

**J i h o č e s k á u n i v e r z i t a v Č e s k ý c h
B u d ě j o v í c í c h**

Z d r a v o t n ě s o c i á l n í f a k u l t a

Porovnávání práce porodních asistentek v ČR a v Rakousku

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Judita Soukupová Maříková

Autor:

Lucie Vlčková

2010

Comparison of the Work of Midwives in the Czech Republic and Austria

The bachelor thesis titled „Comparison of the Work of Midwives in the Czech Republic and Austria“ is divided into two parts, namely the theoretical and the research part. The theoretical part is focused in particular on the nursing care provided by midwives in delivery rooms in the Czech Republic and Austria during individual delivery periods. It also describes what complications a midwife may encounter during a delivery and mentions alternative methods that may be used by a midwife in respect of woman in labour.

The practical part was implemented within the scope of a quantitative research through data collection by means of a questionnaire technique. The research was conducted from the beginning of March 2010 to the end of June 2010. The research set for the questionnaire research consisted of midwives from three hospitals in the Czech Republic and three hospitals in Austria. The total set comprised 87 respondents.

The first objective was to ascertain whether midwives in both countries led physiological deliveries on their own. The second objective was to ascertain whether midwives in the Czech Republic made it possible for the women in labour to use alternative methods. The third objective was to ascertain whether Austrian midwives made it possible for their clients to use alternative methods. The fourth objective was to ascertain whether Czech midwives attended to perineum of women in labour in the first delivery period in delivery rooms in order to prevent episiotomy. The fifth objective was to ascertain whether midwives in Austria attended to perineum of women in labour in the first delivery period within the scope of prevention. The sixth and the last objective was to ascertain differences of the nursing care for women in labour in the Czech Republic and Austria. All the objectives have been fulfilled.

The research has shown that in almost all cases midwives in the Czech Republic do not lead physiological deliveries on their own, which disconfirms the first hypothesis. The second hypothesis which says that midwives in Austria lead physiological

deliveries on their own has been confirmed. The research has shown that midwives in Austria often use alternative methods during deliveries and that Czech midwives use them seldom and do not use some methods at all. The third hypothesis has been confirmed by the research and the fourth hypothesis has been clearly confirmed. A large majority of midwives in the Czech Republic do not attend to the perineum of women in labour in the delivery room, which disconfirms the fifth hypothesis. By contrast, Austrian midwives attend to the perineum of women in labour with massage oil in the first delivery period, which confirms the sixth hypothesis. The nursing care provided to women in labour by a midwife in the Czech Republic and Austria differs in satisfaction of their individual needs, which confirms the seventh hypothesis.

The bachelor thesis points out at the different scope of the work in these two countries in an effort to familiarize midwives with the situation in Austria. The thesis could also be of use for midwifery students that are going to undertake a foreign internship in Austria or for Czech midwives who are thinking seriously of working abroad. From a midwife's view it is important to be interested in the techniques used not only in the Czech Republic but also abroad, thus to extend one's knowledge in the branch.

Prohlášení

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

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

Datum 16. 8. 2010

Podpis.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Juditě Soukupové Maříkové za cenné rady a připomínky. Mé velké díky patří celým kolektivům porodních asistentek na porodních sálech v Rakousku i v České republice.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	4
1.1 Ošetrovatelská péče o rodičky v průběhu fyziologického porodu na porodním sále.....	4
1.1.1 Ošetrovatelská péče o rodičku v první době porodní	5
1.1.2 Ošetrovatelská péče o rodičku v druhé době porodní	7
1.1.3 Ošetrovatelská péče o rodičku ve třetí době porodní	9
1.1.4 Ošetrovatelská péče o rodičku ve čtvrté době porodní.....	11
1.2 Ošetrovatelská péče o rodičky při komplikacích fyziologického porodu na porodním sále	12
1.2.1 Ošetrovatelská péče o rodičky při manuálním vybavením lůžka.....	12
1.2.2 Ošetrovatelská péče o rodičky při instrumentální revizi	13
1.2.3 Ošetrovatelská péče o rodičky při klešťovém porodu.....	14
1.2.4 Ošetrovatelská péče o rodičky při vakuumextrakci.....	15
1.2.5 Ošetrovatelské péče o rodičky při císařském řezu (sectio caesarea)	17
1.3 Alternativní vedení porodu	19
1.3.1 Aromaterapie na porodním sále.....	19
1.3.2 Aromaterapie během porodu	20
1.3.3 Příprava hráze k porodu.....	22
1.3.4 Porod do vody.....	22
1.3.5 Homeopatie v období porodu	23
1.4 Ošetrovatelská péče porodní asistentky u porodu mrtvého dítěte.....	25
1.4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky o psychiku rodičky po porodu mrtvého plodu.....	26

1.5 Ošetrovatelský proces při péči porodní asistentky o rodičky.....	27
1.5.1 Model Wiedenbachové v praxi porodních asistentek.....	28
1.6. Vzdělávání a kompetence porodních asistentek v České republice.....	32
1.7 Vzdělávání a kompetence porodních asistentek v Rakousku	35
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
3. METODIKA.....	39
3.1 Metodika práce.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4. VÝSLEDKY	40
4.1 Výsledky výzkumného šetření u českých a rakouských porodních asistentek	40
4.2. Souhrnné grafy pro verifikaci jednotlivých hypotéz.....	67
5. DISKUSE.....	70
6. ZÁVĚR	81
7. SEZNAM UVEDENÝCH ZDROJŮ	84
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	86
9. PŘÍLOHY	87
9.1 Seznam příloh.....	87

ÚVOD

Porodnictví je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví, jenž se celkově zabývá těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky a plodu. Svou náplní je tento obor optimistický, kdy stojíme na samém počátku života člověka. Skrývá však celou řadu úskalí a mnohdy je potřeba řešit některé akutní stavy, které řadíme mezi nejrizikovější v celé medicíně. Důležitá je zde role nejen porodníka, ale také porodní asistentky, aby za pomoci moderního porodnictví na základě komplexních znalostí fyziologie, patologie a gestace rozpoznávali, řešili a předcházeli všem závažným stavům ohrožujícím matku i plod (6).

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo a jejich historické záznamy pocházejí již z roku 98-138 našeho letopočtu. Už ve Starém zákoně se setkáváme s popisem praxe porodních bab, pocházejících z Egypta a židovských žen, které poskytovaly rodičkám pomoc. Výuka a příprava žen, které se připravují na profesi porodní asistentky, byla, je a bude ovlivňována mnohými společenskými vlivy, mezi které počítáme náboženství, kulturu, politiku, ekonomické vlivy, rozvoj medicíny, poznatky z oboru pedagogiky a spoustu dalších (25).

V dnešní době je porodnictví na zcela jiné úrovni, než tomu bylo před několika lety a stále je obohacováno novými a propracovanějšími přístroji, pomůckami a technikami. Přesto jsou na různých porodních sálech značné rozdíly, co se týká péče porodních asistentek o rodičku, systému vzdělávání zdravotního personálu a to zejména v porovnání se zahraničím. Měla jsem možnost tuto skutečnost posoudit a porovnat během mé tříměsíční zahraniční stáže na porodním sále v Rakousku, kde jsem poznala nové techniky, které se při porodu využívají, z nichž mě některé velmi zaujaly, ale naopak jiné mi byly bližší svým využíváním u nás v České Republice. Z důvodu absolvování mé stáže jsem si zvolila toto téma.

Svou bakalářskou práci jsem se snažila poukázat na to, že různé praktiky, zejména v první době porodní, mohou mít širokou škálu využití a že porodní asistentky v Rakousku využívají více svých kompetencí.

1. SOUČASNÝ STAV

Ošetrovatelská péče o rodičky na porodních sálech v České republice a v Rakousku má svá specifika, která nespočívají ve vlastním porodu, ale v přístupu porodních asistentek i v používání rozdílných metod, a to zejména v první době porodní, během porodu, ale i v poporodním období.

1.1 Ošetrovatelská péče o rodičky v průběhu fyziologického porodu na porodním sále

Porodní asistentky při ošetrovatelské péči vycházejí z hlediska projevů porodních bolestí, odtoku plodové, porodních kontrakcí z přípravného biologického období a vlastního porodu, který je daný jednotlivými porodními dobami.

Přípravné biologické období je charakterizované na konci těhotenství velmi složitým dějem biologické přípravy rodičky i plodu k porodu. Tento multifaktoriální proces se projevuje pozvolným zvýšením děložní dráždivosti a motility, který vede k rozšíření podprahové kontrakční činnosti, která se označuje jako *Braxtonovy-Hicksovy kontrakce*. Takové kontrakce je možno zaznamenat již od 20. týdne těhotenství, ale zpočátku pouze s velmi nízkými amplitudami a s dlouhodobými intervaly, které mohou trvat i několik hodin. V době kolem 39. až 40. týdne těhotenství se začínají objevovat již v intervalech kratších s vyššími amplitudami, které ale nepřesáhnou hodnoty okolo 12-18 mm Hg, ale dosáhnou většinou prahu vnímání kontrakce. V porodnictví jsou popisovány jako *Dolores praesangites*. S těmito dolores praesangites přicházejí do porodnice ženy velmi často a domnívají se, že jsou to skutečné porodní kontrakce. (6)

V tomto období jsou změny na děložním fundu, ten se snižuje a tak se zmenší tlak na epigastrium a rodičce se tak lépe dýchá. U žen, které rodí poprvé, se většinou projeví tendence pro částečný vstup velké části plodu do vchodu pánevního. U žen, které rodí po několikáté, naopak velká část obvykle naléhá, ale ochablá stěna břišní podmiňuje v posledním měsíci těhotenství také pokles děložního fundu. Změní se tvar, stupeň vyklenutí děložní klenby a konzistence i uložení děložního hrdla. Také se zvyšuje tlak těhotné dělohy distálním směrem, a to bývá zpravidla na močový

měchýř. Z děložního hrdla často odchází hlenová zátka, pokud se pootevře zevní branka, a to někdy těhotné ženy mylně považují za odtok vody plodové.

Všechny tyto zmiňované faktory, a mnoho dalších se uplatňují při počátečních kontrakcích dělohy, které pozvolna rozvíjejí dolní segment děložní a zahájí tak začátek I. doby porodní. Doba biologické přípravy ženy k porodu je fyziologickým jevem, který je navozen celým ontogenetickým vývojem člověka (6).

Porodní doby můžeme rozdělit na několik etap:

První porodní doba je doba otevírací, která začíná od úplně prvních pravidelných kontrakcí dělohy a je zakončena plným rozvinutím, zašlou brankou, kdy se spojí pochva a dutina děložní v jedinou trubici.

Druhá doba porodní je doba vypuzovací a počítá se od zániku branky po vypuzení plodu. U dvojčat se konec II. doby porodní považuje po vypuzení plodu B.

Třetí doba porodní je doba k lůžku, kdy je za začátek považován porod plodu a konec porodu placenty.

Čtvrtá doba porodní je označována jako poporodní doba a počítá se od porodu lůžka a trvá 2 hodiny. Toto rozdělení je smluvní a při vědeckých pracích je nutné analyzovat malé úseky a přesně je vymezit (27).

1.1.1 Ošetrovatelská péče o rodičku v první době porodní

První doba porodní začíná pravidelnou děložní činností, která vede k evidentnímu rozvíjení dolního segmentu děložního, děložního hrdla a děložní branky, a tím je zahájen začátek porodu. Frekvence otevíracích kontrakcí bývá zpravidla jedna až dvě po dobu deseti minut. V 10-15 % je spontánním odtokem plodové vody započat vlastní porod. Pokud se bezprostředně po odtoku vody plodové nedostaví kontrakce (do 1 hodiny), mluvíme o předčasném *odtoku vody plodové* (6).

Pro porodní asistentky je ošetrovatelským cílem zajistit ošetrovatelskou péči o rodičku v komplexním rozsahu, zajistit veškerou nutnou dokumentaci a to ve fázi latentní, aktivní a tranzitorní v I. době porodní u spontánního porodu se zabezpečením

co nejmenší traumatizace rodičky i plodu. Je nutné zajistit adekvátní informovanost rodičky i podepsání informovaných souhlasů.

Spontánní porod a průběh I. porodní doby vede porodní asistentka podle platných kompetencí. V České republice nejsou kompetence porodních asistentek na všech porodních sálech naplněny, a proto fyziologické porody vedou i porodníci. V Rakousku jsou fyziologické porody pouze v kompetencích porodních asistentek a lékař je volán v případě komplikací nebo patologie (13, 20, 22).

Lékař v indikovaných případech v této době provádí také ultrazvuk. Podle nové koncepce i kompetencí může porodní asistentka se specializační anglickou atestací provádět ultrazvuková vyšetření sama. V České republice se toto vyšetření provádí pouze v pražské porodnici u Apolináře. V Rakousku porodní asistentky ultrazvukové vyšetření neprovádějí (13, 16).

Porodní asistentka v České republice měří krevní tlak, po 2-3 hodinách puls a také tělesnou teplotu, kterou měří po 6 hodinách. Vše pak řádně zaznamenává do dokumentace, kde musí být zaznamenána rovněž frekvence močení rodičky. Dále pak porodní asistentka kontroluje krevní skupinu, Rh faktor, vyšetření krve na HIV, HBsAg, protilátky, TPHA a výsledek GBS odběru. V Rakousku se navíc kontroluje výsledek toxoplasmózy. Ta se v České republice nevyšetřuje. Porodní asistentka provádí holení rodičky a podává očistné klyzma, ale pouze na přání rodičky. Pokud rodička přípravu k porodu nechce, může jí samozřejmě odmítnout. V České Republice se příprava rodičky k porodu provádí téměř ve všech případech. V Rakousku se provádí pouze ojediněle. Klyzma ani holení se nenabízí, ale pokud si to budoucí matka přeje, tak jí rakouská porodní asistentka vyhoví. Dále pak porodní asistentka nebo lékař provede vaginální vyšetření a porod je veden dle porodnického nálezu. Přešetření bývá zpravidla po 2 hodinách, v indikovaných případech dle potřeby častěji. V aktivní fázi I. porodní doby porodní asistentka kontroluje a zaznamenává do dokumentace ozvy plodu po čtvrt hodině. U každého zápisu musí být podpis a razítko porodní asistentky. I bez ordinace lékaře pak každé dvě hodiny natáčí záznam CTG, který má minimálně 20 minut. Rodička se může volně pohybovat a využívat vhodných alternativ pro I. dobu porodní, je také vhodné, aby porodní asistentka

polohovala rodičku na ten bok, kde je páteř plodu a usnadnila vstup naléhajících částí plodu do porodních cest. Pokud nedojde ke spontánnímu odtoku vody plodové, lékař nebo porodní asistentka provede dirupci vaku blan. V případě indukovaného porodu při neefektivních či slabých kontrakcích sleduje porodní asistentka nástup zesílených kontrakcí a reakce rodičky. Po celou aktivní fázi I. porodní doby je porodní asistentka s rodičkou, intenzivně jí pomáhá a podporuje jí. Je-li u porodu přítomen partner, je porodní asistentkou začleněn do průběhu I. doby porodní. Případnou medikaci indikuje pouze lékař, např. u primárně nebo sekundárně slabých kontrakcí je možná podpora Oxytocinem v infúzi v koncentraci 2j do 500 ml 5% Glukózy. Při výskytu komplikací je na lékaři, aby rozhodl, jakým způsobem bude dále ve vedení porodu pokračováno, zda operativním nebo medikamentózním způsobem.

V Rakousku se místo Oxytocinu podává preparát Syntocinon, který má stejný účinek jen je pod jiným názvem. Výše uvedená péče porodní asistentky je stejná i v Rakousku.

Pokud přijde rodička s porodním plánem, porodní asistentka spolupracuje na uskutečnění reálných a splnitelných přání rodičky (24).

1.1.2 Ošetřovatelská péče o rodičku v druhé době porodní

Po zániku branky nastává druhá doba porodní. Kvůli kontrakcím začíná hlavička postupně sestupovat. Vedoucí část hlavičky začíná pozvolna zasahovat níže ležící plexus sacralis, což vyvolá reflektorické stahy svalů přední břišní stěny. Rektum se zplošťuje a zbytky stolice začínají odcházet. Tkáň mezi zadní stěnou spony a hlavičkou se stlačují před jejím sestupem na hráz, ale pánevní dno se nezmění. Kostrč se ohýbá dozadu, mezi ní a řití se vyklenuje perineum, rektum se vytahuje, prstenec řitního svěrače se otvírá, ukazuje se rektální sliznice, perineum se vyklenuje a začíná se otevírat štěrbina poševního vchodu. Po sestupu hlavičky nastává největší změna hráze, a to její rozpínání. Mluvíme proto o porodnickém perineu, které se dynamicky mění, je přechodné a je to muskulurní kanál. Porodnická hráz se zvětší na 15 až 20 cm. U ženy, která leží, je rovina vulvárního otvoru téměř v horizontální

rovině. Když je hlavička na hrázi, děložní objem se zmenší o více než 580 ml, což je doprovázeno retrakcí. V této době byl nad placentou izotopovou metodou naměřen nejmenší průtok. Nejprve se hlavička dostává do prostoru trojúhelníku mezi hrboly kostí sedacích a kostrče, kam se víc promítá vypuzovací síla a kde je větší prostor. Nastává prořezávání hlavičky přes roztaženou hráz. Hlavička je ve flexi a z ní se pak pod sponou rodí nejprve záhlaví, které se opře o sponu a hlavička provede deflexi. Podle mechanismu porodu se rodí raménka. Hrudník a břicho (jako málo objemné části těla) procházejí velmi volně (27).

Ošetrovatelským cílem pro porodní asistentky je zajistit ošetrovatelskou péči a zaopatřit veškerou dokumentaci ve II. době porodní u rodičky. Dále zabezpečit co nejmenší traumatizaci rodičky i plodu a adekvátně rodičku informovat o probíhajícím porodu (24).

V České Republice porodní asistentka podle svých kompetencí provede vaginální vyšetření, a pokud je děložní branka zašlá, začíná se s rodičkou aktivně tlačit v poloze, kterou si rodička sama zvolila. Je provedena dezinfekce rodidel pomocí dezinfekčního roztoku, sterilních tampónů a tampónových kleští. Porodní asistentka provede sterilní rouškování a dále pak sleduje a dokumentuje ozvy po každé kontrakci, není-li naordinováno lékařem kontinuální sledování ozev plodu i děložních kontrakcí pomocí CTG. Porodní asistentka je po celou II. dobu porodní s rodičkou, kterou slovně edukuje a pomáhá při dýchání a tlačení. Epiziotomii provede při napětí hráze a při kontrakci, případně v lokální anestezii Mesocainem. Hráz rodičky je chráněna sterilní rouškou. Po porodu hlavičky jsou podána intravenózní uterotonika dle ordinace lékaře. Porodní asistentka nechá dotepat pupečník, upevní speciální svorku a na druhou část směrem k placentě upevní peán. V případě odběru kmenových buněk nebo při patologii se pupečník dotepat nenechává. Pupečník se nenechává dopulsovat i při odběru kmenových buněk v podobě pupečnickové krve, a to buď jako odběr soukromý nebo dárcovský. Část pupečníku je dále odebrána pro následný odběr krve na vyšetření krevních plynů - Astrup (tkalouny se zaškrtní část pupečníku). Porodní asistentka vždy odebere jednu zkumavku krve na TPHA a při 0 pozitivitě nebo Rh negativitě rodičky ještě odebere jednu zkumavku žilní krve a jednu zkumavku krve

pupečnickové. Novorozenec je předán dětské sestře. Porodní asistentka si k rodidlům ženy položí sterilní emitní misku a peán s pupečnickem do ní postaví. Všechny údaje o porodu zaznamenává do dokumentace a vede tzv. porodnickou křivku (24).

V Rakousku je péče téměř stejná jen s tím rozdílem, že se těsně před porodem dezinfekce rodidel neprovádí, ale provádí se až před šitím epiziotomie. Po oddělení novorozence od pupečnicku, se odběr pupečnickové krve na vyšetření krevních plynů - Astrup provádí jehlou přímo z pupečnicku, když je placenta ještě v děloze. Odběr provádí buď porodní asistentka, nebo nejmladší lékař ve službě (tzv. Turnusarzt) (16, 17).

1.1.3 Ošetrovatelská péče o rodičku ve třetí době porodní

Po porození plodu pokračují bez pauzy další kontrakce. Tlak na placentu se pohybuje kolem 50 mm Hg. Tato porodní doba se skládá ze dvou fází, a to z odlučování a vypuzování placenty. Lůžko je ve tvaru disku a inzeruje na stěně děložní. Placenta se zpravidla nezačíná při kontrakcích odlučovat v době, kdy je v děloze ještě plod. Po porodu plodu se obsah děložní dutiny zmenší asi o 4 litry. Při kontrakci placenta nesleduje pohyb dělohy, protože má menší elasticitu. Spojení se ve spongióze porušuje a z otevřených cév dochází ke krvácení, které se s dalšími kontrakcemi podílí na odlučování placenty. Odlučování lůžka (odlupování) je působeno asi třemi děložními kontrakcemi, po kterých vždy přichází retrakce. Kontrakce děložní vypudí placentu z dělohy. Teprve po jejím odloučení se uplatní tlak do podbříšku, který je ale mnohem méně pocíťovaný než předchozí tlak, a placenta se tak vypuzuje břišním lisem (27).

Pro porodní asistentky je ošetrovatelským cílem zajistit ošetrovatelskou péči a zajistit veškerou nutnou dokumentaci ve III. době porodní u rodičky se spontánním porodem. Dále zabezpečit co nejmenší traumatizaci rodičky a zajistit její adekvátní informovanost.

III. doba porodní a spontánní porod je vedena podle kompetencí porodní asistentkou nebo porodníkem. V České Republice je vedena aktivně a to podáním

uterotonik ve II. době porodní. Podáváme Oxytocin 5j. intravenózně. Porodní asistentka si k rodidlům ženy položí sterilní emitní misku a postaví do ní peán s uchyceným pupečnickem. Za pupečník se nikdy nesmí razantně tahat. Hrozí nebezpečí porušení celistvosti placenty, vzniku spasmu v oblasti dolního segmentu děložního s retencí celého lůžka a také krvácení. Porodní asistentka pečlivě sleduje známky odlučování lůžka. Když rodička zatlačí, asistentka uchopí placentu oběma rukama a otáčí s ní do úplného vybavení hmatem podle Jacobse. Poté zkontroluje kompletní celistvost lůžka a plodových blan. Placenta nesmí být zlikvidována či odeslána do té doby než je zkontrolována porodní asistentkou nebo lékařem, poté se zváží. V případě vzniklé patologie se placenta naloží se do 10 % Formaldehydu a odešle na histologii. Jinak se placenty běžně nenakládají a posílají se do spalovny. Do dokumentace se uvede váha placenty. Porodní asistentka podle svých kompetencí nebo lékař provede vyšetření porodních cest, pomocí Simpsonových zrcadel zjistí rozsah porodních poranění a podle rozsahu ošetří porodní poranění. Pokud je provedena epiziotomie, provede se sutura. Porodní asistentka jí provede sama podle svých kompetencí nebo asistuje lékaři u vyšetření i ošetření rodičky, uklidňuje ji a je s ní v kontaktu. Zároveň ji pečlivě poučí, jak bude o suturu pečovat a jak bude provádět hygienu rodidel. Po ošetření rodičku omyje 1 % Peroxidem vodíku a na rodidla ji přiloží dlouhou roušku vyplněnou vložkami. Dále pak porodní asistentka uloží rodičku do vodorovné polohy s nataženými dolními končetinami a následně ji přikryje pokrývkou. Nástroje po porodu musí být mechanicky očištěny a osušeny. Porodní asistentka zkompletuje porodnický balíček, který následně odešle ke sterilizaci. Všechny údaje musí být řádně zaznamenány v dokumentaci (24).

Na rakouských porodních sálech je postup stejný jen s tím rozdílem, že se III. doba porodní nevede aktivně, na vypuzení placenty se čeká 30 minut bez podání uterotonik. Pokud k vypuzení lůžka nedorazí, lékař rozhoduje o dalším postupu léčby (13, 17).

U zadržených plodových obalů nebo kotyledonů se mohou vyskytnout komplikace a lékař tak musí provést instrumentální revizi dutiny děložní v celkové

anestézii. U zadržených částí placenty či jejím neodlučování se provádí manuální lýze v celkové anestézii.

Pokud rodička nekrvácí, III. doba porodní nesmí přesáhnout 30 minut (24).

1.1.4 Ošetrovatelská péče o rodičku ve čtvrté době porodní

Čtvrtá doba porodní začíná po porodu lůžka a obalů plodu a trvá 2 hodiny po porození plodu. Je charakterizována jako doba poporodního klidu.

Ošetrovatelským cílem pro porodní asistentku je zajistit ošetrovatelskou péči a zajistit veškerou nutnou dokumentaci ve čtvrté době porodní u rodičky po spontánním porodu. Je nutné rodičku adekvátně informovat.

Porodní asistentka v České republice zajišťuje průběh čtvrté doby porodní. Rodička je uložena do vodorovné polohy s nataženými končetinami, je přikryta pokrývkou a porodní asistentka jí měří krevní tlak, puls, teplotu dle ordinace lékaře a všechny výsledky měření zaznamenává do dokumentace. Přikládá na břicho vak s ledem a průběžně kontroluje výšku děložního fundu a krvácení. Rodička zůstává na porodním sále 2 hodiny po porodu a poté je i s novorozencem přeložena na oddělení šestinedělí. Před překladem na oddělení musí porodní asistentka ještě zkontrolovat puls, krevní tlak, teplotu, krvácení i výšku děložního fundu a vše zapsat do dokumentace. Před překladem rodičku převleče do čistého prádla, na rodidla přiloží čisté vložky a sleduje močení rodičky. Všechny údaje musí být rovněž pečlivě zaznamenány (24).

V Rakousku rodička také zůstává dvě hodiny na porodním sále. Porodní asistentka ji po porodu omyje, navleče jednorázové kalhotky a do nich vloží dlouhou porodnickou vložku. Rodičku převleče do čisté košile a uloží do přivezeného lůžka. Rodička tak zůstává na porodním sále, ale porodní asistentka ji převezde do vedlejší speciální místnosti, kde může být s novorozencem i s partnerem a kam jí porodní asistentka vzápětí přináší stravu (13, 16).

Při komplikacích, kterými může být krvácení, atonie nebo hypotonie dělohy, musí porodní asistentka tuto skutečnost neprodleně ohlásit lékaři (24).

1.2 Ošetrovatelská péče o rodičky při komplikacích fyziologického porodu na porodním sále

Mezi nejčastější výkony při komplikacích fyziologického porodu na porodním sále řadíme manuální vybavení lůžka, instrumentální revizi děložní dutiny, klešťový porod, vakuum extraktor a porod císařským řezem.

1.2.1 Ošetrovatelská péče o rodičky při manuálním vybavením lůžka

Pokud se placenta samovolně neodloučí a zůstane zadržena v děloze nad 30 minut nebo pokud rodička začne silně krváčet, je nutné operační ukončení porodu placenty, které se nazývá manuální vybavení lůžka.

Výkon provádí lékař, kterému asistuje porodní asistentka. Je nutné k výkonu zajistit informovaný souhlas rodičky a rodičku informovat o výkonu. Porodní asistentka v České republice zavede rodičce intravenózní kanylu s naordinovaným infuzním roztokem. Klientku uloží do vodorovné polohy bez polštáře pod hlavou a dolní končetiny jí zafixuje v podpěrách. Před výkonem rodičku vycévkuje. Pomocí tampónových kleští, sterilních tampónů a dezinfekčního roztoku je provedena dezinfekce rodidel a následně sterilní rouškování. Anesteziologický tým přivede rodičku do celkové anestezie, lékař si mezi tím navleče dlouhý sterilní rukáv a sterilní rukavice. Palcem a ukazovákem levé ruky rozevře malé a velké stydké pysky a pravou rukou špetkovitě složenou proniká vývrtkovitým pohybem do hrdla děložního. Poté lékař svou levou ruku přesouvá na břišní stěnu, aby fixoval dělohu. Porodní asistentka během průniku do pochvy polévá lékařovu ruku velkým množstvím dezinfekčního roztoku, aby nevznikla vzduchová embolie. Pravou rukou lékař odloučí a následně vybaví lůžko. Porodní asistentka pak složí jednotlivé kusy placenty, aby se zjistila její celistvost a kompletnost plodových obalů. Dle ordinace lékaře po výkonu podává uterotonika. Pokud byla u rodičky provedena epiziotomie, lékař suturu provede ještě v celkové anestezii a následně zkontroluje poranění děložního hrdla a pochvy. Po ukončené revizi provede porodní asistentka dezinfekci rodidel, rodičku omyje, na rodidla přiloží dlouhou roušku s vložkami a dle ordinace lékaře podává léky (např. antibiotika). Po probuzení rodičky z celkové anestézie, porodní asistentka dvě

hodiny kontroluje krevní tlak, puls, teplotu, saturaci kyslíku, dýchání, prokrvení, reakci zornic, stav vědomí, výšku děložního fundu a krvácení. Porodní asistentka zvaží placentu, naloží ji do 10 % roztoku Formaldehydu a s průvodkou odešle do histologické laboratoře (24).

Na rakouských porodních sálech mají porodní asistentky totožnou náplň práce s tím rozdílem, že intravenózní kanylu rodičce zavádí lékař. Po probuzení rodičky z celkové narkózy ji porodní asistentka zaveze na speciální pooperační pokoj, kde rodičce dvě hodiny měří fyziologické funkce a sleduje její celkový stav. Poté je rodička převezena na oddělení šestinedělí (13, 16).

1.2.2 Ošetrovatelská péče o rodičky při instrumentální revizi

Instrumentální revize se provádí po vaginálním porodu, kdy jsou pochybnosti o celistvosti placenty, při zadržení části plodových obalů nebo lůžka nebo při větším krvácení k vyloučení těchto možností. Je to operační výkon.

Lékař nejdříve vysvětlí rodičce nutnost výkonu a musí s ní podepsat informovaný souhlas. Za asistence porodní asistentky pak provádí operační výkon. Porodní asistentka v České republice zavede intravenózní kanylu, podá pacientce naordinovaný infuzní roztok a změří fyziologické funkce. V případě plného močového měchýře porodní asistentka rodičku vycévkuje sterilním močovým katétrem. Klientku uloží do vodorovné polohy bez polštáře pod hlavou a dolní končetiny jí zafixuje v podpěrách. Pomocí tampónových kleští, dezinfekčního roztoku a sterilních tampónů je provedena dezinfekce rodidel a následné sterilní rouškování, kdy je jedna rouška položena přes rodiččino břicho, přes které tak v průběhu výkonu lékař nebo porodní asistentka kontroluje výšku fundu děložního. Po uvedení ženy do celkové anestézie, lékař palcem a ukazovákem jedné ruky rozevře velké a malé stydké pysky a druhou rukou zavede porodnická vyšetřovací zrcadla a Americké kleště do pochvy, aby zafixoval děložní čípek. Poté opatrně zavede Bummovu kyretu do dělohy a šetrnými pohyby vyprázdní dutinu děložní. Lékař pak po výkonu ve vyšetřovacích zrcadlech zreviduje děložní čípek. Po výkonu porodní asistentka provede důkladnou

dezinfekci rodidel, rodičku omyje, přiloží sterilní dlouhou roušku vyplněnou sterilními vložkami a uloží jí do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla a dle ordinace lékaře aplikuje na děložní fundus vak s ledem. Po probrání se rodičky z celkové anestezie je nutno u ní 2 hodiny sledovat krevní tlak, puls, dýchání, saturaci, prokrvení, reakci zornic, krvácení, výšku děložního fundu a stav vědomí. Porodní asistentka odebraný materiál nabere do předem připravené zkumavky a pošle vzorek na histologické vyšetření. Všechny činnosti pečlivě zaznamenává do dokumentace (24).

V Rakousku se instrumentální revize provádí na malém operačním sále, který sousedí se sálem porodním. Porodní asistentka při tomto výkonu asistuje stejně jako porodní asistentky v České republice jen s tím rozdílem, že nezavádí rodičce kanylu. To udělá lékař. Po výkonu porodní asistentka převezve rodičku na pooperační pokoj, kde jí dvě hodiny měří fyziologické funkce a sleduje její celkový stav (13, 15).

1.2.3 Ošetřovatelská péče o rodičky při klešťovém porodu

K extrakci plodu dojde za pomoci porodnických kleští. Je to operativní výkon a provádí se u plodu, který je vstouplý a fixovaný do pánve minimálně velkým oddílem a za předpokladu fixace hlavičky z porodních cest rodičky.

Indikace k použití kleští mohou být jak ze strany matky, tak ze strany plodu. Ze strany matky to bývají většinou sekundárně slabé kontrakce, protrahovaná 2. doba porodní (delší než 1 hodina), insuficience břišního lisu, patologické naléhání hlavičky (abnormální rotace), horečka při porodu, krvácení při porodu, chronické onemocnění ženy, které jí neumožňuje použít břišní lis nebo také nespolupracující rodička. Ze strany plodu je to nejčastěji akutní a chronická hypoxie. Indikace ze strany plodu a matky se velice často překrývají, sdružují a doplňují.

Za kontraindikace považujeme nepoměr mezi pánví a hlavičkou, když je patologicky zúžená pánev nebo velký plod. Dále pak neodstranitelná překážka v cestách porodních (mohou způsobit včestné tumory nebo vývojové vady pochvy nebo vulvy) a není-li hlavička vstouplá alespoň větším oddílem (24).

Typů kleští užívaných v našem porodnictví je několik. Nejčastěji jsou to však Simpsonovy kleště (východové, školní), Breusovy, Kjellandovy a Shuteho kleště (6).

Výkon provádí lékař, kterému asistuje porodní asistentka a také připraví všechny potřebné pomůcky. Zavede rodičce intravenózní kanylu a dle ordinace lékaře podá infuzní roztok. Rodička má dolní končetiny pevně zafixovány v podpěrách a může se tedy zároveň vycévkovat. Po vyšetření rodičky lékař následně zjistí indikace a podmínky ke správnému provedení klešťového porodu a zvolí typ kleští. Je nutné, aby porodní asistentka před klešťovým porodem správně upravila porodnické lůžko do vhodné polohy. Pomocí dezinfekčního roztoku, sterilních tampónů a tampónových kleští je provedena důkladná dezinfekce rodidel a následně sterilní rouškování. V místě kde bude provedena mediolaterální nebo laterální rozšířená episiotomie lékař provede opich Mesocainem a následně provede epiziotomii. Po porození hlavičky porodník sejme kleště a porod dále pokračuje obvyklým způsobem. Porodní cesty se zrevidují po porodu placenty a následně se provede sutura včetně rozšířené episiotomie (24, 27).

