Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Edukace žen v šestinedělí

Vypracovala: Věra Běhanová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o problematice edukace žen v šestinedělí při propuštění z porodnice do domácího prostředí. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů edukace, těhotenství, porod a šestinedělí. Šestinedělí je rozděleno na fyziologické a patologické. Změny, kterými žena ve fyziologickém šestinedělí prochází, se dělí na reparační, involuční, hormonální, extragenitální a laktaci. S tělesnými změnami souvisí oblasti, o kterých musí porodní asistentka ženu důsledně poučit, a to především o životosprávě v období šestinedělí.

V patologickém šestinedělí je zmíněno krvácení a poruchy kontrakce a involuce dělohy, puerperální infekce, tromboembolická nemoc a psychické problémy v šestinedělí.

Byly stanoveny dva cíle výzkumné práce. Prvním cílem bylo zjistit, jak porodní asistentky edukují ženy na oddělení šestinedělí při propuštění do domácí péče. Druhým pak bylo zjistit, zda ženy využily informace týkající se období šestinedělí. Z těchto cílů vzešly tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: V jakých oblastech edukují porodní asistentky ženy při propuštění do domácí péče? Výzkumná otázka 2: Jaké informace byly pro ženy zásadní při propuštění do domácí péče? Výzkumná otázka 3: Jaké informace ženy v edukaci postrádaly?

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvalitativní formou šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla analyzována metodou barvení textu a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie.

Byly vytvořeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořilo 6 porodních asistentek, které pracují na stanici šestinedělí v jedné pražské porodnici. Druhý výzkumný soubor tvořilo 12 matek, které rodily ve stejné nemocnici, následně byly hospitalizovány na stanici šestinedělí, a které ukončily období šestinedělí. Pro větší objektivitu byly vybrány primipary, které nemohly čerpat zkušenosti z předešlých prožitých šestinedělí.

Odpovědi porodních asistentek byly uspořádány do jedné kategorie (Edukace při propuštění) a pěti podkategorií (Oblasti edukace, Způsob edukace, Překážky

edukace, Důležitost edukace, Návštěvní služba). Odpovědi respondentek (žen po šestinedělí) byly také uspořádány do jedné kategorie (Informovanost žen) a osm podkategorií (Očekávání, Zdroje informací, Oblasti edukace, Způsob edukace, Hodnocení edukace, Chybějící informace a jejich získávání, Potřeba pomoci, Názor na návštěvní službu). Všechny porodní asistentky i ženy po porodu dobrovolně souhlasily se svojí účastí na výzkumném šetření. Rozhovory proběhly na klidném místě během měsíce března a dubna a podle předem připravených otázek. Rozhovor s porodními asistentkami obsahoval sedm otázek a rozhovor se ženami po šestinedělí jedenáct.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že přestože si porodní asistentky uvědomují důležitost edukace a uvedly, že o všech potřebných oblastech edukují, respondentky o některých oblastech nedostaly vůbec žádné nebo jen okrajové informace. Některé ženy byly navíc edukovány studentkou, která vykonávala na stanici šestinedělí praxi a tato edukace byla velmi nedostatečná. Vzhledem k tomu, že se u žádné z žen neprojevily v šestinedělí komplikace jako krvácení a bolest, řešily ženy v šestinedělí jen problémy s kojením. Právě o tomto tématu však v edukaci ženám nejvíce chyběly informace. Je to dáno tím, že v porodnici, kde výzkumné šetření probíhalo, se o oblast kojení starají výhradně dětské sestry, a proto porodní asistentky nechávají i edukaci o tomto tématu ve většině případů dětské sestře nebo pediatrovi, který také při propuštění novorozence matky edukuje. Přestože většina porodních asistentek vidí jako překážku důkladné edukace nedostatek času, je potřeba, aby všechny PA do své edukace zahrnuly alespoň základní informace ohledně kojení a ženám předaly kontakty, kam se obrátit v případě problémů s kojením (např. Národní linka kojení, webové stránky kojeni.cz).

Výstupem této bakalářské práce je informační brožura s údaji o šestinedělí, kterou si ženy při propuštění do domácí péče budou moci odnést, a záznamový lístek, který porodní asistentce usnadní edukaci a poskytne jí stručný přehled o tématech, která již ženě objasnila. Díky tomu může porodní asistentka kontrolovat průběh prováděné edukace.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity především jako informační materiál pro porodní asistentky, které se mohou zaměřit na to, zda správně edukují ženy při propuštění a připravují je tak na zdárné zvládnutí období šestinedělí v domácím prostředí.

Klíčová slova:

šestinedělí
porodní asistentka
žena po porodu
edukace

Abstract

This bachelor's thesis addresses patient education for postpartum women upon discharge from the hospital to a home environment. The section on theory contains a definition of the terms education, pregnancy, childbirth and postpartum period. The postpartum period is divided into physiological and pathological aspects. The changes a woman undergoes in the physiological postpartum period are divided into repair, involutional, hormonal, extragenital and lactation. The physical changes involve areas on which the women need to receive thorough instruction from the birth assistant, primarily regarding lifestyle changes during the postpartum period.

The pathological postpartum period mentions bleeding, contraction and uterine involution disorders, puerperal infections, thromboembolic disease and psychological difficulties during the postpartum period.

Two goals were set up for the research section. The first was to determine how birth assistants educate women in the labor and delivery ward upon discharge to home care. The second was to determine whether the women made use of the information concerning the postpartum period. These goals raised three questions for research. Research question 1: In what areas do birth assistants educate women upon discharge to home care? Research question 2: What information was most important for women upon discharge to home care? Research question 3: What information did women lack during the patient education?

The research part of the bachelor's thesis was carried out in the qualitative form of an investigation. The data was collected in the form of a semi-structured interview. The data acquired was analyzed by marking the text in various colors and then creating the main semantic categories and subcategories.

Two research sets were put together. The first research set was made up of six birth assistants working on a maternity ward in a Prague hospital. The second research set was made up of 12 mothers who gave birth in the same hospital, stayed in the maternity ward, and had completed the six-week postpartum period. For greater objectivity the

mothers selected were primiparas who could not draw on previous postpartum experiences.

The answers from the birth assistants were arranged in one category (Education upon Discharge) and five subcategories (Areas of Education, Method of Education, Obstacles to Education, Importance of Education, Home Visits). The answers from the respondents (women after the six-week postpartum period is over) were also put into one category (Information Provided to Women) and eight subcategories (Expectations, Sources of Information, Areas of Education, Methods of Education, Evaluation of Education, Missing Information and Acquiring Missing Information, Need for Assistance, Opinion on Home Visits). All the birth assistants and postpartum mothers agreed to participate in the research. The interviews took place in a quiet place during March and April based on questions prepared in advance. The interview with the birth assistants contained seven questions and the interview with the mothers contained eleven questions.

The research showed that although birth assistants are aware of the importance of patient education and stated that they provide patient education on all areas necessary, the respondents received little to no information in certain areas. Some of the respondents even received their patient education from a student doing an internship on the maternity ward and the information they received was very insufficient. Since none of the respondents experienced postpartum complications such as bleeding and pain, the only problems they faced in the six-week postpartum period concerned breastfeeding. However, this was the very topic where the information provided to the mothers was most insufficient. This was because in the hospital where the research took place, breastfeeding is the exclusive responsibility of the pediatric nurses, so the birth assistants mostly leave patient education in this area to a pediatric nurse or pediatrician, who also provides patient education to mothers when discharging the infants. Although most birth assistants see lack of time as an obstacle to thorough patient education, all birth assistants should give at least basic information on breastfeeding when providing patient education and give the mothers contact information for if they encounter

difficulties in breastfeeding (e.g. the Czech National Breastfeeding Hotline, www.kojeni.cz).

The output of this thesis is a brochure with information on the postpartum period, which women can take with them after being discharged to home care, and a patient education card where birth assistants can record and consult what topics have already been covered with the mother. This will help the birth assistant monitor the patient education provided.

The results of this research may be of use primarily as informational material for birth assistants, who can use it to assess whether they are providing women with sufficient patient education upon discharge and preparing them to complete the six-week postpartum period at home.

Keywords:

puerperium
midwife
woman after childbirth
education

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – 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 4. 5. 2016 .....

Věra Běhanová

Poděkování

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za vedení a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Velmi děkuji celé své rodině za trpělivost a podporu při studiu, zejména manželovi a svým dětem. Zároveň děkuji všem osloveným porodním asistentkám a respondentkám za jejich ochotu poskytnout rozhovory.

Obsah

Úvod 12
1 SOUČASNÝ STAV 13
1.1 Edukace 13
1.2 Základní charakteristika těhotenství a porodu 15
1.3 Charakteristika šestinedělí 16
1.3.1 Fyziologické změny v šestinedělí 17
1.3.2 Životospráva ženy v šestinedělí, péče o suturu 23
1.3.3 Nepravidelné šestinedělí 26
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 30
2.1 Cíle práce 30
2.2 Výzkumné otázky 30
3 METODIKA 31
3.1 Metodika výzkumu 31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU 35
4.1 Kategorizace dat rozhovorů s porodními asistentkami 35
4.2 Kategorizace dat rozhovorů se ženami po šestinedělí 43
5 DISKUSE 55
6 ZÁVĚR 63
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 65
8 PŘÍLOHY 70
8.1 Seznam příloh 70

Seznam použitých zkratek

PA – porodní asistentka

např. – například

tzv. – takzvaně

g – gram

kg – kilogram

°C – stupňů Celsia

ml – mililitr

VŠ – vysoká škola

SZŠ – střední zdravotnická škola

SOU – střední odborné učiliště

SŠ – střední škola

rpt. III. st – ruptura III. stupně

VEX - vakuumextrakce

Úvod

Šestinedělí je náročné období v životě ženy nejen po stránce tělesné, ale i emocionální. Aby žena mohla tuto dobu prožít co nejlépe, je dobré, aby o tomto období měla dostatek informací. Záleží ovšem na tom, kdy, kde a jaké informace žena získává. Za nejlepší dobu získávání potřebných znalostí lze označit těhotenství, kdy žena navštěvuje kurz předporodní psychofyzické přípravy na porod, který vede zkušená porodní asistentka. Pokud žena z jakéhokoli důvodu kurz psychofyzické přípravy na porod nenavštěvuje, lze za nejlepší zdroj informací bezesporu považovat porodní asistentku, která ženu edukuje ve všech potřebných oblastech po ukončení hospitalizace. V případě, že je žena dostatečně edukovaná od porodní asistentky již při propuštění do domácího prostředí a jsou jí poskytnuty i informace, kam se obrátit v případě potřeby o adekvátní pomoc, eliminuje se negativní vliv pochybných diskuzních fór na sociálních sítích. Pečlivá edukace je žádoucí zvláště u žen, které rodily poprvé, protože tyto ženy ještě neví, co je v šestinedělí čeká a nemohou čerpat ze svých zkušeností.

Toto téma jsem si vybrala proto, že sama pracuji na stanici šestinedělí a edukuji matky propuštěné do domácí péče. Zajímalo mě, zda v dnešní době, kdy je velké množství informací na internetu a vychází spousta časopisů pro matky, ženy využijí informace, které jim předáváme. Z výsledků výzkumného šetření je také vhodné vzít si ponaučení a edukaci při propuštění rozšířit o informace, které matky potřebovaly a nedostaly. Je ovšem škoda, že na edukaci při propuštění ženy do domácího prostředí není mnohdy dostatečný časový prostor.

1 Současný stav

1.1 Edukace

Pojem edukace pochází z latinských slov educatio, což znamená vychovávat, a educo, což znamená pěstovat, vyvádět z něčeho. Ve slovníku cizích slov najdeme pod pojmem edukace výraz výchova, vzdělání (Klimeš, 2010). V angličtině pod termín education zařadíme více významů: vzdělání, výchova, výuka, studium, školení. Dříve se v českém jazyce používaly pro edukační činnost dva další termíny, a to poradenství a osvěta (Šulistová, Trešlová, 2012). Svěráková (2012) uvádí, že obecně vzato je možné edukaci označit jako celoživotní rozvíjení osobnosti prostřednictvím aktivit organizovaných formálními vzdělávacími institucemi, pomocí neformálního a zájmového vzdělávání a zároveň i výchovným vlivem okolního prostředí, které lze označit jako informální učení.

Pojem edukace je úzce spjat s pojmem pedagogika. Pedagogika je věda, která se zabývá edukační realitou, tzn., že zkoumá edukační procesy, které probíhají v různých edukačních prostředích. Edukační realita je každá situace, která se vyskytne v lidské společnosti, ve které probíhají edukační procesy (Šulistová, Trešlová, 2012).

V edukačním procesu je velmi důležitá pečlivá příprava, která usnadní práci porodní asistentky (dále jen PA) a také motivuje edukovanou osobu. Edukační proces můžeme podle Svěrákové (2012) rozdělit do tří kroků. V prvním kroku jde o posouzení pacientky, kdy si PA zjistí potřebné informace o klientce, a to z dokumentace, pohledem nebo z rozhovoru. PA si všímá dosaženého vzdělání, věku, sociálních a ekonomických faktorů, motivace a ochoty učit se. V dalším kroku edukačního procesu si na základě ošetřovatelské diagnózy PA určí edukační témata a rozliší, jaký typ edukace bude v daném případě použit. Pokud se jedná o edukaci při nově diagnostikovaném onemocnění nebo tehdy, pokud klientka nemá o problému žádné informace, mluvíme o základním typu edukace. Pořádá-li PA edukační kurzy pro klientky s určitou diagnózou, která je celoživotní a zasahuje do pohybového a stravovacího režimu, jde o komplexní typ edukace. Ta zahrnuje i některé

ošetřovatelské výkony. Pokud PA edukuje klientky, které již byly o problému edukovány, jde o reedukaci. Tento typ edukace má za cíl znalosti opakovat a aktualizovat. Klíčovým momentem a zároveň třetím krokem v edukačním procesu je vyhodnocování výsledků edukace. Edukující PA musí zhodnotit, zda si klientka nové znalosti osvojila a přizpůsobila jim svůj denní režim.

Míra intencionality rozděluje edukační procesy na ty případy, kdy je edukant učen, aniž si je edukace vědom, na učení záměrné, kdy si edukant vědomě určí dobu a délku učení, a na edukační procesy, které jsou zvenčí regulovány, organizovány a které zahrnují řízené učení (Sikorová, 2012)

Edukaci lze rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární edukace se zaměřuje na zdravé jedince a má za úkol předcházet nemocem, udržovat zdraví, zlepšovat kvalitu života. Sekundární edukace je zaměřena na již nemocné jedince. Jejím úkolem je předat informace, které pomohou obnovit zdraví, omezí vznik komplikací v průběhu léčby a zabrání přechodu nemoci do chronického stadia. Terciární edukace se týká jedinců, kteří již nemohou být úplně vyléčeni. Ukazuje, jak využít možnosti zdravého žití, jak zlepšit kvalitu života a předcházet možným komplikacím (Šulistová, Trešlová, 2012).

Aby byla edukace co nejefektivnější, měla by edukující PA - edukátorka dodržovat určité zásady. PA bere během edukace ohled na zdravotní stav edukované osoby – edukantky, délku výuky přizpůsobí potřebám edukantky, ke které přistupuje trpělivě a empaticky a edukaci provádí s vhodnými pomůckami v klidném prostředí.

Aby mohla PA dobře plnit svoji roli edukátorky, musí mít dobré znalosti v oblasti ošetřovatelství a medicíny. Důležité jsou také komunikační a didaktické dovednosti PA. Při edukaci uplatňuje PA holistický přístup, bere ohled nejen na etnicko – kulturní odlišnosti, ale také na sociální postavení a intelektuální předpoklady edukantky (Svěráková, 2012).

PA na oddělení šestinedělí edukuje ženu při příjmu na oddělení, v průběhu hospitalizace a při propuštění ženy do domácího prostředí. Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na kvalitu edukace PA při odchodu ženy do domácího prostředí.

Při propuštění do domácího prostředí předává PA ženě propouštěcí zprávu a poučí ji o tom, že ji má předat svému obvodnímu gynekologovi po ukončení šestinedělí. Pokud by se v šestinedělí vyskytly jakékoli komplikace, má s propouštěcí zprávou navštívit ambulanci v prostorách kliniky. Tato ambulance má nepřetržitý provoz. Mezi komplikace patří krvácení z pochvy (žena je poučena o měnících se očistcích), bolesti v podbřišku, sutury nebo i jinde, např. v dolní končetině. Další komplikací může být horečka a zarudlost prsu.

Mezi další oblasti edukace při propuštění patří informace o očistcích, dodržování hygienických zásad, stravování při kojení, zákaz pohlavního styku, cvičení v šestinedělí a informace o tom, jak pečovat o suturu. Pokud žena v těhotenství navštěvovala nějakého lékaře specialistu (diabetolog, internista…), PA ženě připomene, že v šestinedělí (nebo jak jsou domluveni) se má objednat na kontrolu. Pokud měly ženy větší porodní poranění, jsou informovány o tom, že by se měly v určitý čas objednat na ultrazvukové vyšetření pánevního dna.

Při edukaci musí PA dát prostor pro kladení otázek, aby měly ženy co možná nejvíce informací o tom, co je doma čeká a jak se mají v dané situaci zachovat.

1.2 Základní charakteristika těhotenství a porodu

Slezáková et al (2013) charakterizuje *těhotenství* jako dobu, ve které dochází v těle ženy k oplození vajíčka, implantaci (zanoření), nidaci (uhnízdění) a vývoji plodu. Toto období končí porodem.

Období těhotenství můžeme také rozdělit na tři období, tzv. trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý trimestr do 28. týdne a třetí trimestr od 28. týdne do termínu porodu (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Porod je děj, při kterém je ukončeno těhotenství narozením živého či mrtvého novorozence. Živý novorozenec po porodu projevuje alespoň jednu známku života jako

srdeční činnost, dýchání, pulzaci pupečníku nebo pohyb kosterního svalstva. Mrtvě rozený novorozenec je narozený bez známek života, váží 500 g a více (MZCR, 2012).

