

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

**Využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem
v nemocniční praxi z pohledu klientky**

Věra Buranská

Bakalářská práce

2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Věra Buranská**
Osobní číslo: **Z10311**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem
v nemocniční praxi z pohledu klientky**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. HONZÁK, Radkin. Základy psychologie. Praha: Galen Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-377-X.
2. JANÁČKOVÁ, Laura. Základy zdravotnické psychologie. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
4. NAKONEČNÝ, Milan. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
5. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
6. ZACHAROVÁ, Eva. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Petržílková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2014

.....
Věra Buranská

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Heleně Petržílkové za odborné vedení, užitečné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníku k mé bakalářské práci. Zároveň bych velice ráda poděkovala své rodině a přátelům za velkou dávku podpory při psaní závěrečné práce i během celého studia.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je využívání znalostí psychologie v nemocniční praxi zdravotnickým personálem z pohledu klientky.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část zahrnující empirický výzkum. Teoretická část obsahuje obecné poznatky psychologie, dále se věnuje zdravotnické psychologii ve spojitosti se znalostmi a dovednostmi zdravotnického personálu v oblasti komunikace a vzájemného vztahu s klienty a popisuje také psychologickou problematiku žen v období šestinedělí.

V praktické části zkoumáme pomocí dotazníkového šetření, jak nelékařský zdravotnický personál podporuje klientky v období šestinedělí, v jaké míře využívá své schopnosti efektivně komunikovat a zda dodržuje zásady profesionálního chování a přístup v péči o ženu v šestinedělí.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychologie, zdravotnická psychologie, komunikace, šestinedělí

TITLE

The use of psychology knowledge by medical personnel in hospital practice from the client's perspective

ANNOTATION

The aim of this bachelor thesis is the use of psychology knowledge by medical personnel in hospital practice from the client's perspective.

This work is divided into theoretical and practical part including an empirical research. Theoretical part includes general psychology and further describes medical psychology in connection to knowledge and skills of medical staff in area of communication and mutual relationships with clients. This piece of paper also describes the period of puerperium and psychology issues that women must face during this time.

In practical part, a survey in the form of questionnaire is used to investigate how a non-medical personnel supports clients within the period of puerperium. Furthermore, the survey also examines the extent of effective communication of non-medical staff and whether non-medical staff complies with the principles of professional behaviour and the approach to the care of women in the period of puerperium.

KEYWORDS

psychology, medical psychology, communication, puerperium

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| TITLE | 7 |
| ÚVOD | 12 |
| CÍL PRÁCE | 13 |
| 1 Psychologie | 14 |
| 1.1 Psychologické jevy – chování a prožívání | 14 |
| 1.2 Dějiny psychologie - její směry a přístupy | 14 |
| 1.3 Rozdělení psychologie | 17 |
| 2 Zdravotnická psychologie | 19 |
| 2.1 Osobnost zdravotníka | 20 |
| 2.1.1 Osobnost zdravotní sestry | 20 |
| 2.2 Vztah mezi zdravotníkem a klientem | 21 |
| 2.2.1 Sociální interakce zdravotní sestry a klienta | 21 |
| 2.2.1.1 Předpoklad etického chování | 22 |
| 2.3 Komunikace ve zdravotnickém zařízení | 23 |
| 2.3.1 Formy komunikace | 24 |
| 2.3.2 Zásady efektivní komunikace | 25 |
| 2.3.2.1 Devalvační prvky v komunikaci | 26 |
| 2.3.3 Empatie | 27 |
| 2.3.4 Specifické komunikační techniky a dovednosti | 28 |
| 2.3.4.1 Umění naslouchat | 28 |
| 2.3.4.2 Kladení otázek | 29 |
| 2.3.4.3 Podněcování hovoru | 29 |
| 2.3.4.4 Zrcadlení | 30 |
| 2.3.4.5 Sumarizování | 30 |
| 2.3.4.6 Mlčení | 30 |
| 2.3.5 Psychoterapeutický přístup neboli produktivní chování | 30 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3 | Psychologická problematika v ženském lékařství | 32 |
| 3.1 | Fyziologické šestinedělí | 32 |
| 3.2. | Psychické prožívání ženy v období šestinedělí..... | 32 |
| 3.2.1 | Psychologická problematika časného šestinedělí | 33 |
| 3.2.1.1 | Poporodní blues | 33 |
| 3.2.1.2 | Poporodní psychóza..... | 34 |
| 3.2.1.3 | Porodní asistentka v péči o psychiku ženy v časném šestinedělí | 34 |
| 3.2.2 | Psychologická problematika pozdního šestinedělí | 35 |
| 3.2.2.1 | Poporodní deprese | 35 |
| 4 | Výzkumné otázky | 37 |
| 5 | Metodika výzkumu | 38 |
| 5.1 | Výzkumný nástroj | 38 |
| 5.2 | Výzkumný vzorek | 39 |
| 5.3 | Metodika analýzy dat | 39 |
| 6 | Analýza a interpretace výsledků | 40 |
| 7 | DISKUZE | 58 |
| 8 | ZÁVĚR | 62 |
| | SEZNAM ZDROJŮ | 64 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 67 |
| | Příloha A – Dotazník | 69 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1: Graf míry zájmu o emocionální stav ženy v šestinedělí | 40 |
| Obrázek 2: Graf přítomnosti ochoty, vstřícnosti a trpělivosti u NZP | 41 |
| Obrázek 3: Graf přítomnosti opory a aktivní pomoci ženám v šestinedělí | 42 |
| Obrázek 4: Graf hodnocení profesionálního vystupování NZP..... | 43 |
| Obrázek 5: Graf míry zachování intimity žen v šestinedělí..... | 44 |
| Obrázek 6: Graf hodnocení přístupu NZP k ženám v šestinedělí..... | 45 |
| Obrázek 7: Graf přítomnosti důvěry u žen v šestinedělí k NZP | 46 |
| Obrázek 8: Graf hodnocení míry otevřenosti a pozitivivity ve vztahu klientka a NZP..... | 47 |
| Obrázek 9: Graf výskytu devalvačních prvků v komunikaci | 49 |
| Obrázek 10: Graf sdělení zavádějících informací..... | 50 |
| Obrázek 11: Graf výskytu rutinního přístupu k práci NZP z pohledu klientky..... | 51 |
| Obrázek 12: Graf kvality poskytnutí podpory NZP ženám v šestinedělí | 52 |
| Obrázek 13: Graf kvality porozumění sděleným informacím | 53 |
| Obrázek 14 Graf míry ověřování porozumění poskytnutých informací..... | 54 |
| Obrázek 15: Graf míry prostoru k vlastnímu vyjádření..... | 55 |
| Obrázek 16: Graf výskytu zábran při kladení dotazů | 56 |
| Obrázek 17: Graf schopnosti NZP aktivně naslouchat | 57 |
| Obrázek 18: Graf hodnocení kvality porozumění a empatie | 58 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|--------------|----------------------------------|
| apod. | a podobně |
| atd. | a tak dále |
| a tj. | a to jest |
| resp. | respektive |
| např. | například |
| NZP | nelékařský zdravotnický personál |

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v nemocniční praxi z pohledu klientky. Věnovaly jsme pozornost problematice využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v praxi, konkrétně o znalostech a dovednostech v psychoterapeutickém přístupu. Hovoříme o takzvaném produktivním chování, které je nezbytné k zajištění kvalitní péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů. Součástí produktivního chování je empatický přístup, dodržování etických norem a znalostí týkajících se zásad správné komunikace a profesionálního chování.

Problematiku využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v nemocniční praxi z pohledu klientky jsem se rozhodla prozkoumat u žen v období šestinedělí. V poporodním období je psychika ženy vystavena opravdu vysoké zátěži pramenící nejen z hormonálních a tělesných změn probíhajících po porodu, ale také ze vzniku nových vztahů a předpokladu adaptace na novou roli matky. Prolínají se tu pocity štěstí, radosti a úspěchu s pocity obrovského množství obav a nezodpovězených otázek. Právě zde mají své opodstatněné místo porodní asistentky a novorozenecké sestry, které pomáhají ženám v šestinedělí toto bouřlivé období překonat a vést je k samostatné péči o novorozence.

Jako respondentky do dotazníkového šetření jsme zvolily ženy v šestinedělí, a to proto, že tyto klientky jsou obzvláště vnímavé a náchylné ke stylu komunikace a způsobu přístupu v kontaktu se zdravotnickým personálem.

Má bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se věnuje zpracování obecných poznatků psychologie a jejímu dělení. Dále se zabývá zdravotnickou psychologií ve spojitosti se znalostmi a dovednostmi zdravotnického personálu v oblasti komunikace a vzájemného vztahu s klienty. V závěru teorie popisujeme psychologickou problematiku žen v období šestinedělí a úlohu nelékařského zdravotnického personálu v této životní fázi ženy.

Výzkumná část je věnována interpretaci výsledků vyplývajících z dotazníkového šetření. Pomocí dotazníkového šetření jsme zjišťovaly úroveň znalostí využívaných v psychoterapeutickém přístupu nelékařského zdravotnického personálu v nemocniční praxi z pohledu ženy v šestinedělí. Součástí je i diskuse, kde jsou prezentovány nejdůležitější výsledky práce a jde zde možné nalézt i jejich porovnání s teoretickými východisky.

CÍL PRÁCE

Pro bakalářskou práci jsou stanoveny tyto cíle:

Hlavní cíl:

- Zhodnotit úroveň znalostí psychologie používané v psychoterapeutickém přístupu (tzv. produktivním chování) nelékařského zdravotnického personálu z pohledu ženy v šestinedělí ve zdravotnických zařízeních v Královéhradeckém a Pardubickém kraji.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál (dále jen NZP) podporuje ženu v šestinedělí.
- Zjistit, zda NZP dodržuje zásady profesionálního chování a přístupu v péči o ženu v šestinedělí.
- Zjistit, v jaké míře využívá NZP své schopnosti v oblasti komunikace se ženou v šestinedělí.

1 Psychologie

Psychologie se během minulého století stala nedílnou součástí naší (západní) kultury, prostoupila celé naše uvažování o člověku a jeho místě ve světě (Říčan, 2005). Termín psychologie je složen ze dvou řeckých slov (*psýché* = duše, původně dech; *logos* = věda, původně slovo), v doslovném překladu tedy znamená „věda o duši“ (Nakonečný, 1998). Samotný obor psychologie je empirickou vědou věnující se studiu lidského chování a duševních procesů. Praktickým smyslem tohoto oboru je snaha popsat, vysvětlit a predikovat mentální procesy a tělesné dění včetně jejich vzájemných vztahů a interakcí (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1998; Říčan, 2005).

1.1 Psychologické jevy – chování a prožívání

Pojem **prožívání** je sled subjektivních psychických zážitků tvořících duševní obsah a vyjadřuje souhrn procesů jako jsou vnímání, cítění a představy. V prožívání vystupuje nejen obraz toho, co se právě v člověku a jeho okolí odehrává, ale promítají se v něm také vzpomínky z minulosti a sny či očekávání spadající do budoucnosti. Druhým článkem psychiky je **chování**, fenomén vyjadřující vnější projevy, činnosti jednání a reakce subjektu. Rozlišujeme dva typy chování, a to chování molekulární a molární. Molekulární chování je řízeno hypotalamem a limbickým systémem, probíhá na molekulární úrovni, např. v neuronech. Druhý typ, tedy molární chování, jež je předmětem psychologie, se může pozorovat pouhým okem a vykazuje se jako pohybový komplex, který je doprovázen případně i činností žláz s vnější sekrecí. K chování lze ovšem také přiřadit i jednoduché reakce člověka, mezi které patří jednání, řeč a mimika, resp. kinezika (Nakonečný, 1998).

1.2 Dějiny psychologie - její směry a přístupy

Nespočet filozofů a učenců se po celá staletí zajímalo o principy fungování lidské mysli i těla, avšak samostatná vědecká psychologie se zrodila až na sklonku 19. století, kdy se Wilhelm Wundt stal zakladatelem první psychologické laboratoře na univerzitě v Lipsku. Wundt se při studiu psychických procesů spoléhal na introspekci, která později vyvolala spoustu reakcí u některých psychologů a sehrála také určitou úlohu při vzniku dalších přístupů (Atkinson, 2012).

V psychologii dnes existuje mnoho významných a vlivných teoretických směrů, z nichž každý svým vlastním a svébytným způsobem definuje svůj vědecký pohled na psychologii a zaměřuje se na rozdílná témata. Mezi hlavní teoretické směry v psychologii patří následující.

Behaviorismus¹ – směr v psychologii věnovaný vědě o chování. Vznik behaviorismu je datován v roce 1913 článkem Američana Johna B. Watsona nazvaným *Psychologie z hlediska behavioristy*. Watsonova teorie psychologie stála na podkladě objektivního pozorování (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1997).

Psychoanalýza (hlubinná psychologie) – zakladatel onoho směru je slavný vídeňský neurolog a psychiatr, profesor Sigmund Freud. Ten byl přesvědčen, že za podstatou lidské psychiky a lidského jednání stojí především oblast nevědomí či potlačené impulzy, zejména pak sexuální povahy, které nejvýznamněji působí a ovlivňují chování člověka. Psychoanalýza je chápána jako psychodiagnostická a psychoterapeutická metoda, která se stala jedním z nejvlivnějších směrů novodobé psychologie (Říčan, 2005; Faleide, 2010).

Fenomenologická psychologie – podstata vychází ze sebepozorování z tzv. introspekce. Je zaměřena na různé zážitky existence, ve kterých dochází k odhalení jejich lidského smyslu.

Humanistická psychologie – navazuje na psychologii fenomenologickou. Svou reakcí na krizi behaviorismu, která zredukovala jádro psychologie pouze na chování, reprezentuje návrat k „psychologické psychologii“. Hlavními představiteli se stali A. H. Maslow, C. R. Rogers a další. Zdůrazňují jedinečné lidské vlastnosti, které odlišují zdravé jedince od nemocných lidí nebo zvířat. Podle humanistických teorií je hlavní motivační silou zaměření se na vlastní seberealizaci.

Transpersonální psychologie – vyrůstala přímo z psychologie humanistické, čímž dal A. H. Maslow oznámit vznik „čtvrté cesty“ psychologie. Tato psychologie má již svou podstatu ve studiích nadvědomí či rozšířeného vědomí, a to díky objevu nového pojetí světa. Vznikal zájem o málo známé praktiky různých druhů šamanismu, šířil se zájem o tzv. transcendentální meditaci, okultismus a další (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1997).

¹ Behaviorismus pochází z anglického slova behaviour = chování

Gestaltismus² (tvarová psychologie) – se opírá o myšlenku, že psychické celky nejsou vytvářeny spojováním jednotlivých prvků, ale jsou celky strukturně uspořádané od samého počátku. Vjem tedy není syntézou jednotlivých počitků, nýbrž specifický kognitivní celek. Gestalt psychologie se zabývala otázkami percepce, myšlení a později také problematikou řešení problémů. Hlavními představiteli tvarové, neboli celostní psychologie byli němečtí psychologové Max Wertheimer, Wolfgang Köhler a Kurt Koffka. Tito gestaltističtí psychologové položili základní kámen současnému výzkumu v oblasti kognitivní psychologie (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1997).

Jednotlivé směry používají často své vlastní výzkumné přístupy. Psychologický přístup je v podstatě úhel pohledu na nejrůznější psychologická témata. Tyto přístupy vznikaly během vývoje psychologie, kdy se zdálo, že lze nalézt jednotné psychologické paradigma, a proto se ostře vůči sobě vyhraňovaly. Dnes však mezi přístupy, které přetrvaly, dochází opět k pozvolnému sblížení, mezi něž zahrnujeme (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1997):

- **Biologický přístup** - specifikuje neurobiologické procesy, které jsou podkladem pro chování a prožívání (Atkinson, 2012).
- **Behaviorální přístup** - soustředí se hlavně na lidské chování a omezuje se na objektivně pozorovatelná fakta (Atkinson, 2012).
- **Kognitivní přístup** - věnuje značnou pozornost mentálním, zejména poznávacím procesům a myšlení. Není však založen na introspekci, ale na základě studia duševních procesů, které lze objektivně sledovat na podkladě chování. Vlastní terminologii nachází např. v počítačové kybernetice. Dochází k jakési analogii mezi lidskou myslí a počítačem (Atkinson, 2012; Nakonečný, 1997).
- **Psychoanalytický přístup** - rozvíjen spolu s Freudovou psychoanalýzou zabývající se především nevědomou oblastí lidské psychiky, tedy z přesvědčení, obav a tužeb, jež ovlivňují chování člověka. Právě toto považuje S. Freud za dominantu lidského chování a myšlení (Atkinson, 2012).
- **Subjektivistický přístup** - je silně humanisticky a filozoficky orientovaný směr, který čerpal z gestaltické tradice a reagoval na omezenost behaviorismu. Chceme-li porozumět lidskému sociálnímu chování, Atkinson (2012) udává, že musíme nejprve pochopit „vlastní definici situace“.

² Gestaltismus je tvořen z německého slova gestalt = tvar, útvar

1.3 Rozdělení psychologie

Do dnešního 21. století se psychologie rozrostla do takové šíře, že se o ní často hovoří v množném čísle jako o psychologických vědách. Dotýká se téměř všech oblastí lidského počínání a obsahuje také mnoho dalších samostatných podoborů (Říčan, 2005; Honzák, 2006).

Základní, neboli teoretické obory psychologie mají obecný charakter a jsou zaměřeny na získávání obecných poznatků. I obecně psychologická témata může být specializována s takovými náměty, jakými jsou např. psychologie motivace, psychologie osobnosti, psychologie životního prostředí atd. Avšak mezi hlavní **základní psychologické disciplíny** řadíme zejména (Nakonečný, 1998; Plháková, 2004):

Obecná psychologie - „královna“ psychologických věd, která se zabývá především obecně platnými psychickými jevy a duševními procesy. Mezi psychické jevy zde zahrnujeme vnímání, paměť, učení, myšlení, pozornost, inteligenci, city, motivy apod. Obecná psychologie odhlíží od rozdílů mezi lidmi a hledá právě vše společné (Říčan, 2005; Honzák, 2006).

Vývojová psychologie - studuje průběh psychického vývoje a změny duševních pochodů od početí plodu až do smrti člověka. Tento vývoj lze také nazývat ontogenezí, přeloženo do významu studia vývoje jednotlivce, tedy geneze individua. Vývoj jedince je zákonitý a zároveň nezvratný proces tvořící posloupnost na sebe navazujících fází, jejichž pořadí nelze měnit či přeskokovat. Jde o proměnu od méně dokonalé úrovně k úrovni dokonalejší. (Kohoutek, Salaquardová, 2006). Říčan (2005) do vývojové psychologie zahrnuje ještě studium fylogeneze, což je obor zkoumající evoluci chování od stupně nižších živočichů až po lidské individuum. Dále zařazuje také evoluční psychologii interpretující prožívání a chování člověka na základě zděděných instinktů.

Sociální psychologie - věnuje se psychickým fenoménům, které se nacházejí v interakcích mezi lidmi, v jejich vztazích. Může se jednat jak o vztahy ve dvojici, tak i o vztahy ve složitých organizacích jako jsou například pracovní kolektivy, politické strany či celé státy (Honzák, 2006; Říčan, 2005).

