

JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Míra empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji
zjišťovaná standardizovaným dotazníkem**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Marie Bürgerová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Datum odevzdání: 16. 08. 2011

ABSTRACT

The degree of empathy in officials and health professionals in the Liberec region interviewed by a standardized questionnaire

The thesis deals with the degree of empathy in officials and health professionals in the Liberec region. The objective of the thesis was to determine how much empathy officials/social workers and health workers have. The thesis is divided into two key sections. There is a theoretical section that described and explained, using the processing and presentation of professional books and Internet resources, empathetic and ethical empathy in these groups. Health workers and social workers proceed according to a prescribed code of ethics and their own moral standard in exercising their profession. In their professions, both the groups mostly try selflessly to help their patients/clients. The character of both the examined groups requires ethical responsibility to others, especially to people who find themselves in emergency situations and who need various types of aid and assistance. Another section, a practical one, presents a quantitative research using a standardized questionnaire that found out the degree of empathy; in it, the respondents expressed their positions on twenty statements. The main objective was to determine which group has a higher degree of empathy to their patients/clients in the exercise of their professions. The selection of the respondents and the first surveyed set was chosen at the Municipal Office in Tanvald and Jablonec nad Nisou from the basic staff of officials working in social services. The second surveyed set was selected in hospitals in Tanvald and Jablonec nad Nisou from basic staff of health workers – nurses in nursing services. The scope of the surveyed sample was 40 health workers and 40 social workers.

The hypotheses set for the surveyed sets were confirmed. The results made it obvious that health workers, compared to officials in the social field, showed a higher degree of empathy oriented to other people in their attitudes in the fifteen statements. Only in four statements, an officer/a social worker showed higher empathy scores than medical staff. It was confirmed that health workers proved in their professions that their degree of empathy, which is understood as participation of an individual in the feelings

of another person, was higher than that of the officials. The two groups agreed in a statement.

The presented thesis can serve in the psychological field because the current development of behaviour may bring, from scientific field research, some interesting findings in terms of mutual social relations in the given groups.

ABSTRAKT

Míra empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji zjišťovaná standardizovaným dotazníkem

Práce se zabývá mírou empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji. Cílem práce bylo zjistit, jakou míru empatie má úředník / sociální pracovník a zdravotní pracovník. Práce je rozdělena do dvou stěžejních oblastí. Jedná se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných knižních a internetových zdrojů popisovala a objasňovala empatické, etické vcítění u jmenovaných skupin. Zdravotní pracovníci i sociální pracovníci se při výkonu svého povolání řídí předepsaným etickým kodexem a svým vlastním morálním standardem. Obě skupiny se ve svém povolání především snaží nezištně pomoci svému pacientovi / klientovi. Charakter obou zkoumaných skupin vyžaduje etickou odpovědnost k druhým, zejména však vůči lidem, kteří se ocitli v nouzových situacích a kteří potřebují různé druhy podpory a pomoci. Další část, praktická, představuje kvantitativní výzkum za pomoci standardizovaného dotazníku, který zjišťoval míru empatie, kde respondenti vyjadřovali své postoje k dvaceti tvrzením. Hlavním cílem bylo určit, která skupina při výkonu svého povolání má ke svému pacientovi / klientovi vyšší míru empatie. Výběr respondentů a první zkoumaný soubor byl vybrán na Městském úřadě v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou ze základního souboru úředníků v sociálních službách. Druhý zkoumaný soubor byl vybrán v nemocnici v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou ze základního souboru zdravotních pracovníků, a to zdravotních sester v ošetrovatelských službách. Rozsah zkoumaného vzorku byl 40 zdravotních pracovníků a 40 sociálních pracovníků.

Hypotézy, které byly stanoveny u zkoumaných souborů, se nám potvrdily. Výsledky ukázaly, že zdravotní pracovníci vykazovali postojem v patnácti tvrzeních vyšší úroveň empatie, která je orientovaná na druhého, než úředník v sociální oblasti. Pouze ve čtyřech tvrzeních úředník / sociální pracovník vykazoval vyšší skóre empatie než zdravotní pracovník. Potvrdilo se nám, že zdravotní pracovníci ve své profesi dokázali, že jejich míra empatie, která je chápána jako spoluúčast jedince na prožívání druhé osoby, je vyšší než u úředníků. V jednom tvrzení se obě skupiny shodly.

Prezentovaná práce může posloužit v psychologické oblasti, neboť vývoj chování v současné době může přinést z výzkumného šetření v terénu zajímavé poznatky v rovině vzájemných sociálních vztahů v uvedených skupinách.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Míra empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji zjišťovaná standardizovaným dotazníkem“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2011

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za poskytnutí podkladů a cenných rad při vedení mé bakalářské práce, dále za připomínky a čas, který mi věnoval.

Mé poděkování patří též mé rodině a blízkým přátelům za pomoc a podporu během studia.

Obsah

Úvod	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Empatie	10
1.1.1 Definice empatie z psychologického hlediska	12
1.1.2 Empatie v dílech	13
1.2 Etika.....	15
1.2.1 Etika, morálka, mravnost, svědomí	15
1.2.2 Etika v dílech.....	17
1.2.3 Etika a empatie zdravotního pracovníka	18
1.2.4 Etický kodex zdravotního pracovníka	19
1.2.5 Etický kodex Mezinárodní rady sester	20
1.2.6 Etika a empatie úředníka v sociální oblasti	20
1.2.7 Etický kodex úředníka v sociálních službách.....	22
1.3 Pomáhající povolání	23
1.3.1 Předpoklady práce	23
1.3.2 Stres	24
1.3.3 Syndrom vyhoření	26
1.3.4 Jak se bránit pracovnímu vyčerpání	28
1.3.5 Jak motivovat sebe	29
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Hypotézy.....	30

3 METODIKA	31
3.1 Metody a technika sběru.....	31
3.2 Analýza dat.....	32
3.2.1 Vážený aritmetický průměr.....	32
3.2.2 Výběrová směrodatná odchylka.....	33
4 VÝSLEDKY	34
4.1 Statistická analýza výsledků.....	35
4.2 Souhrn nejdůležitějších výsledků.....	65
5 DISKUSE	67
6 ZÁVĚR	71
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
8 KLÍČOVÁ SLOVA	76
9 PŘÍLOHY	77

Úvod

Empatie v poslední době je často používané slovo v oblasti psychologie. Empatie neboli vcítění znamená, že se snažíme porozumět emocím a motivům druhého člověka. Empatie je rozdílná u každého člověka bez ohledu, z jakého povolání pochází. Člověk, aby se uměl vcítit do druhého člověka, musí se odpoutat od vlastních názorů, hodnot a předsudků. Znamená to, že pochopí jednání toho druhého, pochopí jeho názory. Do toho druhého se můžeme vcítit na krátkou dobu při náhodném setkání, při jednání i při sporu. Při těchto náhodných setkáních pozorujeme člověka a vnímáme především signály, které člověk do okolí vysílá. Tyto signály se souhrnně označují jako řeč těla. Začneme toho druhého vnímat a pozorovat a zároveň přemýšlet, jaký postoj k němu zaujmeme, protože každý člověk je originál. Život nám však i přináší empatii k člověku, kterého známe již léta, kde se můžeme opírat i o zkušenosti z minulosti. A právě minulost je pro nás v tomto případě velkou výhodou a velkou pomocnicí při vcítění se do druhého člověka. Empatie se hlavně v pomáhajících profesích studuje a zároveň se učí používat. Málokdy se setkáme s tím, že by empatie byla vrozená. Všeobecně však platí, že neustále nemůžeme být empatictí k druhým lidem, neboť by to mohlo vést k našemu vyhoření, či vyhaslosti, nebo též vyčerpání (burnout syndrome). Když přeložíme anglické slovo „to burn“, což znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhasnout. Z původně silného hořícího ohně, představujícího u každého z nás vysoké nasazení, aktivitu, motivaci, empatii, která však přechází do pomalého dohořívání až vyhaslosti, ztrátou empatie, ztrátou zájmu o cokoli kolem sebe.

Cílem bakalářské práce je zmapovat teoreticky i prakticky problematiku míry empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji. Současně analyzovat oslovené pracovníky ve zdravotnictví, kteří by měli být i empatictí, neboť musí vycházet ve své péči nejen ze svých odborných znalostí a zkušeností, ale ke svým pacientům musí přistupovat s porozuměním. Empatie pracovníků ve zdravotnických oborech je hlavně v nástroji, kdy se snaží své pacienty léčit a mají radost z jejich uzdravení. Podobné nároky jsou vznášeny na všechna povolání v rámci pomáhajících profesí. Oproti této skupině stojí úředníci, jejichž hlavní role je ochrana zákona. V práci úředníka je větší důraz na dodržení pravidel než na pomoc, proto v této profesi empatie nebývá běžně

žádaná. Srovnání jsem analyzovala ve skupině úředníků v sociálních službách, neboť i tato skupina má ve své roli pomoc potřebným lidem a předpokládám, že v této skupině empatie bude podstatně frekventovaným nástrojem, neboť sociální pracovník pomáhá druhým ve svízelných životních situacích. Empatie u sociálního pracovníka musí však být na hranici zákona, neboť disponuje různými prostředky, kterými může druhým pomáhat v životních svízelných situacích, ale jen v rozmezí předepsaných předpisů.

Šetření míry empatie u úředníků v sociální oblasti a zdravotníků v Libereckém kraji jsem zjišťovala standardizovaným dotazníkem v nemocničním prostředí u zdravotních sester v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou a u úředníků v sociálních službách Městského úřadu v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou. Profese sestry je charakteristická vysokými nároky na bezchybný výkon a empatie je vlastní postoj zdravotní sestry k pacientovi. Profese sociální pracovník je charakteristická pomáhat lidem ve svízelných situacích. Empatie je zde ohraničena právními předpisy, neboť sociální pracovník musí dodržovat profesní realitu v podobě paragrafů.

1 Současný stav

1.1 Empatie

„Láska je především dávat, ne přijímat.“

Erich Fromm (4)

Podle Heleny Záškové a Zdeňka Mlčáka (2009) empatie zabírá strategicky důležité místo v moderní psychologii, protože leží na hranici, která odděluje jedince od druhých, Já od Ty. Psychologie poukazuje na to, že empatie je úzce spojena s kompetencí člověka komunikovat a zároveň porozumět druhým lidem. Empatie znamená vcítit se do pocitu toho druhého a záleží opravdu na naší kapacitě myšlení a jednání vůči druhým. Krátce řečeno empatie je považována za velmi důležitou podmínku pro vytvoření kvalitních interpersonálních vztahů, k nimž patří rodičovství, přátelství, partnerství či láska. Empatie zvyšuje ochotu druhému pomáhat, a proto je považována za základní podmínku všech dalších relevantních sociálních vztahů, jako je například vztah učitele a žáka, lékaře a pacienta, terapeuta a klienta. Budeme tedy předpokládat, že empatie je rozhodující příčina ryzího altruistického chování a představuje nejušlechtlejší aspekt lidské existence (30). Doba, ve které se nyní lidstvo nachází, je výjimečná a nabádá nás ke změně. Nabádá nás ke změně myšlení a k zamyšlení, neboť i v dávných dobách, kdy lidé byli ještě na úrovni Bohů, byla příroda se svým tajemstvím jejich jediným náboženstvím. Kromě lásky k Bohu také Kristus formoval i druhé přikázání: „Miluj svého bližního jako sám sebe,“ a zároveň jsme nabádáni i k milování našich nepřátel (9).

V současnosti se empatie jako pojem ze slovníku a ze života lidí vytrácí. Důvodem této ztráty je přílišná rychlost, se kterou žijeme své životy. Neumíme se zastavit a zamyslet se sami nad sebou, natož se vcítit do druhých. A z toho právě vychází, že nejdůležitějším předpokladem pro vcítění je, že si skutečně uvědomíme vlastní pocity. Spousta lidí je v současnosti otupených tak, že ani nepoznají, co jim vlastně schází. Odcizení roste do stále větších rozměrů. Láska teprve začne vyzářovat, když se dokážeme vcítit do druhého. Vcítění je neoddělitelná část lásky. Co je pro naše

srdce dýchání, to je vcítění pro lásku. Úkol pro nás je obnovit lásku. Z výsledků můžeme konstatovat, že vcítění je jádro lásky. Nejdůležitější silou v tomto procesu je vcítit se jeden do druhého. Přirovnám to k benzínu a motoru. Motor můžeme sestrojít dokonale, ale bez pohonné látky ho nevedeme do chodu. Tak stejně i člověk může dobře ovládat pravidla konfrontace, dokud se ale necítí, tak se mu nepodaří dotknout svého srdce a uvést ho do pohybu. Tělo jako nástroj duše a slovo učiněné tělem rozhoduje o hloubce cítění. Čím bude naše objetí pevnější, tím hlouběji se můžeme ponořit do vlastního cítění i do cítění druhého. Aby se druhý do mne mohl vcítit, musím mu i já svůj cit ukázat (22).

Typické empatické a etické chování souvisí hlavně s výkonem tzv. pomáhajících profesí. V pomáhajících profesích opravdu předpokládáme, že empatii mají pracovníci těchto profesí jako základní profesionální povinnost. U ostatních profesí nepatří empatické a etické chování k základním profesionálním povinnostem, a proto ani neočekáváme příliš velkou ochotu pomáhat druhým. Podle Heleny Záškové a Zdeňka Mlčáka (2009) prosociální chování a empatie má altruistický a egoistický přístup. Na základě toho vzniká otázka, zda každá pomoc nebude egoisticky motivována. Zároveň Zášková a Mlčák rozdělili podle C.D. Batsona (1991) empatii, která je vyvolána altruistickou motivací, do čtyř kroků:

➤ Vnímání potřeby druhého

Děti učíme empaticky reagovat na utrpení ostatních tak, že je musíme nejprve naučit vnímat potřeby a utrpení ostatních, a to způsobem upozorněním na situaci, v nichž se druzí mohou nacházet, a zároveň je upozorníme, jak se lidé v této situaci asi cítí.

➤ Přijetí perspektivy druhého

V tomto kroku nahlížíme na nepříjemnou situaci z jiného úhlu a představujeme si, jak se asi ten druhý v dané situaci cítí. Tyto představy jsou často omezeny hranicemi verbálních a neverbálních podnětů.

➤ Zažití empatické emoce

Děti, aby zažívaly empatickou emoci, učíme je vnímat potřeby druhého a zároveň přijímat perspektivu druhého. Emoční zážitky ve formě prožití neklidu, dojetí

a smutku, mohou být nejdříve nejasné. Důležité je, aby děti uměly popisovat své vlastní pocity, o všem přemýšlet a mluvit.

➤ **Uskutečnění chování k dosažení altruistických cílů**

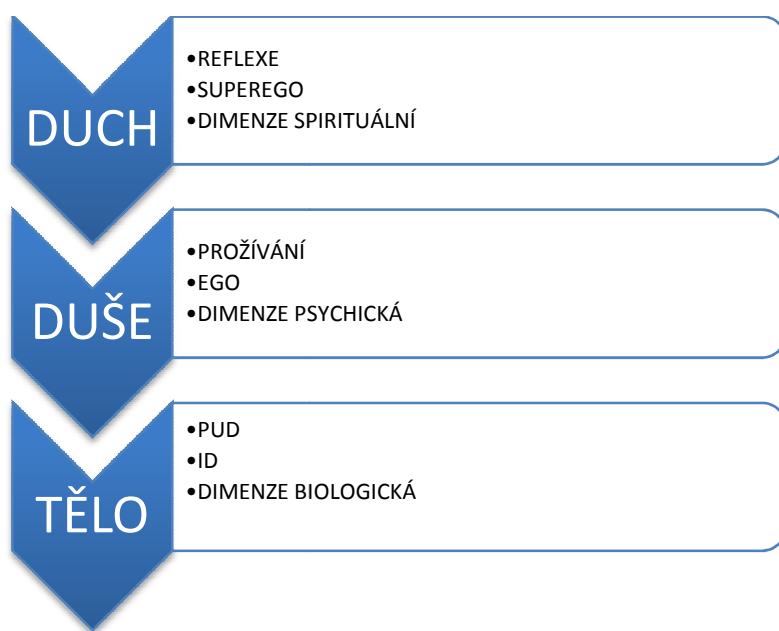
Děti se musí naučit a dozvědět způsoby chování, jaké existují při odlišných situacích. Základ je vytvořit pro děti specifické zážitky, aby si samy uměly vyzkoušet různé postupy. Vše vede k tomu, aby děti lépe pochopily empatii s altruistickou motivací (30).

