

ÚVOD

Porodnictví a ošetrovatelská péče o ženu v šestinedělí prošly během staletí mnoha epochami. Díky výzkumům z řad některých významných lékařů (např. I. P. Semmelweis) došlo ke zkvalitnění péče o nedělku a k získání nových poznatků v tomto oboru. V českých zemích nastal velký rozvoj porodnictví zejména za vlády Marie Terezie ve 2. pol. 18. stol.

Období šestinedělí je jedním z nejnáročnějších v životě ženy. V ženském organismu se dějí mnohé procesy, hojí se porodní poranění a mléčná žláza zahajuje svou činnost. Únava, fyzická zátěž a nedostatek spánku působí negativně na ženský organismus, někdy může dojít až k naprostému vyčerpání sil. Proto je nutné dbát na správný jídelníček a dostatek odpočinku ženy po porodu. K vzájemnému soužití matky s dítětem je potřeba hodně trpělivosti a času.

Ve své bakalářské práci se snažím pojmut období šestinedělí jako celek a vystihnout jeho problematiku. V teoretické části se zabývám fyziologií šestinedělí (změnami celkovými a změnami na pohlavních orgánech) a možnými poruchami, které po porodu mohou nastat. Považovala jsem za důležité popsat ošetrovatelskou péči o nedělku a úlohy porodní asistentky. Na závěr nastiňuji běžný život nedělky po návratu domů z nemocnice.

Uvědomuji si, že v těhotenství se matky připravují zejména na samotný porod a manipulaci s novorozencem, na druhou stranu se zapomínají dostatečně připravit na dobu těsně po porodu. Šestinedělí není vhodné pro učení a získávání nových poznatků. Matka je po porodu unavená a pod vlivem vyplavovaných hormonů může být i citově nestabilní. Prioritou pro ni je zaměření se na potřeby dítěte a na soužití s ním.

Ve výzkumné části mne zajímalo, zda v dnešní době „přeinformovanosti“, kdy lze získat informace téměř o všem, jsou maminky na období po porodu dostatečně připravené, mají potřebné znalosti a uvádějí je do praxe. Také mne zajímalo, zda jsou s poskytovanou péčí na oddělení šestinedělí spokojené.

Bakalářská práce je určena především porodním asistentkám v nemocniční péči a studentkám oboru ošetrovatelství. Věřím, že tato práce bude přínosem pro ně i laickou veřejnost.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie porodnictví a šestinedělí

Porodnictví prošlo během staletí mnoha významnými změnami. Z období starověku se nám dochovaly zmínky v podobě nápisů a kreseb na zdech hrobek, znázorňující rodící ženy v různých porodních polohách. Starší, již rodivší a zkušené ženy, byly zvyklé poskytnout pomoc jiným ženám při porodu. Ty nejzkušenější a nejzručnější se stávaly porodními babicemi. Jednu z nejstarších zmínek o těchto u porodu pomáhajících ženách nalezneme v Bibli v knihách Mojžíšových; „Když rodila, jedno vystrčilo ruku. Porodní bába na ni rychle přivázala karmínovou nitku a řekla: 'Toto vyjde první'" (1. Moj. 38/28; 4, str. 53). Ve 2. knize Mojžíšové je popsána situace, kdy se v Egyptě obávali nárůstu hebrejského národa, který pro ně znamenal ohrožení: „Egyptský král poručil hebrejským porodním bábám, z nichž jedna se jmenovala Šefra a druhá Púa: Když budete pomáhat Hebrejkám při slehnutí a zjistíte, že je to syn, usmrťte jej, bude-li to dcera, ať je naživu. Avšak porodní báby se bály Boha a rozkazem egyptského krále se neřídily. Nechávaly hochy naživu. Porodní báby faraonovi odvětily: Hebrejky nejsou jako ženy egyptské; jsou plné života. Porodí dříve, než k nim porodní bába přijde". Protože se porodní báby bály Boha, požehnal jejich domům“ (2. Moj. 1/15,17,19,21; 4, str. 65).

V „nečistém období“ bylo v izraelském národě doporučováno sexuálně se nestýkat s ženou, je tu tedy určitá podobnost s dnešním dodržováním hygienických opatření v období šestinedělí. Zmínky nalézáme ve 3. knize Mojžíšově; „Mluv k Izraelcům: Když žena otěhotní a porodí chlapce, bude nečistá po sedm dní; bude nečistá jako v době svého obvyklého krvácení. Jestliže porodí děvče, bude nečistá dva týdny jako při svém krvácení a ještě po šedesát šest dní setrvá v očišťování od krve“ (3. Moj. 12/2,5; 4, str. 108).

O podobné hygieně v období menstruace a prevenci infekce se mluví také na jiném místě ve 3. knize Mojžíšově; „Když má žena výtok, totiž svůj pravidelný krvavý výtok, bude v období svého krvácení nečistá sedm dní. Každý, kdo by se jí dotkl, bude nečistý až do večera. Každý, kdo by se dotkl jejího lůžka, vypere si šaty, omyje se vodou a bude nečistý až do večera“ (3. Moj. 15/19,21, 4, str. 112). Je zajímavé, že již

stovky let př. Kr. Izraelité znali a využívali hygienické návyky a byli seznámeni s dopady případného nedodržování hygienických zásad na jejich zdraví (4,8).

V antickém Řecku a o něco později v Římě se porodní báby začaly věnovat poskytování pomoci při porodu jako svému zaměstnání. Vědomosti a zkušenosti přejímaly od svých předchůdkyň a samy vyučovaly mladší uchazečky. Lékaři se v porodnictví věnovali spíše teorii. Z tohoto období nám zůstaly spisy Celsuse, Soranose z Efesu a Galenose, kteří popsali pravidelný průběh porodu a některé nepravidelnosti s návrhem jak je řešit. Znali vnitřní obraty, extrakci plodu a uměli provést i jiné porodnické operace. Možná vůbec první z definic porodní asistentky pochází právě od jednoho z lékařů této doby. Sorános z Efesu (100 l. /př. Kr.) definoval ženu pomáhající u porodu takto: „... žena gramotná, duchaplná, obdařená dobrou pamětí, pracovitá, počestná a bez smyslových vad. Má mít zdravé končetiny, silné tělo a dlouhé štíhlé prsty s krátkými nehty. Má být klidné povahy, střízlivá, bez předsudků a nemá být chtivá peněz, aby neposkytovala látky vyvolávající potrat za úplatu“ (10). Po rozpadu římské říše a v důsledku hromadného stěhování národů se úroveň porodnictví a medicíny celkově pozastavila. Řemeslo porodních babic se i v tomto období předávalo po generacích (8,17).

V období středověku bylo praktické porodnictví v podstatě zcela v rukou porodních bab. K vyhledání lékařské pomoci se uchýlovaly pouze v komplikovaných případech. Také při ženských chorobách nemocné vyšetřovaly porodní báby a lékař doporučil ošetření na základě sděleného nálezu. Ve 14. století se začaly zřizovat při městských nemocnicích oddělení pro rodičky, např. v roce 1339 v Norimberku, v roce 1378 v Paříži. I zde však poskytovaly rodičkám porodní pomoc jen ženy. Od 15. století jsou od porodních babic vyžadovány odborné znalosti potřebné při vedení porodu a začínají pracovat pod dozorem městského fyzika (8,17).

Ošetřovatelství se zaměřuje na chudé, nemocné a jinak trpící obyvatelstvo a v průběhu staletí jsou za tímto účelem zakládány řády a kláštery. Mniši a řádové sestry poskytují lékařskou a ošetřovatelskou péči až do 13. století, kdy je lékařská péče dána trvale pod kompetenci lékařům. Mniši a řádové sestry mohli nadále sloužit ošetřováním chudých a nemocných (34, Příloha 2).

V období novověku (16. - 20. stol.) nastal zvrat v poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. V porodnictví nastal zlom v počátcích 17. století, kdy se začínají péče o rodičku ujmát muži - lékaři. Jejich pomoc byla požadována zejména u patologií a komplikovaných stavů při porodu. Mnoho z nich se zapsalo do dějin svým podílem na rozvoji porodnictví. Jmenujme alespoň J. Y. Simpsona, který v roce 1847 zavedl do porodnictví éterovou a chloroformovou narkózu (8,19).

Za zajímavé stojí uvést, že stejně jako se umění babictví předávalo z generace na generaci, tak i v lékařství se nové poznatky předávaly v rodinách. Můžeme například uvést anglickou rodinu Chamberlenů, která začala ke konci 17. století provádět extrakci plodu kleštěmi. Svůj nástroj ale drželi celá desetiletí jako rodinné tajemství. Díky tomu byly žádání i u mnoha šlechtických rodin. Z dalších významných osobností 17. století uveďme například Justinu Sigmundovou, která byla porodní asistentkou na dvoře pruských králů a zanechala po sobě knihu s názvem Porodnictví, vydanou v roce 1690. Vzpomeňme také Olgu Gebauerovou, která v roce 1885 založila Časopis pro porodní asistentky (8,19).

1.1.1 Porodnictví a šestinedělí v českých zemích

V českých zemích se porodnictví a gynekologie přednášely na Karlově Univerzitě v Praze hned od jejího založení v roce 1348, ale výuka byla pouze teoretického rázu. Praktická cvičení se nekonala, protože chirurgii a anatomii přednášeli výlučně profesori patřící k duchovnímu stavu. V Čechách byly porodní báby zařazeny společně s ranhojiči-chirurgy a lazebníky do společného cechu, který byl pod dohledem městského fyzika (10).

První nařízení o povinném školení pomocnic při porodech bylo vydáno v roce 1452 v Řezně. Jako vyučující materiál posloužila kniha *Der Swangeren Frauen und Hebammen Rosengarten*, kterou pro tyto potřeby sepsal v roce 1513 Roesslin z Wormsu. V češtině její název zní *Růžová zahrádka* (rok 1519). Velká potřeba zlepšení úrovně vzdělání pomáhajících žen přispěla k zřízení první školy pro porodní báby v roce 1589 v Mnichově a později v Paříži (10).

V 18. století byly životní podmínky porodních babiček u nás velmi špatné. Většinou to byly chudé, negramotné staré vdovy, které vykonávaly porodnickou praxi

jen proto, aby nemusely žebrot (8,10). Situace se zlepšila až vydáním „Generálního řádu pro Království České“ (Marie Terezie, 24. 7. 1753), který se zabýval i postavením porodních babiček. Řád zakazoval pití vína a jiných alkoholických nápojů, nabádal k čestnému chování, dokonce pod hrozbou trestu zakazoval jakékoliv předčasné vypuzení plodu a podávání léků. Před započítáním své činnosti skládaly porodní babičky přísné zkoušky a přísahy věrnosti (8,10,21).

V roce 1804 se porodnictví posunulo ještě dál. Porodní babičky, které chtěly pokračovat ve své činnosti, procházely studijním kurzem na univerzitě nebo lyceu. Po absolvování teoretické přípravy následovalo dvouměsíční praktické vyučování v porodnici. Za působení dr. Jungmanna bylo vyškoleno okolo 8 tisíc porodních babiček (10).

Téměř o sto let později, v roce 1897, byly vydány služební předpisy pro porodní báby. Pojednávaly o nutném vybavení porodních babiček nástroji a pomůckami a o tom, jak mají užívat a ředit dezinfekční prostředky. Dále mluvily o správném ošetření dítěte a šestinedělky a nakonec i o povinnostech porodních babiček ve věcech veřejných, např. kdy má volat lékaře nebo kam má oznámit narození dítěte (10).

Porodní babičky se v těchto letech začínaly sdružovat. Společných setkání bylo mnoho, ale možná nejdůležitější se konalo v roce 1919, kdy se sloučily všechny spolky porodních babiček v Čechách a na Moravě a vznikla organizace „Ústřední jednota porodních asistentek“ (ÚJPA), tehdejší ekvivalent profesní asociace ČAPA - Česká asociace porodních asistentek. Pouze dva roky poté, v roce 1921, založilo 9 diplomovaných sester „Spolek absolventek školy ošetrovatelské“. Jejich cílem bylo jasné rozlišení mezi vzdělanými a nevzdělanými sestrami včetně odlišného finančního ocenění. Přispěly také k celkovému zlepšení podmínek diplomovaných asistentek u nás. V roce 1922 byl ustaven v Bruggách Mezinárodní svaz porodních asistentek a o rok později se jejím členem stala ÚJPA (8,10,17).

Do podvědomí se dostává moderní koncept ošetrovatelství, jehož zakladatelkou je Florence Nightingalová. V roce 1928 vyšel u nás zákon o pomocné praxi porodnické, kde byl kladen důraz na vzdělání a výcvik porodních, službu konajících asistentek. Postupně se stále zvyšovaly nároky na porodní asistentku, délka studia se prodloužila z 10 měsíců na 2 roky a tím se také zlepšila úroveň poskytované péče. O deset let

později, v roce 1939 vyšly směrnice upravující vedení poraden pro matky s dětmi a péče se začala zaměřovat na prevenci (8,10,15,17).

Úžasný rozvoj v ošetrovatelství byl zastaven v roce 1948, kdy u nás nastal totální zvrat a následný pád profese. Všechny profesní spolky byly sjednoceny do organizace ROH. V roce 1965 bylo zrušeno povolání porodní asistentka a název byl změněn na ženskou sestru. (Vzdělávání ženských sester bylo zajištěno na vyšších sociálně - zdravotních školách). Během dvaceti let se tedy na papíře škrtlo celé řemeslo. Právo pomáhat rodící ženě měl teď jen lékař - porodník. Náprava k původnímu obrazu začala až v 90. letech, kdy opět došlo k přejmenování profese na porodní asistentku. Vědomí zdravotnické i široké veřejností se z tohoto smrtícího vakua bude zotavovat ještě mnohem déle a porodním asistentkám nezbyvá než trpělivě prosazovat svá práva na pomáhání těhotným, rodičkám a šestinedělkám (8,10,17,18).

1.1.2 Lékař Ignaz Philipp Semmelweis

I. P. Semmelweis (1818 - 1865), významný lékař maďarského původu, je možná nejdůležitější osobností v historii šestinedělí. Jeho jméno se nejčastěji spojuje s nebezpečným onemocněním - horečkou omladnic. Toto onemocnění postihovalo ženy po porodu, mívalo rychlý průběh a zpravidla končilo smrtí. V době své působnosti ve Vídni se Semmelweis zabýval příčinou epidemie horečky omladnic v nemocnicích. I přestože umíralo obrovské procento šestinedělek, bral profesor Klein (ředitel kliniky) hromadné umírání matek jako nezvratnou skutečnost. Došlo to až tak daleko, že se rodičky bránily porodům v nemocnici ze strachu o svůj život.

Semmelweis při svých pozorováních zjistil zajímavou skutečnost. Mnohé nedělky umíraly brzy po porodu, podobně jako na chirurgickém oddělení pacienti po operaci, i když samotný výkon byl proveden správně. Porovnával oddělení klinik a hledal příčinu opakovaných úmrtí šestinedělek. Poznání přišlo se smrtí kolegy Kolletschka, který byl nešťastnou náhodou poraněn při pitvě jedním nepozorným studentem a několik dní poté podlehl celkové infekci. Při důkladném pročtení jeho pitevního nálezu si Semmelweis všiml podobnosti příznaků smrtelné nemoci svého zemřelého kolegy a šestinedělek. V té době byla na jedné vídeňské klinice úmrtnost rodiček asi 5 %, zatímco na druhé klinice se pohybovala okolo 14 %. Objevil souvislost

mezi pobytem studentů v pitevnách, kdy docházelo k přenosu infekce rukama studentů na rodičky. Vyslovil teorii, že tuto nemoc přenáší sami lékaři a ustanovil hygienické zásady k potlačení epidemie.

Po povinné hygieně rukou chlorovým vápnem klesla úmrtnost na pouhé 1 %. I když výsledky byly jednoznačné, kolegy se mu přesvědčit nepodařilo. Jedním z důvodů byla jeho bojovnost a útočnost, pro kterou si u mnoha kolegů vypěstoval averzi vůči své osobě. Můžeme to vypožorovat z dopisu jeho odpůrci, profesoru porodnictví Scanzonimu: „Budete-li nadále vychovávat studenty svým bludným učením, pak vás prohlašuji, pane dvorní rado, před celým světem za vraha. Lékařská historie vám přisoudí pojmenování lékař - Nero" (37).

V roce 1860 vydává Semmelweis významnou vědeckou knihu nazvanou „Příčiny, pojem a ochrana před horečkou omladnic“, v níž zveřejnil své objevy a zkušenosti a vyzval všechny porodníky, aby si osvojili jím doporučované metody. I když jeho teorie byla správná, díky své výbušné povaze sklídl pouze posměch a vzbudil veliký odpor. Profylaktická opatření, která navrhl, se ujala až o 30 let později, v době odhalení prokokového streptokoku Luisem Pasteurem.

Po dlouho trvajících a vyčerpávajících sporech I. P. Semmelweis podlehl duševní chorobě a byl převezen do ústavu pro choromyslné v Doblingu u Vídně. Tam po krátkém pobytu 14. srpna 1865 ve svých 47 letech zemřel. Ironií osudu byla příčina smrti, infekce, proti níž celý svůj život bojoval. Už při převezení do ústavu měl zanícený prst, který si poranil při operaci v Budapešti. Nákaza, která vnikla do rány, se rozšířila a způsobila celkovou sepsi. Lékař I. P. Semmelweis, zvaný též „Zachránce matek“, je řazen mezi nejvýznamnější lékaře 19. století (8,26,30,37).

1.2 Fyziologie šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období šesti týdnů po ukončení těhotenství porozením dítěte. Během tohoto období se orgány ženy navracejí do stejného stavu jako před otěhotněním, hojí se porodní poranění a mléčná žláza zahajuje svou činnost. Žena je od této chvíle nazývána „nedělkou“. Podle dalšího dělení rozpoznáváme šestinedělí časně (rané) – prvních 7 dní po porodu a šestinedělí pozdní, končící 42. dnem (35).

1.2.1 Průběh šestinedělí

V časném šestinedělí, zvláště pak v prvních 24 hodinách poporodního období, je zvýšené riziko porodnických a anesteziologických komplikací. Proto musí porodní asistentka ženu sledovat, aby se případné komplikace podchytily hned při jejich vzniku. I když porod proběhne bez komplikací, musí se maminka vyrovnávat s určitými obtížemi, které patří k tomuto období. Děloha se během šesti týdnů po porodu navrácí do původního stavu, vyrovnává se hormonální hladina v organismu a tělo se zbavuje přebytečné tekutiny (40).

Nezapomeňme, že během těchto šesti týdnů novorozenec potřebuje maximální péči. V prvních týdnech je miminko více náchylné k nemocem a zvyká si na dosud neznámé prostředí. Je to také období navazování prvního kontaktu s matkou, čas k učení vzájemné komunikaci a soužití (35,40). Pokud šestinedělí proběhne bez komplikací, mluvíme o šestinedělí pravidelném. Pokud nastanou jakékoliv komplikace (infekce, zvýšené krvácení, komplikované hojení epiziotomie atd.), hovoříme o šestinedělí nepravidelném (6,40).

1.2.2 Celkové změny

Po ukončení těhotenství dochází v organismu ženy k celkovým změnám, které jsou patrné především na jednotlivých orgánech navracejících se do stavu před otěhotněním (35).

V močovém měchýři zůstává po porodu zbytkové residuum z důvodu nadměrného rozpětí močového měchýře v těhotenství. Postupně mizí hypotonie vývodných cest močových a během prvního týdne po porodu je zvýšenou diurézou z organismu vyloučeno přebytečné množství extracelulární tekutiny. Zvětšené ledviny involvují pomalu. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinových pánviček, způsobené v graviditě progesteronem, se během šestinedělí vrací k normálu. Riziko infekce močových cest v šestinedělí nabádá ke zvýšené hygieně (29,40).

Funkce trávicího ústrojí se po ukončení těhotenství rychle normalizuje, střevní kličky zaujmou svoji původní polohu. Často však přetrvává obleněná peristaltika a nedělky mají sklon k zácpě. Průměrný váhový úbytek po porodu činí asi pět kilo. Během šestinedělí však žena ztratí na váze další čtyři kila v důsledku poklesu množství

extracelulární tekutiny. Klesá také hladina sérových bílkovin, volných mastných kyselin, cholesterolu a triacylglycerolu. Hodnota glykémie výrazně klesá kolem druhého až třetího dne. K úplné normalizaci těchto hodnot dochází ale až po skončení šestinedělí (6,40).

Hemodynamické změny vzniklé v graviditě se také postupně vracejí k normálu. Klesá srdeční výdej, snižuje se počet tepů i dechů. S poklesem bránice se rozepínají plíce a prohlubuje se dýchání ženy. Celkový objem krve klesá z pěti až šesti litrů před porodem na čtyři litry. Změny v krevním obraze závisí na krevní ztrátě při porodu. Mírně stoupá počet leukocytů, zejména granulocytů. Přetrvává zvýšená aktivita koagulačního a zároveň fibrinolytického systému. Vzestup koncentrace srážlivých faktorů během těhotenství je rezervou pro minimalizaci krevních ztrát během porodu. Jejich zvýšená aktivace však může způsobit tromboembolické komplikace v šestinedělí. Ohrožené jsou zejména ty nedělky, které mají narušenou schopnost aktivace fibrinolýzy (6,28,29,40).

Po porodu placenty rychle klesají hladiny placentárních hormonů. Placentární laktogen (hPL) vymizí z oběhu během několika hodin, choriový gonadotropin (hCG) během dvou až tří týdnů. Stejně tak po porodu významně klesne hladina estrogenů a progesteronu (do 7. dne). Po odeznění tlumivého účinku placentárních působků se uvolňuje prolaktin, pod jehož vlivem začne mléčná žláza produkovat mateřské mléko (6,28,40).

1.2.3 Involuční změny pohlavních orgánů

Děloha se během těhotenství asi 11x zvětší a její hmotnost se pohybuje okolo 1000 g. Po porodu dítěte se začne zavínovat a na konci šestinedělí váží asi 80 g. Involute děložní je podmíněna jednak retrakcí děložní svaloviny, stlačením cév a snížením přívodu krve do dělohy, tak i hormonálními změnami. Intenzita kontrakcí při obnově děložní činnosti po porodu je často vysoká a jako porodní bolesti ji vnímají zvláště vícerodičky. Zavínování a bolestivost dělohy se zvyšuje při kojení účinkem hormonu oxytocinu (28,29,35,40).

