

Problematika komunitní péče o ženu, dítě a rodinu v práci porodní asistentky

Martina Spáčilová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav porodní asistence
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina SPÁČILOVÁ**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Problematika komunitní péče o ženu, dítě a rodinu
v práci porodní asistentky.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se studentka seznámí s odbornou literaturou zaměřenou na danou problematiku.
Vytvoří teoretické podklady pro pochopení celé šíře komunitní péče, nejen o ženu, dítě a rodinu.
V praktické části studentka vytvoří podklady pro výzkumné šetření.
Stanoví cíle a hypotézy. Vypracuje dotazník, zvolí vzorek respondentů, ověří funkčnost dotazníků, a provede vlastní výzkum.
V závěru provede analýzu získaných dat a vyhodnotí hypotézy.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. 1 vydání Praha: Portál. 2003. 384s. ISBN 80-7178-548-2

JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vydání Praha: Grada. 2007. 100s. ISBN 978-80-247-2150-7

FESTOVÁ, A. Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek In Moderní babictví, 2007, číslo 12, srt. 5-9. ISSN 1214-5572

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. Komunitní ošetrovatelství. 1. vydání Martin: Osveta. 2007. 272s. ISBN 80-8063-257-1

VRÁNOVÁ, V. Historie babictví a současnost porodní asistence. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2007. 203s. ISBN 978-80-244-1764-6

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Křemenová**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSC.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 31.5.2020


.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zmapovat problematiku komunitní péče u žen, dětí a rodiny v práci porodní asistentky.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce je zaměřena na systém komunitní porodní asistence. Popisuji teoretická východiska, náplň a charakter komunitní péče. Dále se věnuji profesním kompetencím porodní asistentky pro poskytování péče ženám a jejich rodinám se specifickými potřebami v rámci lidské reprodukce a podpory reprodukčního zdraví. V praktické části pomocí metodologického šetření zkoumám názory žen dvou generací na rozdílnost péče porodní asistentky v komunitě, dále zjišťuji znalosti žen o profesi porodní asistentky. V závěru praktické části zjištěná fakta analyzuji a komentuji.

Klíčová slova: komunita, klient, porodní asistentka, komunitní ošetrovatelství

ABSTRACT

The aim of this bachelor's paper is to describe problems of community care of woman, child and family in midwives work.

The paper is divided in both practical and theoretical part. The theoretical part deals with the system of community obstetric assistance. The author describes theoretical starting points, contents and character of community care. She also pays attention to the midwife's professional qualification for giving care to women and their families within the framework of human reproduction and support of reproductional health. In the practical part by help of methodological inquiry she examines views of two generations of women on the difference in midwife's community care. She also states the women's knowledge of midwife's profession. In conclusion of the practical part she analyses and comments the stated facts.

Keywords: community, client, midwife, community care

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Křemenové za odborné vedení a cenné rady, připomínky a podmínky při zpracování mé bakalářské práce.

Motto: „ *Pouze život, který žijeme pro ostatní, stojí za to.* “

Albert Einstein

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KOMUNITNÍ PRÁCE.....	13
1.1 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ	13
1.2 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE V ČR	14
1.2.1 Současná situace komunitní péče v ČR.....	15
1.3 KOMUNITNÍ PRÁCE V ZAHRANIČÍ - TRENDY A VÝHLEDY	15
1.3.1 Proces komunitní práce	16
1.3.1.1 Zjišťování a analýza potřeb.....	16
1.3.1.2 Plánování	16
1.3.1.3 Realizace plánu	16
1.3.1.4 Vyhodnocení	17
1.3.2 Komunitní pracovník	17
1.3.3 Znaky dobrého komunitního projektu.....	17
2 KOMUNITNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI.....	18
2.1.1 Cíl komunitního ošetrovatelství	18
2.2 KOMUNITA JAKO KLIENT	18
2.3 KONCEPCE KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	18
2.4 ROZVOJ KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
2.5 SOCIÁLNĚ- PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY V KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENCI.....	20
2.5.1 Jednotlivec.....	20
2.5.1.1 Osobnost	20
2.5.1.2 Sociální kompetence osobnosti.....	20
2.5.2 Identita.....	21
2.5.3 Sociální motivace	21
2.5.4 Skupina	21
2.5.5 Skupinový vliv	22
2.5.6 Normy skupiny	23
2.5.7 Sociální chování	23
2.6 ETIKA V KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENCI	24
2.6.1 Základní etické principy v komunitní péči.....	24
2.6.2 Etické teorie v komunitní péči	25
2.6.3 Etické dilema v komunitní porodní asistenci	25
2.7 KOMUNITNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI.....	25
2.8 KOMUNITNÍ SLUŽBY A INSTITUCE	26
2.9 PRINCIPY KOMUNITNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI.....	26
2.10 PORODNÍ ASISTENTKY V KOMUNITĚ.....	27
3 VYUŽITÍ MODELŮ V KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENCI.....	29

3.1	ADAPTAČNÍ MODEL ROYOVÉ.....	29
3.2	KONCEPCE MODELU M. LEVINOVÉ.....	30
3.3	BEHAVIORÁLNÍ SYSTÉMOVÝ MODEL JOHNSONOVÉ.....	30
3.4	MODEL PODPORY ZDRAVÍ PENDEROVÉ.....	30
3.5	MODEL PREVENCE PÉČE O RODINU	31
4	KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O RODINU V PORODNÍ ASISTENCI	32
4.1	RODINA	32
4.1.1	charakteristika rodiny	32
4.1.1.1	Kulturní orientace rodiny	32
4.1.1.2	Rodinné hodnoty	33
4.1.1.3	Transgenerační vazby	33
4.1.1.4	Struktura rodiny	33
4.1.1.5	Funkce rodiny	33
4.1.1.6	Interakční vzorce.....	33
4.1.1.7	Rodina jako sociální systém.....	34
4.1.1.8	Rodina jako kulturní systém	34
4.1.1.9	Vývojová stádia rodiny	34
5	KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI V PORODNÍ ASISTENCI	35
5.1	POSUZOVÁNÍ POTŘEB DÍTĚTE V KOMUNITĚ.....	35
5.1.1	Růst a vývoj dítěte.....	35
5.1.2	Prostředí	35
5.1.3	Životní styl	35
5.1.4	System zdravotní péče.....	36
5.2	CÍLE KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENTKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O NOVOROZENCE	36
5.2.1	Cíl primární prevence.....	36
5.2.2	Plánování primární prevence.....	36
5.2.3	Cíl sekundární prevence	36
5.2.4	Plánování sekundární prevence	36
5.2.5	cíl terciární prevence	37
5.2.6	Plánování terciární prevence	37
5.3	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	37
5.4	PLÁNOVÁNÍ PÉČE O NOVOROZENCE	37
5.5	REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH ČINNOSTÍ U NOVOROZENCE VYKONÁVANÉ TERÉNNÍ PORODNÍ ASISTENTKOU	38
5.6	VYHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NOVOROZENCE.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
6	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40

6.1	VÝBĚR PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	40
6.2	METODY ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU	40
6.3	CÍLE A HYPOTÉZY	41
6.4	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	41
6.5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
7	OVĚŘOVÁNÍ A ANALÝZA HYPOTÉZ.....	59
7.1	TEST DOBRÉ SCHODY CHI-KVADRÁT (X ²)	59
8	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	60
8.2	DISKUSE	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM GRAFŮ.....	69
	PŘÍLOHY.....	70

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem zvolila problematiku komunitní péče o ženu, dítě a rodinu v práci porodní asistentky, protože mne zaujalo, že profese PA zasahuje až do rodiny ženy a jejího sociálního prostředí.

Bakalářskou práci předkládám s cílem objasnit roli komunitní porodní asistentky v péči o ženu, dítě a rodinu.

Téma jsem si zvolila, abych získala ucelenější a hlubší pohled na problematiku poskytování komunitní péče porodní asistentkou a vytvořila soustavu informací o komunitě a profesi PA v ní. Podle mého názoru komunitní porodní asistentku vyhledávají zejména budoucí matky, které se zajímají o přípravu na samotný porod a poporodní období. Po porodu si mnohé z žen začínají uvědomovat, že to nejtěžší je teprve čeká. Zvládnout novou zkušenost být matkou a zajistit dítěti vše co v prvních týdnech a měsících života potřebuje. Ovšem porodní asistentka je schopná poradit a být nápomocná ženám všech věkových kategorií při řešení jejich problémů, které se týkají reprodukčního systému, vykonávání rolí.

Praktická část je založena na průzkumném šetření, které je podrobně analyzováno. Cílem průzkumu bylo zjistit míru informovanosti žen o profesi PA. Získané informace jsem vyhodnotila a na jejich základě stanovila závěry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNITNÍ PRÁCE

Komunitní práce je metoda k podporování a vyvolání změny v rámci místního společenství. (Matoušek, 2003)

Podle Matouška „Znaky komunitní práce jsou:

- používá se pro řešení problémů a pro navození změny v místním společenství;
- vztahuje problémy jedinců a skupin ke zdrojům a možnostem místní komunity;
- zapojuje do řešení problémů a do rozhodování a života komunity její občany, stejně tak jako místní organizace a instituce;
- vede k přerozdělení a sdílení zdrojů, odpovědnosti a kompetence;
- rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit to, co se s nimi děje.

Pod pojmem komunitní práce rozumíme:

- přístup k lidem, proces, jak je aktivizovat, aby se sami postarali o řešení problému;
- projekt, jak vyřešit určitý konkrétní problém (tedy postup, způsob, jak vyřešit určitý problém).“ (Matoušek, 2003, str. 254)

Komunitní práce je univerzální metoda, kterou můžeme řešit problémy v oblasti zdravotnické péče a sociálních služeb, etnického napětí, vzdělávání. Metody komunitní práce využívá komunitní péče, osoby vyžadující pomoc a podporu zůstávají ve svém prostředí a v něm jsou podporovány uvnitř i vně komunitního prostředí. (Matoušek, 2003; Křemenová, Fremlová, 2009)

1.1 Historie komunitní péče v zahraničí

Druhá polovina 19. století se v zahraničí považuje za období vzniku komunitní péče, které závisí na rozpadu tradičních komunit v důsledku industrializace, urbanizace a migrace obyvatel. Hlavním iniciátorem myšlenek komunitní péče byl Samuel Augustus Barnett. Mezi první organizace pracující formou komunitní péče, můžeme označit organizace z Anglie a z USA. Pracovaly na bázi dobrovolníků, kteří navštěvovali sociálně slabé skupiny obyvatel. Působili na své klienty a tím podporovali jejich schopnost sebepéče a soběstačnosti.

Poměrně velký rozvoj zaznamenala komunitní péče na konci 19. století vznikem komunitních center. Posílení komunitní péče ve světě bylo díky péči, která se zaměřila nejen na konkrétní komunitní péči, ale také na praktickou pomoc pro sociálně slabé. Věnovali pozornost spolupráci národních organizací.

Radikální změnu přinesla šedesátá léta 20. století, pozornost se soustředila na problémy související se vzrůstajícím blahobytem, chudobou a diskriminací mezi migranty. Komunitní péče přinesla změny v životě lidí zavíraných do velkých ústavů. Mnoho soběstačných lidí potřebovalo podporu za jejich zdmí. Vznikla síť podpůrných služeb a krizových lůžek. Rozvoj komunitní péče navázal na úspěchy hnutí za lidská práva, což vedlo k sociálním změnám.

V 70. letech a 80. letech se stává komunitní péče důležitým prostředkem řešení sociálních problémů. Zvyšuje se úloha komunitních pracovníků, pracujících v oblasti veřejné správy, neziskových organizací.

V poslední době je zjevný trend podporovat obyvatele komunity k účasti na řešení problémů v různých oblastech života. (Matoušek, 2003)

1.2 Historie komunitní péče v ČR

V českých zemích se komunitní péče rozvíjela velmi obtížně. Před druhou světovou válkou lze ji jen okrajově zahrnout do oblasti komunitní práce, nebyly založeny primárně zájmové spolky za účelem sociální změny v komunitě, spíše se jednalo o spolky „okrašlovací“. (Matoušek, 2003)

Mezi první zaměřenou ošetrovatelskou péčí v komunitě patřila činnost Československého červeného kříže v meziválečném období. Hlavním zájmem byli především děti, chudí nemocní a staří lidé. Poprvé byla prováděna systematická ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách. Sestry poskytovaly v důsledku negativní hospodářské krize především preventivní péči. (Jarošová, 2007; Festová, 2007) Po druhé světové válce se zájmové aktivity „sjednotily“ pod Národní frontu a aktivita lidí byla ovlivněna silně komunistickou ideologií. I dnes můžeme pocítovat stereotypní myšlenky překážející v rozvoji komunitního ošetrovatelství u nás. (Křemenová, Fremlová, 2009)

Působení vlivu nezůstala ušetřena ani profese porodní asistentky na možnost jejího vývoje jako autonomní profese. Představitelky měly a mají pozitivní vliv na probíhající procesy v komunitě. Postupně samostatná práce v komunitě-terénu úplně zanikla.

(Křemenová, Fremlová, 2009)

1.2.1 Současná situace komunitní péče v ČR

Komunitní péče koncem 90. let u nás zaznamenává rozvoj v tzv. proamerickém pojetí (Křemenová, Fremlová, 2009; Matoušek, 2003). Valnou většinu programů, kde se používá postup komunitní péče, začaly rozvíjet nestátní neziskové organizace, instituce veřejné správy, podnikatelé. (Matoušek, 2003) V rámci zahájení reformy v oblasti poskytování zdravotnické péči se objevuje strategie zdravotní péče založené na zásadách primární zdravotní péče. (Křemenová, Fremlová, 2009; Matoušek, 2003).

Na populaci je kladen důraz odpovědnosti za svoje zdraví a prevenci chorob, rozvoj komunit, poskytování zdravotnických služeb blíže k místu, kde člověk žije a pracuje, aby byla co nejlépe využita síla a schopnosti komunity. Mělo by dojít ke stanovení kompetentnosti poskytovatelů zdravotní péče i ke změně toků finančních zdrojů. (Křemenová, Fremlová, 2009; Festová, 2007)

1.3 Komunitní práce v zahraničí - trendy a výhledy

V Evropě na rozdíl od ČR mají dlouhodobou tradici organizace komunitní práce, mají více finančních prostředků k dispozici pro realizaci činností. Znaky organizací fungující na komunitní bázi jsou podle Matoušek, 2003

- „dostupnost;
- bezbariérovost;
- důraz na prevenci problémů;
- přizpůsobivost novým podmínkám;“ (Matoušek, 2003, str. 261)

Novou formou práce je tzv. forma „streetworku“, která je zaměřena na všechny obyvatele dané komunity - snaží se o prevenci vzniku nebo zhoršení sociálních situací.

1.3.1 Proces komunitní práce

Proces komunitní práce dělíme:

1. Zjišťování a analýza potřeb;
2. plánování;
3. realizace (implementace)
4. vyhodnocení (evaluace).

(Matoušek, 2003)

1.3.1.1 Zjišťování a analýza potřeb

Komunitní práce by měla začít provedením zjišťováním potřeb v místní komunitě. Tím se předejde riziku změny v místní komunitě. Metody zjišťování potřeb se v poslední době rozvíjejí slibně. Část metod pochází ze zahraničí, jiné vznikly u nás. Ke zjišťování potřeb komunity je ideální kombinovat zapojení expertů, vůdce komunit a běžné obyvatele. Výsledkem potřeb komunity o objektivní zjištění je kompromis mezi reprezentativností, časových a finančních nároků. Při vyhodnocování získaných informací z komunit je podstatné umět pojmenovat a popsat výsledek procesu.

1.3.1.2 Plánování

Plánování je součástí procesu. Při plánování procesu je důležité, aby realizátoři dokázali formulovat cíl procesu, odhadnout časovou, finanční a personální náročnost, prostředky vedoucí ke změně a zajistit nezbytné předpoklady pro úspěšnost celého procesu. Pro napsání dobrého komunitního projektu je důležité mít znalosti z různých oblastí lidské činnosti.

1.3.1.3 Realizace plánu

Při realizaci plánu jde především o komunikaci uvnitř i navenek realizačního týmu uvádí krátkodobé plánování aktivit, které byly formulovány ve fázi psaní projektu a o průběžné vyhodnocování aktivit.

(Matoušek, 2003)

1.3.1.4 Vyhodnocení

Vyhodnocení shrnuje hodnocení zájmových skupin v rámci komunity. Rozlišujeme tři přístupy vyhodnocení.

