



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha porodní asistentky v postnatální diagnostice vrozených vývojových vad

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Karolína Kubů

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

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úloha porodní asistentky v postnatální diagnostice vrozených vývojových vad*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.8. 2023

.....

Karolína Kubů

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Milanovi Hanzlovi, Ph.D. za vedení, spoustu času, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce poskytl. Také bych chtěla poděkovat všem informantkám, které se zúčastnily výzkumného šetření. Velké poděkování patří i mé rodině a partnerovi, kteří mě během psaní práce a celého studia podporovali a motivovali.

Úloha porodní asistentky v postnatální diagnostice vrozených vývojových vad

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou porodní asistentky v časné diagnostice vrozených vývojových vad u novorozence. Dále odpovídá na otázku, jakou formu postgraduálního vzdělávání v této oblasti považují porodní asistentky za nejefektivnější.

Byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření. Práce je rozdělena do tří částí. První z nich se zabývá prenatální diagnostikou s důrazem na orientaci porodní asistentky v této oblasti. Druhá část se věnuje včasnému rozpoznání významnějších vrozených vývojových vad při prvním ošetření novorozence, včetně ošetrovatelských intervencí. A třetí část je věnována úloze porodní asistentky při zajištění novorozeneckého screeningu.

Cílem práce bylo prozkoumat a využít poznatků z výzkumného šetření jako východiska pro zvýšení efektivity postgraduálního vzdělávání porodních asistentek. Byly položeny tři výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jak vnímají porodní asistentky význam včasného rozeznání vrozených vad v průběhu ošetrovatelského procesu. Druhá otázka je zaměřena na zjištění, zda porodní asistentky považují svoji informovanost v oblasti rozeznávání vrozených vad za dostatečnou. A třetí otázka zjišťovala, jakou formu postgraduálního vzdělávání by porodní asistentky preferovaly.

Z výsledků šetření je patrné, že porodní asistentky se velmi dobře orientují v otázkách prenatální diagnostiky. V otázce stabilizace novorozence s vývojovou vadou na porodním sále se orientují s menší jistotou. Novorozenecký screening nevnímají v celé jeho šíři. Porodní asistentky považují zařazení této problematiky do postgraduálního vzdělávání jednoznačně jako přínosné. Jako formu postgraduálního vzdělávání preferují převážně semináře doplněné o praktický nácvik ošetrovatelských intervencí.

Klíčová slova

Novorozenec; porodní asistentka; vrozená vývojová vada; prenatální diagnostika; novorozenecký screening

The role of a midwife in the postnatal diagnosis of congenital malformations

Abstract

This bachelor thesis deals with the role of the midwife in the early diagnosis of birth defects in the newborn. It also answers the question of what form of postgraduate training in this area midwives consider most effective.

A qualitative research methodology was chosen. The thesis is divided into three parts. The first deals with antenatal diagnosis with an emphasis on midwives' orientation in this area. The second part focuses on the early recognition of major congenital developmental defects in the first management of the newborn, including nursing interventions. And the third part is devoted to the midwife's role in providing newborn screening.

The aim of this thesis was to explore and use the findings from the research investigation as a basis for improving the effectiveness of postgraduate midwifery education. Three research questions were posed. The first question explores midwives' perceptions of the importance of early recognition of birth defects during the nursing process. The second question is aimed at finding out whether midwives consider their awareness of the recognition of birth defects to be sufficient. And the third question investigated what form of postgraduate training midwives would prefer.

The results of the survey show that midwives are very well versed in prenatal diagnosis. They are less confident about stabilising a newborn with a developmental defect in the delivery room. Neonatal screening is not perceived by midwives in its entirety. Midwives clearly consider the inclusion of this issue in postgraduate education as beneficial. As a form of postgraduate education, they mostly prefer seminars supplemented by practical training in nursing interventions.

Key words

Newborn; midwife; congenital malformation; antenatal diagnosis; newborn screening

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 PORODNÍ ASISTENTKA	9
1.2 PRENATÁLNÍ PÉČE VÝZNAMNÁ PRO ČASNOU DETEKCI VROZENÝCH VAD PLODU	9
1.2.1 PRAVIDELNÁ A NEPRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ	10
1.2.2 ULTRAZVUKOVÁ VYŠETŘENÍ.....	10
1.3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY NA PORODNÍM SÁLE A V ČASNÉM POPORODNÍM OBDOBÍ	11
1.3.1 Kompletace a částečná analýza údajů z prenatální diagnostiky při přijetí rodičky na porodní sál	11
1.3.2 Neodkladná ošetrovatelská péče porodní asistentky v období stabilizace novorozence na porodním sále	12
1.3.3 Identifikace VVV a ošetrovatelské péče mimo porodní sál	13
1.4 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY PŘI ZAJIŠTĚNÍ NOVOROZENECKÉHO SCREENINGU	14
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	17
2.1 CÍLE PRÁCE.....	17
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	17
3 METODIKA VÝZKUMU	18
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU	18
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	20
4.1 KATEGORIE – PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	20
4.2 KATEGORIE – PORODNÍ SÁL A PRVNÍ HODINY PO PORODU	21
4.3 KATEGORIE – POSTNATÁLNÍ DIAGNOSTIKA, CELOPLOŠNÝ NOVOROZENECKÝ SCREENING	31
4.4 KATEGORIE – FORMA EDUKACE	34
5 DISKUZE	36
6 ZÁVĚR.....	40
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	41

8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	45
9	SEZNAM ZKRATEK.....	49

Úvod

Kompetence porodní asistentky zahrnují i péči o novorozence především na porodním sále, ale i v časném poporodním období. Tato péče zahrnuje i neodkladné ošetrovatelské intervence u pacienta s vrozenou vývojovou vadou. Její úlohu lze rozdělit do tří hlavních oblastí. První oblastí je orientace ve výsledcích prenatalní diagnostiky se zaměřením na přítomnost vrozené vývojové vady u plodu. V této části je důležitá dobrá orientace v těhotenské dokumentaci s důrazem na riziko přítomnosti vrozené vady. Druhá a z praktického hlediska nejdůležitější oblast, je zaměřena na neodkladné ošetrovatelské intervence na porodním sále. V tomto období je cílem zajištění optimální stabilizace novorozence s vrozenou vadou. Třetí neméně důležitá oblast postnatální diagnostiky je důležitá proto, aby se porodní asistentka dobře orientovala v celoplošném novorozeneckém screeningu tak, aby se dokázala kvalifikovaně účastnit při zajištění screeningu, a také aby dokázala kvalifikovaně odpovídat na otázky ze strany rodičů.

Z tohoto pohledu je velmi důležité dbát v rámci postgraduálního vzdělávání na edukaci porodních asistentek v celé šíři jejich kompetencí. Jako formu postgraduálního vzdělávání je vhodné volit takovou formu, kterou porodní asistentky samy považují za nejefektivnější.

1 Současný stav

1.1 Porodní asistentka

Porodní asistentka (dále v textu označována jako PA) jako tříletý bakalářský obor se v České republice (dále v textu označována jako ČR) začal vyučovat od akademického roku 2001/02 (Procházka, 2020). Po úspěšném ukončení studia mohou PA bez odborného dozoru poskytovat ošetrovatelskou péči ženě těhotné, rodící a v období šestinedělí (Roztočil et al., 2017). Všechny kompetence, kterými PA disponuje, najdeme ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. (Vyhláška č. 391/2017 Sb.) V období těhotenství poskytuje ženě rady a informace ohledně těhotenství, dále poskytuje předporodní přípravu, sleduje fyziologické těhotenství a rozpoznává patologie jak ze strany matky, tak ze strany plodu nebo novorozence (Roztočil, 2020). Pokud je těhotenství fyziologické, může PA samostatně, bez odborného dohledu, odvést porod a pečovat o ženu ve všech dobách porodních. Po porodu ženě ošetří poporodní poranění a poskytne první ošetření novorozenci, kdy musí být schopna rozpoznat rizika a patologie (Hájek et al., 2014). V období šestinedělí ženu vzdělává v oblasti přirozené výživy a péči o novorozence (Role of pediatric nurse, 2018).

1.2 Prenatální péče významná pro časnou detekci vrozených vad plodu

V ČR máme dobře dosažitelnou prenatální péči, kterou zajišťují gynekologové, porodníci nebo PA (Roztočil et al., 2017). Hlavním cílem ambulancí pro těhotné je na základně sběru anamnestických dat a provádění pravidelných a nepravidelných vyšetření včas odhalit rizika či patologie v těhotenství, a to jak ze strany matky, tak plodu. První návštěva v této ambulanci by měla ideálně proběhnout do 12. týdne těhotenství (Pařízek, 2015).

Při první návštěvě ošetřující na základně získaných anamnestických údajů a klinického vyšetření rozhodne o tom, do jakého rizika těhotnou zařadit (Roztočil, 2020). První skupinou jsou těhotné s nízkým rizikem (Low risk pregnancy), které prenatální poradnu navštěvují do 34. týdne těhotenství 1x za 4-6 týdnů, od 34. týdne těhotenství do termínu porodu ji pak navštěvují 1x za 1-2 týdny a od 40. týdne těhotenství alespoň 2x za týden (Hájek et al., 2014). Druhou skupinou jsou těhotné, které mají definované konkrétní riziko (Risk pregnancy). Do této skupiny mohou být zařazeny buď při prvním vyšetření v poradně nebo kdykoli v průběhu těhotenství na základně klinických nebo laboratorních

výsledků. Frekvence návštěv je pak individuální podle stavu rizika pro ženu nebo pro plod (Doporučené postupy ČGPS, 2021).

1.2.1 Pravidelná a nepravidelná vyšetření

Jak již bylo řečeno v prenatální péči jsou poskytována pravidelná vyšetření, která se provádějí každou návštěvu těhotné, a nepravidelná vyšetření, která se dělají pouze v předem určeném týdnu těhotenství (Roztočil, 2020). Výsledky z vyšetření se zaznamenávají do těhotenské průkazky, která se obvykle nastávající matce vystaví do 14. týdne těhotenství (Pařízek, 2015). Mezi vyšetření pravidelná řadíme sběr anamnézy, která může doplnit údaje o těhotné související s rizikem pro výskyt vrozené vývojové vady (dále v textu označována jako VVV) u plodu včetně genetického rizika (Roztočil et al., 2017). Mezi nepravidelná vyšetření řadíme například vyšetření ultrazvuková, a to ve 14., 20. až 22. a 30. až 32. týdnu těhotenství. (Doporučené postupy ČGPS, 2021).