Porodní asistentka v České republice rodičku omyje, sterilní dlouhou roušku vyplní sterilními vložkami a přiloží ji rodičce na rodidla. Dále ji pak uloží do vodorovné polohy s dolními i horními končetinami podél těla. Změří pacientce krevní tlak a puls a dle ordinace lékaře eventuelně aplikuje antibiotika. Porodní asistentka kontroluje krvácení, výšku fundu děložního a v případě potřeby přikládá led na hráz i na fundus děložní. U větší krevní ztráty se pak provádí vyšetření krevního obrazu Statim 1 (KO) a podle výsledku se podává krevní transfuze (24).

Na rakouských porodních sálech je v ošetrovatelských standardech postup porodní asistentky stejný. Porod pomocí porodnických kleští se ale téměř nepoužívá a z velké části tuto techniku nahradila vakuumextrakce pomocí přístroje Kiwi (Příloha 3) (13, 16).

1.2.4 Ošetrovatelská péče o rodičky při vakuumextrakci

Principem této metody je vytvoření umělého nádoru porodního na měkkých tkáních kalvy podtlakem a následnou trakcí za hlavičku prostřednictvím přísáté peloty.

Vakuumextrakce je indikována při snižování námahy ve 2. době porodní, i když při tomto výkonu používá žena břišního lisu. Dále se používá při sekundárně slabých kontrakcích nezvládnutých farmakologicky, poruchách břišního lisu, vyčerpání rodičky nebo při horečce ve 2. době porodní. Při vakuumextrakci je popsáno zvýšené riziko vzniku nitrolebního krvácení (6, 27).

Ošetrovatelská péče porodní asistentky v České republice spočívá v psychické podpoře rodičky, poskytnutí důležitých informací a asistování lékaři, který výkon provádí. Na rakouských porodních sálech je tato metoda velice rozšířená a z velké části nahradila používání porodnických kleští. Porodník nasadí pelotu novorozenci na záhlaví. Speciální tlačkou pumpuje, aby se v pelotě vytvořil podtlak. Poté začne dlouhým táhlým pohybem tahat za hlavičku. Po porození hlavičky porod probíhá standardním způsobem. Po porodu novorozence porodník hadičku od peloty přestřihne nůžkami, tím se přeruší podtlak a pelota jde z hlavičky snadno sundat (15, 16)

Jako vakuumextraktor se nejčastěji používá přístroj zvaný Kiwi. Rozdíly mezi extrakcí plodu porodnickými kleštěmi a vakuumextraktorem jsou poměrně značné. Osvojení techniky porodnických kleští je náročnější, kdežto technika vakuumextraktoru je jednoduchá. Při klešťovém porodu je jednou z podmínek zašlá branka, při vakuumextrakci tato podmínka není absolutně nutná. Šetrná frakce způsobí postupné rozšíření branky. Po použití kleští mohou být zaváděnou kleštinou poraněny měkké tkáně porodního kanálu. Poranění rodičky vakuumextraktorem je velmi nepravděpodobné. Použití kleští omezuje rotaci hlavičky, ale pro malé rozměry přísavného zvonu se rotace hlavičky zachovává. Správně nasazené kleště nikdy nesklouznou, ale při vakuumextrakci se může pelota z hlavičky odtrhnout. Extrakci kleštěmi je možno vykonat za krátký časový úsek, vakuumextrakce vyžaduje delší čas a u některých nespolutracujících rodiček ji ani nelze použít, není vhodná pro akutní stavy. Kleště je možné použít i u plodů hmotnosti 2500 g, avšak vakuumextraktor je v tomto případě kontraindikován z důvodu možnosti vzniku subdurálního hematomu poškozením nezralých cév hlavičky novorozence pod tlakem (6, 27).

1.2.5 Ošetrovatelské péče o rodičky při císařském řezu (sectio caesarea)

Císařský řez (sectio caesarea, zkr. SC) patří mezi nejčastější operace, kterou se ukončuje těhotenství ve III. trimestru a porod. Velice zásadní podmínkou je to, že velká část nemá být vstouplá a hluboko fixovaná hluboko v pánvi, například v pánevní šíři. Dle povahy indikací se císařský řez někdy může rozdělit na dva druhy, a to na primární (plánovaný) a sekundární (neplánovaný). U plánovaného císařského řezu je indikace předem známá a už v těhotenství je rozhodnuto o jeho dřívějším či termínovém provedení. U sekundárního císařského řezu se situace vyvinula akutně, kdy byl nepředpokládaně ohrožen plod, matka nebo oba zároveň (6, 27).

Mezi všeobecné indikace stanovené lékařem patří například kefalopelvický nepoměr, nesprávná poloha plodu, nesprávné naléhání plodu při porodu nebo vícečetné těhotenství (gemini, trigemini). Indikací mohou být také komplikace, které provází matku během jejího těhotenství jako je například diabetes mellitus, hypertenze, preeklampsie nebo eklampsie. Ze strany matky jsou to chirurgické výkony na děloze nebo herpetické infekce, které jsou aktivní a mohly by ohrozit novorozence. Ze strany plodu je to nejčastěji hypoxie plodu, výhřez pupečníku nebo abnormální naléhání. Dále mezi indikace řadíme tíseň plodu v děloze v průběhu těhotenství nebo při porodu, krvácení, abrupce placenty, placenta praevia, nepřipravené porodní cesty u předčasného porodu a zhoubná onemocnění matky. Prodloužené těhotenství, kde nebyla úspěšná opakovaná indukce, je také indikací k císařskému řezu. Sectio caesarea se také provádí u těhotných žen, kde jsou indikace smíšené. Jako například předčasný porod, věk rodičky, léčba sterility nebo poloha koncem pánevním, kdy si rodička může vybrat, zda bude chtít родit per vias naturales nebo císařským řezem. V neposlední řadě patří mezi indikace také žena mrtvá nebo umírající. V Rakousku je možnost provést císařský řez na přání rodičky, která je předem řádně informována se všemi možnými riziky a komplikacemi (6, 24, 27).

Mezi kontraindikace císařského řezu patří mrtvý plod. Dále se císařský řez neprovádí při patologických laboratorních hodnotách koagulace.

Před císařským řezem porodní asistentka hraje důležitou roli po stránce tělesné i psychické přípravy.

Do tělesné přípravy patří jako u jiných operací předoperační vyšetření, kam spadají i laboratorní testy. Je nutné natočit EKG, zhodnotit jej internistou a důležité je jeho vyjádření ke způsobu vedení anestézie. Z laboratorních vyšetření se provádí kompletní vyšetření krve na krevní obraz, biochemii a koagulaci. Vyšetřuje se i moč a sediment. Na transfuzní stanici se zajistí krevní transfuze. Další příprava zahrnuje oholení operačního pole. To musí být oholeno velmi důkladně od břišní stěny až po mons pubis. Dále porodní asistentka ženě zavede permanentní močový katétr. Důležitá je však také prevence tromboembolické nemoci, a proto se rodičce podávají nízké dávky Heparinu formou nízkomolekulárního Fraxiparinu. Dále se těhotné podává očistné klyzma, po kterém následuje sprcha a samozřejmě se provádí monitorace plodu. Posledním, ale neméně důležitým krokem je sundání všech šperků, popřípadě vyndání zubní protézy, odlakování nehtů, sundání brýlí nebo vyndání kontaktních čoček. Od půlnoci žena nesmí nic jíst, pít ani kouřit. Večer za rodičkou přichází anesteziolog a domlouvá se s ní na způsobu vedení anestézie. Podle způsobu vedení anestézie se podávají léky na spaní a těsně před operací se podává premedikace. Pokud si žena přeje spinální nebo epidurální analgezií, tak se premedikace většinou nepodává. Po důkladné tělesné očištění, kdy je nutné zkontrolovat pupeční jizvu, zda je čistá, dostane rodička čistou noční košili a porodní asistentka zavede permanentní katétr do močového měchýře a zároveň zavede i žilní katétr do levé horní končetiny. Pokud má rodička vyjímavý chrup, tak jej vyjme. Poslechne ozvy plodu a ženu doprovodí na operační sál, kde předá ozvy plodu operačnímu týmu a vše zapíše do dokumentace (24).

Po psychické stránce je důležité, aby žena byla seznámena s nutností provedení císařského řezu, pochopila dané skutečnosti, dostala odpovědi na všechny dotazy a z porodní asistentky a porodníka cítila podporu. Dále je nutné přečtení a podepsání informovaných souhlasů s provedením císařského řezu rodičkou.

V Rakousku zavádí porodní asistentka pouze permanentní močový katétr. Žilní katétr zavádí lékař. Ostatní ošetrovatelské péče porodní asistentky je stejná jako v České republice (13, 15).

Bezprostředně po operaci je pacientka převezena buď na pooperační pokoj, nebo přímo na jednotku intenzivní péče. Role porodní asistentky jak v ČR, tak v Rakousku probíhá stejně. Sledují se životní funkce (krevní tlak, tepová frekvence, registrace EKG, počet dechů a oxymetrie). Dle potřeby se opakovaně vyšetřuje krevní obraz a hemokoagulace. Kontroluje se krvácení, vědomí, příjem a výdej tekutin. Zabraňuje se aspiraci při eventuelním zvracení. Podávají se léky proti bolesti a následně se plní další ordinace lékaře (antibiotika, antikoagulancia, uterotonika atd.). Podává se parenterální výživa a náhrada tekutin, případně je aplikována krevní náhrada. Provádí se bandáž dolních končetin zvláště při varixech či žilních zánětech v anamnéze. Pečuje se o močení a střevní peristaltiku. Druhý pooperační den se aplikuje klyzma a postupně se převádí dieta z tekuté přes kašovitou na normální. Velmi důležitá je pooperační rehabilitace a časné vstávání. (6, 13).

Před propuštěním z nemocnice je důležité ženu poučit o klidovém režimu, nezvedání těžkých předmětů a dodržování šestinedělí.

1.3 Alternativní vedení porodu

Alternativní porodnictví v současné době klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Mezi nejčastěji používané metody v dnešní době patří aromaterapie, homeopatie, porody do vody atd.

1.3.1 Aromaterapie na porodním sále

Aromaterapie se v těhotenství a za porodu nepoužívá plošně ve všech porodnicích, její používání je spíše na počátku, ale je možnou alternativní metodou, kterou je vhodné v porodnictví využívat za předpokladu zkušeností, znalostí a příslušného vzdělání porodních asistentek dané metody. Vhodně zvolené éterické oleje mohou podpořit psychickou rovnováhu a utlumit případné obavy. Na fyzické úrovni pomohou zmírnit bolesti i nevolnosti, připravit tělo na vlastní porod, podpořit jeho průběh, ale také přispět k rychlejšímu návratu organismu do stavu před porodem.

Těhotenství, porod a mateřství jsou jedním z nejkrásnějších zázraků, které nám příroda dala. Zrození nového člověka doprovází řada okouzlujících změn v životě jeho rodičů, zejména však matky, které porod změni životní priority, změni psychické prožitky a fyzické dispozice. Ale jako každá změna, může těhotenství, porod a mateřství vyvolávat i jisté obavy z následujících věcí. Zvláště pokud se jedná o prvního potomka, nebo například pokud předchozí porod nebo těhotenství neprobíhalo zcela podle představ rodičky. Zdravé těhotenství a přirozený porod je cílem čím dál tím většího počtu dnešních rodičů (12, 18).

V Rakousku velká většina porodních asistentek dochází na speciální kurzy aromaterapie, aby ji pak ve svém povolání mohly samostatně uplatnit. Samy pak pořádají kurzy přímo pro těhotné ženy, kde jim vysvětlují péči o hráz ještě v době těhotenství, které vonné směsi a oleje mohou používat k celkové relaxaci a informují je o tom, jaké směsi se využívají během porodu, kdy si už každá těhotná žena může určit, který olej jí svou vůní vyhovuje a který nikoliv (4, 7).

1.3.2 Aromaterapie během porodu

Pro pocit sebedůvěry a emoční podpory je během porodu vhodné používat éterický olej levandule společně s jasmínem, který zároveň připraví dělohu na porod. Z těchto olejů si můžeme vytvořit masážní směs, kterou může partner rodičky lehce vmasírovat do podbřišku těhotné maminky nebo použijeme teplý obklad na břicho (nahoru i dolů) a necháme jej cca 5 minut přiložený působit, než vychladne. Počkáme dalších 10-15 minut a proces zopakujeme. Jasmín by se měl používat nejdříve 2 týdny před předpokládaným termínem porodu. Než začne partner ženu masírovat, tak jí dáme nejdříve přivonět k olejové směsi, zda jí vyhovuje a nedráždí. Pokud bude chtít žena u porodu inhalovat svoji oblíbenou vůni, je nejlepší používat papírové kapesníky, které se mohou v případě nutnosti zahodit a navíc jsou v nemocničním zařízení nejlépe akceptovány. V první době porodní se otevírá hrdlo děložní a žena může ztrácet kontrolu nad svým tělem. Velmi může pomoci masáž, která dodá stabilitu a rovnováhu nebo teplá koupel, která ženu uvolní a usnadňuje tak otevírání hrdla děložního. Pokud

ženě ještě neodtekla voda plodová, připravujeme teplou koupel, do které přidáme 6-8 kapek levandule. Ta totiž zrychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů. Navíc pomůže rodičku uklidnit, že porod proběhne tak, jak má. Levandule by se neměla používat, pokud žena trpí hypotenzí. Jestliže je rodička připoutána na lůžko, tak jí její partner může alespoň masírovat obličej, ruce, nohy nebo jí hladit vlasy. Jestliže má žena pocit, že jsou kontrakce nesnesitelné již na začátku porodu, tak se do koupele může přidat olej z majoránky nebo heřmánku římského, který snižuje bolesti a svalové křeče. Na zmírnění porodních bolestí a proti křečím můžeme použít bazalku. Ta pomáhá i při psychické únavě ženy a pomůže jí se koncentrovat na porod. V minimální koncentraci je možné použít také černý pepř, který má výrazné stimulační a analgetické účinky a Geranium, které působí proti únavě, dodává ženě energii a posiluje krevní oběh (nesmí se používat u žen s poruchou srážlivosti krve). Když je rodička na konci druhé porodní doby vyčerpaná, používáme oleje z hřebíčku, kadidla, rozmarýny, muškátové šalvěje, nebo jasmínu lékařského, které podporují děložní kontrakce, zrychlují porod a usnadňují vypuzování lůžka. V druhé době porodní se používají silice z palmy růžové při kombinaci dýchání a tlačení. Pokud je žena ve stresu a napětí používáme olej z Neroli, který aplikujeme v oblasti obličeje a ramen. Jsou-li slabé děložní kontrakce, používáme nízkou koncentraci olejů ze skořice (pozor - může popálit pokožku) nebo zázvoru (12, 18, 26).

Ve třetí době porodní při porodu placenty je možné použít éterické oleje, které pomohou vyvolat odloučení i vypuzení lůžka. Navíc většinou volíme takové oleje, které zároveň zabraňují vzniku infekce a působí antisepticky (4)

Rakouské porodní sály jsou vybaveny celou řadou aromatických olejů a bylinných směsí. Vyškolené porodní asistentky je velmi často využívají ke zklidnění rodičky, ulevení od bolesti nebo jen k relaxaci. Velký pozor se musí dát na vznik alergických reakcí. Na českých porodních sálech se aromaterapie používá ne tak hojně, ale v dnešní době se její využívání postupně rozšiřuje i v České republice (4, 13).

1.3.3 Příprava hráze k porodu

Za nejdůležitější praktickou přípravu k porodu je považována pravidelná masáž hráze (oblast mezi konečníkem a pochvou). Cílem je zabránit případnému nástřihu (epiziotomii) či natržení hráze během porodu. Úspěch je podpořen také tím, že se ženy během svého těhotenství učí uvolňovat svaly dna pánevního. S masáží se začíná přibližně 4-6 týdnů před porodem. Hráz se masíruje denně, nejlépe večer po koupeli, kdy je hráz díky teplé vodě dobře prokrvená a připravená k masírování. Používáme směsi rostlinných olejů z růže, levandule a muškátové šalvěje. Oleje zabraňují vzniku infekce, protože působí antisepticky (12, 13).

Masáže probíhají na dvou úrovních. První úroveň je fyzická, kdy se zvyšuje elasticita a pružnost tkáně, hráz tak změkne a připraví se na roztažení při průchodu hlavičky porodními cestami. Druhá úroveň je psychická, kdy si žena určí střední bod, na který se při porodu soustředí a lépe se jí tlačí při porodu (4).

Rakouské porodní asistentky se na porodním sále intenzivně věnují péči o hráz přikládáním teplých obkladů, masírováním hráze a tím se snižuje i množství prováděných episiotomií. V České republice se nejvíce doporučuje masírování teplou vodou ve sprše. Jak v ČR, tak i v Rakousku jsou rodičky informovány o tom, že hráz si mohou masírovat samy ještě doma, a to 4-6 týdnů před porodem.

1.3.4 Porod do vody

Už stovky let jsou vychvalovány blahodárné a bolestí tišící účinky vody-horké či studené, tekoucí či stojaté, rozstříkované či polévané. V posledních letech je mnohými ženami stále častěji požadován tento způsob porodu jako prostředek zmírňující bolesti. Důsledkem je, že v mnoha zemích se zvýšil o toto zájem a můžeme se setkat s formou sprchování a relaxačních koupelí v běžných vanách, ve whirlpoolech a ve zvlášť pro tyto účely vytvořených porodních vanách. Některé kliniky umožňují ženám, aby si přinesli vlastní vany. Pro využívání relaxačních koupelí a porodů ve vodě nejsou jednotné směrnice. Nedoporučují se v případě zvýšeného krevního tlaku, nebo když je zapotřebí kontinuální elektronická kontrola plodu. V jiných případech se přihlíží k minimálnímu

otevření děložního hrdla nebo ke stanovení teploty vody. V dalších případech hraje roli, jestli je porod ve vodě vhodný pro vypuzovací dobu a k porodu dítěte a placentového lůžka. Aplikace hydroterapie se řídí podle hodnot zkušeností a teoretických rozvah porodních asistentek. K dnešnímu datu neexistují směrnice, podle kterých bychom se mohli orientovat (7).

„Přímluvci tohoto způsobu porodu zdůrazňují uvolňující efekt vody, čímž se může snížit nasazování prostředků k utlumení bolesti. Jedni jsou toho názoru, že relaxační koupel může porod urychlit a působí na snížení tlaku, rodiče dítě pocit kontroly nad danou situací a může, míněno obecně, zmenšit počet medikamentózních zásahů do průběhu porodu. Kromě toho se může snížit počet poranění hráze a novorozenci umožňuje jemnější vstup do světa (7, s. 279)“.

Kritici upozorňují na zvýšené riziko infekce pro matku i dítě, na možné pozastavení porodních bolestí při relaxačních koupelích, tak jako při porodu do vody na zvýšené riziko poranění hráze, poporodní krvácení a vodní embolie. Zároveň poukazují na možné riziko infekce a poranění zad kvalifikovaného pracovníka (7).

Jak v Rakousku, tak v České Republice se využívá možnost porodů do vody. Je k tomu však potřeba speciálně vybavený porodní sál a v neposlední řadě také proškolený zdravotnický personál. Porodnické vany jsou prostorné a tím může být fyzicky přítomen i otec dítěte a pomáhat rodiče. V Rakousku je samozřejmostí, že je matka i otec dítěte ponořen do teplé vody a oba tak současně vnímají probíhající porod komplexně

1.3.5 Homeopatie v období porodu

Od 8. měsíce těhotenství se doporučuje těhotné ženě podávat lék *Actaea racemosa* 9CH 1 x denně večer před tím, než jde těhotná spát. Lék ovlivní strach z porodu a předčasné děložní stahy. Když má budoucí matka výraznější obtíže, je jí doporučeno, aby lék užívala vícekrát za den. Po nástupu porodních stahů, je podáván lék při každé kontrakci-napomáhá hladkému průběhu porodu. Po fyziologickém porodu podáváme léky: *Arnica montana* 9CH 3x denně 5 granulí po dobu 10 dnů, dále lék

Staphysagria 9CH 2x denně 5 granulí (podává se po episiotomii a pro obnovu močení po porodu) a také lék China 9CH 1 dávku při každém kojení (podává se při únavě a větších ztrátách tekutin). Chinu je vhodné podávat dlouhodobě, například i po celou dobu kojení, 3x denně 5 granulí. Jestliže během porodu nebo po porodu došlo k velkému krvácení, podává se lék Phosphorus 9CH 4x denně 5 granulí. Po porodu císařským řezem je podáván lék Nux vomica 9CH 4x denně 5 granulí po dobu 1-3 dní (lék je určen k metabolizaci léků a narkózy, ovlivňuje jaterní funkci, umožňuje rychlý návrat k normě). Společně s lékem Nux vomica se můžou podávat i léky uvedené v odstavci přirozeného porodu, vždy podle subjektivních obtíží (Arnica, China, Phosphorus). V případě, že rodička po porodu trpí nedostatkem mléka (a to kdykoli během kojení), podáváme lék Ricinus communis 5CH 5 granulí během každého kojení. Tento lék většinou velmi dobře kojení odstartuje. Pokud bychom lék použili v ředění 30CH, způsobí to naopak zástavu laktace při odstavování kojence. Velmi dobrým lékem pro všechny matky je lék Coccus indicus 9CH, který napomáhá při poruchách spánku, kterými trpí snad každá matka malého dítěte. Lék dáváme 3-5x denně 5 granulí. Homeopatie pomáhá i při léčbě zánětů mléčné žlázy. Osvědčenou kombinací jsou léky: Belladonna 9CH 5 granulí 4x denně (při teplotě i každou hodinu) a lék Bryonia 9CH v případě bolestí prsu při pohybu-každou hodinu 5 granulí. Při zlepšování stavu se postupně prodlužují intervaly mezi dávkováním léků, až se léky postupně vysadí (během 2-3 dnů). Pokud možno léky nasadíme ihned při prvních projevech zánětu, pokud se stav během několika hodin výrazně nezlepší, podají se pochopitelně i antibiotika (3).

Na českých porodních sálech se homeopatie využívá jen zřídka. Oproti tomu v Rakousku jsou porodní asistentky řádně proškoleny v homeopatických kurzech, kde získají certifikáty a potom je používání homeopatik na denním pořádku. Rodička má tak možnost se s homeopatií setkávat v těhotenství, při porodu, ale i v období šestinedělí.

1.4 Ošetrovatelská péče porodní asistentky u porodu mrtvého dítěte

Co to znamená být porodní asistentkou, když novorozenec zemře? Tato dramatická příhoda vyvolá u porodní asistentky její vlastní pocity, se kterými bude konfrontována.

„Styk s lidmi, kteří truchlí nad ztrátou svého dítěte, staví doprovod před mnoho nezodpovězených otázek. Sami narážejí na vlastní strach ze ztráty blízkého, na své hranice a slabé stránky. Objeví v sobě samotném vlastní bezmocnost. Dnes se uznává, aby doprovázející osoby-příbuzní, pečovatelé, lékaři a další terapeuti prošli více či méně význačně fází smutku. Je to pro pečovatelský personál důležité právě i v tom, že si stále mohou uvědomovat možnosti a hranice své doprovázející role“ (Keller-Forster, 1998, s. 130).

Často je právě porodní asistentka prvním kvalifikovaným pracovníkem, který přijde do kontaktu s dotyčnými postiženými rodiči, který s nimi tráví dobu nejistoty a po potvrzení diagnózy bude doprovázet rodiče všemi fázemi, spojenými s touto událostí. PA se také podílí na paliativní (zmírňující) péči zemřelého novorozence. Přiměřené odborné a lidské chování vyžaduje soustředěné pozorování a velmi citlivé dotazování. Dotazování má dva cíle: zaprvé obdrží porodní asistentka požadované informace, zadruhé naváže a upevní kontakt s pozůstalými rodiči (7).

Je třeba zvážit, aby otázky měly intervenční charakter. Je třeba pečlivě zvolit způsob, jakým bude klást otázky, a vždy počítat s důsledky, které tyto otázky přinesou. Cíleně kladené otázky mohou rodičům buď sugerovat, co porodní asistentka považuje za dobré nebo za špatné, nebo jim ukáže skutečné možnosti výběru. *„Chtěli byste po porodu dítě ještě vidět?“* Tato otázka ohledně prvního kontaktu se zemřelým novorozencem může u rodičů vyvolat tyto pocity a myšlenky: *„Ach, je to snad něco hrozného? Dělá se to? Spíš bychom to neměli dělat?“* Jiný účinek by měla otázka s následující formulací: *„Jak byste chtěli strávit první chvíle s vaším dítětem?“*

Jako základ pro vyhodnocení situace porodní asistentky slouží tyto dvě centrální otázky: Jaký je kontext, ve kterém se rodiče nacházejí, a ve kterém se vše událo? Jedná se o proces, tedy událost, která se musí vyvíjet. Je možné rozeznat nějakou dynamiku děje? Co podporuje proces utrpení ztráty?

Postižení rodiče by měli mít možnost, aby dostáli své roli rodičů v krátké době i zemřelému novorozenci. To může být podpořeno i tím, že dají svému dítěti jméno, s dítětem hovoří, obléknou ho.

Zemřelý novorozenec potřebuje v rodinném systému své vlastní místo. To může být podpořeno kvalifikovanou osobou jasnou volbou slov (používat označení příbuznosti).

Díky vlastním činům a odpovídajícímu poradenství realizují rodiče, i když pouze v omezené době, že jejich život jako rodičů zemřelého novorozence bude nadále pokračovat.

Prožití aktivního porodu znamená aktivně zastupovat roli rodiče. Je-li žena pod narkózou, znamená to zapření a propánutí šance. S prostředky mírnící bolest a anestézií se musí počítat. Pokud je nasazení těchto prostředků nutné, pak je třeba vědomě pracovat s tím, jak uchopit promeškané prožitky.

Při smrti novorozence se musí také rodiče rozloučit se svými sny, plány a očekáváními. To jsou navíc další bolestivé součásti zármutku (7).

Takto se to provádí v Rakousku, kdy porodní asistentka po porodu mrtvého novorozence vykoupe, oblékne ho a rodiče s ním mohou strávit několik hodin na porodním sále, kde mají dostatek času se s ním rozloučit, pokud si to ovšem rodiče přejí.

V České republice je toto sice také možné, ale po praktické stránce se to příliš nevyužívá. Porodní asistentky tuto možnost aktivně nenabízejí a rodiče o ní sami nežádají.

1.4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky o psychiku rodičky po porodu mrtvého plodu

Důležitou roli v léčbě hraje léčba o psychiku matky, která přišla o své dítě. Ta má právo dát svému mrtvému dítěti jméno, může si ho pochovat a také se s ním rozloučit. Proto záleží na porodní asistentce, aby od rodičky šetrně zjistila, zda si přeje své dítě vidět, zda ho chce pojmenovat a vzít jej do náručí. Fáze rozloučení s dítětem

je pro oba rodiče velmi důležitým a významným faktorem. Je podstatné, aby porodní asistentka matku upozornila na vzhled dítěte, který nemusí být příjemný a také na různé anomálie, které mohou být na těle novorozence patrné. Matka je však zpravidla nevnímá tak negativně jako její okolí. Naopak tím že si dítě prohlédne, se ušetří hrůzostrašným představ, které matky po porodu mrtvého dítěte většinou mívají, když se s ním nemohou rozloučit. Každá matka má právo se svého dítěte dotýkat, hladit ho. Zhmotní si tak své představy a dítě pro ni představuje konkrétní osobu. Stejná péče je důležitá i u matky, která porodila dvojčata, z nichž se jedno narodilo živé a druhé mrtvé, protože smutek ze ztráty zemřelého dítěte přehluší radost ze života toho druhého. Matka se se ztrátou vyrovnává zpravidla úplně stejně. Je vhodné oběma rodičům vysvětlit jak důležitý je rituál rozloučení. Porodní asistentka během pobytu rodičky na porodním sále vysvětluje, že svou roli zvládla a že neselhala ani jako žena. Je důležité navrhnout také pomoc psychologa nebo psychiatra a vysvětlit rodičům, že jejich pomoc je v této závažné situaci zcela na místě (19, 23).

V Rakousku i v České republice matky zemřelých novorozenců dostávají při odchodu domů kontakt na psychologa, který se jim bude snažit po psychické stránce vyhovět a poskytnout cenné rady jak svou těžkou roli v životě v rámci možností dobře zvládnout.

1.5 Ošetřovatelský proces při péči porodní asistentky o rodičky

Je to systematický přístup k ošetřování nemocných a rodiček, jenž řeší jejich individuální problémy. Je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Je v protikladu k rutinnímu tradičnímu přístupu, založenému na ošetřovatelské péči, která vychází ze zajištění ordinací a provozu pracoviště. Ošetřovatelský proces se zabývá zdravotními potřebami jednotlivce, které mohou být nejlépe uspokojeny ošetřovatelskou péčí. Ošetřovatelský proces obsahuje plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. Porodní asistentka ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem definuje cíle, stanoví

priority, určuje potřebnou péči a mobilizuje zdroje k jejímu zajištění. Provádí zpětnou vazbu a interakci s pacientem i rodičkou.

Do druhé fáze řadíme stanovení ošetrovatelské diagnózy, a to je druhý krok ošetrovatelského procesu. Porodní asistentka musí umět využít profesionálních dovedností v pozorování, schopnosti analýzy, komunikaci, interpretace získaných dat a stanovit ve spolupráci s nemocným a rodičkou a s jejich rodinou hlavní problémy ošetrovatelské péče v pořadí jejich naléhavosti (11).

Jako třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Plánem ošetrovatelských zákroků jsou myšleny specifické ošetrovatelské „ordinace“, které zahrnují celkový výsledek navržených ošetrovatelských aktivit. Obsahuje cíle ošetrovatelské péče včetně kritérií pro jejich hodnocení, a specifické ošetrovatelské činnosti, které jsou potřebné k dosažení stanovených cílů.

Čtvrtým krokem ošetrovatelského procesu je realizace. Jde o zajištění navržených ošetrovatelských činností, které sestra provádí pro pacienta nebo rodičku a s pacientem nebo s rodičkou, za účelem dosažení ošetrovatelských cílů. Sem patří také dokumentace specifických ošetrovatelských činností v ošetrovatelském plánu.

Hodnocení je jako pátý krok ošetrovatelského procesu a znamená sledování účinnosti péče s ohledem na specifická kritéria vztahující se k ošetrovatelským cílům a činnostem. Hodnocení je doprovázeno zpětnou vazbou, která je potřebná pro identifikaci dalších potřeb pacienta nebo rodičky. Hodnocení se týká také dokumentace a toho, jak se péče odráží na nemocném, nebo rodičce v oblasti tělesné, psychické a sociální, ve vztahu k předem stanoveným cílům a ošetrovatelským zákrokům zaznamenaným v ošetrovatelském plánu (11).

1.5.1 Model Wiedenbachové v praxi porodních asistentek

Porodní asistentky, pracující na porodním sále, poskytují odbornou profesionální péči s charakteristickými vlastnostmi, mezi něž patří schopnost vykonávat přesný a jasný cíl, schopnost samostatně se rozhodovat, ale také podporovat a provázet ženu

před porodem, během porodu, ale i po porodu. Porodní asistentka naplňuje myšlenku modelu E. Wiedenbachové umění pomoci svojí pomocí a podporou rodičky. Studentkám, které se učí, jak se k rodičkám chovat, jak s nimi pracovat, je model Wiedenbachové vodítkem, aby získaly potřebné zkušenosti a mohly je v praxi aplikovat.

Model Wiedenbachové má určitý rámec a strukturu a umožňuje lepší komunikaci, výuku studentek, ale také zlepši pochopení role porodní asistentky, rozsahu a smyslu poskytovaných ošetrovatelských činností a podpoří i rozvoj ošetrovatelství (2,14).

Ernestina Wiedenbachová vytvořila svůj model ošetrovatelství na interpersonálních vztazích a charakterizuje jej jako model umění pomoci v klinické praxi na podkladě předpisové teorie. Teorie obsahuje tři koncepce na sobě vzájemně závislé. První koncepce je ústředním cílem, který vychází z definice kvality zdraví u klientky. Cíl je založený na individuální filozofii sestry, která je orientovaná na hodnotu a cenu jednotlivce. Druhou koncepcí je předpis neboli direktiva k činnosti, kdy činnosti mohou být dobrovolné nebo nedobrovolné. Je potřeba mít na mysli splnění ústředního cíle. Třetí koncepcí je skutečnost, což znamená skutečnou situaci a skutečné prostředí, kde probíhají ošetrovatelské činnosti. Skutečnost zahrnuje faktory fyzické, psychické, emocionální a duchovní (1, 2, 21).

Wiedenbachová získala ošetrovatelský diplom roku 1925 v Baltimore ve státě Maryland, později roku 1946 získala certifikát z porodnictví. Vysokoškolský diplom, který jí opravňoval přednášet, získala v New Yorku roku 1954. Jako první publikovala knihu s názvem „Ošetrovatelství zaměřené na rodinné mateřství“, ve které doporučovala, aby byl novorozenec se svojí matkou společně na pokoji během celého pobytu v porodnici. V roce 1978 byla americkou školou pro mateřství odměněná cenou Hattie Nemscheyerové za mimořádné úspěchy v profesionálním životě (14).

Ošetrovatelství charakterizovala jako výživu, výchovu a péči o někoho s mateřskou láskou. Podle Wiedenbachové má být ošetrovatelský proces vnitřně zosobněný a je ovlivňovaný kulturní úrovní porodní asistentky. Cílem je dosažení dobré kvality zdraví a pomoci klientce v době, kdy to sama nejvíce potřebuje.

Model vychází z předpokladů, že člověk chce sám uspokojit vše, co směřuje ke kvalitě jeho zdraví, je však potřeba jej maximálně k této činnosti motivovat a stimulovat. Při tom je potřeba vycházet z představy klientky o péči, kterou ona sama společně s porodní asistentkou naplňuje a uskutečňuje. Teorie vychází z filozofického názoru, který respektuje individualitu, důstojnost, hodnotu a autonomii ženy. Je naplněn úctou k daru života (2, 8, 21).