1. Vědecký přístup
2. Přístup zaměřený na uživatele
3. Přístup zaměřený na rozvoj organizace

Metody hodnocení využíváme dotazníky a průzkum mínění, záznamy organizace, návštěvy na místě, diskuse. (Matoušek, 2003)

1.3.2 Komunitní pracovník

S rozvojem komunitní práce jsou na komunitního pracovníka kladeny větší požadavky na znalosti a profesionální dovednosti. Pro komunitního pracovníka je vhodné mít znalosti z filozofie, sociologie, sociální práce, psychologie a ekonomie. Komunitní pracovník by měl dokázat podle Matouška „ Žít uprostřed konfliktů a napětí, naslouchat potřebám jednotlivých skupin žijících v komunitě, usnadňovat a podporovat jednání různých zájmových skupin, pomoci zapojit se do procesu, napsat projekt.“ (Matoušek, 2003, str. 266)

Poslání komunitního pracovníka spočívá v nalezení sociálních a významných priorit v komunitě, pomoci obyvatelům poznat své problémy a pomoci je zvládnout, informovat skupiny obyvatel o možnostech řešení, povzbudit k akcím zaměřené na odstranění problému. (Matoušek, 2003)

1.3.3 Znaky dobrého komunitního projektu

Znaky dobrého komunitního projektu obsahují myšlenku šíření hodnot otevřené společnosti, rozvíjí zaujetí a zájem lidí, otvírá lidem nové rozměry, pomáhá a posiluje uvést věci do pohybu, je dobře připraven a reprezentován. (Matoušek, 2003)

2 KOMUNITNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI

V současné době stojíme „na prahu“ fungujícího systému komunitního ošetrovatelství i komunitní porodní asistence. Rozvoj práce v komunitě podle prováděných analýz lékaři, sestrami a porodními asistentkami ukazují, že je nutný, důležitý a potřebný rozvoj komunitního ošetrovatelství. (Křemenová, Fremlová, 2009; Festová, 2007) Komunitní péče je orientovaná na skupiny a celé komunity. Cílem je poskytnout péči v domácím prostředí a co nejdéle setrvání v komunitě. Jak uvádí Jarošová „Komunitní péče je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na participaci všech zúčastněných klient, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé, zřizovatelé, obce. Přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé“. (Jarošová, 2007, str. 25)

2.1.1 Cíl komunitního ošetrovatelství

Cílem je podporování zdraví komunity, identifikace rizikových skupin, kterým hrozí riziko onemocnění, zdravotní postižení a poskytování jim specifické péči. Způsob realizace se odvozuje od potřeb a možností dané lokality a demografické charakteristiky země. (Festová, 2007)

2.2 Komunita jako klient

V komunitním ošetrovatelství není klientem jednatlivec nýbrž celá komunita. Světová zdravotnická organizace v roce 1974 definovala komunitu jako sociální skupinu, která je determinovaná geografickými rozměry nebo stejnými hodnotami a zájmy. Její členové se znají a jsou ve vzájemné interakci. Funkcí je vytvořit vlastní sociální strukturu, předvídat a tvořit normy, hodnoty a sociální instituce. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.3 Koncepce komunitního ošetrovatelství

Koncepce komunitního ošetrovatelství vychází ze základních faktorů existence rodina, existence komunit. Patří sem poskytování psychologických, fyzických, paliativních a duchovních služeb. Rodiny jsou základním a hlavním zaměřením celého týmu komunitní péče ten je tvořen rodinnými pečovateli, nemocnými, komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky. (Jarošová, 2007)

1. Ošetřovatelské služby zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce, skupinu obyvatel, je zaměřena na poskytování komunitní péče mimo ústavní zařízení.
2. Komunitní péče se zaměřuje na prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví a ochranu zdraví.
3. Zaměřuje se na edukaci rodinných příslušníků a na péči o nemocné a jejich rehabilitaci.
4. Zdravotník v rámci poskytování komunitní spolupracuje a lékaři, orgány státní správy, občanskými sdruženími.

2.4 Rozvoj komunitního ošetřovatelství

Rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách a získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ustanovuje specializační vzdělání. (Sbírka zákonů Česká republika, 2004; Festová, 2007)

Vyhláška 424/2004 Sb., stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a odborných pracovníků i činnosti komunitní porodní asistentky a komunitní sestry. Nařízení vlády č.463/2004 Sb., se stanovují obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, kde je definováno specializační vzdělávání. (Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, 2006; Festová, 2007)

2.5 Sociálně- psychologické problémy v komunitní porodní asistenci

2.5.1 Jednotlivec

2.5.1.1 Osobnost

Vzhledem k sociálnosti člověka je individuální „já“ konformované s „my“, se pupinovaným fenoménem může vyjadřovat pocit sounáležitosti, soudržnost skupiny. Osobnost daného člověka se liší od ostatních osobností a lidí, je originál. Vyjadřuje zralost, jedinečnost každé osobnosti spočívající v každé osobnosti ve vlastní identitě, poznání vlastního místa v životě a ujasnění si smyslu života. Obsahuje prvky sebehodnocení, sebezpůsobování, sebepoznání ve vztahu k lidem, skupinám a společnosti. (Hanzlíková a kol., 2007)

Porodní asistentka by si měla uvědomit, že v kvalitě „já“ se promítá i kvalita socializačních vlivů. Socializačními vlivy, prostřednictvím kulturních vzorců a norem, se dosahuje ve společnosti jednoty, která se projevuje v modální osobnosti. Porodní asistentka, by měla věnovat pozornost příslušnosti jednotlivce k určité skupině, která se podílela na jeho socializaci. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.1.2 Sociální kompetence osobnosti

Sociální kompetence jsou jako obecná schopnost jednotlivce úspěšně a efektivně integrovat se sociálním prostředím. Projevuje se v efektivním řešení sociálních situací a v chování v konkrétních podmínkách. Je to schopnost přizpůsobit se na vzniklou situaci, účastníky, jejich potřeby, zájmy a kompletně řešit problémy. Porodní asistentka by měla efektivně řešit sociální situace, brát v úvahu problémy a potřeby a nikoli své představy o nich. Sociální kompetence souvisí se sociální zralostí. Sociální zralost ukazuje jak je jedinec způsobilý vstupovat do sociální interakce a řešit sociální situace. Porodní asistentka by měla být sociálně zralá, protože klient, se kterým pracuje, může být zralý méně a nebo se v důsledku nemoci chová nezrale a interakce s ním může být problematická. Sociální zralost se projevuje v jednotlivých obdobích vývoje různým chováním. Porodní asistentka by si tak měla uvědomit, že svým chováním a způsobem interakce, poskytuje okolí

informace sama o sobě. Na základě chování klienta může získat informace, které ji mohou ulehčit interakci, komunikaci s ním. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.2 Identita

Identitou rozumíme používání toho, čím jedinec je jako individuum nebo jako člen společnosti. Identitu můžeme chápat jako jádro osobnosti, vytváří pocit svojí totožnosti založený na prožívání své kontinuity. Vědomí totožnosti přetrvává i přes plynutí času, společenské změny, změny v sociálních rolích nebo v jejich chápání. Při interpersonálním chápáním je identita souhrnem sociálních rolí. Identita jedince se vyvíjí identifikováním se sociálními rolemi. (Výrost alt, 1997; Hanzlíková a kol., 2007)

Při střetu zájmů kdy chceme něco jiného než skupina nebo druhý člověk dochází ke konfliktu identity. Pokud se podvolím, ztrácím úctu k sobě samotnému, když se nepřizpůsobím, ztratím respekt toho, kdo mi něco přikazuje. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.3 Sociální motivace

Dynamickou složku osobnosti tvoří motivy a jsou považovány za příčiny jednání, zdroje a podmínky chování lidí i sociálních skupin.

Sociální motivace k činnosti a výkonnosti, potřeba a činnost spolu vzájemně souvisí. Aktuálnost potřeb a jejich hierarchie tvoří základ motivace člověka, jsou východiskem pro spokojenou činnost. Motivace se formuje v životě člověka na základě pozitivních nebo negativních sociálních zkušeností, odměňování a trestání za svoji činnost.

Sociální motivace k sociálnímu začlenění pokud je člověk zvyklý prožívat svůj život mezi lidmi, je motivován ke kontaktu a styku s nimi. Přirozenou potřebou je žít v ustáleném sociálním rámci, tím je člověk motivován a chová se jako jednatel i jako člen skupiny. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.4 Skupina

Člověka doprovází příslušnost ke skupině po celý život, cítí se být příslušníkem skupiny. Příslušnost ke skupině je životní potřebou. Mezi základní skupinu patří rodina, která připravuje pro život, seznamuje se svým životním prostředím, učí se v něm orientovat. Celoživotní příslušnost ke skupině je zdrojem celoživotních sociálních vazeb.

Mezi základní funkce malých skupin patří umožňování a uspokojování sociálních potřeb člověka, porovnání jejich postojů, jednání, utváření představy sociálních rolí.

(Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.5 Skupinový vliv

Pro práci v komunitě je důležité vědět a znát faktory, které ovlivňují chování jednotlivců jako členů komunity, a tím i práci komunitní porodní asistentky. Pomohou tak komunitní porodní asistentce předvídat chování a jednání jednotlivce nebo skupiny.

(Hanzlíková a kol., 2007)

Konformita a atraktivita skupiny závisí na situaci, struktuře a vlastnosti skupiny, osobnosti jednotlivce. Pokud jednatel má odlišný názor než skupina, může vykazovat známky úzkosti. Změna jeho původního názoru na konformní může být tedy chápána jako obrana proti úzkosti. Kdo se odchyluje od normy, bývá skupinou zavržen i přesto, že na začátku na něho bývá větší tlak a pozornost. Nejvýznamnějším činitelem skupinového vlivu, jak uvádí Nekonečný, je atraktivita skupiny. (Hanzlíková a kol., 2007)

Pokud se jednatel na členství ve skupině podílí, má na něho skupina větší vliv, zvyšuje se i tendence jednatel chovat se k požadavkům skupiny konformně. Protikladem konformity je konflikt, který může být ve vztahu jednatel-skupina. Konflikt mezi skupinou a jednatel může nastat, pokud skupina frustruje dosažené cíle jednatel nebo jednatel blokuje dosažené cíle skupiny. Mezi členy se projevují vztahy přátelství, nepřátelství a jevy kooperace, soutěžení a konfliktu. Sociální facilitace, facilitací se rozumí vliv přítomnosti jiných osob na chování jedince, podmiňuje jej k aktivitě a vyžaduje od jedince, aby se choval určitým specifickým způsobem. V sociálních situacích se může u jedince vyskytovat rozptýlení, nejistota i hrozba hodnocení. (Výrost, 1997; Hanzlíková a kol., 2007)

Sociální zahálení v činnostech vykonávaných skupinově, může jedinec podávat nižší výkony než by pracoval sám, zejména v činnostech s jedním společným výsledkem. Souvisí se snížením motivace k výkonu. (Výrost, 1997; Hanzlíková a kol., 2007)

Deindividualizační skupina je za určitých okolností vůči jedinci anonymní. Jedinec se tak pod záštitou anonymity může projevovat v některých situacích jinak. Dochází ke snižování

uvědomění si sociální zodpovědnosti a obav s represí. Projevující se vysokou emoční impulzivitou, zkresleným vnímáním. (Hanzlíková a kol., 2007)

Skupinová polarizace znamená, že názory skupiny jsou extrémnější po diskuzi než přední. Dochází k ní především tehdy, když většina skupiny upřednostňuje určité stanovisko. V diskuzi má tak každý možnost se seznámit s argumenty pro a proti, což vede při do zvidání nových argumentů ke změně poměrů stávajících argumentů, vede ke změně názorů celé skupiny. (Výrost, 1997; Hanzlíková a kol., 2007)

Je důležité si uvědomit tyto procesy pro práci komunitní porodní asistentky. Pro klienty může být problém provádět některé činnosti před ostatními klienty či rodinnými příslušníky. Diskuse s rodinou, skupinou může být negativně ovlivněna skupinovou polarizací. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.6 Normy skupiny

Sociální normy můžeme charakterizovat jako rozdílné formy chování, které jsou přirozeně dané určitou formou lidského soužití. Forma soužití vytváří přirozeně specifické funkcionální normy. Normy jsou všeobecně závazné ve všech formách soužití, ale platí i specifické normy pro konkrétní sociální útvar. Může vznikat dilema mezi povinností a touhou jednotlivce, což může vést k rozporům mezi nimi i k rozporům ve vztahu jednatelce – společnost. (Hanzlíková a kol., 2007)

Chování příslušníků dané komunity mohou výrazně ovlivnit normy, které stanovila určitá komunita. Porodní asistentka by měla mít informace o normách, které komunita považuje za závazné. Může jí to pomoci pochopit projevy jednotlivců, které osobně považuje za nesprávné. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.5.7 Sociální chování

Sociální chování je objektivní složkou interakce, projevující se navenek ve vztahu lidí, při vzájemném kontaktu. Sociální chování má dvě významné kategorie: prosociální a antisociální chování. (Hanzlíková a kol., 2007)

Prosociální chování jsou skutky a činy vykonané ve prospěch druhých lidí bez očekávání odměny nebo bez sociálního souhlasu poskytovat nezištně pomoc. Objektem prosociálního

chování jsou osoby známé, ale i úplně neznámé, jednotlivci nebo skupiny. (Hanzlíková a kol., 2007)

Prosociální chování může být ovlivněno při náhlém a rychlém vzniku nebezpečné situace, což může vést v prvních okamžicích k nejednoznačnému posouzení situace. V situaci, ve které se nachází více lidí, spoléháme se jeden na druhého a očekáváme, že pomoc poskytne ten druhý.

Hostilní chování je protipól prosociálního chování, je posuzováno jako nepřátelské, agresivní, útočné chování, zaměřené na zničení toho druhého.

Pod hostilním chováním spatřujeme antisociální postoj k jednotlivcům, skupinám, k celé společnosti.

(Hanzlíková a kol., 2007)

2.6 Etika v komunitní porodní asistenci

Etika obsahuje hodnoty nebo normy, které by měli převládat v chování lidí a které určují správnost či nesprávnost jejich konání. Etika se odvolává na standardy, etické chování a jednání konkrétní skupiny tak jak to vyžaduje etický kodex profesionálního chování dané skupiny například Kodex sester Mezinárodní rady sester z roku 1973. (Hanzlíková a kol., 2007)

Etika v komunitní porodní asistenci úzce souvisí s lékařskou etikou a s etikou komunitního zdraví. Lékařská etika poskytuje systém hodnot, možnost volby ošetřujícího personálu, zdravotnického zařízení a normy morálního chování zdravotnických pracovníků při setkání s klienty. Etika komunitního zdraví směřuje ke společenské morálce zdravé populace. Dodržování etických norem umocňuje poskytování co nejkvalitnější komunitní péče. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.6.1 Základní etické principy v komunitní péči

Etické principy jsou pro ošetrovatelskou praxi velmi důležité, teorie etiky obsahuje jeden nebo více etických principů, které zahrnují morální rozhodování a morální skutky jsou tvorbou morálních názorů v odborné praxi. (Hanzlíková a kol., 2007)

Nejčastěji se setkáme s principy

- prospěšnosti
- autonomie
- spravedlnosti
- pravdomluvnosti
- věrnosti, poctivosti

Uvedené etické principy jsou rovnocenné a mají stejnou morální sílu. Jejich uplatňování může být odlišné v závislosti na okolnostech.

2.6.2 Etické teorie v komunitní péči

Požadují volbu mezi alternativními možnostmi tak, aby jejich rozhodnutí a následné jednání bylo co nevhodnější, pro ty, kterým má být pomoc poskytnuta. Komunitní péče má při uspokojování potřeb klientů, používat systematický postup uskutečňování etických rozhodnutí. Musí se umět rozhodnout jaké stanovisko zaujmout, aby svým klientům neublížily, ale poskytly skutečnou pomoc.

Systematická etická rozhodnutí by se měla uskutečňovat na podkladě etických teorií. Ty lze rozdělit na konsenzualistické a nekonzenzualistické.

(Hanzlíková a kol., 2007; Glasa; Šoltés a kol., 1998)

2.6.3 Etické dilema v komunitní porodní asistenci

Porodní asistentky se často střetávají s řadou etických dilemat, která se týkají zdravotního stavu určitých populačních skupin. (Hanzlíková a kol., 2007)

2.7 Komunitní péče v porodní asistenci

Porodní asistentka v komunitní péči úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími. (Festová, 2007)

Porodní asistentky jsou součástí poskytovatelů zdravotní péče, proto by měly být respektovány, jako ty které se chtějí podílet na reformě zdravotní péče. Porodní asistentky

mohou naplňovat metody, principy a formy komunitní práce. (Křemenová, Fremlová, 2009)

Porodní asistentky jsou především zaměřeny na zdravou část populace ve fertilním období ovšem porodní asistentky se také zaměřují na nemalou část péče o ženu, dítě i člena rodiny, kteří mají poruchu zdravého fungování reprodukčního systému. Porodní asistentka v takových případech působí jako spojovací článek a spolupracuje s ostatními poskytovateli zdravotní a sociální péče a podporuje zlepšení komunitní péče. (Křemenová, Fremlová, 2009)

V rámci komunitní péče v porodní asistenci se jedná o občanskou komunitu zejména o občanskou komunitu v podobě nukleární rodiny, vícegenerační rodiny, skupin žen, matek a dětí, spolupracuje také s muži. Porodní asistentka tak v komunitě působí o péči o ženu všech věkových a vývojových kategorií. (Křemenová, Fremlová, 2009)

2.8 Komunitní služby a instituce

Mezi služby komunitního ošetřovatelství řadíme hospice, agentury domácí péče, pracoviště privátních sester a privátních porodních asistentek. (Křemenová, Fremlová, 2009)

2.9 Principy komunitní péče v porodní asistenci

Porodní asistentka pracující v komunitě by měla ctít a znát principy komunitní péče:

- podporuje v komunitě přijetí změny a schopnost řešit problémy se související změnou
- orientuje na problémy jedince, skupiny ke zdrojům a možnostem dané komunity
- zapojuje členy komunity do rozhodování a řešení jejich problémů, v případě složitější situace i další instituce a orgány
- u členů komunity posiluje schopnost převzít zodpovědnost za svůj život, odpovědnost, schopnost přijmout a řešit problémy, postarat se o rizikové členy komunity
- členy komunity motivuje a aktivuje k postarání se sami o své problémy
- vytváří a podporuje zdravý životní styl

- v rámci péče o reprodukční zdraví vytváří podpůrné programy
- edukuje
- podporuje zdravou komunikaci uvnitř i vně komunity
- vytváří projekty, které pomáhají řešit určité problémy.

(Křemenová, Fremlová, 2009)

2.10 Porodní asistentky v komunitě

Porodní asistentky pracující mimo ústavní péči, pracují v privátní oblasti a zajímají se o péči o těhotné ženy. Porodní asistentky provádí předporodní přípravu, cvičení s těhotnými ženami, poskytují návštěvní službu. Návštěvní služba je dle zákona o zdravotním pojištění hrazena péče v rozsahu 1 návštěva před porodem a 3 návštěvy po porodu. Porodní asistentky pracující v terénu by měly být odbornice na veškeré problémy, které ženu trápí a jejich děti v šestinedělí. Péče porodních asistentek v domácím prostředí bezprostředně navazuje na péči nemocniční a poskytuje profesionální zdravotní služby, kterými se snaží zajistit včasnou odbornou pomoc. (Křemenová, Fremlová, 2009)

Porodní asistentka zná specifické faktory, které odlišují vývoj a život ženy od vývoje a života muže. Zná vlivy partnerství, lidské sexuality, reprodukční funkce, vnímá propojenost mužského a ženského světa. (Křemenová, Fremlová, 2009) Zdraví ženy je ovlivňováno specifickými faktory, které jsou vzájemně propojené a ovlivňované mají biologický, psychologický, sociální a spirituální aspekt. Péče o ženu je převážně dána její reprodukční funkcí. (Festová, 2007)

Úloha porodní asistentky v komunitě spočívá převážně v poskytování specifické péči o reprodukční zdraví ženy během všech období jejího života. Porodní asistentka vykonává činnosti primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetřovatelské péče o ženy, novorozence a jejich rodiny, o osoby ve vlastním sociálním prostředí skupiny vymezené společným sociálně kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem, nebo rizikovými faktory. Porodní asistentka bez odborného dohledu komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci žen, novorozenců a jejich rodin z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče v oblasti péče o ženu a dítě a spolupracuje s odpovědnými orgány.

Porodní asistentka na základě prvotních zjištění identifikuje a stanovuje adekvátní plán ošetrovatelské péče. Hodnotí zdravotní rizika skupiny osob z hlediska reprodukčního zdraví žen a novorozenců, podílí se na sestavování priorit jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumu, připravuje a realizuje projekty podpory zdraví žen.

Porodní asistentka v komunitní péči provádí také zejména poradenskou činnost v oblastech reprodukčního zdraví žen, plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické oblasti, sexuálního zneužívání. Vyhledává ohrožené skupiny žen a stanovuje plán k odvrácení aktuálního problému. Vypozorovává onemocnění, zneužívání a další těžkosti vyskytující se v životě ženy. Zjišťuje v okolí schopnost a možnost matek péče o své děti a spolupráci blízkého i širšího okolí.

Porodní asistentka v komunitě se podílí na vytváření bezpečného a vhodného prostředí, eliminuje existující rizika z hlediska reprodukčního zdraví, zdraví žen a novorozenců. Zajišťuje cílené preventivní programy, včetně zajištění screeningu.

(Festová, 2007)

3 VYUŽITÍ MODELŮ V KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENCI

Při vykonávání ošetrovatelských činností se vyžaduje, základní podpurná struktura, která vychází ze specifického přístupu ke klientovi.

Ošetrovatelský model podle Hanzlíkové je „systematický a logický seznam koncepcí obsahující základní, nezbytné komponenty ošetrovatelských činností a vědních teorií, na kterých je činnost postavená. Model může obsahovat několik teorií, které odrážejí jevy s daleko větší specifičností. Hlavním cílem teorií je vytvořit poznatky v určité oblasti.“ (Hanzlíková a kol., 2007, 66str.)

Základní komponenty ošetrovatelského modelu jsou:

1. Klient. Ošetrovatelský model musí definovat kdo je klient ošetrovatelské činnosti. Klientem se může stát nemocný i zdravý člověk. Ošetrovatelskou péčí může přijímat jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita.
2. Cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský model by měl specifikovat výsledky ošetrovatelských činností.
3. Ošetrovatelské intervence. Jsou činnosti, které jsou vykonávány jako odpověď na ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelské činnosti umožňují, realizovat péči v podobě konkrétních činností. Ty mohou být edukativní, kurativní, podpurný, preventivní charakter.

3.1 Adaptační model Royové

Představuje klienta, jako systém, který je schopný přizpůsobit se změnám prostředí. V prostředí se klient nachází v interakci s jinými- sestra, rodiče, vrstevníci, kteří ovlivňují jeho schopnost adaptace. Royové model principů ochrany

Model Royové poukazuje na důležitost adaptace, kterou se zabezpečí prožívání jedince. Model vychází z principů, že člověk je holistická bytost a svoji integritu si dokáže zachovat prostřednictvím adaptačních schopností. Plánování a sestavování ošetrovatelských intervencí je na principu lidské bytosti, která je zároveň odkázána na vztahy s jinými lidmi s cílem ochránit a udržet jednotu a integritu klienta, rodiny, komunity.

(Hanzlíková a kol., 2007)

3.2 Koncepce modelu M. Levinové

Zdraví je definované jako strukturální, personální a sociální integrita a energie jednotlivce.

Podle Levinové je ošetrovatelství dynamický, cílevědomý proces, jehož základem je závislost na vztahu s jinými lidmi.

Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na ochranu integrity klienta:

1. Ochranu energie
2. Ochranu strukturální integrity
3. ochranu osobní integrity
4. ochranu sociální integrity

Porodní asistentky, které realizují ošetrovatelské intervence by měly rozeznat faktory, které mají vliv na organizmus klienta, na jeho integraci s prostředím v závislosti na jeho zdravotním stavu. Jedinec se snaží přizpůsobit podmínkám, které indikují změnu chování nebo změnu funkce tělesných orgánů.

3.3 Behaviorální systémový model Johnsonové

Definuje ošetrovatelství jako podporování behaviorálních funkcí klienta, kterými klient předchází nemoci nebo zmírňuje jejich průběh. Základním principem modelu je chování klienta.

3.4 Model podpory zdraví Penderové

Podpora zdraví dle Penderové souvisí s podporováním aktivity na zlepšení zdraví a tělesné pohody a na aktualizaci potenciálu zdraví jedinců, rodin, skupin.

Primární prevence aktivity zaměřené na snížení výskytu specifického onemocnění

Upevňování zdraví je chování, které sleduje určitý cíl.

3.5 Model prevence péče o rodinu

Zahrnuje epidemiologické aspekty prevence. Sestra posuzuje podle čtyř komponentů.

1. Biologické faktory
2. prostředí (fyzikální, psychologické, sociální)
3. životní styl
4. zdravotnický systém

(Hanzlíková a kol., 2007)

4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O RODINU V PORODNÍ ASISTENCI

4.1 Rodina

Základní sociální jednotkou společnosti je rodina, která má různé formy. Rodina je složená ze dvou nebo více lidí, kteří žijí spolu a které spojuje legální a pokrevní vztah. (Hanzlíková a kol., 2007)

Rodiny se zakládají, aby byly uspokojovány citové potřeby partnerů. Stabilita takto vzniklých rodin stojí a padá s citovou bilancí partnerského vztahu. Rodina se dá označit také za privátní podnik. Stále více roste počet nesezdaných párů. Rodina je společenskou institucí, jejichž podobu ovlivňuje prominentní hodnoty dané společností. Rodina by měla být především zdrojem podpory, ale může být i zdrojem stresu ovlivněných dle typu společnosti, orientovaných na osobní uspokojení, osobní rozvoj a úspěch, konflikt osobních a generačních zájmů v rodině. (Matoušek, 2003)

4.1.1 charakteristika rodiny

Každá rodina má své kulturní hodnoty, specifickou funkci, strukturu a pochází různými vývojovými etapami. (Hanzlíková a kol., 2007)

4.1.1.1 *Kulturní orientace rodiny*

Kulturní konflikt rodiny a orientací většinové společnosti je v českých podmínkách především problémem rodin romských. Konflikt plyne především z vyrůstání předchozí generace v jiných společenských podmínkách než současná generace. Výchozí kultura etnické menšiny definuje hodnotový žebříček, předepisuje a definuje mužskou a ženskou roli, určuje způsob, jakým mají být řešeny konflikty, trestány prohřešky.

Rodičovská generace menšin může být v těžším konfliktu s orientací společnosti než generace dětí. Rodiče se proto snaží tak ochránit rodinu proti vlivu většinové společnosti, pokud se jim to nepodaří, ztrácejí vodítka a schopnosti efektivně se vyrovnávat s působením většinové společnosti. (Matoušek, 2003)

4.1.1.2 Rodinné hodnoty

Rodiny se ve stejné kultuře liší svou hodnotovou orientací. Pro soubor rodinných norem se používá kodex D. Reisse. Kodex je sklad rodinných zkušeností, podle kterého rodina reaguje na své chování. Kodex určuje, co a jak se má správně dělat. Kodex rodina udržuje rodinnými legendami. Legendy zachycují situace v nichž došlo ke konfliktu hodnot a popisují jeho řešení. (Matoušek, 2003)

4.1.1.3 Transgenerační vazby

Přenáší soubory očekávané z původní rodiny v nichž člověk jako dítě vyrůstal do rodiny, kterou sám založil. Nově vzniklé rodiny mohou být tak silně ovlivňovány intenzivními aktuálními kontakty s rodinami předchozí generace. (Matoušek, 2003)

4.1.1.4 Struktura rodiny

Zahrnuje roli každého člena rodiny, jak se vzájemně doplňují, jejich hierarchii hodnot, komunikaci a dominanci. Struktura rodiny má vliv na funkci rodiny. (Hanzlíková a kol., 2007)

4.1.1.5 Funkce rodiny

Členové rodiny by měli mít uspokojeny biopsychosociální a duchovní potřeby. Členové rodiny potřebují vzájemnou podporu při adaptaci na změny, které se odehrávají v rodině. Funkci rodiny můžeme hodnotit podle skóre Apgarové, kde zjišťujeme jak jednotlivý členové rodiny chápou stupeň funkčnosti rodiny jako celku. (Hanzlíková a kol., 2007)

4.1.1.6 Interakční vzorce

Rodinné vztahy jsou udržovány v interakcích členů rodiny. V interakcích můžeme najít stereotypy, některé mají povahu rituálních událostí, které mohou usnadňovat součinnost členů rodiny, ovšem mohou také fixovat rodinné problémy.

4.1.1.7 Rodina jako sociální systém

Rodina patří mezi základní sociální systém tvořený sociální skupinou lidí, jejichž členové jsou vzájemně závislí jeden na druhém. Závislost členů rodiny na sebe stěžuje práci porodní asistentky, jelikož působení na jednoho člena rodiny ovlivňuje celou rodinu a na opak.

4.1.1.8 Rodina jako kulturní systém

Kultura rodiny může mít velký vliv na poskytování zdravotní péče, každá rodina má hierarchii hodnot péči o zdraví. Rodinné kulturní hodnoty tak mohou podporovat a nebo naopak bránit komunitní porodní asistentce v podpoře zdraví a prevenci.

4.1.1.9 Vývojová stádia rodiny

Každá začínající rodina pochází osmi vývojovými stádii. Pro úspěšný přechod vývojovými stádii je potřeba plnit každou úlohu vývoje.

(Hanzlíková a kol., 2007)

5 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI V PORODNÍ ASISTENCI

5.1 Posuzování potřeb dítěte v komunitě

Posuzování potřeb dítěte by mělo být důsledné, údaje získáváme dle stavu dítěte a prostředí, ve kterém žije.

5.1.1 Růst a vývoj dítěte

Porodní asistentka posuzuje zralost a věk, genetickou výbavu a fyziologické funkce, které mohou ovlivňovat zdravý vývoj novorozence.

Hodnocení růstu- porodní asistentka hodnotí délku, hmotnost, obvod hlavy a obvod hrudníku u novorozenců, které porovnává s normálními hodnotami u novorozenců a zhodnotí je. Odchylky mohou signalizovat různá onemocnění.

Hodnocení vývoje- porodní asistentka hodnotí fyziologické funkce a psychomotorický vývoj novorozence.

5.1.2 Prostředí

Novorozenec má méně schopností ovlivnit své prostředí než dospělí, prostředí pro něj může mít nepříznivé účinky na zdraví.

Při posuzování prostředí se dbá na fyzikální, psychologické a sociální faktory, které mohou mít vliv na zdraví novorozence.

5.1.3 Životní styl

Životní styl je důležitý zdroj ochrany zdraví novorozence nebo prevence nemocí. Při posuzování životního stylu se porodní asistentka zaměřuje na výživu, odpočinek, spánek, aktivitu, péči o novorozence ze strany rodičů.

5.1.4 Systém zdravotní péče

Při posuzování systému zdravotní péče se porodní asistentka zaměřuje na využívání zdravotní péče, služby primární prevence. Porodní asistentka posoudí znalost rodičů v péči o novorozence při onemocnění v domácím prostředí.

(Hanzlíková a kol., 2007)

5.2 Cíle komunitní porodní asistentky v ošetrovatelské péči o novorozence

5.2.1 Cíl primární prevence

- podpora růstu a vývoje novorozence,
- podpora pozitivních vztahů mezi novorozencem a rodiči,
- ochrana zdraví novorozence.

5.2.2 Plánování primární prevence

Činnosti primární prevence se zaměřují na podporu zdraví a prevenci nemoci novorozencem. Mezi hlavní primární prevenci patří podpora správného růstu a vývoje novorozence, výživy, bezpečnost, očkování, příprava k rodičovství.

5.2.3 Cíl sekundární prevence

- podpora tvorby ošetrovatelských diagnóz,
- ulehčit péči u zdravotních problémů novorozence,
- eliminace zdravotních problémů novorozence.

5.2.4 Plánování sekundární prevence

Sekundární prevence se zabývá současnými zdravotními problémy novorozence, činnosti se zaměřují na screening péče při běžném onemocnění a na diagnostické a léčebné služby.

Komunitní porodní asistentka se podílí na přípravě rodičů, aby získaly vědomosti a zkušenosti o jednotlivých aktivitách individuální péče, informuje je o činnostech, které mohou dělat sami doma, upozorní na stavy, při kterých musí vyhledat lékařskou pomoc.

5.2.5 Cíl terciární prevence

- prevence komplikací u zdravotních problémů,
- stabilizace poškozených funkcí organismů.

5.2.6 Plánování terciární prevence

Komunitní porodní asistentka se zaměřuje převážně na:

- prevenci opakovaných zdravotních problémů,
- prevenci zhoršení zdravotního stavu,
- pomoc a podporu v procesu adaptace.

Porodní asistentka naučí rodiče, jak se mají starat o chronicky nemocného novorozence, učí rozpoznat hlavní příznaky akutního vzplanutí chronické choroby, edukuje pravidelně rodiče o chorobě.

5.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Porodní asistentka stanoví ošetřovatelské diagnózy na základě shromážděných dat. Diagnózy mohou obsahovat potřeby primární, sekundární, terciární prevence.

5.4 Plánování péče o novorozence

1. Stanovení priorit podle potřeb dítěte.
2. Vytvoření výsledních kritérií.
3. Hodnocení alternativ.
4. Stanovení cílů péče.
5. Výběr ošetřovatelských intervencí.

6. Plánování specifických intervencí týkající se primární, sekundární a terciární prevence.

(Hanzlíková a kol., 2007)

5.5 Realizace ošetrovatelských činností u novorozence vykonávané terénní porodní asistentkou

Porodní asistentka posuzuje zdravotní stav dítěte, pozitivní a negativní změny, které nastaly v průběhu ošetrovatelských činností. Zhodnotí účelnost ošetrovatelského plánu.

Ošetrovatelské činnosti porodní asistentka přizpůsobí individuálně podle věku, vývojové úrovně, pohlaví, zdravotního stavu novorozence.

5.6 Vyhodnocení ošetrovatelské péče o novorozence

Porodní asistentka vyhodnotí, zda byly cíle dosaženy a do jaké míry. Vyhodnocením porodní asistentka zjistí, zda se má pokračovat v ošetrovatelských činností nebo se mohou ukončit.

(Hanzlíková a kol, 2007)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem k získání požadovaných informací použila metodu dotazníkového šetření. Vypracovala jsem dotazník, který byl určen pro ženy všech věkových skupin. Výzkum probíhal v období leden – březen 2010 v Olomouckém a Zlínském kraji. Dotazníky byly anonymní a rozdány v tištěné formě. Oslovila jsem 100 žen na základě osobního kontaktu, návratnost dotazníků byla 100%.

Respondentky byly v mém dotazníku ujištěny o zaručení anonymity a o využití získaných informací jen pro mou práci. Výhodou dotazníku je anonymita. Nevýhodou je skutečnost, že odpovědi mohou být zkreslené, ať již záměrně či z důvodu nepochopení otázky. Proto je důležitá formulace otázek tak, aby pokud možno nepřipouštěly dvojí výklad, o což jsem se taky snažila. Předvýzkum jsem neprováděla.

6.1 Výběr průzkumného vzorku

Pro svůj dotazník jsem zvolila ženy dvou věkových kategorií. Rozdávala jsem osobně dotazníky studentkám a ženám výdělečně činným. Snažila jsem se o rovnoměrné zastoupení dvou věkových kategorií žen.

Rozdávala jsem dotazníky na těchto místech:

1. Studentkám vysokých škol.
2. Ženám pracujících mimo obory zdravotnictví.

6.2 Metody zpracování průzkumu

Vyhodnocení otázek

Jednotlivé odpovědi jsou pro větší přehlednost zpracovány v tabulkách, kde je i procentuální vyjádření výsledků a u každé otázky je vyobrazen graf s počtem odpovědí.

6.3 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti respondentek o profesi porodních asistentek, o působení porodní asistentky v komunitě v závislosti na věku respondentek.

Hypotéza 1.1: Domnívám se, že více než 55% respondentek do 50 let zná komunitní (terénní) péči.

Hypotéza 1.2: Domnívám se, že méně jak 35% respondentek nad 50 let zná o možnostech komunitní (terénní) péče.

Hypotéza 1.3: Domnívám se, že více jak 40% respondentek do 50let má dostatek informací o porodní asistentce pracující v(komunitní) terénní péči.

Hypotéza 1.4: Domnívám se, že méně jak 35% respondentek nad 50let má dostatek informací o porodní asistentce pracující v (komunitní) terénní péči.

Cíl 2: Zjistit míru využívání komunitní péče respondentek v porodní asistenci.

Hypotéza 2.1: Domnívám se, že více než 35% respondentek do 50 let nevyužilo komunitní (terénní) péči v porodní asistenci.

Hypotéza 2.2: Domnívám se, že méně než 65% respondentek nad 50 let využilo komunitní (terénní) péči v porodní asistenci.

6.4 Dotazníkové šetření

Dotazník, který jsem vypracovala, byl určen ženám dvou věkových generací. Dotazník obsahuje 15 otázek, které jsem vytvořila na základě stanovených hypotéz a cílů. Úvodní otázky 1 - 3 obsahují zjišťování údajů o ženě, věková skupina, dosažené vzdělání, počet dětí. V otázkách 4, 5, 6, 8 11 se dotazuji, zda ženy znají kompetence komunitní porodní asistentky. Otázky 9 - 10, se dotazuji, zda ženy využily popřípadě, jaké možnosti komunitní péče nabízené porodní asistentkou by využily. V otázkách 7, 13, 14, 15 se ptám žen, kde by hledaly kontakt na komunitní porodní asistentku, kde se setkaly s informací o komunitní porodní asistenci. V otázce č. 12 zjišťuji vnímání role komunitní porodní asistentky ženou. Otázky v dotazníku jsou zpracovány uzavřenou formou otázky 2-15, otevřenou formou otázka č.1. Oslovených žen, které vyplnily tento dotazník, je 100. Návratnost dotazníků je 100%. Dotazník je součástí příloh.

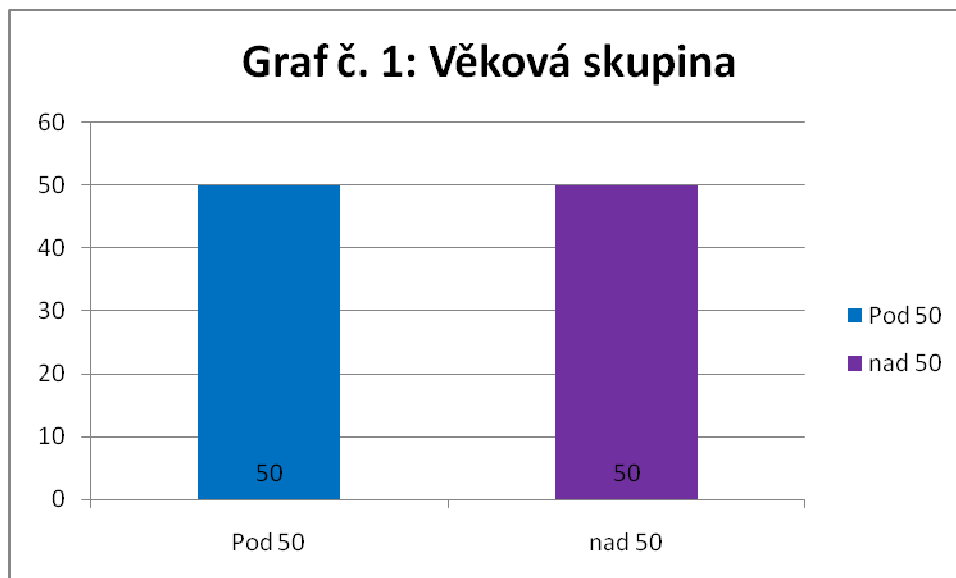
6.5 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Věková skupina žen

Tab. č. 1: Věková skupina žen

Odpověď	Počet žen	Procenta
1. věková skupina	50	100%
2. věková skupina	50	100%
Celkem	100	200%

Graf č. 1: Věková skupina žen



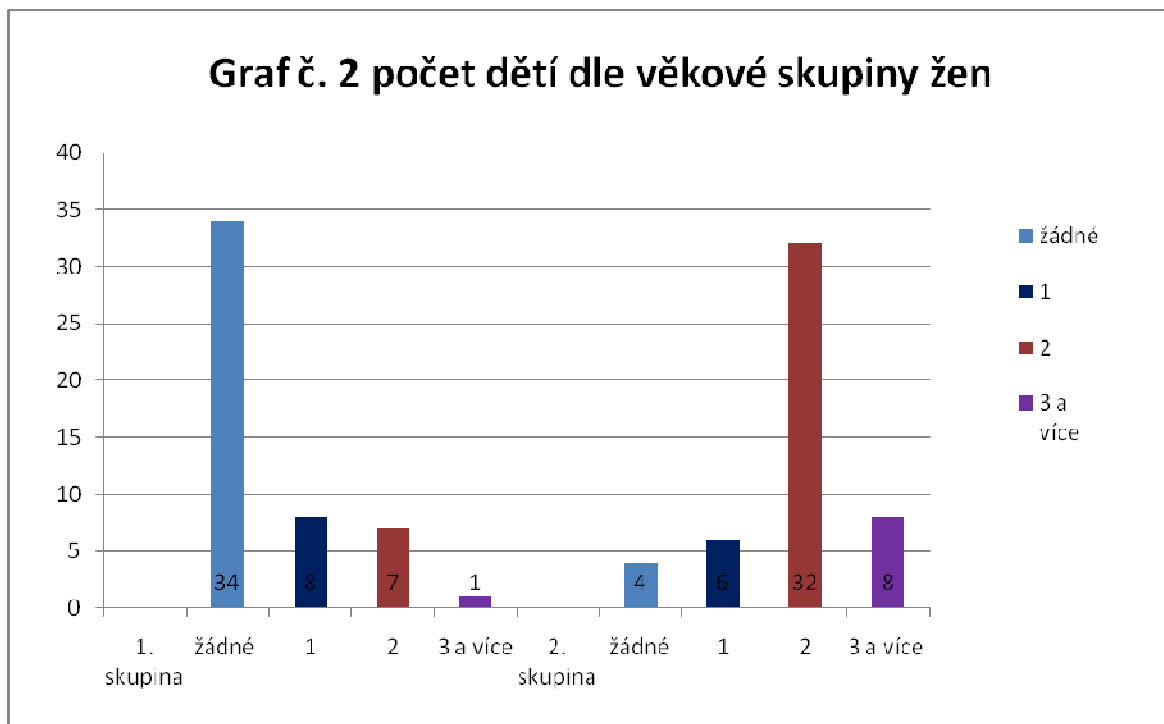
Otázkou č. 1 jsem zjišťovala věk respondentek, abych mohla respondentky rozdělit do dvou věkových skupin. První věková skupina jsou ženy od 18-50 let, v druhé věkové skupině jsou zastoupené ženy ve věku 50 let a více.

Otázka č. 2: Počet dětí

Tab. č. 2: Počet dětí dle věkové skupiny žen.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Žádné	34	68%	4	8%
1	8	16%	6	12%
2	7	14%	32	64%
3 a více	1	2%	8	16%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 2: Počet dětí dle věkové skupiny žen.



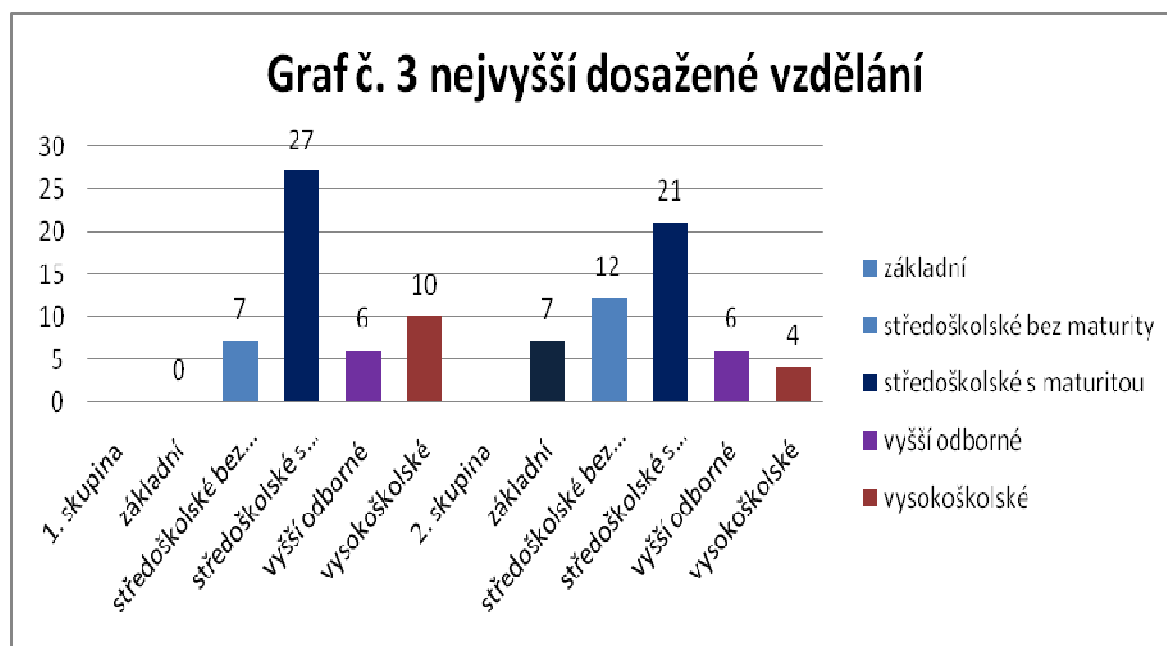
Otázkou č. 2 jsem se dotazovala žen na počet jejich narozených dětí. Tato otázka byla směrodatná pro pochopení, zda-li se ženy setkaly s porodní asistentkou. Převážná většina žen v první věkové skupině 34 (68%) jsou bezdětné, ovšem v druhé věkové skupině mají ženy převážně dvě děti 32 (62%).

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. č. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentek dle věkových skupin.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Základní	0	0%	7	14%
Středoškolské bez maturity	7	14%	12	24%
Středoškolské s maturitou	27	54%	21	42%
Vyšší odborné	6	12%	6	12%
Vysokoškolské	10	20%	4	8%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.



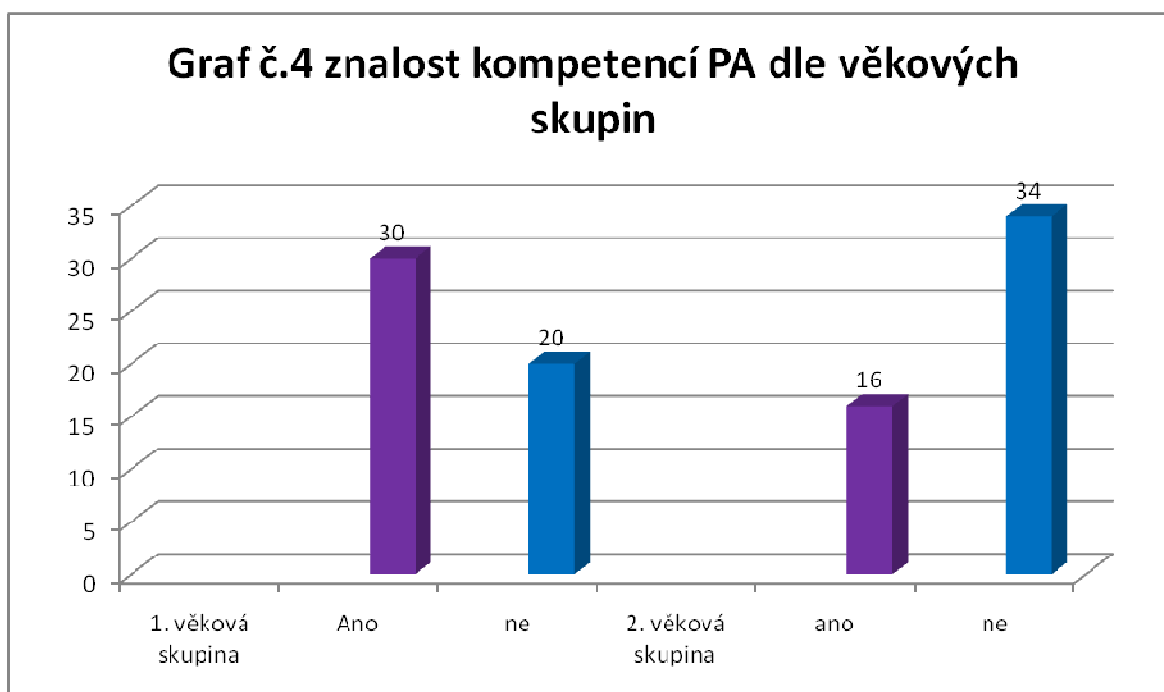
Nejpočetnější skupina dotazovaných žen v 1. věkové skupině má středoškolské vzdělání s maturitou 27 (54%), vysokoškolské vzdělání má 10 (20%) žen, středoškolské bez maturity 7 (14%) žen, vyšší odborné 6 (12%) žen. V 2. věkové skupině žen má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou 21 (42%) žen, středoškolské bez maturity 12 (24%) žen, základní vzdělání uvedlo 7 (14%) žen, vyšší odborné vzdělání 6 (12%) žen, vysokoškolské vzdělání 4 (8%) žen.

Otázka č. 4: Znáte kompetence PA?

Tab. č. 4 znalost kompetencí PA dle věkových skupiny.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Ano	30	60%	16	32%
Ne	20	40%	34	68%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 4 znalost kompetencí PA dle věkových skupin.



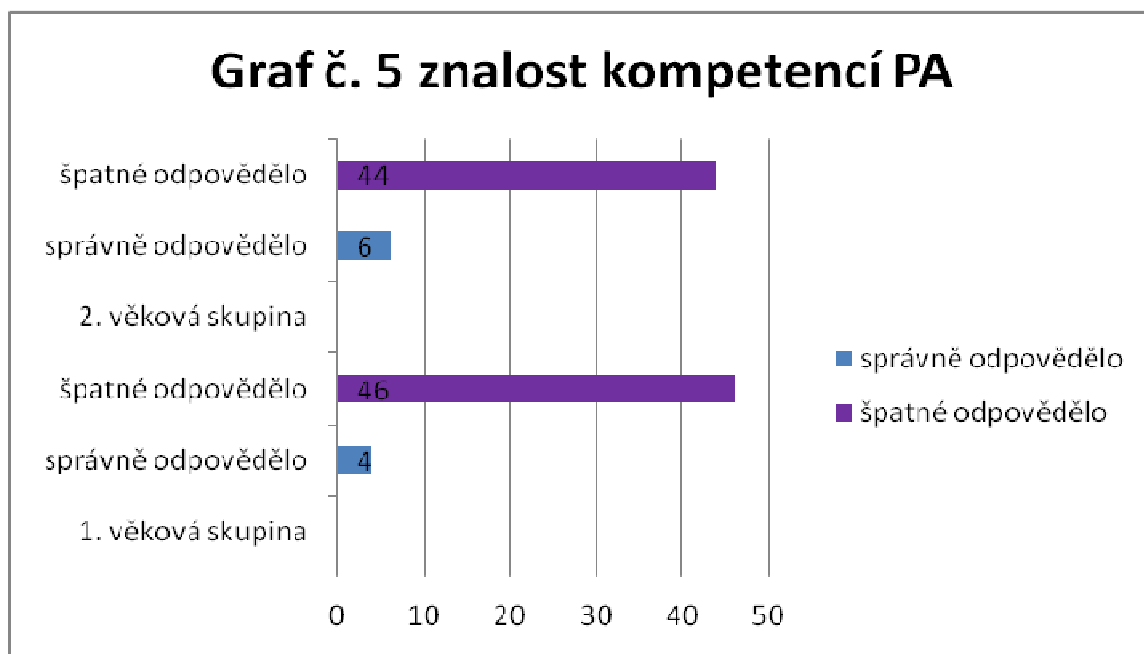
Otázka č. 4 jsem se dotazovala žen, zda znají kompetence PA v komunitní péči. Jejich odpovědi jsem si ověřila v dalších otázkách. V 1. věkové skupině ženy odpověděly, že 30 (60%) žen zná kompetence PA, převážně odpovídaly studentky studující vysokou školu a ženy na mateřské dovolené, kompetence PA nezná 20 (40%) dotazovaných žen. Ve 2. věkové kategorii ženy převážně odpovídaly ženy, že kompetence PA v komunitní péči neznají 34 (68%), odpovídaly nejvíce ženy se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturity. Jen 16 (32%) žen odpovědělo, že zná kompetence PA převážně ženy s vysokoškolským vzděláním a s větším počtem dětí.

Otázka č.5: Myslíte si, že PA je kompetentní provádět

Tab. č. 5: Správnost odpovědí zda ženy dvou různých věkových skupin znají kompetence PA.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Správně	4	8%	6	12%
Špatně	46	92%	44	88%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 5 znalost kompetencí PA.



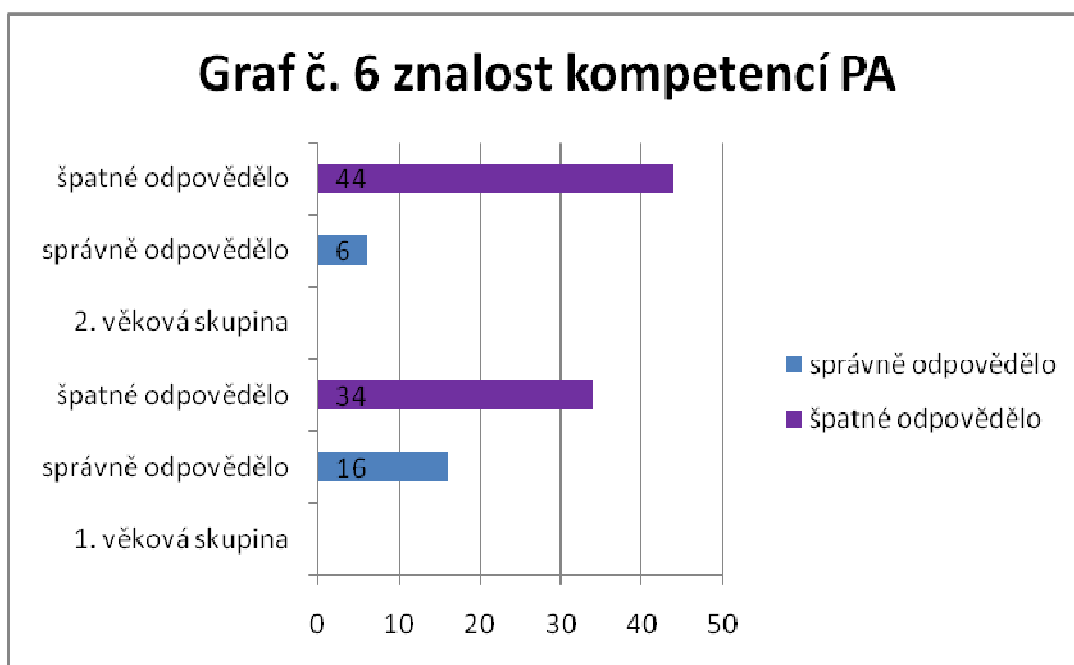
Otázka č. 5 navazuje na otázku č. 4 má zjišťovací charakter prokazuje, zda-li ženy znají kompetence PA či nikoliv jak uváděly v otázce č. 4. V 1. věkové skupině odpovědělo správně 4 (8%) žen, špatně odpovědělo 46 (92%) žen z tohoto výsledku vyplývá, že ženy neznají kompetence PA jak uváděly v předešlé otázce. V 2. věkové skupině odpovědělo 6 (12%) žen správně, špatně odpovědělo 44 (88%) žen. Z této kontrolní otázky vyplývá, že ženy mladší generace si špatně vykládají kompetence PA. Ženy starší generace oproti mladší generaci znají lépe kompetence PA.

Otázka č.6: **Kde podle Vás mohou pracovat PA?**

Tab. č.6: Kde mohou pracovat PA, rozděleno do správných a špatných odpovědí.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Správně	16	32%	6	12%
Špatně	34	68%	44	88%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 6 znalost kompetencí PA

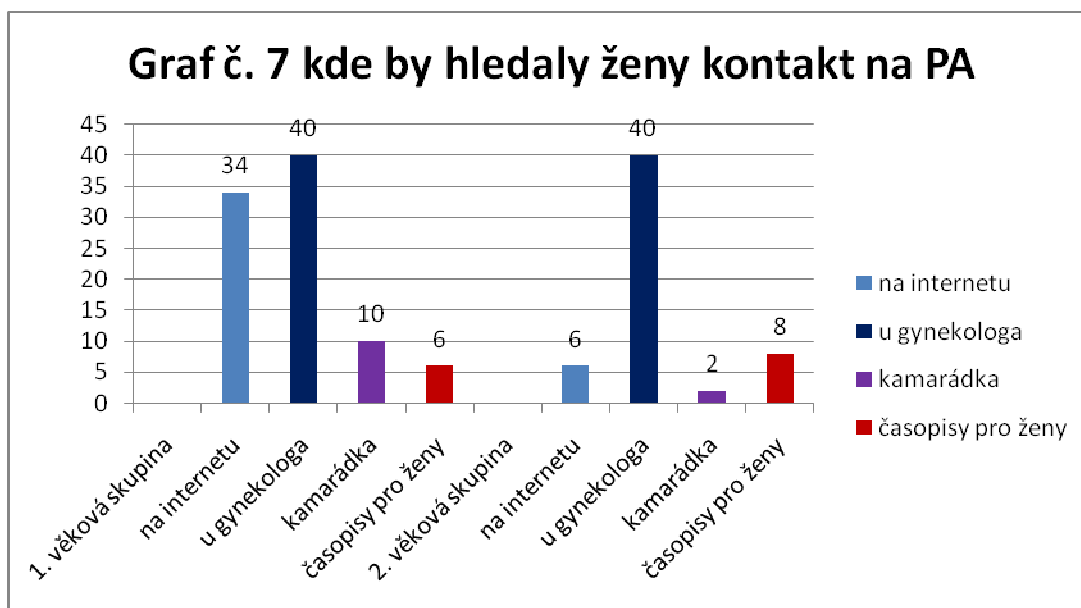


Otázka č. 6 byla zjišťovací zda ženy ví kde pracuje PA otázka také souvisí s otázkou č. 4 kde ženy odpovídaly zda znají kompetence PA. v 1. věkové skupině odpovědělo 34 (68%) špatně převážně odpovídaly bezdětné ženy, správně odpovědělo 16 (32%) odpověď převážně věděly ženy které již mají děti. Ve 2. věkové skupině odpovědělo 44 (88%) špatně, správně odpovědělo 6 (12%). Ženy v 1. věkové skupině znají kompetence PA pracovat na jednotlivých odděleních lépe než ženy v 2. věkové skupině.

Otázka č. 7: Kde byste hledala kontakt na PA?

Tab. č7: Kde by ženy hledaly kontakt na PA.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Počet dotazovaných žen	50		50	
Na internetu	34	37,7%	6	10,7%
U gynekologa	40	44,4%	40	71,4%
U kamarádky	10	11,2%	2	3,6%
Časopisy pro ženy	6	6,7%	8	14,3%
Celkem odpovědí	90	100%	56	100%



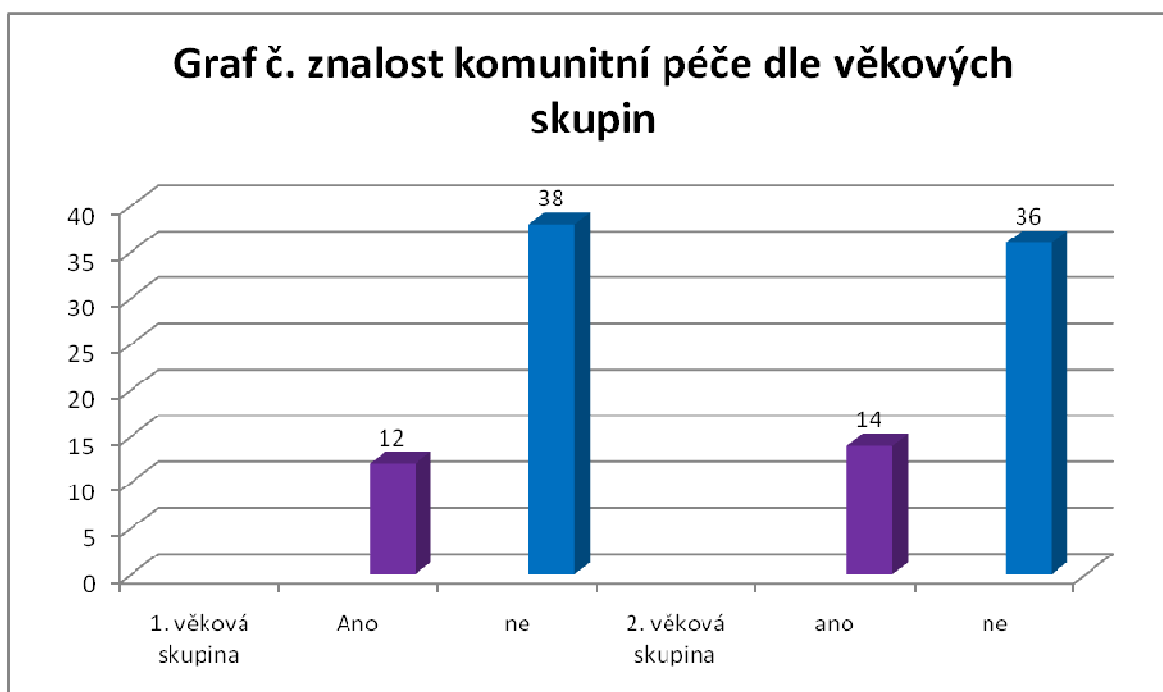
V otázce č.7 mohly ženy volit více odpovědí. Převážná většina žen z 1. věkové skupiny volila kombinaci informovanosti od gynekologa 40 (44,4%) a z internetu 34 (37,7%). Ženy z 2 věkové skupiny by hledaly informace převážně u gynekologa 40 (71,4%).

Otázka č. 8: Znáte možnosti (komunitní) terénní péče poskytované PA?

Tab. 8 Zda ženy znají (komunitní) terénní péči dle věkových skupin.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Ano	12	22%	14	28%
Ne	38	76%	36	72%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 8 znalost komunitní péče dle věkových skupin.



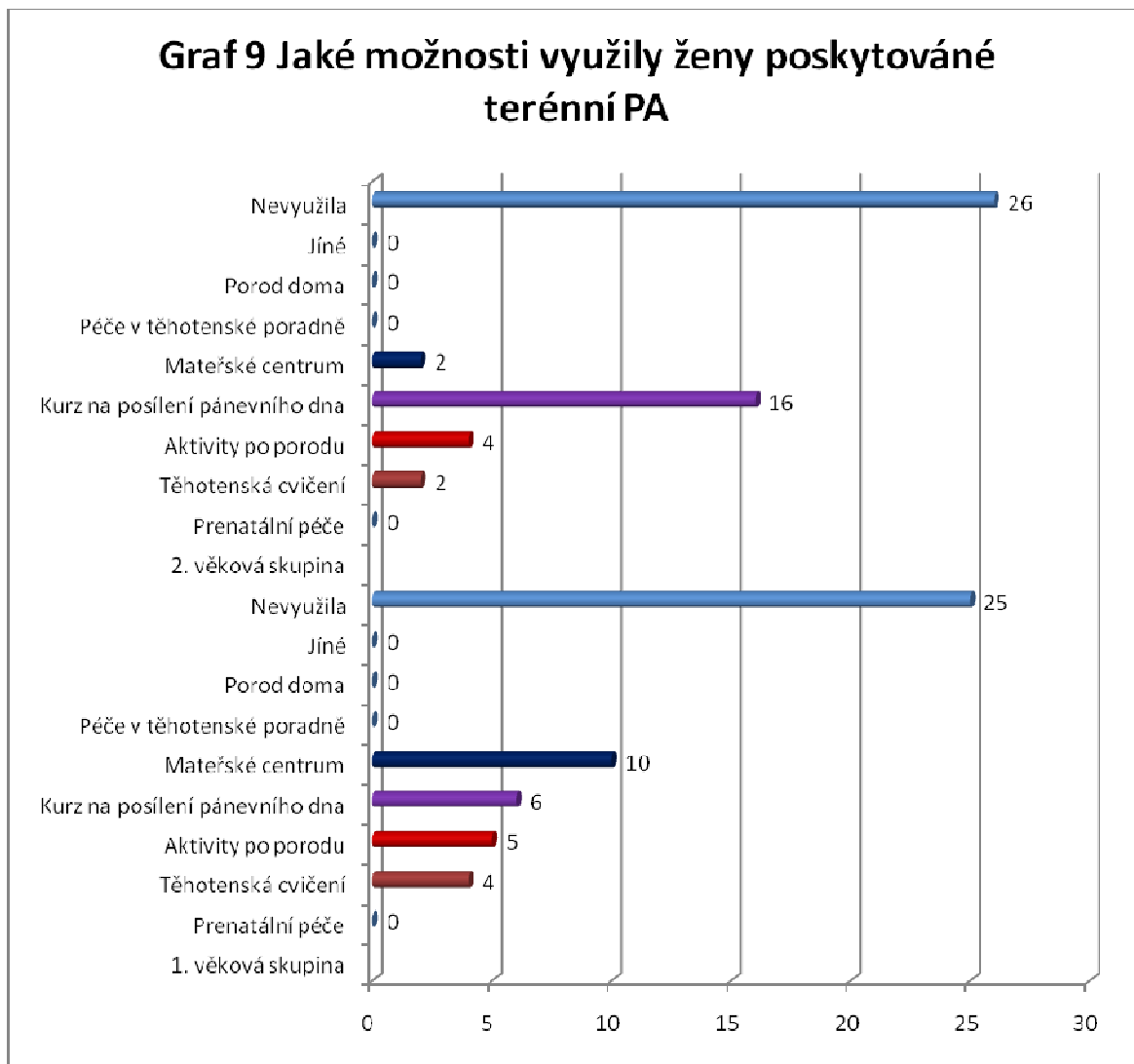
Otázka č. 8 byla zaměřena na znalost (komunitní) terénní péče poskytované PA. V První věkové skupině ženy odpověděly, že neznají možnosti terénní péče poskytované PA 38 (76%) žen odpovídaly převážně ženy z Olomouckého kraje, možnost terénní péče poskytované PA zná 12 (24%) žen odpovídaly převážně ženy ze Zlínského kraje. Ve druhé věkové skupině nezná možnosti terénní péče poskytované PA 36 (72%) žen odpovídaly převážně ženy ve vysokém věku, zná 14 (24%) žen. Ženy mladší generace si myslí převážně, že neznají komunitní péči poskytovanou PA. Ženy starší generace si myslí převážně, že znají komunitní péči poskytovanou PA.

Otázka č. 9: **Využila jste někdy možnosti terénní (komunitní) péče poskytované PA.**

Tab. č. 9 Jaké možnosti využily ženy poskytované terénní PA.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Prenatální příprava k těhotenství	0	0%	0	0%
Těhotenské cvičení	4	8%	2	4%
Aktivity po porodu	5	10%	4	8%
Kurz na posílení dna pánevního	6	12%	16	32%
Mateřské centrum	10	20%	2	4%
Péče v těhotenské poradně	0	0%	0	0%
Porod doma	0	0%	0	0%
Jiné	0	0%	0	0%
Nevyužila	25	50%	26	52%
celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 9 Jaké možnosti využily ženy poskytované terénní PA.



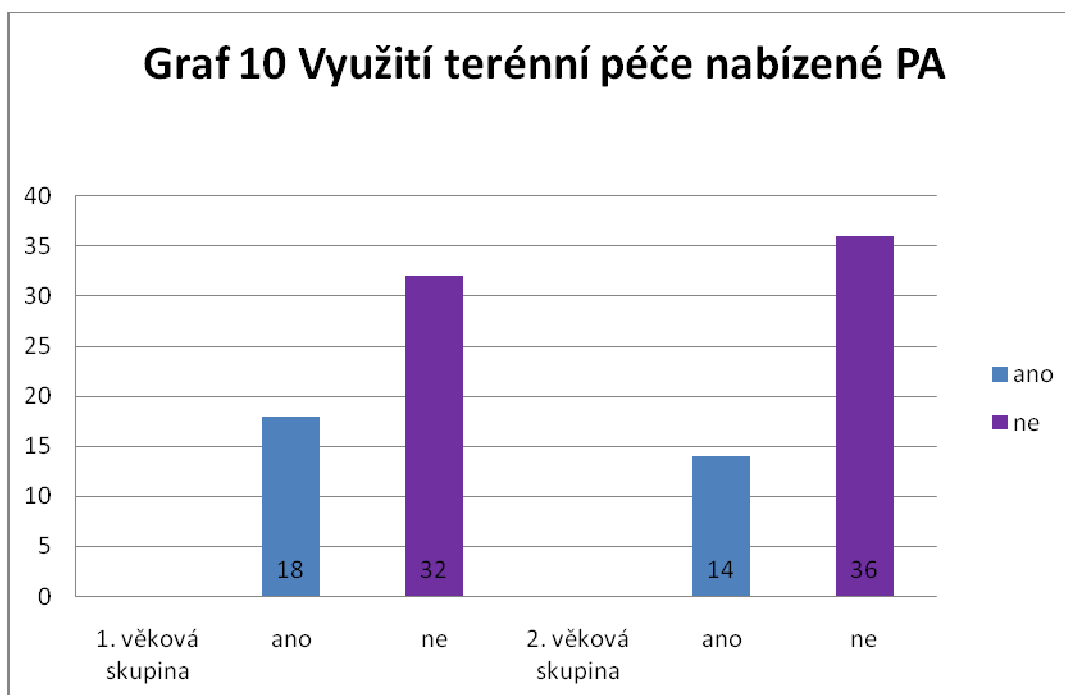
Otázka č. 9 zjišťuje míru využívání terénní péče nabízené PA. Převážná většina žen v obou věkových kategoriích nevyužila možnosti terénní péče nabízené PA v 1. věkové skupině nevyužilo terénní péči 25 (50%) žen, nevyužily převážně bezdětné ženy, mateřské centrum využilo 10 (20%) žen, kurz na posílení pánevního dna využilo 6 (12%) žen převážně odpovídaly ženy kolem 40 let, aktivity po porodu využilo 5 (10%) žen, těhotenské cvičení využilo 4 (8%) žen, porod doma, péči v těhotenské poradně privátní PA nevyužila žádná z dotazovaných žen. V 2. věkové skupině nevyužilo terénní péči 26 (52%) žen, kurz na posílení pánevního dna využilo 16 (32) žen, aktivity po porodu využily 4 (8%) žen, těhotenské cvičení využily 2 (4%) žen, porod doma, péči v těhotenské poradně privátní PA nevyužila žádná z dotazovaných žen.

Otázka č. 10: Kdybyste mohla, využila byste možnost (komunitní) terénní péče nabízené PA?

Tab. č. 10: Využití (komunitní) terénní péče nabízené PA.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Ano	18	36%	14	28%
Ne	32	64%	36	72%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č.10 využití terénní péče nabízené PA



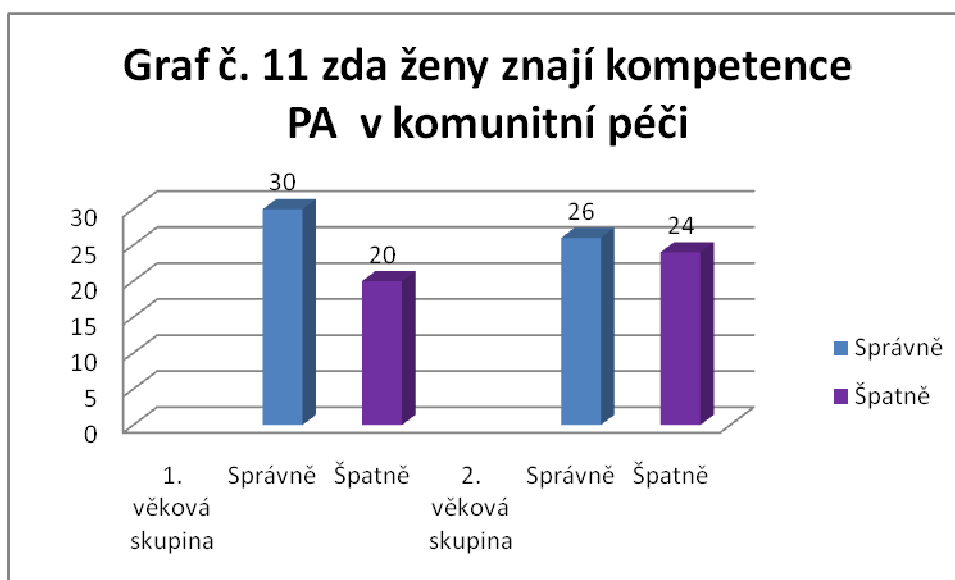
Otázkou č. 10 zjišťuji, zda by ženy využily možnosti terénní péče, pokud by jim byla nabídnuta. V 1. věkové skupině by 18 (36%) žen využilo možnost terénní péče, terénní péči by nevyužilo 32 (64%) žen. V 2. věkové skupině by 14 (28%) žen využilo terénní péči, nevyužilo by 36 (72%) žen. Mladší generace žen by využila možnost terénní péče více než starší generace žen.

Otázka č. 11: **Myslíte si že, PA je kompetentní v (komunitní) terénní péči provádět:**

Tab. č. 11: Zda ženy znají kompetence PA v komunitní péči.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Správně	30	60%	26	52%
Špatně	20	40%	24	48%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 11 zda ženy znají kompetence PA v komunitní péči



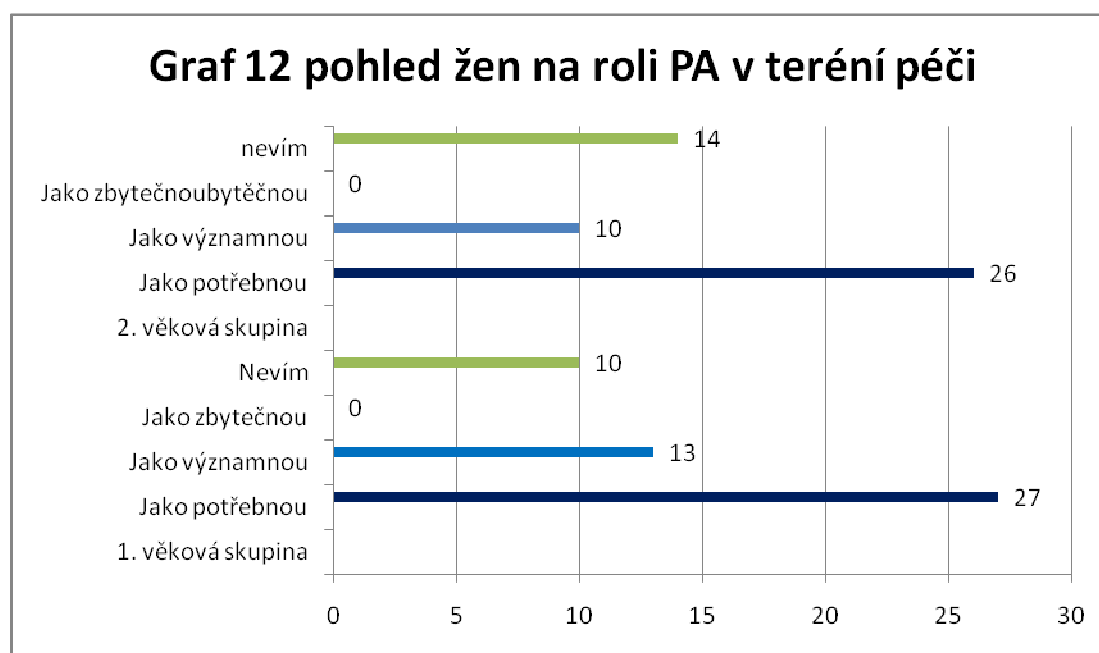
Z otázky č. 11 vyplývá, že ženy 1. věkové generace odpověděly na dané otázky správně 30 (60%), správně odpovídaly převážně ženy studující vysokou školu, špatně odpovědělo 20 (40%). Ženy v 2. věkové kategorii odpověděly 26 (52%) správně, převážně odpovídaly ženy vysokoškolským vzděláním, špatně odpovědělo 24 (48%).

Otázka č. 12: Jak se díváte na roli dnešní PA v terénní (komunitní) péči?

Tab. č. 12: Pohled žen na roli PA v terénní (komunitní) péči.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Jako potřebnou	27	54%	26	52%
Jako významnou	13	26%	10	20%
Jako zbytečnou	0	0%	0	0%
Nevím	10	20%	14	28%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 12 pohled žen na roli PA v terénní péči



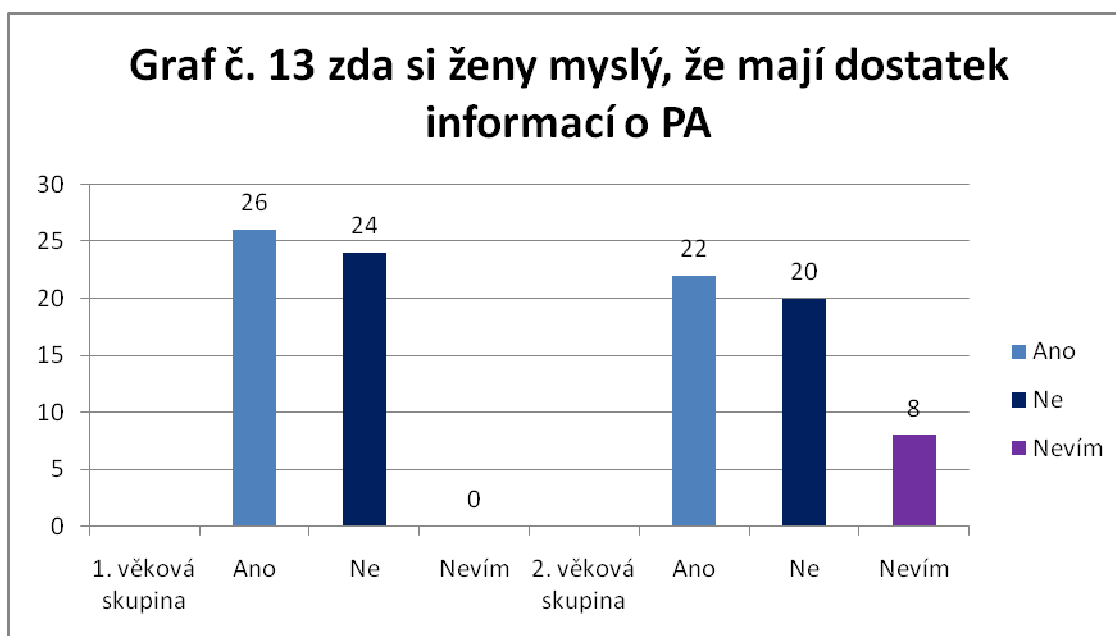
V otázce č. 12 zjišťuji pohled žen na roli PA v terénní péči. 1. věková generace shledává roli PA v terénní péči jako potřebnou 27 (54%), jako pro většinu žen významnou udává 13 (26%) žen, neví 10 (20%) žen, jako zbytečnou neudává žádná z dotazovaných žen v 1. věkové generaci. 2. věková generace žen shledává roli PA jako potřebnou 26 (52%), jako významnou udává 10 (20%) žen, neví 14 (28%) žen, jako zbytečnou neudává žádná z dotazovaných žen. PA v terénní péči je pro ženy v 1. věkové skupině brána jako potřebná.

Otázka č. 13: Myslíte si, že máte dostatek informací o PA?

Tab. č. 13: Zda si ženy myslí, že mají dostatek informací o PA.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Ano	26	52%	22	44%
Ne	24	48%	20	40%
Nevím	0	0%	8	16%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 13 Zda si ženy myslí, že mají dostatek informací o PA.



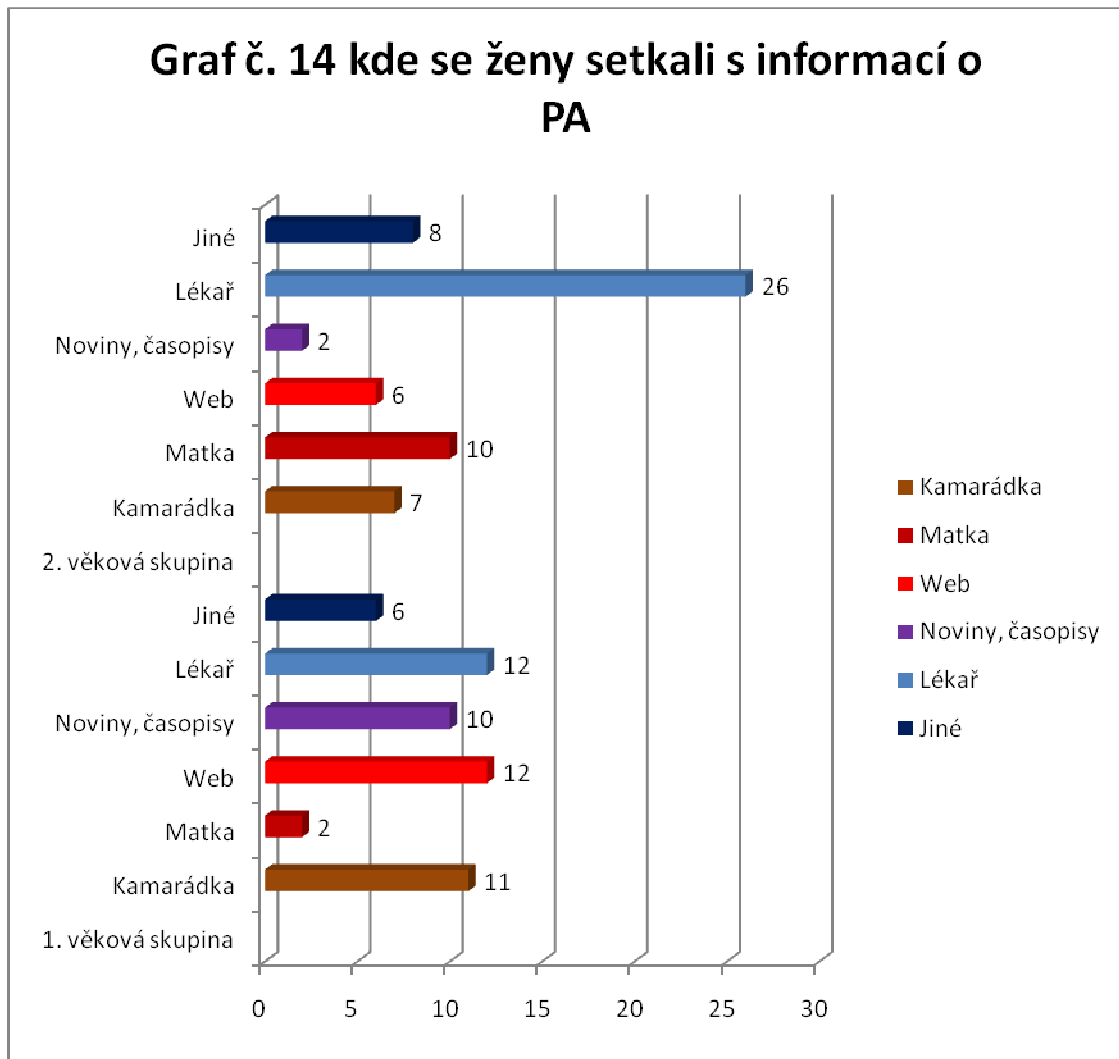
Otázka č.13 zjišťuje zda si ženy myslí, že mají dostatek informací o PA. V 1. věkové kategorii si 26 (52%) žen myslí, že mají dostatek informací o PA, 24 (48%) žen nemá dostatek informací o PA, neví 0 (0%). V 2. věkové skupině si myslí 22 (42%) žen, že mají dostatek informací o PA, nedostatek informací o PA udává 20 (40%) žen, neví 8 (16%) žen. Ženy z 1. věkové skupiny uvádí, že nemají dostatek informací o PA. Převážná většina žen z 2. věkové skupiny udává dostatek informací o PA.

