



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Komunikace porodní asistentky se ženou při porodu a  
v šestinedělí**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Karolína Hradecká

**Vedoucí práce:** PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komunikace porodní asistentky se ženou na porodním sále a v šestinedělí*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou 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 školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2017

.....

Karolína Hradecká

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat především PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení, pomoc při psaní této bakalářské práce, dále bych jí chtěla poděkovat za cenné rady, věcné připomínky, a za vstřícnost při konzultacích a při vypracování bakalářské práce.

Dále bych touto cestou chtěla poděkovat respondentkám za ochotu a spolupráci při vedení rozhovoru.

V neposlední řadě chci poděkovat celé mé rodině, které mě podporovala po celou dobu studia.

# **Komunikace porodní asistentky se ženou při porodu a v šestinedělí**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá problematikou Komunikace porodní asistentky se ženou při porodu a v šestinedělí. Teoretická část je rozčleněna na dvě kapitoly. První kapitola blíže specifikuje pojem a proces komunikace, způsob, jakým je komunikace vnímána a její význam, zároveň vymezuje faktory ovlivňující komunikační proces. Ve druhé kapitole jsou popsány verbální, paralingvistické a neverbální složky komunikace uplatňované při porodu a v šestinedělí. Kapitola podrobně popisuje komunikaci v první, druhé, třetí a čtvrté době porodní, komunikaci v době poporodní, a zaměřuje se i na specifika komunikace s klientkou se změněným psychickým stavem (poporodní blues, poporodní deprese, poporodní psychóza).

Cíl práce byl stanoven tak, aby bylo možné zjistit, jakým způsobem klientky vnímají komunikaci porodních asistentek na porodním sále a v šestinedělí. První výzkumná otázka se zabývala spokojeností žen s komunikací porodních asistentek na porodním sále. Druhá výzkumná otázka řeší spokojenost žen s komunikací porodních asistentek na stanici šestinedělí.

Pro realizaci empirické části práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Techniku sběru dat tvořil individualizovaný polostrukturovaný rozhovor, kdy hlavním cílem bylo získat podrobné informace ve zkoumané oblasti. Rozhovor byl nahrán na diktafon poté byl převeden do elektrické podoby a následně byla provedena analýza textu. Odpovědi klientek jsou v práci rozlišeny kurzívou. Souhlas s rozhovorem byl klientkami vždy poskytnut dobrovolně ústní formou, klientky byly seznámeny se skutečností, že rozhovor je anonymní a výsledky výzkumu budou využity pouze pro účely bakalářské práce. Výzkumný soubor tvořilo devět klientek od 5. dnů do 2 měsíců po porodu, přičemž šest klientek bylo po spontánním vaginálním porodu, u jedné klientky bylo nutné vést porod vaginálně – instrumentační metodou VEX, dvěma klientkám pak bylo těhotenství ukončeno operačně, císařským řezem. Rozhovor byl realizován na podkladu dvojího setkání, s časovým rozestupem 1 týden mezi rozhovory, přičemž rozhovor byl veden za pomoci 11 předem připravených otázek pro každou oblast výzkumu (porodní sál, šestinedělí), zároveň byly klientkám vždy pokládány i doplňující otázky pro upřesnění obsahu hlavní otázky. První tři otázky byly identifikační. Obsahovaly informace o věku,

paritě, vzdělání, vedení porodu a rodinném stavu klientky. Další otázky se již zabývaly komunikací v konkrétních situacích (porodní sál, šestinedělí). Výzkum probíhal v období květen až červen 2017 včetně. Výzkum byl rozdělen pro přehlednost na dvě části, a to na komunikaci s klientkou na porodním sále a komunikaci s klientkou v šestinedělí, následně byl výzkum zpracován do kategorií a schémat, které obsahují podstatné informace a výsledky výzkumu.

Analýzou výsledků kvalitativního výzkumného šetření bylo dospěno k jistým závěrům a odpovědím na výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala spokojeností klientek s komunikací na porodním sále. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že klientkám byly poskytovány informace o průběhu porodu, metodách tlumení bolesti. Dále byly klientky informovány o postupech v průběhu porodu. Klientky hodnotily přístup porodních asistentek kladně na základě podpory, která jim byla při porodu poskytnuta, s komunikací byly z velké části spokojeny. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že pouze čtyři klientky byly dostatečně a v plném rozsahu informovány o metodách tlumení bolesti.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, zda byly klientky spokojené s komunikací na stanici šestinedělí. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že klientkám bylo v rámci edukace poskytnuto příliš velké množství informací za krátký časový úsek. Přístup porodních asistentek byl hodnocen kladně na základě intervencí, kdy se porodní asistentky zajímaly o psychický a fyzický stav klientky.

## **Klíčová slova**

Komunikace; porodní asistentka; empatie; důvěra; vztah; porod; šestinedělí

# **Communication as a midwife to a woman during childbirth (delivery) and in the puerperium**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the issue of the communication of a midwife with a woman during childbirth and in the puerperium.

The theoretical part is divided into two chapters. The first chapter specifies in detail the concept and process of communication, the way communication is perceived and its importance; it also defines the factors influencing the communication process. The second chapter describes the verbal, paralinguistic and non-verbal elements of communication used during childbirth and in the puerperium. The chapter describes in detail the communication in the first, second, third and fourth stage of childbirth, after childbirth communication, and also focuses on the specifics of communication with a client with changes mental state (puerperium blues, puerperium depression and puerperium psychosis).

The purpose of the work was to identify how clients perceive the communication of midwives in the labour ward and during the puerperium. The first research question addresses the women 's satisfaction with midwives' communication in the labour wards. The second research question addresses the women 's satisfaction with midwives' communication during the puerperium stage.

For implementation of the empirical part of the thesis qualitative research survey was used. The technique for collecting data created an individualized semi-structured interview where the main objective was to obtain detailed information in the researched field. The conversation was recorded on a dictaphone and then transferred into electronic version and text analysis was performed. Clients' answers are distinguished in italics. Verbal consent to the interview was always provided by the clients voluntarily, the clients were informed about the fact that the interview is anonymous and the results of the research would be used only for the purposes of the bachelor thesis. The research group consisted of nine clients from 5 days to 2 months after delivery. While six clients had spontaneous vaginal delivery, for one client an instrumental vaginal method VEX had to be used, and then for two clients the pregnancies were terminated surgically by caesarean

section. The interview was conducted on the basis of two meetings, with a time span (1 week) between the interviews.

The interview was conducted using 11 previously prepared questions for each area of research (the labour ward, the puerperium) and the clients were always also asked additional questions. The first three were identification questions; the other questions already dealt with communication in specific stages (labour ward, puerperium). The survey was conducted between May and June 2017 including. The research was, for its clarity, divided into two parts; to communication with the client in the labour ward and to communication with the client during the puerperium, following that the research was elaborated into categories and charts, which contain essential information and the results of the research.

By analysing the results of the qualitative research, some conclusions and answers to research questions have been reached.

The first research question addressed the satisfaction of clients with communication in the labour ward. A research survey found that patients were provided with information on the course of labor, methods of pain management. In addition, clients were informed about procedures during childbirth. The clients evaluated the approach of midwives positively on the basis of the support provided to them during delivery, and they were largely satisfied with the communication. The research also revealed that only four clients were adequately and fully informed about pain management methods.

The second research question was whether the clients were satisfied with the communication at the post-mortem station. From the research, it was found that clients were provided with too much information within a short period of time. The midwife's approach was evaluated positively on the basis of interventions where midwives were interested in the psychological and physical state of the client.

### **Key words**

Communication; midwife; empathy; trust; relationship; childbirth; delivery; puerperium

## OBSAH

<b>1</b>	<b>SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Komunikace.....</b>	<b>9</b>
1.1.1	Proces komunikace.....	9
1.1.2	Vnímání a účel komunikace.....	12
1.1.3	Faktory ovlivňující komunikaci .....	14
<b>1.2</b>	<b>Formy komunikace uplatňované při porodu a v šestinedělí.....</b>	<b>16</b>
1.2.1	Verbální komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí .....	16
1.2.2	Paralingvistická komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí ..	28
1.2.3	Neverbální komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí .....	30
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>36</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíle práce .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2</b>	<b>Výzkumné otázky.....</b>	<b>36</b>
<b>2.3</b>	<b>Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>Kategorizace dat rozhovorů komunikace na porodním sále .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>Kategorizace dat rozhovorů komunikace na stanici šestinedělí.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>Kategorizace dat přístupu porodní asistentky ke klientce při porodu a v šestinedělí .....</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>85</b>
<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>103</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM TABULEK A SCHÉMÁT .....</b>	<b>104</b>



## Úvod

Komunikace tvoří při práci porodní asistentky hlavní determinantu, na základě, které může klientce poskytnout patřičnou péči s ohledem na její potřeby, přání. Zároveň s pomocí komunikace porodní asistentka předchází mnoha nedorozuměním, právním sporům a profesionálním pochybením, které vznikají v podstatě vzájemným nepochopením klientky a porodní asistentky (Gulášová et. al, 2012).

Peter F. Drucker se vyslovil o komunikaci takto: „To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“ Při komunikaci s klientkou tvoří neverbální aspekty řeči cenné informace, na základě, kterých porodní asistentka vyhodnocuje emoční ladění, prožitky klientky, vývoj a charakter vztahu s klientkou, postoje klientky a v neposlední řadě mohou neverbální projevy prozradit porodní asistentce něco o osobnosti a charakterových vlastnostech klientky (Zacharová, 2011).

Klientka se vlivem příjmu na porodní sál ocitá v novém a neznámém prostředí, tento stav je často spojen s negativními emocemi, kdy klientka verbalizuje nervozitu, úzkost, strach, pochopitelně tak hledá způsob, jak dosáhnout rovnováhy a pocitu bezpečí, tuto potřebu porodní asistentka naplňuje použitím vhodné komunikace a poskytnutím informací klientce (Tóthová et. al., 2014).

Provádět ošetrovatelské intervence bez současného užití komunikace je velmi neprofesionální a nevhodné, takové jednání zvyšuje napětí klientky, prohlubuje strach a nervozitu. Takové jednání je klientkou vnímáno negativně zvláště pak jako projev nezájmu (Plevová, 2011). Komunikace je součástí běžného života každého člověka, denně se nacházíme v situacích, které nás nutí komunikovat s jinými lidmi, zažíváme okamžiky, o které se chceme s někým podělit. Komunikace má v porodnictví nezastupitelné místo.

V letech 2010–2012 byl Filozofickou fakultou Karlovy Univerzity prováděn výzkum zaměřený na spokojenost žen s péčí během porodu. Autorkami výzkumu byly Lea Takácsová a Jitka Seidlerová. Výzkumu se zúčastnilo 1195 žen. Dle studie klientky hodnotily kladně prostředí porodnického oddělení, včasný a trvalý kontakt s dítětem po porodu, kladně klientky hodnotily výběr porodní polohy, přičemž porodní polohu si mohlo zvolit pouze 24 % dotázaných, a jen 35 % dotázaných mělo možnost odmítnout intervence během porodu. Dále výzkum ukázal, že klientky nebyly spokojené s chováním, přístupem a komunikací zdravotníků. Přístup zdravotnického personálu hodnotily jako: „neosobní, nadřazený“, přičemž personál v době probíhající denní vizity

nebral ohled na to, zda klientky kojí či nikoliv. Informace podané zdravotnickým personálem hodnotily jako nedostatečné, kdy téměř polovina dotázaných uvedla, že od lékařů získávaly rozporuplné informace (Florence, 2013).

Z výzkumu je zřejmé, že klientky nebyly spokojené s komunikací a s přístupem zdravotnického personálu. Je patrné, že s pouhým sdělením informace klientce si v porodnictví nevystačíme. Je nutné si uvědomit, že i mlčením a pohlazením můžeme dát klientce najevo podporu a taktéž komunikace s klientkou může probíhat i bez použití slov.

Na základě zmíněného výzkumu jsem se rozhodla, zvolit si takové téma bakalářské práce, které se bude zabývat problematikou komunikace v porodnictví, zároveň jsem chtěla zjistit, jak je na tom komunikace v současnosti v porovnání s předchozím výzkumem. Téma bakalářské práce je zaměřeno na komunikaci porodní asistentky se ženou při porodu a v šestinedělí. Cílem práce je: zjistit, jak ženy vnímají komunikaci porodních asistentek při porodu a v šestinedělí. Výzkumné otázky se zabývají spokojeností žen s komunikací na jednotlivých stanicích, konkrétně na porodním sále a stanici šestinedělí. Cílem je i zjistit jaké očekávání mají klientky, jedná-li se o komunikaci při porodu a v šestinedělí.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Komunikace

Základní termín komunikace vychází z latinského *communicare*, které ve své podstatě znamená něco sdílet, radit se (Kristová, 2004). Komunikace je procesem, při kterém dochází k předávání a výměně informací mezi dvěma subjekty (Pokorná, 2008).

Výrost, Slaměník (2008, s. 217) formulovali ve své publikaci komunikaci jako: *Specifickou formu spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání významů*. Komunikace v lidské populaci též nazývaná jako sociální komunikace je vysoce specifická a evolučně velmi vyspělá s charakteristickými lidskými rysy (slova), naproti tomu komunikace mezi zvířaty označována jako komunikace biologická je nejčastěji formována zvuky, doteky a pohyby (Kučera, 2013).

Stejně jako v jiných zdravotnických profesích, uplatňuje porodní asistentka v péči o klientku tyto komunikační dovednosti: empatii, naslouchání, projevení respektu, uznání, zájmu, což jsou atributy vedoucí k vytvoření pozitivního vztahu a vzájemné důvěry mezi klientkou a porodní asistentkou, zároveň vedou k rozvoji komunikace mezi zúčastněnými (Takács, Sobotková, 2015).

Komunikace musí být ze strany porodní asistentky zdvořilá, stručná (příliš dlouhé věty znemožňují orientaci klientky v problematice), zároveň musí být správná, zřetelná, a úplná (nevynechání informací), při dodržení všech zmíněných požadavků můžeme komunikaci označit za efektivní (Vymětal, et. al, 2008).

### 1.1.1 Proces komunikace

Komunikace je interakční proces, při kterém dochází k vysílání a přijímání určitého sdělení (informace), jehož cílem je předání a porozumění danému sdělení (komunikační výměna), tento proces probíhá skrze různé komunikační prostředky (Mišovic, 2015). Jedná se o proces oboustranný, za účasti vždy dvou a více osob (např. porodní asistentka a klientka), přičemž všechny zúčastněné osoby komunikace, se na procesu podílí, ovlivňují ho a přetvářejí k obrazu svému, role komunikátora (sdělovatel informace) a komunikanta (příjemce informace) se v celém komunikačním procesu střídají (Vymětal et al., 2008). V této bakalářské práci je komunikátorem nejčastěji porodní asistentka a komunikantem klientka.

Komunikační proces začíná vymyšlením sdělení na straně komunikátora (porodní asistentky), pokračuje jeho předáním komunikantovi (klientce) a končí přijetím daného sdělení klientkou a její následnou reakcí (Křoustková Moravcová, 2014).

Zacharová (2011) uvádí, že komunikace s klientkou je nezbytná, k dorozumívání a zjišťování potřeb klientky. Komunikace je i nevratná, protože jakýkoliv nevhodný projev (neverbální, či verbální) nelze vzít zpět, ovlivní další spolupráci porodní asistentky a klientky. Komunikace je taktéž neopakovatelná, protože komunikační situace a podmínky komunikace se mění, tím se celkově mění i komunikační proces.

Porodní asistentka (PA) navazuje s klientkou kontakt již v těhotenství v rámci prenatalní poradny, pokud mluvíme o interakci klientky s porodní asistentkou ve zdravotnickém zařízení, dochází k ní nejčastěji na předporodních kurzech, které jsou součástí předporodní přípravy (Ratislavová, 2008). Právě první kontakt s klientkou ovlivňuje charakter vztahu, komunikaci a další spolupráci porodní asistentky s klientkou (Roztočil, 2008). Společným cílem porodní asistentky a celého zdravotnického týmu je při komunikaci s klientkou vytvořit důvěrný, přátelský vztah plný podpory, zájmu, vytvořit pozitivní atmosféru, tímto porodní asistentka může ovlivnit průběh celého porodu (Binder, et. al, 2015).

*Základní struktura komunikace* je tvořena: sdělovatelem informace (porodní asistentkou), dále příjemcem sdělované informace (klientkou) jejichž role se v komunikaci střídají. Dále pak komunikačním prostředkem, poté komunikačním jazykem, který je pro příjemce a sdělovatele totožný, poté sdělením (komuniké), komunikačním kontextem, který zahrnuje všechny proměnné vstupující do komunikačního procesu, dále je to komunikační prostředí, které vymezuje prostor, kde se komunikace odehrává a poslední složkou je zpětná vazba, která vyjadřuje pochopení a přijetí sdělované informace (dekódování) (Škobrtal, 2012).

*Sdělení* je předáváno pomocí slov, při procesu učení se schopnost předávat informace zdokonaluje (Šupšáková, 2015). Ve sdělení, se promítají naše názory, postoje, emoce, inteligence, vztah k nám samotným i ostatním lidem, kulturní zvyky a zároveň i naše komunikační zkušenost. Všechny zmíněné faktory ovlivňují komunikační proces mezi porodní asistentkou a klientkou, jak ve vstupní fázi (sdělování informace), tak i v konečném výsledku (zpětné vazbě) (Schneiderová, Schneider, 2010).

Přenos sdělení je uskutečněn za použití různých *komunikačních prostředků*. Mezi, ně patří například ústní předání „face to face“, forma této komunikace je v porodnictví využívána velmi často, protože je bezprostřední, tedy PA může zpětnou vazbu klientky

pozorovat v daném okamžiku, řadíme sem: komunikaci verbální, neverbální a komunikaci prostřednictvím skutků a činu (Zacharová, 2011). Při použití informačních technologií hovoříme o komunikaci zprostředkované, kam řadíme: komunikaci telefonickou, písemnou, vizuální, audiovizuální a elektronickou, tento typ komunikace je při interakci s klientkou využíván méně často (Strnadová, 2011).

Volba *komunikačního prostředku* je závislá na mnoha faktorech (např. nákladech, rychlosti, přesnosti a charakteru sdělení), tyto faktory ovlivňují průběh komunikačního procesu, i zpětnou vazbu klientky (Vymětal et al., 2008).

Pomocí *komunikačního jazyka* je porodní asistentce či klientce umožněno předávat sdělení, přičemž jazyk je ovlivňován jazykovým prostředím, které je tvořeno: lidmi, sociálními úmysly, komunikačními normami sloužícími k dosažení cílů, a dále je formován faktickou řečí používanou v konkrétní situaci, volba komunikačního jazyka je závislá na jazykovém prostředí, v němž komunikace probíhá (Strnadová, 2011). Neznamená však, že hovoří-li klientka a porodní asistentka stejným jazykem, musí vzájemně předávané zprávě rozumět. Význam slov, může být interpretován a chápán odlišným způsobem, především jedná-li se o abstraktní pojmy nebo odborné pojmy užívané ve zdravotnictví (Zacharová, 2011).

*Komunikační kontext* je vyjádřen jako situace, ve které komunikace probíhá (Zacharová, 2011). Komunikace je ovlivněna situací, ve které se porodní asistentka a klientka nachází v daném čase a prostoru, a dále je dána celkovým dojmem, který si porodní asistentka a klientka vzájemně utváří, jakožto pohled na komunikačního partnera (Schneiderová, Schneider, 2010). Komunikační kontext obsahuje 4 složky: fyzický *kontext* zahrnuje prostředí ve, kterém se komunikace mezi porodní asistentkou a klientkou odehrává. V tomto případě je fyzickým kontextem prostředí porodního sálu a stanice šestinedělí. Kulturní kontext je dán životním stylem, hodnotami, tradicemi, způsoby chování charakteristické pro určitou sociální skupinu (De Vito, 2008). Vyznává-li klientka např. muslimskou víru, PA musí komunikaci přizpůsobit individualitě klientky. Dále je to sociálně – psychologický kontext, který je určen vztahem, postavením porodní asistentky a klientky. Mezi PA a klientkou vždy existuje asymetrie, která je dána závislostí klientky na porodní asistentce v průběhu poskytování ošetrovatelské péče při porodu a v šestinedělí. Asymetrii kompenzuje skutečnost, že se PA snaží být klientce rovnocenným partnerem. PA interpretuje poskytovanou péči jako doporučení, klientce nepřikazuje, co musí udělat, přičemž klientce vždy zdůrazní důležitost provedení intervence i případná rizika spojená s výkonem, zároveň ponechává klientce autonomii

v rozhodování a podílení se na péči, a to skrze přání, nároky a informovaný souhlas (Takács, Sobotková, 2015). V neposlední řadě je zde zahrnut časový kontext, který určuje časový rámec a posloupnost událostí, pořadí témat, o kterých klientka s porodní asistentkou hovoří (De Vito, 2008). Časový kontext má důležitou roli při sdělování špatné zprávy klientce (např. úmrtí plodu), či při vzniklých komplikacích během porodu a v šestinedělí. Podstatné je, aby si PA pro takové sdělení vymezila dostatek času, eliminovala rušivé vlivy v prostředí, kde bude zprávu sdělovat (hluk, přítomnost dalších osob, telefon, špatná srozumitelnost informace-dána použitím lékařského dialektu) všechny tyto faktory negativně ovlivňují proces komunikace (Kristová,2004).

K posouzení efektivnosti komunikace porodní asistentce slouží, *zpětná vazba*, kdy na základě reakce klientky, a úrovně komunikačních dovedností klientky, mění porodní asistentka formu sdělení, tak, aby došlo k pochopení sdělení, což je hlavním cílem komunikace (Doležal, Máchal et. al, 2012). Efektivní komunikace lze docílit v případě, že si porodní asistentka stanoví cílovou skupinu komunikace (klientku), dále si určí hlavní myšlenky předávané informace, zohlední prostředek komunikace dle osobnosti klientky, také je nutné, aby PA jako komunikátor působila věrohodně, poté si PA vymezí odpovídající čas pro sdělení a současně nesmí zapomenout na zpětnou vazbu, která je indikátorem kvality komunikace (Treasurer, 2016).

Zpětná vazba dle Schneiderové, Schneidera (2010) může mít charakter pozitivní, vyjadřující porozumění a souhlas klientky či porodní asistentky, poté charakter neutrální definující porozumění, neutrální postoj a nerozhodnost, negativní charakter vyjadřuje pochopení, ale zároveň protikladný názor komunikujících, nechápající charakter je dán váhavým postojem, tedy tím, zda bylo sdělení pochopeno správně či nikoliv.

### ***1.1.2 Vnímání a účel komunikace***

Při vnímání komunikace je soustředěnost klientky a porodní asistentky zaměřena na informace zajímavé, nové, naopak opakující se informace, které jsou součástí běžné komunikace, si špatně zapamatovávají a velmi rychle je zapomínají (Strnadová, 2011).

U vnímání komunikace se setkáváme se selekcí, přičemž z počátku je selekce nevědomá, poté se proces stává vědomým, protože pozornost klientky a PA je zaměřená na podněty, které chtějí vnímat intenzivněji, vše ostatní je přesunuto do pozadí – Tuto schopnost porodní asistentka uplatňuje např. při odběru anamnézy, kdy se soustředí na informace důležité, často vypovídající o zdravotním stavu klientky (Mikuláščík, 2010). Strnadová (2011) charakterizuje vnímání komunikace jako sinusoidu, přičemž začátek a

konec sdělení je vnímán pozorněji než střední část předávané informace. Vnímání klientky je ovlivněno prožíváním děložních kontrakcí, ale zároveň je ovlivněno prostředím porodního sálu, které zahrnuje vzájemné vztahy personálu mezi sebou, spory mezi zdravotníky je nutné odložit na dobu, kdy klientka není přítomna dané situaci (Takács, Sobotková, 2015).

Komunikace slouží jako prostředek pro vytváření, udržení mezilidských vztahů, zároveň je dorozumivacím nástrojem mezi PA a klientkou (Juklová, 2015).

Porodní asistentce slouží komunikace jako prostředek ke koordinaci chování či ke kooperaci s klientkami, na straně druhé porodní asistentka využívá komunikačních prostředků, pokud potřebuje klientku ovládat a ovlivňovat, vede klientku potřebným směrem, tím se komunikace stává záměrnou (Škobrtal, 2012). Komunikace umožňuje porodní asistentce navázat vztah s klientkou, tím ji přiměje ke spolupráci, kdy v závislosti na situaci jako je například nepostupující porod, může porodní asistentka klientku ovlivnit, takovým způsobem, aby došlo k naplnění vytyčeného cíle (porodu plodu) při plnění ošetrovatelské péče.

Vymětal et. al (2008) vymezili jedenáct základních funkcí komunikace. První je *Informativní funkce*, kdy porodní asistentka této funkce využívá předává-li klientce své znalosti, zkušenosti, a to nejčastěji formou edukace či rozhovoru, kde klientku informuje o plánu ošetrovatelské péče. Funkce *poznávací* se rozvíjí na základě zájmu klientky o danou problematiku a to např. dotazem na porodní asistentku, či hledáním jiného zdroje informací, kdy účelem je získání vědomostí o problematice. Porodní asistentka se může setkat ze situací, kdy klientka argumentuje nesprávnými informacemi převzatými např. z internetu, PA v žádném případě nesmí tuto snahu klientky hodnotit negativně („Tam se dočtete mnoho hloupostí“), naopak je žádoucí, klientku za její snahu orientovat se v problematice, pochválit a nesprávné informace „uvést na pravou míru“ (Takács, Sobotková, 2015). Porodní asistentka přesnými intervencemi a doporučeními vede klientku, tak, aby došlo ke zlepšení zdravotního stavu, obnovení psychické pohody a tím je naplněna *instruktivní* funkce komunikace (Vymětal et. al, 2008). V rámci *vzdělávací – výchovné funkce* při pobytu v nemocničním či jiném zařízení je nutné, s ohledem na zdravotní stav klientky, aby klientka dodržovala určitý léčebný režim a pravidla, v tomto procesu je porodní asistentka klientce rovnocenným partnerem, kdy klientku učí, jak se chovat v určité situaci, čemu se vyvarovat, příkladem je mobilizace klientky po operaci. Funkce *osobní identity* je určena uvědoměním si vlastních názorů, postojů. *Socializační funkce* umožňuje PA navázání či rozvíjení vztahu s klientkou. *Přesvědčovací* funkce je

aplikována především v náročných či komplikovaných situacích, kdy cílem porodní asistentky je přimět klientku ke spolupráci, případně změnit její postoj, v situaci, kdy je to nutné. Důležitou komunikační funkci v práci porodní asistentky tvoří *svěřovací funkce*, na základě, které si porodní asistentka získává důvěru klientky, umožní ji vcítit se do pocitů klientky, díky tomu porodní asistentka volí vhodnou komunikační techniku adekvátní situaci a tím dochází k udržení komunikačního procesu. Poslední dvě funkce *úniková a zábavná* mají za hlavní cíl odpoutání pozornosti klientky (Vymětal et. al, 2008).

### **1.1.3 Faktory ovlivňující komunikaci**

Mezi faktory ovlivňující komunikaci patří: faktory *individuální*, kam je zařazena motivace a osobní dispozice klientky a porodní asistentky (vlastnosti, schopnosti, dovednosti, zkušenost a umění komunikovat). Dále jsou to *sociální faktory*, mezi které řadíme normy, upravující podmínky komunikace (zvyky, tradice, morální zásady), kdy porodní asistentka komunikaci přizpůsobuje individualitě klientky s ohledem na interkulturní specifika. *Vztah* porodní asistentky s klientkou může mít různý charakter v ideálním případě mezi nimi vzniká přátelský vztah založený na důvěře, i přes to, si porodní asistentka musí při komunikaci s klientkou udržet profesionální odstup. *Sociální prostředí* je formováno interakcí mezi PA a klientkou, v takovém prostředí pak probíhá komunikace, přičemž spolupráce a důvěra jsou determinanty tvořící základ pozitivního vztahu mezi klientkou a porodní asistentkou, v neposlední řadě je to *faktor situační*, tvořený vnějšími podmínkami, za které komunikace probíhá (vymezený čas, osobní prostor, prostředí) patří sem i rušivé vlivy jako je hluk, přítomnost jiných osob (Vymětal et al.,2008).

Při změně vztahu mezi komunikujícími partnery (PA a klientkou) či při změně jiného faktoru ovlivňujícího komunikaci, se změní celý proces komunikace (její podoba a průběh) (Schneiderová, Schneider, 2010).

Při komunikaci s klientkou v průběhu porodu, zvláště pak i v šestinedělí je zpravidla nejdůležitější dodržovat individuální přístup, který je primárním prvkem k úspěšné komunikaci a spolupráci, dalším požadavkem je úcta ke klientce, kdy je důležité respektovat klientku jako osobnost i s jejími chybami a bio-psycho-sociálními potřebami. Zároveň je důležité nikdy klientku neodsuzovat, je nutné ji ponechat nezávislost (autonomii) v rozhodování o poskytované zdravotní péči na které se klientka samozřejmě podílí a v neposlední řadě nesmíme zapomenout na empatii, která je důležitá pro vcítění se do klientčiny pocitů a problémů, kdy na základě všech vyjmenovaných determinant



si u klientky porodní asistentka získává důvěru, důležitou pro vytváření vzájemného pozitivního vztahu (Zacharová, 2011). Úcta a respekt k lidské osobnosti je součástí etického přístupu (Plevová, 2011). Empatie a podpora klientky mají zcela zásadní význam při porodu i v šestinedělí, kdy Ratislavová (2008) uvádí, že právě tyto dvě složky komunikace pozitivně ovlivňují: délku porodu, nutnost využití medikace, přítomnost porodnických komplikací, interakci klientky s novorozencem, v neposlední řadě pozitivně ovlivňují sebepojetí klientky, které je i v období poporodním prokazatelně vyšší.

Zmíněné principy porodní asistentka využívá ve všech fázích ošetrovatelského procesu. V první fázi – při získávání anamnézy, zhodnocení celkového stavu klientky, PA vidí klientku většinou poprvé, projevuje úctu tím, že nemá vůči klientce žádné předsudky. Při diagnostice tedy druhé fázi procesu, kdy porodní asistentka vyhledává potencionální problémy, provádí bližší zkoumání zjištěných informací, vnímá klientku holisticky s ohledem na individualitu a odlišnosti klientky. Při třetí fázi procesu – plánování ošetrovatelských intervencí, při určení priorit v poskytování péče, PA respektuje individuální požadavky a přání klientky, klientka se podílí na spolurozhodování o péči. V další předposlední fázi procesu, realizaci, je důležité, aby PA projevila klientce úctu trpělivostí a poskytnutím dostatku času při výkonu činností, podporu vyjádří neverbálními projevy (úklon hlavy, haptickým kontaktem), v poslední fázi ve vyhodnocení PA ve spolupráci s klientkou hodnotí progres stavu, jako výsledek ošetrovatelského procesu (Tóthová et. al, 2014).

Zcela zásadní roli a dalším faktorem ovlivňujícím komunikaci je potřeba bezpečí a jistoty, jeli tato potřeba narušena nebo neuspokojena nemůže být komunikace efektivní.

Pocit bezpečí a jistoty může porodní asistentka posílit především vhodnou komunikací, musí se vyvarovat používání odborné terminologie, které vyvolává u klientky rozpaky, včas vhodnou formou (empaticky, klidným hlasem) klientku informuje o dalším průběhu porodu, stavu plodu následující péči, dále porodní asistentka umožní klientce přítomnost blízké osoby a stejným způsobem postupuje i v šestinedělí (Binder, et. al, 2015). Pro naplnění potřeby bezpečí a jistoty je také důležité, aby komunikace s klientkou byla nedirektivní (klientka je tím, kdo rozhoduje o intervencích – dává souhlas), porodní asistentka respektuje přání klientky, je klientce doprovázející osobou, klientka spolurozhoduje a podílí se na péči poskytované v rámci porodu i v poporodní péči (Ratislavová, 2008).

## 1.2 Formy komunikace uplatňované při porodu a v šestinedělí

Porozumění a podpora je jednou z nejdůležitějších schopností porodní asistentky, při komunikaci s klientkou jsou tyto schopnosti velmi důležité, přičemž obě zmíněné schopnosti mohou být určitou formu komunikace. Na základě těchto dovedností PA klientku motivuje, zvyšuje její sebevědomí, uznává ji jako osobnost, forma takové podpory je označena jako *evalvace*, v opačném případě hovoříme o *devalvací*. V komunikaci je evalvace vyjádřena pozorným nasloucháním, projevením opravdového zájmu o sdělení klientky, zájem o osobnost klientky, poskytnutí dostatku času pro vyjádření sdělení klientkou, jedná se především o projevení úcty ke klientce, zastání se jí v situacích, kdy ztrácí odhodlání, dále sem patří ulehčení klientčina trápení (úleva od bolesti), pochvala, věnování času klientce, takových intervencí využíváme především v první, druhé době porodní a době poporodní (Šlaisová, 2009). Devalvace je projevem celkové neúcty, nezájmu, nejčastěji má podobu ignorace, povýšeneckého chování, ponižování, nenaslouchání klientčiny problémům, shazování klientky samotné či zlehčování jejího onemocnění (Kelnarová, Matějková, 2014). Evalvací i devalvací můžeme označit za druh komunikace s klientkou, kdy podpora je vyjádřena verbálně a neverbálně.

Komunikace je tvořena verbálními a nonverbálními projevy na jejichž základě rozdělujeme komunikaci do tří hlavních skupin, a to na komunikaci verbální, neverbální a paralingvistickou, která je součástí verbální komunikace (Strnadová, 2011).

### 1.2.1 Verbální komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí

Dle Juklové (2015) základ verbální komunikace tvoří jazykové znaky, které jsou vyjádřeny za pomoci slov, přičemž nezáleží na tom, zda komunikace probíhá mluvenou formou, doprovázenou fonetickými znaky (zvukový projev) či formou písemnou vyjádřenou znaky grafickými.

Verbální komunikace, přesněji slovo má při poskytování péče porodní asistentkou nezastupitelnou roli, kdy prostřednictvím slov může porodní asistentka klientku edukovat, informovat, ovlivňovat, přičemž slova musí volit s rozmyslem, adekvátně situaci (porod, šestinedělí) s ohledem na individualitu klientky tak, aby nedošlo k narušení psychické pohody, k zhoršení fyzického stavu klientky nebo k narušení vzájemné důvěry, vztahu mezi porodní asistentkou a klientkou (Zacharová, 2011).

Každé sdělení, probíhá v rovině tematické, která zahrnuje obsah sdělení (názory, postoje, myšlenky) PA a klientky, druhou rovinu tvoří rovina interpretační, která je formována individuálním významem daného sdělení s vyjádřením smyslu sdělení (Výrost, Slaměník, 2008).

Jazyk můžeme označit za komplexní, vzájemně provázaný systém, který se formuje již v útlém věku, osvojování jazyka je přirozeným procesem vývoje (Křoustková Moravcová, 2014). Řeč je univerzální formou verbální komunikace a zároveň je prostředkem, který nejméně zkresluje obsah sdělení. (Schneiderová, Schneider, 2010). Řeč je nástrojem mysli, přičemž na základě myšlení je sdělení formováno a následně předáno, lze tedy říci, že slouží i jako prostředek dorozumívací v interakci mezi porodní asistentkou a klientkou (Křoustková Moravcová, 2014).

Verbální komunikace je vždy doplněna o mimoslovní signály (neverbální komunikaci) a dále o paralingvistické projevy, tyto dvě složky dotváří význam slovního vyjádření (Strnadová, 2012).

### ***Verbální komunikace s klientkou v průběhu porodu***

Porod je pro klientku náročnou životní událostí, kdy se klientka často ocitá na pokraji svých fyzických i psychických sil, přičemž se situaci snaží zvládnout, adaptovat se na situaci, adaptace zároveň probíhá na základě životní zkušenosti, genetické vybavenosti a osobnosti klientky, součástí adaptace mohou být obranné mechanismy (únik, útěk, volání o pomoc, izolace, fixace aj.), které jsou především při porodu charakterizovány nepřiměřenou, nezvládnutou reakcí klientky (křik, hlasitý pláč, smích) (Ratislavová, 2008).

Při příjmu klientky na porodní sál hraje významnou roli první dojem. Porodní asistentka dodržuje etický kodex a klientce se představí za současného podání ruky (Roztočil, et. al, 2008). Je vhodné, aby se porodní asistentka klientky zeptala, jak si přeje být oslovována v průběhu poskytování péče, přičemž chybou není, oslovuje-li PA klientku příjmením s titulem „paní“ (Zacharová, 2011). Porodní asistentka vysvětlí klientce své kompetence, informuje ji o provozu porodního sálu, případně stanici šestinedělí (personál, režim oddělení, signalizace, sociální zařízení), seznámí ji s právy klientek, informuje ji o plánu ošetrovatelské péče spojené s porodním a poporodním dějem, a informuje ji i o případných rizicích s péčí spojené (Takács, Sobotková, 2015). Klientka je dále informována o péči poskytované v průběhu porodu, hospitalizaci za současného vysvětlení informovaného souhlasu, kdy porodní asistentka musí informace

sdělovat srozumitelně, pomalu s ohledem na současný stav klientky (prožívá-li bolest, vnímání komunikace je snižené), zpětnou vazbou se PA ujistí, že klientka poskytnutým informacím rozumí a souhlasí s navrhovanou péčí (Binder, et. al, 2015). Pocit bezpečí a jistoty je umocněn poskytnutím informací, klientka ví, co může v následujících hodinách očekávat.

Součástí příjmu klientky na porodní sál je zjišťování údajů o klientce, kdy porodní asistentka často využívá strukturované komunikace (Plevová, 2011). Zacharová (2011) vymezila 8 základních otázek, které jsou využívány při rozhovoru s klientkou, kdy rozhovor s klientkou je zahájen úvodní otázkou: např. „Jak se dnes cítíte“, rozhovor pokračuje otázkou otevřenou umožňující neomezené vyjádření: např. „Jakým způsobem jste se připravovala na porod,“, následuje uzavřená otázka: „Jak často pociťujete kontrakce?“, „Kde vás to nejvíce bolí?“, další je otázka přímá: „Otekla vám plodová voda?“, podněcující otázka, motivuje klientku k rozhovoru, porodní asistentka se ptá: „Jaký názor máte na klyzma?“ následující otázkou je otázka sugestivní, kdy PA ovlivňuje odpověď klientky např. otázkou: „Máte stále problémy s vyprazdňováním?“, alternativní otázka, dává klientce možnost výběru odpovědi: „Vnímáte kontrakce intenzivněji při pohybu nebo, když jste v klidu?“ v neposlední řadě je to otázka motivující: „PA klientku podpoří „Nemějte strach, po celou dobu, tam budu s vámi, společně to jistě zvládneme“, v závěru rozhovoru PA využije kontrolní otázky: „Máte nějaké dotazy?“, kdy se ujistí, zda klientka porozuměla předávané informaci. Porodní asistentka rozhovorem zjišťuje objektivní a subjektivní problémy klientky, za současného použití dokumentace (těhotenská průkazka, výsledky vyšetření) (Sák et. al, 2008). Porodní asistentka by se při rozhovoru s klientkou měla zajímat o přání klientky týkajících se vedení porodu, intervencí s porodem spojených (hygiena, využití technik zmírňující bolest, episiotomie aj.), zároveň by jí měla vysvětlit důvod realizovaných intervencí, seznámit ji s riziky spojenými s výkonem a v případě nesouhlasu klientky, ji seznámit i s případnými následky jejího rozhodnutí (Takács, Sobotková, 2015). Důležitým atributem při vedení rozhovoru s klientkou je ujasnit si cíl, obsah rozhovoru, zároveň si porodní asistentka musí vymezit dostatek času pro rozhovor a připravit si potřebné materiály, neméně důležitá je i příprava prostředí, aby v prostředí, kde probíhá rozhovor byly všechny rušivé elementy odstraněny, tak, aby nedocházelo ke zkreslení obsahu sdělení či negativní zpětné vazbě klientky (Plevová, 2011). Klientka musí, vždy znát příčinu rozhovoru, a podmínky za, které bude rozhovor probíhat, přičemž má vždy právo odmítnout sdílet informace, tuto volbu musí porodní asistentka, klientce umožnit (Zacharová, 2011).

Vnitřní vaginální vyšetření, zevní porodnické vyšetření a objektivní vyšetření klientky zahrnující: měření fyziologických funkcí, hmotnosti klientky, vyšetření moči, hodnocení stavu končetin (edémy), sliznic, kůže a celkového stavu, patří k základnímu vyšetření klientky v těhotenství spolu s monitorací plodu (Binder, et. al, 2015). Vnitřní vaginální vyšetření je pro většinu klientek intimní a nepříjemnou záležitostí, to je způsobené narušením intimní zóny klientky, náležitou a citlivou komunikací doprovázenou respektem ke klientce, může porodní asistentka nepříjemné pocity klientky zmírnit. Klientka je porodní asistentkou informována o nutnosti vyšetření, je požádána o odložení věci a za ujmoutí gynekologické polohy. Porodní asistentka klientku včas upozorní na začátek vyšetření, verbálně klientce popisuje postup vyšetření, upozorní ji na možné nepříjemné pocity spojené s vyšetřením, přičemž při negativní verbalizaci klientky (bolesti) je klientce zdůrazněna nutnost vyšetření, komunikací se snaží klientku přimět ke spolupráci a trpělivosti, přičemž je nutné, aby porodní asistentka omezila vyšetření na co nejkratší možnou dobu (Weiss, Janáčková 2008).

*První doba porodní*, nazývaná též jako fáze otevírací začíná pravidelnými kontrakcemi trvajících 20–40 sekund, v intervalu od 2–5 minut, kdy za účinku kontrakcí dochází k otevírání porodních cest až do zániku branky, dále dochází k odtoku vody plodové, přičemž první doba porodní trvá u klientky, prvorodičky zpravidla deset až dvanáct hodin (Gregora, Velemínský ml., 2013). Klientka vnímá zesilující se bolesti uvědomuje si, že porod není zdaleka u konce, ztrácí víru v sebe sama, odhodlání, je odtažitá, netečná v této fázi porodní asistentka klientce nabízí metody tlumící bolest, doporučuje změnu polohy, alternativy tlumící bolest (Ratislavová, 2008). Klientka při vnímání bolesti ocení podporu porodní asistentky, PA klientku podporuje verbálně (např. slovy „jste šikovná“, „spolu to zvládneme“, „vedete si dobře“, „dýchejte zhluboka, tak dobře“) i neverbálně (položením dlaně na rameno, povzbuzujícím úsměvem) (Takács, Sobotková, 2015). Ke konci první doby porodní klientka ztrácí trpělivost, pociťuje silný tlak na konečník, kontrakce se zesilují, klientka propadá bezmoci, v této fázi je důležité povzbuzení klientky (Ratislavová, 2008). Kritika klientky (i když porod nezvládá úplně dobře) není na místě, prohloubí to její obavy a ztrátu sebeúcty, ohrozí vytvořenou důvěru s klientkou (Takács, Sobotková, 2015). Porodní asistentka si musí uvědomit, že často nepřiměřené a vystupňované chování klientky v průběhu porodního děje jsou reakcí na velkou psychickou a fyzickou zátěž, přičemž klientka situaci zvládá dle svých možností

(Ratislavová, 2008). Konec otevírací fáze první doby porodní je často doprovázen zrychleným dýcháním a neklidem klientky, klientka jeví známky verbálního (klientka udává bolest, nářek) a neverbálního diskomfortu (např. objevují se slzy, ústní koutky směřují dolů, držení těla je schoulené), kdy tyto známky jsou kompenzací pro přetrvávající zátěž (bolest), na základě stupňujících se a přetrvávajících příznaků je zkušená porodní asistentka schopná poznat v jaké fázi porodu se klientka nachází (Binder, et. al, 2015). Při porodu je nevhodné komunikovat s klientkou jen proto, aby „řeč nestála“, takové jednání je zbytečné a má opačný efekt, klientka takovou komunikaci vnímá jako obtěžující, zbytečnou, rušivou, nemůže se plně věnovat porodnímu procesu (Takács, Sobotková, 2015).

Je nutné si uvědomit, že vnímání bolesti klientkou je vždy individuální záležitostí, je závislé na různých okolnostech, ke kterým patří i minulá zkušenost s porodem, vnímání bolesti může být ovlivněno i strachem, obavami, kdy nadměrné obavy zvyšují citlivost klientky, snižují toleranci bolesti, snižují účinnost kontrakcí a působí celkové napětí, na druhou stranu přiměřené adekvátní obavy mohou působit motivačně, klientku bolest povzbuzuje, tlačení se snaží zbavit nepříjemné bolesti (Ratislavová, 2008). Pro tlumení bolesti při všech dobách porodních jsou metody farmakologické za použití léků (celková, lokální analgezie), a nefarmakologické (akupunktura, psychoterapie, aromaterapie, relaxační masáže), přičemž se liší účinkem, náročností, délkou působení, indikacemi (Hanáková et. al, 2017). Klientka trpící bolestí mnohem intenzivněji vnímá podněty z okolí, v takové chvíli se porodní asistentka musí vyvarovat komunikaci s kolegy před klientkou, obzvláště netýká-li se rozhovor klientky, takové jednání je netaktní až hrubé, klientka může mít pocit, že je personálem zesměšňována (Ratislavová, 2008).

Ponechá-li porodní asistentka klientku na porodním sále samotnou z jakéhokoliv důvodu (není nutné být s klientkou každou minutu porodu, porodní asistentka ponechává klientce soukromí) je důležité, aby ji informovala o signalizačním zařízení, které v momentě, kdy klientka vyžaduje přítomnost porodní asistentky ji tímto způsobem přivolá (Takács, Sobotková, 2015).

Vypuzovací fáze neboli *druhá doba porodní* je děj, navazující na první dobu porodní, přičemž trvá od třiceti do šedesáti minut a je charakteristický vypuzením plodu z těla klientky, klientka subjektivně vnímá velmi silný tlak na konečník, pociťuje nutnost tlačit (Gregora, Velemínský ml., 2013). Klientka ve druhé době porodní nabývá energie, je připravena porodit své dítě, pozornost se přesouvá k porodní asistentce (Ratislavová, 2008). Porodní asistentka přesnými, krátkými instrukcemi klidným hlasem dohlíží a vede

porod klientky („tak paní xy, nadechněte a směrem dolů si zatlačte, co vám to jde, jako byste měla obrovskou zácpu, nebo jako když skáчете do vody“. „ústa jsou zavřená, břicho pevné“), informuje ji o nepříjemných pocitech (např. „teď můžete cítit velmi silný tlak, pálení“, „povolte svaly pánevního dna, zadečkem dolehněte na podložku“) a progresu porodu slovy („už vidím vlásky“, „tak teď ještě pomalu zatlačte na ramínka“) Během toho klientku slovně podporuje, (např. „jste šikovná“, „krásně tlačíte“, „výborně“) (Zacharová, 2014). Jeli porodní asistentka, tím, kdo vede porod, neverbální kontakt, přenechává kolegyni či partnerovi klientky (pohlazení, držení za ruku). V této fázi je nutné podporovat nejen klientku, ale i její doprovod, který je vyčerpan a často zmaten situací, porodní asistentka se snaží partnera klientky zapojit do porodního děje, instrukcemi ho vede k podpoře klientky (např. „pomozte paní držet hlavu při tlačení, hlavu na prsa“, „vezměte ji za ruku“) (Ratislavová, 2008).

Jako *třetí dobu porodní* označujeme děj, který začíná vypuzením plodu, následovaným porodem placenty, tato fáze trvá přibližně deset minut, ale nesmí překročit dobu jedné hodiny, v další fázi třetí doby porodní je nutné zrevidovat a ošetřit případná porodní poranění. (Gregora, Velemínský ml., 2013). Porodní asistentka citlivě, empaticky klientku upozorní na to, že je nutné, ještě porodit placentu, je vhodné položit klientce novorozence na hrudník, pokud si to tak přeje, podporujeme tím rannou vazbu matky a dítěte (Binder, 2015). Porodní asistentka klientku přesnými, jednoduchými instrukcemi vede k porodu placenty, verbálně informuje o průběhu a výsledku (např. „kolegyně vám do žíly aplikuje látku – oxytocin, který napomáhá odloučení placenty“, „až ucítíte bolest v podbříšku, zatlačte si, stejně jako předtím“, „výborně, placentu jsme porodili, nyní ji ještě zkontrolují“) (Zacharová, 2011).

Při kontaktu klientky s novorozencem, porodní asistentka (lékař) ošetří porodní poranění, v tuto chvíli je pozornost klientky soustředěna na novorozence a bolest není vnímána tak intenzivně (Binder, 2015). Při ošetření porodního poranění musí porodní asistentka s klientkou taktéž komunikovat stejně jako při výkonu jiných ošetrovatelských intervencí, porodní asistentka popisuje verbálně, postup ošetření (např. slovy „šití není rozsáhlé, uděláme 2 až 3 stehy“, „Teď se nelekněte můžete cítit štípání (tlak) to je analgetikum, na umrtvení tkáně“, „poslední steh a máte to za sebou“, byla jste moc šikovná“) (Weiss, Janáčková 2008).

*Čtvrtá doba porodní* je nejčastěji dvouhodinový časový interval, kdy klientka a novorozenec zůstávají i nadále na porodním sále a jsou sledováni porodní asistentkou, v případě výskytu poporodních komplikací (krvácení) (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Porodní asistentka neprodleně po porodu klientku informuje o tom, co se bude dít, v následujících 2 hodinách (Takács, Sobotková, 2015). Klientka je požádána, aby ještě chvíli setrvala v gynekologické poloze a PA provede očištění rodidel klientky, kdy ji upozorní, na nepříjemné pocity (chlazení, štipání) převlékne klientku do čistého prádla, zajistí klientce klidnou atmosféru pro odpočinek, současně klientku upozorní na to, že bude nyní dvě hodiny ležet, a bude-li klientka cokoliv potřebovat má k dispozici signalizaci, kterou porodní asistentkou přivolá (Sák et.al, 2008). Je nutné, aby PA klientku během této doby zkontrolovala a klientky se zeptala, zda je vše pořádku a jestli něco nepotřebuje, tuto intervenci provede se současným zaklepáním na dveře, tím klientce a partnerovy zajistí soukromí, dotaz na zdravotní stav je doplněn o upřímný úsměv, zároveň je důležité, aby PA poskytla klientce možnost strávit nerušeně čas se svým dítětem (Takács, Sobotková, 2015). Po dvou hodinách PA změří klientce fyziologické funkce, zkontroluje pohmatem zavinování dělohy na tento výkon klientku včas upozorní („teď vám sáhnou na břicho, zjistím, jak se zavinuje děloha, bude to nepříjemné“) poté klientku doprovodí do koupelny, kde klientka provede hygienu a toaletu, PA na klientku dohlíží, dotazem zjišťuje, zda se klientka cítí dobře a pokud se klientka nevymočí, upozorní ji na nutnost vymočit se do 6 hodin od porodu (Binder, 2015). Verbální kontakt je v tuto chvíli zaměřen na edukaci, podání informací, a péči o klientku po porodu (Takács, Sobotková, 2015). Neverbální komunikaci porodní asistentka uplatní především při rozloučení se s klientkou a jejím doprovodem, kdy porodní asistentka podá klientce ruku pográtuluje jí ke zdárnému zvládnutí porodu, k novorozenci, současně se pousměje a projev končí slovy: „mějte se krásně“, „byla jste moc šikovná“ „na shledanou“, těmito slovy vyjadřuje PA podporu a zároveň posiluje sebevědomí klientky.

### ***Verbální komunikace s klientkou v šestinedělí***

Šestinedělí lze rozčlenit na šestinedělí rané a pozdní. Binder et. al (2015, s. 78) definují šestinedělí takto: *Raným šestinedělím nazýváme období od 1. do 7. dne po porodu.* Binder et. al, (2015, s. 85) také uvádějí, že: *Pozdním šestinedělím je nazýváno období od 7. dne do 7 až 8. týdne po porodu.*

Při příjmu klientky na stanici šestinedělí je stejně důležité, aby se porodní asistentka pracující na stanici šestinedělí klientce představila, přistupovala ke klientce empaticky a s respektem, je součástí povinnosti porodní asistentky představit klientce další ošetrovatelský personál (dětské sestry, laktační poradkyně, psychologové), dále klientku



seznámí s kompetencemi personálu, případně ji ukáže místo, kde v případě nutnosti, potřeby ošetřující personál najde (Takács, Sobotková, 2015). Vhodným neverbálním projevem při příjmu klientku na stanici šestinedělí je nenucený upřímný úsměv, podání ruky, které PA slouží k navázání důvěry a vztahu s klientkou.

Klientka je PA seznámena s oddělením, vnitřním řádem, porodní asistentka klientce ukáže sociální zařízení, jídelnu, vyšetřovnu, skald čistého, špinavého prádla (Sák, et. al, 2008). Když je klientka seznámena s oddělením je porodní asistentkou uvedena na pokoj, přičemž porodní asistentka provádí vyšetření klientky, kde zjišťuje: fyziologické funkce, kontroluje porodní poranění, zavinování dělohy (krvácení, charakter očístků), sleduje močení (nutné do 6 hod od porodu, to přispívá k správné retrakci dělohy a správnému fungování močového měchýře), dále PA sleduje pravidelnost stolice, stav dolních končetin a v neposlední řadě také psychický stav klientky, přičemž klientka je o intervencích informována předem a výsledek vyšetření je jí neprodleně sdělen (Binder, et. al, 2015). Při vstupu porodní asistentky na pokoj, prokazuje klientce úctu, soukromí, klepáním na dveře, které je jistou formou neverbální komunikace (Takács, Sobotková, 2015).

Dále porodní asistentka pokračuje ve verbální komunikaci s klientkou, kdy se zajímá o subjektivní pocity klientky, přesněji otázkami: „Jak se cítíte?“, „Je vám lépe?“, „Potřebujete ode mne ještě něco?“, „Máte nějaké dotazy?“ klientce tím, vyjádří podporu, zájem a vytvoří přátelskou atmosféru.

Při sdělování informací klientce a následné edukaci, která zahrnuje mnoho oblastí (např. péče o porodní poranění, výživa, bolest, vyprazdňování, hygiena, pohyb, kojení, péče o novorozence, životospráva, sexualita) je důležité informace sdělovat postupně v určitém časovém odstupu, jinak dochází k negativní či neutrální zpětné vazbě, což může mít za následek zhoršení psychického stavu klientky (Takács, Sobotková, 2015).

Na stanici šestinedělí je vhodné využít individuální formy edukace, kdy se porodní asistentka v rámci vymezeného času věnuje pouze jedné klientce, přičemž klientka pracuje samostatně při vykonávání ošetrovatelských činností (péče o dítě). PA při edukaci nejčastěji využívá slovních a dovednostně – praktických (nápodoba, dodržování instrukcí) výukových metod, přičemž nejefektivnější je kombinace obou metod (Šulistová, Trešlová, 2012). Na dotazy klientky je, někdy nutné odpovědět několikrát, vnímání je zkresleno psychickými, fyzickými změnami i nově vzniklou rolí matky, na kterou se klientka adaptuje (Binder, et. al, 2015).

Pokud klientka i za předpokladu sdělení veškerých informací, provádí intervence v rámci péče chybně, ať už v péči o novorozence nebo o sebe jako šestinedělku (péče o poranění, hygiena aj.), porodní asistentka ji na pochybení upozorní konstruktivní kritikou, klidným hlasem, se současným zopakováním informací či názornou ukázkou (koupání novorozence), ujistí ji, že je to v pořádku („chybami se člověk učí“), přičemž, nepoužívá slova, která mohou zapříčinit snížení sebeúcty klientky (Takács, Sobotková, 2015). Při edukaci porodní asistentka pozitivním způsobem ovlivňuje vědomosti, dovednosti a postoje klientky, edukace tedy není předání informací jedná se o proces, jehož cílem je záměrná výchova klientky v předem určené oblasti (Šulistová, Trešlová, 2012). Při edukaci klientky má své opodstatnění zařadit k edukaci informace týkající se psychických změn klientky po porodu, jakožto součást prevence těchto poruch, přičemž dle tvrzení Hájka, Čecha (2014) je méně komplikované psychickým poruchám předcházet než provádět terapeutická opatření.

Při propouštění klientky do domácí péče musí klientka čelit realitě, kdy musí zvládnout péči o dítě i o sebe, to u ní může vyvolat pocit úzkosti a pocit, že situaci nezvládne. Porodní asistentka klientce zopakuje již naučené vědomosti spojené s ošetrovatelskou péčí, a to formou edukace (péče o dítě, režim, péče a rekonvalescence v šestinedělí), verbálně dá klientce najevo podporu (pochválí ji), posílí sebevědomí klientky, tak, že přesně popíše intervence, které již klientka zvládá, tím ji zároveň ujistí, že veškerou nutnou péči (o novorozence, o sebe) v porodnici zvládla dobře, a stejným způsobem bude pokračovat i v domácím prostředí. Zároveň klientce poskytne další informace o tom, co vše je nutné po příchodu domů zařídit (dětský lékař, prohlídka gynekologem v šestinedělí) a klientku ujistí, že v případě potřeby může porodní asistentku kontaktovat, kdy jí PA předá kontakt na sebe či jiného odborníka na, kterého se může v případě potřeby obrátit (Janáčková, 2008). Dále PA klientce předá potřebnou dokumentaci a vysvětlí ji, že jednu zprávu si nechá, druhou předá obvodnímu lékaři a třetí obvodnímu gynekologovi. Porodní asistentka se dotazem na klientku informuje, zda má ještě nějaké otázky, zeptá se, zda od ní ještě něco nepotřebuje, a poté se s klientkou za současného podání ruky a upřímného úsměvu rozloučí, přičemž je vhodné klientce pogratulovat k úspěšnému zvládnutí porodu, a k novému přírůstku do rodiny.

### *Specifika verbální komunikace s klientkou se změněným psychickým stavem*

Vlivem poklesu hormonů (progesteronu, estrogeneru) po porodu dochází u klientky k psychickým změnám např. (plačtivost, skleslost, deprese), tento stav často nemá logickou příčinu vše je podmíněno hormonálními změnami, na druhou stranu změna psychiky, může být dána i pochybností klientky, zda zvládne novou roli matky, tyto psychické změny vymizí v závislosti na individuálním stavu klientky (Binder, et. al, 2015). K fyzickým změnám, patří např. (únava, vyčerpání, změna tělesné konstituce) (Ratislavová, 2008).

První den po porodu, vyjadřuje klientka pomocí verbálních a neverbálních projevů (úsměv) pozitivní emoce spojené se zdárným zvládnutím porodu, toto období je v dalších dnech nahrazeno pochybnostmi, pocity tísně, nestálostí emocí, které jsou dány plněním rolí matky za současného působení fyzického vyčerpání (Ratislavová, 2008).

Jak už bylo zmíněno klientka prochází v šestinedělí celou řadou psychických změn. V závislosti na závažnosti stavu klientky psychické změny rozdělujeme, přičemž nejzávažnějším stavem je poporodní psychóza, kdy vlivem této diagnózy může být ohrožen život novorozence i klientky.

Vyskytne-li se v anamnéze (rodinné, osobní) psychiatrická porucha, porodní asistentka hledá příčinu tohoto stavu, pozorně sleduje změny týkající se psychiky klientky, zároveň je vždy nutné, aby byla v takovém případě vyloučena intoxikace klientky a organická porucha (Takács, Sobotková 2015).

*Poporodní blues* (poporodní splín) má prevalenci přibližně 80 % všech klientek, tento stav je spojen s poklesem hormonu estrogeneru (Binder, et. al, 2015). Poporodní splín nastupuje ihned (pár hodin) po porodu, přičemž vrcholí asi třetí den po porodu, a nadále příznaky odeznívají (Takács, Sobotková 2015). K příznakům poporodního blues patří: emocionální nestabilita (střídání pláče se smíchem), střídání nálad, poruchy spánku, objevuje se neklid, úzkost, zvýšená citlivost, dále se může objevit snížená sebeúcta klientky (Ratislavová, 2008). Porodní asistentka, podporuje psychiku klientky verbálně např. slovy („jste šikovná“, „To je v pořádku, chce to čas“, „pokud budete potřebovat pomoci, nebojte se na mne obrátit, ráda vás vyslechnu“), či neverbálně (haptickým kontaktem – pohlazením, položením ruky na rameno, upřímným úsměvem) je vhodné, aby klientka zůstala v interakci s jinými lidmi, nestraničila se společnosti, porodní asistentka zajistí klientce kontakt s rodinou (Hájek, Čech, 2014). Poporodní blues bývá dle četnosti označován za normální stav, jehož cílem je adaptace (Takács, Sobotková, 2015). Klientka musí být poučena o tom, že neodezní-li příznaky do dvou týdnů, měla by

vyhledat specialistu, na podkladě poporodního splínu může dojít k progresi stavu, kdy poporodní blues může vést až k depresi (Ratislavová, 2008).

Komunikace s klientkou prožívající úzkost, jako příznak poporodní splínu spočívá v trpělivosti, porodní asistentka vyčkává, na intervenci ze strany klienty (klientka je iniciátorkou komunikace), PA projevuje zájem o klientku tím, že udržuje s klientkou oční kontakt, ten by však neměl být neustálý, porodní asistentka hovoří klidným, upřímným hlasem, vymezením dostatku času pro sdělení klientky dává najevo, že je tu pro ni, porodní asistentka nevyžaduje v takové situaci rozhodnutí klientky, nerozhoduje za klientku, řešení formuluje jako doporučení, nabízí alternativu, uvede příklad klientky nacházející se ve stejné situaci, klientkou nevyslovené otázky, porodní asistentka vyjadřuje nahlas za současného užití empatie, následně na otázky porodní asistentka odpovídá (Janáčková, 2008).

### *Poporodní deprese*

Jedná se o dlouhodobě špatnou náladu, stupeň a trvání deprese je individuální, prevalence v puerperiu je přibližně 10–15 % (Ratislavová, 2008). Poporodní deprese začíná nejčastěji ve druhém týdnu po porodu, může se objevit i později, až do jednoho roku od porodu (Hájek, Čech, 2014). Porodní asistentka si všímá příznaků doprovázející depresivní stav klientky, kdy je klientka smutná, apatická (nemá zájem o dítě, všední denní činnosti), často se objevuje únava, poruchy spánku související s vnitřním neklidem, ztráta apetitu se projevuje v oblasti výživy i sexuality, soustředěnost klientky je snižena, objevuje se psychomotorické zpomalení (snižená schopnost rozhodování se, zpomalení psychických procesů- myšlení, jednání, paměti, vůle, snižená rychlost při pohybu, svalové napětí je snižené či patologicky ztuhlé, fyzická aktivita je vyvíjena minimálně), tento stav je doprovázen sníženou sebeúctou, myšlenkami na suicidium (Takács, Sobotková, 2015). K práci porodní asistentky v rámci péče o klientku se změněným psychickým stavem, depresí, je vyhledávání rizikových faktorů, které mohou mít podíl na vzniku deprese. Ratislavová (2008) mezi rizikové faktory řadí: psychiatrickou anamnézu klientky, kdy při výskytu deprese v minulosti je zde asi (30%) riziko vzniku deprese i po porodu, rizikem je i pozitivní rodinná anamnéza, dále jsou to psychosociální faktory, které zahrnují: nedostatečnou psychickou, sociální podporu, rozepře mezi partnery, nechtěné početí, stresová či zátěžová situace v životě klientky (smrt v rodině, finanční zatíženost rodiny).

Komunikace s klientkou je procesem k jejímu uzdravení. Porodní asistentka využívá komunikačních dovedností, jejichž cílem je podpora klientky. Dovednostmi rozumíme: empatii, lidský přístup, naslouchání sdělení klientky, porozumění její situaci, psychickému ladění, povzbuzení klientky, kdy součástí tohoto procesu je psychoterapie. Psycholog využívá především těchto druhů psychoterapie: rodinnou, dynamickou, interpersonální, kognitivně – behaviorální, vhodná je aktivizace klientky při výkonu běžných denní činností a při péči o novorozence, pokud se stav zhoršuje, prohlubuje se deprese, je nutné na základě konzultace s psychiatrem zahájit léčbu antidepresivy, vhodnou metodou volby je i zástava laktace, tomu vždy předchází rozhovor s klientkou, záleží na závažnosti stavu a preferencích klientky (Takács, Sobotková, 2015).