1.2.2 Ultrazvuková vyšetření

Tato metoda je velmi efektivní, protože je neinvazivní, jak pro matku, tak pro plod a zároveň má nezastupitelnou úlohu v odhalení vrozených vývojových vad u plodu. Z hlediska především strukturálních vad je tedy tato metoda klíčová. Většina těhotných podstoupí 3 ultrazvuková vyšetření (Procházka, 2020). První bývá spojeno s detekcí těhotenství a má za cíl zjistit vitalitu, počet plodů, a také se dá nejpřesněji určit stáří plodu dle biometrie. Toto vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do 14. týdne těhotenství. Už při tomto vyšetření můžeme odhalit podezření na některé vývojové vady plodu (Roztočil, 2020). Druhé vyšetření se provádí mezi 20. až 22. týdnem těhotenství. Hodnotí se vitalita a počet plodů a je měřena biometrie plodu (Doporučené postupy ČGPS, 2021). Toto vyšetření je však hlavně zaměřeno na včasné odhalení strukturálních vrozených vad plodu. To je významné z hlediska další prenatální, ale i postnatální péče o těhotnou a novorozence (Procházka, 2020). A třetí ultrazvukové vyšetření je provedeno mezi 30. až 32. týdnem těhotenství a zkoumá vitalitu, biometrii, polohu, růst plodu, placentu a množství plodové vody. Může odhalit některé VVV, které nebyly dříve patrné (Doporučené postupy ČGPS, 2021). Další ultrazvukové a biochemické screeniny, které se provádí ve 13. a 20. týdnu těhotenství, jsou primárně zaměřeny na diagnostiku strukturálních vrozených vad. Tyto screeniny se provádí ve specializovaném Centru lékařské genetiky (CLG), a to v I. trimestru do 13. týdne a ve II. trimestru od 19. do 21. týdne těhotenství kvůli záchytu VVV a chromozomálních poruch. Pokud se týká

ultrazvukové detekce vrozených vad, tak v I. trimestru je zaměřeno na měření šíjového projasnění (NT), jehož přítomnost je důvodem k podrobnějšímu ultrazvukovému vyšetření. Ve II. trimestru je cílem ultrazvukového vyšetření odhalení strukturálních vad u plodu. Je zaměřeno především na vyšetření srdce plodu, centrálního nervového systému, nitrobřišních orgánů, končetin, přítomnost rozštěpových vad atd. Vyšetření v Centru lékařské genetiky jsou těhotnou hrazená a klientky mohou přijít i na vlastní žádost (Polák et al., 2017; CLG, © 2022).

1.3 Role porodní asistentky na porodním sále a v časném poporodním období

Hlavní role PA z pohledu včasného rozeznání VVV u novorozence a zahájení neodkladné ošetrovatelské péče lze shrnout do tří okruhů (Verklan et al., 2020). Prvním okruhem je účast na analýze údajů z prenatální diagnostiky. To je nezbytnou činností z hlediska specifikace rizika narození novorozence s vrozenou vadou (Hájek, 2004). Druhou oblastí je neodkladná ošetrovatelská péče PA v období stabilizace novorozence na porodním sále. A konečně třetí oblast péče PA se týká ošetrovatelské péče mimo porodní sál. To se týká hlavně pracovišť, kde je PA v souladu s jejich kompetencemi svěřena péče o novorozence (Verklan et al., 2020).

1.3.1 Kompletace a částečná analýza údajů z prenatální diagnostiky při přijetí rodičky na porodní sál

Z praktického hlediska jde především o kompletaci dokumentace, která je tvořena hlavně kompletně vyplněnou těhotenskou průkazkou (Roztočil, 2020) a případně dokumentací ze specializovaného pracoviště prenatální diagnostiky či Centra lékařské genetiky (Polák et al., 2017). Těhotenskou průkazku vystaví ošetřující těhotné do konce 14. týdne těhotenství. V průkazce je uvedena podrobná anamnéza ženy, nálezy při jednotlivých návštěvách těhotenské ambulance, ultrazvukové screeniny anebo například další speciální vyšetření. Z hlediska problematiky VVV jsou nejdůležitější tyto údaje: ultrazvuková vyšetření (kde nás hlavně zajímá morfologie, biometrie plodu a množství vody plodové), kombinovaný screening vývojových vad v I. i II. trimestru a například výsledky z neinvazivního prenatálního testování (Slezáková et al., 2017). PA přijímající rodičku na porodní sál má tak nezastupitelnou roli v přípravě zdravotnického týmu na poskytnutí péče novorozenci s vrozenou vadou. Důležitost její role je v tom, aby byla o obsahu zmíněné dokumentace neodkladně informována lékařská část zdravotnického týmu, a to jak porodníci, tak pediatři (Roztočil et al., 2017).

1.3.2 Neodkladná ošetrovateľská péče porodní asistentky v období stabilizace novorozence na porodním sále

Tato oblast se týká ošetrovateľské péče o VVV s manifestací bezprostředně po porodu. Z části jde o vrozenou vadu bezprostředně ohrožující život nebo další vývoj novorozence (MacDonald, 2013). Může nastat i situace, kdy se vývojová vada na porodním sále manifestuje selháváním základních životních funkcí a těžkou poruchou poporodní adaptace vyžadující zahájení neodkladné resuscitace novorozence PA (Dort a Dortová, 2013). Z praktického hlediska je nutné, aby PA rychle a přesně zhodnotila stav novorozence, dokázala efektivně uvolnit dýchací cesty novorozence a případně rozhodla o odsátí materiálu z dýchacích cest (Troupová a Hanzl et al., 2010). Následně u nedýchajícího novorozence dokázala efektivně zahájit dýchání pozitivním přetlakem, ať již pomocí samorozpínacího vaku nebo novorozeneckého resuscitačního přístroje s kontrolou tlaku (Sawyer et al., 2018). Dále je nutné, aby včas odhalila u takto zajištěného novorozence známky selhávání oběhu, nejčastěji ve formě těžké bradykardie a dokázala aplikovat podporu oběhu pomocí nepřímé srdeční masáže respektující anatomické a fyziologické zvláštnosti novorozence. Pokud se týká frekvence dýchání pozitivním přetlakem pohybuje se doporučená frekvence okolo 30 vdechů za minutu a případně nemá přesahovat frekvenci 60 dechů za minutu. Co se týká podpory oběhu formou nepřímé masáže srdeční je důležité přesně dodržovat doporučenou metodiku Evropské rady pro resuscitaci. Kompresie hrudníku má být aplikována na sternum v místě spojnice bradavek případně jen nepatrně pod tuto hranici a komprese má být taková, aby vedla ke zkrácení předozadního rozměru hrudního koše novorozence. U novorozenců, jejichž velikost hrudníku dovoluje aplikovat metodu komprese pomocí 2 palců, přičemž ostatní prsty fixují zadní část hrudníku, je tato technika považována za preferovanou. U novorozenců, u kterých to velikost hrudníku neumožňuje, se používá metoda komprese 2 prstů, tzn. ukazováku a prostředníku (Nolan et al., 2021). Zvláštní kapitolou v rámci resuscitace je aplikace kyslíku podle současných doporučení, kdy zahajujeme resuscitaci donošeného a lehce nezralého novorozence pouze atmosférickým vzduchem a u těžce a extrémně nedonošených novorozenců pak nízkou frakcí kyslíku ve vzduchované směsi, tzn. frakcí kyslíku v této směsi nepřesahující 30 % (Soll, 2019). Z pohledu indikace oxygenoterapie je důležité, aby PA dokázala co nejdříve monitorovat saturaci pomocí pulzního oxymetru a také, aby byla monitorována takzvaná preduktální saturace, tzn. přiložení čidla na pravou ruku novorozence. Jen při dodržení této techniky měření

saturace lze zahájit nutnou a bezpečnou léčbu kyslíkem (Jullien, 2021). Hranice pro indikaci oxygenoterapie jsou uvedeny ve více publikacích a také v materiálech České neonatologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČNeoS, © 2023). Při správném postupu resuscitace u novorozence, který vyžaduje oxygenoterapii, je důležité si všimnout přítomnosti centrální cyanózy. Centrální cyanóza je vždy závažným příznakem, jde o šedé nebo namodralé zbarvení kůže a sliznic. Důležité je si všimnout, zda při resuscitaci tento příznak ustupuje nebo se naopak progreduje. V prvním případě je to průběh typický pro plicní a oběhové (včetně vrozených vad srdce) příčiny cyanózy (Tarpero a Honeyfield, 2019). A v druhém případě, jakým je progresse centrální cyanózy, při správně prováděné resuscitaci musí i nelékařský personál zareagovat v tom smyslu, že se může jednat o vrozené vady charakteru brániční hernie, a zajistit, aby dýchání pozitivním přetlakem s maskou bylo co nejdříve nahrazeno intubací a dýcháním touto cestou (Šnajdauf a Škába, 2005; Rhishikers a Srinivas, 2016). Důležité během neodkladné resuscitace je také striktní dodržování zásad termomanagementu (Fendrychová, 2019). Z ošetrovatelského hlediska tyto situace vyžadují neodkladnou a efektivně poskytnutou péči a vyžadují od PA také určitou míru praktických dovedností. Mezi důležité praktické dovednosti v tomto období patří, vedle již zmíněného, zajištění termomanagementu také správné zavedení nosogastrické sondy, správná technika odsávání a sterilní krytí v případě defektů břišní stěny a rozštěpů páteřního kanálu atd. (Troupová a Hanzl et al., 2010). Mezi vrozené vývojové vady, které vyžadují neodkladnou reakci PA na sále, řadíme především defekty břišní stěny, rozštěpové vady páteře, kritické srdeční vady s centrální cyanózou, brániční kýlu, atrezií jícnu a specificky náročná je reakce zdravotnického personálu při narození novorozence s ambivalentním genitálem (Šnajdauf a Škába, 2005; Rhishikers a Srinivas, 2016).

