

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace klientek porodní asistentkou v gynekologické ambulanci

Bakalářská práce

Vedoucí práce :

PhDr. Filausová Drahomíra

Autor:

Volková Šárka

2011

Education provided to clients by a midwife in a gynecologist's office

Modern pedagogy defines education as training and cultivation. A midwife works as woman's partner; she provides such client with support and care, and also educates these clients and their families. Educational activities are an integral part of obstetrics. Education plays a major role in primary, secondary and tertiary preventions; all these types of prevention may interfere with each other.

The theoretical part includes observations made during education, educational process, and utilizing educational methods and educational tools in a gynecologist's office. The thesis looks in detail at educating young girls, pregnant clients, clients after childbirth, clients of childbearing age, clients in menopause, and older clients.

The practical part of the bachelor's thesis is based on observations made by using the method of quantitative research. The quantitative research involved the method of questioning using the technique of questionnaires that were sent to midwives in selected offices of gynecology and obstetrics in the regions of South Bohemia, South Moravia, Hradec Králové, Liberec, Moravia-Silesia, Pardubice, Plzeň, Zlín, Praha and Vysočina. The practical part focuses on the awareness of education among midwives, educational options, and clients who show prevalence in education. The Objective 1 of the research was to find out what options there are for midwives that can be utilized in education. The Objective 1 was accomplished. Based on the selected objective, a hypothesis was established: Midwives have conditions to provide education to clients. The hypothesis was confirmed. The Objective 2 was to identify which clients that attend the office of gynecology and obstetrics show prevalence in education provided by a midwife. The Objective 2 was accomplished. Based on the selected objective, a hypothesis was established: Education provided by midwives is focused on pregnant women rather than on women with gynecological problems. The hypothesis was confirmed.

The bachelor's thesis at hand may be used as source of information by midwives that work in the offices of gynecology and obstetrics and by midwifery students. The thesis also includes an educational manual for midwives. The outcomes of the research may be used in the classes at University of South Bohemia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Edukace klientek porodní asistentkou v gynekologické ambulanci“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1988 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Šárka Volková

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za ochotu, cenné rady a vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat rodičům a příteli za podporu, trpělivost a pomoc při studiu i psaní bakalářské práce. A v neposlední řadě děkuji Mgr. Janě Dvořákové za jazykovou a gramatickou úpravu.

Obsah:

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Pojem edukace.....	5
1.1.1 Uplatnění edukace v ošetrovatelství.....	5
1.2 Edukační proces	7
1.2.1 Fáze edukačního procesu v ošetrovatelství	9
1.2.2 Edukační cíle.....	11
1.2.3 Edukační formy, metody a pomůcky	13
1.3 Porodní asistentka v ošetrovatelské edukaci	15
1.4 Edukace porodní asistentkou při péči u dívek	18
1.4.1 Antikoncepce	19
1.4.2 Prevence karcinomu děložního čípku	21
1.5 Edukace porodní asistentkou při péči o těhotné klientky	22
1.6 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky v šestinedělí	24
1.7 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky ve fertilním věku.....	27
1.8 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky v klimakteriu starší klientky	29
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Hypotézy.....	35
3 METODIKA.....	36
3.1 Použitá metodika	36

3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	36
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
4.1	<i>Analýza dotazníkového šetření s porodními asistentkami</i>	37
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	70
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
8	KLÍČOVÁ SLOVA	76
9	PŘÍLOHY	77
9.1	<i>Seznam příloh</i>	77

ÚVOD

Téma edukace klientek porodní asistentkou v gynekologické ambulanci mě oslovilo, protože považuji edukaci za jednu z nejdůležitějších činností porodní asistentky, se kterou se setkává každý den. Dále mě zajímalo, zda mají porodní asistentky dostatek času k edukaci klientek

Pojem edukace je definován různě. Průcha definuje edukaci jako jakoukoliv situaci za účasti lidí, při které dochází k učení (47). Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciární prevence, tyto druhy prevence se mohou vzájemně prolínat. Základem k úspěšnému výchovnému působení patří navázání kontaktu s klientkou, zájem o ni, získání klientky ke spolupráci a vhodné vlastnosti porodní asistentky. Porodní asistentka zapojuje klientky do léčby a tím se zlepšuje i kvalita jejich života (24).

Porodní asistentka by měla při edukaci klientek využívat edukační proces, který je rozdělen do pěti fází: posuzování, stanovení edukační diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení. Dále by si měla umět porodní asistentka stanovit cíl a především ho správně klientce formulovat. V edukaci je také důležité, aby si porodní asistentka vybrala i správnou edukační metodu a k edukaci zvolila i správné edukační pomůcky. Aby byla edukace účinnější měla by probíhat i v příjemném prostředí, které udělá dojem na klientku. Porodní asistentka by se měla každé klientce věnovat dostatečně dlouhou dobu a odpovědět jí na všechny dotazy a poskytovat jí potřebné rady.

Do gynekologické ambulance přicházejí klientky všech věkových kategorií, které porodní asistentka edukuje. Bakalářská práce je zaměřena na edukaci mladých dívek, těhotných klientek, klientek po porodu, ve fertlím věku, v klimakteriu a starší klientky.

Porodní asistentka edukuje klientky především o pravidelných gynekologických prohlídkách, aby byly včas odhaleny a léčeny případně vzniklé nemoci. Mladé dívky seznamuje s ambulancí, vysvětlí jim průběh vyšetření, informuje je o antikoncepci, prevenci karcinomu děložního čípku a dalších. Těhotné klientky především edukuje o pravidelných návštěvách a správné životosprávě. Klientky po porodu edukuje o první návštěvě v ambulanci po porodu, poskytuje rady spojené s kojením, o antikoncepci, ale

také pokud klientky trápí inkontinence po porodu, doporučí jim cviky pro posílení pánevního dna. Klientky ve fertilním věku edukuje o samovyšetření prsů, antikoncepci, apod. Klientky v klimakteriu a starší klientky jsou edukovány o zvládání klimakterických potíží, hormonální substituční terapii, inkontinenci, apod.

Bakalářská práce je zaměřena na průzkum, zda mají porodní asistentky možnosti k edukaci klientek a u které skupiny klientek edukace převládá. Cílem práce je zjistit, jaké možnosti mají porodní asistentky k edukaci klientek a jaká skupina klientek je edukovaná nejčastěji.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Pojem edukace

Z pohledu moderní pedagogiky někteří naši teoretici používají pojem edukace, kterým vyjadřují výchovu a vzdělávání. Pojem edukace pochází z latinského educare, educare (vychovávat) (42).

Výchova si v podstatě klade za cíl nejen získání určitých poznatků či dosažení určité změny v chování, ale i vztahových postojů, citových, volních a vzdělanostních struktur osobnosti jedince (24, 42).

Dalším důležitým pojmem v edukaci je vzdělávání, proces rozvíjející u jedince vědomosti, dovednosti, schopnosti a návyky. Výsledný efekt u vzdělávání je vzdělání, vzdělanost a kvalifikace. Celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě odráží právě vzdělanost, která v sobě zahrnuje úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství a dalších (24).

Edukace se pokládá za jednu z nejdůležitějších funkcí ošetrovatelství, kdy je důležité zapojení klientek do léčebného procesu, což zvyšuje i kvalitu života s nemocí. Důležité je, aby se s edukací ke zdraví začalo již v dětském věku. Edukace v tomto věku bývá postupem času efektivnější a nejčastěji se využívají vlastní vzory chování nebo zdravá výchova (24, 42).

Mezi důležité předpoklady k úspěšnému výchovnému působení patří navázání kontaktu s klientkou, zájem o ni, získání klientky ke spolupráci a vhodné vlastnosti porodní asistentky (24, 42).

1.1.1 Uplatnění edukace v ošetrovatelství

Významnou roli hraje edukace v rámci primární, sekundární a terciární prevence.

Primární edukace je zaměřena především na zdravé jedince, na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření. Cílem je udržení zdraví a zlepšení kvality života. V primární prevenci edukuje porodní asistentka mladé klientky např. o hygieně, bezpečném sexu, o sexuální věrnosti jako prevenci vzniku karcinomu děložního čípku.

Edukovat může i o vakcinaci proti HPV infekci, hormonální antikoncepci atd. Starší klientky mohou být naopak edukovány o zdravém životním stylu a zlepšení zdravotního stavu, v prevenci vzniku karcinomu prsu. Klientky mohou být informovány individuálně, nebo může porodní asistentka uspořádat setkání, kde bude na určitá témata s klientkami diskutovat. Pro větší efektivnost může pro klientky připravit různé informační brožury, ale také je může odkázat na internetové stránky, kde v dnešní době najdou spoustu dalších rad a informací (4, 12, 16, 24, 26, 36).

Sekundární edukace je zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržování soběstačnosti a také na prevenci recidivy onemocnění. Tato edukace probíhá již v gynekologických ordinacích a je nutné zajistit klientkám dostatek času při svém rozhodování. Snaží se ovlivnit u nemocných jedinců vědomosti, dovednosti a jejich postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. (1, 4, 24, 26).

Terciární prevence je zaměřena na klientky, které mají trvalé a nezvratné změny ve svém zdravotním stavu. Důležité je zachytit včas progresu a recidivy onemocnění. Především je zaměřena na zlepšení kvality života, kterou je možno ovlivnit právě edukací, aby nedošlo k dalším komplikacím. Úlohou porodní asistentky v terciární prevenci je podávání informací o vyšetřeních, poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a nejdůležitější je, aby uměla být klientkám psychickou oporou (4, 12, 16, 24, 26, 36).

Důležité je vědět, že primární, sekundární a terciární prevence se mohou vzájemně prolínat. Dále lze rozdělit edukaci na základní, reedukační a komplexní.

Pokud jsou klientkám předávány nové vědomosti či dovednosti a klientky jsou motivovány ke změně hodnotového žebříčku i postojů, mluvíme o edukaci základní (24).

Za reedukační edukaci lze považovat takovou, u které má porodní asistentka možnost navázat na předchozí vědomosti, dovednosti edukované klientky a lze je dále prohlubovat (24).

Pokud jsou klientkám etapově předávány ucelené vědomosti, budované dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatření, které vedou k udržení nebo zlepšení zdraví, mluvíme o komplexní edukaci (24).

Rozlišujeme dva druhy vzdělávání klientek. Pokud edukace spočívá především v předávání informací formou informačních materiálů (letáky, informační brožury), mluvíme o pasivní edukaci, neboli o nepřímém vzdělávání klientek.(24)

Aktivní edukace naopak spočívá v přímém vzdělávání klientek na podkladě vybraného tématu a formy (24, 42).

1.2 Edukační proces

Dle Průchy je edukační proces „, jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) a nějaký subjekt se učí (42, s. 75)“. Tyto edukační procesy probíhají už od prenatálního života až do smrti.

Edukační proces je součástí edukační reality, kdy edukační realitou nazýváme skutečnost objektivně vyskytující se v lidské společnosti, v níž probíhají nějaké edukační procesy, nebo jsou vyvíjeny a fungují zde edukační konstrukty probíhající v nějakém edukačním prostředí (24, 42).

Do edukačního procesu vstupují 4 determinanty, kterými jsou edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (42).

Podstatou edukačních procesů je učení, které by mělo být vždy obsaženo. Pokud učení obsaženo není, nelze mluvit o edukačním procesu. Učení je univerzálním jevem a mění se v závislosti na fylogenetickém a ontogenetickém vývoji organismu. Schopnost učení je tedy vrozená, úzce souvisí s funkcí paměti a se zvládnutím mechanismu řeči. Učení můžeme považovat za natolik rozšířený fenomén, který se vyskytuje téměř ve všech situacích, v nichž se člověk ocitá v průběhu života (24, 42).

„V širším slova smyslu je učení chápáno jako proces, v němž organismus získává individuální zkušenosti. Učí se přizpůsobovat novým životním podmínkám a učí se novým formám chování (24, s. 13)“. Probíhá spontánně.

V užším slova smyslu bývá definováno jako „... činnost edukanta záměrně navozená soustavou požadavků z vnějšku. Výsledkem je osvojení nejen vědomostí, dovedností a návyků, ale také utváření postojů a získávání určité hierarchie hodnot (24, s. 13)“.

Pro edukátora je důležité, aby znal ke své práci druhy učení. Nejčastější je učení podmiňováním, senzomotorické učení a dalším typem je učení verbální (24).

V edukačních procesech dle míry intencionality dochází k bezděčnému (náhodnému, spontánnímu) učení. Jsou to situace, při kterých si subjekt osvojuje poznatky či zkušenosti a ani si to neuvědomuje. Např. dívka pravidelně si pročitající články o karcinomu děložního čípku a jeho prevenci se učí, aniž by si uvědomovala, že k učení dochází, nebo aniž by se chtěla učit (42).

Dále dochází k učení intencionálnímu, neboli záměrnému učení, kdy subjekt vědomě usiluje o to, aby se učil. Dochází tedy k vědomé autoregulaci učení. K tomuto učení se využívá vlastních vnitřních dispozic, tak vnějších prostředků. Např. žena, která se snaží podle informační brožury samovyšetřovat prsy, se zajisté učí s vysokou mírou intencionality a vědomé autoregulace (24, 42).

Výrazným typem edukačních procesů jsou ty, které obsahují řízené učení. Toto učení je zvnějšku nějakým způsobem regulováno a organizováno. Tento druh učení je pro porodní asistentku zvláště relevantní, protože doprovází člověka po celý jeho život a také je vědou nejvíce probádán. Zde je prostor pro porodní asistentku a její roli edukátorky, kdy si pro určitou klientku vypracuje edukační plán (24, 42).

Nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím učení je motivace. „ Motivace je souhrn faktorů, které nutí jedince k určité aktivitě (24,s.14)“. Pokud jedinec cítí potřebu naučit se něčemu novému nebo změnit své jednání, mluvíme o motivaci vnitřní. U této motivace je hnací silou vlastní zájem. Pokud chce edukátor vzbudit zájem o učení v edukantovi, hraje zde roli motivace vnější (24).

Učení dále ovlivňuje i osobnost klientky a její možnosti fyziologické, psychické a sociální (24).

Zpětná vazba je další faktor ovlivňující učení. Důležité je, aby klientky měly zpětnou vazbu o výsledcích svého učení k vytýčenému cíli. Dále by měly v edukaci používat spíše pozitivní zpětnou vazbu, protože negativní zpětná vazba může být brzdou v učení (24, 42).

Rozsah látky a způsob opakování se řadí také do ovlivňujících faktorů. Pokud je látka rozsáhlejší, tak klesá počet osvojených elementů a k osvojení potřebujeme tedy

i delší časový úsek. Lépe se učí obsah, který dává smysl, než ten který smysl nedává. Většinou se nejlépe pamatuje začátek a konec studované látky. Doporučuje se opakovat vcelku a soustředit se na klíčové pojmy a vztahy mezi klíčovými elementy. Postupovat by se mělo od látky staré k nové (24, 42).

Edukaci mohou ovlivňovat i negativní faktory, které brání kvalitní edukaci v ošetrovatelství. V tomto případě se jedná o nekvalitně připravenou, realizovanou a hodnocenou edukaci. Klientku dokáže od učení úplně odradit demotivace a negativní zpětná vazba v podobě zlosti či výsměchu. Dále negativně ovlivní průběh edukace akutní onemocnění, bolest, citové rozpoložení, jazyková bariéra, věk a iatrogenní účinky, které vyplývají z negativního postoje a z nekvalifikovaného přístupu porodní asistentky (27).

1.2.1 Fáze edukačního procesu v ošetrovatelství

Edukační proces dle Kuberové si lze rozdělit do pěti fází: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení (27).

V 1.fázi posuzování se zaměřuje porodní asistentka na důkladný sběr, třídění a analýzu údajů o klientce. Tyto údaje může získat metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, ale také z dokumentace a z dotazníku. Porodní asistentka analyzuje schopnosti klientky učit se a posuzuje faktory ovlivňující proces učení. Především sleduje i klientčin postoj k sobě samé, ke svému onemocnění i k životu. Potřeba učit se by měla vycházet jako vnitřní motivace přímo od klientky. Z chování klientky není vždy lehké tuto potřebu určit, proto porodní asistentce k odpovědnému posouzení poslouží rozhovor a pozorování jejich neverbálních projevů (24, 27).

Po získání, posouzení, ověřování a shrnutí všech údajů o klientce přistupuje porodní asistentka k druhé fázi edukačního procesu, kterou je stanovení edukační diagnózy. Edukační diagnóza vymezuje problémy a potřeby klientky, jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky. Edukační diagnózy si lze rozdělit podle důležitosti, s přihlédnutím k potřebám klientky a k jejím prioritám. Při edukaci mají často přednost cíle afektivní před vzdělanostními.

Vedle vzdělanostních diagnóz může porodní asistentka na základě posouzení stanovit i diagnózy týkající se postojů, např. k nemoci, zdraví, životu (27).

V 3. fázi si připravuje edukační plán, který je uskutečňován po etapách. Pokud zapojí klientku do tvorby edukačního plánu, který jí vyhovuje, zvyšuje tím její motivaci a dosáhne i efektivněji cíle. Na začátku si musí stanovit priority v edukaci, proto je nutná spolupráce porodní asistentky a klientky. Edukační plán musí být dostatečně pružný, aby se mohl přizpůsobit nepředvídatelným změnám podmínek. Dále si zvolí vzdělávací strategii, které přizpůsobí i výběr edukačních metod. Při výběru metod je potřeba se s jednotlivými důkladně seznámit, s jejich charakteristikami, výhodami a nevýhodami. Poté si porodní asistentka s klientkou stanoví cíle, na kterých se shodnou. Účinnost edukace se stupňuje, pokud klientka ujasnění, formulaci a upřesnění výukových cílů sama podceňuje. Rozlišují se krátkodobé cíle, které se zaměřují na momentální potřeby klientky a dlouhodobé cíle, jež se zaměřují na změnu životního stylu a chování klientky. Cíle, které porodní asistentka stanoví, by měly být doporučením, nikoli zákazem, který vede spíše k opačnému chování či vzpouře. V případě rozkazů a zákazů dochází k tomu, že klientka vnímá porodní asistentku jako osobu zodpovědnou za její zdravotní stav. Cíle by měly být jasně formulované, měřitelné, ověřitelné, prospěšné lidské sebeúctě a slučitelné s právy klientky. Musí splňovat i určitá kritéria, mezi která lze zařadit reálnost týkající se času, prostředků ke splnění cíle a tělesného i duševního stavu klientky. Při plánování edukace porodní asistentka respektuje především tělesný a psychický stav klientky. Nejprve by měla porodní asistentka začít s tím, co klientku zajímá a tím zvýší její sebedůvěru. Porodní asistentka edukuje klientky různých věkových skupin, různého pohlaví, profese, s odlišnými diagnózami. Tyto klientky mohou mít jinou kulturu, tradice, mravy a edukaci může komplikovat i jazyková bariéra (22, 24, 27).

Ve 4. fázi realizace porodní asistentka aplikuje nejen svou teoretickou přípravu, ale prokazuje se i určitými praktickými dovednostmi. Důležité je přizpůsobit tempo tak, aby klientce vyhovovalo, a tím se zvýší efektivita edukace. Pro realizaci edukačního plánu je potřeba optimální čas, odstranění rušivých elementů a připravení optimálního edukačního prostředí, zvolení vhodných edukačních pomůcek.

Za nevhodnou metodu lze pokládat přednášku, kdy tato metoda neposkytuje přiměřenou zpětnou vazbu. Aby byla komunikace pro klientku srozumitelná, měla by se porodní asistentka vyvarovat odborným výrazům a zkratkám z oblasti ošetrovatelství a medicíny. Úspěšná realizace je prostředkem, který by měl zlepšit kvalitu života klientek, pomoci jim získat soběstačnost, ulehčit jim nabývání vědomostí a porozumění jevům, jež se odehrávají v lidském těle (22, 24, 27).

V 5. fázi probíhá kontrola a hodnocení, které jsou průběžným a zároveň závěrečným procesem. Porodní asistentka poskytuje klientkám pozitivní zpětnou vazbu formou pochvaly nebo odměny za žádoucí chování klientek, což má příznivý vliv na učení a pomáhá pozitivně měnit jejich postoje. Negativní zpětná vazba dokáže klientky od učení odradit. Porodní asistentka s klientkou hodnotí změnu chování a jednání, ale i to, co se naučila. Porodní asistentka se na vědomosti ptá citlivě a s porozuměním a měla by být také dobrou pozorovatelkou postojů a chování klientky, hodnotí i její motorické dovednosti, které mají větší vypovídající hodnotu než vědomosti. V této fázi musí klientka i porodní asistentka zhodnotit dosažení krátkodobých i plnění dlouhodobých cílů. Při hodnocení je důležité zdůraznit pozitiva, pochválit a povzbudit, teprve později přejít ke kritice. Vhodné je také konkretizovat, co bylo dobré a co naopak nebylo. Hodnocení by mělo klientce poskytnout i návrhy, jak lze potřebné změny realizovat. Využívá se konstruktivní hodnocení, které podněcuje rozvoj osobnosti a zvyšuje sebevědomí. Destruktivní hodnocení formulované vhodným způsobem při zpětné vazbě v klientce vyvolává stresové situace, zanechává v ní pocit neúspěchu a snižuje se tak její sebevědomí (22, 24, 27).

1.2.2 Edukační cíle

Každá porodní asistentka provádějící edukaci u klientek musí jednoznačně vědět, jakou změnu ve vědomostech, dovednostech, postojích, hodnotové orientaci a návycích chce u klientky docílit. Správně formulované cíle pomáhají edukaci dobře naplánovat. Edukační cíl můžeme definovat jako očekávaný výsledek (24).

Výukový cíl je snahou o vyšší účinnost vyučování z hlediska podpory učení

a rozvíjení osobnosti klientek, ale i snaha po zkvalitnění profesní činnosti porodních asistentek, přináší přesnější uvažování o cílech ve výuce (46).

Cíle si lze rozdělit na krátkodobé (etapové, např. cíl u edukační lekce) a dlouhodobé (finální, např. cíl stanovený u klientky) a dále na nižší a vyšší (24).

Při stanovování cílů je důležitá konkretizace cíle, konzistence cílů, cíl v jazyce klientčina výkonu, cíl z hlediska stránek osobnosti, taxonomie cílů, podmínky dosažení cíle a zvládnutí cíle (46).

Nutná je konkretizace cíle, každý cíl utváří strukturu každé výukové situace. Pouze konkrétní cíl může určit, jaké učivo a jaké způsoby jsou potřebné k jeho dosažení. Přesně formulovaný cíl může řídit součinnost porodní asistentky a klientky. Důležité je tedy přijmout cíl nikoli jako ideál na konci výchovně vzdělávacího procesu, ale jako pojem pro vyjádření žádoucích stavů i v průběhu činností (46).

Konzistence cílů nastává po formulaci konkrétního cíle, sleduje se jejich propojenost k obecnějším cílům (zda jejich dosažení přispěje k naplnění cíle na vyšší úrovni hierarchie). Obecnější cíle jsou zpětně výchozím elementem pro formulaci cílů konkrétnějších. Hierarchie cílů z hlediska obecnosti bývá schematicky znázorněna v podobě pyramidy (46).

Cíl v jazyce klientčina výkonu nastává poté, co souhlasíme s tím, že zacílení se týká změn v učení a rozvoji osobnosti klientky a tomu by také měla odpovídat i formulace cíle. Za doporučením formulovat cíl v jazyce klientčina výkonu stojí především výklad určitého tématu v behavioristickém pojetí a teorie praxe programovaného učení. Metodika formulace cíle pak zvýrazní požadavek specifikovat zamýšlenou změnu osobnosti klientky pomocí vnějších operací, objektivně registrovatelných stránek činnosti. Jde o výčet jednoduchých konkrétních operací a dílčích úkonů klientek, ze kterých by bylo zřejmé, zda zadaného cíle bylo dosaženo (46).

Taxonomie cílů umožňuje porodní asistentce uvažovat o náročnosti cílů, jejich návaznosti a komplexnosti. Pro správné stanovení a formulaci cílů jí mohou pomoci kategorizace cílů pro jednotlivé oblasti a to kognitivní cíle, afektivní cíle a psychomotorické cíle (24, 46).

