

Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

Lucie Holíčková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Holíčková**

Osobní číslo: **H12679**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**

Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení výzkumných otázek a dílčích cílů.

Vyhledávání a studium odborné literatury z oblasti komunikace s tělesně postiženou ženou.

Realizace výzkumu dotazníkovým šetřením.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HLINOVSKÁ, Jana a Jitka NĚMCOVÁ. Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci. Praha: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.

LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

NOVOSAD, Libor. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-708-3268-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

VLADÍKOVÁ, Jitka. Mateřství tělesně postižené ženy. Diplomová práce. Brno: PaedF MU, 2007. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

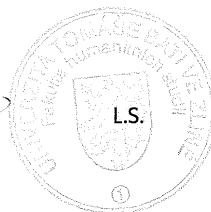
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 9.2.2015

..... Lucie Holíčková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem „Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí“. Hlavním cílem práce je zjistit úroveň komunikačních schopností porodních asistentek.

Práce je rozdělená na dvě hlavní části. Teoretická část objasňuje komunikaci v porodnictví a specifika komunikace s tělesně postiženými osobami, dále se zaměřuje na etiku, na vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením a v neposlední řadě se věnuje samotnému mateřství tělesně postižených žen. Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového výzkumu, které jsou znázorněny v tabulkách a grafech a jsou doplněny komentáři. Doplňující částí je rozhovor s tělesně postiženou matkou. Výsledkem práce je doporučení pro praxi porodních asistentek.

Klíčová slova: komunikace, porodní asistentka, těhotenství, porod, šestinedělí, tělesné postižení, handicap

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the theme of "Communication between the Midwife and a Disabled Woman during Pregnancy, Birth and Puerperium." The main objective is to determine the level of communication skills of midwives.

The work is divided into two main parts. The theoretical part explains communication in obstetrics and specifics of communication with disabled persons, focusing on ethics, to you-specifying the notion of a person with disabilities, and last but not least, is dedicated to the maternity of disabled women. The practical part contains the results of a questionnaire-survey above, which are shown in tables and graphs and are accompanied by commentary. Additional parts of the interview with a disabled mother. The result is a recommendation for the practice of midwifery.

Keywords: communication, midwife, pregnancy, childbirth, puerperium, disability, handicap

Děkuji doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za trpělivost, odborné vedení a za cenné připomínky při zpracování mé bakalářské práce, Mgr. Kateřině Rychlé za konzultace a psychologickou podporu, Bc. Danielovi Teplému za pomoc s technickými náležitostmi práce. V neposlední řadě děkuji respondentkám, porodním asistentkám gynekologicko-porodnické kliniky Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně a studentkám 3. ročníku oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, za jejich čas a ochotu účastnit se výzkumného šetření.

Motto: *„Člověk je veliký tím, že pociťuje odpovědnost. Odpovědnost tak trochu za osud lidí, v dosahu své činnosti.“* Saint Antoine De Exupéry

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOMUNIKACE	12
1.1 KOMUNIKAČNÍ PROCES	12
1.1.1 Význam komunikace a její efekt	14
1.1.2 Význam naslouchání	14
1.1.3 Trénink komunikačních dovedností a jeho efekt	14
1.2 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI	15
1.2.1 Rozhovor	15
1.2.2 Aktivní naslouchání jako součást rozhovoru	16
1.3 KOMUNIKACE A ETIKA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ.....	17
1.3.1 Morální společenství	18
1.3.2 Viabilita, porod a morální statut plodu.....	18
1.4 KOMUNIKACE S OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	19
1.4.1 Desatera pro lepší komunikaci	19
1.4.2 Postoje zdravotníků při jednání s OZP	21
1.4.3 Specifičnost komunikace u některých typů postižení	22
2 ETIKA	23
2.1 ETICKÉ KODEXY	23
2.1.1 Nejstarší kodexy	23
2.1.2 Profesionální kodexy	23
2.2 LIDSKÁ PRÁVA	24
2.3 DŮSTOJNOST ČLOVĚKA	24
2.4 PRÁVA PACIENTŮ	25
2.5 ETIKA A KOMUNIKACE PŘI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	25
2.5.1 Definice ošetřovatelství	25
2.6 EMPATIE, JEJÍ VÝZNAM A FORMY	26
2.6.1 Empatické chování ve zdravotnictví	26
2.6.2 Empatie je „vidět a slyšet“	27
3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	28
3.1 POJEM „OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM“	28
3.1.1 Používání korektní terminologie	28
3.2 MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE A DOKUMENTY	29
3.3 ORGANIZACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	30
3.4 SOCIALIZACE	30
3.5 INTEGRACE	30
3.5.1 Socializace jedinců zdravotně postižených a sociální integrace	31
3.6 KVALITA ŽIVOTA	31
4 SPECIFIKA MATEŘSTVÍ TĚLESNĚ POSTIŽENÉ ŽENY	32

4.1	SEXUALITA A PARTNERSTVÍ	32
4.2	RODINA	32
4.3	TĚHOTENSTVÍ A PRENATÁLNÍ PÉČE	33
4.3.1	Prenatální psychologie	34
4.4	POROD	34
4.5	ŠESTINEDĚLÍ A PÉČE O NOVOROZENCE	35
II PRAKTICKÁ ČÁST		37
5	METODOLOGIE VÝZKUMU	38
5.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.1.1	Hlavní cíl	38
5.1.2	Dílčí cíle	38
5.2	METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.3	RESPONDENTI	38
5.4	DESIGN VÝZKUMU	39
6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
6.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ	40
6.2	VYHODNOCENÍ ROZHOVORU	60
7	DISKUZE	63
ZÁVĚR		66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		67
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		69
SEZNAM GRAFŮ		70
SEZNAM TABULEK		71
SEZNAM PŘÍLOH		72

ÚVOD

Téma *Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí* jsem si zvolila, protože mne během praxe zaujala rozdílnost pohledů jednotlivých porodních asistentek jak na tuto problematiku, tak na komunikaci s klientkami všeobecně. Některé porodní asistentky vnímají mateřství tělesně postižené ženy jako zcela přirozený proces v životě takové ženy, jiné porodní asistentky mají diametrálně odlišný názor. Proto pro některé může být toto téma považováno za řekněme poněkud kontroverzní.

Vnímavé porodní asistentky věnují pečlivou pozornost tomu, jak komunikují s klientkami, a to s těmi s nějakým tělesným omezením obzvláště, jiné komunikují přirozeně a dlouze nad tím nerozmýšlí. Já se však domnívám, že určité zásady komunikace s klientem (v porodnictví s klientkou) by měl znát a dodržovat každý zdravotník, což by jistě přispělo k celkovému zlepšení zdravotní péče.

Zajímá mne také vnímání veřejnosti, která má i v dnešní době ještě stále mnoho předsudků vůči tělesně postiženým.

Hlavním cílem práce je zjistit úroveň komunikačních dovedností porodních asistentek; zda zvládají specifika komunikace s tělesně postiženými a zda mají zájem se v této oblasti dále vzdělávat.

Metoda výzkumu je kvantitativní, technika dotazník pro porodní asistentky. Dotazník obsahuje otázky týkající se všeobecné vzdělanosti v komunikaci, otázky o specifikách komunikace s tělesně postiženými a o pocitech porodních asistentek. Pohled z druhé strany, tedy pohled tělesně postižené matky, zprostředkovává rozhovor vedený směrem ke vnímání komunikace porodní asistentky tělesně postiženou těhotnou, rodičkou a následně šestinedělkou.

Bakalářská práce přináší pro praxi ucelené teoretické informace obecného charakteru jak komunikovat i specifika jak komunikovat s tělesně postiženými.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Komunikace je dovednost, kterou si osvojujeme již od dětství, a proto se nám zdá být samozřejmou. Avšak teprve nedorozumění nás učí tuto samozřejmost korigovat, protože nic není samo sebou, a proto je nezbytné naučit se komunikaci, která se váže k profesi. Komunikace se vždy liší v návaznosti na určitou specifickou skupinu nemocných, respektive k jejich konkrétním potřebám. Někteří mají větší nadání pro komunikaci a citlivost k etickým konotacím, jiní menší. Všichni by se však měli ponaučit a nechat inspirovat prezentovanými sděleními svých zkušenějších kolegů. Avšak ani samostatná zkušenost není pro dobrou komunikaci dostačující, a proto i zkušení lékaři musí posilovat své umění komunikace. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 27, 38)

Komunikační dovednosti nejsou pouze nadstavbou či přidanou hodnotou, ba naopak jsou nezbytnou složkou mezi znalostmi a schopnostmi zdravotníka a hrají zde klíčový význam. Někteří zdravotníci se ještě stále domnívají, že umění komunikace je dar. Komunikace není osobnostní charakteristika, jedná se o soubor dovedností, které je třeba se učit a lze se je naučit. Komunikace neznamena pouze „být milý“, ale znamená znát celou řadu specifických postupů s prokazatelnou efektivitou a dopadem na proces péče. Ve vztahu k pacientovi proto nelze uplatňovat komunikaci užívanou při běžném sociálním styku. Zdravotník musí své umění komunikovat rozvíjet na profesionální úrovni.

Efektivní komunikace s pacientem významně pozitivně ovlivňuje dodržování léčby a terapeutický vztah mezi pacientem a zdravotníkem, což vede k pozitivním výsledkům léčby a tím ke spokojenosti pacienta i zdravotníka. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 37)

1.1 Komunikační proces

Komunikace mezi lidmi je složitý a mnohvrstevný proces, který závisí na konkrétní psychice, inteligenci, vzdělanosti a na vlastních zkušenostech člověka. Dále je tento proces ovlivněn dobovými konvencemi a kulturními tradicemi a tím, jak se jimi člověk nechává ovlivnit.

Cílem komunikace je něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit, odradit... To vše co nejúčinněji a nejefektivněji. Komunikace existuje pouze mezi konkrétními účastníky (vyznačuje se především dialogickým charakterem) a probíhá vždy a pouze v určitém čase a prostředí, za jedinečných a jen těžko opakovatelných situací, což nazýváme situační kontext. Prostor, kde komunikace probíhá se nazývá komunikační kanál, který přesně označuje pro-

stor mezi mluvčím (komunikátor) a příjemcem (komunikant). Komunikační kanál však obvykle není čistý, bývá plný tzv. komunikačních šumů, což jsou mechanické, fyzikální, či psychické elementy, bránící správné komunikaci. Rušit komunikaci může nevhodně zvolené místo (hlučnost, chlad či naopak příliš vysoká teplota vzduchu, povětrnostní podmínky, nepřiměřené osvětlení) či téma anebo samotný účastník komunikace, pro kterého mohou být překážkou v dobré komunikaci některé z těchto faktorů, jako jsou emoce, únava, nedostatek času, nízká inteligence či některé z fyzických překážek nedoslýchavost, nevidomost a bolest.

Naše jazykové prostředí slovo komunikace vstřebalo již na tolik, že se pod tímto vícevrstevným termínem musí hledat hlubší význam. Slovo komunikace dnes nahrazuje slova jako mluvit, rozmlouvat, bavit se, přít se, diskutovat, besedovat, vyprávět, sdělovat si zážitky a názory což vede k nadužívání tohoto pojmu. Komunikací se však nesdělují jen to co říkáme, ale také to jak, komu a proč sdělujeme.

Verbální komunikace neboli řeč je mluvená či psaná, mluvená forma je vždy doprovázena neverbální komunikací, která se nazývá řeč těla. (Linhartová, 2007, s. 11-13)

Verbální komunikace je sdělení pomocí slov, jejichž použití se u jednotlivých lidí odlišuje podle kultury, ve které žijí, dále podle jejich sociálního a ekonomického postavení, věku a vzdělání. Při volbě slov musí zdravotník zvážit základní kritéria pro komunikaci ještě před jejich vyslovením či napsáním. (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 9)

Řeč těla často dokáže znázornit pocity člověka lépe než pouhá slova, a to proto, že neverbální projevy nekontrolujeme tolik jako ty verbální. Vyjadřovat své emoce je neverbálním způsobem také mnohem snadnější než slovy.

Neverbálně vyjadřujeme až 70% řečeného, vzhledem k tomu není radno neverbální komunikaci podceňovat. Při sledování neverbální komunikace by se zdravotník měl zaměřit na pacientovu chůzi a držení těla, na vzdálenost jakou od něj udržuje (proxemika), na postoj jaký pacient v dané situaci zaujímá (posturika), na mluvu rukou (gestika). Ze strany zdravotníka je důležitý oční kontakt, který jako první umožňuje navázat komunikaci. Pokud zdravotník vycítí, že pacient pociťuje dotykovou deprivaci, může k navázání komunikace využít pohlazení, povzbudivý dotyk či vzít pacienta za ruku. V neposlední řadě je důležité sledovat výraz tváře (mimiku) pacienta, který zdravotníkovi může říct mnohé, ale ani zdravotník by neměl zapomínat používat své mimické svaly, protože úsměv je nejlevnější lék. (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 10-11)

1.1.1 Význam komunikace a její efekt

Za posledních pětadvacet let byla prováděna řada studií, které prokázaly, že individuální kontakt s pacientem a efektivně zvolená komunikace patří ke zcela rozhodujícím faktorům ovlivňujících účinnost léčebného procesu. Komunikace cílená na pacienta snižuje jeho strach a tím vede k rychlejšímu uzdravení, s čímž je spojená nižší potřeba další léčby.

Pacientova spokojenost je spojena s množstvím informací, které jsou mu poskytnuty, stejně tak s faktem, že všemu rozumí, pokud ne, má možnost se dále doptat. Dále k jeho celkové spokojenosti napomáhá vyjádření dojmů ze strany zdravotníků, budování vzájemných vztahů a projevení empatie zaměřené na pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 38-39)

1.1.2 Význam naslouchání

Je nutné, aby komunikace byla oboustranná. Směrem k pacientovi používají zdravotníci přímou komunikaci, na druhé straně musí aktivně vyslechnout pacienta. Nasloucháním se neztrácí čas, ba naopak získávají se od pacienta důležité informace, díky kterým může být konzultace ve svém konečném důsledku kratší, než bez upřímného naslouchání pacientovi.

K vedení účinné a efektivní konzultace mezi zdravotníkem a pacientem je prvním krokem právě naslouchání pacientovi, to je však často díky časovému tlaku složité a tak často zdravotníci zvolí spíše pokládání otázek, což však není v úvodní fázi natolik efektivní. Proto by mělo být prvním krokem nechat hovořit pacienta a teprve po vyslechnutí začít plánovat, kam se bude konzultace ubírat. Pokud se zdravotník začne ihned ptát, může se stát, že pacient přijme pasivní pozici a nesdělí často velmi podstatné okolnosti, protože zdravotník kladením uzavřených otázek nedává pacientovi možnost změnit téma, či se vrátit k některým opomenutým informacím.

Dobré naslouchání může pomoci odhalit individuální potřeby nebo rizika pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 41-42)

1.1.3 Trénink komunikačních dovedností a jeho efekt

Efektivní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je základní klinickou dovedností, která není součástí osobnosti a nepatří do osobních dispozic, ale vyžaduje trénink, z čehož vyplývá, že komunikace by měla být vyučována se stejnou dotací jako jiné klinické obory a dovednosti.

Pouhá zkušenost nemůže sloužit jako učitel komunikačních dovedností, protože někteří zdravotníci navzdory svým zřejmým nedostatkům v technikách komunikace používají při běžné komunikaci s pacientem tytéž techniky stále dokola, což může být ve výsledku kontraproduktivní.

Komunikační dovednosti mohou být naučeny tréninkem klíčových technik rozhovoru s pacientem, což vede k významnému zlepšení informovanosti pacienta a tím zpětně ke zlepšení procesu léčby pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 42-44)

1.2 Komunikační dovednosti

Mezi komunikační dovednosti patří celá řada specifických dovedností, které je třeba se učit a naučit se. Proces komunikace je zdravotníky v klinické praxi obvykle zredukován pouze na kladení základních otázek, a to z důvodu co nejrychlejšího zjištění pacientova aktuálního stavu. Mezi základní požadavky na komunikaci zdravotníka s pacientem patří, že zdravotník musí vědět, co chce říct, musí se umět dobře rozhodnout, kdy jakou informaci sdělí a jak ji co nejlépe sdělit, měl by vhodně zvolit místo ke sdělení. V neposlední řadě by měl myslet na to, že informace jasné pro odborníky, nemusí být jasné pro pacienta (což znamená vyvarovat se nadužívání odborné terminologie), což zahrnuje také to, aby zdravotník sdělení zbytečně nekomplikoval a mluvil zřetelně. Dále musí zvolit tempo mluvy a tón hlasu přiměřený aktuálnímu stavu pacienta. Ukazatelem dobrých komunikačních dovedností je také to, že zdravotník dokáže sledovat a zároveň zaznamenávat reakce pacienta, všimnout si zejména jeho projevů zmatku, hněvu, úzkosti a brát v úvahu jeho pocity. Nikdy by zdravotník neměl pacienta zneklidňovat či dráždit svým projevem, naopak by měl pacientovi umožnit, aby se v dostatečné míře vyjádřil. Nakonec by zdravotník měl zkontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 59-60)

1.2.1 Rozhovor

Rozhovorem je komunikace, kdy mluvíme o záměrném a organizovaném dialogu (dynamický proces s jasnou strukturou), při kterém jednotlivec (pacient) či skupina osob odpovídá na otázky tazatele (zdravotník). Rozhovor je nejrozšířenější druhem komunikace. (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 21)

Rozhovor je také nejsilnějším, ale zároveň nejvíce citlivým nástrojem pro vytvoření vztahu s pacientem. Rozhovorem můžeme pacienta ovlivnit, získat potřebné informace, ale také mu během něj můžeme řadu informací poskytnout.