Obory spadající pod psychologii aplikovanou se využívají v celé řadě oblastí od pedagogiky až po oblast nekonečného vesmíru. Kromě těchto aplikovaných disciplín jako jsou pedagogická a kosmická psychologie, zahrnujeme také forenzní psychologii, psychologii práce a psychologii reklamy. Dále do skupiny aplikovaných disciplín patří psychologie trhu, poradenská psychologie, politická psychologie, psychologie sportu, vojenská psychologie, manažerská psychologie, psychologie organizace a další (Hayes, 2003; Plháková, 2004).

Mezi nejdůležitější **aplikované vědní disciplíny psychologie** zahrnujeme:

Klinická psychologie - vznikla na počátku 20. století a stal se z ní jeden z nejsilnějších proudů psychologické praxe současné doby. Zabývá se diagnostikou a psychoterapií psychických i tělesných poruch. Celkově využívá komplexních znalostí ze všech ostatních psychologických oborů k tomu, aby docílila co nejlepší schopnosti pochopit a pomoci v náročné životní situaci člověku v roli pacienta, umírajícího či jedincům v roli pozůstalých. Dále se také zabývá psychickými problémy zdravotnických pracovníků, jejich jednáním a komunikací s pacienty atd. (Říčan, 2005; Honzák, 2006).

Lékařská psychologie - je průnikovým oborem psychologických a lékařských věd, zejména pak klinické psychologie, sociální psychologie a psychiatrie. Uplatňují se zde i novější psychologické disciplíny, a to psychologie komunikace a psychologie zdraví. Lékařská psychologie se zaměřuje na psychické aspekty vztahu a interakce lékaře s pacientem i s jeho blízkými patřícími do jeho sociálního prostředí (Vymětal, 2003).

Psychologie zdraví - je speciální vědní psychologickou disciplínou. Dle definic několika autorů je psychologie zdraví dílčí oblastí obecné psychologie, jež se věnuje porozumění psychologickým faktorům, které ovlivňují udržování dobrého zdravotního stavu. Dále hraje roli při prevenci nemocí, při poskytování pomoci u zvládnutí negativních zdravotních stavů, a to jak v období léčby, tak i v průběhu boje a vyrovnávání se s chronickými onemocněními. Celkově se zabývá individuálním chováním člověka a životními styly, které mají značný vliv na jeho tělesné zdraví (Křivohlavý, 2009).

2 Zdravotnická psychologie

Začátkem 20. století se psychologové pomalu začali zapojovat do nemocničních týmů. Zprvu nejvíce působili na psychiatrických odděleních, avšak později byli kliničtí psychologové žádáni i o pomoc v jiných situacích. Byli zváni na pediatrická oddělení, k pacientům před operacemi a po nich, ke klientům po traumatických událostech, k chronicky nemocným, nadále pak na oddělení neurologie, neurochirurgie, rehabilitační péče apod. (Křivohlavý, 2009).

Zdravotnická psychologie je vědní disciplínou v oblasti klinické psychologie, která zaujímá své důležité místo v každodenní zdravotnické praxi. Svými poznatky přispívá k zefektivnění léčebného procesu. Zdravotní pracovník má určitý vztah k pacientovi, ke zdravotnické práci i k sobě samotnému. Hodnota tohoto vztahu je nedílnou součástí kvality zdravotnické péče jako takové, a proto by měl mít zdravotnický personál vědomosti z různých oblastí psychologie, aby je mohl denně uplatňovat ve svých zdravotnických činnostech. Znalosti z psychologie může zdravotník využívat hned v několika odvětvích zdravotnictví. Jedná se např. o přístup k nemocnému dítěti nebo uplatnění psychologie v gynekologii a porodnictví. Dále lze zahrnout psychické problémy nemocného pacienta v interní medicíně, chirurgii nebo zvláštnosti v přístupu k jedincům s mentálním, smyslovým či tělesným defektem. V neposlední řadě jde i o psychologickou problematiku stáří, umírání a smrti (Zacharová a kol., 2007).

Psychologie zdravotnické činnosti se týká nejen práce zdravotní sestry, ale také lékaře a ostatních zdravotníků. I přes to, že je profesní zaměření lékaře a zdravotní sestry značně odlišné, v přístupu k pacientovi a k psychologickým důsledkům zdravotnické práce by neměly být zásadní rozdíly. Zacharová (2013) se domnívá, že povaha práce zdravotní sestry je z hlediska psychologického přístupu různorodější. Velký důraz je kladen na psychologicky a terapeuticky vhodné prostředí, které je výsledkem efektivní spolupráce celého zdravotnického týmu.

2.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnická povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi náročná povolání. Na dodržování žádoucích postupů jednání ve vztahu k pacientům, ale i ke spolupracovníkům je ve zdravotnické praxi kladena velká pozornost. V dnešní době společnost od zdravotníka očekává mnohem více, než tomu bylo dříve. Zdravotnický personál by měl dělat svou odbornou činnost co nejkvalitněji a vést klienty správným směrem prožívání a jednání. Samozřejmě se nesmí opomenout fyzická a administrativní práce, či spolupráce s moderní technikou. Je důležité, aby si zdravotnický pracovník uvědomil profesionální pojetí své role, díky které by měl dbát na kvalitu profesionálního chování. S profesním postavením úzce souvisí i osobnostní předpoklady, které hrají velmi důležitou a nepostradatelnou roli při naplňování poslání zdravotníka. Všechny již zmíněné požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová a kol. 2007; Plevová a kol., 2011a).

2.1.1 Osobnost zdravotní sestry

Florence Nightingalová ve své *Knize o ošetřování nemocných* z roku 1860 píše: *“Mějte na paměti, že ošetřovatelka musí být osobou, na kterou úplně se lze spoléhat: v každém ohledu musí být osobou důvěryhodnou. Nemůže vědět, jak brzy se dostane v postavení, ve kterém svou svědomitost a spolehlivost musí osvědčit. Musí být střídmostou a počestnou, má též být zbožnou ženou. Ku vlastnímu povolání má mít úctu, neboť drahý dar života je často úplně položen do jejích rukou.”*

Zdravotní sestra zaujímá významné místo ve zdravotnickém týmu, a to nejen po boku lékaře jako jeho spolupracovník, ale je vnímána také jako samostatná jednotka pečující o fyzickou a psychickou stránku člověka. Sestra byla v očích pacientů vždy člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci či jiných životně náročných situacích a pomáhá je s obrovskou tolerancí a ochotou řešit. Zdravotní sestra se snaží být také oporou pacienta spolu s jeho rodinou.

Zdravotní sestra musí budít důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti. Je zasvěcována do starostí pacienta, do jeho nálad, depresí či osobních zvláštností. Jednou z nepostradatelných vlastností zdravotní sestry by mělo být silné empatické cítění, porozumění a laskavost (Rozsypalová, Staňková, 1999; Zacharová 2013).

2.2 Vztah mezi zdravotníkem a klientem

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a pacientem vyžaduje od zdravotnického personálu nejen znalosti z psychologie, nýbrž již schopnost už zmiňované empatie, osobní zainteresovanost, schopnost se rychle rozhodnout, řídit se pevnými pravidly etického chování a ke každému klientovi přistupovat individuálně. Pokud jsou všechny tyto požadavky aplikovány do zdravotnické praxe, můžeme pak hovořit o správném chování a jednání zdravotnického personálu s pacientem. Podstata spočívá ve faktu, že zdravotník vytváří pro pacienta příznivé psychosociální prostředí, ve kterém se pak léčebné zákroky mohou uplatnit optimálním způsobem (Zacharová a kol., 2007; Plevová a kol., 2011a).

Každý zdravotnický pracovník má dodržovat zásady takzvaného profesního chování, mezi které patří např.:

- znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování
- korekce chování tak, aby se projevilo v kladném působení na pacienta
- ovládání negativních emocí a nálad při jednání s pacienty i se spolupracovníky
- povýšení potřeb zájmů pacientů nad své (Zacharová a kol., 2007).

2.2.1 Sociální interakce zdravotní sestry a klienta

Sociální interakce probíhá ve vzájemných vztazích mezi lidmi, kteří si navzájem pomáhají, spolupracují, učí se porozumění, přijímají emoční projevy a reakcemi na ně je opětvují. Přístup a chování zdravotní sestry k pacientovi, ale i k jeho příbuzným, je jedním z nejdůležitějších faktorů v sociální interakci ve zdravotnickém zařízení. Sestra má svým chováním vliv na psychické prožívání a jednání pacienta. Pacient je středem týmového úsilí, není pouze pasivní, ale naopak je aktivním spolutvůrcem a osobou zodpovědnou za své uzdravení a rehabilitaci (Čechová a kol., 2001; Zacharová a kol., 2007).

V průběhu dne tráví zdravotní sestra s pacientem obvykle více času než lékař, a proto ji pacient většinou vnímá jako svého prostředníka s lékařem či rodinou. Dále ji považuje za člověka, který upevňuje důvěru v léčbu a působí jako uklidňující prvek pečující o jeho emocionální stav. Mezi další základní povinnosti ve vztahu sestra-pacient je také ochota sestry aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a potřeby intimity (Zacharová a kol., 2007; Plevová a kol., 2011a).

K tomu, aby sestra mohla plnit úspěšně svoji roli, je zapotřebí, aby byly realizovány tři nejdůležitější přístupy:

- **Kolektivní orientace** (sociocentrismus) - sestra při své práci nevychází z vlastních potřeb a zájmů, ale zásadně z potřeb a zájmů pacienta. Jde o orientaci na druhého člověka.
- **Universalismus** - předpokládá, že sestra zaujme stejnou roli vůči všem pacientům bez ohledu na sympatie a jiné odlišnosti. Chová se ke všem bez výhrady stejně.
- **Emocionální neutralita** - vyjadřuje očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit racionální kontrole. Jde o výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů. Je to základ profesionálního i humánního chování ve zdravotnictví (Čechová a kol., 2001; Zacharová a kol., 2007).

2.2.1.1 Předpoklad etického chování

Aktuálním trendem současnosti je pozorování chování sester a jiných zdravotnických pracovníků širokou veřejností. Média často odkrývají nejen neprofesionální a nevhodné chování zdravotníků, ale dokonce se setkáváme i s příklady profesního selhání.

Sestra by se měla řídit při své práci Mezinárodním etickým kodexem pro sestry, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses) v roce 1953. V průběhu let byl několikrát revidován a znovu schvalován. Poslední schválenou podobu dostal v roce 2000. Podle tohoto kodexu mají sestry čtyři základní povinnosti: **pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení**. Tyto povinnosti plní v souladu s platnou legislativou.

Všichni lidé bez rozdílu věku, barvy pleti, pohlaví, etnicity, vyznání, kulturních zvyklostí, společenského postavení a podobně mají nárok na ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče se dotýká všech povinností sestry a její neodmyslitelnou součástí je respektování lidských práv jako jsou právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Samozřejmostí by mělo být dodržování povinné mlčenlivosti o všech okolnostech, se kterými se sestra při výkonu povolání setká. Etický kodex vymezuje rámec norem etického chování sester. Jeho znalost však primárně nezaručuje kvalitní ošetrovatelskou péči, pouze striktní dodržování přispívá k vyšší kvalitě poskytované ošetrovatelské péče (internet 1).

2.3 Komunikace ve zdravotnickém zařízení

Mezi nejdůležitější a nejužitečnější vědomosti a dovednosti patří ty, které se dotýkají komunikace (De Vito, 2001). Lidská komunikace je velmi složitý a mnohotvárný proces, který závisí na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na sociálních zkušenostech každého jedince. Schopnost komunikace je základnou bio-psycho-sociální výbavy člověka, avšak je individuálně rozlišena svou úrovní vývoje, dědičnými aspekty, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována (Linhartová, 2007).

Němčerková (2004) definuje komunikaci jako: „*Meziosobní interakci, formu chování, při které neprobíhá pouze výměna informací a jejich zpracování, ale také výměna potřeb, hodnot a hodnotových postojů, která v optimálním případě ústí do procesu vzájemného porozumění a otevření se jinému.*“.

Pro všechny profese, které se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je oblast sociálních dovedností velmi důležitá. Zejména pak komunikace ve zdravotnictví má pro medicínu klíčový význam (Janáčková, 2008). Zdravotnická ošetrovatelská péče je absolutně nemyslitelná bez komunikace mezi zdravotníky a klienty nebo bez vzájemné komunikace mezi kolegy. Proto je sociální interakce a komunikace pokládána za obzvlášť významnou část. Komunikace v rámci zdravotnické profese vyžaduje zcela specifické dovednosti a znalosti, které zdravotníci získávají během své profesionální přípravy (Čechová a kol., 2001; Venglářová, 2006). Vliv komunikace je často dalekosáhlý v tom smyslu, že jeho promlouvání i neverbální působení léčí. Jinak řečeno, odborník může svojí komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví i celkovou klientovu pohodu (Vybíral, 2005). Při práci zdravotnického personálu s klienty se nelze spokojit jen s obecnými komunikačními dovednostmi. Zdravotník musí zvládnout i komunikaci profesní. Profesní či profesionální komunikace je rozlišena do tří úrovní - sociální komunikace, specifická (strukturovaná) komunikace a terapeutická komunikace.

Sociální komunikace se odehrává jako běžný rozhovor a kontakt s klientem, např. při úpravě lůžka, podávání stravy a léků nebo při hygieně. Z možného strádání komunikace s okolím klienti vítají možnost rozhovoru. Takový rozhovor může pozitivním směrem ovlivnit komunikaci v rámci ošetrovatelské péče a pomůže také navázat dobrý vztah mezi účastníky konverzace (Kelnarová, Matějková 2009).

Specifická (strukturovaná) komunikace je taková, kdy zdravotník sděluje klientovi důležité informace, motivuje ho ke spolupráci, edukuje, poučuje o možných rizicích. Tento druh komunikace klade nároky na srozumitelnost vyjádření a formu sdělení. Kvalifikovaní zdravotníci musí správně vyhodnotit aktuální zdravotní stav klienta a měli by si ověřit, zda klient informacím porozuměl a jestli se vším souhlasí. Zdravotní sestra vysvětluje např. postup vyšetření nebo nezbytné dodržení pravidel před zákrokem.

Terapeutická komunikace je většinou realizována formou rozhovoru. Úkolem zdravotnického personálu je poskytnout klientovi oporu a naději v těžké životní situaci při přijímání závažných rozhodnutí. K terapeutickému rozhovoru můžeme zahrnout např. uklidnění klienta před operací, podporu jeho soběstačnosti, poukázat na možnosti vedení smysluplného života i za změněné zdravotní situace (Venglářová, 2006; Kelnarová, Matějková 2009).

Klienti očekávají ze strany zdravotníků nejen jasné informace o svém zdravotním stavu, průběhu léčby, rekonvalescenci, zdravém životním stylu, ale také emocionální podporu a rady, jak mohou sami přispět k léčbě, nebo také otevřený a rovnocenný dialog. (Čermák, 2008; Linhartová, 2007). Všechna tato očekávání klientů jsou obsažena i v etickém kodexu Práv pacientů.

Stále se zdůrazňuje, že je nutné navázat nejenom profesionální vztah ke klientovi, ale i vztah osobní, lidský a účastný. Odborník nemůže dostatečně humánně a terapeuticky hovořit s „diagnostickou kategorií“, musí jednoznačně mluvit s člověkem (Vybíral, 2005). Harmonické jednání zdravotníků by mělo odrážet jak příjemné vnější prostředí, tak i kvalitu mezilidských vztahů (Zacharová a kol., 2007).

2.3.1 Formy komunikace

Komunikací rozumíme přenos informací, myšlenek a pocitů od jednoho člověka k druhému, respektive skupině lidí, uskutečňovaných pomocí symbolů (znaků) umožňujících dorozumění mezi lidmi. Komunikace je nejčastěji spojována s verbálními a neverbálními projevy. **Verbální** komunikace se rozumí vyjadřování slov pomocí příslušného jazyka. Součástí verbálních projevů je paralingvistika, kterou tvoří hlasitost projevu, kvalita řeči, výška hlasu, barva hlasu a intonace, emoční zbarvení projevu, plynulost řeči, rychlost řeči, chyby v projevu apod.

Neverbální (nonverbální) projevy jsou specifickým lidským dorozumívacím prostředkem tvořící podstatnou část naší komunikace. Vyjadřujeme jimi vztah k druhému člověku, skutečný zájem o něj a jeho problémy, zda si ho vážíme nebo ne. Neverbální komunikace se odehrává prostřednictvím mimiky (výrazu obličeje), gest, které doprovázejí slovní projevy a mají výrazný sdělovací účel. Mezi další nonverbální projevy zahrnujeme posturologii (držení těla), řeč očí (našich pohledů) a proxemiku (Bednářová, 2010; Plaňava, 2005).

2.3.2 Zásady efektivní komunikace

Efektivní komunikaci definuje Andrea Pokorná (2007) jako otevřenou komunikaci, při které nedochází ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí. Podstata efektivní či produktivní komunikace je ukotvena v sociální interakci, při které mluvčí i příjemce získávají důležité informace. Aby mohl tento komunikační proces proběhnout, musejí být zajištěny dvě zásadní podmínky, tj. komunikace bezbariérová a kongruentní³. Efektivní komunikace není možná bez základních psychologických dovedností, které si zdravotnický personál musí osvojit. Aplikace těchto komunikačních dovedností slouží k úspěšnému navázání kontaktu s klientem, vytvoření atmosféry důvěry, pochopení a zájmu o klienta. Dále také pomáhá získat „compliance“ s léčbou a mimo jiné je důležitá pro ověření, zda bylo sděleným informacím a radám porozuměno a zda je klient ochoten se jimi řídit (Čechová a kol. 2001; Ptáček, Bartůněk, 2011; Čermák, 2008).

Klíčové dovednosti vytvářející efektivitu komunikace, které by měly být základním kamenem ve zdravotnické komunikaci jako takové, jsou uvedeny následovně.

Jednoduchost - sdělovat klientovi informace srozumitelným jazykem. Je vhodné používat běžné slovní obraty. Neefektivní je zdlouhavé opisování situace a používání odborné medicínské terminologie neznámé posluchači (Kelnarová, Matějková, 2009; Čermák, 2008).

Stručnost - stručné informace jsou mnohem srozumitelnější a působí profesionálně. Je nutné zde užívat zpětnou vazbu pro kontrolu, jak klient informacím porozuměl, popřípadě zda se chce na něco zeptat. Nikdy se však stručnost nesmí zaměnit se strohostí a neochotou komunikovat (Venglářová, 2006; Čermák, 2008; Kelnarová, Matějková, 2009).

³ soulad v úrovni verbálního a neverbálního sdělení a shoda v obsahu i významu řečeného

Zřetelnost - odborník sděluje informaci jasně a vyjadřuje její podstatu. Je velmi důležité se vyvarovat dvojsmyslným sdělením a přílišnému zobecňování.

Vhodná doba - je nutné si připravit rozhovor s klientem, a to zvláště tehdy, jedná-li se o závažná sdělení. Proto je vhodné zvážit všechny souvislosti - zda je správné načasování, je zajištěn klid, soukromí, nerušený prostor a zda má zdravotník dostatek času (Kelnarová, Matějková, 2009; Špatenková, Králová, 2009).

Adaptabilita - vždy je třeba sledovat projevy člověka, se kterým vedeme rozhovor. Zdravotník si všímá verbálních i neverbálních projevů a reakcí klienta. Pokud klienta informace rozruší nebo dokonce rozpláchnou, vždy je na místě ponechat mu čas na oddech (Kelnarová, Matějková, 2009).