1.3.3 Identifikace VVV a ošetrovatelské péče mimo porodní sál

Tato část se týká PA na pracovištích, kde je jim svěřena péče o novorozence po celou dobu pobytu v porodnici, a částečně i PA zapojených do komunitní péče. Důležitá je tedy činnost spojená s prvním ošetřením novorozence a znalost příznaků, které mohou být spojeny s přítomností vrozené vady u novorozence. Mezi tyto příznaky například patří: nadměrné slinění novorozence, krátkodobá přítomnost centrální cyanózy, známky dušnosti novorozence (také někdy pouze intermitentní), opožděné nebo nepřítomné vyprazdňování smolky a moči, charakter močení především u chlapců a abnormality v anorektální oblasti, rozumíme abnormální polohu análního otvoru a jeho fyziologický

vzhled. Současně ošetřující personál věnuje pozornost dívčímu i chlapeckému genitálu, všimáme si všech anatomických abnormit, vyústění močové trubice, sestupu varlat, případně i známky odchodu smolky cestou dívčího genitálu apod. (Dort et al., 2018). Důležitým příznakem spojeným se závažnými vadami zažívacího traktu, především ty vady, které znamenají obstrukci zažívacího traktu, jsou úporné zvracení, často špenátově zeleného obsahu (s příměsí žluči), distense břicha a již zmíněné odchylky ve vyprazdňování smolky (Šnajdauf a Škába, 2005; Rhishikers a Srinivas, 2016). PA se může nejčastěji setkat s vrozenou obstrukcí tenkého i tlustého střeva, atrezií anorektální, urogenitálními malformacemi, rozštěpem rtu a patra a přítomností drobné genetické stigmatizace, která může nasměrovat další vyšetření novorozence metodami lékařské genetiky (Straňák a Janota, 2015).

1.4 Úloha porodní asistentky při zajištění novorozeneckého screeningu

Tato činnost doplňuje výše zmíněné tři hlavní úlohy, které souvisí s odhalením dalších vrozených vad u novorozenců. Opět se týká pracovišť, kde je PA svěřena péče o novorozence. Nejde jen o praktické dovednosti při oděru pupečnickové, a hlavně kapilární krve pro celoplošný laboratorní screening. Ale pro PA jsou též velmi důležité znalosti o aktuálně prováděném novorozeneckém screeningu v ČR tak, aby byla schopna kvalifikovaně odpovědět na dotazy svých klientek (Bláhová et al., 2019). Novorozenecký screening je ve vyspělých zemích považován za vysoce efektivní metodiku k zachycení té části vrozených vad, především vrozených vad metabolismu, ve fázi, kdy novorozenec nemá žádné klinické příznaky a je tedy největší prostor pro příznivé ovlivnění jeho zdravotního stavu, ať už včas nasazenou léčbou nebo zahájením strategií vedoucích k příznivému ovlivnění vývoje těchto závažných onemocnění (Percenti a Vickery, 2019). V ČR lze novorozenecký screening rozdělit na celoplošný, to jsou screeningová vyšetření, na které má nárok každé dítě narozené v ČR, a která jsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Tento celoplošný screening dále dělíme na laboratorní, tzn., že biologický materiál získaný od novorozence (kapilární nebo žilní krev) je zpracován specializovanými laboratořemi na vybraných pracovištích v ČR. Druhou a důležitou část celoplošného screeningu tvoří screening klinický, tzn., ten, který nevyužívá laboratorních metod. Jde o třístupňový screening vývojové dysplazie kyčelního kloubu, která je prováděná dětskými ortopedy, screening vrozené katarakty a screening vrozené hluchoty. Všechny forem celoplošného screeningu se ve větší nebo menší míře účastní nelékařské profese podle zvyklostí konkrétního pracoviště včetně PA

(Klíma et al., 2016). Někdy jsou mezi screeniny zahrnovaná vyšetření jako ultrazvukové vyšetření ledvin a močových cest a screening vrozených srdečních vad pomocí pulzní oxymetrie (POX). Tyto screeniny nejsou v žádném případě celoplošné čili nejsou z hlediska péče o novorozence nárokové a nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jak již bylo řečeno z pohledu nelékařských profesí jsou důležité screeniny celoplošné (MZČR, 2021). Z pohledu zajištění laboratorních screeningů je pro nelékařskou profesi, včetně PA, důležité především dodržovat správnou metodiku odběru kapilární krve. Tuto metodiku označujeme jako metodu suché kapky (Straňák a Janota, 2015). Je nutné, aby se personál vyvaroval nejběžnějších nedostatků v této oblasti, jakými jsou: nedostatečné prosáknutí krví odběrových papírků (kartiček), tzv. vrstvení krve na odběrový papírek, nepoužívání v současnosti doporučovaných pomůcek pro aplikaci vpichu do patičky a neúplné vyplnění protokolu, který je součástí odběrové kartičky (Newborn Screening Collection Guidelines, 2019). Velmi důležité je také používání metod ke tlumení procedurální bolesti spojené s odběrem kapilární krve (Fendrychová, 2014). Je také důležité vědět, že v současné době laboratorní screening zahrnuje včasné odhalení vrozených vad metabolismu, kterých je celkem 15, a dále pak 3 závažných onemocnění. Mezi tato onemocnění řadíme především onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (vrozená hypotyreóza a kongenitální adrenální hyperplazie) a dalším je cystická fibróza čili onemocnění žláz s vnější sekrecí. V případě potvrzení těchto onemocnění je v oblasti metabolických vad důležité včasné nasazení specifické diety, které dokáže zabránit především závažnému a nevratnému poškození mozku (Garganta et al., 2021). V případě dalších zmíněných onemocnění jde o včasné nasazení hormonální suplementace anebo včasné zavedení strategií umožňující příznivý průběh nemoci a prevence komplikací, jak je tomu u cystické fibrózy (Percenti a Vickery, 2019). Role PA k zajištění klinických screeningů kolísá. Od asistence při vyšetření kyčlí (včetně asistence u ultrazvukového vyšetření kyčlí) dětskému ortopedovi až po samostatné provádění screeningů vrozené hluchoty metodou vyšetření otoakustických emisí (Procházka, 2020). V rámci celoplošného laboratorního screeningu probíhá od 1.1.2022 v ČR pilotní screening dalších závažných vrozených onemocnění (ČPS, © 2011 – 2023). Řadíme tam kombinovanou imunodeficienci, což je nejzávažnější vrozená porucha imunity (Blom et al., 2022), a spinální muskulární atrofii, což je vrozená degenerativní neuromuskulární choroba (Kariyawasam et al., 2020). Informovanost o těchto pilotně prováděných vyšetřeních je v současné době pro nelékařské profese též důležitá. Jak již bylo zmíněno, neméně důležitou rolí v oblasti novorozeneckého screeningů je schopnost nelékařských

profesí, včetně PA kvalifikovaně odpovídat na dotazy ze strany rodičů. Důležité, aby byli rodiče informováni, že pozitivita screeningu neznamena ještě důkaz onemocnění dítěte, ale je jenom důvodem k neodkladným dalším vyšetřením, která podezření potvrdí nebo vyvrátí. Za důležité také považujeme, aby rodiče byli informováni v tom smyslu, že o výsledku pozitivního screeningu budou kontaktováni svým registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost a výsledky negativního screeningu se jak lékařům, tak rodičům nesdělují, protože znamenají příznivý nález (Garganta et al., 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Poznatky z výzkumného šetření by bylo možno použít jako východisko pro zvýšení efektivity postgraduálního vzdělávání porodních asistentek.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak vnímají porodní asistentky význam včasného rozeznávání vrozených vývojových vad v průběhu ošetrovatelského procesu?

Výzkumná otázka 2: Považují porodní asistentky svou informovanost v oblasti rozeznávání vrozených vývojových vad za dostatečnou?

Výzkumná otázka 3: Jestliže nevnímají svou informovanost v oblasti rozeznávání vrozených vývojových vad za dostatečnou, jakou formu by v postgraduálním studiu preferovaly pro prohloubení svých znalostí?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části této bakalářské práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat k šetření probíhal v českobudějovické nemocnici v období během března až dubna roku 2023 za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, a to vše se souhlasem hlavní sestry (viz příloha 2).

Výzkumné šetření ve formě rozhovorů bylo prováděno s PA. Otázky byly polostrukturované (viz příloha 1) a zaměřené na tři kategorie, které byly dále rozděleny na podkategorie. Odpovědi z výzkumného šetření jsou popsány v jednotlivých kategoriích a podkategoriích. Přímě citované věty PA jsou psány v textu kurzívou.

První kategorie byla zaměřena na prenatální diagnostiku VVV. Zde jsme se zabývali tím, zda se PA setkaly s diagnostikou vrozených vývojových vad pouze během vzdělávání ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání a popřípadě, kdo byl iniciátorem jejich edukace. Dále bylo zkoumáno, jestli se informantky domnívají, že diagnostika VVV u novorozence náleží do jejich kompetencí či nikoli.

Druhá kategorie se věnovala diagnostice vývojových vad na porodním sále. Byly zjišťovány informace ohledně údajů v těhotenské dokumentaci, kterých je důležité si při příjmu na porodní sál povšimnout. Dále bylo zkoumáno, zda se PA setkaly přímo na porodním sále s ošetrovatelskou péčí o novorozence s VVV. Pokud ano, tak jsme se informantek tázali, v čem ošetrovatelské intervence spočívaly. Pokud se s ošetrovatelskou péčí informantky nesetkaly, tak byly vybrány určité vývojové vady, u kterých jsme se informantek dotazovali na to, jaké ošetrovatelské intervence by eventuálně vykonávaly.

Třetí kategorie byla zaměřena na novorozenecký screening. V této kategorii jsme se vyptávali, zda se PA setkaly s problematikou ohledně novorozeneckého screeningu pouze ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání. Dále jsme se dotazovali informantek, zda se setkávají s dotazy těhotných či rodiček ohledně novorozeneckého screeningu, a jak rodičkám nebo těhotným na jejich dotazy odpovídají.