Ošetrovatelské činnosti jsou založené na principu pomoci a zahrnují čtyři druhy aktivit. První aktivita je reflexně spontánní, druhá je automaticky podmíněná, třetí je impulzivně podnětná a čtvrtá aktivita je uvážlivě cílevědomá. Při zjišťování potřeby pomoci vycházíme ze tří zásad (1,8).

První zásada je shody nebo nehody a vztahuje se k odhadu klientky, určuje a vymezuje činnosti, slovo, projev toho, co se očekává. Jsou to činnosti, které jsou běžné pro daného člověka. Porodní asistentka musí pacientku sledovat a analyzovat svoje pozorování. Druhá je zásada efektivní vytrvalosti. Je založená na úsilí pomáhat pacientovi i při těžkostech, které mohou vznikat při hledání účinných řešení při zvládnutí ošetrovatelské péče. Porodní asistentka zůstává pomáhat klientce. Třetí zásada je rozšířená péče, při které může porodní asistentka hledat i pomoc jinde. Záleží na osobním a situačním charakteru, aby rozpoznala a rozhodla se, kdy má pomoc hledat. V praxi to znamená, že porodní asistentka v rámci skutečnosti rozvíjí předpis-ošetrovatelský plán, který musí být v souladu s ústředním cílem při respektování klientčinych potřeb a stanovených zásad (2,9,14).

Výsledkem ošetrovatelské činnosti je umění pomoci klientce, poskytnout službu, která vychází z klientčiny potřeby. Aby byl výsledek pozitivní, je nutné identifikovat klientčinu potřebu, poskytnout potřebnou pomoc a potvrdit efektivitu pomoci společně s klientkou (1,2).

Celý komplex modelu byl pro studentky porodní asistence rozpracován pro rodičky na porodním sále a byl rozdělen podle porodu na porodní doby a příjem rodičky. První oblast je určená pro příjem rodičky na porodním sále. Dokumentace obsahuje anamnézu osobní, rodinou, zdravotní a sociální. Dále se zabýváme současným stavem, proč rodička přichází, zda má kontrakce k porodu, plodovou vodu zachovanou,

zda je porod v termínu, jaká je frekvence ozev plodu, apod. Hodnotíme fyziologické funkce i bolest, výživu, příjem tekutin, vylučování, spánek i odpočinek a hygienu rodičky. Seznamujeme rodičku s jejími právy a ptáme se jakou má představu o porodu a zda má vypracovaný porodní plán. Oblast příjmu po získání informací zhodnotíme a identifikujeme potřebu pomoci, a proč není uspokojena. V souladu s rodičkou realizujeme pomoc, v případě poskytování rozšířené péče, nejdříve vhodně zvolíme druh rozšířené péče a také posoudíme direktivní činnosti. V 1. době porodní se soustředíme na samotný průběh porodu, otevírání rodičky, spontánní odtok plodové vody nebo dirupci vaku blan, sledování ozev plodu pomocí CTG záznamů, zvolení úlevové polohy, hydroterapii, event. podávání léků dle ordinace lékaře apod. Sledujeme fyziologické funkce a pomáháme rodičce uspokojovat její potřeby. Při přítomnosti partnera u porodu jej zapojíme, aby pomáhal rodičce. Oblast 1. doby porodní po získání informací zhodnotíme a identifikujeme potřebu pomoci, a proč není uspokojena. V souladu s rodičkou realizujeme pomoc, v případě poskytování rozšířené péče, nejdříve vhodně zvolíme druh rozšířené péče a také posoudíme direktivní činnosti.

V oblasti 2. doby porodní pomáháme rodičce při vypuzování plodu, zhodnotíme, zda je potřebné provést epiziotomii a zrevidujeme porodní poranění. Po porodu novorozence provádíme odběry pupečnickové krve a dětská sestra ošetřuje novorozence a hodnotí stav podle Apgarové. Monitorujeme celou oblast a pomáháme v souladu s pacientkou. Ve třetí oblasti a tou je porod placenty sledujeme mechanismus porodu placenty, krvácení, provádíme suturu episiotomie a kontrolujeme stav porodních cest. Sledujeme fyziologické funkce a uspokojujeme potřeby rodičky podle jejích požadavků. V poslední oblasti-ve 4. době porodní sledujeme krvácení, stahování dělohy, fyziologické funkce rodičky a potřeby rodičky. Opět sledujeme celou oblast a pomáháme uspokojovat potřeby v souladu s rodičkou.

V průběhu péče o rodičku stanovíme v každé oblasti ošetrovatelské diagnózy, které rozpracujeme v souladu s rodičkou a probíhající péčí. Do dokumentace je také vložena porodní křivka, kam se studentky učí zaznamenávat celý průběh porodu a tím je podán komplexní obraz o průběhu celého porodu od příjmu rodičky až po odvoz rodičky z porodního sálu na oddělení šestinedělí. Model Wiedenbachové poskytuje

porodním asistentkám přesný návod, jak postupovat a respektovat přání rodičky i v tak obtížné době, jako je porod. Umožňuje postupovat nenásilnou formou a mít na zřeteli zdraví rodičky i jejího dítěte a zároveň vytvořit prostředí, které bude pro rodičku příjemné a na které bude vzpomínat celý život (Příloha 6).

V Rakousku se model Wiedenbachové nepoužívá.

1.6. Vzdělávání a kompetence porodních asistentek v České republice

Ve školním roce 1955/56 se zavedlo pro porodní asistentky čtyřleté studium s maturitou. Porodní asistentky se učily společně dva roky se všeobecnými sestrami a po dvou letech se studium podle oborů rozdělilo. Studium pro porodní asistentky se zahajovalo každý rok podle toho, zda se sešel dostatek zájemkyň. Ve školním roce 1960/1961 bylo otevřeno v rámci školní reformy 4leté studium pro absolventy ZDŠ.

Ve školním roce 1958/59 bylo na středních zdravotnických školách zavedeno dvouleté denní a dálkové pomaturitní studium pro porodní asistentky. Paralelně s tímto dálkovým studiem existovalo v 70. letech jednoleté studium např. pro všeobecné nebo dětské sestry, které pracovaly na porodnických odděleních a chtěly se stát porodními asistentkami. Studium bylo ukončeno rozdílovou maturitní zkouškou.

V roce 1965 byl název oboru změněn z porodní asistentky na ženskou sestru. Takto se nazývaly porodní asistentky až do roku 1993, kdy se opět vrátilo původní pojmenování tohoto povolání-porodní asistentka.

Ve školním roce 1974/1975 bylo ukončeno 4leté vzdělávání. Ve školním roce 1995/1996 vznikl studijní obor Diplomovaná porodní asistentka, který byl realizován na vyšších zdravotnických školách v trvání tří let. Nahradil bývalé dvouleté pomaturitní studium. Ukončen byl v roce 2005 (25).

Dle doporučení EU a směrnic 80/155/ES a 89/594/EHS (Strategické dokumenty I., II.) byly v letech 2001–2008 v České republice otevřeny bakalářské studijní programy na několika VŠ univerzitního i neuniverzitního typu. V současné době je studium porodních asistentek na 11. vysokých školách (Brno, České Budějovice, Hradec Králové, Jihlava, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Praha, Plzeň, Ústí nad Labem,

Zlín). Studijní program je na tři roky, v prezenční nebo kombinované formě a jeho rozsah je 4 600 hodin výuky.

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

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci, provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci (22).

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek. Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 9. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 (5).

V roce 2004 byl po několikaleté přípravě a připomínkách přijat zákon a prováděcí vyhlášky. Zákon 96/2004 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu. §6 Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní

asistentky. Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek, tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence. Součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Vyhlášky ze dne 30. června 2004: 423, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. 424, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ve vyhlášce 424 § 5 Porodní asistentka se píše, že porodní asistentka může bez odborného dohledu a bez indikace provádět specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Poučuje o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a antikoncepci. Podává cenné rady a pomoc v otázkách sociálně-právních.

Provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných pacientek. Podporuje a edukuje ženy v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikací. Diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutné ke sledování fyziologického těhotenství. Sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, informuje o prevenci komplikací. V případě zjištěného rizika předá ženy do péče lékaře. Sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky. Rozpoznává patologie u matky, plodu,

novorozence a předává do péče lékaři k zásahu a asistuje při něm. V nepřítomnosti lékaře provede neodkladná opatření. Pečuje o ženu ve všech dobách porodních. Vede fyziologické porody včetně případného nástřihu hráze. V neodkladných případech vede porody koncem pánevním, a to pouze je-li to nezbytný zásah k záchraně života nebo zdraví. Ošetřuje porodní poranění, pečuje o šestinedělku. Pečuje o novorozence prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Provádí první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace. Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře asistuje při komplikovaném porodu, asistuje při gynekologických výkonech, provádí instrumentaci na operačním sále při císařském řezu (5, 20).

1.7 Vzdělávání a kompetence porodních asistentek v Rakousku

Vzdělávání diplomovaných porodních asistentek v Rakousku se řídí zákonem BGBl Nr. 599/1995 a probíhá na 7 porodnických akademiích v Linzi, Wienu, Kremsu, Klagenfurtu, Salzburgu, Grazu a Innsbrucku. Ke studiu porodní asistentky se může přihlásit student/ka ve věku minimálně 18. let (horní hranice není stanovena) a má ukončenou maturitní zkoušku nebo diplom všeobecné sestry, nebo je to bývalá student/ka medicíny. Podmínkou je předložení zdravotnického vysvědčení a motivačního dopisu a následuje přijímací řízení, které je písemné i ústní. Student/ka při něm musí obhájit, proč chce vykonávat práci porodní asistentky. Studium trvá 3 roky a není bakalářské. Má 1530 hodin teoretické výuky a 3250 hodin praktické výuky. Je ukončeno závěrečnými diplomovými zkouškami z porodnictví (150 hodin), gynekologie (80 hodin), péče o novorozence (90 hodin) a z patologie porodnictví (160 hodin). Studentky praktikují na univerzitní klinice (každá má svoji akademii) (Příloha 4). Porodní asistentky mohou studovat i bakalářské studium na univerzitě ve Vídni (Příloha 5) (4, 10).

Po ukončení studia jsou organizované a sdružené v ÖHG (Rakouská asociace porodních asistentek-registrace a pojištění), vydávají svůj časopis pro porodní asistentky. Díky svým kompetencím mohou pracovat samostatně na porodním sále, odvádějí fyziologické porody, šijí episiotomie, pečují o rodičku, ošetřují novorozence,

asistují u císařského řezu (lékař je voláný pouze k patologii). Veškerá péče je spojena s individuálním přáním rodičky a nastávajícího tatínka, doprovod rodičky na porodní sál je bezplatný. Rodičky si mohou zvolit polohu, ve které chtějí родit, např. vleže, vsedě, v pokleku, ve stoje, v závěsu, na boku, s pomocí stoličky nebo porod do vody i s tatínkem. Na rozvinutí hráze se používá olej a horké obklady.

V Rakousku je možné provádět porody také ambulantně, kdy rodička odchází domů po 3 hodinách po porodu, které stráví na porodním sále. Po spontánním porodu odchází za 24 hodin nebo po 3 dnech. Císařský řez je možno provést plánovaně, akutně, ale i na přání. Klešťový porod postupně nahrazuje vakuum extrakce pomocí přístroje Kiwi. Analgézi je možno využít spinální, epidurální, periduální a lokálně infiltrační. Na rakouských porodních sálech jsou využívány také hojně alternativní metody, které mají rodičkám navodit příjemnější prostředí, navodit lepší atmosféru a v rámci možností také ulevit od bolestí. Hodně se využívají Homeopatika a všechny porodní asistentky jsou v tomto oboru vyškoleny. Aromaterapie se využívá hlavně u masáží, inhalací a koupelí. Při porodu je rovněž využívána Muzikoterapie, kdy na porodním sále hraje relaxační hudba na přání rodičky. Akupresuru a akupunkturu provádějí pouze některé porodní asistentky (13, 10).

V Rakousku také funguje porodní asistentka na přání (Wahlhebamme), ta od 36. týdne provede dvě domácí návštěvy, zajistí péči na klinice a porodu provádí návštěvy v prvních dnech doma. Porodní asistentky vedou kurz stravování v těhotenství, kurz předporodní přípravy pro matky, ale i páry (180 Euro), kurz přípravy ke kojení a laktace (60 Euro), kurz dětské masáže, gymnastiku v těhotenství, nácvik dýchání, plavání. Dále pak gymnastiku pro posílení pánevního dna, břišní tance (70 Euro), Moxa-čínská akupunktura (70 Euro), Shiatzu, jóga (120 Euro), bazální stimulace. A při úmrtí také obřady a mše za zemřelé děti i dospělé (13, 10).

V Rakousku se také značně liší finanční ohodnocení oproti českým porodním asistentkám. Po nástupu do praxe získají plat bez služeb 1500 Euro a za každou noční službu dostanou 2 hodiny náhradního volna. Turnusy služeb jsou nastaveny na 12 hodin a následuje odpočinek. Podle odpracovaných let dochází k navýšení platů, a to od 2000

do 3000 Euro. Odchodné do důchodu znamená roční plat asi půl miliónu Kč, pobírání důchodu pak 70-80 % platu. Práce odborů hájí zájmy zdravotníků.

Porodní asistentky v Rakousku mohou pracovat v terénu (Freiberuflichen Hebammen). Mohou tak uskutečnit ale až po praxi na klinice, která musí trvat 1 až 3 roky. Porody doma provádí asi 2 %, spolupracují s lékařem. Proplácení je pojišťovnou nebo platba hotově (370 Euro), jedna návštěva doma (30 Euro), návštěva u lékaře (25 Euro), platí se počet kilometrů. Porodní asistentky mají paušál na materiál k porodům a ošetření rodičky a dítěte (4, 7, 10).

Další vzdělávání porodních asistentek probíhá ve formě seminářů, akreditovaných kurzů (aromaterapie, homeopatie...). Specializují se v oboru instrumentace na operačním sále, v neonatologii, v gynekologii, porodnictví. Existují také výměnné programy pro zaměstnance i studenty (Leonardo da Vinci od 1. 1. 2007 ukončen, aktivity zahrnuty pod program Erasmus Sokrates) .

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda porodní asistentky vedou samostatně fyziologické porody v ČR a v Rakousku

Cíl 2 Zjistit, zda porodní asistentky v ČR během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček

Cíl 3 Zjistit, zda porodní asistentky v Rakousku během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček

Cíl 4 Zjistit, zda porodní asistentky v ČR v prevenci episiotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní

Cíl 5 Zjistit, zda porodní asistentky v Rakousku v prevenci episiotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní

Cíl 6 Zjistit odlišnosti ošetrovatelské péče o rodičky během porodu v ČR a Rakousku

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Porodní asistentky v ČR vedou samostatně fyziologické porody

Hypotéza 2 Porodní asistentky v Rakousku vedou samostatně fyziologické porody

Hypotéza 3 Porodní asistentky v ČR během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček

Hypotéza 4 Porodní asistentky v Rakousku během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček

Hypotéza 5 Porodní asistentky v ČR v prevenci episiotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní

Hypotéza 6 Porodní asistentky v Rakousku v prevenci episiotomie provádějí péči o hráz rodičky masáží olejem v I. době porodní

Hypotéza 7 Ošetrovatelská péče o rodičky během porodu v ČR a Rakousku je odlišná v uspokojování individuálních potřeb rodiček

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K vypracování bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl dotazník určený pro porodní asistentky ve vybraných nemocnicích v České Republice a v Rakousku. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný, obsahoval 29 otázek, z toho bylo 8 otázek polouzavřených a 21 uzavřených (Příloha 1,2). Respondentky označovaly jednu vybranou odpověď a u některých otázek mohly označit i více odpovědí. U některých otázek měly porodní asistentky možnost uvést svůj názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených možností.

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků od začátku měsíce března 2010 až do konce června roku 2010. Návratnost dotazníků byla 89 %. Vráceno bylo 89 dotazníků, z čehož 2 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost údajů. Úplných vyplněných dotazníků, použitých k zpracování výzkumného šetření bylo 87, a to 41 (100%) z České republiky a 46 (100 %) z Rakouska.

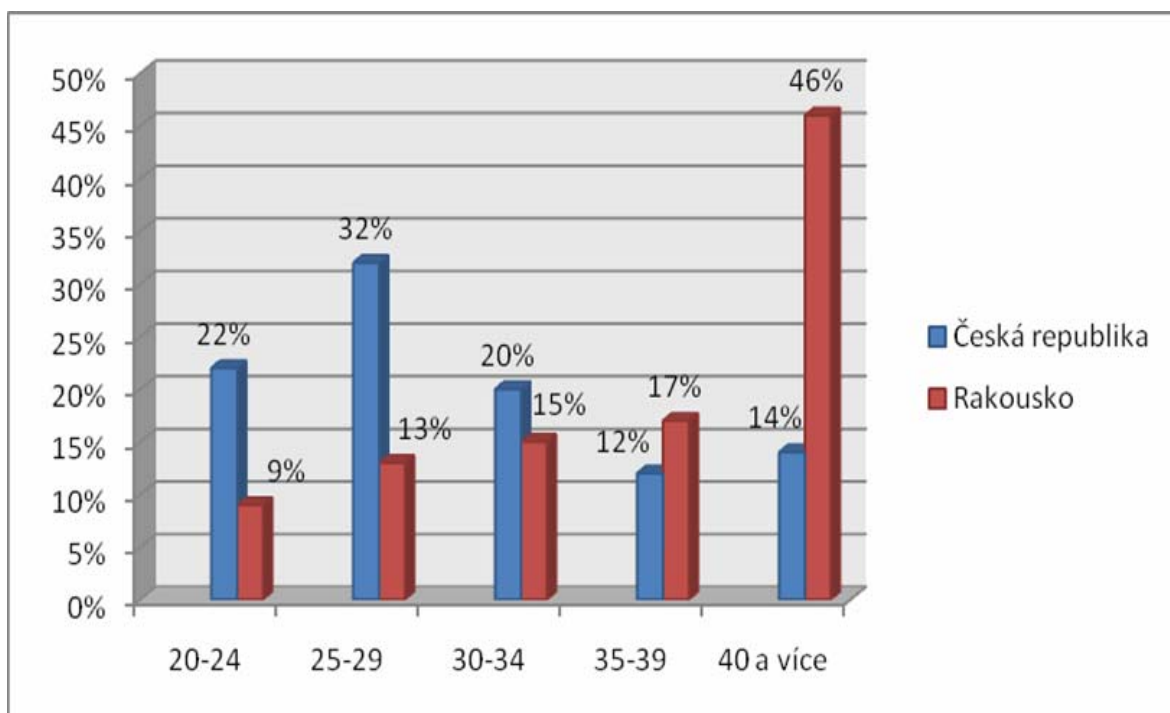
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl rozdán a rozeslán porodním asistentkám v České republice a v Rakousku. Výzkumný soubor tvořilo 41 porodních asistentek z České republiky, kde byl průzkum prováděn na porodních sálech v městech Jindřichův Hradec, České Budějovice a Český Krumlov. Výzkumný soubor v Rakousku tvořilo 46 porodních asistentek, pracujících na porodních sálech v Linzi, Freistadtu a v Rohrbachu.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky výzkumného šetření u českých a rakouských porodních asistentek

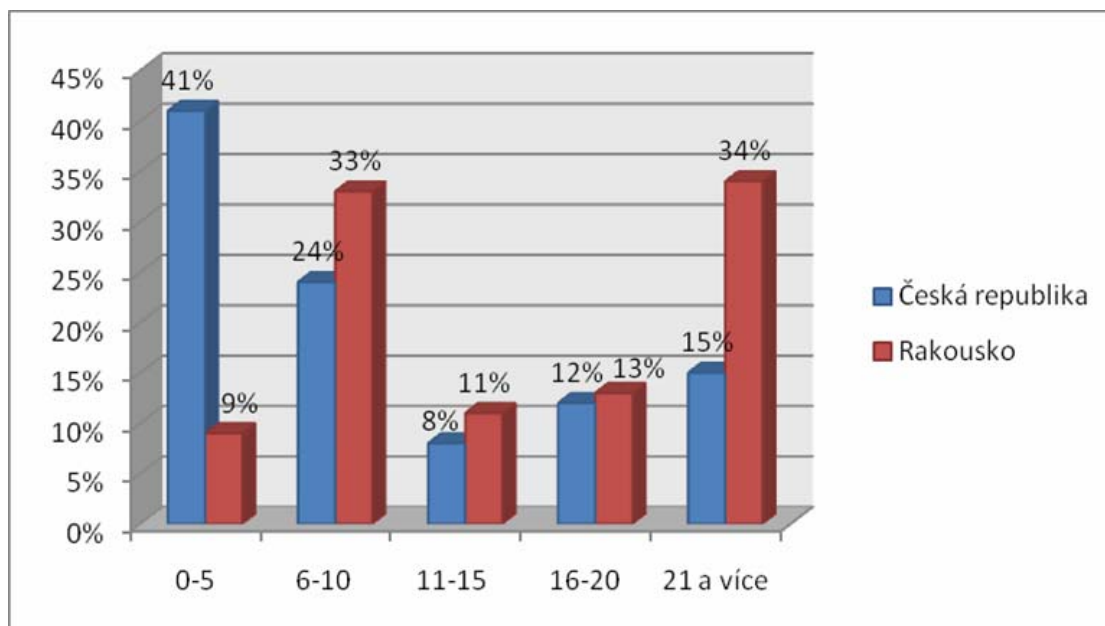
Graf 1 Věk dotazovaných porodních asistentek v České republice a Rakousku



Výše uvedený graf znázorňuje věk dotazovaných respondentek v České republice (dále jen ČR) a v Rakousku. 13 (32 %) dotazovaných porodních asistentek z ČR spadá do věkového rozmezí „24-29 let“. Druhou nejpočetnější věkovou kategorií v ČR „20-24 let“ tvoří 9 (22 %) porodních asistentek. 8 (20 %) označilo možnost „30-34 let“, 6 (14 %) patří do věkové skupiny „40 a více“ a jen 5 (12 %) porodních asistentek z ČR spadá do věkové kategorie „35-39“.

Naproti tomu v Rakousku tvoří nejpočetnější věkovou kategorií „40 a více let“, kam spadá 21 porodních asistentek. 8 (17 %) porodních asistentek spadá do věkového rozmezí „35-39 let“. 7 (15 %) porodních asistentek označilo možnost „30-34 let“, 6 (13 %) označilo možnost „25-29 let“. Poslední věkovou kategorií „20-24 let“ označily 4 (9 %) porodní asistentky.

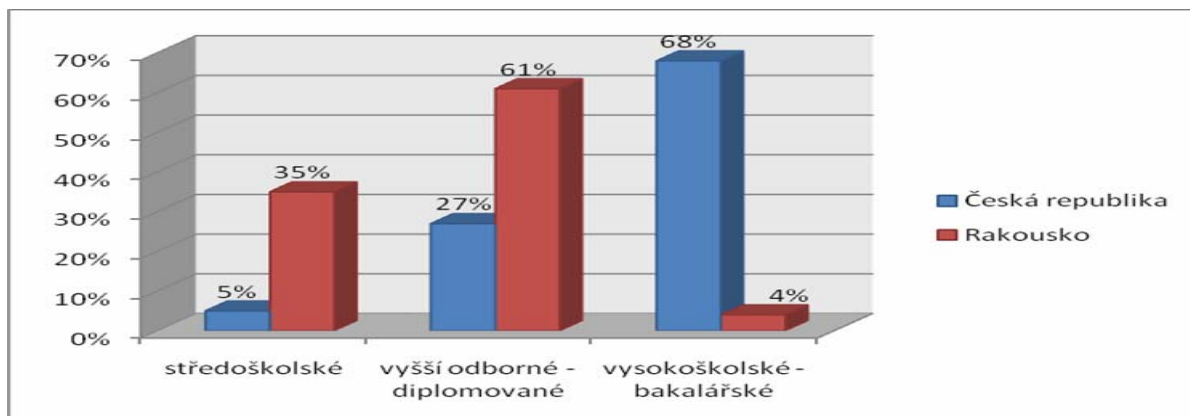
Graf 2 Počet let odpracovaných na porodním sále



17 (41 %) dotazovaných porodních asistentek v ČR pracuje na porodním sále méně jak 5 let, 10 (24 %) asistentek vybralo možnost „6-10 let“, 6 (15 %) pracuje na porodním sále více jak 21 let, 5 (12 %) vybralo možnost „16-20 let“ a pouze 3 (8 %) porodní asistentky odpověděly, že na porodním sále pracují 11-15 let.

16 (34 %) dotazovaných porodních asistentek v Rakousku pracuje na porodním sále 21 a více let. 15 (33 %) asistentek zvolilo možnost „6-10 let“. 6 (13 %) pracuje na porodním sále „16-20 let“, 5 (11 %) porodních asistentek zvolilo možnost „11-15 let“. Pouze 4 (9 %) porodní asistentky pracují na porodním sále méně jak 5 let.

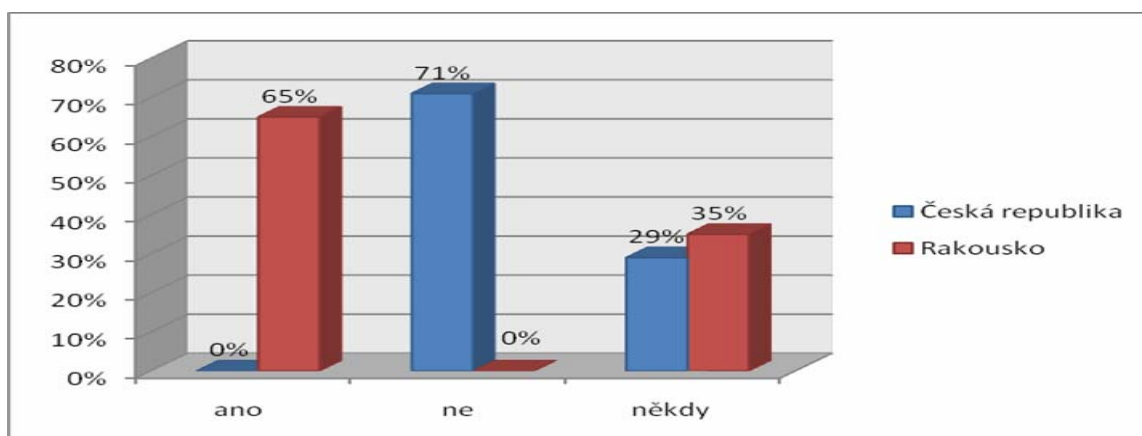
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru



Z grafu 3 je patrné, že největší počet dotazovaných porodních asistentek v ČR má vysokoškolské-bakalářské vzdělání - 28 (68 %). 11 (27 %) označilo možnost „vyšší odborné-diplomované“ a jen 2 (5 %) dotazované porodní asistentky mají středoškolské vzdělání.

V Rakousku má největší počet dotazovaných porodních asistentek vyšší odborné-diplomované vzdělání-28 (61 %). 16 (35 %) dotazovaných porodních asistentek má středoškolské vzdělání a nejméně-2 (4 %) asistentek má vzdělání vysokoškolské-bakalářské.

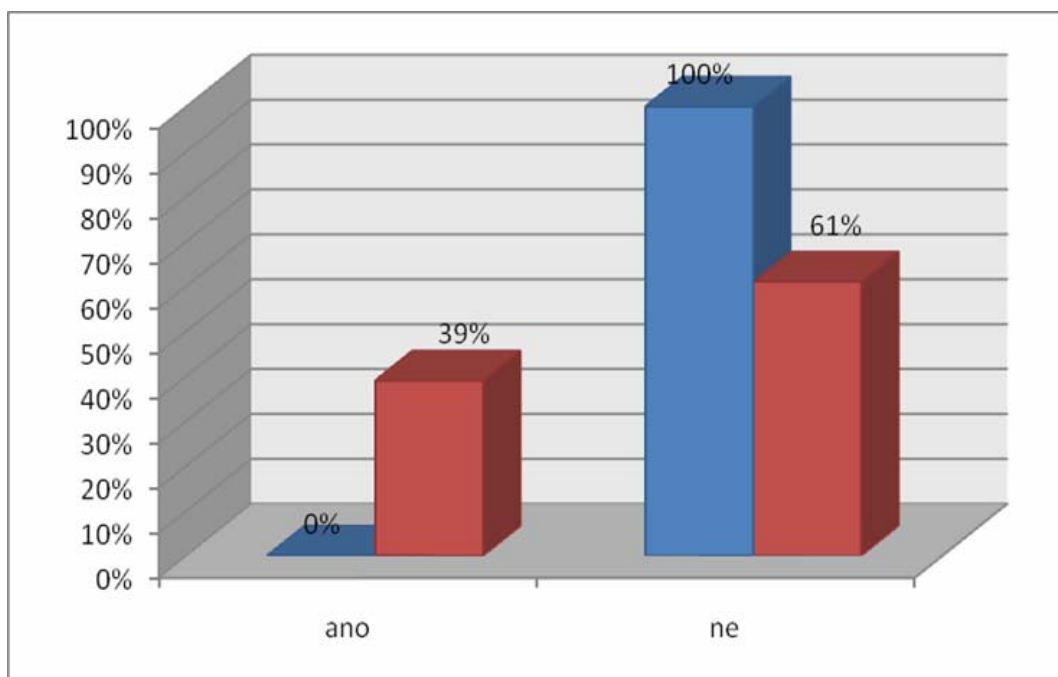
Graf 4 Samostatné vedení fyziologických porodů porodní asistentkou



29 (71 %) dotazovaných porodních asistentek z ČR odpovědělo, zda vedou porody na porodním sále samostatně záporně. 12 (29 %) porodních asistentek odpovědělo, že někdy ano.

30 (65 %) dotazovaných rakouských porodních asistentek odpovědělo, zda vedou porody na porodním sále samostatně kladně. 16 (35 %) porodních asistentek odpovědělo, že někdy.

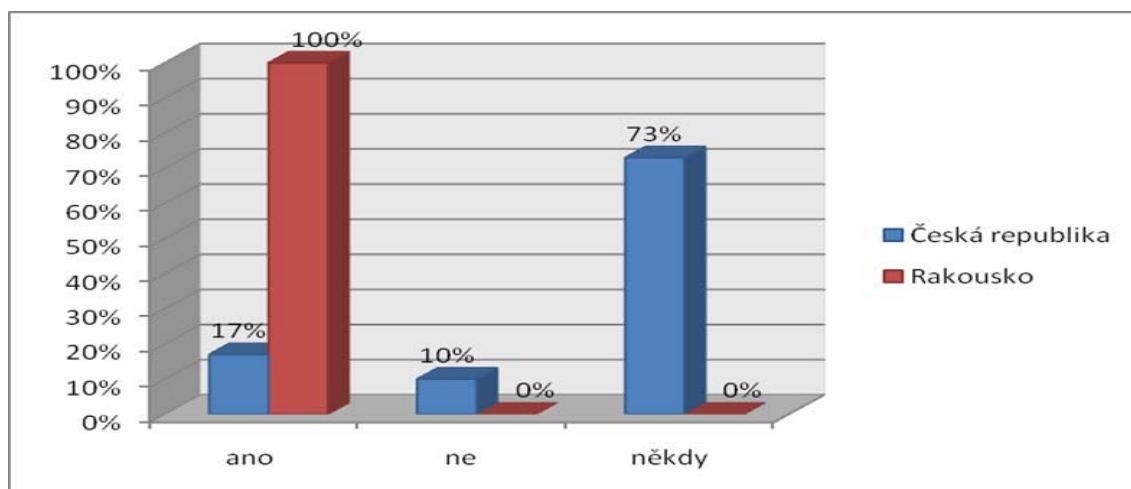
Graf 5 Vedení porodu externí porodní asistentkou



V České republice všech 41 (100 %) porodních asistentek uvedlo, že na jejich porodním sále nemůže provádět porod asistentka, která v jejich nemocnici nepracuje.

28 (61 %) porodních asistentek z Rakouska uvedlo, že na jejich porodním sále nemůže provádět porod asistentka, která v jejich nemocnici nepracuje. 18 (39 %) asistentek zvolilo odpověď kladnou.

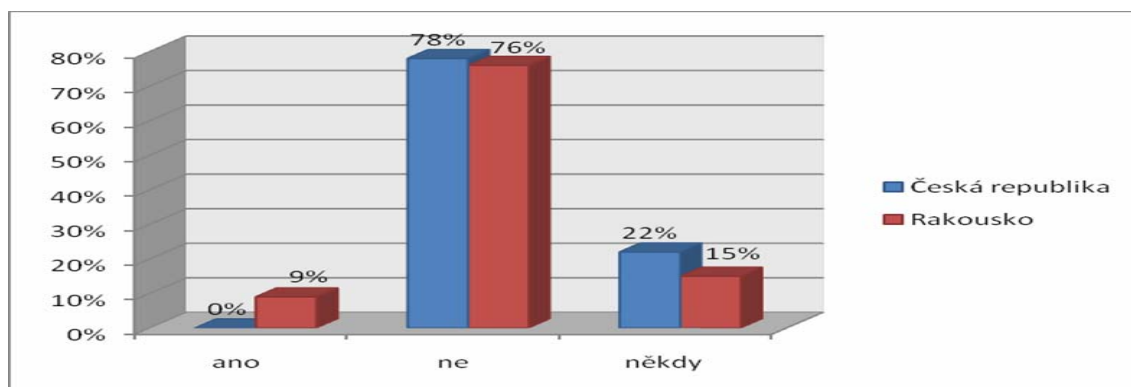
Graf 6 Vaginální vyšetřování rodiček během porodu



30 (73 %) porodních asisterek z ČR odpovědělo, že někdy vyšetřují rodičky během porodu samostatně, 7 (17 %) porodních asisterek odpovědělo, že ano a 4 (10 %) porodních asisterek odpovědělo ne.

V Rakousku všech 46 (100 %) porodních asisterek odpovědělo na otázku, zda vyšetřují samostatně rodičky během porodu kladně.

