Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Připravenost porodních asistentek na zvládání akutních a kritických stavů na porodním sále

bakalářská práce

Autor práce: Štěpánka Levecová, DiS
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6.5.2013

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Zátěžovým situacím jsme v současné době vystaveni nejen v soukromém, ale i v pracovním životě. Velkou zátěž a stresové situace, které akutní a kritické stavy ve zdravotnictví často způsobují, mohou mít neblahý dopad na psychiku a celý organismus člověka. Na oddělení porodního sálu jsou denně všichni členové zdravotnického týmu této zátěži vystavováni a právě stresovým situacím a jejich zvládání v akutní medicíně, byla věnována tato bakalářská práce. Byla zaměřena na zvládání stresových a zátěžových situací právě zde pracujících porodních asistentek. Porodní asistentky popisují své zkušenosti se zátěžovými situacemi, jak je zvládají, a také jak je vnímají. Bylo zde porovnáváno, zda hraje roli na zvládání stresu a stresových situací věk, zkušenosti, dosažené vzdělání a délka adaptace po nastoupení do pracovního procesu.

Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit vnímání a zvládání zátěžových situací na porodním sále očima porodních asistentek a srovnat připravenost porodních asistentek zvládat akutní a kritické stavy na porodním sále dle dosaženého vzdělání, délky praxe a zkušeností v oboru. Byly položeny tři výzkumné otázky: Jak porodní asistentky připravila škola na zvládání zátěžových situací? Jak ovlivňuje věk a zkušenosti porodních asistentek pracujících na porodním sále zvládání stresových situací? Jak jsou porodní asistentky v rámci adaptačního procesu a v další praxi připravovány na zvládání zátěžových situací?

Použité metody

K výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, kde bylo ke sběru dat využito techniky strukturovaného rozhovoru. Respondentky zde uplatnily své vlastní názory, postřehy, zkušenosti a pocity. Výzkumu se účastnilo šest porodních asistentek pracujících na porodním sále Gynekologicko - porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Jako první byla provedena transkripce rozhovorů, kde byly odpovědi respondentek po obsahové stránce stručně interpretovány. V dalším kroku byla provedena kategorizace dat. Všechny rozhovory byly pečlivě pročteny a v každém rozhovoru byly identifikovány pocity, názory a vědomosti porodních asistentek, které

byly poté parafrázovány do obecnějších vyjádření. Kategorizace dat zahrnuje popsání jevů, kdy byly identifikovány hlavní významové kategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentek ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzívou.

Výsledky

Nejčastějším problémem dotazovaných porodních asistentek bylo uváděno, že v systému vzdělávání v porodní asistenci jsou určité rezervy týkající se praktické výuky pro přípravu na zvládání zátěžových situací. Porodní asistentky se shodly, že celkový rozsah osnov studia je dostačující. Jako problematickou uváděly oblast teoretické výuky v předmětech komunikace, komunikace ve zdravotnických oborech a oborech psychologie, kde je studium dostatečně nepřipravilo na zvládání zátěžových situací.

Respondentky z vlastních zkušeností uváděly, že by bylo vhodné prodloužit studium o rok u studentek, které neměly z předchozího studia žádné zdravotnické vzdělání, pro jejich lepší přípravu a adaptaci v pracovním procesu po nástupu do zaměstnání.

Dále pak z výzkumu vyplynulo, že v praktické výuce respondentky vnímají negativně nepřítomnost vyučující odborné praxe v nemocničním zařízení. Nově by porodní asistentky uvítaly přítomnost vyučujících na praxi studentek, nebo snížení počtu studentek na směnách. Při velkém počtu studentek na směně si nemohou procvičit odborné výkony, a proto se mnohdy stane, že se odborné výkony často učí až po nástupu do zaměstnání. Jako velký problém byla označována nemožnost zaznamenávat dané skutečnosti do zdravotnické dokumentace, čímž je omezen logický pohled studentek na systém skupinové péče na příslušném oddělení.

Při vzniklých akutních a kritických situacích na porodním sále porodní asistentky často uváděly pocit strachu, zvýšené zátěže, pocitu úzkosti a obav, zda danou situaci zvládnou. Porodní asistentky shodně uváděly, že se snaží se stresem bojovat a nedaří se to ani jedné z nich. Shodly se, že tyto situace jim velmi zasahují do soukromých životů. V této problematice uváděly, že by bylo přínosné navýšit počet ošetřujícího personálu, čímž by nedocházelo k přetěžování zdravotnického personálu. Měly by více volného času na relaxaci a odpočinek, který je ve stresovém prostředí nesmírně důležitý.

Jednou z výzkumných otázek bylo, jak se porodní asistentky vyrovnávají se zátěžovými situacemi. Většina porodních asistentek odpověděla, že relaxací v domácím prostředí, nebo ve společnosti.

Celkově porodní asistentky hodnotily, že na zvládání zátěžových situací určitě hraje velkou roli věk porodních asistentek a jejich zkušenosti v oboru. Naučily se během délky praxe jednat pohotověji a uvážlivěji, což má kladný dopad na řešení akutních a kritických situací na porodním sále.

Při dotazování na vnímání adaptačního procesu, byly všechny dotazované porodní asistentky spokojené s délkou trvání adaptace i se svojí školící porodní asistentkou. Při zvládání zátěžových situací po ukončeném adaptačním procesu uváděly porodní asistentky jako dobu zvýšené zátěže na jejich osobu a to jak po psychické, tak fyzické stránce. Musely se naučit spoléhat více samy na sebe, což jak bylo uváděno, je velmi vyčerpávalo. Vnímaly tuto dobu jako velmi náročnou a stresovou.

Globálně porodní asistentky hodnotily dobu po nastoupení do pracovního procesu kladně. Uváděly, že je těšilo osamostatnění a finanční nezávislost v jejich soukromých životech. Zároveň ale shodně uváděly, že tato profese jim velmi zasahuje do soukromého života. Uvědomují si, že se jim radikálně změnil život, a to díky tomu, že vnímají svoje povolání za náročné a někdy i velmi stresující.

Závěr

Z výzkumného šetření vyplynula potřeba zařadit do výuky více hodin v předmětech teoretické výuky komunikace a komunikačních technik. Zvláště byla upřednostňována simulační výuka, aby se studentky naučily, jak správně a pohotověji reagovat v zátěžových situacích. Dále bylo doporučováno zařazování do výuky a v době adaptačního procesu více odborných seminářů, týkajících se akutních a kritických stavů v oboru gynekologie a porodnictví. Tato bakalářská práce může také sloužit jako informační materiál zdravotnických pracovníků a nejen porodních asistentek pracujících na oddělení akutní medicíny, kteří mají zájem nejen o dobrou péči o pacienty a spokojenost v zaměstnání, ale především o svoje zdraví.

Klíčová slova

Porodní asistentka, vzdělávání, stres, akutní a kritické stavy v porodnictví.

Abstract

Basic theoretical premises

Currently, we are exposed to stressful situations not only in private life but also in professional life. Huge stress and stressful situations that cause acute and critical states in the field of health care may have adverse impact on the psyche and the entire human organism. At Delivery Rooms Department, all members of a medical team are daily exposed to such stress; these Bachelor theses are dedicated to these stressful situations and their managing in acute medicine. The theses are focused on stressful situations being dealt by midwives working at Delivery Rooms Department. Midwives describe their experience with stressful situations, the way they deal with them and perceive them. In the theses, there are drawn a comparison whether dealing with stress and stress situations is influenced by age, experience, attained education, and adaptation length after getting the labour process started.

Aims of the theses

The theses are aimed at determination of perceiving and managing stressful situations in the delivery room seen in the eyes of midwives, and at the comparison of readiness of midwives to deal with acute and critical states in the delivery room in accordance with attained education, length of professional experience, and experience in the given field. Three research questions were put: How did school prepare midwives for managing stressful situations? How does the age and experience of midwives working in the delivery rooms affect the way of managing stressful situation? How are midwives being prepared for managing stressful situations within an adaptation process and further practice?

Utilized methods

Data collection technique in qualitative research survey utilized structured interviews. Interviewees employed their own opinions, insights, experiences, and feelings. The research included six midwives working in the delivery room of Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital in Pilsen. First, a transcription of interviews was made where all the interviewees' answers were briefly interpreted. Second, a data categorization was held. All interviews were thoroughly read

and in each interview there were identified feelings, opinions, and knowledge of midwives which were later paraphrased into more general terms. Data categorization includes a description of phenomena, based on whose the main semantic categories were identified. To interpret the data, interviewees' quotes from recorded answers were used and made italics in the text.

Results

The most common problem stated by the interviewed midwives was that there are certain gaps in educational systems in obstetrics related to practical training of readiness for managing stressful situations. The midwives agreed on sufficiency of overall extent of curriculum. As a problematic part they pointed out the field of theoretical education in the subjects of communication, medical communication and psychological communication where the education did not prepare them sufficiently for managing stressful situations.

Based on their own experience, the interviewees presented that one year extension of the studies would be appropriate for the students who did not have any medical education from previous studies to ensure their better preparation and adaptation in labour process after starting employment.

Furthermore, the research showed that the interviewees perceived negatively the absence of teachers of professional experience in a hospital during practice training. On the contrary, the midwives would welcome the presence of teachers at students' practice training or reduction of the number of students at shifts. Due to a large number of students at one shift they cannot practice professional performances, and therefore they often have to learn professional performances after starting employment. The students' impossibility to record given matters in the medical documents was stated as a significant problem, since the logical view of students at a group care system at the respective department is limited.

In acute and critical situation occurred in the delivery room, the midwives often reported feelings of fear, increased stress, anxiety and worries whether they will be able to manage the given situation. The midwives identically reported that they are trying to fight such stress but they all fail. They agreed that these situations have a big impact on

their private life. Regarding this issue, they said it would be beneficial to increase the number of nursing staff and thereby prevent overstretching medical staff. They would have more free time to relax and rest which is extremely important in a stressful environment.

One of the research questions was how midwives deal with stressful situations. The majority of midwives answered that through relaxing at home or in the company.

In overall, the midwives assessed that the age of midwives and their professional experience play an important role in managing stressful situations. During their practice training, they learnt to act more promptly and prudently which has a positive effect on solving acute and critical situations in the delivery room.

When querying the perception of the adaptation process, all midwives were satisfied with the length of adaptation and their midwife trainer. Regarding managing stressful situations, after termination of the adaptation process, the midwives reported this period as a time of increased strain towards their person both mentally and physically. They had to learn to rely more on themselves which was, as mentioned above, very exhausting. They perceived this period as very demanding and stressful.

In general, the midwives assessed the time after getting in labour process positively. They reported they enjoyed gaining of independence and financial freedom in the private life. Simultaneously, they identically said that this profession strongly affects their personal life. They realize that their life has dramatically changed because they perceive their profession as challenging and sometimes also very stressful.

Conclusion

The research survey identified a need to put more classes of theoretical education regarding communication and communication techniques. In particular, simulation training was preferred to teach the students how to react properly and more promptly in stressful situations. Furthermore, it was recommended to include more professional seminars related to acute and critical states from the field of gynecology and obstetrics in education and during the period of adaptation process.

These Bachelor theses may also serve as an informative material not only for midwives but for medical personnel working at the Departments of Acute Medicine

who are interested in good patient care and job satisfaction, and particularly in their own health.

Key words

Midwife, education, stress, acute and critical states in obstetrics

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 6.5.2013 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce, PhDr. Drahomíře Filausové, za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup, podporu a trpělivost při psaní této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, porodním asistentkám porodního sálu GPK FN Plzeň, za jejich vstřícnost, otevřenost, emoce a pocity, které daly vzniknout výzkumné části této práce.

V neposlední řadě patří poděkování celé rodině a obzvlášť manželovi, který mi byl největší oporou.

Obsah

OBSAH **11**

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK **12**

ÚVOD **13**

1 SOUČASNÝ STAV **14**

1.1 PROFESE PORODNÍ ASISTENTKY 14
1.1.1 Vzdělávání porodních asistentek *15*
1.1.2 Adaptační proces *17*
1.1.3 Stres v práci porodní asistentky *18*
1.1.4 Zátěžová situace a reakce na zátěžové situace *20*
1.2 VYBRANÉ AKUTNÍ A KRITICKÉ STAVY NA PORODNÍM SÁLE 22
1.2.1 Předčasný porod *22*
1.2.2 Hypertenzní choroby v graviditě *23*
1.2.2.1 Preeklampsie 24
1.2.2.2 Eklampsie 25
1.2.2.3 HELLP syndrom 26
1.2.3 Krvácení v graviditě a peripartálním období *27*
1.2.3.1 Abrupce placenty (Abruptio placentae) 27
1.2.3.2 Hypotonie a atonie děložní 28
1.2.3.3 Diseminovaná intravaskulární koagulopatie – DIC 29
1.2.3.4 Vcestné lůžko – (placenta praevia) 30
1.2.3 Šokové stavy v graviditě *31*
1.2.3.1 Hypovolemický, hemoragický šok 31
1.2.4 Embolie plodovou vodou *32*
1.2.5 Management ošetřovatelské péče porodní asistentky u vybraných akutních a kritických stavů na porodním sále *33*

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **36**

2.1 CÍL PRÁCE 36
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 36

3 METODIKA **37**

3.1 METODIKA VÝZKUMU 37
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 38

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU **39**

4.1 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ S PORODNÍMI ASISTENTKAMI PRACUJÍCÍMI NA PORODNÍM SÁLE GYNEKOLOGICKO - PORODNICKÉ KLINIKY FN PLZEŇ. 39

5 DISKUZE **55**

6 ZÁVĚR **62**

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ **63**

8 KLÍČOVÁ SLOVA **67**

9 PŘÍLOHY **68**

Seznam použitých zkratek

PA – porodní asistentka

CTG – kardiotokografie

WHO – Světová zdravotnická organizace

ICM – Mezinárodní konfederace porodních asistentek

FIGO – Mezinárodní federace gynekologů a porodníků

USG – ultrazvuk

PROM – předčasný odtok vody plodové *(Defluidum liquoris amnialis praecox)*

TK – krevní tlak

IUGR – intrauterinní růstová retardace plodu

HELLP syndrom - *hemolysis (H), elevated liver enzymes (EL), low platelet count (LP)*

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie

GEU – mimoděložní těhotenství – *(gravidita extra uterina)*

ARDS - respiratory distress syndromu

ATB – antibiotika

OP – ozvy plodu

TEN – trombembolická nemoc

P – puls

T – tělesná teplota

KS – krevní skupina

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologicko - resuscitační oddělení

FF – fyziologické funkce

FN – Fakultní nemocnice

GPK – Gynekologicko - porodnická klinika

ZČU – Západočeská univerzita

Úvod

V současné době jsme vystaveni jak v soukromém, tak v pracovním životě velké zátěži, která může mít neblahý dopad jak na psychiku člověka, tak na celý organismus. Touto zátěží je stres a stresové situace na pracovišti.

Jelikož pracuji již čtrnáctým rokem na porodním sále a jsem denně vystavena stresovým situacím akutní medicíny, zaměřila jsem svojí bakalářskou práci právě na tuto problematiku. Zaostřuji ji na zvládání stresových a zátěžových situací právě zde pracujících porodních asistentek, které tyto situace denně vnímají a právě zde chci porovnat zda hraje roli při zvládání stresu věk, zkušenosti, nebo třeba dosažené vzdělání.

Aby porodní asistentky pracující na porodních sálech vnímaly a zvládaly svojí každodenní práci jako uspokojující, je potřebné, aby měly příslušné vzdělání, zkušenosti a dané kompetence. Je nutné, aby porodní asistentky a veškerý zdravotnický personál a to nejen na odděleních akutní medicíny, byl adekvátně profesně prakticky připraven. Neměl by být opomenut fakt, že bude narážet během své pracovní kariéry na stresové a zátěžové situace. Tyto aspekty by jim mělo poskytnout získané vzdělání, popřípadě specializační studium. Cílem následující práce je zjistit vnímání stresových situací na porodním sále očima porodních asistentek.

V teoretické části práce se zaměřuji na vzdělávání porodních asistentek v České republice, jaké mají kompetence a zmiňuji zde i adaptační proces porodních asistentek po nástupu do zaměstnání po ukončení studia. Následně uvádím psychologické aspekty v práci porodní asistentky a v neposlední řadě vybrané akutní a kritické stavy na porodním sále, se kterými se porodní asistentky během své praxe mohou setkávat.

V praktické části práce bude využito kvalitativního výzkumného šetření formou nestandardizovaného rozhovoru s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále a tyto rozhovory budou následně analyzovány. Dotazovány budou porodní asistentky pracující na porodním sále Gynekologicko - porodnické kliniky FN Plzeň.

1 Současný stav

1.1 Profese porodní asistentky

V roce 1972 vytvořily Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, podruhé v roce 2005. Definice porodní asistentky zní: „ Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky“. (Vránová, 2007, s. 94).

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 (Vránová, 2007).

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

Porodní asistentka hraje důležitou roli ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

1.1.1 Vzdělávání porodních asistentek

Porodní asistentka se řadí mezi tzv. regulované profese ve zdravotnictví. To znamená, že kompetentní orgány na národní i mezinárodní úrovni (např. ministerstva zdravotnictví, Rada Evropy) tato povolání přísně kontrolují stanovením zákonných a podzákonných norem. Mezi další regulované zdravotnické profese patří lékař, zubní lékař, farmaceut a všeobecná sestra.