Všechny rozhovory byly anonymní a informantky, kterými jsou PA z českobudějovické nemocnice, jsou označovány jako PA1 až PA7. Před zahájením rozhovorů, které byly provedeny individuálně v nemocničním prostředí, byly informantky ujistěny, že všechny odpovědi budou anonymní a také byly seznámeny s tématem a cíli bakalářské práce. Poté vyjádřily slovní souhlas s použitím jejich odpovědí do výzkumné části této bakalářské práce. Odpovědi informantek byly zapisovány pomocí metody tužka a papír. Dialogy trvaly přibližně 15 minut.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorie – Prenatální diagnostika

Tato kategorie je zaměřena na diagnostiku VVV v prenatálním období. Byla zvolena hlavně proto, že je úzce spojena s postnatální diagnostikou. Bylo zjišťováno, zda se PA setkaly s problematikou ohledně diagnostiky VVV pouze během vzdělávání ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání. Na základě odpovědi na předešlou otázku jsme se informantek dotazovali, kdo byl iniciátorem jejich edukace, zda to byl zaměstnavatel, kolegové anebo sama PA. V této kategorii byla také zakomponovaná otázka, zda se informantky domnívají či nikoli, zda mají v kompetencích spolupráci při diagnostice VVV.

Podkategorie 1 - Získání znalostí PA o prenatální diagnostice VVV

Informantky PA1 až PA7 se shodly na tom, že se s problematikou ohledně časné diagnostiky VVV setkaly pouze během svého vzdělávání ve škole. Dále k odpovědi často dodávaly, že spoustu znalostí mají ze školy, ale v nemocnici zatím žádný vzdělávací kurz či přednášku neměly. PA1 k tomu dodala: „*Tady v nemocnici nás o tom nikdo needukoval, občas jen kolegové z Neonatologického oddělení. Takže všechno, co o tom vím, tak znám ze školy a pak z pracovní praxe.*“ PA4 sděluje obdobný komentář, jako PA1: „*Já jsem se s tím setkala ve škole a pak v i praxi. Ale jinak jsme žádné seminář nebo přednášku od nemocnice zatím neměli.*“

Podkategorie 2 - Kompetence PA v prenatální diagnostice VVV

Na tuto otázku informantky PA1 až PA7 odpověděly shodně, a to tak že PA má v kompetencích diagnostiku vrozených vad. Na internetových stránkách Unie porodních asistentek se můžeme dočíst, že v základních kompetencích PA je rozpoznání, stabilizace a vedení komplikovaných těhotenství s následným předáním do příslušné péče (UNIPA, 2020). PA2 k tomu dodala: „*Podle mě to porodní asistentka v kompetencích má, ale stejně si myslím, že klíčovou roli hraje lékař gynekolog.*“ Informantka PA4 doplnila: „*Ano, my v kompetencích diagnostiku máme, ale při jakýkoli suspekci na vrozenou vadu se musíme obrátit na specializovaný gynekologický pracoviště.*“

4.2 Kategorie – Porodní sál a první hodiny po porodu

Bylo zjišťováno, jakých údajů by si měly PA povšimnout v těhotenské dokumentaci při příchodu těhotné na porodní sál a podle kterých může PA odhadnout, že se nejspíš bude jednat o novorozence s vývojovou vadou. Další otázkou bylo, zda se PA setkaly s ošetrovatelskou péčí o novorozence s vývojovou vadou na porodním sále anebo v prvních dnech po porodu, a v čem spočívaly jejich ošetrovatelské intervence. Také bylo zkoumáno, čeho by si PA měly v rámci ošetrovatelské péče o novorozence povšimnout v anorektální oblasti. V neposlední řadě jsme se informantek tázali, jakou nebo jaké ošetrovatelské intervence by PA prováděly u novorozence s určitými vývojovými vadami nebo souvisejícími příznaky, které byly již předem vybrané. Mezi vrozené vady, na které jsme se v práci zaměřili z pohledu ošetrovatelských intervencí, byl zařazen rozštěp páteře, rozštěp břišní stěny a atrézie jícnu. S tím souvisely příznaky, které se spolu s VVV mohou vyskytnout, kam jsme z pohledu ošetrovatelských intervencí zařadili centrální cyanózu a resuscitaci.

Podkategorie 1 - Těhotenská dokumentace

Informantky PA1 až PA7 se shodly na důležitosti výsledků z tzv. genetických ultrazvuků (tím je myšlen kombinovaný ultrazvukový a biochemický screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství). PA1 odpověděla: *„Podle mě to jsou výsledky triple testu, pak ultrazvuky v I., II. i III. trimestru a nejlépe ještě když mají genetiku a šíjové projasnění.“* PA2 na tuto otázku reagovala takto: *„Za mě to je určitě genetické ultrazvuk, aminocentéza a neinvazivní prenatalní testování.“* Informantka PA3 sděluje: *„Poznáme to podle výsledků genetických ultrazvuků v I. a II. trimestru, pak výsledky aminocentézy a neinvazivní prenatalní testování.“* PA4 udává: *„Koukám se na výsledky z ultrazvuků v I., II. a III. trimestru, na genetiku a pak hodnoty obvodu břicha a neinvazivní prenatalní testování.“* PA5 sděluje: *„Já koukám na výsledky z genetiky, pak na ultrazvuky a šíjové projasnění.“* PA6 řekla, že: *„Všímám si hlavně výsledků z genetiky.“* A PA7 odpověděla: *„Já vždycky koukám na ultrazvuky, jak na ty z každého trimestru, tak ty genetický a pak na neinvazivní prenatalní testování.“*

Tabulka 1 – Orientace v těhotenské dokumentaci

Označení porodní asistentky	Čeho si PA všímají v těhotenské dokumentaci?
PA1	UZ, screening ve 13. a 20. týdnu, NT, triple test
PA2	Screening ve 13. a 20. týdnu, aminocentéza, NIPT
PA3	Screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství, aminocentéza, NIPT
PA4	UZ, screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství, NIPT, hodnoty AC
PA5	UZ, screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství, NT
PA6	Screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství
PA7	UZ, screening ve 13. a 20. týdnu těhotenství, NIPT

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: UZ – ultrazvukový screening v I., II. a III. trimestru; NIPT – neinvazivní prenatální testování; AC – obvod břicha; NT – šjové projasnění.

Tabulka 1 potvrzuje uspokojivou informovanost u informantek v oblasti diagnostiky vrozených vývojových vad.

Podkategorie 2 - Ošetřovatelská péče o novorozence s VVV

Tato podkategorie směřovala na to, zda se PA setkaly s ošetřovatelskou péčí o novorozence s vývojovou vadou na porodním sále nebo v prvních dnech po porodu, a v čem pak spočívaly jejich ošetřovatelské intervence v rámci péče o novorozence.

PA1 uvedla: „Osobně jsem se setkala s ošetřovatelskou péčí o novorozence s atrézií jícnu, novorozencem s Downovým syndromem a s novorozencem s rozštěpem patra, to vše ale kdysi dávno, když jsem ještě pracovala na Neonatologickém oddělení. Na porodním sále se taky občas s nějakým novorozencem s vrozenou vadou setkám, ale tady už všechnu ošetřovatelskou péči převezmou neonatologické sestry a lékaři.“ Na základě této odpovědi bylo zjišťováno, jakou ošetřovatelskou péčí u novorozenců s vývojovou vadou, se kterými se PA1 setkala, prováděla: „Všechno se to odvíjelo od stavu novorozence a ordinace lékaře, ale u atrézie jsem novorozence odsávala z dýchacích cest

a zaváděla jsem periferní žilní katetr kvůli krmení. Novorozenec s Downovým syndromem měl naordinovaný kyslík, tak ten jsem mu dávala, pak jsem mu zaváděla sondu do žaludku kvůli krmení, a pak taková ta klasika jako přebalování. U novorozence s rozštěpem patra jsem mu zajistila ošetření po porodu, takže vyhřevné lůžko, osušení, ošetření pupečního pahýlu, kredeizace, aplikace vitamínu K a pak jsem mu odebírala krev.“

Dále jsme se dotazovali, jaké zkušenosti má informantka PA2: *„Na porodním sále jsem se setkala s novorozencem s transpozicí velkých cév, což jsme nikdo dopředu nevěděli a zjistilo se to až po vyšetření neonatologickým lékařem. A pak jsem se setkala s novorozencem, který měl na jedné ruce čtyři prsty místo pěti. A co se týče ošetrovatelské péče o novorozence, tak já osobně nedělala nic, protože tady v Budějovicích máme neonatologické sestry hned u porodu a ty veškerou péči o novorozence převzou.“* Po této odpovědi bylo zjišťováno, jakou ošetrovatelskou péčí by těmto novorozencům poskytla, kdyby u porodu neonatologické sestry a lékaři nebyli: *„U té transpozice cév bych udělala takovej ten základ, jako že bych dala novorozence do vyhřevného lůžka hlavou k sobě, osušila bych ho, ošetřila bych mu pupeční pahýl, označila bych ho identifikační páskou, hodnotila Apgar skóre, zkusila bych průchodnost konečníku, dala mu plínu a volala bych neonatologickýho doktora. A u toho se 4 prstama na jedný ruce asi to stejný. Ve škole jsem sice na Neonatologický oddělení chodila na praxe, ale teď už jsem dlouho ošetrovatelskou péči novorozenci neposkytovala.“*

PA3 reagovala takto: *„Já jsem se setkala s novorozencem s vývojovou vadou srdce, s rozštěpem páteře, atrézií jícnu a s Treacher Collinsonovým syndromem. Ne všechno bylo na porodním sále, s nějakýma novorozencema jsem se setkala na Neonatologickým oddělení, kde jsem byla hned po škole.“* Ptali jsme se, v čem spočívala ošetrovatelská péče u těchto novorozenců: *„U vývojový vady srdce si jen pamatuju, že jsme novorozence transportovali do jiný nemocnice a samozřejmě bylo třeba ho osušit, ošetřit mu pupek, zajistit termomanagement, pak odběry a dál už si to řešili spíš doktoři a kolegyně. U rozštěpu páteře byl novorozenec v inkubátoru v poloze na břicho a ty záda jsme mu zvlhčovali fyziologickým roztokem, pak jsme kontrolovali fyziologický funkce, zajišťovali termomanagement a tak. U té atrézie jícnu zase taková ta klasika jako osušení, termomanagement, pupek a vlastně jsme to zjistili až když jsme mu chtěli zavést sondu, a ono to nešlo. Takže jsme pak volali lékaře a mimčo jelo brzo na operaci. U novorozence s Treacher Collinsonovým syndromem jsem vyloženě ošetrovatelskou péči neprováděla,*

ale holčičku jsem viděla, teda myslím, že to byla holčička, a jen si pamatuju, že den po narození byla transportovaná do Motola na operaci. Myslím, že to bylo kvůli tomu, že měla neprůchodný nos a špatně se jí dýchalo.“

