



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika překotného porodu z pohledu
zdravotnického záchranáře**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ

Autor: Karolína Masáková

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vlkojanová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „**Problematika překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7.5.2024

.....

Karolína Masáková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Vlkojanové za cenné rady a věcné připomínky, které mi v průběhu bakalářské práce věnovala. Poděkování náleží také mé rodině, která mi byla oporou. Nakonec bych ráda poděkovala Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje a vyjádřila hlubokou vděčnost jejím informantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Problematika překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je zaměřena pozornost na anatomii ženských pohlavních orgánů, teorii porodu, doby porodní, bodovací systém APGAR a komplikace související s porodem. Důležitá část teoretické práce je věnovaná překotnému porodu v přednemocniční péči. Popisuje jeho teorii, komplikace, kompetence zdravotnického záchranáře v rámci porodu a komunikaci záchranáře při porodu s rodičkou.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat postoj zdravotnických záchranářů k překotnému porodu. Druhým cílem bylo zjistit, jaký mají názor zdravotničtí záchranáři na současnou situaci vzdělávání v oboru porodnictví.

Pro dosažení výsledků bylo použito metody kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily 4 identifikační otázky, 6 hlavních výzkumných otázek, a k němu přiřazených 19 podotázek, na které dotazovaní odpovídali. Rozhovor byl proveden s 11 zdravotnickými záchranáři z Jihočeského kraje, a po celou dobu zaznamenáván formou ručně psaných poznámek. Informace získané formou rozhovorů byly následně rozděleny do kategorií a podkategorií. Výzkumné šetření probíhalo od března 2024 do dubna 2024. Z výsledku práce bylo zjištěno, že dotazovaní zdravotnický záchranáři se setkávají s problematikou překotných porodů v přednemocniční péči, avšak jednotnou četnost nelze určit. Dále lze zaznamenat, že mají povědomí o postupech a komplikacích při překotném porodu. V oblasti vzdělávání bylo zjištěno, že zdravotničtí záchranáři mají zájem se dále vzdělávat v oblasti porodnictví, ale téma překotného porodu na periodických školeních je nedostačující.

Závěr práce shrnuje výsledky výzkumu a naplnění cílů. Dále jsou přiložena i má osobní doporučení v rámci vzdělávání ve výcvikových střediscích na téma překotného porodu.

Klíčová slova

Porod; překotný porod; zdravotnický záchranář; přednemocniční péče; vzdělávání

Problematics of precipitate delivery from the perspective of a paramedic

Abstract

This bachelor's thesis is dedicated to the issue of problematics of precipitate delivery from the perspective of a paramedic.

The bachelor thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part focuses on the anatomy of the female genital organs, the theory of childbirth, birth times, the APGAR scoring system and complications related to childbirth. An important part of the theoretical work is devoted to precipitate delivery in pre-hospital care. It describes its theory, complications, the competencies of the paramedic in terms of labour and the communication between the paramedic and the mother during labour.

For the bachelor's thesis 2 objectives were set. The first aim was to map the attitude of paramedics towards precipitous delivery. The second aim was to find out what opinion paramedics have about the current situation of education in the field of obstetrics.

To achieve the results, qualitative research method was used in the form of semi-structured interview. The research set consisted of 4 identification questions, 6 main research questions, and 19 sub-questions assigned to it, which were answered by the respondents. The interview was conducted with 11 paramedics from the South Bohemia region, and recorded throughout in the form of handwritten notes. The information obtained through the interviews was then divided into categories and subcategories. The research investigation was carried out from March 2024 to April 2024. From the result of the work it was found that, that the interviewed paramedics encounter the issue of precipitate delivery in pre-hospital care, but a uniform frequency could not be determined. Further, it can be noted that they have awareness about the procedures and complications of a precipitous delivery. In the area of education, it was found that paramedics are interested in further education on obstetrics, but the topic of preterm birth at periodic training sessions is insufficient.

The conclusion of the paper summarizes the research findings and the achievement of the objectives. Furthermore, my personal recommendations in training centers on the topic of precipitous birth are also included.

Key words

Childbirth; precipitate delivery; paramedic; pre-hospital care; education

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů	8
1.2 Porod	11
1.2.1 Klasifikace porodu	11
1.2.2 Spouštěcí mechanismy porodu	12
1.2.3 Mechanismus porodu	13
1.2.4 První doba porodní	13
1.2.5 Druhá doba porodní	14
1.2.6 Třetí doba porodní	15
1.2.7 Doba poporodní	16
1.2.8 APGAR skóre	16
1.2.9 Porodní komplikace	17
1.3 Překotný porod v přednemocniční péči	19
1.3.1 Komplikace překotného porodu	21
1.3.2 Resuscitace novorozence	22
1.3.3 Kompetence zdravotnického záchranáře v rámci porodu	23
1.3.4 Komunikace záchranáře s rodičkou	23
2 Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3 Metodika	26
3.1 Metodika výzkumné šetření	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4 Výsledky	27
4.1 Identifikační údaje informantů	27
4.2 Analýza dat z rozhovorů se zdravotnickými záchranáři	29
5 Diskuse	46
6 Závěr	53
7 Zdroje	55
8 Seznam příloh a tabulek	60
9 Seznam zkratk	62

Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře. Rychlá a efektivní reakce zdravotnického záchranáře při překotném porodu je klíčová, neboť tato situace přináší značný stres. Z tohoto důvodu jsem si zvolila toto téma, protože tato problematika vzbuzuje u spousty záchranářů strach a obavy.

Překotný porod je jednou z méně obvyklých situací. Svým charakterem, jako je jeho rychlost a intenzita kontrakcí, vzbuzuje v záchranářích obavy. Pro záchranáře je podstatné zachovat klid a jednat dle stanovených protokolů. Zároveň by měl být schopen rychle reagovat na vzniklé komplikace, avšak v rámci dostupných zdrojů a místa ve vozidle, jsou podmínky značně omezené. Podstatnou složkou, při takto náročné situaci, je komunikace. Záchranář musí umět ženu uklidnit, podpořit a přistupovat k celé situaci profesionálně.

Problematika překotného porodu je pro mě zajímavá z hlediska zvládnutí stresu a práce pod nátlakem. Na základě tohoto tématu jsem mohla více prozkoumat znalosti záchranářů a jejich postoje v souvislosti s danou problematikou, zároveň nahlédnout do obsahu periodických školeních a zaměřit se na problémy ve vzdělávání v oblasti porodnictví.

1 Současný stav

1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Kostěná pánev představuje důležitou ochranu pro orgány, které jsou umístěny ve velké pánvi nebo v malé pánvi, dále má důležitý význam pro porodnictví. Malou a velkou pánev odděluje hraniční čára. Pánevní dutina je ohraničena a současně také chráněna kostěnou strukturou, která se skládá ze dvou pánevních kostí, nepárové křížové kosti a kostrče. Pánevní kosti utváří oporu pro přenos sil z trupu na dolní končetiny, a to tím, že jsou vpředu spojeny stydkou sponou a vzadu kloubně s křížovou kostí, tvořící křížokyčelní kloub. Pro potřeby porodnické se v pánvi vymezují roviny. Do těchto rovin řadíme rovinu pánevního vchodu, rovinu pánevní šíře, rovinu pánevní úžiny a rovinu pánevního východu (Báča, 2017).

Vnitřní ženské pohlavní orgány jsou tvořeny vaječníkem, vejcovodem, dělohou a pochvou (Báča, 2017).

Vaječník je párový, volně pohyblivý orgán, který se nachází v břišní dutině intraperitoneálně. Je umístěn pod vejcovodem a pomocí mezoovaria je připojen k zadnímu listu širokého vazů (Pilka, 2014). Uvnitř vaječníku vyžívají vajíčka (oocyty), ta se potom vyvíjejí ve folikulech. Zrání a vývoj vajíček jsou řízeny hormonálním mechanismem. Při oplodnění vajíčka se žluté tělíčko začíná postupně zvětšovat a nastává zvýšená tvorba progesteronu. Dochází k zástavě tvorby dalších vajíček, aby bylo udrženo těhotenství pomocí hCG. V pozdější fázi těhotenství přebírá tuto funkci placenta. Žluté tělíčko se v tuto chvíli zmenšuje a utváří tak jizvu na povrchu vaječníku a vznikne tak bílé tělíčko. V případě, že nedojde k oplodnění, žluté tělíčko postupně zaniká (Kachlík, 2019).

Další nezbytnou částí vnitřních pohlavních orgánů ženy je vejcovod. Vejcovod je párová trubice, která dosahuje délky asi 10 cm a její šířka je 0,5 cm. Hlavní funkcí vejcovodu je transport vajíček do dělohy. V rozích děložních prostupuje do dělohy a dále se poté směrem do dutiny břišní postupně rozšiřuje (Čepický, 2021). Uvnitř vejcovodu se nachází pohyblivé řasinky, jejichž funkcí je obklopovat vaječník a zachycovat tak vajíčko (Slezáková et al., 2017). Pokud se oplozené vajíčko zachytí ve vejcovodu, vzniká tak mimoděložní těhotenství a hrozí zde riziko vzniku náhlé příhody břišní (Báča,

2017). V normální fázi se pokouší pohyblivé řasinky za pomoci peristaltiky uvnitř vejcovodu regulovat posun vajíčka do dělohy (Slezáková et al., 2017).

Děloha je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru. Nachází se v oblasti malé pánve mezi močovým měchýřem a konečníkem. Její hlavní funkcí je přijmout oplozené vajíčko. Dalším důležitým úkolem dělohy je ochrana a vývin zárodku a později plodu až do porodu ženy. Dělohu rozdělujeme na několik částí. První částí je děložní hrdlo, které představuje dolní část dělohy směřující do pochvy. Na děložním hrdle rozlišujeme děložní čípek, který je uložen částí v pochvě a nad pochvou. Děložní úžina a děložní tělo jsou dalšími částmi dělohy. Děložní úžina představuje přechod mezi tělem a hrdlem děložním. Děložní tělo je charakteristické tím, že na něm pravidelně probíhají cyklické změny neboli menstruační cyklus. Vrstvy, které vystylají dělohu se nazývají endometrium, myometrium a perimetrium (Slezáková et al., 2017).

Poslední složku vnitřních pohlavních orgánů představuje pochva. Je to nepárový trubicovitý svalový orgán. Dělohu spojuje s vnějším pohlavním ústrojím. Funkce pochvy je kopulační a slouží také jako vývodní pohlavní cesta. Pochva je příčně oploštěná a ohraničuje děložní čípek přední a zadní klenbou. Poševní stěna je tvořena sliznicí, která je pokryta dlaždicovým nerohovějícím epitelem a složena v příčné řasy. Pochva přestupuje do poševní předsíně představující zevní pohlavní orgány. Od zevních pohlavních orgánů je oddělena panenskou blánou, která je protržena při prvním pohlavním styku (Kachlík, 2019).

Zevní pohlavní orgány se nacházejí na povrchu v dolní oblasti trupu v urogenitální krajině (Pilka, 2014). Mezi zevní pohlavních orgány patří hrma, velké a malé stydké pysky, topořivá tělesa, poševní předsíň, panenská blána, hráz a prs (Slezáková et al., 2017).

Hrma je vyvýšenina ve tvaru trojúhelníku. Nachází se před a nad stydkou sponou. Podklad hrmy tvoří tukový polštář, který je propleten vazivovými trámy. Na jejím povrchu se nachází silná kůže, která obsahuje značný počet potních a mazových žláz. Po pubertálním období na kůži vyrůstají silné chlupy. Ochlupení na horní hranici je u žen patrné a probíhá horizontálně, tento proces je významným sekundárním pohlavním znakem (Pilka, 2014).

Velké stydké pysky jsou další částí zevních pohlavních orgánů. Představují mohutné vnější kožní svaly, svírající stydkou šterbinu. Na vnější straně jsou porostlé ochlupením a podepřené tukovým tělesem. Na zadní straně se spojují zaoblenou zadní spojkou (Kachlík, 2019).

Malé stydké pysky, překryté velkými stydkými pysky, jsou kožní řasy, které nejsou ochlupené a obsahují mazové žlázy. Rozdělují se na předkožku klitorisu a uzdičku klitorisu. V zadní části se spojují v jemnou řasu a vytváří se malá jamka (Slezáková et al., 2017).

Při pohlavním dráždění dochází v topořivých tělesech k městnání krve a dochází k zduření dané oblasti. Topořivá tělesa jsou tvořena poštváčkem a předsíňovou bulvou (Slezáková et al., 2017). Na přední straně malých stydkých pysků je viditelný poštváček. Tato viditelná část dosahuje délky asi 4 cm (Čepický, 2021). Poslední částí topořivých těles je předsíňová bulva (Kachlík, 2019). Předsíňová bulva patří mezi párový erektilní orgán, který je umístěný pod malými stydkými, kde vytváří žilní pleteně po obou stranách poševního vchodu (Slezáková et al., 2017).

Poševní předsíň představuje prostor mezi malými stydkými pysky, kam vstupuje poševní vchod, vnější ústí močové trubice a další přídavné pohlavní žlázy (Kachlík, 2019). Vestibulární žlázy jsou malé žlázy, které jsou pod sliznicí poševního vchodu (Slezáková et al., 2017). Tyto žlázy rozdělujeme na malé a velké předsíňové žlázy. Malé předsíňové žlázy jsou ve větším množství nahromaděné kolem vnějšího ústí močové trubice. Nepřetžitě vylučují sekret, který udržuje sliznici poševní sliznice vlhkou. Velké předsíňové žlázy nazývané také jako Bartholiniho žlázy jsou uloženy v zadní části velkých stydkých pysků (Pilka, 2014).

Panenská blána je tenká vazivová blána, která je překryta sliznicí. V případě, že ještě neproběhl pohlavní styk, blána neúplně uzavírá poševní vchod. Při prvním pohlavním styku se tato blána ve většině případu protrhne a dělí se na okrajové řasy. Po porodu se z ní stanou drobné hrbolkovité vyvýšeniny (Hudáková a Kopačiková, 2017).

Část zevních rodidel mezi análním otvorem a zadním spojením velkých stydkých pysků se nazývá hráz (Slezáková et al., 2017). Střed hráze je tvořen hrázovým tělesem,

keré obsahuje vazivo, hladké svalové buňky, cévy a nervy (Kachlák, 2019). Po porodu je součástí měkkých porodních cest (Slezáková et al., 2017).

Závěrečnou částí zevních pohlavních orgánů je prs. Charakterizuje se jako vyvýšenina na přední stěně hrudníku, jehož součástí je mléčná žláza (Báča, 2017).

1.2 Porod

Na konci těhotenství je důležité připravit těhotnou ženu i plod k porodu. Objevuje se pozvolný nárůst děložní motility a dráždivosti (Srp, 2014). Podle Roztočila et al. (2020, s.110) definujeme porod jako *děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porožením z organismu matky*.

Porozeným plodem je takový plod, který projevuje známky života (od ukončeného 24. týdne těhotenství). U plodu, který vykazuje známky života, pozorujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku. V případě že tyto podmínky nejsou splněny, mluvíme o potratu (Roztočil et al., 2020).

Potrat nastává v situaci, kdy plod po vypuzení z matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho hmotnost je méně než 500 g. Pokud porodní hmotnost nelze zjistit, považuje se za potrat těhotenství kratší než 22 týdnů (Hájek, 2014).

