

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Nikola Blehová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí

Nikola Blehová

Bakalářská práce
2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Blehová**
Osobní číslo: **Z17125**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
2. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
3. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
5. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sabina Dušková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. 6. 2020

Nikola Blehová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Sabině Duškové za ochotu, zájem a cenné rady během zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému zařízení, které mi umožnilo provést průzkumné šetření a respondentkám, které byly ochotné účastnit se dotazníkového šetření.

ANOTACE

Tématem bakalářská práce je „Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí“. Tato bakalářská práce je prací teoreticko-průzkumnou. V teoretické části bakalářské práce je popsána anatomie vnitřních rodidel, vznik a vývoj těhotenství i jeho diagnostika. Dále se zabývá miniinterrupcí a jejími komplikacemi, indikacemi a ostatními metodami umělého ukončení těhotenství a péčí porodní asistentky o ženu podstupující miniinterrupci. Práce je též zaměřena na edukaci a edukační činnost porodní asistentky u žen, které podstupují miniinterrupci.

Výstupem průzkumné části je informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí. Informační mapa péče byla sestavena na základě studia odborné literatury a dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na znalosti žen s miniinterrupcí.

KLÍČOVÁ SLOVA

informační mapa péče, miniinterrupce, edukace, umělé ukončení těhotenství, péče v porodní asistenci

TITLE

Information map of care for a woman with abortion

ANNOTATION

The theme of my bachelor's thesis is “Information map of care for a woman with abortion”. This bachelor thesis is a theoretical-exploratory. The theoretical part of the thesis describes the anatomy of the internal genitalia, the origin and development of pregnancy and its diagnosis. The bachelor's thesis also deals with mini-abortion and its complications, indications and other methods of abortion and the care of a midwife for a woman with abortion. The work is also focused on the education and educational methods of midwives about women who undergoing abortion. The outcome of the practical part of the thesis is the information map of care for a woman with the abortion. The information map of care was created on the basis of the study of professional literature and a questionnaire survey that was focused on the knowledge of the women with abortion.

KEYWORDS

information map of care, abortion, education, abortion, care in midwifery

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	13
Teoretická část	14
1 Anatomie vnitřních rodidel	14
1.1 Vaječník, ovarium	14
1.2 Vejcovod, tuba uterina	14
1.3 Děloha, uterus	14
1.4 Pochva, vagina	15
2 Vznik, vývoj těhotenství a jeho diagnostika	16
2.1 Diagnostika těhotenství	17
3 Miniinterrupce	21
3.1 Postup při provedení miniinterrupce	21
3.2 Indikace k miniinterrupci	22
3.3 Komplikace miniinterrupce.....	22
3.3.1 Velká krevní ztráta.....	22
3.3.2 Perforace děložního těla.....	22
3.3.3 Rezidua po interrupci.....	23
3.3.4 Zánětlivé komplikace.....	23
3.3.5 Poruchy menstruačního cyklu.....	23
3.3.6 Psychické a sexuální změny	23
3.3.7 Poruchy fertility	23
3.3.8 Rh – izoimunizace	24
4 Péče porodní asistentky v problematice mininterupce.....	25
4.1 Péče pa před miniinterrupcí	25
4.2 Pooperační péče	25
5 Ostatní metody umělého ukončení těhotenství.....	19
5.1 Medikamentózní uut.....	19
5.2 Chirurgické uut.....	20
5.2.1 Miniinterrupce	20

5.2.2	Klasický instrumentální potrat.....	20
5.2.3	Indukce větších potratů.....	20
5.2.4	Sectio caesarea minor	20
6	Edukace v porodní asistenci	27
6.1	Základní pojmy v edukaci.....	27
6.2	Fáze edukačního procesu	28
6.3	Informační mapa péče	28
	Průzkumná část	30
7	Průzkumné cíle a průzkumné otázky	30
7.1	Průzkumné cíle.....	30
7.2	Průzkumné otázky	30
8	Metodika	31
8.1	Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení	32
9	Analýza a interpretace výsledků	33
10	Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí	49
10.1	Návrh informační mapy péče pro ženu s miniinterrupcí.....	50
10.2	Manuál k informační mapě péče pro porodní asistentku	52
11	Diskuze	54
12	Závěr	57
13	Použitá literatura	58
14	Přílohy.....	62

1 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Informace ohledně péče během výkonu.....	33
Obrázek 2 Osoby podávající informace.....	34
Obrázek 3 Přítomnost edukačního materiálu na oddělení gynekologie	35
Obrázek 4 Do kolikátého týdne gravidity je možno miniinterrupci provést	36
Obrázek 6 Hygienické pomůcky.....	37
Obrázek 7 Frekvence omývání genitálu bezprostředně po výkonu	38
Obrázek 8 Mycí prostředky vhodné pro hygienu genitálu	39
Obrázek 9 Vhodnost koupání v napuštěné vaně bezprostředně po výkonu	40
Obrázek 10 Rizika miniinterrupce	41
Obrázek 11 Nutnost doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu.....	42
Obrázek 12 Aktivity nevhodné prvních 24 hodin po výkonu.....	43
Obrázek 13 Při jak silném krvácení kontaktovat lékaře	44
Obrázek 14 Nástup další menstruace po výkonu	45
Obrázek 15 Zahájení pohlavního styku po proběhlé miniinterrupci	46
Obrázek 16 Kdy je vhodné znovu otěhotnět po proběhlé miniinterrupci.....	47
Tabulka 1 Důvody nevhodnosti koupání v napuštěné vaně	40
Tabulka 2 Vyhodnocení znalostních otázek	48

2 SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
cm	centimetr
č.	číslo
ČNR	Česká národní rada
EKG	elektrokardiogram
g	gram
hCG	lidský choriový gonadotropin
kg	kilogram
KO	krevní obraz
mg	miligram
ml	mililitr
MZd ČSR	Ministerstvo zdravotnictví Československé republiky
P	puls
PA	porodní asistentka
Rh	rhesus faktor
s.	strana
Sb.	sbírka zákonů
TK	krevní tlak
UUT	umělé ukončení těhotenství
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ÚVOD

Téma bakalářské práce, které se zabývá problematikou miniinterrupce jsem si vybrala, protože se domnívám, že některé ženy mají velmi malé množství informací o dané problematice. Doufám, že má práce bude přínosem ke zvýšení informovanosti žen ohledně péče v některých oblastech během výkonu, které podstupují miniinterrupci. Dle ústavu zdravotnických informací a statistiky v roce 2016 byl počet miniinterrupcí 13 847, od roku 2006 počet miniinterrupcí klesl o 5690 (ÚZIS ČR, 2018, str. 23).

Bakalářská práce s názvem „Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí“ je rozdělena na 2 části – část teoretickou a průzkumnou. V teoretické části jsou vymezeny důležité pojmy pro tuto práci. V jednotlivých podkapitolách jsou popsány indikace a komplikace miniinterrupce, diagnostika těhotenství, ostatní metody umělého ukončení těhotenství. Samotné kapitoly se věnují vzniku a vývoji těhotenství, miniinterrupci, péči porodní asistentky v problematice interrupce a edukace, která je úzkou součástí péče porodní asistentky. V této bakalářské práci je detailněji popsán edukační materiál, jímž je informační mapa péče.

Porodní asistentka by měla v péči o ženu, která podstupuje miniinterrupci přistupovat aktivně. Informovat o problematice miniinterrupce, edukovat ji o postupu provedení miniinterrupce, jaké jsou komplikace výkonu a jaká bude péče porodní asistentky během celého pobytu ve zdravotnickém zařízení. Porodní asistentka ženě zdůrazňuje hygienickou péči, která je velmi důležitou prevencí před infekcemi a možnými komplikacemi. Porodní asistentka edukuje ženu na oddělení gynekologie o péči během výkonu některou z metod slovní edukace. Ženy, které podstupují miniinterrupci jsou často ve stresu, smutné, nervózní a nevnímají co jim porodní asistentka či lékař sdělují, proto je vhodné doplnit edukaci tištěným edukačním materiálem, jímž je informační mapa péče. Pacientka si může kdykoliv edukační materiál vzít a připomenout si vědomosti o péči během výkonu.

Průzkumná část obsahuje dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno informovanost žen týkající se péče, která je poskytována. Tyto dotazníky vyplňovaly pouze ženy, které podstupovaly miniinterrupci na oddělení gynekologie. Výstupem průzkumné části bakalářské práce je informační mapa péče, která byla sestavena na základě prostudované literatury a výsledků dotazníkového šetření. Informační mapa péče je druh tištěného edukačního materiálu, který cíleně edukuje ženy v oblasti péče. Je žádoucí doplnit tento druh edukace jednou z metod slovní edukace.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem teoretické části práce je charakterizovat problematiku miniinterrupcí, a to popsat anatomii pohlavních orgánů, metody umělého ukončení těhotenství, indikace a komplikace miniinterrupcí, popsat roli porodní asistentky v péči o ženu miniinterrupcí a význam edukace v péči o ženu během výkonu.

Cílem průzkumné části práce je zjistit znalosti oslovených žen podstupující miniinterrupci na oddělení gynekologie o péči během výkonu a na základě zjištěných skutečností a aktuálních zdrojů odborné literatury vytvořit informační mapu péče pro ženy s miniinterrupcí.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce shrnuje poznatky z odborné literatury o miniinterrupci. Zabývá se anatomií vnitřních rodidel, charakteristikou miniinterrupce a jejími komplikacemi a indikacemi. Také se věnuje vzniku a vývoji těhotenství a jeho diagnostikou, ostatním metodám umělého ukončení těhotenství. Popisuje roli porodní asistentky v péči o ženu s miniinterrupcí. Dále se věnuje edukaci v porodní asistenci a informační mapě péče, tedy edukačnímu materiálu.

3 ANATOMIE VNITŘNÍCH RODIDEL

Mezi ženské vnitřní pohlavní orgány patří vaječníky, vejcovody a děloha (Roztočil a kol., 2011, s. 18).

3.1 Vaječník, ovarium

Vaječník je párový orgán o hmotnosti 6-10 g. Vzhled, tvar a velikost vaječníku odpovídá věku a funkčnímu stavu – u žen mezi 20. a 30. rokem věku vaječník měří 2,5 až 5 cm, do šířky dosahuje 1-3 cm. Do puberty vaječník vzhledem připomíná hladký útvar, poté se mění na hrboletý útvar s jizvami po proběhlých ovulacích. Na vaječníku popisujeme boční stranu, která je přivrácená k pánevní stěně – facies lateralis a vnitřní stranu přivrácenou do pánevní dutiny – facies medialis. Popisujeme také horní a dolní pól – extremitas tubaria a extremitas uterina, podle orientace vaječníku k sousedním orgánům. Horní pól je svalově vazivovým pruhem – ligamentum suspensorium ovarii připojen k pánevní stěně. Dolní pól je pomocí ligamentum ovarii proprium připojen k děložnímu rohu. Vaječník se skládá z vrstvy korové, neboli cortex ovarii a vrstvy dřevné – medulla ovarii. V kůře nacházíme útvary – folliculi ovarici (Andrésová a Slezáková, 2013, s. 18; Roztočil a kol., 2011, s. 18).

3.2 Vejcovod, tuba uterina

Vejcovod je párový trubicovitý dutý orgán o délce 10-12 cm. Skládá se ze čtyř na sebe navazujících částí. Jsou to: infundibulum, ampulla, úzký isthmus a pars uterina, která se otevírá do děložní dutiny jako ostium uterinum tubae uterinae. Vejcovod je uložen v malé pánvi a fixován k děložnímu rohu a k povrchu ovaria. Vnitřní vrstvu vejcovodu tvoří sliznice, střední vrstvu hladká svalovina a zevní vrstvu seróza, která pokrývá vejcovod (Špaček et al., 2018, s. 30-31).

3.3 Děloha, uterus

Děloha je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru, její hlavní funkcí je přijetí oplozeného vajíčka. Dále slouží k výživě a ochraně vyvíjejícího se zárodku a plodu do porodu. Tvar a

velikost dělohy závisí na věku a funkčním stavu dělohy jako u vaječníku. Hmotnost dělohy u netěhotné ženy je 40-50 gramů, ale před porodem dosahuje její hmotnost až 1000 gramů (Čihák, 2016, s. 348–349; Hájek et al., 2014, s. 14; Roztočil a kol, 2017, s. 65).

Děloha se skládá z děložního hrdla – cervix uteri. Je to dolní část dělohy, která směřuje do pochvy. Děložní úžina – isthmus uteri spojuje děložní hrdlo a děložní tělo – corpus uteri, což je horní část dělohy. Kraniálně se vyklenuje ve dno děložní – fundus uteri, který je laterálně na každé straně tvořen rohem děložním – cornu uteri. Děložní stěnu tvoří tři různě silné vrstvy. Endometrium, které vystýlá děložní dutinu, dále myometrium, což je svalová vrstva a poslední vrstva perimetrium, tedy povrchová vrstva dělohy. Děloha je uložena v anteverzi a anteflexi. Poloha dělohy je zajištěna závěsným aparátem a podpurným aparátem děložním. Závěsný aparát dělohy tvoří: ligamentum teres uteri; ligamentum cardinale uteri, ligamentum vesicouterina, ligamentum pubovesicalia, ligamentum sacrouterina. Podpurný aparát je tvořen svaly dna pánevního (Slezáková, 2017, s. 20; Špaček et al., 2018, s. 33-35).

3.4 Pochva, vagina

Pochva je dutý svalový orgán trubicovitého tvaru. Její délka se pohybuje kolem 10 centimetrů. Horní část pochvy se upíná na děložní hrdlo a dole ústí do poševní předsíně. Svým úponem na děložní hrdlo vytváří přední, zadní a postranní poševní klenby. Sliznice je kryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem (Slezáková, 2017, s. 19).

4 VZNIK, VÝVOJ TĚHOTENSTVÍ A JEHO DIAGNOSTIKA

Těhotenství je období života ženy, kdy se v jejím organismu vyvíjí plod. Začíná oplozením vajíčka a končí porodem plodu, kdy se z plodu stává novorozenec. Těhotenství rozdělujeme na oplození (fertilizaci), implantaci (zanoření), nidaci (uhníždění) a vývoj plodového vejce (Slezáková, 2017, s. 134).

Oplození (fertilizace) je proces, který se uskutečňuje nejčastěji v ampulární části vejcovodu. Spermie vniknou do zadní klenby poševní při ejakulaci. Průniku spermií do hrdla děložního napomáhají peristaltické stahy vagíny a samotný aktivní pohyb spermií. Spermie jsou schopné oplodnit oocyt za 24-72 hodin, poté dochází k jejich degeneraci. Oocyt je schopen oplození 24 hodin po ovulaci, následně dochází ke kapacitaci spermií. To je proces, při kterém spermie získává schopnost fertilizovat oocyt. Když vstoupí hlavička spermie (bičík zůstává mimo vajíčko) do vajíčka, stává se nepropustným pro další spermie (Roztočil a kol., 2017, s. 88).

Proces fertilizace začíná, jakmile kapacitovaná spermie pronikne zonou pellucidou a končí poté, co dojde ke spojení chromozomů spermie a oocytů. Uskuteční se spojení chromozomálních výbav a vzniká jedna diploidní buňka s kompletní sadou chromozomů 44, XX, nebo 44, XY ze dvou haploidních buněk. Jakmile dojde ke spojení rodičovských chromozomů vznikne oplozený oocyt, jímž je zygota. Dále dochází k rychlému mitotickému dělení zygoty, které se jmenuje rýhování. Trvá zhruba 30 hodin (Pařízek, 2015, s. 35; Roztočil a kol., 2017, s. 88).

