

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Martina Jurková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Edukace žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí

Martina Jurková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Jurková**
Osobní číslo: **Z14046**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Edukace žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
3. KOUDELKOVÁ, Vlasta. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.
4. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-1.

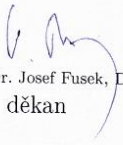
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Barbora Faltová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 04. 2018

Martina Jurková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla velice poděkovat zejména vedoucí svojí bakalářské práce magistře Barboře Faltové za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracovávání práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na mém výzkumu a ochotně a zodpovědně odpovídali na mé otázky v dotazníku. Také mé díky patří rodině, která mě po celou dobu podporovala a tvořila pro mne důležité zázemí.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá edukací žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí. Práce má dvě části- teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou zpracovaná témata profese porodní asistentky, edukace, fyziologické šestinedělí, patologické šestinedělí, edukace o hygieně, péče o porodní poranění, cvičení v šestinedělí, výživa, laktace a kojení, pohlavní styk a antikoncepce. Výzkumná část zobrazuje výsledky průzkumného šetření, které probíhalo dotazníkovou formou. Výsledná data jsou statisticky zpracována a prezentována pomocí grafů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace, fyziologické šestinedělí, hygiena, kojení, patologické šestinedělí, porodní asistentka, šestinedělí, šestinedělka

TITLE

Education of woman by midwife in a department of puerperium

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the education of women by a midwife in the department of puerperium. The thesis has two parts - theoretical and practical. In the theoretical part there are elaborated topics of midwifery profession, education, physiological puerperium, pathological puerperium, hygienic education, care for birth injuries, puerperium, nutrition, lactation and breastfeeding, sexual intercourse and contraception. The practical part presents the results of the research, which took place in questionnaire form. The resulting data are statistically processed and presented using graphs.

KEYWORDS

Education, physiological puerperium, hygiene, Puerperium, breast feeding, pathological puerperium, midwife

OBSAH

0	ÚVOD	12
I.	Teoretická část	15
1	PROFESE PORODNÍ ASISTENTKY	15
2	EDUKACE	15
3	ŠESTINEDĚLÍ	17
3.1	CHARAKTERISTIKA	17
3.2	FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ	17
3.2.1	Involuční změny	17
3.2.2	Extragenitální změny	18
3.2.3	Hormonální změny	19
3.2.4	OČISTKY (LOCHIA)	19
3.3	PATOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ	20
3.3.1	Poporodní krvácení a puerperální infekce	20
3.3.2	Psychické problémy v šestinedělí	22
3.3.3	Poruchy laktace	23
3.4	EDUKACE PŘI PŘÍJMU NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ	23
3.5	EDUKACE O HYGIENĚ V ŠESTINEDĚLÍ	24
3.6	PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ	24
3.7	CVIČENÍ V ŠESTINEDĚLÍ	25
3.8	VÝŽIVA	25
3.9	LAKTACE A KOJENÍ	26
3.9.1	Fyziologie laktace	26
3.9.2	Složení mleziva a mateřského mléka	27
3.9.3	Péče o prsy	27
3.9.4	Výhody kojení pro matku a dítě	27

3.9.5	Překážky a omezení při kojení.....	28
3.9.6	Technika kojení.....	28
3.9.7	Polohy při kojení.....	29
3.10	POHLAVNÍ STYK A ANTIKONCEPCE.....	30
3.11	EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE	31
II.	Výzkumná část.....	32
4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
5	METODIKA	33
5.1	METODIKA VÝZKUMU	33
5.2	TECHNIKA SBĚRU DAT	33
5.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	34
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	35
7	DISKUZE	52
8	ZÁVĚR	56
9	POUŽITÁ LITERATURA	58
10	SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	60
11	PŘÍLOHY	61

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentek	35
Obrázek 2 Délka praxe respondentek	36
Obrázek 3 Míra eliminace strachu a úzkosti klientek	37
Obrázek 4 Kdy porodní asistentky edukují klientky	38
Obrázek 5 Místo edukace klientek	39
Obrázek 6 Forma edukace klientek	40
Obrázek 7 Metoda edukace klientek	41
Obrázek 8 Průměrná délka jedné edukace	42
Obrázek 9 Typ edukačního plánu	43
Obrázek 10 Oblasti edukace klientek	44
Obrázek 11 Pomůcky k edukaci klientek	45
Obrázek 12 Edukační bariéry	46
Obrázek 13 Žádost o zpětnou vazbu klientky	47
Obrázek 14 Prostor pro dotazy klientek	48
Obrázek 15 Dostatek času pro edukaci klientek	49
Obrázek 16 Rozlišení prvorodičky od vícero dičky	50
Obrázek 17 Co by porodní asistentky uvítaly při edukaci	51

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ICM	International confederation of midwife
Kol.	Kolektiv
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PA	Porodní asistentka
Sb.	Sbírka zákonů
DM	Diabetes mellitus

0 ÚVOD

Období od porodu placenty do 6-8 týdnů po porodu se nazývá šestinedělí (puerperium). Během této doby se organismus ženy vrací do stavu před graviditou. Dochází ke změnám involučním, extragenitálním a také hormonálním. Šestinedělí je rané (do konce prvního týdne po porodu) a pozdní (od konce 1. týdne do 6-8 týdnů po porodu). Dále lze rozlišit šestinedělí na fyziologické (neobjevují se žádné patologie) a patologické (patologické projevy). Mezi patologie patří krvácení, infekce a subinvoluce dělohy. Po porodu žena může cítit radost, štěstí, pocit naplnění. Mohou se ale objevit i úzkostné stavy, mrzutost, plačtivost a nervozita. V takových případech se může (ale nemusí) jednat o příznak poporodní psychózy.

Těhotenství, porod a šestinedělí jsou velkou fyzickou i psychickou zátěží v životě ženy, obzvláště ocitá-li se v této situaci poprvé. Úlohou porodní asistentky je ženu v těchto důležitých životních okamžicích provázet. Od prenatální poradny přes předporodní kurzy, porodní sál a oddělení šestinedělí až po návštěvu šestinedělky v domácnosti. Role porodní asistentky jako edukátorky je velice důležitá, neboť bývá osobou, která je se ženou v kontaktu nejčastěji. Proto je základem probudit v ženě důvěru a ochotu komunikovat. Důvodem výběru tohoto tématu bylo, že dle mého názoru je často edukace podceňována a s tím souvisí i to, že na ni mnohdy porodní asistentky nejsou patřičně připravovány.

Žena by měla získat informace o chodu oddělení včetně návštěvních hodin a vizit, hygieně, kojení a péči o prsy, výživě v šestinedělí a při kojení, komplikacích, které se mohou objevit, péči o porodní poranění, cvičení, pohlavním styku a antikoncepci a při propuštění také o návštěvě gynekologa po šestinedělí s propouštěcí zprávou z nemocnice.

Je třeba brát ohledy na to, že ženě je během krátké doby pobytu v nemocnici sděleno velké množství informací, které jsou pro ni důležité, a ne vždy si všechny zapamatuje. Porodní asistentka by měla informace pečlivě vybírat a v průběhu hospitalizace několikrát šestinedělce zopakovat. Žena si lépe zapamatuje to, co si může sama vyzkoušet, či co vidí názorně na edukačních pomůckách. V některých zařízeních však tyto pomůcky buď chybí, či nejsou porodními asistentkami využívány. Častým problémem je také nedostatek času na edukaci klientek. Porodní asistentka by si měla vždy pomocí zpětné vazby ověřit, že klientka edukaci porozuměla a dát jí dostatečný prostor pro otázky. Mnohdy se stane, že edukace probíhá před ostatními klientkami, takže se žena může stydět porodní asistentky na nějaké informace dotázat. Proto je dobré ženě nabídnout, aby se za porodní asistentkou zastavila, kdykoli se bude potřebovat na něco zeptat.

V této práci bychom chtěli zjistit, jak edukace žen na oddělení šestinedělí probíhá, o čem jsou ženy porodními asistentkami edukovány, kolik času jí porodní asistentky věnují a jaké při ní musí překonávat překážky.

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl:

Objasnit terminologii k profesi porodní asistentky, edukaci klientky a šestinedělí.

Výzkumný cíl:

Zjistit, jak porodní asistentky edukují klientky o průběhu šestinedělí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROFESE PORODNÍ ASISTENTKY

Znění definice porodní asistentky dle ICM:

„Porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila vzdělávací program v oboru porodní asistence řádně uznaný v zemi, kde probíhá výuka, a založený na požadavcích dokumentů. Nezbytné kompetence ICM pro základní praxi porodních asistentek a Globální standardy ICM pro vzdělávání porodních asistentek, a která získala kvalifikaci potřebnou pro získání registrace anebo zákonné licence nutné k výkonu povolání porodní asistentky.“ (ICM, 2011, online)

V České Republice pracují porodní asistentky samostatně v případě fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Toto provádí bez indikace lékaře a bez odborného dohledu. (Vránová, 2007, str. 97)

Kompetence porodní asistentky jako edukátorky jsou zakotveny ve vyhlášce 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a zní takto: *„Poučení o životosprávě v těhotenství, při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci. Rady a pomoc v otázkách sociálně-právních. Podpora edukace ženy v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím.“* (Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, 2018, online)

2 EDUKACE

Pojem edukace je v dnešní době velmi rozšířeným výrazem, který má hned několik významů. Slovo původem z latinského *educatio* v překladu znamená vychovávat, avšak edukace je vykládána nejen jako výchova, ale také jako vzdělávání, školení, studium či výuka. (Šulistová, Trešlová, 2012, str. 7)

V rámci edukace je vymezen pojem edukační proces. Jedná se o činnost, při které buď záměrně, nebo nezáměrně dochází k učení. Učení provází člověka od narození až do konce života. Edukační proces a jeho úspěšnost jsou ovlivněny čtyřmi následujícími determinanty: edukátor, edukant, edukační prostředí a edukační konstrukty. Edukátor je ten, který edukaci provádí, jinými slovy také školitel- ve zdravotnictví bývá edukátorem porodní asistentka, všeobecná sestra, lékař a další. Edukant je člověk, který získává znalosti a dovednosti od edukátora- pacientka, klientka. Místo, kde k edukaci dochází je označováno jako edukační

prostředí. Pro úspěšnost edukačního procesu by mělo být prostředí příjemné jak pro edukanta, tak i pro edukátora. Edukačním prostředím může být ambulance, pokoj pacientky/klientky či sesterna. Edukační prostředí má vliv na úspěšnost edukace a je ovlivněno barvou místnosti, zvukem, osvětlením, vzduchem, nábytkem, prostorem a v neposlední řadě atmosférou edukace. Posledním determinantem ovlivňujícím kvalitu edukačního procesu jsou edukační konstrukty. Jedná se zákony, standardy, předpisy a edukační materiály. (Juřeníková, 2010, *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*, str. 10)

Edukační proces je rozdělen do pěti fází. První je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy edukátor zjišťuje úroveň znalostí, návyků, postojů, dovedností a edukačních potřeb edukanta. Druhou fází je fáze projektování, neboli vytvoření edukačního plánu. Na základě zjištěných informací z první fáze si edukátor stanovuje cíle edukace. Dále zvolí metodu a formu edukace, vhodné edukační pomůcky a časovou sféru. Na fázi projektování navazuje třetí fáze, fáze realizace. Cílem této fáze je získat zájem edukanta a zprostředkovat mu informace. Poté se edukátor ujistí, zdali si edukant získané informace zapamatoval a dokáže je využít v praxi. Čtvrtá fáze upevnění a prohlubování učiva má za cíl informace uložit do dlouhodobé paměti systematickým opakováním a procvičováním. V poslední fázi jsou hodnoceny výsledky edukanta i edukátora. Toto zhodnocení je zpětnou vazbou mezi edukantem a edukátorem. (Juřeníková, 2010, *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*, str. 21-22)

Pokud se s danými informacemi, dovednostmi a situací setkává edukanta poprvé, jedná se o edukaci základní- například jedná-li se o ženu prvorodičku, která nemá předchozí zkušenosti s průběhem šestinedělí. V případě, že v edukaci porodní asistentka (dále jen PA) navazuje na znalosti a dovednosti edukanta, jde o edukaci reedukační- edukace vícerodičky. Posledním typem edukace je edukace komplexní, při které edukant získává znalosti a dovednosti uceleně a etapově- tímto druhem edukace jsou například kurzy psychoprofylaktické přípravy na porod.

Edukace je využívána zejména v oblasti prevence, a to jak primární, sekundární tak i terciální. V prvním případě je edukace zaměřena na zdravé klientky. V tomto druhu edukace jde zejména o předcházení nemocí a komplikací, udržení zdraví. Sekundární edukace se zaměřuje na již nemocné klientky. Cílem této edukace je znovunastolení zdraví, předcházení komplikacím a recidivě nemoci.

Dokumentace v edukačním procesu

Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace by měl být i záznam o edukaci pacienta. Na konci každé edukace by měla pacientka stvrdit svým podpisem, že byla o daném tématu edukována. Tento dokument je přínosem jak pro porodní asistentku (je chráněna před případnými stížnostmi o nepodání informací), tak i pro pacientky (uvědomí si, že přebírají zodpovědnost za své jednání a toto stvrdili svým podpisem). V edukačním záznamu by mělo být uvedeno téma edukace (odkaz na číslo edukačního standardu), dále datum a čas provedení edukace, podpisy edukátorky a edukantky, použité edukační pomůcky, úroveň znalostí edukanta na počátku a na konci edukace, cíl edukace, použité metody a formy edukace a edukační bariéry. (Juřeníková, 2010, str. 63)

Proces edukace může být zatížen edukačními bariérami- například jazyková bariéra, nízký intelekt, nedostatek času pro edukaci, nevyhovující pomůcky a další. Těmto bariérám pak musí porodní asistentka edukaci přizpůsobit. Pokud šestinedělka hovoří cizím jazykem, je vhodné, aby byl při edukaci přítomen její překladatel, pokud tuto možnost nemá, využívá porodní asistentka piktogramy, či předpřipravené edukační materiály v cizím jazyce. V případě nízkého intelektu je vhodné edukaci co nejvíce zjednodušit, případně edukovat i rodinného příslušníka (partnera, rodiče,...). (Nemcová a kol., 2010, str. 28-29)

3 ŠESTINEDĚLÍ

3.1 CHARAKTERISTIKA

Za šestinedělí (puerperium) je považováno období od začátku čtvrté doby porodní do konce šestého až osmého týdne po porodu (do 42. dne po porodu- Hájek, Čech, Maršál et al. 2014). Je to doba, po kterou se organismus matky dostává do stavu před těhotenstvím. Šestinedělí se dělí na rané a pozdní. Do raného šestinedělí se řadí čtvrtá doba porodní a první týden po porodu. Pozdní šestinedělí zahrnuje 2. - 8. týden po porodu. Během šestinedělí dochází k rozvoji laktace, pokud se tak již nestalo v graviditě. Pokud se během šestinedělí nevyskytnou žádné komplikace, jedná se o šestinedělí pravidelné. Naopak pokud se v průběhu šestinedělí objeví komplikace, jedná se o šestinedělí nepravidelné. (Koudelková, 2013, str. 19)

3.2 FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ

3.2.1 Involuční změny

Po porodu děloha váží zhruba 1000 g. Díky třem jevům- retrakci, kontrakci a involuci je děloha po šestinedělí jen o něco větší než před otěhotněním a váží zhruba 80 g. Při retrakci

dochází ke zkracování děložních vláken, což způsobí odlučování nekontraktilní placenty. Na retrakci po krátké době latence navazuje kontrakce. Jde o reverzibilní děj, který je aktivně prováděn dělohou- smrštění endometria. Při kontrakci dochází k tvorbě retroplacentárního hematomu. Posledním dějem je involuce, při které se zkracují svalová vlákna. Tento děj je ireverzibilní a počet svalových vláken se nemění. První den po porodu může fundus děložní dosahovat až jeden prst nad pupek. Dále by se měla každý den retrahovat minimálně o jeden centimetr. Desátý den by měl být fundus za sponou stydkou. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 209)

Na konci šestinedělí se dostává do původního stavu i dolní děložní segment. V místě inzerce placenty dochází k uzavírání cév. Následkem toho decidua nekrotizuje a začíná se zde tvořit demarkační val z nahromaděných leukocytů. Základem pro nové endometrium je bazální vrstva deciduy. Nové endometrium vzniká do třech týdnů, v místě inzerce placenty pak do šesti týdnů. (Roztočil a kol., 2008, str. 127-128)

O něco pomaleji se zmenšuje děložní hrdlo. Do normálního stavu se vrací přibližně do dvou týdnů od porodu. Během této doby se z ochablého a ztenčeného hrdla stává hrdlo pevné a fyziologicky dlouhé. Před těhotenstvím má zevní branka tvar důlku a je uzavřená, po porodu zevní branka zeje a má tvar příčné štěrbin. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 209)

Vejcovody a vaječníky se v šestinedělí vracejí do malé pánve, mizí prosáknutí a svalové buňky se zmenšují.