Potraty rozdělujeme na samovolné a uměle ukončené těhotenství. Samovolný potrat se dělí na dvě období, časný a pozdní. Uměle ukončené těhotenství má mnoho příčin. První příčinou ukončení těhotenství je na přímou žádost pacientky. Pokud dojde k vážnému onemocnění matky, nebo je přítomna psychiatrická anamnéza, jsou tyto projevy indikací k umělému ukončení těhotenství. Poslední složkou je infekce plodu nebo jeho genetické poškození (Slezáková et al., 2017).

1.2.1 Klasifikace porodu

Porod klasifikujeme na spontánní, medikamentózní, indukovaný, operativní, fyziologický a patologický (Hudáková a Kopačiková, 2017).

Spontánní porod je takový porod, který nastupuje přirozeně a probíhá bez jakýchkoliv zásahů porodnického asistenta (Roztočil et al., 2020).

Medikamentózní porod je považován za spontánní. Rodičce je nasazena medikace z důvodu koordinace děložní činnosti. Medikamenty dále slouží ke zmírnění bolesti a ovlivňují třetí dobu porodní (Hudáková a Kopačiková, 2017).

Indukovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti. Děložní činnost vyvoláme pomocí oxytocinu a prostaglandinu, takové preparáty nazýváme uterokinetické (Hudáková a Kopačiková, 2017).

Při operativním porodu muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen. Urychlení porodu plodu nastává z důvodu ohrožení života matky nebo plodu. Provádí se porodnická abdominální nebo vaginální operace (Roztočil et al., 2020).

Fyziologický porod je porod přirozenými porodními mechanismy bez nutnosti zásahu zdravotnického personálu (Hudáková a Kopačiková, 2017).

Při patologickém porodu dochází k postupnému rozvoji porodnické patologie, která se musí urgentně řešit (Roztočil et al., 2020)

1.2.2 Spouštěcí mechanismy porodu

Příčiny, které vyvolávají porod nejsou zcela objasněny. Příčiny jsou multifaktoriální (Roztočil et al., 2020). Proces spouštění porodu trvá dny i týdny. Vyvolávající faktory porodu rozdělujeme na šest skupin (Binder et al., 2015).

Prvním faktorem je progesteron. Pokud produkce progesteronu klesne zvyšuje se aktivita myometria. Oxytocin je důležitým faktorem pro délku děložní činnosti, pokud je již vyvolaná, a sílu její kontrakce. Má původ fetální nebo mateřský (Roztočil et al., 2020). Oxytocin dokáže ovlivnit sílu a délku děložního stahu. Na začátku těhotenství je hladina oxytocinu v normě. K blížícímu se porodu narůstá počet oxytocinových receptorů. Hladina oxytocinu začne rapidně nárůstat v průběhu porodu rodičky (Binder et al., 2015).

Dalším faktorem jsou estrogeny. Roztočil et al. (2020) zmiňují ve své publikaci estrogeny stimulující myometrální aktivitu cestou syntézy prostaglandinů v plodových blanách a decidue (sliznice dělohy na konci sekreční fáze menstruačního cyklu a po celou dobu těhotenství). Fetální kortisol je faktor působící v placentě zvýšenou produkcí estrogenů a snižuje sekreci progesteronu. Jeho další schopností je i to, že dokáže vylučovat prostaglandin (Roztočil et al., 2020).

Hlavní úlohu mezi faktory hrají prostaglandiny E2 a to zejména v aktivaci myometria (Binder et al., 2015). Před začátkem porodu hladina prostaglandinů v plodové vodě začíná narůstat. Jejich nárůst vyvolá kontrakce myometria stimulací hladké svaloviny. Mezi jejich další vlastnosti patří ovlivnění působení oxytocinu a také dokáží působit na kolagenolytické procesy uvnitř pojivové tkáně děložního hrdla (Roztočil et al., 2020).

Děložní svalovina prochází v průběhu těhotenství až do porodu několika fázemi vývojových změn. Tato transformace zahrnuje časnou proliferaci buněk, následovanou buněčnou hypertrofií a vývoj kontraktility schopnosti. Během porodu se myometrální buňky stávají vysoce aktivními a projevují zvýšenou dráždivost, spontánní aktivitu a citlivost na stimulanty. Role prostaglandinů je klíčová v regulaci těchto procesů. Po porodu dochází k poporodní involuci dělohy, kdy se vrací do stavu před těhotenstvím (Wilhemová et al., 2021).

1.2.3 Mechanismus porodu

Při porodním mechanismu se uplatňují tři složky. První složkou porodního mechanismu je pohyb translační neboli posuvný. Dalšími složkami je pohyb rotační a pohyb deformační (Doležal, 2017).

Mezi prvky porodního mechanismu řadíme porodní cesty měkké a tvrdé, plod a porodní síly. Děložní kontrakce a břišní lis nazýváme porodními silami. Mechanismus porodu tyto všechny složky a prvky popisuje a vysvětluje vzájemné působení mezi nimi (Doležal, 2017).

Trvalý postup vpřed-progrese je významným pohybem, protože na plodu indikuje další odvozené pohyby. Patří sem flexe hlavy v pánevním vchodu, vnitřní rotace v pánevní šíři a deflexe hlavy v pánevním vchodu. Ramenní pletenec provádí asymetrický postup s vytvořením předního a zadního raménka, rotací a lateroflexí neboli úklon trupu. Břícho a dolní končetiny se rodí bez specifického mechanismu (Doležal, 2017).

1.2.4 První doba porodní

První doba porodní začíná od začátku pravidelných kontrakcí, které ovlivňují otevírání porodních cest. Tato doba je nejdelší fází celého porodu, ale u každé ženy může trvat různě dlouhou dobu (Bubeníková et al. 2020).

Z důvodu kontrakcí nastává pasivní rozvoj dolního děložního segmentu rodičky. Děložní hrdlo se otevírá a následně zanikne. Tato porodní doba je nejdelší. U prvodičky (primipara) je charakteristická dobou trvání sedmi až osmi hodin, u vícerodiček (multipara) trvá šest až sedm hodin (Hudáková a Kopačiková, 2017).

První dobu porodní rozdělujeme na tři fáze. První fáze se nazývá latentní fáze. V průběhu této fáze se kontrakce stabilizují a zejména se zvyšuje jejich frekvence, doba trvání a jejich síla (Roztočil et al., 2020). Na začátku se objevují v intervalech pět až deset minut a trvají zhruba patnáct až dvacet sekund. Na konci této fáze se pak opakují po pěti až sedmi minutách a trvají třicet až čtyřicet sekund (Hudáková a Kopačiková, 2017). První porod u žen obvykle probíhá pomaleji než následující porody, ale standardy toho, co je považováno za normální, se mohou značně lišit (Beaird et al., 2023).

Doba trvání velmi závisí na paritě ženy, somatickém a duševním stavu. Medikamenty mohou dobu trvání ovlivnit také a to zejména uterotonika, tokolytika a analgezie (Roztočil et al., 2020).

Pro latentní fázi je charakteristické současné rozevirání a roztahování hrdla za postupného zkracování (Roztočil et al., 2020).

Poté nastává fáze aktivní, kdy dochází ke zrychlení kontrakční aktivity (Hudáková a Kopačiková, 2017). Kontrakce jsou krátké a branka se dilataje na 2,5 cm a poté na 8 cm. U prvorodiček se za hodinu zvětší nález na brance o 1,2 cm. U vícerodiček zhruba o tři cm (Roztočil et al., 2020). Roztočil et al. (2020) ve své publikaci uvádí, že tyto údaje jsou velmi orientační, délka trvání aktivní fáze je velmi individuální a závisí na mnoha endogenních a exogenních faktorech.

Poslední fází první doby porodní je fáze tranzitorní. Je to období zpomalení rozvoje porodního nálezu. Branka se dilataje na osm až deset cm a dochází k sestupu náléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu. Zvyšuje se míra křížových bolestí a následují silné kontrakce po jedné až dvou minutách, které trvají padesát až šedesát sekund (Hudáková a Kopačiková, 2017). První doba porodní končí zánikem branky (Roztočil et al., 2020).

1.2.5 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní, jinak zvaná také jako vypuzovací je doba, kdy dochází u ženy k zániku branky. Porodnická branka zaniká tak, že se plně dilatuje a tato fáze trvá až do vypuzení plodu z porodních cest (Wilhemová et al., 2021).

Toto období představuje pro plod největší riziko. Při porodu může docházet ke komplikacím jako je špatný průběh porodu, dystokie ramének, nebo také porod koncem pánevním (Hofmeyr a Madliniki, 2020).

Druhá doba porodní se rozděluje na latentní neboli pasivní a aktivní část. V pasivní části je porodní cesta otevřená, ale vedoucí část plodu prozatím nedosahuje pánevního dna, z tohoto důvodu žena nemá potřebu tlačit a nezapojuje tak břišní lis. Na tuto část se napojuje aktivní část, která se vyznačuje tím, že vedoucí část plodu dosahuje pánevního dna. Vrstvy pánevního dna se rozvíjejí, dochází k rozevírání konečníku a žena pocítuje potřebu tlačit a zapojovat tak břišní lis (Wilhemová et al., 2021).

Při tlačení plodu je nezbytné, aby byl krček dělohy otevřený na 10 cm a plod dokončil vnitřní rotaci hlavičky. Pro efektivní využití kontrakce je rodiče doporučeno silně tlačit do konečníku a zároveň využít břišního lisu. Kontrakce se během vypuzování plodu mohou zpomalovat. Objevují se po 2 až 5 minutách a trvají 60 až 90 sekund (Bašková, 2015).

1.2.6 Třetí doba porodní

Třetí doba porod jinak nazývaná také jako doba k lůžku, je doba, která se počítá od porození dítěte a dovršuje odloučením a vypuzením placenty (Procházka a Pilka, 2018). Tato porodní fáze trvá 10 až 30 minut. Po porodu děložní činnost ustává a děloha se stahuje. Po několika minutách se v malé intenzitě objeví znovu děložní kontrakce, ale žena už je nepocítuje (Binder et al., 2015).

Děloha se stahuje, což vede ke snížení plochy kontaktu mezi placentou a stěnou dělohy. Během tohoto procesu dochází k postupnému přerušování kotvících sept mezi kotyledony (struktura placenty, která má své vlastní cévní zásobení) a na okraji placenty. V této části se začíná odlučovat placenta (Binder et al., 2015).

1.2.7 Doba poporodní

Po porodu se kontroluje celistvost placenty a plodových obalů. Na placentě se pozoruje céva, která by mohla být na okraji blan porušena. Dále se také prohlíží fetální a mateřská část placenty, kde nesmí být viditelné insuficietní změny a poté se kontroluje celistvost kotyledonů (Kašová a Janoušková, 2020).

Žena je v tomto období zejména nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Roztočil et al., 2020).

1.2.8 APGAR skóre

Na začátku 50. let vytvořila Dr. Virginia Apgar systém hodnocení fyzického stavu novorozenců a určení potřeby resuscitace zvaný Apgar skóre. (Joshi et al., 2023). Původně bylo hodnocení provedeno 1 minutu po porodu, ale poté se ukázalo, že hodnocení po 5 minutách, podle Apgar, předpovídá lepší šanci na přežití u novorozenců (Ahmed et al., 2023). Skóre Apgar obsahuje 5 složek (viz tabulka 1), které u novorozence hodnotí. Tyto složky zahrnují srdeční frekvenci, dechové úsilí, svalový tonus, reakci na podráždění a barvu kůže. Každý tento zástupce může získat od 0 do 2 bodů. Nejvyšší možný počet bodů je 10. Vyšší skóre odpovídá lepší fyzické kondici novorozence. Naopak nižší skóre je definováno jako hodnota pod 4 nebo hodnota pod 7. Tato hodnocení je spojeno s vyšším rizikem neonatální smrti u donošených dětí (Sundberg et al., 2023).

Pro zjištění srdeční akce je nutné využít fonendoskop, pulzní oxymetr a monitoraci EKG, která je vhodná spíše pro následné kontinuální vyšetření. Srdeční akce 100 tepů nebo více je uspokojivá. Pokud se akce pohybuje v rozmezí 60 až 100 tepů za minutu, lze předpokládat možnou hypoxii. Hodnota pod 60 tepů za minutu je velmi kritická a hypoxie je v tuto chvíli pravděpodobná. V případě, že nedojde k rozvoji efektivního spontánního dýchání nebo nedojde k vzestupu srdeční frekvence měla by být zahájena podpora dýchání (Truhlář et al., 2021).

Zhodnocení dýchání je prováděno tak, že se zaznamenává dechová frekvence, dechová práce a symetrie dýchacích pohybů. Z těchto záznamů se určuje, jestli lze dýchání považovat za adekvátní nebo neadekvátní, kdy je přítomen gasping nebo grunting. Poslední možností je že u vyšetření bude dýchání nepřítomné (Truhlář et al., 2021).

Svalový tonus označuje míru napětí svalů. U hypotonického novorozence, který má nedostatečné napětí svalů se zvyšuje pravděpodobnost nutnosti ventilační podpory. Míra oxygenace není výrazně patrná z barvy kůže. Po porodu je obtížné z barvy kůže rozpoznat cyanózu. Bledost kůže může signalizovat šok nebo méně častou hypovolémií (Truhlář et al., 2021).

1.2.9 Porodní komplikace

Patologická poloha plodu je jednou z prvních komplikací, která může nastat. Fyziologická poloha plodu je poloha podélná, ale v některých případech je spojena s naléháním plodu koncem pánevním. Při této poloze je hlava plodu lokalizovaná v oblasti děložního fundu. Tuto polohu lze rozlišovat dle způsobu držení plodu na pánevní konec úplný, kdy plod naléhá na pánevní vchod hýžděmi a oběma dolními končetinami a pánevní konec neúplný řitní, kde dochází jen k částečnému naléhání, a to pouze hýžděové části (Srp, 2014). Poloha koncem pánevním představuje pro plod možná rizika. Jedním z rizik je prolaps pupečníku při odtoku plodového vody nebo hypoxie plodu (Chod, 2022).

Plod může mít i polohu šikmou. Hlava plodu nebo konec pánevní excentricky naléhají na pánevní vchod (Chod, 2022). Tato poloha je indikací k ukončení porodu formou císařského řezu, pokud nemáme indikaci k tomuto výkonu, je možné využít medikamentózní zesílení děložní činnosti a dále společně s kontrakcí protrhnout vak blan, ve chvíli, kdy hlava plodu centricky naléhá na pánevní vchod. Poloha šikmá má tendenci přejít v polohu příčnou. Tato situace by znamenala okamžité ukončení porodu, a to formou císařského řezu (Srp, 2014).

Při porodu se mohou objevit další nepravidelné polohy, například poloha příčná, deflexní, temenní, čelní, nebo také obličejová (Srp, 2014).

Prolaps pupečníku (viz příloha 1) se řadí mezi další komplikace porodu. Lze pozorovat skrytý prolaps, který vzniká při porušení plodových obalů a pupečník začne naléhat na děložní hrdlo. K zřejmému výhřezu dochází tehdy, kdy při odtoku plodové vody odtéká i pupečník do pochvy (Hájek et al., 2014). Při prolapsu je velmi důležité, aby nedošlo ke kompresi pupečníku. Pomocí ruky se dilatuje branka a snažíme se o elevaci hlavy za stálé kontroly pulzace pupečníku (Janků a Texl, 2015).

