

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Johana Jelínková

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Johana Jelínková

Vliv války na Ukrajině na porod a poporodní adaptaci novorozenců ukrajinských
běženekyň

Influence of the war in Ukraine on delivery and postpartum adaptation of newborn
babies of Ukrainian refugees

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Iuliia Buslenko

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28.4. 2023

Johana Jelínková

Podpis.....

Identifikační záznam:

JELÍNKOVÁ, Johana. *Vliv války na Ukrajině na porod a poporodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženekyň. [Influence of the war in Ukraine on delivery and postpartum adaptation of newborn babies of Ukrainian refugees]*. Praha, 2023. 57 s., 1 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí závěrečné práce Buslenko, Iuliia

Abstrakt

Tato bakalářská práce zkoumá vliv války na Ukrajině na porod a porodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženek. Zkoumané faktory jsou způsob porodu, krevní ztráta za porodu, porodní poranění a Apgar skóre novorozence. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce se věnuje anatomii ženské kostěné pánve, svalům pánevního dna, fyziologickému porodu, vaginálním operačním porodům, císařskému řezu. Dále se zabývá poporodní adaptací novorozenců, multikulturním ošetrovatelstvím a v neposlední řadě se zmiňuje o probíhající válce na Ukrajině.

Praktická část práce je pojata jako výzkumné šetření, ke kterému bylo využito analytického sběru dat. Data k praktické části byla čerpána z NIS MEDEA na pracovišti Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 18, Praha 2. Získaná data byla zpracována za pomoci tabulek a grafů.

Klíčová slova: běženeček, císařský řez, novorozenec, operační porod, porod, porodní poranění

Abstract

This bachelor thesis is studying the influence of the war in Ukraine on the delivery and postpartum adaptation of newborn babies of Ukrainian refugees. Analysed factors are ways of giving birth, blood loss, perineal tears, and the Apgar score of newborn babies. This thesis is further divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part is dedicated to the anatomy of women`s pelvis, perineal muscles, physiological delivery, operative vaginal birth, caesarean section, newborn adaptation, transcultural nursing, and the war in Ukraine.

The practical part is made as a research survey for which analytical collecting of data was used. The data used in the practical part is taken from NIS MEDEA at the Department of Obstetrics and Gynaecology of the 1st Faculty of Medicine and General University Hospital in Prague, Apolinářská 18, Prague 2. Given data was further processed into tables and charts.

Key words: Refugee, caesarean section, newborn, operative vaginal birth, delivery, perineal tears

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce MUDr. Iulii Buslenko za její čas, cenné rady a konstruktivní kritiku.

Obsah

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. ANATOMIE PÁNVE	12
1.1 KOSTI PÁNVE	12
1.1.1 <i>Os sacrum (kost křížová)</i>	12
1.1.2 <i>Os coxae (kost pánevní)</i>	12
1.1.3 <i>Os ilium (kost kyčelní)</i>	12
1.1.4 <i>Os ischii (kost sedací)</i>	12
1.1.5 <i>Os pubis (kost stydká)</i>	13
1.2 KLOUBNÍ SPOJENÍ PÁNVE	13
1.2.1 <i>Articulatio sacroiliaca (kloub křížokyčelní)</i>	13
1.2.2 <i>Symphysis pubica (spona stydká)</i>	13
1.3 VAZIVOVÁ SPOJENÍ PÁNVE.....	13
1.4 ROVINY PÁNEVNÍ.....	14
1.5 VNITŘNÍ ROZMĚRY ŽENSKÉ PÁNVE	15
1.5.1 <i>Conjugata vera obstetrica</i>	15
1.5.2 <i>Conjugata diagonalis</i>	15
1.5.3 <i>Pánevní osa a pánevní sklon</i>	15
1.6 ZEVNÍ ROZMĚRY ŽENSKÉ PÁNVE	15
2. SVALY PÁNEVNÍHO DNA A HRÁZE	17
2.1 DNO PÁNEVNÍ	17
2.1.1 <i>Musculus levator ani (řitní zdvihač)</i>	17
2.1.2 <i>Musculus coccygeus (sedokostrční sval)</i>	18
2.2 SVALY HRÁZE	18
2.2.1 <i>Musculus transversus perinei profundus (hluboký příčný hrázový sval)</i>	18
2.2.2 <i>Musculus transversus perinei superficialis (povrchový příčný hrázový sval)</i>	18
2.2.3 <i>Centrum perinei</i>	18
2.2.4 <i>Musculus ischiocavernosus (dutinkosedací sval)</i>	18
2.2.5 <i>Musculus bulbospongiosus (bulvohoubovitý sval)</i>	19
2.2.6 <i>Musculus sphincter urethrovaginalis (močotrubicopoševní svěrač)</i>	19

2.2.7 <i>Musculus compressor urethrae (stlačovač močové trubice)</i>	19
2.2.8 <i>Musculus sphincter urethrae externus (vnější svěrač močové trubice)</i>	19
2.2.9 <i>Musculus sphincter ani externus (vnější řitní svěrač)</i>	19
3. FYZIOLOGICKÝ POROD	20
3.1 DEFINICE PORODU	20
3.2 PLOD JAKO PŘEDMĚT PORODU	20
3.3 MECHANISMUS PORODU	22
3.3.1 <i>Období přípravy těhotné ženy k porodu</i>	22
3.3.2 <i>Mechanismus první doby porodní</i>	22
3.3.3 <i>Mechanismus druhé doby porodní u plodů v poloze podélné záhlavím</i>	23
3.3.4 <i>Mechanismus třetí doby porodní</i>	24
4. PORODNÍ PORANĚNÍ	25
4.1 PORANĚNÍ HRÁZE	25
4.1.1 <i>Epiziotomie</i>	26
4.2 PORANĚNÍ POCHVY	26
4.3 PORANĚNÍ HRDLA DĚLOŽNÍHO	26
4.4 PORANĚNÍ TĚLA DĚLOŽNÍHO	26
5. OPERAČNÍ VAGINÁLNÍ POROD	28
5.1 PORODNICKÉ KLEŠTĚ	28
5.1.1 <i>Podmínky vedení porodu per forcipem</i>	28
5.1.2 <i>Provedení porodu per forcipem</i>	28
5.2 VAKUUMEXTRAKTOR	29
5.3 RIZIKA OPERAČNÍHO VAGINÁLNÍHO PORODU	29
6. CÍSAŘSKÝ ŘEZ	31
6.1 INDIKACE K PROVEDENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	31
6.2 PROVEDENÍ OPERACE	32
7. NEONATOLOGIE	34
7.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	34
7.2 POPRODNÍ ADAPTACE NOVOROZENCE	35
8. MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	36
8.1 ZÁKLADNÍ POJMY	36

8.1.1. <i>Multikulturalismus</i>	36
8.1.2 <i>Etnicita</i>	37
8.1.3 <i>Kultura</i>	37
8.2 SPECIFIKA UKRAJINSKÉ MENŠINY A JEJÍ RESPEKTOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	37
8.2.1 <i>Prenatální péče</i>	38
9. VÁLKA NA UKRAJINĚ	39
9.1 <i>ESKALACE RUSKO-UKRAJINSKÝCH VZTAHŮ</i>	39
9.2 <i>SOUČASNÁ SITUACE</i>	39
PRAKTICKÁ ČÁST	41
10. VÝZKUMNÉ CÍLE	41
11. METODIKA VÝZKUMU	42
12. VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	43
12.1 <i>CHARAKTERISTIKA POPULACE</i>	43
12.2 <i>VLIV VÁLKY NA UKRAJINĚ NA ZPŮSOB PORODU</i>	46
12.3 <i>VLIV VÁLKY NA UKRAJINĚ NA PORODNÍ PORANĚNÍ PŘI VAGINÁLNÍM PORODU</i>	48
12.4 <i>VLIV VÁLKY NA UKRAJINĚ NA KREVNÍ ZTRÁTU U VAGINÁLNÍHO PORODU</i>	50
12.5 <i>VLIV VÁLKY NA UKRAJINĚ NA POPORODNÍ ADAPTACI NOVOROZENCŮ</i>	51
12.7 <i>VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ</i>	54
13. DISKUSE	56
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	58
SEZNAM ZKRATEK	61
SEZNAM TABULEK	62
SEZNAM GRAFŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH	64
PŘÍLOHY	65

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám tím, zdali měla válka na Ukrajině vliv na porod a poporodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženek. Myslím si, že počátek války měl velký vliv na fyzické i psychické zdraví Ukrajinců a potenciálně i na porod ukrajinských běženek. Téma jsem si zvolila, protože je mi blízké multikulturní ošetrovatelství a jsem toho názoru, že správná zdravotnická péče o rodičky jiné národnosti přispívá k jejich lepší adaptaci do české společnosti.

Cílem mé práce je tedy zjistit míru komplikovanosti porodu Ukrajinek se statutem uprchlíka v porovnání s kontrolními skupinami. Kontrolní skupiny tvoří Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky, jež rodily na stejné klinice a ve stejný čas.

Pro ucelený vhled do problematiky se v teoretické části práce věnuji anatomii ženské kostěné pánve a svalům pánevního dna. Dále ve své práci popisuji fyziologický porod, operační vaginální porod a císařský řez. V neposlední řadě jsem na konec teoretické části zařadila přiblížení poporodní adaptace novorozence, základy multikulturního ošetrovatelství a několik slov o válce na Ukrajině.

V praktické části se věnuji analýze dat získaných z NIS MEDEA na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Konkrétně zkoumám vliv války na způsob porodu, krevní ztrátu u porodu, porodní poranění a Apgar skóre novorozence.

Teoretická část

1. Anatomie pánve

V první kapitole se budu věnovat anatomickému popisu kostěné pánve a vazivovým spojením na pánvi. Posléze popíšu základní roviny a rozměry ženské pánve, protože jsou tyto rozměry hojně využívány v porodnictví pro určení splnění podmínek k vedení porodu per vias naturales.

1.1 Kostí pánve

1.1.1 Os sacrum (kost křížová)

Kost křížovou tvoří pět křížových obratlů splynutých do jedné kosti. Jejich hladká a konkávní plocha je přivrácena do pánve. Splynuté výběžky původních obratlů vytvořily na zadní straně kosti tři podélné hrany. Crista sacralis mediana představuje spojení trnových výběžků, crista sacralis intermedia spojení výběžků kloubních a crista sacralis lateralis spojení příčných výběžků. Aby mohla křížová kost komunikovat s páteřním kanálem nachází se na ní čtyři páry otvorů. Těmito otvory prochází míšní nervy. Ke křížové kosti je připojena kostrč – coccyx. Kostrč je tvořena až pěti rudimentálními nedokonalými obratli. (1)

1.1.2 Os coxae (kost pánevní)

Kost pánevní vzniká srůstem kosti stydké s kostí sedací a kyčelní. Spojení všech tří kostí se nachází v kloubní jamce kyčelního kloubu neboli acetabulu. Pánevní kost je kloubně připojena ke křížové kosti a symfýzou je spojena s druhostrannou pánevní kostí. Celému útvaru se říká pánev (pelvis). (1,2)

1.1.3 Os ilium (kost kyčelní)

Největší část pánevní kosti se skládá z lopaty kosti kyčelní, která přechází v jámu kosti kyčelní (fossa iliaca) a těla, jež se podílí na tvorbě acetabula. V proximální části kost vyběhá ve hřeben (crista iliaca), který je vpředu ukončen trnem spina iliaca anterior superior a vzadu trnem spina iliaca posterior superior. Podobné trny se nacházejí pod prvními a nazývají se spina iliaca anterior inferior a spina iliaca posterior inferior.

Kost kyčelní je s kostí křížovou spojena pomocí facies auricularis, tedy nepravidelnou drsnatou kloubní plochou. Kaudálně ohraničena je lopata kosti kyčelní hranou linea terminalis navazující vpředu na os pubis a symfýzu a vzadu na promontorium. (1)

1.1.4 Os ischii (kost sedací)

Sedací kost tvoří její tělo a rameno. Tělo kostí sedací se nachází při acetabulu. Rameno kosti sedací směřuje ventrálně a kaudálně. V místě, kde sestupující rameno míří směrem dolů se nachází sedací hrbol – tuber ischiadicum. (1)

1.1.5 Os pubis (kost stydká)

I u kosti stydké tvoří její tělo část acetabula a pokračuje vpřed ramenem – ramus ossis pubis směrem k symfýze. Rameno je spojeno s ramenem kosti sedací, a proto je lomeno dorsálně a kaudálně. Mezi kostí sedací a stydkou je otvor – foramen obturatum, který vyplňují svaly muscoli obturatorii. (1)

1.2 Kloubní spojení pánve

Mezi kloubní spojení pánve patří spojení mezi kostí křížovou a kostí kyčelní, spona stydká – symphysis pubica a vazy pánevní. (1)

1.2.1 Articulatio sacroiliaca (kloub křížokyčelní)

Jedná se o tuhý kloub, jehož kloubní plochy jsou nerovné, drsné a kryté chrupavkou. Přední část kosti křížové je v kraniiální části širší než v části kaudální. Pouzdro kloubu je zesíleno vazy a samo je krátké a tuhé. Pevnosti kloubu napomáhají ligamenta, jež vedou vpředu napříč kloubní štěrbinou – ligamenta sacroiliaca ventralia a dorsalia. Mezi kostmi napříč probíhají masivní ligamenta interossea. Povrchněji uložená probíhají mezi os sacrum a os ilium ligamenta sacroiliacadorsalia brevia. Nejpovrchněji jsou uložena delší a slabší vazy ligamenta sacroiliaca dorsalia longa, která jdou obráceně od kosti křížové směrem na kost kyčelní. Zpevnění kloubu zajišťuje ligamentum iliolumbale vedoucí od čtvrtého a pátého lumbálního obratle transversálně směrem šikmo dolů na kost kyčelní. (1,2)

1.2.2 Symphysis pubica (spona stydká)

Symfýza spojuje pravou a levou kost na přední části pánve. Jedná se o chrupavčité spojení pánevních kostí. Kloubní plochy jsou pokryty hyalinní chrupavkou a mezi ně je vložena destička vazivové chrupavky. Spojení je navíc zesíleno vazy, které jsou schopny pánevní kosti udržet spojené i v případě roztržení spony. Normálně jsou spojení velmi pevná a nepohyblivá, ale v průběhu těhotenství váže symfýza vlivem hormonů více vody a stává se prosáklou. Podobně jako křížokyčelní kloub se ke konci těhotenství spona rozvolňuje a rozestupuje a tím napomáhá mírnému zvětšení porodního kanálu. (3)

1.3 Vazivová spojení pánve

Vazivové zpevnění celé pánve zajišťují dvě velmi silná ligamenta. První ligamentum – ligamentum sacrospinale vede napříč od spina ischiadica k laterálnímu okraji křížové kosti. Druhé z ligament – ligamentum sacrotuberales vede od zadní plochy os sacrum, křížuje první ligamentum a upíná se na sedací hrbol.

Pánev je schopna kývavého pohybu v předozadním směru. Zároveň tvoří stabilní základnu, na kterou je během života přenášena váha trupu těla, horních končetin a hlavy. (1,2)

1.4 Roviny pánevní

Pánev má tvar kostěného válce s dutinou uprostřed. Kostěnou pánev rozlišujeme velkou a malou. (2,3)

Pelvis major – velká pánev je laterálně ohraničena lopatami kostí kyčelních a dorsálně horním okrajem křížové kosti a dolními bederními obratli. Spodní hranici velké pánve tvoří linea terminalis – hraniční čára, která probíhá po horním okraji symfýzy, hřebenu stydké kosti, linea arcuata kosti kyčelní a promontoriu páteře. (2,3)

Pelvis minor – malá (porodnická) pánev se nachází pod linea terminalis. Zboku je tvořena dolními částmi těl kyčelních kostí a sedacích kostí, vzadu je tvořena kostí křížovou a kostrčí a vpředu symfýzou a kostí stydkou. Jsou zde uloženy orgány jako konečník, močové cesty, pohlavní orgány spolu s velkými cévami a nervy. (2,3)

Malá pánev je součástí porodních cest a jsou tedy pro porod velmi důležité její vnitřní rozměry a tvar vnitřního prostoru. Kosti pánve jsou pod linea terminalis uspořádány tak, aby tvořili tvrdé porodní cesty. Porodní kanál nemá v celé své délce stejné rozměry, ale jsme schopni v něm rozeznávat roviny s o určitých délkách. Díky stanoveným čtyřem rovinám lze i sledovat postup porodu. V jednotlivých rovinách určujeme rozměr diameter recta (předozadní průměr), diameter transversa (příčný průměr), diameter obliqua dextra et sinistra (šikmý průměr pánve pravý a levý). Poslední z rozměrů určujeme pouze v rovině pánevního vchodu a šíře. (3)

Rozměry jsou v rovinách následující:

- **Rovina vchodu pánevního** (aditus pelvis) je ohraničena linea terminalis a má tvar příčného oválu. Diameter recta mezi promontoriem a horním okrajem symfýzy je 11 cm. Diameter obliqua je na obou stranách rozměr mezi sakroiliakálním kloubním spojením a eminentia iliopubica a měří 12 cm. Nejdelším rozměrem v této rovině je diameter transversa, jež měří 13 cm a představuje vzdálenost mezi lineae terminales na obou stranách.
- **Rovina pánevní šíře** (amplitudo pelvis) je ohraničena rozhraním S2 a S3 obratlů, středem acetabula a středem symfýzy. Tato rovina má kruhový tvar. Diameter recta měří 12,5 cm, diameter transversa taktéž 12,5 cm. Nejdelším rozměrem je diameter obliqua s 13,5 cm.
- **Rovina pánevní úžiny** (angustia pelvis) je ovál ohraničený kaudálním koncem os sacrum, okrajem spina ossis ischii a kaudálním okrajem symfýzy. Nejdelším rozměrem je diameter recta, který se rozpíná mezi hrotem křížové kosti a dolním okrajem symfýzy, u žen měří 11,5 cm. Diameter transversa v této rovině měří 10,5 cm.
- **Rovina pánevního východu** (exitus pelvis) je ohraničena koncem kostrče, tuber ischiadicum a dolním okrajem symfýzy. Diameter recta zde normálně měří pouze 9,5 cm, ale za porodu se tlakem postupující hlavičky posouvá kostrč dorsálním směrem a tím se rozměr zvětší na 11,5 cm. Diameter transversa činí mezi tubera ischiadica 11 cm. Rovina pánevního východu připomíná kosočtvercový tvar. (2,3)