Po vaginálním porodu zůstává pochva méně pružná, slizniční řasy jsou vyhlazené, vulva zeje a stěny pochvy se mohou snížit. Dále dochází ke zmenšení prosáknutí a pigmentace zevních rodidel, zmenšení či úplnému vymizení varixů. Zpevnění svalů pánevního dna může žena podpořit cvičením. Návrat břišní stěny do původního stavu trvá 6-7 týdnů. Po porodu velkého plodu, či po vícečetném těhotenství může přetrvávat diastáza přímých břišních svalů. Linea fusca bledne a strie mění barvu z červené na stříbřitě šedou. (Binder, 2011, str. 83)

3.2.2 Extragenitální změny

Po porodu se rozepjatý měchýř vyprazdňuje nedokonale a po vymočení v něm tak zůstává reziduální moč. Během prvních hodin po porodu přetrvává zvýšená diuréza. Do normálního stavu se během šestinedělí vrací dilatované hypotonické uretery a ledvinné pánvičky. Zhruba týden po porodu se vrací do normálu clearance a glykosurie, po několika týdnech klesá průtok ledvinami i glomerulární filtrace. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 210)

Gastrointestinální trakt se normalizuje po vyprázdnění a zmenšení dělohy poměrně rychle, přetrvává pouze obleněná peristaltika. Žena v šestinedělí může trpět obstipací či nadýmáním, proto by tomu měla přizpůsobit stravu a pitný režim. Potíže s vyprazdňováním často souvisejí se strachem z bolesti při vyprazdňování kvůli porodnímu poranění a ochablými přímými břišními svaly. (Roztočil et al., 2008, str. 129)

Rychlost návratu k původní váze ženy je závislá na váhovém přírůstku v těhotenství, pohybové aktivitě, stravě a genetických dispozicích. Ihned po porodu žena ztratí na váze asi 5 kg (plod, placenta, plodová voda, plodové obaly). V šestinedělí dochází ke ztrátě nahromaděné vody a elektrolytů, v důsledku toho je další úbytek hmotnosti zhruba 4 kg. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 210)

3.2.3 Hormonální změny

V raném šestinedělí dochází k rychlému poklesu placentárních hormonů. Nejrychleji klesá k nule hladina hPL (během několika hodin), následující dny pak estrogen a progesteron. Pomalu se vrací k normálu i hladina hCG, která se dostane na nulu 11. - 16. den po porodu. Při kojení dochází k uvolnění hormonu oxytocinu, který napomáhá involuci dělohy a transportu mléka mlékovody. (Binder, 2011, str. 83) Dalším hormonem uvolňujícím se při kojení je prolaktin. Pokud žena kojí alespoň šestkrát denně, udrží se jeho vysoká hladina až rok po porodu. Díky nízké hladině estradiolu, folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH) nedochází k ovulaci u nekojících žen nejméně tři týdny po porodu a u kojících žen v závislosti na frekvenci kojení až 90 dní. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 210)

3.2.4 OČISTKY (LOCHIA)

Lochia, neboli očistky se skládají z krve, sraženiny, nekrotické decidui, tkáňového moku a sekretu z děložního hrdla a pochvy. V prvním týdnu jsou lochia hojné. V průměru odchází 200g za 24 hodin. Žena může podpořit odchod lochií ležením na břiše s podložením břicha polštářkem. Lochia jsou považovány za infekční a podle toho je s nimi také manipulováno. Zároveň je potřeba o této skutečnosti informovat šestinedělku. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 208 - 209)

Rozdělení očistků

1. Lochia rubra- přetrvávají 1. až 3. den po porodu, mají červenou barvu a obsahují zejména krev.

2. Lochia fusca (sangvinolentní)- objevují se 4. den po porodu, jsou nahnědlé, zapáchají, obsahují více tkáňové moku a méně krve.
3. Lochia flava (seropurulentní)- přetrvávají do konce 1. týdne po porodu, obsahují větší množství leukocytů, objevují se v době, kdy se uzavírají cévy, mají nažloutlou barvu.
4. Lochia alba- objevují se na začátku pozdního šestinedělí (po ukončení prvního týdne), jsou bělavé
5. Lochia mucosa- přetrvávají do konce šestinedělí, jsou hlenovité (Šestinedělí, 2017, online)

3.3 PATOLOGICKÉ ŠESTINDEĹÍ

Subinvoluce děložní a poruchy kontrakce dělohy

Po porodu kontroluje porodní asistentka či lékař kontrakci a involuci dělohy. Pokud shledá, že se děloha dostatečně nezavínuje, zkontroluje obsah děložní dutiny ultrazvukem, na kterém může být patrné, že jsou v děloze rezidua post partum, lochiometra, myomy. Kromě obsahu děložní dutiny lze ultrazvukem zjistit také adnexální útvary, pánevní hematomy či plný močový měchýř, který může být překážkou zavínání dělohy. Pokud je příčinou subinvoluce dělohy lochiometra či rezidua post partum, jsou žena podána buď spasmolytika či uterotonika. V případě neúspěchu je nutná revize dutiny děložní. Pokud je příčinou plný močový měchýř, provede porodní asistentka jednorázově cévkování. Při opakování obtíží je zaveden permanentní močový katetr na 24 hodin. (Hájek, Maršál, Čech a kol., 2014, str. 445)

3.3.1 Poporodní krvácení a puerperální infekce

Krvácení v šestinedělí, které se objeví během 24 hodin po porodu, se nazývá časné (primární). Příčin časného krvácení je hned několik. Nejčastějším zdrojem je nedokonale ošetřené či neodhalené porodní poranění, další příčinou může být subinvoluce až atonie dělohy, zadržení části placenty v děloze (tzv. poporodní rezidua), městnání krve v děloze či hemokoagulační poruchy. Jako pozdní krvácení v šestinedělí je označováno takové krvácení, které se objeví po 24 hodinách od porodu do konce šestinedělí. Pokud je příčinou zadržení části placenty v děloze, bývá krvácení velmi silné a je nutné vyhledat okamžitou lékařskou pomoc. Dalším možným původcem krvácení je zánět dělohy - krvácení bývá mírné a může být přerušované. Mezi méně časté příčiny krvácení patří menstruace a choriokarcinom či karcinom děložního hrdla (Binder, 2011, str. 237-238; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 445). Oproti tomu

Slezáková (2017) dělí poporodní krvácení na krvácení v časném šestinedělí (do sedmého dne od porodu) a v pozdním šestinedělí (od 7. dne do konce šestinedělí).

Infekce jsou další možnou komplikací šestinedělí i proto, že imunita šestinedělky je oslabená. Puerperální infekce vzniká buď autogenně (z vlastní poševní flory, rekta), nebo heterogenně (zavlečení patogenu). Plocha po odloučení placenty a porodní poranění bývají nejčastější vstupní branou infekce. Po porodu placenty se v místě její inzerce tvoří demarkační val (nahromadění leukocytů) jako obrana proti případné infekci. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 446)

Rizikovými faktory pro vznik infekce jsou: císařský řez, předčasný odtok plodové vody, chorioamnionitida a intrauterinní výkony. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 446) Obecně se projevují zvýšenou tělesnou teplotou, únavou, zrychleným pulsem, leukocytózou. (Pařízek, 2009, str. 342-343) Dříve byla puerperální infekce jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí žen v šestinedělí. (Mašata, Jedličková a kol., 2004, str. 223)

Nejčastější infekcí v šestinedělí je endometritida. Jedná se o zánět dělohy, který můžeme rozpoznat pomocí ultrazvukového vyšetření, na kterém je patrné prosáknutí a dilatace dělohy. Děloha je stejně jako podbříšek bolestivá, šestinedělka má zvýšenou teplotu a lochia zapáchají, později může dojít k jejich zadržování v děloze (lochiometra). (Binder, 2011, str. 239) Při císařském řezu se podávají antibiotika po podvazu pupečníku jako prevence této infekce. Pokud není endometritida včas léčena antibiotiky, může se infekce rozšířit na svalovinu dělohy a vzniká myometritida. Infekce se může rozšířit buď lymfaticky nebo per kontinuitatem. Možnou komplikací myometritidy je nekrotizace děložní svaloviny či tvorba abscesů. Hnis z abscesu se může dostat do břišní dutiny a způsobit peritonitidu. V dnešní době je tato komplikace vzácná, neboť dochází k včasné léčbě antibiotiky. Dále se může infekce šířit do parametria. Infekce závěsného aparátu dělohy se nazývá parametritida. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 446-447) Projevuje se septickým stavem a vysokými teplotami. Bolest vystřeluje z podbříšku do stehů žena má častý pocit nucení na močení a palpačně je zřejmé peritoneální dráždění, bolestivé pohyby čípkem. Léčba je opět založena na podávání antibiotik popřípadě drénování abscesů, Fowlerově poloze a rehydrataci organismu ženy. (Roztočil et al., 2008, str. 309)

Méně často se rozšíří infekce z děložní dutiny na adnexa (vejcovody a vaječníky). Při adnexitidě dochází k prudkému zvýšení teploty, žena má bolesti v podbříšku, trpí poruchami střevní pasáže a nauzeou. Pohmatem je rozpoznatelné peritoneální dráždění. Léčba je

obdobná jako u parametritidy- nasazení širokospektrých antibiotik, klid na lůžku a rehydratace organismu. V některých případech je nutné drénování abscesů, punkce Douglasova prostoru, v krajním případě adnexektomie. Pokud infekce zasahuje pouze vejcovody, jedná se o salpingitidu, v případě že je infekce ohraničena na ovaria, jedná se o oophoritis. Většinou jsou však zasažena celá adnexa. V důsledku uzavření průchodu vejcovodu dochází k hromadění hnisu ve vejcovodu (pyosalpinx). Infekce vaječníku může vést k tvorbě abscesů, které postupně vytvoří cystický útvar zvaný pyovarium. (Binder, 2011, str. 241)

V šestinedělí může dojít vlivem operací na děloze k rozvoji tromboflebitidy. Jedná se o zánětlivé onemocnění žil. Zánět může předcházet tvorbě trombu v postižené žíle. Tromboflebitida postihuje zejména žíly pánve a dolních končetin. Pokud je zasažen povrchový žilní systém jedná se o povrchovou tromboflebitidu. Hluboká tromboflebitida postihuje hluboký žilní systém. Dojde-li k uvolnění trombu, vzniká trombembolie, která může vést k život ohrožujícímu stavu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 447) Tromboflebitida má typické celkové příznaky, kterými jsou febrilie, tachykardie, hypotenze, třesavka, cyanóza rtů a prstů, bolest na hrudi, bledost, ztížené dýchání, růžové sputum, úzkost, v těžších případech poruchou až ztrátou vědomí. (Kudela, 2011, str. 226-227) Prevencí trombembolické nemoci v šestinedělí je preventivní podání nízkomolekulárního heparinu u žen, které mají v anamnéze rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění, dále kompresní punčochy, včasná mobilizace. (Roztočil et al, 2008, str. 311)

3.3.2 Psychické problémy v šestinedělí

Nejčastějším a zároveň nejméně závažným psychickým problémem je poporodní blues, kterým trpí až 70 % žen v šestinedělí. Mezi projevy patří úzkostlivost, plačtivost, náladovost, nespavost, zhoršená komunikace s okolím či podrážděnost. Poporodní blues se objevuje v prvním týdnu po porodu (nejčastěji 2. - 4. den) a mizí zpravidla do 10. poporodního dne. (Ratislavová, 2008, str. 82)

Druhý stupeň se nazývá poporodní deprese. Tato forma se objevuje u 10 % šestinedělek. Příznaky se objevují nejčastěji mezi 4. - 6. poporodním týdnem. Poporodní deprese mají stejné příznaky jako poporodní blues a přidává se k nim nezáměr o dítě, neschopnost se o něj postarat, neschopnost lásky vůči rodině. Pokud se u ženy objeví poporodní deprese, je zde 50 - 100% pravděpodobnost, že se to bude opakovat i v příští graviditě. (Roztočil, 2008, str. 218) Nejzávažnější formou, kterou trpí 0,1% žen je poporodní psychóza. Poporodní

psychóza může být amentní a manickou. Tato forma má dobrou prognózu a žena se obvykle vyléčí za několik měsíců. Naopak horší prognózu má forma schizofrenní a depresivní. Žena je plačtivá, apatická, trpí nespavostí, popřípadě paranoidními bludy. V tomto případě je riziko sebepoškození ženy. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 449)

3.3.3 Poruchy laktace

Čech uvádí jako základní poruchy laktace galaktoreu, hypogalakcii, hypergalakcii, retenci mléka a mastitis. Jako galaktorea je označován samovolný odtok mateřského mléka. Tuto poruchu lze řešit kompresí prsů (obvazování). Nedostatečná tvorba mléka, neboli hypogalakcie se objevuje zejména u žen s astenickou postavou, hypotrofií prsní žlázy. Také může být způsobena špatnou technikou kojení. Opakem hypogalakcie je hypergalakcie – nadměrná tvorba mateřského mléka. Porodní asistentka by měla edukovat ženu o vhodnosti používání studených obkladů po kojení a teplých před kojením. Dále je možné odstříkávat mateřské mléko do pocitu úlevy. Bolestivou poruchou je retence mléka, kterou mohou provázet i vysoké horečky. Porodní asistentka edukuje ženu o tom, aby odstříkávala mateřské mléko do pocitu úlevy a po kojení použila studené obklady. Dalším řešením retence může být intranazální užití oxytocinu. Zánět prsních žláz (mastitida) se projevuje zvýšením tělesné teploty a zarudnutím prsu nad místem zánětu. Mastitida vzniká buď intersticiálně, kdy bakterie pronikají přes ragády, nebo parenchymatózně, pokud bakterie prošly přes mlékovody (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, str. 449). Mezi projevy mastitidy patří bolestivost prsu, zarudnutí nad místem infekce, zatvrdnutí, bolestivé kojení, febrilie a únava. Mastitida se léčí podáváním antibiotik, analgetik, antipyretik, hydratací, také je možné zatavit laktaci. (Slezáková, 2017, s. 254-255)

3.4 EDUKACE PŘI PŘÍJMU NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Porodní asistentka překládající ženu z porodního sálu na oddělení šestinedělí informuje porodní asistentku na oddělení šestinedělí o stavu ženy. Porodní asistentka předává informace o močení, porodním poranění, krevní ztrátě, jakýchkoli odchylkách od fyziologie, průběhu vstávání do sprchy po porodu a dále dle zvyklosti pracoviště.