Být v komunikaci emocionálně mírně pozitivní ve výrazu - dát najevo zájem o klienta, vyvarovat se však vtipkování a svádívému chování. Zdravotnický personál nezatahuje vlastní problémy do sdělení nebo do celkového rámce komunikace s klientem.

Nesnižovat a neurážet - v rozhovoru zdravotník dbá na etické komponenty komunikace.

Ovládat profesionální chování - zdravotnický personál má být profesionálně adaptovaný, vědomý si svého postavení a zodpovědnosti, dokázat se rychle zorientovat v nové situaci, dokázat pracovat v týmu, respektovat druhé a vhodně reagovat na kritiku (Čermák, 2008).

2.3.2.1 Devalvační prvky v komunikaci

Devalvace znamená hrubé, necitlivé, bezohledné komunikování bez úcty, respektu a taktu. Do jejího obsahu je možné zahrnout i neprofesionální komunikační zlozvyky. Mezi nejčastější devalvační projevy patří:

- neodpovídat na pozdrav
- ignorace
- nezainteresovanost
- netaktnost a necitlivost

- bezohlednost, urážení
- podceňování, opovrhování, uštěpačnost a ironie
- přivádění do trapných situací
- zpochybňování schopností a zdravého rozumu
- lhaní, osočování
- stereotypní fráze
- skákání do řeči

Tyto projevy jsou často projevem nezralé osobnosti. Komunikace má však budovat vztahy, proto vyžaduje mnoho schopností. Smysluplnost komunikace závisí na tom, do jaké míry jsme schopni uplatňovat zásady produktivní komunikace (Kelnarová, Matějková, 2009; Plevová a kol., 2011).

2.3.3 Empatie

Pojem empatie se zřejmě poprvé objevil v roce 1903 u T. Lippse, který systematicky rozpracoval pojem *Einfühlung* (vcítění). Jím myslí tendenci vnímajícího promítnout sebe sama do vnímaného objektu, zažívat pocity bytí v objektu oproti pocitům o objektu. E. Titchener pak německý výraz *Einfühlung* přeložil do angličtiny jako *empathy* (Slaměník, 2011).

Empatie se řadí mezi základní předpoklady efektivní komunikace psychoterapeutického přístupu. Je jednou z podmínek lidského přístupu ke klientovi (Kristová, 2004). Znamená vcítění se do duševního stavu klienta, jeho nálady, prožívání (Beran, 1992). Podle Křivohlavého (2010) je empatie "*vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu*". Ve zdravotnickém povolání se často setkáváme s bolestí a strachem. Pokud je to vhodné, můžeme klienta chytit za ruku, pohládit, a tím vyjádřit soucítění s jeho emocionálním stavem. Je však zcela nepřipustné prožívání druhých v zátěžových situacích zlehčovat. Důležité je si uvědomit, že soucítění není soucit, neznamená souhlas s názory, s jednáním a chováním druhého, ztrátu vlastní identity, vlastních názorů a přesvědčení (Křivohlavý, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

Empatie se skládá ze dvou na sebe navazujících složek. Poznávací, neboli kognitivní složka předpokládá schopnost zdravotnického personálu rozpoznat, v jakém duševním stavu se klient nachází, jakou má náladu, jaké potřeby, co očekává a jaký je způsob jeho myšlení. Umožňuje předvídat jeho myšlenkové procesy a reakce. Emocionální složka představuje vcítění se do psychického stavu klienta. Kognitivní a emocionální složka nemohou existovat odděleně. Navzájem se prolínají a determinují (Kristová, 2004).

2.3.4 Specifické komunikační techniky a dovednosti

Podmínkou pro průběh efektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a klientem je osvojení si konkrétních dovedností. Budoucí zdravotníci by měli již během profesionální přípravy umět naslouchat, klást otázky, zrcadlit, podněcovat, sumarizovat a také mlčet (Čechová a kol., 2001).

2.3.4.1 Umění naslouchat

Mezi klíčové techniky terapeutické komunikace se zařazuje naslouchání, jež by mělo být první částí společného rozhovoru. Naslouchání neznamena jen slyšet, je důležité jednak pro samotné porozumění druhému, jednak pro vyjádření zájmu o něj a interpretaci toho, co jsme slyšeli (Čechová a kol., 2001; Plevová a kol., 2011b). Slyšení je záležitost fyziologická, naslouchání je záležitost psychologická (Křivohlavý, 2010).

Při naslouchání slyšíme slova a věty a vnímáme způsob, jakým jsou vysloveny, např. z výšky hlasu, zbarvení, hlasitosti a rychlosti projevu, pomlkami atd. Tyto "svrchní tóny řeči" dotváří význam sdělení. Avšak naslouchání není jen věcí sluchu, mnohé informace můžeme vnímat očima. Z tváře hovořící osoby můžeme poznat její emoce: štěstí-neštěstí, radost-smutek, klid-rozčilení, zájem-nezájem, strach i pocit jistoty apod. V řeči těla hrají velkou roli pohledy, postoj a pohyby mluvího, jeho vzhled, oblečení, ale i prostředí, ve kterém ke komunikaci dochází (Křivohlavý, 2010).

Sociální psychologie rozlišuje naslouchání pasivní a aktivní. **Pasivně naslouchat** může kdokoliv, kdo je ochoten být fyzicky přítomen v dosahu mluvího. Vyznačuje se pouhým příjmem a zpracováním zvukových signálů, bez snahy jim porozumět a dekodovat (Čechová a kol., 2001).

Při **aktivním naslouchání** se snažíme pochopit to, co nám druhý říká, co si myslí o své situaci a jak vidí své problémy. Dáváme mu najevo, že mu rozumíme v tom, co pociťuje. Podáváme mu zpětnou vazbu, když zopakujeme, co jsme se od něho dozvěděli. Pro nás je to možnost ověřit si, zda jsme sdělení správně pochopili a pro mluvčího je to příležitost upřesnit své sdělení, ověřit si, zda mu bylo správně porozuměno (Křivohlavý, 2010). Mezi charakteristiky dobrého naslouchání patří přiměřené udržování očního kontaktu, vstřícná gesta a výraz v obličeji, nepřerušování, sledování myšlenek a soustředění se (Plevová a kol., 2011b).

Nelze jednoznačně odsoudit pasivní naslouchání a požadovat vždy jen aktivní. I pasivní naslouchání má pro klienta svoji hodnotu tím, že mu dává možnost uspořádání vlastních myšlenek, svěřit se v tíživé chvíli atd. (Čechová a kol., 2001).

2.3.4.2 Kladení otázek

Rozlišujeme tři základní typy otázek: uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřená otázka umožňuje pouze velice stručnou odpověď typu ano/ne. Nedává žádnou možnost, aby se klient rozpovídal. Polouzavřená otázka umožňuje širší odpověď, která je ale ohraničena. Se zcela volnou odpovědí počítá otázka otevřená. Při dotazování se často zdravotnický personál dopouští chyby sugestivně položené otázky, např. „Cítíte se lépe po těch lécích?“. Správně by však měla znít takto: „Pozorujete nějakou změnu po těch lécích?“. Každá otázka by měla být položena tak, aby dotazovaného nasměrovala k určitému typu odpovědi a zároveň umožnila odpovědět objektivně (Čechová a kol., 2001).

2.3.4.3 Podněcování hovoru

Při povzbuzování vybízí zdravotník klienta k popovídání si o jeho problémech, projevuje mu svůj zájem, řekne např. "Promluvme si o tom." Křivohlavý (2010) chápe povzbuzování jako způsob nasměrování komunikačního partnera k lepšímu pochopení a uvědomění si své situace. Dále ho vede k uvědomění si možností a rozhodnutí, jak situaci řešit.

2.3.4.4 Zrcadlení

Zrcadlením vyjadřujeme porozumění pocitům partnera, uznáváme oprávněnost jeho pocitů. Pojmenování pocitů může přinést úlevu. Jaro Křivohlavý nedoporučuje zrcadlení emocí, pokud je partner rozhněván, nebo trpí depresí.

Reflexe je součástí zpětné vazby, kterou ubezpečujeme sebe i klienta, že jsme pochopili řečené tak, jak bylo myšleno (Čechová a kol. 2001; Křivohlavý, 2010).

2.3.4.5 Sumarizování

Další technikou, kterou zdravotník přesvědčuje sebe i klienta ve správném vnímání a porozumění, je sumarizování informací. Krátce shrne důležitá fakta a závěr, ke kterému dospěl (Čechová a kol., 2001; Pokorná, 2007).

2.3.4.6 Mlčení

Ticho je součástí komunikace. Příčinou mohou být rozpaky, stud, šokující zpráva, nedostatek důvěry, nechuť se svěřovat, obavy, přemýšlení o tom, na co se zeptat, jak se zeptat, jak zformulovat odpověď (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.3.5 Psychoterapeutický přístup

Zdravotní sestry ve vztahu ke klientovi zastávají nezastupitelnou roli, se kterou se postupně ztotožňují. K tomu ovšem může dojít až tehdy, když jsou ve svém vývoji tak daleko, že vykazují většinu charakteristik zralého člověka. Práce musí být pro ně spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením, se kterým se pojí takzvaná seberealizace jedince (Zacharová a kol., 2007).

Každodenní chování sestry vůči klientovi má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup. Psychoterapeutický přístup je chování zdravotníků, které cíleně a záměrně přispívá k zajištění kvalitní péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů. Hovoříme o takzvaném produktivním chování. Zdravotnický personál se v produktivním chování opírá o základní skutečnosti jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů (Jobánková a kol, 2003; Zacharová a kol., 2007).

Psychoterapeutický přístup klade důraz na aktivní spolupráci klienta, na zájem o jeho prožívání, na podporu klienta a empatii. Zahrnuje také psychologickou podporu klienta, sdílení klientových obav, dodání odvahy, pochvaly či ocenění a v neposlední řadě zahrnuje vztah zdravotnického personálu s klientem se vzájemnou úctou a respektem (Jobánková a kol., 2003). Nedílnou součástí produktivního chování je také využívání efektivní komunikace, při které dbáme na zpětnou vazbu, dáváme klientovi prostor na dotazy a ověřujeme si jeho porozumění sděleným informacím. Tato nejdůležitější pravidla produktivního chování vůči klientům jsou předpokladem pro navázání správné komunikace a vzájemného porozumění (Kelnarová, Matějková, 2009).

Je třeba pamatovat na to, že chování zdravotníka může působit na klienta psychoterapeuticky, ale také psychotraumaticky, tedy může vést k poškození klienta, k tzv. iatropatogenii (poškození klienta lékařem) nebo sororigenii (poškození klienta sestrou). Psychotraumatické, neboli neproduktivní chování má dopad na celou osobnost klienta.

Jobánková (2003) uvádí některé způsoby, kterými může dojít k poškození klienta:

- podávání klientovi polopravdivých či nepravdivých informací
- prezíravý až nepřátelský postoj vůči klientovi
- projevy odmítavého chování (štítivost, odměřenost apod.)
- nesdílné a uzavřené chování ke klientům (lhostejnost a nezájem)

3 Psychologická problematika v ženském lékařství

Gynekologie a porodnictví jsou oblastí medicíny, kde prožívání klientů je ovlivněno kvalitou socializačního procesu. Velký počet žen přichází do kontaktu s gynekologem v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Jde o vztah mezi lékařem a klientem vlastně výjimečný – většinou nepřichází nemocná, ale zdravý žena (Roztočil, 2011).

3.1 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu. Změny, které se v těle staly během těhotenství, odeznívají a organismus se pozvolna vrací do původního stavu (Pařízek, 2006). V děložní dutině dochází k regeneračním procesům, které jsou doprovázeny sekrecí očístků (lochia). Charakter očístků se v průběhu šestinedělí mění a na konci tohoto období úplně ustává. Involuce dělohy je provázána poporodními kontrakcemi, které mohou některé rodičky vnímat bolestivě. Děloha se postupně zavínuje a od 10. dne po porodu již není fundus za stydkou sponou hmatný. Involučními změnami prochází také hrdlo děložní, sliznice pochvy, svaly pánevního dna a břišní stěny (Čech, 2006).

Období šestinedělí se dělí na dobu poporodní (asi 2 hodiny po porodu placenty), která již patří do časného šestinedělí. Časné šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní. Poté následuje pozdní šestinedělí, které končí 42. dnem po porodu (Čech, 2006).

3.2. Psychické prožívání ženy v období šestinedělí

Období šestinedělí je pro psychiku ženy velmi náročným obdobím. Dochází k významným hormonálním a somatickým změnám, žena se musí přizpůsobit nové roli matky. Prudké změny hladiny hormonů, ke kterým dochází bezprostředně po porodu, mají zásadní vliv na psychické prožívání ženy v tomto období. V průběhu prvních tří dnů po porodu dochází k poklesu estrogeneru a progesteronu a vzestupu oxytocinu a prolaktinu (Ratislavová, 2008a).

3.2.1 Psychologická problematika časného šestinedělí

Psychika ženy je po porodu vystavena velké zátěži související nejen se zmiňovanými fyzickými a hormonálními změnami. Ženy v období šestinedělí zpracovávají zážitky spojené s porodem a současně se přizpůsobuje nové životní situaci, roli matky. V souvislosti s prožitkem porodu dochází ke měnám v sebehodnocení a sebepojetí ženy. Žena se rovněž musí vyrovnat se skutečností jejího dítěte jako již zcela nezávislé osobnosti. Matka se plně věnuje mateřské roli a starostlivosti o novorozence. Dochází k uvědomění zodpovědnosti za dítě jako rodiče a strach z mateřské role. Novopečená matka může zpočátku pociťovat neschopnost a pocit selhání. Žena v tomto náročném období často zažívá samotu a má potřebu emocionální podpory ze svého okolí (Michelena, 2006; Ratislavová, 2008a).

První poporodní den se u žen někdy pozoruje vzestup radostné nálady, která vyplývá z jakési úlevy, že vše dobře dopadlo a dítě je v pořádku. Většinou jde však přechodné období, které je vystřídáno obavami, úzkostí a emočním kolísáním. K tomu přispívá i velký pocit odpovědnosti za zdraví dítěte a jeho výchovu a za realizaci role matky a pečovatelky. Péče o dítě se najednou stává skutečností, která vyžaduje také odříkání a stálou pohotovost přinášející trvalou zátěž, na kterou je potřeba si zvyknout. Nepříznivé stavy se dále mohou násobit celkovou fyzickou vyčerpaností a nedostatkem spánku (Ratislavová, 2008a).

3.2.1.1 Poporodní blues

Poporodní blues lze označit jako přechodnou subdepresivní epizodu, která se objevuje u 50-80% žen v období 3. – 6. dne po porodu. Někdy bývá nazývána také jako baby blues. Tato fáze je charakteristická velkými psychickými výkyvy a změnami nálad od radostné rozechvělosti až po zlost. Ženy bývají zranitelné a přecitlivělé. Objevují se epizody pláče, jejichž příčinu často nedokáže objasnit a ani žena sama. Pláč však nemusí být nutně spojen se smutkem (Geisel, 2004).

Poporodní blues není považován za patologickou změnu v psychice ženy, ale přirozenou adaptační reakci organismu ženy po porodu, která se objevuje ve všech kulturách. Poporodní blues rychle odeznívá, většinou mizí do 10. dne po porodu. Příznaky trvající déle než 14 dnů mohou znamenat riziko rozvoje vážnější poporodní deprese. Poporodní změny nálad jsou neškodné, a proto nevyžadují terapii. Postačí poučení porodní asistentkou, nejlépe již v předporodním kurzu (Ratislavová, 2008a).

3.2.1.2 Poporodní psychóza

Toto poporodní psychotické onemocnění bylo dříve označováno jako „laktační psychóza“ s laktací však nic společného nemá. Jedná se o nejzávažnější psychické onemocnění po porodu. Vzniká zpravidla v prvním týdnu po porodu (až 15 dnech) a vyskytuje se u 0,1-0,2 % žen. Rozeznávají se amentní, manické, endogenní depresivní a schizofrenní formy tohoto onemocnění. Někteří autoři neuznávají poporodní psychózu jako zvláštní jednotku, ale považují ji za vznik „normální“ psychiatrické nemoci nebo za relaps. Mezi příznaky patří vyčerpanost, návaly vzteku, ztráta kontaktu s realitou, halucinace, myšlenky na sebevraždu a vraždu dítěte (Čech a kol. in Ratislavová, 2008; Geisel, 2004).

3.2.1.3 Porodní asistentka v péči o psychiku ženy v časném šestinedělí

Porodní asistentka bývá prvním odborníkem, se kterým se žena po porodu setkává po převozu na oddělení z porodního sálu. Citlivé a empatické zacházení s klientkou na oddělení šestinedělí je samozřejmostí, také podpora a poskytnutí emoční opory. Porodní asistentka může být oporou pro matku v tomto období plném změn. Je potřeba, aby budovala důvěryplný vztah pomocí podpůrné a otevřené komunikace. Porodní asistentka radí klientce při řadě obtíží, edukuje o kojení, vede ji postupně k samostatné péči o novorozence a povzbuzuje v nové mateřské roli. Na oddělení je zaveden režim matka-dítě, tzv. rooming-in, kdy jsou na společném pokoji. Rooming-in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, způsobit rychlejší rozvoj biologických a psychických funkcí dítěte a naučí ženu starat se o novorozence bezprostředně po porodu. Oba jsou pod stálou kontrolou novorozeneckých sester a porodních asistentek (Ratislavová, 2008ab).

Úkolem porodní asistentky je také sledovat všechny patologické psychické projevy klientky, na které upozorní lékaře. Pokud symptomy přetrvávají, je žádoucí, aby porodní asistentka zkontaktovala lékaře. Na oddělení šestinedělí by měla mít každá matka možnost využít konzultaci s psychologem. Z porodnice by žena měla odcházet domů s novorozencem dobře připravená, poučená (Ratislavová, 2008ab).

3.2.2 Psychologická problematika pozdního šestinedělí

Po propuštění z porodnice je žena předána do péče ambulantního lékaře. Může využít také služeb soukromé porodní asistentky. V pozdním šestinedělí by žena měla dodržovat zásady hygieny, stravování, péče o prsy a cvičení, se kterými byla seznámena v porodnici (Čech, 2006).

Sedmým dnem končí časný šestinedělí a začíná šestinedělí pozdní, které trvá do 42. dne. Je charakteristické tím, že je žena s novorozencem propuštěna z nemocnice do domácího prostředí. V pozdním šestinedělí záleží na osobnosti ženy, na zkušenostech s péčí o dítě, na kvalitě rodinné podpory, jak bude žena toto období prožívat. Dále špatná kvalita partnerského vztahu, těžká socioekonomická situace, nebo současně se vyskytující jiné těžké životní situace jsou rizikovými faktory. Příčinou neuspokojení z péče o dítě a narůstající nejistoty v mateřské roli může být i neklidné dítě. Matka jeho signály obtížně vyhodnocuje, jsou pro ni nesrozumitelné a její reakce nepřináší dítěti útěchu (Ratislavová, 2008c).

