ženě zvyknout si na péči. Porodní asistentka může u ženy posilovat pocit vlastní důstojnosti, zvláště potom na těch místech, kde je klientek mnoho, kde je neosobní atmosféra a ženy tam nerady chodí. (14)

1.10.4 Infekce streptokokem skupiny B

Streptokok skupiny B může být pro dítě smrtelně nebezpečný. Tyto bakterie se běžně vyskytují v pochvě, rektu a nosohltanu. Můžou se prokázat v pochvě u 15-30% zdravých žen. Může nastat kolonizace novorozenců od matek – nosiček. Novorozenec bývá postižen buď časnou, nebo pozdní infekcí streptokokem skupiny B. Časná infekce streptokokem skupiny B vzniká během prvních sedmi dnů. Pozdní infekce streptokokem skupiny B vzniká po sedmém dni života dítěte. Projevem časně infekce je generalizovaná sepsa, pneumonie nebo meningitida. Pozdní infekce se nejčastěji projevuje meningitidou. Současně s infekcí streptokokem skupiny B může vzniknout trvalé neurologické poškození. Novorozenci se většinou podávají antibiotika, do té doby, než se vyloučí infekce. (14), (17)

1.11 Novorozenec s vrozenými malformacemi

Vady zjištělné při porodu postihují nejčastěji kosterní soustavu. Chybí končetiny, může se vyskytovat malformace či duplikace. Některé abnormality, jako je například

kyčelní dysplazie, se obtížně rozeznávají a ošetřující musí prohlédnout dítě velmi pozorně, aby vadu odhalil. (14)

1.11.1 Vrozené malformace nervového systému

Hydrocefalus je stav charakterizovaný zvýšeným množstvím mozkomíšní tekutiny (MMT) v mozkových komorách. Tento stav způsobuje tlakové změny mozku a zvětšení velikosti hlavy. Příčinou je nerovnováha tvorby a resorpce MMT. Hydrocefalus může být buď vrozený, nebo získaný. Klasickým příznakem je zvětšování hlavy. Po porodu se hlava rychle zvětšuje a vybulují se fontanely. Kůže hlavy bývá lesklá a podkožní žíly jsou dilatované. V pokročilém stádiu lze vidět zorničky očí jakoby hledící směrem dolů s viditelnou sklérou nad duhovkou – příznak zapadajícího slunce.

Spina bifida, neboli rozštěp páteře, je vrozený defekt neurální trubice, který vzniká v embryonálním období, kdy dochází k vadnému uzavření obratlů. Existují dvě formy, spina bifida occulta (skrytá) - nejvíce postihuje oblast L5 a S1. Na kůži tohoto místa bývá někdy chomáč vlasů, důlek, lipom nebo znaménko barvy portského vína. Spina bifida cystin je rozvoj cystické masy ve střední čáře páteře. Rozeznávají se dva typy, meningokéla a meningomyelokéla. Meningokéla obsahuje membrány a mozkomíšní tekutinu. Velikost je různorodá od vlašského ořechu až po velikost hlavy novorozence. O meningomyelokéle hovoříme tehdy, kdy kromě membrán vyhřezává i mícha, jedná se o vážnější formu této poruchy. Hlavním úkolem ošetrovatelské péče je předejít infekci nebo poranění vaku, správná poloha, která vyloučí tlak na vak a deformace. (14)

1.11.2 Vrozené malformace gastrointestinálního systému

Rozštěp rtu - základním znakem je fisura neboli otvor v horním rtu. Během embryonálního vývoje došlo ke špatnému spojení nazálního a maxilárního výběžku. Většinou se jedná o rodinnou predispozici, ale někdy může být způsoben vlivy prostředí

v období vývoje úst. Častěji se objevuje u chlapců než u děvčat a může vznikat na jedné nebo na obou stranách rtu. I rozsah postižení se různí, od mírného postižení po těžké.

Rozštěp patra vzniká následkem nesplynutí tvrdého patra ve střední čáře v průběhu 7. až 12. týdne gestace. Rozštěp patra se potom dostává do komunikace nazofarynxu a nosní dutiny, a to vede ke komplikacím nejen při krmení, ale rovněž k infekcím dýchacích cest a středního ucha. Rozštěp patra nemusí být po porodu nějak zřetelný, proto je velmi nutné pečlivé vyšetření dutiny ústní a horního patra. (14)

1.11.3 Chromozomální abnormality

Downův syndrom je jednou z nejvíce se vyskytujících chromozomálních abnormalit. Vzniká častěji u matek starších 35 let. Děti s touto vadou bývají postiženy různým stupněm mentální retardace a nejrůznějšími tělesnými poruchami. Nejčastější typ Downova syndromu je trisomie 21. chromozomu. Zde existují tři chromozomy 21. V tomto případě selhalo oddělení chromozomů od dceřiných buněk. Projevy Downova syndromu: oči položené blízko sebe a zešikmené vzhůru, malá hlava s kulatým obličejem, široký nos a velký jazyk, který může bránit sání a dýchání ústy. Ruce bývají krátké a tlusté, malíček často zakřivený, přes dlaň je hluboká rýha, které se říká opičí rýha. Mezi palcem a druhým prstem na noze je větší prostor.

Úkolem porodní asistentky je odhalit jakoukoli patologii a zahájit potřebné intervence. Mezi nejdůležitější patří ihned kontaktovat nemocniční dětské oddělení, případně přivolat rychlou záchrannou službu. Pokud se nevyskytuje žádná patologie a rodiče odmítají přivolání rychlé záchranné služby a vyšetření novorozence dětským lékařem, porodní asistentka informuje zvoleného praktického lékaře pro děti a dorost. Vše písemně zdokumentuje. Dále je nutné poučit rodiče o rizicích, a že je nutné kontaktovat matriku v místě narození dítěte. (14)

1.12 Značení novorozenců

Na porodním sále je značení novorozenců jednou ze základních a neopomenutelných součástí prvního ošetření novorozence. Značení novorozenců se řídí doporučeným postupem České neonatologické společnosti. (28)

Proto by bylo velmi vhodné, aby měla porodní asistentka ve svém základním vybavení alespoň jednu variantu z možných značení, aby se v případě transportu předešlo nežádoucí záměně novorozenců. Existuje několik druhů značení, jako je např.: kožní tužka, nerozpojitelný plastový náramek a 0,5% vodný roztok genciánové violeti.

1.13 Resuscitace novorozence

1.13.1 Definice resuscitace

Resuscitace představuje základní kámen neodkladné péče rozhodující nejen o přežití, ale hlavně o kvalitě dalšího života právě narozeného dítěte. 3 – 5% novorozenců vyžaduje minimálně jednu z resuscitačních aktivit, stimulací dýchání počínaje a kompletní resuscitací konče.

Pro úspěšnou resuscitaci novorozence je nutné mít schopnost předvídat problém již před porodem. Je nutné, mít připravené místo pro případnou resuscitaci a je nezbytné, aby měla porodní asistentka, alespoň částečné vybavení. Každá porodní asistentka musí být schopná zahájit KPR novorozence. (28)

1.13.2 Pomůcky

Pomůcky k odsávání dýchacích cest, jako je odsávačka s regulací podtlaku, cévky s centrálním otvorem, aspirátor mekonia.

