



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Porodnické operace a role porodní asistentky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Alena Láníková

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph. D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Porodnické operace a role porodní asistentky* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2023

.....
Alena Láníková

Poděkování

Mé poděkování patří panu primáři MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za vedení, cenné rady, čas, ochotu a trpělivost v průběhu zpracovávání bakalářské práce. Ráda bych též poděkovala paní Mgr. Olze Dvořáčkové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování výsledků výzkumu a Mgr. Daniele Bukovské za poskytnutí podkladů pro zpracování teoretické části práce. Děkuji všem studentkám, které se zapojily do mého výzkumu a mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Porodnické operace a role porodní asistentky

Abstrakt

Tato práce se zabývá operacemi prováděnými v souvislosti s těhotenstvím, porodem a obdobím šestinedělí. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisuje jednotlivé chirurgické zákroky, jejich indikace a role porodních asistentek v nich. Rovněž otevírá tematiku informovanosti žen i porodních asistentek v těchto oblastech, na což navazuje část výzkumná, která se zaměřuje na studentky tohoto oboru a jejich informovanost a připravenost vykonávat svoji roli a edukaci.

Výzkumná část ve formě dotazníkového šetření byla zaměřena na studentky porodní asistence z pěti univerzit v České republice. Byl zaměřen na kompetenci porodních asistentek instrumentovat císařský řez. Výzkumný soubor tvořilo celkem 80 respondentek. Všechny studentky byly ženského pohlaví a studovaly druhý nebo třetí ročník oboru porodní asistence. Pro zpracování výsledků byl použit Fisherův exaktní test a Chí kvadrát test.

Pro výzkum byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny pečovat o ženu, jejíž stav vyžaduje provedení porodnické operace v průběhu těhotenství nebo za porodu. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny na skutečnost, že v jejich kompetenci při vykonávání vlastní profese je také instrumentace císařského řezu.

Hypotézy stanovené pro výzkum byly následující:

H1: Existují rozdíly v přípravě instrumentace císařského řezu mezi studentkami 2. a 3. ročníku.

H2: Mezi studentkami ZSF JČU a studentkami jiných univerzit v České republice není subjektivní rozdíl v přípravě na instrumentaci císařského řezu.

Z celkového počtu 80 (100 %) se zúčastnilo výzkumu 26 (32,50 %) studentek z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a 54 (67,60 %) z jiných univerzit v České republice.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že se celkem 69 (86,30 %) studentek mělo možnost zapojit do péče o ženu v průběhu císařského řezu v rámci svého studia. Při císařském řezu provádí poslech ozev plodu, přebírají novorozence k prvnímu ošetření, celkem 10 (12,50 %) z nich přímo instrumentovaly, nebo uvedly možnost: Jiná péče.

Z výzkumu dále vyplynulo, že téměř všechny studentky vyzdvihují důležitost zařazení instrumentace do praktické přípravy na operačním sále v rámci svého studia, ze kterého také doposud nejvíce z nich získalo důležité zkušenosti. Většina studentek ví, že má porodní asistentka tuto kompetenci, avšak 70 (87,50 %) z nich se o této skutečnosti dozvědělo až při studiu.

Pouze 10 (12,50 %) respondentek považují přípravu v oblasti péče o ženu během operace císařský řez za dostatečnou v rámci praxí a pouze jedna studentka odpověděla kladně na otázku, zda se cítí být připravena na samostatnou instrumentaci.

Klíčová slova

Porodnické operace; role porodní asistentky; porodní asistentka; žena; edukace; informovanost; role; instrumentace; studentka

Obstetric operations and the role of the midwife

Abstract

This work deals with operations performed in connection with pregnancy, childbirth and the postpartum period. It is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes individual surgical interventions, their indications and the role of midwives in them. It also opens up the topic of awareness of women and midwives in these areas, which is followed by a research section that focuses on students of this field and their awareness and readiness to perform their role and education.

The research part, in the form of a questionnaire survey, was aimed at midwifery students from five universities in the Czech Republic. It was focused on the competence of midwives to instrument caesarean sections. The research group consisted of a total of 80 female respondents. All students were female and were studying second or third year midwifery. Fisher's exact test and Chi-square test were used to process the results.

Two objectives were set for the research. The first objective was to find out how future midwives who are preparing for their profession are prepared to care for a woman whose condition requires an obstetric operation during pregnancy or during childbirth. The second goal was to find out how future midwives who are preparing to perform their profession are prepared for the fact that instrumentation during caesarean section is also within their competence while performing their own profession.

The hypotheses established for the research were as follows:

H1: There are differences in the preparation of caesarean section instrumentation between 2nd and 3rd year students.

H2: There is no difference between female students of ZSF JU and female students of other universities in the Czech Republic subjective difference in preparation for

caesarean section instrumentation.

Of the total number of 80 (100%), 26 (32.50%) female students from the University of South Bohemia in České Budějovice and 54 (67.60%) from other universities in the Czech Republic participated in the research.

The research showed that a total of 69 (86.30%) female students had the opportunity to take part in the care of a woman during a caesarean section as part of their studies. During caesarean section, they listen to fetal sounds, take newborns for the first treatment, a total of 10 (12.50%) of them directly instrumented or indicated the possibility of other care.

The research also showed that almost all female students highlight the importance of including instrumentation in the practical training in the operating room as part of their studies, from which most of them have gained important experience so far. Most female students know that midwives have this competence, but 70 (87.50%) of them learned about this fact only during their studies.

Only 10 (12.50%) female respondents consider the preparation in the field of caring for a woman during a cesarean section operation to be sufficient within practice, and only one female student answered positively to the question whether she felt prepared for independent instrumentation.

Key words

Obstetric operations; the role of the midwife; midwife; woman; education; awareness; role; instrumentation; student

Obsah

1	HISTORICKÝ ÚVOD	11
1.1	VÝVOJ PORODNICKÝCH OPERACÍ.....	11
2	SBĚR ANAMNESTICKÝCH DAT A PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ	12
2.1	SBĚR ANAMNESTICKÝCH DAT.....	12
2.2	ROLE PORODNÍ ASISTENTKY U SBĚRU ANAMNESTICKÝCH DAT.....	12
2.3	PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ.....	12
3	DRUHY PORODNICKÝCH OPERACÍ	14
3.1	CÍSAŘSKÝ ŘEZ (SECTIO CAESAREA)	14
3.1.1	<i>Role porodní asistentky u vedení cisařského řezu (sectio caesarea)</i>	<i>16</i>
3.1.2	<i>Nástroje na instrumentačním stolku.....</i>	<i>18</i>
3.1.3	<i>Seznam nástrojů na instrumentačním stolku</i>	<i>19</i>
3.2	KLEŠŤOVÝ POROD (FORCEPS).....	19
3.2.1	<i>Role porodní asistentky u vedení porodu per forcipem.....</i>	<i>21</i>
3.3	VAKUUMEXTRAKCE	21
3.3.1	<i>Role porodní asistentky u vedení porodu za užití vakuumextraktoru.....</i>	<i>23</i>
3.3.2	<i>Srovnání extrakčních porodnických operací</i>	<i>24</i>
3.4	EPIZIOTOMIE	24
3.4.1	<i>Role porodní asistentky u provedení epiziotomie.....</i>	<i>25</i>
3.5	CERKLÁŽ (CERCLAGE).....	26
3.6	PORODNICKÝ OBRAT (VERSIO OBSTETRICA).....	27
3.7	OPERACE OBDOBÍ TŘETÍ DOBY PORODNÍ A RANÉHO ŠESTINEDĚLÍ.....	28
3.7.1	<i>Manuální vybavení placenty (lysis placentaе manualis).....</i>	<i>29</i>

3.7.2	<i>Revize dutiny děložní (revisio cavi uteri)</i>	30
4	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
4.1	CÍLE PRÁCE	31
4.2	HYPOTÉZY	31
4.3	OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
5	METODIKA VÝZKUMU	33
5.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
6.1	GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	35
	GRAF 1 – VĚK	35
6.2	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	50
7	DISKUSE	57
8	ZÁVĚR	62
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
10	SEZNAM PŘÍLOH	70
11	SEZNAM ZKRATEK	72

Úvod

Porodnické operace představují soubor chirurgických výkonů souvisejících s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Tyto operace se tedy přirozeně týkají žen, ale nejen ze strany rodiček dochází k jejich indikacím, indikace přichází i ze strany plodů, nebo jsou smíšené. (Roztočil, 2020) Základní operace tohoto typu se rozdělují do kategorií: přípravné, operace ukončující porod a operace, které se provádějí ve III. době porodní. (Doležal, 2007) Jsou operace, které lze označit za podpůrné, zejména se to týká skupiny zákroků vedoucí k ukončení porodu. Stává se však, že porodnické operace bývají spojené s velmi nepříjemnými zážitky, a to i z hlediska nedostatečné edukace a špatné komunikace. Každá žena vnímá různé zákroky rozdílně, proto je třeba pokud možno co nejvíce ženy informovat a mluvit s nimi, neboť jejich psychické rozpoložení zde hraje velmi důležitou roli. (Doležal, 2007)

Myslím si, že o operacích v porodnictví se nemluví dostatečně. Pochopitelně i z toho důvodu, že představují skupinu rizik, které si většina žen ani nechce připustit a zkrátka doufá, že toto období bude pro ně fyziologické a žádného zákroku nebude třeba, ač se nejedná pouze o nejznámější výkony jako císařský řez nebo klešťový porod. Některé druhy zákroků bývají dle mého názoru diskutovány naopak příliš a stávají se kontroverzními tématy. Často mezi ženami navzájem předávané zkušenosti a domněnky přetvářejí jejich skutečné indikace (např.: provedení epiziotomie, zákroku, který se řadí do operací přípravných) a i z tohoto důvodu je zřejmě kvalitní edukace důležitá. V dnešní době i do tohoto tématu zasahuje nepřiměřené množství informací často nepodložených zdrojů, které zejména internetové diskuse velmi umocňují a pravda bývá často upozaděna. I z tohoto důvodu jsem se rozhodla věnovat svojí bakalářskou práci tomuto tématu. Také porodní asistentky sehrávají důležitou roli v těchto oblastech, ač se může zdát, že do hlavní pozice se zde staví pouze lékařský zásah. Ve svém výzkumu, který je součástí této práce, se zajímám u studentek oboru porodní asistence, zda vnímají přípravu na instrumentaci císařského řezu, ke které mají kompetenci a může je čekat i tato role ve výkonu budoucího povolání.

1 Historický úvod

1.1 Vývoj porodnických operací

Mezi nejstarší druhy operací vůbec budou ty porodnické zcela jistě patřit. Svého rozvoje po vědecké stránce se dočkaly v průběhu 18. století, kdy dominantou evropského porodnictví byly tzv. báby pupkořezné. Jejich teoretické vzdělání bylo tehdy velmi podprůměrné. Na opačné straně se však dostávají ke svému slovu chirurgové, kteří uplatňují své znalosti zpočátku především z válečné traumatologie a porodnictví postupně získává teoretické poznatky pro svoji praxi. Používá se extrakce či obrat plodu, svůj rozvoj zde nachází porodnické kleště, odhaluje se tajemství porodního mechanismu. Do povolání čistě ženského vstupuje muž, což přináší velký rozvoj zejména v provádění výkonů, které byly ženám do té doby přísně nedostupné. Obor chirurgie nazývaný ranhojičstvím, byl dovolen vzdělávat a provádět pouze mužské populaci. I tento fakt způsobil rozdíly v učení vznikajících porodnických škol. Na jedné straně stály školy, které podporovaly operativní výkony v praxi a na druhé školy konzervativní, které tyto techniky odmítaly a chtěly udržet ženské povolání ženským. Tento spor zůstal sporem dodnes. Ranhojičství bývalo odděleno od klasického lékařství, což se změnilo na konci 18. století, v propojení s medicínou a přírodovědnými obory je dodnes zaznamenáván další, rychle se rozvíjející pokrok. V 19. století vzal za své například objev rentgenových paprsků, sir James Young Simpson přispívá objevem vakuumextrakce, která se rozšíří až ve 20. století, které mimo jiné obohatilo porodnictví příchodem ultrazvuku, laseru, magnetické rezonance, ale i rozlišováním hormonů, antibiotik, nebo vitaminů, zejména pak vitamínu D. Až v této době se dočkal velkého posunu a rozvoje i císařský řez, kterému coby nejstaršímu výkonu bylo zapotřebí dosáhnout rozvoje především v anestezii a řešení problematiky velkých krevních ztrát. (Doležal et al., 2007)

2 Sběr anamnestických dat a předoperační vyšetření

2.1 Sběr anamnestických dat

Všem operacím vždy předchází podrobná anamnéza zdravotního stavu. Musí být provedena mimořádně pečlivě. Je určena pro získání informací o zdravotním stavu pacienta. Nejedná se přitom pouze o konstrukci toho, co je lékaři sděleno, ale o systém otázek, který je poskládaný v určité logické posloupnosti a vede k poznání všech důležitých událostí v minulosti i současného zdravotního stavu. (Doležal et al., 2007)

Následně se lékař zabývá povahou kardiovaskulárního, psychomotorického a nervového systému, zjišťuje podmínky sociální, životní, ptá se na pacientčiny postoje, jaké má návyky, případně drogové, alkoholové či jiné závislosti, všímá si jakýchkoli odchylek od normálního stavu. Pokud shledá nějakou takovou nerovnost, přizpůsobí tomu své dotazy a stejně tak se od této skutečnosti eventuálně odvíjí další terapeutické postupy. Sběr anamnestických dat není důležitý pouze pro lékaře, ošetřující personál a potřeby administrativní. Rovněž pro pacienta má svůj neméně důležitý význam, především jako záruka postupu *lege artis*. (Doležal et al., 2007)

2.2 Role porodní asistentky u sběru anamnestických dat

Porodní asistentka, která se účastní sběru anamnestických dat, doprovází ženu, je jí oporou a případně asistuje lékaři. Podobným způsobem sbírá data pro účely sestavení ošetřovatelských diagnóz, ale i pro osobní poznání pacientky. K pacientům přistupujeme jako k holistickým bytostem. I proto je třeba péči plně individualizovat a naslouchat, abychom sesbírali potřebné informace pro dodržování správných a odpovídajících postupů. (Doležal et al., 2007; Ezrová et al., © 2021)

2.3 Předoperační vyšetření

Přestože moderní způsoby, které usnadňují vyšetřování, zažívají obrovský a rychlý vývoj, stále neztrácí na důležitosti fyzikální vyšetření.

Předoperační vyšetření se prolíná již s anamnézou, zejména aspekty, se kterou se zpravidla začíná. Vyšetřující lékař si všímá tělesné konstituce ženy, výšky, hmotnosti, vzhledu její kůže, dolních končetin a případných otoků, ale i oděvu, vlasů, celkové čistoty a úpravy ženy. Samozřejmě se zaměřuje na vzhled zevních rodidel, v případě těhotenství navíc pozoruje podezřelé znaky jako výtok z pochvy, případně odtékající plodovou vodu,

celkový vzhled břicha, prsou. Určí tvar břicha, který je oválný, kulovitý nebo příčně ovoidní, sleduje též přítomnost *linei fuscay*, vzhled pupeční jamky a strie. (Endlicherová, 2018)

Po aspexi následuje zpravidla porodnická palpace. Zevní vyšetření provádí porodník, ale i porodní asistentka. Není zapotřebí více než pozornost vůči ženě, zachování intimity a čisté, teplé a suché ruce. V interních oborech lékaři nejčastěji užívají především prsty k palpačnímu vyšetření, porodníci celé ruce. (Doležal et al., 2007)

Pohmatem je žena vyšetřována nejčastěji pomocí tzv. Pawlikových a Leopoldových hmatů. Veškerá palpace se provádí vleže na zádech. Je vyhmatán děložní fundus a jeho výška, děložní hrany, dále páteř plodu, jeho měkké části, krční rýha, jeho uložení a postavení. Neméně důležitou informací je zjištění naléhající části plodu a její vstoupení v porodních cestách. Tu rozlišujeme do tří skupin: nad pánevním vchodem, vstouplá malým oddílem a vstouplá velkým oddílem. Tvar dělohy může být ovoidní, hruškovitý nebo kulovitý a uložení v dextroverzi či sinistroverzi. (Endlicherová, 2018)

Vnitřním vaginálním vyšetřením je zjišťováno, jak jsou porodní cesty připraveny k porodu, poloha plodu a lokalizaci vedoucího bodu. Poloha plodu může být podélná hlavičkou, podélná koncem pánevním, příčná a šikmá. (Kulhavá, 2018)

Provádí se sterilně, většinou dvěma prsty: ukazováčkem a prostředníčkem. Vyšetřující si pomocí palce a prsteníčku odhrne *labia*, čímž zabrání kontaminaci pochvy z vnějšího prostředí. Ukazováček a prostředníček je doporučeno lubrikovat. Druhá ruka vyšetřujícího zevně od fundu směrem k pochvě stlačí dělohu, čímž zkoumaný prostor přiblíží. Vnitřním vyšetřením porodník nebo porodní asistentka zjistí prostornost pochvy, zda je klenba poševní prázdná nebo plná a jak je vyvinutá, informace o děložním hrdle, jestli je neprostupné, jak moc je prostupné či dokonce zaniklé, přičemž zaniklé děložní hrdlo nazýváme „branka děložní“. Lékař na děložním hrdle stanovuje tzv. Cervix skóre na hodnotách od 0 do 10 bodů. (Kulhavá, 2018)