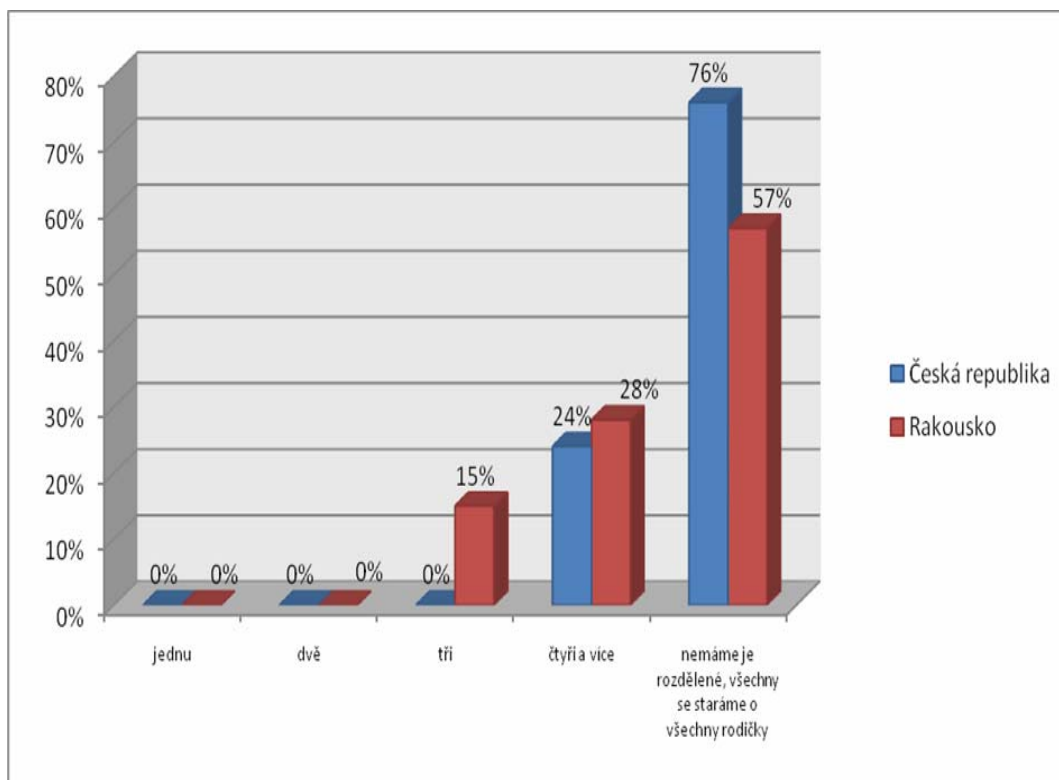
Graf 7 Šití epizotomií porodní asistentkou



32 (78 %) porodních asisterek z ČR odpovědělo, že nešijí samostatně epizotomie, 9 (22 %) porodních asisterek odpovědělo, že někdy šijí epizotomie samostatně.

35 (76 %) porodních asisterek z Rakouska odpovědělo, že nešijí samostatně epizotomie, 7 (15 %) porodních asisterek odpovědělo, že někdy šijí epizotomie samostatně a 4 (9 %) porodní asistentky odpověděly, že šijí samostatně epiziotomie.

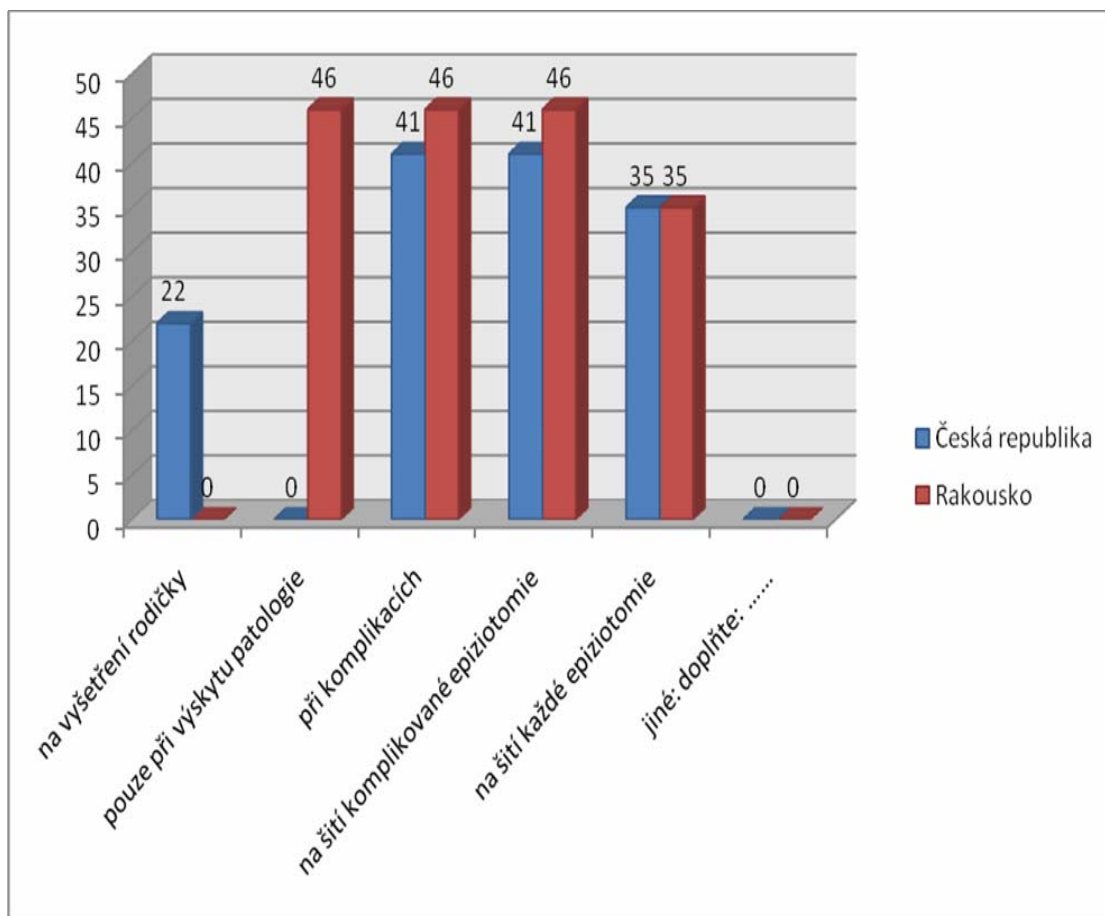
Graf 8 Počet rodiček na jednu porodní asistentku



V České republice 31 (76 %) porodních asistentek odpovědělo, že nemají rodičky rozdělené a všechny porodní asistentky se starají o všechny rodičky. 10 (24 %) porodních asistentek odpovědělo, že mají na starost čtyři a více rodiček.

V Rakousku 26 (57 %) porodních asistentek odpovědělo, že nemají rodičky rozdělené a všechny porodní asistentky se starají o všechny rodičky. 13 (28 %) porodních asistentek odpovědělo, že mají na starost čtyři a více rodiček a 7 (15 %) asistentek uvedlo, že má na starosti tři rodičky.

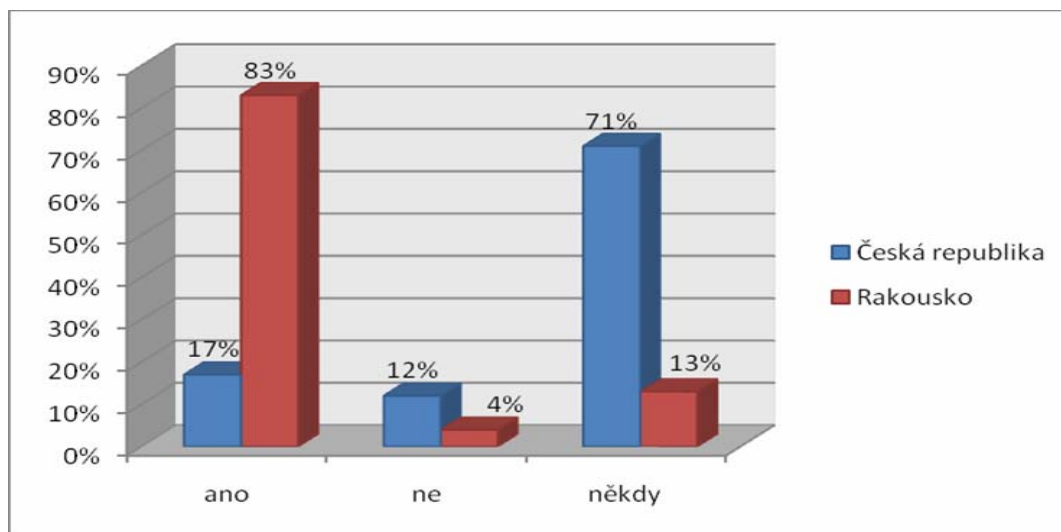
Graf 9 Případy zavolání lékaře



V této otázce mohly porodní asistentky zaškrtnout více odpovědí, a proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. Všechny 41 českých porodních asistentek zaškrtnulo, že volají lékaře v případě komplikací a na šití komplikované epiziotomie. 35 porodních asistentek volá lékaře na šití každé epiziotomie a 22 porodních asistentek volá lékaře v případě vyšetření rodičky.

Všechny 46 asistentek z Rakouska zaškrtnulo, že volají lékaře pouze při výskytu patologie, při komplikacích a na šití komplikované epiziotomie. 35 porodních asistentek odpovědělo, že lékaře přivolávají na šití každé epiziotomie.

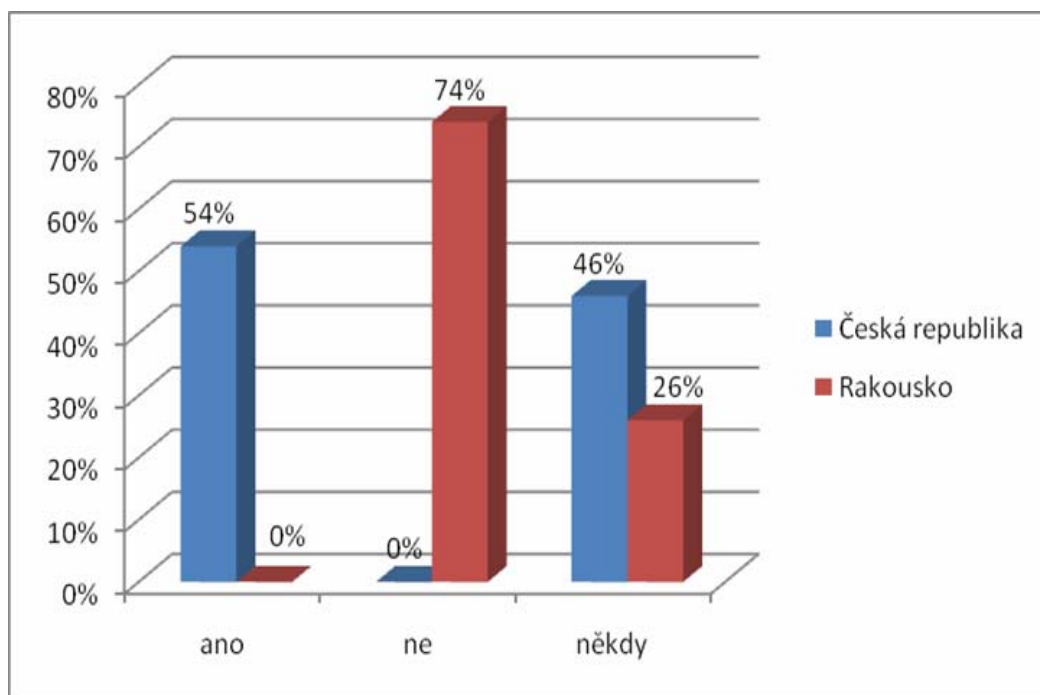
Graf 10 Využívání kompetencí porodních asistentek



29 (71 %) dotazovaných českých porodních asistentek odpovědělo na otázku, zda na porodním sále mohou provádět všechny svoje kompetence, někdy. 7 (17 %) porodních asistentek odpovědělo, že mohou provádět všechny svoje kompetence na porodním sále a 5 (12 %) porodních asistentek odpovědělo ne.

38 (83 %) dotazovaných rakouských porodních asistentek odpovědělo na otázku, zda na porodním sále mohou provádět všechny svoje kompetence, ano. 6 (13 %) porodních asistentek odpovědělo, že mohou někdy provádět svoje kompetence a 2 (4 %) porodní asistentky odpověděly, že nemůžou provádět všechny kompetence na porodním sále.

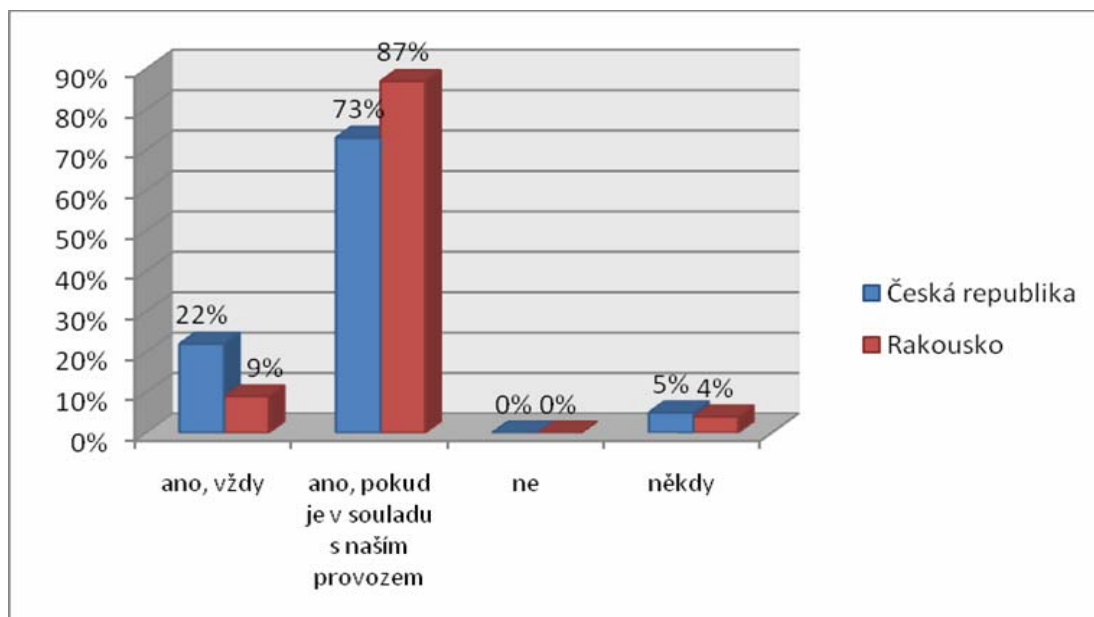
Graf 11 Rodičky s připraveným porodním plánem



V České republice na otázku, zda přicházejí na porodní sál rodičky s porodním plánem odpovědělo 22 (54 %) porodních asistentek ano, žádná z nich neuvedla, že ne a 19 (46 %) porodních asistentek odpovědělo někdy.

V Rakousku bylo na tuto otázku odpovězeno takto: 34 (74 %) porodních asistentek ne, 12 (26 %) porodních asistentek uvedlo, že někdy a žádná porodní asistentka neuvedla, že ano.

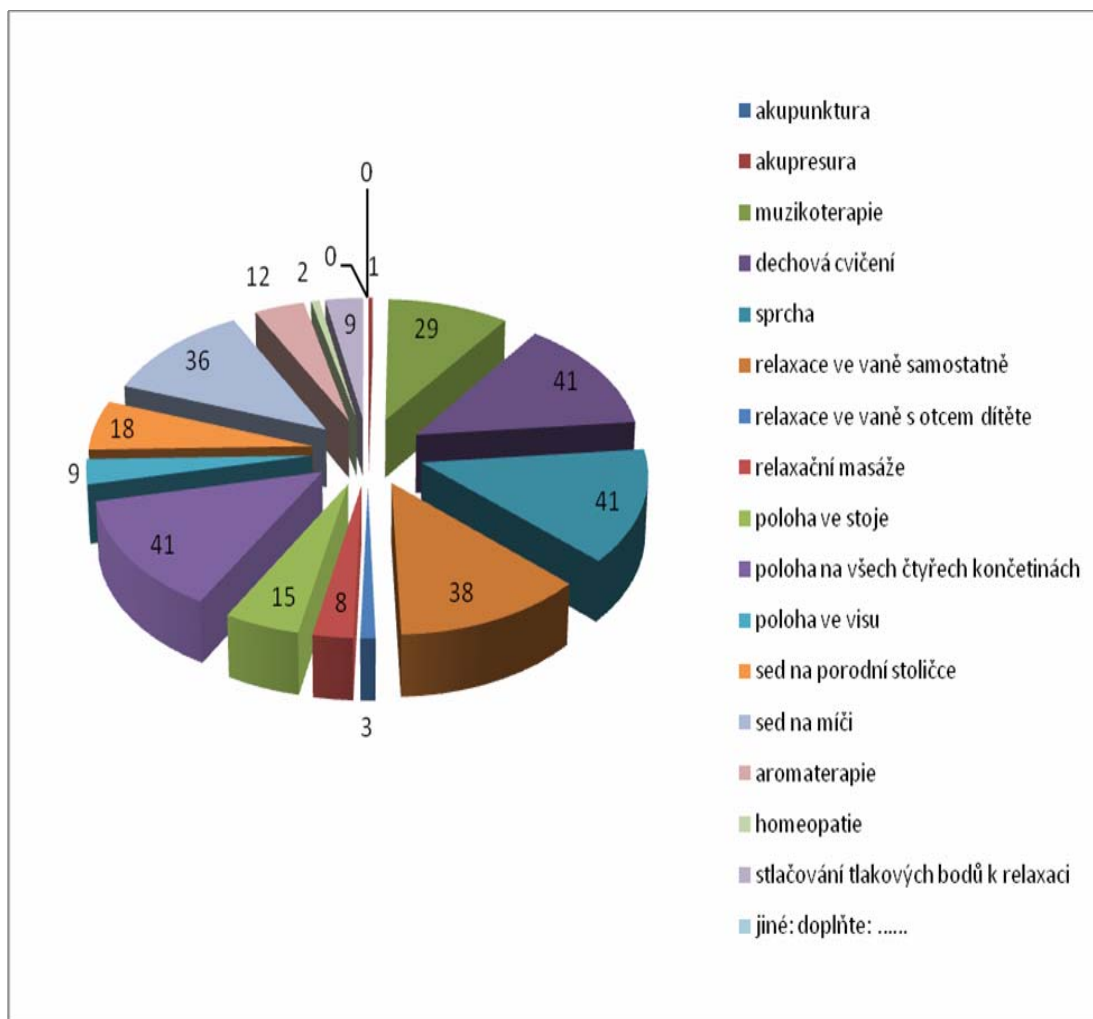
Graf 12 Soulad porodního plánu s představou



Z celkového počtu 41 porodních asistentek v České republice, kterým byl dotazník rozdán, odpovědělo 9 (22 %) porodních asistentek, že se vždy snaží porodní plán uskutečnit tak, aby byl v souladu s jejich představou. 30 (73 %) porodních asistentek odpovědělo kladně za podmínky, že je to v souladu s jejich provozem, a 2 (5 %) porodní asistentky uvedly odpověď někdy.

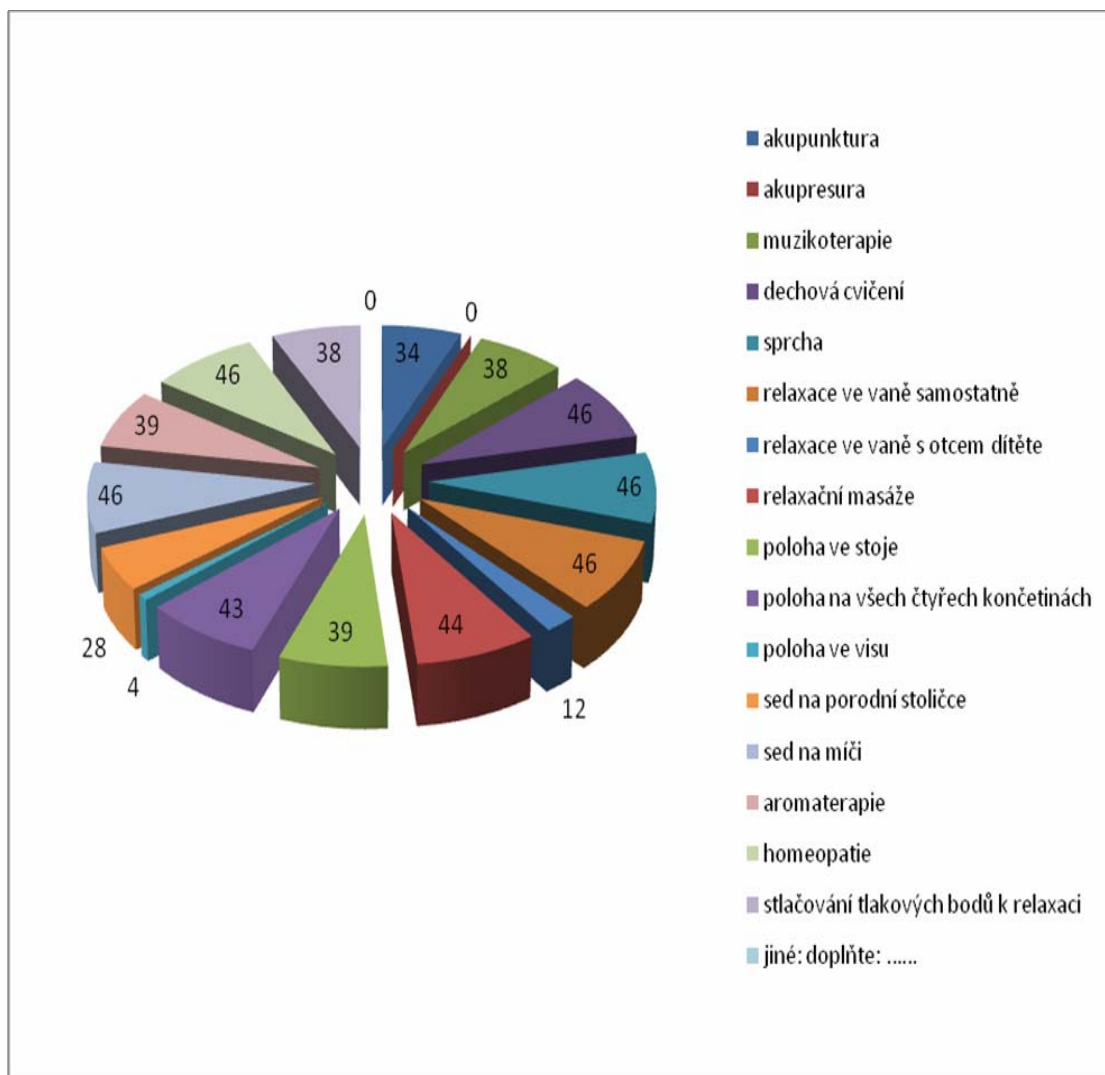
Z celkového počtu 46 porodních asistentek v Rakousku, kterým byl dotazník rozdán, odpovědělo 26 (57 %) porodních asistentek, že se vždy snaží porodní plán uskutečnit tak, aby byl v souladu s jejich představou. 18 (39 %) asistentek odpovědělo ano vždy. 2 (4 %) porodní asistentky odpověděly někdy.

Graf 13 Použití alternativních metod během porodu v České republice



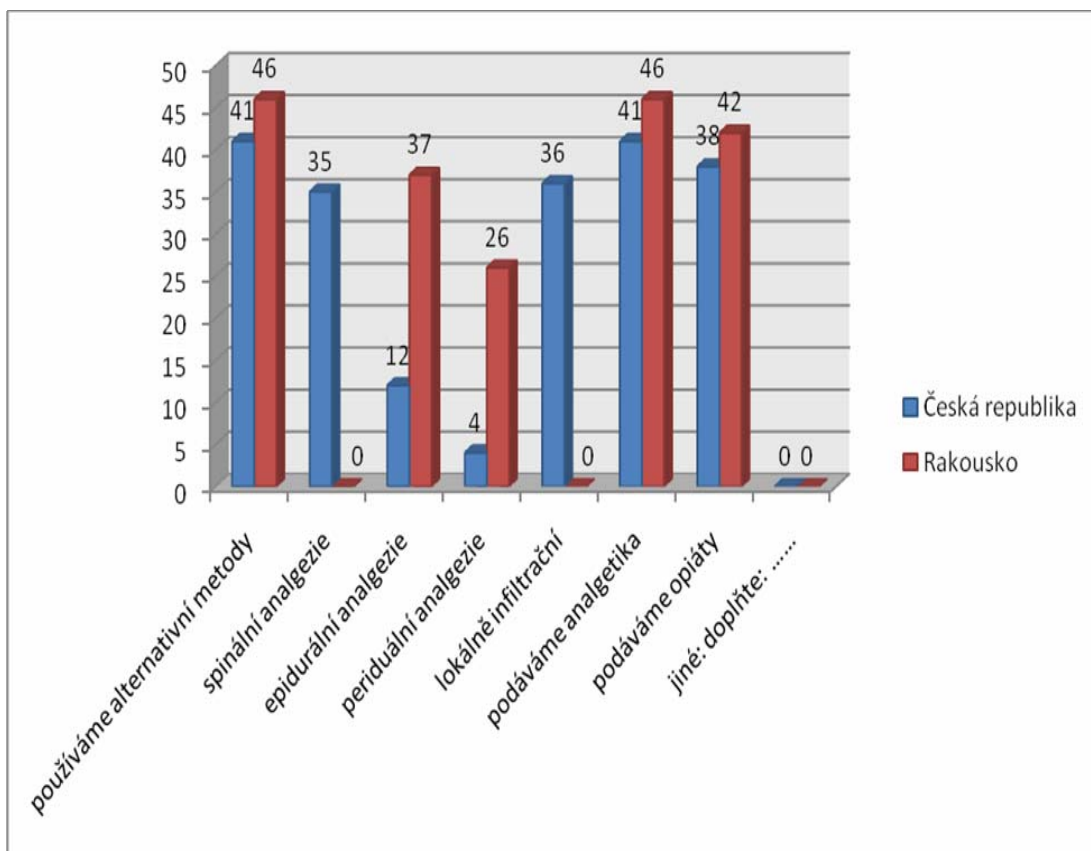
Porodní asistentky mohly v této otázce zaškrtnout více odpovědí, proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. 41 odpovědí získaly odpovědi dechová cvičení, sprcha a poloha na všech čtyřech končetinách. 38 odpovědí získala odpověď relaxace ve vaně samostatně. 36 porodních asistentek zaškrtnulo odpověď sed na míči, 29 porodních asistentek zaškrtnulo odpověď muzikoterapii, 18 odpovědí obdržela odpověď sed na porodní stoličce, 15 porodních asistentek zaškrtnulo odpověď poloha ve stoje, 12 porodních asistentek zaškrtnulo aromaterapii, 9 odpovědí získaly poloha ve visu a stlačování tlakových bodů k relaxaci, 8 porodních asistentek používá relaxační masáže, 3 porodní asistentky provádí relaxaci ve vaně s otcem dítěte, 2 porodní asistentky provádí homeopatii a 1 porodní asistentka zaškrtnula odpověď akupresuru.

Graf 14 Použití alternativních metod během porodu v Rakousku



Porodní asistentky mohly v této otázce zaškrtnout více odpovědí, a proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. 46 odpovědí získaly odpovědi dechová cvičení, sprcha, relaxace ve vaně samostatně, sed na míči a homeopatie. 44 odpovědí získaly odpovědi relaxační masáže, 43 odpovědí získala odpověď poloha na všech čtyřech končetinách. Poloha ve stoje a aromaterapie získaly 39 odpovědí porodních asistentek. 38 porodních asistentek zvolilo odpověď muzikoterapii a stlačování tlakových bodů k relaxaci. 34 porodních asistentek odpovědělo, že používá akupunkturu. 28 asistentek zaškrtnulo sed na porodní stoličce. Relaxace ve vaně s otcem dítěte byla zaškrtnuta porodními asistentkami 12x. 4 porodní asistentky uvedly polohu ve visu.

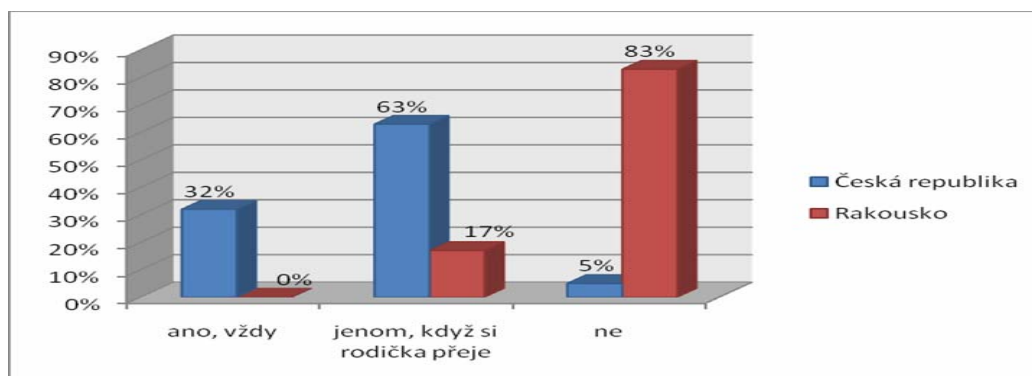
Graf 15 Tlumení porodních bolestí u rodiček



V této otázce mohly opět porodní asistentky zaškrnout více odpovědí, a proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. Všechny 41 dotazovaných porodních asistek z ČR odpovědělo, že porodní bolesti u rodiček tlumí použitím alternativní metody a podáním analgetik. 38 z 41 porodních asistek odpovědělo, že podávají opiáty, 36 z 41 porodních asistek zaškrtnulo porodní bolesti tlumí lokálně infiltrační, 35 z 41 dotazovaných porodních asistek odpovědělo, že používají spinální analgezii, 12 odpovědí získala odpověď epidurální analgezie a 4 odpovědi získala odpověď periduální analgezie.

Všechny 46 rakouských porodních asistek odpovědělo, že porodní bolesti u rodiček tlumí použitím alternativní metody nebo podáváním analgetik. 42 z 46 porodních asistek odpovědělo, že podávají opiáty. 37 z 46 porodních asistek využívá epidurální analgezii a 26 porodních asistek využívá periduální analgezii.

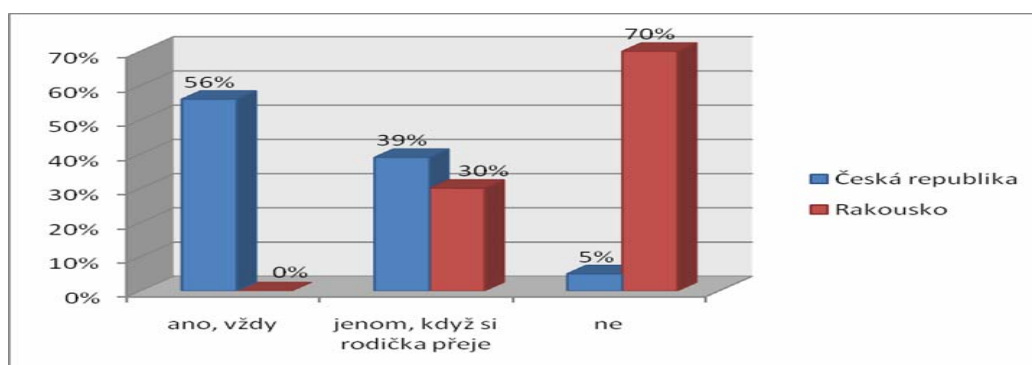
Graf 16 Klyzma před porodem



Nejvíce odpovědí získala odpověď jenom, když si to rodička přeje, tedy 26 odpovědí (63 %). 13 (32 %) porodních asistentek z České republiky odpovědělo, že klyzma před porodem podávají vždy a 2 (5 %) porodních asistentek odpovědělo, že klyzma před porodem nepodávají.

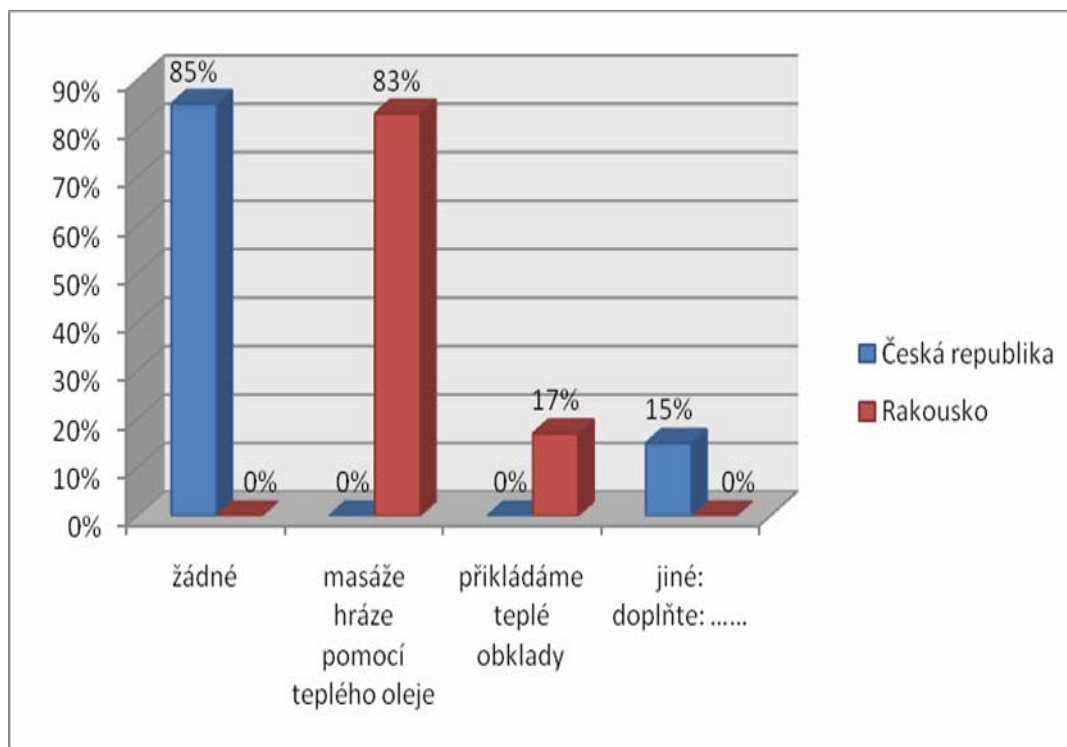
V Rakousku nejvíce odpovědí získala odpověď ne, tedy 38 odpovědí (83 %). 8 (17 %) porodních asistentek odpovědělo, že klyzma před porodem podávají pouze v případě, že si to rodička přeje.