Po rýhování vajíčka se postupně vytváří morula (útvár z 16 buněk). Během dělení oplodnění vajíčko migruje vejcovodem směrem do dělohy. Morula se mění v útvár blastocystu, v ní se vytváří dvě vrstvy buněk, embryoblast a trofoblast. Trofoblast obklopuje embryo po jeho obvodu a jeho buňky slouží zejména k poskytování výživy. Embryoblast je skupina centrálně uložených blastomer (Slezáková, 2017, s.134).

Implantace a nidace. Blastocysta se šestý den po oplození přichytne na stěnu děložní a začne se implantovat do sliznice děložní a do deciduy. Nidace je ukončena 11. den po fertilizaci (Slezáková, 2017, s. 135).

Vývoj plodového vejce lze rozdělit na tři fáze: blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze. První fází je blastogeneze, je to období vývoje oplodněného vejce v průběhu tří týdnů. Druhou fází je embryogeneze, která začíná kolem 22. dne a končí koncem 10. týdne. Je to období, kdy se vyvíjejí orgány (organogeneze). Tvoří se základ srdce a mozku. Šestinedělní embryo má již

relativně vyvinuté končetiny s viditelnými prsty, jsou patrné ústa, víčka a nos. Začíná diferenciaci zevních genitálií. Lze rozeznat vnitřní orgány. Třetí fází je fetogeneze, která je charakterizována zráním, růstem a diferenciací. Od 9. týdne již mluvíme o plodu (fetus) (Hájek et al., 2014, s. 27; Slezáková, 2017, s. 137).

Popis vývoje plodu po týdnu

12. týden – plod se začíná podobat lidské bytosti. Hlava je nadměrně velká, oči daleko od sebe a obličej široký. Zevní pohlavní orgány jsou diferencované na konci 12. týdne. (Roztočil a kol., 2017, s. 93).

13. - 16. týden – plod roste velmi rychle. Jeho délka měří 80–140 mm a váží 140–200 g. Na celém těle se objevuje lanugo (fetální ochlupení). Ve střevním traktu se tvoří mekonium. Plod polyká plodovou vodu. (Roztočil a kol., 2017, s. 93).

17. – 20. týden – matka cítí pohyby plodu jako „kopání“. Srdeční akce plodu je slyšitelná. Obočí, řasy a vlasy začínají růst. Vývoj plic plodu pokračuje (Roztočil a kol., 2017, s. 94).

21. až 24. týden – je zaznamenán velký váhový přírůstek plodu. Kůže je vrásčitá kvůli nedostatku podkožního tuku (Slezáková, 2017, s. 138).

25. – 28. týden – podkožní tuk začíná plnit kožní záhyby. Plod v tomto období je schopný extrauterinní viability. Avšak plíce jsou velmi nezralé. Mozek se vyvíjí velmi rychle. (Roztočil a kol., 2017, s. 94).

29. – 32. týden – vytváří se svalová a tuková tkáň. Kostí jsou plně vyvinuté, ale jsou ohebné a měkké. Plod začíná mít novorozenecký vzhled (Slezáková, 2017, s. 138).

33. – 36. týden – plod nadále roste. Lanugo mizí. Plod je schopen extrauterinního života (Slezáková, 2017, s. 138).

37. – 40. týden – ve 38. týdnu je plod zralý. Kůže je růžová, hladká. Lanugo postupně vymizelo. Prsty jsou překrývány nehty na nohou. Hmotnost se pohybuje mezi 2600–3800 g (Roztočil a kol., 2017, s. 95).

4.1 Diagnostika těhotenství

V současné době v diagnostice gravidity dominuje ultrazvukové vyšetření a průkaz lidského choriového gonadotropinu. hCG má za úkol korigovat funkci žlutého tělíska. Od 3. až 4. týdne těhotenství je produkován placentou a lze jej prokázat v krvi i moči. Metoda stanovení hCG je buď kvantitativně nebo kvalitativně. Pomocí vaginálního ultrazvuku je možné těhotenství

detekovat již od 5. týdne (Hájek et al., 2014, s. 82; Roztočil a kol., 2017, s. 114). Nedílnou součástí diagnostiky těhotenství je také vaginální gynekologické vyšetření.

U ženy lze pozorovat známky těhotenství (Roztočil a kol., 2017, s. 106). Příznaky gravidity lze rozdělit na nejisté, pravděpodobné a jisté. Nejisté známky jsou takové, které se u ženy mohou objevit i mimo těhotenství. Mezi ně patří amenorea, změny v barvě poševní sliznice, napětí prsou, změny pigmentace kůže, strie, nauzea nebo zvýšená únava. Mezi pravděpodobné známky těhotenství patří změny ve tvaru, konzistenci a velikosti dělohy a zvětšení břicha. Mezi známky jisté patří zobrazení plodu pomocí ultrazvuku a průkaz beta podjednotky hCG (Roztočil a kol., 2017, s. 106–107).

5 METODY UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství lze ukončit buď na žádost těhotné ženy nejpozději do 12. týdne gravidity, anebo ze závažných zdravotních důvodů (Roztočil et al., 2011, s. 210; Slezáková, 2017, s. 33).

Kontraindikacemi UUT na vlastní žádost ženy jsou následující:

- současné akutní zánětlivé onemocnění rodidel,
- předchozí UUT nesplnilo dobu kratší než šesti měsíců (bez časové omezení lze pouze provést u žen nad 35 let, u žen se dvěma či více dětmi a v případech, které souvisejí s trestnou činností) (Hájek et al., 2014, s. 461; Zákon č. 66/1986, vyhláška 75).

V současné době je využívána řada metod umělého přerušování těhotenství. Volba vhodné metody UUT se odvíjí zejména na délce těhotenství, dále na paritě, lokálním nálezu a celkovém zdravotním stavu ženy. Metody UUT můžeme rozdělit z hlediska způsobu na metody medikamentózní a chirurgické (Hájek et al., 2014, s. 462).

5.1 Medikamentózní UUT

Medikamentózně lze ukončit těhotenství použitím přípravku RU 486, který byl objeven ve Francii v roce 1980. Dnes tento preparát známe pod názvem Mifegyne. Obsahuje dvě účinné látky – mifepriston a Misoprostol, které se užívají postupně (Hájek et al., 2014, s. 462; Muntau, 2014, s. 50).

Mifegyne není volně dostupný v lékárnách. Užití tablet dochází ambulantně ve zdravotnickém zařízení, vyžaduje tři návštěvy. Navíc tato zařízení musí zajišťovat vyšetření ženy a stanovení diagnózy nitroděložního těhotenství a jeho velikosti do 49. dne od poslední menstruace. Dále zajišťují celkové vyšetření zdravotního stavu ženy, vyloučení kontraindikací k podání přípravku a péči o ženu v případě komplikací. Při první návštěvě se ženě aplikuje perorálně mifepriston, tím devitalizuje embryo. Po 36-48 hodinách následuje druhá návštěva, kdy ženě je vaginálně aplikován Misoprostol. Jeho cílem je vypudit devitalizované plodové vejce. Žena může pociťovat mírné bolesti a může středně krvácet. Při třetí návštěvě lékař ověří, zda medikamentózní metoda UUT byla úspěšná a také zhodnotí zdravotní stav ženy. Při potížích je nutné, aby se žena obrátila na odborné pracoviště (Hájek et al., 2014, s. 462; Pilka et al., 2017, s. 158; Slezáková, 2017, s. 38).

Mezi kontraindikace medikamentózní metody patří např. dědičná porfyrie těžké astma, porucha funkce nadledvinek aj. (Hájek et al., 2014, s. 462).

5.2 Chirurgické UUT

5.2.1 Miniinterrupce

Miniinterrupce se provádí do 49. dne od poslední menstruace v krátkodobé intravenózní anestezii (Hájek et al., 2014, s. 462).

5.2.2 Klasický instrumentální potrat

Interrupce se provádí od 8. týdne do 12. týdne metodou dilatace a kyretáže. Dilatace děložního hrdla je poněkud větší než u miniinterrupce. Děložní obsah se systematicky vyprázdňuje tupou kyretou. Při těhotenství nad 10 týdnů se k vybavení větších uvolněných částí plodového vejce používají potratové kleště. Po výkonu se aplikují uterotonika ke snížení krevní ztráty. Komplikace, které mohou nastat se shodují s možnými komplikacemi miniinterrupce (Hájek et al., 2014, s. 462).

5.2.3 Indukce větších potratů

Provádí se indukce potratu aplikací prostaglandinu vaginálně, čímž děložní hrdlo senzibilujeme a připravujeme na potrat většího plodu. Vždy se jedná o interupci ze zdravotní indikace, která může být provedena do 24. týdne těhotenství. Dále dirupce vaku blan s následnou infuzí oxytocinu urychluje indukci a končí potratem plodového vejce. Děložní dutina se následně reviduje kyretou. Indukce se provádí v epidurální analgezii (Hájek et al., 2014, s. 464).

5.2.4 Sectio caesarea minor

Jestliže indukce větších potratů se nezdaří, tak se výjimečně ukončuje operačně per laparotomiam. Výkon je velmi podobný císařskému řezu, ale na rozdíl od něho je prováděn na nerozvinutém dolním děložním segmentu krátkým podélným mediálním řezem (Hájek et al., 2014, s. 462).

6 MINIINTERRUPTCE

„Metoda, která spočívá v dilataci děložního hrdla s následnou vakuumaspirací“ (Roztočil a kol., 2017, s. 212). Provedení miniinterrupce je možné do 8. týdne těhotenství neboli do 55. dne gravidity (Slezáková, 2017, s. 38). Miniinterrupce je jedna z metod umělého ukončení těhotenství. V České republice je legislativně povoleno zákonem ČNR č. 66/1986 Sb. a vyhláškou MZd ČSR č. 15/1986 Sb.

6.1 Postup při provedení miniinterrupce

Žena, která žádá o umělé ukončení těhotenství je vyšetřena svým registrujícím gynekologem. Ten ji vysvětlí podstatu výkonu, jeho možná komplikace a lékařské a organizační postupy nezbytné k uskutečnění výkonu. Jestliže nejsou zjištěny legislativní a lékařské skutečnosti, které jsou v rozporu s platným interrupčním zákonem, je s pacientkou sepsána žádost o provedení miniinterrupce. Součástí žádosti je gynekologické vyšetření s určením datace gravidity a také vystaven požadavek o provedení předoperačního interního vyšetření. S těmito dokumenty je pacientka objednána do zařízení, které interrupce provádí. Zařízení by mělo objednat pacientku k výkonu co nejdříve, aby bylo těhotenství přerušeno v daném týdnu. Součástí předoperačního vyšetření je i základní hematologické a biochemické vyšetření včetně krevní skupiny a Rh faktoru (Roztočil a kol., 2017, s. 212). Pokud se jedná o provedení miniinterrupce na vlastní žádost, pak si vyšetření, hospitalizaci, medikaci i samotný výkon hradí sama pacientka. Je-li výkon prováděn ze zdravotní indikace je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (Roztočil a kol., 2017, s. 212).

Plánovaný výkon je většinou zdravotnických zařízení prováděn v režimu jednodenní chirurgie. V ranních hodinách se pacientka dostaví k výkonu nalačno s potřebnou dokumentací. Po pořízení dokumentace přijímajícím lékařem a po kontrole podepsání informovaného souhlasu s výkonem je na základě anesteziologického dotazníku zvolen druh a provedení anestezie (Roztočil a kol., 2017, s. 212).

Nejčastěji prováděnou metodou v celkové anestezii je postupná dilatace cervikálního kanálu kovovými dilatátory, kdy je sada dilatátorů seřazena dle postupného zvyšování jejich průměrů o 0,5 mm. Žena leží v gynekologické poloze, kdy pochva a zevní rodidla jsou dezinfikovány. Následně po sondáži děložní dutiny se děložní hrdlo fixuje jednozubými americkými kleštěmi. Postupně se děložní hrdlo dilatuje dilatátory. Díky mírnému zakřivení a vhodnému tvaru jsou k dilataci děložního hrdla používány Hegarovy dilatátory. Při miniinterrupci se hrdlo dilatuje do 7-8 milimetrů. Po odpovídající dilataci děložního hrdla je zavedena vakuomaspirační kanyla

(kyreta), kde obsah dutiny děložní je systematicky podtlakem $-0,3$ až $0,5$ kg/cm² odsátý. Díky elektrické vakuové pumpě je vyvíjen potřebný podtlak. Následuje revize dutiny děložní, kde zbytky plodového jsou odstraněny malou tupou kyretou (Hájek et al., 2014, s. 462, 470; Roztočil a kol., 2017, s 212). Výkon obvykle trvá 15–20 minut. Za 4–6 týdnů se objevuje první menstruace. Je nutné, aby žena minimálně 2 týdny po výkonu dodržovala zvýšenou hygienu zevních rodidel a pohlavní abstinenci (Špaček et al., 2018, s. 199; Wichsová, 2013, s. 80-82).

Dilataci děložního hrdla je možno provést také šetrněji, a to pomocí celkové či lokální aplikace prostaglandinu E1. Aplikují se hydrofilní tyčinky (Dilapan S), které ve vlhkém prostředí vnitřního genitálu mají schopnost absorbovat okolní tekutinu, dále nabobtnávají a zvětšují svůj průměr a postupně dilatují hrdlo děložní až na šíři, která umožňuje zavedení aspirační kyrety a vykonání odsátí obsahu děložní dutiny (plodového vejce) (Roztočil a kol., 2017, s. 212).

6.2 Indikace k miniinterrupci

Indikace k miniinterrupci rozdělujeme na umělé ukončení těhotenství na žádost ženy a umělé ukončení těhotenství ze zdravotních indikace. Zdravotní indikace k miniinterrupci jsou vypsány v příloze k vyhlášce MZ ČSR Č. 75/1986 Sb., která upravuje zákon ČNR č. 66/1986 Sb. (Příloha č 4) (MZ ČSR, 1986). Zdravotními indikacemi k miniinterrupci jsou:

- choroby srdce a cévního systému, zejména vady chlopně, infarkty srdečního svalu,
- choroby plic s omezenou respirační funkcí,
- choroby ledvin, především chronická glomerulonefritida provázející aktivním zánětlivým procesem,
- chorobné stavy tvorby krve, hlavně při krvácivých chorobách,
- endokrinní poruchy, zvláště nemoc Basedowova,
- při onemocnění některým druhem infekční choroby aj.

6.3 Komplikace miniinterrupce

6.3.1 Velká krevní ztráta

Za vážnou krevní ztrátu se považuje ztráta nad 500 ml krve. Příčinou krvácení může být neúplné odstranění plodového vejce z dělohy nebo infekce, která se během operace dostala do dělohy (Roztočil a kol., 2017, s. 214; Špaček et al., 2018, s. 199).

6.3.2 Perforace děložního těla

Perforace může být způsobena dilatátorem, kyretou, sondou, abortovými kleštěmi či velmi vzácně i aspirační kyretou. Nejčastější místo perforace je děložní fundus, někdy může dojít

k perforaci abortovými kleštěmi pro možnost poranění střeva i močového měchýře. V případě poškození děložního hrdla je nezbytné posouzení vážnosti poranění palpačním a ultrazvukovým vyšetřením, dále je nutná pravidelná kontrola fyziologických funkcí ženy a provedení vyšetření krevního obrazu. Při podezření na závažnější poranění ho lze ošetřit laparotomicky nebo laparoskopicky (Roztočil a kol., 2017, s. 214; Špaček et al., 2018, s. 199).

6.3.3 Rezidua po interrupci

Zbytky plodového vejce se projeví zpravidla v prvních dnech po výkonu. Žena přichází s bolestmi, krvácením a zvýšenou teplotou. Nedokonalé zavínování a pootvřené děložní hrdlo se zjistí gynekologickým vyšetřením. Je nutné provést revizi dutiny děložní v antibiotické cloně (Complications from unsafe abortion annually, 2015; Roztočil a kol., 2017, s. 214).