Při komunikaci s depresivní klientkou, volí porodní asistentka slova uvážlivě, např. věta typu: „ Proč jste tak nešťastná, máte zdravé krásné dítě a vy jste také zdravá, co jiného by jste chtěla, jsou na tom lidé hůř“ postrádá nejen empatii, ale zároveň je v ní vyjádřena neúcta ke klientce, klientky bývají velmi často vztahovačné, citlivé, emočně nevyrovnané, snaha porodní asistentky vymlouvat klientce depresi je nejen neúčinná, ale nevhodná, klientce tím připomínáme její trápení, prohlubujeme ho, klientce musí porodní asistentka její trápení věřit na základě impulsu klientky s ní o problému hovořit, přičemž porodní asistentka vede rozhovor nedirektivní formou, s vymezením dostatku času a za použití velké dávky trpělivosti si klientku vyslechnout (Linhartová, 2007).

### *Poporodní psychóza*

Dříve nesprávně označovaná jako laktační psychóza se vyskytuje u 0, 1 % všech klientek, vzniká během prvního týdne po porodu, nejčastěji však 3.- 4. den (Ratislavová, 2008). Příznaky jsou podobné příznakům deprese, ovšem u poporodní psychózy jsou příznaky vystupňované, a mají dlouhodobý charakter, objevují se epizody mánie, deprese (Binder et. al., 2015). Poporodní psychóza je typicky doprovázena poruchami vnímání (halucinace), poruchami myšlení (bludy), současně se objevují i poruchy chování, myšlenky na sebevraždu, tyto příznaky mohou vést k zanedbávání péče o dítě, přičemž psychiatr musí vždy zvážit riziko ohrožení života klientky a novorozence (Takács, Sobotková, 2015). Při určení diagnózy je vždy klientka předána do péče psychiatra a je nadále léčena psychiatrickým oddělením (Binder et. al., 2015). Úloha porodní asistentky je naplněna především edukací klientky v oblasti sebepéče a kojení, psychickou podporu zajišťuje porodní asistentka klientce verbálně, i neverbálně (pohlazením, chytnutím klientky za ruku), pokud jí takový neverbální kontakt je příjemný, zároveň PA podporuje

klientku v péči o dítě, případně používá přesné instrukce pro vedení klientky v ošetrovatelských úkonech, současně PA pozoruje neverbální i verbální projevy, psychiku klientky, taktéž PA sleduje jaký vztah má klientka k dítěti, kdy hlavním cílem je zajistit klientce a dítěti bezpečí (Takács, Sobotková, 2015).

### ***1.2.2 Paralingvistická komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí***

Výrost, Slaměnik (2008, s. 223) vyjádřili paralingvistickou komunikaci jako: *Soubor vokálních – hlasových projevů, vyskytujících se na pomezí mezi neverbálními mimoslovními prostředky a mluvenou řečí*. Paralingvistické projevy komunikace jsou vyjádřeny aktuálním stavem (fyzickým a psychickým stavem) klientky, přítomností či nepřítomností psychické poruchy, vztahem PA ke klientce, znalostí či neznalostí předmětu komunikace, dále jsou specifikovány postoji, názory klientky ke komunikačnímu tématu, formálností komunikační situace, vyjadřující hierarchickou pozici komunikujících (Schneiderová, Schneider, 2010).

Při verbální komunikaci s klientkou je nutné dodržet níže zmíněné paralingvistické aspekty řeči, kdy nejdůležitější je rovnocenná délka projevu, tedy dostatečný prostor, pro vyjádření sdělení obou partnerů, zároveň je podstatné, aby řečový projev porodní asistentky byl stručný, věcný a jasný, měl logickou návaznost, předávané informace porodní asistentkou musí být spolehlivé, takový projev pak působí profesionálně, a k pochopení sdělení klientkou je nezbytný (Zacharová, 2011)

*Intenzita hlasového projevu* se projevuje hlasitostí projevu, přítomnost hlasitého projevu u klientky odráží její sebevědomí, zaujetí pro konverzaci, míru zainteresovanosti v konverzaci, na druhou stranu monotónní hlasový projev působí tlumivým dojmem, tichá řeč je známkou nespolehlivosti (Strnadová, 2011). Intenzita hlasového projevu se mění dle obsahu sdělení, klientka změní hlasitost projevu hovoří-li o intimních či nepříjemných záležitostech (Zacharová, 2011). Pokud je intenzita hlasového projevu porodní asistentky shodná s vyjadřováním klientky, projev je klientkou vnímán pozitivně (Takács, Sobotková, 2015). Hovoří-li klientka pomalu, adekvátní hlasitostí očekává od porodní asistentky, že její vyjádření bude totožné. V druhé době porodní, je klientka ovlivněna stupňující se bolestí, je pravděpodobné, že nebude pozorně naslouchat pokynům porodní asistentky, i přes to není vhodné, aby PA zvyšovala hlas, klientka takový projev vnímá negativně, efektivnější metodou využívanou v praxi je opakování informace „gramofonová deska“ za současného oslovení klientky jménem.

*Výška tónu hlasu* je individuální záležitostí jedince, která je dána součtem frekvencí výsledkem je např. (hluboký, sametový hlas), celek popsaných aspektů ovlivňuje vnímání předávané informace, ale zároveň ovlivňuje míru přesvědčivosti a důvěryhodnosti, přičemž hlubší hlas působí důvěryhodněji, než hlas s vyšší frekvencí (Strnadová, 2011). Výška hlasu je často ovlivněna našimi emocemi, pokud se klientka nachází ve stresové situaci (porod), projev bude pravděpodobně jiný, než je-li klientka psychicky vyrovnaná, a spokojená (Zacharová, 2011).

*Rychlost projevu* je dána temperamentem klientky a PA (charakterovými vlastnostmi), přičemž v rámci komunikace je důležité, aby porodní asistentka měnila rychlost projevu dle koncentrace klientky, a dle obsahu a obtížnosti sdělení (Strnadová, 2011). Za rychlým projevem se velmi často skrývá nervozita, nejistota klientky či PA, při poskytování ošetrovatelské péče je nutné, aby PA zohlednila, zda má klientka potřebné znalosti, dovednosti a potřebnou orientaci, nutnou pro pokračování v rozhovoru, je zároveň důležité, aby PA mluvila vždy pomalu a srozumitelně (Zacharová, 2011). Nastanou-li v průběhu porodu nebo v šestinedělí nějaké komplikace, je nutné vyvarovat se rychlému a nesrozumitelnému projevu, kdy informace předávané PA musí být klientce sdělovány citlivě, pomalu a srozumitelnou formou, v případě nutnosti je vhodné informace zopakovat (Takács, Sobotková, 2015).

*Objem řeči* vyjadřuje množství informací předaných za určitý čas, v rámci komunikace by měl mít každý účastník komunikace možnost vyjádřit své názory, stanoviska, rušivým elementem je „skákání do řeči“. Pokud klientku informujeme, edukujeme, vysvětlujeme určité souvislosti, předáváme mnoho informací a nevymežíme si dostatek času pro takové sdělení je výsledkem komunikace negativní, klientka si nepamatuje informace sdělené porodní asistentkou, dochází tak k přehlcení klientky informacemi, tento stav je možné pozorovat např. na stanici šestinedělí, kde je klientka zahrnuta velkou spoustou informací (péče o dítě, hygiena, kojení) (Strnadová, 2011).

*Plynulost řeči* vyjadřuje schopnost frázovat obsah předávané informace, přičemž časté neúmyslné pomlky značí nejistotu, či nižší úroveň řeči, na druhou stranu úmyslné správně použité frázování, střídání tempa řeči, kladení důrazu na různá slova, slovní spojení zvyšuje pozornost klientky, a pomáhá jí to orientovat se v myšlenkách porodní asistentky (Strnadová, 2011). Pomlka či přestávka v rozhovoru není v komunikačním procesu mezi porodní asistentkou a klientkou chybou, dáváme tak klientce možnost se vyjádřit, utřídit si myšlenky a zároveň jí poskytujeme prostor pro odpočinek a volbu, zda chce o problematice vůbec hovořit (Zacharová, 2011).

*Barva hlasu*, emoční náboj je specifikován emočním prožitkem, který ovlivňuje tento proces, přičemž je zde zahrnuta: intonace hlasu, melodičnost, zabarvení hlasového projevu (Strnadová, 2011). Barva hlasu je zároveň individualitou člověka, na jehož základě jsme schopni jedince identifikovat, bez nutnosti vizuálního kontaktu. Barva hlasu doplňuje, mění a zdůrazňuje věcné sdělení, slouží klientce k lepšímu pochopení sdělení a orientaci v komunikačním tématu (Zacharová, 2011).

*Kvalita řeči* stanovuje míru schopnosti předat klientce sdělení věcně, srozumitelně bez nadbytečných výplní projevu, kdy vady řeči či jiné komunikační chyby v projevu (přeřikávání, huhlání, sbíhavé myšlení – nedržení se tématu komunikace, opomenutí informací), ovlivňují výsledek komunikace dochází k negativní zpětné vazbě na straně klientky (Strnadová, 2011). Těmto pochybením může porodní asistentka částečně předejít, naplánováním rozhovoru, ještě před jeho začátkem (ujasnit si cíl, obsah rozhovoru atd.)

### ***1.2.3 Neverbální komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí***

Neverbální komunikace je specifikována jako sdělování informací za pomoci mimoslovních signálů, tedy bez použití verbalizace (slov), kdy pomocí neverbální komunikace jsou vyjadřovány v první řadě emoce (Křoustková Moravcová, 2014). Neverbální složka komunikace je řízena nevědomými procesy, přičemž reakce na vnější podnět je intuitivní, bezprostřední, možnost kontrolovat mimoslovní projevy je značně omezená i za předpokladu uvědomění si příčiny těchto projevů (Škobrtal, 2012).

Neverbální komunikace je využívána porodní asistentkou velmi často při poskytování ošetrovatelské péče, je nutné si uvědomit, že neverbální projevy působí na klientku stejně jako verbální projevy, a to i ve větší míře. Komunikace za použití neverbálních signálů slouží porodní asistentce jako prostředek k zefektivnění komunikace, pomáhá ji zaměřit komunikaci potřebným směrem, umožňuje ji překonávat, lépe zvládat komunikační bariéry, zároveň ji pomáhá dotvářet komunikaci verbální, kontroluje její chování, jednání a dotváří dojem, kterým působí na klientku, v neposlední řadě je neverbální komunikace porodní asistentce ku prospěchu v případě nutnosti pochopení a vcítění se do potřeb, přání, obav klientky (Zacharová, 2011). Za profesionální přístup je považováno, pokud porodní asistentka zvládá své emoce kontrolovat tak, aby verbálními či neverbálními projevy nepoškodila klientku (Zacharová, 2011). Neverbální komunikace tvoří důležitou součást komunikace při interakci s klientkou, komunikovat bez současného užití neverbálních prostředků je



nemožné, ovšem naučit se správně používat neverbální komunikaci je velmi obtížné a vyžaduje to mnoho zkušeností a času (Phutela, 2015).

*Mimika* jako prostředek neverbální komunikace je využívána klientkou a porodní asistentkou tehdy je-li jejich záměrem vyjádřit své emoce (pocity, náladu, citové prožitky, afekty), přičemž fyziologicky jsme schopni pomocí mimiky vytvořit více než tisíc výrazů obličeje, které odráží aktuální psychický stav odehrávající se v nitru jedince (Juklová, 2015). Vhodnou neverbální komunikační technikou při prvním kontaktu (při příjmu na porodní sál) s klientkou je úsměv, tímto mimickým projevem porodní asistentka prokazuje zájem, ochotu spolupracovat, zároveň vytváří pohodovou, uvolněnou atmosféru vhodnou pro komunikaci s klientkou (Plevová, 2011). Mimika tvoří podstatnou složku neverbální komunikace. Při interakci s klientkou je nutný profesionální přístup ze strany porodní asistentky, který zahrnuje ovládnutí, potlačení vlastních emocí, aby nedošlo k poškození klientky užitím nevhodného mimického projevu („úšklebek, obrácením očí v sloup, hlasitý smích“), především při všech fázích porodu vnímá klientka takové projevy velmi senzitivně, stejně tak i v období šestinedělí, takový projev má na klientku devalvační vliv (Zacharová, 2011). Při rozhovoru s klientkou je nutné vyvarovat se zívání či jiným instrumentálním pohybům, takové neverbální projevy jsou nejen neslušné, ale klientka může nabýt dojmu, že porodní asistentka nemá zájem v komunikaci pokračovat (konverzaci ji nudí), nezajímá se o problém, který klientku trápí, je nutné, aby se PA v takovém případě klientce omluvila za své vyjadřování a případně i vysvětlila důvod takového chování (Kristová, 2004).

*Oční kontakt* hraje důležitou roli v komunikaci s klientkou, přičemž platí, že čím kratší je oční kontakt, tím kratší je i celkový rámec komunikace (Strnadová, 2011). V situaci, kdy dochází k narušení intimní zóny a klientka pociťuje stud, nejistotu je nevhodné udržovat s klientkou oční kontakt, a naopak je žádoucí zajistit klientce soukromí, neznamená to však, že s klientkou neudržíme komunikaci (Takács, Sobotková, 2015). Při rozhovoru s klientkou je vhodné, aby pozice porodní asistentky a klientky byla v úhlu 90 ° (klientka sedí přes roh stolu), toto uspořádání je vhodné, oční kontakt je umožněn ale není vynucen, klientka může pohled zaměřit jinam (Weiss, Janáčková 2008). V případě, že klientka hovoří o intimních záležitostech má možnost odvrácení pohledu, strnulý, neustálý oční kontakt není vhodný, působí rušivě a klientka pociťuje nervozitu, stud, netaktní je oční kontakt při vaginálním vyšetření klientky, oční kontakt může mít i povzbuzující charakter či vyjadřovat pochopení, pomoc PA, a to

například v situaci, kdy klientka pečuje o své dítě, je unavená, vyčerpaná po porodu, má pocit, že situaci nezvládá (Takács, Sobotková, 2015).

Informace mohou být sdělovány různými způsoby, pokud jsou informace předávány dotykem hovoříme o *Haptice* (Zacharová, 2011). Dotyky na různých částech těla jsou specifikovány druhy interpersonálních vztahů, přičemž rozlišujeme: pásmo společenské (ruce, paže), pásmo osobní (vlasy, obličej, ramena), a pásmo intimní (neomezené) (Strnadová, 2011). Haptika je důležitá především při prvním kontaktu s klientkou, podání ruky je nejen známkou slušného chování, ale i známkou respektu, uznání, je důležitá pro získání důvěry, a při dalším kontaktu s klientkou slouží dotyk jako prostředek porozumění a podpory (Takács, Sobotková, 2015). Při příjmu klientky na porodní sál je vhodné začít komunikaci a navázat s klientkou kontakt podáním ruky, toto „gesto“ vyjadřuje respekt, ochotu spolupráce, navozuje důvěru, ale zároveň dle stisku ruky klientky může porodní asistentka usuzovat, jaký postoj k ní klientka zaujímá (Zacharová, 2011). Dominantní podání ruky značí často nadřazenost, ale klientka tak, může porodní asistence dát najevo svůj vděk za poskytnutou péči (Kristová, 2004). Haptickým kontaktem vyjadřuje PA podporu, ujišťuje klientku, že je tu pro ni a nikam neodejde, může být známkou pomoci, uklidnění, či použitím haptického kontaktu může PA klientku stimulovat, zvyšovat její sebevědomí ve zvládnutí ošetrovatelských intervencí (tlačení při porodu, kojení) a to nejčastěji pohlazením, chycením klientky za ruku či lehkým položením dlaně na rameno klientky (Takács, Sobotková, 2015). Ve chvílích psychického i fyzického vypětí jako je (prožívání bolesti při porodu či péče o dítě na stanici šestinedělí i přes vyčerpání a únavu klientky) má haptický kontakt pro klientku mnohem vyšší hodnotu než verbální komunikace, která ve zmíněných případech působí spíše rušivě.

*Gestika* zahrnuje pohyby různých částí těla, přičemž velká část gest se odehrává v horní polovině těla, probíhá především prostřednictvím rukou, kdy hlavním účelem je vyjádření či nahrazení verbálního sdělení pomocí gest (Schneiderová, Schneider, 2010). Gesta jsou specifikována kulturními tradicemi, a instrumentální pohyby (zívání, kýčání) (Juklová, 2015). Řeč doprovázená gesty má charakter funkční, kdy gesta přímo přispívají k pochopení obsahu sdělení, nefunkční charakter vyjadřuje negativní emoce (nervozita), které nechceme interpretovat veřejně (Křoustková Moravcová, 2014). Mezi gesta řadíme také symboly, které nejčastěji vyjadřují slova, či fráze, příkladem je zdvižený palec směrem nahoru, který vyjadřuje souhlas, takových gest může porodní asistentka využít jak při porodu, tak i v šestinedělí, a to při komunikaci s klientkou trpící sluchovým

handicapem, či s klientkou neschopnou komunikovat následkem nemoci (Kristová, 2004).

Vyjádření názoru, emocí, postoje či vztahu k účastníkovi či k obsahu sdělení lze dosáhnout zaujetím polohy, postoje těla takové předávání informací obecně nazýváme jako *Posturologie* (Schneiderová, Schneider, 2010). Posturologie je charakteristická uvolněním či napětím těla, které objektivně pozorujeme jako: (polohu rukou, nohou, náklon celého těla, hlavy), přičemž platí, že pokud jsou pozice těl porodní asistentky a klientky ve shodě vyjadřují souhlasnost (Strnadová, 2011). Shodné postavení, poloha a držení těla nabízejí porodní asistentce příležitost ke kooperaci s klientkou (Zacharová, 2011). Správným postojem těla, kdy jsme ke klientce otočení přední částí těla, stojíme rovně s otevřenými dlaněmi, vyjadřujeme klientce podporu, porozumění, dáváme najevo zájem a vstřícnost, přispíváme k vzájemné důvěře a k přátelské atmosféře (Takács, Sobotková, 2015). Součástí posturologie jsou obranné postoje. Obranným postojem (překřížené složené ruce před sebou) klientka vyjadřuje strach, úzkost, nejistotu, nezájem, nesouhlas, tyto postoje nutně nemusí vyjadřovat reakci na jednání porodní asistentky, klientka tímto způsobem reaguje na nepříjemnou situaci či prostředí ve, kterém se v daném okamžiku nachází (Kristová, 2004).

*Kinetika* je druhem komunikace, která je vyjádřena pohybem celého těla, pohybem více lidí, či jednotlivých částí těla, kdy pozorovaným jevem je tenze či relaxace těla, dynamika pohybů (rychlost) (Plevová, 2011). Při bližším zkoumání pohybů klienty, může porodní asistentka určit, v jakém psychickém, fyzickém rozpoložení se klientka nachází, kdy rychlé pohyby hodnotíme jako dostatek energie, dobrou náladu, vnímavost, na druhou stranu pomalé pohyby mohou poukazovat na depresi, rezignaci, nedostatek fyzických a psychických sil (Zacharová, 2011). Je nutné si uvědomit, že i pohyb těla je komunikačním prostředkem, přičemž klientka pohyby porodní asistentky vnímá stejně jako jiné druhy komunikace. Rychlý odchod z místnosti, neustálé přecházení místnosti ze strany na stranu může u klientky vyvolat obavy, strach o to, že se děje něco s ní či s dítětem, naopak pomalé pohyby porodní asistentky klientka vnímá jako nezájem, neochotu spolupracovat a pomáhat.

*Proxemika* vyjadřuje přiblížení či oddálení mezi komunikačními partnery, tento proces probíhá v závislosti na vzájemném vztahu mezi nimi (Juklová, 2015). Plevová et. al (2011), popisují proxemiku takto: vzdálenost mezi porodní asistentkou a klientkou je určitým druhem komunikačního kanálu, přičemž interakční vztah mezi nimi je ovlivněn vzdáleností obou partnerů, kdy platí, že čím je vztah důvěrnější, tím je fyzická vzdálenost

mezi partnery menší. Mezi porodní asistentkou a klientkou dochází k vzájemnému narušení zón. Pokud porodní asistentka naruší intimní zónu klientky, musí ji na takovou událost včas upozornit a zároveň s ní komunikovat, vysvětlit ji důvod, časové trvání, dané intervence v opačném případě totiž dochází k narušení vzájemného vztahu a klientka se přirozeně snaží o útěk, jedná se o typicky obranný mechanismus (chování), který je uplatněn ve stresových situacích. K narušení intimní zóny dochází nejčastěji při hygienické péči, či při vaginálním vyšetření (Zacharová, 2011). Osobní zóna zaujímá oblast 45–120 cm, v této zóně se porodní asistentka ocitá nejčastěji při vedení rozhovoru s klientkou, v této zóně porodní asistentka může velmi dobře pozorovat neverbální projevy celého těla klientky ne, jen určitou část (obličej), haptický kontakt je omezen na podání ruky a položením dlaně na rameno klientky (Zacharová, 2011). Každý člověk má vlastní osobní zónu, která představuje hranici, pokud PA tuto hranici u klientky překročí, může očekávat negativní reakci klientky (ústup směrem dozadu, zaujetí bariérového postoje – překřížené ruce, sklopený zrak) zároveň je narušená verbální složka komunikace (Kristová, 200č). Společenská zóna má rozsah od 120–360 cm, kdy je možný oční kontakt, na druhou stranu haptický kontakt není možný vůbec, komunikace je formální, vhodná při setkání více lidí (Zacharová, 2011). Při komunikaci s klientkou se porodní asistentka v této zóně pohybuje např. na porodním sále, pokud klientka pospává, nemá bolesti a PA nechce klientku rušit v odpočinku, ale potřebuje klientku zkontrolovat, zda je v pořádku, pootevře dveře a klientku zkontroluje pohledem. Jiným příkladem mohou být předporodní kurzy. Porodní asistentka si musí být vědoma toho, že i prostor mezi jí a klientkou je zároveň specifickým výrazem komunikace, přičemž je důležité, aby horizontální rovina (vzdálenost) s klientkou byla stále stejná, rovněž vertikální rovina (výška) vyjadřuje vztah ke klientce, přičemž jeli ať už pozice očí, či pozice těla ve vyšší úrovni než pozice očí a těla komunikačního partnera dáváme tím najevo nadřazenost, neúctu ke klientce (Zacharová, 2011).

Specifickým druhem neverbální komunikace je *úprava zevnějšku*. To, jakým způsobem se porodní asistentka obléká, zda má tetování či nalakované nehty ovlivňuje chování, postoj, vztah, který klientka k porodní asistentce zaujme, zároveň úprava zevnějšku reprezentuje jak porodní asistentku, tak i zdravotnické zařízení ve kterém PA pracuje. Na základě toho klientka zaujímá různé stanovisko („Když takhle vypadá sestra, jak se potom bude starat o mě?“). Porodní asistentka by měla nosit čistý pracovní oděv, líčení by nemělo být výrazné, nehty nenalakované, čisté, zároveň by PA neměla nosit

mnoho šperků, také piercing a tetování je nevhodné, takto upravená porodní asistentka působí profesionálním a důvěryhodným dojmem (Kristová, 2004).

Neverbální aspekty komunikace, kterých by se porodní asistentka měla při komunikaci s klientkou vyvarovat jsou formou obrázkové přílohy shrnuty v (Příloze č. 1)

## 2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 Cíle práce

V rámci této bakalářské práce byl stanoven jeden hlavní cíl.

Cíl: Zjistit, jak ženy vnímají komunikaci porodních asistentek při porodu a v šestinedělí.

### 2.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle byly vytyčeny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak jsou ženy spokojené s komunikací porodních asistentek na porodním sále?

Výzkumná otázka 2: Jak jsou ženy spokojené s komunikací porodních asistentek na stanici šestinedělí?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Císařský řez** je v současném porodnictví nejčastěji prováděnou operací, při které je plod vybaven z dělohy (Roztočil, et. al., 2017).

**Parita** vyjadřuje pořadí porodu současného těhotenství (Roztočil, et. al., 2008).

**VEX** je možností volby klešťového porodu, jedná se o operační metodu, využívanou při vaginálním porodu, jejíž cílem je podpora porodních sil klientky (Větr, 2003).

**Akutní hypoxie plodu** vzniká nejčastěji při komplikacích spojených s pupečnickem či při předčasném odlučování placenty, tento stav je charakterizován nedostatkem kyslíku ve tkáních plodu (Rokyta, et. al., 2015).

**Poloha koncem pánevním** jedná se o polohu podélnou, kdy naléhající částí plodu k pánevnímu vchodu je pánevní oblast, tato poloha se dále dělí dle držení plodu (Roztočil et. al, 2008).

**Epidurální analgezie** je metoda, jejíž účelem je zajistit klientce úlevu od bolesti, při této metodě je místně podáno anestetikum do epidurálního prostoru, tento prostor se nachází v oblasti mimo obaly míchy (Hájek, Čech, Maršál et. al, 2014).

**Aromaterapie** je léčebnou metodou, která využívá éterických olejů získávaných z rostlin, působením těchto látek je umožněno dosáhnout psychické i fyzické rovnováhy (Grygárková, 2014).

**Oddálené přerušení pupečníku** určuje interval přibližně 60 s, kdy je uskutečněna placentární transfuze (přenos krve z placenty k novorozenci) (Dort, Dortová, et. al., 2013).

**Bonding** také připoutání, popisuje stav, kdy je matce ihned po porodu umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem, během kterého je podporována vazba mezi nimi (Slezáková, et. al., 2013).

**Rooming – in** umožňuje pobyt matky a novorozence na jednom pokoji, v současné době je tento systém péče zcela běžnou záležitostí (Gregora, Velemínský ml., 2011).

## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Pro realizaci empirické části práce a pro vyhodnocení otázek bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl individualizovaný polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor byl veden s klientkami po porodu v jejich domácím prostředí, dle předem vypracovaných otázek. Úvodní identifikační otázky byly zaměřené na věk, rodinný stav, nejvyšší ukončené vzdělání respondentek, další otázky byly pro každou zkoumanou oblast vymezeny zvlášť, tedy jedenáct otázek se týkalo komunikace na porodním sále a dalších jedenáct popisovalo komunikaci na stanici šestinedělí. Ke každé otázce byly klientkám kladeny doplňující otázky, pro upřesnění obsahu hlavní otázky (viz Příloha č. 2). Rozhovor bylo nutné realizovat na podkladu dvojího setkání s časovým rozestupem nejčastěji jeden týden mezi setkáními. Argumentem časové rezervy je velké množství otázek, a především snaha získat relevantní, kvalitní data vypovídající hodnoty. Dále bylo tímto způsobem možné zmíněné oblasti prozkoumat detailně, za stejných podmínek.

Rozhovor s klientkami byl dobrovolný, souhlas byl podán ústní formou, rozhovor byl zároveň anonymní a klientky byly seznámeny se skutečností, že rozhovor bude využit pouze pro potřeby bakalářské práce.

Odpovědi klientek byly nahrávány na diktafon a později přepsány do elektronické podoby, poté byla provedena analýza textu. Pro zajištění anonymity byly klientky ve výzkumné části bakalářské práce označeny jako K1 – K9. V bakalářské práci jsou přímé odpovědi klientek pro lepší viditelnost odlišeny kurzívou. Výzkum probíhal v období květen až červen 2017 včetně.

Výzkum byl pro lepší přehlednost rozdělen na dvě části (komunikace na porodním sále a komunikace na šestinedělí) a následně byl zpracován do hlavních kategorií a podkategorií, které obsahují důležité informace z výzkumu.



### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět klientek, které byly 5. den až 2 měsíce po porodu. Sedm klientek bylo po spontánním vaginálním porodu, jedna klientka byla po vaginálním operačním porodu VEX a dvě klientky podstoupily operační porod (císařský řez). Všechny devět klientek souhlasilo s poskytnutím rozhovoru za účelem výzkumu k bakalářské práci. Věk klientek, vzdělání, parita i rodinný stav se lišily.

**Tabulka 1:** Identifikační údaje klientek

Klientka	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Rodinný stav	Parita	Způsob ukončení porodu
K1	19	SŠ	svobodná	1	VEX
K2	34	VŠ	vdaná	2	s. c.
K3	29	VŠ	vdaná	2	s. c.
K4	23	VŠ	svobodná	1	vaginálně
K5	27	VŠ	rozvedená	1	vaginálně
K6	32	SOŠ – výuční list	vdaná	3	vaginálně
K7	27	SŠ	svobodná	2	vaginálně
K8	28	SŠ	svobodná	1	vaginálně
K9	33	VOŠ	svobodná	2	vaginálně

(K = klientka, SŠ = střední škola, VŠ = vysoká škola, SOŠ = střední odborná škola, VEX = vakumextrakce, s. c. = císařský řez)

**Zdroj:** vlastní

Tabulka 1 představuje identifikační údaje klientek. Klientky měly různý stupeň vzdělání. Čtyři klientky (K2 – K5) absolvovaly studium na vysoké škole, jedna klientka (K6) měla výuční list, další tři klientky (K1, K7, K8) vystudovaly střední školu s maturitou, K9 vystudovala vyšší odbornou školu. Věk klientek se pohyboval v rozmezí 19 – 34 let. Při realizaci výzkumu bylo pět klientek (K1, K4, K7, K8, K9) svobodných, tři klientky (K2, K3, K6) byly vdané a K5 byla rozvedená. Čtyři klientky (K2, K3, K7, K9) rodily po druhé, další čtyři klientky (K1, K4, K5, K8) byly prvorodičky a poslední klientka K6 rodila po třetí. U dvou klientek (K2, K3) proběhl operační porod – císařským

řezem, šest klientek (K4 – K9) rodilo spontánně vaginálně, přičemž u klientky K1 proběhl operační porod metodou VEX.

K1 bylo 19 let, vystudovala střední školu s maturitou. Klientka byla v době výzkumu svobodná a rodila poprvé. Těhotenství bylo ukončeno operačním porodem – VEX z důvodu fyzického vyčerpání a slabých kontrakcí klientky.

K2 bylo 34 let, absolvovala studium na Vysoké škole ekonomické. Klientka byla vdaná, a tento porod byl jejím druhým. Těhotenství bylo z důvodu nepříznivé polohy plodu, koncem pánevním ukončeno císařským řezem (s. c.).

K3 bylo 29 let, klientka taktéž vystudovala vysokou školu v oboru zemědělství. Klientka byla vdaná a rodila po druhé. Klientka nakonec podstoupila operační porod císařským řezem na základě diagnózy akutní hypoxie plodu.

K4 bylo 23 let. Klientka nyní absolvovala vysokou školu ekonomickou a v době výzkumu byla svobodná. Klientka byla prvorodička, přičemž rodila vaginálně.

K5 bylo 27 let, vystudovala vysokou školu v oboru zdravotnictví a byla rozvedená. Klientka také rodila vaginálně a porod to byl první.

K6 bylo 32 let, rodila po třetí, byla vdaná vystudovala střední odbornou školu, zakončenou výučním listem. Porod byl ukončen vaginálně.

K7 bylo 27 let, vystudovala střední školu cestovního ruchu zakončenou maturitou, byla svobodná a rodila podruhé, přičemž porod byl ukončen vaginálně.

K8 bylo 28 let, taktéž vystudovala střední školu konkrétně gymnázium zakončené maturitou. Klientka byla prvorodička, svobodná a rodila vaginální cestou.

K9 bylo 33 let, nejvyšším ukončeným vzděláním klientky je Vyšší odborná škola v oboru zdravotnictví. Klientka byla svobodná a rodila již po druhé, a to spontánně vaginálně.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Analýzou dat získaných z rozhovorů byly vytvořeny kategorie a jejich podkategorie (viz Tabulka 2).