Porod se dělí na fáze, kterým říkáme porodní doby. Gregora a Velemínský (2011) porod rozdělují na čtyři doby porodní. V první době, která se nazývá také dobou otevírací, dochází k pravidelným kontrakcím, které zkracují a otevírají děložní hrdlo. Ze zkráceného děložního hrdla se stává porodnická branka, která se dále otevírá, poté z branky zbývá lem, následně branka zachází a tím končí první doba porodní. Druhou dobu porodní označujeme jako vypuzovací, protože dochází k vypuzení plodu z matčina těla. Třetí doba porodní končí porodem placenty a plodových blan. Čtvrtou dobou porodní je označována doba, kterou tráví žena po porodu na porodním sále a trvá zhruba dvě hodiny. Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) dělí porod na tři doby porodní a poporodní období.

1.3. Charakteristika šestinedělí

Podle vybraných doporučených postupů v porodnictví je definice šestinedělí následující: *„Šestinedělí (puerperium) je definováno jako období od ukončení III. doby porodní asi do 6-8 týdnů po porodu. Z klinického hlediska se dělí na dobu poporodní, tj. asi 2 hodiny po porodu placenty, časné šestinedělí, 1. týden puerperia a pozdní šestinedělí, 2. - 6. až 8. poporodní týden.“* (Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu, 2013).

Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) uvádí, že šestinedělí končí 42. dnem po porodu. Hanáková, Weberová, Volná et al. (2015) oproti tomu uvádí, že ukončení šestinedělí je individuální, nastává po završení poporodních změn v těle ženy. Dvořák (2015) dodává, že šestinedělí trvá obvykle 42 dnů, jeho doba je individuální v závislosti na tom, zda žena kojí a na frekvenci kojení. Rané šestinedělí trvá do 10. dne po porodu, poté následuje do 42. dne šestinedělí pozdní.

Šestinedělí dělíme na pravidelné, které proběhne bez komplikací, a nepravidelné, při kterém vzniknou jakékoliv komplikace (Koudelková, 2013).

1.3.1 Fyziologické změny v šestinedělí

V šestinedělí mizí fyziologické těhotenské a anatomické změny. Organismus ženy se vrací do stavu jako před těhotenstvím. Změny dělíme na reparační, involuční, hormonální, extragenitální a laktaci.

Mezi *reparační změny* se řadí hlavně změny v děložní dutině. Pokud jsou porodní poranění (epiziotomie, ruptury, laparotomické rány) ošetřeny podle chirurgických zásad, hojí se většinou rychle a nekomplikovaně. V děloze po porodu placenty zůstává plocha rány, která je pokryta leukocyty. Ty jsou součástí ochrany proti infekci. Sekret z rané plochy odchází pochvou ven jako očistky – lochia (Binder, 2011). Očistky jsou směsí sekretu z rány, koagul, decidui, tkáňového moku, sekretů děložního hrdla, pochvy a vulvy. Mají alkalickou reakci, čímž mění kyselé poševní prostředí. Vzhled a složení očistků se v průběhu šestinedělí mění. V prvních hodinách po porodu to jsou lochia cruenta (rubra), která mají charakter krve. V 1. týdnu po porodu se jedná o lochia sanquinolenta (fusca), která jsou vodnatě krvavá. Ve 2. týdnu po porodu jsou očistky nazývány jako lochia seropurulenta (flava), jenž mají nažloutlou barvu a obsahují převážně leukocyty. Ve 3. týdnu po porodu to jsou lochia serosa (alba), která mají bělavou barvu a jsou bez erytrocytů i leukocytů. Od 4. týdne po porodu jsou očistky označovány jako lochia mucosa, ty mají charakter hlenu (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Lochií v průběhu šestinedělí ubývá (Gregora, Velemínský, 2011). Při propuštění do domácího prostředí poučí PA ženu o tom, že jsou očistky stále infekční, a proto musí použité vložky často měnit i v domácím prostředí, kdy se intenzita odchodu očistků snižuje. Žena je poučena také o tom, jak se bude měnit vzhled očistků. PA ženě vysvětlí, aby používala porodnické vložky, které mají oproti moderním tenkým vložkám prodyšné dno a nevytvářejí tak při pravidelné výměně ideální prostředí pro množení bakterií. Vzhledem k možnosti zavlečení infekce není vhodné, aby žena používala místo vložek menstruační tampony. Po každé manipulaci s vložkou si žena musí umýt ruce mýdlem a vodou. Žena by měla nosit bavlněné spodní prádlo, které by si měla často měnit (Koudelková, 2013).

K *involučním změnám* po porodu dochází na různých orgánech. *Děloha* se zmenšuje na původní velikost a hmotnost. Po porodu děloha váží zhruba 1000 g a na konci šestinedělí přibližně 70 g. Toto zmenšování dělohy se nazývá zavinování neboli involuce dělohy (Binder, 2011). Na involuci dělohy se podílí zmenšování a retrakce svalových vláken. Jejich množství se nemění, ale mezi vlákny přibývá pojivová tkáň a elastin (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Zavinování dělohy kontrolujeme sledováním výšky děložního fundu po porodu. První den sahá děložní fundus k pupku a v dalších dnech klesá vždy o 1 prst. 4. den po porodu je fundus zhruba v polovině vzdálenosti mezi pupkem a sponou stydkou. Za 14 dní je fundus již nehmatný, protože je schovaný za sponou stydkou (Binder, 2011). Na rozdíl od toho Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) uvádí, že první den po porodu může děložní fundus sahat i jeden centimetr nad pupek. Každý další den klesá děložní fundus minimálně o 1 centimetr a 4. den po porodu má děložní fundus dosahovat 3-4 cm pod pupek. Na rychlost zavinování dělohy má vliv i to, zda se jednalo o vícečetné těhotenství nebo bylo v děloze velké množství plodové vody a děloha je tudíž víc rozepjatá. Vliv má i protrahovaný porod. V těchto případech se může děloha zavinovat pomaleji. Aby mohlo dojít ke správné involuci dělohy, je potřeba dbát na pravidelné vyprazdňování močového měchýře a střeva. PA ženu poučí o tom, že si má lehat do polohy na břiše, protože tato poloha také podporuje zavinování dělohy. V době, kdy u ženy dochází k rozvoji laktace, může žena tuto polohu vnímat jako nepohodlnou, proto je vhodné prsy podložit stočeným ručníkem nebo polštářem (Koudelková, 2013). Zavinování dělohy může žena po porodu vnímat jako bolestivé stahy. Dochází k nim často při kojení, protože se v té době vyplavuje oxytocin, který se na stazích dělohy podílí. Větší bolestivost mohou pociťovat ženy, které už rodily vícekrát (Gregora, Velemínský, 2011).

Po porodu je *děložní hrdlo* ochablé a doširoka otevřené do pochvy. Nejprve se zavírá branka vnitřní (asi do 3 týdnů po porodu) a později branka zevní (do konce šestinedělí). Oproti nerodící ženě, která má tvar děložního hrdla konický, má žena po šestinedělí tvar děložního hrdla cylindrický (Binder, 2011). Po porodu se mění tvar

zevní branky na příčně štěrbinovitý. Ke zhojení drobných poranění děložního hrdla dochází za 6 – 12 týdnů.

Pochva má před porodem stěny pružné, sliznice je zřasena do řas, které tvoří na stěnách pochvy podélné valy (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Po vaginálním porodu se pružnost poševní stěny snižuje. Slizniční řasy se vyrovnávají. Poševní stěny mohou poklesnout, a tak se podílet na sestupu pánevních orgánů v pozdější době. Z hymenálního okruhu, který se vaginálním porodem porušuje, zůstávají jen malé útržky (Binder, 2011).

U zevních rodidel mizí zduření a prosáknutí. Poševní vchod se již zcela neuzavírá, vulva mírně zeje (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Na zevních rodidlech mizí i pigmentace a případné varixy. Ty mohou zcela zmizet nebo se alespoň zmenší (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Vaječníky a vejcovody se vracejí do malé pánve. Mizí prosáknutí vejcovodů. Zmenšují se i vaječníky. Ve zmenšujících se vaječnících neprobíhá ovariální cyklus. U ženy po porodu nastupuje laktační amenorea (Binder, 2011). Dále záleží na tom, zda žena po porodu kojí, či ne. Pokud nekojí, objevuje se první ovulace mezi 70. – 75. dnem po porodu. Menstruace pak nastává okolo 12. týdne od porodu. Při kojení dochází k první ovulaci okolo 6. měsíce po porodu (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Ve srovnání s tím Gregora a Velemínský (2011) uvádí, že nekojící žena menstruuje za 4 – 6 týdnů po porodu. Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) uvádí, že ovulace u žen, které nekojí, nastává po ukončení šestinedělí. Tato situace platí pro 10 – 16 % žen. U třetiny žen ovulace nastane do 90 dní.

Břišní stěna je po porodu povolená, měkká. Pokud bylo v těhotenství v děloze velké množství plodové vody, velký plod nebo více plodů, dochází k rozestupu přímých břišních svalů. Na kůži v okolí pupku mizí pigmentace (Binder, 2011). Do stavu před otěhotněním se břišní stěna dostává za 6 -7 týdnů po porodu (Slezáková et al., 2011). Strie, pajizévky jsou malé trhlinky kožního vaziva, které vznikají velkým napnutím kůže. Po porodu přetrvávají, jen mění barvu z červené na stříbřitě šedou (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Hormonální změny nastávají ihned po porodu placenty, kdy v krevním oběhu dochází k rychlému poklesu hladin placentárních hormonů – placentárního laktogenu, estrogenů, progesteronu a choriového gonadotropinu. Placentární laktogen mizí během několika hodin, estrogeny a progesteron během několika dnů (Binder, 2011). Hladina choriového gonadotropinu klesá k nulovým hodnotám do 11. – 16. dne (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Po porodu se snižuje i hladina hormonu relaxinu, který má za úkol zvýšit přizpůsobivost kloubů a vazů kolem pánve během porodu. Při kojení může jeho hladina v těle přetrvávat i více než 5 měsíců (Gallagher – Mundyová, 2012). Kojením se uvolňuje oxytocin, který napomáhá retrakci dělohy a zrychluje tok mléka mlékovody. Po porodu dochází k pozvolnému snižování hladin hormonů i ve štítné žláze a kůře nadledvin (Binder, 2011).

Po porodu dochází také k *extragenitálním změnám*. Zůstává rozepjatý močový měchýř, který se nedokonale vyprazdňuje, a tudíž v něm zůstává reziduální moč, nebo tento stav vede naopak k dočasné inkontinenci. V těhotenství došlo vlivem progesteronu k hypotonii a rozšíření močovodů a ledvinných pánviček. V šestinedělí se tyto stavy vracejí do normálu (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). V prvních sedmi dnech po porodu dochází k vyloučení přebytečného množství extracelulární tekutiny, čímž se zvýší diuréza (Koudelková, 2013). Snížení množství extracelulární tekutiny má za následek vymizení otoků (Slezáková et al., 2011). Po porodu se zvětší potenciál močového měchýře, protože se na něj sníží tlak (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Mezi fyziologické změny vyvolané vlastním porodem může patřit i dočasné prodloužení a narovnání močové trubice. To vede k relativní inkontinenci stresové povahy (Belkov et al., 2011).

Po porodu dochází během několika dní k normalizaci střevní činnosti. Střevní kličky se vrací zpět na své místo. Nadále trvá otupělost peristaltiky, která vede k zácpě. PA proto ženu poučí o tom, jak zácpě předcházet a to tak, že by měla dodržovat dostatečný pitný režim, jít dost zakysaných mléčných výrobků, ovoce, zeleniny a celozrnného pečiva. K prevenci zácpy je také vhodné konzumovat lněné semínko

a švestky v podobě švestkových kompotů nebo sušené švestky. Důležitý je i pohybový režim. Po porodu se také snižuje zvýšená kyselost žaludečních šťáv.

K metabolickým změnám patří výrazný pokles glykemie, ke kterému dochází během druhého až třetího dne (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

V prvním týdnu po porodu sníží žena svoji váhu až o 5 kg a to díky snížení objemu extracelulární tekutiny. Díky tomu může dále do konce šestinedělí svoji váhu snížit až další 4 kg (Binder, 2011). Oproti tomu Divišová et al. (2011) uvádí, že vyloučením zadržené vody se sníží tělesná váha během 10 dní o 2 kg.

Poporodní změny se týkají také kardiovaskulárního a respiračního systému a krevního oběhu. Po porodu dochází k poklesu bránice, s tím se rozpínají plíce, což se projeví prohloubeným dýcháním. Klesá počet dechů, tepů, srdeční výdej a celkový objem krve. Díky hemokoagulačním změnám je v šestinedělí zvýšené riziko trombembolických komplikací (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Proto PA ženě vysvětlí důležitost cvičení a pohybu v šestinedělí.

Po porodu může dojít u ženy ke zvýšení tělesné teploty až k 38°C. Příčinou je únava, nedostatek tekutin a hormonální změny (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015).

Aby se všechny tyto fyziologické změny mohly uskutečnit a šestinedělí proběhlo fyziologicky, upozorní PA ženu při odchodu do domácího prostředí na to, že by se měla v šestinedělí šetřit a hodně odpočívat.

Laktace je proces, na který se tělo ženy připravuje již v průběhu těhotenství. V období před porodem se začíná uvolňovat prolaktin, po porodu klesá množství estrogenů a progesteronu a to spustí začátek laktace (Gaskinová, 2011). Množství prolaktinu stoupá a nejvíce je ho v těle asi během prvních sedmi dní po porodu. Pak se jeho hladina snižuje a do hodnot, jaké byly před těhotenstvím, se vrací až po třech měsících. Laktace nadále pokračuje bez závislosti na tomto hormonu (Laktační liga, 2016). Při laktaci se také uplatňuje hormon oxytocin, který napomáhá uvolnění mléka. Na zvýšeném výdeji prolaktinu a oxytocinu a tím i intenzity tvorby mléka má vliv častější frekvence kojení (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Již v průběhu těhotenství

a v prvních dnech po porodu vytváří tělo v mléčných žlázách kolostrum – mlezivo. To obsahuje mnoho bílkovin, méně cukru a tuků (Kudela, 2008). Mlezivo je bohaté na množství protilátek a leukocytů. Má projímavý účinek, což vede u novorozence ke snadnějšímu vyloučení první stolice – smolky (Fritz, 2014). Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) dodává, že je to hořčík, který zvyšuje střevní peristaltiku. Binder (2011) uvádí, že kolostrum neobsahuje tuky. Mlezivo má nažloutlou barvu a hustotu vaječného bílku. Od 3. – 5. dne po porodu se do 14. dne tvoří tzv. přechodné mateřské mléko, které pomáhá přizpůsobit střevo novorozence na zralé mateřské mléko. To se tvoří od 14. dne po porodu (Jimramovský, Fuchs, 2011). Mateřské mléko obsahuje bílkoviny (kasein, laktalbumin), laktózu, vodu a tuk. Obsahuje také vitamíny E, D, B a C, minerální látky a stopové prvky (např. železo, jód), protilátky IgA (Dvořáková, 2011). Hanáková, Weberová, Volná et al. (2015) dodává, že obsahuje také hormony a látky podporující růst tkání a další. Poměr jednotlivých látek v mateřském mléce se mění podle potřeb dítěte a to nejen v průběhu jednoho dne, ale dokonce v průběhu jednoho kojení.

PA upozorní ženu na to, že by měla brát jen léky předepsané lékařem. Pokud bude potřebovat nějaký lék bez předpisu, musí informovat lékárníka, že kojí. Při bolesti, nachlazení nebo horečce je lékem první volby vždy Paracetamol. Je potřeba ženě připomenout, že i tímto lékem je možné se předávkovat, a proto musí dodržovat správné dávkování (Jirsová, 2012). Pokud žena užije nesteroidní antirevmatikum, je nejvhodnější Ibuprofen, který má krátký biologický poločas (1,5-2 hodiny). Lék je nutné užít ihned po kojení, a tak většina léku již není při dalším kojení v těle přítomna (Nosková, 2011).

Kojení má mnoho výhod jak pro dítě, tak i pro matku. Ke zdravotním výhodám kojení pro matku patří uvolňování oxytocinu při kojení, které napomáhá zavinování dělohy a snížené riziko vzniku karcinomu prsu a vaječníků (Jimramovský, Fuchs, 2011). Kojící ženy mají méně často anémii a menší krevní ztráty po porodu (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Také ženy, které kojily v průběhu života dohromady více než 33 měsíců, mají lepší kvalitu kostí než ženy, kojící kratší dobu nebo ženy nekojící. V šestinedělí není potřeba dodávat zvýšený příjem vápníku, protože se zcela

fyziologicky uvolňuje z kostí a po ukončení kojení se kvalita kostí obnoví. Dále je zvýšená absorpce vápníku ve střevě. Tyto procesy jsou fyziologické a vedou v důsledku ke zpevnění kostí (Havlík, Volšátová, 2014).

Při propuštění ženy do domácího prostředí PA zopakuje ženě péči o prsa a prsní bradavky a poučí ji o nejčastěji se vyskytujících problémech při kojení. Jde o bolestivé nalití prsou, ucpaný mlékovod, mastitidu, plísňovou infekci bradavek, slabý nebo naopak silný vypuzovací reflex nebo spavé dítě. PA dá ženě kontakt na Národní linku kojení (telefon: 261 082 424) a internetovou adresu (www.kojeni.cz), kde si může v případě potřeby zajistit při problémech s kojením pomoc.