6.3.4 Zánětlivé komplikace

Žena přichází se zvýšenou teplotou, bolestí, krvácením, pomalejší involucí dělohy nebo výtokem. Tyto komplikace nastupují třetí až čtvrtý den po provedeném výkonu. Diagnóza se určí na základě gynekologického, laboratorního vyšetření a klinických příznaků. Nejčastěji je diagnostikována endometritida a parametritida, zřídka adnexitida. Léčí se antibiotiky (Roztočil a kol., 2017, s. 214).

6.3.5 Poruchy menstruačního cyklu

Tyto poruchy nejsou typické. Po provedení první menstruace začíná obvykle za 4–6 týdnů (Roztočil a kol., 2017, s. 214).

6.3.6 Psychické a sexuální změny

Psychické a sexuální změny se slučují v postaborční syndrom. U některých žen dochází po interrupci ke snížení sexuálního zájmu a orgastického prožitku pohlavního styku. Pro většinu žen je interrupce traumatickou zkušeností, která narušuje psychickou rovnováhu ženy (Roztočil a kol., 2017, s. 214).

6.3.7 Poruchy fertility

Poruchy fertility by měly být při současném systému zcela výjimečné. Riziko těchto komplikací narůstá s týdnem provedení výkonu a také s bezprostředními a časnými komplikacemi. Poškození endometria jako následek násilné kyretáže (Ashermannův syndrom) nebo zánětlivý uzávěr vejcovodů může vzniknout sekundární neplodnost (Roztočil a kol., 2017, s. 215).

6.3.8 Rh – izoimunizace

Tato komplikace vzniká u Rh–negativních žen tím, že dochází k přestupu fetálních erytrocytů do mateřského oběhu. Je nutná aplikace imunoglobulinu gama-anti-D do 72 hodin (Hájek et al., 2014, s. 465-466).

7 PÉČE PORODNÍ ASISTENKY V PROBLEMATICE MINIINTERRUPTCE

Miniinterrupce se řadí mezi malé gynekologické operace, to znamená, že ji technicky může provést jeden operatér v krátkodobé anestezii. Ve většině zdravotnických zařízení je prováděné v režimu jednodenní chirurgie (Roztočil a kol., 2011, s. 212; Škorníčková, 2015, s. 46).

7.1 Péče PA před miniinterrupcí

Žena přichází na oddělení v ranních hodinách a má s sebou potřebné dokumenty jako ambulantní kartu s výsledkem ultrazvukového vyšetření, interní vyšetření – KO, biochemické a hematologické vyšetření, moč + sediment, EKG (Škorníčková, 2015, s. 46). Další potřebné dokumenty, které žena s sebou má, je sepsaná žádost o ukončení těhotenství (viz příloha A) a doklad o zaplacení poplatku za výkon, pokud to není ze zdravotní indikace. Pacientka je poučena o perioperačním průběhu. Před výkonem by pacientka měla být obvykle 6 hodin lačná (Roztočil a kol., 2011, s. 212; Škorníčková, 2015, s. 46).

Porodní asistentka sepíše s pacientkou ošetrovatelský příjem, změří fyziologické funkce, zkontroluje podepsané informované souhlasy a dotazuje se na lačnění, alergie na léky či dezinfekce. Dále se informuje o chronické medikaci ženy a plní ordinace lékaře (Škorníčková, 2015, s. 53). Během příjmu PA ke klientce přistupuje empaticky a trpělivě, poskytuje ji prostor pro dotazy a opakovaně odpovídá na případné otázky. Dále porodní asistentka nastíní průběh výkonu a péči po něm, seznámí pacientku s chodem oddělení, ukáže názornou manipulaci s lůžkem a signalizací a připevní jí identifikační náramek na ruku. Pacientka se převlékne do ústavního prádla. Porodní asistentka zkontroluje odstranění zubní protézy, šperků, kontaktních čoček, líčení a ochlupení. Jestliže pacientka má rizikové faktory, mezi které patří onemocnění žil, varixy, tromboembolická nemoc a jiné, tak je nutná bandáž dolních končetin. Dle ordinace lékaře podá premedikaci (Marešová, 2014). Před odjezdem na operační sál se pacientka vymočí. Dále PA přichystá lůžko – vyjme polštář, připraví vložky, podložku, emitní misku s buničitou vatou (Škorníčková, 2015, s. 46-47). Anesteziolog provádí krátkou anesteziologickou předoperační přípravu. Dotazuje se pacientky na předchozí anestezie a seznamuje pacientku s typem anestezie (Škorníčková, 2015, s. 54).

7.2 Péče po výkonu

Pooperační období nastává po skončení operačního výkonu a anestezie. Je důležité, aby porodní asistentka rozpoznala případné pooperační komplikace a zajistila okamžitou léčbu (Jedličková,

2012, s. 239). Porodní asistentka si převezme pacientku po výkonu a zkontroluje stav vědomí a zda pacientka reaguje na podněty (odpovídá, otevírá oči). Následně ji odveze na dospávací pokoj, kde bude až do odchodu sledována – TK, P, dech, kontrola krvácení, dle ordinace lékaře saturace kyslíkem (Škorníčková, 2015, s. 47). Pacientka je alespoň dvě hodiny uložena ve vodorovné poloze bez polštáře z důvodů prevence vdechnutí slin a zapadnutí jazyka (Jedličková, 2019, s. 195). PA ponechává kanylu až do doby propuštění. Za dvě hodiny po výkonu pacientka vstává na toaletu a jsou jí podány tekutiny. Po čtyřech hodinách pacientka odchází domů s doprovodem a se zprávou pro svého obvodního gynekologa. Je důležité edukovat pacientku o režimu šestinedělí – pouze se sprchovat po každé stolici a močení, nekoupat se ve stojaté vodě, používat pouze vložky (Koudelková, 2013, s. 25-27). Pro hygienu genitálu je vhodné používat neparfémovaná mýdla a gely určená pro intimní hygienu (Informace na obalu LACTACYD FEMINA PLUS, <http://www.lactacyd.cz> [27. 4. 2020]). Během šestinedělí nemít pohlavní styk. Při subfebrilii, febrilii nebo nadměrném krvácení (čtyři prokrváčené vložky za hodinu) je nutné navštívit gynekologa. Další těhotenství po proběhlé miniinterrupci je doporučováno nejdříve za 3 měsíce (Dušová a kol., 2019, s. 90; Hájek et al., 2014, s. 461; Schneiderová, 2014, s. 72-73 Škorníčková, 2015, s. 47).

8 EDUKACE V PORODNÍ ASISTENCI

Pojem edukace pochází z latinského slova *educō, educare*, což znamená vychovávat, vést vpřed. Dle Juřeníkové (2010): „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech postojích, návycích a dovednostech.*“ Edukace v porodní asistenci má velký význam jak pro samotnou pacientku, tak i pro porodní asistentku. Edukaci můžeme rozdělit na edukaci základní, kdy je úkolem pacientku motivovat, sdělit jí základní informace a získat pacientčinu důvěru a spolupráci. Na tuto navazuje reedukační, kdy cílem je opakování informací, jejich prohlubování, také kontrolu plnění získaných dovedností. Posledním rozdělením je edukace komplexní, která nám shrnuje celistvý systém edukace zákládající na opakování a komplexním pojetí. Autoři (Magurová, Majerníková, 2009) rozdělují edukaci primární, sekundární a terciální (Dušová a kol., 2019, s. 11-12).

8.1 Základní pojmy v edukaci

Výchova znamená též edukace. Tyto dva pojmy mezi sebou úzce souvisí. Porodní asistentka záměrně působí na osobnost pacientky s cílem dosáhnout pozitivních změn, dále rozvíjí pacientčiny potřeby, zájmy, postoje a chování (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukační proces je souhrn aktivit, kdy porodní asistentka v roli edukátora zprostředkovává učení pacientce jako edukantovi (Slezáková, 2017, s. 15).

Edukátor je lékař, sestra či porodní asistentka. Jejich role spočívá v poskytování informací formou učení a podporování péče o své zdraví (Juřeníková, 2010, s. 10; Slezáková, 2017, s. 12). Role porodní asistentky jako edukátorky je zakotvena i v Zákoně 96/2004 Sb. a Vyhlášce 55/2011 Sb. v jejich platném změně.

Edukant je pacientka učící se od edukátora. Je individuální osobností, která je vystihována svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Na osobnost edukanta působí nejen tyto znaky, ale kupříkladu i víra, etnická příslušnost a sociální prostředí (Juřeníková, 2010, s. 10; Slezáková, 2017, s. 14).

Edukační konstrukty jde o komplexní označení pro veškeré pomůcky, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Mezi ně můžeme zařadit například zákony, plány, předpisy či edukační materiály (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační prostředí je místo, kde edukační proces probíhá. Mezi faktory, které ovlivňují výsledek edukace řadíme osvětlení, prostor, nábytek, využití barev a v první řadě zachování intimity, která je ve zdravotnictví velmi důležitá (Juřeníková, 2010, s. 10).

8.2 Fáze edukačního procesu

Pro kvalitní a dobře odvedenou práci je důležité, aby edukační proces byl vědomě připravený. Edukační proces má celkem pět fází – posuzování, stanovení edukačních diagnóz, plánování a edukace, realizace a edukace, analýza a vyhodnocení (Kuberová, 2010, s. 25).

První fází edukačního procesu je **posuzování**, kdy porodní asistentka shromažďuje všechny dostupné informace, anamnézu či potřeby pacientky. Pro sběr dat můžeme použít dotazník, pozorování, rozhovor, studium dokumentace či testy. Individuální přístup k edukantovi je velmi důležitý (Dušová, 2019, s. 20-21).

Druhou fází je **stanovení edukačních diagnóz**, které jsou založeny na důkladném sběru dat porodní asistentkou v první fázi edukačního procesu. Stanovení diagnózy je vždy určena konkrétní pacientce, u které se edukátor zaměří na daný problém (Tóthová, 2014, s. 64).

Třetí fází edukačního procesu je **plánování edukace**. Porodní asistentka tvoří edukační materiál, kdy je důležité stanovení cílů edukace, volba metody (Dušová, 2019, s. 31).

Čtvrtou fází je **realizace a edukace**. V této fázi dochází k realizaci naplánování vyučovací strategie z cíle dosažení žádoucího výsledku. Je důležité, aby edukátor vynechal odborné lékařské termíny z oblasti porodní asistentce při rozhovoru s pacientkou (Kuberová, 2010, s. 28).

Poslední fází edukačního procesu je **analýza a vyhodnocení**. V této části porodní asistentka hodnotí výsledky a účinnost edukačního procesu. Je důležité, aby byl proveden zápis o edukaci do zdravotnické dokumentace. Při analýze výsledků s pacientkou je vhodné říct nejprve pozitiva následně negativa (Dušová, 2019, s. 39-40).

8.3 Informační mapa péče

Jednou z edukačních pomůcek je informační mapa péče, která je přínosem jak pro pacientky, tak pro porodní asistentky. Zvyšují kvalitu poskytované péče. Dalšími nejčastěji používanými pomůckami potřebné k edukaci jsou plakáty, brožury, články v časopisech nebo knihy. Informační mapa péče je pouze doplňujícím edukačním materiálem, který slouží ke správně řízené edukační činnosti a k upevnění znalostí z již předešlé verbální edukace (Vališová a Kasíková, 2011, s. 202). Informační mapa péče je zaměřena na konkrétní diagnózu, která je

pacientce diagnostikována. Výhodami této edukační pomůcky jsou dostupnost (kdykoliv si pacientka může znovu přečíst materiál), lepší zapamatování informací, výběr doby a tempa výuky dle samotné pacientky. Dle Magurové (2010, s. 44) původní mapy péče vznikly v roce 1985 v Bostonu vlivem celosvětového trendu zavádění řízené péče. V informační mapě péče by měly být obsaženy informace o přijetí do zdravotnického zařízení, o průběhu hospitalizace, propuštění do domácího prostředí a znalosti potřebné ke zvládnutí léčby. Text v informační mapě péče by neměl obsahovat odborné termíny. Věty by měly být krátké a graficky edukační materiál musí zaujmout. Obsah edukačního materiálu musí porodní asistentka znát a patřičně mu rozumět. Informační mapa péče by měla obsahovat i manuál pro porodní asistentky, který slouží k efektivnímu využití mapy (Magurová, 2010, s. 44; Nemcová, Hlinková a kolektiv, 2010, s. 242–244; Juřeníková, 2010, s. 45-46).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

9 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

9.1 Průzkumné cíle

Na základě prostudované literatury a tématu práce byly stanoveny tyto průzkumné cíle práce:

Cíl 1: Zjistit znalosti žen podstupujících miniinterrupci o péči týkající se miniinterrupce.

Cíl 2: Vytvořit informační mapu péče pro ženu s miniinterrupcí.

9.2 Průzkumné otázky

Na základě prvního průzkumného cíle práce byla stanovena průzkumná otázka:

Jaké znalosti mají ženy s miniinterrupcí týkající se péče během výkonu?

10 METODIKA

Tato bakalářská práce má část teoretickou a průzkumnou. Cílem průzkumné části bylo vytvořit edukační materiál, jímž je informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí. Potřebné informace a data k vytvoření informační mapy péče pro ženu s miniinterrupcí byla získávána kvantitativní metodou průzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby.

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2019 do března 2020 v nemocnici krajského typu na základě souhlasu vrchní sestry porodnicko-gynekologického oddělení a vedení nemocnice. Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků, 39 dotazníků se vrátilo zcela vyplněných. Z celkového počtu rozdaných dotazníků bylo použito 86 % dotazníků.

Anonymní dotazník obsahoval celkem 15 otázek (viz příloha B). Z celkového počtu otázek bylo 11 otázek uzavřených, 3 polouzavřené a 1 otázka byla otevřená. První část dotazníku obsahovala 3 otázky týkající se edukace respondentky na oddělení gynekologie o péči během výkonu. Druhá část dotazníku obsahovala otázky znalostní, kterých bylo celkem 12.

Na základě výsledků získaných dat zpracováním z dotazníkového šetření byla sestavena informační mapa péče sloužící jako edukační materiál. Informační mapa má podobu tabulky ve formátu A4. Tabulka je rozdělena do několika oblastí týkající se péče. Vertikálně je rozdělena do oblastí zaměřené na souhrnné informace, stravování, hygienická péče, medikace, pohybový režim, kontrola stavu a komplikace miniinterrupce. Horizontálně je mapa péče rozdělena z časového hlediska na základní informace před výkonem, péče v den výkonu a doporučenou péči po výkonu. Informační mapa péče je zpracována barevně tak, aby byla pro ženu s miniinterrupcí přehledná a názorná.

Informační mapa péče byla zformulována na základě pravidel pro tvorbu informační mapy péče. Na základě tématu bakalářské práce byla stanovena cílová skupina, pro kterou je informační mapa určena. Výsledky z průzkumného šetření pomocí dotazníku byly zmapovány a byla prostudována náležitá literatura týkající se miniinterrupce. Na podstatě studie této literatury a zmapování výsledků průzkumu byla vytvořena informační mapa péče.

Zároveň k mapě byl sestaven manuál pro porodní asistentky na oddělení gynekologie (viz kapitola 10.2). Manuál porodní asistentky seznamuje s tím, jak mají s edukačním materiálem pracovat.

10.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Respondentkami dotazníkového šetření byly ženy podstupující miniinterrupci na oddělení gynekologie v nemocnici krajského typu. Výběr průzkumného vzorku byl stanoven na základě stanovených kritérií, kterými byly dobrovolnost, anonymita a pouze ženy podstupující miniinterrupci. Dotazník byl rozdáván ženám po výkonu, které souhlasily s dotazníkovým šetřením.