**Tabulka 2:** Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

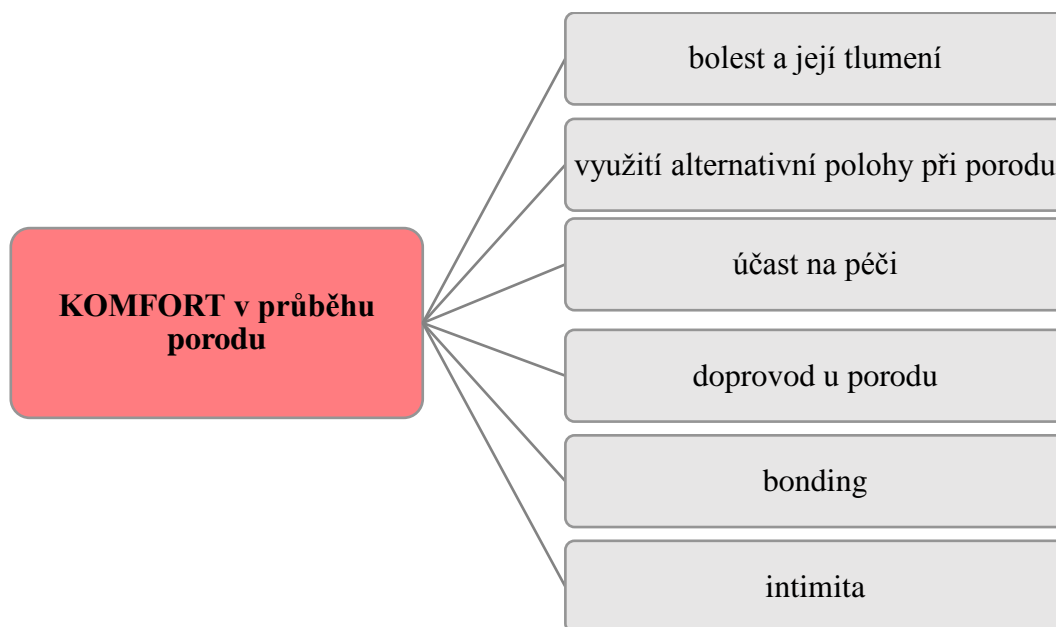
<b>KATEGORIE</b>	<b>Podkategorie</b>
<b>Komfort v průběhu porodu</b>	Bolest a její tlumení Využití alternativní polohy při porodu Účast na péči Doprovod u porodu Bonding Intimita
<b>Komunikace s klientkou při porodu</b>	Verbální a paralingvistická komunikace Neverbální komunikace
<b>Komfort klientek po porodu</b>	Péče o psychický a fyzický stav Účast na péči Návštěvy Intimita Kojení
<b>Edukace klientek v šestinedělí</b>	Edukace v péči o sebe sama jako šestinedělku Edukace v oblasti kojení a péči o novorozence Edukace při propuštění
<b>Komunikace s klientkou v šestinedělí</b>	Verbální a paralingvistická komunikace Neverbální komunikace
<b>Přístup porodní asistentky ke klientce při porodu a v šestinedělí</b>	Psychická podpora a fyzická pomoc Profesionální přístup

**Zdroj:** vlastní

#### 4.1 Kategorizace dat rozhovorů komunikace na porodním sále

Zpracováním první části rozhovorů týkajících se komunikace na porodním sále, a jejich analýzou, byly získány výsledky výzkumného šetření, na jejichž základě byly stanoveny 2 hlavní kategorie: komfort v průběhu porodu a komunikace porodní asistentky s klientkou. K hlavním kategoriím byly následně dle obsahu sdělení přiřazeny jednotlivé podkategorie.

**Schéma 1:** Komfort v průběhu porodu



**Zdroj:** vlastní výzkum

V schématu 1 jsou zaznamenány nejčastější odpovědi klientek týkající se komfortu v průběhu porodu. Domníváme se, že komfort klientek je tvořen okolnostmi, které mohou ovlivnit proces komunikace na porodním sále i komunikaci v šestinedělí, z tohoto důvodu je komfort jednou z hlavních kategorií. Tato kategorie je složená z šesti podkategorií, kterými jsou bolest a její tlumení, využití alternativní polohy při porodu, účast na péči, doprovod u porodu, bonding, intimita.

## Podkategorie

### *1 Bolest a její tlumení*

Tato podkategorie se zabývá vnímáním bolesti klientek, zahrnuje i metody, které byly klientkám nabídnuty v rámci péče během porodu a zabývá se i komunikací v této oblasti.

Bolest byla klientkami vnímána individuálně, odpovědi klientek se rozcházely v situaci, kdy zodpovídaly otázky týkající se intenzity, charakteru bolesti a metody pro tlumení bolesti. Pro objektivizaci a sumarizaci odpovědí klientek na otázku bolesti bylo při rozhovoru využito „Hodnotící škály bolesti“ (Příloha č. 3). Sedm klientek uvedlo (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K9) že bolest byla lokalizována do oblasti podbříšku. Klientky (K7, K8) určily za nejsilnější ohnisko bolesti dolní oblast bederní páteře. Intenzita a kvalita bolesti byla v osmi případech hodnocena na stupnici od jedné do desíti, nejčastěji stupněm 8, tedy jako velmi nepříjemná až nesnesitelná, přičemž kvalita bolesti byla popsána jako „křečovitá, bodavá, vyčerpávající, ostrá“. Pouze jedna klientka (K2) označila bolest jako mírnou na stupni 2 – 3, kvalitu bolesti přirovnala k slabým menstruačním bolestem. K2 uvedla: *„Bolesti jsem měla pouze slabé, nevnímala jsem je nijak bolestivě, spíše bych řekla, že to byly bolesti podobné slabým menstruačním bolestem.“*

PA na základě komunikace, pomocí otázek zjišťovala v průběhu porodu intenzitu, charakter bolesti u všech devíti oslovených klientek.

Všechny klientky měly možnost zvolit si metodu tlumení bolesti, která jim byla nabídnuta porodní asistentkou, klientky si mohly vybrat farmakologickou či nefarmakologickou metodu dle vybavenosti zdravotnického zařízení. Nejčastěji nabídnuté alternativní metody, které klientky využívaly byly: teplá sprcha, gymnastický míč, a úlevové polohy.

Tři klientky (K1, K4, K8) z celkového počtu klientek využily farmakologických metod tlumících bolest, přičemž jedna klientka (K1) využila možnosti epidurální analgezie na základě doporučení porodní asistentky. K1 uvedla: *„Nikdy předtím jsem nerodila, netušila jsem, jak silné mohou porodní bolesti být, bolest obecně zvládám hodně špatně, když mi tedy porodní asistentka nabídla možnost epidurální analgezie, vůbec jsem neváhala.“* Další dvě klientky (K4, K8) souhlasily s aplikací léků proti bolesti formou infuze. K8 uvedla: *„Porodní asistentka mi nabídla infuzi s Tralgitem v první době porodní, tuto možnost jsem velmi uvítala, bolest byla poté snesitelná.“* Ostatní klientky preferovaly jiné, alternativní metody tlumení bolesti nabízené porodní asistentkou. K4

uvedla: „*Během porodu jsem nejdříve na bolest nic nechtěla, a když už ano, tak bylo pozdě. Byla jsem moc otevřená a léky na bolest už mi nemohly být poskytnuty, na doporučení PA jsem využívala teplé sprchy.* „

Sedmi klientkám (K1, K3, K4, K6, K7, K8, K9) byla porodní asistentkou nabídnuta možnost využít gymnastický míč, přičemž šest klientek této možnosti využilo především ve sprše. K4 uvedla: „*Gymnastický míč jsem na doporučení porodní asistentky využívala, převážně ve sprše, kde jsem trávila většinu času, teplá sprcha mi pomáhala lépe zvládat kontrakce. A jelikož jsem rodila v noci, tak mi porodní asistentka na mé přání umožnila být na porodním pokoji takřka po tmě a jen při svícení malých intimních světýlek.* Klientkám, které využily gymnastický míč bylo vysvětleno, jakým způsobem mohou míč využít. K9 gymnastický míč odmítla z důvodu zhoršující se bolesti. Dvěma dalším klientkám (K2, K5) nebyla tato alternativa vůbec nabídnuta, K2 z důvodu naplánovaného císařského řezu. K5 uvedla, že gymnastický míč jí nebyl poskytnut z důvodu obsazenosti porodního sálu.

Masáží využila pouze jedna klientka K9, kdy masáž byla prováděna partnerem klientky, partner byl při aplikaci masáží veden instrukcemi porodní asistentky.

Aromaterapie byla nabídnuta pouze dvěma klientkám (K4, K9). K4 aromaterapii využila ve sprše formou inhalace a K9 aplikovala aromaterapii při masážích.

Jedné klientce (K6) bylo umožněno trávit první dobu porodní ve vaně. K6 uvedla: „*Využila jsem vyhřevnou vanu, kde jsem se cítila nejpohodlněji, dále jsem využila i míč, ale ke konci první doby porodní, už jsem chtěla jen ležet.*“

Změna polohy při prožívání bolesti byla umožněna všem klientkám, přičemž tři klientky K6, K7, K8 preferovaly polohu v leže na zádech, K1, K2, K3, K4, K5 zaujímali nejčastěji polohu na boku, K1, K3, K4, K6, K7, K8, K9 volily i různé polohy na míči, poslední klientka K9 preferovala volný pohyb v místnosti. K1 uvedla: „*Ležela jsem spíše na boku, tuto polohu mi navrhla porodní asistentka, byla jsem jí vděčná, na zádech se mi dělalo špatně, nemohla jsem pořádně dýchat a točila se mi hlava.*“ K2 byla limitována prostorem a možnostmi z důvodu indikace císařského řezu pro polohu plodu koncem pánevním, proto klientka zaujímala polohu, která jí byla příjemná (na boku).

Všechny klientky vyjma K2, která neměla možnost výběru, uváděly, že v rámci tlumení bolesti při porodu, měly omezené možnosti. Pouze jedna klientka měla příležitost trávit první dobu porodní ve vaně, aromaterapie byla nabídnuta dvěma klientkám K4, K9. Klientky se domnívaly, že to může být způsobeno omezenými možnostmi zdravotnického zařízení či neochotou PA alternativy nabízet. Čtyřem klientkám K3, K5, K7, K8, které

využily alternativní metody tlumící bolest, byly podány kompletní informace o tom, jak konkrétní metodu využít, kdy jim byly poskytnuty informace o účinku metody, byly seznámeny s riziky metody a kontraindikacemi. K1, která využila epidurální analgezie, nebyla informována porodní asistentkou skoro vůbec. K1 uvedla: „*Porodní asistentka mě o možnosti využít epidurální analgezie informovala, ale další informace jsem si musela přečíst v informovaném souhlasu.*“ K4 a K8 byly podány informace ohledně účinku a aplikace léku, ale o vedlejších účincích je nikdo neinformoval.

Osm klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že pokud nebyla metoda účinná porodní asistentka se snažila najít další alternativu pro zlepšení fyzického diskomfortu.

Sedm K1, K3, K5, K6, K7, K8, K9 klientek uvedlo, že PA omezila verbální komunikaci při velké intenzitě bolesti na instrukce, jak bolest zvládnout (správné dýchání, jiná poloha), toto chování bylo klientkami hodnoceno kladně. Zároveň zmíněných sedm klientek popsalo, že při rozhovoru v čase prožívání bolesti PA empaticky mlčela a počkala, až bolest odezní, teprve potom v rozhovoru pokračovala. K3 poukázala na to, že při příjmu na porodní sál, porodní asistentka nebrala ohled na bolest klientky a pokračovala ve sběru anamnézy, i přes to, že klientka nebyla schopná odpovídat. K3 uvedla: „*Při příjmu na porodní sál porodní asistentka o mě shromažďovala informace, a i přes to, že jsem měla velké bolesti, nenechala mě si bolest prodýchat a pokračovala dál v rozhovoru, i když jsem jí v době bolesti neodpověděla.* Všechny klientky v čase bolesti preferovaly neverbální komunikaci. Klientky vyžadovaly při bolesti podporu, pomoc a úctu porodní asistentky. Toto očekávání bylo naplněno u všech klientek účastnících se výzkumu. Klientky jako formu podpory při bolesti nejčastěji uváděly: vlastní přítomnost PA, haptický kontakt (držení za ruku, položení ruky na rameno, pohlazení) oční kontakt, či verbální podporu, slovy: „*Jste šikovná, dýchejte, skvěle.*“ K1 uvedla: „*Při bolesti jsem vnímala, že mě porodní asistentka držela za ruku bylo mi to příjemné, cítila jsem, že v ní mám oporu, také mě porodní asistentka neustále chválila, říkala mi, jak jsem šikovná a že nemám zapomínat na dýchání, už jenom to, že tam se mnou byla přítomna mi velmi pomáhalo, protože jsem na to nebyla sama.*“

## **2 Využití alternativní polohy při porodu**

Podkategorie se zaměřila na možnost volby porodní polohy, kdy klientkám byly PA poskytnuty tyto alternativy: poloha na boku, porodní stolička, porod ve vertikální

poloze nebo porodní vana. Dále se tato podkapitola zabývá komunikací mezi klientkou a porodní asistentkou při volbě porodní polohy.

Šest klientek K3, K5, K6, K7, K8, K9 mělo možnost zvolit si polohu ve, které následně porodí, na základě rozhovoru s porodní asistentkou, která jim nabídla alternativní polohy. K2 o možnost volby porodní polohy přišla vlivem plánovaného císařského řezu. K1, K4 nebyla volba polohy nabídnuta vůbec. K1 uvedla: *„Porodní asistentka neměla snahu, zjistit, zda bych si přála родit jinak než v klasické gynekologické poloze, dále už jiná možnost ani nepřipadala v úvahu z důvodu komplikací.“* K4 uvedla: *„I přes to, že jsem chtěla родit v gynekologické poloze, nikdo se mě na mé preference o způsobu vedení porodu nezeptal, myslím si, že by ženy měly mít možnost vybrat si polohu, která je pro ně nejméně bolestivá a v ní následně porodit. Porodní asistentka by měla nabídnout ženě více alternativ, aby se mohla rozhodnout.“* K5 se vyjádřila takto: *„S porodní asistentkou jsme ve druhé době porodní zkoušely na moji žádost родit na boku, ovšem na boku nebylo mé tlačení příliš efektivní, proto jsem souhlasila s polohou horizontální na zádech, tato poloha mi vyhovovala více, mohla jsem tak lépe využít sílu.“* K3 s porodní asistentkou hovořila o preferencích týkajících se porodní polohy, kdy si klientka přála родit v poloze na boku, toto přání bohužel nebylo naplněno vlivem operativního ukončení těhotenství císařským řezem.

Porodní stolička byla nabídnuta pouze jedné klientce K6, která této možnost využila. Dvěma klientkám K8, K9 bylo PA nabídnuto родit v poloze vertikální s využitím žebřin jako opěry.

Pouze K7 měla možnost výběru porodní vany, této příležitosti klientka využila a na porod placenty se klientka přesunula na porodní lůžko. Dvě další klientky (K4, K6) uvedly, že by možnost porodu do vody rády využily, kdyby jim porodní asistentka tuto možnost poskytla. K4 se vyjádřila přesně takto: *„Moc jsem si přála, porod do vody, na základě pozitivní zkušenosti mé kamarádky, to se mi bohužel nesplnilo, kdybych věděla, že v porodnici tato možnost není, zvolila bych si jinou.“*

Osm klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 vypovědělo, že by rády vyzkoušely různé alternativy porodní polohy, aby zjistily, co jim přináší největší komfort, a to i v případě, že v dané poloze následně neporodí. Pět klientek K3, K5, K6, K7, K8 uvedlo, že o „porodní poloze“ s porodní asistentkou hovořily až ke konci první doby porodní. K7 hovořila o volbě porodní polohy s porodní asistentkou již při příjmu z důvodu toho, že si přála porod do vody. Všech šest klientek K3, K5, K6, K7, K8, K9 v rozhovoru vypovědělo, že je PA o zvolené poloze vždy informovala (co poloha vyžaduje, její



výhody, nevýhody, komplikace s polohou spojené) a přesnými instrukcemi jim pomáhala tuto polohu zaujmout.

### 3 Účast na péči

Podkategorie účast na péči se zabývá otázkou, jakým způsobem a v jakých situacích měly klientky možnost vyjádřit svá přání týkající se porodu. Podkategorie se zabývá i otázkou porodního plánu a komunikací s porodní asistentkou v rámci plnění požadavků.

Všechny klientky měly možnost spolurozhodovat a podílet se na poskytované péči na základě slovního vyjádření souhlasu či formou písemného informovaného souhlasu, zároveň měly tímto způsobem možnost odmítnout jakýkoliv výkon. K8 uvedla: *„Na rozhodování v poskytování péče při porodu jsem se mohla podílet. Když mi chtěli aplikovat oxytocin, bylo mi důkladně vysvětleno proč a k čemu to poslouží, volba byla nadále na mě. Před epiziotomií mi také rychle vysvětlili, že by bylo lepší tento zákrok provést, se zákrokem jsem souhlasila, tudíž jsem se mohla na péči svým rozhodnutím podílet.“*

Čtyřem klientkám K3, K5, K6, K7 bylo na základě dotazu porodní asistentky umožněno vyjádřit ústně své preference související s porodem. Rozhovor, jehož obsahem byly preference související s porodem, byl s klientkami veden nejčastěji v první době porodní po uvedení klientek na porodní pokoj, až poté co si ho prohlédly. K5 uvedla: *„Porodní plán jsem sepsaná neměla na preferencích ohledně porodu jsem se domluvila s porodní asistentkou při uvedení na porodní pokoj, na požadavcích jsme se domluvily bez problémů, všem mým požadavkům bylo vyhověno, přála jsem si: neprovádět nástřih hráze není-li to nutné, a mít miminko u sebe ihned po porodu, přičemž jsem chtěla kontakt kůže na kůži.“* K6 uvedla: *„Velmi mile mě překvapil zájem porodní asistentky, která se mě hned po tom, co mi ukázala porodní sál zeptala, zda mám nějaká přání týkající se vedení či průběhu porodu, při prvních dvou porodech se mě na to nikdo nezeptal.“* Klientce K2 nebyla umožněna volba na základě, které si určí, zda bude rodit vaginálně či podstoupí císařský řez. K2 se vyslovila takto: *„Když mi lékař sdělil, že miminko je otočeno zadečkem dolů, vůbec neváhal a okamžitě se mnou začal plánovat císařský řez, na mé preference týkající se způsobu vedení porodu se vůbec nezeptal, neříkám, že bych chtěla rodit konec pánevní, ale tato volba mi měla být ženám umožněna.“*

Sedm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K7, K8 nemělo v souvislosti s porodem žádné speciální požadavky, klientky uvedly: předporodní přípravu, oddálené přerušení

pupečníku, možnost doprovodu na PS, bonding, přičemž byly porodní asistentkou informovány, že tyto výkony jsou v dnešní době běžnou součástí péče na porodním sále.

Porodní plán měly sepsaný pouze K6, K9, přičemž většina požadavků sepsaných v porodním plánu byla naplněna. Obě klientky nezávisle na sobě odpověděly, že porodní plán byl konzultován s porodní asistentkou již při příjmu na porodní sál. Porodní asistentka s nimi ochotně konzultovala preference týkající se porodu. V případě nesouhlasu s určitým výkonem (nástřih hráze) byl klientkám objasněn význam dané intervence a současně byly upozorněny na potencionální rizika při odmítnutí či provedení výkonu. Obsahem rozhovoru mezi porodní asistentkou a klientkou byla i „hranice“ určující do jaké míry, bude klientka na svém přání trvat v případě komplikací vzniklých během porodu. K9 uvedla, že porodní plán konzultovala s porodní asistentkou, která s ní probrala všechny možné varianty. K9 uvedla: *„Většinu mých požadavků, bylo vyhověno, rodila jsem ve vertikální poloze, miminko jsem měla ihned u sebe. Také jsem požadovala, aby pupečník nebyl přestříhnut dříve než dotepe. Jediné, co mi porodní asistentka neumožnila bylo to, že jsem chtěla i placentu porodit ve stejné poloze jako dítě, na porod placenty jsem se musela přesunout na porodnické lůžko, ale důvod této intervence mi byl řádně vysvětlen, a já jsem s tím souhlasila.“*

Tři klientky K1, K5, K9 uvedly, že jejich přáním bylo, aby se porodu neúčastnily studenti zdravotnických oborů, případně ani medicí. Další sedm klientek K1, K3, K4, K5, K7, K8, K9 vyslovilo přání, a to je omezený počet personálu na porodním sále, klientky nejčastěji uváděly počet pěti osob.

Žádná z klientek se při rozhovoru na téma preferencí spojených s porodem nesešla s negativním postojem porodní asistentky míněno předsudky, opovržení, ponížení, odsuzování.

#### **4 Doprovod u porodu**

Tato podkategorie vypovídá o tom, zda klientky měly při porodu blízkou osobou a také se zabývá tím, jakým způsobem porodní asistentka s doprovodem komunikovala a zda k takové komunikaci vůbec došlo. Pět klientek K2, K3, K5, K6, K9 mělo u porodu doprovod (partnera, kamarádku, maminku). Tři klientky K2, K3, K9 vypověděly, že měly u porodu svého partnera. K2 doslovně řekla: *„I přes to, že jsem měla naplánovaný císařský řez bylo pro mě důležité mít vedle sebe někoho komu věřím a na koho se mohu spolehnout, manžel byl se mnou po celou dobu, než mě dovezli na operační sál, byl mi velkou podporou a jeho přítomnost mě přesvědčovala o tom, že bude vše v pořádku, že*

*on bude ten, kdo bude na miminko a na mě dohlížet, zatím co já budu spát.“ K3 uvedla: „U porodu jsem měla svého manžela, byl tam se mnou celou dobu, všechno prožíval se mnou, uklidňoval mě, povzbuzoval mě, když jsem nezvládala kontrakce. Když mi potom oznámili, že mi bude proveden císařský řez, já byla touto informací docela zaskočená, manžel neváhal a vyptával se na všechny informace, které já nedokázala vyslovit, byl se mnou i na operačním sále, neopustil mě ani na chvíli, a to mi dodávalo sílu.“ K6 dělala doprovod její kamarádka. K6 uvedla: „U porodu jsem svého manžela neměla i přes to, že on se chtěl porodu zúčastnit. Necítla bych se v jeho přítomnosti dobře. Měla jsem strach, že mě poté bude vnímat jinak, nechtěla jsem, aby mě viděl v bolestech, z tohoto důvodu mi dělala společnost při porodu moje kamarádka. Přijde mi přirozené, aby doprovázející osobou při porodu rodiče byla jiná žena.“ K5 uvedla: „Mamka mi byla v životě vždy velkou oporou, poznala mně i v ne příliš příznivých situacích, z tohoto důvodu, jsem právě ji chtěla u porodu, přála jsem si někoho, kdo mě nebude soudit, zná mě takovou, jaká jsem a podpoří mně i v situaci, kdy nebudu milá.“*

Klientky, které měly blízkou osobu u porodu, shodně odpověděly, že přítomnost blízké osoby jim pomáhala překonat bolest, zároveň v doprovodu měly velkou psychickou i fyzickou oporu. K1, K4, K7, K8 porod zvládaly s pomocí porodních asistentek. K8 uvedla: *„Porodní asistentka mi byla velkou oporou při porodu a s její pomocí jsem porod zvládla. Velmi mě podporovala, mluvila se mnou o preferencích ohledně porodu, nabízela mi alternativy tlumící bolest a vždy vycítila situace, kdy je mnohem lepší mlčet než mluvit. Také jsem si nepřipouštěla, že by mi někdo u porodu scházel, protože jsem měla vše, co jsem potřebovala.“* Pouze jedna klientka K1 uvedla, že jí přítomnost blízké osoby při porodu scházela, a pokud by se mohla rozhodnout znovu, určitě by této možnosti využila.

Klientky K2, K3, K5, K6, K9, které měly u porodu doprovod ocenily, že porodní asistentka komunikovala v průběhu porodu z velké části s nimi než s jejich doprovodem. Zároveň klientky zodpověděly, že informace o průběhu porodu byly sdělovány oběma partnerům (doprovodu) současně. Pět klientek K2, K3, K5, K6, K9 vypovědělo, že PA při porodu podporovala i jejich doprovod, nabízela mu prostor pro přestávku a současně tři klientky K3, K5, K6 uvedly, že porodní asistentka edukovala a podporovala doprovod v intervencích, které byly zaměřené na pomoc klientce při bolesti a způsob podpory při porodu. Všechny klientky uvedly, že jejich doprovod byl již při příjmu na porodní sál seznámen s chodem oddělením, s jeho právy i povinnostmi, i s možnostmi, že v případě nevhodného chování, při kterém by došlo jakýmkoliv způsobem k porušení tohoto

souhlasu, má personál právo doprovod vyloučit z porodního sálu. Tento souhlas byl doprovodu podán písemnou formou a zároveň vysvětlen porodní asistentkou, která zdůraznila důležité informace.

## **5 Bonding**

Tato podkategorie zkoumala, zda byl klientkám umožněn bonding. Také jsme se zabývaly otázkou, v jakém časovém rozmezí byl klientkám bonding umožněn a jaké intervence v rámci komunikace byly použity k naplnění této potřeby. Osm klientek K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 mělo zájem o bonding po porodu. Bonding byl podporován ze strany porodní asistentky i dětské sestry v osmi případech K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9. Z toho dvě klientky K6 a K9 uváděly bonding i v porodním plánu. K1 preferovala variantu ošetření novorozence v prostoru tomu určeném, následně si novorozence pochovala a měla ho vedle sebe v postýlce, nepreferovala časný kontakt. K1 uvedla: *„Chtěla jsem, aby malý měl tu nejlepší péči, z důvodu komplikací při porodu, proto i když jsem měla možnost mít malého nahého u sebe, nechala jsem ho sestřičkami ošetřit v jejich místnosti a teprve až když mi byla ošetřena porodní poranění jsem si ho pochovala. Jelikož jsem byla po porodu velmi unavená, potřebovala jsem si odpočinout a měla jsem strach, abych nezaspala a Martínka neupustila, domluvila jsem se s porodní asistentkou, že bych ho chtěla mít vedle sebe v postýlce.“* K3 uvedla: *„Po porodu mi byla malá nahatá položena na břicho a dětská sestřička se ji snažila přiložit k prsu, to se nepovedlo, ale malou mi nechala nahatou pouze přikrytou dečkou na sobě, držet ji v náručí byl ten nejúžasnější moment v mém životě.“* K4 uvedla: *„Malou jsem měla u sebe ihned po porodu placenty i při ošetření porodního poranění, porodní asistentka mě upozornila na možnou bolest při šití a zeptala se, zda malou nechci dát do postýlky, ale já jsem si ji nechala u sebe, protože jsem žádnou bolest, nebo spíš nevnímala, byla jsem šťastná, že mám porod za sebou a soustředila jsem se pouze na moji Kristýnku.“* K5 uvedla: *„Bonding mi byl umožněn ihned po porodu, kdy mi byla malá, nahatá, přiložena k prsu a okamžitě začala sát. Porod byl velmi bolestivý a dlouhý, když jsem ale viděla malou, jak je spokojená na všechno jsem zapoměla, cítila jsem se plná energie a měla jsem pocit, že už bude všechno v pořádku, že zvládnou všechno.“* U sedmi klientek K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 byl bonding podpořen dětskou sestrou v průběhu prvních dvou hodin po porodu, ještě na porodním sále, z toho šesti klientkám K3, K4, K5, K7, K8, K9 byl umožněn kontakt s novorozencem „skin to skin“ (Kůže na kůži). Klientky, u kterých byl

bonding podporován časně po porodu, odpověděly kladně na otázku, zda u nich na základě této intervence vzniklo pouto s novorozencem.

K2 nebyl umožněn bonding ihned po porodu, i přes to, že klientka o bonding projevila zájem. K2 uvedla: *„Přála jsem si bonding, i přes to, že jsem měla naplánovaný císařský řez. Po porodu jsem malou viděla až na šestinedělí, manžel viděl malou již na sále. Mě byla Markétka na sále pouze ukázána a první kontakt proběhl až na šestinedělí, když mi ji sestřička přinesla ke kojení. Velmi mě mrzelo, že mi nebyl umožněn první kontakt s malou již na operačním sále.“*

Sedmi klientkám K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9 byl umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem v rámci systému rooming-in. U dvou klientek K2, K3 byl kontakt omezen, protože byly umístěny na pooperačním pokoji, kam dětské sestry novorozence nosily pouze na kojení. Dle aktuálního stavu (cca po 2 dnech), byly klientky přeloženy na stanici šestinedělí, kde měly již novorozence neustále u sebe.

Když byla respondentkám položena doplňující otázka, zda s nimi o bondingu porodní asistentka hovořila, dvě respondentky K6, K9 vypověděly, že o této možnosti s porodní asistentkou hovořily při konzultaci porodního plánu při příjmu. Jediná klientka (K2) odpověděla, že o bondingu s nikým z personálu nehovořila. Dalších šest klientek K1, K3, K4, K5, K7, K8 bylo dotazováno ihned po porodu plodu dětskou sestrou či porodní asistentkou, zda chtějí novorozence položit na hrudník.

## **6 Intimita**

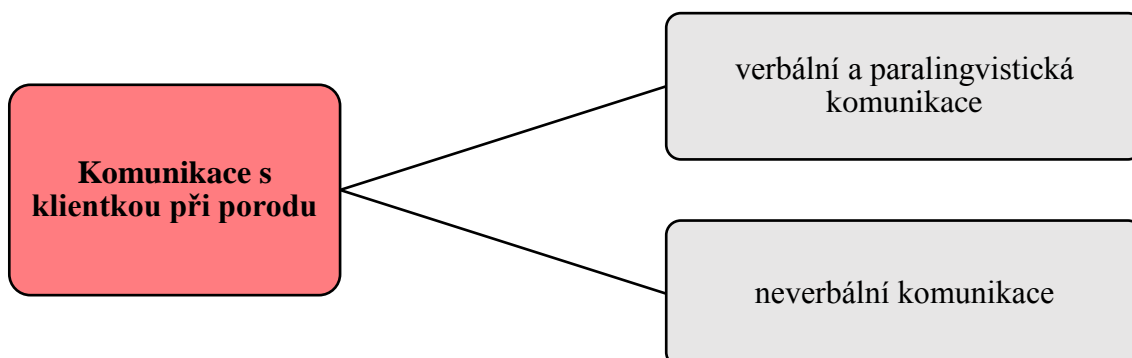
Všechny klientky uvedly, že je pro ně intimita při poskytování péče v průběhu porodu důležitá proto, aby se cítily pohodlně. Při příjmu na porodní sál klientky vypověděly, že jim některé otázky při rozhovoru s porodní asistentkou byly nepříjemné. Osm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 vypovědělo, že porodní asistentka brala na tuto situaci ohled, a v případě nutnosti odpovědět na nepříjemnou otázku se PA omluvila, se slovy že je nutné informaci zjistit a vždy uvedla důvod proč tomu tak je.

Sedmi klientkám K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 bylo při porodu zajištěno intimní prostředí. K8 uvedla: *„Soukromí mi bylo dostatečně poskytnuto, a to tím, že porodní asistentka klepala na dveře, než vstoupila na porodní pokoj, při vyšetření zavřela dveře a přikryla mě, abych nebyla odhalená a při porodu se mnou byly pouze dvě porodní asistentky a jedna dětská sestřička.“* Jedna klientka K2 měla k poskytování intimity ze strany porodní asistentky pouze jednu, ale podstatnou výhradu. K2 uvedla: *„Po celou dobu, kdy mě porodní asistentka připravovala na operační sál se snažila udržovat intimní*

*prostředí, dveře byly pootevřené jen tak, aby slyšela monitor. Také jsem byla po celou dobu přikrytá prostěradlem, ovšem v jeden moment jsem se cítila velmi nepříjemně, a nejráději bych se někam schovala. Bylo to v situaci, kdy mi porodní asistentka zaváděla močový katétr do močové trubice. Manžel se mnou byl po celou dobu porodu i na operačním sále a jeho přítomnost jsem uvítala, ovšem v takové situaci si nepřejete, aby se vám tam někdo díval. Myslím si, že ani manželovi nebyla situace příjemná. Porodní asistentka si nevhodnost jeho přítomnosti v dané situaci zřejmě ani neuvědomila, odešla se slovy, tak a teď tu s manželem můžete počkat, dokud vás nezavolají na operační sál, já za vámi poté přijdu a předám vás sestřičce z operačního sálu“. Klientka K1 vyjádřila přímo nespokojenost v této oblasti. K1 uvedla: „Při první době porodní jsem měla zajištěné soukromý, porodní asistentka, při každém vyšetření zavírala dveře a pokaždé, než vstoupila na porodní sál zakleपालa. Při sprchování mě nechala samotnou a přišla mě pouze zkontrolovat, nezírala na mě a já byla s její péčí nadmíru spokojená, velmi nepříjemná situace vznikla, v momentě, když došlo na samotný porod, když už bylo jasné, že miminko sama nevytlačím a lékař rozhodl o operačním ukončení porodu, bylo na sále najednou dvanáct lidí, nejsem odborník tedy nedokážu posoudit, zda to v dané situaci bylo nutné, ale já se v té chvíli cítila ponížene, připadala jsem si jako zvíře v zoologické zahradě na, které se všichni chodí dívat.“*

Všem klientkám byly informace týkající stavu novorozence a informace o průběhu porodu poskytovány v intimním prostředí na porodním pokoji. Při vaginálním vyšetření, či při jiném výkonu, vyžadujícím intimní prostředí, šest klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K9 uvedlo, že porodní asistentka zavřela dveře na porodní pokoj. Současně u klientek K2, K3, K5, K6, K9, které měli při porodu doprovod se porodní asistentka, zeptala klientky, zda si přeje, aby byla blízká osoba přítomna vaginálnímu vyšetření. Tři klientky K3, K5, K6 vypověděly, že při vaginálním vyšetření porodní asistentka požádala doprovod, aby odešel. Pět klientek K1, K3, K5, K6, K7 uvedlo, že jim bylo poskytováno soukromí občasnou absencí porodní asistentky na porodním pokoji. K3 uvedla: „Byla jsem ráda, že je se mnou porodní asistentka na porodním pokoji, skoro celou dobu, ale zároveň jsem ocenila, že mi poskytla soukromí a nechala mě na pokoji samotnou, kdyby vůbec neodešla bylo by mi to až možná nepříjemné.“

## Schéma 2: Komunikace porodní asistentky s klientkou při porodu



Třetí kategorie, schéma 3 se zabývá otázkou komunikace, především úrovní komunikace porodních asistentek na PS, kde jsou zkoumány především verbální, paralingvistické a neverbální aspekty komunikace. V této podkategorii bylo hodnoceno i poskytování informací, kdy bylo zohledněno několik faktorů: způsob jakým PA informace sdělovaly, kolik času si pro sdělení vymezily a obsah sdělení. Součástí je i zhodnocení celkového rámce komunikace z pohledu klientek.

**Zdroj:** vlastní

### Podkategorie

#### *1 Verbální, paralingvistická komunikace*

Podkategorie se zabývá otázkou komunikace v praxi, do jaké míry a jakým způsobem porodní asistentky komunikují s klientkami, zda využívají i techniky neverbální komunikace.

Osm klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že PA jim informace sdělovala pomalu a srozumitelně.

Devět klientek vypovědělo, že je porodní asistentka na porodním sále uvítala pozdravem, ovšem pouze čtyřem klientkám K2, K4, K7, K8 se porodní asistentka představila jménem. K7 uvedla: „*Jen co jsem přišla na porodní sál, ujala se mě porodní asistentka, která se mi představila jménem a sdělila mi, že se o mě při porodu bude starat. Bylo to velmi milé, v té chvíli jsem pocítila jistotu a věděla, jsem, na koho se můžu obracet,*

*pokud budu něco potřebovat.*“ Osm klientek K1, K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9 bylo po celou dobu pobytu na porodním sále oslovováno „paní, slečno“ se současným užitím jejich příjmení. Jediná K5 uvedla, že byla na porodním sále porodní asistentkou oslovována „maminko“. K5 se k tomu vyjádřila takto: *„Bylo mi velmi nepříjemné, že mě porodní asistentka neoslovovala mým jménem, cítila jsem se nerespektovaná, připadala jsem si jako další v řadě, co jde rodit, bylo to ponižující a neprofesionální.*“ Se všemi klientkami porodní asistentka při příjmu na porodní sál vedla rozhovor, na jehož základě byla vyplněna anamnéza. Následně byl všem klientkám ukázán porodní sál se slovním komentářem, kde se, co nachází. Všech devět klientek vypovědělo, že jim byly porodní asistentkou sděleny informace o porodu, jeho průběhu a dále jim byly sděleny informace týkající se intervencí a vyšetření prováděných během porodu.

Pět klientek K1, K2, K4, K5, K9 uvedlo, že porodní asistentka a především ošetřující lékař přítomný na porodním sále příležitostně používal odborných výrazů, kterým klientky nerozuměly, to v nich vyvolávalo nejistotu a jedna klientka K3 uvedla i strach. K9 odpověděla: *„Lékařka při příjmu použila několik odborných slov, kterým jsem nerozuměla, když mě předala sestřičce, sestřička mi vzápětí slova vysvětlila.*“ K3 uvedla: *„Když přišel lékař a porodní asistentka mu ukázala monitor, řekl: „no vypadá to na hypoxii to se bude muset řešit, protože to nevypadá dobře“.* Absolutně jsem nevěděla, co se děje, co to znamená, ovládla mě panika, měla jsem strach, že miminko už nežije.“ Všechny klientky vypověděly, že porodní asistentka jim umožnila vybrat si přijatelnou metodu tlumení bolesti, a to farmakologickou či alternativní.

V druhé době porodní klientky shodně uváděly, že paralingvistický projev porodních asistentek byl výraznější, než při první a třetí době porodní. Tak především zmiňovaly především intenzitu hlasu, rychlost projevu, kdy instrukce byly podávány rychleji, zřetelně, stručně a jasně, přičemž hlasitost projevu byla vyšší. Vyšší intenzita hlasu působila na klientky motivačně, s touto odpovědí se ztotožnilo šest klientek K1, K3, K4, K5, K6, K8. K8 uvedla: *„Porodní asistentka se snažila při kontrakcích hlasitě a zřetelně vést porod tím, že mi dávala instrukce, jak dýchat a kdy zatlačit. Mluvila na mě laicky a srozumitelně. Po kontrakci se mě snažila klidným a tichým hlasem uklidnit. Tím, že na mě porodní asistentka mluvila srozumitelně a jasně, měla jsem větší pocit jistoty.* K4 uvedla: *„PA na mě mluvila srozumitelně a rozhodně to nebylo zdlouhavé. Řekla vždy přesně to, co jsem potřebovala slyšet. Nenutila mě do odpovědí a respektovala mou únavu a vyčerpání.*“ K3 uvedla: *„Personál mluvil přiměřeným hlasem až na samotné tlačení, kdy byl hlas přísnější a hlasitější, ale to mi pomohlo při tlačení.*“



Většina klientek nejčastěji uváděla, že informace týkající se průběhu porodu, dalšího postupu, vyšetření získávaly od porodní asistentky. Lékařem byly tyto informace poskytovány pouze u třech klientek K1, K2, K3, kterým bylo těhotenství ukončeno operačně. K2 vypověděla, že byla lékařem informována o provedení císařského řezu, nutnosti lačnění a byla seznámena s operačním programem. K1 a K3 byly lékařem podány informace sdělením diagnózy a vysvětlením příčiny dané intervence (operační ukončení těhotenství). Dvě klientky K4, K7 dále uvedly, že jim lékař poskytoval informace o porodním poranění ve třetí době porodní, při jejich ošetření.

Osm klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že byly v průběhu celého porodu porodní asistentkou verbálně podporovány, chváleny. Osm klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 bylo při druhé době porodní vedeno porodní asistentkou přesnými stručnými instrukcemi, které klientce pomáhaly v tlačení. Všech devět oslovených klientek vypovědělo, že personál porodního sálu se s nimi při odchodu rozloučil, nejčastěji slovním spojením „Neshledanou, Mějte se hezky.“

## **2 Neverbální komunikace**

Podání ruky jako součást pozdravu a uvítání klientky na porodní sál bylo porodní asistentkou využito pouze ve třech případech K1, K4, K6. Úsměv jako součást neverbální komunikace při prvním kontaktu popisovalo osm klientek K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9. Všech devět klientek uvedlo, že porodní asistentka s nimi při komunikaci udržovala oční kontakt. Sedm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K7, K9 vypovědělo, že mimo intervencí, které vyžadovaly vstup do intimní zóny (vaginální vyšetření), dodržovala porodní asistentka při komunikaci hranici jejich osobní zóny. Pouze jedna klientka K6 uvedla, že jí blízký kontakt porodní asistentky byl nepříjemný. K6 se vyslovila takto: *„Bylo mi nepříjemné, když porodní asistentka v době, kdy jsem měla zrovna kontrakci seděla na porodní posteli a říkala mi, jak mám dýchat. Nevadila mi její přítomnost na porodním pokoji, naopak byla jsem ráda, že mi říká, co mám dělat. Vadilo mi to, že sedí na stejné posteli jako já. Nemohla jsem se soustředit na dýchání, cítila jsem omezení, přitom by stačilo, kdyby si sedla vedle mě na stoličku, hned bych se cítila lépe.“*

Ve všech dobách porodních klientky vnímaly neverbální komunikaci a podporu od porodních asistentek. Převážně si klientky vážily vlastní přítomnosti porodní asistentky na porodním sále, upřímného úsměvu, očního kontaktu, a podpory, která byla nejčastěji vyjádřena držením za ruku.

K8 uvedla: „*Porodní asistentka mi byla přítomna při porodu vždy při každé bolesti a snažila se mě podpořit a kontrolovala stav miminka. Při samotném tlačení semnou udržovala přímý oční kontakt a držela mě za ruku. Po porodu mě dotekem ruky pochválila. Tento projev neverbální komunikace mi byl příjemný a byla jsem ráda, že mám v porodní asistentce takovou oporu.*“ Všechny klientky vypověděly, že přítomnost porodní asistentky měla vliv na to, jak se při porodu cítily a přítomnost porodní asistentky u klientek vzbuzovala pocit bezpečí a jistoty.

Většina klientek byla s neverbálním kontaktem na porodním sále spokojena, ale tři klientky K3, K6, K7 měly ke komunikaci výhrady. K3 uvedla: „*Porodní asistentka byla velmi milá, moc mě podporovala. O všech intervencích mě informovala. Hezky jsem si spolu, ale vadilo mi, že při komunikaci se mnou měla ruce složené před sebou. Připadalo mi, že chce být ode mě co nejdál.*“ K6 uvedla: „*Měla jsem zvláštní až nepříjemný pocit, když porodní asistentka kontrolovala monitor a najednou rychle vyběhla ze dveří a odešla beze slova. Lekla jsem se, že je něco špatně, ale naštěstí bylo všechno v pořádku. PA mi sdělila, že si nutně potřebovala odskočit a omluvila se za své chování. To bylo v pořádku, ale v té chvíli se mi vážně sevřel žaludek, člověk vnímá v takové situaci úplně všechno.*“

#### 4.2 Kategorizace dat rozhovorů komunikace na stanici šestinedělí

Zpracováním druhé části rozhovorů týkajících se komunikace na stanici šestinedělí a jejich analýzou, byly získány výsledky výzkumného šetření na jejichž základě byly stanoveny 3 hlavní kategorie: komfort klientek po porodu, edukace klientky v šestinedělí, a komunikace porodní asistentky s klientkou v šestinedělí. K hlavním kategoriím byly následně dle obsahu sdělení přiřazeny jednotlivé podkategorie.

**Schéma 3:** Komfort klientek po porodu

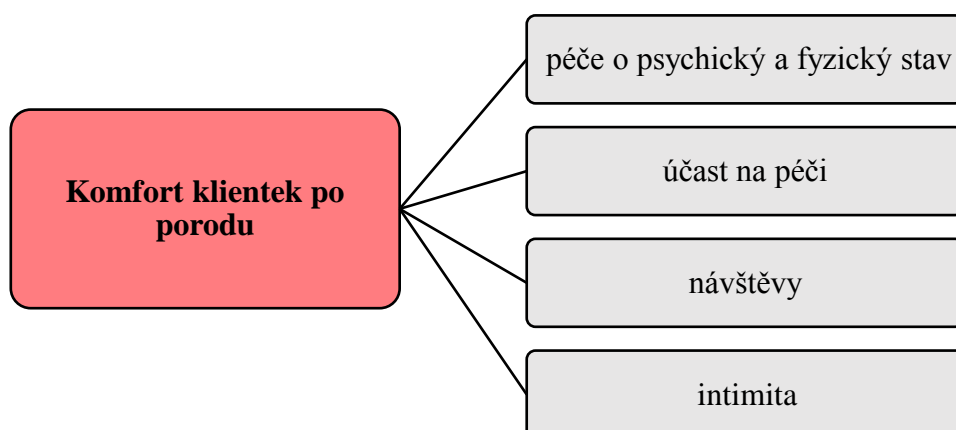


Schéma 4 znázorňuje pět podkategorií. Tyto podkategorie měli rozhodující význam při hodnocení komfortu klientkami. Podkategorie péče o psychický a fyzický stav zahrnuje otázky fyzického a psychického komfortu a pomoc v těchto oblastech. Účast na péči se zabývá mírou zainteresovanosti klientek v péči poskytované v rámci šestinedělí.

Podkategorie návštěvy řeší možnost návštěv na stanici šestinedělí, jejich četnost, vhodnost a komunikaci s nimi. Další oblastí hodnotící komfort klientek po porodu bylo dodržování a poskytnutí intimity.

**Zdroj:** vlastní výzkum

## **Podkategorie**

### ***1 Péče o psychický a fyzický stav***

Sedm klientek K1, K2, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že první den po porodu se cítily šťastně a plné energie i přes to, že byly unavené a v dalších dnech se u nich střídaly nálady a objevovaly se stavy zoufalství či bezmocnosti. K2 uvedla: *„Po porodu jsem se cítila skvěle, byla jsem šťastná. Měla jsem spoustu energie a smála jsem se. V dalších dnech to bylo horší střídaly se mi nálady, které jsem nedokázala ovládat a přišla jsem si bezmocná.“* Tři klientky K1, K5, K7 odpověděly na položené otázky, že zájem o duševní stav byl často započat a zároveň ukončen otázkou lékaře: *„Jak se dnes cítíte“* při ranní vizitě. Nutno podotknout, že dvě klientky K5, K7 se po porodu necítily psychicky dobře, protože pociťovaly úzkost a bezmoc. K5 uvedla: *„Personál se mě při ranní vizitě zeptal, jak se dnes cítím, a to bylo všechno. Za celý den se nikdo jiný nezajímal, a to i přes to, že jsem porodní asistentce říkala, že se necítím dobře. Odbyla, mě tím, že je to normální, to prožívají všechny maminky, a tím konverzace skončila. Neřešila se mnou důvod a ani si mě nevyslechla, proto jsem se cítila špatně.“* Šest klientek K2, K3, K4, K6, K7, K9 uvedlo, že porodní asistentka se i během dne dotazovala na jejich psychický stav a při diskomfortu si klientky vyslechla, tuto intervenci klientky velmi ocenily. K2 uvedla: *„Po porodu se mi často střídaly nálady. Bezdůvodně jsem brečela a nemohla jsem s tím nic dělat. Porodní asistentka byla velmi milá. Vždy, když procházela oddělení a zjišťovala, zda máme vše, co potřebuje se mě zeptala, jak se cítím a jestli si nepotřebuji o něčem promluvit. Když se tam objevila zrovna ve chvíli, když jsem plakala, ujistila mě, že je to součástí normálního procesu v šestinedělí. Ujistila mě, že pokud by bylo něco v nepořádku, nebo kdybych si potřebovala o něčem promluvit, mám se na ní obrátit.“*

Pouze tři klientky K3, K6, K7 byly porodní asistentkou nebo lékařem informovány o změnách psychického stavu v období šestinedělí. Klientkám K1, K2, K4, K8 byla sdělena pouze informace, že změny nálad jsou v období šestinedělí normální a klientkám K5, K9 nebyly sděleny v tomto ohledu žádné informace.

Šest klientek K2, K3, K4, K6, K7, K9 se nesetkalo s PA či dětskou sestrou, které by je podpořilo v plnění mateřské role. K3 uvedla: *„S takovým jednáním jsem se bohužel nesetkala, ale myslím si, že by takový přístup většina maminek stejně jako já ocenila.“* K6 uvedla: *„Velmi bych uvítala, kdyby mě porodní asistentka či dětská sestra podpořila např. pochvalou, že už sama zvládám kojení, jde, ale to se nestalo.“*

Naopak K8 vyjádřila spokojenost s jednáním dětských sester, při plnění mateřské role. K8 uvedla: *„Dětská sestřička mě velmi chválila, věděla že máme problémy s kojením, ale podporovala mě, že zvládám techniku kojení a že se miminko už krásně přisaje, bylo to velmi motivující a povzbuzující.“*

Všem klientkám PA nabídla po porodu analgetika na zmírnění bolesti porodu, a to ve intervalu nejméně třikrát denně. Šesti klientek K1, K2, K3, K5, K6, K7 se porodní asistentka před podáním léků zeptala na intenzitu a charakter bolesti. K3 uvedla: *„Porodní asistentka se mě vždy předtím, než mi podala lék zeptala nejen na to, zda lék potřebuji, ale zajímala se i o to, jak bolest vnímám. Bylo to od ní laskavé a tímto gestem vyjádřila opravdový zájem o to, jak se cítím.“* Dvě klientky K4, K8 uvedly, že otázka na bolest byla porodní asistentkou vyjádřena pouze tímto způsobem: *„Paní XY, potřebujete něco na bolest?“*

Sedm klientek K1, K2, K5, K6, K7, K8, K9 vypovědělo, že v případě fyzického vyčerpání a nedostatku spánku, byla klientkám nabídnuta pomoc dětských sester, kdy klientka měla příležitost předat novorozence na nezbytně nutnou dobu do péče sestřiček, aby si mohla odpočinout.

## **2 Účast na péči**

Všechny klientky se na základě svých možností a schopností podílely na péči o sebe a novorozence, ale jedna klientka K2 potřebovala při hygieně pomoc od porodní asistentky, ale pouze první dva dny na pooperačním pokoji. Zároveň se všechny klientky podílely na péči prostřednictvím informovaného souhlasu. K1 uvedla: *„Byla jsem velmi nejistá v péči o malého, ze začátku mi to příliš nešlo. Potřebovala jsem pomoc dětské sestřičky. Ta mi vždy ochotně pomohla a všechno mi vysvětlila, poté už jsem vše zvládala sama.“* K6 uvedla: *„Mám doma už dvě děti, proto jsem věděla, jak o miminko pečovat.“*

*Péči o sebe jsem také zvládala bez pomoci sestřiček i když se mě vždy ochotně ptali, zda nepotřebuji pomoc.“* Všechny klientky uvedly, že měly možnost rozhodovat o péči, intervencích, vyšetřeních týkajících se novorozence, bez jejich souhlasu nebyla tato péče poskytnuta. Porodní asistentky i dětské sestry před provedením jakéhokoliv výkonu u klientky či novorozence vyčkaly souhlasu klientky, souhlas byl poskytován nejčastěji ústní formou.

### **3 Návštěvy**

Pro mnoho klientek bylo důležité mít kontakt s rodinou. Sedm klientek uvedlo, že mělo s rodinou neomezený kontakt. K6 uvedla: *„Se svou rodinou jsem se vídala v době povolených návštěv, ale PA byly milé i když tam se mnou rodina zůstala déle, PA měla pochopení a nevyhazovala je, za to jsem jí byla velmi vděčná. Myslím si, že kontakt s blízkým člověkem je důležitý hlavně v situacích, kdy jste na tom psychicky špatně.“* K2 a K3 měly kontakt omezený pouze na pooperačním pokoji. Všem pěti klientkám K1, K2, K4, K6, K8, které neměly nadstandardní pokoj byl umožněn kontakt s rodinou v návštěvní místnosti. Klientky K3, K5, K7, K9, které využily možnosti nadstandardního pokoje měly neomezený kontakt s rodinou přímo na pokoji, současně dvě klientky K3, K9 využily nabídky, aby byl spolu s nimi ubytován i partner.

Sedm klientek K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9 vypovědělo, že porodní asistentky ani dětské sestry s jejich blízkými příliš nekomunikovaly. Komunikace byla omezena převážně na pozdrav. Klientky taktéž uvedly, že personál neinformoval jejich blízké o jejich zdravotním stavu, ve všech sedmi případech se porodní asistentka návštěvě nepředstavila.

### **4 Intimita**

Pěti klientkám K1, K2, K4, K6, K8 byly informace o jejich zdravotním stavu a o stavu novorozence sdělovány před jinými pacientkami se kterými sdílely pokoj, přičemž sedmi zmíněným klientkám byla tato situace nepříjemná. K1: *„Velmi mi vadilo, že můj zdravotní stav byl probírán i před ostatními pacientkami, neumím si představit, že bych například trpěla nějakou vážnou chorobou nebo že by můj malý nebyl v pořádku a doktor by mi tuto informaci sdělil před ostatními pacientkami a jiným personálem na ranní vizitě.“*

Všem klientkám byla na stanici šestinedělí poskytnuta intimita při provádění hygieny, kdy každý pokoj měl svoje sociální zařízení. K6 uvedla: *„Byla jsem velmi šťastná, že máme na pokoji své sociální zařízení, protože při předchozích porodech jsem*

takovou možnost neměla a bylo velmi nepříjemné dělit se o toalety s dalšími pěti maminkami. “ Osm klientek K1, K2, K3, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že veškerá vyšetření byla vždy prováděna v jiné místnosti, nikdy ne na pokoji, ošetrovatelské intervence byly prováděny na pokoji se souhlasem klientek. Pět klientek K1, K2, K6, K7, K9 uvedlo, že personál před vstupem na pokoj vždy zaklepal na dveře.

**Schéma 4:** Edukace klientek v šestinedělí

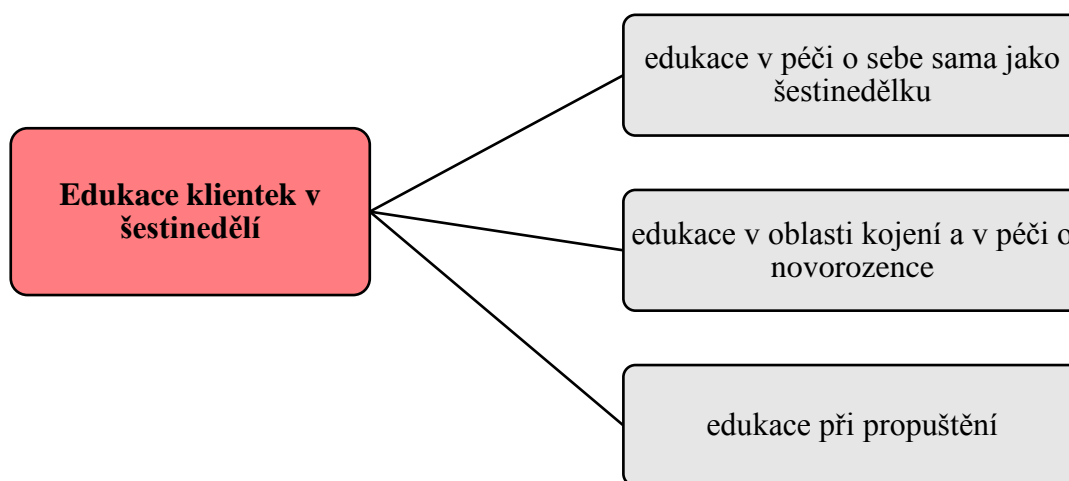


Schéma 5 se zabývá otázkou edukace na stanici šestinedělí. Objektem zkoumání byly oblasti edukace, metody a forma edukace, osoba sdělující informace. V rámci této kategorie byl zjišťován i časový faktor edukace a zároveň byla hodnocena efektivita edukace.

**Zdroj:** vlastní

**Podkategorie**

### ***1 Edukace v péči o sebe sama jako šestinedělku***

Všechny klientky byly v oblasti péče o sebe jako šestinedělku edukovány porodní asistentkou. Klientky byly v osmi případech edukovány verbálně, přičemž jedna klientka K2 uvedla, že porodní asistentka využila při edukaci i názorné ukázky. K2 uvedla: „Protože mi bylo těhotenství ukončeno císařským řezem, neustále mě bolela jizva v každém pohybu, v této situaci mi pomohla porodní asistentka, která mi názorně ukázala, jakým způsobem mám vstávat z postele, jak si mám držet jizvu při kašlání, kýchání. Tato forma edukace pro mě v této situaci byla nejvýhodnější, protože jsem ihned pochopila, jak mám co dělat.“ Všech devět klientek uvedlo, že porodní asistentka při edukaci v péči

o sebe sama jako šestinedělku zmínila tyto oblasti: péče o prsa, péči o porodní poranění, péči o jizvu, hygienu, vyprazdňování, sexuální abstinenci, bolest. U sedmi klientek K1, K2, K3, K5, K6, K7, K8 byly znalosti klientkám předávány individuální formou. K4 a K9 byly edukovány skupinově, společně s klientkou, která s nimi byla na pokoji. K4 uvedla: *„O této péči mě informovala porodní asistentka z oddělení šestinedělí a lékařka, která mě měla na starosti. Myslím si, že hlavně porodní asistentka mi poskytla cenné rady, které už má praxí ověřené, a to jsem velmi ocenila. Dětské sestřičky mě také poučily o zavínování dělohy, které může být silnější při kojení a o nutné desinfekci rukou při manipulaci s novorozencem. Prvotní informace při překladau na tuto stanici mi PA sdělila velmi rychle, ale poté si na mě vyhradila 10 minut, kdy mě pečlivě poučila o hygieně a dalších oblastech týkající se péče o mě. Při předávání informací mi dala prostor na otázky a za to jsem byla velmi ráda. K7 uvedla:“ Porodní asistentka se při edukaci věnovala pouze mně. To bylo úžasné, ovšem edukace neprobíhala dle mých představ. PA se snažila zmínit všechny oblasti ve velmi krátkém čase, výsledkem bylo to, že jsem si většinu věcí vůbec nepamatovala.“*

Klientky byly porodní asistentkou edukovány v péči o sebe jako šestinedělku ihned po příchodu na stanici šestinedělí na pokoji. Pouze pět klientek K2, K4, K5, K7, K9 vypovědělo, že jim byly předány dostatečně podrobné informace pro to, aby byly schopné tyto informace zopakovat a na jejich základě o sebe co nejlépe pečovat.

Názory klientek se shodovaly, že informace jim byly předány srozumitelně a v dostatečné míře, ale byly sděleny velmi rychle. Tři klientky K1, K2, K6 uváděly, že bylo velmi těžké se orientovat v myšlenkách porodní asistentky z důvodu přeskokování z tématu do tématu.

## **2 Edukace v oblasti kojení a v péči o novorozence**

Edukace týkající se kojení a péče o novorozence byla klientkám zprostředkována dětskou sestrou. Edukace byla dětskými sestrami klientkám poskytována vždy individuálně. Klientkám K3, K4, K5, K6, K7, K8 byly v oblasti kojení předány zkušenosti týkající se techniky kojení, správného držení prsu, správného přísátí, péči o prsa a současně jim dětské sestry pomohly s prvním přiložením novorozence. Metodou edukace bylo ústní předání. Technika edukace byla nejčastěji dovednostně – praktická. K3 uvedla: *„S kojením jsem měla ze začátku problémy, neměla jsem dostatek mléka, ale dětské sestřičky mi ohledně kojení poskytly mnoho užitečných informací i rad. Vysvětlily mi příkládání miminka k prsu, techniku kojení i péči o prsa. Informací bylo příliš. Mohu,*

ale říci, že v oblasti kojení mi byly poskytnuty vyčerpávající informace.“ K2 uvedla: „Kojení jsem se bála, ne proto, že bych nechtěla kojít, ale hlavním důvodem bylo to, že jsem byla po císařském řezu upozorněna na to, že klientky s touto diagnózou mají s kojením problém, ovšem po důkladné edukaci dětskou sestrou. Netrvalo dlouho a s miminkem jsme se sehrály a již pátý den po porodu jsem ho plně kojila.“

Tři klientky K1, K3, K6 hodnotily přístup dětských sester v oblasti kojení velmi negativně. K1 uvedla: „Určitě bych jako prvorodička ocenila více názorných ukázek a výraznější pomoc při prvních dnech kojení, to mi totiž chybělo nejvíce. Naopak, když mi kojení nešlo, dětská sestra byla velmi nepříjemná a reagovala dost nevhodně. Když mi nešlo malého přiložit, tak řekla, že už mi to ukazovala několikrát a nemá na starost jenom mě. Myslím, že její reakce byla přehnaná a možná by se nic z toho nestalo, kdybychom měly v oblasti kojení více informací.“ K3 uvedla: „Vždy jsem chtěla své miminko kojít, snažila jsem se, ale neměla jsem dostatek mléka. Sestřička místo toho, aby mě podpořila v častějším přikládání, vzala mi malého se slovy: „Tak já ho dokrmím cizím mateřským mlékem jinak bude řvát celou noc, to je jasný že má hlad, když nemáte žádné mléko. Cítila jsem se hrozně provinile, že nedokážu svého malého Matěje ani nakojit, aby neměl hlad. Měla jsem pocit, že nejsem správná máma a, že jsem selhala.“

Šest klientek K2, K4, K5, K6, K7, K8 by uvítalo, kdyby jim v oblasti kojení byly poskytnuty detailnější informace. Pět klientek K4, K5, K7, K8, K9 negativně hodnotilo přístup PA a lékařů i dětských sester, kdy při výkonu ošetrovatelských intervencí či při vizitě byly nuceny kojení ukončit. K5 uvedla: „Porodní asistentka přišla k nám na pokoj a řekla, že za chvíli bude Velká vizita, ale zrovna jsem kojila. Když vizita přišla měla jsem malou pořádku u prsu a když mě porodní asistentka vyzvala, abych si lehla, že pan doktor zkontroluje zavínování dělohy, tak jsem chtěla malou nechat odříhnout a pak jí dát do postýlky, viděla jsem všechny ty opovržlivé pohledy všech těch lidí v bílém, nebylo to zrovna příjemné.“

Pět klientek K3, K4, K6, K7, K8 uvedlo, že edukace v péči o novorozence byla rozdělena na několik částí.

Na otázku, jaké oblasti v péči o novorozence sestry zmínily, se odpovědi klientek shodovaly, uvedly: přebalování, krmení, vyprazdňování, udržování tělesné teploty a hygienu o novorozence. K8 uvedla: „Dítě bylo se mnou stále na pokoji. Když jsem potřebovala pohlídat, tak dětské sestry ochotně pohlídaly. Hned po porodu malého přikládaly k prsu. Každý den jsem se s dítětem učila něco nového – přebalovat, koupat atd. Na dotazy mi odpovídaly většinou ochotně, ačkoli se na podobné věci ptá určitě



každý.“ K6 uvedla: „*V péči o novorozence mě seznámila dětská sestřička. Seznámila mě se systémem rooming-in a s chodem novorozeneckého oddělení. Dětská sestřička mi pomáhala s kojením, protože moje miminko se mnou nechtělo moc spolupracovat a oba dva jsme potřebovaly pomoc k úspěšnému přisátí. Díky velkému úsilí a trpělivosti dětské sestřičky jsem začala plnohodnotně kojit. Dále mi ukázala přebalování a koupel miminka. Poté mě upozornila na bezpečné přenášení novorozence a následně mi prakticky ukázala, jak správně novorozence držet. Dětská sestra si udělala vždy dostatek času na to, aby mi pomohla s kojením, které nám stále moc nešlo. Dotazy ohledně miminka jsem měla a pokaždé se mi snažily dětské sestřičky na mé otázky odpovědět. Mladší dětské sestřičky měly semnou větší trpělivost nežli ty starší, které více chvátaly.*“ Všechny klientky uvedly, že byly přítomny u všech vyšetření, které se u novorozence prováděly a o těchto výkonech byly vždy předem informovány dětskou sestrou a v nutnosti i písemným informovaným souhlasem. Při vyšetřeních novorozence byly klientkám lékařkou sdělovány všechny důležité informace týkající se jeho zdravotního stavu.

Klientkám byla položena otázka, jakým způsobem byly zdravotnickým personálem podporovány v plnění mateřské role. Šest klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7 odpovědělo, že při plnění této role nepocítily žádnou podporu. K6 uvedla: „*S takovým jednáním jsem se bohužel nesetkala.*“

### **3 Edukace při propouštění**

Osm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K7, K8, K9 uvedlo, že byly při propouštění do domácí péče edukovány porodní asistentkou. Jedna klientka K6 nebyla porodní asistentkou v této situaci edukována vůbec. Klientkám, které byly PA edukovány K1, K2, K3, K4, K5, K7, K8, K9 byly poskytnuty informace o nutnosti dodržovat šestinedělí, o hygieně, péči o prsa, o porodní poranění a péči o jizvu v případě císařského řezu. Klientkám byla současně sdělena informace, že po šestinedělí musí navštívit svého obvodního gynekologa.

Všech osm klientek se zároveň shodovalo v tvrzení, že edukace v rámci propuštění do domácí péče byla velmi nerozvinutá, byla odprezentována rychle, ale PA všem osmi klientkám poskytla prostor pro otázky. K5 uvedla: „*Ocenila jsem, že mi porodní asistentka před propuštěním domů zopakovala důležité informace týkající se péče o porodní poranění, péče o prsa, hygienu, zároveň jsem byla ráda, že mi vysvětlila, co všechno je potřeba zařídit po příchodu domů třeba informaci, že po šestinedělí, musím navštívit svého obvodního gynekologa.*“ K6 uvedla: „*PA měla snahu mi při odchodu*

*domů, zopakovat edukaci, kterou jsem již slyšela v rámci pobytu na šestinedělí. Yslím si, že pro prvorodičky je to určitě velmi užitečné, ale já jako žena, která rodila již potřeť jsem se už viděla doma se svým miminkem.“*

Žádná z klientek nebyla při propuštění do domácí péče opakovaně edukována dětskou sestrou v oblasti kojení a péči o dítě. Dětské sestry klientkám pouze odpovídaly na případné dotazy. Sedmi klientkám K1, K2, K3, K4, K5, K7, K8 byly dětskou sestrou poskytnuty informace týkající se návštěvy pediatra a důležitých vyšetření, které jsou nutné vyřídit po propuštění.