Pomůcky k insuflaci a inhalaci kyslíku. A to mixér medicínálních plynů pro přesné dávkování kyslíku, nebulizátor (kyslík předehřívá a zvlhčuje), k inhalačnímu podávání kyslíku vrapovaná hadice s maskou, k podávání kyslíku insuflací samorozpínací vak s PEEP ventilem a s maskou příslušné velikosti.

Pomůcky k intubaci, funkční laryngoskop s rovnou lžící velikosti 00, 0 a 1, endotracheální kanyly bez těsnící manžety velikosti 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; sterilní zavaděč odpovídající velikosti ETK, vhodná, dobře lepící náplast pro pevnou fixaci kanyly, fonendoskop a ústní vzduchovod.

Vhodné místo pro resuscitaci - rovná podložka, textilie (pleny, roušky), folie

Vhodný pulzní oxymetr, náplasti a fixační materiál. Dále vhodný dezinfekční roztok, emitní misku, nůžky a hodinky. (28)

1.13.3 Ošetrovatelský postup

Základem ošetrovatelské péče je stabilizace. Podporovat termomanagement, polohování novorozence, uvolnění dýchacích cest; stimulace dýchání, dýchání pozitivním přetlakem.

Indikace je závislá na rychlém zhodnocení základních životních funkcí (pomocí skóre dle Apgarové). Diagnostika a rozhodnutí o dalším kroku každých 30 sekund. (28)

1.13.4 Základní kroky resuscitace

Zhodnocení stavu novorozence (musí být přesné a rychlé = předpoklad úspěšné resuscitace) pomocí skóre dle Apgarové. Podporovat termomanagement dobře sajícími textiliemi (pleny, roušky), foliemi, nutná je poloha novorozence na zádech, rovná podložka, hlava v neutrální pozici, temenem k ošetrující osobě (28)

ABCD resuscitace novorozence

A (airway) uvolnění dýchacích cest

- Správná poloha (neutrální)
- Obturované dýchací cesty jakýmkoli předmětem je třeba šetrně odsát, nejprve z úst a potom z nosu
- Smolka v plodové vodě – nedoporučuje se odsát mekonium z nosu a úst dítěte po porodu hlavičky. Odsát pouze v případě pokud činí překážku v dýchacích cestách, v tom případě je nutno odsát i dolní dýchací cesty. Pozor na agresivní odsávání dýchacích cest (laryngospasmus – apnoe, bradykardie) nebo na hluboké odsávání žaludku (reflexní bradykardie)

B (brathing) stimulace dýchání

- Taktilní stimulace, zda dýchá, v případě nutnosti podat kyslík
- Zahájení RES FiO₂ dle potřeby (monitorace pO₂ na pravé ruce, je nutné udržovat hodnoty v rozmezí 88-95%)
- Ventilace pozitivním tlakem – samorozpínací vak s maskou (maska musí překrýt oblast nosu, úst a brady), intubace – endotracheální kanyla
- Frekvence dechů 30/min, 30-60/min pokud se jen dýchá (podle ERC 2010)
- Správně zajištěná ventilace – zvedání hrudníku, postupné zlepšování prokrvení, vzestup akce srdeční

C (circulation) zajištění oběhu

- Srdeční frekvenci a spontánní dechovou aktivitu je třeba hodnotit po 30s podpůrné ventilace
- Srdeční frekvence pod 100/min = bradykardie – indikace k ventilaci vakem i tehdy, když novorozenec vykazuje spontánní dechovou aktivitu
- Indikace k nepřímé srdeční masáži = srdeční frekvence pod 60/min
- Provedení nepřímé srdeční masáže (NSM)

- Technika pomocí palců
- Místo komprese: spojnice prsních bradavek (nebo nepatrně pod ní)
- Hloubka kompresí: 1/3 předozadního průměru hrudníku (2-2,5cm)
- Frekvence: minimálně 90/min
- Poměr kompresí k ventilaci při NSM: 3:1 (90 kompresí/min : 30 vdechů/min)

D (drugs) léky

Porodní asistentka nemá kompetence k tomu, aby ordinovala a aplikovala léky dle svého uvážení. (21), (28)

O ukončení resuscitace u novorozence rozhodne vždy lékař – neonatolog v 1. službě! (2)

1.13.5 Poresuscitační péče

U novorozenců po úspěšné resuscitaci může dojít v dalším období k závažné deterioraci celkového stavu. Po úspěšném obnovení ventilace a cirkulace je nutné zajistit monitorování vitálních funkcí, zabránit ztrátám tepla a udržet optimální tělesnou teplotu, zajistit novorozence a okamžitý překlad na pracoviště poskytující resuscitačně-intenzivní péči a které má možnost provádět hypotermii. (25), (28)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat připravenost porodních asistentek v terénu na řešení péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaký je způsob obnovování a udržování znalostí porodních asistentek?

Výzkumná otázka 2

Jaká je úroveň znalostí porodních asistentek v terénu v péči o novorozence bezprostředně po porodu?

3 Metodika a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika

Praktická část bakalářské práce na téma „Péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení“ byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita technika strukturovaného rozhovoru u porodních asistentek v Jihomoravském kraji. Rozhovory, které se skládaly ze tří hlavních otázek a třinácti podotázek (viz příloha), probíhaly v nemocničním prostředí nebo domovech porodních asistentek. Každé výzkumné šetření trvalo přibližně 25-35 minut. Výzkum probíhal v měsíci březen a duben 2013. Otázky, na které bylo odpovězeno, vyplývají z teoretické části textu.

Všechny dotazované respondentky ústně souhlasily s rozhovory a zveřejnění jejich odpovědí. U každé z nich je zachována částečná anonymita. Uvedeny jsou iniciály, věk a délka vykonané praxe.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 porodních asistentek Jihomoravského kraje.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovor 1

M. K., 26 let, nyní pracuje 2 roky na porodním sále, před tím pracovala 1 rok na oddělení gynekologie a 1 rok na šestinedělí. Znalosti si obnovuje a udržuje čtením časopisu Sestra, který pravidelně měsíčně dochází na oddělení, kde porodní asistentka pracuje. Pročítá témata týkající se gynekologie a porodnictví. Myslí si, že články jsou psány velice zajímavě a člověk se vždy něco nového dozví. Nedávno si koupila knihu Zdravé těhotenství a přirozený porod od Ingeborg Stadelmann, kniha ji velmi nadchla. Obsahuje spoustu zajímavých článků ohledně přirozeného průběhu porodu, o pomoci těhotným přírodními metodami. Dále navštěvuje přednášky, které zařizuje nemocnice v rámci vzdělávání pracovníků. Většina jich je ohodnocena kredity, které potřebuje k prodloužení registrace. Někdy se z vlastní iniciativy účastní konferencí, které pořádá ČKPA. Z důvodu časové náročnosti jen jednou ročně. Na otázku zda absolvovala nějaký specializovaný kurz týkající se dané problematiky, reagovala takto: „*Pravidelně taky máme školení o resuscitaci dospělé osoby, dítěte a novorozence. Myslím, že tohle je hodně důležité. Je to situace, ke které se člověk moc často nedostane, ale když u ní je, měl by adekvátně, rychle zasáhnout.*“