Největší vliv na didaktické myšlení i praktické použití má taxonomie cílů v kognitivní oblasti podle B. S. Blooma. Ten rozděluje kognitivní (vzdělávací) cíle do šesti kategorií a několika dalších subkategorií. Do šesti základních kategorií řadí znalost (zapamatování), porozumění, aplikaci, analýzu, syntézu a hodnotící posouzení (24).

Afektivní cíle se zaměřují především na oblast vytváření postojů, přesvědčení, hodnot a názorů. B. Krathwohlov uvedl pět kategorií a to přijímání (vnímavost), reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot a začlenění hodnot do charakterové struktury (24).

Taxonomii v oblasti psychomotorické zpracovala E. Simpsonová. Založila ji na těchto sedmi kategoriích: vnímání, zaměření, řízené motorické reakci, automatizaci jednoduchých motorických dovedností, automatizaci komplexních motorických dovedností, schopnosti motorické adaptace a motorické tvořivosti (46).

Součástí jsou i podmínky dosažení cíle, které se vztahují na rozsah výkonu, vymezení způsobu řešení, vymezení pomůcek, vymezení prostředí a vymezení vztahu k ostatním aktérům. Při stanovování cíle se uplatňuje i jeho zvládnutí (46).

Nejdůležitějším úkolem, který provází plánování i realizaci, je zajistit, aby nabídnutý cíl klientka přijala. Podstatným motivačním mechanismem učení je vzít cíl za svůj a vnitřně se s ním ztotožnit. Je vázán na několik podmínek, mezi které patří práce s dosažitelnými cíli, perspektivita cílů, sdělování cílů klientkám, učit je pracovat s cíli a přizpůsobit cíl reálným podmínkám (46).

1.2.3 Edukační formy, metody a pomůcky

Edukace v ošetrovatelství se z hlediska organizačních forem vyučování třídí stejně jako ve školních výchovně-vzdělávacích podmínkách. Je důležité znát obecné organizační formy, které se rozlišují podle více hledisek. Z hlediska metodického postupu je lze rozdělit na základní, speciální a zvláštní formy hodin (např. filmové projekce, exkurze). Z hlediska funkce v systému vyučování je můžeme rozdělit do kategorií úvodní, probírání nového učiva, aplikační, shrnující a závěrečné. Z hlediska

obsahu vyučování se rozdělují podle jednotlivých předmětů. Organizační formy ve vztahu k cílům jsou prostředky, které se podílejí na realizaci cílů a na celkové účinnosti vyučování. Ve vztahu k učivu tvoří organizační rámec, v němž se uskutečňuje proces přetváření učiva. Organizační formy v sobě zahrnují jednotlivé, v praxi vyučovacího procesu uskutečňované a uskutečnitelné konkrétní způsoby (prostředí, ve kterém se vyučování uskutečňuje, časové formy organizace a organizace vzájemné součinnosti porodní asistentky a klientky) (27, 46).

Organizační formy lze rozdělit z hlediska způsobu řízení učební činnosti klientek (vyučování frontální, individuální formy vyučování, vyučování individualizované, vyučování párové a vyučováním skupinové) a z hlediska časové a prostorové organizace vyučování. Při frontálním vyučování se uplatňuje vzájemná komunikace porodní asistentky a s jednotlivými klientkami. Frontální vyučování lze doplnit vyučováním párovým a skupinovým, kdy spolu dvě či více klientek spolupracuje na řešení daného problému. Individuální formy vyučování se využívají při práci s jednotlivcem nebo s malou skupinou klientek. Individualizované učení je třeba odlišit od individuálního, kdy si klientka pracuje podle svého tempa. Důležité je také místo realizace edukace. Při rozdělování úloh klientce používá porodní asistentka řízenou nebo otevřenou formu výuky (27, 46).

Pod pojmem edukační metoda si můžeme představit cílevědomé a promyšlené působení porodní asistentky, která především aktivizuje klientky v jejich učení tak, aby byly cíle efektivněji naplněny. Při výběru metod musí myslet na osobnost klientky, její dosavadní vědomosti, dovednosti, zkušenosti, ale také by měla přihlídnout ke stanoveným cílům, zvolené formě edukace a obsahu. Edukační metoda by měla být použitelná v praxi, měla by být přirozená, aby zaujala porodní asistentku i klientku. Měla by předávat pouze plnohodnotné a obsahově nezkrácené informace. Metody lze rozdělit na teoretické (klasická přednáška, přednáška ex cathedra, přednáška s diskuzí, cvičení, seminář), teoreticko-praktické (diskuzní metody, problémové metody, programová výuka, diagnostické a klasifikační metody) a metody praktické (instruktáž, asistování, rotace práce, stáž, exkurze, létající tým). Metody se uplatňují souběžně a ve

vzájemném propojení, nejsou od sebe odděleny. Dále se mohou i několikrát vystřídat a měnit, jejich volba musí být promyšlená, nikoli náhodná. (24, 46).

Mezi nejčastěji používané metody v gynekologické ambulanci patří rozhovor, konzultace, diskuze, ale i instruktáž s praktickým nácvikem (24).

Edukační pomůcky slouží k dokonalejšímu osvojení a pochopení učiva, ale také dokonale pomáhají přiblížit jakýkoliv jev a předmět. Porodní asistentka v gynekologické ambulanci nejvíce používá informační brožury, nástěnky, fotografie, modely eventuelně může použít i instruktážní film. Dále může porodní asistentka využít k edukaci i televizní a rozhlasové relace a programy prezentované didaktickou technikou (24, 27).

1.3 Porodní asistentka v ošetrovatelské edukaci

Kompetence porodní asistentky jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. (ze dne 14. března 2011), kterou se stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků (viz příloha 1). Nahradila tak vyhlášku č. 424/2004 Sb. (49).

Základní povinnosti a kompetence porodní asistentky v oblasti edukace v ošetrovatelství vycházejí především z kompetencí učitelů (27).

Čeští autoři, Slavík, Siňor a Spilková, rozdělili kompetence do tří základních skupin. První skupinu tvoří kompetence projektové (plánovací, psychodidaktické), druhá skupina je tvořena kompetencemi realizačními (organizační a řídicí, komunikační, diagnostické a intervenční) a do třetí skupiny jsou zařazeny kompetence reflexivní (pozorování, hodnocení a sebehodnocení) (27).

Projektové kompetence v edukaci jsou především povinnosti spojené s plánováním a přípravou edukačního procesu v ošetrovatelství. Tyto kompetence spočívají ve využití teoretických vědomostí. Porodní asistentka má být schopna sestavit a použít tematický plán, ve kterém jsou zahrnuty výchovně - vzdělávací cíle, dále by měla umět plánovat učební aktivity a při tvorbě tematického plánu by měla pamatovat i na aktivizující metody. Měla by mít poznatky o týmové spolupráci, umět odborně

plánovat edukační proces. Měla by umět naplánovat a vytvořit takový scénář edukace, který je pro klientky zajímavý, dynamický, s logickou návazností a aby se splnil především výchovný cíl. Svě didaktické dovednosti by měla zdokonalovat celoživotním vzděláváním (27).

Realizační kompetence jsou organizačně-řídícími povinnostmi edukačního procesu. Porodní asistentka by měla během edukace věnovat pozornost každému jedinci zvlášť a měla by se naučit pracovat s neúspěšným jedincem. Dále si být vědoma, že předem stanovených cílů dosáhne dodržováním organizačních postupů, schopností dát jasné a srozumitelné pokyny s ohledem na individuální zvláštnosti (27).

Reflexivní kompetence se uplatňují při hodnocení edukačního procesu. Pokud chce být porodní asistentka úspěšná, je důležité, aby se snažila u klientek docílit sebehodnocení a sebereflexe, které nebudou závislé na vnějším hodnocení a sebehodnocení porodní asistentky (26).

Důležitou úlohou porodní asistentky v gynekologické ambulanci je i efektivní komunikace v ošetrovatelství. V efektivní komunikaci by měla platit obecná zásada, že klientka má mít pocit, že při prvním vstupu do ordinace může částečně kontrolovat proces svého ošetření. Nejdříve je klientka edukovaná o možnostech léčebného režimu a může svými názory do něj zasahovat. Důležité je, aby nebyla klientka vnímána jen po stránce svých zdravotních obtíží, ale je zapotřebí skutečný komplexní přístup. Porodní asistentka nesmí jen vnímat klientčiny konkrétní bolesti v podbřišku, ale je zapotřebí zaměřit se na její pocity, názory i sociální zázemí (7, 19, 34).

Porodní asistentka by neměla využívat při edukaci direktivní způsob komunikace, protože při použití tohoto druhu komunikace se jí ztěžuje možnost práce s klientkou. Naopak nedirektivní způsob komunikace je náročnější, ale je možné dosahovat kvalitnější změny. Informace, které porodní asistentka klientce podává, mají být jednoznačné a především srozumitelné tak, aby je byla klientka schopna chápat. Nesmí docházet k zahlcení informacemi. Proto je nutné, aby byla hlavní myšlenka zřejmá (2, 34).

Na efektivní komunikaci se také podílí osobnost porodní asistentky. Pro úspěšné vykonávání edukace musí mít porodní asistentka charakteristické, intelektové,

senzomotorické, sociální předpoklady, odborné znalosti a dovednosti z oblasti edukace a autoregulační předpoklady. Porodní asistentka v roli edukátora poskytuje vědomosti a zkušenosti, zároveň je poradkyní a podporuje klientky. Dále je tvůrcem a projektantem edukace, diagnostikem edukačních potřeb klientky, realizátorkou edukace a především plní i úlohu hodnotitelky a koordinátorky (24).

Pro zkvalitnění své práce by porodní asistentka měla provádět sebereflexi, která v mnoha případech nemusí být příjemná, ale pomůže jí vyvarovat se chybám v budoucnosti a zkvalitní její práci (24).

Do gynekologické ambulance přicházejí klientky všech věkových kategorií, které porodní asistentka edukuje. Tato část bude zaměřena na edukaci mladých dívek, těhotných klientek, klientek po porodu, ve fertilním věku, v klimakteriu a starší klientky.

Porodní asistentka edukuje klientky především o pravidelných gynekologických prohlídkách, aby byly včas odhaleny a léčeny případně vzniklé nemoci. Většina onemocnění probíhá skrytě, bez zjevných známek příznaků, obtíží a čím dříve je choroba objevena, tím úspěšnější a rychlejší je léčba. Ve vyhlášce MZ ČR č.56/1997 Sb. je stanoveno provádění gynekologických prohlídek 1x ročně, kdy jsou tyto prohlídky hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (7).

Všem klientkám vysvětlí, co gynekologická prohlídka zahrnuje. Především zahrnuje aktualizaci osobní a rodinné anamnézy, poté následuje vyšetření zevních rodidel, vyšetření v gynekologických zrcadlech, kdy se provádí kolposkopické vyšetření děložního čípku a následně se provede cytologické vyšetření. Vyšetření je dále doprovázeno palpačním vyšetřením dělohy a vaječníků. Vyšetření lze doplnit vyšetřením přes konečník nebo i vaginálním ultrazvukem. Součástí každého gynekologického vyšetření je vyšetření prsou, které by mělo probíhat v gynekologické ambulanci za přítomnosti porodní asistentky. Následně by měla být klientka poučena o samovyšetření prsou, které by měla sama provádět každý měsíc (7, 34).

1.4 Edukace porodní asistentkou při péči u dívek

Dívky, které přicházejí do ambulance poprvé, jsou seznámeny s porodní asistentkou a chodem ambulance, porodní asistentka s nimi sepíše základní anamnézu, je jim změřen krevní tlak a zkontrolována tělesná hmotnost. Porodní asistentka je poté edukuje o následném vyšetření. Dívky jsou edukovány o vymočení a umytí zevních rodidel a okolí konečníku. Porodní asistentka informuje dívku o odložení oděvu, uvolnění sukně v pase, zutí bot. Ukáže dívce vyšetřovací stůl a pomůže jí zaujmout vyšetřovací polohu. Dále edukuje dívku, aby při vyšetření uvolnila břišní stěnu a zvolnila dýchání. První gynekologickou prohlídku by měla dívka absolvovat ideálně po ukončení školní docházky nebo při případných potížích. Pokud se žádné potíže nevyskytnou, je vhodné, aby dívka absolvovala prohlídku po nástupu menstruace, nebo při vzniklém těhotenství, nejpozději by však měla navštívit lékaře v 18 -ti letech (20, 21, 34, 35, 48).

Porodní asistentka edukuje dívky o menstruaci a hygieně při ní. Je důležité, aby dívky věděly, že menstruace není nemoc, ale normální fyziologický projev ženského organismu, a proto se nemusí nijak zvlášť šetřit. Dívky by se měly vyvarovat mimořádné duševní a fyzické zátěži, sportovnímu závodění, celodenním pochodům, dlouhodobému pobytu na slunci, atd. Porodní asistentka dále informuje dívky o dodržování správné životosprávy během menstruace. Dívky by měly mít dostatečný spánek, stravu bohatou na bílkoviny, dostatek ovoce a zeleniny, měly by omezit kořeněná jídla a pobývat na čerstvém vzduchu (20).

Správná hygiena při menstruaci je obzvlášť důležitá jak pro zabránění vzniku nežádoucího zápachu, tak i některých infekcí. Dívky jsou informovány o každodenním sprchování, vyhýbání se sezení ve vaně a bazénům, pokud to není nezbytně nutné, dále by měly dát přednost bavlněnému spodnímu prádlu. Porodní asistentka poučí dívky i o častější výměně spodního prádla, které si mají měnit při zašpinění, pokud však nezašpiní, neznamena to, že by si prádlo měnit neměly, ale mění si ho denně, dále je poučí o likvidaci použitých vložek či tampónů (20).

Porodní asistentka dále dívkám vysvětlí princip menstruačního kalendáře, do kterého zaznamenávají pravidelné menstruační krvácení. Tento kalendář slouží

k poskytnutí informací o síle, častosti a problémech doprovázejících menstruační krvácení, jak pro porodní asistentku, tak i lékaře (20).

Dívky dále edukuje o prvním pohlavním styku, reprodukčním zdraví, správném užívání hormonální antikoncepce, prevenci karcinomu děložního čípku, prevenci pohlavních nemocí, bezpečném pohlavním styku apod. Na modelu jim může ukázat správné navlékání mužského kondomu, které si mohou vyzkoušet (viz příloha 2).

Porodní asistentka se věnuje i reprodukčnímu zdraví, které je základním předpokladem úspěšné reprodukce. Pojem reprodukční zdraví si lze vysvětlit jako schopnost se úspěšně, bezproblémově množit, čili mít děti kdy si přejí bez lékařské pomoci. Je důležité, aby si dívky uvědomily, že první menstruací se zahajuje životní období plodnosti a může tak otěhotnět již při prvním pohlavním styku. V období puberty spočívá ochrana proti nežádoucímu otěhotnění v sexuální abstinenci. V České republice je průměrný věk první soulože mezi sedmnáctým a osmnáctým rokem věku, pro většinu toto ještě není chvíle, při které by si mladí lidé přáli zplodit potomka. Cílem reprodukčního zdraví je sebekontrola v pohlavní sféře. Porodní asistentka informuje dívky o možnostech antikoncepce, jako prevenci otěhotnění (18, 30).

1.4.1 Antikoncepce

Dívky velmi často přicházejí do ambulance za účelem předepsání hormonální antikoncepce. Termín antikoncepce se používá pro metody, které mají zabránit, aby žena otěhotněla. Radíme ji tedy mezi metody plánování rodičovství. Tato metoda umožňuje rodičům, aby měli dítě v době, která je pro jeho narození optimální. Spolehlivost antikoncepčních metod je udávána tzv. Pearlovým indexem (těhotenským číslem), které nám udává počet nežádoucích otěhotnění u 100 žen používajících danou metodu po dobu jednoho roku. Základním hlediskem pro jejich rozdělení je použití ochranných prostředků k zabránění početí a podle toho je lze rozdělit na metody: bez použití ochranných prostředků, mechanickou antikoncepci, chemické metody a hormonální antikoncepci (6, 7, 30).

Přirozené metody antikoncepce jsou metody bez použití ochranných prostředků,

neužívají se žádné tablety a nepoužívají se žádné ochranné pomůcky. Patří sem přerušovaná soulož a metoda tzv. neplodných dnů. Metoda neplodných dnů se doporučuje u klientek, které mají problémy s otěhotněním při plánovaném rodičovství, zde se naopak využívá metoda plodných dnů k plánování oplození. V poslední době se přirozené metody dostaly znovu do popředí zájmu (33, 40).

Coitus interruptus, neboli přerušovaná soulož, je známá již od středověku. Spočívá v přerušení soulože těsně před ejakulací semene, nutná je sebekontrola a sebekázeň muže. Coitus interruptus patří mezi rozšířené metody i přes nízkou spolehlivost. Porodní asistentka informuje dívky, že tato metoda je však velmi nespolehlivá u dvojic, které spolu začínají sexuálně žít a nemají svůj pohlavní styk pod racionální kontrolou. Nespolehlivost se zvyšuje i s vlivem alkoholu a není vhodná u mužů, kteří mají problémy s předčasnou ejakulací (29, 33, 40).

Mezi mechanickou (bariérovou) antikoncepci patří prezervativ (kondom). Kondom je antikoncepční prostředek, který si muž navléká před pohlavním stykem na ztopořený penis, jako ochranný obal. Kondom se snímá ihned po ejakulaci. Bývá často nejvhodnější metodou pro sexuálně aktivní dospívající páry. Nechrání však před všemi pohlavními chorobami, hlavně před virovými, protože infekční ložiska mohou být mimo oblast jím krytou. Při užívání ochranných prostředků je vhodné mluvit zásadně o bezpečnějším nikoli o bezpečném sexu. Kondom a hormonální antikoncepce se doporučuje užívat současně, pokud je nutno omezit co nejvíce možnost těhotenství i přenosu pohlavních chorob. Porodní asistentka může dívkám poskytnout i praktický nácvik navlékání kondomu na modelu (viz příloha 2) (29, 33).

Hormonální antikoncepce, tzv. orální kontracepce, je nejčastější formou kontracepce. V současné době je velmi široké spektrum používaných přípravků stejně jako jejich složení. Nejrozšířenější jsou monofázické přípravky, které obsahují po celý cyklus stejné dávky obou hormonů. Bifázické a trifázické přípravky mění dávky jedné nebo obou složek, jednou nebo dvakrát během cyklu a tím napodobují fyziologické podmínky (29, 40).

„ Základním mechanismem účinku je blokáda ovulace cestou negativní zpětné vazby steroidů pilulky na produkci hypotalamického gonadoliberinu (7, s.85)“.

Porodní asistentka edukuje dívky o tom, že antikoncepční pilulky se mají užívat denně a ve stejný čas. Obvykle se užívají v 28 denních cyklech a doprovází je pravidelné pseudomenstruační krvácení. Ale informuje je i o možných nežádoucích účincích (7, 29, 40).

Mezi hormonální metody antikoncepce je nutné zahrnout i tzv. postkoitální antikoncepci, která podléhá lékařskému předpisu. Nejznámějším preparátem u nás je Postinor, kterým lze odvrátit nechtěné těhotenství. Tableta se musí podat nejpozději do 72 hodin od nechráněného pohlavního styku. Náhlá potřeba užití vznikne při lehkomyšlnosti či nedbalosti, ale i při prasklém kondomu a znásilnění (18).

1.4.2 Prevence karcinomu děložního čípku

Karcinom děložního čípku se vyskytuje ve všech věkových skupinách, a proto je zde důležitá prevence, jejímž cílem je snaha ovlivnit počet nově vzniklých onemocnění a snížit úmrtnost žen, která je způsobena tímto nádorem (4).

V České republice je organizovaný screening karcinomu děložního čípku, kdy se provádí cytologické a kolposkopické vyšetření, které je hrazeno jednou ročně zdravotní pojišťovnou. Testování vysoce rizikových HPV virů může doplňovat cytologické a kolposkopické vyšetření, které se doporučuje provádět jen u sporných a nejasných důvodů (4, 26, 36).

V prevenci je důležité očkování proti karcinomu děložního čípku. Cílem očkování je, aby se zabránilo vzniku onemocnění. Optimální věk pro vakcinaci je kolem 15. roku, nejideálnější je očkování ještě před prvním pohlavním stykem. Očkovat se mohou i starší, sexuálně aktivní ženy. Vakcíny nejsou hrazeny pojišťovnou, ale pojišťovna na ně částečně přispívá, jejich cena se pohybuje okolo 10 000 Kč za tři dávky. Důležité je, aby porodní asistentka poučila dívky i ženy, že očkování nenahrazuje preventivní prohlídky (13, 36).

V současné době jsou k dispozici dvě vakcíny. Od roku 2006 je to vakcína Silgard, která je účinná proti vysoce rizikovým typům HPV typu 16 a 18, dále proti cervikálním a vulválním dyspláziím a nízce rizikovým typům HPV. Tato vakcína je

určena pro dívky a mladé ženy mezi 9 až 26 lety. Mladé ženy do 26 let žijící pohlavním životem by měly před vakcinací v posledním roce absolvovat gynekologickou prohlídku. Vakcína se aplikuje ve třech dávkách formou intramuskulární injekce do deltového svalu paže nebo horní oblasti stehna. Jednotlivé dávky se aplikují v den 0. a dále 2. a 6. měsíc po první dávce (9, 26, 36).

Druhou vakcínu známe pod názvem Cervarix a je u nás dostupná od října 2007. Tato vakcína působí proti vysoce rizikovým typům HPV typu 16 a 18 a dále slouží k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliálníneoplasie (CIN 2 a 3). Tato vakcína je doporučovaná dívkám od 10 do 25 let a aplikuje se v 0., 1. a 2. měsíci (9, 26, 36).

Porodní asistentka zjišťuje, jestli je dívka nebo žena alergická na látky obsažené ve vakcíně. Pokud by byla dívka alergická na tyto látky, je očkování kontraindikováno. Dále dívky edukuje, že by aplikace měla být odložena v horečnatých stavech, naopak nachlazení není kontraindikací. Porodní asistentka edukuje i o nežádoucích účincích, které se mohou objevit, např. otok, bolest, zarudnutí a někdy se mohou vyskytnout i vedlejší nežádoucí účinky jako bolest hlavy a horečky (9, 26, 36).

1.5 Edukace porodní asistentkou při péči o těhotné klientky

Délka těhotenství trvá 280 dní, což je přibližně 9 kalendářních měsíců, které odpovídají 38 týdnům nebo 10 lunárním měsícům (7).

Těhotná by měla navštívit gynekologickou ambulanci dva až tři týdny po vynechání ambulance, kdy se těhotenství diagnostikuje průkazem hCG v krvi a ultrazvukovým vyšetřením. Porodní asistentka poučí těhotnou o pravidelných návštěvách v ambulanci během těhotenství a postupně ji edukuje o odběrech a vyšetřeních, které ji v těhotenství čekají (viz příloha č. 3) (28).

Komplexní prenatální vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do 12. týdne gravidity. Nezbytnou součástí tohoto vyšetření by mělo být vystavení těhotenské průkazky a provedení pravidelných vyšetření, také změření pánevních rozměrů (5, 10).

Porodní asistentka edukuje těhotné o správné životosprávě, která je v těhotenství velmi důležitá. Těhotná by měla mít vyváženou, pravidelnou stravu s dostatkem ovoce a zeleniny, vitamínů a minerálů, především vápníku, železa a jódu. Strava by neměla obsahovat přemíru tuků a cukrů (10, 39).

Těhotná by měla být informována o dodržování hygienických zásad při přípravě, manipulaci a konzumaci potravin, jako prevenci listeriózy a toxoplazmózy, které představují závažná rizika pro plod i možné úmrtí plodu (38).

Porodní asistentka poučí těhotnou o správné péči o kůži a doporučí jí vhodné krémy, které jsou dostupné v lékárnách (38).

Dále edukuje o pravidelném a dostačujícím spánku a možnosti odpočinku přes den a vysvětlí jí nutnost omezení léků především v prvním trimestru (9, 34, 35).

Těhotné jsou edukovány i o vhodném oblékání, kdy se mají řídit především pohodlností. Těhotné by měly dát přednost bavlněnému prádlu, které je prodyšné, při výběru ponožek dávat přednost bavlněným s volným koncem. Porodní asistentka dále doporučí podprsenku pro kojící matky a informuje je o pořízení podprsenek dvou velikostí, protože se později budou prsa dále zvětšovat (10, 38, 39).