Dvě klientky K6, K9 uvedly, že potřebné informace ohledně vyšetření miminka jim byly předány písemnou formou „letáčkem“. K6 uvedla: „*Sestřičky mi řekly, že se má kontaktovat dětská lékařka a že kyčle nebyly vyšetřeny a sluch. Dostala jsem pouze letáček a kontakty na dané lékaře a informaci, že se máme objednat.*“

Většina klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 účastníci se výzkumu v celku negativně hodnotily časový rámec edukace, kdy bylo klientkám v krátkém čase poskytnuto příliš mnoho informací najednou. Sedm klientek K1, K3, K4, K6, K7, K8, K9 by uvítalo vyšší míru tolerance při edukci ze strany porodních asistentek a dětských sestřiček. K4 uvedla: „*Myslím si, že by některé sestry měly brát ohled na to, že narození dítěte je zcela ojedinělá situace, o které nic nevíme a měly by mít větší trpělivost.*“

#### **Schéma 5:** Komunikace s klientkou v šestinedělí

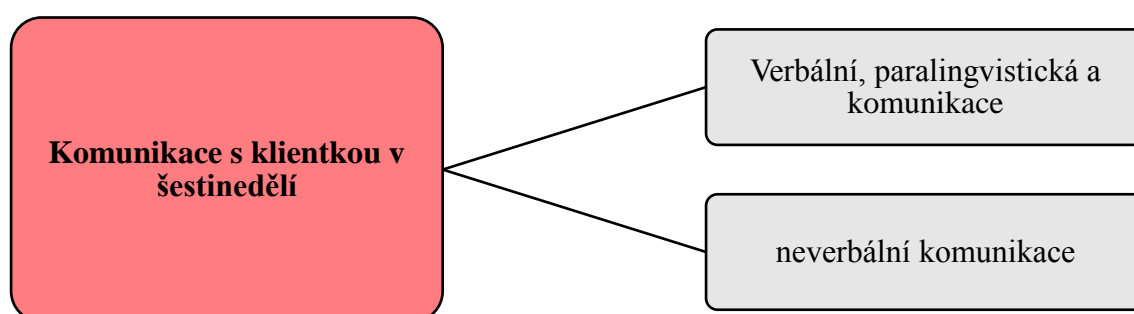


Schéma 6 shrnuje odpovědi klientek na téma komunikace s klientkou v šestinedělí. V rámci této kategorie jsou hodnoceny verbální, paralingvistické a neverbální projevy porodní asistentky. Předmětem zkoumání je i poskytování informací porodní asistentkou.

V závěru této kapitoly je klientkami zhodnocena úroveň komunikace na stanici šestinedělí.

**Zdroj:** vlastní výzkum

## **Podkategorie**

### ***1 Verbální, paralingvistická komunikace***

Všech devět klientek se shodovalo, že porodní asistentky s nimi komunikovaly nejčastěji prostřednictvím verbální komunikace, neverbální forma komunikace byla využívána méně. Pouze dvěma klientkám K2, K5 se porodní asistentka představila jménem. Všechny klientky byly po příchodu na stanici šestinedělí provedeny po oddělení, kdy jim porodní asistentka ukázala sesternu, jídelnu, sociální zařízení, pokoj, kde budou ležet po dobu hospitalizace a signalizační zařízení. K7 uvedla: *„Ihned jak jsem přišla na šestinedělí ujala se mě porodní asistentka a slovně mě začala seznamovat s oddělením, přičemž mi vždy ukázala kde, co najdu.“*

Všechny klientky účastníci se výzkumu uvedly, že po příchodu na stanici šestinedělí byly porodní asistentkou edukovány o péči o sebe jako šestinedělku a dále je edukovala i dětská sestra, a to v péči o novorozence a kojení.

Sedm klientek K1, K2, K4, K5, K6, K7, K9 se ztotožnilo s tvrzením, že při výkonu ošetrovatelské činnosti či zákroku, porodní asistentka vždy slovně komentovala průběh vyšetření a případně klientku vedla instrukcemi, aby věděla, co má v dané situaci dělat, tato intervence byla klientkami pozitivně hodnocena.

Sedm klientek K2, K3, K5, K6, K7, K8, K9 označilo projev porodní asistentky za srozumitelný, jasný. K3 uvedla: *„Projev porodní asistentky byl spisovný a srozumitelný. Mluvila na mě laicky, pomalu a nepoužívala slova, kterým bych nerozuměla.“* K1 a K4 vadilo užívání odborných výrazů při projevu. K1 uvedla: *„Když mi porodní asistentka sdělovala informace o porodním poranění, ztrácela jsem se v jejím projevu, protože jsem nerozuměla latinským výrazům. Byla jsem nervózní z toho, že jsem nevěděla, co se skrývá za latinskými spojeními.“* Osm klientek K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 uvedlo, že porodní asistentky ochotně zodpovídaly všechny dotazy klientek, přičemž žádná z klientek se neseetkala s tím, že by porodní asistentka neznala odpověď na jejich otázku.

## **2 Neverbální komunikace**

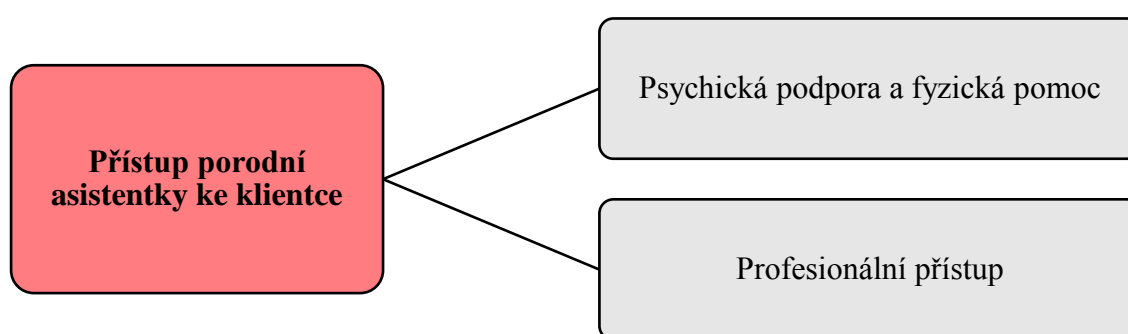
Šest klientek K1, K3, K4, K6, K7, K9 bylo na stanici šestinedělí přijato porodní asistentkou, která je uvítala úsměvem. K7 uvedla: „*Když jsem přišla na šestinedělí ujala se mě velmi milá porodní asistentka, která byla pořád usměvavá a velmi ochotná. Ukázala mi, jak to na šestinedělí chodí a kde co najdu.*“ Dvě klientky K2, K5 uvedly, že porodní asistentka měla neutrální mimický projev. Jedna klientka K8 popsala přímo negativní projev porodní asistentky. K8 uvedla: „*Když jsem byla předána na šestinedělí, přijímala mě tam porodní asistentka, která mě sice pozdravila, ale její pohled a výraz v obličeji mluvil za vše. Vypadala znuděně a otráveně, jako by neměla žádnou vůli vstát a ukázat mi oddělení.*“

Sedm klientek shodně odpovědělo, že haptický kontakt byl uplatněn spíše při výkonu ošetrovatelských intervencí. Pouze dvěma klientkám K3, K9 věnovala porodní asistentka haptický kontakt při psychickém a fyzickém diskomfortu. K3 uvedla: „*Druhý den po porodu jsem byla vyčerpaná, bolelo mě břicho, malá neustále brečela a já už jsem byla zoufalá, nevěděla jsem, co mám dělat. Přišla ke mně porodní asistentka, pohladila mě po rameni a řekla mi, že to chce čas, abychom si na sebe zvykly. Řekla, že vše zvládám skvěle a s úsměvem odešla. V dané situaci jsem podporu od PA ocenila.*“ K3 vadily neverbální projevy PA při sdělování informací týkající se systému rooming- in. K3 uvedla: „*Když mě porodní asistentka seznamovala se systémem rooming – in byla opřená zády o přebalovací pult a ruce měla zkřížené před sebou. Působilo to na mě neprofesionálně a připadalo mi, že porodní asistentka byla otrávená z toho, že mi musí něco vysvětlovat.*“

### 4.3 Kategorizace dat přístupu porodní asistentky ke klientce při porodu a v šestinedělí

Při zpracování obou částí výzkumu, kdy první část se zabývala komunikací na porodním sále a druhá část byla zaměřená na komunikaci v šestinedělí byla na základě výsledků rozhovorů stanovena další kategorie: Přístup porodní asistentky ke klientce. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie. První podkategorii je psychická podpora a fyzická pomoc, druhou podkategorii je profesionální přístup.

**Schéma 6:** Kategorie Přístup porodní asistentky ke klientce



Na Schématu 2 jsou zobrazeny dvě podkategorie, které jsou zmiňované všemi klientkami účastnicích se výzkumu. Tyto podkategorie zahrnují odpovědi klientek na otázku vnímání přístupu porodní asistentky, podkategoriemi jsou psychická podpora, fyzická pomoc a profesionální přístup ze strany porodních asistentek.

**Zdroj:** vlastní

#### **Podkategorie**

##### ***1 Psychická podpora a fyzická pomoc***

Všechny klientky účastnicí se výzkumu retrospektivně hodnotily přístup porodních asistentek na porodním sále i na stanici šestinedělí spíše kladně.

Všem klientkám byla vyjádřena podpora a zároveň všem klientkám byla poskytnuta fyzická pomoc. Verbální podporu ze strany porodní asistentky uvedlo všech devět klientek. Pěti klientkám K1, K3, K4, K7, K8 byla na porodním sále vyjádřena i neverbální podpora, nejčastěji držením za ruku, pohlazením, upřímným úsměvem či souhlasným pokývnutím hlavy. K8 uvedla: „*Porodní asistentka mě motivovala při každé kontrakci*

ústně. Chválila mě a ujišťovala mě, že pokud budu dobře spolupracovat, bude už miminko na světě. Podpora byla vyjádřena i povzbuzujícím upřímným úsměvem porodní asistentky. Demotivační aspekt v komunikaci byl od lékařky, kdy zkontrolovala monitor a pouze řekla, že je to dobrý. Tato informace pro mě v tu chvíli nebyla moc dostatečná a motivující. Nejvíce mě podporovala porodní asistentka na konci druhé doby porodní. Porodní asistentka se zajímala i o můj fyzický stav, protože se mě neustále ptala na to, jak prožívám bolest a zda nepotřebuji něco na bolest.“ K6 uvedla: „Porodní asistentka mě podporovala ústně a neustále mi opakovala, že jsem šikovná, že porod zvládám dobře a zároveň bylo pro mě velkou podporou už jenom to, že porodní asistentka se mnou byla v situaci, když jsem ji potřebovala. V jednu chvíli jsem byla dost demotivovaná, protože jsem byla na pokraji sil a porodní asistentka řekla, že porod může být do půl hodiny, ale taky třeba až za 6 hodin. Naštěstí byl porod do hodiny. Velmi mě motivovalo, když jsem viděla, jak porodní asistentka chystala lůžko pro mé dítě a mě v tu chvíli došlo, že se opravdu za chvíli narodí. K4 uvedla: „Porodní asistentka mě podporovala slovy a při tlačení mě držela za ruku a měla vstřícný úsměv a byla moc milá. Bylo to moc fajn. Nejdůležitější podpora byla asi ve fázi, kdy jsem chtěla tlačit, ale ještě jsem nesměla. Porodní asistentka se mnou pro dýchávala kontrakce a podporovala mě, tím, že mě držela za ruku. Krátce jsem pocítila i beznaděj a měla jsem pocit, že to nezvládnou, ale porodní asistentka mě podpořila. Opakovala mi, že jsem šikovná a určitě to zvládnou. že je tu pro mě a nikam neodejde a měla pravdu, zvládla jsem to.“ Verbální podporu ze strany porodních asistentek uvedlo pět klientek K1, K2, K4, K6, K7. Neverbální podpora na stanici šestinedělí byla uplatněna pouze u dvou klientek. Na stanici šestinedělí byl negativně hodnocen přístup některých dětských sester ke klientkám v oblasti kojení.

Fyzická pomoc byla všem klientkám při porodu a následně v šestinedělí poskytnuta prostřednictvím metod tlumící bolest (farmakologické, nefarmakologické). Dále byla fyzická pomoc vyjádřena radami, instrukcemi, názornou ukázkou, případně fyzickou přítomností PA, vždy ve vztahu k dané situaci. K7 uvedla: „V jedné chvíli jsem byla velice unavená a slabá, na to bych si došla na toaletu. Jedna porodní asistentka byla ochotná a dopomohla mi dojít si na toaletu a doprovodila mě zpět k lůžku. Porodní asistentka mi byla nablízku, když jsem ji potřebovala.“ K1 uvedla: „Byla jsem prvorodička a nevěděla jsem, jak mám správně dýchat. Dýchala jsem rychle, protože se mi to zdálo správné, ale samozřejmě mi bylo ještě hůř a porodní asistentka mi vysvětlila, že tohle není správná metoda. Ukázala mi, jak mám dýchat při a po kontrakci.“

## **2 Profesionální přístup**

Osm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 hodnotilo přístup porodních asistentek na základě daných parametrů jako profesionální a byly s přístupem spokojeny. Aby mohly tento závěr udělat, musela porodní asistentka splnit alespoň tři stanovené parametry, vycházející ze základních práv pacientů (viz Příloha č. 4). K4 uvedla: *„Sestřička mi ukázala celý porodní sál a představila se mi a pak při porodu se mi představila doktorka jak moje, tak dětská. Dětská sestřička se mi nepředstavila, jen řekla, že je dětská sestra. Své kompetence mi neřekly. Porodní asistentka, která se o mne na sále starala, tak mi řekla, že pokud něco budu potřebovat, ať ji řeknu. Stále se mě ptala na charakter bolesti a zda nechci vyzkoušet například stoličku atd. Takže individuální péče mi byla určitě poskytnuta. Soukromí a intimitu si myslím, že personál během porodu dodržel. Během porodu nejde zcela dodržet intimitu. Zdravotnický personál určitě zájem o mne měl, protože se myslím, že jinak by se mi tak nevěnoval. Přístup byl velice profesionální a všichni byli hodní.“* K6 uvedla: *„Při příjmu na porodní sál se mi porodní asistentka představila a poté mě seznámila s prostředím porodního sálu. Následně mi sdělila, že se o mě v průběhu porodu bude starat ona. V průběhu porodu se opravdu o mě snažila pečovat tato porodní asistentka, avšak se v péči o mě při porodu střídala s druhou kolegyní. Soukromí mi bylo dostatečně poskytnuto. Sedm klientek K1, K2, K3, K5, K7, K8, K9 uvedlo, že porodní asistentky byly milé, ochotné, vstřícné.*

Sedm klientek K1, K4, K5, K6, K7, K8, K9 velmi negativně hodnotilo přístup lékařů. Klientky vypověděly, že lékař byl často přítomný při příjmu na porodní sál a poté už ho celou dobu neviděly, až při porodu, kdy bylo nutné zrevidovat porodní poranění. Tři klientky K1, K5, K6 zároveň uvedly, že na porodní sál je přijímal jiný lékař než ten, který s nimi byl ve třetí době porodní. Klientky toto chování hodnotily jako vysoce neprofesionální, netaktní a k takovým lékařům neměly důvěru. Všechny klientky uvedly, že při kontaktu s lékařem je lékař pozdravil. Lékař se jménem představil sedmi klientkám K1, K2, K4, K6, K7, K8, K9, ale pouze u dvou klientek K1, K4 byl uplatněn neverbální kontakt podání ruky.

Klientkám byla na závěr výzkumu položena důležitá otázka. Na základě, které bylo možno lépe zhodnotit význam a vnímání komunikace při poskytování péče na porodním sále a v šestinedělí. Otázka zněla takto: Uveďte prosím, co je pro vás při poskytování péče v průběhu porodu a následně po porodu, tím nejdůležitějším aspektem, který ovlivňuje to, abyste se cítila komfortně? Odpovědi klientek jsou obsaženy v tabulce níže.

**Tabulka 3:** Nejdůležitější aspekty v poskytování péče dle odpovědí klientek.

Zmíněné aspekty v poskytování péče	Odpovědi klientek
<b>Přístup PA a komunikace</b>	K1, K2, K3 K4, K5, K6, K7, K9
<b>Intimita</b>	K1, K2, K4, K5, K6, K8, K9
<b>Prostředí PS a šestinedělí</b>	K1, K9
<b>Poskytování informací</b>	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9
<b>Blízká osoba</b>	K2, K3, K5, K6
<b>Účast na péči</b>	K1, K3, K4, K5, K6, K7, K9
<b>Úleva od bolesti</b>	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9

Při poskytování péče na porodním sále a v šestinedělí měla úleva od bolesti, která byla zmíněna všemi klientkami účastnicemi se výzkumu a současně stejnou hodnotu mělo poskytování informací. Kladný přístup porodní asistentky ke klientce uvedlo osm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K9. Tato oblast byla klientkami dle důležitosti řazena na druhé místo. Důležitost intimity ve svých odpovědích zmínilo sedm klientek K1, K2, K4, K5, K6, K8, K9, z toho vyplývá, že intimita na základě hodnocení klientek zaujímá třetí příčku tabulky stejně jako účast na péči. Pro čtyři klientky K2, K3, K4, K9 bylo důležité, aby s nimi u porodu byla blízká osoba. Nejméně důležité bylo pro klientky prostředí porodního sálu a stanice šestinedělí z hlediska estetiky. Estetika prostředí byla důležitá pouze pro dvě klientky K1, K9. K4 uvedla: „*Prostředí porodního sálu jsem samozřejmě vnímala, ale nebyl to určující faktor, který by se velkou částí podílel na tom, jaký pocit ve mně pobyt na porodním sále a stanici šestinedělí zanechal. Dle mého názoru*



*je pro spokojenost maminek velmi důležitý přístup porodních asistentek, komunikace, informovanost a také úleva od bolesti. Řekla bych, že pokud má žena bolesti v průběhu porodu, nemá čas vnímat prostředí ve které rodí. K prostředí bych řekla jen tolik, že je pro mě důležité, aby bylo klidné a cítila jsem se v něm bezpečně.“* S touto odpovědí se ztotožnilo dalších šest klientek K2, K3, K5, K6, K7, K8, přičemž klidné prostředí a pocit bezpečí byl důležitý i pro klientky K1, K9.

## 5 DISKUZE

V bakalářské práci byl stanoven jeden hlavní cíl: Zjistit, jak ženy vnímají komunikaci porodních asistentek při porodu a v šestinedělí.

Od klientek byly v rámci rozhovoru získány nejdříve identifikační údaje zaměřené na věk, paritu, vzdělání, rodinný stav a na způsob ukončení porodu. Věk klientek se pohyboval v rozmezí 19 – 34 let. Nejvyšším ukončeným vzděláním klientek byla vysoká škola. Většina klientek byla v době výzkumu svobodná. Bylo překvapivé, že i přes značně vysokou incidenci operačních porodů (s.c.) v současné době, dle ÚZIS bylo v období 2014–2015 na 56, 034 těhotenství ukončeno císařským řezem, byl pouze dvěma klientkám ze všech devíti dotázaných proveden císařský řez.

Předpokládá se, že pokud klientka nemá uspokojeny své potřeby, pociťuje diskomfort. Pokud je z tohoto tvrzení vycházeno je komunikace mezi porodní asistentkou a klientkou přinejmenším částečně ovlivněna či narušena. Z tohoto důvodu je jedna otázka výzkumu zaměřena i na komfort klientek během porodu a v šestinedělí. Další otázky jsou zaměřené na komunikaci na porodním sále a v šestinedělí. Součástí výzkumu je i edukace jako forma komunikace a přístup porodní asistentky ke klientce.

Výzkumem bylo zjišťováno, jakým způsobem klientky vnímaly bolest při porodu, jaké metody jim pro tlumení bolesti PA nabízela a jakou roli v této oblasti měla komunikace. Výzkumem bylo prokázáno, že porodní asistentka pracující na porodním sále verbálně za použití příslušné škály zjišťovala intenzitu, charakter a kvalitu bolesti. Toto zjištění není nijak překvapivé. Zpětnou vazbou klientek na dotaz porodní asistentky byly sestaveny výsledky týkající se vnímání bolesti. Janáčková (2008) popisuje bolest jako subjektivní, nepříjemnou, smyslovou a emocionální zkušenost, která je nejčastěji spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání. Kameníková, Kyasová (2003) toto tvrzení částečně popírají, uvádí, že „porodní bolest“ nesouvisí s poškozením tkáně, ale je charakterizována bolestivým vnímáním a prožíváním děložních stahů. Bolest byla klientkami vnímána individuálně, přičemž klientky nejčastěji popisovaly intenzitu bolesti jako nepříjemnou až nesnesitelnou. Kvalita bolesti byla klientkami označena za: pálivou, křečovitou, ostrou. Zjištění týkající se popisu bolesti korespondují s výzkumem prováděným Meštrovicem, Biličem, et al. (2015), kdy výsledky výzkumu ukázaly, že klientky v 80 % popisovaly bolest jako pálivou v 70 % jako křečovitou a vcelku je bolest považována za vyčerpávající a velmi nepříjemnou událost. Na základě toho, že všem klientkám byly nabídnuty metody (farmakologické, alternativní) poskytující úlevu od

bolesti, se předpokládá, že PA využívají verbální komunikace v této oblasti záměrně s cílem poskytnout klientce informace o metodách zmírňujících bolest a zároveň je jejich cílem nabídnout klientce pomoc. Kameníková, Kaysová (2003) uvádí, že je téměř nemožné bolesti při porodu odstranit, záměrem porodní asistentky je bolesti snížit a zmírnit její vnímání. Výzkum zároveň poukazuje na nedostatečnou informovanost ze strany porodní asistentky PS v této oblasti, pouze čtyři klientky byly PA dostatečně informovány o účinku, kontraindikacích a rizicích spojených s danou metodou. Klientka K1, která využila možnosti epidurální analgezie, byla o této možnosti pouze informována, potřebné informace jí byly sděleny písemně prostřednictvím informovaného souhlasu. Dalším dvěma klientkám, které využily farmakologických metod, byly taktéž podány omezené informace, vztahující se pouze k účinku léku. Předpokládá se, že to může být zapříčiněno nedostatkem zkušeností a znalostí porodní asistentky, či nedostatkem času pro edukaci v této oblasti vlivem obsazenosti porodního sálu. Výzkumné šetření se zabývalo i metodami, pro tlumení bolesti, kdy nás zajímalo, zda jsou klientkám v rámci péče nabízené různé alternativy. Z výzkumu je patrné, že volba metod tlumících bolest byla omezená, klientky tuto situaci subjektivně vnímaly, jako nedostatek prostředků zdravotnického zařízení, či jako neochotu porodní asistentky různé metody nabídnout. Takács, Sobotková (2015) v rozporu s výzkumem uvádí, že rodička by měla mít nepřeborné množství možností, jak porodní bolest zvládnout. Klientky pro úlevu od bolesti nejčastěji využívaly polohy v sedě na gymnastickém míči, poté polohy na boku, pouze tři klientky preferovaly polohu na zádech. Hájek, Čech (2014) uvádí, že dlouhotrvající poloha na zádech není příznivá, vlivem této polohy může docházet k nedostatečnému prokrvení dělohy, placenty, dochází k neokysličování plodu, to může vést k mnoha komplikacím, přičemž vertikalizací (sed, stání) klientky je zvětšen prostor v pánvi pro průchod plodu a zároveň dochází k snížení porodních bolestí vlivem sníženého tlaku na nervy a svaly v oblasti pánve a bederní páteře.

Výzkum dále ukázal, že verbální komunikace je v dané situaci oboustranně omezena. Klientky v čase intenzivní bolesti preferovaly neverbální formu komunikace, před verbálním kontaktem. PA v čase bolesti empaticky, využívala mlčení a haptický kontakt jako formu neverbální komunikace, a v konverzaci s klientkou pokračovala po odeznění bolesti. Takács, Sobotková (2015) ve shodě s výzkumem uvádějí, že porodní asistentka by při rozhovoru s klientkou měla zohlednit stav klientky a faktory, které komunikaci ovlivní (kontrakce klientky). Z výzkumu je patrné, že očekávání klientek při bolesti se shodovala a byla u všech naplněna. Klientky v době bolesti vyžadovaly

podporu, úctu a pomoc porodní asistentky. Podpora při prožívání bolesti byla klientkám nejčastěji vyjadřována přítomností PA, haptickým kontaktem, očním kontaktem, či verbálně. Toto zjištění koresponduje s teoretickou částí, kde autorky Takács, Sobotková (2015) v podnadpisu (1. 2. 1 Verbální komunikace uplatňovaná při porodu a v šestinedělí – první doba porodní) uvádějí, že při bolesti je vhodné klientku podpořit verbálně i neverbálně, klientka tuto podporu ocení.

Výzkum se zajímal o to, zda byla klientkám poskytnuta možnost zvolit si alternativní polohu ve které porodí a dále bylo se zjišťováno jakým způsobem probíhala v dané situaci komunikace. Dle Pařízka (2015) by volba polohy ve druhé době porodní měla být vždy právem rodičky, porodní asistentka ke klientce přistupuje individuálně a klientka na základě svých pocitů vyhledává polohu, která je pro ni nejméně bolestivá. Z výzkumu vyplývá, že příležitost zvolit si porodní polohu mělo pouze šest klientek, K2 o tuto možnost přišla vlivem plánovaného císařského řezu, a dvěma klientkám nebyla tato příležitost vůbec poskytnuta. U všech šesti klientek volbě porodní polohy předcházela rozhovor s porodní asistentkou. Výzkumné šetření ukázalo, že klientky, by rády vyzkoušely různé alternativní polohy i v případě, že by v nich následně neporodily. Na základě výzkumu provedeného Valianim, Rezaiem et. al. (2016) bylo zjištěno, že při poloze v podřepu ve druhé době porodní klientka pociťuje výrazně menší bolest, než při využití klasické gynekologické polohy či polohy v sedě. V našem výzkumu bylo dále zjištěno, že pět klientek hovořilo o „porodní poloze“ s porodní asistentkou až ke konci první doby porodní. Z výzkumu zároveň vyplynulo, že šest klientek bylo o zvolené poloze vždy informováno PA, která jim přesnými instrukcemi pomáhala tuto polohu zaujmout.

Výzkumné šetření zjišťovalo, jakým způsobem se klientky podílely na péči v průběhu porodu ve smyslu uplatňování vlastních preferencí týkajících se porodu a zároveň výzkum zjišťuje, zda byly preference klientek obsahem komunikace na porodním sále. Plevová (2011) uvádí, že v principu respekt k autonomii, který je součástí etického přístupu se odráží svobodné jednání člověka, které je podmíněno jeho záměry, hodnotami, ale zároveň není ovlivněno vnějšími vlivy. Výzkumem bylo zjištěno, že všechny oslovené klientky se svým rozhodováním podílely na péči prostřednictvím verbálního souhlasu či písemného informovaného souhlasu. Čtyři klientky měly možnost uvést své preference ohledně porodu po příchodu na porodní pokoj, a seznámením se s prostředím. Binder, Unzeitig (2013) uvádí, že klientka by měla být s informací o poloze plodu, seznámena i s možnostmi vedení porodu (císařský řez, vaginální porod), přičemž

tato volba je svobodnou volnou klientky. Tento výrok je v rozporu s výpovědí klientky (K2), které nebylo umožněno rozhodnout se, zda bude rodit vaginálně či podstoupí císařský řez. K2 se vyslovila takto: „*Když mi lékař sdělil, že miminko je otočeno zadečkem dolů, vůbec neváhal a okamžitě se mnou začal plánovat císařský řez, na mé preference týkající se způsobu vedení porodu se vůbec nezeptal, neříkám, že bych chtěla rodit konec pánevní, ale tato volba mi měla být ženám umožněna.*“ Klientka nebyla v tomto případě aktivním účastníkem péče, pokud by tomu tak bylo měla by klientka příležitost uplatnit své požadavky, zohlednit své potřeby a bylo by jí umožněno rozhodnout se o vedení porodu. Tóthová, et. al (2014) uvádí, že míra aktivní účasti na péči je dána obrazem vlastního zdraví, potřebou péče, mírou sebepoznání a vztahem se zdravotnickým personálem. Je předmětem diskuze, zda by lékař měl být tím kdo rozhoduje o způsobu vedení porodu. Lékař by klientce měl poskytnout veškeré informace o obou variantách vedení porodu, měl by klientce doporučit výhodnější variantu na základě své odbornosti a získané praxe, ale konečná volba by měla být právem klientky.

Z výzkumu vyplynulo, že většina klientek neměla v souvislosti s porodem žádné zvláštní nároky. Výkony, které klientky požadovaly (např. bonding) byly PA označeny za běžnou součást péče na PS. Porodní plán zmínily při realizaci výzkumu pouze dvě klientky, přičemž plán byl konzultován s PA. Při nesouhlasu s výkonem byl klientce zopakován význam dané intervence a případná rizika, a PA s klientkou konzultovala i relevantnost požadavku v případě komplikací během porodu. Žádná z klientek, se při rozhovoru, jehož obsahem byly preference spojené s péčí za porodu, nesetkaly s negativním přístupem porodní asistentky. Roztočil, et. al (2017) uvádí, že v současné době mají porodníci k porodním plánům spíše zdrženlivý postoj, porodní asistentky jsou těmi, kdo s klientkou porodní plán konzultují a následně akceptují taková přání, která jsou přijatelná. Dle Takács, Sobotkové (2015) má rodička právo odmítnout jakoukoliv péči poskytovanou v rámci perinatální péče, i v případě ohrozí-li toto rozhodnutí život její nebo jejího dítěte, ovšem přání rodičky by měly být respektovány, řídit se jimi musí personál pouze v případě má-li plán podobu uvedenou v zákoně o zdravotních službách. Porodnímu plánu jsou vždy nadřazeny aktuální preference klientky.

Výzkum ukázal, že z devíti klientek účastnících se výzkumu mělo 5 klientek při porodu blízkou osobu, z toho tři klientky měly při porodu svého partnera, další čtyři klientky zvládaly porod za pomoci PA. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že blízká osoba při porodu klientkám pomáhala lépe zvládnout bolest, byla jim psychickou i fyzickou podporou. Pouze jedna klientka měla pocit, že jí blízká osoba u porodu chyběla.

Výzkum ukázal, že PA i přes účast blízké osoby na porodním sále, komunikovala při porodu zejména s klientkami, toto jednání bylo klientkami oceněno, současně však byl jejich doprovod informován o průběhu porodu stejně jako klientka. V tomto výzkumu byl doprovod, přítomný na porodním sále během porodu PA podporován, a to ve všech pěti případech, byl mu poskytnut prostor pro přestávky a zároveň byl edukován o způsobu podpory klientky a pomoci při bolesti. Toto tvrzení koresponduje s teoretickou částí, kde Ratislavová (2008) uvádí, že při porodu je nutné zároveň podporovat i doprovod klientky. Tato podpora se shoduje s Leifer (2004), která uvádí, že partner nemusí být vždy aktivním doprovodem, který klientce pomáhá porod zvládnout, mnoho partnerů neví, jaký způsobem mohou rodiče pomoci, proto potřebují instrukce, pomoc a podporu porodní asistentky. Ratislavová (2008) uvádí, že porodní asistentka by měla zohledňovat potřeby celého páru nebo doprovodu a současně, uvádí že i doprovod potřebuje mnohdy podporu PA. Doprovod byl při příjmu na porodní sál edukován o právech, povinnostech a řádu daného oddělení, které musí respektovat. Tyto informace doprovod obdržel písemnou formou, PA pouze zdůraznila, některé informace a dovysvětlila případné nesrovnalosti.

Z výpovědí z rozhovorů je patrné, že osm klientek mělo po porodu o bonding zájem. Tento zájem byl podporován zdravotnickými pracovníky v osmi případech, ovšem K1 neměla o časný kontakt s novorozencem zájem a K2 nebyl bonding umožněn dříve než na stanici šestinedělí. Dort, Dortová (2013) uvádí, že časný kontakt s novorozencem je důležitý pro rozvoj laktace, pro vytvoření vazby mezi matkou a novorozencem, a pro rozvoj mateřských instinktů, zároveň uvádí, že tento krátký časový úsek má takovou hodnotu, že je označován termínem „Zlatá hodina“. Bonding byl v sedmi případech uplatněn již v průběhu dvouhodinového intervalu na PS, přičemž kontakt skin to skin byl umožněn šesti klientkám, současně u klientek, kterým byl umožněn časný kontakt s novorozencem potvrdily, že u nich vzniklo vzájemné pouto. Z výzkumu je patrné, že nepřetržitý kontakt s novorozencem, byl umožněn sedmi klientkám, pouze u klientek K2, K3 byl kontakt omezen pouze na pooperačním pokoji, kde měly klientky novorozence u sebe pouze na kojení. Dvě klientky hovořily o bondingu s porodní asistentkou při příjmu na porodní sál při konzultaci porodního plánu. K2 o bondingu s žádnou porodní asistentkou nemluvila a dalších šest klientek bylo na bonding dotazováno PA či dětskou sestrou ihned po porodu.

V rámci poskytování péče při porodu a v šestinedělí je pro všechny klientky důležitá intimita. Výzkumem bylo zjištěno, že klientkám byly nepříjemné některé otázky, které byly součástí příjmu na porodní sál, zároveň ale uvedly, že v takové případě PA projevila

empatii a při nutnosti zodpovědět otázky vždy uvedla důvod, proč je tomu tak je. Sedmi klientkám bylo pro porod zajištěné intimní prostředí. K2 měla k poskytování soukromý výhradu, jinak hodnotí intervence v poskytování soukromí kladně. Jediná K1 byla velmi nespokojena s intervencemi poskytujícími intimitu, kdy ji vadilo velké množství personálu při porodu. Ratislavová (2008) uvedla, že klientka se průměrně během porodu setká s více než šesti zdravotníky. Výzkum ukázal, že všem klientkám byly informace o průběhu porodu, a stavu novorozence poskytovány v intimním prostředí porodního pokoje. Při výkonu, jakým je např. vaginální vyšetření šest klientek uvedlo, že PA zavřela dveře, současně klientky, které měly doprovod u porodu byly PA tázány na to, zda jim přítomnost doprovodu nevadí. Pěti klientkám bylo poskytnuto soukromí občasnou nepřítomností PA na porodním sále. Intimita v porodnictví vyžaduje empatii, důvěru, opravdový zájem, umění naslouchat a akceptovat klientku (Zacharová, 2016).

Výzkum se dále zabýval verbálními, paralingvistickými a neverbálními projevy na PS. Výzkumem bylo zjištěno, že informace na PS byly klientkám předány srozumitelně a pomalu. Klientky byly na PS přijímány s pozdravem, pouze třem klientkám byla PA podána ruka a čtyřem klientkám se porodní asistentka představila jménem. Roztočil (2008) uvádí, že prvotní kontakt s klientkou je důležitý pro další rozvoj komunikace v průběhu porodu. Pro umocnění pocitu bezpečí a jistoty a pro kvalitní vztah s personálem by měla klientka znát jména ošetřujícího personálu, tímto jednáním není vyjádřena situace, kdy si klientka přečte jméno PA na cedulce. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Takács, Sobotková (2015). Z výzkumu je patrné, že klientky byly osločovány „paní“, pouze jedna klientka byla oslovena „maminko“ a bylo jí to nepříjemné. Toto jednání je neprofesionální a může být klientkou vnímáno jako projev despektu. Všechny klientky účastníci se výzkumu byly PA seznámeny s prostředím porodního sálu. Klientkám vadilo užívání odborných výrazů, klientky nerozuměly obsahu sdělení a pociťovaly nejistotu. Vévoda, et. al (2013) uvádí, že srozumitelnost sdělení je dána samotnou úrovní jazyka ale i rozsahem užití odborných výrazů. Rozhovorem s klientkami bylo zjištěno, že porodní asistentky v druhé době porodní využívají výraznější projev než v první a druhé době porodní, vedou a podporují klientky přesnými, jasnými a stručnými instrukcemi. Způsob takové komunikace byl pro většinu klientek motivací. Informace o průběhu porodu, dalším postupu a vyšetření byly klientkám sdělovány převážně porodní asistentkou. Lékařem byly poskytovány informace o operačním porodu a jeho důvodech, poté v případě komplikací a zároveň lékař klientkám poskytoval informace při ošetření porodních poranění. Výzkumné šetření ukázalo, že PA s klientkami při komunikaci

udržovaly oční kontakt, snažily se dodržovat osobní zónu mimo nutná vyšetření (vaginální vyšetření, monitorace plodu), přičemž pouze jedna klientka uvedla, že PA narušovala její osobní zónu i mimo tyto intervence. Podpora a neverbální kontakt byl uplatněn na PS především vlastní přítomností porodní asistentky, haptickým kontaktem, mimikou (úsměvem) či očním kontaktem.

Další otázka byla zaměřená na psychický a fyzický stav klientky po porodu. Výzkumem bylo zjištěno, že na stanici šestinedělí lékaři zájem o psychický stav projevovaly pouze strohým dotazem: „Jak se dnes cítíte“ při ranní vizitě, a to i přes to, že dvě klientky nepocítovaly fyzický ani psychický komfort. Šest klientek uvedlo, že zájem byl v průběhu dne projevem PA, která si klientky v případě potíží vyslechla. Předmětem diskuze je, zda by měl být psychický stav klientky řešen při ranní vizitě před ostatními klientkami, protože velmi často klientky ze studu či strachu odpoví, že se jim daří dobře i když tomu tak ve skutečnosti není. Vhodnější variantou by byla individuální konzultace. Pouze tři klientky byly porodní asistentkou či lékařem informovány o změnách psychického stavu v šestinedělí. Takács, Sobotková (2015) uvádí, že edukace v oblasti psychických změn je klíčová pro pochopení vlastních symptomů a ke zmírnění obav. Šest klientek uvedlo, že při pobytu na stanici šestinedělí se nesetkaly s jednáním PA či dětské sestry, které by je podpořilo v plnění mateřské role. Výzkumem bylo zjištěno, že všem klientkám byla nabídnuta po porodu analgetika, šest klientek bylo zároveň před podáním léku dotazováno na charakter, intenzitu bolesti a u dvou klientek byla otázka opět velmi stručná nevypovídající o charakteru bolesti: „Paní XY, chcete něco na bolest?“ V případě, že se PA táže i na charakter bolesti, ne pouze na to, zda klientka potřebuje lék, může toto jednání klientka vyhodnotit jako opravdový zájem o její osobu. Sedmi klientkám byla při fyzické a psychické vyčerpanosti nabídnuta pomoc dětské sestry, aby si mohla odpočinout.

Výzkumem bylo zjištěno, že všem klientkám bylo na stanici šestinedělí umožněno podílet se na péči prostřednictvím informovaného souhlasu, zároveň klientky měly možnost odmítnout jakýkoliv výkon týkající se péče o ni jako šestinedělku, či péče o novorozence. Všechny klientky plně pečovaly o sebe i svého novorozence ihned po porodu mimo K2, K3, které byly po porodu na pooperačním pokoji. PA a dětské sestry, vždy, než započaly určitou ošetrovatelskou intervenci vyčkaly souhlasu klientky. Klientky se podílely svým rozhodováním na péči o ně i novorozence, bez jejich souhlasu nebyla péče poskytnuta.



Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že na stanici šestinedělí bylo sedmi klientkám umožněno neomezeně se stýkat se svou rodinou. Pěti klientkám byl umožněn kontakt v návštěvní místnosti a další čtyři klientky využily nadstandardního pokoje, kdy návštěva mohla trávit čas s klientkou přímo na pokoji. V rozhovorech sedm klientek uvedlo, že PA s jejich blízkými příliš nekomunikovaly, kontakt byl omezen spíše na pozdrav. Klientky se rovněž neselekaly s tím, že by PA blízkým sdělovala informace o jejich zdravotním stavu a neselekaly se ani s chováním, kdy by PA klientku před návštěvou pochválila. Kristová (2004) uvádí, že porodní asistentka při komunikaci s návštěvou se vždy představí a pozdraví, dále ocení přítomnost návštěvy, prokáže zájem o klientku, informuje návštěvu o aktuální stavu klientky a poučí návštěvu o vhodném způsobu komunikace atd.

Z rozhovorů je patrné, že klientkám vadilo sdělování osobních informací o jejich zdravotním stavu a stavu novorozence před ostatními klientkami při ranní vizitě. Kladně hodnoceno v oblasti intimity byla možnost vlastního sociálního zařízení na každém pokoji. Osm klientek uvedlo, že veškerá vyšetření mimo ošetrovatelských intervencí byla prováděna v jiné místnosti, než je pokoj klientek. Pět klientek uvedlo, že zdravotnický personál před vstupem na pokoj vždy zaklepal.

Předmětem výzkumu byla i edukace klientek na stanici šestinedělí. Všechny klientky byly v oblasti péče o sebe jako šestinedělku edukovány porodní asistentkou, přičemž většina klientek byla edukována verbálně. PA při edukaci zmínila tyto oblasti: péče o prsa, péči o porodní poranění, péči o jizvu, hygienu, vyprazdňování, sexuální abstinenci, bolest. Edukace klientek byla většinou individuální, dvě klientky byly edukovány skupinově, a edukace byla provedena na pokoji klientek ihned po příchodu na stanici šestinedělí. Šulistová, Trešlová (2012) uvádí, že při individuální edukaci klientka pracuje samostatně a v rámci individuální edukace se edukátor věnuje pouze jedné klientce. Pouze pět klientek K2, K4, K5, K7, K9 vypovědělo, že jim byly předány dostatečně podrobné informace, pro to, aby byly schopné tyto informace zopakovat a na jejich základě o sebe co nejlépe pečovat.

Výzkumem bylo zjištěno, že edukace týkající se kojení a péče o novorozence byla klientkám zprostředkována dětskou sestrou a byla klientkám poskytována individuálně. Klientkám byly v oblasti kojení předány zkušenosti týkající se techniky kojení, správného držení prsu, správného přísátí, péči o prsa a současně jim dětské sestry pomohly s prvním přiložením novorozence. Metodami edukace byly ústní předání a technika dovednostně – praktická. Kombinace slovních a dovednostně – praktických metod (nápodoba,

dodržování instrukcí) je při edukaci nejefektivnější (Šulistová, Trešlová, 2012). Tři klientky K1, K3, K6 hodnotily přístup dětských sester v oblasti kojení velmi negativně. Šest klientek K2, K4, K5, K6, K7, K8 by uvítalo, kdyby jim v oblasti kojení byly poskytnuty detailnější informace. Pět klientek K4, K5, K7, K8, K9 negativně hodnotilo, přístup zdravotníků při výkonu ošetrovatelských intervencí či při vizitě, kdy byly nuceny kojení ukončit. Pět klientek K3, K4, K6, K7, K8 uvedlo, že edukace v péči o novorozence byla rozdělena na několik částí. V péči o novorozence byly klientky edukovány o přebalování, koupání novorozence, krmení, vyprazdňování, udržování tělesné teploty a hygieny. Všechny klientky uvedly, že byly přítomny všem vyšetřením novorozence, o těchto výkonech byly vždy předem informovány dětskou sestrou a v nutnosti i písemným informovaným souhlasem. Při vyšetřeních novorozence byly klientkám lékařkou sdělovány všechny důležité informace týkající se jeho zdravotního stavu.

Výzkumem bylo zjištěno, že osm klientek K1, K2, K3, K4, K5, K7, K8, K9 bylo při propuštění do domácí péče edukovány porodní asistentkou, jedna klientka K6 nebyla porodní asistentkou v této situaci edukována vůbec. Klientkám byly poskytnuty informace o nutnosti dodržovat šestinedělí, o hygieně, péči o prsa, o porodní poranění a péče o jizvu v případě císařského řezu, současně byla klientkám sdělena informace, že po šestinedělí musí navštívit svého obvodního gynekologa. Z rozhovorů s klientkami je patrné, že edukace v rámci propuštění do domácí péče byla velmi strohá, nerozvinutá, byla odprezentována rychle, ale klientky kladně hodnotily, že jim byl PA poskytnut prostor pro dotazy. Výzkum prokázal, že žádná z klientek nebyla při propuštění do domácí péče opakovaně edukována dětskou sestrou, klientkám byly pouze zodpověděny jejich dotazy. Sedmi klientkám byla dětskou sestrou předána informace o návštěvě pediatra a důležitých vyšetřeních, které jsou nutné vyřídit po propuštění, dvě klientky K6, K9 byly informovány písemnou formou „letáčkem“. Vévoda (2013) uvádí, že sdělováním velkého množství informací dochází k situaci, kdy jsou důležité informace, ztraceny a zapomenuty. Výzkumem bylo zjištěno, že většina klientek K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 účastníci se výzkumu v celku negativně hodnotily časový rámeček edukace, kdy bylo klientkám v krátkém čase poskytnuto příliš mnoho informací najednou, sdělení bylo nepřehledné a klientky si předané informace nezapamatovaly. Takovou edukaci můžeme označit za neefektivní.

Při rozhovoru s klientkami bylo zjištěno, že sedm klientek K1, K3, K4, K6, K7, K8, K9 by uvítalo vyšší míru tolerance při edukaci ze strany porodních asistentek a dětských sestřiček. K4 uvedla: „Myslím si, že by některé sestry měly brát ohled na to, že

*narození dítěte je zcela ojedinělá situace, o které nic nevíme a měly by mít větší trpělivost.“*

Z odpovědí klientek je patrné, že PA pracující na stanici šestinedělí využívaly při komunikaci s klientkami převážně verbálního kontaktu, pouze dvěma klientkám K2, K5 se porodní asistentka představila jménem. Všechny klientky byly po příchodu na stanici šestinedělí seznámeny s oddělením, kdy jim porodní asistentka ukázala sesternu, jídelnu, sociální zařízení, pokoj, signalizaci. Výzkum ukázal, že PA při výkonu ošetrovatelské činnosti či zákroku, slovně komentovala průběh vyšetření a klientku vedla instrukcemi ke zlepšení spolupráce, a to v pěti případech. Většina klientek označila projev porodní asistentky za srozumitelný, jasný, dvěma klientkám vadilo užívání odborných výrazů při projevu. Výzkumem bylo dále zjištěno, že porodní asistentky ochotně zodpovídaly všechny dotazy klientek, přičemž žádná z klientek se nesečkala s tím, že by porodní asistentka neznala odpověď na jejich otázku. Šest klientek K1, K3, K4, K6, K7, K9 bylo přijímáno porodní asistentkou, která je uvítala úsměvem, dvě klientky K2, K5 uvedli, že porodní asistentka měla neutrální mimický projev a jedna klientka K8 popsala přímo negativní projev porodní asistentky. Dle výzkumu je patrné, že haptický kontakt byl uplatněn spíše při výkonu ošetrovatelských intervencí. Dvěma klientkám K3, K9 byl věnován haptický kontakt, v době, psychického a fyzického diskomfortu. Jednou klientkou byl neverbální projev PA hodnocen negativně.

Všechny klientky účastníci se výzkumu retrospektivně hodnotily přístup porodních asistentek spíše kladně. Klientkám byla vyjádřena podpora a zároveň všem klientkám byla poskytnuta fyzická pomoc. Verbální podpora na PS ze strany porodní asistentky byla uvedena devíti klientkami, pěti klientkám K1, K3, K4, K7, K8 byla na porodním sále vyjádřena i neverbální podpora. Verbální podporu ze strany porodních asistentek uvedlo pět klientek K1, K2, K4, K6, K7. Neverbální podpora na stanici šestinedělí byla uplatněna pouze u dvou klientek. Na stanici šestinedělí byl negativně hodnocen přístup některých dětských sestřiček ke klientkám v oblasti kojení.

Fyzická pomoc byla klientkám při porodu a následně v šestinedělí poskytnuta prostřednictvím metod tlumící bolest, (farmakologické, alternativní) dále byla fyzická pomoc vyjádřena radami, instrukcemi, názornou ukázkou, případně fyzickou přítomností PA, vždy ve vztahu k dané situaci. Osmi klientkami K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 byl hodnocen přístup porodních asistentek jako profesionální a byly s přístupem spokojeny, hodnocení bylo provedeno dle stanovených parametrů (viz Příloha č. 4).

Z výzkumu je patrné, že klientky, přesněji sedm klientek velmi negativně hodnotilo přístup lékařů. Klientky vypověděly, že lékař byl často přítomný při příjmu na porodní sál a poté už ho celou dobu neviděly, až při porodu, nebo dokonce ve třetí době porodní, kdy bylo nutné zrevidovat porodní poranění, zároveň tři klientky K1, K5, K6 uvedly, že na porodní sál je přijímal jiný lékař než ten, který s nimi byl ve třetí době porodní. V rozhovorech klientky toto chování hodnotily jako vysoce neprofesionální, netaktní a k takovým lékařům neměly důvěru. Výzkum ukázal, že lékař klientky pozdravil, ovšem jménem se představil sedmi klientkám K1, K2, K4, K6, K7, K8, K9, a pouze u dvou klientek K1, K4 byl uplatněn neverbální kontakt podání ruky.

V závěru výzkumu bylo na základě doplňující otázky zjišťováno, jaký význam má komunikace při poskytování péče při porodu a v šestinedělí, a zároveň touto otázkou bylo možné lépe určit, zda došlo k naplnění cíle či nikoliv. Tedy co je pro klientky při porodu a v šestinedělí tím nejdůležitějším? Z výzkumu je patrné, že pro spokojenost klientek s péčí poskytovanou při porodu a v šestinedělí je především důležitá: úleva od bolesti, která byla prioritou všech klientek. Dále klientky zmínily poskytování informací, dále také přístup a komunikaci porodní asistentky, poté dodržování intimity, účast na péči, přítomnost blízké osoby, a v neposlední řadě zmiňovaly i prostředí porodního sálu a šestinedělí, které bylo z hlediska důležitosti řazeno až na poslední místo. Výzkum zároveň ukazuje, že všechny klientky vyžadovaly, klidné prostředí, ve kterém by se cítily bezpečně, estetický vzhled prostředí byl důležitý pouze pro dvě klientky. Námi zjištěné výsledky se shodují s výzkumem realizovaným Jafarim, Mohebbim, et. al. (2017), kteří došli k těmto závěrům: Spokojenost matek při přirozeném porodu je ovlivněna především informacemi klientek, které měly o procesu porodu, dále je spokojenost podmíněna nefarmakologickými metodami pro tlumení bolesti, aktivní účastí klientek při rozhodování v procesu porodu a důležitým faktorem je zároveň bezpečné a klidné prostředí.

## 6 ZÁVĚR

Porod je specifickou událostí, a jedinečným zážitkem. Může být ovšem doprovázen strachem a obavami. Z tohoto důvodu má komunikace při porodu i v šestinedělí svůj význam.

Tématem bakalářské práce je Komunikace porodní asistentky s klientkou při porodu a v šestinedělí. Pro empirickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativního výzkumného šetření, které bylo realizováno na základě polostrukturovaných individuálních rozhovorů s devíti klientkami v jejich domácím prostředí. Kvalitativní výzkumné šetření se zabývalo především formami komunikace aplikovanými při porodu a v šestinedělí. Dále se výzkum zabýval edukací, která tvoří specifickou formu komunikace na šestinedělí. Současně se výzkumné šetření zajímalo o přístup porodní asistentky ke klientce. V neposlední řadě bylo výzkumem zjišťováno, jakým způsobem ovlivňuje či narušuje komfort komunikaci při porodu a v šestinedělí.

V rámci bakalářské práce byl zvolen jeden hlavní cíl: Zjistit jakým způsobem ženy vnímají komunikaci na porodním sále a v šestinedělí. Na základě stanoveného cíle byly položeny dvě výzkumné otázky. Obě výzkumné otázky byly realizací empirického šetření zodpovězeny.

Při realizaci výzkumu byly zjištěny nové skutečnosti, které nebyly na začátku výzkumu patrné. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že komfort klientek u porodu velmi výrazně ovlivňuje komunikační proces mezi klientkou a porodní asistentkou. Jedním z hlavních faktorů, který ovlivňuje komunikaci je bolest. Z tohoto důvodu byl komfort zahrnut do výzkumné části práce. Komunikace byla z hlediska důležitosti

První výzkumná otázka se zabývala spokojeností žen s komunikací na porodním sále. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny klientky byly porodní asistentkou informovány o intervencích souvisejících s porodem, popisovaly průběh porodu a výsledky vyšetření. Při prožívání bolesti byla ze strany porodní asistentky komunikace omezena, přičemž toto jednání klientky hodnotily kladně. Porodní asistentky byly klientkám podporou, kterou vyjadřovaly verbální i neverbální (haptika, mimika, oční kontakt, intimita) formou. Úroveň komunikace (projev, množství informací) při porodu byla celkově klientkami hodnocena kladně. Většina klientek měla možnost vyjádřit své preference ohledně metod tlumení bolesti, polohy při porodu a bondingu, které konzultovala s porodní asistentkou. Z výzkumu je patrné, že pouze čtyři klientky K3, K5, K7, K8 byly porodní asistentkou v dostatečné míře informovány o metodách tlumení

bolesti. Tento poznatek poukazuje na potřebu zvýšit úroveň edukace v této oblasti ze strany porodních asistentek. Dále bylo výzkumem zjištěno, že porodní asistentky i lékaři používaly termíny, kterým klientky nerozuměly. Dle mého názoru je důležité, aby porodní asistentka používala správné terminologie pro označení intervencí či situací při porodu, ale je také důležité klientce odborné termíny vysvětlit, aby nedocházelo ke komunikačnímu šumu a tím k zhoršení psychického stavu klientky. Při hodnocení přístupu porodních asistentek nejčastěji zazněla slova: profesionální, upřímná, vstřícná. Všechny klientky byly s komunikací na porodním sále i přes určité výtky spokojeny. Žádná z klientek neuvěděla, že by je chování porodní asistentky nějak poznamenalo nebo způsobilo, aby měly na porod špatné vzpomínky.

Druhá výzkumná otázka se zabývala spokojeností žen s komunikací na stanici šestinedělí.

Výzkumem bylo zjištěno, že porodní asistentka se zajímala o psychický a fyzický stav klientek. Šest klientek K2, K3, K4, K6, K7, K9 vypovědělo, že PA měla snahu si klientky v případě problému vyslechnout a při bolesti se zajímala i o její charakter. Z výzkumu je patrné, že klientky nebyly ve většině případů podporovány v plnění mateřské role. Výzkum ukázal, že i přes snahu porodní asistentky a dětské sestry zmínit všechny oblasti edukace, byly klientkám předány nedostačující informace. Domnívám se, že hlavní příčinou neefektivní komunikace je časový rámeček edukace. Dle mého názoru by edukace v šestinedělí, ať už v jakékoliv oblasti měla být rozdělena na části s určitým časovým odstupem, aby byla klientka schopná informace uchovat a poté je využít v praxi. Výzkumem bylo dále zjištěno, že PA slovně komentovaly průběh vyšetření, klientku vedly instrukcemi. PA s klientkou hovořila srozumitelně, jasně a ochotně zodpovídala otázky klientek, přičemž se nestalo, aby dotaz nebyl zodpovězen. Klientky kladně hodnotily přístup porodních asistentek jako profesionální, vstřícný, komunikace byla hodnocena neutrálně. Klientky nebyly spokojené s poskytováním informací v rámci edukace, na druhou stranu byly klientky spokojené s komunikací při poskytování ošetrovatelských činností a kladně hodnotily i komunikaci v případě fyzického či psychického diskomfortu.

Výsledky výzkumného šetření mohou být využity jako zpětná vazba na práci porodních asistentek s cílem zlepšit ošetrovatelskou péči a komunikaci, a tak zvýšit spokojenost klientek v daném zdravotnickém zařízení.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BINDER, T. et. al, 2015. *Porodnická propedeutika*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem. str. 35–92. ISBN: 978–80–74–14–994–8.
2. BINDER, T., UNZEITIG, V., VELEBIL, P., 2013. *Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučené postupy* [online]. [cit.2017-13-4]. Dostupné z: [1url.cz/ttChI](http://1url.cz/ttChI)
3. DE VITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. 34 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
4. DOLEŽAL, J., MÁCHAL. P. et al., 2012. *Projektový management podle IPMA*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 266 s. ISBN 978-80-247-4275-5.
5. DORT, J., DORTOVÁ, E., et. al., 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum Press. 34 s. ISBN: 9788024622538.
6. FLORENCE – ODBORNÝ ČASOPIS PRO NELEKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY, 2013. *Průzkum: v porodnicích stále vládne neosobní přístup*. [online] Florence.cz. [cit. 2017–06-12] Dostupné z: [1url.cz/nthpd](http://1url.cz/nthpd)
7. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ. M. ml., 2013. *Čekáme děťátko: 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada., str. 106–109. ISBN: 978–024–78–647–6.
8. GRYGÁRKOVÁ, S., 2014. *Aromaterapie – použití*. [online]. celostni-medicina.cz. [cit. 2017–06–13]. Dostupné z: [1url.cz/LtCeF](http://1url.cz/LtCeF)
9. GULÁŠOVÁ, I., et. al., 2012. *Prostředky neverbální komunikace*. [online]. Sestra-zdraví euro. [cit. 2017–04–21]. Dostupné z: [1url.cz/uthLc](http://1url.cz/uthLc)
10. HÁJEK, Z., ČECH. E., et. al., 2014. *Porodnictví: 3., Zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 396 s. ISBN: 978–802–474–529–9.
11. HANÁKOVÁ, T., et. al., 2017. *Velká česká kniha o matce a dítěti, 2.aktualizované vydání*. C Press: Albatros Media a.s. 150 s. ISBN: 978–802-640–788–1.
12. JAFARI, E., MOHEBBI, P., et. al, 2017. *Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups*. [online] Iran Journal Nurs Midwefery Research., 22 (3) [cit. 2017–06–01] str. 219–224. DOI: 10.4103/ 1735-9066.208161.
13. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: TRITON. str. 37–40. ISBN:978–80–7387–179-6.

14. JUKLOVÁ, K. et al., 2015. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. str. 117–118, str. 132–133. ISBN 978-80-7435-427-4.
15. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty- 4. ročník*. 2. dopl. vyd., Praha: Grada. 20 s. ISBN: 8024752034.
16. KRISTOVÁ, J., 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. str. 11–49. ISBN: 80–8063-160-3.
17. KŘOUSTKOVÁ MORAVCOVÁ, I., 2014. *Sociální a pedagogická komunikace: úvod do problematiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. str. 8–27. ISBN 978-80-7435-497-7.
18. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. Psyché. str. 156–157. ISBN 978-80-247-4621-0.
19. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN: 978–802–470–668–9.
20. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně, Pro mediky lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. str. 53–57, 73 s., ISBN: 978–80–247–1784–5.
21. MEŠTROVIĆ, A. H., BILIĆ, M., et. al., 2015. *Psychological factors in experience of pain during childbirth*. [online] Collegium Antropologicum., 39 (3) [cit. 2017–05–18] str. 557–565. ISSN: 0350–6134.
22. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Manažer. str. 37–58. ISBN 978-80-247-2339-6.
23. MIŠOVIC, J., 2015. *Komunikace ve společnosti*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 53 s. ISBN: 978–80–7380-545-6.
24. PAŘÍZEK, A., 2015. *Alternativní polohy při porodu*. [online] porodnice.cz- deník pro těhotné a rodiny s dětmi. [cit.2017–06–29]. Dostupné z: [1url.cz/UtCIw](http://1url.cz/UtCIw)
25. PHUTELA, D., 2015. *The Importance of non – verbal communication*. [online] IUP Journal of Soft Skills, 9 (4). [cit. 2016–11–02] str. 43–49. Dostupné z: [1url.cz/utCWa](http://1url.cz/utCWa)
26. PLEVOVÁ, I., et. al, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. str. 29–40, 74 s. ISBN 978-80-247-3558-0.



27. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 9 s. ISBN:978-80-7013-466-5.
28. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér Area s.r.o., str. 57-93. ISBN: 978-80-254-2186-4.
29. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. 407 s. ISBN: 978-802-479-902-5.
30. ROZTOČIL, A, et. al., 2017. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 41 s, 185 s. ISBN: 978-802-475-753-7.
31. ROZTOČIL, A., et. al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 120 s., 150 s., 283 s. ISBN: 802-47-7033-4.
32. SÁK, P., et. al, 2008. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s. 5 s., 31 s., 117 s. ISBN: 978-80-254-3774-2.
33. SCHNEIDEROVÁ, A., SCHNEIDER M., 2010. *Komunikační dovednosti: učební text pro distanční studium*. Vyd. 2., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. str. 12-33. ISBN 978-80-7368-268-2.
34. SLEZÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III.-gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie: 2. doplněné vydání*. Praha: Grada. 93 s. ISBN: 978-802-478-771-8.
35. STRNADOVÁ, V., 2011. *Interpersonální komunikace: monografie*. Hradec Králové: Gaudeamus. str. 29-40, str. 121-133. ISBN 978-80-7435-157-0.
36. ŠKOBRTAL, P., 2013. *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. str. 43-48. ISBN 978-80-7464-199-2.
37. ŠLAISOVÁ, I., 2009. *Evalvační a devalvační prvky v komunikaci*. [online] Sestra-zdraví. euro. [cit. 2016-11-16] Dostupné z: [1url.cz/KthLY](http://1url.cz/KthLY)
38. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita V Českých Budějovicích – Zdravotně sociální fakulta. str. 30-72. ISBN: 978-80-7394-246-5.
39. ŠUPŠÁKOVÁ, B., 2015. *Vizuálna gramotnosť*. Brno: Tribun EU. str. 69-71. ISBN 978-80-263-0934-5.

40. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., et. al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. ed. ŠULOVÁ, L., Praha: Grada. str. 18–35. 75 s, 95 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
41. TĚŠITELOVÁ, V., 2017. *2017/06 Císařský řez* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky [cit. 2017-06-04]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/node/7730>.
42. TÓTHOVÁ, V., et. al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. str. 16-18. ISBN: 978–80–7387-785–9.
43. TREASURER, B., 2016. *Effective communication*. [online] Personal Excellence Essentials. 21 (2). [cit. 2017–06–03] 6 s., ISSN: 1078-6287.
44. VALIANI, M., REZAE, M., SHAHSHAHAN, Z., 2016. *Comperative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor*. [online] Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 21(4). [cit. 2017–06–01] str. 372–378. DOI: 10. 4103/ 1735–9066. 185576.
45. VĚTR, M., 2003. *Moderní babictví I*. [online] Olomouc: Gynekologicko – porodnická klinika LF UP. [cit. 2017–05–21] Dostupné z: [1url.cz/XtCrV](http://1url.cz/XtCrV)
46. VYMĚTAL, J., et. al., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. Manažer. 24 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
47. VÝROST, J., SLAMĚNÍK I., 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psyché. str. 217–223. ISBN 978-80-247-1428-8.
48. WEISS, P., JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 22 s., 73 s., 124 s. ISBN: 978–80–7367–477–9.
49. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 13 s, ISBN: 978–802–719–238–0.
50. ZACHAROVÁ, E., 2014. *Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví*. [online]. Zdravotnictví a medicína – zdraví. euro. [cit. 2017–05–12] Dostupné z: [1url.cz/4thLP](http://1url.cz/4thLP)
51. ZACHAROVÁ, E. et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 223 s, ISBN 978–80–247–4062–1.

## **8 PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

**Příloha 1-** Nevhodné neverbální projevy PA při komunikaci s klientkou

**Příloha 2-** Otázky rozhovoru s klientkami

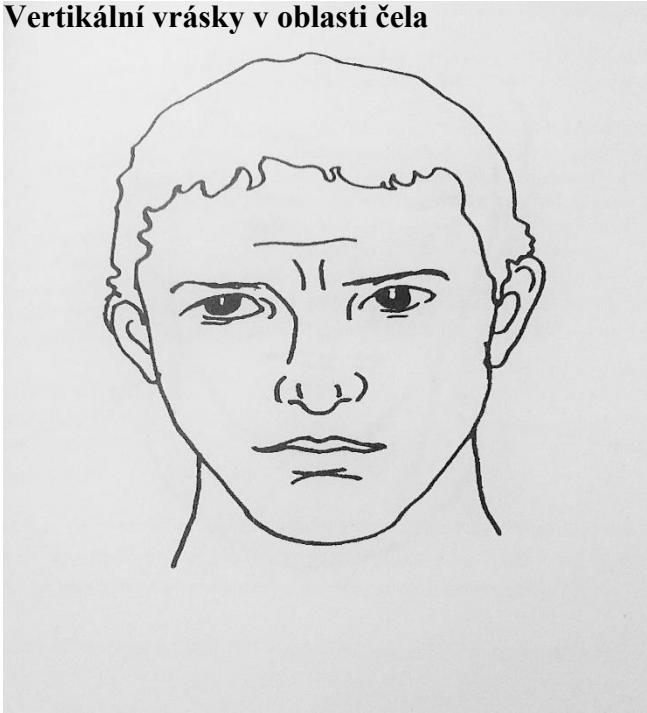
**Příloha 3-** Hodnotící škála bolesti

**Příloha 4-** Parametry profesionálního přístupu ze strany porodní asistentky

**Příloha 5-** Desatero přirozeného porodu v porodnici

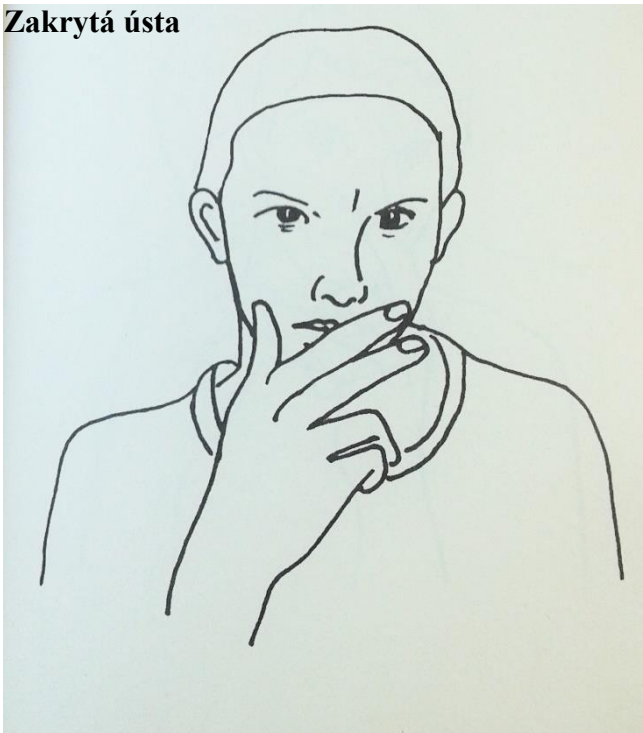
**Příloha 1-** Nevhodné neverbální projevy PA při komunikaci s klientkou

**Vertikální vrásky v oblasti čela**



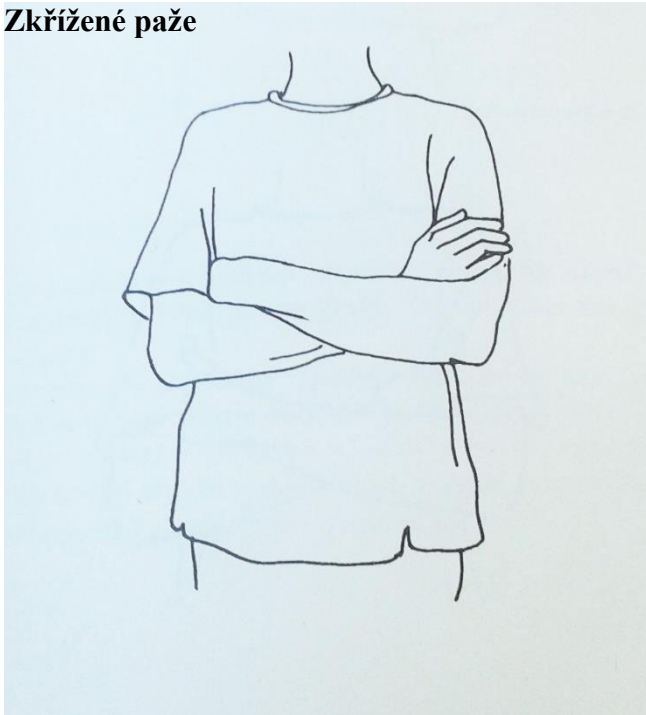
Pokřčené čelo a vznik vertikálních vrásek v této oblasti vyjadřuje negativní postoj a nepřátelství PA.

**Zakrytá ústa**



Prsty překrývající ústa značí neupřímnost PA, poskytování klamné informace.

### **Zkřížené paže**



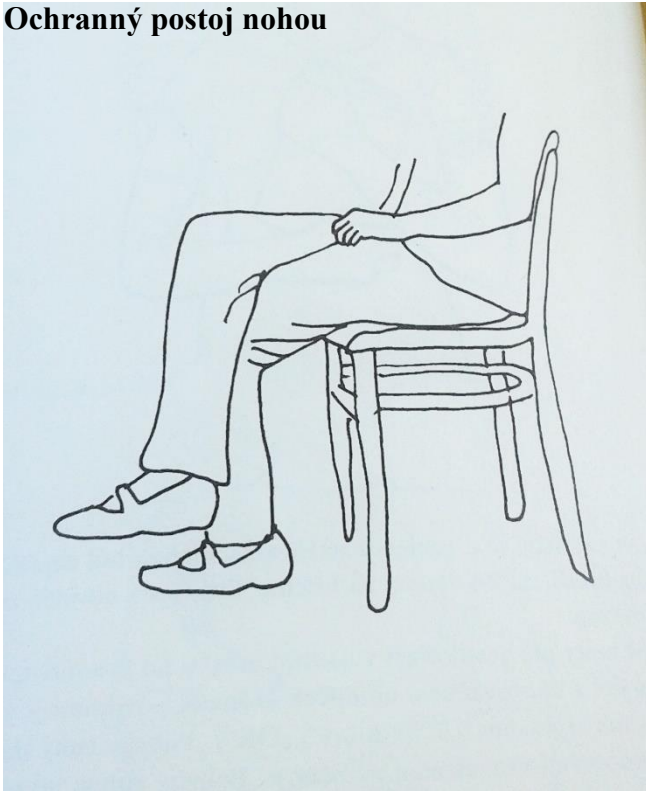
Gesta vyjádřená pomocí rukou mají mnoho významů, záleží na postavení paží, dlaní. Ruce nejčastěji značí obranný postoj. Zkřížené paže jsou mnohdy signálem nejistoty, nesouhlasu.

### **Zkřížené paže a zvednuté palce**



Zkříženými pažemi PA vyjadřuje dominantní postoj vůči klientce. Toto gesto brání navození příjemné atmosféry pro obě strany.

### **Ochranný postoj nohou**



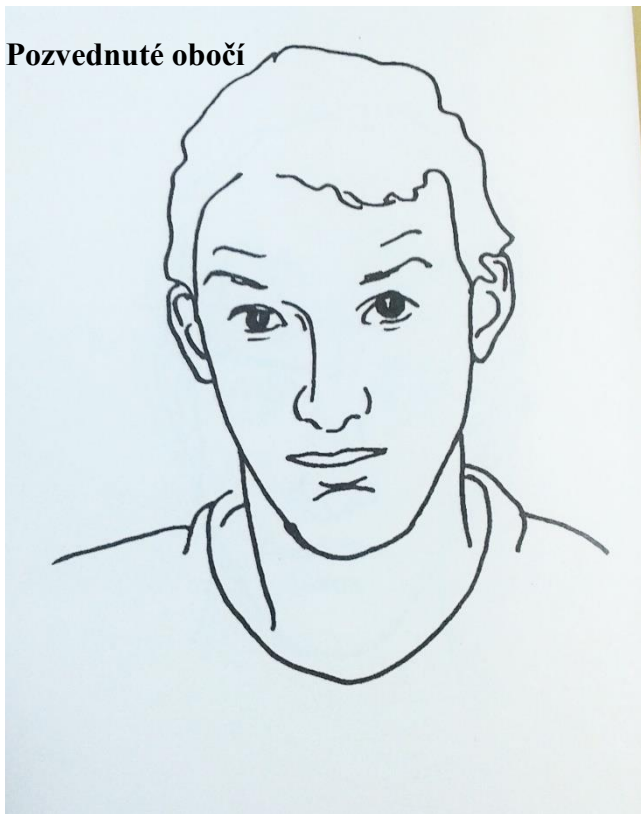
Zkřížené nohy, stejně jako paže, značí negativní (odmítavý) a obranný postoj PA vůči klientce.

### **Podpírání brady**



Podpíráním brady vyjadřuje PA nezájem o konverzaci či sdělení klientky.

### **Pozvednuté obočí**



Obočí doplňuje gestikulaci očí. Pozvednutím obočí vyjadřuje PA zájem, ale zároveň může značit toto gesto opovržení vůči klientce.

**Zdroj:** WEISS. P., JANÁČKOVÁ, L., 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál. 27 s., 28 s., 35 s., str. 40-46. ISBN: 978-80-7367-477-9.

## Příloha 2- Otázky rozhovoru s klientkami

### Komunikace porodní asistentky se ženou při porodu a v šestinedělí

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE (otázky):

**Kolik je vám let?**

**Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?** (základní, vyučení, střední s maturitou, vysokoškolské)

**Jaký je váš rodinný stav?** (vdaná, svobodná, rozvedená, vdova)

**Po kolikáté budete rodit?**

#### 1 ČÁST – porodní sál

##### 1. Charakterizujte prosím, váš (poslední) porod? Komfort?

- ukončení porodu – vaginálně, vaginálně instrumentálně – VEX(zvon), FORCEPS (kleště), operačně- S.C.,
- prožívání bolesti během porodu, aplikace léků, alternativní metody tlumení bolesti
- umožnil vám personál využít alternativní metody vedení porodu – (různé polohy, bok, stolička)
- Bonding
- intimita

##### 2. Jak na vás působilo prostředí porodního sálu?

- Seznámil vás personál s chodem oddělení
- Zнала jste jména ošetrovacího týmu, který o vás pečoval, na porodním sále? Představil se vám osobně (jménem) personál porodního sálu?
- Představil vám personál své kompetence? S čím se na ně můžete obracet?
- Udržel si personál profesionální přístup?
- Poskytoval vám personál individuální péči? Respektoval zdravotnický personál vaše soukromí, intimitu?
- Jak byste popsala chování, přístup personálu?
- Cítila jste ze strany zdravotnického personálu zájem o svou osobu?

##### 3. Jakým způsobem vás porodní asistentka (personál PS) informoval o úkonech, (péči) prováděných na porodním sále?

- Vysvětlil vám personál plán zamýšlené péče v rámci porodu?
- Byly pro vás podané informace srozumitelné (používání lékařských termínů, cizích slov)?
- Kdo vám informace sděloval?
- Kolik času strávil personál PS vysvětlováním daných informací?
- Jakou metodou jste byla informována? V případě nepochopení, snažil se personál vám informace vysvětlit jinak, či vícekrát?
- Úkony – příprava (klyzma, oholení, hygiena), možnost pít, jíst, CTG monitor – pro poslech ozev plodu, vaginální vyšetření, dirupce vaku blan, aplikace léků na bolest



– jak? Kdy? Aplikace kanyly? úlevové polohy, dýchání, tlačení, aplikace léku na odloučení placenty,

**4. V jaké situaci (porodní asistentka) neznal/a odpověď na vaši otázku? (v rámci péče, případných výkonů na PS)**

*Jak jste se cítila? Jak tato situace ovlivnila váš vztah (důvěru) k danému pracovníkovi? Ovlivnilo to váš pohled na porod? Jak zdravotník pracující na PS reagoval? Jak jste danou situaci řešili? Jakého tématu se dotaz týkal- jaký dotaz vám nebyl zodpovězen?*

**5. Jakým způsobem vás porodní asistentka PS motivovala (podporovala) v průběhu porodu?**

*(verbálně – slova/ neverbálně-pohyby, doteky, mimika)? Jak jste podporu vnímala? V jaké fázi porodu byla pro vás podpora nejdůležitější? Působil na vás nějaký aspekt komunikace negativně – demotivačně? Jakou formu podpory preferujete? V jaké situaci vás pracovník PS podporoval nejvíce? Pocítila jste během porodu beznaděj, úzkost?*

**6. V jakém případě jste se setkala s negativním přístupem (konfliktem)- reakcí ze strany personálu? Rozepište: Jak se zdravotnický personál choval? V jaké to bylo situaci? Jak jste se cítila? Ovlivnilo to nějak váš postoj k porodu? Ovlivnilo to váš vztah s daným zdravotnickým pracovníkem? Jak byla situace řešena? Nesouhlas personálu s vaším přáním? - odmítnutí výkonu**

**7. Jak jste se podílela na rozhodování v poskytování péče během porodu?**

*Uplatňování vlastních přání během porodu? Odmítnutí výkonu/ poskytnuté péče? Komunikoval s vámi personál, tak jako by se vás rozhovor netýkal?*

**8. Charakterizujte prosím, verbální projev porodních asistentek (jiného personálu PS)?**

*Hlasitost, zřetelnost – projevu? Kvalita řeči, barva hlasu, pomlky? Užití odborných výrazů? Opis situace – zdlouhavé vysvětlování? Srozumitelnost projevu? Využíval zdravotnický pracovník vhodných slov v určité situaci (strach, bolest, únava, beznaděj)? Bylo něco, co vám na tomto druhu komunikace vadilo, nebo naopak bylo něco co byste přivítala?*

**9. Popište neverbální projev porodních asistentek (jiného personálu PS)?**

*Přítomnost zdravotníka na porodním sále (jak často)? Využíval zdravotnický personál mimiky, gest, pohybů těla a rukou, při komunikaci s vámi? Využíval zdravotnický pracovník neverbální komunikace pomocí doteků? Bylo něco, co vám na tomto druhu komunikace vadilo, nebo naopak bylo něco co byste přivítala? Narušoval zdravotnický pracovník vaši osobní zónu?*

**10. Popište vaši představu „ideální“ vhodné komunikace na porodním sále?**

*(komunikace při přijetí do porodnice, představení personálu, oddělení, vysvětlení výkonů, porodního děje, nabídnutí alternativ (léky, polohy), četnost komunikace, podpora klientky v rámci komunikace, odpoutání pozornosti pomocí komunikace ...*

**11. Jak by, jste celkově zhodnotila úroveň, schopnost komunikace porodních asistentek na porodním sále?**

*Prostředí porodního sálu- personál, chování, úroveň komunikace, přístup ke klientovi, dodržování profesionálního přístupu, informovanost a komunikace v rámci poskytování péče, spolupráce se zdravotnickým personálem, prosazování vlastních přání a názorů, Byla (dle vašeho názoru) komunikace na porodním sále dostačující? Co by jste změnila? Co se vám líbilo?*

**2. ČÁST – stanice šestinedělí**

**1. Popište prosím, co se dělo po příchodu na stanici šestinedělí, jak na vás působilo prostředí?**

*Seznámila vás porodní asistentka s chodem oddělení (signalizace, jídlo, vstávání)? Představil se vám personál, který o vás pečoval? Seznámila vás porodní asistentka s plánem péče v rámci pobytu na stanici šestinedělí? Kolik času věnovala porodní asistentka těmto aktivitám? Jaký byl váš první dojem (oddělení, personál, komunikace)? Jakým stylem s vámi personál stanice šestinedělí komunikoval (verbálně, neverbálně, spisovně, srozumitelně...)?*

**2. Kdo a jakým způsobem, vás informoval (poučil) o péči o sebe sama?**

*Vstával s vámi zdravotnický personál, poprvé po porodu do sprchy? péče o porodní poranění? Hygienické návyky? V případě císařského řezu péče o jizvu? Informace o očistkách? Informace o bolesti? Výživě? Vyprazdňování? Komplikacích? Zavínování dělohy? Využil personál názornou ukázkou? Kolik času si zdravotnický personál vyhradil na předání zmíněných informací? Rozuměla jste předávaným informacím? Měla jste nějaké dotazy? Jak na vaše případné dotazy reagoval zdravotnický personál?*

- *V případě, že nejste prvorodička, odpovězte i na tuto otázku. I přesto, že jste již zkušená matka snažil se zdravotnický personál vám, všechny okolnosti a informace vysvětlit, tak jako by jste rodila poprvé?*

**3. Kdo vás poučil o péči o novorozence a jakým způsobem?**

*Rooming- in? Seznámení s chodem oddělení? Kojení – ukázkou? Přebalování? Zásady BOZP – manipulace s dítětem? Využil zdravotnický personál názorné ukázkou (praktický nácvik)? Byly pro vás předané informace srozumitelné? Kolik času si zdravotnický personál vymežil pro předání těchto informací? Užíval zdravotnický personál termíny, kterým jste nerozuměla? Měla jste nějaké dotazy? Jak na případné dotazy reagoval zdravotnický personál?*

- *V případě, že nejste prvorodička, odpovězte i na tuto otázku. I přesto, že jste již zkušená matka snažil se zdravotnický personál vám, všechny okolnosti a informace vysvětlit, tak jako byste rodila poprvé?*

4. **Jak jste se po porodu cítila?**
  - *Popište vaše pocity, náladu, obavy, přání?*
  - *Cítila jste bolest, únavu, vyčerpání?*
  - *Kojila jste?*
  - *Jakým způsobem a jak často se zdravotnický personál dotazoval na váš fyzický a psychický stav?*
  - *Jak případnou situaci řešili?*
  
5. **V jakém případě jste se setkala s negativním přístupem (konfliktem) ze strany personálu? Pokud ano. Rozepiště: Jak se zdravotnický personál choval? V jaké to bylo situaci? Jak jste se cítila? Ovlivnilo to nějak váš postoj k porodu? Ovlivnilo to váš vztah s daným zdravotnickým pracovníkem? Jak byla situace řešena?**
  
6. **Jakým způsobem vás porodní asistentka PS motivovala (podporovala) v plnění „mateřské role?**  
*(verbálně – slova/ neverbálně-pohyby, doteky, mimika)? Jak jste podporu vnímala? Kdy byla pro vás podpora nejdůležitější? Působil na vás nějaký aspekt komunikace negativně – demotivačně? Jakou formu podpory preferujete? V jaké situaci vás porodní asistentka podporovala nejvíce? Kdy (kojení, péče o dítě...)?*
  
7. **Jakým způsobem vás porodní asistentka informovala o péči při propuštění do domácího prostředí?**  
*Dodržování šestinedělí? Komplikace? Kdy navštívit ambulanci gynekologa? Hygienické návyky? Péče o poranění – stehy? Péče o jizvu po císařském řezu? Zánět prsu? Kojení? Výživa? Vyprazdňování? Péče o novorozence? Povinná vyšetření? Očkování? Kdy volat dětského lékaře? Nutná hospitalizace?*
  
8. **Jaká komunikace (styl) by měl dle vašeho názoru převažovat, pokud se jedná o komunikaci s matkami na stanici šestinedělí (Přístup porodních asistentek)?**  
*Přístup porodních asistentek? Četnost komunikace? Vysvětlování? Opakování informací? Využití názorné praxe při vysvětlování?*
  
9. **Jak byste celkově zhodnotila komunikaci porodních asistentek na stanici šestinedělí?**  
*Co se vám líbilo/ nelíbilo? Co byste změnila? Jaký druh komunikace je pro vás nejpříjemnější?*

#### **Doplňující otázka:**

**Uved'te prosím, co je pro vás při poskytování péče v průběhu porodu a následně po porodu, tím nejdůležitějším aspektem, který ovlivňuje to, abyste se cítila komfortně?**

**Zdroj:** vlastní

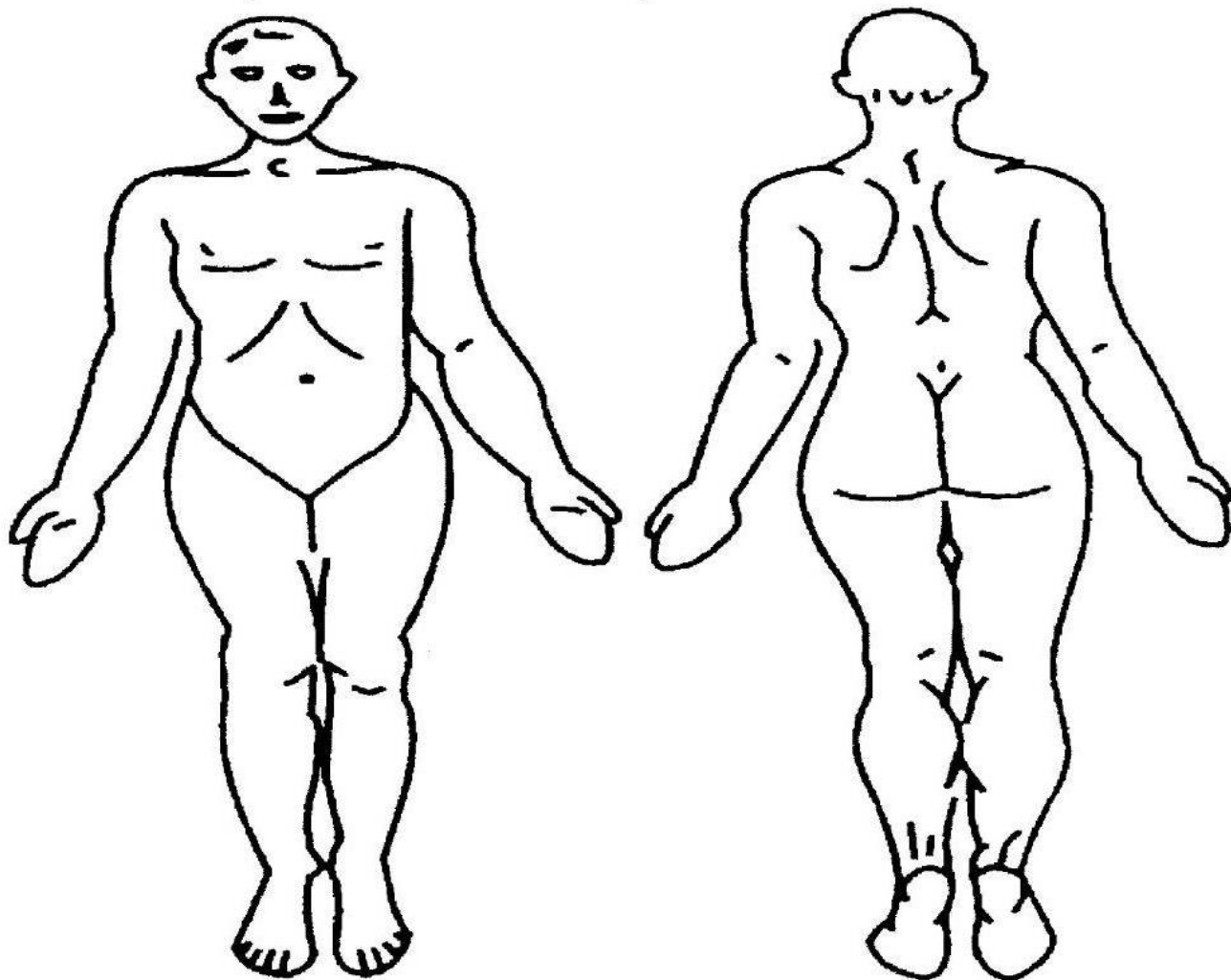
### Příloha 3- Hodnotící škála bolesti

#### 1. TOPOLOGIE

Kde to bolí

.....  
.....

Zakreslete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vystřeluje. Eventuelně může provést zakreslení i nemocný sám.

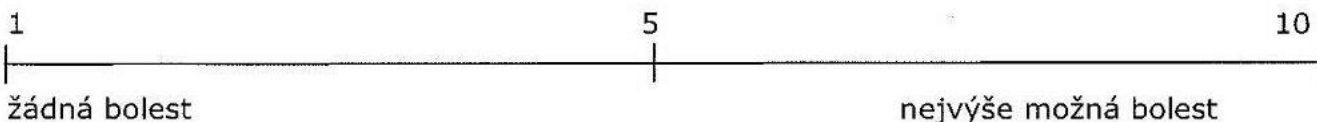


Propagace bolesti:

.....  
.....

## 2. INTENZITA

Jak moc to bolí?



## 3. KVALITA

Jak to bolí?

- pulsující  řezavá  kolikovitá  intenzivní  dusivá  tupá  
 nesnesitelná  pálivá  krutá  trýznivá  .....

## 4. ČAS

Kdy to bolí? .....

Na čem je bolest závislá? .....

Jak dlouho trvá? .....

## 5. OVLIVNITELNOST

Co zmírňuje bolest?

klid  úlevová poloha  komprese rukama  zaměření pozornosti jiným směrem

relaxace  sugesce  .....

stimulace kůže:  chladem  teplem  mastí

Léky ( jaké, kolik, jak dlouho, jak často ): .....

.....

.....

Co zesiluje bolest? .....

.....

.....

## 6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST

pláč  křik  strach  úzkost  dobrá tolerance bolesti

špatná spolupráce  agresivita

.....

**DATUM:**

**PODPIS SESTRY:**

**Zdroj:** Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče, 2017. *Hodnotící škály*. [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

## Příloha 4- Parametry profesionálního přístupu ze strany porodní asistentky

### Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

Autor: Odbor 22  
Poslední aktualizace: 27.4.2005

**Zdroj:** Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1992. *Práva pacienta*. [online] Praha: Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky [cit. 2017–06–03]  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>



## Příloha 5- Desatero přirozeného porodu v porodnici

Tento dokument vychází z materiálů a doporučení vydaných Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Českou gynekologicko-porodnickou společností (ČGPS), Dětským fondem OSN (UNICEF), Koalicí za zlepšení služeb v porodnictví (CIMS), Mezinárodní iniciativou za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI) a navazuje na dlouhodobé aktivity Společnosti pro zdravé rodičovství – APERIO a Hnutí za aktivní mateřství (HaM) i dalších organizací usilujících o zkvalitnění porodní péče v ČR.

**Přirozený porod:** Fyziologický, spontánní porod, jehož průběh si aktivně určuje sama rodička, vedený porodní asistentkou, při zachování co nejintimnější atmosféry a nejpřirozenějšího prostředí, respektující individuální názory matky, bez neopodstatněných rutinních lékařských zásahů a medikace (například za účelem urychlení průběhu porodu), bez farmakologických prostředků na tlášení bolesti, podle přání za přítomnosti otce, doly, případně dalších rodinných příslušníků.

### DESATERO PŘIROZENÉHO PORODU V PORODNICI

- 1. DIALOG.** Usilovat o dialog s rodičkou, vstřícnou komunikaci a empatické jednání veškerého personálu.
  - Jednat s rodičkou slušně a uctivě.
  - Aktivně naslouchat přáním a potřebám rodičky.
  - Poskytovat rodičce emocionální podporu.
  - Trpělivě odpovídat na otázky ohledně poskytované péče.
- 2. INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP.** Zohledňovat individuální přání a potřeby rodičky i novorozence po celou dobu pobytu v porodnici.
  - Poskytovat péči v souladu s kulturním zázemím rodičky.
  - Posilovat sebedůvěru ženy ve schopnosti porodit dítě a pečovat o něj.
  - Dbát na přání rodičky formulovaná v porodním plánu.
  - Zhodnotit individuálně případná rizika.
  - Sledovat nejen fyzickou, ale také psychickou kondici ženy ve všech fázích porodu a adekvátně na ni reagovat.
- 3. INFORMOVANOST.** Informovat pravdivě, srozumitelně, bez zastrašování a včas o všech úkonech v rámci poskytované péče.
  - Informovat o právu na informovaný souhlas.
  - Poskytovat údaje a statistiky o porodních úkonech, zásazích a výsledcích.
  - Školit personál v nefarmakologických způsobech tlášení bolesti a následně o nich informovat rodičku.
  - Ukazovat relaxační techniky a úlevové polohy.
  - Informovat rodičku o tom, jak správně pečovat o novorozence.
  - Informovat o možnostech navazující péče o rodičku a dítě.
- 4. RESPEKT.** Respektovat intimitu a soukromí ženy, vyvarovat se familiárnosti v přístupu k ženě.
  - Snažit se zamezit tomu, aby se rodičky během porodu vzájemně slyšely.
  - Zajistit pro rodičku a novorozence základní potřeby: klid, teplo v místnosti (nahřáté ručníky apod.), pocit soukromí a bezpečí.
  - Oslovovat ženu jménem.
- 5. ODBORNOST.** Sledovat a uplatňovat nejnovější odborná doporučení (WHO, ENCA IMBCO apod.).
  - Odpovídat za kvalitu péče poskytovanou každou ošetřující osobou.
  - Uplatňovat prokazatelně přínosné, vědecky podložené postupy (lege artis).

- Zavádět opatření přispívajících ke zdravotní pohodě matky a dítěte.
  - Porodní péči řídit výhradně potřebami rodičky a dítěte.
  - Zajistit rodičkám přístup k profesionální péči porodních asistentek.
  - Nepraktikovat postupy, které jsou vědecky označené za škodlivé (non lege artis).
- 6. SOUHLAS.** Provádět veškeré lékařské zásahy a medikaci pouze v opodstatněných případech a vždy na základě informovaného souhlasu rodičky.
- Omezit na minimum rutinní postupy, jejichž provádění není při fyziologickém porodu opodstatněné, nevyžaduje-li to aktuální zdravotní stav (intravenózní podání oxytocinu, epiziotomie, dirupce vaku blan, okamžité přerušení pupečníku apod.).
- 7. BEZ POPLATKŮ.** Nezpoptatňovat přítomnost blízké osoby u porodu a umožnit, aby ženu mohlo doprovázet více osob najednou.
- Potvrzovat právo matky na nepřetržitou podporu blízké osoby ve všech fázích porodu.
- 8. SVOBODA.** Volbu polohy ponechat ve všech dobách porodních na rozhodnutí rodičky.
- Odrazovat od horizontální polohy vleže na zádech.
- 9. STOP ŠKODLIVÉ SEPARACI.** Podporovat raný kontakt kůže na kůži a samopřisátí. Zajistit nepřetržitou blízkost matky a dítěte po porodu i na oddělení šestinedělí. Vyšetřovat fyziologického novorozence na těle matky nebo v její těsné blízkosti.
- Vnímat matku a novorozeně jako jednu jednotku.
  - Omezit rutinní postupy péče o novorozence na minimum.
  - Podporovat ranou vazbu matky a dítěte a jejich kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu nejméně po dobu jedné hodiny, a není-li to ze zdravotních důvodů možné, tak neprodleně podpořit ranou vazbu otce a dítěte.
- 10. KOJENÍ.** V maximální možné míře podporovat kojení, zajistit vlídnou a praktickou pomoc, naslouchat potřebám a požadavkům matky.
- Zaměřit se na prevenci možných problémů s kojením.
  - Povzbuzovat matku v rozpoznávání, kdy je dítě připravené na kojení a nabízet jí pomoc.
  - Trpělivost v přístupu k ženě při praktickém nácviku kojení.
  - Usilovat o udělení certifikace Baby friendly hospital (BFH) a dodržovat podmínky stanovené touto certifikací.

**Povinností certifikovaného zařízení bude zlepšovat ukazatele u těchto výkonů:**

**Epiziotomie** – každý rok pokles počtu epiziotomií min. o 10 % nebo dosažení hranice 30 % z celkového počtu porodů.

**Epidurál** – porod s epidurální analgezií pod 5 % z celkového počtu fyziologických porodů (nevztahuje se na porody císařským řezem).

**Oxytocin** – každý rok pokles podání oxytocinu min. o 10 % nebo dosažení hranice 30 % z celkového počtu podání.

**Císařský řez** – každoročně pokles počtu císařských řezů oproti předchozímu roku.

**Fyziologický porod vedení porodní asistentkou** – každý rok nárůst počtu porodů vedených porodní asistentkou min. o 10 % nebo dosažení hranice 60 %.

**Zdroj:** Redakce Babyweb, 2012. *Desatero přirozeného porodu v porodnici*. [online]. Praha: Media Park [cit. 2017-06-15]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/desatero-prirozeneho-porodu-v-porodnici>



## **9 SEZNAM ZKRATEK**

**PA-** porodní asistentka

**PS-** porodní sál

**K-** klientka

**SŠ** – střední škola

**SOŠ** – střední odborná škola

**VOŠ** – vyšší odborná škola

**VŠ** – vysoká škola

**s. c.-** císařský řez

## **10 SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT**

**Tabulka 1-** Identifikační údaje klientek

**Tabulka 2-** Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

**Tabulka 3 -** Nejdůležitější aspekty v poskytování péče dle odpovědí klientek

**Schéma 1-** Komfort klientky v průběhu porodu

**Schéma 2-** Komunikace porodní asistentky s klientkou při porodu

**Schéma 3-** Komfort klientek po porodu

**Schéma 4-** Edukace klientek v šestinedělí

**Schéma 5-** Komunikace porodní asistentky s klientkou v šestinedělí