10.2 Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení

Všechna data z průzkumného šetření byla vyhodnocena popisnou statistikou v programu Microsoft Excel. Pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2016 byla data zpracována do tabulek a grafů. Dokončené grafy byly přeneseny do počítačového programu Microsoft Word, kde k nim byl přidán popis výsledných dat.

Počítačový program Microsoft Office Excel 2016 byl využit pro vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření. Data byla zaznamenána a následně byly vytvořeny tabulky a grafy. Výsledky byly zpracovány pomocí relativní a absolutní četnosti.

Absolutní četnost n_i označuje součet hodnot jednotlivých odpovědí. Relativní četností f_i se rozumí počet hodnot v daném intervalu vztažený k celkovému počtu naměřených hodnot (Chráška, 2016, s. 35; Kozel, 2011, s. 112; Neubauer, 2016, s. 31-32).

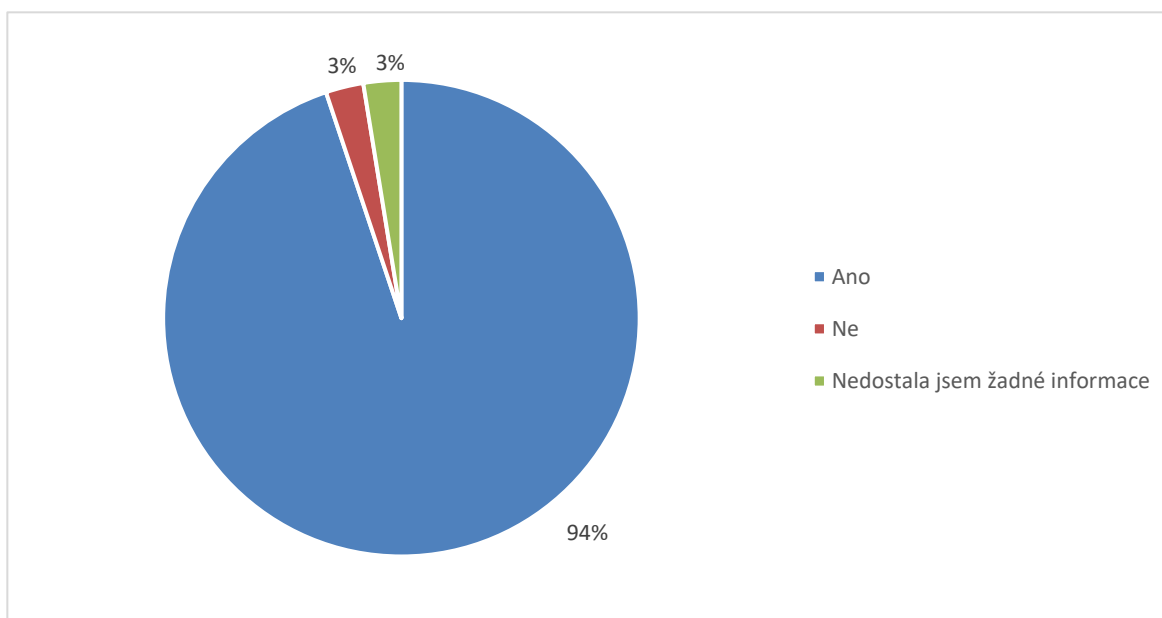
Znalostní otázky byly vyhodnoceny a zpracovány do tabulky, která obsahuje procentuální znázornění znalostí respondentek u jednotlivých otázek. Hranice úspěšnosti byla stanovena podle školního hodnotícího systému na 70 %.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce jsou hodnoceny výsledky dotazníkového šetření a interpretovány pomocí grafů.

Otázka číslo 1: Byla jste na oddělení gynekologie dostatečně informována o péči během výkonu?

- a) Ano
- b) Ne. Jaké informace Vám
chyběly?.....
.....
- c) Nedostala jsem žádné informace

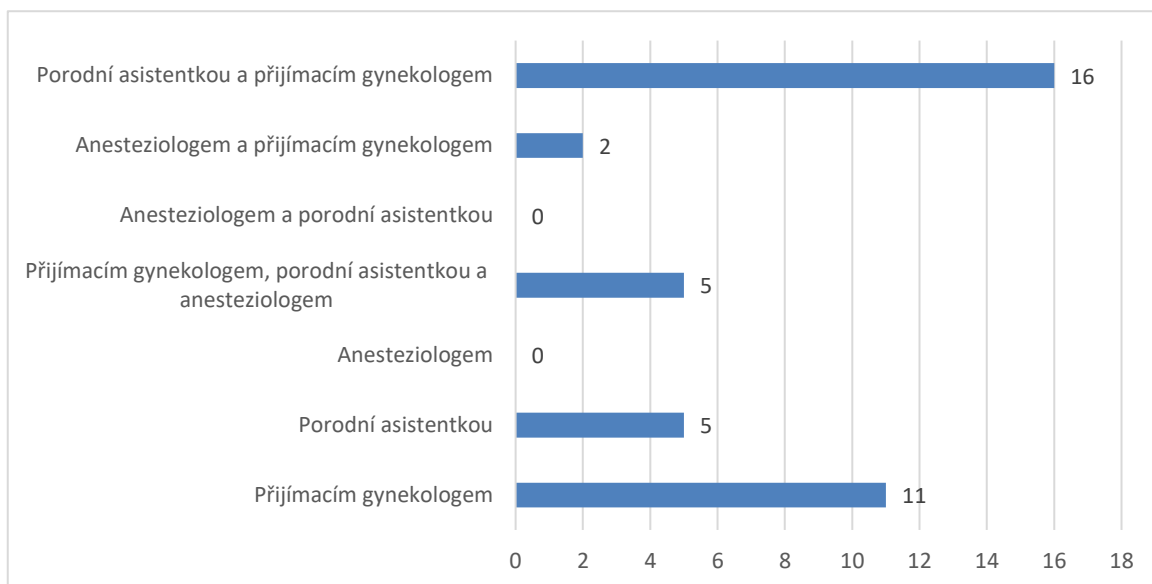


Obrázek 1 Informace ohledně péče během výkonu

První otázka dotazníkového šetření se dotazovala na informovanost žen o péči během miniinterrupce. Z celkového počtu 39 respondentek (100 %) odpovědělo 37 respondentek (94 %), že informace týkající se péče byly dostatečné. Pouze jedna žena (3 %) uvedla, že informace nebyly dostatečné. Uvedla, že jí chyběly informace ohledně hygieny. Jedna žena (3 %) uvedla, že nedostala žádné informace (viz obrázek 1).

Otázka číslo 2: Kým jste byla informována?

- a) Přijímacím gynekologem
- b) Porodní asistentkou
- c) Anesteziologem

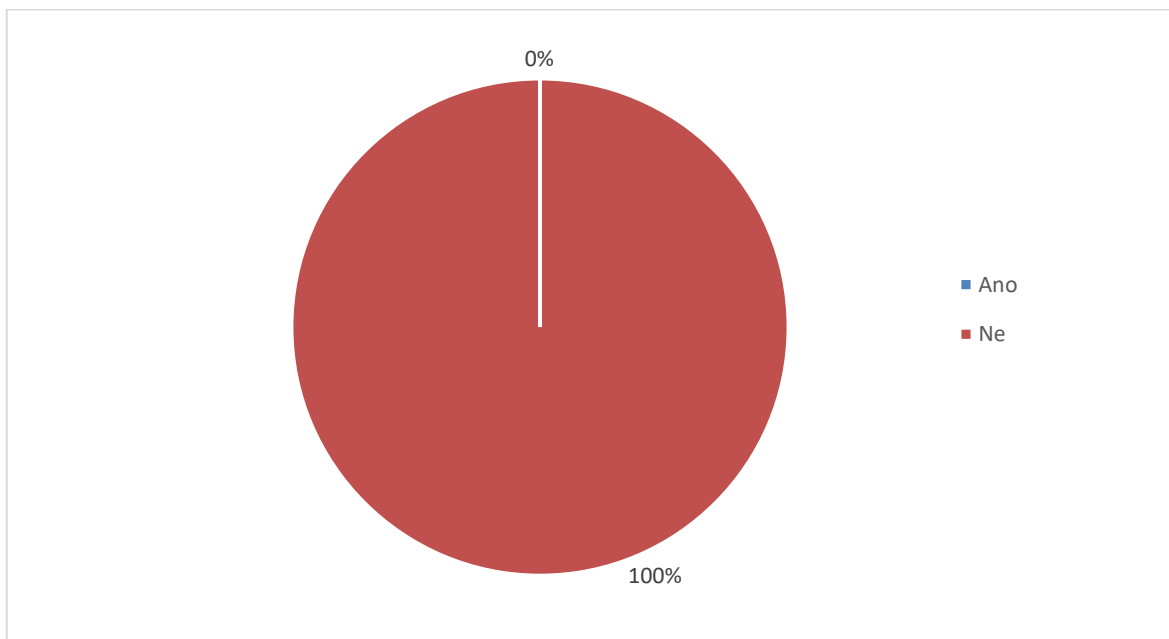


Obrázek 2 Osoby podávající informace

Respondentky měly u této otázky možnost vybrat z více odpovědí. Celkem 16 respondentek odpovědělo, že byly informované porodní asistentkou a přijímacím gynekologem. 11 respondentek odpovědělo, že byly informované pouze přijímacím gynekologem. 5 respondentek bylo informovaných pouze porodní asistentkou. Přijímacím gynekologem, porodní asistentkou a anesteziologem bylo informováno 5 respondentek. 2 respondentky uvedly, že byly informovány anesteziologem a porodní asistentkou.

Otázka číslo 3: Setkala jste se na oddělení gynekologie s edukačním materiálem (letáčkem, brožurkou), který by Vás informoval o tom, co Vás čeká? Jaká bude následná péče?

- a) Ano
- b) Ne



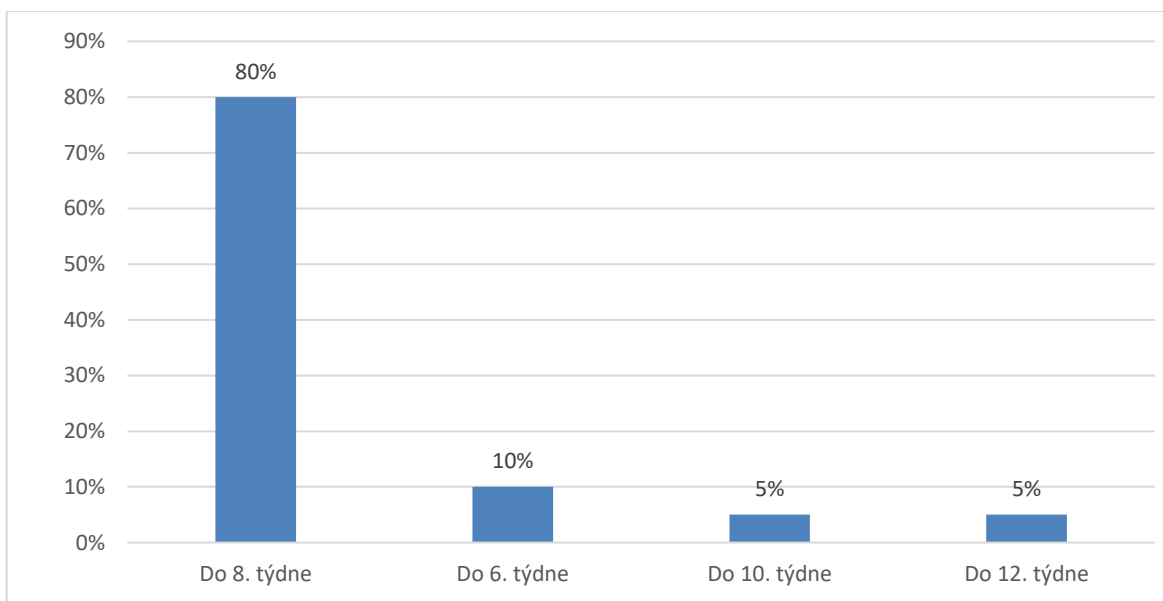
Obrázek 3 Přítomnost edukačního materiálu na oddělení gynekologie

Cílem průzkumné části je vytvořit informační mapu péče pro ženu s miniinterrupcí, proto tato otázka byla zahrnuta do dotazníku. Respondentky odpovídaly na to, zda se na oddělení gynekologie setkaly s edukačním materiálem (letáčkem, brožurkou), který by je informoval o péči během výkonu. Celkem 39 respondentek (100 %) se nesečkala s informačním materiálem na oddělení gynekologie, kde by měly informační materiály kdykoliv k dispozici (viz Obrázek 3).

Druhá část dotazníku obsahuje znalostní otázky, které byly zaměřené na informovanost o problematice výkonu miniinterrupce a jeho péči.

Otázka číslo 4: Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit miniinterrupci?

- a) **Do 8. týdne**
- b) Do 6. týdne
- c) Do 10. týdne
- d) Do 12. týdne

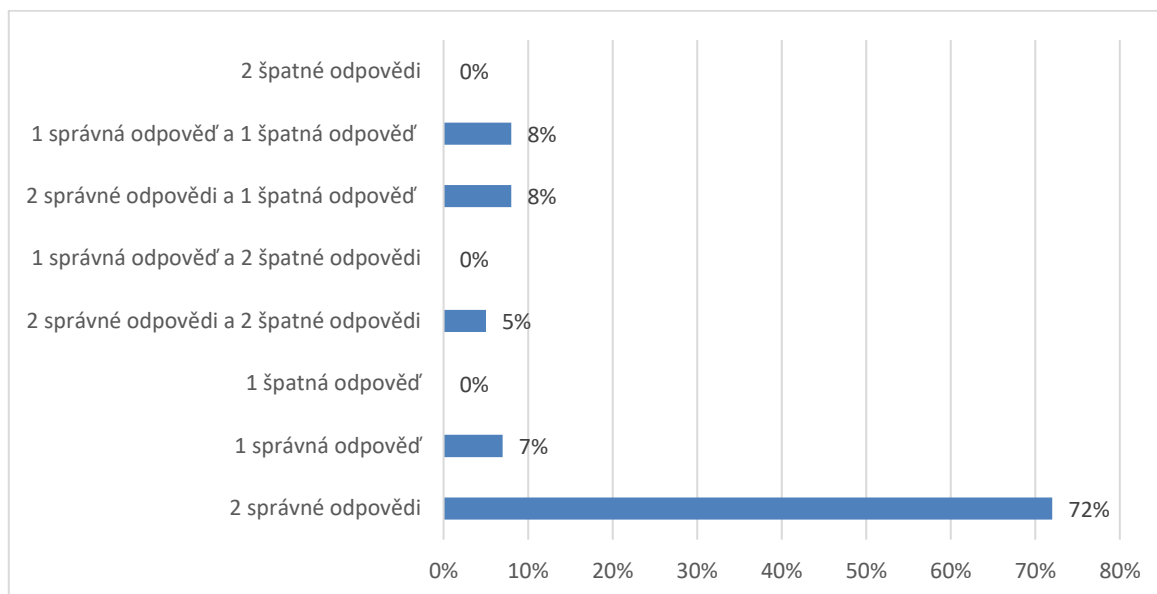


Obrázek 4 Do kolikátého týdne gravidity je možno miniinterrupci provést

U otázky číslo 4 jsem zjišťovala, zda respondentky znají nejzazší termín do kolikátého týdne gravidity je možné provedení miniinterrupce. Správně vybralo možnost do 8. týdne těhotenství 31 respondentek (80 %). Variantu do 6. týdne těhotenství vybraly 4 respondentky (10 %). 2 respondentky (5 %) vybraly možnost do 10. týdne a možnost do 12. týdne těhotenství vybraly 2 respondentky (5 %).

Otázka číslo 5: Vyberte, které hygienické pomůcky jsou po výkonu doporučovány? (Je možné vybírat z více odpovědí)

- a) Tampony
- b) Menstruační vložky**
- c) Menstruační kalíšky
- d) Spodní prádlo – bavlněné kalhotky**

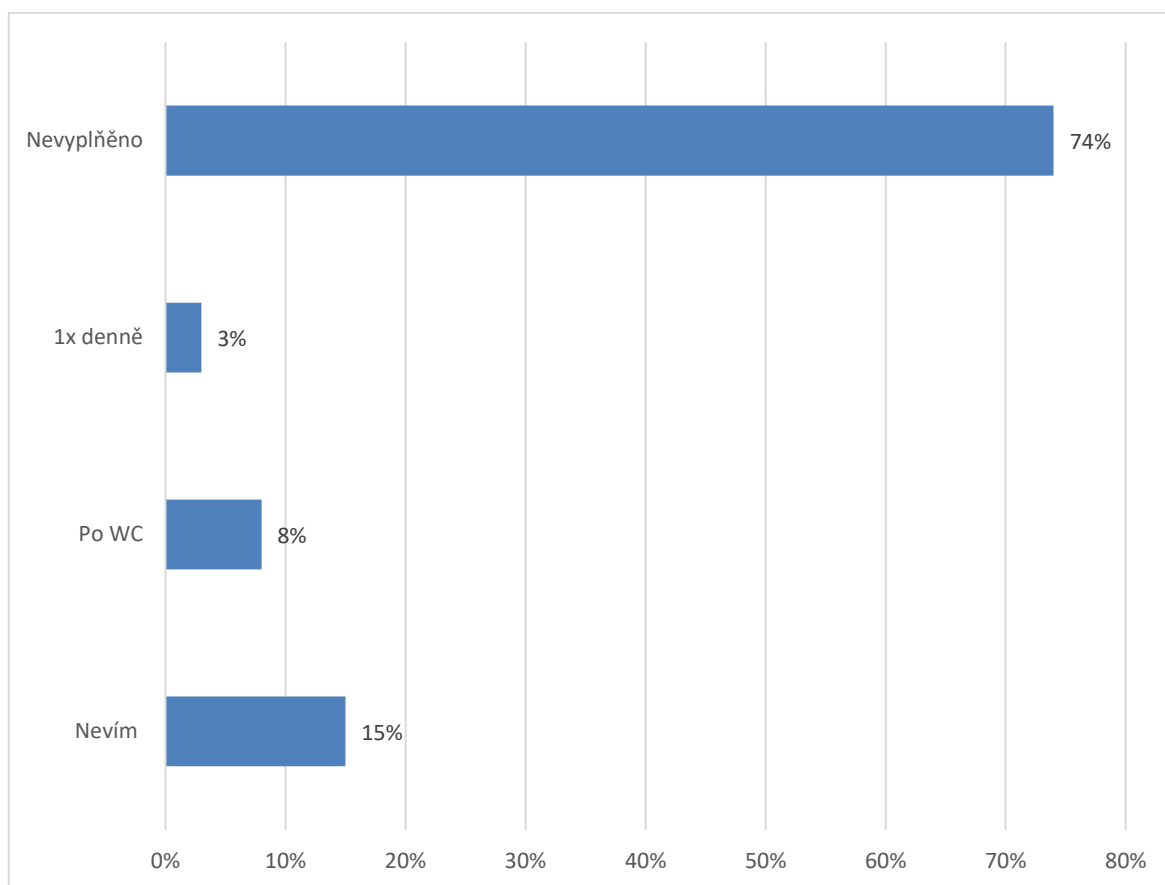


Obrázek 5 Hygienické pomůcky

Otázka číslo 5 se týkala hygienických pomůcek sloužící k zachycení krve po výkonu. Respondentky měly u této otázky možnost vybrat z více odpovědí. Je velmi důležité, aby ženy na oddělení gynekologie byly náležitě edukovány o vhodnosti používání hygienických pomůcek. Nejvhodnějšími hygienickými pomůckami jsou menstruační vložky a spodní prádlo – bavlněné kalhotky, což je správná odpověď. Nevhodné je používání menstruačních tamponů po výkonu, který by mohl způsobit městnání krve v děloze. Menstruační tampon může být zdrojem infekce. 28 respondentek (72 %) odpovědělo správně. Pouze 1 správnou odpověď ze dvou správných odpovědí zvolily 3 respondentky (7 %). 2 správné odpovědi a 1 špatnou zvolily 3 respondentky (8 %). 1 správnou a 1 špatnou odpověď zvolily 3 respondentky (8 %). 2 správné odpovědi a 2 špatné odpovědi zvolily 2 respondentky (5 %).

Otázka číslo 6: Jak často je doporučováno omývání genitálu bezprostředně po výkonu?

Uveďte:

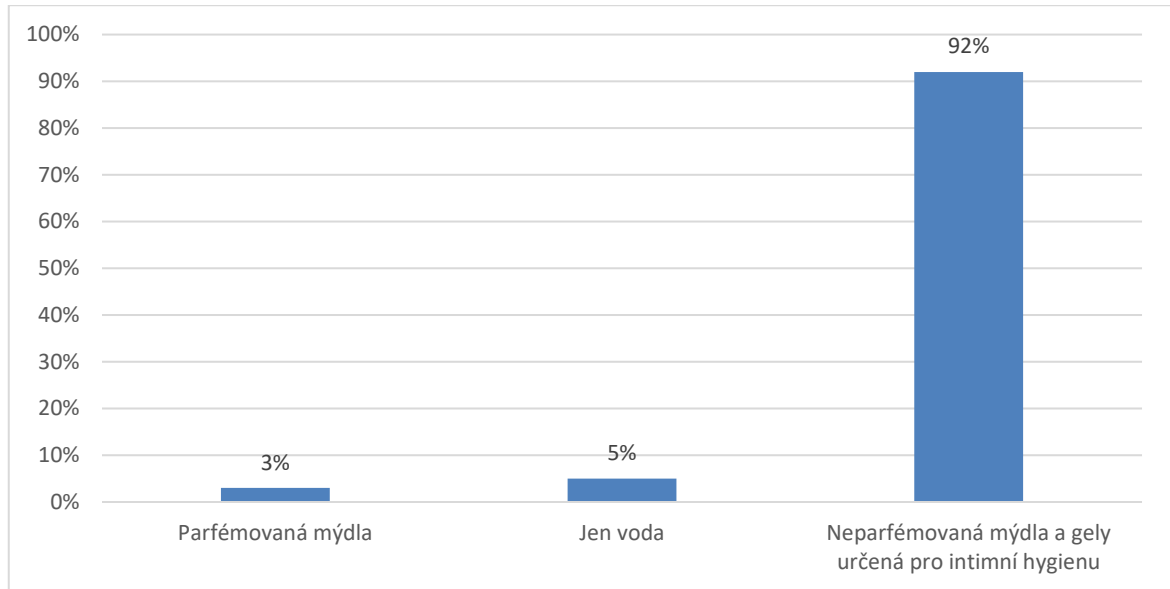


Obrázek 6 Frekvence omývání genitálu bezprostředně po výkonu

Otázka číslo 6 byla otevřenou otázkou dotazníkového šetření. Respondentky měly uvést jak často je doporučováno omývání genitálu bezprostředně po výkonu. Bezprostředně po výkonu je vhodné dodržovat režim jako v šestinedělí. Správná odpověď na otázku jak často je doporučováno omývání genitálu je po každém močení a stolici. Jen 3 (8 %) respondentky odpověděly správně. Jedna respondentka (3 %) odpověděla nesprávně 1x denně. 6 respondentek (15 %) odpověděly nevím. 29 respondentek (74 %) neuvdalo odpověď a je možné, že odpověď nevěděly. Domnívám se, že hygienická péče bezprostředně po výkonu je nejdůležitějším souborem informací, které by měly ženy znát. Znalosti respondentek v této oblasti byly nedostatečné.

Otázka číslo 7: Jaké mycí prostředky jsou nejvhodnější pro hygienu genitálu?

- a) Parfémovaná mýdla
- b) Jen voda
- c) Neparfémovaná mýdla a gely určená pro intimní hygienu**



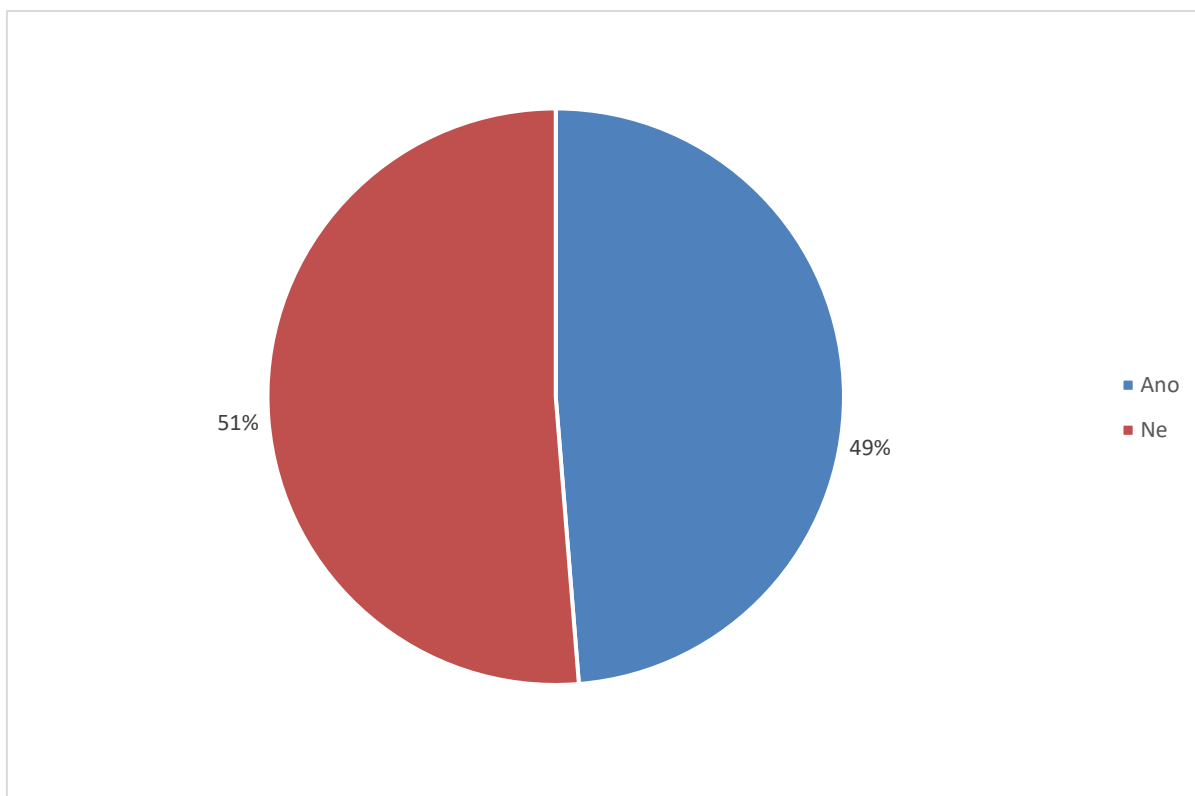
Obrázek 7 Mycí prostředky vhodné pro hygienu genitálu

Správnou odpovědí na otázku číslo 7 týkající se mycích prostředků nejvhodnějších pro hygienu genitálu je používání neparfémovaných mýdel a gelů určených pro intimní hygienu. Většina z dotazovaných respondentek zvolila správnou odpověď, konkrétně 36 respondentek (92 %). Pouze 3 respondentky (8 %) zvolily odpověď chybnou (viz obrázek 7).

Otázka číslo 8: Je vhodné se bezprostředně po výkonu koupat v napuštěné vaně?

a) Ano

b) Ne, uveďte proč:



Obrázek 8 Vhodnost koupání v napuštěné vaně bezprostředně po výkonu

Tabulka 1 Důvody nevhodnosti koupání v napuštěné vaně

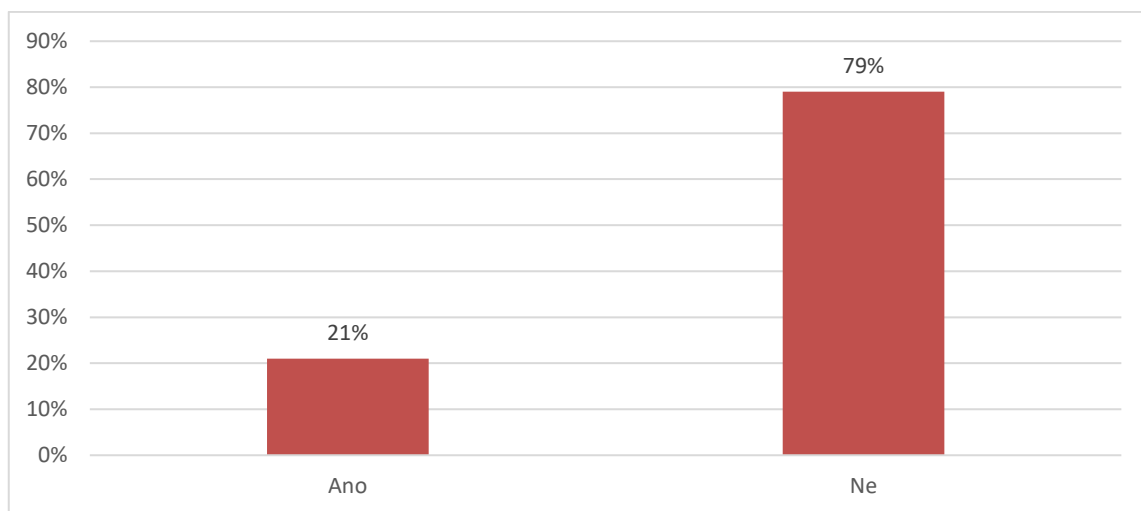
Důvody	n_i	f_i
Neví	3	15 %
Nedoplněno	10	50 %
Není to hygienické	3	15 %
Kvůli infekci	4	20 %
Σ	20	100 %

Na otázku číslo 8, zda je vhodné se koupat v napuštěné vaně bezprostředně po výkonu, odpovědělo správně pouze 20 respondentek (51 %). Správná odpověď u otázky číslo 8 je ne, není vhodné se koupat v napuštěné vaně. Koupání v napuštěné vaně zvyšuje riziko zavlečení infekce, proto je upřednostňováno pouze sprchování. Respondentky u této otázky měly zaškrtnout odpověď a dále uvést důvody, proč není vhodné koupat se v napuštěné vaně. Jejich odpovědi znázorňuje tabulka 1. Pouze 4 respondentky (20 %) odpověděly správně kvůli infekci.

3 respondentky (15 %) odpověděly, že to není hygienické. 3 respondentky (15 %) nevěděly důvod. 10 respondentek (50 %) neuvedlo odpověď, tudíž je možné, že nevěděly důvod.

Otázka číslo 9: Domníváte se, že má miniinterrupce nějaká rizika?

- a) Ano, uveďte možná rizika:
-
- b) Ne



Obrázek 9 Rizika miniinterrupce

Tabulka 2 Rizika spojená s podstoupením miniinterrupce

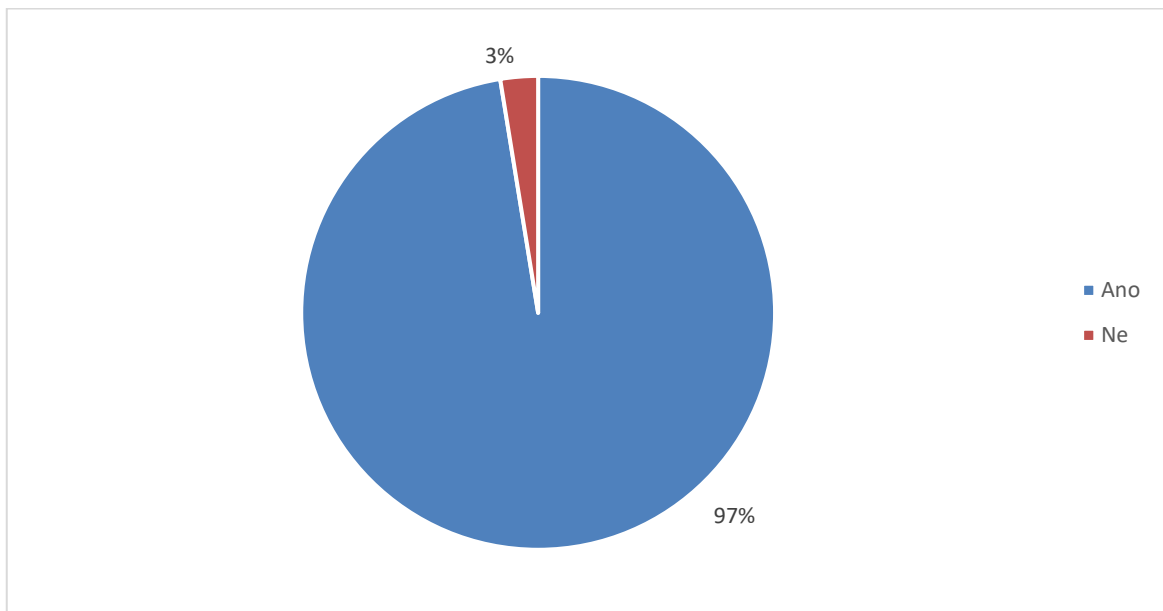
Odpověď	n_i	f_i
Infekce	2	25 %
Nepłodnost	2	25 %
Krvácení	1	13 %
Nedoplněno	2	25 %
Potraty opakované	1	12 %
Σ	8	100 %

Otázka číslo 9 se žen dotazovala, zda mají ponětí o možných rizicích miniinterrupce. V této otázce měly ženy označit možnost ano či ne. U možnosti ano měly ženy možnost vyplnit jaká jsou možná rizika miniinterrupce. Pouze 8 respondentek (21 %) označilo správnou odpověď ano. Respondentky, které uvedly, že ví, jaké rizika ženě hrozí, měly dále uvést, jaká rizika znají.

Jejich odpovědi znázorňuje tabulka 2. 2 respondentky (25 %) uvedly infekce, což je správnou odpovědí. 2 respondentky (25 %) uvedly neplodnost, což je špatná odpověď. Riziko krvácení uvedla správně 1 respondentka (13 %). 1 respondentka (12 %) uvedla riziko opakovaných potratů, není to správná odpověď. 2 respondentky nevedly odpověď, tudíž je možné, že odpověď neznaly.

Otázka číslo 10: Víte o nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu?

- a) Ano
- b) Ne

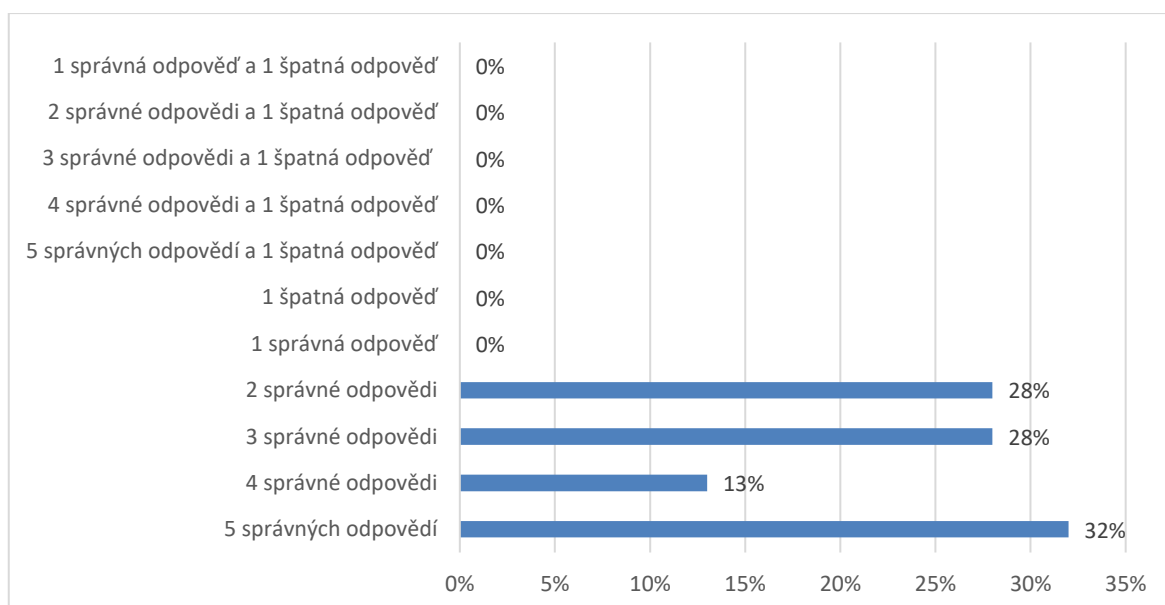


Obrázek 10 Nutnost doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu

Otázka číslo 10 se týkala informovanosti nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu. 38 respondentek (97 %) odpovědělo ano. Pouze 1 respondentka (3 %) nebyla informována o nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu.

Otázka číslo 11: Vyberte, které aktivity nejsou vhodné prvních 24 hodin po výkonu? (Je možné vybírat z více odpovědí)

- a) Řízení motorového vozidla
- b) Konzumace alkoholu
- c) Fyzická práce
- d) Činnosti, které vyžadují soustředěnost
- e) Sport
- f) Odpočinek

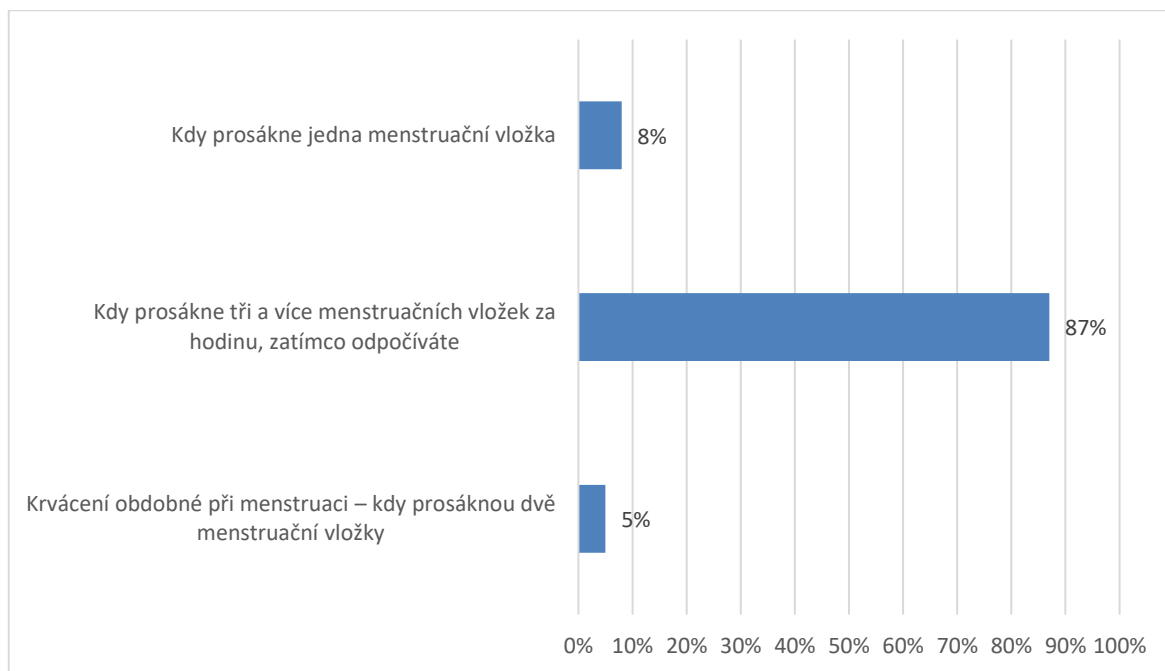


Obrázek 11 Aktivity nevhodné prvních 24 hodin po výkonu

V otázce číslo 11 měly respondentky zvolit všechny správné odpovědi z 6 nabízených odpovědí. Respondentky měly u této otázky možnost vybrat z více odpovědí. Otázka se zabývala aktivitami, které nejsou vhodné prvních 24. hodin po výkonu provozovat. Bylo 5 správných odpovědí, kterými byly řízení motorového vozidla, konzumace alkoholu, fyzická práce, sport a činnosti, vyžadující soustředěnost. Celkem 12 respondentek (32 %) zvolilo všech 5 správných odpovědí. 4 správné odpovědi zvolilo 5 respondentek (13 %). 3 správné odpovědi zvolilo 11 respondentek (28 %) a pouze 2 správné odpovědi zvolilo 11 respondentek (28 %).

Otázka číslo 12: Vyberte, při jak silném krvácení je nutné kontaktovat lékaře?

- a) Krvácení obdobné při menstruaci – kdy prosáknou dvě menstruační vložky
- b) Kdy prosáknou tři a více menstruačních vložek za hodinu, zatímco odpočíváte**
- c) Kdy prosáknou jedna menstruační vložka

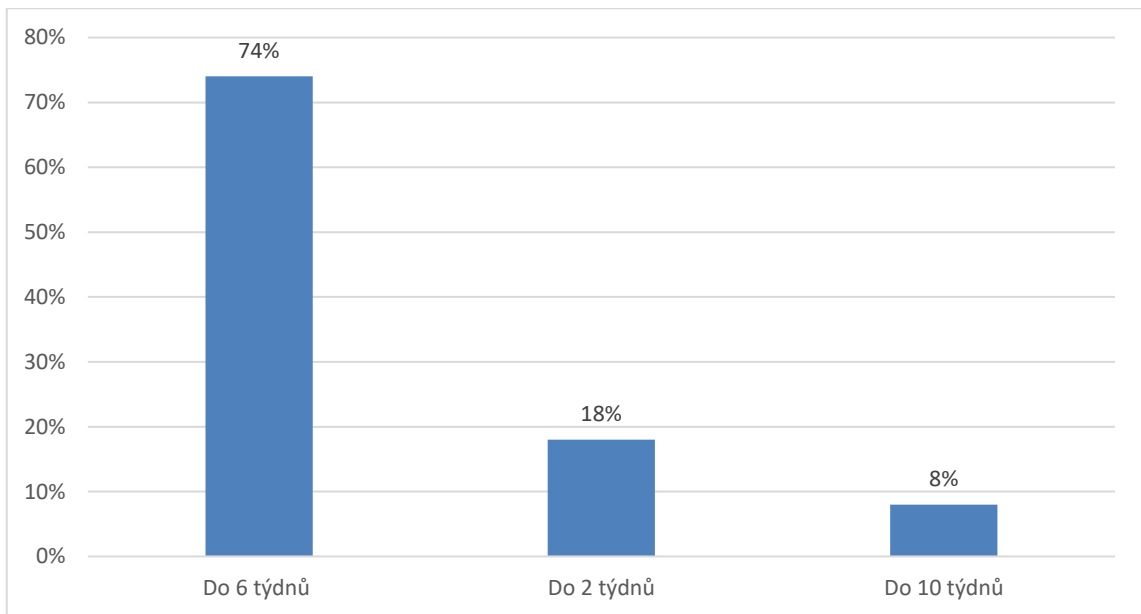


Obrázek 12 Při jak silném krvácení kontaktovat lékaře

Otázka číslo 12 měla zjistit informovanost respondentek o tom, kdy je nutné kontaktovat lékaře při silném krvácení. Správnou odpověď – Kdy prosáknou tři a více menstruačních vložek za hodinu, zatímco odpočíváte zvolilo 34 respondentek (87 %). Domnívám se, že je velmi důležité znát jaké množství krve je považováno za normalitu, a jaké ne. Příčinami krvácení může být infekce či neúplné odstranění plodového vejce. Nesprávnou odpověď zvolilo celkem 5 respondentek (13 %).

Otázka číslo 13: Víte, kdy očekávat nástup další menstruace po výkonu?

- a) Do 6 týdnů
- b) Do 2 týdnů
- c) Do 10 týdnů

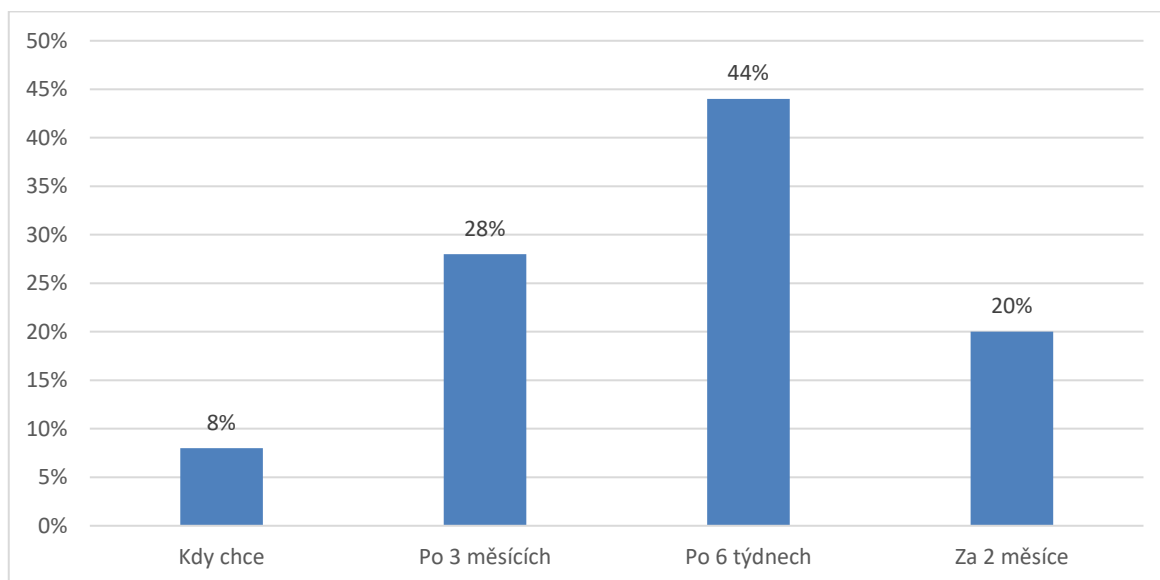


Obrázek 13 Nástup další menstruace po výkonu

Otázka číslo 13 se žen dotazovala, kdy očekávat nástup další menstruace po výkonu. Správnou odpověď do 6. týdnů odpovědělo celkem 29 respondentek (74 %). Špatnou odpověď zvolilo celkem 10 respondentek (26 %).

Otázka číslo 14: Víte, kdy žena může zahájit pohlavní styk po proběhlé miniinterrupci?

- a) Kdy chce
- b) Po 3 měsících
- c) Po 6 týdnech**
- d) Za 2 měsíce

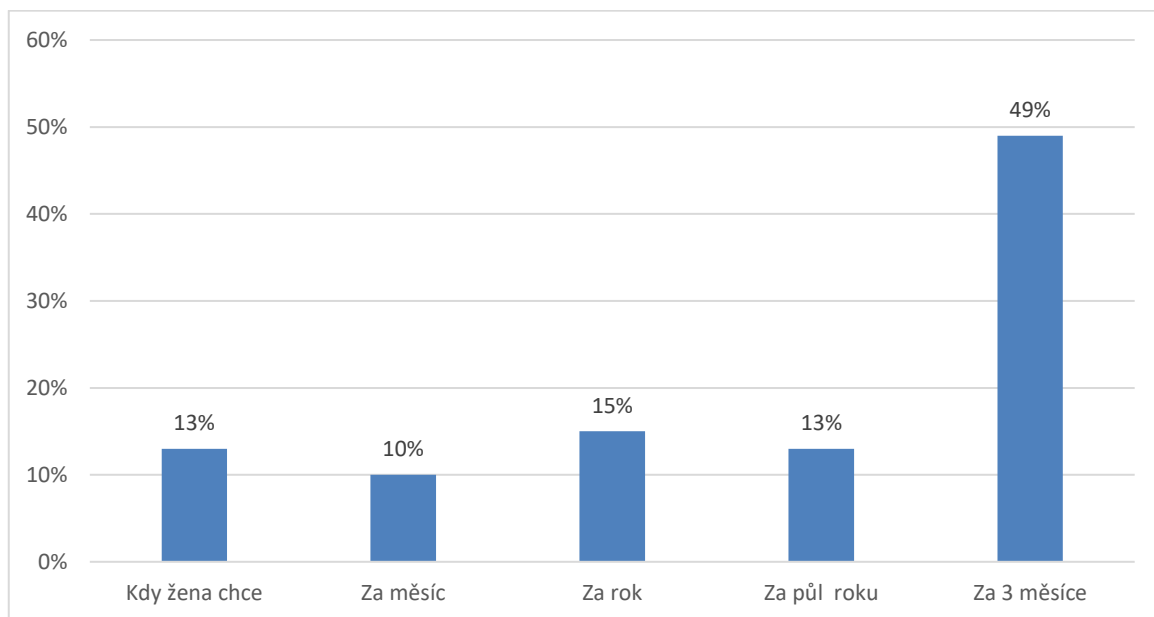


Obrázek 14 Zahájení pohlavního styku po proběhlé miniinterrupci

Otázka číslo 14 se zabývala, kdy je vhodné zahájit pohlavní styk po proběhlé miniinterrupci. 17 respondentek (44 %) označilo správnou odpověď po 6. týdnech. Jako druhá nejčastější odpověď byla po 3 měsících, celkem zvolilo 11 respondentek (28 %). 8 respondentek (20 %) zvolilo odpověď za 2 měsíce. Dokonce 3 respondentky (8 %) označily odpověď, kdy chce.

Otázka číslo 15: Vyberte, kdy je vhodné nejdříve znovu otěhotnět?

- a) Kdy žena chce
- b) Za měsíc
- c) Za rok
- d) Za půl roku
- e) **Za 3 měsíce**



Obrázek 15 Kdy je vhodné znovu otěhotnět po proběhlé miniinterrupci

Poslední otázka dotazníkového šetření se žen dotazovala, kdy je vhodné znovu otěhotnět po proběhlé miniinterrupci. Celkem 19 respondentek (49 %) zvolilo správnou odpověď, tedy za 3 měsíce. 4 respondentky (10 %) zvolily odpověď za měsíc. 6 respondentek (15 %) se domnívalo, že po proběhlé miniinterrupci mohou otěhotnět za rok. 5 respondentek (13 %) zvolilo odpověď za půl roku. Dokonce 5 respondentek (13 %) zvolilo odpověď kdy žena chce.

Ačkoli 94 % respondentek uvedlo, že byly na oddělení gynekologie dostatečně edukovány porodní asistentkou či přijímacím gynekologem o péči během výkonu, pouze u 1 otázky odpovědělo více jak 94 % respondentek zcela správně. U pěti otázek nepřesáhla znalost respondentek ani hranici 50 %. Hranice úspěšnosti byla stanovena podle školního hodnotícího systému na 70 %. Z celkového počtu 12 znalostních otázek jich můžeme 6 klasifikovat jako dostatečných a 6 znalostních otázek jako nedostatečných (viz Tabulka 3). Znalostní otázky, které byla hodnoceny jako dostatečné se týkaly nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu, kdy kontaktovat lékaře v souvislosti se silným krvácením, nástupu další menstruace a do kolikátého týdne žena může podstoupit miniinterrupci. Otázky, které byly hodnoceny jako nedostatečné se týkaly všech oblastech péče. Z vyhodnocení znalostních otázek plyne, že by informační mapa péče byla náležitým doplňkem slovní edukace.

Tabulka 2 Vyhodnocení znalostních otázek

Číslo dotazníkové položky	Procentuální znázornění znalostí respondentek	Číslo dotazníkové položky	Procentuální znázornění znalostí respondentek
Otázka 4	80 %	Otázka 10	97 %
Otázka 5	72 %	Otázka 11	32 %
Otázka 6	8 %	Otázka 12	87 %
Otázka 7	92 %	Otázka 13	74 %
Otázka 8	51 %	Otázka 14	44 %
Otázka 9	21 %	Otázka 15	49 %

12 INFORMAČNÍ MAPA PÉČE PRO ŽENU S MINIINTERRUPCÍ

Návrh informační mapy péče (viz kapitola 10.1) pro ženu s miniinterrupcí byl vytvořen na základě výsledků z dotazníkového šetření. Průzkumné otázky byly sestaveny na základě prostudované literatury. Dotazníky vyplňovaly pouze ženy podstupující miniinterrupci na oddělení gynekologie. V první části dotazníku byly otázky zaměřené na edukaci, zda ženy byly dostatečně edukovány během výkonu. 94 % respondentek odpovědělo, že byly dostatečně edukovány porodní asistentkou či přijímacím lékařem o péči, která je spojena s miniinterrupcí. Nicméně v druhé části dotazníku, který byl zaměřen na otázky znalostní, jejich znalosti nebyly na tak vysoké úrovni. Z vyhodnocení znalostních otázek plyne, že by informační mapa péče byla náležitým doplňkem slovní edukace. 100 % respondentek uvedlo, že se na oddělení gynekologie nesetkaly s edukačním materiálem, který by je informoval o péči během výkonu, a to pro ženy bylo nevýhodou.

Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí má formát oboustranné tabulky velikosti A4. Tabulka je barevně rozlišena a je zpracována v bodech pro přehlednost. Informační mapa péče je vytvořena srozumitelným jazykem bez odborné terminologie, která není vhodná pro laiky. Je důležité, aby informační mapa péče byla srozumitelná a přehledná. Tabulka je rozdělena do oblastí týkající se péče. Vertikálně je rozdělena do oblastí zaměřené na vyšetření ženy při příjmu, konzultace, souhrnné informace o výkonu, stravování, hygienická péče, medikaci, pohybový režim a kontrolu fyziologických funkcí. Horizontálně je mapa péče rozdělena z časového hlediska na základní informace před výkonem, péči v den výkonu a doporučenou péči po výkonu.

Zároveň k mapě byl sestaven manuál pro porodní asistentky na oddělení gynekologie. Manuál porodní asistentky seznamuje s tím, jak mají s edukačním materiálem pracovat.

12.1 Návrh informační mapy péče pro ženu s miniinterrupcí

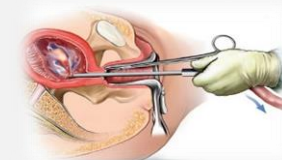
INFORMAČNÍ MAPA PÉČE PRO ŽENU S MINIINTERRUPCÍ





© N. Blehová, S. Dušková, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2020

ZÁKLADNÍ INFORMACE PŘED VÝKONEM

- Na výkon nastupujete v ranních hodinách dle informace lékaře.
- Mějte s sebou potřebné dokumenty – žádost o ukončení těhotenství.
- Je nutné si předem zajistit doprovod, který Vás po výkonu vyzvedne.
- K výkonu je také nezbytná návštěva anesteziologa, seznámí Vás s typem anestezie.
- Je doporučeno oholení zevního genitálu.
- Od půlnoci nebudete jíst ani pít.
- Porodní asistentka (dále PA) s Vámi sepíše ošetrovatelský příjem, kdy se Vás bude dotazovat na informace o Vašem zdravotním stavu, dále lékař Vám dá přečíst a podepsat informované souhlasy. Poté Vás vyšetří ultrazvukem.
- PA Vám připevní identifikační náramek na ruku, kde je Vaše jméno, příjmení a rodné číslo.



	PÉČE V DEN VÝKONU	DOPORUČENÁ PÉČE PO VÝKONU
SOUHRNNÉ INFORMACE 	<ul style="list-style-type: none">• PA Vás uloží na pokoj a převléknete se do ústavního prádla.• PA zkontroluje odstranění zubní protézy, šperků či kontaktních čoček.• Před odjezdem na operační sál se vymočíte.• PA Vás seznámí s chodem oddělení, ukáže Vám skříňku na uložení svých osobních věcí, kde jsou toalety, dále manipulaci s lůžkem a signalizačním zařízením.	<ul style="list-style-type: none">• Po 4 hodinách odcházíte domů s doprovodem, lékař Vám dá propouštěcí zprávu pro svého obvodního gynekologa.• Dodržujete režim šestinedělí, a to je nemít pohlavní styk, zvýšená hygiena.• Menstruace po výkonu očekávejte do 6. týdnů, pokud ne navštívte lékaře.• Znovu otěhotnět se doporučuje po 3 měsících.

STRAVOVÁNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržujte lačnění do výkonu – nejíst, nepít. 	<ul style="list-style-type: none"> • Za 2 hodiny po výkonu můžete přijímat tekutiny.
HYGIENICKÁ PÉČE 	<ul style="list-style-type: none"> • Doporučuje se oholení zevního genitálu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Upřednostňujte sprchu před koupáním v napuštěné vaně. • Používejte neparfémovaná mýdla a gely určená pro intimní hygienu. • Genitál omývejte po každé návštěvě toalety. • Používejte hygienické pomůcky – menstruační vložky a bavlněné kalhotky nikoliv tampon.
MEDIKACE	<ul style="list-style-type: none"> • Dle ordinace lékaře Vám může být podána premedikace, což jsou uklidňující léky. 	<ul style="list-style-type: none"> • V případě bolesti Vám lékař naordinuje lék, který bolest tlumí.
POHYBOVÝ REŽIM	<ul style="list-style-type: none"> • Před výkonem nemáte žádné omezení pohybového režimu. • Jako prevence tromboembolické nemoci je nutná bandáž dolních končetin u rizikových pacientek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržování klidového režimu 24 hodin po výkonu, to znamená neřídít dopravní prostředky, vyvarovat se činnostem, které vyžadují soustředěnost či fyzické práci.
KONTROLA STAVU	<ul style="list-style-type: none"> • PA změří krevní tlak, tělesnou teplotu, puls a míru krvácení a dle ordinace lékaře odebere krev či moč. 	<ul style="list-style-type: none"> • PA měří před i po výkonu fyziologické funkce. • Při možných komplikacích miniinterrupce, jako je silné krvácení po výkonu (3 a více vložek) kontaktujte lékaře.



KOMPLIKACE MINIINTERRUPCE

Možnými komplikacemi jsou: velká krevní ztráta, „proděravění“ děložního hrdla nástrojem, dále infekce, kdy příznaky jsou: bolest, zvýšená tělesná teplota. Dalšími komplikacemi jsou poruchy menstruačního cyklu, psychické a sexuální změny.

Pokud máte jakýkoli dotaz, oslovte porodní asistentku nebo lékaře.

12.2 Manuál k informační mapě péče pro porodní asistentky

K informační mapě péče byl vytvořen manuál pro porodní asistentky, který by měl být nápomocný porodním asistentkám při edukaci žen, které jsou přijaty k miniinterrupci na oddělení gynekologie. Manuál by měl poradit, jak s informační mapou péče pracovat.

Manuál k informační mapě péče pro ženu s miniinterrupcí pro porodní asistentky

Vážené porodní asistentky,

Představuji Vám druh tištěného edukačního materiálu *Informační mapu pro ženu s miniinterrupcí*, který jsem vytvořila v rámci mé bakalářské práce. Tato informační mapa péče je určena pouze ženám, které podstupují miniinterrupci na oddělení gynekologie. Tento manuál by Vám měl objasnit, jak informační mapu péče používat v praxi.

Informační mapa péče je edukační pomůckou, která poskytuje souhrn důležitých informací, které by měla žena během výkonu miniinterrupce získat. Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí má formát oboustranné tabulky velikosti A4. Tabulka je barevně rozlišena a je zpracována v bodech pro přehlednost. Informační mapa péče je vytvořena srozumitelným jazykem bez odborné terminologie, která není vhodná pro laiky. Tabulka je rozdělena do oblastí týkající se péče. Vertikálně je rozdělena do oblastí zaměřené na vyšetření ženy při příjmu, konzultace, souhrnné informace o výkonu, stravování, hygienická péče, medikaci, pohybový režim a kontrolu fyziologických funkcí. Horizontálně je mapa péče rozdělena z časového hlediska na základní informace před výkonem, péči v den výkonu a doporučenou péči po výkonu. Tyto oblasti byly vybrány na základě výsledků průzkumného šetření.

Postup při používání informační mapy péče:

1. Při příchodu klientky na oddělení gynekologie, klientku edukujte dle zvyklostí Vašeho pracoviště.
2. Poskytněte klientce informační mapu péče a seznamte klientku s edukačním materiálem. Ponechte klientce dostatek času na prostudování.
3. Je důležité se ujistit, zda klientka pochopila dané informace v informační mapě péče. Ptejte se klientky, jestli má nějaké dotazy.
4. Mějte na paměti, že informační mapa péče není hlavním zdrojem edukace. Je to pouze doplňkový edukační materiál k slovní metodě edukace.

Věřím, že Vám i klientkám, které podstupují miniinterrupci na oddělení gynekologie bude tento vypracovaný edukační materiál přínosný v oblasti poskytované péče.

13 DISKUZE

V průzkumné části bakalářské práce, která se zabývá problematikou miniinterrupce a edukace během péče o ženu podstupující miniinterrupci byly stanoveny průzkumné cíle a průzkumná otázka, která vyplývá z prvního průzkumného cíle. Byl sestaven nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který se týkal znalostí dotazovaných žen na oddělení gynekologie. Na základě získaných dat byla sestavena informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí.

Jak již bylo zmíněno výše, dotazníkového šetření se zúčastnilo 39 žen. Dotazník byl rozdělen na 2 části. První část dotazníkového šetření se týkala edukace a tvořily ji 3 otázky. V otázce č. 1 (*Byla jste na oddělení gynekologie dostatečně informována o péči během výkonu?*) respondentky uváděly, že byly dostatečně informovány během výkonu a tato data byla následně porovnána s úspěšností ve znalostních otázkách, které byly součástí druhé části dotazníku. Otázkou č. 2 (*Kým jste byla informována?*) bylo zjišťováno, kdo edukuje a informuje ženy během výkonu. Otázka č. 3 (*Setkala jste se na oddělení gynekologie s edukačním materiálem (letáčkem, brožurkou), který by Vás informoval o tom, co Vás čeká? Jaká bude následná péče?*) zjišťovala, zda na oddělení gynekologie jsou využívány tištěné edukační materiály.

Průzkumná otázka 1: Jaké znalosti mají ženy s miniinterrupcí týkající se péče během výkonu?

S průzkumnou otázkou číslo 1 souvisí druhá část dotazníkového šetření, což jsou otázky č. 4 (*Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit miniinterrupci?*), č. 5 (*Vyberte, které hygienické pomůcky jsou po výkonu doporučovány?*), č. 6 (*Jak často je doporučováno omývání genitálu bezprostředně po výkonu?*), č. 7 (*Jaké mycí prostředky jsou nejvhodnější pro hygienu genitálu?*), č. 8 (*Je vhodné se bezprostředně po výkonu koupat v napuštěné vaně?*), č. 9 (*Domníváte se, že má miniinterrupce nějaká rizika?*), č. 10 (*Víte o nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu?*), č. 11 (*Vyberte, které aktivity nejsou vhodné prvních 24 hodin po výkonu?*), č. 12 (*Vyberte, při jak silném krvácení je nutné kontaktovat lékaře?*), č. 13 (*Víte, kdy očekávat nástup další menstruace po výkonu?*), č. 14 (*Víte, kdy žena může zahájit pohlavní styk po proběhlé miniinterrupci?*), č. 15 (*Vyberte, kdy je vhodné nejdříve znovu otěhotnět?*)

Otázka č. 4 byla první znalostní otázkou. Jednalo se o uzavřenou otázku. Zajímalo mě, zda ženy jsou dostatečně informovány, do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit miniinterrupci. 80 % respondentek vědělo, do kolikátého týdne těhotenství lze ukončit miniinterrupci. Roztočil a kol. (2011) uvádí, že miniinterrupce se provádí do 8. týdne

těhotenství. Slezáková (2017) to samé popisuje ve své knize. Správnou odpověď zvolila většina respondentek a to přesně 31 (80 %). Z výsledků vyplývá, že respondentky byly dostatečně edukovány do kdy je možné provedení miniinterrupce.