Před vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutné změnit celou hierarchii našeho zdravotnického systému a v souvislosti s tím i upravit vzdělávání porodních asistentek.

Pro celou Evropskou unii dle doporučení Evropské strategie Světové zdravotnické organizace platí pro vzdělávání v ošetřovatelství a porodní asistenci délka studia minimálně tři roky v bakalářském typu studia na vysokých školách. Jeho rozsah a náplň odpovídá Směrnicím Evropské unie. Tyto směrnice (80/155 EHS, 89/594/EHS) řeší základní vzdělávací cíle, požadovanou minimální délku studia, předchozí vzdělání uchazeče o studium, kompetence absolventů a požadavky kladené na vzdělávací programy pro porodní asistentky (Vránová, 2007).

V České republice je vzdělávání porodních asistentek legislativně řešeno především zákonem 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.

Ke studiu porodní asistence lze přijmout studenty ze všech typů středních škol, kteří mají zájem o profesi a mají ukončené úplné středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou. Zahájení výuky studijního programu Porodní asistence obor Porodní asistentka je možné na vysoké škole univerzitního nebo neuniverzitního typu s příslušnou akreditací. Po přidělení akreditace je od akademického roku 2002/2003 studijní program na příslušných vysokých školách realizován. V České republice je v současnosti možnost studia na deseti vysokých školách, kdy vzdělávání na těchto

ústavech vznikalo postupně v letech 2001-2005. Studium probíhá v prezenční nebo kombinované formě. Minimální počet vyučovacích hodin je ustanoven na 4600. Z celkového počtu hodin, má student vykonávat odbornou praxi 1200 hodin. Studium je zakončeno Státní závěrečnou zkouškou (Vránová,2007).

Teoretické předměty připravující porodní asistentky na výkon povolání nejen na porodním sále musí být v koordinaci s praktickou výukou. V teoretických předmětech jsou zahrnuty obory, jejichž znalost tvoří základ potřebný při poskytování ošetřovatelské péče a porodní asistenci, např. anatomie, fyziologie a patologie zaměřující se na porodnictví. Dále sem řadíme znalosti z mikrobiologie, biofyziky, biochemie a základy radiační ochrany, základy podpory a prevence zdraví s prevencí nozokomiálních nákaz, zajištění poskytování zdravotní péče v oboru, znalosti v první pomoci. Dále jsou znalosti poskytovány v klinických oborech. A to v embryologii a vývoji plodu, v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, v přípravě rodičky a rodiny na porod a rodičovství včetně jeho psychologických aspektů a dechových, tělesných a uvolňovacích cvičení pro ženy, ve vedení porodu jako přirozeného fyziologického procesu se znalostí možných patologií a technického vybavení používaného v porodnictví, v asistenci při patologickém porodu. Základy ultrazvukové diagnostiky, ošetřovatelské péče o šestinedělku, ošetřovatelský proces o těhotnou ženu s rizikovým těhotenstvím i s nepravidelným porodem, akutní, kritické stavy a resuscitace v porodní asistenci a ošetřovatelský proces při nepravidelném porodu také patří do vzdělávání v klinických oborech porodní asistence. Následně jsou zde další obory jako znalosti v analgézii, anestézii a resuscitaci, ve fyziologii a patologii novorozenců, v péči o novorozence a pediatrii zaměřené na novorozence (Vyhláška č. 39/2005 Sb.). Celé znění vyhlášky je uvedeno v příloze 1.

Při praktické výuce si mají studenti osvojit dovednosti natolik, aby byli schopni po ukončení studia pracovat jako porodní asistentky bez odborného dohledu.

Ve vyhlášce č. 39/2005 je také definováno praktické vyučování, které trvá nejméně 1200 hodin a probíhá jak ve zdravotnických zařízeních, tak ve zdravotnických zařízeních působících ve vlastním sociálním prostředí žen a jejich rodin. Vránová uvádí

praktické dovednosti ve vzdělávání v porodní asistenci a ty jsou uvedeny v příloze 2 (Vránová, 2007).

Pro přesné vedení údajů o absolvované praxi a o provedených výkonech má každá studentka Deník ošetřovatelské praxe v porodní asistenci. Studium je následně zakončeno Státní závěrečnou zkouškou, která obsahuje vypracování a obhájení bakalářské práce a ústní zkoušku z porodní asistence, ošetřovatelství, gynekologie, porodnictví a neonatologie a psychologie (Vránová, 2007).

Kompetence porodní asistentky, další její činnosti spadající do kompetencí a její pracoviště jsou uvedeny v příloze 3.

1.1.2 Adaptační proces

Adaptační proces je fáze zaškolení a zaučení, jejíž cílem je optimální zvládnutí pracovních požadavků kladených na nového zaměstnance, začlenění porodní asistentky do pracovního kolektivu a sociálního systému nemocnice. Má tedy dvě roviny, pracovní a sociální.

Účelem adaptačního procesu je poznat, prověřit, zhodnotit, prohloubit a rozšířit teoretické znalosti, schopnosti a dovednosti zaměstnanců v praxi.

Každá porodní asistentka, která vstupuje do pracovního poměru v nemocnici, nebo zde již pracuje a mění pracoviště či pracovní zařazení, je povinna absolvovat adaptační proces.

V praxi to znamená, že vedoucí zaměstnanec určí novému zaměstnanci školícího pracovníka, představí nového zaměstnance vedení pracoviště a spolupracovníkům a vysvětlí mu průběh adaptačního procesu včetně očekávaných výsledků. Školící pracovník ho pak vede celým adaptačním procesem, vysvětluje mu jeho úkoly a povinnosti, které souvisejí s výkonem práce, pomáhá mu radou, názorným předvedením a zodpovídá jeho dotazy. Dále ověřuje jeho odborné znalosti a dovednosti, hodnotí pracovní i osobní kvality nového zaměstnance a v závěru procesu navrhuje jeho další uplatnění a směry osobního rozvoje.

Adaptační proces končí minimálně po třech měsících pohovorem u vrchní sestry oddělení, kde je také následně ukončen v případě, je-li nový pracovník správně adaptován a je schopen nadále pracovat bez odborného dohledu. Neadaptuje-li se nový pracovník dostatečně, je adaptační proces prodloužen minimálně o další tři měsíce. Adaptační proces má velký význam pro snížení stresu a zátěže právě po nástupu do zaměstnání a také ke snížení rizika vzniku syndromu vyhoření (směrnice SME/4/005/, FN Plzeň).

Plán adaptačního procesu a záznam hodnocení jsou uvedeny v příloze 4.

1.1.3 Stres v práci porodní asistentky

Profese porodní asistentky a každá profese ve zdravotnictví, může být řazena do kategorie povolání, kde je velké množství zátěžových situací a tím je osobnost člověka vystavena velkému stresovému prostředí.

Stres obecně znamená, že se jedinec dostává do situací, které přesahují jeho psychické síly, a tímto je přetížený. Pro zvládnutí stresových situací používá jedinec mimořádné obranné mechanismy, které ho mohou psychicky a somaticky ohrozit. Stres má fyziologickou a psychickou rovinu. Fyziologická rovina je založena na reakci útoku nebo úniku a je sdílena se všemi savci. V psychické rovině platí fakt, že jedinec prožívající stres je často nakloněn vnímat situace jako ohrožující a také na ně jako ohrožující patřičně, ač bezdůvodně reaguje. Jde tedy o psychosomatickou propojenost a jednotu lidského organismu.

Lidé se ve stresu častěji dopouštějí chyb a stejně je tomu, je-li jedinec ve zvýšené míře úzkostný. Chybování se proto stává vážným pracovním problémem. Krátkodobý stres ústí v neschopnost soustředit se, v podrážděnost, přecitlivělé reakce a ztrátu smyslu pro humor. Dlouhodobý stres má negativní dopad na rozhodování, způsobuje únavu, vyvolává nezájem a vede k nemocím způsobeným stresem. Pracovní stres vzniká z celé řady příčin. Člověku může způsobovat stres jeho povolání a zvýšené nároky na jeho osobu s tím spojené, nebo třeba nemoc a úkony s nemocí související (Farkašová, 2006).

Například Cartwright a Cooper (1997) zjistili šest skupin faktorů ovlivňující stres. Mezi zdroje pracovního stresu a faktory s ním spojené patří – role v organizaci, vztahy na pracovišti, rozvoj kariéry, faktory nesouvisející s prací a struktura prostředí a organizace (Hayes, 2003).

Faktory související s prací zapříčiňující stres zahrnují všeobecné pracovní podmínky, ať již jedinci pracují na směny, mají delší směny, což je příklad porodních asistentek a zdravotníků, nebo často cestují a jsou přepracovaní. Z tohoto faktu vyplývá, že může dojít častěji k pochybení ze strany zdravotnického personálu a tím nežádoucím situacím na pracovišti.

Na zvládání stresu v náročných životních a pracovních situacích se utváří prostor pro kumulaci složitých reakcí, projevujících se v chování a jednání člověka. Tyto reakce se tedy projevují i při akutních a kritických stavech na porodním sále. To vytváří podmínky pro vznik psychických obranných mechanismů. Mezi tyto mechanismy patří například racionalizace, popření, vytěsnění, kompenzace, regrese (Farkašová, 2006).

V mezních případech může vyústit stres v syndrom vyhoření nebo ve fyzické onemocnění. Tento syndrom byl popsán již v roce 1975. Existuje mnoho definic, které se shodují v určitých bodech. Jedná se o psychický stav, kdy jedinec má prožitek vyčerpání. Vyskytuje se u profesí obsahujících práci s lidmi. Hlavní složkou syndromu je emoční vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a často i celková únava. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí již ze zmiňovaného chronického stresu.

Nejpodstatnějším znakem je chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být často doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního a fyzikálního okolí. Profese porodní asistentky je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením a někdy i pociťováním „poslání“ profese.

Vyhoření je tedy důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností. Samotné vyhoření je výsledek dlouhého a pozvolného procesu. Syndrom vyhoření je rozdělen do několika fází a ty jsou uvedeny v příloze 5.

Jak již bylo zmíněno, vyhoření postihuje jedince z pomáhajících profesí, nejčastěji lékaře, středně zdravotnický personál, ale i jiné profese.

Pro prevenci vyhoření je důležitý vlastní postoj člověka k práci. Samozřejmě v ní má být pociťován smysl, ale neměla by být jediným cílem, smyslem a zájmem v jeho životě. Důležitá je také sociální opora, jejímiž hlavními zdroji jsou rodina, kolegové v práci, přátelé, zájmy, koníčky a celkové trávení volného času.

Pro léčbu syndromu vyhoření se užívají psychologické přístupy, především existenciální psychoterapie, logoterapie a daseinsanalýza (Kallwas, 2007, Maroon, 2012, Hayes, 2003).

Stres v pracovním prostředí, tedy i v práci porodní asistentky je problémem, který psychologové umí na základě svých znalostí efektivně řešit.

1.1.4 Zátěžová situace a reakce na zátěžové situace

Zátěžová situace je taková situace, která u jedince vyvolá stav nadměrného zatížení nebo ohrožení, je spojena s úbytkem uspokojení a ohrožuje celkovou tělesnou a duševní pohodu u člověka.

Obecně můžeme říci, že jde o takové situace, které vyžadují něco navíc, zvyšují úsilí, které není standardní. Jsou to tedy situace, při kterých člověk nevystačí s navyklým vzorcem chování, vynakládá zvýšené úsilí na jejich řešení, případně musí překonat určité překážky na cestě k uskutečnění tohoto cíle.

Zátěžové situace můžeme rozlišovat podle intenzity:

Prosté - vyžadují zvýšené úsilí, ale jedinec se s nimi vyrovnává sám, bez psychického narušení.

Frustrující (konfliktogenní) – vedou k nežádoucím psychickým stavům (stres, frustrace, konflikt), ale nakonec se dají zvládnout.

Patogenní – vedou k neurózám a často ke zhoršení fyzického stavu jedince (infarkt myokardu).

Se zátěžovou situací se jedinec vyrovnává vědomě nebo nevědomě. Často také dochází k plynulému přechodu z jedné varianty na druhou. Při zvládání zátěžové situace vědomou volbou strategie, tj. doping, znamená, že se jedinec zaměřuje na určitý cíl, na

dosažení pozitivní změny nebo alespoň na smíření s tím, co změnit nelze a zároveň se snaží zachovat si psychickou rovnováhu a pozitivní obraz sama sebe. Smyslem dopingu je zlepšení celkové osobní bilance v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání vzniklé problémové situace. Obranné mechanismy, které si člověk neuvědomuje plně, lze poté diferencovat podle toho, do jaké míry pomáhají k vyrovnání se s danou zátěží nebo naopak. Obranné mechanismy a reakce umožňují člověku získat čas a energii potřebnou k nalezení účelnějšího řešení. Nevýhodou těchto mechanismů je, že jedinec nemusí ani později nalézt adekvátní a účelnější řešení a mohou osobnost plně zahltit (Vágnerová, 2004).

V souvislosti akutních a kritických stavů na porodním sále jsou uvedeny jen příklady některých obranných mechanismů v příloze 6.

1.2 Vybrané akutní a kritické stavy na porodním sále

1.2.1 Předčasný porod

„Předčasný porod je definovaný jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity. „Plody narozené před dokončeným 37. týdnem gestace (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce) nebo vážící méně než 2500 gramů ve vztahu k délce gestace, jsou podle WHO označeny jako předčasně narozené“ (Čech, 1999, s. 155).

V České Republice je porod definován jako narození dítěte, kdy plod po vypuzení nebo vynětí z těla matky projevuje alespoň některou ze známek života a jeho hmotnost je vyšší než 500 gramů. Při porodní hmotnosti nižší než 500 gramů, považuje se toto za porod, přežije-li novorozenec 24 hodin. U mrtvě rozeného plodu hovoříme o porodu, je-li jeho porodní hmotnost minimálně 500 gramů, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství delší než 22 týdnů. Toto definuje nový zákon 372/2011 Sb.

Mezi nejčastější příčiny předčasného porodu patří komplikace v průběhu porodu, epidemiologické faktory, iatrogenní a medikamentózní faktory vzniklé při invazivně diagnostických metodách a závažné zdravotní faktory matky.

Při diagnostice předčasného porodu rozeznáváme čtyři klinická stádia: *Partus praematurus imminens* – předčasný porod hrozící; *Partus praematurus incipiens* – předčasný porod počínající; *Partus praematurus in cursu* – předčasný porod v běhu; *Defluidum liquoris amnialis praecox* – předčasný odtok vody plodové

Diagnostika předčasného porodu by měla postupovat v následujícím pořadí: relevantní anamnestická data, průkaz děložní činnosti, porodnické vyšetření včetně vyšetření v zrcadlech, abdominální USG, průkaz zkrácení děložního hrdla – vaginální USG, průkaz předčasného odtoku plodové vody – PROM, laboratorní testy.

Těhotná s prvními příznaky předčasného porodu, musí být přijata na gynekologicko-porodnické oddělení. Jedná-li se o počínající potrat, je vhodný převoz

do perinatologického centra, dále při pokročilejším nálezu není převoz vhodný, někdy je i podle stávající situace kontraindikován.

Vedení předčasného porodu v běhu je vždy lékařské, porodní asistentka pouze asistuje. Vedení předčasného porodu se zásadně liší od vedení porodu v termínu. Porod je veden vaginálně pouze při poloze podélné záhlavím. Porodník musí posoudit jaké jsou splněny podmínky. Nejdůležitější podmínkou je zralost děložního hrdla, jeho postavení a konzistence. Porod je vždy potřeba kontinuálně monitorovat a to nejen srdeční činnost, ale i intenzitu děložních kontrakcí.

Předčasný porod je možno vést ve všech případech porodnických indikací císařským řezem. Profylaktický císařský řez je indikován, pokud je plod v poloze podélné koncem pánevním nebo u vícečetného těhotenství do 32. týdnu gestace. Dále k operaci můžeme přistoupit při rozvoji chorioamnionitidy, hypoxii plodu, nebo při nezralém vaginálním nálezu (Čech, 1999).

1.2.2 Hypertenzní choroby v graviditě

„Hypertenze může být závažnou komplikací těhotenství, a proto musí být její diagnostice a léčbě věnována patřičná pozornost. Prognóza pro matku i plod je závislá na etiologii hypertenze a tak její správné zařazení je nezbytným předpokladem pro rozhodování o dalším průběhu gravidity, o způsobu vedení porodu, o terapii i prevenci“ (Unzeitig, 2001/10, s. 17).

Výskyt hypertenze v těhotenství se celosvětově udává v rozmezí 1-30 % ze všech gravidit. Reálná aktuální frekvence v České republice není známa. Bylo uvedeno, že 25-30 % hypertenzí u nás tvoří preeklampsie, 50-60 % chronické hypertenze (především esenciální forma) a 10-15 % preeklampsie superponované na chronickou hypertenzi (Unzeitig, 2001/10).

Arteriální hypertenze je definována podle kriterií WHO z roku 1993 hodnotami krevního tlaku rovnými nebo vyššími než 140/90 mm Hg, které jsou zjištěny opakovaně, tj. alespoň 2x při třech po sobě jdoucích měřeních (Měchurová, 2011).

Podle klinických a laboratorních výsledků je důležitá včasná diagnostika a ve spolupráci s internistou, správné zařazení hypertenze. Je předpokladem pro další rozhodování o průběhu gravidity a způsobu vedení porodu, terapii a prevenci poškození cílových orgánů matky.