1.1.1 Definice empatie z psychologického hlediska

Psychologie nám říká, že empatie je schopnost promítnout své vlastní „já“ do psychického obrazu druhého člověka takovým způsobem, který v nás vyvolá souznění a následné porozumění, postupující od emotivní k racionální rovině. Samozřejmě, že jde o složitý emocionální proces, jenž předpokládá porozumět tomu druhému při zachování své identity. Základním nástrojem psychoterapie je empatie, která nám přináší možnost porozumět ostatním nezávisle na vlastních potřebách (23). Jiří Jankovský (2003) rozdělil současnou psychologii na jednotlivé stupně bytí člověka na pojmy pud, prožívání a reflexe neboli vědomí. Vědomí znamená to, že člověk myslí, cítí a zároveň si sám vše uvědomuje. Výrazy tělo, duše, duch používáme spíše ve filosofické antropologii. Tyto vrstvy jsou vzájemně propojeny, tvoří celek a tím je u člověka propojenost tělesná, duševní a duchovní zároveň. Všechny tři dimenze jsou ve zvláštním vztahu a člověk tedy žije třemi způsoby, které v něm tvoří neoddělitelnou jednotu. Tělesná bytost, která usiluje o zdraví těla, duševní bytost, o příjemné pocity, vybudování pohody a odstranění napětí ve vlastním těle. Když tyto tendence jsou naplněny, tak nás vedou k uspokojování vlastních potřeb, pokud však selžou, tak to vede k nepříjemnému napětí a k nepříjemným pocitům. Musíme si i zde připomenout zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda, který označil jednotlivé dimenze ID, EGO, SUPEREGO (viz obr. 1). Tyto dimenze nejsou na sobě závislé a zde se odehrávají veškeré duševní, duchovní prožívání a nejsou spolu propojeny, i když tvoří jednotu. Člověk jako duchovní bytost se snaží vybudovat životní hodnoty v podobě

smysluplnosti svého života a víry k něčemu, k někomu. Člověka tedy vnímáme jako bytost bio-psychosociální a v současnosti hovoříme i o spirituální neboli duchovní sféře (9).

Obr. 1: Vrstvy (dimenze) bytí člověka (9)



1.1.2 Empatie v dílech

Novodobá autorka Jirina Prekop popsala ve svém díle „Empatie – vcítění v každodenním životě“ (2004) empatii v různých přiběžích všedního života tak, aby i laická veřejnost pochopila pojem slova a psychologicky dokázala posilovat ohleduplnost mezi lidmi, a aby se uměla navzájem lépe porozumět (22). Helena Zášková, Zdeněk Mlčák ve svém díle „Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie“ (2009) popisují i jiné stránky empatie, které tlumivým vlivem na lidskou agresi chrání člověka i proti tendenci diskriminovat, vykořisťovat a ovládat druhé (30). Uvedené dílo ve své Recenzi hodnotil i František Baumgartner (2010) jako velmi zdařilé hlavně v teoretické části. Výzkumná část uvedeného díla od Záškové a Mlčáka

přispěla k orientačnímu výzkumu, který popisuje empirické šetření (1). Jaro Křivohlavý (2004) nám v knize „Pozitivní psychologie“ podal pojetí empatie na základě poznání Carla Rogerse a Martina Bubera, kteří rozšířili pojetí empatie o další rozměr. Empatie je tedy nejen schopnost vžít se do pocitů druhých, ale i vnímat druhého člověka a jeho vnitřní myšlení. Hlubší pochopení znamená, že cítíme emoce a myšlenky druhé osoby, ale přitom jsme si vědomi toho, že tyto emoce a myšlenky nejsou naše, ale toho druhého (11).

Dalším autorem, který ve svém díle „Čo vieme o empatii“ (1988) z psychologického hlediska vysvětlil empatii široké veřejnosti, je slovenský spisovatel a odborník na sociální psychologii Béla Buda. V knize tvrdí, že empatie se uskutečňuje využíváním skrytých komunikačních kanálů, které nazýváme neverbální a preverbální komunikací. Neverbální komunikaci vysíláme nevědomky a naše rozhovory tvoří podstatnou část mezilidské komunikace (3). Profesor Nicholas Humphrey ve své knize „Vnútorne oko“ (2006) popsal hypotézu, že vnitřní oko v každém z nás má schopnost vidět do vlastního myšlení a do myšlení druhých lidí. Autor nám vysvětluje, že empatii prožíváme s druhým, cítíme stejný stav jako on. Prožíváme vše na vlastní kůži, když vidíme někoho trpět, trpíme a zároveň máme slzy v očích. Slyšíme, že se někdo směje a zároveň si uvědomíme, že se smějeme s ním (7). Erich Segal ve svém románu „Lekári“ (1992) na strhujícím příběhu několika spolužáků, kteří v šedesátých letech opustili lékařskou fakultu v Harvardu, podává pravdivý obraz života hlavních hrdinů, s nimiž prožíváme jejich touhy, lásky, skryté vášně, profesní zkušenosti, ale i bolestná zklamání a nečekané prohry. Příběh dodnes uchvacuje čtenáře svou pravdivostí, humanismem, láskou, úctou i empatií k člověku i životu (24). Václav Cílek v knize „Krajiny vnitřní a vnější“ (2005) popisuje, že působením velkých tlaků a teplot se stmelily různorodé horniny do pevných masivů. Působením těchto činností se krajina změnila v pohoří, ze kterého dnes zbývají právě jen hluboké kořeny hor a obvykle jsou zalesněné. Jsou to ty kraje, kam jezdíme sbírat houby, ale kde lidé bývají zarputilejší a jejich empatie je menší, než u lidí z roviny. V procesu, kdy z hor vzniká rovina, musíme připomenout, jak se na této linii začínají lišit i lidé. Krajina je tedy jako obraz lidí, kteří ji obývají (4).

1.2 Etika

1.2.1 Etika, morálka, mravnost, svědomí

Etika má svůj původ v řeckém slově „ethos“, což v českém jazyce znamená „mrav, obyčej, zvyk“, popřípadě i „zvláštnost“. Jedná se o nauku, která se zabývá správným jednáním v lidském společenství. Z historického hlediska má určitě zásluhu na tvoření etiky Aristoteles. Řecké myšlení se především zabývalo lidskou blažeností. Ve starověkém Řecku, zejména ve spisech Platóna a Aristotela, se tito pánové zabývali otázkou dobrého života, o ideálních vlastnostech a o vztahu mezi ctností a hledáním štěstí. Tomáš Akvinský vyjadřuje středověkou snahu o sloučení právě Aristotelových myšlenek, že vše má spět ke svému cíli, že všechny věci stvořené Bohem lze považovat za přirozené a správné. Mel Thompson ve své knize „Přehled etiky“ (2004) dále připomíná, že podle Hobbese byla etika postavena na smluvní dohodě mezi lidmi. Podle Humeho platilo, že etika by měla být založena spíše na citech než rozumu. A podle Kanta by měly etické principy být postaveny na čistém praktickém rozumu. Někteří myslitelé 18. a 19. století etiku zkoumají na základě vývoje jedince nebo osobních otázek. Ve 20. století se zaznamenalo oživení zájmu o aplikovanou etiku (27).

Etiku lze tedy vnímat jako praktickou filosofii, která nám ukazuje vztah člověka ke světu. Vývoj etiky byl totožný s vývojem filozofie. Mravné neboli ctnostné bylo tedy vše, co vedlo k lepšímu žití na tomto světě. O etice lze hovořit teprve tehdy, pokud má svůj předmět, jímž je morálka.

Autorka bakalářské práce Ivana Pártlová (2008) popisuje také pojmy, které s etikou souvisí a použila popis morálky, mravnosti, svědomí z knihy od Jiřího Jankovského (2003), který hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla (20). Morálka souvisí se svědomím každého člověka.

Etiku dělíme z jiných hledisek na:

- autonomní – člověk nebo společnost si sama vymezí etické zásady,
- heteronomní – etické zásady jsou stanoveny z vnějšku, například společenskou autoritou, popřípadě Bohem,
- individuální – zabývá se morálními otázkami jedince,
- sociální – zkoumá problematiku v sociální oblasti,

- profesní – aplikuje obecná ustanovení, tzv. etické kodexy, které jsou konkrétně vytvořeny na jednotlivé činnosti z různých oblastí, například ze zdravotní nebo ze sociální oblasti.

Morálka je odvozena z latinského slova „mos“, čemuž odpovídá české slovo „obyčej, zvyk, mrav,“ nebo i „způsob.“ Morálka je soubor uznávaných mravních norem, které vyplývají z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie. Morální neboli mravně dobré je to jednání, které je ve shodě se svědomím.

Mravnost však nelze objektivně posuzovat. Jestliže chceme posuzovat jednání člověka, tak pouze z hlediska dodržování daných norem, tedy morálky. Mravnost souvisí s charakterem. Mravně jedná člověk tehdy, pokud se chová v souladu se svým svědomím. Mravnost tedy není pouze záležitostí rozumu, ale má vazbu na emocionální stránku člověka. Mravnost je důsledkem lidství a je výrazem toho, že člověk je vskutku člověkem. Morálka tak plní funkci:

- poznávací – vztah ke společnosti,
- regulativní – chování člověka,
- humanizační – lidskost.

Základem přirozené morálky je povinnost, aby člověk byl člověkem se vším, co k tomu patří a který se řídí pravidlem nečinít jiným to, co nechce, aby bylo činěno jemu samotnému. Člověk musí konat dobro pro dobro samé. Morálka se stává spravedlností v praxi a člověk jedná mravně ne proto, že mu to někdo přikázal, ale z úcty před sebou samým.

Svědomí vnímáme jako podstatnou složku mravnosti. Svědomí dává člověku schopnost morálně hodnotit své jednání neboli moralitu. Moralita se týká svědomí člověka. Na úrovni morality platí, že při jednání rozlišujeme pouze to, co je morálně dobré, nebo morálně zlé. Morálně dobré se shoduje se svědomím člověka a morálně zlé je samozřejmě se svědomím člověka v rozporu (9).

1.2.2 Etika v dílech

Mezi filosofy, kteří se hlavně zabývají otázkou etiky z lékařského prostředí, patří Jiří Šimek a Vladimír Špalek. Ve svém díle „Filozofické základy lékařské etiky“ (2003) věnovali pozornost lékařské etice jako medicínskému oboru, který se vyučuje na českých lékařských fakultách, a to hlavně z filosofického hlediska. Dílo je postaveno na promyšlených filosofických základech, což znamená, že vychází ze zkušeností světových i českých filosofů, kteří nám ve svých dílech odkázali své myšlenky a zkušenosti. Filosofie neobjevuje něco zásadně nového, ale smysl toho starého, a to může být právě nové (26). Mel Thompson v knize „Přehled etiky“ (2004) rozděluje etiku do čtyř přístupů:

- deskriptivní etika – popisuje mravní rozhodnutí a hodnoty,
- normativní etika – zkoumá hlavně normy,
- metaetika – představuje zoufalou snahu, co lidé svými výroky vlastně myslí,
- aplikovaná etika – zkoumá mravní rozhodnutí a hodnoty.

V díle nás autor Mel Thompson (2004) seznamuje i s úkolem etiky, kde nám vysvětluje, že etika se nezabývá pouze průměrnými standardy chování, ale spíše hledáním toho, co je správné a dobré a jak nejlépe žít (27). Ernst Tugendhat se v knize „Přednášky o etice“ (2004) dotknul toho, že nemůžeme přehlédnout, že se v mezilidských vztazích v posledním období i v politické sféře ustavičně vynášejí morální soudy. Výsostné postavení, které v dnešních politických střetech zaujímají pojmy demokracie a lidská práva, jsou dány morálním rozměrem a s tím samozřejmě souvisí i hranice morálních norem. Kdo nemá morální smysl, nemůže se ani morálně stydět, ani zlobit na jiné. Ernst Tugendhat popisuje, kdyby morální reformátor Ježíš z Nazaretu morálku svého lidu rozšířil a i kdyby ji celou změnil a na její místo dosadil jinou, nová morálka by pak nebyla vůbec žádnou morálkou (28). Etika je opravdu vědní disciplína, která proniká již do podnikání i veřejné správy. Musíme si uvědomit, že etika v této oblasti je jako spojená nádoba, kterou můžeme oddělit pouze teoreticky, ve skutečnosti je etika podnikání etikou celé společnosti.

V knize „Etika podnikání a veřejné správy“ (1997) autoři Z. Dytrt, R. Roudný, J. Skipala a J. Volejníková popisují, že na rozdíl od vyspělých demokratických států, kde je etice veřejné správy věnována pozornost, je tomu u nás naopak. Etika ve veřejné správě zaujímá místo hlavně v souvislosti s rozhodováním. Jedná se o skupinu lidí nezaujatých, bez osobních zájmů, z nichž každý disponuje charakterovými a profesními hodnotami (6).

1.2.3 Etika a empatie zdravotního pracovníka

V ošetrovatelství etiku definujeme jako teorii o podmínkách v ošetrovatelské činnosti a s tím souvisejícího žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Morálka v ošetrovatelství znamená dobro a prospěch pro nemocného. Všechny ošetrovatelské úkony musí mít mravní dopad (12).

Člověk při své práci, ať chce nebo ne, se v každodenním životě setkává s množstvím etických otázek. Marta Munzarová (2005) nám popsala etiku, která nám určuje, jestli mohou být lidské aktivity správné nebo špatné. Etika patří hlavně do pomáhajících profesí, která má již svůj zdroj v přirozenosti, a to v dobru. Marta Munzarová připomíná, že konat dobro a vyhýbat se zlu je základem etiky. A proto všechny etické systémy, včetně těch lékařských, musí jít zpět k dobru a vyhýbat se zlu. Zároveň nám připomíná i „Hippokratovu přísahu“. V přísaze se hlavně mluví o vztazích s bohy, mezi lékaři a ostatními členy tohoto povolání a v neposlední řadě o nejdůležitějším vztahu lékaře a nemocného. Připomíná, že i sestry musí brát následky svých rozhodnutí, neboť mezi nejdůležitější morální jednání patří úcta k člověku (16).

Dle H. Záškodné a Z. Mlčáka (2009) se D. Kunkyová a J. K. Olsonová (2001) pokusily o vyjasnění problematiky empatie v oboru ošetrovatelství. Metoda se nazývala *konceptuální analýza empatie* a ukázala celkem pět existujících konceptualizací empatie v tomto oboru:

➤ *Empatie jako lidská vlastnost*

Empatie je chápána jako vymezení nebo schopnost sdílet s druhým jejich prožitky, postoje a chování.

➤ *Empatie jako profesionální stav*

Empatie je chápána jako schopnost porozumět prožitkům klienta.

➤ *Empatie jako komunikační proces*

Empatie je vnímána jako specifický a komunikační proces, kde pomáhající pracovník vnímá emoce a myšlenky klienta a vyjadřuje mu porozumění. Empatie je zaměřena na tři stádia procesu, v prvním stádiu jsou vnímány prožitky klienta, ve druhém stádiu porozumíme klientovi a ve třetím stádiu dochází k vnímání toho, jak bylo toto porozumění klientem přijato.

➤ *Empatie jako pečování*

Klient vnímá empatii pomáhajícího pracovníka a proces pečování.

➤ *Empatie jako speciální vztah*

Důsledkem je podpora a zlepšení fyzického i psychického stavu pacienta (30).

V praktické příručce pro sestry (2006) se hovoří, že kvalita ošetrovatelské péče je dána kulturním a sociálním prostředím. Kvalita zdravotní péče je ovlivněna jednak hodnotami, které jsou ve společnosti a zároveň individuálními hodnotami všech jedinců, kteří kvalitu péče definují (31).