PA4 sděluje: *„Jojo, setkala jsem se s nějakýma vývojovýma vadama, ale já osobně snad nikdy, kromě třeba vybavení novorozence a přestřihnutí pupečnicku, žádný intervence neprováděla, protože u porodu byla vždy dětská sestra anebo hned přiběhla, když třeba bylo víc porodů najednou. A teda viděla jsem novorozence s Downovým syndromem a setkala jsem se s novorozencem s rozštěpem páteře“* Dotazovali jsme se, jakou má PA4 představu o ošetrovatelské péči po porodu například u novorozence s rozštěpem páteře: *„Myslím si, že je důležitý novorozence osušit, zajistit vyhřevné lůžko a zvolit polohu na břicho a lézi mu sterilně překrýt, označit ho identifikační páskou, nasadit mu plenu a mezitím si zavolat dětskýho doktora, aby novorozence dál zhodnotil.“*

PA5 odpovídá: *„Já jsem teď v praxi celkem krátce, ale viděla jsem novorozence s vývojovou vadou ledvin, ale já jsem žádnou intervenci neprováděla, porod vedl porodník a všichni jsme to dopředu věděli, takže byl na porodním boxe i dětskej lékař a sestry.“* Bylo zkoumáno, jakou ošetrovatelskou péči by PA5 u novorozence s vývojovou vadou ledvin prováděla, kdyby nebyla přítomna dětská sestra: *„Myslím si, že se ošetrovatelská péče moc neliší od té, kterou bych poskytla tomu fyziologickému, takže bych ho uložila do vyhřevného lůžka, osušila, ošetřila mu pupeční pahýl, zkontrolovala bych průchodnost konečnicku, nasadila bych mu plenu a volala bych neonatologického lékaře. Samozřejmě bych během toho hodnotila Apgar skóre.“*

Dále jsme se tázali PA6: *„Já byla u porodu novorozence s vývojovou vadou ledvin a pak si pamatuju, že jsem rodila novorozence s Downovým syndromem, kdy jeho matka nechodila do prenatalní poradny, takže jsme to nikdo nevěděl. A co se týče ošetrovatelské péče, tak u vývojový vady ledvin jsem jen asistovala při porodu, protože to rodil doktor a po porodu si novorozence převzala dětská sestra a u Downova syndromu jsem novorozenci nechala dotepat pupek, odstříhla jsem pupeční šňůru a předávala jsem ho dětský sestře.“*

Informantka PA7 reagovala takto: *„Pamatuju si, že když jsem chodila ve škole na praxi, tak jsem zažila novorozence s atrézií anu, ale já mu žádnou ošetrovatelskou péči*

neposkytovala, jen jsem přihlížela. A pak jsem zažila novorozence s vývojovou vadou ledvin, ale porod odvedl lékař a pak se novorozence ujaly dětské sestry a lékaři.“

Tabulka 2 – Ošetřovatelské intervence u novorozence s VVV

Označení porodní asistentky	Prováděla PA u novorozence s VVV ošetřovatelské intervence?
PA1	Ano
PA2	Ne
PA3	Ano
PA4	Ne
PA5	Ne
PA6	Ne
PA7	Ne

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka; VVV – vrozená vývojová vada.

Tabulka 2 dokumentuje limitované zkušenosti informantek v této oblasti.

Podkategorie 3 - Anorektální oblast

V této podkategorii jsme pátrali, jakou mají informantky představu o tom, čeho si všimnout v anorektální oblasti u novorozence. PA1 až PA7 se shodly na tom, že si všimají průchodnosti konečníku, kterou zkusí teploměrem. PA1 dodává: „*Měli bychom si všimnout průchodnosti, kterou zkusíme teploměrem, který dáme do konečníku, a potom toho, jestli je konečník na svém místě a není třeba na hrázi.*“ Informantky PA2, PA3, PA4, PA5 a PA7 se shodují na tom, že je důležité si povšimnout, zda se v anorektální oblasti nenacházejí píštěle. PA6 udává: „*Musíme si všimnout průchodnosti konečníku, a jestli je na správném místě.*“

Podkategorie 4 - Ošetrovatelská péče u vybraných vrozených vad

Informantky většinou udávaly, že se s novorozenci s vybranými vadami osobně nesetkaly, ale vždy se snažily pohotově odpovědět.

U centrálně cyanotického novorozence by PA4 zprůchodnila dýchací cesty tak, že by uvedla novorozence do neutrální polohy hlavou k sobě. PA1 dodává, že je důležité zajistit novorozenci termomanagement a sledovat fyziologické funkce díky nasazení pulzního oxymetru na pravou ruku novorozence. PA2 dodala, že pokud je to nutné, tak podpoříme novorozence 5 vdechy kyslíkem přes kyslíkovou masku. PA7 uvedla: „U novorozence s cyanózou bych ho osušila, dala bych mu na pupeční pahýl svorku, dala ho do vyhřevného lůžka hlavou k sobě a hlavu bych dala do neutrální polohy a popřípadě bych ho prodýchla maskou.“ PA3 a PA5 se shodly na odpovědi, že by daly novorozence do vyhřevného lůžka a nasadily mu na ruku pulzní oxymetr. PA6 uvedla: „Já bych novorozenci nasadila kyslíkovou masku a prodýchla ho vzduchem.“

Tabulka 3 - Ošetrovatelské intervence při centrální cyanóze

Ošetrovatelské intervence	Ano – která PA	Ne/neodpověděla – která PA
Oxygenoterapie	PA2; PA6; PA7	PA1; PA3; PA4; PA5
Preduktální monitorace saturace	PA1; PA3; PA5	PA2; PA4; PA6; PA7
Zahájení resuscitace		PA1 až PA7

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka.

Tabulka 3 dokládá opět sporadické zkušenosti s ošetrovatelskými intervencemi při známkách centrální cyanózy.

Novorozenec s rozštěpem břišní stěny by měl dle PA2, PA3 a PA5 mít sterilně překrytou lézi. K tomu PA6 dodává, že by měl být novorozenec ve vyhřevném lůžku nebo inkubátoru, měly by se mu sledovat fyziologické funkce a měl by se mu ošetřit pupeční

pahýl a sterilně léze. Informantka PA7 ještě doplnila, že by měl být novorozenec ve stabilní poloze hlavou k nám a měla by se mu sterilně překrýt léze. PA1 uvedla: „*Je důležitý zajistit novorozenci termomanagement, pak bych mu ošetřila pupek a sterilně bych mu překryla lézi a čekala bych na neonatologického lékaře.*“

Tabulka 4 - Ošetrovatelské intervence při rozštěpu břišní stěny.

Ošetrovatelská intervence	Ano – která PA	Ne/neodpověděla – která PA
Sterilní krytí	PA2; PA3; PA5; PA6; PA7	PA1; PA4
Zavedení NG sondy		PA1 až PA7
Termomanagement	PA1; PA6	PA2; PA3; PA4; PA5; PA7

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka; NG – nosogastrická

I tabulka 4 je dokladem neúplné informovanosti o nutných ošetrovatelských intervencích v těchto případech.

Informantka PA3 uvádí, že by novorozence s rozštěpem páteře umístila buď do vyhřevného lůžka nebo do inkubátoru v poloze na břicho a zvlhčovala by mu záda v místě rozštěpu pomocí fyziologického roztoku a překryla by to sterilním krytím. PA1, PA2 a PA4 udávají, že by novorozence umístily do vyhřevného lůžka v poloze na břicho a sterilně by mu překryly lézi a čekaly by na neonatologického lékaře. K tomu informantka PA7 dodala, že by novorozenci nasadila na pravou ruku pulzní oxymetr a umístila novorozence do polohy na břicho. PA5 a PA6 uvedly, že by novorozence umístily do polohy na břicho a zajistily mu termomanagement.

Tabulka 5 - Ošetrovatelské intervence při rozštěpu páteře.

Ošetrovatelská intervence	Ano – která PA	Ne/neodpověděla – která PA
Sterilní krytí	PA1; PA2; PA3; PA4	PA5; PA6; PA7
Polohování	PA1 až PA7	
Termomanagement	PA1; PA2; PA3; PA4; PA5; PA6	PA7

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka.

Na rozdíl od tabulky 4, tabulka 5 dokládá velmi dobrou informovanost o nutné ošetrovatelské péči v případě výskytu rozštěpu páteře.

Představa o ošetrovatelské péči u novorozence s atrézií jícnu podle PA1: *„Kdyby to bylo na porodním boxe, tak bychom to asi hned po porodu nezjistili, takže bych provedla základní bezprostřední ošetření a počkala na vyšetření lékařem. A kdybychom to už věděli, tak bych novorozenci nejspíš odsála dýchací cesty, dala mu na pravou ruku pulzní oxymetr a nejspíš bychom mu pak zavedli i periferní žilní katetr a pak by se asi transportoval do jiné nemocnice na operaci.“* Informantky PA2, PA3, PA5 uvedly, že by u novorozence provedly rutinní ošetrovatelské intervence, jako zajištění termomanagementu, ošetření pupečního pahýlu a čekaly by na neonatologického lékaře. PA4 reaguje: *„Já bych novorozence odsála, protože tito novorozenci hodně sliní a pak bych volala lékaře, aby novorozence prohlédl.“* PA7 uvedla, že by provedla bezprostřední ošetření novorozence a čekala by na neonatologického lékaře, protože si myslí, že by takového novorozence nejspíš nepoznala.