Dystokie ramének vzniká v případě, že hlava plodu je porozena, ale ramena nelze spontánně porodit. Tato situace se může vyskytnout ve druhé době porodní. Porozené přední rameno plodu se zaklíní za horní okraj stydké spony (Roztočil et al., 2020). U takovéto komplikace může dojít ke vzniku poranění brachiálního plexu, traumatickému poškození centrálního nervového systému nebo zlomeninám dlouhých kostí. U rodičky může dojít k tržným ranám nebo krvácení (Hill a Cohen, 2016).

Dystokii ramének lze vyřešit různými manévry. Existuje například Zavanelliho nebo McRobertsův manévr. Při Zavanelliho manévru se hlava plodu ohne a zatlačí zpět do dělohy. McRobertsův manévr je často používán jako první volbou při dystokii ramének, protože je velmi jednoduchý. Rodička je vyzvána k úplné flexi kolen a kyčlí, poté může dojít ke změnám rozměrů pánve. Tento proces podpoří plod k lepšímu průchodu porodními cestami (Hill a Cohen, 2016).

V této situaci je třeba provést šetrné kroky k úspěšnému porodu plodu, a to nejdříve dokončit porod hlavy bez značné násilné rotace nebo elevace, stažení hráze pod bradu a provést epiziotomii. Zkontrolovat pupečník, zda se omotává okolo krku a určit polohu ramen. Dále pak využít výše zmíněný McRobertsův manévr, nebo také Ribemontův-Dessaigheho-Lapageův hmat, při kterém se uloží palce obou rukou na horní spánek plodu, dlaně na obličej nebo záhlaví a provede se trakce směrem dolů. Krokem, který bude tento postup porodu následovat, je vyvinutí suprapubického tlaku. To znamená, že se pěstí zatlačí za sponu matky, směrem proti páteři. V poslední fázi se provádí porod zadního raménka. Používají se rotační manévry a rodička se ke konci tohoto procesu přetáčí do polohy na čtyřech končetinách (Bubeníková et al., 2020).

Peripartální život ohrožující krvácení je v této práci vybráno jako poslední poporodní komplikací. Toto krvácení je definováno jako rychle narůstající krevní ztráta, kde dochází ke ztrátě 1500 ml a více. Tato ztráta je spojena s rozvojem klinických nebo laboratorních známek tkáňové hypoperfúze (Šťouráč et al., 2018). Toto krvácení je nejčastější příčinou mateřské morbidity a mortality, jehož podkladem je v 70 – 80 % atonie dělohy, následovaná v 10 - 15% porodním traumatem a 1-5% patologií placentace (placenta adherens, placenta accreta). Cílem je zástava života ohrožujícího krvácení a snaha o zachování dělohy za pomoci všech dostupných metod a léčebných postupů (Nosková, 2018). Nejdůležitější je určit příčinu vzniku krvácení a odstranit ji. Dalším krokem je zajistit periferní žilní vstup a přistoupit ke korekci tkáňové hypoperfúze. Pacientka

musí být neustále sledována pomocí monitorace a je vhodné zahájit oxygenoterapii. Lze zvažovat i další postupy, například masáž dělohy nebo bimanuální kompresi dělohy (Hrubá a Reslerová, 2020).

1.3 Překotný porod v přednemocniční péči

Překotný porod je spontánní porod, kdy dochází k porodu plodu do 3 hodin od začátku pravidelných kontrakcí nebo odtoku plodové vody. Uvádí se, že 2 % spontánních porodů jsou překotné. Tento porod nese potenciální nebezpečí jak pro matku, tak pro dítě. U žen hrozí riziko poranění děložního hrdla, pochvy nebo také vznik trhliny hráze a krevních výronů. U novorozence hrozí nitrolební krvácení při rychlých a prudkých změnách tlaku. Při silných kontrakcích a ruptuře pupečníku s možným krvácením dochází k hypoxii. Překotný porod je v přednemocniční péči složitý z důvodu možných komplikací a podmínky jsou tak omezené. Ihned po porodu musí být rodička i s novorozencem transportováni do porodnice k vyšetření a vyloučení jiných komplikací (Djakow a Blažek, 2021).

Příčiny překotného porodu mohou být různé. Objevují se silné děložní kontrakce, břišní kontrakce, nízkých odpor měkkých porodních cest a někdy také vzácná absence bolestivých pocitů (Suzuki, 2015).

U rodičky je důležité, aby záchranář vyhodnotil rizikové faktory, které mohou vypovídat o možnosti vzniku překotného porodu. Rizikový faktor překotného porodu je anamnéza překotného porodu v minulosti nebo také multipara (žena, která rodila vícekrát). Riziko představuje i malý plod. Je velmi důležité zjistit, zda žena neměla v průběhu těhotenství hypertenzní onemocnění, abrupci placenty nebo nedostatečný uzávěr děložního hrdla. Užívání drog v průběhu těhotenství je pro ženu i pro dítě rizikem (Djakow a Blažek, 2021).

Příznak překotného porodu je spontánní porod, který má krátkou první porodní dobu a trvá méně než 2 hodiny. Rozvíjí se častější kontrakce, dochází k odtoku plodové vody a žena pociťuje tlak na konečník. (Peřan et al., 2023).

Záchranář se musí rozhodnout, zda rodičku transportovat do nemocničního zařízení nebo porod odvést ve vozidle zdravotnické záchranné služby. Největší roli hraje síla a frekvence kontrakcí. Také musí pomyslet na vzdálenost do nemocničního zařízení. Pokud žena udává silný tlak na konečník a nucení k tlačení je transport kontraindikován (Janků a Texl, 2015).

Doby porodní se u překotného porodu liší. První doba porodní je obvykle zkrácená nebo úplně chybí. V této fázi je nezbytné, aby měl záchranář zjištěné základní informace o rodičce. Prioritní informací je vědět, v jakém týdnu těhotenství je, a o kolikátý porod se jedná. Dále se musí sledovat jak často se objevují kontrakce a zde odtéká plodová voda. Pro ženu je velmi důležitý tepelný komfort, který by měl záchranář zajistit a také ji uložit do polohy v polosedě nebo na levý bok (Djakow a Blažek, 2021).

Před druhou dobou porodní musí být připravený porodnický balíček. Balíček je rozdělen na část pro matku a na část pro dítě (Slezáková et al., 2017). Tento balíček obsahuje sterilní rukavice, chirurgické nůžky, svorky a tkanice na podvázání pupečníku a sterilní čtverce. Mimo jiné některé balíčky mohou obsahovat také sterilní roušku, plenu, izotermickou fólii, vložku a podložní roušku, která se přikládá pod rodičku a pod dítě. V poslední řadě se v balíčku nachází sáček k uložení plodových obalů (Djakow a Blažek, 2021).

Záchranář musí ve druhé době porodní správně odebrat anamnézu rodičky a také prostudovat její těhotenskou knížku. Tato doba porodní trvá v tomto případě několik minut až jednu hodinu. Pokud záchranář vidí hlavu v porodních cestách musí rodičku instruovat k tlačení. V druhé době porodní je plod vypuzený ven a v přednemocniční péči je důležité, aby byl dodržen správný postup porodu. Poloha ženy musí být na zádech s abdukovánými a pokrčenými dolními končetinami. Záchranář si připraví porodnický balíček a dezinfikuje roditel. Levou rukou chrání hráz ženy a pravou ruku přikládá na prořezávající hlavu dítěte a usměřňuje tak její postup. Hlava dítěte se tímto způsobem začne sklánět dolů a v tomto případě se musí porodit přední rameno. Dále se rodí zadní rameno a poté následuje porod trupu a nohou (Djakow a Blažek, 2021).

Po porodu novorozence se okamžitě začíná s jeho ošetřením, kdy se sleduje jeho barva a svalový tonus. Poté se očistí plenu a znovu se hodnotí jeho stav. Pro novorozence je nezbytné udržení jeho tepelného komfortu, protože rychle ztrácí teplo. Jako prevenci,

kteřou můžeme udělat ve vozidle záchranné služby je mít dostatečně přehřáté prostředí (Djakow a Blažek, 2021). Dalším krokem k udržení tepelného komfortu je krytí hlavy, kde hrozí největší tepelné ztráty. Pokud je to vhodné, tak se podváže a odstříhne pupečník. Po odstříhnutí pupečníku se zabalí jeho celé tělo. Při tomto celkovém procesu ošetřování probíhá neustálá kontrola barvy kůže a svalového tonusu. Novorozence se po ošetření předá matce (Šeblová et al., 2018). V této chvíli zaznamenává záchranář čas porodu (Djakow a Blažek, 2021).

V přednemocniční péči se ve třetí době porodní na porod placenty nevyčkává a ihned po porodu se pacientka transportuje do zdravotnického zařízení. V případě, že dojde k odloučení placenty musíme postupovat dle určených kroků. Nejprve ženu požádáme, aby zadržela dech a zatlačila, za pupečník nesmíme tahat. Placenta, která se odloučila je poté vložena do igelitového sáčku a odesílá se k vyšetření společně s rodičkou a dítětem. Po odloučení je důležité rodidla očistit a překrýt sterilními čtverci (Djakow a Blažek, 2021).

Poporodní péče o matku zahrnuje uložení ženy do polohy na zádech nebo do polosedu s nataženými končetinami. Příkladá se vložka na genitál a sleduje se množství krevní ztráty. Nezbytná je také monitorace fyziologických funkcí (Janků a Texl, 2015).

1.3.1 Komplikace překotného porodu

Překotný porod, který je charakteristický svou rychlostí a silou děložních kontrakcí ohrožuje matku i dítě případným vznikem různých poranění (Janoušková, 2020).

U rodičky hrozí z náhlého roztažení porodních cest vznik traumat měkkých porodních cest (Janoušková, 2020). Mezi poranění měkkých porodních cest patří ruptury pochvy, perinea nebo děložního hrdla. Může také dojít k ruptuře dělohy nebo poporodnímu krvácení (Chung et al., 2022).

Při ruptuře dělohy je viditelná hranice mezi svalovinou děložního těla a mezi dilatovaným děložním segmentem, která se postupně posouvá nahoru směrem k pupku. Žena před hrozící rupturou dělohy pociťuje prudkou bolest a dochází k vymizení kontrakcí (Moravcová, 2020).

Poporodní krvácení neboli primární pospartální hemoragie (PPH) je život ohrožující stav, kde dochází ke krevním ztrátám více jak 500 ml. Pro zdravotnické záchranáře je velmi obtížné určit množství krevní ztráty, proto se hodnotí doba trvání krvácení a jeho intenzita. V přednemocniční péči se postupuje dle ABCDE, kdy se pomocí tohoto vyšetření pacientka zajistí. V tomto případě se především zaměřuje na písmeno C. Ženě se zajistí PŽK a podají se uterotonika nebo hemostatika a zajistí se transport do nemocničního zařízení (Šeblová et al., 2018). Jedním z bezpečných a dobře přijatelných zástupců uterotonic je oxytocin (Schultz et al., 2021). Primárním opatřením při zástavě krvácení z dělohy je masáž děložního fundu (Šeblová et al., 2018). V případě významného krvácení může dojít k vzniku hemoragického šoku, což vyžaduje zahájení terapie podáním krystaloidů nebo koloidů pro dodání objemové náhrady (Seidlová a Buliková, 2019).

Novorozenci jsou ohroženi vznikem nitrolebního krvácení, hypoxie nebo ruptury pupečníku s rizikem vykrvácení (Mixa et al., 2021). Fetální hypoxie vzniká v souvislosti s nadměrnou frekvencí a silou děložních kontrakcí (Janoušková, 2020). Fetální oxygenace je závislá na výměně plynů v placentě mezi mateřskou a fetální krví až do porodu (Mouradian et al., 2021). Pokud po porodu dojde k tomu, že dítě nemá adekvátní APGAR skóre a znamená to, že nedýchá, musí se v první řadě řešit ventilace. Hlavním cílem je provzdušnit plíce pomocí resuscitačního vaku a těsnící masky provedením pěti inflačními vdechy, kdy pauza mezi vdechy je 2 až 3 sekundy. Poté se znovu provede zhodnocení novorozence pomocí APGAR skóre. Pokud skóre dosáhne hodnoty 7 stav je v pořádku a může být tak předáno matce (Klinclová, 2019).

1.3.2 Resuscitace novorozence

Po porodu dítěte je nezbytné provést zhodnocení stavu pomocí APGAR skóre. Při manipulaci s novorozencem můžeme nejprve využít taktilní stimulace, například při jeho osušení, nebo provést stimulaci plosek nohou a zad, po stranách páteře. V případě, že zjistíme, že dýchání není dostatečné, je indikací zprůchodnění DC. Pokud nedýchá nebo jsou přítomny lapavé dechy, je nutností provést 5 inflačních vdechů pomocí novorozeneckého resuscitačního vaku, za stále monitorace saturace a elektrokardiografie. Dále se provádí zhodnocení stavu. Pokud se srdeční frekvence nezvýšila, nutno sledovat pohyby hrudníku. Pokud se hrudník nezvedá, tak probíhá kontrola masky, hlavy a dolní čelisti. Dále probíhá zopakování pěti inflačních vdechů a hodnocení stavu dítěte. Pokud nedejde po 30 sekundách ventilace k vzestupu srdeční frekvence a frekvence je pomalá

(pod 60 tepů za minutu), je nutností zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Resuscitace bude probíhat v poměru 3 stlačení hrudníku a 1 vdech. Dále je na místě zvážit intubaci nebo použití laryngeální masky, v případě, že intubace není možná (Truhlář et al., 2021).

1.3.3 Kompetence zdravotnického záchranáře v rámci porodu

Vyhláška č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanovuje, že záchranář může provádět neodkladné výkony v souvislosti s probíhajícím porodem a poskytnutí prvního ošetření novorozence. Dále je oprávněn zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu u matky a dítěte. Dále dle vyhlášky 55/2011 Sb. mimo porod, může zajišťovat žilní přístup do cévního řečiště, ošetřovat krvácení a podávat kyslíkovou terapii.

Od roku 2010 existuje specializační vzdělávání v oboru zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu, který dle vyhlášky č.55/2011 vykonává činnosti podle § 17 a § 54 písm. a), může pracovat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, nebo bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. S touto specializací může například zahájit a provádět poresuscitační péči v přednemocniční neodkladné péči, včetně analgosedace. Dále pak provádět externí kardiostimulaci nebo pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích. Dále může také provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami.

1.3.4 Komunikace záchranáře s rodičkou

Komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a rodičkou je základní složkou efektivního poskytování zdravotnických služeb. Pro vybudování bližšího vztahu s rodičkou je nezbytné využití efektivní komunikace. Tuto komunikaci lze usnadnit chováním záchranáře. V první radě je důležité vyhnout se křiku a hrubosti. Naopak je podstatné pokusit se o navázání oboustranného dialogu a efektivně využívat verbální i neverbální komunikaci (Madula et al., 2018).

Při porodu v terénu záchranář pocítuje stres a obavy, ale i přesto by měl postupovat profesionálně. Ženě by se měl představit a popisovat jednotlivé výkony, které provádí

(Afulani et al., 2020). Při porodu je potřeba rodičku uklidnit a podpořit. V případě, že nemá nucení na tlačení je potřeba jí instruovat k pravidelnému dýchání. Při nástupu kontrakcí je nutné rodičce doporučit povrchové rychlé a mělké dýchání (Vlk, 2019).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat postoj zdravotnických záchranářů k překotnému porodu.