1.2.4 Etický kodex zdravotního pracovníka

Etický kodex je vypsán v praktické příručce pro sestry (2006), kde jsou uvedeny nejdůležitější standardy pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou a veřejností. Praktická příručka určuje obecná pravidla pro zdravotní povolání. Mezinárodní rada sester (ICN), jak je uvedeno v příručce, vypracovala etické zásady ošetrovatelského povolání, které bylo přijato veřejností sester v roce 1973. Je však zřejmé, že české sestry se prostřednictvím svých profesních organizací, jako je ČAS, ČSS, hlásí ke svému etickému českému kodexu (viz příloha č. 3). České kodexy mají ke kodexu ICN velmi blízko a liší se jen v nepatrných detailech.

1.2.5 Etický kodex Mezinárodní rady sester

Z Etického kodexu Mezinárodní rady sester (viz příloha č. 4) vychází *Etická pravidla zdravotní péče*, jež určují čtyři oblasti, které musí sestra ve své práci respektovat:

- pečovat o zdraví
- předcházet nemocem
- zlepšovat zdravotní stav
- tišit bolest

Při veškeré ošetrovatelské a zdravotní péči musíme respektovat lidský život, lidskou důstojnost, lidská práva. Zdravotní péče se musí poskytovat všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, pohlaví, barvu kůže, politické přesvědčení, sociální postavení. Sestra ve spolupráci s dalšími obory poskytuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitě.

Autorka Jana Kutnohorská (2007) popsala Kodex zdravotních sester předložený Českou asociací sester z roku 1991, který nebyl dosud ustanoven ČLK, ale vychází z Mezinárodního kodexu pro zdravotní sestry. Kodex je rozdělen do stejných úseků jako v Mezinárodním kodexu: sestra a pacient, sestra a praxe, sestra a spolupracovníci, sestra a profese, sestra a společnost (12).

1.2.6 Etika a empatie úředníka v sociální oblasti

Podle Richarda A. Chapmana (2003) je etika ve veřejné službě významná jak z teoretického, tak z praktického hlediska. Veřejná služba je služba státu a jeho orgánů. V poslední době se klade veliký důraz i na etické chování politiků a úředníků ve veřejných službách. Autor zdůrazňuje, že etika ve veřejné službě začíná jasnou formulací, že etika ve vládě se hlavně týká morálních standardů ve veřejné službě. Úředníci se ve svém jednání řídí správním uvážením a i na chování úředníka jsou kladeny nátlaky. Chování je ovlivňováno různými aspekty prostředí, v němž úředník pracuje. Etika ve veřejné správě je o rozhodování, ve kterém by se hlavně mělo používat úsudku. Taková rozhodování nejsou opravdu snadná a neexistuje na ně žádný

vzorec. I zde kodexy etiky a standardů hrají jistou úlohu. Zaměstnanci veřejné služby musejí být odpovědní v procesu rozhodování. Samozřejmě, že i organizace musí zajistit prostředí, ve kterém se odpovědný úředník chová odpovědně. Jinými slovy, zaměstnanci veřejné služby musejí být schopni porovnat všechny preference a hodnoty, které znamenají informaci pro dané rozhodnutí. Jedině tak jsou rozhodnutí posuzovaná jako etická, a to z hlediska procesu a výsledku. Etický zaměstnanec veřejné služby musí prokázat, zda dodržel dané postupy, že všechny hodnoty byly pečlivě zváženy, než se vydalo konečné rozhodnutí. Klíčovým faktorem pro etiku ve veřejné službě je politické prostředí, které poskytuje rámec pro veřejnou službu a podmiňuje její praxi (8).

Oldřich Matoušek (2003) připomněl profesní etiku v sociální práci. Ukazuje, že mezi sociální prací, hodnotami, morálkou a etikou je úzký vztah. V sociální práci se vyskytuje praxe v rovinách morality, mravnosti, profese, práva a víry. Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, zmírňování a řešení sociálních problémů, kterými je například chudoba, zanedbávání výchovy dětí, delikvence mládeže či nezaměstnanost (13).

Helena Zášková a Zdeněk Mlčák (2009) vysvětlili, že v psychologické literatuře je empatie chápána jako vlastnost, stav i jako proces, toto platí pro všechny oblasti lidského života. V uvedeném díle popisují autoři, že zmíněné tři způsoby konceptualizace empatie se mohou u různých autorů významově překrývat, jako je to například v pracích známých teoretiků empatie C.R.Rogerse či M.L.Hoffmana.

- *Empatie tedy jako osobnostní vlastnost* bývá chápána jako vlastnost, dispozice, rys, dovednost, tendence či orientace. Empatie zde může mít emocionální nebo kognitivní povahu, takže lidé se z hlediska této vlastnosti vzájemně kvalitativně nebo kvantitativně odlišují. Na základě toho můžeme identifikovat jedince s vysokou a nízkou empatií.
- *Empatie jako situačně specifický psychický stav* je chápána jako vytvoření reakce na určitý podnět nebo podněcující osobu.
- *Empatie jako multifázový experienciální proces* je v tomto pojetí vysvětlena jako sekvence momentálně vznikajících prožitků a jejich vhodné sdělování. Obtíž

v chápání empatie opravdu pramení z rozdílného přístupu v rámci odlišných oborů v lidském životě (30).

1.2.7 Etický kodex úředníka v sociálních službách

Etický kodex sociálního pracovníka je vydán profesní asociací. V České republice vznikla v roce 1990 Společnost sociálních pracovníků, která etický kodex vydala v roce 1995 (viz příloha č. 5).

Etický kodex sociálních pracovníků ČR staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, zároveň hledá možnost, jak klienta zapojit do řešení problému.

V etickém kodexu se podporuje sociální spravedlnost, jako je:

- respektování jedinečnosti klienta,
- pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke společnosti,
- pravidla ve vztahu k povolání,
- pravidla ve vztahu ke kolegům.

Podle Oldřicha Matouška (2003) sociální pracovníci často pracují v organizacích, které jsou tvořeny na byrokratických základech. Pak nastává situace, že etický kodex, o němž se předpokládá, že jej sociální pracovníci budou dodržovat ve své práci, se dostává do konfliktu s organizačními pravidly (13).

Podle Z. Dyrtra, R. Roudného, J. Skipala a J. Volejníkové (1997) se správní etika týká především jednotlivých úředníků a zasahuje do procesů při jejich rozhodování:

- volba právního postoje – jaké jsou, jaké by měly být zákony, zda je chci dodržovat, zda budu respektovat ideu zákonodárce, nebo zásadu – co není zakázáno, je dovoleno,
- volba morálního postoje – identita definována morálkou a lidskými hodnotami,
- volba preference zájmu – rozhodujeme, zda budeme preferovat vlastní individuální zájem nad zájmem veřejným.

Městští manažeři a úředníci mají specifické etické problémy a nemohou opravdu rozhodovat jako majitelé soukromých podniků. Obec, úřad není jejich, její spravování jim byla pouze svěřena. Úředníci veřejné správy musí mít jasno o jazyku a pojmech, které při své práci používají. Hraje zde i úlohu míra zodpovědnosti a ne jen formální postupy (6).

1.3 Pomáhající povolání

1.3.1 Předpoklady práce

Existuje řada povolání, jejichž první náplní je pomáhat lidem. Jsou to lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky. V pomáhajících profesích hraje důležitou roli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem, nebo pacientem. V pomáhajících profesích by mělo platit pravidlo – „Kdo chce pomáhat druhým, měl by hlavně rozumět sám sobě“. Ve svém jednání se necháváme vést řadou motivů, potřeb, impulsů, představ a přání, kterých jsme si vědomi jen částečně a někdy dokonce vůbec. Nesmíme zapomenout, že nikdo z nás se nenarodil jako „osoba pečující o osobu blízkou.“ Tedy aspektům, které s tím souvisí a zasahují do našich životů v průběhu každého povolání, se neustále učíme. Chtěla bych podle Milana Nakonečného (2003) připomenout, že lidské jednání probíhá určitým způsobem, s určitou intenzitou a směřuje k dosažení určitých cílů. Vzorec jednání určuje učení, avšak zaměření jednání na dosažení určitého cíle určuje motivace. Motivace je procesem chování (17).

V pomáhajících profesích pracovníci své povolání vykonají s nadšením a navzájem se motivují. Na základě toho Karel Kopřiva (2006) rozděluje pracovníka na *angažovaného a neangažovaného*. Angažovaný pracovník své povolání chápe jako činnost smysluplnou. Často se stává, že pracovník vykonává zaměstnání v této sféře i při nižším příjmu. Neangažovaný pracovník vykonává svoji práci bez osobního zájmu. Neangažovanost sociální pracovníci se projevuje, že se nestane opěrným bodem pro klienta nebo rodinu. Ve zdravotnictví se neangažovanost projevuje nezájmem o pacienta v jeho situaci (10). V pomáhajících profesích je nedílnou součástí kvalita péče, která se

poskytuje pacientům ve zdravotnictví nebo klientům v sociálních službách. Nejlepších výsledků ve zdravotnictví dosahujeme na základě vytváření nových zdravotnických postupů, monitorování správnosti fungování postupů, analýzy dat, zavádění a podporování změn vedoucích ke zlepšení (15).

Dovednosti, které jsou pro profesi sociální pracovník důležité a charakteristické, vycházejí z vědomostí založených na teoretické základně. Příprava na výkon povolání je na základě intelektuální činnosti a na praktické zkušenosti (13). Oldřich Matoušek (2007) nám připomenul, že dva souběžně působící motivy při poskytování sociálních služeb se v naší historii nemění. Služby jsou motivovány snahou pomoci chudým, případně sociálně slabým, a současně se do nich promítá zájem osob disponujících mocí na udržování společenské rovnováhy. Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb (14). Dále Oldřich Matoušek (2003) upozorňuje na podstatu, že etický kodex sociálního pracovníka pomáhá sociálnímu pracovníkovi v situaci, kdy má řešit etický problém nebo dilema. Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka v pomáhající profesi je zdatnost, inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a vyšší úroveň empatie (13).

Wolfgang Schmidbauer (2000) popisuje, že základním nástrojem pomáhajících profesí, ať už jde o psychoterapii, sociální práci či duchovní službu, je hlavně osobnost pomáhajícího. Popisuje, že člověk, který si volí pomáhající profesi, se podle něj pokouší často nevědomě řešit své rané trauma odmítnutého dítěte, svůj hlad po uznání, po empatickém porozumění (25).

1.3.2 Stres

Vycházíme z reality dnešního života a musíme říci, že naše sestry jsou skutečně velice zatěžovány rozmachem současného zdravotnictví. Povolání sestry vyžaduje mimořádné psychické vypětí, ze kterého může vzniknout stres. Karel Nešpor a Ladislav Csémy (2001) vyjadřují názor, že nadměrný stres a návykové chování se prolínají. Nadměrný a příliš dlouho trvající stres zvyšuje riziko vzniku závislosti i na alkoholu a jiných návykových látkách. Převažuje názor, že lékaři a zdravotní sestry jsou návykovými nemocemi ohroženi více než běžná populace.

Dále Karel Nešpor a Zdislav Csémy uvádějí, že podle Americké asociace zdravotních sester má 10-20 % sester problém s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Příčinu můžeme najít ve specifických a nespecifických zátěžových faktorech. Zde se zdůrazňuje vyšší míra stresu a snadná dostupnost zejména nealkoholových návykových látek u zdravotníků.

Rizikové faktory ve zdravotnictví:

- emoční stavy pacientů a jejich reakce
- velká odpovědnost – morální, právní
- konflikt rolí – role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese, terapeut versus manažer a podnikatel, který musí brát v úvahu ekonomické tlaky apod.
- ostrý životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby
- velká dostupnost návykových látek
- sklon k samoléčení
- trojsměnný provoz a noční práce, někdy spánková deprivace
- syndrom vyhoření – „burnout“
- nepředvídaný hluk – hluk zvyšuje riziko syndromu vyhoření u sester na jednotce intenzivní péče
- nárazový charakter práce v mnoha oborech
- nutnost se rozhodovat i při neúplných informacích
- domnělá nebo skutečná selhání zdravotní pracovník prožívá hůře než jiné profese

Nešpor a Csémy kladou hlavně důraz na primární prevenci, která pomáhá zvládat stres u zdravotnických pracovníků a tím snižuje riziko výskytu požívání návykových látek. Primární prevence spočívá ve vytváření a udržování mezilidských vztahů a odolnosti proti profesionálnímu stresu. Oba autoři kladou důraz na dobrou pracovní komunikaci a používání relaxační techniky v pracovním prostředí. Dále i na schopnost dobře si sám sebe uvědomit a zejména u zdravotnických profesí doporučují psychotherapeutické výcviky. Odolnost proti stresu zvyšují zájmy a záliby, tělesná

cvičení, projev emocí a humoru. Zdravotní pracovníci se musí naučit také zvládat i negativní emoce.

Sociální pracovník, který přichází do intenzivního kontaktu s klientem, se tak může dostat do podobné stresové situace jako zdravotní pracovník. Stejně mohou být i způsoby primární prevence. Výhoda u této skupiny je však v tom, že sociální pracovníci nemají přístup k návykovým látkám a proto jsou méně ohroženi návykovými nemocemi než zdravotní pracovníci (18).

Pracovní stres může být rozdělen do několika kategorií:

- problémy související s rolí, které jedinec zastává (konflikt rolí),
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost),
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědnosti),
- profesní perspektiva (nevyužití kvalifikace),
- fyzikální prostředí (hluk, prach, teplota).

Ivana Bartošíková (2006) popisuje, že práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, nežli je tomu u většiny jiných profesí. S tím však souvisí, že nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí (2).

1.3.3 Syndrom vyhoření

Daniela Vodáčková a kol. (2002) popisuje podstatu syndromu vyhoření jako ztrátu motivace způsobenou prožitkem bezmoci. Burnout syndrom v 70. a 80. letech minulého století přešel ve Spojených státech do pracovní oblasti a stal se symbolem rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání. Někdy je pojem pracovního vyčerpání propojován se stresem. Stres a vyhoření není totéž, ale samozřejmě, že stres je základní příčinou, která nás k vyhoření vede. Psychicky se syndrom vyhoření projevuje zklamáním, beznadějí, nezájmem, pocitem ztráty smyslu života. V profesní práci se objevuje nárůst rutinního, bezduchého výkonu, který nám nepřináší žádný smysl.

Proces vyhoření má pozvolný a plíživý průběh, který probíhá bez náležitého povšimnutí. U člověka v zásadě klesá jeho schopnost se adaptovat a učit se novým věcem. Výsledkem pak může být ztráta schopnosti pracovat. Musíme připomenout, že pracovníci ve zdravotnictví jsou vystavováni těžkým tématům – denně se setkávají se smrtí. S tím souvisí, že jsou v kontaktu se silnými emocemi klientů. Může jít o nepřiměřené projevy smutku a zoufalství. Někdy práce s klientem u nás může vést k nastartování souběžných psychických procesů. K zátěžovým faktorům patří nejen obsahová stránka komunikace, nýbrž i forma jejich komunikace. Pracovníci jsou vystavováni zátěžovým a problémovým komunikacím (29).

Ivana Bartošíková (2006) rozdělila zátěže v práci sester do několika skupin. Zátěže jsou rozděleny zhruba na ty, které se vztahují k podmínkám pracovní činnosti a na zátěže, které se týkají osobnosti pracovníků.

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- statické zatížení (stání při práci)
- dynamické zatížení (pocházení, vyřizování)
- zatížení páteře
- zatížení svalového a kloubního systému
- setkávání se s nepříjemnými pocity
- rizika infekce
- narušení spánkového rytmu při směnování
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky
- hluk, nesprávné osvětlení

Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny
- nároky na paměť
- velká zodpovědnost za výsledky

- nutnost rychlých rozhodnutí
- nutnost improvizace při nárazovém charakteru a ještě řada dalších

Psychické, emocionální a sociální zátěže se vyskytují i v práci sociálních úředníků. Zároveň autorka popisuje, že fyzické, psychické a emocionální vyčerpání souvisí se syndromem vyhoření. *Emocionální vyčerpání* se projevuje, že člověk je citově vysátý. Už nemá chuť vžít se do pocitu jiných lidí. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, ale postupně se to přenáší i do osobního života. *Psychické vyčerpání* se odráží v negativních postojích k sobě, k druhým a také změnou životních postojů. *Fyzické vyčerpání* se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, pocitu tělesné slabosti. Změny v sociálních vztazích se projevují především vyhýbáním se pacientům. V důsledku psychické zátěže se zvyšuje podrážděnost, převažuje lhostejnost a apatie, snižování pracovního výkonu.