Při porodu plodu záhlavím se hlavička plodu staví svým předozadním průměrem do nejdějšího rozměru v dané rovině. Do pánevního vchodu vstupuje v příčném rozměru, v pánevní šíři v šikmém rozměru, v pánevní úžině se staví do rozměru přímého a v pánevním východu v přímém rozměru setrvává. Kritickým místem je rovina pánevní úžiny, kdy je rozměr diameter recta stejně velký jako předozadní průměr hlavičky plodu. U plodu je nutné ještě počítat s 0,5cm na měkké tkáni hlavičky. (3)

1.5 Vnitřní rozměry ženské pánve

Rozměry ženské pánve mají velký význam pro správný průběh porodu. V porodnictví určujeme z vnitřních rozměrů přímo pouze conjugata diagonalis. Ostatní rozměry měříme nepřímou pomocí pelvimetru zevně. (3)

1.5.1 Conjugata vera obstetrica

Jedná se o přímý rozměr pánevního vchodu. Tento rozměr není možno měřit přímo, a proto se odhaduje od conjugata diagonalis. Conjugata vera obstetrica představuje vzdálenost mezi promontoriem a nejvíce vyčnívajícím místě symfýzy – eminentia retropubica, jenž zapříčiňuje, že je tento rozměr menší než diameter recta aditus pelvis a má měřit alespoň 10,5cm. (2,3)

1.5.2 Conjugata diagonalis

Měříme u žen per vaginam zavedením ukazováku a prostředníčku. Měřenou vzdáleností je rozměr od promontoria k dolnímu okraji symfýzy. Fyziologicky by měl měřit minimálně 12 cm. (2,3)

1.5.3 Pánevní osa a pánevní sklon

Pánevní osa je čára spojující středy všech čtyř přímých průměrů, která je zároveň rovnoběžná se zakřivením křížové kosti. (3)

„Pánevní sklon je charakterizován jako úhel, který svírá rovina pánevního vchodu s horizontální rovinou.“ (3, str. 60)

1.6 Zevní rozměry ženské pánve

Měření zevních rozměrů pánve je nutné k posouzení dostatečné prostornosti malé pánve k normálnímu průběhu porodu. Díky rozměrům velké pánve můžeme tedy posoudit i pánev malou a její případné patologie. Měření probíhá za pomoci pelvimetru.

Prvním měřeným rozměrem je bikristální šířka pánve, což je vzdálenost mezi pravou a levou crista iliaca nacházející se na kyčelním hřebenu. Minimální rozměr distantia bicristalis by měl být 29 cm. (3)

Bispinální šířkou pánve (distantia bispinalis) se rozumí vzdálenost mezi pravou a levou spina iliaca anterior superior s minimální délkou 26 cm. (3)

Jako distantia bitrochanterica je označena minimálně 31 cm dlouhá vzdálenost mezi pravým a levým velkým trochanterem stehenní kosti. (3)

Posledním rozměrem je conjugata externa s délkou 18-20 cm, který se měří od trnu L5 ke středu horního okraje symfýzy. Podle tohoto rozměru lze posuzovat nejužší místo pánevního vchodu. (3)

2. Svaly pánevního dna a hráze

Ve druhé kapitole se budu věnovat svalům a fasciím pánevního dna u žen, protože podpírají břišní a pánevní orgány a některé jimi dokonce prostupují. V těhotenství a za porodu zároveň nesou rostoucí dělohu a podpírají hlavičku plodu. Neméně důležitou rolí je podíl na močení a defekaci. Svaly dna pánevního jsou připojeny na vnitřní stěnu kostěné pánve a nálevkovitě sestupují směrem dolů. (3)

2.1 Dno pánevní

Nálevkovité pánevní dno (diaphragma pelvis) je upevněno na stěny malé pánve a dále prochází kaudálně k průchodu konečníku. U ženy se před průchodem konečníku nachází průchod pochvy a vpředu průchod močové trubice. Mezi análním otvorem a zadní pyskovou spojkou se nachází perineum neboli hráz. Perineum je ve své podstatě 4 cm dlouhý můstek z měkkých tkání, na kterém je patrný kožní šev.

Nálevkovitý tvar pánevního dna je zapříčiněn ventrálně a laterálně příčně pruhovaným svalem musculus levator ani a zároveň dorsálně a laterálně taktéž příčně pruhovaným svalem musculus coccygeus. (3)

2.1.1 Musculus levator ani (řitní zdvihač)

Je plochý sval skládající se ze zevní a vnitřní části. Úkolem vnitřní části je zesilovat svalové dno v místech vzdálených od kostře a udržovat správnou polohu dělohy během těhotenství. V neposlední řadě je sval svěračem dutých orgánů. Sval začíná od stydké kosti a táhne se k rektu a kosti kostrční, úpon můžeme najít na kostrčořitním vaz. Musculus levator ani je tvořen pubickou a ilickou částí. (2,3)

Pubická část, jež se nachází vpředu, je tvořena stydkokostrčním svalem (musculus pubococcygeus). Stydkokostrční sval vede od zadní plochy stydké kosti (3). „Mezi pravou a levou stranou svalových snopců pars publica vzniká štěrbina pro prostup vývodných cest močových a pohlavních, hiatus urogenitalis, ve kterém prochází trubice močová a u ženy vagina. Snopce této části svalů ze stran lemují, obkružují a zezadu uzavírají hiatus urogenitalis.“ (3, str. 66). Snopce podpírající dělohu tvoří stydkoposevní sval (musculus pubovaginalis), který zdvihá zadní posevní stěnu, a snopce jdoucí za rektum tvoří stydkokonečníkový sval (musculus puborectalis), jež má funkci uzávěru a fixace rekta. Další část snopců upínajících se do ligamentum anococcygeum (vaz kostrčořitní) obkružuje rektum a jiná část snopců pokračuje na kostrč. Výše uvedené svaly hrají významnou roli v podpoře polohy pánevních orgánů a v podpoře kontinence. (3)

Od hráze se k řitnímu svěrači připojuje vnější řitní svěrač (musculus sphincter ani externus). (2,3)

Ilická část je tvořena boční částí diaphragma pelvis a sama tvoří kyčlokostrční sval (musculus iliococcygeus). Pars iliaca začíná od musculus obturatorius internus a táhne se ke spina ischiadica. Tyto snopce tvoří boční část pánevního dna. Pars iliaca funguje jako zvedač konečníku. (3)

2.1.2 Musculus coccygeus (sedokostrční sval)

Tento sval je slabý a vesměs bezvýznamný. Obsahuje četné vazivové snopce a doplňuje vzadu diaphragma pelvis. Sval vede od přední plochy kostrče a křížové kosti k spina ischiadica. Jeho úkolem je táhnout kostrč ventrálně, hlavně při defekaci či po porodu. (3)

2.2 Svaly hráze

Svaly hráze neboli muscoli perinei se nacházejí zevně od pánevního dna. Jedná se o svaly příčně pruhované. Patří mezi ně i soubor svalů močopohlavní přepážky (diaphragma urogenitale). Pod tímto pojmem se skrývá soubor svalových a vazivových snopců tvořících trojúhelníkovou ploténku v pánevním východu. Ploténku je možno nalézt mezi dolními rameny stydké kosti a rameny kosti sedací, dále se rozpíná od symfýzy k sedacímu hrbolu. Prochází skrze ni močová trubice a pochva. Močopohlavní přepážka je složena ze dvou svalů – hlubokého a povrchového příčného hrázového svalu (musculus transversus perinei profundus et superficialis). (3)

2.2.1 Musculus transversus perinei profundus (hluboký příčný hrázový sval)

Tento sval můžeme označit jako plochý, párový sval tvaru trojúhelníku. Sval se nachází přímo v pánevním východu, konkrétně vede od symfýzy k okrajům sedacího hrbolu. Zdola nasedá na diaphragma pelvis v místě hiatus urogenitalis, který zároveň zpevňuje. Mezi snopci svalu je zanořena velká předsíňová žláza (glandula vestibularis major, Bartholini). Mezi hlavní funkce svalu patří podpora orgánů přední poloviny pánve. (3)

2.2.2 Musculus transversus perinei superficialis (povrchový příčný hrázový sval)

Je rozepjatý od vnitřní plochy sedacího hrbolu. Jeho svalové snopce lemují zevní povrch zadního okraje m. transversus perinei profundus a vedou k centrum perinei. Část snopců přechází na bulvohoubovitý sval (musculus bulbospongiosus), jež je u ženského pohlaví redukován. (3)

2.2.3 Centrum perinei

Jako centrum perinei je označován šlachovitý střed hráze, který najdeme mezi vaginou a rektum. K tomuto vazivu se upínají některé svaly hráze a urogenitální přepážky. Díky vazivovému středu ho mohou do něj upínající se svaly při kontrakci využít jako pevný úponový bod. Dalšími úkoly centrum perinei je i podpora nad ním uložených pánevních orgánů a udržování stability pánevního dna. (3)

2.2.4 Musculus ischiocavernosus (dutinkosedací sval)

Patří ke druhé skupině svalů hráze, jež jsou připojené k zevním pohlavním orgánům. Jedná se o párový sval začínající od kaudálního okraje sedací a stydké kosti a

poštěváčkového raménka přecházející a upínající se na poštěváčkový hřbet. Podílí se na erekci poštěváčku. (3)

2.2.5 Musculus bulbospongiosus (bulvohoubovitý sval)

Tento sval je také svaem párovým. Jeho počátek se nachází v centrum tendineum, dále směřuje podél poševního vchodu ke klitoris. Snopce ze zadních okrajů přecházejí do okrajů m. sphincter ani externus. Bulvohoubovitý sval přispívá k erekci poštěváčku a tlakem vyprazdňuje velkou předsíňovou žlázu, jelikož svírá poševní vchod. (3)

2.2.6 Musculus sphincter urethrovaginalis (močotrubicopoševní svěrač)

Probíhá ve stěně předsíň poševní a dopředu kolem močové trubice, kde se snopce spojí se snopci druhé strany. Tento sval je důležitý v udržení kontinence. Svalová vlákna se distálně napojují na stlačovač močové trubice. (3)

2.2.7 Musculus compressor urethrae (stlačovač močové trubice)

Stlačovač najdeme v pod m. ischiocavernosus kde pokračuje více hlouběji a oba svaly jdou rovnoběžně až před močovou trubicí. V tomto místě se svaly obou stran kraniálně spojí do snopců svěrače močové trubice. Část snopců dále vstupuje do stěny pochvy mediálně. (3)

2.2.8 Musculus sphincter urethrae externus (vnější svěrač močové trubice)

Svěrač prostupuje otvorem v diaphragma urogenitale, v tomto místě obklopuje močovou trubicí. Zároveň je od snopců m. transversus perinei profundus vazivově oddělen. Podílí se na funkci uzávěru močové trubice. (3)

2.2.9 Musculus sphincter ani externus (vnější řitní svěrač)

Vnější řitní svěrač je komplex svalů konečníku obemýkajících anální kanál. Zespona je napojen na diaphragma pelvis a se svaly hráze se spojuje v centrum perinei. Jeho funkcí je anální uzávěr. (3)

3. Fyziologický porod

Ve třetí kapitole se budu věnovat fyziologii porodu. Pro účely mé bakalářské práce je důležité fyziologii porodního mechanismu znát a dobře jí rozumět, protože se zabývám vlivem války na Ukrajině právě na porod. (4)

3.1 Definice porodu

Jako porod (partus) chápeme ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého novorozence. (4)

„Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života.“ (4, str. 1248)

Mrtvě narozený plod neprojevuje ani jednu známku života a jeho hmotnost je větší než 500 g. V případě, že nemůžeme určit hmotnost plodu, musí porod proběhnout po ukončení 22. týdne těhotenství. Pokud nelze určit délku těhotenství, musí být délka plodu od temene k patě alespoň 25 cm. (4)

Mezi známky života řadíme srdeční činnost, pulzaci pupečníku a pohyb kosterního svalstva bez ohledu na přerušovaný či nepřerušovaný pupečník. (4)

Potratem (abortus) rozumíme vypuzení či vynětí plodu z těla matky kdy plod neprojevuje ani jednu známku života a současně je jeho hmotnost menší než 500 g. V případě, že nelze zjistit hmotnost plodu, je určující trvání těhotenství méně než 22 týdnů. (4)

Při ukončení vícečetného těhotenství hodnotíme každý plod zvlášť. Umělé přerušování těhotenství po 22. týdnu je považováno za předčasně vyvolaný porod a nikoli potrat. (4)

Předčasným porodem (partus praematurus) chápeme porod do konce 37. týdne těhotenství. Jako porod včasný neboli v termínu (partus maturus) označujeme porod mezi 38. a 42. týdnem těhotenství. Pokud žena porodí po 42. týdnu těhotenství, je tento porod označován jako porod opožděný (partus serotinus). (4)

3.2 Plod jako předmět porodu

Tělo plodu rozdělujeme na velké a malé části. Velké části plodu jsou hlavička a pánevní konec. Horní a dolní končetiny a pupečník jsou malé části plodu. Při poloze plodu podélné hlavičkou je hlavička určujícím faktorem porodu kvůli svým rozměrům. Lebka hlavičky je tvořena párem čelních kostí ventrálně, spánkovými kostmi laterálně, křídly kostí klínových, na středu nalezneme temenní kosti a na dorsální straně kost týlní. Kosti lebky plodu nejsou v době porodu plně osifikovány a hranice mezi nimi tvoří blanité švy a fontanely, díky těmto spojům je hlavička za porodu stlačitelná. Čelní kosti jsou spojeny čelním švem. Spojení čelních a temenních kostí je tvořeno věncovým švem. Týlní a

temenní kosti spojuje lambdový šev. Temenní kosti jsou spojeny švem šípovým. V místě spojení spánkové kosti s kostí temenní se nachází šev šupinový. (4)

Šípový šev je vzadu a vpředu ohraničen malou a velkou fontanelou. Malá fontanela (λ , fonticulus minor), která je za porodu stlačená a je trojúhelníkového tvaru, se nachází v místě styku šípového švu s lambdovým švem. Velká fontanela (bregma, fonticulus major) má tvar deltoidu a tvoří styčné místo šípového, věncového a čelního švu. V průběhu vaginálního porodu jsou fontanely a šípový šev hmatné a díky nim můžeme odhadovat v jaké fázi porodu se hlavička nachází. (4)

Na hlavičce dále rozeznáváme příčné a podélné průměry a prostupující obvody:

- **Malý příčný průměr** (diameter bitemporalis), který spojuje nejvzdálenější body věncového švu a u zralého plodu měří průměrně 8 cm.
- **Velký příčný průměr** (diameter biparietalis), jež je spojnicí vrcholů parietálních hrbolů a v průměru měří 9,5 cm. Tento průměr je také významným parametrem ultrazvukové biometrie plodu v těhotenství.
- **Malý šikmý průměr** (diameter suboccipitobregmatica) vede od protuberantia occipitalis posterior ke středu velké fontanely. Měří průměrně 9,5 cm. Pro porod je výhodný obvod subokcipitobregmatický (circumferentia frontooccipitalis), který do tohoto průměru promítáme. Tento obvod je s rozměrem 32 cm jedním z nejmenších obvodů na hlavičce plodu, a proto bývá prostupujícím obvodem při porodu plodu záhlavím.
- **Předozadní průměr** (diameter frontooccipitalis) prochází od kořene nosu k nejvzdálenějšímu bodu záhlaví a měří 12 cm. Obvod, jež promítáme do tohoto průměru se nazývá frontoocipitální obvod (circumferentia frontooccipitalis). Zmíněný obvod měří 34 cm a je prostupujícím bodem v poloze plodu předhlavím.
- **Modifikovaný velký šikmý průměr** (diameter maxilloparietalis) se nachází mezi středem maxily a nejvzdálenějším bodem záhlaví a měří 13,5 cm. Obvodem v tomto průměru je obvod maxiloparietální (circumferentia maxilloparietalis), který je se svojí délkou 36 cm prostupujícím obvodem při čelní poloze.
- **Submentobregmatický průměr** (diameter submentobregmatica) je stejně jako subokcipitobregmatický průměr dlouhý 9,5 cm. Rozpíná se mezi středem submentální krajiny a středem velké fontanely. Příslušný submentobregmatický obvod je také pro porod výhodný, protože měří pouze 32 cm a je prostupujícím obvodem v poloze obličejové. (4)

V normálním případě je primární tvar lebky novorozence určen geneticky a ovlivňuje tak mechanismus porodu. V některých případech ale může dojít k přechodným změnám tvaru lebky, které zapříčiňuje mechanismus porodu. Zmíněné změny se nazývají konfigurace a patologická konformace hlavičky. Nejčastějším tvarem lebky je podélně protáhlá lebka nazývaná se primární dolichocefalie, která se nejlépe přizpůsobuje tvaru porodních cest díky iniciální flexi při vstupu do pánve. Pokud prochází lebka pánví beze změny držení, jedná se často o lebku věžovitěho tvaru neboli hypsicefalii nebo turicefalii.

V případě, že lebka s oploštělým záhlavím prochází v mírné deflexi, jedná se o primární brachycefalii.