Cíl 2: Zjistit, jaký mají názor zdravotničtí záchranáři na současnou situaci vzdělávání v oboru porodnictví.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v oblasti porodnictví

Výzkumná otázka č. 2: Jaké znalosti mají zdravotničtí záchranáři v souvislosti s komplikacemi při překotném porodu?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou představy zdravotnických záchranářů o dalším vzdělávání na téma překotný porod?

Výzkumná otázka č. 4: Jaký mají postoj zdravotničtí záchranáři k celoživotnímu vzdělávání v oblasti porodnictví?

Výzkumná otázka č. 5: Jakým způsobem zaměstnavatel podporuje zdravotnické záchranáře ke vzdělávání v oblasti porodnictví?

Výzkumná otázka č. 6: Jaké problémy vidí zdravotničtí záchranáři v situaci vzdělávání s tématem překotný porod?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumné šetření

K dosažení výsledků bylo využito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly provedeny se zdravotnickými záchranáři ZZS v Jihočeském kraji. Během rozhovoru záchranáři odpovídali na 19 otázek, které vedly k naplnění cílů v této bakalářské práci. Všechny odpovědi byly zaznamenávány prostřednictvím rukou psaných poznámek. Všichni dotazovaní byli označeni zkratkami I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10 a I11 tak, aby došlo k zachování anonymity.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen s náhodně vybranými zdravotnickými záchranáři z Jihočeského kraje. Dohromady bylo osloveno 11 informantů. Všichni z dotazovaných souhlasili s poskytnutím rozhovorů pro výzkumnou část bakalářské práce na téma Problematika překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře. Výzkumné šetření probíhalo od března 2024 do dubna 2024.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 2: Identifikační údaje informantů

Informant (I)	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba pracovního poměru u ZZS	Kraj
I1	žena	DiS.	21 let	Jihočeský
I2	žena	DiS.	14 let	Jihočeský
I3	muž	Bc.	1 rok	Jihočeský
I4	žena	středoškolské s maturitou + specializace ARIP	29 let	Jihočeský
I5	žena	středoškolské s maturitou + specializace ARIP	24 let	Jihočeský
I6	muž	DiS.	22 let	Jihočeský
I7	muž	DiS.	2 roky	Jihočeský
I8	muž	Mgr.	8 let	Jihočeský
I9	muž	Bc.	7 let	Jihočeský
I10	muž	Mgr.	12 let	Jihočeský
I11	muž	Bc.	16 let	Jihočeský

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 zahrnuje pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, dobu pracovního poměru u zdravotnické záchranné služby a kraj ve kterém informanti pracují. Mezi oslovenými informanty byly 4 ženy a 7 mužů. Mezi informanty mají nejvyšší dosažené vzdělání I8 a I9, a to magisterské. Informanti I3, I9 a I11 dosáhli bakalářského titulu. Největší počet dotazovaných informantů dosáhli vyššího odborného vzdělání, a to I1, I2, I6 a I7. Pouze I4 a I5 dosáhly středoškolského vzdělání s absolvováním specializace v anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péči. Celková doba pracovního poměru informantů u zdravotnické záchranné služby se pohybuje v rozmezí od 1 do 29 let. Pracovní poměr informanta I3 u zdravotnické záchranné služby trvá pouze 1 rok, zatímco informant I4 má nejdelší pracovní poměr, a to 29 let. Všichni z dotazovaných pracují u zdravotnické záchranné služby v Jihočeského kraji.

4.2 Analýza dat z rozhovorů se zdravotnickými záchranáři

Z vyhodnocených informací získaných prostřednictvím kvalitativního výzkumu byl určen seznam kategorií a s tím spojené podkategorie. Celkem bylo pro tento výzkum vymezeno 5 kategorií a 15 podkategorií.

První kategorie má název „Zkušenosti záchranářů v oblasti porodnictví“ a je rozdělena do 4 podkategorií: „Četnost porodů v rámci práce u ZZS“, „Zkušenost s překotnými porody“, „Postup při překotném porodu v PNP“ a „Obavy spojené s porodem v PNP“.

Druhá kategorie je označena jako „Znalosti záchranářů o komplikacích při překotném porodu“ a dělí se na 4 podkategorie: „Komplikace ohrožující rodičku“, „Komplikace ohrožující novorozence“, „Zkušenosti s komplikacemi“ a „Řešení hemoragického šoku“.

Třetí kategorie nazvaná „Vzdělávání související s překotným porodem a podpora zaměstnavatele ve vzdělávání“ se rozděluje do 3 podkategorií: „Příprava na porod během studia“, „Četnost a obsah školení týkající se porodů v rámci zaměstnání u ZZS“ a „Problematika překotného porodu ve výcvikových střediscích“.

Čtvrtá kategorie s názvem „Celoživotní vzdělávání v oblasti porodnictví“ se člení do 2 podkategorií: „Rozšíření vzdělání“ a „Hodnocení stáží a preferovaná pracoviště pro stáž na porodnických pracovištích“.

Pátá závěrečná kategorie nese název „Problémy ve vzdělávání“ a je rozdělena na 2 podkategorie: „Názory na problematiku překotného porodu v PNP“ a „Školení o komplikacích při překotném porodu“.

Tabulka 3: Kategorie a podkategorie výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Zkušenosti záchranářů v oblasti porodnictví	Četnost porodů v rámci práce u ZZS
	Zkušenost s překotnými porody
	Postup při překotném porodu v PNP
	Obavy spojené s porodem v PNP
Znalosti záchranářů o komplikacích při překotném porodu	Komplikace ohrožující rodičku
	Komplikace ohrožující novorozence
	Zkušenosti s komplikacemi
	Řešení hemoragického šoku
Vzdělávání související s překotným porodem a podpora zaměstnavatele ve vzdělávání	Příprava na porod během studia
	Četnost a obsah školení týkající se porodů v rámci zaměstnání u ZZS
	Problematika překotného porodu ve výcvikových střediscích
Celoživotní vzdělávání v oblasti porodnictví	Rozšíření vzdělání
	Hodnocení stáží a preferovaná pracoviště pro stáž na porodnických pracovištích
Problémy ve vzdělávání	Názory na problematiku překotného porodu v PNP
	Školení o komplikacích při překotném porodu.

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 Zkušenosti záchranářů v oblasti porodnictví

Kategorie Zkušenosti záchranářů v oblasti porodnictví zkoumá četnosti porodů, se kterými se záchranáři setkali v rámci svého zaměstnání u zdravotnické záchranné služby. Zaměřuje se na jejich zkušenosti s překotným porodem a pozornost je také věnovaná

postupu při překotném porodu v přednemocniční péči. V poslední části směřuje na obavy z porodu z pohledu zdravotnických záchranářů a popisuje jejich důvody.

Podkategorie 1 Četnost porodů v rámci práce u ZZS

V této podkategorii informanti udávají, jak často se setkali s porodem v rámci svého zaměstnání u zdravotnické záchranné služby.

Informantka I1 uvedla, že se s porodem v rámci svého zaměstnání nikdy nesešla. Tuto informaci poskytl také informant I3. Naopak informantka I2 uvádí: „*S porodem jsem se setkala dvakrát, ale vždycky jsem přijela na místo a dítě už bylo porozený*“. Stejnou frekvenci porodů uvedli informanti I4, I6 a I9.

Informant I7 se setkal s porodem v přednemocniční péči pouze jednou a sdělil: „*Rodil jsem jednou, a ještě k tomu v autě. No a jinak jsem vždycky jen transportoval rodičku do nemocnice.*“ Také informant I11 uvedl, že se s porodem setkal pouze jednou, ale podmínky byly vhodnější než u informanta I7.

Největší četnost porodů byla zaznamenána u informantů I5, I8 a I10. Informantka I5 se setkala s porodem čtyřikrát a informant I8 přišel do kontaktu s porodem dohromady pětkrát. U informanta I10 byla zjištěna největší četnost porodů ze všech dotazovaných, kdy se za svou kariéru setkal s porodem desetkrát, z toho celkem osmkrát rodil.

Podkategorie 2 Zkušenost s překotnými porody

Tato podkategorie poskytuje informace o tom, zda se informanti setkali s překotným porodem. S překotným porodem se setkali všichni dotazovaní kromě informantů I1, I3 a I9. Informantka I2 se setkala s překotným porodem jednou a sděluje: „*Poprvé jsem jela k překotnému porodu, když rodička rodila s doulou doma, ve druhém případě se mi stala situace, kdy se zdálo, že to překotný porod je, ale plod už byl macerovaný, takže jsme rodili mrtvé dítě, kdy ta rodička měla silný a hodně intenzivní kontrakce. Bylo to strašný, takže ani jedna moje zkušenost určitě nebyla příjemná.*“ Podobnou situaci jako informantka I2, ve své první zkušenosti, popisuje i informantka I4, která se během své práce u ZZS setkala s překotným porodem v domácím prostředí za přítomnosti duly. Pacientku poté transportovali směrem do nemocnice, avšak cestou tam porodila již ve vozidle. Dle jejích slov porod probíhal velmi rychle.

Informantka I5 ohledně své zkušenosti zodpověděla: „K překotnému porodu jsem měla výjezd naposledy asi před rokem, teď přesně si nevzpomínám. Když jsme tam přijeli, tak dítě už bylo na světě, takže bylo nezbytně nutné provést poporodní ošetření, hlavně jsem kladla důraz na to, aby dítě neprochladlo. No, a nakonec jsem přestříhávala pupečník.“

Informant I6 a I11 zažili překotný porod pouze jednou, přičemž popisují podobný průběh situace jako informantka I5. K těmto informacím informant I6 doplnil: „Kromě toho, že jsem se hodně soustředil na dítě, což byla pro mě v ten moment největší priorita, samozřejmě jsem monitoroval rodičku a sledoval poporodní krvácení. Z toho mám mimochodem velký obavy, protože jak ten porod jede rychle, tak se může snadno poranit genitál a pak se může fakt dost rozkrvácet.“

Informant I7 zažil překotný porod ve stejné četnosti jako informanti I6 a I11, ale na rozdíl od nich, rodil ve vozidle záchranné služby. Jeho zážitek s překotným porodem více přiblížil: „Já jsem rodil jenom jednou, a to bylo ještě k tomu tak, že ta ženská ve výtahu měla úplně šílený kontrakce, chvíli jsem si i myslel, že porodí tam. Nakonec jsme jí pak rychle přendali do auta, to jsme našťastí ještě stihli. Potom už nám porodila v autě, ale všechno bylo v pohodě a hodně rychlý.“

Informanti I8 a I10 zažili překotný porod v přednemocniční péči ve více případech. Situace, kdy se setkali s překotným porodem, byly s komplikacemi, které ohrožovali vitální funkce plodu i rodičky. Informant I10 přesněji popsal: „Překotný porod jsem řešil několikrát, ale dvakrát se mi stalo, že rodička začala silně krvácet a rozvinul se u ní hemoragický šok. Takže jsem musel situaci urychleně vyřešit, a ještě k tomu jsem si na místo okamžitě dovolával RV posádku.“

Podkategorie 3 Postup při překotném porodu v PNP

V této kategorii je podrobně popsáno, jakým způsobem by záchranáři postupovali při překotném porodu.

Informantka I1 by si k porodu připravila pomůcky, zahrnující porodnický balíček a pomůcky k resuscitaci. U rodičky by zajistila PŽK, aby mohla v případě potřeby podat léky nebo zahájit podávání krystaloidních roztoků. Při samotném porodu by instruovala ženu k tlačení, při nástupu kontrakcí, a snažila by se chránit hráz, aby nedošlo k jejímu natržení. Protože se jedná o překotný porod, dbá na to, aby dítě co nejrychleji zachytila, protože může rychle vyklouznout ven. Po porození by novorozence osušila, provedla

rychlé zhodnocení jeho stavu pomocí APGAR skóre a zabalila do termofólie. Nakonec by přešla na podvaz pupečníku a zhodnocení celkového stavu matky. Po ošetření novorozence a matky usiluje o rychlý transport do nemocničního zařízení.

Ostatní dotazování by zvolili podobný postup jako informantka I1. Informantka I2 dodala: „*Po porození dítěte hodnotím, jestli dýchá nebo nedýchá. V případě, že nedýchá, tak okamžitě zahajuju inflační vdechy pomocí ambuvaku.*“ Přesný postup udal informant I3, který detailně vysvětlil, jakým způsobem by dítě porodil: „*Ve chvíli, kdy vidím hlavičku mezi porodními cestama, začínám povzbuzovat rodičku k tlačení při nástupu kontrakce a chráním hráz. Potom, co se hlavička začne tlačit ven, snažím se jí brzdít, aby rychle nevystřelila ven. Jakmile je porozená hlavička, tak dítě nasměřuju tak, aby vyklouzlo jedno ramínko, následně druhý, a nakonec porodím zbytek tělíčka.*“

Informantka I5 k postupu u překotného porodu zahrnuje také informaci o transportu matky a dítěte: „*V zájmu matky a dítěte, by to mělo být tak, že transport bude probíhat zvlášť, to znamená, že bych pro to dítě vyslala další auto. A to proto, že během převozu není úplně bezpečný novorozence převážet na matce. Kdyby se pak něco stalo, tak je to hroznej průser. Ale podle mě, na jednu stranu je to správně, z hlediska bezpečnosti, ale na druhou stranu to taky dobře není, kvůli tomu, že to dítě by se nemělo od mámy dávat pryč.*“

Z pohledu informanta I8 je při překotném porodu klíčovou složkou schopnost rychlé reakce a zajištění bezpečnosti, jak matky, tak i dítěte. Zvláště spolupráce s jeho kolegou řidičem je nezbytně důležitá. Proto by se ho pokoušel instruovat tak, aby mu kolega byl schopen poskytnout potřebnou asistenci.

Informant I10 se podělil o to, že je možné si v českobudějovické nemocnici dovolat porodní tým a nechat tým porodníků odrodit ve vozidle záchranné služby před nemocnicí.

Podkategorie 4 Obavy spojené s porodem v PNP

Tato podkategorie se zabývá konkrétními obavami zdravotnických záchranářů v souvislosti s porodem v přednemocniční péči.

Na otázku, jestli má obavy z porodu v přednemocniční péči, informantka I1 odpověděla: „*No já bych rodit nechtěla, netoužím po tom a ráda bych se tomu vyhnula. Mám z toho velkej respekt, protože je to věc, kterou moc netrénujeme, a obecně se moc často nestává,*

že bychom k porodům jezdili.“ Informantka I2 na tuto otázku zodpověděla podobným způsobem jako informantka I1, ke své odpovědi dále doplnila: „*Po mých zkušenostech s porodem se toho prostě bojím, protože vždycky, když jsem jela k porodu, tak se objevily komplikace.*“ Obavy z možných komplikací při porodu sdílí i informantka I4, informant I6 a I7, a to především v souvislosti s novorozencem.

Informant I3 pociťuje obavy z porodu a přistupuje k němu, jako k velmi stresové situaci, a to zejména z toho důvodu, že má zodpovědnost, jak za matku, tak i dítě.