Porodní asistentka uloží ženu na připravený pokoj, edukuje ji o signalizaci, zázemí oddělení, návštěvních hodinách, lékařských vizitách, režimu a chodu oddělení. Je nutné brát na vědomí, že žena je vyčerpaná a některé informace jí sdělené si nemusí pamatovat, proto jí je porodní asistentka později zopakuje či jí dá prostor pro dotazy. Dále při příjmu porodní asistentka

kontroluje stav porodního poranění, krvácení a zavinování dělohy. (Koudelková, 2013, str. 24-27)

3.5 EDUKACE O HYGIENĚ V ŠESTINEDĚLÍ

Hygiena je jedním ze základních pilířů v prevenci před vznikem infekce. Je nutné ženu nejen ústně poučit, ale také některé věci názorně ukázat (např. správné mytí rukou). Nejdůležitějším bodem v prevenci vzniku infekce je častá výměna porodnických vložek a mytí rukou- po toaletě, před kojením, po přebalování, před jídlem a po jídle. Nedoporučuje se koupel, protože voda, která by se dostala do rodidel, by mohla způsobit infekci. Naopak sprcha se doporučuje několikrát denně, nejlépe po každé toaletě, před kojením a dále podle potřeby šestinedělky. Po sprše je dobré použít dva ručníky- jeden na horní polovinu těla a druhou na spodní polovinu těla. Ženě je doporučeno zakoupení neparfemovaného mýdla s pH 5,5. Parfemované mýdlo by mohlo dráždit poševní sliznici a podpořit tak šíření kvasinkové infekce. Během šestinedělí by žena měla nosit síťované kalhotky, které zajistí prodyšnost a také svojí kompresí podporují involuci dělohy. Dále je žena poučena o časté výměně jednorázových vložek. Porodní asistentka ženě doporučí používat vložky porodnické, které jsou prodyšné a naopak edukuje ženu o nevhodnosti používání menstruačních tamponů. (Koudelková, 2013, str. 25-26)

3.6 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Cílem péče o porodní poranění je hojení rány per primam. Porodní poranění se hojí většinou velmi dobře. V mnoha případech je nutné u ženy provést při porodu epiziotomii (nástřih hráze), kterou je nutné následně za sterilních podmínek ošetřit suturou při lokální anestezii. Dalšími poraněními mohou být ruptury hráze, poševní stěny, čípku, lacerace pochvy, lábí či uretry. V případě ruptury hráze III. stupně je nutné dodržování bezezbytkové diety po dobu deseti dní. Porodní asistentka každý den porodní poranění kontroluje a všechny změny hlásí lékaři. Porodní asistentka vede dokumentaci o hojení porodního poranění v rámci ošetrovatelské dokumentace dle zvyklosti porodnice. V případě otoku je vhodné poranění ledovat či sprchovat chladnou vodou. Pokud porodní asistentka shledá známky zánětu, poučí ženu o vhodnosti sedacích koupelí ve slabém roztoku hypermanganu. Pro rychlejší zhojení porodních poranění je možné používat oplachy z dubové kůry nebo intimní mýdla, která dubovou kůru obsahují. Porodní asistentka doporučuje ženě sedat si přes bok, na sezení využívat nafukovací kruh. Pokud se přesto rána nehojí per primam, jedná se o sekundární hojení rány. V tomto případě je vhodná aplikace hojivých gelů, používání intimních gelů s dubovou kůrou, mastí či olejů v kombinaci s čistícími a granulačními přípravky popřípadě antibiotika dle ordinací lékaře. (Koudelková, 2013, str. 31)

3.7 CVIČENÍ V ŠESTINEDĚLÍ

K tomu, aby se tělo ženy po porodu vrátilo do stavu před těhotenstvím, je třeba, aby žena začala cvičit, co nejdříve jí to zdravotní stav dovolí. Optimální doba pro začátek cvičení je 12 - 24 hodin po porodu. Cvičení napomáhá cirkulaci krve v krevním oběhu, jako prevence tromboembolické nemoci. Druh cviků závisí i na způsobu porodu. Po vaginálním porodu je pro rychlejší zavínování dělohy je vhodný od nultého dne leh na břicho na rovném lůžku s podložením břicha polštářkem 5x denně po 15 minutách. (Koudelková, 2013, str. 67-68) První den po porodu je cvičení zaměřeno na procvičování malých kloubů, dechová cvičení, cviky posilující svaly pánevního dna a prsního svalstva. Druhý a třetí den žena opakuje předešlé cviky a přidává procvičování velkých kloubů dolních končetin, cviky provádí vleže na boku nebo vleže na břicho. Od čtvrtého dne žena opakuje již provedené cviky a dále se zaměřuje i na posílení břišní stěny a začíná cvičit i ve stoje. (Volejníková, 2002, str. 29)

Po císařském řezu žena začíná s procvičováním malých kloubů horních i dolních končetin a dechová cvičení. Důležitá je včasná mobilizace jako prevence tromboembolických či tromboflebitických komplikací. První den po porodu žena propíná končetiny a krouží s nimi. Žena by měla vstávat vždy přes bok a přidržovat si břicho například i při kašli. Druhý a třetí den se cviky provádějí vleže na boku (propínání špiček, přitahování končetin) a ve stoje u lůžka (cvičení svalů pánevního dna, stoj na špičkách, přitahování kolena k břichu). Čtvrtý a pátý den žena opakuje předešlé cviky, ke kterým přidává cviky vleže na břicho (přitahování pat k hýždím). Cviky od šestého dne provádí žena až do konce šestinedělí, kdy žena leží na zádech, má pokrčené nohy v kolenou a obě nohy pokládá střídavě do stran. Porodní asistentka poučí ženu, aby do konce šestinedělí nezvedala těžké věci. (Koudelková, 2013, str. 75)

3.8 VÝŽIVA

Stejně jako v těhotenství je i v období laktace základem pestrá a vyvážená strava, která zajistí dostatečný příjem živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Složení a množství stravy kojící ženy má vliv i na složení a množství mateřského mléka. Kojící žena by měla jíst zhruba každé tři hodiny, tedy asi 5x denně. Množství některých složek mateřského mléka není ovlivněno příjmem potravy matky. Jedná se o bílkoviny, laktózu, kyselinu listovou, vápník, železo, zinek, měď a vitamin D. Pokud je příjem těchto složek v potravě nedostatečný, jsou využívány vlastní zásoby organismu matky. Naopak tuky, vitamin A, jod a selen jsou v mateřském mléce obsaženy v závislosti na příjmu potravy. Všechny složky ať už závislé na příjmu potravy nebo nezávislé je třeba přijímat ve zvýšeném množství tak, aby nedošlo k nedostatku složek v organismu matky. (Hronek 2011, str. 32-33)

Doporučená denní dávka vápníku u kojící ženy je 1200 mg. Vápník je obsažen v mase, zelenině a mléčných výrobcích.

Pro dostatečný příjem hořčíku je vhodná konzumace masa, listové zeleniny, mandlí, ořechů a kvalitní hořké čokolády. Dalším zdrojem jsou minerální vody, celozrnné výrobky a tmavá mouka. Doporučená denní dávka je 390 mg na den.

Důležitým antioxidantem je selen. Jeho doporučená denní dávka je do 200 µg. V případě vyššího příjmu může působit toxicky a kancerogenně.

Pro správnou funkci štítné žlázy je důležitý dostatečný příjem jodu. Jeho zdrojem jsou mořské ryby, vejčká, česnek a jodidová sůl. Doporučená denní dávka je 260 µm na den. (Hronek, 2011, str. 59-76)

Vitamin A by měl být přijímán v množství 1,5 mg na den u kojící ženy. Zdrojem vitaminu A jsou mléčné výrobky, vejce, dále v podobě betakarotenů mrkev, špenát a petržel.

Kyselina listová (vitamin B₁₁) zvyšuje tvorbu mateřského mléka, a proto je její dostatečný příjem důležitý. Kyselina listová je obsažena v zelené zelenině, celozrnném chlebu, sušených datlech a fíkách, luštěninách, ovesných vločkách, houbách, tresce, vepřových játrech a hovězích ledvinách. Doporučený denní příjem je 600 µm na den.

Množství potřebných bílkovin lze vypočítat pomocí hmotnosti ženy, která se vynásobí 1,25 g. Vhodným zdrojem je kuřecí maso, mléčné výrobky a ryby.

Porodní asistentka upozorní ženu na možné alergické projevy u dítěte po konzumaci některých potravin, jako jsou například citrusy. Další nevhodnou látkou je kofein, který způsobuje podráždění a nespavost dítěte. Pečivo by mělo být zpočátku jeden den staré, aby nezpůsobovalo nadýmání. Tento problém mohou způsobovat i luštěniny. (Hronek, 2011, str. 33)

3.9 LAKTACE A KOJENÍ

3.9.1 Fyziologie laktace

Místem, kde se mateřské mléko tvoří, jsou žlázoové buňky mléčné žlázy. Na tvorbě mléka se podílí hormon prolaktin. Vytvořené mléko se hromadí v rozšířené části vývodů pod dvorcem prsu. Hormonem podporujícím vypuzování mléka je oxytocin. Na kojení se připravuje tělo matky již během těhotenství. Tvorba mléka je zvýšena 2. - 3. poporodní den. Nalítí prsu může

být ženou vnímáno jako bolestivé. Laktace je stimulována také častým přikládáním novorozence k prsu. (Roztočil a kol., 2008, str. 134)

3.9.2 Složení mleziva a mateřského mléka

Složení mateřského mléka se mění v závislosti na potřebách dítěte. V prvních dnech hovoříme o tzv. mlezivu (colostru) bohatém na bílkoviny (zejména globuliny), minerální látky v menší míře tuk a cukr. Další složkou mleziva jsou imunoglobuliny A. Z mleziva se postupně během několika dní po porodu stává mateřské mléko, které je bohatší na tuky a cukry než mlezivo. Dále je tvořeno bílkovinami, laktózou a vodou. Kromě vitamínu K jsou v mateřském mléce obsaženy všechny vitamíny, dále také ionty (K, Na, Cl, Ca, Mg, P). Stejně jako v mlezivu i v mateřském mléce nalezneme imunoglobuliny A, které mají svůj význam hlavně v prevenci enterokolitid. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 211-212)

3.9.3 Péče o prsy

V neposlední řadě porodní asistentka edukuje ženu o tom, jak pečovat o prsy. Do dvou až třech dnů od porodu se prsy nalijí a ztvrdnou, což může žena pociťovat jako bolestivé. Porodní asistentka poučí ženu, aby před kojením sprchovala prsy teplou vodou a důkladně je vždy osušila. K hygienické péči také patří mytí rukou před kojením, případně hygienická dezinfekce rukou. Žena by neměla nosit košili bez podprsenky, do které může vkládat své vložky. I o tyto vložky je třeba pečovat a nikdy nenechávat v podprsence vložky, které jsou vlhké. Pokud má žena rozpraskané bradavky, může je potírat Bepanthenem či mlezivem (resp. mateřským mlékem). Případné ragády jsou ideální vstupní branou pro infekci, která může způsobit mastitis (zánět prsu). Pokud žena odstříkává mateřské mléko odsávačkou, poučí ji porodní asistentka o péči o tyto pomůcky. Po každém odstříkání přinese žena odsávačku porodní asistentce, a ta ji omyje a naloží do dezinfekce. Odstříkané mateřské mléko je uloženo do lednice ve skleněné lahvi popsané jménem a datem uložení. (Koudelková, 2013, str. 34-35)

3.9.4 Výhody kojení pro matku a dítě

O výhodách kojení by měla být žena informována již v prenatální péči, nejpozději však po porodu dítěte. Kojení je nejpřirozenější a nejvýhodnější způsob krmení pro novorozence, neboť se jeho složení mění dle okamžitých výživových potřeb dítěte. Mateřské mléko chrání dítě před infekcemi, průjmy, snižuje riziko obezity, DM a anémie. Neposlední výhodou kojení ze strany dítěte je pozitivní působení na citový a psychický vývoj. Při kojení se prohlubuje citová vazba mezi matkou a dítětem a matka má pocit sebedůvěry a uspokojení. Zároveň

dochází k rychlejšímu zavinování dělohy, matka rychleji získá hmotnost jako před těhotenstvím. Další výhodou pro matku je, že má mléko vždy dostupné, zadarmo, bez složité přípravy a mléko má vhodnou teplotu. (Sedlářová, 2008, str. 89)

3.9.5 Překážky a omezení při kojení

Překážky v kojení mohou být buď ze strany matky, nebo novorozence. Ze strany matky se jedná nejčastěji o anomálie bradavek (vpáčené, ploché), nedostatek mateřského mléka, pozdní nástup laktace, bolestivé nalití prsů, retence mléka, slabý či silný vypuzovací reflex, ragády, mastitidu a infekce plísněmi. Kontraindikací pro kojení ze strany matky je deprese či těžká poporodní psychóza, srdeční selhání, vážné onemocnění ledvin, jater, akutní fáze hepatitidy non A a non B a cytostatická léčba, léčba imunosupresivy, estrogeny, androgeny a námelovými alkaloidy. (Schneidrová, 2002, str. 82)

Mezi nejčastějšími problémy při kojení ze strany dítěte jsou anatomické odchylky (rozštěp patra, krátká uzdička,...), nedonošený či nezralý novorozenec (neschopnost koordinace dýchání, sání a polykání), dysfunkční sání novorozence a zmatení dudlíkem.

3.9.6 Technika kojení

Správná technika kojení je důležitým krokem k úspěšnému kojení. Pokud se kojení matce nedaří, většinou je to zapříčiněno špatnou technikou kojení.

Porodní asistentka poučí ženu, aby si pro kojení našla co nejpohodlnější polohu pro sebe i pro dítě. První kojení probíhá vleže, kdy matka leží na boku souběžně s novorozencem- břicho matky se dotýká břicha dítěte a ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Později zkouší matka kojit vsedě, pokud to její zdravotní stav dovolí. (Sedlářová, 2008, str. 90)

Zásadou správné techniky kojení je, že se dítě přikládá k prsu, nikoli prs k dítěti. Žena čtyřmi prsty podpírá prs zespodu, palec pak položí nad dvorec, vytvoří tak tvar písmene C. Při správném držení prsu se prsty nedotýkají dvorce. Bradavka je vždy v úrovni úst dítěte. Abychom vyvolali u novorozence hledací reflex, dráždíme jeho ústa bradavkou. Matka nabídne prs tak, aby mělo dítě co největší část dvorce i s bradavkou v ústech. Další zásadou správné techniky je, nikdy nepřikládat křičící dítě, neuchopilo by prs, protože jazyk je při křiku nahoře. Správné sání matka pozná tak, že dolní ret a jazyk překrývají oblast pod bradavkou. (Roztočil a kol., 2008, s. 135)

3.9.7 Polohy při kojení

Porodní asistentka pomáhá zpočátku ženě zaujmout správnou polohu pro kojení tak, aby byla pohodlná jak pro matku, tak pro dítě. Základní poloha je vleže na boku (jak již bylo popsáno v kapitole technika kojení).

Poloha vsedě

Žena má nohy na stoličce, dítě má položené na předloktí, prsty fixuje hýždě nebo stehno. Druhou rukou drží žena prs, prsty vytvářejí písmeno „C“ a nedotýkají se dvorce.

Polohy tanečníka

Tato poloha je podobná té předchozí. Rozdíl je v tom, že žena drží dítě na předloktí opačné strany. Využívá se u špatně se přisávajících či nedonošených dětí.

Fotbalové boční držení

Pro tuto polohu žena využívá kojící polštář. Opět sedí opřená na židli či křesle, dítě drží na předloktí, tentokrát prsty fixuje ramínko a hlavičku dítěte, nožky nechá volně podél svého boku a chodidel se nedotýká. Pod předloktí si žena dá kojící polštář. Výhodná je tato poloha zejména pro ženy po císařském řezu, ženy s velkými prsy či plochými bradavkami.

Polosed s podloženými nohama

Žena leží na lůžku v polosedě, pod kolena má podložený jeden polštář a druhý má na břicho. Dítě drží na předloktí stejně jako u polohy v polosedě. U žen po císařském řezu je tato poloha pohodlná, protože díky polštářům na břicho nepůsobí dítě tlak na jizvu.

Leh na zádech

Při této poloze leží dítě na břicho matky a dotýká se jí svým bříškem. Žena může s dítětem volně manipulovat, a pokud je po císařském řezu, nevyvíjí se na jizvu velký tlak. (Koudelková, 2013, str. 37-39)

Vzpřímená vertikální poloha

Žena sedí na židli s jednou nohou před druhou, dítě má posazené na vyvýšené noze obkročmo. Jednou rukou vytváří oporu krku a hlavičky dítěte a druhou drží prs.

Kojení dvojčat

Pokud chce žena kojit obě děti současně, kojí vsedě s kojícím polštářem a využívá boční fotbalové držení, leh na zádech, polohu do kříže nebo paralelní polohu. V případě trojčat je stejný postup jako u dvojčat s tím rozdílem, že třetí dítě má matka položené v klíně a kojí ho samostatně. (Sedlářová 2008, str. 93)

3.10 POHLAVNÍ STYK A ANTIKONCEPCE

V neposlední řadě je důležité edukovat ženu o tom, aby po dobu šestinedělí vynechala pohlavní styk (nebo alespoň dokud nepřestanou odcházet očišťky), stejně jako některé sporty (například jízdu na kole, plavání). Pokud má žena větší porodní poranění, je vhodné s pohlavním stykem počkat až do úplného zahojení. Až 50 % žen trpí po šestinedělí dyspareunií. Nepříjemné pocity při pohlavním styku mohou přetrvávat i rok po porodu. První menstruační krvácení nastává 6 až 24 měsíců po porodu. Pokud žena nekojí, menstruace se může objevit již po skončení šestinedělí. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 212) Po ukončení šestinedělí je důležité vědět, že kojení není spolehlivá antikoncepční metoda. Pokud by žena kojila pravidelně, tedy po třech hodinách přes den a v noci po čtyřech hodinách, nedojde k poklesu hladin hormonů a je chráněna proti otěhotnění. Hodnota pearl indexu se pohybuje mezi 2-4. (Koudelková, 2013, str. 80-82). Porodní asistentka poradí ženě jiné metody antikoncepce- prezervativ, hormonální antikoncepce, mimoděložní tělísko a další. Nejvhodnější metoda je bariérová, tedy prezervativ. Mezi další vhodné metody patří spermicidní gel, pesar, pesar-želé.