Graf 17 Holení rodiček před porodem



Z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek v ČR odpovědělo 23 (56 %), že rodičky před porodem holí vždy. 16 (39 %) porodních asistentek odpovědělo, že rodičky holí pouze když si to přejí a 2 (5 %) porodních asistentek zaškrtnulo odpověď ne. Z celkového počtu 46-ti dotazovaných porodních asistentek v Rakousku odpovědělo 32 (70 %), že rodičky před porodem neholí a 14 (30 %) asistentek uvedlo, že rodičky holí před porodem pouze v případě, že si to rodička přeje.

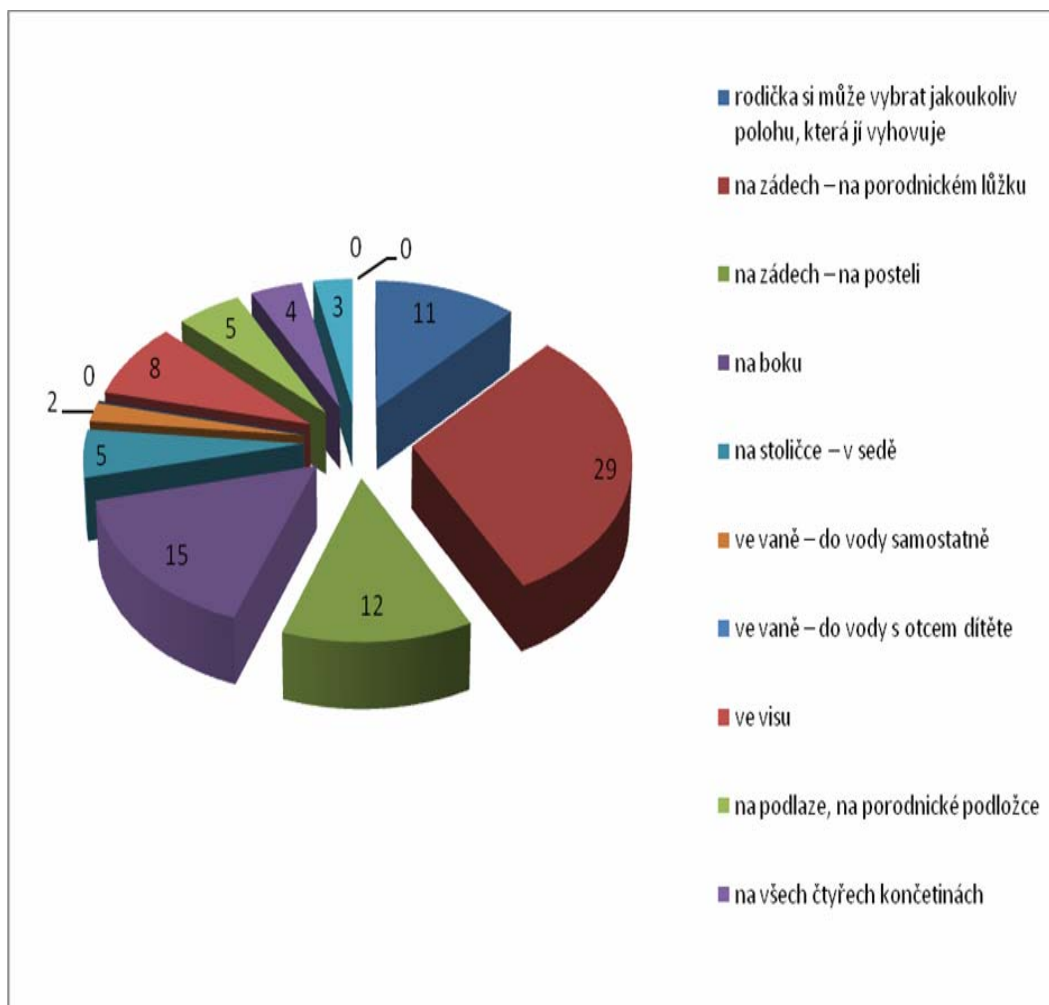
Graf 18 Techniky před porodem v prevenci provedení epiziotomie



V České republice 35 (85 %) porodních asistentek odpovědělo, že nepoužívá žádné techniky před porodem v prevenci provedení epiziotomie. 6 (15 %) porodních asistentek odpovědělo, že používá jiné techniky před porodem v prevenci provedení epiziotomie než byly uvedeny v dotazníku a do prázdné kolonky doplnily hydromasáž.

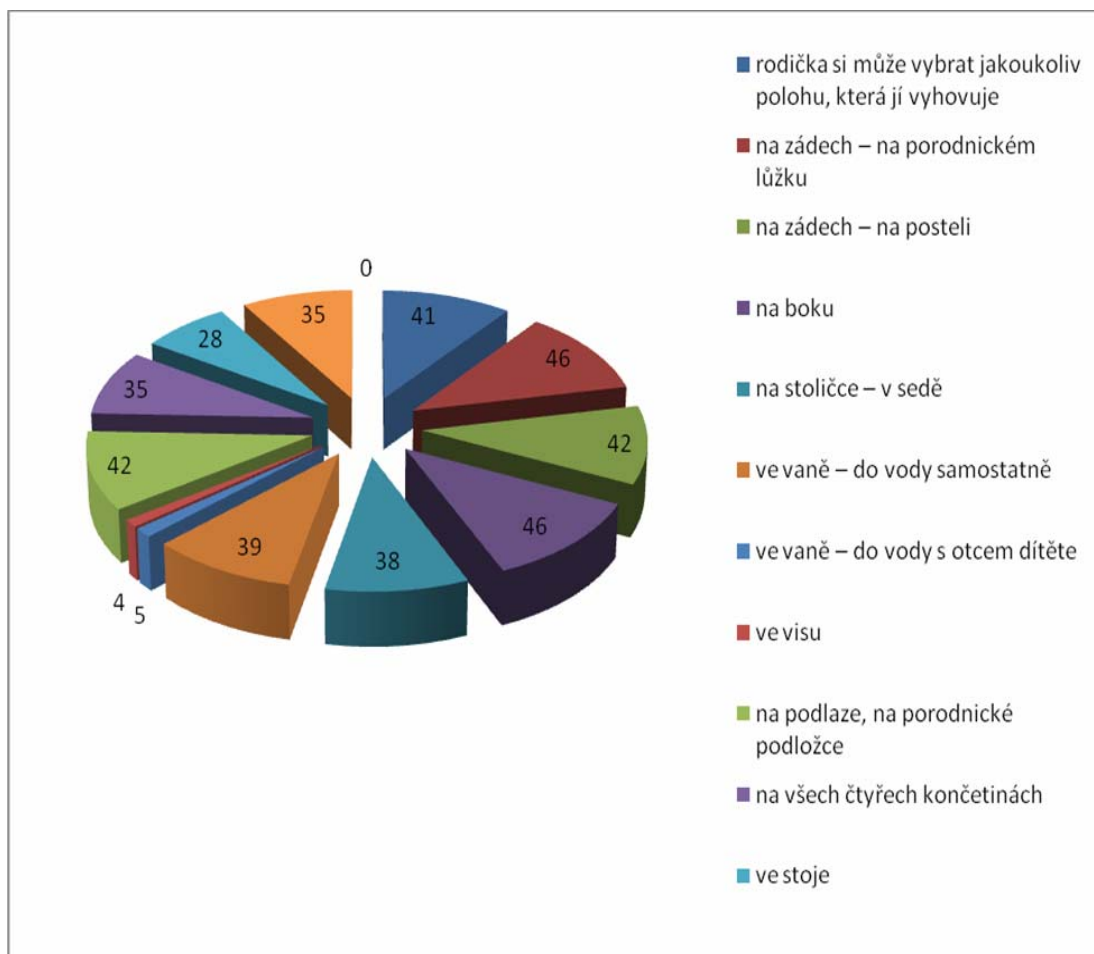
Oproti tomu v Rakousku 38 (83 %) porodních asistentek odpovědělo, že používá masáže hráze pomocí teplého oleje jako techniku používanou před porodem v prevenci provedení epiziotomie. 8 (17 %) porodních asistentek používá techniku přikládání teplých obkladů.

Graf 19 Polohy při porodu v České republice



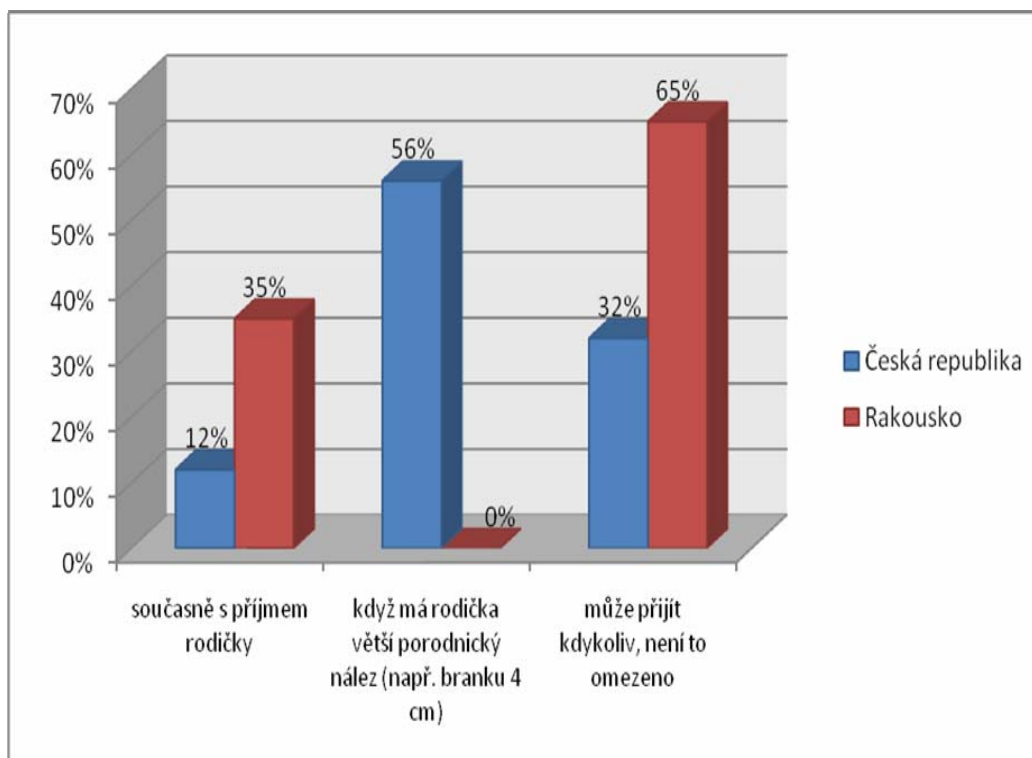
Při této otázce mohly porodní asistentky opět zaškrtnout více odpovědí. Proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. 29 porodních asistentek zaškrtnulo, že rodičky rodí v poloze na zádech na porodním lůžku, 15 porodních asistentek odpovědělo, že na boku, 12 porodních asistentek odpovědělo na zádech na posteli, 11 porodních asistentek odpovědělo, že si rodička může vybrat jakoukoliv polohu, která jí vyhovuje. 8 porodních asistentek odpovědělo, že rodičky rodí ve visu, 5 porodních asistentek zaškrtnulo odpověď na stoličce-v sedě a na podlaze, na porodnické podložce. 4 porodní asistentky zaškrtnuly odpověď na všech čtyřech končetinách, 3 porodní asistentky vybraly odpověď ve stoje a 2 porodní asistentky zaškrtnuly odpověď ve vaně-do vody samostatně.

Graf 20 Polohy při porodu v Rakousku



Při této otázce mohly porodní asistentky opět zaškrtnout více odpovědí, a proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. Všechny 46 porodních asistentek zaškrtnulo, že rodí v polohách na zádech-na porodnickém lůžku a na boku. 42 porodních asistentek zaškrtnulo, že rodičky rodí na podlaze, na porodnické podložce a na zádech-na posteli, 41 porodních asistentek uvedlo, že si rodička může sama vybrat jakoukoliv polohu. 39 porodních asistentek zvolilo odpověď ve vaně-do vody samostatně. 38 asistentek zaškrtnulo polohu na stoličce-v sedě, 35 porodních asistentek zaškrtnulo polohu na všech čtyřech končetinách a v pokleku. 28 asistentek zvolilo polohu ve stoje, 5 asistentek polohu ve vaně-do vody s otcem dítěte a 4 asistentky polohu ve visu.

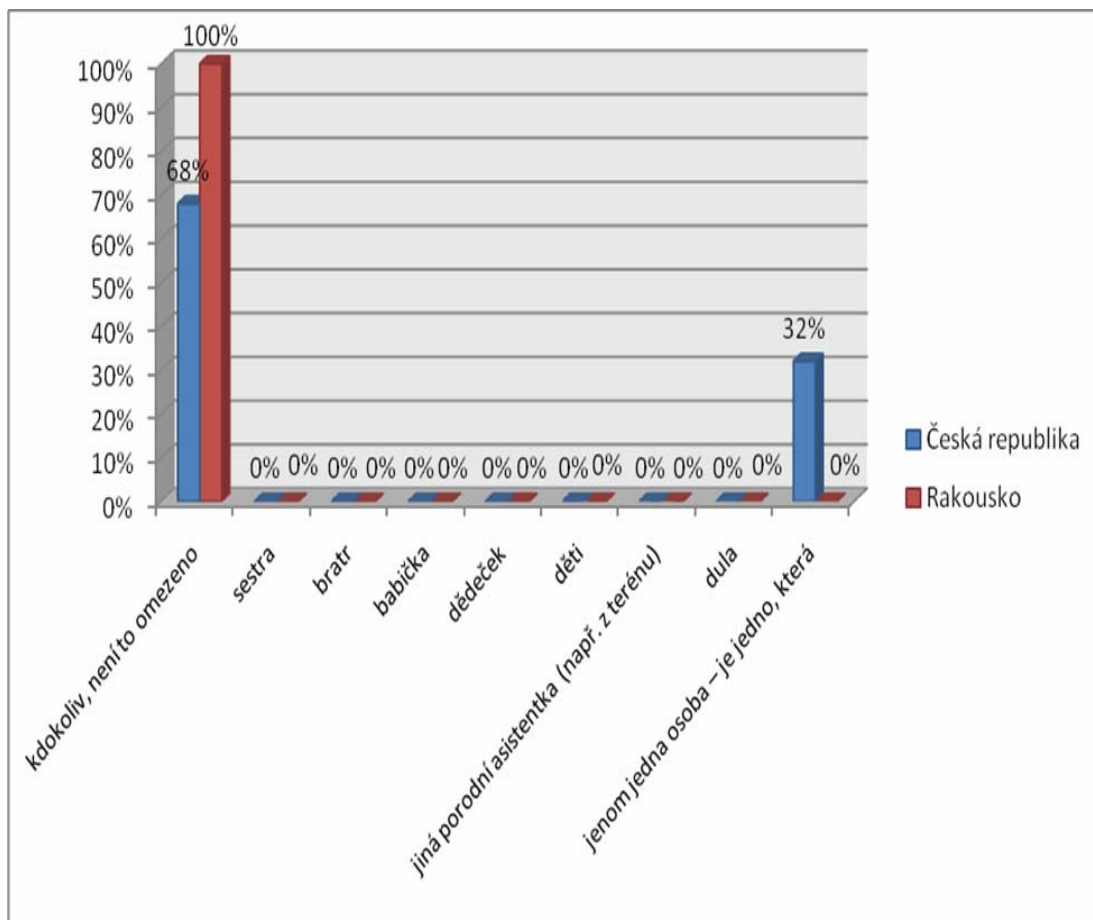
Graf 21 Příklad otce k porodu dítěte



23 (56 %) dotazovaných porodních asistentek v České republice odpovědělo, že otec dítěte přichází k porodu, když má rodička porodnický nález (např. branku 4 cm). 13 (32 %) porodních asistentek odpovědělo, že otec dítěte může přijít kdykoliv, protože to není omezeno. 5 (12 %) porodních asistentek odpovědělo na tuto otázku, že otec dítěte přichází k porodu současně s příjmem rodičky.

30 (65 %) dotazovaných asistentek v Rakousku odpovědělo, že otec dítěte může přijít k porodu kdykoliv, protože to není omezeno. 16 (35 %) porodních asistentek zaškrtnulo odpověď, že otec dítěte k porodu přichází současně s příjmem rodičky.

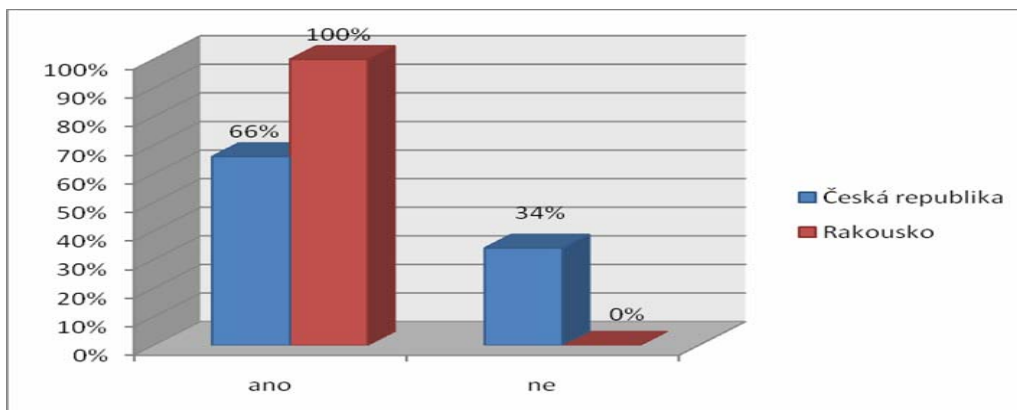
Graf 22 Přítomnost osob u porodu



Na otázku, kdo může být přítomen u porodu kromě otce dítěte, odpovídaly dotazované porodní asistentky v České republice nejvíce, že u porodu může být přítomem kdokoliv, protože to není omezeno. Tato odpověď získala 28 (68 %) odpovědí. 13 (32 %) porodních asistentek odpovědělo, že u porodu může být přítomna pouze jediná osoba a je jedno, která.

V Rakousku všech 46 (100 %) dotázaných porodních asistentek shodně a to tak, že k u porodu kromě otce dítěte může být přítomen kdokoliv, protože to není omezeno.

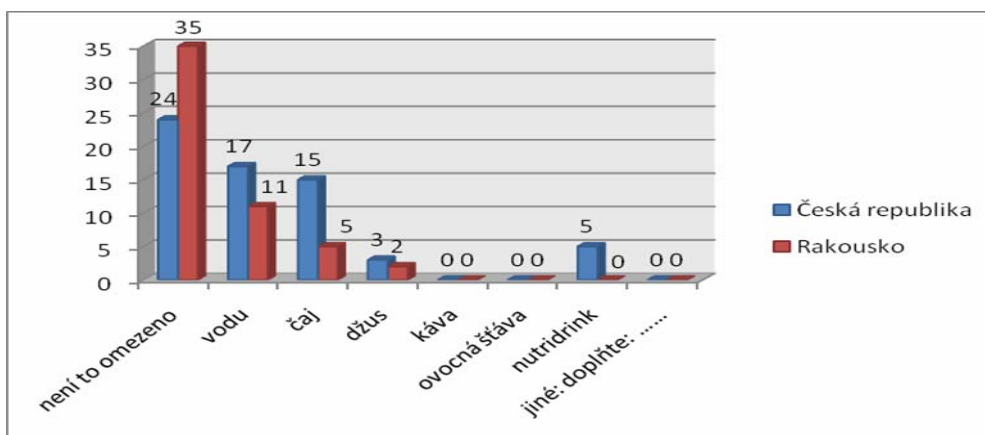
Graf 23 Pití během porodu



V České republice ze 41 dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 27 (66 %) kladně. 14 (34 %) porodních asistentek odpovědělo na tuto otázku záporně.

I v Rakousku byla odpověď na tuto otázku jednoznačná. Všechny 46 (100 %) porodních asistentek odpovědělo shodně a to tedy, že u porodu pít může.

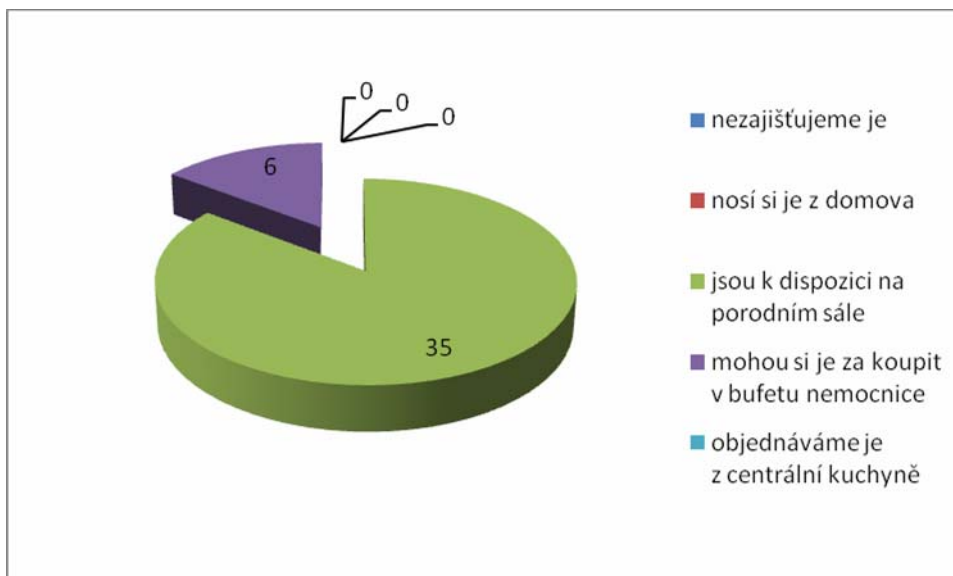
Graf 24 Druhy nápojů, které může rodička pít před porodem



V této otázce mohly porodní asistentky zaškrtnout více odpovědí. Z grafu je dobře vidět, že 24 porodních asistentek z České republiky zaškrtnulo odpověď, že druhy pití u rodiček nejsou omezeny. 17 porodních asistentek zaškrtnulo vodu, 15 porodních asistentek čaj, 3 porodní asistentky džus a 5 porodních asistentek zaškrtnulo nutridrink.

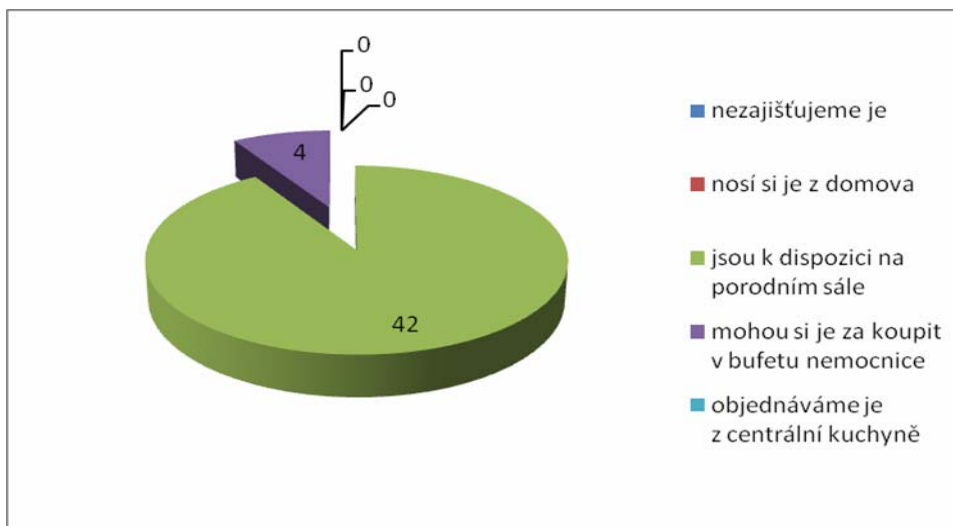
35 porodních asistentek v Rakousku zaškrtnulo odpověď, že druhy pití u rodiček nejsou omezeny. 11 asistentek zaškrtnulo vodu, 5 porodních asistentek čaj a 2 porodní asistentky džus.

Graf 25 Zajišťování nápojů pro rodičky v České republice



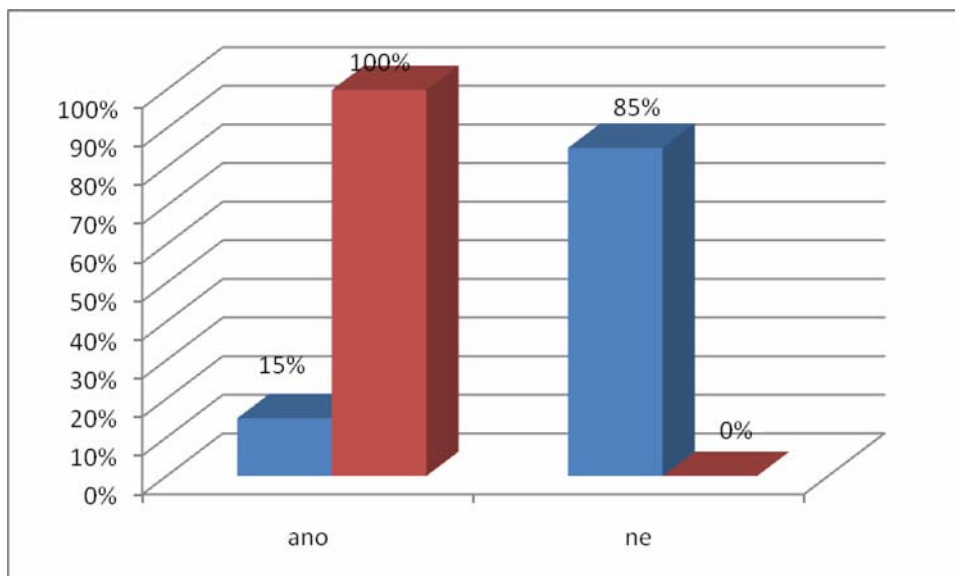
V této otázce mohly porodní asistentky opět zaškrtnout více odpovědí. 35 z nich uvedlo, že nápoje jsou pro rodičky k dispozici na porodním sále. 6 porodních asistentek odpovědělo, že pít si rodičky mohou koupit v bufetu nemocnice.

Graf 26 Zajišťování nápojů pro rodičky v Rakousku



V této otázce mohly porodní asistentky opět zaškrtnout více odpovědí. 42 z nich uvedlo, že nápoje jsou pro rodičky k dispozici na porodním sále. 4 porodní asistentky odpověděly, že pít si rodičky mohou koupit v bufetu nemocnice.

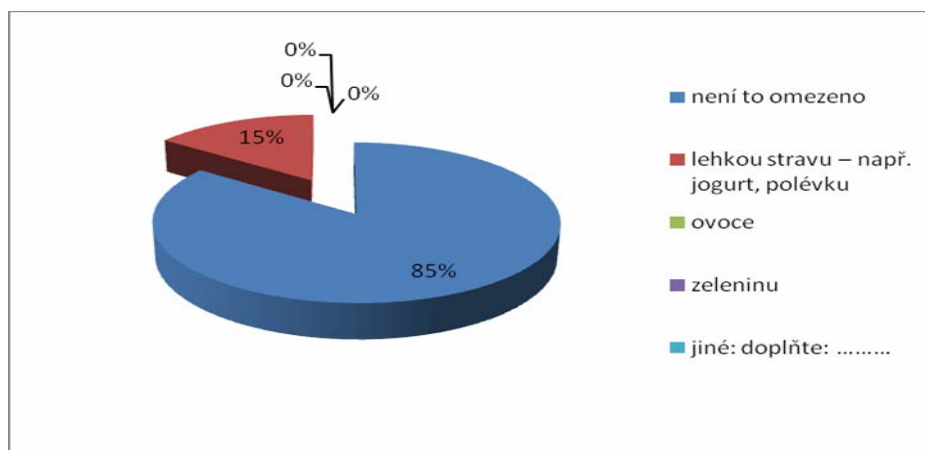
Graf 27 Jídlo během porodu



Graf znázorňuje, zda mohou rodičky během porodu jíst. Pouze 6 (15 %) porodních asistentek z ČR odpovědělo, že ano. Zbytek-35 (85 %) porodních asistentek odpovědělo záporně.

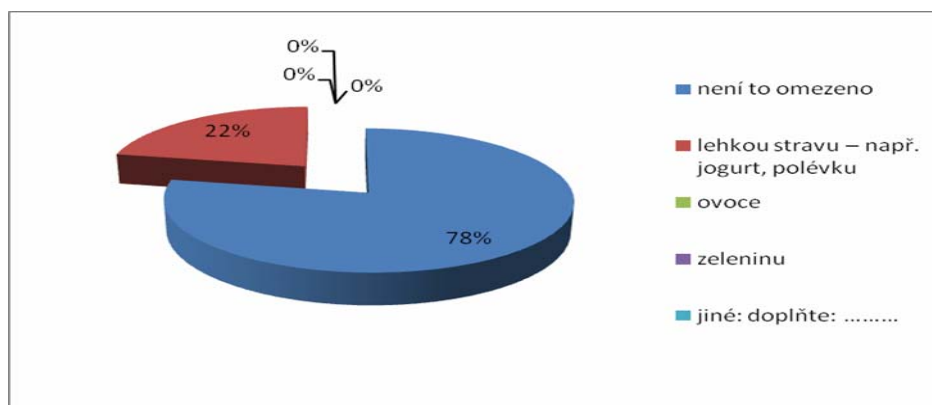
V Rakousku všech 46 (100 %) porodních asistentek odpovědělo shodně, že ano.

Graf 28 Druhy jídla v České republice



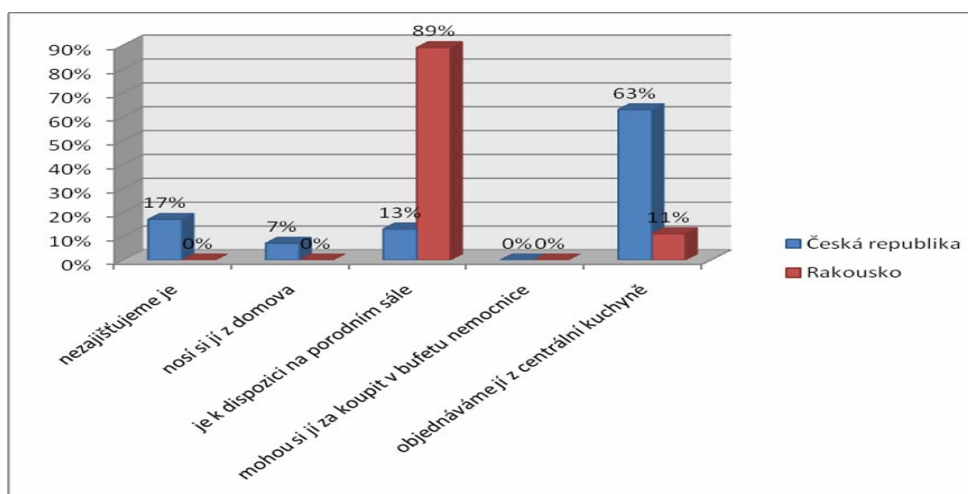
Z grafu je patrné, že 35 (85 %) porodních asistentek v ČR odpovědělo, že není omezeno jídlo, které může rodička konzumovat. 6 (15 %) porodních asistentek odpovědělo, že rodička může konzumovat lehkou stravu-např. jogurt, polévku.

Graf 29 Druhy jídla v Rakousku



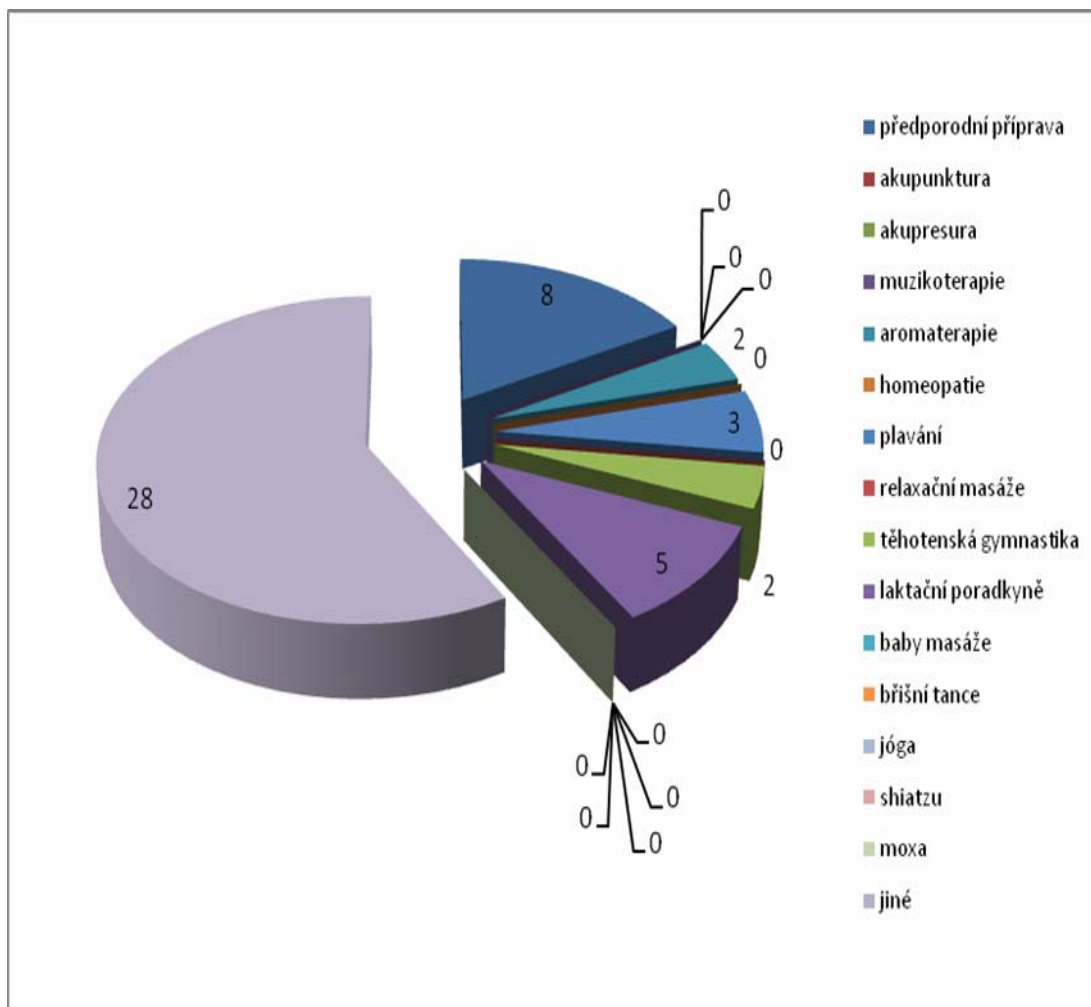
Výše uvedený graf znázorňuje, že 36 (78 %) porodních asistentek odpovědělo, že není omezeno jídlo, které může rodička konzumovat. 10 (22 %) porodních asistentek odpovědělo, že rodička může konzumovat lehou stravu-např. jogurt, polévku.