Informantka I5 ohledně svých obav z porodu sdělila: „*Já mám největší obavy z toho, že se ten porod prostě zastaví. Představa, že budu rodit v terénu, a to dítě prostě nepůjde ven, tak jak by mělo, mě děsí.*“

Informant I8 hovořil o tom, že největší nátlak je pro něj celková situace spojená s porodem. Vnímá ji jako velmi intenzivní zážitek a stres v tomto okamžiku hraje velkou roli. Obavy z této situace vnímá spíše obecně.

Informanti I9, I10 a I11 nahlízejí na porod jako na stresovou situaci, ale nepociťují z porodu obavy. Namísto toho se pokouší myslet dopředu, všechny své úkony pečlivě zvažovat a předvídat možné komplikace, které by mohly nastat, což je pro ně zásadní pro zachování klidu a jasného plánu pro jejich další postup.

Kategorie 2 Znalosti záchranářů o komplikacích při překotném porodu

Kategorie Znalosti záchranářů o komplikacích při překotném porodu se celkem skládá ze čtyř podkategorií. První dvě podkategorie zkoumají znalosti záchranářů o komplikacích u rodičky a novorozence. Třetí podkategorie se zaměřuje na jejich osobní zkušenosti s komplikacemi a čtvrtá podkategorie popisuje, jakým způsobem by řešili hemoragický šok.

Podkategorie 1 Komplikace ohrožující rodičku

Tato podkategorie se věnuje komplikacím ohrožujícím rodičku při překotném porodu a zkoumá znalosti zdravotnických záchranářů o těchto problémech.

Na otázku, jestli ví, jaké komplikace hrozí při překotném porodu v souvislosti s rodičkou informantka I1 sdělila: „*Komplikace, která mě napadá jako nejzásadnější je peripartální krvácení, který by pak mohlo přejít v hemoragický šok.*“ Informantky I2, I4, I5

a informant I10 se ztotožňují s odpovědí informantky I1. Informant I6 také zmínil peripartální krvácení a dále uvedl, že před samotným porodem zajistí PŽK, připojí rodičku k monitoru a zahájí podávání krystaloidních roztoků. Udržování hydratace pomocí roztoků vnímá jako prevenci, která může snížit vznik nadměrného krvácení. K dalším možným komplikacím neudal žádné informace, protože se v této situaci primárně soustředí na zdraví dítěte.

Informant I3 odpověděl, že může dojít k poškození placenty, z důvodu rychlého průběhu porodu, a následnému krvácení. Informant I7 sdílí podobnou odpověď jako informant I3.

Informanti I8 a I9 ve svých odpovědích zmínili peripartální krvácení a poranění genitálu, a to v důsledku rychlého průchodu hlavy porodními cestami.

Informant I11 sdělil, jako zbytek dotazovaných, že rodičku nejvíce ohrožuje rozvoj většího krvácení. Poté vysvětlil, že toto krvácení může být způsobeno poraněním dělohy v důsledku intenzivních kontrakcí během porodu.

Podkategorie 2 Komplikace ohrožující novorozence

Tato podkategorie se zaměřuje na odpovědi informátorů na otázku, které komplikace mohou nastat při překotném porodu spojené s novorozencem.

Všichni informanti se ve svých odpovědích shodli na tom, že hypoxii vnímají jako závažnou komplikaci, která může nastat při překotném porodu v souvislosti s novorozencem.

Informantka I1 a informanti I3, I7 a I11 jako jedinou komplikaci, která by mohla nastat u novorozence, uvedli pouze hypoxii.

Informantka I2 více rozvedla svou odpověď: „*Já si myslím, že právě novorozenec je nejvíce ohrožený ohledně těch komplikací. Když teď pomínu hypoxii, tak další věc je právě třeba poranění, který se může při tom porodu stát. Překotnej porod probíhá rychle, a to dítě může velmi rychle vyklouznout ven a tím se poranit. Já sama slýchávám, že spousta matek porodilo do vany nebo na záchodě. Další komplikace mě napadá ještě ruptura pupečníku.*“ Tuto komplikaci zmínila i informantka I5 a informanti I6, I8 a I10.

Informantka I4 zmínila také rupturu pupečníku. Avšak podrobněji vysvětlila, jakým způsobem může ruptura vzniknout: „*Při překotném porodu může snadno dojít k ruptuře.*

Z toho důvodu je to pro mě jedna z komplikací, na kterou bych určitě pomýšlela. Překotný porod je rychlý a nejde moc kontrolovat jeho průběh, proto se na ten pupečník může vyvíjet silnej tlak. No, anebo se plod může nacházet ve špatný pozici, a to má na pupečník vliv taky.“

Informanti I8 a I10 uvedli, jako jediní z respondentů, další z komplikací, a to nitrolební krvácení. Jako příčinu vzniku tohoto krvácení popsali náhlý průchod hlavy porodními cestami a následnou změnu tlaku, která působí na hlavu plodu.

Podkategorie 3 Zkušenosti s komplikacemi

Podkategorie zkušenosti s komplikacemi pojednává o zkušenostech záchranářů v souvislosti s komplikacemi při překotném porodu.

Informantka I1 a informanti I3 a I9 nemají zkušenosti s komplikacemi při překotném porodu, protože se s ním neseťkali.

Informantka I5, informant I7 a informant I11 se setkali s překotným porodem, ale vždy byl bez jakýchkoliv komplikací.

Informantka I2 se setkala s hypotermií u novorozence a ve své odpovědi uvedla: „*Tenkrát to bylo tak, že jsme vyjížděli k překotnému porodu. No, pamatuju si to do dnes. Ta rodička porodila na podlaze, a ještě k tomu v zimě. My jsme přijeli na místo, dítě už bylo porozený. Jenže tam byl problém v tom, že zaprvý maminka byla nahá a měla dítě na sobě, a to nebylo vůbec v ničem zabalený. Do toho i v tom baráku byla fakt zima. Dítě po porodu prostě potřebuje tepelnej komfort. Pokud ho nemá, tak je to problém, novorozenci na to hodně trpí. Takže v první chvíli jsem kontrolovala, jestli vůbec dýchá, pak jsem ho zabalila do termofolie a napojila na monitor. V autě jsme dávali ještě kyslík, protože mělo nízkou saturaci. Potom jsme transportovali matku i dítě ihned do nemocnice.“*

Informantka I4 a informant I8 se setkali s horší poporodní adaptací. Informantka I4 k této informaci dodala, že konkrétně se v jejím případě jednalo o hypoxii. Informant I8 má stejně jako informantka I4 zkušenost s hypoxií, ale mimo jiné má zkušenost i s hypotermií, podobně jako informantka I2. Svou zkušenost vyličil jako závažný hypoxický stav u novorozence, z důvodu nepravidelné dechové aktivity. Dále se situace začala vyvíjet nízkou srdeční frekvencí. Byl tak nucen přistoupit ke KPR, která byla nakonec úspěšná.

Informant I6 zažil předčasný porod, který byl překotný. Stejně jako u informantky I4 a informanta I8, se zde vyskytla hypoxie. Informant přiblížil celou situaci: „*Ano dítě bylo mírně cyanotické, ale nebylo to nic závažného. Byla zahájena oxygenoterapie a také jsem během transportu odsával z dutiny ústní.*“

Informant I10 byl u překotného porodu, kde se rozvinuly komplikace ze strany rodičky. Po porodu začala intenzivně krvácet. Opatření, která provedl vyličil ve své odpovědi: „*Stalo se mi, že se rodička po porodu fakt silně rozkrvácela. Začal jí hodně klesat tlak, byla celá bledá a měla tachykardii, na místě už jsem měl naštěstí i doktora, takže jsem se cítil líp. Měli jsme zajištěnou žílu a nechali jsme kapat Hartmanna. Pak dle lékaře jsme podali exacyl a dali jsme jí kyslík. No a pak už jsme jí převáželi co nejrychleji do nemocnice.*“

Podkategorie 4 Řešení hemoragického šoku

V této podkategorii se zkoumají odpovědi informantů na otázku, jakým způsobem by řešili hemoragický šok.

Základní volbou v řešení hemoragického šoku je pro všechny informanty volumoterapie. Všichni informanti by při hemoragickém šoku zajistili PŽK a začali s podáváním volumoterapie ve formě krystaloidních roztoků. Hartmannův roztok dominuje mezi nejčastěji zmiňovanými roztoky. Ti respondenti, kteří zvolili možnost podání léčivých přípravků, zdůraznili, že všechno musí být řádně prokonzultováno s lékařem.

Informantka I1 by dále postupovala tak, že po podání volumoterapie, v podobě hartmannova roztoku, pokračuje podáním léčivých přípravků. Zmínila léky jako exacyl a methylergometrin. Dále ke své odpovědi doplnila, že kromě medikamentů a volumoterapie je také nezbytný termomanagement. Informantka I2 by zvolila podobný postup jako informantka I1, s tím rozdílem, že volbu methylergometrinu nezmínila. Informantka I2 dodala: „*Já bych v tuhle chvíli situaci konzultovala s lékařem po telefonu a popřípadě bych si ho nechala vyslat na místo.*“ Podání volumoterapie a zajištění termomanagementu zvolil i informant I3, avšak nezmínil použití exacylu, jako informantky I1 a I2, ale jeho volbou by byl oxytocin a methylergometrin. Konkrétně k volumoterapii dodal: „*Hartmannův roztok bych nechal kapat přetlakem. Přetlak mi vlastně udělá to, že dodání tekutin je rychlejší a efektivnější, což při hemoragickém šoku*

člověk potřebuje, protože kvůli krvácení mu rychle klesá tlak. “ Kromě léčivých přípravků zmínil také možnost vyvíjení tlaku na dělohu, jako opatření k zástavě krvácení.

Informantky I4, I5 a informant I11 by využili pouze zahájení volumoterapie a zajištění termomanagementu. Informantka I4 by zvolila k volumoterapii hartmannův roztok, oproti informantce I5, která volí aplikaci fyziologického roztoku (NaCl 0,9 %).

Informant I6 neurčil k léčbě hemoragického šoku, oproti ostatním informantům, žádnou z variant léčivých přípravků. Jeho znění odpovědi bylo: *„No otázkou je, co bych mohl já sám udělat. Určitě bych jí dal něco vykapat. My vozíme Gelaspan nebo třeba fyziologický roztok, takže jedno z toho bych určitě použil. Já ji potřebuju, co nejrychleji doplnit tekutiny, který ztrácí tím krvácením, takže volumoterapie je za mě jednoznačný řešení.“*

Informanti I7 a I9 taktéž volí volumoterapii ve formě hartmannova a fyziologického roztoku. Z léčivých přípravků by oba zvolili pouze exacyl.

Informanti I8 a I10 zvolili více variant k řešení hemoragického šoku. Hemoragický šok by řešili aplikací volumoterapie ve formě hartmannova a fyziologického roztoku. Z řad léčivých přípravků zvolili použití exacylu, oxytocinu a methylergometrinu. Taktéž se informanti společně shodují na aplikaci termomanagementu. Na rozdíl od informanta I8 i ostatních dotazovaných se odlišuje postup informanta I10, který by dále využil aplikaci kyslíkové terapie, popřípadě ventilaci resuscitačním vakem přes laryngeální masku a aplikaci katecholaminů.

Kategorie 3 Vzdělávání související s překotným porodem a podpora zaměstnavatele ve vzdělávání

Kategorie Vzdělávání související s překotným porodem a podpora zaměstnavatele ve vzdělávání je tvořena třemi podkategoriemi. V následujících podkategoriích je věnována pozornost přípravě záchranářů na porod během jejich studia, a dále poté četnosti a obsahu školení týkající se porodů v rámci zaměstnání u ZZS. Poslední podkategorie je věnovaná tématu problematika překotného porodu ve výcvikových střediscích.

Podkategorie 1 Příprava na porod během studia

V podkategorii Příprava na porod během studia byli informanti dotazováni, zda a jakým způsobem probíhala jejich příprava na porod ve škole.

Všichni z dotazovaných sdělili, že v době jejich studia se seznámili teoreticky s problematikou porodů.

Informantka I1 popisuje výuku na škole jako dostatečnou v rámci teorie, ale z hlediska praktických dovedností si provedení porodu v praxi nikdy nevyzkoušela, pouze v rámci své praxe docházela na porodní sály, kde na celý proces porodu pouze přihlížela, také dodala: „*Sice jsme na porodní sály chodili, ale praxe bylo málo.*“ Stejnou odpověď sdílela i informantka I2.

Praktický nácvik na modelu si v době svých školních let vyzkoušel informant I3, který mluvil, o tom že, měli předmět zvaný gynekologie a porodnictví, na který je vyučovala porodní asistentka a trénovala s nimi praktický nácvik na modelu. Bohužel, jak sám uvádí, praktický nácvik si vyzkoušel pouze dvakrát, což pro něj nebylo dostatečné.

Informantka I4 sdělila, že ve škole probírali porod pouze teoreticky, ale na rozdíl od informantek I1 a I2 neměla nikdy možnost se na porodní sál podívat. Informantka I4 ohledně svého studia na škole sdělila: „*Já jsem studovala dětskou sestřičku, takže jsme chodili jenom na novorozenecké oddělení, ale že bych viděla porod, nebo abychom chodili na porodní sál, to si nepamatuju. My jsme si porod pouštěli jenom v televizi. Potom, když jsem studovala ARIP, tak tam jsme probírali porod teoreticky, ale ani tam jsme si nikdy nic nezkoušeli.*“ Informace od informantky I5 jsou totožné s odpovědí informantky I4, s tím rozdílem že informantka I5 dětskou sestřičku nestudovala, ale má vystudovanou střední zdravotnickou školu a posléze si taktéž udělala specializaci v anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péči (ARIP).

Informant I6 ve škole neměl možnost praktického nácviku na modelu. Za dobu své praxe během studia navštívil gynekologické oddělení, kde se ale k porodu nedostal.

Praktický nácvik na modelu si vyzkoušel stejně jako informant I3 i informant I7. Ve své odpovědi vylíčil, jakým způsobem nácvik probíhal: „*My jsme to měli tak, že jsme měli nácvik na figuríně a vždycky to bylo tak, že jsme chodili po jednom. Každý si zkoušel to dítě porodit. Dneska jsem za to moc rád, že jsem si to zkusil, neumím si představit, že bych se učil, jak mám dítě správně porodit, bez toho, aniž bych si to vyzkoušel.*“ Informant I8 se taktéž setkal s praktickým nácvikem, dokonce uvedl, že s problematikou porodů setkal minimálně ve dvou předmětech. V rámci praxe měl možnost přihlížet na porodním sále. Informanti I9, I10 a I11 mají stejnou zkušenost jako informanti I7 a I8.

Informant I11 doplnil, že když byl přítomen na porodním sále měl možnost za pomoci porodní asistentky při porodu asistovat.

Podkategorie 2 Četnost a obsah školení týkající se porodů v rámci zaměstnání u ZZS

V podkategorii Četnost a obsah školení týkající se porodů v rámci zaměstnání u ZZS se zaměřujeme na frekvenci a způsob, jakým probíhá školení v souvislosti s porody v rámci zaměstnání u zdravotnické záchranné služby.