V dutině děložní nekrotizují a jsou odlučovány zbytky deciduální tkáně. Ranná plocha placenty je infiltrována leukocyty, které tvoří ochrannou bariéru proti infekci a

zároveň roní sekret, jenž odtéká navenek jako očišky (lochie). Díky otevřeným cestám porodním a ranné ploše po placentě nastává v období šestinedělí větší riziko infekcí, a proto je důležité zaměřit se na dodržování hygienických návyků (28,29,36,40).

Očišky jsou sekrety těla a hrdla děložního, pochvy a vulvy. Mají alkalický charakter a skládají se ze zbytků deciduí, tkáňového moku, krve a sraženin. Nejprve jsou převážně krvavé (lochia rubra). 3. - 4. den ubývá krve a přibývá tkáňového sekretu, očišky jsou zahnědlé, sangvinolentní (lochia fusca). Od 1. týdne jsou již žlutavé, seropurulentní (lochia flava), jejich celkové množství i množství krve v nich ubývá a zvyšuje se podíl tkáňového sekretu. Přibližně od 3. týdne mizí leukocyty a erytrocyty a očišky se mění na bělavé (lochia alba). Další dny jsou již pouze hlenovité (lochia mucosa) a do konce šestinedělí vymizí zcela. Následná regenerace děložního endometria je ukončena za tři týdny, v místě inzerce placenty za šest týdnů (6,40). „Původně sterilní čistky z děložní dutiny odcházejí z pochvy infekční a jako s takovými se s nimi musí zacházet“ (6, str. 138).

Fundus děložní každým dnem klesá. První den dosahuje k pupku, po týdnu již 2 až 3 cm nad symfýzu, za 10 dní není děložní fundus zevně hmatatelný. Když mluvíme o zpomalené involuci děložní, jedná se o komplikaci zaviněnou protražovaným porodem, plným močovým měchýřem či střevy za porodu, komplikace nastává také například po vícečetném porodu (40).

Po porodu plodu je děložní hrdlo ochablé s laceracemi na okrajích, široce otevřené do pochvy. Postupně se uzavírá nejprve vnitřní a později zevní brankou. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrbin. Reepitalizace čípku trvá přibližně šest až dvanáct týdnů. Pochva se po vaginálním porodu vrací do původního stavu během tří týdnů, zůstává však méně pružná, poševní vchod zeje a má vyhlazené slizniční řasy. Vejcovody a vaječníky se v důsledku hormonálních změn v těle zmenšují a klesají zpět do malé pánve. Na vulvě znatelně mizí prosáknutí a ubývá výrazné pigmentace. Varixy v oblasti dolních končetin a vulvy postupně mizí, nebo se zmenšují (28,29,40).

Břišní stěna získává zpět svou elasticitu a podle pravidelnosti cvičení v období šestinedělí dochází ke zpevnění přímých břišních svalů. Napjatá kůže v těhotenství napomáhá ke vzniku drobných trhlinek, pajizévek. Striae obvykle

přetrvávají a stávají se stříbro - šedými. Poporodní poranění se většinou hojí per primam (tenkou jizvou). Po rozsáhlejším poranění hráze, při průniku infekce, při špatném ošetření či nedostatečné péči se hojí komplikovaně, tzv. per secundam (širokou jizvou) (6,28,36).

1.3 Poruchy v šestinedělí

Pokud nastanou v období šestinedělí nějaké komplikace, hovoříme o šestinedělí nepravidelném nebo také patologickém. Mezi poruchy v období šestinedělí patří subinvoluce dělohy (zpomalené stahování dělohy), hematometra (nahromadění krve v děloze) nebo lochiometra (městnání očístků), krvácení, residua post partum, puerperální infekce (zánětlivá onemocnění rodidel v šestinedělí), dehiscence episiotomie (rozpad jizvy), TEN (tromboembolické komplikace), záněty žil a na neposledním místě i psychické poruchy (28,40).

1.3.1 Krvácení

Poporodní krvácení se obvykle pokládá za fyziologické, pokud ztráta krve nepřesáhne objem 300 ml. Podle etiologie, příznaků a terapie se krvácení dělí na časné - do 24 hodin po porodu a pozdní - do konce šestinedělí.

Prvním úkolem porodníka je zjistit zdroj krvácení (38). Příčiny časného poporodního krvácení mohou být různé, nejčastěji však vznikají z důvodu děložní hypotonie a atonie. Často k ní dochází po dlouhotrvajícím porodu, kdy je děložní svalovina vyčerpána. Tato situace může vzniknout například u vícečetného těhotenství při nadměrném rozpětí stěny děložní, při polyhydramniu, hypoplázii děložní a při protražovaném porodu. Slabá kontrakce děložní nestačí na svalový uzávěr cév a k zastavení silného, často i život ohrožujícího krvácení. Prvním krokem je zjistit zdroj krvácení a jeho zastavení. K zástavě krvácení se uchopí fundus děložní do dlaní a překlopí se směrem ke sponě. Nešetrnou masáží dělohy však porodník může přispět k nežádanému rozvinutí diseminované intravaskulární kolaguopatii (DIC). Dále je vhodné aplikovat oxytocin v infúzi, případně prostaglandin v infúzi nebo přímo do děložního svalu a led na břicho. Dobré je vycévkovat močový měchýř ženy, nebo zavést

permanentní katétr ke zjištění množství moče. Důraz je kladen na včasné podání krevní náhrady, případně mražené plazmy (28,29,40).

Další z příčin nadměrného poporodního krvácení jsou porodní poranění a to asi ve 20 % všech krvácení. Jedná se o tzv. uzuraci - nekrózu, která je způsobena dlouhodobou ischemií při tlaku na tkáň a vzniká při zpomaleném průchodu hlavičky pánví. V extrémních případech mohou po rozpadu nekrózy vznikat i píštěle, které vedou u klientky až k následné inkontinenci (40,46).

Příčinou krvácení mohou být trhliny hrdla děložního, které mohou sahát až do klenby poševní, případně do dolního děložního segmentu. Krvácející trhliny nad 1 cm ošetřujeme jednotlivými stehy. Špatné ošetření trhlín v pochvě může vytvářet rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Někdy vznikají trhliny obkružující hrdlo děložní, vedoucí až ke kompletnímu odtržení hrdla od pochvy (kolpaporrhesis). Nebezpečné jsou trhliny na vulvě, spontánní ruptura dělohy a ruptura v jizvě po s.c., protože se jedná o poranění skrytá. Žena časně po porodu může krváct i z důvodu zbytků placentární tkáně či plodových blan v děloze nebo při hemokoagulačních poruchách (40,46).

1.3.2 Subinvolute děložní

Subinvolucí děložní se rozumí zpomalené zavínování dělohy, zpravidla první dny po porodu, může však vzniknout kdykoliv do konce šestinedělí. Doprovázena je hojnějším krvácením a zpomaleným uzavíráním hrdla děložního. Tato porucha pozdního šestinedělí vzniká nedokonalým uzávěrem uteroplacentárních cév tromby, zpomalenou retrakcí, provázena lochiometrou či hematometrou. Predispozice bývá u multipar, které mají ve stěně děložní více vazivových vláken, a u nedělek po evakuaci nadměrného obsahu dutiny děložní. Subinvoluci děložní poznáme ultrazvukovým vyšetřením dutiny děložní, s jehož pomocí je možné vyloučit retenci blan nebo placenty. Při snaze odstranit problém je nutné dbát na vyprázdnění močového měchýře a rektu. Jako terapii využíváme jednorázového podání oxytocinu, methylergometrinu a také námelových preparátů (40,46).

1.3.3 Infekce v šestinedělí

„Infekční onemocnění byla po dlouhou dobu jednou z nejvzácnějších poporodních komplikací a vedle eklampsie a porodnického krvácení nejčastější příčinou

mateřské úmrtnosti“ (22, str. 223). I dnes jsou častou příčinou mateřské morbidity a některá z forem infekce se vyvine u pěti až sedmi procent nedělek (6).

Po skončení třetí doby porodní vzniká v místě odloučení placenty rozsáhlá ranná plocha. Zde se vytváří leukocytární demarkační val a cévy jsou uzavřeny děložní retrakcí. Další možné brány vstupu infekce do organismu představují poranění hrdla děložního, pochvy a hráze. Na jedné straně stojí snížená obranyschopnost organismu nedělky, na straně druhé ochranné mechanismy, jako je vytvoření demarkačního leukocytárního valu v místě inserce placenty a komprese cév děložní retrakcí (6,40).

Zvýšené riziko vzniku poporodní infekce je spojené s nízkým socioekonomickým statutem klientek (podvýživa, obezita, anémie, chronické choroby a vaginální infekce). Dalším rizikovým faktorem vzniku infekce je vaginální porod, při kterém může dojít k porodnímu poranění, paravaginálnímu hematomu, retinované placentární tkáni atd. Vzniku infekce napomáhá též předčasný odtok vody plodové, častá vaginální vyšetření, vnitřní tokografie aj., kdy následně hrozí vznik intraamniální infekce. Neposledně pak porod císařským řezem, který je rizikovým faktorem sám o sobě (6,40).

Infekce dělíme na heterogenní, zavlečené zvenčí druhou osobou a autogenní, ascenzí z pochvy. Průnik bakterií do organismu ženy je možný kanalikulárně (otevřenými porodními cestami) což znamená ascenzí z pochvy do děložní dutiny a dále vejcovodů, ovarií, pánevního svalstva a peritonea. Druhá cesta průniku je lymfatickou cestou z endometria do myometria, perimetria a parametria. Třetí způsob cesty infekce je hematogenně do celého organismu. Dobrou živnou půdou pro bakterie jsou retinované zbytky placenty a blan, krevní sraženiny a traumatizovaná tkán. Průběh infekce je závislý na obranyschopnosti organismu, změnách vnitřních rodidel, druhu a virulenci infekčního agens (6,22,40).

K infekci vulvy a pochvy dochází zřídka, poranění v této oblasti se navzdory silné bakteriální kontaminaci hojí většinou velmi dobře a dehiscence je minimální. Pokud k infekci přece jen dojde, projevuje se zarudnutím, otokem, sekrecí z rány a jejím případným rozpadem. Infekce, provázená zvýšenou teplotou, se šíří do inguinálních uzlin. Nekrózy se většinou hojí rychle, někdy je potřeba provést lokální oplach, resuturu

rány, u abscesů incizi a drenáž a při celkových příznacích se nasazují antibiotika (22,40).

Infekce endometria (endometritis) a děložní svaloviny (myometritis) bývá nejčastější infekcí po porodu. Projevuje se zvýšenou teplotou, leukocytózou, hojnými, páchnoucími očkami, slabším krvácením, bolestivostí v podbřišku a zpomalenou involucí děložní. Myometritis má výraznější klinický obraz s vysokými horečkami, třesavkou, zimnicí, hnisavým fluorem a alterací celkového stavu. Děloha je na pohmat bolestivá a zvětšená. Lékaři v obou případech volí léčbu antibiotiky, uterotoniky a ordinují klidový režim (22,46).

Pokud se hnis provalí do dutiny břišní, vznikne zánět pobřišnice (peritonitida). Zánět může vniknout do pobřišnice lymfatickou cestou z dělohy nebo vejcovodu, prasknutím abscesu, rannou infekcí po císařském řezu nebo po ruptuře dělohy a většinou začíná v malé pánvi. Akutní stádium se projevuje horečkami, bolestmi a napětím břicha, tachykardií, zvracením, zástavou plynů a stolice. Při průniku infekce do dutiny břišní dochází k difúzní peritonitidě a i přes všechnu dostupnou léčebnou pomoc a širokospektrá antibiotika následně selhává oběhový systém (19,40).

Infekce děložního okolí (parametritida) přestupuje do parametria z infikovaného poranění děložního hrdla lymfatickou nebo krevní cestou. Je provázena bouřlivým klinickým obrazem s vysokými, někdy septickými horečkami, zimnicí, třesavkou, bolestmi vystřelujícími do stehů a alterací celkového stavu. Děloha je laterálně vychýlená, při pohybu bolestivá. Při léčbě využíváme širokospektrá antibiotika, absolutní klid na lůžku, infúzní léčbu, led na podbřišek a chirurgické ošetření abscesů. Puerperální parametritida může mít dlouhodobé následky (6,40).

Záněty vaječníku a vejcovodů (adnexitida, salpingitida) jsou vzácnější formy puerperální infekce, která vzniká kanalikulární nebo lymfatickou cestou. Postižena může být jak sliznice, tak i svalovina a seróza tuby. Infekce se může šířit i na ovarium a peritoneum malé pánve. Zanícený vaječník (oophoritis) je zduřelý, prosáklý s drobnými abscesy. Adnexitis puerperalis se projevuje prudkými bolestmi v podbřišku, nauzeou, zvracením, poruchami peristaltiky a příznaky peritoneálního dráždění. Léčba probíhá stejně jako u parametritidy (6,40,46).

Méně obvyklá, ale život ohrožující, je infekce měkkých pánevních tkání (septická pánevní trombophlebitida). Nejčastěji se vyskytuje u žen s puerperální endometritidou a po císařském řezu. Bakterie kolonizují pelvické vény, kde dochází k poruše endotelu a tak se může formovat trombus. Nebezpečí tkví v možné plicní embolizaci nebo hnisání trombu a hematogenním rozsevu po celém těle. Nejčastějšími projevy jsou zvýšená teplota, tachykardie a bolesti v podbřišku. Při virulentní infekci se střídá období vysokých teplot s třesavkou, cyanózou a tachykardií v klidu. Je potřeba intenzivní péče, heparinizace a intravenózního podání antibiotik (6,40).

„Puerperální sepse je způsobena vyplavením virulentních mikrobů nebo jejich toxinů do krevního oběhu. Při primární sepsi choroboplodné zárodky pronikají přímo do oběhu a infekce se rychle šíří do celého těla. Průběh je velmi rychlý, nedělka umírá během 2 - 3 dnů“ (6, str. 273). V historii, jak již jsem zmiňovala (viz. str. 12 a 13), byla puerperální sepse velkým problémem. Dnes, po vymizení kriminálních potratů se tato komplikace vyskytuje jen zřídka. Puerperální sepse je dělena na akutní a chronickou, které se liší svými projevy a rychlostí průniku do organismu nedělky (28,29).

Infekce po porodu císařským řezem jsou častější např. po předčasném odtoku plodové vody, zvýšené teplotě za porodu, či lokální infekci. Podezření nastává při dlouho trvající subfebrilii (4 - 5 dní) a zarudnutí. Při léčbě se přistupuje k rozvolnění sutury, případně incizi a lokální léčbě s drenáží. Průběžně je potřeba odstraňovat nekrotickou tkáň a čistit ránu. Jako prevence se provádí antibiotická profylaxe dle různých schémat (6,40).

1.3.4 Porucha laktace

„Problémy při kojení nejsou časté, pokud se dodržují správná a přirozená režimová opatření a dítě i matka se od začátku naučí správné technice kojení. Nezávažné komplikace, pokud jsou řešeny správně, laktaci nehrozí“ (18, str. 56).

Poruchy laktace mohou být způsobené jednak anomálií sekrece mléka, jednak anomálií bradavek (6).

1.3.4.1 Problémy s množstvím mléka

Některé ženy mají problém s opožděným nástupem laktace, tzn. začínají kojit teprve 5. - 6. den po porodu. Také po propuštění z porodnice se některé matky potýkají s určitými kritickými obdobími v kojení. Je nutné si uvědomit, že množství přijímané potravy novorozence se mění díky nerovnoměrnému růstu. Proto je třeba především podpořit sebevědomí matky a zcela výjimečně překlenout problémové období uvážlivým podáním tekutin, nebo podáním cizího ošetřeného mléka jiným, alternativním způsobem. Nejnovější literatura uvádí, že skutečná hypogalaktie se vyskytuje jen u 1 – 2 % žen (20,24).

Další problém může představovat nedostatek mléka. Mezi hlavní příčiny malé tvorby mléka se řadí nesprávná technika kojení, používání dudlíků a dokrmů. Jiným důvodem může být kojení ve spěchu, kdy se dítě nedostane k tzv. „zadnímu mléku“. Doporučuje se přikládat dítě k oběma prsům v průběhu jednoho kojení. Velikost prsou v této problematice nehraje žádnou roli (20,27).

Opačný problém, nadbytek mléka, matka vyřeší odstříkáním před nebo po kojení (20,24).

Pokud se obtížněji uvolňuje mléko, pomůže krouživá masáž prsou, přikládání teplého obkladu a tzv. vytřásání prsou, kdy za přispění gravitace dochází k žádanému uvolňování mléka (18).

1.3.4.2 Problémy s bradavkami

Bradavky mohou být vrozeně vpáčené, ploché nebo rozštěpené. V důsledku macerace při dlouhém kojení mohou vznikat ragády, eroze a fisury, které tvoří vstupní bránu infekcím. Jsou také velmi bolestivé, takže nedělka musí kojit přes klobouček, odstříkávat, nebo dítě krmit alternativním způsobem (18). Ploché či krátké bradavky lze řešit přikládáním ledu na bradavku, což umožní její vystoupení a následně efektivnější kojení. Mezi jednotlivými kojeními je vhodné používat formovače, které pomáhají bradavku formovat (18,20,32).

Bolestivé bradavky a ragády (trhlínky) jsou výsledkem chybného přiložení dítěte k prsu, špatné techniky nebo polohy při kojení. Při následném kojení nabízíme nejprve méně bolestivý prs, neomezujeme frekvenci kojení a na konci zasuneme malíček za

vnitřní koutek úst dítěte (32). Trhlínky potíráme mastičkou Bepanthen, nebo mateřským mlékem, které má také hojivé účinky (18,20).

1.3.4.3 Problémy s prsy - obecně

Ženy občas potrápí bolestivé nalití prsů mezi 2. – 5. dnem po porodu, kdy se začne vytvářet skutečné mléko. Velké, nalité, tvrdé prsy, někdy provází zvýšená teplota či horečka. Na otok se mezi jednotlivými kojeními doporučuje přikládat studené obklady. K usnadnění uvolnění mléka je naopak dobré před zahájením kojení změkčit prsy zahřátou plenou, masáž prsu směrem k bradavce napomáhá lepšímu přísátí. Z dalších doporučení jmenujme střídání poloh při kojení a používání takové podprsenky, která prsa podpírá, ale netěsní (20,32).

Dalším problémem mohou být ucpané mlékovody a retence mléka, což se projevuje bolestivým zarudnutím a zatuhnutím segmentu (části) prsu, případně zvýšenou teplotou. Častou příčinou je nevhodná poloha matky při kojení. Léčba se doporučuje stejná jako v případě nalitých prsou, navíc se využívá tvarohových obkladů (18).

Daleko závažnější problém, mastitida, se vyskytuje u 2 - 5 % kojících žen, také u méně než 1% žen nekojících. Objevuje se většinou 2. - 4. týden po porodu. „Při nešetrném ošetřování prsu či špatné technice kojení vznikají poranění bradavek a dvorců mléčné žlázy, eroze a trhlínky (ragády). Ty jsou vstupní branou infekce“ (19, str. 326). Postižený prs se projevuje bolestivostí, zarudlým otokem a napjatou, teplou kůží. Zánět provází vysoké horečky, zimnice, třesavka, malátnost a celková únava. Při dlouho trvající teplotě (24 hod.) se zahajuje léčba antibiotiky. Dalším léčebným postupem je klid na lůžku a přikládání studených či teplých obkladů na postižený prs. Pokud to stav matky dovolí, v kojení se pokračuje (18,20,32).

1.3.4.4 Zástava laktace

Ze zdravotních důvodů se laktace uměle zastavuje při onemocnění prsu matky či jejím těžkém celkovém onemocnění s abúzem léků, které mohou přestupovat do mléka a ovlivnit kojícího novorozence, dále např. u psychóz, systémových onemocnění (lupus, roztroušená skleróza aj.). Je také indikována po porodu mrtvého plodu, úmrtí

novorozence, po spontánním nebo indukovaném potratu na konci druhého trimestru. Laktace se zastavuje vyvazováním prsou, aplikací zapařujících obkladů, z medikamentů se ordinují látky s dopaminergním účinkem inhibujícím sekreci prolaktinu. Tyto léky se podávají na noc nebo v malých dávkách přes den pro jejich vedlejší účinky, především posturální hypotenzi, nauzeu, zvracení nebo závratě. Někdy se musí kvůli těmto vedlejším účinkům léčba ukončit a podat klasická terapie estrogeny. Terapie obvykle trvá po dobu 7 - 10 dnů (40).

1.3.5 Psychické změny v šestinedělí

Až 40 % žen po porodu trpí depresemi různého stupně. Tyto psychické změny lze vysvětlit změnou množství hormonů, tělesných tekutin a elektrolytů bezprostředně po porodu. Mají kolísavou intenzitu a jsou známy pod názvy Baby-blues, poporodní deprese a poporodní psychóza (5).

Baby blues, také zvaný poporodní blues je nejčastější formou psychické lability, projevující se 3. - 5. den po porodu. Vzniká jako důsledek přetížení ženy při péči o dítě a její sociální izolace po porodu (7). Vyznačuje se změnami nálady od křečovitého pláče až k euforii, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku a nízkou sebedůvěrou. Může se přidat malátnost a bolesti hlavy. Často dochází ke změnám postoje k vlastnímu dítěti ve smyslu negativních pocitů. Jedná se o normální involuční fenomén, který sám do 10. dne po porodu odezní. Baby-blues prožívá 50 - 80% matek. Vysvětlení vzniku tohoto stavu v předporodní přípravě a vstřícný postoj profesionálního i laického okolí neděvky, se jeví jako jediná možná prevence i terapie (5,29,35,40).