3.2.2.1 Poporodní deprese

Poporodní deprese se obvykle objevuje za 6-12 týdnů od porodu, ale maximálně do jednoho roku po porodu Praško (2002). Projevuje se u 10 – 15% žen v období po porodu a je charakteristické déletrvající změnou nálady různého stadia a různé délky trvání. Mezi příznaky poporodní deprese se řadí pocity neschopnosti, nedostatečnosti, studu, poruchy spánku, nerozhodnost, nedůvěra sama v sebe, zlost, úzkost a obavy ze samoty. Matka postižená poporodní depresí také prožívá nadměrnou únavu až vyčerpanost, podrážděnost, bezmoc, beznaděj, ztrátu zájmu a radosti. Může mít problémy spojené se zažíváním, ztrátu chuti k jídlu nebo přejídání se. Dále se mohou dostavit záchvaty pláče a snížená schopnost koncentrace. Mohou se také objevovat rozporuplné až nenávislné pocity ve vztahu k dítěti, pocit viny z neschopnosti dostatečně vyjádření lásky. Žena má obavy ze ztráty partnera, že zůstane s dítětem sama. Její schopnost pečovat o dítě značně klesá. Matka o sobě začíná pochybovat, že ve své nové roli selhala. Brání se kontaktu se svým okolím, uzavírá se před světem a ztrácí radost z věcí, které měla dříve ráda (Praško 2002). Poporodní deprese se převážně objevuje v mírné či střední intenzitě, někdy však může dojít k prohloubení, které může vyústit až k zabití dítěte nebo sebevraždou.

Poporodní deprese se častěji vyskytují u žen s depresivní epizodou nebo poruchou osobnosti. Nejtěžší období pro ženu je příchod domů, kde již není žádný odborný personál a žena si musí poradit sama. Další krizové období může nastat za 2 – 3 týdny po příchodu domů, kdy se snižuje podpora ze strany rodiny (Ratislavová, 2008).

4 Výzkumné otázky

Na základě dílčích cílů a získaných informací z odborné literatury byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Otázka č. 1

Jakým způsobem podporuje NZP psychiku ženy v šestinedělí?

Otázka č. 2

Jaké chování a přístup zaujímá dle subjektivního hodnocení respondentek NZP k ženě v šestinedělí?

Otázka č. 3

V jaké míře využívá NZP zásady efektivní komunikace se ženou v šestinedělí?

Otázka č. 4

Jaké pocity prožívá žena v šestinedělí při komunikaci s NZP?

Otázka č. 5

Jak ženy v šestinedělí hodnotí dle vlastního subjektivního cítění kvalitu aktivního naslouchání a empatii ze strany NZP?

5 Metodika výzkumu

Výzkum týkající se využívání znalostí psychologie v nemocniční praxi zdravotnickým personálem z pohledu klientky je podrobně rozebrán v následujících kapitolách.

5.1 Výzkumný nástroj

Pro dosažení stanovených cílů bakalářské práce byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník, který je součástí bakalářské práce jako příloha A, byl distribuován do dvou zdravotnických zařízení v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Dotazník byl vytvořen cíleně pouze pro respondentky, jimiž byly ženy v období šestinedělí. Na připravené otázky ženy v dotazníku odpovídaly anonymně.

Dotazník byl sestaven na základě prostudované literatury. Celkem jej tvořilo 18 otázek rozdělených do dvou částí. První část dotazníku byla pouze informativní a zjišťovala věkové rozložení respondentek. Druhou část dotazníku tvořila specifická data. Otázky v dotazníku zahrnovaly jak polootevřené (otázky č. 9, 10, 16), tak i uzavřené odpovědi. Otázky uzavřené byly polytomické výběrové (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17), další otázky dotazníku byly polytomické výčtové (otázka č. 9) a škálové (otázka č. 18).

V otázkách č. 1, 2 a 3 uváděly respondentky, zda má nelékařský zdravotnický personál (dále jen NZP) zájem o jejich emocionální stav a zda by hodnotily NZP jako ochotný, trpělivý a aktivní při možném výskytu problémů. Otázka č. 4 zjišťovala, v jaké míře jsou respondentky spokojené či nespokojené s profesionálním vystupováním NZP. Následující otázka měla za cíl zjistit subjektivní názor respondentek týkající se zachování intimity v rámci možností NZP. V otázkách č. 6, 7 a 8 respondentky uváděly, jak vnímají přístup a vztah s NZP. Otázky č. 9, 10 a 11 zjišťovaly, jestli se respondentky setkaly s devalvačními prvky v komunikaci a neproduktivním chováním ze strany NZP. Otázka č. 12 zkoumala kvalitu podpory NZP z pohledu respondentek. V otázkách č. 13, 14 a 15 jsme zjišťovaly od respondentek, jak NZP dodržuje či nedodržuje některé ze zásad efektivní komunikace. V následující otázce jsme se zkoumaly, zda respondentky cítily zábrany při pokládání dotazů NZP, pokud odpověděly pozitivně (tedy ano), vzápětí byla tato odpověď respondentkami odůvodněna. V otázce č. 17 uváděly respondentky, zda jim NZP aktivně naslouchá. A v poslední otázce hodnotily respondentky na hodnotící škále od 1 do 5 schopnost porozumění a empatie NZP.

5.2 Výzkumný vzorek

Účelem vlastního výzkumného šetření bylo zmapovat využívání znalostí psychologie v nemocniční praxi zdravotnickým personálem z pohledu klientky, ke kterému bylo nutné získat dostatečné množství vstupních dat.

Cílovou skupinou byly klientky v období šestinedělí. Zaměřily jsme se na zkoumání žen v šestinedělí z důvodů větší psychické náchylnosti a celkové zranitelnosti. Klientky se právě v tuto dobu dostávají do zcela nové role, „role matky“, a potřebují psychickou podporu a profesionální péči ze strany zdravotnického personálu.

Vstupní data byla získána v období letního semestru 2014 na základě dotazníkového šetření ve dvou zdravotnických zařízeních v Královéhradeckém a Pardubickém kraji v České republice. Průzkumu se zúčastnilo 50 žen ve věku od 18 let do 42 let. Bylo tedy poskytnuto celkem 50 dotazníků (100%), z čehož celková návratnost činila 86%, přesně 43 řádně vyplněných. Kompletně vyplněné dotazníky byly použity pro zpracování výzkumné části bakalářské práce.

5.3 Metodika analýzy dat

Data získaná v dotazníkovém šetření byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010. Výsledky byly interpretovány slovním komentářem u jednotlivých otázek a zpracovány pomocí sloupcových grafů. V grafech jsou hodnoty uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost udává počet respondentek, které odpověděly na danou otázku. Relativní četnost je podíl absolutní četnosti a celkové četnosti. Při interpretaci výsledků byly údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla.

Přehled použitých četnostních veličin:

- n**..... celková četnost
- n₁**..... absolutní četnost
- p₁**..... relativní četnost
- Suma (Σ)**..... celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech $p_1 = n_1/n * 100$

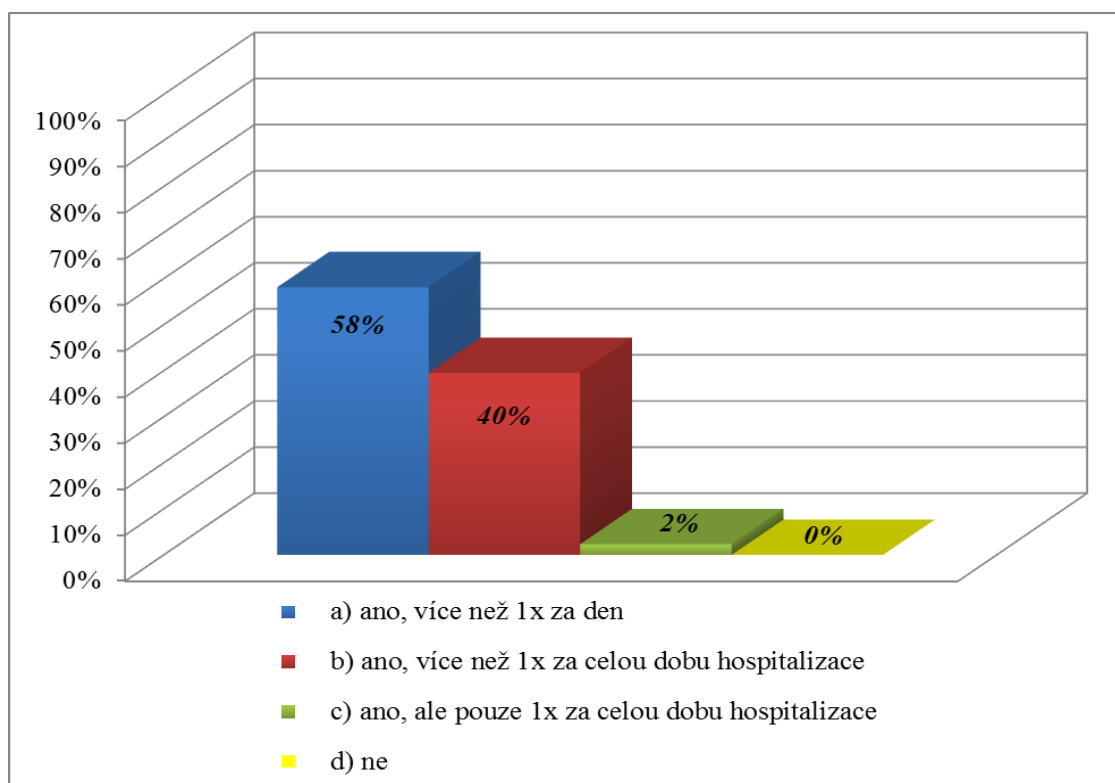
6 Analýza a interpretace výsledků

Tato část bakalářské práce prezentuje specifická data získaná z druhé dotazníkové části.

1. otázka - Ptá se Vás nelékařský zdravotnický personál (zahrnuje porodní asistentky, novorozenecké sestry) během Vaší hospitalizace na to, jak se cítíte?

- a) ano, více než 1x za den
- b) ano, více než 1x za celou dobu hospitalizace
- c) ano, ale pouze 1x za celou dobu hospitalizace
- d) ne

Na otázku týkající se zájmu nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NZP) o emocionální stav ženy v šestinedělí odpověděly respondentky následovně, viz obrázek č. 1: 25 (58 %) respondentek uvedlo, že se jich NZP ptal více než 1x za den na to, jak se cítí. 17 (40 %) respondentek uvedlo, že se jich NZP ptal více než 1x za celou dobu hospitalizace. Pouze 1 (2 %) respondentka uvedla, že se jí NZP ptal pouze 1x za celou dobu své hospitalizace na oddělení šestinedělí. Odpověď ne neuvědl nikdo. Z těchto výsledných dat lze usoudit, že míra zájmu NZP o emocionální stav žen v šestinedělí je vysoká.

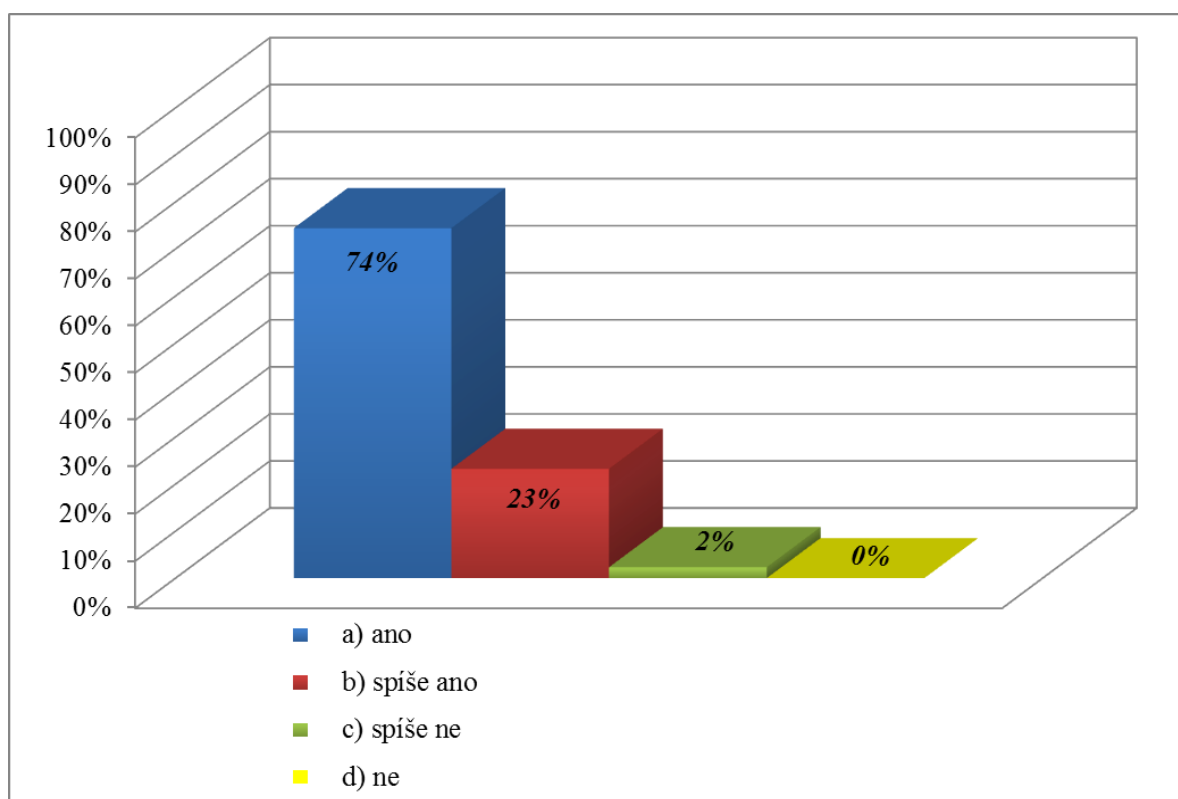


Obrázek 1: Graf míry zájmu o emocionální stav ženy v šestinedělí

2. otázka - Hodnotila byste nelékařský zdravotnický personál jako ochotný, vstřícný a trpělivý?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentek odpověděly ženy v šestinedělí na otázku, o hodnocení nelékařského zdravotnického personálu jako ochotný, vstřícný a trpělivý, následovně: odpověď ano uvedlo 32 (74 %) respondentek. Odpověď spíše ano uvedlo 10 (23 %) respondentek. Odpověď spíše ne uvedla 1 (2 %) respondentka. Nikdo z respondentek neoznačil odpověď ne. Z výše uvedených dat můžeme zhodnotit NZP převážně jako ochotný, vstřícný a trpělivý s možnými výjimkami, které mohou tvořit jednotlivci z týmu nelékařských zdravotnických odborníků zahrnující porodní asistentky a novorozenecké sestry.

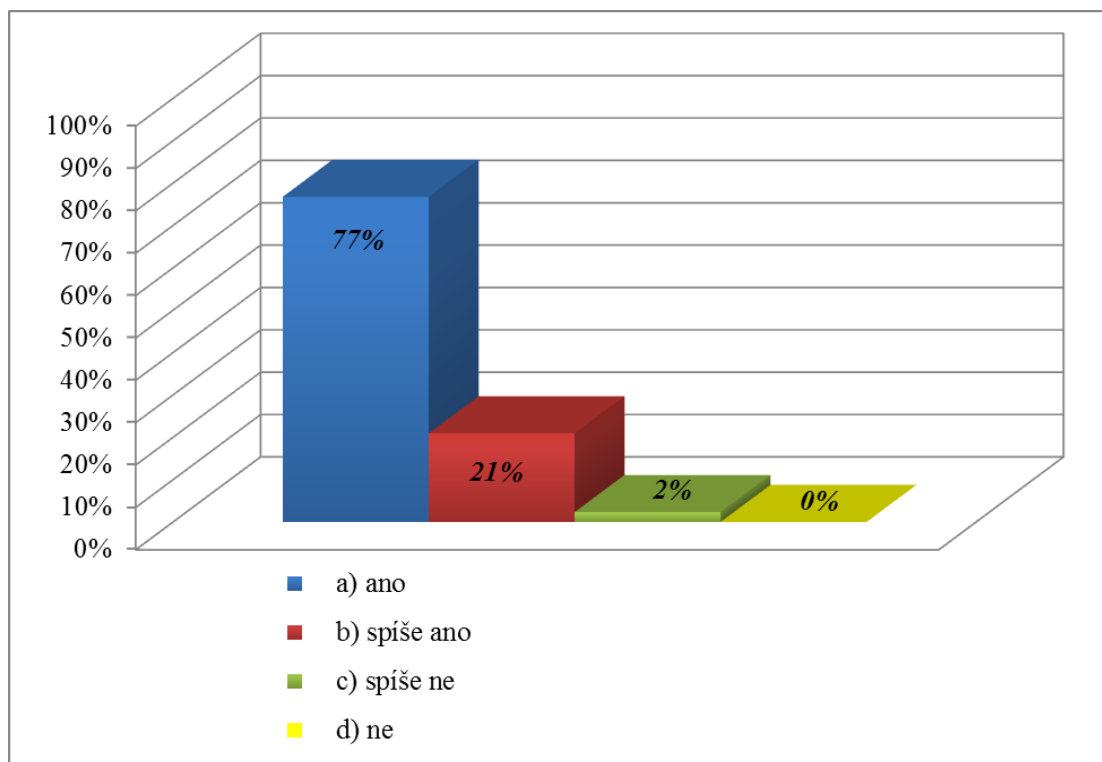


Obrázek 2: Graf přítomnosti ochoty, vstřícnosti a trpělivosti u NZP

3. otázka – Pokud se vyskytl problém, se kterým jste si nevěděla rady, byl Vám nelékařský zdravotnický personál oporou, snažil se Vám aktivně pomoci a problém společně vyřešit?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Nejčastěji byla označována odpověď ano a to 33 (77 %) respondentkami. Dalších 9 (21 %) respondentek označilo odpověď spíše ano a 1 (2 %) respondentka označila odpověď spíše ne. Negativní odpověď, tedy ne, neoznačila ani jedna z respondentek. Odpovědi spíše ano mohly označit ženy prvorodičky, které postrádají dostatek zkušeností v období šestinedělí, jak s celkovou péčí o dítě, tak s péčí o sebe samotnou. Oproti ženám vícerodičkám tak mohou vyžadovat prvorodičky zvýšenou potřebu opory a pomoci. Z obrázku č. 3 lze vyčíst spíše kladné výsledky, které by se měly pozitivně odrážet na ženách v šestinedělí v jejich v nové roli matky, a které by je měly vést k postupné samostatnosti a dobré připravenosti pečovat o novorozence.

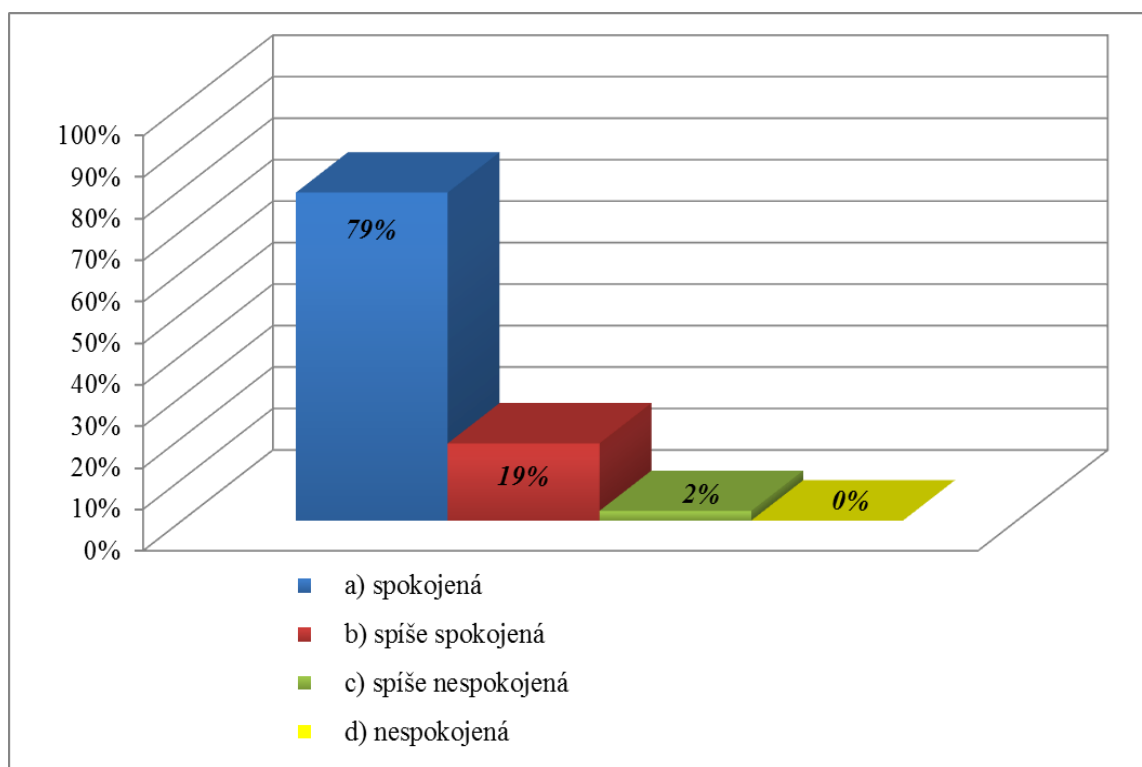


Obrázek 3: Graf přítomnosti opory a aktivní pomoci ženám v šestinedělí

4. otázka - Jak jste spokojena/nespokojena s profesionálním vystupováním nelékařského zdravotnického personálu? (Nelékařský zdravotnický personál komunikuje se všemi klientkami stejným způsobem, nepřenáší na ně své negativní emoce a nálady, jedná s klientkou s úctou a respektem)

- a) spokojena
- b) spíše spokojena
- c) spíše nespokojena
- d) nespokojena

Na otázku spokojenosti či nespokojenosti s profesionálním vystupováním NZP, viz obrázek č. 4, uvedla pouze 1 (2 %) respondentka odpověď spíše nespokojena. Oproti tomu celkem 34 (79 %) respondentek je spokojených a 8 (19 %) respondentek je spíše spokojených s profesionálním vystupováním NZP. Lze se domnívat, že respondentka, která nebyla spíše spokojená s profesionálním vystupováním NZP se mohla setkat z celého týmu nelékařských odborníků se zdravotníkem, který měl své „oblíbence“ a dával to patřičně najevo. Další příčinou mohlo být přenášení záporných emocí z osobního či profesního života NZP na klientku apod.

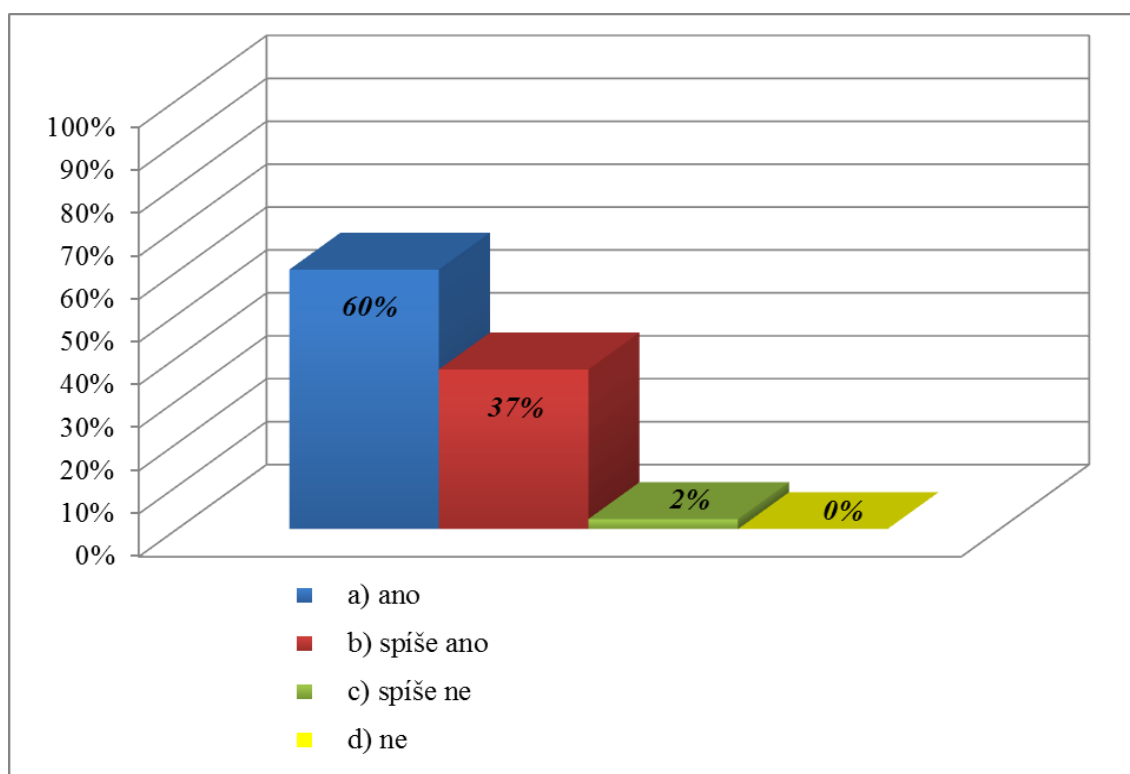


Obrázek 4: Graf hodnocení profesionálního vystupování NZP

5. otázka - Myslíte si, že nelékařský zdravotnický personál dělá vše pro zachování Vaší intimity v rámci jeho možností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Z celkového souboru 43 (100 %) respondentek odpovědělo na otázku o zachování jejich intimity v rámci jeho možností u NZP následovně, viz obrázek č. 5. Více jak polovina respondentek, tedy 26 (60 %), odpověděla ano. Spíše ano odpovědělo 16 (37 %) respondentek a spíše ne odpověděla pouze 1 (2 %) respondentka. Z výše uvedených odpovědí lze usoudit, že se NZP snaží v rámci jeho možností zachovávat intimitu žen v období šestinedělí, i když je to v daných podmínkách velice nelehký úkol.

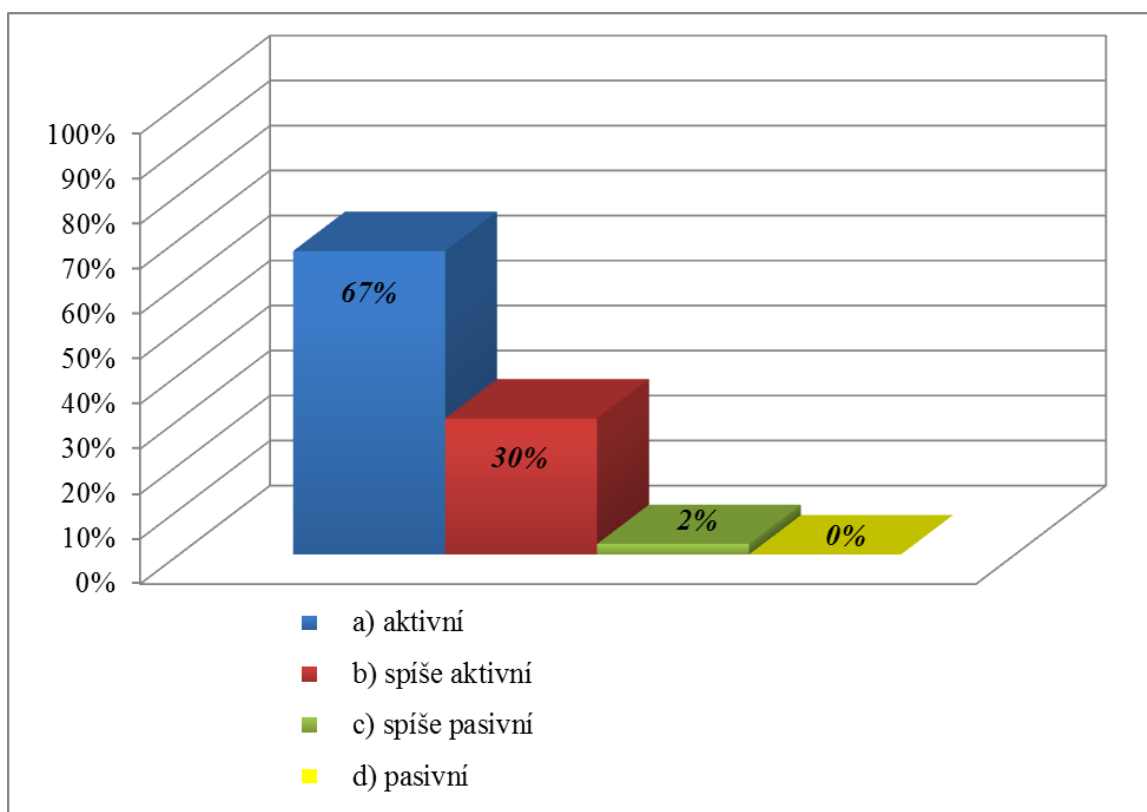


Obrázek 5: Graf míry zachování intimity žen v šestinedělí

6. otázka - Jak byste zhodnotila osobní přístup nelékařského zdravotnického personálu celkově?

- a) aktivní
- b) spíše aktivní
- c) spíše pasivní
- d) pasivní

Na otázku celkového zhodnocení osobního přístupu NZP odpověděly respondentky následovně: celkem 29 (67 %) respondentek označilo NZP za jednoznačně aktivní v individuálním přístupu k ženám v období šestinedělí. Druhou kladnou odpověď spíše ano označilo 13 (30 %) respondentek. Pouze 1 (2 %) respondentka z celkového počtu 43 (100 %) označila osobní přístup NZP za spíše pasivní. Z výsledných odpovědí vyplývá, viz obrázek č. 6, že NZP je celkově klientkami vnímán ve svém osobním přístupu jako aktivní.



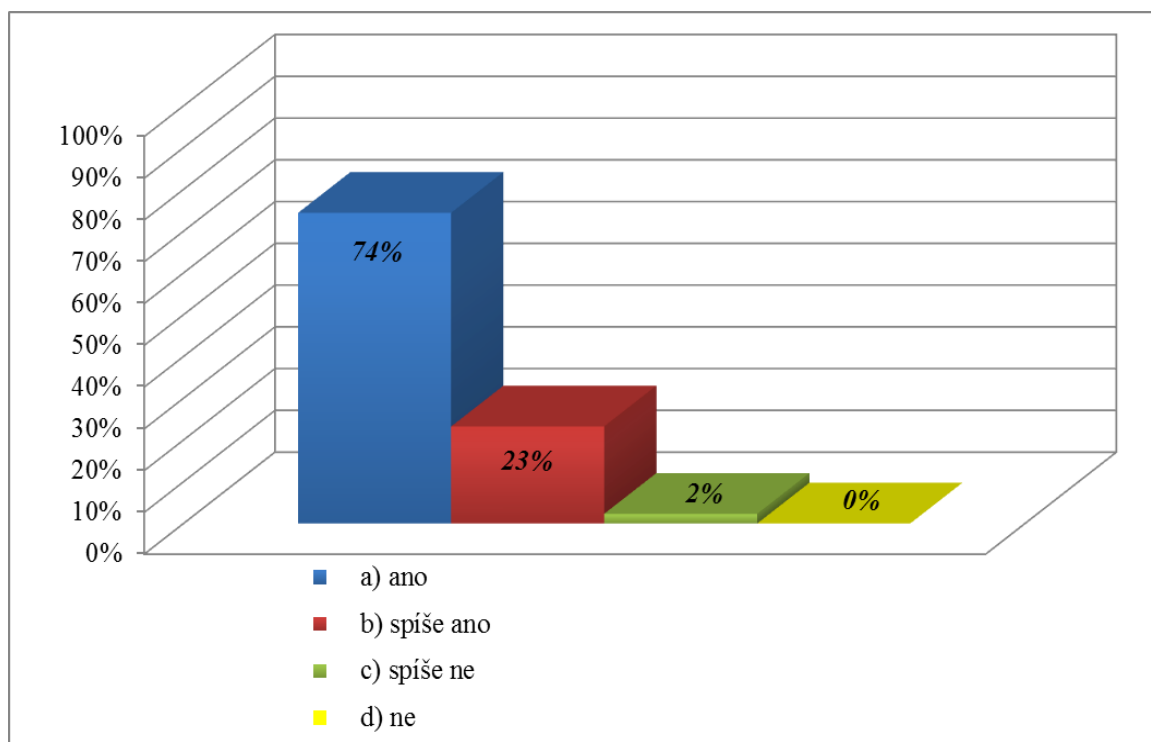
Obrázek 6: Graf hodnocení přístupu NZP k ženám v šestinedělí

7. otázka - Budí ve Vás nelékařský zdravotnický personál pocit důvěry?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Pomocí dotazníkového šetření jsme zjistily, že důvěru v klientkách vzbuzuje NZP u 32 (74 %) respondentek, což je poměrně vysoký počet jasně pozitivních odpovědí. Odpověď spíše ano označila menšina dotazovaných respondentek, pouhých 10 (23 %). Jasně negativní odpověď a to pocit nedůvěry NZP neoznačila ani jedna respondentka. Avšak 1 (2 %) respondentka reagovala na výše uvedenou otázku odpovědí spíše ne. Není snadné důvěřovat cizímu člověku, avšak profesionálové ve zdravotnictví by si měli umět získat důvěru u každého klienta na podkladě svých vědomostí v dané sféře zdravotnictví. Dále je to vše také umocněno profesionálním vystupováním a vlastními znalostmi a dovednostmi v oblasti komunikace NZP.

Získaná data jsou zpracována a zobrazena v obrázku č. 7.

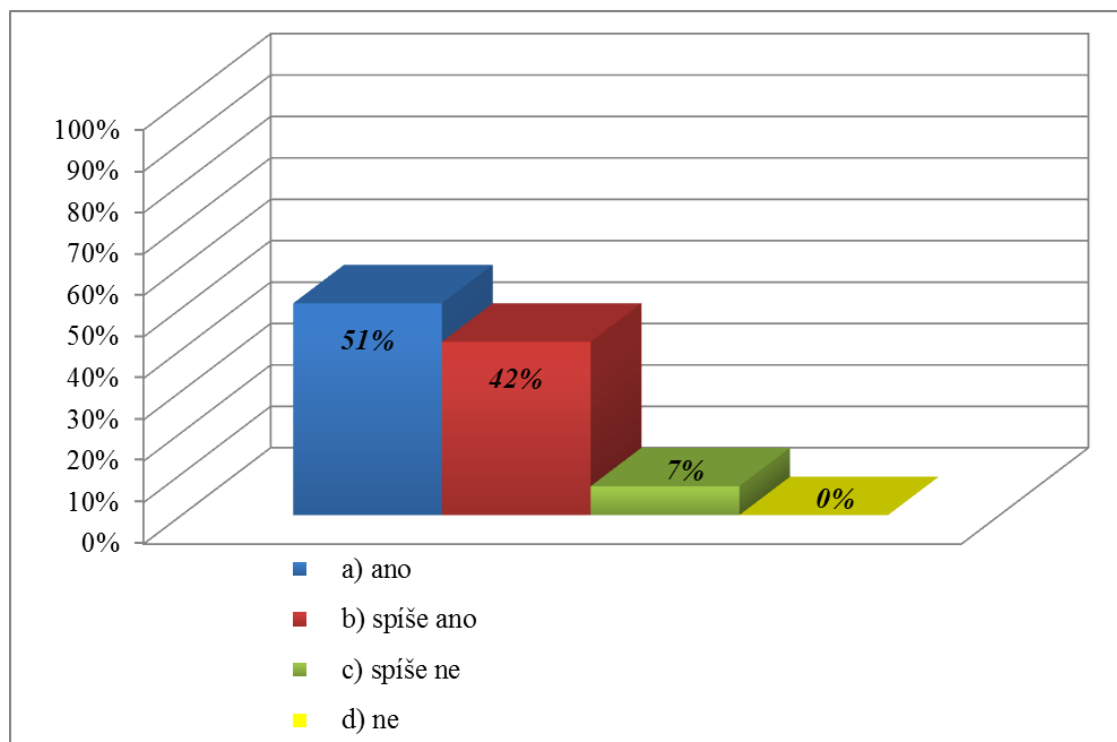


Obrázek 7: Graf přítomnosti důvěry u žen v šestinedělí k NZP

8. otázka - Vnímáte vztah s nelékařským zdravotnickým personálem jako otevřený a pozitivní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Na výše uvedenou otázku, zda klientka v šestinedělí vnímá vztah s NZP jako otevřený a pozitivní odpovídaly respondentky takto, viz obrázek č. 8: odpověď ano označilo 22 (51 %) respondentek, které vnímaly vztah s NZP jako otevřený a pozitivní. Odpověď spíše ano označilo o něco méně respondentek, tedy 18 (42 %). Odpověď spíše ne označily celkem 3 (7 %) respondentky. Lze se domnívat, že tyto 3 respondentky mohly vnímat určité devalvační prvky v komunikaci ze strany NZP, jako je např. nadřazenost, netaktnost či necitlivost apod. A proto tento vztah nehodnotily příliš jako otevřený a pozitivní. Ovšem většina respondentek (40) s kladnou odpovědí hodnotila tento vztah nejen jako otevřený, ale také ho mohla hodnotit jako rovnocenný. Z tohoto hlediska by se dalo vyvodit, že vztah s NZP vnímaly respondentky pozitivně.