Rozhovor je z velké míry technickou záležitostí, a proto by zdravotník neměl zapomínat projevovat empatii a zájem o pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 60)

První podmínkou pro úspěšně vedený rozhovor je důvěra a spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem.

V klinické praxi lze rozhovory rozdělit do několika hlavních druhů a to podle formy, techniky a účelu a cíle. Forma rozhovoru může být individuální či skupinová. Technicky lze zvolit standardizovaný (jedná se o předem připravené otázky), nestandardizovaný (jedná se o rozhovor se shodným cílem, otázky pouze mění své pořadí či formulaci) či volný rozhovor (zcela ovlivněn konkrétní situací). Podle účelu a cíle lze rozdělit rozhovory na diagnostické (získávání informací) a terapeutické (k navození změn duševního stavu či chování).

Vlastnímu rozhovoru musí vždy předcházet ujasnění si, jakého cíle chceme rozhovorem dosáhnout. Dále si musíme promyslet, co víme o osobě, se kterou budeme rozhovor uskutečňovat, a na základě toho se rozhodujeme, jakou formu rozhovoru zvolíme. Snažíme se zajistit co nejvhodnější podmínky.

Rozhovor by měl vždy být formálně zahájen a to tím, že se představíme, sdělíme pacientovi účel rozhovoru, to by mělo pomoci navázat důvěru ze strany pacienta. V další fázi se rozhovor může ubírat buďto od konkrétního k obecnému či naopak, při diagnostických otázkách se v praxi využívá nejdříve obecnějších otázek. Jakmile dojdeme k jádru problému, musíme si ověřit výsledek rozhovoru dalšími metodami (doplňujícími otázkami) a po té můžeme rozhovor vhodným způsobem ukončit tak, aby bylo možné v něm, až bude třeba, pokračovat. (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 21-22)

1.2.2 Aktivní naslouchání jako součást rozhovoru

Technika aktivního naslouchání závisí na určité kvalitě rozhovoru a zakládá se na napomáhání pacientovi ve vyjadřování a navazování důvěry ve zdravotníka.

Aktivně nasloucháme, když se snažíme porozumět pacientovi, vyhledáváme podstatné informace v pacientových sděleních a v návaznosti na ně připravujeme další otázky. Vhodná je také průběžná odezva, a to jak verbální („Ano, rozumím, můžete pokračovat“) tak neverbální (např. úsměvem).

Mezi zásady techniky aktivního naslouchání patří udržování očního kontaktu, snažit se dodržet stejnou rovinu očí, dodržovat otevřenou pozici těla, klást otevřené a kontrol-

ní otázky, využívat souhrnu obsahu sdělení a využívat techniky asertivity. Dále zde patří vyvarovat se vytváření bariér, a to gesty, mimikou či postojem. Středem pozornosti je forma a obsah rozhovoru, soulad verbálního a neverbálního sdělení. (Leško, 2008, s. 49-50)

Důležité je vyvarovat se skákání do pacientovi řeči, projevování otevřeného nesouhlasu, odcházet před ukončením rozhovoru, projevovat netrpělivost, uhýbat očima či odpovídat příliš direktivně. Takovéto chování určitě pacient od zdravotníka neočekává. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 62)

1.3 Komunikace a etika v gynekologii a porodnictví

Specifikem oboru gynekologie a porodnictví je zaměření pouze na ženského pacienta a na proces lidské reprodukce. Léčba v tomto oboru přímo zasahuje reprodukční a sexuální život pacientky. Toto přináší řadu eticky dilematických situací, ke kterým patří otázky antikoncepce, interrupce, problematika koncepce s návaznou léčbou neplodnosti metodami asistované reprodukce. Z pohledu ženy, jakožto budoucí matky, se jedná o problematiku ektopické gravidity, potratů, kritické stavy spojené s bezprostředním ohrožením jejího života a o péči o těhotnou v kómatu.

Další specifickou skutečností v tomto oboru je zaměření na subjekt lidského plodu, který lze vnímat jako zvláštního a neosobního pacienta. Z pohledu plodu se setkáváme s problémem, kde určit hranici viability a s prenatalní diagnostikou vrozených vývojových vad.

Velmi citlivý je také unikátní materno-fetální vztah a jakožto k takovému se k němu musíme chovat. Cílem porodnictví je dosáhnout optimálního výsledku gravidity, což znamená, že zdravá žena porodí zdravé dítě. Je nutné správné etické rozhodování, rozhodování zdravotníka se musí odvíjet od obecných principů. Nikdy nesmí zdravotník jednat pod tlakem okolí či předsudků, nesmí se nechat ovlivnit emocemi či svou intuicí. U zdravotníka se předpokládá schopnost jednat v zájmu dobra druhých v souladu s etikou založenou na ctnostech tedy, že projeví své kladné vlastnosti jako jsou pravdomluvnost, obezřetnost, čestnost, statečnost, trpělivost, střídmost či sebekontrola a soucit. Tyto ctnosti však samy o sobě nemohou nahradit obecné principy, protože etika péče je založena na principu osobní odpovědnosti, která vzniká již samotným kontaktem s pacientem, jehož nedílnou součástí je empatie a respekt ze strany zdravotníka.

Základem pro rozhodování a komunikaci v této oblasti je prozkoumání problému z několika úhlů proto, že klinický problém je natolik komplexní, že není možné použít jediný rigidní přístup, či řešit problém pouze jednou cestou. Péče o zdraví žen by měla být nanejvýš citlivá a zaměřená na jejich specifické potřeby. Ve složitých situacích, kdy existuje napětí mezi potřebami jedince a zájmy společnosti je nadměru důležitý nadhled, trpělivost a srozumitelná pravdivá argumentace od zdravotníka. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 105-107)

Zdravotníci potřebují vyslechnout zdravotně postižené rodiče, k tomu ovšem potřebují mít odpovídající schopnosti naslouchání a dovednosti pro efektivní shromažďování informací a komunikaci se ženami, jejich partnery a dalšími zdravotnickými pracovníky. OZP se velmi často v nemocnicích setkávají s překážkami v komunikačním přístupu, aby je překonali, musí se přizpůsobit. Při odebrání anamnézy je volba vhodných otázek a pozorování klíčovou cestou pro poznání ženy. (Royal College of Nursing, 2007, s. 12)

1.3.1 Morální společenství

Náležitost ke společnosti lidí dává fetu morální status. Není-li přijat společností jako morální člen, není lidskou bytostí a nemá tedy ani žádná občanská práva.

Do morálního společenství patří osoby, které jsou definovány svým vědomím, racionality, schopností komunikovat, vyjádřit svou autonomii. Osobností se lidská bytost stává v okamžiku, kdy si uvědomuje svou náležitost k morální společnosti. Geneticky je lidská bytost terminována živočišným druhem *Homo sapiens*, společností je dána lidskými právy. Z tohoto vyplývá, že plod *in utero* má stejný morální statut jako novorozenec až do okamžiku, kdy jej společnost přijme jakožto svého člena.

1.3.2 Viabilita, porod a morální statut plodu

Previabilní plod je zcela závislý na organismu matky, naproti tomuto viabilní plod je schopný autonomního života nezávisle na mateřském organismu, je tedy schopen přežít samostatně. Mezi těmito dvěma stádii je milník, tedy hranice viability, kdy pravděpodobnost přežití je úměrná nezralosti plodu. Nezralý plod se po samotném porodu stává novorozencem, který je závislý na přístrojové technice a sociální podpoře. Díky rychlému rozvoji techniky je gestační stáří viability posouváno do nižšího gestačního stáří. Porozený viabilní plod se stává plnoprávnou osobou, a to díky uznání ostatními členy společnosti. Samotný porod však není eticky relevantní, protože lidský novorozenec je velmi nezralý a funkce organismu včetně funkcí jeho CNS se dostatečně vyvíjí až v postnatálním období.

Z hlediska individuálního i společenského je hodnota fetu vysoká a to i přesto, že lidský plod ještě není osobou. Tato skutečnost zavazuje společnost k morálním povinnostem vůči fetu, tyto povinnosti jsou dány i legislativně jako ochrana nenarozeného plodu. Budoucí matka je kompetentní v individuálním pohledu na morální hodnotu fetu a právě ona dobrovolně přebírá zodpovědnost za jeho vývoj. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 110)

1.4 Komunikace s osobami se zdravotním postižením

Do zdravotnických zařízení přichází také pacienti, kteří kromě akutního zdravotního problému mohou trpět nějakým trvalým (či dlouhodobým) defektem, tito pacienti mají však bez ohledu na jejich konkrétní postižení stejná práva jako všichni ostatní pacienti, což vyplývá z etického kodexu Práv pacientů (z února roku 1992), který je souborem zákonných předpisů o povinnostech každého zdravotnického zařízení, zvláště pak o povinnostech zdravotníka vůči pacientovi. Kodex obsahuje základní požadavky na ohleduplné zacházení, čímž rozumíme právo pacienta na soukromí, na diskrétnost či celodenní návštěvy a také požadavek na poskytnutí kvalifikované péče a služby přiměřené možnostem zdravotnického zařízení.

Vhodně vedená komunikace zdravotníkovi pomůže získat důvěru pacienta nutnou k navázání spolupráce a spoluúčasti pacienta na léčbě, toto platí u pacienta se zdravotním postižením dvojnásob. Naopak neefektivně vedená komunikace k pacientovi se zdravotním postižením může být zdrojem nespokojenosti, kritiky a oprávněných stížností pacienta.

Zásadní podmínkou vhodné komunikace je rozumět typu postižení pacienta, a to i v případě, že je hospitalizován pro jiný zdravotní problém.

Ke komunikaci se zdravotně postiženým pacientem musí zdravotník přistupovat profesionálně, a to bez předpojatostí, bez předsudků a bez štitivosti (což se může zdát jako samozřejmé, ale vždy tomu tak nemusí být). (Linhartová, 2007, s. 74-75)

1.4.1 Desatera pro lepší komunikaci

Uvádí se, že většina lidí při komunikaci s člověkem se zdravotním postižením se cítí nejistě a nervózně, jelikož neví, jak správně s takovým člověkem komunikovat, či jak se k této osobě chovat. Ze zkušeností řady pacientů vyplývá, že zdravotníci při komunikaci s nimi snižují jejich důstojnost, často se však tomuto jednání nijak nebrání, protože se cítí být vůči zdravotníkům v podřízeném postavení. Národní rada zdravotně postižených ČR proto vy-

pracovala „desatera“, tedy jakési základní návody, které mají zdravotníkům pomoci naučit se komunikovat s lidmi se zdravotním postižením.

Desatero pro komunikaci s pacienty s pohybovým postižením:

1. *Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.*
2. *Při nezbytné manipulaci s pacientem (např. uložení na lůžko) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.*
3. *Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.*
4. *Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvykle ví, které místo je nejvhodnější.*
5. *Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.*
6. *Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta, snažíme se je odstranit.*
7. *Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.*
8. *Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky, jako je PMK apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.*
9. *Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.*
10. *Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC.*

Desatero pro komunikaci s pacienty se sluchovým postižením je obdobné, zdůrazněné je zde hlavně to, že je potřeba mluvit pomaleji, s prázdnými ústy. Mělo by se zamezit rušivým zvukům. Zdravotník má stát čelem k pacientovi a udržovat s ním oční kontakt, díky čemuž může využívat mimiku a gesta včetně znakového jazyka či prstové abecedy, pouhým odezíráním dokáže pacient zaznamenat pouhých 30-40% sdělení. Psanému textu také nemusí porozumět tak, jak by měl, protože neslyšící mají omezenou slovní zásobu. Pro kontrolu se ptáme na to, co pacient rozuměl. K tomuto desateru se váže další a to Desatero komunikace s neslyšícím pacientem za přítomnosti tlumočnicka, ve kterém je zásad-

ně vyzdvížen důraz na přímou komunikaci s pacientem, se kterým udržuje zdravotník oční kontakt a kontroluje, zda pacient správně rozumí podávaným informacím.

Do Desatera komunikace s pacienty se zrakovým postižením patří specifická doporučení: Zdravotník by měl pozdravit první, představit se a podat zrakově postiženému ruku, naopak by neměl přemísťovat osobní věci nevidomého, pro kterého je nejlepší, pokud je má tam, kde si je odložil. Když zdravotník opouští místnost, musí to vždy nevidomému oznámit a dveře za sebou nechat buď otevřené, anebo zavřené, nikoliv nedovřené. Pokud má nevidomý vodícího psa, musí mu být umožněn přístup do zdravotnického zařízení, zdravotník by však na psa neměl mlaskat, pískat, hladit jej ani ho krmit. Pokud zdravotník nevidomého doprovází, nevidomý se do něj zavěsí a zdravotník jej vede, dveřmi prochází doprovod jako první a cestou nevidomého upozorňuje na možné překážky, když se má nevidomý posadit, vysvětlí mu, jakým směrem je židle orientována, kde má opěradlo.

Tato „Desatera“ jsou souhrnem praktických rad zdravotníkům. Národní rada zdravotně postižených pořádá pro zdravotníky kurzy, kde si tyto desatera mohou osvojit a tím zlepšit svou komunikaci s pacienty se specifickými typy postižení. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 266-268)

1.4.2 Postoje zdravotníků při jednání s OZP

V očích OZP mají zdravotníci vysokou prestiž a jejich názory a doporučení, které vyjadřují k životním rozhodnutím postižených osob, ať již spontánně, či jako odpověď na pacientův dotaz, mohou postižené významně ovlivnit a to jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Je třeba, aby si zdravotníci uvědomovali, zda jimi vyřčené doporučení vychází jen a pouze z odborné erudice, anebo zda nechávají vyjádřit sebe jakožto soukromou osobu, což znamená, že hovoří na základě svých osobních zkušeností, podle svého soukromého názoru, či dle svého náboženství.

Protože i za osobním sdělením zdravotníka by mohl pacient mylně vidět odborné doporučení, kterým se musí v každém případě řídit, je třeba si uvědomit moc, kterou můžou zdravotníci nad některými pacienty získat, avšak neměli by z této situace vytěžovat, ale naopak by se měli snažit využít pacientovu důvěru v jeho vlastním zájmu. Zdravotník by měl pacientovi vždy podávat inspirativní doporučení, nikoliv mu autoritativně nařizovat omezení. Zvláště citlivě by se měl zdravotník vyjadřovat k problematice pacientova pracovního uplatnění, možnostech vzdělání, uplatnění ve sportu či v jiném jeho zájmu, stejně tak citli-

vá je otázka sexuality, partnerství a případného rodičovství pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 268-269)

1.4.3 Specifičnost komunikace u některých typů postižení

Odlišnosti v komunikaci se neliší pouze samotným postižením, ale také konkrétní diagnózou a stupněm postižení.

Například tělesně postižení nemají v zásadě problémy s komunikací, avšak zde závisí na stupni postižení a podle toho by k nim měl zdravotník přistupovat. V praxi to znamená, že pokud hovoří zdravotník s pacientem na vozíku, je vhodné, aby se posadil, aby hovořil na stejné úrovni jako pacient, díky tomuto jednoduchému opatření nebude mít pacient pocit, že se zdravotník zbytečně nadřazuje.

Také u smyslově postižených osob jsou konkrétní rozdíly. Od narození neslyšící mívají omezenou slovní zásobu, proto pro ně mohou být méně obvyklé výrazy nesrozumitelné. Naopak nevidomí mívají špatnou prostorovou orientaci a představivost vzdáleností či velikostí objektů.

Zhoršená možnost komunikace je s osobami s mentálním postižením či s osobami s kombinovaným postižením.

Schopnost komunikace mentálně postiženého závisí na stupni postižení, které se dělí na lehké, střední, těžké a hluboké postižení.

Mezi osoby s kombinovaným postižením patří například osoby s dětskou mozkovou obrnou, u kterých se může tělesné postižení (ochrnutí různého stupně) kombinovat s poruchou řeči či s mentálním postižením. Je však třeba zdůraznit, že jejich porucha hybnosti není úměrná mentální poruše, což znamená, že i těžce ochrnuté osoby s DMO mohou mít normální, ba dokonce nadprůměrnou inteligenci.

Hlubší pozornost by měli zdravotníci věnovat osobám s autismem, se kterými může být komunikace obtížnější, což je způsobeno tím, že je postižená řeč a to tak, že je chudá, s častým opakováním, anebo úplně nevyvinutá. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 270-271)

2 ETIKA

Etika popisuje a hodnotí lidské jednání z hlediska morálky. Je to nauka o morálce. Úkolem etiky je nalézat pro člověka platná kritéria, dle kterých bude moci spolehlivě odlišit dobré od zlého a mravné od nemravného. Základním nástrojem pro práci s etickými pravidly a kodexy je lidské svědomí.