Poporodní (puerperální) deprese se vyskytuje přibližně u 10 - 20 % nedělek (5,35,40). Může se objevit v kterémkoliv období po ukončení těhotenství, tedy i po potratu (tzv. "postabortivní" syndrom), mimoděložním těhotenství a předčasném porodu. Výskyt je častější u žen s depresivní atakou v anamnéze, u žen s poruchou funkce štítné žlázy, mladých nedělek do dvaceti let s nedostatečnou emoční podporou okolí, žen s neuspokojivým vztahem k partnerovi apod. Příznaky se liší od mírné formy až po suicidální tendence (29), většinou se projevují mezi 4. - 6. poporodním týdnem. Ženy se nedokáží vyrovnat s péčí o dítě, mají obtíže s kojením, cítí se bezmocné, obávají se o své zdraví a zdraví dítěte (5,25,35,40). Nedělka „nepravidelně spí, protože

se v noci budí, aby nakrmila dítě, trápí ji obavy, zdali se bude umět o ně dostatečně postarat, a navíc její tělo prochází hormonální revolucí. Ženy na tyto jevy reagují různě, některé jsou plačtivé, mění se jim nálada, v některých případech mohou těžkosti ženy vyústit až v patologický stav, kdy je žena tak úzkostlivá, že se bojí s dítětem manipulovat, aby mu něco neudělala. Pak je třeba její stav radikálně řešit. U nás bohužel neexistuje zařízení, kde by mohla být hospitalizována psychicky nemocná kojící žena společně s dítětem“ (9, str. 135 - 136). Tento stav vyžaduje jak pomoc psychiatrickou, tak praktickou. Převrat hormonů v těle společně s psychickými a fyzickými změnami způsobí, že i jinak zcela vyrovnaná žena není schopná běžných reakcí. Zvrat nastává mezi 6. – 9. týdnem. Dítě spí déle, matka si více odpočine a dojde u ní ke celkovému zklidnění a zlepšení nálady (9).

Poporodní (puerperální) psychóza je nejzávažnější psychickou poruchou po porodu a vyskytuje se jen u cca 0,1 % nedělek. Nejedná se o specifickou psychickou poruchu, ale o výskyt amentní, manické nebo schizofrenní psychózy v puerperiu. Spojení „laktální psychóza“ se proto již nepoužívá. Příznaky choroby se většinou vyskytnou mezi 2. - 3. poporodním dnem, ale mohou se také objevit až měsíc po porodu. Vyznačuje se např. halucinacemi, chorobnými představami, neovládanými myšlenkami, pocity a činy. Touto psychózou trpí především ženy s mentálním onemocněním v rodině. Vyžaduje terapii a medikamentózní léčbu. Poslední lékařské výzkumy předpokládají, že poporodní psychóza je důsledkem poklesu hladiny endorfinů v mozku. Nemívá trvalé následky ani recidivu v další graviditě. Často je nutná hospitalizace, zvláště při suicidálních tendencích (5,29).

1.4 Ošetrovatelská péče a práce porodní asistentky v šestinedělí

Činnosti porodní asistentky upravuje vyhláška 424/2004 Sb. §5. Podle ní porodní asistentka v období šestinedělí poskytuje poučení o životosprávě při kojení, podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, ošetřuje poporodní poranění a pečuje o šestinedělku po dobu jejího pobytu na oddělení. Zároveň poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně - právních. Po příchodu domů provádí návštěvy v rodinách šestinedělek a informuje o vhodné antikoncepci (42).

Zákon 96/2004 Sb. §6 pojednává o odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentky, která se získá absolvováním nejméně tříletého akreditovaného bakalářského studijního programu pro porodní asistentky (dříve pouze absolvováním vyšší školy a ještě předtím střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka). K samostatnosti při výkonu tohoto povolání je nutná tříletá praxe s minimálním měsíčním pobytem na každém oddělení (44).

1.4.1 Systém Rooming in

V dnešní době zůstává maminka po porodu na oddělení šestinedělí obvykle 4 - 5 dní, po císařském řezu 8 - 10 dní. Poporodní péče se provádí dvojím způsobem. Klasicky jsou matky hospitalizované na oddělení šestinedělí, kam novorozence přiváží pouze na dobu kojení z novorozeneckého oddělení. V posledních letech byl téměř na všech porodnických odděleních zaveden poporodní režim matka – dítě, tzv. rooming in, kdy jsou oba společně na téže pokoji. Tento systém je buď 24 - hodinový, čili trvalý, nebo částečný, kdy jsou novorozenci např. na noc odvázeni zpět na oddělení novorozenecké. Rooming in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem a může napomoci rychlejšímu rozvoji biologických a psychických funkcí novorozence. V neposlední řadě naučí ženu starat se o dítě bezprostředně po porodu, krmit jej, koupat a přebalovat. Je pochopitelné, že oba jsou pod stálou kontrolou jak porodní asistentky, tak dětské sestry (6,21,23,27).

1.4.2 První poporodní dny v nemocnici

Poporodní dobu dvou hodin tráví maminka ve společnosti otce a miminka na porodním sále, kde odpočívá. V tomto čase má možnost prvního poznávání se s miminkem a vychutnávání krásného stavu mateřství. Porodní asistentka sleduje, zda žena abnormálně nekrvácí, jak se stahuje děloha a zda jsou její fyziologické funkce v normě (27,36).

Po 2 hodinách je nedělka převezena na oddělení šestinedělí, kde je uložena do čistého lůžka. Starost o ni přebírá porodní asistentka či ženská sestra, která se seznámí s průběhem těhotenství a porodu této matky, zkontroluje výšku děložního fundu, zevní krvácení, tlak, puls a teplotu. Nedělka dostává poučení o nutnosti častého sprchování,

čistotě rukou a o infekčnosti očístků. Preferuje se časně vstávání do šesti hodin po porodu kvůli prevenci tromboembolických komplikací, zároveň se tím usnadňuje vyprazdňování močového měchýře, střev, odchod plynů i očístků a zavinování dělohy. Žena, u níž musel být z různých důvodů proveden císařský řez, pobývá několik dní na gynekologické JIP, kam za ní děťátko vozí ke kojení dětské sestry z novorozeneckého oddělení. Po 2 - 3 dnech je přeložena na oddělení šestinedělí (6,29,36).

V prvních dnech je u rodičky kontrolována výška fundu, krvácení a fyziologické funkce (TK a P 3x denně, TT 2x denně). Další vyšetření ordinuje lékař dle průběhu těhotenství a porodu. Maminka dostává informace týkající se chodu oddělení a lékařských vizit. Dětská sestra ji učí jak správně kojit a postarat se o miminko. Porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, odchod lochií, stahování dělohy, hojení porodních poranění, plní ordinace lékaře a sleduje celkový stav rodičky. K denní vizitě zajišťuje náběry biologického materiálu, laboratorní výsledky, pečlivě vedenou dokumentaci, případně sděluje lékaři informace ohledně péče o nedělkou (6,23, 33,35,36).

1.4.2.1 Péče o kůži

Kůže po porodu bývá vysušená, na prsou, břichu, stehnech a hýždích často vznikají striae - pajizévky, které postupem času zesvětlají. Kůže celého těla by se měla promazávat vhodným pleťovým krémem či mlékem. Žena by měla promašťovat celé tělo po každém sprchování. Střídáním teplé a chladné sprchy se zpevní kůže a krevní oběh dostane správné tempo. Vhodné je také prokrvení těla formou masáže (36).

1.4.2.2 Péče o šití

Porodní poranění, pokud byla řádně ošetřena, se hojí rychle. Drobné trhlínky poševních stěn a hymenálního kruhu nevyžadují ošetření. Hojení porodních poranění je třeba denně kontrolovat a dodržovat hygienické návyky, které podporují hojení per primam. Mezi ně patří časté mytí rukou a sprchování okolí jizvy studenou vodou (po každé návštěvě toalety se doporučuje sprcha), samozřejmostí je častá výměna vložek. Ženám s nastřiženou hrází se při vstávání z postele doporučuje sedat si přes bok, později

na nafukovací kruh, dále přikládat si ledové obklady, oblasti jizvy sušit a větrat a nosit prodyšné, síťované kalhotky.

Při sekundárním hojení se radí sedací koupele v dubové kůře a k základní hygieně se přidávají opatření dle ordinace lékaře (např. aplikace čistících a granulačních přípravků, lokální ATB, prohřívání, drenáž atd.) (6,33,35).

1.4.2.3 Péče o vyprazdňování

Problémy s vyprazdňováním mohou nastat v souvislosti s nedostatkem informací, strachem a bolestí, která přetrvává po porodním poranění v oblasti genitálií. Příčinou ztíženého močení zpravidla bývá hypotonie močového měchýře. Úkolem porodní asistentky je sledovat, zda žena nemá potíže s močením. Prevencí retence tekutin je dostatečné podávání nápojů. Pokud se klientka do šesti hodin po porodu nevymočí, sestra informuje lékaře. Cévkování se provádí až po vyčerpání všech běžných prostředků (6,23).

Zácpa a poruchy střevní pasáže úzce souvisí s dilatací střevních kliček, které se jen pomalu dostávají do své fyziologické podoby. Při zvolení správných dietních prvků ve výživě (ovoce, kompoty, potraviny bohaté na vlákninu) a dodržování pitného režimu dochází obvykle 2. poporodní den k odchodu stolice a plynů. Při obstipaci můžeme ženě nabídnout glycerinový čípek, případně výplach střev pomocí klystýru (6,23).

1.4.2.4 Speciální poporodní péče

Pokud Rh negativní matka porodí Rh pozitivní dítě, pak tělo matky tvoří protilátky proti erytrocytům dítěte, což by mohlo vyvolat hemolýzu. Proto se po porodu vyšetří krevní skupina dítěte a při Rh pozitivitě se matce aplikuje gamaglobulin IgG (Gamaglobulin-Partobulin) ve formě jednorázové injekce (6).

Během těhotenství a po porodu často dochází ke vzniku hemeroidů. Důvodem bývá zvýšený nitrobřišní tlak, změny svalstva, vaziva a oběhu v malé pánvi. Tvoří se uvnitř konečníku a způsobují krvácení. Projevují se kulovitým zduřením kolem análního otvoru, velkou bolestivostí, pálením a svěděním. Péče o vyhrězlý konečník zahrnuje zejména dodržování hygieny, čímž se myslí po každém vyprázdnění se sprchovat a po sprchování oblast konečníku důsledně osušit. Dále jsou maminkám doporučovány

vlažné sedací koupele s příměsí heřmánku nebo hypermanganu, používání čípků, zatlačování konečníku nazpátek a pravidelné mazání protizánětlivými mastmi (6,13,33).

„Zánět povrchových žil na dolních končetinách, především na lýtku, se může objevit již v prvních dnech po porodu. Kůže nad postiženou žilou bývá červenější, žíly a žilní městky (odborně varixy) jsou hmatné jako tuhý provazec a uzly“ (27, str. 343). Ženám se doporučuje odpočívat s podloženýma nohama, vyvarovat se dlouhému stání, procvičovat chodidla a používat protikřečové elastické punčocháče (6,33).

Speciální ošetrovatelskou péči po porodu vyžadují ženy s hypertenzním onemocněním, s onemocněním srdce, urologickým onemocněním, anemickým syndromem, diabetes mellitus apod. Příslušná péče se odvíjí od stavu šestinedělky a ordinací lékaře (16).

1.4.3 Hygiena v šestinedělí

Děloha se po porodu čistí, z rodidel odchází očišťky, které představují živnou půdu pro mikroorganismy. Důležité je proto udržovat oblast rodidel v čistotě, sprchovat se vlažnou vodou, omývat zevní rodidla, často měnit vložky a větrat. V čistém prádle tkví základ úspěchu dobrého hojení poporodního poranění (epiziotomie) a zavinování dělohy (23,27).

Také hygiena prsou tvoří nedílnou součást péče o tělo. Prsní bradavky a dvorce znamenají otevřené pole pro infekci a tím riziko nepříjemné komplikace v podobě zánětu prsní žlázy (mastitidy). Dřívější omývání bradavek desinfekcí před každým kojením je přežitek. Dnes se maminkám doporučuje při sprchování prsy omývat nedráždivým mýdlem a teplou vodou, po sprše pak vždy dokonale osušit. Pokud jsou bradavky citlivé a popraskané, ošetřují se mastí Bepanthen nebo mateřským mlékem. Do podprsenky si matka může vložit speciální savé vložky, protože vlhkost způsobuje praskání bradavek (ragády) a následnou bolestivost při kojení (36).

1.4.4 Laktace

Po porodu mizí tlumivý vliv placentárních hormonů a z podvěsku mozkového se začíná uvolňovat prolaktin, stimulující mléčnou žlázu k tvorbě mléka. První dny se tvoří kolostrum – mlezivo, rosolovitá látka s vysokým obsahem bílkovin. Od druhého až

třetího dne se zahájí tvorba mléka. Prsy se nalévají, jsou napjaté a citlivé. Mléko se vytváří ve žlázových lalůčkách, odkud přechází mlékovody do vývodů na prsní bradavce. Pohyb mlékovody je složitý děj, ovládaný reflektoricky a hormonálně. Dráždění bradavek při sání vyvolává přechod oxytocinu do mateřského oběhu a ten účinkem na svalová vlákna v mlékovodech umožní transport mléka k bradavce, zároveň ale i stahy děložní svaloviny, které nedělka při kojení bolestivě pociťuje (27,39).

Každá matka s radostí sleduje své spokojené dítě, které prospívá a roste z jejího vlastního mléka. Tvorba mléka nás uvádí v úžas svou dokonalostí a účelností. Rozhodně stojí za to překonat určité počáteční obtíže, které nastávají, aby se děj mohl plně a nerušeně rozvinout. Úkolem nás, zdravotníků, je podpořit rozvoj laktace a nebránit jí nevhodným chováním v prvních dnech po porodu (21).

Bez veškerých pochyb neexistuje pro novorozence lepší způsob výživy než kojení. Mnohé generace mateřské mléko v praxi dokonale vyzkoušely a stále představuje to nejlepší, co může dítě dostat. Je vždy k dispozici v čerstvém stavu, ideální svým složením, množstvím, teplotou i sterilitou. Obsahuje dostatek obranných látek proti běžným infekčním nemocem a kojence chrání až do doby, kdy si dokáže sám protilátky vytvářet. Mateřské mléko slouží jako účelná prevence potravinové alergie, cukrovky, obezity, anémie a hypertenze v dospělosti a podporuje vývoj duševních schopností (21,27).

U matky kojení podporuje rychlejší zavinování dělohy, menší krevní ztráty po porodu a rychlý návrat postavy do stavu před těhotenstvím. Má nepopíratelný význam i jako prevence nádoru prsu, vaječníků a vzniku osteoporózy (6).

Je všeobecně známo, že kojení posiluje citový vztah mezi matkou a kojencem. „Kojení neznamena jen přijímání potravy. Kojení je také společné prožívání klidu a míru. Znamená si být nablízku, navázat oční kontakt“ (21, str. 58). „Optimální způsob výživy dětí do šesti měsíců je výlučně kojení. Poté je možné přikrmovat, ale pokračovat v kojení se doporučuje až do dvou let věku dítěte“ (21, str. 57).

1.4.4.1 Technika kojení

Správná technika přisátí předchází vzniku komplikací při kojení. Všechny dostupné zdroje se shodují, že kojení matku nesmí bolet. Existuje několik vhodných,

pohodlných poloh pro matku a dítě (Příloha 6). Většina matek začíná kojit v leže, tzv. „bříško na bříško“, kdy dítě leží na boku, obličej, hrudník, bříško i kolena směřují k matce, ucho, rameno a kyčle dítěte v jedné linii. Matka rukou přitahuje dítě za raménka a záda k sobě. Platí pravidlo, že dítě přikládáme k prsu, nikoliv prs k dítěti. Proto musí být bradavka vždy v úrovni úst dítěte. Pokud kojenec pláče, nejprve ho uklidníme a teprve potom přiložíme. Prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou. Při kojení má matka všechny prsty kromě palce pod prsem, tzv. ”C” držení (18,20,24,27).

Při správné technice sání dbáme na to, aby se brada, tvář i nos dítěte dotýkaly prsu a brádíčka dítěte byla v prsu hluboce zabořena. Jazyk přesahuje dolní ret a dásně stlačují dvorec, bradavka se následně protahuje směrem k zadní části dutiny ústní dítěte. Tlak dásní pak posunuje mléko směrem k bradavce. Vlnovitý pohyb jazyka zpředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte, kde jsou mléčné sinusy tlakem jazyka o tvrdé patro vyprazdňovány. Vytlačené mléko pak dítě polkne. Při sání by se matka neměla zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu (18,20,24,27).

Kojení se musí každá matka naučit a to leckdy vyžaduje velkou dávku trpělivosti (18).

1.5 Život po porodu

1.5.1 Kontrolní vyšetření po šestinedělí

Přibližně 6 týdnů po porodu by se žena měla dostavit k lékařské gynekologické prohlídce, kde bude zkontrolováno hojení porodních poranění, stav hráze, poševních stěn, děložního hrdla a uložení vnitřních rodidel. Lékař bude zjišťovat, zda žena nezačala menstruuovat, jestli netrpí výtokem z rodidel, zda dokáže dobře udržet moč a nemá potíže s kojením. Upozorní ženu na skutečnost, že kojení plně před otěhotněním nechrání, případně poradí nejvhodnější antikoncepci. Součástí této prohlídky je vyšetření prsou, kolposkopické vyšetření děložního čípku a odběr stěrů na cytologické vyšetření v rámci prevence prekanceróz (28,29).

1.5.2 Partnerské vztahy a sex

Je ideální, když může partner zůstat s ženou po porodu doma. V Dánsku například dostávají muži týden volna, aby mohli ženě pomoci s chodem domácnosti. Důležité je taky přehodnotit priority, delegovat role a zorganizovat rytmus života podle dítěte (9).

Matce, která se musí nejprve zotavit z tělesné námahy spojené s porodem, přibývá v prvních týdnech zátěž nejen neklidných nocí, které jsou navíc přerušovány kojením novorozence, ale také často spojené s negativním duševním rozpoložením. Ženy po porodu obvykle ztrácí chuť na sex, tento pocit však po několika měsících zmizí. Je potřeba velké trpělivosti a kompromisů, aby partnerský vztah vlivem snížené apetence ze strany ženy „netrpěl“ (9,14,29).

Během šestinedělí, kdy hrozí bakteriální infekce, by ještě nemělo dojít k sexuálnímu styku. Jakmile však páry obnoví sexuální vztah, měli by použít spolehlivou metodu zabránění početí, i když se ještě nevrátila pravidelná menstruace. První menstruační krvácení většinou nastupuje mezi 6. - 24. týdnem po porodu. Předtím sice může k ovulaci dojít jen vzácně, není to však vyloučené. Možnost otěhotnění existuje tedy i v tomto období, ani kojící matka před tím není plně chráněna. Ani dlouhé a intenzivní kojení neposkytuje tak spolehlivou ochranu jako jiné antikoncepční metody. Pokud však žena nemenstruuje a dodržuje pravidlo, že nejdelší přestávka mezi jednotlivými kojeními nesmí překročit 4 hodiny, v noci 6 hodin, lze chápat kojení jako antikoncepční prostředek (9,14,29). „Při zachování těchto podmínek má kojení spolehlivost srovnatelnou s bezchybným užíváním kondomu (Pearlův index - 3)“ (7, str. 58).

1.5.2.1 Antikoncepce

Většina zdrojů uvádí, že by nemělo dojít k dalšímu otěhotnění dříve než dva roky po posledním porodu. Děloha a ostatní pohlavní orgány potřebují po porodu nejméně dvouletou dobu klidu. Chtějí-li manželé žít plnohodnotným pohlavním životem a mají-li oba dosáhnout plného uspokojení, musí si vybrat pro ně nejvhodnější metodu ochrany (36).

Nejlepším antikoncepčním prostředkem v období kojení uvádí některé zdroje mužskou ochranu, kondom (36).

Mezi další možnosti se řadí přerušovaná soulož, která patří mezi nejstarší antikoncepční metody. Spočívá v tom, že se mužský pohlavní úd se při styku vyvede z pochvy dříve, než nastane vyvrcholení pohlavního vzrušení, semeno se pak vystříkne mimo ženská rodidla. Tato metoda se nedoporučuje pro malou spolehlivost a neúplné uspokojení žen. Aby metoda přerušované soulože byla alespoň trochu spolehlivá, kombinuje se s použitím antikoncepčního krému. Volí ji manželské páry, které se nebrání náhodnému otěhotnění v blízké době po porodu (36).

Z dalších nepříliš spolehlivých metod jmenujme měření bazální teploty v pochvě, počítání plodných dnů, antikoncepční krém samotný, výplachy pochvy po pohlavním styku apod. Více spolehlivou metodou je „pesar-želé“, kombinovaný antikoncepční způsob, při němž jednak mechanicky bráníme vstupu mužských zárodečných buněk do děložní dutiny, jednak chemicky ničíme spermata již v pochvě (6,36).

Kombinovaná pilulka by v této fázi (po porodu a v období kojení) neměla být používána, protože obsahuje estrogeny a gestageny, které mohou ovlivňovat složení mateřského mléka (7,36). Jako metodu první volby tak lékaři doporučují kojícím ženám tzv. minipilulku, tedy prášek obsahující pouze hormon gestagen. Tablety žena užívá s maximální přesností bez týdenní pauzy, narozdíl od klasické antikoncepce. Tato pilulka nemá žádný vliv na složení mateřského mléka (36).

Pokud se děloha do čtyř až šesti týdnů po porodu dostatečně zavine, lze zavést i nitroděložní tělísko. Ženský lékař na základě odborného vyšetření určí správnou velikost tělíska a pak je sterilním způsobem a bezbolestně zavede do děložní dutiny. Při poševním výtoku se musí počkat a zavést tělísko teprve po vyléčení, protože by se zánětlivé onemocnění zavedením tělíska zhoršilo. U malého počtu žen mohou nastat po zavedení tělíska do děložní dutiny určité nežádoucí jevy. Patří mezi ně především samovolné vypuzení tělíska a nepravidelné krvácení, v tomto případě se musí tělísko z děložní dutiny odstranit. Zavedené tělísko, pokud nepůsobí zásadní potíže, se ponechává v děložní dutině dva až tři roky. Pak je lékař bezbolestně odstraní. Po určité době si žena může nechat zavést další tělísko (36).

Pokud má žena více dětí a nepřeje si další, nabízí se možnost sterilizace, při které lékař provede uzavření vejcovodů, čímž zabrání postupu spermií a průchodu vajíčka do dělohy. Tento zákrok je nezvratný a nese s sebou určitá zdravotní rizika (27).

Dodnes neznáme naprosto spolehlivou antikoncepční metodu, která by zároveň vůbec nerušila prožitek pohlavního sblížení. Každá antikoncepční metoda s sebou nese určité přednosti, ale také nedostatky. Spolehlivost jednotlivých metod lze vyjádřit mezinárodně používaným „těhotenským číslem“. Těhotenské číslo ukazuje, v kolika případech nastane selhání (tedy otěhotnění) u skupiny sta manželských párů, které po dobu jednoho roku používají určitého antikoncepčního prostředku. Čím je těhotenské číslo nižší, tím je metoda spolehlivější (36). V Příloze 7 přikládám seznam antikoncepčních metod a jejich účinnost

1.5.3 Cvičení

Významným činitelem v návratu organismu do stavu před těhotenstvím je léčebná tělesná výchova. Pomáhá ženě při návratu do plného zdraví a pracovní schopnosti (3,41).