O problematice vhodného mycího prostředku pro hygienu genitálu byly respondentky edukovány velice dobře. 92 % respondentek zvolilo správnou odpověď, tedy nejvhodnějším mycím prostředkem pro hygienu genitálu jsou neparfémovaná mýdla a gely určená pro intimní hygienu. U otázky, které hygienické pomůcky jsou po výkonu doporučovány 72 % respondentek vědělo, že jsou doporučovány menstruační vložky a bavlněné kalhotky. Z těchto výsledků se lze domnívat, že edukace týkající se této problematiky je dostačující. Vrbová (2018, s. 27) ve své teoretické části bakalářské práce uvádí důležitost edukace v oblasti péče po výkonu jako je používání vložek, nikoliv tamponů.

Jak často je doporučováno omývání genitálu bezprostředně po výkonu. Tuto skutečnost vědělo pouze 8 % respondentek dotazníkové šetření. Správná odpověď je omývání po každé návštěvě toalety. Jelikož je dodržování hygienické péče bezprostředně po výkonu velice důležité, lze tuto znalost respondentek považovat za nízkou, proto by bylo vhodné, aby se porodní asistentky zaměřily na edukaci této skutečnosti. Škorníčková (2015, s. 47) uvádí ve svých skriptech důležitost dodržování režimu šestinedělí o ženu po malé gynekologické operaci, do které patří miniinterrupce. Znalostní otázku o zásadách hygieny v období šestinedělí, respektive sprchování se po každé návštěvě toalety do svého průzkumného šetření zařadila i Zborníková (2017, s. 50). Ta své dotazníkové šetření prováděla ve dvou nemocnicích. V nemocnici A odpovědělo správně 88 % respondentek a v nemocnici B 82 % respondentek. Na základě této skutečnosti se lze domnívat, že jsou ženy v obou nemocnicích o této problematice mnohem lépe edukovány než ženy, které byly edukovány v nemocnici, kde jsem prováděla dotazníkové šetření.

Edukaci ohledně koupání v napuštěné vaně bezprostředně po výkonu hodnotím jako nedostatečnou. Pouze 51 % respondentek vědělo, že není vhodné se koupat v napuštěné vaně. Považuji tuto informaci za důležitou. Škorníčková (2015, s. 47) uvádí přednost sprchování, nikoli koupele ve stojaté vodě po výkonu miniinterrupce.

Otázka č. 9 byla zaměřena na znalosti žen, co se týká rizik miniinterrupce. Ženy měly odpovídat, zda znají a uvést možná rizika, které ví. Pouze 21 % respondentek vědělo o možných rizicích miniinterrupce a uvedlo minimálně 1 riziko, a to nejčastěji *infekce či neplodnost*. Skalová (2019, s. 49) ve své bakalářské práci uvádí, že žen, kterých neznaly rizika bylo pouze 23, 52 % respondentek, zbylých 76,47 % uvedlo, že rizika zná. Nejčastěji uváděly riziko

problému s početím či neplodnost. To je velmi rozdílný výsledek, proto se domnívám, že v oblasti možných rizik miniinterrupce byly ženy méně edukovány.

Mezi nevhodné aktivity prvních 24 hodin po výkonu patří činnosti, které vyžadují soustředěnost jako řízení motorového vozidla, dále nevhodné je konzumace alkoholu, fyzická práce či sport. Respondentky měly na výběr vybrat více správných odpovědí, ale pouze 32 % respondentek znalo všechny správné odpovědi. Otázku hodnotím jako nedostatečnou, dle mého názoru je důležité dodržet klidový režim po výkonu a dbát na dostatečný odpočinek.

Znalosti respondentek v otázce, která se dotazovala při jak silném krvácení je nutné kontaktovat lékaře byly dostatečné. Správnou odpověď – *Kdy prosákne tři a více menstruačních vložek za hodinu, zatímco odpočíváte* zvolilo 87 % respondentek. Na základě této skutečnosti se lze domnívat, že jsou ženy dostatečně edukovány. Škorníčková (2015, s. 46) uvádí, že při nadměrném krvácení, kdy žena prokrváčí minimálně 4 menstruační vložky za hodinu je nutná návštěva lékaře.

Otázka č. 14 se žen dotazovala kdy je vhodné zahájit pohlavní styk po proběhlé miniinterrupci. 44 % respondentek odpovědělo správně po 6 týdnech. Znalosti respondentek hodnotím jako nedostatečné. I Bittnerová (2018, s. 56) ve své bakalářské práci se žen vyptávala, kdy je vhodné zahájit pohlavní styk, kde téměř 60 % respondentek ji odpovědělo správně. Výsledky hodnotím jako rozdílné. Kdy je vhodné nejdříve znovu otěhotnět po proběhlé miniinterrupci nejčastěji odpovídaly za 3 měsíce, což je správná odpověď. Bittnerová (2018, s. 57) uvádí, že pouze 27,2 % respondentek vědělo správnou odpověď.

Tvorba informační mapy péče pro ženu s miniinterrupcí

Některé klientky nedokážou vstřebat 100 % informací, které jim porodní asistentka či lékař během příjmu sděluje. Je pravděpodobné, že některé informace žena zapomene, proto vhodnou pomůckou k doplnění slovní edukace je edukační tištěný materiál Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí. Ženám, které podstupovaly výkon miniinterrupce na oddělení gynekologie byla předložena informační mapa péče. Mapa péče sklídila pozitivní hodnocení, a to je srozumitelnost, přehlednost a barevnost. Z dotazníkového šetření je patrné, že lékařské zařízení, kde jsem prováděla šetření nevyužívá tištěný edukační materiál k edukaci žen na oddělení gynekologie.

14 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na péči porodní asistentky a edukaci žen s miniinterrupcí na oddělení gynekologie. Hlavním cílem teoretické části práce bylo sumarizovat aktuální teoretické poznatky na dané téma miniinterrupce, a to popsat anatomii pohlavních orgánů, metody umělého ukončení těhotenství, indikace a komplikace miniinterrupcí, popsat roli porodní asistentky v péči o ženu miniinterrupcí a význam edukace v péči o ženu během výkonu.

Cílem průzkumné části práce bylo zjistit znalosti oslovených žen podstupujících miniinterrupci na oddělení gynekologie o péči během výkonu a na základě zjištěných skutečností a aktuálních poznatků z odborné literatury vytvořit informační mapu péče pro ženy s miniinterrupcí.

Dotazníkové šetření ukázalo, že 94 % žen na oddělení gynekologie považovaly informace o péči během výkonu, které jim byly poskytované za dostatečné. Znalostní otázky neměly vysoké procento úspěšnosti. Tato skutečnost mohla být způsobena tím, že ženy si nezapamatují všechny informace, které jim porodní asistentka či lékař předávají při příjmu. Na základě zpracování dat z průzkumného šetření a literatury byla sestavena informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí, která má formát oboustranné tabulky velikosti A4. Informační mapa péče je barevně rozlišena a zpracována v bodech pro přehlednost. Tabulka je rozdělena do jednotlivých oblastí týkající se péče. Vertikálně je rozdělena do oblastí zaměřené na souhrnné informace, stravování, hygienickou péči, medikaci pohybový režim, kontrola stavu a komplikace miniinterrupce. Horizontálně je mapa péče rozdělena z časového hlediska na základní informace před výkonem, péči v den výkonu a doporučenou péči po výkonu. Zároveň k mapě byl sestaven manuál pro porodní asistentky na oddělení gynekologie. Manuál porodní asistentky seznamuje s tím, jak mají s edukačním materiálem pracovat.

Domnívám se, že využití této informační mapy péče v praxi může zlepšit informovanost žen o péči během výkonu. Informační mapu péče u žen podstupujících miniinterrupci dostala pozitivní ohlasy, ženám se informační mapa velice líbila. Chválily si její barevné zpracování s obrázky, přehlednost a srozumitelnost. Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí spolu s manuálem pro porodní asistentky bude poskytnuta nemocnici krajského typu, kde jsem prováděla průzkumné šetření.

15 POUŽITÁ LITERATURA

Complications from unsafe abortion annually, 2015. *Pulse International* [online] 2020, [cit. 2020-03-20]. ISSN 16820274. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=282fafa2-28c1-49c7-a64d-7631035f48c1%40sessionmgr120&vid=9&hid=128&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=109514423&db=asn>

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016, 832 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ et al. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče. 2. rozšířené vydání*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd.* Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

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

KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011, 304 s. Expert. ISBN 978-80-247-3527-6.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

- LACTACYD. *Lactacyd Femina* [online] 2017, [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <http://www.lactacyd.cz/produkty/lactacyd/lactacyd-femina/>
- MAGUROVÁ, Dagmar. *Mapy starostlivosti. Florence*. 2010, 6(4), 44. ISSN 1801-464X
- MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta, 2014, 368 s. ISBN 978-80-204-3153-0.
- MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014, 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
- MZ ČSR, 1986. Vyhláška č. 75/1986 Sb. kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. [cit.2020-03-21]. Dostupné z: http://www.cgps.cz/cgps/doc/75_1986_Sb.txt
- NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. Praha: Grada, 2012, 236 s. ISBN 978-80-247-4273-1.
- NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016, 280 s. ISBN 978-80-247-5786-5.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. str. 397. ISBN 978-80-7492-215-2.
- PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 218 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
- PILKA, Radovan., et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2017, 420 s. ISBN 9788073455309.
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 2014, 368 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

SIMOČKOVÁ, Viera, *Gynekologicko-porodnicke ošetrovatelstvo*. 1. vydání. Martin: OSVETA, 2011. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2

SKALOVÁ, Nikola. *Informovanost žen o metodách umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru* [online]. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Sabina Dušková.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 272 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

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

ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, 2015, 120 s. ISBN 978-80-7395-860-2.

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. 680 s. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4646-6.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Potraty 2016*. 2018, s. 23 [online]. ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2020-03-21]. ISSN 1210-8642 Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8264>

VALÍŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele - 2.*, rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2011, 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.

VRBOVÁ, Anna. *Informační mapa péče pro ženu před kyretáží* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/3ncdhc/>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Pavlová.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ZBORNÍKOVÁ, Veronika. *Péče o ženu na oddělení šestinedělí*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Pavlová

Zdroje obrázků použitých v informační mapě péče

1. Obrázek provedení miniinterrupce

Interrupce nebo miniinterrupce? [online]. [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <http://miniinterupce.cz/jak-miniinterupce-probiha-prubeh-interrupce>

2. Obrázek gynekologické ambulance

Prohlídka pracoviště Brno [online]. [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <https://www.gynmeda.cz/gynmeda-brno-fotogalerie>

3. Obrázek sprchy

Tip č. 2 - Sprchování je úspornější, ale ... [online]. [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: http://poradme.se/index.php/Tip_%C4%8D._2_-_Sprchov%C3%A1n%C3%AD_je_%C3%BAsporn%C4%9Bj%C5%A1%C3%AD,_ale_%E2%80%A6

4. Obrázek porodní asistentky

Vektor zdravotní sestra – vektor kreslené ilustrace 28820083 [online]. [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: [https://fotky-foto.cz/fotobanka/zdravotni-sestra-vektor-kreslene-ilustrace\(4-28820083\)/](https://fotky-foto.cz/fotobanka/zdravotni-sestra-vektor-kreslene-ilustrace(4-28820083)/)

16 PŘÍLOHY

Příloha A	63
Příloha B	64

Příloha B

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Blehová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Porodní asistentka. Tento dotazník je zcela anonymní a slouží k vypracování praktické části bakalářské práce na téma Informační mapa péče pro ženu s miniinterrupcí. Ráda bych Vás tedy požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Pokud by Vás zajímaly výsledky průzkumu, kontaktujte mě na emailovou adresu nikola.blehova@seznam.cz.

Dotazník je určený pouze pro ženy podstupující miniinterrupci.

Děkuji Vám za kompletně vyplněný dotazník.

S přáním hezkého dne,

Nikola Blehová

1. ČÁST

2) Byla jste na oddělení gynekologie dostatečně informována o péči během výkonu?

a) Ano (Pokud ano, přejděte na otázku č. 2)

b) Ne. Jaké informace Vám

chyběly?.....

.....

.....

c) Nedostala jsem žádné informace

3) Kým jste byla informována?

a) Příjímácím gynekologem

b) Porodní asistentkou

c) Anesteziologem

4) Setkala jste se na oddělení gynekologie s edukačním materiálem (letáčkem, brožurkou), který by Vás informoval o tom, co Vás čeká? Jaká bude následná péče?

a) Ano

b) Ne

2. ČÁST

Druhá část dotazníku obsahuje znalostní otázky týkající se vědomostí o výkonu a jeho péči. Pokud není u otázky uvedeno jinak, označte jen jednu správnou odpověď.

- 5) Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit miniinterrupci?
- a) Do 8. týdne
 - b) Do 6. týdne
 - c) Do 10. týdne
 - d) Do 12. týdne
- 6) Vyberte, které hygienické pomůcky jsou po výkonu doporučovány? (Je možné vybírat z více odpovědí)
- a) Tampony
 - b) Menstruační vložky
 - c) Menstruační kalíšky
 - d) Spodní prádlo – bavlněné kalhotky
- 7) Jak často je doporučováno omývání genitálu bezprostředně po výkonu? Uveďte:
-
-
- 8) Jaké mycí prostředky jsou nejvhodnější pro hygienu genitálu?
- a) Parfémovaná mýdla
 - b) Jen voda
 - c) Neparfémovaná mýdla a gely určená pro intimní hygienu
- 9) Je vhodné se bezprostředně po výkonu koupat v napuštěné vaně?
- a) Ano
 - b) Ne, uveďte proč:
-
-

10) Domníváte se, že má miniinterrupce nějaká rizika?

a) Ano, uveďte možná rizika:

.....
.....
.....

b) Ne

11) Víte o nutnosti doprovodu pečující osoby do domácího prostředí po výkonu?

a) Ano

b) Ne

12) Vyberte, které aktivity nejsou vhodné prvních 24 hodin po výkonu? (Je možné vybírat z více odpovědí)

a) Řízení motorového vozidla

b) Konzumace alkoholu

c) Fyzická práce

d) Činnosti, které vyžadují soustředěnost

e) Sport

f) Odpočinek

13) Vyberte, při jak silném krvácení je nutné kontaktovat lékaře?

a) Krvácení obdobné při menstruaci – kdy prosáknou dvě menstruační vložky

b) Kdy prosákne tři a více menstruačních vložek za hodinu, zatímco odpočíváte

c) Kdy prosákne jedna menstruační vložka

14) Víte, kdy očekávat nástup další menstruace po výkonu?

a) Do 6 týdnů

b) Do 2 týdnů

c) Do 10 týdnů

15) Víte, kdy žena může zahájit pohlavní styk po proběhlé miniinterrupci?

- a) Kdy chce
- b) Po 3 měsících
- c) Po 6 týdnech
- d) Za 2 měsíce

16) Vyberte, kdy je vhodné nejdříve znovu otěhotnět?

- a) Kdy žena chce
- b) Za měsíc
- c) Za rok
- d) Za půl roku
- e) Za 3 měsíce