Tabulka 6 - Ošetrovatelské intervence u při podezření na atrezii jícnu.

Ošetrovatelská intervence	Ano – která PA	Ne/neodpověděla – která PA
Trvalé odsátí DC	PA1; PA4	PA2; PA3; PA5; PA6; PA7
Zavedení PŽK	PA1	PA2; PA3; PA4; PA5; PA6; PA7
Preduktální monitorace saturace	PA1	PA2; PA3; PA4; PA5; PA6; PA7

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka; DC – dýchací cesty; PŽK – periferní žilní katetr.

Tabulka 6 je důležitým poznatkem pro postgraduální vzdělávání, které by mělo akcentovat příznaky a ošetrovatelkou činnost u této relativně často se vyskytující vrozené vady.

Kdyby byla potřeba novorozence resuscitovat, tak by PA7 dělala tyto ošetrovatelské intervence: „*Kdybych měla novorozence resuscitovat, tak hlavou k sobě do neutrální polohy a dala bych mu na ruku pulzní oxymetr a začala bych 5 vdechy vzduchem, který trvají asi 3 sekundy každý, pak bych novorozence opět zhodnotila, jestli se mu zvedá hrudník, kdyby ne, tak bych upravila masku i hlavu a zkusila znova 5 vdechů a kdyby se ani tak hrudník nezvedal nebo byla akce srdeční nízká, tak bych spolu s druhou osobou zahájila srdeční masáž, která je 3:1, kdy třikrát masíruju a jednou ventiluju.*“ Informantky PA1, PA4, PA5, PA6 uvedly, že by si daly novorozence do polohy hlavou k sobě do výhřevného lůžka, zapnuly by si časomíru, nasadily by preduktálně novorozenci na ruku pulzní oxymetr, volaly by si o pomoc neonatologickému týmu a zahájily by oxygenoterapii spolu se srdeční masáží. PA2 spolu s PA3 sdělily, že by zajistily novorozenci termomanagement, daly by mu na ruku pulzní oxymetr a zahájily by oxygenoterapii spolu se srdeční masáží.

Tabulka 7 – Ošetrovatelské intervence u resuscitace novorozence.

Ošetrovatelská intervence	Ano – která PA	Ne/neodpověděla – která PA
Preduktální monitorace saturace	PA1 až PA7	
Oxygenoterapie	PA1 až PA7	
Preference dýchání maskou před srdeční masáží	PA7	PA1 až PA6
Zahájení srdeční masáže	PA1 až PA7	

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka.

Tabulka 7 dokládá limitovanou orientaci PA v zahájení a postupu resuscitace novorozence.

4.3 Kategorie – Postnatální diagnostika, celoplošný novorozenecký screening

Tato kategorie byla zaměřena především na novorozenecký screening. Opět nás zajímalo, zda se PA setkaly s problematikou ohledně novorozeneckého screeningu pouze ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání a případně kdo byl iniciátorem jejich edukace. Další otázkou bylo, zda se PA setkávají s dotazy od těhotných či rodiček na novorozenecký screening a zda si vzpomenu na nejčastěji kladené dotazy. Také bylo zjišťováno, jak by na tyto dotazy od rodiček nebo těhotných PA odpověděly.

Zde bylo zkoumáno, zda se PA setkaly s problematikou ohledně novorozeneckého screeningu pouze ve škole anebo i v rámci postgraduálního vzdělávání. PA1 sdělila: „*Já jsem se s novorozeneckým screeningem setkala samozřejmě ve škole, ale i pak v rámci postgraduálního vzdělávání.*“ Bylo zjišťováno, kdo byl iniciátorem její edukace: „*Mě edukoval zaměstnavatel a pak i kolegové v práci nebo jsem si něco hledala i já sama na internetu.*“ Informantky PA2 spolu s PA3, PA5 a PA7 odpověděly nezávisle na sobě podobně a to tak, že se s novorozeneckým screeningem setkaly jen ve škole, a co pak nevěděly nebo je zajímalo, si dohledaly na internetu.“ Informantka PA4 udává: „*O novorozeneckém screeningu jsem se dozvěděla ve škole a pak hlavně v praxi, kdy jsme se ohledně něho mezi kolegy bavili.*“ PA6 sděluje: „*O screeningu vím hlavně ze školy, a když se tam pilotně přidávaly další 2 vady, tak to jsme se tak nějak dozvěděla od kolegů a pak jsem si i něco hledala doma na internetu.*“

Dále nás zajímalo, jestli se PA setkávají s otázkami od těhotných či rodiček na novorozenecký screening. A pokud ano, tak na jaké dotazy se nejčastěji ptají. PA1 odpovídá: „*S dotazy na novorozenecký screening se moc neseťkávám, asi je to i tím, jak jsme tady v Budějovicích rozdělený na porodky a dětský. Čas od času se mě na něco zeptají, třeba na to, jestli to bolí a kdy a kde se to bude dělat.*“ PA2 sděluje: „*S dotazy se setkám, ale určitě méně často. A když se mamky ptají, tak na to, jestli se screening musí dělat, jestli bolí a kdy budou mít výsledky.*“ PA3 odpověděla: „*Jo, čas od času nějaká maminka dotaz má, ale moc často se to nestává. A ptají se na to, jestli je nutný ho odebírat a taky na to, jaký nemoci se testují.*“ Informantka PA4 reaguje: „*Když jsem ještě pracovala na šestinedělí, tak ty dotazy byly častější než teď na sále, ale občas se mě nějaká rodička zeptá. Dokonce se mě jednou ptal i její partner. A ptají se na to, jak ten odběr probíhá, jestli to bolí, a jestli můžou být u toho odběru přítomný.*“ PA5 udává: „*Když jsem byla ještě studentka, tak se mě ptaly rodičky a těhotný určitě častěji než teď.*“

Ale čas od času se zeptají. Ptají se třeba na to, kdy se screening provádí, jestli je to povinný a jak je to s výsledky.“ PA6 odpovídá: „Moc se s dotazy neseškávám. To spíš výjimečně. A když už se ptají tak na to, kdy se to dělá a jestli je to povinný a taky často na to, jestli to bolí.“ PA7 sděluje: „S dotazy na novorozenecký screening se tu moc neseškávám. Když už se nějaká rodička ptá, tak na to, jestli je screening povinný, jak probíhá a co si o tom já osobně myslím.“

Také jsme zjišťovali, co všechno je dle jejich názoru a zkušeností nutné zahrnout do odpovědi na dotazy těhotných a rodiček ohledně novorozeneckého screeningu. Informantky PA1 až PA7 odpověděly velmi podobně. Podle informantek je důležité ženám odpovědět na základní otázky a to: Co je to novorozenecký screening? Kde se provádí? Jak se provádí? Bolí novorozence? Kam putují odběry? Ozve se jim někdo ohledně výsledků? Mohou být přítomné? Hlavně je podle jejich názorů důležité zmínit, jak je to s výsledky. PA1 sděluje: *„...důležitý je ženy seznámit i s tím, že screening se dělá tady u nás v nemocnici, ale výsledky jdou do Prahy, tam je zpracujou, a když se jim nikdo neozve, tak je to všechno v pořádku.“* PA5 dodává: *„Podle mě je důležitý ženám vysvětlit i to, jak je to s výsledky, protože mi přijde, že jsou od sester nedostatečně edukovány. Asi dvakrát se mi stalo, že se mě ptaly moje kamarádky, kdy jim přijde výsledek ze screeningu z patičky.“*

Tabulka 8 - Informovanost o celoplošném novorozeneckém screeningu – klinickém a laboratorním.

Označení PA	Kompletní	Částečná
PA1	ne	Pouze laboratorní screening
PA2	ne	Pouze laboratorní screening
PA3	ne	Pouze laboratorní screening
PA4	ne	Pouze laboratorní screening
PA5	ne	Pouze laboratorní screening
PA6	ne	Pouze laboratorní screening
PA7	ne	Pouze laboratorní screening

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka.

Tabulka 8 dokládá pouze relativně dobrou orientaci v oblasti celoplošného laboratorního screeningu, klinický celoplošný screening však žádná z informantek nezmiňuje.

4.4 Kategorie – Forma edukace

V neposlední řadě bylo zjišťováno, jakou formu postgraduální edukace by PA nejvíce preferovaly. Většina informantek se shodla na tom, že by jim vyhovoval ústní seminář spolu s krátkým písemným anebo elektronickým shrnutím celé prezentace, tzv. take home message a praktický nácvik. PA3 uvedla: „*Mně nejvíc vyhovuje ústní seminář, kdy mám před sebou krátké shrnutí celé té prezentace v pár bodech. Ještě bych uvítala praktický nácvik nebo praktické video z dané situace. E-learningy ani tištěné publikace mi moc nevyhovují.*“ PA1 spolu s PA2 odpověděly, že by preferovaly ústní seminář spolu s krátkým shrnutím, které by viděly před sebou, a to buď v elektronické anebo písemné podobě a také kdyby byl možný praktický nácvik. “ Informantka PA6 sděluje: „*Podle mě je nejlepší forma prezentace, kdy jsou v té prezentaci uvedené základní body, o kterých ten přednášející mluví.*“ Pro PA5 jsou nejlepší formou elektronická média, uvedla: „*Pro mě by byl nejlepší e-learning, protože bych si všechno našla v klidu na počítači a mohla se k tomu pak i vracet ve volných chvílích.*“ PA4 a PA7 by vyhovovala pouze forma ústního semináře.

Tabulka 9 – Preferovaná forma edukace

Označení porodní asistentky	Forma edukace
PA1	Seminář + shrnutí + praktický nácvik
PA2	Seminář + shrnutí + praktický nácvik
PA3	Seminář + shrnutí + praktický nácvik
PA4	Seminář
PA5	Elektronická média
PA6	Seminář + shrnutí
PA7	Seminář

Zdroj: vlastní výzkumné šetření.

Legenda: PA – porodní asistentka.