Graf 30 Způsob zajišťování stravy pro rodičky



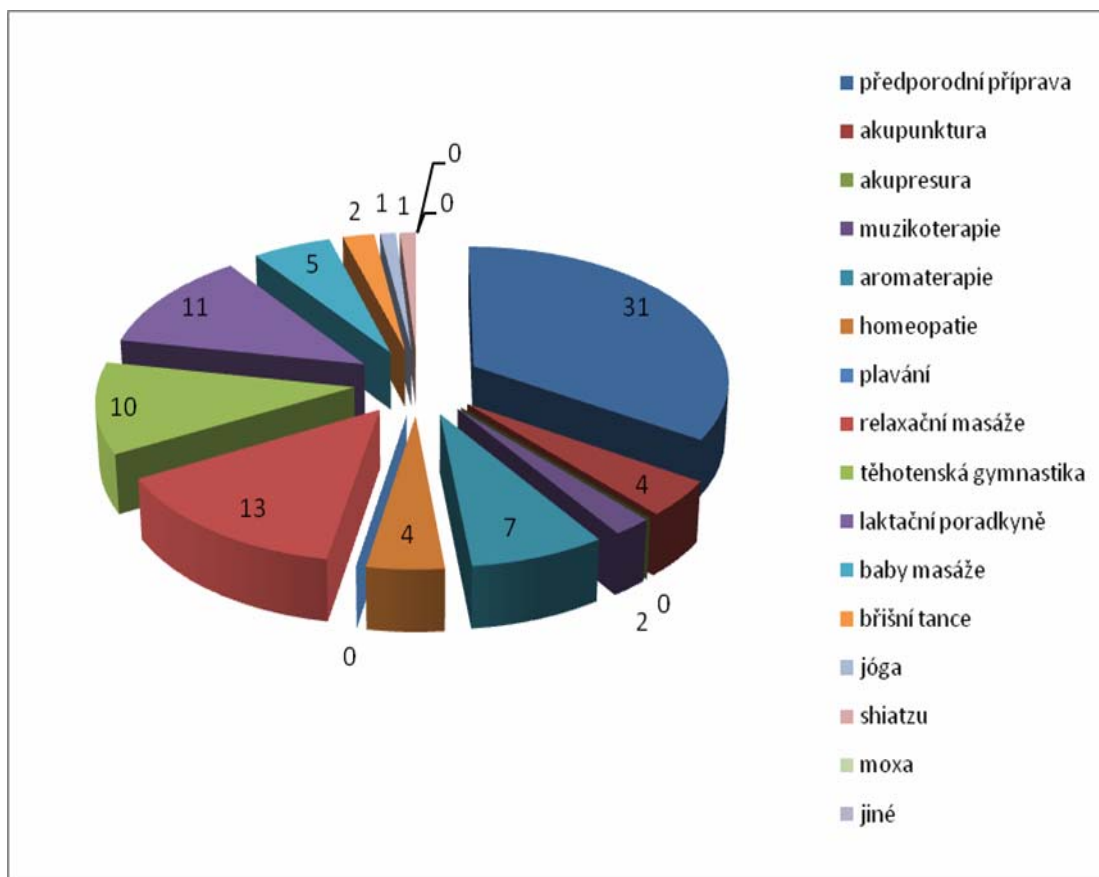
26 (63 %) porodních asistentek z České republiky odpovědělo, že stravu pro rodičky objednávají z centrální kuchyně. 7 (17 %) dotazovaných respondek odpovědělo, že stravu nezajišťují, 6 (13 %) porodních asistentek odpovědělo, že strava pro rodičky je k dispozici na porodním sále. 3 (7 %) porodních asistentek zaškrtnulo odpověď, která uvádí, že si rodičky stravu nosí z domova. 41 (89 %) porodních asistentek v Rakousku odpovědělo, že strava pro rodičky je k dispozici na porodním sále a 5 (11 %) porodních asistentek objednáva stravu z centrální kuchyně.

Graf 31 Druhy odborných kurzů pro těhotné v České republice



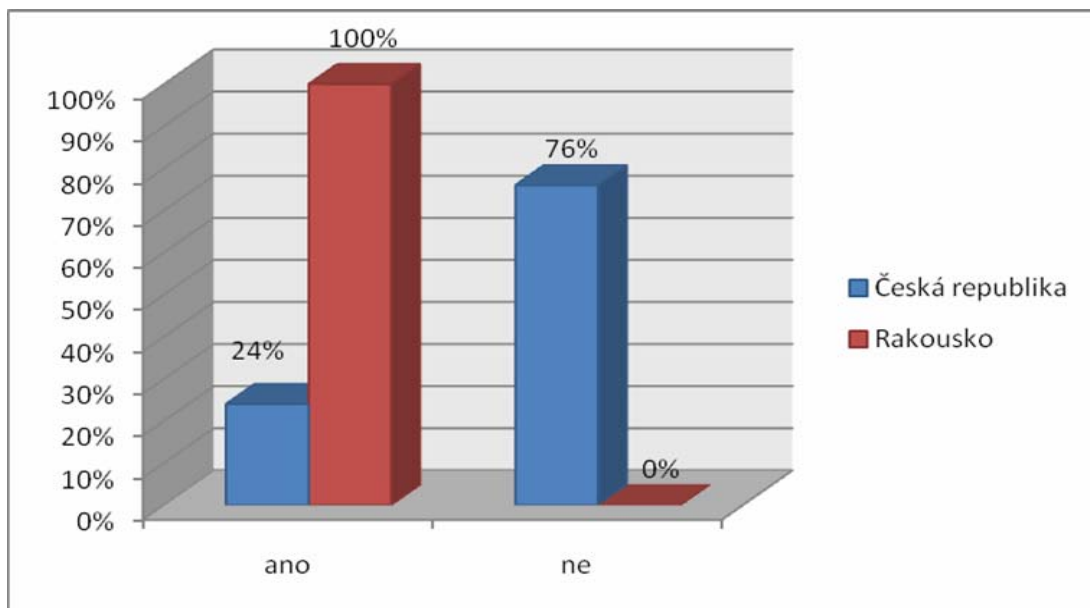
V této otázce mohly oslovené porodní asistentky zaškrtnout více odpovědí než jednu, proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. V ČR ze 41 dotázaných porodních asistentek odpovědělo 8, že vedou kurzy předporodní přípravy, 2 porodní asistentky vedou kurzy aromaterapie, 3 porodní asistentky vedou kurzy plavání, 2 z dotazovaných asistentek vedou kurzy těhotenské gymnastiky, 5 porodních asistentek jsou laktičními poradkyněmi. 28 porodních asistentek uvedlo, že žádné kurzy pro těhotné ženy nevedou.

Graf 32 Druhy odborných kurzů pro těhotné v Rakousku



Oproti tomu v Rakousku ze 46 dotázaných asistentek odpovědělo 31, že vedou kurzy předporodní přípravy. Další nejvíce frekventovaná odpověď byla relaxační masáž. 13 porodních asistentek tento kurz pořádá. 11 porodních asistentek vede kurzy laktační poradkyně, 10 asistentek vede těhotenskou gymnastiku, 7 porodních asistentek vede kurzy aromaterapie, 5 asistentek vede baby masáže, 4 odpovědi získaly akupunktura a homeopatie, 2 porodní asistentky provádí kurzy muzikoterapie a břišní tance. Jógu a shiatzu provádí pouze 1 asistentka.

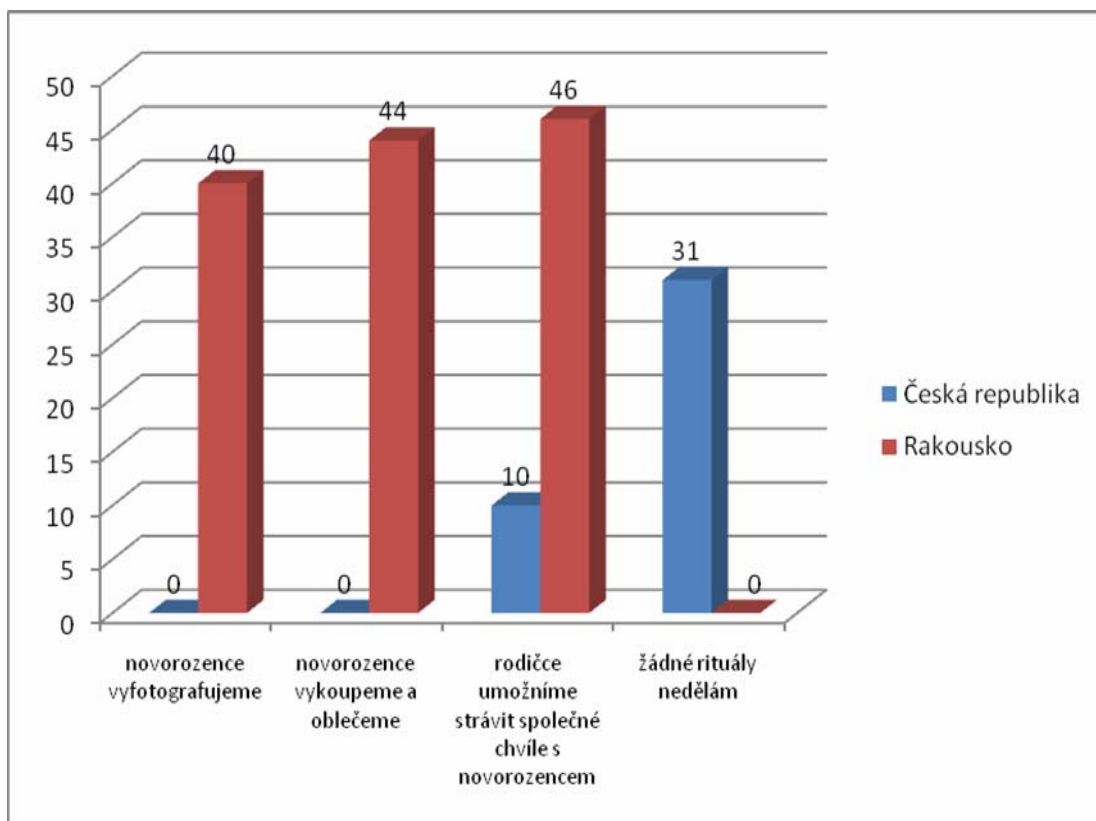
Graf 33 Nabízení matkám mrtvého dítěte možnost rozloučení se s novorozencem



10 (24 %) porodních asistentek v České republice uvedlo, že poskytují možnost rozloučení se s plodem těhotným ženám. 31 (76 %) porodních asistentek zaškrtnulo, že tuto možnost neprovádí.

Oproti tomu v Rakousku všech 46 (100 %) porodních asistentek uvedlo, že nabízejí možnost rozloučení s plodem těhotným ženám.

Graf 34 Druhy rituálů nabízené porodní asistentkou po porodu mrtvého dítěte

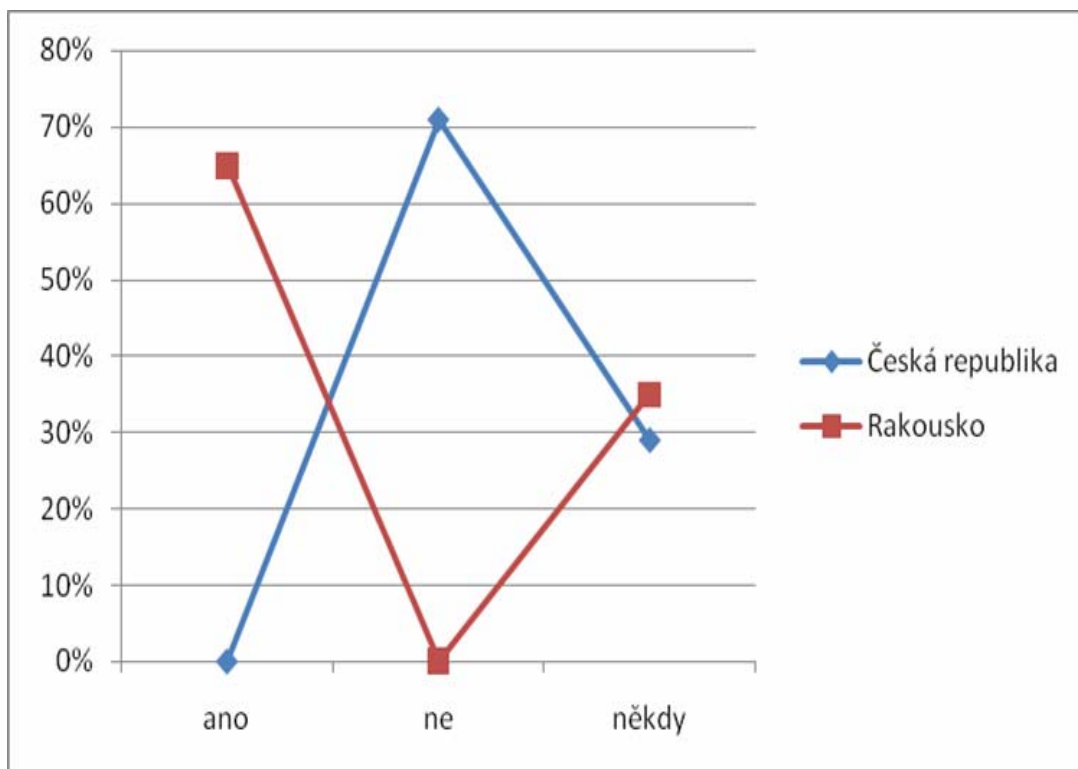


Na tuto otázku bylo možné zaškrtnout více odpovědí, a proto je graf vyhodnocen pouze v četnosti. V České republice umožňují porodní asistentky pouze dvě možné odpovědi a to-rodíčům umožňují strávit společné chvíle s mrtvým novorozencem (10 odpovědí) a druhá a zároveň poslední odpověď, která byla zaškrtnuta, byla žádné rituály neděláme (31).

V Rakousku odpovědělo 40 porodních asistentek, že novorozence vyfotografují, 44 porodních asistentek zaškrtnulo odpověď, že novorozence vykoupou a oblečou. 46 rakouských porodních asistentek umožňují strávit společné chvíle s mrtvým novorozencem rodiče.

4.2. Souhrnné grafy pro verifikaci jednotlivých hypotéz

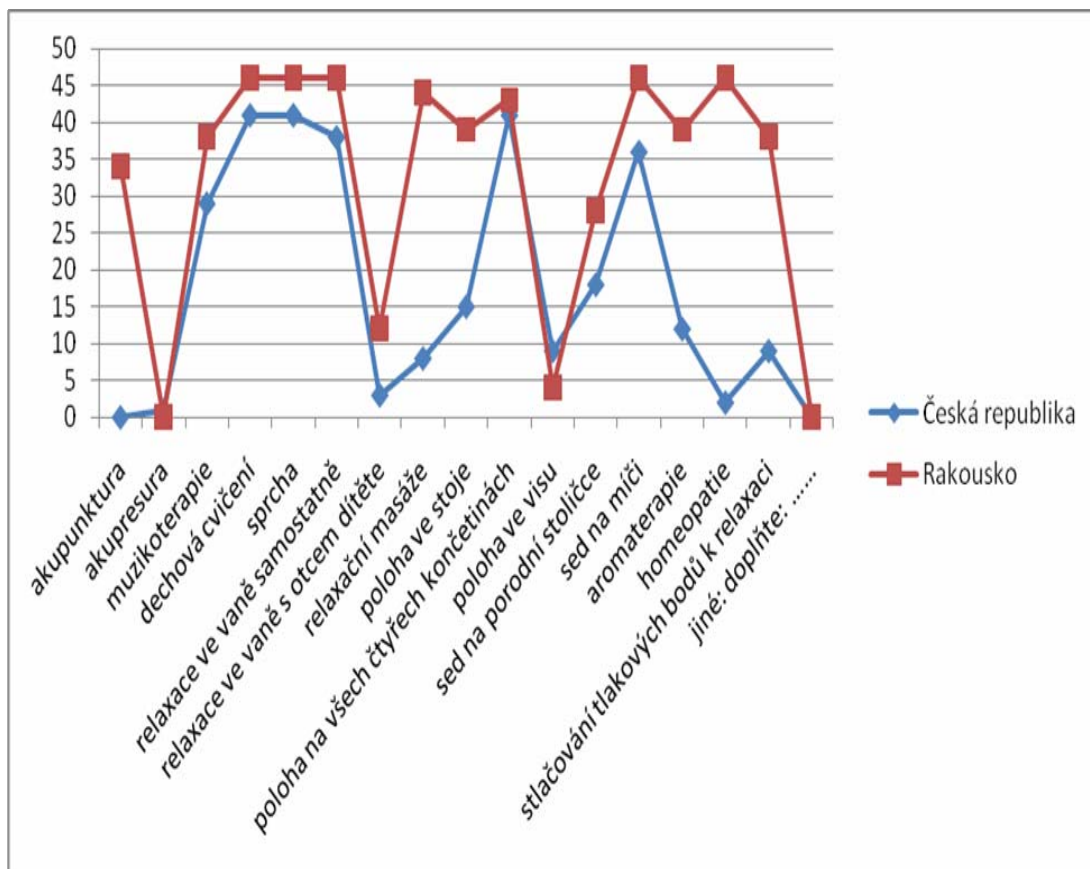
Graf A Samostatné vedení fyziologických porodů porodní asistentkou



První hypotéza, která zněla, že porodní asistentky v České republice vedou samostatně fyziologické porody, se nepotvrdila jak je dobře vidět v tomto grafu.

Oproti tomu druhá hypotéza, že porodní asistentky v Rakousku vedou samostatně fyziologické porody, byla potvrzena.

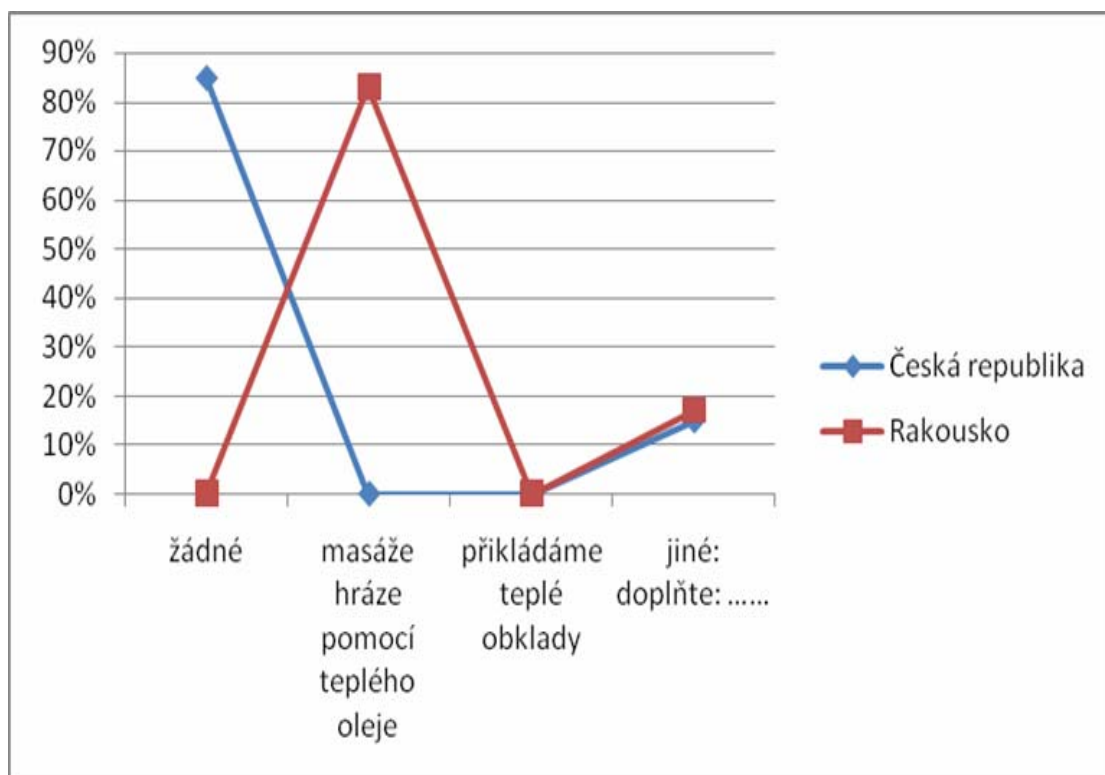
Graf B Použití alternativních metod během porodu v ČR a v Rakousku



Třetí hypotéza, která zněla, že porodní asistentky v ČR během porodu využívají alternativní metody, se potvrdila, jak je dobře vidět ve výše umístěném grafu.

Z tohoto grafu je také patrné, že i čtvrtá hypotéza, která udávala, že porodní asistentky v Rakousku během porodu využívají alternativní metody, byla jednoznačně potvrzena.

Graf C Techniky před porodem v prevenci provedení epiziotomie



Pátá hypotéza, která nám udávala, že porodní asistentky v ČR v prevenci epiziotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní, se nepotvrdila, což je dobře viditelné v grafu.

Oproti tomu můžeme z grafu vyčíst, že se šestá hypotéza potvrdila, protože porodní asistentky v Rakousku pečují o hráz rodičky v I. době porodní pomocí masážního oleje.

5. DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na porovnávání práce porodních asistentek, pracujících na porodních sálech v České republice a v Rakousku. V současné době mají porodní asistentky daleko širší kompetence, než tomu bylo v dřívějších dobách a mohou samostatně vykonávat svoji profesi na porodních sálech.

Praktická část práce byla realizována formou kvantitativního výzkumného šetření, pro sběr dat byla zvolena dotazníková technika. Výzkumným souborem pro dotazníkové šetření byly porodní asistentky, pracující ve vybraných nemocnicích na porodních sálech v České republice a v Rakousku. Celkový soubor dotazovaných porodních asistentek byl 87. Z toho bylo 41 z České republiky a 46 z Rakouska. Výzkumným šetřením jsem zjišťovala, jaké jsou odlišnosti v ošetrovatelské péči porodních asistentek na porodních sálech v České republice a v Rakousku.

První otázka byla zaměřena na věk dotazovaných porodních asistentek a byla rozdělena do pěti věkových kategorií. V České republice největší zastoupení měly porodní asistentky ve věkovém rozmezí 24-29 let a jejichž počet činil 13 (32 %). Jako druhou nejpočetnější věkovou kategorii v ČR 20 - 24 let tvoří 9 (22 %) porodních asistentek. 8 (20 %) porodních asistentek se pohybuje v rozmezí mezi 30-34 lety, 6 (14 %) patří do věkové skupiny 40 a více a jen 5 (12 %) porodních asistentek z ČR spadá do věkové kategorie 35-39.

Oproti tomu v Rakousku tvoří nejpočetnější věkovou kategorii 40 a více let, kam spadá 21 porodních asistentek. 8 (17 %) porodních asistentek se nachází ve věkovém rozmezí 35-39 let. 7 (15 %) porodních asistentek patří do skupiny 30-34 let, 6 (13 %) označilo možnost 25-29 let a jen 4 (9 %) porodní asistentky patří do věkové kategorie 20-24 let. Dalo by se tedy obecně říci, jak můžeme vidět v grafu 1, že na rakouských porodních sálech pracují starší porodní asistentky než v České republice. Z takto malého množství respondentek ale tato informace není směrodatná. Stejně tak informace, kolik let pracují porodní asistentky na porodním sále (graf 2), nám pouze pro naši představivost udává, jakou celoživotní praxi mají porodní asistentky, jenž tvořily výzkumný soubor. V České republice největší skupinu tvořilo 17 (41 %) porodních asistentek, které pracují na porodním sále méně jak 5 let.

V Rakousku to bylo spíše naopak, kdy nejpočetnější skupinu, a to 16 (34 %) tvořily porodní asistentky, které pracují na porodním sále více jak 21 let.

Velmi mě překvapil vzdělávací systém v Rakousku, kdy porodní asistentky téměř nemají vysokoškolské vzdělání. Jak je dobře vidět z grafu 3, v České republice má vysokoškolské vzdělání 28 (68 %) dotazovaných porodních asistentek, zatímco v Rakousku pouze 2 (4 %).

Jak je uvedeno na stránkách vysoké školy ve Vídni (10), porodní asistentky již mohou studovat také bakalářské studium. Po ukončení studia jsou organizované a sdružené v Rakouské asociaci porodních asistentek a vydávají svůj časopis pro porodní asistentky. (10) Na těchto stránkách se také uvádí, že porodní asistentky v Rakousku díky svým kompetencím mohou pracovat samostatně na porodním sále, odvádět fyziologické porody, šít epiziotomie, pečovat o rodičku, ošetřovat novorozence, asistovat u císařského řezu a lékař je volán pouze k patologii. Jak si můžeme všimnout v grafu 4, 6, 7 a 10, rakouské porodní asistentky svých kompetencí využívají více než porodní asistentky v České republice. Z grafu 4 je dobře poznat, že pouze 12 (29 %) českých porodních asistentek vede samostatně fyziologické porody, ale pouze v ojedinělých případech, zatímco rakouské porodní asistentky je v 65 % vedou úplně samostatně. Myslím si, že české porodní asistentky by měly využívat více svých kompetencí. Z vlastní zkušenosti si troufám říci, že české porodní asistentky samostatně vést porody příliš nechťejí, protože se obávají možných vzniklých komplikací a vlastní fyziologický porod raději svěří do rukou lékařů a tím se vlastně zprošťují odpovědnosti. Dle mého názoru to není příliš dobrý způsob, a to z důvodu osvojení praktických výkonů porodní asistentkou. Na své tříměsíční zahraniční stáži v Rakousku jsem měla možnost povšimnout si, že fyziologický porod v Rakousku je plně v kompetenci porodní asistentky, která lékaře informuje pouze v případě komplikací. Lékař k rodičce přichází pouze z důvodu naordinování léků nebo zhodnocení celkového stavu, jinak do porodu vůbec nezasahuje. Jak je tedy patrné z grafu 6, porodní asistentky v Rakousku ve 100 % dotazovaných respondentek provádějí vaginální vyšetřování rodičky samostatně, zatímco v České republice jen 7 (17 %) porodních asistentek uvedlo, že samostatně vyšetřují rodičky a 30 (73 %)

uvedlo, že rodičky samostatně vaginálně vyšetřují jen někdy. Velmi mě překvapilo, že porodní asistentky v Rakousku stejně tak jako české porodní asistentky téměř samostatně nešíjí epiziotomie. Ze 41 českých porodních asistentek jich 32 (78 %) odpovědělo, že epiziotomie samostatně nešíjí a v Rakousku byl výsledek velmi podobný. 35 (76 %) ze 46 dotazovaných porodních asistentek odpovědělo na otázku samostatného šití epiziotomií záporně (graf 7).

Graf 10 je zaměřený přímo na kompetence porodních asistentek, kdy jsem se respondentek tázala, zda mohou využívat všechny své kompetence. 38 (83 %) rakouských porodních asistentek uvedlo, že ano, ale české porodní asistentky své kompetence využívají většinou jen někdy. Odpovědělo tak 29 (71 %) porodních asistentek, pracujících na porodních sálech v České republice.

V jedné otázce jsem se zajímala, zda na vybraných porodních sálech může porod provést porodní asistentka, která v dané nemocnici není zaměstnaná. Odpovědi byly téměř jednoznačné (graf 5). 41 (100 %) českých porodních asistentek uvedlo, že porodní asistentka, která v jejich nemocnici nepracuje, porod odvádět nesmí. V Rakousku stejnou odpověď tvořilo 28 (61 %) porodních asistentek.

Rovněž mě zajímalo, zda porodní asistentky v Rakousku i v České republice mají péči o rodičky rozdělenou či nikoliv. Jak je dobře vidět z grafu 8, odpovědi si byly velmi podobné, a to tak, že 31 (76 %) českých a 26 (57 %) rakouských porodních asistentek odpovědělo, že práci o rodičky rozdělenou nemají a všechny porodní asistentky se starají o všechny rodičky.

Graf 9 nám znázorňuje, v jakých případech porodní asistentky v České republice a v Rakousku volají k porodu lékaře. Porodní asistentky odpovídaly převážně stejně, a to tak, že si lékaře volají při výskytu patologie, při komplikacích, na šití epiziotomie. Rozdíl byl snad jen v tom, že 22 českých porodních asistentek si lékaře volá i na vyšetření rodičky a v Rakousku si lékaře na vyšetření nevolá žádná porodní asistentka.

Ve dvou otázkách jsem zjišťovala, jak je to v České republice a v Rakousku s porodními plány. Jestli s nimi rodičky přicházejí a jestli jim je porodní asistentky pomáhají naplnit (graf 11, 12). Odpovědi v první otázce se značně lišili. V České

republiky odpovědělo 22 (54 %) porodních asistentek, že ano a zbytek asistentek uvedlo, že rodičky s porodním plánem přicházejí pouze někdy. Oproti tomu v Rakousku odpovědělo 34 (74 %) porodních asistentek, že rodičky s porodním plánem na porodní sál nepřicházejí. Z mé osobní zkušenosti si myslím, že na rakouské porodní sály rodičky s porodními plány příliš nepřichází z toho důvodu, že žádný porodní plán nepotřebují. Porodní asistentka s nimi na začátku porodu rozebírá, jak by si představovaly strávit první dobu porodní, koho si přejí mít u porodu a jak by si přály, aby probíhal první kontakt s novorozencem. Umožňuje-li to zdravotní stav rodičky i novorozence a zároveň to nenarušuje chod oddělení, porodní asistentka se snaží rodičce vyhovět.

Alternativní porodnictví v současné době klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Mezi nejčastěji používané metody v dnešní době patří aromaterapie, homeopatie, porody do vody atd. (12). Mě překvapilo, že i v České republice alternativní metody během porodu nacházejí své místo a postupně se rozšiřuje jejich využívání (graf 13). Nevyužívá se jich sice tolik jako v Rakousku (graf 14), ale domnívám se, že každá rodička si v nabídce alternativních metod, které nabízí česká porodní asistentka, vybere tu, která jí během porodu bude nejvíce vyhovovat, ať už jsou to dechová cvičení, sprcha, poloha na všech čtyřech končetinách, sed na míči nebo poloha ve stoje. Ráda bych se zde také zmínila o aromaterapii, která je široce aplikována během porodu v Rakousku. Rakouské porodní sály jsou vybaveny celou řadou aromatických olejů a bylinných směsí. Vyškolené porodní asistentky je velmi často využívají ke zklidnění rodičky, ulevení od bolesti nebo jen k relaxaci. Velký pozor se musí dát na vznik alergických reakcí. Na českých porodních sálech se aromaterapie používá ne tak hojně, ale v dnešní době se její využívání postupně rozšiřuje i v České republice. Jak uvádí Hallasová (12), v první době porodní se otevírá hrdlo děložní a žena může ztrácet kontrolu nad svým tělem. Velmi může pomoci masáž, která dodá stabilitu a rovnováhu nebo teplá koupel, která ženu uvolní a usnadňuje tak otevírání hrdla děložního. Pokud ženě ještě neodtekla voda plodová, je doporučena teplá koupel, do které se přidá 6-8 kapek levandule. Ta totiž zrychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů. (12). Myslím si, že je velká škoda, že se aromaterapie na českých porodních sálech nevyužívá tolik

jako v Rakousku. Já sama jsem na své stáži připravovala rodičkám v první době porodní horkou lázeň, do které jsem přidávala několik kapek různých bylinných vonných olejů a ve většině případů jsem se setkala s úspěchem. Rodičkám to bylo velice příjemné a teplá koupel navodila příjemný pocit uvolnění a rodiče částečně ulevila od bolestí. Také jsem se setkala s vonnými oleji, které se používaly na potírání břicha během kontrakcí, což byla úloha hlavně pro partnera, který stejným olejem mohl mezi kontrakcemi masírovat rodiče záda, ruce nebo obličej. Na druhou stranu ale uznávám, že to každé těhotné ženě nemusí být příjemné. Proto považuji za velmi důležité si předem o aromaterapii s rodičkou promluvit, nabídnout jí na výběr různé bylinné směsi, vysvětlit jejich účinek a poskytnout dostatek informací. Velký pozor se musí dávat na alergické reakce. Dle mého názoru by porodní asistentka, která aromaterapii během porodu provádí, určitě měla být důkladně proškolená.

Co mě velice udivilo, bylo, že porodní asistentky v Rakousku téměř nepodávají před porodem rodičkám klyzma, jak je dobře vidět v grafu 16. 38 (83 %) dotazovaných rakouských porodních asisterek odpovědělo, že klyzma před porodem rodičkám nepodávají a pouze 8 (17 %) asisterek uvedlo, že klyzma podávají jen pokud si o něj rodička řekne. Oproti tomu v České republice porodní asistentky uvedly, že klyzma vždy před porodem podává 13 (32 %) porodních asisterek a 26 (63 %) asisterek ho podává pouze když si ho rodička přeje. Jen 2 (5 %) porodní asistentky uvedly, že klyzma před porodem rodičkám nepodávají. Já osobně jsem zastáncem toho, pokud rodička vyloženě není proti, klyzma před porodem podávat. Za sebe bych se alespoň snažila ho těhotné ženě doporučit. Jak jsem měla možnost porovnat rakouský porodní sál, kde jsem za tři měsíce nezažila podání klyzmatu rodičce ani jednou, s porodním sálem v České republice, kde se klyzma podává až na výjimky téměř vždy, všimla jsem si, že porod s plným střevem je obtížnější. Nejen že se porod prodlužuje z důvodu plného střeva a nemožnosti sestupování hlavičky, ale také mi přijde velice nepříjemné jak pro matku, tak pro personál, aby se novorozenec rodil do zápachu a do stolice. Záleží ale na každé ženě jaký si na to udělá názor. Samozřejmě jsem ale zastáncem názoru, že s tímto výkonem by měla žena souhlasit. Je ale také potřeba ji k výkonu podat dostatek informací, aby o něm měla představu a nebála se. Z vlastní zkušenosti

totiž mohu říci, že některé těhotné ženy v Rakousku klyzma ani neznají, neví k čemu je dobré, a proto je logické, že pokud by jim ho porodní asistentka nabídla bez podání dostatku informací, troufám si říci, že odpověď by byla ve většině případech záporná.

Jak uvádí Zrubecká (25), za nejdůležitější praktickou přípravu k porodu je považována pravidelná masáž hráze. Cílem je zabránit případnému nástřihu či natržení hráze během porodu. Úspěch je podpořen také tím, že se ženy během svého těhotenství učí uvolňovat svaly dna pánevního. S masáží se začíná přibližně 4-6 týdnů před porodem. Hráz se masíruje denně, nejlépe večer po koupeli, kdy je hráz díky teplé vodě dobře prokrvená a připravená k masírování.

Jak je patrné z grafu 18, porodní asistentky v České republice se péčí o hráž před porodem téměř vůbec nezabývají. Z dotazovaných porodních asistentek jich 35 (85 %) odpovědělo, že nepoužívají žádné techniky v prevenci epiziotomie během porodu a pouze 6 (15 %) českých porodních asistentek vybralo jinou možnost, za kterou označily hydromasáž. Oproti tomu v Rakousku se 38 (83 %) porodních asistentek věnuje prevenci epiziotomie během porodu technikou masáží teplých olejů a 8 (17 %) rakouských porodních asistentek odpovědělo, že o hráž pečují pomocí teplých obkladů. Lze tedy říci, že 100 % dotazovaných rakouských porodních asistentek se nějakým způsobem věnuje prevenci epiziotomie během porodu, což mě osobně trochu nemile překvapilo. Kladu si otázku, proč to v Rakousku lze skloubit s chodem na oddělení a u nás ne. Někdo by mohl namítat, že pokud má rodička křehkou hráž, mohlo by i přes masírování hráze v době těhotenství dojít během porodu k ruptuře. To samozřejmě uznávám. Než aby došlo k ruptuře hráze, je dle mého názoru lepší provést epiziotomii. Přesto si ale říkám, proč se o to na českých porodních sálech nemůžeme alespoň pokusit. Myslím si, že na českých porodních sálech se epiziotomie provádí i v případech, kdy nejsou vůbec nutné. Během své stáže v Rakousku jsem měla možnost nahlédnout do několika let starých porodních knih a statisticky si troufám tvrdit, že epiziotomií bylo během několika let provedeno o mnoho méně než se provádí v České republice, ale přitom jsem nezaznamenala větší počet ruptur hráze během porodu. Domnívám se, že na tom může mít podíl právě masírování hráze

masážním olejem během porodu a možná by stálo za to tuto techniku vyzkoušet i na porodních sálech v České republice.

Graf 19 a 20 nám znázorňuje, v jakých polohách rodičky na porodních sálech mohou odvádět porody. Zajímalo mě, jestli je to stejné jako u nás, kdy se většina porodu provádí v poloze na zádech. Odpovědi byly velmi různé. Jak v České republice, tak i v Rakousku se využívá při porodu několik poloh. Velké množství porodních asistentek uvedlo možnost, že provádějí porody například v poloze na boku, ve vodě, na porodnické stoličce, na všech čtyřech končetinách, ale i ve visu.

Jak v České republice, tak i v Rakousku může být otec dítěte u porodu, pokud si to ovšem rodička přeje. Jak je patrné z grafu 21, liší se doba příchodu otce k porodu. V Rakousku velká většina dotazovaných porodních asistentek odpovídalo, že otec dítěte k porodu přichází buď současně s příjmem rodičky, nebo může přijít kdykoliv. Oproti tomu některé porodní asistentky z České republiky uvedly, že otec dítěte může přijít k porodu až když má rodička větší porodnický nález a do té doby ne. Já osobně si myslím, že možnost otce býti u porodu je velmi dobrá myšlenka, pokud tomu tak ovšem oba rodiče chtějí. Dle mého názoru je to dobré pro upevnění rodinných vztahů, posiluje to otcovskou vazbu k dítěti a zároveň otec vidí, co vše musí žena při porodu dítěte zvládnout. Jsem toho názoru, že otec dítěte by měl mít možnost býti s rodičkou od samého počátku porodu a ne od většího porodnického nálezu. Domnívám se, že pokud je žena vystrašená a v cizím prostředí, přítomnost partnera v první době porodní může mít velmi kladný vliv na psychiku rodičky. Otázkou ale zůstává, dovolují-li to možnosti porodního sálu, aby otec mohl být s rodičkou po celou dobu. Z osobní zkušenosti vím, že tomu vždy tak nejde. Mohla by to být ale myšlenka do budoucna, zda je možné zrealizovat prostory porodních sálů vždy tak, aby měl partner rodičky možnost strávit s těhotnou ženou celou první dobu porodní a nemuselo tak docházet k odloučení.

Ve dvou otázkách v dotazníku jsem se zaměřila na jídlo a pití rodiček během porodu. Jak je dobře vidět z grafů 23 a 24, výsledky byly značně odlišné. V otázce, zda mohou rodičky během porodu pít, odpovědělo 27 (66 %) českých porodních asistentek, že ano a 14 (34 %) českých porodních asistentek, že ne. Porodní

asistentky, pracující na rakouských porodních sálech, odpověděly shodně, a to tak, že rodička během porodu pít může. Z vlastní zkušenosti vím, že na některých porodních sálech v České republice rodička pít během porodu nesmí a může si jen navlhčeným tampónem otírat rty. Je to dobrá myšlenka z toho důvodu, kdyby nastaly komplikace a rodička musela být uvedena do narkózy. Na druhou stranu si ale myslím, že pokud porod trvá několik hodin, rodička by měla mít možnost se napít. V grafu 25 a 26 je dobře vidět, jak jsou tekutiny pro rodičku v České republice a v Rakousku zajišťovány. Ještě zajímavěji ale dopadla otázka ohledně jídla během porodu (graf 27). 35 (85 %) českých porodních asistentek uvedlo, že rodičky v jejich nemocnici během porodu jíst nesmějí, ale 46 (100 %) porodních asistentek v Rakousku uvedlo, že rodičky mohou libovolně jíst během porodu. Toto mě na stáži také zarazilo, když jsem měla možnost vidět rodičku na porodním sále, která jedla mezi kontrakcemi. (V grafu 30 jsem znázornila, jak je tato strava pro rodičky zajišťována). Na jednu stranu je to dobrá myšlenka v komfortu během porodu. Otázkou ale zůstává, jaký komfort bude mít rodička, pokud při porodu nastanou nějaké komplikace.

Velmi mile mě překvapilo zjištění, že rakouské porodní asistentky kromě svého povolání v nemocnici ještě ve volném čase provozují odborné kurzy pro těhotné (graf 32). Ve volných chvílích se zabývají kurzy například předporodní přípravy, relaxačními masážemi, akupunkturou, těhotenskou gymnastikou, muzikoterapií, plaváním atd. Já sama jsem během své zahraniční stáže navštívila s rakouskou porodní asistentkou 10 hodin přípravného kurzu pro těhotné, který tvořily těhotné ženy a jejich partneři. Kurz mi přišel velice prospěšný, kdy se budoucí rodiče seznámili s fyziologickým těhotenstvím, těhotenským cvičením, vlastním porodem a také s péčí o novorozence. Velice se mi líbilo, že kurz prováděla porodní asistentka, která přímo v nemocnici pracovala, a mohla tak tedy budoucí rodiče zasvětit do chodu oddělení, průběhem porodu, ale zároveň je seznámila i s patologiemi, které mohou nastat během těhotenství či porodu.

Jak je patrné z grafu 31, porodní asistentky v České republice tolik kurzů neprovádějí. I přesto ale 8 dotazovaných porodních asistentek odpovědělo, že vedou kurzy předporodní přípravy a 5 porodních asistentek pořádá kurzy těhotenského

plavání. Myslím si, že pro budoucí matky jsou tyto kurzy velice přínosné, a měly by být v České republice dostupnější.

Během tří měsíců, které jsem měla možnost strávit na porodním sále v Rakousku, jsem se také bohužel setkala s porodem mrtvého dítěte, a proto jsem se na něj ve dvou otázkách v dotazníku zaměřila. V jedné otázce jsem se ptala, jestli porodní asistentky nabízejí matkám možnost rozloučit se se svým mrtvým dítětem. Odpovědi byly překvapivé (graf 33). 31 (76 %) českých porodních asistentek odpovědělo, že tuto možnost nenabízejí a pouze 10 (24 %) odpovědělo, že matce po porodu nabídnou možnost rozloučení se s mrtvým dítětem. Oproti tomu v Rakousku byly odpovědi jednoznačné, a to, že všech 46 (100 %) dotazovaných porodních asistentek v Rakousku nabízí matce možnost rozloučení se s mrtvým dítětem.

Jak uvádí Magyarová a Ratislavová (19, 23), důležitou roli v péči hraje léčba o psychiku matky, která přišla o své dítě. Ta má právo své dítě pojmenovat, může si ho pochovat a také se s ním rozloučit. Proto záleží na porodní asistentce, aby od rodičky šetrně zjistila, zda si přeje své dítě vidět, zda ho chce pojmenovat a vzít jej do náručí. Fáze rozloučení s dítětem je pro oba rodiče velmi důležitým a významným faktorem. Je podstatné, aby porodní asistentka matku upozornila na vzhled dítěte, který nemusí být příjemný a také na různé anomálie, které mohou být na těle novorozence patrné. Matka je však zpravidla nevnímá tak negativně jako její okolí. Naopak tím že si dítě prohlédne, se ušetří hrůzostrašným představám, které matky po porodu mrtvého dítěte většinou mívají, když se s ním nemohou rozloučit. Je vhodné oběma rodičům vysvětlit jak důležitý je rituál rozloučení. Porodní asistentka během pobytu rodičky na porodním sále vysvětluje, že svou roli zvládla a že neselhala ani jako žena. Je důležité navrhnout také pomoc psychologa nebo psychiatra a vysvětlit rodičům, že jejich pomoc je v této závažné situaci zcela na místě (19, 23).

Jak jsem měla možnost porovnat péči porodní asistentky o matku mrtvého dítěte na porodních sálech v České republice a v Rakousku, přístup porodních asistentek v ČR se mi příliš nelíbil. Magyarová a Ratislavová (19, 23) sice ve svých knihách uvádějí, jak je důležité, aby se matka po porodu s mrtvým dítětem rozloučila, v praxi se toto ale příliš nepoužívá. Nezažila jsem, že by se česká porodní asistentka rodičky vyptávala,

zda by chtěla strávit chvíle se svým novorozencem, jestli chce strávit chvíle se svým dítětem o samotě a rozloučit se nebo zda by si mrtvého novorozence chtěla alespoň pochovat. Z grafu 34 je jasně vidět, jak rakouské porodní asistentky umožní matkám v případě jejich zájmu strávit chvíle s jejich dítětem. Z dotazovaných 41 českých porodních asistentek jich 31 žádné rituály po porodu mrtvého dítěte neprovádí. Na rakouském porodním sále jsem zažila, že po porodu mrtvého dítěte porodní asistentka na sále zapálila svíčku, po souhlasu matky novorozence vykoupala, oblekla a dala jej rodičce a jejímu partnerovi do náruče, kteří s ním mohli strávit několik chvil na porodním sále. Také mě zaujalo, že po každém porodu mrtvého dítěte porodní asistentky pořizují fotografii a provedou otisk dětské nožičky do speciální karty. To vše provedou i pokud matka neprojeví zájem své dítě po porodu vidět. Porodní asistentky vše uschovají a z velké většiny případů matka mrtvého dítěte přijde za i za několik měsíců znovu s tím, že si vše rozmyslela a že by chtěla vidět alespoň fotografii svého dítěte. Domnívám se, že toto je věc k zamyšlení. Jsem toho názoru, že matka by se měla vyjádřit sama, jestli si přeje po porodu strávit chvíle se svým mrtvým dítětem a nikdo by ji do toho neměl nutit. Hodně záleží na porodní asistentce, jakou formou to ženě podá. Myslím si, že žena, která porodí mrtvé dítě, absolutně neví, jak by se měla po porodu zachovat. Možná by ho chtěla vidět a rozloučit se s ním, ale neví, zda je to možné či si klade otázku, jestli by to náhodou nebylo něco špatného. Po zkušenostech, které jsem měla možnost na porodním sále zažít, jsem dnes toho názoru, že z důvodu psychické stránky by každá žena měla mít alespoň možnost strávit chvíle se svým dítětem tak, jak si přeje.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli porodní asistentky v obou zemích provádějí samostatně fyziologické porody. Druhým cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky v České republice umožňují rodičkám využívat alternativní metody. Třetím cílem bylo zjistit, jestli tyto alternativní metody umožňují svým klientkám využívat i rakouské porodní asistentky. Čtvrtým cílem bylo zjistit, zdali české porodní asistentky v prevenci epiziotomie pečují na porodních sálech o hráz rodičky v I. době porodní. Pátým cílem bylo zjistit, jestli porodní asistentky v Rakousku pečují v prevenci o hráz rodičky v I. době porodní. Šestým a zároveň posledním cílem

bylo zjistit odlišnosti ošetrovatelské péče o rodičky v České republice a v Rakousku. Pro dosažení cílů byly stanoveny hypotézy:

Hypotéza 1: Porodní asistentky v ČR vedou samostatně fyziologické porody. Tato hypotéza se nepotvrdila, jak je patrné z grafu 4.

Hypotéza 2: Porodní asistentky v Rakousku vedou samostatně fyziologické porody. Tato hypotéza byla potvrzena, jak můžeme vidět v grafu 4.

Hypotéza 3: Porodní asistentky v ČR během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček. Hypotéza se potvrdila, což je názorně vidět i v grafu 13.

Hypotéza 4: Porodní asistentky v Rakousku během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček. Hypotéza byla potvrzena. Využití alternativních metod nám znázorňuje graf 14.

Hypotéza 5: Porodní asistentky v ČR v prevenci epiziotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní. Průzkum ukázal, že porodní asistentky z velké většiny případů v I. době porodní v prevenci epiziotomie o hráz rodičky nepečují a z toho důvodu se tato hypotéza nepotvrdila, jak je vidět také v grafu 18.

Hypotéza 6: Porodní asistentky v Rakousku v prevenci epiziotomie provádějí péči o hráz rodičky masáží olejem v I. době porodní. Porodní asistentky v Rakousku se aktivně podílejí na prevenci epiziotomie a využívají k tomu masážní oleje. Tímto se hypotéza potvrdila, což je dobře vidět v grafu 18.

Hypotéza 7: Ošetrovatelská péče o rodičky během porodu v ČR a Rakousku je odlišná v uspokojování individuálních potřeb rodiček. Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením jednoznačně potvrzena, jak je zřejmé z grafů 4, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 18, 31, 32, 33, 34.

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci je porovnávána ošetrovatelská péče na porodních sálech v České republice a v Rakousku. Výzkumným šetřením mělo být zjištěno, s jakými způsoby a technikami přicházejí porodní asistentky během své práce do styku a jak naplňují své kompetence.

Prvním z cílů bylo zjistit, zda porodní asistentky vedou samostatně fyziologické porody v ČR a v Rakousku. Cíl byl splněn. Ukázalo se, že velká většina porodních asisterek v České republice samostatně fyziologické porody nevede, i když jim to jejich kompetence umožňují. Dovoluje-li to situace na porodním sále, svěřují fyziologické porody raději do rukou lékařů. Oproti tomu rakouské porodní asistentky vedou ve většině případů porodu samostatně. Tímto se stanovená hypotéza, která udávala, že porodní asistentky v ČR samostatně vedou fyziologické porody, nepotvrdila, ale naopak hypotéza, že porodní asistentky v Rakousku vedou samostatně fyziologické porody, byla potvrzena.

Druhým cílem, bylo zjistit, zda porodní asistentky v České republice během porodu využívají alternativní metody dle přání rodiček. Cíl byl splněn. Průzkum ukázal, že české porodní asistentky umožňují rodičkám vybrat si z několika alternativních metod během porodu a stanovená hypotéza tedy byla potvrzena.

Rovněž třetím cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky v Rakousku využívají během porodu alternativní metody dle přání rodiček. Cíl byl také splněn. Z výzkumu vyplývá, že většina porodních asisterek využívá širokou škálu alternativních metod během porodu a vyhoví tím přání rodiček. Stanovená hypotéza, že porodní asistentky v Rakousku využívají během porodu alternativní metody dle přání rodiček, byla potvrzena.

Čtvrtým cílem bylo, bylo zjistit, zda porodní asistentky v České republice v prevenci epiziotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní. Cíl byl splněn. Z výzkumného šetření je zřejmé, že české porodní asistentky o hráz rodičky v I. době porodní nepečují a stanovená hypotéza tedy nebyla potvrzena.

Pátým cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky v Rakousku v prevenci epiziotomie pečují o hráz rodičky v I. době porodní. Ukázalo se, že rakouské porodní

asistentky aktivně pečují o hráz rodičky, používají masážní oleje a přikládají teplé obklady. Stanovená hypotéza, že porodní asistentky v Rakousku v prevenci epiziotomie provádějí péči o hráz masáží olejem, se tedy potvrdila.

Šestým cílem bylo zjistit odlišnosti ošetrovatelské péče během porodu v České republice a v Rakousku. Cíl byl splněn. Z výzkumu jasně vyplývá, že péče porodních asistentek v Rakousku se odlišuje a v některých případech je značně rozdílná. Například v Rakousku vede samostatně fyziologické porody 65 % dotazovaných porodních asistentek, ale v České republice pouze 35 % porodních asistentek odpovědělo, že fyziologické porody samostatně vedou jen někdy. Nebo v Rakousku nabízí rodičkám během porodu jídlo 100 % dotazovaných porodních asistentek a v České republice jen 15 %. Během porodu požívá homeopatika 100 % dotazovaných porodních asistentek, ale v České republice je to méně jak jedno procento. Stanovená hypotéza, že ošetrovatelská péče o rodičky během porodu v České Republice a v Rakousku je odlišná v uspokojování jejich individuálních potřeb, se potvrdila. Rakouské porodní asistentky tedy využívají více svých kompetencí.

Bakalářskou prací jsem se snažila poukázat na rozdíly ošetrovatelské péče u nás a v zahraničí - Rakousku. Chtěla jsem tak porodním asistentkám v České republice umožnit částečně nahlédnout na práci porodních asistentek na porodních sálech v Rakousku a zamyslet se nad tím, zdali by české porodní asistentky neměly více využívat svých kompetencí na porodních sálech a zda by nějaké činnosti nebylo možné rozšířit či inovovat.

Během své tříměsíční zahraniční stáže, kterou jsem absolvovala na jednom rakouském porodním sále, jsem měla možnost vyzkoušet si různé způsoby a techniky, z nichž pro mě některé byly velmi oblíbené, ale jiné mi jsou bližší více v České republice. Myslím si však, že velkou roli v České republice hrají finance, nedostatek prostoru na porodních sálech, jejich vybavení a samozřejmě také nedostatek času při poskytování péče rodičkám. Na své stáži jsem ale pochopila, že mnohé záležitosti spíše na přístupu personálu. Zůstává tedy otázkou, co každý z nás za sebe dokáže v péči kolem porodu zlepšit.

Bakalářská práce by mohla posloužit studentkám porodní asistence, které mají zájem rovněž absolvovat zahraniční stáž v Rakousku, ale také porodním asistentkám, které uvažují o práci v zahraničí nebo se jen chtějí dozvědět, jak to funguje o několik kilometrů dál za hranicemi naší republiky. Myslím si, že každá porodní asistentka by se měla zajímat o to, jak by svou péči na porodním sále mohla ještě zlepšit.

7. SEZNAM UVEDENÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z.: *Aplikace ošetrovatelských modelů do klinické praxe a komunitní praxe*. Nukleus Hradec Králové: 2005, 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. ARCHALOUSOVÁ, A.: *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Nukleus Hradec Králové: 2003, 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. azrodina.cz [online]. [cit. 2010-04-28] Dostupné z:
<http://www.azrodina.cz/1413-homeopatie-v-obdobi-tehotenstvi-a-po-porodu>
4. CIGNACCO, E., *Hebammenarbeit*, 1.vyd. Bern: Hogrefe AG, 2006., 374 s. ISBN 3-456-84311-9.
5. ckpa.cz [online]. [cit. 2010-04-28] Dostupné z:
www.ckpa.cz
6. ČECH, E., a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
7. ENKIN, M. et.al., *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt*, Bern: Hogrefe AG, 2006. 275 s. ISBN 3-456-84167-1.
8. FARKAŠOVÁ, D.: *Ošetrovatelstvo-teoria*. Osveta, Martin: 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
9. FARKAŠOVÁ, D.: *Ošetrovatelstvo teoria*. Osveta, Martin: 2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
10. fh-campuswien.cz [online]. [cit. 2010-06-01] Dostupné z:
<http://www.fh-campuswien.ac.at/>
11. fnplzen.cz [online]. [cit. 2010-05-12] Dostupné z:
http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#_O%C5%A1et%C5%99ovatel%C3%BD_proces
12. HALLASOVÁ, F., G. *Aromaterapie od A do Z*. 1. vyd. Nakl. Metafora Praha. 2007. 400 s. ISBN 80-7359-086-7.
13. Hebamme.at [online]. [cit. 2010-05-01] Dostupné z:
<http://www.hebamme.at/index.htm>

14. JAROŠOVÁ, D.: *Vybrané ošetrovateľské modely a teórie praxe*. Ostravská univerzita, Ostrava: 2003. ISBN 80-7042-339-0.
15. Klinikum-passau.de [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z:
<http://www.klinikum-passau.de/index.php>
16. Linz.at [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z:
<http://www.linz.at/akh/>
17. lkh-freistadt.at [online]. [cit. 2010-04-01] Dostupné z:
<http://www.lkh-freistadt.at/>
18. LUNNY, V. *Vůně života*. One Woman Press. Praha. 2005. 274 s. ISBN 80-86356-40-X.
19. MAGYAROVÁ, G. Etické prístupy k rodičom novorodencov v kritickom zdravotnom stave. *Revue profesionálnej sestry*. Bratislava: 2000, roč. 7, č. 1, s. 5-7.
20. mzcr.cz [online]. [cit. 2010-04-03] Dostupné z:
www.mzcr.cz
21. PAVLÍKOVÁ, S., HOROVÁ, H.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Grada: 2006. 149 s. ISBN 80-247-1211-3.
22. pdcap.cz [online]. [cit. 2010-05-12] Dostupné z:
http://www.pdcap.cz/Texty/Brozura_Pravo.pdf
23. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*, 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér AREA s r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
24. SÁK, P., OTÁSKOVÁ, J., VODIČKOVÁ, H., KOUDELKOVÁ, V. *Standardy ošetrovateľskej péče v porodní asistenci*, Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
25. VRÁNOVÁ, V.: *Historie Babictví a současnost porodní asistence*. Univerzita Palackého v Olomouci:2007, 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
26. ZRUBECKÁ, A., AŠENBRENEROVÁ, I. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vyd. Mladá Fronta Praha. 2008. 348 s. ISBN 978-80-204-1938-5.
27. ZWINGER, A., et.al. *Porodnictví*, 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetrovateľská péče

Ošetrovateľský proces

Porod

Porodnice

Porodní asistentka

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro české porodní asistentky

Příloha 2 Dotazník pro rakouské porodní asistentky

Příloha 3 Obrázek přístroje „Kiwi“ pro vakuumextrakci

Příloha 4 Tabulka vzdělávání rakouských porodních asistentek diplomované studium

Příloha 5 Tabulka vzdělávání rakouských porodních asistentek pro bakalářské studium

Příloha 6 Ošetřovatelský model Wiedenbachové

Příloha 7 Informace pro zahraniční stáž

Příloha 1

Dotazník pro české porodní asistentky

Dotazník pro porodní asistentky v České republice

Vážené porodní asistentky,

jmenuji se Lucie Vlčková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Připravuji bakalářskou práci na téma: **Porovnání práce porodních asistentek v ČR a Rakousku**. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je anonymní, a veškeré získané informace budou použity ke zpracování méjí bakalářské práce. Odpovědi prosím zaškrtněte nebo doplňte.

Děkuji za spolupráci a čas strávený s vyplněním dotazníku.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a/ 20-24
- b/ 25-29
- c/ 30-34
- d/ 35-39
- e/ 40 a více

2. Kolik let pracujete jako porodní asistentka na porodním sále?

- a/ 0-5 let
- b/ 6-10 let
- c/ 11-15 let
- d/ 16-20 let
- e/ 21 a více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- a/ středoškolské
- b/ vyšší odborné – diplomované
- c/ vysokoškolské – bakalářské

4. Vedete na Vašem porodním sále porody samostatně?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

5. Může vést na Vašem porodním sále porod porodní asistentka, která u Vás nepracuje (např. pracuje v terénu)?

- a/ ano
- b/ ne

6. Vyšetřujete samostatně rodičky během porodu?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

7. Šijete samostatně epiziotomie?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

8. Kolik rodiček máte na starosti?

- a/ jednu
- b/ dvě
- c/ tři
- d/ čtyři a více
- c/ nemá je rozdělené, všechny se staráme o všechny rodičky

9. V jakém případě voláte lékaře? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ na vyšetření rodičky
- b/ pouze při výskytu patologie
- c/ při komplikacích
- d/ na šití komplikované epiziotomie
- c/ na šití každé epiziotomie
- e/ jiné: doplňte:

10. Mohou porodní asistentky na Vašem porodním sále provádět všechny svoje kompetence podle platné legislativy?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

11. Přicházejí na Váš porodní sál rodičky s porodním plánem?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

12. Snažíte se porodní plán uskutečnit, aby byl v souladu s jejich představou?

- a/ ano, vždy
- b/ ano, pokud je v souladu s naším provozem
- c/ ne
- d/ někdy

13. Jaké alternativní metody používáte během porodu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ akupunktura
- b/ akupresura
- c/ muzikoterapie
- d/ dechová cvičení
- e/ sprcha
- f/ relaxace ve vaně samostatně
- g/ relaxace ve vaně s otcem dítěte
- h/ relaxační masáže
- ch/ poloha ve stoje
- i/ poloha na všech čtyřech končetinách
- j/ poloha ve visu
- k/ sed na porodní stoličce
- l/ sed na míči
- m/ aromaterapie
- n/ homeopatie
- o/ stlačování tlakových bodů k relaxaci
- p/ jiné: doplňte:

14. Jakým způsobem tlumíte porodní bolesti u rodiček?(Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) používáme alternativní metody
- b/ spinální analgezie
- c/ epidurální analgezie
- d/ periduální analgezie
- e/ lokálně infiltrační
- f/ podáváme analgetika

g/ podáváme opiáty

h/ jiné: doplňte:

15. Podáváte před porodem klyzma?

a/ ano, vždy

b/ jenom, když si to rodička přeje

c/ ne

16. Holíte rodičky před porodem?

a/ ano, vždy

b/ jenom, když si to rodička přeje

c/ ne

17. Jaké používáte techniky před porodem v prevenci provedení epiziotomie?

a/ žádné

b/ masáže hráze pomocí teplého oleje

c) přikládáme teplé obklady

d/ jiné: doplňte:

18. V jakých polohách rodíte? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

a/ rodička si může vybrat jakoukoliv polohu, která jí vyhovuje

b/ na zádech – na porodnickém lůžku

c/ na zádech – na posteli

c/ na boku

d/ na stoličce – v sedě

e) ve vaně – do vody samostatně

f/ ve vaně – do vody s otcem dítěte

g/ ve visu

ch/ na podlaze, na porodnické podložce

i/ na všech čtyřech končetinách

j/ ve stoje

k/ v pokleku

l/ jiné: doplňte:

19. Kdy přichází k porodu otec dítěte?

a/ současně s příjmem rodičky

b/ když má rodička větší porodnický nález (např. branku 4 cm)

c/ může přijít kdykoliv, není to omezeno

20. Kdo může být přítomen u porodu kromě otce dítěte? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ kdokoliv, není to omezeno
- b/ sestra
- c/ bratr
- d/ babička
- e/ dědeček
- f/ děti
- g/ jiná porodní asistentka (např. z terénu)
- h/ dula
- ch/ jenom jedna osoba – je jedno, která

21. Může rodička během porodu u Vás pít?

- a/ ano
- b/ ne

22. Jaké nápoje může rodička pít? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ není to omezeno
- b/ vodu
- c/ čaj
- d/ džus
- e/ káva
- f/ ovocná šťáva
- g/ nutridrink
- h/ jiné: doplňte:

23. Jakým způsobem zajišťujete nápoje pro rodičky?

- a/ nezajišťujeme je
- b/ nosí si je z domova
- c/ jsou k dispozici na porodním sále
- d/ mohou si je zakoupit v bufetu nemocnice
- e/ objednáváme je z centrální kuchyně

24. Může rodička během porodu u Vás jíst?

- a/ ano
- b/ ne

25. Jaké jídlo může rodička konzumovat? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ není to omezeno
- b/ lehkou stravu – např. jogurt, polévku

- c/ ovoce
- d/ zeleninu
- e/ jiné: doplňte:

26. Jakým způsobem zajišťujete stravu pro rodičky?

- a/ nezajišťujeme je
- b/ nosí si jí z domova
- c/ je k dispozici na porodním sále
- d/ mohou si jí zakoupit v bufetu nemocnice
- e/ objednáváme jí z centrální kuchyně

27. Jaké odborné kurzy pro těhotné vedete? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a/ předporodní příprava
- b/ akupunktura
- c/ akupresura
- d/ muzikoterapie
- e/ aromaterapie
- f/ homeopatie
- g/ plavání
- h/ relaxační masáže
- ch/ těhotenská gymnastika
- i/ laktační poradkyně
- j/ Baby masáže
- k/ břišní tance
- l/ jóga
- m/ shiatzu
- n/ Moxa (speciální čínská akupunktura)
- o/ jiné: doplňte:

28. Nabízíte rodičce po porodu mrtvého dítěte možnost strávit společné chvíle s mrtvým novorozencem z důvodu rozloučení?

- a/ ano
- b/ ne

29. Jaké děláte na Vašem porodním sále rituály při porodu mrtvého dítěte?

- a/ novorozence vyfotografujeme
- b/ novorozence vykoupeme a oblečeme
- c/ rodičce umožníme strávit společné chvíle s novorozencem
- d/ žádné rituály neděláme

Příloha 2

Dotazník pro rakouské porodní asistentky

Fragebogen für Hebammen in der Tschechischen Republik und Österreich

Sehr geehrte Hebammen

Ich heiße Lucie Vlčková und ich bin im dritten Studienjahr - Bachelorstudium für Hebammen an der Fakultät für Heil- und Sozialstudium an der Südböhmischen Universität in Budweis in der Tschechischen Republik. Ich arbeite an der Bachelorarbeit : **Vergleich der Arbeitsvorgänge der Hebammen in der Tschechischen Republik und Österreich.** Ich möchte Sie bitten, den erhaltenen Fragebogen auszufüllen, um eine Analyse der Unterschiede festzustellen. Alle von Ihnen gegebenen Informationen bleiben anonym und werden nur für meine Bachelorarbeit verwendet . Die Antworten bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Interesse.

1. In welchem Alter sind Sie?

- a/ bis 20-24 Jahre
- b/ bis 25-29 Jahre
- c/ bis 30-34 Jahre
- d/ bis 35-39 Jahre
- e/ über 40 Jahre

2. Wie lange arbeiten Sie als Hebamme im Kreißsaal?

- a/ 0-5 Jahre
- b/ 6-10 Jahre
- c/ 11-15 Jahre
- d/ 16-20 Jahre
- e/ 21 und mehr

3. Welchen Schulabschluss haben Sie?

- a/ Abitur
- b/ Abgeschlossene Hochschulausbildung - Bachelor
- c/ Abgeschlossenes Studium – Diplomabschluss

4. Wird bei Ihnen praktiziert, dass Hebamme die Geburt allein ohne Arzt begleitet?

- a/ Ja
- b/ Nein
- c/ Manchmal

5. Darf bei Ihnen die Geburt eine Hebamme leiten, die nicht Ihre Angestellte ist?

- a/ Ja
- b/ Nein

6. Untersuchen Sie Gebärerinnen im Laufe der Geburt?

- a/ Ja
- b/ Nein
- c/ Manchmal

7. Dürfen Sie Episiotomien allein vernähen?

- a/ Ja
- b/ Nein
- c/ Manchmal

8. Wie viele Gebärerinnen werden von Ihnen versorgt?

- a/ Eine
- b/ Zwei
- c/ Drei
- d/ Vier oder mehr
- e/ Wird nicht verteilt, alle Hebamme sorgen für alle Gebärerinnen

9. In welchem Fall rufen Sie einen Arzt zu?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- a/ zu einer Untersuchung von Gebärerinnen
- b/ zum Vorkommen der verschiedenen pathologischen Funden
- c/ zu Komplikationen
- d/ zum Vernähen komplizierter Episiotomie
- c/ zu jedem Vernähen
- e / Sonstiges:

10. Dürfen Hebamme in Ihrem Kreißsaal alle ihre Kompetenzen nach der Gesetzgebung betreiben?

- a/ Ja
- b/ Nein
- c/ Manchmal

11. Kommen Gebärerinnen zu Ihnen mit einem Geburtsplan?

- a/ ja
- b/ nein
- c/ manchmal

12. Versuchen Sie den Geburtsplan einzuhalten?

- a/ Ja, immer
- b/ Ja, wenn es in Übereinstimmung mit unseren Betriebsbedingungen ist
- c/ Nein
- d/ Manchmal

13. Welche alternative Methoden benutzen Sie während der Geburt?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- a/ Akupunktur
- b/ Akupressur
- c/ Musiktherapie
- d/ Atemübungen
- e/ Dusche
- f/ Entspannung der Gebärerinnen in einer Badewanne
- g/ Entspannung mit dem Vater in einer Badewanne
- h/ Entspannungsmassage
- ch/ Stehend
- i/ Stehend und stützend von beiden Beinen und Händen
- j/ im Hängen
- k/ Sitzend auf einem Entbindungshocker
- l/ Sitzend auf einem Ball
- m/ Aromatherapie
- n/ Homöopathie
- o/ Kompressionsdruck Punkte zu entspannen
- p/ Sonstiges:

14. Wie wird der Wehenschmerz gedämpft?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- a) Einsatz von den alternativen Methoden
- b/ Spinalanalgesie
- c/ Epiduralanalgesie
- d/ Periduralanalgesie
- e/ lokale Infiltrationsanästhesie

f/ Analgetika werden eingegeben

g/ Betäubungsmittel werden eingegeben

h/ Sonstiges:

15. Wird vor der Geburt das Klysma durchzuführen?

a/ Ja, immer

b/ nur wenn es mit dem Wunsch der Gebärerinnen übereinstimmt

c/ nein

16. Lassen sich Gebärerinnen vor dem Geburt rasieren?

a/ Ja, immer

b/ nur wenn es mit dem Wunsch der Gebärerinnen übereinstimmt

c/ nein

17. Welche Technik benutzen Sie vor dem Geburt dazu, um Dammschnitt zu verhindern?

a/ Keine

b/ Damm-Massage mit der Hilfe von dem warmen Öl

c/ Beilegen von warmen Verbänden

d/ Sonstiges:

18. Mit welchen Entbindungspositionen arbeiten Sie?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

a/ nach dem Wunsch der Gebärerinnen

b/ auf dem Rücken auf dem Kreißbett

c/ auf dem Rücken im Bett

d/ auf Hüften liegend

e/ im Sitzen auf einem Hocker

e/ alleine in einer Badewanne

f/ in einer Badewanne gemeinsam mit dem Vater des Kindes

g/ im Hängebleiben

ch/ auf dem Boden auf einer Unterlagplatte

i/ stehend und stützend von beiden Beinen und Händen

j/ stehend

k/ kniend

l/ Sonstiges:

19. In welchem Zeitpunkt darf der Vater beim Geburt des Kindes sein?

a/ seit Anfang an; mit der Gebärerin gleichzeitig

b/ wenn die Gebärerin größere geburtshilflichen Befunde hat (z.B. Muttermund 4 cm)

c/ kann jederzeit kommen, der Zeitpunkt ist nicht begrenzt

20. Wer darf bei der Geburt (außer Vater) anwesend sein?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

a/ jeder ohne Beschränkung

b/ Schwester

c/ Bruder

d/ Großmutter

e/ Großvater

f/ Kinder

g/ andere Hebamme

h/ Doula

ch/ nur eine beliebige Person

21. Dürfen Gebärerinnen während der Geburt trinken?

a/ Ja

b/ Nein

22. Welches Getränk wird erlaubt?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

a/ ohne Beschränkung

b/ Wasser

c/ Tee

d/ Saft

e/ Kaffee

f/ Fruchtsaft

g/ Nutridrink

h/ Sonstiges:

23. Wie und wo kann man sich Getränke besorgen?

a/ Getränke werden nicht angeboten

b/ Getränke werden von zu Hause beigebracht

c/ Getränke sind im Kreißsaal zur Verfügung

d/ Getränke werden im Krankenhaus verkauft

e/ Getränke werden in der Betriebsküche bestellt

24. Dürfen Gebärerinnen während der Geburt essen?

a/ Ja

b/ Nein

25. Welche Lebensmittel werden erlaubt?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- a/ ohne Beschränkung
- b/ fettleichte Lebensmittel – z.B. Joghurt, Suppe
- c/ Obst
- d/ Gemüse
- e/ Sonstiges:

26. Wie und wo kann man sich Lebensmittel besorgen?

- a/ Lebensmittel werden nicht angeboten
- b/ Lebensmittel werden von zu Hause beigebracht
- c/ Lebensmittel sind im Kreißsaal zur Verfügung
- d/ Lebensmittel werden im Krankenhaus in einer Cafeteria gekauft
- e/ Lebensmittel werden in der Betriebsküche bestellt

27. Welche Kurse im Bereich der Schwangerenbetreuung leiten Sie?

(Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- a/ vorgeburtliche Fürsorge
- b/ Akupunktur
- c/ Akupressur
- d/ Musiktherapie
- e/ Aromatherapie
- f/ Homöopathie
- g/ Schwimmen
- h/ Entspannungsmassage
- ch/ Schwangerschaftsgymnastik
- i/ Stillberaterin
- j/ Baby-Massage
- k/ Bauchtanz
- l/ Yoga
- m/ Shiatzu
- n/ Moxa (spezielle chinesische Akupunktur)
- o/ Sonstiges:

28. Bieten Sie der Mutter nach ihren nackten Totgeburt Gelegenheit an, Zeit mit ihm verbringen einen gemeinsamen toten Neugeborenen wegen des Abschieds?

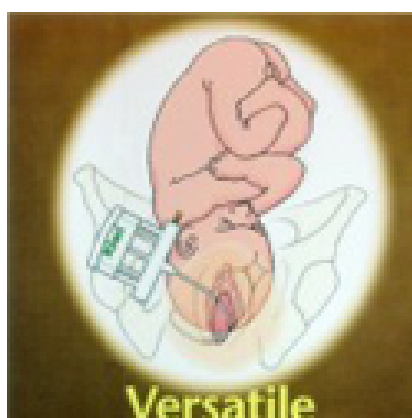
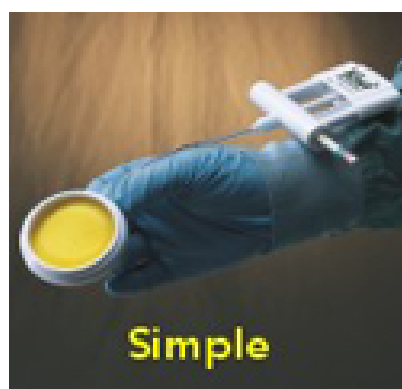
- a/ Ja
- b/ Nein

29. Was fuer Rituale tun Sie in Ihrer Kreißsaal nach Totgeburt?

- a/ Wir machen das Foto des Neugeborenes
- b/ Wir baden und anziehen das Neugeborene
- c/ Wir ermoeeglichen der Mutter die Zeit verbringen mit dem Neugeborene
- d/ Wir machen keine Rituale

Příloha 3

Obrázek přístroje „Kiwi“ pro vakuumextrakci



Zdroj:

<http://www.clinicalinnovations.com/kiwi.htm>

Příloha 4

Tabulka vzdělávání rakouských porodních asistentek diplomované studium

Hebammen-Ausbildungsverordnung BGBl Nr 599/1995

Heb-AV Anlage 1

Theoretische Ausbildung

UNTERRICHTSFACH	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	LEHRPERSON	ART der Prüfung
1. Hebammenkunde (Berufsethik, kulturelle Vergleiche, Ethik, Nottaufe)	20	—	—	Hebamme	Einzelprüfung
2. Bakteriologie, Virologie, Parasitologie	30	—	—	Ärztin / Arzt	Einzelprüfung
3. Pflégetechnik	80	—	—	Hebamme /diplomierte Krankenpflegeperson	Einzelprüfung
4. Morphologie (Anatomie, Embryologie und Physiologie)	100	—	—	Ärztin / Arzt	Einzelprüfung
5. Grundbegriffe der allgemeinen Pathologie	60	—	—	Fachärztin / Facharzt	Einzelprüfung
6. Biophysik, Biochemie, Radiologie	30	—	—	fachkompetente Person	Einzelprüfung
7. Diätetik und Ernährungslehre unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung während Schwangerschaft, Geburt und Stillperiode	—	30	—	Diätassistentin / Diät-assistent / Hebamme	Einzelprüfung
8. Psychologie	—	30	—	Gesundheitspsychologin / -psychologe/ klinische/r Psychologin / Psychologe	Einzelprüfung
9. Erste Hilfe	20	—	—	Ärztin / Arzt	Einzelprüfung
10. Grundbegriffe der Arzneimittellehre und Einführung in die spezielle Arzneimittellehre	10	20	20	Fachärztin / Facharzt	Einzelprüfung
11. Grundzüge der Sozialarbeit	—	—	20	Sozialarbeiterin / -arbeiter	Teilnahme
12. Grundzüge des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes (einschließlich gesetzlicher Schutz von Mutter und Kind)	—	40	—	Juristin / Jurist	Einzelprüfung
13. Hygiene, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Sozialmedizin	50	40	—	Hebamme / Ärztin / Arzt	Einzelprüfung
14. Fach-Englisch	20	20	—	fachkompetente Person	Teilnahme

15. EDV, Dokumentation und wissenschaftliche Arbeitsmethoden	30	15	15	fachkompetente Person	Teilnahme
16. Krankenhausorganisation	20	—	—	fachkompetente Person	Teilnahme
17. Kinderheilkunde (insbesondere in bezug auf Neugeborene)	30	50	10	Fachärztin / Facharzt	Diplomprüfung
18. Geburtshilfe	50	60	40	Fachärztin / Facharzt	Diplomprüfung
19. Gynäkologie	—	40	40	Fachärztin / Facharzt	Diplomprüfung
20. Pathologie in der Geburtshilfe	—	80	80	Hebamme / Fachärztin / Facharzt	Diplomprüfung
21. Instrumenten- und Gerätelehre (Handhabung und Wartung)	20	—	—	Hebamme	Einzelprüfung
22. Kommunikationstraining, Konfliktbewältigung und Supervision)	20	20	20	Psychotherapeutin / Psychotherapeut	Teilnahme
23. Pädagogik (unter besonderer Berücksichtigung der Didaktik)	—	20	—	Pädagogin / Pädagoge / fachkompetente Person	Teilnahme
24. Soziologie	—	20	—	Soziologin / Soziologe / fachkompetente Person	Teilnahme
25. Vorbereitung auf die Elternschaft, Geburtsvorbereitung und Familienberatung	—	50	—	fachkompetente Person	Einzelprüfung
26. Rückbildungsgymnastik	—	20	—	fachkompetente Person	Einzelprüfung
27. Neugeborenen- und Säuglingspflege	40	40	—	Hebamme / diplomierte Krankenpflegeperson	Einzelprüfung
28. Sexualerziehung und Empfängnisregelung	20	20	20	Fachärztin / Facharzt	Einzelprüfung
Stunden	650	615	265		
Gesamtstundenanzahl: 1530					

Praktische Ausbildung

Heb-AV Anlage 2

Praktische Ausbildung	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Summe
Kreißsaal	280	520	520	1 320
Wochenbettstation	120	120	80	320
Kinderzimmer	100	60	80	240
Neonatologie	—	—	160	160
Präpartale Station	100	100	120	320
Geburtshilfliche Ambulanz	180	60	120	360
Gynäkologische Ambulanz	80	—	—	80
Postoperative Station	90	40	—	130
Operationssaal	—	80	—	80
Wahlpraktikum (Freies Externat)	—	—	160	160
Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik	—	60	20	80
Gesamtstundenzahl	950	1040	1260	3250

Zdroj:
<http://www.akhwien.at/>

Příloha 5

Tabulka vzdělávání rakouských porodních asistentek, bakalářské studium

1. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Anatomie VO	2,00	2,00
Physiologie VO	2,00	2,00
Die menschliche Entwicklung bis zur Geburt VO	1,00	1,00
Allgemeine Pathologie VO	2,00	3,00
Grundlagen der allgemeinen Betreuung und Pflege ILV	2,00	2,00
Berufs- und Medizinethik SE	1,00	2,00
Schwangerschaft und Geburt in der Gesellschaft SE	1,00	1,00
Betreuung und Pflege im Wochenbett ILV	2,00	2,00
Die physiologischen Bedürfnisse des Neugeborenen ILV	2,00	2,00
Laktation und Stillen ILV	1,00	1,00
Physiologie der Schwangerschaft ILV	1,00	2,00
Geschichte, Entwicklung und Philosophie der Hebammenarbeit SE	1,00	1,00
Hebammenrolle SE	1,00	1,00
Status der Hebamme in der Gesellschaft SE	0,50	1,00
Hebammengesetz VO	1,00	1,00
Qualitätsmanagement SE	1,00	1,00
Hygiene und Mikrobiologie VO	3,00	3,00
Gesundheitserziehung Gesundheitsvorsorge ILV	1,00	2,00

2. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Kommunikation WS	1,00	1,00
Soziologie ILV	1,00	1,00
Wehenphysiologie, Geburtsmechanismus und Geburtsprozess ILV	1,00	2,00
Geburtsmanagement (inkl. Fertigkeiten) ILV	2,00	2,00
Einführung in Fachenglisch ILV	1,00	1,00
Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten ILV	1,00	1,00
Betreuung und Pflege beim pathologischen Wochenbettverlauf ILV	1,00	1,00
Betreuung und Pflege nach operativer Entbindung ILV	1,00	1,00
Probleme in der Stillzeit ILV	1,00	1,00
Praktikum - Einführung und Reflexion SE	1,00	1,00
Angeleitetes und reflektiertes Praktikum durch Lehrpersonen (begleitend die 12 Wochen Praktikum) APR	1,00	1,00
Praktikum (12 Wochen) PR	0,00	17,00

3. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Schwangerenvorsorge im extramuralen Bereich ILV	0,50	1,00
Hausgeburtshilfe ILV	0,50	1,00
Extramurale Betreuungseinrichtungen ILV	1,00	1,00
Betreuung von Mutter und Kind im 1. Jahr nach der Geburt ILV	0,50	2,00
Vorbereitung auf die Elternschaft, Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik ILV	2,00	3,00
Schwangerenkontrolle und Schwangerenvorsorge ILV	1,00	1,00
Ernährung und Diätetik ILV	1,00	1,00
Fachenglisch ILV	1,00	1,00
Wissenschaftliches Arbeiten ILV	1,00	1,00
Pränatale Diagnostik VO	1,00	1,00
Medizinische Komplikationen in der Schwangerschaft ILV	1,00	1,00
Beratung und Betreuung in speziellen Situationen ILV	3,00	3,00
Praktikum - Einführung und Reflexion SE	1,00	1,00
Angeleitetes und reflektiertes Praktikum durch Lehrpersonen (begleitend die 7,5 Wochen Praktikum) APR	1,00	1,00
Praktikum (7,5 Wochen) PR	0,00	11,00

4. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Konfliktmanagement ILV	1,00	1,00
Psychologie ILV	1,00	1,00
Pädagogik ILV	1,00	1,00
Allgemeine und spezielle Pharmakologie VO	2,00	2,00
Kinderheilkunde VO	2,00	2,00
Neonatologie ILV	2,00	2,00
Fachenglisch für Fortgeschrittene SE	1,00	1,00
Kritisches Lesen von Fachliteratur SE	1,00	2,00
Frauengesundheitsforschung ILV	1,00	1,00
Medizinische Komplikationen Geburt und Wochenbett ILV	2,00	2,00
Notfallsituationen und Management WS	1,00	1,00
Operative Geburt ILV	1,00	1,00
Geburtshilfliche Anästhesie und Analgesie VO	1,00	1,00
Praktikum - Einführung und Reflexion SE	1,00	1,00
Angeleitetes und reflektiertes Praktikum durch Lehrpersonen (begleitend die 7 Wochen Praktikum) APR	1,00	1,00
Praktikum (7 Wochen) PR	0,00	10,00

5. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Sozialarbeit und interkulturelles Lernen ILV	1,00	1,00
Fachbezogenen Komplementärmedizin SE	1,00	2,00

Gynäkologie VO	3,00	3,00
Perioperative Betreuung und Pflege ILV	1,00	1,00
Seminar Bachelorarbeit 1 SE	1,00	4,00
Praktikum - Einführung und Reflexion SE	1,00	1,00
Angeleitetes und reflektiertes Praktikum durch Lehrpersonen (begleitend die 12 Wochen Praktikum) APR	1,00	1,00
Praktikum (12 Wochen) PR	0,00	17,00

6. Semester

Lehrveranstaltungsbezeichnung	SWS	Credits
Familienplanung und Sexualerziehung ILV	0,50	1,00
Seminar Bachelorarbeit 2 SE	1,00	5,00
Organisation und Betriebsmanagement ILV	1,00	2,00
Forensische Medizin SE	1,00	1,00
Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsberufe ILV	1,00	2,00
Hebammenarbeit im intra- und extramuralen Bereich SE	0,50	1,00
Hebammenarbeit im intra- und extramuralen Bereich: Hausgeburtsilfe PR	0,00	4,00
Hebammenarbeit im intra- und extramuralen Bereich: Pränatale Diagnostik inkl. Ultraschall PR	0,00	4,00
Hebammenarbeit im intra- und extramuralen Bereich: Vorbereitung auf die Elternschaft PR	0,00	4,00
Praktikum - Einführung und Reflexion SE	1,00	1,00
Angeleitetes und reflektiertes Praktikum durch Lehrpersonen (begleitend die 8,5 Wochen Praktikum) APR	1,00	1,00
Praktikum (8,5 Wochen) PR	0,00	12,00

Zdroj:

office@fh-campuswien.ac.at

Příloha 6

Vypracovala studentka:.....

Ročník:.....

Kontakt – mail, telefon:.....

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE ERNESTINY WIEDENBACHOVÉ Model umění pomoci

Iniciály klientky:	Rok narození:
Porodní sál:	Lékařské diagnózy:

1. PŘÍJEM RODIČKY
Anamnéza:
Rodina pacientky informována: ☐ ano ☐ ne
Informace klientce poskytl: ☐ lékař: ☐ ano ☐ ne porodní asistentka: ☐ ano ☐ ne
Klientka si přeje u porodu: ☐ otce dítěte ☐ sestru ☐ matku ☐ dula ☐ svojí porodní asistentku
☐ jiné:.....
Stav klientky: ☐ vdaná ☐ svobodná ☐ rozvedená ☐ vdova
Zaměstnána: ☐ ano: druh zaměstnání:.....
☐ ne: ☐ bez práce ☐ MD ☐ invalidní důchod ☐ jiné:.....
Pojištění: ☐ ano ☐ ne: způsob placení: ☐ hotově ☐ převodem ☐ jiné:.....
Operace: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....druh operace:.....
Úraz: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....druh úrazu:.....
Běžné dětské choroby: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....
Jiná onemocnění: ☐ ne ☐ ano: ☐ DM: typ diabetu:..... ☐ tuberkulóza ☐ lues
☐ AIDS ☐ hypertenze ☐ varixy DK ☐ jiné:.....
Užívání léků: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....
Dieta: ☐ ne ☐ ano: jaká:.....Alergie: ☐ ne ☐ ano: na co:.....
Krevní skupina a Rh faktor:.....transfúze: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....reakce: ☐ ano ☐ ne
Kouření: ☐ ne ☐ ano: kolik cigaret:.....denně alkohol: ☐ ano ☐ ne návykové látky: ☐ ano ☐ ne
Současný stav: projevy, příznaky a základní vyšetření sestrou: Termín porodu:
Krvácení: ☐ ano ☐ ne špinění: ☐ ano ☐ ne odchod hlenové zátky: ☐ ano ☐ ne
Kontrakce: ☐ ne ☐ ano: ☐ nepravidelné ☐ pravidelné: po kolika minutách:.....
☐ slabé ☐ silné ☐ tlaky pohyby plodu: ☐ cítí ☐ necítí: od kdy:.....
Rozměry pánevní: dist. bisp:.....dist. bicrist:.....dist. bitroch:.....kon. exter:.....
Zevní vyšetření:.....
Vnitřní vyšetření: nález:.....
Odtok plodové vody: ☐ ne ☐ ano: v kolik hodin:.....Temeschváry: ☐ pozitivní ☐ negativní
Dirupce vaku blan: ☐ ne ☐ ano: barva: ☐ průzračná ☐ zkalená ☐ zelená ☐ se smolkou
CTG: ☐ ne ☐ ano: hodnocení křivky:.....
Frekvence ozev plodu:.....za minutu
UZ: ☐ neproveden ☐ proveden: nález:.....
HBsAg: ☐ pozitivní ☐ negativní TPHA: ☐ pozitivní ☐ negativní Streptokok. agalac.: ☐ poz. ☐ neg.
Fyziologické funkce:
Puls: počet:.....min. ☐ pravidelný ☐ nepravidelný ☐ mělký ☐ plný ☐ nitkovitý
Krevní tlak:mmHg TT:.....°C
Výška:.....cm váha před těhotenstvím:.....kg nyní:.....kg
Bolest:
Charakter bolesti: ☐ tupá ☐ ostrá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ křížová ☐ břišní ☐ jiné:.....

Stupnice:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐opiáty ☐analgetika ☐spinální analgésie ☐epidurální analgésie
☐poloha ☐masáže ☐hydroterapie ☐aromaterapie ☐jiné:.....

Soběstačnost: ☐úplná ☐částečná pomoc ☐úplná pomoc ☐úroveň soběstačnosti: 0 1 2 3 4 5

Výživa:
 Chuť k jídlu: ☐ano ☐ne:důvod:.....
 Forma stravy: ☐tekutá ☐kašovitá ☐normální konzistence
 Dyspeptické potíže: ☐ne ☐ano: ☐pálení žáhy ☐nauzea ☐říhání ☐zvracení ☐jiné:

Tekutiny:
 Množství tekutin:..... za 24 hod.
 Pocit žízně: ☐ano ☐ne ☐občas
 Kožní turgor: ☐snížený ☐normální ☐dehydratace ☐jiné:.....
 Otoky: ☐ne ☐ano: kde: ☐prsty ☐kotníky ☐lýtka ☐celé končetiny ☐obličej ☐jiné:.....

Vylučování moče:
 Spontánní vylučování: častost:/24 h. množství:..... /24 h. barva:.....
 Příměsi: ☐krev ☐hnis žluč. barviva bílkovina ☐jiné:.....
 Vyšetření moči indikačním papírkem: ☐ano ☐ne
 Potíže při močení: ☐ne ☐ano: ☐řezání ☐pálení ☐svědění ☐bolest ☐jiné:.....

Vylučování stolice:
 Spontánní vyprazdňování: ☐pravidelné:☐ne ☐ano: za kolik dní:.....
☐nepravidelné:☐ne ☐ano: za kolik dní:.....
 Barva: ☐hnědá ☐acholická ☐jiná:.....
 Konzistence: ☐formovaná ☐průjemovitá ☐vodnatá ☐zácpa ☐bobkovitá ☐skybala
 Klyzma podáno: ☐ano ☐ne: důvod:.....

Spánek:
 Kolik hodin spíte?.....
 V kolik hodin chodíte spát?: 21.00 ☐22.00 ☐23.00 ☐24.00 ☐jiné:.....
 Po probuzení se cítíte: ☐odpočínutá ☐unavená
 Spíte celou noc: ☐ano ☐ne:☐budíte se v noci ☐budíte se brzy ráno ☐jiné:.....

Odpočinek:
 Forma relaxace: ☐poslouchání hudby ☐masáže ☐relaxace na míči ☐jiné:.....
 Návštěva kurzu: ☐ne ☐ano: druh:.....

Hygiena – pacientka přichází:
 Nehty: ☐ulámané ☐třepí se ☐pěstěné ☐čisté ☐špinavé ☐jiné:.....
 Vlasy: ☐čisté ☐mastné ☐suché ☐lámající se ☐roztřepené ☐vši ☐pěstěné ☐jiné:.....
 Celkový vzhled: ☐upravená ☐neupravená

Nemocná byla seznámena s „Právy pacientů“: ☐ano ☐ne
 Kdo Vás seznámil s domácím řádem nemocnice: ☐staniční sestra ☐sestra z oddělení ☐nikdo

Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci:

Příčiny dyskomfortu:

Realizace pomoci:

A) Shoda/neshoda s pacientkou:

B) Rozšířená péče: ☐ne ☐ano: jaká:

C) Direktivní činnosti:**1. DOBA PORODNÍ – začátek: čas:..... konec: čas:.....****Současný stav:**

Krvácení: ☐ano ☐ne špinění: ☐ano ☐ne odchod hlenové zátky: ☐ano ☐ne
Kontrakce: ☐ne ☐ano: ☐nepravidelné ☐pravidelné: po kolika minutách:.....
☐slabé ☐silné ☐tlaky pohyby plodu: ☐cítí ☐necítí: od kdy:.....
Vnitřní vyšetření: nález:.....
Frekvence vyšetřování: ☐za 1 hodinu ☐za 2 hodiny ☐jiné:.....
Odtok plodové vody: ☐ne ☐ano: v kolik hodin:.....Temeschváry: ☐pozitivní ☐negativní
Dirupce vaku blan: ☐ne ☐ano: barva: ☐průzračná ☐zkalená ☐zelená ☐se smolkou
CTG: ☐ne ☐ano: hodnocení křivky:.....
Frekvence CTG: ☐za 1 hodinu ☐za 2 hodiny ☐po přípravě ☐po dirupci ☐po sprše ☐kontinuálně
☐jiné:.....
Frekvence ozev plodu:za minutu Frekvence poslechu ozev: ☐po 15 min. ☐po 20 min.
☐po 30 min. ☐po 45 min. ☐za 1 hodinu ☐jiné:.....
Pulzní periferní oxymetrie SpO2: ☐ne ☐ano: čas:.....hodnota:.....%
Zavedení intrapartální fetální pulzní oxymetrie IFP: ☐ne ☐ano: čas:.....hodnota:.....%
Podávání O2: ☐ano ☐ne zavedení kanyly: ☐ne ☐ano: čas:.....
Aplikace infúze: ☐ne ☐ano: název roztoku:.....
Název inj. léku do infúzního roztoku:.....
Ostatní terapie:.....
.....
.....

Fyziologické funkce:

Puls: počet:.....min. ☐pravidelný ☐nepravidelný ☐mělký ☐plný ☐nitkovitý
Krevní tlak:mmHg TT:.....°C

Bolest:

Charakter bolesti: ☐křížová ☐břišní ☐jiné:.....
Stupnice:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐opiáty ☐analgetika ☐spinální analgésie ☐epidurální analgésie
☐poloha ☐masáže ☐sprcha ☐aromaterapie ☐míč ☐stolička ☐vana ☐dýchání ☐mačkání tl. bodů
☐jiné:.....

Úroveň pomoci PA: ☐částečná pomoc ☐úplná pomoc ☐úroveň pomoci: 0 1 2 3 4 5

Úroveň pomoci partnera/jiné osoby: ☐částečná pomoc ☐úplná pomoc ☐úroveň pomoci: 0 1 2 3 4 5

Výživa:

Forma stravy: ☐tekutá ☐kašovitá ☐normální konzistence ☐žádná

Dyspeptické potíže: ☐ne ☐ano: ☐nauzea ☐zvracení ☐jiné:

Tekutiny:

Druh tekutin: ☐voda ☐čaj ☐šťáva ☐džus ☐jiné:.....

Pocit žízně: ☐ano ☐ne ☐občas

Vylučování moče:

Spontánní vylučování: ☐ano ☐ne

Vyšetření moči indikačním papírkem: ☐ano ☐ne

Potíže při močení: ☐ne ☐ano: ☐řezání ☐pálení ☐svědění ☐bolest ☐jiné:.....

Cévkování jednorázové: datum:.....čas:.....

Močový permanentní katétr: ☐ne ☐ano: číslo:.....datum katetrizace:.....

Vylučování stolice:

Spontánní vyprazdňování: ☐ano ☐ne Klyzma: ☐ne: proč:..... ☐ano: čas:.....

Odpočinek:

Forma relaxace: ☐poloha ☐masáže ☐sprcha ☐aromaterapie ☐míč ☐stolička ☐vana ☐dýchání
☐jiné:.....

Hygiena: Sprcha: ☐ ano ☐ ne ☐ jiné:	
Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci:	
Příčiny dyskomfortu:	
Realizace pomoci:	
A) Shoda/neshoda s pacientkou:	
B) Rozšířená péče: ☐ ne ☐ ano: jaká:	
C) Direktivní činnosti:	
2. DOBA PORODNÍ – začátek: čas:..... konec: čas:.....	
Současný stav: Jednorázové cévkování: ☐ ne ☐ ano: čas: Poloha při porodu: ☐ na zádech ☐ na stoličce ☐ v sedě ☐ ve stoje ☐ ve vaně ☐ jiné: Tlačení rodičky: doba: Mechanismus porodu: Porod: ☐ spontánní ☐ indukovaný ☐ operativní: Epiziotomie: ☐ mediální ☐ laterální ☐ mediolaterální Porodní poranění: druh: Anestézie: ☐ ne ☐ ano: druh: Novorozenec: ♀ ♂ váha:g délka:cm Apgar scóre: za 1 min: za 5 min: za 10 min: Pupečníkový ASTRUP odebrán: ☐ ano ☐ ne Příložení k prsu za: minut	
Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci:	
Příčiny dyskomfortu:	
Realizace pomoci:	
A) Shoda/neshoda s pacientkou:	
B) Rozšířená péče: ☐ ne ☐ ano: jaká:	
C) Direktivní činnosti:	
3. DOBA PORODNÍ - začátek: čas:..... konec: čas:.....	
Současný stav: Mechanismus porodu placenty: Kontrola placenty a pupečníku: ☐ ano ☐ ne Vyšetření porodních cest: ☐ ano ☐ ne Manuální lýze placenty: ☐ ano ☐ ne Sutura epiziotomie: ☐ ano ☐ ne Krevní ztráta:ml Stažená děloha: ☐ ano ☐ ne	

Fyziologické funkce:Dýchání: počet dechů:.....min. ☐pravidelné ☐nepravidelnéPuls: počet:.....min. ☐pravidelný ☐nepravidelný ☐mělký ☐plný ☐nitkovitý

Krevní tlak:mmHg TT:.....°C

Bolest:Charakter bolesti: ☐tupá ☐ostrá ☐bodavá ☐jiné:.....Stupnice:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐opiáty ☐analgetika ☐spinální analgésie ☐epidurální analgésie☐podání vaku s ledem ☐jiné:.....**Výživa:**Chuť k jídlu: ☐ano ☐ne:důvod:.....Forma stravy: ☐tekutá ☐kašovitá ☐normální konzistence ☐žádná**Tekutiny:**Druh tekutin: ☐voda ☐čaj ☐šťáva ☐džus ☐jiné:.....Pocit žízně: ☐ano ☐ne ☐občas**Vylučování moče:**Spontánní vylučování: ☐ano ☐ne barva:.....Potíže při močení: ☐ne ☐ano: ☐řezání ☐pálení ☐svědění ☐bolest ☐jiné:.....

Cévkování jednorázové: datum:.....čas:.....

Spánek:Spánek: ☐ano ☐ne ospalost: ☐ano ☐ne**Odpočinek:**Forma relaxace: ☐povídání si s partnerem ☐s miminkem ☐jiné:.....**Hygiena:**Omytí po porodu: ☐ano ☐ne**Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci:****Příčiny dyskomfortu:****Realizace pomoci:****A) Shoda/neshoda s pacientkou:****B) Rozšířená péče:** ☐ne ☐ano: jaká:**C) Direktivní činnosti:****4. DOBA PORODNÍ - začátek: čas:..... konec: čas:.....****Současný stav:**

Krevní ztráta:.....ml

Stažená děloha: ☐ano ☐neKontrola krvácení: ☐ne ☐ano: čas:.....**Fyziologické funkce:**Dýchání: počet dechů:.....min. ☐pravidelné ☐nepravidelnéPuls: počet:.....min. ☐pravidelný ☐nepravidelný ☐mělký ☐plný ☐nitkovitý

Krevní tlak:mmHg TT:.....°C

Bolest:Charakter bolesti: ☐ tupá ☐ ostrá ☐ bodavá ☐ jiné:Stupnice:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐ opiáty ☐ analgetika ☐ spinální analgésie ☐ epidurální analgésie☐ podání vaku s ledem ☐ jiné:**Výživa:**Chuť k jídlu: ☐ ano ☐ ne: důvod:Forma stravy: ☐ tekutá ☐ kašovitá ☐ normální konzistence ☐ žádná**Tekutiny:**Druh tekutin: ☐ voda ☐ čaj ☐ šťáva ☐ džus ☐ jiné:Pocit žízně: ☐ ano ☐ ne ☐ občas**Vylučování moče:**Spontánní vylučování: ☐ ano ☐ ne barva:Potíže při močení: ☐ ne ☐ ano: ☐ řezání ☐ pálení ☐ svědění ☐ bolest ☐ jiné:

Cévkování jednorázové: datum: čas:

Spánek:Spánek: ☐ ano ☐ ne ospalost: ☐ ano ☐ ne**Odpočinek:**Forma relaxace: ☐ povídání si s partnerem ☐ s miminkem ☐ jiné:**Hygiena:**Omytí po porodu před transportem na oddělení šestinedělí: ☐ ano ☐ ne**Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci:****Příčiny dyskomfortu:****Realizace pomoci:****A) Shoda/neshoda s pacientkou:****B) Rozšířená péče:** ☐ ne ☐ ano: jaká:**C) Direktivní činnosti:****Čas předání rodičky a dokumentace na oddělení šestinedělí:****Doplňující údaje (event.výsledky a konziliární vyšetření):**

[illegible]

Datum	Kód oš.dg.	Oš. diagnóza	Cíl	Kritéria	Intervence	Zhodnocení

Datum	Kód oš.dg.	Oš. diagnóza	Cíl	Kritéria	Intervence	Zhodnocení

Příloha 7

Informace pro zahraniční stáž

Zahraniční stáž 1. 7.-30. 9. 2009

RAKOUSKO-Freistadt



- Cca 60 km od Českých Budějovic
- 7 500 obyvatel
- Doprava ve městě – MHD (1 – 2 €)
- Obchodní zóna nedaleko nemocnice
- Nemocnice na konci města (směr Linz) – historické centrum města 40 minut pěšky



Program stáže

- 3. patro – gynekologicko – porodnické odd., novorozenecké odd. i šestinedělí
- 6 týdnů novorozenecké odd.
- 6 týdnů porodní sál
- výpomoc na šestinedělí a na gynekologickém odd.
- těhotenský kurz – NEPOVINNÉ (10 hodin)



Porodní sál



- CTG ambulance
- Příjem
- Vedení porodu
- Asistence u s.c. a VEX
- Péče o rodičku
- První ošetření novorozence



Ubytování

- 135 € měsíčně (včetně týdenního úklidu)
- samostatné bydlení
- 3 – 5 minut od nemocnice
- bez spotřebičů
- tipy, co vzít s sebou:
 - radio, PC, nádobí



Zdroj: vlastní