Informantka I1 informovala o tom, že periodické školení ve výcvikových střediscích probíhá každý rok. Vždy je to tak, že pro daný rok jsou vypsána určitá témata. Záchranáři si mohou na konci školení napsat téma, o které by měli na příštím školení zájem. Poté se dělá vyhodnocení, které téma bylo nejžádanější a k němu může příští přihlédnout. Nejžádanější téma se tak zařadí mezi ostatní na příští rok. V rámci školení porodů informantka hovořila o tom, že četnost nelze určit, právě v souvislosti s tím, že každý rok jsou témata jiná. K četnosti školení porodů dodala: „*Tenhle rok třeba porod na programu vůbec není a minulej rok taky nebyl.*“ Obsah školení je dle slov informantky zaměřen na praktický nácvik porodu na modelu v rámci posádky RZP a poporodní ošetření novorozence. Dle názoru informantky je obsah i četnost školení dostačující. Totožné informace o školení, četnosti a obsahu uvedla i informantka I4 a informanti I6, I8, I9.

Informantka I2 uvedla totožnou informaci jako informantka I1: „*Tenhle rok porod na programu není a minulej taky nebyl.*“ Dále doplnila: „*Několik let zpátky se objevoval každé rok, ale teď už se od toho nějak ustoupilo, takže tu frekvenci nejde přesně, protože každé rok je to jinak. Vždycky probíráme témata, který jsou nejnutenější, to znamená že třeba konkrétně tenhle rok se probírá KPR dítěte, dospělého a plus naše metodický pokyny.*“ Informace o praktickém nácviku uvedla stejně jako informantka I1.

Informant I3 pracuje u záchranné služby pouze 1 rok, takže se s problematikou porodů ve výcvikových střediscích ještě nesetkal. Školení se zúčastnil pouze jednou, ale téma porodu na programu nebylo. Totožně je na tom i informant I7.

Informantka I5 zmínila, jako ostatní informanti, že se porod se nacvičuje prakticky a k praktickému nácviku lektor vždy přednáší krátkou teorii porodu a porodního mechanismu, ale pouze jen okrajově, spíše se zaměřují jen na praktický nácvik. Ohledně nácviku sdělila stejné informace jako informantky I1, I2, I4, ale dále dodala: „*Tam je*

figurína čistě jenom na porod, to znamená že tam je pánev, kde si to dítě můžeš zkusit porodit a pak je tam simulační pupeční šňůra, její podvázání trénujeme taky.“

Informanti I10 a I11 se s porodem na školení setkali několik let zpět, ale taktéž jako informantky I1, I2, I4, I5 a informanti I8, I9, popisují stejný obsah. Informant I11 popsal detailněji jedno praktické cvičení: *„Je to třeba tak, že jsme jako posádka RZP, dostaneme výjezdovou kartu a buď jsme měli porod simulovanéj jako v domácím prostředí, anebo přímo v sanitce na lehátku, takže prostě simulace, že musíme zastavit auto a jde se родit.“* Informant I10 se podělil o to, že by považoval za užitečné, kdyby se téma porodů objevovalo na školení ve větší frekvenci.

Podkategorie 3 Problematika překotného porodu ve výcvikových střediscích

V této podkategorii je věnována pozornost problematice překotného porodu ve výcvikových střediscích a jeho způsobu školení.

Problematika překotného porodu ve výcvikových střediscích je jedním z hlavních témat, které informanti, jakožto účastníci školení, označují za málo diskutované. V rámci školení se problematika překotného porodu probírá v souvislosti s porodem, a to pouze velmi okrajově.

Detailnější popis výcviku na téma překotný porod přiblížila informantka I2: *„My řešíme porod obecně, ale taky se samozřejmě řešilo, z hlediska překotného porodu, že prostě tam to dítě jde najednou hrozně rychle ven a kolikrát stačí 2 až 3 kontrakce a je porozený. Takže o problematice překotného porodu si prakticky jen říkáme, že se může stát, že se ten porod bude vyvíjet takovýmhle směrem, ale spíš fakt řešíme jen porod obecně a jeho mechanismus. Měli jsme to i jako součást modelového výjezdu, kde jsme dostali výjezdovou kartu a tam byly napsány nějaký obecný údaje pacientky a k tomu bylo dodaný, že se jedná o překotný porod, takže v našem zájmu bylo co nejrychleji reagovat a postarat se o bezpečný průběh porodu z hlediska matky i dítěte. Ale určitě si nevzpomínám, že by se tahle problematika rozebírala nějak zvlášť do detailu.“*

Ve stejném duchu se nesly odpovědi i zbývajících informantů, protože si vzpomínají pouze na to, že na školení probírali teorii porodu a jeho mechanismus a poté následoval praktický nácvik.

Kategorie 4 Celoživotní vzdělávání v oblasti porodnictví

Kategorie Celoživotní vzdělávání v oblasti porodnictví se rozděluje na dvě podkategorie. První podkategorie zjišťuje, jakým způsobem by chtěli informanti rozšířit své vzdělání v oblasti porodnictví. Druhá podkategorie hodnotí, zda respondenti ocenily stáže na porodnických pracovištích a zkoumá jaká pracoviště, by v rámci stáže chtěli informanti navštívit.

Podkategorie 1 Rozšíření vzdělání

V této podkategorii záchranáři uvádějí, jakým způsobem by chtěli rozšířit své vzdělání v oblasti porodnictví.

Informantka I1 si své vzdělání v oblasti porodnictví doplňuje primárně samostudiem. V rámci nemocnice Písek mají možnost docházet na porodní sály. Tuto možnost využila pouze jednou, protože, jak sama uvedla, nemá na to časový prostor. Informantka I2 se ve svém volném čase v oblasti porodnictví nevzdělává, jen v rámci školení. Taktéž, jako informantka I1, informovala o možnosti návštěvy porodního sálu v rámci nemocnice Písek, ale ani jednou tuto možnost nevyužila. Sdělení informantky I4 se nese ve stejném duchu jako informantky I2.

Informant I3 by ocenil jednou za určitý čas nácvik na modelu i mimo periodické školení ve výcvikovém středisku. Návštěva porodního sálu mu byla nabídnuta, taktéž jako informantkám I1 a I2, ale prozatím tuto možnost nevyužil, ale doplnil, že v blízké budoucnosti by porodní sál rád navštívil.

Informantka I5 a informant I6, I7, I11 momentálně nemají zájem rozšiřovat své vzdělání. Možnost návštěvy porodní sálu jim byla rovněž nabídnuta, ale zatím ji nevyužili. V budoucnu ale tuto možnost nevyklučují.

Informant I8 a I9 by měli zájem v rámci svého vzdělání odvést porod na porodním sále za přítomnosti lékaře, přičemž I8 sdělil: *„Já si sám od sebe občas něco o porodu pročítám, ať už různé články nebo nějakou odbornou literaturu, protože se s tím moc často na výjezdech nesetkáme, ani na školení, takže se snažím být tak nějak pořád v obraze.*

Informant I10 odpověděl, že by rád absolvoval kurzy, které by vedli porodní asistentky. S důrazem na problematiku překotného porodu by byl tento kurz pro něj důležitý, a to

zejména z důvodu získání nových informací a dovedností, které by mu umožnili problematice lépe porozumět.

Podkategorie 2 Hodnocení stáží a preferovaná pracoviště pro stáž na porodnických pracovištích

Tato podkategorie zjišťuje, zda by dotazovaní informanti ocenily stáže na porodnických pracovištích a jaká pracoviště by si pro svou stáž zvolili.

Všichni informanti by ocenili stáže na porodnických pracovištích, ať už v současné situaci nebo v budoucnosti. Jeden z hlavních důvodů byl ten, že se s porody v přednemocniční péči setkávají opravdu zřídka. Téměř každý z informantů a informantek uvedli, že by v rámci stáže ocenily zejména porodní sál.

Informant I8 sdělil, že by rád navštívil i placené stáže, protože má zájem se o porodech dále vzdělávat. Dále dodal, že by uvítal i návštěvu simulačního centra vedenou porodníkem.

Kategorie 5 Problémy ve vzdělávání

V této kategorii se zaměřujeme na problémy ve vzdělávání. Kategorie je postavena ze dvou podkategorií. První kategorie zkoumá názory záchranářů na problematiku překotného porodu.

Podkategorie 1 Názory na problematiku překotného porodu v PNP

Osobní pohled informantky I1 je takový, že nemá ráda, když ženy rodí doma, a to souvisí i s překotným porodem, protože pokud žena, která se rozhodla родit doma, má překotný, hrozí zde různé komplikace, díky charakteru takového porodu. Ve chvíli, kdy by nastaly komplikace, tak informantka I1 uvedla, že nejsou schopni v přednemocniční péči vše zajistit. Snaží se si s celou situací překotného porodu poradit. Většinou ženy porodí v pořádku, ale nemusí to být tak vždy. Ohledně vzdělávání na téma překotný porod sdělila, že je pro ni dostatečné a nevidí v něm žádný problém.

Informantka I2 vidí překotné porody v přednemocniční péči jako velkou stresovou situaci, protože to není činnost, ke které by vyjížděli pravidelně. Většinou posádky vyjíždí k vysokým teplotám a dušnostem. Rodičky primárně transportují do nemocničního

zařízení. V případě překotného porodu se většinou setkávají s tím, že ve chvíli, kdy se dostanou na místo k rodící žene, tak dítě už je porozeno. Dále uvedla: „*Díky tomu, že se s překotným porodem neseťkáváme denně, tak je to prostě stres, mám z toho strach. Oni se nám vždycky všichni diví, proč se toho bojíme, ale třeba pro porodní asistentky, který rodí prakticky denně a jsou ve svém zázemí a je jich tam několik, ale v terénu je člověk v cizím prostředí, nerodíme tak často a vidíme to jednou za čas. Proto si myslím, že by bylo fajn tohle téma zařadit i více do toho školení.*“

Informant I3 na základě svých zkušeností bere problematiku překotného porodu jako nedostatečnou z pohledu přípravy. U záchranné služby působí teprve jeden rok. Na prvním školení se s problematikou překotného porodu neseťkal a na nadcházejícím školení se taktéž toto téma neobjeví. Proto ve svých předchozích odpovědích zmínil, že by ocenil praktický nácvik na modelu i mimo školení, protože možnost praktického nácvik si vyzkoušel během studia pouze dvakrát. Jeho názor je, že by se problematika na školeních měla objevovat ve větším množství než doposud. Informace o nízkém výskytu tohoto tématu ve výcvikových střediscích má i od svých kolegů, kteří u záchranné služby působí několik let.

Informantka I4 k problematice překotného porodu přistupuje v přednemocniční péči jako k stresové situaci, stejně jako většina dotazovaných, ale vždy bere svůj přístup profesionálně, i když je pod velkým psychickým nátlakem. Vzdělávání ve výcvikových střediscích je pro ni osobně nedostačující, protože je jednou za rok a téma překotného porodu se zde několik let nevyskytlo. Sama se ve svém volnu v oblasti porodnictví nevzdělává.

Informantka I5 a informant I6 spolu s informantem I11 z překotného porodu mají obavy rovněž jako ostatní respondenti, ale problém ve vzdělávání nevidí. A to z toho důvodu, že se k porodům moc často nevyjíždí. Pokud se stane, že je výjezd k překotnému porodu, tak posádka většinou dorazí na místo ve chvíli, kdy je dítě porozeno, to je vede k názoru, že není potřeba intenzivnějšího praktického nácviku.

Informant I7 se s překotným porodem setkal pouze jednou a byl to pro něj velký psychický nátlak. Z tohoto důvodu vnímá danou problematiku jako závažnou a vyžadující rychlou a efektivní reakci, bohužel v případě rozsáhlejších komplikací, dle jeho slov nejsou schopni v přednemocniční péči zajistit komplexní řešení, které mohou poskytnout specializovaná nemocniční pracoviště.

Informant I8 nahlíží na vznik této situace v přednemocniční péči jako na výjimečný stav, avšak zachování profesionality a daného postupu je pro něj zásadní. I přes to, že překotný porod vnímá jako výjimečný stav, vzdělává se ve svém osobním volnu i mimo výcviková střediska, aby se nadále zdokonaloval ve svých znalostech. Ocenil by detailnější školení problematiky překotného porodu ve výcvikových střediscích. Podobný názor a postoj sdílí i informanti I9 a I10.

Podkategorie 2 Školení o komplikacích při překotném porodu

Tato podkategorie je zaměřena na to, jakým způsobem jsou záchranáři proškoleni o komplikacích v souvislosti s překotným porodem ve výcvikových střediscích.

Informanti jsou ve výcvikových střediscích školeni o problematice porodů obecně. Na otázku, jakým způsobem jsou proškoleni o komplikacích při překotném porodu většina nedokázala odpovědět, protože součástí výcviku je krátká teorie porodu a praktický nácvik na modelu. Při těchto cvičeních jim lektor jen okrajově sdělí, co by se mohlo při porodu stát. Ale tyto sdělení se týkají spíše porodního mechanismu. Dle slov informantky I1 se ohledně porodního mechanismu věnuje pozornost například zaklínění ramene dítěte.

Informantka I4 situaci na školení přiblížila: *„Vždycky jsme jen probírali teorii a nácvik. O komplikacích se tam skoro vůbec nehovořilo. Samozřejmě, kdyby měl někdo dotaz ohledně komplikací, tak školitel to ochotně sdělí, ale spíš celý to cvičení je zaměřený na praktický nácvik porodu, abychom dokázali to dítě správně porodit.“*

5 Diskuse

Tato bakalářská práce se věnuje problematice překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře. Překotný porod je charakterizován jako porod, který probíhá rychle, obvykle během tří hodin od začátku kontrakcí až po vypuzení plodu (Janoušková, 2020).

V této práci byli definovány dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat postoj zdravotnických záchranářů k překotnému porodu, včetně jejich schopností se v problematice orientovat, a jejich osobní názory na ni. Druhým cílem bylo zjistit, jaký mají názor zdravotničtí záchranáři na současnou situaci vzdělávání v oboru porodnictví.

Pro tuto práci bylo určeno celkem šest výzkumných otázek a k nim navazující podotázky. Z těchto výzkumných otázek bylo sestaveno pět kategorií. První výzkumná otázka, v kategorii 1, zkoumala, jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v oblasti porodnictví a obsahovala celkem čtyři podkategorie. První podkategorie se týkala četnosti porodů v rámci zaměstnání u ZZS. Respondenti dostali otázku, kolikrát se za dobu své práce u ZZS setkali s porodem. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že zkušenosti informantů, v rámci četnosti porodů, jsou rozmanité a škála frekvencí porodů je široká. Informantky I2, I4 a informanti I6, I9 se setkali s porodem setkali v přednemocniční péči dvakrát, avšak pokaždé, co dorazili na místo, dítě bylo porozené. Tato informace naznačuje, že překotné porody, při kterých by záchranáři měli možnost родit plod, nejsou tak časté. Tato skutečnost vede informantky I2, I4 a informanta I6 k názoru, že není potřeba aktivnějšího sebevzdělávání v této oblasti. Informanti I7 a I11 se setkali s porodem pouze jednou, ale měli tu možnost porod v terénu odvést. Naopak informantka I5 a informanti I8, I10 se setkali s porody ve vyšší frekvenci, což naznačuje, že tito informanti mají více zkušeností a dle mého názoru lepší připravenost v oblasti porodní péče. Na základě analýzy informantů a jejich zkušeností konstatuji, že četnost porodů není přímo spojena s délkou pracovního působení u ZZS. To je patrné zejména z toho, že informantky I1, I4 a informant I6, kteří jsou zaměstnání u záchranné služby v rozmezí od 21 do 29 let, se s porodem setkali minimálně nebo vůbec. Na druhé straně, informantka I5, která pracuje u záchranné služby podobně dlouho, a to 24 let, měla zkušenost s porodem čtyřikrát.