Vyšetření poslechem (auskultaci) zde rozumíme poslech ozev plodu. Provádíme jej pomocí fonendoskopu, stetoskopu, fetálním Dopplerem nebo kardiokografem. (Endlicherová, 2018)

3 Druhy porodnických operací

3.1 Císařský řez (*sectio caesarea*)

Z historických pramenů se dnes můžeme dozvědět, že císařský řez je bezpochyby nejstarší porodnickou operací. Jeho rozvoj přinesl řešení porodům, kdy je vaginální porod rizikem ohrožení zdraví nebo života matky či plodu. (Procházka et al., 2020)

Plod je extrahován břišní cestou z dělohy. (Roztočil et al., 2020) Vzhledem ke starodávné medicíně, kdy se tato operace prováděla ve velmi primitivních a neaseptických podmínkách, byla úmrtnost rodiček až 90 % a až teprve se zavedením aseptických postupů ve 2. polovině 19. století byl zaznamenán velký pokrok a úmrtnost rapidně poklesla. (Roztočil et al., 2017)

Incidence pro císařský řez v České republice přirozeně vzrostla, v roce 2000 jich bylo provedeno 14 %. (Macků, Čech, 2002) V roce 2021 dle výboru Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti takto bylo porozeno 25,8 % dětí. (Velebil, © 2023)

K provedení císařského řezu je zapotřebí jasné indikace. Ty se rozlišují na akutní (urgentní) a plánované (elektivní). Mohou být ze strany matky, plodu i kombinované. (Roztočil, 2020)

Vedle obecných indikací jsou to předčasné porody, nízká porodní hmotnost plodu (pod 2500 g) a naopak vysoká porodní hmotnost plodu (nad 3500 g u nulipar a nad 3800 g u multipar), kefalopelvický nepoměr, suspektní záznam CTG, oligohydramnion, polohy plodu, které nelze vaginálně porodit, polohu koncem pánevním u prvního dvojčete z důvodu předcházení riziku tzv. kolize dvojčat, polohu koncem pánevním při nedostatečném vstupování do porodních cest, myomatózní dělohu nebo předchozí operace na děloze. (Slezáková et al., 2011) Ve speciálních situacích je při císařském řezu nutné využít i další z porodnických operací, a to vakuumextrakce nebo porodnických kleští pro usnadnění porodu hlavičky, případně porodnických kleští při porodu plodu v poloze koncem pánevním. (Šimetka, © 2016)

Složení operační skupiny je následující: operatér, jeho asistent, sestra instrumentářka, obíhající sestra, porodní asistentka, anesteziolog a anesteziologická sestra. (Wichsová et al., 2013; Jedličková et al., 2012)

Sestra instrumentářka disponuje následujícími kompetencemi: pracuje ve sterilním oděvu, připravuje si na sterilní stolek instrumentárium a materiál potřebný k průběhu výkonu, obléká operační skupinu, asistuje operatérovi při dezinfekci operačního pole, také dopomůže s jeho zarouškováním, během operace podává nástroje – instrumentuje, má plnou kontrolu a zodpovědnost za počet nástrojů a obvazového materiálu. (Wichsová et al., 2013; Jedličková et al., 2012)

Samotné provedení císařského řezu začíná volbou anestezie, kterou pečlivě zváží anesteziolog ve spolupráci s porodníkem. Záleží na několika faktorech. V současném porodnictví se provádí dva postupy: místní a celková anestezie. (Procházka et al., 2020) Po tomto kroku se volí druh laparotomie, kdy ve většině případů se provádí suprapubický Pfannenstielův řez. (Roztočil et al., 2020) Jestliže je proveden dolní střední laparotomický řez, jedná se o případy, kdy je indikace k operaci akutní, u malformovaného či velkého plodu, u kterého hrozí, že by bylo obtížné jej extrahovat, u žen, které trpí obezitou, nebo již mají jizvu z předchozí dolní střední laparotomie. Po volbě laparotomie následuje volba metody operace, mezi něž se řadí: *Sectio caesarea corporalis classica*, *Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis*, *Sectio caesarea sec Misgav Ladach* a *Sectio caesarea extraperitonealis*. (Roztočil et al., 2020) Po provedení kožního řezu se operátor dostává k děloze, kde provádí opět jeden z následujících řezů: *Geppertův* (nejčastější), řez dle *Misgava-Ladacha*, široký *U řez*, obrácený *T řez* nebo provede *klasičskou incizi (incisio corporalis clasica)*. (Procházka et al., 2020)

Plod je extrahován z dělohy za pomoci rukou operátora, případně jeho asistence a následuje podání uterotonik přímo do myometria či intravenózně. (Procházka et al., 2020)

Za výjimečných situací lékař standardně ordinuje 5 nebo 10 IU oxytocinu a po vybavení placenty je sutura sešita a břišní stěna uzavřena. (Roztočil, 2020)

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní fond pro pomoc dětem při OSN se shodují, že bezprostředně po porodu je velmi prospěšný kontakt kůže na kůži, a to jak pro matku, tak pro novorozence. Nejen při porodu vaginální cestou, ale i císařským řezem, a pokud je žena bdělá, citlivá a projeví zájem, je velmi vhodné jí časný kontakt s dítětem dopřát. Tento akt může zlepšit nástup laktace, zkrátit dobu do prvního kojení, která bývá díky tomu často prodloužena a potencionálně se tak snižuje následně nutnost dokrmování cizím mateřským mlékem nebo umělou výživou, kterou by novorozenec

dostal v nemocnici. V neposlední řadě působí kladně na samotnou spokojenost matek i dětí. (Stevens et al., © 2014)

Takzvaný bonding, jak se kontakt kůže na kůži nazývá, má potenciál u novorozenců také snížit míru stresu a pomáhá jim udržet dostatečně vysokou tělesnou teplotu. (Stevens et al., © 2014)

3.1.1 Role porodní asistentky u vedení císařského řezu (*sectio caesarea*)

Role porodní asistentky začíná jako u všech operací již v předoperačním období. U elektivního císařského řezu je příprava velice podobná ostatním operačním výkonům. (Procházka et al., 2020) V takovém případě jsou rodičky přijaty k hospitalizaci většinou den před samotným porodem. V této předoperační době podstupují šestihodinové lačnění a již dvanáct hodin předem jim porodní asistentka dle ordinace aplikuje jako prevenci tromboembolické nemoci profylaktickou dávku LMWH. (Procházka et al., 2020) Podává rovněž očistné klyzma, připraví operační pole, bezprostředně před operací zavede permanentní močový katétr a periferní žilní katétr, provede bandáž končetin a o svých úkonech ji vždy srozumitelně edukuje v rámci svých ošetrovatelských kompetencí. (Hájek et al., 2014)

Velmi důležitou intervencí je psychické rozpoložení ženy. Zajištěním co nejvyšší možné psychické pohody rodičky nám může dopomoci při její spolupráci před, během a po výkonu operace a pro ženu samotnou díky zmírnění stresu může mít pozitivní vliv i na následnou rekonvalescenci. Je třeba dbát na naslouchání jejím potřebám, odpovídat na otázky, případně pozvat příslušného lékaře, aby zodpověděl otázky, na které nemůže porodní asistentka odpovědět. Je oporou a důležitou součástí celého procesu. Důsledná edukace může spoustu otázek předem zodpovědět. (Procházka, 2020)

Při samotné operaci je porodní asistentka přítomná na operačním sále převlečená ve speciálním sálovém oblečení, které zahrnuje plášť, ústenku a čepce z netkané textilie. Samozřejmostí je předem řádně připravená ošetrovatelská dokumentace. Odebere pupečnickovou krev na vyšetření acidobazické rovnováhy po porodu dítěte. Ve spinální anestezii respektuje přání rodičky ohledně kontaktu s novorozencem a poskytne jí jej, odpovídá-li tomu stav novorozence i matky. Tuto skutečnost posoudí lékař. (Jedličková et al., 2012; Wichsová et al., 2013)

Dle zákona č. 55/2011 Sb., je porodní asistentka je také kompetentní k instrumentaci na operačním sále. V takovém případě je převlečená do sterilního oděvu. (Jedličková et al., 2012; Wichsová et al., 2013)

Po výkonu je pacientka odvezena na oddělení JIP. Zde porodní asistentka sleduje kontinuálně fyziologické funkce a řídí se ordinacemi lékaře. Dále sleduje krvácení z rodidel, v případě potřeby omývá a mění porodnické vložky. Sleduje také množství moči ve sběrném sáčku, pravidelně tento údaj zapisuje, stejně jako množství odváděné tekutiny z Redonova drénu, je-li zaveden. V prvním pooperačním dni odebírá krev ženě pro kontrolu krevního obrazu, aby se vyloučila přítomnost anemie. (Procházka et al., 2020)

Ptá se ženy, jak se cítí, sleduje stav jejího vědomí, příjem i výdej tekutin. Hodnotí bolest podle škály VAS a dle ordinace lékaře a potřeb ženy podává analgetika. Současně podává všechny léky dle ordinace. (Hájek et al, 2014) Dietní režim rodiček po císařském řezu spočívá výhradně v tekuté stravě, dále přechází postupně přes kašovitou do stravy normální. (Pařízek, 2015)

Důležitým bodem je v péči o šestinedělku také časná vertikalizace společně s rehabilitací pacientky, což má za cíl nejen úspěšnější a rychlejší rekonvalescenci jí samotné, ale i brzký kontakt a přikládání k prsu novorozence, což je prováděno již od prvního dne, pokud se rodička cítí dobře, je kompenzovaná a při vědomí. (Pařízek, 2015)

Vstát však žena může nejdříve za 12 hodin (dle zvyklostí oddělení) právě v doprovodu porodní asistentky. Ta jí vysvětlí, jak co nejšetrněji vzhledem k jejímu stavu vstávat i ulehát přes bok a dbá na její stav vědomí. Nespěchá na ni a nenechá ji ani chvíli samotnou. Pacientka si omyje vlažnou vodou rodidla a je poučena o správné hygieně a odchodu očístků. V prvním pooperačním dni je podávána infuzní terapie dle ordinace lékaře, při dobrém zdravotním stavu se extrahuje permanentní močový katetr, eventuálně i Redonův dren a sleduje se spontánní močení. Porodní asistentka předvede ženě péči o ránu a ve spolupráci s rehabilitačním týmem poskytuje 2x denně rehabilitace v rámci prevence tromboembolické nemoci. (Koudelková, 2013)

Z JIP je pacientka přeložena na oddělení šestinedělí. Nadále porodní asistentka monitoruje její stav vědomí, fyziologické funkce, zavinování dělohy, množství a charakter očístků, hodnotí bolest dle škály VAS, odchod moči a stolice a vše

zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. (Koudelková, 2013) Péče personálu o ženu po císařském řezu je obecně intenzivnější a delší. Též rekonvalescence déle trvá a je důležité na toto brát ohled. Ve spolupráci s fyzioterapeutem porodní asistentka doporučuje osvědčené postupy v péči o jizvu, zavinování dělohy i rychlejšímu návratu do co možná nejlepšího zdravotního stavu. (Roztočilová, © 2009)

Po důkladné edukaci je žena většinou mezi 4. a 7. dnem propuštěna do domácí péče a na extrakci kožního stehu dochází ambulantně mezi šestým až devátým pooperačním dnem. (Procházka et al., 2020)

3.1.2 Nástroje na instrumentálním stolku

Nástroje, které jsou na stolku porodní asistentky/instrumentářky se dělí do následujících kategorií: ostré nástroje k preparaci, k rozevírání rány a podržení tkání pro lepší přístupnost, úchopové, nástroje k šití sutury a speciální nástroje.

Do ostrých nástrojů řadíme skalpely, určené především k rozříznutí kůže a tkáně, a dále nůžky. Nůžky jsou instrumentační, cévní a stehovací.

K rozevírání rány a zlepšení přístupnosti se používají háky a rozvěrače. Háky jsou ostré a tupé, stejně tak i rozvěrače, jež jsou kombinací ostrých nebo tupých s lopatkami.

Do úchopových řadíme především pinzety pro správné uchycení tkáně nebo stisknutí cévy. Dělíme je dle účelu na chirurgické, opatřené speciálními háčky, anatomické a adaptační. Dalšími úchopovými nástroji jsou pean, kocher, musseux, mikulicz.

K šití tkáně se užívají jehelce autofix a jehelce Bozemann, současně speciální jehly k podvazování cév a tkání – Deschamp.

Poslední skupinou jsou speciální nástroje a pomůcky. Řadí se sem misky, roušky, tampóny, dezinfekce a sterilní voda. (Jedličková et al., 2012; Wichsová et al., 2013)

Složení standardního porodnického balíčku: podložka 2x, rouška, emitní miska, tampon 10x, tkanice na pupek 2x, gynekologická zrcadla, pean 2x, nůžky 2x, pinzeta, jehelec a podávkové kleště. Do předem připraveného, sterilního balíčku se při jeho rozbalení přidá asepticky svorka na pupeční šňůru pomocí metody peel-effect.

3.1.3 Seznam nástrojů na instrumentačním stolku

Hák okénkovaný Middledorf 62x50 mm, 280 cm (1x); Hák břišní Fritsch 60x50 mm (1x); Kyreta Bumm tupá 1x; Pinzeta chirurgická 1x2 zuby 200x3 mm 2x; Pinzeta chirurgická 1x2 zuby 130 mm 1x; Pinzeta anatomická 130 mm 1x; Držátko čepelk krátké, velikost 4 1x; Jehla Redon CH 12 1x; Měřítko kovové 200 mm 1x; Kleště tamponové rovné s uzávěrem 250 mm 10x; Svorka R-P rovná 160 mm 10x; Svorka R-O 1x2 zuby rovná 16 mm 8x; Svorka R-P rovná 260 mm 5x; Svorka R-O rovná 1x2 zuby 260 mm 5x; Jehelec hloubkový prohnutý 200 mm TC 3x; Kleště jednoháčkové Schröder 250 mm 2x; Miska 3x; Jehelník kulatý jednoduchý 62x13 mm nerezový 1x; Nůžky zahnuté Metzenbaum TC 230 mm 1x; Nůžky zahnuté preparační 230 mm 1x; Nůžky chirurgické zahnuté H-T 150 mm 1x; Svorka atraumatická Rogers zahnutá 1x; Svorka atraumatická Rogers rovná 1x; Pinzeta atraumatická De-Bakey 200 mm 2x; Kontejner ventilový 465x280x140 mm 1x; Síto sterilizační 405x255x100 mm 1x.