Důležité je, aby byla těhotná informovaná i o sportu, který lze v těhotenství provádět. Rozsah a intenzita pohybu jsou závislé na tom, zda těhotná již před těhotenstvím cvičila. Pokud ano, lze v aktivitách pokračovat nebo je poupravit. Pokud ne, není těhotenství vhodnou dobou, aby vše dohonila, proto jí doporučí aktivity, které jsou vhodné pro těhotné. Mezi tyto aktivity lze zařadit chůzi, jízdu na kole, jógu, tanec, golf a plavání v bazénech určených těhotným. Naopak se nedoporučuje koupání ve veřejných lázních, lyžování, bruslení, tenis a terénní běh (38).

Těhotnou edukuje i o vhodném zaměstnání a jeho přizpůsobení, kdy ženy nesmí zdvihát více než 5kg. Omezit by měla i cestování na dlouhé vzdálenosti, především autobusem. U fyziologické gravidity je možný sexuální styk po celý průběh gravidity, při zachování určitých podmínek (např. hygiena, správná volba polohy) (10, 38, 39).

Porodní asistentka může pořádat pro těhotné klientky předporodní kurzy, na které mohou docházet i budoucí tatínci. Porodní asistentka klientky informuje o změnách a možných problémech vzniklých v těhotenství, informuje je o věcech, které

si má sbalit s sebou do porodnice. Naučí je správně dýchat, relaxovat a nacvičí si s klientkami úlevové polohy, které může využívat během porodu. Edukuje je o průběhu porodu, kojení, jak pečovat o miminko a poskytuje klientkám další informace, které chtějí vědět.

1.6 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky v šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je doba, kterou žena prožívá zhruba šest týdnů po svém porodu. V šestinedělí odeznívají změny, které se staly v těle těhotné ženy a tělo se tak pozvolna vrací do svého stavu (38).

Žena přichází na gynekologickou prohlídku po šestinedělí. Při této prohlídce je kontrolováno zhojení porodních poranění, stav hráze, poševních stěn, děložního hrdla a uložení vnitřních rodidel. Součástí této prohlídky také bývá kolposkopie a odběr stěrů na cytologické vyšetření, v rámci prevence (38).

Porodní asistentka zde hraje důležitou roli v pomoci, např. při kojení, kdy klientce zodpoví všechny její dotazy a poskytne rady, které budou pro klientku užitečné. Dále informuje klientky o lécích v šestinedělí, protože některé léky přecházejí do mateřského mléka a to může způsobit, že kojenec odmítá prs a kojení. Je nutné, aby klientka věděla, že nesmí užívat žádné léky, které jí nebyly předepsány, kromě vitamínů (38, 39).

Porodní asistentka poskytuje klientkám rady související s kojením, které přispívají ke spokojenosti miminka a klientky. Může klientku upozornit na možné obtíže při kojení, které bývají přechodného rázu. Informuje matku, že její dítě nepotřebuje do 6. měsíce věku žádné čaje a polévky. Úspěch kojení nezáleží na velikosti prsů, ale především na aktivní podpoře rodiny a okolí i na zdravotnickém personálu, který je schopen poskytnout odpovídající informace a praktickou pomoc (25).

Porodní asistentka by měla poučit klientku o hlavních zásadách výživy u kojící ženy. Klientka by měla konzumovat pestrou a rozmanitou stravu. Měla by mít takový

přísun energie, který dovolí pomalý úbytek tělesné hmotnosti, střídmy přísun tuků, nasycených tuků a cholesterolu. Klientka by měla konzumovat dostatečné množství ovoce a zeleniny, obiln a výrobků z nich. Příjem sacharózy a kuchyňské soli by měl být střídmy, musí se vyvarovat konzumaci alkoholických nápojů. Důležitý je příjem vápníku, dostatečný příjem tekutin, minerálních látek, především železa a jódu (25).

Pro správné kojení je nutné, aby klientka ovládala techniku kojení a správné držení prsu. Prsty se nesmějí dotýkat dvorce a prs musí být zesponu podpírán všemi prsty kromě palce, který musí být položen vysoko nad dvorcem. Tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky a prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale i co možná největší část dvorce (38).

Porodní asistentka informuje klientku, o správně zvolené a pohodlné poloze, lze kojít vleže, vsedě, může využít fotbalovou polohu, polohu tanečníka, vzpřímenou vertikální polohu a další. Pro správnou polohu jsou důležité známky, že matka je relaxovaná, nic ji nebolí, tkáň prsu se nenapíná, je funkční vypuzovací reflex, bradavka není oploštělá ani poškozená a po kojení je prs vyprázdněný. U dítěte se to projeví tak, že nešpulí rty a nevpadávat mu tváře, saje dlouhými doušky, nesrká při sání, je spokojené a volně dýchá (38).

Klientka musí být informovaná i o správném přisátí k prsu, kdy se brada a nos dítěte musí dotýkat prsu a ústa musí být široce otevřená jako při zívání. V ústech dítěte by měla být většina dvorce, více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi. Dolní ret musí být ohrnut ven a jazyk ho přesahuje, bradavka s dvorcem je na jazyku. Dítěti při správném přisátí nevpadávat tváře dovnitř a je spokojené (38).

Při náhle vzniklých problémech si klientka může zavolat na horkou linku kojení, na kterou má číslo z porodnice, nebo může zavolat i porodní asistentce z ambulance, se kterou je předem domluvená.

Porodní asistentka dále edukuje klientku o pohlavním styku, ke kterému by během šestinedělí nemělo dojít kvůli hrozící bakteriální infekci. Informuje ji o antikoncepci po porodu, kdy se dává přednost čistě gestagenním tabletám, obsahujícím pouze hormon žlutého těliska. Tyto tablety se užívají nepřetržitě, s užíváním lze začít ihned po porodu nebo po šestinedělí. Po poradě s lékařem může

klienta užívat i kombinované hormonální metody, také je vhodné zavedení nitroděložního tělíska, nebo bezprostředně po skončení šestinedělí aplikace injekce s dlouhodobým účinkem (20).

Inkontinence po porodu, samovolný únik moči v těhotenství i po porodu se může také u některých klientek objevit. V průběhu těhotenství, při porodu i v měsících po něm následujících prochází tělo významnými fyzickými i hormonálními změnami (52).

Problémy s únikem moči v těhotenství a po porodu nejsou vůbec vzácné. Jedná o tzv. stresovou inkontinenci, zkušenost s ní má asi 60 % klientek během těhotenství a kolem 30 % po porodu. Klientky většinou zaskočí a překvapí při kýchnutí, zvedání těžších věcí a smíchu. Má tři formy: lehčí, středně těžkou a těžkou. Po porodech většinou dochází k lehčímu úniku moči a je dobré doporučit klientce léčit tuto inkontinenci pomocí rehabilitačního cvičení pánevního dna (31, 32).

Porodní asistentka by měla edukovat klientku o cvičích pro posílení pánevního dna a zprostředkovat jí různé edukační brožury a videoinstruktaže. Žena si musí na cvičení vymezit čas, výhodou těchto cviků je, že klientka nepotřebuje žádné pomůcky a může je provádět v jakékoliv poloze. Porodní asistentka edukuje klientku o vymočení před začátkem cvičení. Základem cviků je, aby žena při stažení svalů dna pánevního cítila jejich sevření a jejich mírný pohyb vzhůru směrem ke středu trupu. Neměla by zatínat hýždě ani stehna, avšak sevření konečníku (jako při zadržení větrů) může pomoci. Jakmile žena objeví správné svaly k posílení močového měchýře, může tyto svaly začít posilovat, a to několikrát denně (celkem 30 - 40 opakování). Důležité je, aby se klientka nesnažila urychlit tempo kvůli zvýšenému počtu opakování, pomalejší cvičení je správnější a může se při něm lépe soustředit. Dále by měla porodní asistentka nabídnout klientce správné inkontinenční pomůcky, které jí zaručí, že bude v klidu a v pohodě, aniž by se musela obávat nepříjemných průsaků moči. Nejrozšířenější je sortiment firmy TENA Lady, který je navržen tak, aby se ženy mohly cítit stále svěží a mohly věnovat pozornost svému miminku (31, 32)

1.7 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky ve fertilním věku

Klientky ve fertilním věku by měly docházet ke svému gynekologovi na preventivní prohlídky také jednou za rok. U těchto klientek je důležitá prevence vzniku karcinomu prsu, kde hraje důležitou roli primární prevence. Klientka by měla být edukována o správné životosprávě a dostatečné pohybové aktivitě. Klientky jsou dále edukovány o správném postupu při samovyšetřování prsů a mamografickém screeningu. Pojem screening je metoda vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy v dané populaci prováděná formou testů (1).

Mamografický screening, na základě vyhlášky MZ č. 372/2002 Sb. je v České republice preventivní mamografie obsahem preventivních prohlídek a u žen od 45 do 69 let věku je hrazena z veřejného zdravotního pojištění ve dvouročních intervalech (8, 16).

Mamografie je speciální rentgenologická metoda určená k zobrazení prsu a skládá se většinou ze dvou snímků z každé strany, z boku a shora. Během vyšetření je prs sevřen mezi dvěma destičkami, toto vyšetření trvá několik vteřin (1).

Porodní asistentka edukuje klientku, aby se na vyšetření dostavila v první polovině cyklu, v této době jsou prsy méně citlivé a lze tak provést silnější kompresi bez nepříjemných pocitů. Klientkám se nedoporučuje, aby v den vyšetření také používaly v oblasti prsů a podpaží deodoranty, které mohou způsobit zkreslení výsledků (43).

Samovyšetřování prsů je velice důležité pro všechny klientky. Vyšetřit prsy sama sobě není složité, spíše dělá klientkám problémy neznalost správného postupu a provádět toto vyšetření pravidelně každý měsíc. Klientky by měly být o samovyšetřování prsů pečlivě poučeny od porodní asistentky, která by jim měla ukázat správný postup samovyšetřování (viz příloha 4). Porodní asistentka může použít k edukaci instruktážní video, informační letáky a může zvolit i formu praktického nácviku, při kterém si klientky postup lépe zapamatují. Pro samovyšetřování je nejvhodnější období kolem druhého nebo třetího dne po menstruaci. Pokud klientky nemenstruují, lze toto vyšetření provádět v jakýkoliv stejný den v měsíci. Ženy by měly mít samozřejmě také dostatek času a neměly by při samovyšetření spěchat. Je možné

také naučit toto vyšetření svého partnera, který je citlivý a pozorný a může být ke změnám mnohem vnímavější (1, 43).

Samovyšetření se považuje za dobrou metodu v dvouletém období, která nahrazuje období mezi dvěma preventivními mamografiemi. Nesmíme však zapomenout, že malé změny či malá nádorová ložiska nelze při samovyšetření odhalit a tak nenahrazuje mamografii (1).

Porodní asistentka edukuje klientky o antikoncepci jako prevenci před nechtěným těhotenstvím. Klientky mají na výběr např. perorální hormonální antikoncepce, antikoncepční injekce, antikoncepční implantáty, antikoncepční náplasti, nitroděložní tělísko nebo jim je nabídnut i ženský kondom, jehož nasazování si může klientka vyzkoušet na modelu.

Antikoncepční injekce se aplikují po třech měsících, vylučují se tak chyby vznikající zapomináním na tabletky. Nepříjemností však může být nepravidelné krvácení a špinění uprostřed cyklu, které mohou doprovázet bolesti hlavy (29, 40).

Antikoncepční implantáty se zavádějí pod kůži na vnitřní straně předloktí na tři až pět let. Při nesnášenlivost je lze odstranit i dříve (29).

Antikoncepční náplast se lepí na předem určené místo na těle, nejčastěji břicho, hýždě a nadloktí. Tato náplast je voděodolná a mění se po týdnu. V balení jsou vždy tři náplasti a pak následuje týdenní pauza jako u pilulek, kdy dochází ke krvácení (29).

Nitroděložní tělíška jsou drobné artefakty nejrůznějších tvarů s přídavkem mědi, protože měď má spermicidní účinky, (dříve se používala tělíška čistě plastová) a některé typy uvolňují do děložní dutiny gestagen. Ponechávají v děloze 3–5 let. Zavádějí se krátce při ukončování menstruace a pouze klientkám, které už rodily, protože je zde riziko aktinomykózy. Tato anaerobní infekce je u klientek bez tělíška vzácná a prakticky zničí jejich plodnost (20, 29).

Dále může klientkám nabídnout femidon, který je obdobou mužského kondomu. Využívá se zejména, pokud klientka nemůže ze zdravotních důvodů používat jiný druh antikoncepce. Femidon si lze zavést až 8 hodin před souloží. Dámské a pánské kondomy by neměly být používány současně, tření může mít za následek selhání výrobku. Pokud má porodní asistentka k dispozici model pro vyzkoušení dámského

kondomu, může klientce názorně předvést zavádění a klientka si vše může následně vyzkoušet sama (viz příloha 5) (20).

1.8 Edukace porodní asistentkou při péči o klientky v klimakteriu a starší klientky

Tyto skupiny klientek postupují pravidelnou gynekologickou prohlídku jednou za rok a její součástí by měla být onkologická prohlídka kůže, vyšetření prsů pohmatem, vyšetření regionálních mízních uzlin, vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, cytologické vyšetření a palpační bimanuální vyšetření. Klientky nad 45 let by měly jednou za dva roky absolvovat mamografické vyšetření mléčné žlázy. Porodní asistentka musí umět správně edukovat ženy o samovyšetření prsů.

V některých ambulancích edukuje porodní asistentka klientky o testu na okultní krvácení, které se provádí u klientek mezi 50. - 55. rokem, jako prevence před kolorektálním karcinomem. Tento test si provádí klientky doma, test je jednoduchý a bezbolestný. Porodní asistentka vysvětlí ženám správný postup, který spočívá v odběru stolice. Stolice se odebírá krouživým pohybem pomocí tyčinky ukotvené na víčku lahvičky, ze tří až šesti míst. Poté se vloží tyčinka zpět do lahvičky, uzavře víčko a promíchá vzorek s roztokem v lahvičce. Lahvičku odnese lékař, který vzorek v přístroji vyšetří pomocí chemických přípravků. Pomocí chemických přípravků lze odhalit stopy krve, které nejsou viditelné pouhým okem. V dnešní době nemusí klientky držet žádnou dietu. Testy si lze zakoupit v lékárnách, jejich cena se pohybuje okolo 100 Kč, další možností je předepsání od gynekologa od 50. roku věku má každá žena právo na vyšetření jednou za rok a od 55. roku má právo na vyšetření jednou za dva roky (11, 41).

Porodní asistentka informuje klientky o klimakteriu, menopauze a menopauzálních obdobích a poskytne jim užitečné rady, jak zvládat tyto problémy.

„Klimakterium (přechod, perimenopauza) je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám (14, s.11)“. V této

době se objevuje i poslední pravidelná menstruace, menopauza, která nastává mezi 46.-52. rokem ženy (23).

Další období je postmenopauza, která začíná 12 měsíců po posledním menstruačním krvácení (15).

Období s dosud zachovaným menstruačním cyklem do 12 měsíců před menopauzou, kdy se objevují příznaky akutního klimakterického syndromu, nazýváme premenopauza (15).

Ke klimakteriu dochází důsledkem snižování pohlavních hormonů, estrogenů a gestagenů. Je třeba klientky upozornit, na typické klimakterické potíže, které jsou způsobeny nízkou hladinou estrogenů. Jsou to návaly, noční pocení, nespavost, bušení srdce, ale také sem lze zařadit podrážděnost, poruchy nálad, lítostivost, nervozitu a zhoršenou schopnost soustředění. Tzv. akutními obtížemi z nedostatku estrogenů trpí ve větší či menší míře čtyři z pěti žen. Nedostatek estrogenů dále způsobuje nepříjemné změny na sliznici pochvy, močového ústrojí a spojivek oka. Navenek se projevují svěděním až pálením, ale také bolestivostí při pohlavním styku a ten se tak může stát pro ženu méně přitažlivý. Mezi závažnější obtíže patří osteoporóza a srdeční a cévní onemocnění (14, 44).

Porodní asistentka klientky edukuje o dodržování zásad správného životního stylu, udržování ideální hmotnosti, doporučí jim nekouřit, omezit konzumaci alkoholu, kávy a soli, vyvarovat se stresovým situacím, mít pravidelný pohyb, preferovat spíše zdravou stravu s nízkým obsahem cholesterolu a obsahem tuků, zajistit příjem vápníku a vitamínu D a pravidelně kontrolovat krevní tlak a případně léčit jeho zvýšení (23).

Porodní asistentka poskytuje klientkám rady, jak zvládat menopauzu. Klientky trpící návaly horka by si je měly zaznamenávat a vyhýbat se situacím, které obtíže vyprovokovaly. Neměly by nosit oblečení z umělých vláken, ze šatníku by měly vyřadit roláky a dlouhé rukávy. Klientky by měly nosit bavlněné volné prádlo, které nedráždí zevní genitál a močovou trubici. (44).

Nespavost lze zmírnit tím, že se klientka snaží zbavit záchvatů nočního pocení nebo je alespoň trochu zmírnit, aby neměly rušivý vliv na spánek. Doporučuje se hodinu před spánkem jít na procházku nebo si přečíst kapitolu z oblíbené knihy. Mnoha

klientkám také pomáhá před spaním vypít sklenici teplého mléka. S nespavostí může být spojeno noční pocení, které lze zvládat tak, že v ložnici bude udržována spíše nižší teplota nebo je přes noc pootevřené okno. Dále lze klientkám doporučit, aby nenosily noční prádlo a nepoužívaly povlečení ze syntetických materiálů. (44).

Klientky by měly pečovat i o pokožku. Ta by měla být vláčná a neměla by zůstat vysušená. Místo mýdla se doporučují čistící pleťová mléka. Nedoporučují se dávat ani do koupele různé parfémové přísady. Každých osm dní by si ženy měly dopřát manikúru a pedikúru. Pokud se klientkám objeví na sliznici dutiny ústní vřídka, je dobré je oplachovat slanou vodou. Není dobré se vystavovat přímému slunečnímu svitu a ve slunné dny se musí kůže potříit ochranným krémem (44).

Pokud klientky trpí emočními problémy, je vhodné, aby své pocity sdělily partnerovi. Náhlé zvraty nálad a podrážděnost mohou vzájemný vztah ohrozit. Na tyto problémy jsou účinné relaxační techniky, jóga a meditace. Tyto techniky bojují proti úzkostem a vnitřnímu napětí (44).

Při oběhových potížích je třeba odstranit rizikové faktory jako je třeba kouření a obezita, pokud klientky trpí nadváhou, bylo by vhodné, aby redukovaly tělesnou hmotnost. Klientky musí vědět, jak se zklidnit při stresu a úzkosti. Porodní asistentka jim může ukázat některá dechová cvičení, která si osvojí (44).

Při močových obtížích je důležité proplachovat močový měchýř a doporučuje se vypít nejméně 2 litry tekutin denně. Dále lze doporučit, aby klientky alkalizovaly moč, protože vyšší pH brání rozvoji infekce. V lékárnách je k dispozici celá řada přípravků a klientky mohou pít i mléko nebo občas užívat antacida. Vhodné je také, aby každé ráno vypila sklenici brusinkové šťávy (44).

Sám přechod má vliv i na sexuální život. Může dojít ke snížení libida z důvodu ztenčení sliznice pochvy a bolesti při styku kvůli nízké hladině pohlavních hormonů. Pokud klientky trpí po přechodu sexuálními obtížemi a nepomůže ani hormonální terapie, neměly by se bát navštívit svého gynekologa nebo specializované sexuologické pracoviště. Některé rady pomohou obnovit radost ze sexu a dosáhnout tak naplnění pohlavního života. Před pohlavním stykem je dobré potříit si poševní vchod trochou sterilního, ve vodě rozpustného gelu a trochu gelu také aplikovat na penis. Pochva se

nedoporučuje vyplachovat, ani nepoužívat koupelové pěny a oleje, které dráždí vagínu. Zevní genitál mezi stydkými pysky se také nedoporučuje omývat mýdlem, protože vysušuje. Doporučuje se odmítat přípravky k léčení svědivosti vulvy, které obsahují buď antihistaminika, nebo jsou parfémované. Více času by měl pár věnovat milostné předeře, aby byla pochva dostatečně zvlhčená. Partner může provádět ženě jemnou masáž prsou, břicha, stehů a zevního genitálu, tato masáž je pro ženu vzrušující a podněcuje poševní žlázy k sekreci (23, 44).

Hormonální terapie je pro většinu žen velkým přínosem, během posledních let se na našem trhu nabídka hormonální terapie a estrogenní terapie velmi rozšířila a záleží pouze na ženě, co si vybere při konzultaci s lékařem. Při každé kontrole se musí zvažovat prospěch a především možná rizika léčby. Porodní asistentka jí může nabídnout různé letáky a brožurky s různými druhy terapie, které by jí mohly také pomoci při výběru (23).

Hormonální substituční terapie má řadu přínosů, mezi které lze zařadit prevenci srdečního infarktu, zdraví pohlavního ústrojí, kostí a svalů, má také vliv na postavu a zmírní příznaky menopauzy. Udává se, že pouze šestina klientek, které užívají hormonální substituční terapii, pokračují v léčbě po celý rok. Ostatní ženy většinou odradí její nežádoucí účinky, jako je například přibývání na váze nebo mylné zprávy z tisku. Klientky jsou o nežádoucích účincích informovány i v příbalovém letáku, např. bolesti hlavy, poruchy trávení a napětí v prsou, se mohou objevit bez ohledu na užívání hormonů. Pokud se klientka rozhodne pro hormonální substituční terapii, začíná lékař nejprve léčbou tabletami, ale bohužel tato metoda nevyhovuje všem. Dále může vyzkoušet hormonální náplasti, implantát, hormonální globule nebo krémy, které se aplikují klientkám, které mají především postižen močopohlavní trakt. Klientky, které trpí vedlejšími účinky progestinů, což mohou být změny nálad, reagují velmi dobře na progesteron podávaný v čípkách (15, 44).

Klientka v menopauze musí také podstoupit řadu dalších vyšetření mezi, které patří oční vyšetření, vyšetření krve (hladiny pohlavních hormonů a funkce štítné žlázy), mamografií, měření krevního tlaku, vyšetření hladiny cholesterolu v krvi, analýza moči u diabetu, cervikální nátěr, vyšetření kostní hustoty, elektrokardiogram a další (44).

Starší klientky se setkávají s příznaky inkontinence obvykle po menopauze a to jako důsledek úbytku ženských pohlavních hormonů, které mají mimo jiné vliv na dostatek kolagenních a elastických vláken v podkoží. Jejich nedostatek má za následek ztenčování kůže a sliznic rovněž i v urogenitálním traktu, který může vést právě k potížím s udržením moči. Klientka, která trpí močovou inkontinencí, není postižena jen tímto onemocněním, ale i jeho sociálními důsledky. I když inkontinence má vliv na každodenní život ženy, je zvláštní, že interval od objevení se prvních příznaků např. pomočení, do doby, kdy se pacientka objevuje v ordinaci lékaře s inkontinencí je řádově dlouhý i několik let (23, 33).

Stresovou inkontinencí se nazývají případy, kdy dochází k náhlému úniku moči a to zejména při zátěži, při kašli a podobně. Ta vzniká v důsledku zvýšení nitrobřišního tlaku právě při výraznější fyzické námaze. U klientek je problémem oslabení svalů pánevního dna, které tuto vyšší námahu nedokážou eliminovat. Právě u tohoto typu inkontinence může ženám prospět posilování svalstva pánevního dna. Porodní asistentka ukáže klientkám cviky na posílení pánevního dna, poskytne jim informační materiál a doporučí jim správné pomůcky. Záleží však na individuálním stavu každé klientky, do jaké míry k ochabnutí svalstva došlo a také na dalších aspektech. Dále je možno využít elektrostimulace nebo farmakoterapie. Pokud by obtíže byly výrazné, nabízí se jako řešení chirurgické zpevnění pánevního dna. Druhým typem úniku moči je urgentní inkontinence. Jedná se o případy nechtěných úniků moči, kterým předchází pocit nutkavé potřeby urychleně vyprázdnit močový měchýř. Tato forma inkontinence je velmi obtěžující a těžko se jí lze ubránit. Vyskytuje se například při infekci močových cest a při dalších chorobách. V některých případech zůstane její příčina neobjasněna. Velmi důležité je, aby ženy močovou inkontinencí nepodceňovaly a nerezignovaly nad ní. Pokud by klientkám nepomohly cviky při oslabení močového měchýře a při úniku moče (viz příloha 6) je nutné, aby navštívily speciální ambulanci, kde ženu vyšetří a navrhnou jinou léčbu (23, 33).