Na situaci, kdyby měla porodit novorozence mimo zdravotnické zařízení při neplánovaném porodu, by reagovala tak, že by se pokusila sehnat k sobě další osobu na pomoc, zavolala by sanitku, snažila se zajistit co nejčistší prostředí, dala by pod ženu čistou podložku, pokusila by se zjistit od ženy nějaké informace týkající se průběhu jejího těhotenství, zjistila polohu a postavení plodu a pokud by to bylo nutné, odvedla by porod. Jak by si ale třeba poradila například s koncem pánevním, nedokáže říct, asi by jen doufala, že sanitka brzy dorazí. Doufá, že se nikdy nedostane k plánovanému porodu doma, protože ví, jaká jsou s porodem spojena rizika a ta by na sebe určitě nechtěla vzít. Na otázku zda nosí nějaké základní pomůcky u sebe, reagovala překvapivě dobře: „*Je to asi deformace z povolání, ale neustále mám u sebe v kabelce balíček s rukavicemi, tkanice na podvázání pupku a balíček sterilních čtverečků*

napuštěných dezinfekcí, taková malá lékárníčka.“ Při porodu by se snažila napodobit postup jako při porodu v nemocnici. To znamená, že by podvázala pupek, osušila a rychle zabalila dítě do co nejčistšího oblečení. Rychle by zjistila, zda je napohled v pořádku, zda pravidelně dýchá, jakou má srdeční akci. Pokud by se jednalo o neplánovaný porod mimo zdravotnické zařízení, tak by rozhodně zavolala rychlou záchrannou službu. Žena říká: „*Jsem zdravotník a rozhodně bych na sebe nevezala tu zodpovědnost, že na přání rodičů nedostane dítě adekvátní péči.*“ U neplánovaného porodu mimo zdravotnické zařízení by volala rychlou záchrannou službu vždycky. Kvůli rodičce i kvůli dítěti. A to i přes jejich nesouhlas. K plánovanému porodu doma, jak už říkala, doufá, že se nikdy nedostane. Žena chce rodit bez lékařů, v domácím prostředí. Zde žádná lékařská pomoc není. Pokud by to bylo na její odpovědnost, rychlou záchrannou službu by volala vždy. Pokud by to bylo na zodpovědnost rodičky, volala by jen v případě problémů, například poporodního krvácení matky, špatné adaptace novorozence a v případech, které by se jí nezdály fyziologické.

K provádění neodkladné resuscitaci by použila pomůcky, jako jsou fonendoskop, laryngoskop, endotracheální kanylu, ambuvak, přívod vzduchu a kyslíku, umbilikální katetr, stříkačky, adrenalin, bikarbonáty. Jak už ale řekla, u sebe má pouze rukavice, tkanice a sterilní čtverce. Pomůcky k resuscitaci u sebe nenosí. Kdyby byla přivolána k neplánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení, vzala by si s sebou asi batoh s potřebným vybavením k resuscitaci. Mimo těch, co jsou v lékařské kompetenci. Takže fonendoskop, laryngoskop, endotracheální kanylu a ambuvak. Neodkladnou resuscitaci u novorozence by prováděla tak, že by si dítě uložila do stabilizované polohy, hlavou k sobě. Zajistila by dýchací cesty, pokud by byly potřeba odsát, odsávala by z úst do úst. Zahájila by nepřímou srdeční masáž a umělé dýchání buď z úst do úst nebo lépe ambuvakem, podle toho, kde by resuscitace probíhala a podle pomůcek. V poměru 3:1, 100 stlačení za minutu. Tímto způsobem by pokračovala do příjezdu rychlé záchranné služby. Nepřímou srdeční masáž by prováděla tak, že by si dítě dala do stabilizované polohy hlavou k sobě. Dítě by chytla prsty pod jeho zády a palce od sternu, stlačovala by hrudník zhruba o třetinu jeho výšky ve frekvenci 100 stlačení za minutu a 30 vdechů. Takže tři stlačení a jeden vdech. Jednou za tři měsíce má školení o resuscitaci

s nácvikem. Na školení byla naposled loni v říjnu a resuscitaci novorozence zažila naživo zatím dvakrát.

4.2 Rozhovor 2

H. V. 37 let, na porodním sále pracuje 17 let. Znalosti si udržuje a obnovuje čtením odborných článků na internetu a v časopise Sestra, který pravidelně měsíčně dochází na porodní sál, kde porodní asistentka pracuje. Některé články se jí zdají zajímavé. Dále navštěvuje přednášky, na které je tak trochu nucena, kvůli prodloužení registrace. Zde sbírají kredity, které jsou pro ni povinné. Samotné přednášky ji nevadí, ale je to příliš časově náročné. Žádný specializovaný kurz týkající se dané problematiky neabsolvovala.

Na situaci, že by měla žena porodit dítě mimo zdravotnické zařízení, by reagovala následovně: „*Okamžitě bych volala rychlou záchrannou službu a podle fáze porodu bych jednala.*“ Kdyby bylo třeba porodit, postupovala by jako v nemocnici, chránila by hráz, dítě by osušila a zabalila jej do čisté a suché přikrývky, podvázala by pupečník a sledovala vitální funkce a doufala by, že brzy přijede rychlá záchranná služba. U sebe v kabelce ani nikde jinde žádné pomůcky nenosí. Rychlou záchrannou službu by volala v každém případě i přes nesouhlas rodičů.

K resuscitaci novorozence by použila pomůcky, jako jsou ambuvak, fonendoskop, laryngoskop, endotracheální kanyly, a to je asi tak všechno, protože nemá kompetence k tomu, aby sama ordinovala medikamenty. Žádné pomůcky nepovažuje za minimum ve svojí výbavě, protože svoji výbavu k resuscitaci nemá. Kdyby se naskytla situace, že by byla přivolána k porodu mimo zdravotnické zařízení a měla zahájit kardiopulmonální resuscitaci, použila by hlavně vlastní rozum a snažila se nepanikařit. Zajistila by volné dýchací cesty, uložila dítě do neutrální polohy hlavou k sobě a zahájila by dýchání z úst do úst a nepřímou srdeční masáž tak, že by objala hrudník, palce by směřovaly k sobě, přiloženy na hrudníku na sternu ve výši prsních bradavek. Hrudník by stlačovala asi o jednu třetinu jeho výšky v poměru 3:1 (nepřímá srdeční masáž: vdechy). Jedenkrát

ročně navštěvuje seminář ARO týkající se kardiopulmonální resuscitace. Seminář probíhá nejprve teoreticky a poté následuje praktická část, kde si každý účastník semináře může procvičit resuscitaci novorozence i dospělé osoby. Naposled absolvovala seminář loni v říjnu. Říká, že to považuje za velký přínos, protože před resuscitací má velký respekt a je velmi potřebné, aby každý zdravotník byl schopen adekvátně zasáhnout.