Rozměry trupu plodu jsou pro správnou představu následující:

- Šířka ramen (diameter biacromialis) s rozměrem 12 cm a obvodem 35 cm.
- Šířka kyčlí (diameter ilica), která je důležitá při porodu koncem pánevním měří 9 cm a příslušný obvod 27 cm. (4)

3.3 Mechanismus porodu

3.3.1 Období přípravy těhotné ženy k porodu

Na konci těhotenství začíná složitý multifaktoriální děj připravovat tělo ženy i plodu na nadcházející porod. Projevuje se pozvolným nárůstem děložní motility a dráždivosti, který vede k podprahové kontrakční činnosti pojmenované jako Braxton-Hicksovy kontrakce neboli dolores praesagientes. Jedná se o kontrakce s nízkými amplitudami a dlouhými intervaly, které se později zkracují a amplitudy se zvyšují, tudíž je žena vnímá. Braxton-Hicksovy kontrakce jsme schopni zaznamenat již od 20. týdne těhotenství. (4)

V posledních týdnech těhotenství klesá fundus děložní a tím zmírňuje tlak na epigastrium. Ženě se tedy lépe dýchá. U primigravidy často plod částečně vstupuje do pánevního vchodu, zatímco u žen multigravidních naopak pouze naléhá na vchod pánevní. Dále se mění tvar, konzistence a uložení děložního hrdla. V případě pootevření zevní branky může odcházet z hrdla hlenová zátka. Těhotná děloha více naléhá distálním směrem a tlačí tak na močový měchýř těhotné. (4)

Všechny tyto faktory se podílejí na zahájení I. doby porodní neboli doby otevírací. Dále porod dělíme ještě na II. dobu porodní (doba vypuzovací) a na III. dobu porodní (porod lůžka a plodových obalů). (4)

3.3.2 Mechanismus první doby porodní

První doba porodní je zahájena začátkem děložní činnosti vedoucí k prokazatelnému rozvoji dolního děložního segmentu, hrdla a branky. Kontrakce jsou zpočátku od sebe vzdáleny i deset minut. V některých případech začíná porod spontánním odtokem plodové vody a bezprostředním nástupem děložních kontrakcí (tj. do jedné hodiny od odtoku plodové vody). Pokud odteče voda plodová a do hodiny nenastanou kontrakce, jedná se o předčasný odtok plodové vody. (4)

Průběh kontrakční vlny při každé kontrakci vyvolá tlak vedoucí části plodu na dolní děložní segment, který se aktivně přesouvá přes naléhající část plodu směrem kraniálním. Těmto kontrakcím se říká contractiones ad partum. Pro přesnější určení progresu nálezů na čípku je zvykem rodičku v průběhu porodu vaginálně vyšetřit prsty. Při rozpínání dolního děložního segmentu plod klesá více do této oblasti. Retrakce děložní stěny nenápadně kompenzuje úbytek hmoty v horním děložním segmentu. Retrakci stěny děložní můžeme

pozorovat při prasknutí vaku blan, kdy přední část plodové vody odtéká a zbylá část zůstává zachována v záhybech plodu. V místě, kde se naléhající část plodu dostane do intenzivního kontaktu s děložním hrdlem může vznikat caput succedaneum neboli stagnační edém na hlavičce plodu. Naléhající částí může být nejčastěji hlavička plodu, ale také hýždě nebo nožka plodu. (4,8)

Prvorodičkám, které mají děložní hrdlo kónické s důlkovitě uzavřenou zevní brankou dilatuje hrdlo odlišně od vícerodiček s válcovitým hrdlem a zející zevní brankou z posledního porodu. Prvorodičkám se nejdříve zkracuje děložní hrdlo od vnitřní k zevní brance a následně se začíná rozevírat branka. Vícerodičkám se hrdlo i branka rozevírá současně a v průměru podstatně rychleji. (4)

3.3.3 Mechanismus druhé doby porodní u plodů v poloze podélné záhlavím

Druhá doba porodní začíná okamžikem zániku porodnické branky a dorotováním hlavičky plodu. V jejím průběhu postupuje plod tvrdými i měkkými porodními cestami. Děložní kontrakce mají v době vypuzování největší intenzitu a k nim se přidává i břišní lis. Zapojení břišního lisu k vypuzení plodu je totožné s defekačním reflexem. Fyziologickými parametry při porodu hlavičky v poloze záhlavím jsou subokcipitobregmatický průměr s malou fontanelou jako vedoucím bodem. Hypomochlionem se stává subokciput a konfigurace hlavičky bývá dolichocefalická. (4)

Hlavička prostupuje porodními cestami následujícím způsobem. Do roviny pánevního vchodu vstupuje původně indiferentně, centricky a synkliticky naléhající hlavička v iniciální flexi. Nejnižší uloženým a zároveň vedoucím bodem se stává malá fontanela. Do vchodu pánevního vstupuje nejdříve hlavička malým oddílem a poté se v pánvi fixuje oddílem velkým po prostupu biparietálního průměru. Hlavička do pánve vstupuje švem šípovým v příčném nebo I. šikmém průměru při postaveních obyčejných či v příčném nebo II. šikmém průměru při postaveních méně obyčejných. Poloha malé fontanely koresponduje s postavením plodu. Dále prostupuje hlavička do pánevní šíře a úžiny a v této chvíli zapojuje rodička břišní lis. (4)

V úrovni pánevní úžiny se hlavička vnitřně rotuje a při normální rotaci se vždy vedoucí body otáčí za sponu bez ohledu na polohu vedoucího bodu před rotací. Při abnormální rotaci hlavičky se vedoucí bod točí směrem ke kostrči. Po dokončené vnitřní rotaci se hlavička dostává do pánevního východu, kde šev šípový směřuje v přímém průměru. (4)

Po normální rotaci se hlavička posune svým subokciputem pod arcus pubis a opře se o dolní okraj symfýzy, kolem které se otáčí v příčné horizontální ose. Styčné místo se nazývá hypomochlion. Po abnormální rotaci se hypomochlion nachází v oblasti bregmatu. Zároveň se po abnormální rotaci hlavička nejdříve maximálně flektuje a až po porození záhlaví přes hráz se prudce deflektuje. Příliš prudké deflexi musí porodník zabránit, protože hrozí vitálně ohrožující nitrolební krvácení po dekompresi a prudkém uvolnění hlavičky. (4)

Hlavička, která se rodila švem šípovým v přímém průměru pánevního východu provádí po porodu rotaci záhlavím na tu stranu, kam směřuje neporozený hřbet plodu. (4)

Raménka plodu vstupují do pánve před výstupem hlavičky z východu. Biakromiální průměr vstupuje do pánevního východu v opačném šikmém průměru než šípový šev na hlavičce. Vpředu uložené ramínko se stává vedoucím. Těsně po porodu hlavičky se raménka v pánevní úžině rotují tak, že se vedoucí raménko stáčí za okraj stydké spony. V oblasti pánevního východu je biakromiální průměr v přímém průměru. Přední raménko je porozeno do oblasti úponu deltového svalu, kde vzniká hypomochlion. Trup se poté laterálně flektuje a porodí se přes hráz raménko zadní. Zbývající trup plodu je porozen bez zvláštního mechanismu. Porodem plodu druhá doba porodní končí. Trvá průměrně do šedesáti minut u prvoroďičky a dvaceti minut u druhoroďičky. (4,8,12)

3.3.4 Mechanismus třetí doby porodní

„*Třetí doba porodní začíná porodem dítěte a končí vypuzením placenty*“ (8 str. 110). Po porodu plodu děloha retrahuje, aby se přizpůsobila ztrátě objemu. Fundus děložní je hmatný přibližně v úrovni pupku a děloha má kulovitý tvar. Děloha retrahuje v celé své ploše kromě místa uchycení placenty. Po klidové fázi nastanou v celé ploše dělohy kontrakce nazvané *contractiones ad secundinas*. Mezi dělohou a placentou nastává tkáňový posun, při kterém se přeruší uteroplacentární septa a cévy. Tímto mechanismem vzniká retroplacentární hematoma a placenta se odlučuje ve spongiózní vrstvě deciduální sliznice. Po odloučení placenty se děloha předozadně oplošťuje a fundus se stává špičatým. Poté dojde k porození placenty, která za sebou táhne plodové obaly. V průměru trvá třetí porodní doba 10 minut. (4,8)

Dle lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme tři typy mechanismu odlučování placenty:

- **Mechanismus dle Baudelocquea-Schultzeho** – Vytvoří se centrální retroplacentární hematoma a placenta se odlučuje od prostředka k okrajům. Zevně není před porodem placenty pozorovatelné žádné krvácení. Placenta je porozena svou fetální částí napřed a táhne tak s sebou i plodové obaly.
- **Mechanismus dle Duncana** – Odlučování placenty začíná od distální periferie přes centrum k opačné periferii. Retroplacentární hematoma volně odtéká pochvou, a tudíž rodička před porodem placenty lehce krvácí. Placenta se rodí mateřskou stranou napřed.
- **Mechanismus dle Gessnera** – Placenta se odlučuje od periferie, podobně jako v předchozím případě. V pochvě se ale kornoutovitě sbalí a rodí se svou fetální stranou napřed. Před porodem placenty se vyplavuje retroplacentární hematoma.

Po porodu placenty dochází k úplné retrakci děložní svaloviny. Stěny přerušených cév se komprimují a slepují k sobě. Nevzniká tak žádný trombus. Toto poporodní období trvá asi dvě hodiny a po tuto dobu zůstává neděлька na porodním sále k observaci. Fyziologická krevní ztráta bývá asi 300ml. (4)

4. Porodní poranění

Ve čtvrté kapitole se budu věnovat poranění především měkkých porodních cest. Poranění bývají způsobena porodem hlavičky plodu.

Velmi vzácná bývají poranění kostěné pánve, která jsou zapříčiněna vlivem hormonů na rozvolnění vazů. Mezi poranění řadíme symfyzeolýzu (rozšíření štěrbin mezi stydkými kostmi), rupturu symfýzy či frakturu kostrče. (7)

Dle poranění můžeme porody klasifikovat do různých kategorií a poté je i porovnávat. Porovnání se věnuji v praktické části práce.

4.1 Poranění hráze

Po každém porodu je nutné ženu vyšetřit v zrcadlech. Porodník pátrá po poraněních způsobených za porodu. Nejčastěji jsou pozorovatelné zbytky hymenu či drobné trhlinky a odřenyiny, které není nutné ošetřovat. Ošetření ale vyžadují trhliny děložního čípku, trhliny poševní sliznice a svaloviny. Pozornost je dále třeba věnovat skrytému hematomu. (5)

Nejčastějším poraněním za porodu jsou ruptury hráze (rupturae perinei), které dělíme dle rozsahu a lokalizace. Roztočil mimo jiné uvádí, že mezi nejčastější příčiny ze strany matky patří vyšší věk a s ním spojená větší rigidita hráze a jizvy z předchozích porodů. Ze strany plodu bývá příčinou jeho velikost nebo deflekční poloha. V průběhu porodu hraje roli nedostatečné chránění hráze či překotný porod. (5)

Poranění hráze dělíme do následujících skupin:

- Ruptura I. stupně – zasažena je pouze kůže hráze a pochva. Svaly hráze nejsou porušeny.
- Ruptura II. stupně – zasahuje do kůže, podkoží a svalstva perinea. Více je postižena sliznice a podslizniční vazivo pochvy.
- Ruptura III. stupně – jedná se poranění, které postihuje zevní svěrač konečníku. Ruptura IIIa zasahuje méně než do poloviny tloušťky zevního svěrače. Ruptura IIIb zasahuje více než do poloviny tloušťky zevního svěrače. Ruptura IIIc postihuje vnitřní i zevní svěrač, ale sliznice konečníku je neporušena.
- Ruptura IV. Stupně – je nejhorším typem poranění hráze, protože postihuje zevní i vnitřní anální svěrač a zároveň sliznici konečníku

Poraněná hráz krvácí dle rozsahu poranění a je nutné chirurgické ošetření. Zamezí se tak budoucí deformaci hráze a svaloviny pánevního dna. Ošetření lehčích poranění probíhá v lokální anestezii 10% Mesocainem, ruptury III. a IV. stupně je vhodné ošetřovat v epidurální či celkové anestezii a využít antibiotickou clonu. Lékař při šití porodního poranění musí respektovat anatomické struktury, po ošetření vyjmout všechny tampony z pochvy a zkontrolovat rodičku per rectum. Obecně se však kvalitně sešitá a prokrvená hráz velmi dobře hojí. Prevencí poranění hráze je správné vedení porodu a chránění hráze, případně včasné provedená epiziotomie. (5,6)

4.1.1 Epiziotomie

V případě, že při prořezávání hlavičky porodník posoudí, že hrozí ruptura hráze, provede za kontrakce mezi zavedenými prsty do pochvy epiziotomii. Nástřih hráze se provádí laterální či mediolaterální. Pokud by byla hráz vysoká lze provést epiziotomii mediální, zde ale hrozí prodloužení trhliny a vznik ruptury perinea III. stupně. Výkon je vhodné provádět v lokální anestezii, při pudendálním bloku nebo epidurální analgezií. (4,7)

4.2 Poranění pochvy

Trhliny pochvy vznikají mechanicky současně s trhlinami sousedících orgánů. Příčinou jsou děložní kontrakce, které vytahují pochvu kraniálním směrem a hlavička plodu ji cirkulárně rozpíná a táhne směrem kaudálním. Mezi příčiny můžeme dále zařadit cervikokorporální dystokii a operační výkony za porodu. (5)

Izolované ruptury vznikají ve střední části pochvy. V některých případech není porušena sliznice, krev se hromadí mezi fascia pelvina a poševní stěnou, a vzniká tak hematom pochvy. V horní části pochvy a klenbách poševních jsou ruptury většinou příčně orientované. Při operačních výkonech často vznikají těžší ruptury. Rizikem může být například předchozí zánět v pochvě. (5)

Příznakem je krvácení z rodidel, narušená poševní stěna. V případě poševního hematomu udává rodička tlak na konečník a je anemická, zároveň je možno pozorovat zužování pochvy. Jako v případě ruptury perinea je i zde nutné chirurgické ošetření, zejména podvaz krvácejících cév. Větší hematomy je nutné vyprázdnit a ošetřit krvácející cévy. Prevence spočívá ve správném vedení porodu, včasném provedení epiziotomie a včasné diagnóze porodních překážek. (5)

4.3 Poranění hrdla děložního

Téměř při každém porodu dojde k nepatrným trhlinkám na zanikající brance, tato poranění se spontánně zahojí. Větší ruptury jsou závažnějšího rázu. Podélné trhliny vznikají po stranách hrdla a mohou zasahovat až k dolnímu děložnímu segmentu. Následkem ruptur může v parakolpiu vzniknout hematom, který ohrožuje ženu na životě krvácením. Při vyšetření v zrcadlech pozorujeme krvácení z větví a. uterinae. Proto je nutné ruptury chirurgicky ošetřit. Zmíněným situacím předejdeme tím, že indukujeme porod pouze na dostatečně dozrálém hrdle, zamezíme tlačení před zánikem branky. Při rigidní brance po předešlých operacích na čípku je možné provést včasný nástřih. V případě, že by poranění nebyla po porodu správně ošetřena, může dojít k deformitám čípku, chronickému zánětu čípku, sekundární sterilitě či insuficienci hrdla děložního v následujících těhotenstvích. (5)

4.4 Poranění těla děložního

Rupturou děložního těla (ruptura corporis uteri) nazýváme porušení celistvosti děložní stěny v oblasti děložního těla nebo dolního děložního segmentu. Trhliny mohou

vznikat v těhotenství i za porodu a mohou být kompletní nebo inkompletní (podle toho, zda je narušena celá stěna dělohy nebo ne). (5)

Dle mechanismu dělíme poranění na spontánní (dehiscentio uteri) a violentní (ruptura uteri). Spontánní ruptura dělohy v těhotenství často vzniká v místě jizvy po předchozí operaci na děloze, v místech s nedostatečnou svalovinou děložní (vrozené vady, místa po zánětech atd.). Roztržení nastává při zvýšení intrauterinního tlaku. Často v počátku nejsme schopni pozorovat žádné příznaky, ale při krvácení do dutiny břišní se u pacientky rozvíjí hemoragický šok. Části plodu mohou být hmatné pod břišní stěnou, protože se dostanou mimo dělohu. (5)

Spontánní ruptura dělohy během porodu nastává při zvýšení intrauterinního tlaku při kontrakci a přítomnosti porodní překážky (kefalopelvický nepoměr, vcestný myom). Další příčinou může být placenta přirostlá v místě jizvy na děloze nebo porucha placentace, kdy choriové klky prorůstají hlouběji do děložní stěny. Obvykle je rupturou poškozen dolní děložní segment podélně na boku. Klinicky pozorujeme zvýšenou činnost dělohy až hypertonus, bolestivé kontrakce nutící rodičku k tlačení. Okem pozorovatelná je Bandlova rýha na břiše rodičky. Jedná se o hranici mezi svalovinou těla děložního a dilatovaným dolním děložním segmentem. Plod se nachází ve spodní části dělohy, zatímco se Bandlova rýha posouvá směrem k pupku. Rodička je často vystrašená a bojí se o osud plodu. Na kardiokografu je od počátku příznaků možné pozorovat intrauterinní tíseň plodu, protože je snížen průtok kyslíku placentou při hyperaktivitě dělohy. (5)

Při vzniku ruptury dělohy pociťuje rodička náhlou bolest v břiše, kterou následuje ustání děložních kontrakcí. Rodička začíná krváčet do dutiny břišní, má rychlý pulz, klesá jí krevní tlak, nastupuje mdloba a lapavé dýchání. V těchto případech je indikováno akutní ultrazvukové vyšetření a při průkazu ruptury dělohy a volné tekutiny v břiše je indikována tokolýza a akutní císařský řez s laparotomickou revizí dutiny břišní. Prognóza pro plod i matku je nepříznivá. Hrozící komplikací je v případě ruptury dělohy embolie plodovou vodou nebo vzduchová embolie. Ve většině případů je děloha amputována supravaginálně. (5)

Velmi vzácná bývají poranění kostěné pánve, která jsou zapříčiněna vlivem hormonů na rozvolnění vazů. Mezi poranění řadíme symfyzeolýzu (rozšíření štěrbin mezi stydkými kostmi), rupturu symfýzy či frakturu kostrče. (5)

5. Operační vaginální porod

5.1 Porodnické kleště

Porodnické kleště (forcep obstetrica) jsou nástrojem, který se používá k ukončení vaginálního porodu v případě, že je hlavička plodu vstouplá velkým oddílem a fixovaná v malé pánvi v jedné z rovin. (4)

Kleště se skládají ze dvou volných branží, jež se při uzávěru kříží nebo leží paralelně. Zkřížené kleště jsou v dnešní době užívanějším typem. Rozdělují se dle zemí jejich konstrukce, protože se liší tvarem i uzávěrem kleští. Především se jedná o kleště anglické, francouzské a německé. (4)

V našem porodnictví se při extrakci hlavičky z pánevního východu využívají Simpsonovy kleště. K extrakci z vyšších pánevních rovin se využívají kleště Breusovy, Kjellandovy či Shuteho. frekvence použití porodnických kleští je v naší zemi kolem 1 % a spíše se využívá vakuumextraktor. (4,5)

5.1.1 Podmínky vedení porodu per forcipem

Hlavní podmínkou k provedení úspěšného klešťového porodu je neexistující kefalopelvický nepoměr. Hlavička musí být vstouplá alespoň v pánevní šíři, tedy vaginálně hmatáme pouze dolní třetinu symfýzy. Indikacemi ze strany matky bývá nepostupující porod ve II. době porodní i při aktivním vedení (aplikace uterokinetik), vyčerpaná či nespolupracující rodička, nemožnost použití břišního lisu, silné krvácení ve II. době porodní se splněním podmínek k vaginálnímu porodu, nutnost ukončení porodu při akutních život ohrožujících stavech. Indikacemi ze strany plodu nejčastěji bývá akutní hypoxie ve II. době porodní. Indikace matky i plodu mohou probíhat i současně. Mezi kontraindikace k použití porodnických kleští patří kefalopelvický nepoměr, překážka v porodních cestách, kterou nelze odstranit, hlava plodu není fixovaná v pánvi, známá porucha mineralizace kostí či krvácivé onemocnění plodu, obličejová a čelní poloha plodu. (4,5)

5.1.2 Provedení porodu per forcipem

Před výkonem je třeba pacientku znovu vaginálně vyšetřit a ujistit se v trvání indikací a absenci kontraindikací. Ženu je nutné vycévkovat a zavést kleště mimo kontrakci. Nejprve se zavádí kleština levá mezi hlavičku a palmární stranu pravé ruky, rukojeť musí směřovat k perineu. Stejným způsobem se nasazuje i pravá kleština. Následuje uzavření kleští a uchopení rukojetí oběma rukama. Mimo kontrakci provede porodník zkusnou trakci a přesvědčí se o správnosti nasazení nástroje. Posledním manévrem je vlastní trakce s vybavením hlavičky za kontrakce. Porodník musí kleštěmi napodobit normální porodní mechanismus a při prořezávání hlavy plodu chránit hráz. Epiziotomie se provádí pouze v případě, že k tomu nastane indikace. Porod ramének a trupu plodu je dokončen standardním způsobem. K operačnímu vaginálnímu porodu je vždy volán pediatr, kvůli zvýšeným rizikům zranění a možné horší adaptaci plodu. (5,11)

Provedení porodu per forcipem patří do rukou zkušeného lékaře – porodníka.

5.2 Vakuumextraktor

Vakuumextraktor je přístroj využívaný k extrakci plodu z porodních cest tahem za pelotu, jež je uchycena na hlavičce plodu. Systém využívá podtlak. Dnes je vakuumextraktor v Českém porodnictví využíván více než porodnické kleště. Hlavním důvodem je jednodušší použití a menší tlak na erudici porodníků. (5)

Přístroj se skládá z peloty (přísavný zvon) vyrobené z plastu o průměru 30-60 mm, trakčního systému a zdroje podtlaku. Vakuová pumpa může být mechanická, elektrická i napojená na centrální systém. V posledních letech jsou sterilně baleny malé plastové vakuumextraktory, které umožňují rychlé a snadné použití. Díly jsou k sobě spojeny plastovými hadičkami. Standardně se využívá podtlak od 0,2 do 0,8 kg/cm². Platí tedy, že při použití většího průměru peloty za stejného tlaku, lze vykonat trakci větší silou. V případě využití příliš velké síly se pelota z hlavičky plodu odtrhne. (4,5)

Indikace k použití vakuumextraktoru jsou podobné jako u forcepsu a patří mezi ně hrozící hypoxie plodu, která se projevuje suspektní křivkou na kardiokardiotokografu, zkrácení II. doby porodní z indikace matky (krvácení, horečka, porucha břišního lisu atd.), nepostupující porod ve II. době porodní, vyčerpaná či nespolupracující rodička. (4,5)

Mezi relativní kontraindikace lze zařadit akutní distres plodu kdy hlavička není viditelná ve východu pánevním, porod druhého dvojčete, které nemá hlavičku vstoupou do pánve, prolaps pupečníku s distresem plodu. Absolutní kontraindikací může být hlavička plodu nevstoupá do pánve, neúplně zašlá branka, kefalopelvický nepoměr, poloha podélná koncem pánevním, obličejová či čelní poloha, týden těhotenství menší než 34. týden, hemokoagulační porucha plodu. (5)

Aby mohl porodník ukončit porod za pomoci vakuumextraktoru, musí být splněné následující podmínky: hlavička plodu vstoupá alespoň v šíři pánevní, zašlá porodnická branka, odteklá plodová voda, nepřítomnost kefalopelvického nepoměru, hmotnost plodu vyšší než 2500 g a těhotenství starší 36 týdnů. (5)

5.3 Rizika operačního vaginálního porodu

Riziky klešťového porodu pro matku jsou rozsáhlá poranění děložního hrdla, pochvy a hráze, vznik stresové močové inkontinence a psychické poruchy. Rizika pro dítě představují poranění měkkých i kostěných částí hlavičky plodu, vznik kefalhematomu či intrakraniálního krvácení. (5)

Mezi mateřská rizika porodu vakuumextraktorem patří porodní poranění hráze, tvorba hematomů a inkontinence moči. Plod je ohrožen lacerací a sufuzí hlavičky v místě naložení peloty, porodním nádorem, kefalhematomem, subdurálním krvácením, poraněním lícního nervu, anemií, hyperbilirubinemií. (5)

Je zjevné, že použití porodnických kleští představuje větší riziko poranění matky, zatímco vakuumextraktor představuje větší riziko poranění plodu. Pravidlem bývá rozsáhlý porodní nádor. (5)

Po porodu vakuumextraktorem či forcepsem, je vhodné s rodičkou a jejím doprovodem promluvit a vysvětlit zpětně průběh porodu a zodpovědět případné otázky. V případě, že není rozhovor možný na porodním sále, je vhodné, aby proběhl před propuštěním pacientky z nemocnice. (5,10)

6. Císařský řez

Císařský řez, latinsky sectio caesarea, je nejčastější operace prováděna v těhotenství nebo za porodu. Na rozdíl od vaginálních operací, jež ukončují porod se císařský řez provádí obvykle dříve než ve druhé porodní době. Aby se lékař mohl rozhodnout k provedení císařského řezu, je nutno splnit určitá pravidla. Musí být splněny všechny podmínky, musí existovat indikace k operaci, v ideálním případě by žena měla mít za sebou všechna předoperační vyšetření a podepsaný informovaný souhlas s operací, rodička by měla absolvovat předoperační přípravu a měla by dostat řádnou pooperační péči. (4,13,14)

Nejzásadnější podmínkou pro provedení císařského řezu je, že velká část hlavičky plodu není ještě vstouplá v pánvi. Je zásadní, aby hlavička nebyla ani v pánvi fixovaná. Tuto podmínku snadno ověříme vaginálním vyšetřením tak, že hmatáme horní zadní okraj symfýzy. V případě nefixované hlavičky s větším porodním nádorem může druhý porodník jemně elevovat hlavičku vaginálně. (4, 9)

6.1 Indikace k provedení císařského řezu

Dle povahy indikací rozdělujeme císařské řezy do dvou skupin na primární neboli plánovaný a sekundární neboli akutní. Plánovaný císařský řez je prováděn v případě, že je k němu indikace známa již před nebo v průběhu těhotenství. Příkladem indikace k plánovanému řezu je onemocnění matky. Na rozdíl od plánovaného vzniká indikace k akutnímu s.c. (secio caesarea) postupně či náhle během těhotenství nebo porodu a je nepředpokládaně ohrožena matka, dítě nebo oba zároveň. Matka a plod spolu totiž při porodu interagují, a proto jsou často indikace sdružené. Akutnost indikace závisí na závažnosti povahy patologie a na jejím stupni. Od zmíněných faktorů se odvíjí rychlost přípravy a provedení operace. Před provedením operace nesmíme opomenout souhlas těhotné ženy s operací, zároveň není v naší zemi legální provádět s.c. na přání rodičky. (4,14)

První skupinou indikací je fetopelvický a kefalopelvický nepoměr mezi které patří například dnes již naštěstí vzácná zúžení pánve či deformity. Pánev může být změněna následkem úrazu nebo vrozené vady a je proto nutné hodnotit všechny pánevní roviny a průměry. Zvážení velikosti plodu, a především jeho hlavičky je také na místě, v případě většího plodu může též vzniknout nepoměr. Některé malformace plodu zjištěné během těhotenství také mohou být indikací k císařskému řezu v případě, že se objem některé části plodu zvětšil natolik, že by neprošel pánví. Jasnou indikací je i nepravidelné uložení plodu v děloze. Příkladem je poloha příčná nebo šikmá, z deflexních poloh indikuje lékař primární císařský řez při poloze obličejové a čelní, a v případě nepostupujícího porodu indikuje sekundární sekci při temenní poloze. (4)

Vcelku rozšířenou skupinu indikací představují včestné překážky pro porod per vias naturales. Patří mezi ně pánevní nádory, včestné myomy, ovariální nádory, nádory

rekta apod. Tyto pánevní patologie totiž brání vstupu plodu do porodních cest či hrozí při fyziologickém porodu jejich závažné poškození. (4)

Některé stavy matky by se vaginálním porodem mohly více zhoršit. Příkladem je rozvolnění pánevního pletence (pelveolýza, symfyzeolýza). Omezení abdukce v kyčelním kloubu taktéž představuje překážku pro vaginální porod. (4)

V situaci, kdy těhotná absolvovala v minulosti operaci na děloze nebo operaci v malé pánvi, je nutné indikaci k císařskému řezu zvážit. Jizvy na děložní stěně mohou být příčinou ruptury dělohy v dalším těhotenství. Operace pro úpravu močové inkontinence a podobné plastické operace mohou být vaginálním porodem poničeny. (4)

Další indikací je placenta praevia, která může být diagnostikována již v průběhu těhotenství a císařský řez tak naplánován či může být odhalena až při náhlém silném krvácení kdy žena podstoupí akutní císařský řez. Silným krvácením zevně nebo retroplacentárně se projevuje i předčasné odlučování placenty a je tedy indikací k akutní s.c. (4)

V případě potermínové gravidity, kdy porod nelze opakovaně úspěšně vyvolat, je císařský řez na místě. Stejně se řeší i příliš dlouho odteklá plodová voda bez úspěšného vyvolání porodu. (4)

Poruchy vypuzovacích sil během porodu, které nelze zvládnout farmakologicky se řadí také k indikacím k sectio caesarea stejně jako poruchy funkce břišního lisu. Těžká či zhoršující se onemocnění ženy i onemocnění orgánů mohou být náhlou i plánovanou indikací. Náhlou indikací je horečka za porodu. (4)

Poloha plodu koncem pánevním je jasnou indikací k císařskému řezu v případě hmotnosti plodu větší než 3500 g u primipary a 3800 g u multipary či naopak menší než 2500 g. Porušené držení plodu a nitroděložní růstová retardace v poloze plodu koncem pánevním také vede k plánovanému řezu. Při poloze plodu v této poloze musíme především posuzovat rodičku a plod individuálně. (4)

Indikace k s.c. ze strany plodu mohou být akutní i chronické hypoxie, růstová retardace, naléhání a výhřez pupečníku, anemie plodu, herpes genitalis matky a většina vícečetných těhotenství. (4)

Pokud žena v minulosti absolvovala jeden nebo více císařských řezů, které se hojily per secundam, hrozí v příštím těhotenství ruptura dělohy a je nutné provést primární císařský řez, a především během těhotenství kontrolovat tloušťku jizvy ultrasonografem a monitorovat bolest v jizvě. (4)

6.2 Provedení operace

Dle perinatologické statistiky za rok 2021, jež Výbor sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti předkládá České lékařské společnosti J.E. Purkyně bylo v roce 2021 provedeno 25,8 % porodů císařským

řezem z celkových 109 644 porodů. Je logické, že v perinatologických centrech bylo provedeno vyšší procento císařských řezů než v menších nemocnicích, jelikož je zde vyšší koncentrace rizikových rodiček. (29)

Anestezie během operace je dnes samozřejmostí. Každou ženu posuzuje porodník i anesteziolog individuálně. Běžně se využívá svodné, regionální či celkové anestezie. Každý typ má svá pozitiva a negativa a je proto nutná i konzultace s rodičkou. (8)

Ve většině případů je plod extrahován z příčné suprapubické laparotomie (sectio sec. Pfannenstiel), který vede poloobloukovitě 2 cm nad symfýzou, a jizva je poté na kosmeticky výhodném místě. Zároveň je zde minimální riziko pooperačních komplikací. Placenta se ihned po vybavení dítěte a přerušení pupečnicku manuálně odloučí a provede se kontrola děložní dutiny. Břicho matky se šije po jednotlivých vrstvách zpět k sobě. Prvních 24 hodin většinou stráví nedělka na jednotce intenzivní péče a novorozenec je jí přinášán pouze na kojení každé tři hodiny. (4,8)

Ukončení těhotenství a porodu císařským řezem je pro ženu mnohem rizikovější a fyzicky náročnější než spontánní vaginální porod. Hájek uvádí až šestkrát více komplikací při porodu císařským řezem. Příčinou může být fakt, že asi polovina žen je operována akutně a nemají tudíž absolvována předoperační vyšetření. Zároveň přináší císařský řez možné komplikace pro další těhotenství operované ženy. (4,9)

Nejčastějšími a nejobávanějšími komplikacemi je krvácení a poruchy hemokoagulace. Při těchto komplikacích je vyžadován rychlý zásah operatérů. Nebezpečné je i pooperační krvácení do břišní dutiny vyžadující relaparotomii. Během operace může nastat embolie vzduchem nebo plodovou vodou a v období po operaci se nejvíce obáváme tromboflebitidy. V případě, že je prováděn císařský řez velmi rychle, hrozí nechtěné poškození orgánů operátorem. Nejčastěji bývá poškozen močový měchýř a klička tenkého střeva. Zde je důležitá včasná diagnóza a co nejrychlejší odstranění problému. Mezi další komplikace spojené s břišní operací patří pooperační hematom vznikající v ohraničených prostorech, infekce operační rány potažmo orgánů v dutině břišní, anesteziologické komplikace a kýla v jizvě. (4,14)

Ihned po operaci je nedělka přeložena na jednotku intenzivní péče, kde probíhá sledování fyziologických funkcí (krevní tlak, tepová frekvence, počet dechů, EKG, oxymetrie). Dle potřeby indikuje lékař krevní testy. Kontrolován musí být i stav vědomí, krvácení, bilance tekutin. Součástí pooperační péče je individuální tišení bolesti a aplikace předepsaných léků. Velmi důležitá je včasná vertikalizace, protože je prevencí tromboembolie a dovoluje tak nedělce samostatnost v péči o novorozence. V dnešní době bývá nedělka s novorozencem po třech až pěti dnech propuštěna z nemocnice. Další péče probíhá ambulantně u obvodního gynekologa. (4)

7. Neonatologie

Na úvod této sedmé kapitoly bych ráda uvedla klasifikaci novorozenců dle gestačního věku, dle porodní hmotnosti a dle vztahu mezi těmito dvěma faktory. Klasifikace počítá s těhotenstvím, které normálně trvá 40 týdnů. V další podkapitole se zabývám adaptací novorozence na okolní prostředí. (15)

7.1 Klasifikace novorozenců

Dle gestačního věku dělíme novorozence na nedonošené, donošené a přenášené. Za nedonošeného novorozence se považuje dítě narozené před 37. týdnem těhotenství (do 36+6). Donošený novorozenec je dítě narozené mezi 37. a 42. týdnem těhotenství (37+0 až 41+6). Dítě narozené po 42. týdnu těhotenství se označuje jako přenášené. (15)

Zralého fyziologického novorozence poznáme na první pohled tak, že má vyvinutý podkožní tuk, přerostlé okraje nehtů, viditelné rýhování dlaní a plosek nohou, chrupavky ušních boltců a nosu jsou pevné na pohmat, u dívek jsou labia minora kryta labia majora a u chlapců jsou varlata již sestouplá v šourku. Funkčně se zralý novorozenec vyznačuje dobrou termoregulací, přítomností sacího, polykacího a pátracího reflexu, pravidelným dýcháním a přiměřenou funkcí jater. (16)