Osteoporóza (řídnutí kostí) je jedním z hlavních zdravotních problémů u klientek po menopauze. Po 50. roce věku dochází u klientek k demineralizaci kostry, tedy úbytku vápníku z kostní tkáně. Úbytek je způsoben snižující se hladinou ženských

pohlavních hormonů (estrogenů) následkem vyhasínající funkce vaječnicků. Důležitým předpokladem je včasná diagnostika osteoporózy. Osteoporóze lze předcházet, v prevenci je důležitá správná strava a cvičení. Při správné životosprávě pro zdravé kosti je důležité, aby klientka pamatovala na vyváženou dietu bohatou na vápník a vitamin D, zátěžová cvičení a zdravý životní styl bez kouření a konzumace alkoholu. Bez prevence a léčby vede často ke zlomeninám obvykle v oblasti páteře, zápěstí nebo kyčle. Od první zlomeniny se kvalita života začíná zhoršovat s příchodem chronických bolestí a zhoršenou pohyblivostí (3, 45).

Svědění zevních rodidel u starších žen je poměrně velmi časté a jejich návštěvy v ordinaci bývají opakované. Objasnění příčiny je však záležitostí poměrně složitou. Pokud je pokožka a sliznice suchá, může to znamenat, že trpí nedostatkem vody a nikoli tuku, což je u starších pacientů velmi časté. U žen nad 60 let bývá svědění způsobeno často, kromě cukrovky, nedostatečné hydratace i nedostatkem estrogenů, které způsobují atrofii kůže v důsledku stárnutí. Kůže je suchá, bledá, postrádá svoji elasticitu. Je nutné, aby porodní asistentka informovala klientky, že u mnohého zánětlivého původu je často třeba přeléčit i partnera (20).

Porodní asistentka dále edukuje klientky o pravidelných návštěvách v gynekologické ambulanci, dostatečné hydrataci a hygieně. Klientky, které čeká gynekologická operace, edukuje o předoperačním vyšetření i o průběhu pooperačního období. Porodní asistentka dále může klientkám ukázat průběh pooperačního období, kdy s klientkou nacvičí vstávání, ukáže vhodné cviky, ale také klientce zodpoví všechny její dotazy.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 : Zjistit, jaké možnosti mají porodní asistentky k edukaci.

Cíl 2 : Zjistit, u kterých klientek navštěvujících gynekologicko-porodnickou ambulanci převažuje edukace porodní asistentkou.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Porodní asistentky mají podmínky k edukaci.

Hypotéza 2: Edukace porodních asistentek je orientovaná na těhotné než na gynekologicky nemocné.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku (viz příloha č.7). Dotazníky byly rozeslány po telefonické domluvě pouze porodním asistentkám z vybraných gynekologických ambulancí z Jihočeského, Jihomoravského, Královehradeckého, Libereckého, Moravskoslezského, Pardubického, Plzeňského a Zlínského kraje, z Prahy a z Vysočiny.

Dotazník byl anonymní a tvořilo ho 24 otázek. Zastoupení měly otázky uzavřené, polootevřené, otevřené i filtrační. Výsledky z dotazníků byly vyhodnoceny formou grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily porodní asistentky, pracující ve vybraných gynekologických ambulancích (z Jihočeského, Jihomoravského, Královehradeckého, Libereckého, Moravskoslezského, Pardubického, Plzeňského a Zlínského kraje, z Prahy a z Vysočiny).

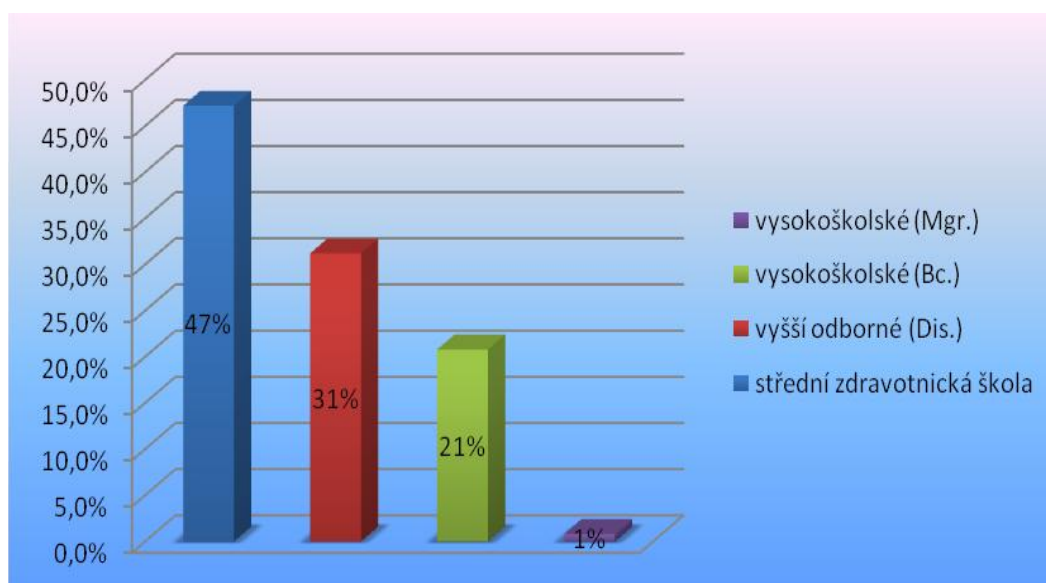
Celkem bylo rozesláno 140 dotazníků. Návratnost byla 128 dotazníků, což je 91 %. 3 dotazníky byly vyřazeny pro chybné vyplnění. K výzkumu bylo použito 125 dotazníků.

Výzkumné šetření probíhalo v měsících únor-březen 2011.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

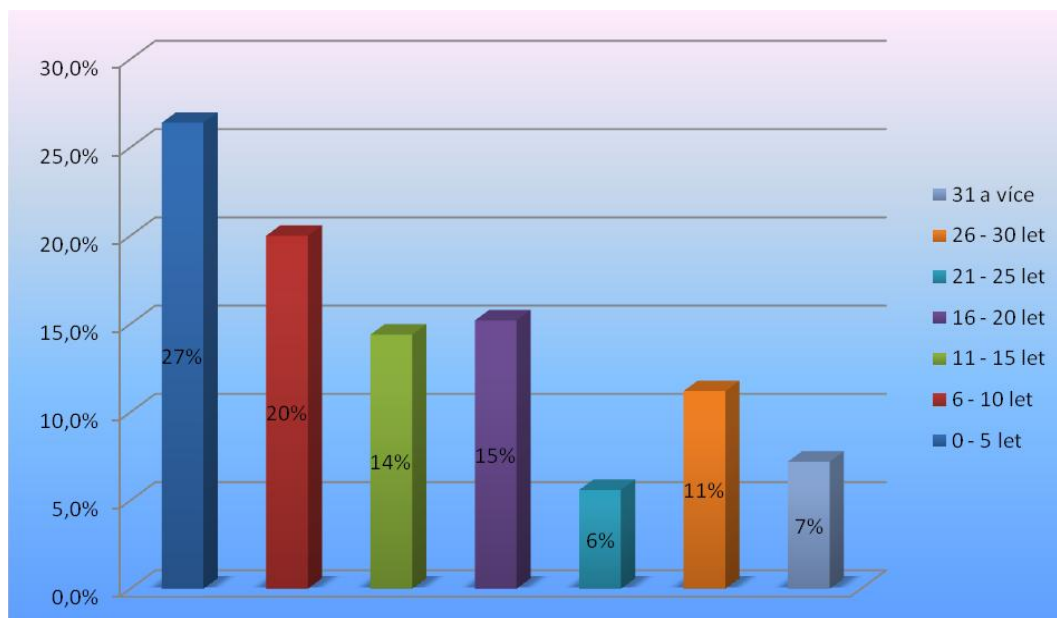
4.1 Analýza dotazníkového šetření s porodními asistentkami

Graf 1 Vzdělání respondentek



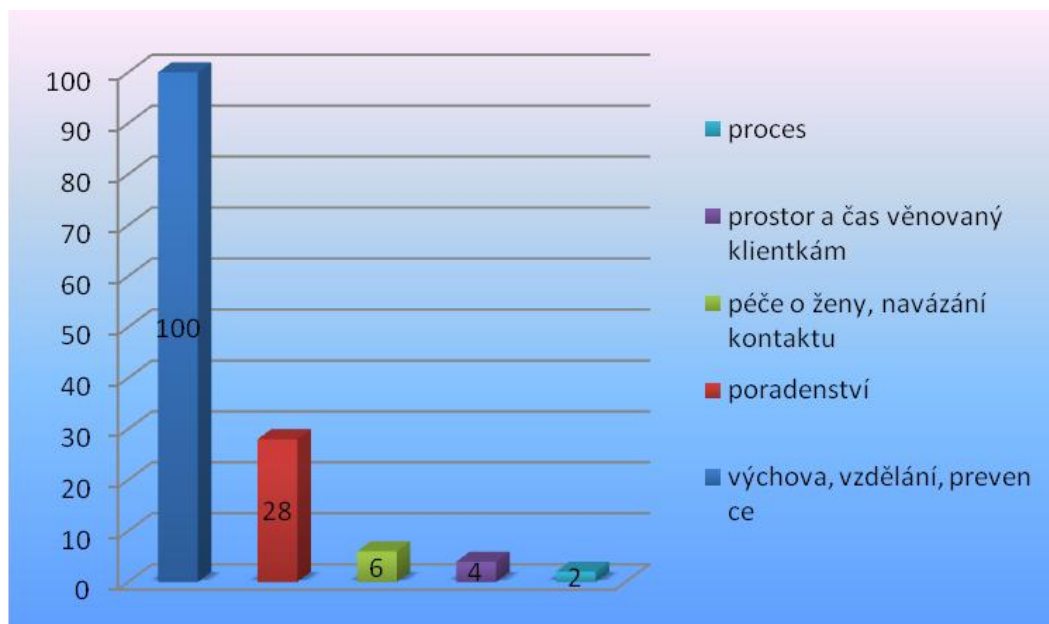
Z celkového počtu 125 respondentek (100%) má 59 respondentek (47 %) střední zdravotnickou školu, 39 respondentek (31 %) vyšší odborné vzdělání (Dis.), 26 respondentek (21 %) vysokoškolské vzdělání (Bc.) a 1 respondentka (1 %) má vysokoškolské vzdělání (Mgr.)

Graf 2 Délka praxe



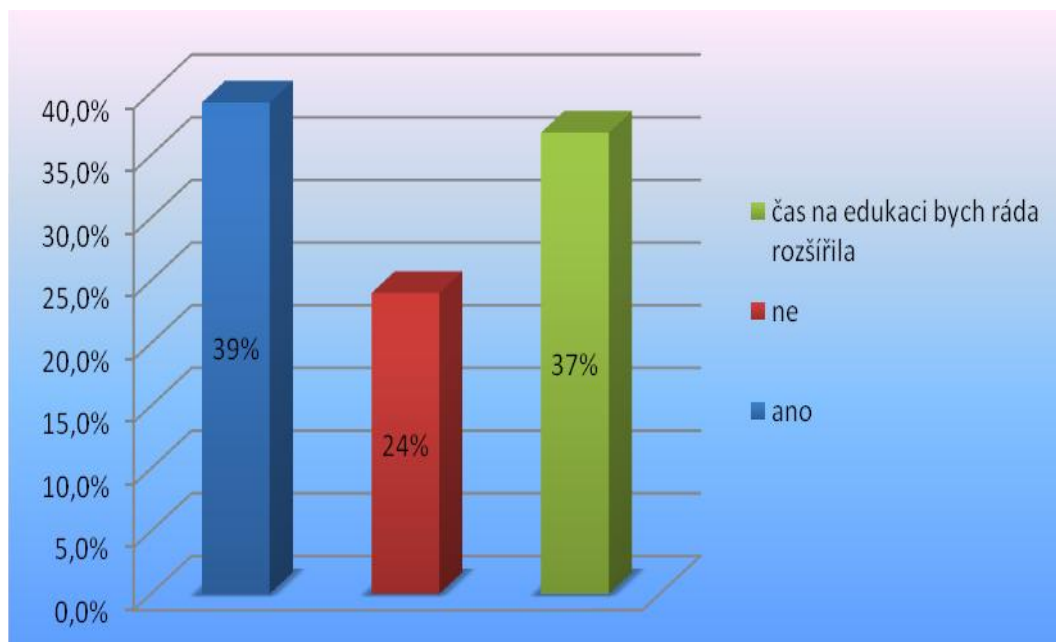
Graf 2 je zaměřen na délku praxe respondentek v oboru. Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) odpovědělo 33 respondentek (27 %) , že jejich praxe je 0 -5 let, 25 respondentek (20 %) uvedlo délku praxe 6 – 10 let, 19 respondentek (15 %) má praxi 16 – 20 let, 18 respondentek (14 %) má praxi 11 – 15 let, 14 respondentek (11 %) má praxi 26 – 30 let, 7 respondentek (6 %) má praxi 21- 25 let a praxi 31 a více let uvedlo 9 respondentek (7 %).

Graf 3 Znalost pojmu edukace



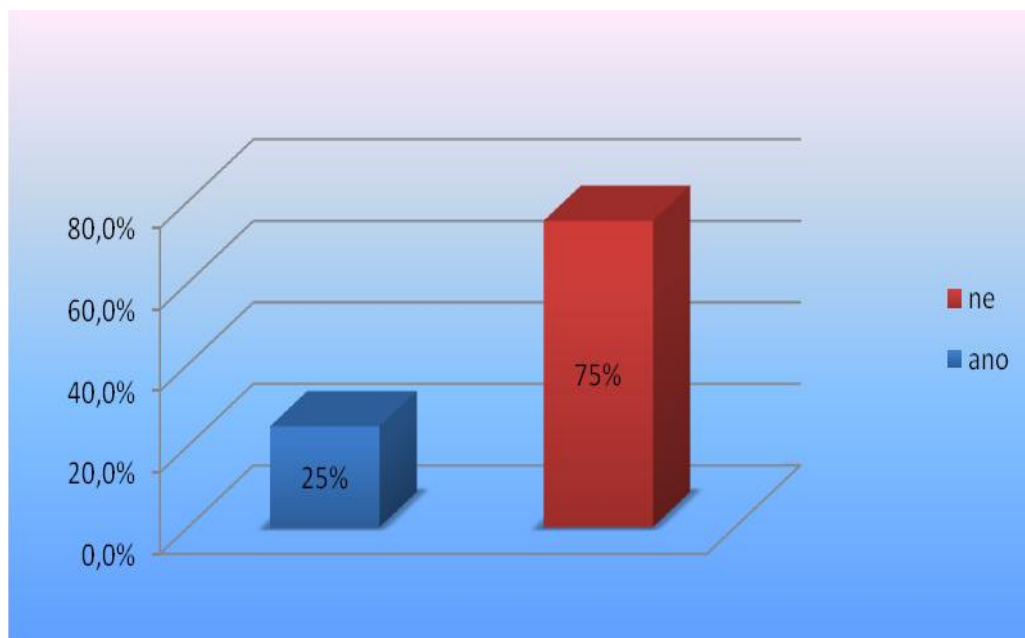
Graf znázorňuje četnosti odpovědí. 100 x byla uvedena výchova, vzdělávání a prevence, 28 x bylo uvedeno poradenství, 6x bylo uvedeno navázání kontaktu a péče o ženy, 4 x byl uveden prostor a čas věnovaný klientkám a 2x byl uveden proces.

Graf 4 Dostatek času na edukaci



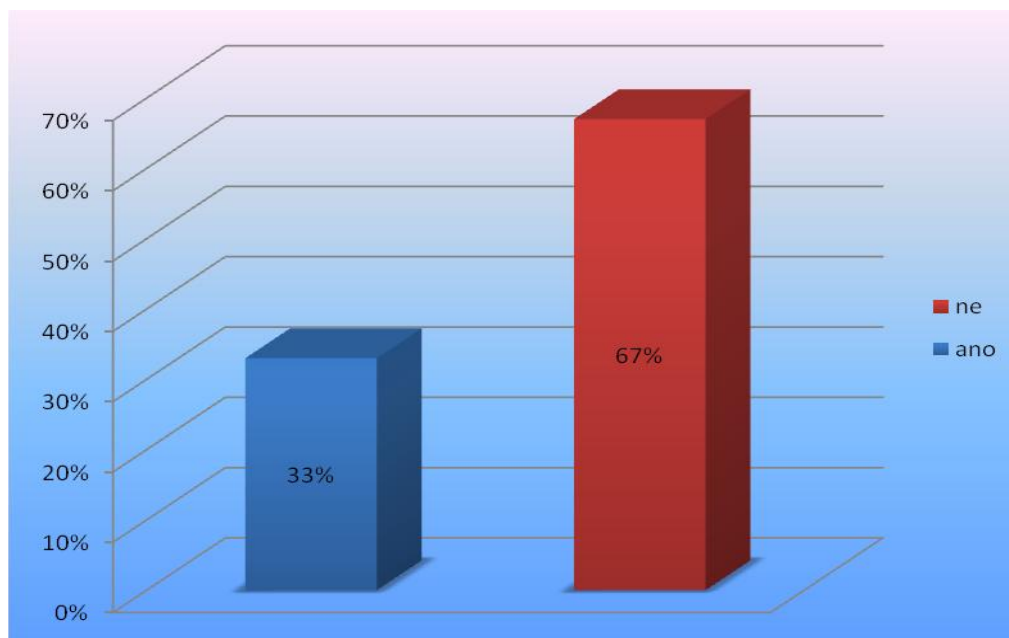
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) označilo 49 respondentek (39 %) možnost ano, 46 respondentek (37 %) by čas na edukaci rády rozšířily a 30 respondentek (24 %) označilo, že nemají dostatek času na edukaci.

Graf 5 Vyhrazené hodiny pro edukaci klientek



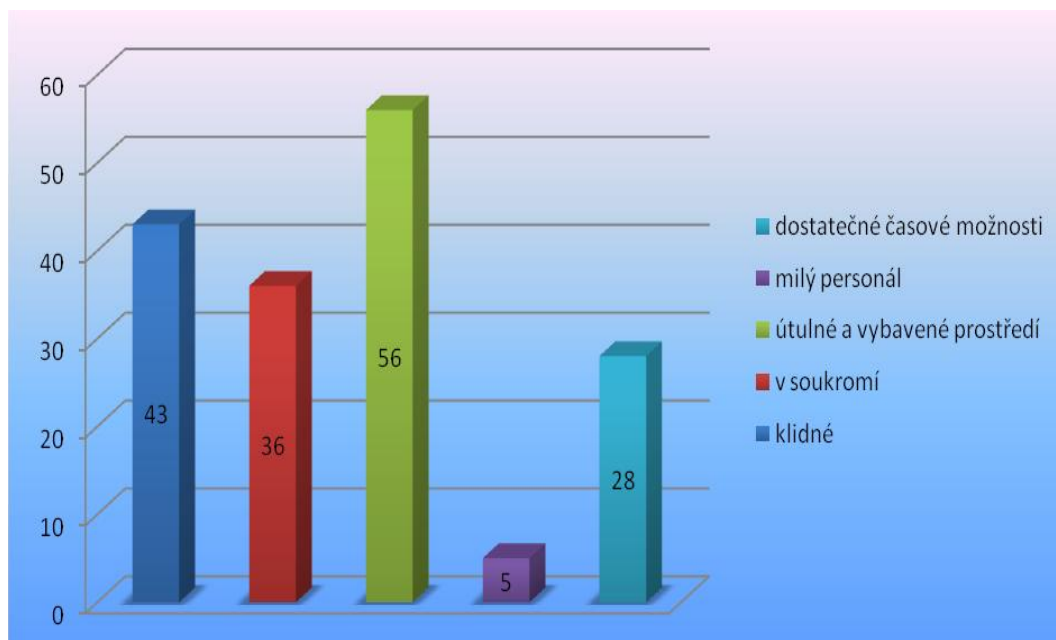
Z celkového počtu 125 respondentek (100%) odpovědělo, že mají vyhrazené hodiny k edukaci 31 respondentek (25 %). A vyhrazené hodiny k edukaci nemá 94 respondentek (75 %).

Graf 6 Požadavek vyhrazených hodin ze strany klientek



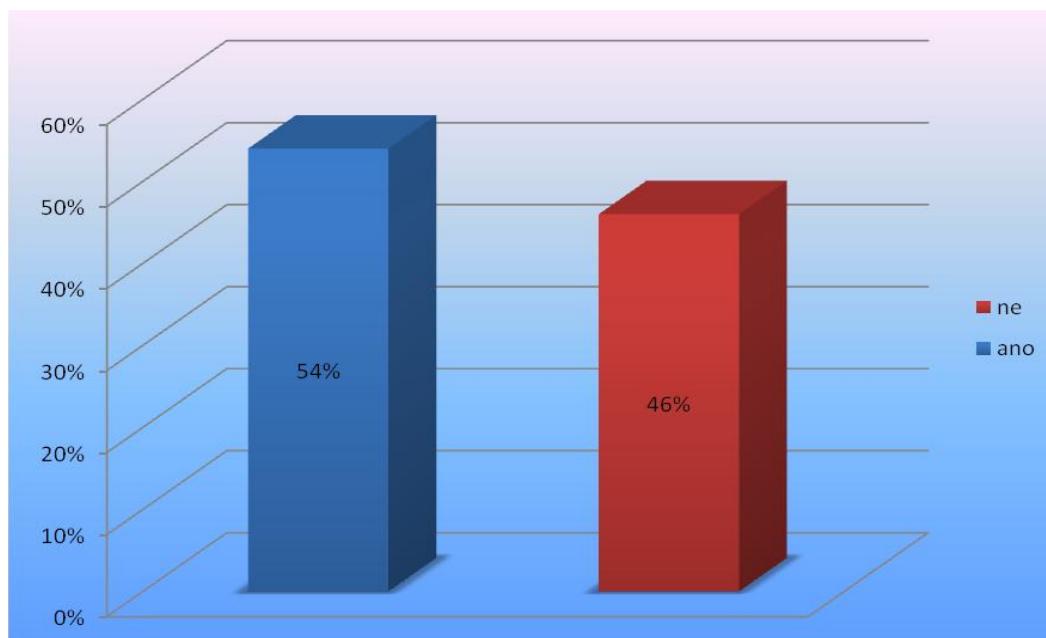
Z celkového počtu 94 respondentek (100%) odpovědělo, že klientky mají zájem o tyto hodiny 31 respondentek (33 %). A 63 respondentek (67 %) odpovědělo, že klientky tyto hodiny nevyžadují.

Graf 7 Představa správného edukačního prostředí



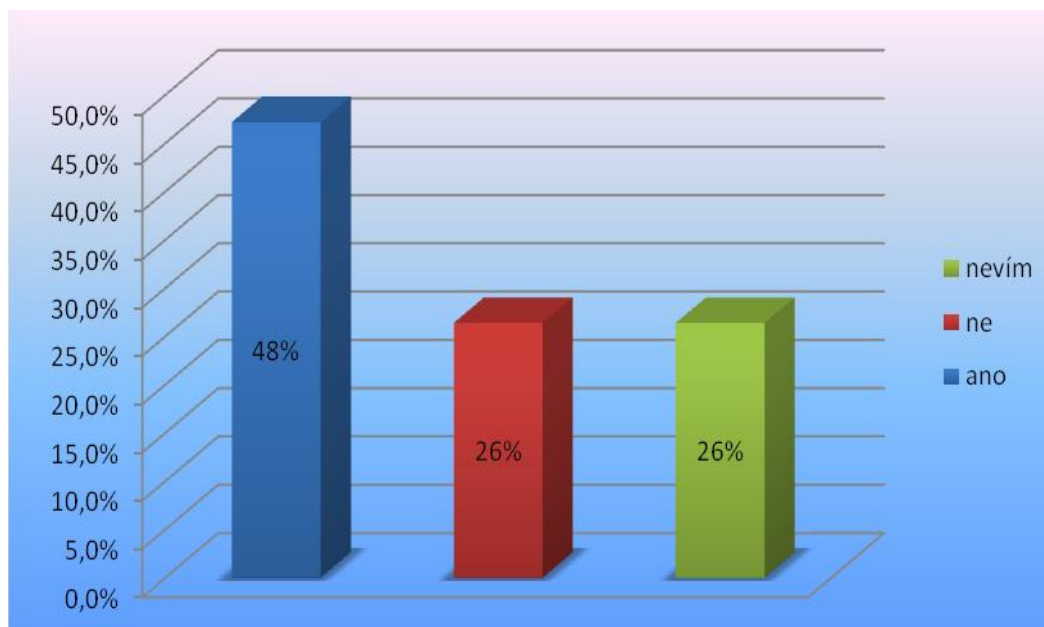
Graf znázorňuje četnosti odpovědí. 56 x bylo uvedeno, že edukační prostředí by mělo být útulné a vybavené. 43 x bylo uvedeno, že by mělo být především klidné, 36 x bylo uvedeno soukromí a 28 x uvedly respondenty časové možnosti a 5 x byl uveden milý personál.

Graf 8 Správné edukační prostředí



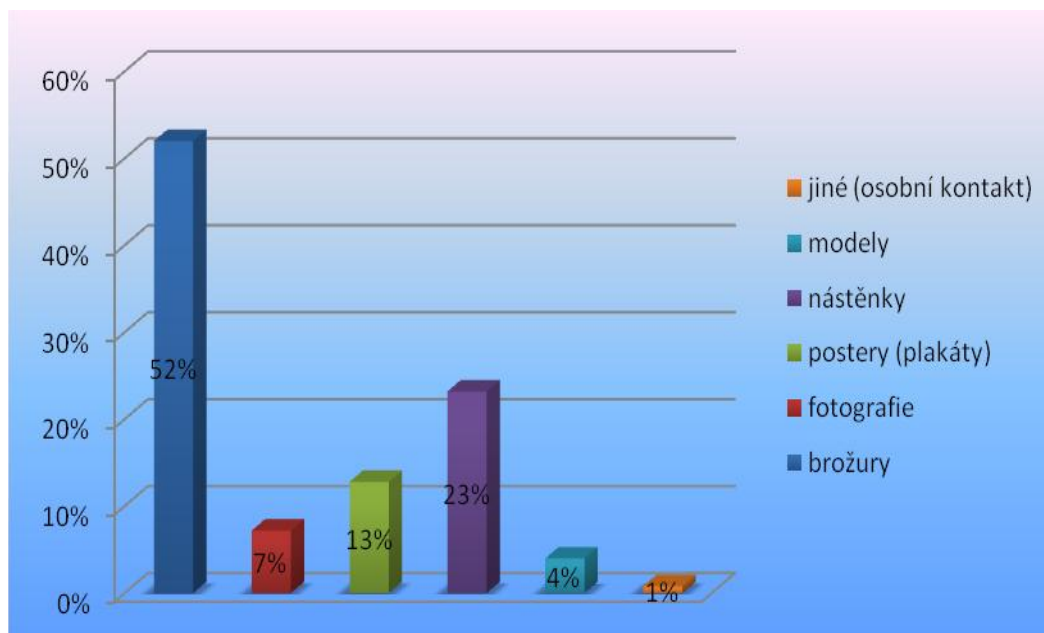
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) mělo zhodnotit, zda jejich pracoviště splňuje zásady správného edukačního prostředí. 68 respondentek (54 %) uvedlo, že jejich pracoviště splňuje zásady správného edukačního prostředí a 57 respondentek (46 %) označilo možnost ne.

Graf 9 Využití edukačního procesu k edukaci klientek



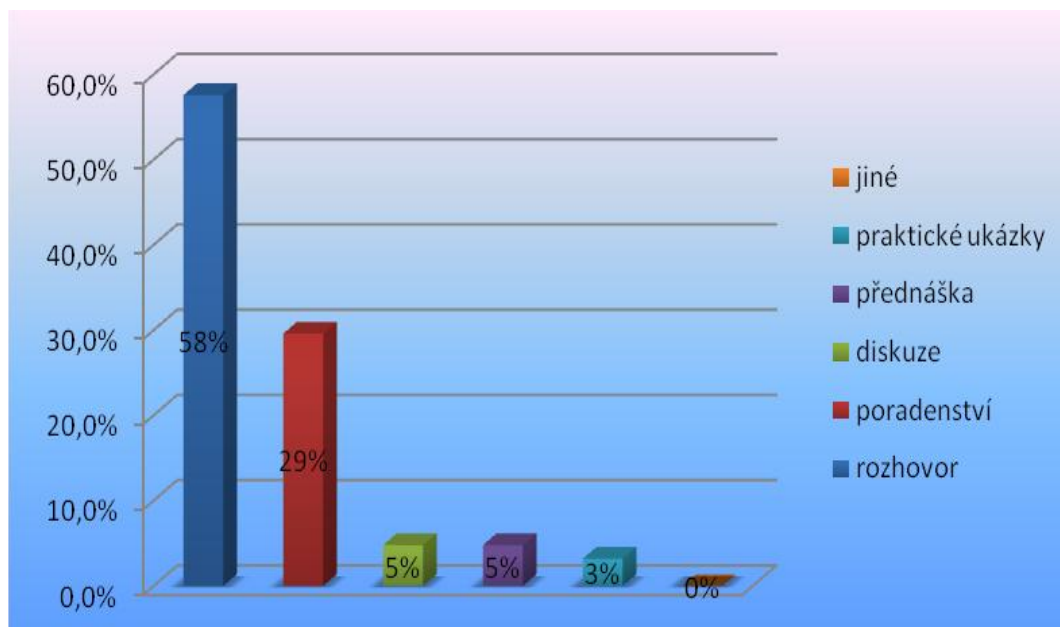
Z celkového počtu 125 respondentek (100%) využívá ve své práci edukační proces 59 respondentek (48 %). Edukační proces nevyužívá 33 respondentek (26 %) a 33 respondentek (26 %) neví, zda využívá edukační proces v edukaci.

Graf 10 Nejčastější pomůcky využívané při edukaci



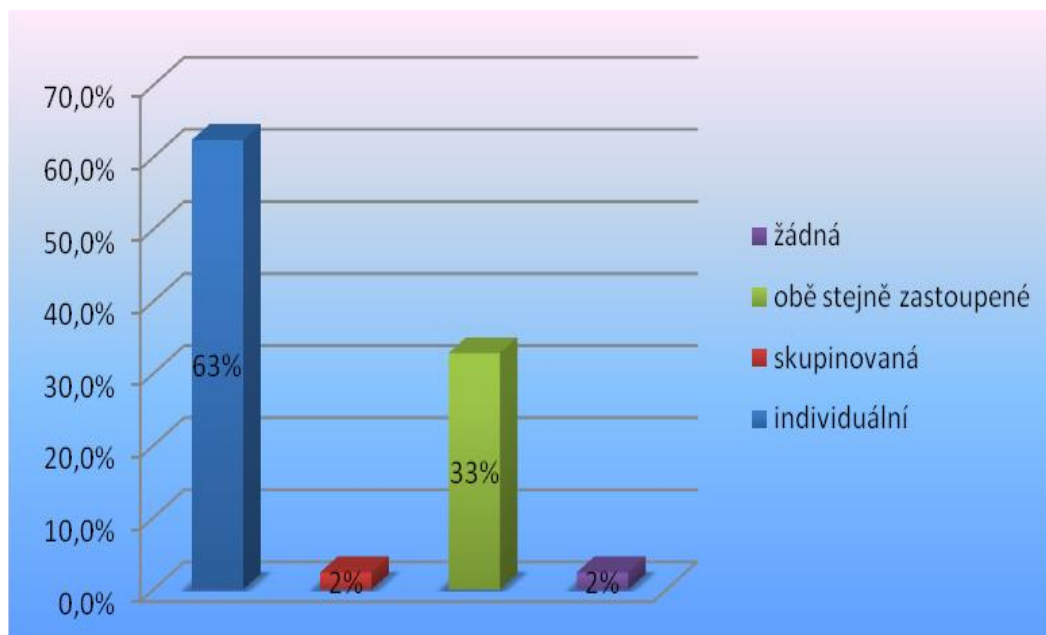
Jako nejčastější pomůcku v edukaci z celkového počtu 125 respondentek (100 %) zvolilo 65 respondentek (52 %) brožury, 29 respondentek (23 %) nástěnky, 16 respondentek (13 %) postery, 9 respondentek (7%) fotografie, 5 respondentek (4 %) modely a 1 respondentka (1 %) zvolila možnost jiné, do které zahrnuje osobní kontakt.

Graf 11 Nejčastější metoda



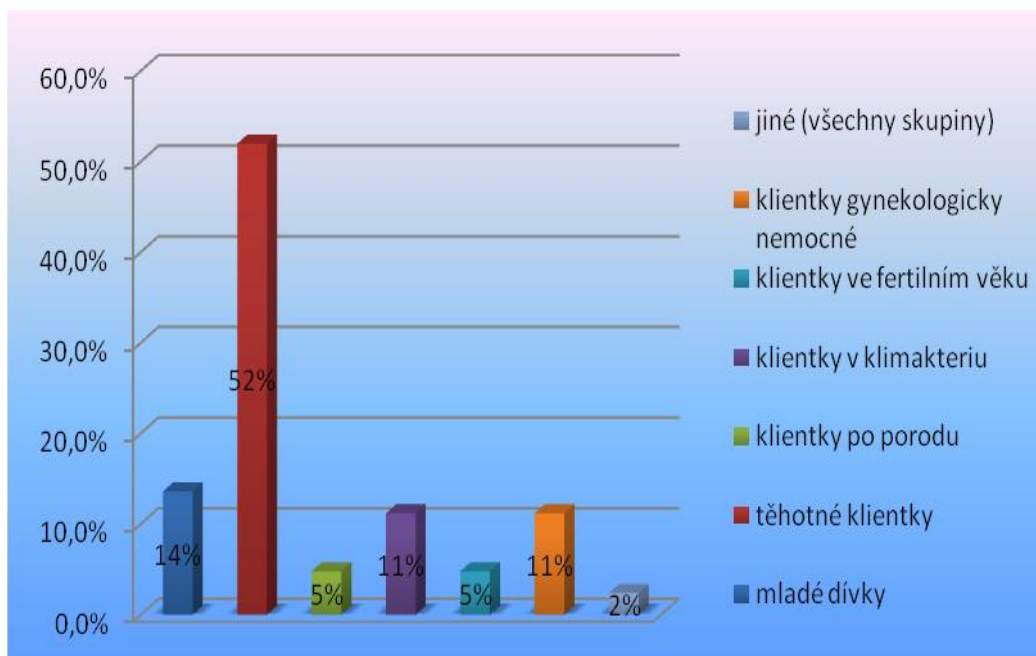
Jako nejčastější metodu používanou v edukaci klientek z celkového počtu 125 respondentek (100 %) zvolilo 72 respondentek (58 %) rozhovor, 37 respondentek (29 %) poradenství, 6 respondentek (5 %) uvedlo diskuzi, 6 respondentek (5 %) přednášku a 4 respondentky (3 %) zvolily praktickou ukázkou a možnost jiné nevolila žádná respondentka.

Graf 12 Formy převládající v edukaci



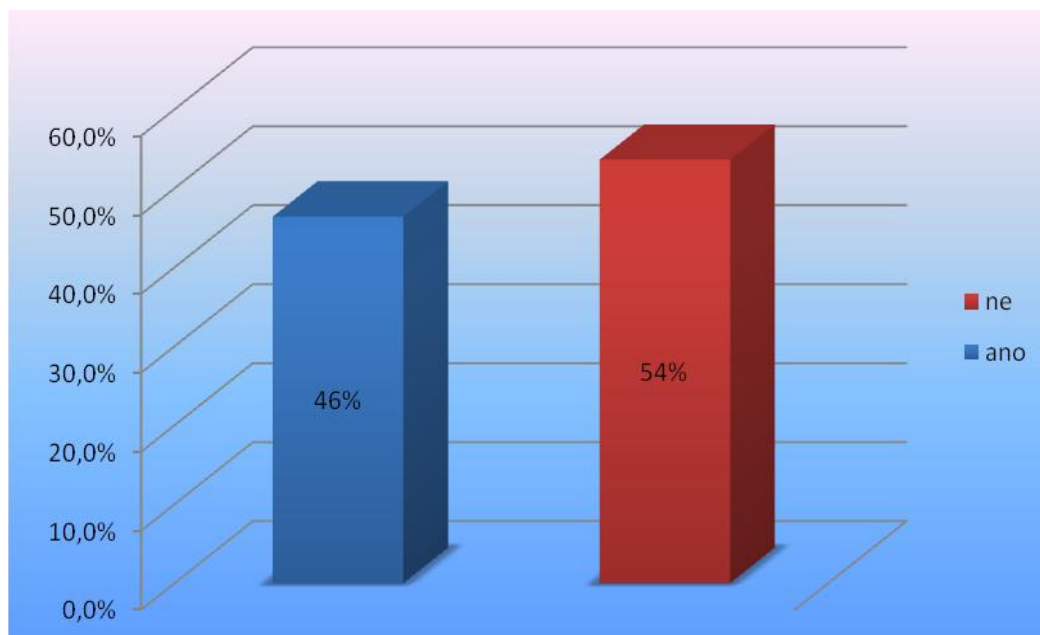
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) uvedlo 78 respondentek (63 %) individuální formu edukace jako převládající, 41 respondentek (33 %) uvedlo, že obě formy edukace jsou stejně zastoupené, 3 respondentky uvedly (2 %) převládající formu edukace skupinovou a 3 respondentky (2 %) označily, že žádná forma není převládající.

Graf 13 Nejčastěji edukovaná skupina klientek



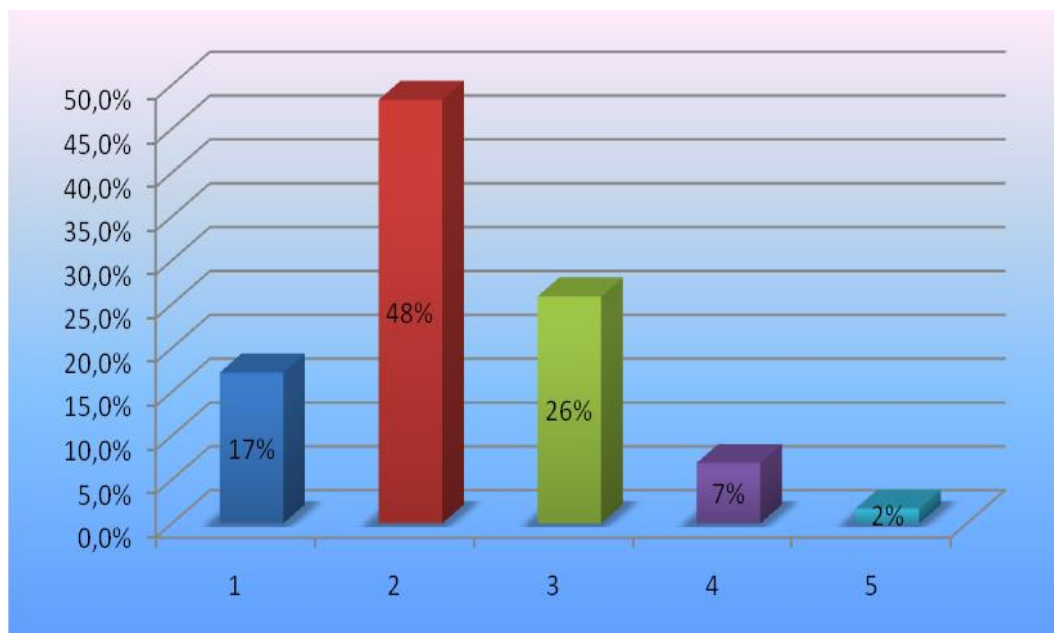
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) nejčastěji edukuje 65 respondentek (52 %) těhotné klientky, 17 respondentek (14 %) mladé dívky, 14 respondentek (11 %) klientky v klimakteriu, 14 respondentek (11 %) klientky gynekologicky nemocné, 6 respondentek (5 %) klientky po porodu, 6 respondentek (5 %) klientky ve fertilním věku a 3 respondentky (2 %) zvolily možnost jiné, do které zařadily všechny skupiny.

Graf 14 Tv s edukačním programem v čekárně



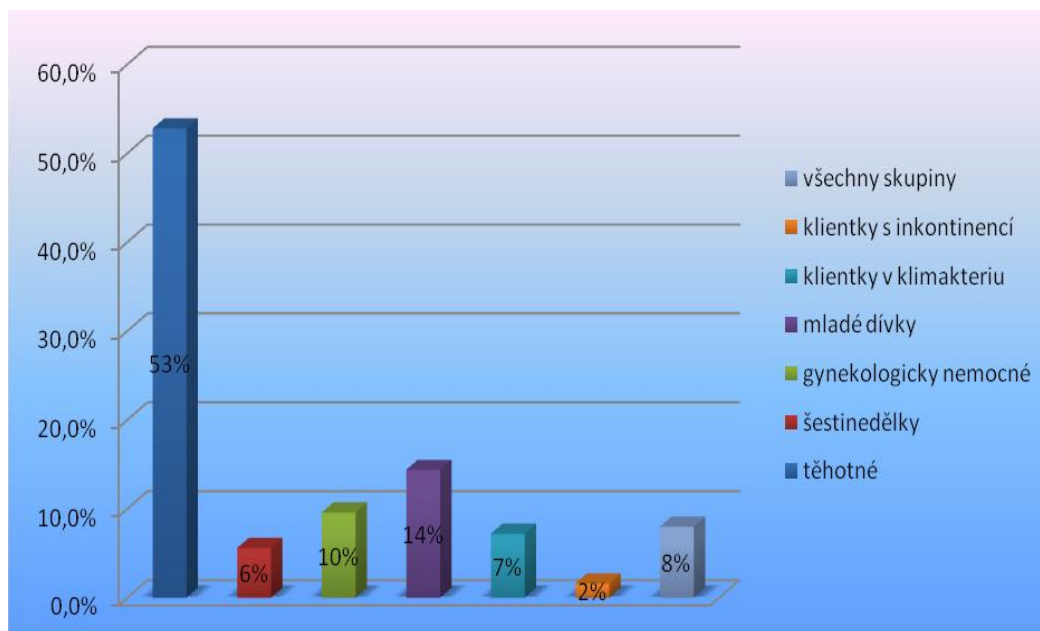
Graf 14 je zaměřen na televizi s edukačními programy v čekárně. Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) označilo 67 respondentek (54 %) ne a 58 respondentek (46 %) ano.

Graf 15 Účinnost televize s edukačními programy v čekárně



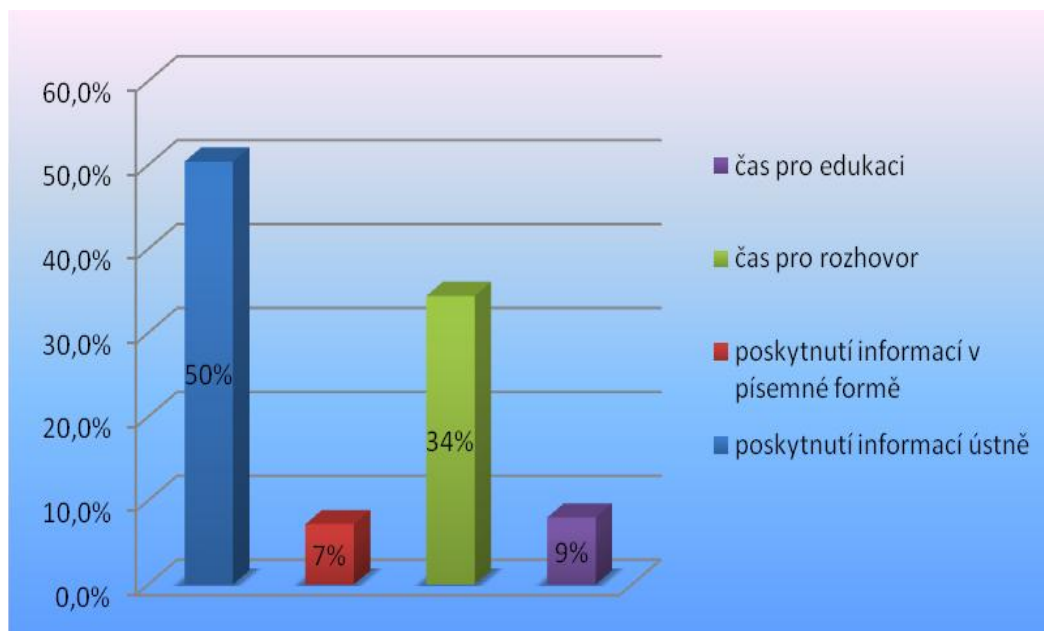
Graf 15 rozšiřuje graf 14, respondentky měly oznámkovat účinnost televize s edukačními programy v čekárně, kdy 1 znamená velmi účinná a 5 vůbec není účinná. Z celkového počtu 58 respondentek (100 %) ohodnotilo 28 respondentek (48 %) známkou 2, 15 respondentek (26 %) známkou 3, 10 respondentek (17 %) známkou 1, 4 respondentky (7 %) známkou 4 a 1 respondentka (2 %) známkou 5.

Graf 16 Klientky nejčastěji se obracejí pro rady



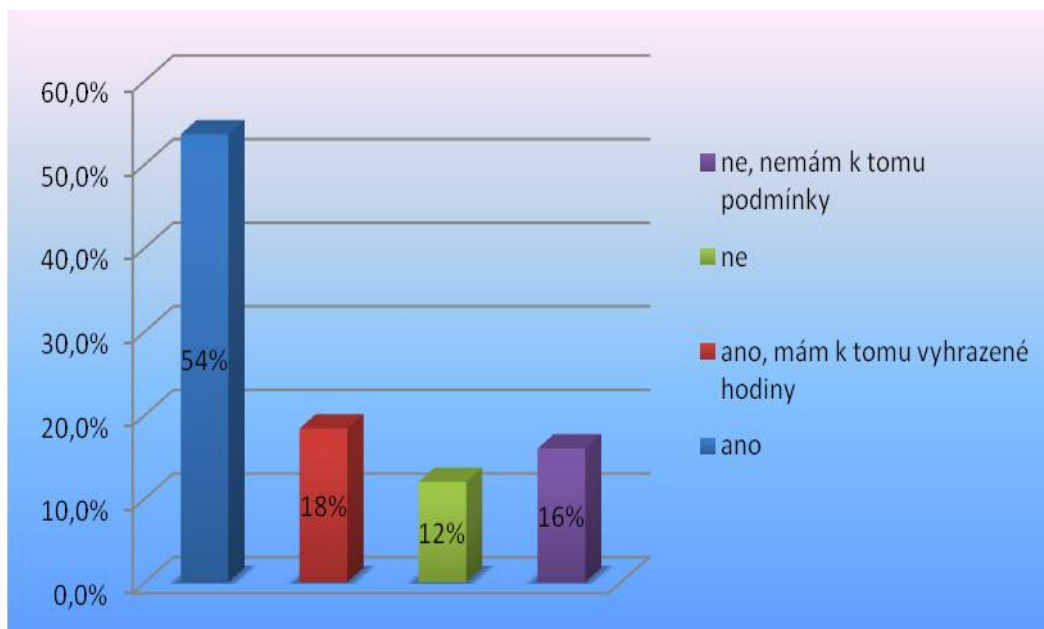
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) uvedlo 66 respondentek (53 %) těhotné klientky, 18 respondentek (14 %) mladé dívky, 12 respondentek (10 %) gynekologicky nemocné klientky, 10 respondentek (8 %) uvedlo všechny skupiny, 9 respondentek (7 %) klientky v klimakteriu, 7 respondentek (6 %) šestinedělky a klientky s inkontinencí uvedly 2 respondentky (2 %).