4.3 Rozhovor 3

R. A., 49 let, na porodním sále pracuje 20 let, před tím pracovala 5 let na gynekologickém oddělení. Znalosti týkající se porodní asistence udržuje četbou odborných článků v časopisech. Zdravotnické noviny odebírá již 3 roky, články si pročítá po večerech. Ve své knihovně vlastní pár odborných knih, v kterých občas zalistuje, hlavně tehdy, když se někdy na něco zeptá nějaká známá a není si jistá odpovědí. Žádný specializovaný kurz týkající se dané problematiky neabsolvovala, ale reagovala, že by to nebylo vůbec špatné.

Na situaci, že by musela porodit dítě mimo porodnici, žena reagovala: *„Zkusila bych zachovat chladnou hlavu a okamžitě bych volala rychlou záchrannou službu.“* U sebe žádné základní pomůcky nenosí, ale říkala, že to stojí za zamýšlení a že si nějakou malou lékárníčku do kabelky pořídí, nebylo by to na škodu a moc místa jí to nezabere. U porodu by postupovala podobně jako v porodnici. Snažila by se rodičku uložit do polosedu. Co nejvíce by se snažila chránit hráz, protože by zde nebylo možné provést episiotomii. Dítě by co nejrychleji osušila, podvázala pupečník, zabalila jej, přiložila matce na břicho, kvůli teplotě, sledovala vitální funkce a čekala do příjezdu sanitky. Sanitku by zavolala za každé situace, i kdyby s tím rodiče nesouhlasili. Ví, co by se mohlo všechno stát, a nechtěla by, aby následky nesla ona. Do podobné situace se nikdy nedostala a doufá, že ani nedostane, ale jak již říkala, snažila by se zachovat klidně, být na rodičku milá, snažila by se ji uklidňovat a porod by odvedla podobně jako v porodnici, jen bohužel bez pomůcek.

K provádění neodkladné resuscitace považuje za nutné mít u sebe fonendoskop, laryngoskop, ambuvak, endotracheální kanyly. Kdyby byla zavolána k neplánovanému porodu mimo porodnici, snažila by si sehnat alespoň minimum z této výbavy, ale u sebe jak již říkala, žádné pomůcky nenosí, a kdyby byla právě doma a k porodu byla zavolána, tak neví, kde by pomůcky sháněla. Asi by použila jen svoji hlavu, dítě by uložila do neutrální polohy hlavou k sobě, uvolnila by dýchací cesty, popřípadě by je odsála a zahájila by dýchání z úst do úst. Nepřímou srdeční masáž by zahájila tak, že by dítě objala kolem hrudníku a palci stlačovala sternum asi do jedné třetiny výšky hrudníku. A doufala by v brzký příjezd sanity. Znalosti ohledně resuscitace novorozence si udržuje každoroční účastí na semináři týkající se kardiopulmonální resuscitace, kde se proškolují jak teoreticky, tak i prakticky. Dále si ohledně dané problematiky pročítá v literatuře a na internetu.

4.4 Rozhovor 4

P. G., 38 let, na porodním sále pracuje 14 let, před tím tři roky u obvodního gynekologa. Pro udržování znalostí týkající se porodní asistence pročítá odbornou literaturu a články v časopisech, které odebírá její kolegyně a nosí je do práce. Někaké články jí občas něco nového přinesou, ostatní považuje za příjemné zpestření a opravdu obnovení již znalých informací. Přednášky občas navštěvuje, ale většinou jen ty, které pořádá nemocnice, že by sama jela třeba do Prahy na nějakou konferenci, to ne. Specializovaný kurz týkající se této problematiky neabsolvovala, neví ani kde a doufá, že se u dané situace snad nikdy nenaskytne.

Kdyby měla porodit novorozence mimo porodnici, volala by okamžitě rychlou záchrannou službu, nechtěla by na sebe vzít možná vzniklá rizika. Na druhou stranu žena říká: „ *Myslím si ale, že bych danou situaci zvládla, porodila bych novorozence jako v porodnici, ale bohužel bez pomůcek, protože u sebe žádné nenosím.* “ Kdyby ale byla přivolána k akutnímu porodu předem, tak by si vzala alespoň sterilní balíček k porodu, sterilní tkanice, sterilní rukavice, nějakou dezinfekci a teplou přikrývku na

novorozence. Při porodu by postupovala, tak jako v porodnici, snažila by se co nejvíce chránit hráz, dítě by přiložila matce na břicho, přikryla jej, podvázala by pupečník, přestříhla pokud možno sterilními nůžkami pupeční šňůru, dítě by řádně osušila, zabalila jej a čekala by, až přijede sanitka a při tom by sledovala, zda dítě dýchá a zda jsou matka i dítě v pořádku. Placentu by nerodila, snažila by se počkat do příjezdu sanitky. Kdyby se jen placenta podařila porodit, dala by ji do pytlíku a předala ji s matkou a dítětem zdravotníkům v sanitce. Rychlou záchrannou službu by volala v každém případě i přes nesouhlas rodičky i jejího partnera.

K provádění neodkladné resuscitace považuje za nutné pomůcky, jako jsou laryngoskop, endotracheální kanyly, stříkačky, náplast, ambuvak a k němu příslušné masky, dále pomůcky k zajištění cévního vstupu, ale pokud by byla při dané situaci sama, tak asi ne, protože nemá kompetence k tomu, aby podávala léky. Za minimum ve svojí výbavě nepovažuje nic, protože jak již řekla, nic u sebe nenosí a venku by použila ruce a hlavu. Při resuscitaci by si novorozence otočila hlavou k sobě, položila by ho na záda, zajistila by volné dýchací cesty, tím myslí, aby nebyla v dýchacích cestách nějaká překážka, například mekonium či plodová voda, popřípadě by dítě odsála a to buď odsávačkou, kdyby ji měla u sebe, jinak z úst do úst. Poté by zahájila dýchání z úst do úst. Dále by zahájila nepřímou srdeční masáž a to tak, že by použila techniku dvou palců, při obejmutí hrudníku, ale ví, že se dá použít i metoda 2. a 3. prstem přímo na hrudník. Stlačovala by o jednu třetinu výšky hrudníku, frekvencí 90/minutu v poměru kompresí hrudníku a frekvencí dýchání 3:1, to znamená, že za jednu minutu 90 kompresí a 30 vdechů. Znalosti ohledně provádění resuscitace novorozence si procvičuje jedenkrát ročně v nemocnici na semináři kardiopulmonální resuscitaci a dále je občas svědkem či pomocníkem při resuscitaci při porodu v nemocnici.

4.5 Rozhovor 5

N. S., 50 let, dříve pracovala 5 let na gynekologickém oddělení, nyní již 17 let pracuje na porodním sále. Znalosti a dovednosti si neustále udržuje četbou odborných

článků v časopisech, které pravidelně dochází na oddělení, na kterém porodní asistentka pracuje. Doma vlastní pár porodnických knih, v kterých občas zalistuje, ale přiznává se, že to již dlouho neučinila. Přednášky navštěvuje prostřednictvím nemocnice, které jí vždy něco nového přinesou a obohatí ji.