1. 3. 2 Životospráva ženy v šestinedělí, péče o suturu

Žena po porodu by měla volit pestrý a vyvážený *jídelníček*. Strava matky příliš neovlivní množství proteinů, laktózy, kyseliny listové, vápníku, železa a zinku v mateřském mléce. Vliv mateřské stravy se projeví na obsahu tuků, vitamínů skupiny B, vitamínu A, jódu a selenu (Martincová et al., 2012). Hronek, Barešová (2012) dodávají, že vliv mateřské stravy ovlivňuje i množství vitamínu C, méně pak vitamínu A. Protože je kojení pro tělo ženy dost energeticky náročné, je doporučeno zvýšit denní kalorický příjem oproti běžnému příjmu asi o 500 kilokalorií (Jimramovský, Fuchs, 2011). Pokud se žena stravuje dostatečně, zvýšený energetický příjem nevede ke zvýšené tvorbě mateřského mléka (Martincová et al., 2012). Do svého jídelníčku by měla žena zařadit 2 – 3x týdně ryby, dostatek vitamínu C a B_{12}, zvýšit příjem bílkovin (Gregora, Velemínský, 2011). Ve stravě žena omezuje nadýmavé potraviny (např. luštěniny) a potraviny, které mohou u novorozence způsobit projev alergie (citrusy) (Hronek, Barešová, 2012). PA také upozorní na čerstvé pečivo, které může způsobit u novorozence bolesti břicha a na potraviny, které způsobovaly nadýmání ženě i v době před těhotenstvím (zde je velká individualita, protože každá žena reaguje na určitou potravinu jinak). Divišová (2011) doporučuje nadýmavou a aromatickou zeleninu jako jsou kedlubny, ředkvičky, brokolice, květák, kapusta, zelí, česnek a cibule

před konzumací krátce zpracovat v páře, čímž se nadýmavé látky rozloží. Je vhodné také zkusit malý kousek dané potraviny a pozorovat, jak bude dítě reagovat.

Pokud měla žena velké porodní poranění III. stupně, dostává na oddělení šestinedělí bezezbytkovou stravu. PA ženu poučí, že tuto dietu již v domácím prostředí dodržovat nemusí.

Po porodu by se žena neměla snažit o příliš rychlý úbytek na váze, protože se při rychlém hubnutí uvolňují látky, které jsou uloženy v tělesném tuku. Ty se mohou dostat ve větší míře do mateřského mléka a negativně tak ovlivnit jeho kvalitu. Optimální váhový úbytek je 0,5 kg za měsíc (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Na rozdíl od Divišové et al. (2011), která uvádí, že za dostatečného přísunu všech živin je možné hubnout do 0,5 kg za týden.

Žena po porodu nesmí zapomínat i na dostatečný *pitný režim*. Mimo příjem vody ze stravy se doporučuje vypít 1 700 ml tekutiny za den. Při normální teplotě okolí je lepší pít v průběhu celého dne v menších dávkách. Pokud žena pije naráz velké množství tekutin, zvýší se tvorba moči a v těle zůstane méně vody. Přijímání většího množství tekutin nevede ke zvýšené tvorbě mateřského mléka (Hronek, Barešová, 2012). Oproti tomu Jimramovský a Fuchs (2011) doporučují vypít za den alespoň dva až tři litry tekutin. PA ženu poučí o tom, které nápoje jsou v době kojení vhodné a kterým by se žena naopak měla vyvarovat. Mezi nejvhodnější tekutiny patří neperlivá voda, šťáva, mléko a bylinné čaje, které podporují tvorbu mateřského mléka (Koudelková, 2013). Pro podporu tvorby mateřského mléka může žena pít obilninovou kávu z melty nebo špaldy, bylinné čaje z anýzu, fenyklu, semen kopru, meduňky, majoránky, koriandru, semen mrkve a kontryhele (Martincová et al., 2012). Gaskinová (2011) uvádí, že mezi bylinky, které zvyšují tvorbu mateřského mléka, patří vojtěška, maliníkový list, brunták lékařský, fenykl, řecké seno a benedikt lékařský. Naopak pití čaje ze šalvěje a požíváním většího množství petržele vede ke snížení tvorby mateřského mléka (Divišová et al., 2011). Kotalíková (2013) dodává, že tvorbu mateřského mléka snižuje i máta. Mezi nevhodné tekutiny pro kojící matky patří tonik, nápoje obsahující kofein a alkohol (Gregora, Velemínský, 2011).

Již brzy po porodu by měla žena začít *cvičit* a posilovat svaly pánevního dna. Toto cvičení se provádí vsedě, vkleče nebo vestoje několikrát denně. Jde o prevenci inkontinence moči (Gallagher – Mundyová, 2012). Martincová et al. (2012) dodává, že cvičit se může i vleže na zádech. Zdůrazňuje odpočinek po každém cviku. Pokud má žena po porodu rozestup břišních svalů, neměla by posilovat přímé břišní svaly. Nejprve zpevní šikmé břišní svaly a teprve potom se zaměří na svaly přímé. V některých porodnicích docházejí na oddělení šestinedělí rehabilitační pracovnice, které ženám ukazují, jak správně procvičovat pánevní dno. Pokud rehabilitační pracovnice na oddělení nechodí, měla by ženám cviky ukázat PA. Ta také ženám vysvětlí důležitost pravidelného cvičení, doporučí před cvičením v místnosti vyvětrat a vymočit se. Není vhodné, aby byla žena příliš najedená (Koudelková, 2013). Doporučované cviky jsou součástí informační brožury, kterou by ženy mohly dostávat při odchodu z porodnice do domácího prostředí.

Gregora a Velemínský (2011) uvádí, že *pohlavní styk* po porodu má být až po ukončení šestinedělí. Oproti tomu Hanáková, Weberová, Volná et al. píší o tom, že v šestinedělí by nemělo dojít k nechráněnému pohlavnímu styku, z důvodu možné bakteriální infekce. Dodávají, že je dobré vyčkat do té doby, než je ukončen odchod očistků. Pokud chce žena využít přirozenou postpartální *antikoncepci*, je nutné, aby plně kojila. Přes den je to v minimálních čtyřhodinových intervalech a v noci v šestihodinových. Pokud se tato metoda používá do 6 měsíců od porodu, je Pearl index 2 – 4 (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). Koudelková (2013) uvádí, že je nutné dodržovat plné kojení v intervalech přesně tříhodinových a v noci čtyřhodinových. Jako nejvhodnější antikoncepční metoda po porodu v období kojení jsou nehormonální prostředky, jako je například kondom. Ten zároveň zabraňuje i infekci. Z hormonální antikoncepce jsou to prostředky, které obsahují jen gestageny a žádné estrogeny (Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015). Po ukončení šestinedělí je možné ženě zavést nitroděložní tělísko. Pro kojící matky se doporučuje tělísko Mirena s gestageny (levonorgestrelem). Nitroděložní tělísko lze zavést bezprostředně po porodu placenty, po císařském řezu nebo do 48 hodin po porodu. Pokud se nezavede v tomto období,

zavedení lze provést ve 4. – 6. týdnu po porodu. Pokud žena nekojí, volba antikoncepční metody je bez zvláštního omezení (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014). PA ženě vysvětlí, že pohlavní styk by měla mít až po kontrole gynekologem, kterého navštíví po skončení šestinedělí.

V péči o suturu upozorní edukující PA ženu na to, že i v domácím prostředí je v šestinedělí potřeba dbát zvýšené hygieny a po každé stolici sešitou hráz osprchovat a dobře osušit. Na mytí je vhodné použít gel na intimní hygienu, který má pH 5,5 nebo gel s dubovou kůrou. PA doporučí také větrání sutury (Koudelková, 2013). Dojde-li u ženy k povrchovému rozestupu kůže, mohou pomoci sedací koupele v dubové kůře (Čepický, Černá, 2011).

Při péči o suturu po operační ráně PA ukáže zvláště obézním ženám, jak mají suturu správně větrat. PA zdůrazní důležitost nošení bavlněného spodního prádla, které by nemělo končit v místě jizvy. Po povrchovém zhojení, zhruba po měsíci, je možné provádět tlakové masáže jizvy a jizvu promazávat, např. nesoleným vepřovým sádlem.

1. 3. 3 Nepravidelné šestinedělí

Mezi nepravidelnosti šestinedělí se řadí krvácení a poruchy kontrakce a involuce dělohy, puerperální infekce, tromboembolická nemoc a psychické problémy v šestinedělí.

Krvácení po porodu se rozděluje na primární - časné a sekundární - pozdní. Primární krvácení se objevuje do 24 hodin od porodu. Příčinou je nepoznané nebo špatně ošetřené porodní poranění, patologický obsah dutiny děložní (např. rezidua post partum) nebo hypotonie a subinvoluce dělohy (např. po velkém rozpětí dělohy při vícečetném těhotenství) (Binder, 2011). Pařízek (2012) dodává, že po každém vaginálním porodu je nutné ženu vyšetřit v porodnických zrcadlech, aby se ošetřila veškerá poranění. Vyšetření se provádí i u žen, které neměly provedenou epiziotomii či

nemají viditelné poranění perinea. Sekundární krvácení se vyskytne po 24 hodinách od porodu. Příčinou může být zadržení zbytků placenty nebo plodových obalů, deciduální polyp, puerperální endometritida, ale i karcinom děložního hrdla (Binder, 2011). Slezáková (2011) dělí krvácení v šestinedělí na krvácení v raném a pozdním šestinedělí. Krvácení v raném šestinedělí nastává do 7 dnů po porodu, krvácení v pozdním šestinedělí zhruba do 42. dne po porodu.

Při nedostatečné kontrakci dělohy je potřeba zkontrolovat její obsah pomocí ultrazvuku. Při tomto vyšetření se zjistí, zda v dutině děložní není např. myom, rezidua post partum nebo lochiometra, v okolí adnexální útvary, pánevní hematomy, či zda je jen naplněný močový měchýř, při kterém žena nevnímá nucení na močení (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Pod pojem *puerperální infekce* patří infekce genitálního traktu a jeho okolí, prsů a uroinfekce v šestinedělí (Vokroj, 2011).

Infekce dělíme na heterogenní a autogenní. Heterogenní infekce je ta, která se do organismu dostane zvenčí, např. při nedostatečné hygieně, používáním nesterilních nástrojů či častým vnitřním vyšetřováním při porodu. Autogenní infekce je ta, která vznikla vzestupnou cestou z genitálního traktu, kde byli mikrobi již před porodem. Dále je možný vznik infekce krevní a lymfatickou cestou (metastaticky) nebo přestupem skrz tkáně při infekčním ložisku v dutině břišní (Koudelková, 2013).

Porodní poranění perinea, vulvy a pochvy se většinou dobře hojí i přesto, že jsou tato místa ve velké míře kontaminována bakteriemi. Pravděpodobně je to tím, že tato místa jsou cévně dobře zásobena (Vokroj, 2011).

Endometritida je nejčastější puerperální infekcí. Infekce většinou začíná v místě, kde byla odloučená placenta. Infekce se do dělohy dostává vzestupnou cestou. Pokud infekce přestoupí do svaloviny děložní, jedná se o myometritidu (Binder, 2011). Šíří-li se infekce z dělohy do okolí, vzniká parametritida. Pokud dojde k infikování adnex, jedná se o adnexitidu, která je však v šestinedělí vzácná a bývá příčinou pozdější sterility.

K infekci močového ústrojí po porodu přispívá časté cévkování, přetrvávající hypotonie močového měchýře a ureterů, nedokonalé vyprazdňování močového měchýře a vezikoureterální reflux (Vokroj, 2011).

Velmi závažným stavem v šestinedělí je *puerperální sepse*, která může vést až ke smrti ženy. Puerperální sepsi dělíme na primární a sekundární. Primární sepse je tehdy, pokud není lokalizováno primární ložisko a mikroorganismy se nacházejí v krevním oběhu. Sekundární sepse je vyplavení mikrobů do krevního řečiště z infekce v malé pánvi (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Puerperální mastitida vzniká přenosem bakterií z nosohltanu novorozence skrze ragády na bradavce do prsu. Nejčastějším původcem je Staphyloccocus aureus (Engelová, Fulík, 2012). Postižený prs je bolestivý, zduřelý a zarudlý. V prsu dochází k retenci mléka. Je zde hmatný bolestivý infiltrát s možnou fluktuací při abscesu. Uzliny v podpaží na straně postiženého prsu jsou bolestivé a zduřelé. Mezi celkové příznaky patří horečka, třesavka, zimnice a schvácenost (Binder, 2011). V edukaci při odchodu do domácího prostředí může PA ženě doporučit při počínajícím zánětu prsu použití éterických olejů ve formě inhalace nebo obkladu. Olejové obklady žena střídá se studenými obklady a obklady z tvarohu. Kojení z postiženého prsu se nepřerušuje a dbá se na jeho dobré vyprázdnění (Koudelková, 2013). Další radou může být použití obkladu s co největším % alkoholu. Tyto metody jsou ovšem jen první pomocí a žena by měla být poučena o tom, že pokud se stav nezlepší, musí navštívit lékaře.

Tromboembolická nemoc je velmi závažná komplikace v šestinedělí. Je jednou z nejčastějších příčin mateřské mortality. V těhotenství a šestinedělí je 6x vyšší riziko vzniku trombózy než v době mimo tato období. V šestinedělí se tromboembolická nemoc projevuje jako hluboká žilní trombóza a plicní embolie. Prevencí je brzká mobilizace po porodu. Pokud má žena pozitivní anamnézu, aplikuje si již v průběhu těhotenství preventivně nízkomolekulární Heparin (Slezáková et al., 2011).

Z důvodu bouřlivých neurohormonálních změn je období po porodu rizikové jak pro vznik nových *psychických poruch*, tak pro návrat psychotických příznaků či opětovné vzplanutí již dříve diagnostikovaných poruch (Takács, Sobotková, Šulová,

2015). Po porodu trpí až 88 % žen určitým typem depresivní poruchy. Duševní poruchy se dají rozdělit na přechodnou poporodní skleslost (baby blues, poporodní blues), poporodní depresi, poporodní a laktační psychózu (Izáková, 2013). I když Dvořák (2015) uvádí, že výraz laktační psychóza není správný a že se nikde v odborné literatuře nevyskytuje, přesto název používají i jiní autoři, například Ayers a De Visser (2015) nebo Kudela (2008). K duševním poruchám se řadí i úzkostné poruchy, které se mohou v těhotenství a po porodu vyskytnout až u jedné z pěti žen. Úzkostné poruchy nejsou ještě dobře prozkoumány (Ayers a De Visser, 2015).

Poporodní skleslost se objevuje u 50 – 80 % žen v prvních dnech po porodu a mizí v průběhu jednoho až dvou týdnů. Příznaky kulminují mezi 3. a 5. dnem a patří k nim podrážděnost, plačtivost, rychlé změny nálad, úzkost, vyčerpanost a poruchy spánku. Asi u 75 % žen tato porucha sama odezní, ale u 20 – 25 % žen může přejít do poporodní deprese (Talová et al., 2014).

Poporodní deprese se projevuje u 10 – 20 % žen v průběhu prvního roku po porodu. Nejčastějším výskytem je 6. týden a období mezi 2. a 3. měsícem po porodu (Izáková et al., 2013). Poporodní deprese se projevuje trvalým pocitem neštěstí, únavou, nespavostí, nezájmem o druhé, vtíravými myšlenkami a panickými atakami. Vnímání skutečnosti je nezměněné (Repková, 2011). Izáková (2013) dodává, že je vysoké riziko, že žena s poporodní depresí spáchá rozšířenou sebevraždu. U většiny žen se doporučuje ukončení laktace z důvodu podávání vysokých dávek psychofarmak, při nekritičnosti ženy k duševní poruše a při závažných poruchách chování, které vedou k hospitalizaci. Pokud však žena dobře spolupracuje, ukončení laktace není bezpodmínečně nutné.

Poporodní psychóza se objevuje jen u 0,1 % žen. Pokud se u ženy objevila jedna epizoda poporodní psychózy, je čtyřikrát větší pravděpodobnost, že po následujícím těhotenství se bude psychóza opakovat (Ayers a De Visser, 2015). Poporodní psychóza se objevuje 2. – 3. den po porodu, ale může se projevit až později, například za měsíc po porodu. Projevuje se úzkostí s maniodepresivními atakami a halucinacemi (Dvořák, 2015).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak porodní asistentky edukují ženy na oddělení šestinedělí při propuštění do domácí péče.

Cíl 2: Zjistit, zda ženy využily informace týkající se období šestinedělí.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: V jakých oblastech edukují porodní asistentky ženy při propuštění do domácí péče?

VO2: Jaké informace byly pro ženy zásadní při propuštění do domácí péče?

VO3: Jaké informace ženy v edukaci postrádaly?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvalitativní formou šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory probíhaly jednak s edukujícími porodními asistentkami, pracujícími na stanici šestinedělí v jedné pražské porodnici, a jednak s edukovanými ženami, které rodily ve stejné porodnici, byly následně hospitalizované na stanici šestinedělí a ukončily období šestinedělí. Souhlas vedení nemocnice s provedením výzkumného šetření na stanici šestinedělí je k dispozici k nahlédnutí u zpracovatelky bakalářské práce. Rozhovory probíhaly v březnu a dubnu 2016 na klidném místě, které si respondentky a PA určily, podle předem připravených otázek. Rozhovory s porodními asistentkami trvaly každý zhruba 15 minut, rozhovory s matkami trvaly přibližně 30 minut. Porodní asistentky i respondentky poskytly rozhovory dobrovolně, byly ujištěny o zachování anonymity a podepsaly souhlas s účastí na výzkumu (viz Příloha 1 a 2). Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a poté doslovně přepsány do písemné podoby. Získaná data byla analyzována metodou barvení textu a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie.

Rozhovor s porodními asistentkami obsahoval 7 předem připravených otázek (viz Příloha 3). První dvě otázky se týkaly identifikačních údajů (věk, dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví). Otázky číslo 3, 4, 5 a 6 byly zaměřeny na samotnou edukaci a poslední otázka číslo 7 se týkala návštěvní služby u žen v šestinedělí. Porodní asistentky byly kvůli zachování anonymity označeny jako PA1 až PA6. Pořadí bylo určeno náhodně.

Rozhovor se ženami po šestinedělí obsahoval 11 předem připravených otázek (viz Příloha 4). První tři otázky se týkaly identifikačních údajů (věk, dosažené vzdělání, způsob porodu a porodní poranění). Otázky číslo 4 a 5 byly zaměřeny na období

před porodem a přípravu na šestinedělí, otázky číslo 6, 7 a 8 se týkaly samotné edukace při propuštění, otázky číslo 9 a 10 zpětně zhodnotily informace v edukaci po proběhlém šestinedělí a poslední otázka číslo 11 se týkala návštěvní služby u žen v šestinedělí. Respondentky byly kvůli zachování anonymity označeny jako R1 až R12. Pořadí bylo určeno náhodně.