Graf 17 Nejčastější požadavek žen



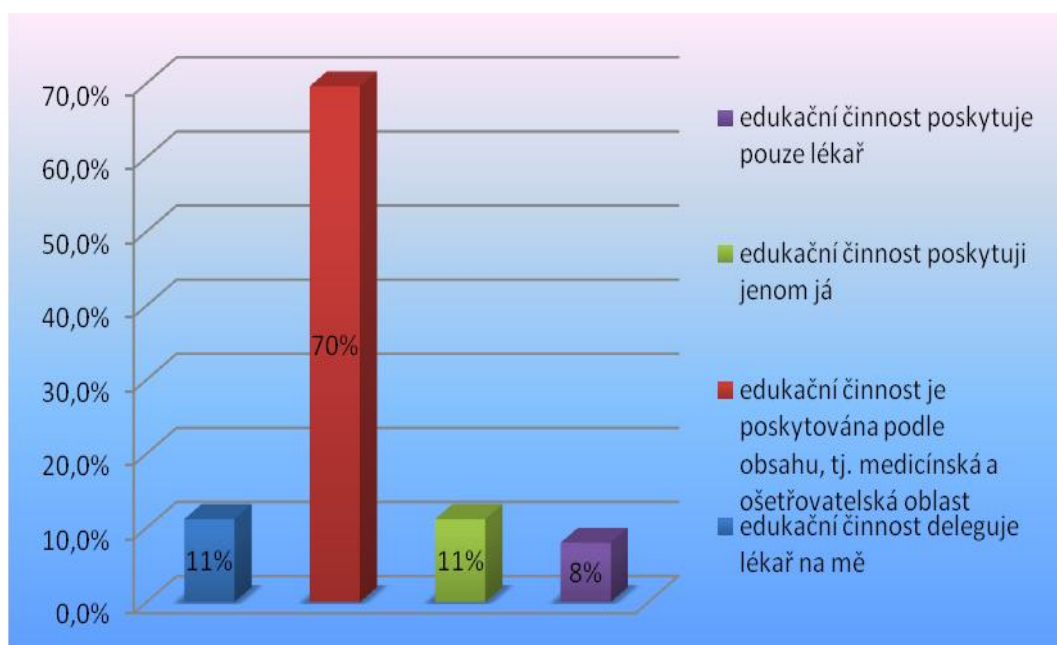
Graf 17 znázorňuje, jakou formou vyžadují nejčastěji klientky pro podávání informací. Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) zvolilo 63 respondentek (50 %) poskytnutí informací ústně, 43 respondentek (34 %) čas pro rozhovor, 10 respondentek (9 %) čas pro edukaci a 9 respondentek (7 %) poskytnutí informací v písemné formě.

Graf 18 Čas věnovaný problémům klientek



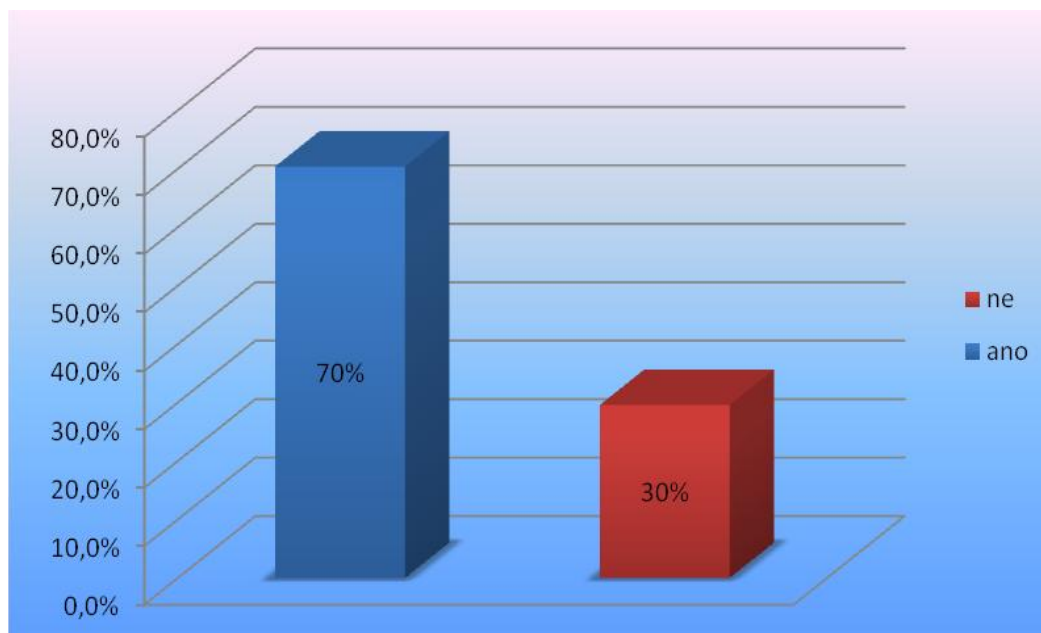
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) má čas věnovat se problémům klientek 67 respondentek (54 %), 23 respondentek (18 %) má vyhrazené hodiny pro problémy klientek. 20 respondentek (16 %) uvedlo, že nemají podmínky na to, aby se věnovaly problémům klientek a 15 respondentek (12 %) uvedlo, že se problémům klientek nevěnuje.

Graf 19 Systém edukační činnosti



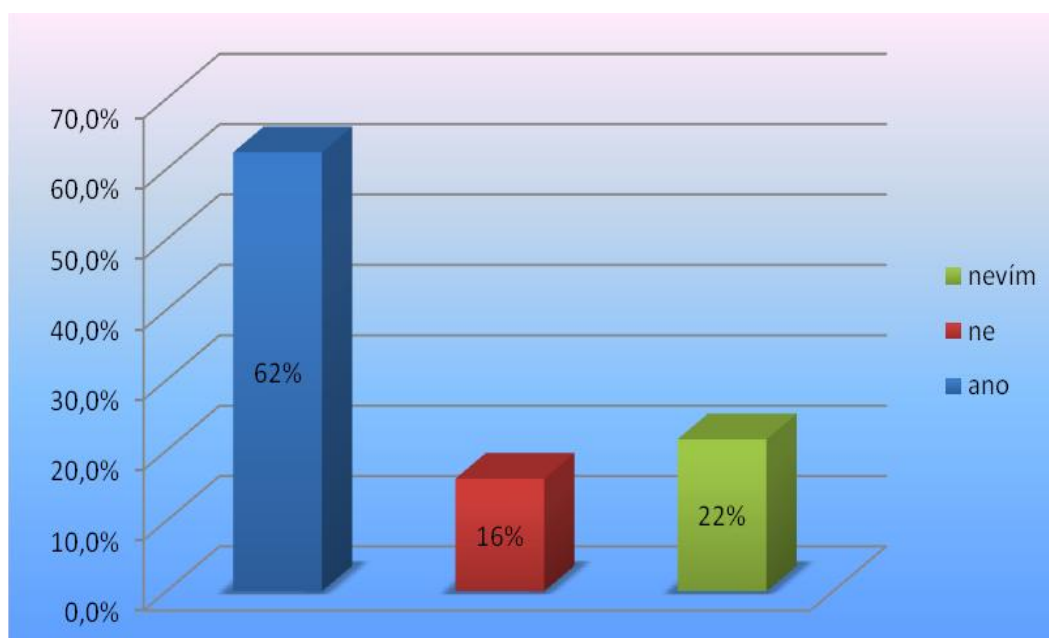
Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) odpovědělo 87 respondentek (70 %), že edukační činnost je poskytována podle obsahu (tj. medicínská a ošetrovatelská oblasť), 14 respondentek (11 %) uvedlo, že edukační činnost deleguje lékař na porodní asistentku. 14 respondentek (11 %) uvedlo, edukační činnost poskytují pouze ony a 10 respondentek (8 %) zvolilo možnost, edukační činnost poskytuje pouze lékař.

Graf 20 Edukace na vyžádání lékaře



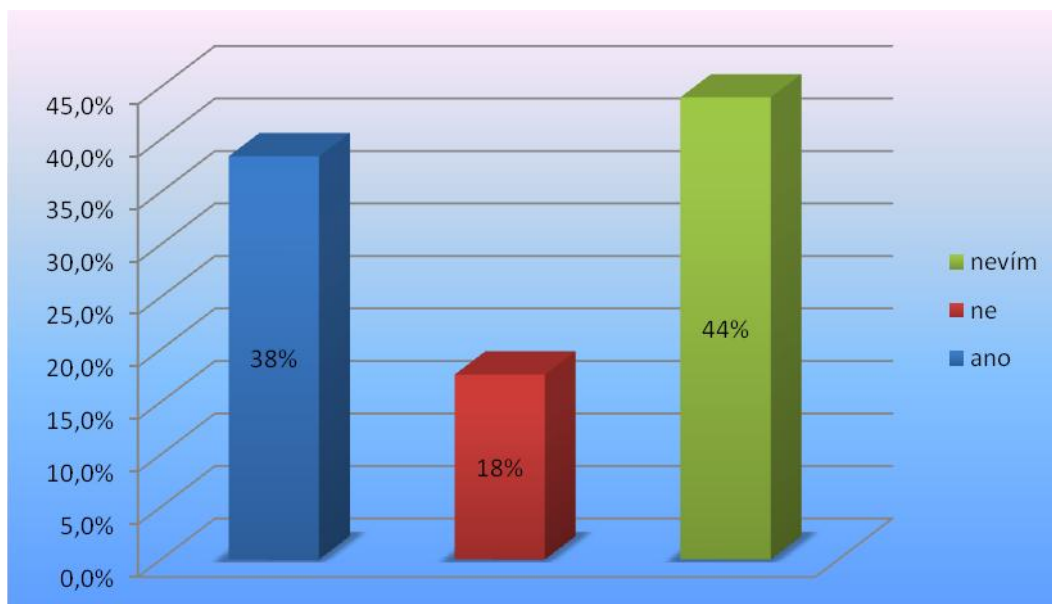
Graf 20 znázorňuje provádění edukace na žádost lékaře. Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) zvolilo 88 respondentek (70 %) možnost ano a 37 respondentek (30 %) ne.

Graf 21 Edukace jako nezávislá činnost porodní asistentky



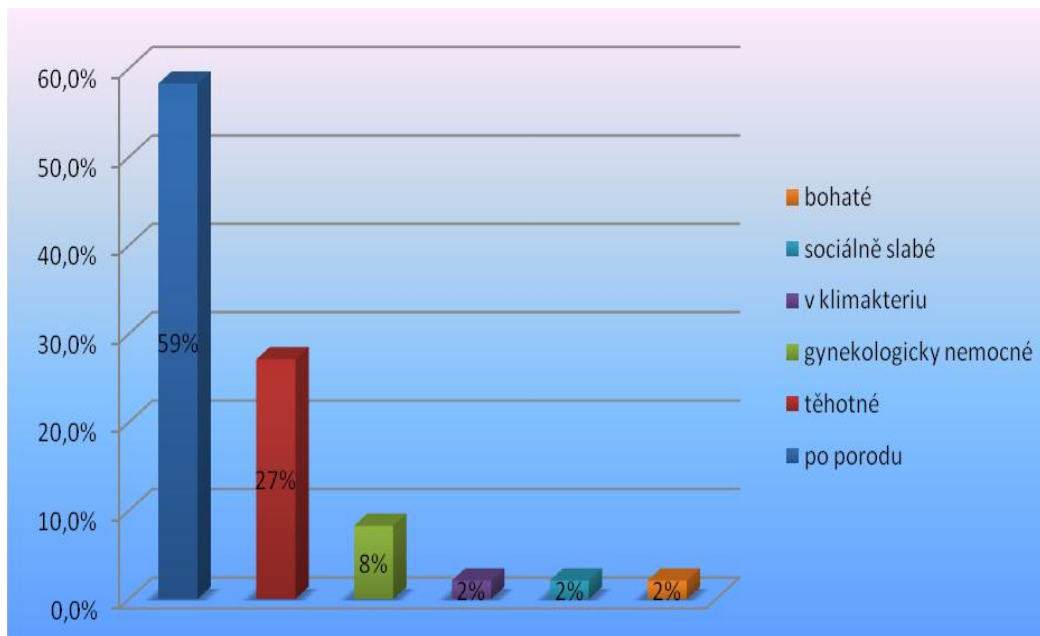
Na otázku zda lékař považuje edukaci porodní asistentkou, jako její nezávislou činnost zvolilo z celkového počtu 125 respondentek (100 %) zvolilo 78 respondentek (62 %) možnost ano, 27 respondentek (22 %) možnost nevím a 20 respondentek (16 %) ne.

Graf 22 Zájem o edukaci v domácím prostředí



Graf 22 znázorňuje zájem klientek o edukaci v domácím prostředí. Z celkového počtu 125 respondentek (100 %) označilo 55 respondentek (44 %) možnost nevím, 48 respondentek (38 %) označilo možnost ano a 22 respondentek (18 %) možnost ne.

Graf 23 Skupina klientek se zájmem o edukaci doma



Graf 23 navazuje na graf č. 22 a znázorňuje, jaká skupina klientek by měla zájem o edukaci doma. Z celkového počtu 48 respondentek (100 %) uvedlo 28 respondentek (59 %) šestinedělky, 13 respondentek (27 %) těhotné klientky, 4 respondentky (8 %) gynekologicky nemocné klientky, 1 respondentka (2 %) klientky v klimakteriu, 1 respondentka (2 %) sociálně slabé klientky a 1 respondentka (2%) uvedla, že by o edukaci v domácím prostředí měly klientky bohaté.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá edukací klientek porodní asistentkou v gynekologických ambulancích. Pojem edukace je definován různě, můžeme si jej vysvětlit jako výchovu a vzdělávání. Pro porodní asistentky je edukace nedílnou součástí jejich profese. Mezi důležité předpoklady k úspěšnému výchovnému působení patří především navázání kontaktu s klientkou, zájem o ni, získání klientky ke spolupráci, ale také vhodné vlastnosti klientky (24, 38, 51).

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké mají porodní asistentky možnosti k edukaci a u které skupiny klientek edukace v gynekologických ambulancích převažuje.

Výzkumným souborem byly porodní asistentky z vybraných gynekologických ambulančí z Jihočeského, Jihomoravského, Královohradeckého, Libereckého, Moravskoslezského, Pardubického, Plzeňského a Zlínského kraje, z Prahy a z Vysočiny. K výzkumnému šetření byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí techniky dotazníků.

Dotazníky byly rozeslány pouze porodním asistentkám. Rozeslání dotazníků předcházela telefonická domluva, kde bylo zjišťováno, zda dotazované pracují jako porodní asistentky. Z telefonátů, které byly absolvovány, jsme se mohli dozvědět, že ne všude pracují pouze porodní asistentky, ale i sestry všeobecné nebo sestry dětské. Některé udávaly, že ani nejsou sestry a mají pouze specializační kurz. Nejvíce 59 respondentek (47 %) má středoškolské vzdělání, 39 respondentek (31 %) má vyšší odborné (Dis.) vzdělání, 26 respondentek (21 %) má vysokoškolské (Bc.) vzdělání. Nejmenší skupinou v souboru je 1 respondentka (1%), která uvedla vysokoškolské (Mgr.) vzdělání (viz graf 1). Lze předpokládat, že respondentky se středoškolským vzděláním jsou starší porodní asistentky. Zde by bylo vhodné zjistit i věk respondentek, čímž by se mohlo potvrdit, že právě starší porodní asistentky mají středoškolské vzdělání.

Délka praxe respondentek je znázorněna v grafu 2, kdy převládá praxe mezi 0-5 lety, kterou uvedlo 33 respondentek (27 %), 25 respondentek (20 %) uvedlo 6-10 let, 19 respondentek (15 %) uvedlo délku praxe mezi 16-20 lety, 18 respondentek (14 %) uvedlo délku praxe mezi 11-15 lety, 14 respondentek (11%)

uvedlo délku praxe mezi 26-30 lety, 9 respondentek (7 %) uvedlo délku praxe 31 a více let, 7 respondentek (6 %) uvedlo délku praxe mezi 21-25 lety. Můžeme se domnívat, že v našem výzkumném šetření převládaly starší respondentky. Z vlastních zkušeností víme, že v ambulancích pracují spíše starší porodní asistentky. Pro porodní asistentky je délka praxe jistou výhodou, během dlouholeté praxe získávají mnoho zkušeností, které mohou předávat mladším kolegyním, ale především poskytují informace a cenné rady klientkám.

Dále jsme se ptali respondentek, co si představují pod pojmem edukace. Ne všechny respondentky odpověděly zcela správně (viz graf 3). Respondentky uváděly více odpovědí. 100 respondentek se shodlo na výchově, vzdělávání a prevenci. Poradenství uvedlo 28 respondentek a pouze 2 respondentky uvedly, že se jedná o proces. Po zpětném dohledání v dotaznících se jedná o respondentky s vysokoškolským (Bc.) vzděláním. Tyto respondentky si pod pojmem edukace představují proces, při kterém se snaží předat klientce informace a dovednosti, které právě potřebuje. Respondentky se svými odpověďmi shodují s Průchou, který definuje edukaci jako výchovu a vzdělávání, ale i jakoukoliv situaci, při které dochází k učení (42,47). Jedna respondentka si vysvětluje pojem edukace takto: „ *Je to souhrn znalostí vedoucí k větší informovanosti klientek o nemoci a její léčbě, k praktickému osvojení kontrol (samostatně prováděných) např. u diabetiček v těhotenství při měření na glukometru a zlepšení spolupráce se zdravotníky nebo využití profylaxe a cvičení těhotných v I. a II. době porodní .*“ Bohužel některé respondentky nedefinovaly pojem edukace zcela správně, z toho 6 respondentek si pod tímto názvem představuje navázání kontaktu a péči o žen a 4 respondentky se shodly na prostoru a času věnovaném klientkám. Tyto respondentky mohly do dotazníku uvést podrobnější představy. Myslíme si, že pouze samotné navázání kontaktu s klientkou nelze považovat za edukaci, k edukaci patří i tyto procesy, které respondentky zmiňovaly. K objasnění pojmu toto vysvětlení nestačilo.

Otázky č. 5, 6 a 7 jsou zaměřeny na dostatek času k edukaci a vyhrazení hodin k edukaci. Na otázku, zda mají respondentky dostatek času na edukaci klientek, odpovědělo 49 respondentek (39 %), že čas na edukaci klientek mají. Pro edukaci

klientek porodní asistentkou je důležitý i optimální čas, který by si měla porodní asistentka vyhradit (25). Čas věnovaný edukaci by rádo rozšířilo 46 respondentek (37 %). Bohužel čas na edukaci nemá 30 respondentek (24 %), což je znázorněno v grafu 4. Dále nás zajímalo, zda mají respondentky vyhrazené hodiny k edukaci klientek. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 94 respondentek (75 %) nemá vyhrazené hodiny a pouze 31 respondentek (25 %) tyto hodiny vyhrazené má (viz graf 5). Respondentky, které nemají dostatek času k edukaci, by měly najít vhodné řešení, jak tuto situaci vyřešit, protože edukační činnost v práci porodní asistentky je její nedílnou součástí. Každá porodní asistentka by se měla snažit udělat si na každou klientku čas a věnovat se jí. Je možné předpokládat, že někteří lékaři docházejí na klinické dny do nemocnice, a tak neordinují každý den. Porodní asistentka by mohla využít volného dne pro edukaci klientek. Klientky by tyto vyhrazené hodiny určitě přivítaly.

S touto otázkou souvisí další dotaz, zda se setkaly respondentky se zájmem o vyhrazení hodin k edukaci ze strany klientek. Z výzkumného šetření jsme se dozvěděli, že tyto hodiny požadovány nejsou, uvedlo 63 respondentek (67 %). Pouze 31 respondentek (33 %) uvedlo, že se setkaly s tím, že by klientky vyhrazené hodiny požadovaly (viz graf 6). Jedna z respondentek, která nemá vyhrazené hodiny pro edukaci, připsala do dotazníku, jak toto řeší. Respondentka odpovídá: „ *Máme velmi dobrou spolupráci s privátní porodní asistentkou, která vede kurzy předporodní přípravy, ale také se věnuje cvičení na posílení pánevního dna při lehké inkontinenci apod.* “ Myslíme si, že takovéto řešení by mohly přivítat klientky ve všech věkových kategoriích. Otázkou zůstává, zda by se klientky svěřily se svými problémy porodní asistentce, kterou neznají. Pro většinu klientek bývá jednodušší svěřit se svými problémy své porodní asistentce, na kterou jsou zvyklé a důvěřují jí.

Respondentky dále odpovídaly na otázku, jak si představují správné edukační prostředí. Edukačním prostředím nazýváme místo, ve kterém edukace probíhá. Edukační prostředí ovlivňují ergonomické podmínky, mezi které patří například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace (24). Správné edukační prostředí by mělo být příjemné, podobné domácímu, aby se klientky cítily dobře. Dále je důležité, aby bylo osvětlené, větratelné, vymalované příjemnými

teplými barvami, které nerozrušují. Na stěnách by měly být nástěnky s informačními letáky, plakáty, obrazy. Důležité je vybavení pomůckami, porodní asistentka by mohla mít vyhrazenou zvláštní místnost, ve které by se s klientkami věnovala praktickým nácvikům. V grafu 7 jsou znázorněny četnosti odpovědí respondentek. 56 x bylo uvedeno, že správné edukační prostředí má být útulné a vybavené dostatkem pomůcek k edukaci, klidné prostředí bylo zvoleno 43 x, dostatek soukromí 36 x, dostatečné milý personál 5 x a časové možnosti 28 x. Dostatek času je v edukaci velice důležitý, ale myslíme si, že samotně označené časové možnosti nelze považovat za edukační prostředí

Na otázku, jestli si respondentky myslí, že jejich pracoviště splňuje zásady správného edukačního prostředí, odpovědělo 68 respondentek (54 %), že jejich zařízení splňuje zásady správného edukačního prostředí. Zařízení, které nespĺňuje zásady správného edukačního prostředí, uvedlo 57 respondentek (46 %) (viz graf 8). Předpokládejme, že v mnoha případech jsou prostory tak malé, že je těžké zajistit vše pro to, aby zařízení splňovalo zásady správného edukačního prostředí.

Zda respondentky využívají edukační proces, je uvedeno v grafu 9. Edukační proces při své práci využívá 59 respondentek (48 %), 33 respondentek (26 %) uvedlo, že edukační proces nevyužívá, bohužel stejný počet 33 respondentek (26 %) označilo možnost, že neví, zda edukační proces využívají. Dle Průchy je edukační proces „jakákoliv činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) a nějaký subjekt se učí (38, s.75)“.

V grafu 10 hodnotily respondentky nejčastější pomůcku využívanou k edukaci. Edukační pomůcky slouží k dokonalejšímu osvojení a pochopení učiva, ale také dokonale pomáhají přiblížit jakýkoliv jev a předmět (23). Jako nejčastější pomůcku zvolilo 65 respondentek (52 %) brožuru, 29 respondentek (23 %) uvedlo nástěnky. Plakáty (postery) uvedlo 16 respondentek (13 %), fotografie uvedlo 9 respondentek (7 %), 5 respondentek (4 %) uvedlo modely a 1 respondentka (1 %) zvolila možnost jiné, kam uvedly osobní kontakt. Předpokládáme, že většina respondentek zvolila brožury, protože těch mají nejvíce a jsou klientkám k dispozici i v čekárnách. Nástěnky jsou také účinná metoda, kterou volí porodní asistentky k edukaci

klientek. Většinou bývají umístěny v ordinaci, ale i v čekárně, kde si mohou klientky krátit čekání prohlížením a čtením nástěnek, na kterých jsou právě edukační brožury, fotografie i plakáty. Dále z výzkumu vyplývá, že respondentky málo využívají edukační modely, především kvůli tomu, že nemají takové vybavení a vyhrazené prostory k praktickému nácviku.

Nejčastější metodu v edukaci klientek uvedlo 72 respondentek (58 %) rozhovor, poradenství uvedlo 37 respondentek (29 %), diskuzi uvedlo 6 respondentek (5 %), stejný počet 6 respondentek (5 %) uvedlo přednášku, praktickou ukázkou zvolilo 4 respondentky (3 %) (viz graf 11). Pod pojmem edukační metoda si můžeme představit cílevědomé a promyšlené působení porodní asistentky, která především aktivizuje klientky v jejich učení tak, aby byly cíle efektivněji naplněny (24). Porodní asistentka by měla vybírat vždy metodu přiměřenou věku a obtížím klientek. Zde se můžeme domnívat, že většina respondentek zvolila spíše rozhovor a poradenství, protože tyto dvě metody lze považovat za jednodušší. Lze také předpokládat, že respondentky volily méně diskuzi, přednášku a praktický nácvik z důvodu nedostatku času. V grafu 12 hodnotí respondentky převládající formu edukace. Nejvíce 78 respondentek (63 %) uvedlo, že v edukaci klientek převládá individuální forma edukace, 41 respondentek (33 %) uvedlo, že v edukaci klientek jsou stejně zastoupené formy individuální a skupinová. Skupinovou formu uvedly pouze 3 respondentky (2 %) a 3 respondentky (2 %) uvedly, že v jejich edukaci nepřevládá žádná forma edukace. Individuální formy se využívají především při práci s jednotlivcem nebo s malou skupinou klientek. Pod pojmem skupinová forma si představujeme dvě či více klientek, které spolupracují na řešení daného problému (46). Můžeme se domnívat, že u respondentek nepřevažovala skupinová forma z důvodu nedostatku místa, soukromí a nedostatečného času.

Zajímalo nás, zda mají respondentky v čekárně televizi s edukačními programy. 58 respondentek (46 %) uvedlo, že televizi v čekárně mají a 67 respondentek (54 %) televizi s edukačními programy nemají (viz graf 14). Dále respondentky hodnotily, jak je tato forma účinná. Respondentky ji měly označovat jako ve škole, kdy 1 = velmi účinná a 5 = vůbec není účinná. Známkou 2 ohodnotilo tuto edukaci 28 respondentek (48 %), známku 3 zvolilo 15 respondentek (26 %), známku 1 zvolilo 10 respondentek

(17 %), známku 4 zvolily 4 respondentky (7 %) a známku 5 zvolila 1 respondentka (2 %) (viz graf 15). I přes to, že tato forma není tolik využívána, můžeme předpokládat, že je pro klientky přínosná. Pokud jsou programy se zajímavými tématy, tak i touto metodou se mohou klientky vzdělávat získáváním nových informací.

Graf 17 znázorňuje formu poskytování informací klientkám. Poskytnutí informací ústně označilo 63 respondentek (50 %), čas pro rozhovor označilo 43 respondentek (34 %), čas pro edukaci označilo 10 respondentek (9 %) a 9 respondentek (7 %) označilo poskytnutí informací v písemné formě.

Lze předpokládat, že respondentky nejvíce označily poskytnutí informací ústně, což je pro ně nejjednodušší forma, která jim vyhovuje nejvíce. Stejně tak i rozhovor je pro klientky velmi přínosný a myslím si, že se právě rozhovor s poskytováním informací ústně a edukací velmi často prolínají. Někdy je však zapotřebí, aby porodní asistentka poskytla informaci i písemnou formou, aby klientka na důležité informace nezapomněla. Tento způsob edukace může porodní asistentce zabrat více času, ale klientka jí za to bude vděčná a na nic nezapomene.

Dále jsme se ptaly respondentek, jestli mají čas věnovat se problémům, které trápí jejich klientky (viz graf 18). Problémům klientek se věnuje 67 respondentek (54 %). 23 respondentek (18 %) odpovědělo, že se problémům klientek věnují a mají k tomu vyhrazené hodiny. Bohužel se našly i respondentky, které nemají k řešení problémů klientek podmínky, 20 respondentek (16 %). 15 respondentek (12 %) uvedlo, že se problémům, které trápí klientky, nevěnují.

Myslíme si, že tyto respondentky by měly zkusit změnit stávající systém edukace a najít si pro každou klientku čas a věnovat se jí. Tím, že si porodní asistentka udělá čas na klientky, bude získávat jejich pozitivní ohlasy a tím bude odměna lepším pocitem ze své odvedené práce.

V otázce č. 20 odpovídaly respondentky, jak je nastaven systém edukační činnosti. U této otázky jsme předpokládali, že většina respondentek zvolí spíše, že edukační činnost je poskytována podle obsahu, tj. medicínská a ošetřovatelská. A toto se potvrdilo. Tuto možnost zvolilo 87 respondentek (70 %). Tento systém edukační činnosti vyhovuje jak lékařům, tak i porodním asistentkám. Bohužel se nevyužívá všude, někdy lékař deleguje

edukační činnost na porodní asistentku, tuto možnost uvedlo 14 respondentek (11%) a 14 respondentek (11 %) uvedlo, že edukační činnost poskytují pouze ony. 10 respondentek (8 %) uvedlo, že edukační činnost poskytuje pouze lékař (viz graf 19).

Můžeme se domnívat, že ve většině zařízení velmi dobře funguje systém, který je rozdělen na medicínskou a ošetrovatelskou oblast. Tento systém určitě vyhovuje i porodní asistentce i lékaři, kdy se každý zabývá svou částí edukace.

Na otázku, zda požaduje lékař po porodní asistentce, aby prováděla edukační činnost, odpovědělo 88 respondentek (70 %) kladně. Pouze 37 respondentek (30 %) uvedlo, že lékař nepožaduje, aby prováděly edukační činnost (viz graf 20). Myslíme si, že porodní asistentky, které pracují v gynekologických ambulancích, považují edukaci jako samozřejmou činnost, jež patří k jejich práci.

Dále nás zajímalo, zda lékař považuje edukaci za nezávislou činnost porodní asistentky. 62 % (78) respondentek uvedlo, že lékař považuje edukační činnost jako její nezávislou. 22 % (27) respondentek zvolilo možnost nevím a 16 % (20) respondentek uvedlo, že lékař nepovažuje edukační činnost jako její nezávislou (viz graf 21). Edukační činnost porodní asistentky je dána i ve vyhlášce č. 55/ 2011 Sb., kde jsou uvedeny i další kompetence porodní asistentky (49).

V otázkách číslo 14 a 17 jsme se ptali respondentek, jakou skupinu klientek nejčastěji edukují. Z výzkumného šetření vyplynulo, že skupinu těhotných klientek zvolilo 65 respondentek (52 %), 17 respondentek (14 %) nejčastěji edukuje mladé dívky. Klientky v klimakteriu uvedlo 14 respondentek (11 %), stejný počet 14 respondentek (11 %) uvedlo, že nejčastěji edukují klientky gynekologicky nemocné. Klientky po porodu uvedlo 6 respondentek (5 %), klientky ve fertilním věku uvedlo také 6 respondentek (5 %) a pouze 3 respondentky (2 %) zvolily možnost jiné, do které zahrnuly všechny klientky (viz graf 13). Myslíme si, že těhotenství je období, ve kterém jsou klientky přecitlivělé, proto je nutné velké porozumění ze strany porodní asistentky. Prvořadou úlohou porodní asistentky v průběhu těhotenství je být především rádkyní a poučovat ženu, jakými prostředky se udržovat v dobrém zdravotním stavu.

Jedna z respondentek, která do možnosti jiné uvedla všechny skupiny napsala :
„ Nepreferuji určitou skupinu klientek, protože v každé věkové kategorii potřebuje

člověk poradit. Když mohu a vím, tak poradím a pomohu, aby byly klientky spokojené a věděly si rady. Kdyby se stalo, že neznám nějakou odpověď, tak formou samostudia nastuduji dané téma a poté si domluví s klientkou schůzku, kde jí vše vysvětlím.“ Po zpětném dohledání v dotaznících má tato respondentka vyšší odborné vzdělání (Dis.) a v gynekologické ambulanci pracuje 12 let. Tento přístup se mi líbí a určitě ho oceňují i klientky.

Otázka č. 17 byla otevřená a respondentky měly uvést, jaká skupina klientek se na ně nejčastěji obrací pro radu. Nejvíce 66 respondentek (53 %) uvedlo těhotné klientky, mladé dívky uvedlo 18 respondentek (14 %), gynekologicky nemocné klientky uvedlo 12 respondentek (10 %), všechny skupiny uvedlo 10 respondentek (8 %), klientky v klimakteriu uvedlo 9 respondentek (7 %), šestinedělky uvedlo 7 respondentek (6 %), klientky s inkontinencí uvedly 2 respondentky (2 %) (viz graf 16).

Toto hodnocení dopadlo podobně jako u otázky č. 14, i zde převládá skupina těhotných klientek. Respondentky většinou odkazovaly na otázku č. 14. Některé respondentky uvedly, že edukují všechny skupiny klientek, protože do jejich ambulance přicházejí všechny věkové kategorie klientek a jednoznačně nemohou říci, která skupina převládá. U této otázky uvedly respondentky i klientky s inkontinencí, která v dnešní době trápí mnoho žen, některé se o tomto tématu mohou stydět mluvit, ale řešení inkontinence v začátečním stádiu je nejlepším řešením. Z výzkumného šetření bakalářské práce Němcové z roku 2011, která se zabývala kvalitou života ženy s inkontinencí vyplynulo, že jedna žena (7, 7%) se rozhodla svěřit lékaři po pěti letech. Po devíti letech se rozhodly dvě ženy (15, 4%), dvě ženy se zdráhaly o úniku moči hovořit deset let a jedna žena (7, 7 %) žila bez lékařské pomoci dvacet let (37). A právě těmto klientkám může být porodní asistentka velmi nápomocná, kdy jim vysvětlí a ukáže cviky při oslabení močového měchýře a úniku moče.

Dále jsme se ptali respondentek, zda si myslí, že by jejich klientky měly zájem o edukaci v domácím prostředí. 48 respondentek (38 %) odpovědělo, že by klientky měly zájem o edukaci v domácím prostředí. 22 respondentek (18 %) odpovědělo, že by klientky neměly zájem o edukaci doma a 55 respondentek (44 %) odpovědělo, že neví, jestli by měly klientky zájem o edukaci v domácím prostředí (viz graf 22).

Zajímalo nás, jaká skupina klientek by měla podle respondentek zájem o edukaci v domácím prostředí. Předpokládali jsme, že respondentky budou uvádět spíše klientky po porodu. Nejvíce 28 respondentek (59 %) uvedlo právě klientky po porodu, dále 13 respondentek (27 %) uvedlo těhotné klientky, gynekologicky nemocné klientky uvedly 4 respondentky (8 %), klientky v klimakteriu uvedla 1 respondentka (2 %), 1 respondentka (2 %) uvedla bohaté klientky a 1 respondentka (2 %) uvedlo sociálně slabé klientky (viz graf 23).

Můžeme se domnívat, že některým klientkám po porodu tato domácí péče schází a rády by ji přivítaly, ale na druhé straně jsou klientky, které by tuto péči porodní asistentky v domácím prostředí nechtěly. Myslíme si, že toto je hodně individuální a záleží na rozhodnutí každé klientky. Z výzkumného šetření Fiedlerové, která se zabývala péčí o ženu v šestinedělí z pohledu terénní porodní asistentky, z roku 2010 jsme zjistili, že není patrné, zda by ženy uvítaly pravidelnou pomoc terénní porodní asistentky doma. 50 (50 %) žen neví, jestli by pomoc uvítaly, 33 (33 %) žen odpovědělo ano a pouze 17 (17 %) žen by péči porodní asistentky nechtělo. Celkový soubor respondentek činil 100 (100%) (17). Dále by se porodní asistentka věnovala technice a podpoře kojení, péči o prsa, péči o hráz a především i o péči o novorozence. U klientek gynekologicky nemocných a po gynekologických operacích by porodní asistentka ukázala klientce péči o ránu a vysvětlila jí, jak bude probíhat období rekonvalescence.

Jedna respondentka odpovídá : „ *Já jsem zažila dobu, kdy bylo docházení k šestinedělkám samozřejmostí. I já jsem navštěvovala šestinedělky doma a z každé návštěvy jsme měla dobrý pocit. Myslím si, že tyto návštěvy byly přínosné a šestinedělkám pomohly a byly za tyto návštěvy nesmírně rády. Za tyto návštěvy byly především rády prvorodičky, které neměly žádné zkušenosti.* “

Celkem byly stanoveny 2 cíle. Cíl 1 zní : „ Zjistit jaké možnosti mají porodní asistentky k edukaci.“ Cíl 2 zní : „ Zjistit, u kterých klientek navštěvujících gynekologicko-porodnickou ambulanci převažuje edukace porodní asistentkou.“ Cíle byly splněny.

Hypotéza 1: „ Porodní asistentky mají podmínky pro edukaci klientek “, byla potvrzena.

Hypotéza 2 : „ Edukace porodních asistentek je orientovaná na těhotné než na gynekologicky nemocné “, byla potvrzena.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala edukací klientek porodní asistentkou v gynekologické ambulanci. Teoretická část je zaměřena především na edukaci klientek, které jsou rozděleny do skupin na mladé dívky, těhotné klientky, klientky po porodu, klientky ve fertilním věku, klientky v klimakteriu a starší klientky. Cílem práce bylo zjistit, jaké možnosti mají porodní asistentky k edukaci klientek a u kterých klientek převažuje edukace porodní asistentkou. Stanovené cíle byly splněny.

Ke zpracování dané problematiky a zjištění stanovených cílů byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Pro kvantitativní výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazování, technika dotazníků, které byly rozeslány porodním asistentkám z vybraných gynekologických ambulancí z Jihočeského, Jihomoravského, Královehradeckého, Libereckého, Moravskoslezského, Pardubického, Plzeňského a Zlínského kraje, z Prahy a z Vysočiny.

Na základě cílů byly stanoveny 2 hypotézy. První hypotéza: „ Porodní asistentky mají podmínky pro edukaci edukaci klientek “ byla potvrzena. Cíl byl splněn. Druhá hypotéza: „ Edukace porodních asistentek je orientovaná na těhotné než na gynekologicky nemocné “ byla potvrzena. Cíl byl též splněn.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro porodní asistentky pracující v gynekologických ambulancích, ale i studentky porodní asistence. Součástí práce je manuál pro porodní asistentky.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHÁMOVÁ, J. *Rakovina prsu*. 1.vyd. Praha: Triton,2000. 37 s. ISBN 80-7254- 136- 6.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 203s. ISBN 80-7013-288-4.
3. BROULÍK, P. *Osteoporóza u žen*. (online) (cit. 2011-22-01) . Dostupné z : <<http://galenus.cz/kostra-osteoporozazeny.php>>.
4. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 277 s. ISBN 80-7262- 094- 0.
5. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
6. ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce. *Moderní babictví*, Praha: Levret, 2004. č.3, 48-50 s. ISSN 1214-5572.
7. ČEPICKÝ, P. a kol. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
8. DANEŠ, J. Mamografie, diagnostika a screening rakoviny prsu. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2004. č.4. 60.s. ISSN 1214-5572.
9. DOLEŽAL, T. Kvadrivalentní vakcína proti lidskému papilomaviru. *Farmakoterapie*. 2006, č.2, 479-480.
10. DRIÁK, D. *Půvabná v těhotenství*. 1.vyd. Praha:Galén, 2004. 133 s. ISBN 80-7262-280-3.
11. DUŠEK, L. a kol. *Program kolorektálního screeningu v České republice (online) 2010 (cit. 2010-12-11)*. Dostupné z: <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost—kolorektalni-screenin—co-me-ceka--test-okultniho-krvaceni-do-stolice>>.
12. DVOŘÁČKOVÁ, B. *Co potřebuji vědět o významu prevence v onkologii*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002. 36.s.

13. FAIT, T. Konverzace v očkování proti HPV. *Postgraduální medicína*. Mladá fronta, 2008. 1, 82-91 s. ISSN 1212-4184.
14. FAIT, T. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf, 2006. 103 s. ISBN 80-7345-001-8.
15. FAIT, T. *Klimakterium a hormonální substituční terapie. Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2004. 3, 3-12 s. ISSN 1214-5572.
16. FIALOVÁ, Z. *Informovanost žen o prevenci vzniku karcinomu prsu. Bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 56 s. ZSF-ZS-DP-1403.
17. FIEDLEROVÁ, J. *Péče o ženu v šestinedělí z pohledu terénní porodní asistentky. Bakalářská práce*. České Budějovice; Jihočeská univerzita, 2009. 61 s. ZSF-ZS- 3751
18. FIFKOVÁ, H. a kol. *Sexuální výchova-vybraná témata*. 1.vyd. Praha: MŠMT. 2009. 80 s. ISBN 978- 80- 87000-29-8.
19. GAŠPÁRKOVÁ, V. *Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku. Bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 88.s. ZSF- ZS-DP-3524.
20. HANÁKOVÁ, T. *Gynekologická ordinace. (online) 2009 (cit. 2010-12-11). Dostupné z: <<http://www.hanakovagynekologie.cz/jednotliva-obdobi-v-zivote-zeny>>*.
21. HOŘEJŠÍ, J. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 132 s. ISBN 80-247-0553-2.
22. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
23. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 2.vyd. Praha: Grada,2004. 103 s. ISBN 80-247-0679-2.
24. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.
25. KLIMOVÁ, A. a kol. *Kojení dar pro život*. 2.vyd. Praha: Grada, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-490-8.

26. KLÍMOVÁ, D. *Informovanost matek o možnostech prevence rakoviny děložního čípku*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 85 s. ZSF-ZS-DP-2305.
27. KUBEROVÁ, P. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
28. LUBUŠKÝ, M. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*. (online). 2005 Dostupné z : <http://www.lubusky.com/ddp_1_zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologicke-tyhotenstvi.html>.
29. MACKŮ, F. a kol. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6.
30. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1.vyd.Praha: Vyšehradská, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
31. MIKULANDOVÁ, M. *Porod: Neudržení moči po porodu*. (online) 2007 (cit. 2011-22- 01).Dostupné z :<<http://www.babinet.cz/zobraz.php?4605>>.
32. MARAD, T. *Inkontinence moči*. (online) 2006 (cit. 2011-22-01). Dostupné z :<<http://www.ordinace.cz/clanek/inkontinence-moci/>>.
33. MARTAN, A. *Inkontinence moči u žen*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2006.83 s. ISBN 80-7345-094-1.
34. MARTINKOVÁ, K. *Holistický přístup v gynekologické ambulanci*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita,2002. 65.s. ZSF-ZS-DP-722.
35. MÁJEK, O. a kol. *Cervikální screening*. (online) 2010 (cit.2010-12-11). Dostupné z: < <http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-verejnost-gynekologicke-vysetreni>>.
36. MÜLLEROVÁ, J. *Problematika karcinomu čípku, zdravotně sociální dopady*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 121 s. ZSF-ZS-DP- 3032.
37. Němcová, A. *Kvalita ženy s inkontinencí*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2011. 76 s. ZSF-ZS-DP
38. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3.vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

39. PAŘÍZEK, A. a kol. *Hygiena a životospráva těhotných*. (online) 2010 (cit. 2010-12-11). Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/hygienicke-zasady-pri-priprave-potravin-tehotnou-zenu-0>>.
40. PIAZZOVÁ, A. *Informovanost populace o antikoncepci v Českých Budějovicích*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2003. 64 s. ZSF-ZS- DP-978.
41. *Preventivní programy pro pacienty*. (online) 2008 (cit. 2010-12-11). Dostupné z: <<http://www.mojemedicina.cz/prevence-a-screening-nadoru/preventivni-programy-pro-pacienty/>>.
42. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3.vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-736-047-X.
43. SKOVAJSOVÁ, M. *Mamografický screening*. (online) 2009 (cit. 2010-12-11). Dostupné z: < <http://mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>>.
44. STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2002. 96 s. ISBN 80-249-0032-7.
45. ŠTĚPÁN, J. *Osteoporóza*. (online) 2007 (cit. 2010-12-11). Dostupné z : <<http://vademezum-zdravi.cz/osteoporoz/>>.
46. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.
47. VRÁNOVÁ, V., EGGOVÁ, P. *Edukační činnost porodní asistentky*. Diagnostika v ošetrovatelství, 2010, roč.6. č.6, s. 20-21. ISSN 1801-1349.
48. VRBOVCOVÁ, A. *Asklepion-Klinika a institut estetické medicíny*. (online) 2007 (cit. 2010-12-11). Dostupné z : <<http://www.asklepion.cz/anews-asklepion-news/anews-2007-news/anews-2007-20-1/gynekologie-prevence.html>>.
49. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* (online). (cit. 2011-04-20). Dostupné z : < http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovicinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-znenivyhlasky-c-sb_4763_3.html >.

50. *Všeobecná zdravotní pojišťovna*. Samovyšetřování prsu-brožura.

51. www.helago-cz.cz

52. <http://www.tenacz.cz>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Antikoncepce

Edukace

Edukační proces

Klimakterium

Porodní asistentka

Prevence

Těhotenství

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Příloha 2 - Modely k navlékání kondomů

Příloha 3 - Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství

Příloha 4 - Samovyšetřování prsů

Příloha 5 - Modely k zavádění ženského kondomu

Příloha 6 - Doporučované cviky při oslabení močového měchýře a úniku moče

Příloha 7 - Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 8 – Manuál pro porodní asistentky v gynekologické ambulanci

Příloha 1 - Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

VYHLÁŠKA

ze dne 1. března 2011

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. e) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.:

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí

v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

Zdroj:

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (online). (cit. 2011-04-20). Dostupné z : < http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovicinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-znenivyhlasky-c-sb_4763_3.html>.

Příloha 2- Modely k navlékání kondomů



Zdroj:

www.helago-cz.cz

Příloha 3 – Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství

Následující přehled vymezuje nepodkročitelnou, tedy základní frekvenci a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Nebudou-li doporučený obsah a frekvence vyšetření realizovány, péče bude označena za non lege artis.

Abychom co nejlépe a nejpřesněji vymezili skupinu žen, kterým bude níže uvedená péče určena, rozdělíme všechny těhotné na tři základní skupiny podle možného rozsahu těhotenského rizika:

a) Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické a dispenzární prenatalní péče je poskytována:

do 36. týdne gravidity včetně v intervalu čtyř týdnů,
od 37. týdne do termínu porodu jedenkrát týdně.

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již od 36. týdne gravidity, nejpozději však v termínu porodu.

b) Těhotné se středním rizikem mají svoji anamnézu zatíženu rizikovým faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Objeví-li se ve sledování rizikových těhotných laboratorní výsledky mimo hranice fyziologie, musí být převedeny do třetí skupiny.

c) Těhotné s vysokým rizikem mohou (ale nemusejí) mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické. Frekvence návštěv je zcela individuální.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče rozdělujeme na:

- pravidelná (provádějí se při každé návštěvě gynekologa),
- nepravidelná (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

Komplexní prenatalní vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i změření zevních pánevních rozměrů těhotné a vystavení těhotenské průkazky.

Pravidelná vyšetření

- podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné,
- zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku,
- chemická analýza moči,
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre,
- od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření

16. týden:

- stanovení krevní skupiny + Rh faktoru,
- vyšetření titru erytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření HIV a HBsAg,
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- biochemický screening VVV ve druhém trimestru,
- vyšetření močového sedimentu střední porce moči.

18.–20. týden:

- první ultrazvukový screening plodu.

24.–28. týden:

- screening poruch glukózové tolerance (blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě).

30.–32. týden:

- vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- sérologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově,
- druhý ultrazvukový screening plodu.

36.–37. týden:

- detekce streptokoků skupiny B v pochvě.

36., 37., 38., 39. a 40. týden:

- kardiokografický non–stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech již je povinný).

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče o fyziologické těhotenství.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu – testování na HIV

V současné době je doporučeno sérologické vyšetření HIV ve 30.–32. týdnu gravidity. Rutinní testování těhotných žen na HIV je v České republice povinné ze zákona (zákon č. 258/2000 Sb., § 71 odst. 2, písmeno a) o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby – platí i o těhotných ženách). Vyšetření má provést lékař těhotenské poradny „při první návštěvě těhotné ženy této poradny a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství“ (Věstník MZ ČR 2003, částka 8, 2-13). Co nejčasnější detekování infekce a následná aplikace kombinace antiretrovirové léčby těhotné ženě výrazně ovlivní perinatální transmissi HIV. Doporučujeme proto přesunout sérologické vyšetření HIV + HBsAg mezi vyšetření na začátek gravidity, nejdéle do 16. týdne gravidity. Další vyšetření již neprovádět, výjimkou jsou pouze vysoce rizikové pacientky.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu pro screening hepatitidy B v těhotenství
Poznání HBsAg statutu matky je zásadní pro včasnou imunizaci novorozence, HBsAg pozitivita však nijak nemění management péče o těhotnou ženu. HBsAg pozitivita ženy nemá vliv na způsob a místo vedení porodu. Pro diagnostiku virové hepatitidy B podle doporučeného postupu stačí pozitivita HBsAg, jiné markery VHB není třeba v těhotenství vyšetřovat ani při HBsAg pozitivitě.

- Screening HBsAg se provádí v I. trimestru těhotenství, abychom znali statut i u eventuálního předčasného porodu.
- U těhotných žen, kterým v důsledku nedostatečné prenatální péče nebyl stanoven HBsAg v I. trimestru, se nabírá krev k vyšetření kdykoliv v těhotenství, u rodičky s neznámým HBsAg statutem vyšetřujeme HBsAg za porodu.
- U HBsAg pozitivních žen zjištěných v I. trimestru není nutný opakovaný odběr pro HBsAg ve III. trimestru, protože u více než 90 % žen přetrvává nosičství HBV po celou dobu gravidity.
- U HBsAg negativních žen provádíme opakování odběru ve III. trimestru jenom v případech s vysokým rizikem infekce v průběhu těhotenství (i.v. drogy, rizikové sexuální chování) nebo u žen s podezřením na expozici.

Depistáž syfilis

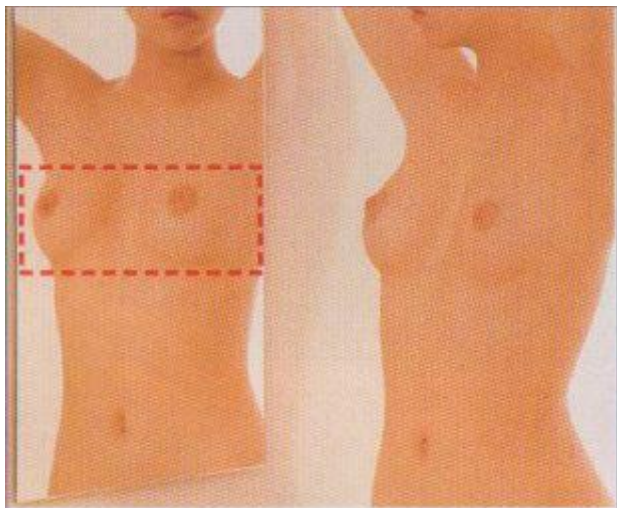
Vyhláška 195/2000 Sb., část I. – Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (je právně závazná): ...lékař dále provádí klinické a sérologické vyšetření na příjici s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u všech těhotných žen ve třetím a sedmém měsíci těhotenství, u pupečnickové krve každého novorozence, u každé ženy před provedením interrupce.

Zdroj:

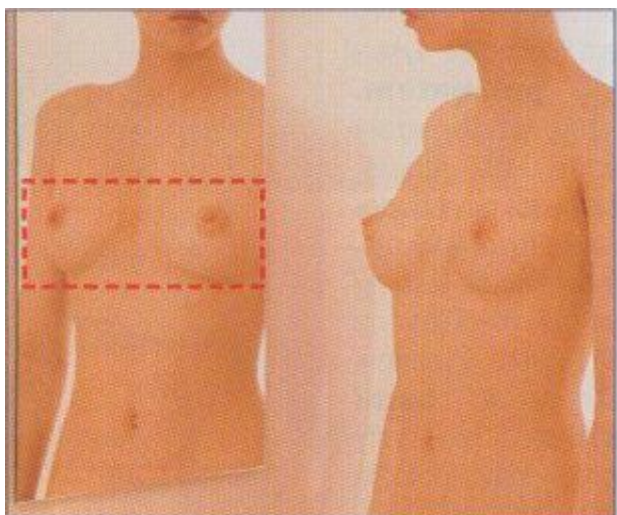
Ľubušký, M. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*. (online). 2005

Dostupné z : <http://www.lubusky.com/ddp_1_zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.html>.

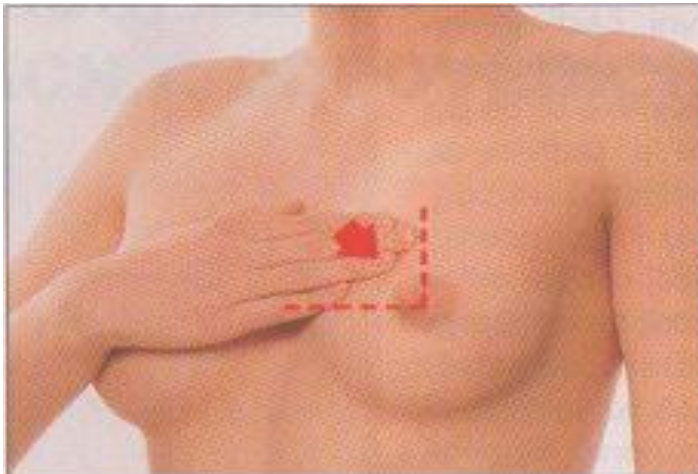
Příloha 4 – Samovyšetřování prsů



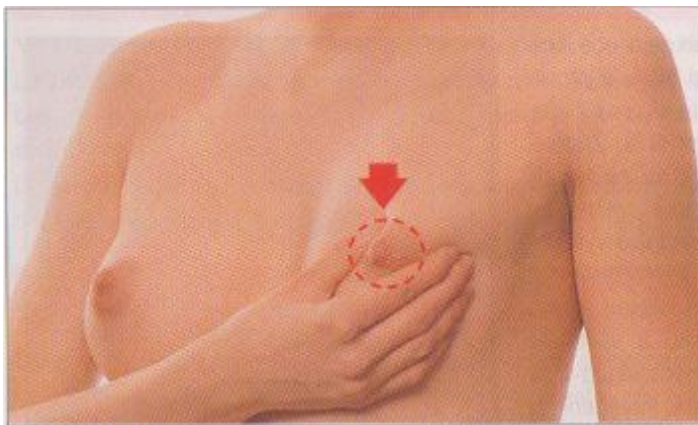
Vyšetření pohledem s rukama nad hlavou



Vyšetření pohledem s pažemi volně podél těla



Vyšetření horní vnitřní části prsu



Vyšetření okolí dvorců, dvorce a bradavky



Vyšetření dolní vnitřní části prsu



Vyšetření dolní zevní části prsu



Vyšetření horní zevní části prsu



Vyšetření podpaží

Zdroj:

Všeobecná zdravotní pojišťovna. Samovyšetřování prsu-brožura.

Příloha 5 – Modely k zavádění ženského kondomu



Zdroj:

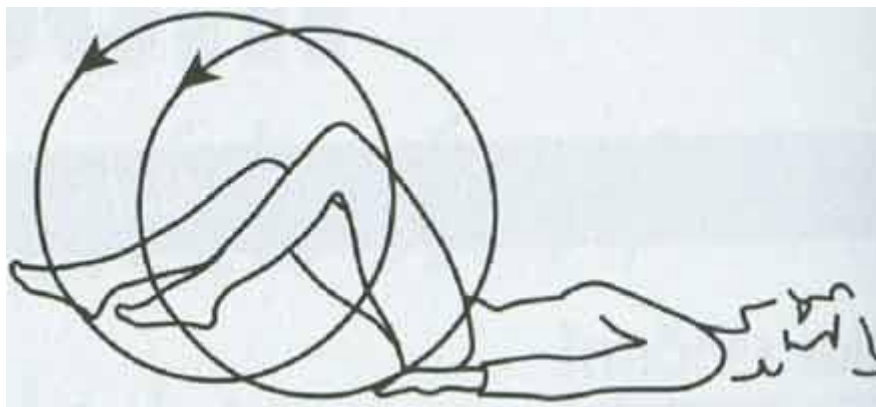
www.helago-cz.cz

Příloha 6 – Doporučované cviky při oslabení močového měchýře a úniku moče

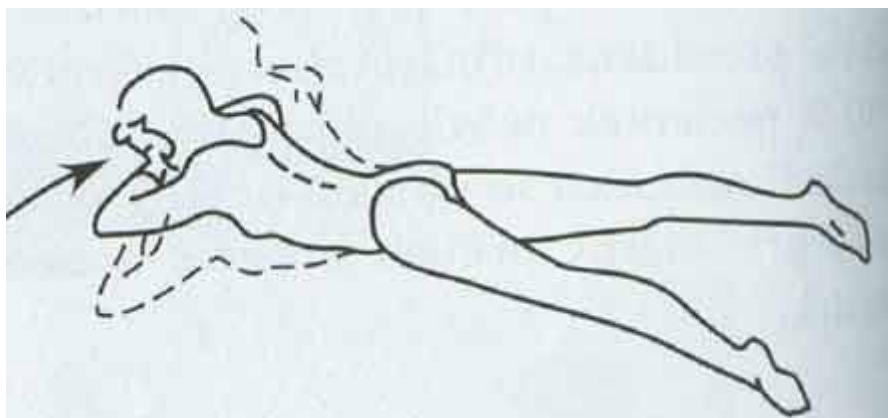
Leh na zádech, horní končetiny podél těla, dolní ohnuté v kolenou, chodidla opřená o podložku. Zvedáme pánev, nadechujeme, stahujeme sedací svaly, vtahujeme konečník a močovou trubici, spouštíme pánev, uvolňujeme se a vydechujeme.



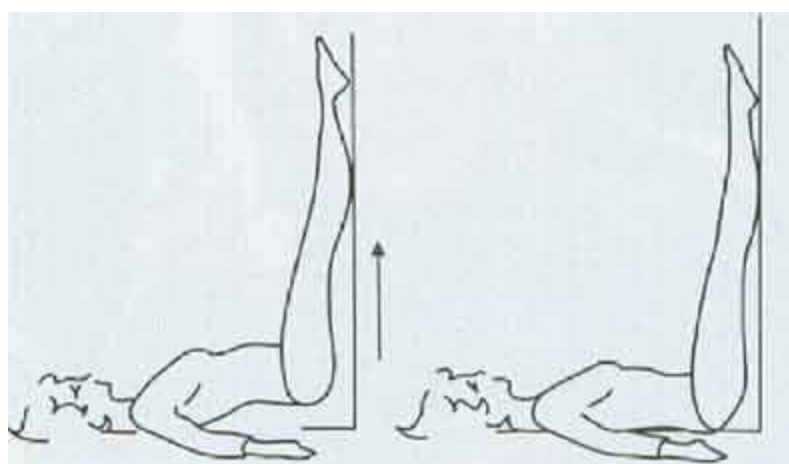
Poloha stejná jako u předchozího cviku, nohama jezdíme na kole za plynulého prodýchávání celého cviku



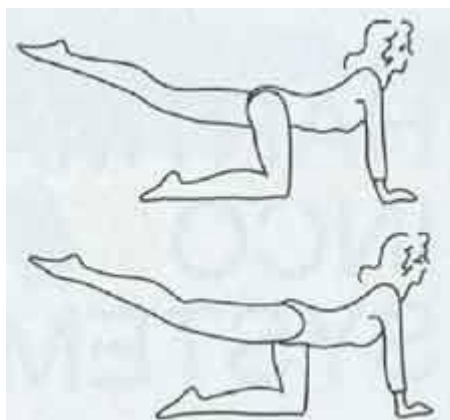
Leh na břicho, čelo opřené o hřbety rukou, dolní končetiny natažené. Vytáčíme hlavu, trup a ruce doleva, nadechujeme se, stahujeme sedací svaly a svěrače, následuje návrat do základní polohy, výdech. Opakujeme na druhou stranu



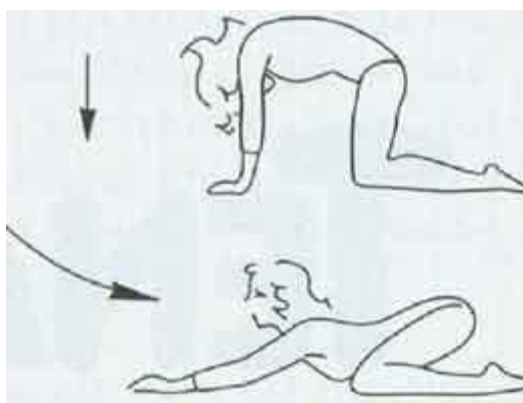
Leh na zádech, horní končetiny podél těla, natažené dolní končetiny opřeme o ribstol (stěnu, dveře), překřížíme. Zvedáme pánev, stahujeme sedací svaly, vtahujeme svěrače, nadechujeme se. Při spouštění pánve na podložku se uvolňujeme a vydechujeme.



Krk, paže natažené, hlava vzpřímená. Střídavě zanožujeme levou a pravou končetinu. Při zanožování se nadechujeme a při návratu do základní polohy vydechujeme.



Klek, děláme kočičí hřbety. Při prohýbání se nadechujeme, při ohýbání vydechujeme.



Sedneme si na okraj žíněny, kolena přitáhneme k hrudníku a kolébáme se. Při pohybu vzad se nadechujeme, stahujeme sedací svaly a vtahujeme svěrače. Při pohybu vpřed se uvolňujeme a vydechujeme.



Zdroj:

Hanáková, T. *Gynekologická ordinace*. (online) 2009 (cit. 2010-12-11). Dostupné z: <<http://www.hanakovagynekologie.cz/jednotliva-obdobi-v-zivote-zeny>>.

Příloha 7 – Dotazník pro porodní asistentky

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Šárka Volková a jsem studentkou třetího ročníku na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru porodní asistentka.

Za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma **Edukace klientek porodní asistentkou v gynekologické ambulanci**, se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku.

Dotazník bude součástí výzkumu v mé bakalářské práci a je **anonymní**. Vyberte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Otázky:

1. Jste porodní asistentka (ženská sestra)?

- a) ano
- b) ne

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské (Bc.)
- d) vysokoškolské (Mgr.)

3. Kolikaletou praxi máte v gynekologické ambulanci?

Doplňte:

4. Co si představujete pod pojmem edukace?

Doplňte:

.....

5. Máte dostatek času k edukaci klientek?

- a) ano
- b) ne
- c) čas na edukaci bych ráda rozšířila

6. Máte vyhrazené hodiny pro edukaci klientek v rámci provozní doby?

- a) ano
- b) ne

Otázku č. 7 zodpovězte, jen pokud jste v předešlé otázce zakroužkovala možnost NE.

7. Setkala jste se s tím, že by ženy požadovaly vyhrazení takových hodin?

- a) ano
- b) ne

8. Jak si představujete správné edukační prostředí?

Doplňte:

.....

9. Splňuje Vaše pracoviště zásady správného edukačního prostředí?

- a) ano
- b) ne

10. Využíváte k edukaci edukační proces?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Jaké nejčastější pomůcky využíváte k edukaci?

- a) brožury
- b) fotografie
- c) postery (plakáty)
- d) nástěnky
- e) modely
- f) jiné (prosím vypište):

12. Kterou metodu používáte nejčastěji?

- a) rozhovor
- b) poradenství
- c) diskuze
- d) přednáška
- e) praktické ukázky
- f) jiné (prosím vypište):

13. Která z forem edukace převládá ve Vaší edukační činnosti?

- a) individuální
- b) skupinová
- c) obě stejně zastoupené
- d) žádná

14. Jakou skupinu klientek nejčastěji edukujete ?

- a) mladé dívky
- b) těhotné klientky
- c) klientky po porodu
- d) klientky v klimakteriu
- e) klientky ve fertilním věku
- f) klientky gynekologicky nemocné
- g) jiné (prosím vypište):

15. Máte v čekárně televizi s edukačními programy?

- a) ano
- b) ne

Otázku č. 16 zodpovězte, jen pokud jste v předešlé otázce zakroužkovala možnost ANO.

16. Myslíte si, že je tato forma edukace účinná ? (oznámujte jako ve škole)

1	2	3	4	5
I-----I	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I
velmi účinná				vůbec není účinná

17. Jaká skupina klientek se na Vás nejčastěji obrací pro radu?

Doplňte:

18. Nejčastěji po Vás ženy požadují:

- a) poskytnutí informací ústně
- b) poskytnutí informací v písemné formě
- c) čas pro rozhovor
- d) čas pro edukaci

19. Máte možnost věnovat se problémům, které trápí klientky?

- a) ano
- b) ano, mám k tomu vyhrazené hodiny
- c) ne
- d) ne, nemám k tomu podmínky

20. Systém edukační činnosti na Vašem pracovišti je nastaven následovně:

- a) edukační činnost deleguje lékař na mě
- b) edukační činnost je poskytována podle obsahu, tj. medicínská a ošetrovatelská oblast
- c) edukační činnost poskytují jenom já
- d) edukační činnost poskytuje pouze lékař

21. Vyžaduje lékař, abyste prováděla edukační činnost?

- a) ano
- b) ne

22. Považuje lékař edukační činnost porodní asistentky jako její nezávislou kompetenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Myslíte si, že by měly klientky zájem o edukaci v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Zodpovězte, jen pokud jste v předešlé otázce zakroužkovala možnost ANO.

24. Jaká skupina klientek by podle Vás měla zájem o edukaci v domácím prostředí?

Doplňte:

Zdroj:

Vlastní

Příloha 8 – Manuál pro porodní asistentky v gynekologické ambulanci



*Manuál pro porodní asistentky
v gynekologických ambulancích*

Co je to edukace ?

- Pod pojmem edukace si lze představit **výchovu a vzdělávání**.
- **Výchova si klade za cíl** nejen získání určitých poznatků či dosažení určité změny v chování, ale i vztahových postojů, citových, volních a vzdělanostních struktur osobnosti jedince.
- Dalším důležitým pojmem v edukaci je **vzdělávání**, proces rozvíjející u jedince vědomosti, dovednosti, schopnosti a návyky.
- Edukace se pokládá za **jednu z nejdůležitějších funkcí ošetrovatelství**, kdy je důležité zapojení klientek do léčebného procesu, což zvyšuje i kvalitu života s nemocí.
- Edukace se pokládá za **jednu z nejdůležitějších funkcí ošetrovatelství**, kdy je důležité zapojení klientek do léčebného procesu, což zvyšuje i kvalitu života s nemocí.
- Mezi **důležité předpoklady k úspěšnému výchovnému působení** patří navázání kontaktu s klientkou, zájem o ni, získání klientky ke spolupráci a také vhodné vlastnosti porodní asistentky.
- Významnou roli hraje edukace v rámci **primární, sekundární a terciární prevence**.



Co je to edukační proces?

- Edukační proces je ***jakákoliv činnost, kdy porodní asistentka vyučuje*** (informuje o daném tématu) a ***klientka se tímto způsobem učí***.
- Do edukačního procesu vstupují **4 determinanty**:
edukanti a jejich charakteristika,
edukátor,
edukační konstrukty,
edukační prostředí.
- **Správné edukační prostředí**:
- klidné, bez rušivých elementů, se zachováním soukromí, osvětlené, útulné, vybavené dostatečným množstvím pomůcek, místnost by měla být vymalovaná příjemnými barvami, po stěnách obrázky, nástěnky.



Formulace edukačních cílů

- *správně formulované cíle pomáhají edukaci dobře naplánovat*
- *měly by být doporučením, nikoli zákazem*
- *měly by být měřitelné, ověřitelné, prospěšné lidské sebeúctě a slučitelné s právy klientky*
- *musí splňovat i určitá kritéria, mezi která lze zařadit reálnost týkající se času, prostředků ke splnění cíle a tělesného i duševního stavu klientky*

Fáze edukačního procesu

- 1.fáze posuzování-** *důkladný sběr, třídění a analýza klientčiniých údajů*
- 2.fáze stanovení edukační diagnózy-** *vymezuje problémy a potřeby klientky, jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky*
- 3.fáze příprava edukačního plánu-** *na začátku je zapotřebí stanovit si priority v edukaci, proto je nutná spolupráce porodní asistentky a klientky, správné stanovení cílů a vhodný výběr edukačních metod a pomůcek*
- 4.fáze realizace-** *pro realizaci edukačního plánu je potřeba optimální čas, odstranění rušivých elementů a připravení optimálního edukačního prostředí, zvolení vhodných edukačních pomůcek, pro srozumitelnější komunikaci byste se měla vyvarovat odborným výrazům a zkratkám z oblasti ošetrovatelství a medicíny*
- 5.fáze hodnocení** *-klientkám je poskytována pozitivní zpětná vazba, konkretizovat, co bylo dobré a co naopak nebylo, jak potřebné změny realizovat*

Metody používané v gynekologické ambulanci

- *rozhovor, konzultace, diskuze, ale i instruktáž s praktickým nácvikem*
- *při výběru metody musíte myslet na osobnost klientky, její dosavadní vědomosti, dovednosti, zkušenosti, ale přihlídnout musíte i ke stanoveným cílům, zvolené formě edukace a obsahu edukace*
- *metoda by měla být použitelná v praxi, měla by být přirozená, aby zaujala vás i klientku*

Pomůcky používané v gynekologické ambulanci

- *informační brožury, nástěnky, fotografie, modely eventueln lze využít i instruktážní film, televizní a rozhlasové relace*
- *slouží k dokonalejšímu osvojení a pochopení učiva, ale dokonale pomáhají přiblížit jakýkoliv jev a předmět*



Nejčastější oblasti v edukaci klientek

- ***Mladé dívky***- seznámení s chodem ambulance
 - poučení o vyšetření
 - edukace o menstruaci a hygieně při ní
 - vysvětlení principu menstruačního kalendáře
 - edukace o bezpečném pohlavním styku a reprodukčním zdraví
 - edukace o antikoncepci
 - edukace o prevenci karcinomu děložního čípku
- ***Těhotné klientky***- edukace o pravidelných návštěvách v ambulanci a následně edukace o vyšetřeních a odběrech
 - edukace o správné životosprávě v těhotenství



- ***Klientky v šestinedělí***- poučení o první návštěvě v šestinedělí
 - poskytování rad v souvislosti s kojením
 - zásady výživy kojících žen
 - edukace o pohlavním styku v šestinedělí
 - edukace o antikoncepci
 - edukace o inkontinenci po porodu a cvičích



- *Klientky ve fertilním věku- edukace o samovyšetřování prsů a edukaci o mamografickém screeningu*
 - edukace o možnostech antikoncepce



- *Klientky v menopauze a starší klientky*



- edukace o samovyšetřování prsů a mamografickém screeningu
- edukace o zvládnání klimakterických obtíží
- edukace o hormonální substituční terapii
- edukace o inkontinenci
- edukace prevence vzniku osteoporózy

Jak vytvořit správný edukační plán

Edukační plán by měl obsahovat:

- *nastínění o jakou klientku se jedná*
- *cíl edukace*
- *uzpůsobení prostředí*
- *metody*
- *pomůcky*
- *zpětná vazba*
- *zhodnocení*



Ukázka správného edukačního plánu

Stručná anamnéza:

Klientka, M.T., 33 let, přichází do gynekologické ambulance na preventivní prohlídku a předepsání receptu na hormonální antikoncepci. V rámci prevence je dotazovaná lékařem na samovyšetřování prsů. Klientka odpovídá, že samovyšetření neprovádí, z důvodů neznalosti správného postupu. Klientka projevila zájem o praktickou ukázkou a souhlasila s tím, že po skončení ordinčních hodin přijde do ordinace, kde jí bude porodní asistentkou vysvětleno samovyšetřování prsů a ukázán i praktický nácvik.

Edukační diagnózy:

Deficit vědomostí o samovyšetřování prsů, o možných komplikacích při zanedbání samovyšetřování prsů, o správné životosprávě.

Edukační cíle:

1) Kognitivní cíle:

Klientka je informována o problematice samovyšetřování prsů, o nutnosti pravidelného samovyšetřování, o správném postupu, o možných komplikacích při zanedbání samovyšetřování a správné životosprávě.

2) Psychomotorické cíle:

Klientka demonstruje správný postup při samovyšetřování.

3) Afektivní cíle:

Klientka si uvědomuje následky zanedbání a zaujímá pozitivní postoj k samovyšetřování prsů.

Obsah edukace:

- Edukace o problematice samovyšetřování prsů
- Edukace o správném postupu
- Edukace o možných polohách při samovyšetřování
- Edukace o možných komplikacích při zanedbávání samovyšetřování prsů
- Edukace o správné životosprávě

Název edukace:

„ Jak si správně vyšetřit prsy. “

Forma:

Individuální, jednorázové sezení v trvání 45 min.

Prostředí:

Klientka přichází do ambulance po skončení ordinačních hodin po předchozí domluvě. Edukace bude prováděna v samostatné místnosti se zachováním soukromí.

Metody:

Přednáška (vysvětlování) s praktickým nácvikem.

Pomůcky:

Lehátko, zrcadlo, model na samovyšetřování prsů, PC+ prezentace v power pointu, instruktážní video, edukační materiál.

Zhodnocení:

Zpětná vazba vzhledem ke stanoveným cílům formou kladení otázek a pozorování, kdy porodní asistentka zjišťuje pochopení správného postupu při samovyšetřování a dává prostor klientce na její dotazy.



Použitá literatura

- *Juřeníková, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 978-80-247-2171-2.*
- *Kuberová, P. Didaktika ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.*
- *Průcha, J. Moderní pedagogika. 3.vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-736-047-X.*
- *Vališová, A., Kasíková, H. Pedagogika pro učitele. Praha: Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.*
- *<http://www.helago-cz.cz/catalog/vysetreni-prsu/>*
- *<http://images.google.com/>*



Zdroj:
Vlastní