Na otázku jak by reagovala na situaci, že by měla porodit dítě, mimo porodnici reagovala: „*Nějak bych se dané situace nezalekla, zavolala bych ale v první řadě rychlou záchrannou službu, dítě bych porodila stejně jako v porodnici, ale bez pomůcek a dítě bych předala rychlé záchranné službě.*“ U sebe žádné pomůcky nenosí, přijde jí to zbytečné, protože se u takové situace nikdy nenaskytla. Jak již bylo řečeno, postupovala by jako v nemocnici, podvázala by pupečník, dítě by osušila, zabalila a čekala do příjezdu rychlé záchranné služby. Rychlou záchrannou službu by volala vždy, i přes nesouhlas obou rodičů. Ví, jaké mohou vzniknout rizika, má z toho velký respekt a chtěla by zajistit adekvátní péči, jak pro matku, tak pro dítě.

K resuscitaci by použila ambuvak, kyslík a odsávačku. V terénu by sebou ale pomůcky neměla, tak by použila alespoň své ruce. Nejprve by zahájila dýchání z úst do úst, při tom by měla novorozence otočeného hlavou k sobě na zádech, což nazývá neutrální polohou, poté by pokračovala nepřímou srdeční masáží. Hrudník by stlačovala o jednu třetinu hrudníku a použila by techniku pomocí dvou prstů. Poměr masáž/vdech udává 3/1. Každý rok se proškolují v nemocnici ohledně kardiopulmonální resuscitace.

4.6 Rozhovor 6

Porodní asistentka H. V., 42 let. Prvních 5 let pracovala v ordinaci u obvodního gynekologa, 7 let v nemocnici na gynekologickém oddělení a nyní již 9 let pracuje na porodním sále. Práce na porodním sále ji baví a naplňuje. Znalosti, které se týkají porodní asistence, si udržuje četbou literatury. Časopis Sestra pravidelně přichází na oddělení, kde bývají velmi zajímavé články týkající se gynekologie a porodnictví. Ve své knihovničce doma, vlastní pár odborných knih, které bohužel již nejsou aktuální, ale žena s úsměvem na tváři říká, že je porodnictví stále stejné, tak ji tyto knihy stačí a

občas v nich zalistuje, pokud si není nějakou informací jistá, či něco neví. Přednášky ohledně dané problematiky navštěvuje, hlavně ty, které pořádá nemocnice. Specializovaný kurz týkající se resuscitace absolvuje každý rok, který by se týkal akutního případu porodu novorozence mimo porodnici, tak ten ne, ale myslí si, že by to nebylo špatné si něco podobného zkusit, jen ji nenapadá, kde by mohla podobný kurz navštívit.

Na situaci, kdyby měla žena porodit novorozence mimo porodnici, reagovala takto: *„Nejprve bych byla asi v šoku, ale myslím si, že mám za těch pár let nasbírané nějaké zkušenosti, nakonec bych zachovala chladnou hlavu a porod bych nějak odvedla. Rovněž by záleželo na tom, v jaké fázi by se porod nacházel“* U sebe pomůcky ovšem nenosí, nikdy nad tím nepřemýšlela, ale porodní asistentka říká, že by nebylo vůbec špatné, nosit u sebe v kabelce alespoň pár rukavic, tkanice a nějakou malou dezinfekci. Nůžky vlastně u sebe nosí, nejsou sterilní, ale kdyby je dezinfekcí polila, tak by se snad použít daly. Žena sdělila, že ihned po rozhovoru si malou lékárníčku pořídí. U porodu by postupovala podle fáze porodu, pokud by bylo možné ještě ženu do porodnice dopravit, učinila by tak. Pokud by ale byla hlavička dítěte již „na hrázi“, snažila by se rodičku uložit na klidné místo, dala pod ni savou podložku, chránila by hráz a dítě by porodila podobně jako v porodnici, ale bohužel teda zatím bez pomůcek, do té doby, než si lékárníčku pořídí. Při porodu by poctivě chránila hráz. Po porodu by ihned dítě přiložila matce asi na břicho, a to kvůli teplu, zabalila by jej do přikrývky, osušila by jej, poté by přerušila pupečník. Porozenou placentu by dala do pytlíku, aby ji mohla dopravit do porodnice. Neustále by sledovala jak matku, tak i dítě. U dítěte by sledovala vitální funkce. Rychlou záchrannou službu by volala na počátku porodu, při komplikacích i po porodu, prostě vždy i přes nesouhlas rodičky. Žena říká, že neví, co se může všechno přihodit a chtěla by, aby se ihned správně zasáhlo, pokud se jedná o akutní případ a ne o plánovaný porod doma, tak není důvod k tomu, aby s tím sama matka nesouhlasila. K plánovanému porodu by porodní asistentka nikdy nešla. Myslí si, že je to od žen, které se k tomu rozhodnou, nezodpovědné.

Na otázku, které pomůcky jsou potřebné k provádění neodkladné resuscitace, porodní asistentka odpověděla: ambuvak, kyslík, odsávačku, ruce, léky, termofólii. Za

minimum ve své výbavě považuje odsávačku, ambuvak a kyslík. Při resuscitaci by porodní asistentka začala tím, že by novorozence dle potřeby odsála, dala si jej do polohy na zádech na rovné podložce a otočila by si ho hlavou k sobě, tak aby hlavička nebyla ani moc předkloněná, ani moc zakloněná. Pokračovala by tím, že by pomocí ambuvaku začala s dítětem dýchat a následovala by nepřímá srdeční masáž. Použila by techniku pomocí palců, hrudníček by stlačovala o jednu třetinu. Poměr masáže a vdechů činí 5:1. Tímto způsobem by pokračovala do příjezdu rychlé záchranné služby, jen by doufala, že brzy dorazí a že to zvládne. Zkušenosti ohledně resuscitace si pravidelně procvičuje a udržuje na každoročním semináři, které pořádá ARO, naposled takový seminář absolvovala loni v říjnu. Zde je jak teoretické, tak i praktické cvičení. O resuscitaci si i často pročítá v literatuře, jak už porodní asistentka zmiňovala, tak především v časopise Sestra nebo na internetu, či v knihách. Myslí si, že je to velmi důležité, protože se může u takové situace naskytnout i v porodnici a bude muset neodkladnou resuscitaci sama zahájit. Zatím se to nestalo, ale byla svědkem a asistentem několika neodkladných resuscitací novorozence přímo na porodním sále.

4.7 Rozhovor 7

Žena B. M., věk 29 let, na porodním sále pracuje 5 let, na porodní sál nastoupila ihned po studiu. Pracovat na porodním sále byl její sen, který se jí vyplnil. Práce ji moc baví a cení si toho. Znalosti si udržuje četbou literatury, kterou vlastní doma, odebírá měsíčně zdravotnické noviny, v kterých je občas nějaký zajímavý článek týkající se dané problematiky. Specializovaný kurz žena navštívila v Rakousku, kde byla na stáži, kterou ji umožnila její škola. Kurz se týkal právě porodu mimo zdravotnické zařízení, kde si zkoušely na modelech rodit téměř bez pomůcek, žena podotýká, že to nic snadného nebylo.