Podle porodní hmotnosti dělíme děti na makrozomní (vážíci 4500 g a více), s normální porodní hmotností (rozmezí 2500 g až 4499 g), děti s nízkou porodní hmotností (váží méně než 2500 g), novorozence s velmi (méně než 1500 g) a extrémně nízkou porodní hmotností (váží méně než 1000 g). (15)

Pokud klasifikujeme vztah mezi gestačním věkem a porodní hmotností vzniknou nám tři skupiny novorozenců. První skupinou jsou novorozenci eutrofičtí, kteří hmotností odpovídají svému gestačnímu stáří. Druhou skupinou jsou novorozenci hypotrofičtí, kteří se svou hmotností pohybují pod 10. percentilem pro příslušný gestační týden. Poslední skupina je označována jako novorozenci hypertrofičtí, jež svou hmotností spadají nad 90. percentil daný pro příslušný gestační týden. (15)

Dále je pro tuto práci důležité vymezit základní demografické pojmy týkající se novorozenců. Živě a mrtvě narozené děti jsem charakterizovala již dříve v této práci. Dalším důležitým pojmem je perinatální úmrtnost, což je součet mrtvě narozených a živě narozených novorozenců zemřelých do konce 7. dne po porodu na 1000 narozených dětí (15). Dort charakterizuje novorozeneckou úmrtnost jako „*počet zemřelých novorozenců od narození do 28 dnů na 1000 živě narozených. Kojenecká úmrtnost vyjadřuje počet zemřelých dětí od narození do 1 roku na 1000 živě narozených.*“ (15, str. 16)

Hlavními příčinami úmrtí plodu a novorozence jsou komplikace vzniklé v perinatálním období, vrozené vývojové vady, perinatální asfyxie, krvácení a infekce. (15)

7.2 Poporodní adaptace novorozence

Důležitou součástí hodnocení novorozence po porodu je skóre dle Apgarové, které vyjadřuje stav dítěte ihned po porodu. Ošetřující zdravotník hodnotí vitální projevy v první, páté a desáté minutě života dvěma, jedním nebo žádným bodem. Po sečtení tedy získáme celkové skóre ve třech okamžicích. Mezi hodnocené projevy patří srdeční akce, dýchání, svalový tonus, reflexní reaktivita a barva kůže. Fyziologický novorozenec má skóre 8-10 bodů, 4-7 bodů ukazuje na lehkou porodní asfyxii a 3 a méně bodů znamenají těžkou porodní asfyxii. (15,8)

Po celou dobu trvání těhotenství je placentou matky zajišťována výživa a výměna krevních plynů plodu. Zároveň již nitroděložně do určité míry funguje trávicí a vylučovací soustava. Poporodní adaptací nazýváme proces počínající od okamžiku přerušení pupečníku, kdy se musí právě narozený jedinec začít sám přizpůsobovat novému prostředí a být soběstačný. (16)

Největšími změnami prochází dýchací soustava a krevní oběh. Plíce plodu v děloze jsou vyplněny tekutinou a ne vzduchem. Zmíněná tekutina je částečně z plic vytlačena při průchodu hrudníku porodními cestami. Po narození začíná chlad, mechanické dráždění kůže, klesající hladina kyslíku a stoupající hladina oxidu uhličitého v krvi stimulovat první vdechy. Během prvních minut života tak probíhá provzdušňování plic, které díky dostatečné tvorbě surfaktantu nesplasknou. Fyziologická frekvence je 40 vdechů za minutu. Po narození převládá břišní složka dýchání. Dobře adaptovaný novorozenec jasně a hlasitě křičí. (16)

Pokud se dobře adaptuje krevní oběh novorozence, je kůže dítěte růžová, klidovou tepovou frekvenci naměříme mezi 130 a 160 tepy za minutu a pulz dobře hmatáme v tříse či na horních končetinách. Proces adaptace krevního oběhu novorozence je velmi složitý a dokončuje se až dva týdny po narození. (16)

Z hlediska nervové soustavy se zdravý donošený novorozenec projevuje hlasitým křikem a pohyby končetin. V klidu zaujímá polohu s končetinami ve flexi a pokládá hlavičku na jednu preferovanou stranu. Svaly udržují přiměřené napětí neboli tonus. V případě sníženého napětí označujeme tyto děti za hypotonické a v opačném případě jako hypertonické. Pozorovat dále můžeme uchopovací reflex na horní končetině a při prudkém trhnutí za podložku Moroův objímací reflex (rozhození ruček a pokus o objetí). (16)

Kůže zralého novorozence je po porodu pokryta plodovým mázkem, který je složen ze zbytků ochlupení lanuga, epitelii a produktů mazových žláz. Zřetelné jsou řasy, obočí a přerostlé nehty, každé dítě má jinak početné ochlupení hlavy. Původně rosolovitý pupeční pahýl postupně vysychá a samovolně odpadá zhruba po týdnů života. (16)

8. Multikulturní ošetrovatelství

V této kapitole se zabývám vymezením základních pojmů důležitých pro potřeby mé bakalářské práce a přiblížením zásad multikulturního ošetrovatelství.

Za zakladatelku multikulturního ošetrovatelství je považována Američanka Madeleine M. Leiningerová (1925-2012), která působila jako zdravotní sestra a profesorka na amerických univerzitách. Leiningerová se ve svých publikacích zaměřuje na antropologii a ošetrovatelství, protože oba vědní obory vnímají holistické pojetí člověka. Leiningerová tvrdila, že potřeby člověka jsou mnohdy naplňovány sociální interakcí s ostatními lidmi a prostřednictvím kulturních norem. (20)

„Transkulturní ošetrovatelství je dnes definováno jako formální oblast studia a praxe zaměřená na porovnávání rozdílů (diverzitu) a podobností (univerzalitu) týkajících se péče o člověka s ohledem na jeho víru, hodnoty a kulturní vzorce s cílem poskytnout kulturně kongruentní, smysluplnou a prospěšnou ošetrovatelskou péči.“ (20 str. 16)

Nad tím, jaký je rozdíl mezi multikulturním a transkulturním ošetrovatelstvím se v našich zemích vedou rozsáhlé diskuse. Oba pojmy spolu často splývají. Zjednodušeně můžeme chápat pojem transkulturní ošetrovatelství tak, že zdravotník a pacient z odlišných kulturních prostředí nestojí pouze vedle sebe, ale dochází k vzájemnému prolínání jejich sociokulturních světů. Z pohledu multikulturalismu stojí dvě kultury nečině vedle sebe. (20)

8.1 Základní pojmy

Migrace obyvatelstva po celém světě byla vždy součástí historie lidstva a bude i součástí budoucnosti. Česká republika jako moderní a kulturně vyspělý stát je od svého založení cílem migrace pro okolní národy, které tak pomáhají na našem území utvářet multikulturní společnost. Největší zastoupení mají v České republice slovanské národy, tedy Češi, Slováci, Poláci a v posledních desetiletích se k nám více stěhují například Ukrajinci. Z menšinových společností je vhodné uvést romskou, vietnamskou, maďarskou a německou menšinu. Většina obyvatel se k nám stěhuje za lepší pracovní příležitostí, životním standardem nebo i kvůli záchraně holého života, který je v jejich domovině ohrožen. (17)

8.1.1. Multikulturalismus

Kutnohorská ve své učebnici uvádí, že definicí multikulturalismu *„je doktrína, která tvrdí, že samostatné etnické skupiny mají právo se kulturně lišit od většinové společnosti, stejně jako má většina právo na svou kulturu“* (17, str. 18). Z pohledu politiky je multikulturalismus prosazován zdůrazňováním lidských práv a svobod, které nesmí být ohrožovány privilegii jiných rasových, etnických a náboženských skupin. (17)

8.1.2 Etnicita

Druhým pojmem je etnicita. Přestože nemá jednoznačnou definici, užívá se nejčastěji vysvětlení, že etnicita je souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum. Jde o vztahy mezi skupinami, které mezi sebou pozorují jisté kulturní odlišnosti. Příkladem jsou rasové, jazykové, teritoriální či duchovní faktory a společné představy. Cílem multikulturního vzdělávání je poznávání a respektování ostatních kultur. (17)

8.1.3 Kultura

Dle Kutnohorské je kultura velmi široký pojem, ale ve zkratce znamená vnášení lidského ducha a umu do věcí a lidí a vytváření jejich lepšího stavu. Obecně má každá kultura svou specifickou víru, hodnoty, zvyky, způsoby péče o nemocné, které je třeba poznat a respektovat při ošetřování osob z daného kulturního prostředí. Nutno podotknout, že je kultura naučená a odvíjí se od sociálního prostředí, jež jedince obklopuje. Dále také ovlivňuje chování a myšlení jedince, které může být často pro nezasvěcené obtížně pochopitelné. (17)

8.2 Specifika ukrajinské menšiny a její respektování ve zdravotnictví

Ukrajina ve své historii často ztratila svou jednotu a svobodu. Její občané jsou tedy zvyklí se adaptovat na nepříznivé životní podmínky. Ukrajinci jsou většinou pravoslavní křesťané či řečtí katolíci. Ukrajinský jazyk pochází ze stejného základu jako čeština, ale používá cyrilici. (17)

Do České republiky přicházelo v minulosti ukrajinské obyvatelstvo nejčastěji za prací a lepšími ekonomickými podmínkami. Vedle Slováků tak tvořilo nejpočetnější národnostní menšinu. Mezi přistěhovalci převažovali mladí ženatí muži s rodinami, často středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní. Od eskalace rusko-ukrajinského konfliktu v únoru 2022 do České republiky přichází velký počet ukrajinských občanů prchajících před válkou. Mladí muži v produktivním věku převážně zůstávají na území Ukrajiny kvůli obraně své vlasti. Se statutem uprchlíka tak na naše území přichází ženy s dětmi a starší občané. (17)

Obecně se jedná o velmi pracovitý a houževnatý národ s vysokou mírou empatie. Jako pacienti jsou většinou ukáznění, bez speciálních požadavků a ochotni se přizpůsobit požadavkům naší ošetrovatelské péče. Největším problémem ve zdravotnictví představuje neznalost českého jazyka, a tudíž nemožnost kvalitní komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem. V dnešní době pozorujeme, že těhotné Ukrajinky již po velmi krátkém pobytu v České republice zvládají komunikovat své potřeby v českém jazyce. Komunikační proces mohou usnadnit různé pomůcky jako jsou například služby tlumočnicka nebo komunikační karty a obrázkové slovníky. V některých případech může tlumočit i rodinný příslušník, ten ale nemusí znát medicínské názvosloví a nemusí tak přetlumočit vše správným způsobem. (17,20)

8.2.1 Prenatální péče

V období těhotenství se organismus ženy mění po fyzické i psychické stránce. Komplexní péče je těhotným ženám poskytována prostřednictvím prenatálních poraden, kde jsou jim sdělovány informace pro přípravu na porod, sleduje se zde zdravotní stav ženy i plodu. Vzhledem k nárůstu počtu Ukrajinců v produktivním věku přicházejících do České republiky, musíme počítat s jejich návštěvami zmiňovaných prenatálních poraden. Je tedy nutné, aby se i zdravotníci vzdělávali v oblasti multikulturní péče. Všeobecně by se měl při ošetřování příslušníků národnostních menšin uplatňovat lidský přístup, trpělivost a pochopení bez ohledu na původ pacienta. Problémem bývá jazyková bariéra, která způsobuje nadbytečný strach a stres či problémy s pochopením léčebného režimu. Péče o těhotné ženy Ukrajinky se příliš neliší od našich standardů, jelikož se jedná o slovanský národ s podobnými zvyklostmi. V současné době velké procento žen přichází do České republiky bez partnera, a proto navštěvují prenatální poradny a následně i rodí bez doprovodu. Zdravotnický personál tedy musí ženě poskytnout potřebnou psychickou podporu, kterou by jinak zastal partner. Výzkumy a studie dále ukazují, že imigrantky jsou často vystaveny nepřiměřenému pracovnímu nasazení a nevyhovujícím životním podmínkám i v období těhotenství a častěji se tak u nich vyskytují těhotenské poruchy včetně potratů. (18,19)

9. Válka na Ukrajině

Pro potřeby této bakalářské práce se v této kapitole budu věnovat základním informacím o válce na Ukrajině, nazývané i ruská invaze na Ukrajinu nebo rusko-ukrajinská válka.

9.1 Eskalace rusko-ukrajinských vztahů

Jistá tenze mezi Ruskem a Ukrajinou je patrná již několik staletí. V moderních dějinách však určitý druh konfliktu pozorujeme od roku 2013. Ruská federace totiž projevovala výrazný zájem o kontrolu hospodářského potenciálu Ukrajiny a usilovala o vytvoření Eurasijské ekonomické unie. Skutečnost, že Ruská federace svým způsobem komplikuje sblížení Ukrajiny se západními zeměmi vyvolala rozsáhlé nepokoje ukrajinského obyvatelstva. Vyvrcholením bylo svržení proruského prezidenta Viktora Janukovyče. Šíření prozápadního naladění občanů způsobilo zahájení ruské agrese proti Ukrajině. (21)

Koncem února 2014 obsadili neoznačení vojáci, kteří podle pozdějších informací patřili k ruské armádě, administrativní budovy a jiná strategicky významná místa Krymského poloostrova. Kreml dosadil proruskou vládu a vyhlásil všelidové hlasování o budoucnosti poloostrova. Dle svědků bylo referendum zmanipulované ruskou armádou, a navíc bylo uskutečněno v rozporu s ukrajinskou ústavou. Na základě výsledků, které říkají, že pro odtržení od Ukrajiny hlasovalo přes 96 % voličů, byl Krymský poloostrov připojen k Ruské federaci. (21)

Na východě Ukrajiny došlo po anexi Krymu k dalším masovým nepokojům a protiústavním referendům, jež vyeskalovaly ve vyhlášení samozvané Doněcké a Luhanské republiky v dubnu 2014. Tamní města byla poté ovládnuta proruskými separatisty. K zajištění bezpečnosti státu se ukrajinská vláda rozhodla bojovat proti teroristickým aktivitám na zmíněném území. (21)

V důsledku nepokojů čelí tisíce obyvatel na obou stranách frontové linie sociálním následkům ruské agrese. Řada lidí se rozhodla opustit své domovy a přesídlit v rámci hranic Ukrajiny a další část obyvatel uprchla do zahraničí. Lidé, kteří se rozhodli zůstat v oblasti okupovaného Donbasu čelili a stále čelí finanční nouzi. Základní potraviny jsou importovány z Ruska. (21)

9.2 Současná situace

V noci na 24. února 2022 překročila ruská armáda hranice Ukrajiny a zahájila ofenzivu. Ruský prezident Vladimir Putin ve svém projevu útok označil jako „vojenskou operaci na východě Ukrajiny s cílem denacifikovat a demilitarizovat Ukrajinu“. Ruská federace tak porušila integritu a suverenitu Ukrajinského státu. Dnes je tato situace označována jako válka na Ukrajině nebo rusko-ukrajinská válka. Dle Spojených Národů se ruská armáda dopouští na Ukrajině zločinů proti lidskosti. Na celém ukrajinském území jsou balistickými střelami ostřelovány důležité body, ale i civilní stavby jako nemocnice či

obytné budovy. V důsledku těchto činů je dle WHO od 24. února 2022 do 10. března 2023 více než 17 milionů ukrajinských civilistů postiženo dopady války a 8173 občanů důsledkem války zemřelo. Dále WHO uvádí, že přes 19 milionů Ukrajinců dosud opustilo území své země a další miliony občanů jsou vysídleny v rámci hranic Ukrajiny. Ukrajínští občané přicházejí se statutem uprchlíka do dalších evropských států. Česká republika v současné době poskytuje dočasnou ochranu přibližně 480 tisícům běženců a tím se v Evropě řadí na třetí místo za Polsko a Německo. Dle Úřadu Vysokého komisaře Organizace spojených Národů je pojem uprchlík definován následovně: „Uprchlíci jsou kategorií osob zvláště definovanou a chráněnou mezinárodním právem. Jsou to lidé nacházející se mimo svoji zemi původu kvůli obavám z pronásledování, konfliktu, násilí nebo jiných okolností, které vážně narušily veřejný pořádek, kteří z tohoto důvodu potřebují „mezinárodní ochranu“. Jejich situace je často tak nebezpečná a nesnesitelná, že překročí státní hranice a hledají bezpečí v okolních zemích, čímž se stávají mezinárodně uznanými „uprchlíky“, a jako takoví mají přístup k pomoci států, UNHCR a příslušných organizací. Jsou uznáni za uprchlíky právě proto, že je pro ně příliš nebezpečné vrátit se domů, a proto potřebují nalézt útočiště jinde. Jsou to lidé, pro které by odepření azylu mohlo mít fatální následky.“ (23, 24, 27, 28)

Ukrajinské obyvatelstvo je zkoušeno v mnoha ohledech, z nichž nejpalčivějším problémem je omezený přístup ke zdravotnické péči. Mnoho zdravotnických zařízení je nejen příliš blízko válečnému území, ale i úplně zničeno válkou. Vliv na ukrajinské zdravotnictví je možno přímo sledovat díky počtům zraněných, jež WHO k 10. březnu 2023 uvádí 13 620. Špatně sledovatelným ukazatelem je psychické zdraví obyvatel, avšak je možné předpokládat, že psychických onemocnění mezi Ukrajinci jen přibývá vlivem stresu způsobeného válečným konfliktem. Mezi stresové faktory se často řadí vysídlení z místa původního bydliště, strach o život, poničená infrastruktura či nemožnost přístupu k pitné vodě. Na území, kde probíhá aktivní válečný konflikt je velmi obtížné až nemožné dovážet potřebná léčiva a hygienické prostředky, což také zvyšuje morbiditu a mortalitu tamního obyvatelstva. Je možné předpokládat, že válka na Ukrajině bude mít dlouhotrvající následky na zdravotnictví po celém světě. (25, 26, 27)

Důsledky války jsou patrné i v oblasti gynekologie a porodnictví. Mediálně známé jsou případy žen, které porodily své dítě ve stanicích metra v objektivně nevhodných podmínkách. Zdravotníci profesionálové a Populační fond OSN mimo jiné uvádí narůstající počty předčasných porodů, gestační hypertenze a prolapsu dělohy napříč ženskou populací na Ukrajině. Zmíněné zdravotní komplikace významně ovlivňují reprodukční zdraví a životy žen. (22)

Praktická část

10. Výzkumné cíle

Výzkumná část práce má za cíl zmapovat, zdali měla v současnosti probíhající válka na Ukrajině a její předpokládané důsledky, jako je nadměrný stres, změna prostředí strach o nenarozené dítě apod., vliv na porod a poporodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženek na Gynekologicko-porodnické klinice U Apolináře v porovnání s Ukrajinkami bez statusu uprchlíka a náhodně vybranou skupinou českých žen, jež rodily ve stejný čas na stejné klinice. Mezi sledované faktory jsem ve své práci zařadila způsob ukončení porodu, krevní ztrátu za porodu, stupeň porodního poranění a Apgar skóre novorozence.