Tabulka 9 je důležitou informací pro směřování postgraduálního vzdělávání porodních asistentek, jak z hlediska obsahu, tak formy.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala úlohou, kterou PA má v postnatální diagnostice VVV. Kompetence, které PA má, upravuje vyhláška č. 391/2017 Sb., která doplňuje zákon č. 96/2004 Sb., což je zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Dle této vyhlášky PA sleduje stav plodu v děloze, a to jak klinickými, tak technickými prostředky, dále rozpoznává u matky, plodu či novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, kterému pak s výkony asistuje (Vyhláška 391/2017 Sb.).

V bakalářské práci nás zajímalo, jak vnímají PA význam včasného rozeznání VVV v průběhu ošetrovatelského procesu. Včasné rozeznání komplikací začíná v prenatalní poradně, která má za cíl zabezpečit těhotnou ženu v souvislosti s prevencí možných chorobných stavů a včasným zachytem odchylek od fyziologického průběhu těhotenství. Diagnostika vývojových vad se provádí pomocí kombinací metod ultrazvukových, laboratorních a také molekulárních (Hájek et al., 2014). Jako první jsme zjišťovali, zda se PA setkaly s problematikou ohledně diagnostiky VVV pouze ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání. Všechny informantky uvedly, že se s problematikou VVV setkaly pouze ve škole. Z odpovědí, které informantky poskytly, vyplynulo, že iniciátory jejich edukace byly ony samy anebo jejich kolegové v zaměstnání.

Dále jsme se zabývali tím, jestli se PA domnívají či nikoli, zda mají v kompetencích diagnostiku VVV. Dle vyhlášky 391/2017 Sb. PA sleduje fyziologická těhotenství a může předepsat, doporučit anebo provádět vyšetření, která jsou nutná ke sledování plodu i matky, pokud ale rozpozná rizika či patologie, tak matku odesílá do péče lékaře se specializovanou odborností (Vyhláška 391/2017 Sb.). Odpovědi informantek se tedy shodují s vyhláškou, kdy se všechny shodly na odpovědi, že PA v kompetencích diagnostiku vrozených vad mají, ale jakmile rozpoznají určité riziko anebo patologii, tak musí těhotnou odeslat k lékaři do specializovaného pracoviště.

Informantky byly tázány, čeho by si měly při příchodu těhotné na porodní sál povšimnout v těhotenské dokumentaci, aby mohly odhadnout, zda se může jednat o novorozence s VVV. Těhotenská průkazka by měla být těhotným vystavována do konce 14. týdne těhotenství. Je to důležitý doklad, kde najdeme například anamnézu těhotné, výsledky z laboratorních vyšetření, hmotnostní přírůstek, krevní tlak, ultrazvuková vyšetření, nálezy na děložním čípku anebo další speciální vyšetření (Slezáková et al., 2017). Podle

výsledků z výzkumu se všechny informantky shodly na důležitosti kombinovaného screeningu ve 13. a 20. týdnu těhotenství, které jsou především zaměřeny na diagnostiku strukturálních vrozených vad.

Jako další ukazatel, kterého si PA v dokumentaci všímají, jsou ultrazvuky v I., II. a III. trimestru. Zpráva z ultrazvuku v I. trimestru musí obsahovat informaci o počtu plodů, u vícečetného těhotenství choriocitu a amniocitu, dále vitalitu plodu, biometrii, kde se zjišťuje hodnota parametru CRL v milimetrech, která nám pomůže k určení termínu porodu. Ve zprávě z ultrazvukového vyšetření ve II. trimestru mimo již zmíněného najdeme ještě morfologii plodu, lokalizaci placenty a množství plodové vody. A zpráva ze III. trimestru obsahuje navíc ještě polohu plodu (Slezáková et al., 2017). Podle mého názoru se informantky v otázkách ohledně prenatální diagnostiky VVV orientují a v převážné většině vědí, na co soustředit svou pozornost při přijetí rodičky na porodní sál.

Další otázkou jsme se zabývali, zda se PA setkaly s ošetrovatelskou péčí o novorozence s vrozenou vadou na porodním sále nebo v prvních dnech po porodu a v čem pak spočívaly jejich ošetrovatelské intervence. Mezi nejčastější vady, se kterými se informantky setkaly, patřil Downův syndrom, atřezie jícnu, rozštěp páteře a vrozené vady ledvin. Mezi ty méně se vyskytující patřila například transpozice velkých cév, vývojová vada srdce, atřezie anu anebo Treacher Collinsův syndrom. U některých novorozenců se informantky osobně podílely na ošetrovatelské péči, u jiných pouze asistovaly při porodu lékaři. Podle mého názoru se v odpovědích informantek odráží fakt, že jsou to PA pracující na vysoce specializovaném pracovišti, kde je péče o novorozence svěřena do rukou neonatologickému personálu, na který velmi spoléhají. Nicméně je důležité zmínit, že profesní kariéra PA může pokračovat i na jiných pracovištích, kde už porodnický personál takovou oporu neonatologickému týmu nemá. Tento fakt jen podtrhuje význam postnatální edukace PA v problematice u VVV u novorozence.

Informantek jsme se také tázali, jaké ošetrovatelské intervence by prováděly u novorozence s centrální cyanózou anebo jak by zahájily resuscitaci, protože dle našeho názoru se s tímto PA na porodním sále mohou setkat. Dále nás zajímalo, zda a čeho si informantky všímají v anorektální oblasti novorozence. Zde se všechny shodly na tom, že je třeba si všimnout průchodnosti konečníku, kterou vyzkoušíme pomocí teploměru. Většina informantek také uvedla, že je třeba si povšimnout, zda se v anorektální oblasti

nenacházejí píštěle. Podle mého názoru v těchto oblastech pozoruji největší rezervy ve znalostech informantek. Co se týče odpovědi ohledně zahájení oxygenoterapie u novorozence s centrální cyanózou, tak zde nevidím zřejmý důraz na zahájení a zásady oxygenoterapie. Z mého pohledu je nepříjemným zjištěním, že většina informantek nezdůrazňuje u resuscitace preferenci intervence dýchání pozitivním přetlakem před nepřímou srdeční masáží. Toto je v přímém rozporu s mezinárodně platným doporučením pro resuscitaci novorozenců (Nolan et al., 2021). A co se týče odpovědi ohledně anorektální oblasti, tak je považuji jako neúplné.

Další důležitou kategorií, kterou jsme v bakalářské práci prošetřovali, byl novorozenecký screening, kde bylo zkoumáno, zda o něm PA vědí pouze ze školy anebo měly přednášku v postgraduálním vzdělávání v zaměstnání. Také bylo zjišťováno, zda se PA setkávají s dotazy od rodiček nebo těhotných ohledně novorozeneckého screeningu a co je dle jejich názoru a zkušeností důležité v odpovědi na dotaz zahrnout. Novorozenecký screening se provádí celoplošně po ČR a je rozdělený na klinický a biochemický a má za cíl aktivně vyhledávat onemocnění v časném preklinickém stadiu, aby se choroby léčily a diagnostikovaly dříve, než by způsobily dítěti nevratné postižení. Všechny tázané informantky věděly o novorozeneckém screeningu ze školy. Většina informantek si informace o novorozeneckém screeningu dohledávala na internetu. Některé také uvedly, že se o screeningu bavily s kolegy v zaměstnání. Překvapilo mě, že pojem novorozenecký screening chápou informantky ve své většině pouze jako laboratorní screening. Prakticky všechny pomíjely celoplošný klinický screening. Tedy screening kongenitální katarakty, kongenitální dysplazie kyčelního kloubu a vyšetření poruch sluchu. I tento fakt vnímám jako silnou podporu k postgraduálnímu vzdělávání PA.

Ve výzkumném šetření jsme se také zabývali tím, zda se PA setkávají s dotazy ohledně novorozeneckého screeningu od rodiček nebo těhotných. Všechny informantky uvedly, že se s dotazy setkávají, většinou ale jen zřídka. Mezi nejčastější otázky zařadily: zda vyšetření novorozence bolí, zda je screening povinný, kdy dostanou výsledky, jak vyšetření probíhá a jaké nemoci se testují. Vyšetření laboratorního novorozeneckého screeningu se provádí se nejdříve 3. den života a spočívá v odběru kapilární krve z patičky zkušenou neonatologickou sestrou anebo PA dle platných standardů. Pokud dojde k pozitivnímu výsledku, tak jsou kontaktováni buď rodiče novorozence nebo praktický lékař pro děti a dorost, nebo pracoviště, kde byl screening proveden (Procházka, 2020).

V této otázce se všechny informantky věnovaly pouze laboratornímu screeningu, žádná z nich nezmínila screening klinický, i když byl při kladení otázky při rozhovoru zmíněn.

Informantky byly tázané, co všechno je dle jejich zkušeností nutné zahrnout do odpovědi na dotaz od rodiček nebo těhotných, aby byly podle nich adekvátně edukovány. Všechny informantky odpověděly velmi podobně. Shodly se na tom, že je nutné ženám v odpovědích zahrnout odpovědi na otázky: Co je to novorozenecký screening? Kde se provádí? Jak se provádí? Kam putují odběry? Mohu být u odběru přítomná? Ozve se nám někdo ohledně výsledků? Bolí to novorozence?

V neposlední řadě nás zajímalo, jakou formu edukace považují osobně PA za nejefektivnější. Měly na výběr z odpovědí: seminář (v ústní podobě, formou prezentace), tištěné publikace (knihy), elektronická média (e-learning) nebo praktický nácvik. Většina informantek se shodla na tom, že preferují semináře spolu s krátkým písemným shrnutím tzv. také home message. Žádná z informantek nezmínila, že by preferovala tištěné publikace. Pouze jedna PA by považovala za nejefektivnější formu elektronická média.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala úlohou PA v postnatální diagnostice VVV.

První výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jak vnímají PA význam včasného rozeznávání vývojových vad v průběhu ošetrovatelského procesu u novorozence. Z výsledků výzkumu je patrné, že v oblasti prenatální diagnostiky se tázané informantky orientují velmi dobře. Na základě jejich odpovědí se zdá, že co se týče včasného rozeznání vrozených vad nebo jejich příznaků na porodním sále, tak se v této problematice orientují hůře. V oblasti novorozeneckého screeningu je překvapivé, že informantky zmiňují téměř výhradně laboratorní screening a ostatní celoplošně prováděné screeniny VVV novorozenců nezmiňují.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, zda PA považují svoji informovanost v oblasti rozeznávání VVV u novorozence za dostatečnou. Z výsledků výzkumu je však patrné, že samy PA považují informovanost v této problematice za limitovanou.

Třetí výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jakou formu postgraduálního studia by PA preferovaly na prohloubení svých znalostí v této problematice. Většina informantek se shodla na tom, že je pro ně nejlepší forma seminářů v rámci postgraduálního vzdělávání s ústní i názornou prezentací.

7 Seznam použité literatury

1. BLÁHOVÁ, K. et al., 2019. *Pediatrická propedeutika*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-442-2.
2. BLOM, M. et al., 2022. Recommendations for uniform definitions used in newborn screening for severe combined immunodeficiency. In: *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [online]. 149(4), s. 1428-1436 [cit. 2023-8-6]. DOI: 10.1016/j.jaci.2021.08.026. ISSN 00916749. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091674921014019>
3. CLG, © 2022. *Poskytovaná péče* [online], [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://www.clg.cz/poskytovana-pece/>
4. ČPS, © 2011 – 2023. *Pilotní program k rozšíření novorozeneckého laboratorního screeningu od 1. 1. 2022* [online]. Česká pediatrická společnost. [cit. 2023-7-16]. Dostupné z: <https://www.pediatrics.cz/pilotni-program-k-rozsireni-novorozeneckeho-laboratorniho-screeningu-od-1-1-2022/>
5. ČNeoS, © 2023. *Doporučené Postupy* [online], [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://cneos.cz/guidelines/>
6. DOPORUČENÉ POSTUPY ČGPS ČLS JEP, 2021. *Zásady dispensární péče v těhotenství* [online], [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2022/02/p-2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi.pdf>
7. DORT, J. et al., 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.
8. DORT, J., DORTOVÁ, E., 2013. *Aplikace kyslíku a resuscitace novorozenců*. Česká gynekologie. 89 – 91 s. ISSN 1803-6597.
9. FENDRYCHOVÁ, J., 2014. *Vybrané hodnoticí škály v péči o novorozence* [online]. *Pediatric pro praxi*. 15(3), 171-173. [cit. 2023-8-3]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/15.pdf>

10. FENDRYCHOVÁ, J., 2019. *Adaptovaný klinický doporučený postup: Termomanagement u novorozenců*. *Pediatric pro praxi*. 20(5), 326-330. ISSN 12-13-0494.
11. GARGANTA, C.L. et al., 2021. *Newborn Screening—What Parents Need to Know About Their Infant's First Tests*. In: *JAMA Pediatrics* [online]. 2021-09-01, 175(9) [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.1519. ISSN 2168-6203. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782330>
12. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
13. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. JULLIEN, S., 2021. *Newborn pulse oximetry screening for critical congenital heart defects*. In: *BMC Pediatrics* [online]. 21(S1) [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.1186/s12887-021-02520-7. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-021-02520-7>
15. KARIYAWASAM, D. et al., 2020. The implementation of newborn screening for spinal muscular atrophy: the Australian experience. In: *Genetics in Medicine* [online]. 22(3), s. 557-565 [cit. 2023-8-6]. DOI: 10.1038/s41436-019-0673-0. ISSN 10983600. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098360021012429>
16. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.
17. MACDONALD, M. G., 2013. *Procedures in Neonatology* 5 th edition, Lippincott Williams and Wilkins, ISBN 978-1-4511-4410-9.
18. MZČR, ÚZIS, 2021. *Novorozenecký screening: co to je?*. [online]. Národní zdravotnický informační portál. 2021 [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/laboratore-provadejici-novorozenecky-screening>. ISSN 2695-0340
19. *Newborn Screening Collection Guidelines*, 2019. [online], [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://www.alabamapublichealth.gov/newbornscreening/assets/newbornscreeningbloodcollectionguidelines.pdf>

20. NOLAN, J.P. et al., 2021. *European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care*. In: *Resuscitation* [online]. 161(9), s. 220-269 [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.012. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957221000654>
21. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 2.díl. Praha: Galén. ISBN 9788074922152.
22. PERCENTI, L., VICKERY, G., 2019. *Newborn Screening Follow-up*. In: *North Carolina Medical Journal* [online]. 2019-01-08, 80(1), s. 37-41 [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.18043/ncm.80.1.37. ISSN 0029-2559. Dostupné z: <https://ncmedicaljournal.scholasticahq.com/article/55162>
23. POLÁK, P. et al., 2017. *Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad*. Vyd. 1. české. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-499-9.
24. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
25. RHISHIKERS T., SRINIVAS M., 2016. *Atlas and Synopsis of Neonatology*, Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd. ISBN 978-93-85891-71-7
26. *Role of pediatric nurse*, 2018. [online]. India documents. [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://fdocuments.in/reader/full/role-of-pediatric-nurse>
27. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
28. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN. 978-80-271-2098-7.
29. SAWYER, T. et al., 2018. *Anticipation and preparation for every delivery room resuscitation*. In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [online]. 23(5), s. 312-320 [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.1016/j.siny.2018.06.004. ISSN 1744165X. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744165X18300787>
30. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
31. SOLL, R.F., 2019. *The Use of Oxygen in the Delivery Room*. In: *Pediatrics* [online]. 2019-01-01, 143(1) [cit. 2023-8-3]. DOI: 10.1542/peds.2018-3365. ISSN 0031-4005. Dostupné z: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/143/1/e20183365/37328/The-Use-of-Oxygen-in-the-Delivery-Room>

32. STRAŇÁK, Z., JANOTA, J., 2015. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3861-4.
33. ŠNAJDAUF, J., ŠKÁBA, R., 2005. *Dětská chirurgie*. Galén. ISBN 80 7262-329-X
34. TROUPOVÁ, J., HANZL, M. et al., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.
35. TARTERO, E.P., HONEYFIELD, M.E., 2019. *Physical Assessment of the Newborn* 6 th edition, Springer publishing company, ISBN 978-0-8261-7461-1
36. UNIPA, 2020. *Základní kompetence porodní asistentky*. [online]. UNIPA. [cit. 2023-7-17]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/zakladni-kompetence-porodni-asistentky/>
37. VERKLAN, M.T. et al., 2020. *Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing*. 6th Edition. Elsevier Science. ISBN 978-0-3232-2590-8.
38. Vyhláška č. 391/2017 Sb., *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2017. [online]. [cit. 2023-7-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391?text=96%2F2004>

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s porodními asistentkami

1. Setkala jste se s problematikou časné diagnostiky vrozených vývojových vad pouze během Vašeho vzdělávání ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání?
2. Pokud i v rámci postgraduálního vzdělávání, kdo byl iniciátorem Vaší edukace? Zaměstnavatel, kolegové nebo Vy sama?
3. Je podle Vás problematika ohledně včasné diagnostiky vrozených vývojových vad v kompetencích porodní asistentky?
4. Jaké jsou, podle Vaší zkušenosti, důležité údaje, kterých je třeba si povšimnout v těhotenské dokumentaci, podle kterých lze odhadnout, že se bude nejspíš jednat o novorozence se závažnou vrozenou vývojovou vadou?
5. Setkala jste se osobně s ošetrovatelskou péčí o novorozence s vrozenou vývojovou vadou na porodním sále, nebo při další péči o novorozence v prvních dnech po porodu?
6. Pokud ano, tak s jakou vrozenou vývojovou vadou jste se setkala a v čem spočívala Vaše ošetrovatelská intervence?
7. Pokud ne, tak jaká je Vaše představa o nutnosti ošetrovatelských intervencí u novorozence s centrální cyanózou, rozštěpem břišní stěny, rozštěpem páteře, atrézií jícnu nebo resuscitace?
8. Čeho by si podle Vás měla porodní asistentka v rámci ošetrovatelské péče o novorozence všimnout v anorektální oblasti?
9. Setkala jste se s problematikou novorozeneckého screeningu (klinického i biochemického) pouze ve škole nebo i v rámci postgraduálního vzdělávání?
10. Pokud se jednalo o formu postgraduálního vzdělávání, kdo byl iniciátorem Vaší edukace? Zaměstnavatel, kolegové nebo Vy sama?
11. Považujete svoji edukaci o aktuální podobě novorozeneckého screeningu za dostatečnou?
12. Setkáváte se často s dotazy těhotných a rodiček, které se týkají novorozeneckého screeningu?
13. Pokud ano, vzpomenete si na nejčastěji kladené dotazy?

14. Co by měla podle Vašeho názoru edukace rodičky ohledně novorozeneckého screeningu obsahovat?
15. Jakou formu edukace porodní asistentky považujete za nejefektivnější. Monotématické semináře (prezentace), tištěné publikace, elektronická média (e-learningy), názorné ukázky (praktický nácvik) nebo kombinaci 2 Vámi vybraných?

Příloha 2: Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Porodní asistence

Jméno a příjmení studenta/studentky: Karolína Kubů

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): kubu.karolina@seznam.cz, 720 427 063

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Oddělení: Gynekologicko – porodnické oddělení

Název práce: Úloha porodní asistentky v postnatální diagnostice vrozených vývojových vad

Výzkumné otázky:

VO1: Jak vnímají porodní asistentky význam včasného rozeznání vrozených vývojových vad v průběhu ošetrovatelského procesu?

VO2: Považují porodní asistentky svou informovanost v oblasti rozeznávání vrozených vývojových vad za dostatečnou?

VO3: Jestliže nevnímají svou informovanost v oblasti rozeznávání vrozených vývojových vad za dostatečnou, jakou formu by v postgraduálním studiu preferovaly pro prohloubení svých znalostí?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Výzkum této bakalářské práce bude kvalitativní metodou rozhovorů, které budou prováděny v nemocnici s porodními asistentkami.

Předpokládané výstupy:

Poznanky z výzkumného šetření by bylo možno použít jako východisko pro zvýšení efektivity postgraduálního vzdělávání porodních asistentek.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno:

MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Podpis:

*Soubor
Hanzl*

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

Dohnalová,

Mgr. Hana Dohnalová
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Dohnalová 16. 3. 23

Jméno:

Podpis:

9 Seznam zkratek

ČR – Česká republika

PA – porodní asistentka

VVV – vrozená vývojová vada