Každý zdravotník by měl dobře znát a využívat základní principy medicínské etiky, kterými jsou benefice, non-maleficence, princip spravedlnosti a autonomie. Benefice čili dobročinnost, která zdravotníkovi říká, že zdraví pacienta je nejvyšším zákonem. Druhý princip je založen na povinnosti zdravotníka neuškodit druhému. Spravedlnost je třetím základním principem a v praxi to znamená, že zdravotník poskytne léčbu a ošetrovatelskou péči všem bez ohledu na věk, příslušnost či společenské postavení. Významným principem je autonomie, tedy jakási svébytnost, která umožňuje pochopit, rozlišit a zvážit rozličné alternativy. (Marková, 2008, s. 9-10)

2.1 Etické kodexy

Kodex poskytuje základní rámec, podle něhož by se měla činit vlastní etická rozhodování. Základní filozofické hodnoty, nařízení a předpoklady v něm obsažené lze lehce přizpůsobit vzniklým situacím při praktickém poskytování péče. (Kutnohorská, 2007, s. 40)

2.1.1 Nejstarší kodexy

Mezi nejstarší etické kodexy patří Desatero (Dekalog), a to bez ohledu na osobní víru zdravotníka. Tento kodex, zásadně ovlivnil, a do určité míry stále ovlivňuje, sociokulturní prostředí v celé Evropě. Prvním velkým etickým kodexem je Hippokratova přísaha. (Marková, 2008, s. 10-11)

2.1.2 Profesní kodexy

Ošetrovatelské etické kodexy nám doporučují základní principy jednání ošetrovatelského personálu s pacientem a také s jeho rodinou, komunitou i širokou veřejností. Tyto kodexy dále určují jaké morální přesvědčení a hodnoty by zdravotníci měli uznávat, obzvláště ve své profesi.

Roku 1953 přijala Mezinárodní rada sester (ICN) Etický kodex mezinárodní rady sester, který vymezil základní etická pravidla pro zdravotní sestry na celém světě.

V ČR byl etický kodex ICN přijat Českou asociací sester (ČAS) v březnu roku 2003. O rok později vyšel ve Věstníku MZČR Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. (Marková, 2008, s. 11)

Zvýšit úroveň péče poskytované ženám a rodinám po celém světě se rozhodla Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) v roce 1991, kdy vznikla konečná verze textu Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek jako konsenzus Výkonného výboru v Madridu, definitivně byl tento text přijat Radou ICM ve Vancouveru v Britské Kolumbii 6. května 1993. (Kutnohorská, 2007, s. 114-116)

2.2 Lidská práva

Lidská práva byla poprvé ukotvena v nezávazném dokumentu s názvem Všeobecná deklarace lidských práv, který vyhlásilo v roce 1948 OSN. I přesto, že nejde o mezinárodní smlouvu (jedná se o právně nezávazný dokument), je uznávána na celém světě. Den vyhlášení dokumentu se každoročně slaví 10. prosince jako Den lidských práv. (Marková, 2008, s. 11)

Zdravotníkům stanovuje povinnost chránit lidská práva pacientů již zmiňovaný Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN). Každý zdravotník má chránit a respektovat lidská práva a to zejména lidskou důstojnost. Při poskytování ošetrovatelské péče by se měli zdravotníci zaměřit na respektování intimity pacienta, jeho práva na ochranu soukromí a na jeho právo na informace. Všichni zdravotníci musí dodržovat mlčenlivost. Zdravotníci, ale nejen oni, musí pamatovat na fakt, že lidská práva jsou nezadatelná, nezničitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 242)

2.3 Důstojnost člověka

Důstojnost je složitě popsatelná entita, která se dá přirovnat k pojmům podstata věci a jsoucno, nebo spojit s pojmy jako je úcta, autonomie či ovládnutí. Zdravotníci by měli poskytovat péči v souladu s postupy k zachování a posílení lidské důstojnosti, k čemuž potřebují nejdříve pochopit, co to důstojnost vlastně je. Pro ilustraci tohoto pojmu je snazší zamyslet se nad opakem, tedy nedůstojností či nedůstojným chování lékařů či ošetrovatelského personálu vůči pacientovi, kterého se dopouští často během běžné hygienické péče, kdy sestry nechávají pacienta zbytečně odhaleného, kdy porodní asistentky vyšetřují pacientky příliš hrubě, či kdy lékař neinformuje dostatečně pacienta. (Marková, 2008, s. 12)

2.4 Práva pacientů

Práva pacientů byla formulována 25. února 1992 centrální etickou komisí MZČR a měla by být v tištěné formě k dispozici pacientům ve všech ambulancích, na odděleních a na každém pokoji.

Specifické etické kodexy o právech pacientů jsou vypracovány pro zvláštní skupiny klientů jakými jsou tělesně postižení, duševně nemocní, těhotné ženy s nenarozenými dětmi, děti hospitalizované v nemocnici a umírající lidé. (Marková, 2008, s. 12)

2.5 Etika a komunikace při ošetrovatelské péči

Střední ošetrovatelský personál (sestry, porodní asistentky) reprezentují nejpočetnější profesní skupinu ve zdravotnictví, ale také v sociální péči. Zástupkyně a zástupci těchto profesí stojí těsně po boku lékařům, pacientům a jejich blízkým, z tohoto důležitého postavení vyplývá mimořádnost a současně složitost jejich role, a to zejména v etických otázkách a při komunikaci. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 239)

2.5.1 Definice ošetrovatelství

Analytický proces do ošetrovatelství zavedla Virginie Avenel Hendersonová a ošetrovatelství definovala takto: *„Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“* Tímto svým modelem zapříčinila změnu ve vzdělávání sester, tj. samostatnou práci sester, což v důsledku způsobilo zásadní posun od pasivního ošetrovatelství k aktivnímu. (Kutnohorská, 2010, s. 132)

Koncepce ošetrovatelství byla popsána v roce 1998 a o šest let později byla aktualizována do současné podoby. Věstník MZČR definoval ošetrovatelství takto: *„Je to samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka a péči o jeho zdraví.“* Ošetrovatelský personál se také významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci klientů a potencionálních pacientů. Charakteristickými rysy tohoto oboru je poskytnutí ošetrovatelské péče, a to buďto aktivní formou či individuálně, péče musí být prováděna na základě vědeckých poznatků, které jsou podloženy klinickým výzkumem, dále se musí

přistupovat k pacientovi holisticky a v neposlední řadě by péče měla mít preventivní charakter. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 239)

2.6 Empatie, její význam a formy

Empatie se obvykle převádí jako „vcit'ování se“ nebo „vžívání se“ do někoho či něčeho. Empatie se využívá hlavně jako prostředku při napravování poruch chování a to v psychoterapii a v psychologickém poradenství, ale nesporně patří také k praxi porodní asistence. Schopnost empatie napomáhá vnímat každou klientku individuálně bez nadměrného zevšeobecňování jejího případu.

Alfred Adler, rakouský lékař a psycholog, popsal empatii ve 30. letech 20. století stručným ale výstižným citátem: „*Empatizovat znamená vidět očima druhého člověka, slyšet ušima druhého člověka a cítit jeho srdcem.*“

V současné době je empatie interdisciplinárně zkoumaným fenoménem, zkoumají ji vědy o člověku jako je neurofyziologie, sociologie, pedagogika a samozřejmě ošetrovatelství.

Empatie se však často nesprávně zaměňuje za duševní projevy jako sympatie, soucit, lítost, emocionální nákaza či emocionální chování. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 71)

2.6.1 Empatické chování ve zdravotnictví

Základním předpokladem pro empatické chování je navození hlubokých emocionálních vztahů mezi pacientem a zdravotníkem, což v praxi znamená proces vyžadující čas a speciální edukaci, jisté osobnostní předpoklady a dovednost cílevědomého soustředění se na druhého. Takovýto proces je ve zdravotnickém zařízení, vzhledem ke specifčnosti činností a k pracovní zátěži, těžko realizovatelný. Výše definovaný termín empatie vylučuje jeho používání v ambulantních zdravotnických zařízeních, a to z důvodu pouhých epizodických kontaktů s pacienty.

V praxi mezi zdravotníky je výstižnější používat pojmy empatické chování a empatické jednání, protože empatii by měli vyjadřovat právě svými činnostmi, kterými jsou vnímání pacienta, přístup k němu, porozumění jeho potřebám a komunikace s ním. Empatický přístup zdravotníka k pacientovi mu může pomoci včas odhalit doprovodné nežádoucí duševní stavy, které často komplikují proces uzdravování.

Takzvaná nenásilná komunikace je jakousi modifikovanou podobou empatie, kdy hlavní zásadou je soustředit se na pacienta a jeho subjektivní prožívání v reálných aktuálních situ-

acích. Metodika nenásilné komunikace se provádí ve čtyřech krocích. První z kroků je pozorování, kdy z řeči těla poznáme aktuální duševní stav pacienta. Navážeme druhým krokem, kterým je uvědomění si pacientových aktuálních pocitů. V třetím kroku zjistíme, co bychom sami potřebovali, kdybychom se cítili jako náš pacient. Nakonec si zformulujeme uspokojení potřeby, to znamená, že si řekneme co si přejeme od pacienta a naopak co pro něj můžeme udělat my, abychom uspokojili jeho potřebu.

Profesionální empatie znamená jakousi ochranu vlastního zdraví zdravotnického personálu, nevylučuje však porozumění pocitům druhých, přistupování k druhému bez předsudků ani sdělovat druhým lidem své porozumění, poskytnou pomoc, pokud je to možné a uspokojit uspokojitelnou potřebu.

Empatické chování je neuskutečnitelné bez emocionálního projevu takzvané citové spoluúčasti, která je individuální záležitostí a její přítomnost či naopak absenci lze vidět na první pohled. Citová účast se uskutečňuje prostřednictvím verbální komunikace, její přesvědčivost však závisí na neverbální komunikaci, na tom co vidí pacient ve zdravotníkově mimice, jeho očích, v gestech či ve zbarvení a síle hlasu. Empatii vnímáme smysly, zdraví lidé především zrakem a sluchem, méně hmatem, u lidí se smyslovým postižením se však toto vnímání mění dle typu jejich postižení. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 72-74)

2.6.2 Empatie je „vidět a slyšet“

Některé mimické svaly neovládáme vůlí, pracují pouze na základě citových prožitků, proto se každá emoce v mimice projeví. Mimicky projevované emoce mohou mít odlišnou sílu, od jemných, sotva znatelných změn, až po výrazné či dramaticky extrémní projevy - typickým příkladem je šířka úsměvu. Můžeme se pokusit nasadit nepravdivou tvář, tedy se přetvařovat, ale malé mimické vrásky kolem očí a rtů mohou pacientovi odhalit, zda úsměv je upřímný, či hraný. Také úsměv bez jiskry v oku není přirozený a je pouhým šklebem. Na tyto skutečnosti je vždy potřeba myslet při komunikaci s pacienty, protože oni většinou pečlivě a vnímavě pozorují i zdánlivé detaily.

Při verbální komunikaci s pacientem je samotným komunikačním kanálem hlas, jeho zbarvení, intonace, přízvuk, rychlost řeči, pauzy, zámlky, melodie a intenzita. Hlas ukáže jakoukoli emoci bez ohledu na slovní sdělení. Doprovodným kanálem při této komunikaci jsou pohyby rukou včetně gest, přičemž intenzita gestikulace kopíruje citovou účast. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 75)

3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

S osobami, které mají dlouhodobé či trvalé zdravotní postižení, se setkává během své klinické praxe každý zdravotník, avšak ne každý ví jak správně komunikovat s těmito osobami.

3.1 Pojem „osoba se zdravotním postižením“

Pokud hovoříme o dlouhodobém či trvalém zdravotním postižení, jde o takové zhoršení zdravotního stavu, které způsobuje, že uplatnění člověka v běžném životě i při pracovních příležitostech je do menší či větší míry omezeno. Může se jednat o postižení vrozené či způsobené úrazem nebo nemocí. Postižené osoby dlouhodobou nemocí (např. dialyzovaní pacienti se selhávajícími ledvinami) jsou nemocnými a vyžadují dlouhodobou léčbu, naproti nim lidé s trvalým postižením (nevidomí) nevyžadují léčbu, a proto není třeba je chápat jako nemocné. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 261)

3.1.1 Používání korektní terminologie

Používání správné terminologie je v komunikaci s OZP velmi důležité. V dnešní době je již zcela nepřipustné používání dříve běžných výrazů jako mrzák, invalida nebo tělesně vadný, v anglickém jazyce k těmto nepřijatelným výrazům patří „crippled“.

Nevhodné je také používání výrazu „handicapovaný“, protože pojem handicap doslova znamená znevýhodnění, za což nemůže postižená osoba nýbrž společnost, která pro OZP nevytváří vhodné podmínky, mezi které patří bezbariérové prostředí pro vozíčkáře nebo přístupnost speciálních počítačů pro nevidomé.

Používání korektních pojmů vyplývá z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, kde se uplatňuje zásada, že každý je v první řadě člověk s řadou vlastností, mezi které může patřit i zdravotní postižení. Ze základní zásady „person first“ se tedy odvíjí „person with disability“ do češtiny označení překládáme jako osoba se zdravotním postižením (OZP).

Mezi hlavní skupiny OZP patří osoby s tělesným postižením (nejčastěji pohybového aparátu), osoby se smyslovým postižením (zraku či sluchu), osoby s vnitřním postižením (jindy zvané jako „civilizační choroby“), osoby s mentálním postižením, osoby s těžkou poruchou řeči, psychiatricky nemocní pacienti (psychotici a osoby s demencí). Pochopitelně se situace konkrétních osob odlišuje nejen typem postižení, ale i stupněm (závažností),

věkem a osobnostními charakteristikami, které postiženému pomáhají překonávat překážky, spojené s jeho omezením. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 261)

3.2 Mezinárodní organizace a dokumenty

OZP tvoří v ČR, v Evropské unii i celosvětově podstatnou část obyvatelstva (uvádí se, že asi 10%). Tato početná skupina lidí usiluje o to, aby se jejich společenské příležitosti co nejvíce vyrovnávaly příležitostem zdravých osob, což v zásadě odpovídá dodržování lidských práv. Již řadu desetiletí se OZP, odborníci pečující o ně a dobrovolníci snaží podporovat akce na podporu těchto principů, Organizace spojených národů i další organizace vydaly již řadu mezinárodně platných dokumentů.

Na Valném shromáždění OSN v roce 1971 byla schválena Deklarace práv mentálně postižených osob, která jim přiznává stejná práva jako ostatním občanům včetně práva pracovat. V roce 1975 přijala OSN Deklaraci práv zdravotně postižených osob.

Mezinárodním rokem osob se zdravotním postižením vyhlásila OSN rok 1981, avšak během pouhého jednoho roku nebylo možné splnit všechny cíle tohoto projektu, na tento rok navázala Dekáda osob se zdravotním postižením konaná v letech 1983 až 1992, která byla vázána dokumentem „Charta na 80. léta“, tento dokument podepsala i československá vláda.

Evropské společenství přijalo v roce 1986 doporučení týkající se podpory zaměstnávání zdravotně postižených.

Zákaz diskriminace zdravotně postižených zdůraznila Vídeňská deklarace z roku 1993 a zároveň vyzvala k odstranění všech bariér, které tyto osoby omezují ve společenském životě.

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením bylo schváleno na Valném shromáždění OSN v roce 1993, bylo však jen doporučením, a proto na něj v roce 1996 navázala Úmluva o právech osob ze zdravotním postižením, přijatá také Valným shromážděním OSN, a to v prosinci již zmíněného roku 1993. Tato úmluva má v zemích, které ji podepsaly a následně ratifikovaly, sílu zákona, v ČR k tomuto došlo v roce 2009.

Rok 2003 byl Evropským rokem OZP. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 264)

3.3 Organizace osob se zdravotním postižením

Každý občan, žijící v demokratické společnosti, má právo zakládat organizace, či se v nich sdružovat. V ČR proto vznikaly organizace s programem pomáhat OZP až po roce 1989, před tímto rokem u nás existoval pouze Svaz invalidů. V současné době je u nás velké množství takovýchto nevládních neziskových organizací, nejčastěji se jedná o občanská sdružení, které jsou svým programem zaměřeny na konkrétní typ postižení, nebo jsou omezeny působením pouze v určitém regionu.

V ČR vznikla v roce 2000 Národní rada osob se zdravotním postižením (www.nrzp.cz), jejíž materiály mohou být důležitým zdrojem informací pro zdravotníky. Tato nevládní organizace úzce spolupracuje s Vládním výborem pro zdravotně postižené občany, který působí od roku 1992 a pravidelně schvaluje plány s konkrétními úkoly v péči o OZP a vyčleňuje na jejich uskutečnění finanční prostředky. Jedním z konkrétních úkolů je například podpora vzniku informačních materiálů a rozvoj vzdělávání o problematice OZP pro zdravotníky.

Dílčí organizace zastřešují a hájí společné zájmy vyšší struktury, mezi které patří například celosvětová Mezinárodní organizace OZP (Disabled People International) nebo European Disability Forum působící na území Evropské unie. (Ptáček, Bartůněk, s. 265-266)

3.4 Socializace

Určujícími vlivy socializačního procesu jsou tři faktory a to postižený jedinec, společnost a podpůrné programy a stimulační impulsy směřované přímo k jedinci.

Nástrojem i cílem socializace může být vytváření rovných příležitostí, a to prostřednictvím komunikace, porozumění, akceptování identity, hodnot, kultury a postojů mezi majoritní skupinou (většinovou společností) a minoritními sociálními skupinami, do kterých patří kromě etnicky odlišných skupin také staří a zdravotně či společensky postižení jedinci. (Novosad, 1997, s. 11)

3.5 Integrace

Při setkání různých hodnotových postojů v odlišných oblastech existence společnosti, nastává praktický jev, zvaný integrace, který umožňuje, pomocí podávání a přijímání pravdivých informací a následné komunikaci, soužití minorit a majorit. Poctivá komunikace vede

k adaptaci jednotlivých skupin a jejich následná kooperace umožní jejich soužití v různosti a jedinečnosti. (Podešva, 2007, s. 6)

3.5.1 Socializace jedinců zdravotně postižených a sociální integrace

Sociální integrace je proces rovnoprávného začleňování OZP do života společnosti, výchovně vzdělávacího i pracovního procesu. Socializace OZP se odvíjí od mnoha subjektivních předpokladů a objektivních aspektů, ale i od individuálnosti jednotlivce. Pro plné začlenění a splynutí OZP se společností, se předpokládá samostatnost a nezávislost jedince. Aby se OZP mohl stát rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění i společenského života, musí být plně vyrovnaný s důsledky svého zdravotního postižení a musí je dokázat adekvátně kompenzovat. (Podešva, 2007, s. 11)

3.6 Kvalita života

V medicíně a ve zdravotnictví zkoumáme kvalitu života v závislosti na psychosomatickém a fyzickém zdraví. Kvalita života se dá také vyjádřit jako subjektivní pocit životní pohody, přičemž je tento pocit asociován s nemocí a její léčbou. V praxi to znamená, že se zkoumá úspěšnost léčby nejen na podkladě klinických ukazatelů, ale také pomocí údajů o tělesném a duševním stavu pacienta, tyto údaje shromažďujeme jak objektivní, tak subjektivní. (Marková, 2008, s. 16)

4 SPECIFIKA MATEŘSTVÍ TĚLESNĚ POSTIŽENÉ ŽENY

Problematika sexuality, partnerských vztahů a rodičovství je pro OZP stejně tak důležitá nebo často ještě důležitější než pro osoby bez postižení, a to proto, že mají omezeny možnosti uplatnění se v jiných oblastech společenského života. Z postižení těchto osob vyplývá řada překážek, ať již fyzické omezení způsobené genetickou poruchou, nebo menší příležitost najít si partnera. I při samotném pohlavním styku se mohou vyskytnout komplikace.

4.1 Sexualita a partnerství

Důležitý je pro OZP pevný partnerský vztah, který zahrnuje kromě citového pouta také připravenost partnera k pomoci, a to často i v těch nejintimnějších situacích. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 268-269)

Projevy sexuálního chování jsou pro člověka důležité a otázky „normálnosti“ či „nenormálnosti“ nejsou na místě. Harmonické rozvíjení funkcí sexu, kterými jsou reprodukční, rekreačně-relaxační a sociálně-komunikační, se rozvíjí zároveň s osobností. (Novosad, 1997, s. 46-47)

Rozdílné sexuální prožitky mohou při nedostatečné komunikaci vést k nedorozuměním, zklamáním, pocitům křivd a až ke zlosti. (Ratislavová, 2008, s. 21)

4.2 Rodina

Rozumné je zvážit, zda bude matka spolu s otcem, případně s dalšími příbuznými, schopna optimálně zajistit péči o novorozence. V dnešní době mohou matce pomoci v péči o malé dítě alternativní přístup a technické pomůcky. Vhodné jsou také konzultace postupu s ergoterapeutem či využití pomoci osobního asistenta, který je hrazen z příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách. V každém případě rady odborníků by měly mít spíše inspirační než autoritativní charakter. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 269)

OZP vytváří v zásadě dva typy partnerských vztahů, a to kdy jeden z partnerů je zdravý, anebo jsou oba zdravotně postižení. V prvním případě se musí zdravý partner naučit respektovat určitá omezení vyplývající z postižení druhého z partnerů. Musí se naučit u partnera objevovat, vnímat a rozvíjet schopnosti a vlastnosti, které jej dělají jedinečným a přitažlivým. Na obou partnerech je, aby jejich vztah byl harmonický, toho však nemohou dosáhnout, pokud budou žít v sociální izolaci a ponoření jen do svých zdravotních a existenčních problémů. (Novosad, 1997, s. 47)

4.3 Těhotenství a prenatální péče

Těhotenství lze označit jako krizi v životě každé ženy, která se připravuje na roli matky. Těhotenství typologicky patří mezi přechodové (nebo také tranzitorní) krize. Tento typ krize pramení ze situací, které je možné anticipovat (váží se obvykle k přechodu z jedné fáze do druhé, např. v rámci rodinného cyklu nebo v rámci života daného jedince). Jedinec (v tomto případě tedy těhotná) může očekávat, že tyto situace nastanou, může se na ně jistým způsobem připravovat a mít nad nimi určitou kontrolu. Vyžadují však změnu a novou adaptaci. Kromě narození dítěte patří do této typologie také sňatek, stěhování, odchod do důchodu či změna zaměstnání. V tabulce náročných životních situací, které mohou zapříčinit vznik krize se těhotenství nachází na 12. místě, za ním je např. úmrtí blízkého přítele či nesoulad v manželství. (Špatenková, 2004, s. 29)

Těhotenství je také velmi významnou proměnou v životě ženy. Ke změnám dochází v oblasti somatické, fyziologické, ale i duševní a společenské. Vývoj duševních změn a reakcí je ovlivněn zralostí osobnosti ženy, jejím věkem a postojem k těhotenství. Sociální a ekonomické zázemí společně s momentálním životním prostředím podmiňují připravenost ženy na novou roli matky. Těhotná žena mění staré typy chování, reorganizuje a doplňuje nové modely chování. Proces, kdy žena začleňuje vlastní já do nové role matky, se nazývá vývoj mateřské identity. Těhotná žena může pociťovat zmatek, úzkost či nostalgii po starém životě.

V těhotenství se změní tělo ženy. Zvyšuje se tělesná hmotnost, mění se tvar těla, zvyšuje se pigmentace, vytváří se strie a dochází k napjatosti prsou. Zranitelnější jsou v tomto směru ty ženy, které byly se svým tělem nespokojené již před těhotenstvím. Na konci těhotenství se ženy začínají obávat ztráty své atraktivity či možnosti poškození svého těla. (Ratislavová, 2008, s. 16-17)

Matky s TP mají obecně větší předpoklad komplikací (vyšší možnost VVV). Těhotenství se dělí dle vývoje plodu a zdravotního stavu matky na fyziologickou, rizikovou a patologickou graviditu. Mezi riziková těhotenství se řadí ty, kde je předpoklad, že se dítě nenarodí zcela zdravé (například z genetického zatížení matky). Těhotenství, kdy je matka či plod vážně nemocný (DM, GDM, plicní onemocnění, VVV, negativní Rh faktor matky) se označuje jako patologické. V takových případech jsou ženy sledovány v poradně OPT či hospitalizovány na oddělení pro riziková těhotenství. Před návštěvou specializované poradny je však vždy doporučeno poradit se s ošetřujícím gynekologem, zda je návštěva

poradny pro riziková a patologická těhotenství nutná, protože některým matkám i přes jejich TP nemusí hrozit žádný problém a gravidita může probíhat zcela fyziologicky.

TP ženy, stejně tak jako zdravé, musejí navštěvovat prenatální poradnu v určených intervalech, které slouží ke včasnému odhalení případného postižení plodu. (Machýčková, 2010, s. 40)

4.3.1 Prenatální psychologie

Prenatální psychologie se zabývá širokými souvislostmi prenatálního života. A to jak ovlivňují emoce matky plod, celkové prožívání během těhotenství a sociální vazby. Toto všechno působí na další vývoj plodu a následný život člověka. Prenatální stadium života představuje unikátní příležitost primární prevence duševních, emočních i fyzických problémů v pozdějším životě. (Ratislavová, 2008, s. 24)

4.4 Porod

Porod ženy s TP má svá specifika. TP žena, jakožto rodička, by měla volit porodnici nejen podle toho, kde se cítí nejlíp, ale také podle personálu a vybavení pracoviště. Zda porodnici dobře rozumí povaze jejího postižení, zda jsou schopni k ní zaujmout individuální přístup a sestavit spolu s ní porodní plán. Dalším faktorem je, zda je porodnice bezbariérová a zda má rodička možnost přítomnosti partnera po celou dobu porodu i po něm. V poporodním období je důležité, zda jsou pediatři ochotni ponechat dítě s matkou na pokoji, což znamená že i v případě TP ženy respektují takzvaný systém rooming-in.

U žen s TP není přirozený porod nemožný, za předpokladu již zmíněného individuálního přístupu a možnosti mít u sebe partnera (dulu, asistenta či jinou blízkou osobu). Přirozený porod však nemůže podstoupit TP žena, které v něm brání fyziologické překážky (například spasticita kyčlí, míšní léze apod.), kdy je nutné naplánovat císařský řez. Při řezu by měl být partner také přítomen, jeho úloha je totiž v dalším životním období velice důležitá. Bez podpory partnera se totiž TP žena neobejde a tak partnerův kontakt s dítětem bude intenzivnější než u jiných otců. Především partner TP ženy se bude starat o aktivitu dítěte a o jeho sportovní vyžití, protože tělesné postižení ženy jí neumožní věnovat se dítěti zcela tak jako u zdravé matky. (Machýčková, 2010, s. 42-43)

4.5 Šestinedělí a péče o novorozence

Narozením dítěte nastává období šestinedělí, které trvá šest týdnů. V tomto období mizí fyzické změny, které vyvolalo těhotenství a porod. Ženin organismus se vrací do stavu před otěhotněním. Dochází k involučním změnám na rodidlech a k progresivním změnám na mléčných žlázách s nástupem a rozvojem laktace.

Kojení dítěte je základní a první dovedností, kterou si matka ve vztahu k nově narozenému dítěti osvojuje. Kojení mateřským mlékem představuje nejpřirozenější ochranu před nemocemi, zajišťuje plnou výživu novorozence a do budoucna mu zvyšuje imunitu. Kromě těchto fyzických faktorů je kojení důležité i pro psychický vývoj jak dítěte tak matky.

Partner v tomto období bude muset pomoci, či dopomoci s koupáním, přebalováním či s případným dokrmováním dítěte. (Vladíková, 2007, s.52)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Cíle výzkumného šetření

5.1.1 Hlavní cíl

Zjistit úroveň komunikačních dovedností porodních asistentek.

5.1.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl č. 1: **Zjistit jaké mají porodní asistentky informace o komunikaci s klientkami.**

Dílčí cíl č. 2: **Zjistit jaké mají porodní asistentky informace o specifikách komunikace s tělesně postiženými klientkami.**

Dílčí cíl č. 3: **Zjistit jak komunikaci porodních asistentek vidí sama postižená matka.**

5.2 Metoda výzkumného šetření

Pro získání dat byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, technika anonymního dotazníku, který byl určen porodním asistentkám. Distribuce proběhla v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Dotazník měl 17 otázek s výčtem odpovědí, přičemž u 4 otázek byla možnost i vlastní odpovědi respondentky. Respondentky mohly volit více odpovědí současně.

Druhou částí výzkumu byl rozhovor s jednou respondentkou. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 20 otevřených otázek.

5.3 Respondenti

Cílovou skupinou byly porodní asistentky z gynekologicko-porodnické kliniky Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, které pracují v ambulancích, na porodním sále, na oddělení šestinedělí a rizikových těhotných a na gynekologickém oddělení. A také studentky 3. ročníku oboru porodní asistentka Ústavu zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Zatímco porodním asistentkám z praxe byly dotazníky distribuovány v tištěné formě (viz. Příloha I), studentky využívaly webového odkazu na elektronický dotazník (dostupný zde: <http://www.surveio.com/survey/d/U9C5Y6R2B1Q9M5H9B>).

Ve druhé části výzkumu byla respondentkou matka J. S. s dětskou mozkovou obrnou, se kterou byl proveden rozhovor.

5.4 Design výzkumu

Výzkumná část byla realizována na gynekologicko-porodnickém oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a mezi studentkami 3. ročníku oboru porodní asistentka na Ústavu zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Sběr dat probíhal v průběhu března a dubna 2015. Rozdáno bylo celkem 80 dotazníků. Navráceno bylo celkem 66, což činí návratnost 82%. Získaná data byla analyzována a jsou interpretována pomocí tabulek a grafů, které jsou doplněny komentáři.

Dále byl zpracován rozhovor s tělesně postiženou matkou. Žena byla předem seznámena s výzkumem, věděla jak bude rozhovor probíhat a byla informována, že veškerá data v rozhovoru jsou anonymní a budou sloužit výhradně ke zpracování praktické části bakalářské práce. Rozhovor byl pořízen na soukromé schůzce se ženou a byl zaznamenáván do podoby elektronického dokumentu, po skončení rozhovoru si žena celý rozhovor přečetla a poskytla laskavý souhlas s jeho použitím do bakalářské práce.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

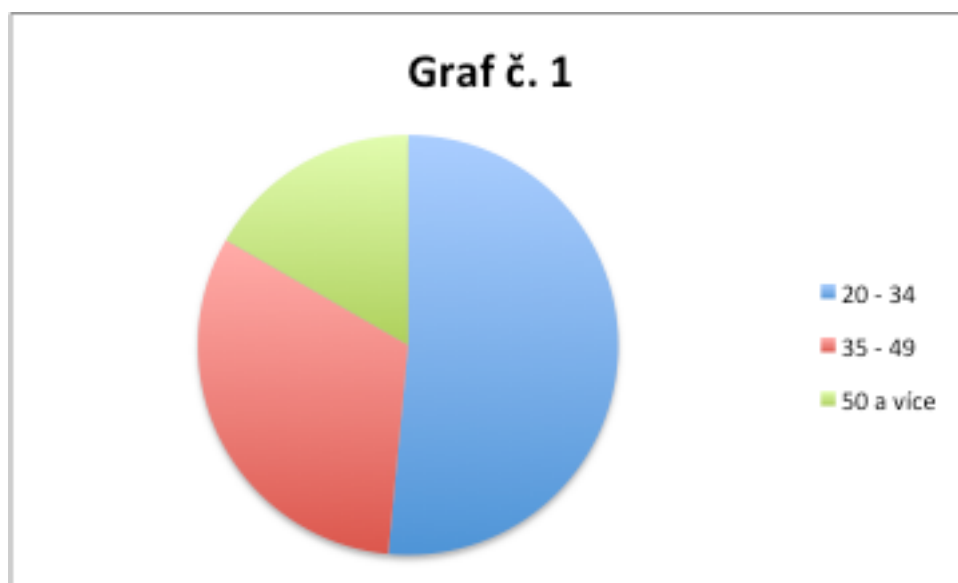
6.1 Vyhodnocení dotazníků

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Nejvíce respondentek (tedy 52%) bylo ve věku 20-34 let, z nichž 30% byly studentky a 22% byly porodní asistentky z praxe. Nejpočetnější skupinu porodních asistentek tedy tvoří s 32% ženy ve věku od 35 do 49 let. Porodních asistentek nad 50 let se výzkumu zúčastnilo 17%.

Tabulka 1 – Věk respondentky

Věk	Počet respondentek	Vyjádření v %
20 - 34	34	52
35 - 49	21	32
50 a více	11	17
celkem	66	100



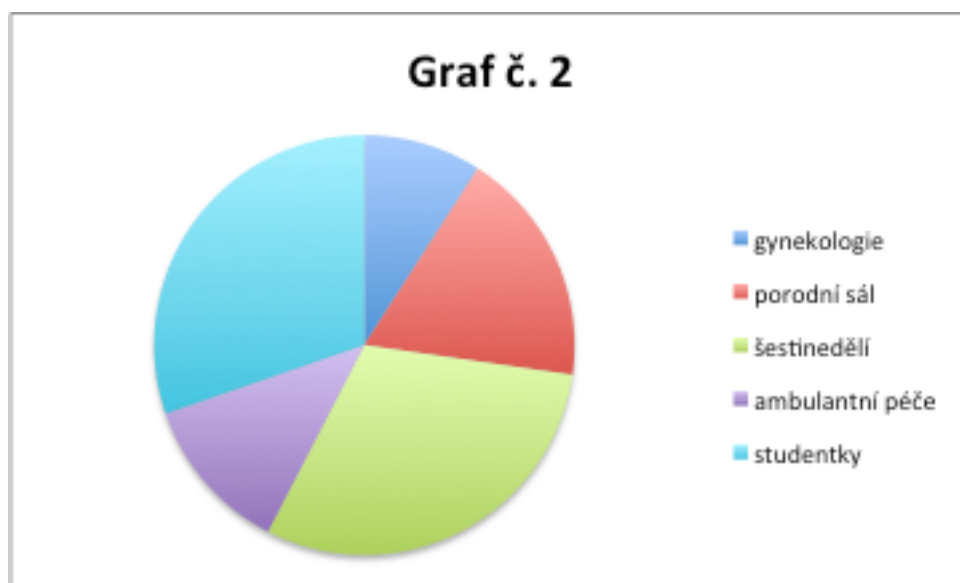
Graf 1 – Věk respondentky

Otázka č. 2: *Na kterém oddělení v současnosti pracujete?*

Nejpočetnějšími skupinami se staly porodní asistentky z oddělení šestinedělí a studentky se shodnými 30%. Dále se na výzkumu podílely porodní asistentky z porodního sálu a to 18%, porodní asistentky z ambulancí 12% a nejméně respondentek bylo z gynekologického oddělení 9%.

Tabulka 2 – Oddělení, kde respondentky pracují a studentky

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
gynekologie	6	9
porodní sál	12	18
šestinedělí	20	30
ambulantní péče	8	12
studentky	20	30
celkem	66	100



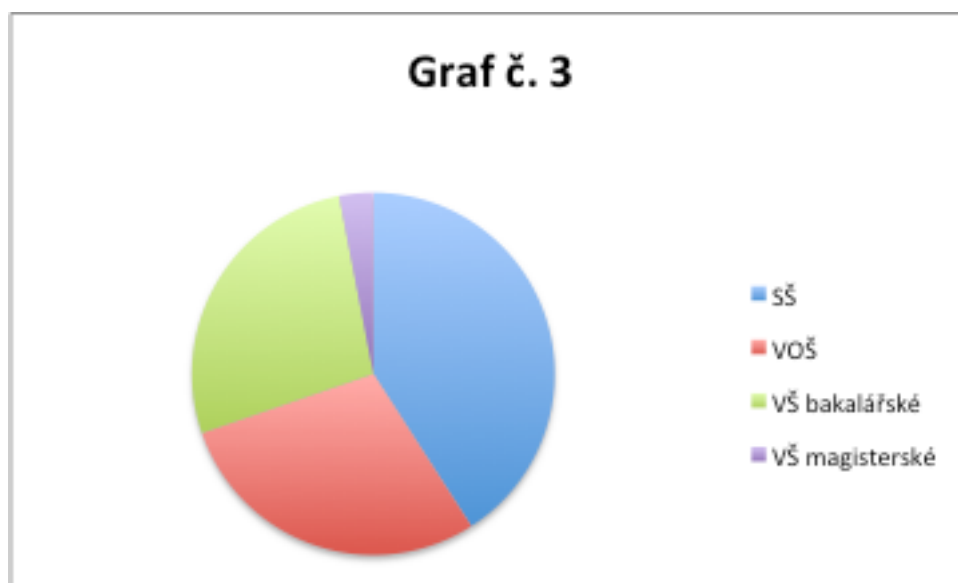
Graf 2 – Oddělení, kde respondentky pracují a studentky

Otázka č. 3: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

Středoškolské vzdělání uvedlo 41% respondentek, z nichž ovšem opět 30% byly studentky, které se však již brzy budou moci řadit mezi vysokoškolačky-bakalářky, kterých bylo 27%. Porodních asistentek s vyšším odborným vzděláním se zúčastnilo 29% a vysokoškolaček s magisterským vzděláním byly 3%.

Tabulka 3 – Vzdělání respondentek

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
SŠ	27	41
VOŠ	19	29
VŠ bakalářské	18	27
VŠ magisterské	2	3
celkem	66	100

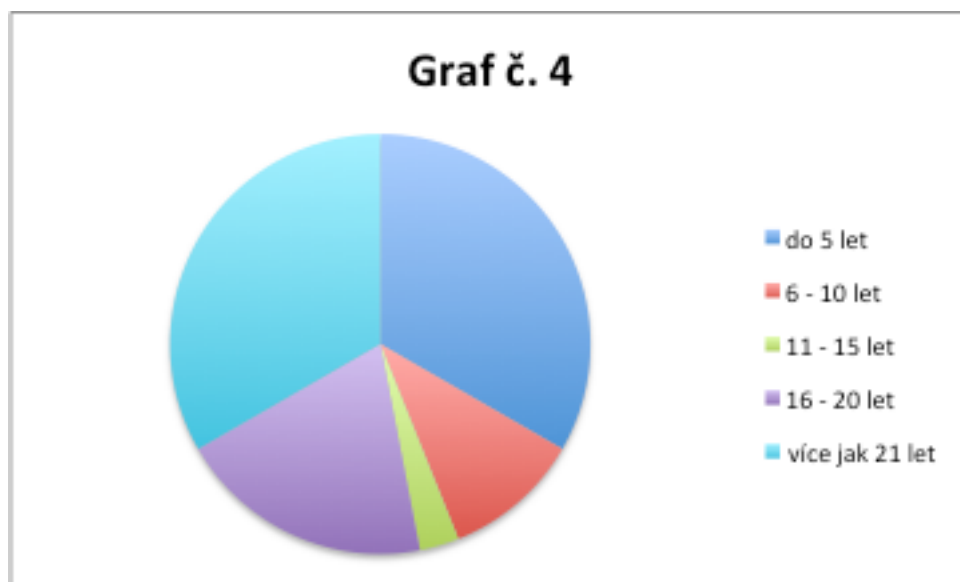
*Graf 3 – Vzdělání respondentek*

Otázka č. 4: Kolik máte let absolvované praxe?

Porodní asistentky s nejvíce lety praxe byly zastoupeny v 33%. Porodních asistentek s praxí 16-20 let byl 20%, s praxí 11-15 byly 3%, 6-10 let 11%. Do 5 let praxe mělo 33% asistentek, přičemž 30% tvořily studentky a 3% porodní asistentky z praxe.

Tabulka 4 - Praxe

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
do 5 let	22	33
6 - 10 let	7	11
11 - 15 let	2	3
16 - 20 let	13	20
více jak 21 let	22	33
celkem	66	100

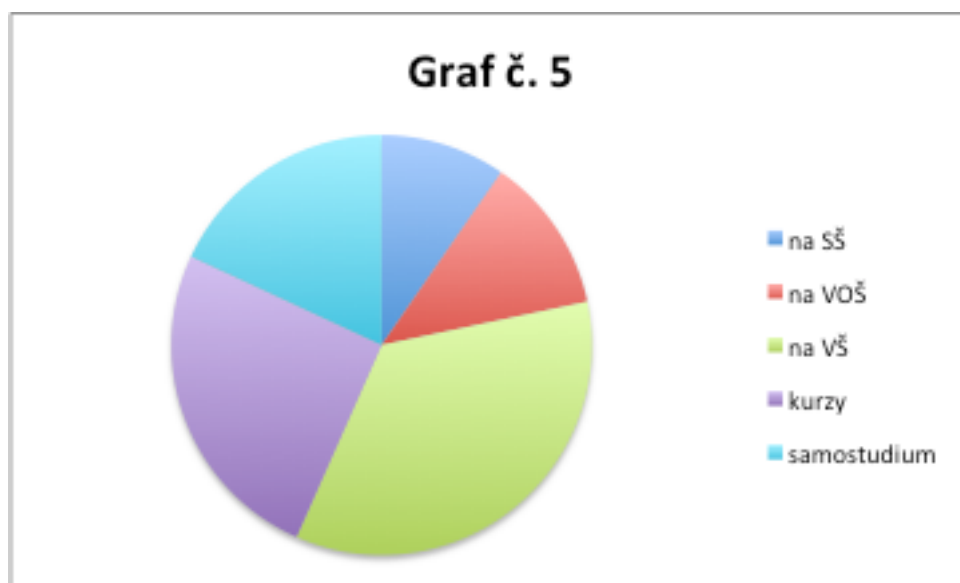
*Graf 4 – Praxe*

Otázka č. 5: *Při výuce PA se věnuje dostatečná pozornost komunikaci s klientkami během studia na které škole?*

35% respondentek se o komunikaci dozvědělo nejvíce na VŠ. 25% respondentek se domnívá, že nejvíce informací o této problematice se lze dozvědět v rámci kurzů celoživotního vzdělávání. Samostudiem se o toto téma zajímá 18% dotázaných. Na vyšší odborné škole se s výukou komunikace setkala 12%. A jen 10% si myslí, že na střední škole se dostává kvalitních informací o komunikaci.

Tabulka 5 - Výuka

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
na SŠ	8	10
na VOŠ	10	12
na VŠ	29	35
kurzy	21	25
samostudium	15	18
celkem	83	100



Graf 5 – Výuka

Otázka č. 6: *Pomáhá Vám při komunikaci i rodina (např. partner u porodu, během návštěv prenatální poradny, v průběhu hospitalizace)?*

Celé polovině respondentek pomáhá při komunikaci rodina klientky, 41% si tím není zcela jisto a pouze 9% dotázaných rodina klientky v komunikaci s ní nepomáhá.

Tabulka 6 - Pomoc rodiny

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
ano, pomáhá	33	50
ne, nepomáhá	6	9
těžko se to posuzuje	27	41
celkem	66	100



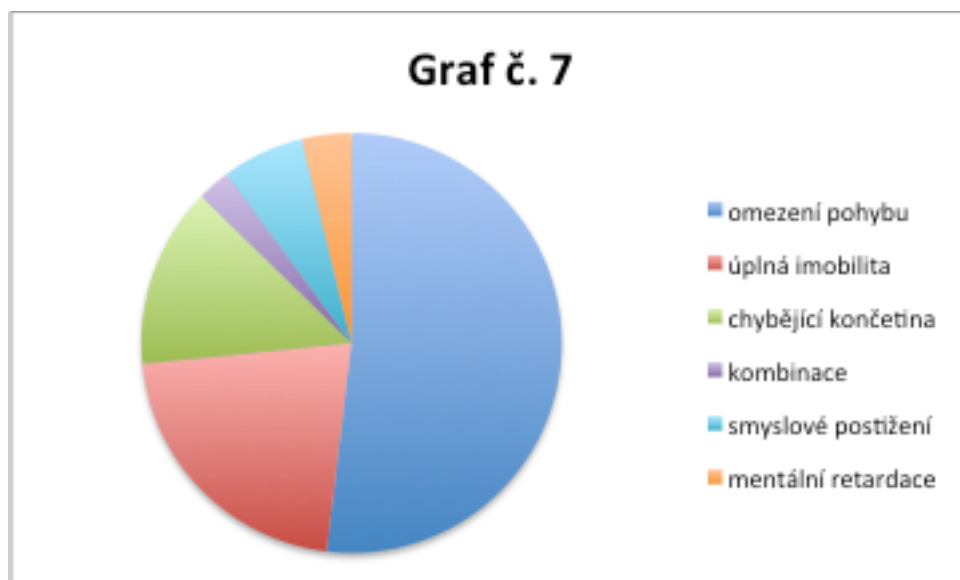
Graf 6 - Pomoc rodiny

Otázka č. 7: Co vnímáte jako tělesné postižení?

Pod pojmem tělesné postižení si 52% respondentek představí ženu s omezením pohybu, 22% zcela imobilní klientku, 14% vnímá chybějící končetinu jako tělesné postižení, 6% smyslové postižení, 4% mentální retardaci a 3% kombinace více postižení. Přičemž 20% respondentek zvolilo více odpovědí.

Tabulka 7 - Vnímání

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
omezení pohybu	41	52
úplná imobilita	17	22
chybějící končetina	11	14
kombinace	2	3
smyslové postižení	5	6
mentální retardace	3	4
celkem	79	100

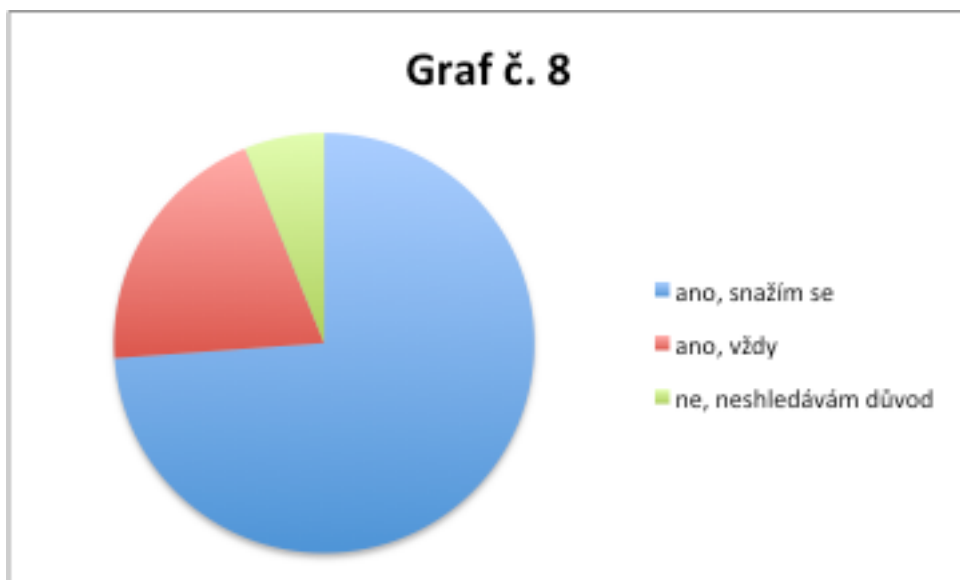
*Graf 7 – Vnímání*

Otázka č. 8: *Věnujete tělesně postižené pacientce více času než-li zdravé?*

74% porodních asistentek většinou věnuje tělesně postižené klientce více času než-li zdravé, 20% vždy. 6% respondentek k tomu neshledává důvod.

Tabulka 8 - Čas pro pacientku

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
ano, snažím se	49	74
ano, vždy	13	20
ne, neshledávám důvod	4	6
celkem	66	100

*Graf 8 - Čas pro pacientku*

Otázka č. 9: *Setkala jste se během své praxe již s ženou s nějakým tělesným postižením?*

S klientkou s tělesným postižením se již setkalo při své práci 74%. 26% se doposud s takovou klientkou nepotkalo (těchto 26% tvořily pouze studentky z čehož vyplývá, že porodní asistentky se v praxi s tělesně postiženými setkávají).

Tabulka 9 - Setkávání se

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
ano	49	74
ne	17	26
celkem	66	100

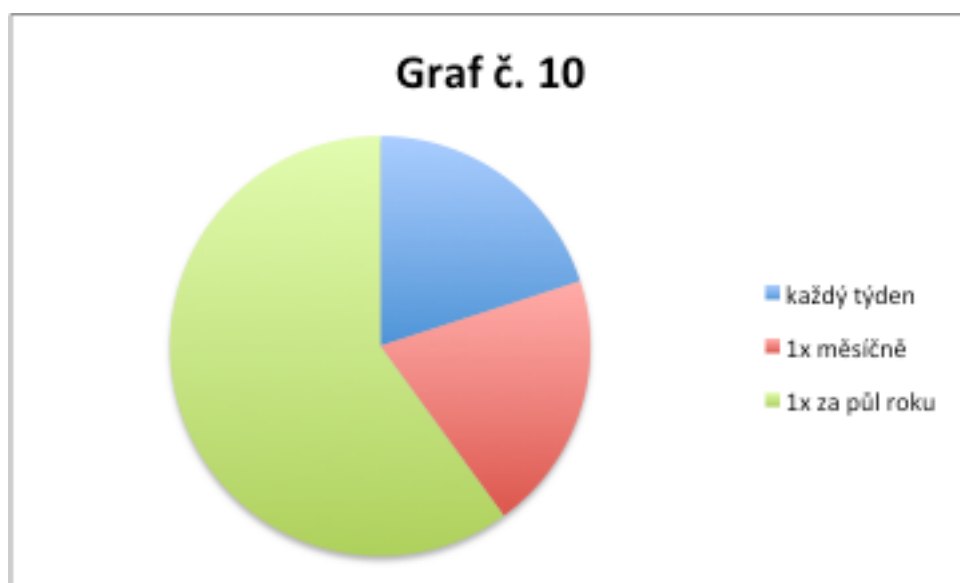


Graf 9 - Setkávání se

Na doplňující otázku *Jak často?* Odpovědělo 60%, že na pracovišti mají tělesně postiženou klientku obvykle 1x za půl roku, 20% se setkává s tělesně postiženými zhruba jednou měsíčně a 20% jednou týdně, přičemž takto odpověděly porodní asistentky z Ordinance patologického těhotenství. Na tuto doplňkovou otázku odpovědělo však pouze 37% respondentek, z toho se dá usuzovat, že zbylých 63% se setkává s tělesně postiženými klientkami sporadicky.

Tabulka 10 - Četnost

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
každý týden	5	20
1x měsíčně	5	20
1x za půl roku	15	60
celkem	25	100



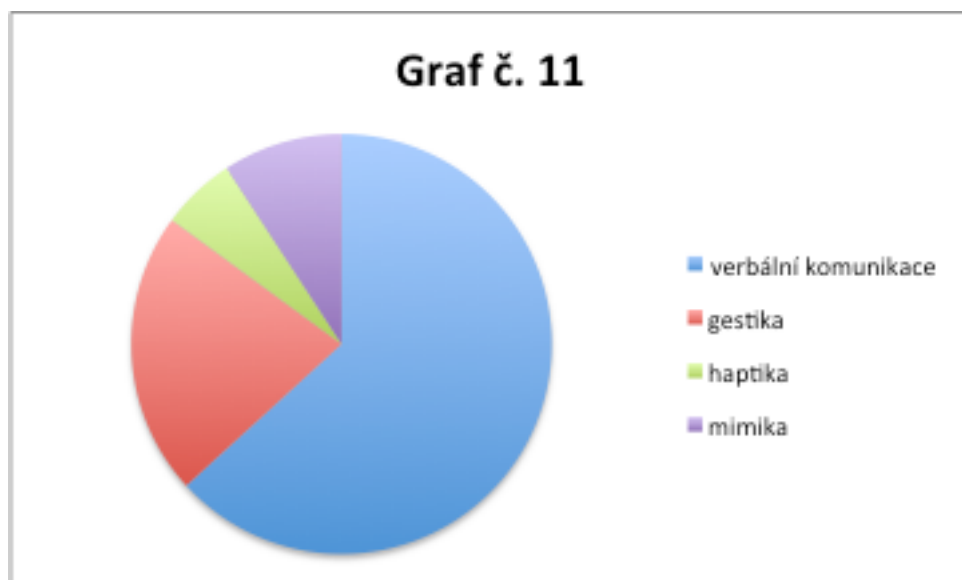
Graf 10 – Četnost

Otázka č. 10: *Co používáte ke komunikaci nejčastěji?*

Verbální komunikaci používá jako hlavní komunikační prostředek 63% respondentek, 22% využívá hojně gest, 9% využívá výrazu tváře a pouze 6% používá při komunikaci haptiku. 31% respondentek zaškrtnulo více odpovědí, protože používají více způsobů komunikace.

Tabulka 11 - Způsob komunikace

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
verbální komunikace	55	63
gestika	19	22
haptika	5	6
mimika	8	9
celkem	87	100

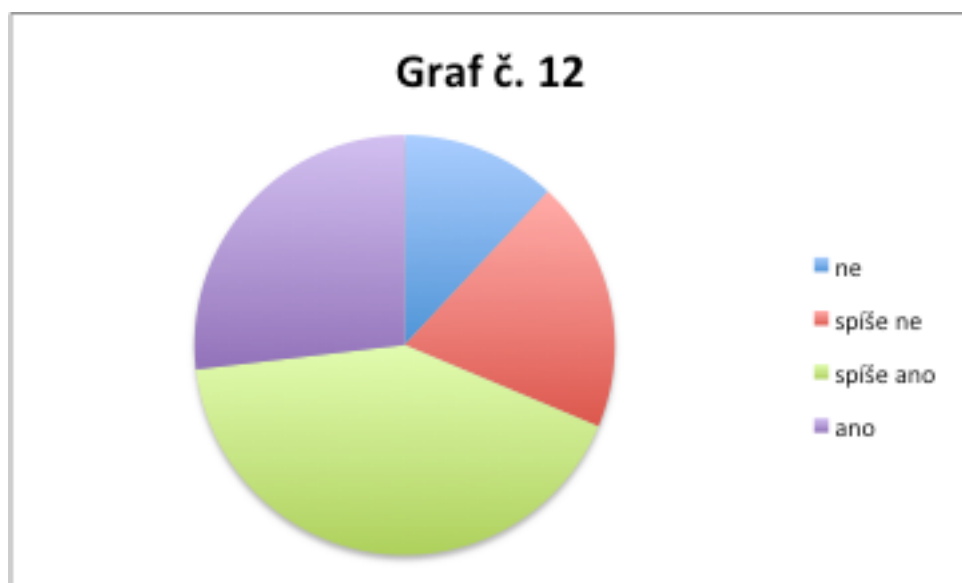
*Graf 11 - Způsob komunikace*

Otázka č. 11: *Myslíte si, že Vy sama přistupujete (či byste přistupovala) k tělesně postižené klientce stejně jako ke zdravé?*

42% respondentek se přiklání spíše k tomu, že k tělesně postižené přistupují stejně jako ke zdravé, 27% je si tím jisto. Naproti tomu 19% spíše nepřistupuje stejně a 12% přistupuje k tělesně postižené jinak než ke zdravé.

Tabulka 12 - Přístup

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
ne	8	12
spíše ne	13	19
spíše ano	27	42
ano	18	27
celkem	66	100



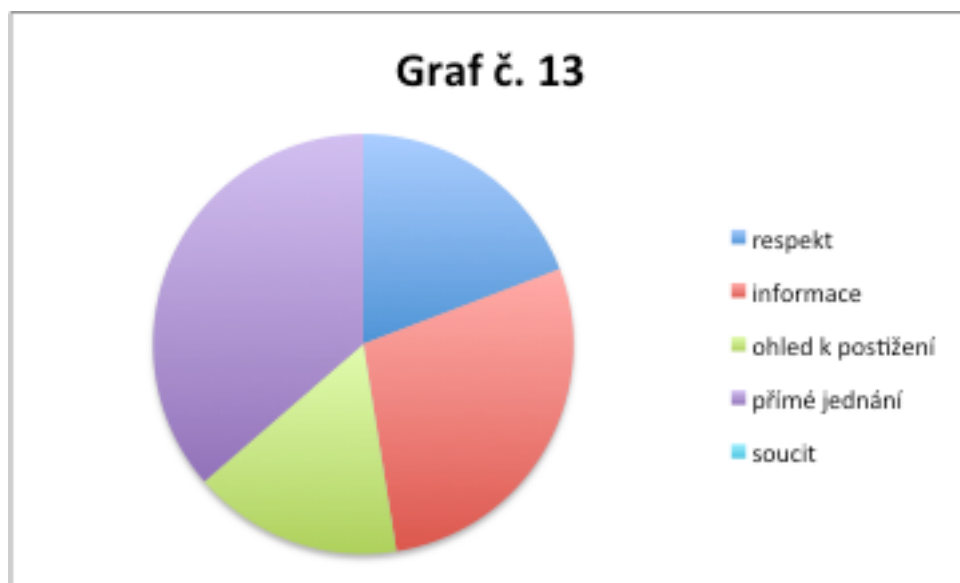
Graf 12 – Přístup

Otázka č. 12: *Co je podle Vás pro klientku s tělesným postižením při komunikaci podstatné?*

Přímé jednání je pro klientku podstatné podle 36% respondentek, podle 28% jsou to informace, dle 19% je to především respekt a 16% si myslí, že je pro klientku důležitý ohled k jejímu postižení. Žádná z dotázaných se nedomnívá, že bylo vyjádření soucitu při komunikaci pro klientku důležité. 50% zvolilo více odpovědí.

Tabulka 13 - Co je podstatné při komunikaci

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
respekt	19	19
informace	28	28
ohled k postižení	16	16
přímé jednání	36	36
soucit	0	0
celkem	99	100



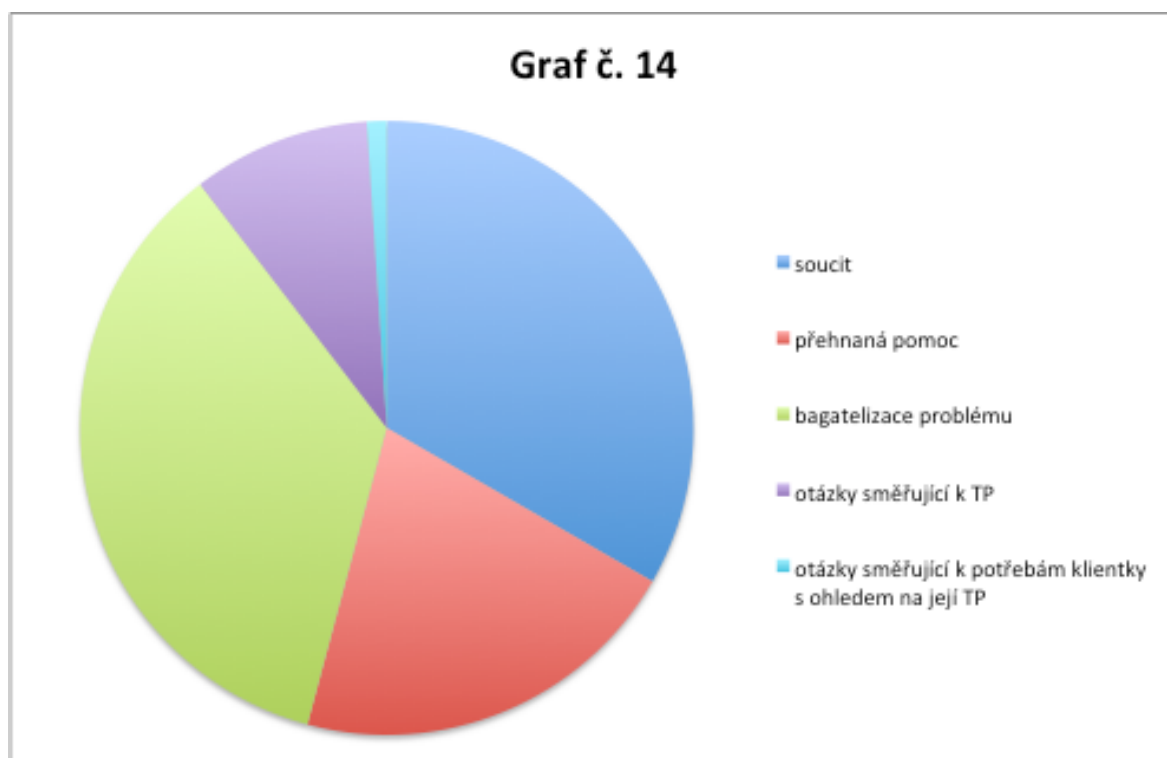
Graf 13 - Co je podstatné při komunikaci

Otázka č. 13: Čeho by se dle Vašeho názoru měla porodní asistentka při komunikaci s tělesně postiženou ženou vyvarovat?

Podle 35% respondentek by porodní asistentka neměla bagatelizovat klientčin problém, podle 33% by neměla vyjadřovat při komunikaci soucit, dle 21% dotázaných by neměla klientce přehnaně pomáhat či nabízet pomoc. 9% si myslí, že by se měla vyvarovat otázkám o tělesném postižení klientky. Pouze 1 se domnívá, že by se porodní asistentka neměla ptát na potřeby klientky s ohledem na její postižení. Více odpovědí zvolilo 45% respondentek.

Tabulka 14 - Čemu se při komunikaci vyvarovat

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
soucit	32	33
přehnaná pomoc	20	21
bagatelizace problému	34	35
otázky směřující k TP	9	9
otázky směřující k potřebám klientky s ohledem na její TP	1	1
celkem	96	100



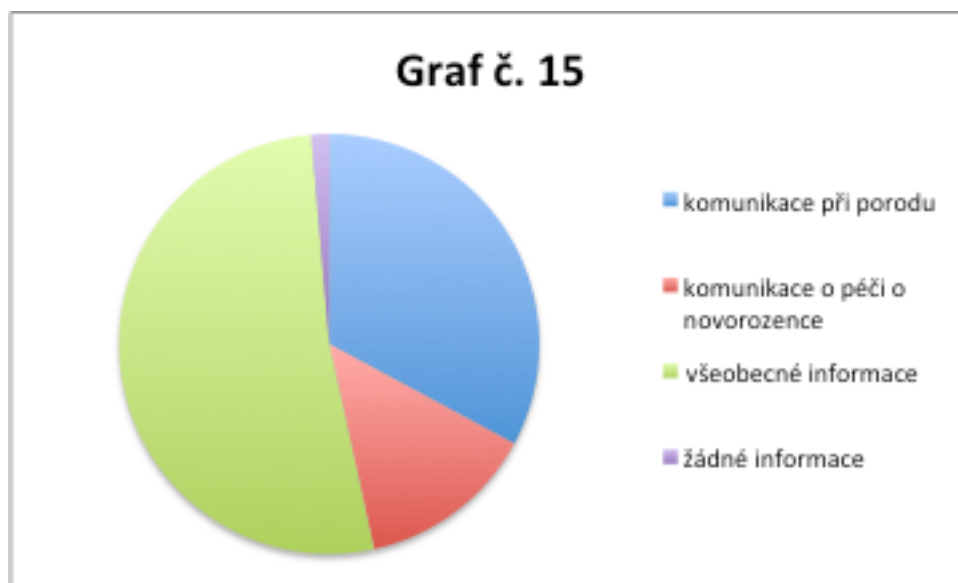
Graf 14 - Čemu se při komunikaci vyvarovat

Otázka č. 14: *Z jakých oblastí péče o ženu s tělesným postižením byste uvítala informace?*

Všeobecné informace o tělesně postižených by uvítalo 52% respondentek, 33% by se rádo dovědělo více informací o komunikaci s tělesně postiženou při porodu, 14% by zajímaly specifika péče o novorozence u tělesně postižené matky. 1 respondentka si nevybrala žádnou z nabízených možností a uvedla, že by neměla zájem o žádné další informace o tělesně postižených. Přičemž 10% žen by uvítalo informace z více oblastí.

Tabulka 15 - Více informací

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
komunikace při porodu	24	33
komunikace o péči o novorozence	10	14
všeobecné informace	38	52
žádné informace	1	1
celkem	73	100



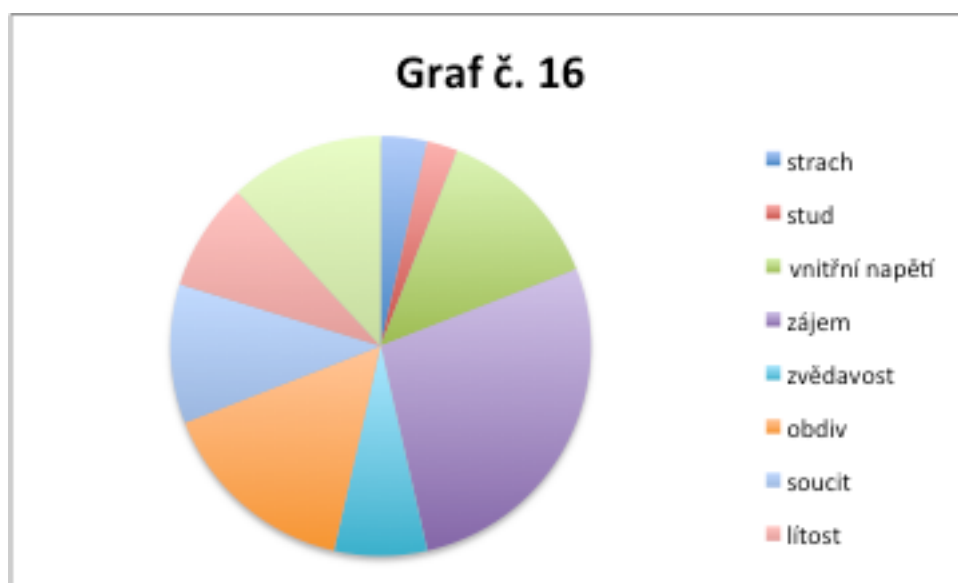
Graf 15 - Více informací

Otázka č. 15: *Pokud byste měla mluvit s klientkou o specifických jejích postižení, jaké pocity by to ve Vás vyvolávalo?*

Ve 27% respondentek by rozhovor s klientkou o jejím postižení vyvolal zájem, 15% by takovou ženu obdivovalo, 13% by cítilo v takové chvíli vnitřní napětí. 11% by pociťovalo soucit s klientkou, 8% respondentek by bylo ženy líto, 7% dotázaných by bylo zvědavých. 4% by měly z komunikace o specifických tělesného postižení strach a 2% by u této komunikace pociťovaly stud. 12% zvolilo jinou odpověď. Více pocitů najednou by zažívalo 27% respondentek.

Tabulka 16 - Pocity při komunikaci

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
strach	3	4
stud	2	2
vnitřní napětí	11	13
zájem	23	27
zvědavost	6	7
obdiv	13	15
soucit	9	11
lítost	7	8
jiné	10	12
celkem	84	100

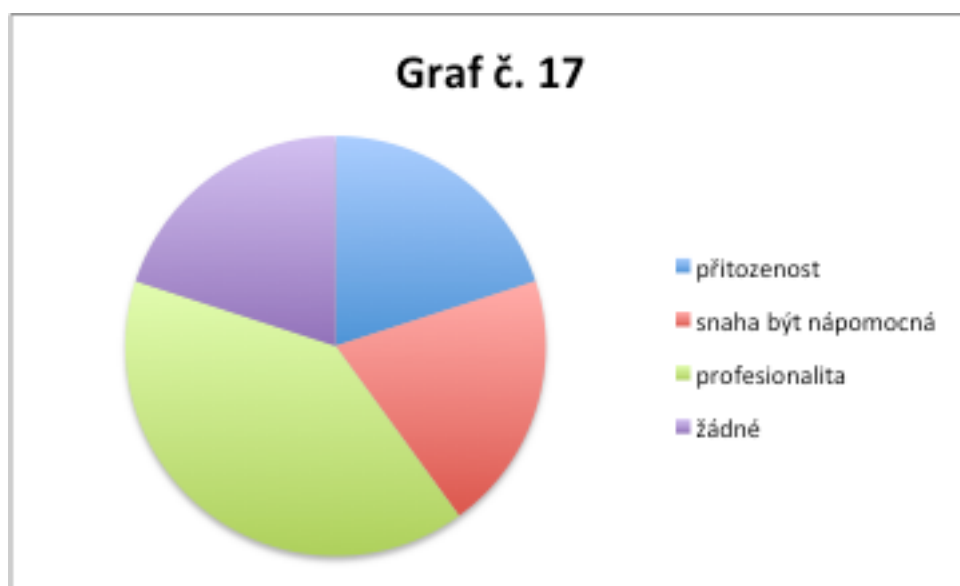


Graf 16 - Pocity při komunikaci

Z 12% respondentek, které zvolily odpověď *jiné*, specifikovalo svou odpověď pouze 5%, kdy 2 respondentky uvedly, že by cítily potřebu zůstat profesionální, jedna uvedla, že by zůstala přirozená, jedna by cítila snahu být ženě nápomocná a jedna respondentka by necítila nic. Zbýlých 7% svou odpověď nspecifikovalo, tudíž zřejmě nedokážou popsat své pocity či si nedokážou představit jak by se v takové situaci cítily.

Tabulka 17 - Vlastní pocity

Odpoověď	Počer	Vyždření v %
přirozenost	1	20
snaha být nápomocná	1	20
profesionalita	2	40
ždáné	1	20
celkem	5	100



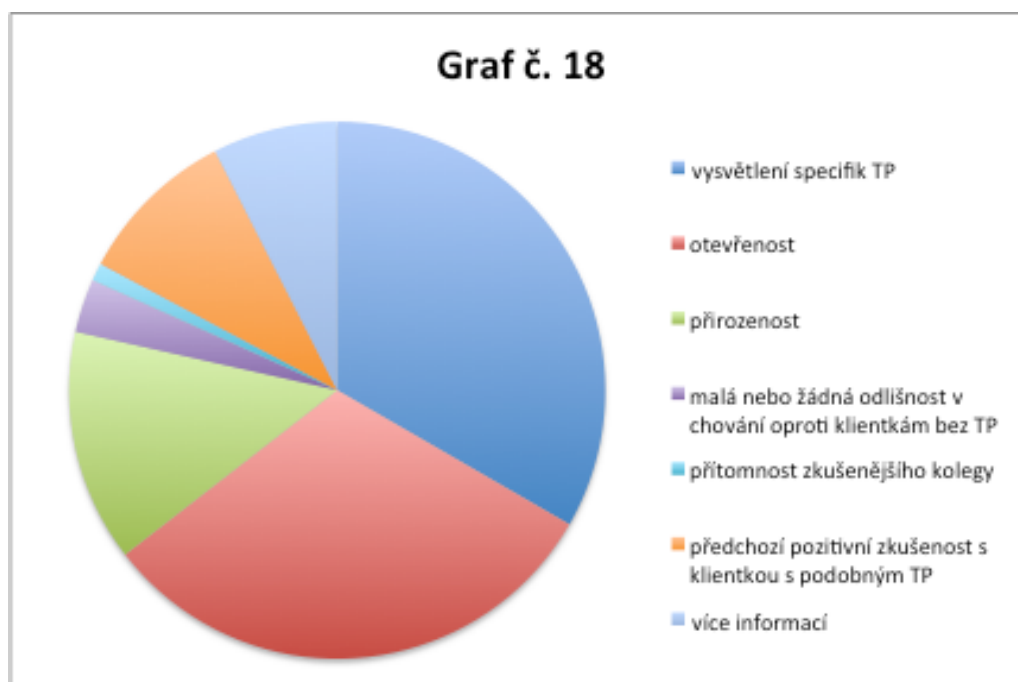
Graf 17 - Vlastní pocity

Otázka č. 16: *Co by Vám při komunikaci pomohlo od klientky?*

33% porodních asistentek se domnívá, že by jim při komunikaci pomohlo, kdyby jim sama žena vysvětlila specifika svého postižení. Otevřenost klientky by pomohla 31%, přirozenost ženy by uvítalo 14%. 10% respondentek pomáhá předchozí pozitivní zkušenost, více informací by přivítalo 8% dotázaných. 3% respondentek nepotřebují téměř žádné odlišnosti oproti zdravým klientkám. Jedné respondentce by při komunikaci pomohla přítomnost zkušenějšího kolegy (v případě studentek mentorka). 40% by uvítalo více z těchto pomoci.

Tabulka 18 - Pomoc od klientky

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
vysvětlení specifík TP	31	33
otevřenost	29	31
přirozenost	13	14
malá nebo žádná odlišnost v chování oproti klientkám bez TP	3	3
přítomnost zkušenějšího kolegy	1	1
předchozí pozitivní zkušenost s klientkou s podobným TP	9	10
více informací	7	8
celkem	93	100



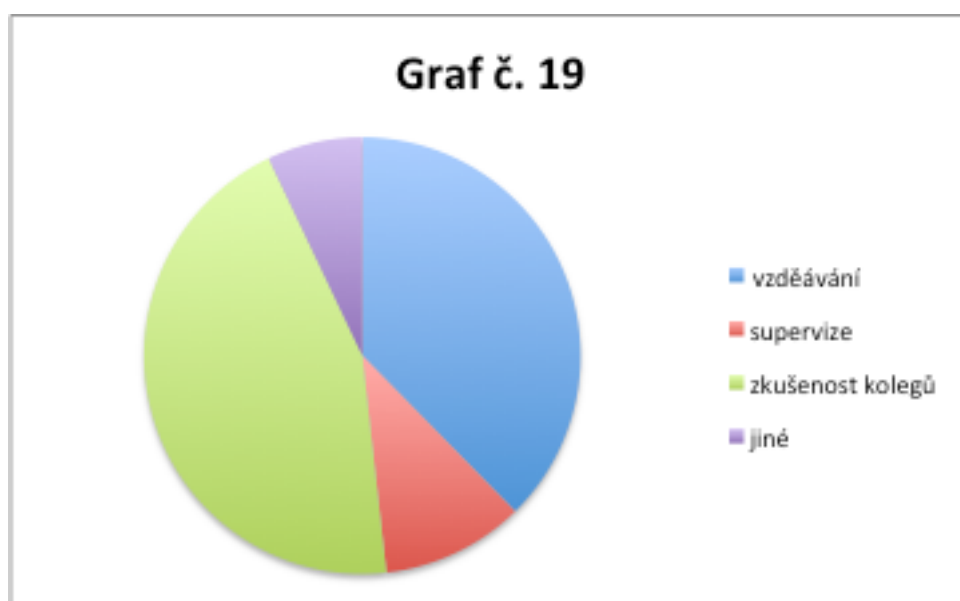
Graf 18 - Pomoc od klientky

Otázka č. 17: *Co by Vám v komunikaci pomohlo ze strany zdravotnického zařízení, v němž pracujete?*

Zkušenějšího kolegu by na pracovišti při komunikaci s klientkou uvítalo 45% respondentek. 38% by uvítalo více informací formou vzdělávání. 11% by ocenilo zpětnou vazbu v rámci supervize a 7% uvedlo jinou možnost. Přičemž na tuto otázku odpovědělo 28% respondentek více odpověďmi.

Tabulka 19 - Pracoviště

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
vzdělávání	32	38
supervize	9	11
zkušenost kolegů	38	45
jiné	6	7
celkem	85	100

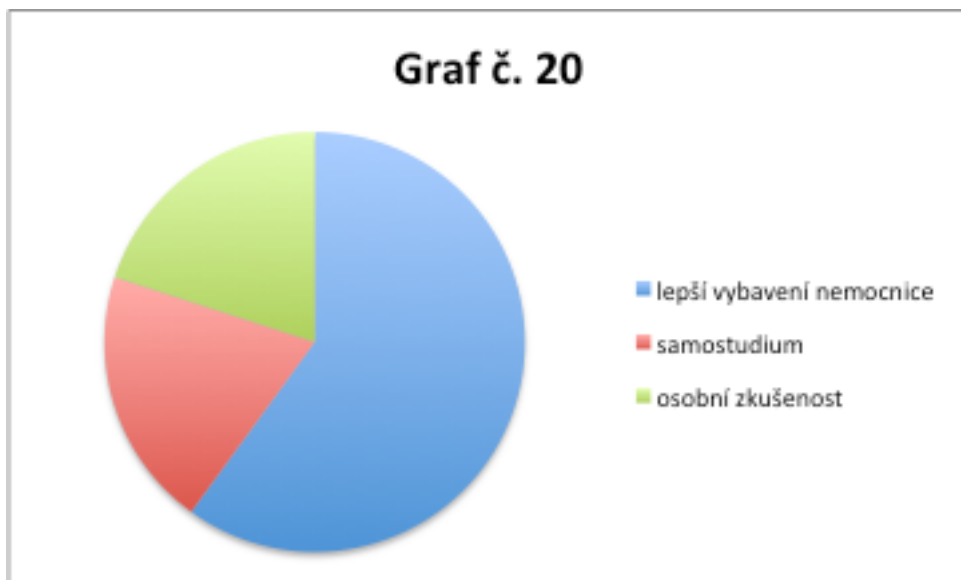


Graf 19 – Pracoviště

2% svou odpověď nespécifikovala. 3 porodní asistentky by ke své práci a efektivní komunikaci potřebovaly lepší vybavení, jedna by ráda získala osobní zkušenost a jedna se tomuto tématu bude věnovat samostudiem.

Tabulka 20 - Konkrétní požadavky

Odpověď	Počet	Vyjádření v %
lepší vybavení nemocnice	3	60
samostudium	1	20
osobní zkušenost	1	20
celkem	5	100



Graf 20 - Konkrétní požadavky

6.2 Vyhodnocení rozhovoru

Otázka č.1 **Kolik je Vám let?**

31

Otázka č. 2 **Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?**

VŠ

Otázka č. 3 **Kolikrát jste rodila?**

Jednou

Otázka č. 4 **Jakým způsobem jste rodila?**

SC

Otázka č. 5 **Jak jste vybírala porodnici, v které jste rodila?**

Podle referencí jiných rodiček (mj. s pohybovým postižením), které velmi dobře hodnotily přístup personálu i kvalitu práce.

Otázka č. 6 **Jak dlouho jste byla po porodu hospitalizovaná?**

Týden.

Otázka č. 7 **Pozorujete rozdíly v komunikaci u různých porodních asistentek?**

Ano.

Otázka č. 8 **Přístupovaly k Vám porodní asistentky s dostatečnou znalostí Vaší konkrétní anamnézy, nebo jste jim musela určité věci připomínat?**

Objektivně anamnézu znaly, problém byl spíš v tom, že měly rozdílnou představu o tom, co moje základní dg. znamená pro moji roli rodičky a matky.

Otázka č. 9 **Používaly porodní asistentky odborné výrazy, kterým jste nerozuměla?**

Ne.

Otázka č. 10 **Setkala jste se s porodní asistentkou, která Vás zesměšnila nebo urazila?**

Jedna z asistentek neustále kontrolovala mou schopnost pečovat o miminko, a to tak, že mi vnucovala pro mě naprosto fyzicky nevhodné postupy a odmítala přijmout jiné možnosti. Když jsem po 3 dnech kategoricky odmítla, aby mi znovu odvezla dítě na novorozenecké odd., chodila mě dokonce celou noc kontrolovat a mé rozhodnutí mi s tím, že „stačí, že to budu mít těžké doma“ a „stejně neví, jak to zvládnou“, neustále vymlouvala.

Toto jednání jsem zprvu chápala jako nezkušenost s podobně handicapovanými rodičkami, ale byla jsem z něj po nějaké době dost unavená a stresovaná. Navíc s odstupem času v porodnici, kde, jak jsem si ověřila, jsou zvyklí na různé typy postižení, mi takové jednání přijde nejen urážlivé, ale až nepřijatelné.

Otázka č. 11 Myslíte si, že porodní asistentky Vám věnovaly dostatek času?

Ano, to jednoznačně.

Otázka č. 12 Vysvětlila Vám porodní asistentka předem všechny prováděné výkony, vyšetření atd.?

Ano.

Otázka č. 13 Dělalý porodní asistentky rozhodnutí za Vás nebo s Vámi vše konzultovaly?

S výjimkou zmíněné PA novorozeneckého odd. vždy vše konzultovaly.

Otázka č. 14 Byla Vám někdy podána intimní nebo nepříjemná zpráva na nevhodném místě nebo v nevhodnou dobu?

Ne.

Otázka č. 15 Máte pocit, že porodní asistentky se dokázaly vcítit do vaší situace a podle toho s Vámi jednat?

S výjimkou zmíněné PA (které ale nemůžu vytknout nevybíravé chování, i ona jednala vždy s milým tónem a pravděpodobně pocitem, že mi „ulehčí“), ano. Všechny PA byly velmi ochotné a dokázaly mě podpořit. Pamatuji si dokonce, že jedna z asistentek poté, co jsem se po vizitě rozplakala, za mnou pak přišla, nechala mě vypovídat a dokázala mě uklidnit.

Otázka č. 16 **Mluvily s Vámi porodní asistentky o Vašich problémech?**

Ano.

Otázka č. 17 **Setkala jste se s porodní asistentkou, která se nad Vás povyšovala?**

V podstatě takové mi připadalo jednání výše zmíněné PA, která nedůvěřovala mé schopnosti postarat se o miminko. V té chvíli jsem si místy připadala opravdu méněcenná.

Otázka č. 18 **Popište, prosím, co považujete za projev nedůstojného chování porodní asistentky vůči její klientce.**

Jakékoli hodnocení schopností či možností klientky bez důkladnější znalosti její individuální situace. Zevšeobecňování očekávaných schopností pouze na základě zdravotní dg. je podle mě neprofesionální a k praxi kohokoli, kdo pracuje (nejen) s lidmi s postižením, nepatří.

Otázka č. 19 **Jaké prvky verbální a neverbální komunikace, jsou pro Vás v komunikaci s porodní asistentkou důležité.**

Mimika, oční kontakt, intonace, empatie, otevřené otázky, projevování zájmu o řečené (ověřování, zda tomu dobře rozumím, shrnování, doplňující otázky).

Otázka č. 20 **Chtěla byste něco dodat ke komunikaci mezi Vámi a porodními asistentkami, se kterými jste se během těhotenství a šestinedělí setkala?**

PA byly převážně velmi profesionální a splňovaly vše, co si já u podobné profese představuji jako zásadní. Z porodnice jsem odcházela s pocitem zájmu a výborné péče, zejména proto, že jsem byla po celou dobu hospitalizace přesvědčená, že není jedno, jak se cítím.

7 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce byl stanoven hlavní cíl:

Zjistit úroveň komunikačních dovedností porodních asistentek.

K hlavnímu cíli byly stanoveny tři dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: **Zjistit jaké mají porodní asistentky informace o komunikaci s klientkami.**

K prvnímu dílčímu cíli se vztahovaly následující výzkumné otázky:

Otázka číslo 5, ve které jsme se ptali, při kterém studiu je věnována dostatečná pozornost komunikaci s klientkami. Z celkového počtu 66 dotázaných, odpovědělo 29, že se domnívá, že komunikace se v největší míře vyučuje během vysokoškolského studia.

Další otázka zaměřená k prvnímu dílčímu cíli, byla otázka číslo 6, která se ptá zda rodina pomáhá porodní asistenci při komunikaci s klientkou. Na tuto otázku odpověděla celá polovina dotázaných, že jim rodina v komunikaci s klientkou pomáhá.

V otázce číslo 10 jsme se dotazovali, jak porodní asistentky nejčastěji komunikují s klientkou. Nejvíce respondentek se domnívá, že nejčastěji používají verbální komunikaci. Je tedy otázkou, zda je možné, aby komunikace PA s klientkou probíhala zejména na verbální úrovni. V případě, že PA podcení neverbální složku, může se stát, že bude nonverbálně vyjadřovat osobní postoje, které jsou v přímém rozporu s jejím verbálním sdělením. Což může vést k dyskomfortu a nejistotě klientky.

Poslední otázka k prvnímu dílčímu cíli je číslo 16, ve které jsme se ptali co by porodním asistentkám pomohlo při komunikaci ze strany klientky. Na tuto otázku odpovědělo 31 porodních asistentek, že nejvíce by jim pomohlo vysvětlení specifík tělesného postižení od klientky. Tady vyvstává otázka, zda je takové vysvětlení možné, a to jak z hlediska možností zařízení (kolik je možno věnovat klientce času) tak z pohledu jednotlivých porodních asistentek. Vezmeme-li v úvahu odpovědi porodních asistentek z otázek 13 a 15. 10% si myslí, že by se v komunikaci měly otázkám o TP úplně vyhnout. 4% uvedly, že by při takové komunikaci pociťovaly strach a 2% uvedly, že by cítily stud. Co za těmito názory porodních asistentek stojí, se můžeme jen domnívat, může to být malá informovanost o této problematice či nedostatečné trénování komunikačních dovedností.

Na základě výše interpretovaných zjištění byl dílčí cíl č. 1 splněn.

Dílčí cíl č. 2: **Zjistit jaké mají porodní asistentky informace o specifických komunikace s tělesně postiženými klientkami.**

41 respondentek odpovědělo na otázku číslo 7, že jako tělesné postižení vnímají nejvíce omezení pohybu.

Z celkového počtu 66 se 49 respondentek snaží věnovat tělesně postižené klientce více času než-li zdravé. Otázkou je zda-li je to nutné, je třeba zvážit klady a mínusy takového přístupu. A na druhou stranu, někdy je třeba poskytnout více času i ženě bez TP, např. ženě ve špatném psychickém stavu. Tato odpověď se vztahovala k otázce číslo 8.