Stádia vývoje vyhoření bychom mohli rozdělit do čtyř stádií podle modelu C. Maslachové:

- nadšení
- vyčerpání jak psychické, tak fyzické
- odcizení, obranné postoje
- vyčerpání, lhostejnost

Velice důležitá je i prevence syndromu vyhoření. Burnout je tedy důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Tento důsledek je možné zmenšit jednak na straně jedince zvládnutím stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou organizace a kultury (2).

1.3.4 Jak se bránit pracovnímu vyčerpání

Podle B. A. Potterové (1993) oběti vyhoření zažívají pocit bezmoci a cítí se bezmocní tuto situaci změnit. První cesta nás vede najít osobní *sílu* a schopnost ovlivnit to, co se nám přihodí, což nás posiluje a potlačuje vyhoření. Dále bychom se měli naučit relaxovat v práci. Druhá cesta nás vede ke *zvládnutí stresu*. Stres můžeme snížit

i příjemnými představami. Není zde žádné omezení, jediným požadavkem je, aby představa přinesla uvolnění. Třetí cesta pro zvládnání vyhoření nás vede k *osvojování dovedností*. Pokusíme se přemýšlet, jaké dovednosti můžeme využít, abychom snížili svoji úzkost. Čtvrtá cesta nás vede k *vybudování společenské podpory*. To znamená vybudovat si v práci dobré vztahy, které nám budou pomáhat překonávat překážky. Pátou cestou si musíme *upravit zaměstnání tak, aby nám dobře vyhovovalo*. Pokud nám zaměstnání nevyhovuje, tak šestou cestou *zaměstnání změníme*. Sedmá cesta tzv. *síla myšlení* nás vede k tomu, abychom si zaměstnání upravili novým časovým rozvrhem, nebo úplná změna zaměstnání je také boj proti vyhoření. Osmá cesta nás vede k *vytvoření si objektivního přístupu*. Pocit bezmocnosti spouští cyklus vyhořívání. Objektivním přístupem zahrnujeme soustředění veškerého úsilí na to, co právě děláme, ale přitom zůstáváme nezávislí na výsledku. *Podeváté najdeme cestu, která má srdce*. Zajímavé je, že snaha překonat pracovní vyčerpání má jeden háček. Nejdříve musíme dosáhnout toho, že situace bude tak špatná, aby naše snaha byla situaci zlepšovat (21).

1.3.5 Jak motivovat sebe

Motivace je výsledek určitého procesu. Domníváme se, že motivace je vrozená lidská vlastnost. Můžeme pozorovat, že řada lidí ve svých zaměstnáních vykonává práci jen podle předepsaných předpisů. Motivace bývá často špatně chápána. Lidé mohou při své činnosti trpět nedostatkem motivace, nebo někdo může být motivovaný a druhý ne. Zároveň si nesmíme plést motivaci s manipulací a nic nemotivuje lépe než peníze. To jsou vyjmenované omyly týkající se motivace. Zapamatujme si, že motivace u nás nebude vyvolána jen tím, že o ni budeme jen denně hovořit, ale musíme i svůj život přizpůsobit, stanovit si konkrétní cíle a věřit si, že je dokážeme splnit nejen svojí pílí, ale i svým pozitivním myšlením (19).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je porovnání empatie mezi zdravotním a sociálním pracovníkem neboli úředníkem.

Výzkumné otázky:

- 1) Jakou míru empatie má úředník (sociální pracovník) se svým klientem.
- 2) Jakou míru empatie má zdravotní pracovník se svým pacientem.

2.2 Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny, protože jsem použila kvantitativní výzkum s použitím standardizovaného dotazníku.

Hypotézy:

- 1) Ve standardizovaném dotazníku empatie budou zdravotní pracovníci vykazovat vyšší skóre než sociální pracovník.
- 2) Struktura odpovědí se bude v obou skupinách lišit.
- 3) V některých položkách budou úředníci (sociální pracovníci) vykazovat vyšší skóre než zdravotničtí pracovníci.

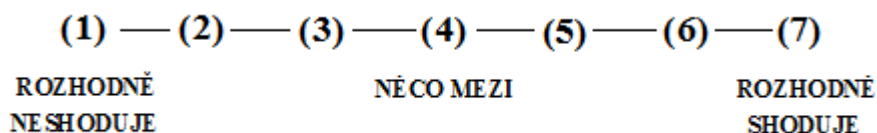
3 Metodika

3.1 Metody a technika sběru

Pro porovnání míry empatie sester a sociálních pracovníků jsem zvolila techniku dotazování formou standardizovaného dotazníku (viz příloha č. 1, příloha č. 2), který mi poskytl vedoucí bakalářské práce. Dotazník je vyhotoven ve dvou verzích, přičemž položené otázky jsou stejné, ale v dotazníku určeném zdravotním pracovníkům je použit termín pacient, v dotazníku určeném sociálním pracovníkům pojem klient. Respondenti vyjadřují svůj postoj k 20 tvrzením zaměřených na vcítění a empatii jak zdravotního tak sociálního pracovníka při jejich práci k pacientům / klientům. U každého tvrzení mají možnost vyjádřit svůj postoj jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (viz obr. 2). Dotazování pomocí dotazníku probíhalo v období od ledna do konce února roku 2011.

Otázky jsou konstruovány tak, že některé mají podobný význam a tím jsou provázané, což nám umožní sledovat pravdivost odpovědí respondentů a jejich zodpovědný přístup k vyplnění dotazníků.

Obr. 2: Škála odpovědí zachycující názor či postoj na dané tvrzení



K výsledku své práce jsem dospěla na základě 80 navracených, zcela vyplněných dotazníků, a to čtyřiceti od skupiny zdravotních pracovníků a čtyřiceti od skupiny sociálních pracovníků. Návratnost dotazníků většinou bývá 30%, v mém případě však činila 80%. Předpokládám, že k takto vysoké návratnosti přispělo podrobné seznámení respondentů se záměrem mé bakalářské práce. Výsledky jsem zpracovala do grafů, které jsou součástí mé bakalářské práce.

Při srovnání míry empatie zmíněných dvou skupin respondentů jsem postupovala následovně: Každou otázku jsem vyšetřovala zvlášť, a to tak, že jsem porovnávala průměrné hodnoty odpovědi na danou otázku v obou skupinách respondentů.

U některých otázek je empatie vyjádřena souhlasem s předloženým tvrzením, u jiných naopak s nesouhlasem. To bylo při srovnávání skupin zohledněno.

3.2 Analýza dat

Pro statistické vyhodnocení dat byl použit program SPSS pro Windows 15.0, který nám vyhodnotil průměrnou hodnotu odpovědi u každé skupiny respondentů a výběrovou směrodatnou odchylku. Rozdíly v jednotlivých položkách byly testovány prostřednictvím chí-kvadrát testu. Pro hodnocení rozdílů jsme zvolili 5% hladinu významnosti.

3.2.1 Vážený aritmetický průměr

Průměrnou hodnotu odpovědi u každého tvrzení můžeme spočítat pomocí vzorce pro vážený aritmetický průměr \bar{x} .

$$\bar{x} = \frac{n_1 x_1 + n_2 x_2 + \dots + n_k x_k}{n}$$

kde

x – hodnota znaku (hodnota odpovědi na odpovědní škále)

k – počet různých hodnot znaků (počet různých hodnot odpovědí)

$n_1 \dots n_k$ – počet jednotlivých hodnot znaků

n – počet všech odpovědí v dané skupině respondentů

Jedná se tedy o součet všech hodnot odpovědí na příslušná tvrzení vydělený celkovým počtem odpovědí.

Pozn.: V následujících grafech používám místo značení \bar{x} zkratku PHO (Průměrná Hodnota Odpovědi).

3.2.2 Výběrová směrodatná odchylka

Dalším ukazatelem, který jsem do svého výzkumu zahrnula, je výběrová směrodatná odchylka σ . Ta nám přibližně říká, jak moc se mezi sebou liší jednotlivé prvky zkoumaného souboru, jinými slovy, jak moc jsou v příslušné skupině respondentů odpovědi na dané tvrzení heterogenní.

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

kde

n – počet všech odpovědí v dané skupině respondentů

x_i – hodnota i -té odpovědi na odpovědní škále

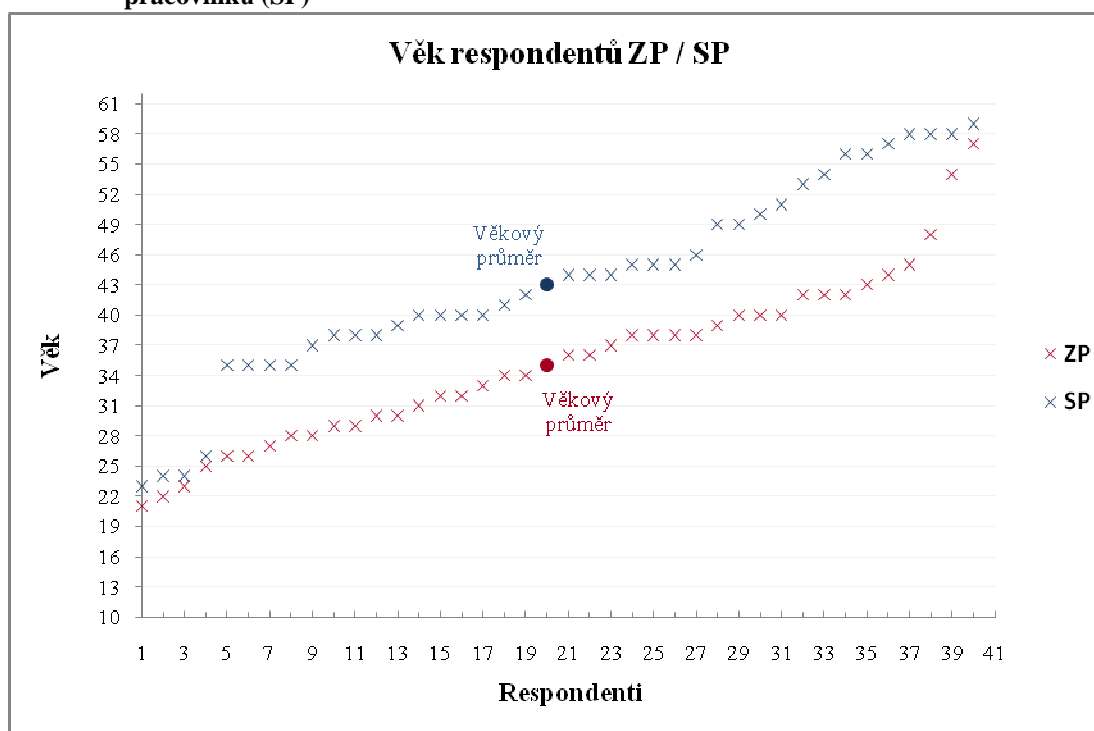
\bar{x} – průměrná hodnota znaku (hodnota váženého aritmetického průměru)

Pozn. V následujících grafech značím výběrovou směrodatnou odchylku σ zkratkou VSO (Výběrová Směrodatná Odchylka).

4 Výsledky

První zkoumaný soubor byl vybrán na Městském úřadu v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou ze základního souboru úředníků v sociálních službách. Průměrný věk této skupiny respondentů se blíží k hranici 43 letům a průměrná praxe činí 13 let. Druhý zkoumaný soubor byl vybrán v nemocnici v Tanvaldu a v Jablonci nad Nisou ze základního souboru zdravotních pracovníků, a to zdravotních sester v ošetrovatelských službách. U této skupiny respondentů se průměrný věk pohybuje na hranici 35 let a průměrná praxe 13 let. Oba soubory byly tvořeny pouze ženami. Věkové složení obou skupin respondentů zachycuje graf 1.

Graf 1: Věkové složení respondentů skupiny zdravotních pracovníků (ZP) a sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že věk skupiny zdravotních pracovníků se pohybuje v nižším věkovém rozmezí oproti skupině druhé, rozdíl věkových průměrů činil 8 let.

4.1 Statistická analýza výsledků

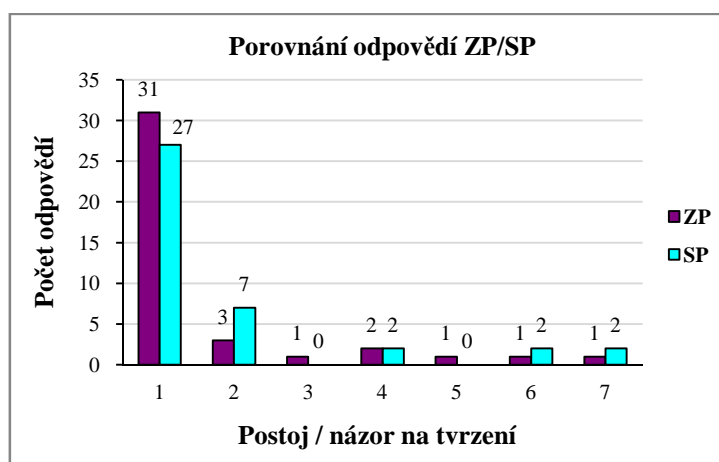
Údaje získané dotazníkovým šetřením jsou analyzovány v grafech. Výsledky vyplývají z ověřování našich hypotéz o shodách a odlišnostech ve skupinách respondentů. Respondenty ve skupině zdravotních pracovníků převážně představovaly zdravotní sestry, proto o této skupině respondentů budu nadále při popisu grafů hovořit jako o sestrách.

Tvrzení 1

Pro léčebný proces je moje pochopení, co pacienti / klienti a jejich blízcí cítí, nepodstatné.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

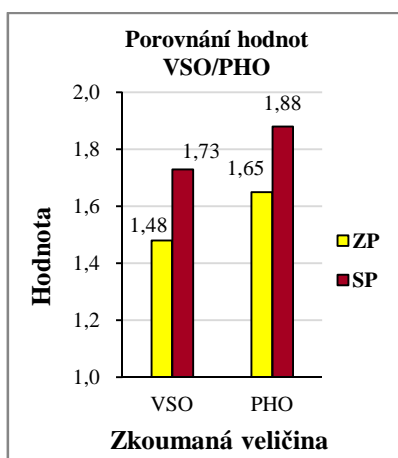
Graf 2: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se do značné míry shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením (sloupce 1 + 2) vyjádřilo 34 sester i sociálních pracovníků. S tvrzením zjevně souhlasily (sloupce 6 + 7) dvě sestry a čtyři sociální pracovníci.

Graf 3: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědi sester (1.65) je poněkud nižší než sociálních pracovníků (1.88).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

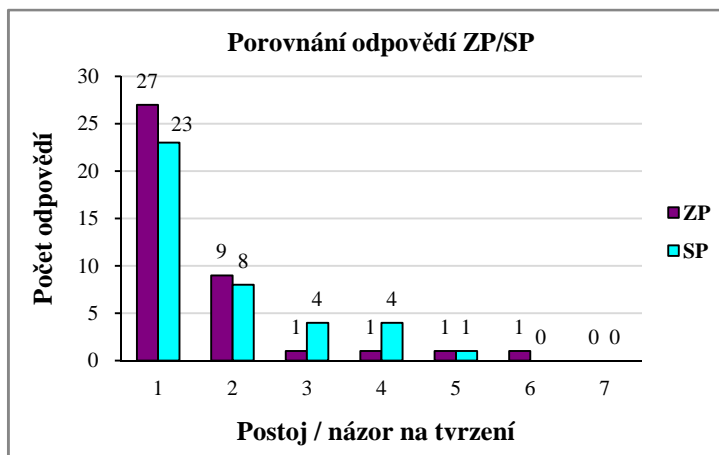
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 2

Nemám zvláštní požitok z četby krásné literatury nebo potěšení z umění.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

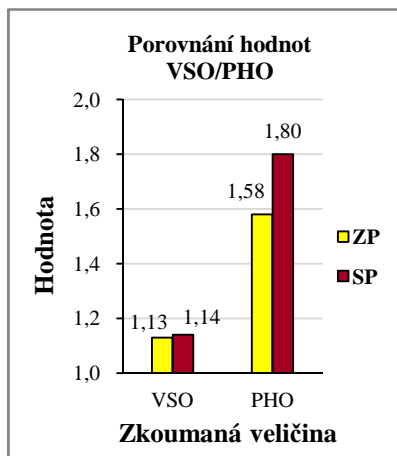
Graf 4: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách odpovídali s nepatrnými odchylkami. Zjevný nesouhlas s tvrzením (sloupce 1 + 2) vyjádřilo 36 sester a 31 sociálních pracovníků. S tvrzením zjevně souhlasila (sloupce 6 + 7) pouze jedna sestra a žádný sociální pracovník.