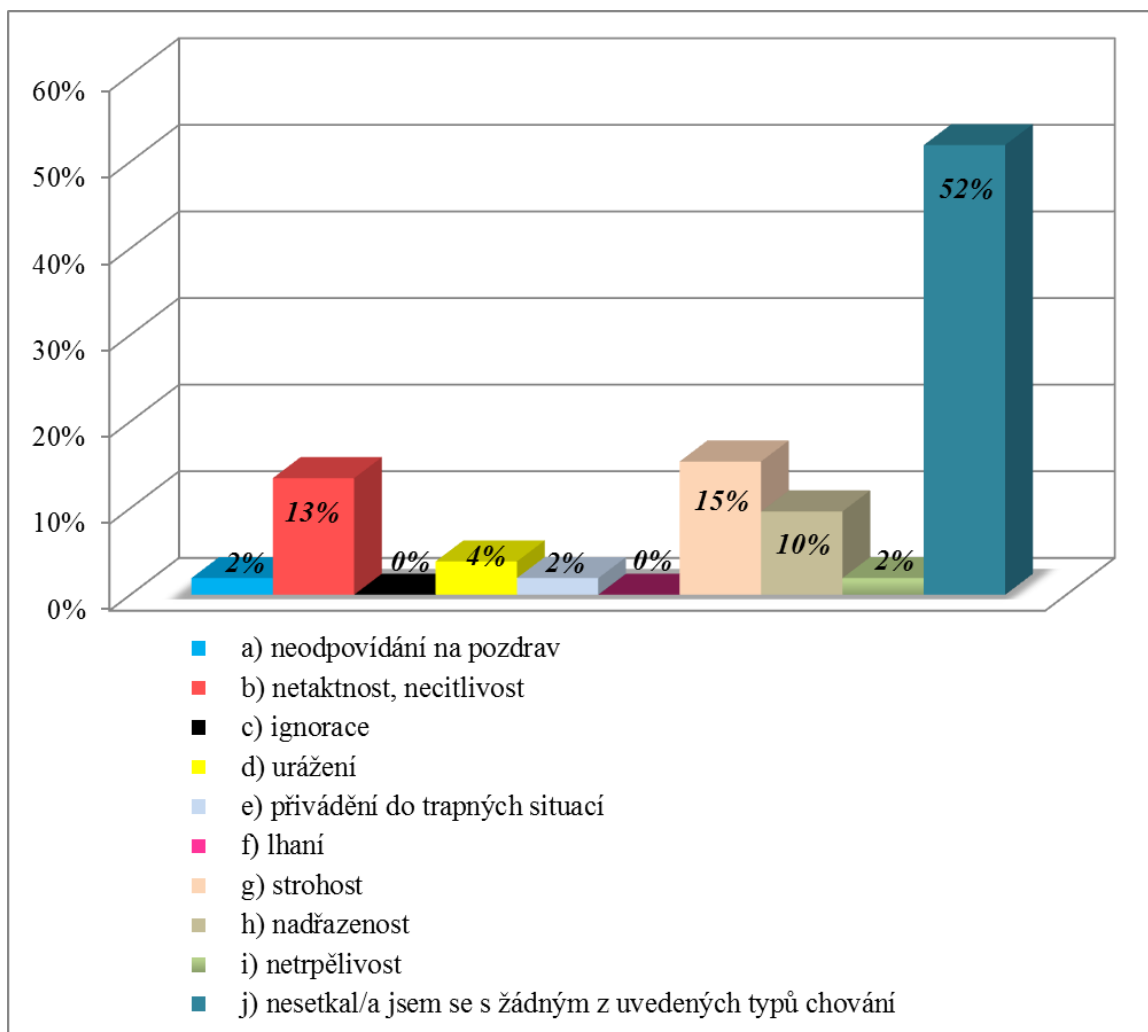
Obrázek 8: Graf hodnocení míry otevřenosti a positivity ve vztahu klientka a NZP

9. otázka - Setkala jste se někdy u nelékařského zdravotnického personálu s tímto chováním? (Lze vybrat více možností)

- a) neodpovídání na pozdrav
- b) netaktnost, necitlivost
- c) ignorace
- d) urážení
- e) přivádění do trapných situací
- f) lhaní
- g) strohost
- h) nadřazenost
- i) jiné nepříjemné chování (vypište jaké)
- j) nesetkala jsem se s žádným z uvedených typů chování

K této otázce, setkala jste se někdy u NZP s tímto chováním, bylo možné vybrat více odpovědí. Z celkového počtu možných odpovědí, tedy 52 (100 %), byla nejčastěji uváděna odpověď: nesetkala jsem se s žádným z uvedených typů chování, a to ve 27 (52 %) případech. Jako druhou nejvíce označovanou odpovědí byla strohost, která byla označena v 8 (15 %) případech. Hned za touto možností respondentky často uváděly odpověď netaktnost, necitlivost, kterou uvedly v 7 (13 %) případech. V 5 (10 %) případech byla označena odpověď nadřazenost, se kterou se respondentky setkaly. Respondentky vybraly také odpověď urážení, která byla v dotazníku zakroužkována ve 2 (4 %) případech. Dále byly vybrány i možnosti jako neodpovídání na pozdrav 1 x (2 %), přivádění do trapných situací 1x (2 %) a netrpělivost 1x (2 %), kterou uvedla respondentka k možnosti jiné nepříjemné chování. Jediné dvě položky nebyly respondentkami označeny ani jednou a to položky ignorace a lhaní.

Komplexní přehled dat prezentuje níže uvedený obrázek č. 9.

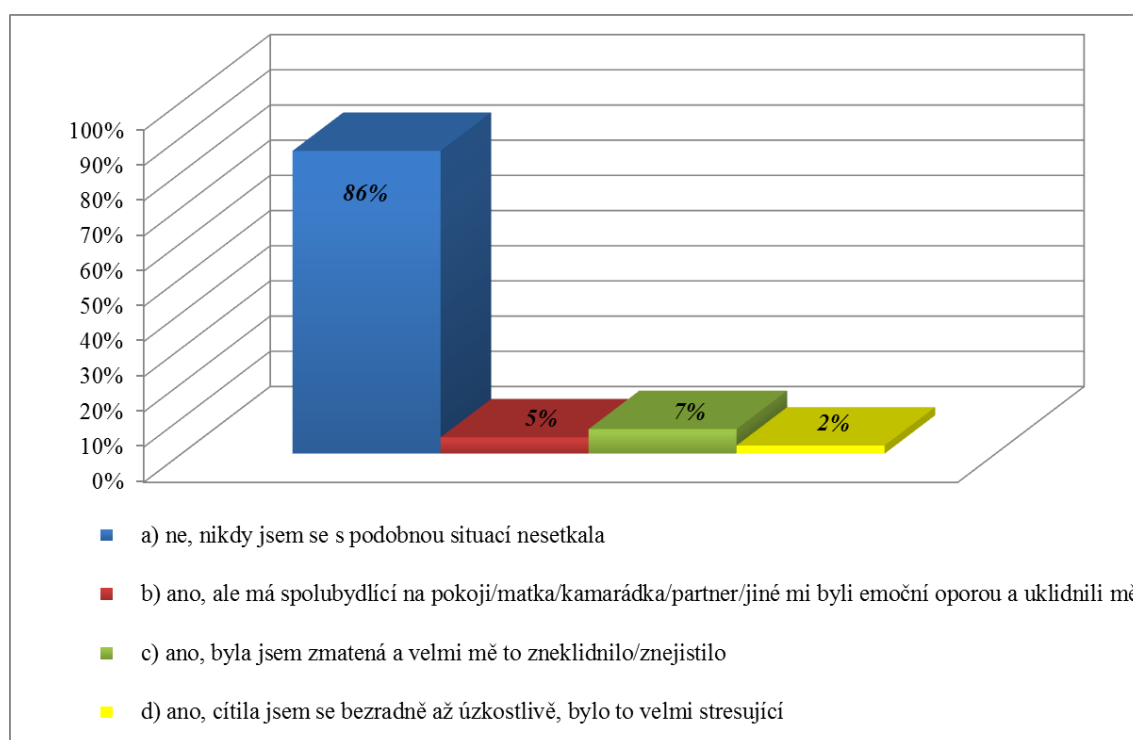


Obrázek 9: Graf výskytu devalvačních prvků v komunikaci

10. otázka - Zažila jste někdy situaci, kdy Vám byly sděleny nelékařským zdravotnickým personálem informace, které si odporovaly a vedly Vás k nejistotě?

- a) ne, nikdy jsem se s podobnou situací nesetkala
- b) ano, ale má spolubydlící na pokoji/matka/kamarádka/partner/jiné..... mi byli emoční oporou a uklidnili mě
- c) ano, byla jsem zmatená a velmi mě to zneklidnilo/znejistilo
- d) ano, cítila jsem se bezradně až úzkostlivě, bylo to velmi stresující

Ze zkoumaného souboru 43 (100 %) respondentek odpovědělo na otázku, kdy Vám byly sděleny NZP informace, které si odporovaly a vedly Vás k nejistotě, následovně: odpověď ne, nikdy jsem se s podobnou situací nesetkala, vybralo 37 (86 %) respondentek. Zbýlý počet respondentek se s touto situací setkala a odpověděl takto: 2 (5 %) respondentky uvedly odpověď ano, ale můj partner mi byl emoční oporou a uklidnil mě. Odpověď ano, byla jsem zmatená a velmi mě to zneklidnilo/znejistilo uvedly 3 (7 %) respondentky. Poslední možnost této otázky vybrala 1 (2 %) respondentka, která se situací sdělení zavádějících informací setkala a cítila se bezradně až úzkostlivě, bylo to pro ni velmi stresující. Ačkoliv převažují odpovědi ne, nikdy jsem se s podobnou situací nesetkala, tak 6 (14 %) respondentek se v této pro někoho stresové situaci sdělených informací, které si odporovaly, bohužel ocitlo a vedlo je to k pocitům nejistoty až úzkosti.

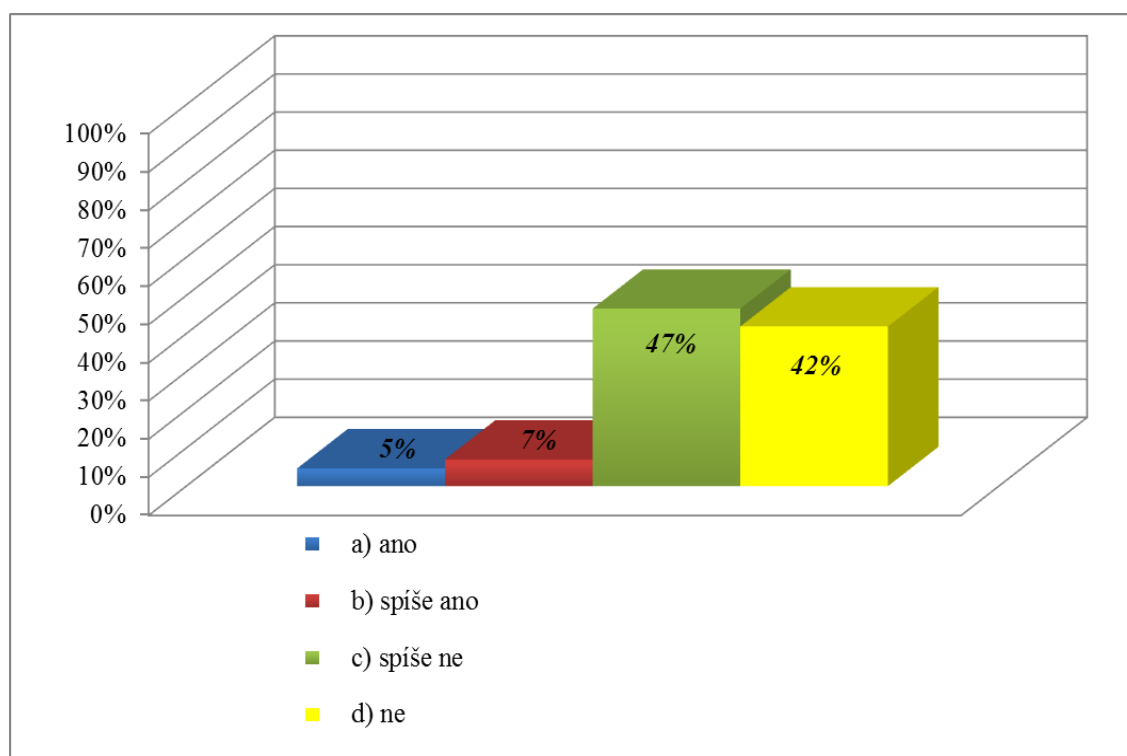


Obrázek 10: Graf sdělení zavádějících informací

11. otázka - Měla jste někdy pocit, že nelékařský zdravotnický personál bere svoji práci pouze jako rutinní záležitost? (Neosobní přístup, monotónní práce bez individuálního přizpůsobení se odlišnostem klientek, přistupuje ke klientkám bez většího zájmu)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Z celkového počtu 43 (100%) respondentek odpovědělo na otázku ohledně pocitu, že NZP bere svoji práci pouze jako rutinní záležitost, následovně: odpověď ne označilo 18 (42%) respondentek, odpověď spíše ne uvedlo 20 (47 %) respondentek, odpověď spíše ano vybraly 3 (7 %) respondentky a 2 (5 %) respondentky uvedly odpověď ano. Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky, které měly pocit, že NZP spíše nebere svoji práci jako rutinní záležitost. Z celkového pohledu na obrázek č. 11 se lze domnívat, že NZP k ženám v šestinedělí přistupuje spíše individuálně.

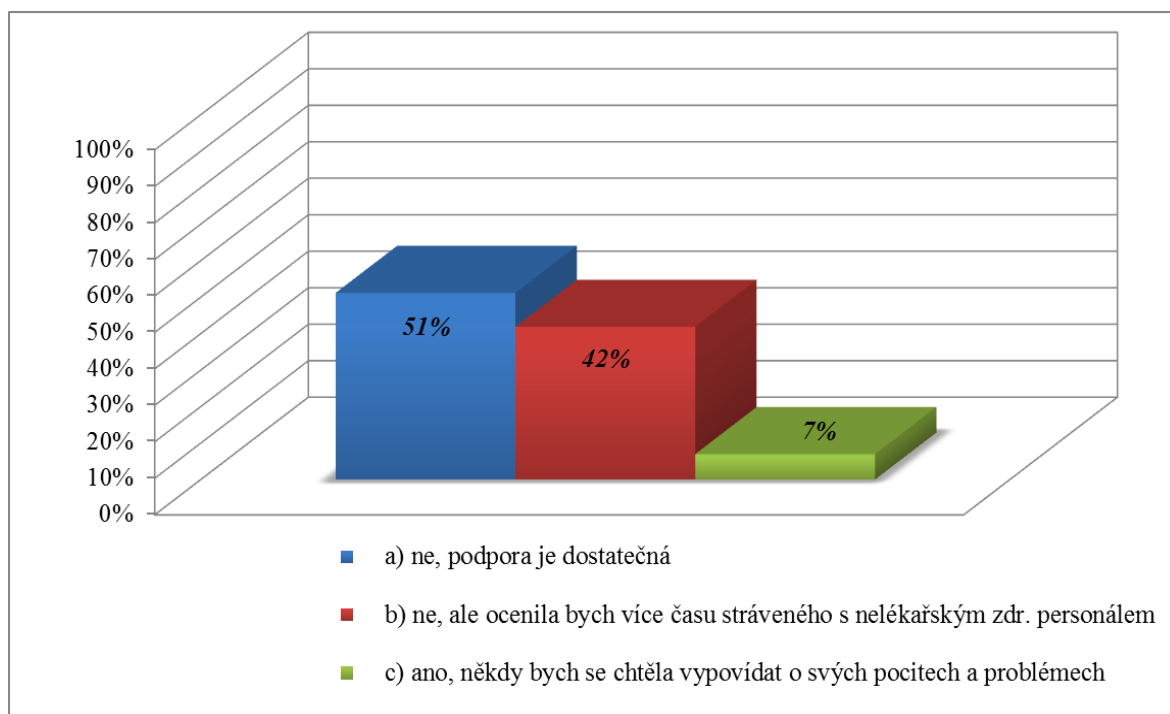


Obrázek 11: Graf výskytu rutinního přístupu k práci NZP z pohledu klientky

12. otázka - Uvítala byste na oddělení šestinedělí pomoc psychologa, nebo je podpora ze strany nelékařského zdravotnického personálu dostatečná?

- a) ne, podpora je dostatečná
- b) ne, ale ocenila bych více času stráveného s nelékařským zdr. personálem
- c) ano, někdy bych se chtěla vypovídat o svých pocitech a problémech

Na otázku zda by respondentky uvítaly na oddělení šestinedělí pomoc psychologa nebo si myslí, že je podpora ze strany NZP dostatečná, odpověděly následovně: 22 (51 %) respondentek uvedlo odpověď ne, podpora NZP je dostatečná. 18 (42 %) respondentek odpovědělo ne, ale ocenila bych více času stráveného s NZP. Pouze 3 respondentky z výzkumného vzorku 43 (100 %) respondentek odpověděly ano, někdy bych se chtěla vypovídat o svých pocitech a problémech. Z odpovědí je patrné, že jsou respondentky s podporou NZP spokojené, avšak velké procento z nich by ocenilo více času stráveného s NZP. Jedním z důvodů, proč 18 (42 %) respondentek pocíťovalo nedostatek věnovaného času ze strany NZP, by mohlo být zapříčiněno nadměrným administrativním vytížením zdravotníků.

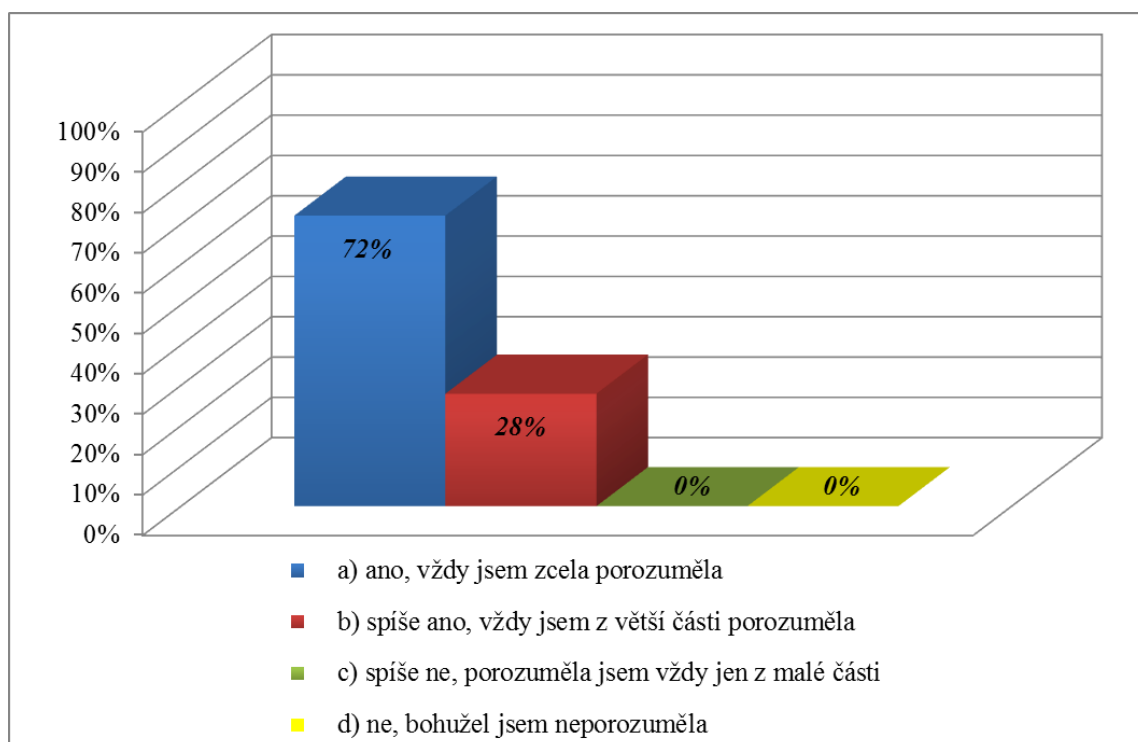


Obrázek 12: Graf kvality poskytnutí podpory NZP ženám v šestinedělí

13. otázka - Byly Vám informace sdělené nelékařským zdravotnickým personálem podané srozumitelným způsobem?

- a) ano, vždy jsem zcela porozuměla
- b) spíše ano, vždy jsem z větší části porozuměla
- c) spíše ne, porozuměla jsem vždy jen z malé části
- d) ne, bohužel jsem neporozuměla

Na tuto otázku, byly Vám informace sdělené NZP podané srozumitelným způsobem, označilo z celkového počtu 43 (100 %) respondentek tyto možnosti. Odpověď ano, vždy jsem zcela porozuměla, v dotazníku označilo 31 (72 %) respondentek. Odpověď spíše ano, vždy jsem z větší části porozuměla, uvedlo 12 (28 %) respondentek. Nebylo zde odpovězeno ani jednou z respondentek možností c) spíše ne, porozuměla jsem vždy jen z malé části a d) ne, bohužel jsem neporozuměla. Z níže uvedeného obrázku č. 13 lze usoudit, že kvalita předávání informací v komunikaci mezi klientkami a NZP, je velmi dobrá. NZP sděluje informace srozumitelným způsobem a naplňuje tak jednu ze zásad efektivní komunikace.



Obrázek 13: Graf kvality porozumění sděleným informacím

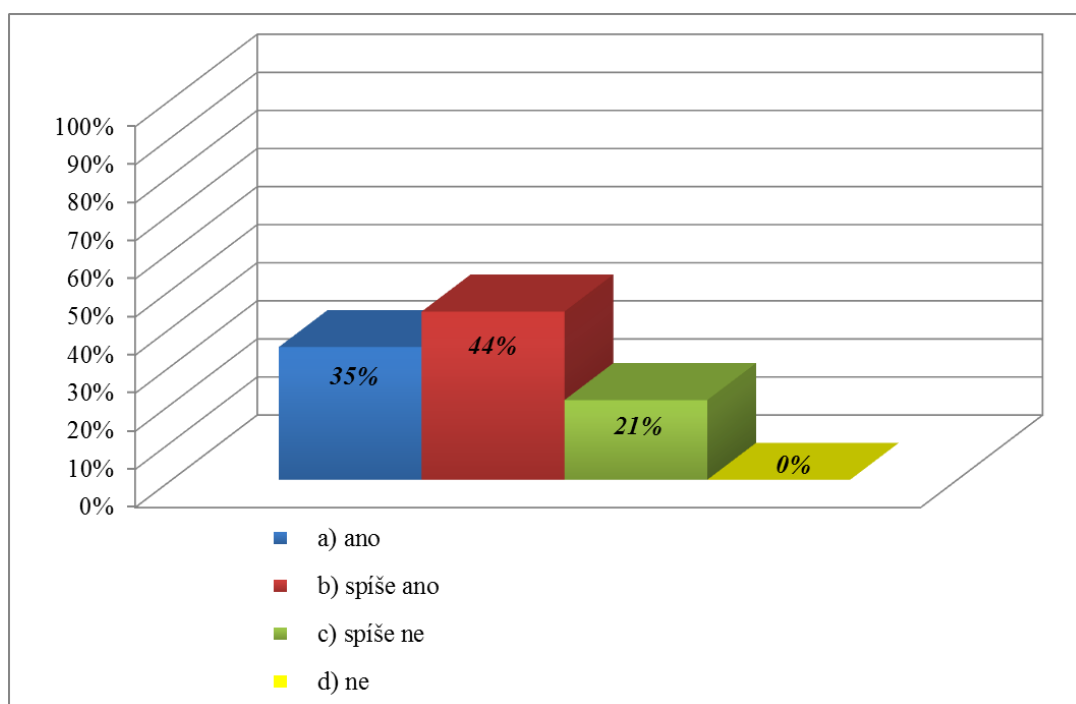
14. otázka - Ověřuje si nelékařský zdravotnický personál Vaše porozumění k pokynům a informacím, které Vám sdělil?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Výsledek týkající se ověřování si porozumění respondentek pokynů a informacím sdělených NZP nasvědčuje tomu, že NZP si spíše ověřuje porozumění poskytnutých informací, uvedlo tak 19 (44 %) respondentek. 15 (35 %) respondentek odpovědělo na otázku, ověřuje si NZP Vaše porozumění k pokynům a informacím, které Vám sdělil, zcela jasnou možností ano. Zbýlý počet respondentek, tedy 9 (21 %) uvedlo odpověď spíše ne.

Ověřování porozumění svého sdělení je ve zdravotnictví také jednou ze zásad efektivní komunikace, díky níž by se měl výskyt mylných tvrzení a komunikačních šumů snížit.

Shrnutí výsledků viz obrázek č. 14.

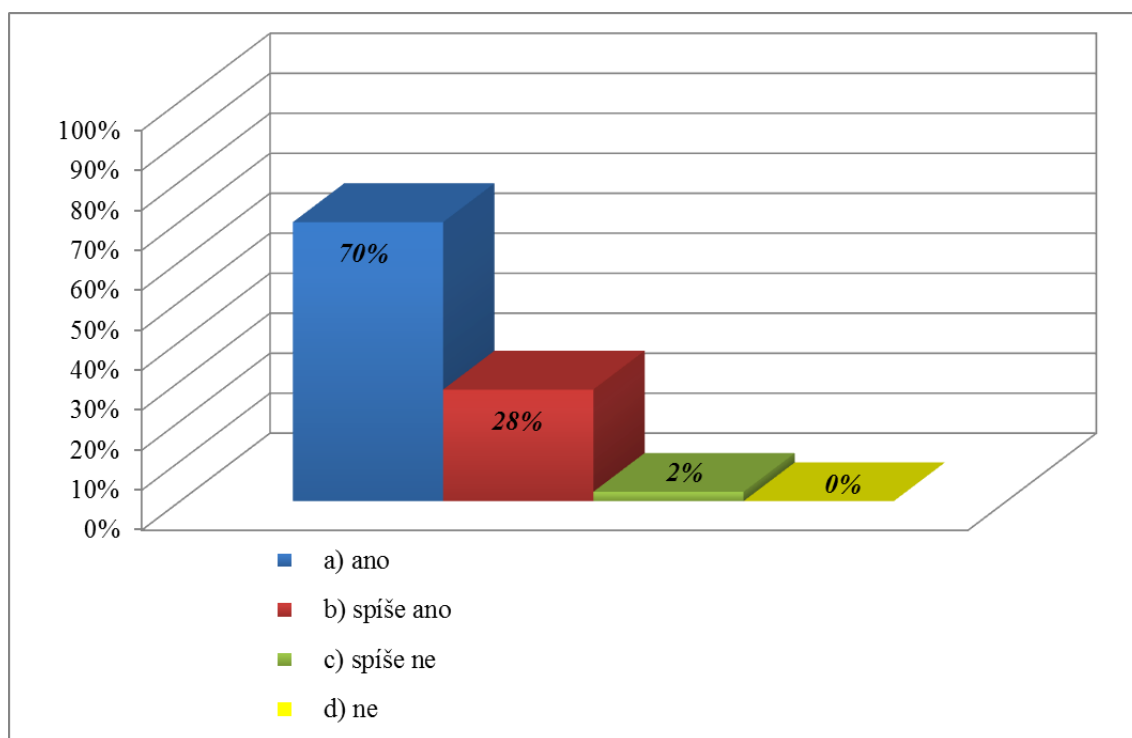


Obrázek 14 Graf míry ověřování porozumění poskytnutých informací

15. otázka - Dává Vám nelékařský zdravotnický personál během komunikace možnost vyjádřit se či se zeptat na doplňující otázky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentek mělo 42 (98 %) klientek pocit, že dostávají možnost během komunikace s NZP se vyjádřit či zeptat na doplňující otázky. Pouze 1 (2 %) z respondentek měla pocit, že se jí možnost vlastního vyjádření spíše nedostává. Na základě těchto kladných výsledků, které prezentuje obrázek č. 15, to můžeme přisuzovat profesionálním reakcím NZP v komunikaci s klientkami. K těmto dovednostem zařazujeme např. pokládání otevřených otázek, na jejichž podkladě dává NZP klientkám najevo svůj zájem o jejich vlastní vyjádření, čímž postupně odbourává případný ostych a pocit nejistoty.

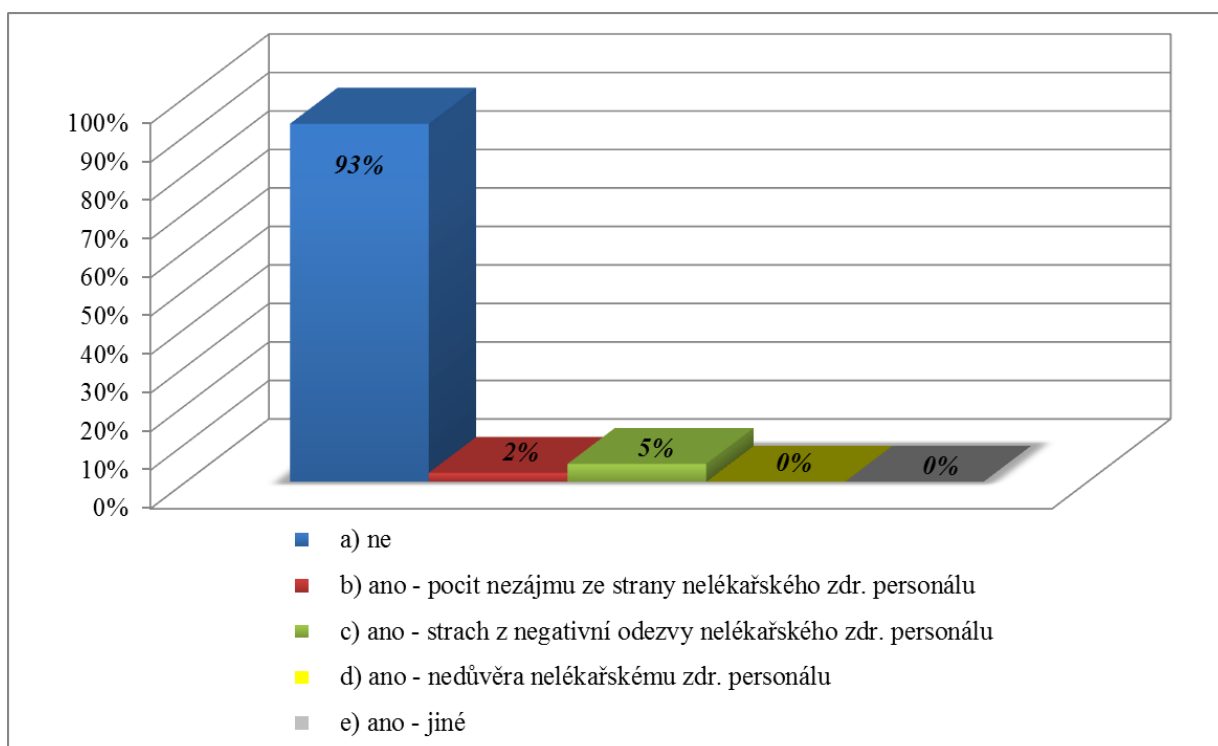


Obrázek 15: Graf míry prostoru k vlastnímu vyjádření

16. otázka - Cítíte zábrany při pokládání dotazů nelékařskému zdravotnickému personálu?

- a) ne
- b) ano – důvod: 1) pocit nezájmu ze strany nelékařského zdr. personálu
- 2) strach z negativní odezvy nelékařského zdr. personálu
- 3) nedůvěra nelékařskému zdr. personálu
- 4) jiné

Na otázku, cítíte zábrany při pokládání dotazů NZP jasně vyplývá, že převážná část klientek, tedy 40 (93 %), necítí žádné zábrany při pokládání dotazů NZP. Pouze 3 (7 %) respondentky uvedly odpověď, že cítily zábrany v podobě pocitu nezájmu ze strany NZP, tuto možnost uvedla 1 (2 %) respondentka, a ze strachu z negativní odezvy NZP, tuto možnost označily 2 (5 %) respondentky, viz obrázek č. 16. Nebyl zde však uveden jistý pocit nedůvěry, který by mohl mít negativní dopad na psychiku ženy v šestinedělí vzhledem k jejím emocionálním výkyvům, které se během tohoto období velmi často objevují. Z celkového pohledu na níže zpracovaný graf lze předpokládat, že NZP díky svému empatickému přístupu, který nepodněcuje pocit nezájmu, strachu či nedůvěry, vzbuzuje naopak v respondentkách pocity pozitivní, které jim nebrání se s jakoukoli otázkou obrátit na zdravotnické odborníky.

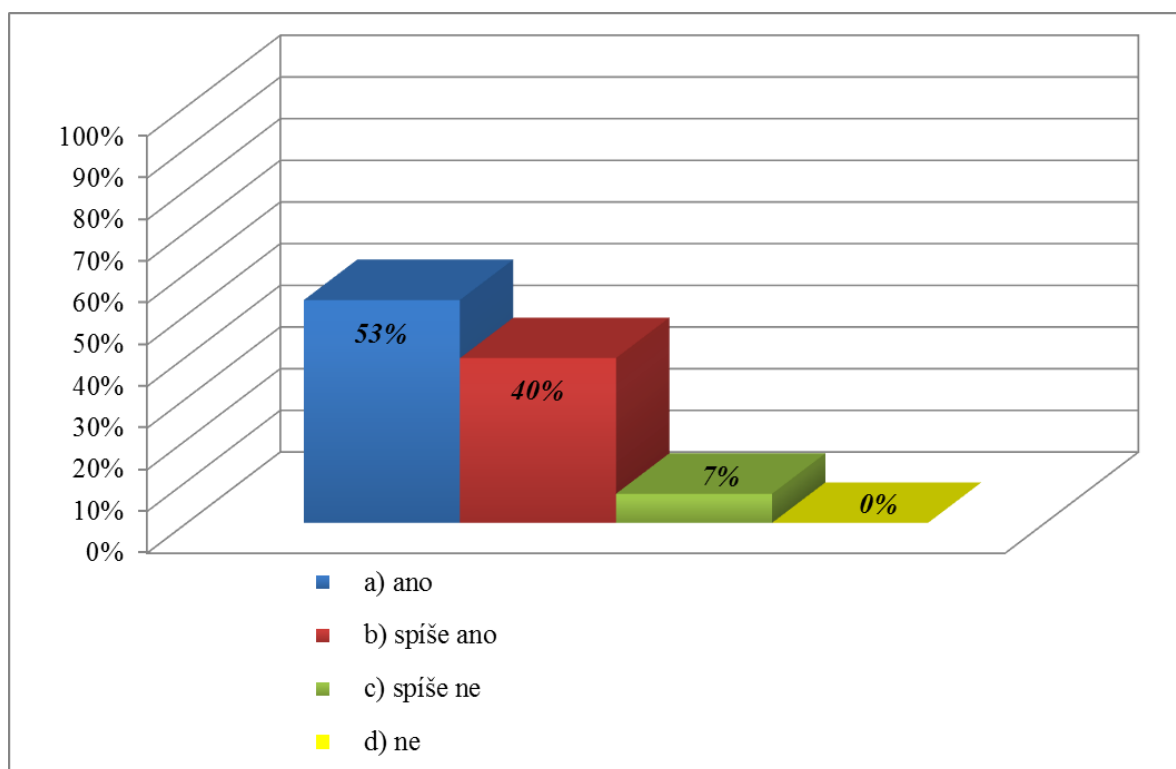


Obrázek 16: Graf výskytu zábran při kladení dotazů

17. otázka - Máte pocit, že Vás nelékařský zdravotnický personál vnímá a aktivně Vám naslouchá? (Bere v úvahu Vaše pocity, udržuje v přiměřené míře oční kontakt, má vstřícná gesta, zaujatý výraz v obličeji)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Z obrázku č. 17 vyplývá, že 40 (93 %) respondentek má pocit, že je NZP vnímá a aktivně jim naslouchá. Pouze 3 (7 %) z dotazovaných klientek odpovědělo na otázku, máte pocit, že Vás NZP vnímá a aktivně Vám naslouchá, možností c) spíše ne. Odpověď d) ne se zde ani jednou neobjevuje.



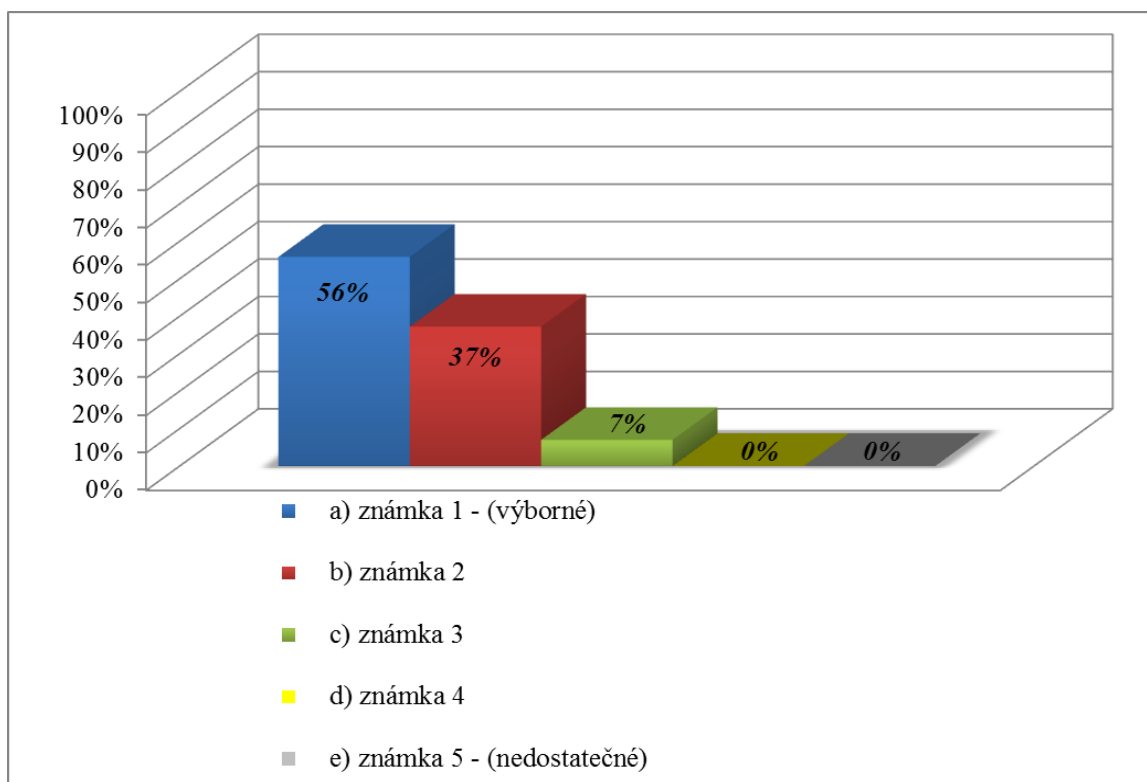
Obrázek 17: Graf schopnosti NZP aktivně naslouchat

18. otázka - Jak byste zhodnotila porozumění a empatii (vcítění se) nelékařského zdravotnického personálu při výskytu problému?

(1 – výborné; 5 – nedostatečné)

1-----2-----3-----4-----5

Z odpovědí na otázku zhodnocení porozumění a empatií NZP při výskytu problému je patrné, že klientky byly s mírou porozumění a empatií při výskytu problému spokojené, viz obrázek č. 18. Známkou 1 by hodnotilo porozumění a empatii NZP při výskytu problému 24 (56 %) respondentek, známkou 2 by hodnotilo 16 (37 %) respondentek a známkou 3 by porozumění a empatii hodnotily pouze 3 (7 %) respondentky. Znamky 4 a 5 nebyly respondentkami vůbec použity, můžeme to přisuzovat vysoké úrovni profesionality ze strany NZP.