Hlavní výzkumný cíl: Stanovit míru komplikovanosti porodu u ukrajinských běženek v porovnání s kontrolními skupinami.

Dílčí cíle:

C1: Zjistit, zda Ukrajinky se statusem uprchlíka podstoupily více akutních císařských řezů za porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

C2: Zjistit, zda měly Ukrajinky se statusem uprchlíka větší krevní ztrátu u porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

C3: Zjistit, zda měly Ukrajinky se statusem uprchlíka horší stupeň porodního poranění než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

C4: Zjistit, zda bylo Apgar skóre novorozenců Ukrajinek se statusem uprchlíka nižší než Apgar skóre novorozenců Ukrajinek bez statusu uprchlíka a novorozenců českých žen.

11. Metodika výzkumu

Data k praktické části jsem čerpala z NIS MEDEA na pracovišti Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 18, Praha 2. Získala jsem data k porodům 139 žen s Ukrajinským občanstvím a statutem uprchlíka, 214 žen s Ukrajinským občanstvím bez statusu uprchlíka a 330 žen s českým občanstvím. Všechna data byla z celkového počtu porodů na výše zmíněné klinice vybrána náhodně a pouze z období od 24.2. 2022 do 31.12. 2022. Zkoumanou skupinou jsou ukrajinské ženy se statutem uprchlíka, první kontrolní skupinu tvoří ukrajinské ženy bez statusu uprchlíka a druhou kontrolní skupinu tvoří české ženy. Ze souboru zkoumaných dat jsem předem vyřadila vícečetná těhotenství.

Způsob ukončení porodu jsem rozdělila na akutní císařský řez, plánovaný císařský řez, spontánní vaginální porod a operační vaginální porod. Císařské řezy nebyly předmětem další analýzy.

Krevní ztrátu a porodní poranění jsem zkoumala pouze u vaginálně vedených porodů včetně operačních vaginálních porodů. Celkem činil počet vaginálně vedených porodů 435 se zastoupením 94 vaginálních porodů Ukrajinek běženkynů, 143 porodů Ukrajinek a 198 porodů Češek.

Pro účely tohoto výzkumu jsem krevní ztrátu rozčlenila na ztrátu do 300ml, 350-500ml, 550-700ml, 750-1000ml a více než 1000ml.

Porodní poranění jsem u žen porovnávala dle typu. V rámci zkoumaného vzorku se tak vyskytují ženy bez poranění, s drobnou lacerací rodidel, ženy s epiziotomií včetně případné ruptury perinea, se samostatnou rupturou perinea I. stupně, se samostatnou rupturou perinea II. stupně, rupturou perinea III. a IV. stupně. Celkem chyběl údaj o poranění dvou ukrajinských žen bez statusu uprchlíka a jedné české ženy. Tyto porody byly z příslušné analýzy vyřazeny.

Apgar skóre novorozenců jsem hodnotila odděleně dle výsledků v první, páté a desáté minutě života dítěte. Následně jsem porovnávala mezi sebou Apgar skóre novorozenců ze zkoumané skupiny a obou skupin kontrolních.

Získané údaje jsem následně zpracovávala za pomoci tabulek a grafů.

12. Výsledky a vyhodnocení získaných dat

12.1 Charakteristika populace

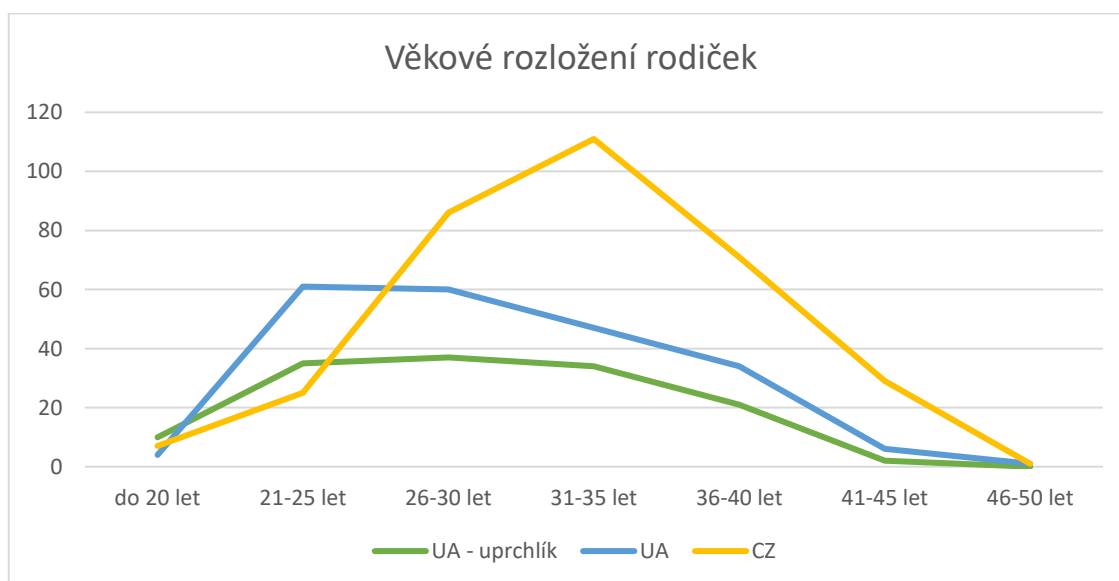
Analyzovaná data tvořilo celkem 682 porodů za období od 24.12. 2022 do 31.12. 2022.

V tabulce č.1 a grafu č.1 je zobrazeno věkové rozložení žen v době porodu. Tabulka i graf zobrazují všechny zkoumané skupiny současně. Celkové věkové rozložení mého souboru je od 18 do 45 let. Z tabulky i grafu je patrné, že ve zkoumané skupině se vyskytuje nejvíce žen ve věku od 26 do 30 let a pouze dvě ženy nad 40 let. V první kontrolní skupině je téměř totožné množství žen, jež rodily ve věku od 21 do 25 let a ve věku od 26 do 30 let. Dalo by se tedy říci, že všechny ukrajinské ženy bez ohledu na status uprchlíka byly v době porodu přibližně stejně staré. V porovnání s Ukrajinkami rodily české ženy, spadající do druhé kontrolní skupiny, nejvíce ve věku od 31 do 35 let.

Tabulka 1: Věkové rozložení rodiček

Věk	UA - uprchlík	UA	CZ
do 20 let	10	4	7
21-25 let	35	61	25
26-30 let	37	60	86
31-35 let	34	47	111
36-40 let	21	34	71
41-45 let	2	6	29
46-50 let	0	1	1

Graf 1: Věkové rozložení rodiček

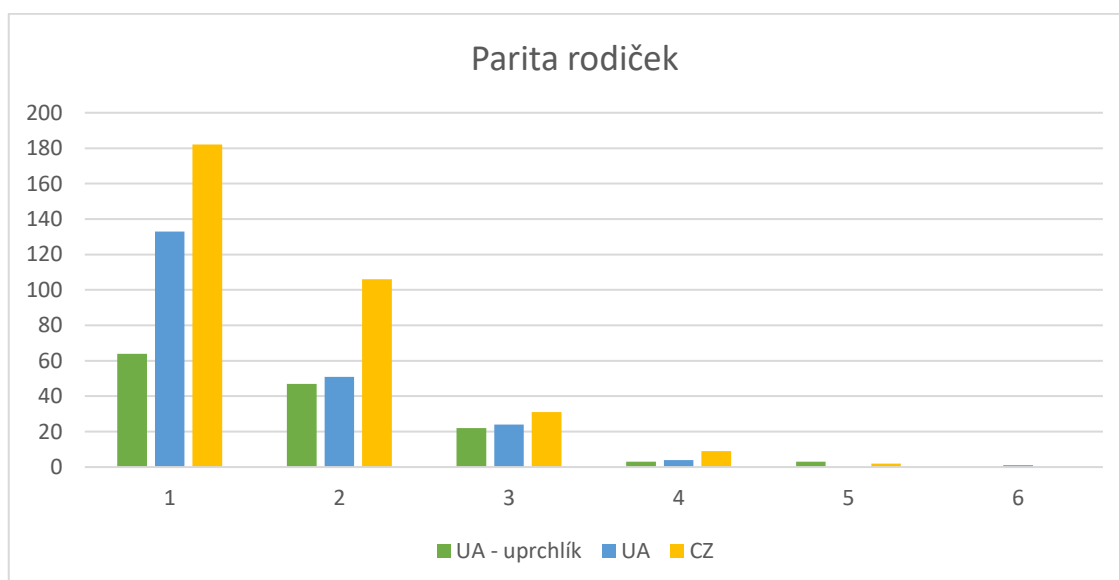


Tabulka č. 2 a graf č. 2 popisují počty porodů v závislosti na paritě rodiček ve všech zkoumaných skupinách. Celkově je zkoumaný vzorek rozložen od primipar po sextipary. Z grafu č. 2 je patrné, že největší podíl napříč celým zkoumaným vzorkem tvoří primipary.

Tabulka 2: Počty porodů v závislosti na paritě rodiček

Parita	UA - uprchlík	UA	CZ
1	64	133	182
2	47	51	106
3	22	24	31
4	3	4	9
5	3	0	2
6	0	1	0

Graf 2: Počty porodů v závislosti na paritě rodiček

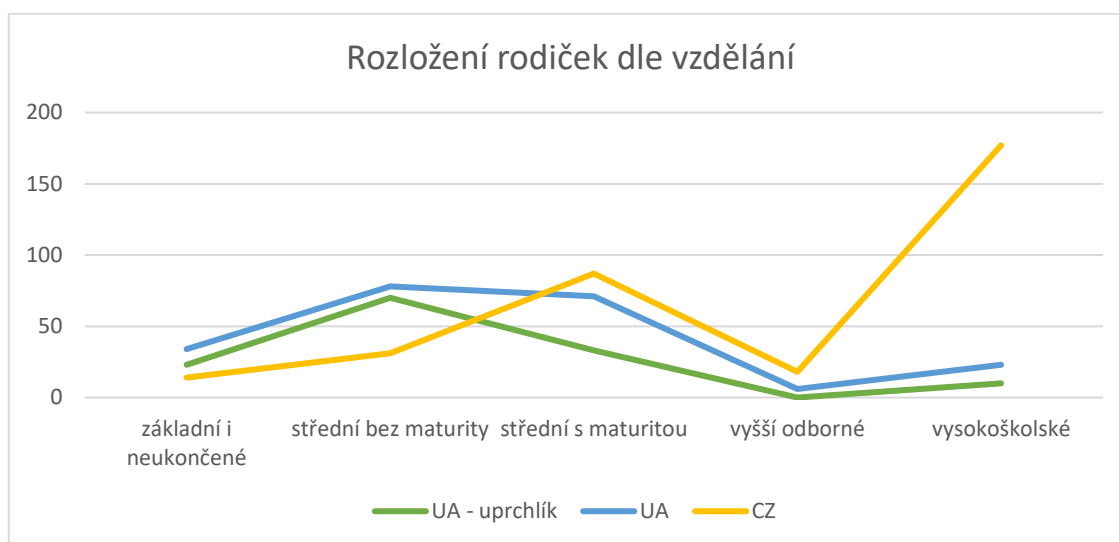


Tabulka č.3 a graf č. 3 zobrazují rozložení rodiček v závislosti na úrovni nejvyššího dosaženého vzdělání. Graf č. 3 popisuje skutečnost, že ženy z výzkumné skupiny i ženy z první kontrolní skupiny nejčastěji dosáhly středního vzdělání s či bez maturitní zkoušky, zatímco ženy z druhé kontrolní skupiny nejčastěji dosáhly vysokoškolského vzdělání. Data o vzdělání chyběla u tří Ukrajinek se statutem uprchlíka, jedné Ukrajinky bez statusu uprchlíka a u tří žen české národnosti.

Tabulka 3: Rozložení rodiček dle vzdělání

Vzdělání	UA - uprchlík	UA	CZ
základní i neukončené	23	34	14
střední bez maturity	70	78	31
střední s maturitou	33	71	87
vyšší odborné	0	6	18
vysokoškolské	10	23	177

Graf 3: Rozložení rodiček dle vzdělání



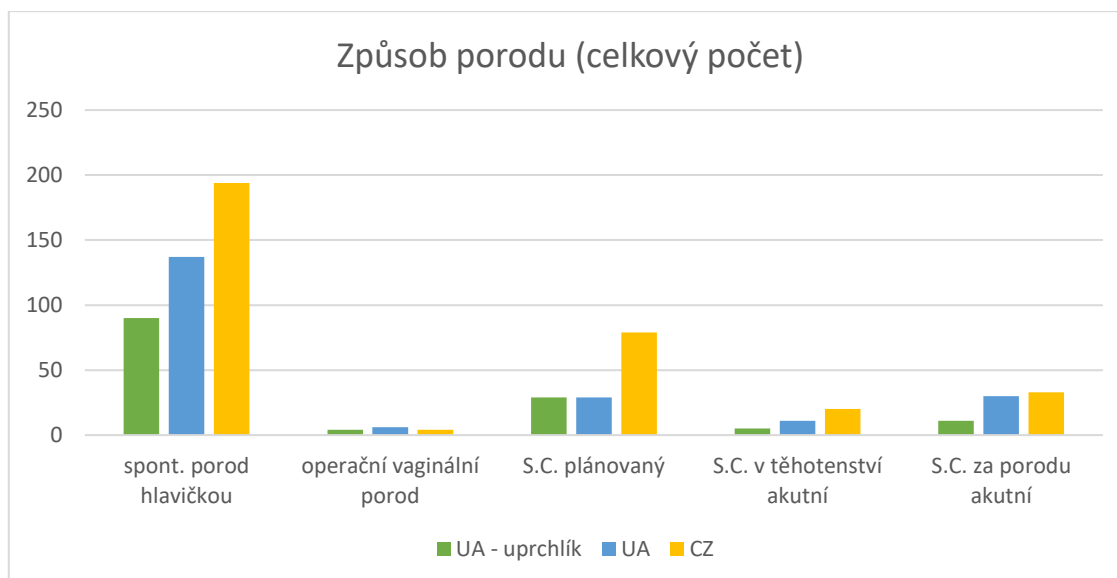
12.2 Vliv války na Ukrajině na způsob porodu

Tabulka č. 4, graf č. 4 a graf č. 5 znázorňují vliv dopadů Války na Ukrajině na způsob vedení porodu u mnou zkoumaného vzorku rodiček. Spontánní vaginální porody tvoří ve výzkumné skupině 64 % a akutní císařské řezy za porodu pouze necelých 8 %. V první kontrolní skupině jsou spontánní vaginální porody shodně zastoupeny 64 % a akutní císařské řezy za porodu 14 %. V druhé kontrolní skupině jsou spontánní vaginální porody zastoupeny pouze 58 % a akutní císařské řezy za porodu 10 %, je ale nutné zmínit větší procentuální zastoupení plánovaných císařských řezů.

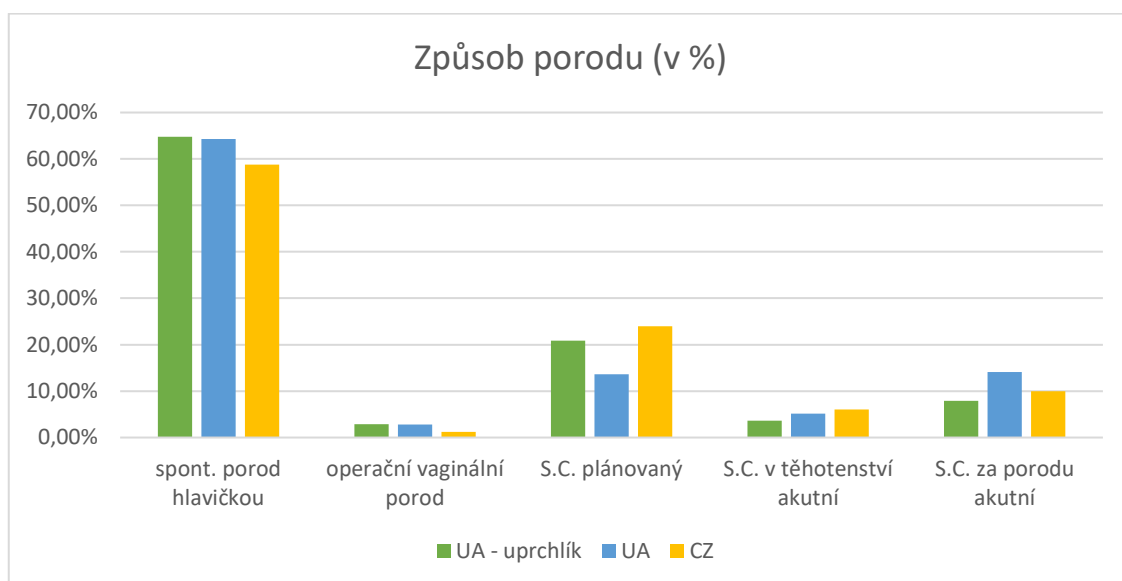
Tabulka 4: Způsob porodu (celkový počet a % zastoupení v dané skupině)

Způsob porodu	UA - uprchlík	UA	CZ
spont. porod hlavičkou	90 (64,75 %)	137 (64,32 %)	194 (58,79 %)
operační vaginální porod	4 (2,88 %)	6 (2,82 %)	4 (1,21 %)
S.C. plánovaný	29 (20,86 %)	29 (13,62 %)	79 (23,94 %)
S.C. v těhotenství akutní	5 (3,60 %)	11 (5,16 %)	20 (6,06 %)
S.C. za porodu akutní	11 (7,91 %)	30 (14,08 %)	33 (10 %)

Graf 4: Způsob porodu (celkový počet)



Graf 5: Způsob porodu (v %)



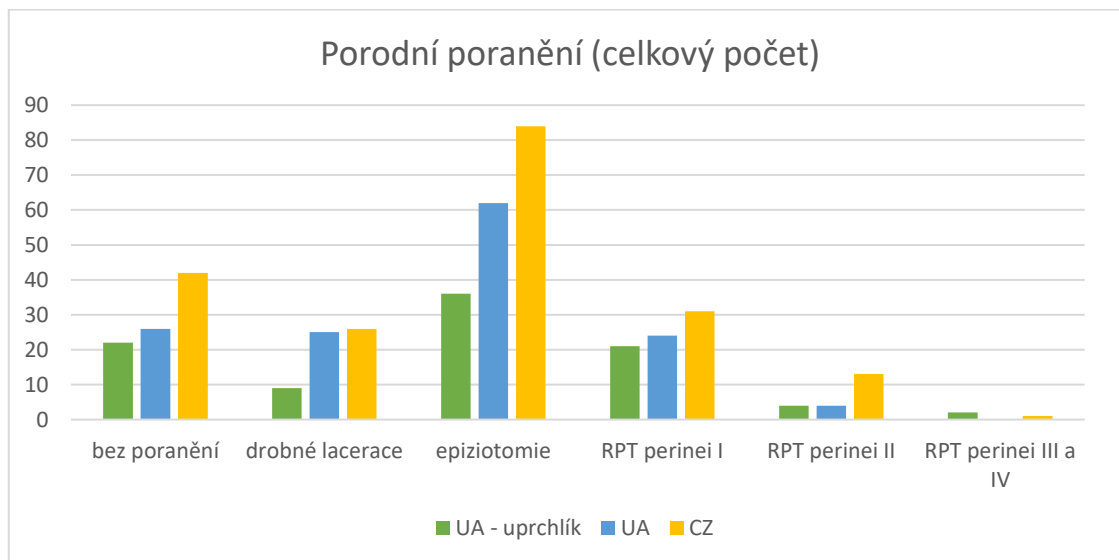
12.3 Vliv války na Ukrajině na porodní poranění při vaginálním porodu

Tabulka č. 5, graf č. 6 a č. 7 znázorňují vliv dopadů války na porodní poranění při spontánním i operačním vaginálním porodu. Rodičky ukrajinské národnosti se statutem uprchlíka rodily vaginálně v 94 případech. Mezi rodičkami ukrajinské národnosti chyběl údaj o poranění ve dvou případech z celkového počtu 143 vaginálních porodů. Rodičky české národnosti rodily vaginální cestou ve 198 případech, v jednom případě údaj o porodním poranění chyběl. Z grafu č. 7 je patrné, že největší zastoupení napříč všemi zkoumanými skupinami má epiziotomie, jež se vyskytuje mezi 38-43 %. Dále je možné si v grafu č. 7 povšimnout, že Ukrajinky běženkyně utrpěly ve 2 % rupturu perinea III. – IV. stupně, zatímco ženy z obou kontrolních skupin zmíněné poranění neutrpěly vůbec nebo pouze v 0,5 %.

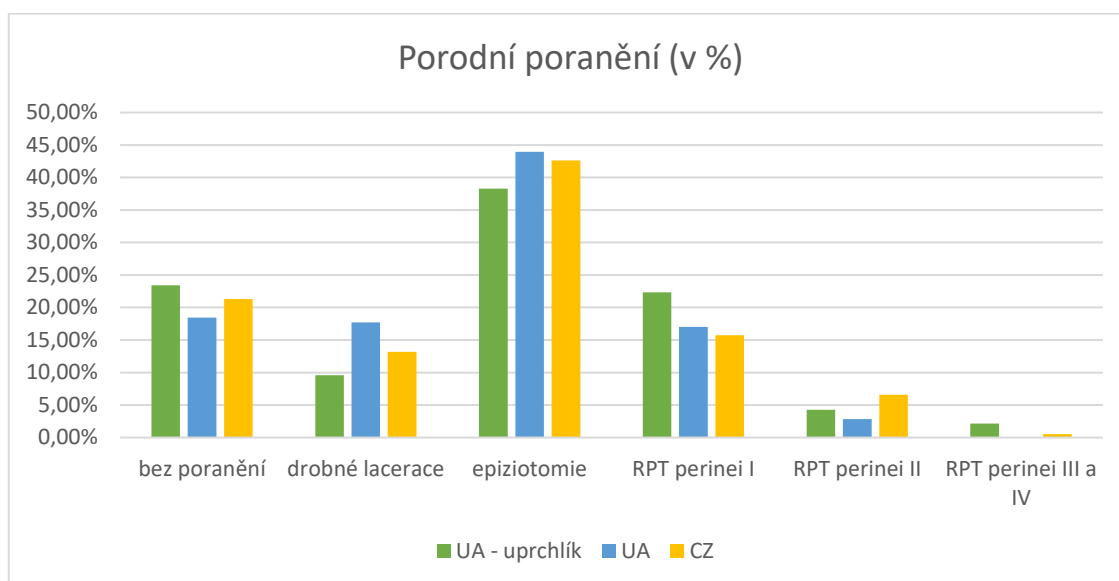
Tabulka 5: Porodní poranění (celkový počet a % zastoupení v dané skupině)

Typ poranění	UA - uprchlík	UA	CZ
bez poranění	22 (23,40 %)	26 (18,44 %)	42 (21,32 %)
drobné lacerace	9 (9,57 %)	25 (17,73 %)	26 (13,20 %)
epiziotomie	36 (38,30 %)	62 (43,97 %)	84 (42,64 %)
RPT perinei I	21 (22,34 %)	24 (17,02 %)	31 (15,74 %)
RPT perinei II	4 (4,25 %)	4 (2,84 %)	13 (6,60 %)
RPT perinei III a IV	2 (2,13 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)

Graf 6: Porodní poranění (celkový počet)



Graf 7: Porodní poranění (v %)



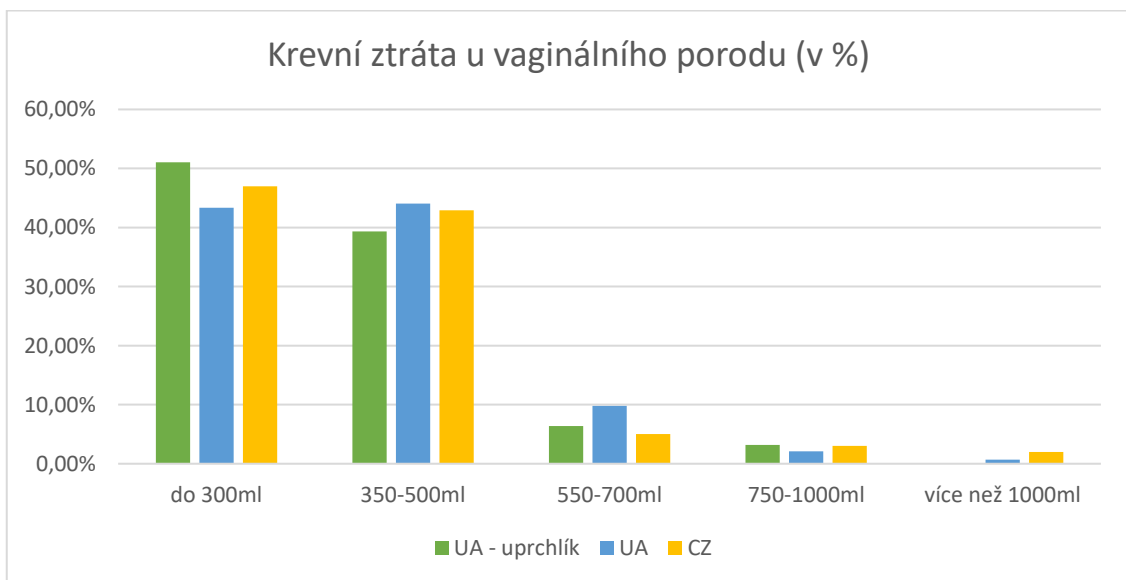
12.4 Vliv války na Ukrajině na krevní ztrátu u vaginálního porodu

Tabulka č. 6 a graf č. 8 znázorňují velikost krevní ztráty u porodů vedených vaginálně. Z grafu č. 8 je patrné, že krevní ztráta u většiny porodů nepřesahovala 500 ml. Krevní ztráta vyšší než 550 ml byla ve všech zkoumaných skupinách spíše výjimkou.

Tabulka 6: Krevní ztráta u vaginálního porodu (celkový počet a % zastoupení v dané skupině)

Krevní ztráta	UA - uprchlík	UA	CZ
do 300ml	48 (51,06 %)	62 (43,36 %)	93 (46,97 %)
350-500ml	37 (39,36 %)	63 (44,06 %)	85 (42,93 %)
550-700ml	6 (6,38 %)	14 (9,79 %)	10 (5,05 %)
750-1000ml	3 (3,19 %)	3 (2,10 %)	6 (3,03 %)
více než 1000ml	0 (0 %)	1 (0,70 %)	4 (2,02 %)

Graf 8: Krevní ztráta u vaginálního porodu (v %)



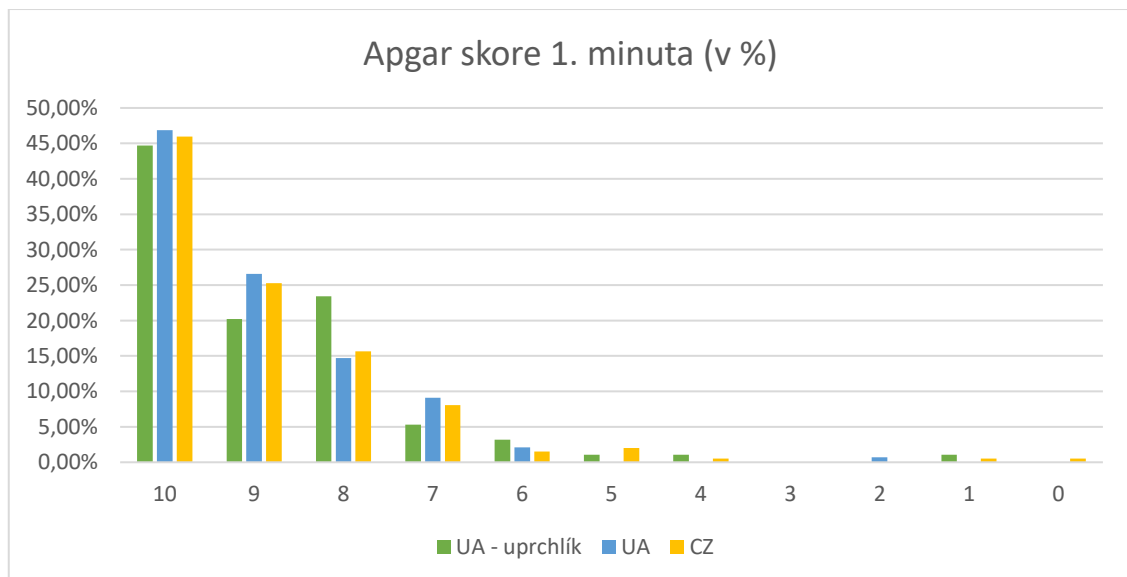
12.5 Vliv války na Ukrajině na poporodní adaptaci novorozenců

Tabulka č. 7 společně s grafem č. 9 zobrazují Apgar skóre novorozenců narozených ženám ze všech zkoumaných skupin v první minutě života. Ze zmíněného grafu je patrné, že novorozenci Ukrajinek se statutem uprchlíka měli v první minutě života nepatrně nižší součet Apgar skóre než novorozenci Ukrajinek bez statusu uprchlíka a novorozenci českých žen.

Tabulka 7: Apgar skóre v 1. minutě života (celkový počet a % zastoupení v dané skupině)

Apgar 1. minuta	UA - uprchlík	UA	CZ
10	42 (44,68 %)	67 (46,85 %)	91 (45,96 %)
9	19 (20,21 %)	38 (26,57 %)	50 (25,25 %)
8	22 (23,40 %)	21 (14,69 %)	31 (15,66 %)
7	5 (5,32 %)	13 (9,09 %)	16 (8,08 %)
6	3 (3,19 %)	3 (2,10 %)	3 (1,52 %)
5	1 (1,06 %)	0 (0 %)	4 (2,02 %)
4	1 (1,06 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)
3	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2	0 (0 %)	1 (0,70 %)	0 (0 %)
1	1 (1,06 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)
0	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)

Graf 9: Apgar skóre v 1. minutě života (v %)

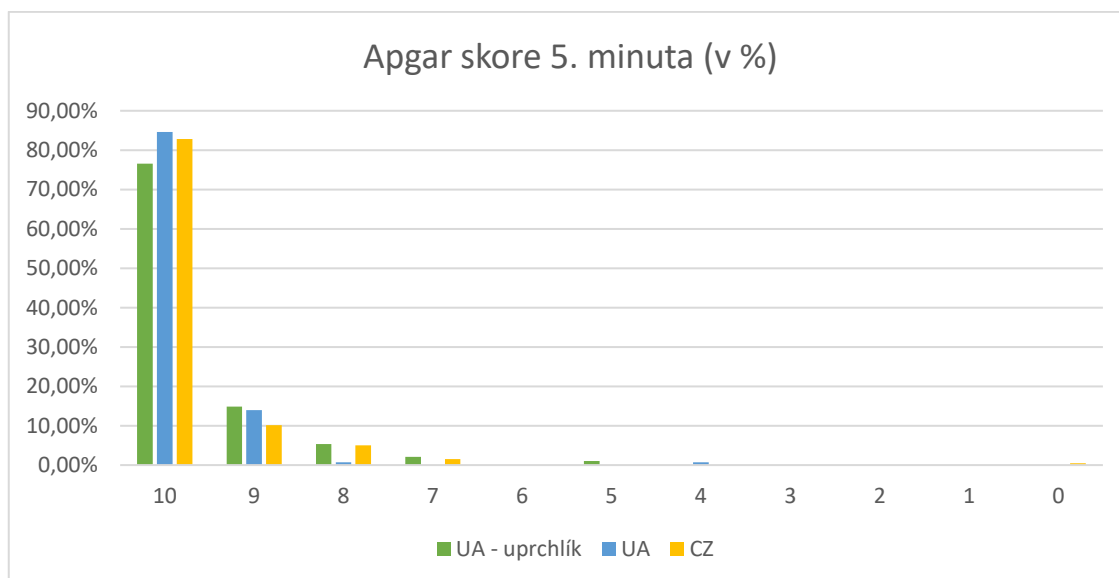


Tabulka č. 8, graf č. 10 zobrazují součet Apgar skóre novorozenců v páté minutě života. Opět se jedná o novorozence matek ze všech výzkumných skupin. Z grafu č. 10 je patrné, že i v páté minutě života měli novorozenci narození Ukrajinkám běženkyním nepatrně nižší součet Apgar skóre v porovnání s kontrolními skupinami.

Tabulka 8: Apgar skóre v 5. minutě (celkový počet a % zastoupení v dané skupině)

Apgar 5. minuta	UA - uprchlík	UA	CZ
10	72 (76,60 %)	121 (86,62 %)	164 (82,83 %)
9	14 (14,89 %)	20 (13,99 %)	20 (10,10 %)
8	5 (5,32 %)	1 (0,70 %)	10 (5,05 %)
7	2 (2,13 %)	0 (0 %)	3 (1,52 %)
6	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
5	1 (1,06 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
4	0 (0 %)	1 (0,70 %)	0 (0 %)
3	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
1	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
0	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)

Graf 10: Apgar skóre v 5. minutě života (v %)

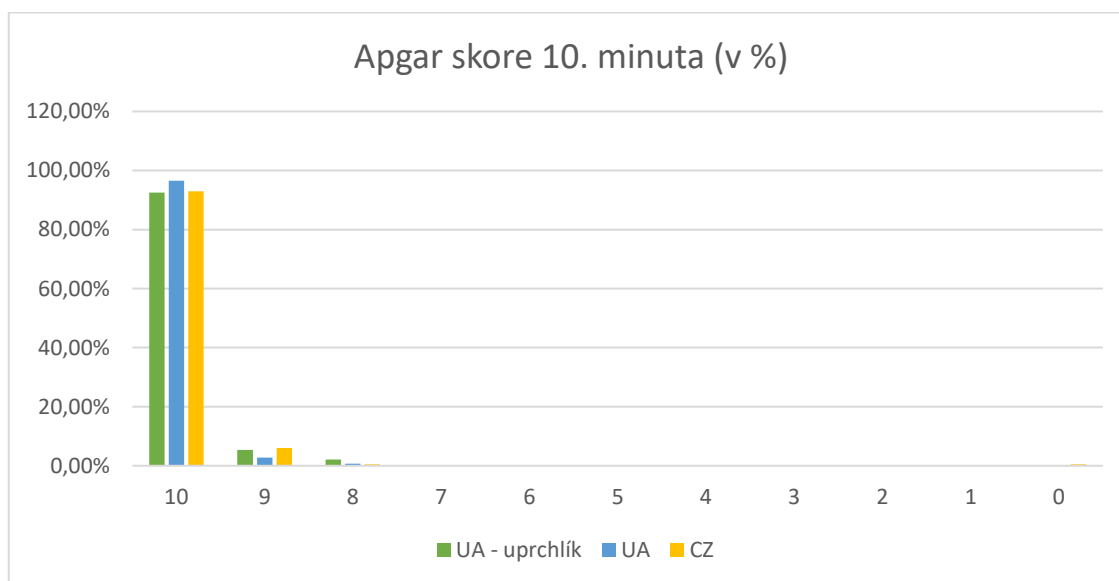


V tabulce č. 9 a grafu č. 11 jsou zobrazeny součty Apgar skóre výše popsaných novorozenců v desáté minutě života. Z grafu č. 11 je patrné, že součty Apgar skóre jsou téměř srovnatelné napříč všemi zkoumanými skupinami.

Tabulka 9: Apgar skóre v 10. minutě života

Apgar 10. minuta	UA - uprchlík	UA	CZ
10	87 (92,55 %)	138 (96,50 %)	184 (92,93 %)
9	5 (5,32 %)	4 (2,80 %)	12 (6,06 %)
8	2 (2,13 %)	1 (0,70 %)	1 (0,51 %)
7	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
6	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
5	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
4	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
3	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
1	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
0	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,51 %)

Graf 11: Apgar skóre v 10. minutě života (v %)



12.7 Vyhodnocení výzkumných cílů

Hlavní výzkumný cíl zní: Stanovit míru komplikovanosti porodů ukrajinských běženkyň v porovnání s kontrolními skupinami.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že porody ukrajinských běženkyň nebyly komplikovanější než porody žen z kontrolních skupin.

Cíl č. 1 zní: Zjistit, zda Ukrajinky se statusem uprchlíka podstoupily více akutních císařských řezů za porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

Ve zkoumané skupině podstoupilo akutní císařský řez za porodu 7,91 % rodiček. V první kontrolní skupině tvořily akutní císařské řezy za porodu 14,08 %. Ve druhé kontrolní skupině podstoupilo za porodu 10 % rodiček akutní císařský řez. Z výše zmíněného vyplývá, že Ukrajinky se statusem uprchlíka nepodstoupily více císařských řezů za porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

Cíl č. 2 zní: Zjistit, zda měly Ukrajinky se statusem uprchlíka větší krevní ztrátu u porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

Ukrajinky se statusem uprchlíka více než v polovině případů ztratily do 300 ml krve, což bylo procentuálně více než v obou kontrolních skupinách. V kategorii krevní ztráty od 350 do 500 ml zaujímá hlavní výzkumná skupina s 39,36 % nejnižší příčku. V kategoriích 550-700 ml a 750-1000 ml jsou výsledky Ukrajinek se statusem uprchlíka a Češek srovnatelné, zatímco horších výsledků dosahují Ukrajinky bez statusu uprchlíka. V poslední kategorii se ztrátou více než 1000 ml není výzkumná skupina zastoupena dokonce vůbec. Z výsledků vyplývá, že Ukrajinky se statusem uprchlíka neměly větší krevní ztrátu u porodu než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

Cíl č. 3 zní: Zjistit, zda utrpěly Ukrajinky se statusem uprchlíka horší stupeň porodního poranění než Ukrajinky bez statusu uprchlíka a Češky.

Ukrajinky se statusem uprchlíka neutrpěly při porodu žádné poranění ve 23,40 %, což bylo procentuálně nejvíce v porovnání se dvěma kontrolními skupinami. Procentuálně nejméně postihly ženy z hlavní zkoumané skupiny drobné lacerace a epiziotomie, zatímco ruptura perinea I. stupně je postihla v porovnání s kontrolními skupinami nejvíce. Ruptura perinea II. stupně zastihla 6,60 % českých žen, 2,84 % ukrajinských žen bez statusu uprchlíka a 4,26 % ukrajinských žen se statusem uprchlíka. Rupturu perinea III. či IV. stupně utrpělo 2,13 % žen z hlavní výzkumné skupiny, což bylo procentuálně nejvíce v porovnání s kontrolními skupinami. Z mého výzkumného šetření je patrné, že mezi zkoumanou skupinou a skupinami kontrolními nebyl v ohledu porodního poranění významný statistický rozdíl a není proto možné říci, zda Ukrajinky se statusem uprchlíka utrpěly horší porodní poranění či nikoli.

Cíl č. 4 zní: Zjistit, zda bylo Apgar skóre novorozenců Ukrajinek se statusem uprchlíka nižší než Apgar skóre novorozenců Ukrajinek bez statusu uprchlíka a novorozenců českých žen.

Apgar skóre novorozenců ukrajinských běženek bylo nižší v první a v páté minutě života novorozence. Avšak v desáté minutě života bylo Apgar skóre srovnatelné s hodnotami kontrolních skupin. Celkově tedy nebyly rozdíly mezi zkoumanou skupinou a dvěma kontrolními skupinami statisticky významné. Z výzkumného šetření vyplývá, že Apgar skóre novorozenců Ukrajinek se statusem uprchlíka nebylo významně nižší než Apgar skóre novorozenců Ukrajinek bez statusu uprchlíka a novorozenců českých žen.

13. Diskuse

Mezi přednosti praktické části mé bakalářské práce bych ráda zařadila skutečnost, že se zabývá vlivy stále probíhající války na Ukrajině na porodní proces. Zároveň si myslím, že rozsah mého zkoumaného vzorku celkem 682 rodiček je pozitivním faktorem mé práce.

Domnívám se, že pro zlepšování poskytované zdravotnické péče každého zdravotnického zařízení je nezbytné, aby bylo v pravidelných časových intervalech provedeno výzkumné šetření zaměřující se na určitou oblast poskytované péče. Osobně jsem se ve své práci zaměřila na vliv předpokládaných důsledků války především na zdraví rodičích žen. Z výsledků zahrnutých v mé bakalářské práci je patrné, že Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze poskytuje vysokou úroveň zdravotnické péče, a proto nebyly výsledky z porodů ukrajinských běžekyň významně ovlivněny, i přes fakt, že přicházely k porodu pod vlivem stresu způsobeného válkou v rodné zemi.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že ve výsledcích porodů Ukrajinek běžekyň není významný statistický rozdíl oproti Ukrajinkám neběžekyním a českým ženám, které rodily na stejné klinice ve stejném časovém rozmezí. Jsem toho názoru, že jsou ukrajinské ženy možná i historicky zvyklé se přizpůsobovat nepříznivým životním podmínkám. Dále bych ráda zohlednila fakt, že Ukrajinky jsou stejně jako Češky Evropankami a životní standardy se v obou zemích příliš neliší. Neopomenutelná je skutečnost, že ukrajinské ženy se statutem uprchlíka i bez něj přicházely častěji k porodu svého minimálně druhého potomka a je tedy možné říci, že byly oproti českým prvoroďčkám více na porod připravené. V neposlední řadě hraje velkou roli vysoká erudice personálu v perinatologickém centru, ze kterého jsem čerpala vstupní data k praktické části své práce. Všechny výše zmíněné faktory mohly mít vliv na uspokojivé výsledky ukrajinských žen i v případě, že prchaly před válkou.

Celkem jsem si ve své práci stanovila čtyři dílčí a jeden hlavní výzkumný cíl. Z vyhodnocení hlavního výzkumného cíle plyne, že Ukrajinky běžekyně neměly komplikovanější porod oproti oběma kontrolním skupinám. Tento výsledek vnímám jako pozitivní. Považuji za důležité zmínit fakt, že výsledky mohou být ovlivněny dlouholetou zkušeností pracoviště, ze kterého jsem čerpala data k výzkumnému šetření, v péči o cizince. Myslím si proto, že by bylo zajímavé výzkumné šetření zopakovat v jiném zdravotnickém zařízení, které nemá obdobné zkušenosti v péči o cizince.

Závěr

Tato teoreticko-výzkumná práce se věnuje vlivu války na Ukrajině na porod a poporodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženek.

První a druhá kapitola se pro přehlednost a celistvost práce věnuje anatomii ženské kostěné pánve a svalům pánevního dna, jelikož je znalost anatomie pro práci porodní asistentky nezbytná. V dalších kapitolách se věnuji fyziologii porodu, rozdělení porodních poranění a v neposlední řadě i operačním vaginálním porodům a císařskému řezu. Dále se ve své práci zabývám teorií poporodní adaptace novorozence. Poslední dvě kapitoly obsahují informace u základech multikulturního ošetřovatelství a základní informace o probíhající válce na Ukrajině.

Praktická část této bakalářské práce se věnuje nejprve charakteristice zkoumané populace. Tři zkoumané skupiny jsou mezi sebou porovnány z hlediska věku, parity a vzdělání rodiček. V další části se zabývám srovnáním výzkumnou skupinu a dvě skupiny kontrolní z hlediska způsobu vedení porodu, stupně porodního poranění, velikosti krevní ztráty a poporodní adaptace novorozenců. Celkem jsou v práci stanoveny čtyři dílčí a jeden hlavní výzkumný cíl, kterých bylo všech dosaženo.

Z analyzovaných dat mimo jiné vyplývá, že ve výsledcích z porodů Ukrajinek běženek není výrazný statistický rozdíl oproti Ukrajinkám neběženkyním a Češkám. Navzdory válečným podmínkám a napětí, kterému musely čelit při příchodu k porodu na kliniku, poskytl personál nejlepší možnou péči. Ukrajinské běženkyně ani jejich novorozence tudíž nepotkaly žádné významné zdravotní potíže.

Seznam použitých informačních zdrojů

1: NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-450-7.

2: ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.

3: PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

4: HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

5: ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

6: FAIT, Tomáš. *Šestinedělí*. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-685-6.

7: BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

8: PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-215-2.

9: PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

10: HOBSON, Sebastian R., Krista CASSELL, Rory WINDRIM a Yvonne CARGILL, 2019. No. 381-Assisted Vaginal Birth. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* [online]. **41**(6), 870–882. Dostupné z: doi:10.1016/j.jogc.2018.10.020

11: EVANSON, Stephanie M. a John RIGGS. *Forceps Delivery*. StatPearls Publishing, 2022.

12: PETITPREZ, Karine, Aurélien MATTUIZZI, Sophie GUILLAUME, Maud ARNAL, Catherine BERNARD, François-Marie CARON, Isabelle CHEVALIER, Claude DAUSSY-URVOY, Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORSC, JEAN-MICHEL GARNIER, J.-M. GARNIER, Hawa KEITA-MEYER, Jacqueline LAVILLONNIÈRE, Valérie LEJEUNE-SADAA, Camille LE RAY, Anne MORANDEAU, Marjan NADJAFIZADE, Franck PIZZAGALLI, Clémence SCHANTZ, Thomas SCHMITZ, Raha SHOJAI, Bernard HEDON a Loïc SENTILHES, 2021. Normal delivery: physiologic support and medical interventions. Guidelines of the French National Authority for Health (HAS) with the collaboration of the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) and the

French College of Midwives (CNSF). *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine* [online]. 1–10. Dostupné z: doi:10.1080/14767058.2021.1918089

13: PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac.* vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-893-3.

14: SANDALL, Jane, Rachel M. TRIBE, Lisa AVERY, Glen MOLA, GERARD H. A. VISSER, Gerard H. A. VISSER, Caroline S.E. HOMER, D L GIBBONS, Niamh M. KELLY, Holly Powell KENNEDY, Hussein KIDANTO, Hussein Lessio KIDANTO, Paul D. TAYLOR, Marleen TEMMERMAN a Marleen TEMMERMAN, 2018. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet* [online]. 392(10155), 1349–1357. Dostupné z: doi:10.1016/s0140-6736(18)31930-5

15: DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie. 3. vydání.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.

16: KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

17: KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi.* Praha: Grada Publishing, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4413-1.

18: ZÁLESKÁ, Veronika, Iva BRABCOVÁ a Jitka VACKOVÁ. Migration and its impact on mental and physical health: Social support and its main functions. *Kontakt* [online]. 2014, **16**(4), e236-e241 [cit. 2023-02-08]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2014.05.007

19: ZÁLESKÁ, Veronika. Těhotenství a preventivní gynekologická péče u žen imigrantek. *Florence* [online]. 2013, **9**(9), 26-29 [cit. 2023-02-08]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/9/tehotenstvi-a-preventivni-gynekologicka-pece-u-zen-imigrantek/>

20: HROMKOVÁ, Lucie. ASPECTS OF TRANSCULTURAL CARE IN MIDWIFERY. *Ošetřovatelské perspektivy* [online]. 2021, **4**(1), 13-25 [cit. 2023-02-08]. ISSN 2570785X. Dostupné z: doi:10.25142/osp.2021.007

21: RADCHENKO, Alona. Válka na Donbasu a její sociální dopady na místní obyvatelstvo. Praha, 2022. 45 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut mezinárodních studií, Teritoriální studia. Vedoucí diplomové práce Mgr. Daniela Kolenovská Ph.D.

22: More premature births, hypertension problems during pregnancy and an increase in uterine prolapses. *United Nations* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://unric.org/en/more-premature-births-hypertension-problems-during-pregnancy-and-an-increase-in-uterine-prolapses/>

23: UKRAJINSKÁ UPRCHLICKÁ KRIZE: AKTUÁLNÍ SITUACE. *Člověk v tísni* [online]. 17. 4. 2023 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.clovekvtisni.cz/ukrajinska-krize-v-historickem-kontextu-8589gp>

24: The UN and the war in Ukraine: key information. *United Nations* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://unric.org/en/the-un-and-the-war-in-ukraine-key-information/#uk1>

25: Catastrophic Health Consequences of the War in Ukraine. *JAMA Network* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2790922>

26: Inside the Ukraine war: health and humanity. *Postgraduate Medical Journal* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/pmj/article-abstract/98/1160/408/6958857>

27: WAR IN UKRAINE Situation report from the WHO Ukraine Country Office. In: *World Health Organization* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5319-45083-68629>

28: „Uprchlíci“ a „migranti“. *UNHCR* [online]. [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.unhcr.org/cz/365-cznews2016uprchlici-a-migranti-html.html>

29: ČR – statistické ukazatele. *Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny* [online]. [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/>

Seznam zkratek

UA – uprchlík: Rodičky patřící do hlavní výzkumné skupiny. Jedná se o ženy ukrajinské národnosti se statutem uprchlíka.

UA: Rodičky patřící do kontrolní skupiny. Jedná se o ženy ukrajinské národnosti bez statusu uprchlíka.

CZ: Rodičky patřící do druhé kontrolní skupiny. Jedná se ženy české národnosti.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové rozložení rodiček	43
Tabulka 2: Počty porodů v závislosti na paritě rodiček	44
Tabulka 3: Rozložení rodiček dle vzdělání.....	45
Tabulka 4: Způsob porodu (celkový počet a % zastoupení v dané skupině).....	46
Tabulka 5: Porodní poranění (celkový počet a % zastoupení v dané skupině).....	48
Tabulka 6: Krevní ztráta u vaginálního porodu (celkový počet a % zastoupení v dané skupině).....	50
Tabulka 7: Apgar skóre v 1. minutě života (celkový počet a % zastoupení v dané skupině).....	51
Tabulka 8: Apgar skóre v 5. minutě (celkový počet a % zastoupení v dané skupině).....	52
.....	
Tabulka 9: Apgar skóre v 10. minutě života.....	53

Seznam grafů

Graf 1: Věkové rozložení rodiček	43
Graf 2: Počty porodů v závislosti na paritě rodiček	44
Graf 3: Rozložení rodiček dle vzdělání.....	45
Graf 4: Způsob porodu (celkový počet).....	46
Graf 5: Způsob porodu (v %).....	47
Graf 6: Porodní poranění (celkový počet).....	48
Graf 7: Porodní poranění (v %).....	49
Graf 8: Krevní ztráta u vaginálního porodu (v %)	50
Graf 9: Apgar skóre v 1. minutě života (v %).....	51
Graf 10: Apgar skóre v 5. minutě života (v %).....	52
Graf 11: Apgar skóre v 10. minutě života (v %).....	53

Seznam příloh

Obrázek 1: Vyjádření etické komise	65
------------------------------------------	----

Přílohy

Obrázek 1: Vyjádření etické komise



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená slečna
Johana Jelínková

15.12.2022
č.j.: 225/22 S-IV

Vážená slečno,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 15.12.2022 Vámi předložený individuální výzkumný projekt
č.j. 225/22 S-IV bakalářská práce

Název studie/Title of CT: Vliv války na Ukrajině na porod a poprodní adaptaci novorozenců ukrajinských běženkyň

Žadatel/Applicant: Johana Jelínková,

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / *Reimbursement of costs related to assessment of the EC:*
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: *nesponzorovaný projekt*

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 24.11.2022

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 15.12.2022 (15:30 – 18:00 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Johana Jelínková, Gynekologicko – porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, 128 51 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / *List of all submitted documents:*

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o provedení výzkumného šetření, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Průvodní dopis s popisem projektu, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 10.11.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci, 10.11.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN, 10.11.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Doručeno			
Životopis hlavní zkoušející: Johana Jelínková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / *EC issues*

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion**
 Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*

EK VFN vydává **souhlasné stanovisko** k provedení individuálního výzkumu – bakalářské práce na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze **s podmínkou:** „nepoužívat souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů“

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2022.12.19
16:43:00 +01'00'

Digitálně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2022.12.19
16:43:00 +01'00'