Mezi nejdůležitější úkony vyšetřování hypertenze tedy patří úzká spolupráce s internistou – zařazení hypertenze, sledování, terapie. Dále sledování stavu těhotné – hodnoty TK, proteinurie, edémy, váhové přírůstky, laboratorní ukazatele. Sledování funkce fetoplacentární jednotky – vyšetření USG, CTG monitoring – k vyloučení IUGR, hypoxie plodu a také včasná hospitalizace (Měchurová, 2011).

1.2.2.1 Preeklampsie

Preeklampsie je závažné onemocnění vázané na trofoblast a podílející se na zvýšení perinatální i mateřské mortality i morbidity a také na zvýšení prematurity a intrauterinní růstové retardace. Při tomto pro těhotenství specifickém onemocnění dochází k multiorgánovému poškození organismu, které postihuje především vitálně důležité parenchymatózní orgány – ledviny, játra, mozek, plíce, placentu, krvetvorný systém a cévy (Hájek, 2004).

„Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity. Před 20. týdnem gravidity se můžeme s hypertenzí jako projevem preeklampsie setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu“(Hájek, 2004, s. 95).

Etiologie onemocnění není jednoznačně prokázána, ale existuje několik hypotéz jeho vzniku. Vyvíjí se pozvolna, týdny až měsíce a hypertenze a proteinurie jsou poměrně pozdními projevy onemocnění. Z epidemiologického hlediska je zajímavé, že až 90 % případů se vyvíjí u primipar. U žen s vícečetným těhotenstvím je 3-5 x častější. Vztah onemocnění k primární obezitě žen nebyl prokázán, ale při zjištěné hypotrofizaci plodu je třeba vyloučit jako příčinu právě preeklampsii. Manifestace preeklampsie před

26. týdnem gravidity označujeme jako časné preeklampsie. Bývají špatně terapeuticky prokazatelné a mají horší prognózu. Dělení preeklampsie je uvedeno v příloze 7.

Je-li komplexní terapie neúspěšná a stav těhotné nebo plodu se nelepší, nebo dokonce zhoršuje, je nezbytné těhotenství ukončit. Indikací pro ukončení těhotenství ze strany plodu jsou významné známky nedostatečné funkce fetoplacentární jednotky – nezátěžové i zátěžové CTG vyšetření, opakovaný USG s měřením průtoků. U těhotných s korigovanou preeklampsií porod indukujeme v termínu, abychom tak zabránili rozvoji komplikací (Unzeitig, 2001/10).

1.2.2.2 Eklampsie

Je nejzávažnější komplikací preeklampsie. Je charakterizována tonicko – klonickými křečemi, na jejichž vzniku má vliv elevace TK – někdy stačí prudký vzestup systoly bez elevace diastoly. Dále může být přítomen edém mozku a mikrotrombotizace mozkových cév. Často je záchvat křečí navazující na těžkou superponovanou preeklampsii nemající příčinu v jiné mozkové patologii. Záchvat křečí může být provázen dyspnoí a cyanózou, poruchou vědomí s následnou amnézií. Důsledkem aktuální hemokoncentrace je oligurie až anurie.

Velmi vzácným případem se označuje stav eclampsia sine eclampsia – jedná se o tichou eklampsii, bez křečí, kde většinou po prudkých bolestech hlavy nastupuje bezvědomí. Je to eklampsie bez hypertenze, kdy většinou při záchvatu naměříme významně nižší tlak – příčina je pravděpodobně v aktuální změně lokální periferní rezistenci cév v místě měření TK a tudíž většina autorů tuto klinickou variantu eklampsie neuznává.

Diferenciálně diagnosticky je potřeba odlišit eklampsii od jiných onemocnění projevujících se křečemi a bezvědomím. Častou záměnou by mohla být epilepsie, ale platí zásada, že diagnosticky nejasné záchvaty křečí ve druhé polovině těhotenství a po porodu jsou považovány za eklampsii a jsou také takto léčeny.

Mezi příznaky eklampsie a eklamptického záchvatu patří: svalové křeče, žena je v „lukovém spasmu“, který nazýváme opistotonus, tento projev patří mezi velmi časté.

U žen se mohou objevit poruchy vědomí až koma, zvýšený TK, otoky horních končetin, dolních končetin a obličeje. Ženy také mohou pociťovat cefaleu a poruchy visu, je prokazatelná proteinurie, elevace kyseliny močové v séru, snížená hladina trombocytů a zjištěná retinopathie na očním pozadí. Odlišením od epileptického záchvatu může být, že žena nemívá před záchvatem auru, nebývá apnoe při křečích, nemá cyanozu v obličeji, nemá pohyby očních bulbů. Nemá mydriázu, není inkontinentní, ale spíše bývá příznakem oligurie až anurie. Fotoreakce zornic je normální, pokousání rtů a jazyka nebývá, nemívá amnézii a zmatenost po záchvatu (Hájek, 2004).

1.2.2.3 HELLP syndrom

„HELLP syndrom je závažnou komplikací těhotenství, vyskytující se jako samostatná jednotka či v souvislosti s těžkou preeklampsií a mající typický laboratorní nález. Klinická jednotka byla poprvé popsána Einsteinem jako akronym laboratorního nálezu: hemolysis (H), elevated liver enzymes (EL), low platelet count (LP). Mohou se vyvinout i případy bez hemolýzy (ELLP syndrom) nebo bez poklesu počtu trombocytů (HEL syndrom)“ (Hájek, 2004, s. 105).

Nejčastěji se HELLP syndrom vyskytuje u multipar starších 25 let do 36. týdne těhotenství, jako komplikace preeklampsie jen ve 2-12 %. V 70 % se vyskytuje před porodem, ve 30 % až po porodu. Incidence je 1 na 150-300 porodů. Pro závažnost tohoto syndromu svědčí zvýšená mateřská 3-4 % a perinatální 5-25 % mortalita. (Hájek, 2004)

Podstatou syndromu je poškození endotelu cévní stěny s generalizovaným vasospazmem, následným multiorgánovým postižením a aktivací koagulace. Příčina poškození endotelu není zcela jasná. Vzniklá mikroangiopatie v játrech způsobuje intrahepatální a subkapsulární hematomy, které napínají jaterní kapsulu a způsobují tak bolest v epigastriu.

Mezi dominantní klinické příznaky patří bolest v epigastriu nebo v pravém hypochondriu, nauzea, zvracení, symptomy podobné viróze – malátnost, únava, bolest

hlavy, dále hypertenze s proteinurií, hmotnostní přírůstek s edémy, poruchy visu, projevy krvácivosti, vzácně ikterus a bolesti v oblasti ramen a krku.

V laboratorním nálezu dominují hemolýza, elevace jaterních enzymů a trombocytopenie. Příznaky HELLP syndromu lze zaměnit za virovou hepatitidu, idiopatickou trombocytopenii, cholecystopatii, akutní steatózu jater, pankreatitidu, hemolyticko-uremický syndrom, gastroenteritis, glomerulonefritis.

Průběh tohoto onemocnění není ovlivnitelný konzervativní terapií, není-li gravidita ukončena, vede ke komplikacím. K nejzávažnějším komplikacím patří syndrom DIC-diseminovaná intravaskulární koagulopatie, abrupce placenty, akutní selhání ledvin, plicní edém, edém mozku, ruptura subkapsulárního hematomu jater, ascités, eklampsie a odchlípení sítnice. Pro plod je největším rizikem hypoxie a intrauterinní růstová retardace (Hájek, 2004).

1.2.3 Krvácení v graviditě a peripartálním období

1.2.3.1 Abrupce placenty (Abruptio placentae)

„Jde o krvácení doprovázející předčasné odloučení normálně situované placenty. Incidence kolísá mezi 0,49-1,8 %. Jsou rozlišovány čtyři stupně placentární abrupce. Etiologie onemocnění je ve většině případů nejasná. Je řada situací, které zvyšují pravděpodobnost předčasného odloučení placenty“ (Hájek, 2004, s. 248).

Předčasné odlučování placenty je akutním stavem, který může vzniknout v kterémkoliv období gravidity. I když je incidence 1 %, provází ji vysoká frekvence perinatální úmrtnosti – 20-30 %.

Mezi nejčastější příčiny abrupce placenty patří hypertenzní choroby v těhotenství – preeklampsie, eklampsie, hyperaktivita děložní v začátku porodu, dlouhodobě odteklá voda plodová, odtok většího množství vody plodové (polyhydramnion), výskyt u starších rodiček, u kuřaček, u vícečetných gravidit, při zevním obratu plodu na na

polohu podélnou hlavičkou, ale i často při úrazech břicha. Můžeme rozlišovat několik stupňů předčasného odlučování placenty a ty jsou uvedeny v příloze 8 (Hájek, 2004).

Dle klasifikace rozlišujeme*: Abruptio placentae partiális, Abruptio placentae totalis, Apoplexia uteri (Couvelairova děloha)*

Při správné diagnostice abrupce placenty jsou přítomny příznaky akutní hypoxie plodu – abnormální až preterminální typ CTG, bolesti břicha, hypertonie děložní – prknovité stažení stěny děložní. Nitkovitý puls, při větším rozsahu odloučení rozvoj šoku. Většinou žena krvácí z rodidel, ale krvácení nemusí být při centrálním odlučování placenty přítomno. Odloučí-li se celá placenta, dojde ke krvácení do stěny děložní, pod serózu a vzniká – Couvelairova děloha. Brzo se rozvíjí DIC s poruchou srážení krve (Hájek, 2002/11,č. 2).

1.2.3.2 Hypotonie a atonie děložní

Hypotonie a atonie děložní patří mezi poruchy děložní retrakce po porodu lůžka. Stavy, které vedly k poruchám odlučování lůžka, mohou být také příčinou patologiií po porodu placenty. „Slabá kontrakce může vést sice k odloučení a vypuzení lůžka, ale je nedostatečná pro svalový uzávěr otevřených cév a zástavu krvácení. Děloha je chabá a krvácení přetrvává nebo sílí – děložní hypotonie až atonie. Tento stav je spojen se silným, někdy život ohrožujícím krvácením“ (Čech, 1999, s. 264).

Ve III. době porodní po porodu placenty a plodových obalů většinou rychle nastupuje retrakce děložní svaloviny s fyziologickou ligaturou uteroplacentárních cév. Pokud je retrakce myometria nedostačující, dochází ke zvýšenému krvácení z otevřených cév v místě inzerce placenty. Při hypotonii děložní jsou krevní ztráty matky vyšší než 300 ml, při atonii děložní dosahují krevní ztáty až 500 – 1000 ml.

Mezi příčiny hypotonie a atonie děložní patří nejčastěji nedostatečnost děložní svaloviny – děložní anomálie, stavy po opakovaných instrumentálních revizích v anamnéze ženy, stavy po proběhlé endometritis, poporodní únava děložního svalu, protrahovaný porod, febrilie intra partum, porod při vícečetné graviditě. Dále

předávkováním uterotoniky, například po vaginálních operacích (klešťový porod, extrakce plodu v poloze koncem pánevním).

Při diferenciální diagnostice u hypotonie děložní má žena větší krevní ztrátu, při palpaci zjišťujeme velkou dělohu – měkkou, která se částečně kontrahuje, ale opět povoluje a vytéká velké množství tekuté krve nebo krevních sraženin. Nutno diferenciálně diagnosticky vyloučit rozsáhlá poporodní poranění, přítomnost reziduí v dutině děložní (Hájek, 2002/11 č.2).

1.2.3.3 Diseminovaná intravaskulární koagulopatie – DIC

„DIC je získaný rozvrat hemokoagulační rovnováhy charakterizovaný excesivní nekontrolovanou generací trombinové aktivity a dysregulací plazmnivové aktivity. Tato porucha je takového stupně, že dochází k systémovému poškození endotelu, krevních destiček a rozvratu v plazmatickém koagulačním systému. Výsledkem je hyper nebo hypofibrinolýza s trombotickými nebo hemoragickými příznaky vedoucími k multiorgánové dysfunkci. Dynamika syndromu závisí na příčině, fázi a charakteru DIC“ (Hájek, 2004, s. 252).

DIC má synonyma jako spotřební, konzumpční koagulopatie, trombohemoragická choroba a defibrinační syndrom. DIC je heterogenní skupina nemocí s řadou různých klinických projevů, které se nakonec manifestují jako trombembolie a hemoragie.

První je souhrnně definoval a popsal Seegers v roce 1952, který udává, že ve tkáních je obsažena látka – tromboplastin, nyní tkáňový faktor, jenž způsobuje aktivaci koagulace a přeměnu protrombinu na trombin. Při neúčelné intravaskulární koagulaci se pak konzumují koagulační faktory, včetně fibrinogenu, dochází k afibrinogenémii.

Hlavními příznaky DIC jsou poruchy mikrocirkulace s mikrotrombotizací a mikroembolizací s následnou orgánovou nekrózou a difuzním krvácením.

Primární příčinou DIC mohou být různá onemocnění jako solidní tumory, hematologické malignity, aneurysma aorty, infekce pooperační komplikace, jaterní choroby a porodnické komplikace.

Na základě klinického obrazu a laboratorních hodnot rozlišujeme akutní a chronickou formu DIC. Pro diagnostiku DIC a zjištění její příčiny je důležitá anamnéza. Zvýšené riziko DIC je u žen s vrozenou nebo získanou trombofilií. K získaným rizikovým faktorům řadíme systémová onemocnění s přítomností antifosfolipidových protilátek, septické stavy, expozice toxinům – zejména stav po uštknutí hadem, při rozsáhlé žilní trombóze, při těžkých jaterních onemocněních, stavy s poruchou proteosyntézy, maligní nádorová onemocnění – po radio a chemoterapii, polytraumata a rozsáhlé operační výkony.

Mezi rizikové faktory DIC v porodnictví patří: *1. Patologická placentace* – placenta praevia, abrupce placenty, placenta accreta a inccreta, GEU, mola hydatidosa, *2. Trauma v průběhu porodu* – komplikovaný spontánní porod, císařský řez nebo hysterektomie, ruptura dělohy – po předchozích operacích na děloze, multiparita ženy, hyperstimulace dělohy, překážky v porodních cestách, manipulace v děloze, *3. Malý krevní objem matky* – zmenšení těhotenské hypervolemie – těžká preeklampsie, eklampsie, *4. Děložní atonie* – nadměrné zvětšení dělohy – vícečetné těhotenství, polyhydramnion, krevní koagula, vyčerpané myometrium – překotný porod, protrahovaný porod, hyperstimulace oxytocinem, nebo prostaglandiny, předchozí atonie dělohy, *5. Jiné příčiny potencující koagulopatie* – otálení s vybavením mrtvého plodu, embolie plodovou vodou, intraovulární infekce, sepse a endotoxemie, těžká intravaskulární hemolýza, HELLP syndrom, velká množství transfundované krve, vrozené koagulopatie, varixy, multiparita, věk > 33 let, obezita (BMI > 35), závažné hepatopatie (Živný, 2002/11, č. 1).

1.2.3.4 Vcestné lůžko – (placenta praevia)

Podle klasifikace se může jednat o nízce nasedající lůžko, inzerce placenty je hluboko v dolním děložním segmentu. *Placenta praevia marginalis* - placenta zasahující až k okraji vnitřní branky děložní. *Placenta praevia partialis* - placenta přesahuje částečně okrajem přes vnitřní branku. *Placenta praevia centralis* – placenta

překrývá celou vnitřní děložní branku. Placenta je lokalizována v dolním děložním segmentu pod úponem vezikouterinní pliky.

Zjevnou příčinu vcestné placenty většinou neznáme. Je potvrzeno, že výskyt je častější u multipar, u žen s děložními myomy a u žen po předešlém císařském řezu v anamnéze (Hájek, 2004).

Při diferenciální diagnostice může být u ženy přítomno krvácení bez bolesti, při začátku kontrakcí a děložní činnosti. Jen v 1 % případů se jedná o krvácení silné, vyžadující okamžitou intervenci a léčbu. Při zevním porodnickém vyšetření můžeme zjistit odchylku v poloze naléhající velké části plodu. Může se často jednat o polohu příčnou, nebo šikmou. Dolní děložní segment je vyplněn placentární tkání. Diagnóza je jasná při USG vyšetření. Diferenciálně diagnosticky je nutné vyloučit abrupci placenty.

Pokud máme podezření na vcestné lůžko, nevyšetřujeme ženu vaginálně bez předchozí kontroly USG. Provádíme pouze orientační vyšetření v zrcadlech (Hájek, 2004).

1.2.3 Šokové stavy v graviditě

1.2.3.1 Hypovolemický, hemoragický šok

„Hypovolemický šok se objevuje při náhlé, prudké ztrátě krve, která obvykle přesahuje1000 ml. Projevuje se u matky výraznou poruchou hemodynamiky, v tkáních dojde k hypoperfuzi, klesá minutový srdeční objem. Kyslíkový deficit v tkáních vyvolá poruchy mikrocirkulace, především v uteroplacentárním prostoru, jehož výsledkem je intrauterinní hypoxie plodu“ (Hájek, 2004).

Nejčastější příčiny hypovolemického šoku v graviditě jsou placenta praevia, abrupce placenty, trauma, ruptura dělohy, krvácení z varixů vulvy, rozsáhlá poranění při vaginálně vedeném porodu, klešťovém porodu a císařském řezu, DIC.

Správná diagnostika hemoragického šoku je vždy podle příznaků. Stadium počínajícího šoku je při každé krevní ztrátě větší než 500 ml krve je možnost vzniku

hypovolemického šoku. Projevuje se tachykardií a organismus ji umí zvládnout sám pomocí aktivace sympatiku. Stadium rozvinutého šoku je při déletrvající nedostatečné perfúzi tkání vede k jejich hypoxii a nedostatečné funkci jednotlivých orgánů. Dochází k acidoze, k poškození funkcí nervového systému a srdce, projevují se následky oligurie a uvolňují se endogenní látky.

Šok se rozvíjí během desítek minut. Prognóza se zhoršuje s délkou jeho trvání a se stupněm závažnosti. Krevní ztráty nad 1500 ml jsou vždy životu nebezpečné. U TK se považuje za kritickou hodnotu 90 mmHg systolického tlaku a malý rozdíl mezi systolickým a diastolickým tlakem. Hodinová diuréza klesá při šoku pod 20 ml, koncentrace Na v moči je menší než 30 mmol. Tachykardie nad 100/min, teplota obvykle snížena (Roztočil, 2001).

1.2.4 Embolie plodovou vodou

Embolie plodovou vodou se vyskytuje 1:80 000-50 000 porodů. Letalita u tohoto stavu je až 80 %. Asi třetina postižených umírá během krátké doby na kardiální selhání a 10 % následně na rozvinutý DIC. Konečnou diagnózu a průkaz embolie plodovou vodou určí až patolog nálezem mekoniových tělísek v plicní tkáni. Mechanismus vzniku tohoto typu embolie je předmětem diskuzí.

Předpokládá se průnik plodové vody do otevřených cév dolního děložního segmentu v průběhu kontrakce, při ruptuře dělohy nebo předčasném odloučení placenty. Embolie plodovou vodou je popisována i po některých porodnických operacích jako jsou manuální lýze placenty, obraty a extrakce plodu, kdy se předpokládá přetlak v dutině děložní. Někdy je příčinou transplacentární císařský řez, placenta accreta, velamentózní úpon pupečníku a trhlina v blanách. Nebezpečná pak také je indukce porodu bez dirupce vaku blan, zejména při náhlém nástupu hyperaktivity děložní.

Celkově závažný stav je superponován i anafylaktinoidní reakcí plicních cév. Bylo prokázáno poškození endoteliálních plicních buněk cév mekoniem. Příčinou rozvoje DIC je vyplavení tkáňového faktoru – tromboplastinu do mateřské cirkulace a nástup konzumpce koagulačních faktorů.

Při diagnoze embolie plodovou vodou je v první fázi těžké rozeznat o jaký typ embolizace se jedná. Často se zaměňuje s trombembolií plicnice. V popředí klinického obrazu je kardiopulmonální selhání. Pacientka je neklidná, dušná, cyanotická, má studený pot a rozvíjí se šokový stav s hypotenzí. Vzniká obraz akutního respiratory distress syndromu dospělých (ARDS) se selháváním pravého srdce. Pokud žena přežije tuto první fázi embolie, začne do 10-15 min perfúzně krvácet pod obrazem rozvinutého DIC. Brzy upadá do komatu, který končí smrtí (Hájek,2004).

1.2.5 Management ošetřovatelské péče porodní asistentky u vybraných akutních a kritických stavů na porodním sále

Porodní asistentka při příjmu na porodní sál, odebere anamnézu od klientky, sepíše porodopis a napojí klientku na kardiotokografický záznam (dále CTG) pro průkaz srdeční a děložní činnosti. Informuje lékaře o stavu těhotné a asistuje mu při porodnickém vyšetření a vyšetření v zrcadlech. Při tomto vyšetření je odebrána kultivace z hrdla děložního a pochvy a asistentka zajistí správný transport do laboratoře se správně vyplněnou žádankou. Dále postupuje dle ordinací lékaře, zajistí žilní vstup a odebere biologický materiál. Měří fyziologické funkce dle ordinace lékaře, při podezření na odtok vody plodové, asistuje lékaři při PROM testu odebíraném také z hrdla děložního. Postupuje vždy podle ordinací lékaře, u hrozícího předčasného porodu – uloží klientku na lůžko do Trendelenburgovy polohy a po výsledcích laboratoře překládá klientku do péče na oddělení pro rizikové gravidity. U počínajícího předčasného porodu aplikuje opět dle ordinace lékaře tokolytickou léčbu, pod přísnou monitorací fyziologických funkcí, dále ATB profylaxi a vše řádně zaznamenává do dokumentace. Při zjištění sebemenší patologie informuje lékaře. Vysvětluje klientce její současný stav a edukuje ji, zajistí jí možnou přítomnost rodiny, eventuelně návštěvu neonatologa. Součástí celého ošetřovatelského procesu je řádná dokumentace a spolupráce s jednotkou intenzivní a resuscitační péče neonatologie (Jeklová, 2004, Roztočil a kol. 1996).

U hypertenzních chorob, kdy se jedná o prematuritu porodní asistentka asistuje lékaři při vyšetření v zrcadlech, kdy je dle doporučených postupů doporučen odběr tří kultivací z hrdla děložního. U předčasného porodu do 34.t. gravidity aplikuje léky na podporu plicní zralosti plodu, tzv. maturaci plicní. Postupuje zde také podle ordinací lékaře a odebírá biologický materiál na příslušná vyšetření. Zajistí správné vyplnění žádanek a dopravení biologického materiálu do laboratoře. Vše řádně zaznamenává do dokumentace a veškeré úkony potvrzuje podpisem a osobním razítkem. Měří fyziologické funkce dle ordinace lékaře, vše dokumentuje a zapisuje do dokumentace - TK, P, T, OP, CTG, medikaci, příjem a výdej tekutin a celkový stav těhotné. Při elevaci TK měří TK á 5 – 10 min, dle zvyklosti oddělení. Zavádí permanentní močový katétr a odečítá hodinovou diurézu. Uloží pacientku do klidné šeré místnosti a dbá, aby žena byla v klidném prostředí a nebyla rozptylována chodem oddělení. Pečlivě poslouchá ozvy plodu, eventuelně ženu dle akutnosti situace napojí na kontinuální CTG záznam. Tyto ženy jsou vždy uloženy na porodním sále pod přísným dohledem porodních asistentek, ke kontrole jejich celkového stavu. U zhoršení stavu a patologických hodnot vždy ihned informuje lékaře a vše zaznamenává do dokumentace. Při indikaci akutního ukončení těhotenství – Sectio Caesarea, připravuje ženu na operační porod tj. odebírá krev na vyšetření KS a screeningu protilátek, zajistí objednání krevních derivátů nutných pro potřebu operace, provede oholení operačního pole, bandáže dolních končetin, označí ženu číslem porodu a zajistí odstranění šperků a kovových předmětů na těle ženy, případně natočí EKG záznam. Dle potřeby porodní asistentka zavádí nasogastrickou sondu. Porodní asistentka informuje a edukuje spolu s lékařem ženu, co se s ní v blízké době bude dít a je ženě oporou. Asistuje lékaři při podepisování informovaných souhlasů a to vždy podle akutnosti stavu a zvyklostí oddělení. Informuje neonatologii, pooperační oddělení a zajistí transport na lůžku na operační sál. Umožní ženě kontakt s rodinou a blízkými osobami. Dále plní ordinace lékaře vztahující se k tomuto akutnímu stavu. I když jsou hypertenzní choroby v graviditě akutní stavy, nezapomíná PA na řádnou dokumentaci a spolupráci se všemi jednotkami ošetřovacího týmu a ošetřovatelské péče. Po ukončení operačního výkonu, předává

s dokumentací pacientku porodní asistentce z jednotky intenzivní péče gynekologicko porodnického oddělení (Jeklová, 2004, Roztočil a kol. 1996, Sák, 2008).

U krvácení v graviditě a peripartálním období nikdy vaginálně nevyšetřujeme. Porodní asistentka asistuje lékaři při vyšetření v zrcadlech, zajistí minimálně 2 žilní vstupy a odebere příslušný biologický materiál. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. Pacientka do výsledků laboratoře a za kontroly krvácení a fyziologických funkcí zůstává na porodním sále. Žena je poučena o lačnění a to také platí do výsledku laboratorních testů a krvácení. Porodní asistentka pečlivě poslouchá ozvy plodu, eventuelně ženu dle akutnosti situace kontinuálně monitoruje na kardiotokografu. Na rizikové oddělení se žena překládá v případě zástavy krvácení k další observaci. U zhoršení stavu a patologických hodnot vždy PA ihned informuje lékaře a vše zaznamenává do dokumentace. Při indikaci akutního ukončení těhotenství císařským řezem, připravuje ženu na operační porod a zajistí transport na lůžku na operační sál. Dále plní ordinace lékaře vztahující se k tomuto akutnímu stavu (Jeklová, 2004, Roztočil a kol. 1996).

Při vzniku šokových stavů přímo na porodním sále, porodní asistentka jako prioritu informuje lékaře a plní jeho ordinace, dle akutnosti situace. Při zhoršení stavu se žena překládá na oddělení JIP nebo ARO. Na tato oddělení porodní asistentka ženu předává s veškerou dokumentací a sesterskou překladovou zprávou.

Při vzniku embolie plodovou vodou na porodním sále porodní asistentka jako prioritu informuje lékaře a plní ordinace s tímto stavem spojené. Na oddělení porodního sálu je povolán resuscitační tým k včasné intubaci ženy. V tomto život ohrožujícím stavu se žena po stabilizaci oběhu a po akutním ukončení těhotenství překládá na oddělení ARO (Jeklová, 2004, Roztočil a kol. 1996, Sák, 2008).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit vnímání stresových situací na porodním sále očima porodních asistentek.
Cíl 2: Srovnat připravenost porodních asistentek zvládat akutní a kritické stavy na porodním sále dle dosaženého vzdělání, délky praxe a zkušeností v oboru.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jak porodní asistentky připravila škola na zvládání zátěžových situací?

VO 2: Jak ovlivňuje věk a zkušenosti porodních asistentek pracujících na porodním sále zvládání stresových situací?

VO 3: Jak jsou porodní asistentky v rámci adaptačního procesu a v další praxi připravovány na zvládání zátěžových situací?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce na téma „Připravenost porodních asistentek na zvládání akutních a kritických stavů na porodním sále“ bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, metodou dotazování, kde technikou sběru dat bylo využito strukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla použita proto, že pomáhá udržet obsahovou stránku rozhovoru a zároveň respondentky zde uplatnily své vlastní názory, postřehy, zkušenosti a pocity. Pro přehlednost byly k rozhovoru vypracovány okruhy otázek, zejména kvůli tomu, aby bylo dodrženo zaměření rozhovoru. Díky stejné struktuře otázek se ulehčila i následná kategorizace rozhovorů.

Základních otázek bylo připraveno 12 (příloha 7), které byly zaměřeny na vnímání stresových a zátěžových situací na porodním sále očima porodních asistentek. Začátek rozhovoru byl zaměřen na zjištění osobních údajů u dotazované porodní asistentky. Dále pak na zmapování názorů a pocitů porodních asistentek pracujících na porodním sále při vzniku akutních a kritických situací. Otázky se také zaměřily na konkrétní změny a přínosy do praktické výuky aplikovatelné do systému vzdělávání porodní asistence v České republice.

Rozhovory se uskutečnily s porodními asistentkami Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň pracující na oddělení porodního sálu. Většinou v civilním prostředí, nejčastěji v prostředí jejich domova. Rozhovory byly vedeny v měsíci březnu 2013 se šesti porodními asistentkami, které daly předem k rozhovoru souhlas a byly zaznamenány písemným záznamem. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí od 30 minut do 60 minut.

Jako první byla provedena transkripce rozhovorů, kde byly odpovědi respondentek po obsahové stránce stručně interpretovány. V dalším kroku byla provedena kategorizace dat. Všechny rozhovory byly pečlivě pročteny a v každém rozhovoru byly identifikovány pocity, názory a vědomosti porodních asistentek, které

byly poté parafrázovány do obecnějších vyjádření. Kategorizace dat zahrnuje popsání jevů a zpracování formou tabulky. Byly identifikovány hlavní významové kategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem šest porodních asistentek v současné době pracujících na porodním sále Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň. Celkem bylo provedeno šest rozhovorů a všechny respondentky daly souhlas s použitím získaných informací. Nejednalo se o homogenní skupinu porodních asistentek, ale byla snaha pokrýt širší věkové spektrum respondentek. Porodní asistentky se lišily nejen dosaženým vzděláním, ale také věkem a délkou jejich praxe.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Výsledky rozhovorů s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále gynekologicko - porodnické kliniky FN Plzeň.

Tabulka č. 1

Osobní údaje porodních asistentek (PA)

Respondentka	**PA - 1**	**PA - 2**	**PA - 3**	**PA - 4**	**PA - 5**	**PA – 6**
Věk	23let	29 let	34 let	36 let	36let	46let
Dosažené vzdělání maturita	SZŠ Zdravotnický asistent	Gymnázium	Rodinná škola	SZŠ Dětská sestra	SZŠ Všeobecná sestra	Gymnázium
Dosažené vzdělání PA	VŠ Bakalářské	VŠ Bakalářské	VZŠ DiS PA	SZŠ PA	VŠ Bakalářské	SZŠ Ženská sestra
Délka studia PA	3 roky	3 roky	3 roky	2 roky	3 roky	2 roky
Specializační studium	ne	ne	ne	ne	ano	ano
Délka praxe	7 měsíců	6 let	9,5 let	16 let	16 let	23 let
Rodinný stav	svobodná	vdaná	svobodná	vdaná	vdaná	vdaná
Počet dětí	0	1	0	0	1	1

Věk PA je v rozmezí 23 - 46 let. PA1, PA 4 a PA5 absolvovaly maturitu na Střední zdravotnické škole, PA3 na Rodinné škole a PA2 a PA6 na Gymnáziu. Vysokoškolské vzdělání a Bakalářský titul v programu porodní asistence mají PA1, PA2 a PA5. PA3 má vzdělání na Vyšší zdravotnické škole s titulem DiS a PA4 má nástavbové vzdělání na Střední zdravotnické škole. PA6 má nástavbové studium na Střední zdravotnické škole jako ženská sestra. Studium bylo u PA1, PA2, PA3 a PA5 v délce tří let, u PA4 , PA6 v délce dvou let. Specializační studium v NCO NZO v Brně mají PA5 a PA6, ostatní PA jej nemají. Délka dosavadní praxe u porodních asistentek je v rozmezí 7 měsíců až 23 let. PA1 a PA3 jsou svobodné, PA2, PA4, PA5, PA6 jsou vdané. U PA 2, PA5, PA6 je v rodině 1 dítě a PA1, PA3 a PA4 jsou bezdětné.

Kategorie 1: **Studium porodní asistence**

A. Studium porodní asistence – celkový rozsah osnov studia

Z celkového počtu šesti oslovených porodních asistentek pro přípravu na zvládání zátěžových situací je zřejmé, že studium porodní asistence považují v celkovém rozsahu osnov jako dostačující. Porodní asistentky, které před nástupem na VŠ neměly zdravotnické vzdělání, by ale zároveň z vlastní zkušenosti doporučovaly studium prodloužit o rok pro absolventy ostatních středních škol. Nevyhovovalo jim, že základy ošetřovatelské péče a klinických oborů bylo převážně formou samostudia, aby *„nezdržovaly“* absolventky zdravotnických škol. Uvádějí, že je zcela nedostatečný počet hodin praktické výuky ošetřovatelských postupů, myšleno tím v učebnách zdravotnických fakult a ne samotnou praxi v nemocničním zařízení. Neměly tolik možností vyzkoušet si prakticky nejzákladnější ošetřovatelské postupy.

Všechny dotazované PA uváděly, že délka a rozsah studia je pro povolání porodní asistentky dostačující jak v teoretických tak praktických hodinách. Ale zároveň uvádí praktickou část více zaměřit na zvládání akutních a kritických stavů, protože po příchodu do pracovního procesu si uvědomují, že s určitými situacemi se setkaly poprvé až na porodním sále.

B. Teoretická výuka

V teoretické výuce vidí všech šest respondentek problém v nedostatečném počtu hodin v předmětech komunikace ve zdravotnických oborech, komunikačních technikách a oborech psychologie. První respondentka přímo uvádí: *„Myslela jsem si, že ve škole bylo pro nácvik zvládání zátěžových situací dostatek prostoru. V předmětu komunikace jsem měla se svými kolegyněmi pro nácvik komunikačních technik dost prostoru jak teoreticky, tak prakticky. Po příchodu do praxe mě ale akutní situace překvapily, myslela jsem si, že je zvládnu, ale udělala jsem si závěr, že na tyto situace se dopředu nelze dostatečně připravit a největší přínos v řešení těchto situací byl pro mě pak střet s realitou“*. Druhá respondentka uvedla: *„Podle mého názoru chybí více praktických hodin z oborů komunikace a psychologie. Postrádala jsem v těchto předmětech více*

praktických cvičení v komunikaci s klientkou a její rodinou, ale také komunikaci v rámci pracovního týmu. Škola mě minimálně připravila na to, že není vše jen fyziologické, ale že mohou nastat komplikace u jakéhokoli případu a to nejen na porodním sále, ale také na jakémkoli oddělení. A to mě po příchodu do praxe překvapilo". Třetí respondentka uvedla: *„Určité rezervy také spatřuji v předmětech komunikace. Zde se mi nedostalo v rámci studia teoretických znalostí, často mi pak v práci chybělo jejich praktické uchopení, především pokud nastala vážná situace na porodním sále, např. porod mrtvého plodu, ukončení těhotenství z genetické indikace, život ohrožující situace po porodu apod. Nevěděla jsem, zda je o těchto situacích dobré s rodičkou mluvit, nebo jí naopak nechat o samotě, podpořit ji v pláči, hovořit o pochopení nebo ji naopak chlácholit. Chyběl mi praktický návod, nebo vyzkoušení modelových situací z dob studia. Často jsem se pak v praxi uchýlila k tomu, že jsem se snažila nekomunikovat nijak, což si myslím, nebylo prospěšné ani pro klientku a vlastně ani pro mě".*

C. Praktická výuka

Porodní asistentky uváděly, že praktická výuka by měla být vedena jiným způsobem než jaká je v současnosti, aby se po nástupu do pracovního procesu lépe adaptovaly a zapracovaly na příslušném oddělení. Při současném vedení praxe nejsou studentky dostatečně připravené na zvládání zátěžových situací na porodním sále. Myslí si, že by na praxi měla vždy být přítomna vyučující odborné praxe, neboť mentorka se studentkám nemůže plně a dostatečně věnovat. Zároveň ale uvádějí v pěti případech, že počet hodin praktické výuky ve škole i počet hodin praktické výuky v nemocničním prostředí je dostačující. Jen jedna dotazovaná PA uvedla, že by měly být navýšeny hodiny v praktické výuce v učebnách zdravotnických fakult.

Kategorie 2: Připravenost porodních asistentek na zátěžové situace

A. Připravenost PA na zátěžové situace v praktické výuce

Z celkového počtu oslovených šesti porodních asistentek uvádí dostatečnou přípravu na zátěžové situace pouze tři PA v ošetřovatelských postupech. Tři dotazované PA uvádějí přípravu na zátěžové situace v ošetřovatelských postupech jako nedostatečnou. Myslí si, že velký vliv na tento fakt má to, jaké odborné výkony jsou studentkám na praxi umožněny, jak mohou zasahovat do ošetřovatelského procesu a zda mají přístup k ošetřovatelské dokumentaci. V současné době studentky nemají možnost jakýkoliv výkon u klientek zaznamenávat do dokumentace a pak celkově studentkám chybí souvislosti v komplexní ošetřovatelské péči o ženy.

Systém praktické výuky uvádějí v současnosti jako přínosný pro porodní asistentky pouze dvě dotazované PA. Dle názoru respondentek je v současné době v praktické výuce nevyhovující nepřítomnost vyučující odborné praxe na nemocničních odděleních, která by měla na starosti skupinu studentek a měla by s nimi více prostoru pro nácvik ošetřovatelských výkonů, což by bylo přínosné pro adekvátnější zvládání akutních a zátěžových situací na příslušných odděleních. Tímto by se více nezatěžovaly mentorky odborné praxe, které často v provozu nemají na studentky dostatek času, tímto se jím adekvátně nemohou věnovat a není to prospěšné v systému výuky ani pro jednu stranu. Toto uváděly čtyři dotazované PA.

Správnou a vhodnou organizaci praktické výuky pro zátěžové situace v současné době uvedla jedna dotazovaná PA. Uvádí správnou a vhodnou organizaci na VŠ, ale sama hodnotí jako největší přínos svoji praxi na SZŠ: *„Mezi největší přínos mé praxe bylo studium na Střední zdravotnické škole, protože jsem prošla praktickou výukou, která se týkala velké škály oddělení ARO a JIP, kde o akutní a zátěžové situace nebyla nouze. Měla jsem možnost sledovat odborníky přímo v těchto situacích a často se jich i účastnit a to mi velmi pomohlo při dalším studiu porodní asistence. Nástavbové studium bylo již více specializované na obor gynekologie a porodnictví, kde byla praktická výuka velmi podobná a měla jsem možnost být přímým účastníkem péče o rizikovou*

ženu“. Jako nevhodnou organizaci praktické výuky v současné době pro zvládání kritických situací uvádí pět dotazovaných PA.

B. Připravenost PA na zátěžové situace v předmětech teorie

Z celkového počtu šesti oslovených porodních asistentek uvádí jako dostatečnou přípravu na zátěžové situace v teoretické výuce všech šest PA v předmětech fyziologického těhotenství, rizikového těhotenství a patologického těhotenství.

Psychologie byla vnímána dostatečně v přípravě na zátěžové situace u pěti dotazovaných PA. Nedostatečně byla psychologie vnímána jednou dotazovanou PA. Přímo uvedla*: „Domnívám se, že je současné zdravotnictví velmi přetechnizované a mezi všemi těmi „mašinkami“ se nám vytrácí lidskost a člověk, o kterého pečujeme, proto si myslím, že by bylo velmi přínosné zařadit do vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků více psychologických předmětů a behaviorálních věd“*.

S teoretickou přípravou na zátěžové situace v komunikaci a komunikačních technikách byly spokojeny dvě dotazované PA. Teoretické nedostatky v komunikaci a komunikačních technikách v přípravě na zátěžové situace uvedly čtyři dotazované PA.

Kategorie 3: Pracovní proces

A. Vnímání pracovního procesu z pohledu studentky porodní asistence

Z celkového počtu oslovených šesti porodních asistentek neuvedla ani jedna dotazovaná PA plné uvědomění si odpovědnosti pokud byly v pozici studentek porodní asistence. V rozhovorech všechny oslovené PA shodně uvedly, že práce je zkreslena právě proto, že studentky pracují pod odborným dohledem, chybí jim logický komplexní pohled na celý ošetřovatelský proces a organizace práce na daném oddělení. Spoustu situací si neuvědomují a často si veškeré důsledky zátěžových situací nedovedou představit ani připustit.

Studentky plní jen dílčí úkoly a úkony, které jsou jim zadávány. Porodní asistentka v provozu má včetně své odpovědnosti ještě další povinnosti související s chodem pracoviště.

Uvědomování kompetencí při studiu uvádí jedna PA: „*Při studiu porodní asistence jsem si svoje kompetence plně uvědomovala, přijímala jsem je a myslela jsem si, že to takto bude i po nástupu do zaměstnání, ale střet s realitou po nástupu do pracovního procesu mě stejně překvapil a zaskočil.“* Svoje kompetence si při studiu neuvědomovalo pět dotazovaných porodních asistentek.

B. Vnímání pracovního procesu z pohledu porodní asistentky pracující v provozu

Uvědomování plné odpovědnosti v roli porodní asistentky pracující v provozu uvedlo všech šest dotazovaných PA.

Změnu kompetencí v pracovním procesu si také plně uvědomuje všech šest dotazovaných PA.

V pracovním procesu si také plně uvědomuje při vnímání akutních stavů rozsah a důsledky daných situací všech šest dotazovaných PA.

Kategorie 4: Praktická výuka

A. Odlišnosti v praktické výuce před deseti lety

Všech šest dotazovaných PA uvedlo, že v systému praxe před deseti lety zaznamenávaly více motivované studentky a lépe rozvrženou praktickou výuku. Uvedly, že tato výuka lépe připravila studentky do pracovního procesu a více nezatěžovala zdravotnický personál. Dnešní studentky chodící do provozu více zatěžují zdravotnický personál, spoustu věcí neovládají a učí se je až po nástupu do zaměstnání.

Jako přínosné v praktické výuce před deseti lety uvedlo všech šest dotazovaných PA, že bylo větší zapojení studentek do provozu a ošetřovatelského procesu a tím studentky získaly větší zkušenosti se systémem skupinové péče.

Před deseti lety také docházely na nemocniční oddělení se studentkami vyučující odborné praxe, které z daných oddělení vzešly, nebo tam pracovaly na poloviční úvazek a studentkám se také mohly více věnovat. Studentky mohly více věcí zaznamenávat do zdravotnické dokumentace pod dohledem vyučujících odborné praxe, měly větší kompetence než v současné době a měly také větší možnost pro nácvik a opakování výkonů. Toto viděly dotazované PA jako přínosné.

B. Odlišnosti v praktické výuce v současnosti

V současné době vidí dotazované PA systém praxe jako hůře rozvržený a studentky méně motivované. Všech šest dotazovaných PA shodně uvedlo, že v dnešní době spíše postrádají u studentek zájem a „zapálení“ o zvolený obor, spoustu situací si dnešní studentky nepřipouští a neuvědomují. Někdy to PA vnímají až tak, že je to studentkám lhostejné. Často studentky velmi úkorně, až neadekvátně přijímají výtky na své osoby a jejich obranné reakce často hraničí s drzostí. PA by přivítaly, aby tuto profesi dělaly opravdu studentky, které tato práce bude naplňovat a uspokojovat nejen po dobu studia, ale i nadále a nebude jen k potřebě získání bakalářského titulu. Samozřejmě nemají takový pocit ze všech studentek, ale v současné době z většiny.

Jako přínosné v současné praxi PA uvádějí, že studentky mají větší možnosti a zkušenosti s moderní technikou a moderními léčebnými postupy než v praktické výuce před deseti lety.

Jako negativum bylo u všech šesti dotazovaných PA označováno, že v současné době na praxi ve většině případů se studentkami nedocházejí vyučující odborné praxe, je více studentek na směně, kdy se s kolegyněmi musí o práci více dělit a proto nemají takovou možnost více si procvičit a opakovat odborné výkony. Studentky jsou přiděleny mentorkám odborné praxe, ale ty často při běžném provozu na oddělení nemají na studentky čas a nemohou se jim tak věnovat, jak by si samy přály a představovaly. Často se také jako mentorky setkávají s velmi malým zájmem studentek o praktické výkony.

Kategorie 5: Vnímání akutních a kritických stavů na porodním sále

A. Reakce porodních asistentek při akutních stavech a kritických situacích na porodním sále

Při vzniklých akutních a kritických stavech na porodním sále uvádělo pět dotazovaných PA, že vnímají pocit strachu. Jen jedna dotazovaná PA nevnímá a nepociťuje strach při vzniklých zátěžových situacích. Přímo uvádí: *„Nepociťuji strach při těchto situacích, spíše obavy o osud ženy a jejího dítěte. Strach jsem postupem času a zkušenostmi na porodním sále odbourala, je to vše dáno dosavadní praxí na tomto zátěžovém pracovišti, ale připouštím si, že i po letech, zde strávených mi osudy některých rodiček utkvěly v paměti a několikrát i zasáhly do soukromého života.“*

Při vzniku zátěžových situací na porodním sále bylo uváděno všemi šesti dotazovanými porodními asistentkami, že stres v určité míře vnímají všechny. Se stresem se snaží bojovat, ale nedaří se to ani jedné z nich. Některá PA jej zvládá lépe, některá PA se hůře adaptuje, ale shodly se, že stres a stresové situace jim všem zasahují i do soukromého života. Každá PA se se stresem vyrovnává jinak.

Při vzniku kritických situací na porodním sále byl vnímán pocit úzkosti u třech dotazovaných PA. Tři dotazované PA pocit úzkosti v zátěžových situacích nevnímají, za roky praxe v oboru se jim podařilo z mysli pocit úzkosti zcela vytěsnit.

Obavy o zvládnutí akutní situace vzniklé na porodním sále udávaly všechny dotazované PA. V současné době nebyly popisovány jen obavy týkající se pracovního procesu, kdy jsou řešeny zátěžové situace, ale také obavy týkající se budoucnosti PA, kdy PA uváděly, že přibývá trestních oznámení a stížností klientů, kteří nebyli spokojeni s výsledky jejich práce. Tyto obavy byly spíše popisovány jako obavy ze změn v soukromých životech porodních asistentek.

B. Zvládání akutních a kritických situací na porodním sále

Při zvládání akutních a kritických situací na porodním sále vnímají čtyři dotazované PA větší fyzickou i psychickou zátěž. Bylo uvedeno, že nejen porodní asistentky, ale veškerý zdravotnický personál se cítí být v současné době přetěžován.

Jen dvě PA větší zátěž při těchto situacích nevnímají, shodly se na tom, že to berou to jako součást svojí profese.

Větší celkovou únavu ze zátěžových situací vnímá ve shodě všech šest dotazovaných PA. Bylo uváděno, že je to dáno nedostatkem zdravotnického personálu, kdy je přetížení organismu v souladu s navyšováním služeb navíc v měsíčním služebním plánu. PA pak nemají dostatečný volný čas pro regeneraci organismu, a proto byl tento fakt vnímán velmi nelibě.

Adekvátnější zvládání akutních stavů a situací s délkou praxe uvádí čtyři dotazované PA. Dvě dotazované PA adekvátnější zvládání kritických situací s délkou praxe na porodním sále neuvádějí, a ani to takto nevnímají.

Kategorie 6: Vyrovnávání se se zátěžovými situacemi

A. Vyrovnávání se zátěžovými situacemi v domácím prostředí

Se zátěžovými situacemi se porodní asistentky vyrovnávají v domácím prostředí relaxací četbou, kterou uvádějí čtyři PA.

Aktivní odpočinek jako formu vyrovnání se zátěží uvádí tři PA.

Spánek a relaxace byl uváděn ve shodě u všech šesti dotazovaných PA jako důležitý prvek regenerace pro zvládání zvýšené zátěže.

Úklid jako formu odpočinku a relaxace volí čtyři dotazované PA.

B. Vyrovnávání se zátěžovými situacemi ve společnosti

Vyrovnávání se zátěží ve společnosti a to formou aktivního pohybu a cvičení uvádí pět dotazovaných PA.

Relaxaci a masáže jako vyrovnávání se zátěžovými situacemi volí tři dotazované PA.

Procházky s rodinou nebo s přáteli volí pro formu relaxace všech šest dotazovaných PA.

Odreagování ve společnosti s přáteli, v kině, nebo v divadle volí čtyři dotazované PA.

Kategorie 7: Zvládání zátěžových situací dle věku a zkušeností PA

A. Věk porodních asistentek jako ovlivnění zvládání zátěžových situací

V délce praxe vidí pět dotazovaných PA důležitý faktor pro zvládání zátěžových situací a to nejen na porodním sále, ale na všech odděleních zdravotnických zařízení. Jen jedna dotazovaná PA tuto skutečnost nemohla posoudit, jelikož v praxi nepracuje ani 12 měsíců od ukončení studia porodní asistence. Přímo uvedla: *„Reaguji jen na situace v současné době, protože teprve před nedávnem jsem sama ukončila studium na fakultě, a z toho všeho vyplývá, že nemám dlouholetou praxi a zkušenosti, a proto tento fakt nemohu dostatečně hodnotit"*.

Všechny dotazované PA uváděly, že věk porodních asistentek ovlivňuje zvládání zátěžových situací. PA se shodly, že jinak zvládaly kritické stavy v době studia, v době po nastoupení do pracovního procesu a v době, kdy jsou již zapracovány na porodním sále. V prvním případě to bylo z nezkušenosti v oboru, později v jiném vnímání zodpovědnosti po nastoupení do pracovního procesu a po získání zkušeností je vnímání zátěžových situací těžké v tom, že se často opakují a tím způsobují u porodních asistentek velké stresové situace, vyčerpání a přetížení.

Dotazované PA ve čtyřech případech uvádějí, že odlišnosti v systému výuky ve srovnání s dosavadní praxí, má vliv na zvládání zátěžových situací. Dvě dotazované PA se domnívají, že systém výuky nemá vliv na zvládání zátěžových situací.

B. Zkušenosti porodních asistentek jako ovlivnění zvládání zátěžových situací

Reakce na zátěžové situace nejen na porodním sále jsou velmi ovlivněny zkušenostmi porodních asistentek, a to bylo uvedeno u všech šesti dotazovaných PA. PA se shodly, že často díky inovacím je možné řešit nastalé situace s lepším výsledkem než v minulosti. Je spousta nových vyšetřovacích a léčebných metod, které přispívají ke kladnému vyřešení situací, nebo alespoň ke zmírnění dopadu některých chorob, či komplikací, které dříve medicína neuměla řešit. Díky tomu sbírají PA zkušenosti, které pak velmi ovlivňují zvládání akutních a kritických situací vzniklých na porodním sále.

Kategorie 8: Reakce porodních asistentek na inovace a modernizaci medicíny

A. Reakce porodních asistentek na inovace a modernizaci medicíny

Počáteční nedůvěru v inovacích a modernizaci medicíny uvádí tři dotazované PA. Porodní asistentky jsou si vědomy, že inovace jsou v moderní medicíně nutné. Snaží se je přijímat pozitivně a to nejen novinky v provozu a chodu oddělení, ale i novinky a poznatky v oboru gynekologie a porodnictví. PA se shodují, že zpočátku u nich převládaly obavy z něčeho nového, strach, že to nezvládnou a pochyby, zda jsou tato opatření vůbec nutná, ale po ztotožnění se s daným faktem a pochopením pozitivního přínosu pro další praxi, tyto obavy mizí a dochází k ocenění zlepšení výsledku kvality ošetřovatelské péče. Tři dotazované PA počáteční nedůvěru s novými poznatky v oboru nijak nekomentovaly.

Ztotožnění se s inovacemi uvádí čtyři dotazované PA. Dvě dotazované PA uvádí ztotožnění s danou situací později, protože jim trvalo déle, než daný fakt přijaly. Zvláště pak inovace, které nezlepšovaly kvalitu ošetřovatelské péče, považovaly jako zbytečné a jako přítěž, a proto jim v tomto směru ztotožnění s danou situací trvalo déle.

Akceptaci s danými novinkami posléze uvádí všech šest dotazovaných PA. Shodly se, že jim pro další budoucnost a praxi vlastně jiné stanovisko nezbývá, a proto ho přijímají. Pro lepší akceptaci byl uváděn porodními asistentkami fakt, že inovace ulehčí zdravotníkům práci a přehled nad vzniklou situací. Jako důležité také PA uvedly, že pro akceptaci je velmi důležité, aby byl zdravotnický personál s inovacemi včas a řádně seznámen, což se ne vždy stává.

Kladné přijetí nových postupů a modernizaci medicíny uvedly také všechny dotazované PA. Velkou roli u kladného přijetí u novinek v medicíně hraje délka praxe a zkušenosti na porodním sále. PA se shodly, že díky novým postupům a novinkám mohou na nastalé situace reagovat pohotověji a uvážlivěji.

Kategorie 9: Vnímání adaptačního procesu porodními asistentkami

A. Práce porodních asistentek v období pod odborným dohledem

Všech šest dotazovaných porodních asistentek uvádělo délku adaptačního procesu jako dostačující. Shodly se, že délka adaptačního procesu, je pro dostatečné zapracování a zvládání akutních situací dostatečně dlouhá.

V době adaptačního procesu pracovala každá PA pod odborným dohledem, což bylo porodními asistentkami vnímáno pozitivně. Měly možnost se kdykoliv a na cokoliv zeptat své školící porodní asistentky. Uklidňovalo je, že při vzniklých nových a zátěžových situacích, měly oporu i v celém pracovním týmu.

Obavy o zvládnutí akutních a kritických situací na porodním sále v době adaptačního procesu uvádělo pět dotazovaných PA. Jedna PA neměla žádné obavy, že by akutní a kritické situace v době adaptace nezvládla: *„Měla jsem dobrý pocit ze zapracování, jelikož jsem ještě před studiem porodní asistence pracovala nějaký čas ve zdravotnictví a to mě dobře připravilo na adaptaci po ukončení studia. Cítila jsem se klidnější a jistější v situacích, které byly akutní a zátěžové, protože jsem právě čerpala ze svých zkušeností ve zdravotnictví“.*

B. Změny v práci u porodních asistentek po ukončení adaptačního procesu

Uvědomění si plné zodpovědnosti po ukončení adaptačního procesu uvádí všech šest dotazovaných PA.

Práci bez odborného dohledu si uvědomuje a akceptuje také všech šest dotazovaných PA. Přijmout novou pracovní náplň a nečinilo PA žádný velký problém.

Při zvládání zátěžových situací po ukončení adaptačního procesu uvádí pět dotazovaných PA jako větší fyzickou a psychickou únavu. Porodní asistentky se musely naučit více spoléhat samy na sebe a to je velmi vyčerpávalo. Vnímají také tuto dobu jako velmi stresovou a zátěžovou. Jedna dotazovaná PA uvádí, že zvládání zátěžových situací po ukončení adaptačního procesu jí nečinilo žádnou větší psychickou ani fyzickou zátěž: *„Bylo to dáno tím, že jsem se ihned musela samostatně zapojit do pracovního procesu, musela jsem si v kritických situacích více poradit sama, musela jsem zvládnout komplikace a uvědomovala jsem si zodpovědnost nejen za sebe, ale i za své další kolegyně a to mě v jisté míře uklidňovalo“.*

Kategorie 10: Přístup školící porodní asistentky v době adaptačního procesu

A. Pozitiva v přístupu školící porodní asistentky v době adaptačního procesu

Spokojenost v přístupu a v chování své školící porodní asistentky po nástupu do zaměstnání uvádí všech šest dotazovaných PA. Porodní asistentky uváděly, že se svojí školitelkou byly spokojeny, protože byla odborníkem ve svém oboru a zároveň si jí i pro její charakterní vlastnosti velmi vážily. Pozitivně přístup školící porodní asistentky byl přijímán nejen u školitelek na GPK FN Plzeň, ale i u školitelek ve všech zdravotnických zařízení, kde porodní asistentky absolvovaly adaptační proces. Všechny dotazované PA uváděly, že jejich školící porodní asistentka jim byla v době adaptace oporou, dokázala je motivovat a správně vést a zapracovat v pracovním týmu. Dokázala je správně připravit na vzniklé akutní a zátěžové situace nejen na porodním sále, ale i na všech dalších odděleních daného zdravotnického zařízení. Jedna PA uvedla: *„U své školící porodní asistentky jsem oceňovala zejména jistou intuici a dlouholetou praxí vypěstovaný „šestý smysl“, kdy dokázala poznat, že ta která rodička je riziková, že se porod neubírá správným směrem, a to ještě dříve, než abnormalitu detekovaly přístroje. To si myslím, je velmi důležité, abychom si v dnešní přetechnizované době jako porodní asistentky zachovaly“*.

B. Negativa v přístupu školící porodní asistentky v době adaptačního procesu

Nespokojenost a přístupu a chování své školící porodní asistentky neuvedla ani jedna dotazovaná porodní asistentka. Spíše PA negativně vnímaly v rámci technického pokroku a dostupnosti všech možných vyšetření, že možná někdy přes přístroje a vědu zapomínáme na člověka, pacienta, rodičku. Přes všechnu administrativu není čas na pacienta samotného, na jeho náladu, obavy, strach a starosti. Všímaly si, že zvláště nová generace zdravotnických pracovníků prvně reaguje na monitory a pak někde v pozadí vnímají pacienta – člověka. Jedna PA uvedla: *„Často porodní asistentky, nebo lékaři postávají u monitoru, sledují čísla, ale zapomínají si všímat rodičky, hovořit s ní a vysvětlit jí situaci. Toto jsem velmi nelibě nesla a vadilo mi to právě v době mého adaptačního procesu“*. Toto vnímaly nejen v rámci adaptačního procesu, ale i v současné praxi na odděleních zdravotnických zařízení.

Kategorie 11: Změny soukromého života porodních asistentek po nastoupení do pracovního procesu

A. Pozitivní změny v soukromém životě po nastoupení do pracovního procesu

Pozitivní změnu po nastoupení do pracovního procesu uvedlo všech šest dotazovaných porodních asistentek z dobrého pocitu z osamostatnění a dobrý pocit z finanční nezávislosti. Velkou roli zde hrál zájem o zvolený obor, který je v podstatě naplňuje dodnes. Shodly se, že po nastoupení do pracovního procesu, se naučily trávit volný čas kvalitněji a dokáží si i efektivněji rozvrhnout čas nejen pro odpočinek a relaxaci, ale i pro další povinnosti všedního života. Tato práce je donutila přehodnotit své životní hodnoty a vážit si života, což je pro ně také velmi přínosné. Vnímají pozitivně seznámení s novými lidmi a získání nových přátel. Zátěžové situace porodním asistentkám velmi pomáhá zvládat dobrý kolektiv a současná pracovní skupina, na kterou se mohou kdykoliv spolehnout.

B. Negativní změny v soukromém životě po nastoupení do pracovního procesu

Vzhledem k nedostatku volného času pro rodinu, přátele a sebe samu, uvádí všech šest dotazovaných PA jako negativní změnu po nastoupení do pracovního procesu v soukromých životech. Po nastoupení do pracovního procesu bylo pro porodní asistentky velmi obtížné vyrovnat se s náročným směnným provozem. Především PA uváděly, že pro ně bylo velmi těžké přijmout absenci volných víkendů, práci v noci a služby navíc.Jedna PA přímo uvedla: *„Nastoupila jsem do pracovního procesu ihned po maturitě a odsloužila celé prázdniny, a to bylo velmi obtížné pro dvacetiletou dívku. Nemohla jsem se účastnit většiny aktivit svých vrstevníků a především na začátku svojí práce jsem toto vnímala velmi úkorně“*.

Profese porodní asistentky všem dotazovaným PA velmi zasahuje do soukromého života. Všechny PA uváděly, že se to někdy projevuje velkou únavou a promítáním myšlenek na pracovní proces i během dnů volna. Uvědomují si, že se jim radikálně změnil i soukromý život, a to díky tomu, že vnímají svoje povolání za náročné a někdy i velmi stresující. Porodní asistentky s odpracovanými roky více než dvanáct let v oboru přiznávají, že jakýsi vnitřní klid a nadhled si uvědomily až po cca deseti letech praxe.

5 Diskuze

Bakalářská práce pojednává o připravenosti porodních asistentek na zvládání akutních a kritických stavů na porodním sále. V diskuzi je popisováno, jak jsou právě porodní asistentky na tyto situace připraveny a jak jsou schopny je zvládat. Veškerá zjištění shrnuji a konfrontuji s odbornou literaturou.

Respondentkami bylo šest porodních asistentek pracujících na porodním sále Gynekologicko - porodnické kliniky FN Plzeň. Dotazované porodní asistentky byly různého stupně vzdělání v oboru porodní asistence, s nestejnou délkou praxe v oboru a s jinou délkou studia porodní asistence. Věková kategorie porodních asistentek byla v rozmezí 23 – 46 let (viz tabulka 1). Respondentky v rozhovoru uplatnily své vlastní názory, postřehy, zkušenosti a pocity.

Cílem práce bylo zjistit vnímání a zvládání zátěžových situací na porodním sále očima porodních asistentek a srovnat připravenost porodních asistentek zvládat akutní a kritické stavy na porodním sále dle dosaženého vzdělání, délky praxe a zkušeností v oboru.

Jedna z otázek byla zaměřena na oblast studia porodní asistence. Studium v České republice trvá v současnosti tři roky a proto nás zajímalo, jestli respondentky považovaly délku studia jako dostačující. Celkový rozsah studijních osnov udávaly dotazované porodní asistentky za dostatečné, avšak uváděly, že by bylo vhodné navýšení hodin v předmětech, které více studentky prakticky připravují. Respondentkami bylo zmiňováno praktickou část studia více zaměřit na zvládání akutních a kritických stavů, protože po příchodu do pracovního procesu si uvědomují, že s určitými situacemi se setkaly poprvé až na porodním sále.

Současné osnovy studia porodní asistence jsou dány Vyhláškou č. 39/2005. Dle Vránové je studium konfrontováno se směrnicemi Evropské unie (80/155 EHS, 89/594/EHS), které řeší základní vzdělávací cíle, požadovanou minimální délku studia, předchozí vzdělání uchazeče, kompetence absolventů a požadavky kladené na vzdělávací programy pro porodní asistentky (Vránová, 2007).

Dotazované porodní asistentky mají názor, že pro studentky porodní asistence, které nemají z předešlého studia zdravotnické vzdělání by bylo vhodné prodloužit studium o rok. V současné době je studium dle platné legislativy tříleté pro uchazeče jakékoliv střední školy, proto je prakticky nemožné rozdělovat studenty jednoho oboru na tříleté a čtyřleté studium. Jako důvod často respondentky uváděly, že studentky porodní asistence, které předtím neabsolvovaly SZŠ, mají rezervy ve zvládání základních ošetřovatelských úkonů a učí se je často až po nastoupení do pracovního procesu. Toto bylo vnímáno respondentkami negativně.

Z rozhovorů s respondentkami tedy vyplynulo, že dobrý základ je absolvování Střední zdravotnické školy před dalším následujícím zdravotnickým studiem. Respondentky uváděly, že studentky, které mají za sebou praxi právě ze Střední zdravotnické školy, jsou lépe prakticky připravené na zvládání zátěžových situací a lépe se orientují na daných odděleních. Osnovy studia v současnosti jsou postaveny tak, aby po prvním ročníku došlo ke srovnání vědomostí a dovedností zdravotnicky i nezdravotnicky vzdělaných studentů.

Za další negativní faktor v přípravě na akutní a kritické situace na porodním sále respondentky označovaly nepřítomnost vyučujících odborné praxe na praktické výuce v nemocničním prostředí. V dnešní době jsou studentky přidělovány mentorkám odborné praxe, které ale často v provozu nemají na studentky dostatek času. Toto bylo vnímáno jako nevyhovující, jak pro studentky porodní asistence, tak pro porodní asistentky příslušného oddělení.

Pojem mentorství v ošetřovatelství se podle Vrublové a Poláškové objevuje až v posledních 30ti letech. Mentorství můžeme charakterizovat jako schopnost pomáhat druhému učit se, a z toho vyplývá, že je zaměřeno na profesní rozvoj mentorovaného. V současné době je tato otázka velmi aktuální, protože mentor je člověk, který má za úkol vést studentky, tím tedy i zkvalitnit jejich praktickou výuku. Mentorka je důležitá právě proto, že má dohled nad studentkami, kterým nejen radí, ale je pro ně vzorem. Je přímo z praxe a řeší se studentkami problémové situace. Je také jak pro studentky, tak pro vyučující konzultantem průběhu praktické výuky. Má za úkol podporovat a motivovat studentky, zapojit je do ošetřovatelského týmu a seznámit studenta

s pomůckami, které se v běžné době praxe nepoužívají (Vrublová, Polášková, 2006, Logbook).

Jarošová a Dušová uvádí, že je v současné době na Ostravské univerzitě pro budoucí mentory odborné praxe platný certifikovaný kurz. Myslím si, že pro porodní asistentky, které zajímá mentorská činnost, by bylo vhodné tento kurz absolvovat. Jak jsem sama zjistila je možnost tento kurz absolvovat také na ZČU v Plzni. Toto je velmi podstatné pro přípravu na akutní a zátěžové situace na porodním sále a je to také dobrý důvod co pro zlepšení praktické připravenosti současných studentek porodní asistence můžeme udělat (Jarošová, Dušová, 2006).

V teoretické přípravě porodních asistentek ve studiu porodní asistence viděly respondentky problém v nedostatečném počtu hodin v předmětech zaměřených na komunikaci ve zdravotnických oborech, komunikačních technikách a oborech psychologie. Ke zvládání akutních a kritických situací je velmi potřebná efektivní komunikace. Špatenková uvádí, že komunikace ve zdravotnictví je ve všech ohledech specifická, ale všichni se mohou naučit základní pravidla efektivní komunikace. Umění správné a efektivní komunikace vyžaduje určité předchozí vědomosti, dovednosti, zkušenosti a vlastně celoživotní učení (Špatenková, 2009).

Respondentkám často v práci chybělo „praktické uchopení“, především nastala-li vážná situace na porodním sále např. porod mrtvého plodu, ukončení těhotenství z genetické indikace a život ohrožující situace po porodu klientek.

Pro tyto situace by bylo vhodné zařadit do studia simulační výuku a její metody, aby byly studentky lépe připravené na zátěžové situace na porodním sále. Zde by se studentky přímo učily týmové spolupráci a měly by možnost procvičit si situace, které mohou v praxi náhle nastat (Hálek, Pavlíková, Smutný, 1999).

Některé respondentky uváděly, že největším pozitivem u nich po nástupu do zaměstnání bylo to, že se musely naučit spoléhat samy na sebe a to je posunulo dál v rámci řešení nastalých akutních a kritických situací. Tímto bylo odpovězeno na výzkumnou otázku – Jak porodní asistentky připravila škola na zvládání akutních a kritických situací na porodním sále?

Při vzniklých akutních a kritických situacích na porodním sále respondentky často uváděly pocit strachu, zvýšené zátěže, pocitu úzkosti a obav, zda danou situaci zvládnou. Respondentky se shodly, že se snaží se stresem bojovat a nedaří se to ani jedné z nich. Uvedly, že tyto situace jim velmi zasahují do soukromého života. Zde se podle Farkašové potvrdilo, že jsou v těchto zátěžových situacích přetěžovány nejen fyzicky, ale i psychicky. Respondentky jsou si proto vědomy, že pod vlivem stresu a zvýšené zátěže se mohou častěji dopustit pochybení, což je nejen ve zdravotnictví, ale i v jiných profesích nepřípustné. Jedním z řešení, aby nedocházelo k přetěžování zdravotnického personálu, by bylo vhodné navýšení počtu ošetřujícího personálu. Porodní asistentky a celý zdravotnický personál, by měl více volného času na relaxaci a odpočinek, který je ve stresovém prostředí nesmírně důležitý (Farkašová, 2006).

Zaměstnavatel by měl mít zájem na relaxaci a spokojenost svých zaměstnanců, protože spokojená a odpočatá porodní asistentka je pro zaměstnavatele přínosná a nepostradatelná. Velmi důležitá je psychohygiena zaměstnanců, u kterých je žádoucí udržovat pocit blaha, jak uvádí Farkašová. Blaho je vykonávání určitých postupů na zabránění pocitu nevolnosti, nebo nemoci, následkem kterých je život bohatší, vyrovnanější a spokojenější. Blaho je dynamický znak, měnící se v čase a je vázaný na společenské potřeby, proto se musí neustále přehodnocovat. Můžeme tedy hovořit o šesti dimenzích blaha, o fyzické, emocionální, sociální, intelektuální, pracovní a duchovní. Proto se zaměstnavatelé snaží, aby tomu tak bylo. Pro příklad uvádím, že ve FN Plzeň se již po několik let 1x ročně poskytují finanční příspěvky na relaxaci, wellness a sportovní činnost zaměstnanců (Farkašová, 2006).

Celkově se u dotazovaných respondentek potvrdilo, že na zvládání zátěžových situací určitě velkou roli hraje věk a jejich zkušenosti v oboru. Všechny respondentky s delší praxí uváděly, že se naučily během délky praxe jednat pohotověji a uvážlivěji, což má kladný dopad na řešení akutních a kritických situací na porodním sále. Myslím si, že při tak náročné profesi, jakou porodní asistence je, hraje velkou roli profesionalita a sebekázeň. Bohužel v porodnictví nejsou jen šťastné chvíle, často přicházejí i chvíle těžké, a porodní asistentka musí být ženě i její rodině oporou. Toto vnímaly respondentky také jako velmi vyčerpávající. Uvědomují si, že se jim po nastoupení do

pracovního procesu radikálně změnil život, a to díky tomu, že vnímají svoje povolání za náročné a někdy i velmi stresující. Toto spíše uváděly služebně mladší respondentky. Respondentky služebně starší udávaly, že se snaží prací dané zátěžové situace po ukončení pracovní doby nechávat za zdmi kliniky, avšak také ne vždy se jim to daří. Proto se všechny dotazované shodly, že pro načerpání nové energie je velmi důležitý osobní život, dobré rodinné zázemí a forma relaxace. Neopomněly dodat, že velmi důležité pro zvládání akutních a kritických situací je další možnost sebevzdělávání. Proto často asistentky navštěvují kurzy týkající se právě této problematiky. Jedna respondentka přímo uvedla: *„Nemohu pochopit, jak mohou některé kolegyně zavrhovat další vzdělávání. Pro mě je každá novinka nový impuls ke zlepšení a zkvalitnění ošetřovatelské péče“*.

Z rozhovorů také vyplynulo, že u reakcí na inovace v oboru u porodních asistentek z počátku převládaly obavy z něčeho nového, strach, že to nezvládnou a pochyby, zda jsou tato opatření vůbec nutná. Po akceptaci novinek u porodních asistentek tyto obavy mizí a dochází k ocenění zlepšení výsledku ošetřovatelské péče u jejich klientek. Pro lepší přijetí byl uváděn fakt, že inovace ulehčí zdravotníkům práci a přehled nad vzniklou situací. Bylo uváděno, že u kladného přijetí novinek u respondentek je velmi důležité, aby byl s nimi zdravotnický personál včas a řádně seznámen, což se ne vždy stává. Na přijetí novinek také hraje roli délka praxe a zkušenosti na porodním sále. Tímto bylo odpovězeno na výzkumnou otázku - Jak ovlivňuje věk a zkušenosti porodních asistentek pracujících na porodním sále zvládání stresových situací?

Otázce zaměřené na vnímání adaptačního procesu, byly všechny dotazované spokojené s délkou trvání adaptace i se svojí školící porodní asistentkou. Bylo uváděno, že délka adaptačního procesu, je pro dostatečné zapracování a zvládání akutních situací přiměřeně dlouhá. V době adaptačního procesu pracovala každá asistentka pod odborným dohledem, což bylo vnímáno pozitivně. Měly možnost se kdykoliv a na cokoliv zeptat své školící porodní asistentky. Uklidňovalo je, že při vzniklých nových a zátěžových situacích, měly oporu i v celém pracovním týmu. Adaptační proces zaměstnanců ve FN Plzeň je řízen směrnicí nemocnice. Jeho účelem je poznat, prověřit, zhodnotit, popřípadě doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti

zaměstnanců při uplatňování jejich teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi (směrnice SME/4/005/, FN Plzeň).

Respondentky uváděly, že se svojí školitelkou byly spokojeny, protože byla odborníkem ve svém oboru a zároveň si jí i pro její charakterové vlastnosti velmi vážily. Pozitivně byl přijímán přístup školící porodní asistentky nejen u školitelek na GPK FN Plzeň, ale i u školitelek ve všech zdravotnických zařízení, kde porodní asistentky absolvovaly adaptační proces. Všechny respondentky uváděly, že jejich školící porodní asistentka jim byla v době adaptace oporou, dokázala je motivovat a správně vést. Dokázala je správně připravit na vzniklé akutní a zátěžové situace nejen na porodním sále, ale i na všech dalších odděleních daného zdravotnického zařízení.

Nespokojenost v přístupu a chování své školící porodní asistentky neuvedla ani jedna dotazovaná porodní asistentka.

Při zvládání zátěžových situací po ukončeném adaptačním procesu uváděly respondentky jako dobu zvýšené zátěže na jejich osobu a to jak po psychické, tak fyzické stránce. Musely se naučit spoléhat více samy na sebe a to je velmi vyčerpávalo. Vnímaly tuto dobu jako velmi náročnou a stresovou.

Všechny dotazované shodně cítily pozitivní změnu po nastoupení do pracovního procesu z dobrého pocitu z osamostatnění a dobrého pocitu z finanční nezávislosti. Velkou roli zde hrál zájem o zvolený obor, který je v podstatě naplňuje dodnes. Shodly se, že po nastoupení do pracovního procesu, se naučily trávit volný čas kvalitněji a dokáží si i efektivněji rozvrhnout čas nejen pro odpočinek a relaxaci, ale i pro další povinnosti všedního života.

Zajímalo nás, co vnímaly respondenty jako negativní změnu po nastoupení do pracovního procesu. Respondentky uvedly, že nejvíce negativním faktorem pro ně byl nedostatek volného času pro rodinu, přátele a sebe samu. Po nastoupení do pracovního procesu bylo pro ně velmi obtížné vyrovnat se s náročným směnným provozem. Především uváděly, že bylo náročné přijmout absenci volných víkendů, práci v noci a služby navíc.

Profese porodní asistentky všem dotazovaným respondentkám velmi zasahuje do soukromého života. Všechny uváděly, že se to někdy projevuje velkou únavou a

promítáním myšlenek na pracovní proces i během dnů volna. Uvědomují si, že se jim změnil i soukromý život, a to díky tomu, že vnímají svoje povolání za náročné a někdy i velmi stresující. Porodní asistentky s odpracovanými roky více než dvanáct let v oboru přiznávají, že jakýsi vnitřní klid a nadhled si uvědomily až po cca deseti letech praxe. Velmi jim při zvládání zátěžových situací pomáhá účast na odborných seminářích týkajících se problematiky akutní medicíny, které jsou zavedené příslušným oddělením a to nejen v době adaptačního procesu, ale i v další praxi. Tímto bylo odpovězeno na výzkumnou otázku - Jak jsou porodní asistentky v rámci adaptačního procesu a v další praxi připravovány na zvládání zátěžových situací?

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem připravenosti porodních asistentek na zvládání akutních a kritických stavů na porodním sále. Prvním cílem bylo zjistit vnímání stresových situací na porodním sále očima porodních asistentek. Druhým cílem bylo srovnat připravenost porodních asistentek zvládat akutní a kritické stavy na porodním sále dle dosaženého vzdělání, délky praxe a zkušeností v oboru. Oba tyto cíle byly splněny.

V souvislosti se stanovenými cíli byly položeny tři výzkumné otázky. Z výzkumného šetření vyplynula potřeba zařadit do osnov studia více hodin v předmětech teoretické výuky komunikace a komunikačních technik. Porodními asistentkami bylo doporučováno navýšení hodin praktické výuky v odborných učebnách a zkvalitnění mentorské praxe u studentek porodní asistence. Jako důležitý faktor viděly respondentky ve správné relaxaci při zvládání zátěžových situací. Bylo zmiňováno, že je důležité, aby k relaxaci a spokojenosti zaměstnanců, měl pozitivní přístup i zaměstnavatel. V oblasti adaptačního procesu vyplynulo, že všechny porodní asistentky byly spokojené jak s délkou adaptace, tak se svojí školící porodní asistentkou.

Z doporučení respondentek pro další praxi bylo uvedeno zařazení do studia porodní asistence simulační výuku, aby se studentky naučily, jak správně a pohotověji reagovat v zátěžových situacích. Považováno za důležité bylo respondentkami také to, aby do výuky a v době adaptačního procesu bylo zařazeno více odborných seminářů, týkajících se akutních a kritických stavů v oboru gynekologie a porodnictví. Odborné semináře v rámci adaptačního procesu by mohly být případně zaměřeny na komunikaci na porodním sále např. komunikace s rodičkou s diagnózou mrtvého plodu, komunikace se ženou při ukončení gravidity z genetické indikace, ale i na komunikaci v týmu.

Tato bakalářská práce může také sloužit jako informační materiál zdravotnických pracovníků a nejen porodních asistentek pracujících na oddělení akutní medicíny, kteří mají zájem nejen o dobrou péči o pacienty a spokojenost v zaměstnání, ale především o svoje zdraví.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ČECH, Evžen, 1999. *Porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, , 432 s. ISBN 80-716-9355-.

2. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel a SRP, Bedřich, 2007. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 544 s. ISBN 97880247130382010.

3. FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetřovatelství - teorie: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.

4. HAYES, Nicky, 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Vyd. 1. Praha: Portál, 189 s. ISBN 80-717-8983-6.

5. HÁJEK, Zdeněk, 2004 . *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 443 s., čb. obr. ISBN 80-247-0418-8.

6. HÁLEK, Ivan, PAVLÍKOVÁ, Petra a SMUTNÝ, Petr, 1999. *Simulační manažerská hra*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 43, [8] s. ISBN 80-210-2239-6.

7. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

8. JEKLOVÁ, Alena a TROJANOVÁ, Blanka, 2004. *Ošetřovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 52 s. ISBN 80-701-3411-9.

9. KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 139 s. ISBN 978-807-3672-997.

10. KAMENÍKOVÁ, Miloslava a KYASOVÁ, Miroslava, 2003. *Ošetřovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 89 s., přílohy. ISBN 80-247-0285-1.

11. MACKŮ, František, MACKŮ, Jaroslava a FOJTOVÁ, Gabriela, 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.

12. MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Překlad Kateřina Lepičová. Praha: Portál, 151 s. ISBN 978-802-6201-809.

13. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

14. RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

15. ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.

16. ROZTOČIL, Aleš, 1996. *Intenzívní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 274 s. ISBN 80-701-3230-2.

17. ROZTOČIL, Aleš, MASTILIAKOVÁ, Dagmar a FOJTOVÁ, Gabriela, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

18. SÁK, Petr, 2008. *Standardy ošetřovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

20. TRACHTOVÁ, Eva, MASTILIAKOVÁ, Dagmar a FOJTOVÁ, Gabriela, 2001. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

21. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie: strategie efektivního vedení týmů*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

22. VRÁNOVÁ, Věra, 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 211 s. ISBN 978-802-4417-646.

23. VRUBLOVÁ, Yvetta, POLÁŠKOVÁ, Eva. Úloha mentora v praktické výuce na gynekologickém oddělení. In: DUŠOVÁ, Bohdana, JAROŠOVÁ, Darja, VRUBLOVÁ, Yvetta. *Trendy v ošetřovatelství IV.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 244-246. ISBN 80-7368-182-X.

24. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

25. *Moderní gynekologie a porodnictví: Akutní stavy*. Praha: Scantypa, březen 2002, roč. 11, č. 1., str.54-55, str. 61-70, str. 55-58 ISSN 1211-1058.

26. *Česká gynekologie: Časopis České gynekologické a porodnické společnosti*:Doporučené postupy v perinatologii. Praha: Prager, 2011, roč. 76., str. 34-35 ISSN 1210-7832.

27. *Moderní gynekologie a porodnictví: Patologické těhotenství*. Praha: Scantypa, duben 2001, roč. 10, č. 1., str. 17-27 ISSN 1211-1058.

28.*Moderní gynekologie a porodnictví: Fetální medicina na prahu nového milenia*. Praha: Scantypa, prosinec 2000, roč. 9, č. 3. ISSN 1211-1058.

29. *Moderní gynekologie a porodnictví: Postupy lege artis II*. Praha: Viktor Beránek & Reproservis, červen 2006, roč. 15, č. 1. ISSN 1211-1058.

30. Česká republika. Směrnice FN: Adaptační proces zaměstnanců. In: Plzeň: Fakultní nemocnice, 1.5.2010, SME/4/005/verze 1.

31. http://cs.wikipedia.org/wiki/Osobnost

32. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA. *Obor Porodní asistentka*. [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z:
http://www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kop/obor-porodni-asistentka

33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor porodní asistentka.* [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-porodni-asistentka_2304_947_3.html

34. ZÁKON MZ ČR Č. 96/2004 SB. ZE DNE 4. ÚNORA 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých

souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů* [online]. [cit. 2011-11-28]. Dostupné z: http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r /

35. ZÁKON MZ ČR Č. 372/2011 SB. ZE DNE 6. LISTOPADU 2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): § 82. In: zakonyprolidi.cz/cs/2011-372 [online]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

36. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Logbook* – průvodce praktickou výukou.

37. JAROŠOVÁ, Darja, DUŠOVÁ, Bohdana. *Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence.* [online]. 2006 [cit. 2011-12-14]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/mentor/publicita.html

8 Klíčová slova

Porodní asistentka

Vzdělávání

Stres

Akutní a kritické stavy v porodnictví

9 Přílohy

Příloha 1: § 5 Vyhlášky č. 39/2005

Porodní asistentka

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním akreditovaného studijního programu.

(2) Program uvedený v odstavci 1 má standardní dobu studia nejméně 3 roky, z toho praktické vyučování činí nejméně 1200 hodin.

(3) Program uvedený v odstavci 1 obsahuje teoretickou výuku a praktické vyučování. Praktické vyučování probíhá ve zdravotnických zařízeních včetně zdravotnických zařízení působících ve vlastním sociálním prostředí žen a jejich rodin. Během praktického vyučování se studující účastní na činnosti zdravotnických zařízení. Studující musí být seznámeni s odpovědností spojenou s činností porodní asistentky.

(4) Studium v programu uvedeném v odstavci 1 poskytuje znalosti a dovednosti stanovené v § 3 a dále obsahuje

a) teoretickou výuku poskytující znalosti v

1. oborech, které tvoří základ potřebný pro poskytování ošetřovatelské péče v porodní asistenci, a to v anatomii a fyziologii, patologii se zaměřením na gynekologickou a porodnickou patologii, mikrobiologii (bakteriologie, virologie a parazitologie), biofyzice, biochemii a základech radiační ochrany, ochraně veřejného zdraví včetně prevence nemocí, včasné diagnózy nemocí a zdravotní výchovy, ve farmakologii a základních znalostech zdravotnických prostředků,

2. porodní asistenci a klinických oborech, a to v embryologii a vývoji plodu, v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, v přípravě rodičky a rodiny na porod a rodičovství včetně jeho psychologických aspektů a dechových, tělesných a uvolňovacích cvičení pro ženy, ve vedení porodu jako přirozeného fyziologického procesu se znalostí možných patologií a technického vybavení používaného v porodnictví, v asistenci při patologickém porodu, analgézii, anestézii a resuscitaci, ve fyziologii a patologii novorozenců, v péči o novorozence a pediatrii zaměřené na novorozence, v komunitní

péči, ve výživě a dietetice s ohledem na výživu žen, novorozenců a kojenců, sexuální výchově a plánování rodičovství, lékařské genetice a transfuzním lékařství,

3. sociálních a dalších souvisejících oborech, a to v základech sociologie a obecné psychologie, zejména v psychologických a sociálních souvislostech těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o dítě, psychologii nemocných, vývojové psychologii, základech pedagogiky a edukace, sociálně-

právní ochraně matky a dítěte, základech informatiky, statistiky a metodologie vědeckého výzkumu,

b) praktické vyučování ve zdravotnických zařízeních, které zahrnuje

1. poradenství těhotným ženám včetně nejméně 100 prenatálních vyšetření,

2. dohled a poskytnutí péče v průběhu těhotenství, a to nejméně u 40 těhotných žen,

3. osobní vedení nejméně 40 porodů; není-li možné dosáhnout tohoto počtu pro nedostatek rodiček, může být snížen na nejméně 30 porodů za podmínky, že se studující zúčastní dalších 20 porodů,

4. účast na alespoň jednom porodu v poloze koncem pánevním; není-li to možné pro nedostatek porodů v poloze koncem pánevním, musí být proveden nácvik simulací,

5. nástřih hráze a její sešití, kontrolu poranění porodních cest; zkouška šití hráze a jednoduchých natržení hráze může být provedena simulací, je-li to nezbytné,

6. dohled a péči nejméně u 40 žen s rizikovým těhotenstvím,

7. poporodní dohled a péči včetně vyšetření nejméně u 100 rodiček a zdravých novorozenců,

8. dohled a péči o rodičky a novorozence vyžadující zvláštní péči včetně péče o nedonošené a přenošené novorozence, novorozence s nízkou porodní hmotností a patologické novorozence,

9. péči o ženy s patologickými nálezy v oblasti gynekologie a porodnictví,

10. základní ošetřovatelskou péči v interním lékařství, pediatrii a chirurgii,

11. komunitní péči;

toto praktické vyučování, s výjimkou bodu 11, probíhá pod dohledem zdravotnických pracovníků kvalifikovaných v oblasti porodní asistence nebo v odůvodněných případech jiných zdravotnických pracovníků, oprávněných k výkonu zdravotnického povolání bez

odborného dohledu, v zařízeních určených v programu uvedeném v odstavci 1 a poskytuje zkušenosti ze spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky.
Zdroj: Sbírka zákonů České republiky

Příloha 2: Praktické dovednosti ve vzdělávání porodních asistentek

Mezi praktické dovednosti řadíme: *„1. Poradenství poskytované nastávajícím matkám, včetně alespoň 100 prenatálních vyšetření. 2. Sledování a péče o alespoň 40 těhotných. 3. Samostatné vedení alespoň 40 porodů, kde to není možné, lze snížit na 30 porodů a asistence u dalších 20 porodů. 4. Asistence u 1-2 porodů koncem pánevním. 5. Zkušenosti s episiotomií a uvedení do problematiky chirurgického šití. 6. Sledování a péče o 40 žen s rizikovým těhotenstvím. 7. Alespoň 100 postnatálních vyšetření a ošetření fyziologických novorozenců. 8. Sledování a péči o matky a novorozence, včetně novorozenců narozených před a nebo po termínu, novorozenců s nízkou porodní hmotností a zdravotně postižených novorozenců. 9. Péče o ženy s patologickým stavem v oblasti gynekologie a porodnictví a o nemocné novorozence. 10. Základní znalosti z péče o pacientky s obecně patologickými případy v medicíně – interně a chirurgii.“* (Vránová, 2007, str. 92)

Příloha 3: Kompetence porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky vyplývají ze Zákona č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a jsou popsané Vyhláškou č. 424/§ 5. Mezi kompetence porodní asistentky pracující bez odborného dohledu patří:

1. specializovaná ošetřovatelská péče těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetřovatelského procesu
2. poučení o životosprávě v těhotenství a kojení přípravě na porod, ošetření novorozence, o antikoncepci
3. rady a pomoc v otázkách sociálně-právních
4. provádění návštěvní služby v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných
5. podpora a edukace ženy v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
6. diagnostika těhotenství, předpisování, doporučování nebo provádění vyšetření nutných ke sledování fyziologického těhotenství
7. sledování ženy s fyziologickým těhotenství, informace o prevenci komplikací
8. v případě vzniklého rizika předání ženy do péče lékaře
9. sledování stavu plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky
10. rozpoznání patologií u matky, plodu, novorozence a předání do péče lékaři k zásahu a asistence při něm
11. v nepřítomnosti lékaře provedení neodkladných opatření
12. péče o ženu ve všech dobách porodních
13. vedení fyziologického porodu včetně případného nástřihu hráze
14. v neodkladných případech vedení porodů koncem pánevním – nezbytný zásah k záchraně života nebo zdraví

15. ošetření porodního poranění
16. péče o šestinedělku
17. péče o novorozence prostřednictvím ošetřovatelského procesu
18. první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytnutí zdravotní péče v porodní asistenci, což je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají zcela fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence. Další součástí této zdravotní péče je ošetřovatelská péče o ženu na úseku gynekologie a ambulantní péči. Porodní asistentka se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné, komunitní a v neposlední řadě dispenzární péči. (Vránová, 2007)

Další činnosti spadající do kompetencí porodních asistentek dané Vyhláškou č.424/ § 4: - vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientek

19. používání ošetřovatelského procesu, měřících technik a škál
20. měření a hodnocení fyziologických funkcí
21. odběry biologického materiálu
22. ošetřování ran, stomií, drenů
23. rehabilitace
24. edukace
25. aplikace injekcí a podávání léků a léčiv

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře asistuje při komplikovaném a patologickém porodu, dále asistuje při gynekologických výkonech a může instrumentovat na operačním sále při operačních porodech.

Porodní asistentka se specializovanou způsobilostí může dále pracovat pro perioperační péči, v intenzivní péči, v intenzivní péči v neonatologii a v komunitní péči. Porodní asistentky pracují na různých úrovních péče o ženu, matku a dítě, dále se podílejí na výuce porodních asistentek na vysokých školách, jako odborné asistentky a na klinických pracovištích jako mentorky.

Porodní asistentky jsou členkami různých komisí, pracovních skupin MZČR a mezinárodních organizací. V současné době provádějí také výzkum pro zkvalitnění porodní asistence, celoživotně se vzdělávají, absolvují certifikované inovační kurzy a také kurzy s mezinárodním certifikátem.

Pracoviště porodních asistentek:

26. porodnicko-gynekologická oddělení a kliniky. Zde zajišťují péči o ženu s fyziologickým a patologickým těhotenstvím a porodem. Péči o matku a novorozence a péči o ženu s gynekologickým onemocněním
27. gynekologická ordinace – s lékařem
28. soukromé porodní asistentky. Zde jsou zajišťovány návštěvy v přirozeném prostředí klientek. Mohou vést kurzy pro těhotné, poradenství pro další klientky, rodiny a komunity. (Vránová, 2007)

Příloha 4: Plán adaptačního procesu a záznam hodnocení adaptačního procesu

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

+;+++++++;

PLÁN ADAPTAČNÍHO PROCESU

- VŠEOBECNÁ SESTRA,
- PORODNÍ ASISTENTKA

☐ ABSOLVENT / ☐ (NOVÝ) ZAMĚSTNANEC

Jméno, příjmení, titul:..... osobní číslo.....
Pracoviště: .....
Dosažená kvalifikace: .....
Školící pracovník (jméno a pracovní funkce): .....
Datum nástupu do FN: ..... Datum zahájení AP: ..... Předpokládaná délka AP: .....

základní část – 1. den	*datum*	*podpis škol. prac.*
1. Seznámení se spolupracovníky		
2. Požadavky na profesionální chování, celkový vzhled zaměstnance, nošení jmenovky		
3. Seznámení s pracovištěm a s vedením dokumentace, hmotná odpovědnost		
4. Náplň činnosti - vymezení odpovědnosti, harmonogram práce, kritéria hodnocení		
5. Začátek pracovní doby, plán služeb, regulace přesčasů		
6. Úvodní školení o BOZP, požární ochraně, práce s KIS		
7. Telefonní čísla v případě akutní příhody ve FN Bory a Lochotín		
základní část – 1. týden		
1. Seznámení s průběhem adaptačního procesu		
2. Vytýčení cílů a představ o průběhu adaptačního procesu		
3. Cíle dalšího vzdělávání		
4. Organizační řád FN, Pracovní řád, návštěvní hodiny		
5. Domácí řád FN, Provozní řád pracoviště, Hygienický plán FN, Hygiena rukou		
6. Seznámení s vyplňováním pracovních výkazů, výplata, udělování plné moci		
7. Telefonní čísla ošetřujících lékařů a důležitá telefonní čísla dle charakteru pracoviště, pravidla správného telefonování		
8. Efektivní hospodaření (SZM, léky, pomůcky)		
9. Orientace ve FN, areál Bory – Lochotín		
základní část – okruhy témat		
1. Koncepce ošetřovatelství v ČR		
2. Ošetřovatelský proces, ošetřovatelská dokumentace,skupinová péče		
3. Sledování kvality ošetřovatelské péče, standardy		
4. Potřeby jedince		
5. Kontinence, inkontinence		
6. Výživa		
7. Imobilizační syndrom, prevence a ošetřování dekubitu		
8. Osobní hygiena pacienta		
9. Komunikace		
10. Spánek		
11. Termoregulace		
12. Bolest a její kontrola		
13. Odběr biologického materiálu		
14. Aplikace injekcí všemi způsoby, absolvování semináře „Periferní žilní kanylace“		
15. Ošetřování periferní žilní kanyly, centrálního katétru		
16. Transfuze		
17. Kyslíková terapie		
18. Odsávání horních dýchacích cest		
19. Hypoglykémie, hyperglykémie		
20. Nozokomiální nákazy, bariérový způsob ošetřování		
21. KPR, péče o pacienty s poruchou vědomí		
22. Péče o umírajícího pacienta		
23. Péče o zemřelé		

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Strana č.: .....

PLÁN ADAPTAČNÍHO PROCESU

Gynekologicko-porodnická klinika

☐ ABSOLVENT / ☐ (NOVÝ) ZAMĚSTNANEC

Jméno, příjmení, titul:..... **osobní číslo**.....
Pracoviště: .....
Dosažená kvalifikace: .....
Školící pracovník (jméno a pracovní funkce): .....
Datum nástupu do FN: ..... Datum zahájení AP: ..... Předpokládaná délka AP: .....

speciální část - porodnická	*datum*	*podpis škol. prac.*
1. Příprava těhotné k operačním výkonům: • amniocentéze • cerklage • sectio caesarea		
2. Psycho-sociálně-spirituální problematika žen před a po ukončení těhotenství z genetické či jiné zdravotní indikace		
3. Příprava těhotné k indukci porodu		
4. Vyšetřovací metody v porodnictví		
5. Zásady ošetřovatelské péče o ženy s rizikovým a patologickým těhotenstvím (diabete mellitus, gestóza aj.)		
6. Zvláštnosti ošetřovatelské péče se zaměřením na psychickou zátěž u žen s patologií plodu		
7. Péče o nedělku po fyziologickém porodu		
8. Péče o nedělku po operativním porodu (sectio caesarea, lysis manualis, aj.)		
9. Zvláštnosti ošetřovatelské péče se zaměřením na psychickou zátěž u žen po porodu dítěte s nízkou porodní hmotností, poškozeného a mrtvého		

speciální část - gynekologická	*datum*	*podpis škol. prac.*
1. Zvláštnosti ošetřovatelské péče o operantky: • s laparotomií • s vaginální operací • s endoskopickou operací		
2. Psychologická problematika žen po gynekologických operacích		
3. Zvláštnosti ošetřovatelské péče u žen se zánětlivým onemocněním		
4. Prevence pooperačních komplikací		
5. Psychosociální problematika žen s maligním onemocněním		
6. Osobnost sestry při poskytování ošetřovatelské o pacientky v terminálním stadiu		

Strana č.: .....

ZÁZNAM HODNOCENÍ ADAPTAČNÍHO PROCESU

☐ ABSOLVENT / ☐ (NOVÝ) ZAMĚSTNANEC

Jméno, příjmení, titul:..... **osobní číslo**.....
Pracoviště: .....
Dosažená kvalifikace: .....
Školící pracovník (jméno a pracovní funkce): .....
Datum nástupu do FN: ..... Datum zahájení AP: ..... Předpokládaná délka AP: .....

Při hodnocení adaptačního procesu (AP) používejte následující škálu:

škála hodnocení	1	2	3	4	5
význam	výborně	velmi dobře	dobře	dostatečně	nedostatečně

Kritéria hodnocení:	**Průběžné hodnocení**			**Závěrečné hodnocení**
❖ **sociálně organizační oblast**				
❖ začlenění zaměstnance do pracovního kolektivu a sociálního systému FN				
❖ respektování pokynů nadřízeného zaměstnance respektování interních předpisů FN				
❖ **odborná část**				
❖ vztah a úcta k nemocným a jejich rodinným příslušníkům (úcta k pacientovi jako člověku, respektování důstojnosti a soukromí)				
❖ vztah k ošetřovatelské profesi a zájem o zvolený obor				
❖ schopnost samostatně vykonávat ošetřovatelské činnosti (v rámci AP)				
❖ praktické zvládnutí všech určených výkonů				
❖ zapojení do procesu celoživotního vzdělávání				
❖ **CELKOVÉ HODNOCENÍ**				

Poznámky vedoucí(ho) NELZP, nadřízeného zaměstnance školícího pracovníka:

☐ **adaptační proces ukončen dne:** _____ ☐ **adaptační proces prodloužen pro nesplnění požadavků do:** _____

Školící pracovník:	Nadřízený zaměstnanec:	Vedoucí NELZP:

Vyjádření zaměstnance k adaptačnímu procesu:

Potvrzuji, že mi byl předán Dotazník spokojenosti nového zaměstnance s průběhem adaptačního procesu

Datum a podpis zaměstnance:

Příloha 5: Fáze syndromu vyhoření

0. fáze – což označujeme jako před fáze, kdy jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavky nemůže splnit a jeho snaha není dostatečně ohodnocena, tato fáze obsahuje základ pro vznik syndromu vyhoření.

1. fáze – dominuje zde pocit, že jedinec nic nestíhá, jeho práce začíná ztrácet systém.

2. fáze – začínají se vyskytovat symptomy neurózy – úzkostné stavy, spolu s pocitem, že jedinec musí stále něco dělat, ale výsledkem je jen chaotické jednání.

3. fáze – pocit, že „něco být uděláno musí“, mizí a nahrazuje ho opačný pocit – že se nemusí nic. Pouhá přítomnost druhých lidí jedince dráždí, přidává se ztráta veškerého nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání a vyčerpání (Kallwas, 2007, Maroon, 2012, Hayes, 2003).

Příloha 6: Obranné mechanismy při vzniku zátěžových situací

Útok – může být do jisté míry motivující a pozitivní. Jedinec je „bojovně naladěn“, chce danou situaci zvládnout, poprat se s ní, chce z dané situace vyjít jako vítěz. Útok může být i přenesen na věci, např. kousání do polštáře, nebo na lidi, např. kousání, škrabání. (Ratislavová, 2008)

Útěk – nejjednodušší a nejčastější bývá útěk do fantazie. Člověk si předem ve své fantazii naplánuje, jak bude vše probíhat, kdo co bude říkat a jakým způsobem. Další forma útěku může být slovní v podobě výmluv. Člověk se také může „stáhnout sám do sebe“ a následně přestává komunikovat se svým okolím. Fyzický útěk nebývá častý. (Ratislavová, 2008)

Racionalizace – jde o pokus zvládnout situaci zdánlivě logickým přehodnocením, poskytuje subjektivně uspokojující vysvětlení zátěžové situace. (Vágnerová, 2004)

Identifikace – je ztotožnění a přijmutí hodnoty, nebo názoru někoho jiného.

Projekce – je přisuzování svých vlastních obav, postojů, názorů, vlastností jiným lidem. Člověk, který svou práci neplnil dobře, byl neochotný ke spolupracovníkům, si tohoto bude všímat třeba u jiných povolání. Je to opačná proces než identifikace. (Ratislavová, 2008)

Rezignace – bývá obvykle reakcí na dlouhodobou zátěž. Jedinec se předem vzdává, protože přestal věřit, rezignoval, že by zátěžovou situaci mohl zvládnout. Vyjadřuje bezmoc, apatii a pasivitu. Obranný efekt spočívá v tom, že když není očekáván pozitivní výsledek situace, nemůže pak dojít ke zklamání. (Vágnerová, 2004)

Kompenzace – se týká prožívání, myšlení i jednání, kterým člověk vyrovnává určitý osobní nedostatek v oblasti, kde jej přímo pociťuje, nebo v jiné. Jde o volbu náhradního cíle. (Ratislavová, 2008)

Příloha 7: **Dělení preeklampsie**:

Preeklampsie – je vznik hypertenze s proteinurií, eventuelně edémy v graviditě po 20 . týdnu.

Mírná preeklampsie - nazýváme tehdy nejsou-li příznaky těžké preeklampsie.

Těžká preeklampsie – jsou-li hodnoty TK v klidu > než 160/110, proteinurie je > než 5g/24 hod, oligurie < 400 ml/24 hod. Dále udává-li rodička epigastrickou bolest, nebo bolest v pravém hypochondriu, cefaleu, poruchy vizu a je-li přítomen plicní edém a cyanoza.

Eklampsie je řazena jako konvulzivní stav. (Hájek, 2004)

Příloha 8: Stupně předčasného odlučování placenty:

0 - má asymptomatický průběh, jen po porodu zjištěn retroplacentární hematom;

1 – je zde přítomno krvácení z rodidel, přítomen děložní hypertonie, ale matka není v hypovolemickém šoku a u plodu nejsou známky hypoxie;

2 – zde je krvácení z rodidel přítomno nebo ne, matka je v šoku a u plodu jsou známky hypoxie;

3 – zde krvácení z rodidel je nebo není přítomno, bolestivá hypertonie až tetanie děložní. Žena udává abdominální bolesti, je v šoku, plod je mrtvý. Příznaky DIC u 30 % případů. (Hájek, 2004)

Příloha 9: Výzkumné otázky k rozhovoru s porodními asistentkami na porodním sále GPK Plzeň vyhovující potřebám bakalářské práce: „Připravenost porodních asistentek na zvládání akutních a kritických stavů na porodním sále“.

1. Výzkumná otázka: Jak porodní asistentky připravila škola na zvládání zátěžových situací?

1. Jak dlouho pracujete na porodním sále?

2. Jak Vás připravilo studium na zvládání zátěžových situací?

3. Myslíte si, že rozsah osnov absolvovaného studia je pro následnou praxi v provozu dostačující?

4. V čem bylo vnímání pracovního procesu jiné jako studentka porodní asistence a nyní jako porodní asistentka v provozu?

5. Mohla byste popsat odlišnosti v praktické výuce před 10 lety a nyní Vašima očima?

2. Výzkumná otázka: Jak ovlivňuje věk a zkušenosti porodních asistentek pracujících na porodním sále zvládání stresových situací?

1. Jak vnímáte akutní a kritické stavy a situace na porodním sále?

2. Jak se vyrovnáváte se zátěžovými situacemi na porodním sále?

3. Mohla byste charakterizovat, jak zvládáte zátěžové situace na porodním sále a myslíte si, že věk a zkušenosti hrají roli na zvládání akutních a kritických situací?

3. Výzkumná otázka: Jak jsou porodní asistentky v rámci adaptačního procesu a v další praxi připravovány na zvládání zátěžových situací?

1. Mohla byste popsat, jak reagujete na veškeré inovace v rámci modernizace medicíny ve Vašem oboru?

2. Jak byste charakterizovala dobu, po kterou jste pracovala pod odborným dohledem a co se změnilo po ukončení adaptačního procesu?

3. Co se Vám líbilo, nelíbilo na přístupu Vaší školící porodní asistentky po dobu adaptačního procesu?

4. Jak se změnil Váš život po nastoupení do pracovního procesu?