Všechny porodní asistentky z praxe se již setkaly se ženou s tělesným postižením. Obvykle o takovou ženu pečují jedenkrát za půl roku, což uvedly v odpovědích na otázku číslo 9.

Většina porodních asistentek se domnívá, že spíše přistupuje k tělesně postižené klientce stejně jako ke zdravé. Tato jejich odpověď je však v rozporu s odpovědí na otázku číslo 8. Porodní asistentky se zřejmě domnívají, že se věnují zdravým i postiženým ženám stejně, ne však co se týče času věnovaného klientkám.

Porodní asistentky mají základní informace o specifických komunikace s OZP, většina porodních asistentek by však měla zájem o další informace. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Dílčí cíl č. 3: **Zjistit jak komunikaci porodních asistentek vidí sama postižená matka.**

Respondentka rozhovoru se domnívá, že je rozdíl v komunikaci mezi jednotlivými porodními asistentkami, avšak má za to, že většina porodních asistentek, se kterými během těhotenství či v šestinedělí přišla do kontaktu, jí věnovala dostatek času. Všechny porodní asistentky jí poskytly potřebné informace, vysvětlily jí prováděné úkony a vyšetření a přitom s ní mluvily srozumitelně a s respektem. S výjimkou jedné porodní asistentky, měla od všech pocit empatie, že se do ní dokázaly vcítit. Pro respondentku, jakožto těhotnou a později matku, bylo nejdůležitější vědomí, že porodním asistentkám není jedno jak se cítí, jak sama popsala v závěru rozhovoru.

Tělesně postižená žena se tedy v podstatě shodla s názorem porodních asistentek, které se domnívají, že nejdůležitější je jednat se ženou s TP přímo, s respektem a podávat jí dostatek informací, což odpověděly porodní asistentky v otázce číslo 12.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn na základě rozhovoru se ženou s TP a porovnání jejího pohledu a odpovědí porodních asistentek. Ve většině názorů se shodovaly.

Na základě splnění třech dílčích cílů byl splněn hlavní cíl. Zjistili jsme úroveň komunikačních dovedností porodních asistentek, které nám také sdělily, že o zkoumané problematice by se toho rády dozvěděly více. A zjistili jsme jak na tuto problematiku pohlíží samotná žena s tělesným postižením v roli těhotné, rodičky a posléze matky.

Podobně zaměřený výzkum se objevil v minulém akademickém roce v bakalářské práci na téma *Těhotenství a porod tělesně postižených žen*, tuto práci zpracovala porodní asistentka Bc. Tereza Roháčová na Západočeské univerzitě v Plzni. Kolegyně Roháčová v teoretické části popsala několik typů tělesného postižení, sexualitu a partnerství tělesně postižených žen. Popsala také průběh těhotenství, možné způsoby porodu a šestinedělí u tělesně postižené ženy. Na rozdíl od naší práce se věnovala komunikaci pouze okrajově.

Pro praktickou část své práce zvolila bakalářka Roháčová kvalitativní šetření. K získání dat použila polostandardizovaný rozhovor s tělesně postiženou matkou. Pohledu porodních asistentek nevěnovala žádnou pozornost, proto se domníváme, že závěry nelze porovnávat.

ZÁVĚR

V teoretické části práce byly popsány základy komunikace s klientkami, zásady komunikace s tělesně postiženými osobami, zdůrazněn byl význam komunikačních dovedností zdravotníků v porodnictví a gynekologii. Nejdůležitějším poznatkem pro praxi porodních asistentek je, že komunikace vyžaduje trénink z čehož také vyplývá, že komunikace by měla být vyučována se stejnou dotací jako jiné klinické obory a dovednosti.

Dále byly nastíněny etické aspekty při komunikaci s OZP během poskytování ošetrovatelské péče. Tato část se prolínala s částí praktickou v bodě, kde žena s TP uvedla, že je pro ni velmi důležitá empatie ze strany porodních asistentek.

V třetím oddíle teoretické části byla popsána správná terminologie, kterou by si v praxi měly porodní asistentky osvojit, což by mohlo zamezit jejich případnému pocitu strachu či studu, který podle svých slov zažívají při komunikaci s klientkou s TP nyní.

Poslední kapitola se věnovala samotnému mateřství tělesně postižených žen. Na tuto problematiku mají jednotlivé porodní asistentky zcela odlišné názory, ty by však v žádném případě neměly uplatňovat při své práci porodní asistentky, měly by zůstat za každých okolností profesionálními, některé jsou si toho vědomy a pracují dle toho.

Praktická část zkoumala dva pohledy, a to jak pohled porodních asistentek na ně a na jejich pocity při komunikaci s tělesně postiženou ženou. Tak pohled ženy s TP na porodní asistentky, a to jak s ní dokázaly při jejím těhotenství komunikovat a na kolik s ní dokázaly empatizovat, když se seznamovala s novou rolí matky. Ve vyhodnocení těchto dvou pohledů vyšlo, že některé porodní asistentky by se mohly v komunikačních dovednostech více trénovat, jiné by měly dát přednost profesionálnímu přístupu před tím osobním, avšak v zásadě se názory obou dotázaných stran shodly.

Výstupem bakalářské práce je doporučení pro praxi porodních asistentek, které jim může pomoci v komunikaci, jak s tělesně postiženými klientkami, tak při komunikaci obecně. Vzhledem k tomu, že většina porodních asistentek se vyjádřila, že by přivítaly nové poznatky a další informace o této problematice, bylo by vhodné pro zájemkyně uspořádat seminář na téma Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou během těhotenství, porodu a šestinedělí. Osnova semináře by mohla kopírovat obsah teoretické části této bakalářské práce. Seznámení porodních asistentek s názory kolegyň a s pohledem tělesně postižené ženy, jakožto těhotné a později matky, by jistě také bylo ku prospěchu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HLINOVSKÁ, Jana a Jitka NĚMCOVÁ, 2012. Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.

LEŠKO, Ladislav, 2008. Náhled do sociální komunikace [online]. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 99 s. [cit. 2015-04-29]. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-466-2. Dostupné z: <http://bit.ly/1ECNvzJ>

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

MACHÝČKOVÁ, Kateřina, 2010. Partnerství a mateřství žen s postižením pohybového aparátu. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

MARKOVÁ, Marie, 2008. Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: NCONZO, 102 s. ISBN 978-807-0134-887.

NOVOSAD, Libor, 1997. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 50 s. ISBN 80-708-3268-1.

PODEŠVA, Libor, 2007. Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4416-298.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2007. Pregnancy and disability: RCN guidance for midwives and nurses. London: Royal College of Nursing. ISBN 978-190-4114-468.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2004. Krize: psychologický a sociologický fenomén [online]. Vyd. 1. Praha: Grada, 129 s. [cit. 2015-04-29]. ISBN 80-247-0888-4. Dostupné z: <http://bit.ly/1HR5Ee4>

VLADÍKOVÁ, Jitka, 2007. Mateřství tělesně postižené ženy. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, PhD.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
DMO	Dětská mozková obrna
GDM	Gestační diabetes mellitus
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek
ICN	Mezinárodní rada sester
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OPT	Ordinace patologického těhotenství
OSN	Organizace spojených národů
OZP	Osoba se zdravotním postižením
PA	Porodní asistentka
PMK	Permanentní močový katétr
TP	Tělesné postižení
VVV	Vrozené vývojové vady

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 – Věk respondentky</i>	40
<i>Graf 2 – Oddělení, kde respondentky pracují a studentky</i>	41
<i>Graf 3 – Vzdělání respondentek</i>	42
<i>Graf 4 – Praxe</i>	43
<i>Graf 5 – Výuka</i>	44
<i>Graf 6 - Pomoc rodiny</i>	45
<i>Graf 7 – Vnímání</i>	46
<i>Graf 8 - Čas pro pacientku</i>	47
<i>Graf 9 - Setkávání se</i>	48
<i>Graf 10 – Četnost</i>	49
<i>Graf 11 - Způsob komunikace</i>	50
<i>Graf 12 – Přístup</i>	51
<i>Graf 13 - Co je podstatné při komunikaci</i>	52
<i>Graf 14 - Čemu se při komunikaci vyvarovat</i>	53
<i>Graf 15 - Více informací</i>	54
<i>Graf 16 - Pocity při komunikaci</i>	55
<i>Graf 17 - Vlastní pocity</i>	56
<i>Graf 18 - Pomoc od klientky</i>	57
<i>Graf 19 – Pracoviště</i>	58
<i>Graf 20 - Konkrétní požadavky</i>	59

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – Věk respondentky</i>	40
<i>Tabulka 2 – Oddělení, kde respondentky pracují a studentky</i>	41
<i>Tabulka 3 – Vzdělání respondentek</i>	42
<i>Tabulka 4 - Praxe</i>	43
<i>Tabulka 5 - Výuka</i>	44
<i>Tabulka 6 - Pomoc rodiny</i>	45
<i>Tabulka 7 - Vnímání</i>	46
<i>Tabulka 8 - Čas pro pacientku</i>	47
<i>Tabulka 9 - Setkávání se</i>	48
<i>Tabulka 10 - Četnost</i>	49
<i>Tabulka 11 - Způsob komunikace</i>	50
<i>Tabulka 12 - Přístup</i>	51
<i>Tabulka 13 - Co je podstatné při komunikaci</i>	52
<i>Tabulka 14 - Čemu se při komunikaci vyvarovat</i>	53
<i>Tabulka 15 - Více informací</i>	54
<i>Tabulka 16 - Pocity při komunikaci</i>	55
<i>Tabulka 17 - Vlastní pocity</i>	56
<i>Tabulka 18 - Pomoc od klientky</i>	57
<i>Tabulka 19 - Pracoviště</i>	58
<i>Tabulka 20 - Konkrétní požadavky</i>	59

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PORODNÍ ASISTENTKY

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY ROZHOVORU

PŘÍLOHA P III: UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PORODNÍ ASISTENTKY

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Holíčková a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci, která je na téma Komunikace mezi PA a zdravotně tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, během porodu a šestinedělí, jsem si vybrala dotazníkové šetření, jakožto hlavní způsob sběru dat. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujících otázek.

Tento dotazník je zcela anonymní.

1. VĚK:

- a. 20 – 34
- b. 35 - 49
- c. 50 a více

2. ODDĚLENÍ, NA KTERÉM V SOUČASNOSTI PRACUJETE:

- a. gynekologie
- b. porodní sál
- c. šestinedělí
- d. ambulantní péče

3. VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ:

- a. SŠ
- b. VOŠ
- c. VŠ bakalářské
- d. VŠ magisterské

4. KOLIK MÁTE LET ABSOLVOVANÉ PRAXE:

- a. do 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11- 15 let
- d. 16 – 20 let
- e. více jak 21 let

5. PŘI VÝUCE PORODNÍ ASISTENCE SE VĚNUJE DOSTATEČNÁ POZORNOST KOMUNIKACI S KLIENTKAMI:

- a. na SŠ
- b. na VOŠ
- c. na VŠ
- d. kurzy celoživotního vzdělávání
- e. informace získávám samostudiem

- 6. POMÁHÁ VÁM PŘI KOMUNIKACI I RODINA (např. partner u porodu, během návštěv prenatální poradny, v průběhu hospitalizace):**
- ano, pomáhá
 - ne, nepomáhá
 - těžko se to posuzuje
- 7. CO VNÍMÁTE JAKO TĚLESNÉ POSTIŽENÍ (TP):**
- omezení pohybu
 - úplná imobilita
 - chybějící končetina
 - jiné ...
- 8. VĚNUJETE TĚLESNĚ POSTIŽENÉMU PACIENTOVI VÍCE ČASU NEŽ-LI ZDRAVÉMU:**
- ano, snažím se
 - ano, vždy
 - ne, neshledávám důvod
- 9. SETKALA JSTE SE BĚHEM SVÉ PRAXE JIŽ S ŽENOU S NĚJAKÝM HANDICAPEM:**
- ano, jak často (uved'te) ...
 - ne
- 10. KE KOMUNIKACI NEJČASTĚJI POUŽÍVÁTE:**
- verbální komunikaci
 - gestiku
 - haptiku
 - mimiku
- 11. MYSLÍTE SI, ŽE VY SAMA PŘÍSTUPUJETE (ČI BYSTE PŘÍSTUPOVALA) K TĚLESNĚ POSTIŽENÉ KLIENTCE STEJNĚ JAKO KE ZDRAVÉ:**
- ne
 - spíše ne
 - spíše ano
 - určitě ano
- 12. CO JE PODLE VÁS PRO KLIENTKU S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM PŘI KOMUNIKACI PODSTATNÉ?**
- respekt
 - informace
 - ohled k jejímu postižení
 - přímé jednání
 - soucit

13. ČEHO BY SE DLE VAŠEHO NÁZORU MĚLA PORODNÍ ASISTENTKA PŘI KOMUNIKACI S TP ŽENOU VYVAROVAT?

- a. soucit
- b. přehnaná pomoc
- c. bagatelizace problému
- d. otázky směřující k handicapu
- e. otázky směřující k potřebám klientky s ohledem na její handicap

14. Z JAKÝCH OBLASTÍ PÉČE O TP ŽENU BYSTE UVÍTALA INFORMACE?

- a. komunikace s klientkou vztahující se k porodu
- b. komunikace s klientkou vztahující se k péči o novorozence
- c. všeobecné informace ke komunikaci s lidmi s tělesným postižením

15. POKUD BYSTE MĚLA MLUVIT S KLIENTKOU O SPECIFICÍCH JEJÍHO POSTIŽENÍ, JAKÉ POCITY BY TO VE VÁS VYVOLÁVALO?

- a. strach
- b. stud
- c. vnitřní napětí
- d. zájem
- e. zvědavost
- f. obdiv
- g. soucit
- h. lítost
- i. jiné ...

16. CO BY VÁM V KOMUNIKACI POMOHLA ZE STRANY KLIENTKY?

- a. vysvětlení specifik jejího handicapu
- b. otevřenost
- c. přirozenost
- d. malá nebo žádná odlišnost v chování vzhledem ke klientkám bez postižení
- e. přítomnost zkušenějšího kolegy, případně předchozí rozhovor s ním
- f. předchozí pozitivní zkušenost s klientkou s podobnými obtížemi
- g. více informací vztahujících se k charakteristice obtíží klientky

17. CO BY VÁM V KOMUNIKACI POMOHLA ZE STRANY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ, V NĚMŽ PRACUJETE?

- a. vzdělávání
- b. supervize
- c. zkušenost kolegů s podobnými případy
- d. jiné ...

Pokud chcete vyjádřit svůj názor na tuto problematiku a nenalezly jste odpovídající otázku, vyjádřete se prosím volně pod tento dotazník. Za Vaši spolupráci velmi děkujeme.

PŘÍLOHA P II : OTÁZKY ROZHOVORU

Otázka č.1 Kolik je Vám let?

Otázka č. 2 Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka č. 3 Kolikrát jste rodila?

Otázka č. 4 Jakým způsobem jste rodila?

Otázka č. 5 Jak jste vybírala porodnici, v které jste rodila?

Otázka č. 6 Jak dlouho jste byla po porodu hospitalizovaná?

Otázka č. 7 Pozorujete rozdíly v komunikaci u různých porodních asistentek?

Otázka č. 8 Přistupovaly k Vám porodní asistentky s dostatečnou znalostí Vaší konkrétní anamnézy nebo jste jim musela určité věci připomínat?

Otázka č. 9 Používaly porodní asistentky odborné výrazy, kterým jste nerozuměla?

Otázka č. 10 Setkala jste se s porodní asistentkou, která Vás zesměšnila nebo urazila?

Otázka č. 11 Myslíte si, že porodní asistentky Vám věnovaly dostatek času?

Otázka č. 12 Vysvětlila Vám porodní asistentka předem všechny prováděné výkony, vyšetření atd.?

Otázka č. 13 Dělalby porodní asistentky rozhodnutí za Vás nebo s Vámi vše konzultovaly?

Otázka č. 14 Byla Vám někdy podána intimní nebo nepříjemná zpráva na nevhodném místě nebo v nevhodnou dobu?

Otázka č. 15 Máte pocit, že porodní asistentky se dokázaly vcítit do vaší situace a podle toho s Vámi jednat?

Otázka č. 16 Mluvily s Vámi porodní asistentky o Vašich problémech?


Otázka č. 17 Setkala jste se s porodní asistentkou, která se nad Vás povyšovala?

Otázka č. 18 Popište, prosím, co považujete za projev nedůstojného chování porodní asistentky vůči její klientce.

Otázka č. 19 Jaké prvky verbální a neverbální komunikace, jsou pro Vás v komunikaci s porodní asistentkou důležité.

Otázka č. 20 Chtěla byste něco dodat ke komunikaci mezi Vámi a porodními asistentkami, se kterými jste se během těhotenství a šestinedělí setkala?

PŘÍLOHA P III : UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Krajská nemocnice T. Bati, a. s., které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci.

Téma bakalářské práce	Komunikace mezi porodní asistentkou a tělesně postiženou ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.
Metoda výzkumného šetření	Dotazník
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Gynekologicko-porodnické oddělení
Autor bakalářské práce	Lucie Holíčková
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

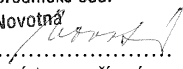
Ve Zlíně dne - 2 -03- 2015


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

Bc. Helena Novotná


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení