

Sororigenie v porodní asistenci z pohledu rodičky

Žaneta Fischerová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Žaneta FISCHEROVÁ**
Osobní číslo: **H10548**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Sororigenie v porodní asistenci z pohledu rodičky**

Zásady pro vypracování:

Výběr a studium odborné literatury.
Popis výchozího problému.
Vypracování podkladů pro teoretickou část práce.
Výběr respondentů.
Příprava metodiky pro výzkumné šetření.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování výzkumných dat.
Shrnutí výsledku šetření.
Diskuze a závěr bakalářské práce.
Zpracování edukačního materiálu pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres. Praha: Grada Publishing, 2010.

ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2007.

ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREŠ, Jiří a kol. Latropatogenie a sororigenie, aneb, Jak lze poškozovat člověka.

Praha: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2002. ISBN 80-86723-00-3.

ŠKRLA, Petr. Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

VRUBLOVÁ, Yveta. Kapitoly z psychologie a komunikace ve zdravotnictví. Ostrava:

Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, 2006. ISBN 80-248-1132-4.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 15. února 2013


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




Mgr. Ludmila Reslerová, 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 obhajoby ¹⁾;
- 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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 7.3. 2013

..... Fischerová

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 nevydávalečně 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 nahlášení 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 udělení 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 užití 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 jim 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Sororigenie neboli poškození pacienta/ pacientky sestrou se v současné době vyskytuje stále častěji. Se sororigenií se setkáváme na každém nemocničním oddělení a výjimkou není ani porodní sál. Teoretická část práce se zabývá rozdělením soorigenie, etikou v ošetřovatelství a také důstojností člověka. Cílem této práce je zjistit, zda se sororigenie vyskytuje v průběhu porodu. Jaký vliv má na matky, které sororigenii zažily a jaké následky si z toho můžou odnést. Zkoumanou skupinou jsou matky po porodu, které prožily negativní zážitek na porodním sále. Výzkum bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s klientkami po období šestinedělí.

Klíčová slova: Sororigenie, komunikace, etika v ošetřovatelství, práva pacientů, právní aspekty, psychologie porodu, důstojnost člověka

ABSTRACT

Sororigeny or damage to the patient by a nurse is currently occurring with increased frequency. We meet sororigeny at each hospital department even at a delivery room. The theoretical part of the thesis deals with the distribution of sororigeny, ethics in nursing and also with human dignity. The aim of this work is to determine whether sororigeny occurs during childbirth, the effect on mothers who have experienced sororigeny and what are the consequences which one can suffer. Mothers after childbirth who had some negative experience in the delivery room are the group to be studied. Research will be conducted by using a semi-structured interview with clients after a period of confinement.

Keywords: Sororigeny, communication, nursing ethics, patients' rights, legal aspects, psychology of birth, human dignity

Poděkování.

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Chtěla bych poděkovat paní Bc. Radmile Dorazilové za pomoc při výběru respondentek ve výzkumném šetření. Také bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se podílely na výzkumném šetření.

Žaneta Fischerová

Prohlášení.

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

Žaneta Fischerová

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SORORIGENIE	13
1.1 TERMINOLOGIE.....	13
1.1.1 Iatrogenie, iatropatogenie – poškození lékařem.....	13
1.1.2 Egrotogenie(aegrotonie) – poškození pacientem	13
1.1.3 Iatraliptagenie – poškození léčitelem.....	14
1.1.4 Malpractice.....	14
1.1.5 Nedbalost.....	14
1.2 TYPY POŠKOZENÍ PACIENTA/ KLIENTA	15
1.3 CÍLOVÁ POPULACE	17
1.4 ZVLÁDÁNÍ STRESOVÝCH OBTÍŽÍ.....	18
1.4.1 Strategie zaměřené na řešení problému.....	18
2 ETIKA V PORODNÍ ASISTENCI.....	19
2.1 VYMEZENÍ ETIKY V PORODNÍ ASISTENCI.....	20
2.2 PŘEDMĚT, ÚKOL A CÍL ETIKY V PORODNÍ ASISTENCI.....	20
2.3 ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK.....	21
2.4 OCHRANA LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOST ČLOVĚKA.....	21
2.5 ETICKÉ PRINCIPY PŘEDCHÁZENÍ KONFLIKTŮM	22
2.5.1 Druhy konfliktů podle počtu zúčastněných osob	23
2.6 ZPŮSOBY CHOVÁNÍ	24
3 KOMUNIKACE	26
3.1 KOMUNIKAČNÍ PROCES	26
3.2 FORMY KOMUNIKACE.....	26
3.2.1 Verbální komunikace	26
3.2.2 Neverbální komunikace.....	27
3.2.3 Efektivní komunikace	29
3.3 JEDNÁNÍ S PACIENTY	31
3.4 KOMUNIKACE V PRŮBĚHU PORODU	32
4 PRÁVNÍ ASPEKTY ZDRAVOTNÍ PÉČE	34
4.1 ODPOVĚDNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
4.1.1 Odpovědnost za pacienta/ klienta.....	35
4.2 SORORIGENNÍ POŠKOZENÍ PACIENTA/KLIENTA PŘI OŠETŘOVÁNÍ V PORODNÍ ASISTENCI.....	35
4.3 POVINNÁ MLČENLIVOST	36
4.4 PRÁVA PACIENTA	37
4.4.1 Historie Práv pacientů	37
4.4.2 Účel a cíle práv pacientů	40
4.4.3 Rozlišení a omezení práv pacientů.....	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 METODIKA PRÁCE.....	43

5.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
5.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU	43
5.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	43
5.4	DESIGN VÝZKUMU.....	44
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	45
7	DISKUZE	68
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM GRAFŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Porodní asistentky jsou jen lidé a jako v každé jiné profesi i mezi porodními asistentkami se mohou vyskytnout jedinci, kteří se mohou chovat nezodpovědně, či dokonce jejich působení může být škodlivé a může zanechat negativní důsledky na rodiče/ klientce.

Téma bakalářské práce Sororigenie v porodní asistenci z pohledu rodičky jsem si vybrala z toho důvodu, protože si myslím, že tomuto tématu není věnováno dostatek pozornosti. Sororigenie se vyskytuje na všech odděleních nemocnice a porodní sál není výjimkou. Myslím si, že důležitou součástí praxe je i zpětná vazba maminek, které porodily v nemocnici a vzpomínají na porod s náležitým časovým odstupem. K výběru tohoto tématu mě motivovalo i to, že toto téma je částečně tabuizováno. Je to dokázáno tím, že v literatuře a jiných informačních zdrojích nejsou k tomuto tématu žádné kazuistiky ani žádné odborné práce. Na začátku práce jsem definovala hlavní výzkumnou otázku: Dochází v průběhu porodu k sororigenii z důvodu špatné komunikace? Tuto výzkumnou otázku jsem si zvolila, protože si myslím, že komunikace během porodu je jeho velmi důležitou a nedílnou součástí. Právě nevhodně zvolená komunikace může rodičku/ klientku „poškodit“. Ačkoliv se to nemusí zdát, tak žena/ klientka během porodu vnímá, co se děje kolem ní a dobře si pamatuje to, jak k ní porodní asistentka či lékař přistupují. To vše se podílí na celkovém obrazu hodnocení porodu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zaměřuji na to, co je to sororigenie a její rozdělení, dále se věnuji etice v porodní asistenci. Velkou pozornost jsem věnovala tématu komunikace a nakonec se v teoretické části bakalářské práce zabývám právními aspekty zdravotní péče. V praktické části jsem provedla výzkumné šetření, kde jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Použila jsme techniku polostrukturovaného rozhovoru s pěti respondentkami. Získané údaje jsem zpracovala pomocí tabulek a grafů, které jsem následně vyhodnotila.

Získané údaje z výzkumného šetření můžou najít své uplatnění ve výuce porodních asistentek i v praxi, jako příklad negativního přístupu porodní asistentky k rodiče. Je třeba si uvědomit, že i z negativních zkušeností se každá porodní asistentka může poučit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SORORIGENIE

Zdravotní sestry/ porodní asistentky jsou jen lidé a jako v každé jiné profesi i mezi sestrami/ porodními asistentkami se mohou vyskytnout jedinci, kteří se mohou chovat nezodpovědně, či dokonce jejich působení může být škodlivé a může zanechat negativní důsledky na pacientovy/ klientovy. (Kutnohorská, 2007 s. 61).

Základem slova není řecký nýbrž latinský výraz pro sestru – soror. Druhá část termínu – genie je ovšem řecká. Gennam značí tvořit. Sororigenie tedy znamená sestrou vzniklé nebo vyvolané.

1.1 Terminologie

Poškození pacienta/ klienta nemusí být způsobeno pouze sestrou. Může být způsobeno i ostatními pracovníky ve zdravotnictví. Tedy lékařem, ošetřovatelkou, laborantem nebo také spolupacientem nebo léčitelem. Každý způsob poškození má svůj odborný termín. Mareš (2002) ve své knize uvádí, tyto termíny:

1.1.1 Iatrogenie, iatropatogenie – poškození lékařem

Iatros – řecký výraz, znamenající lékař, genam – řecký výraz znamenající tvořit. Přídavné jméno iatrogenes znamená od lékaře vzniklý nebo lékařem vyvolaný. Podstatné jméno iatrogenia znamená působení lékaře (lékařské působení). Oba termíny jsou obsahově neutrální, nelze tedy říct, že vyjadřují něco negativního. Ovšem výraz iatropathogenia značí lékařem vyvolané poškození. Nyní už jde o výraz označující negativní děj. Protože každý jazyk má sklony ke zkracování a zjednodušování, užívá se dnes výraz iatrogenie ve smyslu lékařem vyvolané poškození pacienta. Řada uživatelů nezná kořen daného slova, a proto rozšiřuje jeho použití na zdravotnický personál vůbec, což není zcela správné.

1.1.2 Egrotogenie(aegrotonie) – poškození pacientem

Pacient/ klient nezískává informace pouze od lékařů a zdravotních sester. Dalším zdrojem informací (jemuž pacient/ klient někdy věří více než zdravotníkům) bývají spolupacienti, tedy spolu-nemocní. Ti mohou pacienta/ klienta informovat neúplně, nepřesně, můžou jej vystrašit či dokonce šokovat a to ne vždy jen v rámci legrace, žertování, ale z vlastní neznalosti nebo omezenosti. Pro negativní působení spolupacientů existuje rovněž speciální termín. Jeho základem opět není řecký, nýbrž latinský výraz pro nemocného

člověka - aegrotus. Druhá část termínu – genie je řecká. Výraz egrotogenie byl rovněž utvořen analogicky k termínu iatrogenie.

1.1.3 Iatraliptagenie – poškození léčitелеm

V minulosti i dnes se někteří nemocní lidé svěřují do péče léčitelů a to léčitelů různého typu. Někteří léčitelé se snaží pacientovi/ klientovi pomoci a jejich léčebné výsledky jsou dobré. Na druhu stanu jsou i „léčitelé“, kteří těží z lidského strachu, bolesti a utrpení a snaží se na něm vydělat. V řadě případů ohrožují zdraví a hlavně psychiku nemocného. Iatralipta je latinské označení pro mastičkáře. Spolu s řeckým gennam (tvořit) vytváří speciální termín iatraliptagenia, tedy poškození, vzniklé léčitелеm.

1.1.4 Malpractice

Chyby v práci zdravotníků se dají označovat rozdílnými názvy podle závažnosti. Mareš (2002) uvádí, že anglický termín malpractice se v odborné literatuře užívá přibližně ve dvou významech: 1. V striktně právnickém, jako zanedbání povinné péče při výkonu povolání. 2. Ve volnějším významu, jako málo pečlivé až lajdácké vykonávání určité činnosti, která vede k poškození člověka. To znamená, že zdravotník svoji práci odbývá a neplní svědomitě všechny náležitě činnosti, které by měl. V krajním případě zdravotník výkon neprovede vůbec, i když by bylo v zájmu pacienta/ klienta výkon uskutečnit.

1.1.5 Nedbalost

„Nedbalostí se rozumí porušení náležité opatrnosti při výkonu určité činnosti, riskování, nedodržení postupu lege artis, volba jiných postupů než je obvyklé bez potřebné přípravy, či volba postupů, které nespádají do kompetence daného zdravotníka.“ (Mareš, 2002, s. 13). Obvykle se rozlišuje nedbalost vědomá a nevědomá. Při vědomé nedbalosti zdravotník ví, že svým jednáním může pacienta/ klienta poškodit, či způsobit mu určité následky, ale spoléhá na to, že tato možnost je nepravděpodobná, že se nejspíš nic nestane. Nedbalost nevědomá vzniká v situacích, kdy zdravotník ani neví, že by mohlo dojít k nepříjemným následkům a jedná tak, že pacienta/ klienta poškodí. Přitom by k vzhledem k okolnostem a svému vzdělání měl o těchto rizicích vědět. Chyba často bývá v jeho odborné přípravě, v absenci správného poučení, nedostatečném zácviku, v tom, že je začátečník a pouští se do výkonů, na něž nestačí a tak podobně.

1.2 Typy poškození pacienta/ klienta

Poškození pacienta/ klienta může mít **podle** svého **charakteru** trojí podobu. Je-li poškozen tělesně, mluvíme o somatickém poškození. Je-li poškozena především jeho psychika, mluvíme o psychickém poškození, jsou-li zasaženy obě stránky, mluvíme o kombinovaném poškození pacienta/ klienta.

Poškození pacienta/ klienta můžeme také **třídit podle míry zavinění, podle míry odpovědnosti** zdravotníků posuzované z právního pohledu. Existují různá poškození pacienta/ klienta, za která zdravotník nenese přímou zodpovědnost. Jde například o mimořádné situace, které se nedaly předvídat. Může dojít k selhání doposud spolehlivého přístroje, vada materiálu, z něhož je nástroj či pomůcka zhotovena a další.

Existují však poškození pacienta/ klienta, u nichž je odpovědnost zdravotníka zřejmá. Například špatné podání léků, chybné rozhodnutí ústící v opožděné jednání zdravotníka, nedbale provedený výkon ústící ve zbytečně pozdější komplikace, nešetrně provedený výkon provázený navíc komentářem, který devalvuje jak pacienta/ klienta samotného, tak předchozího ošetřujícího lékaře, ordinování zbytečného výkonu ve snaze získat určité výhody pro instituci či pro sebe sama, přehánění závažnosti pacientova/ klientova stavu, aby pozdější zlepšení stavu bylo chápáno jako udivující mistrovství daného lékaře a lékařova pověst tím v laické veřejnosti stoupla.

Poškození pacientů/ klientů můžeme také **třídit podle rozsahu zasažené populace**. Zdravotník může poškodit jednotlivce. Podávání rozporné zpětné vazby, která prohlubuje pacientovu/ klientovu nejistotu a úzkost, demonstrování pacienta/ klienta medikům bez pacientova souhlasu, a to formou, která nebere ohled na pacientův stud, soukromí, prožívané stavy. Zdravotník může poškodit i skupinu osob. Příkladem může být opakovaně nedostatečné poučení svých pacientů/ klientů před náročným vyšetřením, zaběhlé, povrchní vypracování anamnézy. Nebo také nevhodně komentovanými výsledky screeningu u těch osob, kde screeningový test nevede k jednoznačnému závěru, nebo tam, kde hrozí riziko falešně pozitivních výsledků.

Poškození pacientů/klientů lze rovněž studovat **podle aktérů**, kteří se na této činnosti podílejí. Mohou jimi být lékaři, zdravotní sestry, porodní asistentky, pomocný personál, medicí, studenti zdravotnických oborů, spolupacienti, rodinní příslušníci.

Další hledisko poškození může být podle příčin.

Nekompetentnost – zdravotník se snaží „po svém“ pomoci pacientovi/ klientovi, ale není k tomu dostatečně připraven (student, medik, začínající lékař, začínající sestra).

Nedbalost – zdravotník se snaží „mít práci za sebou“. Je sice odborně připraven, ale nepracuje pečlivě, důsledně a s ohledem na pacienta/ klienta.

Nevhodná orientace – zdravotník orientuje své snažení tak, že dobro pacienta/ klienta přestává být prioritou. Pro zdravotníka je pak typická např. orientace na nemocný orgán, nikoliv celého člověka, na perfektní zvládnutí určitého výkonu, na získání výzkumných výsledků, které by se daly publikovat, na odbornou prioritu v dané oblasti, na osobní prospěch.

Opotřebování – zdravotník je orientován správným směrem, avšak dlouholetá psychicky i fyzicky náročná práce na specializovaném zdravotnickém pracovišti si vybírá svou daň. Ví, co by měl dělat, ví, jak by se to dalo udělat, ale nemá již sílu se své práci věnovat. Už nechce, či nemůže (syndrom vyhoření).

Záměrnost – zdravotník je negativně zaměřen vůči některým lidem. V jeho jednání dominují např. nekritičnost vůči sobě a pohrdání jinými, neadekvátní reagování v běžných situacích a zejména v zátěžových situacích, projevy nepřátelství, agresivity, potěšení z ponižování podřízených a devalvování bezmocných.

Posledním hlediskem je **třídění podle typu činností** a situací, v nichž se poškozování pacientů/ klientů převážně vyskytuje. Můžeme se s ním setkat při zabezpečování provozu zdravotnického zařízení. Můžou to být problémy s dostupností zdravotní péče, s objednáváním, s čekací dobou, problémy se zdravotnickou dokumentací.

Poškozování pacientů/ klientů se můžeme setkat při stanovování diagnózy. Zmínit můžeme nevhodné postupy při zjišťování anamnézy, nedostatek času na zodpovězení otázek nemocného, neposkytnutí vysvětlení vyšetření a důvodu vyšetření, ukvapené a chybné stanovení diagnózy.

Další situací, kdy dochází k poškození pacienta/ klienta je sdělování výsledků vyšetření. K běžným prohřeškům patří ponechávání pacienta/ klienta dlouho v obavách a nejistotě, sdělování neúplných a rozporných informací jednotlivými členy zdravotnického týmu. Sdělování informací odbornou terminologií, které pacient/ klient nerozumí a otevírá tak prostor pro nepochopení a fámy.

Mnohá poškození pacienta/ klienta souvisejí s terapií a ošetrovatelskou péčí. Jako příklad můžeme uvést debatování o nemocném nad nemocným, aniž je brán v úvahu, dále pak nevhodné oslovení, nemístné bagatelizování obav nemocného, nedostatečné vysvětlování či úplná absence vysvětlení u terapeutických postupů.

Další možná poškození pacienta/ klienta souvisejí se sdělováním závěrů a s prognózou. Nemocný často nebývá dostatečně poučen o tom, co mu je, co má a co nemá dělat, nebývá mu jasně vysvětlen důvod dodržování léčebného režimu, rizika plynoucí z nedodržování léčebného režimu. Objevují se případy, kdy je vážná prognóza sdělena velmi nešetrným způsobem anebo, kdy je vážná prognóza sdělena naprosto jednoznačně, i když jde vždy o pravděpodobnostní záležitost (Mareš, 2002, s. 14 – 17).

1.3 Cílová populace

Poškozování se týká všech pacientů/ klientů, bez ohledu na diagnózu, fázi vývoje nemoci, pohlaví, věk, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, socioekonomický status a tak dále. Pokud jde o psychické poškození, nejvíce zasahuje osoby, jež jsou nejvíce zranitelné. Tedy děti, dospívající, staré osoby, těhotné ženy, ženy v období šestinedělí, ženy v menopauze, osoby handicapované, osoby prožívající akutní či chronickou bolest, osoby nevléčitelně nemocné.

Z psychologického hlediska poškození nejvíce zasáhne jedince psychicky labilní, úzkostné, jedince se sníženým sebepojetím, s nereálným očekáváním okamžitého a trvalého zlepšení jejich zdravotního stavu, jedince prožívající dlouho nejistotu, jedince s negativními životními zkušenostmi, jedince bez sociálního zázemí, sociální opory, jedince, jimž se zhroutil smysl života.

Cílovou populací mohou být za jistých podmínek i zdravotníci sami. Jsou to situace, kdy k poškození osob dochází ve vztazích lékař – lékař, lékař – sestra, sestra – sestra a jiný zdravotnický personál (Mareš 2002, s. 18).

Poškození pacienta/ klienta je velmi úzce spojeno s etickým nerespektováním jeho důstojnosti. Univerzální doporučení, jak ctít důstojnost pacienta není, protože každý člověk a to jak pacient/ klient, tak zdravotník je individuální bytost, proto je profesně nutný vysoký morální kredit každého zdravotnického pracovníka a stálá kultivace osobnosti. Pouze za předpokladu vnitřního zakotvení morálky, vnitřního chtění se dá předejít poškození pacienta/klienta ze strany zdravotníků (Kutnohorská, 2007, s. 62).

1.4 Zvládání stresových obtíží

Slovo stres pochází z angličtiny a znamená zátěž. Stres je reakce organismu na stresový podnět neboli stresor. U stresu stejně jako i u jiných zdravotních problémů se na počátku setkáváme s určitou nejistotou. Něco cítíme, máme určité podezření, ale nejsme si tím jisti. Zaměříme se tedy na příznaky. Seznam příznaků stresového stavu obsahuje tři druhy příznaků, a to příznaky fyziologické, psychologické a behaviorální. Mezi behaviorální příznaky můžeme uvést nerozhodnost, změněný denní rytmus, zvýšená nepozornost, zvýšená snaha vyhnout se práci a v neposlední řadě zhoršená kvalita práce. Mezi psychické příznaky patří změny nálady, zvýšená podrážděnost, pocit únavy. A mezi příznaky fyziologické můžeme zahrnout bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí, nechutenství, migréna a jiné.

Psychologové, kteří se zabývají stresem, mluví o zvládání stresu jako o managementu stresu či o moderování stresu. Při zvládání stresu jde o dva druhy činností. Na jedné straně jde o odstranění toho, co nás zatěžuje, na straně druhé jde pak o posilování našich vlastních sil pro boj se stresem (Křivohlavý, 2010, s. 30).

1.4.1 Strategie zaměřené na řešení problému

Často také zvané kognitivní strategie, neboť využívají schopnost myslet a myšlením řešit postupy. Druhy strategických postupů dle Křivohlavého (2010):

- a) Konfrontační způsob.
- b) Hledání sociální opory.
- c) Sebeovládání.
- d) Distancování se.
- e) Přijetí osobní odpovědnosti za to, co se děje.

Způsoby, kterými se člověk může zbavit stresu je mnoho, jedním z nich je i relaxace. Relaxaci můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na relaxaci spontánní neboli samovolnou, anebo na relaxaci diferencovanou. Diferencovaná relaxace je záměrná a člověk ji navozuje vlastní vůlí. Může k ní dojít kdykoliv v době bdění i během práce. Záměrnou relaxací může být třeba procházka, kdy se nám podaří dostat se z kolotoče povinností. Dalším typem relaxace je dýchání, uvolňování svalů nebo klasická relaxační cvičení (Křivohlavý, 2010, s. 36).

2 ETIKA V PORODNÍ ASISTENCI

Specifičnost etiky v ošetrovatelství/ porodní asistenci vychází ze skutečnosti, že ošetrovatelství/ porodní asistence se vedle lékařství jako aplikované vědy, vymezilo v mnohem pozdějším historickém období. Současnému stavu předcházela vývoj, na jehož počátku stál vznik ošetrovatelství jako samostatné profese. Respektování obecných i specifických mravních norem bylo vždy součástí dobrého výkonu povolání. Etika obou profesí se odvíjí od všeobecné úrovně mravnosti ve společnosti. Zdravotníci provádějí odborné výkony, jsou sledováni veřejností. Zda je jejich jednání hodnoceno jako dobré, záleží převážně na vnímání péče pacientem/ klientem. Ve shodě se současnými tendencemi v moderní společnosti jsou určujícími kritérii právo na sebeurčení a zachování důstojnosti člověka. (Haškovcová, 2002).

Při péči o nemocné vznikají a vyvíjejí se vzájemné vztahy mezi lidmi jako účastníky tohoto procesu, zejména vztah mezi pomáhajícím a tím, kdo pomoc přijímá. Jedním z cílů etiky je kultivovat tento vztah. Elementární součástí výkonu povolání je ošetrovatelský výkon. Vše, co sestra/ porodní asistentka při péči o nemocného dělá, má vlastní morální doprovod, etika ovlivňuje chování sestry/ porodní asistentky při realizaci jejích činností. „Lze konstatovat, že morálka v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému či klientovi, protože všechny ošetrovatelské úkony mají vždy morální dopad“ (Fišerová, 2003, s. 8).

Pojetí ošetrovatelství v historických obdobích procházelo změnami, jeho podstatou však zůstávala pomoc. Protože pomáhání druhému, lze interpretovat jako konání dobra, stává se etika elementární součástí výkonu povolání. Historicky první osobností, která ve své odborné publikaci popsala etické aspekty ošetrovatelství, byla Florence Nightingalová. Vnímala službu nemocným jako duchovní poslání a přistupovala k ní se všemi svými křesťanskými ctnostmi (Cetlová, Babická, © 2009-2013. [cit. 2013-01--22]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/etika-v-oseetrovatelstvi>).

Slib Florence Nightingaleové se nevztahoval pouze k ošetrovatelkám, ale i k porodním asistentkám.

„My, slavnostně před Bohem a v přítomnosti tohoto shromáždění, slibujeme, že budeme vésti celý život mravný a vykonávat svoje povinnosti věrně. Zdržíme se všeho co je zhoubné a špatné, nepoužijeme, aniž vědomě podáme někomu zhoubný lék.

Seč naše síly stačí, učiníme vše, abychom pozvedly úroveň našeho povolání, a ponecháme u sebe vše, co v důvěrnosti nám bude svěřeno, rovněž všechny podivné záležitosti, o kterých se dovíme během svého praktického života. Věrně se budeme snažit, abychom pomáhaly lékařům při jejich práci, a oddáme se těm, kteří naši péči budou svěřeni.” (Nemocnice Vsetín © 2006- 2013. Dostupné z: <http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=oseťrovatelstvi&podtext=slib-florence-nightingale>).

Etika předpokládá, že jsme rozumné bytosti a že nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti je rozumná svobodná volba. Etika je filozofická disciplína, jako samostatný obor byla systematizována starořeckým filozofem Aristotelem. Podle Aristotela je etika naukou o dobrých charakterových vlastnostech, tedy o lidských ctnostech.

Každý obor lidské činnosti má svoji morálku a proto tedy ji má také ošetřovatelství. V minulosti byla etická učení označována jako nauka o povinnostech. V ošetřovatelství jde ještě navíc o rozhodnutí, co je pro pacienta prospěšnější, dbát na to, aby byla zachována důstojnost pacienta a jeho autonomie.

Morálka v ošetřovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému. Všechny ošetřovatelské výkony mají nějaký morální dopad (Kutnohorská, 2007, s. 11).

2.1 Vymezení etiky v porodní asistenci

Literatura uvádí dva synonymní pojmy. Etika v ošetřovatelství nebo také Ošetřovatelská etika. V zahraničí je ustálen pojem „nursing ethics“. Ošetřovatelská etika vychází z etiky lékařské, a proto by měl být mezi nimi interaktivní vztah. Ošetřovatelská etika nabývá na významu, s tím jak se mění postavení ošetřovatelky – zdravotní sestry/ porodní asistentky uvádí Kutnohorská (2007). Mezi formální a veřejné aspekty etiky v porodní asistenci patří kodex chování, požadavky na vzdělání a regulační orgán.(Thompson, 2006, s. 20).

Etika v ošetřovatelství/ porodní asistenci vychází z cílů současného ošetřovatelství, jak byly definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. století a z profesionální role sestry.

2.2 Předmět, úkol a cíl etiky v porodní asistenci

Předmětem etiky v porodní asistenci je vztah a postoje sestry/porodní asistentky k pacientovi/ klientovi. Projevuje se etickým chováním a verbální i neverbální komunikací.

Také se zaměřuje na kolegiální vztah jedné sestry/ porodní asistentky k druhé anebo na pracovní vztah lékař – setra, sestra a jiný spolupracovník.

Hlavním úkolem etiky v porodní asistenci je zkoumat kvalitu vztahů mezi sestrou/ porodní asistentkou a pacientem/klientem. Vymezit patřičné mezilidské vztahy. Formulovat povinnosti a odpovědnost sester/ porodních asistentek, stanovit mravní normy profese. Rozpoznat eticky komplikované situace a stanovit cíle hodnoty dané situace. Prostudovat pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti.

Mezi **hlavní cíle etiky v porodní asistenci** patří humanizace mezilidských vztahů mezi nemocným a sestrou/ porodní asistentkou, mezi lékaři a sestrami a podobně. Usměrnění chování a jednání při profesionálních výkonech ošetřovatelství se záměrem porozumět člověku a podle možností mu pomoci. Usilovat vhodným způsobem o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních, duchovních, kulturních potřeb pacientů a klientů. Pomoci nalézt smysl osobní existence. (Kutnohorská, 2007, s 22).

2.3 Etický kodex porodních asistentek

Etický kodex porodních asistentek byl schválen Mezinárodní konfederací porodních asistentek 6. května v roce 1993 ve Vancouveru. Etický kodex se zabývá vztahy v porodnictví, porodnickou praxí, profesní odpovědností porodních asistentek. Poslední část je věnována pokroku v porodnické teorii a praxi. V rámci kodexu jsou definovány nároky této profese. Podle kodexu by se porodní asistentky měly vzájemně podporovat a mít přiměřený pocit vlastní hodnoty. Tato část nezapomíná ani na spolupráci s ostatními zdravotnickými profesemi. Mělo by docházet k multidisciplinární spolupráci a ke konzultaci stavu jednotlivých klientů. Porodní asistentka je zodpovědná za svojí morálku, sebeúctu a integritu. Základní etické principy, které jsou uvedeny v kodexu, by si měla osvojit každá porodní asistentka. Znění celého etického kodexu je uvedeno v Příloze I.

2.4 Ochrana lidských práv a důstojnost člověka

Lidská práva vyjadřují nejzákladnější, všemi uznávané hodnoty lidství. Jsou:

- a) Nezadatelná
- b) Nezcizitelná
- c) Nepromlčitelná

d) Nezrušitelná

Respektovat a chránit lidská práva, zejména pak lidskou důstojnost patří k etickým povinnostem sestry/ porodní asistentky. Důraz na důstojnost lidské osoby by měl být ve zdravotnictví mimořádný a jedinečný. V rovině lidské důstojnosti jsme si všichni rovni.

K základním lidským právům patří:

- a) Právo na život a jeho ochranu.
- b) Právo na osobní svobodu.
- c) Právo na soukromí.
- d) Právo vlastnit majetek.
- e) Právo na nedotknutelnost obydlí.
- f) Právo listovního tajemství.
- g) Právo svědomí a náboženského vyznání.
- h) Odmítání diskriminace.
- i) Rovnost a důstojnost lidí (Kutnohorská, 2007, s. 52).

Důstojnost je univerzální lidská záležitost. Slovo důstojnost pochází z latiny – dignus, dignita, což znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty. V nejobecnějším slova smyslu je lidská důstojnost cosi, co přísluší každému člověku (Heřmanová a kol., 2012 s. 71).

Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat čas k pochopení toho, co to důstojnost vlastně je. Umíme spíše říci, co je nedůstojné, ale co je důstojné, či kde jsou hranice lidské důstojnosti, často jen tušíme, a to na základě mravních principů, kulturních tradic, postoje k životu, v úctě k člověku, nebo na základě empatie. Omezení nebo posílení lidské důstojnosti se týká práv člověka, která jsou zakotvena jednak v Deklaraci lidských práv, jednak v etických kodexech vztahujících se ke konkrétní činnosti a ke konkrétnímu právu (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 57).

2.5 Etické principy předcházení konfliktům

K morálnímu profilu každé zdravotní sestry/ porodní asistentky by měla patřit schopnost předcházet konfliktům a při jejich propuknutí schopnost najít smíření. „Chování každého

jedince by mělo směřovat ke společenskému přizpůsobení. Jestliže je v souladu s požadavky dané společnosti a s vnitřní tendencí člověka k určitému chování, říkáme, že je to chování bezkonfliktní. Pokud dochází k rozporu mezi požadavky sociálního prostředí na chování jednotlivce a jeho vnitřní tendencí k určitému chování, říkáme, že nastává konfliktní situace“ (Kutnohorská, 2007, s. 90).

Slovo konflikt je latinského původu (conflictus – srážka). Konflikt tedy znamená střetnutí dvou a více protichůdných tendencí. Při určování druhu konfliktu se častou užívá dvou termínů latinského původu, a to interpersonální nebo intrapersonální konflikt. Personální znamená osobní, inter znamená mezi a intra znamená uvnitř (Křivohlavý, 2002, s. 20).

Chování člověka v konfliktních situacích je odlišné od chování v běžném životě a vyznačuje se určitými znaky. Náchylnost ke konfliktům je u každého z nás jiná. Jsou lidé, kteří mají takzvanou „zvláštní“ schopnost konflikty vyvolávat, a to se svým okolím i sami se sebou. Lidé se zvýšeným sklonem ke konfliktům nazýváme konfliktogenními (Kutnohorská, 2007, s. 90).

2.5.1 Druhy konfliktů podle počtu zúčastněných osob

Intrapersonální konflikty – vnitřní osobní konflikty jedné osoby.

Interpersonální konflikty – konflikty mezi dvěma lidmi.

Skupinové konflikty – konflikty, které existují uvnitř dané skupiny lidí.

Meziskupinové konflikty – konflikty mezi dvěma skupinami lidí.

Stupně závažnosti konfliktů

- a) Počínají stavem bezkonfliktnosti, spolupráce, pohody a harmonie.
- b) Potíž, problém, svízelná až náročná situace.
- c) Nesrovnalost.
- d) Neshoda.
- e) Spor či svár.
- f) Konflikt.
- g) Zápas.
- h) Nepřátelství.

Stádia vývoje a řešení konfliktů.

- a) Inkubace – konflikt ještě zřejmě nevypukl, ale již jsou pro něj vytvořeny potřebné předpoklady.
- b) První symptomy – většinou bývají nenápadné a málo významné (například podřízený se vyhýbá nadřízenému).
- c) Propuknutí – fáze, ve které jsou znaky konfliktů zcela zřejmé a neopomenutelné.
- d) Polarizace – znamená zhoršení konfliktu, tím že se do něj zapojuje více osob.
- e) Adaptační stádium – období, ve kterém se sice podnikly potřebné či alespoň první kroky k likvidaci konfliktu, ale zdaleka nebyli účastníky konfliktu přijaty.
- f) Výskyt možných řešení – nejde o jakékoliv návrhy řešení, ale hledání takových, které mají zřetelnou naději na převažující souhlas.
- g) Konsenzuální proces – období řešení konfliktu, ve kterém se již nehledají nové varianty, ale dovršuje se proces přijetí nebo zavržení předložených řešení (Kutnohorská, 2007, s. 91).

2.6 Způsoby chování

Chování je taková aktivita jedince, kterou můžeme pozorovat z pohledu druhé osoby. Při kontaktu s druhým člověkem, můžeme v různých situacích, reagovat jakýmkoliv způsobem. Chování a prožívání se navzájem podmiňují a ovlivňují, jde o takzvanou psychickou regulaci chování. Z chování člověka můžeme poznat nejen jeho prožívání (například radost nebo smutek), ale také jeho osobní vlastnosti, jako je charakter či temperament. Také ve zdravotnické praxi se můžeme setkat s různými skupinami pacientů, kteří určitým způsobem reagují na náhle vzniklou svízelnou situaci. V každodenním životě, zvláště pak ve zdravotnické praxi, kde jsme v kontaktu s nemocným člověkem, který má v dané situaci většinou změněn pohled na realitu, se dostáváme do situací, které mohou být složité, a někdy se může stát, že nás vyvedou z míry. Ve společnosti se v převážné míře uplatňují tři základní typy chování a to: Pasivita, Agresivita, Asertivita.

Specifickým chováním je manipulace, kterou můžeme považovat za skryté chování a obsahuje prvky pasivního i asertivního chování. Manipulující jedinec svou skutečnou

žádost skrývá za něco úplně jiného. Jen na nás samotných je, jaký způsob chování si v dané situaci zvolíme.

Pasivní chování vede člověka nejen k porušování vlastních práv, vzdávání se svých cílů, ale i nejistotě, a velmi často i k využívání jinými lidmi. Pasivní člověk, v našem případě sestra/ porodní asistentka nebo pacient/ klient, ustupuje ostatním, vyhýbá se výměně názorů, obviňuje okolí z agresivity, v jednání si je nejistý, nedokáže odolat manipulaci. Přizpůsobuje se silnějším, ze strachu se většinou podřizuje a často přebírá jejich názory. V různých situacích zaujímá roli „oběti“, nemožného, neschopného člověka. Toto chování je typické pro sestru/ porodní asistentku s nízkým sebevědomím a všechny neúspěchy jejího „já“ ještě více oslabuje. Pasivní člověk je terčem politování a hněvu jiných. Dochází zde k nenaplnění potřeb, přetrvává úzkost a strach. Negativní důsledek je ten, že se chová a jedná tak, jak nechce a nedokáže jasně vyslovit své přání a potřeby, a proto nedostane to, po čem touží a na co má právo.

Agresivní chování je způsob, při kterém člověk předkládá svoje myšlenky a názory jiným lidem a vynucuje si jejich přijetí. Přitom porušuje práva druhého člověka. Svých cílů dosahuje na úkor jiných, druhého člověka podceňuje. Agresivní sestra/ porodní asistentka je připravena kdykoliv zaútočit, zraňuje a ponižuje, nepřipouští si vlastní chyby a ze všeho obviňuje ostatní. Bývá neoblíbená, často se cítí osamělá, ale má přehnané sebevědomí. Ve svém chování plní roli „diktátora“ nebo také „moralisty“. K agresivnímu chování patří i hrubá slova, sarkasmus, ironie devalvace druhých. Negativní důledek agresivního chování se odráží v ochlazení mezilidských vztahů a znemožnění otevřené komunikace.

Asertivní chování je způsob chování, kterým člověk vyjadřuje, prosazuje otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje. Asertivně jednající člověk dokáže přesně a jasně říci, co chce, o co mu jde, co si myslí a co prožívá. Má přiměřené sebevědomí a pozitivní postoj k druhým lidem i sobě. Umí naslouchat a přistoupit na kompromis. Je schopný změnit svůj názor pod tlakem argumentů. Celou svojí osobností dává na vědomí, že ví, že jeho požadavky jsou oprávněné a splnitelné a že druhá strana je korektní a má zájem na kladném vyřešení. Asertivní člověk vytváří kolem sebe pohodu. Považuje lidi za dobré a nedělá mu problém požádat je o laskavost, ale také být laskavý. Navenek působí uvolněně, klidně, hovoří zřetelně, dívá se do očí tomu, s kým hovoří. Brání se manipulaci a s druhým nemanipuluje. Respektuje morální zásady (Zacharová, 2011, s. 246).

3 KOMUNIKACE

Komunikace je velmi účinný nástroj, který může ovlivnit celý ošetrovatelský proces. V průběhu porodu je správná komunikace s rodičkou velice důležitá. Komunikace má několik základních funkcí a to funkci informativní, instruktivní, ale také funkci posilovací a motivující, což je v průběhu porodu funkce nejdůležitější.

3.1 Komunikační proces

Komunikace vždy probíhá mezi dvěma nebo více lidmi. Toto vzájemné působení je ukázkou procesuálního charakteru komunikace, protože každý z komunikujících lidí se snaží toho druhého ovlivňovat. Může se stát, že komunikace neprobíhá tak, jak si jeden z komunikujících představuje, pak tedy změni svou taktiku, snaží se zapůsobit více na city nebo argumentovat něčím, čím původně vůbec neměl v úmyslu. Jde tedy o proces proměnlivý, účastníci vždy iniciují nějakou změnu (Vrublová, 2006, s. 41).

Součástí komunikačního procesu jsou komunikátor – ten, kdo vysílá zprávu, komunikant – ten, kdo vyslanou zprávu přijímá, komuniké – vyslaná zpráva jako myšlenka nebo pocit, který jeden člověk sděluje druhému. Vyslaná zpráva má podobu verbálních a neverbálních symbolů. Jednou z nejdůležitějších součástí komunikačního procesu je „feedback“ takzvaná zpětná vazba. Jde o reakci na přijatou zprávu v podobě potvrzení a způsobu interpretace. Samozřejmě nesmíme zapomenout na komunikační prostředí, které má na komunikaci velký vliv a také na kontext (Vrublová, 2006, s. 42).

3.2 Formy komunikace

3.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému. Verbální komunikace může být přímá, nepřímá, zprostředkovaná, mluvená nebo psaná. Nelze popřít význam verbální komunikace, je součástí sociálního života. Porozumění je jádrem pochopení významu. Jedná se tedy o dvoustranný proces.

Verbální komunikace ve zdravotnictví.

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při vzájemné komunikaci mezi pacientem/ klientem a sestrou/ porodní asistentkou je důležité navodit příjemné

prostředí, které pacienta uspokojuje a zbavuje ho obav a strachu. Pro dosažení kvalitní komunikace je zapotřebí respektovat některé požadavky. Požadavky, které bychom měli respektovat dle Zacharové (2011):

- a) **Individuální přístup** - patří k základním bodům úspěšné komunikace. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta/ klienta. Slova, která používáme při rozhovoru s jedním pacientem/klientem, se druhému pacientovi/ klientovi můžou zdát nevhodná a můžou vyvolat negativní reakci. Je třeba dbát, aby náš přístup byl taktní, abychom pacienta/ klienta neodradili od komunikace.
- b) **Úcta k pacientovi/ klientovi** – znamená vážit si ho jako člověka vždy a za všech okolností, respektovat ho jako osobnost a ponechat mu určitou autonomii.
- c) **Pozitivní vztah k pacientovi/ klientovi** – vyvíjí se v průběhu vzájemné interakce. Vše, co sestra/ porodní asistentka udělá, to jak se zachová a co řekne, má svůj psychologický vliv na pacienta/ klienta. Postoj sestry/ porodní asistentky k pacientovi/ klientovi se projeví nejen v řeči, ale i ve výrazu tváře, pohybu či postoji těla.

3.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci dle Venglářové (2006) lze definovat jako řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme. Mnohé studie ukázaly, že stejně jako mluvená řeč jsou i neverbální projevy plynulým jazykem se svým zvláštním tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou. Člověk naznačuje svůj emocionální stav právě prostřednictvím neverbální komunikace. Ve zdravotnictví nám neverbální komunikace poskytuje informace o pocitech a postojích pacientů. V praxi budou projevy neverbální komunikace velmi významné. Zdravotníci si musejí být vědomi, že pracují nejen ve specifických podmínkách, ale že se setkávají s člověkem, který se ocitá v nelehké životní situaci (Zacharová, 2011, s. 223).

Mezi prostředky verbální a neverbální komunikace není ostrá hranice. Rozdíl spočívá v tom, že verbální komunikace je úmyslná a neverbální neúmyslná. Neverbální komunikace ve společenském životě napomáhá řeči, nahrazuje řeč, vyjadřuje postoje a emoce. Neverbální prostředky sociální komunikace mají význam při:

- a) Vyjadřování postojů, nálad a aktuálního požívání.

- b) Utváření a regulaci vzájemného vztahu – náklonnost nebo odmítání v rámci interakce.
- c) Vytváření prvního dojmu.
- d) Oznamování emocí.
- e) Posuzování charakteru vlastností.
- f) Synchronizace pohybů těla (Kristová, 2004).

Neverbální komunikace se i ve zdravotnictví mění podle toho, kde se odehrává (příjmová ambulance, lůžkové oddělení), kdo je v roli odesílatele a kdo v roli příjemce (pacient – sestra, pacient – lékař), jaké jsou vztahy mezi komunikujícími (autorita, přátelství, nadřazenost), v jakém čase se odehrává (před operací, při propouštění pacienta) a především jak dlouho komunikace probíhá (krátký kontakt při vizitě, plánovaný rozhovor). Neverbální projevy jsou členěny do různých kategorií. Autorem nejčastěji používaného členění neverbální komunikace je Jaro Křivohlavý. Ten uvádí, že neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, které zaujímají určitou polohu nebo vykonávají určitý pohyb. Zdůrazňuje, že jde o to, co si sdělujeme mimikou, proxemikou, haptikou, posturologií, kinetikou a gesty.

Proxemika je chápána jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru, s následným dodržováním hranic. Nejde jen o to, v jaké vzdálenosti lidé od sebe stojí, svou roli hraje celková dynamika pohybu během rozhovoru. V praxi se běžně setkáváme s termínem osobní zóna člověka, nebo také proxemická či distanční. Ve zdravotnictví je tato zóna nejvíce narušovaná, což u některých pacientů/ klientů může vyvolat neklid či nepříjemné pocity. Intimní zóna každého člověka je ve vzdálenosti 15 – 30 cm. Tato zóna je pro člověka velice důležitá, protože splývá s tělesným hmatovým dotykem. Zdravotní sestra či porodní asistentka se v této zóně ocitá velmi často a to při hygienické péči, odborných ošetrovatelských výkonech a tak dále. Porodní asistentka vstupuje do této intimní zóny během celého porodu. Měla by si proto uvědomit, že před vstupem do této zóny je potřebná komunikace s rodičkou. Informovat a vysvětlit ošetrovatelský postup, vysvětlit důvod a časové trvání postupu. Jestliže narušíme intimní zónu bez jakéhokoliv upozornění, nemůžeme očekávat pozitivní reakce.

Haptika – lze ji chápat jako komunikaci prostřednictvím dotyků. Dotyk patří mezi důležitý znak k upevnění vztahu. Většinou jde o první kontakt při seznámení mezi sestrou/

porodní asistentkou a pacientem/ klientem. Dotyková komunikace vyžaduje schopnost empatie. Ve zdravotnictví můžeme využít i doteky, které také mají svůj význam. Může to být například pohlazení, podržení za ruku, letmé doteky končetin a další.

Posturologie – je to řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Mezi posturologické prvky, které nám něco vypovídají, patří polohy končetin, hlavy, naklonění těla a tak dále.

Mimika – je to komunikace zprostředkovaná pomocí svalů tváře, které vyjadřují psychický stav člověka. Z výrazu tváře můžeme vyčíst mnoho informací, nejčastěji se uvádí úzké spojení mezi výrazem obličeje a sdělováním emocí. Zacharová uvádí, že ve tváři lze vyčíst 7 základních druhů emocí: štěstí – neštěstí; radost – smutek; klid – rozčilení; zájem – nezájem; spokojenost – nespokojenost; neočekávané překvapení – splněné očekávání; pocit jistoty – strach. Mezi mimické znaky patří samozřejmě úsměv, na který by žádný zdravotník neměl zapomínat. Úsměv je nejúčinnější prostředek komunikace, naznačuje přátelství, je stimulem k toleranci. Pro sestru/ porodní asistentku je důležité vnímat signály, které pacient/ klient vysílá, ať už se jedná o projevy bolesti, studu či psychického napětí. Zdravotník by měl umět ovládat své citové reakce tak, aby svým jednáním nepoškodil nemocného. Jestliže to dokáže, lze to kvalifikovat jako vysoký stupeň profesionálního přístupu a chování, uvádí Zacharová (2011).

Gestika – nauka o pohybové činnosti člověka. Gesto může doplnit verbální projev a tím jej i zesílit. Mezi základní gesta řadíme pohyby hlavou, rukou, pohyby ramen. Mezi všemi neverbálními prostředky je řeč gest nejbohatší.

3.2.3 Efektivní komunikace

Efektivní komunikace syntetizuje verbální a neverbální komunikaci. Jejím nejefektivnějším vyjádřením je empatie.

Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient/ klient právě prožívá, jaký má vztah k nemoci, jak hodnotí svět a sebe v něm. Pro schopnost empatie je dobré umět odložit svoje vlastní názory, hodnoty a předsudky.

Termín empatie je řeckého původu a své místo našel zejména v literatuře psychologické a zdravotnické. Je to schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. Empatie velmi úzce souvisí se

schopností naslouchat a správně vykládat, co si člověk myslí. V ošetrovatelské literatuře patří mezi faktory zlepšující vztah mezi sestrou a pacientem/ klientem schopnost reagovat empaticky. Empatie je považována za jeden z nejdůležitějších i nejsložitějších faktorů působící na vzájemnou komunikaci mezi sestrou/ porodní asistentkou a pacientem/ klientem (Zacharová, 2011, s. 235).

Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi/ klientovi a Kristová (2004) do ní řadí:

- a) Vcítění se do duševního stavu pacienta/ klienta.
- b) Poznání a pochopení prožívání pacienta/ klienta.
- c) Schopnost emocionálního porozumění toho, jak pacient/ klient svoji nemoc prožívá, jak vidí sám sebe ve změněné situaci, co se v něm odehrává.
- d) Vědomý pozitivní vztah k pacientovi/ klientovi.
- e) Sounáležitost s pacientem/ klientem.
- f) Pozitivní naladění bez kladení podmínek.

„Sestra/ porodní asistentka schopná empatie vstupuje ve své klinické praxi na chvíli do subjektivity pacienta/klienta a usiluje o prožití jeho nálady, myšlenek, emocí, vztahů a pochopení změněných potřeb“ (Zacharová, 2011, s. 236). V profesionálním chování zdravotnických pracovníků schopnost navazovat a udržovat slovní kontakt má významné místo. Prostřednictvím slov sestra/ porodní asistentka vysvětluje, získává, motivuje, přesvědčuje nebo povzbuzuje pacienta/ klienta o účelnosti ošetrovatelských postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy bychom měli pracovat obratně, volit je uváženě, uvědoměle a často i cíleně. Nevhodná, nesprávná a neuvážená slova se mohou odrazit nejen na psychickém stavu pacienta/ klienta, ale dále ovlivňovat bio-psycho-sociální jednotu organismu (Zacharová, 2011, s. 205).

Empatie je velmi důležitým prvkem mezilidských vztahů, jejím hlavním cílem by mělo být pomoci člověku, který pomoc potřebuje. Empatii tvoří dvě na sebe navazující složky, a to složka poznávací – kognitivní, to znamená, v jakém duševním stavu se pacient/ klient nachází, jakou má náladu, co potřebuje a co očekává. Složka emocionální – ta představuje již samotné vcítění se do stavu pacienta/ klienta. Tyto dvě složky jsou na sobě závislé, vzájemně se prolínají a nemohou existovat odděleně. Empatické pochopení vyjadřujeme především neverbální složkou komunikace. Mezi nejčastější faktory, které ovlivňují rozvoj

empatie, patří množství a kvalita životních zkušeností, specifické zážitky, prožité krizové situace a mnoho dalších.

Empatie je velice blízká soucitu a ten může sestru negativně ovlivnit. Sestra/ porodní asistentka může ztratit vlastní soudnost a může vstoupit do pocitů pacienta/ klienta a jeho reakcí, jako by byli její. Může se stát, že emoce budou dominovat nad racionálním hlediskem. Impulzivnost může ohrozit vlastní bezpečnost a intervence, která má být ve prospěch pacienta/ klienta se stává neefektivní (Zacharová, 2011, s. 238).

3.3 Jednání s pacienty/ klienty

V současné klinické praxi se klade důraz na kombinaci odborných vědomostí zdravotníka se správně uplatňovaným psychologickým přístupem k pacientovi/ klientovi. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. Sestra by měla být schopna zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci (Zacharová, 2011, s. 255).

Tři hlavní hodnoty v jednání s pacienty:

Spravedlnost – rozumí se tím respekt, úcta k právu, k tomu co je danou společností formulováno v zákonech, předpisech a právních ustanoveních. Rozumí se jí nestranné rozhodování, uznání práv nejen vlastních, ale i druhého člověka, ať je jím kdokoliv. Opačným pólem spravedlnosti je nerespektování práv druhého a pohrdání tím co je „správné“ dobré (v etickém slova smyslu). Rozumí se tím nečestné jednání, chování a nedodržování pravidel.

Laskavost – rozumí se tím ohled na druhého účastníka jednání. Je to pozornost jemu věnovaná, zájem o jeho potřeby, starost a péče o něj. Jde zde o spolucítění, jednání projevující se ochotou, přívětivostí a přátelským postojem k druhému člověku, ať je jí kdokoliv. Opačným pólem k laskavosti je netečnost k zájmům druhého člověka, nestarání se o něj, apatie, bezohlednost a nepozornost k tomu, co se ho týká.

Odpovědnost – rozumí se tím jednání, v němž se projevuje vědomí povinnosti, a které svědčí o tom, že člověk nejedná náhodně, ale v určitém vztahu nejen k vlastním zájmům a cílům, ale také k zájmům společensky širším. Jde o tzv. morální odpovědnost. Odpovědný člověk je ten, který je ochoten nést následky svého rozhodnutí. Opačným pólem je neodpovědnost, to znamená nedbání zájmů druhých lidí a pohrdání etickými otázkami (Kutnohorská, 2007, s. 93).

Někdy stačí, aby lékař či sestra/ porodní asistentka při informování pacienta/ klienta projeví rozpaky, použili při dvojím rozhovoru jiná slova a pacient/ klient zneklidní, protože se domnívá, že se mu zdravotník pokouší něco zatajit. Zejména sestra/porodní asistentka může pacienta/ klienta poškodit v oblasti somatické, ale i psychické. Sororigenie je pro nemocného člověka obzvlášť nebezpečná, protože organismus zesláblý vlastním onemocněním má velkou psychickou labilitu. Je proto důležité, aby lékař i sestra/ porodní asistentka zacházeli se slovy opatrně, cílevědomě a uvážlivě (Zacharová, 2011, s. 256).

3.4 Komunikace v průběhu porodu

Musíme si uvědomit, že pro každou ženu je porod jedinečná a individuální záležitost. Proto musíme ke každé rodičce mít individuální přístup. Během porodu musíme volit vhodnou komunikaci, kterou bychom měli přizpůsobit rodičce, volit pomalejší tempo řeči, věty opakovat, měli bychom rodičku patřičně motivovat a dodávat jí sílu. Dobrá komunikace zvyšuje šanci na produktivní rozhovor mezi ženou a porodní asistentkou. Porodní asistentka klade otázky způsobem, jež vybízí rodičku sdílet osobní věci ze svého života, proto je velmi důležité vytvořit přátelské a důvěrné prostředí mezi porodní asistentkou a rodičkou. Porodní asistentka by se měla snažit odstranit jakékoliv komunikační bariéry. Je možné zapojit i partnera pokud o to bude žena stát. Každá rodička potřebuje pocit jistoty a bezpečí, proto bychom se měli chovat tak, aby k nám měla žena důvěru a nebála se nás na cokoli zeptat. Vhodnou komunikací minimalizujeme psychické poškození rodičky a zabráníme tak negativním vzpomínkám na porod. Jestliže bude mít žena v průběhu porodu jakékoliv přání či požadavky, měli bychom se jí snažit vyhovět. Pokud nebude přání možné splnit, měli bychom ženě vysvětlit, proč to nejde a informovat jí o dalším ošetrovatelském postupu (Wheeler, 2002, s. 3).

Zásady jednání porodní asistentky s rodičkou:

- a) Minimalizovat obavy a úzkost.
- b) Neslibovat nic, co nemůžeme splnit.
- c) Působit důvěryhodně.
- d) Dostatečně informovat.
- e) Zapojit otce u porodu.
- f) Prokonzultovat možné metody tišení bolesti.

- g) Respektovat porodní plán.
- h) Dbát na potřeby rodičky. (Mrowetz, 2009, [online]. [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://www.denikreferendum.cz/clanek/423-psychologie-porodu-chimera-nebo-realita>)

4 PRÁVNÍ ASPEKTY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Poskytování zdravotní péče, stejně tak i jakákoliv jiná činnost ve společnosti musí být a je upravena a regulována řadou obecně závazných norem různé síly. Jsou to především normy právní, morální a etické. Proto se v mnoha případech právo, etika a morálka prolínají a doplňují (Vondráček, 2004, s. 7).

„Právo je soubor obecně závazných pravidel chování a jednání členů společnosti, organizací, tedy fyzických i právnických osob, které vydává stát“ (Vondráček, 2009, s. 9).

Zdravotnické právo upravuje poskytování zdravotní péče v ambulantní i lůžkové složce státních i nestátních zdravotnických zařízení. Stanovuje konkrétní podmínky pro způsobilost zdravotnických pracovníků k výkonu poskytování zdravotní péče, povinnosti a kompetence zdravotnických pracovníků. Upravuje poskytování lázeňské péče, zásahy do reprodukce i způsob vedení zdravotnické dokumentace (Vondráček, 2004, s. 11).

4.1 Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče

V žebříčku životních hodnot stojí zdraví vždy na předních místech. Jeho ochrana je zakotvena v právních předpisech nejvyšší právní síly. Odpovědnost zdravotnických pracovníků všech odborností je zdůrazňována v rovině etiky i v oblasti práva. Kritéria pro chování zdravotníků jsou daleko přísnější a sankce za porušení mnohem tvrdší, než je tomu u jiných profesí. (například: Trestný čin ublížení na zdraví pod vlivem alkoholu, který spáchal lékař nebo sestra, nebo porušení povinné mlčenlivosti jsou společností hodnoceny daleko kritičtěji, než když stejný čin spáchá nezdravotník.) (Vondráček 2006, s. 7).

Odpovědnost je chápána jako ochota snést sankce za protiprávní jednání. „Za protiprávní jednání je považováno takové jednání, které je v rozporu s právními předpisy, včetně předpisů interních, ale i takové, které je v rozporu s dobrými mravy a předpisy stavovské organizace, pokud je fyzická osoba jejím členem“ (Vondráček 2009, s. 27).

Podle Vondráčka (2006) má zdravotník – nelékař při poskytování ošetrovatelské péče odpovědnost:

- a) Trestněprávní.
- b) Občanskoprávní.

- c) Pracovně právní.
- d) Správní.
- e) Disciplinární.
- f) Smluvní.
- g) Funkční.

4.1.1 Odpovědnost za pacienta/ klienta.

Ve společnosti se traduje, že odpovědnost za pacienta/ klienta při poskytování zdravotní péče, zejména při hospitalizaci nesou zdravotní pracovníci. Tento názor je potřeba upřesnit a to v tom smyslu, že poskytovatelé zdravotní péče nesou zodpovědnost pouze za zdravotní stav a bezpečnost ošetřovaného pacienta/ klienta. Nikoliv za chování a jednání pacienta/ klienta (Vondráček, 2009, s. 32).

4.2 Sororigenní poškození pacienta/klienta při ošetřování v porodní asistenci

Poskytování zdravotních služeb je soubor činností, které vedou k uspokojování potřeb pacienta/ klienta, a to jak v oblasti předcházení nemoci, tak upevnění nebo návratu zdraví. Tato činnost je realizována konkrétními výkony, které musí být prováděny podle platných standardů – tedy lege artis. I při správném vykonávání ošetřovatelského postupu je zde riziko různých komplikací. Komplikace mohou vzniknout z řady příčin, které nelze vždy předvídat a ani ovlivnit. Jednou z možných komplikací je poškození pacienta/ klienta sestrou/ porodní asistentkou při poskytnutém ošetřovatelském výkonu. Při vzniku poškození je povinností sestry/ porodní asistentky, která poškození způsobí oznámit tento fakt své nadřízené, tedy staniční sestře. Je nutné provést záznam o způsobeném poškození, který musí obsahovat konkrétní fakta a ne úvahy o zavinění (Vondráček, 2009, s. 57).

Většina pacientů podstupující zdravotnickou péči je vystavena riziku poškození způsobené zdravotnickým personálem, který se snaží pacientům/ klientům pomoci, ale i přesto se může stát, že při jakémkoliv výkonu dojde k nechtěnému poškození. Lidské chyby můžeme různě kategorizovat. Při malém poškození může jít o omyl či malou chybičku. Dalším stupněm pak může být pochybení či selhání a v neposlední řadě můžeme dané pochybení klasifikovat jako velkou chybu či naprosté selhání při ošetřovatelské péči (Cima, 2012, s. 6). Poškození pacienta/ klienta může být způsobeno úmyslně,

kdy sestra/ porodní asistentka zcela záměrně a chtěně způsobí pacientovi/ klientovi poškození na zdraví a v případě výjimečných a zcela ojedinělých excesů i smrt. Naprostá většina sororigenních poškození je způsobena neúmyslně, což je z právního hlediska kvalifikováno jako nedbalostní čin. V právu se neznalost vždy kvalifikuje jako nedbalost. Poškození zdraví pacienta způsobené sestrou/ porodní asistentkou je podle závažnosti nebo velikosti následků hodnoceno jako trestný čin ublížení na zdraví, nebo v horším případě těžká újma na zdraví, následně je pak u soudu v trestně právním jednání sankcionováno (Vondráček, 2009, s. 57).

Vondráček uvádí, že odpovědnost za sororigenní poškození nese ten, kdo jej způsobil, tedy sestra/ porodní asistentka. Volána k odpovědnosti však bude i sestra staniční, která musí doložit, že sestra/ porodní asistentka byla konkrétním výkonem prověřena a je tedy k výkonu způsobilá, a také že splnila svou povinnost provádět kontrolu, zda její podřízené provádějí činnost v souladu s předpisy a standardy, které konkrétní činnost upravují.

Poškozený pacient/ klient se může dovolávat odškodnění v občanskoprávním řízení. Většinou jde o odškodnění bolestí, ale také se může domáhat úhrady všech nákladů účelně vynaložených v souvislosti s léčením. Odškodnění by hradil zaměstnavatel sestry (Vondráček, 2009, s. 58).

4.3 Povinná mlčenlivost

Při poskytování zdravotní či ošetrovatelské péče by měla být mezi pacientem/ klientem a sestrou/ porodní asistentkou vzájemná důvěra. Důvěra se pak projevuje tím, že pacient svěřuje sestře/ porodní asistentce skutečnosti osobního a často i velmi intimního obsahu včetně skutečností, které se přímo neváží k jeho chorobě, ale které pacienta/ klienta tíží a potřebuje se s nimi svěřit. Pacient/ klient to dělá v přesvědčení, že sdělené informace zůstanou utajeny. Pacient/ klient, laická i odborná zdravotnická veřejnost porušení povinné mlčenlivosti vnímá jako hrubé porušení etických norem i právních předpisů. Požadují postih toho, kdo povinnou mlčenlivost porušil (Vondráček, 2009, s. 59).

„V současné době žádná etická norma ani právní předpis nemluví o lékařském tajemství, ale výhradně o povinné mlčenlivosti, kterou zákon ukládá všem fyzickým osobám, které se podílejí na poskytování zdravotní péče“ (Vondráček, 2009, s. 59).

Předmětem povinné mlčenlivosti jsou všechny skutečnosti, které se týkají daného pacienta, tedy nejen informace o konkrétní diagnóze, vyšetřovacího či léčebného postupu, ale i věci týkající se jeho záležitostí sociálních, osobních i pracovních. Předmětem povinné mlčenlivosti jsou i skutečnosti týkající se pracoviště. Setra/ porodní asistentka nesmí na veřejnosti sdělovat interní záležitosti nemocnice například, že ten či onen lék je v současnosti nedostatkové zboží nebo sdělovat problémy interpersonální (Vondráček, 2004, s. 29).

Povinnou mlčenlivost sestře/ porodní asistentce ukládá i profesní kodex, neboť stanovuje, že zdravotní sestra/ porodní asistentka chrání informace o osobních poměrech pacienta/ klienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat. (Vondráček, 2004, s. 29).

4.3.1 Porušení povinné mlčenlivosti.

Porušení povinné mlčenlivosti může sestra/ porodní asistentka provést verbálně a to, když ústně nebo telefonicky sděluje informace týkající se pacienta/ klienta, nebo je sděluje písemně nepřislušným osobám. Častým porušením povinné mlčenlivosti je poskytování informací o zdravotním stavu a chorobách ve společnosti. Porušení povinné mlčenlivosti podléhá sankci podle závažnosti následků, které zveřejnění důvěrných údajů způsobilo. Také může být v závažných případech kvalifikováno jako nedbalostní trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. Může se stát, že postižený bude porušení povinné mlčenlivosti kvalifikovat jako přestupek proti občanskému soužití, a to v případech, kdy by ho zveřejňovaná skutečnost podle jeho představ urazila nebo zesměšnila (Vondráček, 2009, s. 60.)

4.4 Práva pacienta

Již od dob Hippokrata existuje v lékařství celá řada etických kodexů. Etické kodexy tohoto druhu jsou obvykle deontologické povahy, to znamená, že vymezují povinnosti (řecky deon = povinnost) lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti.

4.4.1 Historie Práv pacientů

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a nutno také doplnit, že je ani nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to nejen v rovině odborné, ale často i lidské. Asymetrie vzájemného vztahu byla obrovská a vedla ke vzniku klasického paternalistického modelu. O právech pacientů formulovaných jako komplementární

doplňk tradičních deontologických modelů se začíná hovořit v podstatě teprve na začátku 70. let 20. století. V souvislosti s rozvojem vědy a techniky prodělalo lékařství jako obor i zdravotnictví jako systém řadu změn; profesionální péče o nemocné je týmová, specializovaná až superspecializovaná. Nabídka diagnostických a terapeutických metod je pestrá a někdy není příliš snadné určit, která metoda je pro pacienta nejvhodnější. Lékaři docházejí k názoru, že svůj názor na věc mají vyjádřit i ti, kterých se léčba týká, tedy pacienti. Z těchto důvodů je zřejmé že pacientova role se mění a z nemocného se stává plnoprávný partner lékaře. Ustálit nové formy spolupráce mezi lékařem a pacientem je úkol dlouhodobý a nepochybně obtížný. Práva pacientů reprezentující nejčastější a opodstatněná přání nemocných, mohou v tomto smyslu vykonat mnoho dobrého. Jsou formulována tak, že doplňují etický kodex lékařů a nejsou v rozporu s platnou legislativou. Jsou závazná morálně, nikoliv právně (Haškovcová, 2002, s. 96).

Podíváme-li se do historie vzniku práv pacientů, měli bychom nejprve uvést koncepční základy, které položily základy na formování etického kodexu práv pacientů.

- a) Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (1948).
- b) Evropská dohoda o lidských právech a základních svobodách (1950).
- c) Evropská sociální charta (1961).
- d) Mezinárodní úmluva ekonomických, sociálních a kulturních práv (1966).
- e) Mezinárodní konvence občanských a politických práv (1966).
- f) Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (1997).
- g) Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (2005) (Cetlová, Babická, © 2009-2013. [cit. 2013-01--22]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/etika-v-osetrovatelstvi>).

V roce 1971 pravděpodobně vznikl první kodex Práv pacientů a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie. K dnešnímu dni existuje velké množství kodexů týkajících se pacientů a následně též etické kodexy specializované, týkající se určité skupiny nemocných, jejichž problémy jsou stejně nebo velmi podobné. V osmdesátých letech jsou práva samozřejmostí ve všech vyspělých zemích. Pozornost je věnována tvorbě speciálních kodexů, přičemž iniciativa nepochází pouze z řad odborníků, ale také laiků. Pro příklad můžeme uvést Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte,

práva imobilních osob a mnohé další. Etické kodexy práv pacientů nejsou dány jednou pro vždy, naopak se v průběhu času obměňují. Podle potřeby bývají doplňovány a jejich obsah je revidován v souvislosti s tím, jak se mění situace na straně pacientů či ošetřujících.

Za zmínku jistě stojí Andersenova práva pacienta, která byla psána v zástupné, tedy v ich-formě. V preambuli textu se praví: „ Já pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, opatřený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře (tj. lékaře, setru) a odmítám vaše úsilí proniknou do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z všeho počínání opravdu prospěch.“ Tato část textu je stále aktuální, i když v různých zemích různou měrou. Anderson zdůraznil právo nemocného na respekt, autonomii, sebeurčení a individuální přístup. Ve své době velmi dobře reagoval na „medicínu mlčení“, tedy na stav, kdy pro pacienta bylo vykonáváno hodně, ale s nemocným bylo zacházeno více jako s předmětem než se subjektem. V další části textu autor zdůrazňuje: „ Mluv se mnou!...Buď se mou, stůj při mně!... Nenechávej mě samotného a pouze se sáčkem pestrobarevných léků.“ Ostatní části Andersenova textu jsou věnovány především lékařské praxi (Haškovcová, 1996, s. 18).

Ve světě dnes nikdo nezpochybňuje práva pacientů. Práva pacientů jsou morálním kodexem. Obsahově dávají všem, tedy i odborníkům i laikům, na vědomí, jaká přání mají nemocní, a protože tato přání ostatní chápou jako opodstatněná, společně je povyšují na „morální právo.“ Závaznost takového práva je jen morální a to z pravidla k jeho naplnění nestačí. Proto se zvažují různé formy zákonné úpravy, dokonce se hovoří o nutnosti takzvaného „Pacientského zákona.“ Práva pacientů nelze chápat jako dogma, ale jako prostředek hledání, v němž je nepochybně výrazným problémem nepoměr mezi potřebami nemocných a možnostmi společnosti. V tomto smyslu je nutné stále pečovat o sladění morálních i legislativních práv (Haškovcová, 1996, s. 19).

Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla koncipována na základě vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Byla respektována některá naše specifika, ale i připomínky vznesené v rámci diskuze odborné

veřejnosti. Definitivní verze práv pacientů formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR dne 25. 2. 1992. Úplný text etického kodexu práva pacientů viz. Příloha II.

4.4.2 Účel a cíle práv pacientů

Nejdůležitějším cílem je udržení základních lidských práv, které je nutné dodržovat ve zdravotnictví. Velmi nutné je chránit důstojnost člověka a podporovat vždy jeho úctu. Dalším velmi důležitým cílem je podpora humanizace zdravotní péče, se zřetelem na nejzranitelnější skupinu obyvatel jako jsou děti, senioři, psychiatricky nemocní a handicapovaní lidé. Fišerová (2003) upozorňuje na některé účely, které práva pacientů mají nebo čeho má být dosaženo v péči o nemocné:

Cílem je úcta k individualitě nemocného respektive k jeho lidství, k jeho psychosociální situaci a ne pouze k somatické, odstranit prvky dehumanizace v medicíně i v ošetřovatelství.

Mezi nemocným a pracovníkem ve zdravotnictví zavést demokratický vztah. Odstranit profesionální nadřazenost a nahradit ji partnerstvím, přátelstvím a poradenstvím. Pacienti nejsou nevzdělaní, nekvalifikovaní laici, kteří se musí slepě podrobit našemu rozhodnutí a uposlechnout příkazy.

Pacient je vyzíván k tomu, aby se podílel na léčebném procesu. I pacient nese za léčení díl odpovědnosti. Cílem práv je zapojit pacienta na svém zdraví. Právní odpovědnost sice leží na lékaři, protože je odborně vzdělán a má k tomu pravomoci, ale nemocný je také zodpovědný za to, zda se uzdraví nebo jeho stav přejde do chronického stádia.

Akceptujeme, že každý člověk je svobodná, autonomní bytost, a proto také respektujeme vůli, přání nemocného, anebo jeho rozhodnutí, odmítnutí a podobně. To ovlivňujeme informacemi. Informace jsou potřebné zejména, když jsou vyšetření bolestivá a pacient má strach.

Práva sledují přispět k lepšímu vzájemnému porozumění mezi nemocným, rodinou pacienta, profesionálními zdravotníky. Je to proto, že všichni tři se nejvíce podílejí na léčení nebo pomoci. Prospěch nemocného je ve vzájemné souhře a jeho podpoře zúčastněnými. Lékařům a sestřám se často doporučoval tzv. psychologický přístup, to znamená brát zřetel na psychiku pacienta a jeho rodiny, a přesto to není stále samozřejmostí.

Účelem práv pacientů je také zvolit optimální postup. Někdy se můžeme setkat v zájmu vědy se zbytečným obtěžováním, trápením, s nepříjemným vyšetřováním, které je terapeuticky nevhodné a někdy zcela zbytečné.

Práva musí být doplněna povinnostmi, je to rub i líc jedné mince. Myslí se tím obě strany – co má dělat pacient a co má dělat lékař, sestra, psycholog, či jiný pracovník ve zdravotnictví. Tak byly v souvislosti s právy i nově formulovány povinnosti profesionálních pracovníků v podobě etických norem či deontologických povinností.

Práva pacientů nejsou zákony, zákonné normy, ale etické, což znamená, že jejich nedodržování nemůže být soudně vymáháno ani trestáno. Pro uplatnění etických norem a jejich transformaci v mravní povinnosti a práva sehrávají významnou úlohu etické komise a vedoucí pracovníci. (Fišerová, 2003, s. 23).

4.4.3 Rozlišení a omezení práv pacientů

Sociální práva – týkají se závazků, které na sebe vzala společnost a které zajišťuje tak, aby všem občanům mohla být poskytnuta přiměřená zdravotní péče. Vykonává nebo zajišťuje je přímo stát či jiné veřejné orgány nebo nestátní instituce. Sociální práva směřují k zajištění dostupnosti zdravotní péče bez diskriminace pro každého, kdo žije v dané zemi. Jsou využívána obecně v závislosti na stupni vývoje dané společnosti.

Individuální práva – práva jednotlivce se snadněji vyjadřují absolutními pojmy než práva sociální. Pokud se začnou uplatňovat, jsou přímo vymahatelná v zájmu konkrétního pacienta. Tato práva zahrnují takové oblasti jako je nedotknutelnost, soukromí a náboženské vyznání každého jednotlivce.

Omezení práv pacientů je obvykle uvedeno v zákoně. Základním pravidlem takových omezení je, že mohou podléhat jen těm, která jsou v souladu s nástroji ochrany lidských práv a která jsou upravena zákonem. V praxi to znamená, že toto omezení slouží k ochraně veřejného pořádku, veřejného zdraví a lidských práv (Kutnohorská, 2007, s. 57).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Dochází v průběhu porodu k sororigenii z důvodu špatné komunikace?

Dílní výzkumné otázky:

1. Vyskytuje se na oddělení porodního sálu sororigenie?
2. Jsou rodičky/ klientky v průběhu porodu dostatečně informovány?
3. Jaký je postoj a vstřícnost porodní asistentky k rodičce / klientce?
4. Jaký je vliv porodní asistentky na celkové hodnocení porodu rodičkou/ klientkou?

5.2 Užitá metoda výzkumu

Pro účely této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Použila jsem techniku polostrukturovaného rozhovoru. Získané údaje/pojmy byly kódovány a následně zpracovány analytickým a axiálním kódováním. Pojmy jsem uspořádala do kategorií a subkategorií, které jsem vyhodnotila triangulací. Interpretace výsledků byla provedena pomocí tabulek, grafů a komentářů. Vzhledem k počtu respondentů kvalitativního výzkumu (5 respondentek) jsem procenta pro lepší ilustrativnost počítala jen u některých otázek.

5.3 Charakteristika souboru

Jako cílovou skupinu respondentů pro výzkum jsem zvolila ženy, které během porodu prožily pozitivní či negativní zážitek a rodily na porodním sále KNTB, as. Tato výzkumná skupina je specifická tím, že ženy, které jsem oslovila, byly již po období šestinedělí, a tudíž měly náležitý časový odstup od porodu. Některé ženy byly prvorodičky, jiné vícerodičky, pro výzkumné účely jsem se vždy soustředila na poslední porod.

Pro zachování anonymity jsem si respondentky označila R1, R2, R3, R4, R5. Toto označení budu používat v následné prezentaci výsledků. Tím byl respektován zákon 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Zdroj všech tabulek i grafů je vlastní.

5.4 Design výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo ve Zlínském kraji, konkrétně ve městě Zlín a v jeho okolí po dobu dvou měsíců a to od 5. února do 28. března 2013. Vzhledem k tomu, že se v bakalářské práci zaměřuji i na negativní zkušenosti z porodního sálu, oslovila jsem právě ženy/ klientky s negativními zkušenosti. K tomu, abych získala kontakty právě na tyto ženy, požádala jsem o pomoc paní Bc. Radmilu Dorazilovou, soukromou porodní asistentku. Paní Dorazilová mi poskytla kontakty na respondentky, které jsem následně oslovila. Tímto bych jí chtěla opět poděkovat za spolupráci při řešení praktické části bakalářské práce. Se všemi respondentkami jsem se setkala osobně, interview proběhlo v kavárně. Všechny respondentky na mé otázky odpovídaly jasně a otevřeně. Žádná z nich neprojevila známky negativního přístupu k rozhovoru. Tímto bych chtěla poděkovat všem respondentkám za jejich ochotu, čas a chuť podělit se se mnou o své pozitivní či negativní zážitky z porodu.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1 Identifikační údaje

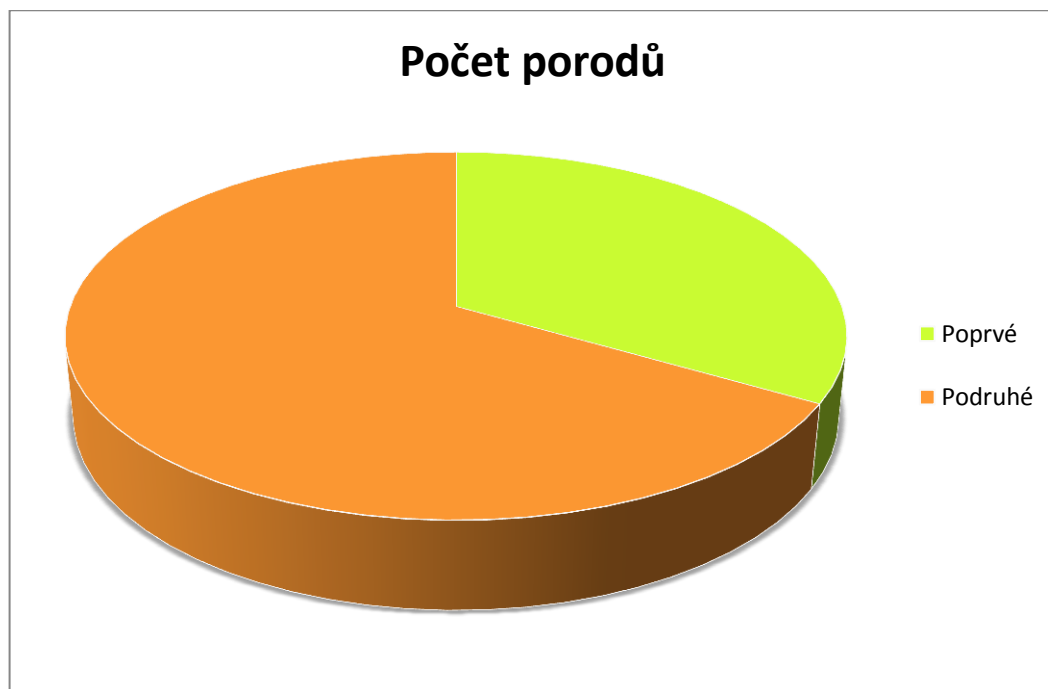
	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
Věk	30 let	27 let	32 let	32 let	28 let
Vzdělání	SŠ s maturitou	SŠ s maturitou	VŠ	SŠ s maturitou	VŠ
Doprovod při porodu	Přítomnost manžela	Přítomnost manžela	Přítomnost manžela	Přítomnost manžela	Přítomnost partnera
Porod ve dne/ v noci	V noci	V noci	Ve dne	V noci	Ve dne
Místo bydliště	Vesnice	Město	Město	Město	Město

Komentář: Z identifikačních údajů můžeme vyčíst, že věk respondentek se pohyboval v rozmezí 27 až 32 let. Čtyři z pěti respondentek (80%) bydlí ve městě, jedna respondentka (20%) bydlí na vesnici. Všechny respondentky (100%) uvedly, že při jejich porodu byl přítomen manžel či partner. 60% porodů se odehrávalo v noci, zbylých 40% porodů ve dne. Vzdelání respondentek bylo v 60 - ti % střední škola s maturitou, 40% respondentek uvedlo vzdělání vysokoškolské.

Otázka č. 1 Kolikrát jste již rodila?

Tabulka 2 Počet porodů

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Poprvé	3	60%
Podruhé	2	40%
Celkem	5	100%



Graf 1 Počet porodů

Komentář:

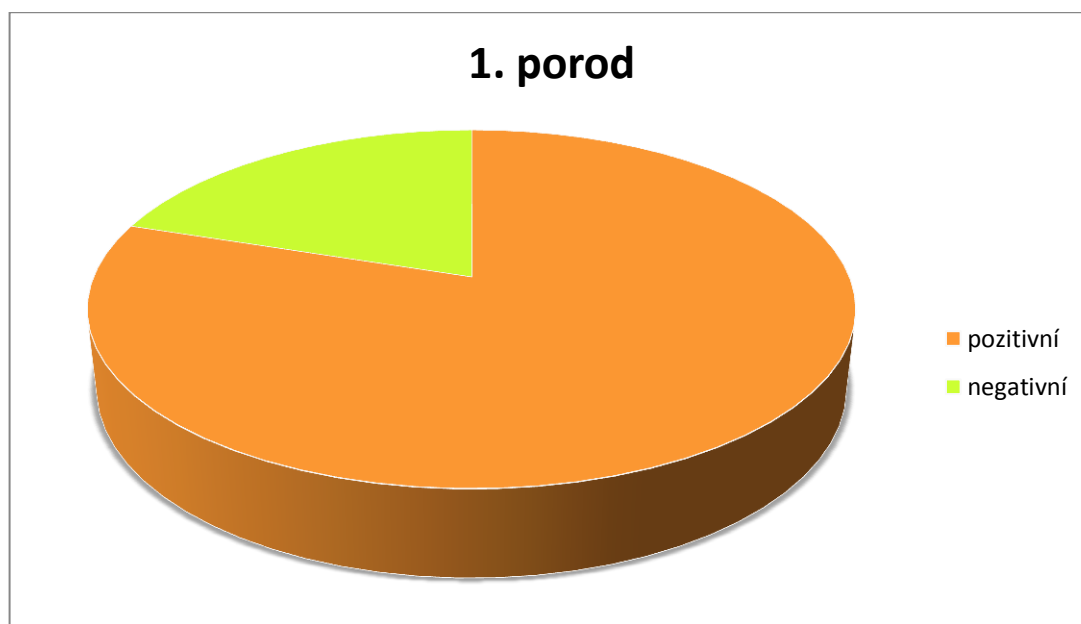
Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu pěti respondentek (100%). 3 respondentky (60%) uvedly, že jimi popisovaný porod byl jejich prvním porodem. Zbylé dvě respondentky (40%) uvedly, že již jednou rodily a jimi popisovaný porod byl jejich druhým porodem, který prožily.

Otázka č. 2 Jak hodnotíte jednotlivé porody?

Tabulka 3 Hodnocení porodu

	1. porod	Absolutní četnost (%)	2. porod	Absolutní četnost (%)
pozitivní	4	80%	1	50%
negativní	1	20%	1	50%
celkem	5	100%	2	100%

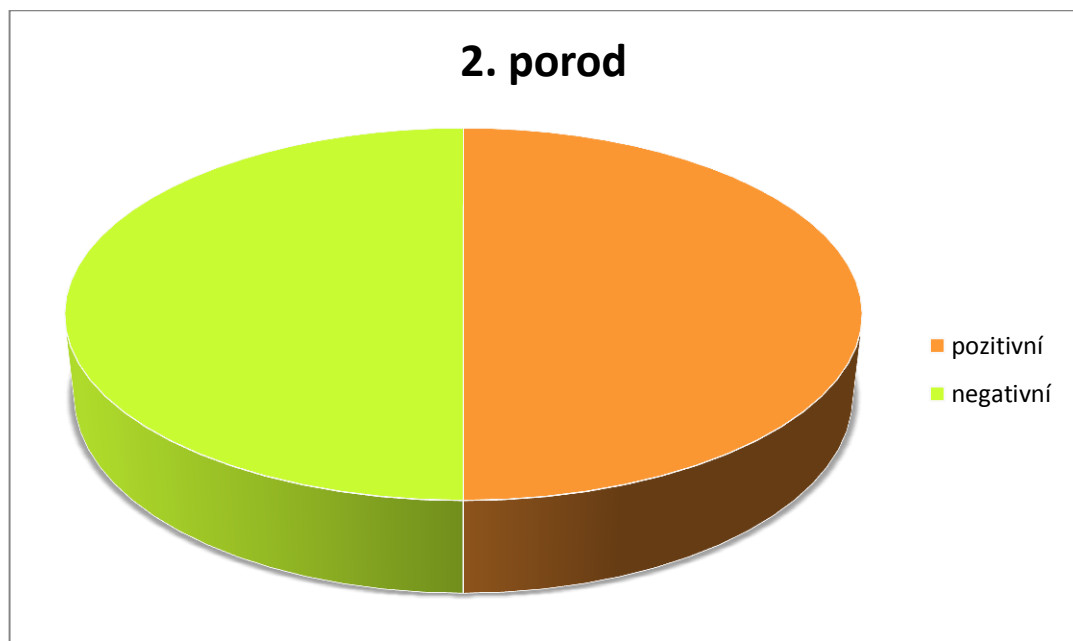
Pro lepší ilustraci výsledků z tabulky jsem použila dva grafy. V prvním grafu zpracuji výsledky hodnocení prvního porodu. Ve druhém grafu budou zpracovány výsledky hodnocení druhého porodu.



Graf 2 Hodnocení 1. porodu

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že první porod hodnotily kladně 4 respondentky (80%). Respondentka R3 uvedla, že první porod byl pro ni krásný zážitek, všechno bylo v pořádku a bez komplikací. Respondentka R4 uvedla: „První porod byl dlouhý a vyčerpávající, ale i přesto byl krásný a já jsem byla šťastná a pokojená.“ Pouze jedna respondentka (R2) uvedla, že první porod byl pro ni velmi stresující událost, kterou už nikdy nechce zažít.



Graf 3 Hodnocení 2. porodu

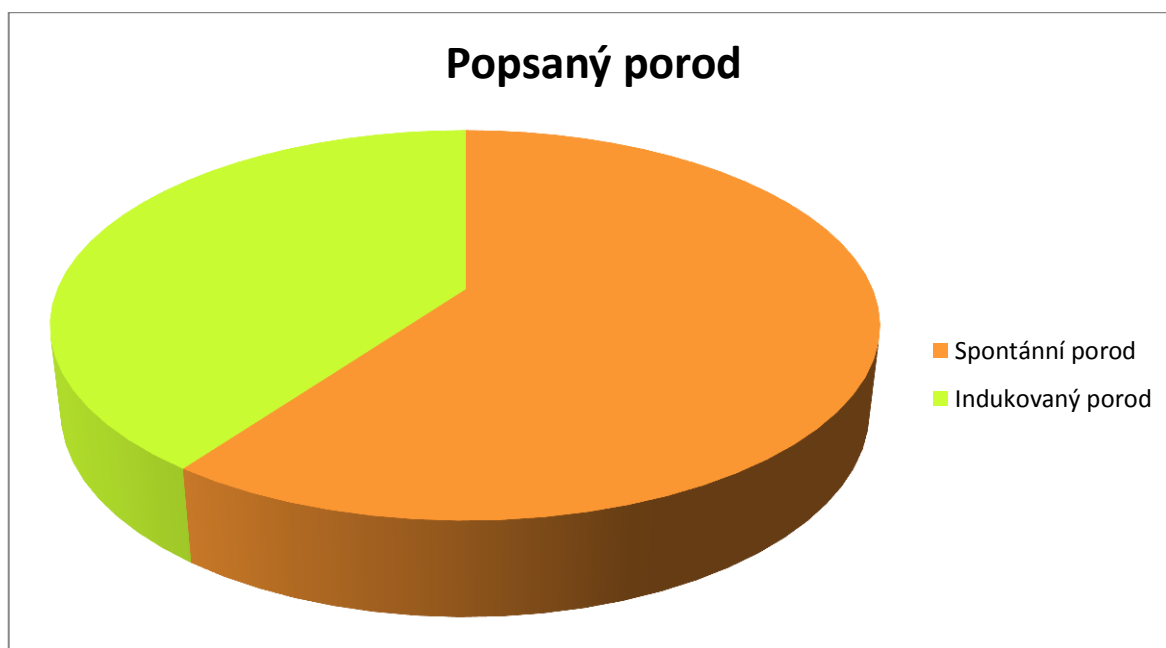
Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že druhý porod prožily pouze dvě respondentky (100%), kdy jedna z nich ho popisuje jako krásný zážitek. Respondentka R4 uvedla: „Druhý porod byl rychlejší než ten první, na sále jsem byla snad jen 3 hodiny, uteklo to velmi rychle. Byl to krásný zážitek“. Druhá respondentka (R3), která rodila podruhé, uvedla, že první porod byl pro ni krásný zážitek, ovšem druhý porod byl přesný opak. Lékaři museli porod vyvolat. Respondentka uvedla: „Připadalo mi, že rodím celou věčnost a pořád to nešlo.“

Otázka č. 3 Jaký byl Váš poslední porod?

Tabulka 4 Popsaný porod

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Spontánní porod v termínu	3	60%
Indukovaný porod v termínu	2	40%
Celkem	5	100%



Graf 4 Popsaný porod

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 60 % porodů proběhlo spontánně, to znamená, že porod začal bez jakékoliv indikace lékařů. Zbýlých 40% respondentek uvedlo, že jim byl porod indukován tedy vyvoláván. To znamená, že ženy přišli do porodnice bez jakékoliv známky začínajícího porodu a to odteklou plodovou vodou nebo pravidelnými kontrakcemi. Respondentka R3 uvádí „Můj poslední porod byla indukce. Řekli mi, že porodní cesty nejsou nachystané a proto se musí porod vyvolat.“

Otázka č. 4 Jaká je Vaše obvyklá reakce na bolest?

Tabulka 5 Reakce na bolest

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Bolest snáším dobře.	2	40%
Bolelo to, ale dalo se to vydržet.	1	20%
Bolest při porodu byla nesnesitelná.	1	20%
Z bolesti jsem měla strach.	1	20%
Celkem	5	100%



Graf 5 Reakce na bolest

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 40% respondentek zvládá bolest bez problémů. Respondentka R2 (20%) uvedla, že bolest v průběhu porodu vůbec nevnímala, bolest začala až ve druhé době porodní, když už měla tlačit. Pro respondentku R3 (20%) byl porod velmi bolestivý, uvedla, že chvílemi se bolest nedala vydržet.

Otázka č. Máte spíše pozitivní nebo negativní vzpomínky na porod? Zkuste popsat pozitivní vzpomínky. Zkuste popsat negativní vzpomínky.

Tabulka 6 Pozitivní vzpomínky

Pozitivní vzpomínky	Relativní četnost
Závěr porodu.	3
Bonding.	5
Pomoc PA.	1
Hydroterapie.	1
Aromaterapie.	2
Skvělý přístup PA.	2
Celkem	14



Graf 6 Pozitivní vzpomínky

Komentář:

Výzkumem bylo zjištěno, že mezi pozitivní vzpomínky na porod patří zejména bonding, což znamená přiložení miminka na hrudník ženy (matky) bezprostředně po porodu. Na této pozitivní vzpomínce se shodly všechny respondentky. Mezi další častou pozitivní vzpomínku na porod patří samotný závěr porodu. Respondentka R1 uvedla: „ Nejvíce se mi líbilo, jak jsem porodila hlavičku a věděla, že miminko už brzy bude na světě. Ten pocit

je nezapomenutelný.“ Mezi další pozitivní vzpomínky na porod patří aromaterapie a hydroterapie. Respondentka R5 uvedla: „Moc se mi líbilo ve vaně, tam ty bolesti nebyli tolik silné, porodní asistentka mi do vody přimíchala nějaké bylinky – aromaterapii, což bylo velmi příjemné a uvolňující.“ Další pozitivní vzpomínka, kterou respondentky uvedly, byl skvělý přístup porodní asistentky. Respondentka (R4) uvádí: „ Měla jsem skvělou porodní asistentku, která mi všechno řekla, byla se mnou po celou dobu porodu. Říkala mi, jak mám dýchat a co mám dělat pro lepší sestupování hlavičky. Mezi kontrakcemi si s námi povídala, bylo to příjemné.“

Tabulka 7 Negativní vzpomínky

Negativní vzpomínky	Relativní četnost
Absentovalo vysvětlení v průběhu porodu.	3
Negativní přístup PA.	1
Špatná komunikace s PA v průběhu porodu.	2
Bolest.	1
Klyzma	1
celkem	8



Graf 7 Negativní vzpomínky

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejčastější negativní vzpomínka na porod je absence vysvětlení postupu v průběhu porodu. Respondentka R1 uvádí: „Nevěděla jsem jak správně dýchat a nikdo mi to nevysvětlil, přitom mi porodní asistentka stále říkala, ať si prodýchávám, ale já nevěděla jak. Také mi nikdo nevysvětlil, jaký je postup při klystýru, nevěděla jsem, jak dlouho mám být na záchodě nebo jestli už můžu jít na sál, nikdo mi nic neřekl. Tak jsem tam v bolestech čekala, až někdo přijde.“ Druhá nejčastější negativní vzpomínka byla nedostatečná komunikace v průběhu porodu. Ve výzkumném šetření jí uvedly dvě respondentky. Respondentka R2 uvedla, že se jí nelíbil přístup porodní

asistentky během celého porodu, uvádí, že se s ní nedalo komunikovat. Další respondentka uvedla: Nelíbilo se mi, že mi nikdo nevysvětlil postup porodu. Stále mě monitorovali na KTG a ani jsem nevěděla proč, bylo to k nevydržení.“ Ostatní negativní vzpomínky jako klyzma a bolest byly sice nepříjemné, ale podle respondentek se daly vydržet.

Otázka č. 6 Byl Vám vždy vysvětlen další postup během porodu?

Tabulka 8 Edukace o porodu

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Ano	2	40%
Ne	3	60%
Celkem	5	100



Graf 8 Edukace o porodu

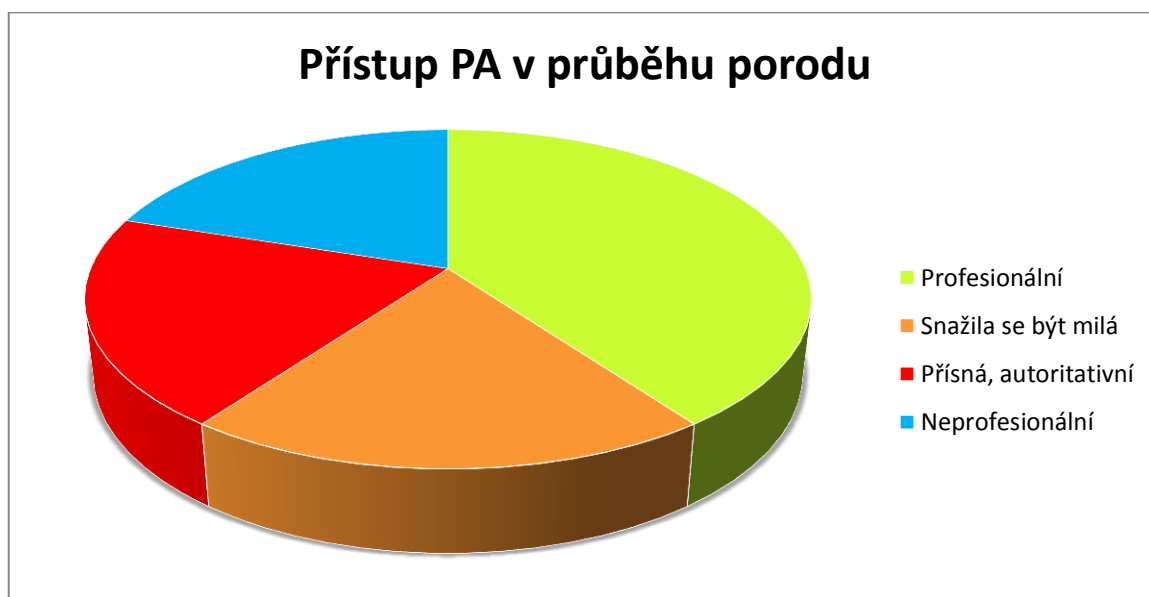
Komentář:

Ve výzkumném šetření 60 % respondentek uvedlo, že jim nebyl dostatečně vysvětlen postup v průběhu porodu. Respondentka R2 uvedla: „Vůbec jsem nevěděla co se se mnou děje. Nikdo mě neinformoval o dalším průběhu porodu.“ Ostatní respondentky (40%) uvedly, že postup v průběhu porodu jim byl dostatečně vysvětlen a že byly dostatečně informovány. Respondentka R4 uvedla: „Vždy mi řekli, co se se mnou bude dít a co mám dělat“.

Otázka č. 7 Popište přístup porodní asistentky k Vám v průběhu porodu.

Tabulka 9 Přístup PA během porodu

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Profesionální, milá, laskavá	2	40%
Snažila se být milá	1	20%
Přísná autoritativní	1	20%
Neprofesionální, nedostatečná komunikace	1	20%
celkem	5	100%



Graf 9 Přístup PA v průběhu porodu

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 40 % respondentek uvedlo, že přístup porodní asistentky v průběhu jejich porodu byl naprosto profesionální. Respondentka R4 uvedla: „Moje porodní asistentka byla milá a laskavá, vždy nám vše vysvětlila. Byla naprosto profesionální, i díky ní byl porod tak krásný. Myslím si, že takové by měly být všechny porodní asistentky.“ Další názory na přístup porodní asistentky byly spíše negativní. Respondentka R1 (20%) uvedla: „Moje porodní asistentka byla ze začátku přísná

až autoritativní. Když jsem přijela do porodnice, tak jsem jí řekla, že mě to moc bolí a ona na to „no a co, to je porod, to musí bolet.“ Tato věta mě celkem šokovala, pak už jsem raději nic neříkala.“ Další respondentka R3 (20%) uvedla: „Myslím si, že se porodní asistentka snažila být milá aspoň ze začátku. Jelikož jsem tam ležela skoro celý den, tak počáteční milost vyprchala a pak už se chovala spíše odměřeně.“ Pouze jedna respondentka (20%) uvedla, že její porodní asistentka byla naprosto neprofesionální: „Vždy mi jen stroze řekla, pojd'te sem, lehněte si na záda, bylo to hrozné“ uvedla respondentka R2.

Otázka č. 8 Měla jste nějaké požadavky? Jestli ano, tak jaké a jaká byla vstřícnost a ochota porodní asistentky?

Tabulka 10 Požadavky během porodu

	Relativní četnost
Požadavky jsem neměla	3
Měla jsem porodní plán	1
Porod do vody	1
Nechtěla jsem epiziotomii	2
Nechtěla jsem oxytocin	1
celkem	8



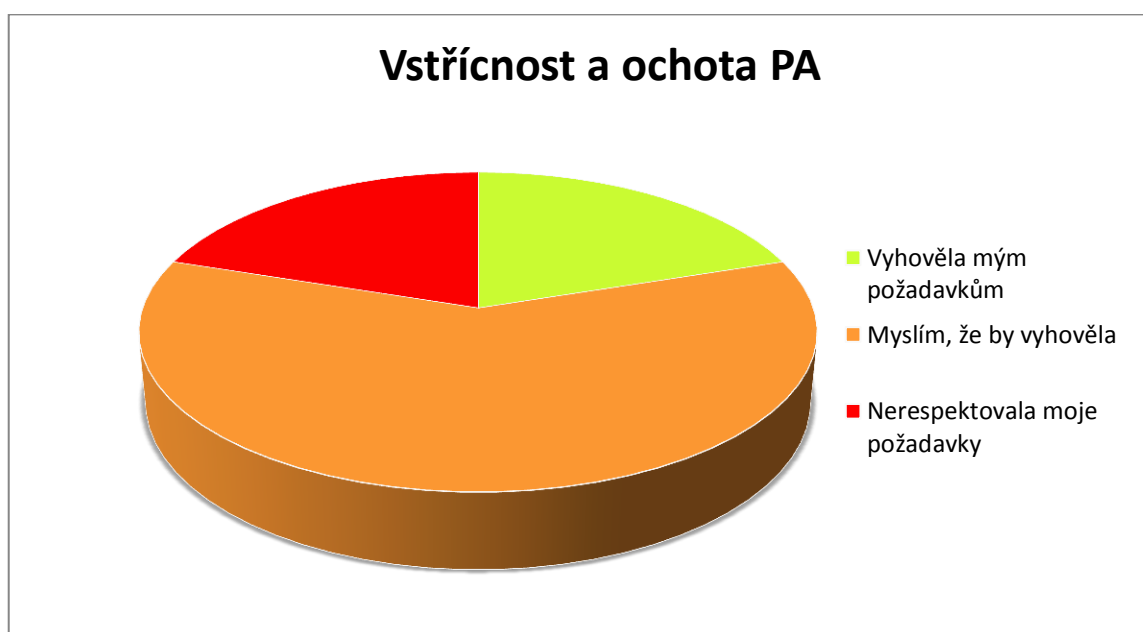
Graf 10 Požadavky během porodu

Komentář:

Ve výzkumném šetření jsme zjistily, že 3 respondentky neměly žádné specifické požadavky na průběh porodu. Jedna respondentka měla porodní plán, ve kterém si přála porod do vody a nechtěla dostat oxytocin. Dvě respondentky si přály, aby nebyly nastřiženy při porodu.

Tabulka 11 Vstřícnost a ochota PA

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Vyhověla mým požadavkům	1	20%
Myslím, že by mi vyhověla	3	60%
Nerespektovala moje požadavky	1	20%
celkem	5	100%



Graf 11 Vstřícnost a ochota PA

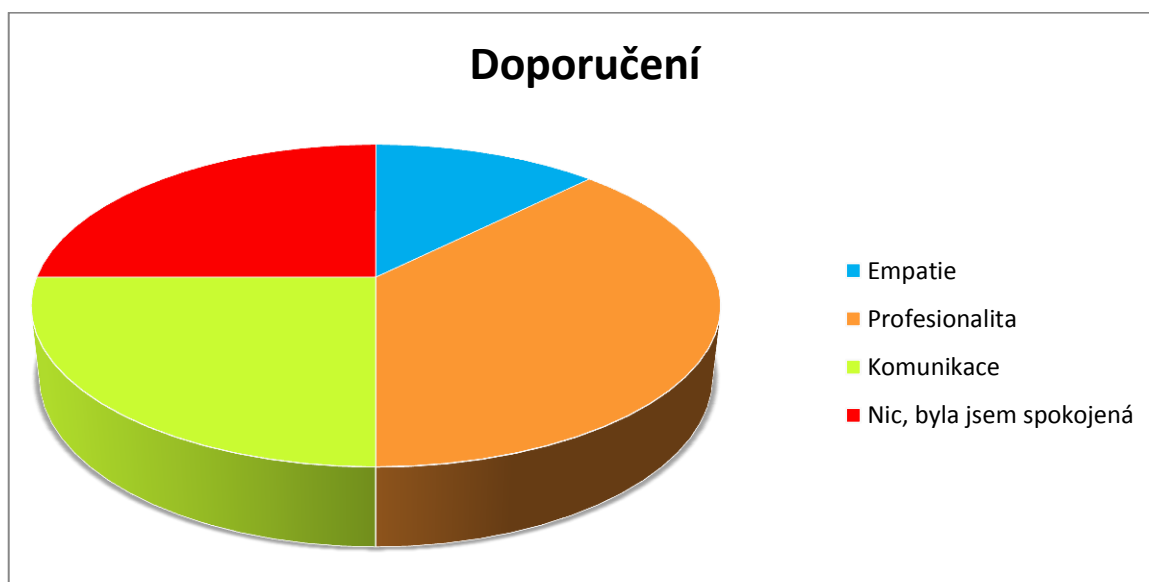
Komentář:

Ve výzkumném šetření jedna respondentka (20%) uvedla, že její porodní asistentka vyhověla všem jejím požadavkům. Tři respondentky (60%) uvedly, že žádné specifické požadavky v průběhu porodu neměly, ale kdyby ano, tak by jim porodní asistentka určitě vyhověla. Jedna respondentka R2 (20%) uvedla: „Měla jsem porodní plán, který porodní asistentka vůbec nerespektovala. Nic z toho, co jsem si přála, nebylo splněno. Chtěla jsem родit do vody, ale porodní asistentka mi řekla, že ona to nedělá. Také jsem nechtěla být nastřižená, to jsem jí říkala i při porodu, ale ona si ty nůžky stejně nachystala a navíc je položila tak abych je viděla. A hlavně jsem nechtěla dostat oxytocin, ale porodní asistentka mé přání opět nerespektovala a řekla: „Nastavte ruku, trochu ten porod urychlíme.“ To mě úplně šokovalo.“

Otázka č. 9 Co byste doporučila k vylepšení přístupu, komunikaci, empatie, naslouchání?

Tabulka 12 Doporučení k vylepšení postupu

Doporučení	Relativní počet	Absolutní počet (%)
Empatie	2	40%
Zlepšit komunikaci a přístup	1	20%
Nic, byla jsem spokojená	2	40%
celkem	5	100%



Graf 12 Doporučení

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že k vylepšení přístupu porodních asistentek, je třeba zlepšit komunikaci a přístup k rodičkám/ klientkám. Respondentky R2 a R3 (40%) se shodly, že by se porodní asistentky měly více vcítit do ženy. Respondentka R3 uvedla: „Porodní asistentka by se měla vcítit do ženy, která rodí skoro celý den a je více unavená než ona a taky to musí vydržet. Je to její práce a měla by se chovat profesionálně.“ Další dvě respondentky (40%) odpověděly, že s přístupem porodních asistentek byly spokojené.

Otázka č. 10 Pokud byste kamarádce popisovala porod, co byste vyzdvihla?

Tabulka 13 Co vyzdvihnout při porodu

	Relativní počet
Samotný závěr porodu	3
Bonding	5
Nejspíš nic	1
Celkem	9



Graf 13 Co vyzdvihnout při porodu

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že všechny respondentky (5) by z celého porodu vyzdvihly bonding. Respondentka R4 uvedla: „Celý porod by krásný zážitek a hlavně to, jak mi na konci porodu položili miminko na hrud', to je nezapomenutelné. Dokonce i manžel byl dojatý.“ Další událostí, kterou by respondentky (3) vyzdvihly při porodu je samotný závěr porodu, tedy druhá doba porodní. Respondentka R1 uvedla: „Vyzdvihla bych samotný závěr porodu, to jak pomalu vychází ven, to je to nejkrásnější.“ Pouze jedna respondentka odpověděla, že z celého porodu by nevyzdvihala, nespíš nic.

Otázka č. 11 Pokud by Vaše přítelkyně šla rodit do zdejší porodnice, na co byste se soustředila?

Tabulka 14 Rada pro přítelkyni

	Relativní četnost
Vzít si partnera k porodu	1
Informovat se o porodu dopředu	2
Sestavit si porodní plán	1
Předem si domluvit PA	1
Nevím	2
Celkem	7



Graf 14 Rada pro přítelkyni

Komentář:

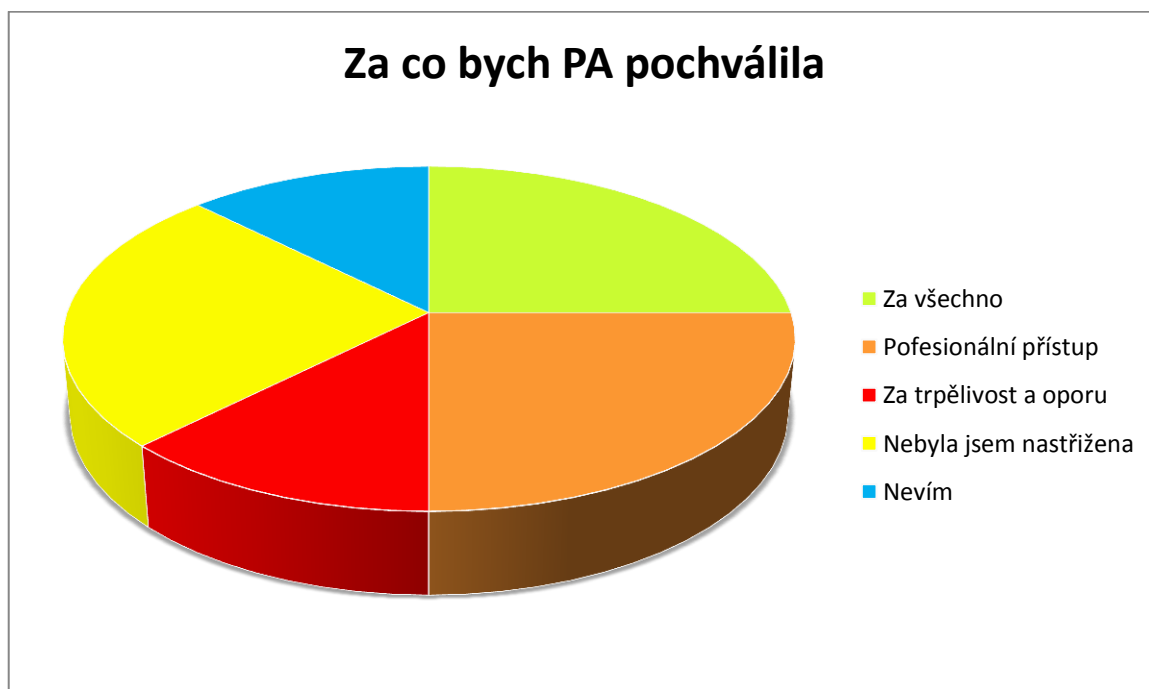
Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že dvě respondentky by svým přítelkyním doporučily informovat se o porodu dopředu. Jak porod probíhá, jaké má fáze a jaké jsou nefarmakologické metody tišení bolesti. Mezi další rady, které respondentky uvedly, patří: Vzít si partnera k porodu, sestavit si porodní plán či si předem domluvit nějakou porodní asistentku, která vás bude doprovázet v průběhu celého porodu. Respondentka R2 uvedla:

„Přítelkyni bych doporučila, ať si předem domluví nějakou porodní asistentku, kterou si sama vybere. Ať si k porodu vezme partnera, je to velká opora a ať se určitě předem připraví na to, co ji bude čekat v průběhu porodu. Tím myslím aby se informovala, co se v průběhu porodu děje.“ Zbylé dvě respondentky nedokázaly na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 12 Pokud byste měla porodní asistentku za něco pochválit, co by to bylo?

Tabulka 15 Za co bych PA pochválila

	Relativní četnost
Úplně za všechno	2
Za profesionální přístup	2
Za trpělivost a oporu	1
Že jsem nebyla nastřížena	2
Nevím, nedokážu říct	1
Celkem	8



Graf 15 Za co bych PA pochválila

Komentář:

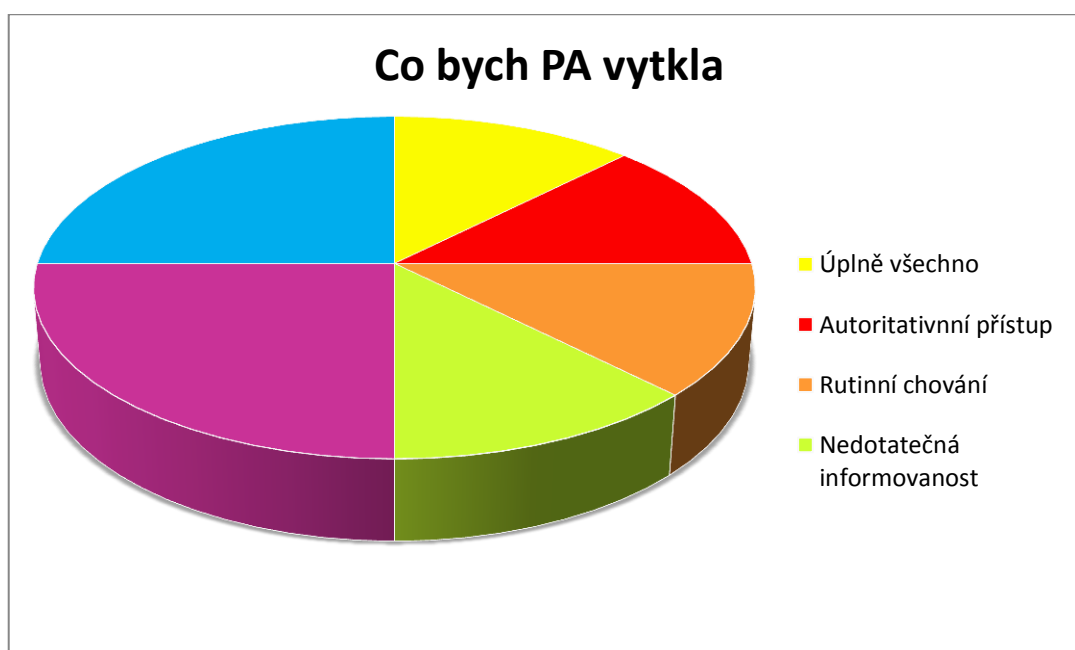
Výzkumem bylo zjištěno, že dvě respondentky by svou porodní asistentku pochválily za profesionální přístup a celkově za všechno. Také uvedly, že jsou rády za to, že je porodní asistentka v průběhu porodu nenastříhla. Respondentka R4 uvedla: „Porodní asistentku bych pochválila úplně za všechno. Byla k nám milá, usměvavá a vše nám v průběhu porodu vysvětlovala. Byla jsem naprosto spokojená.“ Další respondentka R5 uvedla:

„Porodní asistentku bych pochválila za trpělivost, kterou se mnou měla, za oporu při porodu. Moc mi pomohla, byla se mnou po celou dobu porodu a to mě uklidňovalo.“
Pouze jedna respondentka uvedla odpověď, že by porodní asistentku nepochválila za nic.

Otázka č. 13 Pokud byste měla porodní asistentce něco vytknout, co by to bylo?

Tabulka 16 Co bych PA vytkla

	Absolutní četnost
Nejspíš úplně všechno	1
Autoritativní přístup	1
Rutinní chování	1
Nedostatečná informovanost	1
Odměřený přístup	2
Nic	2
Celkem	8



Graf 16 Co bych PA vytkla

Komentář:

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že dvě respondentky by svým porodním asistentkám vytkly odměřený přístup. Respondentka R2 uvedla: „Vytkla bych jí úplně všechno, hlavně ten její autoritativní přístup ke klientkám. V průběhu porodu se o mě vůbec nestarala, jen se chodila dívat, jak jsem otevřená. Vůbec mi neukázala úlevové polohy.“

Chovala se ke mně rutinně.“ Respondentka R3 uvedla: „Porodní asistentka by měla respektovat přání rodičky, měla by být empatická a více komunikovat s rodičkami. Pro mě byl porod něco výjimečného, něco, na co jsem se moc těšila a přístup porodní asistentky mi tu radost z porodu zkazil.“ Zbylé dvě respondentky uvedly, že by porodní asistentce vůbec nic nevytkly, byly s jejím přístupem spokojeny.

7 DISKUZE

Na začátku výzkumného šetření jsem si definovala 1 hlavní výzkumnou otázku a 4 dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: Dochází v průběhu porodu k sororigenii z důvodu špatné komunikace?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 5, 6, 8 polostrukturovaného rozhovoru. Došly jsme k těmto výsledkům:

Ve výzkumném šetření jsme zjistily, že druhá nejčastější negativní vzpomínka na porod byla nedostatečná komunikace v průběhu porodu. Ve výzkumném šetření jí uvedlo 25 % respondentek. Respondentka R2 uvedla, že se jí nelíbil přístup porodní asistentky během celého porodu, uvádí, že se s ní nedalo komunikovat. Při otázce, zda se cítí být „poškozena“ uvedla ano. Další respondentka (R1) uvedla: „Nelíbilo se mi, že mi nikdo nevysvětlil postup během porodu.“ I přes tento fakt, respondentka uvedla, že se necítí být „poškozena“. Respondentka (R4) uvedla „Měla jsem skvělou PA, která mi všechno řekla, byla se mnou po celou dobu porodu. Respondentka R4 byla s komunikací porodní asistentky spokojená. Z výsledků můžeme usuzovat, že v některých případech může docházet k sororigenii, právě z důvodu nedostatečné či nevhodně zvolené komunikace v průběhu porodu.

Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena.

První dílčí výzkumná otázka: Vyskytuje se na oddělení porodního sálu sororigenie?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 2, 5, 8 polostrukturovaného rozhovoru. Došly jsme k těmto výsledkům:

Při celkovém hodnocení porodu 80% respondentek hodnotilo svůj první porod pozitivně. Jedna respondentka (20%) hodnotila svůj první porod negativně. Uvedla: „Porod byl pro mě velmi stresující událost. Nelíbil se mi přístup porodní asistentky, byl naprosto neprofesionální, vůbec se mnou nekomunikovala. Navíc nerespektovala můj porodní plán.“ Při hodnocení druhého porodu respondentka R4 uvedla, že i druhý porod hodnotí pozitivně. Další respondentka R3, která hodnotila svůj druhý porod, ho hodnotila negativně. Negativní hodnocení plynulo z dlouhotrvající první doby porodní a ne z negativního přístupu porodní asistentky. Z těchto výsledků můžeme usuzovat, že se sororigenie vyskytuje pouze v malé míře. Převažují pozitivní vzpomínky na porod.

Dílčí výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Druhá dílčí výzkumná otázka: Jsou rodičky/ klientky v průběhu porodu dostatečně informovány?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 5 a 6 polostrukturovaného rozhovoru.

Došly jsme k těmto výsledkům:

Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že 60% respondentek uvedlo, že jim nebyl dostatečně vysvětlen postup v průběhu porodu (viz. Graf č. 8). Respondentka R2 uvedla: „Vůbec jsem nevěděla co se semnou děje. Nikdo mě neinformoval o dalším průběhu porodu.“ Ostatní respondentky (40%) uvedly, že postup v průběhu porodu jim byl dostatečně vysvětlen a že byly dostatečně informovány. Respondentka R5 uvedla: „Naše porodní asistentka s námi komunikovala otevřeně, vždy nám říkala, co máme dělat a co se bude dít. Porod jsem zvládla díky ní.“ Z výsledků je zřejmé, že ve většině případů (60%) byla informovanost rodiček v průběhu porodu nedostatečná.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena.

Třetí dílčí výzkumná otázka: Jaký je postoj a vstřícnost porodní asistentky k rodičce / klientce?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 8, 9, 12, 13 polostrukturovaného rozhovoru.

Došly jsme k těmto výsledkům:

V osmé výzkumné otázce jsme se ptaly respondentek, jestli měly nějaké přání či požadavky během porodu. 60% respondentek odpovědělo, že žádné specifické přání či požadavky neměly, ale kdyby ano tak by jim porodní asistentka určitě vyhověla. Jedna respondentka R2 (20%) uvedla: „Měla jsem porodní plán, který porodní asistentka vůbec nerespektovala“. Dále jsme se ptaly, co by rodičky/ klientky doporučily, pro vylepšení přístupu porodních asistentek. 20% respondentek uvedlo, že by doporučily zlepšit komunikaci. Mezi dalšími doporučeními byla empatie a profesionalita. Ostatních 40% respondentek odpovědělo, že s přístupem porodních asistentek byly spokojené.

Dílčí výzkumná otázka č. 3 byla zodpovězena.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: Jaký je vliv porodní asistentky na celkové hodnocení porodu rodičkou/ klientkou?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 5, 7, 8, 12, 13 polostrukturovaného rozhovoru.

Došly jsme k těmto výsledkům:

Na celkové hodnocení porodu má vliv spousta faktorů. Jedním z faktorů je i přístup porodní asistentky k rodičce/ klientce. Ve výzkumném šetření 40 % respondentek uvedlo, že přístup porodní asistentky v průběhu jejich porodu byl naprosto profesionální. Další názory na přístup porodní asistentky byly spíše negativní. Respondentka R1 (20%) uvedla: „Moje porodní asistentka byla ze začátku přísná až autoritativní. Když jsem přijela do porodnice, tak jsem jí řekla, že mě to moc bolí a ona na to „no a co, to je porod, to musí bolet.“ Myslím si, že tento typ komunikace by naprosto nevhodný a neprofesionální. Respondentky, které odpověděly, že jejich porodní asistentka se k nim chovala hezky a mile, pak hodnotily porod pozitivně. Naopak respondentky, které nebyly spokojené s přístupem porodní asistentky, hodnotily porod negativně. Z těchto údajů můžeme usuzovat, že porodní asistentka má vliv na celkové hodnocení porodu.

Dílčí výzkumná otázka č. 4 byla zodpovězena.

Při uskutečněných polostrukturovaných rozhovorech nálada respondentek byla pozitivní, neprojevovala se žádná zášť nebo jiný negativní přístup k porodním asistentkám, rodičky se snažily o objektivní přístup a jejich odpovědi byly upřímné, tím splňují polostrukturované rozhovory také požadavek reliability a validity.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny a tím byly splněny cíle bakalářské práce.

Doporučení pro praxi.

Výsledků bakalářské práce lze využít v porodnické praxi jako příklad negativního přístupu porodní asistentky k rodičce. Domnívám se, že toto pomůže porodním asistentkám v jejich sebereflexi v přístupu k rodičce a vyvarování se podobných chyb. Závěrů výzkumného šetření lze využít také v pedagogické praxi jako simulaci negativního přístupu stejně jako tomu je v konkrétní porodnické praxi. Na základě analýzy bakalářských a diplomových prací v www.theses.cz jsem zjistila, že sororigenii není věnována téměř žádná pozornost. V centru výzkumného šetření převažují příklady dobré praxe.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zodpovědět výzkumné otázky, které jsme zodpověděli v kapitole 7. Hlavní výzkumná otázka zněla: Dochází v průběhu porodu k sororigenii z důvodu špatné komunikace? Ve výzkumném šetření jsme se dozvěděli, že během porodu může docházet k sororigenii právě z důvodu nevhodné či špatně zvolené komunikace ze strany porodní asistentky. Každá porodní asistentka by si měla uvědomit, že psychika ženy je během porodu více náchylná k jakémukoliv „poškození“. Se slovy bychom měli pracovat obratně, volit je uvážně, uvědoměle a často i cíleně. Nevhodná, nesprávná a neuvážená slova se mohou odrazit na psychickém stavu rodičky/ klientky. Důvodů, proč to tak je, může být několik. Strach o sebe sama i o své nenarozené dítě, nedůvěra v porodní asistentku, či strach z bolesti. Každá rodička potřebuje pocit jistoty a bezpečí, proto bychom se měli chovat tak, aby k nám měla žena důvěru a nebála se nás na cokoli zeptat. Musíme si uvědomit, že pro každou ženu je porod jedinečná a individuální záležitost. Proto musíme ke každé rodičce mít individuální přístup. Vhodnou komunikací minimalizujeme psychické poškození rodičky a zabráníme tak negativním vzpomínkám na porod. Proto by každá porodní asistentka měla být empatická a snažit se rodičce/ klientce porozumět. Porod je pro každou ženu něco výjimečného, něco, co si pamatuje celý život, a měly bychom se snažit ženě tento prožitek co nejvíce zpříjemnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CIMA, Laura a Sean CLARKE, 2012. *The nurse's role in medication safety*. 2. vydání. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources. ISBN 1-59940-618-7.
2. FIŠEROVÁ, Jaroslava, 2003. *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učebnicový text*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN neuvedeno.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1996. *Práva pacientů*. 1. vydání. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. ISBN 80-902163-0-7.
5. HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3469-9.
6. KRISTOVÁ, Jarmila, 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-642-X.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3843-7.
10. MAREŠ, Jiří a kol., 2002. *Iatropatogenie a sororigenie, aneb, Jak lze poškozovat člověka*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského. ISBN 80-86723-00-3.
11. THOMPSON, Ian E. et al., 2006. *Nursing ethics*. 5. vydání. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. ISBN 0-443-10138-8.
12. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. © Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
13. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3132-2.

14. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2006. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Galén (příloha periodika Florence, č. 3, r. II). ISBN 80-7262-392-3.
15. VONDRÁČEK, Lubomír a Miloslav LUDVÍK. 2004. *České ošetrovatelství: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-376-7.
16. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. 2003. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0705-5.
17. VRUBLOVÁ, Yveta, 2006. *Kapitoly z psychologie a komunikace ve zdravotnictví*. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava. ISBN 80-248-1132-4.
18. WHEELER, Linda, 2002. *Nurse-midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postpartum care*. 2. vydání. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. ISBN 0-7817-2929-7.
19. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4062-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. CETLOVÁ, Lada a Marcela BABICKÁ, © 2009-2013. Etika v ošetrovatelství. Prohuman [online]. roč. 2011, č. 18 [cit. 2013-01--22]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/etika-v-oseetrovatelstvi>
2. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Práva pacientů [online]. ©2010 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html
3. MROWETZ, Michaela, ©2009-2013. *Psychologie porodu: chiméra nebo realita? Deník referendum* [online]. Brno: Referendům. [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://www.denikreferendum.cz/clanek/423-psychologie-porodu-chimera-nebo-realita>)
4. NEMOCNICE VSETÍN, *slib Florence Nightingaleové*, ©2006- 2013. [online]. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=oseetrovatelstvi&podtext=slib-florence-nightingale>
5. UNIPA: Unie porodních asistentek © 2010. *Etický kodex porodních asistentek*. [online]. [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=161%3Aetiickykodex&catid=36&Itemid=100)
6. VÁLKOVÁ, Monika, © 2009. Práva pacientů. Neurologická sekce ČAS [online]. roč. 2009, č. 4. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://neurologickasekce.webnode.cz/news/prava-pacientu-uverejnen-v-dubnu-vedeni-lekarske-praxe-/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CEK	Centrální etická komise.
ČR	Česká republika.
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
KTG	Kardiotokograf
MZ	Ministerstvo zdravotnictví.
PA	Porodní asistentka

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Počet porodů	46
Graf 2 Hodnocení 1. porodu	47
Graf 3 Hodnocení 2. porodu	48
Graf 4 Popsaný porod	49
Graf 5 Reakce na bolest	50
Graf 6 Pozitivní vzpomínky	51
Graf 7 Negativní vzpomínky	53
Graf 8 Edukace o porodu	55
Graf 9 Přístup PA v průběhu porodu	56
Graf 10 Požadavky během porodu.....	58
Graf 11 Vstřícnost a ochota PA	59
Graf 12 Doporučení	60
Graf 13 Co vyzdvihnout při porodu.....	61
Graf 14 Rada pro přítelkyni	62
Graf 15 Za co bych PA pochválila.....	64
Graf 16 Co bych PA vytkla.....	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	45
Tabulka 2 Počet porodů	46
Tabulka 3 Hodnocení porodu	47
Tabulka 4 Popsaný porod	49
Tabulka 5 Reakce na bolest	50
Tabulka 6 Pozitivní vzpomínky	51
Tabulka 7 Negativní vzpomínky.....	53
Tabulka 8 Edukace o porodu	55
Tabulka 9 Přístup PA během porodu	56
Tabulka 10 Požadavky během porodu.....	58
Tabulka 11 Vstřícnost a ochota PA	59
Tabulka 12 Doporučení k vylepšení postupu	60
Tabulka 13 Co vyzdvihnout při porodu	60
Tabulka 14 Rada pro přítelkyni	62
Tabulka 15 Za co bych PA pochválila.....	64
Tabulka 16 Co bych PA vytkla.....	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Etický kodex porodních asistentek.....	80
Příloha 2 Etický kodex práv pacientů	83
Příloha 3 Polostrukturovaný rozhovor	87

PŘÍLOHA 1 ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK

Preambule

Cílem a snahou Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) je zlepšit úroveň péče poskytované ženám, dětem a rodinám po celém světě tím, že vhodně využije profesionálních schopností, dovedností a vzdělání každé porodní asistentky. K dosažení tohoto cíle, k němuž patří zdraví žen a osobní rozvoj asistentek, má na poli výuky, praxe i výzkumu sloužit následující text. Tento Kodex uznává lidská práva žen, usiluje o spravedlnost pro všechny a rovnost (ekvitu) v přístupu ke zdravotní péči. Zakládá se na vzájemných vztazích úcty, důvěry a důstojnosti mezi všemi členy společnosti.

Kodex

I. Vztahy v porodnictví

1. Porodní asistentky respektují právo ženy na informovanou volbu a snaží se ženy vést k tomu, aby přijaly odpovědnost za svá rozhodnutí.
2. Součástí přístupu porodních asistentek je podporovat právo žen na aktivní účast v rozhodnutích, která se týkají poskytované péče. Porodní asistentky rovněž usilují o to, aby se ženy-klientky mohly samostatně vyjadřovat k otázkám zdraví a rodiny ve své společnosti a kultuře.
3. Porodní asistentky i jejich klientky spolupracují s úřady a fondy na vymezení (definování) potřeb, které má zdravotní péče zajistit. Zároveň se snaží zajistit úměrné rozdělování dostupných zdrojů podle priorit.
4. Porodní asistentky se vzájemně podporují ve svém pracovním kolektivu a aktivně u sebe i u jiných pěstují přiměřený pocit vlastní hodnoty.
5. Porodní asistentky kooperují s dalšími zdravotnickými pracovníky. Podle potřeby se obracejí na jiné zdravotnické profese, využívají jejich kompetencí a konzultují s nimi stav svých klientek.
6. Porodní asistentky si jsou vědomy vzájemné závislosti lidí ve své profesi a snaží se řešit vznikající konflikty.
7. Porodní asistentky nesou odpovědnost i vůči své vlastní osobě jakožto jedinci s morálním vlastnictvím, sebeúctou a integritou.

II. Porodnická praxe

1. Porodní asistentky poskytují ženám a rodinám péči zohledňující kulturní různorodost. Současně usilují o to, aby aplikací těchto kulturních pojetí nevnášely do své péče postupy, jež by mohly působit škodu.
2. Porodní asistentky budují v ženách dané společnosti realistická očekávání, spojená s těhotenstvím, porodem a péčí o dítě. Minimálním optimistickým očekáváním je to, že žena by početím, donošením a zaopatřením dítěte neměla utrpět žádnou újmu.
3. Ve všech prostředích a kulturách porodní asistentky užívají svých znalostí z profese k zajištění bezpečného postupu při porodu.
4. Za všech okolností porodní asistentky reagují na psychologické, tělesné, citové a duchovní potřeby žen, o něž pečují.
5. Porodní asistentky jdou celoživotně mladým i starším ženám, rodinám i spolupracovníkům příkladem v účinné podpoře zdraví.
6. Porodní asistentky se po celou dobu své profesní kariéry rozvíjejí po stránce osobnostní, intelektové a odborné. Tento rozvoj se snaží využít v praxi.

III. Profesionální odpovědnosti porodních asistentek

1. Porodní asistentky považují informace o klientkách za důvěrné a soukromé. Sdělují je pouze v odůvodněných případech.
2. Porodní asistentky nesou odpovědnost za svá rozhodnutí a činy, včetně důsledků, které z nich vyplývají pro příjemce péče.
3. Porodní asistentky mohou odmítnout účast na činnostech, s nimiž zásadním způsobem a z morálního přesvědčení nesouhlasí. Důraz na osobní svobodu svědomí by však neměl připravit klientky o základní zdravotnické služby.
4. Porodní asistentky chápou negativní důsledky, které by mohlo na zdraví žen a dětí mít jakékoliv porušení etických zásad a lidských práv. Usilují o to, aby k takovému porušování nedocházelo.
5. Porodní asistentky se podílejí na rozvoji zdravotní politiky a jejím zavádění do praxe, pokud se jedná o zájmy zdraví žen a rodin s dětmi. (Revidováno v květnu 1999.)

IV. Pokrok v porodnické teorii a praxi

1. Porodní asistentky zajišťují, aby rozvoj v porodnictví vycházel z takových praktik, které chrání osobní práva žen.
2. Porodní asistentky mnoha různými způsoby (například výzkumem a tzv. peer review2 postupem) rozšiřují a předávají znalosti ve svém oboru.
3. Porodní asistentky se podílejí na formálním vzdělávání a výchově studentek i absolventek porodnických oborů.

6.května 1993

Zdroj: UNIPA: Unie porodních asistentek © 2010. Etický kodex porodních asistentek. [online]. [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=161%3Aetickykodex&catid=36&Itemid=100)

PŘÍLOHA 2 ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

Právo na zdravotní péči. Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas. Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (*výjimkou jsou případy v zákoně výslovně uvedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu – je-li vám uloženo povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví*). Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon. Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný revers) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vaším podpisem.

Právo na informace. Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován. Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte). V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí. Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací. Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzeneckého vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořízení jejích výpisů, opisů či kopií. Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny
Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby. Odmítne-li lékař či

zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítili se tímto jednáním poškozeni, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice). Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem. V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice). Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte. V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (*osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní*).

Práva osob pozůstalých. Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyšloval jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života. Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Zdroj:

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Práva pacientů [online]. ©2010 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

PŘÍLOHA 3 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Polostrukturovaný rozhovor.

Věk:

Vzdělání:

Přítomnost partnera/ doprovodu při porodu.

Porod ve dne/ v noci.

Odkud pocházíte? Město / vesnice.

1. Kolikrát jste již rodila?
2. Jak hodnotíte jednotlivé porody?
3. Jaký byl váš poslední porod?
4. Jaká je vaše obvyklá reakce na bolest?
5. Máte spíše pozitivní nebo negativní vzpomínky na porod? Zkuste popsat pozitivní vzpomínky. Zkuste popsat negativní vzpomínky.
6. Byl vám vždy vysvětlen další postup během porodu?
7. Popište přístup PA k Vám v průběhu vašeho porodu.
8. Měla jste nějaké požadavky? Jestli ano, tak jaké a jaká byla vstřícnost a ochota PA.
9. Co byste doporučila k vylepšení přístupu, komunikaci, empatie, naslouchání?
10. Pokud byste kamarádce popisovala porod, co byste vyzdvihla?
11. Pokud by vaše přítelkyně šla родit do zdejší porodnice, na co byste se soustředila?
12. Pokud byste měla PA za něco pochválit, co by to bylo?
13. Pokud byste měla PA něco vytknout, co by to bylo?

Kde proběhl rozhovor?

Kdy?

V kolik hodin?

Jak dlouho rozhovor trval?

Popsat náladu rodičky.

Zdroj: vlastní