„Tělesným cvičením zlepšíme krevní oběh celého těla a zesílením svalové práce působilé příznivě na zavinování dělohy. Účelným cvičením a uvolňováním pánevního dna a posilováním stěny břišní se nejlépe břišní lis vrátí ke své správné funkci a dřívějšímu tvaru“ (5).

Gymnastická cvičení nedělek mají v časném šestinedělí jiný účel a provádění než v pozdním šestinedělí. V časném šestinedělí zajišťují podporu krevnímu oběhu kvůli prevenci tromboembolických onemocnění, napomáhají správnému dýchání, systematicky procvičují svalové skupiny pánve a břicha a tím zároveň zahajují rehabilitaci pánevního dna. Od druhého týdne šestinedělí jsou cvičení zaměřena na posilování stěny břišní, pánve a trupu k zajištění správného držení těla a celkové kondice matky (3,12, 36, Příloha 8).

Po normálním průběhu porodu by šestinedělky měly cvičit od prvního dne po porodu s intenzitou, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu. Nedělky cvičí v leže na lůžku, upraveném tak, aby bylo rovné (bez polštáře a pokrývky), v dobře vyvětraném pokoji. Žena by měla mít vyprázdněný močový měchýř a neměla by být příliš najezená.

Nejvhodnější dobou pro cvičení je ráno před snídaní. Cvičení obvykle trvá 10-20 minut a každý cvik se opakuje 5 – 10 x (41).

Na oddělení šestinedělí cvičí nedělky podle pokynů rehabilitační pracovnice a doma již samy podle tištěných návodů, které obdrží při propuštění z nemocnice (5). I po příchodu domu by měla žena pokračovat ve cvičení. Některé se mylně domnívají, že práce v domácnosti jim cvičení nahradí. Neuvědomují si však, že domácí práce přetěžují svaly, které byly namáhány již v těhotenství a neposilují potřebné svalové skupiny (41). Na začátek se nedoporučují náročné sporty jako jogging nebo jízda na kole, pokud byla ženě např. provedena epiziotomie. Plavání v období šestinedělí také nepřichází v úvahu, protože děložní krček zůstává ještě několik týdnů po porodu rozšířený. Přes něj mohou do dělohy proniknout bakterie a vyvolat infekci. Při porodu císařským řezem je nutné cviky konzultovat s lékařem (5).

Co se týče kojení, existuje názor, že tělesná aktivita může laktaci narušit, protože kojení vyžaduje denně nejméně 500 dodatečných kalorií. Vznikají tak obavy, že sportovní aktivita spaluje tyto kalorie, které organismus potřebuje na tvorbu mateřského mléka. Nedávno ukončená studie na Kalifornské universitě však dokázala, že nejsou žádné významné rozdíly v objemu a složení mateřského mléka a koncentrace hormonů v plazmě mezi kojícími cvičícími a necvičícími ženami (5).

1.5.4 Zdravá výživa

Každý člověk, ale kojící žena obzvlášť, by měl konzumovat pestrou, rozmanitou a vyváženou stravu s dostatkem kvalitních živočišných proteinů a s potřebným obsahem vitaminů, minerálních látek, vápníku i železa. Ve stravě nemá chybět čerstvé ovoce, zelenina a obilninové výrobky (pečivo z celozrnné mouky, grahamu, jáhlová a ovesná jídla, müsli, apod.). Při kojení potřebuje matka nutně zvýšit příjem potravin obsahujících vápník (netučné mléko, tvaroh, méně slané sýry, zakysané mléčné výrobky) a železo (červené maso, vaječný žloutek, listová zelenina, ořechy, celozrnné obiloviny a po šestinedělí luštěniny). Pro vysoký obsah jódu se nedělce doporučuje zvýšená spotřeba mořských ryb (27,43).

Nedostatečný přísun vitaminů skupiny B a C, které organismus neukládá, se rychle projeví i v mateřském mléce. Vitaminu C nejvíce obsahují citrusové plody, jež

však mohou alergizovat. Proto se v době kojení doporučuje spíše konzumace čerstvé zeleniny, bohaté na tento vitamin. Vitaminy skupiny B jsou obsaženy v obilovinách, těstovinách, rýži, mase či rybách (27,43).

Pokud žena kojí, musí myslet nejen na přísun živin, ale také na dostatečný pitný režim (2,5 - 3,5 l tekutin/denně). Podle vlastního výběru pije vodu, šťávu, mléko, nebo bylinné směsi podporující tvorbu mléka a působící proti nadýmání miminka (Příloha 9). Po celou dobu kojení omezuje pití kávy a černého čaje, protože brání vstřebávání vápníku ve střevě. Je nezbytné vyloučit kouření a požívání alkoholu, protože nikotin a alkohol přecházejí do mléka (27,43).

Některé ženy se ihned po porodu snaží zbavit přebytečných kil, získaných v těhotenství. Rozhodně se však při kojení nedoporučuje drasticky hubnout, protože by se zamezilo dostatečnému příjmu živin, důležitých jak pro nedělku, tak i pro miminko. Při držení přísné diety se do mateřského mléka mohou zvýšeně vyplavovat toxické látky rozpustné v tucích, nastřádané během dosavadního života (dioxiny, apod.) Přírozený úbytek v prvních 4 – 6 měsících by měl být 0,5 – 2 kg za měsíc. Tyto ztráty jsou tělu vlastní a nemají vliv na kojení. Ne každá žena však během kojení ubývá, asi 20 % žen si váhu uchová nebo dokonce zvýší (3,27,43).

Pokud jde o množství jídla, neplatí zde žádné přesné pravidlo. Obecně stačí při výběru potravin volit méně tučné suroviny, omezit příjem cukru a soli. Nedělka by se také měla vyhnout dráždivým, ostrým jídlům a potravinám s tzv. prázdnými kaloriemi (šlehačka, uzeniny, paštiky atd.). V prvních týdnech se má vyhnout potravinám, které nadýmají (jahody, pomeranče, minerální voda aj.). Přísun kalorií by se měl pohybovat mezi 2100 – 2700 kilokaloriemi na den. Pozvolný úbytek váhy podporují časté procházky a mírné cvičení hned po porodu, s pozvolným prodlužováním doby cvičení a zvyšováním zátěže (43).

1.6 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

Všeobecně se spokojenost pacientů pokládá za jeden z nejdůležitějších ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Možná i proto se v posledních letech prudce zvýšil zájem zdravotnických pracovníků o názor klienta ve snaze vyhovět jeho přáním a požadavkům a docílit tak jeho spokojenosti. Při nedostatečném uspokojování potřeb

klienta dochází k podhodnocení poskytované péče a profesionálních kompetencí ošetrovatelského personálu. Víme, že klienti, spokojení s průběhem léčby, více důvěřují ošetrovatelskému personálu a následně lépe spolupracují (1).

1.6.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Pro měření kvality poskytované péče se využívá programů komplexního řízení kvality (TQM) nebo kontinuálního zlepšování kvality (CQI). Ve zdravotnických zařízeních se provádí pravidelná kontrola prostřednictvím udělování akreditace, jejímž smyslem je vytvoření systému, stimulujícího ke stálému zvyšování kvality poskytované péče. Nemocnice s akreditací musí odpovídat stanoveným standardům kvality péče o klienty a poskytovat komplexní služby. Kontrolu nad poskytovanou péčí také zajišťují externí audity (1).

Musíme se zde zmínit také o ošetrovatelském procesu. Tato forma usnadňuje klinické rozhodování, řešení problematických situací a zároveň zkvalitňuje poskytovanou péči. V současné době se ošetrovatelský proces skládá z těchto pěti fází: *Systematického shromažďování údajů* o pacientovi a jeho problémech, *analýza dat* (rozpoznání problému), *plánování* (kladení cílů, volba řešení, stanovení diagnóz s použitím Taxonomie Nanda II), *realizování* (uskutečnění cílů) a *zhodnocení* (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby). Všechny tyto dovednosti spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání. Ošetrovatelský proces (dokumentace) od sestry vyžaduje odborné znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí ve vztahu k práci a schopnost vést kolektiv (1,45).

1.6.2 Hodnocení spokojenosti klientů

Při zjišťování spokojenosti klientů narážíme na náročnost vymezit a definovat ji. „V odborné literatuře nenacházíme jasný a teoreticky zakotvený koncept spokojenosti pacientů, který by sloužil jako podklad výzkumných studií a umožňoval relevantní interpretaci získaných výsledků“ (1, str. 66). Musíme také rozlišovat spokojenost s poskytnutou péčí a spokojenost s chováním a postoji personálu, což jsou dva odlišné koncepty (1).

K posouzení spokojenosti s poskytnutou péčí existují tři základní modely. První model staví na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče. Pokud chceme hodnotit péči, narážíme na několik dimenzí péče, které musíme při bližších výzkumech rozlišit. „Jsou to umění pečovat, technická kvalita, dostupnost péče, finanční záležitosti, prostředí, přiměřenost, kontinuita a účinnost“ (1, str. 66).

Podle amerického sociologa Hulky existují tři širší dimenze a to profesionální kompetence, interpersonální kvalita a spokojenost s cenou péče (specifické americké poměry ve zdravotnictví). V roce 1994 proběhl výzkum spokojenosti ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Byly identifikovány tři dimenze péče: kvalita péče (technika, odborné kompetence ošetrovatelského personálu, přístup k pacientovi), poskytování informací (o nemoci, průběhu, léčbě) a „hotelové služby“ (spokojenost s prostředím, čistotou a stravou). Analýza výsledků prokázala, že pokud jsou klienti spokojeni s mezilidskou dimenzí péče, nabývají přesvědčení, že jim byla poskytnuta kvalitní péče i po stránce odborné (1).

Druhý model je postaven na splnění přání klienta. „Spokojenost pacientů lze vysvětlit vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal“ (1, str. 68). Záleží tedy na subjektivním vnímání pacienta, zda byly jeho potřeby uspokojeny (1).

Třetí, pragmatický model, se snaží shrnout všechny dostupné poznatky. Podle jeho autora, anglického sociologa R. Bakera (1997), závisí úroveň spokojenosti na povaze onemocnění, socio-demografických údajích (věk, vzdělání, ekonomické postavení pacienta) a taktéž na kulturním a rodinném zázemí. Toto vše působí na klienta při posuzování kvality jemu poskytnuté péče (1).

Obecně se ví, že muži bývají spokojenější s poskytovanou péčí a méně kritičtí než ženy. Zaměříme-li se na souvislosti mezi vzděláním pacientů a jejich spokojeností, překvapivě, nejvíc kritizují ne vysokoškoláci, ale lidé se středoškolským vzděláním. Ze všech demografických charakteristik nejlépe ukazuje rozdíly v postojích pacientů k poskytnuté péči především věk. Zdá se, že komunikace mezi staršími pacienty a lékaři je konstruktivnější a vyrovnanější. „Je empiricky potvrzeno, že s věkem roste spokojenost pacientů se zdravotní péčí“ (1, str. 92).

1.6.3 Metodologie sledování spokojenosti

Metoda individuálního nebo skupinového rozhovoru se při sledování spokojenosti pacientů příliš nevyužívá pro velkou časovou náročnost. Nejčastěji se spokojenost sleduje pomocí metody dotazníku, která však přes svou oblíbenost s sebou přináší řadu úskalí. Validita (pravdivost) výsledků záleží na kvalitě sestaveného dotazníku, vhodném výběru vzorku respondentů, návratnosti dotazníků a především na správném sestavení otázek. Při hodnocení spokojenosti klientů se nejčastěji používají škály s číselným, grafickým, nebo slovním vyjádřením. V dotazníkových šetřeních, týkajících se zdravotní péče, existuje na straně pacientů vysoká tendence hodnotit obdrženou péči pozitivně, a tudíž skórovat vždy na kladné straně škály. Proto je potřeba střídat znění položek dotazníků (pozitivní a negativní forma otázek), abychom získali co možná nejpravdivější výsledek (1).

1.7 Informovanost klientů

Mezi předpoklady účinné zdravotní výchovy patří mimo jiné správná informovanost klienta o jeho zdravotní a sociální situaci a vhodně stanovený edukační plán. Klient, podstupující léčbu, má právo získat dostatečné informace k tomu, aby mohl před každým diagnostickým výkonem a terapeutickým postupem dát svůj souhlas k jeho provedení, případně se rozhodnout mezi několika alternativami (viz. Práva pacientů). Dobře edukovaný pacient navíc lépe spolupracuje se zdravotnickým personálem. Proto je třeba vždy podávat kvalitní informace (2).

Nedělký navíc musí získat vědomosti o tom, jak pečovat o sebe a o dítě po příchodu domů (např. správné kojení) (kapitola 1.5).

1.7.1 Edukativní činnost sestry

Edukací rozumíme celoživotní proces rozvíjení osobnosti působením formálně - výchovných institucí a tvarování neformálním prostředím (rodina, nemocnice apod.). Klade si za cíl osvojení nových poznatků, získání nových vědomostí a zručnosti, vytváření hodnotových, postojových, citových a volních struktur osobnosti a dosažení změny v chování a jednání (2).

Úkolem zdravotní sestry není pouze pečovat a ošetřovat pacienty. Její nezbytnou úlohou je také informovat klienty o následné péči, doplňovat informace sdělené lékařem a odpovídat na jejich časté otázky. Sestra - edukátorka má před sebou nelehký úkol, poskytnout informace správnou formou a ve správný čas. K tomu musí získat schopnost projektovat, realizovat, hodnotit situaci, vnímat potřeby pacienta a pohotově na ně reagovat, pamatovat si a dávat věci do souvislostí (45).

Edukativní působení na konkrétního klienta je třeba přizpůsobit určitým faktorům. Věk nemocného ovlivňuje způsob jeho přijímání a pamatování informací a tomu uzpůsobujeme i výchovné metody (např. děti - hra, dospělý - argumentace). Stejně tak se musí individuálně uzpůsobit obsah, rozsah a forma sdělovaných informací vzhledem k prostředí, v němž klient žije (společensko-ekonomické faktory). Dále, člověk, který se už dříve setkal s podobnou situací (např. s hospitalizací), se rychleji adaptuje a pohotověji přijímá informace ohledně svého stavu a následné léčby. Edukátorka bere samozřejmě ohled také na aktuální psychický stav nemocného. Mezi další důležité faktory patří motivace k získávání informací, pacient se musí chtít učit. V neposlední řadě hraje roli očekávání edukátora i klienta a vzájemný vztah mezi nimi. Sestra si získává důvěru a spolupráci klienta, aby ho mohla celým procesem snáze provést (2,43). „Předpokladem efektivního výchovného působení sestry jsou její vlastnosti. Pacient lépe přijme rady od laskavé, trpělivé, odpovědné a svědomité sestry. Netrpělivá, nedůtklivá sestra může u pacienta vyvolat pocit nejistoty, obavy a strachu“ (11, str. 19).

Efektivita výchovného procesu u nemocného záleží na stanoveném cíli a jeho naplnění. Samotný cíl má být reálně dosažitelný a stanovený dle individuálních potřeb klienta. Úspěch dále závisí na správně zvolené strategii učení, dostatečné motivaci klienta a na konstruktivní komunikaci mezi ošetřovatelem a jeho pacientem (2, 45).

1.7.2 Metody a formy edukace

„Forma edukace je konkrétní podoba, díky které se příslušný obsah dostává k lidem. Zahrnuje metody a pomůcky, které se při výuce používají“ (11, str. 19). Metodou rozumíme postup, cestu k osvojování si různých návyků a zručnosti (11, 45).

Metody individuálního působení (rozhovor, konzultace, pošta) zajišťují intimitu klienta. Rozhovor, plynoucí mezi sestrou a klientem, slouží jako vhodná edukační forma, pokud edukátorka ovládá způsoby konstruktivní komunikace. Spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí bývá do značné míry vyjádřena spokojeností s dobrou komunikací. Předávání informací může probíhat také prostřednictvím elektronické pošty, využívané především mladistvými (2,45).

Metody skupinového působení, mezi něž patří přednáška, beseda a diskuse, se zaměřují na menší skupiny pacientů. Společenství několika lidí zde napomáhá k vzájemné obohacující výměně názorů a zkušeností. Edukace pacientů formou přednášky je vhodná zejména tehdy, pokud potřebujeme poskytnout přesné, teoretické informace. Může být doplněna obrázky, prezentací apod.. Skupinová beseda se hodí spíše pro menší skupinu lidí a využívá se především při setkání lidí s podobným problémem. Edukaci sestry přitom mohou podpořit odborníci z daného oboru, kteří se besedy zúčastní (2,45).

Na širší okruh lidí jsou zaměřeny metody hromadného působení, např. noviny, rádio, televize a internet.

Samovzdělávání s poskytnutím tématické literatury k prostudování závisí na ctizádostivosti jedince. (2,45). Metoda tištěného slova využívá letáky, odborné články, časopisy či knihy. Leták má za úkol zasáhnout určitou větší skupinu lidí za preventivním, informačním a vzdělávacím účelem, často se používá jako doplněk mluveného slova. Článek je širší zpracování zdravotně - výchovné problematiky prezentované v novinách či odborných časopisech. Časopis podle svého obsahu může sloužit jako prevence onemocnění a poskytovat také pokyny již nemocným jedincům. Podobně, kniha se zdravotně-výchovným zaměřením informuje klienty o určité oblasti zdravotní výchovy (zdravá výživa, léčivé rostliny apod.), informace však na rozdíl od časopisu zpracovává komplexně (11,45).

Z různých forem působení zdravotní výchovy (mluvené slovo, tištěné slovo, metody přímé zkušenosti a názorné pomůcky) se ve zdravotnictví pro předávání informací nejčastěji využívá mluveného slova. Nezastupitelnou roli zde hraje také názorná edukace, především při instruktáži různých ošetrovatelských nebo lékařských výkonů (např. edukace diabetika) (45).

2. CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit informovanost žen na oddělení šestinedělí o ošetrovatelské péči.

Cíl 2

Zjistit spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí na oddělení šestinedělí.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Ženy po porodu na oddělení šestinedělí jsou informované o ošetrovatelské péči.

Hypotéza 2

Na oddělení šestinedělí jsou ženy po porodu spokojené s ošetrovatelskou péčí.

3. METODICKÝ POSTUP

3.1 Charakteristika použité metody

Pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčeného cíle bylo použito metody dotazování. Anonymní dotazník (Příloha 1) se skládal z 33 otázek, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a zároveň některé otázky nechávaly možnost vyjádření vlastního názoru.

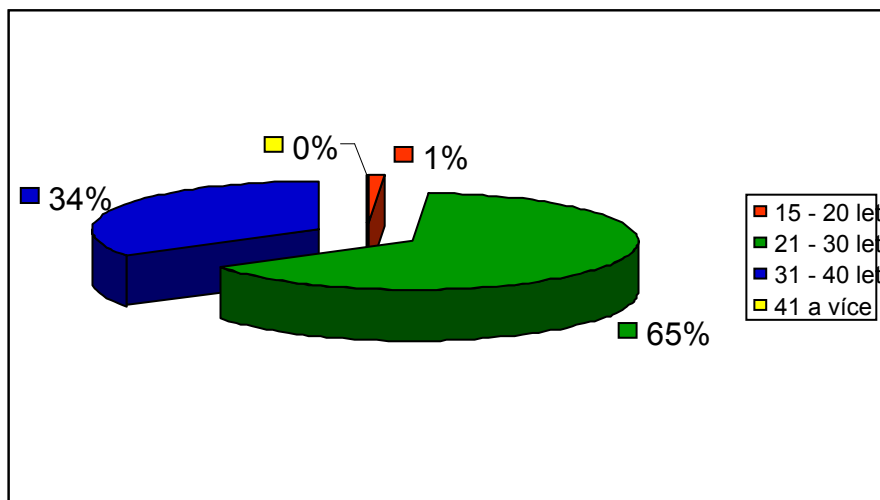
Úvodní uzavřené otázky (1 - 3) směřovaly k identifikaci respondentek (věk, vzdělání, počet porodů). Následující otázky (uzavřené a polootevřené) se týkaly úrovně informovanosti a způsobu získávání informací o této problematice. Další oblast otázek (13 - 31) již směřovala k prozkoumání vlastní informovanosti. Na závěr byl zjišťován přístup ošetrovatelského personálu k rodičce a spokojenost nedělek s péčí, poskytovanou na oddělení šestinedělí (32 - 33). Některé otázky svou formulací nechávaly možnost zvolit zároveň více odpovědí pro hlubší prozkoumávání informovanosti (otázky č. 5 - 8, 15 - 18, 22, 24, 25, 31, 32).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen matkami na oddělení šestinedělí v Nemocnici a. s. České Budějovice. Dotazník vyplnilo 100 matek po porodu, z něhož nejvíce náleželo věkové kategorii od 21 do 30 let. Tento soubor byl zvolen náhodným výběrem žen, které rodily v měsících únoru a březnu roku 2007. Dotazník obdržely ženy 3. - 4. den po porodu, kdy se předpokládá, že by již měly být dostatečně edukované. Z celkového počtu 123 rozdaných dotazníků se jich 17 vůbec nevrátilo, 100 se vrátilo vyplněných a 6 prázdných. Pro tuto práci bylo použito rovných 100 dotazníků, návratnost činila tedy 81,3%.

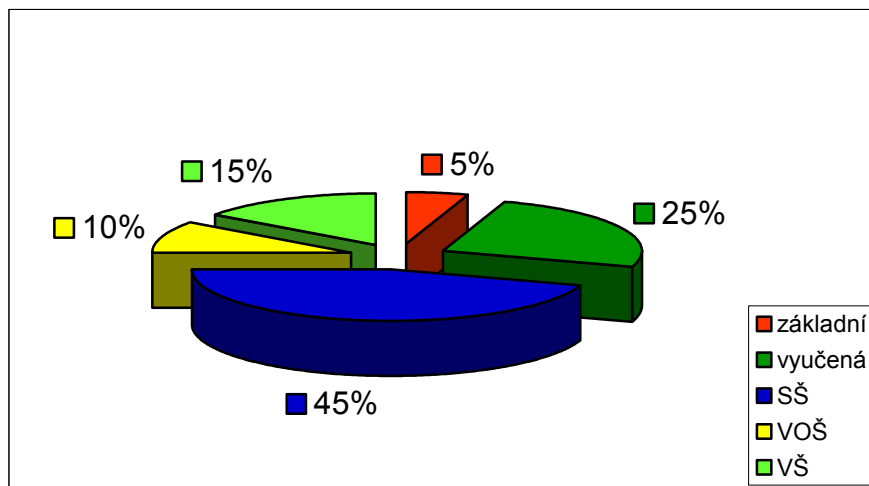
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Graf 1 Věk respondentek



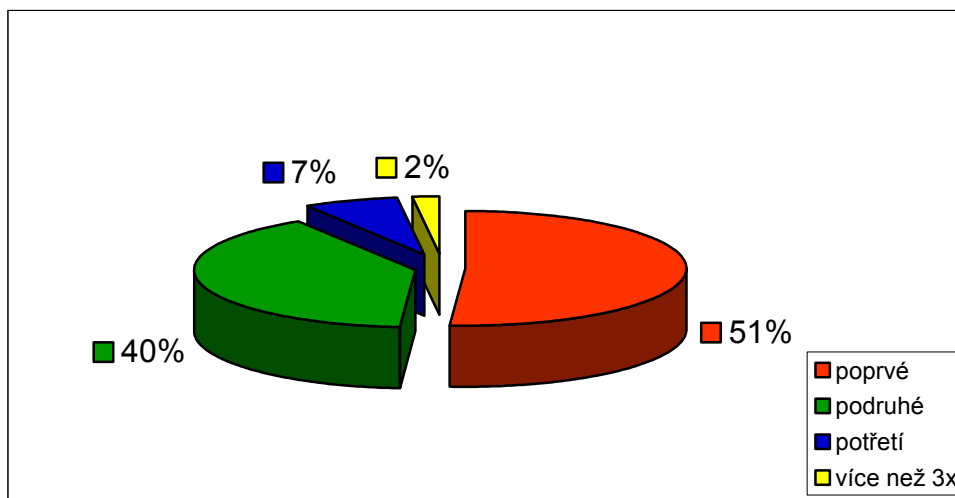
Z celkového počtu 100 dotázaných patřila do věkové kategorie 15-20 let 1 žena (1 %), do kategorie 21-30 let 65 žen (65 %) a do kategorie 31-40 let 34 žen (34 %). Do věkového rozmezí 41 a více let nespádala žádná žena.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



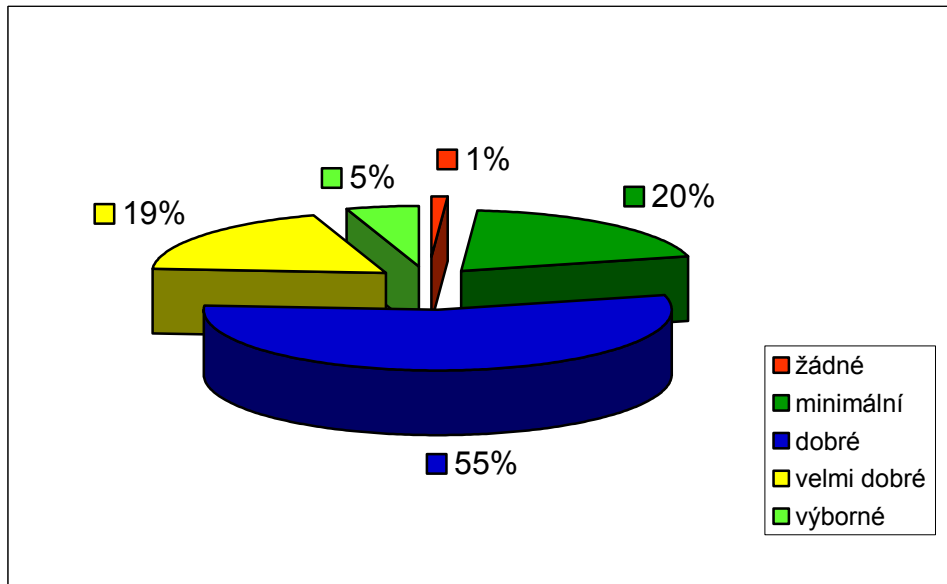
5 žen (5 %) mělo pouze základní vzdělání, 25 žen (25 %) bylo vyučených, 45 (45 %) dokončilo střední odborné vzdělání, 10 (10 %) absolvovalo vyšší odbornou školu a 15 žen (15 %) dokončilo vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Počet porodů



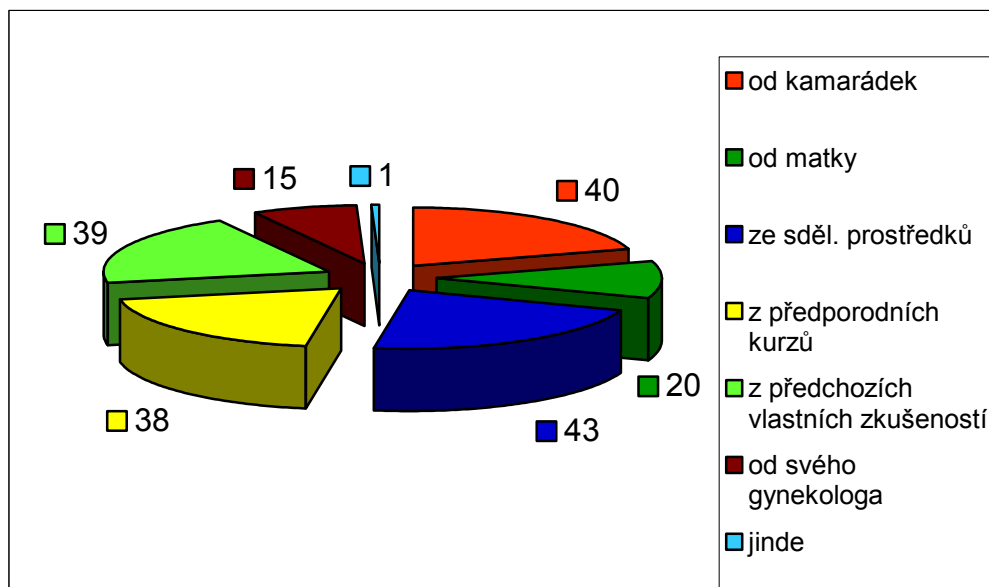
Tento graf ukazuje, že ze 100 dotazovaných žen jich rodilo 51 (51 %) teprve poprvé, 40 (40 %) podruhé, 7 žen (7 %) potřetí a více než třikrát rodily 2 ženy (2 %).

Graf 4 Úroveň informací o období šestinedělí před příchodem do porodnice



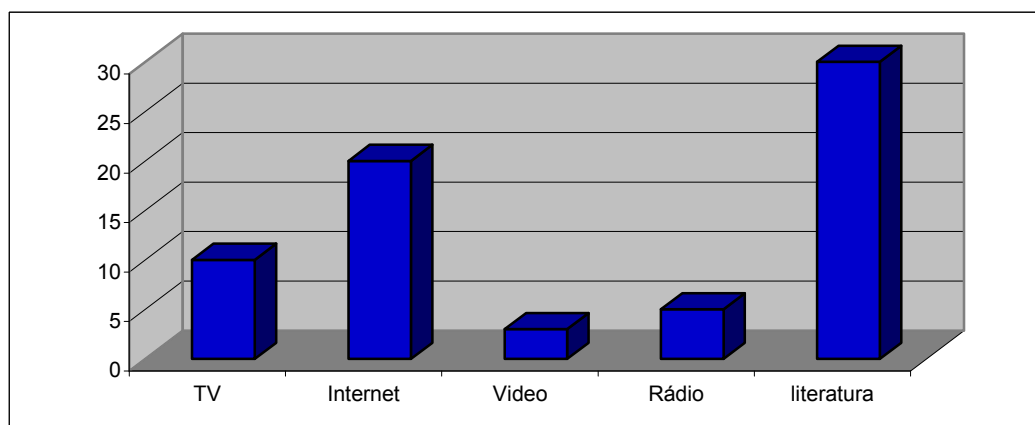
Své informace o období šestinedělí před příchodem do porodnice hodnotilo 5 žen (5 %) jako výborné, 19 žen (19 %) jako velmi dobré, 55 žen (55 %) se domnívalo, že mají informace dobré. 20 žen (20 %) odpovědělo, že mají informace minimální, 1 žena (1 %) neměla před příchodem do porodnice žádné informace.

Graf 5a Zdroj informací o období šestinedělí



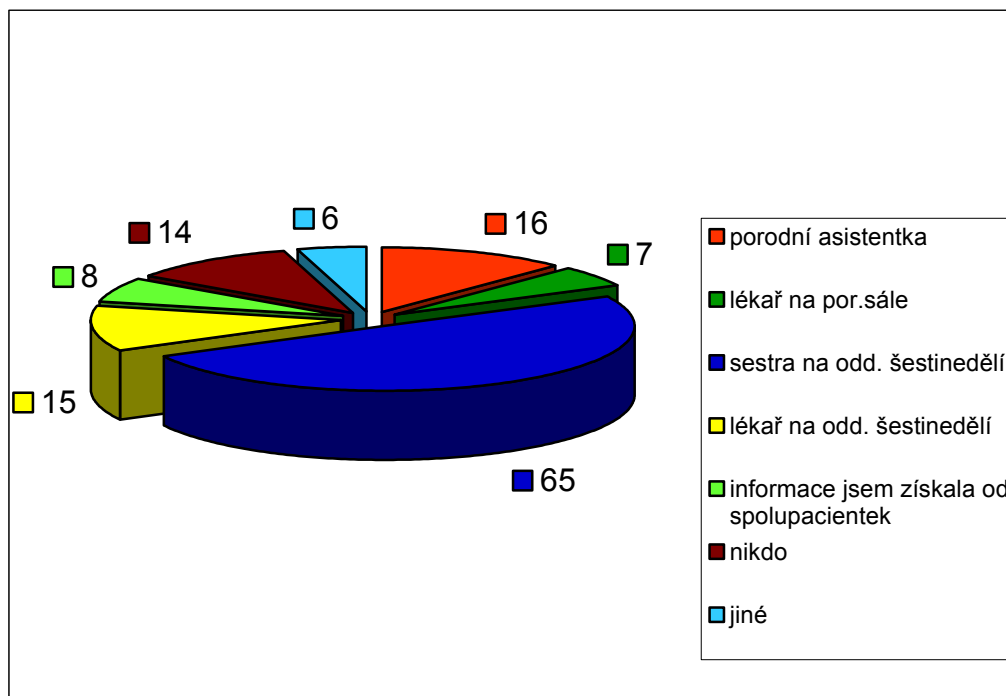
Z grafu vyplývá, že 40 žen čerpalo informace ohledně období šestinedělí od kamarádek, 20 žen od své matky, 43 žen ze sdělovacích prostředků, 38 žen z předporodních kurzů, 39 žen z předchozích vlastních zkušeností, 15 žen získalo informace od svého gynekologa a 1 žena uvedla zdroj svých informací jinde (konkrétně Střední zdravotnická škola).

Graf 5b Sdělovací prostředky jako zdroj informací



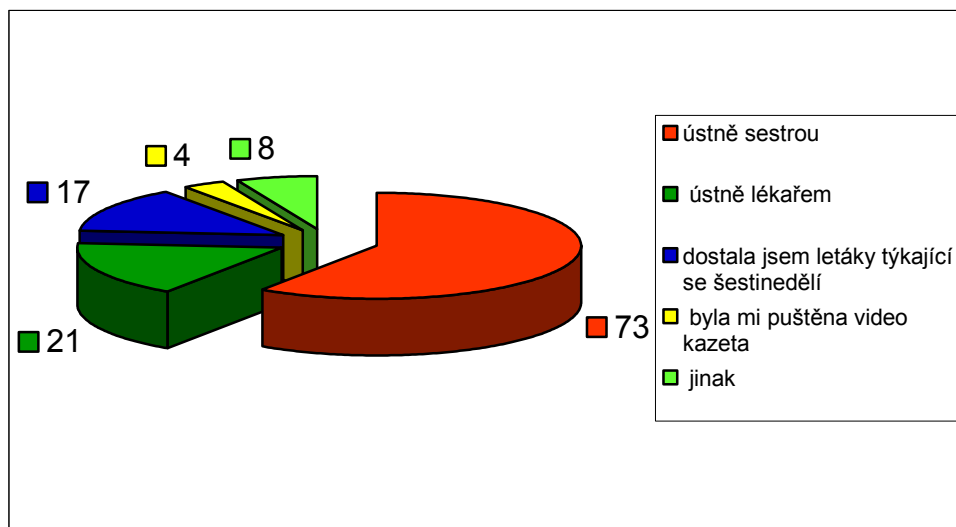
Ze 43 respondentek, které uvedly jako zdroj svých informací sdělovací prostředky (graf 5a) jich 10 získalo informace z TV, 20 na internetu, 3 ženy sledováním videa, 5 žen posloucháním rádia a 30 žen z literatury.

Graf 6 Poskytovatelé informací po porodu



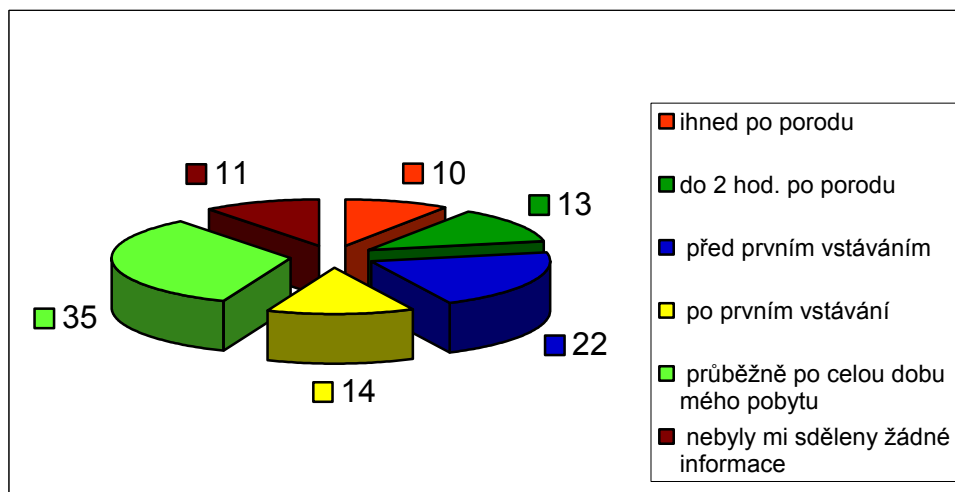
16 dotázaných žen uvedlo, že po porodu byly informovány o nastávajícím období šestinedělí porodní asistentkou, 7 žen informoval lékař na porodním sále, 65 žen sestra na oddělení šestinedělí, 15 žen lékař na oddělení šestinedělí a 8 jich informace získalo od spolupacientek. 14 respondentek uvedlo, že je nikdo neinformoval a jiný způsob získávání informací (z časopisu, ze zdravotní školy, od rehabilitační sestry, z knížek, nebo z kazety do telefonu) uvedlo 6 žen.

Graf 7 Forma podání informací



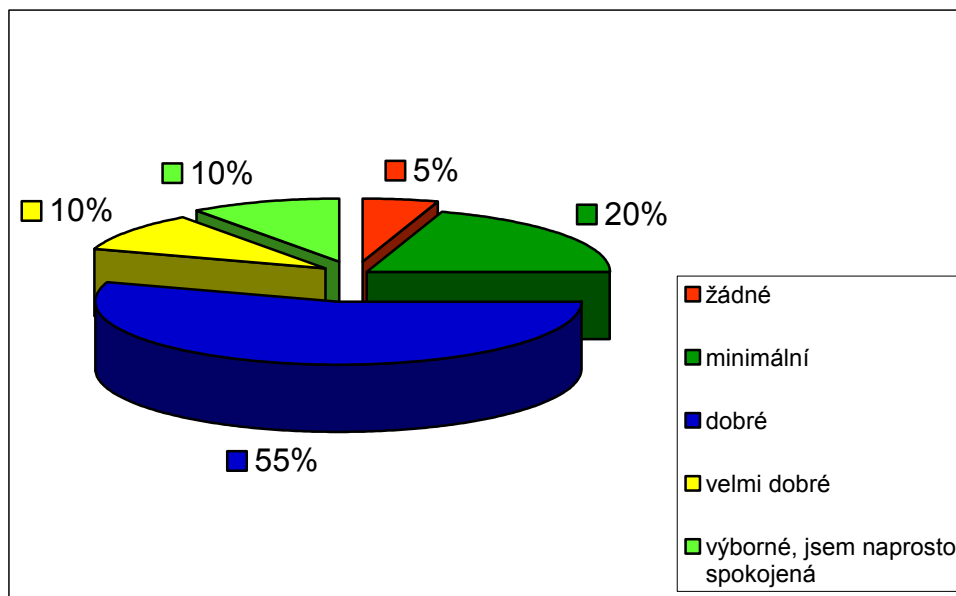
Podle tohoto grafu bylo 73 žen informováno ústně sestrou, 21 ústně lékařem, 17 jich dostalo letáky týkající se šestinedělí, 4 dotázaným byla puštěna videokazeta a 8 žen uvedlo jinou formu získávání informací (od kamarádů, známých, z časopisů, z předporodního kurzu nebo ze zdravotnické školy).

Graf 8 Informace v časovém odstupu po porodu



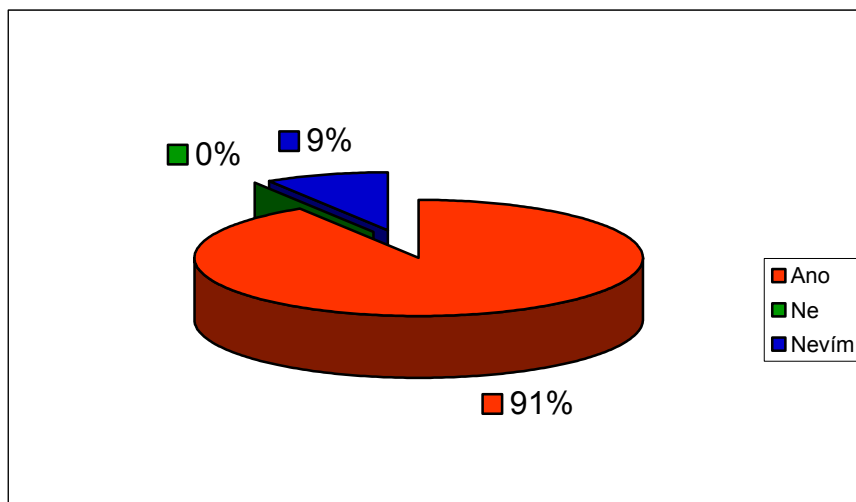
Z grafu vyplývá, že 10 žen získalo informace ihned po porodu, 12 žen do dvou hodin po porodu, 21 před prvním vstáváním, 13 po prvním vstávání, 35 jich získávalo informace průběžně po celou dobu svého pobytu a 11 respondentek uvedlo, že jim nebyly sděleny žádné informace.

Graf 9 Úroveň získaných informací na oddělení šestinedělí



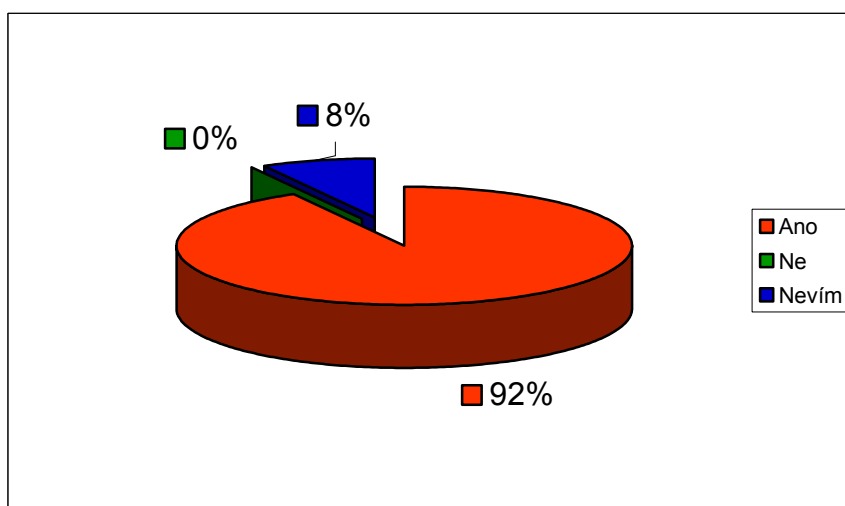
5 žen (5 %) nezískalo na oddělení šestinedělí žádné informace, 20 (20 %) jich udalo, že na oddělení získaly informace minimální, 55 žen (55 %) se domnívalo, že získaly dobré informace, 10 respondentek (10 %) velmi dobré a 10 (10 %) výborné a byly s informovaností na oddělení šestinedělí naprosto spokojené.

Graf 10 Péče o novorozence



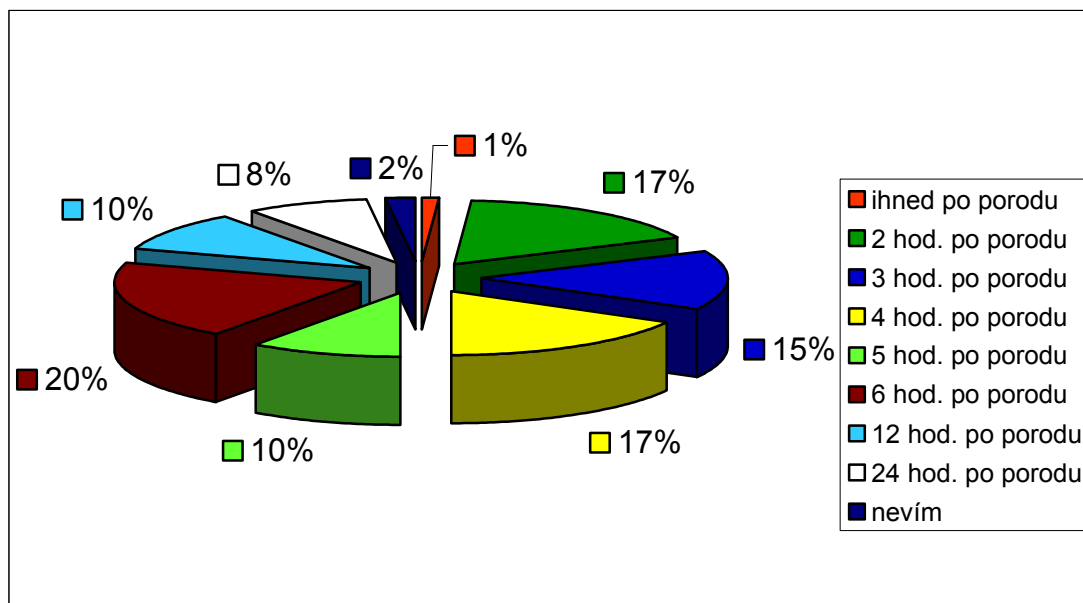
91 žen (91 %) se domnívá, že péči o novorozence po příchodu domů zvládne bez problémů, žádná respondentek (0 %) se neobává, že by péči o novorozence nezvládla a 9 matek (9 %) odpovědělo, že neví, zda péči o novorozence po příchodu domů zvládne.