3.2 Klešťový porod (*forceps*)

Kleště spolu s vakuumextraktorem jsou nástroje, které mají za cíl dopomoci vybavení hlavičky plodu (*extrakce*) v indikovaných případech, kdy je ohroženo zdraví matky, plodu, anebo obou současně. (Procházka, 2020) Mezi extrakční metody řadíme i porod plodu v poloze koncem pánevním. (Roztočil, 2020)

Název *forceps* pochází ze složeniny slov *formus* (horký) a *capio* (uchopovat). (Doležal a kol., 2007) Datace jejich vzniku a počátku užívání tohoto nástroje v praxi sahá do konce sedmnáctého století a za jejich stvořitele je považován profesor anatomie a chirurgie z Gentu Johann Palfyn. (Doležal et al., 2007) V minulosti se přely dva pohledy na účel těchto kleští v porodnictví, kdy první názor spočíval spíše v komprimaci hlavičky plodu, která usnadňovala následný průchod porodním kanálem. (Koterová et al., © 2009)

Druhý názor, který se zase prosazoval v tahu a podpoře přirozených vypuzovacích sil však ten první nakonec významně převážil. V současnosti se diskutuje úloha porodnických kleští v moderním porodnictví, kdy spousta porodníků od nich upouští, spousta z nich na ně nedá dopustit, a tak v závislosti na zvyklostech jednotlivých pracovišť jsou používány kleště a vakuumextraktor v různém poměru. (Koterová et al., © 2009)

Druhů kleští je mnoho a v České republice se standardně užívají tyto typy: Breusovy, Simpsonovy, Kjellandovy a Shuteho. Všechny druhy se skládají ze dvou kleštin (branží), které jsou samostatné a jednotlivě se zavádí pomalu do pochvy, kde se následně se spojí v zámku. V pochvě jsou zavedeny tzv. lžice kleštin, které uchopují hlavičku plodu, lžice přechází v krček se zámkem a vnější aparát jsou rukojeti s táhly. (Procházka et al., 2020)

Využití kleští v praxi předchází jasná indikace, která může být ze strany matky, plodu, nebo kombinovaná. (Doležal et al., 2007)

Mezi indikace se řadí: sekundárně slabé děložní kontrakce, které nedostatečně reagují na podporu uterotoniky, nedostatečné zapojení břišního lisu při tlačení, dále v případě, že je protrahovaná druhá doba porodní a akutní stavy ze strany matky. (Procházka et al., 2020) Tato metoda může být využita rovněž pouze při splnění podmínek, za kterých je možné ji provádět, a to: plod musí naléhat hlavičkou, u které musíme znát její pozici – je vstouplá minimálně velkým oddílem, nesmí být zachovalý vak blan, měkké porodní cesty jsou plně otevřené a tedy branka tzv. zašlá z důvodu prevence těžkých poranění porodních cest (v naprosto urgentních situacích je možné přesunout lem branky za sponu stydkou a eventuálně provést i nástřih branky). Dále nesmí nic nasvědčovat známám kefalopelvického nepoměru a plod musí být živý. V případě, že plod živý není, volí se pro ženu šetrnější způsoby porodu. (Doležal et al., 2007) Před provedením výkonu je ženě vycévkován močový měchýř. (Procházka et al., 2020)

Samotné provedení začíná v polohování rodičky. Musí ležet na zádech v gynekologické poloze pro co nejhladší průběh. Po uložení ženy do této polohy, dezinfekci rodidel a vycévkování moči porodní asistentkou lékař zavádí opatrně nejprve levou, následně pravou kleštinu. Po šetrném zavedení a důkladné kontrole provede tzv. zkusmou trakci za kontrakce, která je lehčího charakteru a touto trakcí si potvrdí správnou polohu a nasazení nástroje. (Procházka et al., 2020) Nejdůležitější zásadou je respektování osy porodních cest, protože je to jediný možný způsob, jak správně trakci provést, aniž by hrozilo poranění plodu nebo matky a probíhá po předešlé aplikaci uterokinetik, jež vyvolají pravidelné stahy myometria a tím i vhodné podmínky pro samotnou trakci. (Procházka et al., 2020) Při klešťovém porodu několik studií uvádí rizikové faktory pro traumatizaci perinea. Z tohoto důvodu se v rámci prevence zpravidla provádí mediolaterální epiziotomie. (Hudelist et al., © 2008)

Po porodu hlavičky se kleště šetrně sejmou a porod pokračuje obvyklým způsobem bez jejich dalšího využití. (Procházka et al., 2020)

3.2.1 Role porodní asistentky u vedení porodu per forcipem

Porodní asistentka dezinfikuje ženě rodidla, eventuálně podá analgetika po předepsání lékařem, dále se postará o vyprázdnění močového měchýře pro vytvoření prostoru – nejčastěji pomocí jednorázové cévky. (Procházka et al., 2020) Sleduje její reakce, radí s užíváním relaxačních technik. (Leifer, 2004) Věnuje pozornost psychické stránce ženy, případně doprovodu u porodu, je-li přítomen, a působí klidně, aby zbytečně nevyvolávala paniku u všech zúčastněných, přičemž asistuje lékaři. Klidným hlasem ženu edukuje v rámci svých kompetencí a celou situaci s ní prožívá. Je třeba říct ženě, jak má spolupracovat a zároveň důležité s ní komunikovat po celou dobu, neboť je to velmi stresová situace. Mlčení je nežádoucím faktorem, zhoršujícím její psychický stav. Navozuje to pocit, že je ve svém stavu ponechána sama. Žena by tedy v ideálním případě měla minimálně z porodní asistentky cítit oporu a pocit, že svůj prožitek měla s kým sdílet. (Roztočil, 1996)

3.3 Vakuumextrakce

Ve snaze redukovat porodní poranění, která hojně vznikala po užívání porodnických kleští, navrhl J. P. Simpson v roce 1848 unikátní podtlakový přístroj určený pro extrahování hlavičky plodu z dělohy, avšak se v té době nedočkal příliš velkého rozvoje. (Doležal a kol., 2007) Vůbec poprvé jej však předešel porodník Yong pocházející z Londýna, který v roce 1706 provedl zcela první extrakci plodu pomocí podtlaku. (Roztočil et al., 2020)

Světlo světa první vakuumextraktor, podobný tomu dnešnímu, zahlédl v roce 1956 skrze lékařku Tage Malström ze Švédska a v dnešní době je nejznámější a nejhojněji užívaný systém Kiwi. (Roztočil et al., 2020) Ten je jednorázový a jeho největší výhodou spočívá v materiálu, ze kterého je vyrobena pelota. Starší modely vakuumextraktorů byly vyráběny z pevných, nepoddajných materiálů, a to především z kovu. Aplikace takových pelot byla těmito materiály značně ztížena, avšak na druhou stranu byly spojovány s vyšší úspěšností při abnormálních rotacích hlavičky či deflexních polohách plodu. To je důvod, proč i dnes můžeme některé starší porodníky vidět užívat tento starší typ. (Šimetka, Michalec, 2010)

Názory na užívání tohoto přístroje obecně se napříč státy, generacemi, dostupnými podmínkami a dokonce i jednotlivými porodnicemi velmi liší. (Doležal et al., 2007) Má částečně snahu úplně vytlačit ze své pozice *forceps*, ale nedostává se mu dostatečné podpory, a tak se užívají oba nástroje na podobné rovině. Frekvence jeho užívání v České republice se zvyšuje, v roce 1994 byl užit ve 220 případech, v roce 2003 to bylo již u 360 rodiček. (Doležal et al., 2007) V roce 2021 bylo porozeno na českém území 109 644 dětí a u 2,89 % z nich byl použit právě vakuumextraktor. (Velebil, © 2023)

Indikace k užití vakuumextraktoru musí být jasné a jsou podobné jako u porodnických kleští, ze strany matky to je při jejím nadměrném vyčerpání, nedostatečné práci břišního lisu, nedostatečnosti děložní práce a ze strany plodu se nejčastěji jedná o akutní či hrozící hypoxii a indikace k provedení opět mohou být i kombinované. (Doležal et al., 2020) Pro provedení vakuumextrakce musí být plod v poloze podélné hlavičkou, a to záhlavím, temenem nebo záhlavím v abnormální rotaci. Pro jiné polohy nelze užit této metody. Hlavička plodu musí být vstouplá v pánevní šíři, nesmí být zachovalý vak blan, branka poševní musí být zašlá, stáří plodu splňuje podmínku pro provedení vakuumextrakce standardně od 37. týdne těhotenství, výjimečně je prováděna u plodů gestačního stáří 34-36 týdnů. Porodník, který provádí operaci, musí být zkušený, být si jistý správnou indikací a porodním nálezem, respektuje základní pravidla asepse, ač se nejedná o sterilní výkon a dbá na informovanost rodičky, se kterou komunikuje. (Šimetka, © 2013)

Kontraindikacemi pro obě extrakční operace je nejen nesplnění podmínek pro vedení porodu těmito způsoby, ale i nevhodná poloha plodu, a to poloha čelní, obličejová, nebo poloha koncem pánevním. Zde má výjimku klešťový porod, kde se rodí právě s pomocí kleští hlavička jako poslední část. (Doležal et al., 2020)

Dle Hájka může být epidurální anestezie při porodu s užitím vakuumextraktoru výhodou. (Hájek, 2007) Dle Peschouta (2008) je velmi důležité před výkonem provést preventivní epiziotomii po předchozí aplikaci vhodného anestetika. Mnoho doporučení z jiných zemí dnes již uvádí, že se má upustit od provádění preventivní epiziotomie. Na základě četných studií zabývajících se snížením rizika poranění perinea nebyly zaznamenány výrazné rozdíly v případě preventivního nástřihu ani bez něj. (Jeon, © 2017)

Před samotným zavedením peloty na hlavičku plodu se porodník opět přesvědčí důkladným vnitřním vyšetřením o její poloze a vztahu k pánvi. Správně umístěná pelota musí překrýt šev šípový a je přibližně 1 cm před malou fontanelou. Dále je nutné provést

kontrolu, zda nic nebrání tahu a není přichycena z žádné strany branka nebo stěna poševní. První trakce, kterou porodník provádí, je za přítomnosti kontrakce a nazývá se zkusmá. Předchází jí vytvoření vhodného podtlaku 0,6 až 0,8 kg/cm², to odpovídá asi 400 až 600 mm Hg. (Šimetka, © 2013) Při kontrakci zapojí rodička v ideálním případě břišní lis a porodník provede tah. Respektuje pánevní osu pro správný sestup hlavičky a celou situaci kontroluje. Po dokončení porodu hlavičky vakuumextraktor splnil svoji funkci a je šetrně sejmuto. Porod samotný pokračuje obvyklým způsobem. (Šimetka, Michalec, 2010)

3.3.1 Role porodní asistentky u vedení porodu za užití vakuumextraktoru

Na situaci, ze které je vyvozena indikace provedení vakuumextrakce, musí porodní asistentka zareagovat klidně a působit sebejistě. Tento moment je pro rodičku velmi stresující a často není schopna pochopit, co se vlastně děje a co tento zákrok obnáší. Je vhodné jí podat jasné a stručné informace a též dbát i na přítomný doprovod. (Peschout, 2008)

Někteří autoři se domnívají, že v těchto situacích je dobré, aby měla porodní asistentka vždy připravené informované souhlasy, které žena podepisuje při příjmu na porodní sál, ač jim často nevěnuje příliš velkou pozornost. Informace jsou zde kompletní a ve stresové situaci se tak zabrání nesprávnému pochopení a slouží především jako ochrana porodnického týmu. (Peschout, 2008) V opozici je ovšem názor, podle něhož informované souhlasy v těchto situacích komplikují práci především z hlediska časové tísně, která se k extrakčním operacím ve velké většině případů přirozeně váže. Příklání se k předání ústní informace vzhledem k získanému časovému prostoru navíc. Ten může významně přispět k lepšímu průběhu a výsledku operace. (Čepický, 2009)

Důležitou roli má také porodní asistentka při svolávání porodnického týmu a neonatologa. Toto musí provést před samotným provedením výkonu. Každý člen má svou nezastupitelnou roli, přispívající k co možná nejlepšímu průběhu. (Peschout, 2008)

Takovou roli má také porodní asistentka. Nejen, že svolá tým, ale také uvádí ženu do gynekologické polohy, zajistí vyprázdnění močového měchýře jeho katetrizací, provede dezinfekci rodidel, připraví pomůcky k provedení výkonu, monitoruje plod po celou dobu až do konce druhé doby porodní a asistuje lékaři. Po skončení porodu mu

asistuje při kontrole porodních cest. V některých případech též při revizi dutiny děložní, je-li třeba ji provést. (Dušková, Marečková, 2009)

3.3.2 Srovnání extrakčních porodnických operací

Oproti klešťovému porodu existuje pro užití vakuumextrakce nesporná výhoda – menší riziko poranění pánevního dna. (Leeuw, © 2021) Celkově se způsobem jeho používání vyznačuje jako šetrnější k rodičce – nižší riziko hlubších poranění porodních cest, zejména perinea, pochvy, cervixu a paravaginální tkáně, což může mít za nepříjemný následek inkontinenci ať už močovou, nebo inkontinenci stolice. Při použití vakuumextraktoru také neexistuje komprese hlavičky, která je rizikovým faktorem u kleští a která eventuálně může způsobit komplikace jako je obrna faciálního nervu, hematomy, lacerace či fraktury hlavičky plodu. (Doležal et al., 2020)

Klešťový porod je ovšem stále na přednější příčce z pohledu rizika selhání metody. (Doležal et al., 2020) V některých případech se při selhání vakuumextrakce (smeknutí peloty) užívá následně porodnických kleští jako metody, která je spolehlivější, a tak není divu, že pro spoustu porodníků je nástrojem první volby právě tato možnost. Riziko komprese hlavičky může zapříčinit retinální krvácení. (Doležal et al., 2020)

V perinatální mortalitě mezi oběma druhy nebylo zaznamenáno žádného rozdílu. (Doležal et al., 2020) Dle dostupných zdrojů informací je vyšší riziko selhání u metody porodu s užitím vakuumextraktoru oproti klešťovému porodu. (Šimetka, © 2016)

3.4 Epiziotomie

Mezi formy dilatace zahrnujeme též epiziotomii, neboli nástřih hráze. Je-li provedena správně na vrcholu kontrakce při jejím maximálním napětí, není třeba lokální anestezie. Indikace může být profylaktická, a to v případě, kdy je zapotřebí instrumentálně extrahovat plod. Provádí se ale také při prořezávání hlavičky plodu, hrozí-li například ruptura hráze, bradykardie plodu, nebo pokud je plod hypertrofický. Mezi její nesporné výhody se řadí urychlení konečné fáze druhé doby porodní, výrazně lepší stav rány po šestinedělí (ve srovnání s případnou rupturou), prevence ruptur, které nemusí, ale mohou být i skryté, zamezí se traumatizaci hlavičky plodu, hrozícímu sestupu rodidel nebo inkontinenci. (Roztočil et al., 2020)

Epiziotomie rozdělujeme dle provedení do tří skupin, a to na mediolaterální, mediální a laterální. Nejčastěji se v dnešní době provádí mediolaterální incize, která je vedena ve střední čáře introitu pochvy směrem k sedacímu hrbolu. Je tedy šikmá, což zabraňuje ruptuře sfinkteru. Obvykle má přibližně 3 cm. Mediální epiziotomie je vedena ve střední čáře v *centrum tendineum perinei*, což naopak zvyšuje riziko ruptury sfinkteru a stěny tlustého střeva. Provádí se velmi zřídka. Laterální incize se prováděla podobně jako první zmíněný typ, avšak přibližně 2 cm od střední čáry. Nepoužívá se z důvodu těžšího ošetřování rány i následného hojení. (Roztočil et al., 2020)

Komplikace epiziotomie se téměř nevyskytují vzhledem k používání moderních atraumatických nástrojů, ale řadí se sem krvácení z cév ve vaginální a perineální oblasti, bolestivost, dále infekce a vznik hematomů. (Roztočil et al., 2020)

3.4.1 Role porodní asistentky u provedení epiziotomie

Vzhledem k tomu, že je epiziotomie v současnosti stále velmi častou porodnickou operací, je na místě, aby porodní asistentka edukovala ženu o možnostech, jak snížit pravděpodobnost nutnosti jejího provedení. Jedná se například o masáž hráze od 34. týdne těhotenství, nebo cvičení se speciálním silikonovým balonkem (Aniball). Podle WHO by se mělo užívat co nejvíce alternativních metod na ochranu hráze před natržením, vzhledem k neopodstatněnému rutinnímu vykonávání epiziotomie. (aniball.cz, © 2021)

Masáž hráze minimálně podpoří vyšší elasticitu tkáně perinea. Začít by měla žena ideálně 4 – 6 týdnů před termínem porodu. Není vhodné ji provádět při přítomnosti zánětu v této oblasti. Provádí se za pomoci svých nebo partnerových rukou, které musí být čisté a ideálním pomocníkem je rostlinný olej. Masáž se provádí maximálně 5 minut jemným tlakem nejdříve ukazováčkem a prostředníčkem. Tyto dva prsty budou v pochvě, palec zvenčí a jemně tlačí proti sobě. Tlak je možné zvyšovat, přítomná bolest je nežádoucí. V ideálním případě si porodní asistentka na ženu opravdu udělá čas a vysvětlí, ideálně předvede dosud ověřené metody. (aniball.cz, © 2021)

Metoda Aniballu spočívá v šetrné dilataci hráze a posílení pánevního dna a doporučuje se zejména ženám, které nemají s porodem dosud zkušenost i z důvodu psychologického. Pomocí ruční mechanické pumpičky žena nafoukne balonek do potřebné velikosti a postupně si ji tak může dle potřeby regulovat. Účinnost cvičení s pomůckou Aniball slibuje snížení prevalence nástřihu hráze až o 50 %. (Roztočil et al., 2020)

3.5 Cerkláž (Cerclage)

Začneme-li se věnovat operacím prováděným od samotného počátku těhotenství, mezi prvními bude právě cerkláž. Po dvanáctém týdnu těhotenství se můžeme u ženy setkat se situací, pro kterou je charakteristické pootevření děložního hrdla, což se jeví jako následek příliš slabého uzavření dolního děložního segmentu. Vzniku této situace se snažíme zabránit, protože zanedbání takového stavu vede k předčasnému porodu či spontánnímu potratu. (Roztočil et al., 2020)

Z preventivního hlediska je cerkláž prováděna v některých případech vícečetného těhotenství, terapeutickou indikací bývá zkracování děložního čípku, které není následkem děložních kontrakcí, přestože má progresivní tendenci.

Tento výkon nesmí být proveden, jestliže je přítomna v porodních cestách infekce, pokud žena krvácí, teče plodová voda, dále jestliže existuje předpoklad, že plod nebude po porodu schopen extrauterinního života, anebo v situaci, kdy neustávají děložní kontrakce ani v případě předešlého podání tokolytik. Při přítomnosti kontrakcí cerkláž provádět nelze. (Roztočil et al., 2020)

Aby žena podstoupila cerkláž, těhotenství musí být staré minimálně 12 týdnů, horní hranici určuje konec 26. gestačního týdne. (Roztočil et al., 2020)

Poprvé byla tato operace provedena v roce 1951 doktorem Shirodkarem z Indie, jehož postup byl několikrát pozměněn, a poslední dnes užívanou verzí je Mc Donaldova technika z roku 1980. Samotný výkon je prováděn za pomoci porodnických zrcadel a amerických kleští. Děložní hrdlo operatér přisune směrem k introitu a provede kolem jeho obvodu cirkulární submukózní steh, jehož zauzlení musí být úměrné, aby nedošlo k ischemii. (Roztočil et al., 2020)

Dle Roztočila (2020) se úspěšnost výkonu odhaduje na 75 až 90 % v případech, kdy mají ženy inkompetenci hrdla, ale ne příliš velký a progredující nález na děložním hrdle. Cerkláž je totiž teoreticky možné provést i v pokročilejších stavech, někdy je dokonce poslední možností, jak ženě zachránit těhotenství. Při nálezu na brance 2 cm a více se může provést tzv. „Cerclage a chaud“, kdy se tedy nepoužije steh výše zmíněný, jelikož jeho funkce by zde byla patrně nedostatečná, ale volí se metoda Wurmova-Hefnerova,

neboli přešití děložního čípku stehem do kříže. V současnosti se však od tohoto velmi ustupuje pro špatné perinatální výsledky.

Ženám po několika prenatálních ztrátách ve II. trimestru je možné provést prekoncepční cerkláž. Její alternativou je pak cerkláž v I. trimestru, která má i svůj preventivní význam u žen s vícečetným těhotenstvím. (Roztočil et al., 2020)

3.6 Porodnický obrat (*versio obstetrica*)

Porodnický obrat je další z operací prováděných v období těhotenství, a to na jeho samotném konci (36.-38. týden těhotenství). Provádí se v situaci, kdy je plod v děloze uložen v nepříznivé poloze. Při poloze plodu koncem pánevním vykoná porodník tzv. „bipolární obrat zevními hmaty“ a v poloze příčné či šikmé obrat tzv. „kombinovanými hmaty“. (Roztočil et al., 2020)

Z historického pohledu byl tento výkon poprvé oficiálně popsán lékařem Ambroisem Paré v roce 1549, jenž sepsal techniku obratu plodu uloženého v poloze koncem pánevním. (Roztočil et al., 2020)

Bipolární obrat zevními hmaty (*versio externa*) je indikován v případě uložení plodu koncem pánevním po 36. týdnu těhotenství, a to za předpokladu, že gravidita není vícečetná, část plodu, která naléhá, není vstoupilá v porodních cestách, vak blan není porušen a plodové vody je dostatečné množství. Pánev ženy pro tento výkon musí být dostatečně prostorná, děloha v normotonu, placenta v příznivém uložení a plod živý. (Roztočil et al., 2020)

Samotnému provedení výkonu předchází edukace a příprava ženy. Lékař ženě vysvětlí průběh výkonu a možná rizika, která jsou s ním bezpochyby spjata. Žena samozřejmě musí vyjádřit svůj souhlas, který dostane k podpisu. Poté jí porodní asistentka zajistí žilní vstup, dle ordinace lékaře podá ženě infuzi s tokolytiky, čímž zajišťuje relaxaci myometria a pomocí kardiokografického monitoru sleduje vitalitu plodu před provedením. (Hruban et al., 2016)

Provedení začíná vhodnou polohou ženy, kterou porodní asistentka ukládá na záda, její nohy by v kolenou měly být mírně pokrčené, porodník dále potřebuje bezprostřední přístup k ultrazvukovému přístroji, kterým během výkonu kontroluje polohu plodu, jeho stav, srdeční akci a také placentu. (Roztočil et al., 2020)

Jedna ruka porodníka hmatá konec pánevní plodu a druhá hlavičku, jeho snahou je opatrně vysunout konec pánevní směrem k děložnímu fundu, aby nebyl uložen v malé pánvi. Při tomto manévru tlačí z druhé strany na hlavičku pro udržení flexe a samotnou rotaci provádí ve směru dle postavení plodu rovnoměrným a plynulým tlakem. (Hruban et al., 2016)

Porodní asistentka po dokončení obratu odpojí infuzi, dále tokolytika nejsou podávána, aby děloha dostala impuls k samovolnému obnovení normotonu. Opět zajistí kardiokografický záznam, zatímco lékař provede kontrolní ultrazvuk. V případě Rh inkompatibility rodičky podává ženě dle předpisu lékaře ještě anti-D imunoglobulin pro prevenci isoimunizace. (Hruban et al., 2016)

Dle retrospektivní analýzy, kterou provedla Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno měl zevní obrat plodu úspěšnost u 47,8 % rodiček. Výzkumný soubor tvořilo 638 těhotných žen, kterým byl proveden obrat plodu zevními hmaty po dokončeném 36. týdnu těhotenství. Po úspěšném provedení výkonu porodilo vaginálně 78,0 % z nich a ze závěru vyplynulo, že je zevní obrat plodu dobrou a efektivní možností pro ženy, které mají obavy z vaginálního porodu koncem pánevním a provádění tohoto výkonu redukuje počet provedení císařských řezů. (Hruban et al., © 2017)

Obrat vnitřními hmaty (*versio interna*) je výkon prováděný v celkové anestezii pravou rukou porodníka, kterou zavede do dutiny děložní za současného tlaku jeho druhé ruky na hlavičku plodu směrem do děložního fundu. Po provedení výkonu je plod extrahován za konec pánevní, do kterého byl provedeným obratem převeden. Tento výkon je využíván v současném porodnictví pouze při příčné poloze druhého dvojčete, je však nahrazován čím dál více primárním císařským řezem. (Roztočil et al., 2020)

Porodní asistentka ženu uvede do gynekologické polohy a připraví stejné pomůcky jako pro obrat plodu zevními hmaty popsány výše. Je třeba provést dírupci vaku blan. (Roztočil et al., 2020)

3.7 Operace období třetí doby porodní a raného šestinedělí

Třetí doba porodní začíná odlučováním placenty a končí dobou hemostatickou. V případě špatné prognózy je zapotřebí provést operační zákrok se současnou prevencí diseminované intravaskulární koagulopatie. (Hájek et al., 2014)

Pokud nastane situace, kdy proběhne porod plodu a placenta zůstává v děloze bez známek odlučování, než se přistoupí k samotnému manuálnímu vybavení, může provést porodník tzv. Credého hmat. Ten spočívá nejprve v masírování děložních rohů rukou, což za normálních okolností vyvolá kontrakci. Při kontrakci rukou pevně obejmeme děložní fundus. Palec je v opozici oproti ostatním prstům, které jsou na zadní stěně dělohy. Tímto způsobem děložní fundus stiskne za současného tlaku dolů směrem do malé pánve. Druhou ruku využívá k současnému tahu za pupečník. Tento výkon je hrubý a v současnosti se dává přednost manuálnímu vybavení i s ohledem na přidružené okolnosti jako nemožnost rozlišení placenty adherens a placenty accreta, prevence rozvoje diseminované intravaskulární koagulopatie nebo nadměrné traumatizaci dělohy. (Roztočil et al., 2020)

Porodní asistentka může přispět podáním zahřáté roušky na dělohu a lehkou masáží rukou, která oproti Credého hmatu není tak traumatizující, nebo může použít aromaterapii, oleje na masáž. (Roztočil et al., 2020)

3.7.1 Manuální vybavení placenty (*lysis placentae manualis*)

Manuální vybavení placenty je operační výkon indikovaný při poruše odloučení lůžka a je prováděn v celkové anestezii. Prakticky se provádí po neúspěšném samovolném odloučení trvajícím více jak 30 minut a při větší krevní ztrátě. (Hájek et al., 2014)

Poruchu odloučení lůžka může způsobit její retence při spasmu hrdla děložního, nedostatečně silné kontrakce, nebo kombinace zmíněných příčin. (Hájek et al., 2014)

Péče porodní asistentky spočívá v psychické podpoře ženy, která má především strach. Asistuje lékaři při provedení výkonu. Rodičce je v gynekologické poloze provedeno vycévkování moči a dezinfekce rodidel. Po zarouškování ve fázi zavádění ruky porodníka do dutiny děložní je nutné polévat tuto ruku proudem fyziologického roztoku. Poléváním se vyloučí možnost proniknutí vzduchu do žil a vzniku embolie. Porodník pomocí prstů opatrně placentu odloučí od děložní stěny a poté ji pro vybavení všemi prsty uchopí. Výkon pokračuje revizí děložní dutiny, na jejíž závěr porodní asistentka aplikuje uterotonika. V případě, že placenta penetruje hlouběji do stěny děložní, musí se přistoupit k hysterektomii. (Hájek et al., 2014)

3.7.2 *Revize dutiny děložní (revisio cavi uteri)*

Revizi dutiny děložní rozdělujeme do čtyř možných postupů, a to digitální, manuální, instrumentální revizi a abdominální hysterektomii.

Indikace k jejímu provedení je nejistota úplnosti placenty při kontrole porodních cest po porodu, retence blan a u žen po vaginálním porodu, které mají v anamnéze operační výkon na děloze nebo prodělaný císařský řez. V posledním uvedeném případě se jedná o revizi manuální. (Hájek et al., 2014)

Při digitální revizi dutiny děložní (*revisio cavi uteri digitalis*) proniká operatér pouze prsty přes pochvu do dělohy. Lze použít tampon, či speciální rukavici, kterou vybaví obsah a celá dutina se zreviduje. V tomto případě bývá průběh operace digitálně zdokumentovaný pomocí fotodokumentace nebo videozáznamu. (ČLS JEP, © 2023)

Manuální revize děložní dutiny (*revisio cavi uteri manualis*) probíhá jako digitální, avšak se zavedením celé operátěrový ruky do dělohy ženy.

Instrumentální revize (*revisio cavi uteri instrumentalis*) je nadstavbou předchozích dvou postupů, doplňuje ji využití Bummovy kyrety, tupého nástroje o průměru 35 mm.

V případech prorůstání placenty do myometria se přistupuje k poslední z možností, a to k abdominální hysterektomii. (Hájek et al., 2014)

Porodní asistentka při revizi dutiny děložní asistuje lékaři, pečuje o rodičku před i po provedeném výkonu. Pravidelně sleduje fyziologické funkce, krvácení, bolest, výšku děložního fundu a stav, hojení poranění. Všechny informace pečlivě zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. (Dušková, Marečková, 2009)

4 Cíle práce a hypotézy

4.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny pečovat o ženu, jejíž stav vyžaduje provedení porodnické operace v průběhu těhotenství nebo za porodu.

Cíl 2: Zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny na skutečnost, že v jejich kompetenci při vykonávání vlastní profese je také instrumentace při císařském řezu.

4.2 Hypotézy

V rámci této práce byla stanovena širší hypotéza, která předpokládá rozdíly týkající se přípravy instrumentace císařského řezu mezi studentkami 2. a 3. ročníku.

Hypotéza tedy zní: Existují rozdíly v přípravě instrumentace císařského řezu mezi studentkami 2. a 3. ročníku.

Druhá hypotéza předpokládá rozdíl v subjektivním hodnocení přípravy na instrumentaci císařského řezu a zní: Mezi studentkami ZSF JU a studentkami jiných univerzit v České republice není subjektivní rozdíl v přípravě na instrumentaci císařského řezu.

4.3 Operacionalizace pojmů

Porodní asistentka: *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.* (mzcr.cz, © 2019)

Kompetence: *Kompetence je pojem, který lze volně přeložit jako schopnost, předpoklad či způsobilost.* (Superia, © 2023)

Porodnické operace: *Porodnické operace představují soubor chirurgických výkonů, které je třeba vykonat v těhotenství, během porodu a někdy v šestinedělí.* (Porodnice, © 2014)

Těhotenství: *Těhotenství je období počínající implantací oplozeného vajíčka do sliznice dělohy a končící jeho porodem.* (Pařízek, 2008)

Porod: je ukončené těhotenství narozením živého či mrtvého novorozence s hmotností nad 500 g (Hájek et al., 2014)

Žena: Slovo žena je označení pro pohlaví člověka (Vyznamslova, © 2020)

5 Metodika výzkumu

Pro dosažení cílů v praktické části této bakalářské práce byl zrealizován kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření. Doplnkem tohoto typu výzkum bylo kvalitativní zpracování poslední otevřené otázky v dotazníku. Výzkum tedy probíhal v systému QUAN-qual, kde, jak již bylo zmíněno, je kvalitativní výzkum pouze doplňkem.

Dotazník byl elektronický a zpracovával odpovědi respondentek anonymně. Pro získání odpovědí byl rozeslán přímo cílovým skupinám, kterým byly otázky určeny. Respondentkami výzkumu byly studentky porodní asistence druhých a třetích ročníků bakalářského oboru z vybraných vysokých škol v České republice. Zaměřoval se na instrumentaci císařského řezu, kterou má porodní asistentka v kompetenci.

Po řádném zpracování výsledků a statistickém posouzení byl výzkum přepracován do bakalářské práce za pomoci grafického znázornění s vlastním slovním popisem.

Dotazník (Příloha 1) tvořilo 15 otázek. Z tohoto počtu jich bylo 11 uzavřených, 3 polootevřené a 1 otevřené. Výzkumné šetření probíhalo od 1. března do 15. dubna v roce 2023. Respondentky byly osloveny přes sociální sítě Facebook a Instagram. Sociální sítě ve spojení s elektronickou podobou dotazníku byla zvolena z důvodu vyšší procentuální úspěšnosti v návratnosti vyplněných dotazníků a možnosti oslovení většího počtu studentek.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 80 respondentek. Všechny byly ženského pohlaví. Z celkového počtu z nich 7 uvedlo věk 20 let, 33 uvedlo věk 21 let, 29 uvedlo věk 22 let a 11 z nich uvedly možnost: více. Třetí ročník oboru porodní asistence zastupovalo 41 respondentek a 39 z ročníku druhého. Výzkum byl prováděn u studentek z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (fakulta zdravotně sociální), Univerzity Karlovy v Plzni (lékařská fakulta), Vysoké školy polytechnické v Jihlavě (katedra zdravotnických studií), Univerzity Palackého v Olomouci (fakulta zdravotnických věd) a Masarykovy univerzity v Brně (lékařská fakulta). Podmínkou pro zúčastnění se výzkumu bylo studium porodní asistence druhého nebo třetího ročníku. Všechny zaznamenané odpovědi výše zmíněným kritériím vyhověly a byly následně zpracovány.

Pro zpracování výsledku byly použity Fisherův exaktní test a Chí kvadrát test. V poslední otázce výzkumu byla provedena kategorizace.

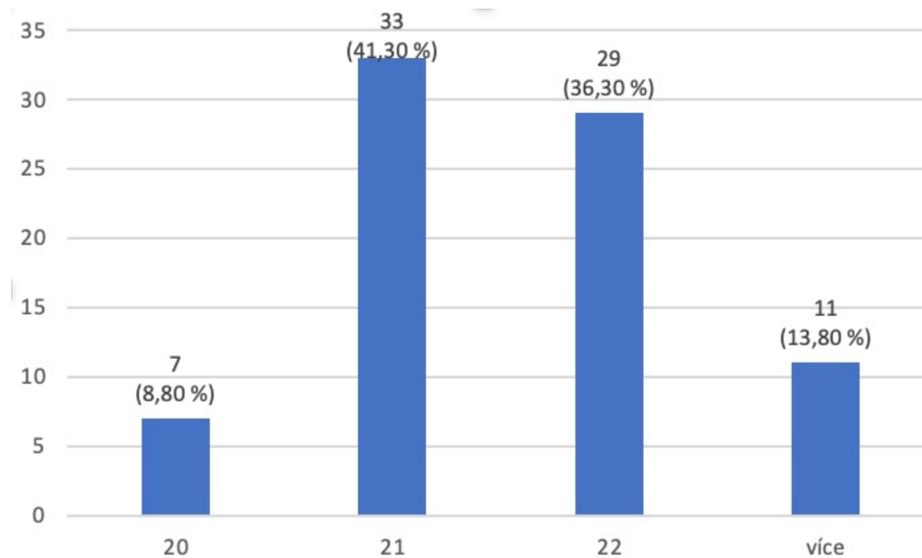
Hlavní myšlenkou Fisherova exaktního testu je výpočet pravděpodobnosti, se kterou bychom získali čtyřpolní tabulky stejně nebo více vzdálené od nulové hypotézy při zachování pozorovaných marginálních četností. (portal.matematickabiologie.cz, © 2023)

Chí kvadrát test umožňuje zjistit, zda má sledovaný jev opravdu předem známé rozdělení dat. (geoinformatics.upol.cz, ©2023)

6 Výsledky výzkumu

6.1 Grafické znázornění výsledků dotazníkového šetření

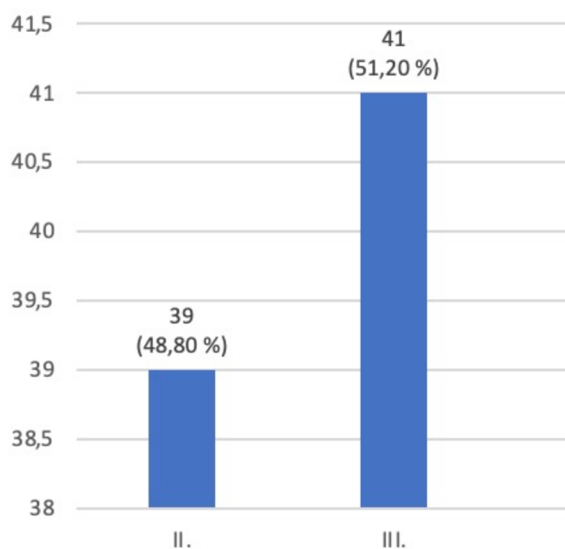
Graf 1 – Věk



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 1 znázorňuje věk respondentek. Celkový počet je 80 (100 %), z čehož 7 (8,80 %) uvedlo věk 20 let, 33 (41,30 %) uvedlo věk 21 let, 29 (36,30 %) uvedlo věk 22 let a 11 (13,80 %) z nich uvedlo možnost: více.

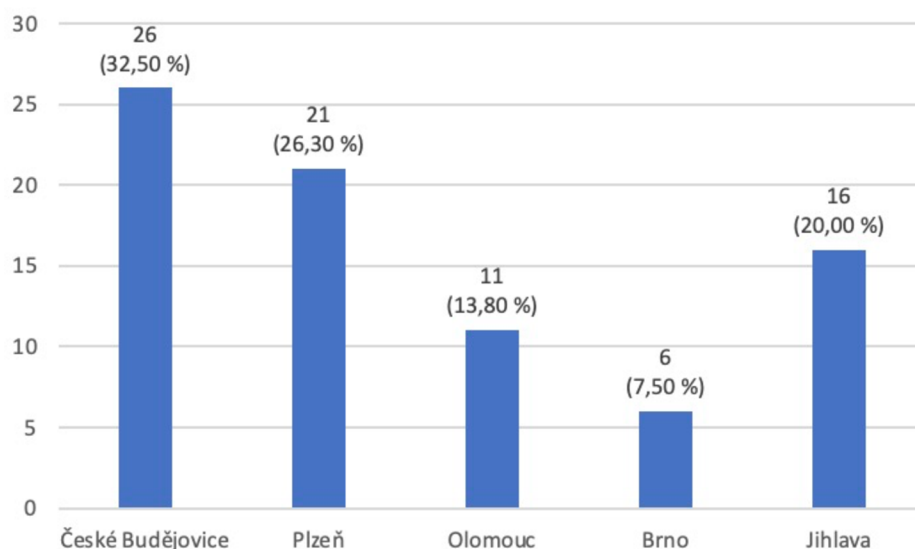
Graf 2 – Ročník studia



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 2 znázorňuje ročník, ve kterém zúčastněné respondentky aktuálně studují. Z celkového počtu 80 (100 %) uvedlo 39 (48,80 %) studium druhého ročníku a 41 (51,20 %) studium třetího ročníku.

Graf 3 – Místo studia



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 3 znázorňuje města, ve kterých respondentky studují. Výzkum byl prováděn u studentek z:

Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (fakulta zdravotně sociální)

Univerzity Karlovy v Plzni (lékařská fakulta)

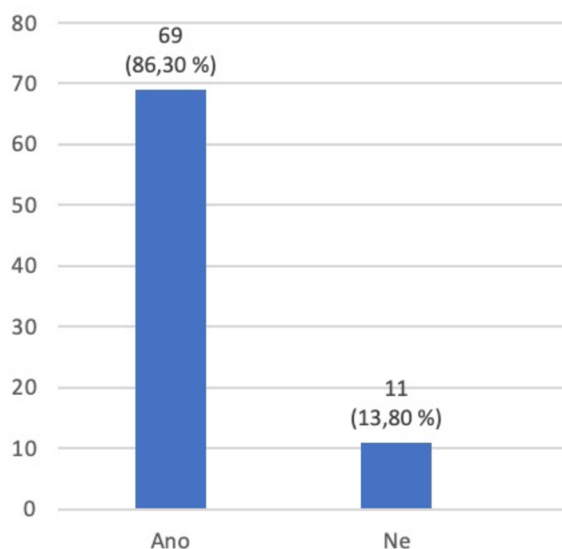
Univerzity Palackého v Olomouci (fakulta zdravotnických věd)

Masarykovy univerzity v Brně (lékařská fakulta)

Vysoké školy polytechnické v Jihlavě (katedra zdravotnických studií)

Z celkového počtu 80 (100 %) se výzkumu zúčastnilo 26 (32,50 %) studentek z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 21 (26,30 %) studentek z Univerzity Karlovy v Plzni, 11 (13,8 %) studentek z Univerzity Palackého v Olomouci, 6 (7,5 %) studentek z Masarykovy univerzity v Brně a 16 (20,00 %) studentek z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě.

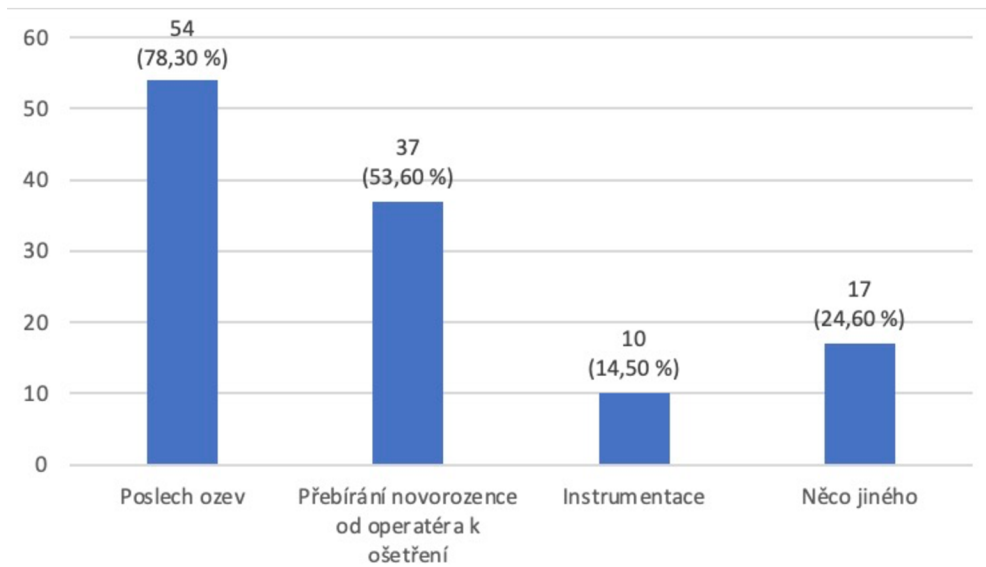
Graf 4 – Péče v průběhu císařského řezu



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 4 znázorňuje odpověď na otázku, zda se respondentky měly během svého studia možnost přímo podílet na péči o ženu v průběhu císařského řezu. Z celkového počtu 80 (100 %) jich 69 (86,30 %) odpovědělo kladně a 11 (13,80 %) záporně.

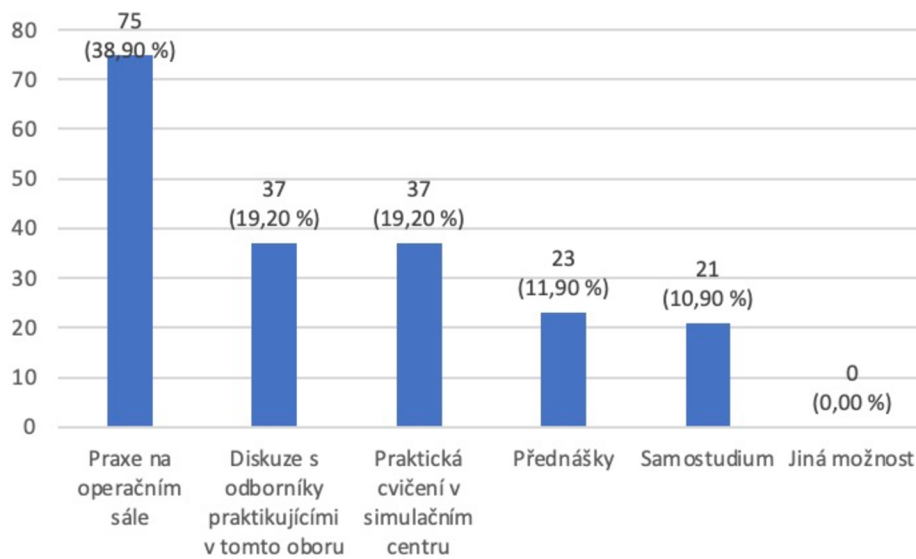
Graf 5 – Druh péče u císařského řezu



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 5 znázorňuje odpověď na otázku, jakou péči poskytovaly respondentky v průběhu císařského řezu, jestliže v předchozí otázce odpověděly kladně. V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 69 (100 %) uvedlo poslech ozev plodu 54 (78,30 %) studentek, přebírání novorozence od operátora k ošetření uvedlo 37 (53,60 %) studentek, 10 (14,50 %) studentek uvedlo přímo instrumentaci u císařského řezu a 17 (24,60 %) studentek poskytovalo jinou péči, která nebyla přímo uvedena ve výběru.

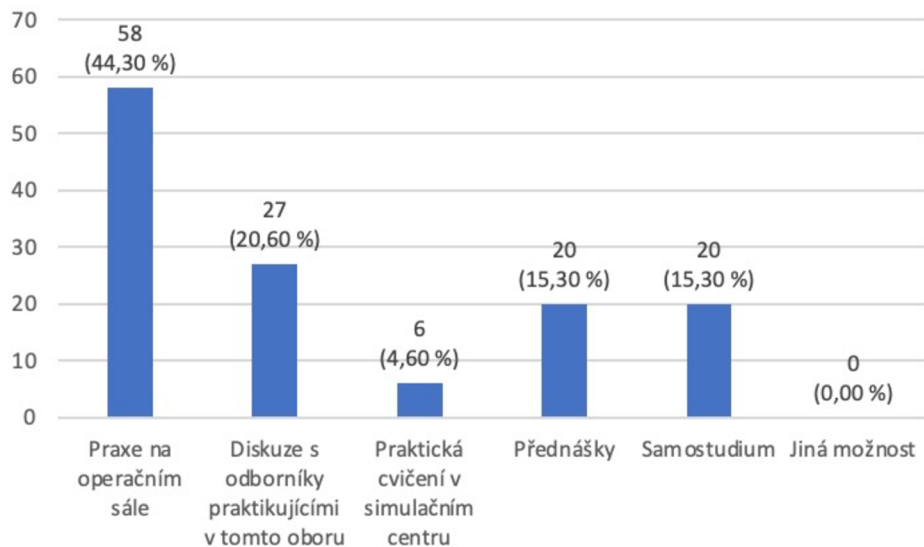
Graf 6 – Nejjásadnější zdroj pro naučení se instrumentovat císařský řez



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 6 se zabýval otázkou, jaký zdroj považují respondentky za nejjásadnější při své přípravě samostatně instrumentovat císařský řez. V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 80 (100 %) odpovědělo 75 (38,90 %) studentek kladně pro možnost praxí na operačním sále. Diskuze s odborníky praktikujícími v tomto oboru a praktická cvičení v simulačním centru považuje za důležité v přípravě 37 (19,20 %) z nich. Přednášky považují za důležitý zdroj informací 23 (11,90 %) studentek a 21 (10,90 %) studentek zvolilo samostudium. Žádná ze studentek nezvolila ve výběru: Jiná možnost.

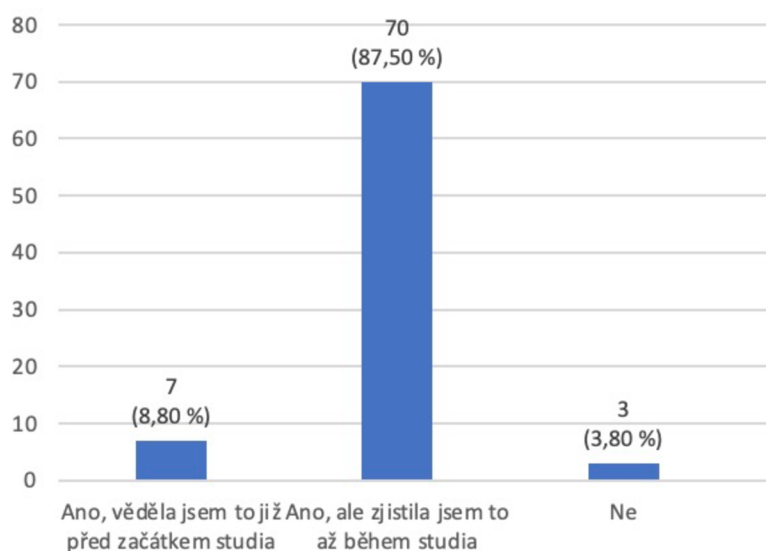
Graf 7 – Dosud nejužitečnější zdroj



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 7 navazuje na předchozí otázku a zpracovává informaci o tom, jaký zdroj považují respondentky za dosud nejužitečnější při své přípravě samostatně instrumentovat císařský řez. I v této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 80 (100 %) zvolilo 58 (44,30 %) studentek praxe na operačním sále. Diskusi s odborníky praktikujícími v tomto oboru zvolilo 27 (20,60 %) studentek. Pro samostudium a přednášky hlasovalo 20 (15,30 %) z nich a praktická cvičení v simulačních centrech vyzdvihlo 6 (4,60 %) z nich. Žádná ze studentek nezvolila ve výběru: Jiná možnost.

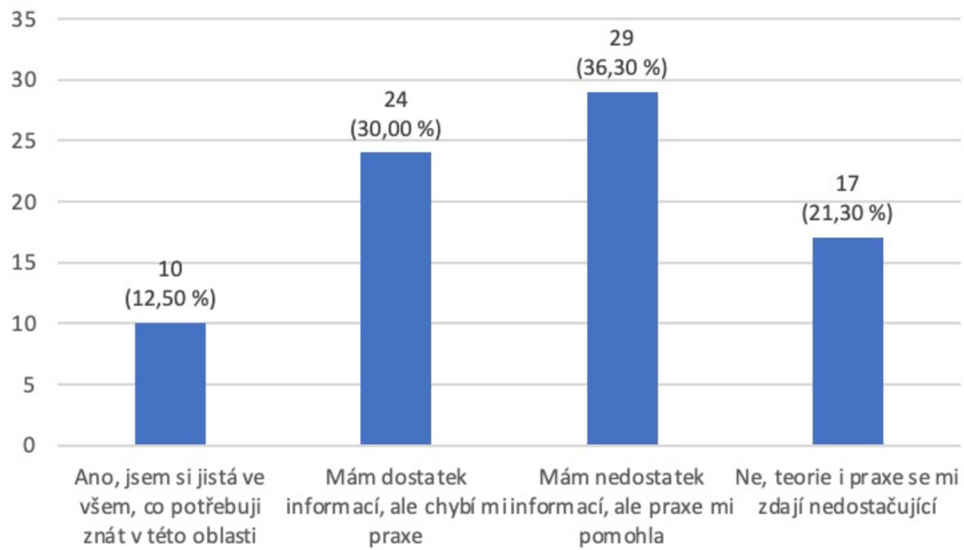
Graf 8 – Povědomí o kompetenci instrumentovat císařský řez



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 8 zobrazuje povědomí studentek porodní asistence o kompetenci instrumentovat císařský řez. Z celkového počtu 80 (100 %) dohromady 77 (96,25 %) vědělo, že po ukončení studia instrumentaci mohou vykonávat a pouze 3 (3,80 %) studentky o této kompetenci netušily. Avšak 70 (87,50 %) studentek z celkového počtu se o této skutečnosti dozvědělo až během studia, pouze 7 (8,80 %) z nich vědělo o této kompetenci ještě před začátkem studia.

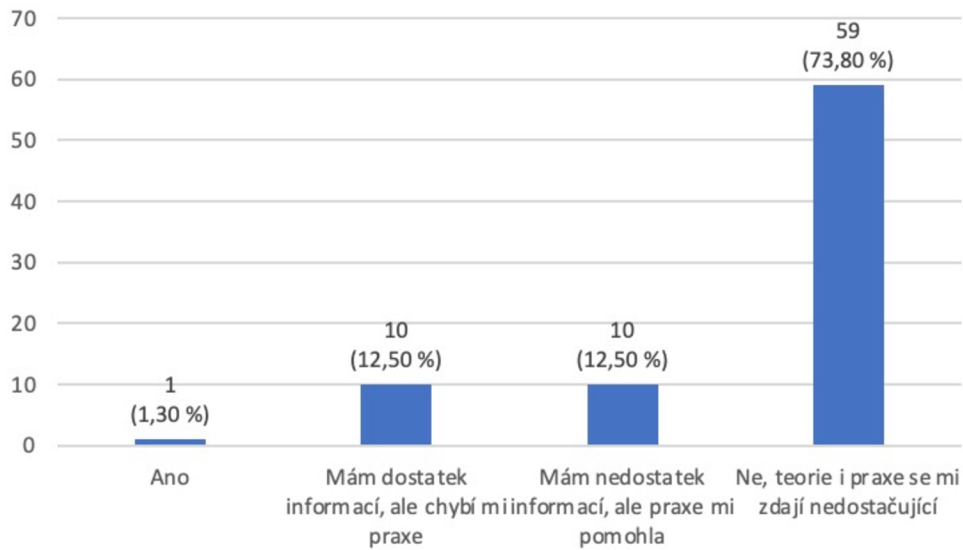
Graf 9 – Příprava v oblasti péče o ženu během císařského řezu



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 9 zobrazuje, zda zúčastněné respondentky považují přípravu v oblasti péče o ženu během císařského řezu za dostačující. Z celkového počtu 80 (100 %) jich 10 (12,50 %) uvedlo: Ano, jsem si jistá ve všem, co potřebuji znát v této oblasti. Dále 24 (30,00 %) z celkového počtu uvedlo: Mám dostatek informací, ale chybí mi praxe, 29 (36,30 %) uvedlo: Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla a celkem 17 (21,30 %) uvedlo: Ne, teorie i praxe se mi zdají nedostačující.

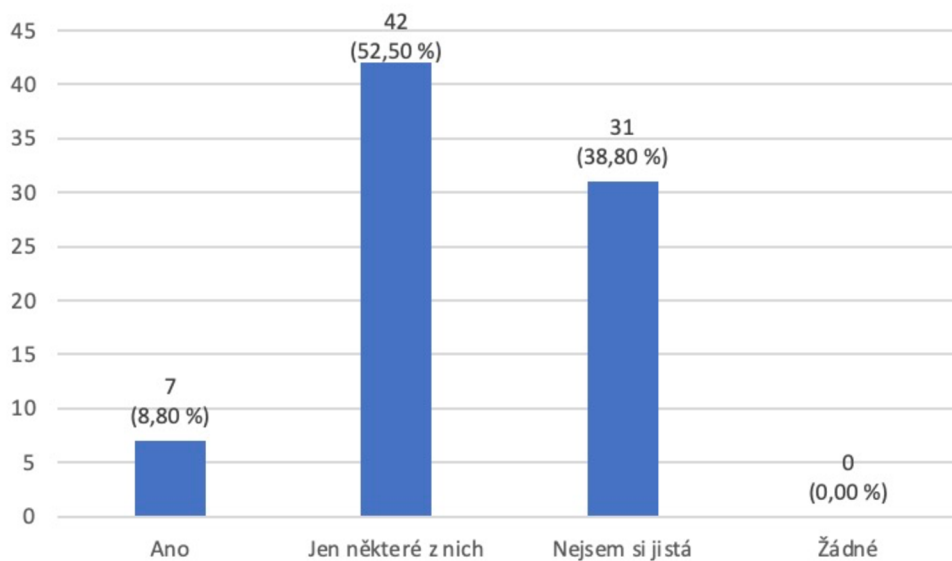
Graf 10 – Příprava na instrumentaci v rámci studia



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 10 mapuje, jak zúčastněné respondentky hodnotí přípravu na instrumentaci císařského řezu (v rámci svého studia). Z celkového počtu 80 (100 %) pouze jedna respondentka (1,30 %) odpověděla, že přípravu v tomto ohledu považuje za dostačující. Celkem 10 (12,50 %) respondentek uvedlo odpověď: Mám dostatek informací, ale chybí mi praxe a stejný počet zahlasoval pro možnost: Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla. Celkem 59 (73,80 %) studentek uvedlo odpověď: Ne, teorie i praxe se mi zdají nedostačující.

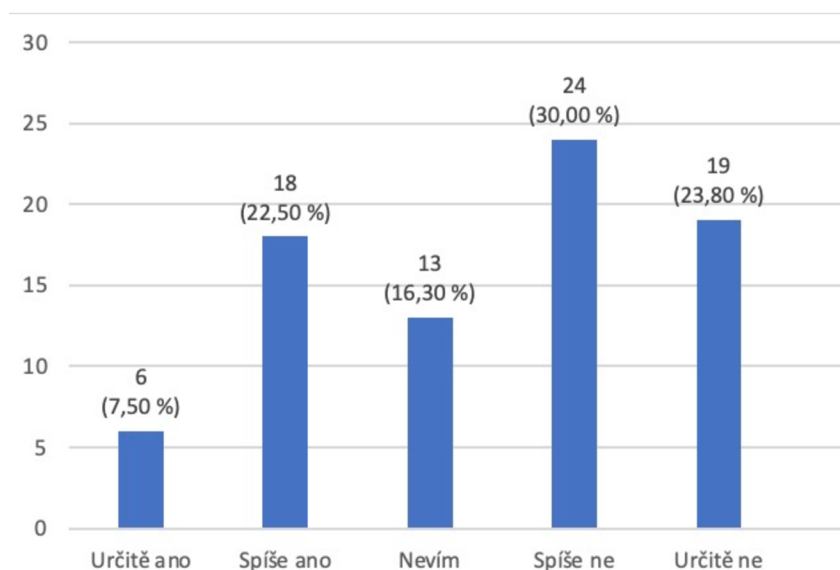
Graf 11 – Znalost nástrojů užívaných při císařském řezu



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 11 znázorňuje, jak respondentky hodnotí svoji znalost nástrojů, které se při císařském řezu užívají. Z celkového počtu 80 (100 %) dohromady 7 (8,80 %) respondentek odpovědělo kladně a svoji znalost považují za dostatečnou; dále 42 (52,50 %) odpověď: Jen některé z nich; 31 (38,80 %) uvedlo odpověď: Nejsem si jistá; Žádná respondentka neuvédla odpověď: Žádné.

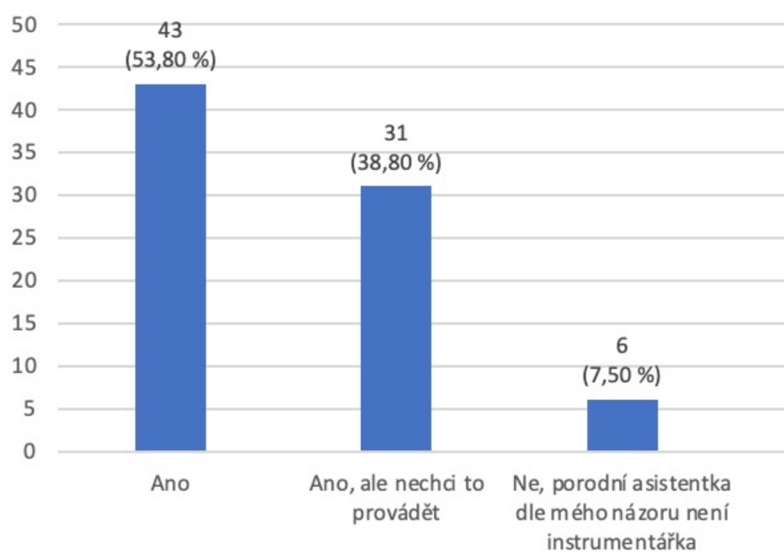
Graf 12 – Instrumentace pod dohledem



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 12 zobrazuje odpověď na otázku, zda by respondentky již nyní v době studia chtěly instrumentovat císařský řez, pokud by dostaly tuto možnost a byly pod dozorem zkušené porodní asistentky/instrumentářky. Z celkového počtu 80 (100 %) označilo 6 (7,50 %) odpověď: Určitě ano; 18 (22,50 %) odpověď: Spíše ano; 13 (16,30 %) odpověď: Nevím; 24 (30,00 %) odpověď: Spíše ne a 19 (23,80 %) pak odpověď určitě ne.

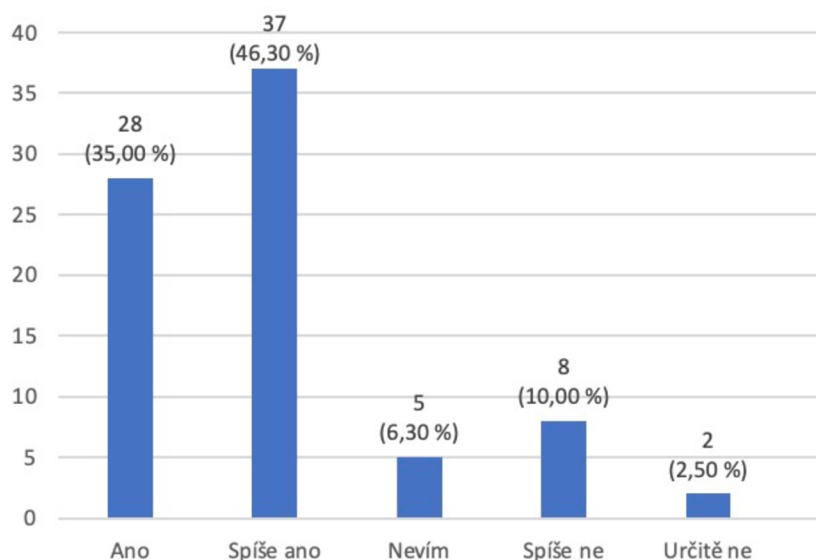
Graf 13 – Zařazení instrumentace do činnosti porodní asistentky



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 13 zobrazuje odpověď na otázku, zda studentky chtějí umět instrumentovat císařský řez, nebo by podle jejich názoru měla tuto dovednost ovládat pouze instrumentářka. Z celkového počtu 80 (100 %) odpovědělo 43 (53,80 %) z nich: Ano; 31 (38,80 %) respondentek označilo odpověď: Ano, ale nechci to provádět a pro odpověď: Ne, porodní asistentka dle mého názoru není instrumentářka hlasovalo 6 (7,50 %) respondentek.

Graf 14 – Umíte se sterilně obléct k operaci?



Zdroj: Vlastní výzkum, data sebrána k 17. 4. 2023

Graf 14 zobrazuje odpověď na otázku: Umíte se sterilně obléct k operaci? Z celkového počtu 80 (100 %) odpovědělo 28 (35,00 %) respondentek: Ano; 37 (46,30 %) respondentek: Spíše ano; 5 (6,30 %) respondentek: Nevím, 8 (10,00 %) respondentek: Spíše ne a 2 (2,50 %) respondentky: Určitě ne.

Graf 15 – Otevřená otázka

15. Mělo by se podle Vás něco změnit ve vzdělávacím systému, aby studentky porodní asistence neměly obavy z instrumentování?

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
	47	58.8%

Zdroj: Survio, © 2023. Vlastní výzkumné šetření.

Graf 15 dal v mém výzkumu prostor respondentkám vyjádřit svůj názor, co by se mělo změnit ve vzdělávacím systému, aby studentky porodní asistence neměly obavy z instrumentování. Tato otázka byla otevřená a její vyplnění nebylo podmínkou pro dokončení dotazníku. Z celkového počtu 80 (100 %) odpovědělo 47 respondentek, což je 58,80 % podíl.

Tabulka č. 1 - počet responzí v dané kategorii

1. kategorie zaměřená na teorii	23 responzí
2. kategorie zaměřená na praktickou výuku	42 responzí

Tabulka č. 2 – jednotlivé respondentky

1. kategorie zaměřená na teorii	R1, R3, R4, R5, R6, R11, R14, R15, R16, R18, R25, R28, R30, R32, R33, R35, R36, R39, R42, R43, R45, R46, R47
2. kategorie zaměřená na praktickou výuku	R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R26, R27, R28, R29, R30, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R37, R38, R39, R40, R41, R42, R43, R44, R45, R46, R47

6.2 Statistické zpracování údajů

Prvním předpokladem je hypotéza: Existují rozdíly v přípravě instrumentace císařského řezu mezi studentkami 2. a 3. ročníku.

Byla hodnocena na základě rozdělení respondentek do dvou skupin podle ročníku, ve kterém studují. Byly hodnoceny rozdíly mezi jejich studijními zkušenostmi.

Z dat uvedených v tabulce 1 vyplývá, že nulovou hypotézu zamítáme. Alternativní hypotéza je potvrzena v 79 %.

Tabulka 1 – Hodnocení odpovědí podle ročníku studia

Téma	II. ročník	III. ročník	Celkem	Statistické zpracování	Výsledek
Jak studentky hodnotí, zda se podílí na péči o ženu?					
Podílí	29 (74 %)	41 (100 %)	70 (88 %)	Fisher <0,001	Ročníky se liší
Nepodílí	10 (26 %)	0 (0 %)	10 (13 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - praktická výuka					
Ano	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)	Test není nutný	Ročníky se neliší
Ne	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - přednášky					
Ano	36 (92 %)	18 (44 %)	54 (68 %)	Chí kvadrát <0,001	Ročníky se liší
Ne	3 (8 %)	23 (56 %)	26 (33 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - samostudium					
Ano	16 (41 %)	5 (12 %)	21 (26 %)	Chí kvadrát 0,003	Ročníky se liší
Ne	23 (59 %)	36 (88 %)	59 (74 %)		

Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - praxe					
Ano	21 (54 %)	41 (100 %)	62 (78 %)	Chí kvadrát <0,001	Ročníky se liší
Ne	18 (46 %)	0 (0 %)	18 (23 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - přednášky					
Ano	18 (46 %)	29 (71 %)	47 (59 %)	Chí kvadrát 0,026	Ročníky se liší
Ne	21 (54 %)	12 (29 %)	33 (41 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - samostudium					
Ano	9 (23 %)	11 (27 %)	20 (25 %)	Chí kvadrát 0,698	Ročníky se neliší
Ne	30 (77 %)	30 (73 %)	60 (75 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Vědí studentky porodní asistence o kompetenci instrumentovat císařský řez?					
Ano	31 (79 %)	41 (100 %)	72 (90 %)	Fisher 0,002	Ročníky se liší
Ne	8 (21 %)	0 (0 %)	8 (10 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Jak hodnotí studentky porodní asistence přípravu na péči o ženu během císařského řezu?					
Dostatečná	0 (0 %)	10 (24 %)	10 (13 %)	Fisher 0,001	Ročníky se liší
Nedostatečná	39 (100 %)	31 (76 %)	70 (88 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		

Jak hodnotí studentky porodní asistence přípravu na instrumentaci císařského řezu?					
Dostatečná	0 (0 %)	10 (24 %)	10 (13 %)	Fisher 0,001	Ročníky se liší
Nedostatečná	39 (100 %)	31 (76 %)	70 (88 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Jak porodní asistentky hodnotí svoji znalost nástrojů užívaných při císařském řezu?					
Znám	0 (0 %)	7 (17 %)	7 (9 %)	Fisher 0,012	Ročníky se liší
Neznám	39 (100 %)	34 (83 %)	73 (91 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Chtěly by studentky porodní asistentce vyzkoušet instrumentovat za dozoru instrumentářky?					
Ano	0 (0 %)	24 (59 %)	24 (30 %)	Chí kvadrát <0,001	Ročníky se liší
Ne	39 (100 %)	17 (41 %)	56 (70 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Chtějí studentky porodní asistence umět instrumentovat císařský řez?					
Ano	28 (72 %)	32 (78 %)	60 (75 %)	Chí kvadrát 0,518	Ročníky se neliší
Ne	11 (28 %)	9 (22 %)	20 (25 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		
Umí se studentky porodní asistence sterilně obléct k operaci?					
Ano	26 (67 %)	39 (95 %)	65 (81 %)	Chí kvadrát 0,001	Ročníky se liší
Ne	13 (33 %)	2 (5 %)	15 (19 %)		
Celkem	39 (100 %)	41 (100 %)	80 (100 %)		

Druhá hypotéza předpokládá, že: Mezi studentkami ZSF JU a studentkami jiných univerzit v České republice není subjektivní rozdíl v přípravě na instrumentaci císařského řezu.

Pro zpracování výsledku byl použit Fisherův exaktní test a Chí kvadrát test.

Z dat uvedených v tabulce 2 vyplývá, že nulovou hypotézu o nerozdílnosti přípravy studentek ZSF JČU a ostatních univerzit zamítáme na hladině významnosti $\alpha = 5\%$. Alternativní hypotéza je potvrzena v 57 %.