Při volbě hormonální antikoncepce je dobré vybrat čistě gestagenní antikoncepci, která přechází do mateřského mléka pouze minimálně a neovlivňuje jeho kvalitu. Příkladem takové antikoncepce jsou čistě gestagenní perorální preparáty, subkutánní implantáty, nitrosvalové injekce, IUD – intrauterinní tělíška. Výhodou gestagenních tablet je, že žena nemusí čekat na první den menstruace pro začátek užívání antikoncepce. Jedno balení navazuje na další, žena nekrvácí, je zde pouze riziko občasného špinění. Injekce s gestageny se podávají jednou za tři měsíce, žena může nepravidelně špinit. Mimoděložní tělísko je 4 cm dlouhá tyčinka, která se aplikuje při lokální anestezii na vnitřní stranu paže do podkoží na dobu 3 let. I tato forma má svoji nevýhodu- žena sice nekrvácí, ale může dlouhodobě špinit. U kojících žen se doporučuje zavedení po ukončení šestinedělí, u nekojících 3-6. týden po porodu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 212)

Další možností je intrauterinní tělísko, které může být zavedeno ihned po porodu placenty, po SC, či do 48 hodin od porodu. Poté je vhodné období až po 4-6 týdnech. Podmínkou pro aplikaci je negativní výsledek onkologické cytologie a fyziologický MOP (mikrobiologický obraz poševní).

Nevhodnou formou hormonální antikoncepce pro kojící ženy je estrogen-gestagenní perorální kontracepce (COC). Nevýhodou je, že steroidy přechází do mateřského mléka a tím ovlivňují jeho kvalitu i množství. Pokud žena nekojí, může užívat stejnou hormonální antikoncepci jako před těhotenstvím.

Poslední a zároveň radikální metodou antikoncepce je sterilizace. Sterilizace je nevratné přerušení vejcovodů a provádí se laparoskopicky v celkové anestezii. Provádí se na žádost ženy, pokud má žena více dětí a už další neplánuje, či podstoupila dva až tři císařské řezy. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 212-213)

3.11 EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE

Zpravidla 3. den po porodu odchází šestinedělka domů, pokud lékař neindikuje delší hospitalizaci. Porodní asistentka poučí ženu, že má po ukončení šestinedělí navštívit svého obvodního gynekologa s propouštěcí zprávou z nemocnice. Pokud se u ženy objeví jakékoli komplikace, přijde ke kontrole ihned. V případě, že obvodní gynekolog nebude mít ordinální hodiny, přijde žena na gynekologickou pohotovostní ambulanci v nemocnici. Dále porodní asistentka může zopakovat základní body edukace již proběhlé v průběhu hospitalizace. (Koudelková, 2013, str. 46)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

VO1: O čem porodní asistentky edukují klientky na oddělení šestinedělí?

VO2: Jaké překážky musí při edukaci porodní asistentky překonávat?

VO3: Jak probíhá edukace klientky na oddělení šestinedělí?

5 METODIKA

5.1 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena formou průzkumného šetření, metodou kvantitativního výzkumu. Na rozdíl od kvalitativní metody je kvantitativní výzkum zaměřen na numerické hodnoty, které se statisticky zpracují. Data bývají získávány od většího počtu respondentů (minimálně 30). Validní data jsou obvykle získána z dotazníku. Při statistickém zpracovávání těchto dat by měly být dodržována tři základní pravidla: správná formulace otázek, získaný stejný počet a správný soubor údajů a zadávání dat do matice v základní formě. (Skutil et al., 2011, str. 154-155)

5.2 TECHNIKA SBĚRU DAT

Data byla získána pomocí dotazníkového šetření. Dotazník, neboli písemně zpracovaný soubor otázek, je nejvyužívanější metodou kvantitativního výzkumu. Rozlišujeme otázky uzavřené, kdy respondent volí jednu či více možných předem stanovených odpovědí, otevřené (respondent sám písemně odpovídá) a polouzavřené (kombinace předešlých). Dotazník obsahoval jak uzavřené, polouzavřené tak i otevřené otázky.

Tato metoda byla zvolena proto, že obsáhne větší počet respondentů. Výzkumu předcházelo zjišťování informací o zdravotnickém zařízení, ve kterém měl výzkum probíhat. Zjišťovala jsem, zda je v daném zařízení dostatečný počet osob, které by dotazník zodpovědně vyplnily. Následně jsem požádala vrchní sestru, zda mi bude výzkum umožněn. Vrchní sestra i zástupkyně vedení zdravotnického zařízení s výzkumem souhlasily. Souhlas vedení zdravotnického zařízení s provedením výzkumného šetření je k nahlédnutí u zpracovatelky bakalářské práce. Dotazníkové šetření probíhalo v období od ledna do konce února 2018. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků v tištěné formě.

Dotazník obsahoval celkem 17 otázek. První dvě otázky byly identifikační a sloužily ke specifikaci výzkumného vzorku. Otázky číslo 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16 byly uzavřené s jednou či více možnými odpověďmi (dichotomické, polytomické, jedna škálová). Otázky číslo 5, 7, 11, 12 byly polouzavřené a otázka číslo 17 byla otevřená a dobrovolná.

Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků a jejich návratnost ke zpracování byla stoprocentní.

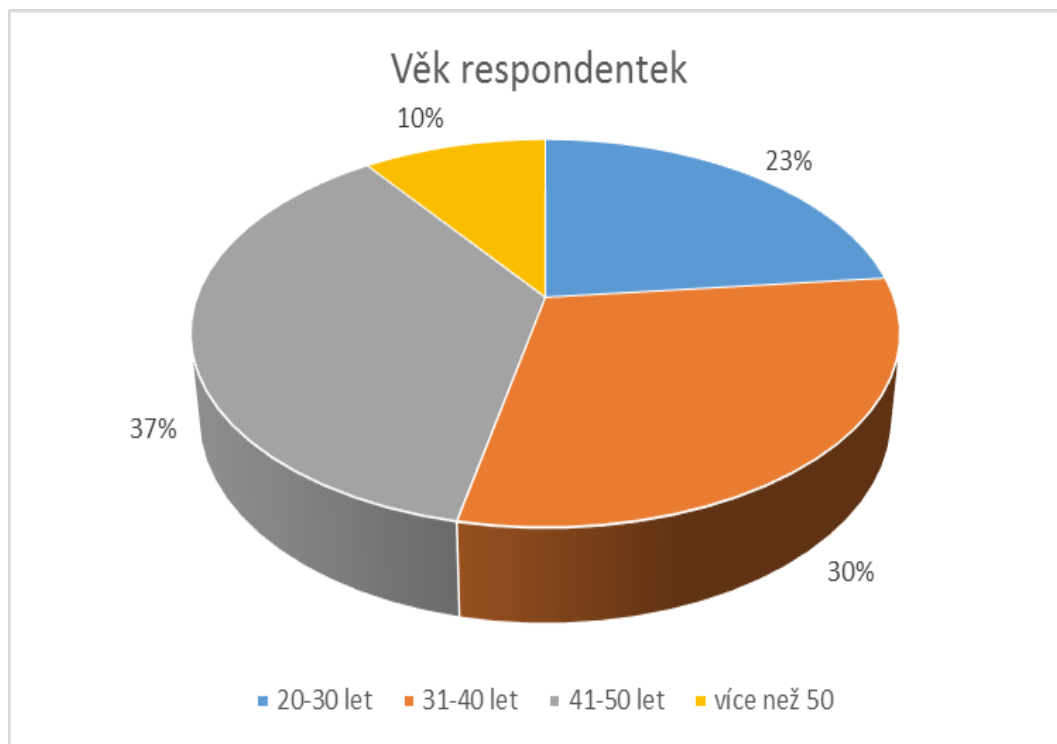
Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word 2013 a Microsoft Excel 2013. Pro zpracování otázek byla využita relativní četnost, která byla vypočítána pomocí vzorce $f_i = n_i / N * 100$. Každý graf byl popsán pomocí poznatků z popisné statistiky.

5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek byl tvořen porodními asistentkami, pracujícími mimo jiné na oddělení šestinedělí v daném zdravotnickém zařízení. Jednalo se o výběr záměrný. Výzkumu se účastnilo 30 žen. Porodní asistentky vyplnily dotazník dobrovolně, byly ujistěny o zachování anonymity a daly souhlas s účastí na výzkumu. Výzkumu se účastnilo 11 porodních asistentek ve věku od 41 do 50 let, 9 respondentek věkové kategorie 31-40 let, dále 7 ve věku 21-30 let a tři porodní asistentky byly starší než 51 let. Délka praxe byla u 21 respondentek více než 10 let, u 2 respondentek 6-10 let a 7 respondentek mělo praxi méně než 5 let.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Položka č. 1: Kolik je Vám let?

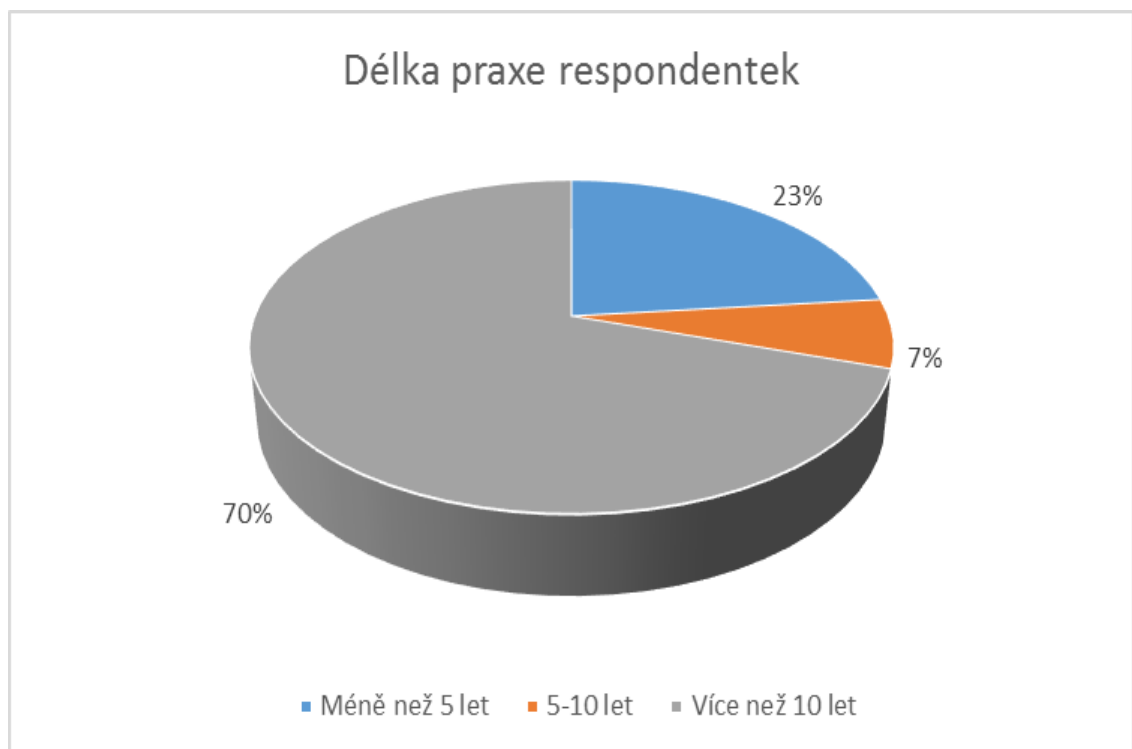


Obrázek 1 Věk respondentek

Komentář k otázce č. 1:

Nejpočetnější věková kategorie respondentek byla od 41 do 50 let, celkem 11 porodních asistentek (37%) z celkového počtu dotazovaných. V kategorii od 31 do 40 let odpovídalo celkem 9 respondentek (30%) z celkového počtu dotazovaných. Skupina respondentek ve věku od 20 do 30 let byla zastoupena celkem 7 porodními asistentkami (23%) z celkového počtu dotazovaných. Nejméně porodních asistentek bylo ve věkové kategorii více než 51 let, a to tři porodní asistentky (10%) z celkového počtu dotazovaných.

Položka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe?

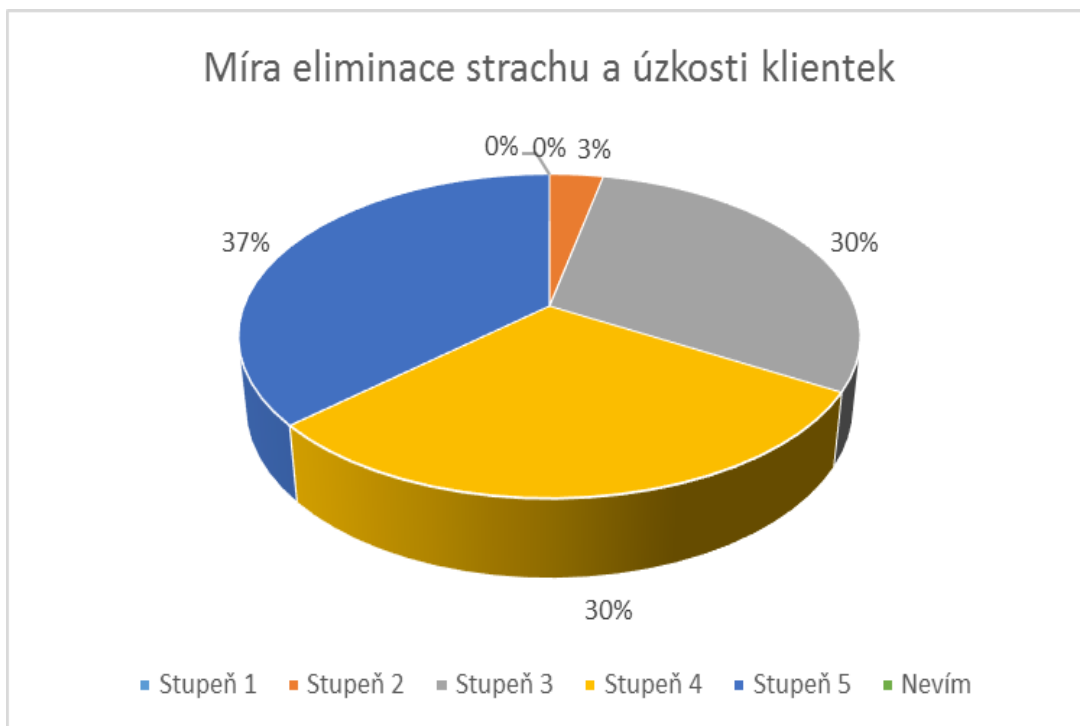


Obrázek 2 Délka praxe respondentek

Komentář k otázce č. 2:

Tato otázka zjišťovala, jak dlouho již porodní asistentky pracují v oboru. Sedm (23%) porodních asistentek mělo délku praxe kratší než 5 let. Dvě (7%) porodní asistentky uvedly, že mají praxi mezi 6 až 10 lety. Celkem dvacet jedna porodních asistentek pracují v oboru více než deset let (70%).

Položka č. 3: Na kolik podle Vás eliminuje edukace strach a úzkost u klientek?

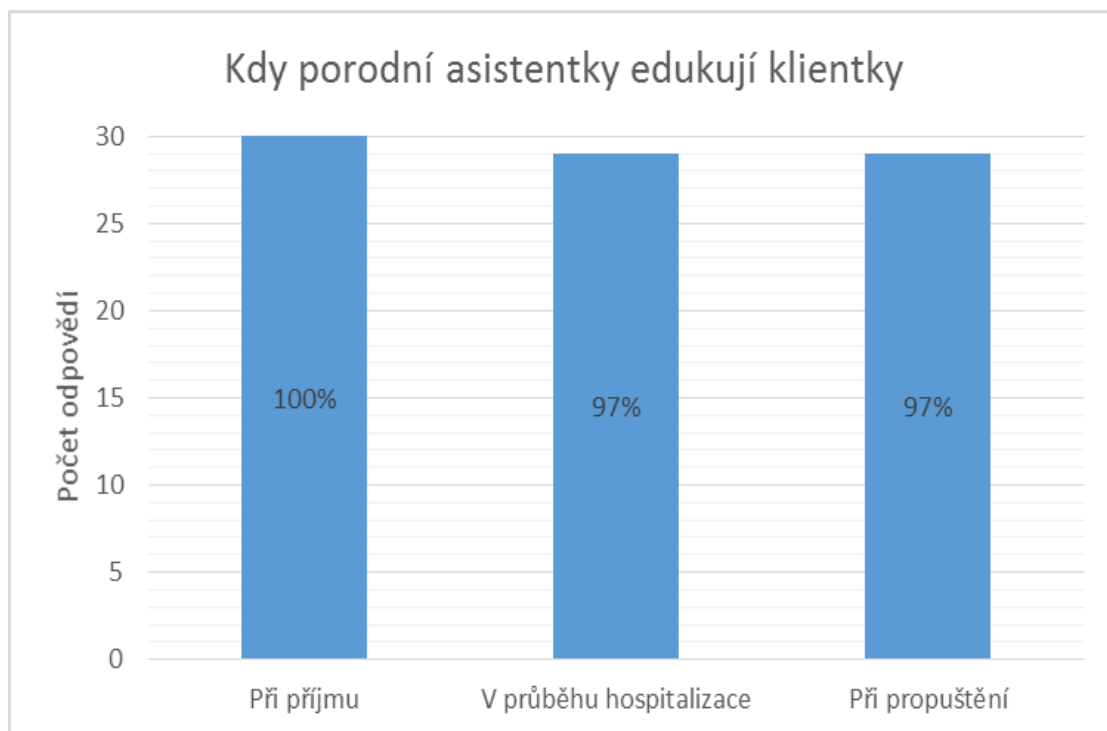


Obrázek 3 Míra eliminace strachu a úzkosti klientek

Komentář k otázce č. 3:

Škálová otázka číslo 3 zjišťovala, zda a v jaké míře podle porodních asistentek eliminuje edukace strach a úzkost klientek. Respondentky míru eliminace zaznamenávaly na stupnici od 1 do 5, kde 1 znamená vůbec a 5 velmi. Žádná porodní asistentka nevedla, že by podle ní edukace vůbec neeliminovála strach a úzkost klientek. Jedna porodní asistentka (3%) uvedla na stupnici míru eliminace na 1. Celkem devět respondentek (30%) uvedlo číslo 3, stejný počet (30%) respondentek uvedlo číslo 4. Nejvíce respondentek, a to 10 (33%) si myslí, že edukace velmi eliminuje strach a úzkost klientek. Jedna porodní asistentka (3%) nedokázala posoudit, zda edukace eliminuje strach a úzkost či nikoli.

Položka č. 4: Kdy edukujete klientky? Můžete označit více odpovědí.

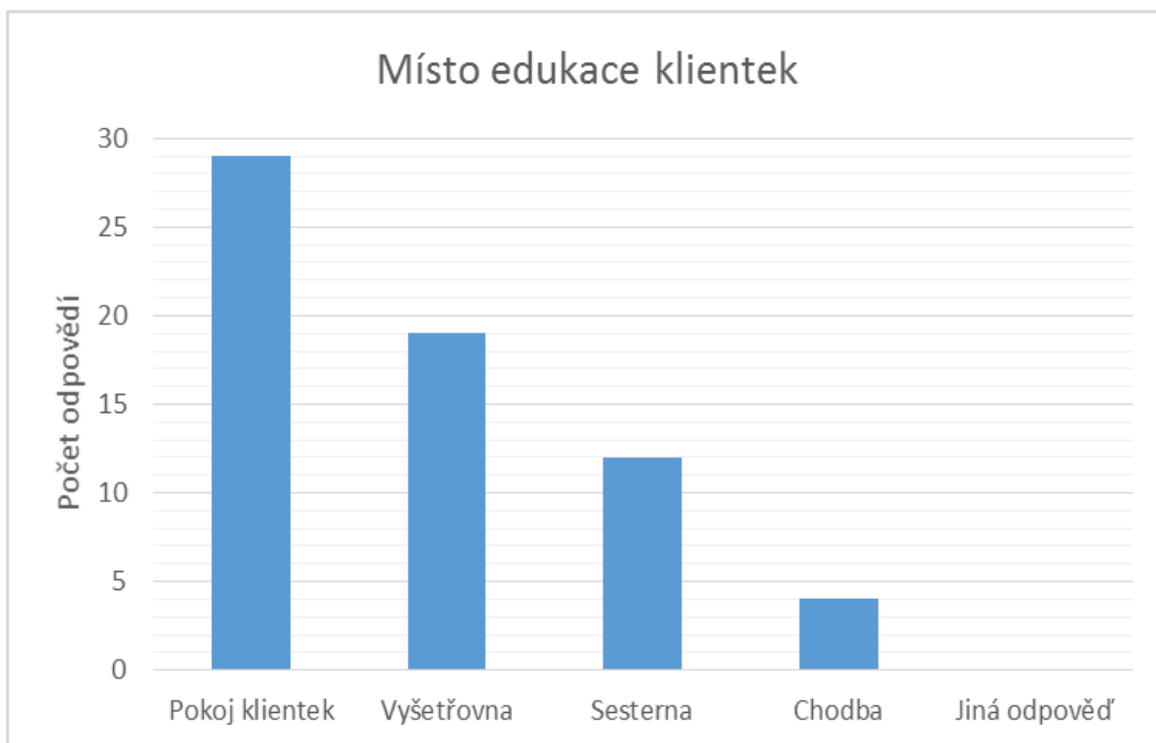


Obrázek 4 Kdy porodní asistentky edukují klientky

Komentář k otázce č. 4:

Všechny porodní asistentky (100%) uvedly, že edukují klientky při příjmu na oddělení, 29 (97%) porodních asistentek edukuje dále ženy v průběhu hospitalizace a stejný počet respondentek (97%) edukuje šestinedělky při propuštění. Pouze jedna porodní asistentka (3%) uvedla, že klientku needukuje šestinedělku v průběhu hospitalizace ani při propuštění.

Položka č. 5: Kde edukujete klientky? Můžete označit více odpovědí.

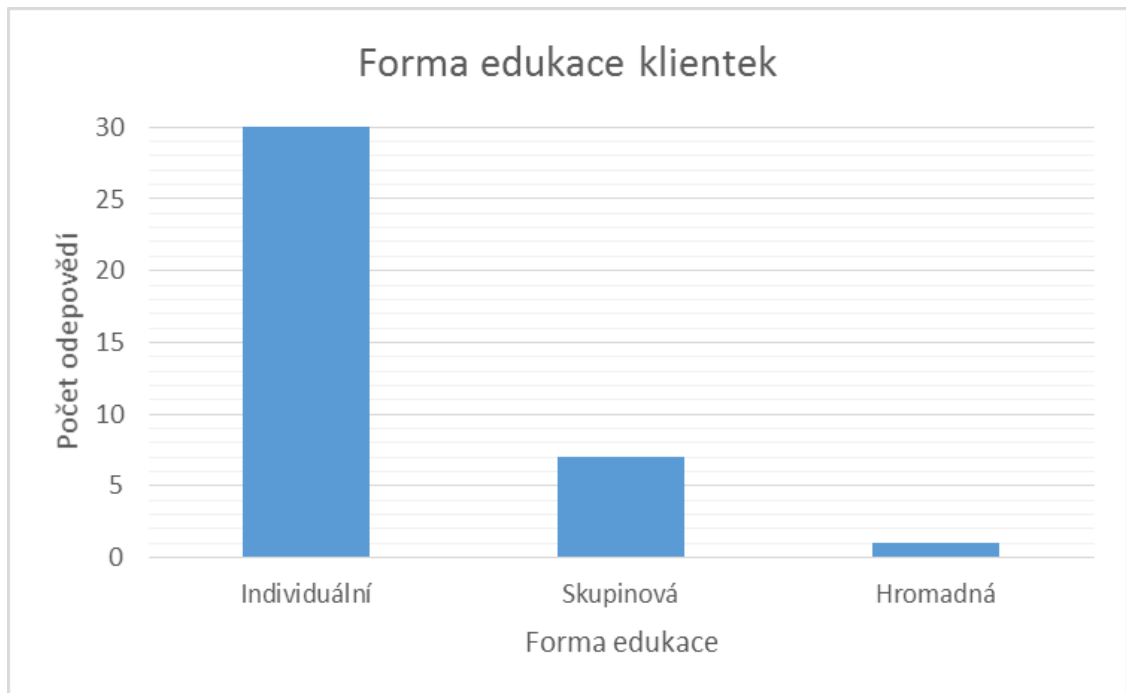


Obrázek 5 Místo edukace klientek

Komentář k otázce č. 5:

Z této otázky vyplynulo, že nejčastěji probíhá edukace šestinedělek na jejich pokoji, uvedlo tak 29 respondentek (97%). Dále devatenáct porodních asistentek (63%) edukuje ženy na vyšetřovně, dvanáct (40%) na sesterně a čtyři porodní asistentky (13%) uvedly, že edukují i na chodbě. Překvapila mě četnost edukace na chodbě, protože si myslím, že je to místo k edukaci nevhodné.

Položka č. 6: Jakou formu edukace využíváte? Můžete označit více odpovědí.

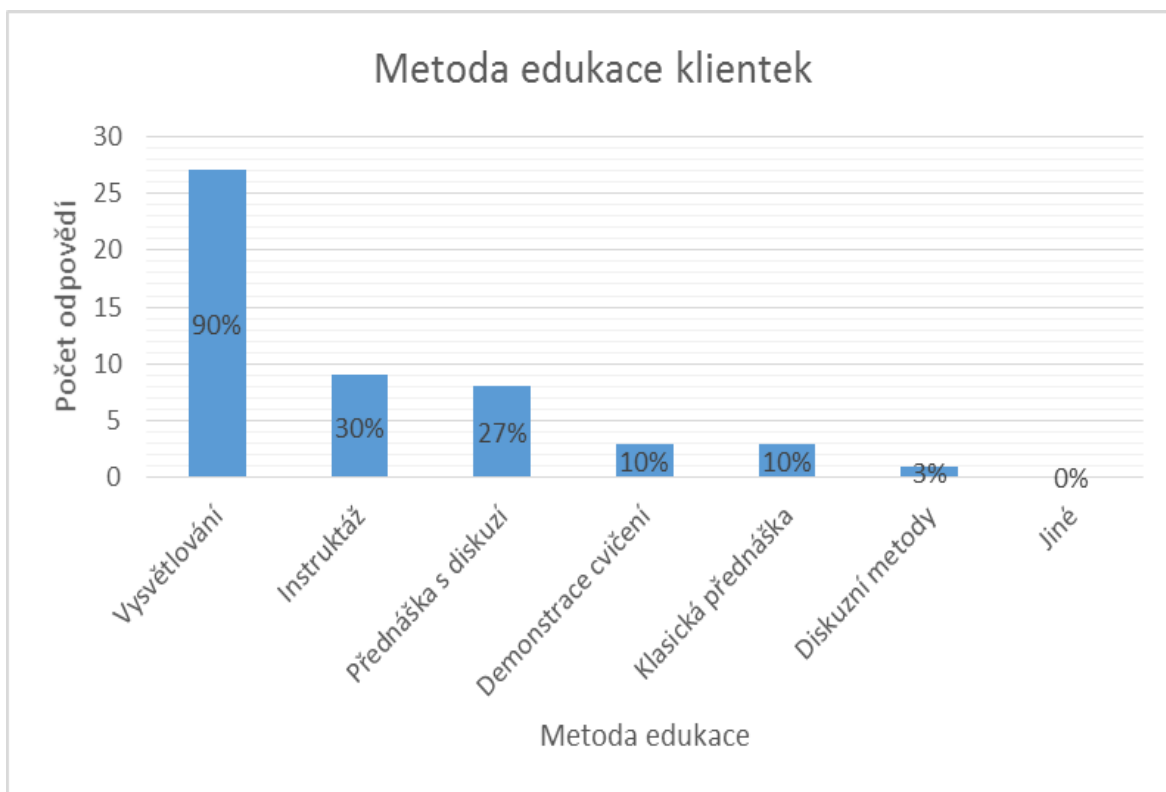


Obrázek 6 Forma edukace klientek

Komentář k otázce č. 6:

Otázka číslo 6 zjišťuje, jakou formu edukace porodní asistentky využívají. Všechny porodní asistentky (100%) odpověděly, že využívají individuální formu edukace. Sedm (23%) dále uvedlo i skupinovou formu a jedna porodní asistentka (3%) využívá kromě individuální a skupinové, také hromadnou formu. Výsledky této otázky mě nepřekvapily, běžnou praxí je edukovat klientky individuálně i z důvodu různé doby přijetí na oddělení či potřeby soukromí při edukaci.

Položka č. 7: Jakou metodu edukace používáte? Můžete označit více odpovědí.

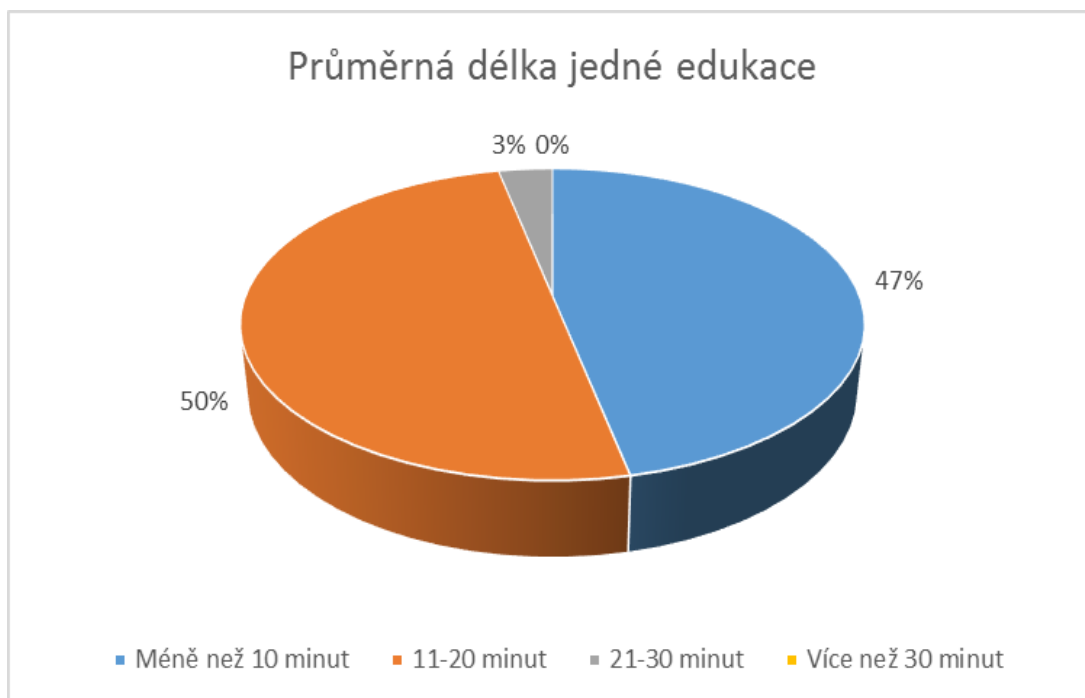


Obrázek 7 Metoda edukace klientek

Komentář k otázce č. 7:

V otázce číslo 7 odpovídaly respondentky, jakou metodu edukace používají. Respondentky mohly uvést více možností. Pouze jedna respondentka (3%) používá diskuzní metodu. Tři porodní asistentky (10%) uvedly metodu klasické přednášky. Stejný počet respondentek (3) uvedlo, že při edukaci demonstrují cvičení. Více než čtvrtina (27%) porodních asistentek používá metodu přednášky s diskuzí. Celkem 9 respondentek odpovědělo, že edukují formou instruktáže. Nejvíce porodních asistentek v počtu 27 (90%) edukuje klientky formou vysvětlování.