Graf 11 Péče o sebe po příchodu domů



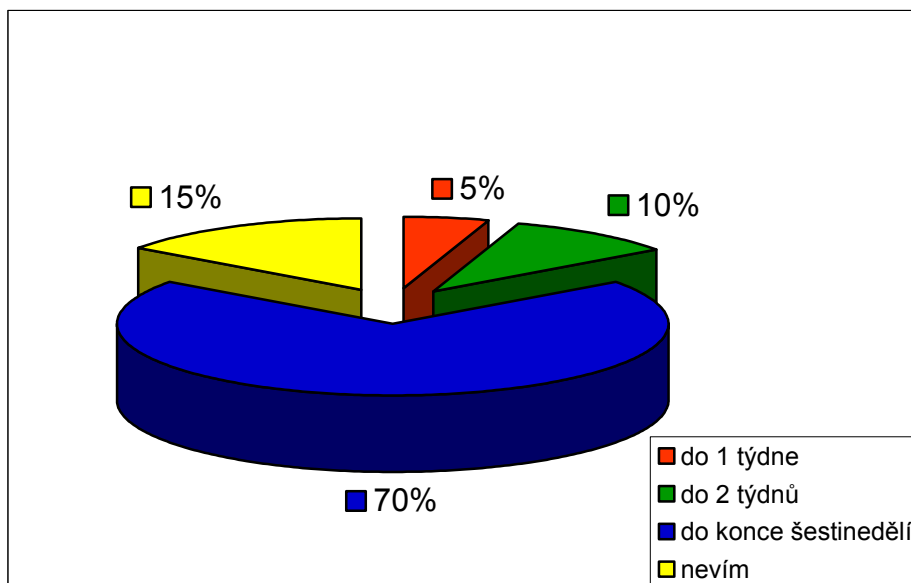
92 matek (92 %) se domnívá, že péči o sebe sama po příchodu domů zvládne bez problémů, žádná žena (0 %) se neobává, že by péči o sebe nezvládla a 8 žen (8 %) odpovědělo, že neví, zda péči o sebe po příchodu domů zvládne.

Graf 12 První poporodní vstávání



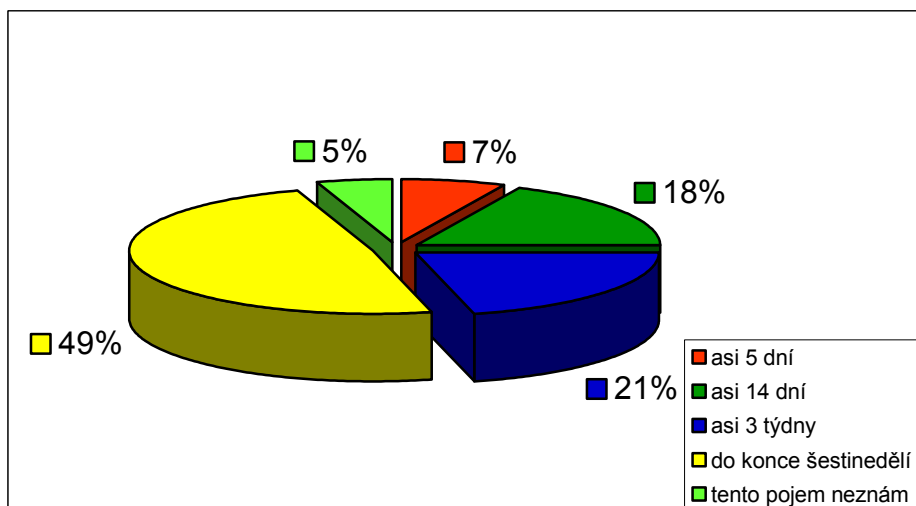
Z grafu vyplývá, že ihned po porodu vstávala 1 dotazovaná (1 %), 2 hodiny po jich porodu vstávalo 17 (17 %), 3 hodiny po porodu 15 (15 %), 4 hodiny po porodu 17 (17 %), 5 hodin po porodu 10 (10 %), 6 hodin po porodu 20 (20 %), 12 hodin po porodu 10 (10 %), 8 žen (8 %) vstávalo 24 hodin po porodu. 2 matky (2 %) napsaly, že neznají přesný čas svého prvního poporodního vstávání.

Graf 13 Doba zavinování dělohy



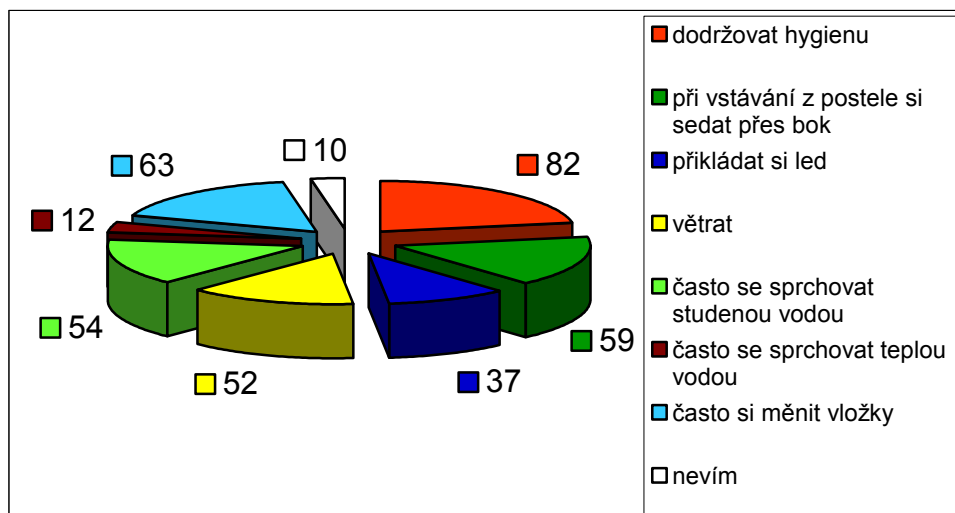
5 žen (5 %) se domnívá, že se děloha zavine do 1 týdne po porodu, 10 (10 %) jich udalo dobu zavinování dělohy do 2 týdnů, 70 (70 %) napsalo do konce šestinedělí a 15 žen (15 %) odpovědělo, že neví.

Graf 14 Odchod očístků



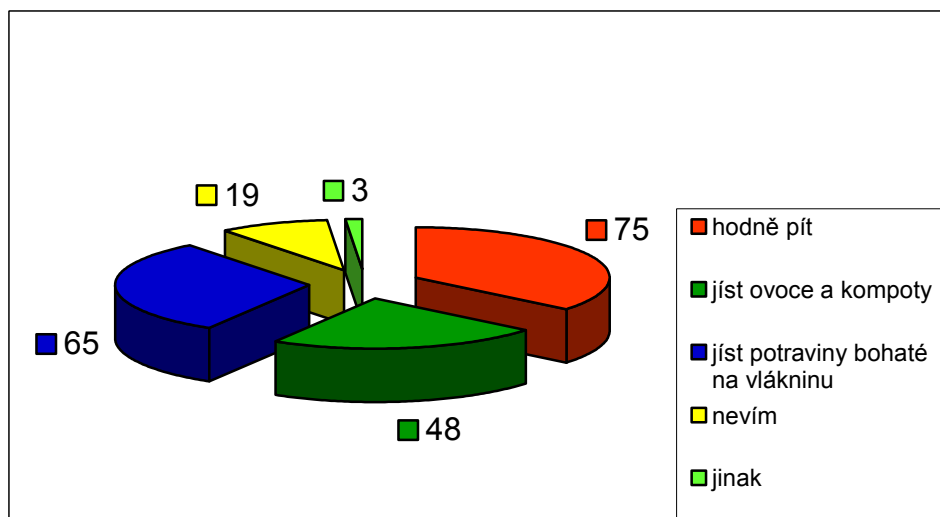
Podle tohoto grafu se 7 žen (7 %) se domnívá, že očístky odchází po dobu 5-ti dní, 18 (18 %) jich označilo jako správnou odpověď 14 dní, 21 respondentek (21 %) udalo 3 týdny, 49 žen (49 %) napsalo do konce šestinedělí a 5 matek (5 %) tento pojem nezná.

Graf 15 Péče o nástřih hráze



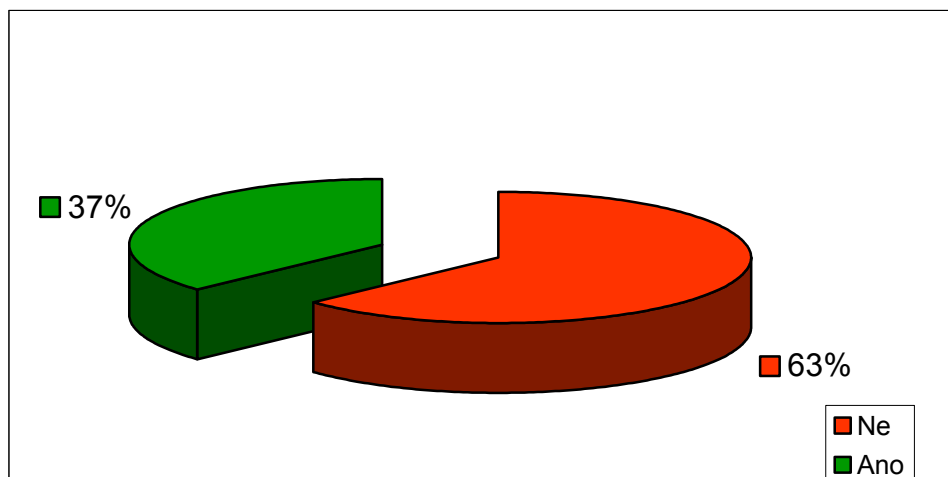
Na otázku ohledně správné péče o epiziotomii 82 žen udalo dodržování hygieny, 59 jich vědělo, že by se při vstávání z postele mělo sedat přes bok, 37 matek odpovědělo na šití si přikládat led, 52 okolí šití větrat, 54 žen často se sprchovat studenou vodou, 12 respondentek často se sprchovat teplou vodou, 63 žen často si měnit vložky a 10 jich napsalo, že neví.

Graf 16 Prevence zácpy



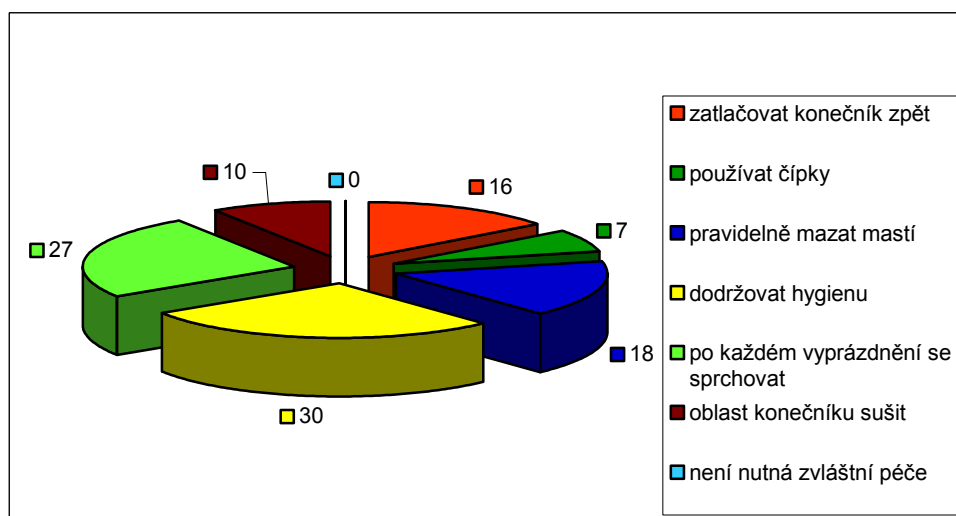
Pro prevenci zácpy v šestinedělí 75 žen uvedlo, že je důležité hodně pít, 48 jich uvedlo nutnost jíst ovoce a kompoty, 65 žen jíst potraviny bohaté na vlákninu, 19 žen nevědělo a 3 ženy uvedlo jiný způsob (čípky, přírodní projímadla nebo pití zákysu).

Graf 17 a Znalost péče o vyhřezlý konečník



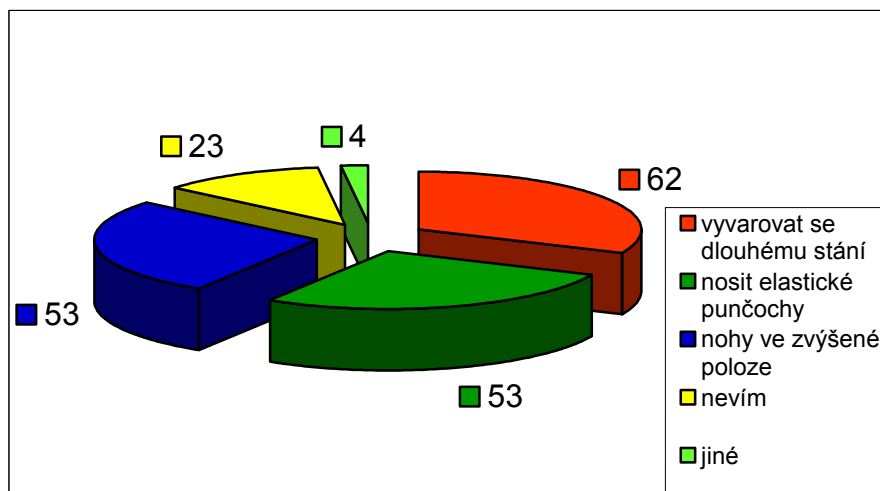
Z grafu vyplývá, že 63 žen (63 %) neví, jakým způsobem pečovat o vyhřezlý konečník, 37 žen (37 %) ano.

Graf 17 b Péče o vyhřezlý konečník



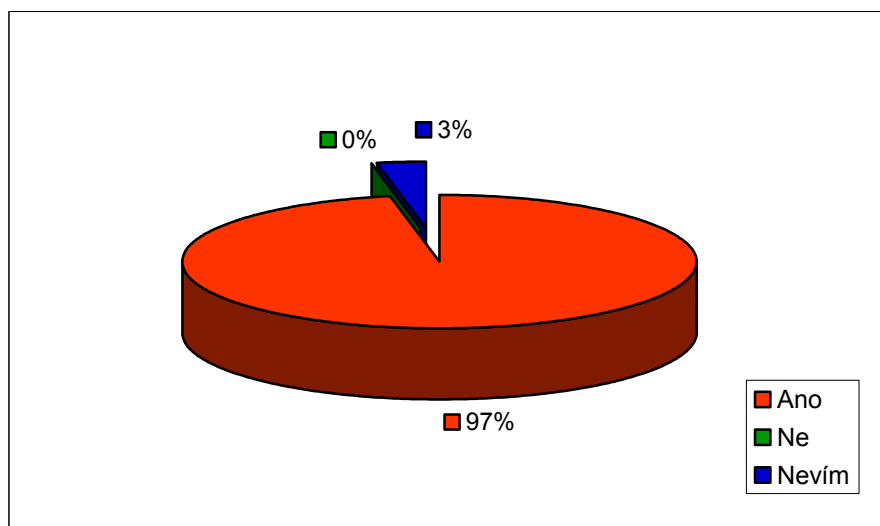
Z 37 žen, které vědí, jak pečovat o vyhřezlý konečník (graf 17a), by 16 dotázaných zatlačovalo konečník zpět, 7 by jich používalo čípky, 18 respondentek by oblast konečníku mazalo mastí, 30 matek považovalo za důležité dodržování zásad hygieny, 27 žen uvedlo sprchování po každém vyprázdnění, 10 žen by oblast konečníku sušilo. Žádná z nich neodpověděla, že není nutná zvláštní péče.

Graf 18 Péče o varixy na dolních končetinách



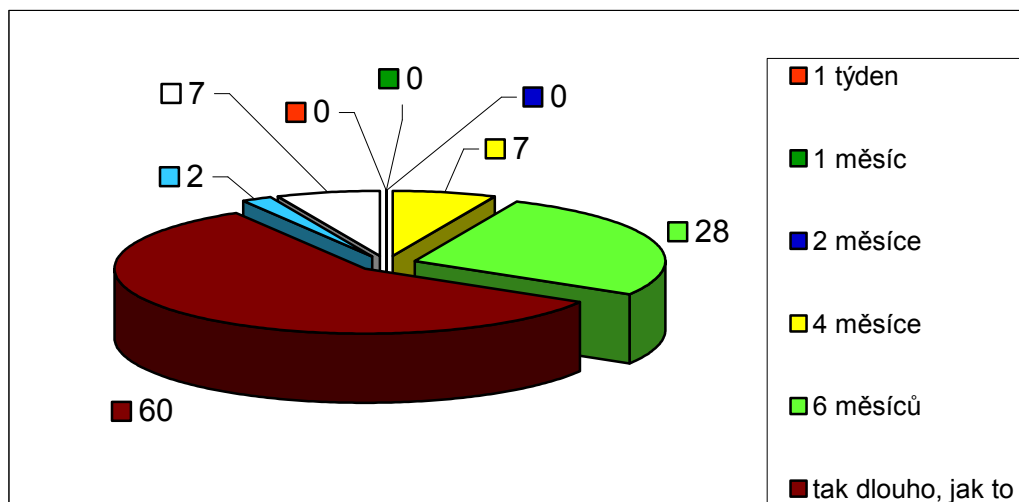
62 žen udalo, že při péči o varixy na dolních končetinách je dobré vyvarovat se dlouhému stání, 53 žen udalo nosit elastické punčochy, 53 žen uvedlo jako odpověď nohy ve zvýšené poloze, 23 žen nevědělo, 4 ženy uvedly jiný způsob (masáž DK, speciální cvičení zaměřené na varixy, léky a masti od lékaře).

Graf 19 Volba kojit své dítě



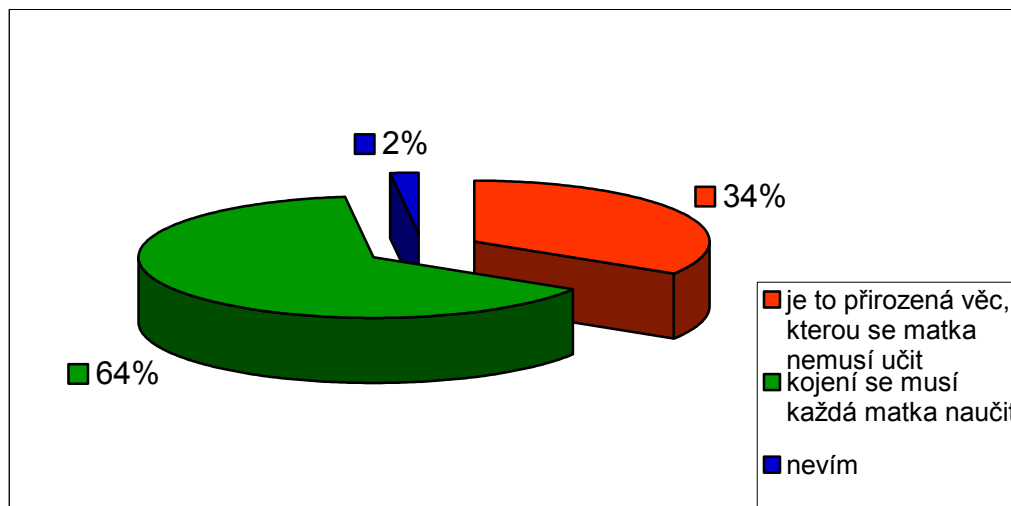
Tento graf ukazuje, že 97 žen (97 %) své dítě kojit chce, žádná žena (0 %) nenapsala, že dítě kojit nechce a 3 ženy (3 %) si odpovědi nebyly jisté.

Graf 20 Délka kojení



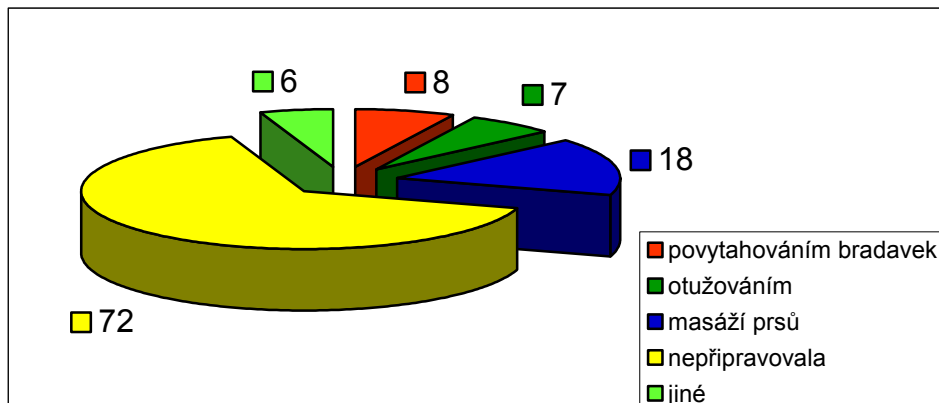
Na otázku, jak dlouho by rády kojily své dítě, žádná žena neuvedla 1 týden, 1 měsíc, ani 2 měsíce, 7 žen uvedlo 4 měsíce, 28 žen 6 měsíců, 60 žen tak dlouho, jak to bude dítě vyžadovat, 2 ženy napsaly, že nevědí a 7 žen vybralo „jiné“.

Graf 21 Charakteristika kojení



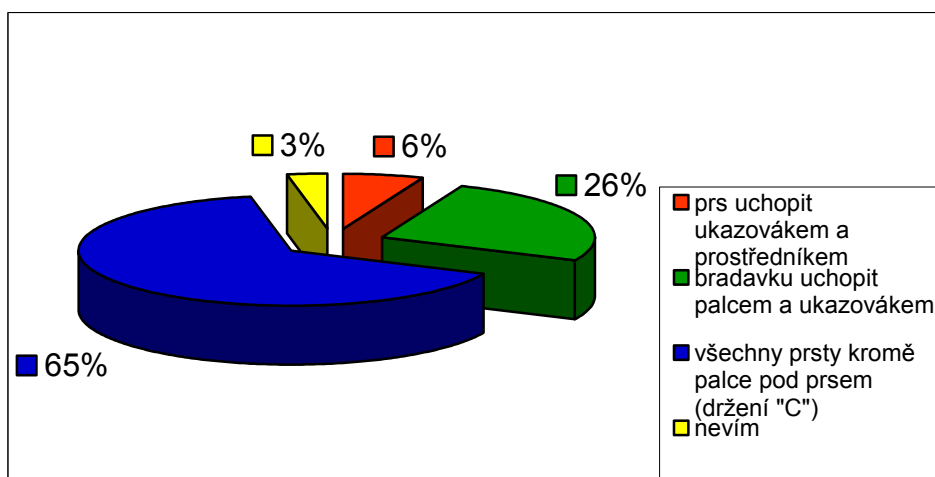
Z grafu vyplývá, že podle 34 žen (34 %) je kojení přirozená věc, kterou se matka nemusí učit, 64 žen (64 %) se domnívá, že kojení se musí každá matka naučit a 2 ženy (2 %) vybraly odpověď „nevím“.

Graf 22 Péče o prsy v období před porodem



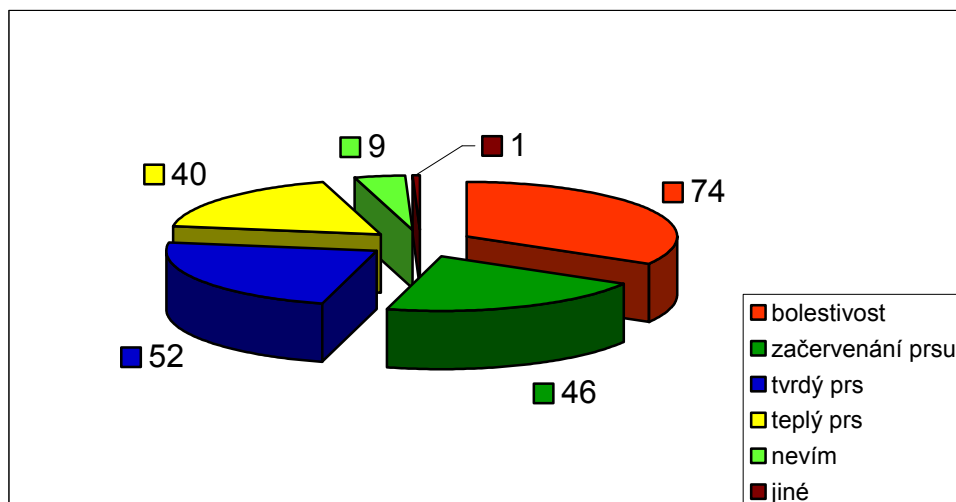
8 žen uvedlo, že v období před porodem si připravovaly prsy ke kojení povytahováním bradavek, 7 žen uvedlo přípravu otučováním, 18 žen masáží prsů, 72 žen si prsy před kojením nepřipravovaly a 6 žen uvedlo jiné způsoby (mazáním bradavek krémem, používáním masážních olejů, tělovým mlékem pro zpevnění pokožky, posilovacími cviky, první syn kojen do 3 let).

Graf 23 Uchopení prsu



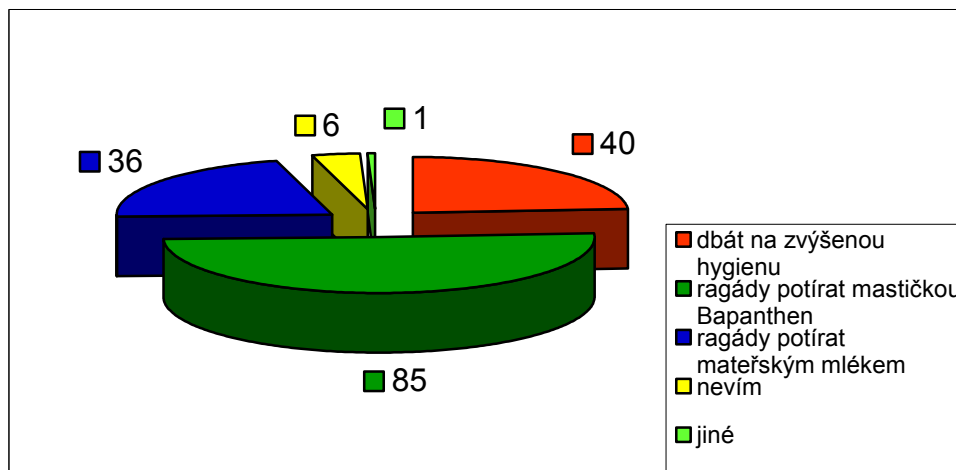
6 žen (6 %) se domnívá, že správné uchopení prsu při kojení znamená prs uchopit ukazovákem a prostředníkem, 26 žen (26 %) by bradavku uchopilo palcem a ukazovákem, 65 žen (65 %) považuje za správnou techniku všechny prsty kromě palce mít pod prsem (držení „C“), 3 ženy (3 %) odpověděly „nevím“.

Graf 24 Rozpoznání zánětu prsu



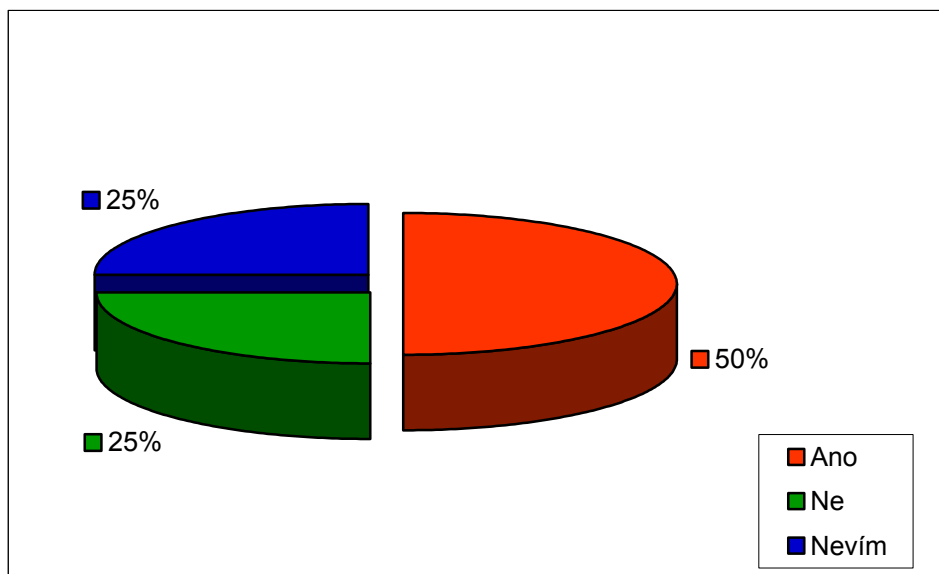
74 žen se domnívá, že zánět prsu pozná podle jeho zarudnutí, 46 žen podle začervenání prsu, 52 odpovídajících žen se domnívá, že prs je tvrdý, 40 žen se domnívá, že je prs teplý, 9 žen odpovědělo, že neví, 1 žena vybrala „jiné“.

Graf 25 Péče o ragády



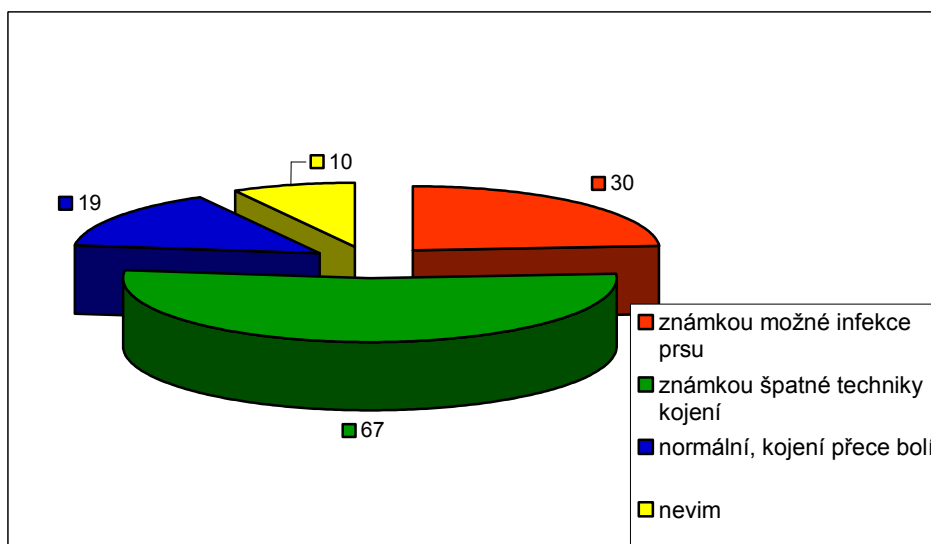
40 žen se domnívá, že při vzniku ragád (trhlinek na bradavce) je dobré dbát na zvýšenou hygienu, 85 žen udalo, že by ragády potíralo mastičkou Bepanthen, 36 žen by ragády potíralo mateřským mlékem, 6 žen nevědělo a 1 žena vybrala „jiné“.

Graf 26 Kojení při zánětu prsu



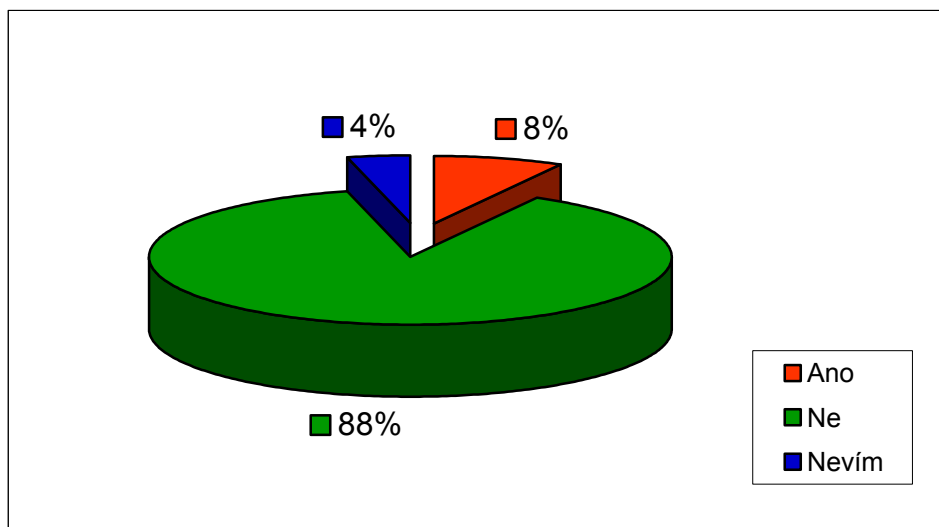
50 žen (50 %) si myslí, že kojení při zánětu prsu je žádoucí, 25 žen (25 %) se domnívalo, že kojit by neměly a 25 žen (25 %) nevědělo.

Graf 27 Bolestivé kojení



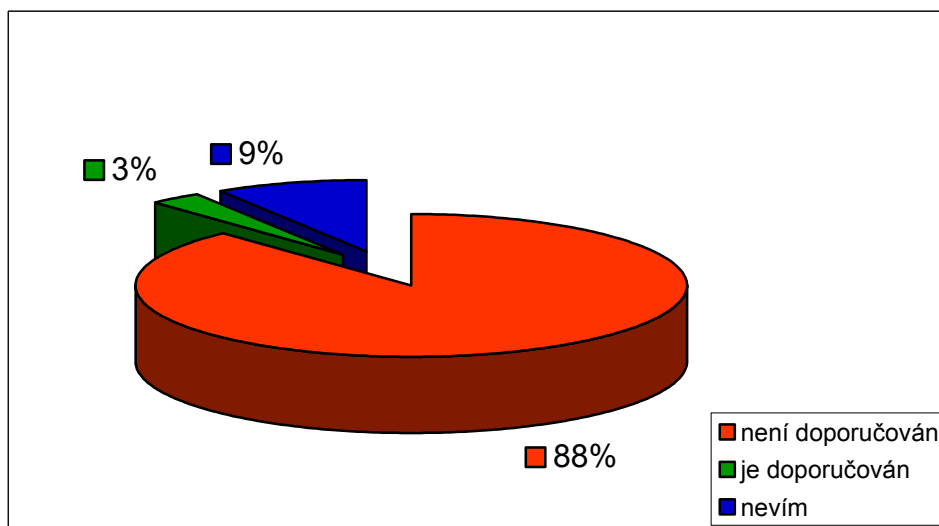
30 žen se domnívá, že bolestivé kojení je známkou možné infekce prsu, 67 žen udalo jako jeho možný důvod špatnou techniku kojení, 19 žen uvedlo, že bolestivé kojení je normální a 10 žen nevědělo.

Graf 28 Kojení jako antikoncepce



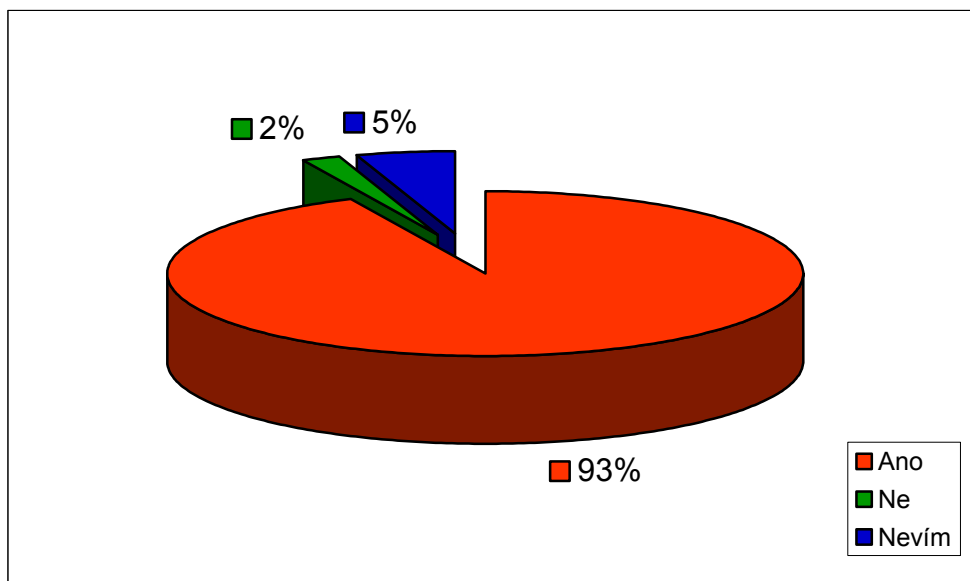
Podle tohoto grafu se 8 žen (8 %) domnívá, že kojení je ochráně před otěhotněním, 88 žen (88 %) si nemyslí, že kojení chrání před otěhotněním a 4 ženy (4 %) zvolily odpověď „nevím“.

Graf 29 Sexuální život v šestinedělí



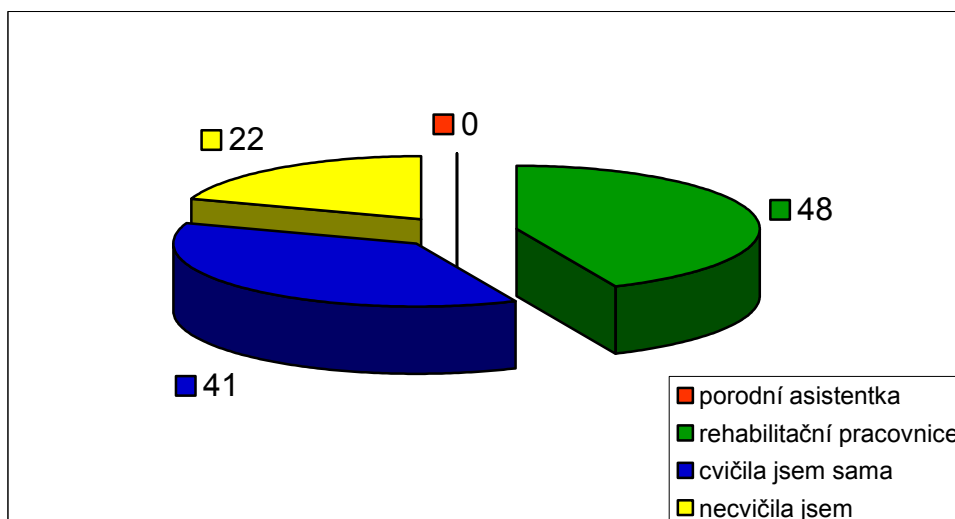
88 žen (88 %) si myslí, že sexuální život v období šestinedělí není doporučován, 3 ženy (3 %) se domnívají, že je doporučován a 9 žen (9 %) neví, zda je sexuální život v období šestinedělí vhodný.

Graf 30 Důležitost cvičení po porodu



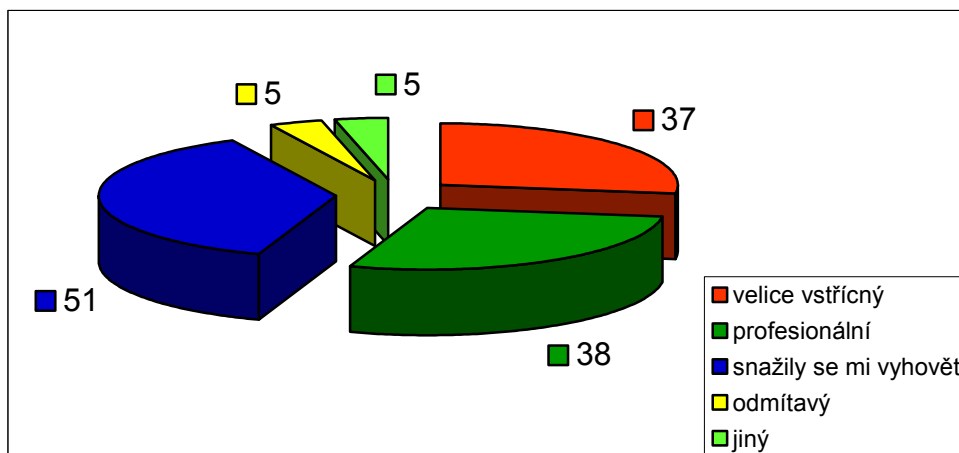
Tento graf ukazuje názor dotazovaných na potřebu cvičení po porodu. 93 žen (93 %) si myslí, že cvičení je důležité, 2 ženy (2 %) si nemyslí, že je cvičení po porodu důležité a 5 žen (5 %) neví.

Graf 31 Cvičení na oddělení šestinedělí



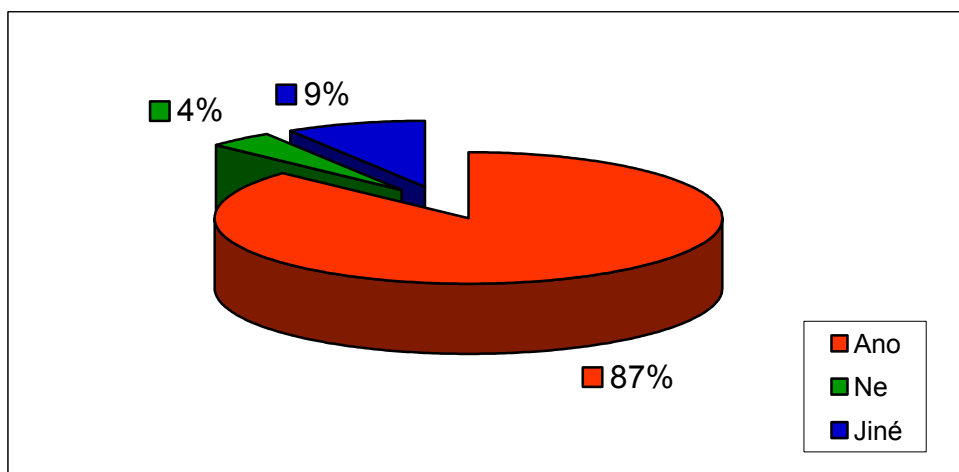
Žádná žena neodpověděla, že s ní po porodu na oddělení šestinedělí cvičila porodní asistentka, 48 žen cvičilo s rehabilitační sestrou, 41 žen cvičilo samo a 22 žen necvičilo vůbec.

Graf 32 Přístup ošetrovatelského personálu



37 žen hodnotilo přístup sester jako velice vstřícný, 38 žen jako profesionální, 51 žen konstatovalo, že se jim sestry snažily vyhovět, 5 žen hodnotilo přístup jako odmítavý a 5 žen zvolilo jiný (odměřený, odmítavý, jak u které sestry, někdy vstřícný, jindy odměřený).

Graf 33 Spokojenost s poskytnutou péčí



Z grafu vyplývá, že bylo 87 dotazovaných žen (87 %) spokojených s poskytovanou péčí na oddělení šestinedělí, 4 ženy (4 %) spokojené nebyly a 9 žen (9 %) v kolonce jiné udalo: částečně (5), jak kdy (2), bylo by potřeba větší množství ošetrovatelek vzhledem k obrovskému nárůstu porodů v Č. Budějovicích (1), představovala bych si větší péči (1).

5. DISKUSE

Výsledky této bakalářské práce ukazují, že u nás ženy rodí nejvíce ve věku 21 - 30 let (65 %) (graf 1). Druhé místo zaujímají ženy ve věku 31 - 40 let (34 %). Pouze 1 dotázaná (1 %) uvedla věk 15 - 20 let a do věkové kategorie 41 a více let nespádala ani jedna z dotazovaných respondentek (0 %). K podobným výsledkům dospěla i autorka (20): 72 % rodiček ve věkové kategorii 21 - 30 let, 24 % v kategorii 31 – 40 let, ve věku 15 – 20 let pouhých 4 % a ve věkovém rozmezí 41 a více let žádná žena (0 %). Z toho lze usuzovat, že hranice věku rodičích žen se za posledních pár let příliš nezměnila. Literatura potvrzuje, že optimální věk pro porod dětí se pohybuje mezi 20. – 35. rokem věku ženy (23).

Graf 2 nás seznamuje s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek. Většina matek (80 %) dovršila alespoň středoškolské vzdělání. Dalo by se tedy předpokládat, že jsou schopny získat kvalitní informace o šestinedělí a s ním spojenou péčí, což se nakonec potvrdilo i v našem výzkumu (viz. níže).

Ukázalo se, že více než polovina žen (51 %) rodila poprvé a velká část (40 %) podruhé (graf 3). Ženy, které již rodily vícekrát, jsou pravděpodobně dobře informované z dřívějšího. Jelikož většina dotazovaných patřila mezi primipary a sekundipary, dalo by se předpokládat, že nemají ještě příliš zkušeností a vyplatí se zkoumat míru jejich informovanosti.

V dnešní, moderní době se předpokládá, že jsou matky dostatečně informované o průběhu těhotenství a porodu. Menší důraz se však klade na znalosti, týkající se období šestinedělí a s ním související péči. Ohodnotíme-li úroveň získaných informací před příchodem do nemocnice škálou „žádné, minimální, dobré, velmi dobré a výborné“, součet uvedených odpovědí „dobré, velmi dobré a výborné“ činí 79 % (graf 4). Většina matek se tedy domnívá, že získala před příchodem do porodnice dostatek informací.

Ve výzkumu nás dále zajímalo, jaké zdroje informací matky nejčastěji používají (graf 5a). Zde bylo možné zvolit zároveň více odpovědí. Poměrně velký počet dotazovaných čerpal informace ze sdělovacích prostředků (43), od svých kamarádek (40), z předchozích vlastních zkušeností (39) nebo z předporodních kurzů (38). Z toho

vyplývá, že tyto čtyři zdroje jsou ženami nejvyužívanější. Jen malá část dotazovaných získala informace od své matky (20) a od gynekologa (15), 1 žena uvedla zdroj svých informací jinde (střední zdravotnická škola). Ze sdělovacích prostředků čerpají dotázané nejčastěji v literatuře (30) a na internetu (20), ostatní zdroje nejsou za tímto účelem příliš využívané (graf 5b). Je pravda, že dnes lze sehnat nepřeberné množství knih s tematikou šestinedělí a zároveň se stále více rozšiřuje využívání internetu. Spousta různorodých webových stránek se zaměřením na těhotné, porod a období po porodu poskytuje matkám velký výběr kvalitních informací. Z toho vyplývá, že se ženám nabízí spousta možností, kde získat dostatek potřebných znalostí. Jak lze vidět také v grafu 4, většina dotázaných byla spokojena s informacemi, získanými před příchodem do porodnice.

Informace o šestinedělí by měla matka dostávat průběžně po celou dobu svého pobytu v porodnici. Pouze necelá čtvrtina sledovaných matek uvedla, že byla na porodním sále informována z úst lékaře (7) či porodní asistentky (16) (Graf 6). Je zarážející nízký počet touto cestou informovaných respondentek. Lze však usuzovat, že matky informované byly, ale po prožitém porodu na tuto skutečnost pozapomněly. Musíme brát také v potaz, že na porodním sále mohly rodičky obdržet pouze základní informace v porovnání s informacemi, získanými na oddělení šestinedělí, kde pobývaly mnohem déle. Podle výzkumu byla většina nedělek (65) informována o následujícím období šestinedělí sestrou a 15 matek lékařem na oddělení šestinedělí. Jen malý počet dotazovaných získalo informace ještě z jiného zdroje např. od spolupacientek. 14 matek uvedlo, že jim vůbec žádné informace sděleny nebyly.

Následně bylo použito kontrolní otázky za účelem potvrdit pravdivost odpovědí ohledně poskytovatele informací (graf 7). Výsledky se příliš neliší od grafu 6: 73 žen informovala ústně sestra, 21 ústně lékař, 17 respondentek dostalo letáky týkající se šestinedělí, 4 ženám byla puštěna videokazeta. 3 matky údajně nebyly informovány nijak. Neinformovanost nedělek oproti grafu 7 nyní poměrně klesla. Lze předpokládat, že tomu napomohla formulace možných odpovědí.

Jak už jsme se zmínili, nedělky by měly informace získávat průběžně, tuto skutečnost potvrzuje i literatura (2,45). Z výsledků výzkumu vyplývá, že průběžně, po celou dobu svého pobytu, získávalo informace 35 dotázaných (graf 8). Ostatní uvedly,

že jim byly důležité informace předávány ihned po porodu (10), do 2 hodin po porodu (12), před prvním vstáváním (21), po prvním vstávání (13). Některým ženám, podle jejich vlastních slov, nebyly sděleny informace žádné (11). Na oddělení šestinedělí je nejvíce údajů matce sděleno v prvních hodinách po porodu, zbytek průběžně po dobu pobytu s opakováním již sdělených faktů. Na matku se v prvních dnech valí příliš mnoho informací, od porodní asistentky, dětské sestry, lékaře na vizitě apod. Je možné se domnívat, že není schopná všechny plně vnímat.

Úroveň informací, získaných na oddělení šestinedělí, shrnuje graf 9. Podobně jako u grafu 4 (viz. výše), součet uvedených odpovědí „dobré, velmi dobré a výborné“ zde činí 75 %. Zhruba polovina respondentek (55 %) uvedla, že získala na oddělení výborné informace a je naprosto spokojená. Tuto skutečnost potvrzují také grafy 10 a 11, podle nichž se velká většina matek domnívá, že po příchodu domů zvládne bez problémů péči o sebe (92 %) a o novorozence (91 %). Z toho vyplývá, že se matky cítí v této oblasti sebejistě, zřejmě proto, že se jim dostalo dostatek informací. Vnímám to jako pozitivní hodnocení jejich schopností a zároveň personálu, který o ně pečoval.

Graf 12 se týká poporodního vstávání a ukazuje, že nejvíce dotázaných, celkem 79 %, poprvé vstávalo 2 – 6 hodin po porodu, což je žádané jako prevence tromboembolických chorob.

Následující část výzkumu se již soustředí na míru konkrétních znalostí respondentek. 70 % dotazovaných žen správně odpovědělo, že se děloha zavinuje do konce šestinedělí (graf 13), jak se uvádí v literatuře (6,27). Tento údaj se matkám na oddělení šestinedělí příliš nezdůrazňuje, a proto je možné soudit, že informace o zavinování dělohy získaly již před porodem z jiných zdrojů.

Pouze 49 % žen ve shodě s literaturou (6,27) uvedlo, že očistky odchází z těla do konce šestinedělí. Zbylých 51 % žen správnou odpověď neznalo, z toho 5 % odpovědělo, že nerozumělo ani samotnému pojmu „očistky“ (graf 14). Zřejmě tento pojem není příliš frekventovaný.

Dále bylo zjišťováno, jaké znají matky způsoby péče o nástřih hráze. Podle grafu 15 uvedlo jako součást péče o nástřih 82 žen dodržování hygieny, 63 žen častou výměnu vložek, 59 žen vstávání z postele přes bok, 54 žen studenou sprchu, 52 žen větrání okolí šití, 37 žen na šití si přikládat led. V ideálním případě by měla

respondentka zaškrtnout všechny tyto správné odpovědi (kapitola 1.4.2.2). Kromě poslední z výše uvedených možností znala všechny možné způsoby péče více než polovina dotázaných. Většina žen bývá při porodu nastřižena, a proto se jim zřejmě také dostane informací, jak o nastřiženou hráz pečovat (33). Stejně tak různé způsoby prevence zácpy (kapitola 1.4.2.3) znala velká část respondentek (graf 16), protože téměř každá rodička se s tímto problémem setká.

Co se týče péče o vyhrzlý konečník, pouhých 37 % dotázaných matek znalo alespoň jeden z možných způsobů (grafy 17 a, b), nejspíš proto, že ostatní se s tímto problémem samy dosud nepotýkaly (6,13,33).

Z grafu 18 je patrné, že více než polovina dotázaných zná různé způsoby péče o varixy na dolních končetinách. Většina (93 %) také chápe důležitost cvičení po porodu (graf 30), o čemž pojednávají zdroje (3,41). Na oddělení šestinedělí cvičilo 78 žen, z toho 48 dotázaných cvičilo s rehabilitační sestrou, ostatní cvičily pouze samy, se žádnou z nich však necvičila porodní asistentka (graf 31).

Téměř všechny respondentky (97 %) si byly jisté, že chtějí své dítě kojit (graf 19), přičemž většina odpověděla (graf 20), že by chtěla kojit 6 měsíců (28) nebo tak dlouho, jak to bude dítě vyžadovat (60). Literatura (24) uvádí, že dítě by mělo být kojeno co nejdéle, ideálně dokud to samo vyžaduje. WHO doporučuje kojit minimálně 6 měsíců, za ideální dobu kojení pokládá 2 roky a více. Dotázané zřejmě chápou, že je důležité dítě kojit a to tak dlouho, jak to samo požaduje. Z toho lze usuzovat, že se jim dostaly potřebné informace o kojení a jeho důležitosti, což potvrzují i další grafy (viz. níže). Podle výzkumu, provedeného v České republice v roce 2000, bylo při propuštění z porodnice plně kojeno 89 % narozených dětí z 91 422. Ve třech měsících věku už jenom 30 % dětí, v šesti měsících pouze 7 % dětí (35). Pravděpodobně přes dostatek informací a pevnou vůli kojit matky časem odradí přicházející problémy (kapitola 1.3.4) a kojit přestanou.

Jak se ukazuje v grafu 21, 64 % žen uvedlo správně, že kojení se musí každá matka naučit (kapitola 1.4.4.1). Podobně 65 % respondentek znalo nejvhodnější techniku uchopení prsu při kojení (graf 23), tzv. držení „C“ podle zdroje (24). Většina by také dokázala rozpoznat příznaky zánětu prsu (graf 24) a správně pečovat o ragády (graf 25) (4). Přesně polovina dotázaných věděla, že může kojit při zánětu prsu (graf

26), druhá polovina si nebyla jistá (25 %), nebo se domnívala, že by kojit neměly (25%). Dle grafu 22 si však 72 % dotázaných před porodem nijak nepřipravovalo prsy ke kojení, nebyly tedy dostatečně informované o přípravě prsů v těhotenství (36).

Graf 27 ukazuje, co si matky myslí o bolestivém kojení. Kojení, které bolí, je podle jejich slov známkou špatné techniky kojení (67 žen) či možné infekce prsu (30 žen) a obě tyto možnosti jsou správné, což nalezneme v literatuře (18,19,20,32). Zbytek dotazovaných uvedlo, že bolestivé kojení je normální (19 žen), nebo nedokázaly odpovědět (10 žen). Většina respondentek tedy věděla, že bolestivé kojení může poukazovat na nevhodnou techniku, o možné infekci už ale tolik informované nejsou.

Dále byly zkoumány znalosti dotázaných ohledně sexuálního života v období šestinedělí (grafy 28, 29). 88 % z nich správně uvedlo, že v tomto období není sexuální život doporučován (9,14,29). Stejně velké procento matek vědělo, že je kojení neochráně před otěhotněním, jak uvádí zdroje (9,14). O této oblasti jsou tedy dobře informované.

Nakonec jsme se věnovali otázce spokojenosti matek. Přístup ošetrovatelského personálu hodnotilo 37 žen jako velice vstřícný, 38 jako profesionální, 5 jako odmítavý a 51 žen konstatovalo, že se jim sestry snažily vyhovět (graf 32). 87 % bylo spokojeno s poskytnutou péčí na oddělení šestinedělí (graf 33). Na základě získaných informací jsou si ženy vědomé, jaká péče jim má být na oddělení šestinedělí poskytnuta a případnou nespokojenost by pravděpodobně daly najevo, což se nestalo, celkové hodnocení spokojenosti bylo pozitivní.

Je velmi náročné a relativní zhodnotit oblast spokojenosti, což potvrzuje i následující citace: „V odborné literatuře nenacházíme jasný a teoreticky zakotvený koncept spokojenosti pacientů, který by sloužil jako podklad výzkumných studií a umožňoval relevantní interpretaci získaných výsledků“ (1, str. 66). Pro posuzování spokojenosti klientů existuje několik modelů (kap. 1.6.2), podle kterých by bylo možná přínosnější zjišťovat samostatně např. spokojenost klientek s poskytováním adekvátních informací, spokojenost s poskytovanou péčí, s organizací nemocničního provozu a spokojenost s tzv. „hotelovými službami“ v nemocnici. Zaměřili jsme však svou pozornost pouze na dvě námi vybrané oblasti, které jsme považovali za nejpodstatnější, jmenovitě spokojenost s poskytnutou péčí a spokojenost s přístupem sester (1). Proto při

hlubším uvažování nemůžeme stoprocentně považovat druhý cíl za splněný z důvodu necelistvého zkoumání.

Spokojenost klientek hodně závisí na milém, vstřícném a profesionálním jednání personálu. Možná by k větší spokojenosti přispělo také zvýšení počtu sloužících sester na oddělení. Je zarážející, že jedna sestra na odpolední a noční službě má na starost až 24 matek zároveň. Navrhujeme i nadále zkoumat spokojenost podle různých kritérií (kapitola 1.6.2). Zkvalitní se tím poskytnutá péče na oddělení.

Nyní se zmíníme o zajímavostech, na které lze narazit při bližším zkoumání jednotlivých dotazníků. Bylo zjištěno, že vzdělání respondentek má docela velký vliv na jejich informovanost. Klientky se základním vzděláním a vyučené respondenty hodnotí své informace před příchodem do porodnice jako dobré či výborné (graf 4), přesto při důkladnějším zkoumání narážíme na jejich neznalost základních informací. Vzdělanější matky hodnotily úroveň svých informací také spíše pozitivně, své dobré znalosti ale v dotazníku prokázaly.

V grafech 13 - 30 zkoumáme konkrétní znalosti matek, týkající se šestinedělí. Zarážející je neznalost péče o vyhrzlý konečník (graf 17). Dále, v grafu 22 zjišťujeme, že ženy příliš nedbají na přípravu prsou v období před porodem. Nepřílišná informovanost se jeví také z grafů 14 (odchod očistků) a 26, kde polovina respondentek nevěděla, že může kojit při zánětu prsu. Většina respondentek ví, že bolestivé kojení může poukazovat na nevhodnou techniku, o možné infekci už ale tolik informované nejsou (graf 27). Bylo by potřeba zaměřit se na informovanost matek v těchto oblastech. Díky citové nestabilitě provázející období šestinedělí a omezené schopnosti přijímat velké množství informací doporučujeme časté opakování důležitých údajů po celou dobu pobytu nedělek na oddělení.

Na základě získaných výsledků je možné říci, že hypotéza 1 - ženy po porodu na oddělení šestinedělí jsou informované o ošetrovatelské péči, byla potvrzena. Hypotéza 2 - na oddělení šestinedělí jsou ženy po porodu spokojené s ošetrovatelskou péčí, se také potvrdila. Informovanost (hypotézu 1) potvrzují grafy 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29 a 30. Spokojenost s poskytovanou péčí (hypotézu 2) potvrzují grafy 32 a 33 a graf 9.

6. ZÁVĚR

Díky nepřehlednému množství různých informačních zdrojů jsou dnes ženy dostatečně připravené na průběh těhotenství a porod. Méně se však věnují přípravě na dobu těsně po porodu. Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou maminky na období po porodu připravené, zda mají potřebné znalosti a uvádějí je do praxe. Zároveň nás zajímalo, zda jsou s poskytovanou péčí na oddělení šestinedělí spokojené.

Na základě získaných výsledků je možné říci, že hypotéza 1 - ženy po porodu na oddělení šestinedělí jsou informované o ošetrovatelské péči, byla potvrzena. Hypotéza 2 - na oddělení šestinedělí jsou ženy po porodu spokojené s ošetrovatelskou péčí, se také potvrdila. Cíl 1 byl splněn, cíl 2 byl naplněn částečně. Z výzkumu vyplývá, že klientky jsou informované a spokojené s poskytovanou péčí na oddělení šestinedělí.

U zkoumaného souboru žen na oddělení šestinedělí se prokázala dostačující znalost péče v období šestinedělí, kojení a péče o dítě. Naopak matky nemají dostatečné znalosti ohledně péče o vyhrzlý konečník, odchodu očístků a kojení při zánětu prsu. Považovala bych za velmi přínosné vypracovat základní informace o šestinedělí ve formě brožurky, která by se následně mohla rozdávat matkám v prenatální poradně a na oddělení šestinedělí. Zároveň by bylo vhodné rozšířit edukační služby na oddělení šestinedělí prostřednictvím edukační sestry, která zde schází.

Navrhuji i nadále zkoumat spokojenost klientek podle různých kritérií (kapitola 1.6.2). Možná by k větší spokojenosti přispělo také zvýšení počtu sloužících sester na oddělení.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkum. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2
2. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5
3. BERÁNKOVÁ, B. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 85 s. ISBN 80-7254-231-1
4. Bible, ekumenický překlad. 11.vyd. Praha: Česká biblická společnost. 1998. 1150 s. ISBN 80-85810-19-0
5. BRACHOVCOVÁ, J. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. <http://www.stripky.cz/cviky/sestinedeli/sestinedeli.html>, 1997 (závěrečná práce)
6. ČECH, E., HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3
7. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. 1.vyd. Praha: Levret s.r.o., 2006. 99 s. ISBN 80-903-1839-8
8. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
9. DOLEŽALOVÁ, J., KONIGSMARKOVÁ, J. *Hovory s porodní bábou*. 1.vyd. Praha: Argo, 2006. 163 s. ISBN 80-7203-792-7
10. DRÁBKOVÁ, J. *Kdo je to porodní asistentka - díl 2*. <http://babinet.cz/zobraz.php?1004>, 10. 2. 2004
11. DRAXLEROVÁ, M. Bakalářská práce na téma *Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2004. 71 s. ZS-DP-1343
12. DUMOULIN, Ch. *Ve formě po porodu*. Přel. K. Bodnářová. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 96 s. Přel. z: En forme après bébé. ISBN 80-7367-080-1
13. *Hemeroidy*. <http://www.mineralfit.cz/clanek/97--hemeroidy.html>, Aktualizováno: 24.5.2006 (autor neuveden)

14. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0962-7
15. JAROŠOVÁ, D. *Florence Nightingalová-průkopnice moderního ošetrovatelství*. <http://asociace.szsvzs.cz/zena2.htm>, (datum neuveden)
16. JEKLOVÁ, A., TROJANOVÁ, B. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovat. a nelékařských zdravotních oborů, 2004. 52 s. ISBN 80-7013-411-9
17. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3
18. KLÍMOVÁ, A. et al. *Kojení - dar pro život*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-490-8
19. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-246-1112-0
20. MACHÁČKOVÁ, J. *Bakalářská práce na téma Míra informovanosti u žen v šestinedělí v souvislosti s kojením*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2004. 71 s. ZS-DP-1343
21. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1.vyd. Praha: Eminem, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1
22. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0
23. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2004. 164 s. Těhotenství a mateřství. ISBN 80-251-0205-X
24. MYDLILOVÁ, A., PAULOVA, M. *Všechno co potřebujete vědět o správném kojení*. 1.vyd. Praha: Občanské sdružení Laktační liga, 2003. 17 s.
25. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Přel.: J. Kubátová. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 148 s. Přel. z: Post - Natal Depression (New York 1998)
26. NULAND, S., B. *Špinavé ruce. Mikrobi, horečka omladnic a podivuhodný příběh Ignáce Semmelweise*. Přel. M. Jakešová. 1.vyd. Praha: ARGO, 2005. 176 s. ISBN 80-7363-002-8
27. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3

28. *Porod a šestinedělí* http://www.pharmanews.cz/2005_03/porod.htm, květen 2006 (autor neuveden)
29. ROZTOČIL, A. *Šestinedělí*.
http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php, 19.2.2007
30. Semmelweis, I. P. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/186273-ignac-semmelweis>, aktualizace: 16. 3. 2007 (autor neuveden)
31. Semmelweis, I. P. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/92950-semmelweis>, aktualizace: 24. 7. 2006 (autor neuveden)
32. SCHNEIDROVÁ, D. et al. *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, 2002. 120 s. ISBN 80-247-0112-X
33. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Přel.: Z. Štomerová. 1.vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. přel. z: The birth partner
34. STAŇKOVÁ, M. *Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Mimořádná příloha časopisu Sestra č.6. Praha: červen 2003.
35. *Šestinedělí*. <http://www.emimino.cz/pages/story/2481>, 2004 (autor neuveden)
36. *Šestinedělí, Pravidelné šestinedělí*.
<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=324> (325..), 2007. (autor neuveden)
37. TRČA, S. *Smrtící nákaza. Ignác Filip Semmelweis (1818 -1865)*.
<http://www.avicenna.cz/item/ignac-filip-semmelweis-1818-1865-smrtici-nakaza/category/lekar-dejiny-a-my>, 15.11.04
38. VELEMÍNSKÝ, M. *Krvácení před porodem, při porodu a v šestinedělí*.
http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/20.pdf (datum neuveden).
39. VELEMÍNSKÝ, M. *Laktace a kojení*.
http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/19.pdf, (datum neuveden).
40. VELEMÍNSKÝ, M. Učební texty na téma: *Šestinedělí*. 2006.
41. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1
42. *Vyhláška 424/2004 Sb. §5*. <http://www.unipa.cz/dokumenty/sb139-04.pdf>, Sbírka zákonů 2004, redakce Ministerstva vnitra ČR

43. „Zakázaná“ strava v šestinedělí. <http://www.babinet.cz/zobraz.php?1700>, 24.10.2005 (autor neuveden)
44. *Zákon 96/2004 Sb. §6.* <http://www.unipa.cz/dokumenty/sb030-04.pdf>, Sbíрка zákonů 2004, redakce Ministerstva vnitra ČR
45. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5
46. ZWINGER, A., et al. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 532 s. ISBN 80-246-0822-7

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Informovanost

Péče

Spokojenost

Šestinedělí

Šestinedělka

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Církevní řády s charitativním zaměřením

Příloha 3 Významné osobnosti porodnictví v našich zemích

Příloha 4 Ignaz Philipp Semmelweis

Příloha 5 Deset kroků k podpoře kojení

Příloha 6 Polohy při kojení

Příloha 7 Seznam antikoncepčních metod

Příloha 8 Cvičení v šestinedělí

Příloha 9 Čaje podporující laktaci