Kdyby se žena dostala do situace porodit dítě mimo zdravotnické zařízení, okamžitě by volala rychlou záchrannou službu. Porodila by dítě jako v porodnici, ovšem bez potřebných pomůcek, protože žádné u sebe nenosí, ale už na

specializovaném kurzu v Rakousku, si řekla, že si nějakou malou lékárníčku udělá. Na to ovšem zapoměla a do téhle chvíle jí to nepřišlo důležité. Po rozhovoru si však lékárníčku zhotoví. Žena říká: „ *Kdybych měla porodit dítě mimo porodnici při překotném porodu, doufala bych v rychlý porod a že bude hlavička již na hrázi.*“ Rodičku by položila na zem, dala pod ni podložku, třeba její bundu nebo svetr. Snažila by se chránit hráz. Po porodu by dítě ihned zabalila do přikrývky, osušila by jej, ošetřila by pupeční pahýl, který by podvázala nějakou tkanicí, například kapesníkem, ten u sebe neustále nosí. Nůžky nosí v kabelce, ale neví, jak by je vydezinfikovala, doufala by v brzký příjezd rychlé záchranné služby. Sledovala by stav matky i dítěte, u dítěte by si hlavně dávala pozor na to, zda dýchá, jakou má dítě barvu a celkově, jak se projevuje. Snažila by se zajistit novorozenci dostatečné množství tepla, dala by jej matce na břicho a přikryla ho přikrývkou, určitě by nepoužila tu, kterou ho otírala, protože ta bude vlhká. Rychlou záchrannou službu by volala vždy, i přes nesouhlas ženy. Porodní asistentka říká, že nikdy neví, co se může stát, resuscitaci by určitě zahájila, ale chtěla by, poskytnou novorozenci adekvátní péči se vším všudy.

K provádění neodkladné resuscitaci by použila, odsávačku, ambuvak, laryngoskop, endotracheální kanyly, podložku na podložení dítěte. Jak už žena řekla, u sebe žádné pomůcky nenosí. Použila by své ruce a svou hlavu. Kdyby bylo dítě potřeba odsát, učinila by tak z úst do úst, zkoušela si to již na kurzu v Rakousku, nic snadného to není, ale jde to, a kdyby tak mohla zachránit dítěti život, učinila by tak. Po té by si otočila dítě hlavičkou k sobě a zahájila by dýchání z úst do úst nebo z úst do nosíku dítěte. Poté by zahájila nepřímou srdeční masáž, hloubka kompresí by činila asi tak dva až tři centimetry. Tělíčko by objala, palce by položila do úrovně bradavek a hrudníček stlačovala palci. Doufala by, že brzy dorazí sanitka. Seminář ohledně resuscitace navštěvuje každoročně. Naposled loni v říjnu.

4.8 Rozhovor 8

Žena, F. J., 31 let, na porodním oddělení pracuje již 8 let. Práce ji na porodním sále baví, i když jsou někdy slabší dny, kdy se daří méně. Nyní je žena na mateřské dovolené. Pro obnovování informací týkající se porodní asistence čte žena odborné články na internetu a pročítá si časopisy týkající se dané problematiky. Ráda by navštěvovala semináře, ale podle ženy jich moc zajímavých není, ale to neznamená, že se jich neúčastní. V její profesi je celoživotní vzdělávání velmi důležité. Žádný specializovaný kurz žena neabsolvovala, protože neví, že by se nějaký podobný pořádal.

Na situaci porodit dítě mimo porodnici, reagovala žena následovně: „*Pokud by se jednalo o překotný porod na ulici, tak bych se snažila zachovat chladnou hlavu. Zajistila bych bezpečí jak matce, tak dítěti. Celá situace by byla určitě velmi rychlá, odrodila bych dítě a přivolala rychlou záchrannou službu.*“ Na otázku zda u sebe nosí nějaké základní pomůcky, žena odpověděla: „*Tak to opravdu nenosím.*“ Novorozence by ošetřovala tak, že by si jako první všimla jeho základních životních funkcí. Kdyby bylo třeba, vytřela by mu pusku. Snažila by se dítě udržet v teple, otřela by jej a zabalila. Kdyby měla k dispozici lékárníčku, například z auta, ošetřila by i pupečník. Rychlou záchrannou službu by volala v každém případě, za jakýchkoli okolností i přes nesouhlas rodičů. „*Nic by si nenechala přišít na krk.*“

K resuscitaci novorozence by použila pomůcky: základní skupinu léků, ambuvak, pomůcky k intubaci, odsávačku, pomůcky ke katetrizaci a šikovní ruce. Své pomůcky ale bohužel nemá, ale jako minimum považuje roušku na zajištění tepla, odsávačku a ambuvak. Léky by stejně sama aplikovat nemohla. Úplný postup resuscitace žena nezná, protože nepracuje na novorozeneckém oddělení, ale myslí si, že poměr stlačení: vdechu je 3:1. Buď by použila techniku dvou prstů, nebo palci a dlaně zespod tělíčka. Důležitá je i poloha hlavičky k uvolnění dýchacích cest, novorozence by položila hlavičkou k sobě a hlavičku by ani moc nezakláněla ani moc nepředkláněla. Školení týkající se resuscitace porodní asistentka navštěvuje jedenkrát za rok, které je pořádáno nemocnicí, ve které pracuje.

5 Diskuze

K porodům mimo zdravotnické zařízení dochází zejména u vícerodiček, kdy bývá někdy průběh porodu velmi rychlý, a ženy nestihnou do porodnice přijet. Dále může překotný porod nastat v souvislosti se špatným určením data porodu, či v důsledku úrazu. Pokud se porodní asistentka u dané situace naskytne, předpokládá se, že bude umět adekvátně zasáhnout. Musí si nejprve zjistit všechny informace, které se týkají daného těhotenství. Porodní asistentka musí zjistit, v jaké fázi se porod nachází. Všechny potřebné informace žena nalezne v těhotenské průkazce, kterou je těhotná žena povinná nosit neustále u sebe. Podle zjištěných informací se musí porodní asistentka rozhodnout, jak bude postupovat a jednat. Dle zákona 424/2004 Sb. O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 5, vymezuje činnosti porodní asistentky následujícím způsobem: „*Porodní asistentka připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví*“. Z toho vyplývá, že porodní asistentka musí být schopná adekvátně odvádět porody i mimo zdravotnické zařízení i když se s takovou situací často neseťkává a je zvyklá na „rutinu“ v práci v nemocnici. Porodní asistentka by neměla opomenout všechny informace a postup porodu zaznamenávat.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat připravenost porodních asistentek v terénu na řešení péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Dle stanoveného cíle jsme se snažili zjistit, jaká je úroveň znalostí porodních asistentek v terénu v péči o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Jakým způsobem si udržují a obnovují znalosti týkající se porodní asistence a jaké jsou znalosti porodních asistentek o resuscitaci novorozence.

Výzkumné šetření bakalářské práce probíhalo s celkem 8 porodními asistentkami, které mají praxi minimálně dva roky v oboru. Výzkumné šetření probíhalo v Jihomoravském kraji se vstřícnými porodními asistentkami, které byly ochotné poskytnout rozhovor. Rozhovory probíhaly v nemocničním prostředí, jeden rozhovor na

předporodním kurzu, který porodní asistentka sama vede a poslední rozhovor probíhal v domácím prostředí, protože je porodní asistentka na mateřské dovolené.

