UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav veřejného zdravotnictví

MUDr. Ester Hladíková

Zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku

Diplomová práce

Vedoucí práce:
doc. et doc. PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

© 2021 UPOL

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval(a) samostatně, s využitím pouze citovaných zdrojů v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Olomouc 29. března 2021 _____

Poděkování

Děkuji vedoucí své diplomové práce, doc. et doc. PhDr. Mgr. Kateřině Ivanově, Ph.D. za inspirativní a podnětné vedení diplomové práce, které mě motivovalo k dalšímu studiu a bádání v této oblasti. Děkuji MUDr. Nejedlé za poskytnutí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 a pokynů k dopočtům. Děkuji všem rodičkám, které ve svém naruby převráceném životě našly volné minuty, aby se zúčastnily mého šetření. Děkuji panu primáři a svému pracovišti, že mi výzkum umožnilo. Děkuji svému choti a rodině za nekonečnou trpělivost s mým studiem.

OBSAH

ÚVOD 7
1. CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE 9
1.1 Cíl práce 9
1.1.1 Stanovení obecného cíle práce 9
1.1.2 Stanovení teoretického cíle práce 9
1.1.3 Popis výzkumného problému 9
1.2 Stanovení PICO 11
1.3 Literární rešerše 13
1.3.1 Souhrn literárních rešerší 13
1.3.2 Google Scholar 14
1.3.3 PubMed 15
1.3.4 MEDVIK 15
1.3.5 Web of Science 16
1.3.6 SCOPUS 17
1.3.7 EBSCO 17
1.3.8 Použité strategické postupy 18
2. TEORETICKÁ ČÁST 19
2.1 Zdravotní gramotnost – teoretická východiska 19
2.1.1 Zdravotní gramotnost v České republice 21
2.1.2 Zdravotní gramotnost – nová východiska 22
2.1.3 Zdravotní gramotnost ve zdravotních strategiích 25
2.1.4 Zdravotní gramotnost matek 27
2.1.5 Zdravotní gramotnost a šestinedělí 29
2.2 Šestinedělí 30
2.2.1 Historický pohled 30
2.2.2 Komunikace 34
2.2.3 Fyziologické šestinedělí 35
2.2.4 Ošetřování a hygiena v šestinedělí 41
2.2.5 Odborná péče o nedělku 42
2.2.6 Patologické šestinedělí 45

2.3 Péče o matku a dítě na Svitavsku ... 49
3. VÝZKUMNÁ ČÁST ... 55
3.1 Metodika ... 55
3.1.1 Stanovení teoretického cíle práce ... 55
3.1.2 Popis výzkumného problému ... 55
3.1.3 Výzkumná otázka ... 55
3.1.4 Návrh metodiky ... 56
3.1.5 Výzkumný soubor ... 56
4. VÝSLEDKY ... 57
4.1 Popis tvorby dotazníku ... 57
4.2 Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16 ... 58
4.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 ... 59
4.3.1 Pokyny pro dopočty ... 59
4.3.2 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL) ... 60
4.3.3 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL) ... 61
4.3.4 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL) ... 63
4.3.5 Celková zdravotní gramotnost (GHL) ... 64
4.4 Vyhodnocení a zpracování vlastního dotazníku ... 65
4.5 Vyhodnocení demografických statistik ... 65
4.5.1 Věk ... 65
4.5.2 Počet těhotenství – gravidita ... 67
4.5.3 Počet porodů – parita ... 68
4.5.4 Počet dětí, o které se staráte – plodnost ... 68
4.5.5 Způsob nynějšího porodu ... 70
4.5.6 Počet nyní narozených dětí ... 71
4.5.7 Rodinný stav ... 71
4.5.8 Nejvyšší dosažené vzdělání ... 72
4.5.9 Kuřáctví ... 73
4.6 Vyhodnocení jednotlivých otázek doplňujícího dotazníku ... 75
4.6.1 Pitný režim ... 75
4.6.2 Správná výživa ... 75
4.6.3 Péče o poporodní poranění ... 76

4.6.4 Poporodní prohlídka ... 78
4.6.5 Odběr krve z paty novorozence ... 80
4.6.6 První procházka ... 80
4.6.7 Kojení jako antikoncepce ... 81
4.6.8 Vhodnost kojení ... 82
4.6.9 Novorozenecká žloutenka ... 84
4.6.10 Telefonní číslo na rychlou záchrannou službu ... 84
4.6.11 Očkovací kalendář ... 85
4.7 Otevřené otázky ... 86
5. DISKUSE ... 92
ZÁVĚR ... 97
ANOTACE ... 99
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ ... 100
SEZNAM TABULEK ... 109
SEZNAM GRAFŮ ... 110
SEZNAM OBRÁZKŮ ... 112
SEZNAM PŘÍLOH ... 113
PŘÍLOHY ... 114

ÚVOD

Životní role ženy, mateřství, je klíčová pro fyzické i duševní zdraví dítěte, zejména z toho důvodu, že je to nejčastěji matka, kdo činí rozhodnutí v péči o jeho zdraví. (Ivanová a kol., 2018). Je tedy důležité se zabývat zdravotní gramotností matek a zjišťovat, do jaké míry fakticky ovlivňuje zdraví dětí.

Mateřství je v moderní době obtížným obdobím, v časech informačního přesycení není jednoduché činit správná rozhodnutí jak ohledně svého vlastního zdraví, tak ohledně zdraví svých potomků. Vyspělost a dostupnost moderního zdravotnictví v ČR a možná do jisté míry i nadbytečná péče na jedné straně, na druhé straně ze své pozice lékařky pracující na gynekologicko – porodním oddělení vidím čím dál oblíbenější styl výchovy a péče o zdraví navracející se ke zkušenostem našich předků, omezování zdravotní péče na nutné minimum a vyhýbaní se zdravotnickým prostředkům a zásahům při výchově dítěte. Tento rozpor staví mnoho matek na pomyslnou křižovatku, kdy váhají, kterým směrem se mají vydat tak, aby jejich rozhodnutí bylo nejlepší pro zdraví jejich dítěte. Na tom, k čemu se nakonec přikloní, hraje jistě roli více faktorů, zejména vzdělání, kulturní a sociální zázemí, naladění nejbližšího okolí.

Zdravotní gramotnost je charakterizovaná jako schopnost jedince chápat, posoudit a správně použít informace, nástroje a služby související s jeho zdravím a následně činit každodenně korektní rozhodnutí týkající se zdravotního stavu, jeho podpory a péče o něj tak, aby bylo dosaženo co nejvyšší kontroly nad vlastním zdravím. (Holčík, 2010).

Nejedná se pouze o záležitost jednotlivce, ale problematika zdravotní gramotnosti je všeobjímající, platná pro veškerou populaci, zahrnující ji jednak jako celek, jednak jako rozdílné skupiny odlišující se například v rámci demografického rozložení. (Holčík, 2010).

Svitavsko, tedy okres Svitavy, je geograficky, historicky i sociologicky velmi poutavý. Leží na obou stranách historické hranice Čech a Moravy, z toho 44 obcí přísluší území Moravy (necelých 50 tisíc obyvatel), v 67 obcích v Čechách žije 51 tisíc obyvatel, zbývajících pět obcí s téměř 5 tisíci obyvateli pak leží po obou stranách zemské hranice. Oblast se potýká s vysokou mírou nezaměstnanosti. (Wikipedie, 2021). Co se týče

vzdělání, má ze 100 % žen nad 15 let žijících v oblasti Svitavska 24,5 % vzdělání základní, dále 31,6 % vyučení bez maturity a střední odborné vzdělání bez maturity, 27,1 % střední odborné s maturitou, 7,8 % ženské populace má vysokoškolské vzdělání. Zkoumaná oblast, jako součást bývalých Sudet, se všemi historickými dopady, je region s nezanedbatelným zastoupením národnostních menšin. Co se týče žen, po Češkách zde žijí nejčastěji ženy slovenské, ukrajinské a polské národnosti. (Český statistický úřad, 2013).

Diplomová práce ve svých teoretických východiscích zeširoka popisuje v tradičním i moderním rámci obecnou zdravotní gramotnost, dále se věnuje specifické zdravotní gramotnosti matek, rodiček, nedělek, zkrátka žen.

Do rámce specifické zdravotní gramotnosti diplomová práce zařazuje průběh fyziologického a patologického šestinedělí, stejně jako náležitosti v péči o nedělku. Popisuje region, ve kterém se sběr dat odehrával.

Tato diplomová práce má za cíl zjistit, jaká je zdravotní gramotnost matek v šestinedělí v oblasti Svitavska, a to použitím standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 a vlastního dotazníku, který se věnuje specifické zdravotní gramotnosti a prožitkům a pocitům matek v časném šestinedělí.

Klíčová slova:

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“ „šestinedělí“

Hlavní klíčová slova „zdravotní gramotnost“ AND „matky“ AND „šestinedělí“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“, „puerperium“

Hlavní klíčová slova anglicky: „health literacy“ AND „mothers“ AND „puerperium“

1. CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE

1.1 Cíl práce

1.1.1 Stanovení obecného cíle práce

Zjistit, jaká je zdravotní gramotnost matek v šestinedělí.

1.1.2 Stanovení teoretického cíle práce

Tato diplomová práce má za cíl zjistit, jaká je zdravotní gramotnost matek v šestinedělí v oblasti Svitavska, a to použitím standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 a vlastního dotazníku. Zaměří se na zdravotní gramotnost obecnou i specifickou, zkoumány budou matky, jež porodily ve svitavské porodnici období od listopadu 2020 do února 2021.

1.1.3 Popis výzkumného problému

Zdravotní gramotnost je v současné době často skloňovaný pojem. Zdravotnický systém již dávno není černobílým výběrem alternativ ano/ne, případně řízeným během událostí a postupů. Jak uvádí Janura, vzhledem k rostoucí škále možností a čím dál složitějšímu systému zdravotnictví, musí být jedinec, který pečuje o své zdraví, vybaven schopností se racionálně rozhodovat, dobrou orientací, musí umět posoudit závažnost toho kterého stavu. (Janura, 2018).

Zaměřila jsem se na zdravotní gramotnost matek v šestinedělí, jelikož pracuji jako lékař, gynekolog-porodník. Setkávám se tak denně s klientkami, které prožívají možná největší změnu svého života, stávají se matkami a mají pečovat o další lidskou bytost. Škála informací z oblasti zdravotní gramotnosti, které by nedělky měly ovládat, exponenciálně roste, žena navíc po porodu prochází bouřlivým emocionálním obdobím.

Ivanová, Olecká a Mihál poukazují na skutečnost, že obsah zdravotní gramotnosti nepředstavuje pouhý seznam informací o nemocech, ale že jej tvoří komplex potřeb, které, pokud jsou saturovány, vedou k vytouženému pocitu „pohody“. (Olecká, Ivanová, Mihál, 2016).

Informovaná matka je předpokladem zdravého dítěte, které je základním kamenem ekonomicky a kulturně úspěšné společnosti.

Kohan a kol. uvádí, že zejména zdravotní gramotnost žen představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdraví rodiny a úroveň kojenecké úmrtnosti. Nižší zdravotní gramotnost je následována nežádoucími ekonomickými, sociálními a zdravotními dopady, jako je zvyšování nákladů na léčbu a péči o zdraví, zvyšování nemocnosti, úmrtnosti a zvyšování frekvence nežádoucích účinků. (Kohan, Ghasemi, Dodangeh, 2007).

Zatím neexistuje mnoho studií, které by se zabývaly konkrétně zdravotní gramotností matek v šestinedělí, ačkoliv jejich vliv na zdraví populace je klíčový a nemůže být popřen, což zmiňuje ve svých pracích mnoho autorů.

Wilhelmová píše, že zdravotní gramotnost představuje důležitou determinantu zdraví matek i dětí. Je dispozicí pro správné chování v oblasti zdraví, aplikování zásad zdravého životního stylu a tím vede ke zdravému vývoji dítěte jak před narozením, tak po porodu. (Wilhelmová, 2014).

Fergusonová uvádí, že mateřská zdravotní gramotnost představuje objekt zájmu, jelikož těhotenství může představovat první setkání ženy se zdravotním systémem, a také z důvodu, že zdravotní status ženy a její schopnost pochopení informací přímo ovlivňují její dítě, a to jak před početím, tak během těhotenství a následně během formativního období. (Ferguson, 2008).

Období šestinedělí již zdaleka nelze chápat pouze striktně anatomicko-fyziologicky, kdy se tělo ženy navrací do stavu před početím. Stále častěji se zmiňuje i důležitost změn psychických a dalších.

Hendrych Lorenzová a kol. se zabývají šestinedělím, jako zásadním obdobím pro každou matku, nově narozené dítě i rodinu. Obdobím psychicky a fyzicky náročným, u kterého nelze opomenout ani rovinu sociální. (Hendrych Lorenzová, Bártlová, Ratislavová, 2019).

1.2 Stanovení PICO

P – Population/problem/patient (populace/problém/pacient)

Matky v období šestinedělí: rodičky, prvorodičky i vícerodičky, ženy, jež se čerstvě staly matkami, i ty, které již pečují o větší děti a nyní se jejich rodina rozrostla o nového člena (členy).

Výzkumný soubor bude specifický tím, že se bude jednat o ženy - matky, které jsou v době vyplnění dotazníku hospitalizovány po porodu, tedy ve velmi krátkém časovém horizontu. Ženy po porodu bývají hospitalizované většinou 3 dny. Toto období může být leckdy stresující, ať už kvůli tělesnému diskomfortu pramenícího z porodních poranění a poporodní adaptace, tak i z důvodu diskomfortu psychického, jelikož je na ženu-klientku-pacientku neustále kladeno mnoho nových úkolů a výzev v péči o sebe i o novorozené dítě.

Bude zkoumána jejich zdravotní gramotnost. Ta může být u daných probandek různě ovlivněna. Ať už vlastní předchozí zkušeností s výchovou dítěte, tak informacemi a dovednostmi získanými na předporodních kurzech, dále například dosaženým vzděláním a profesí nebo rodinným zázemím, předáváním zkušeností od vlastních babiček, matek, sester, dalších příbuzných a přítelkyň.

Věkové rozložení bude pravděpodobně odpovídat věkovému vymezení fertilních let: mezi 15 a 49 lety. Ve svitavské porodnici v roce 2019 porodila nejmladší rodička v 16 letech a nejstarší ve 46 letech.

Dle censu z roku 2011 žijí na území Svitavska po Češkách nejčastěji ženy slovenské, ukrajinské a polské národnosti. V rámci Svitavské nemocnice, kde bude sběr dat probíhat, drtivě převažují pacientky české národnosti.

Výzkum bude probíhat u žen hospitalizovaných ve Svitavské nemocnici, Nemocnice Pardubického kraje a.s. Spádově se jedná o ženy žijící na Svitavsku, Poličsku, Litomyšlsku, Moravsko-Třebovsku, méně již na Lanškrounsku, které spadá do okresu Ústí nad Orlicí. S výrazně menší frekvencí se může jednat o ženy z okolí Olomouce, Brna a dalších měst.

I vzhledem k věkovému rozložení se často jedná o probandky zdravé, buď zcela bez chronických onemocnění, či pouze s častějšími těhotenskými komplikacemi – gestační

diabetes mírného typu či gestační hypertenze. U rodiček se mohou vyskytovat přidružená onemocnění, nejčastěji se jedná opět o arteriální hypertenzi, onemocnění štítné žlázy, vertebrogenní algický syndrom, depresivní a úzkostné poruchy, poruchy lipidového spektra atd. V anamnéze se může vyskytovat i rozsáhlejší historie gynekologických komplikací, stavy po opakovaných gynekologických operacích či těhotenských ztrátách. Jen velmi málo klientek je polymorbidních.

I – Intervention (intervence)

Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16 používaný ke zkoumaní obecné zdravotní gramotnosti. Vlastní vytvořený dotazník zkoumá konkrétnější znalosti týkající se mateřství a rodičovství, péči o dítě a o ženské zdraví, zaměřuje se na období šestinedělí.

V ideálním případě by vyhodnocení dotazníku vedlo ke zvážení změn v edukaci klientek, se zaměřením na oblasti, které se budou jevit jako nejslabší, ev. vytvoření nebo aktualizaci již distribuovaných informačních letáků. Vzhledem k tomu, že se jedná o ženy z mého okolí, je mým cílem je podnítit k touze po zvýšení své vlastní zdravotní gramotnosti.

C – Comparison/control (komparace, porovnání/kontrola)

Srovnání se zdravotní gramotností populace v jiných výzkumech. Srovnání výsledků standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 s všeobecnými výsledky popisující zdravotní gramotnost české populace. Srovnání vlastního dotazníku s výsledky výzkumů týkajících se zdravotní gramotnosti matek jiných autorů. Srovnání s vybranými evropskými zeměmi. Osvětlení dopadu vysoké úrovně zdravotní gramotnosti za zdraví populace jako celku. Vystižení role matek jako těch, které ve většině případů pečují o zdraví rodiny a jejichž zdravotní gramotnost se tedy jeví jako klíčová ke zvyšování celkové zdravotní gramotnosti ve společnosti.

O – Outcomes (výstupy)

Vyhodnocení standardizovaného dotazníku a vlastního dotazníku. Pokus o získání dostatečně reprezentativního vzorku. Výstupem by mělo být zhodnocení úrovně zdravotní gramotnosti jednak vyhodnocením standardizovaného dotazníku

HLS-EU-Q16 podle standardizovaného klíče, dále by měl být zhodnocen vlastní dotazník založený na konkrétnějších datech týkajících se zdravotní gramotnosti v oblasti péči o rodinné zdraví, zdraví dětí a ženské zdraví.

Výsledek by ukazoval úroveň zdravotní gramotnosti matek v šestinedělí v oblasti Svitavska. Vhodné by bylo zahrnutí doporučení, jak eventuálně tuto zdravotní gramotnost zvyšovat a prohlubovat a dále jak aktivně podporovat matky, aby samy chtěly svoji zdravotní gramotnost zvyšovat. Zvýšení zdravotní gramotnosti předpokládá jako následek zvýšení úrovně zdraví ve společnosti.

1.3 Literární rešerše

1.3.1 Souhrn literárních rešerší

Klíčová slova český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“, „šestinedělí“

Klíčová slova anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“, „puerperium“

Jazyk: český, anglický

Období: 1.1.2000- 24.6.2020

Další kritéria: plnotextové články

Databáze: Google Scholar, PubMed, MEDVIK, Scopus, Web of science, EBSCO

Nalezeno: 1222 článků.

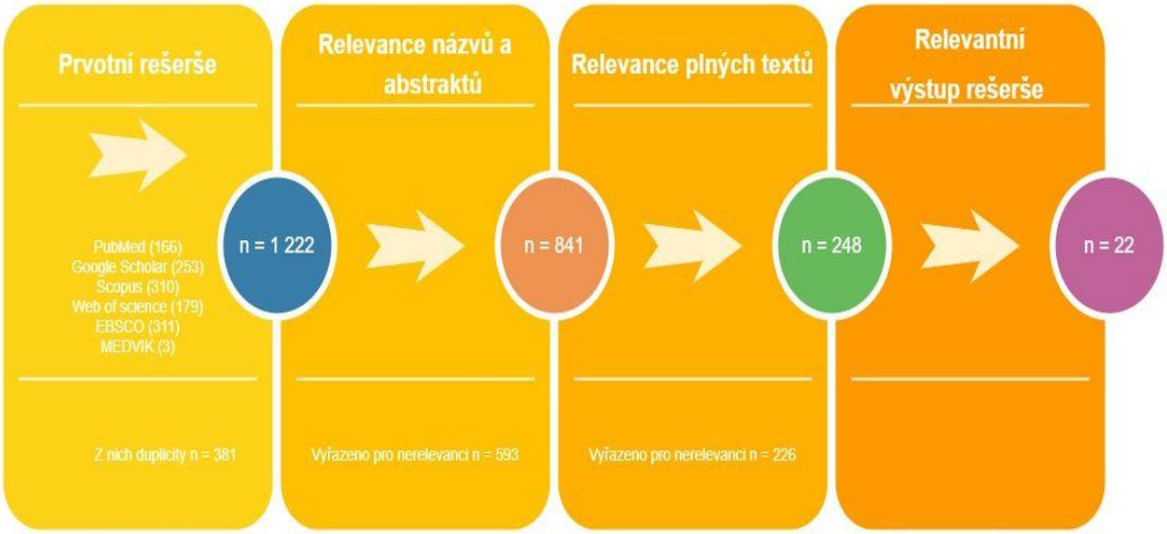
Použito: 22 relevantních článků.

Sumarizace využitých periodik a dokumentů:

Kontakt, Profese online, Nursing for women's health, Health Promotion International, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, Journal of General Internal Medicine

Při vypracování rešeršní strategie byla uvedena výše stanovená klíčová slova a použity databáze: Google Scholar, PuBMed a MEDVIK, Scopus, Web of science, EBSCO.

Velká část nalezených článků spadala do ohraničeného časového rozmezí let 2000–2020.



Obrázek 1 - Popis rešeršní strategie

1.3.2 Google Scholar

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“, „šestinedělí“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“, „puerperium“

Ke dni 19.1. 2020

- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ nalezeno celkově 145 prací, a to v letech 2000-2020: 145 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ nalezeno 43 prací, z toho v letech 2000-2020: 41 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ and „šestinedělí“ nalezeno celkově 7 prací a to v letech 2000-2020
- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ and „šestinedělí“ nalezeno celkově 13 prací a to v letech 2000-2020
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeno celkově 2860 prací, z toho v letech 2000-2020: 2710 prací

- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 20 600 prací, z toho v letech 2000-2020: 16 800 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ and „puerperium“ nalezeno celkově 114 prací, z toho v letech 2000-2020: 104 prací
- „health literacy“ and „mothers“ and „puerperium“ nalezeno celkově 240 prací, z toho v letech 2000-2020: 240 prací

1.3.3 PubMed

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „šestinedělí“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“, „puerperium“

Ke dni 19.1. 2020

- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ nalezeno celkově 0 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ nalezeno 0 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ and „šestinedělí“ nalezeno celkově 0 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ and „šestinedělí“ nalezeno celkově 0 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeno celkově 7 prací, a to v letech 2000-2020
- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 167 prací, z toho v letech 2000-2020: 166 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ and „puerperium“ nalezeno 0 prací
- „health literacy“ and „mothers“ and „puerperium“ nalezena celkově 0 prací

1.3.4 MEDVIK

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“, „šestinedělí“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“, „puerperium“

Ke dni 19.1. 2020

- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ nalezeno celkově 6 prací v letech 2000-2020
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ nalezeny 2 práce v letech 2000-2020
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ and „šestinedělí“ nalezena 1 práce v letech 2000-2020
- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ and „šestinedělí“ nalezeno 0 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeny celkově 2 práce v letech 2000-2020
- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 15 prací, z toho v letech 2000-2020: 14 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ and „puerperium“ nalezena 1 práce v letech 2000-2020
- „health literacy“ and „mothers“ and „puerperium“ nalezeny 2 práce

1.3.5 Web of Science

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“

Ke dni 19.1. 2020

- Pro česká klíčová slova: 0 výsledků.
- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 172 prací, a to v letech 2000-2020: 2710 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeno celkově 9 prací, a to v letech 2000-2020: 16 800 prací

1.3.6 SCOPUS

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“

Ke dni 24.6. 2020:

- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ nalezeno celkově 0 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ nalezeno 0 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeno celkově 14 prací, z toho v letech 2000-2020: 14 prací
- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 311 prací, z toho v letech 2000-2020: 310 prací

1.3.7 EBSCO

Klíčová slova

Český jazyk: „zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“

Anglický jazyk: „health literacy“ „motherhood“, „mothers“

- Ke dni 24.6. 2020:
- „zdravotní gramotnost“ and „matky“ nalezeno celkově 10 prací, z toho v letech 2000-2020: 10 prací
- „zdravotní gramotnost“ and „mateřství“ nalezeno 0 prací
- „health literacy“ and „motherhood“ nalezeno celkově 105 prací, z toho v letech 2000-2020: 105 prací
- „health literacy“ and „mothers“ nalezeno celkově 1320 prací, z toho v letech 2000-2020: 1316 prací

Výsledky rešerší často zobrazovaly zdravotní gramotnosti matek z malých etnických skupin, které žijí mimo svoji domovinu.

Papík uvádí, že: **„***Rešeršní strategie (search strategy) je metodický postup, jak pomocí jednotlivých cílených kroků získat relevantní dokument*.“ (Papík, 2013).

V jednotlivých krocích rešeršní strategie vypracované k této práci byly použity následující typy rešeršních strategií:

1.3.8 Použité strategické postupy

Strategie stavebních kamenů

Podle informací uvedených na Wikisofia je tento způsob provádění rešeršní strategie v dnešní době nejrozšířenější. Dotaz je přeformulován do několika dílčích dotazů. Klíčové pojmy, tzv. „stavební kameny“ se skládají pomocí booleovských operátorů. (Wikisofia, 2013).

Strategie rostoucí perly

Strategie rostoucí perly používá princip postupného rozšiřování dotazu a přidávání dalších klíčových slov tak, aby bylo dosaženo získání většího množství vhodných dokumentů. Bývá využívána intuitivně, vede od nejspecifičtějšího pojmu k dalším. (Wikisofia, 2013).

Strategie osekávání

Při použití strategie osekávání je dotaz zužován a zpřesňován tak, aby došlo k cílovému snížení počtu výsledků. (Wikisofia, 2013). K této práci bylo v rámci strategie osekávání použito zúžení hledaných klíčových slov „health literacy“ and „mothers“ o parametr „puerperium“.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zdravotní gramotnost – teoretická východiska

Ačkoliv by se mohlo zdát, že pojem zdravotní gramotnost je poměrně nový a je na něj kladen důraz teprve v posledních několika letech, není tomu tak. Jak uvádí Ivanová, myšlenka, že by bylo vhodné podpořit jednotlivce, aby oni sami mohli více kontrolovat vlastní zdravotní stav a zejména aby dělali kroky, které jejich zdraví pomůže zlepšit, byla vyslovena již v roce 1986 v kanadské Ottawě. V listopadu roku 1986 zde proběhla 1. mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví. Výstupem této konference byla Charta, podle které mělo být dosaženo bodů programu Zdraví pro všechny do roku 2000. "*Zdravotní gramotnost je kombinací výchovy ke zdraví, podpory zdraví a prevence nemocí, schopnosti orientace ve zdravotnickém systému, schopnosti získávat, vyhodnocovat a využívat informace o zdravém životním stylu. Ve výsledku má být konglomerátem vědomostí a dovedností, které umožňují vlastní zdraví udržovat, zlepšovat a ochraňovat. O získání a rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatelstva mají usilovat vlády států, systém péče o zdraví, systém zdravotnictví, neziskové organizace zaměřené na zdraví, školy na všech úrovních, zaměstnavatelé i každý jedinec sám za sebe*." (Ivanová, 2014, str. 3).

Kde však ono ceněné a potřebné zdraví vzniká? Je možné v dnešní společnosti vnímat zdravotnická zařízení jako továrny na zdraví, nebo je načase přijmout odpovědnost? Řehulka navazuje na Ottawskou chartu, ve které je také psáno, že nemocnice nejsou místem, které by dávalo vzniknout zdraví, ale pouze prostorou, kde se opraví chyby již na zdraví vzniklé, často za nemalé námahy a množství vynaložených prostředků. Zdraví jako takové se rodí a utváří jinde, v místech, kde by nás to možná dříve možná ani nenapadlo. V domovech a rodině, v práci a ve vzdělávacích zařízeních, všude tam, kde lidé zkrátka žijí – ať už relaxují, nebo tvrdě pracují, vyvíjí se, rostou a stárnou a užívají si radosti. Proces ovlivnění zdraví nemůže být krátkodobý. Právě v tento moment vzniká budoucí zdraví populace. WHO často klade důraz na potřebu vytrvalého a dlouhotrvajícího úsilí, které nakonec vede ke zvýšení zdraví. Zdárný ekonomický a kulturní vývoj společenství závisí na dětech, které jsou zdravé, dostane se jim vzdělání

a správné výchovy. Proto jsou školy zásadním pilířem vzniku a rozvoje zdravotní gramotnosti. Že je na toto odvětví kladen důraz, podporuje i množství konaných konferencí a vydaných publikací na popisované téma. Odpovědnost však neleží pouze na bedrech pedagogů, je nutné vytvářet mezioborové týmy. (Řehulka in Holčík, 2010).

Po dlouhém vývoji, který prodělalo zdravotnictví a péče o zdraví jako taková, stejně tak po dlouhém vývoji, které prodělalo samo zdraví obyvatel, bylo postupem času zjištěno, že nestačí pouze léčit nemoc a její následky, ale že stejně důležitá je i prevence. Holčík říká, že ač bylo již od 60. let v Evropě zaváděno mnoho preventivních opatření, jejich vyhodnocováním bylo zjištěno, že to opět nejsou nemocnice a zdravotnická zařízení, kde se má prevence jedině aplikovat, ale že roli bude znovu hrát rodinné prostředí, školství, veřejná správa, odborné podniky a zájmové skupiny a každý jeden člověk sám za sebe. *„Na všech lidech záleží, zda budou zdraví. Proto je tak důležitý rozvoj zdravotní gramotnosti, která zdaleka nespočívá jen v dílčích znalostech a dovednostech, ale zejména na tom, zda a do jaké míry si lidé uvědomují hodnotu zdraví a co jsou ochotni pro zdraví své i ostatních lidí skutečně udělat.“* (Holčík, 2010, str. 8). Je jasné, že v péči o zdraví již zdravotní gramotnost nelze postrádat. „*Je pojímána jako schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, v zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti. V tomto smyslu je důležitou charakteristikou jednotlivců i skupin.“* (Holčík, 2010, str. 8).

Ani v případě, že se podaří přesvědčit jednotlivce, aby odpovědnost za dvé zdraví přijali a cíleně zvyšovali svojí zdravotní gramotnost, a tím i své zdraví, není zajištěn úspěch. Občané musí mít podporu státu a musí mít přístup ke kvalitním informacím. V situačním dokumentu 1. národní konference o zdravotní gramotnosti Šteflová píše, že „*Výraznější účast veřejnosti na péči o zdraví předpokládá všeobecnou dostupnost věrohodných informací týkajících se zdraví i jejich chápání, zhodnocení a využití. A právě to je hlavním obsahem zdravotní gramotnosti. Významnou součástí zdravotní gramotnosti je důstojnost a svébytnost lidí, jejich schopnost vážit si zdraví, postarat se o sebe a v potřebném rozsahu i o druhé*.“ (Šteflová in předmluva dokumentu 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017).

2.1.1 Zdravotní gramotnost v České republice

Opět Holčík se v dokumentu „1. národní konference o zdravotní gramotnosti“ vyjadřuje k dopadům nízké zdravotní gramotnosti, kterými je nyní naše společnosti stižena. Týká se více než poloviny populace, vede k zhoršování zdravotního stavu, tím ke snižování životní kvality a v neposlední řádě k ekonomické zátěži dané zatížením zdravotní péče. Uvádí, že je nutno se věnovat dvěma oblastem, ve kterých je třeba učinit změnu. První se týká jednotlivců, je potřeba podněcovat jejich zdravotní gramotnost tak, aby byli schopní se v situacích, které život skýtá, rozhodnout tím způsobem, který je vhodný a prospěšný jejich zdraví a tím jejich životní kvalitě. Cílem je zvýšit vliv jednotlivce na své zdraví a život vedoucí k možnosti výraznějšího ovlivnění podmínek, ve kterých žijí, a situací, kdy se setkávají se zdravotnictvím. (Holčík in 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017).

Druhou oblastí je společnost. Zaprvé je nutné věnovat se strukturám, které společnost pomáhají utvářet – zdravotnictví, institucím, veřejné správě. Společnost má vystupovat v motivační roli, má také dělat takové kroky, aby jednotlivci pomáhala ve správné péči o zdraví. Společnost se musí chovat odpovědně, jelikož artikl, se kterým zachází, tedy lidské zdraví, je velmi cenný. Zadruhé je potřeba pečovat o společenské hodnoty. (Holčík 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017).

Že si Česká republika nevede co se týče zdravotní gramotnosti dobře, o tom hovoří i Kučera. Dodává, že zkoumání úrovně zdravotní gramotnosti je v podstatě v plenkách, jelikož se mu věnuje pozornost teprve něco málo přes čtvrt století, na domácí půdě započala šetření před pouhými několika lety. První komplexní výzkumy zkoumaly pouze schopnost člověka chápat text, který obsahoval medicínské výrazy. Dávno však již víme, že tato dovednost není jediným obsahem zdravotní gramotnosti, ale ta je doménou velmi komplexní, kterou je nutné zkoumat z více úhlů. Postupně docházelo ke zdokonalování škál a dotazníků, až „*V Evropě byly v roce 2014 zveřejněny výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v osmi zemích Evropské unie, která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013. Model zahrnuje tři základní dimenze zdravotní gramotnosti a čtyři kroky získávání a zpracovávání informací.“ (*Kučera in 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017, 2.část). Studie se účastnilo 8 zemí, z nichž v každé bylo testováno minimálně tisíc respondentů,

kteří museli být starší 15 let. V České republice vzorek tvořilo 1037 obyvatel, zastoupeni byli obyvatelé všech krajů. Výsledky byly tristní, 59,4% populace má neadekvátní nebo problémovou úroveň zdravotní gramotnosti, horšího výsledku dosáhli pouze obyvatelé Bulharska. Zdravotní gramotnost byla dále dělena za zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí a zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, kde si vedeme zcela nejhůře. Adekvátní zdravotní gramotnost v této oblasti vykazovala třetina respondentů. Z výsledků vyplynulo, že zdravotní gramotnost nezávisí na pohlaví, ale závisí na věku, klesá od 40. roku. Zdravotní gramotnost je také v ČR závislá na míře finanční deprivace, silně souvisí i s hodnotou BMI. *(*Kučera 1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017).

Nynější společnost propaguje nezdravý životní styl a školství nezvládá jedince naučit, jak získat, pochopit a využít informace týkající se zdraví a zlepšovat vlastní zdraví. (Kučera, 2015).

Belešová a kol. se věnovaly porovnání úrovně zdravotní gramotnosti mezi dospělými, kteří jsou ohrožení chudobou, a mezi dospělými, kteří ohroženi chudobou nejsou. Nepřekvapivě v závěru šetření vyplývá, že dospělé osoby, jež jsou vystaveny ohrožení chudobou převážně nemají dostatečnou zdravotní gramotnost, na rozdíl od občanů, kteří chudobou ohroženi nejsou, u nichž dostatečnou míru zdravotní gramotnosti vykazovalo lehce přes 50 %. Tím se finanční situace jedince řadí mezi další faktory, které zdravotní gramotnost ovlivňují. (Belešová a kol., 2019).

Důvodů, proč zvyšovat zdravotní gramotnost, je hned několik. Z její rostoucí úrovně profituje celá společnost. Pokud je zdravotní gramotnost nedostatečná, ovlivňuje zdraví, může prohlubovat existující nerovnosti ve zdraví. Jedná se o celoživotní proces, jež je podmíněn kulturou, prostředím a kontextem. V neposlední řadě je *„Omezená zdravotní gramotnost je spojena s vysokými náklady zdravotnického systému (3-5 % zdravotnického rozpočtu v Kanadě).“.* (Kučera, 2015, slide 6).

2.1.2 Zdravotní gramotnost – nová východiska

Žijeme v postmoderní, informační době. Denně jsme zahrnováni nepřeberným množstvím nových informací. Tato doba vyžaduje, aby člověk dokázal s oním množstvím informací správně nakládat, dokázal je třídit, určil jejich věrohodnost a

pravdivost, rozlišil manipulaci a marketingové tahy. Je otázkou, zda stále se valící nové informace ještě pořád představují pozitivum, nebo se již moderní technologie, které informace poskytují, stávají spíše nástrojem zkázy.

K problematice internetu ve vztahu ke zdravotní gramotnosti se vyjadřují i Pleskot a Rusová. Ačkoliv je internet studnicí informací, objevuje se nešvar, kdy informace, které pacienti vyhledají na internetu ohledně svého zdraví, již dále nekonzultují se svým lékařem, což vzhledem k nedostatečné zdravotní gramotnosti, kterou naše země trpí, může představovat riziko pro jejich zdraví. Klienti také často nedokážou posoudit kvalitu informací, které získají.

Podle výzkumu uvedených autorů se ukázalo, že přes 60 % respondentů použije internet jako první volbu, kde hledat informace o svém zdraví, ve 45 % hledají informace o akutně vzniklé zdravotní obtíži. Za cílem vzdělat se v oblasti zdraví studuje internetové zdroje pouhých 29 %. Zkoumané respondenty nejvíce zajímala únava a otoky dolních končetin. Práce se dále zabývala i kvalitou zdrojů, které jsou uživatelům dostupné, a ta se ukázala být velmi rozdílná. Ve zdrojích chyběl důraz na prevenci, některé informace autoři označili za rozporuplné, nebo dokonce zcela nesprávné, chybělo uvedení autorů díla, nebyly doloženy zdroje, neexistovala akreditace, nebylo možné se vyjádřit k aktuálnosti uvedených informací. Aby naši občané mohli čerpat správné informace a zvyšovat tak svoji zdravotní gramotnost, je třeba zvyšovat kvalitu uváděných informací, ideálně podle předem stanovených kritérií. (Pleskot a Rusová, 2018).

Informovaný občan představuje pro zdravotní systém i menší finanční zátěž. V ideálním případě by se jednotlivec věnoval zejména prevenci vzniku nemocí, které, pokud by se nevyskytly, by nebylo potřeba léčit a tím pádem by nebylo potřeba vynaložit zdroje. Oporou při správném rozhodování by jedincům měly být organizace, společenství a stát.

Hamplová a kol. píší, že zdroje, které se vynaloží na zdraví, představují investice, které jsou správné, tedy zdravé. Zdravotní gramotnost považují za nástroj k dosažení co nejvyššího zdraví populace, tedy nástroj nadějný a mající kýžený efekt. Neodmyslitelně patří k nástrojům společnosti řídící se demokratickými zásadami. Dokud sami občané nebudou jevit zájem o své zdraví, nebudou ho chtít cíleně podporovat ať na úrovni jednotlivce, tak i ve školách, organizacích, rodinách, nebudou ani stále se zlepšující medicínské technologie na zvyšování zdraví občanů stačit. (Hamplová a kol., 2015).

Ancker a kol. vydali osvěžující zprávu, ve které stojí proti návrhu, aby došlo k předefinování pojmu zdravotní gramotnost. Bylo navrženo vytvořit novou definici zdravotní gramotnosti, která by nezahrnovala pouze schopnost jedince nalézt, interpretovat a použít informace týkající se zdraví, ale také zdůraznila roli společnosti, která by měla poskytovat dostupné a zevrubné informace. Jistě by bylo vítanou změnou zahrnout nejen ty, kteří informace hledají, ale i ty, kteří je poskytují. Tato změna by však podle autorů představovala překážky při rešerších, mohla by představovat obtíže při intepretaci studií, které proběhly, dokud měl pojem svůj původní význam. Proto přišli autoři s nápadem zavedení zcela nového pojmu „Health information fluency“, který definují jako univerzální a efektivní využití informací týkajících se zdraví. Nový pojem by mohl podněcovat vládu k výzkumu a tvorbě pravdivých, dostupných informací o zdraví, které občané jednoduše najdou, porozumí jim a dokáží je použít při rozhodování o svém zdraví. (Ancker a kol, 2020).

Ačkoliv zdravotní gramotnost klesá s věkem, neznamená to, že mladší generace, vyrůstající s dennodenní přítomností internetu a s dostupnými informacemi, má vždy dokonalý přehled o péči o své zdraví.

Jarolímek a Lustigová se věnují vysokoškolákům. Ačkoliv by se mohlo zdát, že mladší populace, jejímž denním chlebem je práce s počítačem, internetem a je od dětství zvyklá na příval informací, bude oplývat kvalitními a dostatečnými informacemi z oblasti zdravotní gramotnosti, není tomu zcela tak. Studie uvedených autorů naznačuje, že například o možnostech péče o zdraví v oblasti prevence nemají dostatečnou úroveň potřebných znalostí. Autoři doporučují zvyšovat zdravotní gramotnost této skupiny populace pomocí vzdělávacích aktivit, například Dny zdraví. (Jarolímek a Lustigová, 2018).

Jak již bylo zmíněno výše, Janura uvádí že: „*Rozšiřující se možnosti alternativ a současně stále složitější systém zdravotnictví ukazují nutný předpoklad racionálního rozhodování – silnou schopnost orientovat se v systému, věnovat se komplexní prevenci a rozlišit závažnost jednotlivých životních situací*.“ (Janura, 2018, str. 441). Autor se věnuje zkoumání zdravotní gramotnosti, které probíhalo v Německu, a vytyčuje, že ačkoli jsou občané přetíženi množstvím dostupných informací o zdraví, základním zdrojem stále zůstává praktický lékař. (Janura, 2018).

Praktičtí lékaři jsou často viděni jako základní kámen pro zvyšování zdravotní gramotnosti. Jistě by však neměli v tomto úkolu zůstat osamoceni, zapojit by se měli všichni zdravotníci.

Nejen lékaři, zejména ti praktičtí, na které je často kladen důraz v studiích a článcích o zdravotní gramotnosti, ale také sestry se jeví jako vhodné odbornice, které by se svojí prací mohly podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti. Kaas a kol. zkoumali, jak by se mohlo české ošetřovatelství podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti. Poukazují na fakt, že zatím neexistuje žádný výzkum, který by se věnoval zdravotní gramotnosti v souvislosti s ošetřovatelstvím. Ve své práci autoři došli k závěru, že by se zdravotní sestry, i vzhledem k jejích vysokému počtu, mohly efektivně podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti naší populace, která, jak již bylo uvedeno výše, není uspokojivá. Jako podmínky pro to, aby sestry mohly sehrát tuto bezesporu důležitou roli, vidí autoři jednak větší důraz kladený na zdravotní gramotnost v systému vzdělávání sester, dále je podle nich také nutná *„… existence kompetentních sester, a to jak v oblasti osobnostně-sociální, tak emocionální, vybavených dovednostmi, jako jsou komunikativnost, empatie, naslouchání či ochota věnovat pacientovi více času.“* (Kaas a kol., 2016, str. 250).

2.1.3 Zdravotní gramotnost ve zdravotních strategiích

Zdravotní strategie ve své všeobjímající formě již dlouhodobě nezapomínají pracovat s myšlenkou, že je nutné, aby lidé cíleně zvyšovali svoji zdravotní gramotnosti a pomáhali tak sobě k lepšímu zdraví a zároveň ulehčovali tíhu, která je v péči o jejich zdraví kladena na bedra zdravotnickým systémům.

Zdraví pro všechny ve 21. století je strategický dokument, který sice nepracuje s pojmem zdravotní gramotnost jako taková, jistě se však už o podporu zdravotní gramotnosti zasluhuje. Jednou ze čtyř hlavních akčních strategií zaručujících vědecký, ekonomický, sociální a politický tlak na prosazování zdraví je i bod „*účast na procesu rozvoje zdraví se týká vhodných partnerů pro zdraví v domácím prostředí, ve školách a na pracovištích, v místních komunitách a na národních úrovních klást důraz na prosazování společného rozhodování, společného prosazování a společné zodpovědnosti.*“ (Zdraví 21. Úvod k osnově politiky zdraví pro všechny, 2003, str. 7).

Na otázku, proč zkoumat zdravotní gramotnost, odpovídá i Kučera, že je velmi často skloňovaným pojmem v dokumentu Zdraví 2020. Dále uvádí, že: *„Zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství“ Kučera* (2015, slide 3).

Hned první ze čtyř priorit Zdraví 2020 zní „*celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví.“* (Zdraví 2020, osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století, str. 17).

Zdravé ženy matky a děti. Tak zní jedna z podkapitol výše uvedeného cíle. V dokumentu stojí, že plodné období ženina života je důležitým obdobím pro její celkový zdravotní stav a pocit pohody. Jak již bylo zmíněno výše, život matky je spjat se životem jejího dítěte. Aby se dítě mohlo správně vyvíjet a dobře růst, je nutné splnit podmínky, které začínají již v plánovaném rodičovství, na které nasedá zdárný průběh těhotenství a narození dítěte. Existují však stále ženy, pro které gravidita i porod představují zdravotní riziko. (Zdraví 2020, osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století).

Pomoci následujícímu stavu může celá řada vlivů – životní prostředí zdravé pro život, vzdělávání žen, učení je novým schopnostem a dovednostem. Velký vliv má samozřejmě zdravotnictví. Je vhodné podporovat výchovu k odpovědnému sexuálnímu chování, učit zásady plánovaného rodičovství, ženy by měly mít zachovánu možnost podstoupit bezpečné přerušení těhotenství. Tyto podmínky vedou bez vlivu na snížení míry plodnosti k poklesu počtu těhotenství, která nebyla plánovaná a nejsou chtěná, a pochopitelně nemocnosti a úmrtnosti ve spojení s interrupcemi. (Zdraví 2020, osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století).

Jako jeden z dílčích cílů si klade zvyšování zdravotní gramotnosti i Zdraví 2030: *„Specifický cíl 1.2 – Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti.“* (Zdraví 2030, Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 str.29).

2.1.4 Zdravotní gramotnost matek

Již výše bylo opakovaně uvedeno, že zdraví a pohoda matek je jedním ze základních předpokladů zdravého vývoje a rozvoje dítěte a tím základem zdravé, ekonomicky a kulturně schopné společnosti. Stejně tak byla opakovaně zdůrazňována role, jakou má odpovídající úroveň zdravotní gramotnosti na zdraví lidí. Bohužel, studií, které by syntetizovaly tyto dva problémy, není mnoho. Ještě mnohem méně je potom studií, které by se zabývaly matkami v šestinedělí. Přitom, z mého pohledu, je to období pro matku velmi podstatné, poporodní pobyt ve zdravotnickém zařízení by pro ni měl být výživným, co se týče poskytování informací, jak pečovat v šestinedělí i nadále o sebe i své dítě.

Avšak ne pouhé ukojení fyzických potřeb a vyrovnání se s fyzickými změnami, ale vztahy a prožívané emoce hrají hlavní roli.

Práce Ivanové a kol. využívá názory a zkušenosti 12 oslovených expertů z široké oblasti oborů, jejichž náplň se dotýká zdravotní gramotnosti matek. Jejich pojetí problematiky poté doplňuje obsah zdravotní gramotnosti matek. Zmiňují, že: „*Základním kontextem zdravotní gramotnosti matek jsou vztahy: láska matky k dítěti, její zájem o dítě a láskyplné otcovství. Takové vztahy podporují psychickou pohodu matky*.“ (Ivanová, Olecká, Vencová, Juríčková, 2018, str. 362).

Východiska Fergusonové, která popisuje těhotenství jako zlomový okamžik v životě nejedné ženy, která se leckdy v tomto období dostává do styku se zdravotnickým systémem poprvé, již byla výše popsána. (Ferguson, 2008).

Zdravotní gramotnost nejen matek vychází z obecné zdravotní gramotnosti. Studie Kohan a kol. se tímto vztahem zabývá konkrétněji. Již byl zmíněn jejich popis vlivu zdravotní gramotnosti na rodinné zdraví a kojeneckou úmrtnost, také píší o negativních dopadech nízké zdravotní gramotnosti. Dále zmiňují, že jak vyplývá z mnoha jiných studií, ženám-vysokoškolačkám se rodí děti s vysokou porodní váhou, rodí méně nezralých novorozenců, vyskytuje se u nich menší počet kojeneckých úmrtností a doba kojení po porodu je téměř dvojnásobně vyšší než u matek s nízkou všeobecnou gramotností. (Kohan, Ghasemi, Dodangeh, 2007).

Práce Santhy také poukazuje na potřebu zvyšování mateřské zdravotní gramotnosti. V práci uvedené autorky byla zkoumána národnostní menšina – zabývala se matkami

Maďarkami žijícími na území Transylvánie. Autorka použila on-line dotazník, jehož otázky byly rovnoměrně rozděleny tak, aby pokryly různá odvětví zdravotní gramotnosti matek, jako například očkování, přenosné infekční choroby nebo hygiena rukou. Pozitivním faktem je, že všechny účastnice vyhověly minimálně „přijatelnou“ mírou zdravotní gramotnosti. (Santha, 2019).

Zdravotní gramotnost matek pochopitelně nevznikne společně s narozením dítěte, ale její budování probíhá v průběhu těhotenství. Těhotné, zejména prvorodičky, dnes i v trendu moderní doby často studují, co je v těhotenství i po narození dítěte čeká, také studují svá práva a povinnosti. I tím zvyšují svoji zdravotní gramotnost.

Wilhelmová se věnuje právě zdravotní gramotnosti těhotných. Zdravotní gramotnost matek prvorodiček vzniká již v průběhu těhotenství, navíc těhotné ženy mohou být již zkušenými matkami. Autorka mimo jiné uvádí, že*: „Významnou determinantou zdraví ženy i jejího dítěte je zdravotní gramotnost. Je předpokladem kvalitního zdravotního chování a uplatňování zdravého způsobu života v rodině, podporujícího zdraví a následně fyziologický prenatální i postnatální vývoj dítěte“* (Wilhelmová, 2014, str. 2).

I přes to, že mnoho strategických plánu a studií vytyčuje matky jako osoby, na nichž do jisté míry závisí zdravotní gramotnost populace a kladou je tak mezi základní aktéry, stejně jako například praktické lékaře, samotným matkám není věnováno, podle mého názoru, odpovídající množství prostoru. Matka, co více, nedělka, která sama prochází množstvím vyčerpávajících změn, má kromě mnoha jiných úkolů, jako je péče o dítě a spravování domácnosti ideálně i s budováním kariery, ještě zajišťovat odpovídající zdravotní gramotnost celé rodiny. Je vůbec v silách matek tolik požadavků obsáhnout? Je jim věnována dostatečná pozornost a podpora?

Wilkinson a Marmot v dokumentu WHO, jež se věnuje sociálním determinantám zdraví vypichují důležitost dětství ve vztahu ke zdraví. Píší, že správný start do života znamená podporovat matky a malé děti, zdravotní dopad časného rozvoje a vzdělaní je totiž celoživotní. Základy úrovně zdraví v dospělém životě jsou položeny dokonce ještě před narozením. Pomalý růst a nedostatečná emoční podpora může vyústit do rizika špatného fyzického zdraví a snížených fyzických, kognitivních a emočních funkcí v dospělosti. Špatné podmínky v průběhu těhotenství mohou vést k neoptimálnímu vývoji plodu skrze propojené důvody – špatná strava, stres matky, větší pravděpodobnost kouření,

užívání návykových látek a alkoholu, nedostatek pohybové aktivity a neodpovídající zdravotní péče. (Wilkinson a Marmot, 2003).

Je jistě mnoho způsobů, jak zvyšovat zdravotní gramotnost těhotných a matek. Počínaje v domácnosti a společnosti, ve které žena žije, přes ambulance odborných lékařů až po různé kurzy.

Renkert a Nutbeam se věnují zvyšování zdravotní gramotnosti žen pomocí předporodních kurzů. Poukazují na to, že nyní existují značné limitace těchto kurzů a že je potřeba je upravit tak, aby z nich těhotné odcházely připraveny na nastávající mateřskou roli. Jako klíčové oblasti mateřské zdravotní gramotnosti, které by si ženy měly na těchto kurzech osvojit, uvádí schopnost si samy nalézt detailnější informace o předmětu jejich zájmu a dále schopnost kriticky analyzovat tyto informace. (Renkert, Nutbeam, 2001). Ačkoliv se jejich práce také týká spíše žen těhotných, zabývají se přesahem zdravotní gramotnosti, kterou si těhotná vybuduje a dále ji užívá již jako matka.

2.1.5 Zdravotní gramotnost a šestinedělí

Při vypracovávání rešeršní strategie jsem byla překvapená, jak málo prostoru se věnuje šestinedělí. Přitom se jedná o období nesporně důležité, dynamické, představující živnou půdu pro zvyšování zdravotní gramotnosti. Autoři, kteří se šestinedělím nebo obdobím krátce po porodu zabývají, mu vždy kladou velký význam.

Hendrych Lorenzová spolu s Bártlovou a Rastislavovou, které, jak již bylo psáno výše, vnímají šestinedělí jako komplex změn fyzicko-psycho-sociálních, se rozhodly představit dotazník „Mother-Generated Index“, který se jeví jako: „*validní nástroj popisující subjektivně vnímanou kvalitu života ženy po porodu smíšenými metodami*.“ (Hendrych Lorenzová, Bártlová, Ratislavová, 2019, str. 170). Dotazník by mohl být používán v rámci péče terénních porodních asistentek. Do češtiny byl přeložen v roce 2014.

Terénní porodní asistentky, stejně jako odborná literatura, která by byla stručná, přesto výstižná a pomohla nedělce se rychle zorientovat, však v našich podmínkách chybí. Potřeby šestinedělek a matek často nejsou zcela vyslyšeny. Žena po porodu nepotřebuje

pouze seznam zdravotnických údajů, ale potřebuje i dostatečné citové zázemí, porozumění, oporu.

Práce Olecké, Ivanové a Mihála se věnuje potřebám prvorodiček na poli zdravotní gramotnosti. Zkoumané matky se starají o dítě v symbiotickém období – tedy v prvních 6 měsících jeho života. Výsledky práce jsou pozoruhodné. Jak již bylo zmíněno, poukazují na fakt, že obsah zdravotní gramotnosti nepředstavuje pouhý seznam informací o nemocech, ale že je: „*…složen ze široké palety potřeb tvořící základ pocitu celkové pohody matky*.“ (Olecká, Ivanová, Mihál, 2016, str. 1). Uvádí, že je pro prvorodičky klíčový jejich vlastní pocit psychické pohody, od kterého usuzují i pohodu svého dítěte. „*Významným tématem je udržení či vytvoření sociálních kontaktů. Nejzásadnějšími problémy jsou neuspokojená potřeba spánku, eliminace zdrojů strachu a nejistoty, neutěšená finanční a bytová situace. Významným tématem je pro matky shánění informací o péči o dítě, které saturují potřeby "nic nepodcenit", "být připravena", "vědět, že v tom nejsem sama".“* (Olecká, Ivanová, Mihál, 2016, str. 1).

Olecká a Ivanová se zabývají zdravotní gramotnosti matek prvorodiček v prvních šesti měsících mateřství. Jedná se o přehledovou studii. „*Cílem studie je zjistit, jak je zkoumána zdravotní gramotnost prvorodiček v prvním půlroce mateřství. Byly stanoveny výzkumné otázky: Jakými metodami je zkoumána zdravotní gramotnost matek? Jaké aspekty zdravotní gramotnosti matek jsou zkoumány? Prokazují výsledky souvislost mezi zdravotní gramotností matek a zdravím dítěte?*“ (Olecká, Ivanová, 2016, str. 494). Ze studie uvedených autorek však vyplynulo, že: „*Přímá souvislost mezi výší zdravotní gramotnosti matek a zdravím dítěte není jednoznačně prokázána*.“ (Olecká, Ivanová, 2016, str. 494). Závěrem z jejich studie plyne, že se odborné studie zaměřují spíše na porozumění informacím, než na způsob jejich získávání.

2.2 Šestinedělí

2.2.1 Historický pohled

Ačkoliv by se mohlo zdát, že důraz, který je dnes kladen na péči o rozmnožovací soustavu, je novinkou posledních roků, kdy pohlavní život, těhotenství, porod a

šestinedělí vystupují z temna tabuizovaných témat, není tomu tak. Již před bezmála sta lety kladli naši předci velký důraz na to, aby mladiství byli stran pohlavní výchovy vzděláni a informováni, neboť si jistě byli vědomi rizik, která neinformovanost přináší pro všechny zúčastněné. O této domněnce svědčí i těchto několik úryvků.

Záhoř ve své knize Jak vzniká život z roku 1925 cituje text Wohlrada Eigenbrodta zvaný „Poučení třináctileté“ ve kterém, v několika sáhodlouhých souvětích, vysvětluje matka třináctileté dceři fungování menstruačního cyklu: *„Matka jí řekla: „To mají všechna děvčata v tvém věku stáří, neboť se v nich začínají vyvíjeti vaječníky. Snad se ještě pamatuješ, jak jsem ti ukázala jednou při kuchání vaječníky v slepici a vysvětlovala ti, že se občas od nich vajíčko oddělí a dostává se do váčku, který se nazývá děloha, a že tam pak roste, až je dosti veliké, aby je slepice snesla. Jak se potom z vajíčka vylíhne kuřátko, viděla už, když jsi byla malá. Podobně je tomu u žen a počíná to už, když jsou v tvém věku. Tu se občas uvolňuje vajíčko, které je sotva viditelné, vychází z těla provázeno krví z váčku-dělohy, jejíž stěny chovají velké množství cév, které se snadno otevírají. Ale za několik dní se zase uzavrou a vše přejde. A to se stává každé čtyři týdny a protože to tak musí býti a ne jinak, máme při tom zachovati klid a zbytečně o tom neuvažovati. Jenom v prvých dnech jest třeba se šetřiti, nepohybovati se mnoho, nenositi ani nezdvihati nic těžkého, aby se vaječníky ani cévy nenapínaly, nýbrž aby měly klid a zůstaly zdravé; neboť později, až se děvče provdá a stane se matkou, čeká je veliká práce*.“ (Eigenbrodt in Záhoř, 1925, str. 30).

Komenský by jistě zajásal nad použitím vaječníků vykuchané slepice k obrazové ukázce, dnes by však tato metoda stěží prošla. Stejně jako odpočinek při menstruaci, ač se k němu dnes některé autorky vyznávající „alternativní“ zdravotní styl stále častěji vrací. Moderní společnost je však nadále masírována množstvím reklam, které podněcují ženy v aktivitě i při menstruaci, která jim v žádném případě nemá být v životě, při sportu a výkonu povolání na obtíž. Zajímavá je také myšlenka, že je vhodné o fyziologických procesech v našem těle příliš neuvažovat. Jistě, je nutné mít dostatečnou míru zdravotní gramotnosti, přílišné studování informací laiky však nemusí být vždy k dobru, zejména, pokud se to týká opět laických informací sdělovaných na internetu. Prosté vyhledání informací na internetu většinou zdravotní problém nevyřeší, někdy však nemusí stačit ani návštěva jednoho odborníka, ale musí se přidávat další. Například Althof a kolektiv ve své práci uvádí, že co se týče sexuálních problémů, nestačí v mnoha

případech k vyřešení pouze lékařská intervence nebo samotná psychoterapie, ale je nutná kombinace více metod. (Altholf a kol., 2005).

Je-li sto let doba dlouhá nebo krátká, je na posouzení každého z nás. Možná záleží, co tímto časem poměřujeme. Kojení, v dnešní době oprávněně podporované jako nejlepší zdroj výživy pro dítě, bylo před sto lety doporučováno pouze do 6 měsíců kojencova věku. Nutno podotknout, že tělo ženy se muselo zregenerovat před příchodem dalších potomků, což v dnešní době již není na pořadu dne. Záhoř uvádí, že: *„Ale pořád nemůže maminka děťátko kojit. Děťátko dorůstá a když mu je asi ½ roku, vyroste mu první zub. A tu by pak maminko kousalo a hryzalo a to by maminku bolelo. Když už má zub, může jísti i něco jiného. Maminka mu přestane dávati svoje mléko, uvaří mu polévku, kaši nebo zeleninu a tak děťátko odroste maminčinu mléku a naučí se jísti všechno.“* (Záhoř, 1930, str. 100).

O uctívání kultu mateřství historicky píše Marie Záhořová-Němcová. Uvádí, že se jí zdá, že se mateřství vzdává hold jako něčemu vzdálenému, odosobněnému, jako modle, které je sice uctívána, ale málo chápána, a ještě méně prožita. Sama si uvědomuje rozdíly v dostupnosti zdravotní péče pro jednotlivé společenské vrstvy žen, případně ženy žijící v jiných státech, kterým se nedostává řádné péče. Vyzývá proto k aktivitám, ke kterým i nyní vyzývají humanitární organizace, jelikož, ačkoli uplynulo již téměř celé století, situace stále není vyřešena. „*To znamená měřiti svůj život životem druhých žen, žádati a přáti stejné právo pro všechny tak spravedlivé, jak tvrdě, ale spravedlivě je rozdělovala příroda a nemít pokoje v duši, dokud všechny ostatní nebudou moci prožívati své těžké chvíle v klidu a bezpečně.“* (Záhořová-Němcová in Záhoř, 1927, str. 122).

MUDr. Král v časopise Zlín v roce 1937 nabádá ženy, aby rodily v porodnicích, jelikož ústavní porod se jeví jako nejbezpečnější. Zároveň však dodává, že jistě vždy bude nějaké procento žen, které bude rodit v domácnosti. Uvádí zajímavou statistiku, kdy ve Zlíně v roce 1931 rodilo v nemocnici 25 % žen, v roce 1936 to již bylo procent 50. Je neuvěřitelné, za jak krátkou dobu se podařilo počet žen rodících v zařízení ústavní péče zdvojnásobit. Jistě k tomu přispěla zvyšující se zdravotní gramotnost. Jako pilíře, které jsou pro zdárný průběh porodu nejdůležitější, uvádí dostatečnou čistotu prostředí a dostupnost lékařského personálu, což jsou atributy, kterých se u domácích porodů nedostává. (Král, 1937). Oba tyto parametry hrají jistě důležitou roli i v moderním porodnictví. Stejně tak Král (1937) uvádí, že domácí porody jsou vzhledem k

nedostatečné hygieně častěji provázeny „horečkou omladnic“ tedy puerperální sepsí, stavem, který se naštěstí dnes již často nevidí, zejména kvůli výdobytkům moderní doby, ke kterým dostatečný hygienický standart jistě patří.

Je až zarážející, jak málo prostoru věnují současné odborné texty šestinedělí ve srovnání s texty poněkud historickými. Možná se zdá, že vlivem stále dokola se objevujících dalších a nových informací, které jsou dostupné všem on-line, není potřeba edukovat novou generaci porodních asistentek a lékařů o fyziologických a patologických procesech šestinedělí, v naději, že každá nedělka ví, co má dělat. Se zkracující se dobou hospitalizace po porodu se však i zkracuje doba, kdy má novopečená matka možnost klást otázky a přijímat rady odborníků. Často ji také přes všechny nové emoce vlastně ani nenapadne, že by bylo dobré se na něco zeptat a otázky vyvstanou až doma.

Trapl se ve své publikaci z roku 1951 věnuje šestinedělí velmi důkladně. Pečlivě popisuje veškeré změny týkající se pohlavních orgánů, prsů, ostatních orgánů, ale i změny v tělesné teplotě, dechu a srdečním tepu, vyprazdňování a spánku. Vyzdvihuje potřebu cvičení svalů pánevního dna, často opomínanou. Také zmiňuje, dnes již zcela zaniklou praxi – návštěvu porodní asistentky v domácnosti rodičky. Není divu, že dnes stále přibývá soukromých porodních asistentek, které tuto návštěvní službu vykonávají. Tato služba může být zejména prospěšná ženám, které se ve svém okolí nemají na koho obrátit s prosbou o radu a pomoc. V rámci patologických změn se věnuje zejména poporodní sepsi, tedy horečce omladnic. Za to, že se s tímto závažným stavem již setkáváme málo, vděčíme Semmelweisovi, který zavedl zásady asepse při péči o rodičky, a porodům v porodnicích za dodržování hygienických opatření. Věnuje se i dnes již nevídaným specifickým onemocněním: porodnickému tetanu a záškrtu. Co se ale v průběhu let nezměnilo, je porodnické krvácení. Ani po sedmdesáti letech se na postupech stavících poporodní krvácení téměř nic nemění. Rozsáhlou kapitolu věnuje také nemocím prsů. (Trapl, 1951).

Ani za socialismu se na rodičky nezapomínalo. Autoři publikace Zdraví pro 15 milionů, která popisuje zdravotnický systém v Československu, se chlubí mnoha úspěchy v péči o ženské zdraví. Uvádí, že výrazně vzrostl počet ambulantních i lůžkových zařízení, že se zlepšuje genetické poradenství i plánované rodičovství. Nezapomínají zmínit již počínající a stále trvající fenomén „feminizace zdravotnictví“: „*Pro ženy dělá naše zdravotnictví hodně a stále více. Plným právem – vždyť právě ženy jsou také „hlavními*

silami“ našeho zdravotnictví. Žena je nejen pacientkou, ale i zdravotní sestrou, laborantkou, lékařkou, vědeckou pracovnicí.“. „Ještě výraznější je podíl žen na celkovém počtu zdravotnických pracovníků – z každé stovky jich je 77. Zásluhu na tom mají pochopitelně především zdravotní sestry – povolání téměř výlučně ženské.“ (Hořejší, 1982, str.101).

2.2.2 Komunikace

Hansmanová se věnuje krizové komunikaci v gynekologii a porodnictví. Tento obor je podle autorky příznačný pro zvýšenou koncentraci situací, které se mohou stát krizovými nebo eticky náročnými. Uvádí, že obor klade důraz nejen na vysokou míru profesní odbornosti, ale také na morální hodnoty, které by lékaři měly napomáhat pečovat o pacientku a provázet ji komplikovanými situacemi, počínaje neplodností a těhotenskými ztrátami, hrozícím předčasným porodem, péčí o ohrožené těhotenství či dítě, až po onkologické diagnózy.

Uvádí, stejně jako mnoho zkušených porodníků a gynekologů, že nejvýznamnější léčebný prostředek je osobnost lékaře, jak se mezi gynekology často skloňuje, že se v tomto oboru „léčí slovem“. O komunikaci říká: „*Měla by být jednoznačně rozvíjena na profesionální úrovni. Mezi lékaři panují dva protichůdné názory. Tím prvním je přesvědčení, že schopnost komunikace je především součástí osobnosti a osobních dispozic a člověk ji buď má, nebo ne; na druhé straně vysoké odborné a prestižní vzdělání lékařů vede často k mylnému názoru, že komunikace a správné etické chování je lékařům vlastní.“* (Hansmanová in Pilka, 2017, str. 295).

Je jisté, že ani jeden z těchto zkostnatělých názorů není správný a že umění komunikace není o nic méně důležitou vlastností lékaře, než jeho odborné znalosti a dovednosti a stejně jako tyto dva parametry, musí být neustále pilováno a zdokonalován pro dobro klientek.

Závěrem autorka uvádí, že špatná komunikace vede k 70 % ze všech soudních sporů, na druhé straně správná komunikace dokáže počet stížností efektivně snižovat. Je důležité nezapomenout, že komunikace lékař-pacient není jednosměrná, ale vzájemná. (Hansmanová in Pilka, 2017).

2.2.3 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí je období, kterým se nazývá 6 týdnů po porodu dítěte, kdy se tělo rodičky vypořádává s fyzickými změnami, které vedou k návratu orgánů a orgánových funkcí do stavu téměř totožného se stavem před otěhotněním. Stejně tak je to období, které velmi silně působí na klientčinu psychickou stránku. Fait stejně jako jiní autoři dělí šestinedělí na časné – do prvních 7 dní po porodu a pozdní, což je doba do konce 42. dne po porodu, po kterou probíhají změny vedoucí k návratu tělesných orgánů do podoby před otěhotněním. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Děloha. Na podkladu třech fyziologických procesů se děloha po porodu postupně zmenšuje. Vede k tomu jednak **retrakce,** tedy zkracování rozepjatých svalových vláken dělohy, což je ostatně proces, který začíná ihned po porodu a vede k odlučování placenty. Po retrakci začíná proces zvaný **kontrakce**, pod kterým si lze představit aktivní smršťování děložního svalu. Při tomto procesu dochází ke vzniku retroplacentárního hematomu, což je nahromaděná krev za odlučující se placentou. Proto se přistupuje k aktivnímu vedení 3. doby porodní – tedy podání oxytocinu, který zkracuje prodlevu mezi retrakcí a kontrakcí a snižuje krevní ztrátu. Poslední procesem, kterým děloha prochází, je **ivoluce**, kdy se svalová vlákna svrašťují a zmenšují, beze změny jejich počtu. Zvyšuje se mezi nimi však podíl elastinu a pojivové tkáně. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Ačkoliv se děloha zmenší ze své poporodní hmotnosti, která činí zhruba 1000 g na orgán o pouhých 80 gramech, zůstává o něco málo větší než před otěhotněním. Kontrakce děložní vedou k nedostatku krve v děložním svalu, což je někdy pacientkou vnímáno bolestivě, zejména se tak děje při kojení, kdy v těle matky dochází k vyplavení oxytocinu, který tento proces podněcuje. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Lékař šestinedělí kontroluje při vizitách klinicky – palpací (prohmatáním břišní stěny) toto zavinování dělohy. V prvním dni po porodu může děloha zasahovat až 1 centimetr nad pupek, poté se den, co den zmenšuje o jeden centimetr, u žen, které měly vícečetné těhotenství, nebo se jedná o několikáté těhotenství se tento proces může dít pomaleji. Čtvrtý den po porodu den by měla sahat 3-4 cm po pupek. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Děložní hrdlo, které je po porodu dilatované a ztenčené, se také rychle navrací do téměř původní podoby. Již za 14 dní bývá normální délky a tuhosti, zevní branka zeje. Zevní

branka také po konci šestinedělí zůstává již navždy štěrbinovitého tvaru. Poporodní změny na čípku děložním mohou přetrvávat až 3 měsíce. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Vejcovody a vaječníky. *„Vejcovody, které byly v těhotenství vytažené podél děložních hran, prosáklé a zhrubělé, klesají v šestinedělí do malé pánve, mají opět vodorovný průběh, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se rovněž zmenšují a vracejí se do malé pánve.“* (Fait in Hájek a kol., 2014, str. 210).

Fait dále uvádí i změny týkající se **zevních pánevních orgánů a pánevního dna.** Zmiňuje, že pochva se po porodu (vaginálním) vrací do stavu před porodem po dobu 21 dní, nenabyde však již původní pružnosti, stěny se snižují, řasy sliznice se vyhlazují a vulva zůstává zející. Při prvním porodu také dochází k porušení hymenu (panenské blány) a pokles poševních stěn po porodu může později vyústit v pokles pánevních orgánů. (Fait in Hájek a kol., 2014). Je tedy nutné pamatovat na cvičení a rehabilitaci svalů pánevního dna.

Roztočil se věnuje změnám **svalů a kostí.** Uvádí, že po porodu vlivem porodní námahy může docházet k bolestem svalů horních končetin a krku. Pokud při porodu nebyla zaujata vhodná poloha pánve, může také docházet k bolestem v kříži a bolestem dolních končetin. V šestinedělí dochází k rozestupu přímých břišních svalů – je to dáno přílišnou námahou svalů při porodu, jejich rozpětím při těhotenství a mohou se podílet i genetické vlivy. (Roztočil, 2017).

Vzhledem ke kojení a zástavě menstruačního cyklu prodělávají změny i kosti a dochází k jejich demineralizaci, ta je však pouze dočasná a stav se zpravidla obnoví do roka a půl po porodu. (Roztočil, 2017).

Fait se věnuje i **změnám na kůži.** Rodidla v těhotenství bývají prosáklá a pigmentovaná, toto prosáknutí a pigmentace mizí. Dochází k návratu pevnosti břišní stěny, mohou ale přetrvávat strie (pajizévky), které vznikají v těhotenství na podkladě rozepjetí a natržení kožního vaziva. I u těchto defektů však dochází ke změnám, konkrétně ke změnám zabarvení. Z původní rudé barvy se mění na šedavou. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Binder věnuje pozornost hojení porodnických poranění: *„Hojení porodních poranění – episiotomie, trhlin/ruptur) čípku, pochvy a hráze a hojení laparotomických ran je při ošetření podle chirurgických zásad vesměs rychlé a nekomplikované – hojení „per primam intentionem“. „Per secundam“ se hojí rány špatně ošetřené, neošetřené či*

infikované, hojení je zdlouhavé, často s tvorbou granulačních tkání a jizvou.“ (Binder, 2011, str. 80).

Kromě pohlavních orgánů se věnuje i změnám na dalších orgánech, například ledvinám a močovému ústrojí. Uvádí, že se zvyšuje produkce moči, moč se často může v ochablém močovém měchýři městnat, což může působit jako riziko vzniku močových infekcí. Do původního stavu se pozvolna navrací i rozšířený kalicho – pánvičkový systém ledviny, samotné ledviny se smršťují. Močový měchýř klesá zpět na své původní místo uložení do pánve. Dochází i ke změnám ledvinných funkcí. Vzhledem k rozpadovým procesům, jež probíhají v děloze, se zvýšeně vyplavuje močovina močí. (Binder, 2011).

Co se týče **trávicí soustavy,** mohou vzhledem k obleněné funkci hladké svaloviny nastat obtíže s vyprazdňováním, nadýmání a plynatost. Překyselení žaludečních šťáv a chuť k jídlu se postupně vrací k normě. (Binder, 2011).

I **metabolismus** zaznamenává změny. Zejména metabolismus cukrů se po porodu normalizuje 2.-3. den, a proto po porodu u matek, které trpěly těhotenskou cukrovkou, na našem pracovišti v tomto období měříme hladinu cukru v krvi. Stejně tak pro tyto rodičky odpadá další potřeba držet dietu nebo užívat inzulin či jiné léky snižující krevní cukr. (Binder, 2011).

Změnám v **kardiovaskulárním systému** vévodí pokles srdce zpět do semivertikální osy, jelikož v těhotenství se nacházelo v ose horizontální. Změny prodělávají také cévy, což je zevně patrno na tzv. „křečových žilách“ – varixech. Ty se brzy po porodu zmenšují, jelikož pomíjí útlak těhotné dělohy. Ke změnám dochází zejména na dolních končetinách, v okolí konečníku, na vulvě, ale i v pánvi. (Binder, 2011).

Krevní řečiště značí pokles celkového objemu krve téměř o jednu třetinu. V těhotenství se zvyšuje krevní objem na hodnoty kolem 5-6 litrů, později, zhruba do poloviny šestinedělí se hodnota vrací k původním 4 litrům. Od pátého dne po porodu stoupá porodní krevní ztrátou snížený hemoglobin a hematokrit, naopak klesá těhotenstvím a porodem zvýšená hladina bílých krvinek. Dochází k aktivaci kostní dřeně, vyplavování retikulocytů. Návrat krvetvorby do normálu trvá po dobu celého šestinedělí. Změny v krevní srážlivosti vedou k zvýšenému riziku tromboembolických komplikací v šestinedělí. (Binder, 2011).

Snížení tělesné hmotnosti. Roztočil uvádí, že ztráta hmotnosti ihned po porodu činí kolem 5-6 kg. Tvoří ji součet hmotností dítěte, placenty, vody plodové a také ztráty krve. Na původní váhu se po skončení šestinedělí navrátí 28 % žen. Kojení, přes všechny pověry, které o něm panují není při ztrátě hmotnosti tolik nápomocno. Pokud ženy správně dodržují dietu a cvičí, není jejich dítě ohroženo nedostatečným váhovým přírůstkem. (Roztočil, 2017).

Stejný autor se věnuje ještě **změnám tělesné teploty**, která může být u nedělky vlivem vyčerpání – únavy, dehydratace a hormonálními změnami zvýšená ke 38 °C. Nad tuto hodnotu by však teplota u zdravé rodičky stoupat neměla. (Roztočil, 2017).

Ženy v šestinedělí mohou sledovat **ztrátu vlasů** – jedná se však o jev přechodný, který je dán jejich pomalejším růstem. (Roztočil, 2017).

Co se týče **dýchacího sytému,** Fait píše, že klesá bránice zpět do původní polohy, plíce se rozepínají, dýchání je hlubší, snižuje se počet dechů za minutu. Dochází také změnám v **acidobazické rovnováze.** (Fait in Hájek a kol., 2014).

Procházka ve své publikaci píše ke **kojení a změnám prsů následující**. Prsy prodělávají změny vedoucí k pozdějšímu kojení již v těhotenství, a je tedy možné pozorovat produkci mléka už od 16. týdne gravidity. Po porodu placenty dochází ke zvýšení hladiny prolaktinu a poklesu hodnot estrogenu a progesteronu, což jsou hormonální procesy spouštějící laktaci. Pokud se nedělka rozhodne nekojit, vrátí se hodnoty prolaktinu po 14 až 21 dnech k normálním hodnotám. První mléko, tedy mlezivo, také kolostrum, se z prsů uvolňuje zhruba do 4. dne po porodu. Tato tekutina obsahuje velké množství bílkovin, které chrání novorozence, ten pak při sání mléka podněcuje prs k tvorbě mléka. Do týdne od porodu mléko získává svoje řádné složení a nabízí kojenci všechny potřebné živiny ke zdárnému vývoji. Podle potřeb dítěte se složení mléka může měnit. (Procházka a kol, 2016).

Výhody mateřského mléka jmenuje Fait. *„Mateřské mléko je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má i optimální teplotu. Jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Proteiny – kasein, laktalbumin, laktoglobulin – jsou syntetizovány v alveolárních sekretorických buňkách, mnohé mléčné proteiny jsou zcela unikátní a jinde se nevyskytují*.“ (Fait in Hájek a kol., 2014, str. 211).

Autor pokračuje v seznamu obsažených prospěšných látek, mezi které patří veškeré vitamíny vyjma vit. K, železo, jod, draslík, sodík, chlor, vápník, hořčík a fosfor – ionty těchto prvků. Stejně jako mlezivo obsahuje také protilátky třídy IgA, které mají antibakteriální účinek. Kojení je podporováno přikládáním dítěte, napomáhá i fakt, že je prs po kojení zcela vyprázdněn. Je důležitá správná technika kojení a přikládání – přechází se tak vzniku drobných trhlin bradavek, které jsou jednak nepříjemné pro kojící ženu – silně bolí, dále mohou být vhodným místem pro propuknutí infekce. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Nedělka, která kojí, musí dbát na výživu, zříct se alkoholu a cigaret, pochopitelně i jiných návykových látek. Strava by měla obsahovat dostatečnou míru proteinů, minerálů, vitaminů, má být lehce stravitelná, rozmanitá, bez pokrmů dráždivých, nadýmavých, tučných, cukrovinek. *„Zatímco ve svém nutričním obsahu je mateřské mléko nahraditelné, v oblasti imunologie a dlouhodobého prospívání nikoliv. Kojení je spojováno s řádným psychosomatickým vývojem jedince. Pro matku má kojení výhody logistické, finanční i zdravotní. Kojení také snižuje následné riziko vzniku karcinomu prsu*.“ (Fait in Hájek a kol., 2014, str. 212).

Ostatní změny. Slezáková se věnuje charakteru očistků – lochií, jejichž přítomnost je pro šestinedělí příznačná. Jejich vzhled se mění v průběhu šestinedělí od čisté krve, přes nažloutlé očistky s převahou leukocytů až po hlen. V šestinedělí mizí v těhotenství a po porodu vzniklé otoky – snižuje se množství extracelulární tekutiny. Redukuje se celkový objem krve, klesá těhotnou dělohou vysunutá bránice, zpomaluje se srdeční frekvence a počet dechů. Břišní stěna a její pevnost se restaurují po dobu 6-7 týdnů. (Slezáková, 2011).

Že je šestinedělí období náročné nejen fyzicky, na všechny anatomické a fyziologické děje, ale i psychicky, hovoří ve své publikaci i Roztočil. Dělí nedělky podle jejich **psychického stavu** do třech skupin. Ve skupině první se nachází rodičky, které z pohledů psychického ladění neliší se od žen netěhotných. Je to naštěstí skupina většinová. Akceptují novou roli matky, dobře zvládají mezilidské vztahy, cítí se šťastné a spokojené. (Roztočil, 2017).

Jako druhou skupinu označuje Roztočil rodičky trpící tzv. **„poporodním blues“**. Jedná se o častý projev postihující až 70 % žen po porodu. *„Projevuje se přechodným stavem plačtivosti, úzkosti, podrážděnosti, psychické lability, poruchami komunikace s okolím,*

poruchami spánku, sebedůvěry, depersonalizace a nepokoje. Dochází ke změnám postoje k vlastnímu dítěti ve smyslu negativních pocitů.“ (Roztočil, 2017, str. 218). Příznaky většinou mizí kolem 10. poporodního dne, mohou se však po vymizení znovu objevovat. Příčiny vzniku nejsou zcela objasněny, nejedná se, jak by se mohlo zprvu zdát, ani o změny na úrovni pohlavních hormonů, ani o nejistoty v oblasti sociální, ekonomické, psychologické, nebo stavy přímo související s průběhem porodu, těhotenství a šestinedělí. Spíše se zdá, že se jedná o změny na úrovni neurotransmiterů. Vzhledem k tomu, že se jedná o stav dočasný, není indikovaná terapie léky, spíše vstřícný postoj rodiččina okolí. (Roztočil, 2017).

Do poslední, třetí skupiny pak Roztočil řadí rodičky stižené **poporodní depresí a poporodní psychózou.** Poporodní deprese postihuje okolo 10 % rodiček. Netýká se však pouze žen, které porodily, ale i klientek po prodělaném potratu, ať již spontánním nebo umělém, mimoděložní graviditě, předčasném porodu. Škála příznaků může být různá, může vést až k nesmírně závažným – suicidálním (sebevražedným) sklonům. Příznaky nejčastěji propukají koncem šestinedělí, v období 4. až 6. týdne od porodu, mohou se ale projevit i až za rok po dané události. Je mnoho faktorů, které mohou být predisponující pro poporodní depresi, většina z nich pramení z neideálního dětství a rodinné situace samotné ženy. Jedná se kupříkladu o prožité dětské roky v neúplné rodině, velký počet sourozenců (uvádí se 6 a více), nedobrý vztah k rodičům, k otci dítěte, ale i ekonomické potíže, neuspokojivá situace v oblasti bydlení, prodělaná duševní onemocnění, nízký věk pod 20 let věku, svobodný rodinný stav, zdravotní postižení atd. Porucha spočívá v nesprávném fungování systému hypotalamus-hypofýza-nadledvina, kdy dochází k nesprávnému uvolňování kortikotropin-releasing hormonu. Symptomy jsou stejné jako depresivní symptomy zbytku populace, navíc sledujeme ambivalentní pocity k novorozenému dítěti a neschopnost lásky vůči vlastní rodině. Nemoc je důležité léčit a sledovat, v terapii se užívají psychofarmaka a terapie odborníkem z oboru psychiatrie. Je nutné ženu dlouhodobě sledovat, jelikož tato diagnóza se v dalším těhotenství objevuje s 50-100 % pravděpodobností. (Roztočil, 2017).

Poporodní, dříve také laktační psychóza, je velmi závažné onemocnění, postihující asi 0,1 % šestinedělek. Jako o poporodního blues se jedná o poruchu neurotransmiterů, tento stav je však mnohem vážnější, jde pravděpodobně o druh schizofrenie. Projevy se objeví většinou dříve, než projevy poporodní deprese, 2.-3. den po narození dítěte, může

se ale stát, že se vyskytnou až po měsíci po porodu. Nejčastěji se choroba manifestuje jako úzkosti a maniodepresivní stavy s halucinacemi. Nezřídka mají pacientky psychiatrické onemocnění v osobní nebo rodinné anamnéze. Na rozdíl od psychóz, které vznikají u netěhotné populace, má poporodní psychóza lepší prognózu, měla by však být zaléčena na psychiatrickém oddělení. (Roztočil, 2017).

2.2.4 Ošetřování a hygiena v šestinedělí

Macků a Macků uvádí, že za 2-3 hodiny po porodu je rodička převezena na oddělení šestinedělí. Na zkoumaném pracovišti je praxe poněkud jiná, většina rodiček za dvě hodiny od porodu vykoná ještě v prostorech porodních sálů základní hygienu a poté sama přechází na pokoj šestinedělí, porodní asistentka ji pouze doprovází a pomáhá s věcmi, které rodička na porodním sále měla u porodu. Novorozenec putuje buď na novorozenecké oddělení, nebo, pokud to stav dítěte a matky dovolí a matka si tak přeje, jsou oba uloženi na stejném pokoji, zde hovoříme o „rooming-in“. V tomto bodě se péče na našem oddělení shoduje s péčí, o které Macků a Macků hovoří. (Macků a Macků, 1998).

Nedělku je potřeba podporovat v aktivním pohybu, přiměřeném procvičování, které je prevencí proti vzniku krevních sraženin, dopomáhá při zavinování dělohy a obnově svalové síly břicha a dolních končetin. V pravidelných intervalech je novorozenec nošen na přisátí, matka by měla být poučena o technice kojení. (Macků a Macků, 1998).

Co se týče tělesné hygieny, rodička by měla být podporována v co nejčastějším oplachování hráze po každém použití toalety, ideálně po každé výměně vložky, ta by měla být měněna vždy po kojení a při prosáknutí. Vhodné je i oplachování hráze po kojení. Při kojení dochází vlivem oxytocinu k zvýšenému zavinování dělohy a odchází tak více očistků. Rodička má používat sprchu, nikoli koupele ve vaně. (Macků a Macků, 1998).

Neméně důležitá je péče o prsy. Rodička by měla mít pohodlnou kojící podprsenku, ideálně z bavlny, s možností po každém kojení vyměnit prsní vložky, mlékem znečištěná podprsenka by se měla vždy vyměnit. Ideální je měnit podprsenku každý den. Prsy je nutné denně umývat vodou bez mýdla, vyvarovat se tření ručníkem, pouze sušit přiložením. S výhodou lze omývat bradavky a dvorce dětskou pleťovou vodou. Před

každou manipulací s prsy je nutné umýt si ruce – tento hygienický úkon brání vniknutí patogenů a rozvoje infekce, ke kterým jsou kojící prsy náchylné. (Macků a Macků, 1998).

Prsy – zejména bradavky, mohou kojící ženě často ztrpčovat život svojí bolestivostí. Pokud bolest není provázena ragádami – trhlinami, prsům se uleví při „větrání“ na vzduchu. Potížím se však dá předejít správnou technikou kojení, které by měla být rodička v porodnici naučena. (Macků a Macků, 1998).

Šestinedělky by se měly odívat do prodyšných, pohodlných oděvů, bavlněného spodního prádla, nosit propínací šaty nebo halenky kvůli kojení, nejlépe ortopedickou obuv s nízkým podpatkem. (Macků a Macků, 1998).

Co se týče výživy, musí být vyvážená a energetický výživná, jelikož jsou na tělo ženy kladeny vyšší nároky než před porodem. Zvláštní úprava není potřeba, měla by však obsahovat kvalitní živočišné proteiny, dostatek tekutin, čerstvé ovoce a zeleninu, vitamíny, železo a vápník, příjem polotučného mléka by měl činit až 1 litr denně. Je nutné vyvarovat se pokrmů kořeněných, konzervovaných, nadýmavých a uzenin. Vhodné je vynechat i černou kávu a čaj, které brání vstřebávání vápníku střevní sliznicí. Zajisté je potřeba vystříhat se kouření a alkoholu, a to i pivu. (Macků a Macků, 1998).

Pařízek nabádá nedělku k pravidelnému a časnému cvičení, je nutné provádět již první poporodní den cvičení zaměřená na dechovou aktivitu a funkci cév, a to ať rodička rodila vaginálně, nebo císařským řezem. Je dále nasnadě přidat cvičení pánevního dna, nakolik je toto oslabené a citlivé, také je důležité polohování k podpoře involuce dělohy, správné vstávání z lůžka správný postoj při péči o dítě. (Pařízek, 2015).

2.2.5 Odborná péče o nedělku

Slezáková se věnuje péči o šestinedělku, hospitalizovanou na oddělení šestinedělí.

Vyšetření. Mezi vyšetření, která Slezáková uvádí, patří jednak UZ vyšetření dělohy, ke zjištění správného zavinování, ev. odhalení zbytků placentární tkáně nebo blan pro porodu - tzv. „residua post partum“. Dále se doplňuje odběr na hematologické vyšetření krevního obrazu. Krevní skupina matky je většinou známá již před porodem, její znalost a znalost krevní skupiny novorozence je potřeba k zajištění Rh imunoprofylaxe Rh-D

negativních žen, které porodily Rh-D pozitivní dítě. (Slezáková, 2011). Obě tato zmiňovaná vyšetření jsou prováděna i na zkoumaném pracovišti, rutinně se dělá kontrolní ultrazvukové vyšetření a odběr krevního obrazu 2. poporodní den, u žen po císařském řezu se ultrazvuková kontrola provádí 3. den po operaci.

Jak již bylo psáno výše, poporodní péče funguje v systému rooming-in, tedy pobytu matky a novorozence na stejném pokoji. Dítě a rodička spolu mohou být nepřetržitě, případně dítě může pobývat na novorozeneckém oddělení, v závislosti na přání matky a zdravotním stavu dítěte. Rooming-in má několik pozitivních dopadů. Zaprvé psychologický – umožnuje vytváření citového vztahu mezi matkou a potomkem, také je vhodný k naučení dovedností péče o dítě, jako je kojení, koupel, převlékání, chápání komunikace novorozence. Zadruhé se jedná o důvod fyziologický, kdy dochází vlivem hormonálních podmětů k správnému rozvoji kojení. Jako poslední uvádí Slezáková důvody epidemiologické, tedy prevence vzniku nemocničních nákaz. (Slezáková, 2011).

Dále autorka uvádí, že podle doporučení České neonatologické společnosti by mělo být dítě hospitalizováno po porodu 72 hodin. Tímto doporučením se řídíme i na našem oddělení. Základními pilíři péče o šestinedělku zůstává: kontrola zavinování dělohy, kontrola očistků, hojení porodního poranění, kontrola prsů a kojení, dolních končetin, fyziologických funkcí (krevní tlak a teplota), mikce a vyprazdňování, fyzický a psychický stav z celkového pohledu a citové sklony a chování k dítěti. (Slezáková, 2011).

Vzniklé potíže je nutno léčit – podáváním vhodné léčby (léky proti bolesti, přípravky železa, přípravky podporující střevní pasáž, podání anti-D globulinu do 72 hodin po porodu. Vždy je nutno pamatovat, že rodička je kojící žena a podávané léky by měly být vždy vybrány s ohledem na tento fakt. (Slezáková, 2011).

Z vlastní zkušenosti nevím, nakolik je v místních porodnicích podporovaná rehabilitace a cvičení po porodu, jisté však je, že nejen Slezáková na ně klade důraz jako na jeden ze základních pilířů ošetřování rodičky po porodu. Rehabilitační cvičení působí blahodárně na podporu reprodukčních orgánů v jejich návratu do původního stavu, obnovuje se svalová síla, působí jako prevence vzniku krevních sraženin, zlepšuje se produkce mléka, látková výměna, působí pozitivně na pravidelnou stolici. (Slezáková, 2011).

V neposlední řadě je nutné nedělku informovat, zodpovídat její dotazy a edukovat ji o změnách, které v šestinedělí nastanou, o hygienickém režimu, životosprávě, péči o dítě a kojení. (Slezáková, 2011).

Je nutné, aby se rodička vyvarovala používání menstruačních tamponů, ač na ně třeba byla před porodem zvyklá. Jak uvádí Mikulandová, hrozí zavlečení infekce do rodidel, což je v období po porodu velmi nebezpečné, jelikož menstruační tampony podporují hromadění krve v děloze a tím mohou napomáhat vzniku infekce. (Mikulandová, 2007).

Rastislavová se věnuje **sexualitě** v období šestinedělí. Vstupem nových rodičovských rolí se sexualita proměňuje. Píše, že podle odborných doporučení může sexuální život znovu započnout za 4-6 týdnů od porodu, pokud u ženy nebyla přítomna infekce nebo špatné hojení porodního poranění. V případě, že se žena necítí při styku dobře, ale přetrvává touha po něm, je možné se věnovat alternativním sexuálním praktikám či pouze těžit ze vzájemné blízkosti a intimity. Spíše jsou však známy situace, kdy zájem o sex v šestinedělí a po jeho skončení klesá, zejména na vrub únavy a vyčerpání matky. Je nutné, aby sexuální partner byl chápavý, stav je přechodný a vyžaduje trpělivost. (Ratislavová, 2008).

Pokud je kojící žena sexuálně vzrušená, může docházet k samovolnému odtoku mléka z prsů. Vnímaní sexuálního vzrušení a prožívání sexuálního vyvrcholení se navrací k normě po třech až dvanácti měsících po porodu. (Ratislavová, 2008).

Porod může být vyvolávacím faktorem vzniku sexuální poruchy. Mezi hlavní důvody vzniku patří podle Ratislavové důvody: *„Psychologické (deprese, únava, negativní postoj k vlastnímu tělu, žena jako mateřský, ne sexuální objekt). Vztahové (partnerský nesoulad, nesplněná očekávání, krize ve vztahu). Situační (strach z probuzení dítěte, nevhodné bydlení). Mutilace rodidel (obtížné hojení porodního poranění, zjizvení hráze).“* (Ratislavová, 2008, str. 84).

Po porodu by o psychickou pohodu rodičky měla pečovat porodní asistentka podle Moravcové a Petržílkové následovně: napomáhat nedělce v péči o novorozence i o sebe samu, eventuálně zapojit i partnera. Měla by pozorovat, zda se u rodičky nerozvíjí známky psychických obtíží. Dále by měla matce dopomáhat se zvládáním vyčerpání, nejistot, přechodného negativistického psychického ladění (poporodní blues). (Moravcová a Petržílková, 2018).

2.2.6 Patologické šestinedělí

O tom, že šestinedělka je nejvíce nevyzpytatelnou pacientkou, se kterou se gynekolog-porodník nebo lékař jiné odbornosti může setkat, pojednává ve své publikaci Čepický. Přihlédneme-li k tomu, že tento fakt může vést k fatálním důsledkům, staví tedy nedělku i do role pacientky nejnebezpečnější. Důvody, které ho vedou k tomuto závěru, jsou následující. Zprvu uvádí, že pacientky po porodu často somatizují, tedy jejich duševní obtíže se projevují tělesnými neduhy. *„Porodní deprese je častá a zhusta se projevuje somatickými symptomy, a to praktický jakýmikoli.“* (Čepický, 2018, str. 197). Nezřídka také šestinedělka tyto projevy vnímá jinak, než žena těhotná či netěhotná.

Dalším důvodem, proč je novopečená rodička pacientkou tak obávanou, je disimulace, tedy pravý opak simulace – zlehčování svých potíží. Důvody, které ji k tomu vedou, jsou nejčastěji představovány jejím dítětem – matka se hrozí odloučení, toho, že by se o své dítě nemohla správně postarat, nechce být hospitalizována, tedy své obtíže zlehčuje, někdy i zapírá. (Čepický, 2018).

Na klientky v období šestinedělí nelze spoléhat ani v ohledu řádné compliance – ochotě spolupracovat v léčbě. Stejně jako u výše uvedeného bodu, staví nedělka do popředí blaho svého dítěte, může se, i přes poučení a doporučení lékaře, například rozhodnout neužívat léčbu, aby nevystavila své dítě poškození, o kterém může být přesvědčená, že je léčba vyvolává. Stejně tak nemusí podstoupit doporučované kontroly nebo vyšetření, protože své zdraví a svůj zdravotní stav upozadí opět proti pohodě a potřebám svého děťátka. (Čepický, 2018).

V neposlední řadě komplikuje lékaři žena po porodu diferenciální diagnostiku jejích obtíží i postojem, který zaujímá ke své nemoci a stylem, kterým se staví do role nemocného. Dále autor zmiňuje i fyzické změny, které mohou vést vyšetřujícího lékaře špatnou cestou ke zjištění diagnózy, a to například ochablost břišní stěny po porodu, která nemusí plně rozvinout příznaky typické pro náhlou příhodu břišní. Nabádá také lékaře k pečlivosti, odběru laboratorních odběrů, sledování zánětlivých markerů, spolupráci s odborníky z jiných odvětví.

Mezi komplikace typické pro šestinedělí potom řadí infekce, zánět prsu, tromboembolické komplikace a krvácení. (Čepický, 2018).

Fait popisuje jednotlivé potíže, se kterými se nedělka a její ošetřující lékař mohou setkat. Ačkoliv existují chorobné stavy, které se vyskytují v těhotenství a po porodu mizí (např. gestační diabetes – těhotenská cukrovka), jsou stavy, které jsou naopak typické pro šestinedělí.

Poruchy involuce a kontrakce dělohy. Pouhé zpomalení zavinování dělohy lze podpořit aplikací léků, které toto zavinování zesilují, je však nutné vyloučit další patologie. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Lochiometra. Stav popisující hromadění očistků v dutině děložní. V případě, že vzniklo podezření, že v děloze zůstaly zbytky placenty nebo plodových obalů, je nutné přistoupit k chirurgickému výkonu a obsah dutiny odsát. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Poruchy vyprazdňování močového měchýře. V případě nemožnosti dokonalého vyprázdnění močového měchýře se musí provést vypuštění moči pomocí jednorázového vycévkování. Pokud toto opatření není nápomocno a stav se opakuje, je doporučeno zavedení permanentního močového katetru na 24 hod, podávat léky podporující stahování močového měchýře a vyšetřit rodičku vaginálně, zda není močová trubice utlačena vznikajícím poporodním poševním hematomem (nahromaděnou krví). (Fait in Hájek a kol., 2014).

Poporodní krvácení. Diseminovaná intravaskulární koagulopatie, jako jedna z druhů poporodního krvácení představuje v naších podmínkách nejpočetnější příčinu úmrtí rodiček. V raném šestinedělí se objevuje porodní krvácení v podobě: subinvoluce, hypotonie či atonie děložní na podkladě nedokonalého zavinování a stahování dělohy; nedokonale ošetřeného či zcela neošetřeného porodní poranění, přítomnosti zbytků placenty nebo plodových obalů; poruchy krevní srážlivosti – diseminovaná intravaskulární koagulopatie (nejčastěji). (Fait in Hájek a kol., 2014).

Mezi druhy krvácení, jež se může v šestinedělí objevit následovně, patří dle Faita: *„Placentární polyp – residua post partum (degenerovaný neodloučený kotyledon placenty) nebo deciduální polyp (útvar z fibrinu a deciduy pěvně lpící na děložní stěně), endometritida, menstruace, choriokarcinom nebo karcinom děložního hrdla.“* (Fait in Hájek a kol., 2014, str. 445).

Hematom v parakolpiu. Tato porodnická komplikace vzniká nejčastěji po porodech překotných, nebo naopak velmi dlouho trvajících, spíše také u porodů vaginálních

operačních. Častěji se tvoří nad vrcholem nástřihu hráze nebo na protější straně pochvy. Projevuje se tlaky na konečník a projevy anemizace. Léčba spočívá v důkladném chirurgickém ošetření – prošití rány a vyhledání a zástavy zdrojů krvácení. (Fait in Hájek a kol., 2014).

Puerperální infekce. Infekcím v šestinedělí věnuje Roztočil velkou pozornost. *„Jde o infekci genitálního traktu jako následek porodu. Jejímu rozvoji napomáhá: Nedostatečná asepse, porod mimo nemocniční zařízení, císařský řez po odtoku plodové vody, protrahovaný porod delší než 24 hod, porodnické poranění, vznik hematomů, manuální vybavení placenty, výrazná krevní ztráta (nad 500ml), nedostatečná hygiena perinea. Puerperální infekce může způsobit: krvácení, děložní subinvoluci, tromboflebitidu, neonatální infekci, sekundární sterilitu, chronické onemocnění ledvin, embolii plicnice, septický šok, diseminovanou intravaskulární koagulopatii (DIC), úmrtí matky.“* (Roztočil, 2017, str. 515).

Mezi jednotlivé infekce, které mohou nedělku postihnou patří mimo jiné **zánět dělohy; pánevní celulitida neboli parametritida,** která nastává, pokud není dostatečně nebo správně léčen zánět děložní sliznice a patogen se šíří z dělohy dále do širokého vazu a okolní děložní tukové, pojivové a buněčné tkáně. Při dalším šíření vzniká **zánět pobřišnice** (Roztočil, 2017).

O raných infekcích píší Procházka a kol., že se týkají jednak poranění hráze – po provedení nástřihu nebo po natržení a také infekcí břišních řezů po porodu císařským řezem. Mezi hlavní projevy patří začervenání, otok, zvýšení teploty, citlivost do dotyk a hnisavý výtok v oblasti rány, může být přítomna i horečka. (Procházka a kol., 2016).

Roztočil se dále věnuje **infekcím močové soustavy** v šestinedělí. Zánět močového měchýře může podnítit jeho poranění, často hraje roli jeho ochabnutí, kdy je měchýř nadměrně roztahován a zůstává v něm zbytková moč, stejně tak může být rizikové cévkování měchýře. Pokud zánět dolních močových cest pokračuje, může infekce vyústit v **zánět ledvin.** K poporodnímu zánětu ledvin dochází mezi 3.-4. dnem od narození dítěte, dochází k němu při vystoupání mikrobů způsobujících zánět z dolních močových cest. (Roztočil, 2017).

Obtížím vztaženým k oblasti **stydké spony** se věnuje Collinsová. Uvádí, že projevy zahrnují výraznou bolest v oblasti třísel a stydké spony, které se zhoršují při nošení

břemen. Většina případů se navrátí do původního stavu za 6-8 týdnů po porodu. (Collins, 2008).

Trombotické komplikace. Povrchové tromboflebitidě se věnuje Ballová. Píše, že se jedná o stav postihující povrchové žíly dolních končetin, stav je tedy jasně viditelný. Žíly jsou choulostivé, postižené tímto stavem se stávají zarudlými a zatvrdlými. Co se týče celkových projevů, může docházet ke zvýšení tělesné teploty a tepové frekvence. Tato forma tromboflebitidy naštěstí většinou nevede ke vzniku plicní embolie a nejčastěji postihuje varikózně změněné žíly. Častěji stav stihne starší rodičky s nadváhou, častěji se také vyskytuje u žen, které již rodily poněkolikáté. (Ball in Bennett a kol, 1989).

O **hluboké žilní trombóze** žil pánevních a žil dolních končetin Pařízek uvádí, že je chorobou vážnou. Rizikem je vznik krevní sraženiny a její vmetnutí do plic s rozvojem plicní embolie. (Pařízek, 2015).

Tromboembolii se ve své publikaci věnuje Roztočil. Říká, že vzniká po uvolnění krevní sraženiny, která putuje dolní dutou žílou do pravostranných srdečních oddílů a tudy do plicního řečiště. Jedná se o život ohrožující, závažný stav vedoucí k přetížení pravého srdce, septickému šoku, je možný i vznik abscesu. Stav může probíhat velmi prudce a rodička může zemřít. Zásadní roli hraje prevence podáváním léků snižujících krevní srážlivost u rizikových klientek. (Roztočil, 2017).

Poruchy kojení a onemocnění prsů. Této problematice se věnuje Macků a Macků. *„Poruchy laktace (kojení) mohou být způsobeny nepravidelnostmi prsů (např. hypoplazií s nedostatečným vývojem žlázového parenchymu), nepravidelnostmi bradavek (ploché, malé, vpáčené) či poruchami tvorby mléka (hypogalakcií – sníženou tvorbou, agalakcií – žádnou tvorbou).“* (Macků a Macků, 1998, str. 296).

Nedostatečná tvorba mléka neboli hypogalakcie postihuje do 10 % šestinedělek buď při nesprávně vyvinutých prsech, či při nesprávné technice kojení, ať ze strany dítěte nebo ze strany matky. Svůj podíl na problému mohou hrát poruchy bradavek – ploché nebo vpáčené, špatný styl přikládání dítěte k prsu, nervová slabost. Ze strany novorozence může hrát roli rýma, nesprávně vyvinutý sací reflex, vrozené vývojové vady.

Nadměrná tvorba mléka čili hypergalakcie. Po kojení je rodička nucena mléko odsávat, stav pro ni může být vyčerpávající, dochází k úbytku hydratace.

Samovolný odtok mléka – galaktorea se projevuje odchodem mléka z prsů mimo kojení, případně odtékání mléka při kojení z prsu, ze kterého zrovna dítě nesaje.

Při nedokonalé technice kojení může vznikat **poranění bradavek.** Častěji jsou stiženy ženy krátce po porodu, primipary. Vznikají oděrky, trhlinky. Jsou silně bolestivé a mohou i krvácet. Při dalším kojení se vzniklé strupy odtrhávají, novorozenec může sát krev matky, což může obarvovat stolici dítěte. Zranění také mohou být branou infekčního onemocnění. Vhodné je nechat po kojení prsy oschnout na vzduchu a potírat mastmi k tomu určenými. Možné je i použít kojící klobouček. (Macků a Macků, 1998).

Jak uvádí Binder, **zánět prsu čili mastitida** vznikne přestupem infekčního původce ze sliznice nosohltanu kojence nebo nevhodnou hygienou kojící matky nebo nedostatečnou hygienou personálu, který o rodičku pečuje. Zánět může postihovat různé tkáně prsu, od pojivové tkáně, přes tkáně žláz až po svalovou povázku prsního svalu. Může být neohraničený i ohraničený, může vznikat absces či flegmona. (Binder, 2011).

Hanretty o vzniku abscesu v prsu píše, že se nejčastěji tvoří vlivem nezaléčeného zánětu prsní žlázy nebo zánětu, který byl léčený neefektivně. Jedná se o vzácný stav. Pokud se však objeví, je nutná jeho chirurgická drenáž. (Hanretty, 2010).

2.3 Péče o matku a dítě na Svitavsku

Popis oblasti

Mikroregion Svitavsko se rozprostírá na Svitavské pahorkatině, na historické hranici Čech a Moravy. Oblast není rozsáhlá, historicky zde však vedle sebe žili Češi a Němci, oblast byla posléze částí Sudet, což jistě ovlivnilo i nynější skladbu obyvatel. (Mikroregion Svitavsko, 2009).

Okres Svitavy vznikl v roce 1960 sloučením 4 přechozích okresů, a to Svitavy, Polička, Litomyšl, Moravská Třebová. Ve všech těchto městem historicky existovala porodnice, postupem času však byly nemocnice s porodnicemi uzavírány a nyní funguje ve Svitavách již poslední z těchto bývalých okresních měst. Co do rozlohy, jedná se o

největší okres Pardubického kraje, vykazuje však nejnižší hustotu zalidnění. Sousedí s okresy Chrudim a Ústí nad Orlicí a s kraji Vysočina, Olomouckým a Jihomoravským. Okres je geograficky bohatý na množství pahorkatin a hornatin a je i dobře zásoben vodou. K 1. lednu 2007 se ve Svitavském okrese nacházelo na 116 obcí, z toho 7 měst a jeden městys. K 31. 12. 2019 měl okres Svitavy 104 333 obyvatel, z čehož polovina obyvatel žije ve městech. Mezi léty 2011 a 2016 docházelo k úbytku obyvatel, který vlivem většího podílu přistěhovalých v letech 2017 a 2018 vystřídal populační přírůstek, aby opět v roce 2019 došlo vlivem většího počtu vystěhovalých k poklesu. (Český statistický úřad, 2020a).

Svízelem okresu je dlouho trvající nejvyšší míra nezaměstnanosti v kraji, ke konci roku 2019 téměř 2,7 %, Moravská Třebová s maximem 4,4 %. Od roku 1999 se okres řadí mezi okresy se soustředěnou podporou státu, byl i součástí okresů s vysoce nadprůměrnou nezaměstnaností, a v letech 2014–2020 patří Svitavsko a Moravsko-Třebovsko mezi hospodářsky slabé regiony. (Český statistický úřad, 2020a).

Co do bytové výstavby také nedosahoval okres k průměru v kraji, byly budovány menší sociální byty v rámci komunálních bytů, aby bylo umožněno lepší bydlení pro mladé rodiny. (Český statistický úřad, 2020a).

Statistika

Podle censu z roku 2011 žilo ve svitavském okrese 103 245 obyvatel, z toho 52 360 žen, z nich bylo 18 339 svobodných, 22 691 vdaných, 4 855 rozvedených, 6 423 ovdovělých a u 52 nebyl zjištěn rodinný stav. (Český statistický úřad, 2013).

Co se týče ekonomické aktivity, bylo žen ekonomicky aktivních 21 741, z toho v zaměstnání 19 268. Pracujících studentek a učnic bylo 286, pracujících důchodkyň 791, žen na mateřské dovolené 901, hledajících zaměstnání 382 a ostatních nezaměstnaných 2 091. (Český statistický úřad, 2013).

Ekonomicky neaktivních žen bylo 29 144, z toho nepracujících důchodkyň 1 208, s vlastním zdrojem obživy 1 572, žaček, studentek a učnic 7 991, u 1 475 nebyl ekonomický stav zjištěn. (Český statistický úřad, 2013).

Národnostně se ženy nejvíce řadili k národnosti české, málo k národnosti moravské, z národnostních menšin vedly ženy slovenské, ukrajinské, dále polské, vietnamské,

maďarské, německé a romské. V reprodukčním věku od 15 do 49 let se nacházelo 23 834 žen.

K náboženské víře se přihlásilo 3 505 žen, které se však nehlásí k žádné církvi nebo náboženské společnosti, dále 10 772 žen, které se považují za věřící a hlásí se k církvi a náboženské společnosti (nejvíce církev Římskokatolická, 8 415, dále církev Českobratrská evangelická 717 a Církev českobratrská husitská 177). Bez náboženské víry se vidí 14 599 žen a 23 484 neuvedlo náboženské vyznání.

Tabulka 1 - Statistika okres Svitavy: Rodinný stav a vzdělání

Statistika okres Svitavy		
Rodinný stav		
	Absolutní čísla	**Procenta**
Svobodná	18 339	35,02 %
Vdaná	22 691	43,34 %
Rozvedená	4 855	9,27 %
Ovdovělá	6 423	12,27 %
Nezjištěn	52	0,10 %
Vzdělání		
	Absolutní čísla	**Procenta**
Bez vzdělání	187	0,42 %
Základní vč. neukončeného	10 959	24,52 %
Střední vč. vyučení (bez maturity)	14 122	31,60 %
Úplné střední s maturitou	12 130	27,14 %
Nástavbové studium	1 549	3,47 %
Vyšší odborné vzdělání	856	1,92 %
Vysokoškolské	3 474	7,77 %
Bakalářské	702	1,57 %
Magisterské	2 732	6,11 %
Doktorské	40	0,09 %

Co se týče vzdělání, bylo ve věku 15 let a výše (44 689 žen) bez vzdělání 187 žen, základní vzdělání vč. neukončeného dosáhlo 10 959 žen, střední vč. vyučení (bez

maturity) dosáhlo 14 122. Úplné střední s maturitou má 12 130 žen, nástavbové studium 1 549, vyšší odborné vzdělání 856 a vysokoškolské 3 474. (Český statistický úřad, 2013).

Zajištění v porodnici

Svitavská porodnice představuje moderní pracoviště, které se pyšní certifikátem „Baby friendly hospital“. Pro rodičky jsou k dispozici 3 porodní boxy, 2 lůžka na observačním pokoji. Po porodu je rodička převedena na oddělení šestinedělí. Zde je možno si zaplatit pobyt na nadstandartním pokoji, který je jednolůžkový, má vlastní sociální zařízení a umožňuje přistavit přistýlku pro rodiččin doprovod. O klientky se zde stará 14 lékařů a 40 zdravotních sester a porodních asistentek.

Ve svitavské porodnici jsou pro matky připraveny různé vzdělávací materiály, které mají za cíl pomoci jim nejen v šestinedělí. Některé jsou vytvořeny přímo organizací Nemocnice Pardubického kraje, a.s., jiné jsou dodávány sponzory. Matky také mají k dispozici na společné kuchyni spoustu reklamních letáků, které kromě propagace vlastních výrobků poskytují rady.

Materiály, které jsou nedělkám k dispozici, by se daly rozdělit do tří skupin.

1) **Brožury a časopisy.** Asi nejrozsáhlejší kampaň v ČR vede společnost Happy baby, se kterou se těhotná setká hned několikrát. V období kolem 12. týdne dostane těhotná desky, které obsahují brožuru s názvem „Můj průvodce těhotenstvím“, na jejíž tvorbě se podílela řada odborníků. Publikace názorně shrnuje průběh těhotenství, porod, očkování, ale i finanční otázku rodiny s dětmi. Brožura je vyčerpávající a obsahuje množství informací, které by těhotná měla znát. Nevěnuje se však zcela šestinedělí, pouze kojení. Matky si firma získává dalšími propagačními materiály, které dostávají v průběhu těhotenství, po porodu a na pravidelné prohlídce u pediatra, což je jistě vhodný motivační prvek k pravidelným kontrolám. Dále je ve svitavské nemocnici k dostání Brožura o kojení od Laktační ligy, která působí již od roku 1998. Další brožurou stejného tématu, která mají matky k dispozici, je „Kojení a začátky s výživou. Průvodce výživou v prvním roce života“ MUDr. F. Jimramovského a D. Jimramovské, která se kromě kojení věnuje i kojenecké výživě a příkrmům. Poslední je časopis Matka a dítě ve vydání z června roku 2020, který mimo jiné reflektuje aktuální situaci ve zdravotnictví – koronavirovou pandemii, ale zabývá se i očkováním a výživou dětí

jako prevencí před epidemií dětské obezity a nešvaru trávení příliš mnoho času u obrazovek.

2) Druhým typem jsou informační **letáky týkající se zdraví matky.** Na našem oddělení každá rodička při příjmu dostává leták „Informace o šestinedělí“ Nemocnice Pardubického kraje, a.s., který stručně popisuje základní body fyziologického a patologického šestinedělí a popis správné životosprávy, i základní informace o dokumentech, které je potřeba zařídit. Z toho dokumentu jsem se s vědomím, že ho dostává každá rodička do ruky, snažila nejvíce vycházet při tvorbě dotazníku. Dále každá nedělka dostává materiál o péči o porodní poranění vytvořený přímo Gynekologicko-porodním oddělením Svitavské nemocnice, NEMPK, a.s. Na pokoji je potom dostupný materiál o porodnické dietě pro těhotné a kojící ženy a materiál o cvičení po břišních operacích. Pro cizinky, které nerozumí česky, je připraven materiál „Máma ví aneb informovaná matka“ připravený Centrem pro integraci cizinců, a.s., věnující se zejména kojení, péči o prsy a dítě. Neobsahuje však informace o šestinedělí.
3) Posledním typem jsou letáky věnující se **kojení a péči o dítě**. Část materiálů o kojení je součástí reklamních letáků na kojící pomůcky, část tvořená Novorozeneckým oddělením Svitavské nemocnice, NEMPK, a.s. – Informační mapa péče Kojení a Novorozenecká žloutenka. Při propuštění dítěte z novorozeneckého oddělení mimo jiné matka dostává doporučení, které obsahuje mnoho cenných rad o výživě dítěte a jeho přibývání na hmotnosti, odstříkávání, příkrmech, šidítkách, ale i pitném režimu matky, procházkách atd. K dispozici je rodičkám i leták poskytující informace o novorozeneckém screeningu.

Statistika Porodního oddělení Svitavské nemocnice, NEMPK, a.s.

V roce 2019 porodilo ve svitavské porodnici, která je spádová pro matky z okresu Svitavy, popsaném výše, celkově 690 rodiček, z toho 294 prvorodiček a 396 vícerodiček. Nejmladší rodička měla 16 let, nejstarší 46 let. Císařským řezem porodilo 106 žen, 7 žen rodilo vaginálně dítě v poloze koncem pánevním, 13x byl porod ukončen pomocí vakuumextraktoru, 4x byl veden klešťový porod, 2x se spontánně narodila dvojčata. Věkový průměr prvorodiček byl 27, 63 let, věkový průměr vícerodiček činil 31, 96 let, celkový věkový průměr potom činil 30, 12 let.

Historie svitavské nemocnice a porodnice

Historie svitavské nemocnice sahá do roku 1851, kdy městský fyzik a lékař Dr. Franz Schneider založil první nemocnici o 8 lůžkách. Nemocnice se postupně rozrůstala. Po roce 1945 se po odsunu německého obyvatelstva, se kterým museli odejít i lékaři a rakouské řádové sestry, které se staraly o pacienty, se nemocnice potýkala s nedostatkem personálu.

V roce 1948 měla již 381 lůžek a v padesátých letech zde byla mimo jiné založena i porodnice. Součástí akciové společnosti Nemocnice Pardubického kraje je svitavská nemocnice od roku 2015. (Nemocnice Pardubického kraje, 2021).

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika

3.1.1 Stanovení teoretického cíle práce

Tato diplomová práce má za cíl zjistit, jaká je zdravotní gramotnost matek v šestinedělí v oblasti Svitavska, a to použitím standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 a vlastního dotazníku. Zaměří se na zdravotní gramotnost obecnou i specifickou, zkoumány budou matky, jež porodily v období od listopadu 2020 do února 2021.

3.1.2 Popis výzkumného problému

Otázka: Jaká je zdravotní gramotnost matek?

Není specifický dotazník zkoumající zdravotní gramotnost matek.

3.1.3 Výzkumná otázka

PROČ: Není specifický dotazník zkoumající zdravotní gramotnost matek.

CO: Zdravotní gramotnost matek.

JAK: Dotazníkové šetření.

KDO: Matky v období šestinedělí.

KDY: Od listopadu 2020 do února 2021.

ZA KOLIK: Náklady časové, materiální pro distribuci dotazníků.

3.1.4 Návrh metodiky

Kvantitativní výzkum.

Jedná se o prospektivní výzkum zabývající se obecnou a specifickou zdravotní gramotností matek v šestinedělí v období od listopadu 2020 do února 2021.

Kombinace standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 a vlastního dotazníku, který kombinuje uzavřené i otevřené otázky, zaměřené na specifickou zdravotní gramotnost.

3.1.5 Výzkumný soubor

KDO: Matky v období šestinedělí.

KDE: Oddělení šestinedělí Svitavské nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

KOLIK: 102 respondentek.

KDY: Od listopadu 2020 do února 2021.

4. VÝSLEDKY

4.1 Popis tvorby dotazníku

Dotazník HLS-EU-Q16 (viz příloha č. 3), který byl použit v první fázi dotazníkového šetření, představuje nástroj pro zkoumání obecné zdravotní gramotnosti. Vznikla tedy potřeba vytvořit k němu vhodný doplněk, který by se věnoval zkoumání specifické zdravotní gramotnosti. Dotazník, který by ověřoval znalosti nedělek o problematice péče o jejich zdraví, zdraví dítěte, problematice zdravotního stylu, povinných lékařských prohlídkách atd.

Přípravná fáze zahrnovala provedení rešerše a vyhledání odborných článků, které by se věnovaly přímo zdravotní gramotnosti matek v šestinedělí. Tato část přípravy však nepřinesla očekávané výsledky. Bylo zjištěno, že existuje pouze velmi malé množství literatury týkající se této problematiky. Pokud se články věnovaly zdravotní gramotnosti matek v šestinedělí, často musely být vyřazeny, protože se zabývaly například pouze etnickými skupinami nebo oběma rodiči, tedy neshodovaly se s předmětem tohoto výzkumu.

Dalším krokem bylo detailní prostudování odborné literatury a učebnic zabývajících se porodnictvím a péčí v šestinedělí. Zde bylo nalezeno velké množství monografií. Bylo nutno vybrat z nich nejzásadnější témata, která z mého pohledu představují pilíře zdravotní gramotnosti šestinedělky.

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal na pracovišti, na kterém jsem zaměstnaná, věnovala jsem také velkou pozornost informacím a letákům, které přímo rodičky dostávají. Valná většina otázek byla sestavena tak, aby na ně rodičky našly odpověď v těchto materiálech.

Posledním krokem bylo zařazení otevřených otázek, které měly více prozkoumat pocity ženy po porodu. Důvodem k zařazení této části dotazníku byl zvyšující se důraz na psychické změny, kterými žena po porodu prochází a které bývaly na úkor změn fyzických v historii často upozaďovány, což je popsáno v teoretické části práce.

Hlavička dotazníku obsahuje otázky na demografické informace: věk, počet porodů a těhotenství, vzdělání, rodinný stav a způsob vedení porodu.

Tvorba dotazníku trvala několik měsíců, vycházela jsem z rozhovorů se samotnými klientkami, s personálem, s matkami z blízkého okolí. Zajímalo mě, co je podle nich důležité vědět o šestinedělí a péči o dítě, co by bývaly rády věděly, co si myslí, že v našem zdravotnickém systému chybí. Pracovala jsem s myšlenkovými mapami.

Období pro sběr dotazníku bylo zvoleno od listopadu 2020 do února 2021. Jedná se obecně o měsíce, kdy se rodí hodně dětí. Také mě zajímalo, zda se ve výzkumu odrazí již téměř roční život ve světě stiženém koronavirovou pandemií.

4.2 Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16

Jedná se o standardizovaný dotazník používaný ke zkoumání obecné zdravotní gramotnosti se standardizovanými pokyny pro dopočty.

Jednotlivé otázky spadají do 4 různých oblastí zdravotní gramotnosti, a to:

- Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)
- Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)
- Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)
- Celková zdravotní gramotnost (GHL)

Podle bodového skóre, kterého respondentky dosáhnou, je potom zdravotní gramotnost dělena na následující úrovně:

- Neadekvátní (0-25 bodů)
- Problematická (26-33 bodů)
- Dostatečná (34-42 bodů)
- Excelentní (43-50 bodů)

4.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16

4.3.1 Pokyny pro dopočty

Pokyny pro dopočty byly zaslány přímo MUDr. Nejedlou ze Státního zdravotního ústavu společně se zněním dotazníku. Byla použita nová míra tak, aby výsledky byly lépe přehledné a zřetelné.

Kombinované znaky meritorní

Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

Index HC-HL bude počítán z odpovědí na otázky **Q16/1-7.** Vzorec pro výpočet indexu je následující:

Index HL-HC = 50-(průměr – 1) x (50/3)

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

Index DP-HL bude počítán z odpovědí na otázky **Q16/8-12.** Vzorec pro výpočet indexu je následující:

Index DP-HL = 50- (průměr – 1) x (50/3)

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

Index HP-HL bude počítán z odpovědí na otázky **Q16/13-16.** Vzorec pro výpočet indexu je následující:

Index HP-HL = 50- (průměr – 1) x (50/3)

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Celková zdravotní gramotnost (GHL)

Index GHL bude počítán z odpovědí na otázky **Q16/1-16.** Vzorec pro výpočet indexu je následující:

Index GHL = 50- (průměr – 1) x (50/3)

Kde:

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

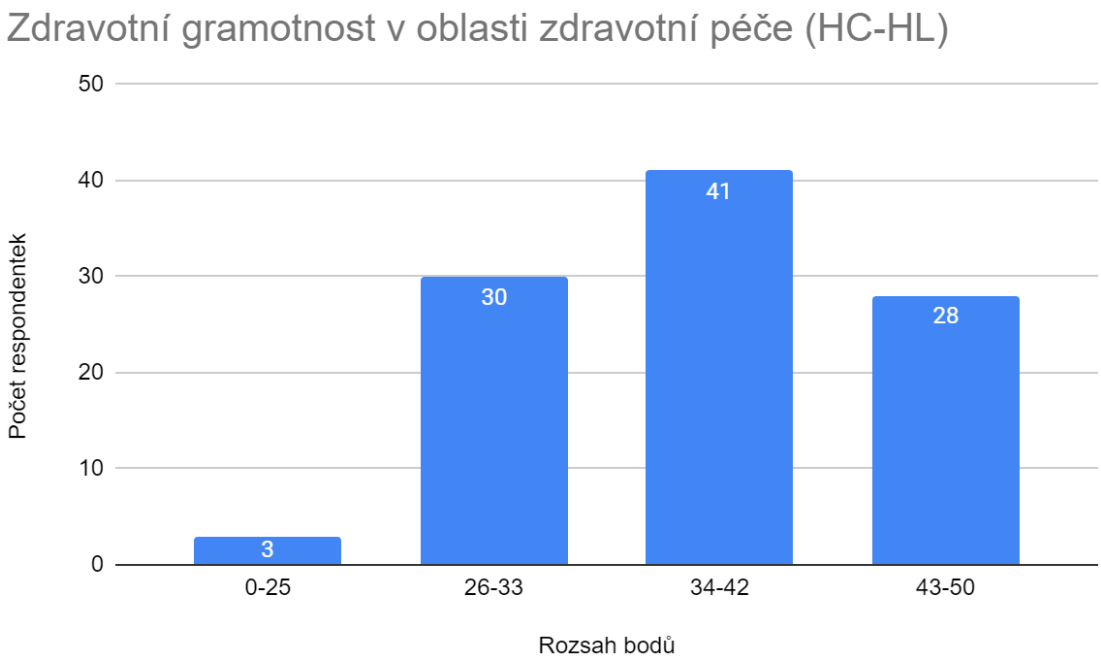
4.3.2 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče zkoumaly otázky dotazníku 1-7. Výsledky byly následující. Neadekvátní zdravotní gramotnost z oblasti zdravotní péče vykazovalo pouze 2,94 % respondentek. Problematickou zdravotní gramotnost v oblasti péče vykazovalo 29,41 %. Třetina respondentek má tedy v oblasti zdravotní péče nedostatečnou zdravotní gramotnost. Adekvátní zdravotní gramotnost v této oblasti pak vykazovalo 40,2 % rodiček a excelentní více jak čtvrtina dotazovaných – 27,45 %. Téměř 68 % respondentek tedy v oblasti zdravotní péče vykazovalo dostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti. Ve srovnání s Kučerovým šetřením si rodičky vedly se zdravotní gramotností v oblasti zdravotní péče o poznání lépe, česká populace vykazovala problematickou nebo neadekvátní zdravotní gramotnost téměř v polovině dotazovaných

případů (49,5 %) a přitom se jednalo o nejlépe zvládnutou oblast zdravotní gramotnosti. (Kučera, 2015).

Tabulka 2 - Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)			
Rozsah	**Úroveň ZG**	**Počet respondentek**	**Procentuálně**
0-25	Neadekvátní	3	2.94 %
26-33	Problematická	30	29.41 %
34-42	Adekvátní	41	40.2 %
43-50	Excelentní	28	27.45 %



Graf 1 - Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

4.3.3 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí je polem, kde si dotazované rodičky vedly zcela nejhůře. Byla zkoumána v otázkách 8-12. Téměř desetina (9,8 %) respondentek vykazovala neadekvátní úroveň zdravotní gramotnosti. Problematickou zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí vykazovalo 43,14 % dotazovaných. Více jak polovina zkoumaného vzorku prokázala nedostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí. Stejně špatného výsledku dosáhl i vzorek

z Kučerova šetření, kde v oblasti prevence nemocí vykazovalo neadekvátní zdravotní gramotnost celých 54,1 %. (Kučera, 2015).

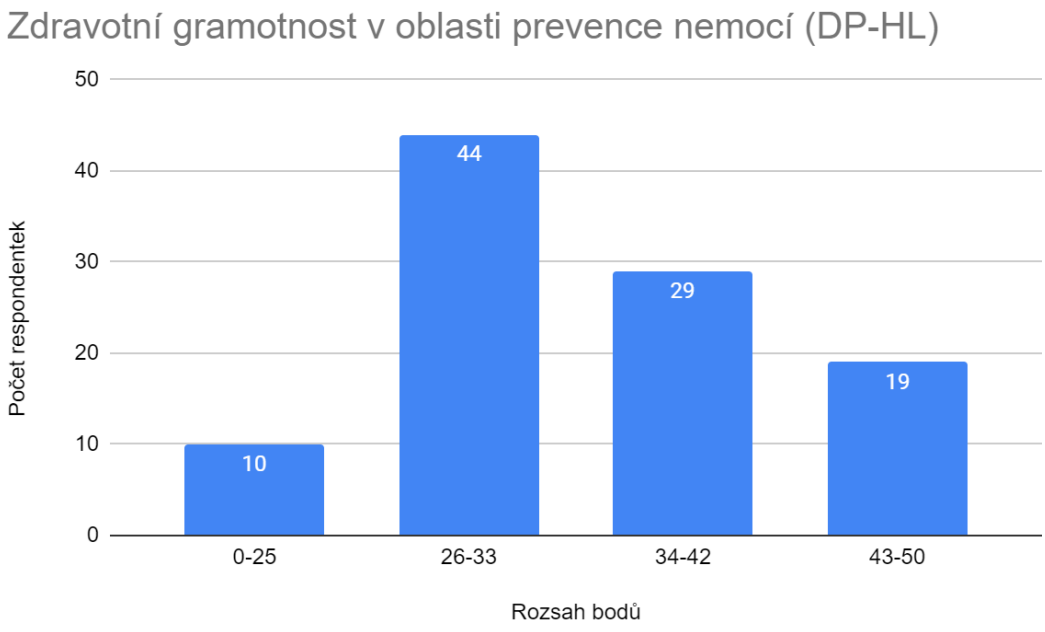
Dostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí prokázalo 28,43 % dotázaných pacientek a excelentní úroveň necelá pětina (18,63 %).

Přitom je neustále poukazováno na to, jak důležitá je prevence vzniku nemocí. Pro jednotlivce i stát je jednodušší a levnější předcházet vzniku nemocí, nežli nemoc samotnou posléze léčit spolu s jejími komplikacemi, nejen osobními, zdravotními, ale i sociálními ve smyslu potřeby ošetření nebo pracovní neschopnosti.

Evropský koncept zdravotní gramotnosti je mimo jiné úzce spjat s prevencí nemocí a zlepšováním zdraví, jak opakovaně uvádí např. Kickbusch a kol. (Kickbusch a kol, 2013).

Tabulka 3 - Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)			
Rozsah	**Úroveň ZG**	**Počet respondentek**	**Procentuálně**
0-25	Neadekvátní	10	9.8 %
26-33	Problematická	44	43.14 %
34-42	Adekvátní	29	28.43 %
43-50	Excelentní	19	18.63 %



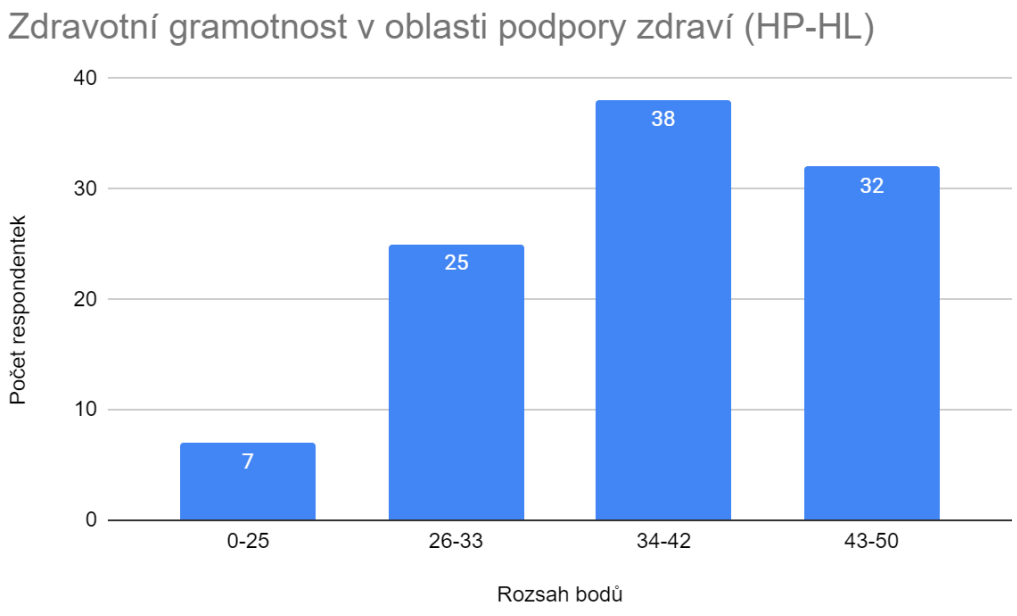
Graf 2 - Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

4.3.4 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

Otázky, které se zajímaly o zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, byly otázky číslo 13-16. V této oblasti si Češi zahrnutí v Kučerově šetření vedli nejhůře, nedostatečnou zdravotní gramotnost v oblasti vykazovaly téměř dvě třetiny. (Kučera, 2015). Rodičky si v této oblasti vedly o dost lépe. Neadekvátní zdravotní gramotnost vyšla najevo u 6,86 % respondentek, u téměř čtvrtiny byla úroveň zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví problematická. Dostatečnou zdravotní gramotností se prokázalo 37,25 % rodiček a 31,37 % se mohlo pyšnit excelentní zdravotní gramotností v oblasti podpory zdraví. V mém šetření si tedy vedly rodičky opačně než zbytek populace v šetření Kučerově, neboť více jak 68 % respondentek vykazovalo dostatečnou až excelentní úroveň zdravotní gramotnosti v této oblasti.

Tabulka 4 - Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)			
Rozsah	**Úroveň ZG**	**Počet respondentek**	**Procentuálně**
0-25	Neadekvátní	7	6.86 %
26-33	Problematická	25	24.51 %
34-42	Adekvátní	38	37.25 %
43-50	Excelentní	32	31.37 %



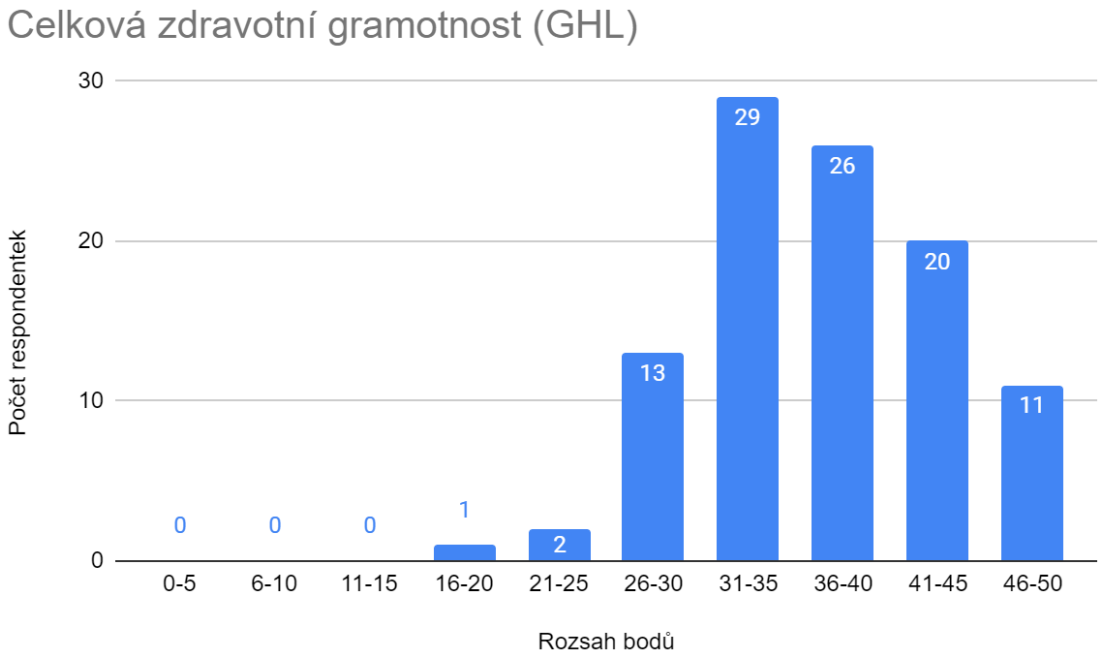
Graf 3 - Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

4.3.5 Celková zdravotní gramotnost (GHL)

V Kučerově šetření vykazovala česká populace v 59,4 % neadekvátní nebo problematickou zdravotní gramotnost. (Kučera, 2015). Šestinedělky dopadly v mém šetření mnohem lépe, nedostatečnou zdravotní gramotnost vykazovala pouze třetina. Neadekvátní celková zdravotní gramotnost byla zjištěna u 2,94 %, problematická poté u 31,37 %. Dostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti dosáhlo 46,08 % a excelentní téměř pětina dotazovaných (19, 61 %). Rodičky ze Svitavska tedy vykazovaly celkovou zdravotní gramotnost srovnatelnou s běžnou populací Nizozemska, které v evropském šetření dopadlo nejlépe. (1. národní konference o zdravotní gramotnosti, 2017).

Tabulka 5 - Celková zdravotní gramotnost (GHL)

Celková zdravotní gramotnost (GHL)			
Rozsah	**Úroveň ZG**	**Počet respondentek**	**Procentuálně**
0-25	Neadekvátní	3	2.94 %
26-33	Problematická	32	31.37 %
34-42	Adekvátní	47	46.08 %
43-50	Excelentní	20	.19.61 %



Graf 4 - Celková zdravotní gramotnost (GHL)

4.4 Vyhodnocení a zpracování vlastního dotazníku

Dohromady bylo v průběhu probíhajícího šetření rozdáno rodičkám 170 výtisků dotazníku. Každý výtisk obsahoval průvodní dopis (viz příloha č. 1), dále standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16 a vlastní dotazník (viz příloha č. 2). Většinu dotazníků jsem rozdala klientkám osobně při večerní vizitě, kdy jsem je i krátce seznámila s důvodem, proč provádím toto šetření, a poprosila je o vyplnění. Menší část dotazníků, asi 30, rozdaly porodní asistentky rodičkám při přijetí k hospitalizaci s ostatními dokumenty, které pacientky dostávají.

Zpět se mi dostalo 111 dotazníků, z nichž bylo 8 vyřazeno pro nekompletnost. Do prostoru poznámek se vyjádřilo pouze několik klientek, většinou se jednalo o slova podpory zdravotníků, jedna respondentka uváděla rady, jak dotazník přepracovat.

Všechny odpovědi poté byly převedeny do on-line formy a bylo provedeno statistické zpracování dat.

4.5 Vyhodnocení demografických statistik

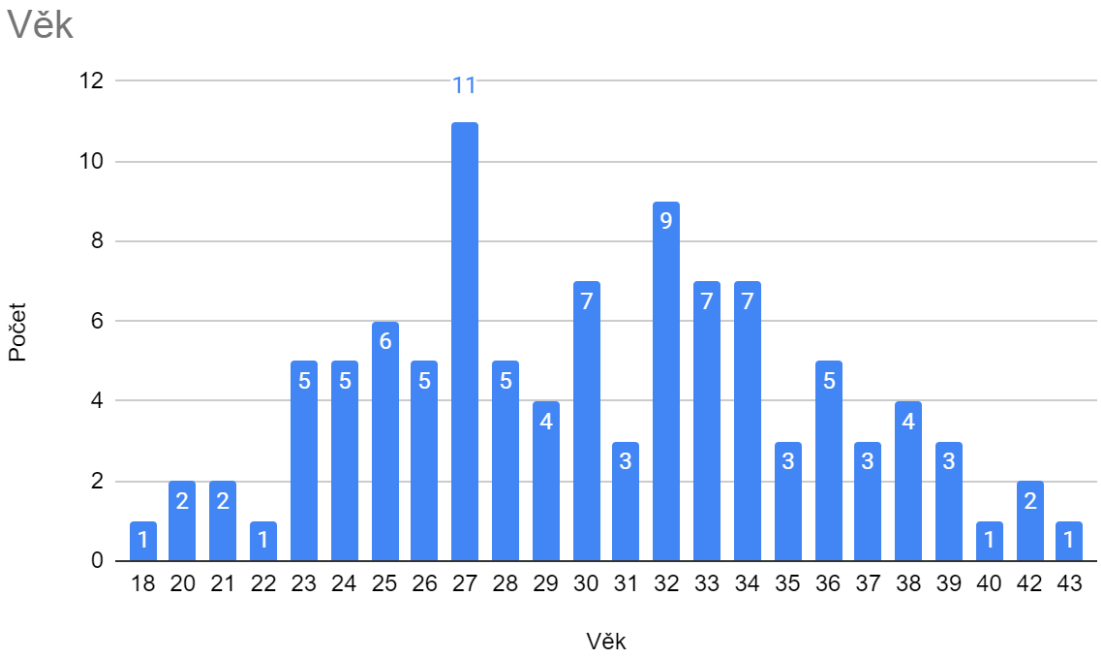
Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16 neobsahoval žádné položky týkající se demografických údajů, proto jsem je zařadila do vlastního dotazníku.

4.5.1 Věk

První otázka se věnovala věku rodičky, ten rodičky vyplňovaly v celých číslech. Nejčastěji byly zastoupeny rodičky 27leté (11 respondentek, tedy 10 %), dále rodičky 32leté (9 respondentek, tedy 8,8 %) a rodičky 30leté (7 respondentek, tedy 6,6 %). Frelich udává, že průměrný věk rodiček v roce 2017 činil 30,7 let, průměrný věk prvorodiček potom 28,9 let. (Frelich, 2018).

Průměrný věk rodiček, které se zúčastnily toho šetření byl 30,2 let. Z toho průměrný věk prvorodiček činil 28,4 let a průměrný věk vícerodiček 32,2 let. Výsledky tohoto šetření tedy odpovídají republikovému trendu. Medián věku byl 30 let.

Na našem oddělení byl v referenčním roce 2019 průměrný věk vícerodiček 31,96 let, věkový průměr prvorodiček byl 27,63 let, celkový věkový průměr potom činil 30,12 let.

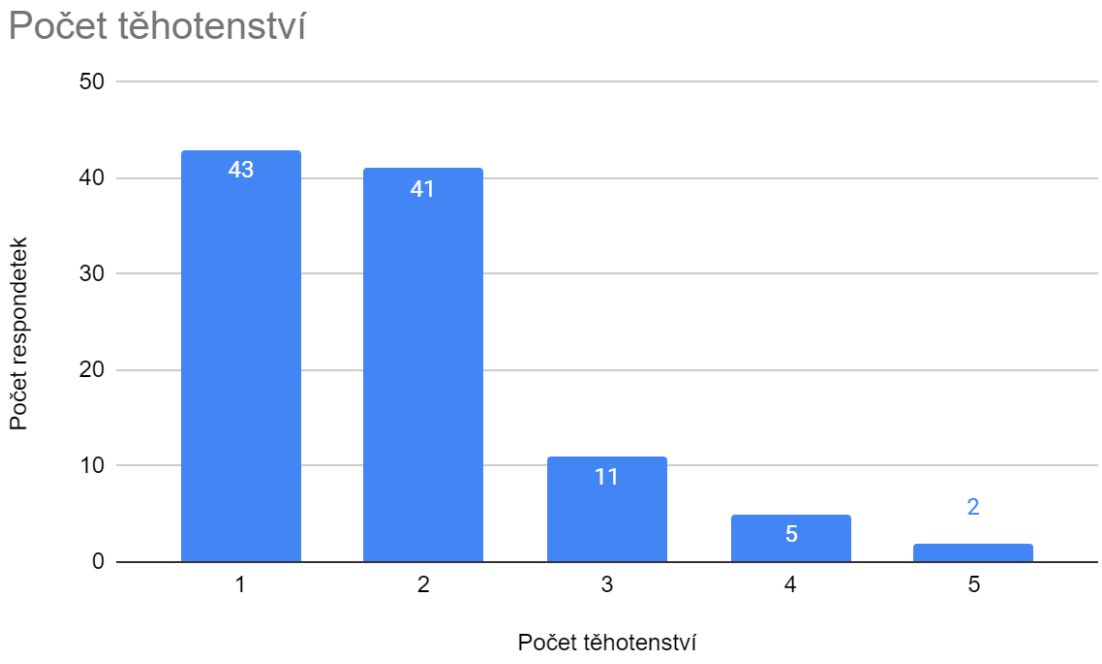


Graf 5 - Věk rodiček

4.5.2 Počet těhotenství – gravidita

K této otázce respondentky uváděly v celých číslech, kolikrát byly těhotné. Odpovědi mohou být zkreslené, z vlastní praxe vím, že ženy, které prodělaly potrat, ať již spontánní nebo umělý, často toto těhotenství „vytěsní“ a vůbec nepočítají, jako by byly těhotné. Tato práce však nemá za cíl zkoumat potratovost, proto konkrétní otázky na počet potratů nebyly zařazeny.

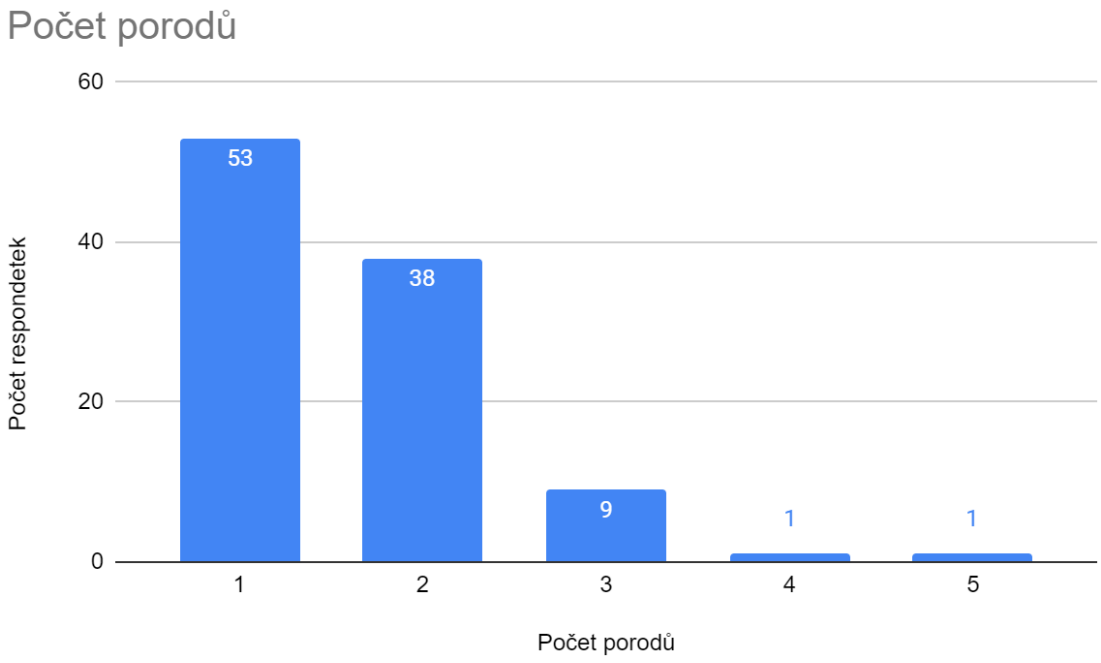
V pojmu parita a gravidita docházelo v českých zemích v poslední době ke změnám, podle nejnovějšího doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP „Zásady dispenzární péče v těhotenství“ je žena, která ještě nikdy nebyla těhotná, označována jako „nuligravida“ a analogicky žena, která byla jednou těhotná, se označuje jako „primigravida“ atd. (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). V mém šetření převládaly primigravidy a secundigravidy. Nejčastější odpovědí bylo 1 těhotenství, tak odpovědělo 43 respondentek, tedy 42,2 %. Dvakrát těhotných bylo 41 respondentek, tedy 40,2 % a třikrát bylo těhotných 11 respondentek, tedy 11,8 %. Maximální počet těhotenství byl pět. Průměrně byly sledované ženy těhotné 1,84krát.



Graf 6 - Počet těhotenství

4.5.3 Počet porodů – parita

Vokurka a Hugo uvádí, že parita je *„označení pro porod, např. v anamnéze.“* (Vokurka a Hugo, 2009, str. 781). Na otázku odpovídaly klientky celými čísly, kolikrát rodily. Data korespondují s výsledky předcházející otázky, rozdíl v počtu těhotenství a porodů hraje nejpravděpodobněji právě počet prodělaných potratů. Většina respondentek rodila poprvé, 53 respektive 52 %, více než třetina respondentek rodila podruhé, 38, resp. 37,3 %. Potřetí rodilo 9 respondentek, tedy 8,8 %. Jedna respondentka rodila počtvrté a jedna popáté. Průměrný počet porodů činil 1,6.



Graf 7 - Počet porodů

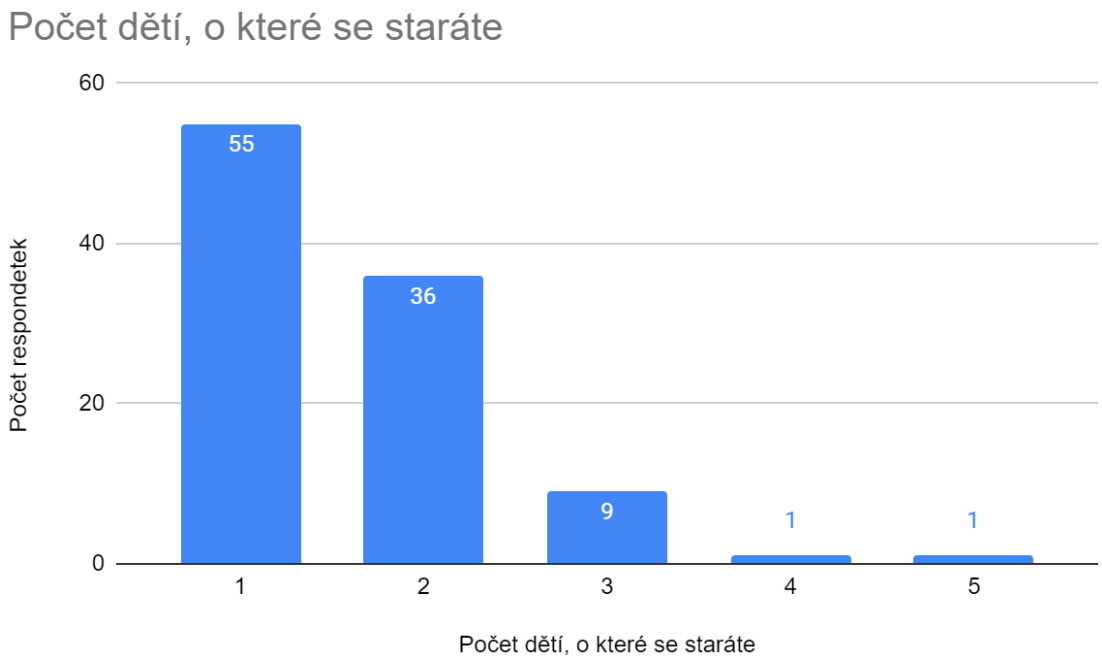
4.5.4 Počet dětí, o které se staráte – plodnost

Plodnost je charakterizována jako počet živě narozených dětí na tisíc žen. Pro statistické zpracování dat se používá úhrnná plodnost, což je *„průměrný hypotetický počet živě narozených dětí připadajících na jednu ženy v období skončení reprodukce (50 let) za předpokladu, že by specifické plodnosti podle věku zůstaly trvale na nezměněné úrovni daného kalendářního roku*.“ (Vokurka a Hugo, 2009, str. 817). Podle dat EURYDICE

činila v roce 2019 úhrnná plodnost v České republice 1,71 dětí na jednu ženu. (EURYDICE, 2021).

Tato otázka směřovala na zjištění míry plodnosti, ženy uváděly počet dětí, včetně nyní narozeného dítě. Jedna respondentka uvedla dodatek, že nyní se jí narodilo 2. dítě, prvnímu dítě je však již 21 let, a tedy se o ně nestará. Nadpoloviční většina (53,9 % tedy 55) dotazovaných uvedla, že se starají o jedno dítě. O dvě děti se starala více než třetina, (35,3%, respektive 36 dotazovaných). Devět dotazových, tedy 8,8 %, se staralo o 3 děti, jedna klientka o čtyři a jedna klientka o pět. Mírná diskrepance mohla nastat v případě, že by se dotazovaná starala i o nebiologické děti – tedy dítě partnerovo, ev. dítě osvojené, počet dětí by tedy nekorespondoval s počtem porodů, takový rozdíl jsem však našla pouze v 1 dotazníku.

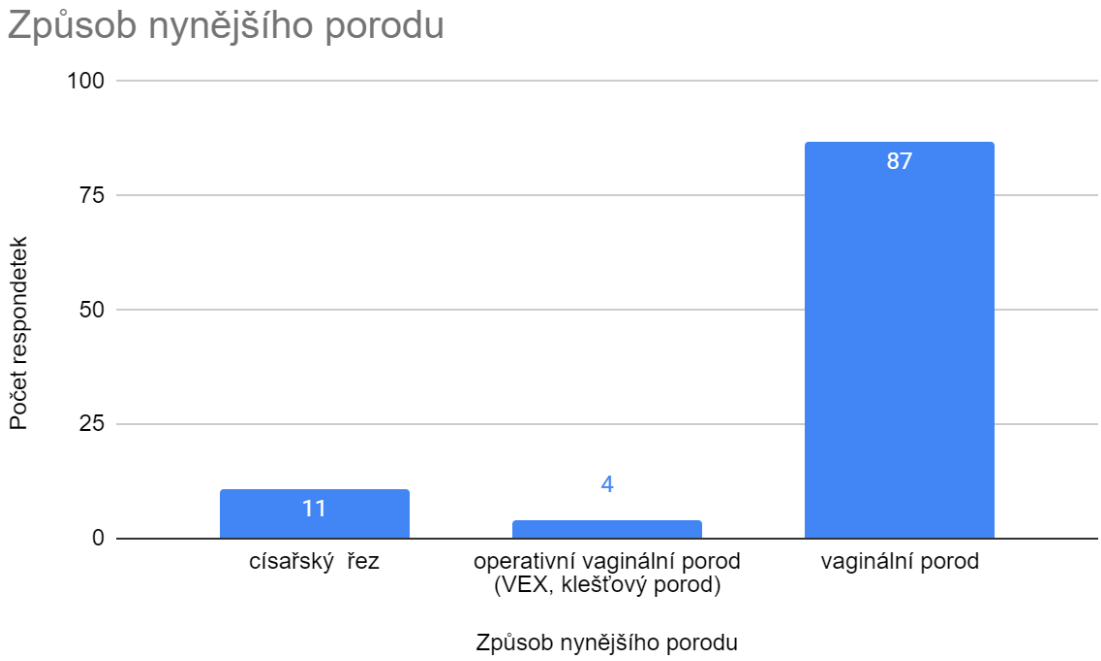
Průměrně tedy na jednu respondentku v mém výzkumu připadalo 1,61 dítěte. I zde výsledky šetření odpovídají republikovému trendu (viz výše). K zachování prosté reprodukce zůstává potřeba 2,1 dítěte na jednu ženu, ČR tedy patří mezi země s nižší úrovní plodnosti, jako např. Moldávie, Portugalsko, Kypr, Slovensko atd. (Ivanová, 2018).



Graf 8 - Počet dětí, o které se staráte

4.5.5 Způsob nynějšího porodu

Od roku 2015 klesá v České republice mírně počet císařských řezů, v roce 2018 se na vedení porodu podílely císařské řezy z 24 %. (MZČR, 2019). Na zkoumaném pracovišti se dlouhodobě udržuje trend nižšího počtu císařských řezů, v roce 2019 to bylo 15,36 %. Ve sledovaném období rodila naprostá většina žen vaginálně, a to 85,3 % resp. 87 klientek, císařským řezem porodilo 11 žen, respektive 10,8 %, a 4 ženy porodily vaginální extrakční operací, konkrétně pomocí vakuumextraktoru (porodnického zvonu).



Graf 9 - Způsob nynějšího porodu

4.5.6 Počet nyní narozených dětí

Otázka „Počet nyní narozených dětí“ se ukázala jako problematická. V době provádění šetření se na sledovaném oddělení narodila pouze jedna dvojčata. Vícečetná těhotenství se na našem oddělení nerodí, očekávaným výsledkem této odpovědi bylo tedy v případě, že by dotazník vyplnila ona jedna rodička, která porodila dvojčata, následující. 101 respondentek, tedy 99 %, jedno nyní narození dítě, 1 respondentka, tedy 0,01 %, dvě děti. Přesto výsledky otázky zněly následovně: 89 rodiček uvedlo, že se jim nyní narodilo jedno dítě (87,3 %). Devět rodiček uvedlo dvě nyní narozené děti (8,8 %), a dokonce 4 rodičky uvedly tři nyní narozené děti (3,9 %). Otázka pro irelevantnost odpovědí byla vyřazena.

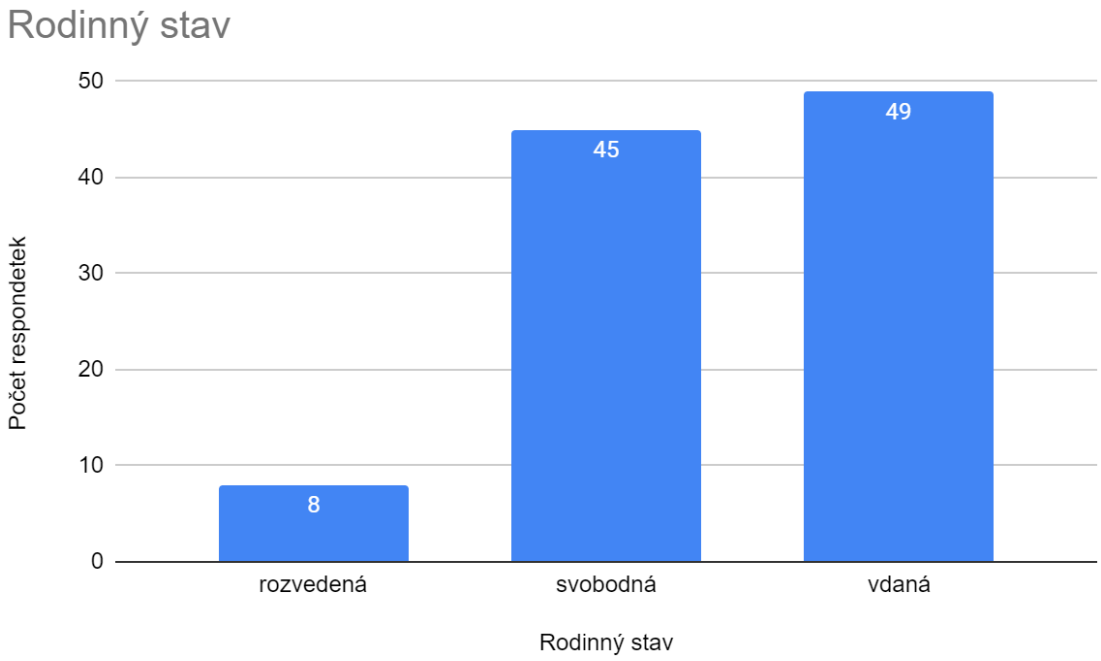
Graf 10 - Počet nyní narozených dětí

4.5.7 Rodinný stav

Otázka na rodinný stav byla otevřená, klientky uváděly jednu z možností: svobodná, vdaná, rozvedená. Nebyla uvedena žádná další možnost. Podle referenčních dat Českého statistického úřadu v roce 2019 klesá úhrnná rozvodovost, v roce 2019 činila 44,8 %, průměrně manželství trvalo 13,5 let. „*Růst počtu sňatků pokračoval již šestým rokem v řadě, a to jak v případě sňatků svobodných osob, tak rozvedených a ovdovělých.*

Meziročně se také navýšila intenzita sňatečnosti, kdy při setrvání měr sňatečnosti z roku 2019 by před 50. rokem věku uzavřelo první manželství 59 % mužů a 68 % žen a opakovaně by do manželství vstoupilo 46 % rozvedených mužů a 45 % rozvedených žen.“ (Český statistický úřad, 2020b, str. 19).

V mém šetření byl poměr vdaných a svobodných žen téměř vyrovnaný. Lehce převyšoval počet žen vdaných, a to 49 respondentek, resp. 48 %. Počet žen svobodných byl 45, tedy 44,1 %. Pouze 8 respondentek (7,8 %) uvedlo, že jsou rozvedené.



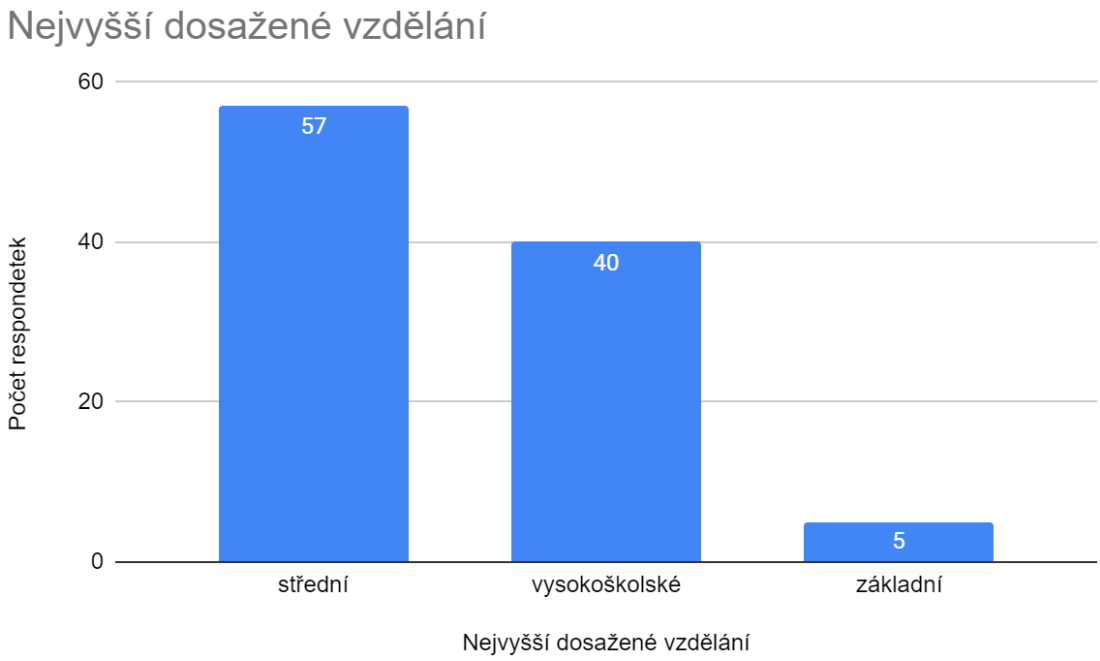
Graf 11 - Rodinný stav

4.5.8 Nejvyšší dosažené vzdělání

Překvapením byly odpovědi na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání. To bylo děleno na základní, střední a vysokoškolské bez dalšího určení, otázka byla otevřená, odpovědi volily samy klientky. Z dotazníku vyšlo najevo, že pouze základní vzdělání mělo 5 respondentek (4,9 %), středního vzdělání dosáhla nejpočetnější skupina, a to to 57 nedělek (55,9 %) a vysokoškolské vzdělání mělo 40 účastnic šetření (39,2 %). Výsledky lze srovnat s daty z censu z roku 2011, který uvádí, že pro okres Svitavy z 44 689 žen starších 15 let mělo maximální dosažené vzdělání základní včetně neukončeného 10 959 žen, tedy 24,5 %, střední vzdělání včetně vyučení (bez maturity) 14 122 žen, tedy 31,6

%, úplné střední vzdělání (s maturitou) absolvovalo 12 130 žen, tedy 27,1 %, nástavbové studium připsalo do svého životopisu 1549 žen (3,5 %), vyšší odborné vzdělání dokončilo 859 žen (1,9 %) a vysokoškolské 3474 žen (7,8 %). (Český statistický úřad, 2013).

Zejména, co se týče vysokoškolského vzdělání, vzorek naprosto neodpovídá datům z posledního censu. Může to být způsobeno zvyšujícím se počtem vysokoškoláků i tím, že census probíhal před 10 lety a většina respondentek byla ve věku, kdy ještě nemohla mít dokončeno vysokoškolské studium.



Graf 12 - Nejvyšší dosažené vzdělání

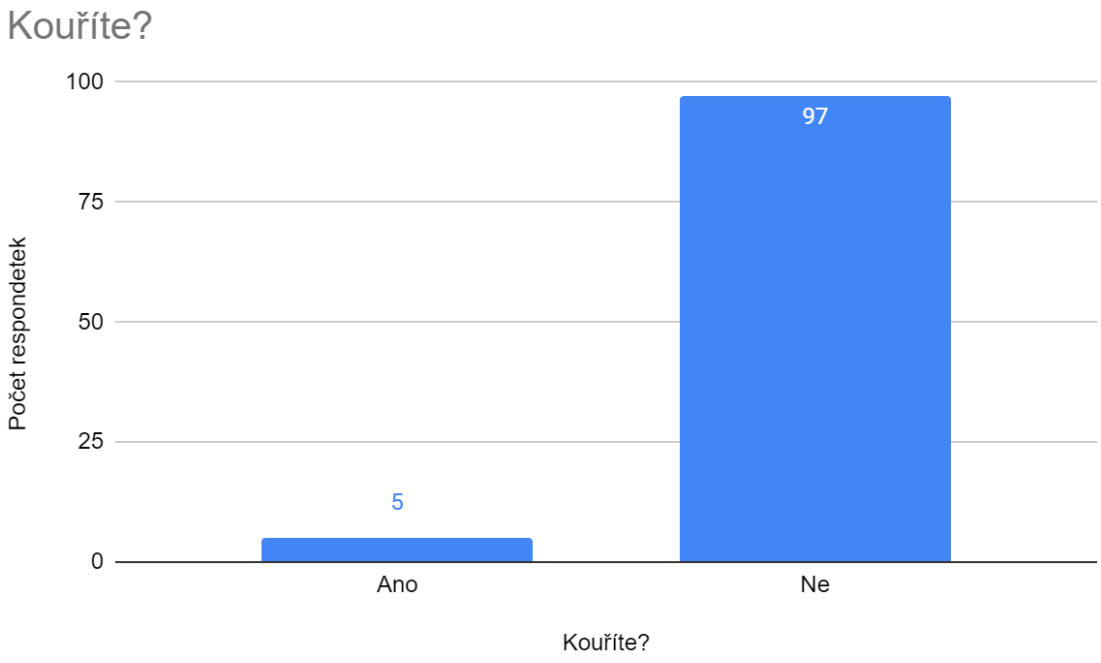
4.5.9 Kuřáctví

Kouření, nejen po dobu těhotenství a kojení, je pro zdraví člověka škodlivé, jak prokázala řada studií. Rodičky a matky jsou před ním často varovány, je tedy předpoklad, že by žádná z nich, pokud si uvědomuje jeho zdravotní rizika, kouřit neměla.

O tom, že kouření není zdraví prospěšné a hygiena se snaží potlačovat jeho oblibu, píší již Horský a kolektiv v roce 1969. (Horský a kol., 1969). O nevhodnosti kouření

v těhotenství a při kojení píše mnoho dalších autorů. Zand a kol. uvádí, že spolu s alkoholem a nevhodnou stravou může kouření způsobit vývojové vady. Má nejen vliv na podnícení vzniku nádorů, ale má i negativní vliv na vývoj plodu, děti kuřaček mají nižší porodní váhu, zvyšuje se u nich riziko spontánního potratu, mrtvorozenosti i dětské úmrtnosti. Nabádají, aby ženy po dobu těhotenství pro ochranu svého dítěte přestaly kouřit a ideálně přestaly kouřit úplně. (Zand a kol., 1997).

Respondentky v mém šetření projevily stran kouření velikou ukázněnost. Kouří pouze 5 dotazovaných - 4,9 %) a celých 97, tedy 95,1 %, nekouří. Otázkou je, kolik se v šetření pod zápornou odpovědí skrylo žen, které přestaly kouřit pouze v těhotenství a po jeho skončení se opět ke kuřáctví vrátí.



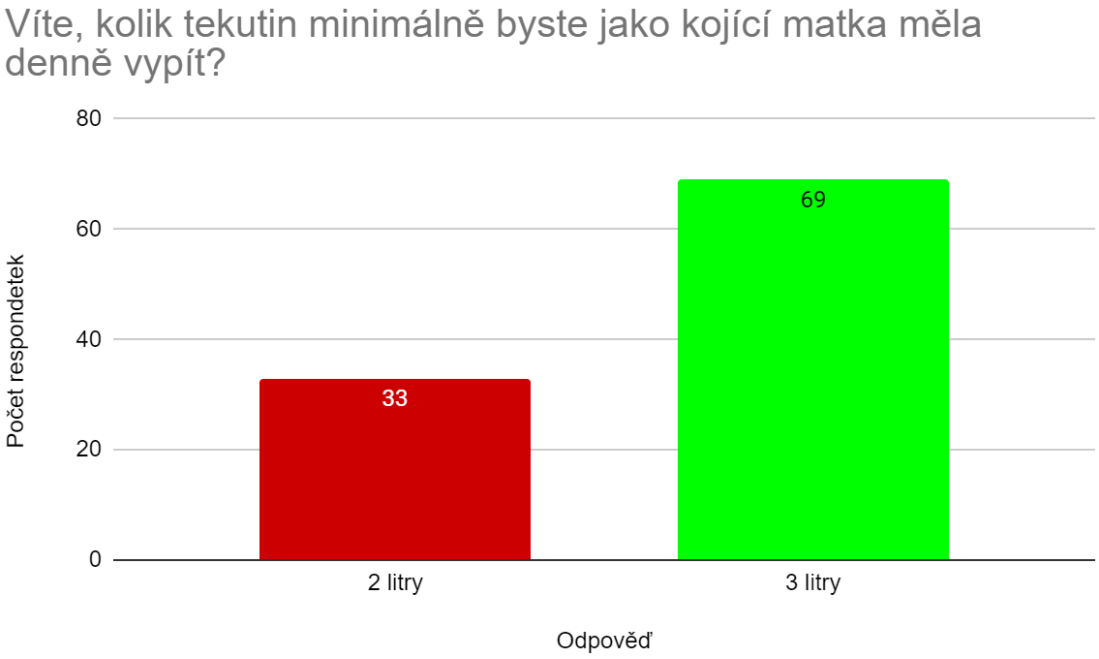
Graf 13 - Kuřáctví

4.6 Vyhodnocení jednotlivých otázek doplňujícího dotazníku

4.6.1 Pitný režim

První otázka se věnuje doporučenému příjmu tekutin v šestinedělí. Potřeba tekutin se zvyšuje, vzhledem k tomu, že matka kojí. Obecně doporučovaným množstvím jsou 3 l tekutin za den, Slezáková uvádí až 4 litry neperlivých tekutin denně. (Slezáková, 2010).

Jako správná odpověď je hodnoceno „C) 3 litry“. Správně tuto otázku zodpovědělo 69 žen, 33 žen uvedlo možnost 2 litry denně. Žádná z respondentek neuvedla odpověď „A) 1 litr“.



Graf 14 - Doporučené množství tekutin

4.6.2 Správná výživa

Správnou odpovědí na otázku, kterým potravinám by se nedělka měla vyhnout, je samozřejmě „A) Alkoholu“. Čekal a Šulc uvádí, že by se žena v šestinedělí měla stravovat pestře, měla by jíst dostatek bílkovin (výrobky z mléka, libové maso, drůbeží a rybí maso a vajíčka) a zajištěný by měl být i řádný příjem vitamínů (čerstvé ovoce a

zelenina, brambory a luštěniny). Zmiňují, že ovoce a zelenina, čerstvá i kompotovaná, také předchází vzniku obtěžující zácpy. Vzhledem k tomu, že do mateřského mléka pronikají i škodliviny, autoři nabádají, aby se nedělky vystříhaly požívání alkoholu. (Čekal a Šulc, 1992).

Žádná z klientek nevybrala nesprávnou odpověď, že je nutné se vyhnout obilovinám. Tři respondentky si myslely, že ovoce je tím, čemu by se v šestinedělí měly vyhnout (2,9 %) a 99 dotazovaných (97,1 %) správně odpovědělo, že by se v šestinedělí mělo vyhnout alkoholu.

Graf 15 - Nevhodné potraviny v šestinedělí

4.6.3 Péče o poporodní poranění

Následující otázka reflektovala pouze samotný pocit nedělky, zda ví, jak správně pečovat o poporodní poranění. Kladně odpovědělo 95 dotazovaných, respektive 93,1 %. Záporně odpovědělo 7 dotazovaných, respektive, 6,9 %.

Každá klientka přijímaná k porodu dostává informační leták s názvem „Víte, jak pečovat o porodní poranění?“, který obsahuje základní postup při péči o porodní poranění.

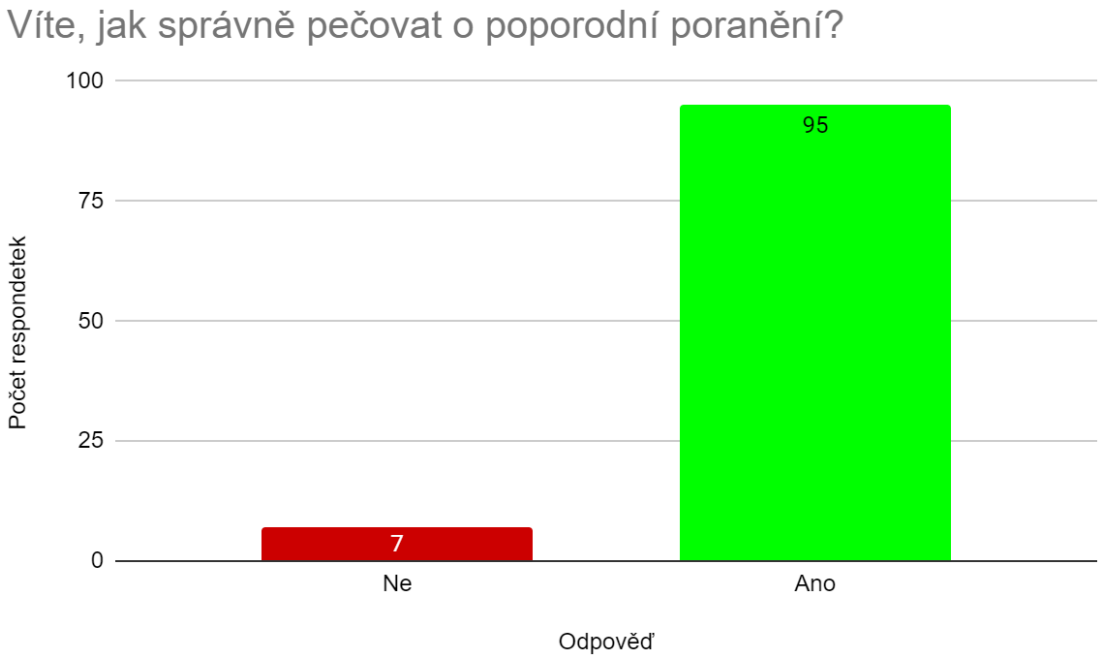
Doporučení stran péče o porodní poranění uvádí například Koliba a kol. Mezi zásady patří co nejčastější oplachování hráze: po použití toalety, po výměně vložky, po kojení. Vložku měnit vždy po kojení a při prosáknutí. Celé šestinedělí je doporučeno se pouze sprchovat. K oplachům lze použít vlažnou sprchu nebo dezinfekci v irigátoru. (Koliba a kol, 2004).

Důležitost podpory rodičky, aby sama pečovala o své porodní poranění, svojí studií vyzdvihnuli i Mohamed a El-Nagger. Z jejich výsledků vyplývá, že rodičky, které byly aktivně podporovány, aby se samy naučily pečovat o porodní poranění, udávaly menší bolesti a lepší průběh hojení než ženy, o jejichž porodní poranění pečoval personál. (Mohamed a El-Nagger, 2012).

U této otázky mě konkrétně zajímalo, zda existuje rozdíl mezi matkami prvorodičkami a matkami vícerodičkami ve vědomostech o péči o porodní poranění. Překvapivě obě skupiny vykazovaly stejné odpovědi. Závěrem by bylo možno říci, že to, zda má rodička pocit, že ví, jak pečovat o poporodní poranění, nezávisí na počtu porodů. Kladnou opověď zvolilo 49 prvorodiček a 46 vícerodiček, zápornou odpověď vybraly 4 prvorodičky a 3 vícerodičky.

Tabulka 6 - Péče o poporodní poranění

Péče o poporodní poranění		
Prvorodičky	Kladná odpověď	Záporná odpověď
	49 (92,45 %)	4 (7,54 %)
Vícerodičky	Kladná odpověď	Záporná odpověď
	46 (93,87 %)	3 (6, 12 %)



Graf 16 - Péče o porodní poranění

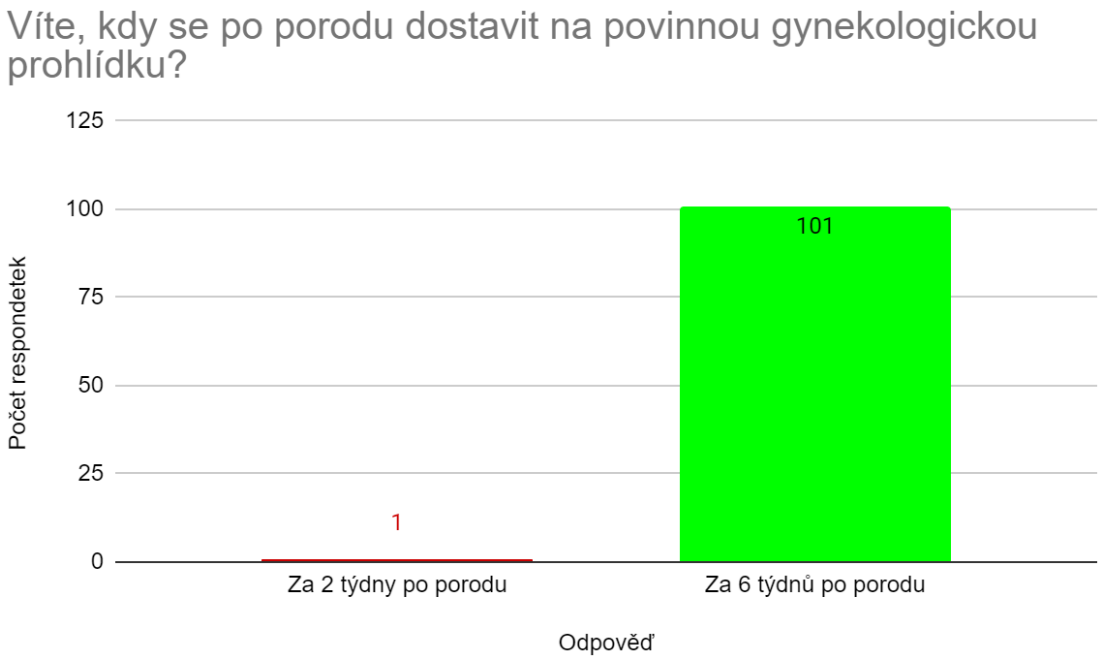
4.6.4 Poporodní prohlídka

I další z otázek byla čistě informativní a zjišťovala, zda rodičky vědí, kdy se po porodu dostavit na prohlídku ke svému gynekologovi. Výsledky byly překvapivě téměř ve 100% správné, pouze 1 rodička uvedla, že pravidelná prohlídka po porodu se koná za 14 dní od porodu, jinak všechny respondentky správně uvedly, že by se měly dostavit na prohlídku po skončení šestinedělí.

O prohlídce po šestinedělí píše Fait, že se jedná o celkovou prohlídku klientky, sledují se fyziologické funkce – močení a stolice, dále kojení a krvácení. Kontroluje se porodní poranění a provádí se cytologický stěr z hrdla děložního. Neméně důležitá je i kolposkopie a diskuse o dalších reprodukčních plánech pacientky a ev. domluva vhodné antikoncepce. (Fait in Hájek a kol., 2014).

O průběhu gynekologické prohlídky hovoří Bártlová. Píše, že se s gynekologickými prohlídkami se začíná od 15 let věku ženy a následně se provádějí 1x ročně. Při vstupní prohlídce se klade zřetel na rodinnou, osobní a pracovní anamnézu. Rodinná anamnéza je zdrojem informací k odhalení onkologických rizik, a je proto nutné ji každé dva roky aktualizovat. Žena by se při vstupní prohlídce měla naučit samovyšetřování prsů. V

případě rodinných dědičných onkologických zátěží se od 25 let provádí klinické vyšetření prsů, při prohlídce by se nemělo opomenout vyšetření kůže a lymfatických uzlin v oblasti pohlavních orgánů. Dále se provádí kolposkopické vyšetření, odběr vzorků k vyšetření onkologické cytologie z hrdla děložního, bimanuální vyšetření. Dalším rozšířením může být provedení ultrazvukového vyšetření nebo odběr materiálu na vyšetření infekcí – virových či bakteriálních, kvasinkových. Od 45 let žena dostává doporučení a žádanku k vyšetření mamografickému, provádí se stanovení okultního krvácení ve stolici, případně screeningová kolonoskopie. (Bártlová, 2018).

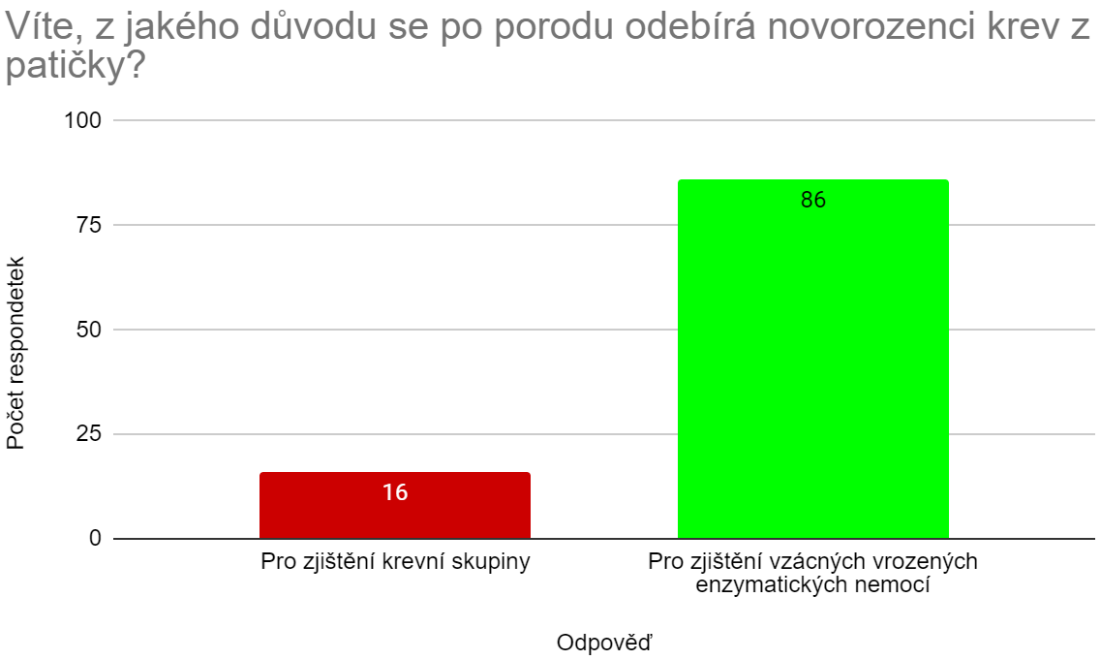


Graf 17 - Poporodní prohlídka

4.6.5 Odběr krve z paty novorozence

I v rámci této otázky jsou rodičky našeho oddělení informovány, je jim k dispozici nemocnicí vypracovaný materiál o enzymatických onemocněních novorozence. Přesto respondentky odpověděly správně pouze v 84,3 % (86 dotazovaných). Žádná z matek neuvedla, že by se jednalo o vyšetření ke zjištění alergií dítěte. Šestnáct matek (15,7 %) nesprávně uvedlo, že se vyšetření provádí ke zjištění krevní skupiny novorozence.

Stollowsky ve své publikaci polopaticky uvádí, že se vyšetření krve z paty novorozence provádí ke zjištění metabolických onemocnění. Nezapomíná zmínit, že pokud se matce nikdo neozve, je vše v pořádku. V případě, že by bylo některé z těchto onemocnění zjištěno, bude ihned navázán kontakt a zahájí se léčba. (Stollowsky, 2008).



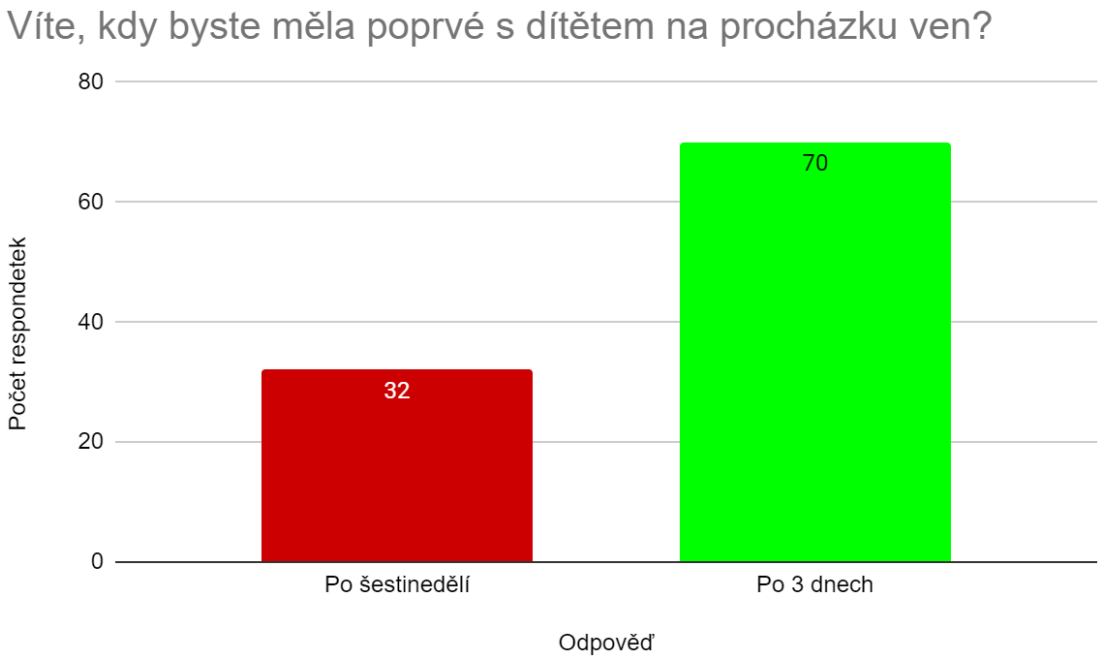
Graf 18 - Odběr krve z paty novorozence

4.6.6 První procházka

Pohyb na čerstvém vzduchu je vysoce prospěšný pro matku i dítě, proto, pokud je vše v pořádku, je možno matce i dítěti doporučit procházky již po propuštění z oddělení šestinedělí, což je dnes zpravidla 3. den po porodu. Správně odpovědělo 68,6 % rodiček (70 rodiček), 32 (31,4 %) respondentek nesprávně uvedlo, že první vycházka s dítětem

je doporučována až po šestinedělí. Žádná z dotazovaných naštěstí neuvedla poslední možnost – tedy až po šesti měsících.

Stollowsky uvádí dříve běžnou praktiku, že nedělka zůstávala po celé šestinedělí doma v posteli. Dnes jsou však již tyto postupy překonány, doporučuje procházku hned, jakmile se na to matka bude cítit. Správně však varuje před tím, aby na dítě sahaly cizí osoby. (Stollowsky, 2008).



Graf 19 - První procházka

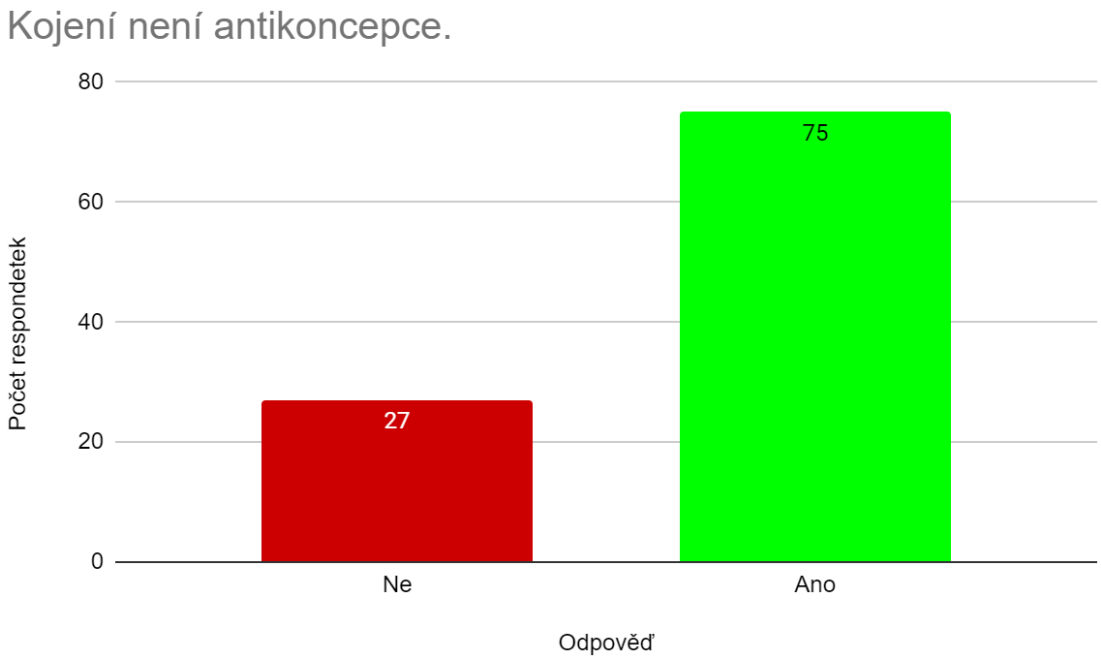
4.6.7 Kojení jako antikoncepce

Otázka na kojení a antikoncepci se ukázala být problémová svou formulací. Dvojitý zápor některé respondentky mátl, odpověď byla často opravovaná, přepsaná ručně. V dalším šetření bych otázku formulovala jinak.

Takto správně odpovědělo 75 respondentek (73,5 %). Odpověď nesprávnou uvedlo 27 (26,5 %) respondentek, jak jsem ale uvedla výše, může to být způsobeno formulací otázky.

Kojení pochopitelně nemůže sloužit jako antikoncepční metoda. Tato informace je obsoletní, doufejme, že dnes již překonaná, část těhotenských průkazek dokonce věnuje

celou jednu stranu této problematice. Kudlová píše, že kojení není vhodnou antikoncepcí, přesto „*…že v zemích kde je uplatnění různých antikoncepčních metod problematické, má na úrovni populace prodloužení doby kojení statisticky významnější vliv na prodloužení intervalu mezi jednotlivými porody než jakákoliv jiná antikoncepční metoda. To se týká pouze hodnocení na úrovni populace – pro jednotlivce platí, že kojení není spolehlivá antikoncepční metoda.*“ (Kudlová,2013, str. 35).



Graf 20 - Vztah kojení a antikoncepce

4.6.8 Vhodnost kojení

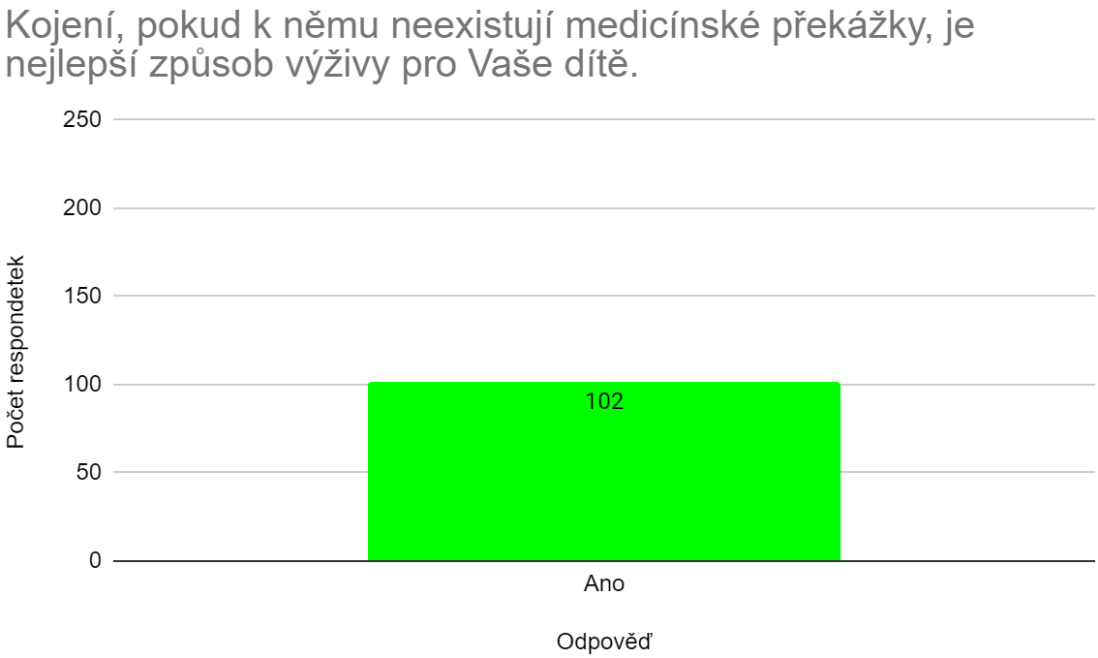
Kojení je záležitostí, která typicky podléhá módním trendům a požadavkům doby. Od jediného možného zdroje potravy pro přežití dítěte, přes přenechávání kojení k tomu určeným kojným, propagaci umělé výživy a zachovaní tvaru prsů, se dnes opět navracíme k tomu, že kojení je pro dítě nejlepší výživou.

Tuto informaci plně chápou i všechny respondentky, protože odpověď na otázku o vhodnosti kojení pro dítě byla pozitivní ve 100 %.

WHO nabádá zdravotníky k podpoře kojení. Neopomíjí fakt, že je důležité zdůraznit, že kojení není o nic více fyzicky náročnější než krmení z lahvičky, navíc mateřské mléko je vždy čerstvé, má dokonalé složení, správnou teplotu. Kojené dítě má menší

náchylnost k infekcím, kojení poskytuje matce a dítěti společně strávený blízký kontakt a odpočinek. (WHO, 1992).

O obsahu mateřského mléka uvádí Dlhoš a Kotásek, že obsahuje bílkoviny, cukry, kasein, soli vápníku, draslíku, hořčíku, chloru a železo. Stejně tak obsahuje i antigeny a obranné látky. (Dlhoš a Kotásek, 1981).



Graf 21 - Vhodnost kojení

4.6.9 Novorozenecká žloutenka

I v této otázce uvedla naprostá většina rodiček správnou odpověď, tedy že novorozenecká žloutenka není infekční. Jak uvádí Liška, jedná se o stav, který vzniká vlivem nadměrného množství bilirubinu z rozpadlých červených krvinek, nedostatečnou funkcí novorozencových jater a zvýšeným zapojením enterohepatálního oběhu. (Liška in Hájek a kol., 2004).

I k novorozenecké žloutence mají rodičky k dispozici informační materiál „Novorozenecká žloutenka“, kde je výslovně uvedeno, že není infekční. Snad i právě díky tomuto opatření uvedlo 101 klientek (99 %) správnou odpověď a pouze 1 klientka odpověď chybnou.

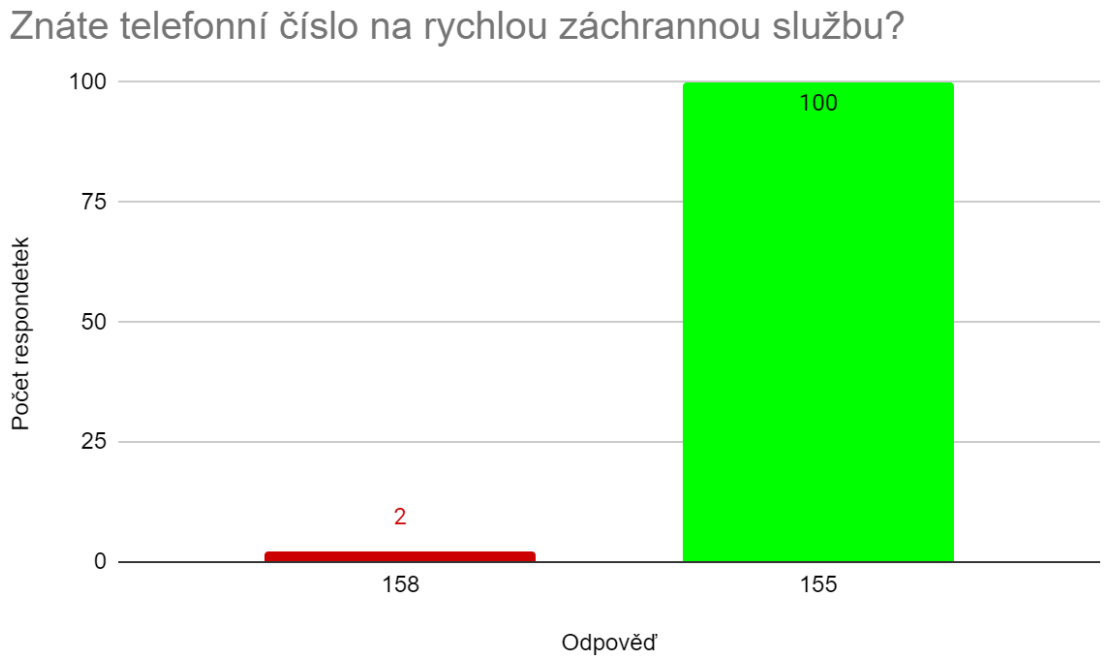
Graf 22 - Nakažlivost novorozenecké žloutenky

4.6.10 Telefonní číslo na rychlou záchrannou službu

Předposlední otázka cílila na zcela triviální a nezbytnou znalost kontaktu na složky Integrovaného záchranného systému. Informace jako taková by měla být známá celé populaci, je neustále vyučována a opakována a uváděna ve školách, zaměstnáních, ve zdravotnických zařízeních i v médiích.

Správnou odpovědí je samozřejmě trojčíslí 155, jak uvádí například Zdravotnická záchranná služba Středočeského hraje, p.o. (Zdravotnická záchranná služba SčK, p.o., 2019).

Na otázku odpovědělo správně 100 maminek, tedy 98 %, dvě maminky nesprávně označily číslo na Policii České republiky (2 %) - 158. Nesprávnou odpověď, která je číslem na Městskou policii (156) nezvolil nikdo.



Graf 23 - Telefonní číslo na rychlou záchrannou službu

4.6.11 Očkovací kalendář

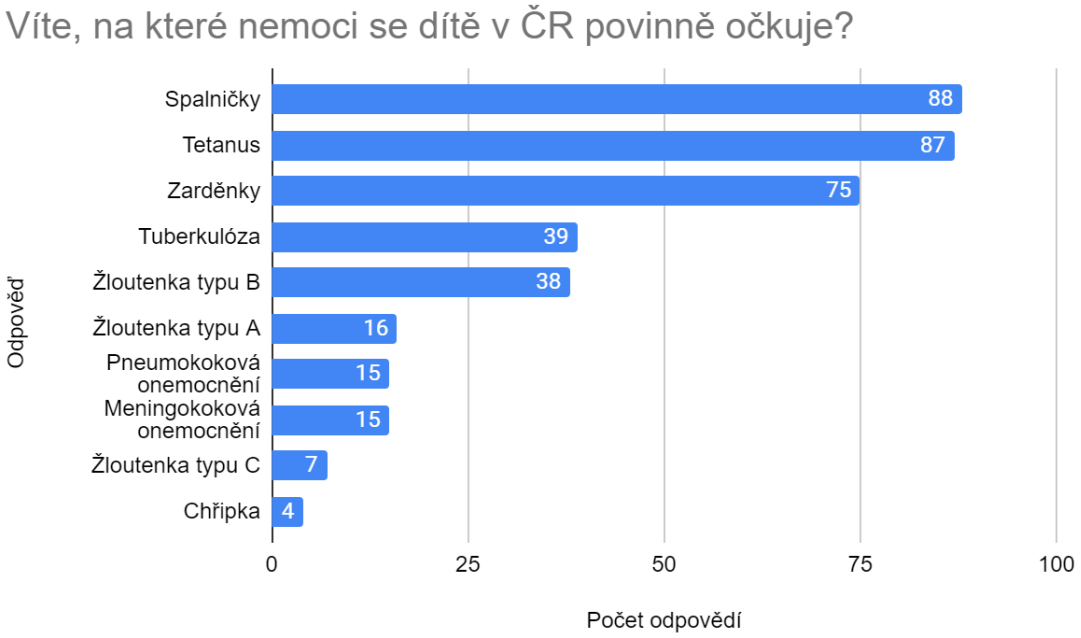
Nejvíce chybová byla jednoznačně odpověď na otázku týkající se očkovacího kalendáře.

Podle platného očkovacího kalendáře České vakcinologické společnosti spadá do povinných očkování proti záškrtu, tetanu, černému kašli, hemofilu typu B, žloutence typu B a dětské obrně – tzv. Hexavakcína. Další společná povinně aplikovaná vakcína obsahuje očkovací látky proti zarděnkám, spalničkám a příušnicím. (Česká vakcinologická společnost ČLS JEP, 2019).

Zcela správně odpovědělo otázku pouze 15 dotazovaných. Správnou odpovědí bylo tedy z nabídky infekčních možnost vybrat následující: spalničky, tetanus, zarděnky a

žloutenka typu B. Nejvíce opomíjeným povinným očkováním byla hepatitida B. Možným důvodem může být, že se jedná o poměrně nové povinné očkování, do povinného očkovacího kalendáře byla B hepatitida zařízena v roce 2001. (Žloutenky.cz, 2017).

Nejvíce favorizovaným očkováním bylo očkování proti tuberkulóze. Proti tuberkulóze se v České republice dlouho očkovalo, očkování však bylo vyřazeno z povinných očkování a nyní se očkují pouze ohrožení jedinci. „*Plošné očkování proti této nemoci je v ČR zrušeno od listopadu 2010 (novelizací vyhlášky MZ ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem)*.“ (VZP ČR, 2021, online). Častý výběr této infekce je tedy podle mého názoru dán právě tím, že si rodičky myslí, že je stále zahrnuto v povinném očkovacím kalendáři.



Graf 24 - Očkování

4.7 **Otevřené otázky**

Cílem šetření nebylo pouze mapovat obecnou a specifickou zdravotní gramotnost matek v šestinedělí, ale i více vhlédnout do jejich psychických prožitků časně po porodu.

Přivést na svět dítě je velikou událostí pro celou rodinu a mnoho žen zažívá dříve nezakusené emoce, leckdy ne pouze pozitivní.

Část rodiček tuto oblast dotazníku nevyplnila vůbec, některé uvedly, že je příliš brzy na odpovědi. Většina odpovídala krátkými větami, část pouze bodově, několik rodiček popsalo celý dotazník a bylo vidět, že je pro ně opravdu niternou zpovědí.

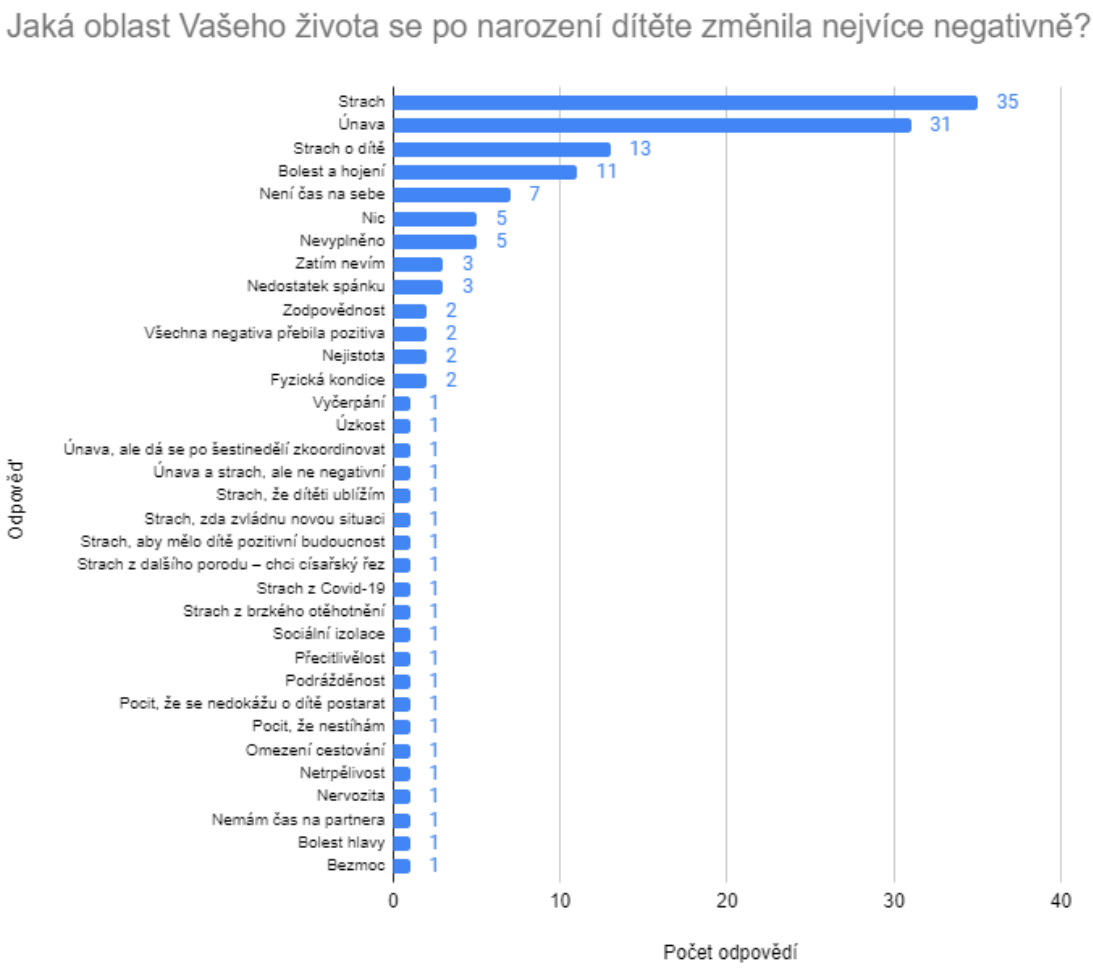
Jaká oblast Vašeho života se po narození dítěte změnila nejvíce pozitivně?

První otevřená otázka cílila na rodiččiny pozitivní emoce a pocity. Respondentky byly vyzvány, aby uvedly, jaká oblast jejich života se změnila nejvíce pozitivně a byly jim v závorce nabídnuty příklady: partnerský život, sebedůvěra, pocity naplnění, lásky. To byly posléze také nejčastěji vypsané pozitivní prožitky: **Láska, naplnění, partnerský vztah**. Číst, že po porodu ženy považují své tělo za zázrak, bylo velmi příjemné. Úsměvné, ale jistě výmluvné bylo uvedení, že nejvíce pozitivně respondentka vnímá absenci těhotenství.

Graf 25 - Pozitivní změna

Jaká oblast Vašeho života se po narození dítěte změnila nejvíce negativně?

Druhá otázka se zaměřila na negativní projevy, prožitky a emoce. Opět byla uvedena krátká nabídka: bolest, pocity únavy, strach. I zde tato uvedená slova dominovala v odpovědích. Nejčastěji uvedený byl **strach, únava, bolest a hojení**. Dále rodičky zmiňovaly i nedostatek času na sebe samu, psychickou rozladu, ale i strach z nemoci Covid-19. Nemalá část rodiček uvedla, že se u nich negativně nezměnilo nic.



Graf 26 - Negativní emoce

Komu nejvíce důvěřujete v otázkách týkajících se poporodní péče o Vás a Vaše dítě?

Třetí otázka se zaměřila na důvěryhodnost stran péče o zdraví dítěte a rodičky. Možná překvapivě stále přetrvává maximální důvěra v **lékaře**, dále, z pochopitelných důvodů,

ve vlastní **matku**, na třetím místě se umístily **zdravotní sestry**. Respondentky dále uváděly další, v drtivé většině ženské blízké – kamarádky, sestry, babičky, tchýně, porodní asistentky, osobní porodní asistentky a duly. Několik respondentek uvedlo, že nejvíce věří svému úsudku/intuici.

Nabídka u této otázky obsahovala matku, zdravotní sestru, lékaře, osobní porodní asistentku.

Graf 27 - Hodnověrnost v otázce péče o zdraví

Máte pocit, že se nyní máte ve svém okolí na koho obrátit, komu plně důvěřujete, u koho naleznete podporu?

Předposlední otázka cílila na pocity důvěry. Ve chvílích plných změn a nejistot, částečně i diskomfortu, kterým poporodní období jistě je, je nutné, aby měla žena funkční zázemí, které ji poskytne podporu. Drtivá většina dotazovaných uvedla, že **se má na koho spolehnout**. Někdo konkretizoval, někdo odpověděl pouhým přitakáním. Jak bylo uvedeno výše, některé klientky na tuto otázku neodpověděly, nicméně, co považuji na velice příznivé, žádná respondentka neuvedla, že by v jejím životě nebyl nikdo takový.

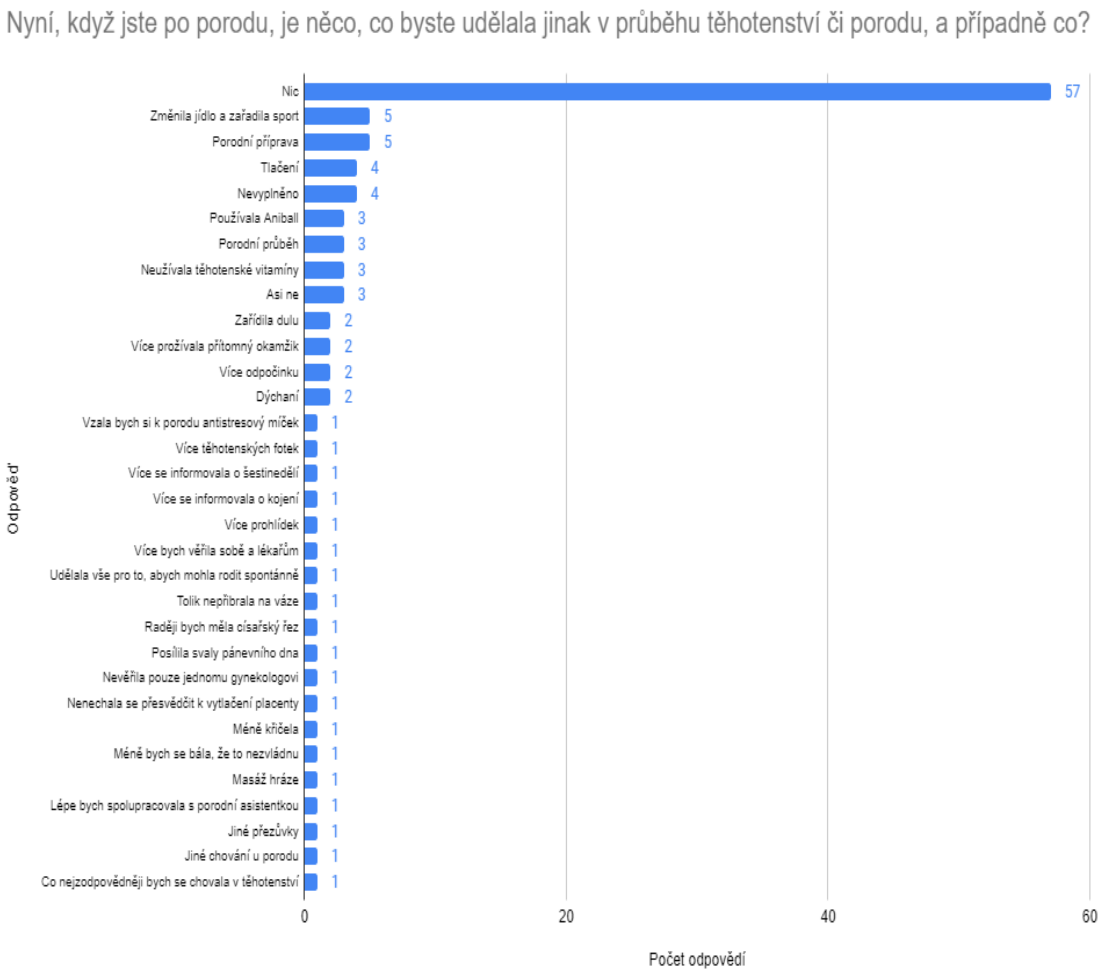
Nejčastěji byl u konkrétních odpovědí uveden **partner, obecně rodina, matka**, kamarádka a sestra.

Graf 28 - Důvěra

Nyní, když jste po porodu, je něco, co byste udělala jinak v průběhu těhotenství či porodu, a případně co?

Poslední volná otázka se rodiček ptala, zda by si přály změnit něco v průběhu porodu nebo těhotenství. Opět většina uvedla, že **nic**, což je potěšující. Pokud byly odpovědi konkrétní, byly uvědomělé. Rodičky uváděly, že by se zaměřily na **přípravu k porodu** – nácvik tlačení, dýchání, péči o hráz; dále uváděly, že by se více zaměřily na **zásady zdravého životní stylu** – pohyb, správná strava, nemít takový přírůstek na váze. Některé

respondentky uvedly, že by se bývaly více **informovaly** o porodu, kojení a šestinedělí. Tři dotazované psaly, že by neužívaly těhotenské vitamíny, což vede k domněnce, že je na tento fakt někdo upozornil v porodnici. Některé odpovědi byly naprosto praktického rázu, jako odpověď *„Vzala bych si k porodu jiné přezuvky.“*

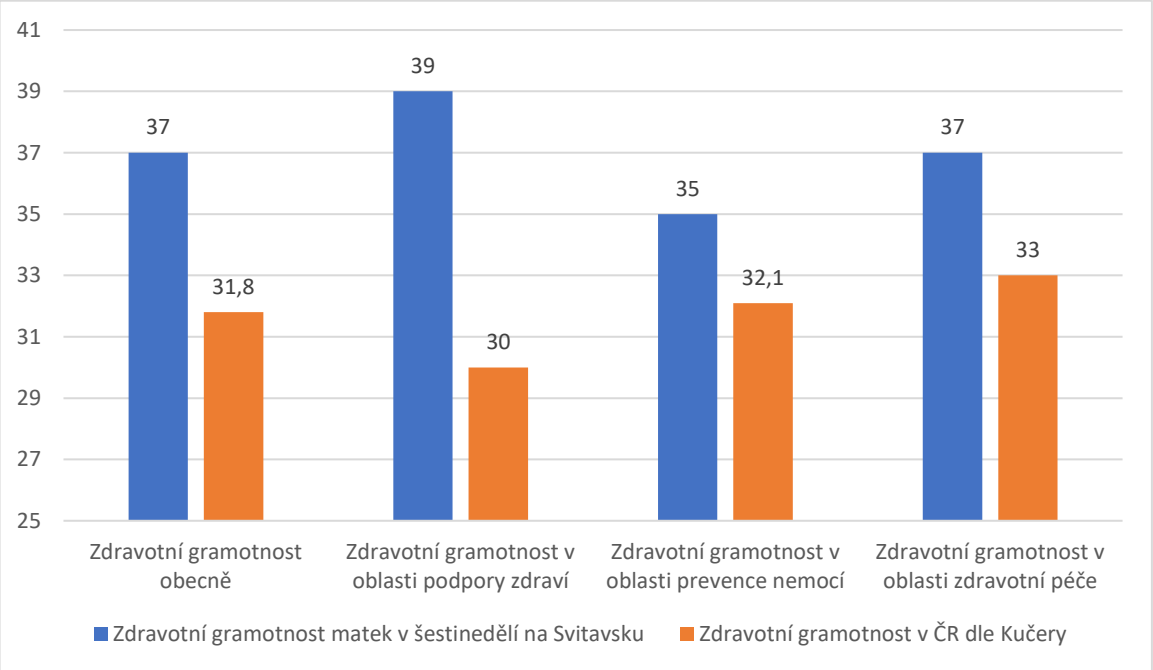


Graf 29 - Změny

5. DISKUSE

Tato diplomová práce za zabývala zdravotní gramotností matek v šestinedělí na Svitavsku. Výzkum byl rozdělený do tří úrovní. Byla zkoumána obecná zdravotní gramotnost, dále specifická zdravotní gramotnost a také pocity a prožitky žen několik málo hodin po porodu.

Obecná zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku byla zkoumána pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16. Ve srovnání s Kučerovým šetřením zdravotní gramotnosti, které probíhalo napříč Českou republikou (Kučera, 2015), si rodičky ze Svitavska vedly velmi dobře. Výsledky šetření byly přepočteny na novou míru, kdy nejlepším výsledkem, kterého respondentky mohly dosáhnout, bylo číslo 50. Jak je vidět v následujícím grafu č. 30, rodičky ze Svitavska předčily obecnou českou populaci ve všech sledovaných parametrech. Nejlépe si rodičky vedly v úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví, ve které zbytek populace pohořel nejvíce.



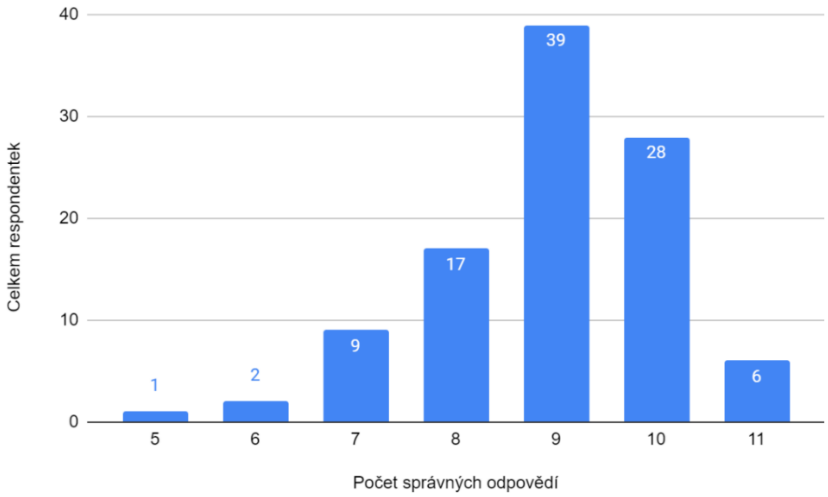
Graf 30 - Srovnání zdravotní gramotnosti

I ve srovnání se zbytkem Evropy si vedly rodičky dobře, pokud bychom srovnaly dosažené skóre obecné zdravotní gramotnosti rodiček (37), zjistíme, že by se v porovnání s dalšími 9 evropskými zeměmi včetně České republiky rodičky zařadily těsně na druhé místo hned za Nizozemsko, kde občané dosáhli skóre 37, 1. Rodičky by tak dalece předčily i průměrné evropské skóre činící 33,8 a předčily mimo jiné Německo, Polsko a Rakousko. (Kučera, 2015).

Ačkoliv dosažené výsledky v obecné zdravotní gramotnosti nedělek nejsou špatné, nejsou ani vynikající. Dostatečná úroveň se považuje od dosažení skóre 34, můžeme tedy vidět, že se matky ze Svitavska drží spíše při spodní hranici dostatečné úrovně zdravotní gramotnosti a ani v jedné kategorii nelze považovat zdravotní gramotnost za excelentní. Existují tedy mezery, na kterých je nutno stále a vytrvale pracovat.

Specifická zdravotní gramotnost matek byla zkoumána vlastním dotazníkem, který obsahoval 11 uzavřených otázek týkajících se péče o matku a dítě po porodu, očkování, obecných zdravotních informacích.

Zkoumané respondentky dosáhly dobrého výsledku v úrovni specifické zdravotní gramotnosti. Zcela správně zodpovědělo dotazník 6 respondentek, 1 chybnou odpověď uvedlo 28 respondentek a 2 chybné odpovědi uvedlo 39 respondentek. 78 nedělek (76,47 %) zvládlo dotazník s vyšší než 81% úspěšností, což je dle mého názoru excelentní výsledek. Za tento výsledek jsem velmi vděčná, věřím, že i naše pracoviště se podílí na tom, že matky po porodu mají takto dobrou úroveň specifické zdravotní gramotnosti.



Graf 31 - Specifická zdravotní gramotnost

Wilhelmová a Hrubá uvádí, že nejvýznamněji závisí zdravotní gramotnost matek na výši vzdělání. Dále uvádí, že dále se zdravotní gramotnost zvyšuje, pokud je žena v kontaktu s porodní asistentkou, což se ale v našich podmínkách děje velmi málo. Stejně tak autorky zjistily, že ženy subjektivně vnímají svoje návyky a míru informovanosti za lepší, než ve skutečnosti je. (Wilhelmová a Hrubá, 2013).

Zde je jistě prostor pro zlepšení. Služby soukromých porodních asistentek využívaly zkoumané matky málo, některé dále v dotazníku zpětně hodnotily, že by si rády konzultaci s porodní asistentkou zařídily. Návrat terénních porodních asistentek do životů českých rodiček je jistě tématem, které by nemělo zapadnout a o kterém by se mělo hovořit.

Dobrá zdravotní gramotnost matek, které se zúčastnily šetření, může souviset s dobrým vzděláním, které rodičky prokazovaly, jak již naznačily Wilhelmová a Hrubá (2013). Respondentky tohoto výzkumu dosáhly středního a vyššího vzdělání ve více než 95 %.

Nejhorších výsledků dosahovaly rodičky v otázce, která žádala výběr nemocí, proti kterým se v ČR povinně očkuje. Správně dokázalo odpovědět pouze 15 dotazovaných (14,85 %). Obdobnou otázku do svého výzkumu zařadila i Santha. Autorka zkoumala zdravotní gramotnost matek Maďarek žijících na území Rumunska. Mimo očkování se zabývala například výživou, indikovaným použitím antibiotik a hygienou rukou. I v jejím výzkumu byla otázka na povinné očkování zcela nejproblematičtější a rodičky v ní dosahovaly nejhoršího skóre. (Santha, 2019). Rodičky by potřebovaly přehlednou brožuru, kde by nalezly všechny užitečné informace. Platný očkovací kalendář není ani součástí nynější verze Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého.

Poslední část dotazníku tvořily otevřené otázky, které se ptaly rodiček na jejich emoce, prožívání a pocity. Ivanová a kol. představily interpretativní mapu, která vykresluje koncept zdravotní gramotnosti matek v prvním roce mateřství. Z této mapy vyplývají tytéž zkušenosti, které matky popisovaly v mém šetření v otevřených otázkách. Zdravotní gramotnost autorky pojímají nejen jako seznam znalostí o zdraví a nemocech, ale jako široký koncept pracující s fenomény „láska, vztahy, zájem“. (Ivanová a kol., 2018).

Ze škály pozitivních emocí a prožitků v rodičky nejčastěji uváděly, že oplývají láskou, pocity naplnění a že se jim zlepšil partnerský vztah, mají pocit kompletnosti rodiny. Nezapomínaly také na to vyjádřit obdiv svému tělu, které dokáže na svět přivést nový

život, ale pozitivně vnímaly i roli svých životních partnerů. Tyto pocity zahrnují Ivanová a kol. do tematické kategorie „Matka v pohodě“. Zde zmiňují například partnerský vztah s otcem dítěte, ale právě i přijmutí ženství a svého proměněného těla. (Ivanová a kol., 2018).

Nejen šťastné a krásné emoce představuje těhotenství, porod a šestinedělí. Ačkoli nejedna rodička uvedla, že negativně se v jejích životě nezměnilo nic, část respondentek přeci jen nějaký negativní prožitek nebo pocit zmínila. Mezi nejčastěji uvedené patřily pocity strachu, ať již obecně uvedeného, nebo konkretizovaného jako *„strach o dítě“, „strach o rodinu“, „strach, aby bylo vše v pořádku“*. Negativně vnímaly matky i pocity spjaté s fyzickými proměnami – bolest a hojení poporodního poranění. Opakovaně uveden byl i *„nedostatek času pro sebe“*, který pociťovaly zejména prvorodičky, které byly pravděpodobně vzniklé se v životě starat výhradně o sebe a najednou veškerý jejich čas náleží jiné bytosti. Olecká a kol. ve svém výzkumu zkoumali potřeby prvorodiček v prvních šesti měsících po porodu. V oblasti negativních prožitků se ani zde odpovědi mých respondentek nikterak nelišily. Autoři uvádí, že dotazované matky trpí nedostatkem spánku a volného času, pocity strachu, ale sužuje je například i nedořešená otázka bydlení. (Olecká a kol., 2016).

V otázce důvěry ohledně péče o dítě a sebe samu matky stále nejvíce věří zdravotnickému personálu, zejména lékařům a zdravotním sestrám. Přesto však hned na druhé příčce se v této otázce umístily matky, což je jistě dáno i pudově. Pokud věřím, že o mě bylo správně pečováno mými rodiči, budu jim v tomto ohledu důvěřovat. Ženy však nezanevřely ani na vlastní instinkty, některé uváděly, že se spoléhají právě na vlastní intuici. Opět Olecká a kol. uvádí, že se matky v klíčových situacích často spoléhají na vlastní intuici, jako to uvedly i některé respondentky v mém šetření. Podle výše uvedených autorů také matky často hledají informace na internetu, což v mém dotazníku uvedlo pouze minimum dotazovaných. (Olecká a kol., 2016).

Renkert a Nutbeam uvádí, že dříve se znalosti o porodu a rodičovství předávaly mezi ženami, nejčastěji mezi ženskými příbuznými. Tomu odpovídá i to, že i v mém šetření se stále rodičky spoléhají na vlastní matky.

Dnes jsou však vlivem jiných rodinných vazeb často tyto citlivé vztahy nahrazovány předporodními kurzy vedenými odborníky. (Renkert a Nutbeam, 2006). Není s podivem, že předporodní kurz neuvedla v mém dotazníku žádná rodička, vzhledem ke

koronavirové pandemii totiž matky rodící ve zkoumaném období v podstatě neměly šanci žádný kurz navštěvovat, minimálně ne na našem pracovišti.

Pozitivní byly odpovědi na otázku, zda mají rodičky někoho ve svém blízkém okolí, na koho se mohou obrátit a komu plně důvěřují. S potěšením jsem shledala, že záporně neodpověděla žádná respondentka, tedy v životě každé z nich byl tolik potřebný jedinec, na kterého se v tomto chaotickém období mohou obrátit. Olecká a kol. uvádí, že je pro celkovou pohodu matky důležité, aby měla někoho nablízku, někoho podporujícího. Rodička potřebuje vědět, že není jediná, kdo se potýká s určitými problémy, ale že jsou tyto problémy záležitostí mnoha matek. (Olecká a kol., 2016).

Poslední otázka nabádala rodičky, aby se zpětně poohlédly za průběhem těhotenství a porodu a kriticky je zhodnotily tak, aby byly schopné říci, zda existuje něco, co by rády udělaly jinak, nebo by byly rády, aby jinak proběhlo. I zde většina respondentek zjevně byla spokojena, protože nejčastější odpovědí bylo „*nic*“ a „*asi nic*“. Některé se však doopravdy zamyslely a zaúkolovaly změnou samy sebe a kriticky uznaly, že by bylo vhodné provést změnu v zdravém životním stylu – změnit jídelníček a zařadit pohybovou aktivitu. Část respondentek by se bývala lépe připravila na porod, natrénovala tlačení a dýchaní, připravila hráz. I tuto oblast by bylo možné dle mého názoru zlepšit zvyšováním zdravotní gramotnosti. S vyšší zdravotní gramotností již v těhotenství by matky věděly, jak vést zdravý životní styl, vyhnuly by se nezdravému příbytku váhy, zapojily fyzickou aktivitu, připravily se na porod. V podpoře ke zvyšování zdravotní gramotnosti je nutno motivovat všechny ženy, zejména ty s omezenou zdravotní gramotností. Fergusson uvádí, že je nutné zkoumat roli sebedůvěry a péče o sebe samu v rámci konceptu zdravotní gramotnosti. Osoby s nízkou zdravotní gramotností se mohou cítit ve výzkumech a v programech zaměřených na zvyšovaní zdravotní gramotnosti stigmatizovaně až nepatřičně, ale bylo prokázáno, že osoby, které mají větší důvěru v sebe sama, také vykazují vyšší míru péče o své zdraví a tím i zvyšují svoji zdravotní gramotnost. (Fergusson, 2008).

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku. V teoretických východiscích práce byl popsán koncept zdravotní gramotnosti v tradičním i svěžím pohledu. Bylo popsáno období šestinedělí, a to jak fyziologicky, tak patologicky probíhající. Uvedeny byly i principy péče o nedělku. Součástí teoretického rámce práce byl i popis lokality, ve které se sběr dat odehrával, a to jak obecně demograficky, tak byla i konktrétně popsaná péče o rodičku a dítě na Svitavsku.

Diplomová práce splnila svůj cíl, kterým bylo zjistit míru zdravotní gramotnosti matek v šestinedělí na Svitavsku. Práce zkoumala obecnou zdravotní gramotnost výše popsané skupiny, a to pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16. Výsledky byly srovnány s reprezentativním šetřením Kučery: Zdravotní gramotnost české populace. Zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku předčila zdravotní gramotnost zbytku české populace. I tak však není míra zdravotní gramotnosti zcela ideální a jistě je nutné pracovat na jejím zvyšování.

Specifická zdravotní gramotnost byla zkoumána pomocí vlastního dotazníku, který z mého pohledu lékařky pracující v oboru gynekologie a porodnictví zkoumal znalosti, které považuji za zásadní v oblasti péče o zdraví matek, dětí a rodin. Otázky reflektovaly operacionalizované medicínské pojmy zásadní v období šestinedělí.

Výsledky šetření specifické zdravotní gramotnosti byly velmi uspokojivé. Oblastí, kde si rodičky nevedly zcela dobře, byla povinná vakcinace. Tato otázka byla nejvíce chybová, avšak k ní rodičky nemají na našem oddělení žádný ucelený materiál.

Součástí vlastního dotazníku bylo i šetření demografických statistik. V tomto ohledu respondentky nikterak nevybočovaly z republikových průměrů.

Poslední oblastí, kterou se tato diplomová práce zabývala, byly pocity a emoce žen čerstvě po porodu. Jako i v jiných pracích, nejčastěji matkami oscilovaly pocity lásky a naplnění, strachu a bolesti. Rodičky se v otázkách ohledně péče o zdraví důvěrou obracely nejčastěji na zdravotnický personál a na vlastní matku.

V tomto křehkém období měla každá ze sledovaných respondentek někoho, komu plně důvěřuje a na koho se může spolehnout. Většina nedělek byla spokojená a průběhem

těhotenství a porodu. V případě, že by si přály něco změnit, zaměřily by se na porodní přípravu, více se informovaly o průběhu porodu a kojení či šestinedělí.

Ačkoli se obecná i specifická zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku jeví na dobré úrovni, stále je prostor pro zlepšení. Matky, jejichž zdravotní gramotnost představuje determinantu zdraví rodin, dětí a tím pilíř zdravé a ekonomicky schopné společnosti, je nutné podporovat a motivovat ke zvyšování zdravotní gramotnosti.

Je potřeba saturovat poptávku po kvalitních předporodních kurzech tak, aby matky hrály aktivní, ale informovanou roli v průběhu vlastních těhotenství a porodů. Aby věděly, jak zlepšovat své zdraví a zdraví svých dětí, ale zároveň si uvědomovaly možná rizika a dokázaly je racionálně vyhodnotit.

Jistě není od věci zamyslet se nad rozšířením péče terénních porodních asistentek a dětských sester tak, jak tomu bývalo v minulosti. Rodičky by měly mít možnost, aby se o ně někdo postaral v bezpečí jejich domova, i nynější epidemiologická situace nasvědčuje tomu, že stále více péče bude muset probíhat mimo zdravotnická zařízení.

Bylo by nanejvýš vhodné připravit pro rodičky komplexní zdroj informací, ideálně v podobě brožury, která by obsahovala všechny potřebné informace týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí. Materiál, který by nebyl zbytečně obsáhlý, ale na druhou stranu by představoval komplexní soubor zásadních informací, který by mohla mít žena stále při sobě, aniž by se musela potýkat se spletitým množstvím informací roztříštěným po nepřeberném množství letáků.

Zvyšující se zdravotní gramotnost, a zejména zdravotní gramotnost žen, matek, rodiček, je cílem, za který nikdy nesmíme přestat bojovat. A to nejen jako zdravotníci, ale i jako jednotliví občané, neboť v náručích našich zdravotně gramotných matek leží naše budoucnost.

ANOTACE

Jméno a přímení:	**Ester Hladíková**
Pracoviště:	**Ústav veřejného zdravotnictví**
Vedoucí práce:	**doc. et doc. PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.**
Rok obhajoby:	**2021**

Název diplomové práce:	**Zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku**
Název diplomové práce v anglickém jazyce:	**Health literacy of mothers in puerperium in the Svitavy region**
Anotace diplomové práce:	**Diplomová práce zkoumá zdravotní gramotnost matek v šestinedělí na Svitavsku. Popisuje fenomén zdravotní gramotnosti, fyziologické a patologické šestinedělí, zajištění péče o matku a dítě ve sledovaném regionu. Pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 je zkoumána obecná zdravotní gramotnost, specifická je zkoumána pomocí vlastního dotazníku, jehož poslední část se věnuje pocitům a prožitkům rodiček. V obou polích vykazují matky dostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti, která však zdaleka nedosahuje excelentní úrovně a je tedy nutné ji nadále zkoumat a vytvářet podmínky k tomu, aby byly nedělky motivovány svojí zdravotní gramotnost zvyšovat a prohlubovat, ať již prostřednictvím kurzů, spolupráce s terénními porodními asistentkami nebo pro ně vytvořené literatury.**
Klíčová slova:	**„zdravotní gramotnost“, „mateřství“, „matky“, „šestinedělí“**
Přílohy vázané v práci:	**Příloha č. 1 – Průvodní dopis** **Příloha č. 2 – Vlastní dotazník** **Příloha č. 3 – Standardizovaný dotazníku HLS-EU-Q16**
Rozsah práce:	**118 s. (178 717 znaků)**
Jazyk práce:	**český jazyk**

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ALTHOF, Stanley E., LEIBLUM, Sandra R., CHEVRET-MEASSON, Marie, HARTMANN, Uwe, LEVINE, Stephen B., MCCABE, Marita, PLAUT, Michael, RODRIGUES, Oswaldo and Kevan WYLIE. ORIGINAL RESEARCH—PSYCHOLOGY: Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 2005, **2**(6), 793-800 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1743-6095. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x
2. ANCKER, Jessica S., GROSSMAN Lisa V. and Natalie C. BENDA. Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term?. *Journal of General Internal Medicine* [online], 2020, **35,** 2427–2430 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1525-1497. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s11606-019-05472-y
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. BELEŠOVÁ, Romana, FILAUSOVÁ Drahomíra a Marie TREŠLOVÁ. Komparace zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva. *Praktický lékař* [online]. 2019, **99**(4), 175-180 [cit. 16.1.2021]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-4-7/komparace-zdravotni-gramotnosti-u-vybranych-skupin-obyvatelstva-113618.
5. BENNETT, Ruth V., BROWN, Linda K. and Margaret F. MYLES. *Myles' textbook for midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989. ISBN 978-0443030772.
6. BINDER, Tomáš. *Porodnictví.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
7. COLLINS, Sally. *Oxford handbook of obstretrics and gynaecology*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0.19-922724-2.
8. ČEKAL, Miloš a Jan ŠULC. *Průvodce ženy jiným stavem: početí, těhotenství, porod, šestinedělí*. 2. upr. vyd. Praha: I. Železný, 1997. ISBN 80-237-3509-8.
9. ČEPICKÝ, Pavel, ed. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.

10. ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Očkování v ČR* [online]. Česká vakcinologická společnost ČLS JEP 2012, © 2019. [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: https://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Charakteristika okresu Svitavy* [online]. Český statistický úřad, © 2020a. [cit. 16.1.2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xe/charakteristika_okresu_svitavy
12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Obyvatelstvo, domy, byty a domácnosti podle Sčítání lidu, domů a bytů - ČR, kraje, okresy, SO ORP, správní obvody Prahy a města (sídla SO ORP) – 2011* [online]. Český statistický úřad, © 2013 [cit. 16.1.2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo-domy-byty-a-domacnosti-podle-scitani-lidu-domu-a-bytu-2011-cr-kraje-okresy-so-orp-spravni-obvody-prahy-a-mesta-sidla-so-orp-2011-egrhq6c4dz
13. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *VÝVOJ OBYVATELSTVA ČESKÉ REPUBLIKY 2019* [online]. Praha: Český statistický úřad, © 2020b. [cit. 16.1.2021]. ISBN 978-80-250-3047-9 Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/121768528/13006920a.pdf/fc6793c2-7a2f-472a-909b-c9693c38a471?version=1.1
14. DOPORUČENÉ POSTUPY ČGPS ČLS JEP. *Základy dispenzární péče v těhotenství* [online]. ČGPS ČLS JEP, ©2021 [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf
15. DLHOŠ, Ernest a Alfred KOTÁSEK. *Porodnictví. Učebnice pro střední zdravotnické školy.* Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p.. 1981.
16. EURYDICE. *Česká-republika: Obyvatelstvo: Demografická situace, jazyky a náboženství* [online]. 2.3.2021 [cit. 13.3.2021]. Dostupné z: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-21_cs
17. FERGUSON, Barbara. 2008 Health Literacy and Health Disparities: The Role They Play in Maternal and Child Health. *Nursing for women's health* [online]. 2008, **12**(4), 286-298 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1751-4851. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/23182587_Health_Literacy_and_Health_Disparities_The_Role_They_Play_in_Maternal_and_Child_Health.

18. FRELICH, Jiří. Průměrný věk matek se zvyšuje ve všech krajích. In: *Statistika & My* [online]. 18.9.2018 [cit. 27.2.2021]. Dostupné z: https://www.statistikaamy.cz/2018/09/18/prumerny-vek-matek-se-zvysuje-ve-vsech-krajich/
19. GSK. *Očkování proti žloutence* [online]. GSK, © 2017 [cit. 28.1.2021]. Dostupné z: https://www.zloutenky.cz/ockovani-proti-zloutence/
20. HAMPLOVÁ Lidmila, Petr HULINSKÝ, Soňa JEXOVÁ a Jaroslav PEKARA. PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE. In: *SBORNÍK Z 10. VĚDECKÉ KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ „VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ“* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 2015, 49-56 [cit. 3.1.2021]. ISBN 978-80-905728-3-6. Dostupné z: http://www.vszdrav.cz/userdata/files/2015_Sbornik_konference.pdf#page=50
21. HANRETTY, Kevin P. *Obstetrics illustrated*. Kevin P. Hanretty; illustrated by Ian Ramsden, Robin Callander. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2010. ISBN 978-0-7020-3078-9.
22. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
23. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva, Sylva BÁRTLOVÁ a Kateřina RATISLAVOVÁ. The quality of life of women in puerperium – the introduction of the mother-generated index (MGI) questionnaire. *Kontakt* [online]. 2019, **21**(2), 164-171 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/36115/1/Kontakt%2c%20Eva%20Hendrych%20Lorenzov%c3%a1.pdf
24. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MU, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
25. HOLČÍK, Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
26. HORSKÝ, Jan, Vilém SCHÖNFELD a Bohumír VEDRA. *LÉKAŘ PÍŠE ŽENÁM.* Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., 1969.
27. HOŘEJŠÍ, Jaroslav a kolektiv. *Zdraví pro 15 milionů.* Martin: Avicenum a Vydavateľstvo Osveta, 1982.

28. IVANOVÁ Kateřina, Ivana OLECKÁ, Barbora VENCOVÁ a Lubica JURÍČKOVÁ. Health literacy of mothers in the first year of motherhood – Expert interpretation map. *Kontakt* [online]. 2018, **20**(4), 333–339 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2018/04/04.pdf.
29. IVANOVÁ, Kateřina. *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5326-2.
30. IVANOVÁ, Kateřina. *Veřejné zdravotnictví a zdravotní gramotnost* [online]. 2014 [cit. 16.1.2021]. Dostupné z: https://edis.upol.cz/fzv/elearning/eln_subjects-27072/mode-0/subj_print-1/
31. JANURA, Lukáš. From the first surveys to an action plan – Examining health literacy in Germany. *Kontakt* [online]. 2018, **20**(4), 408–415 [cit. 16.1.2021]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201804-0015_od-prvnich-pruzkumu-k-akcnimu-planu-zkoumani-zdravotni-gramotnosti-v-nemecku.php
32. JAROLÍMEK, Jan a Michala LUSTIGOVÁ. Zdravotní gramotnost je i u mladých vysokoškoláků stále velmi nízká. *Praktický lékař* [online]. 2018, **98**(1), 12–17 [cit. 3.1.2021]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: http://geoqol.natur.cuni.cz/web2/wp-content/uploads/2018/03/Prakticky%CC%81-le%CC%81kar%CC%8C-01-2018-Jaroli%CC%81mek_clanek.pdf
33. KAAS, Jiří, Věra STASKOVÁ a Radka ŠULISTOVÁ. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt* [online]. 2016, **18**(4), 219–223 [cit. 20.1.2021]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001
34. KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin. APFEL a Agis D. TSOUROS. *Health literacy: the solid facts.* Solid facts (Series). Copenhagen: World Health Organization, 2013. ISBN 9789289000154.
35. KOHAN, Shahnaz, Saadat GHASEMI a Maryam DODANGEH. 2007. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2007, **12**(4), 146 – 152 [cit. 20.1.2021]. ISSN 2228 – 5504. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228506454_Associations_between_maternal_health_literacy_and_prenatal_care_and_pregnancy_outcome
36. KOLIBA, Peter, Libor ŠEVČÍK a Jana PANNOVÁ. *Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7042-353-6.

37. KRÁL, Vladimír. Porod v domácnosti. *Zlín časopis spolupracovníků Baťa*. 1937, **20**(2).
38. KUČERA, Zdeněk. *Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření* [online]. 18. 6. 2015 [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf
39. KUDLOVÁ, Eva. Význam dlouhodobého kojení. *NEONATOLOGICKÉ LISTY* [online]. 2013, **19**(1), 34-36 [cit. 3.1.2021]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf#page=35
40. MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
41. MIKROREGION SVITAVSKO. [online]. *Mikroregion SVITAVSKO*, ©2009. [cit. 16.1.2021]. Dostupné z: http://www.svitavskoweb.cz/
42. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.
43. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *V roce 2018 klesl počet předčasných porodů a císařských řezů, ukázala data ze všech porodnic v ČR* [online]. 12. 6. 2019 [cit. 20.1.2021]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/v-roce-2018-klesl-pocet-predcasnych-porodu-a-cisarskych-rezu-ukazala-data-ze-vsech-porodnic-v-cr/
44. MOHAMED, Hoda Abed El-Azim a Nahed Saied EL-NAGGER. Effect of Self Perineal Care Instructions on Episiotomy Pain and Wound Healing of Postpartum Women. *Journal of American Science* [online]. 2012, 8(6), 640-650 [cit. 13.3.2021]. ISSN: 2375-7264. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/308414766_Effect_of_Self_Perineal_Care_Instructions_on_Episiotomy_Pain_and_Wound_Healing_of_Postpartum_Women
45. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí: péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 2. přepracované a rozšířené vydání.

Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, 2018. ISBN 978-80-7560-132-2.

46. NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE. *Historie Svitavské nemocnice* [online]. 2021. [cit. 20.1.2021]. Dostupné z: https://www.nempk.cz/informace/historie-svitavske-nemocnice
47. OLECKÁ, Ivana, Kateřina IVANOVÁ. 2016. Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016, **7**(3), 494–503 [cit. 20.1.2021]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/309565291_ZDRAVOTNI_GRAMOTNOST_MATEK_PRVORODICEK_V_PRVNIM_PULROCE_MATERSTVI_PREHLEDOVA_STUDIE
48. OLECKÁ, Ivana, Kateřina IVANOVÁ a Vladimír MIHÁL. Pilotní studie potřeb prvorodiček s dítětem v symbiotickém období života v oblasti zdravotní gramotnosti. *Profese online* [online]. 2016, **9**(2), 1-9 [cit. 20.1.2021]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201602-0001_Pilotni_studie_potreb_prvorodicek_s_ditetem_v_symbiotickem_obdobi_zivota_v_oblasti_zdravotni_gramotnosti.php
49. PAPÍK, Richard. Rešeršní strategie a rešeršní služby I. *Duha* [online]. 2013, **27**(4) [cit. 2020-06-28]. ISSN 1804-4255. Dostupný z http://duha.mzk.cz/clanky/resersni-strategie-resersni-sluzby-i
50. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.
51. PILKA, Radovan. Gynekologie. Praha: Maxdorf, [2017]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
52. PLESKOT, Ondřej a Jitka RUSOVÁ. Internet - The threat or hope of Czech health literacy?. *Kontakt* [online]. 2018, **20(**4), 424-431 [cit. 20.1.2021]. ISSN 1212–4117. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/72821/Internet___hrozba_nebo_nadeje.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

54. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
55. RENKERT, Susan a Don NUTBEAM. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International* [online]. 2001, **16**(4), 381–388 [cit. 20.1.2021]. ISSN 1460-2245. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/11623662_Opportunities_to_improve_maternal_health_literacy_through_antenatal_education_An_exploratory_study
56. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2*., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
57. SANTHA, Agnes-Rozsa. Maternal health literacy of ethnic Hungarian mothers in Romania. *Kontakt* [online]. 2019, **21**(3), 197-205 [cit. 20.1.2021]. ISSN 1212–4117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201902-0014_zdravotni-gramotnost-madarskych-matek-v-rumunsku.php
58. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
59. STOLLOWSKY, Lili. *Baby lexikon: 999 odpovědí na otázky kolem dětí*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2104-0.
60. TRAPL, Jiří. *Učebnice praktického porodnictví pro studující mediciny a lékaře*. Praha: Zdravotnické nakladatelství v Praze, 1951. 839.
61. ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST, Z.Ú.. *1. národní konference o zdravotní gramotnosti (situační dokument)* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., 2017. [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
62. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.
63. VZP ČR. *Otázka týdne* [online]. VZP ČR, © 2021 [cit. 28.1.2021]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-je-to-s-ockovanim-proti-tuberkuloze
64. WIKIPEDIE. Otevřená encyklopedie. *Okres Svitavy* [online]. © 2021. [cit. 16.1.2021]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_Svitavy#Zam%C4%9Bstnanost

65. WIKISOFIA. *Rešeršní strategie* [online]. © 2013. [cit. 2020-06-28]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Re%C5%A1er%C5%A1n%C3%AD_strategie
66. WILHELMOVÁ, Radka. *DETERMINANTY ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI TĚHOTNÝCH ŽEN*. Brno, 2014. Disertační práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Drahoslava Hrubá, CSc.
67. WILHELMOVÁ, Radka a Drahoslava HRUBÁ. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekologie* [online]. 2013, **17**(3), 244-251 [cit. 13.3.2021]. ISSN: 1801–8750. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-3/determinanty-zdravotni-gramotnosti-tehotnych-zen-41821
68. WILKINSON, Richard G. a Michael MARMOT. *Social determinants of health: the solid facts* [online]. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization, 2003 [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Kojení. Jak podpořit úspěch.* Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1992.
70. ZAND, Janet, Bob ROUNTREE a Rachel WALTON. *Velká kniha zdraví dítěte: dětská léčba od A do Z bezpečně a efektivně: [první praktický průvodce tradiční i alternativní medicínou]*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-327-6.
71. ZÁHOŘ, Zdeněk. *JAK VZNIKÁ ŽIVOT. ČÍTANKA POHLAVNÍ VÝCHOVY O 5 DÍLECH.* Praha: Nakladatel B. Kočí, knihkupec, Praha I., Masarykovo nábř. 14, 1925.
72. ZÁHOŘ, Zdeněk. *O LÁSCE, MANŽELSTVÍ A DÍTĚTI. ČÍTANKA PRO MLADÉ LIDI od ŠESTNÁCTI LET.* Praha: Nákladem Čsl. společnosti pro potírání pohl. chorob. V komisi nakladatelství B. Kočího, Praha I., Masarykovo nábřeží 14, 1927.
73. ZÁHOŘ, Zdeněk. *RUKOJEŤ VÝCHOVY K RODIČOVSTVÍ NA ŠKOLÁCH.* Praha: Nákladem Čs. společnosti pro potírání chorob pohlavních. V komisi „Dědictví Komenského“, Praha I., Masarykovo nábřeží, číslo 6. Tiskem E. Stivína a synů v Praze II., Vojtěšská 212, 1930.
74. *ZDRAVÍ 2020: OSNOVA EVROPSKÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY PRO 21. STOLETÍ.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 9788085047486.

75. *ZDRAVÍ 2030: STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2020 [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf
76. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA STŘEDOČESKÉHO KRAJE, P.O.. *Kdy volat 155?* [online]. Zdravotnická záchranná služba SčK, p.o., © 2019 [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: https://www.uszssk.cz/kdy-volat-155/

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Statistika okres Svitavy: Rodinný stav a vzdělání 51
Tabulka 2 - Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL) 61
Tabulka 3 - Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL) 62
Tabulka 4 - Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL) 63
Tabulka 5 - Celková zdravotní gramotnost (GHL) 64
Tabulka 6 - Péče o poporodní poranění 77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL) 61
Graf 2 - Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL) 62
Graf 3 - Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL) 63
Graf 4 - Celková zdravotní gramotnost (GHL) 64
Graf 5 - Věk rodiček 66
Graf 6 - Počet těhotenství 67
Graf 7 - Počet porodů 68
Graf 8 - Počet dětí, o které se staráte 69
Graf 9 - Způsob nynějšího porodu 70
Graf 10 - Počet nyní narozených dětí 71
Graf 11 - Rodinný stav 72
Graf 12 - Nejvyšší dosažené vzdělání 73
Graf 13 - Kuřáctví 74
Graf 14 - Doporučené množství tekutin 75
Graf 15 - Nevhodné potraviny v šestinedělí 76
Graf 16 - Péče o porodní poranění 78
Graf 17 - Poporodní prohlídka 79
Graf 18 - Odběr krve z paty novorozence 80
Graf 19 - První procházka 81
Graf 20 - Vztah kojení a antikoncepce 82
Graf 21 - Vhodnost kojení 83
Graf 22 - Nakažlivost novorozenecké žloutenky 84
Graf 23 - Telefonní číslo na rychlou záchrannou službu 85
Graf 24 - Očkování 86
Graf 25 - Pozitivní změna 87
Graf 26 - Negativní emoce 88
Graf 27 - Hodnověrnost v otázce péče o zdraví 89
Graf 28 - Důvěra 90
Graf 29 - Změny 91
Graf 30 - Srovnání zdravotní gramotnosti 92

Graf 31 - Specifická zdravotní gramotnost 93

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Popis rešeršní strategie..... 14

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Průvodní dopis 115
Příloha 2 - Vlastní dotazník 116
Příloha 3 - Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16 118

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Průvodní dopis

Vážená klientko, milá maminko,

víte, že zdravotní gramotnost je důležitým faktorem ovlivňujícím zdraví Vaše i Vašeho děťátka? Máte pocit, že rozumíte informacím, které Vám sdělují zdravotní sestry a lékaři? Orientujete se v různých doporučeních a odborných radách? Jsou informace, které od zdravotnického personálu získáváte pro Vás nové, nebo je již víte, ať již z předem nastudované literatury, rad z blízkého okolí nebo díky své intuici?

Jmenuji se Ester Hladíková a pracuji jako lékař zde, na Gynekologicko-porodním oddělení Svitavské nemocnice. Pravděpodobně jsem se spolu již setkaly, v poradně, při porodu, na oddělení šestinedělí. V rámci svojí diplomové práce bych ráda zkoumala zdravotní gramotnost matek-šestinedělek žijících v našem regionu. Vyplněním tohoto dotazníku byste přispěla z objasnění úrovně zdravotní gramotnosti, pomohla nám zjistit, zda informace, které od nás získáváte ať již ústně nebo písemně, považujete za vyhovující.

Dotazník je zcela anonymní. Výsledky budou statisticky zpracovány a budou obsahem mojí diplomové práce.

Předem Vám velice děkuji za spolupráci. Pokud je něco, co byste mi ráda sdělila, využijte prosím volný prostor níže.

S přáním šťastného a zdravého rodinného života,

Ester Hladíková

Vaše poznámky

……

……

……

……

……

……

……

Příloha 2 - Vlastní dotazník

Prosím, uveďte základní informace:

Věk……Počet těhotenství……Počet porodů……. Počet dětí, o které se staráte……. Způsob nynějšího porodu: vaginální porod/ císařský řez/ operativní vaginální porod (VEX, klešťový porod) Počet nyní narozených dětí…… Rodinný stav…… Nejvyšší dosažené vzdělání……Kouříte?.....

Poporodní režim

Víte, kolik tekutin minimálně byste jako kojící matka měla denně vypít? (Vyberte 1 možnost)	A) 1 litr B) 2 litry C) 3 litry
Víte, jakým potravinám byste se měla vyhnout v šestinedělí? (Vyberte 1 možnost)	A) Alkoholu B) Ovoci C) Obilovinám
Víte, jak správně pečovat o poporodní poranění?	ANO/NE
Víte, kdy se po porodu dostavit na povinnou gynekologickou prohlídku? (Vyberte 1 možnost)	A) Za 6 týdnů po porodu B) Za 6 měsíců po porodu C) Za 2 týdny po porodu

Péče o dítě, kojení

Víte, z jakého důvodu se po porodu odebírá novorozenci krev z patičky? (Vyberte 1 možnost)	A) Pro zjištění krevní skupiny B) Pro zjištění vzácných vrozených enzymatických nemocí C) Pro zjištění alergií dítěte
Víte, kdy byste měla poprvé s dítětem na procházku ven? (Vyberte 1 možnost)	A) Po šestinedělí B) Po 3 dnech C) Po 6 měsících
Kojení není antikoncepce. (Vyberte ANO/NE)	ANO/NE
Kojení, pokud k němu neexistují medicínské překážky, je nejlepší způsob výživy pro Vaše dítě. (Vyberte ANO/NE)	ANO/NE
Myslíte si, že je novorozenecká žloutenka nakažlivá? (Vyberte ANO/NE)	ANO/NE

Příloha 2 - pokračování

Všeobecné informace

Znáte telefonní číslo na rychlou záchrannou službu? (vyberte 1 možnost)	A) 155 B) 156 C) 158
Víte, na které nemoci se dítě v ČR povinně očkuje? (Vyberte více možností)	
A) Spalničky B) Tuberkulóza C) Meningokoková onemocnění D) Pneumokoková onemocnění E) Tetanus	F) Zarděnky G) Chřipka H) Žloutenka typu A I) Žloutenka typu B J) Žloutenka typu C

Osobní pocity a myšlenky. Prosím, krátce odpovězte.

Jaká oblast Vašeho života se po narození dítěte změnila nejvíce pozitivně? (Např: partnerský život, sebedůvěra, pocity naplnění, lásky…)	
Jaká oblast Vašeho života se po narození dítěte změnila nejvíce negativně? (Např: bolest, pocity únavy, strach…)	
Komu nejvíce důvěřujete v otázkách týkajících se poporodní péče o Vás a Vaše dítě? (Např.: matka, zdravotní sestra, lékař, osobní porodní asistentka ...)	
Máte pocit, že se nyní máte ve svém okolí na koho obrátit, komu plně důvěřujete, u koho naleznete podporu?	
Nyní, když jste po porodu, je něco, co byste udělala jinak v průběhu těhotenství či porodu, a případně co?	

Příloha 3 - Standardizovaný dotazník HLS-EU-Q16

HLS-EU-Q16

Ohodnoťte na škále od „velmi snadné" k" velmi těžké", **jak těžké je**:

			Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké
HC-FHI-2	1	…nalézt informace o léčbě nemocí, které se vás týkají?	1	2	3	4
HC-FHI-4	2	…zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocná/ý *(jako je lékař, lékárník, psycholog)*	1	2	3	4
HC-UHI-1	3	…pochopit, co vám říká váš lékař?	1	2	3	4
HC-UHI-4	4	…pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?	1	2	3	4
HC-JHI-3	5	…posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	1	2	3	4
HC-AHI-1	6	…využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?	1	2	3	4
HC-AHI-4	7	…pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?	1	2	3	4
DP-FHI-2	8	…získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?	1	2	3	4
DP-UHI-1	9	…pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4
DP-UHI-3	10	…pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? *(např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)*	1	2	3	4
DP-JHI-5	11	…posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? *(např. TV, internet nebo jiná média)*	1	2	3	4
DP-AHI-3	12	… rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? *(např. noviny, letáky, internet nebo jiná média)*	1	2	3	4
HP-FHI-2	13	…nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? *(např. meditace, cvičení, procházky, pilates apod..)*	1	2	3	4
HP-UHI-1	14	…pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4
HP-UHI-3	15	…pochopit informaci, jak být zdravější z médií? *(např. internet, noviny, časopisy)*	1	2	3	4
HP-JHI-3	16	…posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? *(např. pitný režim, stravovací návyky, cvičení)*	1	2	3	4