Otázka č. 14: **Kde jste se setkala s informací o PA?**

Tab. č. 14: Kde se ženy setkaly s informací o PA.

Odpověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Kamarádka	11	22%	7	14%
Matka	2	4%	10	20%
Web	12	22%	6	12%
Noviny, časopisy pro ženy	10	20%	2	4%
lékař	12	24%	26	52%
jiné	6	12%	8	16%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 14 kde se ženy setkaly s informací o PA.



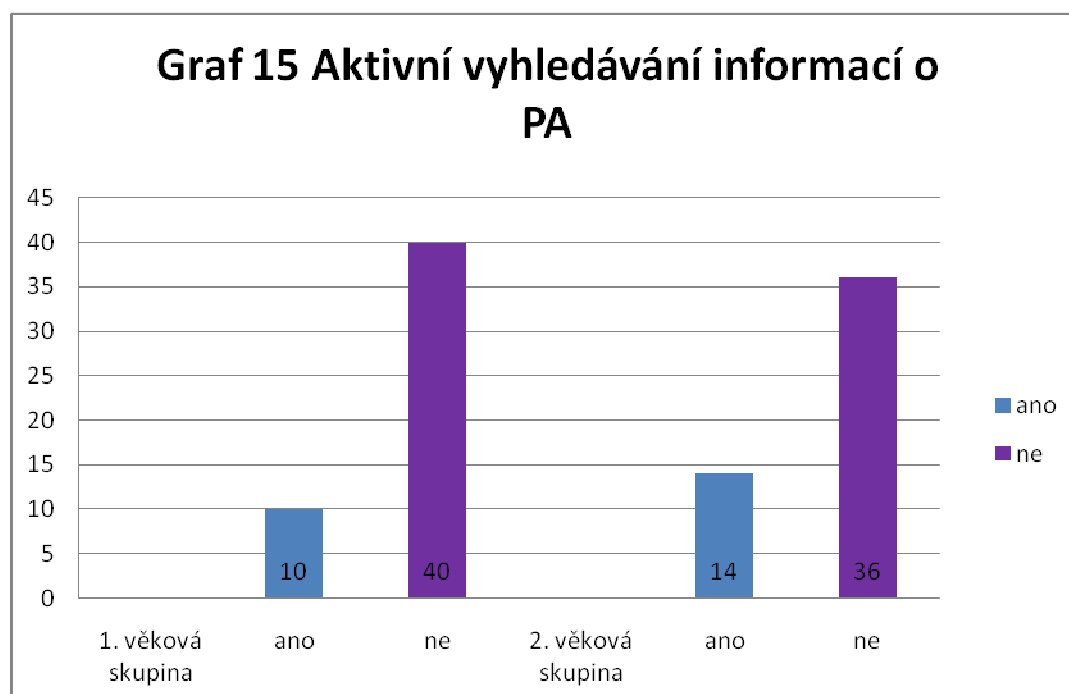
Otázka č. 14 má zjišťovací charakter kde se ženy setkaly s informací o PA. V 1. věkové skupině se ženy o PA dozvěděly převážně od lékaře 12 (24%), web 12 (24%), od kamarádky 11 (22%) z novin a časopisů 10 (20%), od matky 2 (4%), z jiných zdrojů 6 (12%). Ženy 2. věkové kategorie se o PA dozvěděly převážně od lékaře 26 (52%), od matky 10 (20%), z jiných zdrojů 8 (16%), od kamarádky 7 (14%), web 6 (12%), z novin a časopisů 2 (4%). Z výzkumu vyplývá, že pro ženy 1. věkové kategorie jsou nejvíce informovány od lékaře, z webu, od kamarádky. Ženy 2. věkové kategorie jsou nejvíce informovány od lékaře.

Otázka č. 15: Měla jste zájem najít si sama informace o PA?

Tab. č. 15 Zda ženy měly zájem si najít sami informace o PA.

Odpoověď	1. věková skupina počet žen	Procenta	2. věková skupina počet žen	Procenta
Ano	10	20%	14	28%
Ne	40	80%	36	72%
Celkem	50	100%	50	100%

Graf č. 15 aktivní vyhledávání informací o PA



Otázkou č. 15 zjišťuji zda ženy měly zájem si sami najít informace o PA. Ženy v 1. věkové skupině si 10 (20%) žen mělo zájem aktivně vyhledat informace o PA převážně studentky vysokých škol, zájem vyhledat si aktivně informace o PA, nemělo 40 (80%) žen. Ženy v 2. věkové skupině si aktivně vyhledalo 14 (28%) žen, zájem vyhledat si aktivně informace o PA, nemělo 36 (72%) žen. Ženy v 1. věkové skupině nemají zájem si aktivně vyhledávat informace o PA. Ženy v 2. věkové skupině nemají zájem si vyhledávat aktivně informace o PA.

7 OVĚŘOVÁNÍ A ANALÝZA HYPOTÉZ

Na začátku práce bylo stanoveno 6 hypotéz, které v následujících kapitolách budou ověřeny a analyzovány. Pro potvrzení či vyvrácení některých hypotéz postačily samotné výsledky výzkumu, ostatní byly prověřeny pomocí statistické metody, která je blíže popsána v následující části.

7.1 Test dobré shody Chi-kvadrát (χ^2)

Pro stanovení Chi- kvadrátu jsou důležité následující kroky:

- 1) formulace nulové (H_0) a alternativní hypotézy (H_A)
- 2) stanovení hladiny významnosti
- 3) vypočítání testového kritéria χ^2
- 4) určení počtu stupňů volnosti
- 5) porovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti a stupni volnosti s výsledky v tabulce pro kritické hodnoty stanovené Chi- kvadrát (viz příloha č.4)
- 6) potvrzení a vyvrácení nulové nebo alternativní hypotézy

volnosti s výsledky v tabulce pro kritické hodnoty testového kritéria Chi-kvadrat. (Langr, 2005)

Vysvětlení ukazatelů z tabulky pro výpočet Chi-kvadrátu χ^2

Pozorovaná četnost (P) = počet respondentů pro daný sledovaný znak a skupinu.

Očekávaná četnost (O) = celkový počet respondentů dělený počtem sledovaných znaků, jinak řečeno aritmeticky průměr neboli střední hodnota.

P-O = směrodatná odchylka střední hodnoty

$(P-O)^2$ = kvadrant směrodatné odchylky

$(P-O)^2 / 2$ = střední hodnota kvadrantu směrodatných odchylek od střední hodnoty

(Langr, 2005)

8 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti respondentek o profesi porodních asistentek, o působení porodní asistentky v komunitě v závislosti na věku respondentek.

Na zjištění míry informovanosti respondentek o profesi porodních asistentek, o působení porodní asistentky v komunitě v závislosti na věku respondentek byly zaměřeny otázky č. 9, č. 11. Vyhodnocení tohoto cíle je graficky znázorněno v grafech č. 9, č. 11.

Hypotéza č. 1.1: Domnívám se, že více než 55% respondentek do 50 let zná komunitní (terénní) péči.

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 11, kde je v tabulce č. 11 uvedeno, že 30 z dotazovaných žen, zná kompetence PA v terénní péči z 50 respondentek tvoří těchto žen 60% žen.

Pro ověření předpokladu byl proveden test dobré schody.

H₀ Předpokládám, že počet respondentek do 50 let, kteří znají komunitní péči bude stejný jako počet kteří neznají komunitní péči.

H_A Předpokládám, že počet respondentek do 50 let, kteří znají komunitní péči nebude stejný jak ti, kteří neznají komunitní péči.

Hladina významnosti: 0,01

Tabulka č. 16 Kontingenční tabulka č.1

Znalost	Pozorovaná č.	Očekávaná č.	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² /O
Správně	20	25	-5	10	0,20
Špatně	30	25	5	10	0,20
Celkem	50	50			0,40

Stupeň volnosti: 1

Hodnota dle tabulky rozdělení chí-kvadrát pro 1. stupeň volnosti: $\chi^2_{0,05(1)}=3,481$

$\chi^2 < \chi^2_{0,05(1)}$

Protože platí $\chi^2 = 0,40 < \chi^2_{0,05(1)} = 3,841$, na základě zvolené hladiny přijímám nulovou hypotézu a zamítám alternativní. Na základě testu zamítáme hypotézu, že 55% respondentek zná komunitní péči v porodní asistenci.

Hypotéza č. 1.1 se nepotvrdila

Hypotéza č. 1.2: Domnívám se, že méně jak 35% respondentek nad 50 let zná o možnosti komunitní (terénní) péče.

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 11, kde je v tabulce č. 11 uvedeno, že 15 z dotazovaných žen, zná kompetence PA v terénní péči z 50 respondentek, tvoří těchto žen 30%.

Hypotéza č. 1.2 se potvrdila

Hypotéza č. 1.3: Domnívám se, že více jak 40% respondentek do 50let má dostatek informací o porodní asistentce pracující v (komunitní) terénní péči.

Tato hypotéza je ověřena v otázce č. 13, kde v tabulce č. 13 uvedeno, že 26 žen má dostatek informací o PA pracující v (komunitní) terénní péči. Z celkového počtu 50 respondentek tvoří 52% žen.

Hypotéza č. 1.3 se potvrdila

Hypotéza č.1.4: Domnívám se, že více jak 35% respondentek nad 50let má dostatek informací o porodní asistentce pracující v (komunitní) terénní péči.

Hypotéza byla ověřena v otázce č. 13, kde v tabulce č. 13 uvedeno, že 22 žen má dostatek informací o PA pracující v (komunitní) terénní péči. Z celkového počtu 50 respondentek tvoří 44% žen.

Hypotéza č. 1.4 se potvrdila

Cíl 2: Zjistit míru využívání komunitní péče respondentek v porodní asistenci.

Cíl 2 je graficky zpracována v grafu č. 9.

Hypotéza č. 2.1: Domnívám se, že více než 35% respondentek do 50 let využilo možnosti komunitní (terénní) péče.

K ověření této hypotézy směřuje otázka č. 9, kde je v tabulce č. 9 uvedeno, že 25 z dotazovaných žen v různých odvětvích komunitní péči využilo. Z 50 respondentek tvoří těchto žen 50%

Hypotéza č. 2.1 se potvrdila

Hypotéza č. 2.2: Domnívám se, že méně než 65% respondentek nad 50 let využilo možnosti komunitní (terénní) péče.

Tato hypotéza je ověřena v otázce č. 9, kde je v tabulce č. 9 uvedeno, že 24 z dotazovaných žen využilo terénní (komunitní) péči nabízenou PA. Z 50 respondentek tvoří těchto žen 48%.

Hypotéza č. 2.2 se potvrdila

8.1 Diskuse

Praktická část přinesla mnoho zajímavých výsledků. Ty nejzajímavější uvádím v této diskusi, která by měla poukázat na rozdílnost věkových generací z pohledu komunitní PA.

Znají ženy komunitní péči prováděnou PA? Toto byla základní otázka praktické části. Zajímalo mě, zda ženy mají dostatek informací a znají komunitní porodní asistenci. Předpokládala jsem, že velké procento žen zejména v 1. věkové a v 2. věkové skupině bude znát komunitní péči v porodní asistenci většina žen. Předpoklad, že většina žen bude znát komunitní porodní asistenci. Předpoklad mě nevyšel většina žen nezná komunitní péči v porodní asistenci. Ovšem velká část zkoumaného vzorku, které nezná komunitní péči v porodní asistenci tedy 38 dotazovaných žen v 1. věkové skupině a v 2. věkové skupině 36 dotazovaných žen je zarážející. Proč se většina žen aktivně nepodílí na získávání informací o komunitní péči v porodní asistenci? Jsou ženy přesvědčeny, že mají dostatek informací o komunitní porodní asistenci? Je také možné uvažovat o tom, jestli je dostatek informací, literatury o práci PA v komunitní péči, jelikož jak jsem sama zjistila při psaní této bakalářské práce, literatury je opravdu málo.

Navrhovala bych větší edukační a propagační program pro ženy všech věkových kategorií formou brožur, letáku u obvodního gynekologa, v ultrazvukových ordinacích, na oddělení šestinedělí. Letáky by mohly obsahovat zajímavé informace, např. důležitost PA v komunitní péči, s čím může komunitní PA ženám pomoci. Třeba právě tímto způsobem ženy získají více informací o práci PA v komunitní porodní asistenci. Tak můžeme docílit větší informovanosti žen o práci komunitní PA.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce ženy by hledaly informace u gynekologa. Následoval internet, jakožto nejdostupnější zdroj informací v dnešní době. Zbylé odpovědi se vyskytovali ve velmi malé četnosti. Proto navrhuji větší edukační činnost, např. obvodními gynekology a jejich PA např. již výše zmíněnými letáky.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vysvětlit problematiku komunitní péče o ženu, dítě a rodinu v práci porodní asistentky. Daná problematika je velmi rozsáhlá, proto se ve své bakalářské práci zabývám nejdůležitějšími tématy, které by porodní asistentka měla vědět a znát při výkonu svého povolání. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem vycházela z problematiky komunitní péče, popsala jsem komunitní ošetrovatelství v porodní asistenci a zaměřila jsem se na problematiku komunitní péče v porodní asistenci při využití ošetrovatelských modelů v komunitní porodní asistenci. V praktické části, v rámci průzkumu jsem zpracovala informace, které jsem získala dotazníkovým šetřením a to z pohledu žen dvou věkových kategorií. Hlavním cílem bylo zmapovat, jak ženy rozdílně dle věkových kategorií vnímají a znají komunitní porodní asistentky. Z průzkumu vyplývá, že ženy obecně mají málo informací o PA v (komunitní) terénní péči. Dle mého názoru, ženy mají málo informací o práci PA v komunitní péči, starší generace má práci PA spojenou především s porody doma, ovšem jen malé procento žen ví o možnostech komunitní péče nabízené PA právě pro ně. Problém by mohla vyřešit rozsáhlá informovanost žen o práci PA v komunitní péči, například v časopisech pro ženy, na internetových stránkách, informačními letáky v gynekologických ambulancích.

Porodní asistentky, které nabízejí komunitní péči, musí umět mnohdy pracovat nejen se ženou, ale i s jejím partnerem, dětmi, rodiči. Pro komunitní porodní asistentky jsou málo popsané ošetrovatelské modely, které se zabývají ženou samotnou a jejím nejbližší rodinou. Většina ošetrovatelských modelů je spíše zaměřena na všeobecné ošetrovatelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 175s. ISBN 80-7178-766-3

FESTOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek In Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2007, číslo 12, str. 5-9. ISSN 1214-5572

GLASA, J., ŠOLTÉS, L. a kol. *Ošetrovatel'ská etika*. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 1998 ISBN 80-217-0594-9

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7

KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H. *Výuka komunitní péče v porodní asistenci*. Skalica: *Výchova a vzdelávanie v ošetrovatel'stve zamerané na formovanie osobnosti budúcej sestry II.*, varia, 2009, str. 47-52. ISBN 978-80-89271-55-9

LANGER, V., KOPECKÝ, M. *Úvod do počtu pravděpodobnosti a matematické statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1032-X

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384s. ISBN 978-80-7178-548-2

SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA. Částka 30. Ročník 2004. Zákon č. 96/2004Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Částka 2. Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. 2006. 123s.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Částka 9. *Metodická opatření-koncepce ošetrovatelství*. Praha: MZ ČR, 2004. 8s.

VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: ISV, 1997. ISBN 80-8586-62-0

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č. číslo

např. například

PA porodní asistentka

Sb. sbírka

str. strana

tzv. takzvaně

tab. tabulka

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Věková skupina žen.....	42
Tab. 2 Počet dětí dle věkové skupiny žen.....	43
Tab. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentek dle věkových skupin.....	44
Tab. 4 znalost kompetencí PA dle věkových skupiny.....	45
Tab. 5 Správnost odpovědí zda ženy dvou různých věkových skupin znají kompetence PA.....	46
Tab. 6 Kde mohou pracovat PA, rozděleno do správných a špatných odpovědí.....	47
Tab. 7 Kde by ženy hledaly kontakt na PA.....	48
Tab. 8 Zda ženy znají (komunitní) terénní péči dle věkových skupin.....	49
Tab. 9 Jaké možnosti využily ženy poskytované terénní PA.....	50
Tab. 10 Využití (komunitní) terénní péče nabízené PA.....	52
Tab. 11 Zda ženy znají kompetence PA v komunitní péči.....	53
Tab. 12 Pohled žen na roli PA v terénní (komunitní) péči.....	54
Tab. 13 Zda si ženy myslí, že mají dostatek informací o PA.....	55
Tab. 14 Kde se ženy setkaly s informací o PA.....	56
Tab. 15 Zda ženy měly zájem si najít sami informace o PA.....	58
Tab. 16 Kontingenční tabulka č.1.....	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věková skupina žen.....	42
Graf 2 Počet dětí dle věkové skupiny žen.....	43
Graf 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentek dle věkových skupin.....	44
Graf 4 znalost kompetencí PA dle věkových skupiny.....	45
Graf 5 Správnost odpovědí zda ženy dvou různých věkových skupin znají kompetence PA.....	46
Graf 6 Kde mohou pracovat PA, rozděleno do správných a špatných odpovědí.....	47
Graf 7 Kde by ženy hledaly kontakt na PA.....	48
Graf 8 Zda ženy znají (komunitní) terénní péči dle věkových skupin.....	49
Graf 9 Jaké možnosti využily ženy poskytované terénní PA.....	51
Graf 10 Využití (komunitní) terénní péče nabízené PA.....	52
Graf 11 Zda ženy znají kompetence PA v komunitní péči.....	53
Graf 12 Pohled žen na roli PA v terénní (komunitní) péči.....	54
Graf 13 Zda si ženy myslí, že mají dostatek informací o PA.....	55
Graf 14 Kde se ženy setkaly s informací o PA.....	57
Graf 15 Zda ženy měly zájem si najít sami informace o PA.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: MODEL ROYOVÉ

PŘÍLOHA PII: MODEL M. LEVINOVÉ

PŘÍLOHA PIII: MODEL JOHNSONOVÉ

PŘÍLOHA PIV: MODEL PENDEROVÉ

PŘÍLOHA PV: KRITICKÉ TESTOVACÍ HODNOTY CHI-KVADRÁT

PŘÍLOHA PVI: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA PI: MODEL ROYOVÉ

Koncepce modelu Royové

Základ modelů se vytváří ze tří koncepcí.

Osoba (klient)

Klient je charakterizován jako biopsychosociální bytost, která je v soustavné interakci s prostředím a má čtyři způsoby adaptace. Adaptace je založená na fyziologických potřebách, sebekoncepci, funkčních rolích a vzájemné závislosti vztahů.

Klient v komunitním ošetřovatelství představují jednotlivce, rodinu, skupinu, komunitu. Pro klienta je cílem v interakci s prostředím adaptace, pozitivní odpověď na změny vnějšího a vnitřního prostředí. Schopnost adaptace se týká velikosti změn a schopnosti přizpůsobit se změnám.

Podle Royové rozeznáváme tři typy stimulů:

1. Ohniskový stimul je stimul, který ovlivňuje člověka v současné situaci a musí se mu co nejrychleji přizpůsobit (narození dítěte)
2. Kontextuální stimul působí dlouhodobě, ale může v daném okamžiku ovlivnit účinek ohniskového stimulu (chronické onemocnění)
3. Reziduální stimul doplňuje ohniskový stimul svojí stálostí (vlastnosti osobnosti, genetická dispozice)

Adaptace

Adaptace klienta na změny vnitřního a vnějšího prostředí probíhá fyziologickými změnami, změnou sebekoncepce, změnou funkce rolí, nezávislostí vztahů.

Ošetřovatelské intervence

Jsou zaměřeny na změny stimulů, které ovlivňují adaptační schopnost klienta a odpověď klienta na stimuly. Hodnocení je dvojitá úroveň. Na první úrovni hodnocení hledáme důkaz maladaptivního chování, na druhé determinování stimulů, které ovlivňuje maladaptivní chování.

Využití modelů Royové v komunitní porodní asistenci

Adaptační model Royové se dá použít v péči o klientku, jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity. Úroveň klienta se musí přizpůsobovat změnám prostředí, aby mohli existovat.

Nejprve se hodnotí potenciální ohniskové, kontextuální nebo reziduální stimuly na úrovni jednotlivce, rodiny, komunity.

K procesu adaptace dochází po zhodnocení stimulů jednotlivce, rodiny, komunity. Přizpůsobení se změnám chování můžeme dosáhnout přes uvedené způsoby adaptace.

Při používání modelu Royové se porodní asistentka zabývá adaptačními procesy rodiny, jednotlivce, skupiny v každém ze čtyř způsobů. Ošetřovatelské intervence se využijí tehdy, když stimuly ovlivňují adaptační schopnost jednotlivce, rodiny nebo komunity.

PŘÍLOHA PII: MODEL M. LEVINOVÉ

Využití modelu M. Levinové v komunitní porodní asistenci

Principy ochrany je možné aplikovat na všechny úrovně ochrany integrity klienta.

Sestra, která pracuje s klientkou, rodinou, komunitou, musí umět zhodnotit stupeň adaptace, který dosáhl v každém principu ochrany integrity v modelu Levinové.

PŘÍLOHA PIII: MODEL JOHNSONOVÉ

Koncepce modelu Johnsonové

Biheviornální model je model podle Johnsonové odhodlaný způsob žití, který charakterizuje každý lidský život. Jeden biheviornální systém narušuje charakter jedné interakce s okolním prostředím.

Reakce na stres se může projevit formou agrese, která vyplívá s ornamentního konfliktu jednotlivce a prostředí. Behaviorální systém se skládá z několika subsystémů chování, které jsou specifické.

Každý systém se skládá ze strukturálních elementů, kterými jsou:

1. Způsob modifikující chování, vychází z neuspokojivých potřeb
2. danost, předpoklad chování v určitých situacích
3. schopnost příslušných dovedností
4. samostatné chování, konkrétní způsob chování v daném okamžiku po zhodnocení možností selektovaných z repertoáru.

Behaviorální systém obsahuje subsystémy a ty jsou podle Johnsonové afilace, závislosti, přijetí, vylučování, sexuality, agrese, dominance nestabilita v jednom ze systémů je demonstrována nerozváženost, zbytečnost až nepředvídatelné chování.

cíle subsystémů modelu Johnsonové pro jednotlivce, rodinu, komunitu.

Zaměřuje se na neefektivnost chování klienta v dosahování cílů subsystémů. Má dvě úrovně.

První úroveň zahrnuje rozpoznání problému chování klienta a klientových schopností zvládnout to.

Druhá úroveň se realizuje, když je přítomné problematické chování klienta, které si vyžaduje detailní analýzu struktury a funkce daného subsystému.

Porodní asistentka by měla zhodnotit změny chování, které byly příčinou změny chování, musí také zhodnotit reakci klienta podle účelnosti chování.

Chování klienta může, být upřednostňované je zhodnoceno po analýze způsobu chování, může být aktuální v určitém případě nebo trvalé, běžně se opakující. Trvalé chování klienta je chování, které preferuje v každé situaci. Při odhadu chování je důležitá analýza regulačních mechanismů, které ovlivňují chování klienta.

Ošetřovatelské intervence zahrnují činnosti- omezení a kontrola chování, ochrana klienta před nevyhnutelnými stresory, inhibice neefektivních reakcí prostřednictvím určitých činností, možnost uvědomění si nových reakcí chování.

Využití modelu Johnsonové v komunitní porodní asistenci

Model Johnsonové poskytuje rámec ošetřovatelské péči s využitím pro jednotlivce, rodinu nebo komunitu. Model lze využít při zhodnocení každého behaviorálního subsystému klienta, při identifikování jeho specifických problémů ale i při plánování řešení vzniklých problémů. Problémové chování u jednotlivce či rodiny může být odrazem při neúspěchu vyhledat pomoc. Problém s chováním v komunitě může být odrazem z nedostatku realizace sexuální výchovy a výchovy k rodičovství v období dospívání.

PŘÍLOHA PIV: MODEL PENDEROVÉ

Koncepce modelu Penderové

Tři základní komponenty modelu Penderové jsou:

Individuální percepce

je přesvědčení a hodnoty, které ulehčují chování k ochraně zdraví.

vnímání modelu Penderové je nevyhnutelné pro zdraví, podmínkou pro řízení zdraví, důležité pro uvědomění si sama sebe a pro sebeúctu, možností definovat zdraví, podmínkou vnímání zdravotního stavu, základem pro pochopení užitečnosti aktivit, podmínkou objevení překážek k aktivitám.

Osoby, které pokládají, zdraví za vysokou hodnotu se o něm snaží, získat informace. Lidé, kteří chápou sebe sama, jsou schopni kontrolovat své prostředí, dělají vše pro své zdraví jak nejlépe umějí, vyhýbají se činnostem, které mohou jejich zdraví poškodit.

Lidé, kteří mají sklon uvědomit si sebe sama se chovají k podpoře zdraví, vykonávají více pozitivních činností pro své zdraví, než ti kteří si uvědomují méně.

Klient, který vnímá sám sebe považuje svoje zdraví za základ bude dělat kroky, které jeho zdraví podpoří.

faktory modifikace

Faktory modifikace, které ovlivňují zdravé chování

1. Demografický faktor- věk, rasa, pohlaví, etnická skupina a vzdělanostní úroveň klienta
2. Biologické faktory- hmotnost nebo procento tělesného tuku
3. Interpersonální vlivy- rozmanité působící k podpoře zdraví jiných lidí, rodiny díky minulým zkušenostem.
4. situační faktory- minulé vlastní zkušenosti v souvislosti s chováním, které pozitivně působilo na zdraví
5. faktory chování

Změny, které působí na činnost směřující k podpoře zdraví

Jde o chování, které je ovlivněno postřehnutím podmětů a narážek k činnosti. Podměty a narážky považuje Penderová k ovlivnění činnosti. Podměty jsou ve prospěch zdravého chování.

Vyžití modelu Penderové v komunitní porodní asistenci

Model můžeme použít pro jednotlivce, rodinu i komunitu. Porodní asistentka může charakterizovat schopnosti, vnímání a faktory, které ovlivňují chování klienta. Cíl je dosáhnout k podpoře zdraví a ochraně zdraví klienta, rodiny, komunity.

Ošetřovatelské diagnózy

Vykonávat správná rozhodnutí týkající se intervencí v rodinách, které potřebují pomoc jsou údaje získané v průběhu posuzování. Diagnózy se formulují společně s klientem nebo rodinou aby se mohly aktivně zúčastňovat na snížení rizik vzniku nebo rozvoji specifického problému.

Plánování a realizace

Z ošetřovatelských diagnóz a informací od klienta sestru vypracuje plán k upevnění zdraví. Stanoví prospěšné aktivity pro zdraví, které odpovídají klientovým potřebám. Porodní asistentka navrhne ošetřovatelské činnosti intervence primární, sekundární a terciární prevence. Hlavní úkoly porodní asistentky při realizaci plánů je podpora, konzultace, edukace a zdravotní výchova, koordinace, poskytování rad a povzbuzování.

Vyhodnocení

Hodnocení se provádí poté, co komunitní porodní asistentka zkontroluje adekvátnost údajů posuzování. Komunitní porodní asistentka hodnotí alternativní přístupy při dosahování cílů v oblasti zdravotních potřeb rodiny.

Pokud komunitní porodní asistentka dospěje k závěru, že všechny intervence u rodiny byly splněny a rodinu dovedla k samostatnosti, může intervence v rodině ukončit.

(Hanzlíková a kol., 2007)

PŘÍLOHA PV: KRITICKÉ HODNOTY TESTOVÉHO KRITÉRIA CHÍ-KVADRÁT

Tabulka 2: Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát

Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,090
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32,000
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566

PŘÍLOHA PVI: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Martina Spáčilová, jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, studijního oboru porodní asistentka. Proším Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká mé bakalářské práce na téma Problematika komunitní péče o ženu, dítě a rodinu v práci porodní asistentky. Cílem práce je zjistit, jak jsou ženy informovány o práci porodní asistentky v komunitě terénní péči. Dotazník je určen ženám a je zcela anonymní. Vyplnění Vám nezabere více než 5-7 minut. Proším o zakroužkování vždy jedné odpovědi, pokud není uvedeno jinak. Děkuji za ochotu a spolupráci.

Martina Spáčilová, studentka 3. ročníku

Zkratky: PA- porodní asistentka

1. Váš věk je

2. Počet dětí

- a) žádné
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (doplňte z nabídky vaše vzdělání: technické, ekonomické, humanitní, všeobecné, jiné.)

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity.....
- c) středoškolské s maturitou.....
- d) vyšší odborné.....
- e) vysokoškolské.....

4) Znáte kompetence PA?

- a) ano
- b) ne

5) Myslíte si, že PA je kompetentní provádět: (zakroužkujte odpovědi ,o kterých si myslíte, že je provádí PA).

- a) diagnostikovat těhotenství, sledovat normální těhotenství, provádět vyšetření nezbytná ke sledování průběhu normálního těhotenství;
- b) ordinovat léky během porodu
- c) pomáhat rodičce při porodu a sledovat stav plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky
- d) vést porody v poloze koncem pánevním (zadečkem)
- e) vést spontánní porody v poloze záhlavím (hlavičkou), včetně případného nástřihu hráze a v naléhavých případech i porody v poloze koncem pánevním;

6) Kde podle Vás mohou pracovat PA? (zakroužkujte odpovědi kde podle vás pracuje PA)

- a) porodní sál
- b) dětské oddělení
- c) oddělení šestinedělí
- d) oddělení gynekologie
- e) novorozenecké oddělení
- f) oddělení chirurgie

7) Kde byste hledala kontakt na PA?

- a) na internetu
- b) u gynekologa
- c) kamarádka
- d) časopisy pro ženy

8) Znáte možnosti (komunitní) terénní péče poskytované PA?

- a) ne
- b) ano a jaké.....

9) využíla jste někdy možnosti terénní (komunitní) péče poskytované PA.

- a) prenatální příprava k těhotenství
- b) těhotenské cvičení
- c) aktivity po porodu
- d) kurz na posílení dna pánevního
- e) mateřské centra
- f) péče v těhotenské poradně
- g) porod doma
- h) jiné.....
- ch) nevyužíla jsem

10) Kdybyste mohla, využila byste možnost (komunitní) terénní péče nabízené PA?

- a) ne a proč.....
- b) ano a v čem.....

11) Myslíte si, že PA je kompetentní v (komunitní) terénní péči provádět: (zakroužkujte odpovědi o kterých si myslíte, že je provádí PA)

- a) pečovat o rodičku, sledovat ji v šestinedělí a poskytovat jí veškeré potřebné rady umožňující vývoj novorozence v optimálních podmínkách
- b) pomoci ženě porodit doma
- c) vést předporodní kurzy
- d) předepisovat a ordinovat léky

12) Jak se díváte na roli dnešní PA v terénní (komunitní) péči?

- a) jako potřebnou
- b) jako významnou
- c) jako zbytečnou
- d) nevím

13) Setkala jste se s informací o PA?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14) Kde jste se setkala s informací o PA?

- a) kamarádka
- b) matka
- c) web
- d) noviny, časopisy pro ženy
- e) lékař
- f) jiné.....

15) Měla jste zájem najít si sama informace o PA?

- a) ano
- b) ne