Další podkategorie se zabývala otázkou, zda záchranáři měli zkušenost s překotnými porody. Z výsledku vyplývá, že většina informantů měla zkušenost s překotným porodem, s výjimkou informantů I1, I3 a I9. Informantka I2 se setkala s překotným porodem v domácím prostředí za přítomnosti duly. Ve druhém případě, měla rodičku, s příznaky překotného porodu, ale rodila plod, který už byl mrtvý. Obě zkušenosti popsala jako nepříjemné z důvodu komplikací. Obdobnou zkušenost s komplikacemi uvedli i informanti I8 a I10. Informantka I4 odvedla překotný porod ve vozidle záchranné služby, stejně jako informant I7. Zkušenosti s poporodním ošetřením v souvislosti s překotným porodem uvedla informantka I5 a informanti I6 a I11. Z uvedených informací je zřejmé, že i přes variabilitu zkušeností s překotnými porody, záchranáři se s těmito situacemi potýkají a musejí být připraveni na okamžitou a efektivní reakci, z mého pohledu, zejména v případech, kdy jsou přítomny komplikace, jež mohou ohrozit jak matku, tak i dítě.

V podkategorii postup při překotném porodu v PNP, na otázku, jakým způsobem by postupovali při překotném porodu, se všechny odpovědi dotazovaných nesly ve stejném duchu. Podobnost odpovědí se týkala zejména přípravy pomůcek, kdy by si všichni z respondentů k porodu připravili porodnický balíček a resuscitační pomůcky, a to zejména z toho důvodu, že očekávají možné komplikace, zvláště u dítěte. Tuto informaci potvrzuje i Klincová (2019), která uvádí, že kontrakce při porodu vyvolávají přerušování dodávky kyslíku přes placentu. U překotného porodu může dojít k významnému přerušování této dodávky, a tím tak ke komplikacím. Všichni informanti zvolili jako hlavní prioritu zajištění PŽK u rodičky před začátkem porodu, neboť umožňuje, v případě potřeby, podání léčivých přípravků či volumoterapie. Dále sdíleli jednotný postup, který zahrnoval správnou instrukci rodičky k tlačení při nástupu kontrakcí, ochranu hráze před trhlinami a zejména rychlé zachycení dítěte, obzvláště u takového typu porodu. Informant I3 detailněji popisoval, jakým způsobem by dítě porodil, kde se primárně pokouší brzdit rychlost hlavy tak, aby nedošlo k následnému poranění. Tuto informaci potvrzují Janků a Texl (2015), kteří uvádějí že, zábrana rychlé progresu hlavy dítěte je podstatná pro prevenci vzniku trhlín tkání a úrazu plodu. Po porodu by respondenti provedli rychlé zhodnocení stavu, pomocí APGAR skóre, zajistili tepelný komfort novorozence, podvázali pupečník, a nakonec zhodnotili stav matky. Informantka I5 dokonce zohlednila transport matky a dítěte. Z důvodu bezpečnosti by si vyžádala na místo další vozidlo, které by přepravilo novorozence.

Problematiku transportu řešila pouze jediná z ostatních dotazovaných. Nejen samotný postup při porodu, ale i spolupráce s kolegou v posádce RZP je důležitá pro efektivní práci na místě zásahu, na což neopomenul informant I8. Závěrem obohatil postup informant I11, který ve výzkumném šetření upozornil na možnosti spolupráce s porodním týmem v českobudějovické nemocnici. Dle mého názoru se respondenti kvalitně orientují v postupu při překotném porodu, a to zejména na základě odpovědi informantky I5, která zohlednila i specifika transportu matky a dítěte.

V poslední podkategorii, která zkoumala, zda mají záchranáři obavy z porodu, se většina z nich shodla na tom, že obavy z porodu v PNP mají. Porod je záchranáři vnímán jako stresová a psychicky náročná situace. Obavy proto vznikají z různých důvodů a velkou roli zde hraje celá řada faktorů. U informantky I1 byl jedním z hlavních důvodů to, že se s porodem v terénu nikdy nesešla. Naopak informantky I2, I4, a informanti I6, I7, kteří mají s porodem zkušenosti, uvedli důvod obav komplikace v souvislosti s novorozencem. Obavy z komplikací sdělila i informantka I5, avšak důvodem obav byl průběh porodu. Informanti I9, I10 a I11 považují porod za stresovou situaci, avšak konkrétní obavy nezaznamenávají. Ze zjištěných informací se domnívám, že obavy spojené s porodem vycházejí z charakteru celé situace, která je psychicky náročná.

Druhá výzkumná otázka, v kategorii 2, se soustředila na znalosti záchranářů o komplikacích při překotném porodu. V první podkategorii jsem se zaměřila na to, jaký mají informanti přehled o komplikacích, které mohou ohrozit rodičku. Každý z informantů uvedl jako hlavní komplikaci peripartální krvácení. Informant I6 dokonce navrhnul opatření pro prevenci této komplikace, jako je zajištění PŽK a podání krystaloidních roztoků. S tímto postupem souhlasí i Pařízek et al. (2015), ale kromě podání infuzních roztoků, popisuje také použití uterotonik ve formě oxytocinu. Oproti tomu Djakow a Blažek (2021) uvádějí, že pro prevenci tohoto krvácení je většinou lékařem indikovaná jedna ampule methylergometrinu. Další, velmi často zmíněné komplikace, byla různá poranění genitálu, dělohy a placenty. Tato poranění vznikají na podkladě intenzivních kontrakcí během porodu. Na základě mého hodnocení a získaných poznatků z rozhovorů považuji znalosti informantů v této oblasti za značně kvalitní.

Druhá podkategorie byla zaměřena taktéž na komplikace a zkoumala jejich znalosti v souvislosti s novorozencem při překotném porodu. Jako jednu z prvních komplikací

zmínili všichni z dotazovaných hypoxii. Další z informantů, a to konkrétně I2, I4, I5, I6, I8 a I10 zmínili rupturu pupečníku. Výzkumné šetření obohatila informantka I4 svými znalostmi o vzniku ruptury, které mi více přiblížila, a sdělila, že příčina vzniku může být silný tlak na pupečník, nebo nesprávná poloha plodu. Tyto informace jsem bohužel v dostupné literatuře nedohledala. Informanti I8 a I10 zmínili, jednu z důležitých komplikací, a to nitrolební krvácení. V této oblasti se celkem 6 informantů orientuje v rozsáhlejších komplikacích, které mohou v souvislosti s novorozencem nastat. Pouze 2 informanti zmínili závažnější komplikaci, a to nitrolební krvácení. Tento výsledek považuji za nedostatečný, z hlediska charakteru porodu. Protože se domnívám, že nitrolební krvácení je jednou z komplikací, která novorozence ohrožuje nejvíce.

Třetí podkategorie byla zaměřena na otázku, jaké mají zkušenosti s komplikacemi. Většina informací, které při této otázce informanti poskytli, naznačuje, že překotné porody v rámci jejich zkušeností probíhali většinou bez komplikací, jak ze strany matky, tak i dítěte. Informantka I2 však upozornila na možné riziko hypotermie u novorozenců, se kterou měla zkušenost při porodech v nevyhovujících podmínkách. Navíc, informanti I4, I6, I8 a I10 sdíleli zkušenosti s horší poporodní adaptací, konkrétně se jednalo o hypoxii a hypotermii u novorozenců, a silné poporodní krvácení u matky. Díky těmto zjištěním si myslím, že i přes to, že překotné porody probíhají většinou bezproblémově, je důležité být připraven na možné komplikace a zajišťovat adekvátní péči pro matku i dítě.

Čtvrtá podkategorie byla zaměřena na jejich znalosti v oblasti řešení hemoragického šoku. Základním přístupem k řešení hemoragického šoku u většiny respondentů je aplikace volumoterapie, přičemž nejčastěji zvoleným roztokem byl Hartmannův roztok. Avšak informant I6 uvedl roztok Gelaspan. Tuto volbu potvrzují i Seidlová a Buliková (2019), ale v případě, že podání krystaloidních roztoků nemá potřebný efekt. Dále se informanti shodovali na důležitosti zajištění PŽK a termomanagementu. Různé přístupy k léčbě hemoragického šoku se projeví v použití léčivých přípravků. Někteří respondenti zvolili aplikaci léčiv jako Exacyl, Oxytocin a Methylergometrin, zatímco jiní se zaměřili pouze na volumoterapii a termomanagement. Informanti také zdůraznili nezbytnost konzultace s lékařem před podáním léčivých přípravků. Dle mého pohledu je přístup léčby ze stran informantů velice rozmanitý a nelze provést jednotný závěr.

Výzkumná otázka číslo tři a pět byly přiřazeny do kategorie 3. Výzkumná otázka číslo tři, konkrétně její část, a to představy záchranářů o dalším vzdělávání na téma překotný porod je více specifikovaná v kategorii celoživotního vzdělávání. První složkou zkoumání byla průprava záchranářů na porod během jejich studia. Dále jsem se snažila zjistit, na základě výzkumné otázky číslo pět, jakým způsobem podporuje zaměstnavatel záchranáře ke vzdělávání v oblasti porodnictví. To zahrnovalo informace o četnosti a obsahu školení. Dále jsem se, u výzkumné otázky číslo tři, primárně zaměřila na druhou část této otázky, a to na vzdělávání na téma překotného porodu ve výcvikových střediscích.

Průprava záchranářů na porod během jejich studia byla zvolena jako první podkategorií zkoumání, z důvodu jejího významu pro poskytování akutní péče v případech porodů v prostředí přednemocniční péče. Na základě mého zjištění se průprava informantů na porod značně odlišuje, v závislosti na programu studia. Všichni z dotazovaných se s problematikou porodů setkali teoreticky. Informantky I1, I2, I5 a informant I6 se neúčastnili v době svého studia žádného praktického nácviku porodu na modelu. Přičemž někteří informanti, konkrétně I3, I7, I8, I10 a I11, měli možnost praktického nácviku porodu na modelu a návštěvy porodního sálu, dokonce informant I11, jako jediný, měl možnost odvést porod za pomoci porodní asistentky. Tato sdělení jasně naznačují, že v době jejich studia byly k dispozici novější možnosti vzdělávání. Ti informanti, kteří měli možnost nácviku a mohli také navštívit porodní sály, udávali obecně lepší pocit připravenosti a také mohli získat lepší praktické dovednosti v této oblasti. Dle mého názoru jsou informanti, kteří měli možnost praktického nácviku, lépe připraveni, a to z hlediska novějších možností vzdělávání. Novější možnosti vzdělávání přinášejí tak do výuky jiný rozměr a myslím si, že se při nácviku dokážou lépe vcítit do situace, zkusit si celý průběh porodu a připravit se tak na stresovou situaci, s ním spojenou.

Druhá podkategorie se zaměřovala na školení ve výcvikových střediscích, kde jsem se ptala, jak často jsou školení v problematice porodů, a jakým způsobem tato školení probíhají. Informace od různých respondentů naznačují, že periodická školení ve výcvikových střediscích, která probíhají každý rok, zahrnují téma porodů, avšak četnost je velmi individuální. Informanti, jako I1, I2, I4, I5, I8 a I9, uvádějí, že školení zahrnuje praktický nácvik porodu na modelu v posádce RZP a zaměřuje se na postupy při porodu, poporodní ošetření novorozence a simulaci podvazu pupečníku. Každoročně se

objevují nezbytná témata, například KPR novorozence. Informanti I3 a I7, kteří pracují u záchranné služby v rozmezí od 1 do 2 let, se s tématem porodů ve výcvikových střediscích neseťkali. Tato problematika se na školení objevovala několik let zpět pravidelně, proto z výzkumu vnímám momentální situaci školení, jako nedostatečnou, a to z důvodu četnosti. Domácích porodů v dnešní době stále přibývá, ženy chtějí rodit v domácím prostředí, a to zřejmě proto, že to vnímají jako určitou formu přirozenosti. To je za mě jeden z důvodů, proč by se měla četnost školení v rámci problematiky porodů zvýšit.

V poslední kategorii jsme se zaměřili na problematiku překotných porodů ve výcvikových střediscích. S touto problematikou se většina záchranářů na školeních setkala, ale dle zjištěných výsledků šetření je vnímaná jako málo diskutovaná. Při školeních není problematika překotného porodu běžnou součástí školení o porodu a jeho nácviku. Informantka I2 popsala, že o překotném porodu na školeních hovořili, ale pouze jen obecně, detailnější diskuse zde neprobíhala. Z tohoto důvodu si myslím, že by problematice překotných porodů měla být věnována větší pozornost než doposud, a to zejména kvůli charakteru takového porodu a možných komplikací. Tím by se mohla zvýšit připravenost záchranářů na různé situace při překotném porodu a zlepšit tak kvalitu poskytované péče.

Výzkumná otázka číslo čtyři, přiřazena do kategorie 4, se zaměřovala na postoj záchranářů k celoživotnímu vzdělávání. Nejprve jsem zjišťovala, jakým způsobem by respondenti chtěli svoje vzdělání v oblasti porodnictví rozšířit. Některým informantům byla nabídnuta možnost návštěvy porodního sálu. Tuto možnost využila pouze jednu informantka I1. Dále se pak někteří informanti v rámci vzdělávání věnují samostudiu a získávají nové informace pomocí literatury a odborných článků, a to informanti I1 a I8. Informanti I5, I6, I7 a I11 se aktivně samostudiu nevěnují, ale informace získávají a opakují pouze jen ve výcvikovém středisku. Informant I3 by si chtěl vzdělání rozšiřovat formou častějšího praktického nácviku na modelu i mimo periodická školení, oproti němu informanti I8 a I9 by si chtěli zkusit odvést porod s asistencí lékaře na porodním sále. Porodnické kurzy zmínil informant I10, který se podělil o to, že by v rámci rozšíření vzdělání rád tyto kurzy absolvoval. Můj osobní pohled na celou situaci vzdělávání je, že i přes to, že se někteří informanti nevěnují aktivně samostudiu v této oblasti, další vzdělávání neodmítají, a to vnímám jako pozitivní výsledek. Dále z výsledku vyplývá,

že každý z informantů má různý přístup k rozšiřování svých znalostí v oblasti porodnictví.

Dále jsem se soustředila na to, zda by záchranáři ocenily stáže na porodnických pracovištích a jaká pracoviště by k stáži zvolili. Informanti projevíli zájem o stáže na porodnických pracovištích, ať už v současnosti či budoucnosti. Preferovaným pracovištěm je porodní sál, který informanti považují za nejzajímavější. Zvláště informant I8 vyjádřil zájem i o placené stáže. Tato zjištění naznačují, že i záchranáři vidí v praxi na porodnických pracovištích významnou příležitost pro své vzdělávání a profesní rozvoj.