Obrázek 18: Graf hodnocení kvality porozumění a empatie

7 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá porovnáním zpracovaných dat výzkumného šetření s výzkumnými otázkami, které byly navrženy na základě stanovených cílů bakalářské práce.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem podporuje NZP psychiku ženy v šestinedělí?

K posouzení této výzkumné otázky byly v dotazníku použity otázky č. 1, 3, 5 a 12. Tyto otázky zjišťují, jakým způsobem podporuje NZP psychiku ženy v šestinedělí a zda je tato podpora z pohledu klientky dostatečná.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že NZP podporuje ženu v šestinedělí svým zájmem o její emocionální stav, který je svým kolísáním pro toto období charakteristický. Celkem 98 % respondentek uvedlo, že se jich NZP ptá na to, jak se cítí. Z toho 58 % respondentek odpovědělo, že se NZP zajímá o jejich emocionální prožívání více než 1x za den a 40 % respondentek uvedlo odpověď více než 1x za celou dobu hospitalizace. Z uvedených odpovědí vyplývá, že NZP věnuje klientkám v šestinedělí zvýšenou pozornost, která je v poporodním období nezbytná.

S rolí matky přichází i řada nových, poněkud obtížných situací, ve kterých si ženy nejsou schopny samy poradit a jsou odkázány na pomoc ze strany NZP. Z výsledků je patrné, že 98 % respondentek pocítuje oporu a aktivní pomoc od NZP při výskytu problému.

I v tak citlivé záležitosti jako je intimita žen na oddělení šestinedělí, respondentky nacházejí podporu ze strany NZP, který se v rámci možností snaží jejich intimitu zachovat, a tak podpořit jejich psychickou pohodu. Tuto podporu zachování intimity vnímalo 98 % respondentek.

Většina klientek vnímá psychickou podporu ze strany NZP jako dostatečnou. Avšak z 93 % spokojených respondentek, by 42 % klientek ocenilo více času stráveného s NZP.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké chování a přístup zaujímá dle subjektivního hodnocení respondentek NZP k ženě v šestinedělí?

Ve druhé výzkumné otázce bylo dle subjektivního hodnocení klientek zjišťováno, jaké chování a přístup zaujímá NZP k ženě v šestinedělí. Informace byly získávány v rámci dotazníkového šetření z otázek č. 2, 6, 8, 9 a 11.

Po zpracování získaných dat by 98 % respondentek hodnotilo NZP jako ochotný, vstřícný a trpělivý. Osobní přístup NZP by hodnotilo 98 % respondentek jako aktivní.

Chování a přístup NZP ke klientkám přímo ovlivňuje jejich vzájemný vztah. Tento vztah s NZP vnímalo 93 % respondentek jako otevřený a pozitivní. Zbýlých 7 % můžeme přisuzovat situacím, kdy se klientky setkaly s devalvačními prvky v komunikaci, které negativně ovlivnily celkový vztah s NZP.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že mezi nejčastější devalvačními prvky v komunikaci, se kterými se respondentky setkaly, patří: strohost (15 %), netaktnost a necitlivost (13 %), nadřazenost (10 %), urážení (4 %), netrpělivost (2 %), neopětování pozdravu (2 %) a přivádění do trapných situací (2 %).

Je velmi důležité, aby klientky nevnímaly práci NZP jako rutinní bez většího zájmu a neosobního přístupu, mohlo by to mít nežádoucí vliv na jejich psychiku. Práci NZP nevnímá jako rutinní 88 % respondentek.

Výzkumná otázka č. 3: V jaké míře využívá NZP zásady efektivní komunikace se ženou v šestinedělí?

Ke zjištění této výzkumné otázky byly vyhodnoceny otázky č. 4, 13, 14 a 15.

Zaměřily jsme se na zásady efektivní komunikace zkoumající kvalitu porozumění sdělených informací a ověřování si jejich porozumění NZP. Dále jsme zjišťovaly spokojenost/nespokojenost klientek v šestinedělí s profesionálním vystupováním NZP, které je charakteristické neupřednostňováním žádné z klientek, prokazováním úcty a respektu a potlačením přenášení všech negativních emocí a nálad NZP na klientku. V neposlední řadě jsme také zkoumaly míru poskytnutého prostoru pro vlastní vyjádření v průběhu rozhovoru s NZP.

Všechny z dotazovaných respondentek poskytnutým informacím z větší části porozuměly a to i navzdory, že k ověřování porozumění sdělovaných informací ze strany NZP došlo jen v 79 % případech. S profesionálním vystupováním NZP bylo spokojeno celkem 98 % respondentek. O profesionalitě na vysoké úrovni svědčí i výsledných 98 % respondentek, které vnímaly, že jim byl poskytnut prostor ze strany NZP k doplňujícím otázkám a vlastnímu vyjádření během komunikace.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké pocity prožívá žena v šestinedělí při komunikaci s NZP?

Této výzkumné otázce odpovídala položky dotazníku č. 7, 10, a 16.

Pomocí dotazníkového šetření jsme zjišťovaly, jaké pocity prožívá žena v šestinedělí při komunikaci s NZP. Zejména jsme se zaměřovaly na pocity důvěry, jistoty, ale i na negativní pocity, které mohou vytvářet zábrany ve vzájemné komunikaci.

Jedním z mnoha nelehkých úkolů NZP je získání si důvěry u klientek. V této disciplíně získal NZP důvěru u 98 % respondentek. Mezi hlavní příčiny vytváření zábran a ztráty pocitu jistoty u klientek dochází, když dostávají od NZP protichůdné informace, které si odporují. Z celkových 100 % odpovědí respondentek se 14 % z nich ocitlo v situaci, ve které došlo ke sdělení vzájemně si odporujících informací. Respondentky to vedlo ke zneklidňujícím a zmatečným pocitům, některé až k úzkostným stavům a chvílím bezradnosti, ve kterých jim však byl oporou partner. Tyto rozporuplné informace mohly způsobit také ztrátu důvěryhodnosti k NZP a vytvořit tak jisté zábrany v komunikaci. Zábrany při pokládání dotazů pociťovalo 7 % respondentek a to z důvodů pocitu nezájmu ze strany NZP u 2 % klientek a strachu z negativní odezvy od NZP u 5 % respondentek.

Z výsledných odpovědí však převážná část respondentek našla v NZP důvěru a jistotu a žádné jiné záporné pocity během komunikace nepociťovala.

Výzkumná otázka č. 5: Jak ženy v šestinedělí hodnotí dle vlastního subjektivního citění kvalitu aktivního naslouchání a empatii ze strany NZP?

Pro hodnocení výzkumné otázky zabývající se kvalitou aktivního naslouchání a empatie NZP z pohledu klientky jsme využily zpracované otázky č. 17 a 18.

Výsledky z dotazníkového šetření ukázaly, že 93 % respondentek pociťovalo ze strany NZP zájem a aktivní naslouchání. Z výsledků se můžeme domnívat, že schopnost empatie NZP je více než dobrá. Známkou "výborně" by empatický přístup NZP hodnotilo 56 % respondentek, "velmi dobře" 37 % a "dobře" 7 %. Empatický přístup a aktivní naslouchání NZP vnímaly klientky jako velmi dobrý, svědčí o tom i fakt, že žádná z dotazovaných nehodnotila NZP známkou dostatečně ani známkou nedostatečně.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na „Využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v nemocniční praxi z pohledu klientky“. Zaměřily jsme se na problematiku využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v praxi, konkrétně na znalosti a dovednosti nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NZP) v psychotherapeutickém přístupu. Zajímaly jsme se především o produktivní chování, které je spjaté s empatickým přístupem, dodržováním etických norem a znalostí týkajících se zásad správné komunikace a profesionálním chováním. Celkem jsme si stanovily 3 dílčí cíle a 1 hlavní cíl.

Prvním dílčím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál podporuje ženu v šestinedělí. Z výsledků dotazníkového šetření jsme zjistily, že NZP věnuje ženě v šestinedělí zvýšenou pozornost, podporuje její psychickou vyrovnanost, a to tím, že se aktivně zajímá o její emocionální rozpoložení, které se v tomto bouřlivém období často mění. Některé z žen se dostávají do zcela nové role matky, která s sebou přináší neznámé situace. V takovéto chvíli byl NZP, dle hodnocení respondentek, dostatečnou oporou a aktivně klientkám pomáhal. Dále ženy v šestinedělí nacházely psychickou podporu ze strany NZP, který se v rámci možností snažil zachovávat jejich intimitu. Většina klientek uvedla, že vnímá podporu ze strany NZP jako velmi dobrou, avšak téměř polovina klientek by ocenila více času stráveného s NZP.

V druhém dílčím cíli jsme chtěly zjistit, zda NZP dodržuje zásady profesionálního chování a přístupu v péči o ženu v šestinedělí. NZP přistupuje ke klientkám s ochotou, vstřícností a trpělivostí. Domníváme se, že osobní přístup NZP, který ženy v šestinedělí vnímaly jako aktivní, přispívá k otevřenému a pozitivnímu vztahu, což podpořily výsledné odpovědi klientek. Z výsledků je patrné, že by si NZP měl dávat pozor na výskyt devalvačních prvků v komunikaci, jako je například: netaktnost, necitlivost, strohost, nadřazenost, urážení, neopětování pozdravu, přivádění do trapných situací atd. Je to hrubé porušování etických norem, které se podílí na úrovni profesionality NZP. Dále by se měl NZP také vyvarovat rutinnímu přístupu k práci, který je klientkami negativně vnímán a odráží se v jejich vzájemném vztahu.

Ve třetím dílčím cíli jsme zkoumaly, v jaké míře využívá NZP své schopnosti v oblasti komunikace se ženou v šestinedělí. Z vypracovaných dat se lze domnívat, že NZP dodržuje zásady efektivní komunikace a aktivně využívá svých komunikačních schopností v plném

rozsahu. I přes úplné porozumění sdělovaných informací všemi respondentkami, které tuto predikci podporuje si NZP ověřoval porozumění těchto sdělovaných informací. Klientky byly s profesionálním vystupováním NZP spokojené a oceňovaly míru poskytnutého prostoru pro vlastní vyjádření v průběhu rozhovorů s NZP. Všem již zmíněným aspektům můžeme do jisté míry přisuzovat i získání důvěry dotazovaných klientek k NZP. Většina dotazovaných žen na oddělení šestinedělí pociťovalo ze strany NZP zájem a aktivní naslouchání. Jejich schopnost empatie hodnotily klientky jako velmi dobrou. NZP by se měl dále soustředit na předcházení tvorby zábran a komunikačních bariér, skrze podávání protichůdných informací, které mohou mít za následek ztrátu pocitu jistoty a důvěryhodnosti.

Z již zmíněných závěrů v dílčích cílech vyplývá, že ženy v šestinedělí vnímají ze strany NZP: podporu v psychické vyrovnanosti, aktivní zájem o jejich emocionální rozpoložení, dostatečnou oporu a pomoc v překonávání obtížných situací, individuální přístup, srozumitelnost sdělovaných informací, ověřování porozumění sdělených informací, prostor pro vlastní vyjádření, zájem a aktivní naslouchání, silné empatické cítění, profesionální vystupování. Tento výsledek vypovídá o velmi dobrých znalostech v psychoterapeutickém přístupu, které NZP aplikuje v praxi a téměř polovina klientek by proto ocenila více času s ním stráveného. Z výsledků dále vyplývá, že by se NZP měl vyvarovat rutinnímu přístupu, výskytu devalvačních prvků v komunikaci, poskytování protichůdných informací. Všechny tyto nežádoucí situace působí na klientky psychotraumaticky, vytvářejí komunikační bariéry a mohou mít za následek ztrátu pocitu jistoty a důvěryhodnosti NZP.

SEZNAM ZDROJŮ

Literární prameny:

- ATKINSON, Rita L. a kol. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
- ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
- ČECHOVÁ, Věra, A. MELLAOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-342-2.
- DE VITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-988-8.
- FALEIDE, Asbjorn O. *Vliv psychiky a zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.
- GEISEL, Elizabeth. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
- HAYES, Nicky. *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-807-4.
- HONZÁK, Radkin. *Základy psychologie*. Praha: Galen Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-377-X.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JOBÁNKOVÁ, Marta, M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-701-3390-2.
- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KOHOUTEK, Tomáš a Dora SALAQUARDOVÁ. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: Barrister, 2006. ISBN 80-7364-023-6.
- KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-806-3160-3.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. 2. přeprac. vyd. Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-807-1954-057.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd., v Akademii vyd. 1. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
- NEMČEKOVÁ, M., K. ŽIAKOVÁ a D. MIŠTUNA. *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, c2004. ISBN 80-806-3162-X.
- MICHELENA, Mariela. *První rok pro celý život*. Brno: ERA, 2006. ISBN 80-7366-041-5.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
- PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0858-2.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2011a. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2011b. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academie, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-807-0134-665.
- PRAŠKO, Jan. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. 2, s. 41-46. ISSN 1212-6845.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4739-762.

- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008a. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví*. 2008b, č. 15, s. 27-31. ISSN 1214-5572.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2008c, č. 16, s. 26-30. ISSN 1214-5572.
- ROZSYPALOVÁ, Marie a Marta STAŇKOVÁ. *Ošetřovatelství I/1*. 3. dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-860-7339-4.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.
- SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4733-111.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80- 7262-599-4.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80- 7178-998-4.
- ZACHAROVÁ, Eva., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Elektronické prameny:

- BEDNÁŘOVÁ, Jana. Umění komunikovat. *Sestra*. [online]. 2010, roč. 20, č. 4, s. 16 – 17. ISSN 12010-0404. [cit.2014-04-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/umeni-komunikace-450934>
- ČERMÁK, Martin. Komunikuji, komunikuješ, komunikujeme. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008, roč. 57, č. 6, s. 14-17. ISSN 1805-2355. [cit.2014-04-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/komunikuji-komunikujes-komunikujeme-343967>

- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie* [online]. 2003 [cit. 2014-04-22]. ISBN 80-7178-740-X. Dostupné z: http://obchod.portal.cz/Foto/sample/eknihy/pdf/lekarska_psychologie.pdf
- ZACHAROVÁ, Eva. *Základy zdravotnické psychologie*. [online]. Ostrava. 2013. ISBN 978-80-7464-275-3. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Zacharova_Zaklady-zdravotnicke_psychologie_adaptace.pdf
- [internet 1]
Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---------------------------------|----|
| Příloha A <i>Dotazník</i> | 70 |
|---------------------------------|----|

Příloha A – Dotazník

Vážené maminky,

jmenuji se Věra Buranská a jsem absolventkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru Porodní asistentka, Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mé bakalářské práce na téma: „**Využívání znalostí psychologie zdravotnickým personálem v nemocniční praxi z pohledu klientky**“.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Odpovědi budou použity jen k vyhodnocení praktické části závěrečné práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

Věra Buranská

Dotazníková část A: obecná část

Kolik je Vám let?

.....

Dotazníková část B: specifická data

Prosím, označte vždy jen jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak.

1. Ptá se Vás nelékařský zdravotnický personál (zahrnuje porodní asistentky, novorozenecké sestry) během Vaší hospitalizace na to, jak se cítíte?

- a) ano, více než 1x za den
- b) ano, více než 1x za celou dobu hospitalizace
- c) ano, ale pouze 1x za celou dobu hospitalizace
- d) ne

2. Hodnotila byste nelékařský zdravotnický personál jako ochotný, vstřícný a trpělivý?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

3. Pokud se vyskytl problém, se kterým jste si nevěděla rady, byl Vám nelékařský zdravotnický personál oporou, snažil se Vám aktivně pomoci a problém společně vyřešit?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

4. Jak jste spokojena/nespokojena s profesionálním vystupováním nelékařského zdravotnického personálu?

(Nelékařský zdravotnický personál komunikuje se všemi klientkami stejným způsobem, nepřenáší na ně své negativní emoce a nálady, jedná s klientkami s úctou a respektem)

- a) spokojena
- b) spíše spokojena
- c) spíše nespokojena
- d) nespokojena

5. Myslíte si, že nelékařský zdravotnický personál dělá vše pro zachování Vaší intimity v rámci jeho možností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

6. Jak byste zhodnotila osobní přístup nelékařského zdravotnického personálu celkově?

- a) aktivní
- b) spíše aktivní
- c) spíše pasivní
- d) pasivní

7. Budí ve Vás nelékařský zdravotnický personál pocit důvěry?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8. Vnímáte vztah s nelékařským zdravotnickým personálem jako otevřený a pozitivní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9. Setkala jste se někdy u nelékařského zdravotnického personálu s tímto chováním? (Lze vybrat více možností)

- a) neodpovídání na pozdrav
- b) netaktnost, necitlivost
- c) ignorace
- d) urážení
- e) přivádění do trapných situací
- f) lhaní
- g) strohost
- h) nadřazenost
- i) jiné nepříjemné chování (vypište jaké)
- j) nesetkal/a jsem se s žádným z uvedených typů chování

10. Zažila jste někdy situaci, kdy Vám byly sděleny nelékařským zdravotnickým personálem informace, které si odporovaly a vedly Vás k nejistotě?

- a) ne, nikdy jsem se s podobnou situací nesetkala
- b) ano, ale má spolubydlící na pokoji/matka/kamarádka/partner/jiné mi byli emoční oporou a uklidnili mě
- c) ano, byla jsem zmatená a velmi mě to zneklidnilo/znejistilo
- d) ano, cítila jsem se bezradně až úzkostlivě, bylo to velmi stresující

11. Měla jste někdy pocit, že nelékařský zdravotnický personál bere svoji práci pouze jako rutinní záležitost? (Neosobní přístup, monotónní práce bez individuálního přizpůsobení se odlišnostem klientek, přistupuje ke klientkám bez většího zájmu)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Uvítala byste na oddělení šestinedělí pomoc psychologa, nebo je podpora ze strany nelékařského zdravotnického personálu dostatečná?

- a) ne, podpora je dostatečná
- b) ne, ale ocenila bych více času stráveného s nelékařským zdr. personálem
- c) ano, někdy bych se chtěla vyprávět o svých pocitech a problémech

13. Byly Vám informace sdělené nelékařským zdravotnickým personálem podané srozumitelným způsobem?

- a) ano, vždy jsem zcela porozuměla
- b) spíše ano, vždy jsem z větší části porozuměla
- c) spíše ne, porozuměla jsem vždy jen z malé části
- d) ne, bohužel jsem neporozuměla

14. Ověřuje si nelékařský zdravotnický personál Vaše porozumění k pokynům a informacím, které Vám sdělil?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Dává Vám nelékařský zdravotnický personál během komunikace možnost se vyjádřit či se zeptat na doplňující otázky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Cítila jste zábrany při pokládání dotazů nelékařskému zdravotnickému personálu?

- a) ne
- b) ano – důvod: 1) pocit nezájmu ze strany nelékařského zdr. personálu
2) strach z negativní odezvy nelékařského zdr. personálu
3) nedůvěra nelékařskému zdr. personálu
4) jiné

17. Máte pocit, že Vás nelékařský zdravotnický personál vnímá a aktivně Vám naslouchá?

(Bere v úvahu Vaše pocity, udržuje v přiměřené míře oční kontakt, má vstřícná gesta, zaujatý výraz v obličeji)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**18. Jak byste zhodnotila porozumění a empatii* (*vcítění se)
nelékařského zdravotnického personálu při výskytu problému?**

(1 – výborné; 5 – nedostatečné)

1-----2-----3-----4-----5

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji Vám spoustu radostí s Vaším miminkem!