Tabulka 2 – Hodnocení odpovědí dle různých univerzit

Téma	ZSF JČU	Ostatní univerzity	Celkem	Statistické zpracování	Výsledek
Jak studentky hodnotí, zda se podílí na péči o ženu?					
Podílí	26 (100 %)	44 (81 %)	70 (88 %)	Fisher 0,026	Univerzity se liší
Nepodílí	0 (0 %)	10 (19 %)	10 (13 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - praktická výuka					
Ano	26 (100 %)	52 (96 %)	78 (98 %)	Fisher 1,00	Univerzity se neliší
Ne	0 (0 %)	2 (4 %)	2 (3 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - přednášky					
Ano	22 (85 %)	47 (87 %)	69 (86 %)	Fisher 0,742	Univerzity se neliší
Ne	4 (15 %)	7 (13 %)	11 (14 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jaký zdroj respondentky považují za nejpodstatnější - samostudium					
Ano	5 (19 %)	26 (48 %)	31 (39 %)	Chí kvadrát 0,013	Univerzity se liší
Ne	21 (81 %)	28 (52 %)	49 (61 %)		

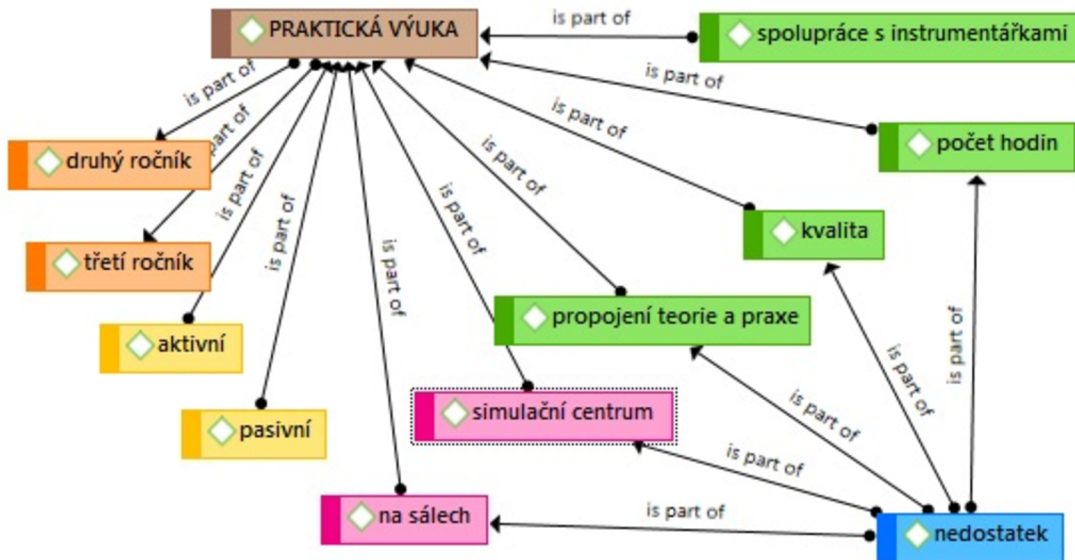
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - praxe					
Ano	12 (46 %)	52 (96 %)	64 (80 %)	Chí kvadrát <0,001	Univerzity se liší
Ne	14 (54 %)	2 (4 %)	16 (20 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - přednášky					
Ano	2 (8 %)	45 (83 %)	47 (59 %)	Chí kvadrát <0,001	Univerzity se liší
Ne	24 (92 %)	9 (17 %)	33 (41 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Z jakého zdroje respondentky dosud získaly nejvíce potřebných informací - samostudium					
Ano	7 (27 %)	13 (24 %)	20 (25 %)	Chí kvadrát 0,783	Univerzity se neliší
Ne	19 (73 %)	41 (76 %)	60 (75 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Vědí studentky porodní asistence o kompetenci instrumentovat císařský řez?					
Ano	26 (100 %)	46 (85 %)	72 (90 %)	Fisher 0,049	Univerzity se liší
Ne	0 (0 %)	8 (15 %)	8 (10 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jak hodnotí studentky porodní asistence přípravu na péči o ženu během císařského řezu					
Dostatečná	0 (0 %)	10 (19 %)	10 (13 %)	Fisher 0,026	Univerzity se liší
Nedostatečná	26 (100 %)	44 (81 %)	70 (88 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jak hodnotí studentky porodní asistence přípravu na instrumentaci císařského řezu					

Dostatečná	0 (0 %)	10 (19 %)	10 (13 %)	Fisher 0,026	Univerzity se liší
Nedostatečná	26 (100 %)	44 (81 %)	70 (88 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Jak porodní asistentky hodnotí svoji znalost nástrojů užívaných při císařském řezu					
Znám	0 (0 %)	7 (13 %)	7 (9 %)	Fisher 0,090	Univerzity se neliší
Neznám	26 (100 %)	47 (87 %)	73 (91 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Chtěly by studentky porodní asistentce vyzkoušet instrumentovat za dozoru instrumentářky?					
Ano	0 (0 %)	10 (19 %)	10 (13 %)	Fisher 0,026	Univerzity se liší
Ne	26 (100 %)	44 (81 %)	70 (88 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Chtějí studentky porodní asistence umět instrumentovat císařský řez?					
Ano	24 (92 %)	42 (78 %)	66 (83 %)	Fisher 0,130	Univerzity se neliší
Ne	2 (8 %)	12 (22 %)	14 (18 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		
Umí se studentky porodní asistence sterilně obléct k operaci?					
Ano	22 (85 %)	48 (89 %)	70 (88 %)	Fisher 0,720	Univerzity se neliší
Ne	4 (15 %)	6 (11 %)	10 (13 %)		
Celkem	26 (100 %)	54 (100 %)	80 (100 %)		

Výzkumný soubor tvořilo 80 studentek porodní asistence. Podmínkou pro zúčastnění se v mém výzkumném šetření bylo studium druhého či třetího ročníku porodní asistence. Všechny respondentky vyhověly kritériím a žádná odpověď tak nebyla vyřazena.

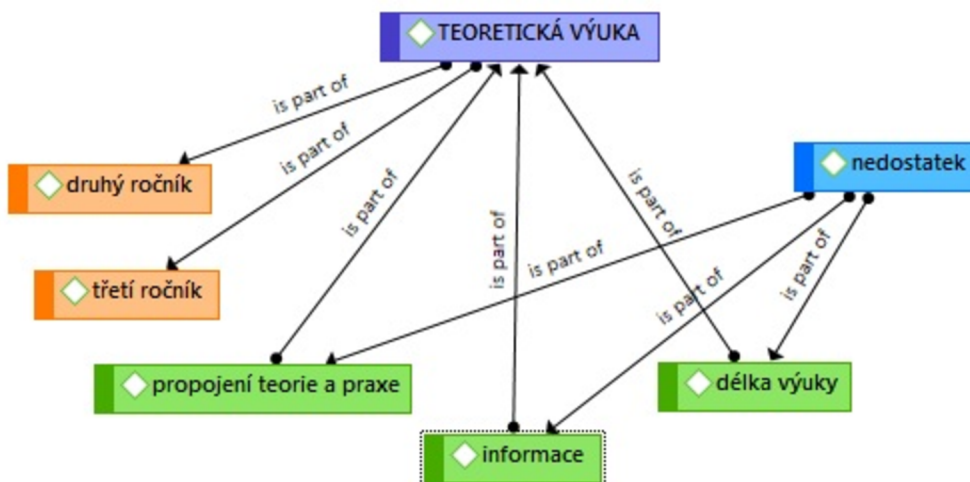
Výsledky zpracování dat z otevřené otázky v podobě otevřeného kódování (resp. tvorby kategorií)

Kategorizace 1 skupiny odpovědí



Zdroj: vlastní výzkum, 20. 4. 2023

Kategorizace 2. skupiny odpovědí



Zdroj: vlastní výzkum, 20. 4. 2023

7 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala porodnickými operacemi a současně rolí porodních asistentek v nich. Porodnické operace se řadí bezpochyby mezi ty úplně nejstarší. Největší rozvoj zaznamenaly od 18. století dodnes propojením poznatků z anatomie, fyziologie, fyziky a chirurgie. (Doležal et al., 2007)

Výzkumná část ve formě dotazníkového šetření byla zaměřena na studentky porodní asistence z pěti univerzit v České republice. Při sbírání poznatků pro psaní teoretické části a zároveň zkušenostech z praktické výuky na porodním sále jsme se rozhodli věnovat pozornost právě studentkám tohoto oboru a jejich zkušenostem, pocitům a vědomostem v oblasti péče o ženu při císařském řezu a konkrétně kompetenci instrumentace císařského řezu. Dle zákona č. 55/2011 Sb., je porodní asistentka je také kompetentní k instrumentaci na operačním sále.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 80 (100 %) respondentek. První otázka sbírala informaci o jejich věku. Ve věku 20 let se zúčastnilo 7 (8,80 %) respondentek, ve věku 21 let 33 (41,30 %) respondentek, ve věku 22 let 29 (36,30 %) respondentek a 11 (13,80 %) z nich uvedlo možnost: Více.

Všechny studentky byly ženského pohlaví a studovaly druhý nebo třetí ročník oboru porodní asistence. Poměr, v jakém se zúčastnily výzkumného šetření, zobrazila druhá otázka dotazníku. Celkem 41 (51,20 %) z nich uvedlo třetí ročník, 39 (48,80 %) ročník druhý.

Jak již bylo zmíněno výše, respondentky pocházely z pěti univerzit v České republice. Tento stav mapovala třetí otázka dotazníku. Nejvyšší počet zastoupila Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ze které bylo 26 (32,50 %) studentek. Z univerzity Karlovy v Plzni se zúčastnilo 21 (26,30 %) studentek, z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě 16 (20,00 %) studentek, z Univerzity Palackého v Olomouci 11 (13,80 %) studentek a 6 (7,50 %) studentek z Masarykovy univerzity v Brně.

Pomocí další otázky jsme zjišťovali, zda se respondentky měly během svého studia možnost přímo podílet na péči o ženu v průběhu císařského řezu. Celkem 69 (86,30 %) odpovědělo kladně, 11 (13,80 %) odpovědělo záporně. Respondentek z druhého ročníku zvolilo odpověď: Ano 29 (74 %), ze třetího ročníku 41 (100 %). Kladně odpovědělo 26

(100 %) studentek z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a 44 (81 %) ze škol ostatních.

Dále jsme se zabývali otázkou, jakou péči poskytovaly studentky v průběhu císařského řezu, jestliže v předchozí otázce odpověděly kladně. Vzhledem k výkonům, které studentky na operačním sále obvykle mohou provádět, byla tato otázka doplněna o doplňující informaci, že se jejich odpověď může týkat zároveň péče o novorozence. Na výběr bylo z více možností. V předchozí otázce odpovědělo kladně 69 (86,30 %) respondentek, což je celkový počet respondentek odpovídajících v této části. Celkem 54x (78,30 %) zde byla zaznamenaná odpověď: Poslech ozev plodu; 37x (53,60 %) odpověď: Přebírání novorozence od operátora k prvnímu ošetření; 10x (14,50 %) odpověď: Instrumentace u císařského řezu; a 17x (24,60 %) odpověď: Jiná péče.

Šestá část mapovala skutečnost, jaký zdroj považují respondentky za nejzásadnější při své přípravě samostatně instrumentovat císařský řez. V této otázce byla přirozeně opět možnost zvolit více odpovědí. Nabízené možnosti byly vybrány tyto: Praxe na operačním sále; Diskuse s odborníky praktikujícími v tomto oboru; Praktická cvičení v simulačním centru; Přednášky a Samostudium. Praxe na operačním sále zvolilo z celkového počtu 75 (38,90 %) studentek. Diskusi s odborníky praktikujícími v oboru a praktická cvičení v simulačním centru považovalo za důležité v obou případech 37 (19,20 %) studentek. Přednášky považovaly za důležitý zdroj informací 23 (11,90 %) z nich a 21 (10,90 %) zvolilo možnost samostudia. Praktickou část výuky vyzdvihlo 100 % všech studentek, přednášky 36 (92 %) studentek druhého ročníku a 18 (44 %) třetího ročníku, samostudium vybralo 16 (41 %) studentek druhého a 5 (12 %) třetího ročníku. Studentek Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích zvolilo 22 (85 %) přednášky a 5 (19 %) samostudium. Z ostatních škol zvolilo 47 (87 %) studentek přednášky a 26 (48 %) samostudium. Praktická cvičení v simulačním centru vyzdvihovaly jako důležitý zdroj i ty studentky, které nemají možnost simulačního centra navštěvovat. Dle našeho názoru je důležité, aby se nácvik tohoto úkonu zavedl především do praxe a studentky se měly možnost na základě vlastní zkušenosti a odborného dohledu naučit tuto dovednost. Tento názor nám většina respondentek potvrdila.

Další otázka navazovala na předchozí a zpracovává informaci o tom, jaký zdroj považují respondentky za dosud nejužitečnější a nejvíc jim pomohl v přípravě samostatně instrumentovat císařský řez. Možnosti odpovědí byly naprosto stejné. Praxe na operačním

sále zvolilo 58 (44,30 %) studentek. Diskusi s odborníky praktikujícími v oboru zvolilo 27 (20,60 %) studentek. Pro samostudium a přednášky hlasovalo 20 (15,30 %) z nich a praktická cvičení v simulačních centrech vyzdvihlo 6 (4,60 %). Praktickou část výuky vyzdvihlo 21 (54 %) studentek druhého a 41 (100 %) třetího ročníku, přednášky 18 (46 %) studentek druhého ročníku a 29 (71 %) třetího ročníku, samostudium vybralo 9 (23 %) studentek druhého a 11 (27 %) třetího ročníku. Studentky Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích zvolily 12x (46 %) praxe, 2x (8 %) přednášky a 7x (27 %) samostudium. Z ostatních univerzit byla zvolena 52x (96 %) možnost praxe, 45 (83 %) přednášky a 13 (24 %) samostudium. Zejména samostudium později v otevřené otázce, která dávala prostor k vyjádření, vyzdvihovaly studentky jako nedostačující vzhledem k nedostatku dostupných podkladů, které by dokázaly nahradit zkušenosti z praxí.

V osmé otázce jsem se zajímala o povědomí studentek porodní asistence o kompetenci instrumentovat císařský řez. Celkem 77 (96,25 %) vědělo, že po ukončení studia instrumentaci mohou samostatně vykonávat a pouze 3 (3,80 %) z nich o této kompetenci netušily. Avšak 70 (87,50 %) studentek se o této skutečnosti dozvědělo až během svého studia. Z druhého ročníku vědělo o této kompetenci 31 (79 %) studentek, ze třetího 41 (100 %). Všechny studentky ZSF JČU o této kompetenci věděly, z ostatních fakult celkem 46 (85 %).

V další části jsme se zajímali, zda považují přípravu v oblasti péče o ženu během operace císařský řez za dostačující, aby se cítily sebejisté. Na výběr byly tyto možnosti: Ano, jsem si jistá ve všem, co potřebuji v této oblasti znát; Mám dostatek informací, ale chybí mi praxe; Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla; Ne, teorie i praxe se mi zdají nedostačující. První možnost byla zvolena 10x (12,50 %), druhá možnost 24x (30,00 %), třetí možnost 29x (36,30 %) a poslední možnost: 17x (21,30 %). Žádná studentka druhého ročníku nepovažuje přípravu v rámci studia za dostatečnou, celkem 10 (24 %) třetího ročníku ano. Ze ZSF JČU není žádná z nich. Studentky, které v této otázce odpověděly první možnost, jsou z Masarykovy univerzity v Brně a univerzity Karlovy v Plzni. Ze ZSF JČU nejvíce studentek zvolilo možnost: Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla.

V desáté otázce jsem se zajímala, jak se cítí být připravovány v rámci svého studia na instrumentaci císařského řezu. Pouze jedna respondentka (studentka lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně) odpověděla, že přípravu považuje za dostačující.

Možnosti odpovědí byly tyto: Ano; Mám nedostatek informací, ale chybí mi praxe; Mám dostatek informací, ale praxe mi pomohla; Ne, teorie i praxe se mi zdá nedostatečná v této oblasti. Dohromady zde bylo 59 (73,80 %) hlasů pro možnost: Ne, teorie i praxe se mi zdá nedostatečná v této oblasti. Počet 10 hlasů (12,50 %) měla odpověď: Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla a mám dostatek informací, ale chybí mi praxe. Z výzkumu vyplývá, že některá pracoviště studentky připravují na výkon instrumentace, ve většině případů se v bakalářském oboru o této kompetenci pouze dozví.

Jedenáctá otázka znázorňuje, jak respondentky hodnotí svoji znalost nástrojů, které se při císařském řezu používají. Celkem 42 (52,50 %) z nich odpovědělo, že zná pouze některé z nich, 31 (38,80 %) uvedlo odpověď: Nejsem si jistá, zda všechny znám, 7 (8,80 %) odpovědělo kladně a svoji znalost považují za dostatečnou a žádná respondentka neuvedla odpověď: Žádné nástroje neznám. Žádná studentka druhého ročníku neodpověděla kladně a celkem 7 (17 %) odpovědělo kladně ze třetího ročníku. Žádná z kladných odpovědí rovněž nebyla ze ZSF JČU.

Dvanáctá otázka se zaměřovala na skutečnost, zda by respondentky již nyní v době studia instrumentovaly císařský řez, pokud by dostaly tuto možnost a byly pod dozorem zkušené porodní asistentky/instrumentářky. Z celkového počtu označilo 24 (30,00 %) odpověď: Spíše ne; 19 (23,80 %) pak odpověď určitě ne; což je dohromady více jak polovina respondentek. Dále označilo 18 (22,50 %) z celkového počtu odpověď: Spíše ano; 13 (16,30 %) odpověď: Nevím a 6 (7,50 %) odpověď: Určitě ano. Kladně odpověděly pouze studentky třetího ročníku, a to 24 (59 %) z nich. Žádná ze studentek nebyla ze ZSF JČU. Dle našeho názoru by se studentky na praxích měly více zajímat o tuto problematiku a v případě zájmu dobrovolně vyhledávat možnosti získání těchto dovedností.

Následující otázka se zajímá, zda studentky chtějí umět instrumentovat císařský řez, nebo by podle jejich názoru měla tuto dovednost ovládat pouze instrumentářka. Více celkem 43 (53,80 %) odpovědělo: Ano, dále 31 (38,80 %) respondentek označilo odpověď: Ano, ale nechci to provádět, pro poslední možnost: Ne, porodní asistentka dle mého názoru není instrumentářka hlasovalo 6 (7,50 %) studentek. Dohromady 28 (72 %) studentek druhého ročníku odpovědělo kladně, ze třetího 32 (78 %). Ze ZSF JČU kladně odpovědělo 24 (92 %) studentek, z ostatních univerzit 42 (78 %) studentek.

Předposlední otázka výzkumu se zabývá tím, zda se zúčastněné výzkumu umí sterilně obléct k operaci. Celkem 37 (46,30 %) z nich odpovědělo: Spíše ano, dále 28 (35,00 %)

odpovědělo: Ano, dále 8 (10,00 %) odpovědělo: Spíše ne, 5 (6,30 %) odpovědělo: Nevím a 2 (2,50 %) respondentky: Určitě ne. Z poznání vyplývá, že 26 (67 %) studentek druhého a 32 (78 %) třetího ročníku se umí sterilně obléct k operaci a 22 (85 %) z nich je ze ZSF JČU, 48 (89 %) z ostatních fakult.

Poslední otázka byla otevřená a dala prostor vyjádřit názor, co by se mělo změnit ve vzdělávacím systému, aby studentky porodní asistence neměly obavy z instrumentování. Vyplnění této otázky nebylo podmínkou pro dokončení dotazníku a celkem se jej zúčastnilo 47 respondentek, tedy podílem 58,8 %.

Z výše zmíněných univerzit, ze kterých jsem sbírala odpovědi pro svůj výzkum, jsem vybrala vždy jednu studentku, která mi ústně popsala, jak výuka v oblasti instrumentace probíhá. Tato část probíhala externě a nebyla oficiálně zařazena do výzkumu, jelikož by zcela změnila jeho charakter. Z těchto mých poznatků vyplynulo, že se na těchto školách standardně instrumentování operací ve většině případů nevyučuje.

Informace, že pro většinu studentek porodní asistence je naprosto cizí výkon instrumentace císařského řezu, ale i péče o ženu v průběhu tohoto výkonu, pro nás není potěšující. Vzhledem k vyzkoumaným faktům má velký podíl zúčastněných zájem se v této oblasti zlepšit. Dle mého názoru by si studentky měly více svých potřeb ohledně studia umět prosadit a nebát se zajímat.

8 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem porodnických operací a rolí porodní asistentky v nich. Je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou, Teoretická část definovala historii operačních výkonů, sběr anamnestických dat a jednotlivé druhy operací. Byly stanoveny cíle pro výzkumnou část a k jejich dosažení byl sestaven dotazník. Výzkumná část tedy byla zpracována na základě výzkumného šetření, které bylo složeno z uzavřených, polouzavřených a jedné otevřené otázky.

Výzkumný soubor tvořilo 80 respondentek. Podmínkou pro zúčastnění se výzkumného šetření bylo studium II. nebo III. ročníku porodní asistence v České republice. Dotazník byl sdílen pomocí sociální sítě Facebook a Instagram.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny pečovat o ženu, jejíž stav vyžaduje provedení porodnické operace v průběhu těhotenství nebo za porodu. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou budoucí porodní asistentky, které se připravují na výkon svého povolání, připraveny na skutečnost, že v jejich kompetenci při vykonávání vlastní profese je také instrumentace při císařském řezu. Pro zpracování výsledků byl použit Fisherův exaktní test a Chí kvadrát test.

Hypotézy stanovené pro výzkum byly následující:

H1: Existují rozdíly v přípravě instrumentace císařského řezu mezi studentkami 2. a 3. ročníku.

H2: Mezi studentkami ZSF JU a studentkami jiných univerzit v České republice není subjektivní rozdíl v přípravě na instrumentaci císařského řezu.

Ze sesbíraných údajů od respondentek vyplývá, že z celkového počtu 80 (100 %) zúčastnilo 39 (48,80 %) studentek druhého ročníku a 41 (51,20 %) ročníku třetího.

Z celkového počtu 80 (100 %) se zúčastnilo výzkumu 26 (32,50 %) studentek z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a 54 (67,60 %) z jiných univerzit v České republice. Zúčastněné školy byly: Univerzita Karlova v Plzni, Univerzita Palackého v Olomouci, Masarykova univerzita v Brně a Vysoká škola polytechnická v Jihlavě.

Z výzkumu dále vyplynulo, že se více podílejí na péči o ženu při výkonu praxí studentky třetího ročníku než druhého. Za důležitý zdroj v přípravě na instrumentaci císařského řezu považuje více studentek třetího ročníku praktickou výuku, naopak zástupkyně druhých ročníků více volily přednášky a samostudium. Nejvíce informací získaly studentky třetího ročníku na praxích dle svých odpovědí, ale také volily více přednášky a samostudium, ač výsledky oproti mladšímu ročníku byly srovnatelné. Příprava na péči o ženu během císařského řezu a instrumentaci považuje většina respondentek za nedostačující bez ohledu na ročník studia. Ve většině případů neznají všechny nástroje, které se používají při tomto výkonu a netroufají si vyzkoušet si instrumentovat císařský řez ani za dozoru instrumentářky. Avšak 28 (72 %) studentek druhého ročníku a 32 (78 %) třetího by instrumentaci chtělo umět ovládat. Dále 26 (67 %) ze druhého a 39 (95 %) ze třetího ročníku zvolilo možnost, že se umí sterilně obléct k operaci.

Podíl na péči o ženu při porodu císařským řezem uvedly všechny studentky ZSF JČU kladně. Z ostatních univerzit tato odpověď byla 44x (81 %). Všechny studentky ZSF JČU také uvádí jako důležitý zdroj při přípravě na instrumentování uvádí praktickou výuku, většina z nich přednášky a samostudium jen 5 (19 %) z nich. Ostatní univerzity volily nejvíce praktickou výuku a přednášky. Dosud nejužitečnějším zdrojem se zdá všem studentkám být praktická výuka. Přípravu na péči o ženu při císařském řezu neoznačila žádná ze studentek ZSF JČU jako dostačující, z ostatních univerzit zvolilo jako dostatečné 10 (19 %) studentek. Všechny byly z Masarykovy univerzity v Brně. Stejně výsledky má rovněž i příprava na samotnou instrumentaci. Opět žádná studentka ZSF JČU nezná všechny nástroje k provedení císařského řezu, z ostatních univerzit zvolilo 7 (13 %) studentek opět z brněnské Masarykovy univerzity, že nástroje všechny pozná a ví, k čemu se užívají. Umět instrumentovat by chtělo 24 (92 %) studentek ZSF JČU a 42 (78 %) studentek z okolních škol a 22 (85 %) studentek naší fakulty uvedlo, že se umí sterilně obléct k operaci, z ostatních škol 54 %.

Studentky porodní asistence druhých a třetích ročníků ve většině případů nemají zkušenost s instrumentací císařského řezu. V případě péče a výkonů, které prováděly při císařském řezu se nejvíce odpovědí týkalo péče o novorozence. Vyzdvihovaly možnost praktických hodin na operačním sále i simulační centra, ze kterých dle jejich názoru nasbíraly doposud nejvíce informací. Ve většině případů se o této kompetenci dozvěděly až během studia. Dále také uváděly, že zcela jistě neznají všechny nástroje, které se při této porodnické operaci užívají a netroufily by si instrumentovat ani za dozoru a pomoci

zkušené instrumentářky vzhledem k vědomostem, které mají. Téměř polovina respondentek by poté instrumentovat v praxi ani nechtěla.

Tato bakalářská práce může být použita jako informační materiál.

9 Seznam použité literatury

1. ČEPICKÝ, P., 2009. Právní a psychologické aspekty extrakčních operací. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. Praha: Levret [cit. 2023-04-04]. ISSN:1211-1058; 1214-2093. Dostupné z: <https://1url.cz/4rmHX>
2. DE LEEUW, J., W., DALY, J., O., 2021. Forceps and vakuum: one goal, two entities. *International Urogynecology Journal* [online]. 32(9), 2349-2352 [cit. 2023-04-12], doi: 10.1007/s00192-021-04866-z. Dostupné z: <https://1url.cz/ArAA5>
3. DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024708812.
4. DUŠOVÁ, B., MAREČKOVÁ, J., 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 9788073686635.
5. ENDLICHEROVÁ, J., 2018. Zevní vyšetření (přednáška k předmětu Dovednosti v porodní asistenci 2, obor porodní asistence) [online]. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/ArAAT>
6. EZROVÁ et al., 2021. Principy péče porodní asistentky při porodu. *Principy péče v porodní asistenci* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/lrAAD>
7. Geoinformatics.upol.cz, 2023. [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/jrAmr>
8. HÁJEK, Z., 2007. Forceps a vakuumextrakce. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 16(1). ISSN 1211-1058; 1214-2093.
9. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024745299.
10. HORÁČKOVÁ et al., 2020. Masáž hráze. Aniball [online.] [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/hK6uC>

11. HRUBAN, L., JANKŮ, P., et al., 2016. Vaginální vedení porodu koncem pánevním. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073454807.
12. HRUBAN, L., et al., 2017. Obrat plodu zevními hmaty z polohy podélné koncem pánevním po 36. týdnu gravidity – hodnocení úspěšnosti a komplikací [online]. *Česká gynekologie* [cit. 2023-04-04]. 82(6), Dostupné z: <https://1url.cz/ArAAI>
13. HUDELIST, G., MASTOROUDES, H., GORTI, M., 2008. The role of episiotomy in instrumentál delivery: Is it preventative for severe perineal injury? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 28(5), 469-473 [cit. 2023-04-12]. doi: 10.1080/01443610802196492. Dostupné z: <https://1url.cz/2rAAU>
14. JEDLIČKOVÁ, J., DRÁPELOVÁ, I., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135433.
15. JEON, J., Sunghun, N., 2017. Vacuum extraction vaginal delivery: current trend and safety. *Obstetrics & Gynecology Science* [online]. 60(6) [cit. 2023-04-04]. eISSN 2287-8580. Dostupné z: <https://1url.cz/krmqE>
16. KAWAKITA, T. et al., 2018. Risk factors for umbilical cord prolapse in women who underwent artificial rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 218 (1) [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/ErAA0>
17. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 9788073876241.
18. KULHAVÁ, M., 2018. Zevní vyšetření (přednáška k předmětu Dovednosti v porodní asistenci 2, obor Porodní asistence) [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/vrAAc>
19. LEIFER, G., et al. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd.1 české. Praha : Grada. ISBN 80-247-0668-7.
20. MACKŮ, F., ČECH, E., 2002. *Porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Informatorium. ISBN 9788086073927.

21. Matematickabiologie.cz, 2023. [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z:
<https://1url.cz/erAmz>
22. Mzcr.cz, 2019. [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/IrvM5>
23. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: *Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, [cit. 2023-04-04]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://1url.cz/nrAAZ>
24. ODENT, M., MEISNERROVÁ, K., 2016. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. První vydání v českém jazyce. Praha: Maitrea. ISBN 9788075002273.
25. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072625949.
26. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 1. díl, *Těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074922138.
27. PESCHOUT, R., 2008. Psychologická indikace SEU císařský řez na přání. *Moderní gynekologie a porodnictví*. [online] 17(1) [cit. 2023-04-04]. ISSN: 1211-1058; 1214-2093.
28. Porodnice.cz, 2014. *Porodnické operace*. [online]. *Kamenice: Porodnice.cz* [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/TrAAy>
29. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073456184.
30. ROZTOČIL, A., et al., 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. Vyd.1. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-230-2.
31. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788027120987.
32. ROZTOČILOVÁ, S., 2009. *Rehabilitace a císařský řez*. *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. [cit. 2023-04-04] Praha: Levret. ISSN 1214-5572.

33. RYAN, R., MCCARTHY, F., 2016. Induction of labor. [online]. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* [cit. 2023-04-12]. 26(10), doi: 10.1016/j.ogrm.2016.07.005. ISSN 17517214. Dostupné z: <https://1url.cz/BrAAS>
34. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 9788027102143.
35. STEVENS, J., SCHMIED, V. et al., 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature: Skin-to-skin contact after a Caesarean section. *Maternal & Child Nutrition* [online]. 10(4), 456-473 [cit. 2023-04-12], doi: doi: 10.1111/mcn.12128. ISSN: 00029378 Dostupné z: <https://1url.cz/LrAAX>
36. Superia.cz, 2023. *Definice výrazu Kompetence*. [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/7rAAA>
37. ŠIMETKA, O., MICHALEC, I., 2010. Vakuumextrakce. *Česká gynekologie*. 75(5), ISSN 1210-7832; 1805-4455.
38. ŠIMETKA, O., 2013. Extrakce plodu vakuumextrakcí – doporučený postup [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/wrAA4>
39. ŠIMETKA, O., 2013. Operační vaginální porod. Doporučený postup. České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS), [online] 81(2) [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/IrAAh>
40. VELEBIL, P., 2021. Česká republika Perinatologické výsledky. *Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny*. [online] [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/
41. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2023-04-04] Dostupné z: <https://1url.cz/SrAm2>

42. Vyznamslova: Význam žena, ©2020. [online]. [cit. 2023–04-14]. Dostupné z:
<https://1url.cz/trAmL>

43. WICHSOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN
9788024737546.

10 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

1. Kolik Vám je let?
 - a) 20, b) 21, c) 22, d) více

2. V jakém jste ročníku?
 - a) II., b) III.

3. V jakém městě studujete?
 - a) České Budějovice, b) Olomouc, c) Brno

4. Měla jste již možnost se přímo podílet na péči o ženu v průběhu císařského řezu?
 - a) Ano, b) Ne

5. Pokud jste odpověděla v předchozí otázce kladně, jakou péči jste prováděla?
 - a) Instrumentace, b) Poslech ozev plodu, c) Přebírání novorozence od operátora, d) Něco jiného

6. Jaký zdroj považujete v této problematice za nejzásadnější? (možno více odpovědí)
 - a) Přednášky, b) Praktická cvičení v simulačním centru, c) Diskuze s odborníky praktikujícími v tomto oboru, d) Praxe na operačním sále, e) Samostudium, d) Jiná možnost

7. Z jakého výše zmíněného zdroje jste dosud získala nejvíce užitečných informací?
 - a) Přednášky, b) Praktická cvičení v simulačním centru, c) Diskuze s odborníky praktikujícími v tomto oboru, d) Praxe na operačním sále, e) Samostudium, d) Jiná možnost

8. Věděla jste o tom, že je porodní asistentka kompetentní k vykonávání instrumentace u císařského řezu?

- a) Ano, věděla jsem tuto skutečnost ještě před nástupem na tento obor, b) Ano, ale zjistila jsem tuto skutečnost během studia porodní asistence, c) Ne
9. Považujete přípravu v oblasti péče o ženu během císařského řezu v rámci vašeho studia jako dostačující? Cítíte se být připravená?
- a) Ano, jsem si jistá ve všem, co potřebuji znát v této oblasti, b) Mám dostatek informací, ale chybí mi praxe, c) Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla, d) Ne, teorie i praxe se mi zdá nedostatečná v této oblasti, e) Jiná odpověď
10. Považujete přípravu na instrumentaci u císařského řezu v rámci vašeho studia jako dostačující? Cítíte se být připravená?
- a) Ano, jsem si jistá ve všem, co potřebuji znát v této oblasti, b) Mám dostatek informací, ale chybí mi praxe, c) Mám nedostatek informací, ale praxe mi pomohla, d) Ne, teorie i praxe se mi zdá nedostatečná v této oblasti, e) Jiná odpověď
11. Znáte všechny nástroje, které se při provádění císařského řezu užívají?
- a) Ano, b) Nejsem si jistá, c) Jen některé z nich, d) Žádné
12. Troufla byste si již teď instrumentovat, kdyby vám asistovala zkušená porodní asistentka/instrumentářka?
- a) Určitě ano, b) Spíše ano, c) Nevím, d) Spíše ne, e) Určitě ne
13. Chcete umět instrumentovat u císařského řezu, nebo by dle vašeho názoru měla tuto dovednost ovládat pouze instrumentářka
- a) Ano, b) Ano, ale nechci to provádět, c) Ne, porodní asistentka dle mého názoru není instrumentářka
14. Umíte se sterilně obléct k operaci?
- a) Ano, b) Spíše ano, c) Nevím, d) Spíše ne, e) Určitě ne
15. Mělo by se podle vás něco změnit ve vzdělávacím systému, aby studentky porodní asistence neměly obavy z instrumentování?

11 Seznam zkratk

CTG – kardiokografie

FN – fakultní nemocnice

JIP – jednotka intenzivní péče

LF MU – lékařská fakulta Masarykovy univerzity

OSN – Organizace spojených národů

SC – *sectio caesarea*

VAS – vizuální analogová škála

VEX - vakuumextrakce

ZSF JČU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity