

Jiho česká univerzita v českých Budějovicích
Zdravotní sociální fakulta

**Edukace týkající se problematiky gravidity a porodu u žen se
sluchovým handicapem v regionu jihozápadní Čechy a regionu Passau**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Radka Těmlová, Ph.D.

Autor práce:
Marie Filipová

2011

Edukace týkající se problematiky gravidity a porodu u žen se sluchovým handicapem v regionu Jižní Čechy a regionu Passau

Porodní asistentka pracující na porodním sále se může dostat do situace, kdy je nutné komunikovat s gravidní sluchově handicapovanou ženou a efektivně ji edukovat. Pro organismus každé ženy představuje těhotenství a porod značnou zátěž, a to jak z hlediska fyzického, tak i z hlediska psychického. Zejména ženy se sluchovým handicapem, vzhledem k obtížnější komunikaci, jsou vystaveny zvýšenému strachu a obavám.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na problematiku fyziologického těhotenství a porodu. Dále se zabývá specifikací sluchového postižení a edukačním procesem. V závěru teoretické části jsou uvedeny rozdíly v péči o těhotné a rodící ženy v České republice a v Německu. Důslednějším studiem sluchového postižení a možných rozporů a následků nedostatečné komunikace v období těhotenství, porodu a následné péče o novorozence mezi personálem a ženou se sluchovým handicapem dává možnost odbornějšího pohledu a přispívá tak k lepší úrovni prevence možných fyzických i psychických obtíží ženy.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na zjištění dovedností a znalostí způsobů komunikace a edukace u porodních asistentek v rámci jejich pracovní náplně směrem ke sluchově handicapovaným ženám. Součástí této je i hlubší pochopení oblasti, do které je z hlediska potřeb sluchově postižených žen fládnoucí edukační proces zaměřit. K získání a zpracování dat empirické části byly zvoleny kvantitativní i kvalitativní výzkumné metody. Kvantitativní výzkumné řešení bylo realizováno technikou sběru dat dotazníkem určeným porodním asistentkám pracujícím na porodním sále. Kvalitativní část výzkumného řešení byla realizována formou rámcové analýzy výstupů získaných z polostrukturovaných rozhovorů vedených se ženami se sluchovým handicapem.

Identifikování schopností komunikace porodních asistentek se sluchově handicapovanými ženami v oblasti porodnictví může vést k optimalizaci vzájemné spolupráce mezi klientkou a ošetřujícím personálem. Práce na základě zjištěných jevů

upozoruje na možné problémy v oblasti edukace žen se sluchovým handicapem. Zároveň doporučuje i vhodné komunikační a edukační strategie v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky v oblasti podávání informací o graviditě a porodu klientkám se sluchovým handicapem.

Education related to the pregnancy and birth of aurally handicapped women in the Regions of South Bohemia and Passau

A midwife working in the delivery room can get into a situation where communicating with an aurally impaired pregnant woman and effectively educating her becomes essential. Pregnancy and birth represent considerable stress, whether physical or mental, for the organism of every woman. Owing to more complicated communication, aurally handicapped women in particular are subject to increased fear and distress.

The theoretical part of the thesis focuses on the question of physiological pregnancy and birth as well as the specification of aural disability and educational process. The differences in care for pregnant and birthing women in the Czech Republic and Germany are mentioned at the end of the theoretical part. Studying aural disability more consistently as well as possible contradictions and consequences of insufficient communication during pregnancy, birth and subsequent care for the newborn between the staff and the aurally impaired woman enables a more professional view, thus contributing to a better level of prevention of the woman's physical and mental problems.

The empirical part of the thesis aims at finding out the skills and knowledge of the ways of communication and education of midwives within their work responsibilities as far as aurally handicapped women are concerned. The research also consists of deeper understanding of the area where the necessary educational process should be aimed from the point of view of aurally impaired women's needs. Quantitative and qualitative research methods were used to get and process data for the empiric part. The quantitative research survey was carried out through the method of data collection by a questionnaire for midwives working in the delivery room. The qualitative part of the research survey was carried out via framework analysis of the output gained from half-structured interviews conducted with aurally handicapped women.

Identifying the communication skills of midwives with aurally impaired women in the obstetrics can result in the optimization of the mutual cooperation between a client and the nursing staff. Upon the learnt facts, the thesis points put potential problems in the area of education of aurally handicapped women. At the same time, suitable communication and education strategies are recommended within the professional powers of a midwife in the area of informing aurally handicapped women about pregnancy and birth.

Prohlášení

Prohláším, že svoji bakalářskou práci na téma *Edukace týkající se problematiky gravidity a porodu u žen se sluchovým handicapem v regionu jihozápadní Čechy a regionu Passau* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2011

Marie Filipová

Poděkování

Poděkování Mgr. Radce TMŠtípkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Rovněž děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumné části práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Těhotenství.....	5
1.1.1 Návštěva prenatalní poradny	5
1.1.2 Vyšetření v prenatalní poradně	6
1.1.3 Porodní asistentka a edukace v prenatalní poradně	7
1.1.4 Úloha porodní asistentky v předporodní přípravě	11
1.2 Porod.....	12
1.2.1 Úloha porodní asistentky před nástupem a v první době porodní.....	13
1.2.2 Úloha porodní asistentky v druhé době porodní	14
1.2.3 Úloha porodní asistentky ve třetí době porodní	15
1.2.4 Úloha porodní asistentky ve čtvrté době porodní.....	16
1.3 Specifikace sluchového postižení.....	17
1.3.1 Příčiny a klasifikace sluchových vad.....	18
1.3.2 Prevence a diagnostika sluchových vad.....	19
1.3.3 Kompenzace a technické pomůcky	21
1.3.4 Komunikační systémy.....	23
1.3.5 Pravidla komunikace s lidmi se sluchovým postižením	24
1.3.6 Tlumočníci	25
1.3.7 Specializovaná péče s aspektem na sluchový handicap v ČR.....	27
1.4 Edukace.....	28
1.4.1 Vymezení základních pojmů	28
1.4.2 Edukační proces.....	29
1.4.3 E-learning a jeho tvorba.....	35
1.5 Některé rozdíly	36
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38

2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
2.3 Výzkumné otázky	38
3. METODIKA PRÁCE	39
3.1 Metodika práce	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO VĚTĚNÍ.....	41
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného vĚtĚnÍ.....	41
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného vĚtĚnÍ.....	68
4.2.1 Rozhovory se ženami se sluchovým postižením	68
4.2.2 Kategorizace dat v tematických tabulkách.....	75
5. DISKUZE.....	82
6. ZÁVĚR	92
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	96
8. KLÍČOVÁ SLOVA	100
9. PŘÍLOHY	101
9.1 Seznam příloh	101

ÚVOD

V současnosti žijeme v době, jejíž pokrokovost spoívá v neomezování pojetí medicíny pouze na fyziologické procesy a anatomický rozbor, nýbrž ji vnímá jako v du empirickou se zájmem o psychosociální souvislosti, ve kterých se jedinec nachází. V zahraničí, zvlášt v Německu, Maarsku, Rakousku a ad dalších zemí, aktivně pracuje národní společnost zaměřená na psychosomatickou gynekologii a porodnictví (mezinárodní sdružení je známé pod zkratkou ISPOG). I když v této souvislosti se nepíše o psychosomatické sluchové postižených, je logické, že se jich uvedené téma významně dotýká. V České republice jsou zmínováni prozatím pouze jednotliví pracovníci tohoto rozšíření přístup k těhotným, rodičům a následně pečujícím ženám o narozené dítě.

V celé České republice ročně přirozeně přirozeně 806100 žen se závažným sluchovým postižením. V lánkách zaměřených na problematiku života sluchově znevýhodněných žen lze často nalézt vyjádření neslyšících těhotných žen, které se v těinou velice snaží o spolupráci s porodními asistentkami i lékaři, zvlášt u porodu, ale své vnitřní psychické pocity o touze porozumění a pochopení téměř bezmocně skrývají. Sluch je jednou z nejdůležitějších funkcí organismu člověka pro jeho sjednocené vnímání okolního světa. Postižení sluchové oblasti tuto integritu narušuje, ovlivňuje negativně psychický stav těhotné ženy a mává tak druhotně negativní vliv i na zdravý vývoj plodu.

V roce 2004 vzniklo v České republice při Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí Centrum pro neslyšící matky. Tato organizace je jediným centrem v republice a mnohé těhotné ženy se sluchovým postižením ze vzdálených míst jsou o potřebné informace a odpovídající péči ochuzeny.

Otázkou zůstává, pro nikde nenalezneme komplexní informace o sluchově postižených ženách v porodnictví, protože je vždy žádoucí porovnávat své zkušenosti s jinými a popřípadě převzít lepší a vyvarovat se předcházení.

Při zhodnocení nastávajících problémů, ke kterým jsem došla v rámci mého zájmu a studia problematiky péče o klientku se sluchovým znevýhodněním, je možno vyvodit, že potřebou rozvoje edukace a zároveň i komunikace mezi neslyšícími ženami a

zdravotnickým personálem je potřeba na obou stranách. Porodní asistentka pracující na porodním sále se může dostat do situace, kdy je nutné komunikovat s gravidní sluchově handicapovanou ženou a efektivně ji edukovat. Pro organismus každé ženy představuje těhotenství a porod značnou zátěž, a to jak z hlediska fyzického, tak i z hlediska psychického. Zejména ženy se sluchovým handicapem, vzhledem k obtížnější komunikaci, jsou vystaveny zvýšenému strachu a obavám.

Následující práce pojednává o možnostech péče o těhotnou ženu se sluchovým znevýhodněním v období těhotenství a porodu ze strany porodní asistentky.

Snahou je dát představu o kvalitě komunikačních a edukačních možností, které má porodní asistentka k dispozici. Nejprve v ní vyjasním problematiku těhotenství a porodu z hlediska fyziologického a zařadím je do kontextu těhotenství a porodnického procesu ve vztahu k péči o ženu s poruchou sluchu. Zaměřím se na prohlášení problematiky života se sluchovým handicapem a objasním pojmy úzce související s edukací ve zdravotnictví. V závěru teoretické části uvedu rozdíly v péči o těhotné a rodící ženy v České republice a v Německu, nebo blízkost spolupráce českých a německých lékařů, na kterou jsem během studia historie těhotenství a porodnictví narazila, je více než zřejmé.

Hlavní část práce je zaměřena na zjištění dovedností a znalostí ze strany edukace a komunikace u porodních asistentek v rámci jejich pracovní činnosti ke sluchově handicapovaným ženám v regionu Jižní Čechy a regionu Passau. Součástí práce je i hlubší pochopení oblasti, do které je z hlediska potřeb sluchově postižených žen plánovaná edukační proces zaměřit. K získání a zpracování dat empirické části byly zvoleny kvantitativní i kvalitativní výzkumné metody.

Práce může posloužit komukoliv, kdo má zájem více a hlouběji proniknout do problematiky péče o klientky se sluchovým znevýhodněním v gynekologicko-porodnickém zařízení, především však porodním asistentkám k optimalizaci vzájemné spolupráce mezi klientkou a těhotným personálem v rámci výkonu jejich praxe. Příspěvkem mé práce mohou být i doporučení vhodných komunikačních a edukačních strategií v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky v oblasti podávání informací o graviditě a porodu klientkám se sluchovým handicapem.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Těhotenství

Těhotenství je považováno za fyziologický stav. Ze zdravotního pohledu porodní asistentky je těhotenství ženy slyšící a neslyšící stejné. Pro organismus ženy znamená těhotenství zátěž i po stránce fyzické i psychické. Vzájemná souvislost celého procesu těhotenství s prožíváním ženy je hluboká a spletitá. Osobnosti budoucích matek, jejich tendence reagovat určitým způsobem se sebou, prožívat sociální interakce s okolím a vnímat pokyny zdravotnického personálu, jsou velice rozdílné. Rozlišné jsou i momenty vnímání skutečnosti - zprávy o tom, že jsou těhotné, a v souvislosti s tím i představy budoucího života. Ve spojitosti s uvedeným je velmi důležité i pro provázející personál, který by měl reagovat vždy správně, protože již není novinkou v této oblasti, že psychický stav těhotné ženy dokáže mít vliv i na zdravý vývoj plodu. Zejména ženy se sluchovým handicapem, vzhledem k obtížné komunikaci, mají v této tendence ke zvýšenému strachu a obavám.

Tato kapitola se tedy bude zabývat fyziologickým těhotenstvím. Během postupem jsou návštěvy prenatalních poradén, kde lékař provádí vyšetření a odborníkem, čímž se monitoruje zdravotní stav ženy, ale i vývoj plodu. V ordinaci gynekologa je žena poučena a informována o změnách v organismu, které prodává její tělo během gravidity, o správném životním stylu a o tom, jak postupovat při akutních situacích. Pokud má žena zájem, může navštívit předporodní kurz a vypracovat si svůj vlastní porodní plán.

1.1.1 Návštěva prenatalní poradny

Dva až tři týdny po vynechání menstruace by měla žena navštívit gynekologa, který graviditu diagnostikuje pomocí krevního testu na hCG a UZ vyšetřením. Důležitý je postoj ženy ke graviditě. Pokud je gravidita vítána, žena je dále sledována v prenatalní poradně. Je potřeba, aby prenatalní péče byla správně vedena a byla efektivní. Takováto péče vede ke snížení perinatální mortality a morbidit. Při vstupním vyšetření v prenatalní poradně

léka zaznamená identifikační a osobní údaje ženy. Je odebrána anamnéza - rodinná, osobní, gynekologická a porodnická. Dleflité jsou i informace o sociální situaci těhotné ženy. Všechny údaje musejí být úplné a přesné, jinak anamnéza ztrácí svůj účel. Cílem je odhalení možných rizik pro průběh těhotenství a vývoj dítěte. Žena dostane těhotenský průkaz, kam jsou v průběhu gravidity zaznamenávány dleflité údaje o těhotné a vývoji dítěte. Průkaz je nutno nosit stále s sebou. V průkazu by měly být zalofeny výsledky všech vyšetření. Léka stanoví délku souasného těhotenství a provede výpočet termínu porodu podle data poslední menstruace. Termín je dále korigován dle ultrazvukového vyšetření v prvním trimestru. Budoucí maminka je edukována o říivospráv v těhotenství. Doporuená frekvence návštěv v prenatální poradně je do 36. týdne jedenkrát za 4 týdny, od 37. týdne do termínu porodu jedenkrát za týden a po termínu porodu dvakrát týdně (8, 25, 33).

1.1.2 Vyšetření v prenatální poradně

Vyšetření při poskytování prenatální péče je možno rozdělit na pravidelná a nepravidelná. Pravidelná vyšetření jsou prováděna při každé návštěvě ženy v prenatální poradně. Mezi ně patří - sběr anamnestických údajů a subjektivních obtíží těhotné, zevní vyšetření, určení hmotnosti, změnění krevního tlaku a pulsu, chemická analýza moče, bimanuální vaginální vyšetření a stanovení cervix skóre, od 24. týdne gravidity se detekují známky vitality plodu. Nepravidelná vyšetření jsou prováděna jen v určeném týdnu gravidity. Komplexní prenatální vyšetření těhotné je nutno provést nejpozději do 12. týdne. Zahrnuje pravidelně prováděná vyšetření, změnění zevních pánevních rozměrů a vystavení těhotenského průkazu. Léka provede onkologickou cytologii a kolposkopii dolního hrdla. Ženy jsou vyšetřena prsa. Doporučuje se ultrazvukové vyšetření, včetně nuchální translucence a vyšetření beta-hCG a PAPP-A (double test). Tato vyšetření mohou již v prvním trimestru poukázat na poruchy vývoje plodu. U těhotných se zatíženou anamnézou lékaři doporučují interní vyšetření. V těhotenství je vhodné absolvovat stomatologické vyšetření (25, 33, 42).

V souvislosti s danou problematikou může žena se sluchovým handicapem požádat svého gynekologa podstoupit prenatální genetické vyšetření plodu na

poruchu sluchu. Často bývají geneticky vyšetřeni oba neslyšící partneři a za účelem získání karyotypu plodu je řádně provedena amniocentéza (45).

V 16. týdnu gravidity se určuje krevní skupina a Rh faktor, vyšetřuje se titr erytrocytárních protilátek, krevní obraz (stanovuje se hematokrit a počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladina hemoglobinu). Provádí se sérologické vyšetření na HIV, HBsAg, TPHA, biochemický screening vrozených vývojových vad tzv. tripple test. Stanovují se hladiny 3 hormonů hCG, AFP, E3. Ze střední porce moči se vyšetřuje močový sediment.

V 18. - 20. týdnu gravidity se provádí první ultrazvukový screening plodu (velikost a umístění plodu, vývojové anomálie, viabilita plodu, uložení placenty a plodu).

Ve 24. - 28. týdnu gravidity se ženám ve věku 25 let a více provádí screening poruch glukózové tolerance (oGTT test). Perorálně je podáno 75 mg glukosy. Vyšetřují se hodnoty nalačno a dvě hodiny po zátěžovém nabití. Ženy pod 25 let jsou vyšetřovány v případě zátěžové rodiny diabetem, nepříznivé porodnické anamnézy a u obezity.

Ve 30. - 32. týdnu gravidity se u žen s negativním Rh faktorem a s krevní skupinou 0 vyšetřuje titr erytrocytárních protilátek. Znovu se vyšetřuje krevní obraz. Provádí se sérologické vyšetření TPHA a u vysoce rizikových pacientek opět sérologické vyšetření HBsAg a HIV. Je doporučeno druhý ultrazvukový screening plodu (dýchací pohyby, svalový tonus, reakce plodu, fetální pohyby, objem plodové vody).

V 36. - 37. týdnu se mikrobiologickým vyšetřením pochvy zjišťuje přítomnost streptokoků skupiny B (GBS).

Ve 36., 37. týdnu je možno provádět kardiokografický non-stress test. Od 38. týdne je povinný (33, 42).

1.1.3 Porodní asistentka a edukace v prenatální poradně

Dle nové vyhlášky č. 50/2011 Sbírky, kterou se ruší vyhláška č. 424/2004 Sbírky, stanovující činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud se zaměříme na těhotenství, porodní asistentka v rámci svých kompetencí poskytuje základní a specializovanou zdravotní péči prostřednictvím zdravotelského procesu ženám během fyziologického těhotenství. Zdravotelská péče zahrnuje

diagnostiku těhotenství, preventivní opatření, provádění vyšetření ke sledování fyziologického těhotenství a stavu plodu v děloze, zjištění rizikových faktorů. Provádí edukaci o řízení porodní asistentky v těhotenství a péči o novorozence, dále podává informace o prevenci komplikací a poskytuje radu a pomoc v otázkách sociálně-právních. Její práce zahrnuje také předporodní přípravu a přípravu k rodičovství (15,44).

Na základě odebrané porodní anamnézy ve spolupráci s klientkou může porodní asistentka stanovit problémy klientky za podpory NANDA Taxonomie II. Ve vztahu k tématu práce nebudou diagnózy jen jen na trojslofkové a dvojslofkové. Cílem je poukázat na problémy, které mohou v souvislosti s péčí o klientku se sluchovým handicapem nastat, a proto je uvedena pouze první část porodních diagnóz. Jednotlivé fáze porodního procesu u ženy se sluchovým handicapem jsou ovlivněny komunikací s klientkou. Jedná se zejména o fázi získávání informací, plánování porodní asistentky, realizaci porodního plánu a hodnocení účinnosti porodní asistentky.

Z hlediska žen se sluchovým postižením lze v rámci porodního procesu v prenatálním období stanovit dle NANDA Taxonomie II následující diagnózy, které vznikly v důsledku sluchového postižení: 00122 Narušené auditivní vnímání, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00148 Strach z komunikace se zdravotnickým personálem. Další porodní asistentka stanoví u žen slyšících i neslyšících: 00126 Nedostatečné znalosti o řízení porodní asistentky, 00126 Nedostatečné znalosti průběhu porodu, 00214 Zhoršený komfort (tělesný) (10).

Každá těhotná žena, slyšící i neslyšící, by měla být v prenatálním období edukována o řízení porodní asistentky v době těhotenství, dále o tom, co vše je potřeba v těhotenství zažít, které věci bude potřebovat pro miminko, jak pozná začátek porodu a co si s sebou zabalit do porodnice. U neslyšících žen efektivita edukace závisí především na úrovni komunikace (viz podkap. 1.3.5).

Stravování těhotné ženy by mělo zabezpečit optimální příjem celkové energie (2400-2800 kcal). Doporučuje se přijímat dostatek bílkovin a tuků zejména esenciálních mastných kyselin. Konzumaci jídel bohatých na cukry je nutné omezit. Jídelníček by měl

být pestrý s dostatkem ovoce a zeleniny. žena nesmí zapomínat na pitný režim a dostatek doplňkových tekutin (minimálně 2 litry za den). Dostatek je dostatek kyseliny listové, železa, jódu, vápníku a vitamínu D. Při přípravě, manipulaci a konzumaci potravin je potřeba dbát na dodržování hygienických zásad. Strava musí být dostatečně tepelně upravená (25, 33).

V těhotenství je častým problémem zácpa. Pro dobré vyživoení je vhodné konzumovat potraviny s velkým obsahem vlákniny, pít minerální vody s laxativním účinkem a případně používat kontaktní, lokálně působící laxativa (33).

Co se týká hygieny v těhotenství, je vhodné jít sprcha nebo koupel ve vaně. Péče o chrup a dutinu ústní je samozřejmost. Vlivem kolísání hladin hormonů dochází k změnám parodontu. žena by měla minimálně dvakrát během těhotenství navštívit zubního lékaře. Kolísání hladin hormonů ovlivňuje i kůže, vlasy a nehty. ženy mohou trpět změnou vlasů a nehtů, hyperpigmentace, pavoučkové névy, striae distensae, varixy a hemeroidy. Doporučí se mýdla s obsahem hydratačního krému bez parfemace, promývat kůži tvářím mlékem, pro intimní hygienu používat přípravky k tomu určené, na hemeroidy sedací koupele z dubové kůry (25,33).

Odvíjí spodní prádlo by mělo být pohodlné, spíše bavlněné. Podprsenka musí prsa podepírat, mít široká ramínka, kalhotky upravené bavlněné a elastické, kalhoty s pružným pasem, obuv nosit s nízkým a širokým podpatkem s protiskluzovou podrážkou (25, 33).

Spánek v těhotenství by měl být pravidelný a dostatečný (minimálně 8 hodin denně). V posledním trimestru může mít žena se spánkem potíže, obvykle hledá vhodnou polohu a budí ji pohyby dítěte (33, 25).

Pohyb je doporučený. Vhodná je chůze, turistika, jízda na kole, plavání, břišní tance, jóga, golf, speciální těhotenské cvičení. Nadměrné tělesné námaze, která je doprovázena otěží, je lépe se v těhotenství vyvarovat. Sport je vhodný pro upevnění psychické i fyzické kondice těhotné ženy, ale dle jejích schopností a možností (25, 33).

Sexuální život v těhotenství není potřeba omezovat. Pokud je pohlavní styk bezpečný, negativně neovlivní fyziologickou graviditu. Jen ženy s rizikovou graviditou by si pohlavní styk měly spíše odložit (33).

Léky v těhotenství je nutné omezit, zejména v prvním trimestru. Užití jakéhokoliv léku musí těhotná nejprve konzultovat se svým lékařem. Omezení platí i pro kofein. Kouření, alkoholu a jakýmkoliv jiným drogám by se těhotná žena měla vyhnout (25, 33).

Neprokázalo se, že cestování negativně ovlivňuje těhotenství. Těhotné ženy bez zdravotních problémů mohou létat do 8. měsíce těhotenství. Při cestování autem je důležité mít vždy správně zapnutý bezpečnostní pás. Pro těhotnou je nejpohodlnější jízda vlakem. Během cestování nesmí žena zapomínat na pitný režim a také není vhodné dlouho sedět ve stejné poloze. Těhotné ženy by měly omezit delší cesty, které zatěžují organismus (25, 33).

V případě těhotenství probíhá fyziologicky a práce není pro těhotnou namáhavá, může žena vykonávat zaměstnání do období 32. - 34. gestačního týdne a poté nastoupit na mateřskou dovolenou, která ze zákona trvá 28 týdnů. Při porodu dvou či více dětí je doba mateřské dovolené 37 týdnů. Zaměstnavatel musí splnit platné předpisy o zaměstnání těhotných žen, a pokud práce není pro těhotnou ženu vhodná, musí jí přidělit takovou práci, aby nedošlo k ohrožení průběhu těhotenství a vývoji plodu a případně finančně vyrovnat rozdíl ve mzdě (25, 33). Těhotná žena oznámí svému zaměstnavateli nástup na mateřskou dovolenou na předepsaném tiskopise podepsaném příslušným obvodním gynekologem (22).

V těhotenské ambulanci v porodnici, kterou si žena zvolila, dostane dotazník o jménu dítěte. Je dobré ho mít vyplněný dopředu. Pokud žena není vdaná, ale chce, aby dítě mělo příjmení po otci, musí se s partnerem dostavit společně na matriku a vyřídit potřebné dokumenty. Důležitého lékaře si je dobré vybrat dopředu, nejlépe v místě bydliště (25).

Žena si připraví tašku s věcmi do porodnice v předstihu, jíždě před termínem porodu. V tašce nesmí chybět základní hygienické pomůcky a věci osobní potřeby, dále je vhodné přibalit spodní kalhotky (síťované, jednorázové), mateřskou podprsenku,

medikamenty, které žena trvale užívá a dleřité doklady o t hotenská pr kazka, karti ka poji–ovny, ob anský pr kaz. Provdané řeny s sebou musí mít oddací list a dotazník o jménu dít te, svobodné řeny - rodný list a dotazník o jménu dít te, rozvedené řeny - rodný list, rozvodový list a dotazník o jménu dít te, p ípadn list o ur ení otcovství, pokud bude mít dít p íjmení po otci (u svobodných a rozvedených řen) (25).

T hotná řena musí být pou ena o známkách za ínajícího porodu. Pokud řen odte e plodová voda, za ne –pinit nebo má hlen s krví, poci uje pravidelné stahy, které zesilují a poci uje velký tlak na kone ník, je as jet do porodnice. V p ípad , ře řena za ne krváčet jasnou krví nebo má pochybnosti ohledn pohyb , musí se co mořno nejd íve dostavit do porodnice (25).

1.1.4 Úloha porodní asistentky v p edporodní p íprav

Cílem p edporodní p ípravy je, aby rodi ka p ícházela do porodnice p ípravená po stránce fyzické i psychické. P edporodní p íprava má snířit úzkost a strach z porodu, pom ře řen získat reálný postoj k porodu a nau í ji, jak bojovat proti bolesti. T hotná také bude mít v t–í d v ru v í zdravotnickému personálu (25, 28, 33).

Pro komplexní p ípravu rodi ky organizují mnohá porodnická odd lení specializované kurzy. P ípravu na porod by m la vést zku–ená porodní asistentka, která m la nejmén t řletou praxí na porodním sále. V jednotlivých kurzech t hotná řena získá informace o t hotenství, porodu, –estined lí a základech pé e o dít . Struktura kurz u nás není standardní. Kurz by m l mít minimáln –est lekcí. První dv prob hnou v první polovin t hotenství, zbývající ty i po 32. týdn u t hotenství. Po et řen ve skupin je maximáln dvanáct. Kurzy mají ást teoretickou a praktickou. Jednotlivé lekce jsou vedeny formou diskuze a besedy. Vhodné je dopln ní o diapozitivy, video i praktickou ukázk u. Sou ástí je praktický nácvik chování p í porodu. Vhodné je spolupracovat s fyzioterapeutem. Je mořné pozvat do kurzu hosta (neonatolog, porodník, psycholog, d tská sestra). P ítomnost partnera na kurzu je řádoucí, zejména v p ípad , chce-li být p ítomen u porodu. Budoucí rodi e mají mořnost zú astnit se prohlídky porodního sálu a odd lení –estined lí (25, 28, 33).

Rodičky po absolvování předporodních kurzů mají menší potřeby analgetik, umí lépe zvládat stresové situace, které se vyskytnou během porodu a lépe spolupracují, především v druhé době porodní. U předipravených rodiček je menší procento porodnických komplikací. Ženy mají lepší sebehodnocení, větší pocit jistoty a více sebevědomí (28).

Do předporodní přípravy lze zahrnout i tvorbu porodního plánu. V současné době se mnoho budoucích matek o své těhotenství, porod a porodní asistentku více zajímá již předem. Přibývá žen, které mají předem představu, jak by jejich porod měl probíhat a kdy přejít do porodnice si předvedou svůj porodní plán. Často se jedná o ženy, které absolvovaly některý z předporodních kurzů. V porodním plánu jsou sepsány požadavky ženy, které by chtěla, aby byly dodržovány během porodu. Správně napsat porodní plán není zcela jednoduchá záležitost. Je potřeba, aby plán se ženou sepsovala porodní asistentka pracující na porodním sále, kde se chystá žena родит. Je dobré mít i alternativní řešení a nebrat porodní plán jako dogma, jeř je potřeba úzkostlivě dodržovat, a to zejména v případě výskytu porodních komplikací. Porodní plán je nejlépe sestavovat kolem 36. týdne těhotenství. Jeho obsah by měl být formulován stručně, jasně, přehledně a srozumitelně (25).

Pro nedoslýchavé a neslyšící těhotné je vhodné, aby navštívily předporodní kurzy, které budou zároveň předipravené respektovat specifiku jejich osobního handicapu. Tato skutečnost je stejná platí i pro zdravotnický personál z hlediska vzájemné spolupráce před porodu. Měním tím i přípravu vybraného zdravotnického personálu pro porozumění s klientkami s různými stupni sluchových poruch.

1.2 Porod

Porod není jen děleřitý fyziologický děj, který zakonuje těhotenství. Pro mnohé z žen bývá i náročně psychickou situací. Z těchto důvodů je již předem přejít do porodnice platí klid porodní asistentky, úsměv, empatické jednání a chování. Porodní asistentka by měla vědět, že je nezbytné mít pozitivní vliv na psychický stav ženy v těchto chvílích, protože její prožívání, stupeň rozrušení i chování, ovlivuje svým způsobem i průběh porodu.

V následujícím textu, který se zabývá úlohou porodní asistentky při porodu, je rozepsána ošetovatelská péče o rodičku v jednotlivých dobách porodních. U každé doby porodní jsou uvedeny možná ošetovatelské diagnózy (jejich první část) dle NANDA Taxonomie II s ohledem na problematiku ženy se sluchovým znevýhodněním, které porodní asistentka stanoví v rámci ošetovatelského procesu. V institucionalizované péči o těhotné ženy a matky je nejlépe použitelný ošetovatelský model E. Wiedenbachové o model umění pomoci.

1.2.1 Úloha porodní asistentky při příchvu a v první době porodní

Při příchvu rodičky na porodní sál se porodní asistentka nejprve rodičce představí. Žena jí předá potřebné doklady (těhotenská průkazka, občanský průkaz). Porodní asistentka vyslechne subjektivní sdělení rodičky týkající se kontrakcí, odtoku plodové vody, krvácení, pohyb plodu, přítomnost hotenství a zjistí, v jakém je rodička gestačním týdnem a kdy má termín porodu. Rodička si uloží svrčky do tašky a převlékne se. Dostane na ruku identifikační náramek. Žena je změřen krevní tlak, puls, teplota a vyšetřena moč indikačním papírkem. Porodní asistentka provede změření zevních pánevních rozměrů, rodičku vyšetří zevně, objektivně zhodnotí otoky a varixy. Rodičce je natočen vstupní 20ti minutový CTG záznam. Během natáčení záznamu porodní asistentka provede administrativní příjem a sepíše anamnézu a porodopis. Pro získání informací nahlédne porodní asistentka do předložených dokladů a komunikuje s rodičkou. Po natočení záznamu a sepsání porodopisu je rodička vnitřně vyšetřena lékařem. Lékař dle uvážení provede UZ vyšetření. Na základě vyšetření lékař rozhodne o dalším postupu. Žena je poučena o provozním a domácím řádu oddělení. Po celou dobu se porodní asistentka chová k rodičce laskavě a přistupuje k ní holisticky. Snáší se s ní navázat kontakt a získat si její důvěru (25, 35).

První doba porodní neboli doba otevírací začíná pravidelnými dloňními kontrakcemi, které vedou k rozvinutí dolního dloňního segmentu, dloňního hrdla a branky. Na konci této doby dochází k zániku branky (35).

Porodní asistentka dle ordinace lékaře provede přípravu ženy o oholení, olistné klyzma a následná sprcha. Oholení nebo klyzma mohou žena odmítnout. Monitoruje se

stav plodu. Ozvy plodu jsou kontrolovány po 15 minutách a každé 2 hodiny je natáčen 20ti minutový CTG záznam. Porodní asistentka sleduje somatický stav ženy a kontrola tlaku a pulsu (každé 2-3 hodiny), tělesné teploty (po 6 hodinách), dobových kontrakcí (frekvence, intenzita, doba trvání), krvácení z rodidel. Provádí se kontrola vstupování hlavičky do zevními a vnitřními hmaty. žena je vaginálně vyšetřována každé 2 hodiny. Pokud nedojde ke spontánnímu odtoku plodové vody a vak blány je zachován, je provedena dirupce při nálezu na brance 3-5 cm. Hodnotí se množství a zbarvení vody. Dále je sledováno vyprazdňování ženy, především močení. Porodní asistentka sleduje i psychický stav ženy. žena má volnost pohybu a může využívat nefarmakologické metody tlumení bolesti. Při práci ženy je možné vést porod v epidurální analgezii a může využít další metody tlumení bolesti. Pokud je přítomen i partner, je zapojen do péče o rodilku. Dležitou roli hraje komunikace a podávání informací. Porodní asistentka by měla ženě zajistit intimitu a respektovat výběr osob, s jejich přítomností u porodu žena souhlasí. Slušné, ohleduplné chování a vystupování personálu, laskavý a osobní přístup k rodilce by dnes měl být samozřejmostí. Porodní asistentka zodpovídá za správné vedení dokumentace. První doba porodní by neměla trvat více jak 12 hodin (15, 33, 35).

V rámci ošetřovatelského procesu v souvislosti s problematikou sluchového postižení možné ošetřovatelské diagnózy v první době porodní jsou: 00122 Narušené auditivní vnímání, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00053 Sociální izolace, 00214 Zhoršený komfort (sociální). Další ošetřovatelské diagnózy, které může porodní asistentka stanovit nejen u žen se sluchovým handicapem mohou být: 00132 Akutní bolest, 00148 Strach z porodu, 00146 Úzkost, 00032 Neefektivní vzorec dýchání, 00126 Nedostatečné znalosti správné techniky dýchání v první době porodní, 00126 Nedostatečné znalosti nefarmakologického tlumení bolesti v první době porodní (10).

1.2.2 Úloha porodní asistentky v druhé době porodní

Druhá doba porodní neboli doba vypuzovací začíná zánikem branky a končí porodem plodu (35).

Rodička je vaginálně vyšetřena. Měří se tlak a teplo za podmínek oteklá plodová voda, hlavička v rovině pánevní úřiny, –ev –ípový dorotovaný do pímého pr m ru. Po dezinfekci rodidel je provedeno sterilní roukování. Porodní asistentka monitoruje ozvy plodu po každé kontrakci. Před poátkem kontrakce porodní asistentka edukuje ženu o správné technice dýchání a tlaení při kontrakci. Při proezávání hlavičky porodník chrání hráz a dle uvážení při pádn provede epiziotomii. Po porodu hlavičky se podávají dle ordinace léka e uterotonika i.v. Po dotepání se pupe ník podváže a přestihne. část pupe níku je odebrána pro odb r krve na vyšetění krevních plyn . Porodní asistentka odebere zkumavku pupe níkové krve na TPHA. Pokud je rodička Rh negativní i má krevní skupinu 0 pozitivní odebírá se je-t jedna zkumavka pupe níkové krve a jedna zkumavka filní krve. Po porodu se fyziologický novorozenec pokládá na bicho matky. Rozvíjí se tak vztah matka ó dít . Novorozenec je předán dtské sest e, která následn provede první o-etění novorozence, nejlépe v dosahu matky. K rodidl m ženy se postaví emitní miska pro m ení krevní ztráty. V-echny údaje o porodu jsou zaznamenány do dokumentace. Trvání druhé doby porodní by nem lo přesáhnout 60 minut (33, 35).

V rámci o-etovatelského procesu další možné o-etovatelské diagnózy v druhé době porodní, které se mohou vyskytnout krom jifl vý-e uvedených, jsou: 00069 Neefektivní zvládání zátře, 00032 Neefektivní vzorec dýchání, 00177 Stresové přetížení, 00126 Nedostate né znalosti správné techniky dýchání v druhé době porodní, 00126 Nedostate né znalosti správné techniky tlaení v druhé době porodní (10).

1.2.3 Úloha porodní asistentky ve třetí době porodní

Třetí doba porodní neboli doba klfku za íná porodem dít te a kon í porodem placenty (25).

Třetí doba porodní je vedena aktivn , a to aplikací uterotonik i.v. na konci druhé doby porodní. Odlou ení a vypuzení placenty je tímto urychleno a sníží se i krevní ztráta rodíky. Podle ty známek odlou ování porodník rozpozná, je-li celá placenta odlou ena od stny dlofní. Rodička si zatla í a porodník placentu vybaví Jacobsovým hmatem. Je potřeba pečliv zkontrolovat celistvost placenty a plodových blan (za

kontroly lékaře). Placenta se zváří a dle ordinace lékaře se nalóží do 10% Formaldehydu a odešle se na histologii. Lékař vyšetří porodní cesty, určí zdroj krvácení, zjistí rozsah případného poranění, stanoví krevní ztrátu. Porodní asistentka asistuje lékaři při ošetření poranění a zároveň je v kontaktu s rodičkou. Porodní asistentka edukuje rodičku o způsobu péče o suturu a provádění hygieny rodidel. Omyje rodice rodidla 1% Peroxidem a přiloží roučku s vložkami. žena je uložena do vodorovné polohy. Nástroje po porodu porodní asistentka chemicky dekontaminuje, osuší a sestaví porodní balíček připravený na sterilizaci. Všechny údaje musí být zaznamenány do dokumentace. Délka této doby porodní by neměla přesáhnout 30 minut (33, 35).

V rámci ošetřovatelského procesu možná ošetřovatelské diagnózy ve této době porodní, které se mohou vyskytnout kromě již výše zmíněných, jsou: 00046 Narušená integrita kůže, 00044 Narušená integrita tkáně, 00004 Riziko infekce, 00126 Nedostatečné znalosti péče a hygieny o suturu hráze (10).

1.2.4 Úloha porodní asistentky ve tvrté době porodní

tvrtá doba porodní neboli doba poporodního klidu začíná po porodu placenty. Standardně trvá dvě hodiny (35).

Rodička je uložena ve vodorovné poloze a odpočívá. Porodní asistentka sleduje průběh vitálních funkcí rodičky – krevní tlak, puls, teplotu dle ordinace lékaře a vše zaznamenává do dokumentace. Dále kontroluje výšku dlovního fundu a krvácení. Sleduje se i psychický stav rodičky. Novorozenec se přikládá k prsu. Po uplynutí dvou hodin je rodička přeložena i s novorozencem na oddělení –estinedlí. Před překladem se znovu změní vitální funkce, zkontroluje se zavinití dlohy a krvácení. žena dostane stejné vložky a je převlečena do stejného prádla. Všechny údaje jsou zaznamenány do dokumentace (33, 35).

V rámci ošetřovatelského procesu možná ošetřovatelské diagnózy ve tvrté době porodní, které se mohou vyskytnout kromě již zmíněných, jsou: 00206 Riziko krvácení, 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu, 00093 Únava, 00126 Nedostatečné znalosti správného držení dítěte při kojení (10).

1.3 Specifikace sluchového postižení

Problematika týkající se sluchového postižení je velice široká. Anatomie ucha v rámci kapitoly rozebírána nebude. Vzhledem k tématu je nutné se zaměřit především na příčiny a klasifikaci sluchových vad, jejich prevenci a diagnostiku, komunikační systémy a pravidla komunikace.

Sluch je jednou z nejdůležitějších funkcí zdravého organismu, protože pro jeho integrované vnímání světa. Lze dále předpokládat, že defekt sluchové oblasti, který tuto integritu narušuje, ovlivňuje z velké části negativně celkový psychický stav jedince. V oblasti, jakou je gravidita a porod ženy, je její klid velmi důležitý jak pro ni samotnou, tak pro vývoj dítěte. Informace o přítomnosti hotovství v celé své šíři (od prevence až k porodu i následné péči) by měly být těmto ženám předkládány s maximální odborností, pochopením a klidem.

Sluchové postižení patří mezi jedno z nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení v populaci. Údaje o výskytu sluchových vad jsou v literatuře nejednotné. V České republice žije kolem 500 000 osob nedoslýchavých a neslyšících. Nejpočetnější skupinu tvoří lidé nedoslýchaví, kterým se zhoršil sluch ve vyšším věku. 1 z 22 novorozenců má sluchové obtíže. 3 900 osob je prakticky hluchých a 3 700 osob je hluchých úplně. 15 000 osob se sluchovým postižením se s vadou již narodily nebo jejich vada vznikla v dětství (26).

Je potřeba se zastavit u pojmů defekt, handicap a blížně je vymezit. ŠDefekt (z lat. defectus – úbytek, vada, nedostatek, porucha) – podle Sováka (1983) lze chápat jako vadu, chybnost, ztrátu, nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích. Jedná se o poškození v oblasti integrity organismu, což může být důsledkem poruchy, narušení v oblasti psychické, sociální, sensorické nebo somatické. Defekt je chápán zpravidla jako ireparabilní, ireverzibilní (neupravitelný, nezvratný). Z hlediska velikosti odchylky od normy se defekt vyznačuje zpravidla největším odklonem. V odborné terminologii se méně užívá i termín vada, který vyjadřuje mírnější odchylku od normy než defekt. (31, str. 19).

ŠHandicap je vyjádřením znevýhodnění jedince s postižením, defektem, v rámci interakce se společenským prostředím. Defekt se může stát handicapem pouze

v určitých společenských situacích nebo prostředcích. Někdy znevýhodňuje dotyčné jedince a přerůstá v určité společenské oblasti. (31, str. 20).

1.3.1 Příiny a klasifikace sluchových vad

V odborné literatuře se objevuje terminologická nejednotnost kategorizace osob se sluchovým postižením. Podle velikosti sluchové ztráty dle Světové zdravotnické organizace je stanovena škála stupňů sluchových poruch o lehká sluchová porucha (sluchová ztráta 26 - 40 dB), střední sluchová porucha (sluchová ztráta 41 - 55 dB), středně těžká sluchová porucha (sluchová ztráta 56 - 70 dB), těžká sluchová porucha (sluchová ztráta 71 - 91 dB), úplná ztráta sluchu. V surdopedické praxi se používají termíny o nedoslýchavost (lehká, střední, těžká), zbytky sluchu a hluchota. Termíny ze surdopedické praxe jsou dále používány v textu (26, 31, 39).

Podle místa vzniku postižení rozdělujeme poruchy periferní a centrální. Periferní nedoslýchavost/hluchota převodní je způsobena překázkou bránící proniknutí zvuku k vlastním citlivým smyslovým buňkám ve vnitřním uchu. K periferní nedoslýchavosti/hluchotě percepční (senzoryneurální) dochází při poškození vnitřního ucha nebo struktur sluchové dráhy. Pokud je postižena funkce vláskových buněk ve vnitřním uchu, je vada kochleárního typu. Při postižení funkce nervové části sluchové dráhy je porucha retrokochleárního typu. Při kombinaci poruchy převodního a percepčního typu vzniká smíšená porucha. Centrální nedoslýchavost/hluchota je způsobena defekty postihujícími podkorový a korový systém sluchových drah (13, 20, 26, 31).

Podle období vzniku postižení lze rozdělit vady sluchu na vrozené (hereditární) a získané (postnatální). Vrozené vady mohou být geneticky podmíněné nebo kongenitálně získané. Geneticky podmíněné vady vznikají na základě dědičnosti autosomálně recesivní nebo dominantní dědičnosti vázané na chromozom X. Kongenitálně získané vady perinatální jsou důsledkem infekčního onemocnění matky v průběhu těhotenství, vlivu teratogenních účinnků, kterých léků, i RTG záření, především v prvním trimestru gravidity. Kongenitálně získané perinatální jsou způsobeny protražovaným porodem, při nízké porodní hmotnosti, vlásečnicovým krvácením do labyrintu, Rh-inkompatibilitou, asfyxií, poporodní floutence. Získané (postnatální) vady sluchu přechodné

fixací e i nazýváme prelingvální (do 6. roku života dítěte). Nedostatek n fixované eové projevy zanikají a nedochází ke spontánnímu rozvoji e i. Pokud jsou vady získané po fixaci e i neboli postlingvální (po 6. roce života), člověk si znalost mluveného jazyka udržel, ale dochází ke změnám artikulace a prozodie (26, 31, 39).

Znalost míry a typu sluchové vady, doby jejího vzniku je důležitá pro volbu postupu a způsobu komunikace s člověkem se sluchovým postižením. Vědci, kteří jsou v kontaktu s lidmi se sluchovým postižením, by měli mít alespoň obecné informace o sluchových vadách a způsobech dorozumívání (39).

1.3.2 Prevence a diagnostika sluchových vad

Prevence sluchových vad začíná již genetickým vyšetřením rodičů, u kterých se vyskytuje sluchové postižení v rodině (viz kapitola 1.1.2). Ke předkožení vývoje sluchu dítěte může dojít již v graviditě matky, tedy v prenatálním období. Příčinou jsou některá infekční onemocnění (rubeola, virová infekce, chřipkové onemocnění), léky s ototoxickými účinky atd.. Důležitou roli má odpovídající postup ženy ke graviditě a návštěva prenatální poradny. Každé dítě by mělo podstoupit screeningové vyšetření OAE a dále pravidelné preventivní prohlídky. Riziko sluchového postižení lze zhodnotit dle následujících kritérií: o prahová těhotenství (onemocnění matky, konzumace alkoholu), rodina (výskyt sluchové vady), novorozenec (porodní váha méně než 1,75 kg, neobvyklý vzhled obličeje dítěte, novorozenecká floutenka, pobyt na novorozenecké jednotce intenzivní péče, intravenózní podávání antibiotik, prodávání meningitidy), batole (intravenózní podávání antibiotik, prodávání meningitidy, výskyt neurologické poruchy, vážný úraz s frakturou lebky). Preventivně lze testovat možnost sluchového postižení u dětí jejich reakcemi na zevní podněty (13).

Včasnou diagnostiku sluchových vad u dětí je potřeba provést do 6 měsíců věku dítěte. Čím dříve je porucha odhalena, je možnost indikovat vhodný typ sluchadla a započít s vhodnou rehabilitací, čím menší škody vznikají ve vývoji osobnosti dítěte. Pomocí screeningového vyšetření otoakustických emisí (OAE, TEOAE) lze odhalit riziko přítomnosti sluchové vady u novorozence. Nevýbavnost OAE slouží jako marker kochleární sluchové vady. OAE je zvuk, který je vytvářen v hlemýždi zevními

vláskovými bukami jako odpověď na zvukový stimul. Tato metoda se v České republice neprovádí celoplošně, ale zatím jen v perinatologických centrech u nedonošených a rizikových novorozenců (13, 26).

Na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice je prováděn celoplošný screening sluchu u novorozenců od listopadu 2006 až do současnosti. Pokud jsou OAE nevýbavné při prvním vyšetření, udělá se ještě v porodnici kontrolní vyšetření. V případě i toto vyšetření potvrdí nepřítomnost emisí, je doporučeno vyšetření dítěte na audiologii ORL oddělení. Při oboustranné nepřítomnosti emisí se vyšetří akustické evokované potenciály mozkového kmene (BERA, CERA), jejichž pomocí již můžeme diagnostikovat druh a rozsah případné poruchy sluchu dítěte (11).

Nejpřesnější metodou stanovení sluchového práhu jsou ustálené evokované potenciály SSEP. Dále je u novorozenců možno vyšetřovat sluch vyvoláním nepodmíněných vrozených akustických reflexů a tympanometrií, která je zaměřena na funkci středního ucha. U starších dětí se provádí orientační zvuková zkouška a sledujeme reakce dítěte na zvuky z okolí. Přesnější vyšetřovací metoda je tónová audiometrie, při které zjistíme kvalitu sluchového práhu audiometrem. Při diagnostice sluchové vady si dítěte vybírá do péče foniatr (20, 31, 32).

Základní vyšetřovací metodou je anamnéza. Z anamnézy lékaře získá informace o stavu sluchu, vývoji sluchové poruchy, její příčině a přidružených symptomech. Dalším krokem je vyšetření klinické zevní aspekce ucha, otoskopické vyšetření, vyšetření nosu, nosohltanu a paranazálních dutin. Z klinického vyšetření lze rozpoznat patologie zevního zvukovodu a středouší. Mezi základní vyšetření, která jsou orientačním kritériem při posuzování poruch sluchu, patří klasická sluchová zkouška a zkouška ladíkami. Slovní nebo tónová audiometrie slouží zejména k vyšetření centrálních sluchových funkcí a k posouzení účinnosti sluchadla. Práhová audiometrie je vyšetření určující individuální práh sluchu. Mezi objektivní vyšetření patří tympanometrie, vyšetření pomocí evokovaných potenciálů a otoakustické emise. Tympanometrické vyšetření zjistí vzdušnost středouší, středoušní tlak, stav bubínku a funkčnost reflexu svalů středního ucha. Sluchové evokované potenciály (AEP) mapují elektrickou aktivitu částí sluchové dráhy při akustickém podráždění. Je to nejlepší metoda pro diagnostiku

retrochleárních vad. Typem AEP sloufící na vy-et ení kmenových sluchových evokovaných potenciál je BERA. Dal-ím typem je CERA, které sloufí k vy-et ení korových evokovaných potenciál . Pomocí AEP lze objektivn stanovit sluchový práh, k emufl je nejvhodn j-í vy-et ení ustálených evokovaných potenciál SSEP. Laboratorním vy-et ením lze specifikovat riziko i potvrzení vyvolávajících initel u kochleární percep ní nedoslýchavosti. Po íta ová tomografie (CT) je poufívána k zobrazení intratemporálních patologií a nukleární magnetická rezonance (MRI) se vyufívá k diagnostice tumor zadní jámy lební (20, 32).

1.3.3 Kompenza ní a technické pom cky

P i terapii sluchových poruch je snaha nejprve o odstran ní vyvolávající p í iny. Pokud to není moflné, i odstran ní p í iny nevede ke zlep-ení sluchové poruchy, provádí se rekonstruk ní operace sluchového aparátu nebo se situace e-í kompenza ními pom cky (32). Je d leflité, aby porodní asistentka znala moflné kompenza ní a technické pom cky. Tato oblast úzce souvisí s komunikací.

Základní kompenza ní pom cky jsou sluchadla, která jsou indikována jedinci s funk ními zbytky sluchu. Ú el sluchadel je zesílení a modulace zvuku, který je veden do sluchového analyzátoru. Podle zp sobu zpracování signálu rozli-ujeme sluchadla analogová a digitální. Analogová sluchadla jsou star-ího typu. Digitální sluchadla mají kvalitn j-í p íjem zvukového signálu a automaticky se p izp sobují r zným poslechovým podmínkám a redukují nefládoucí -umy. Podle konstruk ního provedení rozli-ujeme sluchadla kapesní, záv sná, nitrou-ní a brýlová. Dle výsledk vy-et ení sluchu provede nastavení sluchadel odborný léka . Je nutné absolvovat n kolik sezení (13, 26, 31, 40).

Kochleární implantát je ur en pro pacienty s oboustrannou senzorineurální poruchou sluchu, p i které jsou po-kozeny vláskové bu ky hlemýfld vnit ního ucha. fládné nebo malé zbytky sluchu nelze vyufít sluchadlem pro porozum ní e i. Implantát sloufí jako elektronická sluchová smyslová náhrada. Nejvhodn j-í dobou implantace u d tí je v k mezi osmnácti m síci afl ty mi lety. Kochleární implantát obejde po-kozené vláskové bu ky a stimuluje vlákna sluchového nervu elektrickými impulzy. Sloufí tedy

jako náhrada mechanické stimulace vláskových buněk. Vnitřní část implantátu je tvořena přijímačem/stimulátorem a svazkem elektrod. Přijímač je umístěn pod kůlí za uchem a svazek elektrod do hlemýšků vnitřního ucha. Elektronický procesor s vysílací cívkou jsou vnější částí. Elektronický procesor je zavěšen za ušním boltcem a vysílací cívka je připevněna magnetem ve vlasové části hlavy. Operace jsou prováděny v nemocnici v Praze v Motole. V kovové hranice pro implantaci se stále snižuje. Před vlastní implantací je nutné foniatrické, audiologické, psychologické a logopedické vyšetření. Při krátké hospitalizaci v Praze v Motole probíhá další fáze vyšetřování. Provádí se běžná předoperační vyšetření a kompletní vyšetření otorinolaryngologické, pediatrické, neurologické a další podrobná a přesná vyšetření sluchu a sluchového ústrojí. Po 4-6 týdnech po voperování kochleárního implantátu je zapojen a naprogramován elektronický procesor, který je kontrolován až do konce života pacienta. Po operaci následuje rehabilitace sluchu a její a reedukace péče, jejímž cílem je běžná audio-orální komunikace, aniž by pacient odezíral (6, 12, 13, 26).

Mezi pomůcky usnadňující vnímání mluvené řeči patří osobní zesilovač, pojítka, indukční smyčky, indikátory hlásek a pomůcky pro zesílení televize a pro zesílený poslech telefonu, zesilovač televizního a rozhlasového příjmu. Další technické a kompenzační pomůcky, které je možno využít, jsou speciální psací telefony, teletext, otevřené i skryté titulky, signalizační pomůcky pro neslyšící, vibrační a světelné budíky a hodinky. V dnešní době je velmi rozšířeno využití mobilních telefonů, faxů a počítačů, které nahradí zvukové signály vizuálními informacemi a sluchové postižení nejsou oproti slyšícím znevýhodněni. Dnešní mobilní telefony jsou vybaveny vibračním vyzváněním a hlasitým odposlechem a jsou tedy vhodné především pro lidi s částečnou ztrátou sluchu. Neslyšícím se prostřednictvím počítače a internetu otevírá možnost online komunikace ve formě různých webchatů i předávných komunikačních programů. Na internetu existuje řada webserverů určených přímo pro lidi se sluchovým postižením, kde jsou online poradny, diskusní fóra, prezentace pomůcek a pozvání na různé akce (24, 26, 31).

1.3.4 Komunikační systémy

Švédský znakový jazyk je pirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Švédský znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojjazyčnost, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. (18, str. 59). Tento jazyk nemá psanou podobu. Existují různé dialekty (18).

Znakovaná řeč byla vytvořena uměle za účelem snadnější komunikace slyšících s neslyšícími. Užívá jednotlivé znaky znakového jazyka a zároveň se řídí gramatikou švédského jazyka. Při znakování je součástí hlasitě nebo bezhlasně artikulována řeč. Pro lidi nedoslýchavé a ohluchlé slouží jako pomůcka pro odezírání. Švédský znakový jazyk a znakovaná řeč jsou souhrnně označeny pojmem znaková řeč (6, 18, 39).

Prstová (daktylní) abeceda vyjadřuje jednotlivá písmena různou polohou a postavením prstů jedné nebo obou rukou. Tvoří základ prstové řeči. Zcela přesně vizualizuje lexikální a gramatický význam slov. Není samostatným komunikačním prostředkem. Slouží zejména k prezentaci jmen a názvů popř. slov, pro které neexistuje znak. Vyjádření pomocí prstové abecedy je rychlejší než dorozumívání psaním a naopak pomalejší než znakovým jazykem (5, 18, 39, 40).

Mluvená a psaná forma švédského jazyka je ke zvládnutí pro sluchově postižené (především pro prelingválně ohluchlé) velmi obtížnou. Artikulace neslyšících je přehnaná a nesrozumitelná, výslovnost přesně imituje psanou řeč, hlasový projev je monotónní. Neslyšící nemají sluchovou kontrolu svého hlasu a proto je zvuková stránka jejich řeči pro slyšící nezvyklá, méně srozumitelná. Neslyšící lidé umějí číst a psát, ale mnoho z nich textu nerozumí. Jejich slovní zásoba není dostatečná a problémy mají i s gramatikou. Příčina tkví v nedostatku potěbných jazykových podnětů v určité době vývoje (6, 31, 39, 40).

Odezírání je velice náročný proces. Při odezírání jsou informace přijímány zrakem a obsah sdělení je vyvozován z pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného. Přesto

odezírání nikdy nenahradí sluch, vždy zmluvené e i je možno odezít jen jednu t etinu. Proto je p i odezírání dleflitá schopnost p edvídat, rozsah slovní zásoby, znalost gramatiky a pouflíváných slovních spojení, míra komunika ních zku-eností. Vlohy k n mu jsou vrozené a tréninkem ho lze zlep-it. V komunikaci na n j není možno úpln spoléhat (5, 6, 18).

Piktogramy zjednodu-en zobrazují p edm ty, innosti a vlastnosti. Výhodou je jejich srozumitelnost. P i pouflití více piktogram a jejich se azení je možno vytvo it v tu, vzkaz, pofladavek (5, 18).

1.3.5 Pravidla komunikace s lidmi se sluchovým postiflením

Pravidla komunikace porodní asistentky s klientkou se sluchovým postiflením vychází z obecných pravidel komunikace s lidmi se sluchovým postiflením.

Lidé se sluchovým postiflením jsou kulturní minoritou. Pohybují se v bikulturním prost edí, kde dochází ke kontaktu s kulturou sly-ících a nesly-ících. N kte í lidé se sluchovým postiflením nevnímají svou vadu sluchu jako handicap, ale považují ji za jiný flivotní styl. Tito lidé sami sebe ozna ují za šNesly-ícíõ, tedy leny kulturní a jazykové minority šNesly-ícíchõ. Jako kulturní a jazyková men-ina vyznávají stejné hodnoty, flíjí podobným stylem flivota a hovo í znakovým jazykem. Spojuje je snadnost vzájemné komunikace a obtíflnost komunikace s vn j-ím sv tem. Zvyky a rituály tvo ené na podklad vizuálního p íjmu informací se li-í od zvyk a rituál sly-ící spole nosti. Komunita nesly-ících lidí je pom rn uzav ená. Do této men-iny se adí i n které sly-ící d ti nesly-ících rodi a n kte í tlumo níci. Lidé šNesly-ícíõ se budou chovat jinak nefl lidé, kte í se se svou hluchotou nevyrovnali a cítí se jako lidé postiflení (6, 39, 40).

Vzhledem k e-ené problematice výzkumného -et ení jsou v následujícím textu uvedena pravidla komunikace s lidmi s r znou kategorií postiflení. Lidé nedoslýchaví, ohluchlí a nesly-ící (kategorie viz podkap. 1.3.1) ó kafldá skupina preferuje r zné zp soby komunikace. Dleflité je také, zda je postiflení vrozené i získané, v jakém v ku k n mu do-lo, velikost sluchové ztráty, zda doty ný lov k vyufflívá p i komunikaci zbytky sluchu nebo se spí-e spoléhá na zrakové vnímání (41).

Lidé nedoslýchaví jsou schopni slyšet a vnímat zvuky okolí. Vyžívají kompenzační pomůcky, především sluchadla. Většinou preferují mluvenou řeč a také dobře odezívají (39).

Lidé neslyšící (především prelingválně neslyšící) nedokáží vnímat zvuky mluvené řeči. Komunikují prostřednictvím znakového nebo znakového jazyka, prstovou abecedou, odezívají mluvenou řečí. Jejich mluvený projev je nesrozumitelný. Základní dovednosti nejsou dostatečné. Problémy mají i s psanou formou jazyka. Písemným komunikačním systémem je znakový jazyk (39).

Lidé ohluchlí v pozdějším věku nemají problémy s produkcí mluvené řeči, ale sami nejsou schopni přijímat informace pomocí zvuku. Odezírání je pro ně velice náročné a je potřeba tvrdého a soustavného tréninku (39).

Na závěr jsou vypsána obecná pravidla komunikace s člověkem se sluchovým handicapem.

Před rozhovorem s neslyšícím je zapotřebí navázat vizuální kontakt (přímým pohledem z očí do očí) a tento během komunikace udržovat. Rozhovor je možné zahájit dotekem na rameno i horní část paže. Dopředu neslyšícího informujeme, o čem budeme hovořit. Je nutné domluvit se s neslyšícím na způsobu komunikace – mluvení, odezírání, psaní, znakový jazyk. Na odezírání a psaní nelze zcela spoléhat. Odezírání je velice náročné, jeho úspěšnost je snížena při fyzické i psychické nepohodě a dochází často k omylům. Omezíme všechny rušivé zvuky. Jsme členkou osob, se kterou právě komunikujeme. Pokud je přítomen tlumočník, neobracíme se na něj, ale oslovujeme přímo neslyšícího, se kterým hovoříme. Při rozhovoru mluvíme písemně, udržujeme pomalejší rytmus, nezvyšujeme hlas ani nekřičíme, vyžíváme mimiku a gesta. Hovoříme stručně, spisovně, bez zdrobnělin, regionálních názvů a cizích slov. Občas položíme otázku: „Co jste mi rozuměl/a?“ (4, 27, 38, 41).

1.3.6 Tlumočníci

Tlumočník znakového jazyka musí perfektně ovládat znakový jazyk, mít dobrý vztah k lidem a odpovídající pohybové vlohové. Zvládnout znakový jazyk trvá nejméně deset let a je potřeba mít neustálý kontakt s neslyšícími. Neslyšící používají jiný způsob

vyjadřování, nejlépe se využívá v kurzech, proto je nutné učit se dále v terénu. Tlumočník musí umět zvládat složitější situace. Toto povolání je psychicky velmi náročné (40).

Základní povinnosti a práva tlumočníka znakového jazyka jsou uvedena v etickém kodexu tlumočníka znakového jazyka. Tlumočník předává smysl sdělení jednoznačně, neradí, nevysvětluje, tlumočí v první osobě. Po celou dobu tlumočení udržuje oční kontakt pouze s neslyšícím klientem. Respektuje způsob komunikace klienta a ukazuje způsobem, který je od něj vyžadován. Musí být dostatečně kvalifikován a informován v oboru, který tlumočí. Má plnou zodpovědnost za kvalitu své práce. Oblačení nosí v kontrastní barvě, nevýrazné, bez ozdob a doplňků. Nedává najevo své názory a emoce. Je vázán vůči klientovi mlčenlivostí. Nesmí odmítnout klienta, ale může odmítnout tlumočnickou situaci, kdy by nezůstal neutrální. Je potěšeno osobně. O pracovních podmínkách se informuje předem. Musí kontinuálně zvyšovat svou profesionální úroveň. Koná ve věcech své profese. Zná etický kodex a řídí se jím (6).

Organizace zabývající se tlumočením jsou: Organizace tlumočníků znakového jazyka, Česká společnost tlumočníků znakového jazyka, Komora sluchově postižených, Česká komora tlumočníků znakového jazyka, Národní rada tlumočníků a lektorů znakového jazyka České republiky a Expertní komise pro otázky tlumočení neslyšícím. Centrum zprostředkování tlumočnických pro neslyšící má evidenci kontaktů na všechny tlumočnické a zprostředkovává i plně hrazené služby pro všechny klienty (6). Klient má možnost objednání tlumočnicka na určitý den, čas i např. typ vyšetření. Má právo volby mezi mužem a ženou (17).

V České republice existuje mnoho dalších organizací, občanských sdružení, spolků, stacionářů, klubů a společností lidí se sluchovým postižením, které nabízejí možnost tlumočnických služeb, kromě toho poskytují celé spektrum různých služeb a organizují řadu akcí (6, 39).

1.3.7 Specializovaná péče s aspektem na sluchový handicap v ČR

První část textu se zabývá specializovanou výchovně-vzdělávací péčí o lidi se sluchovým postižením. Závěrečná část je zaměřena na specializovanou péči o tichou a rodící ženu se sluchovým postižením.

Střediska rané péče poskytují komplexní služby zaměřené na celou rodinu dítěte se zdravotním postižením. Je zde poskytováno psychologické, pedagogické a sociální poradenství. Speciální pedagogická centra (SPC) poskytují své služby dítěti se zdravotním postižením, které jsou v předškolním věku, dítěti a školákům integrovaným do škol. V SPC je zvolena vhodná rehabilitační metoda podporující rozvoj komunikačních schopností sluchově postiženého dítěte. Dále je zde prováděna depistáž sluchově postižených dětí, poskytována psychorehabilitační pomoc, sociální poradenství rodinám dítěte s postižením, metodická pomoc sluchově postiženým a jejich pedagogům, výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením v raném věku (13, 26).

Mateřské školy pro sluchově postižené plní nejen výchovně-vzdělávací program, ale i další specifické úkoly (kompenzaci a reedukaci sluchového postižení - odezírání, reedukace sluchu, nácvik daktylní řeči, rozvoj tenačských dovedností, rozvoj orálních i manuálních komunikačních systémů). V rámci primárního, sekundárního a terciárního vzdělávání mají možnost sluchově postižení studovat na školách určených přímo pro ně - základní školy, střední odborná učiliště, odborná učiliště a praktické školy s profesním zaměřením, střední zdravotnické školy, střední průmyslové školy obecní, střední pedagogické školy, střední průmyslové školy elektrotechnické, gymnázia a speciální studijní obory pro sluchově postižené na některých vysokých školách (26, 31, 39).

Člověk se sluchovým postižením mohou navštěvovat také běžné mateřské, základní, střední a vysoké školy. Aby byla jejich integrace úspěšná, je nutné srozumitelně ovládat mluvenou řeč, mít pozitivně rozvinuté osobnostní vlastnosti a schopnost efektivně využívat zbytky sluchu. Výhodou je i včasná sluchově-ovládací výchova (39).

Specializovaná péče zaměřená na tichou a rodící ženu se sluchovým postižením je od roku 2004 poskytována v Centru pro neslyšící matky, které vzniklo při Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí. Neslyšícím klientkám je poskytována stejná péče

jako slyšícím. Jedná se zde především o specifický přístup k neslyšícím. Zdravotnický personál je prokolený v komunikaci s lidmi se sluchovým postižením. Klientky kontaktují centrum většinou e-mailem nebo faxem. Domluví si osobní návštěvu a způsob komunikace. Zdravotnické zařízení mají možnost navštívit po celé období gravidity nebo přijdou poprvé zatím před porodem. Klientky mohou doprovázet člen rodiny, který má roli tlumočníka nebo je možné objednat profesionálního tlumočníka, který je dostatečně znalý zdravotnické problematiky. Během porodu mohou mít klientka tlumočníka nebo si domluví s personálem jednoduchá gesta. Na oddělení sestinedlí si mohou klientka zvolit pobyt na jednotlivém pokoji, který je vybavený speciálními pomůckami – optická signalizace ohlašující vstup do pokoje, optická signální a vibrační signalizace pláče novorozence. U všech novorozenců je prováděno screeningové vyšetření sluchu pomocí OAE. U rizikových novorozenců se provádí vyšetření sluchových kmenových potenciálů (viz podkap. 1.3.2). V případě patologie je možnost spolupráce s foniatrickým pracovištěm ve Fakultní nemocnici v Motole. Ohlas neslyšících žen je pozitivní (1, 37).

1.4 Edukace

V předchozích kapitolách byla rozebírána problematika těhotenství (viz kap.1.1), porodu (viz kap. 1.2) a sluchového postižení (viz kap. 1.3). Je velice důležité, aby veškeré nezbytné informace o těhotenství, porodu i následné péči žen se sluchovým handicapem dokázaly správně vnímat a akceptovat. Toto nelze bez jejich efektivní edukace a samozřejmě i edukace příslušných porodních asistentek zaměřené především na zásady správné komunikace (viz podkap. 1.3.5). V této kapitole bude pozornost zaměřena na základní pojmy týkající se edukace a následně i na vlastní edukativní proces.

1.4.1 Vymezení základních pojmů

Z pohledu moderní pedagogiky je edukace součástí v dnešním oboru pedagogiky. Z tohoto důvodu v úvodu stanovující se vymezení základních pojmů edukace bude nejprve vymezen pojem pedagogika. Pedagogika je věda a výzkum zabývající se

výchovou a vzdáváním. Výchova je procesem záměrného působení na osobnost člověka, jejím cílem je dosažení pozitivních změn v jejím vývoji. Vzdávání je proces záměrného a organizovaného rozvíjení v domostech, dovedností, návyků a schopností. Český výraz šedukace pochází z anglického šeducation a je označením výchovy a vzdávání respektive vzdávacího procesu (29).

Pojetím pedagogiky je celková edukační realita. Pojem edukační realita označuje každou skutečnost, v níž dochází k edukačním procesům, vývoji nebo fungování edukačních konstruktů. Pojem edukační konstrukty zahrnuje vše, co má vliv na edukační proces. K realizaci edukačních procesů dochází v edukačním prostředí. Edukační prostředí jsou různá. Jejich odlišnost spočívá v odlišnosti účastníků, obsahu, formách a intenzit edukačních procesů (29).

Edukaci, jenž je jednou z funkcí zdravotelství, můžeme tedy chápat jako zdravotní výchovu a péči jedince. Edukace v zdravotelství je vnímána jako výchovně vzdávací péče v rámci primární, sekundární a terciární prevence a lze ji rozdělit na tři primární, sekundární, terciární edukaci. Primární edukace je zaměřena na zdravé jedince a jejím cílem je prevence vzniku nemocí a zlepšení zdravotního stavu. Sekundární edukace je zaměřena na nemocné jedince a jejím cílem je obnovení zdraví a zabránění vzniku komplikací, přechodu nemoci do chronického stádia. Terciární edukace je zaměřena na jedince s trvalými nereverzibilními změnami zdravotního stavu. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života a předcházet možným komplikacím. Edukaci lze dále dělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je taková, kdy je jedinec o problematice informován poprvé. Zatímco na již získané v domostech a dovednosti navazuje edukace reedukační. Komplexní edukace je prováděna v edukačních kurzech, kde jsou předávány komplexní v domostech, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatření (14, 19, 29).

1.4.2 Edukační proces

Pojem edukační proces zahrnuje všechny péči, jejichž prostřednictvím jeden subjekt působí na druhý subjekt. V edukačním procesu musí být vždy obsaženo učení. Z toho můžeme odvodit základní konstituenty edukačního procesu, které se

subjekt, vyučující subjekt a učení. Účastníky edukačního procesu, učící se subjekt a vyučující subjekt, označujeme pojmy edukant a edukátor (29).

Podstatou každého edukačního procesu je učení. Š učení znamená získávání zkušeností, utváření a posilování jedince v průběhu života. Naučení je opakem vrozeného. Hlavní životní úloha lidského učení je v získávání předpokladů pro aktivní vyrovnání se s přírodním a společenským životním prostředím (3, str. 80). Dle míry intencionality v učení, tj. v domněném záměru, lze rozlišit edukační procesy na typ A, B a C. V edukačním procesu typu A se subjekt učí bezdělně (náhodně, spontánně). V edukačním procesu typu B je již především uplatněno intencionální (záměrné) učení. A v edukačním procesu typu C je učení plánováno (29).

Edukace v ošetrovatelství je záměrným a plánovaným učením (edukační proces typu B a C). Z tohoto důvodu výzkumné ošetření práce není zaměřeno na typ A.

Donedávna byl jako model edukačního procesu udáván didaktický trojúhelník. Vystihoval vztah mezi třemi základními elementy oš učivých učitelů, vychovávající a vychovávaný obsah. Jelikož ale didaktický trojúhelník není dostatečně adekvátní, jsou vytvářeny nové složitější modely edukačního procesu, které lépe vystihují reálný objekt edukačního procesu. Lze zmínit obecný model edukačního procesu, který vychází z chápání edukace jako jednoho z druhů sociální interakce. Obecný model edukačního procesu obsahuje komponenty oš edukačního prostředí (geografické, sociální, ekonomické, politické), vstupní determinanty (viz níže), edukační proces (průběh, obsah, vlastnosti), výstupy (bezprostřední výsledky, dlouhodobé efekty) (29).

Vstupní determinanty (determinanty) edukačního procesu jsou předem dány. Jsou rozhodující a zásadně ovlivňují edukační proces. Týkají se účastníků edukačních procesů, edukačních konstruktů a místa edukačního procesu. Edukační proces závisí na jejich charakteristice. Charakteristiky edukantů jsou rozděleny do skupin oš kognitivní, afektivní, fyzické, sociální a sociokulturní. Charakteristiky edukátorů jsou ve skupinách oš osobnostní, profesní. Charakteristiky edukačních konstruktů je možno rozdělit do skupin oš kurikulární programy, učebnice, evaluační nástroje. Do charakteristiky místa patří materiální vybavenost, profil edukačního týmu a typ lokality, v níž edukace probíhá, aj. (29).

V odborné literatuře zaměřené na edukaci v ošetřovatelství, například u H. Kuberové, se setkáváme s dělením edukačního procesu, tj. tvorby edukačního plánu, na pět fází:

1. fáze edukace v ošetřovatelství - posuzování
2. fáze edukace v ošetřovatelství - diagnostika
3. fáze edukace v ošetřovatelství - plánování
4. fáze edukace v ošetřovatelství - realizace
5. fáze edukace v ošetřovatelství - vyhodnocení (19)

Paralelu lze nalézt v pedagogické literatuře vztahující se k jedné z disciplín pedagogiky a tou je obecná didaktika, kde je edukační proces dělen takto:

didaktická analýza u živa

1. fáze přípravy a projektování
2. fáze realizace
3. fáze kontrolní a hodnotící (43, 30)

Následující text je zaměřen na porovnání výše jmenovaných postupů edukačního procesu. V první fázi edukace v ošetřovatelství edukátor hledá odpovědi na otázky: Pro? Koho? Co? Jak? Kdo a kdy? Kde a za jakých podmínek? S jakým výsledkem? Je nutno seznámit se se subjektem edukace, edukačními konstrukty, odbornou literaturou a prostředím. Rozvrhnout si množství úkolů do časových úseků a promýšlet si vhodné metody a formy edukace (14, 19).

Z pohledu pedagogiky je prováděna didaktická analýza u živa. Jednotlivé kroky analýzy jsou: určení potřeb edukanta, konkretizace cílů edukačního programu, rozbor u živa edukačního programu, vymezení základních vlastností edukanta, volba způsobů výuky (metody, formy atd.), formulace ústředních otázek a úkolů edukátorem (43).

V prvním kroku didaktické analýzy probíhá sběr informací. Při sběru informací o klientovi nás zajímá jeho věk a pohlaví. Zaměříme se především na úroveň jeho v domostí, dovedností a návyků, dále na jeho motivaci, postoje a hodnotový rámec, jaké má předpoklady pro učení a jaký styl učení mu nejvíce vyhovuje, v jakém fyzickém a psychickém stavu se právě nachází a jaké má sociálně-kulturně-ekonomické zázemí, jaký je jeho životní styl, posuzujeme jeho potřeby. Po posouzení a provedení

analýzy sebraných informací o edukantovi, identifikujeme a definujeme educační potřeby (14).

Druhý krok didaktické analýzy na základě educačních potřeb edukanta stanovuje cíle. Důležité je správně stanovit cíl edukace, nebo-li předpokládaný výsledek edukace, kterému se edukant musí v součinnosti s edukátorem. Cíl by měl být primární, jednoznačný, kontrolovatelný, komplexní, s vnitřní konzistencí. Musí být formulován konkrétně, přesně, jasně, jednoznačně a s možností kontroly jak z pohledu edukátora, tak edukanta. Cíle stanovujeme na dlouhodobé a krátkodobé. Existuje taxonomie cílů, která vede edukátora ke konkretizaci cíle v oblasti kognitivní zaměřené na získání znalostí a v domostí edukanta, vycházející z periodické taxonomie B. S. Blooma. Druhou oblastí jsou psychomotorické (behaviorální) cíle zaměřené na získání pohybových schopností. Tuto taxonomii vytvořila E. J. Simpsonová. Existují také taxonomie, které napomáhají zpřesnit cíle v oblasti afektivní vztahující se k nám postavě a hodnot edukanta (19, 36, 43).

Ve třetím kroku didaktické analýzy dochází k výběru základního učiva a jeho uspořádání, dále k výběru pojmů, faktů a teorií, formulaci vztahů učiva (43).

Ve čtvrtém kroku didaktické analýzy vymezuje edukátor konkrétní činnosti edukanta, které vedou k osvojení učiva a dovedností, k rozvoji osobnostních kvalit a hodnotové orientace (43).

V pátém kroku didaktické analýzy si edukátor zvolí organizační formy, výukové metody, učební pomůcky a didaktické techniky (43).

Formy jsou děleny z hlediska způsobu řízení učební činnosti edukanta a z hlediska časové a prostorové organizace edukace. Z hlediska řízení učební činnosti edukanta se jedná o formy: individuální, individualizované, skupinové a hromadné (frontální). Individuální forma výuky je vhodná pro edukaci lidí se sluchovým handicapem. Její výhodou je přímý kontakt porodní asistentky (edukátorky) s klientkou (edukantem). Výuka je flexibilní dle potřeb edukanta. V individualizované formě vedení edukace není učební činnost edukanta bezprostředně řízena edukátorem. Edukanti zadané úkoly řeší samostatně, jako příklad lze uvést programované vyučování, e-learning. Při skupinové formě mají edukanti možnost vzájemné spolupráce a výměny

informací. Vhodný počet členů ve skupině je 3-5. Skupiny mohou být stanovovány na základě vlastního zájmu (neformální) nebo dle určitých kritérií (formální). I tato forma je vhodná pro neslyšící klientky. Při hromadné formě výuky dochází k edukaci i v skupině osob. Příkladem hromadné formy výuky mohou být různé kurzy, například prenatální kurzy. Dle interakce mezi edukátorem a edukantem můžeme rozlišit edukaci v přímém kontaktu, bez přímého kontaktu a smíšenou formu. Při přímé formě edukace je edukátor a edukant v přímém kontaktu. Při nepřímé edukaci je edukátor s edukantem v kontaktu například prostřednictvím korespondence, či e-learningu aj.. Smíšená forma edukace kombinuje obě předchozí formy (43).

Při volbě výukových metod se přihlíží k osobnosti edukanta, jeho vzdělání, dovednostem a zkušenostem, ke stanoveným cílům, obsahu a formě edukace, k prostředí, ve kterém se edukace uskutečňuje. Kategorizace metod je různá. Nejčastěji používáme klasifikaci metod dle Maňáka, Skalkové a Obdržálka. Rozlišujeme metody dle aspektu didaktického (slovní, názorná-demonstrativní, praktické), psychologického, logického, procesualního a interaktivního. Z hlediska edukace lidí se sluchovým handicapem nejsou vhodné pouze slovní metody, ale hledáme i jiné možnosti. Mezi nejvíce používané metody patří například výklad, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, brainstorming, brainwriting, práce s textem, e-learning (viz podkap. 1.4.3). Učební pomůcky a didaktická technika napomáhají k lepšímu osvojení a pochopení učiva. Jejich pomocí je obsah učiva edukantům názorně zprostředkován. V edukaci je možné používat učební pomůcky textové (učebnice, časopisy, brožury aj.), vizuální (fotografie, nástenné obrazy, zdravotnický materiál aj.), auditivní (hudební a zvukové záznamy), audiovizuální (televizní pořady, výukové filmy) a počítačové edukativní programy a internet. Pro klientky se sluchovým handicapem se jeví jako obzvláště vhodné vizuální učební pomůcky (například edukativní karty) (14, 19).

Posledním krokem didaktické analýzy je formulace učebních otázek a úkolů, které budou edukanty co nejvíce motivovat a aktivizovat (43).

Kroky didaktické analýzy, které byly výše představeny jsou zastoupeny především v první a druhé fázi edukace v ošetřovatelsví a částečně také ve třetí fázi edukace v ošetřovatelsví.

První fáze edukačního procesu z pohledu didaktického je zaměřena na přípravu a projektování edukace. Tato fáze zahrnuje dlouhodobou a bezprostřední přípravu. Edukátor si v této fázi rozvrhuje obsah učiva do jednotlivých časových úseků, promýšlí způsob a vedení edukace. Z hlediska fází edukace v ošetřovatelsví se jedná o třetí fázi (21, 43).

Druhou fází v pedagogické literatuře je fáze realizace, kde je prováděna pedagogická diagnóza, pedagogická prognóza a edukátor identifikujeinnost edukanta na základě předem připraveného edukačního plánu. Na jeho sestavení by se měl podílet edukátor i edukant. Edukační plán by měl obsahovat - koho budeme edukovat, obsah edukace, obsah, metody, podmínky (čas, organizace, prostor, prostředí, pomůcky), cíl, způsob realizace a hodnocení. Edukátor by měl mít schopnost motivovat edukanta ke spolupráci, musí reagovat na výskyt chyb a případně modifikovat naplánovaný postup vzhledem k okolnostem. Na tuto oblast se zaměřuje čtvrtá fáze edukace v ošetřovatelsví (14, 43).

Ve třetí fázi edukačního procesu dochází ke kontrole a hodnocení (evaluaci). Nejčastěji hodnotí edukátor edukanta. Rozdíl mezi dosaženým výsledkem a edukačním cílem by měl být minimální. Evaluaci je nejlépe provádět jak v průběhu edukace, tak na jejím konci. Průběžné hodnocení zaměřující se na hledání chyb a nedostatků v průběhu edukace je nazýváno formativní. Zatímco sumativní hodnocení je prováděno na konci. Stejně je tak tomu v páté fázi edukace v ošetřovatelsví (14, 43).

Z výše uvedeného srovnání dělení fází edukace v ošetřovatelsví a pohledu didaktického lze vyčíst úzkou provázanost mezi ošetřovatelsvím a pedagogikou.

Na závěr je nutno podotknout, že v edukačním procesu je důležitá komunikace. Komunikace je prostředkem k realizaci edukace, jejím prostřednictvím dochází k výměně informací, zkušeností, motivů, postojů a emocí. Aby komunikace byla efektivní je nutno splnit určité podmínky jako jednoduchost, srozumitelnost, výstižnost, logické uspořádání, vhodná nastavení, přítomnost schopnostem a znalostem

příjemce. Zároveň s komunikací na úrovni verbální, probíhá i komunikace nonverbální, což je velice důležitá součást sociální interakce. Porodní asistentka v roli edukátorky musí při plánování edukace respektovat zásady komunikace se sluchově handicapovanými (viz podkap. 1.3.5). V případě, že edukátor nezná a neovládá alespoň základní pravidla komunikace, není možné, aby jeho edukativníinnost byla efektivní. Čoť platí dvojnásob při edukaci jedince se sluchovým postižením (14, 27).

1.4.3 E-learning a jeho tvorba

V rámci práce je důležité zaměřit se na tvorbu e-learningu jako na edukativní strategii, která nevyžaduje mluvené slovo. E-learning je vhodný způsob edukace pro lidi vyžadující individuální přístup, například klientky se sluchovým handicapem.

E-learning je vzdělávací proces využívající multimediální technologie, internet a další elektronická média, probíhající nejčastěji prostřednictvím počítačových kurzů. V jednotlivých lekcích je využívána kombinace výkladového textu s animacemi, grafikou, zvukem, videem a elektronickými testy. Výuka může být ve formě off-line i on-line. Forma off-line nevyžaduje připojení k počítačové síti, jelikož výukový program je distribuován na informačních nosičích. Při výuce on-line je nutností připojení k počítačové síti. Výuka může probíhat synchronně, kdy edukant komunikuje s edukátorem současně v reálném čase. Pokud je výuka asynchronní, nemusí se edukant připojovat současně s ostatními. Bariérou pro e-learningovou výuku může být počítačová negramotnost edukanta, nemožnost přístupu k počítači anebo nemožnost připojení k počítačové síti (14).

Nutné technické vybavení, znalosti a dovednosti s technickým vybavením pracovat jsou hlavní podmínkou pro tvorbu e-learningového kurzu. Jeho úspěšné zavedení je podmíněno poptávkou, kvalitou a přístupností kurzu, přístupem účastníků k počítačům a jejich základními znalostmi ovládnutí počítače. Při samotné tvorbě e-learningového kurzu je potřeba postupovat v následujících krocích: analyzovat poptávku a vybrat tématu, sestavit realizační tým (manažer kurzu + autorský kolektiv), organizace zajistit studium (administrátor), vytvořit a zpracovat studijní balíček a

odborného posoudit (oponentní řízení), realizovat pilotní kurz, zhodnotit pilotní kurz, provést potřebné úpravy a změny, propagovat kurz (23).

Při tvorbě e-learningového kurzu musejí být výukové metody voleny specificky v závislosti na účastnících. E-learningový kurz dává možnost využít těchto metod vhodných pro komunikaci se sluchově postiženými osobami (výklad, vysvětlení, přednáška), názorné (demonstrování), praktické (řešení úloh).

1.5 N mecko - rozdíly

V této kapitole se zaměříme především na rozdíly v péči o těhotné a rodící ženy u nás a v N mecku.

Těhotné ženy v N mecku v rámci prenatální péče absolvují deset návštěv u gynekologa. Do 32. týdne chodí každé tři týdny na kontroly, od 32. týdne každé dva týdny a navíc před porodem každý týden. U lékaře se vždy provádí kontrola hmotnosti a tlaku, vaginální vyšetření, vyšetření moči a odběr krve na vyšetření krevního obrazu (množství hemoglobinu). Při prvním vyšetření je ženě určena krevní skupina, její Rh faktor, dále se vyšetřuje titr erytrocytárních protilátek, HIV a zarděnky. Při dalších návštěvách se opakují vyšetření titru erytrocytárních protilátek a zarděnky. Dále se odebírá krev na sérologické vyšetření syfilis (LSR). Z cervixu lékař provádí vyšetření na chlamydie. Pojištěnou jsou hrazeny také ultrazvuková vyšetření (první UZ mezi 9. a 12. týdnem, druhý UZ v 19. až 22. týdnu, třetí UZ v 29. až 32. týdnu) (9).

Je známá historicky blízká spolupráce českých a německých lékařů již v minulých stoletích, kdy teprve poátkem 19. století začínaly probíhat porody nejen doma, ale také v ústavech pod dozorem lékaře. Následný vývoj v oblasti porodnictví byl v obou zemích podobný. V čina porod probíhala do konce druhé světové války doma. Až v období po druhé světové válce nastala změna a téměř všechny porody byly vedeny v ústavech. V 90. letech v N mecku začal rozvoj porodních domů, což dopozději i zákonných opatření (7).

Nejprve je třeba vymezit, co je porodní dům. Porodní dům je zdravotnické zařízení, ve kterém je registrovanými porodními asistentkami, v rozsahu jejich kompetencí zakotvených v zákoně, poskytována porodnická individuální neinvazivní

pé e zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Porodní dům je autonomní zařízení. Měl by být v dosahu nemocničního zařízení, se kterým má smluvní vztah k zajištění lékařské pomoci pro případ výskytu komplikací (2).

V německém zákoně je stanoveno, že porodní asistentka musí být přítomna u každého porodu. Německé porodní asistentky pracují v nemocnicích, v porodních domech nebo asistují u domácích porodů. V Německu existuje mnoho porodních domů, kde pracují pouze porodní asistentky. Výzkum prokázal velmi nízkou perinatální mortalitu a celkově uspokojivé výsledky z praxe porodních domů i porodů doma. Důsledkem toho se předestalo hovořit o riziku porodu mimo nemocnici a začalo se hovořit o jeho vysoké kvalitě. Porody v porodních domech jsou kompletně hrazeny německými zdravotními pojišťovnami (34). V České republice je zatím jediný porodní dům v Ústí nad Labem.

Tehotné ženy v Německu, které se rozhodují, kde své dítě přivedou na svět, mají tedy na výběr z několika možností. V případě, že zvolí porod na klinice, mají při výskytu komplikací jistotu okamžitého ošetření. Domácí porod si vybírají ženy, které chtějí své dítě porodit v důvěrném domácím prostředí. Je zde ovšem zvýšené riziko. Pokud nastanou komplikace, kdy je nutné rychle jednat, není v domácím prostředí vhodné vybavení a žena je převezena na kliniku. Ztráta času při převozu však může ohrozit zdraví dítěte i matky. Ambulantní porod je kompromisem mezi porodem doma a porodem na klinice. Žena přivede dítě na svět v porodním pokoji kliniky a pokud je ve výhledu, může je v den porodu odejít s miminkem domů. S porodní asistentkou se žena domluví na domácím ošetření. V porodním domě se o ženu stará stejný tým porodních asistentek a je zde zajištěno i lékařské ošetření (46).

Co se týče oblasti problematiky sluchového postižení a edukace, jsou rozdíly zanedbatelné. Pedagogika v obou zemích a v Německu se vzájemně ovlivňovaly. Jejich vývoj je stejný, z čehož plyne, že mají i stejné parametry.

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda porodní asistentky realizují edukaci gravidních žen se sluchovým handicapem v regionu Jihlína a regionu Passau.

Cíl 2: Komparace postupu porodních asistentek ke gravidním ženám se sluchovým handicapem v regionu Jihlína a regionu Passau.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou ženy se sluchovým handicapem efektivně edukovány o problematice gravidity a porodu.

Cíl 4: Doporučit vhodné techniky edukace v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky související s podáváním informací o graviditě a porodu klientkám se sluchovým handicapem.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Porodní asistentky efektivně edukují ženy se sluchovým handicapem.

Hypotéza 2: Porodní asistentky realizují edukační proces typu C.

Hypotéza 3: Porodní asistentky mají zájem o vzdělávací kurz týkající se rozvoje svých edukačních, komunikačních kompetencí.

Hypotéza 4: Porodní asistentky v regionu Passau efektivněji edukují ženy se sluchovým handicapem než porodní asistentky v regionu Jihlína.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak jsou ženy se sluchovým handicapem edukovány v oblasti gravidity a porodu?

Výzkumná otázka 2: Jaké metody edukace preferují ženy se sluchovým handicapem?

Výzkumná otázka 3: Jaký je zájem žen se sluchovým handicapem o edukaci týkající se problematiky gravidity a porodu?

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Metodika práce

K získání a zpracování dat empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda výzkumného –et ení.

Kvantitativní výzkumné –et ení bylo realizováno technikou sb ru dat dotazníkem určeným porodním asistentkám pracujícím na porodním sále (viz Příloha 1 a 2). Dotazník obsahoval 28 otázek. U jednadvaceti otázek bylo možno zvolit jen jednu odpověď (otázky . 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 28), u čtyř otázek bylo možno zvolit více variant odpovědí (otázky . 6, 20, 21, 22). P evařovaly otázky uzav řené, jedna otázka byla polouzav řená (otázka . 16) a tři otázky otev řené (otázky . 3, 12, 19). Tři otázky byly filtra ních (otázky . 5, 8, 26). V rámci kvantitativního –et ení byla provedena komparace výsledk ů mezi porodními asistentkami pracujícími na porodním sále ve vybraných nemocnicích v regionu Jižní echy a v regionu Passau. Výzkumné –et ení probíhalo od února roku 2010 do března roku 2011. Vyhodnocení výsledk ů a vytvo ření graf ů bylo provedeno v programu Microsoft Excel.

Technikou sb ru dat v rámci kvalitativního výzkumného –et ení byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl veden se ženami se sluchovým handicapem. Rozhovor obsahoval 18 otázek. Rozložen í otázek v rozhovoru lze roz lenit do čtyř oblastí: o identifika ní údaje, edukace týkající se gravidity a porodu, zájem o edukaci týkající se problematiky gravidity a porodu, komunikace s porodními asistentkami p í pobytu na porodnici. Rozhovory byly vedeny výzkumníkem a zaznamenávány písemn ě na předem p ípravený záznamový arch (viz Příloha 3). Komunikace probíhala pomalou mluvou výzkumníka a odezíráním respondentky. Jednoho rozhovoru se v roli tlumo níka z ůstnila matka respondentky. Rozhovory se uskute nily v listopadu roku 2010 a v lednu a únoru roku 2011. Rozhovory byly p ípsány a vyhodnoceny pomocí rámcové analýzy. Data byla zobrazena v sedmi tematických tabulkách vytvo řených v programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvantitativního –et ení tvo ily porodní asistentky pracující na porodním sále ve vybraných nemocnicích v regionu jiřní echy a regionu Passau (Nemocnice eské Bud jovice, a. s., eský Krumlov, a. s., Jind ich v Hradec, a. s., Písek, a. s., Prachatice, a. s., Strakonice, a. s., Tábor, a. s. a Klinikum Passau, Krankenhaus Vilshofen, Krankenhaus Rothalsmünster). V regionu jiřní echy bylo rozdáno 78 dotazník a vypln ných se jich vrátilo 71, jejich návratnost je 91%. Ze 71 vypln ných dotazník byly 3 vy azeny pro nezhodnotitelnost vzhledem k jejich chybnému vypln ní. Pro vyhodnocení bylo pouřito celkem 68 dotazník (100%). Na základ rozhovoru s vedením nemocnic v regionu v Passau, bylo p istoupeno k odeslání dotazník e-mailem. Bylo obdrřeno 44 vypln ných dotazník .

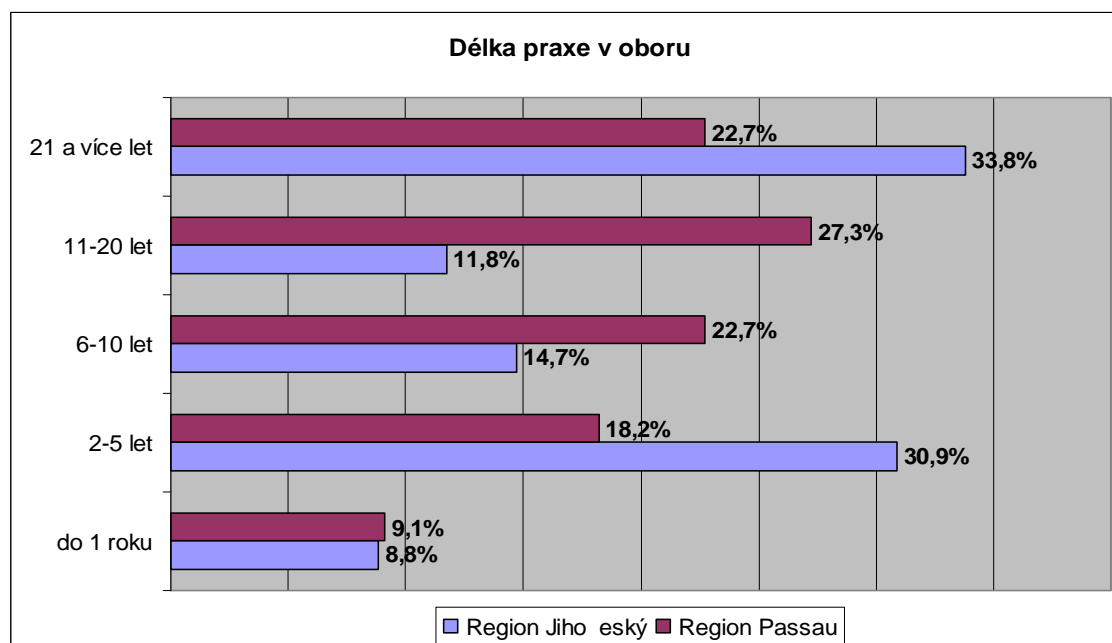
Výzkumný soubor pro kvalitativní –et ení tvo ilo p t řen v reproduk ním v ku se sluchovým handicapem, které alespo ě jednou rodily v n které z jifl vý–e zmín ných nemocnic v regionu jiřní echy a regionu Passau. Získání výzkumného souboru bylo problematické, jelikoř se jedná o specifickou minoritu. P es osobní, písemný a telefonický kontakt byly osloveny organizace, spolky, sdruření, –kolská za ízení v regionu jiřní echy a klinika v Passau. Rozhovor bylo ochotných poskytnout p t řen. Respondentky souhlasily s prezentací rozhovor bez udání identifika ních údaj . Na základ dohody o uvedení identifika ních údaj je v rozhovorech uveden pouze v k řen, jejich diagnóza sluchového postření, po et porod a místo porodu.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO VĚTĚNÍ

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného vĚtĚnÍ

Graf 1 Délka praxe v oboru

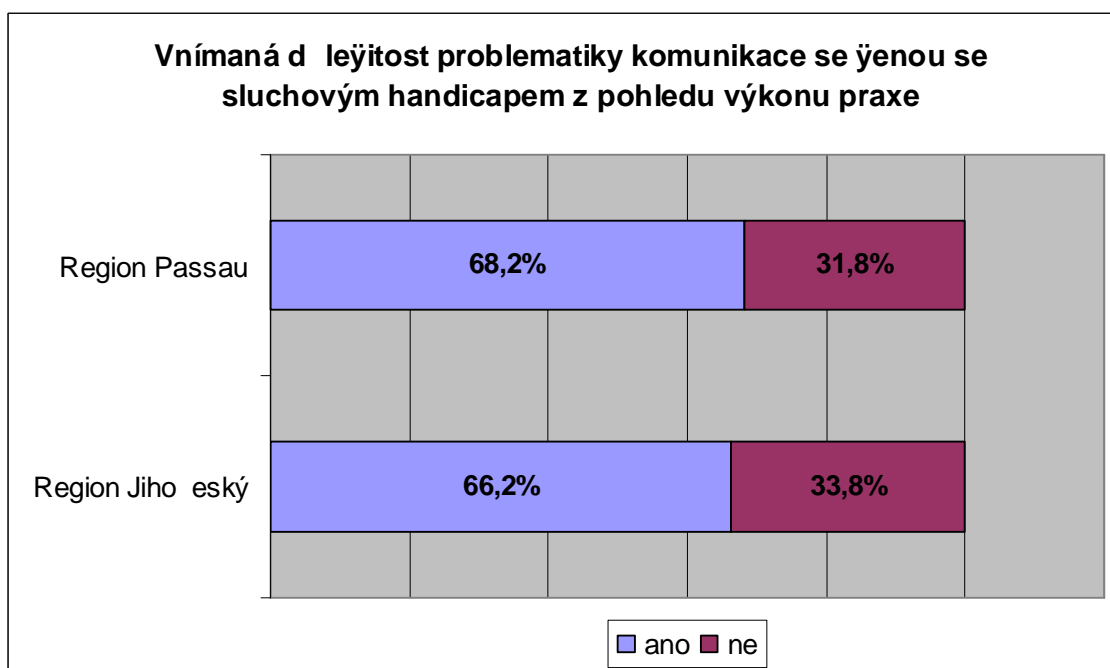
		Region Jiho eský	Region Passau
Kolik let pracujete v oboru?	do 1 roku	8,8%	9,1%
	2-5 let	30,9%	18,2%
	6-10 let	14,7%	22,7%
	11-20 let	11,8%	27,3%
	21 a více let	33,8%	22,7%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek v regionu jižní Čechy, jich 23 (33,8%) pracuje v oboru 21 let a více, 8 (11,8%) pracuje v oboru 11-20 let, 10 (14,7%) působí v oboru 6-10 let, 21 (30,9%) je v oboru 2-5 let a 6 (8,8%) porodních asistentek pracuje v oboru necelý 1 rok. V regionu Passau z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek pracuje v oboru 21 let a více 10 (22,7%) porodních asistentek, 12 (27,3%) jich pracuje v oboru 11-20 let, 10 (22,7%) pracuje v oboru 6-10 let, 8 (18,2%) pracuje v oboru 2-5 let a 4 (9,1%) pracují v oboru necelý rok.

Graf 2 D ležitost problematiky komunikace se ženou se sluchovým handicapem

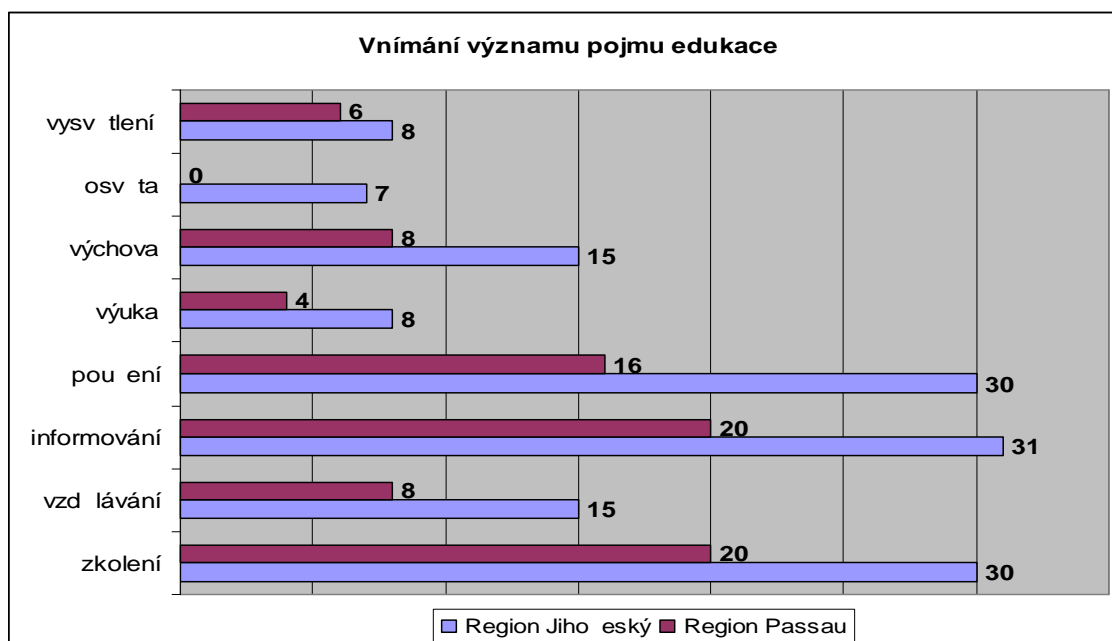
		Region Jiho český	Region Passau
Považujete problematiku komunikace se ženou se sluchovým handicapem z pohledu Vaší praxe za důležitou?	ano	66,2%	68,2%
	ne	33,8%	31,8%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek v regionu jižní Čechy jich 45 (66,2%) považuje problematiku komunikace se ženou se sluchovým handicapem v rámci praxe za důležitou a 23 (33,8%) porodních asistentek je opačného názoru. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek v regionu Passau udává komunikaci se ženou se sluchovým handicapem za důležitou 30 (68,2%) porodních asistentek a 14 (31,8%) porodních asistentek ji za důležitou v rámci své praxe nepovažuje.

Graf 3 Vnímání pojmu edukace

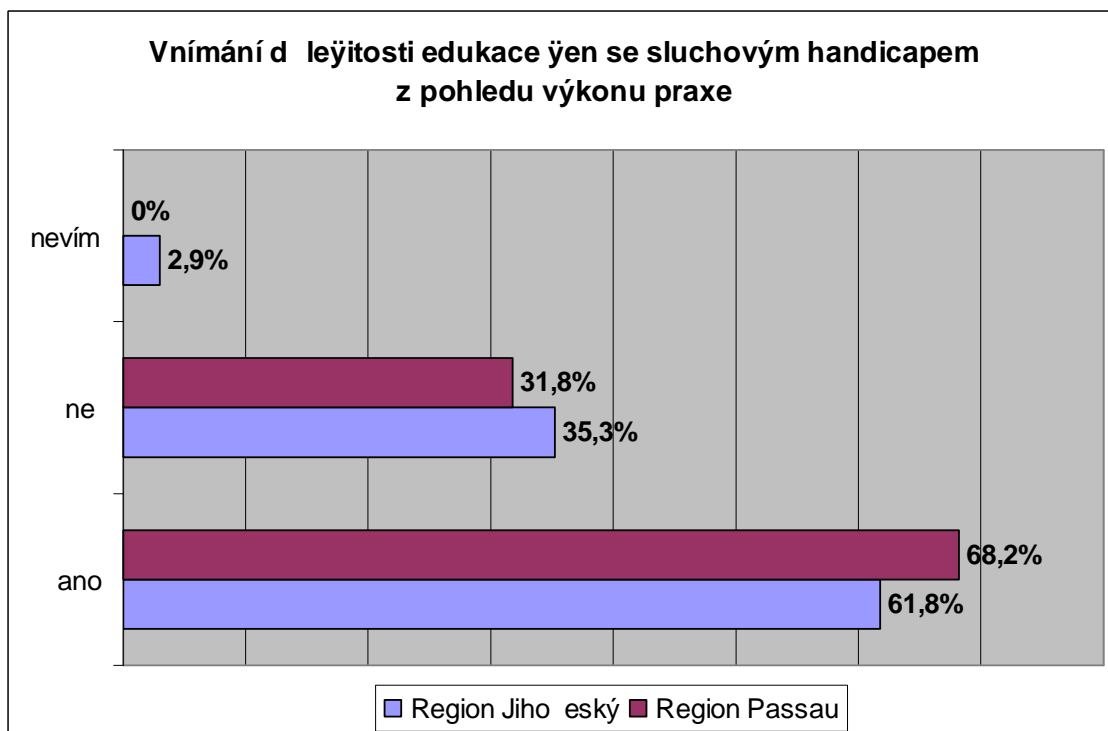
		Region Jiho eský	Region Passau
Co si p edstavujete pod pojmem edukace?	-kolení	30	20
	vzd lávání	15	8
	informování	31	20
	pou ení	30	16
	výuka	8	4
	výchova	15	8
	osv ta	7	0
	vysv tlení	8	6



Z celkového po tu 144 odpov dí 68 porodních asistentek z regionu jifní echy si 8 porodních asistentek p edstavuje pod pojmem edukace vysv tlení, 7 porodních asistentek osv tu, 15 porodních asistentek výchovu, 8 porodních asistentek výuku, 30 porodních asistentek pou ení, 31 porodních asistentek informování, 15 porodních asistentek vzd lávání a 30 porodních asistentek -kolení. Z celkového po tu 82 odpov dí 44 porodních asistentek z regionu Passau si 6 porodních asistentek adí pod pojem edukace vysv tlení, fládná porodní asistentka nechápe edukaci jako osv tu, 8 porodních asistentek vnímá edukaci jako výchovu, 4 porodní asistentky jako výuku, 16 porodních asistentek jako pou ení, 20 porodních asistentek jako informování, 8 porodních asistentek jako vzd lávání a 20 porodních asistentek vnímá edukaci jako -kolení.

Graf 4 D lefitost edukace řen se sluchovým handicapem

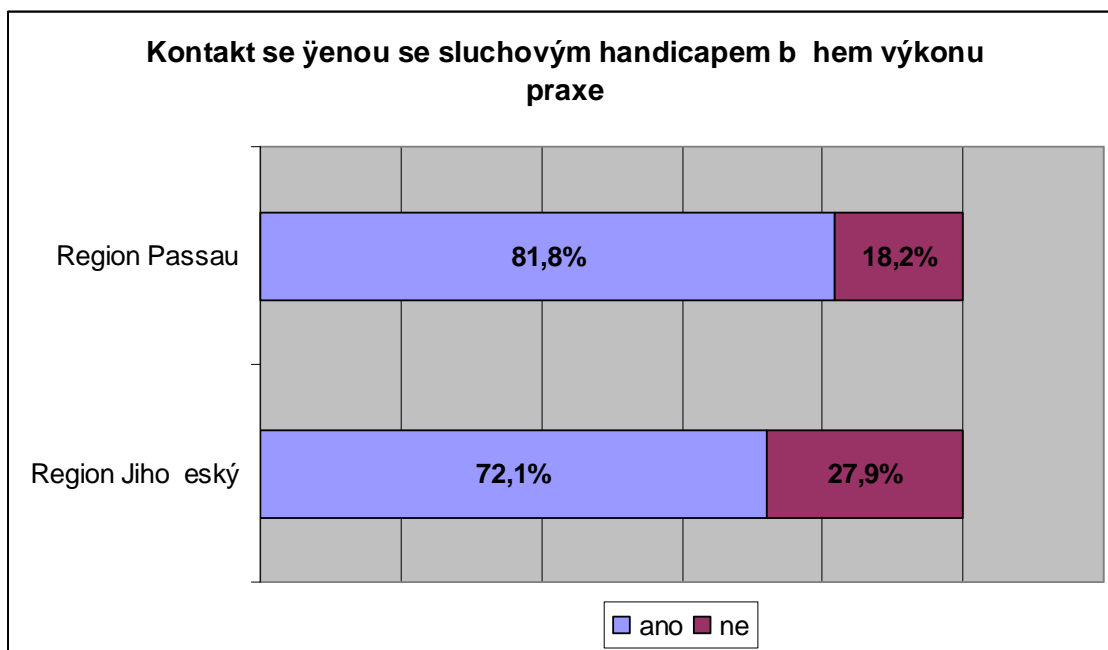
		Region Jiho eský	Region Passau
Je problematika edukace řen se sluchovým handicapem d lefitá v rámci Va-í praxe?	ano	42	30
	ne	24	14
	nevím	2	0



Z celkového po tu 68 (100%) porodních asistentek v regionu jifní echy jich 42 (61,8%) považuje problematiku edukace řen se sluchovým handicapem v rámci své praxe za d lefitou, 24 (35,3%) porodních asistentek ji za d lefitou nepovažuje a 2 (2,9%) porodní asistentky neví. Z celkového po tu 44 (100%) porodních asistentek v regionu Passau udává 30 (68,2%) porodních asistentek problematiku edukace řen se sluchovým handicapem za d lefitou a 14 (31,8%) porodních asistentek si naopak myslí, ře d lefitá v rámci jejich praxe není.

Graf 5 Kontakt se ženou se sluchovým handicapem

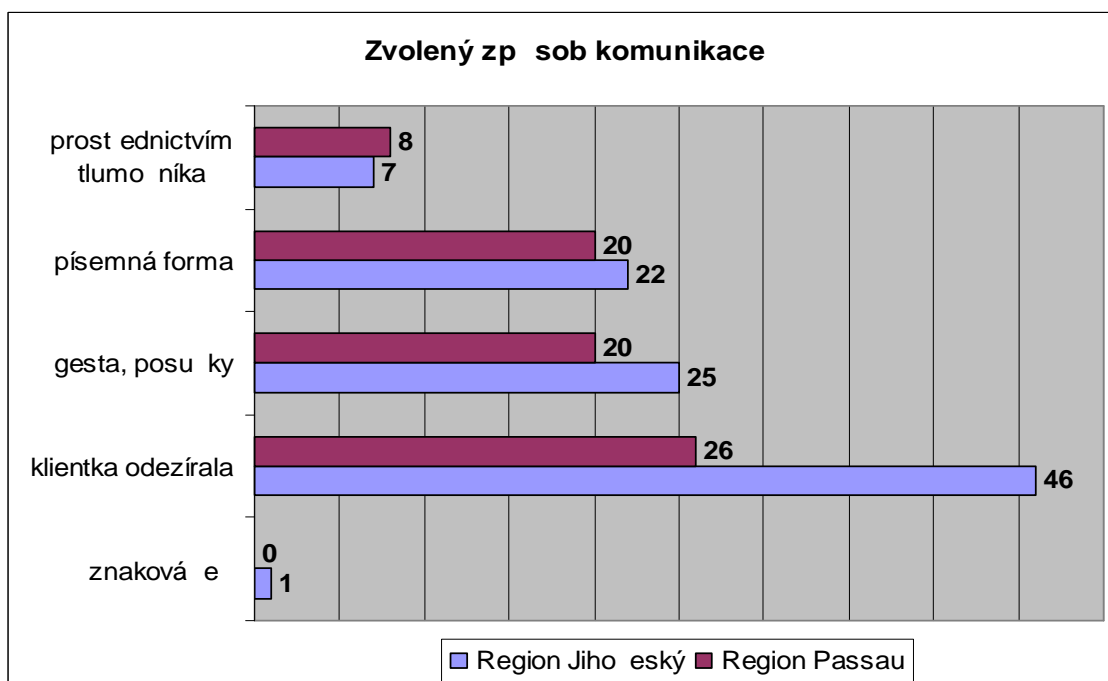
		Region Jiho český	Region Passau
Setkala jste se během praxe se ženou se sluchovým handicapem?	ano	72,1%	81,8%
	ne	27,9%	18,2%



V regionu jihočeský se z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek 49 (72,1%) porodních asistentek za svou praxi setkala se ženou se sluchovým handicapem a 19 (27,9%) porodních asistentek se během svého působení na porodním sále s touto ženou neseťkalo. V regionu Passau se z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek setkala 36 (81,8%) porodních asistentek během své praxe se ženou se sluchovým handicapem a 8 (18,2%) porodních asistentek se za svou praxi s touto ženou neseťkalo.

Graf 6 Zvolený způsob komunikace

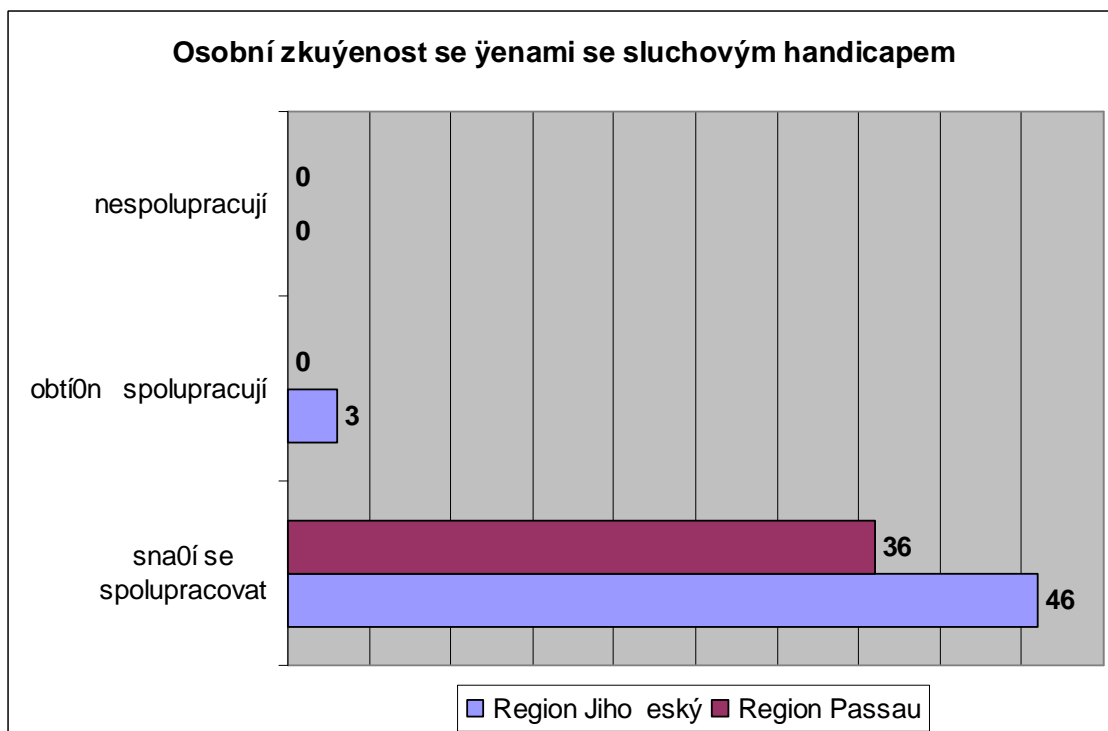
		Region Jiho-český	Region Passau
Jakým způsobem jste komunikovaly? (více možných odpovědí)	znaková řeč	1	0
	klientka odezírala	46	26
	gesta, posučky	25	20
	písemná forma	22	20
	prostřednictvím tlumočnicka	7	8



Z celkového počtu 101 odpovědí 49 porodních asistentek z regionu Jihočeský, které se setkaly se ženou se sluchovým handicapem, 7 porodních asistentek udalo jako způsob komunikace využití tlumočnicka, 22 porodních asistentek komunikovalo písemnou formou, 25 porodních asistentek využívalo gesta a posučky, 46 porodních asistentek udalo, že klientka uměla odezírat a 1 porodní asistentka umí znakovou řeč. Z celkového počtu 74 odpovědí 36 porodních asistentek v regionu Passau, které se setkaly se ženou se sluchovým handicapem, 8 porodních asistentek komunikovalo prostřednictvím tlumočnicka, 20 porodních asistentek písemnou formou, 20 porodních asistentek používalo gesta a posučky, 26 porodních asistentek udalo, že žena odezírala a žádná porodní asistentka neumí znakovou řeč.

Graf 7 Osobní zkušenost se ženami se sluchovým handicapem

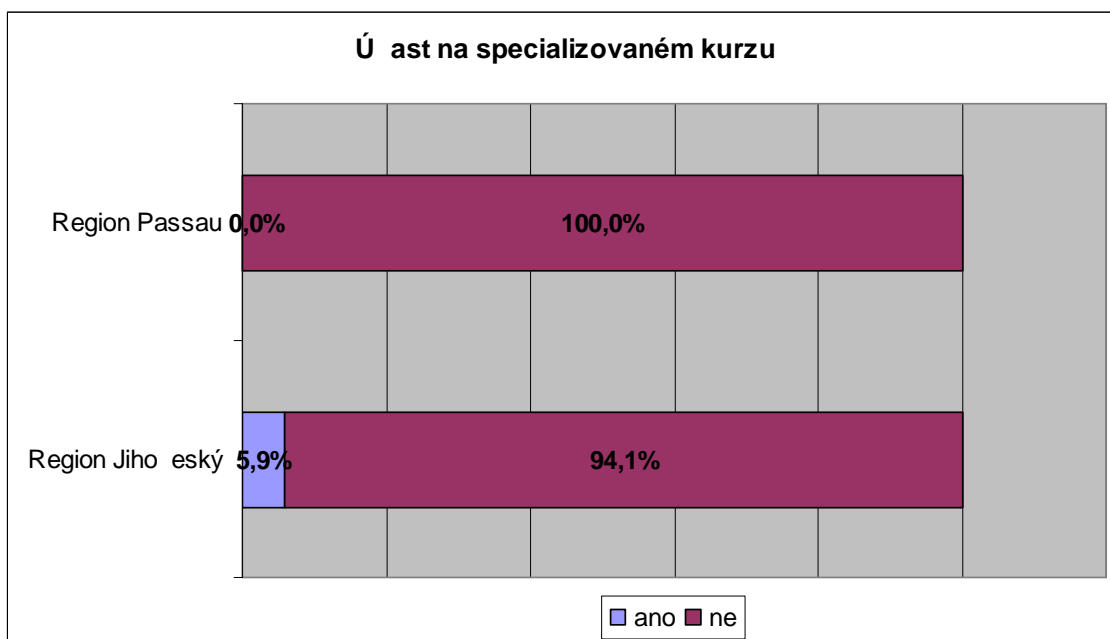
		Region Jiho český	Region Passau
Máte osobní zkušenost se ženami se sluchovým handicapem?	snahou se spolupracovat	46	36
	obtížně spolupracují	3	0
	nespolupracují	0	0



Z 49 (100%) porodních asistentek v regionu jihočeský, které mají osobní zkušenost s ženami se sluchovým handicapem jich 46 (93,9%) uvedlo, že ženy se snahou spolupracovat a 3 (6,1%) porodní asistentky mají zkušenost obtížně spolupráce, žádná porodní asistentka neuváděla, že tyto ženy nespupracují. Z 36 (100%) porodních asistentek z regionu Passau s osobní zkušeností se ženou se sluchovým handicapem jich všech 36 (100%) uvedlo, že tyto ženy se snahou spolupracovat.

Graf 8 Účast na specializovaném kurzu

		Region Jiho český	Region Passau
Absolvovala jste nějaký kurz edukace člen se sluchovým handicapem?	ano	5,9%	0%
	ne	94,1%	100%



Z 68 (100%) porodních asistentek z regionu jihu české republiky 4 (5,9%) porodní asistentky absolvovaly kurz zaměřený na edukaci člen se sluchovým handicapem a 64 (94,1%) porodních asistentek žádný takový kurz neabsolvovalo. V regionu Passau z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek žádná (0%) porodní asistentka neabsolvovala kurz edukace člen se sluchovým handicapem.

Tabulka 1 P ínos kurzu

		Region Jiho eský	Region Passau
Byl tento kurz pro Vás p ínosem?	ano	3	0
	ne	0	0
	nevím	1	0

Ze 4 porodních asistentek v regionu jifní echy, které absolvovaly kurz týkající se edukace fien se sluchovým handicapem, 3 porodní asistentky hodnotí kurz jako p ínosný, fládná porodní asistentka si nemyslí, fle kurz byl bez p ínosu a 1 porodní asistentka neví. Z regionu Passau fládná porodní asistentka kurz zam ený na edukaci fien se sluchovým handicapem neabsolvovala.

Tabulka 2 Vyuffitelnost kurzu v praxi

		Region Jiho eský	Region Passau
Vyuffitelnost kurzu v praxi	ano	2	0
	ne	2	0

Ze 4 porodních asistentek v regionu jifní echy, které absolvovaly kurz týkající se edukace fien se sluchovým handicapem, si 2 porodní asistentky myslí, fle je vyuffitelný v praxi a 2 porodní asistentky se domnívají, fle kurz v praxi nevyuffijí. Z regionu Passau fládná porodní asistentka kurz zam ený na edukaci fien se sluchovým handicapem neabsolvovala.

Tabulka 3 Zájem o dal-í vzd-ávání

		Region Jiho-eský	Region Passau
Máte zájem o dal-í vzd-ávání v oblasti rozvoje eduka-ních schopností?	ano	3	0
	ne	1	0

Ze 4 porodních asistentek z regionu jiho-ěchy, které absolvovaly kurz týkající se edukace žen se sluchovým handicapem, 3 porodní asistentky mají zájem o dal-í vzd-ávání a rozvoj eduka-ních schopností a 1 porodní asistentka udala, že dal-í zájem nemá. Z regionu Passau žádná porodní asistentka kurz zam-ěný na edukaci žen se sluchovým handicapem neabsolvovala.

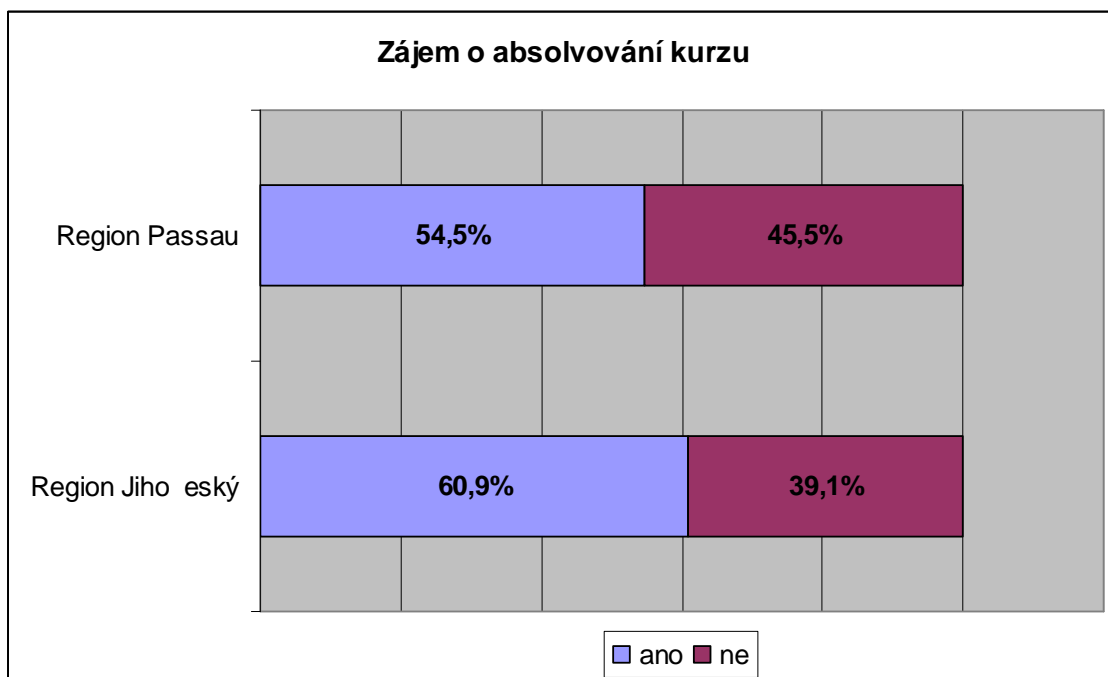
Tabulka 4 Organizátor kurzu

		Region Jiho-eský	Region Passau
Kdo kurz organizoval?	V TM Zdravotnická Praha	1	0
	M TM kola, kterou studovala	1	0
	nevím	1	0
	V TM .B.	1	0

Ze 4 porodních asistentek z regionu jiho-ěchy, které se zú-astnily kurzu zam-ěného na edukaci žen se sluchovým handicapem, 1 porodní asistentka udala jako organizátora kurzu VTMZdravotnickou v Praze, 1 absolvovala kurz na MTMkole, kterou studovala, 1 porodní asistentka neví, kdo kurz organizoval a 1 porodní asistentka se zú-astnila kurzu po-ádaného od VTM.B. Z regionu Passau žádná porodní asistentka kurz zam-ěný na edukaci žen se sluchovým handicapem neabsolvovala.

Graf 9 Zájem o absolvování kurzu

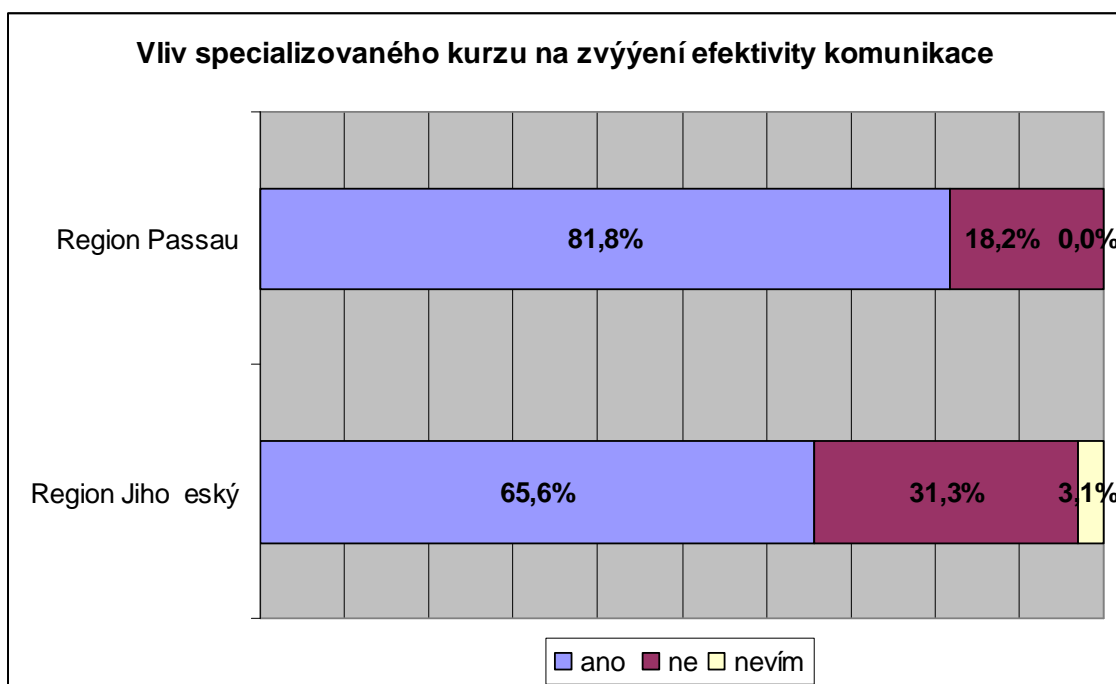
		Region Jiho eský	Region Passau
Máte zájem o absolvování kurzu?	ano	60,9%	54,5%
	ne	39,1%	45,5%



Z 64 (100%) porodních asistentek z regionu jiho eský, které se nezúčastnily žádného kurzu týkajícího se edukace, bylo 39 (60,9%) porodních asistentek chtělo kurz absolvovat a 25 (39,1%) porodních asistentek o absolvování kurzu zájem nemá. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau, které neabsolvovaly žádný kurz zaměřený na edukaci, má 24 (54,5%) porodních asistentek zájem o absolvování kurzu a 20 (45,5%) porodních asistentek zájem nemá.

Graf 10 Vliv specializovaného kurzu na zvýšení efektivity komunikace

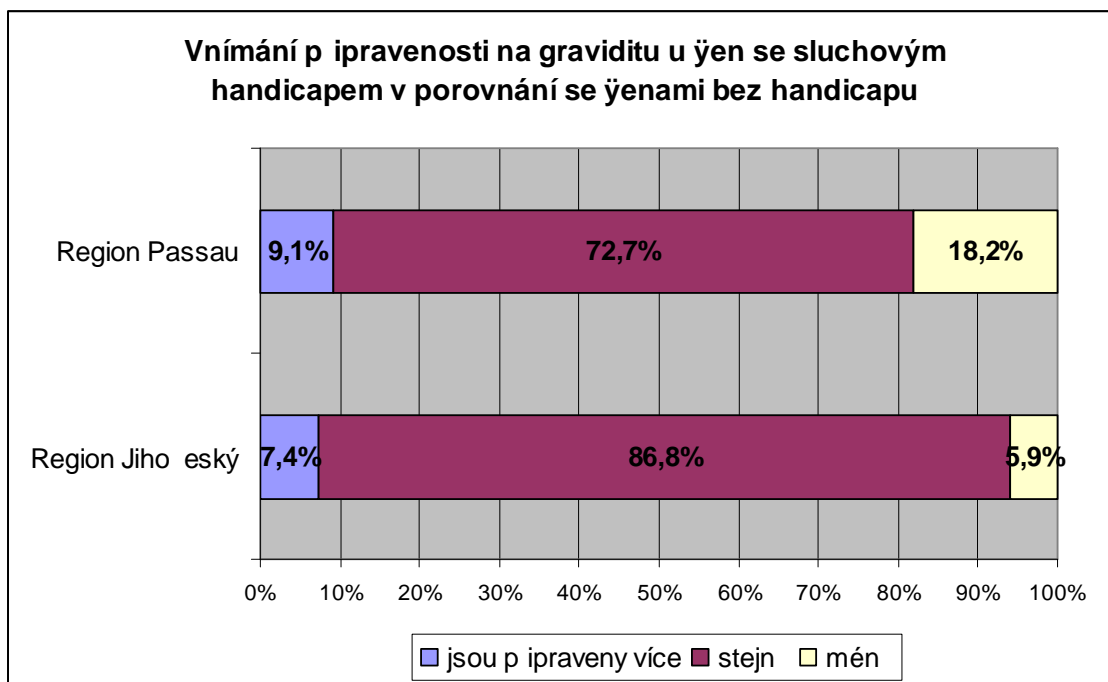
		Region Jiho český	Region Passau
Domníváte se, že by vaše komunikace byla po absolvování kurzu efektivnější?	ano	65,6%	81,8%
	ne	31,3%	18,2%
	nevím	3,1%	0%



Z 64 (100%) porodních asistentek z regionu jižní Moravy se 42 (65,6%) porodních asistentek domnívá, že pokud by se zúčastnily kurzu, jejich komunikace se ženou se sluchovým handicapem by byla efektivnější, 20 (31,3%) porodních asistentek si nemyslí, že díky účasti na kurzu by jejich komunikace byla efektivnější, 2 (3,1%) porodní asistentky neví. Ze 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau se 36 (81,8%) porodních asistentek domnívá, že po absolvování kurzu by efektivněji komunikovaly se ženou se sluchovým handicapem, 8 (18,2%) porodních asistentek si nemyslí, že po absolvování kurzu by se jejich komunikace se ženou se sluchovým handicapem zlepšila, žádná (0%) porodní asistentka neoznámila odpověď nevím.

Graf 11 P ipravenost žen se sluchovým handicapem na graviditu

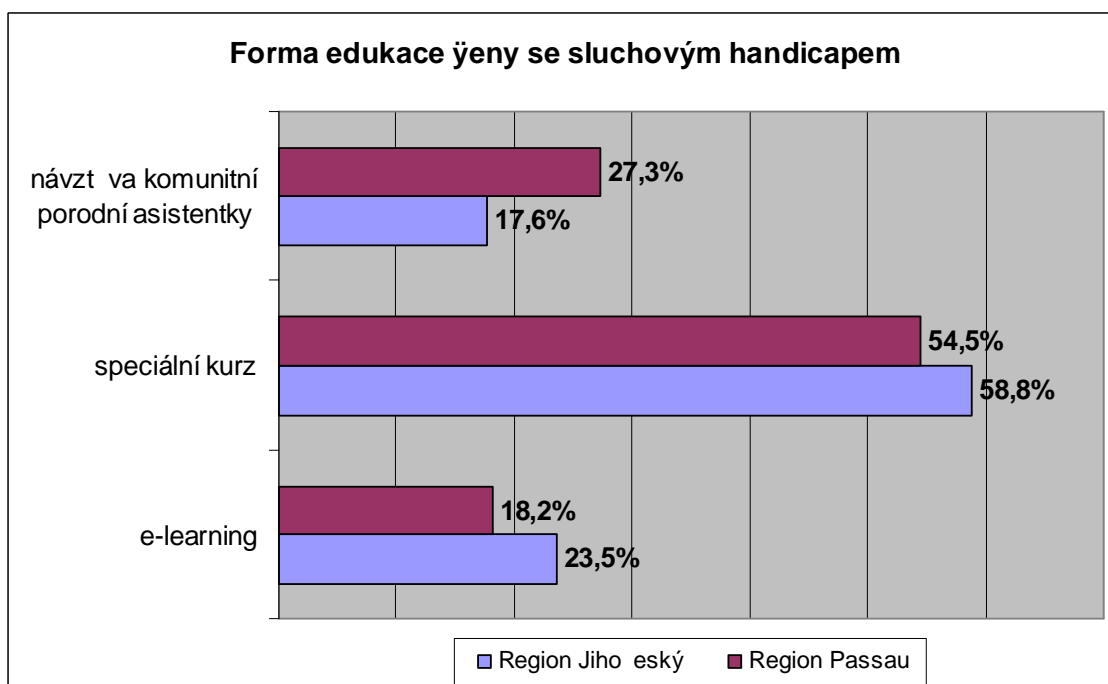
		Region Jiho eský	Region Passau
Domníváte se, že ženy se sluchovým handicapem jsou připraveny na graviditu stejně jako ženy bez handicapu?	jsou připraveny více	7,4%	9,1%
	stejn	86,8%	72,7%
	mén	5,9%	18,2%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu Jiho eský si 5 (7,4%) porodních asistentek myslí, že ženy s handicapem jsou připraveny více, 59 (86,8%) porodních asistentek se domnívá, že připravenost žen s handicapem a bez handicapu je stejná a 4 (5,9%) porodní asistentky si myslí, že jsou ženy s handicapem připraveny mén . Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau se 4 (9,1%) porodní asistentky domnívají, že ženy se sluchovým handicapem jsou připraveny na graviditu a porod více než ženy bez handicapu, 32 (72,7%) porodních asistentek se domnívá, že připraveny jsou stejně jako ostatní ženy a 8 (18,2%) porodních asistentek si myslí, že připraveny jsou mén .

Graf 12 Forma edukace ženy se sluchovým handicapem

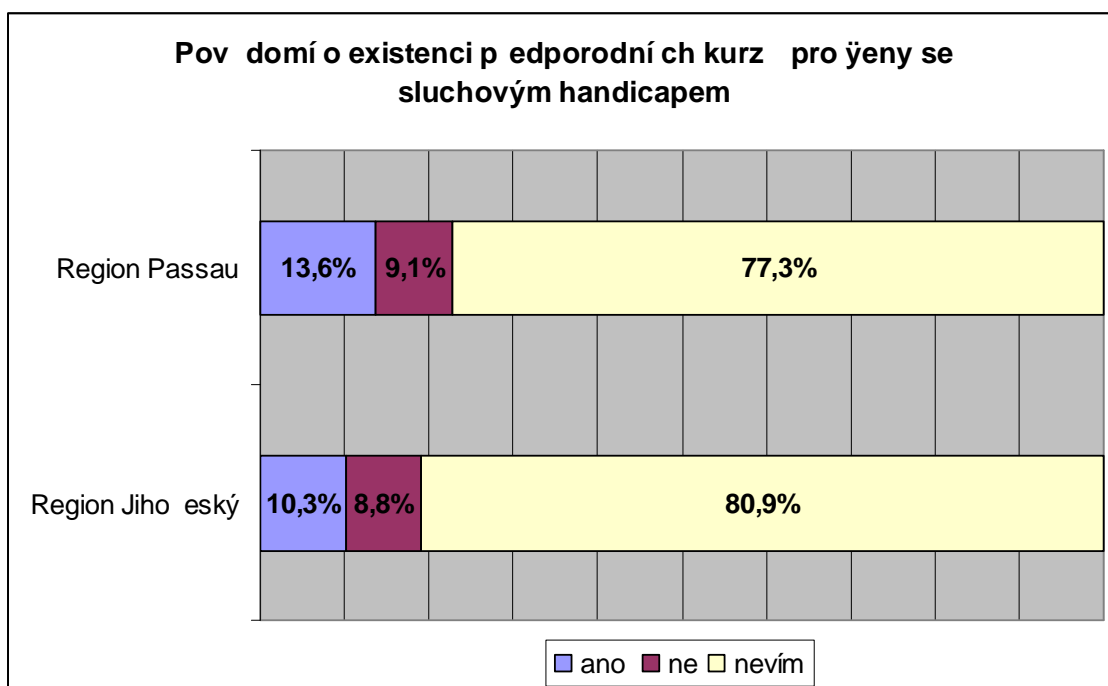
		Region Jiho český	Region Passau
Jakou formu edukace ženy se sluchovým handicapem byste zvolila?	e-learning	23,5%	18,2%
	speciální kurz	58,8%	54,5%
	návštěva komunitní porodní asistentky	17,6%	27,3%
	jiná možnost	0%	0%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu jižní Čechy 12 (17,6%) porodních asistentek zvolilo jako formu edukace návštěvu komunitní porodní asistentky, 40 (58,8%) porodních asistentek vybralo speciální předporodní kurz a 16 (23,5%) porodních asistentek označilo jako vhodnou formu e-learning. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau 4 (27,3%) porodní asistentky jako vhodnou formu edukace pro ženu se sluchovým handicapem zvolily návštěvu komunitní porodní asistentky, 12 (54,5%) porodních asistentek zvolilo speciální předporodní kurz a 6 (18,2%) porodních asistentek vybralo možnost e-learningu.

Graf 13 Existence p edporodních kurzů pro ženy se sluchovým handicapem

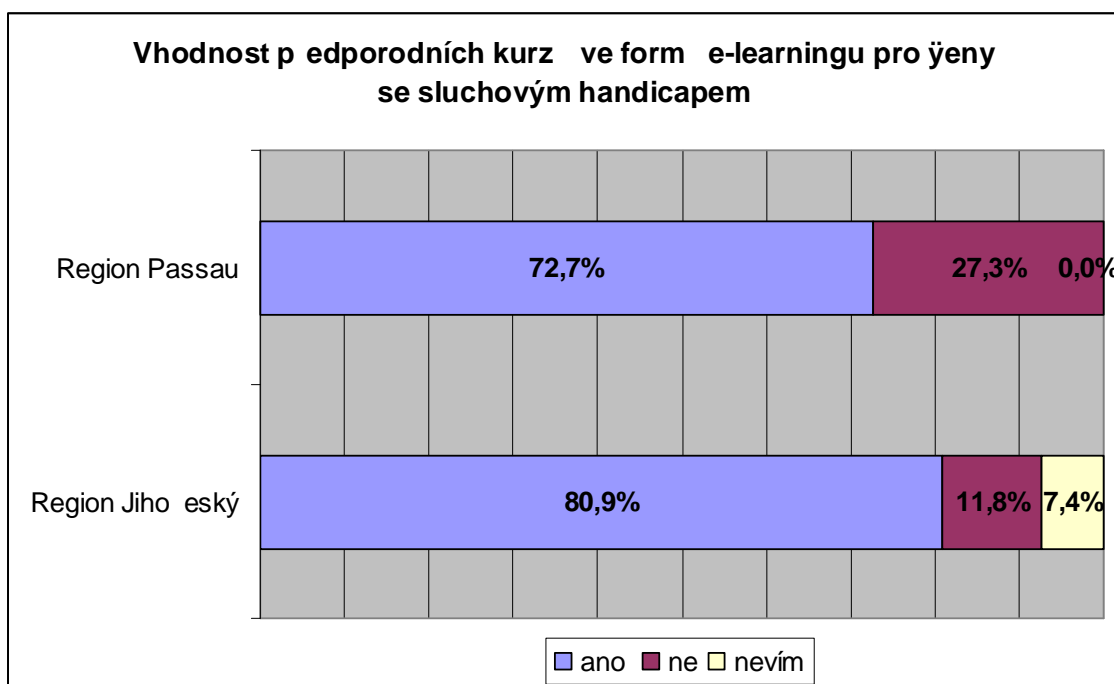
		Region Jiho český	Region Passau
Myslíte si, že existují p edporodní kurzy pro ženy se sluchovým handicapem?	ano	10,3%	13,6%
	ne	8,8%	9,1%
	nevím	80,9%	77,3%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu jižní Čechy 55 (80,9%) porodních asistentek o existenci kurzů se zaměřením na ženy se sluchovým handicapem neví, 6 (8,8%) porodních asistentek si myslí, že neexistují a 7 (10,3%) porodních asistentek se domnívá, že kurzy existují. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau 34 (77,3%) porodních asistentek neví, zda existují p edporodní kurzy pro ženy se sluchovým handicapem, 4 (9,1%) porodní asistentky si myslí, že neexistují a 6 (13,6%) porodních asistentek se domnívá, že kurzy existují.

Graf 14 Vhodnost p edporodních kurz ve form e-learningu

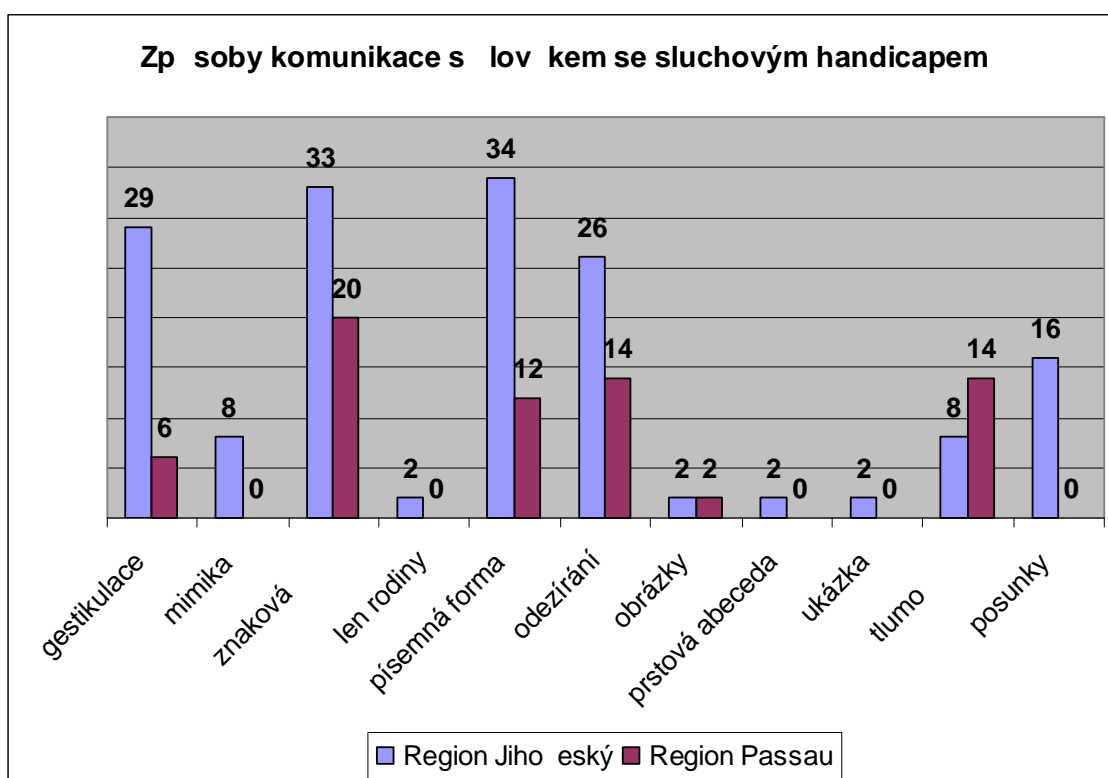
		Region Jiho eský	Region Passau
Byl by pro ženy se sluchovým handicapem vhodný p edporodní kurz ve form e-learningu?	ano	80,9%	72,7%
	ne	11,8%	27,3%
	nevím	7,4%	0%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu jižní Čechy si 55 (80,9%) porodních asistentek myslí, že kurz ve formě e-learningu je vhodný pro ženy se sluchovým handicapem, 8 (11,8%) porodních asistentek ho za vhodný neoznámilo a 5 (7,4%) porodních asistentek neví. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau si 12 (27,3%) porodních asistentek nemyslí, že kurz ve formě e-learningu je vhodný pro ženy se sluchovým handicapem, 32 (72,7%) porodních asistentek kurz ve formě e-learningu označilo jako vhodný, žádná (0%) porodní asistentka ne zvolila odpověď neví.

Graf 15 Zpoby komunikace s lovem se sluchovým handicapem

		Region Jihoeský	Region Passau
Které zpoby komunikace s lovem se sluchovým handicapem znáte? (vypíšte)	gestikulace	29	6
	mimika	8	0
	znaková e	33	20
	len rodiny	2	0
	písemná forma	34	12
	odezírání	26	14
	obrázky	2	2
	prstová abeceda	2	0
	ukázka	2	0
	tlumo ník	8	14
	posunky	16	0

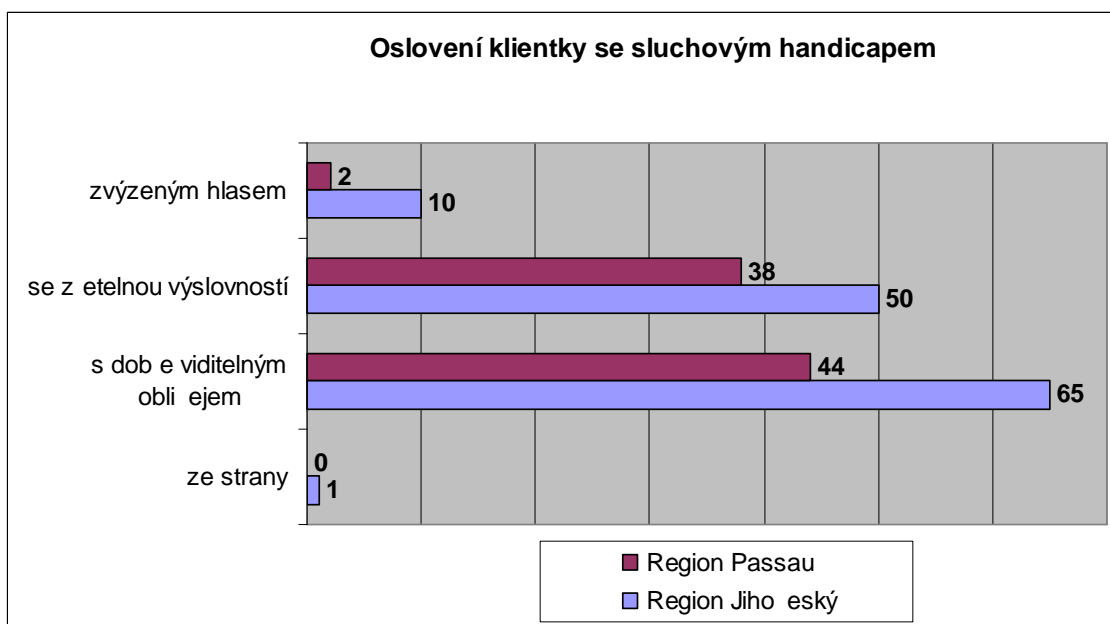


Z celkového po tu 162 odpov dí 68 (100%) porodních asistentek z regionu jifní echy jich 29 napsalo jako zpoby komunikace gestikulaci, 8 porodních asistentek mimiku, 33 porodní asistentek znakovou e, 2 porodní asistentky prost ednictvím lena rodiny, 34 porodních asistentek písemnou formu, 26 porodních asistentek odezírání, 2 porodní asistentky obrázky, 2 porodní asistentky prstovou abecedu, 2 porodní asistentky ukázku,

8 porodních asistentek prost ednictvím tlumo níka a 16 porodních asistentek posunky. Z celkového po tu 68 odpov dí od 44 porodních asistentek z regionu Passau 6 porodních asistentek uvedlo jako zp sob komunikace s lov kem se sluchovým handicapem gestikulaci, fládná porodní asistentka mimiku, 20 porodních asistentek znakovou e , fládná porodní asistentka prost ednictvím lena rodiny, 12 porodních asistentek písemnou formu, 14 porodních asistentek odezírání, 2 porodní asistentky pomocí obrázk , fládná porodní asistentka prstovou abecedu, fládná porodní asistentka ukázkou, 14 porodních asistentek prost ednictvím tlumo níka a fládná porodní asistentka posunky.

Graf 16 Oslovení klientky se sluchovým handicapem

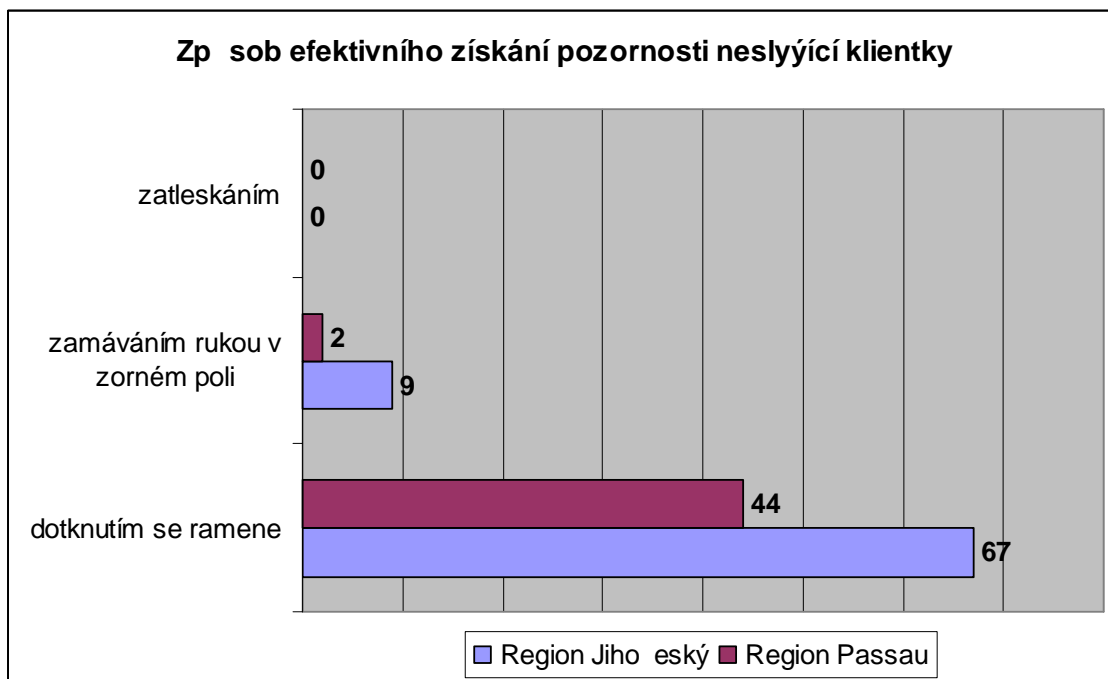
		Region Jiho- český	Region Passau
Při eventuálním setkání s klientkou se sluchovým handicapem ji oslovíte (více možností)	ze strany	1	0
	s dobře viditelným obličejem	65	44
	se zřetelnou výslovností	50	38
	zvýšeným hlasem	10	2



Z celkového počtu 126 odpovědí od 68 porodních asistentek z regionu jižní Čechy 10 porodních asistentek zvýší při oslovení hlas, 50 porodních asistentek bude zřetelně vyslovovat, 65 porodních asistentek bude mít dobře viditelný obličej a 1 porodní asistentka by klientku oslovila ze strany. Z celkového počtu 84 odpovědí 44 porodních asistentek z regionu Passau 2 porodní asistentky zvýší při oslovení klientky se sluchovým handicapem hlas, 38 porodních asistentek bude zřetelně vyslovovat, 44 porodních asistentek bude mít obličej dobře viditelný a žádná porodní asistentka neosloví klientku ze strany.

Graf 17 Způsob efektivního získání pozornosti

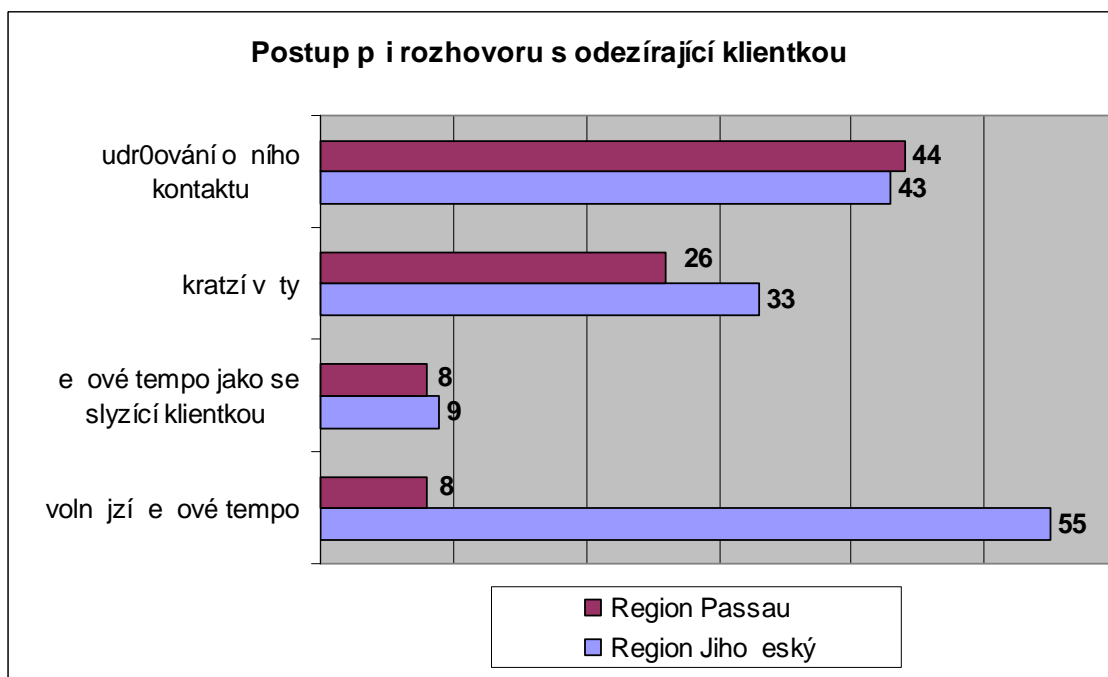
		Region Jihočeský	Region Passau
Jakým způsobem efektivně získáte pozornost neslyšící klientky?	dotknutím se ramene	67	44
	zamáváním rukou v zorném poli	9	2
	zatleskáním	0	0



Z celkového počtu 76 odpovědí 68 porodních asistentek z regionu Jihočeský řádně plánuje porodní asistentka pro získání pozornosti neslyšící klientky nezatleská, 9 porodních asistentek zamává rukou v zorném poli klientky a 67 porodních asistentek se dotkne ramene neslyšící klientky. Z celkového počtu 46 odpovědí 44 porodních asistentek z regionu Passau řádně plánuje porodní asistentka pro získání pozornosti neslyšící klientky nezatleská, 2 porodní asistentky zamávají rukou v zorném poli klientky a 44 porodních asistentek se pro získání pozornosti dotkne ramene klientky.

Graf 18 Postup při rozhovoru s odezírající klientkou

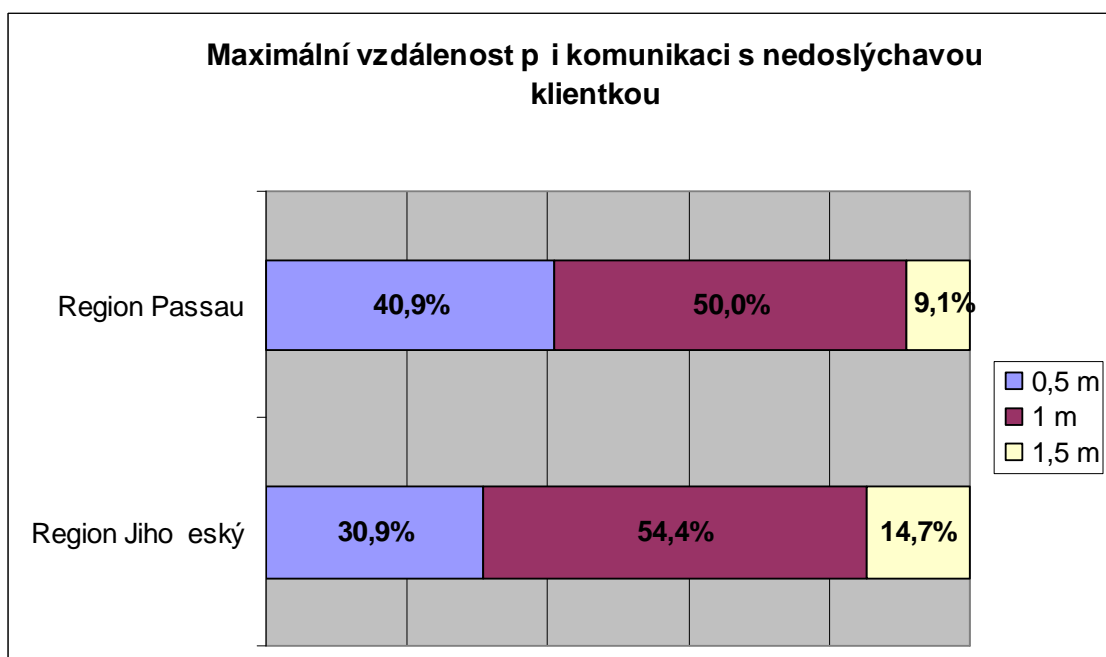
		Region Jiho český	Region Passau
Při rozhovoru s klientkou, která umí odezírat, byste zvolila: (více možností)	volnější tempo	55	8
	stejně tempo jako se slyšící klientkou	9	8
	kratší v tu	33	26
	udržování o ního kontaktu	43	44



Z celkového počtu 140 odpovědí 68 porodních asistentek z regionu jižní Čechy by 43 porodních asistentek udržovalo o ní kontakt, 33 porodních asistentek by volilo kratší v tu, 9 porodních asistentek by zvolilo stejné tempo jako se slyšící klientkou a 55 porodních asistentek by zvolilo volnější tempo. Z celkového počtu 86 odpovědí 44 porodních asistentek z regionu Passau 44 porodních asistentek by při rozhovoru s klientkou, která umí odezírat, udržovalo o ní kontakt, 26 porodních asistentek by volilo kratší v tu, 8 porodních asistentek by zvolilo tempo jako při rozhovoru se slyšící klientkou a 8 porodních asistentek by zvolilo volnější tempo.

Graf 19 Maximální vzdálenost při komunikaci s nedoslýchavou klientkou

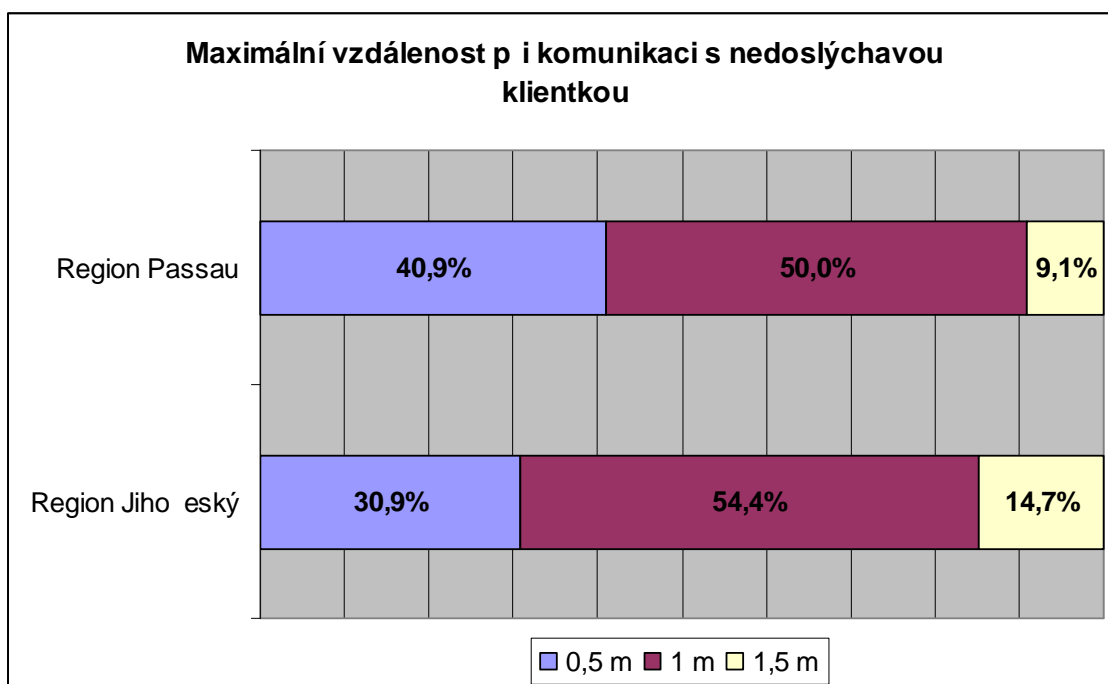
		Region Jiho český	Region Passau
Jakou max. vzdálenost byste udržovala při komunikaci s nedoslýchavou klientkou, aby byla schopná částně vnímat i sluchem?	0,5 m	30,9%	40,9%
	1 m	54,4%	50,0%
	1,5 m	14,7%	9,1%



Z 68 (100%) porodních asistentek z regionu jiho český by 21 (30,9%) porodních asistentek udržovala při komunikaci s nedoslýchavou vzdálenost 0,5 metru, 37 (54,4%) porodních asistentek by hovořilo ze vzdálenosti 1 metru a 10 (14,7%) porodních asistentek ze vzdálenosti 1,5 metru. Ze 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau by 18 (40,9%) porodních asistentek zvolilo maximální vzdálenost při komunikaci s nedoslýchavou klientkou 0,5 metru, 22 (50%) porodních asistentek by s nedoslýchavou klientkou hovořilo ze vzdálenosti 1 metru a 4 (9,1%) porodní asistentky by hovořily s klientkou ze vzdálenosti 1,5 metru.

Graf 20 maximální hranice pro odezírání u t fce sluchov postifených

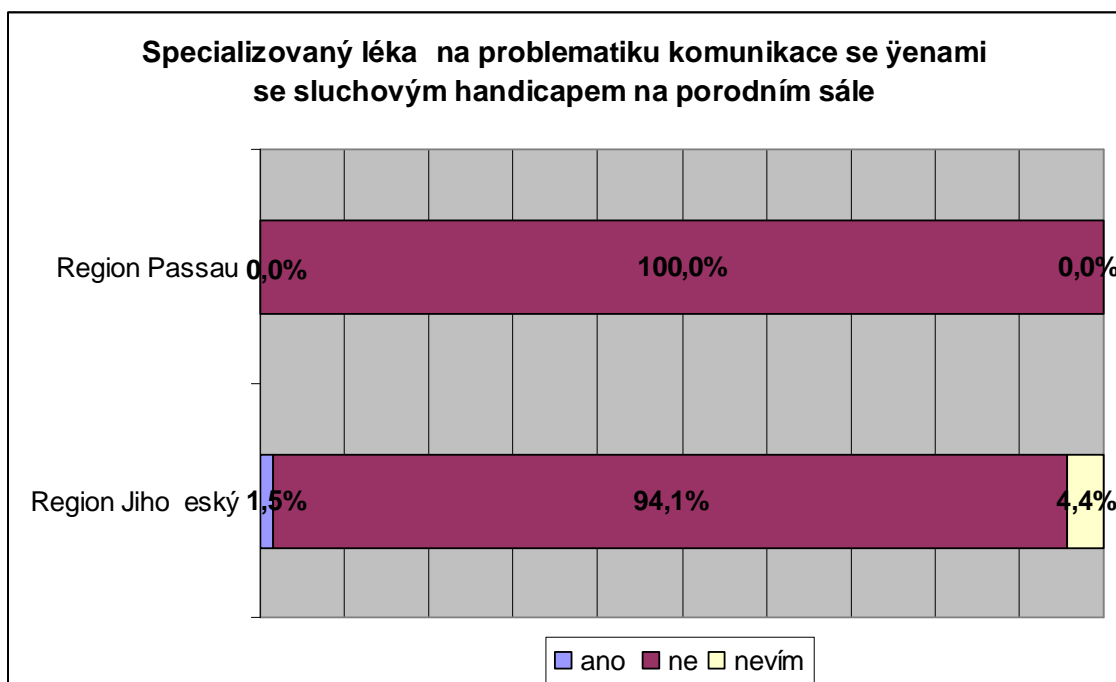
		Region Jiho eský	Region Passau
Jaká je podle Vás max. hranice pro odezírání u t fce sluchov postifených?	2 m	63,2%	54,5%
	3 m	27,9%	40,9%
	4 m	8,8%	4,5%



V regionu jiho ní echy z celkového po tu 68 (100%) porodních asistentek 43 (63,2%) porodních asistentek ozna ilo jako maximální vzdálenost pro odezírání 2 metry, 19 (27,9 %) porodních asistentek zvolilo vzdálenost 3 metry a 6 (8,8%) porodních asistentek vybralo možnost 4 metr . V regionu Passau se z celkového po tu 44 (100%) porodních asistentek by 12 (54,5%) porodních asistentek zvolilo jako maximální hranici pro odezírání 2 metry, 9 (40,9%) porodních asistentek ozna ilo maximální vzdálenost pro odezírání 3 metry a 1 (4,5%) porodní asistentka zvolila vzdálenost 4 metry.

Graf 21 Specializovaný lékař na problematiku komunikace se ženami se sluchovým handicapem

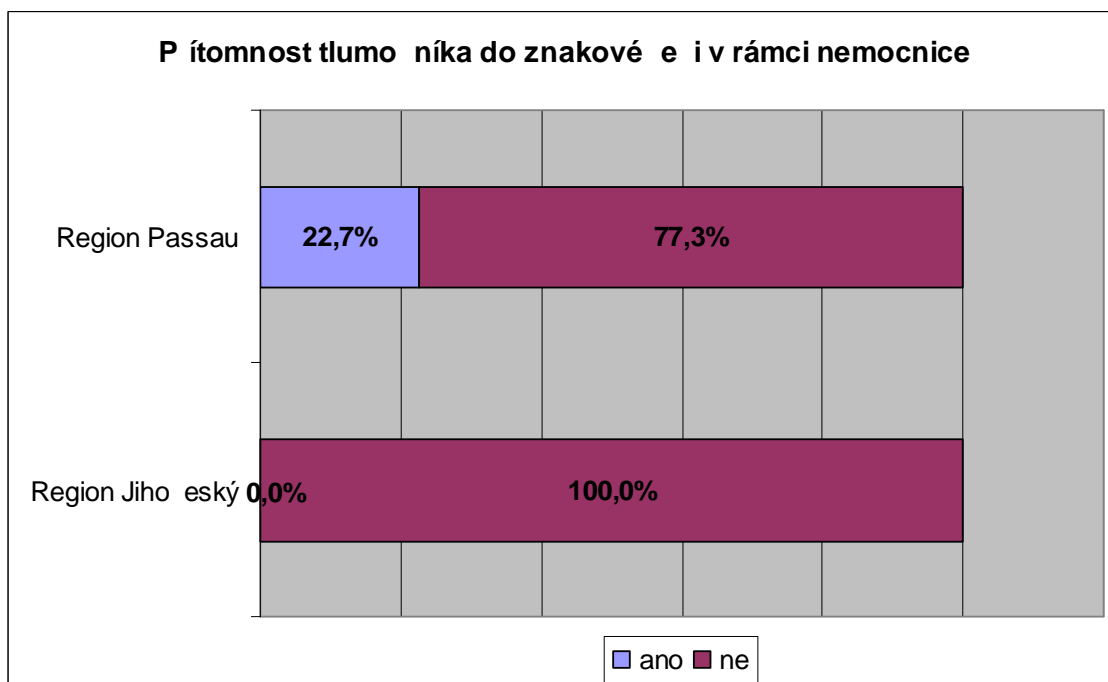
		Region Jiho český	Region Passau
Specializuje se u Vás na porodním sále n který z lékařů na problematiku komunikace se ženami se sluchovým handicapem?	ano	1,5%	0%
	ne	94,1%	100%
	nevím	4,4%	0%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu jižní echy 1 (1,5%) porodní asistentka uvádí, že se u nich specializuje lékař na problematiku komunikace se ženami se sluchovým handicapem, 64 (94,1%) porodních asistentek ví, že se u nich žádný z lékařů na tuto problematiku nespécializuje a 3 (4,4%) porodní asistentky neví. V regionu Passau všechny porodní asistentky z celkového počtu 44 (100%) uvádí, že se u nich žádný z lékařů nespécializuje na problematiku komunikace se ženami se sluchovým handicapem.

Graf 22 P ítomnost tlumo níka znakové e i v rámci nemocnice

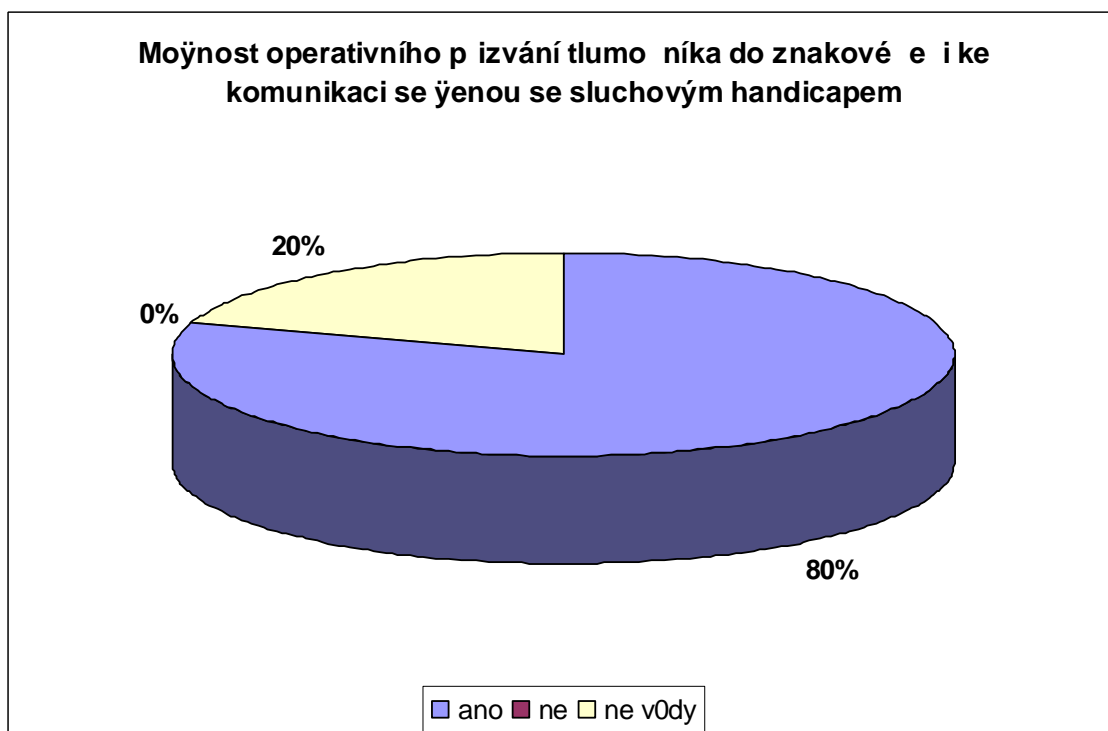
		Region Jiho eský	Region Passau
Pracuje ve va-í nemocnici tlumo ník do znakové e i?	ano	0%	22,7%
	ne	100%	77,3%



V regionu jižní echy v-ech 68 (100%) porodních asistentek z celkového po tu uvedlo, že s nemocnicí nespolupracuje žádný tlumo ník se znalostí znakové e i. Z celkového po tu 44 (100%) porodních asistentek v regionu Passau 10 (22,7%) porodních asistentek uvádí, že s jejich nemocnicí spolupracuje tlumo ník se znalostí znakové e i, 34 (77,3%) porodních asistentek odpov d lo, že s nemocnicí žádný tlumo ník nespolupracuje.

Graf 23 Možnost tlumočníka dle potřeby

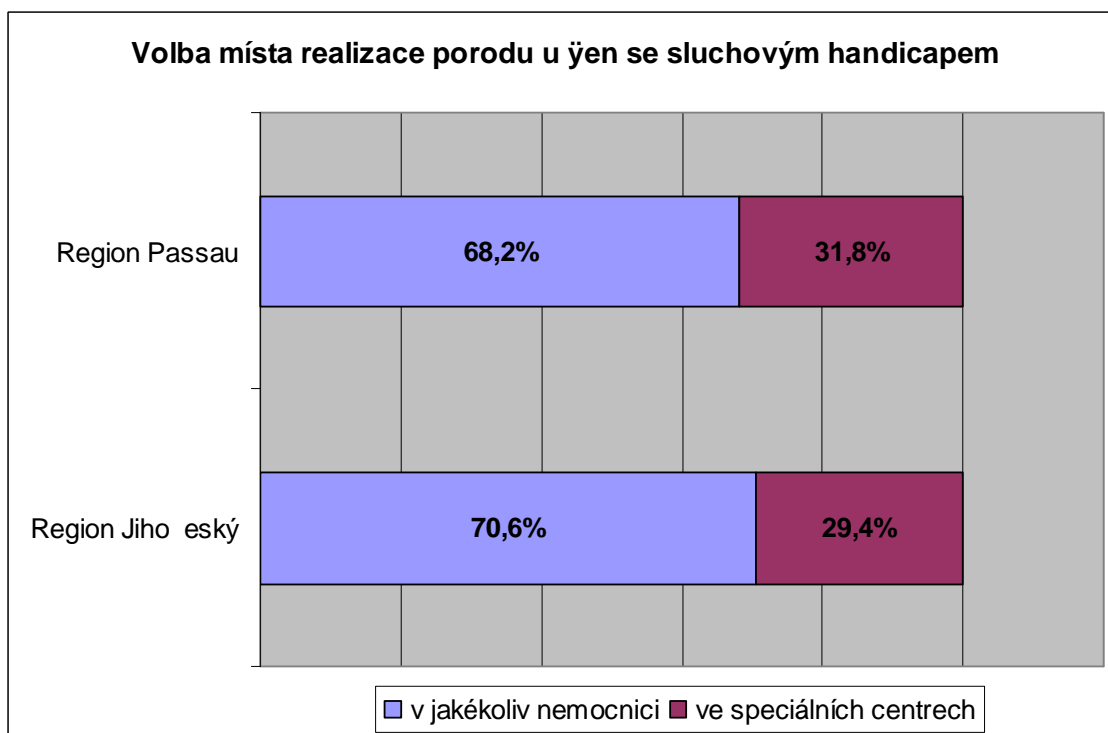
		Region Passau
Pokud ano, lze ho operativně přizvat ke komunikaci se ženou se sluchovým handicapem?	ano	8
	ne	0
	ne vždy	2



Z 10 porodních asistentek z regionu Passau, které uvedly, že u nich v nemocnici pracuje tlumočník se znalostí znakové řeči, 8 porodních asistentek uvedlo, že ho lze operativně přizvat ke komunikaci se ženou se sluchovým handicapem a 2 porodní asistentky uvedly, že ne vždy je možnost tlumočníka přizvat.

Graf 24 Místo porodu žen se sluchovým handicapem

		Region Jiho český	Region Passau
Kde by dle Vašeho názoru měly rodit ženy se sluchovým handicapem?	v jakékoliv nemocnici	70,6%	68,2%
	ve speciálních centrech	29,4%	31,8%



Z celkového počtu 68 (100%) porodních asistentek z regionu jižní Moravy si 48 (70,6%) porodních asistentek myslí, že ženy se sluchovým handicapem mohou rodit v jakékoliv nemocnici a 20 (29,4%) porodních asistentek se domnívá, že ženy se sluchovým handicapem by měly rodit ve speciálních centrech. Z celkového počtu 44 (100%) porodních asistentek z regionu Passau si 30 (68,2%) porodních asistentek myslí, že ženy se sluchovým handicapem mohou rodit v jakékoliv nemocnici a 14 (31,7%) porodních asistentek se domnívá, že tyto ženy by měly rodit ve speciálních centrech.

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného –et ení

4.2.1 Rozhovory se ženami se sluchovým postižením

Rozhovor 1

První dotazované respondentce je 32 let. žena je středně nedoslýchavá od narození a nosí naslouchadla. Rodila jednou (vaginálně) v nemocnici České Budějovice, protože je to nejbližší nemocnice od místa jejího bydliště. Na porodní sál se před porodem podívat nebyla.

Respondentka těhotenství dopředu nevěděla. Do ordinace svého gynekologa přišla, když už byla těhotná. Informace týkající se těhotenství a porodu získala především z knih a časopisů. Další informace získala od své a manželovy matky a od známých. V těhotenství respondentka absolvovala genetické vyšetření, aby se zjistilo, zda dítě nemá poruchu sluchu. Lékař ženu o vyšetření poučil, ale informace jí přišly nedostačující a proto si je dohledala v odborné literatuře. V ordinaci gynekologa žádné problémy s komunikací neměla. Sestra i lékař mluvili hlasitě a respondentka umí dobře odezírat. Pokud němu nerozuměla, napsali jí to na papír. Při dotazu na zlepšení komunikace, respondentka odpověděla, že by uvítala možnost objednání tlumočnicka.

Respondentka absolvovala předporodní kurz, v němž byla jedinou ženou se sluchovým handicapem. Kurz byl veden různými metodami – přednáška, vysvětlování, cvičení, nácvik dýchání při porodu. Ze začátku byl problém s komunikací. Porodní asistentka vedoucí kurz, si neuvědomovala, že má v kurzu klientku se sluchovým handicapem a často se k respondentce točila bokem nebo zády. Po opakovaném upozornění jí s komunikací problém nebyl. Na kterých ženám vadila hlasitá mluva. Na konci kurzu respondentka vždy je označila za vedoucí kurzu a ta jí do vysvětlení vě, že jí přišlo nerozumět. Jednou se kurzu zúčastnil i manžel respondentky, který je také nedoslýchavý. I přes přítomnost problémů s komunikací je respondentka ráda, že se kurzu zúčastnila. Dozvěděla se mnoho užitečných informací a domnívá se, že by jinak měla mnohem větší strach a obavy z porodu. Pokud by respondentka byla ještě předtím

t hotná, rozhodn by op t nav-t vovala p edporodní kurz. Kdyby m la mofnost, rad ji by se zú astnila speciálního p edporodního kurzu pro feny se sluchovým handicapem. Na dotaz, zda by se zú astnila p edporodního kurzu prost ednictvím internetu, odpov d la, fe ano. Respondentka nev d la o mofnosti vytvo ení porodního plánu. Jeho sestavení by uvítala.

P i p íjmu na porodní sál fena hned upozornila porodní asistentky, fe je nedoslýchavá a domluvily se na zp sobu komunikace. Sestry na ni tedy mluvily hlasit a vřdy nefl za aly hovo it, ji upozornily dotykem. P ed porodem si respondentka sluchadla sundala, jelikofl jí byly nep íjemné. Bez naslouchadel ale fena velice –patn sly–í. Proto se se sestrami domluvily na systému. Jedno plácnutí do stehna znamenalo zadržet dech a za ít tla it, dv plácnutí zna ily konec tla ení a nádech. Celkov s komunikací na porodním sále byla spokojena. M la ji na starost jedna porodní asistentka. Jen jednou se k ní sestra chovala jako k lov ku s mentálním postífením. Respondentka ji upozornila, fe má problém pouze se sluchem. Respondentka si myslí, fe by bylo dobré, kdyby porodní asistentky um ly základy znakového jazyka. Respondentka na záv r dodává doporu ení pro p íjemn j–í dobu strávenou v nemocnici. Líbil by se jí pokoj za ízený speciáln pro nesly–ící ó vibra ní a sv telné pom cky. Dále navrhuje mít obrázky, na kterých by se ukazovalo.

Rozhovor 2

Dotazované respondentce je 43 let. Od narození je prakticky hluchá. Rodila jednou (císa ským ezem) v soukromém porodnickém sanatoriu Natalis v Tábo e. Respondentka se rozhodla k porodu v soukromém sanatoriu na základ pozitivních zku–eností svých známých. Byla se v sanatoriu podívat a chodila zde i na prenatalní kontroly.

Respondentka se o t hotenství p ed vlastním ot hotn ním nijak zvlá– nezajímala. Po vysazení antikoncepce bez problému ot hotn la a do ordinace svého gynekologa p i–la jifl t hotná. V ordinaci léka e nebyla respondentka pou ena o fflivotním stylu v t hotenství. Informace o t hotenství a porodu erpala p edev–ím z knih, od svých známých a kolegy v práci. Komunikace v ordinaci gynekologa

probíhala převážně pomalou mluvou lékař a odezíráním respondentky. Někdy do rozmluvy zasáhla porodní asistentka, která byla empatická a zručná a vysvětlovala respondentce to, čemu nerozuměla. Respondentce vadilo, že v ní bylo uspokojené a lékař si na ni udělal málo času. Pro zlepšení komunikace respondentka navrhuje, aby lékař i sestry uměly základy znakového jazyka. I když respondentka přiznává, že jí kvůli jménu informací výhradně znakový jazyk nestačí. V nich kterých situacích by ovšem komunikaci pomocí znakového jazyka uvítala. Tlumovníka respondentka odmítá, jelikož se zde jedná o velice soukromou a intimní záležitost. V případě nutnosti tlumování by si tedy vybrala kamarádku.

Respondentka v těhotenství neabsolvovala žádný z předporodních kurzů. Její gynekolog jí žádný kurz nedoporučil. A ona sama měla velké obavy z komunikace a dorozumívání, že raději na žádný kurz nechodila. Připouští, že na porod byla připravena méně a měla z něj strach. Na otázku zda by uvítala speciální předporodní kurz pro sluchově handicapované, odpověděla kladně. Respondentce se velice líbila možnost učastnit se předporodním kurzu absolvovaným prostřednictvím internetu. Respondentka nevěděla o možnosti vytvoření porodního plánu. Možnost jeho sestavení by určitě uvítala.

V porodnici respondentka komunikovala s porodními asistentkami orálně a ukazováním. Sestra umí dobře odezírat. Na čekacím pokoji byl s respondentkou i její manžel, který je slyšící a tedy měl úlohu tlumovníka. Současně s respondentkou bylo na porodním sále více žen, které rodily. Takže porodní asistentky měly mnoho práce a málo času na vysvětlení jednotlivých úkonů. První doba porodní se začala komplikovat. Respondentka byla vyčerpáná, nervózní a měla strach o dítě. V tu chvíli velice silně a nepříjemně pocívala své handicap. Po upozornění na nedostatek informací jí lékař v ní vysvětloval. Porod skončil nakonec císařským řezem. Respondentka byla s chováním porodních asistentek spokojena, staraly se o ni dobře. Jelikož ale v tu samou dobu rodilo více žen, neměly sestry tolik času na vysvětlování. Respondentka proto velice oceňuje přítomnost svého manžela. V čem jí sestry sdělily, pochopila bez problémů. Jen jí po císařském řezu nikdo neinformoval, že se mléko bude tvořit později. Byla nešťastná z toho, že nemá žádné mléko a nemůže své dítě kojit. Později jí v dětské sestře

vysvětlily. Respondentka navrhuje pro příjemnější dobu pobytu v porodnici začít pro neslyšící maminky speciálně vybavený pokoj. Dále by uvítala speciální materiály ke čtení a televizi s teletextem. Porodní asistentky by mohly ovládat základy znakového jazyka a dobré by byly i obrázky, na kterých by se ukazovalo, co se po klientkách zrovna v tu chvíli chce.

Rozhovor 3

Dotazované respondentce je 29 let. Od narození je oboustranně hluchá. Rodila dvakrát (vaginálně) v nemocnici v českém Krumlově a to z toho důvodu, že bydlí v její spádové oblasti. V rámci předporodního kurzu se byla podívat na porodním sále.

O těhotenství se u svého gynekologa dopředu neinformovala. Respondentka se domnívá, že měla dostatek informací o těhotenství a porodu. Nejvíce informací získala z předporodního kurzu. Způsob komunikace v ordinaci gynekologa ženě zcela nevyhovoval. Pro lepší dorozumění probíhala komunikace především písemnou formou. Respondentka by proto velice uvítala přítomnost tlumočnicka.

Žena absolvovala předporodní kurz pro slyšící ženy. Kurz byl veden především formou přednášky a cvičení. S komunikací žádný problém nebyl, jelikož se kurzu zúčastnil tlumočnick, kterého si respondentka sama objednala. Na kurz s respondentkou chodil i její manžel, který je také zcela neslyšící. Respondentka kurz hodnotí velice pozitivně. Po absolvování kurzu se cítila lépe připravena na porod. Dokonce i porodu ani všechny získané informace nevyužila. Na otázku zda by respondentka uvítala předporodní kurz prostřednictvím internetu, odpověděla záporně. Respondentka neodpověděla o možnosti vytvoření porodního plánu. Jeho sestavení by jí uvítala.

Respondentka i při pobytu na porodnici komunikovala s porodními asistentkami především písemně a gesty. Způsob komunikace byl bez problémů. Při prvním porodu se porodní asistentky respondentce více vnovaly než slyšícím ženám. Při druhém porodu už to nechávaly spíše na ní. Respondentka si nemyslí, že by porodní asistentky byly dostatečně vzdělané jak efektivně komunikovat a informovat ženy se sluchovým handicapem. Chybí jim informace o způsobech komunikace s neslyšícími. Respondentka zaznamenala přítomnost komunikační bariéry. Věc pochopila jen díky

tomu, fle fládala o psané vysv tlení. Respondentka navrhuje pro zlepšení komunikace a celkov lepí pobyt na porodnici p ítomnost tlumo níka znakového jazyka. Zdravotnický personál by m l mít znalost základních znak a m l by z eteln artikulovat.

Rozhovor 4

Dotazované respondentce je 40 let. Je prakticky hluchá od narození. Rodila jednou (císa ským ezem) v soukromé porodnici Natalis v Tábo e. Porodnici si vybrala p edem na základ pozitivního hodnocení, které se k ní doneslo p es její známé. P ed porodem jezdila do Tábora na preventivní prohlídky.

O t hotenství p ed vlastním ot hotn ním se svým gynekologem a porodní asistentkou nehovo íla. Informací o t hotenství a porodu m la dostatek. Hodn informací získala etbou literatury zam ené na tuto tématiku a také od svých kamarádek, které jífl m ly d ti. Zp sob komunikace v ordinaci byl orální formou. Respondentce zcela nevyhovoval. Myslí si, fle by bylo dobré, aby zdravotnický personál ovládal znakový jazyk a kombinoval ho s mluvenou e í, gestikulací, mimikou, prstovou abecedou a psanou e í.

Respondentka neabsolvovala fládný p edporodní kurz. S ohledem na obtíflnost komunikace by m la zájem o individuální absolvování. Z porodu m la pom rn velký strach a obavy. Na otázku, zda by uvítala speciální p edporodní kurz pro sluchov handicapované, odpov d la respondentka kladn . Velice jí zaujal nápad p edporodního kurzu absolvovaného prost ednictvím internetu. E-learningového kurzu by se rozhodn zú astnila. Respondentka nev d la, co porodní plán je a tudífl ani fládný nem la. Jeho sestavení by uvítala.

V porodnici komunikovala se zdravotnickým personálem p edevím oráln a odezíráním. S chováním porodních asistentek na porodním sále byla respondentka spokojena. Nakonec rodila císa ským ezem. Respondentka se domnívá, fle n které porodní asistentky ví, jak efektivn komunikovat a informovat flenu se sluchovým handicapem. Ale ne v-echny. P i svém pobytu na porodnici respondentka pochopila v-e, co jí porodní asistentky sd lovaly. K fládnému nedorozum ní nedo-lo.

Komunikační bariéru nezaznamenala. Respondentka by navrhovala pro příjemnější pobyt na porodnici možnost sms spojení se svým lékařem. Dále se domnívá, že všechny porodní asistentky by měly znát základní pravidla komunikace se sluchově postiženými. Respondentka navrhuje kartičky s obrázky, které by usnadnily komunikaci.

Rozhovor 5

Dotazované respondentce je 41 let. V dětství jí byla diagnostikována vrozená hluchota. Rodila jednou (vaginálně) v nemocnici České Budějovice, protože bydlí v její spádové oblasti. Přesvědčení se na porodní sál podívat nebyla.

Problematiku těhotenství před vlastním těhotenstvím respondentka s gynekologem ani s porodní asistentkou přesvědčení neprobírala. Informace o těhotenství a porodu získala především četbou literatury zaměřené na danou problematiku. Během těhotenství před návštěvami prenatální poradny komunikovala se svým lékařem především písemně. Respondentka měla problém s porozuměním, jelikož je odezírání pro ni problematické a chybně jí použít znakové řeči. Komunikace tedy byla pomalejší a složitější. Proto jí často doprovázela její matka, která je slyšící a vše respondentce tlumočila do znakového jazyka. Ve chvíli kdy respondentka byla bez doprovodu, měla pocit, že se s ní jednalo a mluvilo jako s mentálně postiženou. Respondentce vadilo, že jí lékař nevěnoval více času. Respondentka pro zlepšení komunikace navrhuje znalost základů znakového jazyka u sestry i lékaře.

Respondentka absolvovala předporodní kurz pro slyšící ženy za účasti své matky, která jí vše tlumočila. Problém s komunikací tedy žádný nebyl. Kurz byl veden metodou přednášky, vysvětlování a cvičení. Respondentka je ráda, že se kurzu zúčastnila. Návštěva kurzu jí také nezbavila pocitu strachu z porodu. Na otázku, zda by uvítala speciální předporodní kurz pro sluchově handicapované, odpověděla kladně. Myšlenka předporodního kurzu prostřednictvím internetu se jí velice líbila. Domnívá se, že by pro ni byl e-learningový kurz efektivní a přínosný. Respondentka nevěděla o možnosti vytvoření porodního plánu. Pokud by tuto informaci věděla před svým porodem, porodní plán by si určitě sestavila.

Komunikace se zdravotnickým personálem probíhala obdobně jako v ordinaci gynekologa a na předporodním kurzu. U porodu byla přítomna matka respondentky, která pomáhala s tlumočením. Porodní asistentka, která se o ženu starala, jí instrukce předevčíms psala. S mluvenou komunikací měla respondentka problém. Respondentka byla s chováním porodních asistentek spokojena, ale poznává, že komunikační bariéru zaznamenala. Respondentka se domnívá, že pokud by porodní asistentky uměly pravidla komunikace s neslyšícími a základy znakové řeči, její pocity obav a strachu by byly menší. Pro příjemnější strávení doby v porodnici respondentka navrhuje používání kartiček s obrázky pro lepší pochopení a speciálně vybavenou místnost pro neslyšící ženy.

4.2.2 Kategorizace dat v tematických tabulkách

Tabulka 5 Identifika ní údaje

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5
V k	32	43	29	40	41
Diagnostikovaná porucha sluchu	st ední nedoslýchavost od narození	hluchota od narození	hluchota od narození	hluchota od narození	hluchota od narození
Po et porod	1	1	2	1	1
Vaginální porod	1		2		1
Císa ský ez		1		1	
Místo porodu	Nemocnice eské Bud jovice	Natalis Tábor	Nemocnice eský Krumlov	Natalis Tábor	Nemocnice eské Bud jovice

Tabulka znázor uje základní identifika ní údaje respondentek. První respondentce je 32 let. Byla jí diagnostikována st ední nedoslýchavost. Rodila jednou vagináln - v nemocnici v eských Bud jovicích. Druhé respondentce je 43 let. Byla jí diagnostikována hluchota. Rodila jednou císa ským ezem - v soukromém porodnickém za ízení Nalalis v Tábo e. T etí respondentce je 29 let. Byla jí diagnostikována hluchota. Rodila dvakrát vagináln - v nemocnici v eském Krumlov . tvrté respondentce je 40 let. Byla jí diagnostikována hluchota. Rodila jednou císa ským ezem - v soukromém porodnickém za ízení Natalis v Tábo e. Páté respondentce je 41 let. Byla jí diagnostikována hluchota. Rodila jednou vagináln - v nemocnici v eských Bud jovicích.

Tabulka 6 Komunikace a edukace v ordinaci gynekologa

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
T hotenství před otěhotněním s porodní asistentkou, gynekologem nebo e-íla	1	1	1	1	1	5
Informace o t hotenství získala z knih a časopis	1	1		1	1	4
Informace o t hotenství získala od rodi	1					1
Informace o t hotenství získala od známých	1	1		1		3
Informace o t hotenství získala z předporodního kurzu			1			
Genetické vyšetření podstoupila	1					1
Nedostatečné informace o genetickém vyšetření	1					1
Komunikace v ordinaci gynekologa odezíráním	1	1		1		3
Komunikace v ordinaci gynekologa písemnou formou	1		1		1	3
Komunikace v ordinaci gynekologa prostřednictvím matky					1	1
Na komunikaci a edukaci nebyl vymezen dostatečný časový prostor		1			1	2
Bez tlumočnicka s ní komunikovali jako s osobou s mentálním postižením					1	1
Měla problém s komunikací a porozuměním	1	1	1	1	1	5
Edukace v ordinaci nedostatečná	1	1	1	1	1	5

Všechny pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5) udává, že t hotenství před otěhotněním s porodní asistentkou i gynekologem nebo e-íly. Ty i respondentky (R1, R2, R4, R5) informace o t hotenství získaly z knih a časopis, jedna respondentka (R1) informace získala od rodi, tři respondentky (R1, R2, R4) je získaly od svých známých a jedna respondentka (R1) informace získala z předporodního kurzu. Genetické vyšetření podstoupila jedna respondentka (R1) a informace o vyšetření pro ni byly nedostatečné. Ty i respondentky (R1, R2, R4) komunikovaly v ordinaci gynekologa odezíráním, ty i respondentky (R1, R3, R5) komunikovaly písemně a jedna respondentka (R5) komunikovala prostřednictvím matky, která jí tlumočila. Dvě respondentky (R2, R5) udávají, že na komunikaci a edukaci nebyl vymezen dostatečný časový prostor. Jedna respondentka (R5) měla pocit, že s ní bez tlumočnicka komunikovali jako s osobou s mentálním postižením. Všechny pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5) udávají, že měly problém s komunikací a edukace v ordinaci byla pro ně nedostatečná.

Tabulka 7 Návrhy na zlepšení komunikace a edukace v ordinaci gynekologa

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
Možnost tlumo níka vítána	1		1			2
Navrhuje dovednost základ ůnakového jazyka u sestry a léka e		1			1	2
Tlumo ník pouze blízká osoba		1				1
Vhodnost dovednosti ovládání totální komunikace porodní asistentkou				1		1

Dv respondentky (R1, R3) by cht ly mít možnost vyuffití tlumo níka. Dv respondentky (R2, R5) by rády, aby sestra i léka v ordinaci um li základy ůnakového jazyka. Jedna respondentka (R2) by cht la p i komunikaci v ordinaci n koho za svých blízkých, který by byl v roli tlumo níka. Jedna respondentka (R4) navrhuje, aby porodní asistentka ovládala totální komunikaci.

Tabulka 8 Komunikace a edukace v předporodním kurzu

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
Absolvovala předporodní kurz pro slyšící	1		1		1	3
Kurz veden především slovní metodou	1		1		1	3
Kurzu se účastnila tlumočnickou respondentkou			1			1
Kurzu se účastnila matka v roli tlumočnicka					1	1
Kurzu se účastnil i manžel se sluchovým postižením	1		1			2
Měla problém s komunikací v kurzu	1					1
Nedodržování základních pravidel porodní asistentkou při komunikaci s neslyšícími	1					1
Možnost individuální konzultace vedoucí k lepšímu pochopení	1					1
Došlo ke změně v domstí	1		1		1	3
Po absolvování kurzu se cítila lépe připravena na porod	1		1		1	3
Strach a obavy z porodu	1	1		1	1	4
Strach a obavy po absolvování kurzu menší	1				1	2

Tři respondentky (R1, R3, R5) uvedly, že absolvovaly některý z předporodních kurzů, určených pro slyšící ženy. Kurz byl tedy veden především slovní metodou. Jedna respondentka (R3) si zajistila na kurz tlumočnicka a jednu respondentku (R5) doprovázela na kurzu matka jako tlumočnicka. U dvou respondentek (R1, R3) byl na kurzu přítomen i manžel, který je také sluchově handicapovaný. Jedna respondentka (R1) měla s komunikací v kurzu problémy, proto porodní asistentka vedoucí kurz nedodržovala základní pravidla při komunikaci s neslyšícími a respondentka s ní musela pro lepší pochopení více individuálně konzultovat. Všechny tři respondentky (R1, R3, R5), které se kurzu účastnily, udávají, že došlo ke změně jejich v domstí a ony se cítily lépe připraveny na porod. Tyto respondentky (R1, R2, R4, R5) udávají, že měly z porodu strach a obavy, z čehož dvě (R1, R5) z nich po absolvování kurzu pocívaly menší strach a obavy.

Tabulka 9 Návrh na zlepšení péče porodní péči

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
Nevědla o možnosti vytvoření porodního plánu	1	1	1	1	1	5
Možnost sestavení porodního plánu by realizovala	1	1	1	1	1	5
Doporučuje možnost speciálního péče porodního kurzu pro ženy se sluchovým handicapem	1	1		1	1	4
Možnost péče porodního kurzu prostřednictvím internetu přijala	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) nevěděly o možnosti vytvoření porodního plánu. Sestavení porodního plánu by realizovaly všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5). Tyto respondentky (R1, R2, R4, R5) uvádějí, že pokud by měla možnost, zúčastnily by se speciálního péče porodního kurzu pro ženy se sluchovým handicapem. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) by se zúčastnilo péče porodního kurzu prostřednictvím internetu.

Tabulka 10 Komunikace a edukace p i pobytu v porodnici

(R = respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
P i p íjmu domluven s porodní asistentkou systém dotyk a gest	1					1
Komunikace v porodnici odezíráním		1		1		2
Komunikace gesty		1	1			2
Komunikace písemn			1			1
P i porodu p ítomna blízka osoba jako tlumo ník		1			1	2
Komunikace jako s osobou s mentálním postífením	1					1
Komunika ní bariéra		1	1		1	3
Nedostatek informací		1				1

Jedna respondentka (R1) si hned p i p íjmu na porodní sál domluvila s porodní asistentkou systém dotyk a gest. Dv respondentky (R2, R4) komunikovaly v porodnici odezíráním. Se dv ma respondentkami (R2, R3) komunikovaly porodní asistentky gesty a s jednou respondentkou (R3) písemn . U porodu dvou respondentek (R2, R5) byla p ítomna blízka osoba v roli tlumo níka. Jedna respondentka (R1) m la pocit, že s ní porodní asistentka jednala jako s osobou s mentálním postífením. T i respondentky (R2, R3, R5) zaznamenaly komunika ní bariéru. Jedna respondentka (R2) si st flovala na nedostatek informací.

Tabulka 11 Doporučení pro pobyt v nemocnici

(R= respondentka)	R1	R2	R3	R4	R5	Suma
Pokoj zařízený speciálně pro neslyšící	1	1			1	3
Edukací karty	1	1		1	1	4
Znalost základní znakové řeči u porodní asistentky	1	1	1		1	4
Přítomnost tlumočnicka			1			1
Mít základní komunikační dovednosti s klientkou se sluchovým handicapem u porodní asistentky			1	1	1	3
Možnost telefonického spojení se svým lékařem (SMS zprávy)				1		1

Tři respondenty (R1, R2, R5) doporučují mít v porodnici speciálně zařízený pokoj pro neslyšící. Tyto respondenty (R1, R2, R4, R5) navrhnou použití edukacích karet. Tyto respondenty (R1, R2, R3, R5) doporučují, aby porodní asistentky měly znalost základní znakové řeči. Jedna respondentka (R3) by uvítala přítomnost tlumočnicka. Tyto respondenty (R3, R4, R5) doporučují, aby porodní asistentky měly základní komunikační dovednosti s klientkou se sluchovým handicapem. Jedna respondentka (R4) by ráda měla možnost telefonického spojení (SMS zprávy) se svým lékařem.

5. DISKUZE

Výzkumné –et ení v rámci této práce bylo zaměřeno na problematiku vedení edukace klientek se sluchovým znevýhodněním ze strany porodní asistentky o problematice gravidity a porodu.

Cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky realizují edukaci gravidních žen se sluchovým handicapem v regionu Jiřní Čechy a regionu Passau a dále, zda jsou ženy se sluchovým handicapem efektivně edukovány o problematice gravidity a porodu. Dalším záměrem bylo doporučit vhodné techniky edukace v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky související s podáváním informací o graviditě a porodu klientkám se sluchovým handicapem.

Výzkumné –et ení bylo uskutečнено se dvěma skupinami respondentů. První skupinu tvořily porodní asistentky pracující na porodním sále ve vybraných nemocnicích v regionu Jiřní Čechy a regionu Passau (Nemocnice české Budějovice, a. s., český Krumlov, a. s., Jindřich v Hradec, a. s., Písek, a. s., Prachatice, a. s., Strakonice, a. s., Tábor, a. s. a Klinikum Passau, Krankenhaus Vilshofen, Krankenhaus Roththalmünster). Pro tuto skupinu byla zvolena metoda z oblasti kvantitativního výzkumu, a to dotazník, který se zaměřoval na zjištění dovedností, znalostí z oblasti edukace a komunikace u porodních asistentek v rámci jejich pracovní náplně s ženami se sluchovým handicapovaným ženám.

Druhou skupinu tvořily ženy se sluchovým znevýhodněním. Hlavním kritériem pro výběr respondentek byla skutečnost, že žena byla v reprodukčním období a měla za sebou alespoň jedno těhotenství a porod. Pro tuto skupinu byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu, a tou bylo vedení polostrukturovaného rozhovoru. Na počátku rozhovorů byly zjištěny identifikační údaje o respondentkách, jako je věk, diagnóza jejich sluchového postižení, počet porodů a místo porodu.

Kvantitativní výzkumné –et ení, jak jsem již výše uvedla, bylo realizováno technikou sběru dat dotazníkem určeným porodním asistentkám pracujícím na porodním sále ve vybraných nemocnicích v regionu Jiřní Čechy a regionu Passau. Výzkumný soubor pro kvantitativní výzkumné –et ení byl získán po kontaktování a domluvě s hlavními, vrchními a staničními sestrami gynekologicko-porodnických

oddělení jednotlivých nemocnic v regionu Jiřní Čechy a regionu Passau. Dotazníky byly do vybraných nemocnic v regionu Jiřní Čechy zaslány poštou. S výjimkou Nemocnice Strakonice, a. s., kde byly dotazníky rozdány osobně výzkumníkem. Na základě rozhovoru s vedením nemocnic v regionu Passau, bylo předistoupeno k odeslání dotazníků e-mailem. Výsledky výzkumného šetření po dohodě budou zaslány nemocnicím v regionu Passau, ve kterých bylo šetření provedeno. Obtížně se dalo předpokládat, že přes povodňové úsliby vzájemné spolupráce s nemocnicemi v regionu Passau, nastanou neekvané problémy s návratností vyplněných dotazníků od porodních asistentek, kdy se termíny stále odsouvaly, ale i s neekvaným zrušením několika exkurzí na klinice v Passau, by předem domluvených.

Technikou sběru dat v rámci kvalitativního výzkumného šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl veden se ženami se sluchovým handicapem, které alespoň jednou rodily v některé z nemocnic v regionu Jiřní Čechy a Passau. Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření bylo velmi problematické získat, jelikož se jedná o velice specifickou minoritu. Formou osobního, písemného a telefonického kontaktu byly osloveny organizace, spolky, sdružení, kolekská za ízení v regionu Jiřní Čechy a nemocnice v regionu Passau. Velká část organizací neslyících je tvořena ženami z řad nedoslýchavých seniorů. Zbytek organizací nebyl ochoten ke spolupráci. Ze všech organizací, spolků, sdružení a kolekských za ízení v regionu Jiřní Čechy byly ochotny poskytnout rozhovor dvě neslyící respondentky. Přes tyto dvě respondentky byly osloveny další neslyící ženy a tři z nich byly též ochotny poskytnout rozhovor. Z regionu Passau nebyla získána žádná respondentka. Důvodem byla velice obtížná komunikace s nemocnicemi v regionu Passau. Rozhovor u těchto respondentek probíhal po dohodě bez přítomnosti tlumočníka. Jedna z těchto žen používá naslouchadla, další žena nemá problém s odezíráním, pokud komunikátor dodrřuje pravidla komunikace s člověkem se sluchovým handicapem. U dvou žen z této skupiny byl rozhovor veden jak pomocí odezírání respondentek, tak písemnou formou. U rozhovoru jedné z respondentek byla přítomna matka v roli tlumočníka.

Cílem 1 bylo zjistit, *zda porodní asistentky realizují edukaci gravidních žen se sluchovým handicapem v regionu Jiřní Čechy a regionu Passau.* K tomuto cíli se

vztahuje hypotéza 1 a 2. Z stanovili u odborného vyjádření - edukace v ošetřovatelství je závažným a přímým úkolem u žen (edukační proces typu B a C), pak máme především studiem výsledků dotazníků konstatovat, že přístup k edukaci ve sledované problematice je jak ze strany porodních asistentek z regionu Jižní Čechy i regionu Passau převážně typu A, tj. v edukačním procesu typu A se subjekt učí bezdělně, náhodně, spontánně, jak uvádí J. Pracha (29). K cíli 1 se tedy lze vyjádřit v tom smyslu, že porodní asistentky nerealizují edukaci gravidních žen se sluchovým handicapem v regionu Jižní Čechy a regionu Passau.

Zdrovnost není obtížná. Graf 3 jednoznačně ukazuje na velké nesrovnalosti u porodních asistentek ve vnímání pojmu edukace. Na základě edukačních potřeb edukanta je důležité správně stanovit cíl edukačního procesu, kterým edukant směřuje v součinnosti s edukátorem. Jak uvádí P. Juříčková (14), cíl by měl být přímý, jednoznačný, kontrolovatelný, komplexní. Musí být formulován konkrétně, přesně, jasně a s možností kontroly ze strany edukátora i edukanta. Z dotazníků vyplývá, že z celkového počtu 144 odpovědí 68 porodních asistentek z regionu Jižní Čechy si 8 porodních asistentek představuje pod pojmem edukace vysvětlení, 7 porodních asistentek osvětlení, 15 porodních asistentek výchovu, 8 porodních asistentek výuku, 30 porodních asistentek poučení, 31 porodních asistentek informování, 15 porodních asistentek vzdělávání a 30 porodních asistentek -kolení. Z celkového počtu 82 odpovědí 44 porodních asistentek z regionu Passau si 6 porodních asistentek přidává pod pojem edukace vysvětlení, žádná z tohoto počtu nechápe edukaci jako osvětlení, 8 porodních asistentek vnímá edukaci jako výchovu, 4 porodní asistentky jako výuku, 16 porodních asistentek jako poučení, 20 porodních asistentek vnímá edukaci jako informování, 8 porodních asistentek jako vzdělávání a 20 porodních asistentek vnímá edukaci jako -kolení.

Dále lze k otázce cíle 1 pracovat s Grafem 5, kde se ukazuje, že kontakt se ženou se sluchovým handicapem během výkonu praxe má v regionu Jižní Čechy 72,1% porodních asistentek a v regionu Passau 81,8% porodních asistentek, ale důležitost edukace dle Grafu 4 v regionu Jižní Čechy neuznává 35,3% porodních asistentek a v regionu Passau 31,8% porodních asistentek. Toto by nebylo důležité konstatovat,

pokud by souasn Graf 8 nepoukazoval na skutečnost, že v regionu Jižní Čechy z 68 porodních asistentek absolvovalo kurz zaměřený na edukaci žen se sluchovým handicapem pouze 5,9% porodních asistentek a 94,1% neabsolvovalo žádný takový kurz. V regionu Passau z celkového počtu porodních asistentek žádná neabsolvovala kurz edukace žen se sluchovým handicapem. Stejně tak se přidává k shrnutí závru Graf 6, který prezentuje zvolený způsob komunikace při setkání se sluchově postiženou ženou během praxe, kdy nesrovnalosti v odpovědích nevypovídají o znalostech porodních asistentek, které praxe vyřaduje. Z celkového počtu 101 odpovědí 49 porodních asistentek z regionu Jižní Čechy, které se setkaly se ženou se sluchovým handicapem, 7 porodních asistentek udalo jako způsob komunikace využití tlumočnicka, 22 porodních asistentek komunikovalo písemnou formou, 25 porodních asistentek využívalo gesta a posunky, 46 porodních asistentek udalo, že klientka umí laodzírat a 1 porodní asistentka umí znakovou řeč. V regionu Passau z celkového počtu 74 odpovědí 36 porodních asistentek, které se setkaly se ženou se sluchovým handicapem během své praxe, 8 porodních asistentek komunikovalo prostřednictvím tlumočnicka, 20 porodních asistentek komunikovalo písemnou formou, 20 porodních asistentek používalo gesta a posunky, 20 porodních asistentek udalo, že žena umí laodzírat a žádná porodní asistentka neovládá základy znakového jazyka. Odezírání je náročný proces. Při odezírání jsou informace přijímány zraky a obsah sdělení vyvozován z pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu mluveného. Přesto, dle A. Hudákové (6), odezírání nikdy nenahradí sluch. Zmluvené řeči lze odezírát pouze částečně jen textinu a na porozumění v komunikaci tedy nelze spoléhat. Stejně nespolehlivé je dle R. Petrákové (6) psaní, protože není možné vidět, jakou slovní zásobu žena má, zvláště tam, kde se handicap vyskytuje od narození a psanou formou řeči se učila později, než je v dětství vkučbené.

Z výzkumu bakalářské práce J. Kottové (16) z roku 2010 zabývající se obdobným výzkumným tématem vyplynul stejný závěr, a to, že většina zdravotnického personálu nemá znalost základních komunikačních postupů k neslyšícím ženám a neovládá základy znakové řeči. Při tom bylo výzkumné tématem

prováděno v Ústavu pro péči o matku a dítě, které je centrem pro neslyšící rodiče v České republice.

Cílem 2 byla komparace postupu porodních asistentek ke gravidním ženám se sluchovým handicapem v regionu Jižní Čechy a regionu Passau. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza 3 a 4. Bude-li srovnáván postup ke gravidním ženám se sluchovým handicapem v regionu Jižní Čechy a regionu Passau, je vhodné začít s Grafem 2, kde je ukázán postoj porodních asistentek k důležitosti problematiky komunikace se ženou se sluchovým handicapem. Z celkového počtu 68 porodních asistentek v regionu Jižní Čechy jich 66,2% považuje problematiku komunikace se ženou se sluchovým postižením v rámci praxe za důležitou a 33,8% porodních asistentek je opačného názoru. Z celkového počtu 44 porodních asistentek v regionu Passau udává komunikaci se ženou se sluchovým postižením za důležitou 68,2% porodních asistentek a 31,8% porodních asistentek ji za důležitou v rámci své praxe nepovažuje. Při srovnání obou regionů je menší rozdíl 2% ve prospěch regionu Passau, kdy o tato procenta považují důležitost komunikace se ženami se sluchovým handicapem za důležitější. Graf 4 ukazuje stanovisko porodních asistentek k důležitosti edukace žen se sluchovým postižením z pohledu praxe. Z celkového počtu porodních asistentek v regionu Jižní Čechy jich 61,8% považuje problematiku edukace žen se sluchovým postižením v rámci své praxe za důležitou, 35,3% ji za důležitou nepovažuje a 2,9% porodních asistentek to neví. V regionu Passau udává 68,2% porodních asistentek, že považují uvedenou problematiku za důležitou a 31,8% porodních asistentek si naopak myslí, že důležitá v rámci jejich praxe není. Opět lze konstatovat, při srovnání obou regionů, že v regionu Passau o 6,4% porodních asistentek považuje edukaci sluchově postižených žen za důležitou oproti porodním asistentkám v regionu Jižní Čechy.

Z Grafu 5 lze vyčíst četnost kontaktů porodních asistentek se ženou se sluchovým postižením během výkonu praxe. V regionu Jižní Čechy se z celkového počtu 68 porodních asistentek 72,1% porodních asistentek setkalo za svou praxi se ženou se sluchovým handicapem. V regionu Passau, z celkového počtu 44 porodních asistentek, se s takovými ženami setkalo 81,8% porodních asistentek. K odpovědnému

hodnocení tohoto rozdílu by bylo zřejmě žádoucí mít v této množství podrobnějších informací.

V Grafu 6, ukazujícího zvolený způsob komunikace porodních asistentek se sluchově postiženými ženami v praxi, nelze vidět statisticky významný rozdíl kromě počtu žen, které odezíraly. V regionu Jihní Čechy 46 porodních asistentek udalo, že klientka umí la odezírat, v regionu Passau to bylo 26 klientek. V hodnocení cíle 1 bylo uvedeno podrobnější hodnocení komunikace o odezírání a písemný projev, kdy ve vzájemné komunikaci nelze zcela na tyto formy spoléhat.

Osobní zkušenost porodních asistentek předkládá Graf 7. V regionu Jihní Čechy uvedlo 93,9% porodních asistentek, že se ženy se sluchovým handicapem v praxi snaží spolupracovat, 6,1% uvedlo, že mají zkušenost obtížné spolupráce, žádná neuváděla, že tyto ženy nespolupracují. V regionu Passau se porodní asistentky vyjádřily, že 100% žen se snaží spolupracovat.

Z Grafu 8 lze vyčíst četnost účastí porodních asistentek na specializovaném kurzu týkající se edukace žen se sluchovým handicapem, kde v regionu Jihní Čechy tento kurz absolvovalo 5,9% porodních asistentek a v následující Tabulce 1 je hodnoceno přínos kurzu. Kurz jako přínosný hodnotí z tohoto počtu 3 porodní asistentky a v Tabulce 2 je uvedeno, že 2 porodní asistentky kurz v praxi využijí a 2 porodní asistentky ne. V regionu Passau žádná z porodních asistentek tento kurz neabsolvovala. Graf 9 ukazuje, že zájem o absolvování výše jmenovaného kurzu má v regionu Jihní Čechy 60,9% porodních asistentek a 39,1% zájem o absolvování kurzu nemá. V regionu Passau by kurz rádo absolvovalo 54,5% porodních asistentek, bez zájmu o kurz je 45,5% porodních asistentek. Lze konstatovat, že zájem o další studium k uvedené problematice je v regionu Jihní Čechy o 6,4% vyšší. Následuje hodnocení vlivu kurzu na zvýšení efektivity komunikace porodních asistentek se sluchově postiženými ženami, viz Graf 10. Z regionu Jihní Čechy se 65,6% porodních asistentek domnívá, že by komunikovaly efektivněji. Z regionu Passau o efektivnější komunikaci uvádí 81,8% porodních asistentek.

Graf 11 uvádí vnímání připravenosti na graviditu u žen se sluchovým handicapem v porovnání se ženami bez handicapu. Z celkového počtu 68 porodních

asistentek v regionu Jiříní echy si 7,4% porodních asistentek myslí, že jsou na porod a graviditu sluchov ě postížené ženy p ěpraveny více než ženy bez handicapu, 86,8% porodních asistentek si myslí, že jsou p ěpraveny stejn ě a 5,9% porodních asistentek, že jsou p ěpraveny mén ě. V regionu Passau se z celkového po ětu 44 porodních asistentek domnívá 9,1% porodních asistentek, že ženy se sluchovým handicapem jsou p ěpraveny na graviditu a porod více než ženy bez handicapu, 72,7% porodních asistentek se domnívá, že jsou p ěpraveny stejn ě jako ostatní ženy, 18,2% porodních asistentek uvádí, že jsou ženy se sluchovým postížením p ěpraveny mén ě.

Zajímavé je vyjád ění porodních asistentek, jakou formu by pro edukaci žen se sluchovým postížením zvolily, viz Graf 12. Z regionu Jiříní echy by 17,6% porodních asistentek zvolilo jako organiza ění formu individuální edukace, jak uvádí H. Vonková (43), a to náv ět v komunitní porodní asistentky. Skupinovou formu, tedy speciální p ěporodní kurz by zvolilo 58,8% porodních asistentek a 23,5% porodních asistentek ozna ělo jako nejvhodn ější individualizovanou formu prostřednictvím e-learningu. Z celkového po ětu porodních asistentek z regionu Passau by 27,3% porodních asistentek zvolilo náv ět v komunitní porodní asistentky, 54,5% porodních asistentek speciální p ěporodní kurz a 18,2% porodních asistentek by volilo jako vhodnou formu e-learning. Zde je evidentn ě ze strany regionu Passau men ěší zájem o e-learning. Z ejm proto, že v tomto regionu jsou v t ěch zku ěnosti s komunitními porodními asistentkami (46).

O tom, že v obou regionech problematika sluchov ě postížených žen není je ět nedílnou sou ěstí organizované p ěe, vypovídá i Graf 13, kde je vizualizováno pov domí o existenci p ěporodních kurz ě pro ženy se sluchovým postížením u porodních asistentek. V regionu Jiříní echy 80,9% porodních asistentek o existenci kurzu neví, 8,8% porodních asistentek si myslí, že neexistují a 10,3% porodních asistentek si myslí, že existují. V regionu Passau 77,3% porodních asistentek neví, zda existují p ěporodní kurzy, 9,1% porodních asistentek si myslí, že neexistují a 13,6% porodních asistentek se domnívá, že kurzy existují.

Při srovnání problematiky získání pozornosti neslyšící klientky (Graf 17) a postup při rozhovoru s odezírající klientkou (Graf 18), jsou oba regiony na podobné úrovni.

Léka specializovaný na problematiku komunikace se ženami se sluchovým handicapem pracující na porodním sále (Graf 21), dle všech porodních asistentek v regionu Passau není. V regionu jiflní echy 1,5% porodních asistentek uvedlo, že u nich v nemocnici takový lékař pracuje, 94,1% porodních asistentek ví, že se u nich žádný z lékařů na tuto problematiku nespécializuje a 4,4% neví, zda na oddělení takový lékař je i není. Přítomnost tlumočnicka do znakové řeči ani spolupráci s touto osobou v rámci nemocnic v regionu jiflní echy žádná porodní asistentka nepotvrdila. V regionu Passau spolupráci s tlumočnickem potvrdilo 22,7% porodních asistentek, 77,3% uvádí, že jejich nemocnice s tlumočnickem nespólupracuje. Z 22,7% porodních asistentek uvádějících přítomnost tlumočnicka v nemocnici 80% napsalo, že ho lze operativně přizvat ke komunikaci se ženou se sluchovým handicapem.

Graf 24 ukazuje, kde by dle názoru porodních asistentek měly ženy se sluchovým handicapem rodit. V regionu jiflní echy si 70,6% porodních asistentek myslí, že ženy se sluchovým handicapem mohou rodit v jakékoliv nemocnici, 29,4% porodních asistentek se domnívá, že by měly rodit ve speciálních centrech. V regionu Passau si 68,2% porodních asistentek myslí, že ženy se sluchovým handicapem mohou rodit v jakékoliv nemocnici a 31,7% porodních asistentek se domnívá, že tyto ženy by měly rodit ve speciálních centrech.

K vyjádření ke splnění cíle 2 lze konstatovat, že při dkladném srovnání není znatelný rozdíl mezi regionem jiflní echy a regionem Passau v přístupu porodních asistentek ke gravidním ženám se sluchovým handicapem, kromě lepší možnosti využitelnosti tlumočnicka v regionu Passau a zejména možnosti využít komunitních porodních asistentek, vzhledem k existenci porodních domů v Německu a i možnosti volby porodu doma. V obou regionech není zejména problematická sluchová postižených žen v oboru gynekologie a porodnictví součástí řádoucí organizované péče.

Cílem 3 bylo zjistit, zda jsou ženy se sluchovým handicapem efektivně edukovány o problematice gravidity a porodu. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná

otázka 1. Zde je možno zařít s hodnocením 5 rozhovor se sluchově handicapovanými ženami. Tabulka 5 je identifikační a ukazuje, že 1 žena má střední nedoslýchavost od narození a 4 charakterizuje hluchota od narození. 4 ženy rodily jednou, 1 žena s hluchotou od narození rodila dvakrát.

V následné Tabulce 6 udává 5 respondentek, že mají problém s komunikací a porozuměním v ordinaci gynekologa a rovněž 5 respondentek hovořilo o tom, že z jejich pohledu byla edukace v ordinaci nedostatečná.

Tabulka 8 je vzhledem do zkušeností respondentek s předporodním kurzem pro slyšící ženy, kterého se účastnily 3 z 5 respondentek. Nedostatkem bylo, že byl kurz veden převážně slovní metodou, nebyly dodržována základní pravidla porodní asistentkou při komunikaci s neslyšícími. Ve dvou případech byl přítomen i manžel se sluchovým handicapem, 1 respondentka si zajistila sama tlumočnicka, s 1 respondentkou byla přítomna matka v roli tlumočnicka. 3 respondentky uvádějí, že se po absolvování kurzu cítily lépe připraveny na porod. Strach a obavy z porodu měly 4 respondentky a u 2 respondentek byly menší po absolvování předporodního kurzu.

Tabulka 10 ukazuje, že 3 respondentky zaznamenaly při pobytu na porodnici komunikační bariéru a 1 respondentka si stěžovala na nedostatek informací. Při teorii se k uvedenému výše psaný rozbor graf z dotazník porodních asistentek, lze k cíli 3 konstatovat, že ženy se sluchovým handicapem nejsou efektivně edukovány o problematice gravidity a porodu.

Obdobný závěr byl stanoven i v bakalářské práci J. Kottovou (16), kdy 4 ženy, které rodily v Centru pro neslyšící rodičky, udávají nedostatek informací, nevhodné vystupování některých sester, nedostatek času ze strany lékařů i sester a nerespektování osobnosti jedné z maminek.

Cílem 4 bylo *doporučit vhodné techniky edukace v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky související s podáváním informací o graviditě a porodu klientkám se sluchovým handicapem.* K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka 2 a 3. Z návrhů na zlepšení komunikace a edukace v ordinaci gynekologa (Tabulka 7), lze uvést, že 2 respondentky by přivítaly přítomnost tlumočnicka znakové řeči, 2 respondentky navrhují dovednost základů znakového jazyka u sestry a lékaře, 1

respondentka uvádí potřebu blízké osoby v roli tlumočnicka a 1 respondentka navrhuje dovednost ovládnutí totální komunikace porodní asistentkou.

Lze navázat na Tabulku 9, kde navrhují respondentky zlepšení předporodní přípravy. Věch 5 žen neodvolalo o možnosti vytvoření porodního plánu a tuto možnost nepřivítaly. 4 respondentky doporučují možnost speciálního předporodního kurzu pro ženy se sluchovým postižením a věch 5 respondentek nepřivítalo možnost předporodního kurzu prostřednictvím internetu.

Dle Tabulky 11, ve které jsou uvedeny doporučení pro pobyt nemocnicí, 3 respondentky nepřivítaly pokoj speciálně zařízený pro neslyšící, 4 respondentky navrhují zavedení používání edukčních karet, 4 respondentky se domnívají, že porodní asistentky by měly mít znalost základní znakové řeči, 1 respondentka vyžaduje přítomnost tlumočnicka, 3 respondentky doporučují, aby porodní asistentky měly základní komunikační dovednosti se ženou se sluchovým handicapem a 1 respondentka by chtěla mít možnost telefonického spojení (SMS zprávy) se svým lékařem.