Položka č. 8: Jak dlouho klientku edukujete? (Na jedno téma)

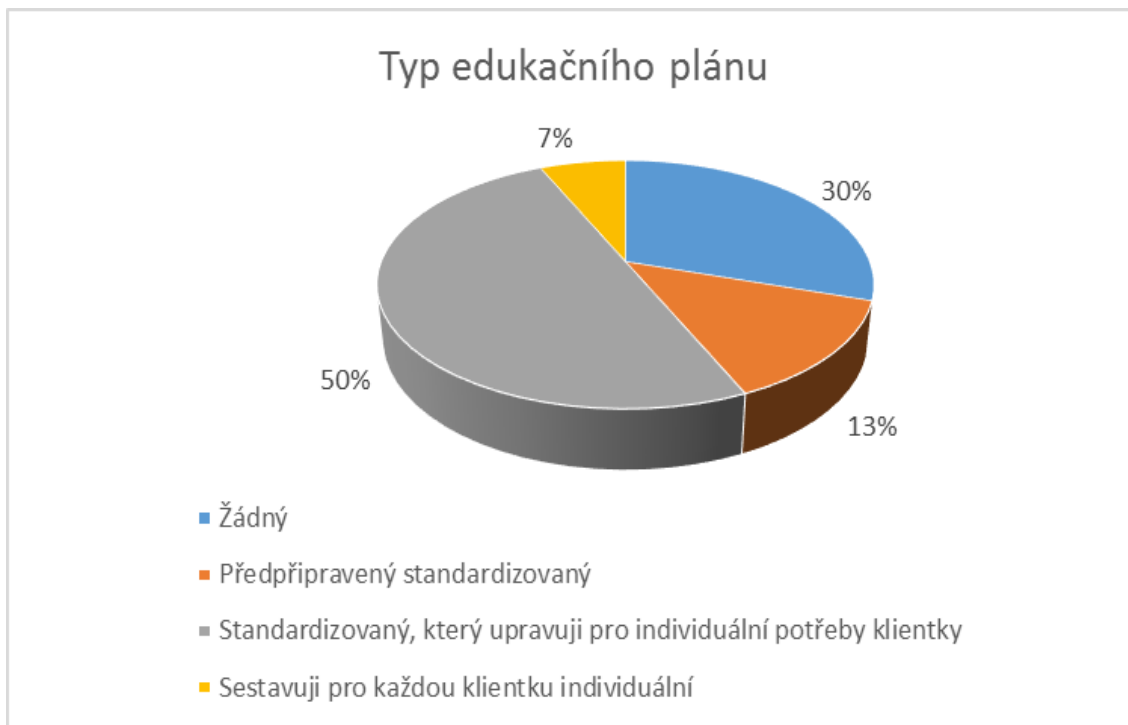


Obrázek 8 Průměrná délka jedné edukace

Komentář k otázce č. 8:

Na otázku číslo 8 žádná z porodních asistentek neodpověděla, že edukuje klientku déle než 30 minut. Pouze jedna porodní asistentka (3%) uvedla, že klientky edukuje od 21 do 30 minut. Téměř polovina, tedy 14 (47%) respondentek edukuje klientky méně než 10 minut. Nejčastěji probíhá edukace 11-20 minut. Odpovědělo tak 15 (50%) respondentek z celkového počtu dotazovaných. Je třeba brát ohledy na to, že žena nemusí být schopna se soustředit na edukaci delší dobu. Je tedy dle mého názoru dobré, že edukace trvá maximálně dvacet minut. Na druhou stranu záleží na tom, jakého tématu se edukace týká.

Položka č. 9: Jaký edukační plán využíváte?

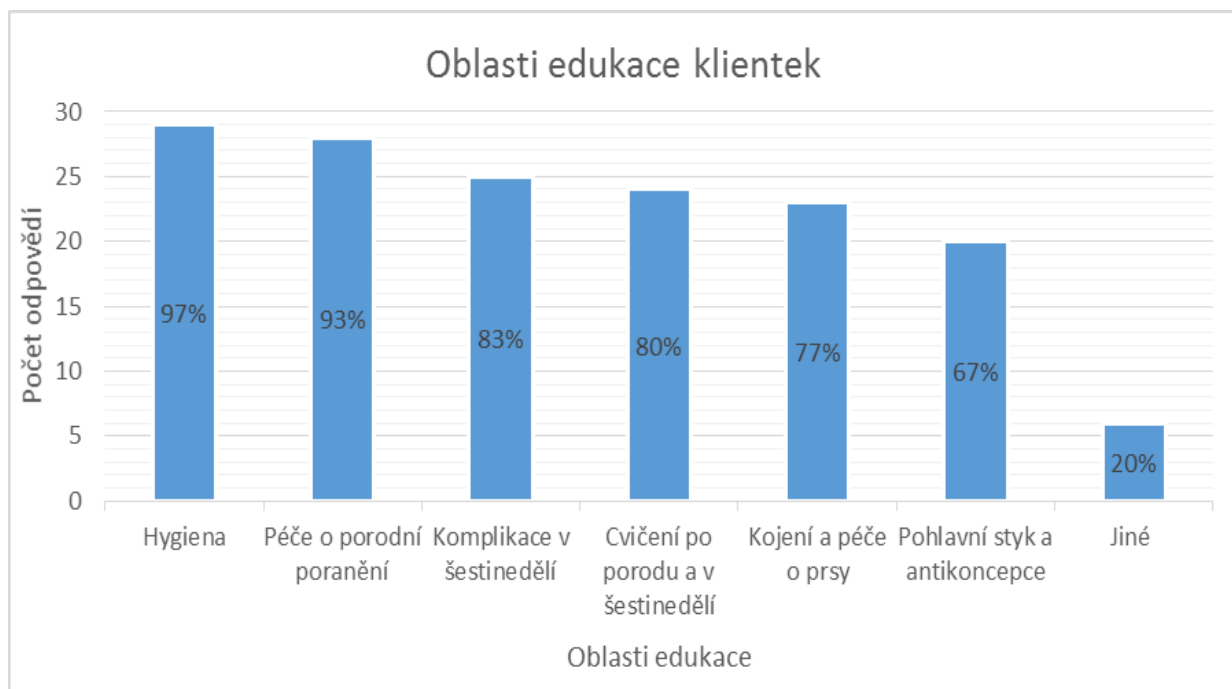


Obrázek 9 Typ edukačního plánu

Komentář k otázce č. 9:

Tato otázka zkoumala, zda porodní asistentky při edukaci používají edukační plán, v případě že ano, tak jaký. Nejčastější odpověď byla, že využívají standardizovaný edukační plán, který upravují pro individuální potřeby klientky. Odpovědělo tak celkem 15 (50%) porodních asistentek z celkového počtu. Devět porodních asistentek (30%) odpovědělo, že nepoužívají žádný edukační plán. Standardizovaný edukační plán používají 4 (13%) porodní asistentky. Nejméně často byla označena odpověď, že vytváří vlastní edukační plán pro každou klientku. Plán sestavují pouze 2 (7%) porodní asistentky.

Položka č. 10: O jakých oblastech klientku edukujete? Můžete označit více odpovědí.

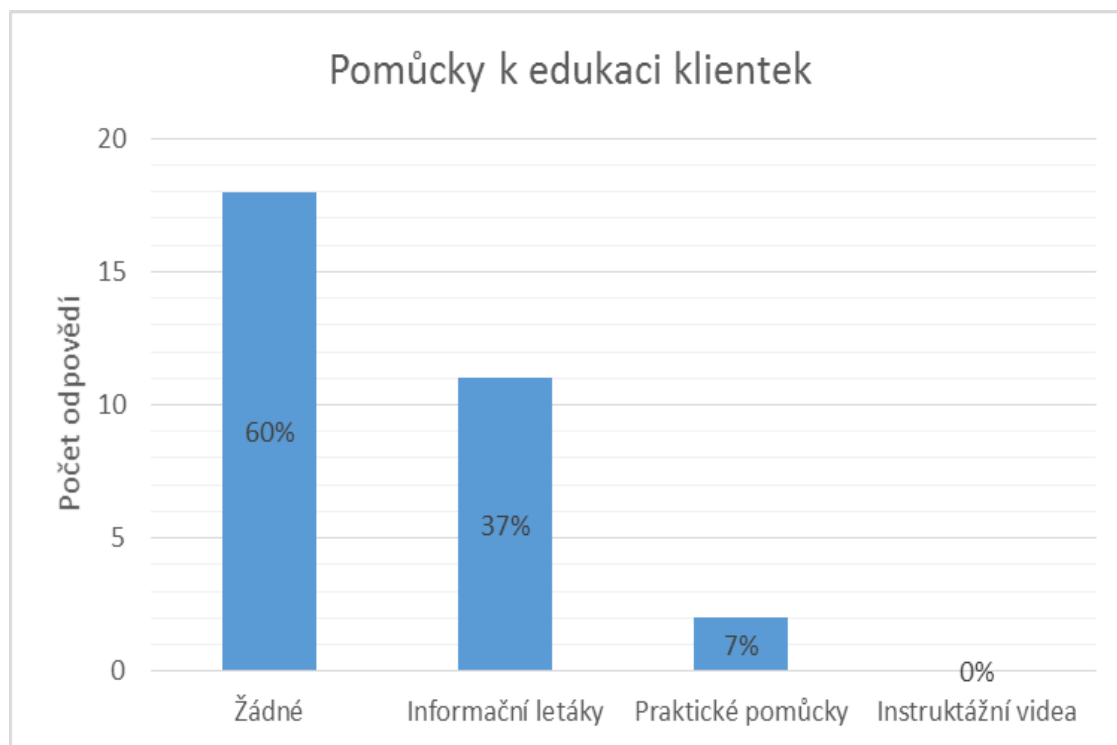


Obrázek 10 Oblasti edukace klientek

Komentář k otázce č. 10:

Všechny 30 (100%) porodní asistentky edukují klientky o výživě. Další oblastí, o které edukují téměř všechny 29 (97%) porodní asistentky je hygiena, dále 28 (93%) porodních asistentek edukuje o péči o porodní poranění. Většina porodních asistentek dále edukuje o komplikacích v šestinedělí 25 (83%), cvičení po porodu a v šestinedělí 24 (80%), kojení a péči o prsy 23 (77%). Oblasti pohlavního styku a antikoncepci po porodu se věnuje 20 (67%) dotazovaných porodních asistentek. Možnost uvést jinou oblast využilo 6 porodních asistentek. Uvedly riziko pádu po porodu (3%), dvě respondentky (7%) edukují o pitném režimu a tři (10%) porodní asistentky uvedly chod oddělení.

Položka č. 11: Jaké pomůcky při edukaci používáte? Můžete označit více odpovědí.

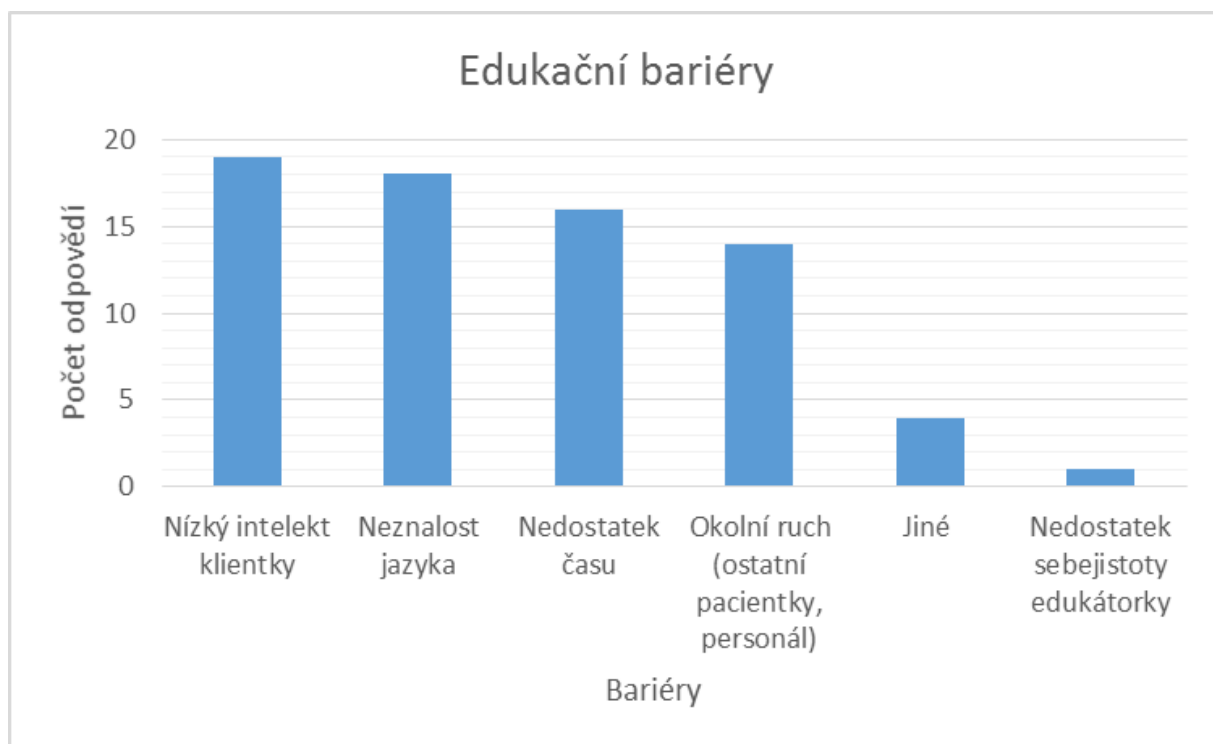


Obrázek 11 Pomůcky k edukaci klientek

Komentář k otázce č. 11:

Překvapivé výsledky přinesla otázka č. 11, která se dotazovala na užívání edukačních pomůcek. Více než polovina 18 (60%) respondentek uvedlo, že nepoužívají žádné edukační pomůcky. Žádná z dotazovaných porodních asistentek nevyužívá při edukaci instruktážní videa. Nejčastěji využívanou pomůckou dle dotazovaných jsou informační letáky. K edukaci je využívá 11 (37%) z celkového počtu dotazovaných. Z praktických pomůcek uvedly 2 (7%) respondentky míče a polohovací pomůcky a demonstraci odstříkávání mléka na sobě. Udivující pro mě je, že porodní asistentky mají na oddělení k dispozici informační letáky, a přesto je nevyužívají.

Položka č. 12: S jakými edukačními bariérami se setkáváte? Můžete označit více odpovědí.

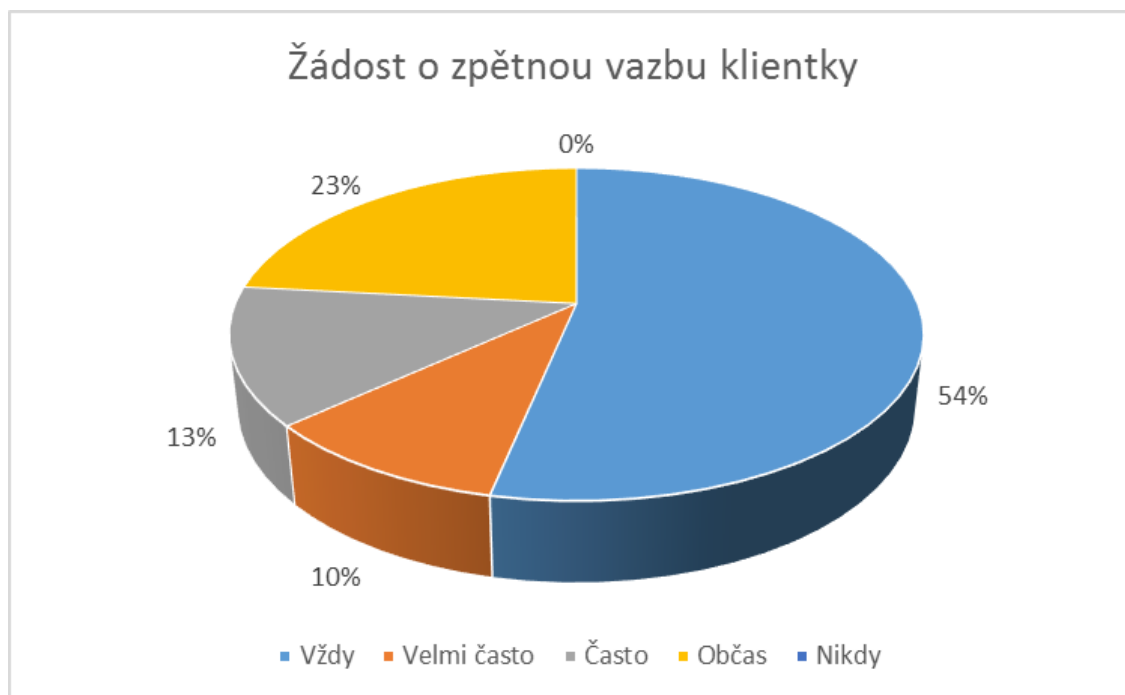


Obrázek 12 Edukační bariéry

Komentář k otázce č. 12:

Otázka č. 12 se zabývá edukačními bariérami, se kterými se porodní asistentky každý den při edukaci vypořádávají. Nejčastěji 19 (63%) porodní asistentky uvedly nízký intelekt klientky. Druhou nejčastější bariérou dle respondentek 18 (60%) je neznalost jazyka klientky. Nedostatek času považuje za edukační bariéru celkem 16 (53%) dotazovaných. Dále 14 (47%) dotazovaných porodních asistentek označilo odpověď okolní ruch (ostatní pacientky, personál). Pouze jedna (3%) porodní asistentka považuje za edukační bariéru nedostatek sebejistoty edukátorky. Možnost uvést jiné bariéry využily 4 (13%) respondentky. Jako edukační bariéru označila jedna (3%) porodní asistentka mobilní telefon, dále nezámek klientek a 2 (7%) uvedly únavu klientek.

Položka č. 13: Žádáte klientku o zpětnou vazbu , zdali porozumněla edukaci?

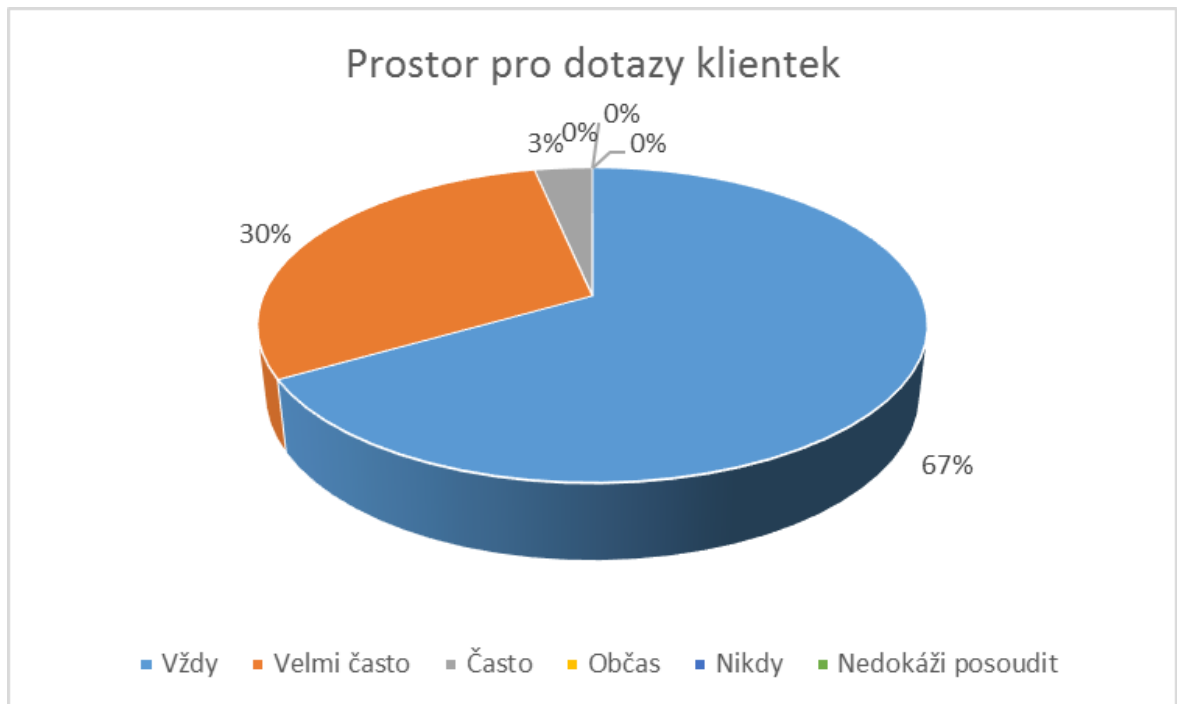


Obrázek 13 Žádost o zpětnou vazbu klientky

Komentář k otázce č. 13:

O zpětnou vazbu klientek vždy žádá 16 (54%) dotazovaných porodních asistentek. Velmi často tak činí 3 (10%) z celkového počtu dotazovaných. Odpověď často označily 4 (13%) porodní asistentky. Občas o zpětnou vazbu žádá 7 (23%) respondentek. Možnost nikdy nevyužila žádná dotazovaná porodní asistentka. Odpovědi na tuto otázku splnily mé očekávání a předpoklady, že si porodní asistentky uvědomují důležitost zpětné vazby.

Položka č. 14: Má, podle Vás, pacientka při edukaci dostatečný prostor se Vás zeptat na to, co by potřebovala?

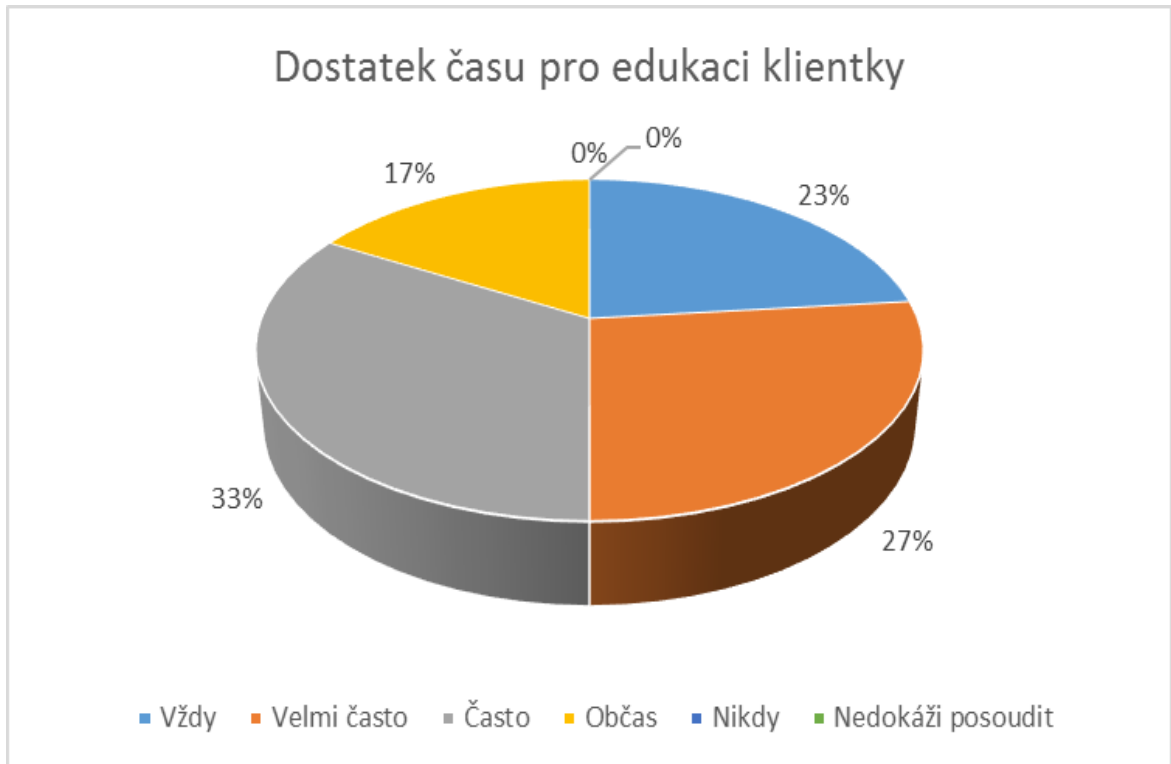


Obrázek 14 Prostor pro dotazy klientek

Komentář k otázce č. 14:

Tato otázka zjišťovala, zda mají z pohledu porodní asistentky klientky dostatek prostoru pro dotazy. Dvě třetiny 20 (67%) respondentek uvedlo, že dle jejich názoru mají klientky vždy dostatečný prostor pro dotazy. Téměř třetina 9 (30%) si myslí, že klientky mají velmi často dostatečný prostor pro dotazy. Pouze jedna (3%) porodní asistentka se domnívá, že klientky mají často dostatečný prostor pro své dotazy. Odpověď občas, nikdy a nedokáži posoudit nevyužila žádná z dotazovaných porodních asistentek.

Položka č. 15: Jsou podle Vás Vaše časové možnosti dostatečné pro edukaci klientky?

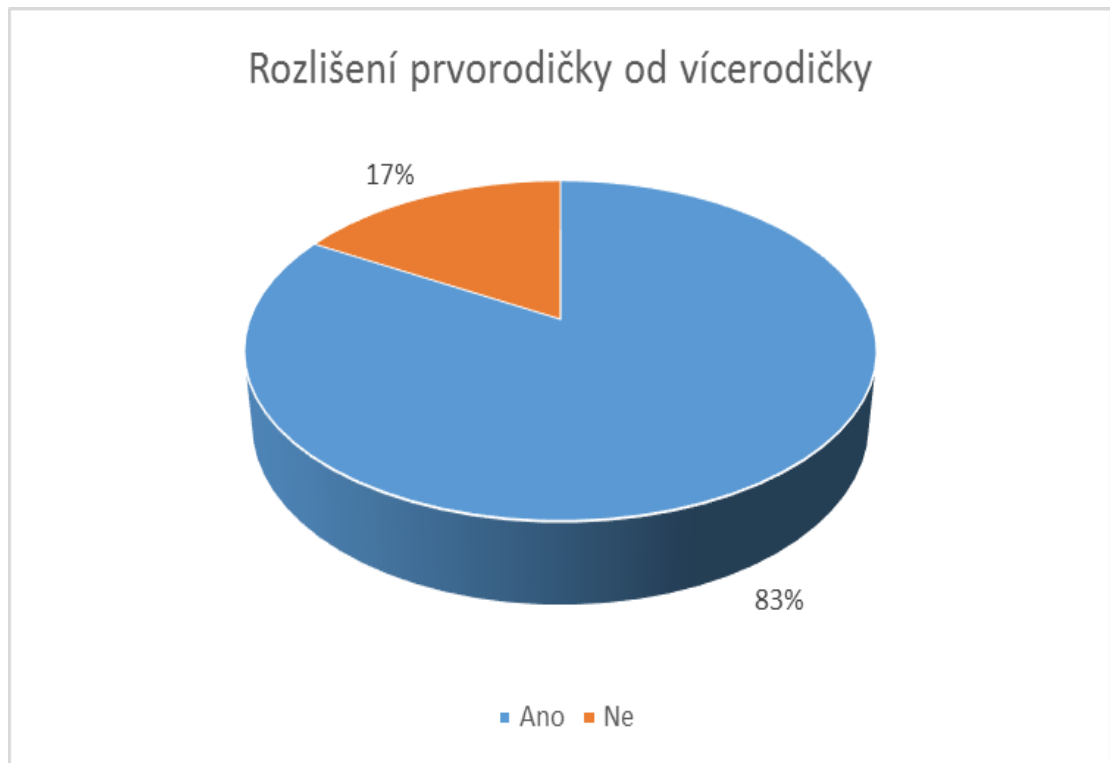


Obrázek 15 Dostatek času pro edukaci klientek

Komentář k otázce č. 15:

Subjektivním názorem na dostatek času pro edukaci klientek se zabývala otázka č. 15. Že mají dostatek času vždy, uvedlo 7 (23%) z celkového počtu dotazovaných. Odpověď velmi často označilo 8 (27%) respondentek. Třetina 10 (30%) dotazovaných porodních asistentek si myslí, že má často dostatek času na edukaci klientek. Odpověď občas uvedlo 5 (17%) respondentek. Žádná porodní asistentka neoznačila odpověď nikdy ani nedokáži posoudit. Předpokládala jsem, že porodní asistentky budou uvádět, že pro edukaci klientek nemají dostatek času nebo že ho mají občas. Překvapující tedy je, že si porodní asistentky na nedostatek času nestěžují v takové míře.

Položka č. 16: Zohledňujete při edukaci, zda je žena prvorodička či vícerodička?

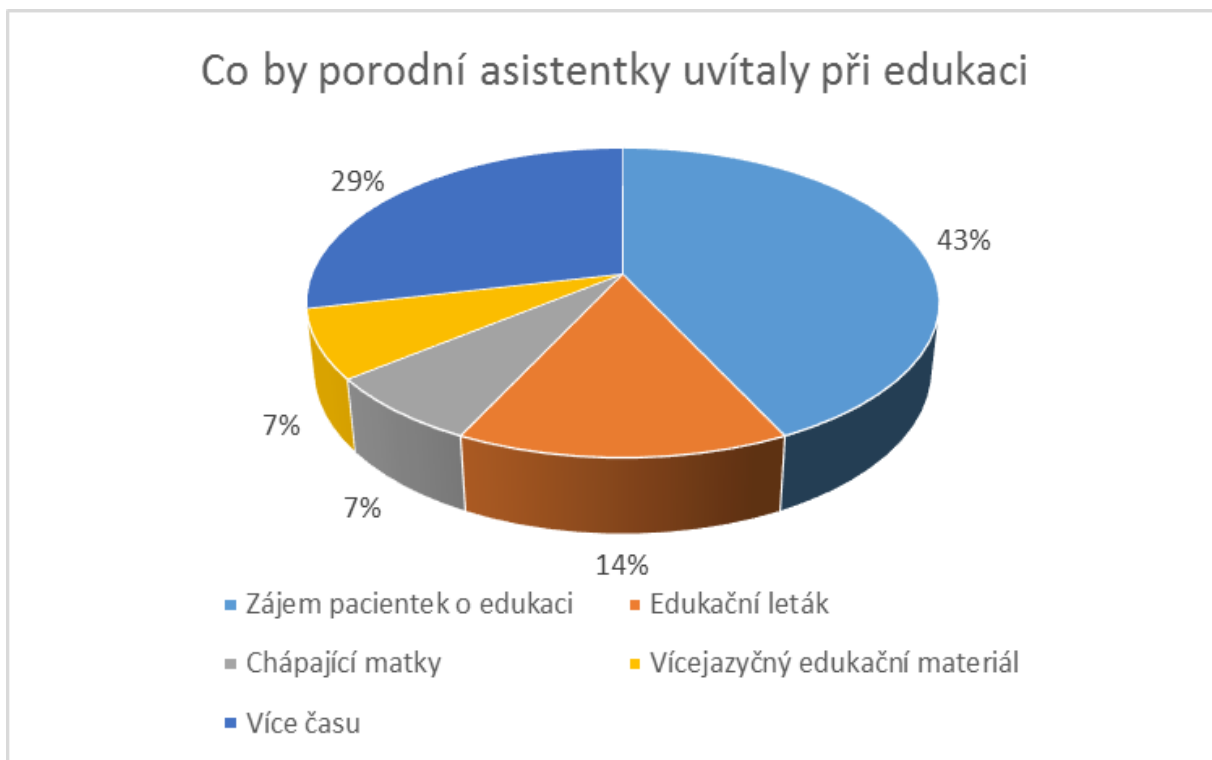


Obrázek 16 Rozlišení prvorodičky od vícerodičky

Komentář k otázce č. 16:

Tato otázka se zabývala rozlišováním prvorodiček od vícerodiček v souvislosti s edukací. Většina 25 (87%) odpověděla, že při edukaci zohledňují, zda jde o prvorodičku či vícerodičku. Pouze 5 (17%) na tento fakt ohled při edukaci nebere. Prvorodičku od vícerodičky by měla při edukaci v určitých oblastech porodní asistentka rozlišovat. Například při edukaci o involuci dělohy, která bývá u vícerodiček vnímána bolestivěji.

Položka č. 17: Co byste při edukaci uvítala?



Obrázek 17 Co by porodní asistentky uvítaly při edukaci

Komentář k otázce č. 17:

Tato otázka byla pro porodní asistentky dobrovolná. Odpovědělo na ni 14 (47%) respondentek. Téměř polovina 6 (43%) odpovídajících respondentek by uvítala zájem pacientek o edukaci. Druhou nejčastější odpovědí bylo více času na edukaci, uvedly to 4 (29%) dotazované porodní asistentky. Edukační letáky by uvítaly 2 (14%) porodní asistentky. Dále se zde objevila odpověď chápající matky a vícejazyčný edukační materiál. Udivující je pro mě odpověď edukační leták, protože některé porodní asistentky uvedly, že edukační leták využívají.

7 DISKUZE

V této části bakalářské práce se budu zabývat odpověďmi na výzkumné otázky a porovnání výsledků šetření s jinými pracemi. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit jak porodní asistentky edukují ženy na oddělení šestinedělí. Na tento cíl navazují následující výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: O čem porodní asistentky edukují klientky na oddělení šestinedělí?

Tato výzkumná otázka zjišťovala, na jaká témata porodní asistentky edukují klientky od přijetí na oddělení až do propuštění a kterým tématům se naopak nevěnují. K této výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 10 a 16.

Pomocí dotazníkového šetření byly zjištěny následující údaje. Nejméně zmiňovaným tématem je dle odpovědí respondentek pohlavní styk a antikoncepce po porodu a šestinedělí. Věnuje se jí 20 (67%) z celkového množství dotazovaných. O kojení a péči o prsy edukuje 23 (77%) respondentek, nejčastěji dotazované porodní asistentky edukují o výživě (100%), hygieně v šestinedělí (97%), péči o porodní poranění (93%), komplikacích v šestinedělí (83%). Pouze 6 (20%) porodních asistentek needukuje ženy v oblasti cvičení po porodu a v šestinedělí. Dále porodní asistentky uvedly téma riziko pádu (3%), pitný režim (7%) a chod oddělení (10%).

Při edukaci rozlišuje 87% dotazovaných porodních asistentek prvorodičku od vícero dičky. Zbylých 13% edukuje všechny ženy stejně bez ohledu na paritu.