Graf 5: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědi sester (1.58) je poněkud nižší než sociálních pracovníků (1.80).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Rozdíl směrodatných odchylek u obou skupin je téměř nulový, z čehož plyne, že sestry i sociální pracovníci jsou přibližně stejně homogenní ve svých postojích.

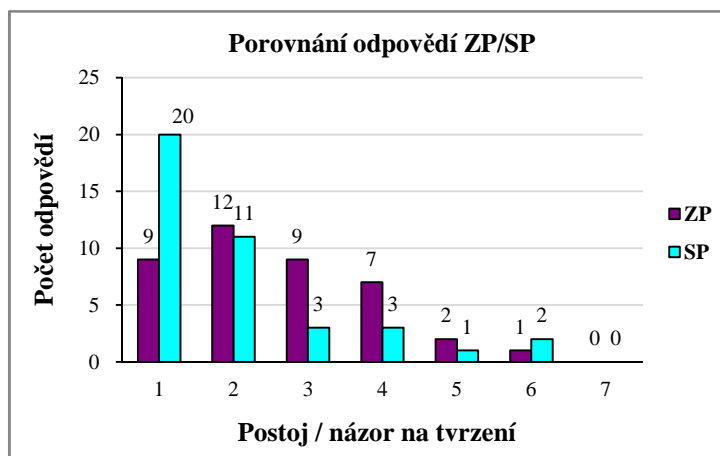
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 3

Vidět situaci z hlediska pacienta / klienta je pro mne obtížné.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

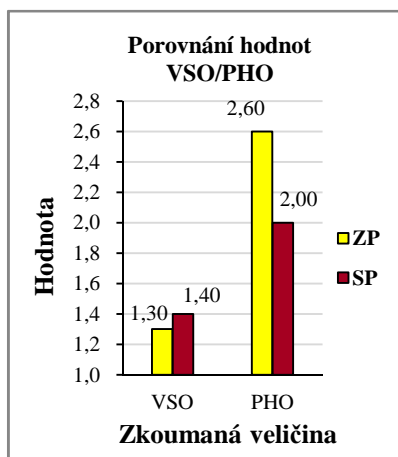
Graf 6: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že postoje respondentů v obou výzkumných skupinách se docela liší. Zjevný nesouhlas s tvrzením (sloupce 1 + 2) vyjádřilo 21 sester a 31 sociálních pracovníků. S tvrzením zjevně souhlasila (sloupce 6 + 7) jedna sestra a dva sociální pracovníci.

Graf 7: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (2.60) je poněkud vyšší než sociálních pracovníků (2.00).

Významné: **Sociální pracovníci** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

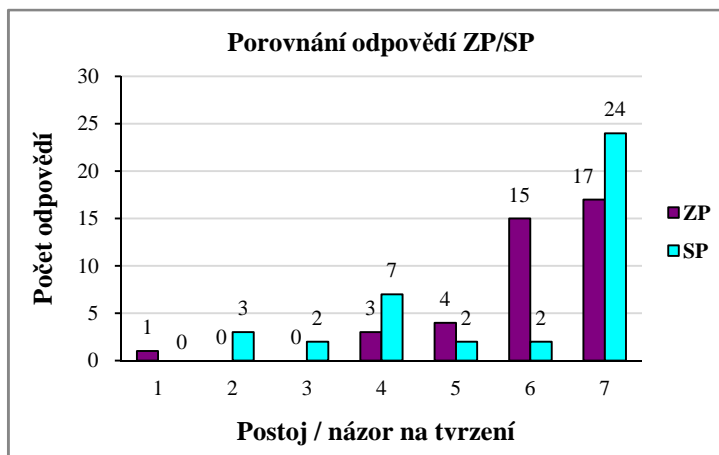
Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 4

Pro vztah zdravotník – pacient / sociální pracovník – klient je porozumění pacientově řeči těla stejně důležité jako porozumění verbální komunikaci.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

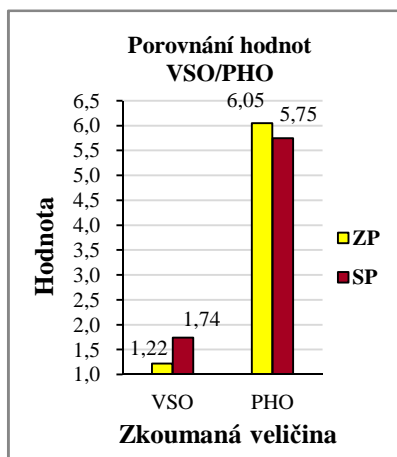
Graf 8: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že postoje respondentů v obou výzkumných skupinách se trochu liší. Zjevný nesouhlas s tvrzením (sloupce 1 + 2) vyjádřila pouze 1 sestra a 3 sociální pracovníci. S tvrzením zjevně souhlasilo (sloupce 6 + 7) 32 sester a 26 sociálních pracovníků.

Graf 9: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (6.05) je poněkud vyšší než u sociálních pracovníků (5.75).

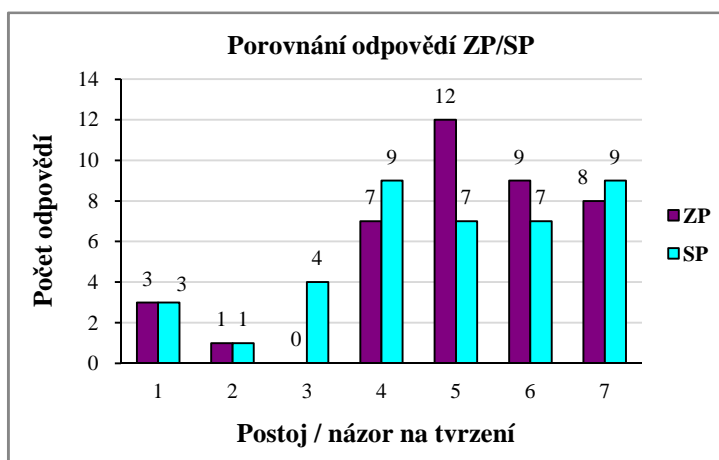
Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější. Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 5

Myslím, že můj smysl pro humor přispívá k lepším léčebným výsledkům / lepším výsledkům mé práce.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

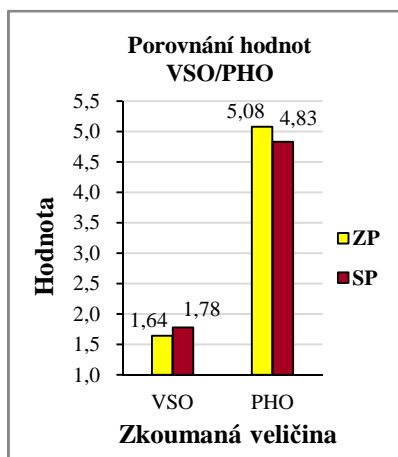
Graf 10: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se téměř shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřily 4 sestry a 4 sociální pracovníci (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 17 sester a 16 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 11: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (5.08) je poněkud vyšší než u sociálních pracovníků (4.83).

Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

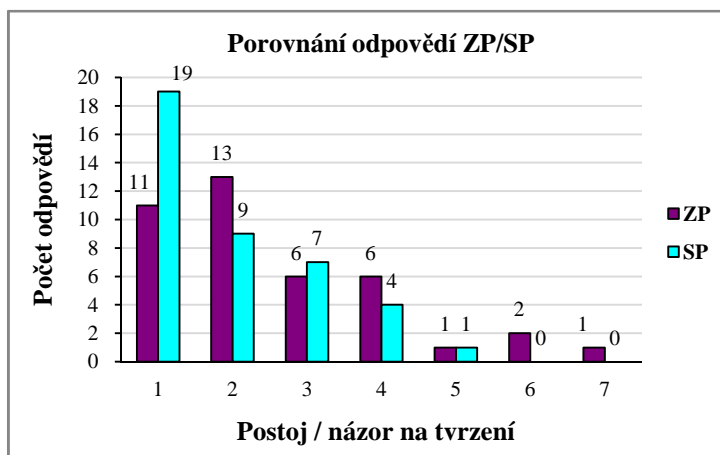
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 6

Lidé jsou rozdílní, a tak je pro mne téměř nemožné vidět věci z hlediska pacienta / klienta.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

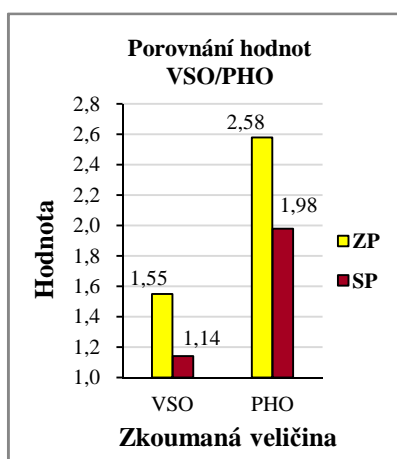
Graf 12: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že odpovědi respondentů v obou výzkumných skupinách se neshodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřily 24 sestry a 28 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasily pouze 3 sestry a žádný sociální pracovník (sloupce 6 + 7).

Graf 13: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (2.58) je významně vyšší než u sociálních pracovníků (1.98).

Významné: **Sociální pracovníci** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sociálních pracovníků nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

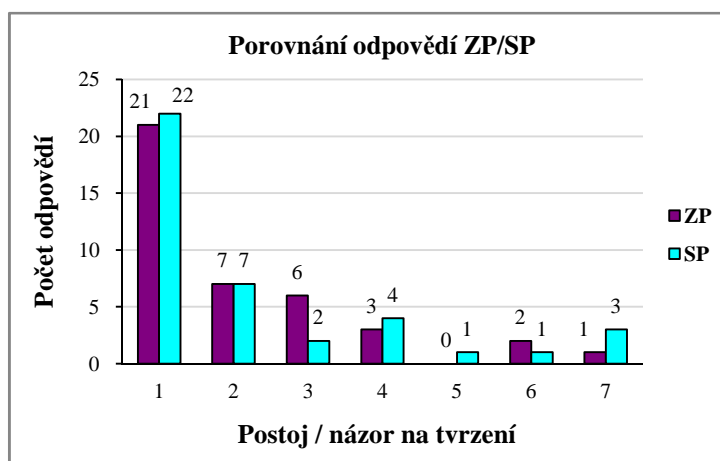
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 7

Při anamnestickém rozhovoru se snažím nevěnovat pozornost pacientovým / klientovým emocím.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

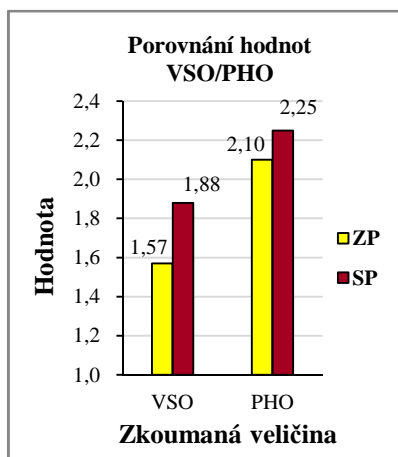
Graf 14: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se téměř shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 28 sester a 29 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasily tři sestry a čtyři sociální pracovníci (sloupce 6 + 7).

Graf 15: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (2.10) je poněkud nižší než u sociálních pracovníků (2.25).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

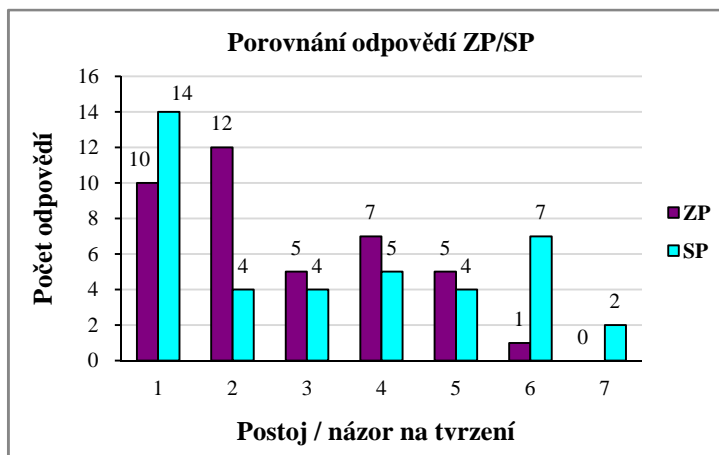
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 8

Pozornost věnovaná pacientovým / klientovým osobním zkušenostem nemá na účinnost léčby podstatný vliv.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

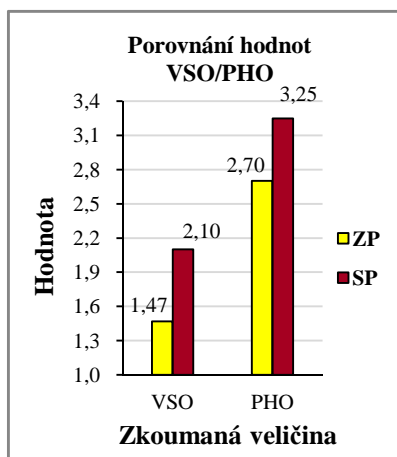
Graf 16: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v postojích respondentů v obou výzkumných skupinách jsou patrné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřily 22 sestry a 18 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasila jedna sestra a devět sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 17: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (2.70) je poněkud nižší než u sociálních pracovníků (3.25).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

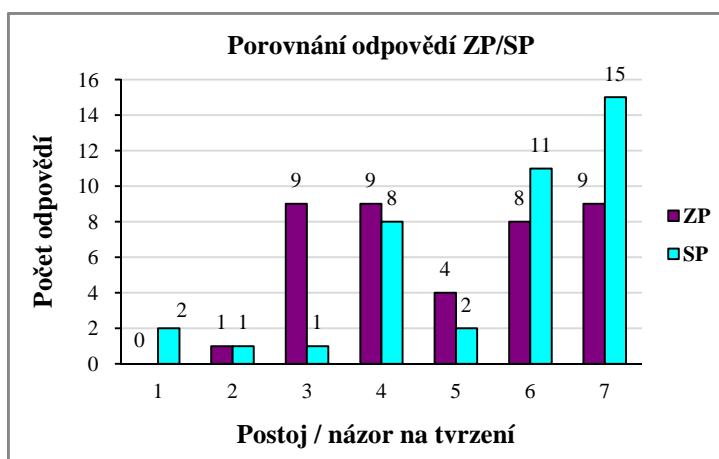
Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 9

Během péče o pacienta / klienta se snažím představit si sám sebe v jeho situaci.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

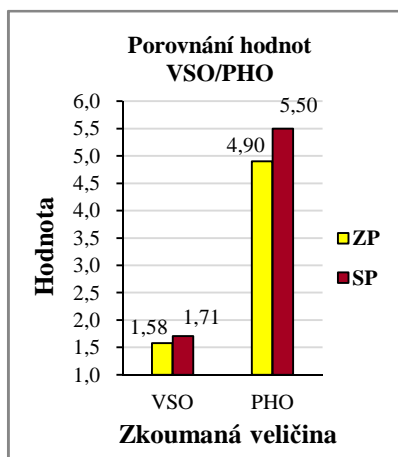
Graf 18: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují znatelné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřila 1 sestra a 3 sociální pracovníci (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 17 sester a 26 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 19: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (4.90) je poněkud nižší než u sociálních pracovníků (5.50).

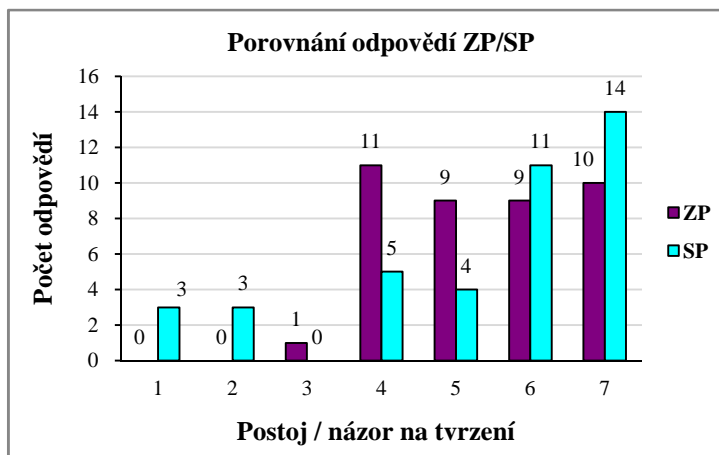
Významné: **Sociální pracovníci** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je vyšší u sociálních pracovníků. Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 10

Moji pacienti / klienti vnímají mé porozumění jejich pocitům jako ocenění vlastní osoby, což je samo o sobě terapeutické.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

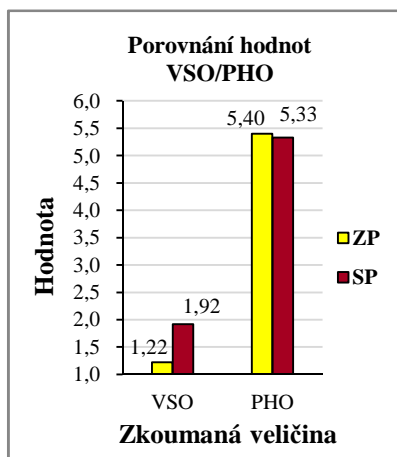
Graf 20: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují drobné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 6 sociálních pracovníků a žádná sestra (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 19 sester a 25 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 21: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (5.40) je nepatrně vyšší než u sociálních pracovníků (5.33).

Významné: Sestry více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

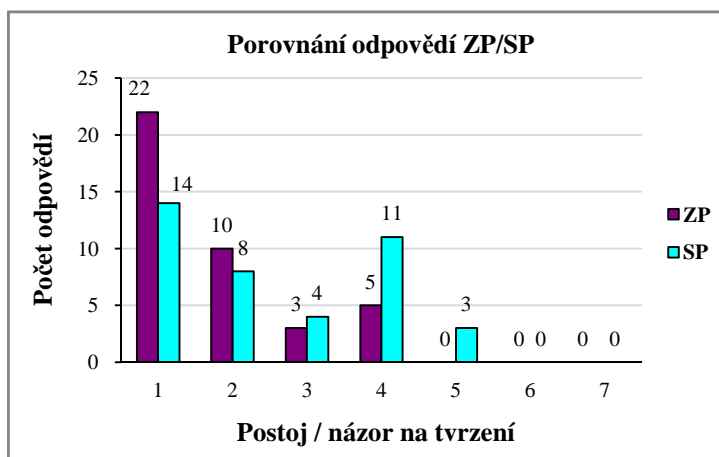
Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 11

Choroby pacientů / klientů mohou být léčeny pouze farmakologicky nebo chirurgicky a emocionální vazby s pacienty / klienty nemohou mít v tomto procesu významné místo.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

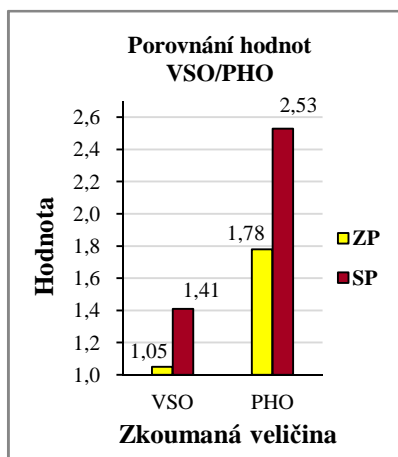
Graf 22: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují patrné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 32 sester a 22 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně nesouhlasila žádná sestra ani sociální pracovník (sloupce 6 + 7).

Graf 23: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (1.78) je značně nižší než u sociálních pracovníků (2.53).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

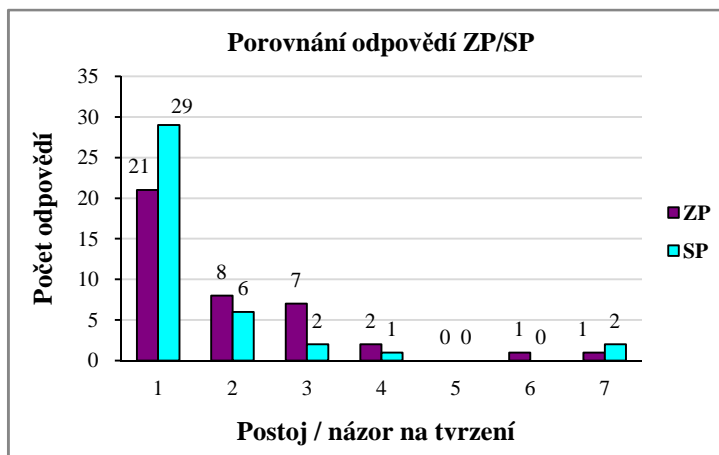
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 12

Informace týkající se soukromého života pacienta nepřispívají k pochopení jeho fyzických potíží.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

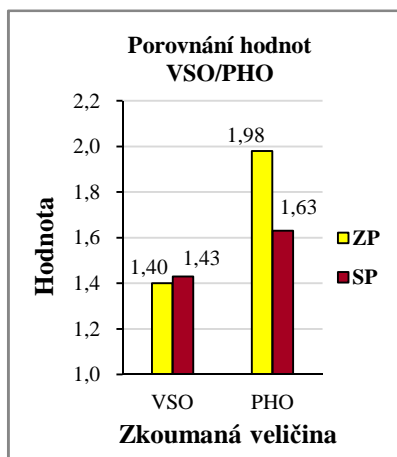
Graf 24: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují drobné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 29 sester a 35 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasily dvě sestry a dva sociální pracovníci (sloupce 6 + 7).

Graf 25: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (1.98) je poněkud vyšší než u sociálních pracovníků (1.63).

Významné: **Sociální pracovníci** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Rozdíl směrodatných odchylek u obou skupin je minimální, z čehož plyne, že sestry i sociální pracovníci jsou přibližně stejně homogenní ve svých odpovědích.

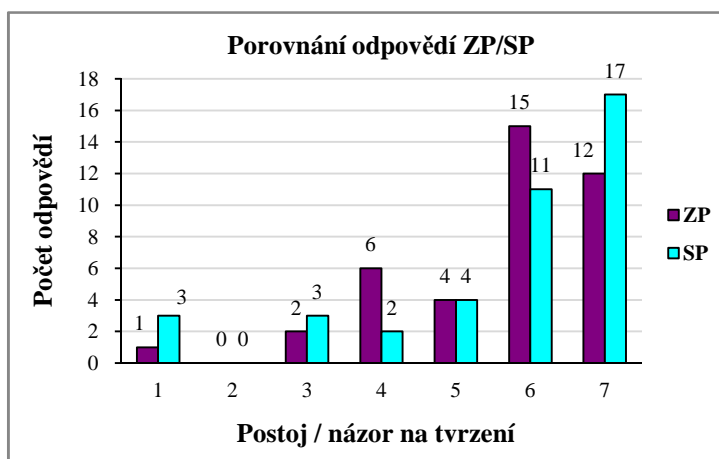
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 13

Pokouším se pochopit, co se děje v pacientově / klientově mysli z neverbálních signálů a řeči těla.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

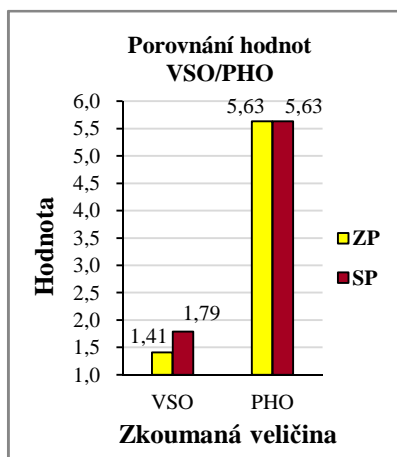
Graf 26: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se ve značné míře shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřila 1 sestra a 3 sociální pracovníci (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 27 sester a 28 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 27: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester a sociálních pracovníků odpovídala hodnotě 5.63. **Významné: Sestry a sociální pracovníci** souhlasí s předloženým tvrzením ve stejné míře, což ukazuje u obou skupin, že míra empatie je stejná. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

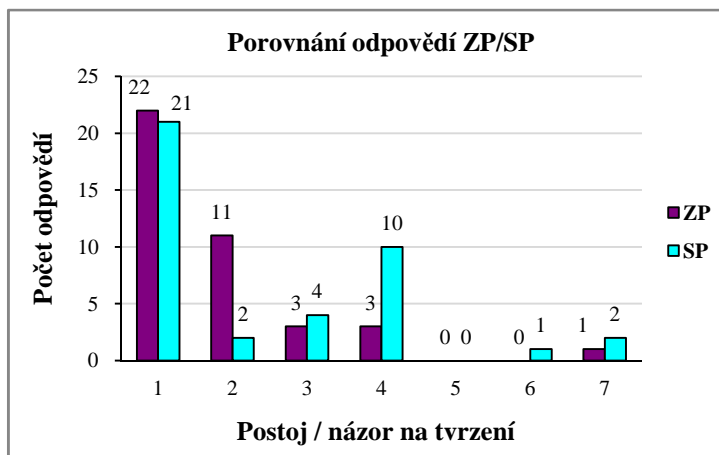
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 14

Jsem přesvědčen/a, že při léčbě chorob není místo pro emoce.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

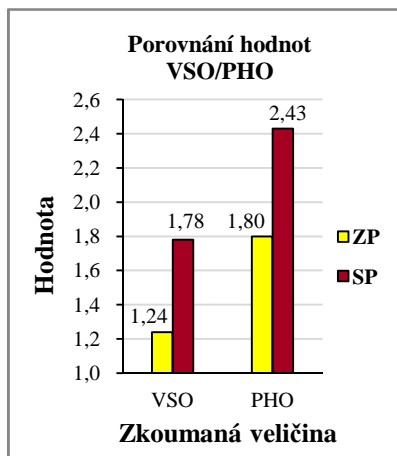
Graf 28: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují patrné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 33 sester a 23 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasila 1 sestra a 3 sociální pracovníci (sloupce 6 + 7).

Graf 29: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (1.80) je významně nižší než u sociálních pracovníků (2.43).

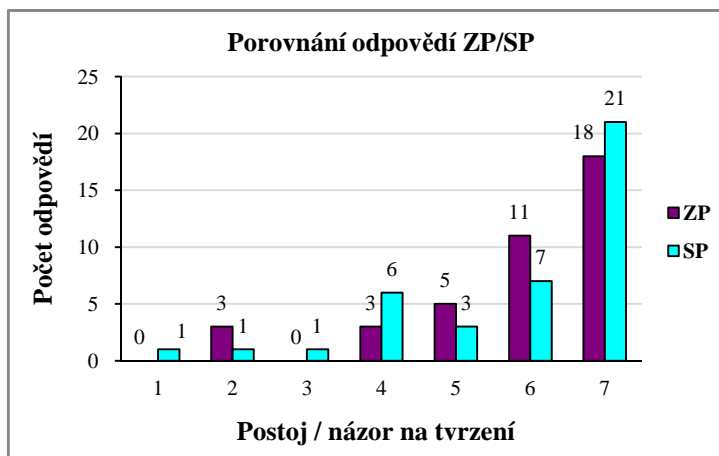
Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější. Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 15

Empatie je terapeutická dovednost, bez které by byla moje úspěšnost omezená.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

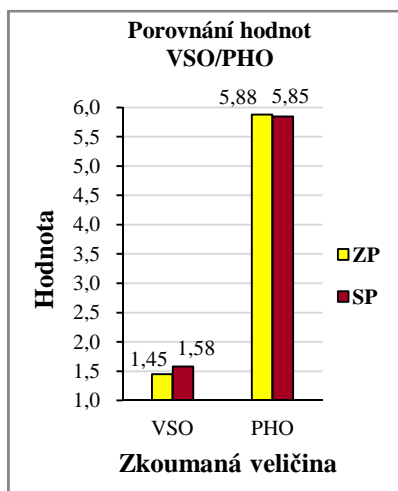
Graf 30: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se ve velké míře shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřily 3 sestry a 2 sociální pracovníci (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 29 sester a 28 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 31: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (5.88) je téměř zanedbatelně vyšší než u sociálních pracovníků (5,85).

Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

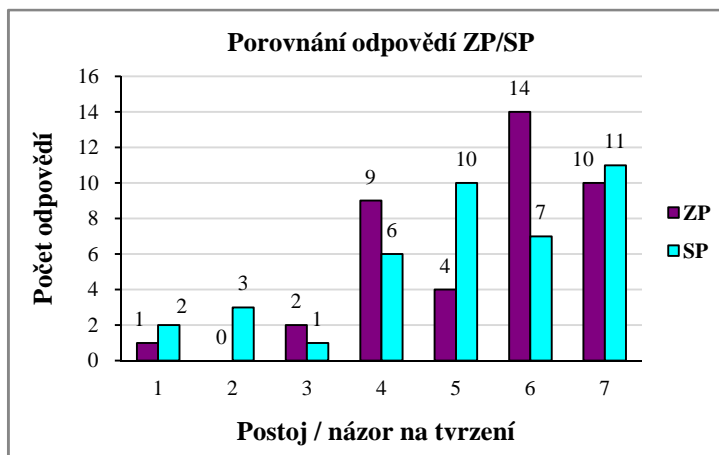
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 16

Důležitou součástí mého vztahu s pacientem / klientem je mé chápání emocionálního stavu jak jeho, tak jeho blízkých.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

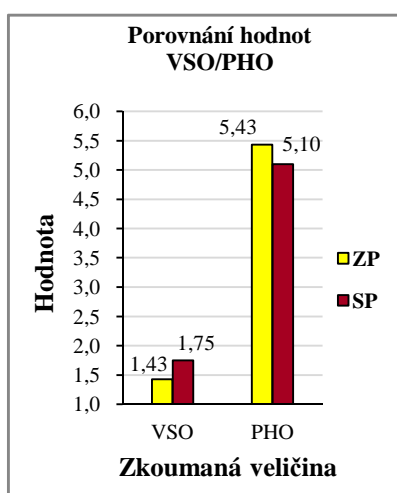
Graf 32: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují patrné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřila 1 sestra a 5 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 24 sester a 18 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 33: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (5,43) je jen nepatrně vyšší než u sociálních pracovníků (5,10).

Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nepatrně nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

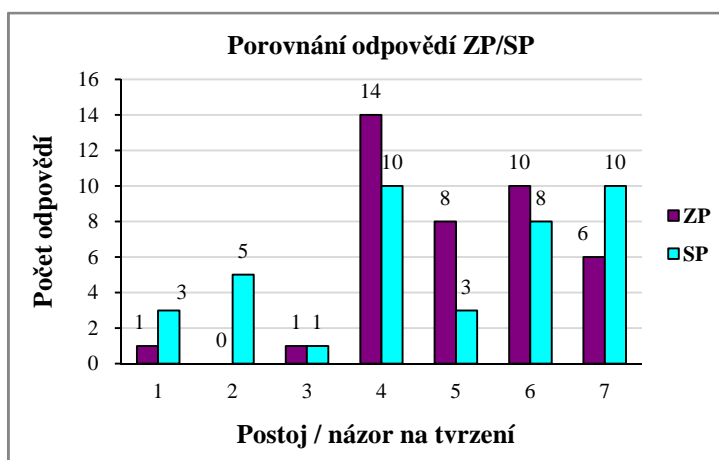
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 17

Snažím se myslet jako moji pacienti / klienti, abych jim mohl/a poskytovat co nejlepší péči.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

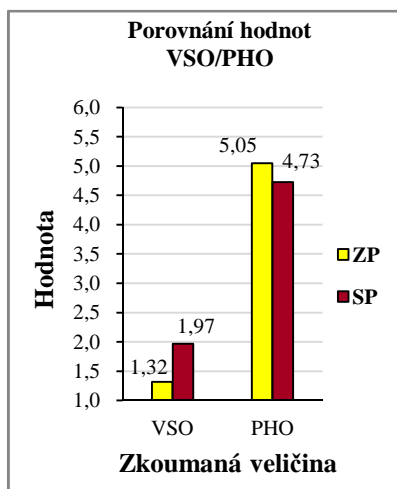
Graf 34: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují patrné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřila 1 sestra a 8 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 16 sester a 18 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 35: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (5.05) je jen nepatrně vyšší než u sociálních pracovníků (4,73).

Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nepatrně nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

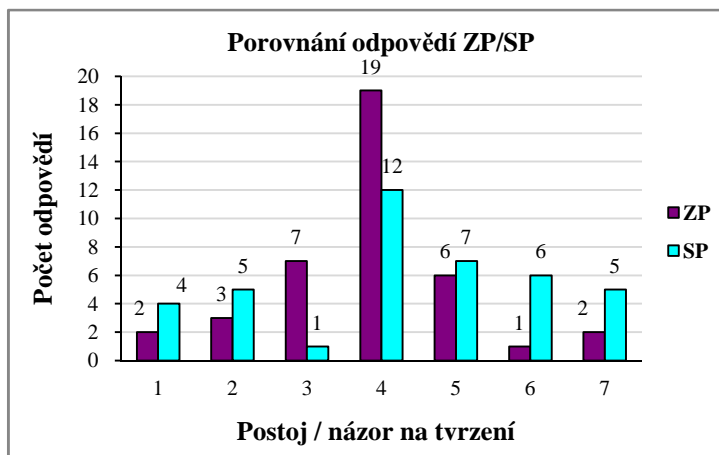
Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 18

Nepřipustím, aby mne dojímalý intenzivní emocionální vztahy mezi mými pacienty / klienty a jejich blízkými.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně neshoduje** – na stupnici **1**

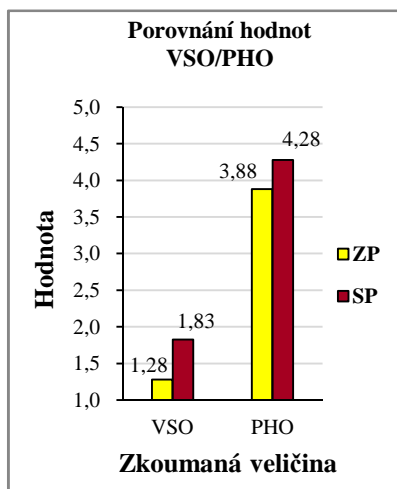
Graf 36: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že v tvrzeních respondentů obou výzkumných skupin se vyskytují drobné odchylky. Zjevný nesouhlas s tvrzením vyjádřilo 5 sester a 9 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasily 3 sestry a 11 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 37: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (3.88) je jen nepatrně nižší než u sociálních pracovníků (4,28).

Významné: **Sestry** více nesouhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nepatrně nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

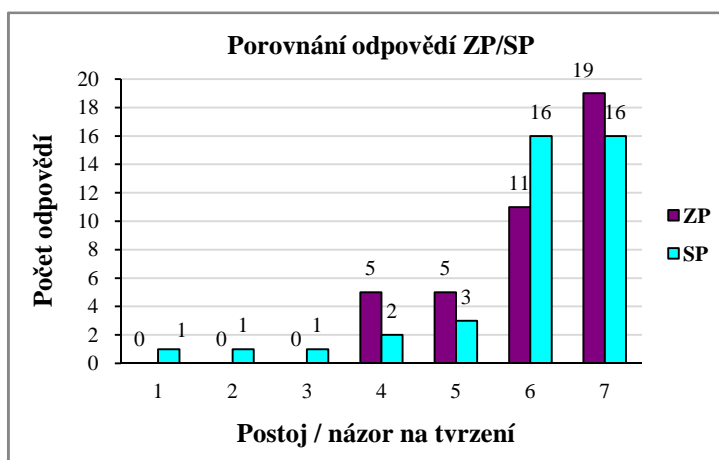
Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami je statisticky významný na 5% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Tvrzení 19

Moji pacienti / klienti se cítí lépe, rozumím-li jejich pocitům.

Předpoklad odpovědi: přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

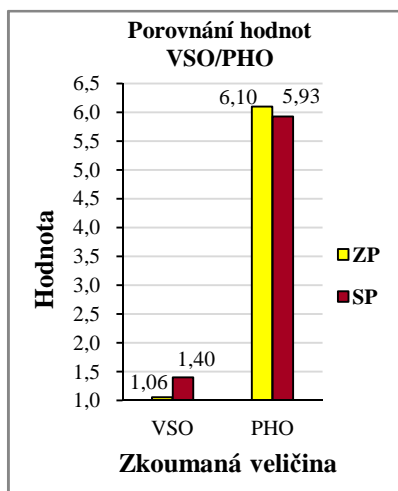
Graf 38: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se ve značné míře shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením byl pouze u 2 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 30 sester a 32 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 39: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (6.10) je jen nepatrně vyšší než u sociálních pracovníků (5.93).

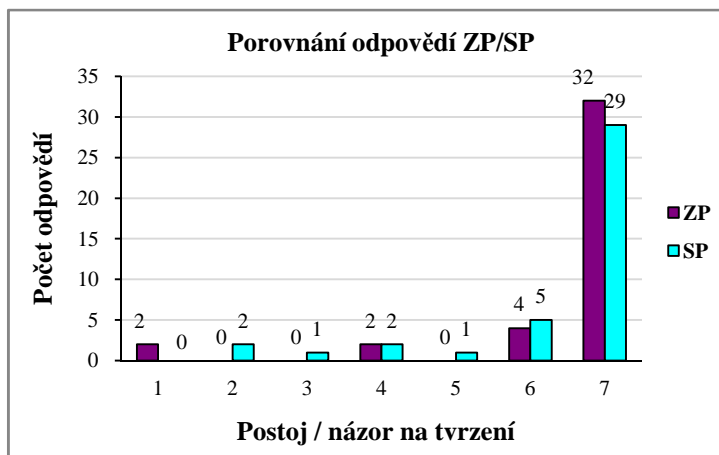
Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sester nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

Tvrzení 20

Jsem přesvědčen/a, že empatie je důležitý faktor v léčebném procesu. *Předpoklad odpovědi:* přiblížení se k tvrzení: **Rozhodně shoduje** – na stupnici **7**

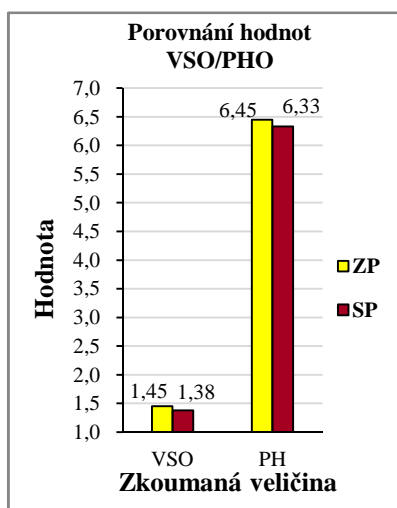
Graf 40: Postoje zdravotních pracovníků (ZP), sociálních pracovníků (SP)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že respondenti v obou výzkumných skupinách se ve značné míře shodují. Zjevný nesouhlas s tvrzením byl pouze u 2 zdravotních sester a u 2 sociálních pracovníků (sloupce 1 + 2). S tvrzením zjevně souhlasilo 36 sester a 34 sociálních pracovníků (sloupce 6 + 7).

Graf 41: Výběrová směrodatná odchylka (VSO) a průměrná hodnota odpovědi (PHO) obou skupin respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota odpovědí sester (6.45) je jen nepatrně vyšší než u sociálních pracovníků (6,33).

Významné: **Sestry** více souhlasí s předloženým tvrzením, což ukazuje na vyšší míru empatie. Směrodatná odchylka je u sociálních pracovníků nižší, jejich odpovědi jsou homogennější.

Nevýznamné: Rozdíl mezi sociálními pracovníky a sestrami není statisticky významný (Chi-Square Test).

4.2 Souhrn nejdůležitějších výsledků

Výsledky vyplývají z ověřování našeho stanoveného předpokladu a z ověřování našich hypotéz u obou skupin respondentů sociálních pracovníků a sester. Pro lepší orientaci jsou údaje zapsány do souhrnné tabulky.

Tab. 1: Výsledky výzkumu empatie

tvrzení	větší empatie	homogennější odpovědi	statist. významnost	tvrzení	větší empatie	homogennější odpovědi	statist. významnost
1	ZP	ZP	NE	11	ZP	ZP	NE
2	ZP	ZP	NE	12	SP	ZP	NE
3	SP	ZP	ANO	13	ZP + SP	ZP	NE
4	ZP	ZP	ANO	14	ZP	ZP	ANO
5	ZP	ZP	NE	15	ZP	ZP	NE
6	SP	SP	NE	16	ZP	ZP	NE
7	ZP	ZP	NE	17	ZP	ZP	NE
8	ZP	ZP	ANO	18	ZP	ZP	ANO
9	SP	ZP	ANO	19	ZP	ZP	NE
10	ZP	ZP	ANO	20	ZP	SP	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Legenda k tab. 1:

ZP – zdravotní pracovník (sestra), **SP** – sociální pracovník

Z tabulky vidíme, že vyšší míru empatie mají sestry, které toto potvrdily v 15 tvrzeních (1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Druhá skupina respondentů dosáhla větší míry empatie pouze ve čtyřech tvrzeních (3, 6, 9, 12). Co se týče homogenity ve vyjadřování postojů k daným tvrzením obou skupin respondentů, v 18 tvrzeních vykázala vyšší homogenitu skupina sester a pouze ve 2 tvrzeních skupina sociálních pracovníků (tvrzení 6, tvrzení 20). Statistická významnost je zvolena na 5% hladině, do výzkumu jsem však zahrnula všech 20 tvrzení, tedy i ty statisticky nevýznamné.

5 Diskuse

U tvrzení 1, 10, 16, 17, 18, 19 se zabýváme pochopením pacienta a jeho blízkých. Uvedená tvrzení mají přibližně stejnou skladbu a záměr. K předpokládanému postoji se u těchto tvrzení více přiblížily sestry. Pro léčebný proces, který vede k uzdravení pacienta, je tedy pro tuto skupinu respondentů poměrně důležité pochopit, co pacienti a jejich blízcí cítí a prožívají. Z postojů sester plyne, že porozumění pacientovým pocitům může napomoci lepším výsledkům v léčbě, neboť empatie ze strany zdravotního pracovníka je sama o sobě terapeutická.

V některých tvrzeních uvedených v předchozím odstavci zdravotní pracovníci vykazovali nerozhodnost v postojích, z čehož můžeme usoudit, že si chtějí zachovat neutrální emocionální postoj vůči svému pacientovi. Každý člověk, včetně zdravotní sestry, je nositelem určitých morálních hodnot, které jsou jakýmsi vnitřním regulátorem chování a v ošetrovatelské péči je práce sestry regulována etickým kodexem, který má při dodržování vliv na kvalitní práci (12). I tyto postoje a postoje v dalších tvrzeních nám potvrzují naši hypotézu, že v empatii zdravotní pracovníci vykazují vyšší skóre než sociální pracovník a struktura odpovědí se u obou skupin opravdu liší.

Tvrzení 2, jak by se nám zdálo, nesouvisí s empatií, ale respondenta zkoumá z vlastního cítění a pocitu ke kráse. K předpokládanému postoji se opět více přibližuje zdravotní pracovník. Zdravotní pracovník, který se rozhodne pracovat v pomáhajících profesích, má vcítění neboli empatii ke svému okolí pozitivní, neboť je velice důležité, aby krásné prožitky ve formě četby a umění u něj vyvolaly zlepšení nálady. Pozitivní pocit tak bude umět předat svému okolí, a to jak spolupracovníkům, tak svým pacientům. Naopak skupina sociálních pracovníků se v postojích přiklání k neutrální odpovědi a tím potlačuje evidentně své pocity. To může mít vliv při pomoci, která je orientovaná na druhého člověka. Nejen v uvedeném tvrzení, ale i v dalších postojích se nám potvrdilo, že sestry vykazují statisticky vyšší úroveň empatie.

Na naše dotazníky odpovídaly pouze ženy, které podle Záškodné a Mlčáka (2009) vykazují na rozdíl od mužů vyšší úroveň empatické fantazie a zájmu, vyšší úroveň svědomitosti, vyšší úroveň přívětivosti, vyšší úroveň altruistického chování, vyšší úroveň emocionální náklady a sociálního srovnávání (30).

Z hlediska empatických procesů se dostávají do popředí ve svém postoji k danému tvrzení 3, 6, 9, 11, 12 sociální pracovníci, pro které není obtížné vidět situaci z hlediska klienta. Potvrzuje nám to i H. Zášková a Z. Mlčák (2009), kteří ve své publikaci uvádí, že pozorování druhé osoby v nouzi může u sociálního pracovníka vyvolat emocionální důsledky empatických procesů, které je mohou motivovat k pomoci (30). Sociální pracovník se musí umět vžít do situace z hlediska klienta, neboť mu musí pomoci a poradit, jak se dostat ze svízelné situace, která mohla být zapříčiněna ztrátou zaměstnání nebo ztrátou zdraví. Sociální pracovník je při svém jednání ohraničen zákony, a proto pomoc od sociálního pracovníka je do výše legislativou schválených předpisů. Mohli bychom tedy říci, že při léčebném procesu je u zdravotních pracovníků důležitý spíše pocit odpovědnosti za zdraví pacienta, kdežto sociální pracovníci řeší klientovu situaci pouze do výše předepsaných zákonů. Sociální pracovník je motivován představou pomoci klientovi, který trpí na základě svého nepříznivého životního stavu, zároveň se musí snažit redukovat i vlastní pocity. I když se tyto odpovědi liší, potvrzuje nám to naši další hypotézu, že v některých položkách sociální pracovníci budou vykazovat vyšší skóre než zdravotní pracovníci.

Tvrzení 4, 13 se zabývá hlavně verbální a neverbální komunikací a uvedené tvrzení je spíše přijatelnější pro zdravotního pracovníka. Porozumět pacientovi z hlediska verbální a neverbální komunikace náleží zdravotnímu pracovníkovi a to se nám v našem výzkumu potvrdilo. Okolnosti, které vyžadují nějaký druh pomoci pro pacienta od sester, vyžadují, aby si sestra všímala a snažila se porozumět pacientovým pocitům a řeči jeho těla. Náš předpoklad se potvrzuje, neboť zdravotní pracovník ke stanovení dobré diagnózy potřebuje s pacientem komunikovat nejen verbálně, ale i pomocí dalších neverbálních nástrojů. U neverbální komunikace je nejdůležitější zpětná vazba, tedy vyhodnocování, jaké signály těla byly přijaty dobře, a které měly špatnou odezvu. Zdravotní pracovník by měl vnímat pacienta z hlediska celku, jeho pohyby, mimiku, výraz ve tváři, který je odrazem vnitřního pocitu.

Karel Kopřiva (2006) charakterizuje přesně angažovaného pracovníka v pomáhajících profesích a tvrdí, že jeho důležitým úkolem je každého pacienta/klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je, držet mu palec – prostě

mít ho rád, vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají (10). Sociální pracovník úplně člověka z hlediska verbální komunikace nemusí vnímat, neboť rozhodování o zlepšení životní situace klienta je na základě zákona, a pocit, který má sociální pracovník z porozumění klientově řeči těla, není důležitý. Veškerá podobná opakující se tvrzení v dotaznících kontrolují postoje našich respondentů a podle postojů dokladujeme, že respondenti odpovídají téměř na opakovaná tvrzení stejně a struktura odpovědí se u obou skupin neliší.

U tvrzení 5, zda smysl pro humor přispívá k lepším léčebným výsledkům, se ve výzkumném šetření svým postojem více k předpokládanému postoji přiblížily sestry. Sestra si uvědomuje, že při rozdávání pozitivní nálady napomáhá k léčebnému stavu a zmírnění pacientovi bolesti. Sociální pracovník se snaží vzbudit u klienta autoritu, neboť klient přišel sociálního pracovníka požádat o pomoc z jeho svízelné životní situace, a proto sociální pracovník nemůže při jednání s klientem projevovat velký smysl pro humor, aby jednání nezlehčil. Sociální pracovník musí adekvátně vyhodnotit nouzi druhé osoby.

V tvrzeních 7, 8, 14 se přiblížily k předpokládanému postoji opět sestry. Naše hypotézy se potvrzují. Zdravotní pracovník se snaží svého pacienta dobře chápat a ví, že k léčebnému procesu mohou napomoci jak pacientovy zkušenosti, tak se vyznat i v pacientových emocích a nenechávat se jimi ovlivňovat. Poznat emoce u druhých se nikde nenaučíte, ale s uvedeným citem se již rodíte.

Postoje na daná tvrzení 15, 20 opět dokazují, že sestry při poskytování úkonů v ošetrovatelství se snaží pacienta vyslechnout, chápou jeho osobní emoce, které vycházejí i z osobního strachu z neznámých léčebných postupů. Umí pracovat s empatií a vědí, že toto prosociální chování je velice důležité při léčbě samotného pacienta.

Respondenti, kteří odpovídali, dokázali, že větší empatii má sestra, ale ani sociálnímu pracovníkovi empatie ve svém povolání nechybí. Schmidbauer (2000) popisuje, že terapeuticky aktivní zdravotní sestra žije pod stálým tlakem osvědčit se. Myslí si, že zde vzniká dvojí nespravedlnost, neboť vybavený psychoterapeut je nejen lépe placený, ale méně vykonává v tom smyslu, že se méně namáhá než sestra (25).

V postojích k daným tvrzením vykazala větší homogenitu skupina sester. Tento fakt může být podle mého názoru zapříčiněn větší mírou spolupráce sester v léčebném prostředí, ve kterém se pacient nachází. Vzájemná spolupráce sester je zahrnuta i v etickém kodexu (viz příloha č. 4).

6 Závěr

Cíl výzkumu v bakalářské práci spočíval ve snaze zjistit míru empatie u úředníků a zdravotníků v Libereckém kraji. Zjišťování probíhalo pomocí standardizovaného dotazníku a před zahájením samostatného výzkumu jsme si stanovili několik hypotéz.

Předpokládané hypotézy:

- 1) Ve standardizovaném dotazníku empatie budou zdravotní pracovníci vykazovat vyšší skóre než sociální pracovníci.
- 2) Struktura odpovědí se bude v obou skupinách lišit.
- 3) V některých položkách budou úředníci (sociální pracovníci) vykazovat vyšší skóre než zdravotní pracovníci.

Z výzkumu vyplynulo, že na základě postojů respondentů opravdu zdravotní pracovníci vykazovali vyšší míru empatie než sociální pracovníci, i když v některých postojích se sociální pracovníci dostali do popředí, což nám právě potvrdilo naši hypotézu, že i úředník bude vykazovat v některých položkách vyšší míru empatie.

Z výsledku jsme zjistili, že respondenti, kteří odpovídali ve zdravotní skupině a rozhodli se svůj život věnovat pomáhajícímu oboru, vykazovali vyšší úroveň otevřenosti vůči ostatním, více emocionálního chování, empatického zájmu a vyšší úroveň přívětivosti, což se projevilo i ve větší ochotě a snaze vyplnit uvedený dotazník. Výzkumný projekt poukázal také na skutečnost, že v pomáhajících profesích převážně pracují ženy, neboť respondenti, kteří odpovídali, byli pouze ženy, které mají oproti opačnému pohlaví vyšší úroveň empatické fantazie.

Celkově výzkum potvrdil, že struktura odpovědí se v obou skupinách lišila, k předpokládaným postojům se více přiblížila zdravotní skupina a ve svých postojích taktéž prokázala větší homogenitu. Musíme však předpokládat, že výsledky, které byly zjištěny, mohly být i ovlivněny v blíže neurčené míře, tj. snahou respondentů podávat sociálně žádoucí odpovědi nebo mohly být ovlivněny i tím, že v obou skupinách bylo jiné věkové složení. Podobně se Záškodná a Mlčák (2009) ve své knize zmiňují

o stejných skutečnostech, které mohou ovlivnit a zkreslit výsledky ve výzkumném projektu (30).

Je zapotřebí připomenout, že výzkum v bakalářské práci byl proveden pouze z hlediska dispoziční úrovně u skupiny zdravotních a sociálních pracovníků. Nicméně v reálném životě je chování jedinců složité a je ovlivněno působením situačních vlivů a podmínek, které zde studovány nebyly. Závěrem bych se však chtěla také přiklonit k aspektu, že pro další rozvoj prosociálního chování v pomáhajících profesích je zapotřebí neustálých specializovaných tréninkových programů, s nimiž mají v zahraničí dobré zkušenosti. V knize „Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie“ (2009) se konstatuje, že tradice v oblasti pomáhání v České republice není dlouhodobě přítomna, takže můžeme konstatovat, že se systematickou výchovou k prosociálnímu chování ve školních či domácích podmínkách vlastně ještě nezačalo. Absence této tradice dokumentujeme i v samotném oboru psychologie. Výzkum v této oblasti u nás teprve začíná (30).

Prezentovaná práce může posloužit v psychologické oblasti, neboť vývoj chování v současné době může přinést z výzkumného šetření v terénu zajímavé poznatky v rovině vzájemných sociálních vztahů v uvedených skupinách.

7 Seznam použité literatury

1. BAUMGARTNER, F. RECENZE. *Kontakt. Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, 2010, roč. XII, č. 4, s. 365-519. ISSN 1212-4117.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření*. První vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BUDA, B. *Čo vieme o empatii*. 1. vydanie Bratislava: Nakladateľstvo Pravda, 1988. 301 s. ISBN neuvedeno.
4. CÍLEK, V. *Krajiny vnitřní a krajiny vnější*. 2. doplněné vydání Praha: Nakladatelství Dokořán, 2005, 269 s. ISBN 80-7363-042-7.
5. CREATIVE COMMONS. Erich Fromm, Wikicitáty. [online]. 2010. Wikicitace. [cit. 2011-01-07]. Dostupné z: http://cs.wikiquote.org/wiki/Erich_Fromm.
6. DYTRT, Z., ROUDNÝ, R., SKIPALA, J., VOLEJNÍKOVÁ, J. *Etika podnikání a veřejné správy*. První vydání Praha: Vuste Envis, 1997. 120 s. ISBN 80-902356-03.
7. HUMPHREY, N. *Vnútorné oko*. Bratislava: Vydavateľstvo Európa, 2006. 99 s. ISBN 80-89111-22-X.
8. CHAPMAN, R. A. *Etika ve veřejné službě pro nové tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2003. 263 s. ISBN 80-86429-14-8.
9. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
10. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. Vydání Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
13. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

14. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vydání Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
15. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Komentovaný oficiální překlad. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
16. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
17. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání Praha: Akademie věd ČR, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
18. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí*. Praha: Sportpropag, 2001. 36 s. ISBN neuvedeno
19. NIERMEYER, R., SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. První vydání Praha: Grada Publishing, 2005. 109 s. ISBN 80-247-1223-7.
20. PÁRTLOVÁ, I. *Motivace k práci zaměstnanců pomáhajících profesí v centru ARPIDA, Domově Libnič a Centru sociálních služeb. Empatie*. Bakalářská práce ze dne 12. 5. 2008.
21. POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.
22. PREKOP, J. *Empatie. Vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada Publishing, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.
23. RED. *Empatie*. [online]. 2000. Encyklopedie Co je co. [cit. 2011-01-07]. Dostupné z: http://www.cojeco.cz/index.php?s_term=&s_lang=2&detail=1&id_desc=24040.
24. SEGAL, E. *Lekáři*. 1. vydání Bratislava: Slovenský spisovateľ, 1992. 527 s. ISBN 880-220-0343-3.
25. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
26. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filosofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.
27. THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-806-6.

28. TUGENDHAT, E. *Přednášky o etice*. První vydání Praha: Alfaprint, 2004. 311 s. ISBN 80-7298-086-6.
29. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. První vydání Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
30. ZÁŠKODNÁ, H., MLCÁK, Z. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, 2009. 391 s. ISBN 978-80-7387-306-6.
31. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. České ošetrovatelství praktická příručka pro sestry*. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

8 Klíčová slova

Zdravotní pracovník

Sociální pracovník

Empatie

Etika

9 Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník / sociální pracovník

Příloha č. 2 - Dotazník / zdravotní pracovník

Příloha č. 3 - Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry

Příloha č. 4 - Kodex sester předložený Českou asociací sester (1991)

Příloha č. 5 - Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Příloha č. 1

POHLAVÍ: OBOR: FUNKCE:
VĚK: PRAXE (léta): ODDĚLENÍ:

INSTRUKCE:

Prosím, přečtěte si následující položky vyjadřující postoje ke vztahu sociálního pracovníka a klienta.

Na sedmibodové stupnici vyjádřete **míru shody s Vaším názorem či postojem** a číslo vepište do políčka na pravé straně tvrzení.

MŮJ NÁZOR/POSTOJ SE S TVRZENÍM

(1)------(2)------(3)------(4)------(5)------(6)------(7)

ROZHODNĚ

NĚCO

ROZHODNĚ

NESHODUJE

MEZI

SHODUJE

1. Pro péči o klienty je moje pochopení, co klienti a jejich blízcí cítí, nepodstatné.
2. Nemám zvláštní požitek z četby krásné literatury nebo potěšení z umění.
3. Vidět situaci z hlediska klienta je pro mne obtížné.
4. Pro vztah sociální pracovník-klient je porozumění pacientově řeči těla stejně důležité jako porozumění verbální komunikaci.
5. Myslím, že můj smysl pro humor přispívá k lepším výsledkům mé práce.
6. Lidé jsou rozdílní, a tak je pro mne téměř nemožné vidět věci z hlediska klienta.
7. Při rozhovoru se snažím nevěnovat pozornost klientovým emocím.
8. Pozornost věnovaná klientovým osobním zkušenostem nemá na efekt mé práce podstatný vliv.
9. Během péče o klienta se snažím představit si sám sebe v jeho situaci.
10. Moji klienti vnímají mé porozumění jejich pocitům jako ocenění vlastní osoby, což samo o sobě pomáhá.
11. Práce sociálního pracovníka je dána zákony, emocionální vazby s klienty nemohou mít v tomto procesu významné místo.
12. Informace týkající se soukromého života klienta nepřispívají k pochopení jeho sociálních problémů.

13. Pokouším se pochopit, co děje v klientově mysli z neverbálních signálů a řeči těla.
14. Jsem přesvědčen/a, že při péči o klienty není místo pro emoce.
15. Empatie je terapeutická dovednost, bez které by byla moje úspěšnost omezená.
16. Důležitou součástí mého vztahu s klientem je mé chápání emocionálního stavu jak jeho, tak jeho blízkých.
17. Snažím se myslet jako moji klienti, abych jim mohl/a poskytovat co nejlepší péči.
18. Nepřipustím, aby mne dojímaly intenzivní emocionální vztahy mezi mými klienty a jejich blízkými.
19. Moji klienti se cítí lépe, rozumím-li jejich pocitům.
20. Jsem přesvědčen/a, že empatie je důležitý faktor v péči o klienty sociální práce.

PROSÍM, ZKONTROLUJTE, ZDA JSTE ODPOVĚDĚL/A NA VŠECHNA TVRZENÍ.

Příloha č. 2

POHLAVÍ: OBOR: FUNKCE:
VĚK: PRAXE (léta): ODDĚLENÍ:

INSTRUKCE:

Prosím, přečtěte si následující položky vyjadřující postoje ke vztahu zdravotník-pacient.

Na sedmibodové stupnici vyjádřete **míru shody s Vaším názorem či postojem** a číslo vepište do políčka na pravé straně tvrzení.

MŮJ NÁZOR/POSTOJ SE S TVRZENÍM

(1)------(2)------(3)------(4)------(5)------(6)------(7)

ROZHODNĚ

NĚCO

ROZHODNĚ

NESHODUJE

MEZI

SHODUJE

1. Pro léčebný proces je moje pochopení, co pacienti a jejich blízcí cítí, nepodstatné.
2. Nemám zvláštní požitek z četby krásné literatury nebo potěšení z umění.
3. Vidět situaci z hlediska pacienta je pro mne obtížné.
4. Pro vztah zdravotník-pacient je porozumění pacientově řeči těla stejně důležité jako porozumění verbální komunikaci.
5. Myslím, že můj smysl pro humor přispívá k lepším léčebným výsledkům.
6. Lidé jsou rozdílní, a tak je pro mne téměř nemožné vidět věci z hlediska pacienta.
7. Při anamnestickém rozhovoru se snažím nevěnovat pozornost pacientovým emocím.
8. Pozornost věnovaná pacientovým osobním zkušenostem nemá na účinnost léčby podstatný vliv.
9. Během péče o pacienta se snažím představit si sám sebe v jeho situaci.
10. Moji pacienti vnímají mé porozumění jejich pocitům jako ocenění vlastní osoby, což je samo o sobě terapeutické.
11. Choroby pacientů mohou být léčeny pouze farmakologicky nebo chirurgicky a emocionální vazby s pacienty nemohou mít v tomto procesu významné místo.
12. Informace týkající se soukromého života pacienta nepřispívají k pochopení jeho fyzických potíží.

13. Pokouším se pochopit, co děje v pacientově mysli z neverbálních signálů a řeči těla.
14. Jsem přesvědčen/a, že při léčbě chorob není místo pro emoce.
15. Empatie je terapeutická dovednost, bez které by byla moje úspěšnost omezená.
16. Důležitou součástí mého vztahu s pacientem je mé chápání emocionálního stavu jak jeho, tak jeho blízkých.
17. Snažím se myslet jako moji pacienti, abych jim mohl/a poskytovat co nejlepší péči.
18. Nepřipustím, aby mne dojímalý intenzivní emocionální vztahy mezi mými pacienty a jejich blízkými.
19. Moji pacienti se cítí lépe, rozumím-li jejich pocitům.
20. Jsem přesvědčen/a, že empatie je důležitý faktor v léčebném procesu.

PROSÍM, ZKONTROLUJTE, ZDA JSTE ODPOVĚDĚL/A NA VŠECHNA TVRZENÍ.

Příloha č. 3

Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry

Etická pravidla zdravotní péče (2000)

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak jako tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty:

- respekt k lidskému životu,
- důstojnost,
- lidská práva.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné, svědomité hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám. Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá také o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče (12).

Příloha č. 4

Kodex sester předložený Českou asociací sester (1991)

Sestra a pacient

- Sestra má základní povinnost – poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči.
- Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.
- Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlaví a osobností pacienta, a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému životnímu stylu.
- Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, neetickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.
- Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Sestra a praxe

- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezních možnostech dané situace.

Sestra a spolupracovníci

- Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.
- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.

Sestra a profese

- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti, využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

Sestra a společnost

- Sestra se s ostatními zdravotníky a se spoluobčany zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje, a nejedná proti nim (12).

Příloha č. 5

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

1. Etické zásady

- 1.1.** Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte. Dále se řídí zákony tohoto státu, které se od těchto kodexů odvíjejí.
- 1.2.** Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- 1.3.** Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.
- 1.4.** Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.
- 1.5.** Sociální pracovník musí dávat přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2.1. Ve vztahu ke klientovi

- 2.1.1.** Sociální pracovník vede své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.
- 2.1.2.** Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- 2.1.3.** Sociální pracovník pomáhá stejným úsilím a bez jakékoliv diskriminace všem klientům.

- 2.1.4.** Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, když jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů, které se tohoto řízení týkají.
- 2.1.5.** Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné problémy klienta týkající se dalších sfér jeho života.
- 2.1.6.** Sociální pracovník hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

2.2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

- 2.2.1.** Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.
- 2.2.2.** V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
- 2.2.3.** Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2.3. Ve vztahu ke svým kolegům

- 2.3.1.** Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2.4.1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2.4.4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.5. Ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2.5.4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny lidi, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.