



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

**Komunitní péče o ženu po porodu**

# **DISERTAČNÍ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

**Školitel:** doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Komunitní péče o ženu po porodu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2019

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své odborné školitelce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., která mi v průběhu tvoření disertační práce poskytovala vždy cenné informace a rady, motivovala mě k vytrvalé a souvislé vědecké práci. Děkuji jí také za laskavý přístup a velkou podporu během celého studia.

Dále bych ráda poděkovala doc. Ing. Haně Tomáškové, Ph.D., a PhDr. Petru Sadílkovi za odborné statistické poradenství a pomoc při zpracování kvantitativních výzkumných dat.

Děkuji všem ženám po porodu, které se zapojily do výzkumného šetření a také výzkumu se účastnícím komunitním porodním asistentkám.

Touto cestou také děkuji vedení FZS ZČU za vytvoření podmínek ke studiu.

V neposlední řadě patří mé poděkování mému manželovi, rodině, přátelům a drahým kolegům za podporu, kterou mi při studiu a zpracování této práce poskytovali.

# Komunitní péče o ženu po porodu

## Abstrakt

*Úvod:* Mateřství představuje pro každou ženu velkou životní změnu, která se dotýká jak tělesné, ale také psychické a spirituální roviny bytí. Poporodní období s sebou přináší dále změny v sebevnímání ženy, změny v partnerství a fungování rodiny, změny v životním stylu a sebezpečí. Všechny tyto změny proměňují vnímanou kvalitu života ženy po porodu. Kvalifikovaná komunitní porodní asistentka je zdravotnický odborník, který je schopen ženám po porodu v jejich vlastním komunitním prostředí poskytnout erudovanou a holistickou zdravotní péči.

*Cíl práce:* Hlavním cílem empirické části práce bylo popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí.

*Metodologie:* Empirická část disertační práce je vystavěna na smíšeném výzkumném designu (Mixed-Method Design). Používáme sekvenční kombinovaný výzkumný design typu QUAN + qual. V kvantitativním výzkumném šetření jsme si stanovily za hlavní cíl popsat vliv péče komunitních porodních asistentek pečujících o ženy po porodu na jejich celkový zdravotní stav a úroveň kvality života. Výzkumný soubor (N= 123) čítal dvě skupiny respondentů. Skupinu zkoumanou (s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky, N= 56) a skupinu kontrolní (bez komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky po porodu, N=67). K získání výzkumných dat byly použity 3 nástroje: dotazník MGI, hodnoticí škála MIFR Scale a dotazník vlastní konstrukce. Výsledky výzkumného šetření byly statisticky zpracovány, byla použita hladina významnosti 0,05 (5 %). Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo podrobně popsat zkušenost žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 5 informantek se zkušeností s komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období, se kterými byly provedeny hloubkové polostrukturované rozhovory face to face. Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2017 do ledna 2019.

*Výsledky a diskuse:* Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,873$ ) ve výsledcích zdravotního stavu mezi ženami s péčí komunitní porodní asistentky a ženami bez této péče. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,539$ ) ve výsledcích stavu kojení na konci šestinedělí mezi ženami s péčí komunitní porodní asistentky a ženami bez této

péče. Dále jsme zjistily, že není statisticky významný rozdíl ve výskytu vřelejšího vztahu se svými dětmi u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi doporučením plošné komunitní ošetrovatelské péče po porodu a skupinou žen, které v poporodním období samy využily opakované komunitní ošetrovatelské péče od porodní asistentky ( $p < 0,001$ ). Většina žen, která po porodu využila péči komunitní porodní asistentky (58,9 %), byla s péčí porodní asistentky úplně spokojena, nic dalšího by v péči nepotřebovala. Ženy ve 45,7 % odpovědích udávaly, že jim péče komunitní porodní asistentky nejvíce pomohla jako psychická podpora. Výsledky dále přinesly alarmující zjištění – 49,2 % žen, které po porodu nevyužily péče komunitní porodní asistentky, o této službě nevěděly! Výsledný Index kvality života žen po porodu dosáhl v průměru hodnotu  $7,5 \pm 1,38$ . Životní oblast Vztah s vlastní matkou se ukázala jako originální ve srovnání s jinými výzkumnými studii a navrhujeme provést další výzkumné šetření. Z kvalitativního šetření vyplynulo zjištění, že poskytnutá komunitní péče porodní asistentky v poporodním období byla pro ženy nejpřínosnější ve smyslu poskytnutí tzv. mateřské náruči. Což znamená podporu, sdílení, vyslechnutí a respektující provedení poporodním obdobím.

*Závěr:* Disertační práce poskytuje komplexní pohled na problematiku komunitní péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu. Na problematiku bylo nahlíženo jak z kvantitativní, tak i kvalitativní výzkumné perspektivy. Výsledky práce prokázaly, že komunitní péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu je pro ženy významná. V závěru práce doporučujeme vytvořit standardizované postupy pro péči porodních asistentek o ženy po porodu v komunitním prostředí. Dále pak navrhujeme rozšířit povědomí laické veřejnosti o existenci služeb komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu a podpořit prosazení plošné dostupnosti této péče. Užití dotazníky MGI a MIRF Scale byly komunitními porodními asistentkami hodnoceny jako užitečné.

### **Klíčová slova**

Porodní asistence; komunitní péče; poporodní období; kvalita života ženy po porodu.

## Community Care of Woman in Postpartum Period

### Abstract

*Introduction:* Motherhood is a great life change for every woman, touching the physical, the psychical and spiritual planes of being. The post-natal period also brings changes in the self-perception of women, changes in the partnership and functioning of the family, changes in lifestyle and self-care. All these changes transform the perceived quality of life of a woman after childbirth. A qualified community midwife is a medical professional who is able to provide eruded and holistic health care to women after childbirth in their own community.

*Aim of work:* the main objective of the empirical part of the work was to describe the importance of community care of women in postpartum period.

*Methodology:* The empirical part of the dissertation thesis is built on Mixed-Method Design. We use the sequential combined research design of the QUAN + qual type. In the quantitative research survey, we set the main goal of describing the impact of community care of woman in postpartum period on their overall health and quality of life. The research file (N = 123) consisted of two groups of respondents. The group studied (with the community care of woman in postpartum period, N = 56) and the control group (without community care of woman in postpartum period, N = 67). We used 3 tools to gain research data: The MGI questionnaire, the MIFR Scale evaluation range and the own design questionnaire. The results of the research survey were statistically processed, the 0,05 significance level was used (5 %). The aim of the qualitative research survey was to describe in detail the experience of women with community care of woman in postpartum period. The qualitative research included 5 women having obtained community care of woman in postpartum period. These women were interviewed face to face by means of semi-structured interviews. Research interviews were carried out from January 2017 to January 2019.

*Results and discussions:* there was no statistically significant difference ( $p = 0,873$ ) in the results of the state of health between women with community care of women in postpartum period and women without this care. There was no statistically significant difference ( $p = 0,539$ ) in the results of breast-feeding at the end of the sixedage between women with community care of women in postpartum period and women without this care. In addition, we found that there was no statistically significant difference in a

warmer relationship between women with community care of woman in postpartum period and their children compared to women without this care. The statistically significant link has been recognized between the recommendation of community care of woman in postpartum period and the group of women who have benefited from repeatedly taken community care of woman in postpartum period ( $p < 0.001$ ). Most women who have benefited from community care of woman in postpartum period (58,9 %) were completely satisfied with this care, nothing else would need in care. Women in 45,7 % of replies reported that community care of woman in postpartum period helped them as psychological support. The results also brought alarming findings that 49.2 % of women who had not used this care did not know about this service! The resulting quality of life Index of women after childbirth reached an average value of  $7,5 \pm 1,38$ . Living area the relationship with its own mother has proved to be original compared to the other research studies and we propose to conduct further research investigations. A qualitative inquiry revealed that the community care provided by the midwife in the postpartum period was the most beneficial for women in terms of providing the so-called mother arms. Which means promoting, sharing, hearing and the respectful guiding through postpartum period.

*Conclusion:* Dissertation provides a comprehensive view of the issue of community care of woman in postpartum period. The issue has been seen from both a quantitative and qualitative research perspective. The results of the work have shown that community care of woman in postpartum period is important to women. At the end of the work we recommend creating the standardized procedures for community care of woman in postpartum period. Furthermore, we propose to broaden the awareness of the general public about the existence community care of woman in postpartum period and to promote the enforcing of the surface availability of this care. The used MGI and MIRF Scale questionnaires were considered to be helpful to midwives working in community.

### **Key words**

Midwifery; Community care; Postpartum Period; Quality of Life of Woman in Postpartum Period.

## Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>1 TEORETICKO – EMPIRICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Ošetrovatelský koncept komunitní péče o ženu po porodu.....</b>	<b>16</b>
1.1.1 Vymezení termínů komunita a komunitní péče .....	16
1.1.2 Etické principy komunitní péče .....	18
1.1.3 Komunitní péče o ženu po porodu v kontextu vizí zdravotnické péče.....	19
1.1.4 Argumentace významu komunitní péče o ženu po porodu.....	21
1.1.5 Teoreticko-filozofický koncept komunitní péče o ženu po porodu.....	26
1.1.6 Aplikace ošetrovatelského modelu Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou Ramony Mercerové do praxe komunitní péče o ženu po porodu .....	30
<b>1. 2 Historické souvislosti komunitní péče o ženu po porodu na našem území.....</b>	<b>32</b>
1.2.1 Přehled vývoje vzdělávání porodních asistentek na našem území .....	32
1.2.2 Dimenze porodu a narození člověka v české lidové kultuře .....	34
1.2.3 Péče o ženu po porodu v období rozkvětu kvalifikovaného komunitního ošetrovatelství .....	36
<b>1.3 Aktuální situace ošetrovatelské komunitní péče o ženu po porodu .....</b>	<b>40</b>
1.3.1 Legislativní rámec komunitní péče porodní asistentky při péči o ženu po porodu	40
1.3.2 Aktuální situace v naplňování praxe komunitní péče o ženu po porodu na našem území.....	41
1.3.3 Zahraniční trendy v komunitní péči o ženy po porodu.....	43
<b>1.4 Poporodní období.....</b>	<b>47</b>
1.4.1 Charakteristika a rozdělení poporodního období.....	47
1.4.2 Tělesné poporodní změny ženy .....	48
1.4.3 Psychické a spirituální poporodní změny ženy.....	48
1.4.4 Sociální poporodní změny .....	50
1.4.5 Ošetrovatelská péče o ženu po porodu v porodnici .....	51
<b>1. 5 Komunitní ošetrovatelská péče o ženu po porodu .....</b>	<b>55</b>
1.5.1 Žena jako objekt komunitní péče po porodu .....	56
1.5.2 Novorozenec jako objekt komunitní péče po porodu .....	60
1.5.3 Rodina jako objekt komunitní péče po porodu.....	64



<b>1.6 Management komunitní ošetrovatelské péče po porodu.....</b>	<b>68</b>
1.6.1 Specifikace komunitního prostředí, ve kterém žena po porodu žije.....	68
1.6.2 Znaký dobrého projektu komunitní ošetrovatelské péče po porodu.....	69
1.6.3 Nároky na porodní asistentku působící v komunitním prostředí.....	70
1.6.4 Vybavení porodní asistentky pro komunitní péči o ženu po porodu.....	73
1.6.5 Frekvence návštěv porodní asistentky v komunitním prostředí.....	74
1.6.6 Mezioborová spolupráce v komunitním prostředí a spolupráce s ostatními komunitními porodními asistentkami.....	75
1.6.7 Ideální model poskytování komunitní ošetrovatelské péče – Casload Midwifery	75
<b>1.7 Kvalita života ženy po porodu.....</b>	<b>76</b>
1.7.1 Metody posuzování kvality života ženy po porodu.....	77
<b>1.8 Shrnutí teoreticko-empirické části práce.....</b>	<b>80</b>
<b>2 CÍLE PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU.....</b>	<b>82</b>
<b>2. 1 Formulace problému.....</b>	<b>82</b>
<b>2. 2 Cíle práce.....</b>	<b>82</b>
<b>2. 3 Výzkumné hypotézy.....</b>	<b>83</b>
<b>2. 4 Výzkumné otázky.....</b>	<b>83</b>
<b>2. 5 Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>84</b>
<b>3 METODIKA EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....</b>	<b>86</b>
<b>3. 1 Výzkumný design – smíšený výzkum.....</b>	<b>86</b>
<b>3. 2 Kritéria kvality smíšeného výzkumu.....</b>	<b>87</b>
<b>3. 3 Metodika kvantitativního výzkumu.....</b>	<b>88</b>
3.3.1 Metody získávání kvantitativních dat.....	88
3.3.2 Charakteristika a výběr výzkumného souboru.....	95
3.3.3 Organizace kvantitativního výzkumu.....	95
3.3.4 Kritéria kvality kvantitativního výzkumu a jeho limity.....	99
3.3.5 Etické aspekty kvantitativního výzkumu.....	101
3.3.6 Statistická analýza kvantitativních dat.....	101
<b>3. 4 Metodika kvalitativního výzkumu.....</b>	<b>102</b>
3.4.1 Metody získávání kvalitativních dat.....	102
3.4.2 Charakteristika a výběr výzkumného souboru.....	103

3.4.3 Organizace kvalitativního výzkumu .....	104
3.4.4 Kritéria kvality kvalitativního výzkumu a jeho limity.....	105
3.4.5 Etické aspekty kvalitativního výzkumu .....	106
3.4.6 Analýza kvalitativních dat .....	107
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>109</b>
<b>4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu.....</b>	<b>109</b>
4.1.1 Popis celého výzkumného souboru.....	109
4.1.2 Popis vybraných jevů v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky .....	116
4.1.3 Presentace výsledků hodnocení kvality života po porodu u celkového souboru	120
4.1.4 Presentace výsledků posouzení vztahu matky a dítěte u celkového souboru.....	125
4.1.5 Výsledky testování hypotéz .....	128
4.1.6 Shrnutí výsledků kvantitativního výzkumného šetření.....	144
<b>4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu .....</b>	<b>147</b>
4.2.1 Analýza textu kódováním .....	147
4.2.2 Centrální kategorie a kostra analytického příběhu .....	149
4.2.3 Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumného šetření.....	166
<b>5 INTERPRETACE DAT A DISKUSE .....</b>	<b>168</b>
<b>5.1 Výskyt zdravotních komplikací žen v období šestinedělí.....</b>	<b>168</b>
<b>5.2 Kvalita života ženy po porodu .....</b>	<b>173</b>
<b>5.3 Vztah matky a dítěte po porodu .....</b>	<b>183</b>
<b>5.4 Názor žen na komunitní péči porodních asistentek v poporodním období a jejich zkušenost s tímto druhem péče .....</b>	<b>187</b>
5.4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření.....	187
5.4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	192
<b>5.5 Návrh doporučení do praxe komunití ošetrovatelské péče o ženy po porodu</b>	<b>199</b>
<b>5.6 Limity výzkumného šetření.....</b>	<b>201</b>
<b>5.7 Sebereflexe .....</b>	<b>202</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>205</b>

<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>207</b>
<b>8 PŘÍLOHY PRÁCE .....</b>	<b>221</b>
<b>9 SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>248</b>

## ÚVOD

*„Díky svým dětem se dostaneme dál, než jsme si kdy uměli představit“*

*Jeannine Parvati Bakerová, porodní asistentka a matka šesti dětí*

Mateřství představuje pro každou ženu velkou životní změnu, která se dotýká jak tělesné, ale také psychické a spirituální roviny bytí. Být matkou je v naší společnosti stále považováno za jednu z nejpřirozenějších rolí ženy, a to i přesto, že současná společnost poskytuje těhotným ženám a ženám po porodu jen omezenou sociální podporu. Je potřeba si uvědomit, že žena se matkou nerodí, ale stává se jí. Je to tedy určitá životní cesta či dokonce velkolepý tanec (Buckley, 2016). Zrození člověka můžeme považovat za počátek života, ale také za počátek mateřství a otcovství. Tak proč k tomuto velmi citlivému životnímu období nepřistupovat v našem společenství s nevyšší možnou úctou, lidskostí a projevem sounáležitosti? Kladme si otázky, proč se v souvislosti s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím zaměřujeme spíše na tělesné než na mentální a spirituální změny. Proč se bojíme jít do hloubky prožitků žen a otců v souvislosti s raným rodičovstvím? Proč dnes těhotenství chápeme více jako období vývoje plodu v těle matky než jako prvopočátek ženiny cesty, kdy se stává matkou? Proč není pro všechny ženy v našem společenství plošně dostupná komunitní péče porodních asistentek? Proč si velké množství žen neuvědomuje důležitost samostatné profese porodních asistentek a jejich dlouhodobou moudrost a schopnost být průvodcem ženám na jejich cestě mateřstvím?

Mezinárodní konfederace porodních asistentek uvádí, že péče porodních asistentek prokazatelně zlepšuje zdravotní výsledky žen a dětí v souvislosti s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím (ICM, 2017). Cílů komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky o ženu v poporodním období je několik. Patří mezi ně podpora fyzického, ale i psychického zdraví, edukace a nastolení preventivních opatření. Dále pak podpora fungování zdravé rodiny a empatické sžívání se s novorozencem včetně jemné péče o něj a podpora laktace. Neméně důležitým cílem pak je podpora růstu sebedůvěry ženy co by matky a muže co by otce.

Narozením děťátka se každé ženě – matce mění její dosavadní život, což se odráží také v proměnách vnímání kvality života po porodu. Proměňují se zejména vztahy v úzké rodině – s partnerem, matkou. Žena často vyhledává nové sociální kontakty mezi ženami, které již také mají děti, aby mohly sdílet své zkušenosti. Žena s čerstvou mateřskou zkušeností také obvykle přemítá, co bude dále s její kariérou a profesním rozvojem. S mateřskou zkušeností úzce souvisí dále nedostatek volného času a času pro svůj osobní rozvoj, i když mateřská zkušenost bývá mnohými matkami považována za velký osobní seberozvoj a životní zkušenost. Po porodu se vynořují i emoce vztahující se k pozměněnému tělu, které zažilo těhotenství, porod a kojení. S tímto úzce souvisí i téma sebeoceny se a sebelásky. Dále bývá velmi aktuálním tématem, které ovlivňuje kvalitu života ženy po porodu, téma souznění s mateřskou rolí a schopnost se na novou roli adaptovat a přijímat jí. Dalším cílem komunitní poporodní asistence v poporodním období je tedy taková holistická péče, která vyústí v pozitivní hodnocení proměny kvality života ženy po narození dítěte.

Světová zdravotnická organizace uznává porodní asistentky za erudované odbornice, které mají díky svému studiu a absolvované praxi potřebné znalosti a praktické dovednosti v péči o ženu mimo jiné i v průběhu těhotenství, porodu i poporodním období. Péče porodních asistentek by měla být dostupná všem ženám bez rozdílu kulturního a etnického původu, náboženského vyznání, dosaženého vzdělání či jiných atributů. Světová zdravotnická organizace podniká kroky, aby celosvětově došlo k navýšení kvalifikovaných komunitních porodních asistentek do roku 2030. Komunitní porodní asistentky představují jakýsi most mezi zdravotním systémem a komunitami lidí (ICM, 2017). V České republice je dostupnost zdravotní péče pro matky a novorozence velice dobrá, avšak přetrvává zde lékařsky pojatý model péče, ve kterém je problematicky dostupná kontinuální či komunitní péče porodních asistentek (Begley et al., 2018). Aby porodní asistentky mohly poskytovat svojí péči komplexně, potřebují k tomu odborné a specializované vzdělání, silnou zastupující profesní organizaci a regulaci profese.

***Cílem teoretické části této disertační práce je předložit relevantní odborné a vědecké poznatky, jež se vztahují k tématu komunitní péče porodní asistentky o ženu po porodu.***

V teoretické části disertační práce zprvu vymezujeme termíny komunita a

komunitní péče. Dále pak přibližujeme etické principy komunitní péče v porodní asistenci a věnujeme se ošetrovatelskému modelu Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou Ramony Mercerové, který zároveň aplikujeme do praxe komunitní péče o ženu po porodu. V další pasáži teoretické části disertační práce rozpracováváme téma historických souvislostí komunitní péče o ženu po porodu na našem území, přičemž se zaměřujeme zejména na proměny vzdělávání porodních asistentek a na přístup společnosti k porodu a narození člověka v české lidové kultuře. Teoretická část práce dále přibližuje aktuální problematiku komunitní ošetrovatelské péče o ženu po porodu – legislativní vymezení, aktuální situaci v naplňování komunitní praxe na našem území, ale přibližujeme také aktuální zahraniční trendy. Ústředním tématem teoretické části práce je vymezení poporodního období a změn, které se k němu váží, a ovlivňují tak kvalitu života ženy po porodu v akcentu vlastní komunitní ošetrovatelské péče o ženu po porodu. V kapitole vymezení komunitní ošetrovatelské péče po porodu se věnujeme ve zvláštních pasážích problematice týkající se ženy, novorozence a také rodiny. Tématu kvality života ženy po porodu věnujeme samostatnou kapitolu. Poslední kapitola teoretické části práce pojednává o managementu komunitní ošetrovatelské péče po porodu. Zabýváme se tématy vybavení porodní asistentky do komunitní praxe. Přibližujeme nároky, které jsou kladeny na komunitní porodní asistentky a dále popisujeme mezioborovou spolupráci v komunitní praxi.

Ve výzkumné části disertační práce uvádíme zjištěné výsledky z proběhlého smíšeného výzkumného šetření, které bylo realizováno v období ledna 2017 – ledna 2019. ***Hlavním cílem výzkumné části disertační práce bylo popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí.*** Pro kvantitativní část výzkumného šetření jsme si stanovily 4 dílčí výzkumné cíle. První cíl se vztahoval k porovnání výskytu zdravotních komplikací u žen s proběhlou a neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky po porodu. Dále jsme se zajímaly o rozdíly ve vnímání kvality života žen po porodu opět v souvislosti s proběhlou či neproběhlou komunitní péčí porodní asistentky. Zde jsme použily českou verzi dotazníku Mother – Generated Index. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaký je rozdíl ve vývoji vazby mezi matkou a dítětem u žen s komunitní péčí porodních asistentek po porodu a u žen bez komunitní péče porodních asistentek po porodu. Zde jsme použily hodnoticí škálu Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale. Posledním

stanoveným cílem bylo zjistit názor žen po porodu, o které bylo v komunitním prostředí pečováno porodními asistentkami, na význam poskytování tohoto druhu péče. V kvalitativní výzkumné části disertační práce jsme si položily tuto hlavní výzkumnou otázku: Jaká je zkušenost žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky? Pro získání výzkumných dat jsme provedly celkem 5 polostrukturovaných rozhovorů face to face s ženami v poporodním období.

Výstupem výzkumné části disertační práce je návrh vlastního doporučení do praxe, tedy stanovení jakýchsi akčních kroků, které by vedly k prosazení a podpoře komunitní praxe porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v České republice.

Pro adekvátní teoretické nasycení disertační práce aktuálními vědeckými přehledovými či výzkumnými zprávami, byla použita metoda obsahové analýzy dokumentů. Dokumenty byly vyhledávány pomocí klíčových slov (Midwifery; Community care; Postpartum Period; Quality of Life of Woman in Postpartum Period) a booleovských operátorů *and/not/or* ve vědeckých databázích ESCOhost, Science Direct, Pro Quest, Nursing Ovid, Google Scholar, PubMed, Scopus.

# 1 TEORETICKO – EMPIRICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Ošetrovatelský koncept komunitní péče o ženu po porodu

### 1.1.1 Vymezení termínů komunita a komunitní péče

„Komunita je souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřazenosti a podřazenosti, tím se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. Světová zdravotnická organizace definuje komunitu jako sociální skupinu podmíněnou geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a ovlivňují“ (Andraščíková et al., 2010, s. 12). Většina autorů se shoduje na třech společných prvcích komunity. Těmi jsou lidé, geografické a časové určení a aktivity komunity (Jarošová, 2007, s. 27). Komunitu můžeme dělit na občanské, výchovné, spirituální a terapeutické (Andraščíková et al., 2010, s. 13).

Komunitní péče je pak spektrem zdravotních, sociálních a dalších různých služeb, jež jsou poskytovány nemocným, ale i zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity (určené místem, etnikem). Do komunitní péče spadá jak primární, sekundární, tak i terciární prevence. Cílem komunitní péče je umožnit co nejdéle možné setrvání jedince v komunitě, a to i tehdy, je-li jedinec handicapován, závislý či prochází chronickou nemocí. Komunitní péče je více orientována na celé skupiny a využívá právě skupinové dynamiky. Tato péče využívá participace všech zúčastněných, klient, rodina, komunita, profesionálové, obec atd., a je také založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce (Jarošová, 2007, s. 25). Mezi další cíle komunitní péče patří identifikace rizikových skupin a podporování zdraví celé komunity. Do způsobu realizace komunitní péče je pak nutno zaimplementovat poznatky z dané geografické lokality včetně etnické a kulturní specifičnosti (Kronborg et al., 2012). Komunitní péče v České republice však v současné době není poskytována jako komplexní servis, ale převážně odděleně jako sociální a zdravotní služba (Tóthová, Bártlová, Prošková, 2010).

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují. V minulosti se komunitní péče považovala a priori za rovnou primární péči. V současné době došlo však k posunu tohoto pojetí. Díky tomu, že došlo k přesunu akutní péče ze



zdravotnických zařízení do komunitního prostředí, je možno uvést, že komunitní péče se dotýká jak sekundární, tak terciární péče (Hanzlíková, 2004, s. 31). S tímto tvrzení koreluje i názor Jarošové: „*Komunitní péče doplňuje primární péči a zároveň je určitou variantou specializované a institucionalizované péče poskytované na regionální úrovni.*“ (Jarošová, 2007, s. 25). Komunitní péče se také někdy mylně zaměňuje za termín domácí péče. Komunitní péče přesahuje klasické dělení na zdravotní a sociální péči, zahrnuje obojí. Domácí péče se orientuje na konkrétní nemocné či znevýhodněné osoby a nikoli i na zdravou populaci a preventivní plošnou činnost v určité komunitě (Messer, 2016).

Všeobecnými principy komunitní péče jsou: kontinuita péče, dostupnost zdravotních a sociálních služeb, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskretnost a zachování etických principů péče (Andraščíková et al., 2010, s. 14). Sikorová pak v komunitní péči spatřuje tyto obdobné výhody: „*dostupnost 24 hodin denně, snadnou fyzickou i psychologickou dostupnost, rychlé předávání odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráci, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskretnost a účelnost nákladů*“ (Sikorová, 2012, s. 129).

Koncepce komunitního ošetřovatelství je postavená na existenci rodiny a dále širších komunit. Rodina je považována za základní a hlavní zaměření komunitní péče. Porodní asistentka v podmínkách komunity často řeší širokou paletu problémů dětí, žen, rodiny i celé komunity. Proto je vhodné, aby spolupracovala s organizacemi, které nabízejí vhodné doplňující služby. Pro účely péče o ženu po porodu v komunitním prostředí je vhodné mít zejména povědomí o existenci blízkých mateřských a rodinných center, o podpůrných skupinkách pro matky a děti (např. podpůrná skupina pro kojící ženy), o centru pomoci pro svobodné či zneužívané ženy, o azylových domech pro matky (Page a McCandlish, 2013, s. 142)

Velice důležitou součástí komunitní péče je komunitní plánování. (Jarošová, 2007, s. 28–30). Vlastní komunitní péče pak obvykle probíhá pomocí algoritmu ošetřovatelského procesu. V první fázi je potřeba provést *posouzení* zdraví komunity. Zde se zjišťují relevantní údaje o skupině. Mezi podstatná fakta patří údaje o demografické struktuře skupiny, socioekonomickém stavu, zaměstnanosti, dosaženém vzdělání a vzdělanosti, údaje o typu a podmínkách bydlení, vyznání, rasové a etnické příslušnosti, natalitě, morbiditě, mortalitě. Dále je podstatné také pátrat po životním

stylu, který v komunitě převládá, o systému zdravotní služby, o informační a komunikační síti, o dosahu státní správy a samosprávy, o ekologii apod. Neopomenutelnou součástí je také zaměření se na popis hodnot, názorů a postojů komunity. Dále je dobré poznat formálního i neformálního vůdce komunity a možnosti opozice vůči komunitní zdravotní péči, kterou můžeme od některých členů komunity očekávat. Za druhou fázi ošetrovatelské komunitní péče můžeme označit *diagnostiku* zdraví komunity. Při zápisu diagnóz se doporučuje tzv. formát PES (problém – etiologie – symptomy), dále se může využít diagnostika podle systému NANDA. Třetí fáze ošetrovatelského procesu, *plánování* ošetrovatelské komunitní péče, s využitelností systému NIC a NOC, souvisí s určením cílů, výsledných kritérií a intervencí, které musí zdravotník vytyčit. Každému identifikovanému problému je pak přiřazena priorita. Autoři Stanhope a Lancaster uvádějí kritéria pro určování priorit takto: 1. komunita si připustí problém, 2. komunita je motivována problém řešit, 3. porodní asistentka zváží své možnosti ovlivnění řešení problému, 4. dostupnost řešení podobných problémů, 5. nebezpečí, která vyplývají z nevyřešení problému, 6. doba, za jakou se může problém vyřešit. Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu pak je vlastní *realizace* komunitní ošetrovatelské péče. Mezi nejčastější plánované a realizované aktivity patří: management péče, koordinace, monitorování, vzdělávání a edukace, poskytování poradenství, vysvětlování a rozbor situace a činností, vykonávání základních ošetrovatelských výkonů, neutuchající spolupráce se členy komunity, mezioborová spolupráce, je-li potřeba. Poslední fází ošetrovatelského procesu pak je *vyhodnocení* komunitní ošetrovatelské péče. Zdravotník v komunitním prostředí identifikuje změnu, ke které po poskytnutí péče došlo. Zjišťuje se vhodnost a účelnost poskytnuté péče. Také se posuzuje čas a náklady investované do poskytnuté komunitní péče. I v této fázi by měli být zapojeni členové komunity, kteří by se měli vyjádřit k poskytnuté péči. Jde o jejich názory, pocity z dosažených výsledků. V této fázi se také určují příčiny úplného či částečného neúspěchu komunitní péče a případně se začíná zpracovávat nový ošetrovatelský proces (Hanzlíková et al., 2004, s. 100–105).

### **1.1.2 Etické principy komunitní péče**

Termín etika v sobě zahrnuje hodnoty a normy dané společností, které by měly převládat v chování lidí, kdy je toto chování vyhodnocené jako správné. Etika se také někdy používá v souvislosti s přesvědčením či zvyklostmi určitých lidí či skupin.

Etika komunitní ošetrovatelské praxe úzce souvisí s lékařskou etikou a s etikou komunitního zdraví. Lékařská etika ve své bázi poskytuje základy pro aplikovanou etiku komunitní ošetrovatelské péče. Jedná se zejména o systém hodnot, které zdravotník vyznává, klient má možnost výběru zdravotníka, zdravotník se chová podle morálních norem. Etika komunitního zdraví se pak týká hodnot společenského chování, které mají za cíl zdravou společnost.

Mezi základní etické principy komunitního ošetrovatelství pak patří: prospěšnost poskytované péče, spravedlivost, neškodnost, pravdomluvnost, autonomie, věrnost a poctivost.

Tak jako se každý zdravotník v průběhu vykonávání své profese setkává s určitými dilematickými otázkami, nevyhne se tomu ani zdravotník působící v komunitním prostředí. Podle Szaboové to jsou zejména tyto dilemata (Hanzlíková, 2004, s. 137–139):

1. Zodpovědnost za svůj zdravotní stav by měl mít sám člověk, nebo společnost?
2. Má mít člověk autonomní volbu při ochraně svého zdraví, nebo je to oblast, o kterou by se měl starat stát?
3. Má být člověk zodpovědný za své chování, pokud si tím ničí své zdraví a společnost se má pak distancovat od jeho léčby?
4. V jakém vztahu je právo člověka na autonomii k blahu společnosti?

Etická dilemata v komunitní péči o ženy po porodu by se pak mohla dotýkat těchto témat: problematika plošné nedostupnosti komunitní péče o ženy po porodu – jak po odborné stránce, tak finanční (Keilová a Dušová, 2016). Dále také problematika domácího porodu, problematika podstoupení očkovacího schématu pro dítě po porodu, problematika nevhodného životního stylu šestinedělky či rodiny a komunity, problematika posuzování komunitního prostředí pohledem člověka z jiného etnického a kulturního prostředí, který vyznává jiné životní hodnoty (Homer et al., 2008; Sikorová, 2012).

### ***1.1.3 Komunitní péče o ženu po porodu v kontextu vizí zdravotnické péče***

Podle závěrů evropské konference o ošetrovatelství, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1978 v *Alma – Atě*, by odborná veřejnost měla klást důraz na rozvoj kvalitních ošetrovatelských služeb, které vycházejí ze systému

primární péče se zaměřením na preventivní péči s participací komunity. Dále je nezbytné, aby se všechny vlády svých států ujaly aktivity v podpoře tohoto plánu. (WHO, 1978).

V roce 1998 WHO zveřejnila strategický program s názvem *Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v jedenadvacátém století*. Tento akční program by měl vytvořit podmínky k dosažení a k udržení nejvyšší možné úrovně zdraví během života pro lidi na celém světě. I v tomto programu se počítá s významným vlivem primární péče na zdraví. Z tohoto strategického programu pak vychází také náš Národní akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP), který byl schválen usnesením vlády ČR devátého prosince 1998 (Jarošová, 2007, s. 11–14).

Světová zdravotnická organizace dále pak vydala konkrétní Strategické dokumenty: Praktické příručky pro porodní asistentky, které jsou v edici tzv. bezpečného mateřství. Hlavním cílem zde je představit konkrétní možnosti podpory zdravého průběhu těhotenství, porodu a poporodního období (WHO, 2002).

V současné době je v naší republice nejaktuálnější tento akční program: *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Tato národní strategie vychází z aktuálního akčního programu Světové zdravotnické organizace s názvem Zdraví 2020, který byl pro region Evropy schválen v září 2012. Národní strategie Zdraví 2020 pak uvádí jako jednu z prioritních politických opatření právě podporu komunit. Implicitně se tu hovoří o bezpečném plánování rodičovství, graviditě, podpoře zdravého porodu a laktace a také o podpoře zdravého průběhu poporodního období. Velký význam zde pak má aktivní přístup člověka ke svému zdraví, kdy zdravotníci by v této oblasti měli působit podpůrně a motivačně (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014 a, s. 16).

K možnostem uplatnění porodních asistentek v komunitním prostředí se také vyjadřují profesní organizace, které porodní asistentky zastupují. Největší profesní organizace, která zastřešuje porodní asistentky z celého světa, International Confederation of Midwives, se snaží propagovat péči porodních asistentek založenou na jejich tradičním umění, a tedy poskytovanou co nejbliže ve vlastním prostředí klienta. Ve svém posledním oficiálním dokumentu „Global Standards for Midwifery Education“ jasně hovoří o nutnosti porodních asistentek být vzdělávané i v komunitním prostředí, kde poté budou také působit (International Confederation of Midwives, 2013).

V České republice v současné době působí čtyři profesní organizace porodních asistentek – Unie porodních asistentek, Česká komora porodních asistentek, Česká společnost porodních asistentek a Česká komora sester a porodních asistentek, která vznikla až v roce 2018. I když se v názvu profesních organizací objevuje termín „komora“, nejedná se o připravovanou komoru, o které se teprve na úrovni ministerstva zdravotnictví jedná. Tato komora by vznikla ze zákona a z členství by vyplývaly určité povinnosti, ale například i profesně-právní ochrana členek či stanovení standardů i pro praxi v komunitním prostředí (Dobry zákon, 2018).

V roce 2014 zástupkyně soudobých organizací (v té době byla ještě funkční organizací Gynekologicko-porodnická sekce České asociace sester) podepsaly Memorandum o spolupráci. To konkrétně znamená, že se zavázaly spolupracovat na vytvoření koncepce porodní asistence, dále spolupracovat na úpravě pregraduálního a postgraduálního vzdělávání porodních asistentek nebo na zajištění spolupráce s ministerstvem zdravotnictví při úpravě legislativy spojené s výkonem povolání porodní asistentky (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014 b).

#### ***1.1.4 Argumentace významu komunitní péče o ženu po porodu***

##### *Význam komunitní péče porodní asistence*

Komunitní péče o ženu po porodu je zaměřena *individuálně*, cílí na podporu fyziologických přirozených procesů a na prevenci nemoci. Taková péče je zaměřená také na posílení ženy (a i její úzké komunity, nejčastěji rodiny) v úrovni psychologické a sociální. Péče poskytovaná v komunitním prostředí je obecně označovaná jako bezpečná, kvalitní a ekonomická (Štromerová, 2010, s. 20).

Komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek by v ideálním případě měla být *kontinuální*. To znamená, že by měla zahrnovat již prekoncepční péči o ženu, péči v prenatálním období, doprovod při porodu a také péči v postpartálním období, případně i v dalších etapách života (Homer et al., 2008).

Autoři článku Systematic Review of Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health uvádí, že je potřeba vždy provádět individuální péči, kdy jsou ženy tříděny a posuzovány podle určitého rizika (Shaw et al., 2006, s. 210). V rámci komunitní péče porodní asistentky by měly být vykonávány tyto obecné

aktivity: práce bez odborného dohledu a bez indikace, komplexní analýza zdravotního a sociálního stavu ženy, dítěte a komunity s realizací ošetřovatelského procesu, koordinace poskytování péče a spolupráce s dalšími odborníky, hodnocení zdravotních rizik v komunitě z pohledu reprodukčního zdraví, příprava a realizace projektů na podporu zdraví, provádění poradenské činnosti v oblasti reprodukčního zdraví, rozpoznávání rizikových a ohrožených skupin a stanovení plánu k odvrácení aktuálního ohrožení, všímání si možného domácího násilí na ženách a dětech, podpora spolupráce matek a jejich blízkého okolí, identifikace různých etnických a kulturních jevů s jejich respektem a citlivým přístupem (Křemenová a Fremlová, 2009, s. 47-52).

Vlastní komunitní ošetřovatelská péče o ženu po porodu má svůj nepopíratelný význam, i když v současné době tato forma poskytování péče není státem a Ministerstvem zdravotnictví České republiky dostatečně podporována. Odhaduje se, že terénní služba porodních asistentek funguje v ČR v méně než u 10 % žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím (Dorazilová, 2013). Aktuální výzkum z roku 2017 hovoří o registraci pouhých 180 soukromých porodních asistentek v České republice (Ratislavová a Ezrová 2017 b).

Komunitní ošetřovatelská péče o ženu po porodu je významným způsobem podpory zdraví. A to i v oblasti psychických problémů (Mendes et al. 2015). Na tom se shodují i výzkumy z vyspělých států Evropy (Beňová a Boledovičová, 2014, s. 162). Působení porodní asistentky v komunitním prostředí při péči o ženu po porodu má kromě podpory zdraví také efekt na podporu přijetí nové životní role matky, podporu v rodinné souhře, podporu v novém denním režimu a povinnostech, podporu partnerství a sourozenectví a podporu ženy v rámci celé komunity, ve které žije (Wilson a Adolfsson, 2011). Dnešní společnost se vyznačuje velkou rychlostí, přetechnizovaností a ztrátou jedinečnosti kultur. Dochází tak k upozadění vnímání vlastní intuice, spirituality a k nedůvěře vůči mezigeneračním zkušenostem (Borelli, 2018).

#### *Původní výzkumné práce o komunitní péči porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v České republice*

V roce 2012 proběhlo v České republice šetření týkající se komunitní péče o ženu po porodu v souvislosti s porovnáním péče soukromých a ambulantních porodních asistentek. Celkový vzorek respondentek čítal 191 žen, které byly klientkami soukromých či ambulantních porodních asistentek. Závěr výzkumu říká, že lepší vztah byl hodnocen

mezi klientkami a porodními asistentkami ze soukromého sektoru, dále byla u soukromých porodních asistentek hodnocena vyšší kvalita poskytované péče a soukromé porodní asistentky také komplexněji poskytovaly potřebné informace. Ke zmapování úrovně péče byla použita modifikace dotazníku EUROPEP (Sikorová a Stichenwirthová, 2012).

Dalším argumentem pro obhajobu komunitní ošetrovatelské péče o ženu po porodu je fakt, že ženy jsou dnes po porodu v České republice propouštěny do domácího prostředí velice brzy. Po vaginálním porodu obvykle třetí den, po císařském řezu obvykle pátý den. Okolo třetího dne se však fyziologicky rozbíhá laktace, a právě v tento moment jsou ženy propouštěny domů, kde na celkovou rekonvalescenci, péči o novorozence a laktaci zůstávají samy (Koudelková, 2013). Nepodstatný také není fakt, že procento somatických zdravotních komplikací u žen po porodu se dlouhodobě drží okolo 6 % (v roce 2012 – 6,8 % komplikací, v roce 2015 – 5,9 %) – dle Zpráv o rodičce a novorozenci, dostupných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2017).

V českém prostředí aktuálně prokázala význam komunitní péče porodní asistentky o ženu po porodu v souvislosti s poporodní depresí porodní asistentka Janoušková. Svým výzkumem prokázala, že porodní asistentka pečující o ženu po porodu v komunitním prostředí, častěji rozpozná příznaky poporodní deprese a dojde tak k včasnému zahájení léčby. U šestinedělek, které porodní asistentka navštěvovala po porodu v komunitním prostředí, se v menší míře ukázaly problémy s kojením a s péčí o novorozence, což patří mezi prediktory rizika vzniku poporodní deprese (Janoušková, 2014, s. 82). Další výzkumné šetření z naší republiky proběhlo v roce 2013. Jednalo se o projekt s názvem Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí (Lorenzová, Janoušková, Kašová, 2014). Toto šetření, které probíhalo v Plzeňském kraji, prokázalo, že u žen s komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období dochází k menšímu výskytu komplikací ve zdravotním stavu, je lepší stav kojení a vyšší spokojenost žen s poskytnutou péčí.

#### *Významné zahraniční výzkumné práce o komunitní péči porodních asistentek pečujících o ženy po porodu*

Také dánský zahraniční výzkum potvrzuje fakt, že ženy, které po porodu využily návštěvu zdravotníka v komunitním prostředí, mají lepší zdravotní stav a lepší výsledky laktace (Kronborg, 2012). Jiný výzkumný projekt, Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial, který byl realizován v roce 2004 ve Švýcarsku, prokázal,

že u nízko rizikových žen je včasné propuštění z porodnice a následná komunitní péče prospěšná. Ženy, o které bylo po porodu pečováno komunitní porodní asistentkou, udávaly menší potíže s kojením a větší spokojenost se zdravotnickou péčí a podporou (Boulvain, 2004).

Dále také britská randomizovaná studie přinesla výsledky o tom, že komunitní péče porodní asistentky o ženy po porodu významně zlepšuje výsledky mentálního zdraví, ale neovlivňuje výsledky fyzického zdraví (McArthur et al., 2002).

Další významný výzkumný projekt, který se zabývá komunitní péčí o ženy Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis je z roku 2001 a pochází z Austrálie. Tento výzkumný projekt prokázal, že komunitní péče o ženy po porodu je levnější než péče věnovaná ženám po porodu v porodnici (Homer et al., 2001).

Výzkum, který proběhl v roce 2007 ve Švédsku se zaměřoval na kritické posouzení poskytované poporodní péče vnímané ženami v porodnici. Z výzkumu, kterého se účastnilo 3455 žen, vyšly zajímavé závěry. Většina oslovených žen vnímala poporodní péči v nemocnici negativně. Nejvíce jim vadila malá příležitost v odpočinku (neustálé dotazy a vstupy zdravotníků do pokoje), nepodávání informací individuálně, malá podpora v kojení a neadekvátní příslušný management symptomů, které mohou předznamenávat změny ve zdravotním stavu. Autoři pak závěrem poukazují na vhodnost individuální péče po porodu a její kontinuitu (Rudman a Waldenström, 2007).

Cochrane Library vydala v roce 2013 přehledný protokol o vyhledávání odborných článků, které se věnují tématu výsledků zdravotního stavu u žen a kojenců po porodu v souvislosti s komunitní péčí. Závěry výzkumů se různí, protože každý stát má jinak nastavenou komunitní poporodní péči. Ukazuje se však, že brzká zdravotní péče po porodu a tematické debatování se ženou po porodu, může zvyšovat mateřské povědomí o tom, co je normální a co není normální poporodní zdravotní stav. Dále to vede k časnému hlášení matek zdravotnickému personálu o změnách ve zdravotním stavu. A v neposlední řadě osobní komunitní péče po porodu nastavuje vhodný management péče a léčby. Osobní kontakt je označen za vhodnější než kontakt přes telemedia. Doporučena je kontinuální komunitní péče, která zahrnuje zahájení péče zdravotníka již v těhotenství (Brodribb et al. 2013).



*Názory veřejnosti na komunitní péči porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v České republice*

V roce 2010 provedla Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích rozsáhlý výzkum, jehož výsledky publikovala v článku s názvem *Názory odborné a laické veřejnosti na možné uplatnění porodní asistentky v komunitní péči*. Výzkum probíhal v rámci podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky. Z tohoto výzkumu vyplývá, že největší část dotazovaných občanů neví, jaká je aktuální náplň práce porodních asistentek pro komunitní péči v České republice. Jejich stanovisko je při tom závislé na pohlaví, věku a vzdělání. Výsledky výzkumu prokazují, že lékaři jsou na rozdíl od veřejnosti a sester častěji toho názoru, že komunitní péče porodních asistentek není potřeba. Odborná a laická veřejnost pak jasně preferuje činnosti porodní asistentky v komunitním prostředí, které souvisí s předporodní a poporodní péčí. Veřejnost pak nejméně vidí jako důležitou péči o děti a ženy z různých etnických skupin a hodnocení sociálního prostředí (Festová, Bártlová, Tóthová, 2010).

V roce 2016 pak proběhl na území České republiky jiný výzkum. Tento se zabýval informovaností žen o návštěvní službě porodní asistentky v poporodním období. Do výzkumu byly zahrnuty dvě skupiny žen. První skupina žen (n = 293) navštívila po porodu ambulantní gynekologické zařízení a druhá skupina žen (n = 174) využila po porodu návštěvní službu porodní asistentky. Šetření přineslo zajímavé výsledky. Pojem „návštěvní služba porodní asistentky“ znalo z první skupiny jen 22 % respondentek. O této službě navíc bylo v těhotenství informováno jen 18 % žen, 79 % žen se o této službě dozvědělo prvně až z výzkumného dotazníku. Jen 4 % respondentek se domnívala, že poporodní návštěvní službu nepotřebovaly. Ve druhé skupině žen, která využila návštěvní službu porodní asistentky po porodu, vyšly také velmi zajímavé výsledky. Většina žen (94 %) byla s péčí komunitní porodní asistentky spokojena, 71 % žen uvedlo, že jim vyhovoval i čas, který s nimi porodní asistentka strávila (více nespecifikováno). Více než dvě třetiny žen (75 %) si návštěvní péči po porodu zaplatily samy. Možnost třech návštěv po porodu využily 4 % žen, jednu návštěvu využilo 76 % žen, dvě poporodní návštěvy pak využilo 20 % šestinedělek. Pokud se u žen v šestinedělí objevily nějaké komplikace, tak 29 % respondentek uvedlo, že je úplně vyřešilo s porodní asistentkou, 6 % respondentek uvedlo, že se muselo dále obrátit na lékařskou pomoc a u 1 % respondentek zůstaly komplikace nevyřešeny. Jako preventivní charakter návštěvní činnosti porodní asistentky označilo 55 % respondentek (Kailová a Dušová, 2016).

V roce 2018 proběhl v České republice výzkum zaměřený na očekávání matek novorozenců v souvislosti s návštěvní službou dětské sestry. Výsledky poměrně překvapivě ukázaly, že 59,8 % matek by návštěvní péči dětské sestry po narození dítěte v domácnosti uvítalo, ale 40,2 % respondentek o tento způsob ošetrovatelské péče zájem nemá. Mezi hlavní důvody nezájmu o návštěvní činnost dětské sestry po narození dítěte patří argumenty pocitu jakési kontroly ženy, kontroly úklidu v domácnosti a narušení soukromého prostoru. Výzkum podhalil fakt, že je potřeba pracovat více na důvěryhodném vztahu mezi dětskou sestrou a matkou. Jedině tak bude poté možné navázat s čerstvou matkou užší vztah, kvalitněji popsat její a novorozencovy potřeby a reagovat na ně. Navázání důvěry také znamená, že rodiče a zdravotníci vzájemně spolupracují na řešení problémů či si vzájemně naslouchají (Schönbauerová a Boledovičová, 2018).

### ***1.1.5 Teoreticko-filozofický koncept komunitní péče o ženu po porodu***

Realizace ošetrovatelské péče vyžaduje určitý rámec, který je esenciální pro specifický přístup ke klientovi. Tento rámec je určen konkrétním ošetrovatelským modelem. Pro komunitní péči v širším rozsahu jsou vhodné tyto modely: Adaptační model Calisty Royové, Teorie čtyř konzervačních principů M. E. Levinové, Model behaviorálního systému D. E. Johnsonové (Hanzlíková, 2004, s. 73–87), Model umění pomoci E. Wiedenbachové (Farkašová et al., 2006) či model Interpersonálních vztahů Hildegard Peplau (Pavlíková, 2005). Pro komunitní péči o ženu po porodu považujeme za nejvhodnější k použití model Ramony Mercerové *Teorie dosažení mateřské úlohy – stát se matkou* (Mercer a Walker, 2006, s. 569).

Ramona Mercerová je svojí profesí původně všeobecná sestra, která se po celou dobu své vědecké kariéry zabývala tématem vývoje mateřské identity v období těhotenství a po narození dítěte. Mezi její vynikající publikace patří zejména „Ošetrovatelská péče pro rodiče v ohrožení“ či „Rodiče v ohrožení“. Mercerová se pro svůj model, který také někdy bývá označován jako teorie středního dosahu, inspirovala pracemi doktorky Revy Rubin, která v šedesátých letech dvacátého století vypracovala teorii mateřské identity (Theoral of Maternal Identity) (Nurses, 2010). Mercerová však teorii více propojila s praktickými aspekty a je pozoruhodné, že nepřetržitě svojí teorii validizovala a doplňovala podle praxe založené na důkazech (Mercer, 2006).

Autorčina Teorie dosažení mateřské úlohy – stát se matkou je založena na jejím rozsáhlém výzkumu, který započala v šedesátých letech dvacátého století. V této teorii je používána deduktivní i induktivní logika. Teoretický model je v praxi často využíván a citován a bývá označován za nejkompexnější k použití pro studium proměny ženy v matku (Farkašová et al., 2006).

Mercerová se ve svém koncepčním modelu zabývá následujícími pojmy: *dosažení mateřské úlohy, věk mateřství, vnímání zkušeností s porodem, časné oddělení dítěte od matky, sebeúcta, sebeuvědomování, flexibilita, postoj k výchově dětí, zdravotní stav rodiny, úzkost, deprese, napětí, potěšení, náklonnost, temperament dítěte, zdraví dítěte, rodina, funkce rodiny, stres, sociální podpora, emocionální podpora, informační podpora, hodnocení, vztah matky a otce*. Každý koncepční model má svá metaparadigmata, jinak chápe člověka, zdraví, prostředí a ošetřovatelství. Ve svém modelu Mercerová klade veliký důraz na péči zdravotníků v období těhotenství a prvního roku po porodu. Tato péče má veliký vliv na celkové zdraví matky i dítěte.

**Ošetřovatelství** pak chápe jako dynamickou profesi se třemi hlavními cíli: zlepšování zdraví a prevence nemocí, poskytování péče těm, kteří potřebují profesionální asistenci v dosažení optimální úrovně zdraví a výzkum pro podložení té nejlepší možné praxe. Mercerová dále definovala i *roli sestry či porodní asistentky*. Říká, že tyto odbornice poskytují zdravotní péči jednotlivcům, rodinám i komunitám. Po vyhodnocení klientovy situace a prostředí, ve kterém žije, by mělo dojít k identifikaci cílů péče a zdravotního stavu ženy a dítěte. Sestra či porodní asistentka pak dále klienta edukuje, poskytuje svojí péči v oblastech, kterou není klient schopen zvládnout samostatně a také komunikuje s okolím, s komunitou, ve které klient přebývá.

**Jedinec – člověk**, pak v modelu není explicitně vysvětlen. Jedná se zde spíše o vysvětlená pojmu *já či vlastní já*. Já je zde chápáno jako velice důležitý pojem pro pochopení sebeúcty a sebejistoty. Právě koncept sebejistoty a sebeúcty hraje významnou roli v dosažení mateřské role. Pojem já se v procesu změny ženy na matku výrazně mění. Má na tom zásluhu nejen kulturní kontext, komunitní prostředí, chtěnost dítěte či připravenost na roli matky, ale i partnerský a rodinný život a také osobnostní zralost ženy.

Další součástí metaparadigmatu je uvedeno **zdraví**. To je chápáno jako vnímání předchozího a současného zdraví, vzhledu, odolnosti vůči nakažám, odolnost vůči zdravotním obavám, sklonům k nemocem a k utíkání do nemoci. Zdraví dítěte je pak

chápano jako hodnocení zdravotního stavu při porodu z hlediska holistického. Rodinný zdravotní stav je pak chápán jako přítomnost či absence stresu při porodu a značně ovlivňuje následující spokojenost v rodinných vztazích.

**Prostředí** pak Mercerová chápe jako kulturní zázemí jedince, partnera, rodiny. Také popisuje vlivy, které působí na dosažení mateřské role. Mercerová zdůrazňuje, že vývoj jedince nemůže být oddělován od vlivu okolí. Do významných faktorů, které ovlivňují zdraví z prostředí, pak řadí lásku partnera, podporu vlastních rodičů a přátel. Také zvýrazňuje vliv výchovy ženy a přípravu na roli matky. V příloze č. 1 uvádíme Diagram vlivu sociálního světa na vývoj mateřské identity dle R. Mercer.

V tomto modelu jsou určeny dvě hlavní proměnné – matka a její dítě. Obě tyto proměnné ovlivňují faktory přímé i nepřímé. Matku ovlivňuje především věk v době prvního porodu, zážitky z porodu, brzké odloučení od dítěte, výchovné přístupy a její zdraví. Vztah k dítěti pak ovlivňuje jeho temperament, vzhled, schopnost klást požadavky a odpovídat na podněty. Mercerová zdůrazňuje dále i roli otce, kterou chápe jako velice důležitou zejména pro ocenění ženy jako matky (Stratton a Howard, 2011; Farkašová et al., 2006, s.153–156).

Model Teorie dosažení mateřské úlohy – stát se matkou je rozpracován do mikro, mezo a makrosystému. Mikrosystém zahrnuje nejbližší prostředí, ve kterém se žena pohybuje. Ten je definován například fungováním rodiny, partnerským vztahem, sociální oporou, ekonomickou situací rodiny a stresovými faktory. Mezosystém pak uzavírá mikrosystém. Částečně pak ovlivňuje rozvoji mateřské role a vztah k dítěti. Mercerová sem zařazuje například pracovní povinnosti, širší charakter komunitního prostředí, ve kterém se žena pohybuje (např. vztah komunity k čerstvým matkám). Posledním naznačeným systémem je makrosystém. Zde Mercerová zařazuje obecné rysy jednotlivých kultur, etnik a sociálně-politických uspořádání. Neopomíná také zdůraznit systém zdravotní péče a politiky, který ovlivňuje dosažení mateřské role.

Dosažení mateřské role je proces, který je vystaven na čtyřech po sobě jdoucích krocích. Ty jsou definovány takto:

**První stupeň – očekávání:** žena se učí, co je od její úlohy matky očekáváno. Tato role začíná být naplňována již v těhotenství. Matka a plod v těhotenství představují jeden celek. Matka se učí reagovat na plod a plod zase velice senzitivně rozpoznává nálady a chování své matky. Zde vzniká první bonding, lepení se, připoutání se k sobě.

**Druhý stupeň – formální, společenský:** začíná zhodnocením úlohy ženy při porodu, projevování se v nové roli podle společenského vzoru.

**Třetí stupeň – neformální, neoficiální:** začíná tehdy, kdy si matka zvolí svoji originální cestu mateřství, kdy společenské vzorce chování jsou jen jakousi oporou, ale nejsou striktně dodržovány. Mateřství se stává prakticky intuitivním procesem.

**Čtvrtý stupeň – osobní:** matka zažívá pocity harmonie a radosti, sebeocnění v oblasti naplnění mateřské role (Stratton, Howard, 2011, Farkašová a kol, 2006, s.153–156).

V roce 2004 Mercerová uvedla, že by bylo vhodné nahradit termín „dosažení mateřské úlohy“ (Maternal role Attainment) termínem „stát se matkou“ (Becoming a mother). Tak se původní model nazvaný Teorie dosažení mateřské identity doplňuje o dovětek „stát se matkou“ (nově se tedy model nazývá Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou). Svá tvrzení pro tuto změnu Mercerová široce zdůvodňuje. Termín stát se matkou podle ní lépe vystihuje, že se žena vydává z jistoty a ze známé reality na cestu do neznáma. Tato změna si vynutí změnu životních cílů, změnu chování a zodpovědnosti a také nové sebepojetí. Přeměna ženy v matku může být ovlivněna či umocněna osobními charakteristikami ženy, kulturními hodnotami a přístupy, socioekonomickým statutem, znalostmi a přípravou na roli matky, komunitním prostředím, ve kterém žena žije. Pro tento dynamický proces, kterým žena – matka prochází, se více hodí zmíněný nový termín „stávat se matkou“ než termín „dosažení mateřské role“, který je příliš statický (Mercer, 2004, s. 226). Mercerová dále také nově popisuje stádia identity matky, která zjišťovala pomocí rozsáhlých kvalitativních výzkumů. Prvním stádiem identity je příprava na mateřskou roli (těhotenství), druhým stádiem identity matky je seznámení se, učení se a fyzická rekonvalescence (šestinedělí), třetím stádiem identity matky je cesta, pohyb, za něčím novým (může trvat do dvou týdnů či až do čtyř měsíců). Čtvrtým stádiem mateřské identity pak je pocit úspěchu v mateřské roli (po čtyřech měsících po porodu). Čas pro dosažení posledních tří stádií identity je velice variabilní a ovlivnitelný, jak ženou, dítětem a také sociálním kontextem, ve kterém žena a dítě po porodu žijí. Mercerová pak shrnuje, že výpovědi žen o jejich životní transformaci v ženu – matku zahrnují odpovědi jako pocit osobního růstu, rozvoje a vzniku nového sebepojetí (Mercerová, 2004, s. 231).

### ***1.1.6 Aplikace ošetrovatelského modelu Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou Ramony Mercerové do praxe komunitní péče o ženu po porodu***

Teorie Ramony Mercerové byla od jejího vzniku průběžně revidována a konfrontována s praxí samotnou autorkou. Mercerová kladla veliký důraz, aby teorie korelovala s praxí založenou na důkazech. Právě pro svůj praktický dopad je teorie označována jako teorie středního dosahu (Tomey-Marriner a Alligood, 2018).

Práce Mercerové byly publikovány v učebnicích pro sestry a porodní asistentky. Její teorie je velice hodnotná pro vzdělávání zdravotníků pečující o ženy na jejich cestě mateřstvím. Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou je však velkým přínosem i pro studenty psychologie, sociologie a vzdělávání (Skalová, 2011).

#### *Aplikace koncepčního modelu R. Mercer v jednotlivých fázích dosažení mateřské identity do praxe komunitní porodní asistentky*

V první fázi dosažení mateřské identity je podstatná anticipace, pozitivní očekávání. Toto stádium mateřské identity se týká období těhotenství. V praxi je velice důležité, aby se ženy spojily se svým těhotenstvím a aby si připouštěly všechny své pocity. Porodní asistentky by měly ženy vést k tomu, že těhotenství je určitým krizovým mezníkem v jejich životě, který si přirozeně vynutí změnu životního stylu, změnu životních hodnot. Jistě je vhodné povšimnout si i vývoje otcovské identity, protože proměny partnerství v těhotenství velmi často ovlivňují i mateřskou identitu (Špatenková, 2004).

Ve druhé fázi dosažení mateřské identity působí na ženu formální a společenské vlivy. Ženy často svoji identitu vztahují k prožitku porodu – tedy, jak obstály jako matky při porodu. Zde je velice důležitá předporodní příprava a psychoprolaxe, která je plně v kompetencích porodních asistentek. Tato příprava by měla být zaměřena opět na spojení s těhotenstvím a měla by ideálně být vedena individuálně. Protože jen tak je možno s ženou rozebírat změny, kterými prochází do hloubky a osobně. Dále je potřeba, aby porodníci a porodní asistentky k porodu přistupovali nejen tělesně, ale holisticky. Aby si uvědomili, že prožitky z porodu ovlivňují mateřskou identitu a mohou způsobovat buď pocit osobního růstu či naopak být spouštěčem poporodní deprese (Mrowetz, 2011). V této fázi vývoje mateřské identity je také podstatné být pro

ženu podporou. V dřívějších dobách porodní asistentky chodily za ženami po porodu každý den ráno i večer (v prvním týdnu po porodu). Kontrolovaly nejen poporodní tělesné změny, ale byly ženám oporou i v oblasti kojení, a právě i v oblasti adaptace na roli matky. V současné době tato podpora významně chybí. Ženy se tak často ocitají ve spárech různých sociálních očekávání role dobré matky. Ale nikdo jim není na blízku, aby je v této nové roli odborně podpořil (Stadelmann, 2009, s. 262).

*Ve třetí fázi* dosažení mateřské identity ženy často dospívají k závěrům, že podstata mateřství je vlastně intuitivní. Podstata mateřské role tak není založená na poučkách a radách našich předků, ale na vnitřním pocitu, který je žena – matka ochotna vnímat. Pro praxi porodních asistentek to znamená, že by se měly snažit v ženách vzbudit napojení na svoji intuici již v těhotenství. To opět souvisí se schopností vnímat své pocity a svůj vnitřní hlas. Bohužel dnes žijeme v době, kdy nemáme příliš prostoru se pozastavit a vyslechnout se. Nedůvěřujeme si. Pro mateřskou identitu je však spojení ženy se sebou samotnou a vnitřní jistota plynoucí ze své podstaty nesmírně důležitá. Porodní asistentky by tak k ženám-matkám měly také přistupovat. Jejich přístup by měl být respektující, podpůrný a jemný, ale nikoli nadřazený a direktivní (Ratislavová, 2008, s. 86).

*V poslední fázi* dosažení mateřské identity můžeme sledovat harmonické rozpoložení ženy, které vypovídá o dosažení mateřské identity ve smyslu přijetí této nové role a v radosti jejího plnění. V dnešní době však komunitní porodní asistentky bývají většinou v kontaktu se ženou a dítětem jen do konce šestinedělí (Kailová a Dušová, 2016). Domníváme se, že by bylo vhodné pokračovat v zásadách našich předchůdkyň, kdy dřívější porodní asistentky bývaly spjaté s rodinou, kde pomáhaly v souvislosti s narozením dítěte až do věku tří let po narození dítěte (Kosfeld, 2014). Porodní asistentky tak měly možnost být pro ženu stabilní oporou a někdy se tak stávaly v přeneseném slova smyslu i téměř členem rodiny.

## 1. 2 Historické souvislosti komunitní péče o ženu po porodu na našem území

### 1.2.1 Přehled vývoje vzdělávání porodních asistentek na našem území

Povolání porodní báby či porodní asistentky je lidově skloňováno jako jedno z nejstarších řemesel na světě. Nejpůvodnější porodní báby nebyvaly nijak vyškolené a odborně zdravotnicky připravené, bývaly to většinou nejchudší ženy s vlastní zkušeností s porodem, častokrát vdovy (Vránová, 2007, s. 21).

V českých zemích je první faktická zmínka o pomocnicích při porodu z roku 1200. Do konce 16. století vyšlo 8 spisů pro porodní báby, obsahově však byly velice primitivní. Od roku 1654 se porodní báby musely prokazovat potvrzením o vykonané odborné zkoušce. První kurzy gynekologie a porodnictví se otevíraly s datem založení Univerzity Karlovy v Praze, ovšem byly to kurzy pouze teoretické. Od poloviny 16. století začala města spolupracovat s lékaři, kterým se říkávalo fyzikové. Ti měli mít dozor nad prací ranhojičů a také nad porodními bábami. Fyzikové dostali nově nařízeno přezkušovat i porodní báby. V tomto časovém období můžeme prvně sledovat i první řády pro porodní báby (Vránová, 2007, s. 30).

K prvním profesním reformám porodních bab došlo však až za vlády Marie Terezie (1717–1780), která se inspirovala situací v Holandsku. V tomto období vznikly první soupisy práv porodních bab a také jejich přísaha při vykonávání povolání. V roce 1753 pak vyšel Generální zdravotní řád pro Království české, který udával povinnosti porodních bab při vykonávání jejich povolání. Postupem času docházelo k překladům významných porodnických učebnic „Uvedení k pravému a dokonalému babímu umění“ od lékaře J. Crantze z roku 1772 nebo učebnice „Učebnice babictví“ od J. Stiedeleho (Doležal, 2001). První v češtině psaná učebnice pro porodní babičky byla „Zpráva a nauczenie žienam tiehotnym a Babam pupkorzeznym netoliko prospessna, ale take potrebna“, kterou sepsal v roce 1519 lékař Nicolaus Claudjan. Další česky psaná učebnice byla „*Růžová zahrada těhotných žen a bab pupkořezných*“ od Eucharia Roesslina, která vyšla také roku 1519. Překlady porodnických příruček byly v té době často jediným zdrojem informací o porodnické praxi. Nutno však dodat, že tyto první učebnice skýtaly velké množství mystických informací a pověr (Dvořáková, 2011).



O vzdělávání porodních asistentek se velkou měrou zasloužil Antonín Jungmann (1775–1854), emeritní porodník a zakladatel slavné Pražské porodnické školy. Jungmann také vydal v roce 1804 svojí první česky psanou učebnici porodnictví „*Úvod k babení*“. Od roku 1804 pak dochází také ke změnám podmínek vykonávání babické profese. Tyto již nebyly zkoušené od krajského fyzika, avšak musely být přezkoušené po absolvování kurzu porodnictví a po dvou měsících praktické výuky.

Mezi další významné osobnosti, které ovlivnily české porodnictví, patří jistě porodník Dr. František Mošner (1797–1876), Dr. Karel Pawlík (1849–1914) či profesor Václav Rubeška (1854–1933).

V roce 1878 byl vydán říšský zákon, který pojednává o jakési ochraně porodních asistentek. Udává jejich počet v obci a pojednává i o jejich sociálním postavení, protože profese porodních asistentek patřivala často k těm nejchudším a nejméně ohodnoceným profesím (Vránová, 2007, s. 78). V roce 1897 pak vycházejí Služební předpisy pro porodní báby. I přes všechna navrhovaná opatření se sociální postavení porodních babiček nezlepšilo. Aby se porodní bába v té době přiměřeně užívala, bylo by potřeba měsíčně odvést 60 porodů na 2000 obyvatel. Přičemž města byla porodními bábami přeplněna a vesnice byly často úplně bez porodnické pomoci (Hanulík, 2017, s. 14). Jako reakce na tuto neutěšenou dobu vznikají tyto organizace na podporu porodních babiček: Zemská jednota porodních babiček (vznik v Praze, r. 1911), Sdružení porodních babiček v Rakousku (vznik v Brně, r. 1903), které vydávalo Časopis porodních babiček (Sedláčková, 1973, s. 10).

V roce 1928 vyšel zákon O pomocné praxi porodnické, jakož i o vzdělávání a výcviku porodních asistentek (chyběla zde však informace o pojištění a také komunitním působení porodních asistentek, o tzv. rajónování). Začalo se také užívati nového názvu profese, tedy profese porodní asistentky. V roce 1930 byly založeny dva státní ústavy pro vzdělávání porodních asistentek, pro české porodní asistentky byla škola v Pardubicích, pro německé porodní asistentky byla škola v Liberci. V dalších letech se výuka porodních asistentek transformovala. Vznikalo více vzdělávacích ústavů, měnily se podmínky počtů praktické i teoretické výuky. V roce 1965 byl název profese změněn na termín ženská sestra. Toto označení trvalo až do roku 1993, kdy se opět přeměnilo na termín porodní asistentka. Co se týče informací o školství, je důležité zde uvést, že od akademického roku 2001/2002 byla prvně zahájena výuka porodních asistentek na vysokých školách jako bakalářský stupeň vzdělání. V současné době je

možné získat diplom porodní asistentky při absolvování právě jen oborové vysoké školy (Vránová, 2007, s. 89–90).

Péče porodních asistentek o těhotné ženy, rodící ženy a ženy v šestinedělí v domácím či komunitním prostředí bývala takto komplexní (jedna porodní asistentka se starala o ženu ve všech výše uvedených obdobích) až do těsného období po skončení druhé světové války. Po druhé světové válce docházelo k postupnému přesouvání porodů do porodnic, přičemž v šedesátých letech dvacátého století probíhala již většina porodů v porodnici. Nejdříve se do porodnic přesouvaly jen rizikové a patologické porody. Později, a to i v souvislosti s ujednáním o sjednoceném zdravotnictví (Zákon č. 103/1952, platný od 1. 1. 1952), kdy veškerou péči o zdraví lidu přejímal stát, se do porodnic přesouvaly již veškeré porody. Stát všem řádně pojištěným ženám poskytoval bezplatnou péči. S přesunem porodů do nemocničních zařízení docházelo k pozvolné ztrátě kompetencí porodních asistentek a také ke změně vnímání této profese společností (Doležalová, 2006, s. 13–14).

V roce 1948 vyšel zákon č. 248/ 1948 Zákon o okrskových porodních asistentkách a o úpravě oprávnění k výkonu pomocné praxe porodnické. Bez ohledu na to, že došlo k masivnímu přesunu porodů do porodnic, komunitní péče porodních asistentek zůstávala zachována až do roku 1992 (Doležalová, 2006, s. 13–14). V tomto roce pak došlo k privatizaci gynekologických středisek a komunitní péče porodních asistentek doznala velkého úpadku (Dorazilová, 2013).

### ***1.2.2 Dimenze porodu a narození člověka v české lidové kultuře***

Ještě na počátku minulého století vykazoval český venkov v souvislosti s narozením dítěte a ženou po porodu specifické a různorodé kulturní zvyky a rituály.