Běhanová (2016) uvádí, že všechny dotázané porodní asistentky edukují o propouštěcí zprávě, komplikacích, stravě a hygieně v šestinedělí. Dále 83% edukuje o pohlavním styku, 50% o hygieně prsou a kojení, 33% o cvičení pánevního dna. A o antikoncepci a odpočinku edukuje ženy při propuštění 17% porodních asistentek.

Domnívám se, že by porodní asistentky měly být jednotné v tématech edukace a pro ulehčení edukace by bylo vhodné využívat edukační letáky. Tyto letáky by byly velmi nápomocné šestinedělkám po propuštění z nemocnice jako zdroj informací. Dále je v některých tématech dobré rozlišovat, zda je žena prvorodička, či vícero dička, už z důvodu různých pocitů při zavínování dělohy. Vícero dičky také mohou mít pocit, že vše znají z minulého šestinedělí a nemusí tak naslouchat radám porodní asistentky, proto je dle mého názoru dobré ženě vždy vysvětlit důvody svých rad.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké překážky musí PA při edukaci překonávat?

Tato výzkumná otázka měla za úkol zjistit, co porodní asistentky považují za edukační bariéry, s jakými bariérami se setkávají v praxi a dále se zabývala časovým hlediskem při edukaci. K výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 12, 14 a 15. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že mezi čtyři nejčastější edukační bariéry podle dotazovaných porodních asistentek patří nízký intelekt klientky (63%), neznalost jazyka (60%), nedostatek času (53%) a okolní ruch (47%). Dále se porodní asistentky setkávají s bariérami v podobě únavy klientky (7%), mobilního telefonu (3%), nezájmu klientky (3%) a nedostatku sebejistoty edukátorky (3%).

Běhanová (2016) ve své práci použila metodu rozhovorů, které vedla se šesti porodními asistentkami z oddělení šestinedělí. Čtyři porodní asistentky uvedly, že jako největší bariéru vidí nedostatek času pro edukaci, jedna porodní asistentka vidí bariéru v neznalosti jazyka či nízkém intelektu klientky a další porodní asistentka se setkává s bariérou v podobě zmatení informacemi z internetu.

Rozdíly v odpovědích by se daly zdůvodnit malým vzorkem v případě práce Běhanové a tím, že v mé práci volily porodní asistentky více možností.

Dle názoru 20 (67%) porodních asistentek má žena vždy dostatečný prostor na to, aby se mohla na porodní asistentku obrátit se svými dotazy. Dále si 9 (30%) respondentek myslí, že ženy mají tento prostor velmi často a jedna (3%) odpověděla, že klientky mají velmi často prostor pro dotazy.

Běhanová (2016) píše, že všechny dotazované porodní asistentky dávají ženám prostor pro jejich dotazy.

Předpokladem bylo, že hlavním problémem při edukaci je nedostatek času. Na otázku: „*Jsou podle Vás Vaše časové možnosti dostatečné pro edukaci klientky?*“ odpovědělo 7 (23%) respondentek vždy, velmi často má dostatek času pro edukaci 27% respondentek. Třetina respondentek (33%) má velmi často dostatek času a 5 (17%) občas.

Délka edukace na jedno téma je u 50% respondentek 11-20 minut, 47% edukuje ženu méně než 10 minut a jedna porodní asistentka (3%) věnuje jedné edukaci 21-30 minut.

Františková (2015) píše, že 69 % dotázaných žen na oddělení šestinedělí bylo edukováno méně než 10 minut, 30 % bylo edukováno 10-30 minut a jedna žena (1%) odpověděla, že byla edukována 31-60 minut.

Z obou průzkumných šetření vyplynulo, že nejčastěji probíhá edukace žen méně než deset minut a dále velmi často trvá 10-30 minut.

Výzkumná otázka č. 3: Jak probíhá edukace klientky na oddělení šestinedělí?

Tato otázka má za úkol přiblížit průběh edukace klientky na oddělení šestinedělí. Vtahují se k ní otázky z dotazníku č. 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13.

Edukace žen probíhá vždy při příjmu na oddělení, téměř vždy (97%) v průběhu hospitalizace a při propuštění.

Františková (2015) zjišťovala, kolikrát byly ženy za dobu hospitalizace edukovány. Z výsledků průzkumného šetření vyplynulo, že 57% respondentek bylo edukováno každý den, přibližně každý druhý den bylo edukováno 18% dotazovaných žen. Pouze jednou bylo informováno 9 žen. Dvě ženy odpověděly, že pokud se samy nezeptaly, edukace neproběhla. Opakovaně byly informace podávány 15% respondentek.

Nejčastějším místem pro edukaci je pokoj klientek (97%), dále edukace probíhá na vyšetřovně (63%), sesterně (40%) či na chodbě (13%).

Dle Františkové (2015) bylo na pokoji edukováno 89% respondentek na pokoji, 6% na sesterně, 2% na vyšetřovně, jedna na chodbě a 2% na pokoji a na sesterně.

Rozdíl v procentech si vysvětluji možností více odpovědí ve svém výzkumu.

Místo pro edukaci by mělo být vždy příjemné, bez okolních ruchů a klientky by měly mít pocit soukromí.

Všechny dotazované porodní asistentky edukují formou individuální, dalšími využívanými formami jsou formy skupinové (23%) a hromadné (3%).

Františková (2015) uvádí, že 90% respondentek bylo edukováno individuální formou, 6% skupinovou a zbytek žen individuálně i skupinově.

Výhodou skupinové formy je nejen úspora času, ale také to, že pokud se žena stydí na něco zeptat, může dostat odpověď na svoji otázku prostřednictvím ostatních žen, které dotaz vnesou, případně si mohou lépe vzpomenout, na co se chtěly zeptat, když slyší dotazy ostatních.

Ze všech metod edukace 90% respondentek využívá vysvětlování, dále probíhá edukace metodou instruktáže (30%), přednášky s diskuzí (27%), demonstrace cvičení (10%), klasické přednášky (10%) a zřídka metodou diskuze (3%).

Pro edukaci využívají porodní asistentky (50%) standardizovaný edukační plán, který upravují dle individuálních edukačních potřeb dané klientky. V mnoha případech probíhá edukace bez edukačního plánu (30%). Využíván je také standardizovaný plán bez úprav pro jednotlivé klientky (13%) či vlastní edukační plán, sestavovaný pro každou klientku zvlášť (7%).

Dle mého názoru by měla být edukace vždy podložena edukačním plánem, pro lepší organizaci edukace. Při sestavování plánu se zároveň porodní asistentka na jednotlivá edukační témata lépe připraví a bude mít jistotu, že žádné téma neopomněla.

Velmi často (60%) nejsou při edukaci využívány žádné edukační pomůcky. Mezi ty nejčastěji užívané patří informační letáky (37%), dále některé porodní asistentky (7%) edukují s pomocí praktických pomůcek, jako jsou gymnastické míče, polohovací pomůcky či demonstrují odstříkávání mateřského mléka na sobě.

Františková (2016) píše, že 11% žen bylo edukováno pomocí informačních letáků, 1% s pomocí knihy, 1% využilo časopis a 5% žen byla předvedena názorná ukázka.

Velmi důležitou součástí edukačního procesu je zpětná vazba, o kterou vždy žádá 53% z dotazovaných porodních asistentek a velmi často 10%. Zbytek dotazovaných porodních asistentek žádá o zpětnou vazbu alespoň často či občas.

Celkově lze tedy říci, že porodní asistentky edukují ženy na oddělení šestinedělí jak při příjmu, v průběhu hospitalizace, tak i při propuštění z nemocnice. Edukace nejčastěji probíhá na pokoji klientek, individuální formou, metodou instruktáže či přednášky s diskuzí. Pro edukaci je většinou využíván standardizovaný edukační plán, který je případně upraven pro jednotlivé klientky. K edukaci většinou nejsou používány žádné edukační pomůcky, pokud ano, jedná se o instruktážní letáky.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na edukaci žen porodními asistentkami na oddělení šestinedělí. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy: edukace, šestinedělí, fyziologické šestinedělí, patologické šestinedělí a jednotlivé oblasti edukace. Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, o jakých oblastech porodní asistentky edukují ženy, jak samotná edukace probíhá a jaké překážky při ní musí porodní asistentky překonávat.

Období šestinedělí je doba, která by neměla být opomíjena z hlediska edukace. Je důležité, aby žena získala správné informace a v dostatečném množství. Lze tak předejít nejen komplikacím v šestinedělí ale také dezinformovanosti vlivem internetu. Edukace by měla probíhat na základě edukačního plánu, který může být buď standardizovaný, či je možné tvořit pro každou klientku individuální. Možná je také kombinace obojího. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, edukační plán zatím není samozřejmostí, což by bylo potřeba změnit.

Edukace by měla probíhat v klidném a příjemném prostředí a porodní asistentka by na ni měla mít dostatek času. Některé porodní asistentky v dotazníku uvedly, že edukují i na chodbě, což klidným prostředím mnohdy není. Také často uváděly, že edukační bariérou je pro ně právě zmiňovaný nedostatek času. Bylo by dobré se do budoucna zamyslet nad tím, jak čas pro edukaci získat a co by pomohlo edukaci zjednodušit. Dle mého názoru by mohly být dobrým pomocníkem informační letáky, které by si ženy odnesly domů. Porodní asistentky by informace nemusely tolikrát opakovat a zároveň by si mohly být jisté, že má žena všechny informace. V mnohých zdravotnických zařízeních tento způsob už funguje, takže si myslím, že je to krok správným směrem. Přínosem by byly i informační letáky v cizích jazycích, což by mohlo pomoci alespoň částečně prolomit jazykovou bariéru, se kterou se dle výzkumu porodní asistentky setkávají.

Edukace je také způsob, jak u klientky eliminovat strach či úzkost. Na to se zaměřovala i jedna otázka z dotazníku. Téměř všechny porodní asistentky si myslí, že edukace skutečně dokáže strach a úzkost alespoň částečně eliminovat. Ze své vlastní zkušenosti vím, že když člověk čeká něco neznámého a nového, zažívá pocity strachu a úzkosti, což se může negativně projevit jak na psychice, tak na zdravotním stavu. K ženám je třeba přistupovat obětavě a trpělivě, protože pokud ženě odmítneme něco sdělovat, protože už je to po několikáté, příště se na nás s dotazem neobrátil, či v případě komplikací nenavštíví lékaře z důvodu strachu z odmítnutí nebo bagatelizací problému.

Po samotné edukaci by měla vždy následovat zpětná vazba. Porodní asistentka pokládá ženě kontrolní otázky, aby si ověřila, že žena informace pochopila a zapamatovala si je. Nesprávným typem otázky je: „Chápe to?“ Porodní asistentka může také chtít, aby jí žena předvedla vysvětlovanou dovednost (například odstříkávání mléka). Na závěr dle standardů zdravotnického zařízení žena stvrzuje svým podpisem, že byla o dané oblasti edukována. I výzkum potvrdil, že všechny porodní asistentky žádají ženy o zpětnou vazbu alespoň občas.

V posledních letech je na edukaci kladen větší důraz a zdravotnická zařízení se této oblasti více zabývají a vnímají její smysl. Odrazem toho je i zavedení edukačních standardů a dokumentace v podobě záznamu o edukaci. Mnohem více jsou také využívány informační letáky a ostatní edukační pomůcky. Domnívám se, že co se edukace týče, je řešení této problematiky na správné cestě.

9 POUŽITÁ LITERATURA

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

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9

HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

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

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

MAŠATA, Jaromír a Anna JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-038-0.

NEMCOVÁ, Jana a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-653-3.

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

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.

VOLEJNÍKOVÁ, Hana. *Cvičení v práci porodní asistentky*. Vyd. 3. upr. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-351-1.

10 SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

BĚHANOVÁ, Věra. 2016, *Edukace žen v šestinedělí* [online]. České Budějovice [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová. Dostupné z: https://theses.cz/id/xmz0gy/?id=847011;zpet=%2Fth_search%2Fprace_na_stejne_tema%3Fpage%3D1%3Bid%3D847011%3B

FRANTIŠKOVÁ, Kateřina. 2015, *Edukace žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí* [online]. Zlín [cit. 2018-04-20]. Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Mrg. Martina Cichá, Ph.D., Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33219/franti%20c5%20a1ov%20c3%20a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ICM. International Confederation of Midwives. Mezinárodní definice porodní asistentky podle ICM. In: ICM [online]. 2011 cit. [2018-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/dokumenty-mezinarodni-konfederace-porodnich-asistentek-_9081_3076_3.html

ŠESTINEDĚLÍ, 2015. Involuce dělohy, lochia, očistky. In: Šestinedělí [online]. 2015, cit. [2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.sestinedeli.cz/involuce-delohy/>

11 PŘÍLOHY

Příloha 1- Použitý dotazník.....	62
----------------------------------	----

PŘÍLOHA 1- POUŽITÝ DOTAZNÍK

Dotazník na téma: Edukace žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí

Vážná porodní asistentka,

Jmenuji se Martina Jurková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který slouží pro sběr dat k mé bakalářské práci. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachováno anonyrně.

Bakalářskou práci s názvem Edukace žen porodní asistentkou na oddělení šestinedělí zpracovávám pod vedením Mgr. Barbory Fialové.

Děkuji za vaši čas Martina Jurková

1. Kolik je Vám let?
 - a) 20-30 let
 - b) 31-40 let
 - c) 41-50 let
 - d) více než 51 let
2. Jaka je délka Vaší praxe?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 6-10 let
 - c) více než 10 let
3. Na kolik podle Vás eliminuje edukace strach a úzkost u klientek?

Vábec	1	2	3	4	5	Velmi

Nevim
4. Kdy edukujete klientky? Můžete označit více odpovědí:
 - a) Při příjmu
 - b) V průběhu hospitalizace
 - c) Při propuštění
5. Kde edukujete klientky? Můžete označit více odpovědí:
 - a) Na pokojí pacientek
 - b) Na sesterně
 - c) Na vyšetřovně
 - d) Na chodbě
 - e) Jiné (prosím vyplňte): _____
6. Jakou formu edukace využíváte? Můžete označit více odpovědí.
 - a) Individuální
 - b) Skupinová
 - c) Hromadnou

7. Jakou metodu edukace používáte? Můžete označit více odpovědí.
 - a) Klastřová metoda
 - b) Vysvětlování
 - c) Představa s obrazy
 - d) Demonstrační učení
 - e) Diskuzní metody
 - f) Instruktaž
 - g) Jiné (prosím vyplňte): _____
8. Jak dlouho klientku edukujete? (Na jedno téma)
 - a) Méně než 10 minut
 - b) 11-20 minut
 - c) 21-30 minut
 - d) Více než 30 minut
9. Jaký edukativní plán využíváte?
 - a) Žádný
 - b) Předpřipravený standardizovaný
 - c) Standardizovaný, který upravuji pro individuální potřeby klientky
 - d) Sestavuji pro každou pacientku individuálně
10. O jakých oblastech klientku edukujete? Můžete označit více odpovědí.
 - a) Hygiena
 - b) Kojení a péče o prsy
 - c) Výtva v šestinedělí
 - d) Komplikace v šestinedělí
 - e) Péče o porodní poranění
 - f) Círcení po porodu a v šestinedělí
 - g) Pohybní styl a antikoncepce
 - h) Nevim, nedokážu posoudit
 - i) Jiné (prosím vyplňte): _____
11. Jaké poznatky při edukaci používáte?
 - a) Žádné
 - b) Instrukční videa
 - c) Informační letáky
 - d) Praktické poznatky (prosím vyplňte jaké): _____
12. S jakými edukativními bariérami se setkáváte? Můžete označit více odpovědí.
 - a) Nedostatek času
 - b) Nízky intelekt pacientky
 - c) Nervozita pacientky
 - d) Nedostatek spolupráce edukátorky
 - e) Omezení rodič (osobní pacientky, personál)
 - f) Jiné (prosím vyplňte): _____

13. Žádáte klientku o zpětnou vazbu, zdali poroučela edukaci?

- a) Vždy
- b) Velmi často
- c) Často
- d) Občas
- e) Nikdy

14. Má podle Vás klientka při edukaci dostatečný prostor se Vás zeptat na to, co by potřebovala vědět?

- a) Vždy
- b) Velmi často
- c) Často
- d) Občas
- e) Nikdy
- f) Někdy

15. Jsou podle Vás Vaše časové možnosti dostatečné pro edukaci klientky?

- a) Vždy
- b) Velmi často
- c) Často
- d) Občas
- e) Nikdy
- f) Někdy

16. Zohledňujete při edukaci, zda je žena prvorodička či vícečetka?

- a) Ano
- b) Ne

17. Co byste při edukaci uvítala?