Poslední výzkumná otázka číslo šest, přiřazena kategorii 5, jejíž úkolem bylo zmapovat problémy ve vzdělávání na téma překotný porod, byla rozdělena na dvě podkategorie. V první podkategorii jsme hodnotili názorů informantů na problematiku překotného porodu v PNP. Z informací získaných od respondentů vyplývá, že problematika překotných porodů je vnímána jako významná a stresující z pohledu přednemocniční péče. Informanti vyjádřily obavy z těchto situací, ať už obecné nebo konkrétní, které se vzhledem k jejich nízké četnosti, jeví jako mimořádná událost. Navzdory tomu, že někteří informanti považují vzdělávání v této oblasti za dostatečné, ostatní z nich, zejména ti, kteří se setkali s nízkou četností překotných porodů nebo praktického cvičení na toto téma, by uvítali zvýšení frekvence školení překotných porodů. Z mého pohledu tato zjištění naznačují potřebu zlepšení v oblasti vzdělávání a přípravy záchranářů na řešení překotných porodů v rámci přednemocniční péče.

Druhá podkategorie výzkumu se zaměřila na problémy ve školení týkajících se komplikací při překotném porodu. Zjištění naznačila, že školení poskytované výcvikovými středisky je převážně obecného charakteru, zahrnující krátkou teorii porodu a praktický nácvik na modelu. Tento nedostatek ve školení ohledně komplikací spojených s překotným porodem je dle názoru mého názoru značně problematický. Především v situacích, kdy překotný porod může vyvolat závažné komplikace, zejména u novorozence, což bylo zdůrazněno v teoretické části této práce. I přesto, že informanti mají povědomí o možných komplikacích při překotném porodu, jako jsou ruptura pupečníku, postpartální krvácení a hypoxie plodu, pouze dva informanti zmínili závažnější komplikaci, a to nitrolební krvácení u novorozence. Tento fakt zdůrazňuje, že i když je výcvik v některých aspektech dostatečný, zejména v praktickém nácviku,

nedostatek důkladného povědomí o překotném porodu a jeho možných komplikacích, může být z mého osobního pohledu závažným omezením pro zdravotnické záchranáře při poskytování adekvátní péče v případě komplikací u takového porodu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části jsem popsala široké spektrum témat souvisejících s porodem. V úvodu byla nejprve popsána anatomíí ženských pohlavních orgánů, k základnímu porozumění fyziologii porodu. Následně jsem rozebrala proces porodu, včetně popisu jednotlivých porodních dob, hodnocení novorozence pomocí APGAR skóre a popis obecných poporodních komplikací. Dále jsem kladla důraz na hlavní téma práce, a to překotný porod v přednemocniční péči, včetně jeho komplikací. Dále jako součástí tématu byly popsány kompetence zdravotnického záchranáře v rámci porodu a závěrečná část popisovala efektivní způsoby komunikace s rodičkou.

Pro výzkumnou část byly stanoveny 2 cíle. V rámci prvního cíle jsem se snažila zmapovat postoj zdravotnických záchranářů z Jihočeského kraje k překotnému porodu. Celkově bylo z výzkumného šetření zjištěno, že rozmanitost zkušeností je výrazná, a škála frekvencí porodů je široká. Dále se projevilo, že i záchranáři s dlouholetou praxí mohou mít minimální zkušenosti s porody, zatímco jiní s kratší praxí se s nimi setkávali častěji, avšak tato situace v nich vyvolává značné obavy, ať už obecné nebo z konkrétních situací. Zkušenosti v této oblasti naznačují, že v jejich praxi není tato situace neobvyklá. Znalosti informantů ukázali, že všichni volí jednotný postup při překotném porodu a většina z nich má povědomí o komplikacích spojených s překotným porodem. V otázce řešení hemoragického šoku se shodují na důležitosti volumoterapie, avšak další přístup léčby byl značně variabilní, a to hlavně z pohledu při použití léčivých přípravků.

Druhým cílem bylo zjistit, jaký názor zaujímají na současnou situaci vzdělávání v oboru v porodnictví. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina informantů má zájem o detailnější vzdělávání v oblasti porodnictví. Informanti by zejména ocenily častější praktické nácviky na modelu, stáže na porodních sálech, kurzy nebo přímo odvedení porodu. Výsledné šetření dále ukázalo, že i přesto, že se záchranáři setkávají

s problematikou porodů ve výcvikových střediscích, problematika překotného porodu na periodických školení není dostatečně diskutovaným tématem.

Při psaní této práce jsem získala mnoho cenných poznatků, jak od dotazovaných záchranářů, nebo z odborné literatury. Tato práce poukazovala na problematiku překotného porodu z pohledu zdravotnického záchranáře, kde byly zjištěny nedostatky v rámci školení na toto téma. Z tohoto důvodu je mým doporučením pro současnou situaci vzdělávání, změna obsahu školení a zvýšení četnosti této problematiky v programu školení, tím by se mohlo dosáhnout toho, že vnímání překotných porodů v přednemocniční péči by se stalo méně stresující situací.

7 Zdroje

1. AFULANI, P. et al. 2020. *Providers' Perceptions of Communication and Women's Autonomy during Childbirth: a Mixed Methods Study in Kenya*. *Reproductive Health*. 17(85), 2-17. doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0.
2. AHMED, A. et al. 2023. *Determinants of Early Neonatal Mortality (Hospital Based Retrospective Cohort Study in Somali Region of Ethiopia)*. *Scientific Reports*. 13, 2-8. doi.org/10.1038/s41598-023-28357-x.
3. BÁČA, V. 2017. Anatomie pohlavních orgánů ženy a mléčné žlázy v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 62-72. ISBN 978-80-247-5753-7.
4. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. s. 280. ISBN 978-80-247-5361-4.
5. BEAIRD, D. et al. 2023. *EMS Prehospital Deliveries* [online]. StatPearls [cit. 2023-11-17]. ISSN 30252252.
6. BINDER, T. et al. 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. s. 64-73. ISBN 978-80-246-1907-1.
7. BUBENÍKOVÁ, Š. et al. 2020. Nepravidelné polohy a porodní mechanismy. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, s. 480-83. ISBN 978-80-7345-618-4.
8. BUBENÍKOVÁ, Š. et al. 2020. První doba porodní. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, s. 393-94. ISBN 978-80-7345-618-4.
9. ČEPICKÝ, P. 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada. s. 25-26. ISBN 978-80-271-3027-6.
10. DJAKOW, J., BLAŽEK, D. 2021. Překotný porod. In: MIXA, V. et al. *Dětská přednemocniční a urgentní péče: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 477-81. ISBN 978-80-271-3088-7.

11. DOLEŽAL, A. 2017. Prvky porodního mechanismu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 125. ISBN 987-80-247-5753-7.
12. FAIT, T. 2014. Patologie pupečníku. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 2187-89. ISBN 978-80-247-4529-9.
13. HÁJEK, Z. 2014. Poruchy délky těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 1709. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. HILL, M., COHEN, W. 2016. *Shoulder Dystocia: Prediction and Management*. *Womens Health*. 12(2), 251-61. doi.org/10.2217/whe.15.103.
15. HOFMEYR, G.J., MADLINIKI, M. 2020. *The Second Stage of Labor*. *Science direct*. 67, 53-64. doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.012.
16. HRUBÁ, R., RESLEROVÁ, L. 2020. Peripartální život ohrožující krvácení. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha : Maxdorf, s. 436. ISBN 978-80-7345-618-4.
17. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M. 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha : Grada. s. 140-46. ISBN 978-80-271-0274-7.
18. CHOD, J. 2022. *Které polohy plodu jsou nepravidelné?* [online]. *Canadian Medical* [cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <https://www.canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/ktere-polohy-plodu-jsou-nepravidelne/>
19. CHUNG, S. et al. 2022. *Precipitous Delivery Complicated by Uterine Artery Laceration and Uterine Rupture in an Unscarred Uterus: A Case Report*. *Women's Health*. 36, 2-3. doi.org/10.1016/j.crwh.2022.e00433.
20. JANKŮ, P., TEXL, J. 2015. *Akutní stavy v gynekologii a porodnictví* [online]. FN Brno [cit. 2023-12-28]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publication/000216/akutni-stavy-v-gynekologii-a-porodnictvi-textl-fn-brno.pdf>
21. JANOUŠKOVÁ, K. 2020. Poruchy děložní činnosti. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha : Maxdorf, s. 454. ISBN 978-80-7345-618-4.

22. JOSHI, E. et al. 2023. *Treatable Traits in Asthma During Pregnancy: A Call for a Shift Towards a Precision-Based Management Approach*. *European Respiratory Review*. 32(170), 2-14. doi.org/10.1183/16000617.0105-2023.
23. KACHLÍK, D. 2019. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha : Karolinum. s. 75-79. ISBN 978-80-246-4058-7.
24. KAŠOVÁ, L., JANOUŠKOVÁ, K. 2020. Péče poporodní asistentky ve třetí době porodní a časném poporodním období. In: Procházka, M. et al. *Porodní asistence*. Praha : Maxdorf, s. 428. ISBN 978-80-7345-618-4.
25. KLINCLOVÁ, M. 2019. *Resuscitace novorozence* [online]. FN BRNO [cit. 2024-4-27]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publication/000364/resuscitace-novorozence-ostrava-verze-sbornik.pdf>
26. MADULA, P. et al. 2018. *Healthcare Provider-Patient Communication: a Qualitative Study of Women's Perceptions during Childbirth*. *Reproductive Health*. 15, 1-10. doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x.
27. MIXA, V. et al. 2021. *Dětská přednemocniční a urgentní péče: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 481. ISBN 978-80-271-3088-7.
28. MORAVCOVÁ, M. 2020. Porodní poranění. In: PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, s. 440. ISBN 978-80-7345-618-4.
29. MOURADIAN, G. et al. 2021. *Perinatal Hypoxemia and Oxygen Sensing*. *Comprehensive Physiology*. 11(2), 1653–1677. doi:10.1002/cphy.c190046.
30. NOSKOVÁ, P. 2018. *Peripartální život ohrožující krvácení* [online]. AKUTNĚ.CZ [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/algorithm/cs/327-peripartalni-zivot-ohrozujici-krvaceni-2018/>
31. PAŘÍZEK, A. et al. 2015. *Peripartální život ohrožující krvácení – postupy porodníka* [online]. *Porodnice.cz* [cit. 2024-4-28]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/file/Aktuality/PZOK.pdf>
32. PEŘAN, D. et al. 2023. *Akutní stavy v prvním kontaktu*. Praha: Grada. s. 238. ISBN 978-80-271-3271-3.

33. PILKA, L. 2014. Anatomie významná pro porodnictví. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví: 3.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 103. ISBN 978-80-247-4529-9.
34. PROCHÁZKA, M. et. al. 2018. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence: 2.* přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. s. 118. ISBN 987-80-244-5322-4.
35. ROZTOČIL, A. et al. 2020. *Porodnictví v kostce* . Praha: Grada. s.110-41. ISBN 978-80-271-2098-7.
36. SEIDLOVÁ, D., BULIKOVÁ, A. 2019. *Hemoragický šok a léčba masivního krvácení*. Vnitřní lékařství. 65(3), 211-18. doi: 10.36290/vnl.2019.038.
37. SCHULTZ, B. et al. 2021. *Epidemiology of Oxytocin Administration in Out-of-Hospital Births Attended by Paramedics*. Prehospital Emergency Care. 25(3), 412-417. doi: 10.1080/10903127.2020.1786613.
38. SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2017a. Základy anatomie a fyziologie pohlavních orgánů ženy. In: SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s.72-77. ISBN 978-80-271-0214-3.
39. SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2017b. Ošetrovatelský proces u klientky v I. době porodní. In: SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 841-45. ISBN 978-80-271-0214-3.
40. SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2017c. Ošetrovatelský proces u klientky ve II. době porodní. In: SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 897-99. ISBN 978-80-271-0214-3.
41. SRP, B. 2014. Definice porodu. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví: 3.* zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 1248. ISBN 978-80-247-4529-9.
42. SRP, B. 2014. Mechanismus porodu. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví: 3.* zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 178-89. ISBN 978-80-247-4529-9.

43. SUNDBERG, T. M. et al. 2023. Adverse Neonatal Outcome and Venous-Arterial Differences in Umbilical Cord Blood pH (Δ pH) at Birth: a Population Based Study of 108,629 Newborns. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 (1), 2-9. doi: 10.1186/s12884-023-05487-8.
44. SUZUKI, S. 2015. *Clinical Significance of Precipitous Labor*. *Journal of Clinical Medicine Research*. 7(3), 150-53. doi: 10.14740/jocmr2058w.
45. ŠEBLOVÁ, J. et al. 2018. Komplikace po porodu. In: ŠEBLOVÁ, J. et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada, s. 1459-65. ISBN 978-80-271-0596-0.
46. ŠEBLOVÁ, J. et al. 2018. Spontánní porod. In: *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada, s. 1423-25. ISBN 978-80-271-0596-0.
47. ŠŤOURAČ, P. et al. 2018. *Peripartální život ohrožující krvácení* [online]. AKUTNĚ.CZ [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/algorithm/cs/327-peripartalni-zivot-ohrozujici-krvaceni-2018/>
48. TRUHLÁŘ, A. et al. 2021. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. *Anest. intenziv. Med.* 32, 8-70. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.003.
49. VLK, R. 2019. Urgentní stavy v porodnictví. In: MÁLEK, J. et al. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada, s. 110-14. ISBN 978-80-2710590-8.
50. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2022. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20. [cit. 2023-12-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
51. WILHEMOVÁ, R. et al. 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2023-12-12]. ISSN 1802-128X. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html

8 Seznam příloh a tabulek

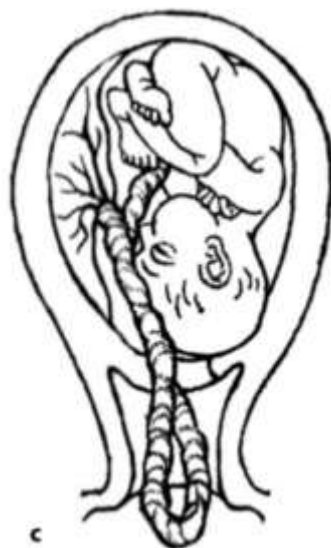
Příloha 1: Prolaps pupečníku

Tabulka 1: APGAR SKÓRE

Tabulka 2: Identifikační údaje informantů

Tabulka 3: Kategorie a podkategorie výzkumu

Příloha 1: Prolaps pupečníku



Zdroj: (Roztočil et al. 2020)

Tabulka 2: Apgar skóre

body	0	1	2
srdeční akce	žádná	< 100/min	> 100/min
dýchání	nedýchá	nepravidelné, pomalé, případně lapání po dechu	pravidelné, případně s křikem
svalový tonus	těžká hypotonie, extenze končetin	snížený tonus, ale určitý stupeň flexe končetin přítomen	normální tonus, flexe končetin a aktivní pohyb
barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová
reakce na podráždění	žádná	chabá, grimasa	obranný pohyb, případně křik

Zdroj: (Šeblová et al. 2018)

9 Seznam zkratek

ABCDE – algoritmus používaný při vyšetřování pacienta

APGAR skóre – hodnotící skóre, kterým se hodnotí zdravotní stav novorozence po porodu

ARIP – specializační vzdělání v anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péči

cm – centimetr

DC – dýchací cesty

KPR – kardiopulmonální resuscitace

ml – mililitr

PŽK – periferní žilní kanyla

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RV – Rendez-vous; posádka složená z lékaře a zdravotnického záchranáře v malém osobním vozidle

ZZS – zdravotnická záchranná služba