Narození dítěte se považovalo za veliký dar a magický okamžik. V této souvislosti pak byla častokrát rodička a poté šestinedělka, a i její porodní asistentka považována za zdroj tajemných sil. Po porodu častokrát nastávalo období, kdy byla šestinedělka považována za „nečistou“ a kdy musela být sociálně izolována od ostatních lidí komunity (rodiny, vesnice). Ženy měly často pro celé období šestinedělí přísně vymezené normy chování. Tyto pravidla upevňovaly povědomí sounáležitosti komunity s novou rodinou, podporovaly přežití dítěte a jeho včlenění do společnosti a také pomáhaly ženě lépe přijmout novou životní rol (Hanulík, 2017).

Šestinedělky tedy bývaly často v určitém svém specifickém prostoru. Na našem území bylo typické být v tzv. koutě (někdy také nazývaném jakou bouda, betlém, koutro, poloh). Takovýto kout byl obvykle umístěn v rohu místnosti, kde byl tento prostor od stropu až na zem obestírán koutnicí (plachta, španělské plachty či u chudých rodin peřiny). Koutní plachty dostávala ještě v 19. století každá nevěsta do výbavy, a v některých rodinách se tyto plachty dokonce dědily z generace na generaci. Širotkům koutní plachtu obvykle půjčovala porodní bába či sousedka. Nejstarší koutní plachty bývaly z hrubšího lněného plátna a byly vyšívané bílou a často i červenou bavlnkou. Červená barva měla mít pro ženu a dítě ochranný účinek. Uprostřed koutnice býval vyšívat svislý pruh mřížky nebo krajky, aby šestinedělka mohla pozorovat okolí pro případné riziko nebezpečí. Koutnice měla také svůj praktický, hygienický a estetický důvod. Říkávalo se, že žena si odpočine jen v koutě a v hrobě. Kout měl pro ženu a dítě posvátný ráz a poskytoval tak bezpečí a ochranu. Za koutní plachtu mělo přístup jen nejbližší příbuzenstvo (ve starších dobách měla za koutní plachtu přístup jen porodní bába). Pro ochranu šestinedělek, protože se věřilo, že jsou díky očistkům zdrojem temných sil, se používalo vykropení kouta svěcenou vodou, časté modlení se, již zmíněná červená bavlnka, březová metla pod postelí, sopečné kameny pod hlavou (Navrátilová, 2004, s. 106–123).

Společenská izolace šestinedělky vycházela z přesvědčení, že až do církevního úvodu v kostele může její přítomnost v širší komunitě mimo prostory domu vyvolat nebezpečné situace a přivolat neštěstí. Častokrát se pak se šestinedělkami dávala do souvislosti například povodeň, ničující bouřka, požár, úhyn dobytka. Pokud by šestinedělka vkročila například do hospody, vyvolala by rvačky a spory. Nedělka nesměla být přítomna ani svatbám (Navrátilová, 2004, s. 106–123).

Kout tedy ztělesňoval mimořádnou životní událost v životě ženy. Tento kulturní a společenský artefakt můžeme pojímat jako rys tradiční lidové kultury, „*jako schopnost organizace a hierarchizace společenských vztahů, cit pro vzájemné soužití, sociální rozměr respektu k specifickému stavu ženy a dítěte, i morální povědomí dobra a zla.*“ (Navrátilová, 2004, s. 124). Když nedělka pobývala v koutě, často toto období vyplňovaly obřadní návštěvy příbuzenstva a sousedek. Tyto ženy často přinášely všelijaké naturálie, a i hotové pokrmy. Mezi nejčastější pokrmy patřily všelijaké domácí bábovky, buchty, koláče, maso, mléko, tvaroh a typicky vydatná polévka. Nejčastěji to bývala slepičí polévka s masem a nudlemi, u bohatších lidí pak mandlová či starodávná

pivní polévka. Vydatné polévky měly ženě pomoci se zotavit po porodu a také nastartovat laktaci. Jídlo do kouta se nosívávalo ve speciálních nádobách, v malovaných koutních hrncích, v *koutňácích*. Koncem 19. století již pivní polévka začala ustupovat moderní kávě a láhvi vína a dortu (Navrátilová, 2004, s. 125).

Po skončení šestinedělí bylo potřeba izolační období řádně ukončit rituálním aktem. Podle nejstarších historických pramenů se má za to, že takovéto ukončení s očistou probíhalo ještě před přijetím křesťanství. Hlavní úlohu zde měla magie vody a ohně (omývání ženy a vykuřování obydlí). S přijetím křesťanství se pak rituální ukončení šestinedělí přesouvalo do kostela, k obřadu, který se nazýval *úvod*. „Úvod byl zaměřen na symbolickou duchovní očistu a iniciaci šestinedělky, neboť znamenal odpuštění, poděkování a požehnání“ (Navrátilová, 2004, s. 129). Po návratu z kostela často následovala hostina, která mnohdy velikostí předčila i svatbu. Tyto hostiny byly především (v dřívějších dobách pak výhradně) vyhrazené ženám. Veliká hostina často mívala až dvanáct chodů a někdy mohla vézt až k zadlužení rodiny. Nově uctěná matka mívala společenskou povinnost vrátit péči (a občerstvení) od ostatních žen z komunity, které se jí dostalo v průběhu šestinedělí.

Je velká škoda, že se tyto přechodové kulturní rituály začaly s rozvíjející se urbanizací pomalu vytrácet. V současné době jsou přechodové kulturní rituály v souvislosti s narozením dítěte patrné jen občasně, a to zejména na venkově.

### ***1.2.3 Péče o ženu po porodu v období rozkvětu kvalifikovaného komunitního ošetrovatelství***

Podle historických pramenů si dovolueme tvrdit, že rozkvět kvalifikované komunitní péče o ženy po porodu je možno datovat od období druhé poloviny devatenáctého století, kdy byly k dispozici první české učebnice porodnictví pro porodní báby a kdy porodní babičky procházely přísným výcvikem. Výjimečný význam pro české porodnictví měly například učebnice *Babictví, jež ve prospěch svých krajanek sepsal a vydal František Jan Mošner*/ Jan Mošner, 1837, *Kniha babická ku prospěchu žen babictví se učících sepsána od Jana Stenga*/ Jan Steng, 1859, *Porodnictví pro babičky*/ Václav Rubeška, 1897, *Učebnice pro porodní asistentky*/ František Pachner, Richard Bébr, 1932. Konec rozkvětu komunitní péče o ženy po porodu je pak možno datovat do období, kdy se začaly domácí porody přesouvat do

porodnic. Komunitní péče o ženy po porodu sice probíhala dále, ale již ze své podstaty nebyla ve svém působení tolik hloubková, specifická a kontinuální (rozhovor s pamětnicí, komunitní porodní asistentkou Annou Kopačkovou, narozenou roku 1927, rozhovor uskutečněn 20. 9. 2014 v Českých Budějovicích).

V období rozkvětu komunitní péče o ženu po porodu bylo doporučeno, jaké vlastnosti má každá porodní asistentka mít, aby své povolání mohla řádně vykonávat. Jan Streng ve své knize uvádí vlastnosti porodních babiček, přičemž je dělí na vlastnosti těla - přiměřené stáří kolem 20. – 30. roku, pevné zdraví, dostatečnou sílu, bystrý zrak a sluch, zvláště pak jemný cit ve špičkách prstů, dlouhé a štíhlé prsty; vlastnosti duše - zdravý rozum, bystrý úsudek, dobrá paměť, živá obrazivost, odhodlanost a přítomnost ducha a vlastnosti srdce - opravdová nábožnost a kázeň Boží, svědomitost, tichost, trpělivost, vlídnost, urputnost, ochota k chudým i k bohatým, počestnost a mravní život, mlčenlivost a skromnost (Streng, 1859, s. 1 – 6).

V roce 1897 vyšly *Služební předpisy pro porodní báby*, vydané nařízením c.k. ministeria věcí vnitřních ze dne 10. září. Tyto předpisy měla vlastnit každá babička a podle nich se řídit (Vránová, 2007, s. 78).

Porodní asistentka má za svoji povinnost starat se o ženu v šestinedělí stejně tak, jako se o ní starala při porodu. Šestinedělka by měla po porodu zůstat 9 dní v posteli (odpočinek, zhojení porodního poranění, zavnutí dělohy, zotavení břišních svalů i svalů pánevního dna). Z těchto 9 dní se doporučoval striktní klid na lůžku vleže první 4 dny (včetně vyprazdňování a hygieny) a dalších 5 dní se šestinedělka mohla již chvílemi posadit. Po dvou týdnech pak šestinedělka může na pár chvil vyjít z domu, po 4 týdnech může se začít pravidelně koupat a starat se o svoji domácnost. V době, kdy šestinedělka striktně leží, musí jí porodní asistentka denně navštěvovat. V prvním týdnu ideálně dvakrát denně, od 8. dne postačí jednou denně. Po 14 dnech může porodní asistentka návštěvy ukončit. Od povinných návštěv lze upustit jen tehdy, kdy má šestinedělka u sebe přítomnou odbornou ošetřovatelku, nebo když šestinedělka onemocněla horečkou omladnic či jinou zákeřnou chorobou, a kdy lékař zakázal porodní asistenci dalších návštěv. Pokud by porodní asistentka k infekční šestinedělce docházela, musí přerušit kontakt s těhotnými ženami a ještě 3 dny po poslední návštěvě šestinedělky musí setrvat v domácí karanténě (Pachner, Bébr, 1932, s. 173).

Porodní asistentka by za šestinedělkou měla docházet vždy ve smlouvanou hodinu. Ideálně ráno na osmou hodinu a v devatenáct hodin k večeru. Pro porodní

asistentku je vhodnější mít jen zvláštní lehčí brašnu pro potřeby šestinedělí. Zejména bude potřebovat: zástěru, čepeček, irigátor, poševní rourku, 2 skleněné řitní rourky, 1 kovový katétr, 2 kartáčky na ruce, teploměr, lázeňský teploměr, desinfekční prostředek, odměrku, vatu, gázu, anatomickou pinzetu. Porodní asistentka by také měla dohlédnout na místnost, kde je šestinedělka uložena. Mělo by se jednat o suchou, čistou a větratelnou místnost. Šestinedělka by neměla být obtěžována hlukem, kuchyní a prádlem. Přílišná vůně květin či vykuřování místnosti není vhodné (Pachner, Bébr, 1932, s. 172–174).

„Bude-li se porodní asistentka při návštěvách šestinedělky vždy řídit pravidly, jimž se naučila, a bude-li zvláště vždy a bez výjimky dbátí nejpřísnější čistoty, může býti přesvědčená, že šestinedělka i dítě zůstanou zdravý. Nikdy se nesmí od těchto pravidel odchýlit a nikdy nesmí své znalosti a dovednosti přeceňovati. Šestinedělí má pro ženu mnoho nebezpečí a z nepatrného začátku může se vyvinouti zlé, ba i smrtelné onemocnění. Mnoha neštěstím může zabrániti lékař včasným zákrokem nebo včasným podáním léku: proto musí porodní asistentka ho ihned, jakmile se objeví nějaká nepravidelnost, povolati. Lépe desetkrát zbytečně nežli jednou pozdě. Největší pýchou porodní asistentky jest, když jí žádná šestinedělka neonemocní“ (Pachner-Bébr, 1932, s. 175).

V časech, než došlo k přesunu porodů do porodnic, měly porodní asistentky ženy v komplexní péči – období těhotenství, porodu i šestinedělí. Lékař se o ženy staral jen v komplikovaných a patologických případech. Porodní asistentky se za ženami dopravovaly jakkoli – často pěšky, na kole nebo si pro ně přijel kočár s koňmi. Porodní asistentky pracovaly v jakoukoli denní dobu a často i na úkor svého soukromého života (Burgerová, přelom 19. a 20. stol., s. 6–8).

V období 50. let minulého století se pak samostatně pracující porodní asistentky stávaly zaměstnankyněmi porodnic nebo obvodního praktického (později ženského) lékaře. U obvodních lékařů pak pracovaly obvykle dvě nebo tři porodní asistentky s tím, že se střídaly v náplni práce. Obvykle měly na starost vedení administrativní agendy lékaře, vedení předporodních příprav a návštěvní služby v šestinedělí. Tyto porodní asistentky spadávaly pod Krajský ústav národního zdraví, později pod Okresní ústav národního zdraví a spadávaly pod vrchní sestru, která rozhodovala o tom, která porodní asistentka bude kompetentní pro komunitní péči. Komunitní porodní asistentky si musely precizně vést svoji administrativu, dokumentaci (deník porodní asistentky,

později pracovní deník ženské sestry). Tento deník musely každý měsíc předložit ke kontrole. Za měsíc muselo být odpracováno minimálně 200 hodin. Obvody, ve kterých se porodní asistentky pohybovaly, byly velice rozsáhlé a pro porodní asistentky bez automobilu pak často i časově náročné na zvládnutí. Za každý kilometr pohybu v terénu porodní asistence náleželo 40 halěrů. Nejdříve byl systém péče o šestinedělku a novorozence nastaven tak, že porodní asistentka chodívala na návštěvní službu do té doby, než si byla jistá, že žena i dítě jsou plně zdravotně v pořádku a že žena zvládá péči o dítě samostatně. Později se ustálil počet návštěvní služby v šestinedělí na 3 návštěvy (Sedláčková, 2009, str. 34–35). V učebnici pro střední zdravotnické školy oboru ženská sestra je rozpracována kapitola *Náplň a organizace práce ženské sestry na obvodech*. Tato kapitola obsahuje také pojednání o pohotovostní službě ženských sester a také je zde rozpracována metodika návštěvní služby šestinedělek a novorozenců. Tato metodika rozpracovává náplň práce porodní asistentky během třech poporodních návštěv. Obsahem první návštěvy v šestinedělí je kontrola zdravotního stavu ženy, kontrola laktace, ukázka vhodných cviků po porodu, pátrání po psychických změnách a prohlídka dítěte, požádá-li o to matka. Kromě ženských sester docházely do komunitního prostředí ještě zvláště i dětské sestry. První návštěva šestinedělky a novorozence v komunitním prostředí by měla proběhnout do 24 hodin po odchodu z porodnice. Druhá návštěva v šestinedělí by měla proběhnout do tří dnů od domácího pobytu a třetí poporodní návštěva je naplánována na konec šestinedělí. Pokud u ženy probíhají nějaké komplikace či si žena sama vyžaduje zvýšenou péči, porodní asistentka tomu frekvenci návštěv přizpůsobí (Gregušová, 1982, s. 379–382).

### **1.3 Aktuální situace ošetrovatelské komunitní péče o ženu po porodu**

#### ***1.3.1 Legislativní rámec komunitní péče porodní asistentky při péči o ženu po porodu***

V roce 2005 proběhlo na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek v Austrálii odsouhlasení posledního aktuálně platného znění Mezinárodní definice porodní asistentky. V České republice je tato profese definována zákonem č. 284/2018 Sb. Zákonem, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který udává podmínky k vykonávání této profese. Vlastní kompetence porodních asistentek jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (konkrétně viz. příloha č. 4).

Vlastní podmínky pro praxi porodní asistentky v komunitním prostředí pak upravuje Zákon č. 66/2013 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jsou pak uvedeny ve vyhlášce č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Pokud komunitní porodní asistentka pracuje výhradně ve vlastním sociálním zařízení klienta, musí mít zřízeno tzv. kontaktní pracoviště, které by takto mělo být označeno, a které by mělo být vybaveno následujícími pomůckami: nábytek pro práci porodní asistentky, kartotéční uzamykatelná skříň, připojení k veřejné telefonní síti mobilní, přístroj pro detekci ozev plodu, jednorázové pomůcky k vyšetření těhotné ženy, tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace – resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení, box na přepravu biologického materiálu. Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m<sup>2</sup> a sanitární zařízení pro zaměstnance (Vyhláška č. 284/2017 Sb.).

#### ***Úhrada komunitní péče porodní asistentky o ženu po porodu zdravotními pojišťovnami***

V České republice by výkony porodních asistentek měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. O veřejném zdravotním pojištění hovoří aktuální Zákon č.



290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Pro vyplácení provedené péče jsou však nastavené podmínky. Hlavní zásadní podmínkou je, že komunitní péči o ženy po porodu musí doporučit gynekolog. A to i přesto, že porodní asistentka je oprávněna pracovat bez odborného dohledu. Lékař musí vystavit Formulář 06 a porodní asistentka pak může pracovat na tzv. Vyžádanou péči. Další podmínkou je fakt, že porodní asistentka musí mít uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, u které je pojištěna žena (Janoušková, 2014, s. 33).

Porodní asistentka pracuje pod kódem odbornosti č. 921. Vyhláška č. 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, prezentuje možnost vykázání provedení ošetrovatelských výkonů. V souvislosti se ošetrovatelskou péčí po porodu může být vykázán výkon s číslem 06211 „Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí ženskou sestrou“. Tento výkon je plně hrazen ze zdravotního pojištění a může být proveden 1x v těhotenství a maximálně 3x v šestinedělí. Za provedení návštěvní služby náleží porodní asistenci 161 bodů (Vyhláška č. 143/2018, s. 2463). Pokud je návštěvní služba provedena v době od 22 do 6 hodin, porodní asistentka si může vykázat ještě kód 06135 a pokud návštěvní službu vykonává ve dnech pracovního klidu, může si vykázat ještě kód 06137. Oba dva kódy jsou ohodnoceny 100 body. Obě tyto časové varianty návštěvních hodin musí být opět doporučeny lékařem (Janoušková, 2014, s. 33).

### ***1.3.2 Aktuální situace v naplňování praxe komunitní péče o ženu po porodu na našem území***

V současné době není v naší republice komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu plošně dostupná pro všechny řádně pojištěné ženy – nutnost doporučení gynekologa, nutnost mít smlouvu s pojišťovnou shodnou s pojišťovnou šestinedělky. Toto způsobuje bariéru ve volbě žen ohledně poskytovatele zdravotnické péče a také to zvyšuje náklady zdravotnického systému (Štomerová, 2010, s. 267). Na tuto situaci zareagovala v roce 2016 soukromá komunitní porodní asistentka Anna Kohutová, která zorganizovala celonárodní elektronickou petici s názvem *Chceme státem hrazenou péči porodních asistentek*. Petici podepsalo celkem 3497 lidí. Petice vyzývala zemské

zdravotní pojišťovny k uzavírání smluv s komunitními porodními asistentkami a k proplácení odborných výkonů (Kohutová, 2016).

Tisková zpráva České ženské lobby k situaci v českém porodnictví říká toto: „Zásadním problémem českého porodnictví je skutečnost, že není diferencována zdravotní péče dle míry rizika. Všechny ženy mají přístup ke specializované sekundární a terciární péči, která však není při fyziologickém průběhu těhotenství, porodu a poporodního období žádoucí ani efektivní. Primární péče, zejména primární péče poskytovaná porodními asistentkami, která podporuje zdraví těhotných a rodících žen a jejich dětí není v ČR dostatečná a v mnoha ohledech není ani dostupná“ (Česká ženská lobby, 2012).

Dalším bariérou v poskytování kvalitní komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu je stálá absence jednotných standardů péče. I když je toto téma aktuální a hojně diskutované, stále není mezi odbornou veřejností jednotný konsensus. Vyjednání lepších podmínek pro praxi komunitní porodní asistence je zejména na profesních organizacích sdružujících porodní asistentky. V roce 2017 zástupkyně České komory porodních asistentek a Unie porodních asistentek provedly společnou analýzu stavu komunitní porodní asistence v České republice. Výsledky byly velice překvapivé. Porodní asistentky zjistily, že Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů registruje celkem 7230 porodních asistentek. Z toho je vedených jako samostatně pracujících v ambulantním sektoru 1155. Vlastních pracovišť porodních asistentek je pak registrováno v celé České republice jen 156 – nejvíce pak v Olomouckém a Zlínském kraji, nejméně pak v Libereckém a Pardubickém kraji. Ratislavová a Ezrová také zjišťovaly, kolik soukromých porodních asistentek má aktuálně platnou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvedla 15 smluv, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky pak eviduje 19 smluv s porodními asistentkami. Ostatní zdravotní pojišťovny na dotaz výzkumníc buď nereagovaly či odmítly sdělit informace. Druhá fáze výzkumného šetření se týkala již samotných soukromých porodních asistentek. Ratislavová s Ezrovou v průběhu března a dubna 2017 oslovily celkem 136 soukromých porodních asistentek a to pomocí e-mailu. Návratnost odpovědí byla poměrně nízká, vrátilo se vyplněných 69 dotazníků (50,7 %). Z odpovědí vyplynulo, že je velmi obtížné se uživit na hlavní pracovní poměr jako k soukromá či komunitní porodní asistentka. A v tomto rozsahu pracují jen 3 porodní asistentky ze zmíněných 69 odpovědí. Ostatní respondentky uvádějí, že

hodnota bodu proplacená za provedený výkon od zdravotní pojišťovny je velmi malá a „není to k uživení“. Výzkum dále ukázal další zajímavá data, kdy 87,5 % odpovídajících porodních asistentek považuje svoje postavení, co by poskytovatele zdravotnické péče, za nevyhovující a 67 % porodních asistentek má pocit, že nemůže plně využít svoje kompetence v praxi. Profesní organizace na výsledky šetření reagují tímto shrnujícím programem: o stavu komunitní porodní asistence informovat Ministerstvo zdravotnictví České republiky, vyvolat tematické jednání se zdravotními pojišťovnami, podpořit vznik povinného členství porodních asistentek v odborné komoře, ujednotit standardy ošetrovatelské péče v komunitním prostředí, podporovat vzájemný respekt mezi kolegyněmi a pořádat odborné vzdělávací kurzy zaměřené na komunitní porodní asistenci (Ratislavová a Ezrová, 2017a).

Možným řešením by také mohla být podpora státu a profesních organizací vedoucí ke vzniku nejen vlastní komunitní péče porodních asistentek s návštěvní činností v domácnosti, ale také vznik komunitních center, kde by ženy – matky navštěvovaly porodní asistentky. Takováto centra běžně fungují v zahraničí. Je zde i možnost pořádat různorodé kurzy a cílit na zvyšování zdravotní gramotnosti matek (Ivanová et al., 2018).

### ***1.3.3 Zahraniční trendy v komunitní péči o ženy po porodu***

V dalších pasážích práce přiblížíme aktuální situaci komunitní ošetrovatelské péče o ženu po porodu ve vybraných evropských státech.

#### *Spolková republika Německo*

Porodní asistence ve Spolkové republice Německo je tradičně orientována na praxi komunitní ošetrovatelské péče. Odhaduje se, že asi jedna třetina všech porodních asistentek pracuje v komunitní sféře. Společenské i profesní postavení německých porodních asistentek je srovnatelné s postavením lékaře (Stadelmann, 2009).

Činnosti porodních asistentek jsou regulovány Zákonem o povolání porodních asistentek ve znění pozdějších předpisů, ze dne 4. 6. 1985, který je uveden ve Spolkové sbírce zákonů (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Dalším významným dokumentem je Smlouva o poskytované péči porodních asistentek, která je uzavřená mezi profesními organizacemi a zdravotními pojišťovnami. V Německu je tak běžné, že

porodní asistentky mohou svojí práci získat proplacenou od zdravotních pojišťoven a klientky tak nejsou finančně zatěžovány platbou za komunitní péči porodních asistentek (O'Malley, 2016).

Poporodní péče porodní asistentky zahrnuje odborné vyšetření ženy, pozorování a vyšetření novorozence (včetně odběru krve pro screeningová opatření), poradenství v oblasti životního stylu a péče o novorozence. Frekvence návštěv porodní asistentky je většinou každý den jedna návštěva během prvních 10 dnů šestinedělí (Liga lidských práv, 2010, s. 34). Německá porodní asistentka U. Harder uvádí, že pro návštěvy v šestinedělí na prvních šest dnů nepotřebuje nedělní doporučení od lékaře. Na další poporodní návštěvy porodní asistentky však ano. V prvních šesti dnech může porodní asistentka bez finanční zátěže ženu navštívit i dvakrát denně. Pro mladé rodiny je pak takto intenzivní péče velice komfortní a podpůrná. Po desátém dni šestinedělí až do 8. týdne po porodu může porodní asistentka v rodině provést ještě až 16 návštěv, které jsou placené pojišťovnou (Harder, 2005, s. 212).

### *Holandsko*

Porodní asistence v Holandsku patří k nejvěhlasnějším na celém světě. Zdejší porodní asistence má velikou tradici a profese porodních asistentek má výsostní postavení v péči o ženu v reprodukčním věku. V Holandsku je dodnes, jako v jedné z mála zemí západního světa, ženám bez regulí umožněno primárně rodit v domácím prostředí a s tím souvisí i komunitní poporodní péče porodní asistentky.

Těhotné ženy jsou třízeny podle zdravotních rizik do čtyř kategorií. První dvě kategorie žen (plně dostačující péče porodní asistentky, porodní asistentka musí stav ženy konzultovat s lékařem) je možno provést domácím porodem. V současné situaci v Holandsku probíhá okolo 30 % domácích porodů. Porodní asistentka pečuje o ženu po porodu v komunitním prostředí obvykle kontinuálně prvních osm dnů po porodu. Během těchto dnů provádí zdravotní prohlídku matky a novorozence, podporuje průběh laktace, edukuje ženu o zdravém životním stylu, ale také je nápomocna při domácích pracech, může pomoci například s přípravou jídla či péčí o starší děti, což ženě po porodu umožní opravdu do hloubky relaxovat. Někdy je kromě porodní asistentky možno také využít tzv. „asistentku v mateřství“, což většinou bývá studentka odborného blíže nespecifikovaného studia s tříletou praxí v péči o ženu a dítě po porodu (The Royal Dutch Organisation of Midwives, 2015). Tato péče má i své specifické

pojmenování „Kraamzorg Care“ (Kraam = poporodní, Zorg = péče), které se takto běžně užívá například ve Velké Británii (Kraamzorg, 2015). Tato specifická poporodní péče je v Holandsku dostupná všem zdravotně pojištěným ženám, i když se počítá s drobnějším příspěvkem za hodinovou péči pro pomáhající pečovatelku. Plán na poporodní péči dělají většinou ženy již ve třetím trimestru těhotenství. V tomto období přichází zástupkyně poporodní péče na první konzultaci. Rozsah poporodní péče je možno opět odstupňovat podle aktuální situace v rodině. Intenzivnější péče bude potřeba u většího počtu dětí v rodině, při potížích s kojením, při nestabilní domácí situaci či při onemocnění v rodině. Tato péče probíhá většinou prvních osm či deset poporodních dní (The Royal Dutch Organisation of Midwives, 2015).

V Holandsku v současné době pracuje okolo 80 % porodních asistentek v primární péči, přičemž asi 82 % z nich pracuje jako samostatně výdělečně činné. Okolo 13 % porodních asistentek pracuje v porodním zařízení a asi jen 5% porodních asistentek je zaměstnáno v jiném zdravotnickém zařízení (Liga lidských práv, 2010, s. 21).

Holandská porodní asistence se v posledních letech potýká s novodobým specifickým, a tím je péče o imigranty a přistěhovalce, kteří nemají vztah k historicky zakořeněné podpůrné péči porodních asistentek. Práce porodních asistentek se tak komplikuje, není přijímána a chápána a v této souvislosti tak dochází i k nárůstu nemocničních porodů a k rozvoji multikulturálního ošetřovatelství (Redshaw, 2015).

### *Velká Británie*

Úprava poskytování péče porodních asistentek je zakotvena v Zákoněm opatření o ošetřovatelství a porodní asistenci (The Nursing and Midwifery Order, 2018), na základě kterého byla zřízena Rada pro ošetřovatelství a porodní asistenci/Nursing and Midwifery Council. Hlavní činností rady je registrovat porodní asistentky, vydávat standardy péče a dohlížet na jejich dodržování. Rada též vydala etický kodex porodních asistentek, který při jeho nedodržování může vést ke zrušení registrace porodní asistentky. Další významnou roli ve vymezení práce porodních asistentek hraje také vymezení standardů poskytované zdravotní péče *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. O poporodní péči hovoří standard č. 37 (NICE, 2015). Standard o poporodní péči obsahuje tyto podstatné informace: poporodní péče by měla být plánována ideálně ještě v těhotenství, jsou povoleny porody doma s podmínkou

zaregistrovat narození dítěte na příslušném matričním úřadě do 40 dní po porodu, pro porodní asistentku neexistuje žádný závazný seznam vybavení. Porodní asistentka by se o šestinedělku měla intenzivně starat prvních 7–10 dní po porodu, poté ženu předává do péče praktického lékaře. V péči o novorozence je povinnost nejpozději do 72 hodin po porodu provést kompletní vyšetření novorozence (NICE, 2015). Poporodní péče komunitní porodní asistentky ve Velké Británii probíhá většinou sedmkrát v prvních dvou týdnech po porodu (Askelsdottir et al., 2013).

Vedle Rady pro ošetřovatelství a porodní asistenci ve Velké Británii ještě existuje několik profesních organizací pro porodní asistentky. Nejtradičnější organizací je *Royal College of Midwives*. Pro nezávislé soukromé porodní asistentky je pak vhodnou organizací *Independent Midwives UK*. Aby porodní asistentky mohly vykonávat své povolání, je především nutné, aby měly platnou registraci. Poté mohou pracovat buď samostatně či v rámci nějaké agentury či v rámci Národního zdravotnického systému (National Health Service).

Praktikující porodní asistentkyvždy spadají pod supervizující porodní asistentku, která ověřuje, zda jsou dodržovány všechny předpisy a náležitosti. Také služebně mladší porodní asistence pomáhá s rozбором náročných případů. Setkání obou porodních asistentek by mělo proběhnout minimálně jednou do roka (Liga lidských práv, 2010, s. 8–10).

Královská společnost porodních asistentek vydala v roce 2014 výzkumnou zprávu *Poporodní plánování péče*. Zpráva přináší kritický pohled na poporodní péči o ženy ve Velké Británii. Zpráva uvádí, že navzdory doporučení Národního zdravotnického systému, aby poporodní péče byla individuální adresná a ukončená až po uspokojení zdravotnických potřeb ženy, tak praxe bývá jiná. Z výzkumu vychází fakt, že až 40 % žen po porodu bývá propouštěno z porodnic předčasně, předtím než jsou připravené starat se o dítě. Výzkumná zpráva se opírala také o názory více než 3000 porodních asistentek. Z tohoto vzorku si pak 65 % porodních asistentek myslí, že počty poporodních návštěv u žen jsou nedostatečné a jejich množství se řídí spíše podle organizačních možností než podle skutečných potřeb žen. Královská společnost porodních asistentek také zdůrazňuje fakt, že počty porodních asistentek, které se věnují poporodním návštěvám, jsou podhodnoceny. Jen třetina porodních asistentek věnujících se poporodní péči v domácím prostředí uvádí, že vnímají dostatek času se ženou promluvit o všech podstatných informacích. Z výzkumu dále vychází negativní fakta –

65 % žen s žádným zdravotníkem před porodem nediskutovalo fakt, jak o ně bude po porodu postaráno. Společnost se také zaráží nad faktem, že 3,4 % oslovených žen po porodu nikdo ze zdravotníků nenavštívil. Pouze jednu návštěvu mělo 14,4 % žen, dvě poporodní návštěvy byly provedeny u 25,6 % žen a více než tři návštěvy pak proběhly u 31,6 % oslovených žen (The Royal College of Midwives, 2014).

Specialistka na audit poskytované kvality péče Jane Munro k tématu říká: „Ideál poskytované péče je ten, že se o jednu ženu v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí, stará jedna stejná porodní asistentka. Pocit emoční pohody je lehčí navodit, pokud žena svojí porodní asistentku dobře zná a pokud k ní má důvěru. Je velice důležité nestanovovat předem počet poporodních návštěv, ale nechat to na potřebách ženy.“ (RCNi, 2015). Jiný výzkum hovoří o tom, že při větší flexibilitě je možné sladit poporodní návštěvy stále stejné porodní asistentky i v systému National Health Service (Bowers, J., Cheyne, H. et al, 2015).

## **1.4 Poporodní období**

### ***1.4.1 Charakteristika a rozdělení poporodního období***

Poporodní období neboli puerperium, je období prvních šesti týdnů po porodu dítěte. Toto období je charakteristické velkými změnami v životě ženy, dítěte a také změnami v chodu celé blízké rodiny. Ženy se v období šestinedělí dotýkají změny tělesné, psychické a spirituální. Rovněž dochází k naplnění nové životní role a k novému uspořádání dosavadní rodiny (Myles, 2015, s. 499).

Šestinedělí můžeme rozdělit na dvě období. Za časně šestinedělí považujeme prvních sedm poporodních dní, za pozdní šestinedělí pak považujeme zbylé poporodní dny až do čtyřicátého druhého dne po porodu. V takto rozděleném šestinedělí pak můžeme spatřovat různé typické změny a adaptační procesy, které můžeme vyhodnocovat a využívat pro plánování vlastního ošetrovatelského procesu v péči o ženu po porodu. Období šestinedělí dále můžeme dělit na fyziologicky a patologicky probíhající. Fyziologicky probíhající šestinedělí je takové, kde se nevyskytuje žádná komplikace v holistickém pojetí zdraví člověka (Koudelková, 2013, s. 19).

### ***1.4.2 Tělesné poporodní změny ženy***

V průběhu šestinedělí dochází k markantním involučním změnám, kdy se organismus ženy vrací do stavu před otěhotněním, i když návrat do stavu před těhotenstvím nikdy není úplně možný. Tento druh změn je nejvíce patrný na reprodukčním systému (děloha, ovaria a vejcovody, pochva), kardiovaskulárním systému (změna dynamiky krevního volumu, změna hemokoagulačních faktorů), kožním systémem (úprava pigmentace), gastrointestinálním systémem (úprava zažívání), močovém systému, hormonálním a imunitním systémem.

Kromě změn involučních, probíhají i změny progresivní, kdy tělesný rozměr mateřství je dovršen tvorbou mateřského mléka.

Mezi nejzávažnější komplikace šestinedělí pak patří infekční procesy, krvácivé stavy, komplikované hojení porodních poranění, tromboembolické komplikace porodu a také závažnější změny v psychice ženy po porodu (Procházka a Pilka, 2016, s. 209–217).

### ***1.4.3 Psychické a spirituální poporodní změny ženy***

Začít po porodu nový život s pocitem štěstí, radosti a hrdosti je snem snad každé čerstvé matky. Jenže takovéto pocity nejsou vůbec samozřejmé. Poslední výzkumy ukazují, že až čtyřicet procent žen po porodu trpí psychickými změnami a depresemi různého stupně. Tyto psychické změny můžeme přisuzovat hormonálním změnám, změně poměru tělesných tekutin a elektrolytů bezprostředně po porodu, ale také velké únavě, nedostatku spánku a zážitkům z porodu (Reck et al., 2018).

Několik hodin po porodu se ženy přirozeně v myšlenkách vracejí k prožitému porodu, kdy si porovnávají prožitek náročné situace se sebepojetím. Ženy se dále vyrovnávají s přijetím novorozence jako samostatné, nezávislé bytosti. Ženy obvykle začínají být v zajetí myšlenek na péči o miminko – zda péči zvládnou a zda budou schopné být dobrými matkami (Borelli et al., 2018).

První poporodní dny je možno vysledovat u čerstvých šestinedělek vzestup radostné nálady. Je to zejména proto, že ženy cítí úlevu, že mají porod za sebou a že se setkaly se svým dlouho očekávaným potomkem. Tento stav však většinou nemá



dlouhého trvání a bývá vystřídán zvýšenou citlivostí a úzkostnějším pohledem na svět. Ženy si často začínají uvědomovat realitu dní, fakt, že fantazie se změnily ve skutečnost, která si od nich vyžádá zodpovědnost, odříkání a stálou pohotovost. Než si na tuto trvalou zátěž ženy po porodu zvyknou, mohou se setkat s pocity nízké sebedůvěry, nedostačivosti a neschopnosti. Tyto pocity jsou pak právě často umocněny ještě nedostatkem spánku, únavou, hormonálními změnami, možnou bolestí při hojení porodních poranění a nástupem laktace (Takács et al., 2015).

Jako nejčastější formu psychických poporodních změn můžeme uvést tzv. poporodní blues. Pokud psychika ženy po porodu doznává větších změn, které se nevrací k normálu a které se naopak se ve svých prožitcích prohlubují, tak je pravděpodobné, že se může jednat o psychické poruchy po porodu. Obecně tyto poruchy dělíme na poporodní deprese a poporodní psychózu (Takács et al., 2015).

Narozením dítěte se z ženy stává matka. Být matkou znamená projít jakýmsi transformačním procesem, určitou duchovní cestou. Na této duchovní cestě si žena promítá a zpracovává otázky, které se vyskytují. Zvládnout těhotenství a porod je možno přirovnat ke zvládnutí velké životní zkoušky. Po překonání této zkoušky by měl nastoupit pocit trvalé síly a sebeocenení. Otázky sebepojetí jsou po porodu také velice časté a silné (Tassone, Landherr, 2014, s. 251–252).

S proměnami sebevnímání souvisí i změny v sexualitě a v partnerském životě. Ženy před těhotenstvím většinou žijí v mužském principu sexuálního prožitku. Po porodu se však sexualita často přesouvá do ženského principu, který zahrnuje jemné citlivé milování. Toto milování je tvořeno něžnostmi, objetím, nezahrnuje tělesné výboje, ale naopak zahrnuje masáž, dotyky, polibky, plynutí (Gutmanová, 2013, s. 95). Je často úkolem ženy, aby s tímto novým pojetím své sexuality seznámila svého partnera. Pro většinu žen je období po porodu velice citlivé a zranitelné a vlastní sexuální akt se svým partnerem bývá v šestinedělí nemyslitelný. Tématika sexuality velice souvisí s průběhem porodu (Kitzinger, 2012, s. 143).

A jak se mění po porodu partnerství? Je třeba počítat s tím, že první rok po narození dítěte bývá plný změn a adaptace. Mění se nejen role ženy – matky, ale také muže – otce. Mezi hlavní role nového otce by měly patřit: usnadnění emoční vazby mezi matkou a dítětem (dát ženě prostor pro nerušení spojení s dítětem), chránit ženu a dítě a pečovat o společný domov, aktivně podporovat ženu v dosažení vnitřního

prožitku mateřství, akceptovat svoji ženu a její rozhodnutí. Často se stává, že společnost pozitivně oceňuje, když se muž zapojuje do péče o miminko. Je třeba si však uvědomit, že nejdůležitější rolí a úkolem muže není suplovat matku, ale dát jí oporu v její mateřské roli. (Gutmanová, 2014, s. 123–126).

#### ***1.4.4 Sociální poporodní změny***

Tím, že se ženě narodilo dítě, se žena dostává do nové životní role – role matky. Tato role je společností od žen očekávána, a dokonce jsou jí vytyčeny i jakési společenské stereotypy, které se váží k roli dobré matky. Tradiční úlohou ženy pak byla vždy starost o děti, domácnost a manžela. Této roli se učí již děvčátka, když si jako malé hrají s panenkami (Fafejta, 2004, s. 130). Přesto se dnešní společnost dostala v naplnění mateřské role do jakési propasti. Od žen očekáváme naplnění role dobré matky, na druhou stranu však ženy v této roli necháváme často osamocené a bez podpory. Proto je velmi žádoucí, aby zdravotníci vedli ženy k aktivnímu spojení s mateřstvím již v těhotenství. Tím je myšleno, aby si ženy připouštěly všechny své pocity, včetně pocitů obav a strachů a věděly, že to je zcela přirozené. Důležité je také pěstovat prenatální komunikaci a budovat důvěru v sebe jakožto ženu, ale již i matku (Kiehl a White, 2003).

Nová role matky s sebou váže určité postavení, ale také jistá pravidla chování a povinnosti. Společnost vždy kontrolními mechanismy sleduje, jak je tato role naplňována (například institucemi – dětský lékař, škola). Role dobré matky je většinou hodnocena podle zdraví a chování dítěte. Nikdo se však již nepozastavuje nad tím, jak se v nové roli žena cítí a jak se na velké změny ve svém životě adaptuje. Je třeba si připustit, že narození dítěte mění zcela ženin dosavadní životní styl. Žena – matka se většinou přestává věnovat své profesi, ztrácí kontakt se spolupracovníky, mění se její životní perspektivy a je také značně omezena v uspokojování vlastních zájmů a zálib. Celodenní náplní se pak stává péče o dítě a o domácnost (Ratislavová, 2008, s. 93).

Fakt, že jsou ženy po porodu osamělé jako nikdy v historii, potvrzují i odborníci v oboru (Stadelman, 2009, s. 259, Gutmanová, 2013, s. 88, Northrupová, 2003, s. 159, Geisel, 2004, s. 11–15).

Naše novodobá společnost je obecně chudá na oslavné či přechodové rituály. To, že se narodilo dítě, oslavujeme. Ale to, že se z matky stala žena, již příliš neslavíme a

neoceňujeme, bereme to jako samozřejmost. V moderních společnostech se stávají normou spíše mikrorodiny s tendencí většího soukromí, ale také nízké rodinné podpory a pospolitosti (Gaskin, 2010, s. 337–338).

Moderní společnost se tedy čím dál více odklání od oceňování role nové matky a její podpory. Přitom přínos přechodových rituálů, kdy by byla žena uctěna jako matka, má svůj velký význam. Labusová uvádí, že: „Rituály přechodové, které nám pomáhají projít vývojově závažnými nebo přímo krizovými situacemi, mají mimořádný význam, protože nám usnadňují akceptovat zásadní životní změny“ (Labusová, 2014).

#### ***1.4.5 Ošetřovatelská péče o ženu po porodu v porodnici***

V současné době je pobyt žen po porodu na oddělení šestinedělí v českých porodnicích obvyklý v rozsahu tří dnů po vaginálním porodu a v rozsahu pěti až sedmi dní po porodu císařským řezem. Některé ženy po porodu také využívají možnosti tzv. ambulantního porodu, kdy ženy po porodu s novorozencem opouštějí porodnici obvykle za dvanáct až dvacet čtyři hodin po porodu (Koudelková, 2013, s. 23).

##### *Ošetřovatelská péče o ženu po vaginálním porodu*

Po narození miminka, tráví žena na porodním sále ještě obvykle dvě hodiny. V tento čas, v průběhu tzv. čtvrté doby porodní, probíhají důležité poporodní změny, které je potřeba pečlivě sledovat. Jedná se zejména o kontrolu zavínování dělohy a také krvácení z dělohy a kontrolu vitálních funkcí. Tento čas je také velice důležitý pro navázání vztahu mezi matkou a novorozencem. První okamžiky po porodu jsou nesmírně cenné pro matku i jejího novorozence. Po přirozeném porodu se u ženy vyplavují nejvyšší hladiny oxytocinu v průběhu porodu vůbec. Tento hormon lásky, spolu s vysokou hladinou morfinu a prolaktinu způsobuje zamilování se do svého miminka (Odent, 2013, s. 28). Velmi podstatné je umožnit matce, aby si ke svému miminku přivoněla. Nejnovější výzkumy totiž ukazují, že matka je pak lépe naladěná na své dítě a je více vnímavá k potřebám svého dítěte (Moberg, 2016). Také pro novorozence má prvotní kontakt s matkou zásadní význam pro bazální pocit bezpečí. Každý zdravotník by si měl proto osvojit základní desatero k podpoře bondingu (Mrowetz a Peremská, 2013).

Po uplynutí většinou dvou hodin po porodu bývají ženy převezeny na oddělení šestinedělí, kde jsou uloženy i s novorozenci na pokoji tzv. rooming-in. Pro překlad na oddělení šestinedělí je podmínka fyziologického průběhu poporodního období u ženy a dobré poporodní adaptace u novorozence.

Po příjmu na oddělení šestinedělí jsou ženy obvykle znovu zkontrolovány (vitální funkce, zavínování dělohy a krvácení z dělohy, stav porodního poranění) včetně kontroly močení. Porodní asistentky rovněž dále uspokojují základní potřeby žen, mezi které patří kromě vylučování také příjem tekutin a potravy, odpočinek a spánek. V rámci prevence tromboembolických komplikací je vhodné provádět včasnou mobilizaci po porodu. Každá porodní asistentka by pak měla metodou ošetrovatelského procesu určit rizika či stádia poruch zdraví u jednotlivých šestinedělek a postupovat tak, aby tyto byly co nejdříve odstraněny. Zvláštní péče by pak měla být věnována rizikovým šestinedělkám (Koudelková, 2013, s. 84–122).

V průběhu pobytu šestinedělky na oddělení šestinedělí se každý den sledují vitální funkce ženy, zavínování dělohy, charakter odchodu očistků, hojení porodního poranění, provádí se prohlídka dolních končetin kvůli prevenci rozvoje tromboembolické nemoci, hodnotí se stav prsů, rozvoj laktace a také odchod stolice a střevních plynů. Dále se pečuje o případnou bolest a rekonvalescenci po porodu ve formě jemného tělesného cvičení.

Ve většině českých porodnic se o ženy po porodu starají porodní asistentky a porodníci. O novorozence a o rozvoj laktace se pak stará druhá skupina zdravotníků – porodní asistentky či dětské sestry a neonatologové (Koudelková, 2013, s. 23–27). Z aktuálně publikovaného průzkumu o stavu podpory kojení v českých porodnicích vyplývají zajímavé výsledky. Žádná česká porodnice nesplňuje všechny vyjmenované doporučené požadavky „10 kroků úspěšného kojení“ Světové zdravotnické organizace (WHO) a Dětského fondu Spojených národů (UNICEF), tedy vždy alespoň jeden bod chybí. Z výzkumu dále vyplývá, že Certifikace tzv. *Baby – Friendly Hospital* není rozhodující ve výsledcích poskytované podpory kojení. I když bylo u těchto certifikovaných porodnic vyšší procento výlučně kojených dětí, používaly se zde v nadmíře kojící kloboučky a nebyl vždy dodržován doporučovaný poporodní kontakt skin to skin mezi matkou a novorozencem. Výzkum pak obecně udává, že v českých porodnicích často přetrvává rutinní postup v péči o novorozence bez akceptace individuálních potřeb matky a dítěte. Dále je zde pak často ženami negativně hodnocen

nedostatek času personálu a rutinní vážení novorozenců před a po kojení (Majerčíková, 2018).

#### *Ošetrovatelská péče o ženu po operativním porodu*

Incidence císařských řezů v České republice stále stoupá, v roce 2010 již přesáhla 20% hranici (Procházka a Pilka, 2016, s. 194).

Ženy, u kterých musel být z rozličných důvodů proveden císařský řez, bývají z operačního sálu obvykle převezeny na pokoj intermediální péče, kde bývají zpravidla prvních dvacet čtyři hodin po porodu. V průběhu prvních dvaceti čtyř hodin po porodu probíhá pravidelná kontrola krvácení, kontrola odcházení lochií, kontrola zavinování dělohy a hojení operačního pole, kontrola fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech, tělesná teplota), kontrola diurézy včetně bilance tělesných tekutin, kontrola odchodu střevních plynů. Zdravotníci se rovněž zaměřují na podporu laktace a podporu bondingu. Zdravotnická péče by se dále měla zabývat také managementem bolesti a prevencí tromboembolických komplikací. Pokud jsou výše uvedené indikátory zdravotního stavu šestinedělky v normě, bývá obvyklé, že se první pooperační den ukončuje zavedení permanentního močového katetru, případně se vyndávají z operačního pole drény a také se odstraňuje krytí rány (Marshall a Raynor, 2015, s. 466–468). U žen po císařském řezu je důležité nikam nespěchat a dodat ženě klid a prostor pro rekonvalescenci. Žena totiž prodělala dvě velké změny najednou – stala se matkou a zároveň prodělala velkou břišní operaci. Tyto dvě události v jejím životě si kladou velké nároky na její energii a sílu. Proto je zde velmi podstatný citlivý a jemný přístup, který by však měl být navržen tak, aby ženu pozvolna aktivizoval (Marshall a Raynor, 2015, s.465).

Protože o ženách, které porodily císařským řezem, můžeme mluvit jako o rizikových šestinedělkách, je třeba si vždy ujasnit rizika, která mohou nastat a postupovat v ošetrovatelské péči přesně podle schématu ošetrovatelského procesu. Uvádí se, že císařský řez je ve svých důsledcích až šestkrát nebezpečnější než vaginální porod, což znamená šestkrát vyšší výskyt komplikací. Ve spojitosti s císařským řezem pak rozeznáváme hlavně riziko infekce, krvácení, poranění močového měchýře, zástavy střevní pasáže, komplikovaného hojení porodního poranění, anesteziologické komplikace a vznik tromboembolických komplikací (Procházka a Pilka, 2016, s. 198).

Do operativního způsobu vedení porodu dále můžeme zařadit porod vedený kleštěmi (per forcipem) či vakuumextrakcí. Tyto druhy porodů jsou zejména náročné pro psychiku rodičí ženy (Rowlands a Redshaw, 2012). Další časté komplikace bývají v rozsáhlejší poranění měkkých porodních cest (děložní hrdlo, pochva, perineum, konečník). Zde je velice důležitá aseptická péče o porodní poranění a také psychická podpora rodičky. Důležité je dát jí prostor pro dotazy a pečovat o ženinu brzkou rekonvalescenci. Porodní asistentka by měla důrazně dbát na kontrolu porodního poranění, kontrolu vylučování moči a stolice, zavínování dělohy a kontroly krvácení. Ženy s operativním porodem v druhé době porodní mívají častěji problém s rozběhem laktace. Právě na to a na včasný kontakt s novorozencem by se měla porodní asistentka také zaměřit (Chapman a Charles, 2009, s. 146).

#### *Edukace žen po porodu v porodnici a jejich spokojenost s pobytem na oddělení šestinedělí*

V roce 2012 byl ukončen výzkum, který mapoval kvalitu perinatální péče očima rodiček. Tento výzkum probíhal od roku 2005–2012 v celé České republice. Záštitu nad ním převzala Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Výzkumného šetření se zúčastnilo 1195 respondentek. Z tohoto celkového počtu uvádí 39 % žen spokojenost s poskytnutými informacemi na oddělení šestinedělí. Poskytované informace na oddělení šestinedělí bývají bohužel často z různých zdrojů, jsou smíšené, často kusé a nelogicky na sebe navazující. V rámci České republiky byly nejlépe hodnoceny porodnice v Olomouckém, Zlínském a Středočeském kraji. Naopak nejhůře byl hodnocena poporodní péče v pražských porodnicích. Z výzkumu dále vyplynulo, že 52 % respondentek nebylo spokojeno s přístupem zdravotníků, který nebyl rovnocenný a individuální. Výzkum dále uvádí, že jen 40 % šestinedělek mělo pocit emoční podpory od zdravotníků (Takács et al., 2012).

Zajímavé poznatky z praxe přináší také etnografický výzkum, který popisuje dění na poporodním oddělení v jedné porodnici v Londýně v průběhu noci. Výzkumníci, kteří dění na oddělení sledovali jako „insighteři“, tedy zúčastnění pozorovatelé, zjistili že při nočních směnách jsou porodní asistentky obecně méně aktivní v podpoře kojení. Z výzkumu dále vyplynulo, že maminky, které měly u své postele miminko v závěsné postýlce (mezi matkou a dítětem nebyla žádná překážka), byly ráno spokojenější a více naladěné na své dítě. Oproti tomu ženy, které měly své

dítě v oddělené postýlce vedle své postele, byly ráno více unavené a více podrážděně reagovaly na pláč dítěte (Dykes a Flacking, 2016).

Také ve Švédsku proběhl v roce 2015 výzkum na téma spokojenosti žen po porodu s poskytovanou péčí na oddělení šestinedělí. Výzkum byl postaven na kvalitativní metodologii, kdy proběhly rozhovory s devíti respondentkami. Ženy uvedly, že mezi důležité znaky dobré podpory ze strany porodní asistentky patří: dojem z prvního setkání, respekt a rozpoznání individuálních potřeb a také zahrnutí partnera ženy do další péče a spolupráce (Thorstensson et. al., 2015).

## **1. 5 Komunitní ošetrovatelská péče o ženu po porodu**

Cílem této kapitoly je popsat vybrané potřeby ženy, novorozence a rodiny v komunitním prostředí. Lidské potřeby můžeme členit na biologické, psychosociální, spirituální a energetické (Klímová a Fialová, 2015).

Porodní asistentka by měla poskytovat vlastní péči ustáleným algoritmem tzv. ošetrovatelského procesu. Jako nejkompexnější model ošetrovatelské péče je pak možno využít například model *Funkční typ zdraví* vytvořený M. Gordonové (Tóthová et al., 2009, s. 52).

Jedním z hlavních cílů ošetrovatelské praxe bývá přesný jazyk a jednotná terminologie, profesorka ošetrovatelství D. Jarošová k tomu říká: „standardizovaný ošetrovatelský jazyk hraje stěžejní roli v pojmenování, komunikování, organizování a definování ošetrovatelství, stejně tak ve formalizování a strukturování ošetrovatelských znalostí a ošetrovatelské praxe“ (Jarošová et al., 2012, s. 5). Pro vlastní popis systému ošetrovatelské péče v komunitním prostředí může být využit systém ošetrovatelské péče OMAHA. Tento systém vznikl v 70. letech 20. století ve Spojených státech amerických, a i v této lokalitě je dnes nejvíce využíván. Ošetrovatelský systém OMAHA je propracovaný, komplexní systém taxonomie, který se skládá ze třech hlavních součástí. Těmi jsou: klasifikační rozpis problémů, rozpis intervencí a škála pro hodnocení konečného stavu problému. Tím je možné provést konečné hodnocení a přesné posouzení výsledků poskytované individuální ošetrovatelské péče (Vörösová, 2007, s.67–72). Tento systém může být pak, vzhledem k absenci ošetrovatelských diagnóz s vymezenými etiologiemi, začleněn do jiného komplexu ošetrovatelského systému – NANDA, NIC, NOC (Beňová, 2017, s. 40–49). Ošetrovatelský systém OMAHA je

představen i aktualizován na vlastních webových stránkách, kde jsou uvedeny i příklady použití. V souvislosti s mateřstvím a komunitní péčí je zde uvedena příkladová kazuistika „*Mladá matka dočasně žijící v útulku*“ (Omahasystem, 2018).

My se v této kapitole však zaměříme na vydefinování potřeb jednotlivce či rodiny v závislosti na NANDA-II International doménách, které jsou v českém komunitním ošetřovatelství běžněji používány (Archalousová a Křištofová a Pavelová, 2018, s.108). Vlastní model Funkční typ zdraví M. Gordonové navíc vychází z NANDA International (Marečková, 2006, s. 40).

### ***1.5.1 Žena jako objekt komunitní péče po porodu***

Individualizovaný, holistický a respektující přístup k ženě po porodu se jeví jako ideální způsob ošetřovatelské péče v komunitním prostředí (Homer et al., 2008). Na tomto místě však uvádíme rámcový popis stavu potřeb žen po porodu, který poslouží k obecné představě skutečností, na které pak v komunitním prostředí reaguje komunitní porodní asistentka.

V první fázi ošetřovatelského procesu – posouzení celkového stavu ženy, by porodní asistentka měla využít dostupnou zdravotnickou dokumentaci, vlastní pozorování a vyšetření ženy, ale také vést osobní rozhovor se ženou po porodu. Z tohoto rozhovoru zkušená porodní asistentka zjistí mnoho i nevyřčených informací. Porodní asistentka by se měla zajímat o tělesné i psychické zdraví ženy, osobní a rodinnou anamnézu, průběh těhotenství, průběh porodu a o průběh bezprostředního poporodního období (Marshall a Raynor, 2015, s. 516). Celkový zdravotní stav ženy po porodu také úzce souvisí se zdravotním stavem novorozence a s prostředím, ve kterém žena žije (Stadelmann, 2009, s. 257–298).

V souvislosti se zhodnocením *funkčních vzorců zdraví* u žen po porodu v komunitním prostředí nacházíme ve fyziologickém stavu obvykle tyto skutečnosti (obvyklá první poporodní návštěva/ první týden po porodu):

1. Vnímání zdravotního stavu: únava, bolest porodního poranění a při zavinování dělohy, citlivé prsy, pocit tělesného zdraví při pozitivní porodní zkušenosti nebo naopak pocit tělesné nedostačivosti při komplikovaném porodu.
2. Výživa a metabolismus: změna chutí, zpomalené zažívání, možná dehydratace, větší nároky těla na přísun energie z potravy.



3. Vylučování: možná poporodní stresová inkontinence, obtížná defekace stolice, obstipace, zvýšené pocení.
4. Aktivita a pohyb: pozvolný návrat k fyzické kondici před těhotenstvím, mělčí dýchání, povolené břišní svalstvo a svalstvo pánevního dna, rychlý nástup pocitu únavy.
5. Odpočinek a spánek: pocit nevyspání, intermitentní insomnie kvůli nočnímu kojení dítěte.
6. Vnímání a poznávání: první dny po porodu možná zhoršená orientace v časovém průběhu dne kvůli intenzivní péči o novorozence (je jedno, jestli je den či noc), vnímání případné bolesti v těle, návrat myšlenek k porodnímu zážitku, orientace myšlenek a své energie k novorozenci, potřeba naladit se na své instinkty v péči o novorozené dítě.
7. Sebeúcta a vnímání sebe sama: ocenění sebe sama či sebezapření v souvislosti s porodní zkušeností, láskyplný či kritický přístup k sobě samé, pocit radosti a vitality či pocit skleslosti. Přijetí či nepřijetí částí těla, které se změnilo v souvislosti s těhotenstvím a porodem.
8. Plnění rolí a mezilidské vztahy: ocenění sebe sama jako matky, adaptace na novou mateřskou roli, připouštění si ambivalentních pocitů, umění požádat o pomoc, vztahování se ke své matce, proměny partnerského vztahu. Orientace spíše na sebe a své dítě než na sdílení jiné mateřské zkušenosti. Sociální izolace.
9. Sexualita a reprodukční zdraví: menstruace a schopnost další reprodukce oddálena hormonálními změnami, snížený sexuální pud, pojetí sebe samé spíše jako matky než sexuálního objektu.
10. Zvládání zátěžových situací a stresu: pocit posílení při pozitivní porodní zkušenosti (radostné sdílení porodního prožitku) či pocit oslabení při obtížném porodním průběhu (možné etapy pláče, náznaky porodního traumatu, vytěsnění porodního prožitku). Vyhledávání osob, které pomáhají redukovat stres.
11. Životní hodnoty, víra: přehodnocení životních hodnot, větší důvěra v život, možné pozměnění objektu smyslu života, potřeba projít přechodovým rituálem.
12. Jiné: případné obavy ze změny finanční situace v rodině, pocit zklamání ze ztráty kariérního růstu, ztráta části původních přátelství a navázání nových sociálních vztahů (Stadelmann, 2009).

V rámci druhé fáze ošetrovatelského procesu, komunitní porodní asistentka nejčastěji stanovuje aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, dále však i diagnózy směřující k podpoře zdraví, známé také jako wellness či edukační diagnózy.

Při použití rozhraní ošetrovatelské taxonomie NANDA-II International pro období 2015–2017 (Herdman a Kamitsuru, 2015), na tomto místě uvádíme *vybrané* diagnózy.

Z pohledu somatického můžeme jako první uvést diagnózu **00096 Nedostatek spánku** (Doména 4 – Aktivita/odpočinek, Třída 1 – Spánek/odpočinek). Určujícím znakem zde je ospalost, únava, roztěkanost. Mezi související faktory zařazujeme neposilující spánek kvůli rodičovským praktikám. Dále sem můžeme zařadit diagnózu **00015 Riziko zácpy** (Doména 3 – Vylučování a výměna, Třída 2 – Funkce gastrointestinálního systému). Mezi rizikové faktory zařazujeme sníženou motilitu gastrointestinálního traktu, dehydrataci a změnu ve stravovacích návycích. Další diagnóza často bývá **00214 Zhoršený komfort** (Doména 12 – Komfort, Třída 1 – Tělesný komfort). Určujícími znaky mohou být pocit diskomfortu, pocit chladu, neschopnost odpočívat, povzdechy, neklid. Mezi související faktory řadíme nedostatek soukromí, léčbu – tedy rekonvalescenci po porodu. V této souvislosti může komunitní porodní asistentka ženě po porodu nabídnout celou paletu nefarmakologických metod, které podporují zdraví, rekonvalescenci a zvyšují pocit pohody. Mezi tyto metody můžeme zařadit například aromaterapii, homeopatii, fytoterapii, masáž, aplikaci tepla či chladu či pomoc s úpravou denního režimu (Stadelmann, 2009). Dále příkladně uvádíme diagnózu **00215 Oslabené zdraví v komunitě** (Doména 1 – Podpora zdraví, Třída 2 – Management zdraví). Určujícím znakem může být zdravotní problém zažívaný skupinami osob nebo obyvatelstvem. Souvisejícím faktorem může být nedostatečný přístup k poskytovatelům zdravotní péče, tedy zde ke komunitní porodní asistenci.

Z pohledu psychologického uvádíme příkladně diagnózu **00118 Narušený obraz těla** (Doména 6 – Sebepercepce, Třída 3 – Obraz těla). Určujícími znaky může být změna tělesných funkcí, vyhýbání se pohledu na vlastní tělo, negativní pocity ohledně vlastního těla. Mezi související faktory pak řadíme změny tělesných funkcí v souvislosti s těhotenstvím a porodem a zhoršené psychosociální funkce. Z dostupných výzkumů jasně vyplývá, že téma změněného těla v souvislosti s mateřstvím je pro mnoho žen jedno z klíčových. Porodní asistentka by tedy měla toto téma zahrnout do své péče a měla by podpořit ženy po porodu v přijetí svého pozměněného těla. Pokud by se tomu

tak nestalo, je zde riziko psychosomatických obtíží či problému v dalším reprodukčním zdraví ženy (Nelson, 2006; Schmied a Bick, 2014).

Další diagnózou by mohlo být **00225 Riziko narušení osobní identity** (Doména 6 – Sebepercepce, Třída 1 – Sebepojetí). Mezi rizikové faktory pak řadíme změnu společenské role, fázi vývoje osobnosti, vnímaný předsudek v souvislosti s mateřskou rolí či situační krizi. Jak již bylo popsáno dříve, narození dítěte a zejména první zkušenost s mateřstvím je pro každou ženu určitou vývojovou krizí. Je velmi podstatné, aby komunitní porodní asistentky ženy vedly k láskyplnému vztahu k sobě samé. Mateřství je cesta, kde se žena setkává se svojí podstatou a osobnostní hloubkou. V tomto období je vhodné být ženě podporou a průvodkyní a pomoci jí se vyznat v emocionálních změnách (Darvill et al., 2010; Barimani et al., 2015). Aktuální výzkum, který prezentuje kvalitativní data v souvislosti se zkušenostmi žen s poporodní návštěvou porodní asistentky v domácím prostředí, uvádí, že pro ženy je velmi důležité být v kontinuálním kontaktu s pečující porodní asistentkou a mít tak možnost hovořit o porodním prožitku i o prožitcích v souvislosti s poporodním obdobím (Dahlberg et al., 2016). Komunitní porodní asistentka by také měla čerstvé rodiče vést k pochopení, že rodičem se člověk nerodí, ale stává se. Je povzbuzující si uvědomit, že termín „dokonalý rodič“ je mýtus. Pokud si čerství rodiče budou připouštět vlastní nedokonalost, zůstanou sami sebou, nebudou se bát požádat o pomoc a dovolí si připustit, že i jejich malé dítě je jejich životním učitelem, jsou na nejlepší cestě stát se otevřeným a láskyplným rodičem (Buckley, 2016, s. 354–355).

Dále uvádíme vybranou ošetrovatelskou diagnostiku v souvislosti s rodičovstvím. Například diagnóza **00221 Neefektivní perinatální období** (Doména 8 – Sexualita, Třída 3 – Reprodukce) může být vydefinována těmito určujícími znaky: nedostatečná příprava pomůcek pro péči o novorozence, nedostatečná příprava domácího prostředí, nevhodný životní styl života po porodu, nevhodná péče o prsa, nedostatečný vztah k dítěti či nevhodné techniky krmení dítěte. Mezi související faktory pak řadíme nedostatek vhodných vzorů pro rodičovství, nízkou sebedůvěru matky, psychické strádání matky či neplánované těhotenství a mateřství. Další případná ošetrovatelská diagnóza u ženy po porodu v komunitním prostředí může být **00062 Riziko zátěže v roli pečovatele** (Doména 7 – Vztahy mezi rolemi, Třída 1 – Role pečovatelů). Rizikovými faktory může být zhoršené zdraví pečovatele, pečovatel není vývojově připraven na roli pečovatele, pečovatelem je osamocená žena, nedostatek odpočinku pečovatele,

předčasně narození dítě či dítě se zdravotním handicapem či nezkušenost s pečovatelským. Velice důležitým artefaktem, který ovlivňuje motivace rodiče v zátěžové situaci je dostatečný odpočinek a podpora okolí. Není nic sobeckého na tom, když se rodič obrací nejprve k uspokojení vlastních potřeb a poté naplňuje potřeby dítěte. Je to základ efektivní péče o dítě a také podpora vlastního celkového zdravotního stavu (Buckley, 2016, s. 353–354).

V následujících fázích ošetrovatelského procesu by měla komunitní porodní asistentka pečující o ženu po porodu ještě stanovit plán vhodných intervencí a posléze je zrealizovat. V závěru by pak mělo logicky dojít k vyhodnocení celého ošetrovatelského procesu.

Na tomto místě uvádíme příklady splněných cílů komunitní ošetrovatelské péče o ženu po porodu: Fyziologický průběh šestinedělí, prevence potíží, případně včasná léčba zdravotních komplikací. Žena po porodu samostatně zvládá péči o sebe i o novorozence. Šestinedělka podle potřeby využívá vhodné přírodní prostředky na korekci tělesných neduh nebo na bolest. Šestinedělka je v dobré psychické kondici (vidí smysl života, má pozitivní přístup k životu, aplikuje do praxe relaxační metody). Žena je v procesu adaptace na změnu životní role – roli matky. Rodina, ve které se šestinedělka pohybuje vykazuje znaky zdravé a podpůrné rodiny. Životní etapa, ve které se žena po porodu nalézá je pozitivně podporována v rámci komunity, ve které žena žije. Žena případně rodina poskytují svému děťátku psychosociálně bezpečné prostředí a praktikují kontaktní formu rodičovství. Žena po porodu podle potřeb kontaktuje svojí komunitní porodní asistentku, případně další zdravotnickou pomoc.

### ***1.5.2 Novorozenec jako objekt komunitní péče po porodu***

Komunitní péče o novorozence byla tradičně spjata s prací porodních asistentek a ve většině dvacátého století (do devadesátých let) i s prací komunitních dětských sester. Největší rozmach komunitní péče o novorozence můžeme datovat do roku 1929 a později, kdy Československý červený kříž zřídil tzv. Ošetrovatelské a zdravotní služby. Vznikaly tak nejrůznější podpůrné poradny – Poradny ochrany matek a kojenců, Poradny pro těhotné ženy a např. poradna Našim dětem. K částečnému úpadku komunitní péče o novorozence pak došlo v 50. letech dvacátého století, kdy byla terénní činnost sester často nahrazována prací v ordinacích pediatriů a v devadesátých letech

dvacátého století, kdy probíhala privatizace zdravotnických zařízení (Vaňková, 2009, s. 10). V současné době je díky novelizaci Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických oborech možná erudice v zaměření *dětská sestra* na vysokých školách i vyšších odborných školách (Zákon č. 284/2018 Sb.).

Příchod novorozence na svět je často přirovnáván k zázraku. Cesta vlastního zrození však pro žádného novorozence není jednoduchá a vlastní poporodní období je obdobím velmi zranitelným. „V prvních hodinách, dnech a týdnech života by všichni lidé, co přijdou novorozeně navštívit a ošetřovat, neměli zapomínat, co dítě zažilo před porodem a bezprostředně po něm. Tím máme na mysli, že jsme povinni umožnit miminku v prvních týdnech, pokud možno šetrný, klidný a příjemný start do života (Stadelmann, 2009, s. 305).

Osoby, které pečují o novorozence, by si měly být vědomé jeho potřeb. Mezi tyto můžeme zařadit: teplo, fyzický kontakt, lehký až houpavý pohyb, potřebu slyšet zvuk srdce (připomíná to bezpečné prostředí dělohy), laskavé hlasy rodičů, jemné reagování ostatních lidí, důvěru v pláč miminka a okamžitou reakci na pláč, kojení podle potřeb dítěte a také tvorbu bezpečného prostředí, ve kterém se miminko nachází – včetně ochrany před zahlcením podnětů (Solterová, 2014, s. 41).

Podle Hanzlíkové by vlastní plánování péče o dítě mělo být vystavěno na těchto po sobě jdoucích krocích: Stanovení priorit podle potřeb dítěte. Vytvoření výsledných kritérií. Hodnocení alternativ. Stanovení cílů péče. Výběr ošetřovatelských intervencí. Plánování specifických intervencí týkajících se primární, sekundární a terciární prevence (Hanzlíková, 2004, str.189).

Na tomto místě uvedeme opět *vybrané* ošetřovatelské diagnózy z taxonomie NANDA-II International pro období 2015–2017, které mohou komunitní porodní asistentky v péči o novorozence uvádět (Herdman a Kamitsuru, 2015).

Z pohledu somatického můžeme uvést například diagnózu **00155 Riziko pádů** (Doména 11 – Bezpečnost/ochrana, Třída 2 – Tělesné poškození). Mezi rizikové faktory zařazujeme věk méně než 2 roky či nedostatečný dohled pečovatele. Další častá potenciální diagnóza **00004 Riziko infekce** (Doména 11 – Bezpečnost/ochrana, Třída 1 – Infekce) může být způsobena rizikovým faktorem, kterým může být změna integrity kůže (pupeční pahýl). Další potenciální diagnóza **00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty** (Doména 11 – Bezpečnost/ochrana, Třída 6 – Termoregulace) může být dána rizikovými faktory související s věkovým extrémem, nečinností nebo nevhodným

oblečením vzhledem k okolní teplotě. Další diagnóza **00096 Nedostatek spánku** (Doména 4 – Aktivita/odpočinek, Třída 1 – Spánek/odpočinek) může být dána určujícími znaky podrážděnosti či únavou. Mezi související faktory pak řadíme například posunuté spánkové fáze související s věkem, bariéry v prostředí či nadměrnou stimulaci okolím.

Z pohledu výživy novorozence zde uvádíme například edukační ošetrovatelskou diagnózu **00106 Snaha zlepšit kojení** (Doména 2 – Výživa, Třída 1 – Příjem potravy). Mezi určující znaky může patřit fakt, že matka vyjadřuje touhu zlepšit svoji schopnost výhradně kojit. Mateřské mléko jako primární výživa novorozeného dítěte je to nejlepší a nejpřirozenější, co můžeme malému dítěti dopřát. Schopnosti žen kojit a schopnosti dětí být kojeny jsou velmi přirozené (Poloková, 2012). Musí k tomu však být nastavené optimální podmínky. Michel Odent upozorňuje na koncept tzv. *kulturní podmíněnosti*, kdy zcela přirozeně probíhající věci ovlivňujeme naší metodologií a vkládáme do nich určitá schémata či koučujeme pacienta/klienta. A tak se ze zcela přirozených jevů, jakým může být i kojení, může stát jev, který je potřeba dát do určitých šablon a nějak ho nastavit. Přitom právě v tomto případě je spíše vhodné podpořit co nejdřívější kontakt skin to skin mezi matkou a novorozencem a pokud to zdravotní stav obou dvou dovoluje, vytvořit podmínky k samopřisátí novorozence. Odent doporučuje, aby porodní asistentky a lékaři pečující o novorozené dítě přidali více slov do svého vyjadřování jako jsou „ochrana“ a „soukromí“ (Odent, 2013, s. 112). Úspěšnost kojení velmi významně ovlivňuje charakter zahájení kojení a také psychika ženy, kde mohou být porodní asistentky svojí přítomností a péčí velmi nápomocné. Z výzkumu, který proběhl v roce 2015 v Portugalsku (Mendes a Paiva a Leal, 2015) jasně vyplývá, že skupina žen, která měla po porodu dítěte minimálně dvě návštěvy porodní asistentky v domácím prostředí, vykazuje lepší výsledky kojení na konci šestinedělí. V této skupině žen (n = 100) výlučně kojilo 71 % žen. V kontrolní skupině, která neměla žádnou poporodní komunitní péči porodní asistentky, výlučně kojilo jen 38 % žen. Tento fakt je potvrzen i Chi-kvadrát testem, kdy vychází statisticky významná souvislost mezi výskytem výlučného kojení a komunitní poporodní péčí porodních asistentek (p = 0,001).

Z pohledu vztahového uvádíme příkladnou diagnózu **00057 Riziko narušení rodičovství** (Doména 7 – Vztah mezi rolemi, Třída 1 – Role pečovatelů). Mezi rizikové faktory řadíme například více porodů, nemoc pečovatele, předčasně narozené dítě,

prodloužená separace od rodičů, nerealistická očekávání, nedostatečné znalosti o udržování zdraví dítěte, deprese, těžký porod, neposilující spánek, nízký věk rodičů, svobodný rodič, nechtěné těhotenství, nedostatek finančních zdrojů, nedostatečná soudržnost rodiny, otec se nepodílí na výchově dítěte, nízká sebedůvěra či konflikt mezi partnery. V současném diskurzu problému časné péče o novorozence je stále aktuálním tématem podpora bondingu s matkou ihned po porodu. Je prokázáno, že časný a nepřerušovaný kontakt mezi matkou a novorozencem vede k vyplavování vysokých dávek oxytocinu. Tento hormon v novorozenci i matce snižuje stresové hormony a vede k vyplavování endogenních opioidů a dopamínu, což má za následek pocit uklidnění a uvolnění (Moberg, 2016, s. 58–62) a také to vede k úpravě hladin cukru v krvi a ke stabilizaci tělesné teploty (Buckley, 2016 s. 289). V takovémto stavu se matka s novorozencem do sebe mohou zamilovat a vytvořit si k sobě silnou vazbu, která je velice důležitá pro psychické zdraví matky i novorozence, rozvoj kojení a také pro rozvoj tzv. intuitivního rodičovství (Buckley, 2016, s. 290). Podpora bondingu mezi matkou a novorozencem po porodu však v českých porodnicích stále není automatická, a to může zásadně ovlivnit právě i rodičovskou praxi v dalších dnech (Mrowetz, Peremská 2013). Zkušená komunitní porodní asistentka dokáže posoudit kvalitu navazování vztahu mezi matkou a dítětem (pozorováním, škálováním, rozhovorem) a je připravena podpořit rodiče v dosycení vzájemného kontaktu s podporou právě intuitivního chování (Thorestensson a Herfelt, 2012).

Nyní uvádíme příklady častých ošetřovatelských intervencí komunitní ošetřovatelské péče o novorozence/kojence po porodu: kontrola vitálních funkcí a zdravotního stavu novorozence. Poskytování informací o péči o novorozence (s důrazem na aktivitu ženy, vhodný způsob edukace je například demonstrace či trénink). Preventivní opatření na podporu zdravého vývinu a růstu novorozence (např. lékařské prohlídky, témata očkování). Informace o vhodném a bezpečném prostředí pro novorozence v rámci rodiny a komunity. Sledování vývoje vztahu matky a dítěte. Podpora kojení podle doporučení Světové zdravotnické organizace. Podpora kontaktního rodičovství (Andraščíková, 2010, s. 35; Sears a Sears, 2012).

Jaká je aktuální situace v komunitní ošetřovatelské péči o novorozence v České republice? Z poměrně nedávného výzkumu, který mapoval zájem dětských sester o komunitní péči o novorozence, vyplývají zajímavé skutečnosti. Autorky výzkumu vedly polostrukturované rozhovory se sedmi sestrami pracujícími v ordinaci pro děti a dorost.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry v privátních pediatrických ordinacích o komunitní péči o novorozence zájem převážně nemají. Většinou se domnívají, že síť a dostupnost pediatrických ordinací je dostačující. Dále se domnívají, že je nepraktické nosit do terénu pomůcky k vyšetření, např. kojeneckou váhu nebo pomůcky k ošetření novorozence (Schönbauerová a Boledovičová, 2015). V roce 2018 provedly výše zmíněné autorky výzkumné šetření orientované na zájem žen o návštěvní činnosti dětské sestry v komunitním prostředí po narození dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že 60 % žen by tuto nabízenou službu uvítalo, ale 40 % žen o tuto službu zájem nemá. Celkový počet respondentek byl 254. Do výzkumného vzorku byly zařazeny ženy, které byly matkami dítěte ve věku 12–24 měsíců. I přesto, že názor žen/matek na využití komunitní ošetrovatelské péče o novorozence po porodu není jednoznačný, je prokázán její pozitivní vliv na podporu zdraví dítěte (Schönbauerová a Boledovičová, 2018).

### ***1.5.3 Rodina jako objekt komunitní péče po porodu***

Působení porodní asistentky u ženy po porodu ve vlastním komunitním prostředí skýtá nejširší možný pohled na prostředí, ve kterém žena žije a které jí přímo úměrně ovlivňuje. Zkušená porodní asistentka by měla být schopná posoudit znaky prostředí, ve kterém se žena pohybuje a také popsat konkrétní rodinnou situaci.

Každá pomáhající osoba by měla znát, jaké jsou rysy současné *postmoderně charakterizované rodiny*. Podle sociologa Možného můžeme většinou současných rodin na našem území charakterizovat takto: variabilní struktura, kulturní a sociální kapitál, individualizované role, hlavně citové funkce rodiny, individuální autorita, masmediální diskurz o rodině a slabý mezigenerační přenos (Možný, 2006, s. 20). Moderní rodiny můžeme často popsat také jako tzv. nukleární rodiny, kdy mezi její členy řadíme otce, matku a děti. Je to jakési nejužší nastavení rodiny (Bártlová, 2005, s. 96).

Rodinu můžeme považovat za sociální systém, ve kterém jsou nastavené určité kulturní hodnoty. Každá rodina má také svojí specifickou funkci, strukturu a prochází dynamickými vývojovými stádii, mezi které můžeme zařadit i nový rodinný život po narození nového člena rodiny. Členové rodiny jsou na sobě vzájemně závislí, a proto by si komunitní porodní asistentka měla uvědomit, že působením na jednoho člena rodiny zároveň působí na celou rodinu. Hodnotový systém rodiny taktéž ovlivňuje práci porodní asistentky. Vyznávané rodinné hodnoty mohou např. ovlivňovat přístup rodiny



ke svému zdraví, k vyznávanému životnímu stylu a k formě spolužití. Porodní asistentka by si také měla všimnout komunikačních schémat rodiny a dominance jednotlivých členů. Vlastní struktura rodiny má pak vliv na její funkci (Hanzlíková, 2004, s. 174). Mezi základní funkce rodiny patří: reprodukční funkce, ekonomicko-zabezpečovací funkce, socializačně-výchovná funkce a citově-intimní funkce (Andraščíková et al., 2010, s. 60). Aby mohly být funkce rodiny naplňovány, musí k tomu členové rodiny také určité kompetence. Matoušek ve své publikaci uvádí tyto podstatné kompetence: „zajistit si určitou úroveň příjmů, hospodařit s příjmy, zajistit si bydlení, udržovat bydlení ve stavu odpovídajícím potřebám členů rodiny, sladování partnerského fungování v rodině včetně schopnosti konstruktivně řešit konflikty, kooperovat v kontaktech se širší rodinou a sociálním okolím, přijímat děti, vnímat jejich potřeby a reagovat na ně, určovat pravidla chování a konzistentně na nich trvat, monitorovat aktivity dětí v době, kdy nejsou s dospělými členy rodiny“ (Matoušek, 2013, s. 201 – 202).

Musíme si uvědomit, že do určitých těžkostí se několikrát v čase dostane snad každá rodina. V období těžkostí či změn, krizí, pak rodina využívá zdroje. Mezi takovéto zdroje můžeme zařadit: materiální zabezpečení, širší rodinné společenství, osoby z příslušné komunity, pomáhající profese a dobrovolníky, profesionály působící ve zdravotnictví a sociálních službách, orgány místní samosprávy a státní instituce. Jako ohrožené rodiny pak můžeme označit ty, které vykazují rizikové faktory (závislost člena rodiny na psychotropní látce, kriminální a násilná činnost, dluhová past atd.) a tyto faktory nejsou dostatečně vyvažovány působením protektivních faktorů. V tomto případě může hrozit rozpad rodiny či poškození některých členů rodiny. Pokud má rodina problémy ve více kompetencích, označujeme jí za rodinu mnoho problémovou (MPR). Porodní asistentka by při kontaktu s mnoho problémovou rodinou měla úzce spolupracovat se specializovaným sociálním pracovníkem. Základní postup práce s takovouto rodinou je dát do pořadí podle důležitosti řešení problémů rodiny a zpřehlednění výše zmíněných rizikových a protektivních faktorů (zdrojů). Dále by měl následovat algoritmus práce s danou rodinou. Na plánu práce s rodinou se může účastnit i širší rodina, ideálně na rodinném skupinovém setkání (Matoušek, 2013, s. 202).

### *Rodina v období časného rodičovství*

Mezi hlavní úlohy vývojového stádia „Časné rodičovství“, které je vymezeno od narození dítěte do 30 měsíců věku dítěte, patří: založení stabilního rodinného seskupení, sladění konfliktů ve vývojových úkolech a výzvách, formování a působení na vývoj nového člena rodiny (Hanzlíková, 2004, s. 175).

Porodní asistentka pracující s rodinou by si také měla všimnout znaků klimatu, které v rodině převládá. Měla by být schopná rozpoznat znaky zdravé a láskyplné rodiny. Americký emeritní rodinný a párový poradce, Gary Chapman, uvádí pět znaků láskyplné rodiny. Patří mezi ně: služba bližnímu, důvěrný vztah mezi manželi, rodiče, kteří vyučují a vychovávají, děti, které poslouchají a ctí své rodiče, manželé, kteří se s láskou ujímají vedení (Chapman, 2011). Aktuální švédská metasyntéza, která se zabývala prožitky a zkušenostmi otců v prvním týdnu po narození dítěte hovoří jasně ve prospěch významu komunitní péče porodních asistentek. Studie prezentuje a syntetizuje výsledky ze všech tematických studií, které vyšly v rozmezí let 2002–2012. Shodou okolností všechny studie pochází ze Švédska. Metasyntéza odhalila dvě klíčová témata prožitků otců: potřebu budovat si otcovskou sebedůvěru a proces vyrovnávání se se zodpovědností související s narozením dítěte a ochraně své rodiny. Právě v emocionální podpoře otců a v podpoře jejich otcovské sebedůvěry, se ukázala klíčová role komunitních porodních asistentek (Brunstad a Aasekjaer, 2018).

Podle Hanzlíkové je vhodné v komunitní ošetrovatelské péči vyznávat tento model prevence péče o rodinu, který má čtyři fáze:

1. Odhad (biologické faktory rodiny, životní prostředí a styl rodiny, dostupný zdravotnický systém).
2. Diagnóza (úroveň prevence v rodině na primární, sekundární a terciární úrovni).
3. Implementace případných intervencí
4. Vyhodnocení péče a rodinné situace.

Cílem tohoto modelu je podpora optimálního stavu zdraví každého člena rodiny a také dovedení rodiny k samostatnosti se schopností umět si říci o pomoc, pokud je to potřeba (Hanzlíková, 2004, s. 176–177).

### *Příklady náročných rodinných situací po narození nového člena rodiny*

Mezi nejčastější náročné, nezdravé, rodinné situace, se kterými se může komunitní porodní asistentka setkat, můžeme zařadit: poporodní psychické poruchy

ženy, domácí násilí, nízký socioekonomický statut rodiny a konflikty mezi členy rodiny. Pro příklad vlastní komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky uvádím ideální schémata její aktivity (Andraščíková, 2010, s. 66–70).

Jako příkladné ošetrovatelské diagnózy uvádíme: **00060 *Narušené procesy v rodině*** (Doména 7 – Vztahy mezi rolemi, Třída 2 – Rodinné vztahy). Mezi určující znaky můžeme zařadit změny v intimitě, změny v komunikačních vzorcích, změny ve vztahových vzorcích či snížení dostupné citové podpory. Mezi související faktory řadíme vývojovou krizi a vývojové změny, posun rolí v rodině či posun zdravotního stavu člena rodiny. Je velmi podstatné nezapomínat i na psychické zdraví čerstvého otce. Vědci připouštějí, že v dnešní době o této problematice máme nedostatek výzkumných podkladů. Chceme-li poskytovat holistickou péči komunitní porodní asistence, musíme být informováni i o psychickém prožívání a potřebách čerstvého otce (Martin, 2012, s. 244).

Další možná určená diagnóza může být **00064 *Konflikt rodičovských rolí*** (Doména 7 – Vztahy mezi rolemi, Třída 3 – Plnění rolí). Mezi určující znaky můžeme zařadit například úzkost či frustraci, pocity viny ze selhání, vnímání neschopnosti naplňovat potřeby dítěte či vnímání ztráty kontroly nad rozhodováním ohledně dítěte. Mezi související faktory řadíme změnu rodinného stavu a narušení života rodiny režimem domácí péče. Ošetrovatelská diagnóza, která se váže ke změnám partnerství je například **00207 *Snaha zlepšit vztah*** (Doména 7 – Vztahy mezi rolemi, Třída 3 – Plnění rolí). Mezi určující znaky můžeme zařadit vyjadřování touhy partnera či partnerů zlepšit emoční uspokojení každého z partnerů, vyjadřování touhy partnerů zlepšit vzájemnou komunikaci a spolupráci. Do této oblasti patří také jistě komunikace o změněné sexualitě v páru. Mužská sexualita bývá ovlivněna porodním prožitkem i vlastním průběhem poporodního období. Ženská sexualita bývá značně ovlivněna porodním prožitkem, únavou, bouřlivými hormonálními změnami či prožitkem bolesti (Gutmanová, 2013). Pro porodní asistentky se pak nabízí intervence vhodné komunikace s párem o příčinách změn sexuality (Kitzinger, 2012, s. 138; Woolhouse a McDonald a Brown, 2014).

## *Perinatální genogram jako systematický hodnotící, a i terapeutický nástroj*

Rodinná historie, její uspořádání a fungování výrazně ovlivňuje i mentální zdraví matky. Vědci z California Lutheran University doporučují pro zmapování a popsání rodinných souvislostí používat techniku perinatálního genogramu (Banker, Barnes, 2014). Genogramy obecně pomáhají spatřovat a pochopit rodinné uspořádání, historické konotace, biologické, emocionální a příbuzenské vztahy. Vytvoření perinatálního genogramu nabízí příležitost k rozdiskutování současné rodinné situace. Velmi vhodné je do tvorby genogramu začlenit kromě ženy po porodu i ostatní členy rodiny. Genogram se obvykle tvoří vyzváním rodinných členů, aby hovořili o své rodině a o své historii, tradicích. Také o svém vlastním životě. Již vlastní tvorba genogramu může působit terapeuticky, protože žena – matka, má pocit, že je jí nasloucháno a že je o ní pečováno. Komunikace s ženou po porodu na téma její rodiny může podpořit navázání vzájemného partnerského vztahu, ve smyslu odstranění hierarchizace mezi ženou a porodní asistentkou. Genogram celkově může rodině napomoci ukázat a lépe pochopit rizikové faktory, zdroje podpory a příležitosti k její harmonizaci. Pro schopnost citlivé tvorby genogramu a schopnost z něho vyvodit souvislosti je vhodné, aby se porodní asistentky dále vzdělávaly.

### **1.6 Management komunitní ošetrovatelské péče po porodu**

#### ***1.6.1 Specifikace komunitního prostředí, ve kterém žena po porodu žije***

Když jsem v roce 2013 pracovala na projektu, díky kterému jsem pečovala o ženy po porodu v komunitním prostředí, dala jsem si za cíl zmapovat typické prostředí, ve kterém české ženy po porodu žijí. Po poskytnuté péči celkem dvěma stovkám šestinedělek jsem dospěla k závěru, že není možné s jistotou tvrdit, že je možné vydefinovat nějaké typické komunitní prostředí. Zjistila jsem, že každá žena má jiné rodinné zázemí, má jiný životní styl, jiné životní a sociální podmínky. A vlastně by jakési zobecňování nebylo pro specifickou ošetrovatelskou péči vhodné. Komunitní porodní asistentka vždy musí ke každé ženě přistupovat s nejvyšší citlivostí a musí

reagovat na prostředí, ve kterém se nachází (Lorenzová et al., 2014). Přesto zde však dále uvádíme alespoň základní přehled statistických údajů o současné české populaci.

Podle posledních informací Českého statistického úřadu z roku 2017 se v České republice zvyšuje počet živě narozených dětí. Počet živě narozených dětí byl v roce 2017 112 700 a průměrný počet dětí na jednu ženu pak činí hodnoty 1,63, což je nevíce od roku 1994. Průměrný věk matek zůstává několik let stejný, tedy 30 let. Další statistiky hovoří o tom, že kojenecká úmrtnost v naší republice je dlouhodobě velmi nízká a drží se na celosvětové špičce (2,5 promile). Z hlediska rodinných vztahů žije podle statistiky 48,6 % dětí mimo manželství. Český statistický úřad pak doplňuje: *„Nižší sňatečnost, spojená s vyšším průměrným věkem při vstupu do manželství, a vysoká rozvodovost se projeví zvyšujícím se podílem osob svobodných a rozvedených. Naopak postupně klesá podíl ženatých nebo vdaných a v důsledku snižující se úmrtnosti také podíl ovdovělých,“* (Český statistický úřad, 2017). Co se týká rodinného zázemí, ve smyslu vlastního bydlení, podle nejnovějších dostupných informací žije 43,7 % naší populace v rodinných domech a 55 % v bytových domech (Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2017). Dále podle Českého statistického úřadu můžeme tvrdit, že míra chudoby našich obyvatel patří k nejnižší v Evropě, přičemž míra ohrožení příjmovou chudobou se dlouhodobě pohybuje v rozmezí 9–10 %. Chudobou jsou dlouhodobě nejohroženější lidé nezaměstnaní, členové neúplných rodin, domácnost jednotlivce a rodiny s více dětmi. Dále se prokázalo, že 28 % rodin se dvěma a více úděti trpí materiální deprivací. V naší republice je 14,8% populace ohroženo sociálním vyloučením, což je výsledek, který například vedle Holandska a Švédska patří k nejnižšímu procentu v Evropě (Český statistický úřad, 2015).

Aktuálním tématem v souvislosti s komunitním prostředím a péčí o ženu po porodu je téma transkulturního ošetřovatelství a migrace (Trojanová, 2015).

### ***1.6.2 Znaký dobrého projektu komunitní ošetřovatelství péče po porodu***

Každý komunitní projekt ošetřovatelství péče by měl být dobře připraven. To se pozná zejména při dobré znalosti místních poměrů, dobré znalosti potřeb jednotlivých členů komunity a také při dobrém představení projektu (jeho účelnosti, významu) všem zúčastněným členům. Dobrý projekt se pozná také podle principu tzv. *„otevřené společnosti“*, což v praxi znamená, že konkrétní společnost je schopná provádět pružně

změny podle dané situace a při řešení svých problémů tak, aby toto jednání bylo pro členy komunity prospěšné, např. úprava životního stylu, úprava rodinného soužití, změna intenzity sociální podpory, podílení se na veřejných věcech či vyjádření svých pocitů a přání (Matoušek, 2013, s. 279).

Komunitní porodní asistentka by při svém působení v komunitě neměla zapomínat při řešení konkrétních kroků v souvislosti s ošetrovatelským procesem také na podporu zdravotní prevence (Hanzlíková, 2004, s. 204). Mezi primární prevenci v souvislosti s ženou po porodu v komunitním prostředí zařazujeme identifikaci rizikových faktorů a podporu ženy v aktivní péči o sebe, novorozence a rodinu. Do sekundární prevence bychom mohly zařadit řešení již nastalých problémů (např. pomoc při řešení problémů s kojením, pomoc s úpravou dietního režimu ženy, podporu péče o rány či bolestivá místa na těle, podporu zavinování dělohy). Do skupiny terciární prevence můžeme zařadit vlastní celkovou bio-psycho-socio-spirituální rehabilitaci ženy po porodu a zabránění obnovení zdravotních či sociálních problémů (např. prevence močové inkontinence, prevence sociálního vyloučení, podpora dlouhodobého zdravého fungování rodiny, podpora pozitivního psychologického přístupu ženy k životu, podpora členů komunity umět si říci o pomoc).

To, že byl komunitní projekt ošetrovatelské péče správně nastaven a že doznal svého účelu, poznáme také podle zdravotního stavu členů rodiny, celkového nastavení komunity (podpory dané rodiny, vytváření vhodných podmínek) a také podle kladného hodnocení projektu jednotlivými členy společenství.

### ***1.6.3 Nároky na porodní asistentku působící v komunitním prostředí***

Porodní asistentka pohybující se v komunitním prostředí musí mít kromě profesní erudice i několik důležitých osobnostních charakteristik. Již v nejstarších dobách byly na porodní asistentky (všechny pracovaly v komunitním prostředí) kladeny tyto požadavky: měly mít dlouhé, štíhlé prsty, měly mít vlastní zkušenost s porodem a mateřstvím, měly mít dobrou paměť, být vytrvalé, měly být mravné, důvěryhodné, obdařené zdravými smysly a silnou tělesnou konstrukcí. Dále měly být empatické, zkušené, nesměly být ziskuchtivé a pověřivé (Vránová, 2007, s. 15). Streng ve své publikaci z roku 1859 dělí vlastnosti porodních babiček na vlastnosti těla, vlastnosti duše a vlastnosti srdce. Autor velmi varuje před vlastní domýšlivostí, povrchním

přístupem a naopak velmi zdůrazňuje zodpovědný přístup k práci, kdy doslova říká: „Matky a děti mohou se státí následkem této nevědomosti pro celý svůj život nešťastné ba i o život mohou přijít“ (Streng, 1859, s. 2 – 5).

Mezi osobnostní vybavenost soudobých komunitních porodních asistentek by jistě patřilo zmínit: orientace se v základech multikulturního ošetrovatelství, dodržování etického kodexu porodních asistentek, multioborová spolupráce, komunikační dovednosti včetně sociální percepce, umění řešit konflikty a také vlastní duševní hygiena (Hanzlíková, 2004, s. 147; Andraščíková, 2010, s. 15).

Komunitní porodní asistentky by dále měly mít schopnost určité výdrže v poskytování tohoto druhu péče, protože právě dlouhodobost, kontinuálnost a „one-to-one péče“ je výsadou komunitního ošetrovatelství. Zajímavé postřehy z praxe čtenáři přináší publikace *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Jedná se o publikaci určenou pro komunitní porodní asistentky a studentky porodní asistence. Publikace pochází z Austrálie, kde je komunitní porodní asistence velmi rozvinutá, a to i z geografických důvodů velkého množství odlehlých lidských komunit. Publikace mimo jiné se čtenáři sdílí doporučení pro nutnou profesní adaptaci porodní asistentky, která chce začít pracovat v komunitě a přichází z nemocniční péče. Tento proces adaptace trvá 10–12 měsíců. Z jakého důvodu? Porodní asistentka pracující v komunitním prostředí si musí zvykat na jinou organizaci času a to i v souvislosti s osobním životem, dále pak dochází k prohloubení interpersonálních vztahů, zodpovědnosti a také ke spolupráci s týmem odborníků (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 42).

Ukazuje se, že právě kontinuálnost a práce s širší rodinou či komunitou je pro porodní asistentku často zdrojem velké emoční vypjatosti (Hunter, 2006). Hunter pak uvádí závěry svého kvalitativního výzkumu, kdy prováděla rozhovory formou focus groups s 19 porodními asistentkami pracujícími v komunitním prostředí. Hlavním cílem zde bylo zjistit, podle čeho cítí porodní asistentky uspokojení ve své práci a také jakým emočním nárokům jsou ve své práci vystaveny. Výzkum prokázal, že vlastní uspokojení porodních asistentek pracujících v komunitním prostředí je postaveno na uspokojivých vztazích s klientkou či její rodinou, případně vztahy s členy komunity. Když se výzkumnice zabývala otázkou, jak je pro porodní asistentky emočně náročná komunitní práce, zjistila, že téměř všechny porodní asistentky nejdříve uváděly, že to pro ně není emočně náročná práce a to díky možnosti navázat přívětivé vztahy se svými klienty. Až

později se ukázalo, že tomu tak není a že ne s každou klientkou či členy komunity je možné mít uspokojivý vztah. Je realitou, že některé vztahy jsou hřejivé, přátelské, neformální, ale jiné mohou být více formální, povrchní s minimální sociální interakcí. Hunter na základě výsledků svého výzkumu předkládá čtyři modely reciprocity (vzájemnosti), které se mezi komunitní porodní asistentkou a klientkou či členy rodiny mohou v praxi vyskytovat:

- *Harmonická vzájemnost/výměna*: porodní asistentka dává/bere – žena dává/přijímá = potvrzení role porodní asistentky. Ta se cítí emocionálně obohacena.
- *Zamítnutá výměna*: porodní asistentka dává – žena nebere/nepřijímá = narušení role porodní asistentky. Tehdy, když klientka nebo člen komunity nepřijímá rady nebo intervence porodní asistentky, což vyžaduje emocionální práci, zatížení.
- *Obrácená výměna*: žena dává – porodní asistentka dává/ale nebere = narušení obrazu porodní asistentky, výzva k posunutí vlastních hranic. Porodní asistentka má pocit, že poskytování podpory a rad porodní asistentce od ženy je nevhodné. Žena nebo člen komunity bývá vnímán jako familiární s překročením osobních hranic. Tato situace pro porodní asistentku také vyžaduje emocionální zátěž.
- *Neudržitelná výměna*: porodní asistentka dává – žena bere/může dát, ale nechce = výzva vůči hranicím porodní asistentky. K tomuto dochází tehdy, když má žena či člen komunity nereálná očekávání od emoční a praktické pomoci od porodní asistentky. Porodní asistentka pak zažívá velmi intenzivní angažovanost vůči klientce či dané komunitě a může to narušit její osobní hranice. Tento způsob výměny klade na porodní asistentky největší nároky a vyžaduje značnou emocionální práci.

Hunter proto doporučuje zavést do praxe tyto intervence: o specifčnosti komunitní péče informovat již studentky porodní asistence. Komunitní porodní asistentky by si měly být vědomy, že se jedná o velmi časově a emotivně náročnou práci. Porodní asistentky by dále měly být schopné citlivé komunikace a měly by mít dobré interpersonální dovednosti. Každá porodní asistentka by si měla nastavit svoje osobní a emocionální hranice jakožto prevenci syndromu vyhoření (Hunter, 2006). Podstatné jetaké dovolit svým emocím přijít na povrch a zároveň s nimi umět dále pracovat (Deery, 2015, s. 86). Z aktuálního kvalitativního výzkumu ohledně emocionálních



souvislostí s profesí porodní asistentky vyplývá, že profesionálky, které mají vyšší emocionální inteligenci, jsou náchylnější k rozvoji posttraumatického stresového syndromu. Je doporučeno záměrně si budovat určitou míru emocionální odolnosti a odstupu od situace (Nightingale a Spigy, 2018). Vhodnou metodou pro zpracování emocí v souvislosti s poskytovanou péčí v komunitním prostředí může být odborná supervize či mentoring starší kolegyně (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 144–145).

#### ***1.6.4 Vybavení porodní asistentky pro komunitní péči o ženu po porodu***

Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jsou dány Vyhláškou č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Na tomto místě si dovolíme uvést své rozšířené vybavení pro komunitní ošetrovatelskou péči o ženy po porodu. Inspirovaly jsme se soukromou porodní asistentkou Liz Nightingalovou (Velká Británie), českou porodní asistentkou Zuzanou Štromerovou a také svojí vlastní komunitní praxí.

Do komunitního prostředí docházím s porodnickou brašnou. V této brašně pak mám: budíkový tonometr s fonendoskopem, sterilní a nesterilní jednorázové chirurgické rukavice, lihový teploměr, hypoalergenní náplast, sterilní krytí ran z gázy, jednorázový močový katetr, testovací proužky na chemické vyšetření moči, sterilní set na převaz rány (tampóny, pinzeta, mul), ústní roušku, hydrogelové polštářky na poraněné prsní bradavky, hojící a pečující krém na prsní bradavky, kojící čaj, krizové esence Dr. Bacha Rescue Remedy, růžovou květovou vodu, esenciální oleje: meduňka, růže, jasmín, levandule, homeopatika: Arnica Montana 9 CH, China 15 CH, Staphysagria 15 CH, Ricinus Communis 5 CH, Phytolacca Decandra 9 CH, sušený řepík, dubovou kůru ve formě gelu, glycerinové čípky, odsávačku dětských hlenů, přenosnou závěsnou dětskou váhu, sadu pomůcek pro alternativní krmení při podpoře laktace, desinfekci na kůži, speciální ošetrovatelskou dokumentaci.

Většina komunitních porodních asistentek se v komunitě pohybuje svým vozidlem. Je to patrně nejpružnější způsob dopravy. Na druhou stranu to však může být také velmi nebezpečné, když vezmeme úvahu, že komunitní porodní asistentka za klientkou dojíždí v jakýkoliv čas i v jakémkoliv počasí a ročním období. Autoři

zajímavého článku o cestování komunitních porodních asistentek doporučují, pokud je to možné, ve velkých městech spíše využívat hromadnou městskou dopravu a také pravidelně absolvovat prohlubující řídičské lekce (Teijlingen a Ireland, 2014).

### ***1.6.5 Frekvence návštěv porodní asistentky v komunitním prostředí***

Doporučená frekvence návštěv komunitní porodní asistentky při péči o ženu po porodu se v průběhu dějin lišila. Ještě v roce 1932 bylo doporučeno, aby komunitní porodní asistentka navštěvovala ženu po porodu v tomto schématu: první poporodní týden každý den dvakrát (ideálně ráno kolem 8. hodiny a v podvečer kolem 19. hodiny), od 8. dne po porodu stačila jedna návštěva za den a po 14. poporodním dni bylo možno, pokud nebyly žádné komplikace, návštěvy ukončit (Pachner a Bébr, 1932, s. 173).

V období socialismu byly doporučeny tři poporodní návštěvy. První byla datována do 24 hodin po příchodu z porodnice domů, další do 3 dnů od domácího pobytu po porodu a poslední návštěva byla datována na konec šestinedělí. Při případných komplikacích bylo možno návštěvy uskutečnit dle individuálních potřeb a domluv (Gregušová et al., 1982, s. 379–382).

V současné době neexistuje jasně daný standard, který by komunitní porodní asistentky pečující o ženy po porodu mohly dodržovat. Proto ani návštěvy po porodu nejsou termínově vymezeny. V praxi se však porodní asistentky velmi často shodují s návrhem třech poporodních návštěv (případně dalších dle individuálních potřeb), i když v praxi nebývají většinou pojišťovnou proplaceny a ženy si je tak hradí samy. Podle Strategických dokumentů – Poporodní péče o matku a novorozence Světové zdravotnické organizace, by každá matka po porodu při propouštění z porodnice měla být předána do další následné péče a měl by být připraven plán péče pro první týden po porodu a i pro další období (Světová zdravotnická organizace, 2002, s. 131). Při ukončování působení porodní asistentky v komunitě, je rovněž důležité tento termín společně plánovat. U klientů, kteří jsou na péči porodní asistentky emočně závislí (např. díky tomu se cítí více v bezpečí, ale odmítají převzít vlastní aktivitu a zodpovědnost), se často může objevit krátce před plánovaným ukončením péče jakési zhoršení zdravotního stavu nebo individuálních příznaků. Bývá to často reakce na ukončení péče projevující se strachem z další budoucnosti. Z tohoto vyplývá, že by se spolupráce s ženou po porodu či členy komunity měla dít pozvolně a případně naznačit zaměření

pozornosti na jiné zdroje pomoci, které by rodina mohla dále využívat (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 30; Page a McCandlish, 2013, s. 142).

#### ***1.6.6 Mezioborová spolupráce v komunitním prostředí a spolupráce s ostatními komunitními porodními asistentkami***

Komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek musí cílit na uspokojení potřeb a zdraví žen po porodu a členů jejich rodin potažmo komunit. K naplnění těchto cílů je často nutná spolupráce s ostatními odborníky z jiných profesí – dětská sestra, pediatr, psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, rodinný terapeut, nutriční specialista aj. (Edwins, 2008, s. 18). Porodní asistentky v komunitní péči mohou také spolupracovat s organizacemi – státními, nestátními a charitativními, s různými podpůrnými skupinkami, s mateřskými centry, s centry zaměřenými na pomoc znevýhodněným spoluobčanům, s nadacemi pro oběti trestných činů či domácího násilí, s poradnami pro péči o závislé osoby a také s jinými organizacemi poskytujícími komunitní péči (Andraščíková, 2010, s. 17).

Ideálem snad každé porodní asistentky je mít ve své lokalitě milé, přátelské a férové vztahy s kolegyněmi, ostatními porodními asistentkami. Bohužel, realita nebývá často takto ideální. Čím to je? Jistě to je dáno všeobecnou charakteristikou ženského kolektivu, ale také možnou soutěživostí či pocitem konkurence. Pokud je mezi porodními asistentkami v komunitě znát rivalita, pomlouvání a neobjektivní posuzování odvedené práce a poskytnuté péče, můžeme hovořit o tzv. horizontálním násilí. To s sebou přináší velmi nepříjemné emocionální vypětí a také to snižuje možnost odborné spolupráce. Pro každou komunitní porodní asistentku by pak mělo platit, aby věnovala částečně svůj čas i péči vztahům s ostatními kolegyněmi (Frye, 2013, s. 76–77).

#### ***1.6.7 Ideální model poskytování komunitní ošetrovatelské péče – Caseload Midwifery***

V současné době je v zahraničí nejaktuálnějším modelem poskytování komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentkou tzv. *Caseload Midwifery Care*. Jedná se model péče, kde ženy mají svojí primární porodní asistentku, která jim byla přidělena během těhotenství, porodu a postnatálního období a stará se o ně tedy kontinuálně. Každá porodní asistentka tímto systémem péče zvládne mít v péči 34–40 žen za rok. K tomu

však často působí jako tzv. sekundární porodní asistentka, tedy je v záloze pro klientky své kolegyně pro případ, že by uvedená kolegyně byla zrovna na dovolené či z jiného důvodu by nemohla poskytovat své služby.

Z důvodů velké časové náročnosti péče o ženy přímo v domácím prostředí je dalším trendem mezi zahraničními porodními asistentkami zakládat tzv. Centra porodních asistentek. V těchto centrech se uskutečňuje péče o těhotné ženy, péče při porodu a také poporodní péče. V centrech působí většinou pět až šest porodních asistentek. Ty pak ročně obslouží při sdílené metodě *Caseload Midwifery* okolo 250–350 žen. Výše zmíněná centra najdeme hojně zastoupená v Holandsku, Velké Británii, Kanadě, Novém Zélandu či Austrálii (Page a McCandlish, 2013, s. 148)

### **1.7 Kvalita života ženy po porodu**

Narození nového člověka přináší do každého života ženy a potažmo do každé rodiny velké změny. Hlavním posláním porodních asistentek je podporovat zdraví žen a přinášet jim důvěru, že těhotenství a porod jsou normální, primárně zdravé, tělesné procesy (Bašková et. al, 2011). Světová zdravotnická organizace popisuje porodní asistentky jako klíčové v podpoře zdraví (Grylka-Bäschlin, 2013). Podpora žen porodní asistentkou v těhotenství a při porodu potenciálně ovlivňuje i pocit blaha žen v poporodním období (Coyle a Hauck, 2001). Pro zkvalitnění péče porodní asistentky o ženu po porodu by mohl být využit specifický, konkrétní nástroj, který dokáže popsat kvalitu života ženy.

Samotný pojem „kvalita života“ pochází již ze starodávného Řecka a Říma, původně se objevoval v souvislosti se sociálními a ekonomickými aspekty života člověka. Ve zdravotnické databázi MEDLINE se pojem kvalita života jako prvně udává v názvu vědecké stati však až v roce 1975. V současné době je zaznamenán velký vzestup vědeckých publikací na toto téma. To ostatně dokládá i fakt, že v roce 1975 bylo v databázi MEDLINE registrováno jen 40 tematických prací, v roce 1999 jich pak bylo již více než 12 000 a v roce 2009 je v databázi více než 138 000 tematických prací (Gurková, 2011, s. 15). Světová zdravotnická organizace popisuje kvalitu života jako: „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému

a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaďurová a Mühlpachr, 2005, s. 11–15; Baloun a Velemínský, 2018)

Ke konceptu kvality života můžeme v zásadě přistupovat ze dvou rovin – posouzení subjektivní a objektivní. V dnešní době se odborníci stále více přiklánějí k využívání nástrojů pro subjektivní hodnocení kvality života. Subjektivně vnímaná kvalita života zaznamenává „jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváním a zájmech“ (Vaďurová a Mühlpachr, 2005, s. 11–15). Autor termínu salutogeneze, Aaron Antonowsky, kritizuje současnou zdravotní vědeckou bázi, která se více než na podporu zdraví zaměřuje na zkoumání nemocí a jejich příčin. Salutogeneze nabízí k aktivní podpoře a chápání zdraví. Proto také měření kvality života ženy po porodu znamená soustředit se na salutogenní výsledky narození dítěte, které mohou být užitečné pro perinatální podporu zdraví. Poporodní kvalita života ženy zahrnuje zdravotní stav ženy po porodu dítěte, ale také pocit blaha (wellbe) matky a její nové rodiny (Grylka-Bäschlin, 2013).

### ***1.7.1 Metody posuzování kvality života ženy po porodu***

Výzkumy, které se zabývají měřením kvality života žen po porodu, jsou u nás spíše ojedinělé (Vachková a Čermáková a Mareš, 2013; Dušová a Menclová, 2014; Seidlerová a Dušová, 2014). Výzkumníci velmi často realitu popisují kvantitativní metodologií pomocí generických nástrojů, například dotazník SF-36, WHOQOL-BREF, MAPP-QoL (Mulubrhan, 2013). Dotazníky WHQOL – BREF a SF-36 jsou využívány v České republice již tradičně a dlouhodobě. Poměrně málo známým dotazníkem s kvantitativní metodologií je dotazník Maternal Postpartum Quality of Life, který byl představen americkými vědci v roce 2006 (Vachková a Čermáková a Mareš, 2013). V České republice zatím nebyl přeložen a použit. Dalším zajímavým kvantitativním dotazníkem je Postpartum Self Evaluation Questionnaire (Ozturk et al., 2017).

Velmi vzácně můžeme najít studie, které se zabývají smíšeným přístupem (kvantitativní a kvalitativní metodologie) s prvky individualizmu. Zde bychom mohly

uvést jako příkladné nástroje pro měření subjektivní kvality života ženy po porodu tyto dotazníky: *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)* a *Mother-Generated Index (MGI)*. Dotazník SEIQoL byl do České republiky uveden J. Křivohlavým v roce 2001 (Vachková a Čermáková a Mareš, 2013). Dotazník Mother – Generated Index byl do českého jazyka přeložen v roce 2014 (E. Lorenzová) a použit pro první výzkumné studie (Závodníková, 2015; Žáková, 2018). Tento dotazník bude více popsán v empirické části této práce, konkrétně v kapitole 3.3.1 Metody získávání kvantitativních dat.

V následující tabulce (Tabulka č. 1) uvádíme pro přehlednost jednotlivé vybrané nástroje pro posuzování kvality života ženy v poporodním období.

**Tabulka č. 1 – Charakteristika vybraných nástrojů pro posouzení kvality života ženy po porodu podle jednotlivých kritérií.**

Název nástroje/ země původu	Specificky zaměřeno na poporodní období	Počet položek/ Obsahová struktura	Způsob odpovídání	Druh dotazníku, metodologie
<b>SF-36</b> Short-Form 36  USA (Gurková, 2011)	NE	8 životních dimenzí  Fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví	Škálování	Standardizovaný generický dotazník
<b>SEIQoL</b> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life  Irsko	NE	5 životních cílů	Strukturovaný rozhovor  - Míra uspokojení v životním cíli v %. - Vážení důležitosti životních cílů od 0– 100 % v součtu	Subjektivně vnímaná kvalita života/ rozhovor

V ČR – Křivohlavý, 2001 (Vaďurová a Mühlpachr, 2005)			všech cílů. - Vizuální analogová škála celkové životní spokojenosti	
<b>WHOQOL-BREF</b> The World Health Organization Quality of Life – BREF  Švýcarsko (Vaďurová a Mühlpachr, 2005)	NE	24 položek ve 4 doménách a 2 samostatných položkách	Škálování	Standardizovaný generický dotazník
<b>MAPP-QoL</b> Maternal Postpartum Quality of Life  USA (Vachková a Čermáková a Mareš, 2013)	ANO	41 položek, 4 domény: Doména zdraví, socioekonom ická doména, psychologick o-spirituální doména, doména rodiny	2 části dotazníku, vždy Likertova škála: 1) Posouzení spokojenosti – nespokojenosti s danou životní oblastí 2) Určení důležitosti dané životní události	Standardizovaný generický dotazník
<b>PNMI</b> Postnatal Morbidity Index  Velká Británie (Symon et al., 2003)	ANO	3 oblasti sledování: Fyzická morbidita ženy, dětská fyzická morbidita, vztah matky k dítěti	Dotazník s těmito položkami: druh poranění po porodu, léčba poranění, míra zpětného přijetí žen k hospitalizaci a její příčiny.	Standardizovaný generický dotazník
<b>MAMA</b> Maternal Adjustments and Maternal Attitude  Velká Británie (Symon et al., 2003)	ANO	60 položek v dotazníku  5 sub škál: Vzhled těla, tělesné příznaky, sexualita, vztah s dítětem, vztah s partnerem	Škálování	Standardizovaný generický dotazník  Dotazník, který respondent vyplňuje sám.

<b>MGI</b> Mother-Generated Index  Skotsko (Symon et al., 2003)	ANO	Maximálně 8 životních oblastí, žádné domény, jen příklady odpovědí  Odpovědi tvořeny respondente m	Smíšený dotazník s prvky individualismu.  3 stupně odpovídání (posouzení výpovědi – škálování odpovědi – vážení důležitosti výpovědi).	Subjektivně vnímaná kvalita života/ rozhovor nad dotazníkem  Model „one-to- one“ – respondent + administrátor.
--	-----	---	---	--

## 1.8 Shrnutí teoreticko-empirické části práce

Teoreticko-empirická část disertační práce přiblížila ošetrovatelský koncept komunitní péče o ženu po porodu v porodní asistenci. Představeny byly hlavní filozofické koncepce komunitní péče, historie tohoto oboru ošetrovatelství, a také významná teorie ošetrovatelského modelu Ramony Mercer Teorie dosažení mateřské identity – stát se matkou.

V práci jsou dále představeny významné a aktuální empirické vědecké publikace, které přinášejí poznatky týkající se významu komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu napříč světem. Dále jsou prezentovány výsledky výzkumných studií, které díky kvalitativní metodologii dávají více do hloubky pochopit vlastní rozměr komunitní péče v praxi porodní asistence.

Teoreticko-empirická část disertační práce dále přibližuje ošetrovatelskou péči o ženy po porodu v porodnici a následně rozpracovává vlastní komunitní poporodní péči. Zde je popsána ošetrovatelská péče o ženu, novorozence a rodinu po porodu s hlavním zaměřením na jejich potřeby. Dále je rozpracován vlastní management ošetrovatelské komunitní péče po porodu, kdy je i zde použito mnoho empirických zahraničních studií.

Je bohužel škoda, že ošetrovatelská komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu v České republice je dnes stále ještě plošně nedostupná pro všechny ženy, které si hradí zdravotní pojištění. Jako by zdravotníci hledali v konceptu zdraví jen absenci nemoci, a ne také širší pojetí zdraví jakožto pocit blaha člověka. Právě v tak citlivém období, kterým je období přeměny ženy v matku, je však zapotřebí být nové matce co nejbližší a být s ní v kontaktu kontinuálně. V poslední části teoreticko-empirické části práce je vymezen koncept kvality života ženy po porodu a představen



specifický dotazník Mother-Generated Index (MGI). Právě zmíněný dotazník by mohl být komunitním porodním asistentkám, pečujících o ženy po porodu, přínosným pomocníkem v posuzování jejich kvality života po porodu a v následném ošetrovatelském procesu.

## 2 CÍLE PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

### 2. 1 Formulace problému

Péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí není v České republice bohužel plošně dostupná všem ženám (Ratislavová a Ezrová, 2017a). Tuto službu podle odhadů využívá jen okolo 10 % žen po porodu (Dorazilová, 2013). Zahraniční výzkumy potvrzují, že komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu přitom pozitivně podporuje jejich celkový zdravotní stav (Mendes a Paiva a Leal, 2015.; McArthur et al., 2012).

Hlavní naše výzkumná otázka proto zní: Má péče komunitních porodních asistentek pečujících o ženy po porodu vliv na jejich celkový zdravotní stav a úroveň kvality života?

### 2. 2 Cíle práce

**Hlavním cílem** práce je popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí.

Mezi **dílčí cíle** práce pak řadíme:

1. zjistit, zda komunitní péče o ženy po porodu, poskytovaná porodními asistentkami, vede k nižšímu výskytu somatických zdravotních komplikací žen v šestinedělí.
2. zjistit, jaký je rozdíl ve vnímání kvality vlastního života u žen s proběhlou komunitní péčí porodních asistentek po porodu a u žen bez komunitní péče porodních asistentek.
3. zjistit, jaký je rozdíl ve vývoji vazby mezi matkou a dítětem u žen s komunitní péčí porodních asistentek po porodu a u žen bez komunitní péče porodních asistentek po porodu.
4. zjistit názor žen po porodu, o které bylo v komunitním prostředí pečováno porodními asistentkami, na význam poskytování tohoto druhu péče.

## 2. 3 Výzkumné hypotézy

Stanovily jsme si tuto *východiskovou hypotézu*, která je rozpracována do dílčích hypotéz, které byly dále statisticky testovány:

Péče komunitních porodních asistentek o ženy po porodu vede ke zdravému průběhu poporodního období (zdravý průběh šestinedělí, vysoce subjektivně hodnocená kvalita života, vřelý vztah mezi matkou a dítětem).

### *Dílčí hypotézy:*

**H1:** Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, vykazují lepší celkový zdravotní stav než ženy bez komunitní péče porodních asistentek.

**H2:** U žen, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, lze sledovat vyšší úroveň kvality života než u žen bez komunitní péče porodních asistentek.

- *k posouzení kvality života po porodu bude použit dotazník Mother Generated Index.*

**H3:** Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, mají vřelejší vztah se svými dětmi než ženy bez komunitní péče porodních asistentek.

- *definice a ověření kvality vztahu mezi matkou a dítětem po porodu vychází ze škály MIRF Scale (Mother –to – Infant Relation and Feeling Scale).*

**H4:** Ženy, o které v šestinedělí pečovaly komunitní porodní asistentky, projeví větší zájem o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek oproti ženám, které tento druh péče nevyužily.

## 2. 4 Výzkumné otázky

Stanovily jsme si tuto *hlavní výzkumnou otázku*: Jaká je zkušenost žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky?

Dále jsme si položily tyto *specifické, dílčí výzkumné otázky*:

**V1:** S jakými obtížemi či změnami se ženy po porodu setkávají?

**V2:** Jak jsou uspokojovány potřeby žen po porodu v souvislosti s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky?

**V3:** Jaký význam pro ženy po porodu měla proběhlá komunitní ošetrovatelská péče komunitní porodní asistentky?

**V4:** V jakých oblastech byla pro ženy komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek nejpřínosnější?

**V5:** Jak ženy po porodu celkově hodnotí proběhlou komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky?

## 2. 5 Operacionalizace pojmů

Z důvodu explicitního vymezení cílů práce, na tomto místě definujeme základní použité termíny.

**Komunita:** „Společenství lidí, kteří žijí v určité geografické oblasti, jsou vzájemně spojeni sociálními vazbami (příbuzenskými, přátelskými, sousedskými), jsou spojeni nejrůznějšími aktivitami, mají společnou historii a tradice, sdílejí společné hodnoty, mají společné problémy a jsou provázeni emocionálními vztahy různé úrovně, z nichž čerpají emocionální podporu a pomoc v každodenním životě“ (Křemenová a Fremlová, 2009).

**Komunitní péče:** „Je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Tyto služby doplňují primární péči, jsou určitou alternativou specializované a institucionální péče poskytované v regionální úrovni. Komunitní péče je orientovaná více na skupiny a celé komunity, činnosti vycházející z potřeb komunity. Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí, umožnit co nejdéle setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti a chronické nemoci.“ (Jarošová, 2007)

**Kvalita života:** „Jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 11–15; Baloun a Velemínský, 2018).

**Zdravý průběh období šestinedělí:** Fyziologicky probíhající šestinedělí je takové, kde se nevyskytuje žádná komplikace v holistickém pojetí zdraví člověka (Koudelková, 2013, s. 19). Ženy se v období šestinedělí dotýkají změny tělesné, psychické a spirituální.

Rovněž dochází k naplnění nové životní role a k novému uspořádání dosavadní rodiny (Myles, 2015, s. 499).

**Životní vývojová krize:** Krizovost v souvislosti s těhotenstvím, porodem a čerstvým mateřstvím spočívá ve změnách somatických, fyziologických, endokrinních, psychických i sociálních. Dochází k přivykání k nové životní roli, mění se staré vzorce chování. Dále dochází k přestavbě celého rodinného systému. Tyto životní vývojové krize po zdárném vyřešení mohou vytvořit v osobnosti nový potenciál a vést k osobnostnímu růstu (Ratislavová, 2008).

**Vřelý vztah mezi matkou a dítětem:** Vřelý vztah mezi matkou a dítětem lze definovat jako vzájemnou pozitivní emoční vazbu a vytvoření velmi silného vzájemného pouta. Významnou roli v navázání vřelého vztahu mezi matkou a dítětem hraje zejména navázání vzájemného spojení již prenatálně (prenatální komunikace), brzký poporodní kontakt, ideálně skin-to-skin, zahájení a praktikování laktace, kontaktního i intuitivního rodičovství (Hendrych Lorenzová a Bártlová a Ratislavová, 2018).

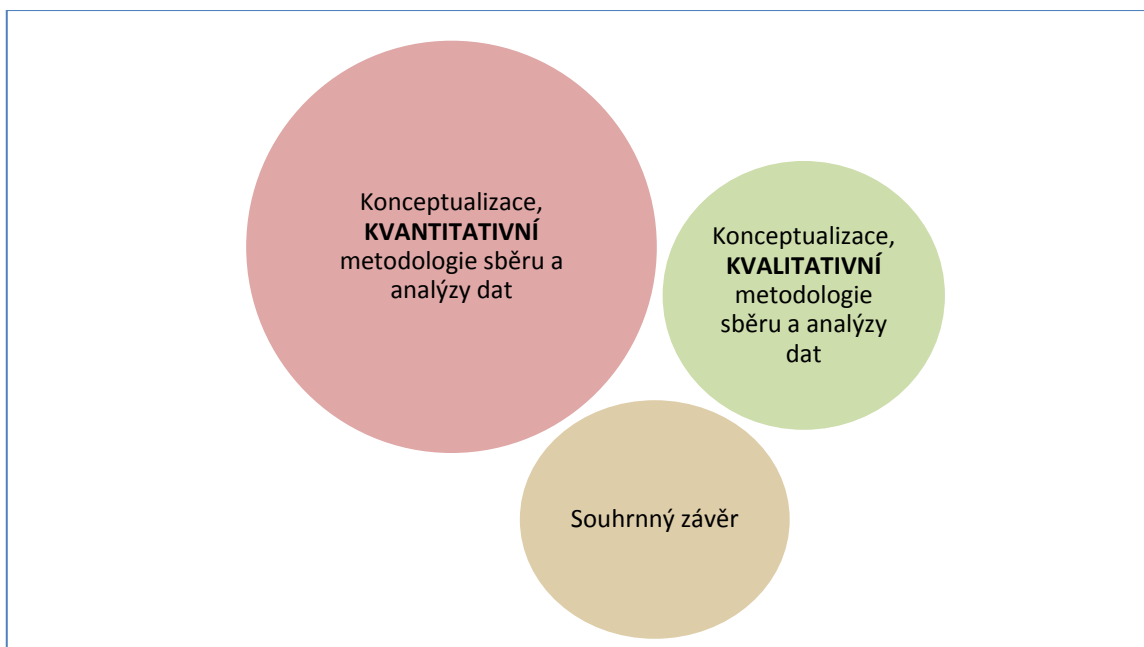
## 3 METODIKA EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

### 3.1 Výzkumný design – smíšený výzkum

Za smíšený výzkum je možno považovat výzkum, který kombinuje kvantitativní i kvalitativní metody v jedné studii, ale také, když se používá kvalitativní či kvantitativní metodologie postupně ve více fázích výzkumu jedné studie (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 136). My v naší výzkumné práci používáme typ smíšeného výzkumu tzv. *Mixed-Method Design*, kdy v první fázi výzkumu využíváme kvantitativní metodologii a následně používáme kvalitativní metodologii získání dat. Jedná se o sekvenční kombinovaný výzkumný design.

Tento výzkum bychom také mohly vyjádřit schématem *QUAN + qual*. To znamená, že výzkum má vlastně deduktivní povahu – výzkumnou bázi určuje teorie, která je následně rozpracována kvantitativní výzkumnou metodikou. Kvalitativní výzkumná metoda se použije dále pro dokumentaci nebo vyjasnění některých otázek, které souvisí s provedením výzkumu (Hendl, 1997).

Naše výzkumné šetření jsme tedy nejprve zahájily kvantitativní výzkumnou metodikou. Vlastní sběr dat probíhal od ledna 2017 do března 2018. Analýza výsledků probíhala pro vlastní charakter užitých technik ve vícero sekvencích celý rok 2018. Kvalitativní výzkumné šetření bylo následně realizováno s cílem doplnění případně vyjasnění zjištěné reality vyplývající z kvantitativní metodologie. Vlastní výzkumné kvalitativní šetření probíhalo od června roku 2018 do ledna 2019.



**Schéma č. 1 – Sekvenční kombinovaný design výzkumné studie**

### **3. 2 Kritéria kvality smíšeného výzkumu**

Realizace našeho výzkumného šetření trvala celkem 4 roky. Během tohoto období jsme podnikly aktivity, které vedly k hlubkovému pochopení tématu komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky o ženy po porodu. Na tuto problematiku jsme nahlížely z vícero perspektiv. Podnikly jsme aktivity vedoucí k pochopení širšího spektra faktorů, které ovlivňují samotné vykonávání komunitní ošetrovatelské praxe o ženy po porodu. Konkrétně to bylo setkání a konzultace s Dr. A. Symonem, autorem užitého dotazníku mapujícího kvalitu života žen po porodu (dotazník MGI), setkání se soukromou anglickou komunitní porodní asistentkou Liz Nightingale (rok 2013) a také návštěva University v Bournemouth včetně jednodenního stínování komunitní porodní asistentky při poskytování komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu (Velká Británie, rok 2016). Dále jsme navázaly hluboké a dlouhodobé vztahy s ženami po porodu, o které bylo po porodu pečováno komunitní porodní asistentkou v České republice. S některými z nich byly provedeny hlubkové rozhovory v rámci kvalitativního výzkumu.

Kritéria kvality smíšeného výzkumu – validita a reliabilita – jsou více přiblížena v jednotlivých kapitolách metodologických postupů – Kritéria kvality kvalitativního výzkumu a Kritéria kvality kvantitativního výzkumu.

### 3.3 Metodika kvantitativního výzkumu

V této části práce podrobně popíšeme metodologii kvantitativního výzkumného šetření, definujeme výběr a charakteristiku výzkumného souboru, popíšeme, jak bylo výzkumné šetření zorganizováno časově i místně. Dále blíže popíšeme etické aspekty proběhlého výzkumu a také kritéria kvality výzkumu a jeho limity. V závěru této části věnované metodologii kvantitativního výzkumu uvádíme použité statistické metody k analýze získaných dat.

#### 3.3.1 Metody získávání kvantitativních dat

Zvolené metody zisku kvantitativních dat korespondovaly se stanovenými cíli výzkumu a charakterem výzkumného souboru. Pro vlastní zisk kvantitativních dat jsme využily *metodu dotazníkového šetření* u dvou skupin respondentů.

První skupina respondentů je vystavena komunitní ošetrovatelské péči. Druhou skupinou je tzv. kontrolní skupina, která není těmto účinkům vystavena, tedy u tohoto výzkumného souboru neprobíhala po porodu žádná komunitní ošetrovatelská péče.

V jednotném kompaktním dotazníku byly použity celkem dva dílčí dotazníky a jedna hodnoticí škála. Kromě dílčího dotazníku vlastní konstrukce, byly dva zbývající komponenty (dotazník a škála) zahraničního původu. Zde byl proveden odborný překlad metodou „*Back Translation*“. Dále jsme zrealizovaly předvýzkumné pilotní šetření k ověření pochopitelnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek, které bude více popsáno v podkapitole 3.3.3 Organizace kvantitativního výzkumu.

#### Dotazník Mother-Generated Index (MGI)

Dotazník Mother-Generated Index (příloha č. 11) je dotazníkem se smíšeným přístupem (kvantitativní a kvalitativní metodologie) s prvky individualizmu. Jeho autorem je Dr. Andrew Symon, lektor oboru porodní asistence na Univerzitě v Dundee ve Skotsku. Dotazník Mother-Generated Index je nástroj, který měří subjektivně vnímanou poporodní kvalitu života, využit však může být i ve vyšším stupni těhotenství. Dotazník byl použit ve vícero kulturních kontextech a vychází z původního nástroje na měření kvality života – Patient-Generated Index. Pilotní výzkumná studie s tímto dotazníkem byla publikována v roce 2003 (Symon et al., 2012).



### *Specifita a zaměření dotazníku*

Dotazník Mother-Generated Index vychází z Calmanovy definice vnímání kvality života. Calman říká, že výsledky měření kvality života ukazují rozdíl, mezeru či propast mezi skutečnou individuální životní zkušeností v reálném čase a mezi jednotlivými nadějemi a očekáváním jednotlivce. Takto nastíněná subjektivně vnímaná kvalita života byla ve svých počátcích kritizována za nekonkrétnost životních oblastí k posuzování či za příliš velkou rozmanitost odpovědí, což vede k obtížnému posuzování k sobě navzájem. Na druhou stranu však, abychom mohli velmi citlivě a individuálně popsat vnímání subjektivní kvality života, konkrétně tedy ženy po porodu, potřebujeme takový nástroj, který přináší informace o významu vnímání zdraví žen v kontextu jejich života (Grylka-Bäschlin et al., 2018).

### *Vlastní struktura dotazníku*

Dotazník je rozdělen do **třech po sobě jdoucích kroků**. Zprv by respondentka měla **identifikovat až osm oblastí života**, kterých se nejvíce dotklo narození dítěte. Poté by žena měla uvést, zda to je **pozitivní, negativní či pozitivní i negativní změna**. Vlastní zmínění oblasti života jsou velmi individuální, záleží na každé ženě, co uvede. Pro názornost jsou zde uvedené příklady (vztah s partnerem, souznění s mateřskou rolí, vztah k sobě samé). Zadruhé by respondentka měla na **číselné škále** uvést, kdy nula znamená nejhorší možné a desítka znamená nejlepší možné, posouzení daných životních oblastí za minulý měsíc. Zatřetí dochází k **přidělení váhy** a významnosti změn u daných životních oblastí. Každá respondentka má k dispozici maximálně celkem dvacet bodů a ty může přidělit podle váhy k jednotlivým oblastem života. Čím více bodů je u jednotlivé životní oblasti, tím mám pro danou ženu větší význam. Zároveň však nemusí být u nějaké oblasti žádný bod a celkově nemusí být spotřebováno všech dvacet bodů (Symon et al., 2003). **V dotazníku MGI se počítá tzv. index kvality života ženy po porodu**. Vypočítá se tak, že se sečtou všechny body rozdělené ve druhém kroku (na škále 0–10) a vydělí se počtem uvedených položek (maximálně 8 – viz. první krok dotazníku). Dojde se tak tedy k jakémusi průměru uvedených hodnot na škále a toto je vlastní index kvality života ženy po porodu.

### *Validita a reliabilita dotazníku*

Pilotní studie o využití dotazníku MGI byla publikována v Journal od Advanced Nursing v roce 2003. Metodologie studie je více popsána v přehledové Tabulce č. 2. (příloha č. 5), kde také uvádíme přehled dalších studií věnujících se dotazníku Mother – Generated Index v souvislosti s kvalitou života ženy po porodu. Závěr studie potvrzuje použitelnost dotazníku v praxi, kdy tento dotazník pomáhá ženám po porodu identifikovat hlavní životní oblasti, které jsou pro ně nejvíce znepokojující či naopak uspokojující. A zdravotníci tak zároveň mohou ženu více pochopit a individuálně s ní pracovat (Symon et al., 2012).

K validizaci dotazníku MGI došlo opět v roce 2003. Cílem validizace bylo posouzení korelace dotazníku se zavedenými nástroji měření. Mezi tyto nástroje byly zařazeny: Postnatal Morbidity Index (PNMI), Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Výsledky testové korelace ukázaly, že ženy, které měly celkové skóre indexu 5 nebo méně, měly signifikantně vyšší incidenci fyzických problémů, vyšší EPDS skóre a nižší MAMA skóre. Dotazník MGI byl tedy uznán jako validní nástroj pro posouzení poporodní kvality života žen (Symon, 2003).

Dotazník MGI byl použit již v několika zemích světa: Skotsko, Indie, Čína, Brazílie, Irán, Portugalsko, Polsko, Německo, Velká Británie (Symon et al., 2012).

Představený dotazník Mother-Generated Index se svým zaměřením na posouzení subjektivní kvality života ženy po porodu stává originálním a specifickým. I přes svůj velký přínos se stává někdy terčem kritiky. Kritika je často opřená o argument, že subjektivně vnímaná kvalita života ženy po porodu je těžce porovnatelná s jinými nástroji (Symon et al., 2003 a). Toto ostatně částečně přiznává i samotný autor dotazníku Dr. Symon (Symon et al., 2003 b). Na druhou stranu ale také uvádí, že síla dotazníku je právě v jeho subjektivitě. K dispozici je již několik dotazníků, které se zaměřují na posouzení vyjmenovaných položek, nebo které cílí na fyzickou morbiditu či poporodní depresi. Pro zdravotníky zde však zcela chyběl specifický měřicí nástroj, který by popisoval pocit blaha matky po porodu. A toto se neobejde bez subjektivního popisu reality. Kvalita života je totiž považována za natolik individuální percepci, že není možnosti, jak ji ohraničit do předem připravených kategorií nebo jak ji univerzálně uchopit (Symon et al., 2012).

Při dosavadním použití dotazníku MGI v několika zahraničních zemích se ukázala také jeho transkulturní využitelnost a srozumitelnost, i když jak autoři výzkumů zaznamenali, v každé zemi může být koncept kvality života chápán jinak. Následují příklady, kde byl dotazník MGI použit (Symon et al., 2012). Například v Indii nástroj MGI představil mnohé konceptuální a praktické obtíže v použití v různých kulturních prostředích. Výzkumník musí dbát nejen na excelentní překlad dotazníku, ale také na přesné vydefinování lokality výzkumu a zahrnutých participantů. Citlivé vysvětlení termínu „kvalita života“ je klíčové. Některé kultury tento termín nechápou. Termín „kvalita života“ byl zřídka pochopen, a to i mezi vzdělanou společností. Toto může být potenciální konstruktová bias. Sociokulturní rozdíly ve společnosti jsou v tomto prostředí extrémně rozdílné, dokonce i ve velmi malých lokalitách. K pochopení termínu zde pomohlo zeptat se spíše na porodní morbiditu. V *Číně* respondentky často nechápaly, co mají uvést, nebyly zvyklé, že se jich někdo ptá na jejich pocity. Další významný faktor byl ten, že ženy měly většinou jen jedno dítě. Často zde byl argument, že nemají své prožitky s ničím srovnat. V *Polsku* – těhotenství, porod dítěte a mateřství vůbec je považováno za pozitivní periody v životě ženy. Pokud by žena přiznala i nějaké negativní konotace, mohla by být považována za špatnou matku. V *Portugalsku* – termín „kvalita života“ byl pro respondenty dobře srozumitelný. V *Brazílii* – rozdílná kulturní prostředí, která ovlivňovala pochopení „kvalita života po porodu“. Ženy měly často potřebu se ujistit, že odpověděly správně, např. „Řekla jsem to správně?“ nebo „Je to odpověď, kterou chcete slyšet?“. Koncept termínu „kvalita života“ byl celkově však dobře pochopen. Respondentky ovšem nechápaly, jak mají celkové body přerozdělit k určitým oblastem života, které vypsaly. Nakonec byly zahrnuté jako pomůcka fazole, regionální potravina. Respondentky měly celkem 20 bílých fazolí, které pak celkově fyzicky přerozdělily k jednotlivým položkám a zapisovatel zapsal konečný výsledek (Symon et al., 2012). V *Iránu* – nebyl problém s pochopením termínu „kvalita života“. Respondentky neměly problém mluvit o negativních aspektech mateřství, včetně změny socioekonomické situace (Khabiri et al., 2013).

Mezi další případné limity tohoto dotazníku můžeme zařadit průměrnou dobu vyplnění dotazníku ženou okolo 30 minut (v souvislosti s pokyny zdravotníka). Dotazník také dále více nezkoumá stupeň podpory matky po porodu v socioekonomických souvislostech (Symon et al., 2012).

I přes výše uvedené limity tohoto dotazníku je možné jej považovat za velmi cenný a citlivý nástroj zachycující kvalitu života ženy po porodu. Aby zdravotník mohl s ženou po porodu pracovat holisticky, potřebuje mít k dispozici co nejúplnější informace o ženě. Dotazník Mother-Generated Index se ukazuje jako vhodný nástroj. Také z přehledových článků (Shaw et al., 2006; Olecká a Ivanová, 2016) vyplývá doporučení více publikovat o proměnách emocí v období mateřství a více provádět kvalitativní výzkumy, nezaměřovat se jen na informativní strukturu literatury a informací o člověku, které přináší spíše normativní rámec. Nebojme se tak vkročit na půdu, která je živá, proměnlivá, dynamická a která jde více do podstaty prožitků člověka.

#### *Použití dotazníku v České republice*

Dotazník MGI byl po souhlasu autora Dr. A. Symona přeložen do českého jazyka a použit v kontextu českého prostředí. Jazyková validizace dotazníku probíhala metodou *Back Translation* (Beaton, 2007). Dotazník byl z anglického jazyka přeložen jazykovým specialistou v profilaci na anglický jazyk do českého jazyka a pak zpětně do anglického. Shodou časových okolností byl tento překlad zajištěn navíc dvojmo. Kromě nás, měla o vytvoření přeložené verze dotazníku MGI do českého jazyka zájem i studentka Lékařské fakulty v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze – Dana Závodníková (Závodníková, 2015). I tato studentka metodou *Back Translation* nechala přeložit dotazník MGI českým specialistou na anglický jazyk. Poté jsme obě verze – v anonymním schématu – zaslaly Dr. Symonovi. Ten si vybral jako konečnou naši verzi české podoby dotazníku MGI.

#### *Škála Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale (MIRF Scale/ Škála vztahu mezi matkou a dítětem*

Hodnoticí škály MIRF Scale (příloha č. 12) využíváme pro posouzení navázání emocionálního vztahu mezi matkou a jejím dítětem. První výzkum za použití této škály proběhl v roce 2012 v porodnici na jihozápadě Švédska, kde je ročně kolem 3200 porodů. Respondentky musely být prvorodičky se stářím novorozence od 1 do 3 dnů. Celkem bylo provedeno deset rozhovorů, včetně vyplnění škály.

Hodnoticí škálu MIRF Scale poprvé představila doc. Stina Thorstensson, která působí na Švédské universitě (University of Sweden), Katedře zdraví a vzdělávání. Primárním cílem vzniku této škály bylo vymyslet nějakou pomůcku, která by sloužila porodním asistentkám a poporodním sestrám ve zhodnocení navázání vztahu matka – dítě. Tato škála je platným, validním nástrojem pro posouzení vztahu matka – dítě a může být využita i v souvisejících výzkumech. Tuto škálu je nejlepší použít ve dvou fázích. První fází je metoda tzv. „přemýšlení nahlas“, kdy ženě po porodu klademe otázky a vlastně s ní vedeme rozhovor. Druhá fáze pak představuje zakroužkování příslušných indikátorů škály. Je velmi zajímavé, že při rozhovorech se ženy většinou rozprávějí o svých prožitcích a zkušenostech s mateřstvím a při vyplňování škál se ženy více soustředí na dítě. Proto je velmi dobré nejdříve se ženou mluvit a až poté jí nechat škálu vyplnit. Škála nemá žádná vyhodnocovací kritéria, jde o posouzení u každé ženy zvlášť – pro hlubší a individuální práci (Thorstensson, 2012 b).

#### *Vlastní struktura dotazníkové škály*

Vlastní škála MIRF Scale je rozdělena do dvou částí. První částí je zhodnocení vztahu ženy ke svému dítěti. Žena na sedmibodové škále může zaznačit nejvhodnější tvrzení. Na jedné straně je pozitivní tvrzení a na druhé straně škály je pak opačné tvrzení. Pozitivní a negativní tvrzení jsou někdy převrácená, aby se zabránilo rutinnímu vyplňování. A o jaká tvrzení se konkrétně jedná? Zde jsou uvedena v pozitivní verzi. „Hodně na své miminko mluvím“. „Vím, co moje miminko potřebuje“. „Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou“. „Moje miminko je mnohem krásnější, než jiná miminka“. „Cítím, že moje dítě je moje vlastní“. „Užívám si kojení“.

Druhá část škály popisuje charakter kontaktu matky a dítěte. Princip vyplnění je stejný jako v prvním kroku. A o jaká tvrzení se konkrétně jedná zde (opět v pozitivní verzi)? Kontakt je možno hodnotit jako: snadný, vztah plný důvěry, příjemný, bezpečný, stabilní, blízký, vřelý (Thorstensson, 2012 a).

Plná verze hodnoticí škály MIRF Scale je opět součástí přílohy této práce.

#### *Validita a reliabilita dotazníku*

Škála MIRF Scale byla na základě vedených rozhovorů její autorkou, Dr. Stinou Thorstensson, validizována a využita i pro posouzení vztahu mezi matkou a dítětem. V průběhu validizace byl použit kvalitativní výzkumný design s deduktivním i

induktivním přístupem inspirovaný technikou „mluvte nahlas“, kdy je matka, která dotazník vyplňuje, pobídnuta, aby dotazník vyplnila na základě přemýšlení a uvažování o tématech nahlas. Rozhovory probíhaly s matkami dětí ve stáří okolo 3 měsíců. Všechny matky byly prvorodičky. Závěry práce navrhuji škálu uznat jako validní. Dále je vhodné škálu použít v praxi zdravotníků například při vedení dialogu s matkou k podpoře její sebedůvěry a schopnosti porozumět potřebám a signálům dítěte. Z výzkumu nevyplývá, do jakého časového období po narození dítěte je vhodné škálu MIRF Scale použít (Thorstensson a Cleasson, 2014). Vzhledem k tomu, že škála obsahuje i otázky zaměřené na emoce spojené s kojením, použily jsem jí u našich respondentek se stářím dítěte do věku 6ti měsíců, kdy je většinou z plného kojení přecházeno na první příkrmy.

#### *Použití dotazníku v České republice*

Škála MIRF Scale byla po souhlasu autorky Dr. S. Thorstensson přeložena do českého jazyka a použita v kontextu českého prostředí. Jazyková validizace dotazníku probíhala metodou *Back Translation*. Dotazník byl z anglického jazyka přeložen jazykovým specialistou v profilaci na anglický jazyk do českého jazyka a pak zpětně do anglického.

#### *Dotazník vlastní konstrukce*

Pro získání filtračních, demografických a doplňujících údajů o ženách byl sestaven nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazníková verze se lišila v souvislosti s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky o ženy po porodu.

Dotazník pro skupinu žen bez proběhlé ošetrovatelské komunitní péče porodní asistentky o ženy po porodu obsahoval celkem 17 otázek. Z toho bylo 13 otázek uzavřených, 3 otázky polouzavřené a 1 otázka filtrační. Tato filtrační otázka se týkala podrobností o přítomnosti partnera ženy v domácnosti v poporodním období.

Dotazník pro skupinu žen s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky o ženy po porodu obsahoval celkem 19 otázek. Z toho bylo 14 otázek uzavřených, 4 otázky polouzavřené a 1 otázka filtrační. Tato filtrační otázka se týkala podrobností o přítomnosti partnera ženy v domácnosti v poporodním období.

Obě verze dotazníků vlastní konstrukce jsou součástí přílohy práce.

### 3.3.2 Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Pro výzkumný účel jsme vytvořily dvě skupiny respondentek. Skupinu *zkoumanou* (s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky minimálně dvakrát v osobním kontaktu v období šestinedělí) a skupinu *kontrolní* (bez komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky po porodu). Pro obě skupiny respondentů platila stejná kritéria výběru. Těmi byly: ženy, které porodily donošeného novorozence. Přičemž na věku ženy, stupni vzdělání a druhu porodu nezáleželo. Z důvodu zachování co nejvíce možných ideálních podmínek pro srovnání výsledků obou skupin do výzkumného souboru nebyly zahrnuty ženy s život ohrožujícím onemocněním nebo rodičky postižených dětí, či dětí s život ohrožujícím onemocněním. Tyto kritériální informace byly uvedeny v úvodní hlavičce dotazníků či byly respektovány komunitními porodními asistentky při zařazování respondentek do klinického experimentu. Dotazníkové šetření bylo provedeno u obou skupin žen nejdříve na konci období šestinedělí a nejpozději v časovém horizontu šesti měsíců od porodu dítěte.

Před sběrem výzkumných dat jsme si stanovily kritérium celkového počtu respondentů alespoň 100, přičemž každá skupina by měla čítat alespoň 50 respondentů. Navržené počty respondentů jsme si stanovily s ohledem na časovou náročnost sběru dat při realizaci vlastní komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentkou o ženy po porodu a také v souvislosti s poměrně složitým dotazníkovým šetřením.

**Celkový výzkumný soubor nakonec čítal 123 respondentů**, kdy z původně 125 shromážděných dotazníků byly 2 pro neúplnost vyřazeny. Z konečného počtu dotazníků (N = 123) **výzkumná/zkoumaná skupina čítala 56 respondentů** a **kontrolní skupina čítala 67 respondentů**. Zařazování respondentů do výzkumného šetření bylo ukončeno v momentě zisku dostatečného počtu respondentů.

### 3.3.3 Organizace kvantitativního výzkumu

Vlastní kvantitativní výzkumné šetření (sběr dotazníků) probíhalo *od ledna 2017 do března 2018* v rámci celé České republiky (nezáleželo na lokalitě bydliště respondentky). V následujícím textu přiblížíme průběh organizace výzkumného šetření.

### *Přípravná fáze výzkumného šetření a pilotní šetření*

Součástí přípravné fáze kvantitativního výzkumného šetření bylo nejprve *shromáždování odborných článků a publikací*, které se vztahovaly ke konceptu kvality života ženy po porodu a také k vývoji mateřské identity po porodu. Po prostudování dostupné a relevantní odborné literatury jsme *navázaly kontakt s autory* dotazníku MGI a hodnoticí škálou MIFR Scale. Dále následoval překlad nástrojů do českého jazyka metodou „Back Translation“ a schválení autorů k užívání nástrojů v České republice. Při vzájemné komunikaci s autorem dotazníku MGI, Dr. A. Symonem, jsme se domluvili i na osobním setkání, kdy jsme diskutovali nad možnostmi použití a metodologickým rámcem dotazníku MGI. Setkání se uskutečnilo přímo na Mezinárodním kongresu porodních asistentek v červnu 2014 v Praze. Tato konzultace nám pomohla ještě více zpřesnit metodologickou aplikaci dotazníku, zejména způsob přiblížení dotazníku MGI respondentkám. Dále jsme diskutovali o způsobech vyhodnocení výsledků a možných transkulturních odlišnostech.

Vlastní **pilotní šetření** bylo zrealizováno v prosinci roku 2016. Připravený výzkumný dotazník (dotazník vlastní konstrukce, dotazník MGI a hodnoticí škála MIFR Scale) byl vyplněný při osobním kontaktu třemi respondentkami, po proběhlé komunitní ošetrovatelské péči porodní asistentky, a ověřila se tak srozumitelnost a jednoznačnost pokládaných otázek. Předložené dotazníky byly vyplněny a pochopeny uspokojivě. Při realizaci pilotního šetření jsme si ověřily jednak srozumitelnost předloženého celkového dotazníkového šetření, ale také rámec vhodné komunikace s respondentkou a celkový čas nutný pro vyplnění dotazníku. Ukázalo se, že při vyplňování dotazníkového šetření ve spolupráci s respondentkou (osobní kontakt) je minimální čas, který je potřeba pro vyplnění celého dotazníku včetně kladení doplňujících otázek respondentky a případnou diskusí nad tématy, 60 minut. Dotazníkové šetření, které bylo uveřejněno na softwarovém rozhraní Survio.com, bylo rovněž před vlastním výzkumným šetřením ověřeno třemi respondentkami. Toto dotazníkové šetření bylo respondentkami vyplňováno přes internet bez osobního kontaktu. I zde byla identifikována uspokojivá srozumitelnost a logičnost otázek. Z celkového hodnocení dotazníkového šetření, ke kterému se respondentky mohly vyjádřit v závěru dotazníku, jsme zjistily, že jako komplikovanější se jevílo vyplnění části s dotazníkem MGI. A to z důvodu první fáze dotazníku – identifikování vlastních životních oblastí, které se po narození dítěte



změnily. Zjistily jsme, že pro respondentky je jednodušší spíše již danou věc hodnotit a komentovat než jí samotnou určit. Nicméně respondentky zvládly všechny fáze dotazníku MGI vždy vyplnit. I zde bylo k vyplnění dotazníku nutné časové rozhraní okolo 60 minut.

*Organizace dotazníkového šetření při osobním kontaktu komunitní porodní asistentky se ženou po porodu a popis vlastní ošetrovatelské komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu*

Pro získání dat od žen po porodu, o které se starala komunitní porodní asistentka, a pro vlastní výzkumné šetření v komunitním prostředí, jsme si stanovily tato kritéria. Komunitní ošetrovatelská péče o ženy po porodu proběhne v období šestinedělí *minimálně dvakrát při osobním kontaktu*, další návštěvy ženy jsou samozřejmě možné, rovněž je možné dále komunikovat a podporovat ženu po porodu také telefonickou či e-mailovou cestou. Komunitní porodní asistentka bude mít k péči o ženu po porodu svoji *dokumentaci* (uvedena v příloze), svoje *zdravotnické vybavení* do komunitního prostředí. Aby komunitní ošetrovatelská péče mohla být posouzená jako profesionální, stanovily jsme si podmínku, aby poskytovatelka péče měla alespoň 4 roky praxe v komunitním ošetrovatelství v porodní asistenci.

Pro časovou náročnost vykonání vlastní ošetrovatelské komunitní péče o ženy po porodu při minimálních dvou osobních návštěvách, a to nejméně u 50 žen, byla Vědeckou radou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích povolena možnost na výzkumném šetření spolupracovat s dalšími komunitními porodními asistentkami. Celkem byla navázána spolupráce s 10 komunitními porodními asistentkami. Výzvu ke spolupráci na výzkumném šetření jsme uveřejnily na facebookových stránkách Unie porodních asistentek a Porodního domu u Čápa v lednu 2017. Také jsme některé komunitní porodní asistentky oslovily přímo. Komunitní porodní asistentky spolupracující na výzkumném šetření mají svoji komunitní praxi vždy v určitém regionu. Celkově byla do výzkumu zahrnuta výzkumná data z těchto regionů/územních krajů České republiky: Plzeňský kraj (3 komunitní porodní asistentky, včetně autorky této práce), Středočeský kraj a Praha (2 komunitní porodní asistentky), Severočeský kraj (2 komunitní porodní asistentky), Východočeský kraj (2 komunitní porodní asistentky), Jihomoravský kraj (2 komunitní porodní

asistentky).

Všechny komunitní porodní asistentky byly seznámeny s výzkumnými cíli a také účelem výzkumného šetření. Zdůrazněné byly zásady zachování anonymity respondentek, se kterými komunitní porodní asistentky podepisovaly informovaný souhlas (viz. příloha č. 6). Získaná data od komunitní porodních asistentek k nám byla doručena buď osobně či elektronicky.

Pro sběr a vyplnění dotazníků od žen s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí po porodu jsme preferovaly cestu osobního vyplnění. Pro časovou náročnost vlastní komunitní ošetrovatelské péče, a navíc ještě dalšího potřebného času k vyplnění dotazníkového šetření, jsme nezamítly ani elektronickou možnost vyplnění dotazníku. Vlastní podoba dotazníku se všemi instrukcemi byla zveřejněna na softwarovém rozhraní Survio. com. Respondentky získaly speciální odkaz, kde mohly data anonymně vyplnit a zaslat v období, kdy měly možnost dotazníku věnovat dostatek času.

Termín pro vyplnění dotazníků byl nejdříve po skončení období šestinedělí a nejdéle do půl roku od narození dítěte. Respondentky tak celkem vyplňovaly 21 otázek a 2 podotázky z dotazníku vlastní konstrukce, v individuálním rozsahu dotazník MGI (zde byla možnost uvést maximálně až 8 životních oblastí a dále je zhodnotit) a hodnotící škálu MIRF Scale, kde probíhalo škálování ve dvou tematických blocích vždy po 7 otázkách.

**Tabulka č. 3 – Původ vyplněných dotazníků od žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky**

<b>Získaná data od autorky této kvalifikační práce</b>	<b>Získaná data od ostatních komunitních porodních asistentek</b>
Vyplněno při osobním setkání: 16	Vyplněno při osobním setkání: 8
Vyplněno elektronicky: 4	Vyplněno elektronicky: 28
Celkem: 20	Celkem: 36
Celkový počet vyplněných dotazníků: 56	

### *Organizace dotazníkového šetření elektronickou cestou*

Dotazníkové šetření, které bylo určené ženám bez proběhlé ošetrovatelské komunitní péče porodní asistentky bylo zpracováno na softwarové platformě Survio.com. Tento portál se přímo zaměřuje na zpracování výzkumu veřejného mínění formou dotazníkového šetření a zároveň se zavazuje jednat v souladu s vládními nařízeními týkajícími se zásad o ochraně osobních údajů.

Za účelem sběru výzkumných dotazníků, jsme oslovily organizace, které mají svojí tematikou blízko k ženám po porodu. Konkrétně jsme se na pomoc s šířením dotazníkového šetření obrátily na tyto organizace: Mateřská centra po celé ČR (8x), Brána k dětem v Plzni, Porodní dům u Čápa, Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství, Obejmutí po porodu. Dále jsme také informace a odkaz na dotazník sdílely v uzavřených Facebookových skupinách, které byly zaměřené na ženy v souvislosti s mateřstvím.

Sběr dotazníků byl zahájen v lednu 2017 a ukončen pro zisk uspokojivého počtu dotazníků v březnu 2018. Do výzkumu byly zahrnuty ženy z celé České republiky – nezáleželo na lokalitě bydliště respondentky. Respondentky vyplňovaly jeden dotazník, který byl však složen ze třech dílčích částí (dotazník vlastní konstrukce, dotazník MGI a hodnoticí škála MIRF Scale). Respondentky tak celkem vyplňovaly 19 otázek a 1 podotázku z dotazníku vlastní konstrukce, v individuálním rozsahu dotazník MGI (zde byla možnost uvést maximálně až 8 životních oblastí a dále je zhodnotit) a hodnoticí škálu MIRF Scale, kde probíhalo škálování ve dvou tematických blocích vždy po 7 otázkách.

### **3.3.4 Kritéria kvality kvantitativního výzkumu a jeho limity**

#### *Kvalita vlastního zisku výzkumných dat*

Pro zisk exaktních výzkumných dat bylo podstatné, aby respondentky i do výzkumu zahrnuté komunitní porodní asistentky dobře rozuměly pokynům pro vyplnění dotazníku. Toto bylo zabezpečeno v písemné dotazníkové formě vysvětlujícími pokyny v hlavičce dotazníku. Pro osobní sběr dat od žen po porodu komunitními porodními asistentkami bylo nutné komunitní porodní asistentky osobně s metodickými pokyny seznámit. Pokyny měly toto konkrétní znění: 1. dotazník vyplňujte spolu s respondentkou až na úplný závěr všech komunitních návštěv a poskytnuté komunitní ošetrovatelské péče, 2. seznamte respondentku s cíli a účelem výzkumného šetření a

předložte jí ke schválení informovaný souhlas, 3. buďte ženě oporou při vyplňování dotazníku. Buď můžete ženu nechat dotazník vyplnit samostatně či jí můžete předčítat položky dotazníku a poté zaznamenávat její odpovědi, 4. zvláště pak v souvislosti s vyplněním dotazníku MGI pomáhejte respondentce pochopit jeho koncept, pro přiblížení problematiky můžete uvést příklady odpovědí, 5. dbejte, prosím, na dostatečný časový prostor k vyplnění dotazníku, 6. respektujte odpovědi respondentky a nijak do nich nevstupujte a nehodnoťte je.

Ve výzkumných pracích týkajících se dotazníku MGI se ukázalo, že je velmi podstatné správné pochopení termínu *kvalita života* respondenty (Symon et al., 2012). Tato problematika byla opakovaně konzultována s autorem dotazníku Dr. A. Symonem e-mailovou korespondencí. K ověření pochopení konceptu kvality života a i vlastní dimenze dotazníku MGI bylo provedeno pilotní výzkumné šetření.

#### *Limity kvantitativního výzkumného šetření*

Mezi limity dotazníkového šetření řadíme celkový dlouhý čas nutný k vyplnění dotazníku. Průměrný čas k vyplnění celého dotazníku je okolo 60 minut (pro obě výzkumné skupiny). V závěru dotazníku jsme ženám poskytly informaci, že se mohou volně vyjádřit k tomu, jak se jim vyplňoval dotazník. Od 15 respondentek z písemné formy vyplnění dotazníku jsme získaly zpětnou vazbu o časové náročnosti vyplnění. Dále si celkem 7 žen stěžovalo na velké množství otázek, s čímž souvisí také téma časové náročnosti vyplnění dotazníku. Nedostatek času pro vyplnění dotazníku a snaha respondenta o co nejrychlejší dokončení vyplňování mohla vést k rutinnímu či uspěchanému vyplňování dat.

I přestože dotazník je konstruován s velkým množstvím položek (viz. příloha č.11) a je časově náročný na vlastní vyplnění, neobsahuje vyčerpávající otázky na respondenty vztahující se k jejich jedinečné životní situaci. Dotazník například nemonitoruje socioekonomickou situaci respondentky či například specifické náročné životní situace. I tyto zmíněné jevy mohou dále ovlivňovat výslednou kvalitu života ženy po porodu. Na druhou stranu by více rozšířený dotazník byl pro respondenty ještě více náročný na vyplnění a nikde není zaručeno, jak má vypadat dotazník, který opravdu vyčerpávajícím způsobem zmapuje všechny faktory, které ovlivňují výslednou kvalitu života ženy po porodu. Předností dotazníku MGI, který mapuje právě kvalitu života ženy po porodu, je právě jeho individualizovaný koncept. A je tedy na

respondentce, které životní oblasti týkající se kvality jejího života do dotazníku nakonec uvede.

### **3.3.5 Etické aspekty kvantitativního výzkumu**

Všechny respondentky vstoupily do výzkumného šetření na základě jejich dobrovolného souhlasu a mohly od výzkumného šetření kdykoliv odstoupit. Dotazníkové šetření v tištěné formě obsahovalo hlavičku, kde byly uvedené cíle a další využití výzkumného šetření za podmínek zachování anonymity respondentů. V případě poskytnutí komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky ženám po porodu byly tyto informace sděleny ústně.

Vyplnění dotazníku v softwarovém rozhraní *Survio.com* je možno považovat za spolehlivé. Firma se zavazuje a garantuje zachování ochrany osobních dat.

U respondentek, kde probíhal sběr dat při osobním kontaktu při ošetrovatelské komunitní péči, byl použit informovaný souhlas (viz. příloha č. 7).

Na tomto místě také chceme zdůraznit fakt, že dále předkládáme všechny výsledky výzkumného šetření tak, jak jsme je získaly a zanalyzovaly.

### **3.3.6 Statistická analýza kvantitativních dat**

Pro popis souboru byla použita deskriptivní statistika: frekvenční tabulky, medián, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota. Pro vyhodnocení hypotéz byl použit neparametrický párový Wilcoxonův test, neparametrický Kruskal-Wallisův test pro více výběrů a Wilcoxonův test pro dva výběry. Neparametrické testy byly použity z důvodu typu dat, jednalo se o skóre na různých škálách. V případě vážených skóre byla ověřena normalita dat pomocí Shapiro-Wilkova testu, normální rozložení dat bylo zamítnuto.

V případě kvalitativních dat (kategorií) byl použit chí-kvadrát test, v případě nesplnění podmínek jeho použití byl použit Fisherův exaktní test.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 0,05 (5 %). Pro zpracování dat byl použit statistický program Stata verze 13 a Microsoft Office Excel. Pro grafické znázornění byly použity sloupcové grafy.

### Vyhodnocení dotazníku Mother – Generated Index

Z individuálních odpovědí respondentek (1. krok dotazníku) bylo vytvořeno 9 konkrétních kategorií životních oblastí, které se ženám změnily po narození dítěte. Jako desátá kategorie byla určena kategorie s názvem „Ostatní/Nezařaditelné“. U životních oblastí bylo vyhodnoceno, zda respondentky danou oblast nehodnotily, hodnotily pozitivně/negativně nebo obojí/žádné hodnocení. V návaznosti na to bylo vyhodnoceno skóre u konkrétních oblastí 0 až 10. A dále byla vyhodnocena pro každou životní oblast váha, kterou přisuzovaly respondentky. **Váhy byly vypočteny na základě součtu hodnot za všechny oblasti a váha pro danou životní oblast byla vypočtena jako váha oblasti / součet za všechny oblasti. Na základě váhy a skóre bylo vypočteno vážené skóre.**

### **3.4 Metodika kvalitativního výzkumu**

Kvalitativní část našeho výzkumného šetření jsme pojaly jako doplňující a rozšiřující metodologii zisku dat k již proběhlému kvantitativnímu výzkumnému šetření.

Hlavním cílem kvalitativního šetření bylo nalézt, pochopit a popsat zkušenosti žen po porodu, které měly v poporodním období opakovanou komunitní péči porodní asistentky. Dále také zjistit názor žen na význam tohoto druhu péče.

#### **3.4.1 Metody získávání kvalitativních dat**

Pro získání kvalitativních dat jsme zvolily *fenomenologický přístup*, jehož cílem je popsat a zanalyzovat prožitky a zkušenosti jedince se snahou výzkumníka jim porozumět (Vévodová a Ivanová et al., 2015, s. 104). Zajímaly nás tak nejen otázky, *co* informant říká, ale také *jak* to říká, *proč to říká* a případně i *proč něco neříká* (Švaříček a Šeďová et al., 2014, s. 209).

Jako výzkumné techniky jsme použily **hloubkové rozhovory face to face v polostrukturovaném designu a tvorbuterénních poznámek.**

Vlastní rozhovory probíhaly v realisticko-narativním stylu, kdy informantky byly nejdříve vyzvány, aby samy vyprávěly svůj příběh a zkušenost s poporodním obdobím v souvislosti s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky.

Dále jsme rozhovory vedly za pomoci předem připravených schémat, kdy jsme si připravily daná témata a otázky, které se vázaly ke stanoveným cílům práce a výzkumným otázkám (podkapitola 2.4).

### **3.4.2 Charakteristika a výběr výzkumného souboru**

Informantky pro kvalitativní výzkumné šetření byly do výzkumu zahrnuty záměrným kriteriálním výběrem. Ten spočíval v podmínce, aby se o informantky v poporodním období opakovaně starala komunitní porodní asistentka, tedy, aby vzorek informantek reprezentoval konkrétní problematiku – *zkušenost s komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období*. Do výzkumu jsme zařadily ženy, které porodily donošeného a zdravého novorozence. Na stupni vzdělání, paritě, věku či druhu porodu však nezáleželo. Z důvodu zisku teoretické saturace dat, konečný výzkumný soubor čítá celkem 5 informantek.

Informantky byly osloveny osobně komunitní porodní asistentkou při vlastním průběhu vykonávání komunitní ošetrovatelské péče po porodu. U všech informantek byla zajištěna komunitní ošetrovatelská péče v poporodním období autorkou této práce, a tak můžeme s jistotou konstatovat, že tato péče byla prováděna kontinuálně. Při vlastní ošetrovatelské péči se vycházelo z aktuálních teoreticko-praktických východisek a byla používána dokumentace komunitní porodní asistentky (viz. příloha č. 14).

Následuje přehledové schéma s bližšími informacemi o informantkách. Jména informantek jsou z důvodu zachování anonymity pozměněna.



**Schéma č. 2 – Přehled o informantkách zahrnutých do kvalitativního výzkumného šetření**

### **3.4.3 Organizace kvalitativního výzkumu**

Rozhovory s informantkami probíhaly vždy až po vyplnění informovaného souhlasu s prováděním výzkumného šetření (viz. příloha č. 8), kdy ženy byly seznámeny s cíli výzkumného šetření a účely jeho realizace.

Všechny rozhovory probíhaly ve vlastním domácím prostředí informantek, protože to bylo pro ženy i děti nejpohodlnější a zároveň zde bylo největší soukromí pro vedení rozhovoru. V průběhu rozhovorů byl přítomen vždy jen tazatel, informantka či případně novorozenec či starší dítě. Partner informantky či jiný člen rodiny z důvodu co největší možné otevřenosti ženy nebyl přítomen. Tuto variantu průběhu rozhovoru jsme s informantkami vyjednaly před průběhem rozhovoru.

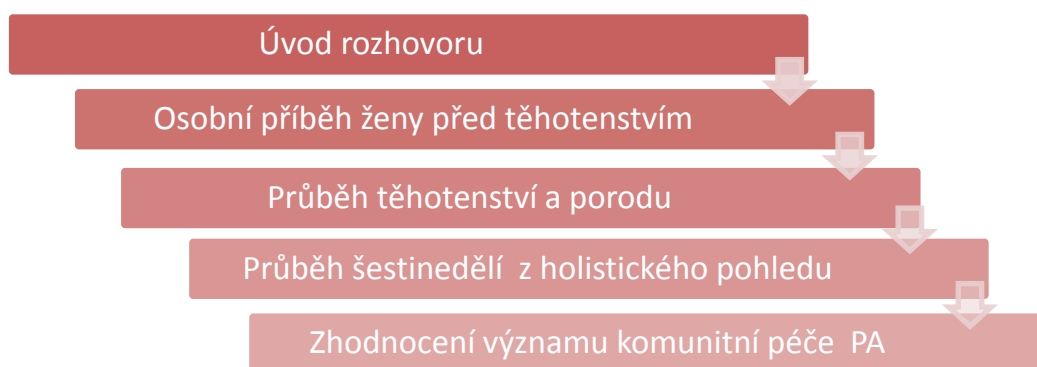
Rozhovory probíhaly tedy po předchozím souhlasu informantky s výzkumným šetřením. Na termínu rozhovoru jsme se domlouvaly vždy individuálně. Tři rozhovory byly uskutečněny na konci šestinedělí, jeden rozhovor byl uskutečněn 8 týdnů po



porodu (informantka Nina) a jeden rozhovor byl uskutečněn z důvodu průběhu poporodní deprese až v období roka a půl po narození dítěte (informantka Laura).

Všechny rozhovory byly po souhlasu žen nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány manuálním přepisem či pomocí programu Transcriber. Pořízené zvukové záznamy jsou v anonymní podobě uloženy v osobním počítači a zde budou uloženy jen po nezbytně dlouhou dobu související s tímto výzkumným šetřením.

Níže uvedené schéma znázorňuje posloupnost tematických okruhů rozhovoru.



**Schéma č. 3 – Posloupnost tematických okruhů rozhovoru**

#### ***3.4.4 Kritéria kvality kvalitativního výzkumu a jeho limity***

Mezi základní techniky ke zvýšení důvěryhodnosti a potvrditelnosti kvalitativního výzkumného šetření patří zejména: „členské ověřování, audit kolegů, reflexe kolegů, výběr účastníků výzkumu, deník výzkumníka, postupy při interpretaci dat a přímé citace“ (Švaříček a Šedřová et al., 2014, s. 33).

Za velice podstatnou součást zachování kvality kvalitativního výzkumného šetření považujeme exaktní zdůvodnění *výběru účastníků výzkumu*. Do tohoto výzkumného šetření jsme zahrnuly informantky, které splnily podmínky kriteriálního výběru, ale také měly obsáhlou zkušenost s proběhlou komunitní ošetřovatelskou péčí po porodu ze strany porodní asistentky. Z toho důvodu jsme zařadily informantky, které v průběhu poporodního období obdržely alespoň tři poporodní návštěvy od komunitní porodní asistentky. Domníváme se, že pestrost osobní anamnézy, průběhu porodu a přístupu k mateřství celkově u jednotlivých informantek povede k hlubšímu pochopení jejich prožitků v souvislosti s narozením dítěte a dá nám pochopit, jakou roli a význam

pro ženy po porodu představuje komunitní porodní asistentka.

V našem výzkumném šetření jsme dále využily techniky *členského ověřování*, kdy jsme závěry našeho výzkumného šetření zaslaly dvěma respondentkám, abychom si tak ověřily platnost a autenticitu našeho výzkumného sdělení, jež informantky posléze potvrdily.

Dále jsme za účelem zajištění kvality kvalitativního výzkumného šetření použily techniky vedení *deníku výzkumníka*. Zavedly jsme si zápisník, který obsahoval plán našeho výzkumného šetření, zápisky dohodnutých termínů s informantkami, základní informace o informantkách a naše poznámky z provedené komunitní ošetrovatelské péče po porodu. Deník rovněž obsahoval zápisky z provedených rozhovorů (terénní poznámky, zápisky z pozorování) a naše otázky, které se v průběhu rozhovorů či následné analýzy vyjevovaly a nad kterými jsme dále uvažovaly.

Další využitou technikou pro zajištění kvality výzkumného šetření bylo *používání přímé řeči, tedy přímé citace informantek*.

Ještě bychom zde rády doplnily informace k využitým metodám v rámci *triangulaci dat*, což představuje kombinaci různých výzkumných metod, technik a teoretických perspektiv s cílem vzájemné validizace užitých metod (Hendl, 2012, s. 147). V rámci datové triangulace jsme získávaly výzkumná data od různých osob (pět informantek, rozdílné vstupní faktory pro zjišťování pozorovaného fenoménu). V rámci triangulace výzkumníka byla provedena také reflexe subjektivity výzkumníka. V rámci metodologické triangulace bylo použito vícero výzkumných metod a technik (polostrukturovaný rozhovor a pozorování informantky v průběhu rozhovoru, použití dotazníku MotherGenerated Index a hodnoticí škály MIRF Scale).

#### ***3.4.5 Etické aspekty kvalitativního výzkumu***

Dodržování etických pravidel a standardů v souvislosti s realizací kvalitativního výzkumného šetření považujeme za velmi důležité, protože se dotýkáme lidských prožitků, emocí a žité zkušenosti.

V našem výzkumném šetření jsme dodržely tyto etické standardy (Hendl, 2017, s. 62): vždy jsme používaly informovaný souhlas s výzkumným šetřením s vysvětlením účelu výzkumného šetření, zachovávaly jsme anonymitu informantek, uvedly jsme informantovi informaci, že od výzkumného šetření může kdykoliv odstoupit. Velmi

důležité pro nás také bylo, aby si výzkumník získal důvěru informanta. To v našem případě bylo umocněno již proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí v poporodním období. Všechny informantky jsme tedy znaly osobně a dlouhodobě. Jen tehdy, kdy je prostředí a atmosféra rozhovoru bezpečná, informant se může plně otevřít a sdílet své niterné pocity a myšlenky. Snažily jsme se nezasahovat do odpovědí informantek, neposuzovat jejich odpovědi a být názorově tolerantní. V průběhu rozhovoru jsme často dávaly najevo svoji účast a zájem.

#### **3.4.6 Analýza kvalitativních dat**

Po získání dat a jejich doslovném přepisu jsme přistoupily k jejich analýze. Použily jsme **metodu kódování dat v kombinaci s technikou tužka a papír**.

Ve výzkumné analýze dat jsme používaly *otevřené, axiální i selektivní kódování*.

Rozhovory jsme rozebíraly jak vertikálně (každý rozhovor zvlášť), tak také horizontálně (porovnání rozhovorů navzájem a hledání určitých sjednocujících prvků).

Zjištěné informace byly opakovaně pročitány. Začaly jsme tvořit otevřené kódy, které jsme průběžně doplňovaly, přejmenovávaly. Kódy jsme dále sdružovaly do určitých kategorií, mezi kterými jsme hledaly souvislosti, podobnost a další kontext. Kategorie jsme sestavily do logického a komplexního celku. K práci s kategoriemi jsme využívaly **analytické metody vytváření trsů, zachycení vzorců a také metodu kontrastování a srovnávání**. Podle Miovského metoda vytváření trsů představuje seskupování určitých výroků a výpovědí respondentů do skupin, podle stejného okruhu či zaměření tedy překryvu. Metodu zachycení vzorců můžeme využít k identifikování určitého schématu či principů, které vyplývají z výpovědí informantů. Metodu kontrastování a srovnávání jsme použily, abychom zvýraznily související kontext určitého fenoménu, tedy zkušenosti s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období (Miovský, 2006, s. 221–223). V našem výzkumném šetření jsme daly do kontrastu žitou zkušenost prvorodičky a vícepary a také informantky s fyziologicky probíhajícím porodem versus zkušenost ženy s komunitní poporodní péčí porodní asistentky po náročném vaginálním porodu.

Ze získaných výzkumných dat jsme v konečném výsledku vytvořily *5 kategorií a 22 podkategorií* (schéma č. 4).

V textu této práce dále uvádíme výpovědi informantek. Buď v přímých citacích

či pomocí parafrází. Součástí prezentace výzkumných dat jsou i poznámky, které jsme získaly pozorováním informantek v průběhu rozhovorů.

Naším cílem v souvislosti s analýzou výzkumných dat kvalitativního výzkumného šetření bylo zachování co možná největší autenticity plynoucí z průběhu rozhovorů – přiblížení emocí informantek či jejich přisouzení významu jednotlivým životním událostem a situacím.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

#### 4.1.1 Popis celého výzkumného souboru

V této podkapitole prezentujeme popis celého výzkumného souboru, tedy ženy po porodu, které měly i neměly komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky.

**Tabulka č. 4 – Kontakt ženy po porodu s komunitní porodní asistentkou**

<b>Kontakt ženy po porodu s komunitní porodní asistentkou</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Ne opakovaně (0x, 1x)	67	54,5
Ano opakovaně ( $\geq 2x$ )	56	45,5
Celkem	123	100

Tabulka č. 4 uvádí počet kontaktů žen s komunitní porodní asistentkou. Ve výzkumném souboru je zastoupeno 45,5 % žen, které měly po porodu opakovanou péči komunitní porodní asistentky a to nejméně dvakrát. Soubor dále čítá ženy (54,5 %), které po porodu tuto opakovanou péči komunitní porodní asistentky neměly. Tyto žen neměly komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky po porodu buď vůbec či jí měly jen jednou.

**Tabulka č. 5 – Konkrétní počet návštěv komunitní porodní asistentky u ženy po porodu**

<b>Počet návštěv komunitní porodní asistentky u ženy po porodu</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
0	59	48,0
1	8	6,5
2	38	30,9
3	13	10,6
4	2	1,6
5	3	2,4
Celkem	123	100

Tabulka č. 5 uvádí počet návštěv komunitní porodní asistentky u ženy po porodu. Žádnou komunitní ošetrovatelskou péči po porodu nemělo 48,0 % respondentek. Jednu poporodní komunitní péči uvedlo 6,5 % respondentek. Nejčastěji byly provedeny dvě komunitní poporodní návštěvy ženy po porodu (30,9 % odpovědí). Tři poporodní komunitní návštěvy porodní asistentky uvedlo 10,6 % respondentek. Čtyři návštěvy pak udává 1,6 % respondentek a pět návštěv komunitní porodní asistentkou po porodu udává 2,4 % respondentek.

**Tabulka č. 6 – Období vyplňování dotazníku včetně hodnocení kvality života po porodu a vztahu mezi matkou a dítětem**

Období vyplňování dotazníku	A	%
Konec šestinedělí	67	54,5
Od konce šestinedělí do půl roku od narození dítěte	56	45,5
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 6 prezentuje data, v jakém časové období byly vyplňovány výzkumné formuláře v rámci kvantitativního výzkumného šetření. Vyplnění dotazníku včetně hodnocení kvality života po porodu a vztahu mezi matkou a dítětem provedlo 54,5 % respondentek na konci šestinedělí a 45,5 % respondentek v období od konce šestinedělí do půl roku od narození dítěte.

**Tabulka č. 7 – Parita ženy**

Počet porodů	A	%
Žena rodila poprvé	62	50,4
Žena rodila podruhé	45	36,6
Žena rodila potřetí a více	16	13,0
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 7 uvádí zastoupení žen ve vzorku v souvislosti s paritou. Mezi respondentky jsou nejhojněji zastoupené ženy, které porodily své první dítě (50,4 %). Jako druhé ve výskytu četnosti jsou v souboru zastoupené druhoroďičky (36,6 %). Ženy, které porodily své třetí či další dítě, jsou v souboru zastoupeny celkem ve 13,0 %.

**Tabulka č. 8 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek**

Vzdělání	A	%
Základní	3	2,4
Středoškolské, vyšší odborné	42	34,2
Vysokoškolské	78	63,4
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 8 uvádí zastoupení žen ve vzorku v souvislosti s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek. Nejhojnější zastoupení respondentek ve výzkumném souboru je z řad vysokoškolsky vzdělaných žen (63,4 %). Středoškolačky či ženy s vyšším odborným vzděláním čítají celkem 34,2 % vzorku. Ženy se základním vzděláním jsou pak zastoupené ve 2,4 %.

**Tabulka č. 9 – Věk respondentek**

Věk	A	%
do 29 let	27	22,0
30 a více let	96	78,0
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 9 prezentuje zastoupení žen ve vzorku v souvislosti s jejich věkem. Nejhojnější zastoupení respondentek ve výzkumném souboru je z řad žen, kterým je 30 a více let (78,0 %). Ženy, které udávají věk do 29 let, jsou ve výzkumném souboru zastoupené ve 22 %.

**Tabulka č. 10 – Národnost respondentek**

Národnost	A	%
Česká	120	97,6
Slovenská	3	2,4
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 10 udává zastoupení respondentek v souvislosti s jejich národností. Výzkumný soubor tvoří z 97,6 % ženy české národnosti a 2,4 % slovenské národnosti.

**Tabulka č. 11 – Charakter bydliště respondentky**

<b>Bydliště</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Město	89	72,4
Vesnice	34	27,6
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 11 uvádí charakter bydliště respondentek. Respondentky nejčastěji uvedly, že bydlí ve městě (72,4 % odpovědí). Na vesnici pak bydlí 27,6 % respondentek.

**Tabulka č. 12 – Rodinný stav respondentek**

<b>Rodinný stav</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Svobodná	36	29,3
Vdaná	83	67,5
Rozvedená	4	3,2
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 12 uvádí rodinný stav respondentek. Největší zastoupení výzkumného souboru tvoří vdané ženy (67,5 %). Dále pak ženy svobodné, ty čítají 29,3 % vzorku respondentů. Nejmenší výskyt pak představují ženy rozvedené. Ty tvoří 3,2 % respondentů.

**Tabulka č. 13 – Druh porodu**

<b>Porod</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Vaginálně	99	80,5
Císařským řezem	22	17,9
Instrumentálně vaginálně (VEX)	2	1,6
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 13 uvádí druh porodu, jakým se respondentkám narodilo poslední dítě. Ve výzkumném souboru je nejhojněji zastoupena skupina žen, která rodila vaginálně (80,5 %). Dále jsou pak ženy, které rodily císařským řezem (17,9 %) a nejméně jsou



zastoupené ženy s instrumentálním vaginálním porodem, konkrétně metodou VEX. Ty čítají 1,6 %.

**Tabulka č. 14 – Přítomnost partnera respondentky v domácnosti po porodu**

<b>Přítomnost partnera v domácnosti po porodu</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Partner nebyl přítomen	17	13,8
Partner byl přítomen 1 týden	71	57,7
Partner byl přítomen 14 dní	23	18,7
Partner byl přítomen déle než 14 dní	12	9,8
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 14 prezentuje data v souvislosti s přítomností partnera respondentek v domácnosti po porodu. Přítomnost partnera v domácnosti po narození dítěte udává celkem 106 žen, 17 žen přítomnost partnera po narození dítěte neudává. Ve většině případů (57,7 %) byl partner s nově uskupenou rodinou v domácnosti týden. Delší přítomnost partnera v domácnosti po narození dítěte pak udává 18,7 % respondentek, kdy udávají jeho pobyt v délce 14 dní. Delší pobyt partnera než 14 dní v domácnosti po narození dítěte pak udává 9,8 % respondentek.

**Tabulka č. 15 – Důvody přítomnosti partnera respondentky v domácnosti po porodu**

<b>Důvody přítomnosti partnera v domácnosti po porodu</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Partner nebyl přítomen	17	13,8
Péče o ženu a novorozence	77	62,6
Pomoc s dětmi v domácnosti	21	17,1
Jiné důvody	8	6,5
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 15 prezentuje důvody přítomnosti partnera respondentky v domácnosti po porodu. Nejhojněji zastoupeným důvodem přítomnosti partnera ženy po porodu v domácnosti byla péče o ženu a novorozence. Tento důvod uvedlo 62,6 % respondentek. Dalších 17,1 % respondentek uvedlo, že partner zůstal po porodu

v domácnosti v souvislosti s pomocí o děti v domácnosti. Dalších 6,5 % respondentek uvedlo, že k setrvání partnera v domácnosti po porodu byly jiné důvody. A 13,8 % respondentek uvedlo, že partner v domácnosti po porodu nebyl přítomen.

**Tabulka č. 16 – Hodnocení průběhu šestinedělí z pohledu respondentky**

<b>Průběh šestinedělí</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Normální průběh bez komplikací	98	79,7
Obtížný průběh	15	12,2
Vyhledání lékařské pomoci	10	8,1
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 16 uvádí hodnocení průběhu šestinedělí z pohledu respondentek. Většina respondentek (79,7 %) hodnotí zdravotní průběh šestinedělí jako normální. Obtížný průběh šestinedělí uvedlo 12,2 % respondentek a lékařskou pomoc muselo vyhledat 8,1 % respondentek.

**Tabulka č. 17 – Důvody komplikovaného průběhu šestinedělí**

<b>Důvod komplikovaného průběhu šestinedělí</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Normální průběh bez komplikací	98	80,5
Poporodní krvácení	11	8,1
Zánět prsu	7	5,7
Zánět žil	5	4,1
Rozpad sutury perinea	2	1,6
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 17 prezentuje důvody komplikovaného průběhu šestinedělí. Normální průběh šestinedělí, tedy bez zdravotních komplikací, uvedlo 80,5 % respondentek. Nejčastějším důvodem zdravotních komplikací v šestinedělí bylo v 8,1 % poporodní krvácení. Na dalším místě v četnosti výskytu komplikací byl zánět prsu. Tím bylo postiženo 5,7 % respondentek. Zánět žil pak trápil 4,1 % respondentek a rozpad sutury perinea uvedlo 1,6 % respondentek.

**Tabulka č. 18 – Stav laktace na konci šestinedělí**

<b>Stav laktace na konci šestinedělí</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Plné kojení	105	85,4
Kojení s dokrmem	12	9,8
Kojení se nezdařilo	6	4,9
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 18 uvádí stav laktace na konci šestinedělí. Plné kojení na konci šestinedělí udávalo 85,4 % žen. Kojení s dokrmem pak udávalo necelých 9,8 %. Kojení se nezdařilo, a tedy již na konci šestinedělí neprobíhalo u 4,9 % žen.

**Tabulka č. 19 – Prožití rituály ženy, v souvislosti s mateřskou rolí**

<b>Rituály v souvislosti s mateřskou rolí</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
O žádném rituálu pro ženu – matku jsem nevěděla	50	40,7
Vítání občánků	61	49,6
Uctění mého těla a sebe jako ženy – matky	9	7,3
Jiná možnost	3	2,4
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 19 prezentuje data ohledně prožitých rituálů ženy v souvislosti s mateřskou rolí. U poloviny souboru (49,6 % respondentek) převažoval v souvislosti s přijetím nové mateřské rolerituál vítání občánků. Druhé nejpočetnější zastoupení žen (40,7 %) ukazuje, že ženy nemají o žádném rituálu v souvislosti s novou mateřskou rolí žádné povědomí. Rituálem k uctění ženina těla prošlo 7,3 % respondentek. Jinou variantu přechodového rituálu pak označilo 2,4 % respondentek.

**Tabulka č. 20 – Názor respondentky na prostředí komunity, ve kterém po porodu žije.**

<b>Prostřední komunity, ve které žena po porodu žije</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Vyhovující	109	88,6
Nevyhovující	14	11,4
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 20 prezentuje názor respondentek na prostředí komunity, ve kterém ženy po porodu žijí. Většina žen (88,6 %) uvedla, že považuje komunitu, ve které po porodu žije za vyhovující. Přibližně 11 % žen považuje prostředí komunity, ve které žije, za nevyhovující.

#### **4.1.2 Popis vybraných jevů v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky**

V této pasáži práce dále uvádíme popis vybraných jevů uvedených v předchozí podkapitole, ale tentokrát v rozdělení podle skupinového zastoupení. Výzkumná data jsou dále tříděna do dvou skupin. Výzkumná skupina žen s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky a kontrolní skupina žen bez ošetrovatelské komunitní péče.

Pro jednodušší orientaci v textech tabulky, je nadále místo tvrzení *porodní asistentka* uváděna zkratka PA.

**Tabulka č. 21 – Souvislost parity a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Počet porodů						
Žena rodila poprvé	38	57%	24	43%	62	50%
Žena rodila podruhé	24	36%	21	37%	45	37%
Žena rodila potřetí a více	5	7%	11	20%	16	13%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
chí-kvadrát test, $p = 0,097$						

Tabulka č. 21 prezentuje souvislost parity a ošetrovatelské komunitní péče. Mezi paritou a proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,097$ ).

**Tabulka č. 22 – Souvislost věku a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Věk						
do 29 let	17	25%	10	18%	27	22%
30 a více let	50	75%	46	82%	96	78%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
chí-kvadrát test, p = 0,316						

Tabulka č. 22 uvádí souvislost věku a ošetrovatelské komunitní péče. Ženy s komunitní ošetrovatelskou péčí čítaly vyšší procentuální zastoupení starších žen (30 a více let), ale ve srovnání s ženami bez komunitní péče porodních asistentek rozdíl nebyl statisticky významný (p = 0,316).

**Tabulka č. 23 – Souvislost rodinného stavu a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Rodinný stav						
Svobodná	17	25%	19	34%	36	29%
Vdaná	49	73%	34	61%	83	67%
Rozvedená	1	1%	3	5%	4	3%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
chí-kvadrát test, p = 0,239						

Tabulka č. 23 prezentuje souvislost rodinného stavu a ošetrovatelské komunitní péče. Péči komunitní porodní asistentky využily ve 34 % ženy, které byly svobodné, v porovnání se skupinou žen bez komunitní péče porodní asistentky po porodu však rozdíl nebyl statisticky významný (p = 0,239).

**Tabulka č. 24 – Souvislost druhu porodu a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Porod						
Vaginálně	50	74,6%	49	87,5%	99	80,5%
Císařským řezem	15	22,4%	7	12,5%	22	17,9%
Instrumentálně vaginálně (VEX)	2	3,0%	0	0,0%	2	1,6%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
Fisherův exaktní test, $p = 0,144$						

Tabulka č. 24 uvádí souvislost druhu porodu a ošetrovatelské komunitní péče. V souvislosti s druhem porodu a proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí nebyl identifikován statisticky významný rozdíl ( $p = 0,144$ ).

**Tabulka č. 25 – Souvislost přítomnosti partnera v domácnosti po porodu a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Přítomnost partnera v domácnosti po porodu						
Partner nebyl přítomen	12	18%	5	9%	17	14%
Partner byl přítomen 1 týden	34	51%	37	66%	71	58%
Partner byl přítomen 14 dní	16	24%	7	13%	23	19%
Partner byl přítomen déle než 14 dní	5	7%	7	13%	12	10%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
chí-kvadrát test, $p = 0,115$						

Tabulka č. 25 uvádí souvislost přítomnosti partnera v domácnosti po porodu a ošetrovatelské komunitní péče. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,115$ ) v souvislosti přítomnosti partnera po porodu v domácnosti a proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky.

**Tabulka č. 26 – Souvislost účastnění se rituálů ve spojitosti s mateřskou rolí a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Rituály v souvislosti s mateřskou rolí						
O žádném rituálu pro ženu – matku jsem nevěděla	28	42%	22	39%	50	41%
Vítání občánků	37	55%	24	43%	61	50%
Uctění mého těla a sebe jako ženy – matky	1	1%	8	14%	9	7%
Jiná možnost	1	1%	2	4%	3	2%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
Fisherův exaktní test, $p = 0,027$						

Tabulka č. 26 prezentuje souvislost účastnění se rituálů ve spojitosti s mateřskou rolí a ošetrovatelskou komunitní péčí. **Byla zjištěna statisticky významná souvislost** v účastnění se žen rituálů Uctění mého těla a sebe jako ženy – matky a proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí od porodní asistentky po porodu ( $p = 0,027$ ).

**Tabulka č. 27 – Souvislost hodnocení komunitního prostředí z pohledu respondentek a ošetrovatelské komunitní péče**

Komunitní péče PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Prostřední komunity						
Vyhovující	59	88%	50	89%	109	89%
Nevyhovující	8	12%	6	11%	14	11%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
chí-kvadrát test, $p = 0,831$						

Tabulka č. 27 uvádí souvislost hodnocení komunitního prostředí z pohledu respondentek a ošetrovatelské komunitní péče. Mezi hodnocením komunitního prostředí, ve kterém ženy po porodu žijí, z pohledu respondentek, a proběhlou opakovanou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ( $p = 0,831$ ).

#### 4.1.3 Prezentace výsledků hodnocení kvality života žen po porodu u celkového souboru

K posouzení kvality života ženy po porodu byl použit dotazník Mother-Generated Index.

##### Hodnocení životních oblastí v poporodním období

Prezentované životní kategorie jsme vytvořily z výsledného zpracování všech odpovědí žen, kdy jsme jednotlivé odpovědi rozřadily do speciálních kategorií, které bylo možné dále statisticky zpracovat a které jsme následně rozdělily do 10 kategorií. Vzniklo tak 9 speciálních kategorií, které jsou dále prezentovány a 10. kategorie Ostatní/nezařaditelné. Do této kategorie jsme pak zařadily životní oblasti, které byly svojí četností vzácné a nebylo možné je zařadit do specifických kategorií. Do kategorie Ostatní/nezařaditelné jsme zařadily tyto ojediněle zmíněné životní oblasti: péče o domácnost, vztah s tchýní a tchánem, jiný pohled na výchovu dětí, vělost a podpora okolí, proměny vztahu se sestrou, finanční změny v rodině, osobní koníčky a hobby, kvalita cestování či změna stravovacích návyků v rodině.

**Tabulka č. 28 – Celkové hodnocení životních oblastí v poporodním období**

Hodnocení oblast	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Pocit zdraví/ well be	61	49,6	23	18,7	27	22,0	12	9,8	123	100
Vztah s partnerem, sexualita	14	11,4	50	40,7	25	20,3	34	27,6	123	100
Vztah s přáteli	89	72,4	14	11,4	11	8,9	9	7,3	123	100
Mateřská role	55	44,7	58	47,2	0	0,0	10	8,1	123	100
Pocit životního uspokojení	61	49,6	55	44,7	4	3,3	3	2,4	123	100
Vztah se starším dítětem	103	83,7	6	4,9	5	4,1	9	7,3	123	100
Kariéra	94	76,4	8	6,5	14	11,4	7	5,7	123	100
Vztah k sobě, ocenění se	45	36,6	55	44,7	12	9,8	11	8,9	123	100
Vztah s vlastní matkou	88	71,5	26	21,1	4	3,3	5	4,1	123	100
Ostatní	96	78,0	7	5,7	17	13,8	3	2,4	123	100

V uvedené tabulce (tab. č. 28) je prezentováno vždy určité procento



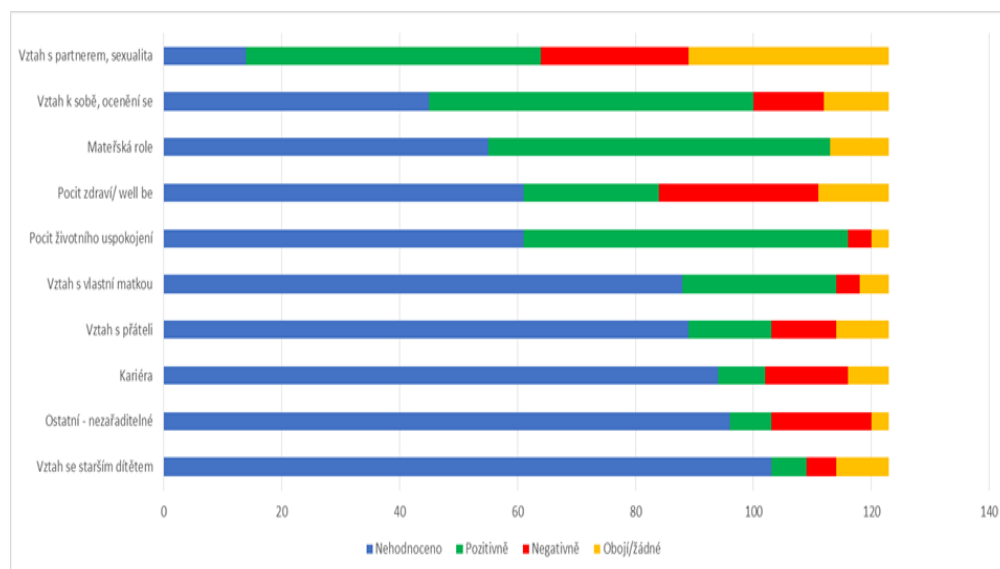
respondentek, které danou oblast nehodnotilo, a to z důvodu individuálního určení životních oblastí, které se žen dotkly po narození dítěte. Tabulka prezentuje data z celkového souboru (n = 123) a nerozlišuje proběhlou ošetrovatelskou komunitní péči porodní asistentky.

Tabulka dále udává vlastní hodnocení životních kategorií a to hodnocení pozitivní, negativní a obojí/žádné. Pro názornost je použito také grafické znázornění, ze kterého je patrné, kterou životní oblast ženy nejčastěji hodnotily. **Na prvním místě četnosti hodnocení je Vztah s partnerem, sexualita.** Tuto životní oblast hodnotilo celkem 88,6 % respondentek. Z celkového souboru žen (N =123) byla tato životní oblast u 41 % respondentek hodnocena pozitivně a 20 % respondentek jí hodnotilo negativně. **Nejméně uváděnou životní kategorií byl Vztah se starším dítětem.** Tuto životní oblast uvedlo necelých 16 % respondentek. Což je ovlivněno pravděpodobně také tím, že 50 % souboru byly ženy rodící prvně.

Nejvíce pozitivně hodnocenými životními oblastmi byly: Mateřská role, Pocit životního uspokojení, Vztah k sobě, ocenění se, Vztah s partnerem, sexualita, Vztah s vlastní matkou.

Nejvíce negativně hodnocenými životními oblastmi pak byly: Pocit zdraví/well be, Vztah s partnerem, sexualita a životní oblast Kariéra (viz. Graf č. 1).

Nejčetnější (27,6 %) zastoupení v hodnocení změny životních kategorií „obojí/žádné“ měla kategorie Vztah s partnerem, sexualita.



**Graf č. 1 – Hodnocení jednotlivých životních oblastí v poporodním období**

### Určení důležitosti životní oblasti

V následující tabulce č. 29 jsou prezentována data, která se vztahují k určení důležitosti dané životní oblasti pro respondentky v poporodním období. Pro určení důležitosti byla využita numerická škála od 0 do 10, kdy 0 znamenala „nejhorší pocit, nemohu se cítit hůře“ a 10 znamenala „nejpříjemnější pocit – nemohu se cítit lépe“.

Hodnocení důležitosti životních oblastí a následné vážené hodnocení mohlo být vypočteno jen u respondentek, které danou životní oblast uvedly a hodnotily. Z tohoto důvodu to není možné vztahovat na celý soubor. Metodika zpracování výsledných vah je popsána v podkapitole 3.3.6 Statistická analýza kvantitativních dat.

**Tabulka č. 29 – Určení hodnocení a důležitosti životní oblasti**

oblast	ukazatel	N	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.
Pocit zdraví/ well be	hrubé hodnocení*	62	6	6,1	2,88	0	10
	důležitost = váha+	60	0,1	0,1	0,17	0	1
	vážené hodnocení**	60	0,49	0,9	1,39	0	9
Vztah partnerem, sexualita	hrubé hodnocení*	109	8	7,4	2,66	1	10
	důležitost = váha+	108	0,3	0,3	0,22	0	1
	vážené hodnocení**	108	2,15	2,6	1,99	0	10
Vztah přáteli	hrubé hodnocení*	34	6	6,6	2,66	1	10
	důležitost = váha+	34	0,1	0,1	0,18	0	1
	vážené hodnocení**	34	0,47	0,9	1,77	0	10
Mateřská role	hrubé hodnocení*	68	10	9,1	1,89	1	10
	důležitost = váha+	68	0,3	0,3	0,22	0	1
	vážené hodnocení**	68	2,50	2,8	2,26	0	10
Pocit životního uspokojení	hrubé hodnocení*	62	10	8,7	2,15	2	10
	důležitost = váha+	60	0,3	0,3	0,20	0	0,7
	vážené hodnocení**	60	2,03	2,3	1,96	0	7,1
Vztah se starším dítětem	hrubé hodnocení*	20	7	6,8	2,59	1	10
	důležitost = váha+	20	0,3	0,3	0,15	0	0,65
	vážené hodnocení**	20	1,86	1,9	1,34	0	5,2
Kariéra	hrubé hodnocení*	29	5	6,1	3,06	1	10
	důležitost = váha+	28	0,1	0,2	0,18	0	0,7
	vážené hodnocení**	28	0,58	1,1	1,15	0	4

Vztah k sobě, ocenění se	hrubé hodnocení*	78	8	7,7	2,55	1	10
	důležitost = váha+	77	0,2	0,2	0,17	0	1
	vážené hodnocení**	77	1,25	1,5	1,37	0	5,5
Vztah s vlastní matkou	hrubé hodnocení*	35	9	8,2	2,49	2	10
	důležitost = váha+	34	0,1	0,2	0,14	0	0,5
	vážené hodnocení**	34	1,03	1,4	1,29	0	4,6
Ostatní/ nezařaditelné	hrubé hodnocení*	27	0	1,2	2,75	0	10
	důležitost = váha+	26	0,0	0,0	0,09	0	0,5
	vážené hodnocení**	26	0,00	0,2	0,63	0	5

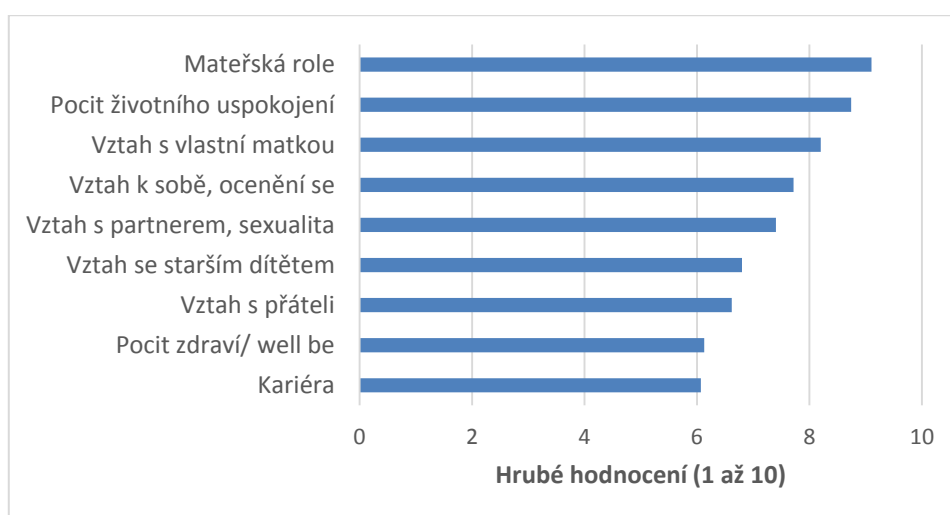
Vysvětlivky užitých zkratk:  $N$  = počet,  $Md$  = medián,  $\bar{x}$  = aritmetický průměr,  $SD$  = směrodatná odchylka,  $Min.$  = minimum,  $Max.$  = maximum.

\*0 = nejhorší pocit – nemůžete se cítit hůře, ..., 10 = nejpříjemnější pocit – nemůžete se cítit lépe

+přepočten na hodnotu 0-1, 0 - není důležité, ..., 1 - maximální důležitost

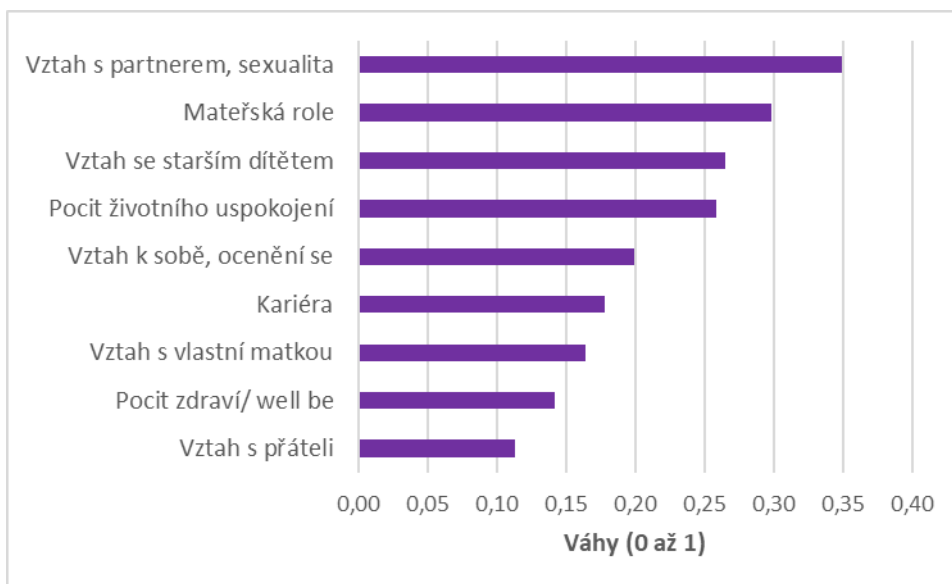
\*\*vážené hodnocení na základě hodnocení a důležitosti

Pro větší přehlednost dat zařazujeme dále grafické znázornění hrubého hodnocení životních oblastí pro respondentky v poporodním období.



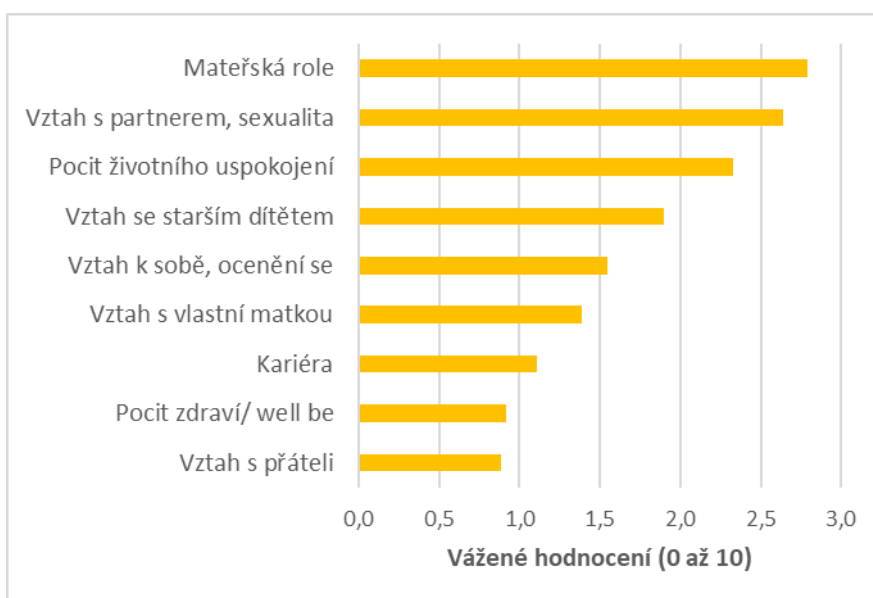
**Graf. č. 2 – Hrubé hodnocení životních oblastí v poporodním období**

V grafu č. 2 jsou prezentovány výsledky tzv. hrubého hodnocení, tedy průměrové výsledky zvolených numerických hodnot respondentek na škále dotazníku od 0 do 10. Jako nejvíce pozitivně hodnocená životní oblast v poporodním období byla hodnocena Mateřská role, Pocit životního uspokojení, Vztah s vlastní matkou. Jako nejméně pozitivně hodnocená životní oblast v poporodním období byla hodnocena Kariéra a Pocit zdraví/well be.



**Graf. č. 3 - Určení váhy důležitosti životních oblastí v poporodním období/ Váhy (0 až 1)**

V grafu č. 3 jsou prezentovány výsledky Váhy 0 až 1. Váha pro danou oblast byla vypočtena jako váha oblasti ku součtu hodnot za všechny oblasti. Z uvedených životních oblastí má pro výzkumný soubor nejvyšší váhu Vztah s partnerem, sexualita. Dále pak Mateřská role a také Vztah se starším dítětem. Nejmenší váhu důležitosti pak má životní oblast Vztah s přáteli.



**Graf č. 4 – Vážené hodnocení důležitosti životních oblastí (škála 0 až 10)**

V grafu č. 4 jsou prezentovány výsledky tzv. váženého hodnocení, kdy na základě určení důležitosti životní oblasti a váhy důležitosti bylo vytvořeno vážené hodnocení. Na základě váženého hodnocení dosáhla nejvyšší hodnotu životní oblast Mateřská role, Vztah s partnerem a Pocit životního uspokojení. Nejnižší vážené hodnocení pak získala životní oblast Kariéra, Pocit zdraví a Vztah s přáteli.

*Vyhodnocení Indexu kvality života žen v poporodním období*

**Tabulka č. 30 – Index kvality života žen v poporodním období**

Index kvality života žen v poporodním období	A	%
<=5	8	6,5
>5	115	93,5
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 30 prezentuje Index kvality života žen v poporodním období. Vyhodnocený Index kvality života, že v poporodním období dosáhl v průměru hodnotu  $7,5 \pm 1,38$ ; minimální hodnota byla 4 a maximální 10. Jen u 6,5 % žen byla výsledná hodnota Indexu kvality života žen v poporodním období vyhodnocena jako nízká ( $\leq 5$ ).

#### ***4.1.4 Prezentace výsledků posouzení vztahu matky a dítěte celkového výzkumného souboru***

Pro účely zhodnocení vztahu matky a dítěte po porodu byla použita hodnoticí škála Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale (MIRF Scale). Na tomto místě předkládáme výsledky celého výzkumného souboru (N= 123).

#### ***Prezentace výsledků týkajících se vztahu matky ke svému dítěti***

První část hodnoticí škály vybízela respondentky k označení vhodného tvrzení o vztahu ke svému dítěti a dále ke zhodnocení tohoto tvrzení na sedmibodové škále. Vokroužkovací verzi jednotlivé kruhy představují čísla 1 (méně pozitivní prohlášení) až 7 (nejvíce pozitivní prohlášení).

**Tabulka č. 31 – Vztah matky ke svému dítěti**

Tvrzení	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.	Tvrzení
Hodně na své miminko mluvím.	7	6,4	0,82	4	7	Se svým miminkem vůbec nemluvím
Nevím, co mé miminko potřebuje.	6	6,2	0,89	3	7	Vím, co mé miminko potřebuje
Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou.	5	5,1	1,73	1	7	Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným.
Moje miminko není tak krásné, jako jiná miminka.	7	6,7	0,77	3	7	Moje miminko je mnohem krásnější než jiná miminka.
Moje mateřské city nejsou tak silné.	7	6,4	1,00	1	7	Moje mateřské city jsou velice silné.
Cítím, že moje dítě je moje vlastní.	7	6,9	0,36	4	7	Necítím, že moje dítě je moje vlastní.
Užívám si kojení.	7	6,0	1,62	1	7	Kojení si neužívám.

Tabulka č. 31 prezentuje vztah matky ke svému dítěti. Nejnižší pozitivní hodnoty byly zjištěny u tvrzení „Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným“ a u tvrzení „Nevím, co mé miminko potřebuje“. U ostatních tvrzení více než polovina respondentek hodnotila numerickým údajem 7, což byl tedy medián.

### ***Prezentace výsledků týkajících se kontaktu matky se svým dítětem***

Druhá část hodnotící škály vybízela respondentky k označení vhodného tvrzení o kontaktu se svým dítětem a dále ke zhodnocení tohoto tvrzení opět na sedmibodové škále. V kroužkovací verzi jednotlivé kruhy představují čísla 1 (méně pozitivní prohlášení) až 7 (nejvíce pozitivní prohlášení).

**Tabulka č. 32 – Kontakt matky se svým dítětem**

<b>Tvrzení</b>	<b>Md</b>	$\bar{x}$	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Tvrzení</b>
Obtížný	7	6,3	0,80	4	7	Snadný
Vztah plný nedůvěry	7	6,8	0,46	5	7	Vztah plný důvěry
Příjemný	7	6,8	0,44	5	7	Nepříjemný
Bezpečný	7	6,8	0,46	5	7	Nebezpečný
Nestabilní	7	6,7	0,68	3	7	Stabilní
Vzdálený	7	6,8	0,49	4	7	Blízký
Vřelý	7	6,8	0,43	5	7	Chladný

Tabulka č. 32 uvádí výsledky kontaktu matky se svým dítětem. Také v tvrzeních týkající se kontaktu respondentky s dítětem ženy hodnotily všechna tvrzení velmi pozitivně a mediánem se stala ve všech tvrzeních hodnota číslo 7.

#### **4.1.5 Názor žen na komunitní péči**

**Tabulka č. 33 – Názor respondentek na otázku, zda by nyní využily komunitní péči porodní asistentky, když se ohlédnou zpět na průběh svého šestinedělí**

<b>Využití komunitní péče porodní asistentky</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
Nevím, zda bych tuto péči využila	8	6,5
Ano, využila bych tuto péči	85	69,1
Ne, tuto péči bych nevyužila	30	24,4
Celkem	123	100,0

Tabulka č. 33 prezentuje názor respondentek na otázku, zda by nyní využily komunitní péči porodní asistentky, když se ohlédnou zpět na průběh svého šestinedělí. Při zpětném zhodnocení průběhu období šestinedělí by nyní 69 % respondentek využilo komunitní péči porodní asistentky po porodu. Tuto péči by pak nevyužilo 24 % respondentek. Nejistotu o využití této služby uvedlo 7 % žen.

#### 4.1.5 Výsledky testování hypotéz

##### *Výsledky celkového zdravotního stavu žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období*

V odborné literatuře je popsán vliv péče komunitní porodní asistentky na celkový výsledný zdravotní stav ženy po porodu (Kronborg, 2012; Kailová a Dušová, 2016), a i na stav laktace (Janoušková, 2014, s. 82; Mendes a Paiva a Leal, 2015).

Pro zjištění souvislostí výsledků celkového zdravotního stavu žen po porodu a komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky byly využity otázky z dotazníku vlastní konstrukce „*Jak byste zhodnotila průběh Vašeho šestinedělí*“ a „*Jaký byl, nebo je stav laktace na konci šestinedělí?*“.

Stanovily jsme si následující hypotézu (nulovou a alternativní verzi):

**H<sub>0</sub>:** Není rozdíl ve výsledcích celkového zdravotního stavu žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.

**H<sub>1</sub>:** Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, vykazují lepší celkový zdravotní stav než ženy bez komunitní péče porodních asistentek.

V tabulce č. 34 jsou předkládány výsledky zdravotního stavu ženy po porodu, a to v porovnání skupin žen s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období.

**Tabulka č. 34 – Výsledky celkového zdravotního stavu žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky**

Komunitní PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Průběh šestinedělí						
Normální průběh šestinedělí bez komplikací	53	79%	45	80%	98	80%
Obtížný průběh šestinedělí	9	13%	6	11%	15	12%
Vyhledání lékařské péče	5	7%	5	9%	10	8%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
<b>chí-kvadrát test, p = 0,873</b>						



Tabulka č. 34 uvádí výsledky celkového zdravotního stavu žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. V průběhu šestinedělí nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výsledcích celkového zdravotního stavu ( $p = 0,873$ ) mezi ženami, které měly komunitní péči (nejméně dvě osobní návštěvy porodní asistentky v komunitním prostředí) a těmi, které měly jen jednu nebo žádnou návštěvu komunitní porodní asistentky po porodu.

Následující tabulka č. 35 udává data v souvislosti s výsledky laktace na konci šestinedělí.

**Tabulka č. 35 – Výsledky laktace na konci šestinedělí v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky**

Komunitní PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Kojení						
plné kojení	55	82%	50	89%	105	85%
kojení s dokrmem	8	12%	4	7%	12	10%
kojení se nezdařilo	4	6%	2	4%	6	5%
Celkem	67	100%	56	100%	123	100%
<b>Fisherův exaktní test, <math>p = 0,539</math></b>						

Tabulka č. 35 uvádí výsledky laktace na konci šestinedělí v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Celkový počet žen, které měly komunitní péči, plně kojilo 89 %. Ženy bez komunitní péče porodní asistentky plně kojily o 7 % méně, tedy v četnosti 82 %. Rozdíl mezi těmito skupinami žen však nebyl statisticky významný ( $p = 0,539$ ).

#### **Interpretace výsledků:**

*Přijímáme nulovou hypotézu na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ : Není rozdíl ve výsledcích celkového zdravotního stavu žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.*

## ***Výsledky kvality života žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období***

Porod pro každou ženu znamená velkou životní zkušenost a zároveň otevření dveří do nového života se svým dítětem. Zajímalo nás, jaké životní oblasti po porodu se v životě ženy nejvíce mění a jak se mění subjektivně vnímaná kvalita života žen po porodu. Dosavadní provedené výzkumy hovoří o transkulturní rozmanitosti vnímání konceptu kvality života (Symon et al., 2012) či o posouzení v konkrétním státu (Gomes Ribeiro et al., 2015; Grylka-Bäschlin et al., 2015).

Nás zajímá souvislost výsledné subjektivně vnímané kvality života žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí po porodu porodní asistentkou. K posouzení kvality života žen po porodu byl použit dotazník Mother – Generated Index. Takto postavený koncept zatím nebyl v souvislosti s dotazníkem MGI zkoumán.

Stanovily jsme si následující hypotézu (nulovou a alternativní verzi):

**H0:** Není rozdíl ve výši úrovně kvality života žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.

**H2:** U žen, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, lze sledovat vyšší úroveň kvality života než u žen bez komunitní péče porodních asistentek.

V následujících tabulkách uvádíme výsledky hodnocení jednotlivých životních oblastí.

### *Hodnocení životních oblastí v poporodním období*

**Tabulka č. 36 – Hodnocení životní oblasti Pocit zdraví/ well be**

<b>Pocit zdraví/ well be</b>										
<b>Komunitní PA</b>	<b>Nehodnoceno</b>		<b>Pozitivně</b>		<b>Negativně</b>		<b>Obojí/žádné</b>		<b>Celkem</b>	
	<b>A</b>	<b>%</b>	<b>A</b>	<b>%</b>	<b>A</b>	<b>%</b>	<b>A</b>	<b>%</b>	<b>A</b>	<b>%</b>
ne	25	<b>37 %</b>	14	21%	21	31%	7	10%	67	100%
ano	36	<b>64 %</b>	9	16%	6	11%	5	9%	56	100%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>50%</b>	<b>23</b>	<b>19%</b>	<b>27</b>	<b>22%</b>	<b>12</b>	<b>10%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>
<b>χ<sup>2</sup>-kvadrát, p = 0,013</b>										

Tabulka č. 36 uvádí hodnocení životní oblasti Pocit zdraví/well be. Ženy s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky po porodu tuto oblast „Pocit zdraví/ well be“ vůbec nevedlo, nehodnotilo v 64 %. Ženy bez komunitní ošetrovatelské péče po porodu tuto oblast nevedlo, tedy nehodnotilo ve 37 %. **Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v neuvádění této životní oblasti „Pocit zdraví/ well be“ u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu ve srovnání se skupinou žen bez komunitní péče porodní asistentky.**

**Tabulka č. 37 – Hodnocení životní oblasti Vztah s partnerem, sexualita**

Vztah s partnerem, sexualita										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	9	13%	26	39%	16	24%	16	24%	67	100%
ano	5	9%	24	43%	9	16%	18	32%	56	100%
Celkem	14	11%	50	41%	25	20%	34	28%	123	100%
chí-kvadrát, p = 0.506										

Tabulka č. 37 prezentuje hodnocení životní oblasti Vztah s partnerem, sexualita. Pro životní oblast „Vztah s partnerem, sexualita“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 38 – Hodnocení životní oblasti Vztah s přáteli**

Vztah s přáteli										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	48	72%	6	9%	8	12%	5	7%	67	100%
ano	41	73%	8	14%	3	5%	4	7%	56	100%
Celkem	89	72%	14	11%	11	9%	9	7%	123	100%
chí-kvadrát, p = 0.521										

Tabulka č. 38 uvádí hodnocení životní oblasti Vztah s přáteli. Pro životní oblast „Vztah s přáteli“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 39 – Hodnocení životní oblasti Mateřská role**

<b>Mateřská role</b>										
<b>Komunitní PA</b>	<b>Nehodnoceno</b>		<b>Pozitivně</b>		<b>Negativně</b>		<b>Obojí/žádné</b>		<b>Celkem</b>	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	32	48%	31	46%	0	0%	4	6%	67	100%
ano	23	41 %	27	48%	0	0%	6	11%	56	100%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>45 %</b>	<b>58</b>	<b>47%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>10</b>	<b>8%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>
chí-kvadrát, p = 0,556										

Tabulka č. 39 uvádí hodnocení životní oblasti Mateřská role. Pro životní oblast „Mateřská role“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 40 – Hodnocení životní oblasti Pocit životního uspokojení**

<b>Pocit životního uspokojení</b>										
<b>Komunitní PA</b>	<b>Nehodnoceno</b>		<b>Pozitivně</b>		<b>Negativně</b>		<b>Obojí/žádné</b>		<b>Celkem</b>	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	29	43%	33	49%	3	4%	2	3%	67	100%
ano	32	57%	22	39%	1	2%	1	2%	56	100%
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>50%</b>	<b>55</b>	<b>45%</b>	<b>4</b>	<b>3%</b>	<b>3</b>	<b>2%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>
Fisherův exaktní test, p = 0,446										

Tabulka č. 40 uvádí hodnocení životní oblasti Pocit životního uspokojení. Pro životní oblast „Pocit životního uspokojení“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 41 – Hodnocení životní oblasti Vztah se starším dítětem**

Vztah se starším dítětem										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	61	91%	3	4%	1	1%	2	3%	67	100%
ano	42	75%	3	5%	4	7%	7	13%	56	100%
Celkem	103	84%	6	5%	5	4%	9	7%	123	100%
Fisherův exaktní test, $p = 0,062$										

Tabulka č. 41 uvádí hodnocení životní oblasti Vztah se starším dítětem. Pro životní oblast „Vztah se starším dítětem“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 42 – Hodnocení životní oblasti Kariéra**

Kariéra										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	52	78%	5	7%	5	7%	5	7%	67	100%
ano	42	75%	3	5%	9	16%	2	4%	56	100%
Celkem	94	76%	8	7%	14	11%	7	6%	123	100%
Fisherův exaktní test, $p = 0,413$										

Tabulka č. 42 uvádí hodnocení životní oblasti Kariéra. Pro životní oblast „Kariéra“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

**Tabulka č. 43 – Hodnocení životní oblasti Vztah k sobě, ocenění se**

Vztah k sobě, ocenění se										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	32	48 %	23	34%	7	10%	5	7%	67	100%
ano	13	23 %	32	57 %	5	9%	6	11%	56	100%
Celkem	45	37%	55	45%	12	10%	11	9%	123	100%
<b>Fisherův exaktní test, p = 0,025</b>										

Tabulka č. 43 uvádí hodnocení životní oblasti Vztah k sobě, ocenění se. Ženy s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky po porodu tuto oblast „Vztah k sobě, ocenění se“ uvedlo, hodnotilo v 77 % (nehodnotilo ve 23 %). Ženy bez komunitní ošetrovatelské péče po porodu tuto oblast uvedlo, tedy hodnotilo v 52 % (nehodnotilo ve 48 %). **Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v uvádění této životní oblasti „Vztah k sobě, ocenění se“ u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu. Ženy s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí po porodu tuto životní oblast hodnotilo v 57 % jako pozitivní změnu.**

**Tabulka č. 44 – Hodnocení životní oblasti Vztah s vlastní matkou**

Vztah s vlastní matkou										
Komunitní PA	Nehodnoceno		Pozitivně		Negativně		Obojí/žádné		Celkem	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
ne	51	76%	12	18%	2	3%	2	3%	67	100%
ano	37	66%	14	25%	2	4%	3	5%	56	100%
Celkem	88	72%	26	21%	4	3%	5	4%	123	100%
Fisherův exaktní test, p = 0,65										

Tabulka č. 44 uvádí hodnocení životní oblasti vztah s vlastní matkou. Pro životní oblast „Vztah s vlastní matkou“ nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

### Určení důležitosti životní oblasti

V následujících tabulkách budou prezentována data, která se vztahují k určení důležitosti dané životní oblasti pro respondentky v poporodním období. Pro určení důležitosti byla využita numerická škála od 0 do 10, kdy 0 znamenala „nejhorší pocit, nemohu se cítit hůře“ a 10 znamenala „nejpříjemnější pocit – nemohu se cítit lépe“. Metodika zpracování výsledných vah je popsána v podkapitole 3.3.6 Statistická analýza kvantitativních dat.

**Tabulka č. 45 – Určení důležitosti životní oblasti/ Hrubé hodnocení**

Položka	Komunitní PA	N	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.	p-hod. *
Pocit zdaví/ well be	ne	42	6,0	6,0	2,73	1	10	0,3512
	ano	20	7,0	6,5	3,20	0	10	
Vztah s partnerem, sexualita	ne	58	8,0	7,1	2,85	1	10	0,2880
	ano	51	8,0	7,7	2,42	2	10	
Vztah s přáteli	ne	19	6,0	6,1	2,99	1	10	0,1751
	ano	15	6,0	7,3	2,06	4	10	
Mateřská role	ne	35	10,0	9,1	2,01	1	10	0,5962
	ano	33	10,0	9,1	1,79	2	10	
Pocit životního uspokojení	ne	38	10,0	8,9	2,02	4	10	0,6069
	ano	24	10,0	8,5	2,38	2	10	
<b>Vztah se starším dítětem</b>	ne	6	0,0	0,2	0,59	0	3	<b>0,0134</b>
	ano	14	0,0	0,6	1,08	0	3	
Kariéra	ne	15	5,0	6,2	3,05	1	10	0,7908
	ano	14	5,5	5,9	3,17	1	10	
Vztah k sobě, ocenění se	ne	35	8,0	7,4	2,82	1	10	0,3911
	ano	43	8,0	8,0	2,30	2	10	
Vztah s vlastní matkou	ne	16	10,0	8,4	2,73	2	10	0,2374
	ano	19	9,0	8,1	2,34	2	10	

\*Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

Vysvětlivky užitých zkratk: N = počet, Md = medián,  $\bar{x}$  = aritmetický průměr, SD = směrodatná odchylka, Min. = minimum, Max. = maximum, p-hod. = p-value, signifikance.

V hrubém hodnocení důležitosti životních oblastí pro ženy po porodu byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti Vztah se starším dítětem u skupiny respondentek s komunitní ošetřovatelskou péčí porodních asistentky po porodu, kdy byly zaznamenány vyšší hodnoty, tedy pozitivnější hodnocení.

**Tabulka č. 46 – Určení důležitosti životní oblasti/ Váha (hodnoty 0-1)**

<b>Položka</b>	<b>Komunitní PA</b>	<b>N</b>	<b>Md</b>	$\bar{x}$	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>p-hod. *</b>
Pocit zdaví/ well be	ne	42	0,1	0,1	0,11	0	0,35	0,2355
	ano	20	0,1	0,2	0,24	0	1	
Vztah s partnerem, sexualita	ne	58	0,3	0,4	0,26	0	1	0,7252
	ano	51	0,3	0,3	0,16	0	0,75	
Vztah s přáteli	ne	19	0,0	0,1	0,08	0	0,25	0,0799
	ano	15	0,1	0,2	0,25	0	1	
Mateřská role	ne	35	0,3	0,3	0,24	0	1	0,1400
	ano	33	0,3	0,3	0,19	0	1	
<b>Pocit životního uspokojení</b>	ne	38	0,3	0,3	0,22	0	0,7	<b>0,0132</b>
	ano	24	0,2	0,2	0,13	0	0,4	
Vztah se starším dítětem	ne	6	0,2	0,2	0,15	0	0,4	0,3414
	ano	14	0,3	0,3	0,15	0	0,65	
Kariéra	ne	15	0,1	0,2	0,17	0	0,5	0,7988
	ano	14	0,1	0,2	0,20	0	0,7	
Vztah k sobě, ocenění se	ne	35	0,2	0,2	0,21	0	1	0,9549
	ano	43	0,2	0,2	0,14	0	0,55	
Vztah s vlastní matkou	ne	16	0,1	0,2	0,18	0	0,5	0,9306
	ano	19	0,2	0,2	0,09	0	0,3	

\*Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

Tabulka č. 46 prezentuje určení důležitosti životní oblasti na vahách od 0 do 1. Ve vahách **byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti Pocit životního uspokojení, kdy vyšší hodnoty byly zaznamenány u osob bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče (p = 0,0132)**. To tedy znamená, že respondentky z kontrolní skupiny této životní oblasti přisuzovaly vyšší důležitost.



**Tabulka č. 47 – Určení důležitosti životní oblasti/ Vážené hodnocení**

<b>Položka</b>	<b>Komunitní PA</b>	<b>N</b>	<b>Md</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>p-hod.*</b>
Pocit zdaví/ well be	ne	42	0,3	0,7	0,91	0	3,5	0,2488
	ano	20	0,7	1,3	2,07	0	9	
Vztah s partnerem, sexualita	ne	58	2,1	2,7	2,23	0	10	0,8824
	ano	51	2,2	2,6	1,68	0	7,5	
Vztah s přáteli	ne	19	0,3	0,4	0,63	0	2,5	0,0562
	ano	15	0,8	1,5	2,50	0	10	
Mateřská role	ne	35	2,5	3,2	2,48	0	10	0,1907
	ano	33	2,1	2,4	1,95	0	10	
<b>Pocit životního uspokojení</b>	ne	38	2,5	2,9	2,14	0	7,1	<b>0,0116</b>
	ano	24	1,1	1,4	1,16	0	3,3	
Vztah se starším dítětem	ne	6	1,9	1,9	1,36	0	4	0,9671
	ano	14	1,8	1,9	1,39	0	5,2	
Kariéra	ne	15	0,5	0,9	0,83	0	2,5	0,6434
	ano	14	0,7	1,4	1,43	0	4	
Vztah k sobě, ocenění se	ne	35	1,1	1,5	1,49	0	5	0,6294
	ano	43	1,5	1,6	1,28	0	5,5	
Vztah s vlastní matkou	ne	16	0,6	1,5	1,68	0	4,6	0,7539
	ano	19	1,4	1,3	0,92	0	3,3	

\*Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

Tabulka č. 47 uvádí vážené hodnocení. Ve vážených hodnotách **byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti Pocit životního uspokojení** u skupiny respondentek bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče po porodu porodní asistentkou. Tyto respondentky udávaly vyšší hodnoty, které představují propojení důležitosti i pozitivitu hodnocení.

#### *Vyhodnocení výsledného indexu kvality života žen v poporodním období*

Dále jsme se zaměřily na porovnání statistických výsledků výsledného indexu kvality života žen po porodu u obou skupin respondentek (výzkumná a kontrolní skupina).

**Tabulka č. 48 – Porovnání výsledného indexu kvality života žen po porodu**

Komunitní PA	N	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.	p-hod.
ne	67	7,7	7,4	1,36	4,8	10	0,3252
ano	56	7,7	7,6	1,39	4	10	

Tabulka č. 48 uvádí porovnání výsledného indexu kvality života žen po porodu. Ve výsledném indexu kvality života žen po porodu nebyl shledán statisticky významný rozdíl v souvislosti s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentkou ( $p = 0,3252$ ).

#### **Interpretace výsledků:**

Z důvodu neprokázání výzkumných výsledků, které by potvrzovaly komplexní statisticky významnou souvislost všech položek dotazníku Mother – Generated Index s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období, přijímáme nulovou hypotézu na hladině významnosti  $\alpha = 5 \%$ : *Není rozdíl ve výši úrovně kvality života žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.*

#### ***Výsledky vazby mezi matkou a dítětem u žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období***

Odborná literatura popisuje velký význam vřelého vztahu mezi matkou a jejím novorozeným dítětem. Pocit chtění, pozitivní stimulace a reakce vzbuzuje v novorozenci pocit důvěry a pomáhá utvářet pozitivní sebevnímání (Mrowetz a Peremská, 2013; Solterová, 2014; Moberg, 2016).

Pro zjištění výsledků vývoje vazby mezi matkou a dítětem po porodu v souvislosti s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky byla využita hodnoticí škála MIRF – Scale (Mother – to – Infant Relation and Feeling Scale).

Stanovily jsme si následující hypotézu (nulovou a alternativní verzi):

**H0:** Není rozdíl ve výskytu vřelejšího vztahu se svými dětmi u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.

**H3:** Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, mají vřelejší vztah se svými dětmi než ženy bez komunitní péče porodních asistentek.

V tabulce č. 49 jsou předkládány výsledky vztahu matky ke svému dítěti v souvislosti s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Respondentky byly v hodnoticí škále vyzvány k označení vhodného tvrzení.

**Tabulka č. 49 – Výsledky vztahu matky ke svému dítěti po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky**

Položka	Komunitní PA	N	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.	p-hod.
Hodně na své miminko mluvím/ Se svým miminkem vůbec nemluvím	ne	67	7,0	6,4	0,86	4	7	0,8053
	ano	56	7,0	6,4	0,78	5	7	
Vím, co mé miminko potřebuje/Nevím, co mé miminko potřebuje.	ne	67	6,0	6,2	0,83	3	7	0,6391
	ano	56	6,5	6,2	0,97	4	7	
Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou/ Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným!	<b>ne</b>	<b>67</b>	<b>5,0</b>	<b>4,7</b>	<b>1,80</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>0,0048</b>
	ano	56	6,0	5,6	1,52	1	7	
Moje miminko je mnohem krásnější než jiná miminka/Moje miminko není tak krásné, jako jiná miminka.	ne	67	7,0	6,6	0,87	3	7	0,9404
	ano	56	7,0	6,7	0,63	5	7	
Moje mateřské city jsou velice silné/Moje mateřské city nejsou tak silné.	ne	67	7,0	6,4	1,08	1	7	0,8085
	ano	56	7,0	6,4	0,91	3	7	
Cítím, že moje dítě je moje vlastní/Necítím, že moje dítě je moje vlastní	ne	67	7,0	6,9	0,44	4	7	0,5379
	ano	56	7,0	6,9	0,23	6	7	
Užívám si kojení/Kojení si neužívám.	ne	67	7,0	5,9	1,87	1	7	0,7946
	ano	56	7,0	6,2	1,25	1	7	

Tabulka č. 49 prezentuje výsledky vztahu matky ke svému dítěti po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Jediné z výše uvedených tvrzení, které vyšlo statisticky významné v souvislosti s proběhlou ošetrovatelskou

komunitní péčí porodní asistentky po porodu, bylo: „Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou.“, kdy  $p = 0,0048$ . Oproti tomu ženy bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče se více přikláněly k tvrzení „Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným.“

V tabulce č. 50 jsou předkládány výsledky zhodnocení kontaktu matky se svým dítětem v souvislosti s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky.

**Tabulka č. 50 – Výsledky zhodnocení kontaktu matky se svým dítětem po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky**

Respondentky byly k odpovědím vyzvány touto otázkou: „*Jak vnímáte právě nyní Váš kontakt s Vaším miminkem?*“

Položka	Komunitní PA	N	Md	$\bar{x}$	SD	Min.	Max.	p-hod.
Snadný/Obtížný	ne	67	7,0	6,3	0,83	4	7	0,5168
	ano	56	7,0	6,4	0,76	4	7	
Vztah plný důvěry/Vztah plný nedůvěry	ne	67	7,0	6,8	0,45	5	7	0,4601
	ano	56	7,0	6,7	0,49	5	7	
Příjemný/Nepříjemný	ne	67	7,0	6,8	0,41	5	7	0,3554
	ano	56	7,0	6,8	0,47	5	7	
Bezpečný/Nebezpečný	ne	67	7,0	6,8	0,46	5	7	0,3800
	ano	56	7,0	6,8	0,47	5	7	
Stabilní/Nestabilní	ne	67	7,0	6,7	0,72	3	7	0,8752
	ano	56	7,0	6,7	0,63	5	7	
Blízký/Vzdálený	ne	67	7,0	6,9	0,46	4	7	0,3629
	ano	56	7,0	6,8	0,52	4	7	
Vřelý/Chladný	ne	67	7,0	6,8	0,41	5	7	0,7408
	ano	56	7,0	6,8	0,46	5	7	

Tabulka č. 50 uvádí výsledky zhodnocení kontaktu matky se svým dítětem po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Výsledky zhodnocení

kontakty matky se svým dítětem po porodu neprokázaly žádnou statisticky významnou souvislost s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky.

### **Interpretace výsledků:**

Z důvodu neprokázání výzkumných výsledků, které by potvrzovaly komplexní statisticky významnou souvislost všech položek hodnoticí škály s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období, přijímáme nulovou hypotézu na hladině významnosti  $\alpha = 5 \%$ : *Není rozdíl ve výskytu vřelejšího vztahu se svými dětmi u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.*

### ***Výsledky zájmu žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období***

Problematikou zájmu žen o dostupnosti komunitní péče porodních asistentek v poporodním období se v České republice zabývalo hned několik výzkumů. Zmíněné výzkumy udávají zvýšený zájem žen o komunitní péči porodních asistentek v poporodním období. Zvláště pak, pokud samy tuto péči zažily ve vlastní zkušenosti (Sikorová a Stichenwirthová, 2012; Lorenzová a Janoušková a Kašová, 2014; Kailová a Dušová, 2016).

Pro zjištění souvislostí výsledků zájmu žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období byla využita otázka z dotazníku vlastní konstrukce „*Doporučila byste, na základě své zkušenosti, plošnou péči komunitních porodních asistentek po porodu pro všechny ženy (hrazenou ze zdravotního pojištění)?*“

Stanovily jsme si následující hypotézu (nulovou a alternativní verzi):

**H0:** Není rozdíl v projevení zájmu o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.

**H4:** Ženy, o které v šestinedělí pečovaly komunitní porodní asistentky, projeví větší zájem o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek oproti ženám, které tento druh péče nevyužily.

**Tabulka č. 51 – Zájem žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období**

Komunitní PA	ne		ano		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Doporučení KPA						
Ano	24	41%	52	96%	76	67%
Nevím	31	53%	2	4%	33	29%
Ne	4	7%	0	0%	4	4%
Celkem	59	100%	54	100%	113	100%
<b>Fisherův exaktní test, p &lt;0,001</b>						

Tabulka č. 51 uvádí zájem žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období. Ženy, které měly v poporodním období péči komunitní porodní asistentky, by v 96 % doporučily využití této služby plošně pro všechny ženy po porodu. Ženy, které po porodu neměly péči komunitní porodní asistentky, by tento druh péče doporučily plošně pro všechny ženy po porodu ve 41 %. Nejvíce však udávaly odpověď „nevím“, která čítala 53 % všech odpovědí. **Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi doporučením plošné komunitní ošetrovatelské péče po porodu a skupinou žen, které v poporodním období samy využily opakované komunitní ošetrovatelské péče od porodní asistentky (p <0,001).**

Pro další přiblížení problematiky, uvádíme související výpovědi respondentek, které v poporodním období měly opakovanou komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky. Respondentky odpovídaly na tyto otázky z dotazníku vlastní konstrukce: „*V jaké oblasti Vám porodní asistentka nejvíce pomohla?*“ a „*Co byste v porodní péči od komunitní porodní asistentky uvítala dalšího?*“

**Tabulka č. 52 – Oblasti, ve kterých ženám po porodu nejvíce pomohla komunitní ošetrovatelská péče porodní asistentky**

Celkový počet respondentek byl N = 56. Respondentky mohly označit více odpovědí. Tabulka č. 52 uvádí oblasti, ve kterých ženám po porodu nejvíce pomohla komunitní ošetrovatelská péče porodní asistentky.

<b>Oblast, ve které ženě PA po porodu nejvíce pomohla</b>	<b>A</b>	<b>% ze všech odpovědí</b>
Psychická podpora	38	45,7 %
Pomoc při kojení	14	16,9 %
Zvýšení sebedůvěry	22	26,6%
Kontaktní rodičovství a mateřské kompetence	7	8,4 %
Jiný důvod	2	2,4 %
Celkem	83	100 %

Ženy, které po porodu využily opakovanou komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky, ve 45,7 % udávaly, že jim tato péče nejvíce pomohla jako psychická podpora. Na druhém místě v četnosti se pak objevilo tvrzení, že komunitní ošetrovatelská péče po porodu ženám pomohla ve zvýšení sebedůvěry (26,6 % odpovědí).

**Tabulka č. 53 – Jaké další oblasti péče by ženy s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí po porodu uvítaly od komunitní porodní asistentky?**

Celkový počet respondentek byl N = 56. Respondentky mohly označit více odpovědí, i když této možnosti žádná respondentka nakonec nevyužila a vždy označila jen jednu odpověď. Tabulka č. 53 uvádí, jaké další oblasti péče by ženy s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí po porodu uvítaly od komunitní porodní asistentky.

<b>Další uvítaná oblast péče od komunitní PA po porodu</b>	<b>A</b>	<b>% ze všech odpovědí</b>
Nic, byla jsem spokojená	33	58,9%
Více času na mne	17	30,4%
Větší podporu při kojení	0	0,0%
Více podaných informací	6	10,7 %
Celkem	56	100 %

Více než polovina respondentek (58,9 %) byla spokojena s poskytnutou službou komunitní porodní asistentky po porodu. Třetina respondentek (30,4 %) by od komunitní porodní asistentky uvítala více časového prostoru.

V následující tabulce (tabulka č. 54) jsou uvedeny odpovědi respondentek z kontrolní skupiny, tedy od žen, které po porodu nevyužily péči komunitní porodní asistentky.

**Tabulka č. 54 – Důvody, proč ženy z kontrolní skupiny respondentek nevyužily komunitní péči porodní asistentky po porodu**

Důvod nevyužití služeb komunitní PA	A	% ze všech odpovědí
Nevěděla jsem o této službě	32	49,2 %
Nerodila jsem poprvé, její služby jsem nepotřebovala	2	3,1 %
Cítila jsem, že vše zvládnou sama	24	36,9 %
Měla jsem podporu někoho jiného	6	9,2 %
Jiný důvod	1	1,5 %
Celkem	65	100,0 %

Nejvíce odpovědí respondentek je uvedeno u odpovědi „*Nevěděla jsem o této službě*“, která čítá 49,2 % všech odpovědí. Na druhém místě v četnosti odpovědí se umístila odpověď „*Cítila jsem, že vše zvládnou sama*“. Tato odpověď byla označena ze 36,9 % všech odpovědí. Odpověď „*Měla jsem podporu někoho jiného*“ byla označena z 9,2 % všech odpovědí. Ženy, které nerodily poprvé a služby komunitní porodní asistentky tak nepotřebovaly, udávaly tuto možnost ve 3,1 % ze všech odpovědí. Jiný důvod, proč ženy po porodu nevyužily péči komunitní porodní asistentky je vyjádřen jen 1,5 % odpovědí.

#### **Interpretace výsledků:**

**Byl zjištěn statisticky významný vztah ( $p < 0,001$ ) v zájmu žen o plošně dostupnou péči komunitních porodní asistentek v poporodním období v souvislosti sproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období. Proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní (hladina významnosti je  $\alpha=0,05$ ): *Ženy, o které v šestinedělí pečovaly komunitní porodní asistentky, projeví větší zájem o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek oproti ženám, které tento druh péče nevyužily.***

#### **4.1.6 Shrnutí výsledků kvantitativního výzkumného šetření**

Pro kvantitativní část této kvalifikační práce jsme si stanovily čtyři hypotézy, které jsme dále testovaly.



**Z testovaných hypotéz vyplývá pouze u jedné hypotézy (č. 4) významný statistický vztah mezi pozorovanými jevy ( $p < 0,001$ ).** Tato hypotéza zní: *Ženy, o které v šestinedělí pečovaly komunitní porodní asistentky, projeví větší zájem o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek oproti ženám, které tento druh péče nevyužily.* Ženy, které měly v poporodním období péči komunitní porodní asistentky, by v 96 % doporučily využití této služby plošně pro všechny ženy po porodu. Tyto ženy dále ve 45,7 % udávaly, že jim tato péče nejvíce pomohla jako psychická podpora. Velmi zajímavým zjištěním rovněž je, že u skupiny respondentek bez komunitní ošetrovatelské péče po porodu je nejčastější odpověď na otázku, proč ženy nevyužily péči tohoto druhu „Nevěděla jsem o této službě“, která čítá 49,2 % všech odpovědí.

I když naše výzkumné šetření neprokázalo významné statistické souvislosti u zbývajících hypotéz, přesto jsme zjistily mnohá zajímavá zjištění. Mezi tyto *dílčí výzkumné výsledky* můžeme zařadit například zjištění, že z celkového počtu všech respondentek považuje 11 % žen **prostředí komunity**, ve které žije po porodu, za **nevyhovující** (socioekonomické podmínky v dané lokalitě, mezilidská podpora, rodinná a partnerská podpora). Ačkoliv otázka nebyla více rozvedena do podrobností, je toto zjištěné číslo relativně vysoké!

V oblasti výzkumného zaměření na posouzení vřelosti vztahu mezi matkou a jejím dítětem, jsme zjistily statisticky významnou souvislost s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky po porodu a tvrzením „**Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou.**“, kdy  $p = 0,0048$ . Oproti tomu ženy bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče se více přikláněly k tvrzení „Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným.“

Dále v dílčím výsledku byla zjištěna statisticky významná souvislost v účastnění se žen rituálů **Uctění mého těla a sebe jako ženy – matky** a proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí od porodní asistentky po porodu ( $p = 0,027$ ). Komunitní ošetrovatelská péče o ženy po porodu poskytovaná porodními asistentkami podporuje ženy v uctění svého těla a navázání s ním tak pozitivního vztahu, což může dále ovlivňovat další psychosomatický průběh zdraví či nemoci.

Výsledky, které se orientovaly na posouzení kvality života ženy po porodu, přinesly také zajímavá zjištění. Neprokázaly jsme rozdíl v **indexu kvality životau** žen po porodu v souvislosti s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky. Avšak z našich výsledků vyplývá, že celkový index subjektivně vnímané kvality života žen po porodu je jen u 6,5 % žen vyhodnocen jako nízký ( $\leq 5$ ). Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumnou studií prováděnou v Polsku (Symon et al., 2012).

Dále uvádíme zajímavé výsledky týkající se subjektivně hodnocených **životních oblastí**, které se ženám po porodu změnily. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,013$ ) v neuvádění životní oblasti „**Pocit zdraví/ well be**“ u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu. Tento výsledek interpretujeme tak, že životní oblast Pocit zdraví/ well be nebyla pro ženy po porodu s proběhlou komunitní péčí porodní asistentky tolik důležitá pro její uvedení, jako pro skupinu žen bez komunitní péče porodních asistentek.

Dále byl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,025$ ) v uvádění životní oblasti „**Vztah k sobě, ocenění se**“ u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu. Ženy s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí po porodu tuto životní oblast hodnotily v 57 % jako pozitivní změnu.

Na základě **váženého hodnocení** životních oblastí pro celý soubor respondentek dosáhla **nejvyšší hodnotu životní oblast Mateřská role, Vztah s partnerem a Pocit životního uspokojení**. Nejnižší vážené hodnocení pak získala životní oblast Kariéra, Pocit zdraví a Vztah s přáteli. U skupiny respondentek bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče po porodu porodní asistentkou **byl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení oblasti Pocitu životního uspokojení** oproti respondentkám s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí. Ženy bez komunitní péče po porodu udávaly vyšší hodnoty, které představují propojení důležitosti i positivity hodnocení. Toto zjištění je pro nás překvapivé a dále bude diskutováno v oddílu Diskuse.

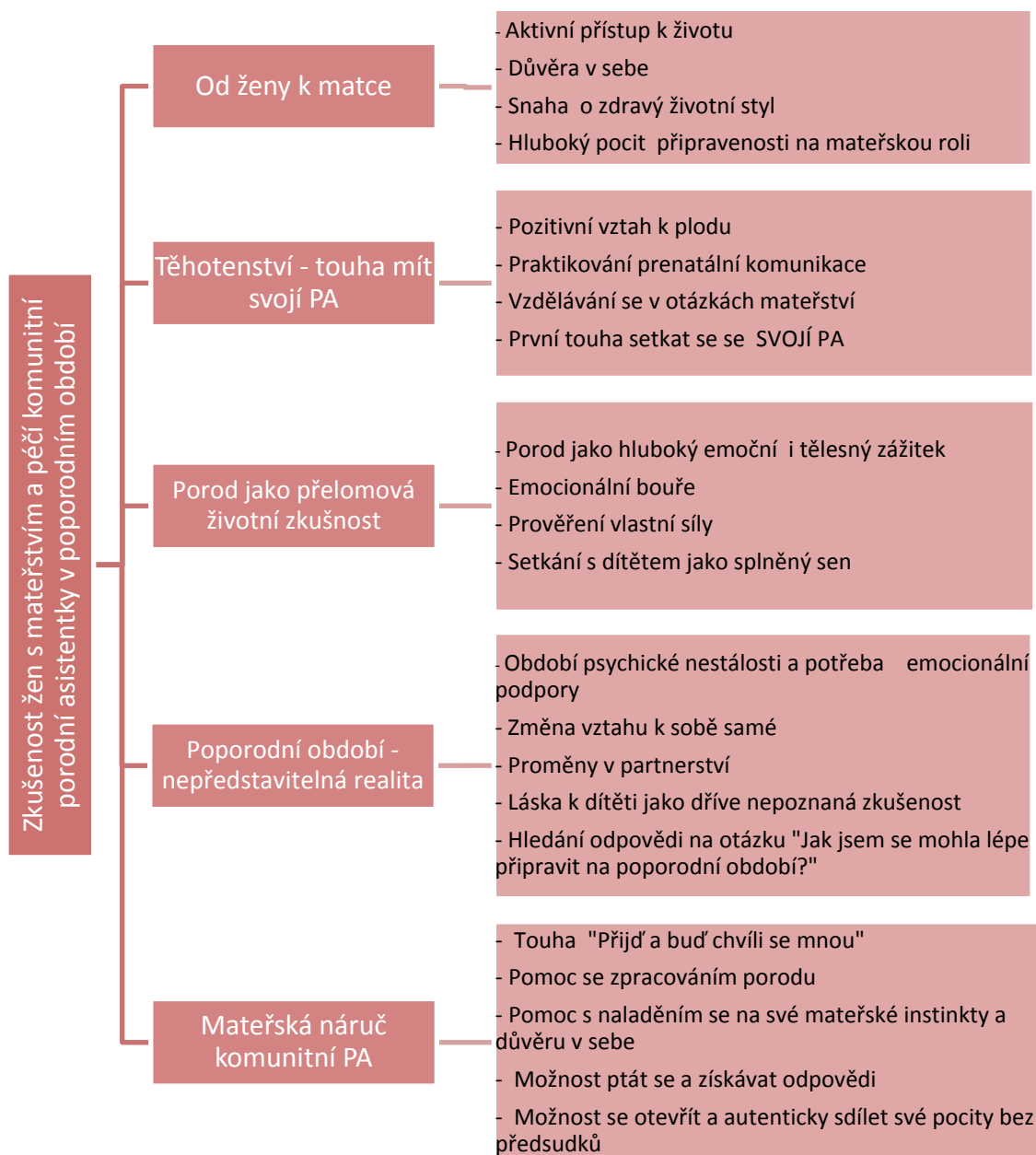
## **4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu**

V následujících pasážích textu uvedeme výsledné kategorie a subkategorie, které jsme získaly precizní analýzou přepsaného textu z výpovědí informantek. Získaná data jsme v průběhu celého analytického procesu podrobovaly opakovanému čtení a naší revizi. Určené kategorie jsme dále průběžně upravovali či přeskupovali, až jsme došli k výsledné podobě výzkumného zjištění, kterou dále uvádíme.

### ***4.2.1 Analýza textu kódováním***

#### *Přehled výsledných kategorií a subkategorií*

Z analýzy výpovědi respondentek jsme určily tyto výsledné kategorie a subkategorie (viz. schéma č. 4, pro lepší čitelnost uvádíme na samostatné straně):



**Schéma č. 4 – Přehled výsledných kategorií a subkategorií**

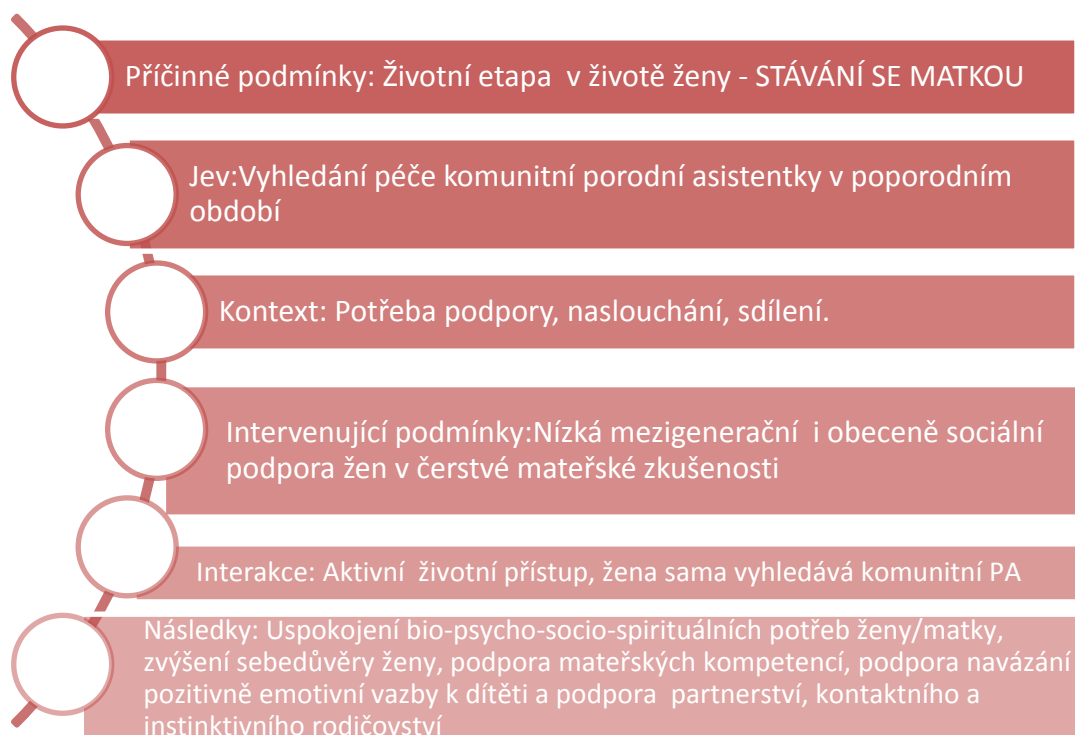
*Schématické paradigma – axiální kódování dat*

„Zatímco u otevřeného kódování je základní snahou rozlišit pojmy a vytvořit základní kategorie (včetně jejich vlastností a umístění na dimenzionálních škálách), při axiálním kódování se snažíme tyto pojmy novým způsobem skládat dohromady nacházením vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi“ (Miovský, 2006, s. 230).

Tento induktivně-deduktivní proces probíhá dle Strausse a Corbinové v tomto schématickém paradigmatu: A = příčinné podmínky, B = jev, C= kontext, D=

intervenující podmínky, E = strategie jednání či interakce, F= následky (Vévodová a Ivanová et al., 2015, s. 113).

V následujícím schématu č. 5 představujeme aplikaci tohoto algoritmu na náš výzkum.



**Schéma č. 5 – Aplikované schématické paradigma axiálního kódování dat**

V dalších podkapitolách představíme výsledky selektivního kódování a určení centrální kategorie vyplynulé z analýzy kvalitativních dat. K analýze dat (Švaříček a Šedřová et al., 2014, s. 208) jsme přistoupily spíše *realisticky* (akcent na otázku věrohodnosti odpovědí informantek a na zkruslení dat pozorovatelem) než *narativisticky* (analýza rozhovoru jako společenské interakce).

#### **4.2.2 Centrální kategorie a kostra analytického příběhu**

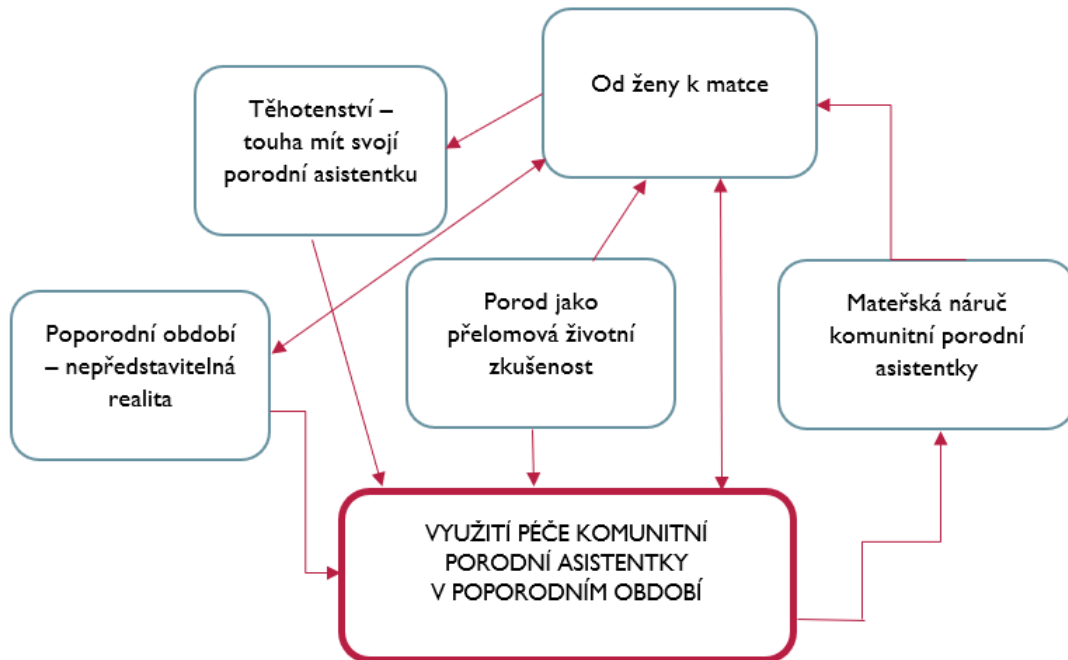
Všechny použité analytické techniky zpracování kvalitativních dat vedly k určení kategorií, subkategorií a jejich vztahu s cílem vytvoření abstraktnější úrovně teorie (Švaříček, Šedřová et al., 2014, s. 239). V následující pasáži práce uvádíme **centrální kategorii VYUŽITÍ PÉČE KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENTKY V POPORODNÍM OBDOBÍ** a kostru příběhu, který se k ní vztahuje.

Vlastní text dále strukturujeme použitím těchto kategorií:

*Centrální kategorie:* Využití péče komunitní porodní asistentky v poporodním období.

*Ostatní kategorie:* Od ženy k matce; Těhotenství – touha mít svoji porodní asistentku; Porod jako přelomová životní zkušenost; Poporodní období – nepředstavitelná realita; Mateřská náruč komunitní porodní asistentky.

Pro přehlednost nejprve uvádíme grafické schéma vztahu jednotlivých kategorií k centrální kategorii i k sobě navzájem (schéma č. 6).



**Schéma č. 6 – Grafické znázornění vztahů mezi kategoriemi**

### *Od ženy k matce*

Zajímavým zjištěním pro nás bylo, že všechny ženy, se kterými jsme vedly rozhovory, vyznávají aktivní přístup ke svému životu. Tento fakt výstižně dokládá například výpověď Evelíny v souvislosti s popisem jejího dosavadního životního stylu a životního příběhu: „*Jak bych popsala svůj životní příběh před tím, než jsem se stala maminkou? To je poměrně těžká otázka (usmívá se). No, nevím, jak to přesně říci. Asi začnu tak, že jsem holka z malé vesnice. Hodně mě ovlivnil pobyt v čisté přírodě blízko řeky a také naše rodina, kde hlavní slovo měla vždycky maminka. Moji maminku mám velmi ráda a mám k ní blízký vztah dodnes, i když již žiji jiným životním stylem – bydlím*

ve velkoměstě a vyhovuje mi to. Na vesnici se však velmi často vracím, ale neumím si již představit tam žít. Moje maminka a i moje starší sestra mě ovlivnily v tom, že jsem se naučila hodně tvořivých ženských prací. Není pro mne problém uvařit, upéct, ušít či něco uplést. Velmi často si vyrábím různé ruční výrobky – háčkované ozdoby či různé kreativní doplňky do bytu. Jako svoje povolání jsme si konec konců vybrala i učitelství výtvarné výchovy. Velmi ráda něco tvořím a jsem ráda, když vidím hmatatelné výsledky mojí práce. Myslím si, že to tak mám i v životě. Jsem tvořivý typ (usmívá se). Evelína také k tématu dodává: „Pobyť na vesnici mě ovlivnil také v tom, že se ráda stravuji zdravě, ideálně z domácích či lokálních zdrojů a mám ráda pohyb všeho druhu. Bez pohybu, tvorby a kontaktu s lidmi a zvířaty (má v domácnosti dvě kočky) jsem si život před narozením maličké Reginy neuměla představit“. Také Klaudie – a to i v souvislosti se svojí profesí výživové poradkyně, vyznává aktivní životní přístup a zdravý životní styl. Dokládá to její výpověď: „Bez ostychu mohu tvrdit, že jídlo je moje vášeň (usmívá se). Miluji všechno, co je zdravé. Mám ráda ten pocit, že dělám dobře svému tělu a že mám pod kontrolou živiny, které se ke mně dostávají. Musím se přiznat, že velmi často ujiždím na tzv. biostravě. Mám již vyzkoušené určité značky či výrobce. Velmi ráda si však také vařím či pečů. Každý týden pečů dvakrát domácí kváskový chléb či připravuji zdravé dezerty, které miluji nejen já, ale i můj manžel. Ráda zkouším nové recepty“. Klaudie dále dodává: „Kromě zdravého jídla je mojí velkou životní láskou jóga. Miluji ten pocit, když začínám svůj den protažením a uvolněním svého těla. To je pak každé ráno krásné“. Klaudie je také vášnivou cestovatelkou, láska k józe jí zavedla několikrát do Indie či i na výcvikové kurzy do Spojených států amerických.

Dále jsme se zajímaly o to, jak ženy vnímaly ve svém životě naladění se na mateřskou roli. O tom, co spouští či vzbuzuje v ženě silný mateřský pud, se i v dnešní době stále vedou spory. Elizabeth Badinter ve své revoluční knize *Mateřská láska od 17. století po současnost* dokládá, že nevíme, zda mateřské cítění je dáno vrozeným pudem či jde o cítění podmíněné přístupem společnosti k ženám, potažmo již k malým dívkám, jež společnost formuje do pozdější role matky (Badinter, 1980).

Naše informantky se shodují, že naladění se na mateřskou roli přišlo tehdy, když měly důvěru ve svého partnera a také solidní ekonomické zázemí (vlastní bydlení, stálé zaměstnání). Toto dokládá například výpověď Marty: „Nějak jsem cítila, že se mohu do mateřské polohy zcela uvolnit, až když budu mít vyřešeno bydlení, budu věřit ve svého

partnera jako otce svých dětí. Musím přiznat, že jsem pro získání svého zázemí dost usilovně pracovala a studovala. Nejsem úplně typ člověka, co by chtěl mít všechno naplánované, to ne, ale nějak jsem vnímala, že když chci být matkou, chci se tomu pak věnovat naplno, a ne u toho být v nejistotě či být svobodná matka“. U všech informantek kormě Niny prvopočátek myšlenek být reálně matkou představovalo věkové období jejich života kolem 30. roku. Nina se rozhodla mít druhé dítě s druhým partnerem: „Moje rozhodnutí být opět matkou jsme s manželem dlouho probírali. Přeci jen nám již není dvacet, ani třicet, ale čtyřicet. Nějak jsme oba cítili, že chceme ještě počít společné dítě, i když už jsme oba měli své děti z předešlého partnerství“. Nina k tématu mateřského pudu dodává: „Nemohu asi přímo tvrdit, že se u mě jednalo přímo o mateřský pud. Spíše to bylo rozhodnutí, společné rozhodnutí s manželem. Také takovéto těšení se, ale zároveň obava, zda na rodičovství malého dítěte ještě máme (usmívá se).“ Laura k tématu dodává: „Já jsem po miminku toužila snad již od 15 let (usmívá se), ale životní zákruty způsobily, že jsem se stala matkou až nyní. Hlavně šlo o to dostudovat školu a najít si nového partnera, protože s tím, s kterým jsem žila 8 let, jsem se nakonec pro rozdílné životní názory rozešla. Partner právě moc rodinu nechtěl a chtěl spíše cestovat či se věnovat svému koníčku – motorce. Já jsem si řekla, že takto žít nechci a rozešla jsme se s ním. Moje touha mít již dítě byla velmi silná. Občas jsem se přistihla, že v kavárnách sleduji malá miminka nebo že se dojíám nad dětmi v kočárku (usmívá se a kroutí hlavou). Nakonec tomu snad osud chtěla a já jsme potkala úžasného muže, se kterým jsme se po roce vztahu vzali a máme spolu našeho mrňouska“. Také Marta v sobě měla hluboký mateřský pud: „Já jsem nad rolí matky – jestli jí zvládnou či nezvládnou – nikdy vlastně nepřemýšlela. Pro mě je mateřství opravdu přirozená součást života ženy. Je to něco tak krásného, že se to nedá ani popsat. I když teď již mateřství znám i z druhé stránky, kdy člověk nemá vše vždy pod kontrolou a má obavy, aby bylo vše s dítětem v pořádku. A také zde hraje velkou roli únava matky, to jsem si dříve neuměla představit.... Ten pocit, že Vás má někdo bezmezně rád a Vy jeho, je stejně vždycky ta nejlepší odměna a nikdy bych se své role matky nevzdala. Myslím si, že ženy, které mateřství ve svém životě neprožijí, jsou o určitou životní hloubku ochuzené. Těžko se to však popisuje, to se musí prožít (mrkne okem).



## *Těhotenství – touha mít svoji porodní asistentku*

Velice nás zajímalo, kdy se u ženy objevují první myšlenky najít si svoji porodní asistentku a také podle čeho si ženy takovou porodní asistentku vybírají a co od ní očekávají. Začněme však v interpretacích výpovědí žen postupně – tedy od vlastního prožívání těhotenství.

Informantky se shodují, že chvíle, kdy zjistily, že jsou těhotné, byla dechberoucí a nezapomenutelná. Těhotenství Laury, Niny a Klaudie bylo vědomě plánované a toužebně očekávané. Laura k tomuto dodává: *„Pamatuji si to jako nyní. Bylo to jako ve filmu, když jsem na těhotenském testu viděla výsledek, že čekáme miminko, běžela jsem hned za manželem a test jsem mu ukázala. Zprvu nechápal, ale pak rychle pochopil a objal mě a celou pusinkoval. Oba jsme byli nesmírně šťastní a do večera jsme nemluvili o ničem jiném“* (usmívá se a lesknou se jí oči slzami). Klaudii se naopak ke zjištění těhotenství vztahují jiné emoce: *„Cítila jsem se zvláště. Něco ve mne skákalo radostí do stropu a chtělo se mi štěstím plakat, ale na druhou stranu něco ve mně mi říkalo, ať se ovládám a nic nezakřiknu. Měla jsem za sebou totiž již nepříjemnou zkušenost s potratem miminka v 8. týdnu těhotenství“* (pozn. Asi 3 měsíce před současným otěhotněním). Těhotenství u Marty a Evelíny přišlo také velmi záhy po rozhodnutí nechat věci plynout a uvítat příležitost stát se matkou, i když se zde nejednalo přímo o vědomý koncept početí dítěte. Evelína vzpomíná také na ambivalentní pocity a emoce, které se váží ke zjištění těhotenství: *„Vzpomínám si, že jsem byla až překvapená, že jsem již těhotná. Uprímně řečeno jsem nečekala, že vše půjde takto snadno. Po zjištění pozitivitu těhotenského testu jsem byla samozřejmě šťastná. Seděla jsem v koupelně a jako by se můj život na chvíli zastavil. Hlavou se mi honily myšlenky, jak to vše bude dál, jestli jsem to opravdu chtěla takto rychle. Zvládnou to? Jak to řeknu manželovi?“*

Po prvotních emocích, které se váží ke zjištění těhotenství a bývají přirozeně ambivalentní (Ratislavová, 2008, s. 26) jsme se dostaly k tématu prožívání průběhu těhotenství a jakéhosi utváření vztahu ženy k plodu a procesu stávání se z ženy matkou. Všechny informantky se shodly na tom, že jedním z nejkrásnějších okamžiků byl pocit prvních pohybů miminka. Evelína říká: *„Když jsem prvně cítila v břiše nějaké zvláštní a nové pocity, napadlo mne hned, že to budou pohyby naší maličké. Bylo to jako lechtání křídly od motýla. Bylo to úžasné. Chtěla jsem to cítit zase a znovu!“*. Nina popisuje také

svoji zkušenost s prvními pohyby dítěte: „Byla jsem zvědavá, jestli první pohyby miminka v bříšku ještě po tolika letech poznám (usmívá se). Nebyla jsem si stále jistá, zda to je ono. Říká se, že u vícerodíčky jsou ty pohyby cítit dříve, ale já jsem to nepoznala. Manžel se mě na to pořád ptal, hodně to prožíval. On se vůbec velice zapojoval do komunikace s malou v bříšku – možná bych řekla, že i více než já... Manžel byl rozhodnutý si těhotenství užít, a tak maličké četl i pohádky, hladil mi hodně bříško a každé ráno a večer nás obě zdravil či nám přál dobrou noc (usmívá se). Všechny ženy popsaly aktivní a osobitý přístup ke komunikaci s plodem. Pro všechny informantky to byla možnost, jak navázat s miminkem kontakt, ale také, jak se již pomaličku dostávat do reality s mateřskou rolí. Toto tvrzení dokládá výpověď Klaudie: „Myslím si, tedy jsem o tom přesvědčená, že díky tomu našemu vzájemnému kontaktu s holčičkou v bříšku, jsem se i já dostávala postupně do maminkovské role. Učila jsem se tak se na miminko již ohlížet, více se vědomě o sebe starat a sledovat, co moji holčičku v bříšku uklidňuje, či co jí nedělá moc dobře – jako například dlouhé cesty autem. Hodně mě také bavilo na holčičku zpívat, zjistila jsem, že při zpěvu se vždycky i já krásně uvolním a cítím se s naší Andrejkou jako jedno tělo a jedna duše. A všechny obavy, zda zvládnu být dobrou mámou, byly ty tam.“ (usmívá se). Klaudie zároveň uvádí, kdy jí prvně napadlo najít si svojí porodní asistentku: „Myšlenka na to, že si najdu svojí porodní asistentku, se u mne zrodila po tom první potratu. Byl to pro mne silný emoční zážitek, který nevím, zda jsem dokázala úplně zpracovat. Cítila jsem se tak sama, neměla jsem nikoho, komu bych mohla říci vše úplně tak, jak jsem to cítila. Manžel je sice úžasný, ale přeci jen je to muž a není tak emočně založený. Moji mamince jsem to nějak ani říkat nechtěla, nemáme spolu úplně hluboký vztah. Vidáme se tak jednou za čtvrt roku...“. Také výpověď Marty odkrývá touhu ženy být v kontaktu se svojí porodní asistentkou již v těhotenství: „To, že chci, aby se o mne starala porodní asistentka, byla vlastně shoda okolností. Myslím si, že jsem o této profesi ani snad nikdy moc nevěděla. Na myšlenku mít svojí porodní asistentku mě přivedla zkušenost jedné mojí kamarádky ze studií. Ta se stala nedávno maminkou, a právě měla svojí porodní asistentku, která jí pomáhala hlavně s kojením a péčí o miminko. To byl ten důvod, kdy jsem si řekla – nojo vlastně, proč ne? Vždyť by to bylo krásné mít vedle sebe nějakou ženu, důvěrnici, které mohu plně důvěřovat a na cokoli se jí zeptat, když si nebudu jistá sama sebou. Přeci jen je zde spousta věcí, které vůbec nebudu znát... A tak jsem se rozhodla si najít svojí porodní asistentku – vlastně Tebe. Našla jsem si Tě podle

doporučení z internetu. Zpětně jsem moc ráda, že jsem Tě oslovila a že jsme se začaly občasně potkávat už i v těhotenství“. Nina na myšlenku mít svoji porodní asistentku přišla po účasti na veřejné besedě s porodní asistentkou na téma Kontaktní rodičovství. Protože Nina se svým manželem přistupovali k očekávání dítěte velmi zodpovědně a hledali způsoby, jak si odpovědět na svoje otázky, kontaktování své – osobní – porodní asistentky již v období těhotenství pro ně byla jasná volba. Evelína svoji porodní asistentku kontaktovala také v těhotenství, a to z důvodu staré známosti. Jednoduše si vzpomněla, že má spolužačku, která je vystudovaná porodní asistentka, a tak jí oslovila se záměrem se občasně potkat a probrat témata, která se k těhotenství váží. Evelínu nejvíce zajímala témata právě prenatální komunikace a vědomé přípravy na porod. Laura svoji porodní asistentku vyhledala také již v těhotenství, a to po návštěvě inspirujícího festivalu zaměřeného na zdravé těhotenství a přirozený porod. Zde si podle svých slov uvědomila toto: „*Festival pro mne znamenal zvrát. Uvědomila jsem si, že těhotenství je chvíle, kdy není potřeba hrát nějakou roli vyrovnané ženy. Naopak, že je DŮLEŽITÉ pracovat se svými emocemi a vyjadřovat i svoje strachy a obavy, že to je úplně normální a přirozené, že k mateřství se pojí také nejistota či obavy, co bude dál... Tady poprvé mě napadlo oslovit svoji porodní asistentku, která by mi mohla být průvodkyní v mém mateřském světě, jestli to takto mohu říci. Víš, jasně, mohla bych to všechno probírat s mamkou, ale abych řekla pravdu, styděla bych se. Potřebovala jsem spíše někoho, kdo mne nebude hodnotit ani soudit, zkrátka, kdo mi bude naslouchat, a ne mi radit, co mám a nemám...“.*

### *Porod jako přelomová životní zkušenost*

Dále nás zajímalo, jaká životní zkušenost žen se váže k jejich porodu. Byly splněny jejich očekávání? Jakou roli hrál u porodu jejich partner či porodní asistentka? Jaké emoce se nyní váží k narození dítěte a kdo ženám pomohl tyto emoce případně zpracovat?

Nina svůj porodní zážitek popisuje takto: „*Porod jsem od samého počátku – tedy již od těhotenství – vnímala jako něco, co musím prostě zvládnout. Jako situaci, která mě komplexně prověří – fyzicky i mentálně. To bylo bez debat. Musím přiznat, že jsem z porodu měla docela velký strach, kvůli negativní zkušenosti s prvním porodem,*

*který probíhal ještě za období socialismu. Nyní jsem si moc přála mít hezký a jemný porod, ale nakonec moje psychika zaúřadovala a vše bylo jinak. Díky tomu, že jsem od půlky těhotenství byla doma s hrozícím předčasným porodem a nemohla jsem vlastně vůbec nic než jen ležet, tak jsem si pak logicky nepřála nic jiného než porodit a moci se zase normálně hýbat a existovat. Ležela jsem celkem 15 týdnů! To jsem však ještě netušila, že to byly poslední týdny, kdy jsem vlastně odpočívala. Po narození Blanky jsem se již skoro nezastavila.“ (pozdvihne obočí a ztěžka oddychne). Dále k porodu pak dodává: „Abych se vrátila k tématu... porod teď zpětně hodnotím jako situaci, kterou jsem celkem nečekaně dobře zvládla. Ano, bylo to těžké – hlavně ty bolestivé kontrakce a nemožnost to zastavit a ulevit si. Ale manžel mě u porodu hodně podpořil. Měli jsme také štěstí na dobrou porodní asistentku, která mě nechala hodně si při porodu dělat, co jsem cítila. Velmi kladně také hodnotím pak přiložení dítěte na prsa a to, že jsme mohli mít Blanku celé dvě hodiny po porodu u sebe na porodním sále. Ještě bych chtěla dodat, že jsem si tak v sobě – manžel to ani neví – nastavila to, že porod беру jako ověření si svých ženských sil. Musím říci, že ještě nevím, jak si to vyhodnotím. Je to věc, která ještě dozrívá. S porodní asistentkou jsme to probíraly, je fajn moci o tom mluvit jako žena se ženou (pozn. jedná se o zatíženou sexuální anamnézu z období dětství).*

Marta svůj porodní zážitek hodnotí jako jednu z krizových životních zkušeností. Její porod byl komplikovaný, indukovaný, a nakonec skončil rupturou perinei IV. stupně s poporodní aplikací transfuze a prolongovaným nástupem laktace. Zde je Martina výpověď: „*Jak hodnotím zpětně svůj porodní prožitek? Ufff.... No, upřímně řečeno, moc se mi ani nechce se k tomu vracet. Bylo to pro mne velmi nepříjemné a strhující. Nejhorší asi bylo to, že jsem já sama nemohla nic ovlivnit, změnit. Jen jsem byla ve vleku situace. Střídalo se u mne hodně personálu, všichni mi říkali, co mám dělat, ale nic vlastně nepomáhalo. Malé se nechtělo zkrátka na svět, byla tam otočená nějak obráceně a porod nepostupoval. Já sama jsem měla vysoký tlak, a tak se na porod spěchalo. No prostě bylo to mimo moje schopnosti cokoliv ovlivnit. Ten pocit bezmoci a anonymity byl asi nejhorší... můj manžel špatně snáší nemocniční prostředí, tak jsem tam byla sama. Vlastně ani nevím, nevybavuji si, jak malička po porodu vypadala. Po porodu mě šili, byla to opět strašná bolest. Cítila jsem se taková prázdná, nijaká. Malou si raději odnesli do inkubátoru zahřát, jinak byla v pořádku. Pamatuji si, že jsem se cítila jako přejetá parním válcem. Chvíli to trvalo, než jsem se z toho emočně sebrala. To trvalo asi celé šestinedělí. Po porodu se však u mě objevila již moje porodní*

*asistentka a vše bylo lepší. Pamatuji si, že jsem stále hledala odpovědi na otázky, co jsem udělala špatně nebo co se mohlo udělat jinak...“.*

Evelína i Klaudie popisují svůj porodní prožitek jako velmi pozitivní životní zkušenost. Klaudie k tématu porodního prožitku a jeho zpětného hodnocení říká: *„Nevím, jestli jsem měla štěstí či to bylo i mojí zásluhou, ale z porodu mám jen samé pozitivní dojmy. Dopředu jsem měla trošku obavu, aby mě nechali v porodnici, kde jsem chtěla родit, tak trošku být. Přeci jen znám svoje tělo nejlépe a vím, jak se protáhnout, uvolnit. Jóga mi v tomhle hodně pomáhá. Nakonec se tak stalo (usmívá se). Porodní stahy jsem nevnímala jako bolestivé, ale jako jakési vlny, které přese mě zkrátka přecházejí. Věděla jsme, že mým úkolem je se uvolnit a dovolit miminku přes moje tělo přijít na svět.... Porod zpětně hodnotím jako pozitivní zkušenost a jsem na sebe pyšná, že jsem to takto zvládla. Nesmím zapomenout však dodat ještě jednu nezapomenutelnou vzpomínku – první pohled do očí mojí holčičky Andrejky. To bylo táááák krásné. Nikdy na to nezapomenu. Na ten pocit, který jsem v sobě měla – pocit jako asi lvice, která pyšně ve své náruči drží své miminko. Prostě nepopsatelné...“ (lesknou se jí oči). Můj muž byl u porodu s námi, do poslední chvíle se nevědělo, zda to stihne, protože pracuje v zahraničí. Ale byl tam s námi. To hodnotím jako skvělé, ale upřímně řečeno jsem ho při porodu ani moc nevnímala. Byla jsem napojená na své tělo a na maličkou“.*

Evelína svůj porodní zážitek popisuje takto: *„Porod mě mile překvapil. Čekala jsem vnitřní zápas s porodní bolestí, ale nakonec nemohu říci, že by to bylo úplně takhle. Představ si, že jsme do porodnice dojeli skoro na úplném otevření porodních cest a malá Regína se do hodiny narodila! Vůbec jsem nečekala, že jsem se doma otevřela až skoro do závěru porodu... prostě jsem si kontrakce prodýchávala, manžel mě občas namasíroval záda a prostě jsme porodem nějak prošli. Hodnotím to jako lehčí, než jsem očekávala. Na druhou stranu ale vidím, že porodní bolest má svůj význam – donutí Tě se zastavit, soustředit se plně na sebe a své miminko. Také jsme si potvrdila, že člověk musí mít určitou úroveň odolnosti vůči stresu a taky pevnou vůli. Porod hodnotím jako bouři, která přes Tebe přejde, a Ty se rozhlédneš kolem a v náruči držíš dítě... Když jsem Regínku pak prvně držela v náruči a přivonila si k ní...no, to se snad nedá ani popsat. Pamatuji si, že jsme na sebe s manželem podívali a nemuseli jsme ani nic říkat, byla to láska... (usmívá se).*

Laurake zhodnocení porodního prožitku uvádí: *„Můj porod byl do velké míry náročnou situací, kterou vůbec nehodnotím dobře, ba naopak. I když jsem se na porod*

*připravovala a měla jsem dokonce sepsané porodní přání, nakonec bylo vše obráceně. Nyní si kladu otázku, zda to nebylo právě proto... personál se se mnou vůbec nebavil, nic mi nenabízel a já jsme rodila v bolestivých kontrakcích snad 24 hodin. Porod se vlekl, já jsme už nevěděla kudy kam. Ještě, že se mnou byl u porodu manžel, ten mi hodně pomohl. Při porodu se o mne starala velmi mladá porodní asistentka, která ještě neměla asi mnoho zkušeností. Pořád mi říkala, že to bude dobré, že to při porodu prostě takto je. Ale kdo to měl proboha vydržet? Já už jsem fakt nemohla. Cítila jsem, že tohle není normální, ale bála jsem si říci o císařský řez. Ta bolest byla fakt výživná“. Laura k tématu dále dodává: „Můj porod bylo fakt sáhnutí si na dno svých sil – jak tělesně, tak psychicky. Nerada na to vzpomínám, a to zejména také v souvislosti s tím, co následovalo... po porodu jsem měla maličkého Bertika u sebe, ale na šestinedělí mi pak přišli říci, že mi ho nepřivezou, že skončil na JIPu, má prý novorozeneckou sepsi a kdybych si ho bývala nenechávala u sebe ty dvě hodiny po porodu na porodním sále, mohlo se to řešit dříve. No umíš si představit, jaké výčitky svědomí jsme měla. Navíc jsem byla z porodu tak vyčerpaná, že jsem měla výpadky zraku. Pak jsem asi 4 dny ležela na normálním gynekologickém oddělení, kdy byly ženy po operacích, a moje dítě bylo na jednotce intenzivní péče. Cítila jsem se totálně sama, k ničemu, taková prázdná a neschopná. Ty víš, že to byl ten moment, kdy jsem si Tě pak po porodu zavolala... a taky víš, co se v souvislosti s porodem dělo dál – rozjela se mi těžká poporodní deprese“.*

#### *Poporodní období – nepředstavitelná realita*

V tomto oddílu textu se dostáváme k popisu poporodního období z pohledu žen. Prožitky žen jsme sdružily do nadřazené kategorie *Poporodní období – nepředstavitelná realita*. V interpretaci poporodního období začneme například výpovědí Niny: „*Jestli jsem hodnotila porod jako nečekaně snadný, pak musím poporodní období hodnotit jako nečekaně těžké. Bohužel – vůbec jsem si tehdy, když jsem ležela v tom těhotenství s rizikem předčasného porodu, neuvědomovala, co mě čeká. Blanka byla jako miminko neuvěřitelně náročná osobnost a je samozřejmě pořád. Já věřím na numerologii, a i její číslo narození je osmička, což značí silnou osobnost. Od začátku s námi s manželem cvičila a s tím jsme ve svém věku tedy opravdu nepočítali (trpký úsměv) ... Jak jsem říkala, Blanka si s námi dělala úplně, co chtěla – strašně moc pořád plakala, vůbec se*

*nechtěla přisát, kojení bylo extrémně náročné. Já jsem se stále snažila, ale bylo to vyčerpávající. Je to nepříjemný pocit, když víš, že Tvoje dítě nechce Tvoje mlíko... cítila jsem bezmoc, ale pak už i vztek. Malá se navíc nechtěla ani koupat, úplně nesnášela vodu. Také nechtěla být sama, pořád jsem jí musela houpat nebo nosit. Když jsem jí na 10 minut položila, bylo zle. Manžel byl z toho také zničený. To víš, že moje nepohoda se přenášela na něj a musím uznat, že se velmi snažil mi pomáhat. Bylo to fakt velice náročné, ještě náročnější než porod. Právě v poporodním období jsem si pak vzpomněla na Tebe a byla jsem velmi ráda, za náš vzájemný kontakt, který mne podpořil v tomto velmi nestálém, hektickém a až opravdu vyčerpávajícím období“.* Nina se pak dále vyjadřuje ke změnám vztahu k sobě samé v souvislosti s novou mateřskou zkušeností. Uvádí, že stále ještě neví, nemá nic uzavřeného. Občas má pocity velkého štěstí a radosti, že se s manželem odvážili mít ještě dítě, ale občas se neubrání také pocitům vzteku, že její vlastní život nepokračuje a vše se točí kolem náročné péče o dítě, které si velmi vyžaduje plnou pozornost svých rodičů. Asi nejmarkantnější změnu vztahu k sobě samé v poporodním období uvádí z dotazovaných žen Klaudie a Evelína. Klaudie hovoří o pocitu větší sebejistoty, pocitu, že se na sebe může vždycky spolehnout. Zároveň uvádí, že: *„narození Andrejky, a i poporodní období hodnotím jako moji velkou životní zkoušku. Cítím, že jsem z ní vyšla již jako jiný člověk, jako zralá žena. Už vím, co to je mít pevnou vůli, neřít se jen na sebe, ale podřít se tomu maličkému človíčku, který je součástí mé a manželovi bytosti. Musím říci – a možná to zní až nadneseně, ale stejně to řeknu (usmívá se), že se cítím velice silná, plná života a energie. Prostě cítím, že žiju, že jsem. Splnil se mi můj sen. Jsem plná lásky nejen k maličké, ale možná i nečekaně k sobě. Nikdy jsem nad tím vlastně nepřemýšlela, že by toto také mohlo přijít. Asi to souvisí s průběhem mého porodu a také s úspěšným kojením. Všechno šlo tak nějak samo...“.* Podobnou životní zkušenost má i Evelína: *„Moje poporodní období zpětně hodnotím jako celkem barevné a až mozaikovitě období (usmívá se). Jde o to, že ze začátku, první dny po porodu, když jsem držela v ruce malou Regínku, tak jsem se cítila velmi křehce a až možná zranitelně. Cítila jsem velkou potřebu, aby tu pro mne byla nějaká žena. Můj partner je v domácnosti skvělý – uvařil mi vydatná jídla, dokonce i slepičí vývar, uklidil, nakoupil, ale prostě nebylo to ONO, CO JSEM POTŘEBOVALA. Chtěla jsem se jen tak k někomu jakoby schoulit do náruče, aby mi někdo řekl, že tyto pocity ženy jsou normální. V tomto čase jsme se pak spolu začaly potkávat.... Také bych ještě dodala, že se to u mne vše v čase měnilo. Později, jak*

ubíhaly dny od porodu, jsem se cítila více a více jistě a vyrovnaně. Dokonce jsem se občas přistihla, že jsem až v jakémisi tranzu z pocitu štěstí, jestli mi rozumíš (směje se nahlas). Občas, když jsem při kojení držela Regínu v náruči a viděla jen sebe a ji, jak nám to spolu jde, bylo to jako kdyby kolem nás dvou nic neexistovalo, bylo to jako na nějakém ostrově štěstí. Tyto stavy mám občas i dnes, ačkoliv dnes jsem spíše více již v realitě a také již pomaličku zase něco tvořím, a i částečně něco pomáhám v práci. Evelína ještě k tématu přípravy na poporodní období dodává: „Nevím, jestli se dá na toto období připravit. Již jsem se nad tím sama zamýšlela a řeknu Ti, že vlastně ani nevím. Ten porod je také něco nepředpověditelného, ale pořád je tam vlastně nějaký ten mechanismus, určitá pravidla. V poporodním období nic takového není, musíš prostě fungovat, i když si nejsi ničím jistá a jsi zranitelná. Na prvním místě je najednou Tvé děťátko. Proto je skvělé, že můžeme využívat péče porodních asistentek, které za Tebou přijdou až domů a se vším Ti citlivě pomohou. Za sebe kvituji hlavně tu psychickou podporu a pomoc s kojením“. Psychickou nestálost a potřebu být v kontaktu s nějakou ženou, a i svojí matkou, popisuje také Marta: „Já jsem po porodu měla velkou touhu, abych v domácnosti nebyla s miminkem a manželem sama. Manžel je skvělý muž, ale jednak je mladší než já a jednak mi prostě nemohl pomoci v určitém uklidnění, v dodání klidu, že vše bude v pořádku. Pamatuji si, jak jsem byla v porodnici zvyklá pořád zapisovat každé kojení, kakání a čůrání. Pak jsme přijeli domů, já jsme seděla s malou Gábinkou v náruči na gauči a tekly mi slzy. Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat... Tolik jsem si přála už jít z porodnice domů, ale najednou jsem vůbec netušila, co dělat dál, co mám udělat jako první, co jako další.... Kdo přijde, když si nebudu vědět rady? Vím, že jsme byly domluvené na Tvé návštěvě hned další den, ale já jsem asi potřebovala, aby tam se mnou byl někdo hned a celý den“. Marta také hodnotí změněný vztah k sobě samé a k partnerovi – v souvislosti s porodním zážitkem a čerstvou mateřskou zkušeností: „Řekla bych, že mateřství mě opravdu velmi změnilo. Cítím se naplněná, šťastná. Cítila jsem v kostech, že chci být maminkou, jak už jsem říkala dříve, a toto moje přání se mi splnilo. Nyní musím více věci plánovat, chystat, ale také žiji více společensky a stýkám se s maminkami a malými dětmi. V současné době již vše neprožívám tak úzkostlivě jako při příchodu z porodnice (úsměv), ale nechávám věci více plynout. Umím si již i více zorganizovat čas. Musím říci, že mi s hlídáním a péčí o Gabču pomáhá také hodně moje maminka. Ona sama se realizuje jako babička. K proměnám partnerství pak Marta říká: „Abych byla upřímná, nemám úplně pocit, že



*by se naše partnerství narozením dítěte nějak změnilo. Můj muž má Gábinku velmi rád, to jo, ale péči o ní nechává spíše na mě. Přeci jen já jí kojím, vstávám k ní. On má na starosti spíše nakupování a hodně času tráví v práci. On vlastně u porodu nebyl, protože se bojí nemocnice, takže nás porodní zážitek nemohl ani nijak stmelit. Ale jinak jsem spokojená, vnímám, že se na něho mohu spolehnout a je tu vždy pro nás“.* Oproti tomu výpověď Laury hovoří o hlubších proměnách v partnerství. Laura a její manžel Richard spolu prožili náročný porod a poté i období poporodní deprese, které ještě stále doznívá (pozn. Laura užívá antidepresiva a má za sebou 14 dní hospitalizace na psychiatrické klinice s diagnózou těžké poporodní deprese. Rozhovor byl proveden až v období půl roku po porodu dítěte). Laura samu sebe vnímá jako křehkou ženu, křehčí než kdykoliv jindy. Uvědomuje si, že se v souvislosti s těhotenstvím a porodem soustředila hodně na všelijaká doporučení, ale odhlížela sama od sebe a od toho, co ona vlastně chce. Laura spojuje zkušenost s poporodní depresí nejen s porodem, ale také s velmi úzkým vztahem ke své matce: *„Náš vztah bych označila jako komplikovaný. Matka mi stále něco radí, říká, stále mě bere snad jako malé dítě. Já už jsem však dospělá, ale nutí mě to být v roli někoho, kdo pořád poslouchá a dělá, co se má. Už mě to nebaví a toto mě změnilo. Vždyť já jsem po porodu podle ní neuměla ani pořádně malého Bertíka vykoupat... Zkrátka bylo toho na mě už nějak moc a já jsem odpadla do totální apatie. Bylo mi všechno úplně, ale úplně jedno. Víš, co bylo nejhorší? Že jsem si často i přála, aby byl můj život stejný jako před narozením malého. Najednou jsem cítila, že kdyby tu nebyl Bertík, tak se mi žije jinak“.* U Laury došlo vlivem těžké poporodní deprese k výraznému pozměnění obrazu sebe samé. Laura k tomuto ještě říká: *„Holka zlatá, to víš, že to je silná zkušenost. Fakt jsem si nikdy nemyslela, co se těhotenstvím všechno může změnit. Ale nyní už to беру tak, že to nejhorší je snad za námi a nevadí, že mám antidepresiva a nekojím, hlavně, že se stabilizovala naše rodina a malý je v pořádku a já ho z celého srdce miluju!“.* K proměnám partnerství Laura říká: *„Musím přiznat, že náš vztah s Říšou prošel velkými změnami. Ale vše je vlastně pozitivní. Porodní zážitek nás stmelil, vím, že mě můj muž bude podporovat, ať budu v jakékoliv situaci... Poporodní zkušenost s poporodní depresí také naše partnerství ovlivnila. A to tedy hodně... manžel se musel najednou o malého postarat skoro sám, když já jsem byla hospitalizovaná. Byl skvělý. Jsem vděčná, že mi nikdy nic nevyčítal nebo neříkal, že jsem blázen či slaboch. Vše vzal tak, jak to přišlo. Jediné, co bych mu možná vytkla, bylo to, že ze začátku vše zlehčoval a myslel si, že to vše přejde, ale ono*

*se to prohlubovalo a nebylo návratu...“.* Laura se také vyjádřila k tématu možné přípravy na poporodní období: *„Asi ne, asi není možné se na poporodní období nějak připravit. Myslela jsem si, že to je vše hodně o porodu a pak se to již nějak udělá, ale nebylo to tak. Šokovalo mě, jak naivní jsem byla... ale co, jak bych se stejně měla připravit? To prostě nejde. Když nevíš, co přijde, tak se nepřipravíš. Spíše Tě to prověří, prostě vyzkouší a taky Tvého muže a rodinu. Když čekáš pak další dítě, je to už určitě jiné, máš asi větší nadhled. Ale s tou poporodní depresí Ti stejně nevím...“.*

### *Využití péče komunitní porodní asistentky v poporodním období*

V následující pasáži textu se zaměříme na odpovědi žen na otázky ohledně jejich zkušeností s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období. Jaké měly ženy po porodu obtíže a s čím jim pomohla porodní asistentka? Jak ženám porodní asistentka pomohla uspokojit jejich potřeby? Bylo něco, co by ženy od porodní asistentky uvítaly dalšího? Co by to bylo? Jak ženy po porodu celkově hodnotí ošetrovatelskou komunitní péči porodní asistentky?

Evelína k tématu říká: *„Já jsem velice šťastná, že jsem měla svojí porodní asistentku – Tebe. Moc jsi mi pomohla, a to hlavně v oblasti psychiky a také kojení. Nějak jsem se vždycky po Tvé návštěvě cítila klidně a moje obavy, co mám dělat a co bude dál byly vždycky najednou pryč“.* Dále dodává: *„Myslím si, že pro ženu, která zvláště čeká své první miminko, je tato podpora velice důležitá. Naše společnost se hodně zaměřuje na miminka, ale kdo se zajímá o tu maminku? Moje zkušenost je, že se o proměnách ženy v matku skoro nemluví. Všude v časopisech se na Tebe usmívají načesané a nalíčené maminky, ale realita je jinde... někdy nemáš čas ani vyndat prádlo z pračky. Každá žena by měla mít ten komfort a mít pro sebe nějakou ženu, která kdykoliv přijde, poradí a pomůže. Nemáš pak žádné pocity neschopnosti či viny, že nejsi dobrá matka. Navíc je tu ještě fakt, že jsi po porodu poraněná a potřebuješ rady ohledně hojení a také rekonvalescence. I to mi velmi pomohlo. Jo a také nechci zapomenout na podporu kontaktního rodičovství. Vůbec jsem netušila, o co se jedná, i když mi to dnes již připadá úplně přirozené. Dnes, když jdu ven, nebo když Regínku uspávám, tak jediné kontaktně a v šátku (usmívá se)“.* Evelína ještě doplňuje, že by si přála, aby byla komunitní péče porodních asistentek dostupná všem ženám po porodu,

když si platí zdravotní pojištění a nechápe, proč to tu již dávno nefunguje. Od své porodní asistentky již dále nic nevyžadovala, jediné snad ještě více návštěv (v poporodním období využila celkem 3 poporodní návštěvy komunitní porodní asistentky, dále také poradenství pomocí emailu a sms zpráv).

Jak hodnotí komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky v poporodním období Nina? Nina byla s komunitní péčí porodní asistentky rovněž spokojena a přímo uvádí, že to bylo moc dobré rozhodnutí. Na otázku, v čem jí komunitní porodní asistentka v poporodním období nejvíce pomohla, odpovídá: *„Jednoznačně v tom pocitu, že na ty všechny změny nejsem sama. To vědomí, že se můžeš svěřit s čímkoliv, a to bez předsudků, prostě tak, jak to je, je skvělé! Přeci jen můj věk by již nahrával nějaké skutečnosti a tomu, že bych vše již měla vědět, ale po porodu, zvláště po dvaceti letech, je to sakra rozdíl... Vůbec mi nevadilo, že moje porodní asistentka sama ještě nemá děti, o toto sdílení zde nešlo. Šlo obecně o možnost se otevřít, svěřit se a také klást otázky a získávat na ně odpovědi“*. Jak hodnotí paní Nina své potřeby po porodu a pomoc s jejich spokojením ze strany porodní asistentky? *„Mojí největší narušenou potřebou byla potřeba spánku a odpočinku. Dále pak pocit, že něco dělám špatně, když je malá Bland'a pořád tak neklidná. Potřebovala jsem tedy utěšit i já a povzbudit. Nebyla jsem si ničím jistá. V kombinaci s tou strašnou únavou to je tedy něco. Uvědomuji si, že to často odnášel můj manžel. Už jsem zkrátka někdy nemohla. Do toho mi zprvu moc nešlo kojit, to také nebylo úplně růžové. Moje porodní asistentka mi pomohla nejvíce právě v tom zklidnění. Byla tu pro mne, když jsme rozjížděly kojení, byla tu pro mě, když jsem se potřebovala vyplakat, byla to pro mě, když jsem zpracovávala porodní zážitek v kombinaci s mojí anamnézou... zkrátka byla tu vždy pro mne, tak bych to asi shrnula (usmívá se a děkuje)*. Nina k tématu dále doplňuje, že vztah s porodní asistentkou a její matkou je úplně jiný. Opět, jako u paní Laury či Klaudie, se ukazuje, že vztah s matkou hraje v poporodním období důležitou roli. U všech zmíněných žen se ukázalo, že v tématice porodu a poporodního období je pro ženy příjemnější otevřeně hovořit s porodní asistentkou.

Paní Klaudie na otázku, jak celkově hodnotí komunitní péči porodní asistentky v poporodním období, odpovídá: *„Jsem nesmírně vděčná, že jsem si Tě našla. Cítím, že si velmi rozumíme a že před Tebou nemusím mít žádné tajemství. To je pro mne velmi důležité. Moc jsi mi pomohla již v těhotenství, a to se krásně naladit na své tělo, na sebe a také na miminko v bříšku. Poporodní období už pak na to jen navazovalo. Zde jsem*

*asi nejvíce potřebovala také ujistit, že vše dělám správně, a to také hlavně v oblasti péče o maličkou a také v oblasti kojení, kde jsem si nebyla úplně jistá. Pamatuji si, že jsi mi radila, abych se opět naladila na sebe a nečetla na internetu všelijaké diskuse a rady, protože jedna rada říká toto a druhá to hned popírá. Pak se mi ulevilo... také mi hodně pomohla doporučená kniha Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem a rady ohledně lepšího zorganizování času. Vzhledem k tomu, že manžel pracuje často v zahraničí, bylo pro mne těžké si najít pro sebe jen chvíli času, i třeba pět minut, denně. Nakonec jsme se ale s manželem lépe domluvili, přehodnotili jsme priority a já jsem si našla každý týden dokonce pár hodin jen pro sebe. Zašla jsem si ke kadeřníkovi nebo na masáž, nebo jen tak jsem si zacvičila jógu. Zjistila jsem, že abych mohla dávat Andrejce svojí péči a lásku a nebyla jsem u toho podrážděná, musím se opečovat také já sama. To je moc důležité, ale nikde se o tom moc nemluví. Tato Tvá rada mi také moc pomohla!“.*

Také Marta vypovídá o tom, že téma zrealizování vlastního odpočinku bylo jedno z klíčových v poradenství od komunitní porodní asistentky: *„Pár dní po porodu jsem si myslela, že vše krásně zvládnou již sama. Jenže když máš na starosti nejen malou Gábinku, kterou musíš kojit podle jejích potřeb, a to tedy nepravidelně, pak máš na starosti domácnost a také zvířata (jejich hospodářství čítá drůbež, 4 kočky, psa, ale i dva koně), tak toho máš prostě hodně. Já jsem navíc nebyla zvyklá jen sedět a odpočívat. To jsem snad nikdy ani nedělala. Ale po porodu jsem byla mimo svojí kondici a dělalo mi problém vše obstarat. Pamatuji si, že jsem byla hodně zadýchaná a často jsem si potřebovala prostě odpočinout. Měla jsem často pocity viny, že nezvládám tolik věcí, jako dříve. Ty jsi mi však vstúpila radu, že ženy po porodu by měly co nejvíce odpočívat, že dříve to byly doslova týdny v posteli! Nejdříve mi to úplně nešlo, ale pak jsem si na to zvykla a úplně jsem se krásně zklidnila. Mojí prioritou se stala péče o Gábinku a ostatní buď počkalo, nebo to vyřídil či udělal manžel či moje maminka. S mým zklidněním přišel i větší čas si všimnout, jaké má Gábinka potřeby. Pustila jsem se tak i do komunikační bezplenkové metody či do látkových plenek. Tyto metody ještě prohloubily pouto mezi mnou a Gábinkou. Je to tak, že jsem cítila i větší důvěru ve svoje mateřské kompetence, když jsem poznala, že se maličké chce čůrat a že mi to vlastně říká a já to vím“.* Marta dále udává, že porodní asistentka jí také poradila vhodné potraviny a doplňky stravy pro zvýšení obsahu železa v organismu. Protože Marta měla velké porodní poranění, trápila jí po porodu i stresová inkontinence. I zde jí porodní asistentka poradila nějaké cviky a také po zhojení masáž jizvy, která by v případě srůstů

mohla dělat potíže v pohodlném sedu či dalším sexuálním životě ženy. Bylo něco, co by Marta od své porodní asistentky ještě uvítala dalšího? Marta vypověděla, že na nic nemůže přijít. Jedině snad možnost být se svojí porodní asistentkou i u porodu.

Jako zkušenost s poporodní péčí komunitní porodní asistentky měla paní Laura? Laura vzhledem ke své diagnóze poporodní deprese využila poporodní péči porodní asistentky celkem 7x. Návštěvy se uskutečnily buď v domácím prostředí ženy či i dvakrát přímo během hospitalizace na psychiatrické klinice. Laura pak zkušenost se svojí komunitní porodní asistentkou popisuje takto: *„Když se nyní ohlédnu zpátky do poporodního období, tak jsem velmi ráda, že jsem Tě tam měla. Bylo to pro mne období temna a Ty jsi byla jedna z těch, která mi pomohla vyjít z té temnoty ven. Pamatuji si, že jsi mi moc a moc pomohla si uvědomit svoje pocity a vlastně jsi byla první, komu jsem se mohla svěřit tak, jak to cítím. To jsem si před maminkou netroufla a manžel mě nechápal, myslel si, že se to všechno spraví“*. K tomuto bych ráda dodala, že jsem, jakožto Lauřina komunitní porodní asistentka, byla opravdu první osoba, které se svěřila se svými černými myšlenkami, a dokonce i s myšlenkou, že její život dále nemá cenu. Jak jsem na toto sdělení reagovala? V důvěrné atmosféře, jako jakýsi mediátor, jsem ostatním členům rodiny vysvětlila vážnost situace a domluvili jsme se na dalším postupu odborné psychiatrické péče. Laura dále poznamenává: *„Moc Ti děkuji, že jsi mne neodsoudila a chodila jsi za mnou i do nemocnice. Moc mi pomáhalo cítit se jako normální člověk, a ne jako blázen. Vím, že jsi mi také poskytovala zajímavé a inspirativní knížky a po porodu jsi se snažila, abych s Bertíkem dohnala bonding, který nebyl možný pro jeho hospitalizaci na JIPU. Tohle vše mi moc pomáhalo. Znovu říkám, že pro mne bylo důležité s někým sdílet moje emoce a nepřipadat si u toho jako blázen. Odměnou z toho pro nás je – alespoň doufám – naše přátelství (usmívá se a já přikyvuji)*.

#### *Mateřská náruč komunitní porodní asistentky*

Ze všech výpovědí našich informantek vyplývá enormní důležitost sdílení svých niterných pocitů se svojí komunitní porodní asistentkou. Klaudie tento fenomén či skutečnost doslova popsala jako *„potřebu mateřské náruče“*. Tato parafráze je k zachycení ve svém významu ve všech výpovědích žen. Evelína například uvádí, že: *„Moje porodní asistentka pro mne byla přílivem uklidňující energie a vlastně mi*

*připomínala kontakt s mojí maminkou, ke které jsem se tak často zpátky na vesnici nemohla dostat“.* Marta zase o své porodní asistentce hovoří jako o ženě, která jí dodávala pocit síly, ale i svobody. Laura na porodní asistentce oceňuje její empatičnost a láskyplné přijetí bez podmínek. A paní Nina? Ta mateřskou esenci ve své komunitní porodní asistentce dokládá slovy: *„Její otevřenost, citlivost, ale i schopnost poradit, z ní dělá ženu, která ve Vás vzbuzuje pocit bezpečí a přijetí“.*

Všechny informantky by péče komunitní porodní asistentky opětovně využily v dalším případném těhotenství a poporodním období. Klaudie a Marta navíc navrhují, že by bylo vhodné, aby byla plošně dostupná kontinuální péče porodních asistentek, tedy, že by se jedna porodní asistentka starala o ženu v těhotenství, při porodu a také po porodu.

Všechny ženy, se kterými byly provedeny rozhovory, si péči komunitní porodní asistentky hradily samy, protože jejich komunitní porodní asistentka neměla uzavřenou smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou v daném kraji.

#### **4.2.3 Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumného šetření**

Kvalitativní výzkumné šetření mělo za cíl představit zkušenosti žen s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období. Z výpovědí informantek bylo jasně patrné, že je pro ně komunitní porodní asistentka velmi důležitou osobou, a to zejména v jakémsi ujištění v mateřské roli. Všechny informantky začaly nad kontaktem „své“ porodní asistentky uvažovat již v těhotenství.

Výzkumné šetření přineslo také zjištění, že i když je každá žena jiná (jiný věk, životní zkušenosti, vzdělání), tak je stejně pro všechny ženy podstatné, aby měly možnost se vypovídat ze svých emocí, a to otevřeně a bez předsudků. Z výpovědí žen jsme určily pro tuto vlastnost či charakteristiku komunitní porodní asistentky termín *„mateřská náruč komunitní porodní asistentky“.*

Všechny z dotazovaných žen by doporučily plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období, která by byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Všechny informantky by opětovně využily péče komunitní porodní asistentky v poporodním období a využití jejích služeb považují za dobré rozhodnutí. Komunitní porodní asistentka byla ženám v poporodním období nápomocná v poradenství ohledně kojení, účastnila se poradenství v rámci poporodní

rekonvalescence (pomoc při stresové inkontinenci, péče o jizvu po porodu, doplnění železa do organismu po porodu) a také v oblasti úpravy životního stylu a životosprávy. Ve všech výpovědích žen byla zvýrazněna zejména psychická podpora stran porodní asistentky. Pro ženy bylo důležité, že je někdo vyslechne, přijímá je v celé jejich podstatě a poskytuje jim pocit bezpečí. Poradenství komunitní porodní asistentky se také týkalo proměn v partnerství po porodu a pomoci se zavedením konceptů tzv. intuitivního a kontaktního rodičovství.

V rámci co nejpřesnější analýzy a interpretace výsledků vyplývajících z kvalitativního výzkumného šetření je podstatné zveřejnit také tzv. *reflexi subjektivity a postavení výzkumníka*. V našem případě se jedná o specifickou situaci, kdy komunitní porodní asistentka, která o ženy pečovala v poporodním období, a jejíž péči ženy komentovaly, byla jedna z autorek této práce (Eva Hendrych Lorenzová). Jedná se tedy o situaci, kdy popisovaný svět je ovlivněn výzkumníkem a mezi výzkumníkem a popisovaným světem je vzájemná závislost (Hendl, 2008, s. 345). Tato skutečnost mohla zkreslit výpovědi informantek v tom smyslu, že v osobním kontaktu s porodní asistentkou a zároveň výzkumníkem v jedné osobě uváděly ženy spíše pozitivní komentáře související s hodnocením popisované péče. Této skutečnosti jsme se snažily předejít intervencí, kdy jsme ženy před zahájením rozhovoru face to face explicitně vyzvaly, aby sdílely své skutečné a veškeré pocity a zkušenosti v souvislosti se zkušeností s poporodní komunitní péčí stran porodní asistentky.

V rámci reflexe subjektivity jsme si také kladly otázky týkající se našeho vnitřního prožívání, s cílem tyto naše prožitky co možná nejvíce uzávorkovat, tedy dát stranou, aby nemohly zkreslit či ovlivnit výpovědi informantek. Proto jsem se sebe například opakovaně ptalana otázky: „*Neovlivňuje moje chování – verbální i neverbální – výpověď informantek? Případně jak?*“; „*Dávám dostatečně najevo, že jsou přijímány všechny odpovědi informantky?*“; „*Jaká otázka je pro ženu nepřijemná k odpovědi a proč?*“

## 5 INTERPRETACE DAT A DISKUSE

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo **popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí**. Ve výzkumném šetření jsme nejdříve použily kvantitativní metodologii. Posléze jsme použily ještě metodologii kvalitativní a sice za účelem zodpovězení našich výzkumných otázek a hlubšího popisu a zachycení zkoumané reality. V této kapitole propojujeme a diskutujeme výsledky z obou druhů výzkumného šetření. Pro přehlednost textu jsme ho dále rozdělily do specifických kategorií. V závěru kapitoly si pak dovoluujeme navrhnout doporučení do praxe, uvádíme vlastní sebereflexi a limity výzkumu.

Pro snadnější orientaci ve výsledcích našeho výzkumného šetření na tomto místě ještě stručně připomínáme užitou metodologii a výběr respondentů, podrobný popis je pak možno získat z kapitoly č. 3 Metodika empirické části práce. V *kvantitativní části výzkumného šetření* jsme provedly dotazníkovou metodu šetření (dotazník vlastní konstrukce, dotazník MGI a hodnoticí škála MIRF Scale). Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 123 žen (dle kriteriálního výběru), které byly rozděleny do dvou skupin. Skupinu zkoumanou (N=56) tvořily ženy, které do konce šestinedělí využily nejméně dvou návštěv komunitní porodní asistentky. Skupinu kontrolní (N=67) pak tvořily ženy, které v období šestinedělí neměly žádnou komunitní ošetrovatelskou péči od porodní asistentky. Dotazníkové šetření bylo provedeno u obou skupin žen nejdříve na konci období šestinedělí a nejpozději v časovém horizontu šesti měsíců od porodu dítěte. V *kvalitativní části výzkumného šetření* jsme provedly hloubkové rozhovory face to face s celkem pěti informantkami, které měly vlastní zkušenost s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu.

### 5.1 Výskyt zdravotních komplikací žen v období šestinedělí

Jedním z našich dílčích výzkumných cílů bylo zjistit, zda komunitní péče o ženy po porodu, poskytovaná porodními asistentkami, vede k nižšímu výskytu somatických zdravotních komplikací žen v šestinedělí. Stanovily jsme si proto tuto dílčí hypotézu – ***Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, vykazují lepší celkový zdravotní stav než ženy bez komunitní péče porodních asistentek***. Tato hypotéza však nebyla potvrzena. Přiznáváme, že tento výsledek byl pro nás překvapením, protože jsme



očekávaly spíše potvrzení hypotézy. Vycházely jsme z výzkumných šetření, která prokázala, že komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu vede k lepším zdravotním výsledkům žen či k preventivním opatřením, které brání rozvinutí zdravotních komplikací v poporodním období (Kronborg et al., 2012; Sikorová a Stichenwirthová, 2012; Askelsdottir, B. et al., 2013; Kailová a Dušová, 2016). Další výzkumné studie prokázaly pozitivní vliv komunitní porodní asistence na stav laktace (Janoušková, 2014; Mendes a Paiva a Leal, 2015; Yonemoto et al., 2017).

Na našem výzkumném šetření se s námi spolupodílelo 10 dalších komunitních porodních asistentek, které měly minimálně 4 roky v komunitní praxi. Všechny komunitní porodní asistentky používaly svoje zdravotnické vybavení, ošetrovatelskou dokumentaci a byly poučené o účelech výzkumného šetření a metodologii sběru dat.

#### *Výsledky zdravotního stavu žen na konci šestinedělí*

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že v průběhu šestinedělí nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výsledcích zdravotního stavu ( $p = 0,873$ ) mezi ženami, které měly komunitní péči (minimálně dvě návštěvy komunitní porodní asistentky) a těmi, které měly jen jednu nebo žádnou návštěvu komunitní porodní asistentky po porodu. Výsledky zdravotního stavu na konci šestinedělí hodnotily ženy samy, odpovídaly na otázku v dotazníku vlastní konstrukce: „*Jak byste zhodnotila průběh Vašeho šestinedělí?*“. Ženy měly na výběr z těchto odpovědí: normální průběh šestinedělí bez komplikací – obtížný průběh šestinedělí – vyhledání lékařské péče. Odpověď „vyhledání lékařské péče“ označilo 7 % žen z kontrolní skupiny a 9 % žen ze zkoumané skupiny. Výsledky tedy nehovoří ve prospěch zkoumané skupiny. Zprávy o rodiče a novorozenci z let 2012 až 2017 hovoří o výskytu patologických stavů v průběhu šestinedělí nutnosti vyhledání lékařské pomoci v rozmezí výskytu 6 – 7% populace žen v šestinedělí (ÚZIS, 2017).

Výsledky komunitní poporodní péče mapovala ve Velké Británii jedna velká randomizovaná kontrolní studie. Ta čítala vzorek 1087 žen po porodu, které měly péči komunitní porodní asistentky v poporodním období. Kontrolní skupina žen, bez péče komunitní porodní asistentky, čítala 977 respondentek. Poskytovaná komunitní péče porodních asistentek trvala v různém rozsahu do 3 měsíců po porodu. Výsledky studie

přinesly zajímavé zjištění. A sice, že komunitní péče porodních asistentek má pozitivní vliv na mentální zdraví žen, ale pozitivní vliv této péče na fyzické zdraví nebyl prokázán (McArthur et al., 2002). Fakt, že komunitní péče zdravotníků o ženy po porodu v domácím prostředí nevede ke snížení vážných zdravotních komplikací, uvádí i přehledová studie z Cochrane Database, která v sobě zahrnuje 12 randomizovaných studií, které čítaly celkem vzorek 11 000 žen po porodu. Studie však přiznává nejednotný postup zdravotníků v péči o ženy, a doporučuje proto na toto téma provést další výzkumy (Yonemto et al., 2017).

Z námi prostudovaných vědeckých studií a v souvislosti s naším výzkumným šetřením, vyplývá fakt, že velmi záleží na způsobu poskytování komunitní ošetrovatelské péče v poporodním období, a proto je velmi obtížné souhrnně shrnout, zda komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek vede ke snížení zdravotních komplikací u žen po porodu. Bylo by třeba provést opakovaná výzkumná šetření za konzistentních podmínek poskytované ošetrovatelské komunitní péče a při jasně daném kritériálním výběru výzkumného souboru.

#### *Výsledky stavu laktace na konci šestinedělí*

Dále bychom rády diskutovaly získané výsledky laktace na konci šestinedělí v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Z celkového počtu žen, které měly komunitní péči porodní asistentky, na konci šestinedělí plně kojilo v 89 %. Žen bez komunitní péče porodní asistentky plně kojilo na konci šestinedělí o 7 % méně, tedy v četnosti 82 %. Rozdíl mezi těmito skupinami žen však nebyl statisticky významný ( $p = 0,539$ ). V jednom z výše zmíněných výzkumných šetření, které probíhalo v roce 2015 v Portugalsku, byl prokázán vliv péče komunitní porodní asistence na výsledky laktace. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 200 prvorodiček, přičemž 100 žen bylo ve skupině bez komunitní péče porodních asistentek a 100 žen po porodu mělo nejméně dvě poporodní návštěvy komunitní porodní asistentky. Chí kvadrát test prokázal, že je zde statisticky významný rozdíl ve výsledcích laktace na konci šestinedělí mezi oběma skupinami žen ( $p = 0,001$ ). Děti žen, které měly komunitní péči porodní asistentky po porodu, byly výlučně kojené v 71 %. Oproti tomu děti ze skupiny žen, které v poporodním období neměly péči komunitní porodní asistentky, byly výlučně kojené jen ve 38 % (Mendes a Paiva a Leal, 2015).

Domníváme se, že by bylo zajímavé naše výzkumné šetření o výsledcích laktace znovu provést v období 6ti měsíců věku dítěte. Zde by podle laktační ligy mělo platit, že se ukáže rozdíl ve výsledcích laktace i v souvislosti s podporou žen zdravotníky (Laktační liga, 2017). Cílem Světové zdravotnické organizace je, aby do roku 2020 bylo v 6ti měsících výlučně kojeno minimálně 50 % dětí. V České republice je v současné době v tomto období výlučně kojeno jen 36,9 % dětí. Laktační liga k tomuto stavu říká: „Počty kojených dětí se v posledních letech v ČR nemění, klesá však počet výlučně kojených dětí při propuštění z porodnice... Mnoho maminek nepokračuje v kojení podle doporučení, což může z části svědčit i o nedostatečné podpoře, kterou potřebují dostat od zdravotníků, rodinných příslušníků, poskytovatelů zdravotní péče“ (Laktační liga, 2017). Laktační liga dále uvádí, že v Evropě je na tom mezi výsledky kojení nejlépe skandinávský region. Zde je kultura podpory kojení velmi zakořeněná a státem podporovaná, všechny porodnice a novorozenecká oddělení mají certifikaci Baby Friendly Hospital (Laktační liga, 2017).

Výzkumné šetření provedené v roce 2016 s cílem zjistit očekávání matek dětí od jednoho do dvou let věku od návštěvní služby komunitní sestry věnující se novorozencům a kojencům, zahrnulo 254 respondentek ze všech regionů České republiky. Z tohoto souboru by 59,8 % žen uvítalo návštěvní péči komunitní sestry a 40,2 % žen by o tento druh péče zájem nemělo. Kvantitativní výzkumné šetření dále přineslo zjištění, že 26,3 % žen ze skupiny respondentek, které měly o návštěvní službu zájem (n = 152), od této komunitní péče očekávalo zkontrolování techniky kojení a pomoc při řešení problémů. Překvapivé je zjištění, že 25,2 % respondentek ze skupiny žen, které by návštěvní službu nevyužilo (n = 102), považuje návštěvní službu jako aktivitu, která narušuje soukromí rodiny. Z výzkumu v závěru vyplývá, že by návštěvní služba komunitní sestry pečující o novorozence a kojence měla být zdravotníky aktivně nabízena. Je důležité však nabízet takovou službu, která prohlubuje mezi matkou a komunitní sestrou vzájemnou důvěru a respekt (Schönbauerová a Boledovičová, 2018).

Na tomto místě si dovolíme uvést ještě jednu polemiku nad našimi výsledky výzkumného šetření. Domníváme se, že naše výsledky zdravotního stavu žen na konci šestinedělí a výsledky laktace mohou souviset jednak s poměrně malým vzorkem respondentek (výsledky celkového zdravotního stavu žen a výsledky laktace byly dílčím výzkumným cílem našeho šetření), ale také s absencí *jednotných standardů pro vlastní komunitní praxi porodních asistentek* v naší republice, a to včetně péče o ženy v poporodním období. Výzkumné zahraniční studie a protokoly shodně uvádějí, že poskytovaná poporodní péče komunitních porodních asistentek se mezinárodně liší. Souvisí to s frekvencí a délkou poskytované péče a také s kvalitou poskytované péče (Brodribb et al., 2013; Schmied a Bick, 2014; Brailey et al. 2017; Verbiest et al., 2018).

Odborníci z Velké Británie a Austrálie, kde porodní asistentky mají k dispozici jednotné standardy komunitní poporodní péče, uvádí zajímavý pohled na problematiku. Tvrdí, že je zatím všeobecně málo výzkumů, které by se věnovaly benefitům rutinní poporodní péče. Tedy, že standardní poporodní péče, která je poskytovaná rutinně, nepřináší ženám po porodu benefit. Je potřeba, aby teorie a praxe poporodní péče byla vždy vyvážená. Proto doporučují, aby vlastní poporodní komunitní péče porodních asistentek byla vždy zaměřena na ženu individuálně. Toto by měla být priorita komunitní ošetrovatelské péče. Praxe bohužel ukazuje, že se více a více rozšiřuje nekvalifikovaná a nekontinuální komunitní péče, či se zakládají poporodní kliniky, kam ženy po porodu docházejí. Takto nastavená anonymní a nekontinuální péče není postavená na evidenci důkazů péče porodních asistentek a nekoresponduje s potřeby žen po porodu a s jejich prioritami (Schmied a Bick, 2014). Také výzkumná studie provedená ve Švédsku, která popisovala význam podpory žen v poporodním období, v závěru upozorňuje na význam kontinuity komunitní péče v poporodním období. Jedině tak je možné do hloubky a efektivně porozumět potřebám žen po porodu (Barimani et al., 2014). Aktuální výzkumná studie, opět z Austrálie, téma rozšiřuje o další úhel pohledu na problematiku. Tou je spokojenost porodních asistentek s vykonáváním profese. Studie závěrem doporučuje, zařadit mezi další významné cíle profese (kromě cílů orientovaných na vynikající porodnické a neonatologické výsledky zdravotního stavu) budování dlouhodobých vztahů mezi porodními asistentkami a ženami. I toto jsou pro porodní asistentky významné zdroje spokojenosti s vykonávanou profesí. Což má za následek dlouhodobé setrvávání v profesním oboru, zisk větších

zkušeností a potažmo poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče v komunitním prostředí (Harvie et al., 2019).

Z výše uvedených výzkumných studií vyplývá, že zavedené standardy komunitní poporodní péče nezaručují hluboké pochopení potřeb žen v poporodním období. Proto se nám jako účinný model ošetrovatelské komunitní péče o ženy po porodu jeví kombinace standardů poporodní péče postavených na praxi založené na důkazech v kombinaci s individuálně citlivou a kontinuální ošetrovatelskou péčí.

## 5.2 Kvalita života ženy po porodu

Těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím se proměňuje kvalita života každé ženy. Dochází k proměnám tělesným, psychospirituálním, ale také k proměnám energetickým a sociálním. V souvislosti s naším výzkumným šetřením jsme pro popis a zhodnocení kvality života žen po porodu použily specifický dotazník Mother Generated Index.

### *Identifikované životní oblasti změněné v poporodním období*

První část dotazníku MGI byla postavena na volných odpovědích respondentek. Ženy byly vyzvány, aby uvedly až 8 životních oblastí, které se změnilo v poporodním období. Všechny odpovědi respondentek byly rozděleny do jednotlivých kategorií. Celkem jsme identifikovaly 9 speciálních kategorií a 10. kategorie byla nazvána Ostatní/nezařaditelné. Vytvořily jsme tyto speciální kategorie: *Pocit zdraví/well be; Vztah s partnerem, sexualita; Vztah s přáteli; Mateřská role; Pocit životního uspokojení; Vztah se starším dítětem; Kariéra; Vztah k sobě, ocenění se; Vztah s vlastní matkou.* Námi sestavené kategorie se téměř shodují s kategorizací odpovědí získaných z výzkumného šetření Soni Žákové, která v rámci své diplomové magisterské práce také prováděla výzkumné šetření s použitím dotazníku MGI. Cílem jejího výzkumného šetření bylo zjistit, zda existují rozdíly v subjektivně vnímané kvalitě života žen v těhotenství a po porodu. Výzkumný vzorek čítal celkem 120 respondentek z Plzeňského kraje. V jejím výzkumném šetření byly identifikovány tyto životní oblasti: *Vztah s partnerem; Rodina – vztah s rodiči a narozenými dětmi; Práce – studium,*

*finance, práce; Poznání sebe sama – víra v sebe, poznání sebe sama; Volný čas; Zdravotní stav – důvěra v lékařskou péči, fyzická kondice; Přátelé; Mateřství* (Žáková, 2018). Druhá výzkumná práce, která využívá dotazník MGI a pochází z České republiky, je bakalářská práce Dany Závodníkové. Ta si v rámci svého výzkumného šetření dala za cíl porovnat kvalitu života žen od konce šestinedělí do 1 roku po narození dítěte metodou SEIQOL a MGI. V práci byly identifikovány tyto životní oblasti: *Rodina; Partnerský vztah; Kariéra; Finance; Zdraví; Tělesný vzhled; Volný čas; Svoboda; Přátelství; Mateřství; Zázemí; Štěstí; Smutek*. Výzkumný vzorek čítal celkem 24 žen (Závodníková, 2015).

V zahraničních výzkumných studiích byly identifikovány podobné kategorie odpovědí žen. V aktuální výzkumné studii provedené v Německu (Grylka Bäschlin et al., 2017) bylo zjištěno 13 kategorií životních oblastí: *Fyzické zdraví; Psychické zdraví; Celkové zdraví; Mateřství; Partnerství a rodina; Společenský život; Každodenní život; Volný čas; Kariéra; Finanční situace; Budoucnost; Životní hodnoty a priority; Změna životní role*. Výzkum zahrnoval celkem 207 respondentek v poporodním období na konci šestinedělí. V původní vědecké práci autora dotazníku MGI, Dr. A. Symona, bylo v roce 2002 zjištěno těchto 15 životních oblastí: *Únava; Méně osobního času; Méně času s partnerem a zbytkem rodiny; Horší vztahy s partnerem či jiným členem rodiny; Fyzické obtíže; Nižší sebevědomí; Finanční starosti; Radost z dítěte; Pocit štěstí a naplnění; Rodinná spokojenost; Zvýšené sebevědomí; Negativní pocity vůči dítěti; Péče o domácnost; Snížený sexuální život* (Symon et al., 2002).

Z výše uvedených přehledů identifikovaných kategorizací životních oblastí vyplývá určitá podobnost. I přesto, že účelem popisu a určení proměn kvality života žen po porodu není kvantifikace nýbrž zachycení a pochopení individuálních zkušeností a prožitků, pro vědecké účely a obecné hodnocení proměn života žen po porodu je určitá kvantifikace nutná. Z našeho výzkumného šetření vzešla jedna *originální životní oblast*, kterou do této doby nezachytil žádný výzkum popisující kvalitu života žen po porodu užívající dotazníku MGI (konzultováno emailovou korespondencí s Dr. Symonem, leden 2019). Touto životní oblastí je **Vztah s vlastní matkou**. V našem výzkumu tuto životní oblast uvedlo sice jen 35 respondentek ze 123. Ale z rozboru určení tzv. *hrubého hodnocení* důležitosti dané životní oblasti vyplývá, že tato životní oblast je ženami významně kladně hodnocena (umístila se na 3. místě za životní oblastí *Mateřská rolea Pocit životního uspokojení*). Pro určení hrubého hodnocení, byla využita numerická

škála od 0 do 10, kdy 0 znamenala „nejhorší pocit, nemohu se cítit hůře“ a 10 znamenala „nejpříjemnější pocit – nemohu se cítit lépe“. Životní oblast *Vztah s vlastní matkou* získala v aritmetickém průměru všech uvedených položek hodnotu 8,2. Dále jsme prokázaly, že pro životní oblast *Vztah s vlastní matkou* nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu (Fisherův exaktní test,  $p = 0,65$ ). Jistě by bylo zajímavé provést doplňující kvalitativní výzkum zaměřený jen na téma proměn vztahu mezi ženou po porodu a její matkou. A tento výzkum dále také porovnat s výzkumnou studií pocházející z jiného sociokulturního prostředí.

#### *Zajímavé výsledky subjektivně vnímané kvality života žen po porodu*

Z části výzkumné studie, která se zaměřovala na *popis subjektivně vnímané kvality života žen po porodu*, vyšly další zajímavé výsledky. Dotazníkové šetření probíhalo u obou skupin respondentek (zkoumaná a kontrolní skupina) nejdříve na konci šestinedělí a nejpозději v časovém horizontu šesti měsíců od porodu dítěte.

Po provedené kategorizaci odpovědí všech respondentek výzkumného šetření jsme přistoupily ke druhému kroku zpracování dat. V této fázi jsme se zaměřily na posouzení charakteru životní oblasti. ***Byla změna v dané životní oblasti pozitivní, negativní či pozitivní i negativní?*** Zároveň nám také vyšel přehled o tom, které životní oblasti byly ženami nejčastěji udávány a které nejméně. V celkovém souboru respondentek ( $N = 123$ ) vyšly tyto výsledky: jako **nejčastěji zmiňovaná životní oblast, které se dotklo narození dítěte, byl Vztah s partnerem, sexualita** (hodnotilo jí 88,6 % respondentek, z celkového souboru  $N = 123$  byla ve 41 % hodnocena jako pozitivní změna, ve 20 % jako negativní změna a ve 27,6 % jako změna obojí/žádná). Na druhém místě v četnosti uvádění se objevila životní oblast **Vztah k sobě, ocenění se** (četnost odpovědí 63,4 %). Nejméně uváděnými životními oblastmi byly Vztah se starším dítětem (četnost odpovědí 16,3 %) či Kariéra (četnost odpovědí 23,6 %).

**Velmi zajímavé jsou výsledky ohledně uvádění změnžené životní oblasti Vztah s partnerem, sexualita** (četnost odpovědí 88,6 %). Pro srovnání uvádíme opět studii Dr. Symona (Symon et al., 2015), které se zúčastnilo 400 žen v období 6 týdnů po porodu. Zde byla na prvním místě četnosti uváděných životních oblastí, kterých se dotklo narození dítěte právě oblast „partnerství“ (četnost odpovědí 364). Mezi další

časté odpovědi žen patřily životní oblasti „dítě“ (četnost odpovědí 296) a „rodina“ (četnost odpovědí 267). Studie bohužel dále nspecifikuje charakter změny životní oblasti. Také z výzkumu provedeného v Německu a ve Švýcarsku, kterého se zúčastnilo 82 žen na konci šestinedělí, vyplývá nejčastěji zmiňovaná životní kategorie, které se dotklo narození dítěte „rodina a partnerství“ (Grylka-Bäschlin, 2018). Z našeho výzkumného šetření vyplynuly konkrétní vybrané odpovědi respondentek. V kontextu pozitivních změn byly uvedeny tyto odpovědi: „intenzivnější důvěra v partnera“, „láskyplný vztah k manželovi“, „pocit lásky“ či „více dotyků s partnerem“. Mezi vybrané odpovědi s negativní změnou v této kategorii řadíme: „nedostatek času na partnera“, „sžívání se s novou rolí rodičů zabírá naši celou energii“, „intimní život se změnil – není na něj čas a ani energie“. Náplní práce komunitní porodní asistentky je v poporodním období péče nejen o ženu, novorozence, ale i o partnera či případně širší rodinu, ve které žena žije. Komunitní prostředí umožňuje porodní asistentce vidět emocionální vazby v rodině, což vede k hlubšímu pochopení potřeb jednotlivých členů komunity. Na základě pochopení individuálních potřeb, je pak možné plánovat intervence vedoucí k harmonizaci rodiny, do které se právě narodil nový člen (Stadelmann, 2009).

V další fázi interpretace získaných dat se již zaměříme na popis výsledků subjektivně vnímané kvality života žen v souvislosti s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodních asistentek.

### *Zajímavé výsledky kvality života žen po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období*

Jedním z našich dílčích výzkumných cílů bylo zjistit, *jaký je rozdíl ve vnímání kvality vlastního života u žen s proběhlou komunitní péčí porodních asistentek po porodu a u žen bez komunitní péče porodních asistentek.*

Naší výzkumnou hypotézu jsme postavily takto: ***U žen, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, lze sledovat vyšší úroveň kvality života než u žen bez komunitní péče porodních asistentek.*** Nástrojem k posouzení kvality života žen po porodu byl již představovaný dotazník MGI. Dodáváme, že takto postavený výzkumný záměr zatím nebyl v souvislosti s dotazníkem MGI zrealizován. Jakých výsledků jsme tedy dosáhly?



První zajímavé výsledky se týkají životní oblasti **Pocit zdraví/well be**. Zde *byl zjištěn statisticky významný rozdíl v neuvádění této životní oblasti „Pocit zdraví/ well be“ u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu ve srovnání se skupinou žen bez komunitní péče porodní asistentky. Konkrétně to znamená, že ženy bez komunitní péče porodní asistentky tuto životní oblast uváděly častěji (neuvešlo 37 % žen z kontrolní skupiny). Ve skupině zkoumané tuto životní oblast neuvedlo 64 % žen. Ženy ze zkoumané skupiny dále tuto oblast v 9 % hodnotily jako pozitivní změnu, v 6 % negativní a v 9 % došlo ke změně obojí/žádné. Zajímavé je také zjištění, že v kontrolní skupině tuto životní oblast Pocit zdraví/well be pozitivně hodnotilo 21 % respondentek, 31% respondentek jí hodnotilo negativně a 10 % respondentek označilo možnost „obojí/žádné“. Tedy můžeme tvrdit, že nejvíc hodnotících odpovědí žen bylo u negativní proměny domény Pocit zdraví/well be. Z výsledků zkoumané skupiny respondentek usuzujeme, že téma Pocit zdraví/well be, ve kterém byly zahrnuté spíše fyzické projevy zdraví a celkové pohody, nejsou pro ženy tolik jiné či aktuální, jako výsledky související s jinou životní oblastí, kterou je **Vztah k sobě, ocenění se**. Zajímavé je, že také ve výzkumu Dr. Symona, kdy byl dotazník MGI validizován, byly zjištěné podobné výsledky. Velmi časté zmíněné změněné oblasti v poporodní kvalitě života žen byly psychické změny, změny sociálního života, pozitivní vztah s dítětem. Velmi málo byly komentované fyzické změny po porodu (Symon et al., 2003 b). Tento výzkum však nebyl proveden ve spojitosti s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí.*

*V souvislosti s životní oblastí **Vztah k sobě, ocenění se**, byl zjištěn statisticky významný rozdíl (Fisherův exaktní test,  $p= 0,025$ ) v uvádění této životní oblasti u skupiny žen s komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu. Ženy s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí po porodu tuto životní oblast hodnotily v 77 %. Výsledky dále ukazují, že z celého zkoumaného souboru respondentek jí v 57 % respondentky hodnotily jako pozitivní změnu, 9 % respondentek jí hodnotilo negativně a 11 % respondentek oblast hodnotilo s přívlastkem změny obojí/žádné. Oproti tomu respondentky z kontrolní skupiny tuto životní oblast uváděly méně, konkrétně v 52 %. I Z celkového souboru kontrolní skupiny respondentek jí pak ve 34 % ženy hodnotily pozitivně, 10 % žen jí hodnotilo negativně a 7 % žen označilo tuto změnu jako obojí/žádné. Z námi předložených výzkumných výsledků vyplývá, že životní oblast **Vztah k sobě, ocenění se**, je pro obě skupiny velmi důležitá, obě skupiny tuto životní*

oblast uvedly v nadpolovičním výskytu odpovědí. Zkoumaná skupina žen však tuto životní oblast uváděla častěji a je i více pozitivně hodnocena. Pro ilustraci nyní uvádíme, jaké pozitivní odpovědi respondentek, byly zařazeny do této životní oblasti (dále nerozlišeno dle skupin respondentek): „*mám větší důvěru v sebe*“, „*ověřila jsem si, že se na sebe mohu spolehnout*“, „*mám radost ze své plodnosti*“, „*období těhotenství, porodu a poporodního období považuji za velké mezníky v mém osobním rozvoji*“, „*díky mateřství pracuji na svých temných stránkách*“, „*mám hlubší prožitek své ženskosti*“, „*překonala jsem strach z porodu*“, „*díky mateřství jsem se více poznala*“. Mezi negativní změny této životní oblasti pak pro ilustraci uvádíme výpovědi žen: „*občas se cítím nejistá*“, „*vyčítám si, co neumím, a mám problém se pochválit*“ či „*někdy mám problém se zpracováním negativních emocí spojených s porodem*“. Bohužel se zde jednou také objevilo velmi negativní tvrzení: „*po porodu se mi rozjely fobie a úzkosti*“. Role komunitní porodní asistentky je kromě péče o tělesný zdravotní stav ženy po porodu také v péči o psychospirituální rovinu zdraví. Ukazuje se, že dostatečný časový prostor na ženu po porodu, empatické naslouchání a projevení podpory, je pro ženinu sebepercepci a sebeocenění velmi důležité. Schopnost ženy ocenit svoje kvality, pochválit se a v jakémsi nadhledu řešit denní obtíže, které k období šestinedělí patří, je velmi důležitá i jako prevence případných psychických propadů v poporodním období. Je to však důležité i pro empatický a emočně pozitivní vztah s novorozencem (Guttmanová, 2013).

Dalším zajímavým výsledkem bylo zjištění souvislostí s životní oblastí ***Mateřská role***. Pro tuto životní oblast *nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl hodnocení* ve skupině žen s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky po porodu. Ženy ze zkoumané skupiny tuto oblast uváděly v 59 % svých výpovědí, z celkového souboru této skupiny jí pak pozitivně hodnotilo 48 % žen, negativní hodnocení uvedlo 0% a charakter změny obojí/žádné uvedlo 11 % žen. Ženy z kontrolní skupiny tuto životní oblast uváděly v 52 % odpovědí, z celkového souboru žen ji pak ve 46 % hodnotily pozitivně, v 0 % negativně a v 6 % jako změnu s přívlastkem obojí/žádné. I když z našeho výzkumného šetření nevyšly signifikantně významné rozdíly v hodnocení této životní oblasti, můžeme alespoň tvrdit, že tato životní oblast *Mateřská role* byla pro obě skupiny žen významná, vždy přesáhla 50 % uvedených odpovědí. Je zajímavé, že tato životní kategorie byla často hodnocena jako

pozitivní změna a nikdy jako negativní změna. A jaké výpovědi žen po porodu jsme souhrnně zaznamenaly? „*konečně jsem matkou*“, „*souznění s kulturou uznávání dětí*“ či „*souznění s mateřskou rolí*“. Dokonce se vyskytla i velmi emotivní odpověď: „*touha vzít si cizí dítě do náhradní rodinné péče*“. Mezi obojaký charakter změny této životní oblasti pak patří zejména tvrzení: „*sžívání se s rolí matky*“. Z námi získaných výsledků si dovoluujeme navrhnout otázku, jejíž odpověď by mohl poskytnout další tematický výzkum. Ptáme se tedy: „*Jaký vliv na hodnocení životní oblasti Mateřská role má u zkoumané skupiny respondentek fakt, že se svojí komunitní porodní asistentkou nebyly dříve v kontinuálním modelu péče? Tedy, že se většinou poprvé setkaly až po porodu?*“. Vycházíme přitom z teorií R. Mercer, která tvrdí, že proces stávání se matkou začíná již v těhotenství. A i zde má velkou roli porodní asistentka, která o ženu pečuje (Mercer, 2004).

A jaké výsledky přinesl popis životní oblasti **Vztah s vlastní matkou** v souvislosti s proběhlou či neproběhlou komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období? Zde nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení této životní oblasti (Fisherův exaktní test,  $p = 0,65$ ). I u této životní oblasti by bylo velmi zajímavé zjistit, jakou roli a způsob podpory poskytuje v poporodním období ženám jejich vlastní matka. Z výzkumu provedeného v roce 2005 v Irsku vyplynulo, že ženám po porodu poskytuje emocionální podporu v 85 % jejich partner, ale hned záhy je to jejich matka, zde bylo zaznamenáno 80 % odpovědí. Zarážející výsledek vyšel v souvislosti s péčí porodních asistentek, protože zde byla uvedena poskytnutá emocionální podpora jen v 7 %. Oproti tomu však byla v péči porodní asistentky vysoce hodnocena informační podpora, tuto odpověď označilo 52 % žen po porodu. Výzkumné šetření bylo provedeno na konci šestinedělí. Použita byla kvantitativní výzkumná metodologie a výzkumný soubor čítal celkem 99 žen po porodu, které porodily své první dítě (Warren, 2005).

V interpretaci zajímavých výsledků nyní přecházíme k výsledkům souvisejícím s *určením důležitosti či významnosti životních oblastí* pro ženy po porodu.

U jednotlivých životních oblastí dále proběhlo posouzení jejich důležitosti či významu pro respondentky. Toto proběhlo ve 2. a 3. kroku dotazníku MGI.

Respondentky uvedené životní oblasti hodnotily na škále od 0 do 10, takto vyšlo hrubé hodnocení životní oblasti. V souvislosti se statistickou analýzou výzkumných dat jsme získané hodnoty dále zpracovaly, kdy nám vyšlo určení důležitosti životní hodnoty tzv. váha +. Váhy byly vypočteny na základě součtu hodnot za všechny oblasti a váha pro danou životní oblast byla vypočtena jako váha oblasti / součet za všechny oblasti. Na základě váhy a skóre bylo dále vypočteno vážené skóre.

V souvislosti s výše uvedenou statistickou analýzou dat, vyšly pozoruhodné výsledky u životní oblasti **Pocit životního uspokojení**. Ve vahách **byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami respondentek, kdy vyšší hodnoty byly zaznamenány u osob bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče ( $p = 0,0132$ )**. To tedy znamená, že respondentky z kontrolní skupiny této životní oblasti přisuzovaly vyšší důležitost. Také **ve vážených hodnotách byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti Pocit životního uspokojení u skupiny respondentek bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče po porodu porodní asistentkou ( $p = 0,0116$ )**. Tyto respondentky udávaly vyšší hodnoty, které představují propojení důležitosti i pozitivitu hodnocení.

Pro ilustraci výpovědí žen (celkový soubor) opět uvádíme některá pozitivní tvrzení: „*mám pocit, že jsem dozrála*“, „*vidím nový smysl svého života*“, „*jsem nadšená ze svého miminka*“, „*mám dlouhou mateřskou dovolenou (6 let) a jsem šťastná*“. Mezi negativní hodnocení této životní oblasti můžeme zařadit: „*mrzí mne ztráta mého introvertního světa, který potřebuji pro načerpání energie*“, „*pocit jiného psychického a fyzického vyčerpání než za života bez dětí*“, „*ztráta osobní svobody*“, „*málo času pro sebe*“.

Přiznáváme, že výše uvedené výsledky propojení důležitosti i pozitivitu hodnocení životní oblasti *Pocit životního uspokojení*, které vyšly u kontrolní skupiny respondentek, jsou pro nás překvapivé. Dostupné výzkumné závěry se kloní k opačnému vlivu na životní spokojenost, tedy že spokojenost žen po porodu přímo souvisí se sociální podporou (Warren, 2005; Gebuza, 2014; Bagherinia et al. 2018). Jako limitní v souvislosti s vyhodnocením této životní kategorie vnímáme rozřazení odpovědí respondentek do jednotlivých životních kategorií. Některé výpovědi respondentek mohou být svým výpovědním obsahem na hranici dvou kategorií. Následné rozřazení je tedy ovlivněno subjektivitou výzkumníka. Pro získání dalších výzkumných dat se opět kloníme k provedení následného výzkumného šetření, které by

bylo zaměřené jen na pocit životního uspokojení u žen po porodu. Takto fokusované kvantitativní výzkumné šetření nebylo v České republice v souvislosti s proběhlou komunitní péčí porodních asistentek zatím provedeno. Navrhujeme provést kvantitativní výzkumné šetření za použití modifikovaných specifických výzkumných dotazníků a škál, např. Life Satisfaction Questionnaire, Life Satisfaction Index či Wheel of Life Satisfaction. A problematiku dále rozpracovat kvalitativní výzkumnou metodologií.

#### *Výsledný index kvality života žen po porodu*

V dotazníku MGI se dále počítá tzv. index kvality života ženy po porodu. Vypočítá se tak, že se sečtou všechny body rozdělené ve druhém kroku (na škále 0–10) a vydělí se počtem uvedených položek (maximálně 8 – viz. první krok dotazníku). Výsledným indexem kvality života žen po porodu je průměr výše uvedených hodnot. Námí vyhodnocený Index kvality života žen po porodu dosáhl v průměru hodnotu  $7,5 \pm 1,38$ ; minimální hodnota byla 4 a maximální 10. Jen u 6,5 % žen byla výsledná hodnota Indexu kvality života žen v poporodním období vyhodnocena jako nízká ( $\leq 5$ ). Ve výsledném indexu kvality života žen po porodu nebyl shledán statisticky významný rozdíl v souvislosti s proběhlou či neproběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentkou ( $p = 0,3252$ ).

Dosažené výsledky bohužel nemůže srovnat se žádnou původní českou výzkumnou studií, protože výsledným indexem kvality života ženy po porodu se žádná z výzkumných studií zatím nezabývala.

Autor dotazníku, Dr. Symon, k výslednému indexu kvality života ženy po porodu říká (Symon et al., 2003 b): „*Hranice výsledného indexu u čísla 5 není důkazem určité kvality života. Bylo však zjištěno, že výsledné skóre s hodnotou pod či rovno hodnotě 5, je signifikantně spojeno s vyšší incidencí fyzických problémů, vyšším skóre v dotazníku Edinburghské poporodní deprese a nižším skóre v dotazníku Maternal Adjustments and Maternal Attitude...Neexistuje však přesná odpověď na to, co je vysoké a co nízké skóre, samozřejmě záleží také na individuálním posouzení životní zkušenosti a prožitcích každé ženy po porodu.*“

Výzkumné studie provedené v jiných zemích, ukázaly různé výsledky. Indická studie předkládá nižší průměrné skóre indexu kvality života žen po porodu – 3,6

(Nagpal et al., 2008). V Polsku Nowakowska-Glab a další našli vyšší průměr výsledného indexu kvality života žen po porodu –  $5,86 \pm 1,71$  (Symon et al., 2012). V Německu byl v roce 2017 identifikován výsledný index u žen po porodu v hodnotě 7,20, ale výsledky byly získány od žen třetí den po porodu (Grylka – Bäschlin, 2018).

Ze zjištěných výsledků výsledného indexu kvality žen po porodu plyne zjištění, že jeho konečná podoba je ovlivněna načasováním provádění výzkumného šetření a také kulturním a místním specifíkem, které ovlivňují výzkumný soubor (Symon et al., 2012).

I přesto, že výzkumné šetření odhalilo spoustu zajímavých výzkumných výsledků, výchozí výzkumná hypotéza nebyla potvrzena a byla přijata nulová hypotéza na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ : ***Není rozdíl ve výši úrovně kvality života žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče.***

#### *Reflexe zkušenosti hodnotitelů praktickým využitím dotazníku MGI*

Dotazník Mother-Generated Index byl v roce 2003 uznán jako validní nástroj na měření kvality života žen po porodu (Symon et al., 2003). **Síla tohoto dotazníku je spatřována v zachycení subjektivně vnímané kvality života žen po porodu.** Samotný autor dotazníku říká, že ačkoliv existuje mnoho jiných dotazníků, které se věnují popsání kvality života, tento dotazník je jiný. Není to žádný předem připravený seznam položek, které ženy vyplňují. Síla dotazníku je v jeho otevřenosti a fokusu na popis individuálních zkušeností a prožitků žen po porodu. Dotazník nám tak dává možnost zachytit životní oblasti, které si dopředu nemůžeme nijak předpřipravit a žena má tak možnost vyjádřit své **SKUTEČNÉ PROŽITKY A ZKUŠENOSTI**. Proto se můžeme do hloubky dozvědět například o poporodních změnách v souvislosti s finanční situací, partnerstvím či vztahu k sobě samé (Symon et al., 2002). Dalším přínosem tohoto dotazníku se jeví fakt, že díky úvahám ženy nad změnami v jejím životě po porodu dochází k pocitu většího spojení se sebou samou. **Dotazník ženám po porodu pomáhá uvažovat nad svým životem a mluvit o něm a také prohlubuje vztah mezi hodnotitelem, potažmo porodní asistentkou, a ženou po porodu** (Symon et al., 2003). Na druhou stranu tato **specifičnost dotazníku se v praxi jeví jako metodologické úskalí**. Zkušenosti hodnotitelů dotazníků hovoří jednotně – vyhodnocení dotazníku je poměrně složité. Získané odpovědi je nutno pro kvantifikaci

rozdružit do určitých kategorií a zde může nastat zkreslení výzkumných závěrů. Další připomínkou je, že dotazník je pro respondentky často časově náročný (vyplnění trvá přibližně 60 minut). Také vlastní vyplnění dotazníku se většinou neobejde bez instrukcí hodnotitele (Závodníková, 2015; Žáková, 2018; Grylka Bäschlin et al., 2018).

V průběhu našeho výzkumného šetření jsme se nesetkaly s problémy v souvislosti s porozuměním žen dotazníku. Také termín *kvalita života* nebyl pro ženy nepochopitelný jako například ve zkušenosti výzkumu provedeném v Indii (Nagpal et al., 2008). Od našich respondentek jsme však zaznamenaly negativní zpětnou vazbu na časovou náročnost týkající se jeho vyplnění.

**Porodní asistentky, které se zúčastnily našeho výzkumného šetření a s ženami vyplňovaly dotazník MGI, se shodly na tom, že dotazník vnímají jako užitečný nástroj do použití v praxi.** Nejvíce ocenily jeho zaměření na individualitu každé ženy a také potvrdily, že tento nástroj jim pomáhá prohloubit vztah se ženou. Díky identifikovaným životním oblastem, které se po porodu v životě ženy mění, může pak komunitní porodní asistentka lépe reagovat na její individuální potřeby po porodu.

### 5.3 Vztah matky a dítěte po porodu

Narození dítěte představuje pro každou ženu velkou životní změnu. V aktuálně dostupných vědeckých studiích se ukazuje, že sociální podpora poskytovaná ženám v souvislosti s mateřstvím má velký význam pro psychické zdraví ženy, ale také pro navázání optimální emocionální vazby mezi matkou a jejím dítětem (Warren et al., 2005; Darvill et al., 2008; Dahlberg et al., 2016).

Pro naše výzkumné účely s cílem *zjistit, jaký je rozdíl ve vývoji vazby mezi matkou a dítětem u žen s komunitní péčí porodních asistentek po porodu a u žen bez komunitní péče porodních asistentek po porodu*, byla použita speciální hodnoticí škála MIRF Scale. Hodnoticí škálu MIRF Scale poprvé představila Stina Thorstensson, která působí na Švédské universitě (University of Sweden), Katedře zdraví a vzdělávání. Primárním cílem vzniku této škály bylo vymyslet nějakou pomůcku, která by sloužila porodním asistentkám a poporodním sestrám ve zhodnocení navázání vztahu matka – dítě. První výzkum za použití této škály proběhl v roce 2012 v porodnici na jihozápadě Švédska, kde je ročně kolem 3200 porodů. Respondentky musely být prvorodičky se stářím novorozence od 1 do 3 dnů. Celkem bylo provedeno deset rozhovorů včetně

vyplnění škály. Účastnice rozhovoru přiznaly, že nebyly připravené na tak silné pocity, které se váží k mateřství.

Milovat někoho, koho skutečně ještě neznáte, je podle Ramony Mercerové nová dimenze lásky a je součástí přijímání mateřské role. Účastnice rozhovorů dále přiznávají nečekaně silné pocity obav a pocitů nutnosti ochránění svého dítěte. Výzkum prokázal, že právě obavy o své dítě a potřeba ho chránit jsou základními kameny citlivého rodičovství. Ačkoliv jsou tyto pocity silné až ohromující, jsou také přirozené v procesu stávat se matkou a je velmi vhodné, aby zdravotníci ženy v pochopení těchto pocitů provedli (Hendrych Lorenzová a Bártlová a Ratislavová, 2018)

Pro posouzení vztahu mezi matkou a jejím dítětem v poporodním období jsme si stanovily tuto výzkumnou hypotézu: **Ženy, o které v šestinedělí pečují komunitní porodní asistentky, mají vřelejší vztah se svými dětmi než ženy bez komunitní péče porodních asistentek.** Naše výzkumné šetření však tuto hypotézu nepotvrdilo. Vycházely jsme při tom z několika aktuálních výzkumných studií (Warren, 2005; Thorstensson, 2012 b; Rautio, 2012, Takács, 2012).

*Vztah matky ke svému dítěti po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky*

Výsledky vztahu matky ke svému dítěti po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky zachycuje tabulka č. 49. Respondentky se vyjadřovaly k těmto tvrzením (uvádíme v obou pólech tvrzení): Hodně na své miminko mluvím/ Se svým miminkem vůbec nemluvím. Víím, co mé miminko potřebuje/ Nevím, co mé miminko potřebuje. Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou/ Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným! Moje miminko je mnohem krásnější než jiná miminka/ Moje miminko není tak krásné, jako jiná miminka. Moje mateřské city jsou velice silné/ Moje mateřské city nejsou tak silné. Cítím, že moje dítě je moje vlastní/ Necítím, že moje dítě je moje vlastní. Užívám si kojení/ Kojení si neužívám. Ženy měly možnost zhodnotit výše uvedená tvrzení na číselné škále od 1 (nejméně pozitivní prohlášení) až do čísla 7 (nejvíce pozitivní prohlášení). Z nabízených tvrzení vyšlo **jen jediné statisticky významné v souvislosti s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky** po porodu. Bylo to tvrzení: „*Užívám si odpočinek,*



*když je mé dítě se mnou.*“,  $p = 0,0048$ . Oproti tomu ženy bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče se více přikláněly k tvrzení „*Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným*“. Z námi získaných výzkumných výsledků vyplývá, že ženy, které měly po porodu komunitní péči porodní asistentky, si dokázaly lépe odpočinout, když měly své dítě u sebe. Věříme, že náplní komunitní péče porodních asistentek v našem výzkumném šetření byla i dostatečná časová pasáž, která byla věnována tématu **kontaktního rodičovství**. Právě témata jako *společné spaní* rodičů a dětí či *vyvážený osobní život* patří do konceptu kontaktního rodičovství. Koncept kontaktního rodičovství usnadňuje rodičům lépe rozumět svým dětem a boří mýty o určitém naučeném chování. Kontaktní rodičovství není postaveno na času s dítětem a času bez dítěte. Vše se vzájemně prolíná, dítě je po porodu samozřejmě, neoddělitelná součást života jejich rodičů (Sears et Sears, 2012; Gutmanová, 2013).

*Kontakt matky se svým dítětem po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky*

Výsledky zhodnocení kontaktu matky se svým dítětem po porodu v souvislosti s ošetrovatelskou komunitní péčí porodní asistentky v disertační práci prezentuje tabulka číslo 50. Respondentky se vyjadřovaly k těmto tvrzením ohledně vzájemného kontaktu se svým dítětem (uvádíme v obou pólech tvrzení): Snadný/Obtížný. Vztah plný důvěry/Vztah plný nedůvěry. Příjemný/Nepříjemný. Bezpečný/Nebezpečný. Stabilní/Nestabilní. Blízký/Vzdálený. Vřelý/Chladný. Výsledky zhodnocení kontaktu matky se svým dítětem po *porodu neprokázaly žádnou statisticky významnou souvislost s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky*.

Z důvodu neprokázání výzkumných výsledků, které by potvrzovaly komplexní statisticky významnou souvislost všech položek hodnoticí škály s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky v poporodním období, přijímáme nulovou hypotézu na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ : *Není rozdíl ve výskytu vřelejšího vztahu se svými dětmi u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče*.

Z polemiky nad námi získanými výsledky a výzkumnými šetřeními, které prokázaly významnou roli komunitních porodních asistentek v podpoře vazby mezi matkou a novorozencem či kojencem, nám vyplývá jisté zjištění. A sice, že patrně není

možné vztahovat proběhlou komunitní ošetrovatelskou péči porodních asistentek takto izolovaně k výsledkům souvisejícím s kvalitou vztahu mezi matkou a jejím dítětem. Abychom mohly udělat skutečně validní výzkumný závěr, bylo by potřeba zhomogenizovat výzkumný soubor. Například vytvořit výzkumný soubor tvořený jen ženami, které porodily své první dítě (Warren, 2005; Darvill, 2008; Thorstensson, 2014). Proto na tomto místě doporučujeme provést další výzkumné šetření, které by odhalilo, jakým způsobem ovlivňuje komunitní péče porodních asistentek vztah ženy – matky k jejímu dítěti. Také by bylo jistě podstatné mít opět nastavená jasná pravidla ošetrovatelské péče a vlastní standardy komunitní péče o ženu a dítě.

#### *Reflexe zkušenosti hodnotitelů s praktickým využitím hodnoticí škály MIFR Scale*

V České republice byla hodnoticí škála MIFR Scale použita v roce 2016 studentkou Janou Chovancovou v rámci zpracování diplomové práce na téma Hodnocení vztahu a pocitů matka-dítě v prvních dnech po porodu. Výzkumné šetření mělo za cíl zmapovat, jaký mají prvorodičky pocit ze své nové sociální role – role matky a jaký mají vztah ke svému novorozenci v prvních dnech po porodu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 žen, které porodily dítě staré od 1 do 3 dnů. S ženami byly provedeny rozhovory a také byla vyplněna výše zmíněná hodnoticí škála MIFR Scale. Z výzkumu vyplývá, že: „*Matky si pomocí vyplnění položek MIFR škály mohly lépe uvědomit jednotlivé aspekty svého vztahu k dítěti, MIFR škála jim pomohla lépe si jednotlivé oblasti identifikovat. Z tohoto důvodu vnímáme použití MIFR škály za přínosné. Škála MIFR by mohla být prakticky využitelná při rutinní péči o matky a jejich děti, kdy můžeme s její pomocí zkvalitnit podporu matek v jejich interakci s novorozencem a tím účinně zvyšovat citlivost matek vůči jeho projevům*“ (Chovancová, 2016, s. 102). Také my, na základě našich zkušeností s použitím této hodnoticí škály ve výzkumném šetření, doporučujeme užití hodnoticí škály MIFR Scale v praxi komunitních porodních asistentek. Hodnoticí škála je přehledná, logicky strukturovaná a snadná pro vyhodnocení. Od několika respondentek našeho výzkumného šetření jsme zaznamenaly pozitivní zpětnou vazbu. Ženy zejména oceňovaly otázky, které jim byly díky škále položeny a které je vedly k hlubšímu zamyšlení nad jejich vztahem ke svému dítěti.

## 5.4 Názor žen na komunitní péči porodních asistentek v poporodním období a jejich zkušenost s tímto druhem péče

Jedním z dílčích cílů našeho výzkumného šetření bylo **zjistit názor žen po porodu, o které bylo v komunitním prostředí pečováno porodními asistentkami, na význam poskytování tohoto druhu péče.** Ke splnění tohoto cíle, tedy k získání výzkumných informací, jsme využily kvantitativní i kvalitativní výzkumnou metodologii.

### 5.4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

*Charakteristiky žen, které po porodu využily komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky*

Dříve než přistoupíme k interpretaci dat plynoucích z názorů respondentek a jejich zkušeností s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí poskytovanou porodními asistentkami v poporodním období, uvádíme zde související charakteristiky žen, které tento druh ošetrovatelské péče po porodu využily.

Připomínáme, že v našem výzkumném šetření byly zastoupeny ženy, které po porodu využily komunitní ošetrovatelskou péči porodních asistentek, dle tohoto kriteriálního výběru – *ženy, které porodily donošeného novorozence. Přičemž na věku ženy, stupni vzdělání a druhu porodu nezáleželo. Z důvodu zachování co nejvíce možných ideálních podmínek pro srovnání výsledků obou skupin, do výzkumného souboru nebyly zahrnuty ženy s život ohrožujícím onemocněním nebo rodičky postižených dětí, či dětí s život ohrožujícím onemocněním.* Respondentky, které byly zahrnuté do výzkumu (N = 123), pocházely z různých krajů v rámci České republiky. Jako doplňující informace nyní předkládáme zjištěné charakteristiky žen, které po porodu využily komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky (N= 56) v porovnání se skupinou žen bez tohoto druhu péče (N= 67).

Ve skupině žen, které po porodu využily komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky po porodu (zkoumaná skupina) bylo 43 % žen prvorodiček, 37 % žen druhorodiček a 20 % žen rodilo potřetí či více. Mezi paritou a proběhlou komunitní

ošetřovatelskou péčí však nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ( $p = 0,097$ ).

Ženy s komunitní ošetřovatelskou péčí čítaly nejvyšší procentuální zastoupení ve skupině starších žen 30 a více let (82 %), ale ve srovnání s ženami bez komunitní péče porodních asistentek rozdíl nebyl statisticky významný ( $p = 0,316$ ).

Péči komunitní porodní asistentky využily ve 34 % ženy, které byly svobodné, v 61 % ženy vdané a v 5 % ženy rozvedené. V porovnání se skupinou žen bez komunitní péče porodní asistentky po porodu však rozdíl v souvislosti s rodinným stavem nebyly statisticky významné ( $p = 0,239$ ).

Ženy, které po porodu využily péče komunitní porodní asistentky, rodily vaginálně v 87,5 % a císařským řezem tedy rodilo 12,5 % žen. V souvislosti s druhem porodu a proběhlou ošetřovatelskou komunitní péčí však nebyl identifikován statisticky významný rozdíl ( $p = 0,144$ ).

Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p = 0,115$ ) v souvislosti přítomnosti partnera po porodu v domácnosti a proběhlou ošetřovatelskou komunitní péčí porodní asistentky. Ve zkoumané skupině byla nejčastěji označena informace, že partner ženy byl společně se ženou a novorozencem po porodu jeden týden (66 % odpovědí). V 9 % odpovědích byla uvedena informace, že partner po porodu s ženou a novorozencem v domácnosti nebyl.

Ve výzkumném šetření **byla zjištěna statisticky významná souvislost v účastnění se žen rituálů Uctění mého těla a sebe jako ženy – matky a proběhlou ošetřovatelskou komunitní péčí od porodní asistentky po porodu ( $p = 0,027$ ).** Rituálu „uctění mého těla a sebe jako ženy – matky“ se ze zkoumané skupiny respondentek účastnilo 14 % žen, oproti tomu jen 1 % žen z kontrolní skupiny. Pozoruhodné však zůstává zjištění, že 43 % žen ze zkoumané skupiny uvedlo, že rituálem, který po porodu podstoupily či se chystají podstoupit, bylo vítání občánků. Tento rituál má na našem území silnou tradici, která se vztahuje k období socialismu. Tento společenský akt je však spíše než oslavou matky oslavou a vítáním nového občánka v dané komunitě. Dále je také překvapivé, že 39 % odpovědí respondentek ze zkoumaného výzkumného souboru vypovídá o tom, že ženy o žádném rituálu v souvislosti s novou životní rolí matky neví. Přitom je zjištěno, že *přechodové rituály, které pomáhají ženám přejít do role matky, mají svůj velký význam. Přechodové rituály v souvislosti s narozením dítěte mohou mít pozitivní efekt na adaptaci ženy na mateřskou roli, ale také mohou podpořit mateřskou rekonvalescenci po porodu* (Dennis

et al., 2007). V minulém století na našem území většinou vymizel tradiční zvyk tzv. nošení šestinedělce do kouta (Navrátilová, 2004). V současnosti se v naší kultuře v souvislosti s uctěním těla ženy, které porodilo dítě, rozšiřuje rituál Uzavírání těla /uzavírání kostí po porodu. Tento rituál pomáhá ženě zrelaxovat, nacítit se na sebe a poděkovat sobě za zvládnutí přechodového období. Porodní asistentka je zde velmi podstatnou osobou, která může ženě pomoci zmíněným rituálem projít (Kohutová, 2019).

Dále nás zajímala souvislost mezi hodnocením komunitního prostředí, ve kterém ženy po porodu žijí (z pohledu respondentek), a proběhlou opakovanou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek. Zde však nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ( $p= 0,831$ ). Ženy ze zkoumané skupiny v 89 % uvedly, že komunitní prostředí, kde po porodu žijí, považují za vyhovující. Zbývající počet respondentek (11 %) uvedlo, že jejich komunitní prostředí považují za nevyhovující. Dotazník vlastní konstrukce tuto otázku dále nerozváděl. Nicméně nám jsou známy odpovědi respondentek z dotazníku MGI, který popisuje subjektivně vnímanou kvalitu života žen po porodu. Zde ženy ze zkoumané skupiny uváděly v kvalitativních odpovědích problémy v komunikaci s vlastní matkou či tchýní či ztrátu dosavadních bezdětných přátel. Respondentky také uváděly proměny ve vztahu s partnerem.

#### *Zájem žen o komunitní péči porodní asistentky v poporodním období*

Pro zjištění souvislostí výsledků zájmu žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období byla využita otázka z dotazníku vlastní konstrukce „Doporučila byste, na základě své zkušenosti, plošnou péči komunitních porodních asistentek po porodu pro všechny ženy (hrazenou ze zdravotního pojištění)?“ Stanovily jsme si tuto výzkumnou hypotézu: ***Ženy, o které v šestinedělí pečovaly komunitní porodní asistentky, projeví větší zájem o plošně dostupnou péči od komunitních porodních asistentek oproti ženám, které tento druh péče nevyužily.*** Naše výzkumné šetření tuto **hypotézu potvrdilo.**

Zájem žen o plošně dostupnou péči komunitních porodních asistentek v poporodním období prezentuje v textu této práce tabulka č. 51. *Ženy, které měly v poporodním období péči komunitní porodní asistentky, by v 96 % doporučily využití této*

*služby plošně pro všechny ženy po porodu.* Ženy, které po porodu neměly péči komunitní porodní asistentky, by tento druh péče doporučily plošně pro všechny ženy po porodu ve 41 %. Nejvíce však udávaly odpověď „nevím“, která čítala 53 % všech odpovědí. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi doporučením plošné komunitní ošetrovatelské péče po porodu a skupinou žen, které v poporodním období samy využily opakované komunitní ošetrovatelské péče od porodní asistentky ( $p < 0,001$ ). Naše zjištění odpovídá i výsledkům jiných výzkumných studií, které se také věnovaly zájmu o komunitní péči porodních asistentek v poporodním období (Sikorová a Stichenwirthová, 2012; Lorenzová a Janoušková a Kašová, 2014; Kailová a Dušová, 2016).

*Oblasti, ve kterých ženám po porodu nejvíce pomohla komunitní ošetrovatelská péče porodní asistentky*

Ženy, které po porodu využily opakovanou komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky ( $N = 56$ ), ve 45,7 % odpovědích udávaly, že jim tato péče **nejvíce pomohla jako psychická podpora**. Na druhém místě v četnosti odpovědí se pak objevilo tvrzení, že komunitní ošetrovatelská péče po porodu ženám **pomohla ve zvýšení sebedůvěry** (26,6 %). Pomoc při kojení pak dokladuje 16,9 % odpovědí žen. Pomoc s kontaktním rodičovstvím a mateřskými kompetencemi čítá 8,4 % odpovědí žen. Odpověď jiné pomoci než výše uvedené varianty, označilo 2,4 % žen.

To, že komunitní péče porodních asistentek po porodu vede k psychické podpoře čerstvých matek, dokládá také výzkumné šetření, které proběhlo v roce 2016 v Norsku. V rámci kvalitativního šetření s 24 informantkami bylo zjištěno, že je pro ženy po porodu velmi důležité, když s nimi o porodní a poporodní žité zkušenosti někdo mluví, ideálně pak komunitní porodní asistentka. Z rozhovorů také vyplynulo zjištění, že se ženy po porodu cítí zranitelné. Ženy dále uvedly, že pokud mají po porodu možnost navázat osobní vztah s komunitní porodní asistentkou, je to pro ně velmi uklidňující. Ženy dále uvedly, že je pro ně podstatná i pomoc v souvislosti s rozběhem laktace (Dahlberg et al., 2016).

*Další oblasti péče, které by ženy s proběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí po porodu uvítaly od komunitní porodní asistentky*

Více než polovina respondentek (58,9 %) byla spokojena s poskytnutými službami komunitních porodních asistentek po porodu a nic dalšího by v péči od své komunitní porodní asistentky nepotřebovala. Třetina respondentek (30,4 %) by od komunitní porodní asistentky uvítala **více časového prostoru**. **Více podaných informací** by pak uvítalo 10,7 % respondentek. Z výzkumného šetření provedeného v roce 2016 v České republice na vzorku 174 šestinedělek vyplývá, že u 81 % respondentek poskytnutá komunitní péče porodní asistentky zcela splnila jejich očekávání, 16% respondentek bylo s poskytnutou péčí spokojeno jen částečně a 5 % žen uvedlo, že komunitní péče porodní asistentky v poporodním období jejich očekávání nesplnila, 3 % respondentek uvedly absolutní nedostatek časového prostoru komunitní porodní asistentky na kvalitní péči o ženu po porodu (Kailová a Dušová, 2016).

*Důvody, proč ženy z kontrolní skupiny respondentek nevyužily komunitní péči porodní asistentky po porodu*

Z celkového souboru žen z kontrolní skupiny (N= 65), které na otázku „*Proč jste služeb komunitní porodní asistentky v poporodním období nevyužila?*“ bylo nejvíce odpovědí (49,2 %) uvedeno u odpovědi „Nevěděla jsem o této službě“. Na druhém místě v četnosti odpovědí se umístila odpověď „**Cítila jsem, že vše zvládnou sama**“. Tato odpověď byla označena ze 36,9 % všech odpovědí. Odpověď „**Měla jsem podporu někoho jiného**“ byla označena z 9,2 % všech odpovědí. Ženy, které nerodily poprvé a služby komunitní porodní asistentky tak nepotřebovaly, udávaly tuto možnost ve 3,1 % ze všech odpovědí. Jiný důvod (blíže nespecifikovaný), proč ženy po porodu nevyužily péči komunitní porodní asistentky je vyjádřen jen 1,5 % odpovědí.

I zde bychom rády naše výsledná zjištění diskutovaly s výzkumnými závěry výzkumného šetření Kailové a Dušové. Z jejich šetření vzešlo velmi závažné poznání. A sice, že jen 22 % respondentek znalo pojem „komunitní porodní asistentka“. O možnosti proplacení péče komunitní porodní asistentky v poporodním období věděla necelá jedna pětina (18 %) respondentek. O dostupnosti komunitní porodní asistentky v blízkosti svého bydliště vědělo jen 9 % respondentek. Autorky výzkumné studie se

žen po porodu také ptaly, odkud získaly povědomí o komunitní péči porodních asistentek. Velmi překvapivé zjištění je to, že 72 % žen získalo tuto informaci až díky výzkumnému šetření na toto téma, dalších 15 % žen uvedlo, že jim tuto informaci poskytly samy porodní asistentky. Třem procentům žen tuto informaci sdělil jejich ošetřující gynekolog a 4 % respondentek tuto informaci zjistilo na internetu.

Zjištěná fakta jsou velmi zarážející a ukazují na neinformovanost společnosti o možnosti využití péče komunitních porodních asistentek. Zarážející je také fakt, že o této službě dále neinformují ani samotné porodní asistentky, se kterými přichází těhotné ženy běžně do styku.

#### 5.4.2 *Výsledky kvalitativního výzkumného šetření*

Abychom zjistily názor žen na komunitní péči porodní asistentky, která o ně pečovala v poporodním období, stanovily jsme si tuto hlavní výzkumnou otázku: ***Jaká je zkušenost žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky?***

Hloubkové rozhovory face to face byly realizované s celkem pěti informantkami v poporodním období. Podmínkou pro účast ve výzkumném šetření byla zkušenost ženy s opakovanou komunitní péčí porodní asistentky po porodu, přičemž u výzkumného vzorku byla tato péče poskytnuta vždy minimálně 3x.

Následující pasáže textu budeme interpretovat podle stanovených dílčích výzkumných otázek.

*S jakými obtížemi či změnami se ženy po porodu setkávají?*

Z výpovědí informantek vyplynulo, že poporodní období bylo pro ženy obdobím **nepředstavitelné reality. Obdobím, na které se nemohou připravit.** Toto dokládá například výpověď paní Laury: „*Myslela jsem si, že to je vše hodně o porodu a pak se to nějak udělá, ale nebylo to tak. Šokovalo mě, jak naivní jsem byla...ale co, jak bych se stejně měla připravit? To prostě nejde.*“ Tuto výpověď z podobného pohledu dokresluje také paní Nina, která uvedla, že poporodní období hodnotí jako nečekaně těžké. Jako další obtíž či změnu, na kterou ženy po porodu musely reagovat, jsme identifikovaly jako **pocit samoty a zranitelnosti.** Paní Evelína vypověděla: „*po porodu jsme se cítila velmi křehce a až možná zranitelně. Cítila jsem velkou potřebu, aby tu pro mne byla*



*nějaká žena... Chtěla jsem se jen tak k někomu jakoby schoulit do náruče, aby mi řekl, že tyto pocity jsou normální“.* Také paní Marta uvedla, že měla po porodu obavy být doma sama: *„Tolik jsme si přála už jít z porodnice domů, ale najednou jsme vůbec netušila, co dělat dál, co mám udělat jako první, co jako další... Kdo přijde, až si nebudu vědět rady?“* Z výpovědí informantek jsme dále identifikovaly změny v psychickém stavu a nastupující laktaci.

Je zajímavé, že informantky prakticky **nezmiňovaly tělesné změny a obtíže**. Z výpovědí našich informantek tak můžeme usuzovat, že pro ně měly větší význam emocionální změny po porodu než psychické. S tím přímo souvisí i očekávání žen od komunitních porodních asistentek. Například z výzkumné studie provedené v Norsku, vyplývá, že pro ženy po porodu je z hlediska péče komunitní porodní asistentky důležitější emocionální podpora než rady ohledně fyzické rekonvalescence (Dahlberg et al., 2016). Ideální však samozřejmě je, když komunitní porodní asistentka poskytuje ženám po porodu vyváženou a holistickou péči, zaměřenou na komplexní podporu zdraví ženy (Barimani et al., 2015).

*Jak jsou uspokojovány potřeby žen po porodu v souvislosti s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky?*

Z výpovědí žen jsme zjistily, že komunitní porodní asistentka pro uspokojení potřeb žen využívala vícero metod. Jednou z metod bylo **předání ženě dostatečných a potřebných informací**. Například paní Evelína říká: *„Každá žena by měla mít ten komfort a mít pro sebe nějakou ženu, která kdykoliv přijde, poradí a pomůže. Nemáš pak žádné pocity neschopnosti či viny, že nejsi dobrá matka. Navíc je tu ještě fakt, že jsi po porodu poraněná a potřebuješ rady ohledně kojení a rekonvalescence“.* Také paní Marta uvádí, že jí porodní asistentka poradila vhodné informace ohledně výživy v souvislosti s kojením, paní Klaudie zase kvituje doporučení tematické literatury a praktických informací obecně. Paní Marta vypověděla, že jí porodní asistentka poradila, jak si lépe organizovat čas po porodu, tak aby měla denně alespoň trošku času pro sebe.

Další metodou vedoucí k uspokojování potřeb žen po porodu, kterou využívá v praxi komunitní porodní asistentka je metoda **sdílení**. Jedná se o vytvoření důvěrné atmosféry, kdy porodní asistentka aktivně a empaticky ženě naslouchá. Žena po porodu má tak příležitost se plně otevřít a sdílet své niterné pocity, které jsou v tomto

přechodovém období hojně. Toto dokládá například výpověď paní Niny: „*Porodní asistentka mi nejvíce pomohla jednoznačně v tom pocitu, že na ty všechny změny nejsem sama. To vědomí, že se můžeš svěřit s čímkoliv, a to bez předsudků, prostě tak, jak to je, je skvělé*“. Paní Nina dále ještě hovoří o tom, že jí porodní asistentka svým klidným přístupem vždy pomohla ke zklidnění a nedělalo jí při tom problémy před porodní asistentkou ani plakat. Také paní Klaudie použitou metodu sdílení potvrzuje svojí výpovědí: „*cítím, že před Tebou nemusím mít žádné tajemství*“. Dále také paní Laura hovoří o velké důvěře v porodní asistentku a možnost se jí plně otevřít: „*vlastně jsi byla první, komu jsem se mohla svěřit tak, jak to cítím. To jsem si před maminkou netroufla a manžel mě nechápal.*“

Další metodou uspokojování potřeb žen po porodu ze strany komunitní porodní asistentky byla **podpora žen**. Například paní Evelína uvedla: „*Naše společnost se hodně zaměřuje na miminka, ale kdo se zajímá o tu maminku? Moje zkušenost je, že se o proměnách ženy v matku skoro nemluví. Hodně mi pomohlo, když mi porodní asistentka povídala o tom, že psychické proměny nálad po porodu jsou normální, stejně tak nejistota a občasný pocit nešikovnosti nebo prostě pocit, že mi nic nejde*“. Také paní Marta uvedla podobnou zkušenost, s psychickou podporou od své porodní asistentky. Paní Marta nejvíce ocenila právě pocit sounáležitosti s porodní asistentkou, její podpůrné věty, oční kontakt a i dotek. Věhlasná porodní asistentka Ingeborg Stadelmann ve své knize *Zdravé těhotenství, přirozený porod* několikrát hovoří o nutnosti empatického přístupu porodních asistentek k ženám po celou dobu mateřství. Nejde zde o žádnou rutinní péči, ale o individuální přístup s respektem ke každé nové ženě – matce. Kromě psychologického přístupu zde Stadelmann dále doporučuje i přírodní prostředky na podporu rekonvalescence po porodu – účinky bylin, aromaterapii či homeopatii (Stadelmann, 2009).

Interesantní zjištění pro nás v tuto chvíli je také to, že se informantky prakticky nezmínily o tom, že by porodní asistentka pracovala v komunitním prostředí nějak s jejich rodinou – partnery, staršími dětmi či případně dalšími členy komunity. Přesto, že tato péče byla součástí komunitního ošetřovatelství, zřejmě to pro naše informantky nebylo tak důležité, aby to v rozhovorech zmínily. Zajímavé by jistě bylo provést další rozhovory i s partnery žen po porodu a zjistit jejich názor na přínos komunitní péče porodních asistentek v poporodním období. Považujeme za důležité, aby se komunitní porodní asistentka věnovala ve své péči (poradenství či podpora v souvislosti s novou

rodinnou situací) i ostatním členům komunity. Velmi zajímavé závěry z hlediska zkušenosti nových otců s péčí porodních asistentek přinesl výzkum, který byl provedený v roce 2018 ve Švédsku. Celkem bylo provedeno 7 hloubkových rozhovorů, které měly za cíl zjistit, jaké podpoře ze strany porodních asistentek se novým otcům dostalo v průběhu pobytu na porodním oddělení. Hlavním závěrem je výzva pro porodní asistentky, aby se nebály dávat otcům novorozenců prostor pro otázky a aby je také zahrnovaly do rozhodování o péči o novorozence (Huusko et al., 2018). I když tento výzkum probíhal v prostředí porodnického oddělení, jistě je možné zmíněnou výzvu pro porodní asistentky přenést i do komunitního prostředí.

*Jaký význam pro ženy po porodu měla proběhlá komunitní ošetrovatelská péče komunitní porodní asistentky?*

Ze zpracovaných výpovědí našich informantek, se nám ukázalo vícero významů poskytnuté komunitní péče. Pro ženy po porodu bylo velmi podstatné, že si na ně komunitní porodní asistentka udělala **dostatek času**. Z výpovědi paní Niny je zřejmé, že by kromě svých 3 využitých poporodních návštěv porodní asistentky využila ještě i další návštěvy. Také paní Klaudie říká, že: *„byla jsem moc ráda za to, že moje porodní asistentka za mnou chodí a vždy je dostatek času si všechno probrat a ukázat. Vždycky jsem měla plno otázek, někdy jich bylo tolik, že jsem si je i psala pro jistotu do svého zápisníčku“*. Čas, který porodní asistentka věnovala poporodní návštěvě, se vždy různil podle situace a potřeb žen po porodu, minimální časový prostor byl vždy alespoň jedna hodina.

Pro ženy po porodu byla dále velmi významná **poskytnutá podpora porodní asistentky a možnost se plně otevřít**. Tyto aspekty péče jsme diskutovaly v předcházející pasáži.

Velmi významným aspektem péče komunitní porodní asistentky byl také **respekt k názorům, zkušenostem a životním situacím žen**. Toto dokládá například výpověď paní Niny: *„velmi si vážím, že mě moje porodní asistentka nijak neodsoudila za to, že jsem porodila již druhé dítě, a ještě ve vyšším věku a vlastně znovu nic nevím, vše je pro mě nové...“*. Také paní Laura dokládá podobnou zkušenost, která se poutá k péči o ní v souvislosti s proběhlou poporodní depresí: *„moc Ti děkuji, že jsi mne neodsoudila a chodila jsi za mnou i do nemocnice (psychiatrické oddělení) ... moc mi*

*pomáhalo cítit se jako normální člověk, a ne jako blázen.“*

Také ze zahraniční kvalitativní výzkumné studie provedené v roce 2016 v Norsku, která si dala za cíl hloubkově porozumět zkušenostem žen s péčí porodní asistentky v domácím prostředí v brzkém poporodním období, vyplývají podobná zjištění. Konkrétně pak zjištění, že pro ženy je velmi důležité mít prostor pro *sdílení silných emocionálních zkušeností v souvislosti s porodem a brzkým poporodním obdobím*. Z rozhovorů se ženami dále plyne ocenění takového druhu komunikace porodní asistentky, který je podporující, respektující. Ženy uvedly, že když je jejich komunitní porodní asistentka v řeči neopravovala a nechala je mluvit, měly pocit, že najednou slyší svůj vlastní hlas a vlastně se mohou naplno projevit a vyslovit i potlačené myšlenky či emoce (Dahlberg et al., 2016).

Zajímavá je také aktuální situace v péči o ženy po porodu ve Spojených státech amerických. I zde byla péče o ženy po porodu dlouhou dobu opomíjena a hlavní centrum péče bylo zasazeno do období těhotenství. Ženy po porodu obdržely od zdravotnického servisu často jen jednu, a to velmi formální poporodní návštěvu. Autoři článku přiznávají, že v prostředí USA je větší tendence pečovat o děti než o ženy. Na základě zvyšujícího se tlaku veřejnosti na změnu a dosycení péče o ženy po porodu v komunitním prostředí a také na základě doporučení profesních organizací poskytovat péči více individualizovanou, tzv. „patient-centered care“ (American College of Obstetricians and Gynecologists, Association of Women's Obstetric Health and Neonatal Nursing), byl navrhnut projekt The 4th Trimester. Tento projekt byl spuštěn v září 2015 a zkompletován v srpnu 2017. Hlavním cílem tohoto projektu bylo identifikovat témata, která ženy po porodu nejvíce zajímají a najít edukativní procesy, jakými je ženám přiblížit. Celkem bylo identifikováno 6 klíčových témat, které ženy po porodu zajímají: psychický stav po porodu a proměny nálad, užívání léků a doplňků stravy po porodu, fyzická rekonvalescence z porodu, sexualita a antikoncepce, nedostatek spánku a únava, péče o novorozence a kojení. Jako metody komunikace se ženami byly zvoleny: vlastní dlouhodobá komunitní ošetrovatelská péče, tematické webináře, skupinová setkávání žen po porodu, setkávání rodin po porodu. Z výsledků spokojenosti respondentů s poskytovanými informacemi vyplývá, že je vhodné do ošetrovatelské komunitní péče zahrnout tato doporučení: užívat aktivního naslouchání, uspořádat skupinová setkávání žen po porodu a rodinná setkávání, která podporují

sdílení zkušeností a posilují ženy či členy rodiny v nové sociální roli. Dále je podstatné, aby komunitní péče byla tzv. co nejvíce ušita na míru, konkrétně pak aby zahrnovala zkušenosti žen, jejich preference a omezení. Vzájemná komunikace by měla být empatická, citlivá ke kultuře žen a jejich rodin, a to s plným respektem (Verbiest et al., 2018).

*V jakých oblastech byla pro ženy komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek nejpřínosnější?*

I když cílem kvalitativního výzkumného šetření není v žádném případě kvantifikace získaných dat, přesto si zde dovolíme uvést poznámku, že se jedna informační linie objevila ve všech výpovědích našich informantek. Jedná se o zjištěný fakt, že pro všechny naše informantky byl v péči komunitní porodní asistentky nejpřínosnější **pocit mateřské náruče**, kterou ženám porodní asistentka poskytla. Koncept „mateřské náruče“ v kontextu našeho výzkumného šetření znamená **pocit bezpečného přístavu pro ženy, pocit ochrany, podpory, sdílení, pochvaly a pocitu, že ženy nejsou v nové životní etapě samy**. Toto tvrzení dokládá například výpověď paní Evelíny: *„moje porodní asistentka pro mne byla přívivem uklidňující energie a vlastně mi připomínala kontakt s mojí maminkou, ke které jsem se tak často zpátky na vesnici nemohla dostat“*. Také paní Marta blíže popisuje pocit bezpečí, který vytvářela porodní asistentka: *„bylo úžasné, jak mě moje porodní asistentka dokázala v dobrém slova smyslu zpracovat. Vždy pro mě měla dostatek času a péče, zajímala se o to, jak se opravdu mám a ptala se i na dění v rodině, snažila se vidět všechny souvislosti, třeba i to, jak se mění po porodu vztah s mým partnerem, jak to je s mojí maminkou. Líbilo se mi, že mi také vyprávěla jiné poporodní příběhy žen. Bylo příjemné slyšet, že podobné emoce zažívají i jiné ženy...Najednou jsem se prostě cítila normálně, více jsem se uměla uvolnit, a hlavně jsem si říkala, že o nic nejde, nemusím mít pořád vše dokonalé a mohu to zkoušet. Přesvědčila mě, že mateřství je cesta, že nic není hned. Tohle bych řekla, že mi hodně pomohlo. A tak jsem se snažila se více uvolnit.“* Vřelost mateřské náruče a pocit sounáležitosti může vést i k následným pozitivním efektům, které se u ženy po porodu odehrají. Mezi ně můžeme zařadit schopnost ocenění sebe samé, pocit životní naplněnosti, či větší spojení se sebou samotnou, se svým tělem, a i svým miminkem, a to je žádoucí zejména pro další praxi intuitivního rodičovství (Gutmanová, 2013).

*Jak ženy po porodu celkově hodnotí proběhlou komunitní ošetrovatelskou péči porodní asistentky?*

Pokud bychom měly shrnout celkové hodnocení proběhlé komunitní péče porodní asistentky v poporodním období, jistě by na prvním místě byla **spokojenost žen s touto péčí**. Všechny informantky by péči komunitní porodní asistentky využily i v dalším případném těhotenství a poporodním období. Jak již bylo uvedeno dříve, ženy vnímaly péči komunitní porodní asistentky jako podpůrnou, ochrannou a provázející novou životní etapou. Paní Klaudie a Marta **dále doporučují, aby byla komunitní péče porodních asistentek dostupná všem ženám**, které si řádně hradí zdravotní pojištění. Paní Klaudie pak ze své vlastní zkušenosti hovoří o ideálním systému komunitní péče, tedy o KONTINUÁLNÍ PÉČI. Paní Klaudie vypověděla: *„Moc jsi mi pomohla již v těhotenství, a to se krásně naladit na své tělo, na sebe a také na miminko v bříšku. Poporodní období už pak na to jen navazovalo...Myslím si, že by bylo vážně skvělé, kdyby každá těhotná maminka mohla mít k dispozici jednu SVOJÍ porodní asistentku, která o ní bude pečovat od těhotenství až do šestinedělí, či i dále“*.

Výzkumy, které v České republice mapovaly dostupnost a charakter poskytované perinatální péče s aspektem vlastní péče porodních asistentek, se shodují ve společném závěru. Ten vyznívá jako doporučení přehodnotit současný systém poskytování porodnické péče. Aktuální výzkumné šetření, které zaštiťovala prof. Cecily Begley z Trinity College Dublin, došlo k závěru, že porodnická péče v České republice jeví znaky nerespektu vůči rodičkám, není založená na důkazné praxi a není jednotná (Begley et al., 2018). Alarmující zjištění přinesla již dříve citovaná studie Kailové a Dušové, ze které vyplynulo alarmující zjištění, že jen 22 % respondentek znalo pojem „komunitní porodní asistentka“. O možnosti proplacené péče komunitní porodní asistentky v poporodním období věděla necelá jedna pětina respondentek. O dostupnosti komunitní porodní asistentky v blízkosti svého bydliště vědělo jen 9 % respondentek. Velmi překvapivé zjištění bylo dále to, že jen 15 % žen získalo informaci o existenci komunitní péče od samotných porodních asistentek, se kterými byly ženy běžně v kontaktu v průběhu těhotenství (Kailová a Dušová, 2016). Na tomto místě se musíme dále ptát na otázky: *„Proč nejsou ženy v České republice informovány o možném využití komunitní péče porodních asistentek?“*, *„Proč samotné porodní asistentky o tomto druhu péče neinformují ženy v těhotenství?“*, *„Proč není komunitní péče porodních*

*asistentek plošně dostupná všem ženám v České republice, které si hradí zdravotní pojištění? I když je situace v plošné dostupnosti komunitní péče porodních asistentek stále komplikovaná (Ratislavová a Ezrová, 2017), nepřestávejme se ptát: „Jak tuto realitu změnit?“, „Jaké změny na makro i mikroúrovni vedou k plošné dostupnosti komunitní porodní asistence ženám v souvislosti s mateřstvím?“*

## **5.5 Návrh doporučení do praxe komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu**

Jako výstup z této disertační práce, si na tomto místě dovoluujeme navrhnout několik doporučení do praxe komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu, která vzešla z prostudovaných aktuálních vědeckých poznatků a našich výzkumných výsledků:

- *Tranzice ženy do mateřské role začíná již v brzkém začátku těhotenství, proto je žádoucí, aby porodní asistentky byly těhotným ženám k dispozici již od počátku gravidity (Mercer, 2004). Ideální model ošetrovatelské péče se jeví kontinuální model péče jedné porodní asistentky o jednu ženu, samozřejmě s přesahem péče do komunitního prostředí v poporodním období (Kiehl a White, 2003; Warren, 2005, Darvill et al., 2008; Rautio, 2012; Cummis et al., 2019).*
- *Doporučujeme nepřestávat ve snahách profesních organizací porodních asistentek ve vytvoření jednotných standardů péče o ženy v komunitním prostředí. Dále doporučujeme, aby vytvořené standardy zahrnovaly i důraz na individuální potřeby každé ženy, novorozence či člena komunity (Schmied a Bick, 2014).*
- *Doporučujeme zrealizovat další výzkumná šetření fokusovaná na problematiku praxe a přínosu komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu. Z našeho výzkumného šetření vzešlo doporučení se dále zaměřit například na roli a úlohu ženy matky v poporodním období, výsledky laktace na konci šesti měsíců po porodu v souvislosti s proběhlou komunitní péčí o ženy po porodu, výsledky zdravotního stavu žen v souvislosti s proběhlou poporodní komunitní péčí porodních asistentek a konečně provést další šetření ohledně pocitu životní spokojenosti u žen po porodu.*

- Doporučujeme budovat takové podmínky k práci pro porodní asistentky, kdy by mohly pracovat *plně podle svých profesních kompetencí*. Podporujeme zavedení kontinuálního modelu péče o ženy v souvislosti s mateřstvím, protože je vědecky prokázáno, že to má za následek lepší výsledky celkového zdravotního stavu žen i jejich spokojenost. Tento model péče ovlivňuje také spokojenost porodních asistentek s vykonávanou profesí (Cummis et al., 2019; Harvie et al., 2019).
- Doporučujeme, aby profesní organizace porodních asistentek nepřestávaly v aktivitách, které vedou k *propagaci profese porodních asistentek*. Považujeme za prioritní informovat veřejnost o možnosti využití komunitní péče porodních asistentek. Zjištěné výsledky o neznalosti veřejnosti pojmu „komunitní porodní asistentka“ jsou alarmující (Kailová a Dušová, 2016).
- Dále doporučujeme doplnit propagaci profese komunitních porodních asistentek i o její *preventivní a edukativní charakter*. Považujeme za podstatné, aby ženy po porodu kontaktovaly komunitní porodní asistentky nejen při somatických obtížích či problémech s laktací, ale aby tento druh péče využívaly i pro sdílení, podporu či jakousi sounáležitost v náročném a přechodovém životním období. Komunitní porodní asistence v poporodním období se prokázala jako přínosná a důležitá i pro mentální zdraví žen. Toto prokázalo naše výzkumné šetření, ale i další vědecké studie (Warren, 2005; Janoušková, 2014; Dahlberg et al., 2016).
- Dále je potřeba *jednat s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnamio* podpoře a zjednodušení podmínek pro praxi komunitních porodních asistentek (Ratislavová a Ezrová, 2017).
- Vyslovujeme podporu *prozakládání komunitních center pro ženy po porodu*. Tato centra by mohla být zdrojem informací, ale i zdravotnické péče a podpory pro ženy po porodu. Mohlo by zde fungovat setkávání žen po porodu i s jejich dětmi, mohla by zde být odborná péče porodní asistentky, ale i dětské sestry či dalšího specialisty. Takovýto typ péče se osvědčil například ve Spojených státech amerických (Verbiest et al., 2018). Pro zakládání komunitních zdravotně-sociálních center pro ženy v souvislosti s mateřstvím se shodují i odborníci v naší republice (Ivanová et al. 2018).



- Závěrem si dovoluujeme doporučit užitý dotazník Mother-Generated Index a hodnoticí škálu MIRF Scale do dalšího použití v praxi komunitních porodních asistentek pečujících o ženy po porodu. Oba nástroje se osvědčily jako užitečné k hlubšímu získání informací o ženách a k pochopení souvislostí v jejich životech.

## 5.6 Limity výzkumného šetření

V rámci *kvantitativní části* výzkumného šetření jsme identifikovaly několik limitů, které mohly ovlivnit dosažené výsledky výzkumné práce. Uvědomujeme si, že rozsah předložených dotazníků a hodnoticí škály, mohl ovlivnit konečnou ochotu pravdivého vyplňování a zaznamenávání odpovědí respondenty. Tedy, že pod tíhou časového stresu mohlo dojít k rychlému a neuváženému vyplňování odpovědí. Průměrný čas k vyplnění celého dotazníku byl okolo 60 minut. Od 15 respondentek z písemné formy vyplnění dotazníku jsme získaly zpětnou vazbu o časové náročnosti vyplnění. Dále si celkem 7 žen stěžovalo na velké množství otázek, s čímž souvisí také téma časové náročnosti vyplnění dotazníku. Za další limit našeho výzkumného šetření považujeme **neexistující jednotné standardy ošetrovatelské komunitní péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu**. I když jsme pro naše výzkumné šetření oslovily pro spolupráci zkušené komunitní porodní asistentky s minimální 4letou praxí v komunitním prostředí, není možné s jistotou tvrdit, že vždy byla poskytnuta komplexní a holistická péče a také, že vždy byla poskytnuta péče s dostatečným časovým prostorem pro danou ženu. Tato nejistota v poskytnuté komunitní péči porodní asistentky může také ovlivnit konečné výzkumné výsledky. Poslední limit v souvislosti s kvantitativním výzkumným šetřením spatřujeme v samotném **charakteru dotazníku MGI a jeho dalším zpracování**. První fáze dotazníku má kvalitativní charakter. Získaná data se však pro další již kvantitativní zpracování musí sdružit do určitých kategorií. Zde může docházet k zobecnění, kdy navíc vlastní kategorizace dat je mnohdy ovlivněna také subjektivitou hodnotitele.

V rámci *kvalitativní části* výzkumného šetření jsme identifikovaly dvě skupiny výzkumné limitace.

První skupina limitů výzkumu se vztahuje k **roli výzkumníka**. Uvědomujeme si, že získané a interpretované výsledky kvalitativního výzkumného šetření mohou být ovlivněny naší dosavadní zkušeností s tématem, naším životním příběhem, ale také našídosavadní zkušeností s kvalitativním výzkumným šetřením. Velmi významný vliv na výslednou podobu získaných informací mohl mít **naš vztah k informantkám**. O všechny informantky jsme před realizací rozhovorů osobně pečovaly v rámci komunitní poporodní péče. Pro vlastní průběh rozhovorů face to face bylo esenciální navodit důvěryhodnou atmosféru. Informantky s námi sdílely velmi intimní informace a bylo žádoucí projevit empatický přístup. Zároveň zde bylo jisté nebezpečí, že zejména v souvislosti s hodnocením poskytnuté komunitní péče nebudou jejich výpovědi úplně autentické. Proto jsme ženy opakovaně vyzvaly, že se snažíme zachytit realitu ve své skutečné podstatě a že jsem připravené přijímat veškeré informace. Dále jsme se často zamýšlely nad otázkami typu, jaký vliv máme při rozhovoru na ženu? Jaké otázky jsou pro ženu náročné a proč? Souhlasí slovní a mimoslovní projevy ženy? Jsou námi kladené otázky dostatečně neutrální? Tímto přístupem a úvahou jsme se snažily neustále neutralizovat náš vzájemný vztah a co nejméně tak ovlivňovat získaná výzkumná data.

Druhá skupina limitů našeho výzkumu se vztahuje k **samotným informantkám**. Množství informací a hloubka získaných informací byla také ovlivněna jejich aktuální životní situací a pohodou, dále pak časovým prostorem pro rozhovor a prostředím, ve kterém se rozhovory odehrály. Ženy byly na rozhovor vždy dobře připraveny – měly dostatek času a péči o případné starší dítě měly zajištěnou. Novorozenec či kojence byl v případě potřeby kojen či chován matkou a rozhovor tím nijak narušen v žádném z případů nebyl. V tomto ohledu byly rozhovory tedy narušeny jen minimálně.

## 5.7 Sebereflexe

Téma psychologie mateřství mne jako porodní asistentku přitahovalo již od počátků mého studia. Vždyť i jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila téma Psychika ženy v těhotenství. Postupem času, kdy jsem působila v praxi porodní asistentky, jsem však zjišťovala, že psychický proces stávání se matkou není jen etapový proces, nýbrž je to cesta, která nekončí porodem, ale dále pokračuje. Období po narození dítěte vnímám jako přelomové období v životě ženy a i celé nové rodiny. Dějí se zde velké změny, ve kterých by nikdo neměl být sám. Realita v České republice je

však jiná, většina žen nemá potřebnou ošetrovatelskou péči porodní asistentky po porodu v komunitním prostředí a na toto přelomové životní období zůstává sama. Z vlastní praxe komunitní porodní asistentky vím, že nejvíce žen po porodu využívá moje služby až v případě, že nastane nějaká komplikace ve zdravotním stavu ženy či novorozence či v průběhu laktace. Jen ojediněle mně volají ženy pro sdílení svého porodního zážitku či pro preventivní radu.

Impulesem k výběru tématu této disertační práce pro mne bylo hledání odpovědi na moje otázky: Jaká je zkušenost žen po porodu s komunitní péčí porodní asistentky? V čem jim nejvíce pomáhá? Proč jí využívají? Proč některé ženy volají po přítomnosti komunitní porodní asistentky až tehdy, je-li nějaká komplikace? Jaké je obecné povědomí žen o dostupnosti komunitní péče porodní asistentky v poporodním období v České republice? Co je zde za systémové bariéry, které brání plošné dostupnosti komunitní péče porodních asistentek?

Nyní, téměř ke konci psaní této disertační práce, si troufám říci, že mě její tvoření velmi obohatilo a rozšířilo mé profesní obzory. Abych tuto práci mohla zpracovat, musela jsem se nejdříve více posunout z praktického uvažování do teoretických rovin. Musela jsem si osvojit logické uvažování a třídění dostupných informací a materiálů. Rozvinula jsem si schopnost vyhledávat dostupné aktuální vědecké poznatky a schopnost z nich dělat validní závěry. Velmi jsem si rozšířila povědomí, jak je to s praxí komunitní péče o ženy po porodu v zahraničí a také, jaké jsou zde zkušenosti a doporučení porodních asistentek pro vlastní praxi v komunitě.

V souvislosti s empirickou částí disertační práce jsem zpracovávala poznatky týkající se kvality života žen po porodu a proměn vztahu mezi matkou a dítětem po porodu. Pro tyto účely jsem využila standardizované dotazníky. Vstoupila jsem tak v kontakt s autory těchto dotazníků a u dotazníků jsem nadále zajistila erudovaný překlad. I toto byly pro mne zcela nové aktivity. Vlastní zpracování a vyhodnocení získaných výzkumných informací bylo poměrně časově i organizačně náročné. Vyzkoušela jsem si, že výzkumná práce se tvoří po malých krůčcích a je potřeba se někdy vrátit zpět a používat kritické myšlení. Také velmi oceňuji zkušenost nabytou v souvislosti s vlastní komunitní ošetrovatelskou péčí o ženy po porodu – možnost být s nimi v opakovaném kontaktu, pracovat jako komunitní porodní asistentka, a v závěru provést se ženami hloubkový rozhovor.

I přesto, že celkové zpracování disertační práce považuji za velice náročné, jsem

vděčná za tuto životní zkušenost. Zjistila jsem, že poskytování kvalitní ošetrovatelské komunitní péče v porodní asistenci by nemělo nevyházet jen z praktických zkušeností a dovedností, na které jsem dříve dávala velký důraz, ale žeby také mělo být saturováno a průběžně revidováno aktuálními vědeckými poznatky a teoriemi.

## 6 ZÁVĚR

Disertační práce Komunitní péče o ženu po porodu podrobným způsobem přibližuje vytyčenou problematiku. Cílem teoretické části práce bylo předložit aktuální tematické odborné a vědecké poznatky, které v součtu komplexně zachycují dané téma. Při zpracování této práce jsme čerpaly z odborných zahraničních i tuzemských zdrojů. Vyhledávaly jsme aktuální vědecké studie, ale pátraly jsme i v historických pramenech zachycujících komunitní praxi porodních asistentek na našem území.

Cílem empirické části disertační práce bylo popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí. Za tímto účelem jsme použily smíšený design výzkumného šetření. Kvantitativní zaměření nám posloužilo k testování vytyčených hypotéz. Kvalitativní zaměření nám pak umožnilo zachytit patřičnou hloubku výpovědí žen, které měly osobní zkušenost s komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek v poporodním období.

Výsledky našeho výzkumného šetření přinesly zajímavé závěry. Porovnání našich výzkumných výsledků s jinými výzkumnými studiemi nás přivedlo k závěru, že je potřeba provést další výzkumné šetření zaměřené na vliv komunitní ošetrovatelské péče porodních asistentek na zdravotní stav žen a na výsledky laktace. Také v oblasti popisu subjektivně vnímané kvality života žen po porodu vnímáme, že je potřeba provést další doplňující výzkumné šetření. Nicméně i přesto, že nedošlo k signifikantním rozdílům v subjektivně vnímané kvalitě života u žen po porodu v souvislosti s proběhlou či neproběhlou ošetrovatelskou komunitní péčí, přispělo naše šetření k detailnímu rozboru této problematiky. Pozitivním zjištěním plynoucím z výzkumného šetření je zjištění, že ženy, které měly vlastní zkušenost s komunitní péčí porodních asistentek po porodu, tuto péči doporučují. Dále pak popisují její největší přínos v psychické podpoře a v poskytnutí tzv. mateřské náruči.

Nyní se nabízí závěrečná otázka. A sice, jak tato disertační práce rozšířila či obohatila vědní obor ošetrovatelství? Tato teoreticko-empirická práce přispěla zejména k hloubkovému popisu zkušeností žen, které po porodu využily komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky. Dále byl zajištěn odborný překlad a představení dotazníku Mother – Generated Index. Tento dotazník a hodnoticí škála MIRF Scale,

byly doporučeny k dalšímu využití do vlastní praxe komunitních porodních asistentek pečujících o ženy v poporodním období. Dále jsme navrhly aktivity pro prosazení a podpoření komunitní péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu. Jedním z našich výzkumných zjištění byl totiž smutný fakt, že není samozřejmé, že je mezi českými ženami koncept komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky znám.

Závěrem nám dovoluňte shrnout úlohu komunitní porodní asistentky pečující o ženu v poporodním období. Její úlohou je provádět čerstvé rodiče novou životní etapou; zvyšovat jim sebedůvěru a ukazovat jim cestu, na které je dobré se opírat o svoji mysl i cit, tedy o svoji mysl a srdce. Každá žena, která je v období přechodu z ženy do role matky, uvítá jinou ženu, která jí bezpečně a erudovaně pomůže tímto transformačním obdobím provést.

Komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy (nejen) po porodu má na našem území hlubokou tradici. Udělejme nyní vše proto, abychom na tuto tradici navázali a podpořili tak rozkvět komunitní ošetrovatelské péče o ženy v souvislosti s mateřstvím. Je nejvyšší čas.

*„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života.“*

Dr. F. Leboyer

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALDERLIESTEN, M. et al., 2008. Ethic Differences in Perinatal Mortality: A Perinatal Audit on the Role of Substandard Care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 140 (2), doi: 10.1016/j.ejogrb.2007.08.022.
2. ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. a kol., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 127 s. ISBN 978-80-7013-500-6.
3. ANTONOWSKY, A. 1996. The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International* 1996; 11(1): 11-18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11
4. ARCHALOUSOVÁ, A., KRIŠTOFOVÁ, E., PAVELOVÁ, L. 2018. *Speciální ošetrovatelské intervence v porodnicko-neonatologickém, pediatrickém a komunitním ošetrovatelství*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 130 s. ISBN 978-80-261-0824-5.
5. ASKELSDOTTIR, B., JONGE, W. L., EDMAN, G., WIKLUND, I. 2013. Home Care After Early Discharge: Impact on Healthy Mothers and Newborns. *Midwifery*. DOI: 10.1016/j.midw.2012.11.001
6. BADINTER, E. 1980. *Materská láska od 17. storočia po súčasnosť*. Bratislava: Apekt. 277 s. ISBN 80-85549-04-2.
7. BAGHERINIA, M., MEEDYA, S., MIRGHAFORVAND, M., 2018. Association between maternal Sense of Competence and Self-efficacy in primiparous Women during Postpartum Period. *Shiraz E Medical Journal*, 19 (3), DOI: 10.5812/semj.59286.
8. BALOUN, I., VELEMÍNSKÝ, M. 2018. Validizované dotazníky PedsQL pro hodnocení kvality života u dětí a jejich rodin. *Kontakt*. 20(2). s. 168–174. DOI: 10.1016/j.kontakt.2018.04.003
9. BANKER, J. E., BARNES, D. L. 2014. The Perinatal Genogram: A Systematic Assessment Tool. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 29(2), s. 88–105. doi:10.1177/1066480700083004
10. BARIMANI, M., OXELMARK, L., JOHANSSON, S. E., HYLANDER, I. 2015. Support and Continuity During the First 2 Weeks Postpartum. *Nordic College of Caring Science*. 29. S. 409–417. DOI: 10.1111/scs.12144
11. BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
12. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
13. BASTON, H., GREEN, J., 2002. Community Midwives' Role Reception. *British Journal of Midwifery*. 10(1), 35–40, doi: 10.12968/bjom.2002.10.1.10049.
14. BAŠKOVÁ, M., URBANOVÁ, E., MASKÁLOVÁ, E. 2011. Postpartum Care in Slovakia in European Context. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health* 2011; 2(1-2). s. 23–27. ISSN 1804-7181
15. BEATON, D. et al. 2007. *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures*. Ontario: Institute for Work and Health. 45 s. Dostupné:

- [http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
16. BEGLEY, C. et al. 2018. Respectful and Disrespectful Care in The Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*. 15 (198). DOI: 10.1186/s12978-018-0648-7
  17. BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2014. Community Care in Perinatal Period. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 5(3 – 4), 162 – 167, ISSN 1804-1868 1804-7181.
  18. BEŇOVÁ, E. 2017. *Implementace systému OMAHA v komunitní péči*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
  19. BORRELLI, S. et al. 2018. First-time Mother's Expectations of the Unknown Territory of Childbirth: Uncertainties, Coping Strategies and going with the Flow. *Midwifery*. 63, 39–45. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.022
  20. BOULVAIN, M. et al., 2004. Home-based versus Hospital-based Postnatal Care: a Randomised Trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 111 (8), 807–813. ISSN: 1471-0528.
  21. BOWERS, J., CHEYNE, H. et al, 2015. Continuity of Care in Community Midwifery. *Health Care Management Science*. 18(2), 195–204. ISSN:1572-9389.
  22. BRAILEY, S., LUYBEN, A., TEIJLINGEN, E., FRITH, L., 2017. Women, Midwives, and a Medical Model of Maternity Care in Switzerland. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CHILDBIRTH*. 7 (3), 117 – 125. DOI: 10.1891/2156-5287.7.3.117
  23. BRODRIBB, W. E. et al. 2013. Postpartum Health Professional Contact for Improving Maternal and Infant Health Outcomes for Healthy Women and Their Infants (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD010855.
  24. BRUNSTAD, A., AASEKJAER, K., AUNE, I. 2018. Fathers' Experiences during the first Postnatal Week at Home after early Discharge of Mother and Baby from the Maternity Unit: A Meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 14. DOI: 10.1177/1403494818809856
  25. BUCKLEY, S. J. 2016. *Jemný porod, jemné mateřství*. Praha: Maitrea. 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.
  26. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2018. *Hebammen und Entbindungspfleger* [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/hebammen.html>
  27. BURGEROVÁ, E., přelom 19. a 20. stol. *Z deníku porodní babičky*. Moravská Ostrava: Nákladem exercičního domu v Hlučíně tiskla tiskárna Typia. 146 s. ISBN neuvedeno.
  28. COYLE, K, HAUCK, Y. 2001. Normality and Collaboration: Mother's Perceptions of Birth Centre versus Hospital Care. *Midwifery*. 17 (3): 182–193. DOI: 10.1054/midw.2001.0256
  29. CUMMIS, A., CODDINGTON, R., FOX, D., SYMON, A., 2019. Exploring the qualities of Midwifery-Led Continuity of Care in Australia. *Women and Birth*. No. 953, 10 pages. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.03.013
  30. ČERMÁKOVÁ, M. a kol., 2000. *Proměny současné české rodiny. Rodina – gender – stratifikace*. Praha: Sociologické nakladatelství. 242 s. ISBN 80-85850-93-1.
  31. ČESKÁ ŽENSKÁ LOBBY, 2012. *Protiprávní stav v legislativní úpravě porodní asistence*. [online]. [cit. 21. 7. 2015]. Dostupné z:



- <http://zenskaprava.cz/vystupy/protipravni-stav-v-legislativni-uprave-porodni-asistence/>.
32. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2015. *Prezentace a tisková konference – příjmy, výdaje a životní podmínky domácností*. [online]. [cit. 12. 1. 2016]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/26971264/prezentace\\_tk\\_20150528.pdf/579495fe-ae8d-44d5-97a3-cfc8abfff490?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/26971264/prezentace_tk_20150528.pdf/579495fe-ae8d-44d5-97a3-cfc8abfff490?version=1.0)
  33. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017. *Rodí se více dětí, přibývá ale i seniorů*. [online]. [cit. 5. 2. 2018]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/rodi-se-vice-deti-pribyva-ale-i-senioru>
  34. DAHLBERG, U., HAUGN, G., AUNE, I. 2016. Women's Experiences of Home Visits by Midwives in the Early Postnatal Period. *Midwifery*. 39. S. 57–62. DOI: 10.1016/j.midw.2016.05.003
  35. DARVILL, R., SKRITON, H., FARRAND, P. 2008. Psychological Factors that Impact on Women's Experiences of First-time Motherhood: a Qualitative study of the Transition. *Midwifery*. 26 (3). s. 357–366. DOI: doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006
  36. DEERY, R., DENNY, E., LETHERBY, G. 2015. *Sociology for Midwives*. Cambridge: Polity Press. 316 s. ISBN 978-0-7456-6280-0.
  37. DENNIS, C., FUNG, K., GRIGORIODIS, S., 2007. Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review. *Womens Health*. 3 (4), s. 487–502. DOI: 10.2217/17455057.3.4.487
  38. DOBRÝ ZÁKON. 2018. *Návrh zákona o České komoře porodních asistentek*. [online]. [cit. 11. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.lekaridnes.cz/wp-content/uploads/2018/12/15-Porod-doma-Strava-KS-2018.pdf>
  39. DOLEJŠÍ, V., 2014. *České porodnice podceňují kvalitu stravy, postrádá potřebnou energii* [online]. [cit. 22. 1. 2015]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/jidlo-v-porodnicich-nemocnicich-test-mf-dnes-fm3-/domaci.aspx?c=A140910\\_220930\\_domaci\\_hro](http://zpravy.idnes.cz/jidlo-v-porodnicich-nemocnicich-test-mf-dnes-fm3-/domaci.aspx?c=A140910_220930_domaci_hro)
  40. DOLEŽAL, A., 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
  41. DOLEŽALOVÁ, J., 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo. 163 s. ISBN 80-7203-792-7.
  42. DORAZILOVÁ, R., 2013. *Ženy, porodní asistentky a gynekologové, pojišťovny a ministerstvo zdravotnictví – o co jde v pracovní skupině?* [online]. ČKPA. [cit. 29.1.2019]. Dostupné z: <https://spapk.files.wordpress.com/2012/03/c48dkpa-c5beeny-porodnc3ad-asistentky-a-gynekologovc3a91.pdf>
  43. DVOŘÁKOVÁ, V., 2011. Vzdělávání porodních asistentek v historii. *Logos Polytechnikos*. 2 (1), 30–37. ISSN 1804-3682.
  44. DYKES, F., FLACKING. R. 2016. *Ethnographic Research In Maternal and Childbirth Health: Night-time on a Postnatal Ward: Experiences of Mothers, Infants and Staff*. London: Routledge. 206 s. ISBN: 978-11-387-922-27.
  45. EDWINS, J., 2008. *Community Midwifery Practice*. Oxford: Blackwell Publishing, 2008. ISBN 978-1-4051-4895-5.
  46. EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION, 2009. *Press Statement from European Midwives Association Annual General Meeting in Ljubljana* [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: [http://europeanmidwives.prelomdesign.si/upload/filemanager/content-galleries/activities/EMA\\_Press\\_Statement\\_AGM\\_2009.pdf](http://europeanmidwives.prelomdesign.si/upload/filemanager/content-galleries/activities/EMA_Press_Statement_AGM_2009.pdf)
  47. FAFEJTA, M., 2004. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: Nakladatelství Jan Piskiewicz. 159 s. ISBN 80-86768-06-6.

48. FARKAŠOVÁ, D a kol., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 244 s. ISBN 80-8063-227-8.
49. FESTOVÁ, A., 2007. Komunitní ošetřovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 5 (12), 5–9, ISSN 1214-5572.
50. FESTOVÁ, A., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V., 2010. Názory odborné a laické veřejnosti na možné uplatnění porodní asistentky v komunitní péči. *Kontakt*. 6 (4), 380–386. ISSN 1212-4117.
51. FRYE, A. 2013. *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice*. 2.nd Ed. Portland: Labrys Press. 1184 s. ISBN: 1-891145-55-x.
52. GASKIN, I. M., 2010. *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press. 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
53. GEBUZA, G., KAZMIERCZAK, M. et al. 2014. Life Satisfaction and Social Support received by Women in Perinatal Period. *Adv Clin Exp Med*. 23 (4). s. 611–619. PMID: 25166447.
54. GEISEL, E., 2004. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.
55. GOMES RIBEIRO, S. et al. 2015. Translation and Cultural Adaptation of The Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: A Postnatal Quality of Life Study. *Midwifery*. 31. s. 735–741. DOI: 10.1016/j.midw.2015.03.009
56. GREGUŠOVÁ, E a kol., 1982. *Vybrané kapitoly zo starostlivosti o ženu*. 2. vyd. Martin: Osveta. 333 s. ISBN neuvedeno.
57. GRYLKA – BÄSCHLIN, S. et al. 2015. Translation and Validation of The German Version of the Mother-Generated Index and its Application during the Postnatal Period. *Midwifery* 2015. 31. s. 47–53. DOI: 10.1016/j.midw.2014.05.002
58. GRYLKA-BÄSCHLIN, S. 2013. *Application of the Mother-Generated Index to German-speaking women for the assessment of cultural differences in postnatal quality of life*. Hannover Medical School. Master Thesis.
59. GRYLKA-BÄSCHLIN, S., MEYER, S., LENGLER, L. et al. 2017. Postnatal Quality of Life: Domains and changes identified from the Mother-Generated Index. *Normal Labour and Birth Conference*. Německo. Konferenční příspěvek – poster. Dostupné z: <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/1457>
60. GRYLKA-BÄSCHLIN, S., MEYER, S., LENGLER, L. et al. 2018. Postnatal Quality of Life – A Content Analysis of Qualitative Results to the Mother-Generated Index. *Women and Birth*. 812. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.06.003.
61. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing; 2011, s. 15. ISBN: 978-80-247-3625-9.
62. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada. 223 s. ISBN: 978-80-247-3625-9.
63. GUTMANOVÁ, L., 2013. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem*. Praha: Maitrea. 311 s. ISBN 978-80-87249-46-8.
64. HANULÍK, V. (ed.). 2017. *Porodila šťastně děvče: Porodní deníky čtyř porodních babiček z 19. století*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 218 s. ISBN 978-80-7560-111-7.
65. HANZLÍKOVÁ, A. a kol., 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 80-8063-155-7.

66. HARDER, U., 2005. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. 2. vyd. Stuttgart: Hippokrates Verlag. ISBN 978-3-8304-5330-7.
67. HARVIE, K., SIDEBOTHAM, M., FENWICK, J. 2019. Australian Midwife's Intentions to leave the Profession and the Reason Why. *Women and Birth*. No 926. 10 pages. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.01.001
68. HENDL, J. 1997. *Metodologická triangulace v empirickém výzkumu* [online]. [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/triang.htm>
69. HENDL, J. 2012. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 3. Vyd. Praha: Portál. 480 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
70. HENDL, J., REMR, J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
71. HENDRYCH LORENZOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., RATISLAVOVÁ, K. 2018. Posouzení raného vztahu matka-dítě v komunitním prostředí. *Pediatric pro praxi*. 19(6). s. 332-336. ISSN: 1213-0494.
72. HERDMAN, H., 2013. *NANDA International: ošetrovatelské diagnózy 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
73. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. (Ed.). 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
74. HOMER, C., BRODIE, P. LEAP, N. 2008. *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. London: Churchill Livingstone. 243 s. ISBN 978-0-7295-3844-2.
75. HOMER, C., MATHA, D., JORDAN, L., 2001. Community-based Continuity of Midwifery Care versus Standard Hospital care: A Cost Analysis. *Australian Health Review*, 24 (1), 85–93. ISSN: 0156-5788.
76. HUNTER, B., 2006. The Importance of Reciprocity in Relationships between Community-based Midwives and Mothers. *Midwifery*. 22(4), 308–322. doi: 10.1016/j.midw.2005.11.002.
77. HUUSKO, L., SJÖBERG, S., EKSTRÖM, A. et al., 2018. First-Time Fathers' Experience of Support from Midwives in Maternity Clinics: An Interview Study. *Nursing Research and Practice*. Vol. 2018, article ID 9618036, 7 pages, DOI: 10.1155/2018/9618036
78. CHAPMAN, G., 2011. *Pět znaků láskyplné rodiny*. 2. Vyd. Praha: Návrat domů. 205 s. ISBN 978-80-7255-249-8.
79. CHAPMAN, V., CHARLES, C., 2009. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 2 ed. Oxford: Blackwell Publishing. 343 s. ISBN 978-1-4051-6105-3.
80. CHILDBIRTHCONNECTION, 2008. *Report Reveals Serious Problems in Maternity Care Quality and Value*. [online]. [cit. 11. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/e BMC -press-release.pdf>
81. CHOVANCOVÁ, J. 2016. *Hodnocení vztahu a pocitů matka-dítě v prvních dnech po porodu*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Magisterská práce.
82. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2013. *Global Standards for Midwifery Education*. [online]. [cit. 10. 1. 2019]. Dostupné z: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2018/04/icm-standards-guidelines\\_ammended2013.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2018/04/icm-standards-guidelines_ammended2013.pdf)
83. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. 2017. *Role of the Community Health Care Worker in Maternity Care Provision*. [online]. [cit. 4.3.2019]. Dostupné z: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-role\\_cwh.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-role_cwh.pdf)

84. IVANOVÁ, K., OLECKÁ, J., VENCOVÁ, B., JURÍČKOVÁ, L. 2018. Zdravotní gramotnost matek v prvním roce mateřství – interpretativní mapa expertů. *Kontakt*. 20(4): s. 361–367. ISSN 1212-4117.
85. JANOUŠKOVÁ, K., 2014. *Význam péče porodní asistentky u žen v šestinedělí v prevenci poporodní deprese*. Trnava. Rigorózní práce. Trnavská univerzita v Trnave. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.
86. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
87. JAROŠOVÁ, D. a kol., 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-000-1.
88. KAILOVÁ, K., DUŠOVÁ, B. 2016. *Návštěvní služba porodních asistentek v domácnosti* [online]. [cit. 15. 12. 2018]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/navstevni-sluzba-porodni-asistentky-v-domacnosti-483603>
89. KHABIRI, R. et al. 2013. Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality-of-Life Instrument. *International Journal of Preventive Medicine*. 4(12). s. 1371–1379. PMID: PMC3898442
90. KIEHL, E., WHITE, M. A. 2003. Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scand J Caring Sci*. 17. ISSN: 1471-6712.
91. KITZINGER, S., 2012. *Birth and Sex: The power and the passion*. London: Pinter and Martin. 192 s. ISBN 978-1-78066-050-9.
92. KLÍMOVÁ, J., FIALOVÁ, M. 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive Consulting. 240 s. ISBN 978-80-260-8208-8.
93. KOHUTOVÁ, A. 2016. *Chceme státem hrazenou péči porodní asistentky*. [online]. Petice [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://e-petice.cz/petitions/chceme-statem-hrazenou-peci-porodnich-asistentek.html?comments-cid=35153&do=comments-vote>
94. KOHUTOVÁ, A. *Rituály: umět se zastavit, oslavit, přijmout a odevzdat*. [online]. [cit. 2.5.2019]. Dostupné z: <http://annakohutova.cz/me-sluzby/ritualy/>
95. KOSFELD, B., 2014. *Umění porodních asistentek – zdraví dělohy*. Porodní dům U čápa, dvoudenní seminář. 24–25. 9.2014, Praha.
96. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
97. KRONBORG, H. et al. 2012. The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 29(4). 289–301. doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x
98. KRONBORG, H., VAETH, M., KRISTENSEN, I. 2012. The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 29 (4), 289–301. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x.
99. KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H., 2009. Výuka komunitní péče v porodní asistenci. In: *Sborník příspěvků ke konferenci Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na formovanie osobnosti budúcej sestry II., varia*. Skalica (Slovenská republika). s. 47-52. ISBN 978-80-89271-55-9.
100. LABUSOVÁ, E., 2014. *Proč potřebujeme rituály?* [online]. [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: [http://www.evalabusova.cz/media/proc\\_ritualy.php](http://www.evalabusova.cz/media/proc_ritualy.php)
101. LAKTAČNÍ LIGA, 2013. *Seznam Baby friendly hospital*[online]. [cit. 20. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/bfi.php>
102. LAKTAČNÍ LIGA, 2017. *Report kojení v ČR* [online]. [cit. 11. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/novinky/report-kojeni-cr/>

103. LEGISLATION.GOV.UK., 2011. *The Nursing and Midwifery Order* [online]. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2002/253/contents/made>.
104. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
105. LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2010. *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Praha: Liga lidských práv. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <http://llp.cz/publikace/pece-porodnich-asistentek-mimo-porodnice/>
106. LORENZOVÁ, E., JANOUŠKOVÁ, K., KAŠOVÁ, L., 2014. Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence*. 10 (7-8), 24–26, ISSN: 1801464X.
107. LOTHIAN, J., DEVRIES, Ch., 2010. *Official Lamaze guide: giving birth with confidence*. 2. ed. New York: Meadowbrook Press. 357 s. ISBN 978-1-4391-7979-6.
108. MAJERČÍKOVÁ, A. 2018. *Celorepublikové výsledky průzkumu o podpoře kojení v porodnicích v letech 2014–2017*. [online]. [cit. 22. 1. 2019]. Dostupné z: <http://sestinedelky.cz/wp-content/uploads/2017/03/Celorepublikov%C3%A9-v%C3%BDsledky-pr%C5%AFzkumu-VF.pdf>
109. MANDER, R., FLEMING, V., 2009. *Becoming a midwife*. Oxon: Routledge. 287 s. ISBN: 978-0-415-46438-3.
110. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
111. MARSHALL, J., RAYNOR, M. 2015. *Myles Textbook for Midwives*. 16th Ed. London: Churchill Livingstone. 779 s. ISBN978-0-7020-5145-6.
112. MARTIN, C., 2012. *Perinatal Mental Health: A Clinical Guide*. Scotland: University of the West of Scotland. 1315 s. ISBN: 9781905539499.
113. MCARTHUR, C. et al., 2002. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* [online]. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z: [http://ac.els-cdn.com/S0140673602075967/1-s2.0-S0140673602075967-main.pdf?\\_tid=fb56a2a0-3111-11e5-93c3-00000aab0f6c&acdnat=1437639080\\_96b9c39b1a8dc417dee5bca175ddb33](http://ac.els-cdn.com/S0140673602075967/1-s2.0-S0140673602075967-main.pdf?_tid=fb56a2a0-3111-11e5-93c3-00000aab0f6c&acdnat=1437639080_96b9c39b1a8dc417dee5bca175ddb33).
114. MENDES, A., PAIVA, A., LEAL, E., 2015. The Impact of Home Care Nursing in Puerpera Difficulties. In: MORAVCOVÁ, M., POSPÍCHAL, J. (eds.). *Sborník příspěvků ke konferenci II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem: Péče o ženu a dítě*.
115. MERCER, R., 2004. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36 (3), 226–232. ISSN 1547-5069.
116. MERCER, R., WALKER, L., 2006. A Review on Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2006, 35 (5), 568–582. ISSN 1552–6909.
117. MESSER, B. 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
118. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Bydlení v České republice v číslech (srpen 2017)*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. ISBN: 978-80-7538-140-8
119. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 a. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci*. MZ ČR. ISBN: 978-80-85047-47-9.

120. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 b. *Zástupkyně profesních sdružení porodních asistentek podepsaly memorandum o spolupráci.* [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolu\\_8835\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolu_8835_3030_1.html)
121. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Zástupkyně profesních sdružení porodních asistentek podepsaly memorandum o spolupráci.* [online]. [cit. 21. 7. 2015]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolu\\_8835\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolu_8835_3030_1.html).
122. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
123. MOBERG, K. U. 2016. *Hormón blízkosti: rola oxytocínu vo vzťahoch.* Bratislava: Vydavateľstvo F. 178 s. ISBN: 978-80-88952-88-6.
124. MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, ML., 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* 4th ed. Missouri: Mosby Elsevier. ISBN 978-0-323-05408-9.
125. MOŽNÝ, I., 2006. *Rodina a společnost.* 2. vyd. Praha: SLON. ISBN 978-80-8642-878.
126. MROWETZ, M., PEREMSKÁ, M. 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi.* 14(3). s. 201–204. [online]. [cit. 29.6.2018]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
127. MULUBRHAN, F. 2013. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers: *Applied Research Quality Life.* 8. s. 219–205. ISSN 1871-2576
128. NAGPAL, J. et al. 2008. An Exploratory Study to Evaluate the Utility of an Adapted Mother-Generated Index (MGI) in Assessment of Postpartum Quality of Life in India. *Health and Quality of Life Outcomes.* 6(107). s. 100–110. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x
129. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE., 2015. *Postnatal Care.* [online]. [cit. 23. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>.
130. NAVRÁTILOVÁ, A., 2004. *Narození a smrt v české lidové kultuře.* Praha: Vyšehrad. 413 s. ISBN 80-7021-397-3.
131. NELSON, A. 2006. Transition to Motherhood. *JOGNN.* 32 (4). S.465–477. DOI: 10.1177/0884217503255199
132. NIGHTINGALE, S., SPIGY, H. 2018. Posttraumatic Stress Symptomatology following Exposure to Perceived Traumatic Perinatal Events within The Midwifery Profession: The Impact of Trait Emotional Intelligence. *JAN Leading Global Nursing Research.* 74. S. 2115–2125. DOI: 10.1111/jan.13719
133. NORTHRUPOVÁ, CH., 2008. *Od prvního početí po stáří: kniha věnovaná propojení psychického a fyzického zdraví zralé ženy.* 2. vyd. Praha: Columbus. 493 s. ISBN 978-80-7249-249-7.
134. NURSES., 2010. *Reva Rubin: Theory of maternal Identity.* [online]. [cit. 13. 2. 2015]. Dostupné z: [http://www.nurses.info/nursing\\_theory\\_midrange\\_theories\\_reva\\_rubin.htm](http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_reva_rubin.htm)

135. O'MALLEY, K. 2016. What is Covered by Your Health Insurance. 2016 [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://midwifeinberlin.com/2017/05/22/what-is-covered-by-your-health-insurance>
136. ODENT, M., 2013. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení*. Praha: DharmaGaia. 132 s. ISBN 978-80-87249-43-7.
137. OLECKÁ, I, IVANOVÁ, K. 2016. Health Literacy of Primiparea in the first six Months of Maternity Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*.7(3). s. 494–503. DOI: 10.15452/CEJNM.2016.07.0020
138. OMAHASYSTEM. 2018. *Solving the Clinical Data- Information Puzzle: Young Woman Temporarily Living in a Shelter* [online]. [cit. 29. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.omahasystem.org/janicea.html>
139. OZTURK, M., SURUCU, S. G., OZEL, T. E., INCI, H. 2017. Evaluation to Adaptation of Motherhood in Postpartum Period. *International Journal of Health and Life-Sciences*. 3 (2), s. 65–76. DOI: 10.20319/ijhls.2017.32.6576
140. PAGE, L. A., McCANDLISH, R. 2013. *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. 2.nd. ed. London: Churchill Livingstone Elsevier. 389 s. ISBN978-0-443-10002-4.
141. PAVLÍKOVÁ, S. 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
142. POLOKOVÁ, A. 2012. *Praktický návod na dojčenie*. Bratislava: Slovart. 121 s. ISBN 978-80-556-0751-1.
143. PROCHÁZKA, M., PILKA, R. 2016. *Porodnictví pro studentky lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc. 243 s. ISBN 978-80-906280-0-7.
144. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
145. RATISLAVOVÁ, K., EZROVÁ, M. 2017 a. *Analýza stavu komunitní porodní asistence v ČR* [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: [https://www.ckpa.cz/files/PDF/Microsoft\\_PowerPoint\\_-\\_soukrom%C3%A9\\_PA-1\\_jen\\_pro\\_%C4%8Dten%C3%AD.pdf](https://www.ckpa.cz/files/PDF/Microsoft_PowerPoint_-_soukrom%C3%A9_PA-1_jen_pro_%C4%8Dten%C3%AD.pdf)
146. RATISLAVOVÁ, K., EZROVÁ, M. 2017 b. Současný stav soukromé porodní asistence v ČR. *Florence*. 13(7). 14–15. ISSN 1801464X.
147. RAUTIO, S. 2012. Parent's Experiences of Early Support. *Scand J Caring Sci*. 27 (4). s. 927–934. DOI: 10.1111/scs.12006
148. RCNi, 2015. *Clinical Update: Postnatal Care Planning*. [online]. [cit. 3. 8. 2015]. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.6.20.s25>.
149. RECK, C., TIETZ, A., MÜLLER, M., SEIBOLD, K., TRONICK, E. 2018. The Impact of Maternal Anxiety Disorder on Mother-Infant Interaction in The Postpartum Period. *PLOS ONE* 13(5): Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194763>
150. RESHAW, M. 2015. Dutch Midwives Perceive a Mixture of Rewards and Difficulties when Caring for Non-Western Women. *Evid Based Nurs*. 18 (24). doi: 10.1136/eb-2014-101736
151. ROHDE, A., DORN, A., 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: Das Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer Verlag. 357 s. ISBN 978-3-7945-2460-0.
152. ROWLANDS, I. REDSHAW, M. 2012. Mode of Birth and Women's Psychological and Physical Wellbeing in the Postnatal Period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12 (132). Doi:10.1186/1471-2393-12-138.
153. RUBEŠKA, V., 1897. *Porodnictví pro babičky*. 2. vyd. Praha: V. Rubeška, 1897. ISBN nevedeno.

154. RUDMAN, A., WALDENSTRÖM, U., 2007. Critical Views on Postpartum Care Expressed by New Mothers. *BMC Health Service Research*, 7 (178). doi:10.1186/1472-6963-7-178.
155. SEARS, M., SEARS, W., 2012. *Kontaktní rodičovství*. Praha: Argo. 288 s. ISBN 788025705971.
156. SEDLÁČKOVÁ, R., 1973. *Historie babictví v Čechách a na Moravě*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. ISBN neuvedeno.
157. SHAW, B., HAMILTON, S., McCULLOGH, M., 2013. Collaborative Working within Community Maternity Service – Is this the Chink in the Armour? *British Journal of Midwifery*. 21 (4), 285–291. ISSN: 09694900.
158. SHAW, E. a kol., 2006. Systematic Review of Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *BIRTH*. 33 (3), 210–220. ISSN: 1523536X.
159. SCHMIED, V., BICK, D. 2014. Postnatal Care – Current Issue and Future Challenges. *Midwifery*. 30 (6). s. 571–574. DOI: 10.1016/j.midw.2014.05.001
160. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2015. Návštěvní služba u novorozenců a kojenců z pohledu sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. *Sborník příspěvků ke konferenci Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství VI: ošetrovatelství není jen ošetřování*. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. s. 53–56. ISBN 978-80-261-0503-9.
161. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2018. Mother's Expectations of Visiting Services Regarding Newborns and Nurselings. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 1–2. 34–41. ISSN 1804–1868.
162. SCHÖNDORFOVÁ, D., 2009. Fyziologie laktace. *Moderní gynekologie a porodnictví: komplikace šestinedělí a laktace*. 18 (2), 189–193. ISSN 1211-1058.
163. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
164. SIKOROVÁ, L., STICHENWIRTHOVÁ, K., 2012. Porovnání péče soukromých a ambulantních porodních asistentek. *Praktický lékař*. 12 (6), 353–356. ISSN 0032-6739.
165. SKALOVÁ, L. 2011. Úloha dětské sestry v dosažení mateřské role v modelu R. Mercer. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
166. SOLTEROVÁ, A., 2014. *Moudrost raného dětství*. Praha: Triton. 292 s. ISBN 978-80-7387-695-1.
167. STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
168. STAŇKOVÁ, M., 2000. Jakou sestru chceme v komunitní péči? *Sestra*. 2000, 10 (3), 5–6, ISSN 1210-0404.
169. STRATTON, J., HOWARD, Ch., 2011. *Maternal Role Attainment: Becoming a Mother*. [online]. [cit. 13. 2. 2015]. Dostupné z: [http://cherylhoward.weebly.com/uploads/9/0/0/5/9005925/graded\\_-\\_ramona\\_mercer\\_theory\\_newsletter\\_-\\_cheryl\\_howard\\_\\_julie\\_stratton.pdf](http://cherylhoward.weebly.com/uploads/9/0/0/5/9005925/graded_-_ramona_mercer_theory_newsletter_-_cheryl_howard__julie_stratton.pdf)
170. STRENG, J., 1859. *Knihababická*. Praha: nákladem knihkupectví Bedřicha Ehrlicha. ISBN neuvedeno.
171. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2002. *Strategické dokumenty 3: praktická příručka pro porodní asistentky – péče v průběhu normálního porodu a*



- poporodní péče o matku a novorozence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-850147-22-5.
172. SYMON, A., MACDONALD, A., RUTA, D., 2002. Postnatal Quality of Life Assessment: Introducing the Mother – Generated Index. *BIRTH*. 29(1), s. 40–46. ISSN: 1523536X.
  173. SYMON, A. et al. 2003 a. Postnatal Quality of Life: A Pilot Study Using the Mother-Generated Index. *Issues and Innovations in Nursing Practice*. 42(1). S. 21–29. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x
  174. SYMON, A. et al. 2003 b. Postnatal Quality of Life Assessment: Validation of The Mother-Generated Index. *BJOG*. 110. s. 865–868. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2003.02030.x.
  175. SYMON, A. et al. 2012. Cross-Cultural Adaptation and Translation of a Quality of Life Tool for New Mothers: a Methodological and Experimental Account from Six Countries. *Journal of Advanced Nursing*. 64 (4). s. 970–980. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06098.x
  176. SYMON, A., DOWNE, S. et al. 2015. The Feasibility and Acceptability of using The Mother-Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a Randomised Controlled Trial of Maternity Care 2015. 15(100). s. 1-9. DOI: 10.1186/s12874-015-0092-0
  177. ŠPATENKOVÁ, N., 2004. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
  178. ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
  179. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
  180. TAKÁCS, L. a kol., 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. 119 s. ISBN 978-80-7308-431-8.
  181. TAKÁCS, L., 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*. 77 (1). ISSN 1803-6597.
  182. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
  183. TEIJLINGEN, E., IRELAND, J. 2014. Community Midwives on the Go. *RCM: Midwives*. [online]. [cit. 5.2.2019]. Dostupné z: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/community-midwives-on-the-go>
  184. THE NURSING AND MIDWIFERY ORDER. 2018. No. 838. p. 1–20. Dostupné z: [https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2018/838/pdfs/ukxi\\_20180838\\_en.pdf](https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2018/838/pdfs/ukxi_20180838_en.pdf)
  185. THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES., 2014. *Postnatal care planning* [online]. 8/2014[cit. 3. 8. 2015]. Dostupné z: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure%20Points%20-%20Postnatal%20Care%20Planning%20-%20Web%20Copy.pdf>
  186. THE ROYAL DUTCH ORGANISATION OF MIDWIVES, 2015. *Midwifery in Netherlands*. [online]. [cit. 22. 7. 2015]. Dostupné z: [http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov\\_downloads/526/file/Midwifery\\_in\\_The\\_Netherlands\\_2014.pdf?download\\_category=overig](http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/526/file/Midwifery_in_The_Netherlands_2014.pdf?download_category=overig)
  187. THORSTENSSON, S., HERFELT, W. E. et al. 2012 a. Evaluation of the Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale: Interviews with First-Time Mother's for Feelings and Relation to Their Baby Three Days After Birth. *International*

- Journal of Nursing and Midwifery*[online]. 4 (1), s. 8–15. [cit. 29.6.2018]. DOI: 10.5897/IJNM11.041
188. THORSTENSSON, S. 2012 b. *Professional support in childbearing, a challenging act of balance*. Skvede: Örebro Universitet. Doctoral thesis [online]. [cit. 29.6.2018]. s. 180. Dotupné z: ORCID iD: 000000017510606X.
  189. THORSTENSSON, S., CLEASSON, A. et al. 2014. Validating the Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale by First-Time Mother's Descriptions Three Months after Birth. *Journal of Women's Health, Issues and Care* [online] [cit. 29.6.2018]. 3(6), s. 1–7. DOI: 10.4172/2325-9795.10000173
  190. THORSTENSSON, S., ANDERSSON, A., ISRAELSSON, S. et al. 2015. To Build a Bridge Between Two Worlds: Mother's Experiences of Professional Support at the Maternity Ward. *Health Care for Women International* [online]. 23, s. 1–15. [cit. 2.7.2018]. DOI: 10.1080/07399332.2015.1094072
  191. TOMEY-MARRINER, A., ALLIGOOD, M. 2018. *Nursing Theorists and Their Work*. 9. ed. St. Louis Missouri: Mosby. ISBN 9780323402248
  192. TÓTHOVÁ, V. et al. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
  193. TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., PROŠKOVÁ, E., 2010. Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví: předpoklady a překážky. *Zdravotnictví v České republice*. 13(4), 128–133, ISSN 1213-6050.
  194. TROJNOVÁ, B. *Multikulturní výchova v porodní asistenci: zaměřené na klinickou praxi, primární a komunitní péči v porodní asistenci*. Brno: Masarykova Univerzita. [online]. [cit. 5. 2. 2019]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1411/jaro2015/BPPA0241c/1.\\_MTK\\_I.-\\_uvod.pdf](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2015/BPPA0241c/1._MTK_I.-_uvod.pdf)
  195. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Zpráva o rodiče a novorozenci*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-160-1.
  196. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: ÚZIS. ISBN: 1210-9991.
  197. VACKOVÁ, J., 2013. *Vzdělávání porodních asistentek dříve a dnes*. [online]. [cit. 21. 7. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-porodnich-asistentek-drive-a-dnes-470793>.
  198. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 145 s. ISBN 80-210-3754-7
  199. VACHKOVÁ, E., ČERMÁKOVÁ, E. MAREŠ, J. 2013. Kvalita života žen v období mateřství pomocí metody SEIQOL. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 4(2), s. 595–599. ISSN: 1804-2740.
  200. VAŇKOVÁ, S., 2009. Komunitní péče versus sestry v primární pediatrické péči. České Budějovice. Diplomová Práce. ZSF JU.
  201. VERBIEST, S., TULLY, K., SIMPSON, M., STUEBE, A., 2018. Elevating Mother's Voices: Recommendations for improved patient-centered Postpartum. *J Behav Med*. Springer Media: part of Springer Nature 2018. DOI: 10.1007/s10865-018-9961-4
  202. VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. et al. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc. 215 s. ISBN: 978-80-244-4770-4.
  203. VITÍKOVÁ, R., 2007. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Praha: Galén. 127 s. ISBN 978-80-7262-461-4.

204. VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
205. VRÁNOVÁ, V., 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: UPOL. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
206. VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4354–4376. Dostupné z: [https://www.epravo.cz/\\_dataPublic/sbirky/2017/sb0137-2017.pdf](https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2017/sb0137-2017.pdf)
207. VYHLÁŠKA č. 284/2017 Sb., O požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 100. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-284>
208. VYHLÁŠKA č. 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 75, s. 1826–2488. Dostupné z: [https://www.epravo.cz/\\_dataPublic/sbirky/2018/sb0075-2018.pdf](https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2018/sb0075-2018.pdf)
209. WALSH, D., 2010. *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth: A guide for midwives*. 4. ed. Oxon: Routledge. 181 s. ISBN 978-0-415-41891-1.
210. WARREN, P., L. 2005. First-time Mothers: Social Support and Confidence in Infant Care. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (5). s. 479–488. ISSN: 1365-2648
211. WILSSON, M. ADOLFSSON, A. 2011. Mother's Need of Support and Their Expectations of the BVC Nurse at the First Home Visit – An Interview Study. *Open Journal of Nursing*. 1. s. 51–58. DOI: 10.4236/onj.2011.13007
212. WOOLHOUSE, H., McDONALD, E., BROWN, S. J. 2014. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*. 20 (3). S. 298–304. DOI: 10.1071/PY13001
213. WORLD HEALTH ORGANISATION, 1978. *Declaration of Alma – Ata. International Conference on Primary Health Care* [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)
214. WORLD HEALTH ORGANISATION, 2002. *Strategické dokumenty: Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
215. YONEMOTO, N., DOWSWELL, T., NAGAI, S., MORI, R. 2017. *Schedules for Home Visits in the early Postpartum Period (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. Issue 8. No. CD009326. DOI: 10.1002/14651858.CD009326.pub3.
216. ZÁKON č. 248/1948 Sb., Zákon o okrskových porodních asistentkách a o úpravě oprávnění k výkonu pomocné praxe porodnické, 1948. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*, částka 93, s. 1–4. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-248>.
217. ZÁKON č. 103/1951 Sb., Zákon o jednotné preventivní a léčebné péči, 1951. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*, částka 50, s. 263–278. Dostupné z: [http://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/zakon-103\\_1951.pdf](http://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/zakon-103_1951.pdf).
218. ZÁKON č. 66/2013 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2013. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s. 2634–2688. Dostupné z: [https://www.epravo.cz/\\_dataPublic/sbirky/2013/sb0031-2013.pdf](https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2013/sb0031-2013.pdf)
219. ZÁKON č. 290/2017 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 102. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-290>

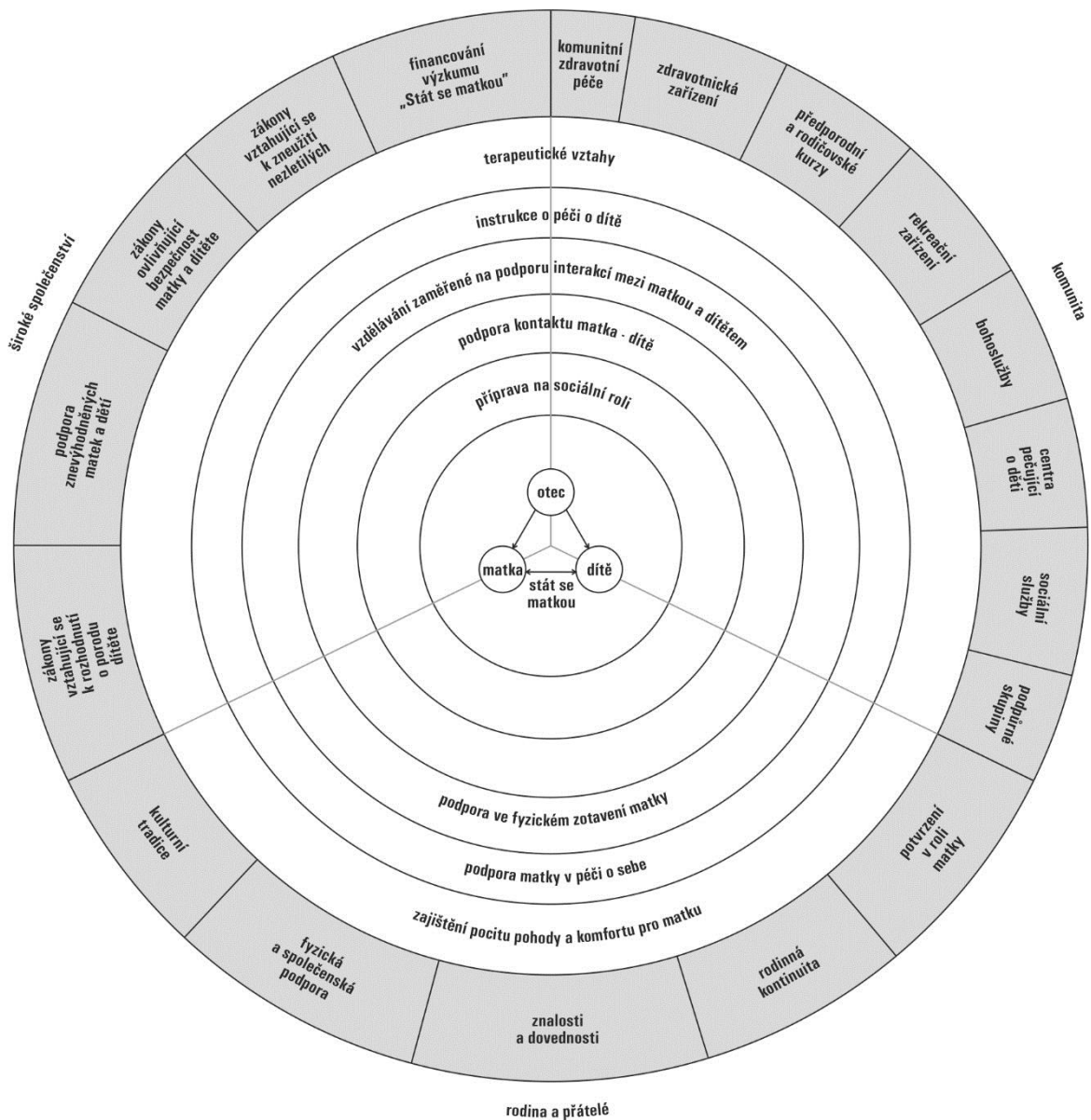
220. ZÁKON č. 284/2018 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 4946–4949. Dostupné z: [https://www.epravo.cz/\\_dataPublic/sbirky/2018/sb0143-2018.pdf](https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2018/sb0143-2018.pdf)
221. ZÁVODNÍKOVÁ, D. 2015. *Kvalita života žen v období mateřství*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Bakalářská práce.
222. ŽÁKOVÁ, S. 2018. *Kvalita života žen v těhotenství a po porodu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Magisterská práce.

## 8 PŘÍLOHY PRÁCE

<b>Příloha č. 1:</b>	Diagram vlivu sociálního světa na vývoj mateřské identity podle Ramony Mercer
<b>Příloha č. 2:</b>	Časopis porodních babiček, rok 1907 – reflexe těžké obživy komunitních porodních babiček
<b>Příloha č. 3:</b>	Obrazová dokumentace lidové tradice „nošení do kouta“
<b>Příloha č. 4:</b>	Kompetence Porodních asistentek dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb.
<b>Příloha č. 5:</b>	Přehledová tabulka studií věnujících se dotazníku Mother – Generated Index v souvislosti s kvalitou života ženy po porodu (Tab. č. 2)
<b>Příloha č. 6:</b>	Informovaný souhlas se spoluúčastní na sběru výzkumných dat
<b>Příloha č. 7:</b>	Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením
<b>Příloha č. 8:</b>	Informovaný souhlas s rozhovorem
<b>Příloha č. 9:</b>	Dotazník vlastní konstrukce – ženy po porodu bez komunitní péče porodní asistentky
<b>Příloha č. 10:</b>	Dotazník vlastní konstrukce – ženy po porodu s proběhlou komunitní péčí porodní asistentky
<b>Příloha č. 11:</b>	Dotazník Mother-Generated Index (MGI)
<b>Příloha č. 12:</b>	Hodnoticí škála Mother – to – Infant Relation and Feeling Scale (MIRF Scale)
<b>Příloha č. 13:</b>	Podklad pro realizaci polostrukturovaného rozhovoru
<b>Příloha č. 14:</b>	Ukázka používané dokumentace komunitní porodní asistentky při péči o ženu po porodu – 1. návštěva

## Příloha č. 1:

### Diagram vlivu sociálního světa na vývoj mateřské identity podle Ramony Mercer



Překlad diagramu a grafické zpracování: vlastní

Citace obsahového zdroje: MERCER, R., WALKER, L., 2006. A Review on Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*.35 (5). s. 568–582. ISSN 1552–6909.



Příloha č. 2:

Časopis porodních babiček, rok 1907 – reflexe těžké obživy komunitních porodních babiček

**ČASOPIS PORODNÍCH BABIČEK**

Odborný list por. babiček  
pro Moravu, Čechy a Slezsko.

Předplatné obnáší:  
celoročně . . . K 2-40  
půlročně . . . K 1-20  
čtvrtročně . . . K—60

Inzeráty účtují se  
dle příměř. sazby.  
Rukopisy se navrzejí.

Vychází každého 10. v měsíci.  
Redakce a administrace v Brně, Fraňk. Jos. tř. 20, kamž nutno posílati rukopisy i záсылky peněžní.

ROČNÍK I. V Brně, dne 10. února 1907. ČÍSLO 2.

### Naše hnutí.

„Je nejvyšší již čas, že se něco pro zlepšení našeho postavení podniká. Jen ať brzy něčeho dosáhneme, nemá-li být naše postavení nesnesitelné.

Kdyby mne nevázal cit lidskosti, slo-žila bych již dávno diplom a nechodila ku porodům. Mám z toho jen škodu“.

Takové a podobné stesky přicházejí v dopisech se všech stran a mluví příliš jasně, jak neuvěřitelně zbledované poměry panují mezi por. babičkami.

Města jsou babičkami již přeplněna, sedí skoro jedna na druhé. Shání, jakmile se dozvědí o těhotné ženě, a nabízí třebaš i lacinějších služeb než druhá, jen aby něco vydělala.

Na venkově jsou poměry skoro ještě horší. Babičky jsou zde ponejvíce odká-zány samy na sebe a to i v nejtěžších případech, poněvadž se lékaře tak brzy nedovolají. Za tu těžkou, namáhavou, zod-povědnou práci dostávají přímo směšnou odměnu, která se může nazvat zpropitným, takže neví, má-li to za vykonané cesty, anebo za poskytnutou pomoc. Ale nejkrás-nější jest to, že většina lidí jí nezaplatí vůbec.

Věru krásný to společenský pořádek! V době kdy na všech stranách se upravují a zvyšují platy a pense úředníkům, zří-zencům, jejich vdovám a sirotkům, nevě-nuje se celému stavu por. babiček ani haléře!

Třicet až čtyřicet let chodí mnohá ba-bička k porodům za každého počasí, a byť by i předem věděla, že ničeho nedostane, plní svědomitě svou povinnost. A taž me se, jakou odplatu dostane? Žádnou! Nic, zhořa nic! Země a stát nevidí a neslyší.

Nejenom že se nepostarají o zákonité zaplacení práce por. babiček, nýbrž nechá-

vají nás na stará léta bez jakéhokoliv za-opatření, bídě a nedostatku na pšpas.

Nezasluhují-li por. babičky, aby v první řadě bylo na ně pamatováno, aby ve stáří dostávaly pense?

Všim právem zasluhují!

Sám vládní rada prof. dr. Rubeška píše o tom v „Časopise českých lékařů“ a praví, že se bude muset otázka pense por. babiček upravit.

Záleží tedy na nás, milé kolegyně, abychom se toho všechny solidárně do-máhaly.

Vybudujme silnou organizaci, jež bude muset naše přání a požadavky na patřič-ných místech tlumočit a dříve neustaneme, dokud našeho cíle nedosáhneme.

Anast. Sotolářová.

### Dnešní vývoj přípravných prací při vedení normálního porodu.

Podává Dr. Rud. Kropáč, ženský lékař a porodník v Brně. (Pokrač.)

Klástí dnes v rodinách váhu na zří-zení zvláštní kovové postele k účelům porodnickým — bylo by směšným. V dobách však pradávných u Řeků, Římanů činí se zmínka o zvláštních porodnických stolicích, které nevěsty jako výbavu od matek do-stávaly. Celkem se dá každé moderní lože k porodu dobře upravit a před eventuelním poškozením od různých roztoků nepromo-kavým plátnem chrániti. Odporučuje se též opatřiti sobě vysoký tvrdý polštář, jenž se vsune rodiče pod pánev, čímž docílíme vyvýšení pánve a tak celý terain, jímž hlavička profezává, učiníme zraku přístupným. Pod lůžko připravíme mísu na kálení a nějakou nádobu, do níž bychom nepotřebné tekutiny vylévali.

Nemenší obtíže skytá nám v praxi řádné osvětlení zejména v nočních ho-

**Příloha č. 3:**

**Obrazová dokumentace lidové tradice „nošení do kouta“ (Navrátilová, 2004).**



Žena, nesoucí do kouta šestinedělce



Vyšívaný detail z plachty úvodnice. Zlínsko, polovina 19. století



#### **Příloha č. 4: Kompetence Porodních asistentek dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb.**

(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 ve spolupráci s odpovědnými orgány,

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

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky<sup>10)</sup> a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

*i)* přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11)</sup> a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

*j)* analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče<sup>42)</sup>,

*k)* pečovat o ženu s odumřelým plodem ve vyšším stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím nad dvanáctý týden z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech porodních dobách, včetně sledování a vyhodnocování rizik s tím spojených.

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

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

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

**Příloha č. 5: Přehledová tabulka studií věnujících se dotazníku Mother – Generated Index v souvislosti s kvalitou života ženy po porodu (Tab. č. 2).**

Autor/ Rok vydání, původ studie	Cíl studie	Metodologie studie	Výzkumný soubor/ Další zahrnuté výzkumné dotazníky	Hlavní zjištění
Symon, Andrew – MacKay Anna - Ruta,Danny  2003 (Symon et al., 2003 a)  Země původu studie: Skotsko	1) Posoudit stupeň korelace dotazníku MGI s již existujícími nástroji.  2) Porovnat u žen po porodu životní oblasti, které ovlivňují vnímání kvality života a popsat jejich význam.	Face-to-face rozhovory od června 2000 do března 2001. Rozhovory prováděli 4 zdravotníci.  Rozhovory probíhaly v 6-8 týdnech po porodu a poté ještě v 8. měsíci po porodu.	103 žen po porodu  EPDS, SF-12	MGI pomáhá ženám identifikovat oblasti života, které jsou pro ně nejvíce znepokojující.
Symon, Andrew – McGreavy, Jacqui – Picken, Carol  2003 (Symon et al., 2003 b)  Země původu studie: Skotsko	Validizace dotazníku MGI	Posouzení korelace dotazníku se zavedenými nástroji měření	Celkem 102 žen po porodu, z toho 51 žen v období 6–8 týdnů po porodu a 51 v období 6–8 měsíců po porodu  Postnatal Morbidity Index (PNMI), Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	Testování dotazníku MGI prokázalo jeho validitu v měření poporodní kvality života žen (v obou sledovaných časových úsecích po porodu).  Velmi časté zmíněné změněné oblasti v poporodní kvalitě života ženy byly psychické změny, změny sociálního života, pozitivní vztah s dítětem. Velmi málo byly komentované fyzické změny po porodu.  Ženy, které měly celkové skóre, index, 5 nebo méně, měly signifikantně vyšší

				incidenci fyzických problémů, vyšší EPDS skóre a nižší MAMA skóre.
Nagpal, Jitender at al.  2008 (Nagpal et al., 2008)  Země původu studie: Indie	Posoudit užitečnost využití MGI dotazníku u při popisu kvality života žen po porodu v Indii	Polostrukturované rozhovory	Celkem 195 žen po porodu dítěte do 6 měsíců, ženy náhodně rozděleny do dvou skupin. Celkem 94 žen měly pokyny v angličtině a 101 žen v hindštině.  EPDS	Dotazník MGI je možno považovat za validní nástroj mapující porodní kvalitu života žen po porodu.  Nebyly signifikantní rozdíly v MGI indexu u žen s hindštinou a angličtinou.  Nevýhodou dotazníku je nemožnost porovnání položek odpovědí s jiným dotazníkem
Symon, Andrew – Nagpal, Jitender et al.  2012 (Symon et al., 2012)  Země původu studie: Skotsko, Indie, Polsko, Iran, Portugalsko, Brazílie, Čína	1) Zkoumat problémy a řešení, které vyvstávají při překladu dotazníku z angličtiny do hindštiny, mandarinštiny, perštiny, portugalštiny a polštiny a brazilské portugalštiny.  2) Možnosti použití dotazníku MGI v zemích různých kultr.	1) Analýza samostatně stojících interkulturálních studií. Konkrétnější zaměření na unikátní prvky ve vnímání kvality života žen po porodu, zkušenosti čerstvých matek s mateřstvím.  2) Studie byly dále posouzen z hlediska kulturních a filozofických rozdílů, které mohou nástroj MGI učinit nevhodným k použití, i když byl excelentně přeložen.	6 samostatných vědeckých studií, které byly na postgraduální úrovni v rámci celonárodního průzkumu. Dvě z nich byly publikovány dříve ve vědeckém periodiku.	
Khabiri, Roghayeh et al.  2013	Validizace dotazníku MGI v Iránu	Face-to-face rozhovory.	124 žen po porodu (časové období více nespecifikováno).	Dotazník MGI byl posouzen jako validní nástroj měření kvality života ženy po porodu.

(Khabiri, 2013) Země původu studie: Irán				
Grylka-Baeschlin, Susanne et al.  2015 (Grylka-Bäschlin, 2015)  Země původu studie: Německo	Validizace dotazníku MGI v Německu		HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), PNMI (Postnatal Morbidity Index)	Dotazník MGI byl posouzen jako validní nástroj pro měření kvality života žen po porodu. Vyšší kvalita života (index) přímo souvisí s nižším výskytem depresí a úzkostí ( $p < 0,01$ ).
Gomes Ribeiro, Samia et al.  2015 (Gomes et al., 2015)  Země původu studie: Brazílie	Překlad dotazníku MGI do brazilské portugalské.  Popis využití dotazníku napříč rozmanitým kulturním prostředím v Brazílii.	Polostrukturované rozhovory	30 žen po porodu, rozhovory proběhly cca 30 dní po porodu	Dotazník se ukázal jako validní pro posouzení kvality života žen po porodu v Brazílii. MGI je doporučeno pro použití ve zdravotnictví.
Symon, Andrew et al.  2015 (Symon et al., 2015)  Země původu studie: Velká Británie	Posouzení proveditelnosti a přijatelnosti dotazníku MGI randomizovanou kontrolovanou studií.  Porovnání výsledků naměřené kvality života s běžněji užívanými nástroji měření.	Randomizovaná kontrolovaná studie  Ženy zahrnuté do výzkumu obdržely desetistránkový dotazníkový balíček, kdy na poslední straně byl dotazník MGI.	400 žen po porodu, konec šestinedělí.  EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), SWLS (Satisfaction With Life Scale), STAI (State Trait Anxiety Inventory), EQ-5D-3 L (EuroQol 5D).	I přesto, že všechny porovnávané dotazníky na měření kvality života ženy prokázaly nízkou korelaci s dotazníkem MGI ( $p < 0,1$ ), byl dotazník MGI uznán jako přijatelný a hodnotný nástroj k posouzení kvality života ženy po porodu.  Nízká korelace dotazníků je dle autorů pravděpodobně dána neporovnatelností výpovědí respondentek,

				<p>protože jsou zde vyžadované individuální odpovědi žen.</p> <p>Dotazník v sobě kombinuje sílu kvalitativního i kvantitativního dotazníku.</p> <p>Administrativně a finančně je nenáročný.</p> <p>Je dobře přeložitelný do širokého kulturního a jazykového kontextu.</p>
--	--	--	--	--

## **Příloha č. 6: Informovaný souhlas se spoluúčastí na sběru výzkumných dat**

*Použití: předloženo komunitním porodním asistentkám.*

Vážená a milá kolegyně, komunitní porodní asistentko,

obracíme se na Vás s prosbou o účast na výzkumném šetření dotazníkovou formou, které se týká tématu Komunitní péče o ženy po porodu v souvislosti s péčí porodní asistentky. Toto výzkumné šetření probíhá v rámci zpracování disertační práce v oboru ošetrovatelství při studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Autorkami připravované disertační práce je Mgr. Eva Hendrych Lorenzová/studentka/ a doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D./školitelka/.

Cílem tohoto výzkumného šetření je popsat, jaké jsou rozdíly ve výsledcích zdravotního stavu žen po porodu u skupiny žen s komunitní péčí porodní asistentky oproti skupině žen bez této péče. Dále budou pomocí dotazníkového šetření uváděny otázky, které se vztahují k subjektivně vnímané kvalitě života po porodu. Do dotazníkového šetření jsou také zahrnuty otázky zjišťující vzájemný vztah ženy s dítětem a názor ženy na komunitní ošetrovatelskou péči po porodu.

V souvislosti se sběrem výzkumných dat Vás touto cestou prosíme o spolupráci. Prosíme o dodržení těchto *metodologických pokynů*: Do výzkumného šetření, prosíme, zahrnujte jen ženy, které jste minimálně dvakrát navštívila v komunitním prostředí v období šestinedělí. Z výzkumu, prosíme, vyřadte ženy s život ohrožujícím onemocněním nebo rodičky postižených dětí, předčasně narozených dětí či dětí s život ohrožujícím onemocněním. Před vlastním sběrem dat (dotazníkovou formou) nechte ženě přečíst připravený informovaný souhlas, vlastní vyplnění a sběr dotazníku provádějte buď na konci šestinedělí nebo kdykoliv poté, ale nejdéle do půl roku od narození dítěte. V ideálním případě buďte respondentce nápomocná s vyplněním dotazníku. Předpokládaný čas vyplnění je 60–90 minut. Pokud není možné z časových či jiných důvodů vyplnit dotazník ve Vaší přítomnosti, poskytněte ženě elektronický odkaz, kde je možno dotazník vyplnit. Dodržujte, prosím, závazek o ochraně osobních dat a sbírejte data v anonymní formě.

Pokud byste měla jakékoliv otázky, neváhejte se s nimi na nás obrátit.

Pokud budete mít zájem o zaslání závěrečných výsledků tohoto šetření, ozvěte se, prosím, na níže uvedenou adresu.

Předem Vám moc děkujeme za spolupráci, za autorský kolektiv,

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová,

LorenzovaE@seznam.cz

*Prohlašuji, že jsem byla seznámena s cíli výzkumného šetření a zavazuji se dodržovat metodologické pokyny vážící se k výzkumnému šetření. Svým podpisem uděluji souhlas se spoluúčastí na výzkumném šetření.*

Jméno:

Podpis:

Místo a datum:

## **Příloha č. 7: Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením**

*Použití: komunitní porodní asistentka předkládá ženě po porodu, o kterou se v poporodním období starala, a se kterou nyní vyplní dotazníkové šetření.*

Vážená a milá paní,

obracím se na Vás s prosbou o účast na výzkumném šetření, které se týká tématu Komunitní péče o ženy po porodu v souvislosti s péčí porodní asistentky. Toto výzkumné šetření probíhá v rámci zpracování disertační práce v oboru ošetřovatelství při studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Cílem tohoto výzkumného šetření je popsat, jaké jsou rozdíly ve výsledcích zdravotního stavu žen po porodu u skupiny žen s komunitní péčí porodní asistentky oproti skupině žen bez této péče. Dále budou pomocí dotazníkového šetření uváděny otázky, které se vztahují k subjektivně vnímané kvalitě života po porodu (tedy hodnocení z Vašeho pohledu). Dále pak následují otázky na Váš vzájemný vztah s miminkem a Váš názor na komunitní ošetřovatelskou péči po porodu.

Prohlašuji, že všechny Vámi poskytnuté informace podléhají závazku o ochraně osobních dat a vždy budou mít anonymní povahu. Dále prohlašuji, že od výzkumného šetření můžete kdykoliv odstoupit. Pokud budete mít zájem o zaslání závěrečných výsledků tohoto šetření, ozvěte se, prosím, na níže uvedenou adresu.

Pokud byste měla jakékoliv otázky, neváhejte se s nimi obrátit buď přímo na mne, autorku dotazníku, nebo zastupující komunitní porodní asistentku (*jméno*).....

Předem Vám moc děkuji za spolupráci,

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová,

Autorka dotazníkového šetření a komunitní porodní asistentka

LorenzovaE@seznam.cz

*Svým podpisem uděluji souhlas se zařazením do výzkumného šetření.*

Jméno:

Podpis:

Místo a datum:



## **Příloha č. 8: Informovaný souhlas s rozhovorem**

*Použití: předkládáme při sběru dat od informantů v souvislosti se sběrem kvalitativních výzkumných dat.*

Vážená a milá paní,

obracím se na Vás s prosbou o účast na výzkumném šetření, které se týká tématu Komunitní péče o ženy po porodu v souvislosti s péčí porodní asistentky. Toto výzkumné šetření probíhá v rámci zpracování disertační práce v oboru ošetrovatelství při studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Cílem tohoto výzkumného šetření je popsání zkušenosti žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky.

Toto výzkumné šetření bude probíhat rozhovorem face-to-face v předpokládané délce 60–90 minut.

Prohlašuji, že všechny Vámi poskytnuté informace podléhají závazku o ochraně osobních dat a vždy budou mít anonymní povahu.

Pokud byste měla jakékoliv otázky, neváhejte se s nimi na mne obrátit. Z výzkumného šetření můžete kdykoliv odstoupit. Zároveň, pokud budete chtít, ráda Vám poskytnu závěrečné výsledky celého výzkumného šetření.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci,

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová,

LorenzovaE@seznam.cz

*Svým podpisem uděluji souhlas se zařazením do výzkumného šetření.*

Jméno:

Podpis:

Místo a datum:

*Souhlasím či nesouhlasím\* s tím, aby si výzkumník pořizoval zvukový záznam rozhovoru (\*nehodící se, prosím, škrtněte).*

## **Příloha č. 9: Dotazník vlastní konstrukce – ženy po porodu bez komunitní péče porodní asistentky**

Milá maminko,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit pro praktický výstup z mé disertační práce a je tak zcela anonymní. Hlavním cílem výzkumného šetření je popsat význam komunitní péče porodních asistentek, které pečují o ženy po porodu. Konkrétně se pak zajímám o výsledky celkového zdravotního stavu ženy po porodu, o stav laktace, subjektivně vnímanou kvalitu života ženy po porodu a také o vztah matky k dítěti. V tomto výzkumném šetření jsou porovnávány dvě skupiny žen – s proběhlou či neproběhlou komunitní péčí porodní asistentky po porodu.

Abychom získaly co nejvhodnější data, podle předem stanovených kritérií, prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku jen při splnění těchto podmínek:

- **Po porodu jste nebyla v opakovaném kontaktu s komunitní porodní asistentkou** (ne více než jedna osobní poporodní návštěva v komunitě).
- Jste v časovém období od narození Vašeho dítěte **nejdříve na konci šestinedělí či nejdéle do půl roku od porodu**.
- Porodila jste доноšeného novorozence, tedy **porodila jste v období termínu porodu**.
- Po porodu nebyl Váš zdravotní stav **v souvislosti s život ohrožujícím onemocněním či komplikací** (např. masivní krvácení či tromboembolie).
- Vaše dítě **po porodu (do půl roku po porodu) netrpí život ohrožujícím onemocněním či nějakým postižením (vývojová vada, vrozená vada)**.

Na základě získaných údajů pak budou výsledky diskutovány. Pokud byste měla jakýkoliv dotaz k vyplnění tohoto dotazníku, či byste měla zájem o výsledky tohoto šetření, prosím, ozvěte se mi.

Předem Vám moc děkuji za vyplnění dotazníku, pro jehož vyplnění je potřeba zhruba 60 minut. Elektronické rozhraní portálu Survio.com, kde je možno dotazník elektronicky vyplnit, Vás dále navede v možnosti vyplnění dat (buď je možno uvést jen jednu odpověď, případně více, či také případně odpověď vypsát).

Přeji Vám krásný čas s Vaším miminkem,

Eva Hendrych Lorenzová

*kontakt: LorenzovaE@seznam.cz, 733 665 622*

studentka doktorského studia Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

**Souhlasíte s tvrzením, že v průběhu šestinedělí jste NEBYLA v opakovaném osobním kontaktu s komunitní porodní asistentkou? Pokud nesouhlasíte, dotazník, prosím, dále nevyplňujte.**

- ano:
  - o Kolikrát jste byla s komunitní porodní asistentkou v kontaktu po porodu v komunitním prostředí? 0x, 1x

**Jak dlouhé je období od skončení Vašeho posledního šestinedělí?**

- konec šestinedělí
- do půl roku od skončení šestinedělí (případně včetně)

**Pokolikáté jste nyní rodila?**

- poprvé
- podruhé
- potřetí a více

**Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- základní
- středoškolské, vyšší odborné
- vysokoškolské

**Jaký je Váš věk?**

- do 29 let
- 30 a více let

**Jaká je Vaše národnost?**

- Česká
- Jiná:

**Vyberte, prosím, charakter Vašeho bydliště.**

- město
- vesnice

**Jaký je Váš rodinný stav?**

- svobodná
- vdaná
- rozvedená

**Jakým způsobem jste porodila své miminko?**

- vaginálně
- císařským řezem
- instrumentálně vaginálně (kleště, vakuumextrakce)

**Pokud máte partnera, byl s Vámi a miminkem po porodu několik dní v domácnosti? Jak dlouho?**

- ano, byl
- ne, nebyl
  - o pokud byl, jak dlouho: týden, 14 dní, déle než 14 dní

**Jaké byly důvody přítomnosti Vašeho partnera po porodu v domácnosti?**

- Péče o ženu a novorozence po porodu
- Pomoc s dětmi v domácnosti
- Jiné:

**Jak byste zhodnotila průběh Vašeho šestinedělí?**

- normální průběh bez komplikací
- obtížný průběh
- musela jsem vyhledat lékařskou pomoc
- Jaký byl důvod komplikovaného průběhu šestinedělí?
  - o Krvácení, zánět prsu, zánět žil, rozpad hráze

**Jaký byl, nebo je stav laktace na konci šestinedělí?**

- plné kojení
- kojení s dokrmem
- kojení se nezdařilo

**Prožila jste nějaké rituály v souvislosti s tím, že se z Vás stala maminka?**

- o žádném rituálu nevím
- účastnila jsem se vítání občánků
- prožila jsem rituál na uctění mého těla a sebe jako ženy – matky
- jiná možnost

**Jak byste zhodnotila prostředí komunity, ve kterém žijete? Na mysli je širší společensko-kulturní prostředí okolo Vás, včetně Vaší rodiny.**

- Vyhovující (dobré vzájemné vztahy, cítím se bezpečně, podporující a respektující prostředí)
- Nevyhovující (nemám dostatek podpory, necítím se bezpečně)

**Když se podíváte zpětně na své šestinedělí, využila byste nyní péči komunitní porodní asistentky?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**Proč jste služeb komunitní porodní asistentky v poporodním období nevyužila?**

- Nevěděla jsem o této službě
- Nerodila jsem poprvé, její služby jsem nepotřebovala
- Cítila jsem, že vše zvládnou sama
- Měla jsem podporu někoho jiného
- Jiný důvod:

**Pokud se na tomto místě chcete k něčemu dalšímu vyjádřit, můžete (například doplnění k Vaší životní situaci, sdílení nějakého postřehu či zpětná vazba na vyplňování tohoto dotazníku):**

## **Příloha č. 10: Dotazník vlastní konstrukce – ženy po porodu s proběhlou komunitní péčí porodní asistentky**

Milá maminko,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit pro praktický výstup z mé disertační práce a je tak zcela anonymní. Hlavním cílem výzkumného šetření je popsat význam komunitní péče porodních asistentek, které pečují o ženy po porodu. Konkrétně se pak zajímám o výsledky celkového zdravotního stavu ženy po porodu, o stav laktace, subjektivně vnímanou kvalitu života ženy po porodu a také o vztah matky k dítěti. V tomto výzkumném šetření jsou porovnávány dvě skupiny žen – s proběhlou či neproběhlou komunitní péčí porodní asistentky po porodu.

Abychom získaly co nejvhodnější data, podle předem stanovených kritérií, prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku jen při splnění těchto podmínek:

- **Po porodu jste nebyla v opakovaném kontaktu s komunitní porodní asistentkou** (ne více než jedna osobní poporodní návštěva v komunitě).
- Jste v časovém období od narození Vašeho dítěte **nejdříve na konci šestinedělí či nejdéle do půl roku od porodu**.
- Porodila jste доноšeného novorozence, tedy **porodila jste v období termínu porodu**.
- Po porodu nebyl Váš zdravotní stav **v souvislosti s život ohrožujícím onemocněním či komplikací** (např. masivní krvácení či tromboembolie).
- Vaše **dítě po porodu (do půl roku po porodu) netrpí život ohrožujícím onemocněním či nějakým postižením (vývojová vada, vrozená vada)**.

Na základě získaných údajů pak budou výsledky diskutovány. Pokud byste měla jakýkoliv dotaz k vyplnění tohoto dotazníku, či byste měla zájem o výsledky tohoto šetření, prosím, ozvěte se mi.

Předem Vám moc děkuji za vyplnění dotazníku, pro jehož vyplnění je potřeba zhruba 60 minut. Elektronické rozhraní portálu Survio.com, kde je možno dotazník elektronicky vyplnit, Vás dále navede v možnosti vyplnění dat (buď je možno uvést jen jednu odpověď, případně více, či také případně odpověď vypsat).

Přeji Vám krásný čas s Vaším miminkem,

Eva Hendrych Lorenzová

*kontakt: LorenzovaE@seznam.cz, 733 665 622*

studentka doktorského studia Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

**Souhlasíte s tvrzením, že v průběhu šestinedělí jste BYLA v opakovaném osobním kontaktu s komunitní porodní asistentkou? Pokud nesouhlasíte, dotazník, prosím, dále nevyplňujte.**

- ano:
  - Kolikrát jste byla s komunitní porodní asistentkou v kontaktu po porodu v komunitním prostředí? 2x, 3x, 4 a vícekrát

**Jak dlouhé je období od skončení Vašeho posledního šestinedělí?**

- konec šestinedělí
- do půl roku od skončení šestinedělí (případně včetně)

**Pokolikáté jste nyní rodila?**

- poprvé
- podruhé
- potřetí a více

**Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- základní
- středoškolské, vyšší odborné
- vysokoškolské

**Jaký je Váš věk?**

- do 29 let
- 30 a více let

**Jaká je Vaše národnost?**

- Česká
- Jiná:

**Vyberte, prosím, charakter Vašeho bydliště.**

- město
- vesnice

**Jaký je Váš rodinný stav?**

- svobodná
- vdaná
- rozvedená

**Jakým způsobem jste porodila své miminko?**

- vaginálně
- císařským řezem
- instrumentálně vaginálně (kleště, vakuumextrakce)

**Pokud máte partnera, byl s Vámi a miminkem po porodu několik dní v domácnosti? Jak dlouho?**

- ano, byl      - ne, nebyl
  - o pokud byl, jak dlouho: týden, 14 dní, déle než 14 dní

**Jaké byly důvody přítomnosti Vašeho partnera po porodu v domácnosti?**

- Péče o ženu a novorozence po porodu
- Pomoc s dětmi v domácnosti
- Jiné:

**Jak byste zhodnotila průběh Vašeho šestinedělí?**

- normální průběh bez komplikací
- obtížný průběh
- musela jsem vyhledat lékařskou pomoc
- Jaký byl důvod komplikovaného průběhu šestinedělí?
  - o Krvácení, zánět prsu, zánět žil, rozpad hráze

**Jaký byl, nebo je stav laktace na konci šestinedělí?**

- plné kojení
- kojení s dokrmem
- kojení se nezdařilo

**Prožila jste nějaké rituály v souvislosti s tím, že se z Vás stala maminka?**

- o žádném rituálu nevím
- účastnila jsem se vítání občánků
- prožila jsem rituál na uctění mého těla a sebe jako ženy – matky
- jiná možnost

**Jak byste zhodnotila prostředí komunity, ve kterém žijete? Na mysli je širší společensko-kulturní prostředí okolo Vás, včetně Vaší rodiny.**

- Vyhovující (dobré vzájemné vztahy, cítím se bezpečně, podporující a respektující prostředí)
- Nevyhovující (nemám dostatek podpory, necítím se bezpečně)

**Když se podíváte zpětně na své šestinedělí, využila byste nyní péči komunitní porodní asistentky?**

- Ano
- Ne
- Nevím



**Doporučila byste, na základě své zkušenosti, plošnou péči komunitních porodních asistentek po porodu pro všechny ženy (hrazenou ze zdravotního pojištění)?**

- Ano
- Nevím
- Ne

**V jaké oblasti Vám porodní asistentka nejvíce pomohla? Možnost označit více odpovědí**

- Psychická podpora
- Pomoc při kojení
- Zvýšení sebedůvěry
- Kontaktní rodičovství a mateřské kompetence
- Jiný důvod
- 

**Co byste v poporodní péči od komunitní porodní asistentky uvítala dalšího? Možnost označit více odpovědí**

- Nic, byla jsem spokojená
- Více času na mne
- Větší podporu při kojení
- Více podaných informací

**Pokud se na tomto místě chcete k něčemu dalšímu vyjádřit, můžete (například doplnění k Vaší životní situaci, sdílení nějakého postřehu či zpětná vazba na vyplňování tohoto dotazníku):**

## Příloha č. 11: Dotazník Mother-Generated Index (MGI)

### 1. Krok – identifikace důležitých oblastí života

Prosím Vás o zvážení nejdůležitějších oblastí Vašeho života, kterých se dotkla narození Vašeho dítěte. Mohou to být oblasti života, kterých se tato událost dotkla pozitivně či negativně, nebo kombinovaně - pozitivně i negativně. Uvedte, prosím, až 8 zmíněných oblastí do tabulky a označte, k jaké změně došlo (pozitivní, negativní, obojí).

Příklady mohou být:

- Vztah s partnerem
- Souznění s mateřskou rolí
- Vztah k sobě samé
- Pocit tělesného zdraví

*Toto jsou jen příklady. Prosím Vás o Vaše sdělení.*

Prosím  
zakroužkujte  
odpověď:  
**Pozitivně,**  
**Negativně**  
**Obojí/ Žádné**

### 2. Krok – ohodnocení oblastí života

Nyní prosím ohodnoťte oblasti Vašeho života, které jste uvedla v předchozím kroku na příložené škále.

Tato škála posuzuje, jak se změny po narození miminka dotkly oblastí Vašeho života za poslední měsíc.

Prosím Vás o vyznačení vhodné odpovědi na škále od 0 do 10, kdy:

0 = nejhorší pocit – nemůžete se cítit hůře

10 = nejpříjemnější pocit – nemůžete se cítit lépe

Nejhorší

Nejllepší

0 \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10

### 3. Krok – přidělování bodů

Prosím Vás o zvážení, jak důležité tyto oblasti Vašeho života pro Vaši kvalitu života jsou.

**Máte k dispozici 20 bodů, které můžete celkem rozdělit.** Pokud u nějaké oblasti nechcete dát žádný bod, nemusíte.

**Nejvíce bodů dávejte k oblastem Vašeho života, která je pro Vás nejdůležitější.**

Body uvádějte do řádků v tabulce.

	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	

Pamatujte: body ve 3. kroku musí být maximálně do součtu 20.

## Příloha č. 12: Hodnoticí škála MIRF Scale

*Mother – to – Infant Relation and Feeling Scale/ „Škála pocitů a vztahu matky k novorozenci (kojenci).“*

**Mohla byste, prosím, zhodnotit následující tvrzení o Vašem miminku? Udělejte, prosím, kroužek okolo bodu, který nejlépe odpovídá Vašemu pocitu.**

Hodně na své miminko mluvím.	0 0 0 0 0 0 0	Se svým miminkem vůbec nemluvím.
Nevím, co mé miminko potřebuje.	0 0 0 0 0 0 0	Vím, co mé miminko potřebuje.
Užívám si odpočinek, když je mé dítě se mnou.	0 0 0 0 0 0 0	Raději odpočívám, když je mé dítě s někým jiným.
Moje miminko není tak krásné, jako jiná miminka.	0 0 0 0 0 0 0	Moje miminko je mnohem krásnější než jiná miminka.
Moje mateřské city nejsou tak silné.	0 0 0 0 0 0 0	Moje mateřské city jsou velice silné.
Cítím, že moje dítě je moje vlastní.	0 0 0 0 0 0 0	Necítím, že moje dítě je moje vlastní.
Užívám si kojení.	0 0 0 0 0 0 0	Kojení si neužívám.

**Jak vnímáte právě nyní Váš kontakt s Vaším miminkem? Udělejte, prosím, kroužek okolo bodu, který nejlépe odpovídá Vašemu pocitu.**

Obtížný.	0 0 0 0 0 0 0	Snadný.
Vztah plný nedůvěry.	0 0 0 0 0 0 0	Vztah plný důvěry.
Příjemný.	0 0 0 0 0 0 0	Nepříjemný.
Bezpečný.	0 0 0 0 0 0 0	Nebezpečný.
Nestabilní.	0 0 0 0 0 0 0	Stabilní.
Vzdálený.	0 0 0 0 0 0 0	Blízký.
Vřelý.	0 0 0 0 0 0 0	Chladný.

### Hodnocení škály:

- Pozitivní a negativní pocity jsou někdy převrácené, aby se zabránilo rutinnímu vyplňování.
- V kroužkovací verzi jednotlivé kruhy představují čísla 1 (méně pozitivní prohlášení) až 7 (nejvíce pozitivní prohlášení).

## **Příloha č. 13: Podklad pro realizaci polostrukturovaného rozhovoru**

***Sběr identifikačních údajů*** (parita, věk, rodinný stav, povolání, druh porodu, počet návštěv komunitní PA)

### ***Osobní příběh ženy před těhotenstvím***

1) Popište mi, prosím, Váš životní příběh před těhotenstvím a narozením dítěte. Myšleno ve smyslu popisu Vaší ženské sebedůvěry, mateřského citění, charakteru partnerství, Vašeho životního stylu.

### ***Průběh těhotenství a porodu***

- 2) Jak probíhalo Vaše těhotenství po fyzické i emocionální stránce?
- 3) Kdo Vám byl v těhotenství největší oporou?
- 4) Jakou roli ve Vašem těhotenství hrála porodní asistentka?
- 5) Měla jste od porodu nějaká očekávání a své představy? Pokud ano, jaké? Které představy se splnily a které nikoliv? Proč?
- 6) Jaké emoce se nyní k Vašemu porodu vztahují?
- 7) Jak jste zpracovala porodní prožitek a kdo Vám s tím případně pomohl?
- 8) Jakou další intervenci či pomoc byste v této souvislosti ještě uvítala?

### ***Průběh šestinedělí z holistického pohledu***

- 9) S jakými obtížemi či změnami jste se po porodu setkala? Jaký byl charakter obtíže, jak dlouho trval a jaké doporučení či intervence ho pomohlo zmírnit či odstranit?
- 10) Popište, prosím, Vaše potřeby v poporodním období. Které se po porodu změnilo ve svém uspokojování a jak? Jakou roli v jejich uspokojování hrála Vaše komunitní porodní asistentka?
- 11) Jak vnímáte samu sebe po porodu?
- 12) Jak se po porodu proměnilo Vaše partnerství?
- 13) Popište, prosím, jak se proměňoval Váš vztah k miminku od prenatálního období do dnešní doby.
- 14) Jak byste nyní celkově zhodnotila Váš život po narození dítěte?
- 15) Jak zpětně hodnotíte Vaše poporodní období?

### ***Zhodnocení významu komunitní péče PA***

- 16) Jak celkově hodnotíte péči Vaší komunitní porodní asistentky o Vás v poporodním období? Využila byste opět péči komunitní porodní asistentky?
- 17) V jakých oblastech Vám nejvíce pomohla? Co pro Vás bylo důležité? Co se změnilo po jejích intervencích a péči? Jakou roli pro Vás měla komunitní porodní asistentka při řešení případných obtíží či doporučení?
- 18) Uvítala byste od své porodní asistentky ještě případně jiné intervence či jiný druh péče? Pokud ano, co by to konkrétně bylo?

- 19) Jak jste se s porodní asistentkou seznámily? Kdy jste se potkaly a domluvily na pravidelné péči, a to i v poporodním období? Jak často Vás porodní asistentka navštěvovala a v kterých obdobích (těhotenství – porod – šestinedělí)?
- 20) Podle čeho jste si vybírala svojí komunitní porodní asistentku?
- 21) Jak byla péče Vaší komunitní porodní asistentky hrazená?
- 22) Pokud budete chtít, můžete k tématu ještě něco volně doplnit. Nějaké obecné doporučení do praxe komunitní porodní asistence (hrazení péče, dostupnost, registr dostupných porodních asistentek a jejich hodnocení...)

**Příloha č. 14: Ukázka používané dokumentace komunitní porodní asistentky při péči o ženu po porodu – 1. návštěva**

Dokumentace porodní asistentky při péči o ženu  
v šestinedělí v komunitním prostředí

**1. návštěva / datum:  
Základní údaje o ženě**

Jméno i příjmení:	Národnost:
Bydliště:	
Kontakt:	
Rok narození:	Parita:
Rodinný stav:	Povolání:
Datum porodu:	

**Anamnéza**



Rodinná anamnéza:	depressivní onemocnění v rodině:
Osobní anamnéza:	depressivní anamnéza ženy:
Gynekologická a porodnická anamnéza:	HAK: MC: <u>   </u> / <u>   </u> <u>bolestivá-nebolestivá</u> těhotenství plánované – neplánované otěhotněla snadno – s odstupem měsíců – <u>asistovaně</u>
Alergie:	
Užívané léky a dávkování:	

**Průběh porodu**

Druh porodu:	vaginální – císařský řez – VEX – forceps I.DP: indukce – medikace- přirozeně II. DP: medikace – řízené tlačení – exprese plodu- přirozeně
Dojem z porodu:	
Komplikace za porodu:	▪ celkové trvání porodu:
Porodní poranění:	
Průběh III. DP:	
Průběh IV. DP:	
Krevní ztráta:	zanedbatelná – menší – větší – TRF krve

Důležité informace a doporučení z propouštěcí zprávy z porodnice:

Poporodní den:.....

TK:	P:	TT:	Dech:	
<b>Děložní fundus</b> =.....  <i>V normě</i> <i>Subinvoluce fundu</i> <i>Nehmatný fundus</i>	<b>Lochia</b> <i>Rubra</i> <i>Fusca</i> <i>Flava</i> <i>Alba</i>  <i>Zápach obvyklý</i> <i>neobvyklý</i>  <i>Množství</i> <i>přiměřené</i> <i>nepřiměřené</i>  <i>Koagulum na</i> <i>vložce</i>	<b>Bolest</b> <i>Sutura</i> <i>Hráz</i> <i>Prsy</i> <i>Bradavky</i> <i>Hemeroidy</i> <i>Dolní</i> <i>končetiny</i> <i>Hlava</i> <i>Záda</i> <i>Jiné.....</i>	<b>Stav porodního poranění</b> <i>Zarudlá</i> <i>Povleklá</i> <i>Klídná</i> <i>Otok</i> <i>Hematom</i> <i>Rozpad</i>	<b>Okoli recta</b> <i>Klídné</i> <i>Hemeroidy</i> <i>Ruptura</i>
				
<b>Břícho</b> <i>Měkké</i> <i>Peristaltika +/-</i> <i>Diastáza svalů</i> <i>Rozestup symfýzy</i>	<b>Stav kůže</b> <i>Hydratovaná</i> <i>Strie</i> <i>Léze.....</i> <i>Suchá</i> <i>Vlhká</i>	<b>Dolní končetiny</b> <i>Normální</i> <i>barva</i> <i>Zarudlost</i> <i>Lokální</i> <i>teplot</i> <i>Varixy</i> <i>Otoky</i> <i>Bolestivost</i>	<b>Stav výživy</b> <i>Přiměřený</i> <i>Nedostatečný</i> <i>Nadměrný</i>	<b>Prsy</b> <i>Klídné</i> <i>Napjaté</i> <i>Teplé</i> <i>Zarudlé</i> <i>Zatvrdliny</i> <i>Bolestivé</i>
<b>Bradavky</b> <i>Normální</i> <i>Ploché</i> <i>Vystouplé</i> <i>Vpácené</i> <i>Ragády</i> <i>Bolestivost</i> <i>Známky kvasinek</i>	<b>Močení</b> <i>Normální diureza</i> <i>Normální barva</i> <i>Normální zápach</i> <i>Bez příměsí</i>  <i>Patologické</i> <i>změny:.....</i> <i>.....</i>	<b>Stolice</b> <i>Pravidelná</i> <i>Obstipace</i> <i>Příjem</i> <b>Odchod plynů +/-</b>	<b>Inkontinence</b> <i>Moči</i> <i>Stolice</i> <i>Není</i>	<b>Komplikace v těhotenství</b> <i>Preeklampsie</i> <i>Předčasný porod</i> <i>GDM</i> <i>Jiné.....</i>
				

### Novorozenec

<b>Jméno:</b>		<b>Porod v týdnu gravidity:</b>
<b>Váha / míra:</b>		
<b>Zdravotní stav po narození:</b>		
<b>Průběh navázání kontaktu po porodu:</b>	pouze viděla - pochovala	<b>Popis příložených záhy po porodu:</b>
<b>Separace od matky po porodu:</b> neproběhla – proběhla kolik hodin:		
<b>Kojen – nekojen - dokrmován</b>	<b>Péče ženy o dítě</b>	<b>Co dále žena potřebuje vědět?</b>
<b>Frekvence kojení za den:</b>		
<b>Zvracení:</b>		
<b>Stolice:</b> barva:		
<b>Moč:</b>		
<b>Okolí pupku:</b>		
<b>Barva kůže:</b>		
<b>Zvláštnosti:</b>		

Témata poradenství:

- Přebalování novorozence a péče o pokožku
- Psychologie a potřeby novorozence
- Denní režim dítěte
- Neklidné dítě / příčiny a utišení pláče
- Manipulace s novorozencem
- Výživa kojenců

### Podpora a posouzení kojení

Kontrola techniky kojení	Pomůcky ke kojení	Potíže při kojení
<i>správné držení prsu správná vzájemná poloha matky a dítěte správná technika přísátí</i>	<i>kloboučky formače bradavek odsávačka hydrogelové polštářky jiné:.....</i>	

Témata poradenství:

- Význam kojení
- Péče o prsy, nejčastější potíže při kojení a jejich řešení
- Výživa a životospráva kojící ženy

### Posouzení psychického stavu ženy

Doporučené otázky na ženu	Chování ženy	Zhodnocení stavu
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Jak se změnila Vaše psychika po narození dítěte?</i></li> <li>▪ <i>Jaká nálada u Vás v posledních dnech převládá?</i></li> <li>▪ <i>Trápí Vás něco?</i></li> <li>▪ <i>Jaký je Váš obvyklý denní režim?</i></li> </ul>		<i>normální stav převažující plačtivost a smutek převažující euforie výrazné střídání nálad častý návrat k negativním zkušenostem z porodnice důvod:.....  jiné:.....</i>

### Podpora ženy v rámci nejbližšího okolí

Jak se změnilo po porodu partnerství?	Kdo ženě po porodu nejvíce pomáhá?	Odkud žena čerpá informace o mateřství?
	<i>partner maminka (vztah?) rodiče kamarádka sousedka nikdo jiný:.....</i>	<i>od matky od kamarádky z internetu z časopisů, knih jiné:.....</i>

### Závěrečné posouzení a doporučení porodní asistentky

Provedené odborné výkony:

Důraz při příští kontrole:

Datum další návštěvy:

## 9 SEZNAM ZKRATEK

Max.	Maximum
Md	Medián
MGI	Mother – Generated Index/ dotazník zaměřený na subjektivně vnímanou kvalitu života ženy po porodu
Min.	Minimum
MIRF Scale	Mother-to-Infant Relation and Feeling Scale/ hodnoticí škála pocitů a vztahu matky k novorozenci (kojenci)
PA	Porodní asistentka
p-hod.	p-value, signifikance
N	Počet odpovědí
SD	Směrodatná odchylka
VEX	Vakuem extrakce plodu
WHO	Světová zdravotnická organizace
$\bar{x}$	Aritmetický průměr