Pro efektivnější edukaci žen se sluchovým handicapem je potřeba, aby porodní asistentky v nově vzniklém dostatek času, postupovaly k ní trpělivě a ohleduplně. Znalost základních pravidel komunikace se sluchově postiženými porodními asistentkami je nutností. V nemocnici by bylo vhodné mít možnost přizvat ke komunikaci tlumočnicka znakové řeči a zařídit pokoj se speciálními pomůckami pro neslyšící. Pro usnadnění edukace a komunikace by bylo vhodné zavést používání speciálních edukčních karet. Sluchově postižené ženy projevily velký zájem o speciální předporodní kurzy a možnost vytvoření porodního plánu, což otevírá prostor pro další možnosti řešení. Na základě zájmu sluchově handicapovaných žen o předporodní kurz ve formě e-learningu byl vytvořen podklad návrhu takto koncipovaného kurzu (Příloha 4).

6. ZÁVĚR

Porodní asistentka jako profesionál realizuje péči i prostřednictvím ošetovatelského procesu, v němž její role nespočívá pouze v přímém poskytování ošetovatelské péče, ale zastává zde též roli edukátorky. Aby edukace klientky se sluchovým znevýhodněním ze strany porodní asistentky byla úspěšná, je potřeba především zvládnout komunikační dovednosti zaměřené na dodržování pravidel přenosu informací s člověkem s tímto smyslovým znevýhodněním.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit dovednosti a znalosti z oblasti edukace a komunikace u porodních asistentek v rámci jejich pracovních náplní směrem ke sluchově handicapovaným ženám. Zároveň si hlouběji pochopit oblasti, do kterých je z hlediska potřeb sluchově postižených žen chybějící edukativní proces zaměřit.

K získání a zpracování dat empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda výzkumného šetření. Výzkumné šetření mělo odpovědět na předem stanovené cíle, hypotézy a výzkumné otázky. Na základě cílů a studia dostupných pramenů byly stanoveny tyto hypotézy a tyto výzkumné otázky.

Cílem 1 bylo zjistit, *zda porodní asistentky realizují edukaci gravidních žen se sluchovým handicapem v regionu Jižní Čechy a regionu Passau*. Tento cíl byl splněn. K tomuto cíli se vztahují hypotézy 1 a 2. Hypotéza 1 předpokládá, *že porodní asistentky efektivně edukují ženy se sluchovým handicapem*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že porodní asistentky nemají o pojmu edukace ucelenou představu. V regionu Jižní Čechy absolvovalo kurz zaměřený na edukaci žen se sluchovým postižením jen malé procento porodních asistentek a v regionu Passau dokonce žádná porodní asistentka. Ke shrnutí závěru se přidává zvolený způsob komunikace při setkání se sluchově postiženou ženou během praxe, kdy nesrovnalosti v odpovědích nevypovídají o hlubších znalostech porodních asistentek v této oblasti. Porodní asistentky z regionu Jižní Čechy i Passau nejvíce používaly při komunikaci se ženou se sluchovým handicapem orální a písemnou metodu, přičemž obě metody nejsou zcela spolehlivé. Hypotéza 2 předpokládá, *že porodní asistentky realizují edukativní proces typu C*. Tato hypotéza, se nepotvrdila. Z výsledků dotazníků lze konstatovat, že přístup k edukaci ve sledované problematice je jak ze strany

porodních asistentek z regionu Jižní echy, tak i regionu Passau p eváfní typu A, tj bezd ní, náhodný, spontánní.

Cílem 2 byla *komparace p ístupu porodních asistentek ke gravidním ženám se sluchovým handicapem v regionu Jižní echy a regionu Passau*. Cíl byl spln ěn. Od cíle 2 jsou odvozeny hypotézy 3 a 4. Hypotéza 3 p edpokládala, *že porodní asistentky mají zájem o vzd lávací kurz týkající se rozvoje svých edukačních a komunikačních kompetencí*. Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza 4 p edpokládala, *že porodní asistentky v regionu Passau efektivn ěji edukují ženy se sluchovým handicapem neř porodní asistentky v regionu Jižní echy*. Tato hypotéza se nepotvrdila. P í d kladn ějším srovnání není znatelný rozdíl mezi regionem Jižní echy a regionem Passau v p ístupu porodních asistentek ke gravidním ženám se sluchovým handicapem, krom lepší možnosti využitelnosti tlumo níka v regionu Passau a z ejm ější možnosti využití komunitních porodních asistentek.

Cílem 3 bylo *zjistit, zda jsou ženy se sluchovým handicapem efektivn ěedukovány o problematice gravidity a porodu*. Cíl byl spln ěn. K cíli 3 se váfle výzkumná otázka 1. Výzkumná otázka 1 se ptá, *jak jsou ženy se sluchovým handicapem edukovány v oblasti gravidity a porodu*. Na výzkumnou otázku lze odpov ěd t, *že ženy se sluchovým handicapem nejsou efektivn ěedukovány o problematice gravidity a porodu*. V ěech 5 respondentek udalo, *že m ěly problém s komunikací a porozum ěním v ordinaci gynekologa a rovn ěfl v ěechny respondenty hovořily o tom, že z jejich pohledu byla edukace v ordinaci nedostatečná*. 3 respondentky zaznamenaly p í pobytu na porodnici komunikační bariéru a 1 respondentka si st řovala na nedostatek informací.

Cílem 4 bylo *doporu ěit vhodné techniky edukace v rámci profesionálních kompetencí porodní asistentky související s podáváním informací o gravidit ě a porodu klientkám se sluchovým handicapem*. Cíl spln ěn. Od cíle jsou odvozeny výzkumné otázky 2 a 3. Výzkumná otázka 2 se ptala, *jaké metody edukace preferují ženy se sluchovým handicapem*. Odpov ě na otázku zní *ó ženy se sluchovým handicapem preferují p edev ějším možnost metod dle kategorizace výukových metod uvád ěných A. Valiřovou dle J. Ma řáka (43), zalofněných na práci s tiřt ěným textem pat ěící do skupiny*

slovních metod a metody názorné demonstrací. Výzkumná otázka 3 se ptala, *jaký je zájem žen se sluchovým handicapem o edukaci týkající se problematiky gravidity a porodu*. Odpověď na otázku zní, že ženy se sluchovým handicapem mají velký zájem o edukaci týkající se problematiky gravidity a porodu.

Z výsledků výzkumných otázek lze vyvodit podněty pro další zkoumání a to:

1. *ženy se sluchovým handicapem jsou nedostatečně edukovány v oblasti gravidity a porodu.*
2. *Zájem žen se sluchovým handicapem o edukaci týkající se problematiky gravidity a porodu je velký.*

Výsledky bakalářské práce mohou vést k doporučení pro gynekologicko-porodnická zařízení. Pro efektivnější edukaci žen se sluchovým handicapem je potřeba, aby porodní asistentky v nově založených centrech dostatečně byly připraveny a ohleduplné. Znalost základních pravidel komunikace se sluchově postiženými porodními asistentkami je nutností. V nemocnici by bylo vhodné mít možnost požádat o komunikaci tlumočnicka se znalostí znakové řeči a zařídit pokoj se speciálními pomůckami pro neslyšící. Pro usnadnění edukace a komunikace by bylo vhodné zavést používání speciálních edukčních karet. Sluchově postižené ženy projeví velký zájem o speciální předporodní kurzy a možnost vytvoření porodního plánu, což otevírá prostor pro další možnosti řešení. Realizace e-learningového předporodního kurzu vycházejícího z této bakalářské práce by mohla být provedena na jednotlivých gynekologicko-porodnických odděleních pro tyto klientky i univerzitních pracovištích. Z výsledků vyplynulo, že další výzkumné řešení by bylo vhodné zaměřit na aplikaci porodního plánu v rámci ošetřovatelského procesu. Rozvoj v tomto směru by pak u klientek se sluchovým handicapem mohl napomoci k navození pocitu bezpečí a jistoty. Doporučením pro praxi je, aby se sestřám dostalo více možností řešení v domácnosti a dovedností v oblasti edukace a s tím spojené komunikace s klientkou se sluchovým znevýhodněním v souvislosti s ošetřovatelským procesem.

Je zřejmé, že pro rozvoj péče o klientku se sluchovým znevýhodněním je velmi důležité správné vedení edukace a s tím související komunikace především ze strany porodních asistentek, kterou by tato práce mohla přispět. Dále by mohla napomoci při

hledání vhodných metod edukace klientek se sluchovým znevýhodněním v rámci gynekologicko-porodnických zařízení a tak se nepřímo podílejí na procesu kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické péče na těchto odděleních.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BROFIÍK, J. Porod bez stresu. *Gong*, kv ten 2004, ro . 33, . 5, s. 2. ISSN 0323-0732.
2. *Co je porodní d m.* [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/>>.
3. ÁP, J.; MARETMJ. *Psychologie pro u itele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.
4. DYNÁKOVÁ, TMNesly-ím vás, ale jsem tady. *Sestra*, listopad 2005, ro . 15, . 11, s. 18. ISSN 1210-0404.
5. DYNÁKOVÁ, TMRozumím vám, p ece vidím, co íkáteí *Sestra*, prosinec 2005, ro . 15, . 12, s. 17. ISSN 1210-0404.
6. FENCLOVÁ, J.; HUDÁKOVÁ, A. et al. *Ve sv t sluchového postífení*. Praha: St edisko rané pé e Tamtam, 2005. 104 s. ISBN 80-86792-27-7.
7. HÁJEK, Z. *Jsou v eské republice podmínky pro plánované porody doma?* [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z: <<http://www.cgps.cz/zpravy/2007/zprava-05.php>>.
8. HÁJEK, Z. Prenatální pé e o fyziologické t hotenství. *Moderní babictví* [online] leden 2004, ro . 2004, . 3 [cit. 2010-10-15]. Dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/hajek.php>.
9. Hallo baby, gehtø dir gut? *Äztlicher Ratgeber für werdende und junge Eltern*. 2010, . 3, s. 9-11. ISSN 0935 0810.
10. HERDMAN, T. H. *O-et ovatelské diagnózy : definice & klasifikace : 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
11. HLAVNI KOVÁ, P.; HANZL, M.; TOMÁTMKOVÁ, J. Celoplo-ný screening sluchu novorozenc na neonatologickém odd lení nemocnice eské Bud jovice. *Kontakt*, 2009, vol. XI, . 1, s. 72-75. ISSN 1212-4117.

12. HLAVNÍ KOVÁ, P. Kochleární implantát u dětí se sluchovým postižením. *Kontakt*, 2008, ro. 10, supplement 2, s. 30-33. ISSN 1212-4117.
13. HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí a komplexní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
14. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
15. KAMENÍKOVÁ, M. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. *Moderní babičtví*, listopad 2005, ro. 2005, . 7, s. 4-10. ISSN 1214-5572.
16. KOTTOVÁ, J. *Problematika ošetřovatelské péče u neslyšících rodiček*. České Budějovice 2010. 79 s. Bakalářská práce na Zdravotní sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Judita Soukupová Maříková.
17. KOŘÁTKOVÁ, M.; HIRSCHOVÁ, P. Jednání s handicapovaným pacientem. *Praktická radiologie*, 2009, ro. 14, . 4, s. 30-32. ISSN 1211-5053.
18. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
19. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
20. LEJSKA, M. et al. *Základy praktické audiologie a audiometrie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1994. 171 s. ISBN 80-7013-178-0.
21. MAGUROVÁ, D.; MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.
22. *Mateřská dovolená*. [online]. [cit. 2010-11-25]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4>>.
23. NOVÁK, M. *E-learning - nástroje pro tvorbu a řízení výuky*. Praha, 2007. 63 s. Bakalářská práce na Provozní ekonomické fakultě České zemědělské univerzity v Praze na katedře informačních technologií. Vedoucí bakalářské práce Ing. Jiří Vaněk, Ph.D. [online]. [cit. 2011-03-01]. Dostupné z: <www.volny.cz/xmichalx/bp/xnovm133_BP.pdf>.

24. PAVLÍK, P. Informa ní a komunika ní technologie a handicapovaní ó 1. ást. *Kontakt*, 2004, ro . 6, . 3, s. 176-182. ISSN 1212-4117.
25. PA ÍZEK, A. *Kniha o t hotenství a dít ti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
26. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2 vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
27. POKORNÁ, A. *Efektivní komunika ní techniky v o-et ovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
28. PROCHÁZKOVÁ, M.; MYTÁKOVÁ, H. P edporodní p íprava ó p edpoklad dobré spolupráce s rodi kou. *Moderní babictví*, 2006, ro . 2006, . 9, s. 31-42. ISSN 1214-5572.
29. PR CHA, J. *Moderní pedagogika*. 3 vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
30. PR CHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
31. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
32. ROTTENBERG, J. Diagnostika a terapie nedoslýchavosti. *Interní medicína pro praxi*, 2008, ro . 10, . 10, s. 470-473. ISSN 1212-7299.
33. ROZTO IL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
34. RYNTOVÁ, L. *Zahrani í*. [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z: <<http://www.porodniplan.cz/index.php?act=dtl&more=1&id=39>>.
35. SÁK, P. et al. *Standardy o-et ovatelské pé e pro porodní asistenci*. 1. vyd. eské Bud jovice: Nemocnice eské Bud jovice, 2008. 237 s. ISBN 978-80-254-3774-2.

36. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
37. SLAVÍKOVÁ, H.; STRAŠÁK, Z. Porody neslyšících maminek. *Sanquis*, 2008, . 57, s. 83. ISSN 1212-6535.
38. SOUKUPOVÁ, I. Bezbariéroví zdravotníci. *Zdravotnické noviny* R, únor 2006, ro . 55, . 5, s. 12-13. ISSN 0044-1996.
39. SOURALOVÁ, E. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 36 s. ISBN 978-80-244-1630-4.
40. STRNADOVÁ, V. *Jaké je to neslyšet*. 1. vyd. Liberec: Česká unie neslyšících ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Technické univerzity v Liberci, 1995. 165 s.
41. TUKOCHOVÁ, D. Komunikace s neslyšícími. *Florenc*, 2008, ro . 4, . 1, s. 10. ISSN 1801-464X.
42. UNZEITIG, V. *Doporučený postup - zásady dispenzární péče ve fyziologickém t hotenství*. [online]. [cit. 2010-10-20]. Dostupné z: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20v%20perinatologii%20-%2001.pdf>>.
43. VALITOVÁ, A; KASÍKOVÁ, H. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 465 s. ISBN 978-80-247-3357-9.
44. *Vyhláška o innostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2011-04-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3.html>.
45. *Vyšetření GJB2 genu při asné nesyndromové hluchotě, autosomálně recesivní dědičné (DFNB1)*. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné z: <<http://www.gennet.cz/vysetreni-gjb2-genu-connexin-26--1404036276.html>>.
46. Wo kommt das Baby zur Welt? *Äztlicher Ratgeber für werdende und junge Eltern*. 2010, . 3, s. 9-11. ISSN 0935 0810.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

t hotenství

porod

sluchové postižení

o-čet ovatelický proces

eduka ní proces

komunikace

9. P ÍLOHY

9.1 Seznam p íloh

P íloha 1 Dotazník pro porodní asistentky pracující na porodním sále v regionu jiflní
echy

P íloha 2 Dotazník pro porodní asistentky pracující na porodním sále v regionu Passau

P íloha 3 Záznamový arch

P íloha 4 Návrh podkladu e-learningového kurzu

6. Jakým způsobem jste spolu komunikovaly (můžete označit více možností):
- a) umím znakovou řeč
 - b) řekla bych, že se snažím
 - c) gesty, posunky
 - d) písemnou formou
 - e) prostřednictvím tlumočnicka
 - f) situace byla velmi složitá, **proč?** :í í í í í í í í í í í í í í í í ...
7. Jaká je Vaše zkušenost se ženami se sluchovým handicapem:
- a) snaží se spolupracovat
 - b) obtížně spolupracují
 - c) nespolečně spolupracují
8. Absolvovala jste nějaký seminář nebo kurz, týkající se edukace žen se sluchovým handicapem?
- a) ano
 - b) ne (**přejďte k otázce . 13**)
9. Byl tento kurz pro Vás přínosem?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
10. Měla jste možnost kurz následně využít v praxi?
- a) ano
 - b) ne
11. Máte zájem o další vzdělávání týkající se rozvoje Vašich edukacních dovedností?
- a) ano
 - b) ne
12. Kdo kurz organizoval?í .
(**přejďte k otázce . 15**)
13. Pokud jste neabsolvovala žádný takový kurz nebo seminář, měla byste o účast na uvedených vzdělávacích akcích zájem?
- a) ano
 - b) ne
14. Domníváte se, že pokud byste absolvovala takový kurz nebo seminář, Vaše komunikace s touto hotnou ženou nebo rodičkou se sluchovým handicapem by byla efektivnější?
- a) ano

- a) zvolila e ové tempo voln j-í
 - b) zvolila e ové tempo jako p i rozhovoru se zdravou klientkou
 - c) volila krat-í v ty
 - d) udrflovala p i komunikaci o ní kontakt
23. Jakou maximální vzdálenost byste udrflovala p i komunikaci s nedoslýchavou klientkou, aby byla schopná áste n vnímat i sluchem?
- a) 0,5 m
 - b) 1 m
 - c) 1,5 m
24. Jaká je podle Vás nejvzdálen j-í hranice pro odezírání u t fce sluchov postiflených?
- a) 2 m
 - b) 3 m
 - c) 4 m
25. Specializuje se u Vás na porodním sále n který z léka na problematiku komunikace se flenami se sluchovým handicapem?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
26. Pracuje ve Va-í nemocnici tlumo ník se znalostí znakové e i?
- a) ano
 - b) ne (**p ejd te k otázce . 28**)
27. Pokud ANO, lze ho operativn p izvat ke komunikaci s flenou se sluchovým handicapem, dle pot eby Va-eho odd lení?
- a) ano
 - b) ne
 - c) ne vfdy
28. M ly by, dle Vás, rodit fleny se sluchovým handicapem v nemocnici, kam dle bydlit-í p íslu-í, nebo spí-e ve speciálních centrech, z ízených p i nemocnici p ímo pro n ?
- a) v jakékoliv nemocnici
 - b) ve speciálních centrech

P íloha 2

Dotazník pro porodní asistentky pracující na porodním sále v regionu Passau

Sehr geehrte Geburtshelferinnen,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit bearbeite ich das Thema, das die Edukation (Erziehung, Ausbildung) und Kommunikation mit den Frauen mit einem Gehörhandicap betrifft, und sammle dazu Unterlagen in verschiedenen Krankenhäusern. Aus diesem Grunde möchte ich Sie bitten, den nachstehenden Fragebogen zu meiner Teilforschung auszufüllen. Das Ziel der Arbeit ist, eventuelle Möglichkeiten der Verbesserung der Kommunikation mit diesen Klientinnen zu finden. Ich bitte Sie, die richtige Antwort bei Einzelfragen anzukreuzen evtl. mehr dazu zu schreiben.

Ich danke Ihnen im voraus für Ihre Bereitwilligkeit und die Zeit, die Sie beim Ausfüllen des Fragebogens verbracht haben.

Marie Filipova (Studentin der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in eské Bud jovice, Studienfach Geburtshelferin)

1. Wieviel Jahre arbeiten Sie im Fach?
 - a) höchstens ein Jahr
 - b) zwei bis fünf Jahre
 - c) sechs bis zehn Jahre
 - d) elf bis zwanzig Jahre
 - e) einundzwanzig Jahre und mehr

2. Ist die Problematik der Kommunikation mit der Frau mit einem Gehörhandicap im Rahmen Ihrer Praxis wichtig?
 - a) ja
 - b) nein

3. Was stellen Sie sich unter dem Begriff Edukation:
í
í í

4. Ist die Problematik der Edukation der Frau mit einem Gehörhandicap im Rahmen Ihrer Praxis wichtig?
 - a) ja

- b) nein
- c) ich weiß es nicht

5. Haben Sie während Ihrer Praxis eine Frau mit einem Gehörhandicap getroffen?
- a) ja, **wie oft** í í í í, gehörlos ó schwerhörig (**bitte auswählen**)
 - b) nein (**gehen Sie zur Frage Nr. 8 über**)
6. Auf welche Art haben Sie gemeinsam kommuniziert? (**Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen**):
- a) ich kann Gebärdensprache
 - b) die Frau konnte absehen
 - c) mit Gestikulation, Gebärden
 - d) in schriftlicher Form
 - e) durch einen Dolmetscher
 - f) die Situation war sehr kompliziert, **warum:** í í í í í í í í í í
7. Haben Sie Erfahrung gemacht, dass die Frau mit einem Gehörhandicap:
- a) sich bemüht zusammenzuarbeiten
 - b) schwierig zusammenarbeitet
 - c) nicht zusammenarbeitet
8. Haben Sie ein Seminar oder einen Kurs über Edukation der Frauen mit einem Gehörhandicap absolviert?
- a) ja
 - b) nein (**gehen Sie zur Frage Nr. 13 über**)
9. War dieser Kurs für Sie lohnenswert?
- a) ja
 - b) nein
 - c) ich weiß es nicht
10. Hatten Sie die Möglichkeit, die Erkenntnisse von diesem Kurs nachfolgend in der Praxis zu nutzen?
- a) ja
 - b) nein
11. Interessieren Sie sich für die Weiterbildung im Bereich der Edukationsfertigkeiten?
- a) ja
 - b) nein

12. Wer hat den Kurs organisiert?

.....
(gehen Sie zur Frage Nr. 15 über)

13. Möchten Sie im Falle, dass Sie keinen Kurs oder kein Seminar dieser Art absolviert haben, an den angeführten Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen?

- a) ja
- b) nein

14. Sind Sie der Meinung, dass die Absolvierung eines solchen Kurses oder Seminars Ihre Kommunikation mit schwangeren Frauen oder Gebärenden mit einem Gehörhandicap effektiver machen würde?

- a) ja
- b) nein
- c) ich weiß es nicht

15. Sind Sie der Meinung, dass Frauen mit einem Gehörhandicap für die Schwangerschaft und Geburt genauso gut vorbereitet sind, wie Frauen ohne ein Handicap?

- a) sie sind besser vorbereitet
- b) sie sind genauso gut vorbereitet
- c) sie sind weniger gut vorbereitet

16. Welche Edukationsform würden Sie für Frauen mit einem Gehörhandicap wählen?

- a) E-Learning (absolviert durch Internet)
- b) spezielle Geburtsvorbereitungskurse
- c) Besuch der Kommunitätsgeburtshelferin
- d) eine andere Möglichkeit: í í í í í í í í í í í í í í í í

17. Denken Sie, dass es vorgeburtliche Lehrgänge für Frauen mit einem Gehörhandicap gibt?

- a) ja
- b) nein
- c) ich weiß es nicht

18. Wäre der Geburtsvorbereitungskurs in Form von E-Learning für Frauen mit einem Gehörhandicap geeignet?

- a) ja
- b) nein
- c) ich weiß es nicht

19. Führen Sie die Kommunikationsformen mit den gehörbehinderten Menschen an, die Sie kennen:

í
í í

20. Wie sprechen Sie die Klientin mit einem Gehörhandicap bei einer eventuellen Begegnung an? (**Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen**)

- a) von der Seite
- b) Ihr Gesicht ist gut sichtbar
- c) mit deutlicher Aussprache
- d) Sie erhöhen die Stimme

21. Auf welche Art gewinnen Sie effektiv die Aufmerksamkeit der gehörlosen Klientin (**Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen**):

- a) Sie berühren mit den Fingern ihre Schulter
- b) Sie fuchteln mit den Händen im Blickfeld der Gehörlosen
- c) Sie klatschen

22. Welches Redetempo würden Sie beim Gespräch mit der Klientin mit einem Gehörhandicap wählen, die absehen kann? (**Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen**)

- a) Sie würden ein freieres Redetempo wählen
- b) Sie würden das gleiche Redetempo wie beim Gespräch mit einer gesunden Klientin wählen
- c) Sie würden kürzere Sätze wählen
- d) Sie würden mit ihr bei der Kommunikation in Blickkontakt bleiben

23. Welche maximale Entfernung würden Sie bei der Kommunikation mit der Klientin mit einem Gehörhandicap halten, damit sie im Stande ist, Sie teilweise auch mit dem Gehör wahrzunehmen?

- a) 0,5 Meter
- b) 1 Meter
- c) 1,5 Meter

24. Welche ist Ihrer Meinung nach die höchste Grenze für das Absehen bei der Kommunikation mit der Klientin mit einem schweren Gehörhändicap?

- a) 2 Meter
- b) 3 Meter
- c) 4 Meter

25. Spezialisiert sich einer von den Ärzten in Ihrem Geburtssaal auf die Problematik der Kommunikation mit Frauen mit einem Gehörhandicap?
- a) ja
 - b) nein
 - c) ich weiß es nicht
26. Arbeitet in Ihrem Krankenhaus ein Dolmetscher, der die Gebärdensprache kann?
- a) ja
 - b) nein (**gehen Sie zur Frage Nr. 28**)
27. Wenn JA, kann man ihn im Bedarfsfall operativ zur Kommunikation mit einer Frau mit einem Gehörhandicap rufen?
- a) ja
 - b) nein
 - c) nicht immer
28. Sollten die Frauen mit einem Gehörhandicap Ihrer Ansicht nach in dem Krankenhaus gebären, wohin sie ihrem Wohnort nach gehören, oder eher in speziellen Zentren, die gerade für sie bestimmt wären?
- a) in jedwedem Krankenhaus
 - b) in speziellen Zentren

Příloha 3

Záznamový arch

IDENTIFIKACE RESPONDENTKY	
V k:	Jaké sluchové znevýhodnění Vám bylo diagnostikováno a v kolika letech?
Kolikrát jste rodila? Vaginálně /císařským řezem?	
V jaké porodnici jste rodila? Vybrala jste si ji předem? Proč právě tuto konkrétní? Někdo Vám ji doporučil - kdo? Byla jste se tam podívat před porodem?	
EDUKACE V OBLASTI GRAVIDITY A PORODU	
Hovořila jste s porodní asistentkou i vaším gynekologem o tichotěhotenství před vlastním otěhotněním? O čem Vás informovali?	
Měla jste dostatek potřebných informací před porodem (o tichotěhotenství a porodu)? Jak a odkud jste je získala? Čeho se konkrétně týkaly?	

Jaký byl způsob komunikace během těhotenství se zdravotnickým personálem?
Vyhovoval Vám?

Věděla jste o možnosti sestavení porodního plánu? Odkud? Vytvořila jste si porodní plán?

ZÁJEM O EDUKACI TÝKAJÍCÍ SE PROBLEMATIKY GRAVIDITY A PORODU

Absolvovala jste některý z předporodních kurzů? Byl určen pro slyšící i neslyšící ženy? Co bylo obsahem kurzu? Jakými metodami byl veden (přednáška, vysvětlování, demonstrace, cvičení, rozhovor, hraní rolí)? Účastnil se ho i Váš partner? Je také sluchově handicapovaný? Co pro Vás bylo nejtěžší? Případně proč jste ho neabsolvovala?

Jak byste kurz hodnotila? Byl pro Vás přínosem? Cítila jste se lépe připravena na těhotenství a porod?

Uvítala byste speciální předporodní kurz pro sluchově handicapované? Zúčastnila byste se předporodního kurzu prostřednictvím internetu?

KOMUNIKACE S PORODNÍMI ASISTENTKAMI PŘI POBYTU NA PORODNICI

Jakým způsobem jste komunikovala v porodnici se zdravotnickým personálem?
(odezírání, znaková řeč, poslušky, písemně, piktogramy, prostřednictvím tlumočnicka)
Jak to zdravotnický personál zvládal? Chyby v komunikaci?

Co Vám připadlo v komunikaci s porodní asistentkou na porodním sále obtížné?
Způsob komunikace při porodu Vám vyhovoval?

Byla jste s chováním porodních asistentek spokojena nebo jste se cítila vzhledem k Vašemu sluchovému handicapu v nevýhodě oproti ostatním maminkám?

Domníváte se, že porodní asistentky jsou dostatečně vzdělány jak efektivně komunikovat a informovat ženy se sluchovým handicapem? Proč se to domníváte/nedomníváte?

Při pobytu v porodnici jste pochopila vše, co Vám porodní asistentky sdělovaly? Pokud jste pokyn nerozuměla, byla jste neklidná? Nedošlo k nějakému nedorozumění? Zaznamenala jste komunikační bariéru?

Která doporučení byste navrhovala, aby doba strávená v porodnici pro Vás byla příjemnější? A měla jste v této věci jistotu spolehlivější komunikace s personálem? Co zlepšit v porodnici? Ale také v ordinaci gynekologa?

Příloha 4

Návrh podkladu e-learningového kurzu

Podporodní kurz pro ženy se sluchovým handicapem

Zpracovala: Marie Filipová

Kurz je vhodný jako podporodní příprava pro ženy se sluchovým postižením, které mají obavu z komunikace v klasickém podporodním kurzu pro slyšící ženy. V tomto kurzu se ženy dozvějí o prohlídkách a vyšetření v ordinaci gynekologa, průběhu těhotenství, vhodném životním stylu těhotné ženy, přípravě na porod, průběhu porodu, péči o novorozence. Součástí kurzu jsou i lekce cvičení pro těhotné ženy. Účastníci kurzu mají možnost diskutovat s vedoucím kurzu, ale i dalšími účastníky. Kurz byl vytvořen tak, aby byl pro účastníky přehledný a srozumitelný.

- **Úvod do kurzu a nápověda**
- **Aktuality, novinky, sdělení**
- **Kontakty**
- **Seznam doporučené literatury pro celý kurz**

Téma 1: Prohlídky a vyšetření v ordinaci gynekologa

Cílem kapitoly je seznámit účastníky kurzu s harmonogramem návštěv a vyšetření, která podstupuje těhotná žena v prenatální poradně.

- **Prohlídky a vyšetření v ordinaci gynekologa** (text i překlady do znakového jazyka)
- **Video**
- **Definované pojmy** (text i překlady do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporučená literatura k T1**
- **Lekce těhotenského cvičení**
- **Test**

Téma 2: Pr b h t hotenství

Kapitola se zam ůje na pr b h t hotenství v jednotlivých m sících.

- **Pr b h t hotenství** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **D lefité pojmy** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporu ená literatura k T2**
- **Lekce t hotenského cvi ení**
- **Test**

Téma 3: fiivotní styl v t hotenství

Cílem kapitoly je seznámit ů astníky kurzu s výffivou, vylu ováním, hygienou, spánkem, oble ením, pohybem, pohlavním fiivotem, cestováním, uflíváním lék a o kováním v t hotenství.

- **fiivotní styl v t hotenství** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **D lefité pojmy** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporu ená literatura k T3**
- **Lekce t hotenského cvi ení**
- **Test**

Téma 4: T hotná flena a p íprava na porod

Ů astník m kurzu tato kapitola p ínese pot ebné informace o tom, co je pot eba za ídit je-t p ed porodem, mořnosti prohlídky porodního sálu, v cech, které si t hotná flena p ichystá do porodnice, známkách po ínajícího porodu, sestavení porodního plánu.

- **P edporodní p íprava** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **D lefité pojmy** (text i p eklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**

- **Doporučená literatura k T4**
- **Lekce t hotenského cvičení**
- **Test**

Téma 5: Porod

Cílem kapitoly je seznámit účastníky kurzu s tím, jak probíhá příjem na porodní sál, průběh porodu. Dále nastíní možnosti tlumení bolesti, informuje o alternativních způsobech porodu a možných komplikacích.

- **Porod** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **Definované pojmy** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporučená literatura k T5**
- **Lekce t hotenského cvičení**
- **Test**

Téma 6: TMEstinová léčba

Tato kapitola seznamuje účastníky kurzu s průběhem poporodního období, pobytem na oddělení –estinová léčba a doporučeným životním stylem v této etapě.

- **TMEstinová léčba** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **Definované pojmy** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporučená literatura k T5**
- **Lekce t hotenského cvičení**
- **Test**

Téma 7: Péče o novorozence

Kapitola se zaměřuje na první hodiny a dny života miminka a jeho maminky, tj. výbava pro dítě, techniky kojení, alternativní metody kojení, hygiena, prohlídka u dětského lékaře, očkování.

- **Péče o novorozence** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Video**
- **Definované pojmy** (text i příklad do znakového jazyka)
- **Diskuze k tématu**
- **Doporučená literatura k T6**
- **Lekce teoretického cvičení**
- **Test**