Odpovědi porodních asistentek byly uspořádány do jedné kategorie (Edukace při propuštění) a pěti podkategorií (Oblasti edukace, Způsob edukace, Překážky edukace, Důležitost edukace, Návštěvní služba). Odpovědi respondentek (žen po šestinedělí) byly také uspořádány do jedné kategorie (Informovanost žen) a osm podkategorií (Očekávání, Zdroje informací, Oblasti edukace, Způsob edukace, Hodnocení edukace, Chybějící informace a jejich získávání, Potřeba pomoci, Názor na návštěvní službu).

Pro lepší přehlednost jsou přímé výpovědi PA a respondentek v textu vyznačeny kurzívou.

Nejpodstatnější skutečnosti byly uspořádány do schémat a tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 porodních asistentek, které pracují na oddělení šestinedělí a 12 žen, které byly na tomto oddělení hospitalizovány a poté propuštěny do domácího prostředí. Pro větší objektivitu byly vybrány primipary, které nemohly čerpat zkušenosti z předešlých prožitých šestinedělí. Ženy měly různé dosažené vzdělání a vykonávaly různá povolání.

Tabulka 1 Identifikační údaje porodních asistentek

Porodní asistentka	Věk	Vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví
PA1	50	VŠ	10 let
PA2	56	Gymnázium + pomaturitní nástavbové studium PA	36 let
PA3	39	SZŠ + pomaturitní nástavbové studium PA	19 let
PA4	59	SZŠ + pomaturitní nástavbové studium PA	40 let
PA5	53	Gymnázium + pomaturitní nástavbové studium PA	25 let
PA6	55	SZŠ + pomaturitní nástavbové studium PA + pomaturitní specializační studium Brno	30 let

Zdroj: vlastní

Věk porodních asistentek se pohyboval v rozmezí od 39 do 59 let, délka praxe ve zdravotnictví trvala od 10 do 40 let. Jedna porodní asistentka (PA1) má vysokoškolské vzdělání a získala titul Bc., dvě porodní asistentky (PA2, PA5) vystudovaly gymnázium a následně dvouleté pomaturitní nástavbové studium v oboru porodní asistentka, další dvě porodní asistentky (PA3, PA4) vystudovaly střední zdravotnickou školu a následně dvouleté pomaturitní nástavbové studium v oboru porodní asistence a jedna porodní asistentka (PA6) po vystudování střední zdravotnické školy a dvouletého pomaturitního studia v oboru porodní asistentka absolvovala specializační studium v Brně.

Tabulka 2 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Způsob porodu + porodní poranění
R1	29	SOU s maturitou	Vaginální, bez nástřihu, samovolné natržení
R2	29	SOU bez maturity	Vaginální, epiziotomie
R3	24	SŠ	Vaginální, epiziotomie, rpt III. st. kompletní
R4	32	VŠ	Vaginální, epiziotomie
R5	32	VŠ	Císařský řez
R6	32	VŠ	Vaginální, epiziotomie, VEX, velká krevní ztráta
R7	39	SŠ	Vaginální, epiziotomie
R8	30	VŠ	Císařský řez
R9	36	SOU bez maturity	Vaginální, bez poranění
R10	27	SŠ	Vaginální, epiziotomie
R11	33	VŠ	Vaginální, bez nástřihu, samovolné natržení
R12	29	VŠ	Vaginální, bez poranění

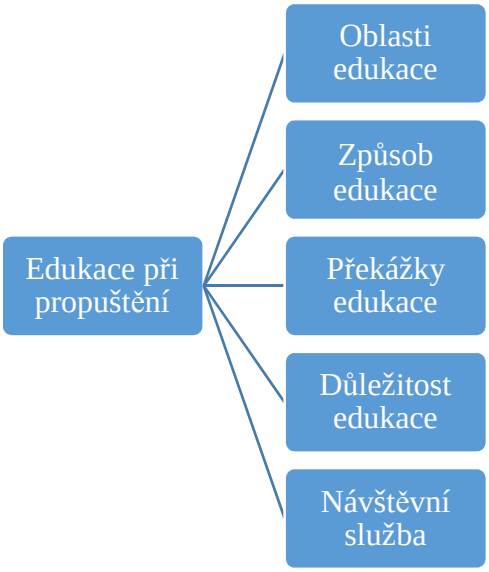
Zdroj: vlastní

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 24 do 39 let. Nejnižší dosažené vzdělání měly dvě respondentky (R2,R9), a to střední odborné učiliště bez maturity, jedna respondentka (R1) střední odborné učiliště s maturitou, tři respondentky (R3, R7, R10) absolvovaly střední školu s maturitou a šest respondentek (R4, R5, R6, R8, R11, R12) vysokou školu. U dvou respondentek proběhl operační porod – císařským řezem (R5, R8), u jedné pomocí VEX (R6), ostatní respondentky rodily spontánně vaginální cestou. Rozsah poranění byl různý, od kompletní ruptury III. stupně (R3) přes epiziotomii (R2, R4, R7, R10) a samovolné natržení (R1, R11) až po porod bez poranění (R9, R12).

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace dat rozhovorů s PA

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie

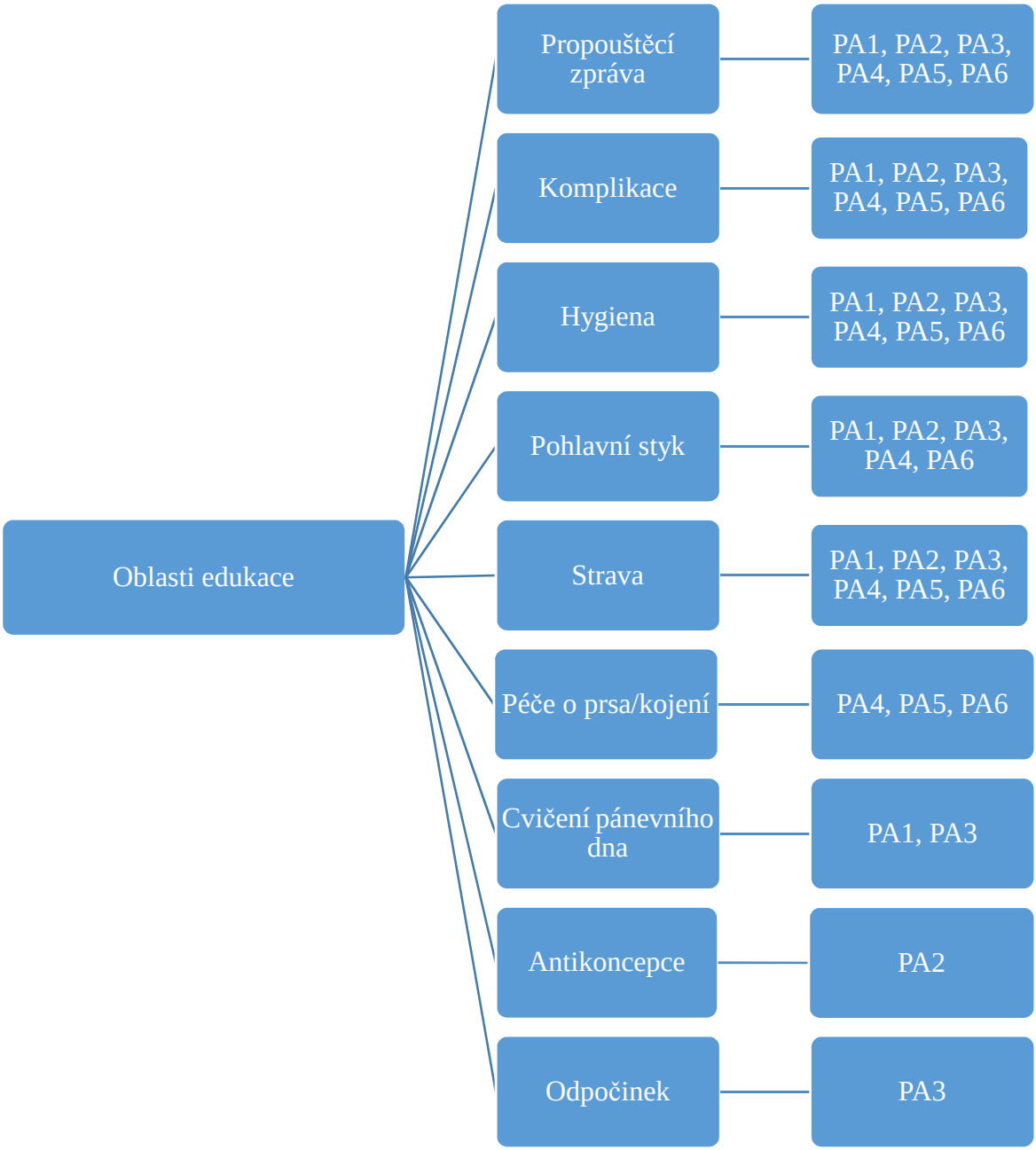


Zdroj: vlastní

Na základě rozhovorů a informací, které z nich byly získány, byla pro výzkumné šetření stanovena hlavní významová kategorie s názvem Edukace při propuštění. Kategorie obsahuje pět podkategorií.

1. podkategorie - Oblasti edukace

Schéma 2 Oblasti edukace

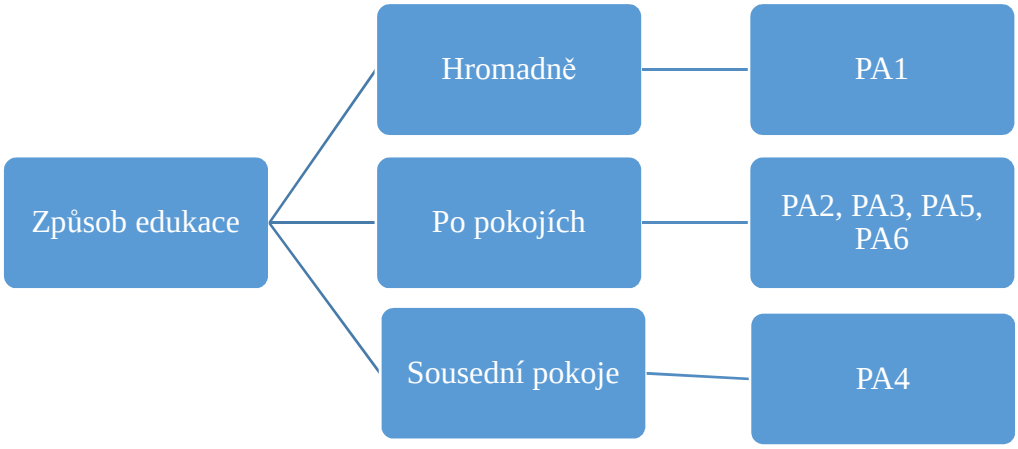


Zdroj: vlastní

Všechny PA se shodly na tom, že při propuštění matek do domácího prostředí edukují o tom, že žena musí po ukončení šestinedělí navštívit svého obvodního gynekologa a předat mu propouštěcí zprávu. Dále edukují o tom, co mají ženy dělat při komplikacích, které se mohou v šestinedělí vyskytnout. PA3 komplikace i vyjmenuje, aby ženy věděly, na co si mají dávat pozor. Vyjmenované komplikace jsou zesílené krvácení, bolest a vysoké horečky. Také ženám popíše, kde se na klinice nachází ambulance, kterou by měly v případě komplikací navštívit, a podá jim informaci, že tato ambulance má nepřetržitý provoz. Všechny PA také edukují o důležitosti dodržování správné hygieny, o tom, že se ženy nemají koupat ve vaně, ale pouze sprchovat. PA3 upozorňuje matky také na to, že nemohou použít menstruační tampon a jít se koupat do bazénu. Tuto informaci považuje za důležitou zvláště v létě, kdy spoustu lidí má vlastní bazén. Všechny PA předávají také informace ohledně stravování. PA 4 poučuje ženy o tom, že nemají jíst nadýmavá a ostrá jídla a že strava má být bohatá na vitamíny. Doporučuje matkám vitamíny čerpat spíše z ovoce a zeleniny než užívat farmaceuticky zpracované vitamínové tablety. PA6 uvedla: *„Říkám jim, aby nejedly třeba ty umělý polívky a paštiky, ve kterých je spousta chemie.“* PA 3 upozorňuje také na bylinky ve stravě kojící ženy, protože některé způsobují pokles tvorby mateřského mléka. O tom, že se v šestinedělí pohlavní styk nedoporučuje, informují všechny PA, kromě PA5. Péči o prsa a kojení zahrnují do své edukace tři PA (PA4, PA5, PA6). PA6 k tomu řekla: *„ Já jim říkám, aby se staraly o bradavky, měly je v čistotě a suchu, nenechaly ztvrdnout prsa a když je potřeba, aby si vzaly Paralen, před kojením prsa nahřály a namasírovaly a po kojení zase zchladily. Taky jim zdůrazňuju, aby nosily pevnou podprsenku, aby se jim ty prsa nevytahaly.“* Cvičení pánevního dna jako další edukační oblast uvedly dvě PA (PA1, PA3). Pouze jedna PA edukuje v oblasti odpočinku (PA3) a antikoncepce (PA2). K tématu antikoncepce PA2 pouze řekne, že kojení není spolehlivou antikoncepční metodou.

2. podkategorie - Způsob edukace

Schéma 3 Způsob edukace



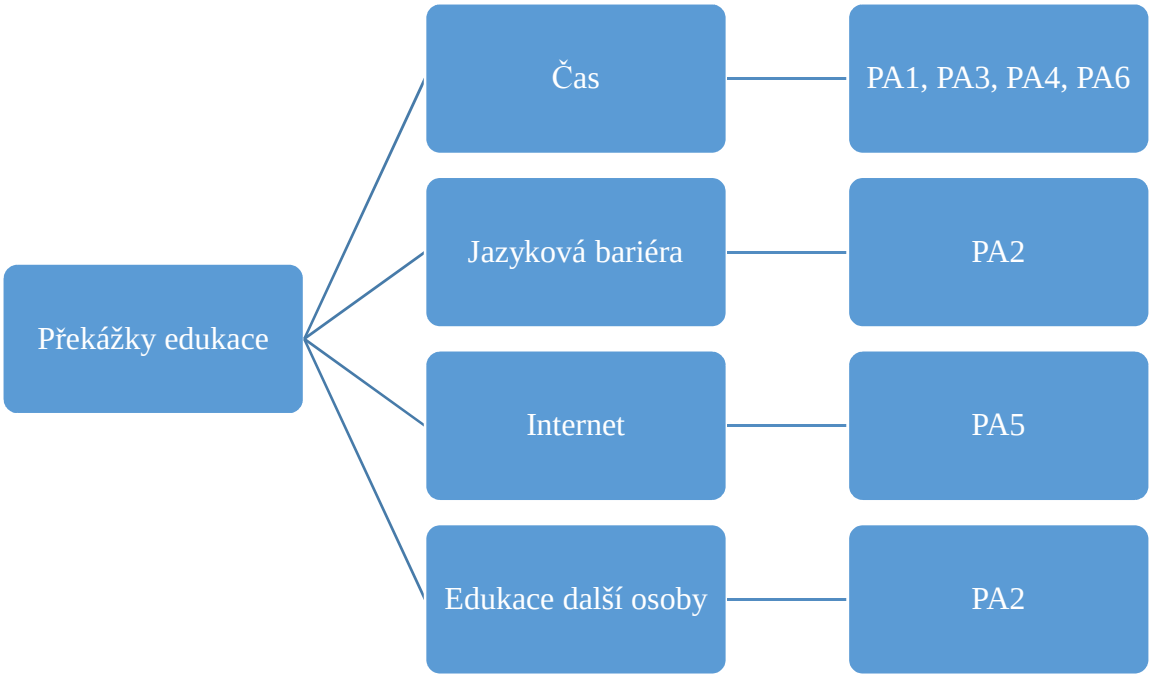
Zdroj: vlastní

Za nejlepší způsob edukace považuje jedna PA hromadnou edukaci (PA1), kdy si všechny propuštěné matky sezve dohromady a řekne jim vše podstatné. Pokud chce některá z matek mluvit s PA samostatně, je jí dán potom prostor. Výhodu hromadné edukace vidí PA1 v tom, že se matky ptají na to, co je zajímá, a tak si pak vzpomenou i ostatní, na co se chtěly zeptat. „*Některá se i stydí na něco zeptat, a když se zeptá jiná maminka, tak dostane odpověď.“ Je výhoda i v diskuzi, kterou pak matky mezi sebou vedou.*“. Jako další výhodu vidí PA1 i v tom, že je na edukaci víc času. Většina PA edukuje matky, které jsou propuštěny a leží na společném pokoji (PA2, PA3, PA5, PA6). Všechny PA v této formě edukace vidí úsporu času. PA3 k tomu řekla: „*Ono by to bylo hezký si s každou maminkou popovídat zvlášť a v klidu, ale to by nás muselo sloužit podstatně víc. Když jde třeba domů dvanáct maminek, tak bych edukovala do večera a ještě bych z toho měla hlavu jak pátrací balón. Jó, kdybych si opečovávala tak pět maminek, tak to by šlo, ale při počtu lidí na oddělení kolik jich máme* (24 lůžek) *a když jsem tu třeba o víkendu sama jen se sanitárkou, tak to fakt nejde.*“ Z důvodu úspory času edukuje propuštěné matky dohromady i ze dvou sousedních pokojů jedna

PA (PA4). PA4 uvádí: *„Nemusím ty informace říkat třeba desetkrát, ale jen pětkrát a ušetřím tak čas.“* Všechny PA dávají ženám prostor pro dotazy.

3. podkategorie - Překážky edukace

Schéma 4 Překážky edukace



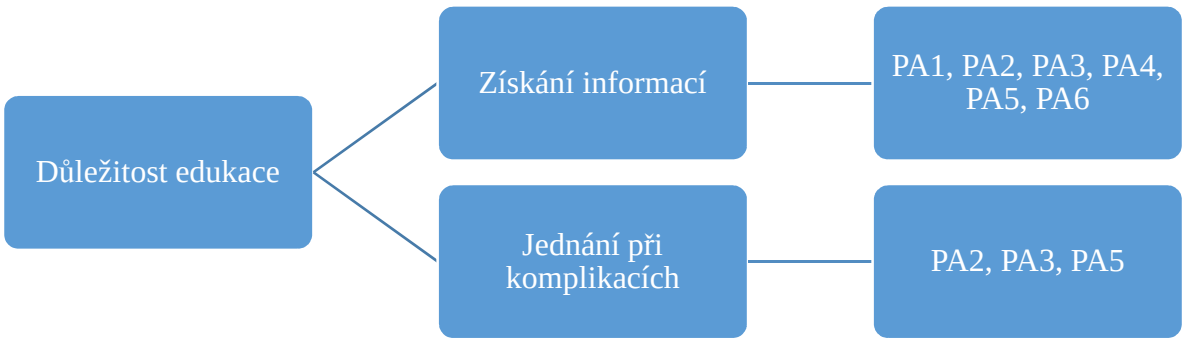
Zdroj: vlastní

Jako největší překážku důkladné edukace uvádí čtyři PA nedostatek času (PA1, PA3, PA4, PA6). PA4 řekla: *„Je hodně matek k edukaci a málo času. Když nebylo tolik dokumentace, tak jsem si s maminkama strašně ráda povídala, chodila jsem mezi nima a probíraly jsme třeba kojení a tak. Ony rády poslouchaly. Já jsem upovídaný člověk a to mě bavilo. Teď na to bohužel není moc času.“* Jako další překážku uvedla jedna PA jazykovou bariéru (PA2), řekla k tomu: *„Ono je to těžký, když ta maminka moc nebo dokonce vůbec nerozumí, co jí chceme říct a má tlumočníka na telefonu. Jednak ta*

edukace trvá jednou tak dlouho a někdy je tlumočníkem chlap a vysvětlujte mu pak třeba to, jak má ta maminka pečovat o šití. To je i stejný, když edukujete cizinku a je tam ten chlap přítomnej. No a někdy není tlumočník žádnej a to je edukace skoro nemožná. Když paní umí anglicky, tak to musí doktorka, která umí taky anglicky, hned ráno při vizitě mamince říct, že potom dostane propouštěcí zprávu a tu musí zanýst za šest neděl ke svýmu gynekologovi.“ Jedna PA vidí překážku edukace v internetu (PA5). K internetu PA5 řekla: *„Načtou si tam spoustu kravin a pak si myslí, že jim ten zdravotník říká nesmysly, prostě mají svůj rozum.“* Překážkou v edukaci vnímá PA2 také stav, kdy je matka nezletilá a musí se edukovat i ten, kdo ji s dítětem přebírá do péče. Dodala k tomu: *„Když jsou to třeba socky a matka tu holku nepoučila o antikoncepci, tak nevím, zda si ta matka vůbec uvědomí důležitost třeba toho, že má pak holku poslat k obvoďákovi na gyndu. Někdy je ta holka rozumnější než ta matka, ale já musím poučit i tu matku. Nemám tyto situace prostě ráda.“*

4. podkategorie - Důležitost edukace

Schéma 5 Důležitost edukace

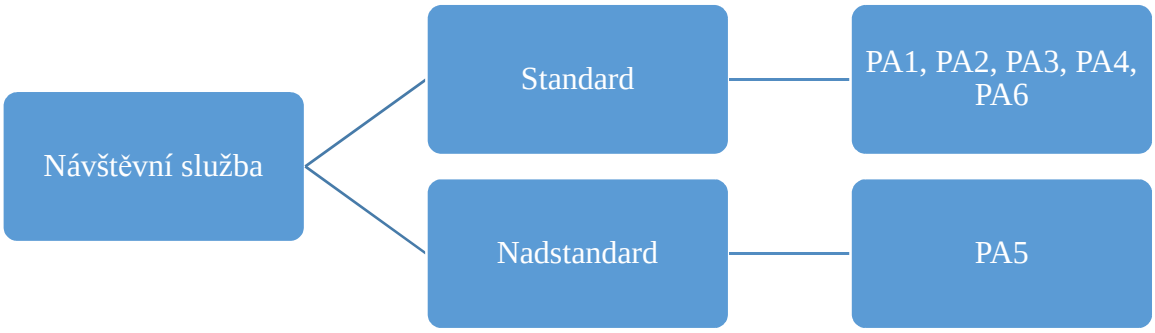


Zdroj: vlastní

Všechny PA vidí důležitost edukace v tom, že předají matkám informace, týkající se období šestinedělí. PA6 uvedla: *„Ony jsou všechny vzdělaný, všechny mají pomalu nějaký titul nebo mají informace nastudovaný na internetu, moc neposlouchají, těšej se domů, jsou rozvrkočený, ale i ty vzdělaný a informovaný na internetu toho podstatnýho moc neví.“* PA4 řekla: *„Důležité je to i proto, že hladina hormonů pracuje a ony potřebují spoustu věcí vysvětlit, i takové, které by kdyby nebyly po porodu, tak by to chápaly. Porod s nima prostě zatočí.“* Tři PA (PA2, PA3, PA5) uvedly, že je edukace důležitá proto, aby ženy věděly, jaké komplikace mohou v šestinedělí nastat, jak je mají řešit a kam se mají k jejich řešení obrátit. PA2 k tomu řekla: *„Aby věděly, co dělat v šestinedělí a co nedělat. Aby nevolaly, pokud budou mít nějaké problémy k nám na oddělení. Ale ony stejně volaj. Každej tejden alespoň jedna.“* PA3 vidí důležitost edukace hlavně u prvorodiček: *„Edukace je důležitá, aby ženy věděly, co je čeká, co se může stát a jak to mají řešit. Mám pocit, že jako těhotné řeší těhotenství, porod a pak už konečně budu mít miminko. Ale nějaké šestinedělí, které se jich týká, vůbec neřeší. Edukace je nutná hlavně u prvorodiček. Ty ostatní už si šestinedělím prošly a ty informace, které jim říkáme ani kolikrát nechtějí poslouchat.“*

5. podkategorie - Návštěvní služba

Schéma 6 Návštěvní služba



Zdroj: vlastní

Téměř všechny dotázané PA (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6) odpověděly, že návštěvní služba u matek v šestinedělí je velmi vhodná a potřebná služba a měla by být pro ženy po porodu standardem. Návštěva terénní PA by byla hrazena ze zdravotního pojištění, a pokud by měla žena zájem, PA by si zavolala. PA1 uvedla: *„ Já sama jsem potřebovala v šestinedělí povzbuzení, ujištění, že to zvládnu a je vše v pořádku.“* PA4 viděla pozitivní na návštěvní službě to, že terénní PA má v danou chvíli na starosti jen jednu matku, má na ni dostatečný časový prostor a může se jí podle potřeby věnovat. Dále řekla: *„Tady je kolikrát takový blázinec, že by se maminka i na něco zeptala, ale spousta věcí jí docvakne až doma. Kolikrát na noční volá maminka, že šla dnes domů a nezeptala se na to a na to, že si to uvědomila až doma.“* Jedna PA (PA6) dokonce komunitní porodní asistentku dělala a řekla k tomu: *„Já jsem ještě za komunistů dělala komunitní porodní bábu v podhůří a chodila jsem k maminkám po porodu. První návštěva byla do dvou dnů po porodu a to jsem kontrolovala i dítě. Návštěv jsem u každé maminky měla tak 3, a když bylo potřeba, tak i víc. Bylo to dobrý, maminky se těšily, že je někdo zkontroluje. Myslím, že by to bylo dobrý i teď. Doba je uspěchaná. Navíc se při návštěvě zjišťovaly i sociální poměry.“* Jedna PA (PA5) bere návštěvní službu PA u žen v šestinedělí jako nadstandard, za který si má žena zaplatit. Pokud potřebuje s něčím poradit, má navštívit gynekologa.

4.2 Kategorizace dat rozhovorů se ženami po šestinedělí

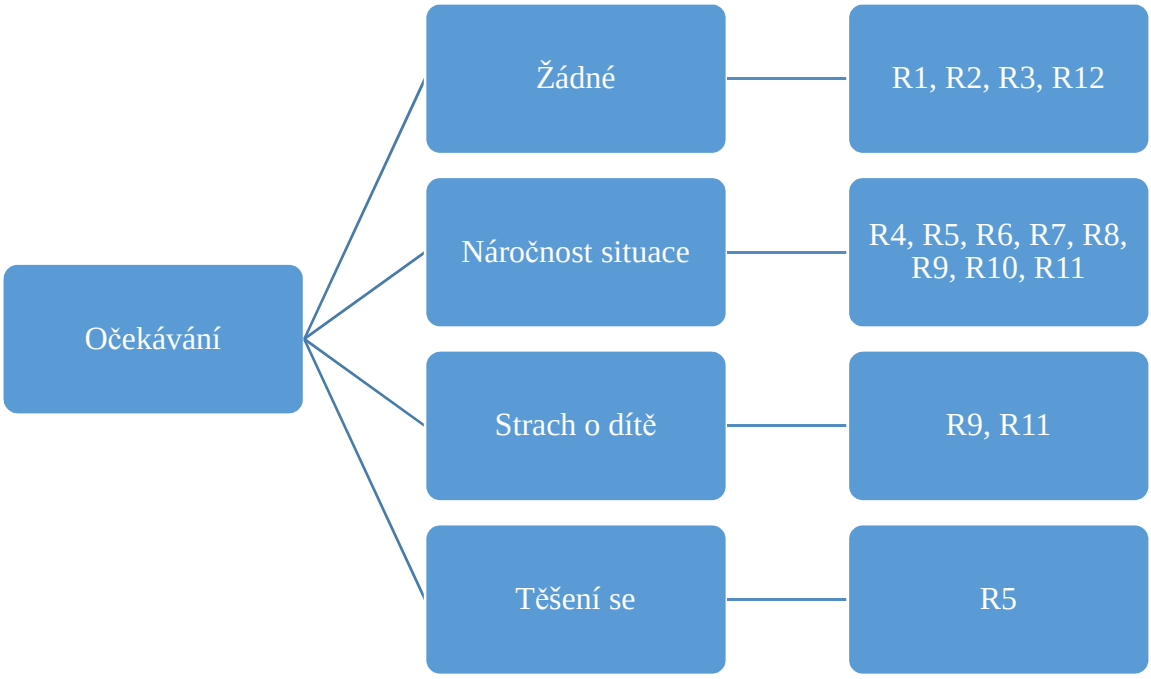
Schéma 7 Hlavní kategorie a podkategorie

Zdroj: vlastní

Na základě zjištěných výsledků byla stanovena hlavní významová kategorie s názvem Informovanost žen. Kategorie obsahuje osm podkategorií (viz Schéma 7).

1. podkategorie - Očekávání

Schéma 8 Očekávání

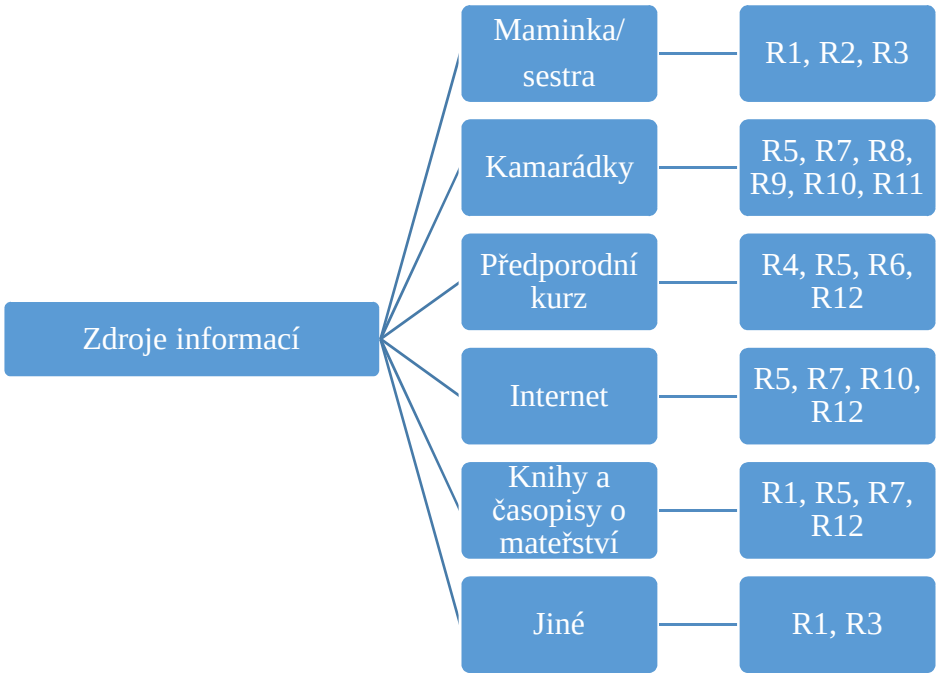


Zdroj: vlastní

Čtyři respondentky (R1, R2, R3, R12) neměly v těhotenství žádná očekávání, vztahující se na období šestinedělí. R2 uvedla: „ *Tak šestinedělí jsem nějak neřešila. Moje máma si plánovala vzít volno a tak jsem věděla, že mi poradí a pomůže.*“ R3 řekla: „*No, já jsem se ptala maminky a ta mně řekla, že vrchem ze mě poteče mlíko a spodem krev, tak já jsem moc neočekávala.*“ Většina respondentek (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11) očekávala, že toto období bude náročné a panovaly mezi nimi i obavy, zda všechno zvládnou. R6 řekla: „*Čekala jsem, že to bude náročné, ale po porodu a po příchodu domů se zcela očekávání lišilo od skutečnosti, zejména v časové náročnosti péče o novorozence.*“ Dvě respondentky (R9, R11) očekávaly, že budou mít strach o dítě, aby bylo všechno v pořádku. R11 k tomu řekla: „*V době těhotenství jsem měla obavy, jak zvládnu novou roli a abych miminku neublížila.*“ Jedna respondentka (R5) uvedla, že kromě obav byla i zvědavá a těšila se.

2. podkategorie - Zdroje informací

Schéma 9 Zdroje informací



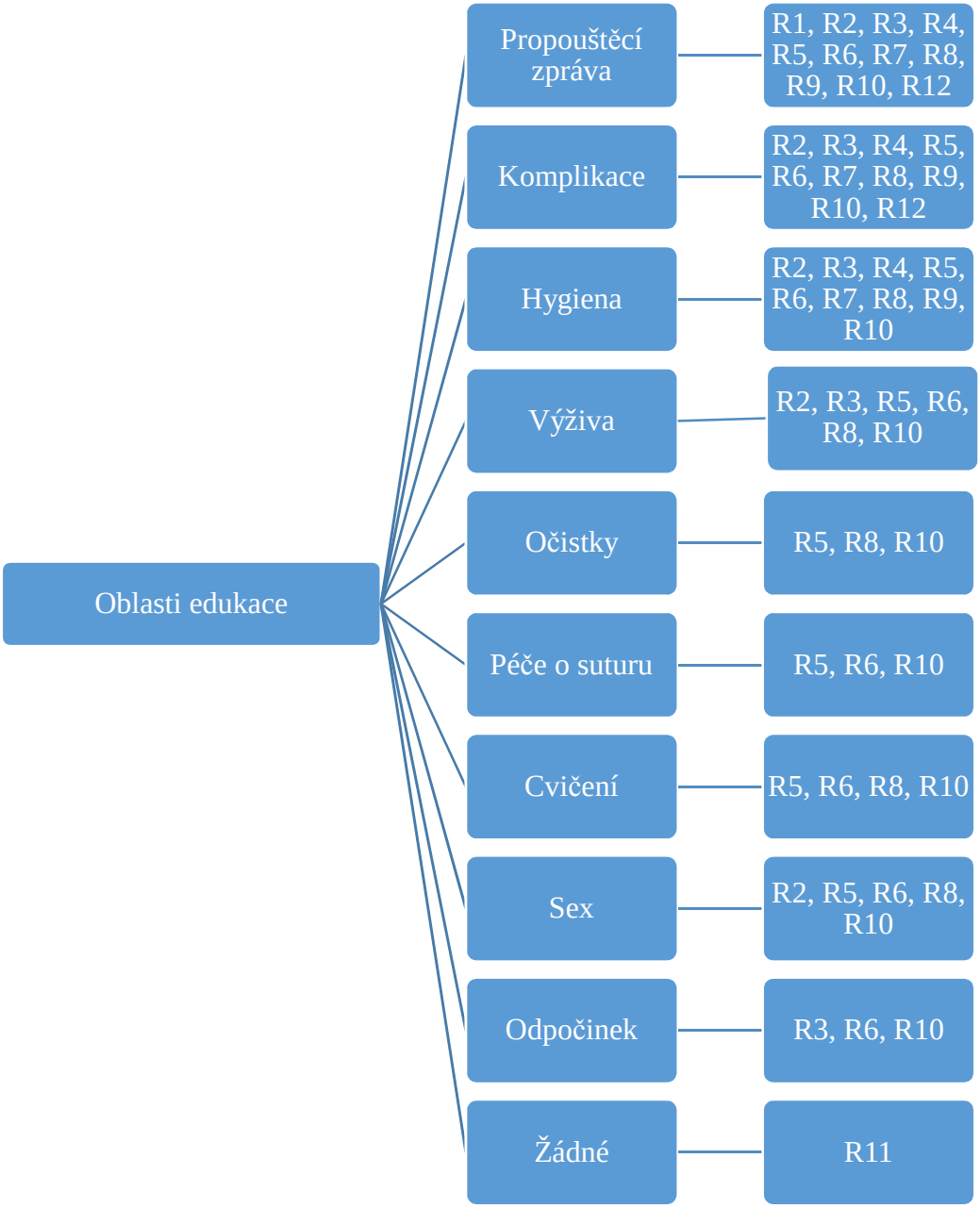
Zdroj: vlastní

Nejčastějším zdrojem informací o šestinedělí byly podle šesti respondentek (R5, R7, R8, R9, R10, R11) kamarádky. Čtyři respondentky (R4, R5, R6, R12) navštěvovaly předporodní kurz a jedna respondentka (R8) k tomu dodává: *„Bohužel jsem stihla jen čtyři předporodní kurzy ze šesti. Myslím, že bych se tam dost informací také dozvěděla.“* R12 stihla projít celým předporodním kurzem a velmi si chválila atmosféru kurzu a hlavně dostatek informací, které se zde dozvěděla. Čtyři respondentky (R5, R7, R10, R12) čerpaly informace z internetu, oproti tomu jedna respondentka (R 11) uvedla, že se snaží diskuzím na internetu vyhýbat. Čtyři respondentky (R1, R5, R7, R12) čerpaly informace z knih a časopisů pro maminky a tři respondentky (R1, R2, R3) uvedly jako zdroj informací svoji maminku nebo sestru. R2 řekla: *„Já jsem žádný kurz nenavštěvovala, knížky jsem taky nečetla, ani jsem nebrouzdala po internetu. Spíš jsem*

spoléhala na mamku.“ Jako poslední zdroj uvedla jedna respondentka (R3) svoje znalosti ze školy a dvě respondentky (R1, R3) informace od obvodní gynekoložky.

3. podkategorie - Oblasti edukace

Schéma 10 Oblasti edukace



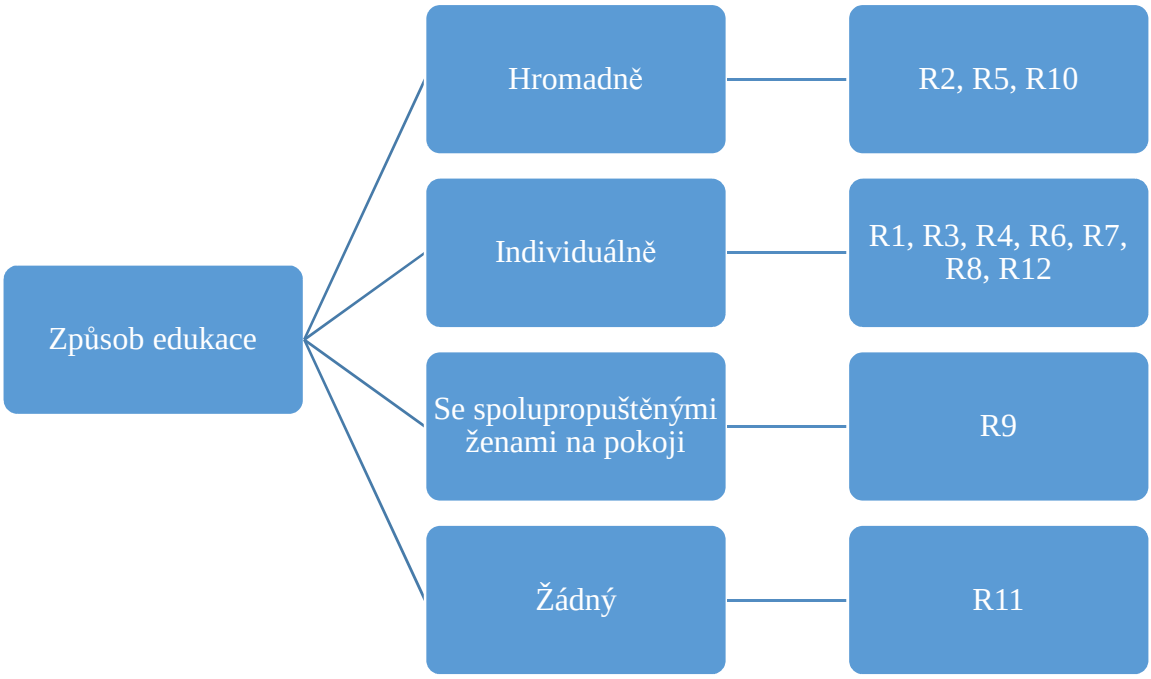
Zdroj: vlastní

U jedné respondentky (R11) nebyla vůbec provedena edukace. Řekla k tomu: *„Když on mi nikdo nic neřekl. Já jsem jen dostala zprávu a šla jsem domů. Ze zprávy jsem si pak vyčetla, že mám jít po skončení šestinedělí k obvodnímu gynekologovi.“* Ostatní respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12) odpověděly, že jim PA při předání propouštěcí zprávy vysvětlila, že ji mají zanést po ukončení šestinedělí ke svému obvodnímu gynekologovi. Pro jednu respondentku (R1) to byla jediná informace, kterou dostala v rámci edukace při propuštění. Řekla k tomu: *„No, já jsem jenom dostala od takové mladé sestřičky v bílých šatech propouštěcí zprávu a k tomu mně řekla, že ji mám zanýst po skončení šestinedělí ke svýmu obvodnímu gynekologovi. Jinak mi nikdo nic neřekl. Ani se sestřička nezeptala, jestli mám nějaký otázky.“* (Edukaci prováděla studentka). Ostatní respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12) byly poučeny o tom, že v případě komplikací mají přijít do gynekologicko-porodnické ambulance v nemocnici. Jedna respondentka (R3) k tomu uvedla: *„Taky říkala* (PA), *že v šestinedělí jsem jako jejich pacient, tak kdyby se něco dělo, že mám přijít do nemocnice na ambulanci. Ale jaký komplikace to můžou být, tak to nerozváděla.“* Pro jednu respondentu (R12) to byla jediná edukační oblast, o které byla poučena. (Edukaci prováděla studentka). Edukující PA také ostatním respondentkám (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) řekla o dodržování správné hygieny. Další dvě respondentky (R7, R9) již nedostaly při edukaci žádné jiné informace. R9 řekla: *„ Taky říkala* (PA), *jak se mám mýt, jako že se nemám koupat, ale jenom sprchovat a to častěji.“* O výživě dostalo informace jen šest respondentek (R2, R3, R5, R6, R8, R10). Respondentka R6 uvedla, že jí PA oznámila, že má jíst zdravě a doma už nemusí dodržovat bezezbytkovou dietu. Pět respondentek (R2, R5, R6, R8, R10) bylo informováno o tom, že v šestinedělí nemají mít pohlavní styk. Jedna respondentka (R5) k tomu zmínila, že jí to přišlo úsměvné, protože si myslí, že žádná matka po porodu nemá na sex ani pomyšlení. Čtyřem respondentkám (R5, R6, R8, R10) byla dána informace o tom, že mají v šestinedělí cvičit cviky na posílení pánevního dna. U třech respondentek (R5, R8, R10) obsahovala edukace informace o očistcích. R8 k tomu řekla: *„ Sestřička mně říkala, že očistky jsou pořád infekční a proto si mám vždycky, když sáhnu na vložku, umýt ruce. Taky říkala, že množství očistků bude ubývat*

a že budou měnit barvu až po takový hlen.“ Tři respondentky (R5, R6, R10) dostaly informace o péči o suturu a tři respondentky (R3, R6, R10) informaci o tom, že se mají v šestinedělí šetřit, nic těžkého nezvedat a hodně odpočívat.

4. podkategorie - Způsob edukace

Schéma 11 Způsob edukace



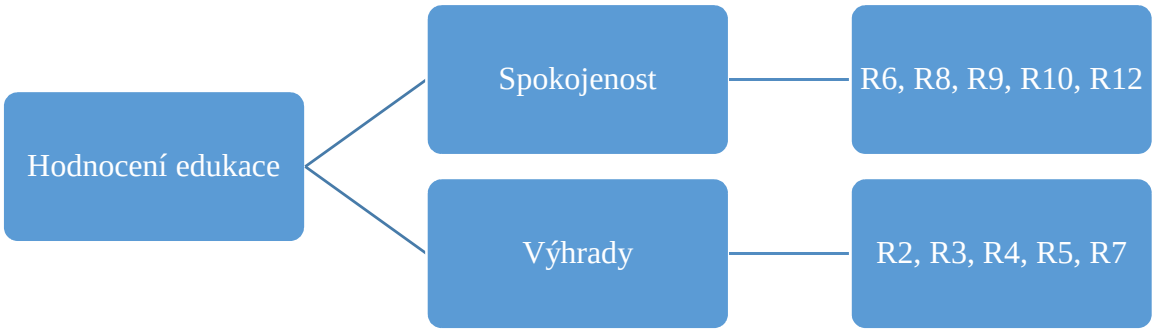
Zdroj: vlastní

U jedné respondentky (R11) nebyla provedena žádná edukace. U tří respondentek (R2, R5, R10) probíhala edukace hromadně, kdy si PA zavolala všechny propuštěné matky na chodbu před sesternu nebo do jídelny a tam jim předávala propouštěcí zprávy a informace. Respondentka (R5) k tomu řekla: *„Nelíbila se mi edukace při propouštění od sestřičky, kdy si nás zavolala všechny, co jsme šly domů na chodbu, a říkala nám nějaké instrukce. Myslím, že to mohlo být individuálně.“* Respondentka (R2) na otázku, zda by dala přednost individuální, odpověděla: *„Bylo mně to jedno. Po tom porodu, když Tě všichni vidí a tak, tak je pak jedno, jestli někdo slyší, co mi je říkáno. Já už se*

tak těšila domů, že jsem jen čekala, jestli doktorka řekne, že můžem, vzala jsem papír, něco vyposlechla a už se viděla doma.“ Další respondentce (R10) také nevadila společná edukace s ostatními ženami. Sedm respondentek (R1, R3, R4, R6, R7, R8, R12) bylo edukováno individuálně a to proto, že ležely na jednolůžkovém nadstandardním pokoji nebo byly propuštěny z daného pokoje jen ony. Jedna respondentka (R9) byla edukována s ostatními propuštěnými matkami na pokoji.

5. podkategorie - Hodnocení edukace

Schéma 12 Hodnocení edukace



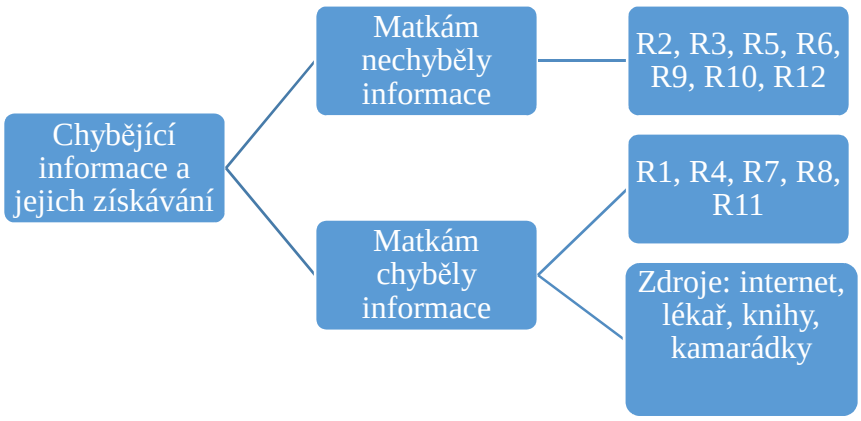
Zdroj: vlastní

Spokojenost s edukací uvedlo pět respondentek (R6, R8, R9, R10). Jedna respondentka (R6) uvedla, že jí vyhovovala forma edukace i možnost zeptat se na konkrétní otázky, které ji zajímaly. Respondentka (R8) řekla: *„Vše bylo podle mého v pořádku, myslím, že všechny potřebné informace jsem získala. Nebojím se zeptat, ale v porodnici mě žádné důležité otázky nenapadly. Vše je nejprve zapotřebí si zkusit. Vyhovovalo mi, že na oddělení šestinedělí a na předporodním kurzu byli všichni velmi sdílní s tím mi poradit.“* Respondentka (R9) byla spokojená i přesto, že v porovnání s většinou ostatních matek nedostala moc informací. Řekla: *„No já jsem byla spokojená, všichni byli ochotný. Byl prostor i na dotazy a vůbec si myslím, že to není odfláknuté.“* Další spokojená respondentka (R12) uváděla velkou spokojenost s edukací ohledně novorozence, k otázce své edukace řekla, že svoji edukaci neřešila, protože vše

věděla z předporodního kurzu. Určité výhrady s edukací uvedlo pět respondentek (R2, R3, R4, R5, R7). Respondentka (R2) i přesto, že dostala dost potřebných informací, uvedla: *„Zeptala se nás* (PA), *jestli je nám to všechno jasný, jestli se chceme na něco zeptat, ale já už se viděla doma. Mně by vyhovovalo, kdyby nám ty informace daly napsaný na papíře. Doma bych si to v klidu přelouskala. To by bylo nejlepší.“* Respondentce (R3) vadila povrchnost edukace o výživě. Řekla k tomu: *„Tak mohli třeba o tom jídle říct něco víc. Mně jenom řekli, že mám jíst zdravě. Ale oni takový luštěniny jsou taky zdravý, ne? To jsem ale věděla, že nemám jíst věci, co nadýmají. Jenom, že věta jíst zdravě je dost široký pojem.“* Respondentka (R4) uvedla, že poučení bylo velmi obecné a krátké, spoléhající se spíše na vědomosti rodičky. Čtvrtá respondentka (R5) by dala přednost individuální edukaci před hromadnou edukací a poslední respondentce (R7) se nelíbilo, že edukace proběhla v rychlosti mezi dveřmi a že byly podány jen základní informace.

6. podkategorie - Chybějící informace a jejich získávání

Schéma 13 Chybějící informace a jejich získávání



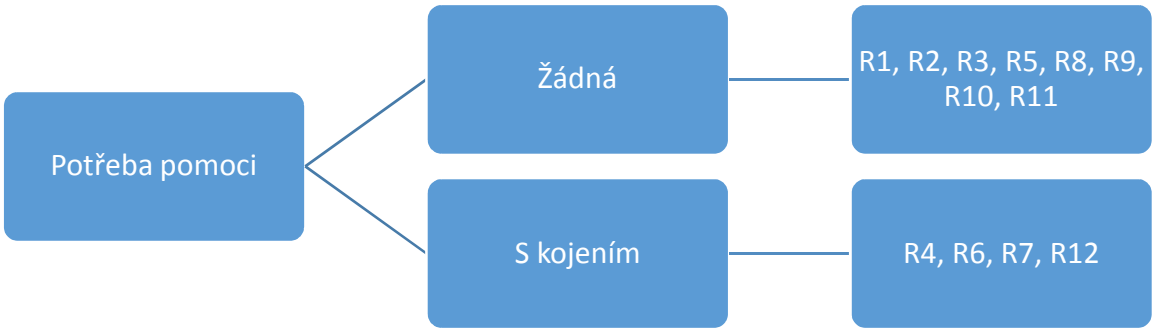
Zdroj: vlastní

Sedm respondentek (R2, R3, R5, R6, R9, R10, R12) uvedlo, že jim žádné informace v edukaci nechyběly. Přesto některé řekly, že další informace čerpaly od kamarádek, maminky a obvodního gynekologa či pediatra, z internetu, knih a brožurek. Jedna

respondentka (R5) k tomu řekla: *„Myslím, že bylo vše řečeno, ale člověk má plnou hlavu nových věcí, takže mu něco unikne.“* Stejně se vyjádřila i respondentka (R9): *„Tak ono tam ani nechybělo nic, ale myslím, že každá maminka je tak trochu vyjukaná a plná emocí, že spoustu věcí neeviduje.“* Další respondentka (R6) uvedla, že neví, jestli informace úplně chyběly, ale spíš se chtěla ujistit, že všechno dělá dobře. Proto další informace získávala ohledně kojení na internetu a u pediatra. Paradoxně spokojená byla i ta respondentka (R12), které nechyběly informace, přestože jich dostala téměř nejméně. (Dostala pouze informaci o předání propouštěcí zprávy obvodnímu gynekologovi a na koho se má v případě komplikací obrátit). Řekla k tomu: *„Nemám pocit, že by mi chyběly nějaké informace. Hledala bych je na internetu nebo v literatuře, případně jsem si jista, že bych se mohla obrátit i na Haničku* (paní, která vedla předporodní kurz) *z předporodního kurzu.“* Pět respondentek (R1, R4, R7, R8, R11) uvedlo v edukaci chybějící informace. Jedna respondentka (R1), i přestože v edukaci při propuštění dostala jen informaci ohledně návštěvy obvodního gynekologa, řekla, že informace získávala průběžně při hospitalizaci. Proto při propuštění neměla pocit, že něco neví a že se na něco potřebuje zeptat. Doma se radila se sestrou nebo kamarádkami. Hlavně se řídila svým zdravým rozumem a pocitem. Respondentce (R4) chyběly v edukaci informace o délce hojení, výživě a hlavně o kojení. Informace našla na internetu na stránkách kojeni.cz. Na tento zdroj informací kontakt od porodní asistentky nedostala, našla si ho sama. Také další respondentce (R7) chyběly informace o výživě a kojení. Tyto informace pak získávala na internetu a u pediatričky. Jedné respondentce (R8) chyběla informace ohledně péče o suturu, kterou pak získala také na internetu a u své obvodní gynekoložky. Také jí chyběly informace týkající se manipulace s novorozencem. Ty pak získala také na internetu a v knížkách např. od Evy Kiedroňové. Respondentka (R11), která nebyla vůbec edukovaná, získávala informace od kamarádek.

7. podkategorie - Potřeba pomoci

Schéma 14 Potřeba pomoci



Zdroj: vlastní

Většina respondentek (R1, R2, R3, R5, R8, R9, R10, R11) nepotřebovala v období šestinedělí žádnou pomoc. Čtyři respondentky (R4, R6, R7, R12) řešily problémy s kojením. Respondentka (R4) k tomu řekla: *„V porodnici, co se týče kojení tak podpora byla hodně bídná – když se někdo nerozkojí, automaticky dostane Nutrilon, o kojících kloboučkách mi řekla spolubydlící a tím mi vlastně zachránila kojení. Doma jsem prodělala tři záněty za sebou a neměla jsem žádné informace. Bylo by skvělé, kdyby na šestinedělí byla laktační poradkyně a promluvila si s každou maminkou před propuštěním.“* Respondentka uvažovala i o kontaktu laktační pracovnice, ale nakonec vše zvládla sama. Respondentka (R6) řešila problémy s kojením už v porodnici, následně s pediatričkou a po měsících přešla na plnou umělou výživu. Také další respondentka (R7) řešila problémy s kojením příkrmem, který jí doporučila pediatrička. Řekla k tomu: *„V porodnici mi bylo sděleno, že v případě problémů s kojením se můžu obrátit na laktační poradkyni. Přiznám se, že jsem ji nevyhledala a na doporučení pediatričky jsem začala přikrmovat. Kojila jsem za pomocí kloboučků. Dcera je nejedlík do dneška, a tak to bylo složitější.“* Jiná respondentka (R12) porodní asistentku nepotřebovala, ale uvítala by laktační poradkyni, kterou si ale podle svého názoru může zajistit sama.

8. podkategorie - Názor na návštěvní službu

Všechny dotázané respondentky vidí návštěvní službu u žen v šestinedělí jako vhodnou a užitečnou věc. Některé by tuto službu i v proběhlém šestinedělí rády využily, jiné vidí přínos této služby, ale samy o tuto službu zájem nepociťovaly. R1 řekla, že by se jí líbilo, kdyby k ní PA v šestinedělí přišla. *„Sestra rodila v Německu a tam chodila porodní asistentka do rodiny snad rok. Mně by vyhovovalo, kdyby v šestinedělí porodní asistentka přišla tak 1 – 2x. Jde o to, že když byla moje mamka a sestra daleko, tak jsem to chtěla s někým sdílet. Oni na to chlapi moc nejsou.“* Výhodu návštěvní služby vidí respondentka i v tom, že by PA pomohla třeba i s ošetřením pupíku, se kterým si nevěděla moc rady. R2 uvedla: *„Já bych to moc nemusela. Já nemám ráda, když mě někdo doma prudí. I když jsem si mohla vybrat, jestli přijde hned po příjezdu z porodnice dětská doktorka k nám, nebo já přijdu s prckem do ordinace, šla jsem k ní. Ale pro někoho to může být dobrý.“* R3 odpověděla, že o této možnosti nevěděla, a kdyby jí někdo tuto službu nabídl, tak by byla ráda a využila by ji i k poradě ohledně kojení. R4 dodala: *„To asi není nutné, ale laktační poradkyně by byla super. Mně by se líbilo, kdyby tak dva dny po propuštění někdo zavolal, jestli je vše v pořádku a nepotřebuji s něčím pomoc. Pokud bych potřebovala já, třeba se poradit ohledně krvácení, tak by přišla porodní asistentka a kdybych potřebovala pomoc s kojením, tak by přišla laktační pracovnice.“* Když se paní dozvěděla, že i PA rozumí kojení a dokáže pomoc a poradit, byla překvapená. V porodnici, kde respondentka rodila, se na stanici šestinedělí totiž o kojení starají výhradně dětské sestry. *„To by pak tedy mohla přijít ohledně kojení i PA.“* R5 řekla, že pokud si žena přeje, aby k ní porodní asistentka v šestinedělí přišla, tak proč ne. Na otázku, zda by ona sama měla o tuto službu zájem, odpověděla: *„No, nějakou cizí ženskou do bytu bych asi nechtěla. Pokud by to byla nějaká porodní asistentka, kterou už znám třeba z porodnice, předporodního kurzu nebo jsem ji viděla už před porodem, tak by mi to tak nevadilo. Taky kdybych měla problémy, tak je to asi jiné. Já jsem byla v pohodě.“* R6 vidí v návštěvní službě vhodnou formu pomoci, zejména prvorodičkám. Sama by tuto službu uvítala, protože řešila problémy s kojením. R7 si myslí, že je návštěvní služba dobrá věc, protože s některými problémy, např. s kojením dětská lékařka nepomůže. R8 odpověděla: *„Službu porodní asistentky*

využila moje kamarádka a moc si to chválila. Prý s ní prožila celé těhotenství, byla u porodu a poté jí navštívila přímo doma a poradila spoustu užitečných věcí. Sama plánuji, až budu mít druhé dítě, o takovou službu požádat. Takže si myslím, že je to určitě vhodná a užitečná služba.“ R9 vnímá přínos této služby hlavně pro ženy, které nemají doma maminku nebo kamarádku, která by poradila a pomohla. Pro ni samotnou se tato služba jeví zbytečnou. R10 má stejný názor v tom, že je tato služba vhodná pro ty ženy, které potřebují poradit a ve svém okolí nemají nikoho, na koho by se mohly obrátit o radu třeba s kojením. Ona sama má kolem sebe spoustu lidí, proto tuto službu nepotřebovala. Tuto službu vidí jako dobrou hlavně u prvorodiček. R11 uvedla: *„Možná tím, že všechno bylo v šestinedělí v pořádku, tak si nedovedu představit cizího člověka doma v době, kdy se s miminkem seznamuji, spíše jsem věřila intuici, co může mému miminku dělat dobře.“* R12 se vyjádřila, že v případě, že pomoc někdo potřebuje, je to vítaná služba. Ona sama problém v šestinedělí neměla, proto pomoc nepotřebovala. Na druhé straně, kdyby problém byl, byla by ráda, kdyby PA přišla. *„Ale aby chodila plošně ke všem, tak to ne. Ale jak by věděla, kdo potřebuje pomoc?“* (Paní si sama pokládá otázku). *„Nebylo by špatné, kdyby někdo tak za dva dny zavolal, jestli je všechno v pořádku, a kdyby nebylo, tak by přišel na pomoc.“*

5 Diskuze

Šestinedělí je období, které začíná po porodu placenty a končí asi 6 - 8 týdnů po porodu. Někteří autoři, např. Hájek, Čech, Maršál et al. (2014) uvádí, že šestinedělí končí 42. dnem po porodu. Oproti tomu jiní autoři, např. Hanáková, Weberová, Volná et al. (2015) pokládají konec šestinedělí za individuální a nastává podle nich po završení poporodních změn v těle ženy. Během tohoto období dochází v těle ženy k mnoha změnám, ať už tělesným nebo psychickým. Aby poporodní období žena prožila co možná nejlépe, je potřeba, aby měla dostatek informací o tom, co ji čeká a jak se má v šestinedělí chovat. Vzhledem k tomu, že v největším kontaktu se ženou před porodem a hlavně na stanici šestinedělí je porodní asistentka, je to právě ona, kdo ženu edukuje o důležitých věcech týkajících se období šestinedělí. Edukace ohledně šestinedělí probíhá již za hospitalizace, přesto je však potřeba některé informace v edukaci při propuštění zopakovat.

Stěžejním bodem diskuze je shrnutí výzkumného šetření a hodnocení výzkumných otázek stanovených na začátku šetření. Výzkumné šetření probíhalo v období od března do dubna roku 2016 a bylo prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit, jak PA edukují ženy na oddělení šestinedělí při propuštění do domácí péče, a rovněž zjistit, zda ženy využily informace týkající se období šestinedělí. Byly vytvořeny dva výzkumné soubory. První soubor tvořilo 6 porodních asistentek, které pracují na stanici šestinedělí v jedné pražské porodnici, a ten druhý výzkumný soubor tvořilo 12 matek, které rodily ve stejné nemocnici, následně byly hospitalizovány na stanici šestinedělí, a které ukončily období šestinedělí. Pro větší objektivitu jsme vybrali primipary, které nemohly čerpat zkušenosti z předešlých prožitých šestinedělí.

První dvě otázky ve výzkumném souboru PA byly zaměřeny na identifikační údaje PA. Ve výzkumném souboru žen po porodu (respondentek) byly první tři otázky zaměřeny na identifikační údaje žen. Ostatní otázky již byly orientovány na problematiku

edukace a zjištění zkušeností a názorů PA a žen na toto téma. Poslední otázkou obou výzkumných souborů byl názor na návštěvní službu PA u ženy v období šestinedělí.

Zajímalo nás, zda PA vidí v edukaci pro ženu přínos. Šulistová a Trešlová (2012) uvádí, že pojmu edukace lze přiřadit více významů jako vzdělání, výchova, výuka. Podle výzkumného šetření berou PA edukaci matek, které se chystají z porodnice domů, jako součást vzdělání matek v oblasti šestinedělí. Všechny dotázané PA se shodují na tom, že je důležité ženy edukovat proto, aby měly dostatek informací ohledně šestinedělí. Například PA6 uvedla, že ženy i přes absolvované vzdělání a jejich vlastní snahu se poučit o šestinedělí pomocí internetu, to podstatné nakonec moc neví. PA4 doplnila, že ženy potřebují mnoho věcí vysvětlit. A to i takové, které by, nebýt porodu, chápaly. Tři PA (PA2, PA3, PA5) uvedly, že je edukace důležitá proto, aby ženy věděly, jaké komplikace mohou v šestinedělí nastat, jak je mají řešit a na koho se mohou popřípadě obrátit. PA3 vidí důležitost edukace hlavně u prvorodiček, kdy ještě ženy neví, co mohou od tohoto období očekávat. Ostatní matky podle ní o edukaci ve většině případů nemají ani zájem.

Zeptali jsme se, jaká tedy měly ženy během těhotenství očekávání vztahující se na období šestinedělí. Čtyři respondentky (R1, R2, R3, R12) uvedly, že žádná očekávání vztahující se na období šestinedělí neměly. Obavy se u nich nevyskytly možná proto, že všechny čtyři měly v šestinedělí slíbenou pomoc od svojí matky, či partnera. Většina respondentek (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11) očekávala, že toto období bude náročné, a panovaly mezi nimi i obavy, zda všechno zvládnou. Dvě respondentky (R9, R11) očekávaly, že budou mít strach o dítě, aby bylo všechno v pořádku. Jedna respondentka (R5) byla spíše zvědavá a na období šestinedělí se těšila.

Protože obavy mohou pramenit i z neznámého, s čímž souhlasí i Bašková (2015), která uvádí, že hlavními cíli předporodních kurzů je snížení úzkosti a strachu z porodu, získání reálného postoje k porodu na základě poznání, zajímalo nás, kde získávaly respondentky v těhotenství o šestinedělí informace. Nejčastějším zdrojem informací o šestinedělí byly podle šesti respondentek (R5, R7, R8, R9, R10, R11) kamarádky. Čtyři respondentky (R4, R5, R6, R12) navštěvovaly předporodní kurz. Jedna respondentka (R8) se k tomu vyjádřila, že je škoda, že nestihla navštívit všechny části

předporodního kurzu, protože si myslí, že by se tam ještě dozvěděla dost informací. Další respondentka (R12) byla velmi spokojena s předporodním kurzem. Chválila si množství i způsob předávání informací. Absolvování předporodního kurzu doporučují i další autoři, např. Wilhelmová a Hrubá (2013), kteří vidí v předporodní přípravě pozitivní i další aspekty jako psychologický přínos prožívání porodu a radosti ze spolupráce s partnerem, umocňování pozitivního vztahu k novorozenci a vytváření předpokladů pro zdravý průběh šestinedělí. Čtyři respondentky (R5, R7, R10, R12) čerpaly informace z internetu, oproti tomu jedna respondentka (R11) uvedla, že se snaží diskuzím na internetu vyhýbat. Dle našeho názoru je nutné si uvědomit, že na internetu je možné najít mnoho potřebných, užitečných a kvalitních informací, ale také bohužel i informace nekvalitní a zavádějící. Čtyři respondentky (R1, R5, R7, R12) čerpaly informace z knih a časopisů pro matky a tři respondentky (R1, R2, R3) uvedly jako zdroj informací svoji vlastní matku a sestru, která již sama prožila šestinedělí. Jako další zdroj uvedla jedna respondentka (R3) svoje znalosti ze školy se zdravotnickým zaměřením a dvě respondentky (R1, R3) informace od obvodní gynekoložky.

Je zajímavé porovnat, v jakých oblastech PA uvádějí, že edukují matky při propuštění do domácího prostředí, a v jakých oblastech byly podle matek skutečně edukovány. Devět respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) bylo PA edukováno, proto se porovnávání následujících oblastí bude týkat jen těchto žen. Gregora a Velemínský (2011) zdůrazňují potřebu zvýšené hygieny v průběhu šestinedělí. Je potěšující, že všechny PA v našem výzkumném šetření o hygieně edukují a zdůrazňují vhodnost sprchování a nevhodnost koupání ve vaně. To, že PA v této oblasti skutečně edukují, potvrdily i všechny respondentky. I když všechny PA uvádějí, že další oblastí edukace jsou informace o výživě, jen šest respondentek (R2, R3, R5, R6, R8, R10) z devíti potvrdily, že údaje skutečně dostaly. Z této skupiny devíti respondentek ovšem R3 dostala jen informaci, že doma již nemusí dodržovat bezezbytkovou dietu, kterou na stanici šestinedělí dodržovala kvůli velkému porodnímu poranění. Nicméně má jíst zdravě. S nadsázkou to v rozhovoru okomentovala: *„Ale oni takový luštěniny jsou taky zdravý, ne?“* Luštěniny jsou sice zdravé, matkám, které kojí, se však nedoporučují z důvodu nadýmání dítěte. Další oblastí edukace, která byla

porovnávána, je pohlavní styk v šestinedělí. V této věci nejsou autoři knih jednotní. Hanáková, Weberová, Volná et al., 2015 píší o tom, že v šestinedělí nemá mít žena nechráněný pohlavní styk a je vhodné vyčkat na ukončení odchodu očistků. Gregora a Velemínský však udávají, že má být pohlavní styk až po ukončení šestinedělí. V nemocnici, kde se výzkumné šetření provádělo, téměř všechny PA nedoporučují ženám pohlavní styk v šestinedělí. Pouze jedna PA (PA5) se o tomto tématu při své edukaci nezmiňuje. Naproti tomu jen pět respondentek (R2, R5, R6, R8, R10) uvedlo, že informaci o sexu od PA dostalo. R5 tvrdila, že jí tato informace přišla úsměvná, protože si myslí, že žádná žena po porodu na sex nemyslí. O antikoncepci se ve své edukaci zmiňuje jen jedna PA (PA2) a to v tom smyslu, že kojení nelze brát jako spolehlivou ochranu před početím. Žádná respondentka ovšem tuto informaci nedostala. Péči o prsa a kojení do své edukace zahrnují jen tři PA a žádná respondentka v této oblasti edukována nebyla. Můžeme se domnívat, že důvodem takto malého počtu PA edukujících v oblasti kojení je skutečnost, že v porodnici, kde se výzkumné šetření provádělo, se o kojení a vše, co je s ním spojené, starají dětské sestry. Tudíž PA předpokládají, že v této oblasti ženy edukuje při odchodu pediatr nebo dětské sestry. O důležitosti provádění cviků na posílení pánevního dna edukují jen dvě PA (PA1, PA3) a tuto informaci potvrdily čtyři respondentky (R5, R6, R8, R10). Domníváme se, že nízký počet edukujících PA je dán tím, že některé PA se o cvičení na posílení pánevního dna zmiňují již při příjezdu ženy z porodního sálu na stanici šestinedělí. Další oblastí, o které edukuje jen jedna PA (PA3), je odpočinek. Informaci o důležitosti odpočinku obdržely tři respondentky (R3, R6, R10). Potřebě odpočinku v šestinedělí se věnuje ve své publikaci i Bašková (2015), která doporučuje mimo jiné aktivně zapojit do péče o novorozence i otce dítěte. Tři respondentky (R5, R8, R10) uvedly, že byly poučeny i o očistcích. Tyto informace některé PA spojují pod oblast hygieny, proto toto téma PA samostatně nezmiňují, stejně jako péči o suturu, o které se zmínily také tři respondentky (R5, R6, R10). Jedna respondentka (R1) k propouštěcí zprávě dostala jen informaci o tom, že ji má po skončení šestinedělí zanést svému obvodnímu gynekologovi. Jiná respondentka (R12) byla navíc poučena, že v případě komplikací má přijít do ambulance na klinice. Obě tyto respondentky popisovaly edukující osobu

jako velmi mladou sestřičku, která na sobě neměla uniformu jako ostatní porodní asistentky. Byla oblečena do bílého oděvu, který na stanici, kde bylo výzkumné šetření prováděno, nosí studentky odborné praxe. Stojí proto za zamyšlení, zda je studentka tou pravou osobou, která má sama provádět edukaci. Jedna respondentka (R11) nebyla vůbec edukována. V rozhovoru uvedla, že jen dostala propouštěcí zprávu a šla domů, kde si následně přečetla, že má po skončení šestinedělí navštívit svého obvodního gynekologa.

Zajímalo nás, kde respondentky v šestinedělí zjišťovaly informace, pokud zjistily, že jim některé informace chybí. I přesto, že sedmi respondentkám (R2, R3, R5, R6, R9, R10, R12) žádné informace v období šestinedělí nechyběly, některé z nich uvedly, že další informace čerpaly od kamarádek, maminky a obvodního gynekologa či pediatra, anebo z internetu, knih a brožurek. Kamarádky, které mají samy děti a mohou ženě předat své zkušenosti, jako dobrý zdroj informací zmiňuje i Vajdová (2011). Paradoxně respondentka (R12), která dostala pouze informace ohledně propouštěcí zprávy a případných komplikací uvedla, že jí žádné informace nechyběly, protože všechno potřebné se dozvěděla v předporodním kurzu, se kterým byla moc spokojená. Pěti respondentkám (R1, R4, R7, R11) údaje chyběly. Doma se radily s kamarádkami, sestrou, pediatrem, informace hledaly na internetu či v knížkách. A které informace chyběly? Respondentky nedostaly uspokojivé odpovědi o výživě, délce hojení porodního poranění, způsobu péče o operační ránu, kojení a manipulaci s novorozencem.

Z výše uvedených poznatků se nabízí otázka, zda byly respondentky s edukací při propuštění do domácího prostředí spokojeny či nikoli. Pět respondentek (R6, R8, R9, R10, R12) bylo spokojeno, pět respondentek (R2, R3, R4, R5, R7) mělo k edukaci výhrady a dvě respondentky (R1, R11) na tuto otázku uvedly, že nemohou odpovědět, protože u nich edukace neproběhla nebo jen ve velmi omezené míře. Spokojenost respondentek pramenila z možnosti se ptát na otázky, které respondentky zajímaly, z ochoty PA i z dostatečného množství informací. Na druhé straně mezi výhrady s edukací patřilo malé množství poskytnutých údajů, předávání informací v době, kdy

se už respondentky chystají domů a dostatečně nevěnují edukaci pozornost a způsob samotné edukace.

PA edukují na stanici šestinedělí, kde bylo výzkumné šetření prováděno, třemi způsoby. Jedna PA (PA1) edukuje všechny propuštěné ženy hromadně, kdy si ženy zavolá buď na chodbu před sesternu, anebo do jídelny. Její edukace má dvě části. V první části sdělí obecné informace a poté následují dotazy matek. Ve druhé části je prostor pro ženy, které se chtějí zeptat na něco individuálně, resp. v soukromí. Výhodu společné edukace vidí PA v tom, že se matky ptají a odpovědi slyší i ostatní, které by se styděly zeptat, nebo je tato otázka momentálně nenapadla. Navíc se podle PA někdy mezi matkami rozvine zajímavá diskuze. Další výhodu této edukace vidí PA v úspoře času. Hromadně byly edukovány tři respondentky (R2, R5, R10). Z toho jedné respondentce (R5) tento způsob edukace nevyhovoval a dala by přednost edukaci individuální. Zbylým dvěma respondentkám (R2, R10) forma společné edukace vyhovovala. Čtyři PA (PA2, PA3, PA5, PA6) edukují všechny propuštěné matky, které leží společně na pokoji. Pokud leží žena na jednolůžkovém nadstandardním pokoji nebo jde z daného pokoje domů sama, PA edukuje ženu individuálně. Jinak podle počtu propuštěných matek z daného pokoje (maximální počet jsou tři ženy). Všechny PA vidí v edukaci žen na pokoji úsporu času. Individuálně bylo edukováno sedm respondentek (R1, R3, R4,R6,R7,R8, R12) a jedna respondentka (R9) byla edukována společně se spolubydlící na pokoji. Jedna PA (PA4) edukuje společně propuštěné matky ze sousedních pokojů. Z rozhovorů s PA vyplynulo, že všechny dávají ženám prostor pro dotazy.

Jako největší překážku důkladné edukace vidí čtyři PA (PA1, PA3, PA4, PA6) nedostatek času. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že ve většině případů na směně slouží jen jedna PA a má na starosti až 24 žen. Další překážkou je podle PA5 internet, kdy si tam ženy přečtou spoustu neseriózních informací a pak si myslí, že jim PA říká nesmysly. PA2 vnímá jako překážku edukace jazykovou bariéru, kdy je nutná komunikace přes tlumočníka, který je přítomen osobně, nebo přes telefon. Některé ženy mluví jen anglicky a z PA pracujících na stanici šestinedělí je jen jedna, která anglicky hovoří. Ostatní PA jsou schopny se domluvit v ruském a jedna v německém

jazyce. Jako poslední překážku v edukaci uvedla PA4 stav, kdy je matka nezletilá a PA musí edukovat i toho, kdo ji i s dítětem přebírá do péče. Protože jde většinou o sociálně slabší ženy, nemá tuto situaci PA ráda.

Zajímalo nás, zda ženy potřebovaly v šestinedělí pomoc od PA. Většina respondentek (R1, R2, R3, R5, R8, R9, R10, R11) žádnou pomoc v šestinedělí nepotřebovala, zbylé čtyři respondentky (R4, R6, R7, R12) řešily v šestinedělí problémy s kojením. Tyto problémy konzultovaly s pediatrem, který u dvou respondentek (R7, R6) doporučil příkrm a plnou umělou výživu. Mydlilová (2011) uvádí, že by matka před odchodem domů měla dostat jména a telefonní kontakty na podpůrné zdroje pomoci při kojení. Není tedy zcela zřejmé, kdo tuto informaci propuštěným ženám v porodnici, kde bylo provedeno výzkumné šetření, předává. Jak jsme již uvedli, vše o kojení mají na starosti jen dětské sestry, a proto i oblast kojení do své edukace zahrnují jen tři PA.

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jaký názor na návštěvní službu PA u žen v šestinedělí mají PA i respondentky. Komunitní PA provádějící návštěvní službu není bohužel v naší zemi standardem a žena po porodu si musí návštěvu PA zaplatit jako nadstandard nebo musí mít indikaci gynekologa, aby komunitní PA přišla a služba byla proplacena zdravotní pojišťovnou. Zajímalo nás, zda by byl o službu komunitní PA mezi respondentkami zájem. Všechny PA, kromě jedné (PA5), i respondentky vidí tuto službu jako velmi vhodnou a potřebnou. Přesto některé respondentky uvedly, že samy by tuto službu, pokud by jim byla nabídnuta, nevyužily. PA5 bere tuto službu jako nadstandard, za který si má žena zaplatit. Obě dotazované skupiny nejčastěji zastávaly názor, se kterým rovněž souhlasíme, že návštěva PA by měla být od zdravotní pojišťovny běžně k dispozici a žena by ji využila jen tehdy, pokud by ji sama chtěla a potřebovala. V takovém případě by si žena PA zavolala a PA by ji navštívila nebo by PA zavolala ženě (např. druhý den po propuštění) a nabídla by jí svoji pomoc. Některé respondentky rozlišovaly mezi PA a laktační poradkyní. Protože žádná z respondentek neřešila v šestinedělí problémy např. s krvácením, bolestmi apod., ale řešily jen problémy s kojením, PA podle nich nepotřebovaly, ale laktační poradkyni ano. Když

jsme jim vysvětlili, že starostí PA je i oblast kojení, byly překvapeny, protože se PA po dobu hospitalizace ke kojení nevyjadřovaly.

6 Závěr

Období šestinedělí je pro ženu po všech stránkách velmi náročným obdobím, kdy dochází v jejím těle k tělesným i psychickým změnám a postupnému návratu do stavu před těhotenstvím. Přesto je šestinedělí krásné období v životě ženy, během kterého přijímá roli matky. K dobrému průběhu tohoto období je potřeba, aby PA ženu při propuštění do domácího prostředí dostatečně edukovala o tom, co ji čeká, jak se v šestinedělí chovat a co má dělat v případě, že se vyskytnou nějaké komplikace.

Ve výzkumné části této bakalářské práce byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak PA edukují ženy na stanici šestinedělí při propuštění do domácí péče a druhým cílem bylo zjistit, zda ženy využily informace týkající se období šestinedělí. Na základě těchto dvou cílů vyplynuly tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřila na to, v jakých oblastech edukují PA ženy při propuštění do domácí péče, druhá, jaké informace byly pro ženy zásadní při propuštění do domácí péče, a třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace ženy v edukaci postrádaly.

Dle výzkumného šetření edukují PA ženy při propuštění do domácí péče zejména v oblastech předání propouštěcí zprávy, možných zdravotních komplikací, hygieny, pohlavního styku, stravy. Menší část PA edukuje o kojení, péči o prsa, cvičení pánevního dna. Jedna z oslovených PA edukuje o antikonceci nebo odpočinku.

Pro ženy, které byly propouštěny do domácí péče, byly zásadní informace týkající se kojení. Právě informace o kojení však ženy v edukaci nejvíce postrádaly. Respondentkám také chyběly informace ohledně výživy, délce hojení porodního poranění a péče o suturu.

Z rozhovorů vyplynulo, že PA znají oblasti, o kterých by měly ženy při propuštění do domácího prostředí edukovat, ale občas některé informace předají velmi povrchně, nebo dokonce vůbec. Nutno podotknout, že mnohé matky samy přiznávají, že edukace probíhá v době, kdy se už chystají domů a moc PA nevnímají. Proto byla vytvořena informační brožura, kterou by každá žena při propuštění dostala. V ní jsou shrnuty základní informace ohledně šestinedělí. Předání brožury ovšem nesmí nahradit řádnou

edukaci PA. Většina PA vidí jako překážku k důkladné edukaci nedostatek času. Potom může nastat i situace, kdy ve spěchu nějakou informaci v edukaci PA zapomene. Aby k těmto situacím nedocházelo, byl vytvořen Záznamový lístek, který slouží jako pomůcka pro edukující PA. PA si na něj před samotnou edukací vyplní jméno ženy a popř. zvláštnosti v edukaci (např. OGTT po šestinedělí, ultrazvukové vyšetření pánevního dna v šestinedělí…) a v průběhu edukace si na připraveném lístku odškrtává témata, o kterých již se ženou hovořila.

Mnohé respondentky/ženy uváděly v šestinedělí potřebu informací ohledně kojení. Je potřeba, aby všechny PA do své edukace zahrnuly alespoň základní informace ohledně kojení a ženám předaly kontakty, kam se obrátit v případě problémů s kojením (např. Národní linka kojení, webové stránky kojeni.cz).

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity především jako informační materiál pro porodní asistentky, které se mohou zaměřit na to, zda správně edukují ženy při propuštění a připravují je tak na zvládnutí období šestinedělí v domácím prostředí.

7 Seznam použitých zdrojů

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně.* Praha: Grada Publishing. 552 s. ISBN: 978-80-247-5230-3

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-9728-1

BELKOV, Ivan, HUSER, Martin, PASTORČÁKOVÁ, Marcela a Kateřina SEDLÁKOVÁ, 2011. *Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci.* In Urologie pro praxi, roč. 12, č. 5, s. 307-311. ISSN: 1213-1768

BINDER, Tomáš et al., 2011. *Porodnictví.* Praha: Karolinum. 297s. ISBN 978-80-246-1907-1

ČEPICKÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ, 2011. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence.* Praha: Levret. 88 s. ISBN: 978-80-87070-50-5

DIVIŠOVÁ, Monika et al, 2011. *Zdravé hubnutí po porodu*. Praha: Grada Publishing. 140 s. ISBN 978-80-247-3630-3

Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu. In Moderní gynekologie a porodnictví, 2013, roč. 22, č. 4, s. 340 – 341. ISSN 1211-1058;1214-2093 (supplementum)

DVOŘÁK, Jiří, 2015. *Komplikace v šestinedělí*. In Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, roč. 25, č. 3, s. 35 – 37

DVOŘÁKOVÁ, Vlasta, 2011. *Kojení a jeho podpora*. In: Jihlavské zdravotnické dny 2011. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. s. 134 – 147. ISBN: 978-80-87035-37-5

ENGELOVÁ, Daniela a Jan FULÍK, 2012. *Zánětlivá onemocnění prsní žlázy*. In Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, roč. 14, č. 9, s. 1033-1035. ISSN 1212-4184

FRITZ, Stephanie, 2014. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snadnější porod a pro miminka.* Barevný svět. 96 s. ISBN 978-80-903543-4-0

GALLAGHER – MUNDYOVÁ, Chrissie, 2012. *Zpět do formy po porodu.* Praha: Fortuna Libri. 136s. ISBN 978-80-7321-669-6

GASKINOVÁ, Ina May, 2011. *Průvodce kojením.* Praha: Argo. 342 s. ISBN 978-80-257-483-7

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství.* Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel et al. 2014. *Porodnictví, 3. zcela přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9

HANÁKOVÁ, Taťána, WEBEROVÁ CHVÍLOVÁ, Magdalena, VOLNÁ, Pavla et al. 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti, 2. Aktualizované vydání.* Brno: Albatros Media. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3

HAVLÍK, Jaroslav a Tereza VOLŠÁTOVÁ, 2014, *Mléko jako potravina v těhotenství a při kojení.* In Výživa a potraviny, roč. 69, č. 2, s. 40-42. ISSN: 1211-846X.

HRONEK, Miloslav a Hana BAREŠOVÁ, 2012. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi. 151 s. ISBN 978-80-87250-20-4

IZÁKOVÁ, Ľubomíra, 2013. *Duševné zdravie počas tehotenstva a po porode*. In Psychiatrie pro praxi, roč. 14, č. 4, s. 161 – 163. ISSN: 1213-0508; 1803-5272 (elektronická verze)

IZÁKOVÁ, Ľubomíra, BOROVSKÁ, Marína, BALOGHOVÁ, Beata a Alexandra KRIŠTŮFKOVÁ, 2013. *Výskyt depresívnych príznakov v poporodním období*. In Psychiatrie pro praxi, roč. 14, č. 1, s. 26 – 29. ISSN: 1213-0508; 1803-5272 (elektronická verze)

JIMRAMOVSKÝ, František a Martin FUCHS, 2011. *Kojení a začátky s výživou: průvodce s výživou v prvním roce života*. [Praha: Nutricia]. 39 s.

JIRSOVÁ, Eva, 2012. *Bezpečnost léčiv během kojení*. In: Medical tribune, roč. 8, č. 13, C1-C2. ISSN: 1214-8911

KLIMEŠ, Lumír, 2010. *Slovník cizích slov*. 3. vyd. Praha: SPN. 829s. ISBN 978-80-7235-446-7

KOTALÍKOVÁ, Miluše, 2013. Elektronická podpora výuky. Přednáška: Výživa těhotných a kojících žen. [cit. 2016-22-2] Dostupné z http://kgv.zf.jcu.cz/index.php?p=175

KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetřovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1

KUDELA, Milan et al, 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 274 s. ISBN 978-80-244-1975-6

LAKTAČNÍ LIGA [online]. 2016. [cit. 2016-22-2] Dostupné z: http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/fyziologie-laktace/

MARTINCOVÁ, Jana et al., 2012. *Zdravé těhotenství: jedinečný rádce pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí: zdravá výživa, zdravé vaření, zdravé cvičení: výživa a cvičení pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí.* Brno: Babyonline. 99 s. ISBN: 978-80-904216-3-9

MYDLILOVÁ, Anna. *Kojení donošených novorozenců*. [online]. 2011 [cit. 2016-22-3]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/kojeni.pdf

MZCR. *Definice porod- potrat dle MZCR* [online]. 2012 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625

NOSKOVÁ, Pavlína, 2011. Léčba bolesti během gravidity a laktace. In: Medicína pro praxi, roč. 8, č. 9, s. 370-373. ISSN:1214-8687

PAŘÍZEK, Antonín et al., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. Kamenice: MCC Publishing. 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7

REPKOVÁ, Adriana, 2011. *Emocionálna starostlivosť o šestonedieľku.* In: Jihlavské zdravotnické dny 2011. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. s. 557-560. ISBN: 978-80-87035-37-5

SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 244 s. ISBN 978-80-247-4341-7

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-807-2628-452

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF. 192s. ISBN 978-80-7394-246-5

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka et al. 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6

TALOVÁ, Barbora, LÁTALOVÁ, Klára, PRAŠKO, Ján a Barbora MAINEROVÁ, 2014. *Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu.* In Česká a slovenská psychiatrie, roč. 110, č. 1, s. 29 – 37. ISSN 1212-0383

VOKROJ, Jiří, 2011. *Infekční onemocnění v šestinedělí.* In Lékařské listy, roč. 60, č. 3, s. 33-34. ISSN 1805-2355

WILHELMOVÁ, Radka a Drahoslava HRUBÁ, 2013. *Zdravotní gramotnost těhotných žen a její determinanty*. In: Praktická gynekologie, roč. 17, č. 3, str. 244-251. ISSN1211-6645, 1081-8750 (elektronická verze)

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Souhlas porodní asistentky s účastí na výzkumu

Příloha 2 - Souhlas respondentky s účastí na výzkumu

Příloha 3 - Otázky rozhovoru s porodními asistentkami

Příloha 4 - Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 5 - Seznam tabulek a schémat

Příloha 1

Souhlas ke spolupráci

Vážená kolegyně,

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro moji bakalářskou práci, kterou zpracovávám při studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Bakalářskou práci pod názvem „Edukace žen v šestinedělí" zpracovávám pod vedením PhDr. Drahomíry Filausové.

Děkuji.

V Praze, dne ……..

Podpis studentky ……..

Podpis respondentky ……..

Příloha 2

Žádost o spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Věra Běhanová a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita. Bakalářskou práci pod názvem ,,Edukace žen v šestinedělí" zpracovávám pod vedením PhDr. Drahomíry Filausové.

Děkuji.

V Praze/ Odoleně Vodě, dne ……..

Podpis studentky …….....

Podpis respondentky ……...

Příloha 3

OTÁZKY PRO PORODNÍ ASISTENTKY

1) Věk
2) Jaké máte vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém sektoru?
3) V jakých oblastech edukujete?
4) V čem vidíte důležitost provádění edukace?
5) Co vnímáte jako překážku k důkladné edukaci?
6) Jak Vaše edukace probíhá?
7) Jaký máte názor na návštěvní službu porodní asistentky u ženy v šestinedělí?

Příloha 4

OTÁZKY PRO ŽENY

1) Věk
2) Vzdělání
3) Způsob porodu + poranění
4) Jaká jste měla v těhotenství očekávání, vztahující se na období šestinedělí?
5) Kde jste před porodem získávala informace o šestinedělí?
6) O kterých oblastech jste byla edukována při propuštění?
7) Jak edukace probíhala?
8) V čem Vám vyhovovala/nevyhovovala forma edukace?
9) Jaké informace Vám v edukaci chyběly a kde jste je pak získávala?
10) Jakou pomoc jste potřebovala v šestinedělí od porodní asistentky?
11) Jaký máte názor na návštěvní službu porodních asistentek doma u žen v šestinedělí?

Příloha 6

Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 Identifikační údaje porodních asistentek ……..…. 33

Tabulka 2 Identifikační údaje respondentek …….……. 34

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie ……...……... 35

Schéma 2 Oblasti edukace …….. 36

Schéma 3 Způsob edukace ……...……... 38

Schéma 4 Překážky edukace ……...……... 39

Schéma 5 Důležitost edukace …….. 40

Schéma 6 Návštěvní služba …….. 41

Schéma 7 Hlavní kategorie a podkategorie …….. 43

Schéma 8 Očekávání …….. 44

Schéma 9 Zdroje informací ……..... 45

Schéma 10 Oblasti edukace …….. 46

Schéma 11 Způsob edukace …….. 48

Schéma 12 Hodnocení edukce …….. 49

Schéma 13 Chybějící informace a jejich získávání …….. 50

Schéma 14 Potřeba pomoci …….. 52