Každý rozhovor začínal zjišťováním identifikačních údajů – jméno, věk a kolik let pracuje porodní asistentka v oboru. Získané údaje byly po svolení respondentek uvedeny v úvodu každého rozhovoru. Poté byly porodním asistentkám pokládány otázky týkající se udržování a obnovování znalostí porodní asistence. Zda se zabývají četbou literatury, navštěvují přednášky, semináře nebo zda dokonce navštívily nějaký specializovaný kurz (příloha 1). Chtěla bych podotknout, že všechny porodní asistentky si znalosti udržují četbou literatury, a to buď četbou časopisů, jako je Sestra či Zdravotnické noviny nebo si pročítají odbornou literaturu, kterou vlastní doma ve své knihovně. Všechny porodní asistentky rovněž navštěvují přednášky týkající se daného tématu některé méně, některé více. Přednášky navštěvují zejména proto, že zde sbírají kredity, které jsou potřebné k prodloužení registrace. Ovšem ne všechny, některé považují přednášky týkající se jejich oboru za velmi přínosné. Ale bohužel jen jedna z nich absolvovala specializovaný kurz týkající se porodu mimo zdravotnické zařízení. Podle mého názoru by se měly v České republice pořádat specializované kurzy týkající se porodu mimo zdravotnické zařízení, protože kromě respondentky č. 8, která navštívila specializovaný kurz v Rakousku, ani jedna žena nevěděla, že se podobné kurzy konají. Zmiňovaly se pouze o nácviku resuscitace, tento kurz absolvují každý rok v nemocnici, ve které pracují. Pokud se specializované kurzy týkající se porodu mimo zdravotnické zařízení pořádají, potom by potřebovaly větší reklamu a propagaci, aby se o nich porodní asistentky dověděly.

Následovaly otázky týkající se znalostí porodních asistentek v terénu v péči o novorozence bezprostředně po porodu. Na otázku jak by se zachovaly při situaci, že by měly porodit novorozence mimo zdravotnické zařízení, reagovaly všechny porodní asistentky velmi podobně. Všechny by volaly rychlou záchrannou službu a to kvůli riziku možných vzniklých komplikací. Nechtěly by na sebe vzít míru odpovědnosti. Jen první reakce se trochu různila. Respondentka č. 4 doufá, že se u podobné situace nikdy nenaskytne. Respondentka č. 5 by se dané situace nezalekla, postupovala by jako při porodu v porodnici, respondentka č. 6 by byla nejprve v šoku, ale díky své devítileté

praxi by byla určitě schopná adekvátně zasáhnout. Na závěr ale vyplynulo, že by všechny nakonec zachovaly chladnou hlavu a postupovaly by při porodu, jako při porodu na porodním sále v nemocnici, jen bez pomůcek, protože jen kromě respondentky č. 1 nenosí ani jedna žádné pomůcky u sebe. Jen zmiňovaná respondentka č. 1 má malou lékárníčku, kterou tvoří jeden pár rukavic, tkanice na podvázání pupku a balíček sterilních čtverců napuštěných dezinfekcí. Velmi mě potěšila reakce respondentky č. 1 a rovněž reakce respondentky č. 3 a č. 6, že si na popud mého rozhovoru nějakou malou lékárníčku pořídí. U porodu mimo zdravotnické zařízení by všechny porodní asistentky posupovaly jako v nemocnici, jen bez pomůcek, kromě respondentky č. 1. Snažily by se ženu uklidnit, mluvily by na rodící ženu klidným a empatickým hlasem, podložily by ženu savou podložkou, všechny ženy by chránily rodiče hráz, protože zde není možnost provedení episiotomie, a i kdyby ta možnost byla, neměly by čím episiotomii provést. Novorozence by osušily a zabalily ho do přikrývky. Respondentky č. 3, 4 a 6 reagovaly velmi dobře, že by novorozence položily matce na břicho. Je to velmi důležité kvůli termoregulaci. Fendrychová uvádí, že „*Teplota dítěte je výsledkem rovnováhy mezi teplem, které samo produkuje a teplem, které ztrácí.*“⁵ Novorozenec po porodu nedovede držet teplo. Je velmi důležité zabránit ztrátám tepla u novorozence. Tomu se dá právě předejít tím, že novorozence položíme na matčino břicho. Jak už bylo zmíněno, všechny by volaly rychlou záchrannou službu, jen respondentka č. 1 konstatovala, že by u neplánovaného porodu mimo zdravotnické zařízení volala rychlou záchrannou službu vždy i přes nesouhlas rodičky, jen u plánovaného porodu, u kterého doufá, že se nikdy nenaskytne, by reagovala jinak. Pokud by to bylo na zodpovědnost porodní asistentky, rychlou záchrannou službu by volala vždy a pokud by to bylo na zodpovědnost rodičky, tak by volala sanitu jen v případě problémů, například poporodního krvácení matky, špatné adaptace novorozence a v případech, které by se jí nezdály „*normální*“.

Poslední výzkumná otázka se týkala znalostí porodních asistentek o resuscitaci novorozence. Dle mého názoru, zde byly znalosti porodních asistentek nejslabší, ženy odpovídaly nepřesvědčeně a velmi váhavě. Bylo by třeba více porodní asistentky ohledně dané problematiky proškolenat. Při otázce jaké pomůcky jsou potřebné

k resuscitaci novorozence, jen respondentka č. 1 vyjmenovala nejvíce pomůcek. Jen respondentka č. 1 a 8 sdělily, že není v jejich kompetencích používat pomůcky, které jsou pouze v lékařské kompetenci, jako je například aplikace léků. Na druhou stranu by všechny porodní asistentky byly schopny adekvátně zahájit neodkladnou resuscitaci novorozence. Novorozence by položily na rovnou podložku hlavou k sobě. Všechny uvedly, že by daly hlavičku novorozence do neutrální polohy, aby novorozenec ležel na zádech na rovné podložce. To odpovídá doporučení dle ERC 2010: „*Poloha novorozence na zádech, rovná podložka, hlava v neutrální (číchací) pozici, temenem k ošetřující osobě.*“⁶ Dokonce respondentka č. 6 a 8 sdělily, že by hlavičku daly do neutrální polohy tak, aby hlavička nebyla moc zakloněná, ani předkloněná. Velmi dobře všechny sdělily, že by nejprve uvolnily dýchací cesty tím, že by je odsály, či dutinu ústní vytřely. Dokonce respondentky č. 1, 4 a 7 sdělily, že by odsály dle potřeby i z úst do úst. Respondentka č. 7 si to již už zkusila na specializovaném kurzu v Rakousku. Zahájily by dýchání z úst do úst a pokračovaly by nepřímou srdeční masáží, techniku nepřímé srdeční masáže uvedly všechny ženy správně. Některé z nich preferují techniku pomocí 2. a 3. prstu, některé techniku pomocí palců. Poměr kompresí k ventilaci nepřímé srdeční masáže správně odpověděly respondentky č. 1, 2, 4, 5 a 8. Respondentka č. 6 odpověděla špatně a respondentky č. 3 a 7 neodověděly na otázku vůbec, protože si nebyly jisté a nechtěly ani zkusit odpovědět, protože se bály, že odpoví špatně. Znalosti týkající se resuscitace novorozence i dospělé osoby si každoročně opakují na každoročním semináři, pořádaným nemocnicí, ve které pracují. Naposled takový kurz absolvovaly loni v říjnu. Dle mého uvážení by nebylo špatné, kdyby podobné cvičení probíhalo častěji, alespoň dvakrát až třikrát do roka. Důležitou součástí by potom bylo praktické cvičení.

Dle mého názoru, by bylo potřeba začít realizovat specializované kurzy týkající se porodu mimo zdravotnické zařízení při akutním porodu, a pokud takové kurzy již existují, tak je potom potřeba větší propagace těchto kurzů. Dále by bylo vhodné přimět porodní asistentky k tomu, aby u sebe nosily alespoň základní vybavení k porodu novorozence a nerada bych opomenula častější školení týkající se resuscitace novorozence.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako edukační materiál pro porodní asistentky, které, pracují na porodních sálech či pro ty, které se rozhodují, že by pracovaly v terénu nebo může rovněž posloužit jako studijní materiál pro další ročníky porodních asistentek.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat připravenost porodních asistentek v terénu na řešení péče o novorozence při porodu mimo zdravotnické zařízení. Na podkladě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka: *Jaký je způsob obnovování a udržování znalostí porodních asistentek?*

Bylo zjištěno, že jsou porodní asistentky nuceny preferovat spíše samostudium literatury či se účastnit přednášek se širší koncipovanou tematikou. Specializované kurzy na mé výzkumné téma v České republice bohužel chybí.

Druhá výzkumná otázka: *Jaká je úroveň znalostí porodních asistentek v terénu v péči o novorozence bezprostředně po porodu?*

U této otázky se všechny porodní asistentky shodly, že by dokázaly zachovat klidnou hlavu a novorozence porodily tak, jako v nemocnici. Jen jedna porodní asistentka však u sebe nosí základní pomůcky k porodu, ale dvě si na popud mého rozhovoru malou lékárničku pořídí. Ovšem všechny porodní asistentky by volaly rychlou záchrannou službu i přes nesouhlas rodičky, či rodičů.

Poslední, třetí výzkumná otázka: *Jaké jsou znalosti porodních asistentek o resuscitaci novorozence?*

Všechny porodní asistentky by byly schopné adekvátně zasáhnout a neodkladnou resuscitaci u novorozence zahájit, jen by doufaly, že brzy přijede rychlá záchranná služba. Pozitivně by vnímaly větší možnost praktické výuky resuscitace.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BOREK, Ivo. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 8070133384.
2. ČECH, Evžen a Zdeněk HÁJEK. A KOLEKTIV. *Porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. DORT, Jiří. A SPOLUPRACOVNÍCI. *Neonatologie: Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 8024607905.
4. ELIÁŠOVÁ, Anna. *Porodná asistencie I Fyziologia: Učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 9788080632618.
5. ELIÁŠOVÁ, Martina a Martin VOLDŘICH. Co je první pomoc a neodkladná resuscitace a jak ji správně provádět. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 1, str. 25,26. ISSN 1210-0404.
6. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 (ERC) Section 7. Resuscitation of babies at birth www.cprguidelines.eu
7. EVANS, Nancy. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 8072055100.
8. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 8070134054.
9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024739403.
10. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno 2007: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 9788070134474.
11. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVÍČ. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.

12. HÁJEK, Zdeněk. A KOLEKTIV. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024704188.
13. KOBILKOVÁ, Jitka. ET. AL. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 807262315X.
14. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
15. MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 8086073920.
16. MARYŠKOVÁ, Andrea. První pomoc při porodu mimo zdravotnické zařízení. *Sestra*. 2010, roč. 20, 7-8, str. 90. ISSN 1210-0404.
17. MAŠATA, Jaromír a Anna JEDLIČKOVÁ. A KOLEKTIV. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 8073450380.
18. MORGENSTERNOVÁ, Jana. Specifika péče o novorozence diabetické matky. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 03, str. 36-37. ISSN 12100404.
19. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha a těhotenství a porodu: První český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Praha: Galén, 2006. ISBN 8072624113.
20. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. Praha: Galén, 2008. ISBN 9788072625949.
21. PAULOVÁ, M. Značení novorozenců - doporučený postup. *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. 2011, roč. 76, č. 1, str. 61-62. ISSN 1210-7832.
22. ROZTOČIL, Aleš. A KOLEKTIV. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
23. SLEZÁKOVÁ, Lenka. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024733739.

24. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 9788086356501.
25. STRAŇÁK, Z. Doporučený postup v péči o donošené novorozence po resuscitaci na porodním sále. *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. 2011, roč. 76, 1., str. 67-68. ISSN 1210-7832.
26. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 8085047209.
27. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. A KOLEKTIV. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
28. TROUPOVÁ, Jitka a Milan HANZL. A KOLEKTIV. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a. s., 2010. ISBN 978-80-254-8982-6.
29. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 8072548298.
30. VERKLAN, M. Terese a Marlene WALDEN. *Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing*. St. Louis: Amy Buxton, 2010. ISBN 9781437702606
31. ZÁČEKOVÁ, Mária, Viera SIMOČKOVÁ a Lubica KONTROVÁ. A KOLEKTIV. *Štandardy v porodnej asistencii*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 8080632219.
32. ZWINGER, Antonín. ET AL. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. ISBN 8072622579.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek k rozhovorům s porodními asistentkami

Příloha 1 – Otázky s porodními asistentkami

- I. Jaký je způsob obnovování a udržování znalostí porodních asistentek?
 - a. Čtete odborné články, časopisy, knihy...?
 - b. Navštěvujete přednášky, semináře, konference týkající se dané problematiky?
 - c. Absolvovala jste nějaký specializovaný kurz týkající se dané problematiky?

- II. Jaká je úroveň znalostí porodních asistentek v terénu v péči o novorozence bezprostředně po porodu?
 - a. Jak byste reagovala na situaci, kdybyste měla porodit novorozence mimo zdravotnické zařízení?
 - b. Nosíte u sebe v kabelce nebo někde jinde nějaké základní pomůcky, kdybyste se náhodou u dané situace naskytla?
 - c. Jak budete postupovat při prvním ošetření novorozence v terénní péči?
 - d. Zavolala byste rychlou záchrannou službu i přes nesouhlas rodičky či rodičů?
 - e. Pokud ano, za jakých okolností?

- III. Jaké jsou znalosti porodní asistentky o resuscitaci novorozence?
 - a. Víte, jaké pomůcky jsou potřebné k provádění neodkladné resuscitace u novorozence?
 - b. Které pomůcky považujete za minimum ve Vaší výbavě?

- c. Znáte postup provádění neodkladné resuscitace u novorozence?
Popište jednotlivé kroky.
- d. Víte, jaká je správná technika provádění nepřímé srdeční masáže u novorozence?
- e. Jakým způsobem si udržujete znalosti o resuscitaci novorozence?
Proškolujete se i nějakým způsobem o dané problematice v nemocnici? Kdy jste naposled takový trénink absolvovala?

Jméno:

Věk:

Délka praxe: