

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Empatie u pracovníků v pomáhajících profesích
Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Eva Kašpárková

Jméno vedoucího práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

20. 5. 2011

Abstrakt

Empathy of Workers in Helping Professions

The term empathy means the ability to understand emotions of other people. It is the person's ability to understand the mental condition of the other person with whom he or she is in immediate contact. Such understanding makes it possible to understand emotions, thinking, acting, behavior and attitudes of other people. To empathize with someone the person needs to efficiently focus and concentrate on the other person and to have the sufficient will to do so. Empathy is a complex psychological experience.

The objective of the thesis is to determine whether the attitudes to empathy and experience of difficulties associated with empathy are different among personal assistants and nurses.

The research was conducted among personal assistants operating in the district of České Budějovice and among nurses working in the hospital in Jindřichův Hradec. The respondents were of diverse ages with a different representation of men and women. The method of the research was inquiry with a questionnaire technique.

I formulated three hypotheses in total. All the hypotheses have been confirmed by the completed research.

The thesis may be used as a source of information for the general public, as well as for teaching purposes.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Empatie u pracovníků v pomáhajících profesích vypracovala samostatně a použila jen 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné 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 12. 5. 2011

.....

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi CSc. za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé diplomové práce.

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	9
1.1 Empatie	9
1.1.1 Historie pojmu empatie	9
1.1.2 Význam pojmu empatie	10
1.1.3 Vznik empatie	13
1.2 Komunikace	14
1.2.1 Verbální komunikace	15
1.2.2 Neverbální komunikace	16
1.2.3 Naslouchání	16
1.3 Emoce	18
1.4 Pomáhající profese	20
1.4.1 Role pomáhajícího pracovníka	20
1.4.2 Cíle pomáhající profese	22
1.5 Osobní asistence	24
1.5.1 Osobní asistent	27
1.5.2 Odborná způsobilost osobního asistenta	28
1.6 Ošetrovatelství	30
1.6.1 Zdravotní sestra	31
1.6.2 Odborná způsobilost zdravotní sestry	32
1.7 Syndrom vyhoření	33
1.8 Prevence syndromu vyhoření	36
1.8.1 Supervize	36
2 Cíl práce a hypotézy	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
2.2.1 Hypotéza 1	38
2.2.2 Hypotéza 2	38

2.2.3	Hypotéza 3	38
3	Metodika	39
3.1	Použitá metoda	39
3.1.1	Charakteristika výzkumného souboru	39
3.1.2	Osobní asistenti	39
3.1.3	Zdravotní sestry	39
4	Výsledky	40
4.1	Výsledky dotazníku 1	42
4.2	Výsledky dotazníku 2	62
5	Diskuse	82
6	Závěr	88
7	Seznam použitých zdrojů	89
8	Klíčová slova	97
9	Přílohy	98

Úvod

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku empatie u pracovníků v pomáhajících profesích.

Empatie neboli vcítění je schopnost porozumění emocím druhého člověka tomu, co druhý cítí, co prožívá. Představuje schopnost člověka vžívat se do psychického stavu člověka jiného, se kterým je v bezprostředním kontaktu. Pomocí tohoto vžívání lze pochopit obsahy myšlenek, jednání, chování a postojů. Pro vznik empatie je potřebné, aby byl člověk na druhého cílevědomě zaměřen, soustředěn a měl dostatek vůle. Empatie je složitý psychologický zážitek.

Každý člověk má v sobě určitou míru empatie. Pracovníci v pomáhajících profesích by kromě odborných znalostí a dovedností měli mít schopnost empatie rozvinutější. Setkávají se s lidmi v závislém postavení, kteří potřebují nejen profesionalitu, ale i určitou míru porozumění a pocitu, že jsou jejich problémy a strasti vyslyšeny a pochopeny jejich příčiny a důvody. Důležité jsou i věci nevyřčené, které pracovník dokáže pochopit pouze tehdy, je-li empatický.

Pro pomáhající je důležité vytvoření dobrého vztahu s tím, komu je pomáháno. Tento vztah by měl být postaven především na důvěře, porozumění a pocitu bezpečí.

Velkou roli zde hraje také komunikace, která bezprostředně ovlivňuje vztahy mezi lidmi.

Schopnost empatie je také ovlivňována smysluplností, hodnotou práce a vyrovnaností pomáhajícího. Pomáhající profese kladou na pracovníky specifické nároky. Kromě empatie se mezi ně řadí také fyzická a psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost a komunikační dovednosti.

Emocionální zátěž pomáhajících pracovníků je vysoká, zejména při práci s klienty a pacienty, jejichž odezva je minimální či nesrozumitelná nebo je jejich chování z hlediska obecné morálky nepřijatelné.

Má-li pracovník v pomáhající profesi pečovat o své klienty a pacienty, neměl by opomíjet péči ani sám o sebe. Jestliže nejsme sami v pořádku, něco chybí i tomu, co děláme pro druhé.

Při práci s klienty nebo pacienty jsou pracovníci vystaveni mnoha nelehkým situacím a tím může dojít k nahromadění faktorů, které mohou ovlivnit vznik syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.

Důležitou prevencí proti tomuto syndromu je především vytvoření zdravého systému vlastní podpory a péče o vlastní smysluplný, příjemný, fyzicky aktivní život, ale také supervize.

Supervize je zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem vyvarovat se chyb, osobního a profesního růstu nebo s cílem potvrzení kvality této činnosti.

Ve své práci jsem se zaměřila na porovnávání míry empatie u zdravotních sester a osobních asistentů. Obě tato povolání jsou součástí pomáhajících profesí. Avšak rozdílným způsobem. Zdravotní sestry pečují o pacienty v nemocničních zařízeních. Z pacienta se po navrácení domů stává potencionální klient služby osobní asistence, která již neprobíhá v žádném ze zařízení, ale v přirozeném prostředí člověka, doma.

1 Současný stav

1.1 Empatie

1.1.1 Historie pojmu empatie

Empatie není ve společenských vědách novým pojmem. Výraz empatie zavedl do psychologie E. B. Titchener v roce 1909 (**Polášková, 2006**).

Původ konceptu empatie je spojen s filozoficko-etickými úvahami o charakteru lidského chování, v minulosti byla empatie spojována s přejícností, společným porozuměním, emocionální spoluúčastí. Dříve se empatie spojovala se sympatií. V současné psychologické literatuře se však pojmy empatie a sympatie pojímají rozdílně, vzhledem k rozdílnému obsahu emočních prožitků, které je doprovází (**Kubicová, 2007**).

Termín empatie je řeckého původu, podobně jako slova empatii blízká – sympatie (náklonnost), apatie (lhostejnost), antipatie (odpornost atp.) (**Křivohlavý, Pečenková, 2004**).

Ve slově „empatie“ (předpona em-, v latině im-, znamenala „v“). Původní význam slova empatie byl pravděpodobně schopnost vcítit se čili dostat se do takového emocionálního vztahu (pasion), který prožívá druhá osoba (**Křivohlavý, 2007**).

Většina autorů, která se zabývala historickým vývojem tohoto pojmu (viz například Gavrilova, 1975, Jagielska-Zeleniewska, 1978, Wispé, 1987, Knowska, 1986, Buda, 1994, Davis, 1996, Verducci, 2000) také upozorňuje, že termínu empatie předcházely významově blízké pojmy, tj. sympatie a vcítění, které postupně přecházely z oblasti filozofie do psychologie (**Zášková, Kubicová, 2009**).

Pojem sympatie se vyskytoval již ve starověké řecké filozofii v úvahách některých představitelů stoické školy a odkazoval k duchovní jednotě všech věcí, od níž lze odvolit i schopnost člověka porozumět druhým lidem. V pozdější morální filozofii byla sympatie důležitým tématem etických pojednání, v nichž byla sympatie chápána jako základ soucitu, svědomí, spravedlnosti a altruismu člověka, které v žádoucím směru regulují mezilidské vztahy (**Zášková, Kubicová, 2009**).

Podle Adama Smithe není empatie základem pro motivaci našich činů, ale je základem pro mantinely či zábrany, které některé druhy jednání vylučují nebo alespoň potlačují. Tato schopnost soucítění s druhým člověkem je podle Adama Smithe člověku dána do vínku jako dar při zrození. Máme ji každý – i když ne každý ve stejné míře. Rozumí jí „zájem o to, jak je druhému člověku, jak se cítí, jak je šťasten nebo nešťasten“ (**Křivohlavý, 2007**).

V roce 1903 psycholog T. Lipps pojem vcítění vymezil jako specifický druh lidského poznání, ve kterém hrají významnou roli jeho emocionální aspekty. Proces vcítění podle tohoto autora nemá mystickou povahu, slouží především k sociální percepci a interakci a vychází z procesů projekce, imitace a imaginace. Vcítění je založeno na pozorování a uvědomování druhého člověka, bezděčném napodobování některých jeho projevů a na snaze pozorovatele představit si v něm své vlastní prožitky (**Zášková, Mlčák, 2009**).

V současné psychologické literatuře se však pojmy empatie a sympatie pojímají rozdílně, vzhledem k rozdílnému obsahu emočních prožitků, které je doprovází (**Kubicová, 2006**).

Pojmu sympatie se převážně užívá k vyjádření tendence člověka prožívat pocity náklonnosti, úcty vůči jiné osobě zatímco empatie bývá chápána jako spoluúčast člověka jedince na prožívání druhého. U empatie se tak, na rozdíl od sympatie, zdůrazňuje propojení její intrapersonální a interpersonální stránky (**Zášková, Kubicová, 2009**).

1.1.2 Vymezení pojmu empatie

Jde o schopnost vžívat se do situace druhého člověka a cítit to, co cítí on. Chápat svět, jak ho asi chápe on (**Křivohlavý, 2004**).

Empatie je vcítění. Schopnost naslouchat druhému bez hodnocení, rozumět mu, přijímat ho. (**Praško, Prašková 2007**).

Empatií dáváme najevo, že druhého člověka chápeme (**Wilding, 2010**).

Můžeme ji považovat za obecně lidskou schopnost (**Vodáčková, 2002**).

Empatie se odkazuje na emocionální zážitek, který je sdílený mezi jednotlivci (**Chen, Panksepp, Lahvis, 2009**).

Empatie je psychologický konstrukt mající z hlediska lidského chování a prožívání důležitou funkci (**Mlčák, Zášková, 2006**).

Většina lidí je schopna se v nějaké míře vcítit do vnitřního stavu druhého člověka. Pozorováním citového stavu jiného člověka se víceméně automaticky a nevědomě navozuje podobný citový stav u pozorovatele, ten je však do jisté míry schopen to tlumit a kontrolovat (**Koukolík, 2007**).

Osoba prožívající empatii může lépe rozpoznat prožívání druhého (neboť dochází k navozování velmi podobných emocionálních stavů včetně fyziologických) a snadněji působit na snížení nepříjemného stavu (**Rymešová, Chamoutová, 2001**).

Je dobré využít empatii v určitých situacích, ale není vhodné se neustále snažit soustředit na to, co se děje v lidech okolo nás (**Prekop, 2004**).

Empatie je více než soucit a laskavost (**Hansson, 2007**).

Empatie je respektující porozumění tomu, co druzí prožívají. Empatie k druhým lidem nastává jen tehdy, když se nám podaří zbavit se všech domněnek, představ a soudů o druhých lidech. Udržet blízkost, kterou empatie vyžaduje, není lehké. „Být schopný věnovat pozornost trpícímu je velice zvláštní a těžká věc. Je to téměř zázrak. Namísto empatie často míváme silné nutkání radit nebo ujišťovat a vysvětlovat svůj postoj nebo pocit. Empatie na druhou stranu vyžaduje, abychom zaměřili všechnu pozornost na sdělení druhého člověka. Dáváme druhým čas a prostor, který potřebují, aby se mohli plně vyjádřit a cítit se pochopeni (**Rosenberg, Marshall, 2008**).

Empatie je spolu s opravdovostí a vřelostí jednou z důležitých podmínek úspěšné práce s klientem (**Hartl, Hartlová, 2000**).

Empatie je životně důležitá pro dobrou komunikaci (**Winnett, 2010**).

Vysoká míra empatie je nutná především tam, kde je potřeba se v komunikaci rychle přizpůsobit sociální, kulturní i intelektové úrovni druhé strany. Pracovník s vysokou empatií má porozumění pro individuální odlišnosti druhých lidí, umí odhadnout jejich potřeby a očekávání. Podvědomě se přizpůsobí tempu, slovníku i intonaci člověka, se

kterým je ve vztahu, je citlivý a tolerantní. Okolím je popisován jako hodná, citlivá osoba, která pomáhá druhým lidem (**Evangelu, 2009**).

Míra, v jaké se v každodenních situacích projeví schopnost člověka vcítit se, závisí na dané osobě, jakož i na stávající situaci. Často se tato schopnost zmenšuje například vůči lidem, s nimiž má člověk konfliktní vztah. V takovém to případě se otevřenost vůči rozdílným stránkám a vlastnostem druhého snadno vytrácí. Obraz dané osoby, který si člověk vytvořil, je zjednodušený, protože se vnímání soustřeďuje na rysy související s konfliktem. To znamená, že empatie předpokládá vzájemné přijetí a autenticitu (**Peters-Kühlinger, Friedel, 2007**).

Empatičtí lidé mají blízký, důvěrný vztah s ostatními lidmi. S většinou lidí dokážou jasně a otevřeně komunikovat a mají upřímný zájem o to, co zajímá a trápí ostatní lidi. Empatičtí lidé dokážou pochopit postoj druhého člověka, a to i v případě, když s ním osobně nesouhlasí. Umí druhým odpouštět bez pocitu zahořklosti a výčitek (**Wilding, 2010**).

Empatie je velice silný nástroj. Pokaždé, když ji použijeme k tomu, abychom dali najevo, že chápeme napětí nebo protichůdný postoj, posouváme tím rovnováhu. Z konfliktní a problematické výměny názorů se stává spolupráce založená na vzájemném porozumění. Když toho dosáhneme, zlepšíme si svoji schopnost přiblížit se k výsledku, který bude uspokojivý pro všechny zainteresované osoby. Nikdo nám koneckonců neposkytne to, co si přejeme, pokud má pocit, že ho nechápeme nebo že na něj útočíme. Když dáme najevo pochopení, bude mít pocit, že mu nasloucháme a rozumíme. Povede to k posílení emocionálních vztahů mezi námi a ostatní budou ochotněji pracovat s námi spíše než proti nám (**Wilding, 2010**).

Vcítění je složitý proces, který se skládá z několika složek. Samozřejmostí je připravenost vcítit se (vžít se) do situace a uvědomit si jeho pocity. Nedílnou součástí je také srovnávání pocitů svých a pocitů toho druhého. Nutností je vytyčit si jasné hranice mezi mým JÁ a TY a také situaci chápat pod zorným úhlem pacienta (**Poláchová, 2009**).

1.1.3 Vznik empatie

S empatickou schopností se lidé narodí, děti jsou schopné takto cítit přibližně od 18. měsíce věku. Učením se tato geneticky předaná schopnost zdokonaluje (**Křivohlavý, 2004**).

Schopnost empatie se vyvíjí postupně, v dětském věku je velmi nízká. V období dospívání se ale rychle vyvíjí. Vrcholu dosahuje až v období dospělosti a ve stáří tato schopnost znovu klesá (**Pokorný, 2002**).

Projevem empatického chování v dětství je například reakce pláčem dítěte na pláč dítěte jiného (**Kutner, 2010**).

Empatie je zpravidla vyšší u žen, u mužů se i pomaleji vyvíjí a dříve se zastavuje. Pro vznik empatie je potřebné, aby byl člověk na toho druhého cílevědomě zaměřen a soustředěn. Pro intenzivní rozvinutí empatie je proto potřebná vůle (**Pokorný, 2002**).

Je složitý psychologický zážitek (**Mikulášтик, 2003**).

Empatii se lze naučit, rozvíjet ji a znovu ji získat (**Peters-Kühlinger, Friedel, 2007**).

Na schopnost empatie působí i mnoho životních zkušeností, překonaných i nepřekonaných krizí, změn prostředí, kontakty s lidmi jiných kultur, pracovní kontakty, ale i empatická schopnost vlastních rodičů, od kterých ji máme nejlepší možnost vypořádat, ale i nejbližšího okolí (**Pokorný, 2002**).

1.2 Komunikace

Při empatii jde o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to i kognitivní schopnost – schopnost poznávat („číst“), porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů komunikace druhých. Pochopit to, oč usilují, čemu se chtějí vyhnout, co pečlivě skrývají **(Křivohlavý, Pečenková, 2004)**.

Empatie představuje podmínku sociální komunikace, interakce mezi lidmi a základ pro vytváření interpersonálních vztahů **(Mlčák, Zášková, 2006)**.

Empatie je mrška. Nestačí ji předstírat, musíme ji také cítit. Jestliže někomu říkáme: „Myslím, že ti rozumím,“ a přitom se mu smějeme do očí, nemůžeme očekávat, že se zklidní. Totéž platí o mlčení. Mlčet a nevěřicně přitom nadzvedávat obočí, smát se, tvářit se našťavaně nebo se klepat strachy, to není empatie, ale pořádná energetická nálož, která druhého teprve pořádně rozpálí. Je to stejné jako bychom přiložili uhlí do kamen. Empatie neznamena, že s někým souhlasíme, ale že jsme s ním jako člověk – že mu rozumíme, soucítíme a nesoudíme ho **(Rychtaříková, 2008)**.

Empatie je vnitřní naladění osobnosti spojené s ochotou vnímat a porozumět vnitřnímu světu druhého člověka. Vyžaduje vnímání vlastní identity, schopnost reflexe, úctu a ohled k druhému člověku i schopnost představit si situaci jeho pohledem. K tomu, aby se komunikace stala empatickou, je třeba ji cvičit a rozvíjet v každodenním životě **(Poláchová, 2009)**.

Velká většina činností a interakcí v našem životě je provázána nutností komunikovat a domlouvat se s dalšími lidmi. Práce v sociální i zdravotnické oblasti je přímo postavena na schopnostech a dovednostech komunikace s našimi klienty **(Krutilová, 2010)**.

Ohromným pomocníkem v komunikaci je úsměv, vlídný pohled do očí, chytnutí za ruku apod. Za takový kontakt je naprostá většina velmi vděčná. Potřebují vědět, že se jim můžeme a chceme věnovat, že tu pro ně jsme, když budou potřebovat. I člověk, který není zcela schopen vnímat, co mu říkáme, co se děje v jeho okolí, ale cítí pozitivní i negativní nuance v chování okolo **(Neubauerová, 2006)**.

Umění navázat mezilidský vztah, kde má místo trpělivost, ohleduplnost, takt a láska k lidem, je citlivá schopnost pochopení odlišnosti jiných (**Klevetová, 2006**).

Nelze nekomunikovat. Výměna s okolím, tj. komunikace, je přesně to, co odlišuje živé organismy od neživých. U tvora homo sapiens je pak na nejsložitější úrovni (**Gruber, 2005**).

Komunikace mezi lidmi je proces jen zdánlivě jednoduchý (**Plamínek, 2008**). Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální (**Venglářová, Mahrová, 2006**). Navíc je komunikace vždy nejen výrazem toho, co a za jakých okolností říkáme a činíme (a co říkají jiní, ať již sami nebo za pomoci vyspělé technologie), ale současně se také vztahuje k tomu, čím se zabýváme, jak jednáme a jaké způsoby chování jsou nám vlastní (**Hlaváček, 2005**).

Komunikace je transakčním a interakčním procesem, ve kterém každá zainteresovaná osoba může fungovat současně jako mluvčí (vysílač sdělení), tak i jako posluchač (příjemce sdělení). Ve stejném okamžiku, kdy vysílá nějaké informace, může je také přijímat ze své vlastní komunikace a z interakce druhé osoby. Vytváří se tak vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a zaujímají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reagují, následně ji interpretují a řeší (**Pokorná, 2010**).

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Význam verbální komunikace je nepopíratelný. Je nezbytnou součástí sociálního života, je nezbytnou podmínkou myšlení (**Mikulášтик, 2003**).

Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova, ale je důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu, intonace (**Venglářová, Mahrová, 2006**).

Slova se však nedají odloučit od neverbální komunikace (**Mikulášтик, 200**

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je vývojově starší, spontánnější, jednoznačnější, méně kontrolovaná a kontrolovatelná, a tudíž i pravdivější. Čím jsou city a hodnoty v komunikaci významnější, čím více dominují nad rozumem, tím více se podstata sdělení šíří pomocí neverbální komunikace (**Plamínek, 2008**).

Neverbální komunikace je komunikace beze slov (**DeVito, 2008**). Nejde však, jak si lidé myslí, jen o mimickou stránku řeči, ale o celý komplex mimoslovních signálů – řeč těla. Taková řeč těla je daleko upřímnější než slova (**Nelešovská, 2005**).

Mezilidská komunikace je dennodenním živým procesem, který provází každého z nás po celou dobu bdění, ať se nacházíme v jakémkoliv prostředí a v jakékoliv situaci. I naše mlčení poskytuje člověku velké množství informací (**Linhartová, 2007**).

1.2.3 Naslouchání

Empatie také úzce souvisí se schopností naslouchat jejich hlasu a správně si vykládat (interpretovat), co si myslí a oč jim jde. Tuto schopnost je možné pozorovat již u dětí (**Křivohlavý, Pečenková, 2004**).

Máme dvě uši, kterými bychom měli pozorně naslouchat druhým. Máme jedna ústa, abychom uvážlivě volili správná slova ve správný okamžik, neboť i jedno špatně vyslovené nemůžeme vrátit zpět (**Klevetová, 2006**).

K empatickému naslouchání patří zejména projevení zájmu v mimoslovní oblasti (oční kontakt, naklánění se k druhému, kývání hlavou, zrcadlení nálady druhého v mimice, slůvka jako „hm“, „aha“), používání vět naznačujících, že chápeme a rozumíme: „Ano, rozumím ti, bylo to pro tebe nepříjemné.“, „Chápu tě, nemohl jsi v té situaci udělat nic jiného.“, „Je mi to jasné, je pro vás nyní obtížné na to přistoupit...“ (**Práško, Prášková, 2007**).

Je to způsob, jak poslouchat a reagovat na jinou osobu, která zlepšuje vzájemné porozumění a důvěru (**Salem, 2003**).

Empatické naslouchání je klíčem k pokroku v mezilidských vztazích (**Borg, 2007**).

Empatie do druhého by však neměla být přehnaným „sypáním popela na svou hlavu“ ani manipulativní snahou druhého uchlácholit (**Poláchová, 2009**).

Empatické naslouchání je naslouchání druhému, při kterém se do něj nejen vcitujeme, ale dáváme mu to najevo. K empatickému naslouchání patří zejména projevoování zájmu v neverbální a paralingvistické oblasti, používání vět naznačujících, že chápeme a rozumíme, opakování celé věty, kterou druhý řekl. Umění parafrázovat informaci, kterou mi druhý podal, říci ji svými slovy, nechat si potvrdit, že jsme pochopili obsah toho, co nám druhý řekl, ale také umění shrnout krátce smysl delšího sdělení (**Praško, 2005**).

Podstatou naslouchání je snaha přiblížit se ideálnímu stavu komunikačního procesu maximální eliminací šumu a komunikačních bariér, s využitím emočních momentů i prvků neverbální komunikace a optimální poskytování zpětné vazby. Naslouchat bychom měli především pocitům odesílatele sdělení, snažíme se do nich vcítit a pochopit, proč je komunikováno sdělení právě tak, jak je odesíláno. Naslouchající tedy musí být soucitným posluchačem a úroveň jeho empatie je závislá na jeho charakterových i temperamentových vlastnostech. Převaha rozumu je při tomto způsobu naslouchání spíše překážkou, preferováno je naslouchání, chápání, podporování, psychologický a intuitivní přístup, ale nikoliv interpretace (**Vymětal, 2008**).

Je to nejlepší způsob, jak naslouchat pocitům, jak porozumět druhému člověku a jak dávat zpětnou vazbu, jak reagovat. Naslouchající musí odložit vlastní pocity a vcítit se do pocitů toho, kdo se mu svěřuje. Je to poslouchání nejen ušima, ale i očima a srdcem. Naslouchající používá obě hemisféry mozku, intuitivně chápe, smyslově cítí, naslouchá, aby porozuměl, soustředuje se na sdělení (**Mikulášтик, 2010**).

1.3 Emoce

Důležitým dorozumívacím prostředkem mezi lidmi jsou emoce. S pocity jsou spojené typické způsoby vyjádření těla, které nám signalizují, jak jsme toho druhého odhadli. Zvláště pak výraz tváře a držení těla jsou východiskem pro posouzení ostatních lidí (**Kanitz, 2008**).

Emoce je podle jedné definice v podstatě významem, který přisuzujeme stavům vzrušení, když pocítujeme. Emoce jsou pak spojeny s dalšími emocemi, ale také s naším věděním a s přesvědčením. Společně tedy vytvářejí síť, jejíž souvislosti můžeme pozorovat a můžeme o nich s druhými lidmi mluvit. Mají tedy současně i vztahovou kvalitu, mohou být hodnoceny z hlediska vztahů, a to i vztahů, týkajících se odpovědnosti nebo etiky. Už malé děti se učí od rodičů, co se hodí, které emoce se mají potlačovat nebo zatajovat, které naopak je možno společensky uplatnit. Z tohoto hlediska jsou emoce považovány za „pohyby“ nebo chování ve vztahu k druhým lidem. Mohou být dobře považovány za „přechodné sociální role“ (**Vymětal a kol., 2007**).

Emoce zná z vlastní zkušenosti každý z nás. Mezi emoce patří hněv, radost, smutek, strach, ale i lítost jsou emoce, které jsou každodenní součástí lidského života. Je to zvláštní druh zážitků, který v nás vzbuzuje příjemné či nepříjemné pocity a dává nám určitou míru vzrušení. (**Hájek, 2006**).

Tělesné vyjádření nálad a pocitů je z hlediska dějin vývoje starší než dorozumívání řečí. Přesto je dodnes pro odhadnutí protějšku v rozhovoru a vzájemné porozumění řeč těla vyjádřená mimikou, gesty a držením těla zcela nepostradatelná (**Kanitz, 2008**).

Obecněji se dá i empatie vysvětlit jako umění zacházet s emocemi, vcítit se do situace druhých lidí, emocionálně se ztotožnit s jejich cítěním, viděním a chápáním, schopnost číst i v neverbálních projevech druhého, chápat o co usiluje, čemu se snaží vyhnout a co skrývá (**Hartl, Hartlová, 2000**).

Je důležité, aby účastník pomáhající profese poskytoval pomoc, podporu, inspiraci, aby ukazoval příklady. Hlavně je však důležité poznat lidi takové, jací jsou, co je baví, co je motivuje, a snažit se je vést k plnému rozvinutí jejich schopností.

Je důležité, aby účastník pomáhající profese pomáhal lidem objevovat jejich vlastní schopnosti, předpoklady. Pomáhat lidem překonávat vlastní omezení a nalézat jejich vlastní vnitřní motivační zdroje.

Je podstatně snazší někoho motivovat nebo mu pomáhat, pokud se dovedeme „vcítit do jeho kůže“ (**Šamánková, 2011**).

Pouze pokud si budeme uvědomovat své emoce, můžeme správně odhadnout naše reakce ve složitých situacích (**Mühlesein, Oberhuber, 2008**).

Emocí nejčastěji označujeme citové zbarvení činnosti, případně psychický stav, který v určité míře ovlivňuje jakékoliv jednání (**Trojan, 2003**).

1.4 Pomáhající profese

Pomáhající profese představují poměrně široký soubor nejrůznějších povolání majících vztah k bezprostřední práci s lidmi, jsou však mnohem více službou a posláním, než rutinní prací (**Jankovský, 2003**).

Hlavní náplní pomáhající profese je pomoc lidem (**Hawkins, Shoet, 2004**). Pomáhající profese je profese vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem je institucionalizované poskytování této podpory (**Matoušek, 2003**).

Pomáhající profese je náročná na očekávání od pracovníků a stejně tak si „velké cíle“ klade mnoho pomáhajících (**Venglářová, 2007**).

Specifikem těchto povolání je velmi důležitý prvek, který představuje vytvoření lidského vztahu mezi pomáhajícím a klientem. Pracovník se setkává s lidmi v závislém postavení, kteří potřebují nejen jeho profesionální znalosti, ale i určitou míru spoluúčasti, porozumění a pocitu, že nejsou pracovníkovi na obtíž. Je proto velmi důležité, pro vytvoření fungujícího vztahu těchto stran, aby byla při jejich setkání vytvořena atmosféra bezpečí, pochopení a důvěry (**Kopřiva, 2006**).

Navazování vztahu je běh na dlouhou trať (**Venglářová, 2007**).

1.4.1 *Role pomáhajícího pracovníka*

Stejně jako i ostatní povolání má každá z těchto profesí svoji odbornost, souhrn vědomostí a dovedností, které je důležité si pro výkon daného povolání osvojit. Na rozdíl od jiných povolání sehraje v těchto profesích neopomenutelnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem (**Kopřiva, Šiklová, 2006**).

Profesionálové vykonávající pomáhající profesi jsou závislí na klientech, protože klienti ospravedlňují existenci jejich profese. Pomáhající profese kladou na pracovníky specifické nároky. Počítá se mezi ně fyzická a psychická zdatnost,

inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti, empatie. Emocionální zátěž pomáhajících pracovníků je vysoká, zejména při práci s klienty, jejichž odezva je minimální či nesrozumitelná nebo je jejich chování z hlediska obecné morálky nepřijatelné (**Matoušek, 2003**).

Ve vztahu pomoci druhým, s jejich důležitými životními problémy, je velmi důležitý angažovaný postoj pracovníka, který vidí svou činnost jako smysluplnou a budí v něm nadšení. Někdy přináší tato profese i určitý pocit překonání osamělosti a případné nejisté sebeúcty, při kontaktu s klientem si pracovník připadá významnější (**Schmidbauer, 2000**).

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou mnohdy vystaveni stresujícím situacím. Příkladem je konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienta či rodiny. Víme, že prevencí závislosti na péči je zachování co nejvyšší máry samostatnosti každého klienta. Na druhé straně rodina nebo klient často očekávají, že zařízení převezme veškerou péči i úkony, které klient může bez problému zvládnout sám. Můžeme prožívat útoky rodiny, že nejsme dost ochotní, nestaráme se, jak bychom měli (**Venglářová, 2007**).

Někdy se stávají součástí vztahu i osobní preference pomáhajícího pracovníka, což představuje porušení důležité podmínky procesu pomáhaní, kterými jsou empatie a pomoc každému klientovi bez ohledu na osobní sympatie či antipatie pracovníka (**Hawkins, Shoet, 2004**).

Pracovník může naplňovat své profesionální poslání pouze tehdy, když ho druhý přijímá v roli pomáhajícího pracovníka, protože on sám se cítí být klientem. Jedinou cestou, jak se stát pro klienta pracovníkem, je projít procesem připojování a dojednávání ke stanovení společného cíle. Tento proces je třeba udržovat po celý průběh společné práce, protože díky němu se utváří klientův pohled na pracovníka (**Úlehla, 2007**).

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou vystaveni velké zátěži (**Nelson-Gardel, Harris, 2003**).

Pomáhající pracovník se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří většinou potřebují více než pouhou slušnost. Očekávají přijetí, spoluúčast, porozumění,

pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž a že je pracovník neodsuzuje. Tyto projevy dotvářejí určitou atmosféru, která klienty posiluje nebo sráží. Klient má potřebu důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Není třeba pochybovat o tom, že vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání (**Kopřiva, 2000**).

Pomáhající pracovník by se měl umět odprostit od osobních mravních soudů a kritiky problému klienta, nevnášet do vztahu své osobní zkušenosti, které by mohly jeho způsob pomoci klientovi subjektivně zkreslovat. Profesionalita pracovníka se projeví i tehdy, když sám cítí, že vztah s klientem není doprovázen vzájemnou důvěrou či se objevily nějaké osobní předsudky vůči klientovi a rozhodne se tedy vztah ukončit a doporučit klientovi spolupráci s jiným pracovníkem, kde bude pomoc efektivnější (**Hawkins, Shoet, 2004**).

Je důležité, aby pracovník pomáhající profese poskytoval pomoc, podporu, inspiraci, aby ukazoval příklady (**Šamánková, 2011**).

Ve hře je také pojetí pomáhajícího v očích společnosti i sebe samého. Často už v průběhu přípravy na profesi vzniká přesvědčení, že kdo chce opravdu dobře pomáhat druhým, musí umět potlačit své potřeby, adaptovat se rychle na zátěž, nedávat nic na sobě znát. Je to možné? Jaké následky to přinese do praxe? Citlivější jedinci mají pochybnosti, zda jsou dobrými pracovníky, jestliže nedokážou „vydržet“ i velký stres. Setkáváme se se situacemi, kdy se i velmi přetížení profesionálové zdráhají nebo i obávají přijmout profesionální podporu, například formou supervize (**Venglářová, 2007**).

1.4.2 Cíle pomáhající profese

Cílem této pomoci je nejen zlepšení konkrétní životní situace jedinců, ale také snaha o jejich znovu zapojení do společnosti. Tím, že se člověk opět vrátí k „normálnímu fungování“ a k produktivní práci, zvyšuje úspěšnost celé skupiny. Prospěšnost pomáhajících institucí (z hlediska skupinové dynamiky) závisí na

schopnosti eliminace počtu „neperspektivních“ jedinců, kterým je pomáháno, ale také na individuálních schopnostech pomáhajících pracovníků (**Slovák, 2006**).

Vztah je nutné navázat se všemi klienty. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí (**Venglářová, 2007**).

Pracovníci pomáhajících profesí se téměř neustále setkávají s lidmi, kteří je seznamují se svými problémy a trápeními (**Hájek, 2007**).

Je tedy nutné zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval a to je velice citově náročné (**Venglářová, 2007**).

1.5 Osobní asistence

Během tvorby zákona o sociálních službách vzniklo mnoho definic a vymezení osobní asistence. Některé z nich sice tuto službu popisovaly velmi trefně (stejně jako i definice ostatních služeb), ale do zákona se dostala zde uvedená podoba (**Hrdá, 2006**). Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (**zákon 108/2006 Sb**).

Osobní asistence znamená ve své definici zajištění základních životních potřeb. Tyto potřeby dělíme na biologické (strava, spánek, toaleta, osobní hygiena, základní pohyb, polohování, úprava prostředí) a sociokulturní (vzdělávání, zaměstnání, nakupování, společenské kontakty, asistence při vyřizování občansko-právních záležitostí apod.) (**Buřvalová, Reitmayerová, 2007**).

Mezi základní činnosti této služby patří zejména pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (**zákon 108/2006 Sb**).

Základním principem osobní asistence je nezávislost a samostatnost. To však neznamená, že člověk s postižením může žít sám, nýbrž že má sám možnost rozhodovat se o svém životě a převzít za něj zodpovědnost (**Hrdá, 2001**).

Osobní asistence je tedy osobní pomoc osobám se zdravotním postižením, jež zahrnuje služby, které zmírňují důsledky postižení jedince při všech jeho běžných činnostech (**Matoušek, 2003**).

Cílovou skupinu tvoří lidé, kteří potřebují k životu pomoc druhé osoby (**Hrdá, 2001**).

Cílem osobní asistence je pomoc osobě, jež se ocitla v nepříznivé sociální situaci z důvodu svého zdravotního postižení. Za pomoci osobního asistenta může tato osoba

vykonávat ty úkony, které by byla schopna vykonávat sama, pokud by postižena nebyla. Zjednodušeně lze říci, že osobní asistence je kompenzace těch činností, které nemůže klient vykonávat sám a které jej omezují v životě, v uspokojování osobních potřeb, při vzdělání nebo v zaměstnání, prostřednictvím osobního asistenta. V řadě případů by postižený člověk nemohl existovat ve svém přirozeném prostředí bez osobní asistence (**Kozlová, 2005**).

Zkušenost států, v nichž došlo ke zvýšení počtu osobních asistentů, ukazuje, že osobní asistence umožňuje i těžce zdravotně postiženým lidem žít v jejich přirozeném prostředí, přičemž výsledné náklady mohou být nižší než náklady na jakoukoliv formu ústavní péče (**Novosad, 2006**).

Typy osobní asistence

Sebeurčující osobní asistence

Sebeurčující osobní asistence je přesně ten typ, který se ve světě považuje za osobní asistenci v pravém slova smyslu. Naplňují se při ní základní principy hnutí Independent Living, tzv. čtyři „D“

- Demedikalizace - lékařskou pomoc vyhledává člověk s postižením pouze v případě zdravotních těžkostí, není tedy pouhým předmětem lékařské péče.
- Delimitace - osobní asistence není vymezena taxativně určenými výkony, jež mají být prováděny v daném čase.
- Deprofesionalizace - klient instruuje své asistenty sám, asistenti nejsou profesionály.
- Deinstitutionalizace - uživatel osobní asistence má možnost žít ve svém bytě a řídit osobní asistenci přímo, bez mezičlánku (**Hrdá, 2006**).

Sebeurčující pomoc a asistence se odvíjí od potřeb člověka s postižením, který si sám určuje rozsah a míru pomoci. Je aktivním a zodpovědným jedincem, nestává se pasivním a ostatními opečovaným člověkem s postižením (**Buřvalová, Reitmayerová, 2007**).

Znamená, že vše je v režii klienta, že ten potřebuje a užívá k zavedení osobní asistence nanejvýš poradenské či zprostředkovatelské služby, nikoliv organizaci, která vše udělá za něho. Sebeurčující osobní asistence nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. Jestliže je potřebné jakékoliv školení přesahující základní (všeobecné) vzdělání, jedná se o řízenou osobní asistenci. Klient musí být schopen sám se podílet na sebeurčující osobní asistenci, to znamená, že uživatel služeb musí být schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Jestliže toho klient není schopen, musí být o něho postaráno řízenou osobní asistencí, anebo jinými způsoby péče (**Hrdá, 2006**).

Z výše uvedeného plyne, že tento druh osobní asistence je vhodný zvláště pro uživatele, kteří budou využívat služby fyzických osob. Ty podle zákona o sociálních službách žádnou kvalifikaci mít nemusí, avšak vyžaduje se velké zapojení samotného uživatele (**Hrdá, 2006**).

Sebeurčující způsob života znamená, že lidé s tělesným postižením mají možnost rovnocenného výběru v oblasti sociální, politické, ekonomické a kulturní jako osoby bez postižení (**Hrdá, 2002**).

Řízená osobní asistence

Řízená osobní asistence vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se často osob, které potřebují specializovanou pomoc (**Hrdá, 2006**).

Klient tohoto typu osobní asistence neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci, to je úkolem poskytovatele. Osobní asistenti v této službě asistují osobám, pro něž z podstaty asistence samé vyplývá potřeba koordinace osobních asistentů zvenku, aby byla jejich kvalifikace využita co nejúčelněji, například osobám s mentálním, duševním postižením, eventuálně seniorům, které si nedovedou z podstaty svého postižení práci svého osobního asistenta samy řídit (**Hrdá, 2006**).

Řízená osobní asistence vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se často osob, které potřebují specializovanou pomoc (**Hrdá, 2006**).

Klient tohoto typu osobní asistence neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci, to je úkolem poskytovatele. Osobní asistenti v této službě asistují osobám, pro něž z podstaty asistence samé vyplývá potřeba koordinace osobních asistentů

zvenku, aby byla jejich kvalifikace využita co nejúčelněji, například osobám s mentálním, duševním postižením, eventuelně seniorům, které si nedovedou z podstaty svého postižení práci svého osobního asistenta samy řídit (**Hrdá, 2006**).

Zákon o sociálních službách vlastně popisuje řízenou osobní asistenci, kterou poskytují právnické osoby. Ty, pokud se zaregistrují, musí splňovat podmínky zákona, tzn. že osobní asistenti musí mít kvalifikaci a poskytovatel je povinen se řídit standardy kvality sociálních služeb (**Hrdá, 2006**).

Služby osobní asistence mají klientovi zabezpečit základní životní potřeby, a to jak biologické (např. příjem potravy, toaletu, polohování, hygienu, dále dopomoc při obstarání domácnosti, při nákupu, pochůzkách atp.), tak společenské (např. při výchově dětí, při vzdělání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních aktivitách). To vše je nutnou kompenzací zdravotního postižení (**Hrdá, 2001**).

Osobní asistence je zaměřena zejména na pomoc těm lidem, kteří by bez ní nepřežili, to znamená, že potřebují zajistit základní životní biologické potřeby. Jsou to ty, jejichž uspokojení se děje zabezpečením životních funkcí. Z hlediska služeb je uspokojení těchto potřeb limitující, to znamená, že není-li některá z těchto potřeb uspokojena, je klient ohrožen přímo na životě (**Hrdá, 2001**).

1.5.1 Osobní asistent

Osobní asistent by měl být zdravý, šikovný a přiměřeně silný. Velmi důležité jsou při osobní asistenci duševní vlastnosti. Má-li totiž člověk určité psychické předpoklady, řeší se i problémy lépe. Jestliže naopak scházejí, může se stát cokoliv úskalím, na němž se křehká lodička osobní asistence roztříští. Je samozřejmé, že bez kladného postoje k osobní asistenci jako takové, tj. k jejím cílům i cestám, by mohl osobní asistent jen stěží vykonávat tak obtížnou práci. Co je k osobní asistenci potřebné nejvíce? Dobrá motivace (důvod jednání). Příčiny, proč má člověk zájem o takovou práci, mohou být různé, není-li však mezi nimi nejdůležitější a nejsilnější touha pomáhat, rozplynou se brzy všechny ostatní motivy jako dým (**Hrdá, 2007**).

Všichni osobní asistenti, ať pozitivně nebo negativně působící na klienta, by měli alespoň dvakrát ročně projít supervizí nebo se snažit o konzultaci problémů, souvisejících s osobní asistencí, s odborníkem.

Nejvíce člověku službu osobní asistence ulehčí umění empatie, čili schopnost vcítit se do druhého. Na druhé straně, tato vlastnost může přinést také mnohé bolesti. Ne každý člověk dokáže nést břemena druhých lidí, mnozí nesou přítomnost postiženého člověka a už vůbec si nechtějí připustit, že by je mohlo někdy potkat taky něco takového. Takoví lidé se nehodí na práci osobního asistenta. Mimo empatii musí být (alespoň po dobu služby) osobní asistent zcela k dispozici (připravený ke službě), tzn., že má být vstřícný a ochotný, laskavý, vlídný a trpělivý (**Hrdá, 2008**).

Naprosto nezbytné vlastnosti pro osobní asistenci jsou zodpovědnost a spolehlivost. Je třeba, aby osobní asistent byl schopen rovnocenného partnerství a spolupráce, aby uměl rozumně řešit neobvyklé situace (nezpanikařit). Aby byl tolerantní (snášenlivý a velkorysý) k odlišným názorům a přijímal i jiné postupy, než na jaké je zvyklý, aby byl schopen se něčemu naučit, takže musí být zároveň přizpůsobivý i vynalézavý. Tohle všechno pak obvykle jistí celé spousty humoru (**Hrdá, 2007**).

1.5.2 Odborná způsobilost osobního asistenta

Odbornou způsobilostí osobního asistenta je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Pracovník v sociálních službách má povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci (**Z. 108/2006 Sb**).

1.6 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (**Policar, 2010**).

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (**Workman, Bennett, 2006**).

Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Sestra vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich okolí v poskytování laické péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou nebo nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (**Policar, 2010**).

Přednostním cílem ošetřovatelství je co nejvhodnějšími metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozmeněné jeho nemocí. Při dosahování tohoto cíle sestra úzce spolupracuje s lékaři a dalšími kategoriemi zdravotnických a jiných odborných pracovníků, především s fyzioterapeuty a ergoterapeuty, sociálními pracovníky, dietními sestrami apod. (**Šamánková, 2011**).

Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství patří zejména poskytování aktivní ošetřovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče (**Policar, 2010**).

Cíl ošetřovatelství vidí v udržení člověka v maximální soběstačnosti. U sester klade důraz na schopnost empatie, nonverbální komunikace, navázání konstruktivního vztahu s pacientem a vlastní sebepoznání, což je základem k pochopení druhých a úcty k nim. Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, které by si prováděl sám, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti (**Kramperová, 2010**).

Mezi hlavní úkoly sestry patří pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím, vytvářet z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, podporovat soběstačnost člověka v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře, snižovat negativní vliv onemocnění a předcházet komplikacím, nacházet a uspokojovat potřeby osob s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených, lidí s nevyčísitelným onemocněním (**Kramperová, 2010**).

1.6.1 Zdravotní sestra

V ošetrovatelství, kde lidský vztah je významnou součástí profese, je důležité disponovat rozvinutými empatickými schopnostmi. Z tohoto důvodu se empatie stává nedílnou součástí sociálních dovedností sester (**Poláchová, 2009**).

Profesi sestry by měly vykonávat sociálně zralé osobnosti, s orientací na druhého člověka, s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti, lidé vysoce humánních a etických kvalit. Dosažení takového profesionality vyžaduje sebe výchovnou práci, osobní zralost a dlouhodobé zkušenosti (**Zachárová, Hermánková, 2007**).

Sestra by měla mít kromě odborných znalostí také vysoký morální kredit, umět aktivně naslouchat, mít vysokou míru empatie a rozvinuté komunikativní schopnosti, a to jak verbální, tak neverbální (**Kutnohorská, 2009**).

Vedle fyzické péče je nemalou částí náplně práce zdravotníků právě komunikace. Lékaři, sestry a další zdravotníci komunikují s nemocnými lidmi, na citlivé půdě nemocničního prostředí, často o otázce života a smrti, o věcech v životě nejdůležitějších a nejtěžších. Emoce proto v těchto situacích hrají velikou roli (**Reindlová, 20011**).

1.6.2 Odborná způsobilost zdravotní sestry

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru, na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

Pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo tříletého studia na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (**Z. 96/2004 Sb**).

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti musí projít kvalifikačním studiem, které probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnicemi Evropské unie (**Špaček, 2009**).

Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (**Špaček, 2009**).

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením musí projít Kvalifikačním studiem, které probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu. Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky (**Kramperová, 2010**).

1.7 Syndrom vyhoření

Termín syndrom vyhoření zavedl v roce 1974 Herbert Freudenberger (**Vartiovaara, 2011**).

Nejedná se o obyčejnou únavu, syndrom je vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce. Neobjevuje se pouze u sociálních pracovníků a u těch, kteří pracují s lidmi, ale všude tam, kde hodnocení efektivity vykonané práce závisí na hodnocení jiných lidí (**Kapounová, 2007**).

Už samotný pojem je příznačný. Syndrom vyhoření. Představme si oheň, který má vysoké plameny a vydává mohutný žár. Hučením a praskáním dává najevo svou sílu. Není-li dostatečně živený, tak postupně slábne, plamínky jsou chudší a menší. Vydává slabé světlo a teplo. Nakonec už zbývající uhlíky jenom doutnají. Aby se oheň znovu rozhořel, je třeba jej opět přiživit. Přidat mu energii, aby ji pak sám mohl vydávat (**Fischerová-Katzerová, Češková-Lukášová, 2007**).

Také je důležité si uvědomit, že syndrom vyhoření není totéž jako deprese, ačkoli mají společné charakteristiky. Vyhoření však může být způsobeno přívalem deprese, nebo naopak, může vést syndrom vyhoření k depresi sám (**Boms, 2009**).

U syndromu vyhoření byly zjištěny tři souběžné faktory, jako jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace, nedostatek profesionální realizace. Emocionální vyčerpání je vyprázdňování emocionálních zdrojů. Přítomny jsou pocity únavy a vyčerpání, které postupně rostou s tím, jak se spotřebovávají emocionální zdroje. Člověk má pocit, že nemá co nabídnout. Depersonalizace znamená negativní postoj a cynismus až nepřátelství vůči svému okolí. Nedostatek profesionální realizace se projevuje ve vnímání své nedostatečnosti, snižuje se sebeúcta a nastává pokles touhy po úspěchu (**Puricelli, Callegari, Pavacci, 2008**).

Syndrom vyhoření postihuje nejčastěji osoby činné v tzv. pomáhajících profesích (**Horská, 2009**).

Při práci s klienty nebo pacienty je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k nahromadění faktorů, které ovlivní vznik syndromu vyhoření – burn-out

syndromu. Zásadní vliv na obraně proti vyhořením mají preventivní opatření, znalost problému syndromu vyhoření (**Venglářová, 2007**).

Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev. Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží. Oficiálně to však dosud není nemoc. Potkáváme stále více lidí postižených syndromem vyhoření, ale obraz jejich potíží se málokdy řeší v poradnách, na klinikách a v ambulancích. Vyhoření by se mohlo stát plíživou hrozbou pro naši společnost (**Kallwass, 2005**).

Syndrom vyhoření představuje komplex příznaků, které se projevují pod vlivem stresu a zasahují do oblasti psychické, fyzické i sociální (**Kapounová, 2007**).

Nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co k syndromu vyhoření vede. Nejčastějšími příčinami však jsou konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchických strukturách, nedostatečná podpora ze strany nadřízených, vztahové konflikty, nadměrné množství práce v příliš těsném časovém rozvrhu, příliš vysoká nebo rostoucí odpovědnost, lobbying na pracovišti atd (**Kallwass, 2005**).

Syndrom vyhoření vzniká také nepoměrem přetížení a spánku nebo odpočinku (**Wilson, 2011**).

Rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření může být jednak profese, jejíž součástí je náročná práce s lidmi, a jednak sám jedinec, který je méně odolný vůči stresu, má nízké sebevědomí, je emočně labilní nebo depresivně naladěný (**Kapounová, 2007**).

Kdo je vyhořelý, tomu se život zdá bezcenný a už v ničem nevidí žádný smysl. Vyhořelí lidé nejsou většinou schopni pracovat, nedosahují svých někdejších tělesných nebo duševních výkonů. Ztratili všechnu kreativitu, nic je nebaví.

Tím nejdůležitějším je, abychom tomuto nebezpečnému syndromu, který se v našem profesním životě zdaleka nevyskytuje tak zřídka, předcházeli. Pokud jsme našli smysl svého života, naše práce neodporuje našim hodnotám a vytvořili jsme si v životě rovnováhu, pak jsme učinili důležitá opatření, kterými můžeme syndromu „burn-out“ předejít (**Knoblauch, Wöltje, 2006**).

Abychom předešly syndromu vyhoření, je třeba, uvědomit si a přijmout své limity a být více v souladu se sebou, pravidelně přemýšlet o svých cílech a přehodnocovat priority, udržovat rovnováhu v prioritách životních a pracovních, více se zaměřit na všechny oblasti života, nezbavovat se zájmů, zálib a přátel, necítit se provinile, když odpočíváme nebo se bavíme (**Kotátková, 2008**).

P. Hawkins uvádí, že vyhořením je třeba se zabývat dříve, než k němu dojde. Supervize je jedním z účinných způsobů, jak syndromu vyhoření předcházet. Při dobře prováděné supervizi dochází k zamyšlení a náhledu na vlastní motivaci k práci v pomáhajících profesích. Supervize pomáhá pracovníkům v pomáhajících profesích uvědomit si, co lze dokázat a kde jsou hranice jejich pomáhání. Pravidelná supervize umožňuje sledovat své vlastní příznaky stresu a učit s nimi pracovat. Samotná supervize ovšem není všelék. Důležitou prevencí syndromu vyhoření je samozřejmě především vytvoření zdravého systému vlastní podpory a péče o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (**Hawkins, Shoet, 2004**).

V naší pomáhající profesi je důležité, abychom si ujasnili své vlastní pocity, způsob přijetí naší sociální role, poznání našich potřeb i potřeb těch, kteří od nás očekávají pomoc, dále poznání a pochopení sám sebe napomáhá k pochopení potřeb druhých lidí, naučení tolerance k názoru druhého člověka, orientaci ve svízelné situaci (**Šamánková, 2011**).

1.8 Prevence syndromu vyhoření

Má-li pracovník v pomáhajících profesích pečovat o své klienty a pacienty, neměl by opomíjet péči ani sám o sebe. Když nejsme sami v pořádku, něco chybí i tomu, co děláme pro druhé. Proto je péče o sebe sama stejně důležitá jako péče o druhé. Důležité je odlišit dva druhy uvažování o vlastních citech: uvědomovat si to, co skutečně prožíváme, a odlišovat to od myšlenek na to, jaké emoce bychom měli v dané chvíli mít. Pravdivé a ujasněné zažívání vlastních citů nemusí být automaticky příznakem psychicky zdravého člověka, je to však „materiál“ našeho duševního života, který by nám neměl unikat (**Křivohlavý, Pečenková, 2004**).

Důležitou prevencí syndromu vyhoření je samozřejmě především vytvoření zdravého systému vlastní podpory a péče o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (**Hawkins, Shoet, 2004**).

1.8.1 Supervize

Jedním ze způsobů jak předejít syndromu vyhoření je supervize (**Venglářová, 2011**).

Původní význam slova „supervize“ pochází z anglického ekonomického prostředí a znamená „dohlížení“ či kontrolu (**Hronová, 2009**).

Supervize je účinný způsob, jak zlepšit individuální komunikační dovednosti. Supervize poskytuje příležitost zamyslet se nad problémy interakcí a je nesmírně důležitou součástí učebního procesu (**O'Connor, Aranda, 2005**).

Definice supervize je organizovaná příležitost k reflexi toho, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s kolegy a klienty, s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci (**Hronová, 2009**).

Prioritou je profesionální rozvoj pracovníka. Ošetřuje zejména rozšiřování dovedností, získávání nových dovedností, pomoc při řešení obtížných případů, zvládnání

emočně náročných, stresujících situací, vzdělávací funkce, především u studentů a začínajících pracovníků (**Venglářová, 2005**).

Supervize umožňuje reflektovat jednání pracovníka a rozlišit od sebe užitečné a neužitečné pracovní postupy. Supervize by měla vést k reflexi pracovníka chování v kontextu zúčastněných osob, instituce a společnosti a podnítit pracovníka ke změně, pokud je v dané situaci užitečná (**Matoušek, 2007**).

Základním principem supervize je bezpečný vztah (**Venglářová, 2005**). Jde o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše podpůrná než kontrolní funkce (**Hronová, 2009**).

Supervize může být důležitým nástrojem ke zvýšení kvality poskytované služby, může být zrcadlem, ve kterém se odráží, jak kvalitní a profesionální postupy jsou v sociální službě používány (**Krutilová, 2010**).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této diplomové práce je zmapovat problematiku empatie pracovníků v pomáhajících profesích. Tento cíl byl dále rozdělen na tři dílčí cíle. První z nich je zjištění, zda ve standardizovaném dotazníku empatie budou zdravotní sestry vykazovat nižší skóre než osobní asistenti. Druhým dílčím cílem je zjištění, zda se bude struktura odpovědí v obou skupinách lišit. Posledním dílčím cílem je zjištění, zda v některých položkách budou osobní asistenti vykazovat vyšší skóre, než zdravotní sestry.

2.2 Hypotézy

Pro naplnění cílů diplomové práce, byly stanoveny následující hypotézy.

2.2.1 Hypotéza 1

Ve standardizovaném dotazníku empatie, budou zdravotní sestry vykazovat nižší skóre než osobní asistenti.

2.2.2 Hypotéza 2

Struktura odpovědí se bude lišit.

2.2.3 Hypotéza 3

V některých položkách budou osobní asistenti vykazovat vyšší skóre než zdravotní sestry.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

V diplomové práci byl pro účel výzkumu jako technika sběru dat zvolen anonymní dotazník.

Použila jsem dotazníky, které mi dal vedoucí práce. Dotazníky budou vedoucím práce později dále zpracovány v rámci jiného výzkumu. Pro účely diplomové práce je první dotazník nástrojem, ve kterém se dotazuji na názory a postoje respondentů na jednotlivé prvky empatického postoje. Druhý dotazník ukazuje osobní zkušenost respondentů s některými obtížemi, se kterými empatie může souviset. Ptá se na důležitost jednotlivých položek a intenzitu výčitek svědomí v případě, že respondent není schopen dostát požadavkům empatického postoje.

Následná analýza získaných dat byla zpracována v programu EXCEL a SPSS pro PC.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum této diplomové práce se uskutečnil na dvou souborech.

3.1.2 Osobní asistenti

První výzkumný soubor tvořili osobní asistenti vykonávající službu osobní asistence dle zákona 108/2006 o Sociálních službách. Dotazníky byly zprostředkovány osobně, nebo přes vedoucí sociální pracovníky. Těmto respondentům bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost v této skupině byla 100%.

3.1.3 Zdravotní sestry

Druhý výzkumný soubor tvořily zdravotní sestry. Dotazníky byly zprostředkovány přes vedoucí pracovníky. Těmto respondentům bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost v této skupině byla 100%.

4 Výsledky

Identifikační údaje: Respondenti vyplňovali v dotazníku pohlaví, praxi a věk.

Tabulka 1: Pohlaví

pohlaví	zdravotní sestry	osobní asistenti
ženy	91	79
muži	9	21

Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazník vyplnilo 100 zdravotních sester a 100 osobních asistentů. 91% zdravotních sester byly ženy a 9% byli muži. 79% osobních asistentů byli ženy a 21% byli muži. V pomáhajících profesích je obecně nedostatek mužů, proto i v mém výzkumu není srovnatelný počet mužů a žen. Žen se v těchto profesích vyskytuje více.

Tabulka 2: Praxe

praxe	zdravotní sestry	osobní asistenti
0 - 5	28	77
6 - 10	24	18
11 - 15	15	1
16 - 20	9	3
21 - 25	5	1
26 - 30	7	0
31 - 35	9	0
36 - 40	3	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných osobních asistentů mělo praxi 0 – 5 let a to 77%. Osobní asistence jako registrovaná sociální služba je zavedena poměrně krátkou dobu. Zdravotní sestry mají praxi různorodější. Dokonce 9% dotazovaných zdravotních sester mají praxi delší jak 31 let, a 3% delší než 36 let.

Tabulka 3: Věk

věk	zdravotní sestry		osobní asistenti	
	ženy	muži	ženy	muži
20 - 25	17	2	15	2
26 - 30	12	2	25	5
31 - 35	15	2	17	7
36 - 40	15	2	13	4
41 - 45	9	0	7	3
46 - 50	6	1	1	0
51 - 55	11	0	1	0
56 - 60	6	0	0	0

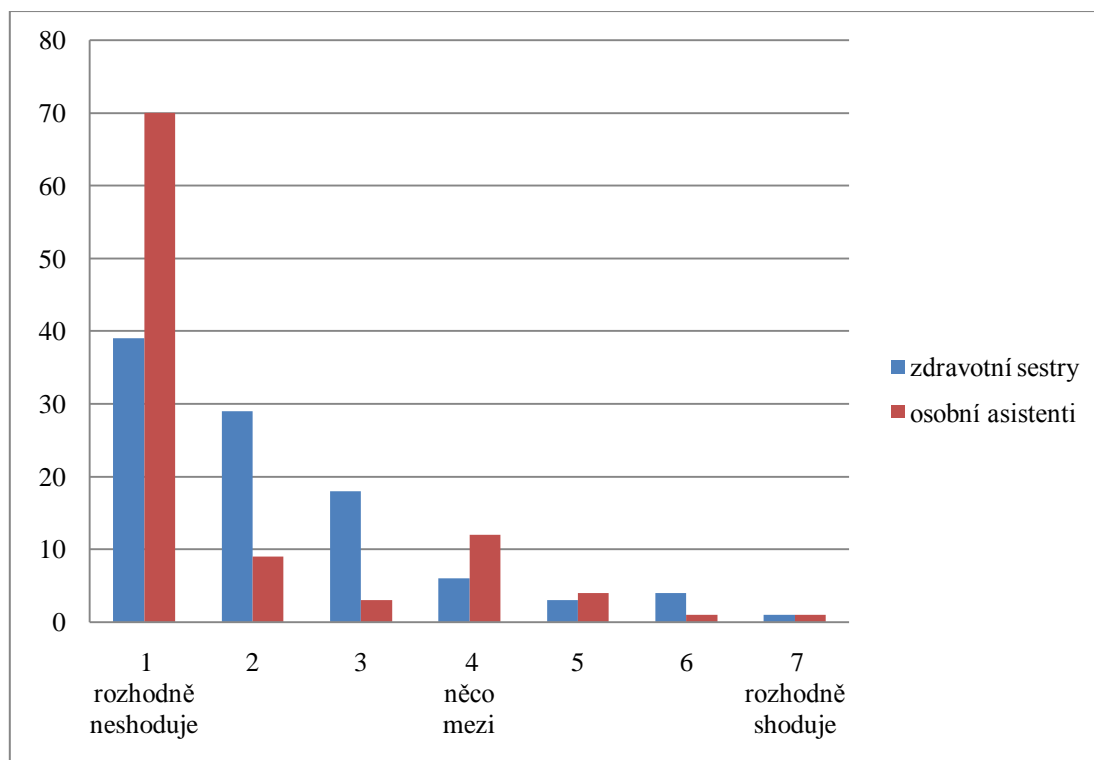
Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných zdravotních sester (19%) bylo ve věku 20 – 25 let. Nejvíce dotazovaných osobních asistentů (30%) bylo ve věku 26 – 30 let. Nejméně zdravotních sester (6%) bylo ve věku 56 – 60 let- Z osobních asistentů tomuto věku neodpovídal žádný z respondentů. Nejméně osobních asistentů (1%) bylo ve věku 51 – 55 let.

4.1 Dotazník číslo 1

Otázka č. 1 – Pro léčebný proces je moje pochopení, co klienti/ pacienti a jejich blízcí cítí, nepodstatné.

Graf 1: Nepodstatnost pochopení pro léčebný proces

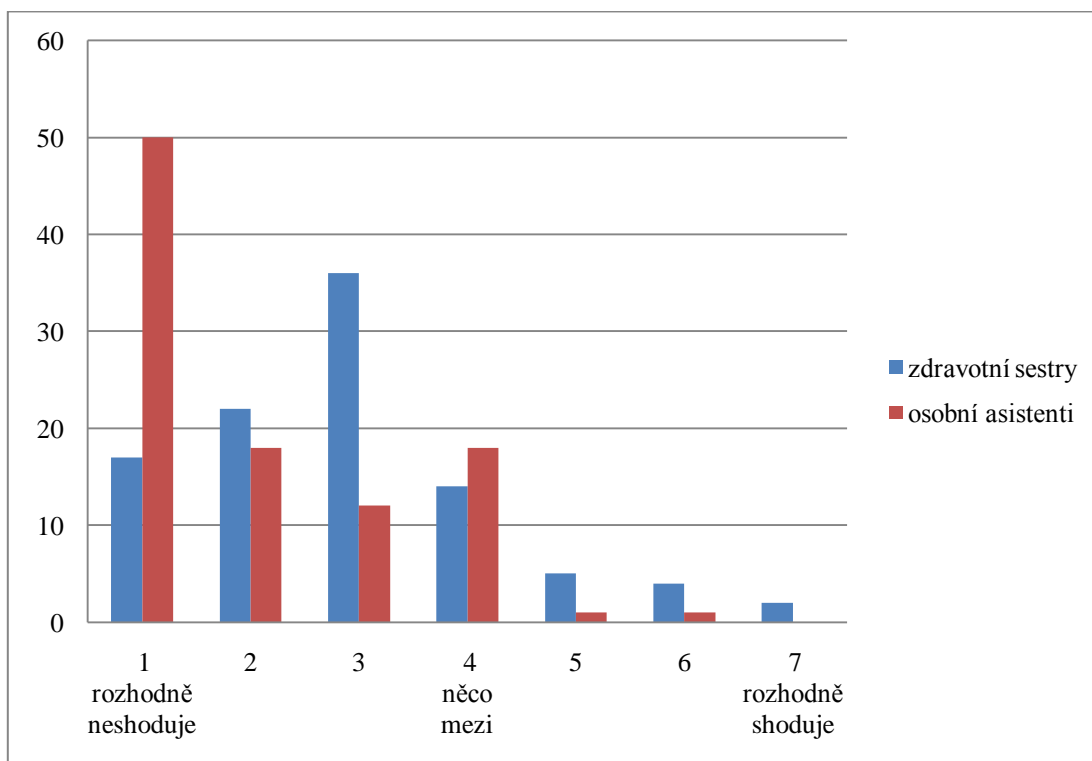


Zdroj: Vlastní výzkum

Největší část respondentů odpovídala hodnotou 1 (rozhodně neshoduje). Zdravotní sestry odpověděly takto v 39% a osobní asistenti v 70%. V bodě 7 (rozhodně shoduje) odpovědělo 1% z obou skupin dotazovaných respondentů. V případě zdravotních sester je průměr odpovědí této stupnice 2,2100 a průměr odpovědí u osobních asistentů činí 1,7800. Pochopení pro léčebný proces je důležitější pro osobní asistenty. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 2 – Nemám zvláštní požitek z četby krásné literatury nebo potěšení z umění.

Graf 2: Nezám o četbu krásné literatury a o umění

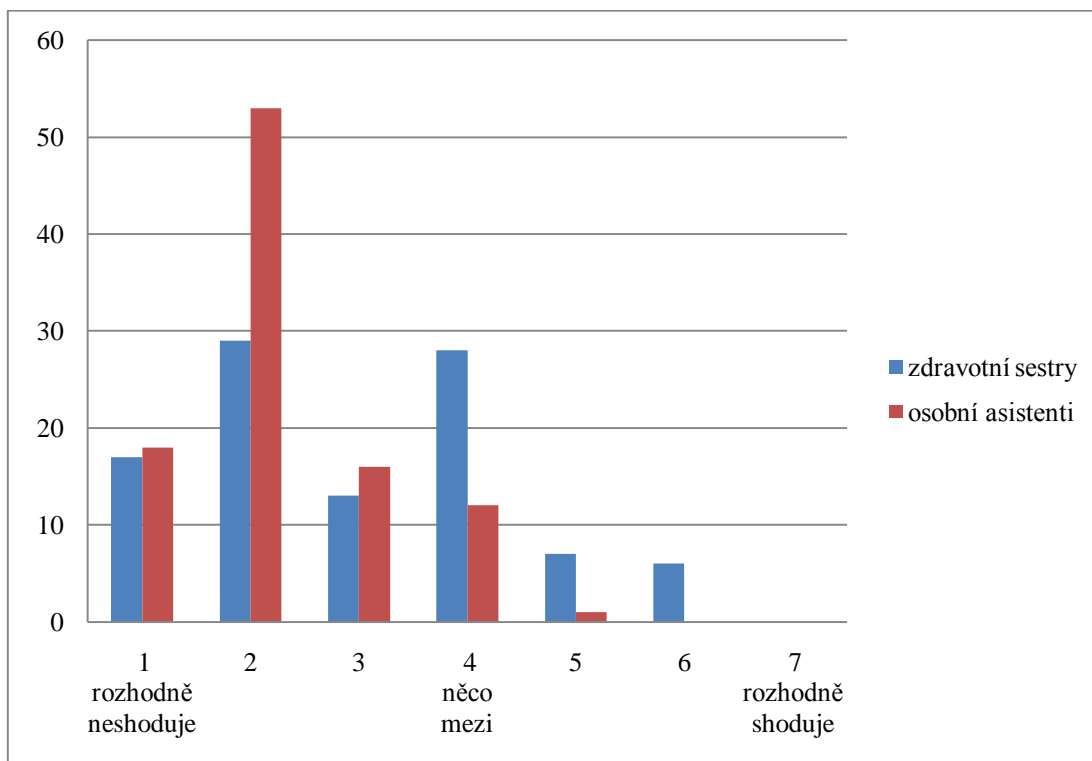


Zdroj: Vlastní výzkum

S tímto tvrzením se neztotožňuje 17% dotazovaných zdravotních sester a 50% osobních asistentů, kteří odpověděli v bodě 1 (rozhodně neshoduje). Zdravotní sestry v bodě 7 (rozhodně shoduje) vykazaly 2% odpovědí, z osobních asistentů, se žádný nepřiklonil k tomuto tvrzení. Většina zdravotních sester se shodla na odpovědi číslo 3 a to 36%, kde osobní asistenti vykazali pouze 12% těchto odpovědí. Průměr odpovědí u zdravotních sester na této stupnici činí 2,8800, u osobních asistentů 2,0500. U zdravotních sester se více projevuje nezám o četbu a umění. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 3 – Vidět situaci z hlediska klienta/pacienta je pro mne obtížné.

Graf 3: Obtížnost vidět situaci očima klienta/pacienta

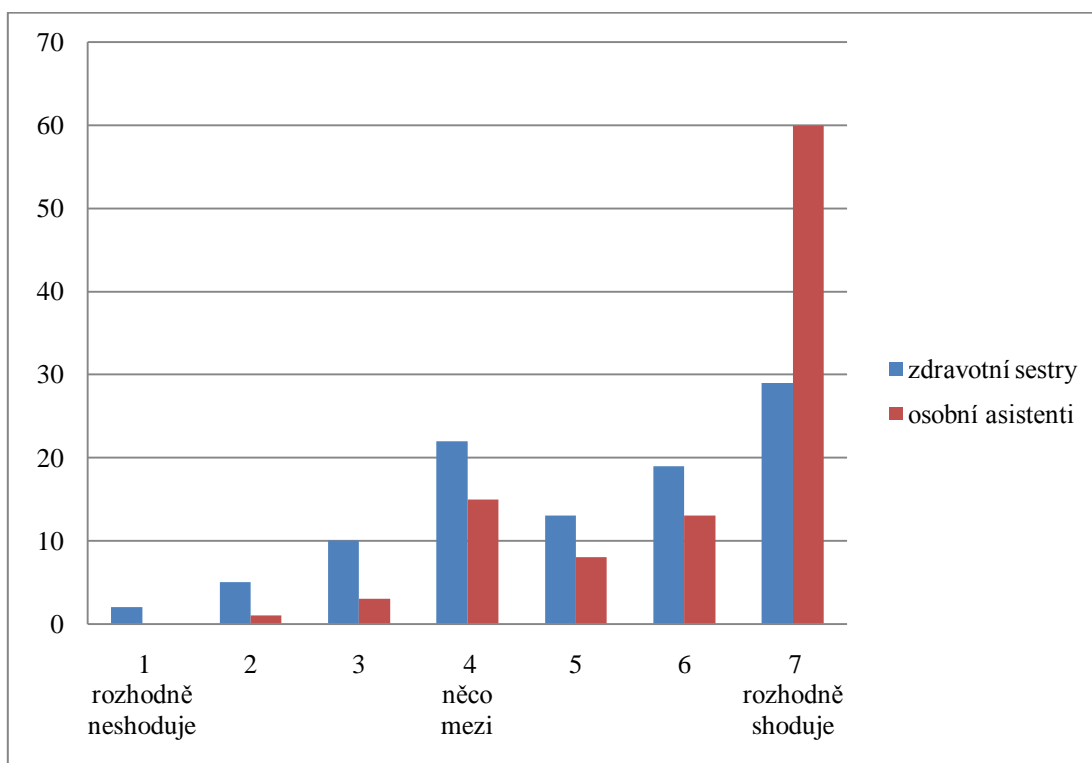


Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto tvrzení se výrazně rozcházejí odpovědi v bodě 2 této sedmistupňové škály, a to 29% zdravotní sestry oproti 53% osobních asistentů. S tímto tvrzením nesouhlasí v bodě 1 (rozhodně neshoduje) 17% zdravotních sester a o 1% více osobních asistentů. V bodě 7 (rozhodně shoduje) bylo vykázáno 0% odpovědí z obou dotázaných skupin. Stejnou hodnotou (0%) odpověděli také osobní asistenti v bodě 6 této sedmistupňové škály. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 2,9700 a u osobních asistentů 2,2400. Pro zdravotní sestry je více obtížné vidět situaci očima pacienta. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 4 – Pro vztah osobní asistent-klient je porozumění klientově řeči těla stejně důležité jako porozumění verbální komunikaci.

Graf 4: Důležitost porozumění řeči těla a verbální komunikace



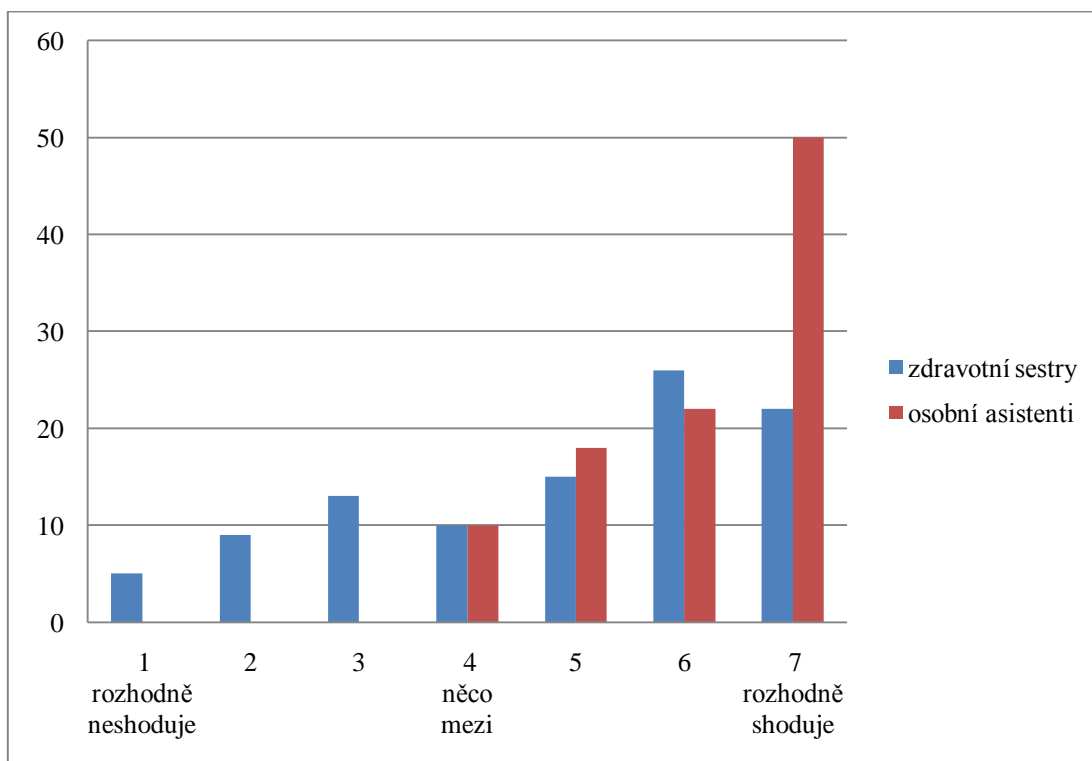
Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní sestry v bodě 1 (rozhodně neshoduje) odpověděly 2%, osobní asistenti v tomto bodě nevykázali žádnou odpověď.

Osobní asistenti a to v 60% odpověděli na tvrzení bodem 7 (rozhodně shoduje), zdravotní sestry pouze v 29%. Větší část obou skupin respondentů se však přiklání k bodovému hodnocení 4 (něco mezi) až k bodu 7 (rozhodně shoduje) této sedmibodové škály. Průměr u zdravotních sester činí 5,1300, u osobních asistentů 6,0900. Pro osobní asistenty je více důležité porozumět řeči těla a verbální komunikaci. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 5 – Myslím, že můj smysl pro humor přispívá k lepším léčebným výsledkům.

Graf 5: Prospěšnost smyslu pro humor k lepším léčebným výsledkům

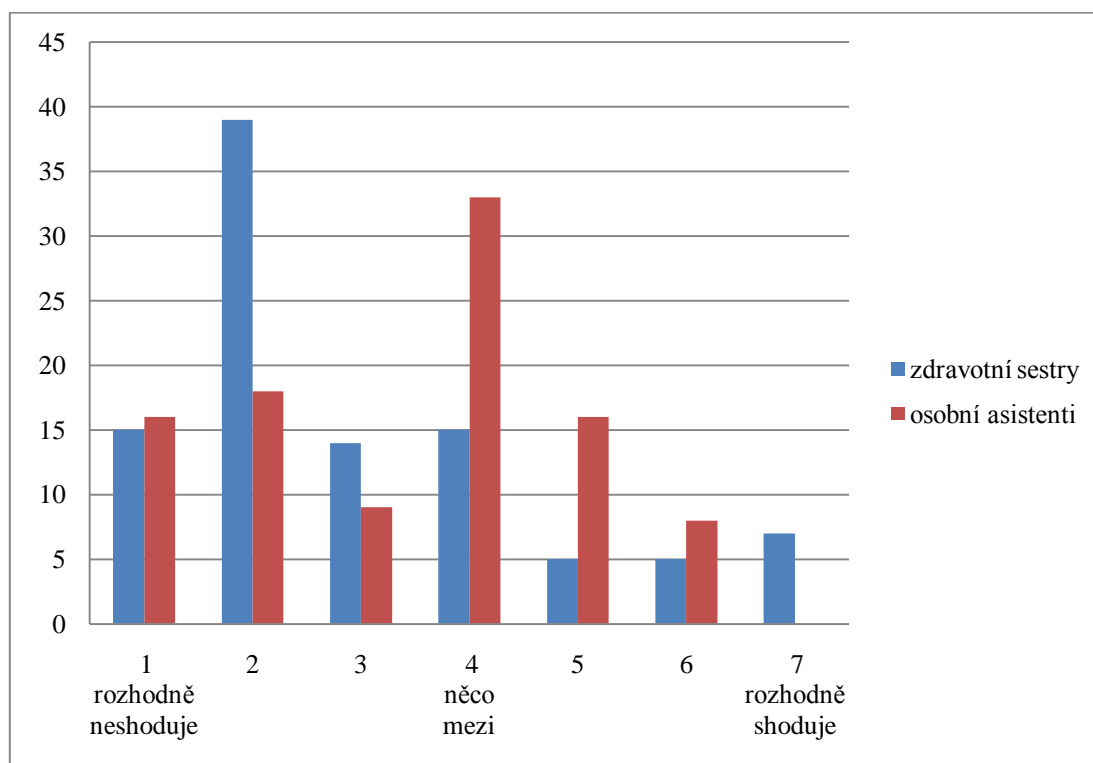


Zdroj: Vlastní výzkum

S tímto tvrzením v bodě 1 (rozhodně neshoduje) nesouhlasí 5% dotázaných zdravotních sester, kdežto z osobních asistentů 0%. Žádný z osobních asistentů neoznačil hodnotu nižší než 4 (něco mezi). Největší počet osobních asistentů odpovídal 50% v bodě 7 (rozhodně shoduje), kdežto zdravotní sestry pouze v 22%. Průměr u zdravotních sester činí 4,8700 a u osobních asistentů je průměr 6,1200. Více osobních asistentů než zdravotních sester přikládá důležitost smyslu pro humor. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 6 – Lidé jsou rozdílní, a tak je pro mne téměř nemožné vidět věci z hlediska klienta.

Graf 6: Nemožnost vidět očima klientů/pacientů kvůli jejich rozdílnosti

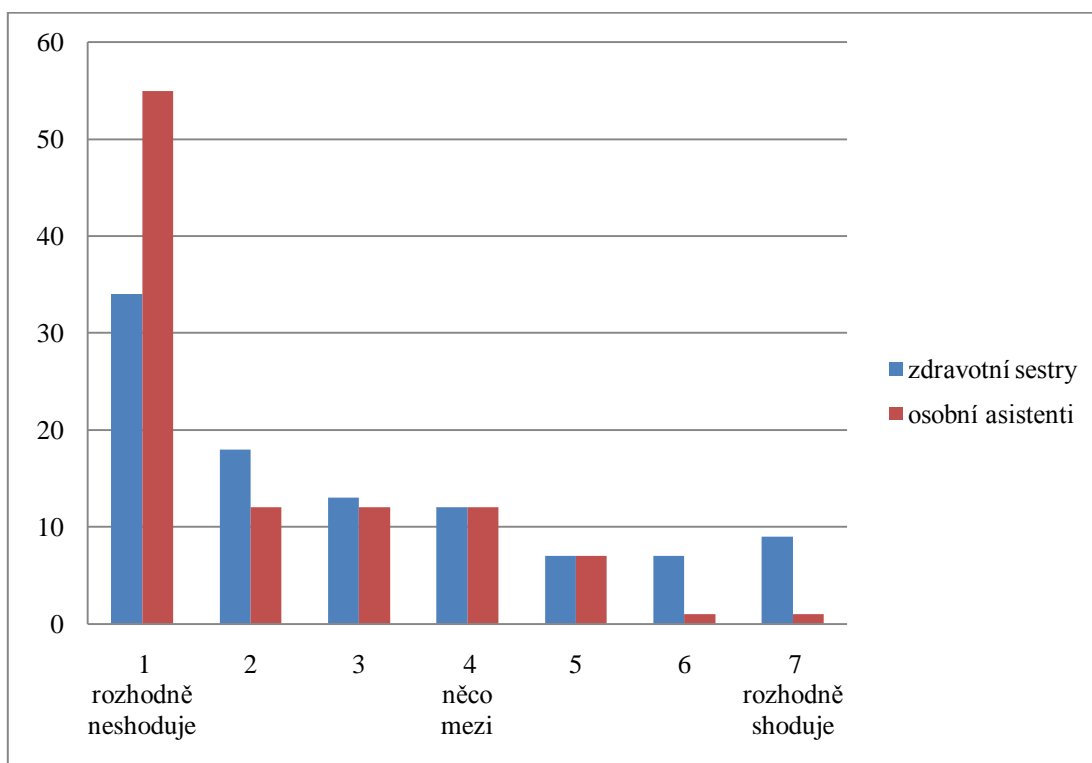


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů na toto tvrzení odpovědělo hodnotou 2 této sedmibodové stupnice. Zde odpovědělo 39% zdravotních sester a 18% osobních asistentů. Dále nejvíce odpovědí a to 33% odpověděli osobní asistenti na této stupnici hodnotou 4 (něco mezi). U zdravotních sester se rozhodlo vybrat hodnotu 1 (rozhodně neshoduje) 15% a o 1% více osobních asistentů. S tvrzením souhlasí a označilo jako svou odpověď bod 7 (rozhodně shoduje) 7% zdravotních sester a 0% osobních asistentů. Průměr všech odpovědí na sedmibodové stupnici je 2,9900 u zdravotních sester a u osobních asistentů vykazuje hodnotu 3,3900. Zdravotním sestřám dělá menší problémy vidět věci z hlediska pacienta. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 7 – Při anamnestickém rozhovoru se snažím nevěnovat pozornost klientovým/pacientovým emocím.

Graf 7: Snaha věnovat pozornost klientovým/pacientovým emocím

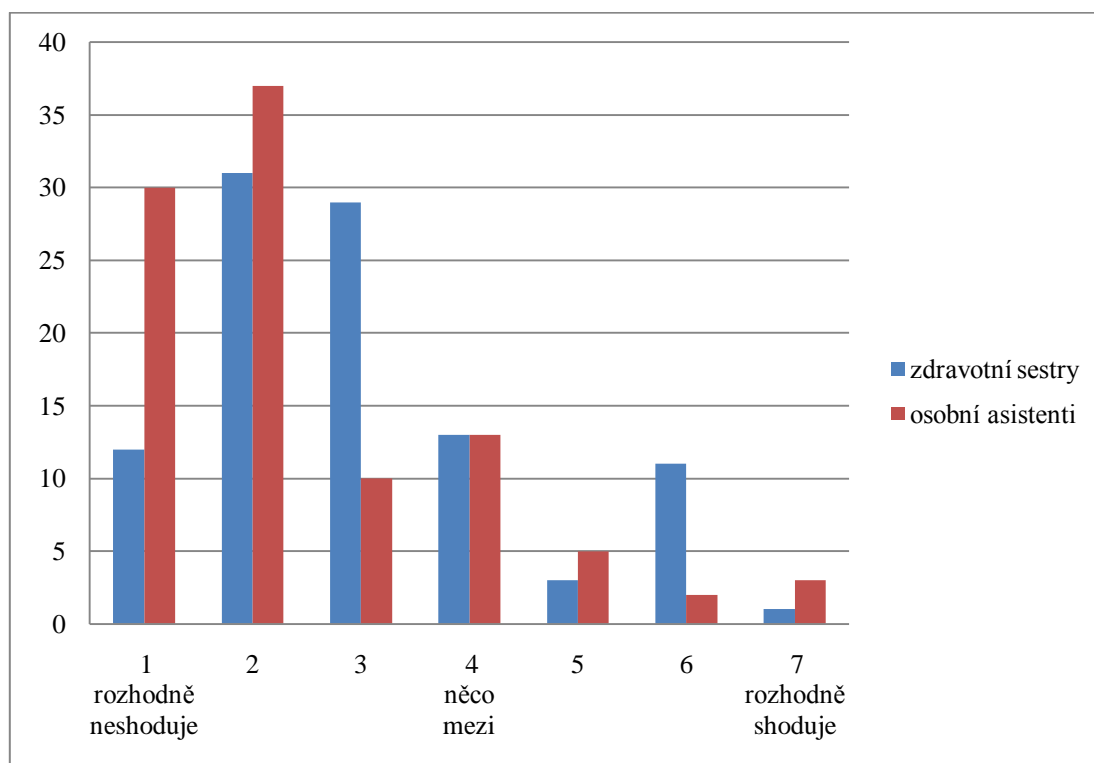


Zdroj: Vlastní výzkum

Na toto tvrzení odpovědělo nejvíce dotazovaných z obou skupin hodnotou 1 (rozhodně neshoduje) a to v 55% osobní asistenti, zdravotní sestry zde vykazují 34%. Průměr u zdravotních sester činí 2,9700 a u osobních asistentů vykazuje hodnotu 2,1000. Osobní asistenti se více snaží věnovat pozornost klientovým emocím. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 8 – Pozornost věnovaná klientovým/pacientovým osobním zkušenostem nemá na účinnost léčby podstatný vliv.

Graf 8: Osobní zkušenosti nemají vliv na účinnost léčby

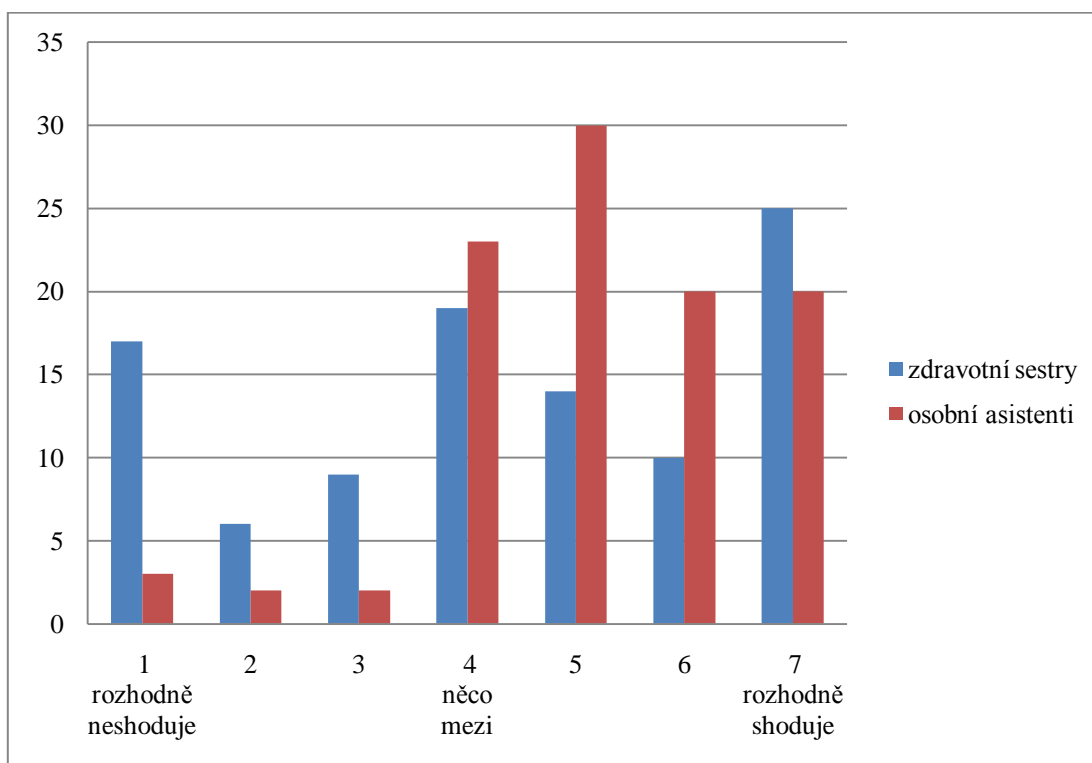


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí na tuto otázku bylo v této sedmibodové stupnici na bodě 2. Zdravotní sestry zde odpovídaly v 31% a osobní asistenti v 37%. Průměrná hodnota odpovědí činí u zdravotních sester 3,0100, u osobních asistentů 2,4400. Osobní asistenti si více myslí, že pozornost věnovaná klientovým osobním zkušenostem nemá na účinnost léčby podstatný vliv. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 9 – Během péče o klienta/ pacienta se snažím představit si sám sebe v jeho situaci.

Graf 9: Snaha vidět sebe v situaci klienta/pacienta

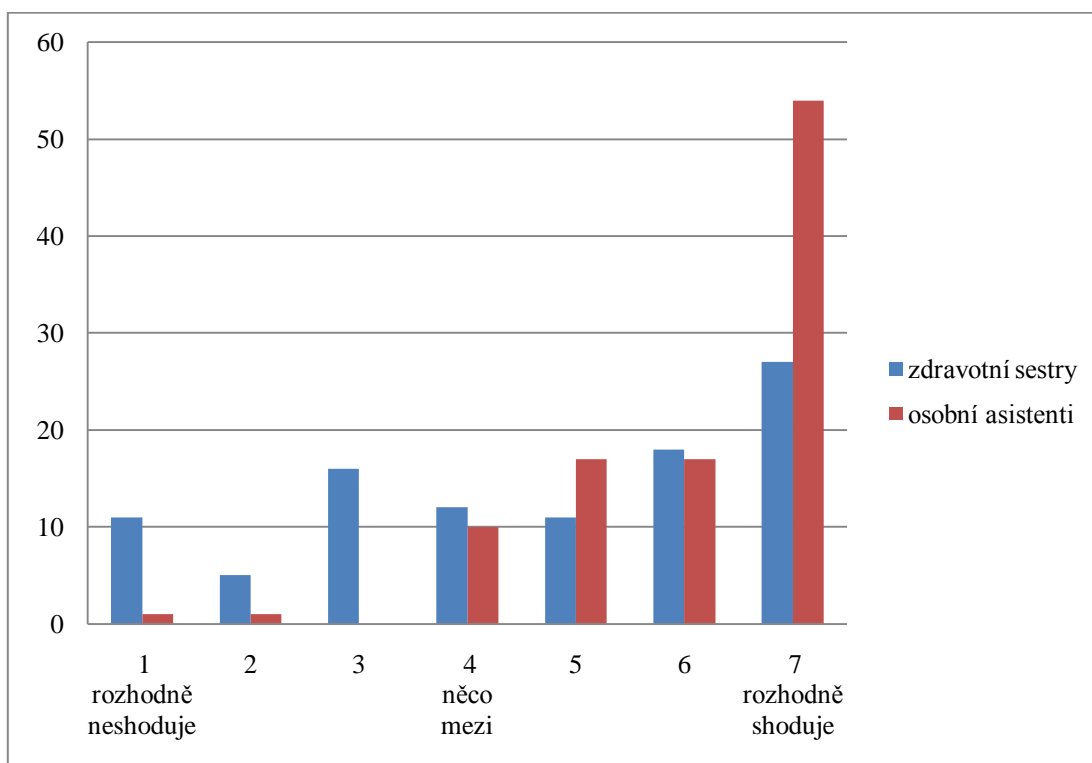


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotázaných zdravotních sester odpovědělo na této stupnici hodnotou 7 (rozhodně shoduje) a to v 25%. U osobních asistentů byla nejčastější odpověď hodnota 5 a to v 30%. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 4,3700 a u osobních asistentů 5,1500. Osobní asistenti si častěji představují sebe v kůži klienta. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 10 – Moji klienti/pacienti vnímají mé porozumění jejich pocitům jako ocenění vlastní osoby, což je samo o sobě terapeutické.

Graf 10: Porozumění pocitům klienta/pacienta je terapeutické

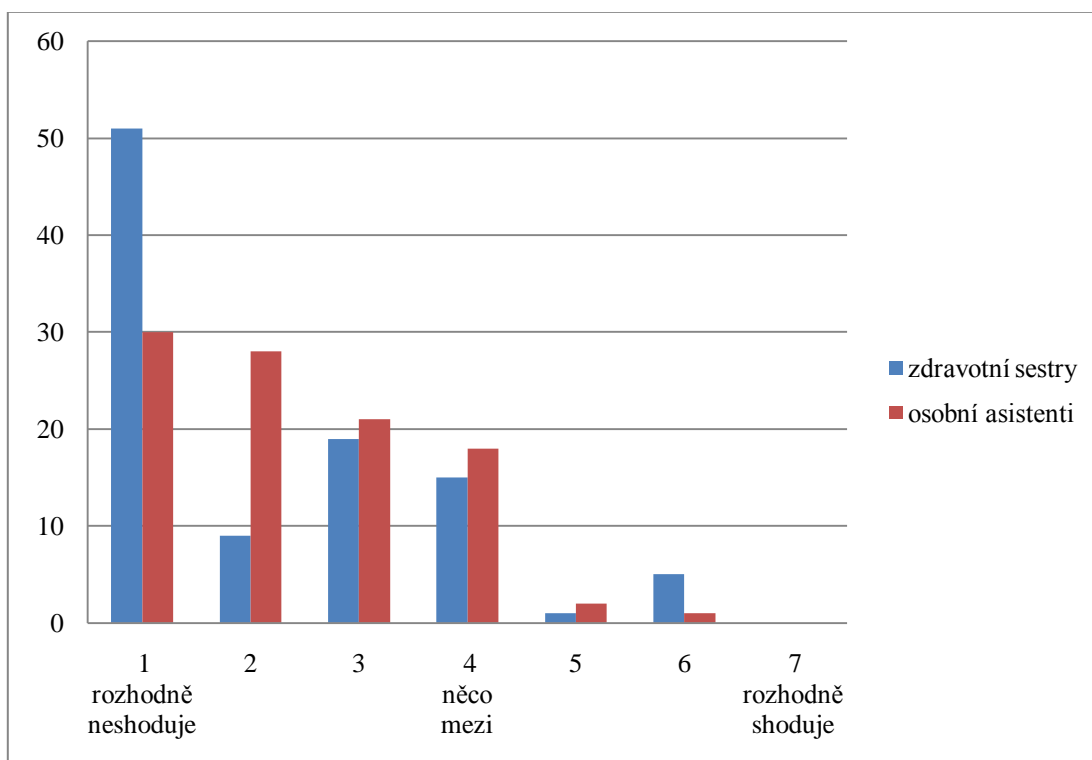


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno v bodě 7 (rozhodně shoduje) a to u zdravotních sester 27% a u osobních asistentů 54%. Hodnotou 1 (rozhodně neshoduje) této sedmibodové stupnice odpovědělo 11% zdravotních sester a pouze 1% osobních asistentů. Průměr odpovědí na této stupnici činí 4,6900 u zdravotních sester a 6,0800 u osobních asistentů. Více osobních asistentů než zdravotních sester si myslí, že porozumění pocitům klienta/pacienta, je jako ocenění vlastní osoby, což je samo o sobě terapeutické. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 11 – Choroby klientů/pacientů mohou být léčeny pouze farmakologicky nebo chirurgicky a emocionální vazby s pacienty nemohou mít v tomto procesu významné místo.

Graf 11: Nevýznamnost emocionálních vazeb na vliv léčby

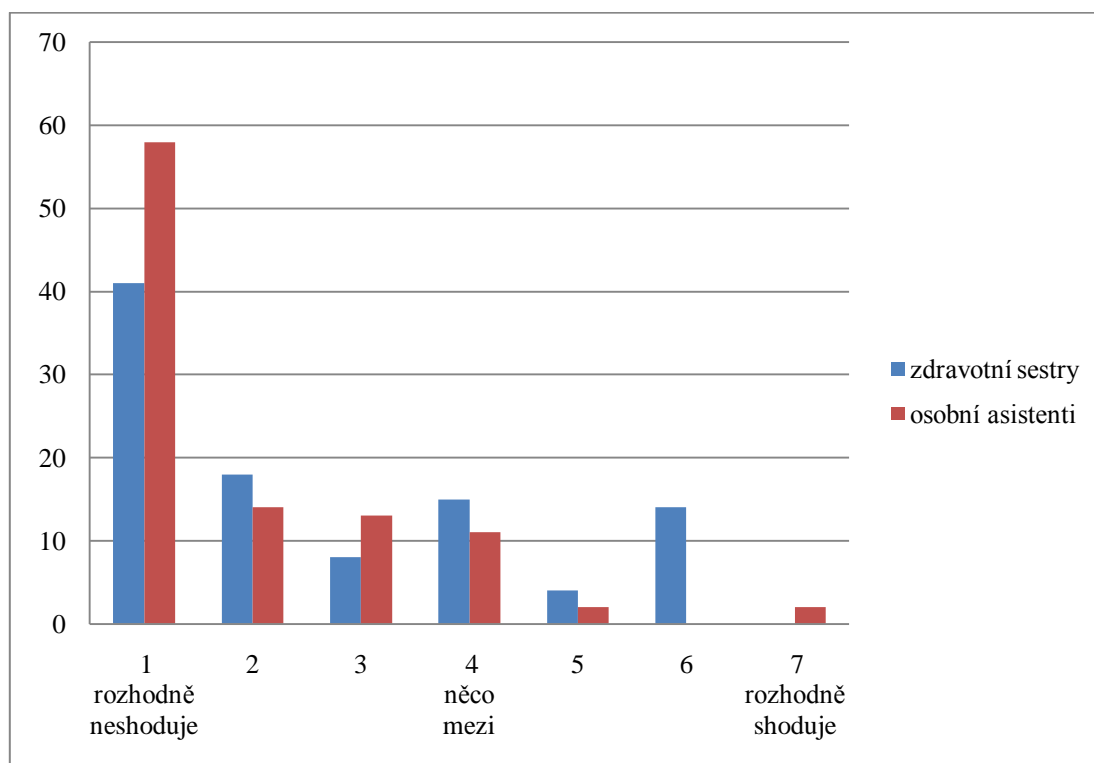


Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto tvrzení vykazaly zdravotní sestry nejvíce odpovědí v bodě 1 (rozhodně neshoduje) a to 51% a 30% osobní asistenti. Na této stupnici v bodě 7 (rozhodně shoduje) nebyla dle dotazníků zaznamenána žádná odpověď a to jak ze strany zdravotních sester, tak ze strany osobních asistentů. Průměrná hodnota této stupnice odpovědí činí 2,2100 u zdravotních sester, u osobních asistentů 2,3700. Zdravotní sestry si více myslí, že emocionální vazby s pacienty mají v léčbě velký význam. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 12 – Informace týkající se soukromého života klienta/pacienta nepřispívají k pochopení jeho fyzických potíží.

Graf 12: Soukromý život klienta/pacienta nesouvisí s jeho fyzickými potížemi

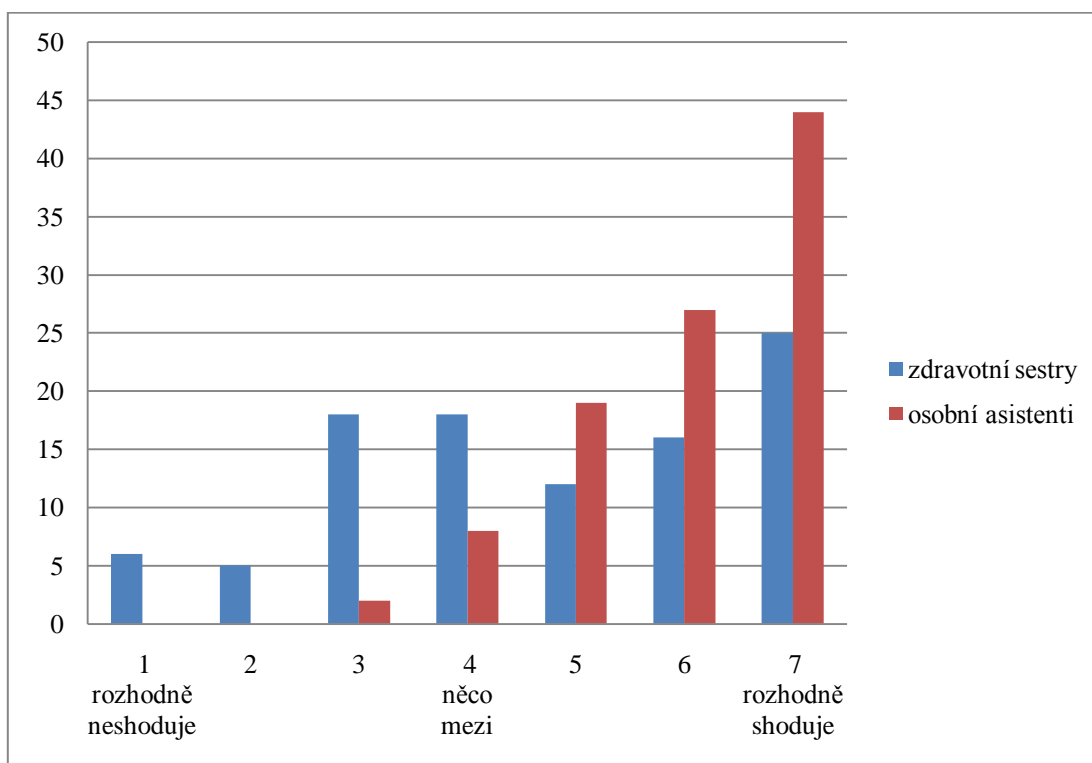


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů odpovědělo hodnotou 1 (rozhodně neshoduje) a to 41% zdravotních sester a 58% osobních asistentů. Žádná odpověď nebyla zaznamenána v bodě 6 u osobních asistentů a v bodě 7 (rozhodně shoduje) u zdravotních sester. Průměr odpovědí této stupnice u zdravotních sester činí 2,6500 a u osobních asistentů 1,9300. Větší množství osobních asistentů si myslí, že informace týkající se soukromého života klienta přispívají k pochopení jeho fyzických potíží. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 13 – Pokouším se pochopit, co děje v klientově/pacientově mysli z neverbálních signálů a řeči těla.

Graf 13: Snaha pochopit neverbální signály a řeč těla

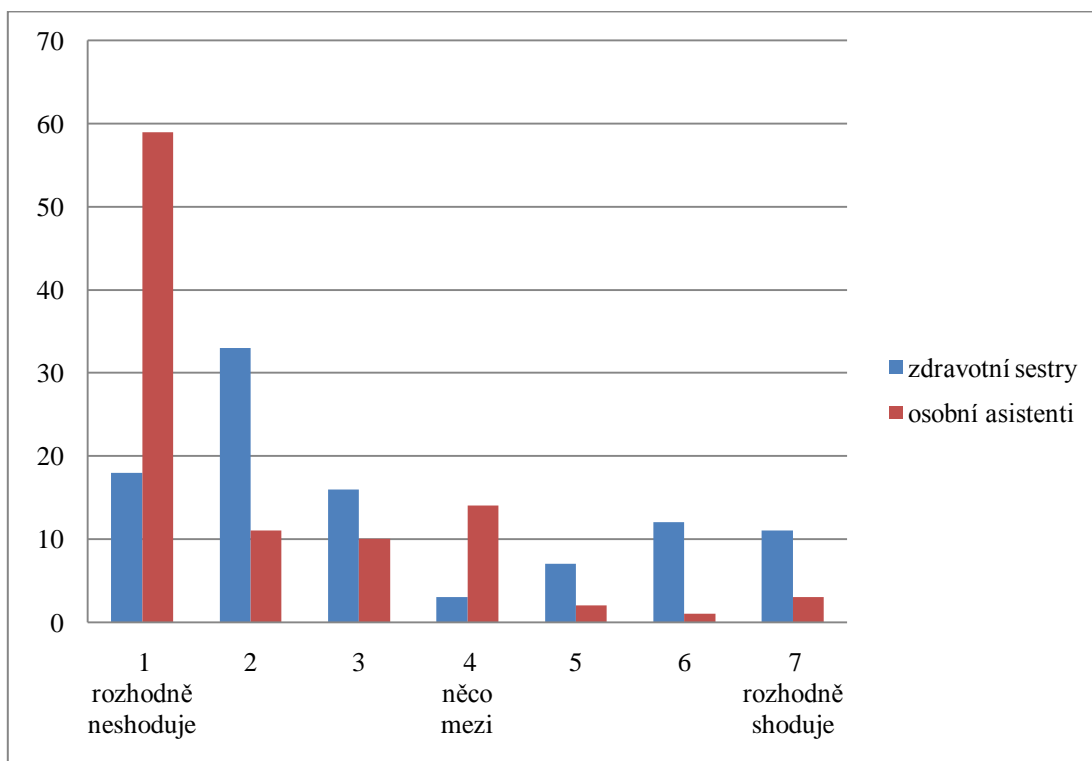


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí na toto tvrzení bylo v bodě 7 (rozhodně shoduje) a to zdravotními sestrami v 25% a osobními asistenty v 44%. Žádný z osobních asistentů neodpověděl hodnotou 1 (rozhodně shoduje) a hodnotou 2. Průměr hodnot odpovědí u zdravotních sester je 4,7300 a u osobních asistentů je 6,0300. Osobní asistenti více kladou důraz na neverbální signály a řeč těla. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 14 – Jsem přesvědčen/a, že při léčbě chorob není místo pro emoce.

Graf 14: Při léčbě chorob není místo pro emoce

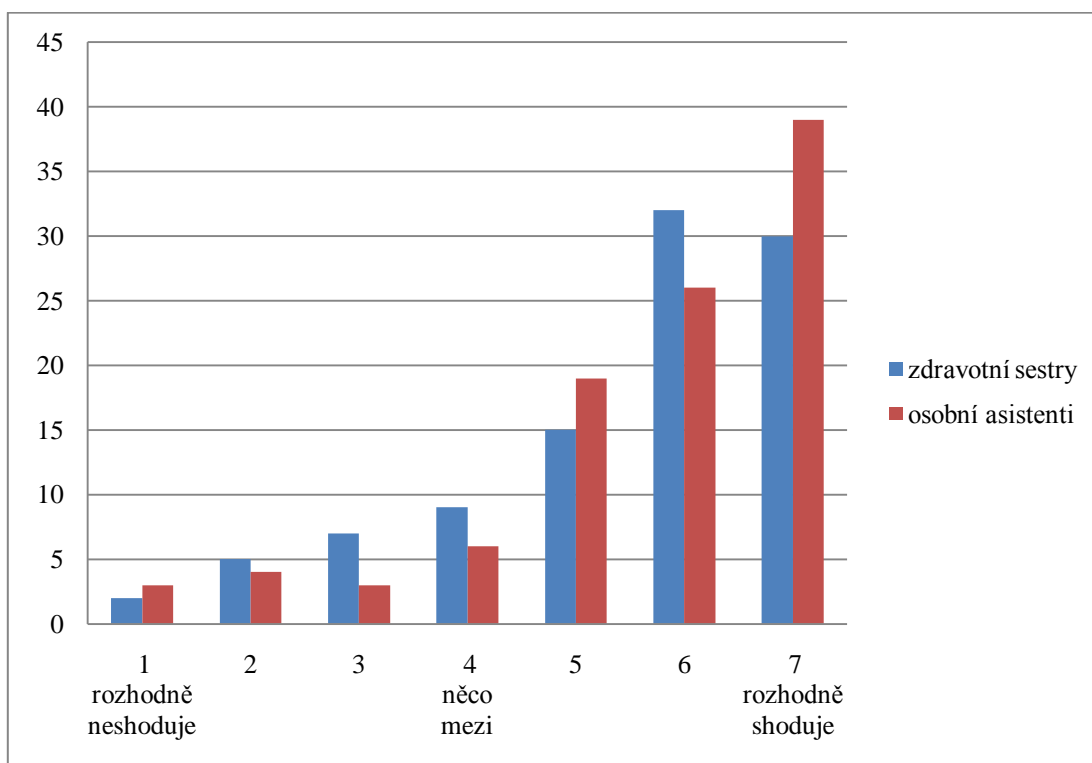


Zdroj: Vlastní výzkum

Tvrzení přišlo nesprávné a bylo označeno bodem 1 (rozhodně neshoduje) 59% osobním asistentům a 18% zdravotním sestram. Zdravotní sestry se spíše přiklánějí k bodu 2 této stupnice a to v 33%, osobních asistentů pouze 11%. Více zdravotních sester než osobních asistentů se také přiklonilo k bodu 7 této stupnice a to 11%, osobní asistenti 3%. Průměr odpovědí činí u zdravotních sester 3,2800 a u osobních asistentů 2,0400. Osobní asistenti více kladou důraz na emoce při léčbě chorob. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 15 – Empatie je terapeutická dovednost, bez které by byla moje úspěšnost omezená.

Graf 15: Omezenost úspěchu práce bez empatie

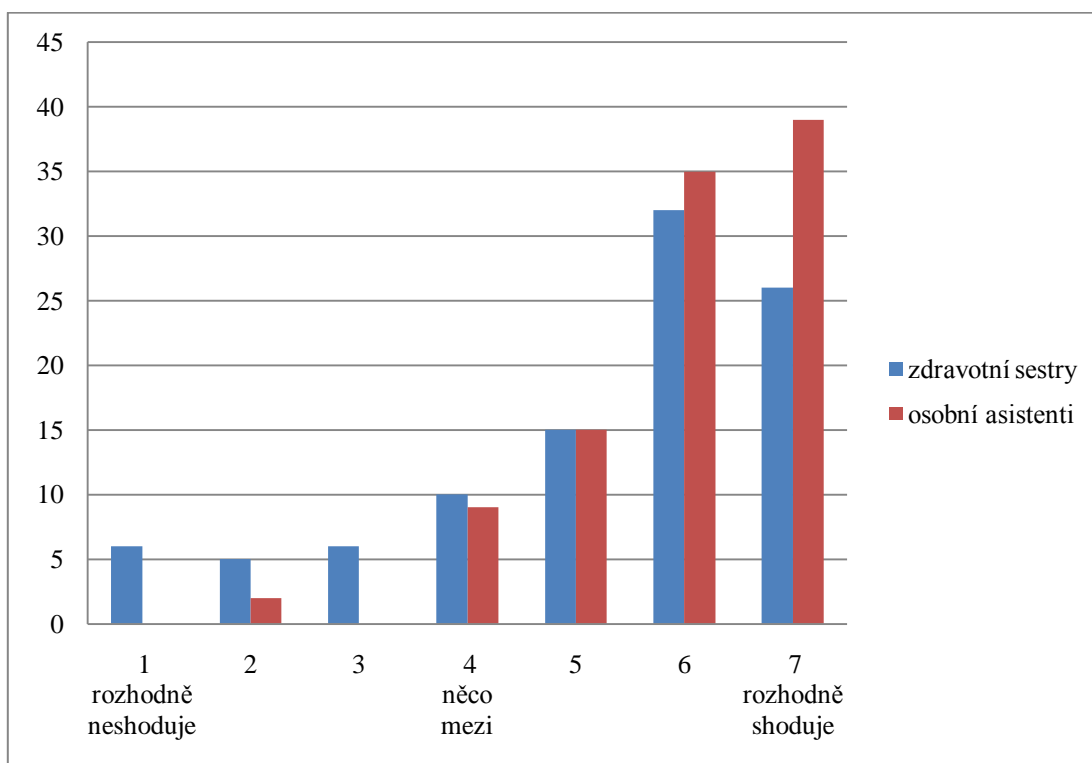


Zdroj: Vlastní výzkum

S tvrzením souhlasí a označilo jako svou odpověď v bodě 7 (rozhodně shoduje) 30% zdravotních sester a 39% osobních asistentů. Pouze 2% zdravotních sester a 3% osobních asistentů s tvrzením nesouhlasí a jako odpověď označily bod 1 (rozhodně neshoduje). Průměr odpovědí na této stupnici činí u zdravotních sester 5,4600 a 5,6800 u osobních asistentů. Empatii jako cestu k úspěšnosti volí o nepatrný počet více osobních asistentů než zdravotních sester. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 16 – Důležitou součástí mého vztahu s klientem/pacientem je mé chápání emocionálního stavu jak jeho, tak jeho blízkých.

Graf 16: Důležitost chápání emocionálního vztahu

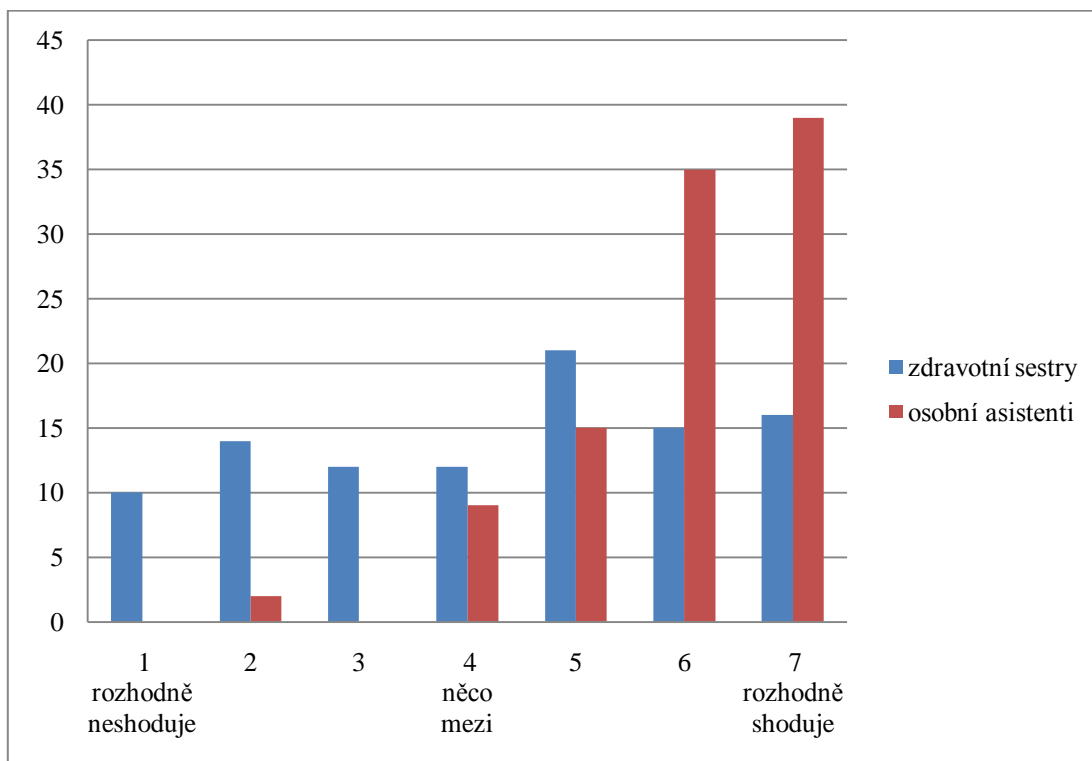


Zdroj: Vlastní výzkum

Na toto tvrzení odpovědělo bodem 1 (rozhodně neshoduje) 6% zdravotních sester, ale 0% osobních asistentů. Nejvíce odpovědí osobních asistentů bylo zaznamenáno v bodě 7 (rozhodně shoduje) a to 39%. Zde odpovídaly sestry 26%. Nejvíce odpovědí zdravotních sester směřovalo k hodnotě 6 a to 32%, osobní asistenti zde však vykazovaly opět vyšší hodnoty a to 35%. Průměr odpovědí činí u zdravotních sester 5,2300 a u osobních asistentů 5,9800. Osobní asistenti považují důležitou součástí vztahu s klientem chápání emocionálního stavu klienta i emocionálního vztahu klientovo blízkých. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 17 – Snažím se myslet jako moji klienti/pacienti, abych jim mohl/a poskytovat co nejlepší péči.

Graf 17: Snaha myslet jako klient/pacient vede k lepší péči

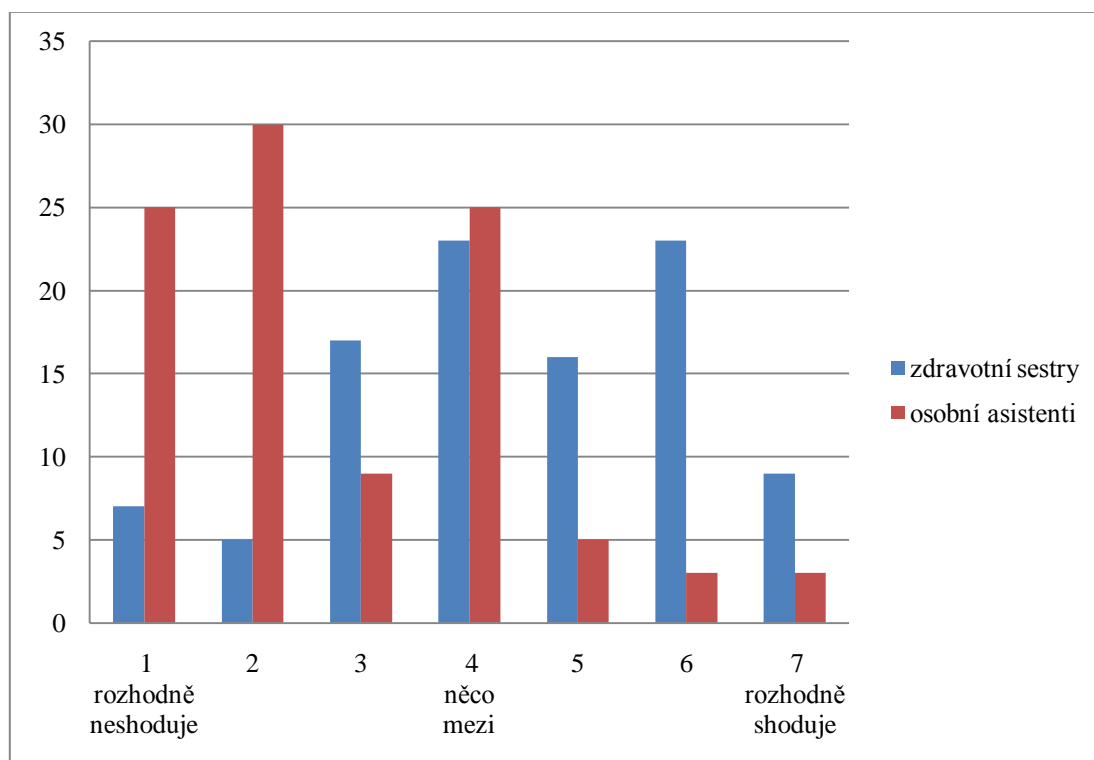


Zdroj: Vlastní výzkum

S tímto tvrzením souhlasí a odpověď číslo 7 (rozhodně shoduje) označilo 16% zdravotních sester a 39% osobních asistentů. Dále bylo nejvíce odpovědí zaznamenáno zdravotními sestrami na hodnotě 5 a to 21%, kde osobní asistenti odpovídali v 15%. V bodě 6 této stupnice odpovídalo 35% osobních asistentů a 15% zdravotních sester. V bodě 1 (rozhodně neshoduje) našlo svou odpověď 10% zdravotních sester a 0% osobních asistentů. Osobní asistenti také vykazovali pouze 1% odpovědi v bodě 2, kde zdravotní sestry odpověděly 12%. Průměr odpovědí u zdravotních sester vykazuje hodnotu 4,6900 a u osobních asistentů 6,0800. Osobní asistenti se více soustředí na klientovu mysl, aby jim mohli poskytovat co nejlepší péči. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 18 – Nepřipustím, aby mne dojímaly intenzivní emocionální vztahy mezi mými klienty/pacienty a jejich blízkými.

Graf 18: Nepřipouštění si intenzivních emocionálních vztahů mezi klienty/pacienty a jejich blízkými

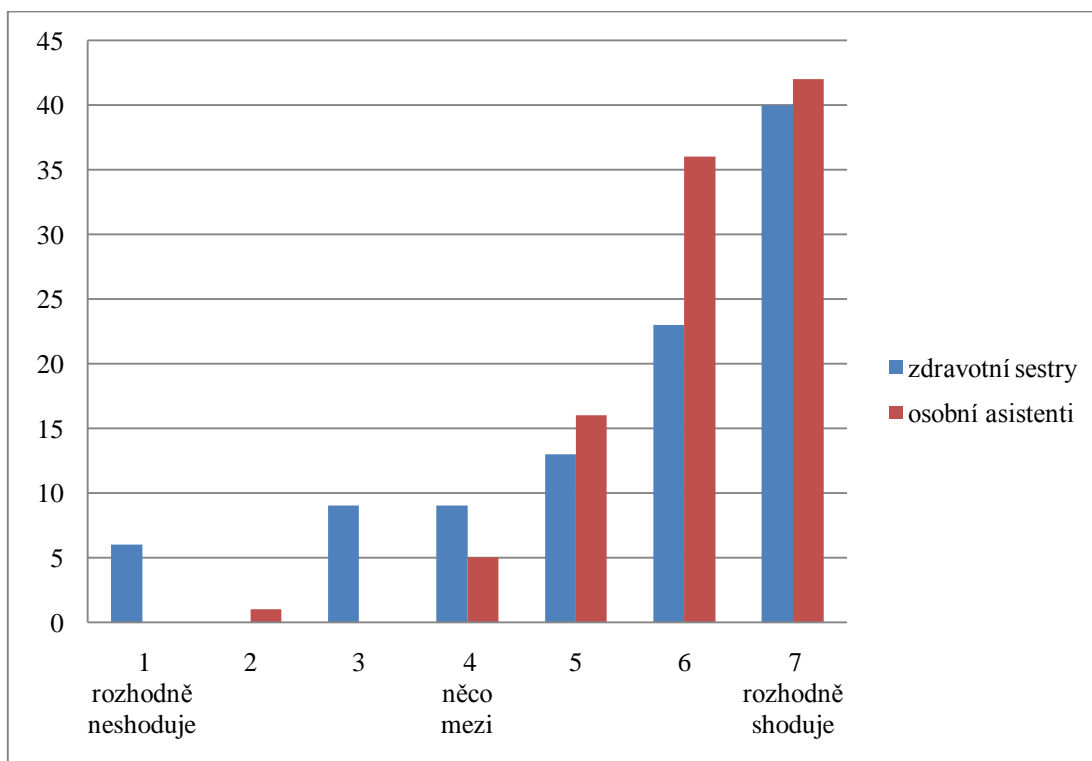


Zdroj: Vlastní výzkum

Na toto tvrzení hodnotou 1 (rozhodně neshoduje) odpovědělo 7% zdravotních sester a 25% osobních asistentů. V bodě 2 této sedmibodové stupnice také osobní asistenti měli více odpovědí a to 30%, kdežto zdravotní sestry pouze 5%. Nejvíce zdravotních sester odpovídalo bodovým hodnocením 4 (něco mezi) a to 23%, zde odpovídali osobní asistenti 25%. Průměrná hodnota odpovědí činí u zdravotních sester 4,4100 a u osobních asistentů 2,7600. Osobní asistenti si více připouští intenzivní emocionální vztahy mezi klienty a jejich blízkými. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 19 – Moji klienti/pacienti se cítí lépe, rozumím-li jejich pocitům.

Graf 19: Porozumění pocitům vede k lepší náladě klientů/pacientů

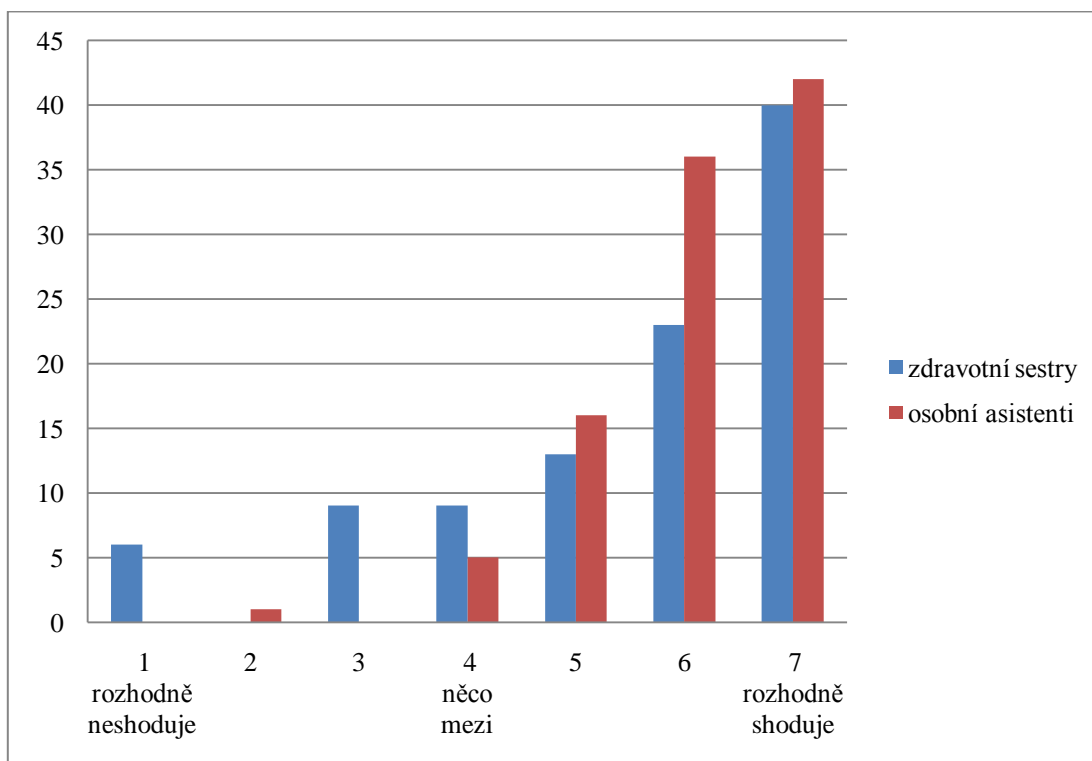


Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto tvrzení odpovědělo 40% zdravotních sester a 42% osobních asistentů bodem 7 (rozhodně shoduje). V bodě 1 (rozhodně neshoduje) odpověděly pouze zdravotní sestry 6% a 0% osobní asistenti. V bodě 2 naopak odpovědělo 1% osobních asistentů a 0% zdravotních sester. Průměrná hodnota odpovědi u zdravotních sester vykazuje 5,5200 a u osobních asistentů 6,1200. Více osobních asistentů si myslí, že klienti se cítí lépe, rozumí-li jejich pocitům. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 20 – Jsem přesvědčen/a, že empatie je důležitý faktor v léčebném procesu.

Graf 20: Důležitost empatie v léčebném procesu



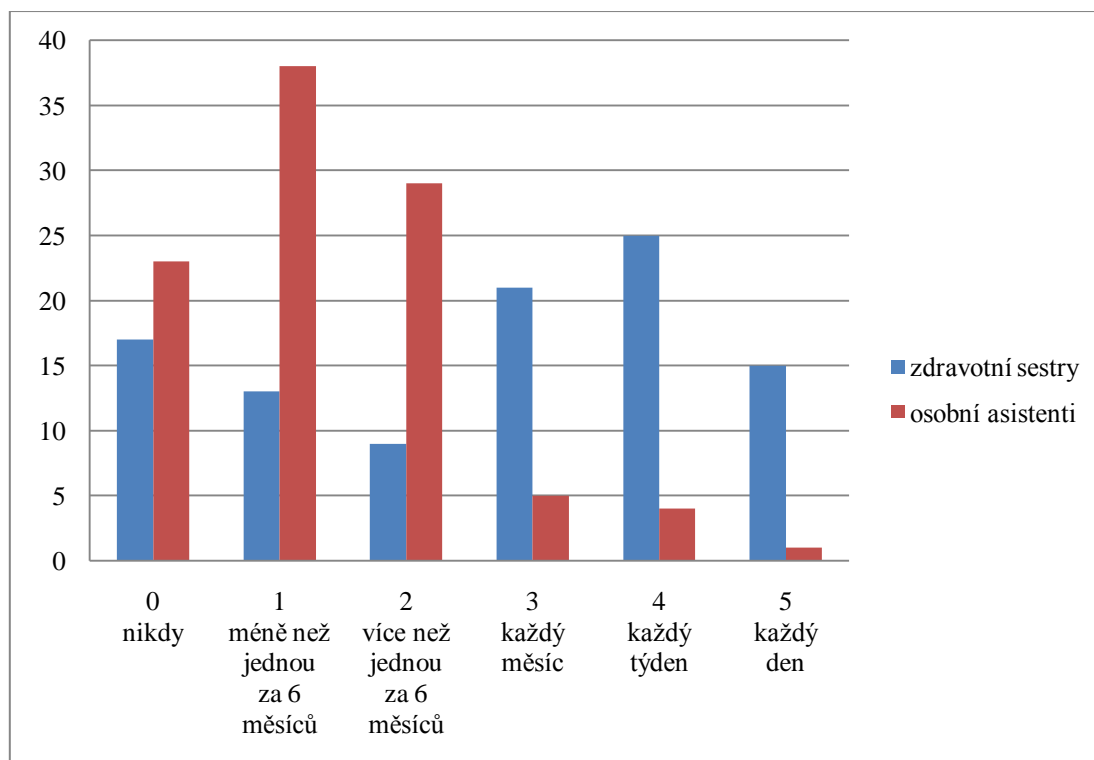
Zdroj: Vlastní výzkum

S tímto tvrzením nesouhlasí a napsalo jako svou odpověď hodnotu 1 (rozhodně neshoduje) 6% zdravotních sester a 0% osobních asistentů. Na stupnici odpovědí označilo jako odpověď bod 2 pouze 1% osobních asistentů a 0% zdravotních sester. Bod 3 jako svou odpověď označilo 9% zdravotních sester a 0% osobních asistentů. Nejvíce respondentů se přiklání k hodnotě 7 (rozhodně shoduje) na této stupnici a to 40% zdravotních sester a 42% osobních asistentů. Průměrná hodnota odpovědí na sedmibodové stupnici je 5,6300 u zdravotních sester a 6,3300 u osobních asistentů. Více osobních asistentů a méně zdravotních sester si myslí, že empatie je důležitý faktor v léčebném procesu. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

4.2 Dotazník číslo 2

Otázka č. 1A – Jak často nemáte dost času, abyste poskytl/a klientovi/pacientovi potřebnou péči?

Graf 21: Dostatek času na poskytnutí potřebné péče

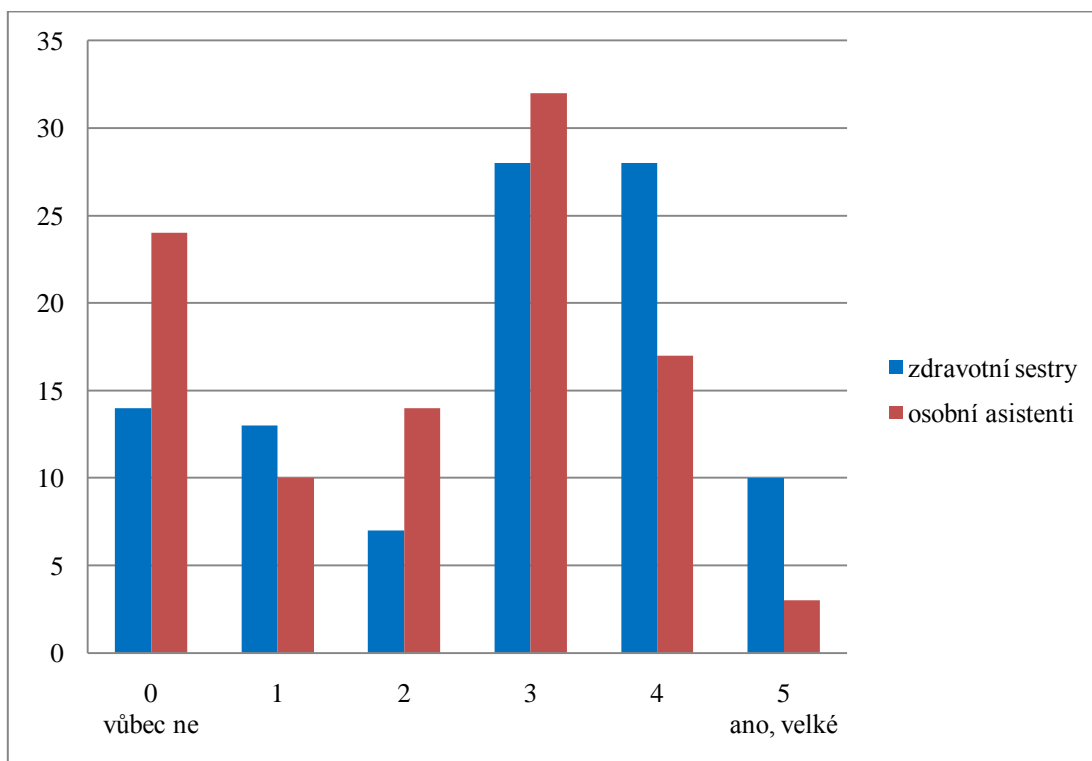


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí u zdravotních sester bylo v bodě 4 (každý měsíc) a to 25%. Osobní asistenti se s tímto problémem setkávají každý týden (bod 4) v 4%. Nejvíce osobních asistentů odpovědělo hodnotou 1 (méně než jednou za 6 měsíců) a to 38%. Každý den (bod 5) se s tímto problémem setkává 15% zdravotních sester a 1% osobních asistentů. Průměr hodnot u zdravotních sester je 2,7300 a u osobních asistentů 1,3200. Osobní asistenti vykazují, že mají více času na poskytování potřebné péče. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi kvadrát).

Otázka č. 1B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 22: Výčitky svědomí

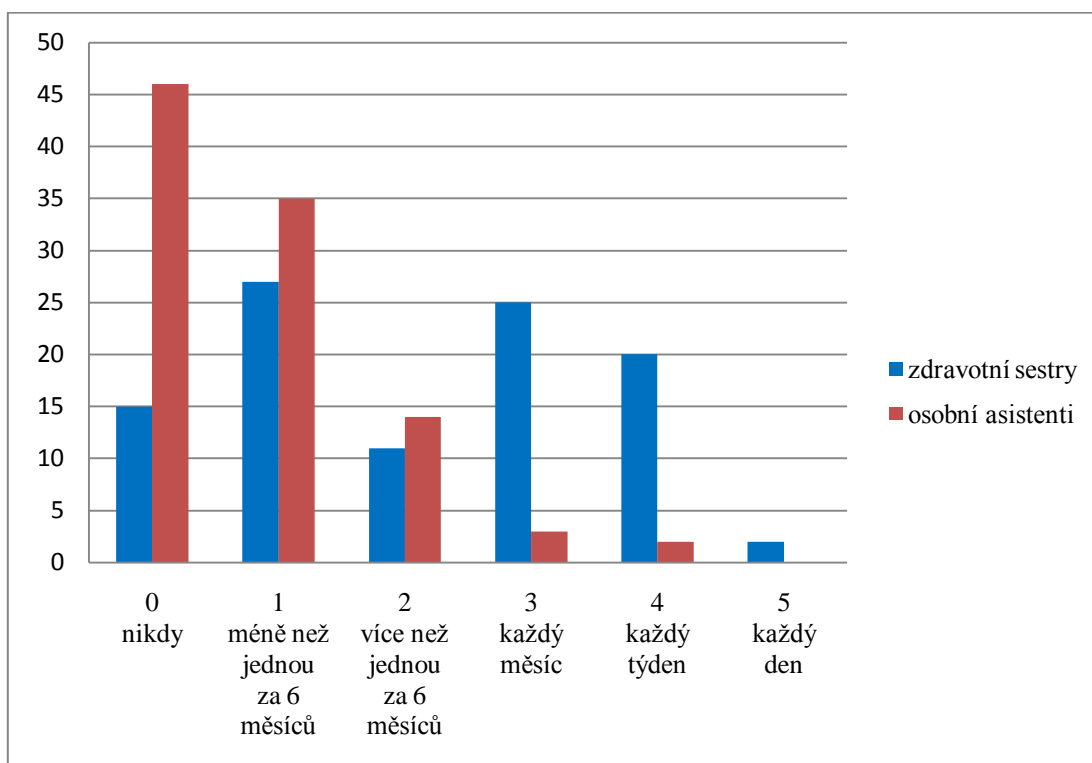


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů z obou dotazovaných skupin v bodě 3, a to zdravotní sestry 28% a osobní asistenti 32%. Hodnotu 0 (vůbec ne) označilo více osobních asistentů 24% než zdravotních sester 14%. V bodě 5 (ano, velké) odpovědělo 5% zdravotních sester a 3% osobních asistentů. Průměrná hodnota odpovědí u zdravotních sester je 2,7300 a u osobních asistentů je 2,1700. Zdravotní sestry mají kvůli nedostatku času na řádnou péči větší výčitky svědomí. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 2A – Jste někdy nucen/a poskytnout takovou péči, kterou pokládáte za nesprávnou?

Graf 23: Nutnost poskytnutí nesprávné péče

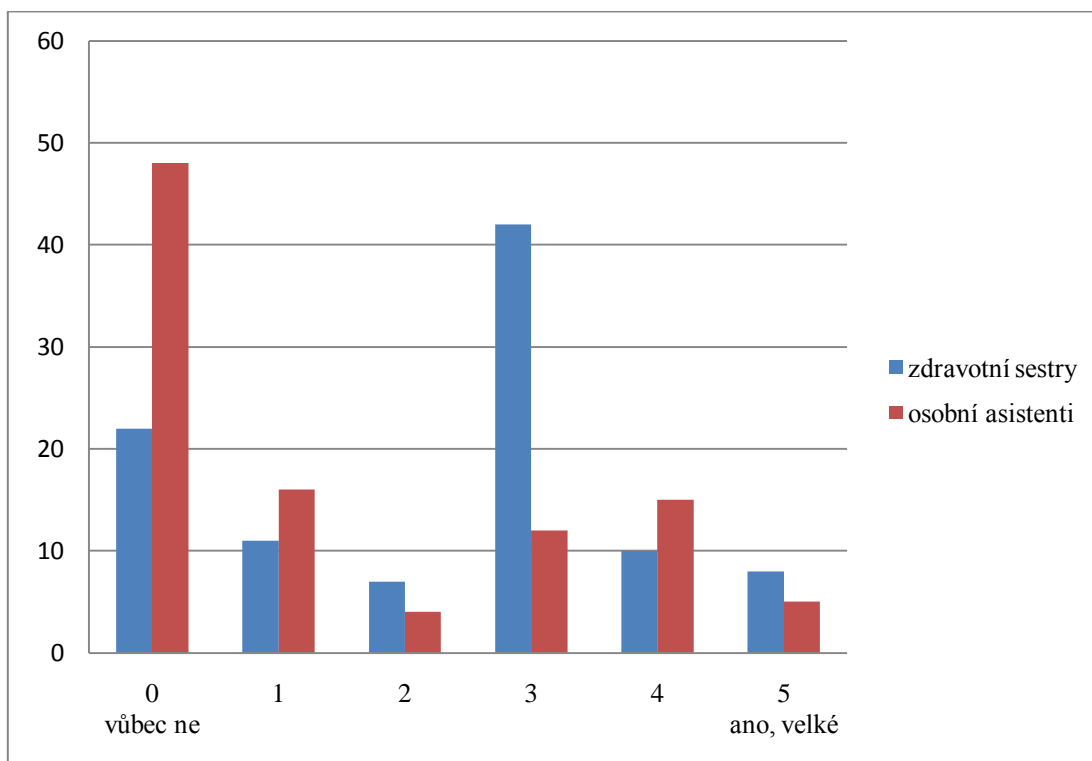


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce bylo nejčastější odpovědí zdravotních sester bod 1 (méně než jednou za 6 měsíců) a to v 27%. Zatímco u osobních asistentů byla nejčastější odpověď v bodě 0 (nikdy) a to v 46%. Zdravotní sestry také označily odpovědi v bodě 5 (každý den) 2%, kdežto osobní asistenti takto odpovídali v 0%. V bodě 3 (každý měsíc) odpovědělo 25% zdravotních sester a 3% osobních asistentů. Průměr odpovědí u této otázky činí 2,1500 u zdravotních sester a 0,8000 u osobních asistentů. Zdravotní sestry jsou častěji nuceny poskytnout nesprávnou péči. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 2B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 24: Výčitky svědomí

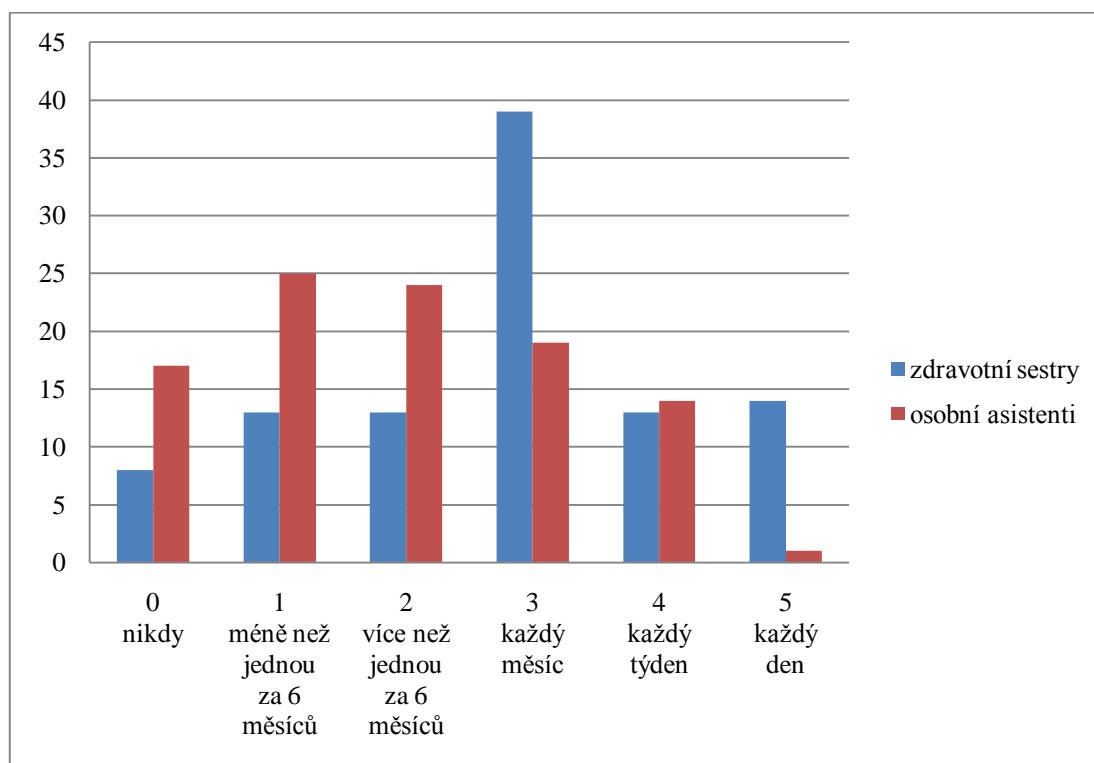


Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní sestry odpovídaly nejčastěji hodnotou 3 a to v 42%, zde odpovídali osobní asistenti 12%. Nejvíce odpovědí osobních asistentů je na hodnotě 0 (vůbec ne) 48%, kdežto zdravotní sestry zde odpovídaly v 22%. V bodě 5 (ano, velké) na této stupnici odpovědělo 8% zdravotních sester a 5% osobních asistentů. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 2,3200. U osobních asistentů je průměr 1,4500. Zdravotní sestry mají větší výčitky svědomí kvůli tomu, že jsou častěji nuceny poskytnout nesprávnou péči.

Otázka č. 3A- Musíte se někdy ve své práci vyrovnávat s navzájem neslučitelnými nároky?

Graf 25: Neslučitelnost nároků při výkonu povolání

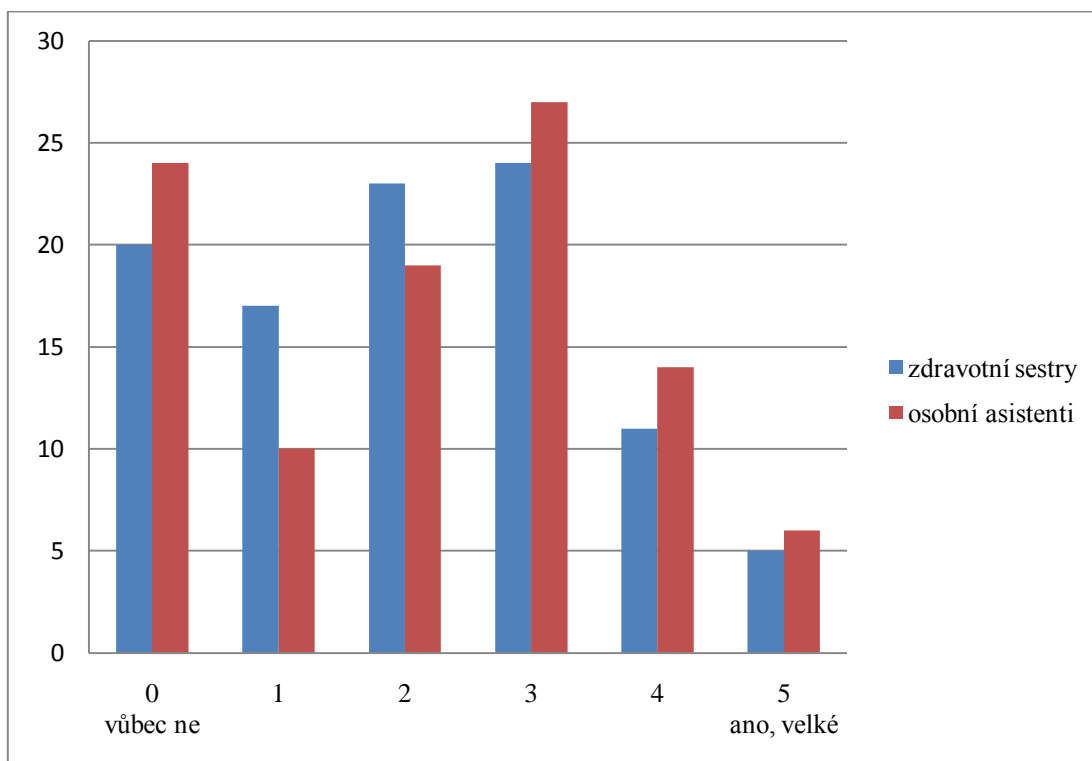


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí bylo u zdravotních sester zaznamenáno v bodě 3 (každý měsíc) a to 39%, zdravotní asistenti odpovídali tímto hodnocením pouze 19%. Nejméně osobních asistentů hodnotilo otázku na této stupnici odpovědí bodem 5 (každý den) a to pouze 1%, zdravotní sestry zde odpověděli 14%. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 2,780 a u osobních asistentů 1,9100. Zdravotní sestry se musejí častěji ve své práci vyrovnávat s navzájem neslučitelnými nároky. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 3B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 26: Výčitky svědomí

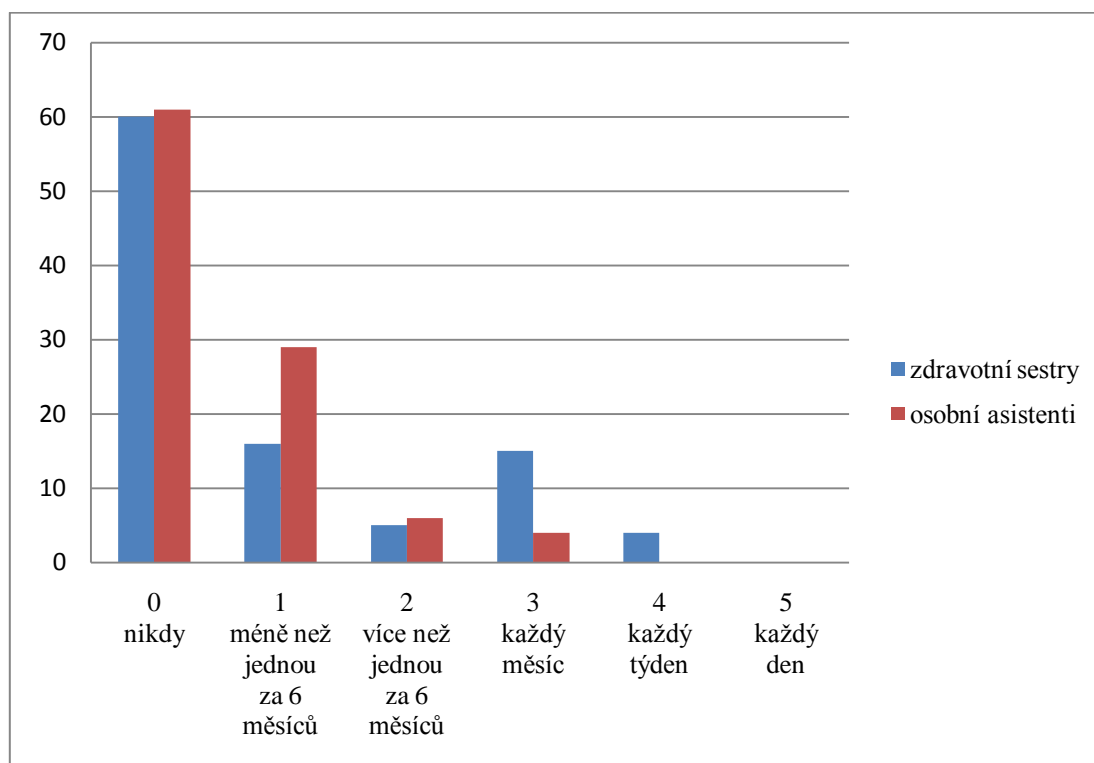


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů na této stupnici hodnotou 3, zdravotní sestry v 24% a osobní asistenti v 27%. Nejméně odpovědí vykazuje hodnota 5 (ano, velké) a to 5% u zdravotních sester a 6% u osobních asistentů. Hodnota 0 (vůbec ne) je 20% u zdravotních sester a 24% u osobních asistentů. Průměr odpovědí je u zdravotních sester 2,0400 a u osobních asistentů 2,1500. Osobní asistenti mají častější výčitky svědomí, pokud se musejí častěji ve své práci vyrovnávat s navzájem neslučitelnými nároky. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 4A - Setkáváte se někdy s tím, že klienti/pacienti jsou uráženi, popřípadě poškozováni?

Graf 27: Setkávání se s ponižováním klientů/pacientů

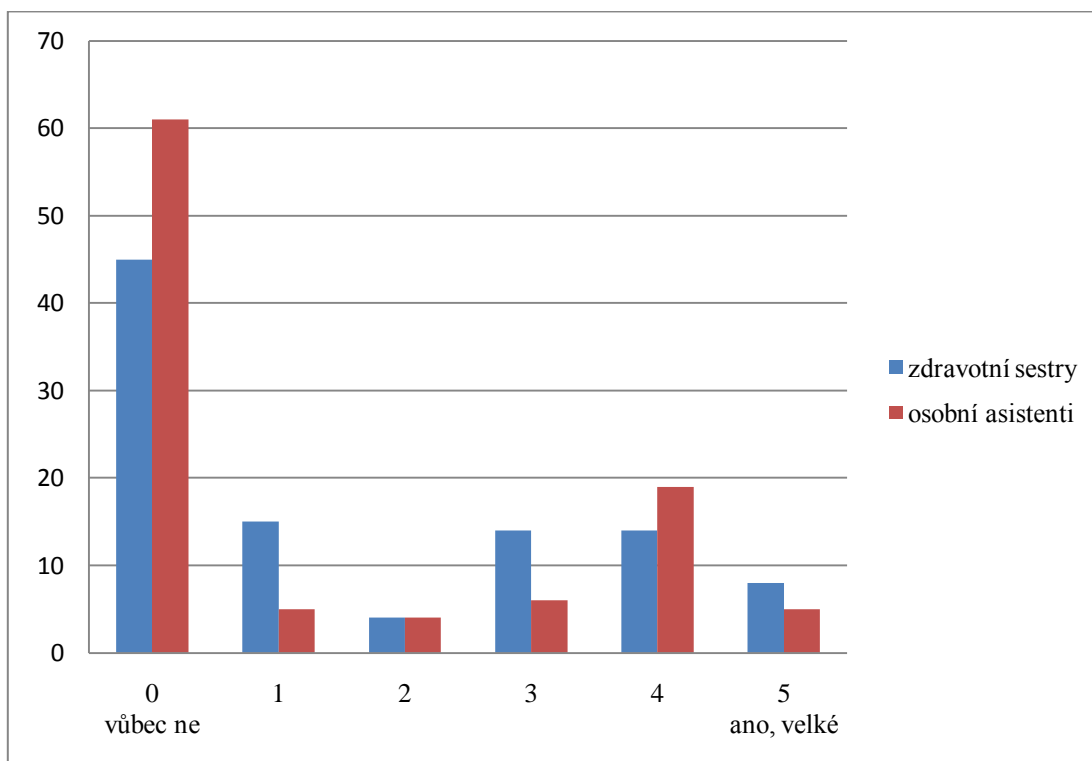


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpověděli obě dotazované skupiny největším počtem v bodě 0 (nikdy), a to zdravotní sestry 60% a osobní asistenti 61%. Ani jedna z dotazovaných skupin neoznčila odpověď v bodě 5 (každý den). Průměr odpovědí u zdravotních sester činí 0,8700 a u osobních asistentů 0,5300. Zdravotní sestry se více setkávají s urážkami a ponižováním pacientů, než osobní asistenti u svých klientů. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 4B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 28: Výčitky svědomí

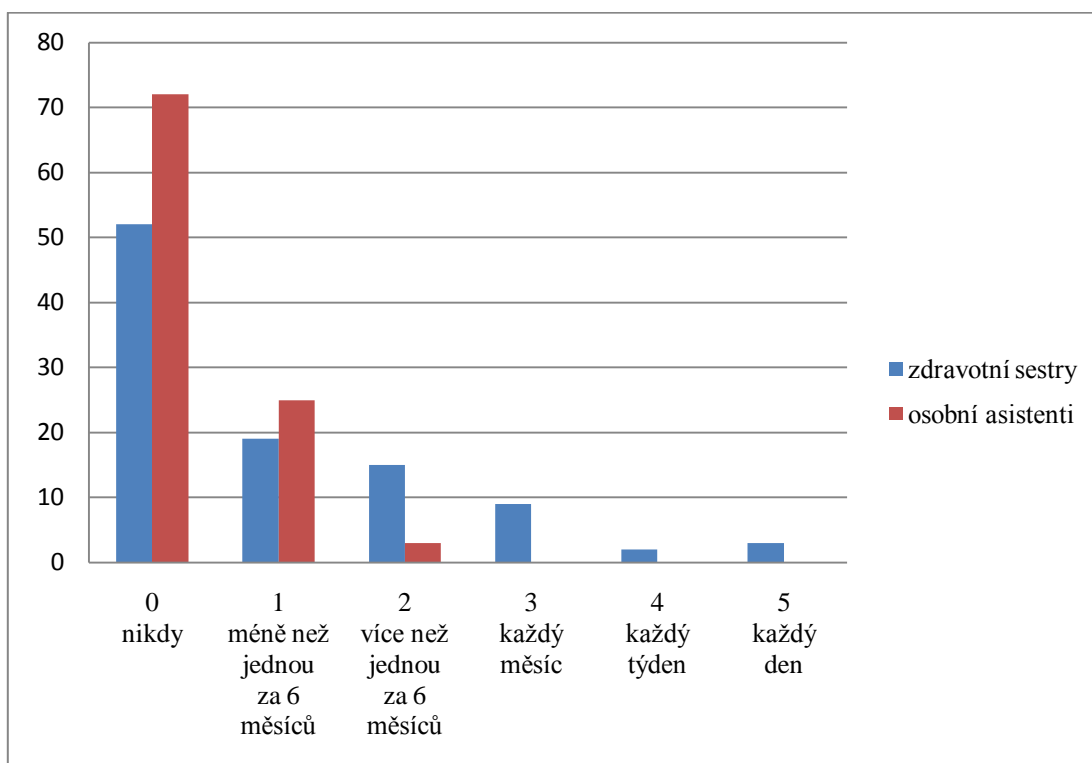


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů hodnotou 0 (vůbec ne), zdravotní sestry 45% a osobní asistenti 61%. Nejméně respondentů odpovídalo na stupnici hodnotou 2, kde zdravotní sestry i osobní asistenti odpovídali 4%. K bodu 5 (ano, velké) této stupnice bylo zaznamenáno 8% zdravotních sester a 5% osobních asistentů. Průměr odpovědí u zdravotních sester činí 1,6100 a u osobních asistentů 1,3200. Díky urážení a ponižování pacientů mají zdravotní sestry větší výčitky svědomí. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 5A- Zjišťujete někdy, že se vyhýbáte klientům/pacientům nebo členům jejich rodiny, kteří potřebují pomoc či podporu?

Graf 29: Vyhýbání se klientům/pacientům potřebujících podporu

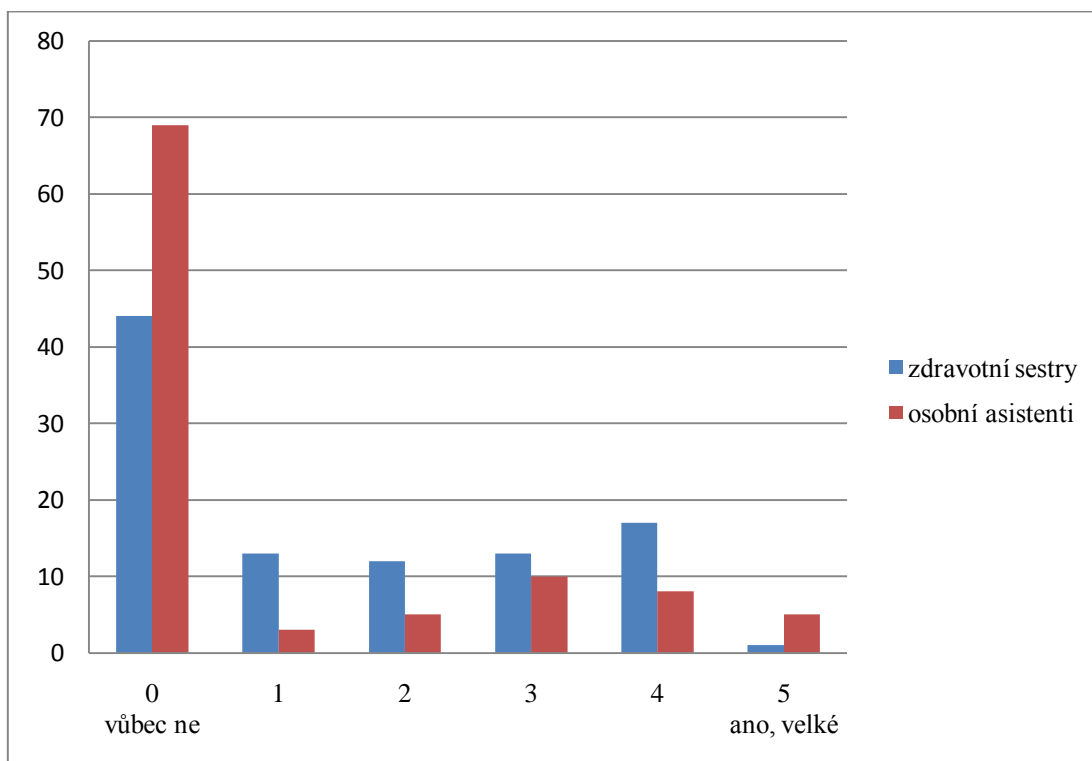


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědi u zdravotních sester byl v bodě 0 a to 52% a 72% u osobních asistentů. Zdravotní sestry svou odpověď také situovaly k bodu 3 (každý měsíc) a to 9%, k bodu 4 (každý týden) 2%, k bodu 5 (každý den) 3%. V těchto odpovědích se však nenašel žádný osobní asistent. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 0,8700 a u osobních asistentů 0,5300. Častěji se zdravotní sestry vyhýbají pacientům nebo členům jejich rodiny, kteří potřebují pomoc či podporu, než osobní asistenti svým klientům. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 5B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 30: Výčitky svědomí

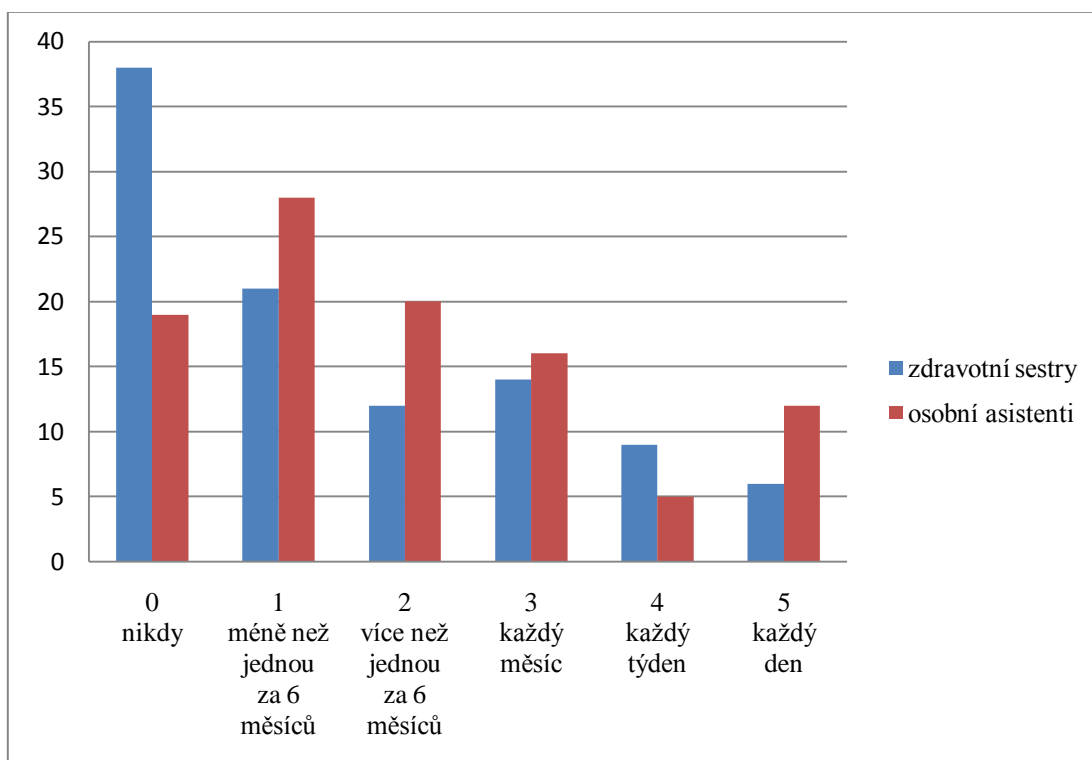


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce odpovědělo nejvíce dotazovaných hodnotou 0 (vůbec ne) a to 44% zdravotních sester a 69% osobních asistentů. Nejméně odpovědí bylo ze strany zdravotních sester k bodu 5 (ano, velké) této stupnice a to 1%, osobních asistentů zde odpovědělo 5%. Průměrná hodnota odpovědí u zdravotních sester je u této otázky 1,4900. Osobní asistenti mají průměr svých odpovědí 1,0000. Zdravotní sestry mají častěji výčitky svědomí kvůli vyhýbání se pacientům nebo členům jejich rodiny, kteří potřebují pomoc či podporu. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 6A- Je Váš soukromý život někdy tak náročný, že nemáte dost energie, abyste se věnoval/a své práci tak, jak byste chtěl/a?

Graf 31: Nedostatek energie při výkonu práce z důvodu náročnosti soukromého života

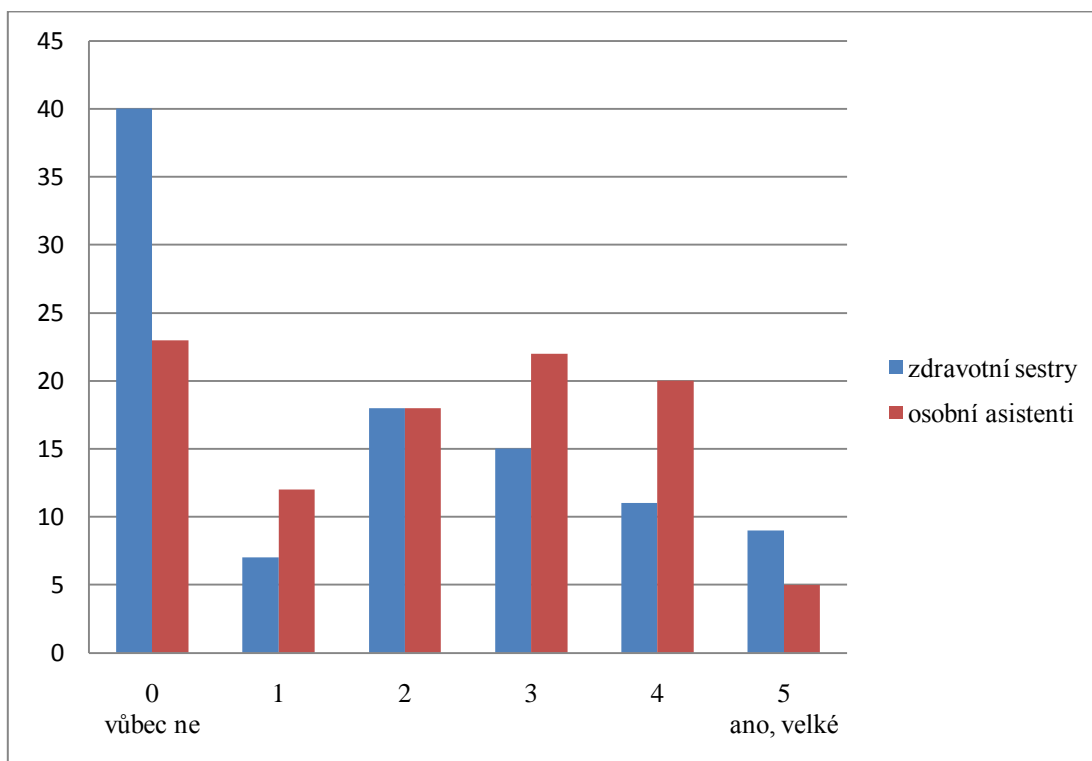


Zdroj: Vlastní výzkum

Tuto otázku hodnotilo v bodě 0 (nikdy) 38% zdravotních sester a 19% osobních asistentů. Nejčastější odpovědí u osobních asistentů bylo hodnocení bodem 1 (méně než jedno za 6 měsíců) 28%. Zdravotní sestry takto odpověděly v 21%. Dále vyšší hodnoty vykázali osobní asistenti v bodu 5 (každý den) 12%, kde zdravotní sestry odpověděly 6%. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 1,5300 a u osobních asistentů 1,9700. Osobní asistenti mají častěji pocit, že je jejich soukromý život někdy tak náročný, že nemají dost energie, aby se věnovali své práci tak, jak by chtěli. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 6B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 32: Výčitky svědomí

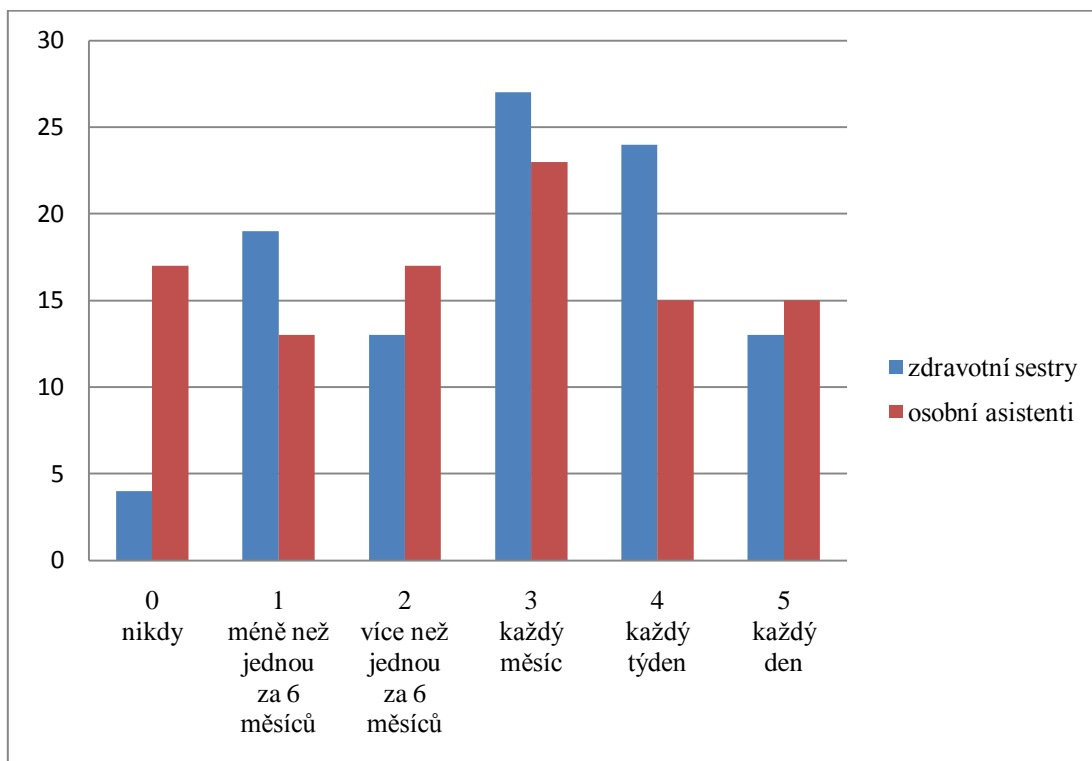


Zdroj: Vlastní výzkum

K této otázce bylo v dotazníku nejvíce odpovědí k hodnotě 0 (vůbec ne) a to 40% zdravotních sester a 23% osobních asistentů. Nejméně odpovědí bylo k bodu 5 (ano, velké) a to především osobními asistenty v 5%, zde mají zdravotní sestry 9%. Srovnatelný počet je zaznamenán v bodě 2 této stupnice a to jak 18% zdravotních sester, tak i 18% osobních asistentů. Průměrná hodnota odpovědí u zdravotních sester je 1,7700 a u osobních asistentů 1,9800. Osobní asistenti mají častěji výčitky svědomí, že nemají dost energie, aby se věnovali své práci tak, jak by chtěli. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 7A- Je Vaše práce někdy tak náročná, že nemáte dost energie, abyste se věnoval/a své rodině tak, jak byste chtěl/a?

Graf 33: Nedostatek energie v soukromém životě z důvodu výkonu povolání

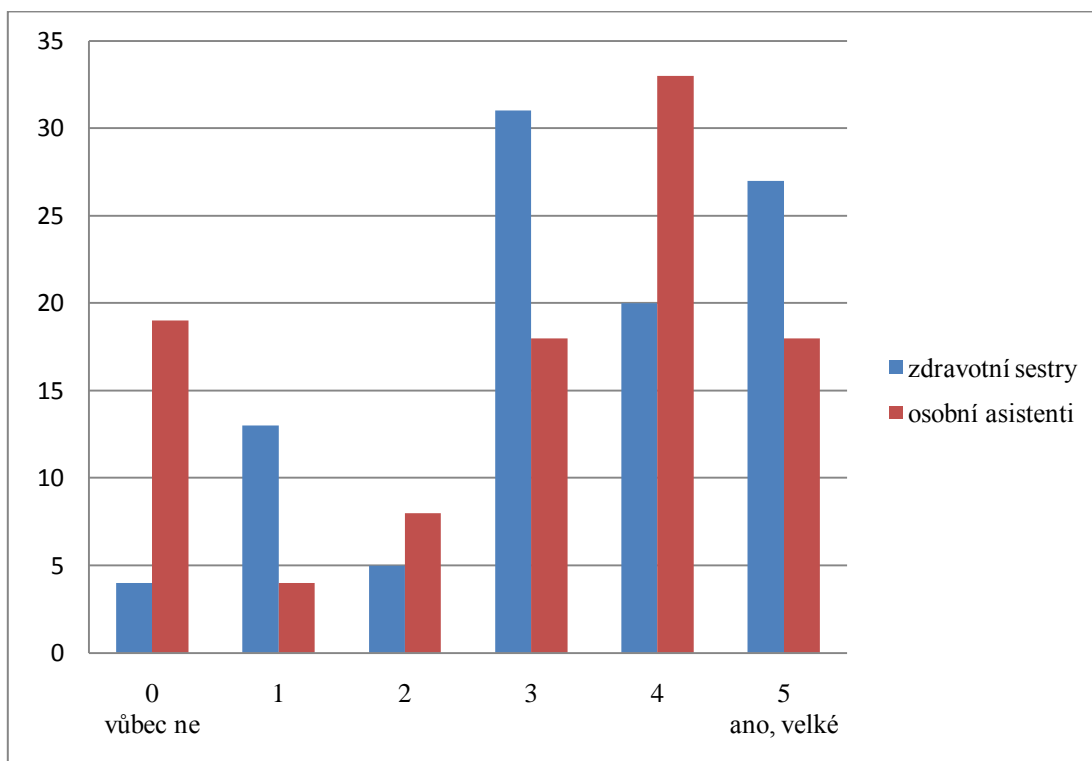


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zdravotních sester označilo odpověď hodnotou 3 (každý měsíc) na této stupnici a to v 27%, stejně tak i u osobních asistentů byla tato odpověď nejčastější a to v 23%. Nejméně odpovědí bylo situováno k bodu 0 (nikdy) a to u zdravotních sester 4%, stejnou odpověď označilo 17% osobních asistentů. Průměr odpovědí u zdravotních sester činí 2,8700 a u osobních asistentů 2,5200. Zdravotní sestry mají častěji pocit, že nemají dost energie, aby se věnovaly své rodině tak, jak by chtěly. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný (Chi-kvadrát).

Otázka č. 7B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 34: Výčitky svědomí

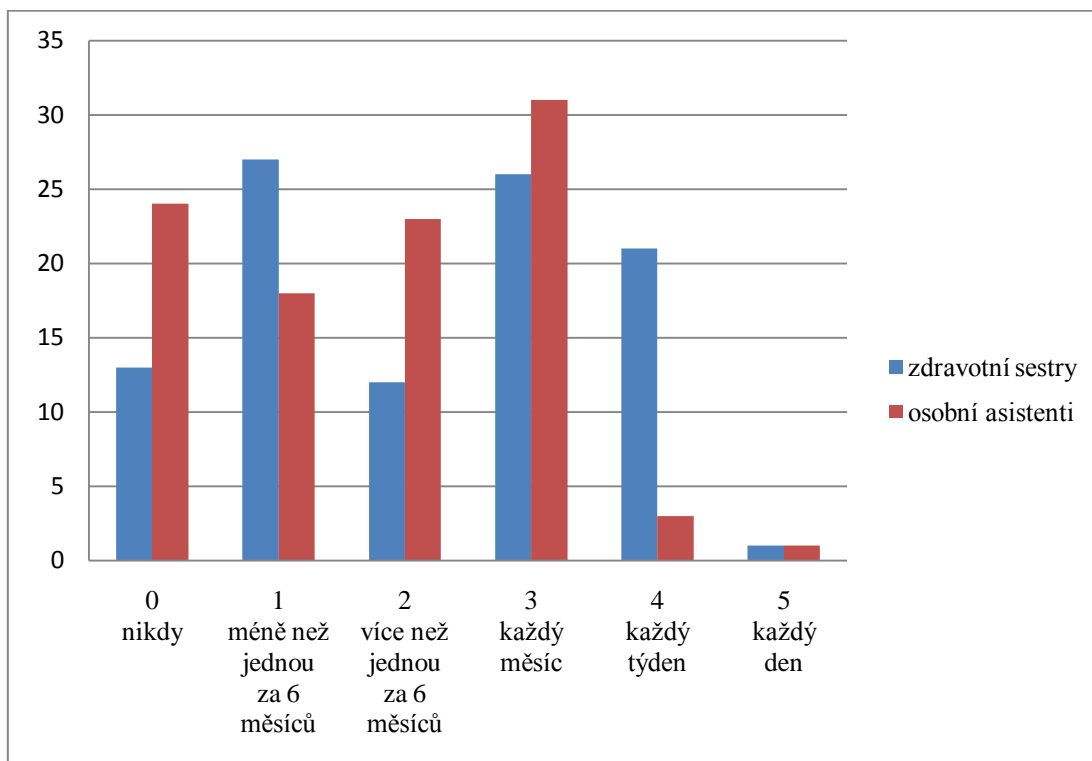


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů odpovídalo v této otázce v bodech 4, zdravotních sester 20% a osobních asistentů 33%. A v otázce 3, zdravotních sester 31% a osobních asistentů 18%. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno k bodu 2 a to 5% zdravotních sester a 8% osobních asistentů. Hodnotu 0 (vůbec ne) zvolily 4% zdravotních sester a 19% osobních asistentů. Hodnotu 5 (ano, velké) odpovědělo 27% zdravotních sester a 18% osobních asistentů. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 3,3100 a u osobních asistentů 2,9700. Zdravotní sestry mají častěji výčitky svědomí, kvůli tomu, že nemají dost energie, aby se věnovaly své rodině tak, jak by chtěly. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 8A- Máte někdy pocit, že nedokážete ve své práci splnit to, co od Vás očekávají druzí?

Graf 35: Nemožnost splnit očekávání druhých

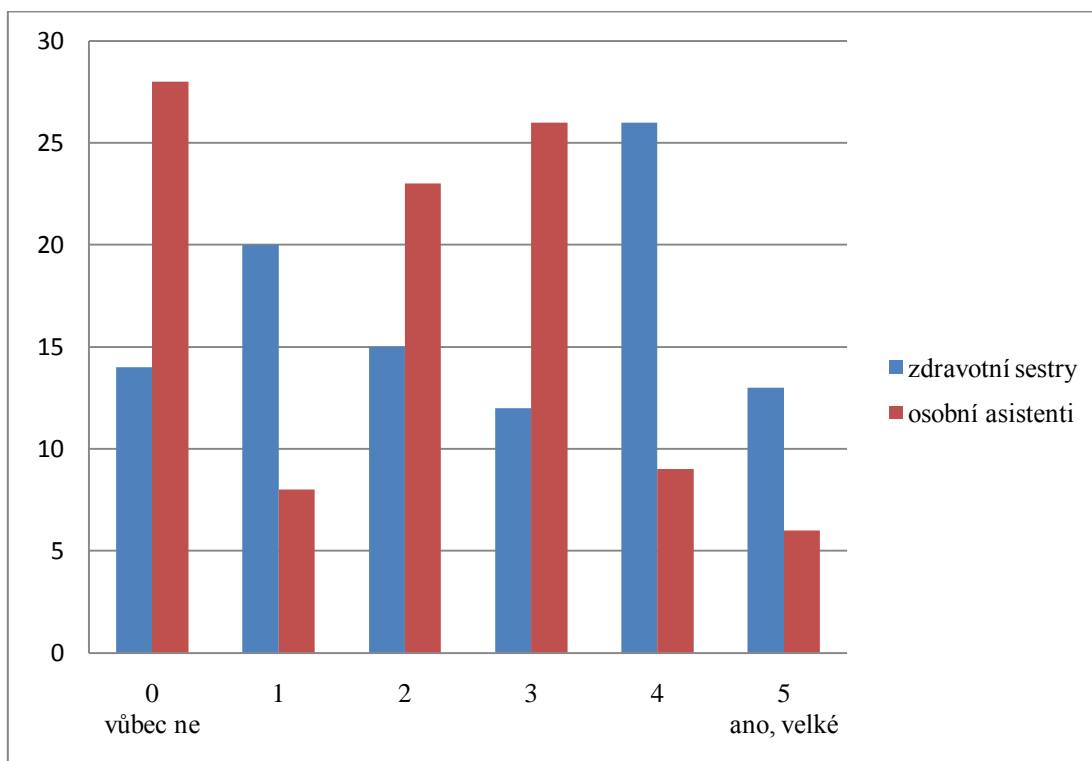


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejméně odpovědí bylo na tuto otázku označeno v bodě 5 (každý den) této stupnice a to 1% zdravotních sester a 1% osobních asistentů. Za nejčastější odpověď u zdravotních sester byla označena odpověď 1 (méně než jednou za 6 měsíců) 27%, osobní asistenti zde odpověděli 18%. Nejčastější odpovědí u osobních asistentů byla odpověď v bodě 3 (každý měsíc) této stupnice a to 31%, zde odpověděly zdravotní sestry 26%. Průměr odpovědí u zdravotních sester je 2,1800 a 1,7576 u osobních asistentů. Zdravotní sestry si častěji myslí, že, nedokážou ve své práci splnit to, co od nich očekávají druzí. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 8B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 36: Výčitky svědomí

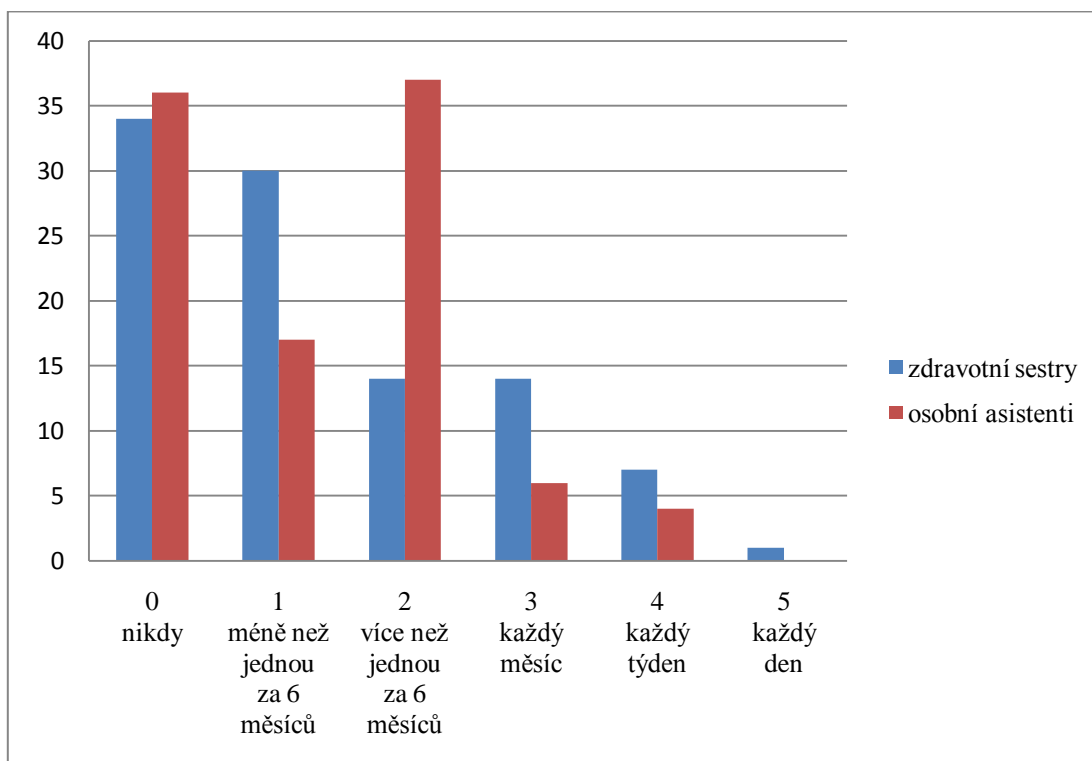


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zdravotních sester v této otázce odpovídalo bodem 4 a to 26%, zde osobní asistenti odpověděli pouze 9%. Odpověď 0 (vůbec ne) volilo nejvíce osobních asistentů a to 28%. Zdravotní sestry odpovídaly 14%. Nejméně osobních asistentů hodnotilo bodem 5 (ano, velké) v 6%, zdravotní sestry takto odpovídaly v 13%. Průměrná hodnota odpovědí je 2,5500 u zdravotních sester a 2,0202 u osobních asistentů. Zdravotní sestry mají větší výčitky svědomí kvůli tomu, že nedokážou ve své práci splnit to, co od nich očekávají druzí. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 9A - Slevujete někdy ze svých nároků při poskytování péče?

Graf 37: Snížení nároků při poskytování péče

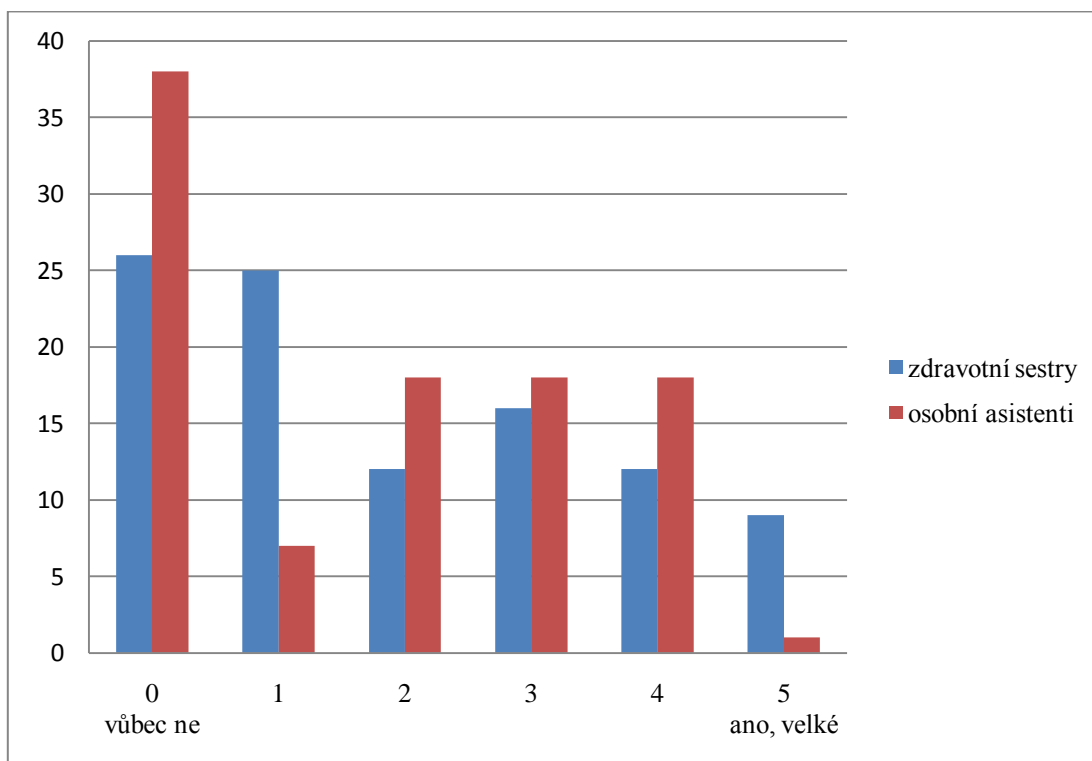


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpověděl srovnatelný počet obou dotazovaných skupin a to v bodě 0 (nikdy), kdy zdravotní sestry vykázaly 34% odpovědí, a osobní asistenti 36%. Zdravotní sestry také odpověděly hodnotou 5 (každý den), zde osobní asistenti vykázali 0% odpovědí. Nejčastější odpovědí osobních asistentů byla v bodě 2 (více než jednou za 6 měsíců) 37%. U zdravotních sester 14%. Průměrná hodnota odpovědí u zdravotních sester je 1,3300 a 1,2626 u zdravotních asistentů. Zdravotní sestry více slevují ze svých nároků při poskytování péče. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 9B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 38: Výčitky svědomí

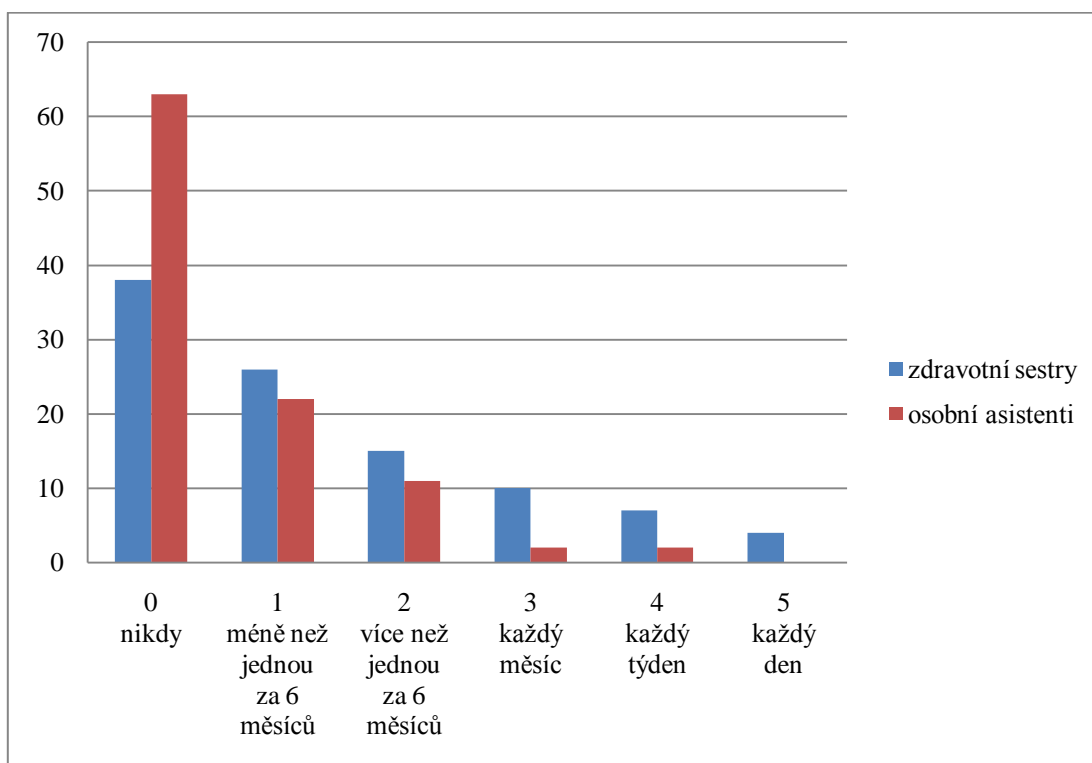


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce odpovídalo nejvíce respondentů a to z obou skupin hodnotou 0 (vůbec ne). U zdravotních sester činí tato odpověď 26% a u osobních asistentů 38%. V bodě 5 (ano, velké) odpovědělo pouze 1% osobních asistentů a 9% zdravotních sester. Nejméně odpovědí od zdravotních sester bylo ohodnoceno stupněm 1 a to v 7%. Osobní asistenti zde odpověděli v 25%. Průměr odpovědí u zdravotních sester je v této otázce 1,9000 a u osobních asistentů 1,7576. Zdravotní sestry mají větší výčitky svědomí kvůli tomu, že slevují ze svých nároků při poskytování péče. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 10A - Stává se, že stresujete své spolupracovníky svojí snahou poskytovat klientům co nejlepší péči?

Graf 39: Stresování spolupracovníků přesměřnou snahou

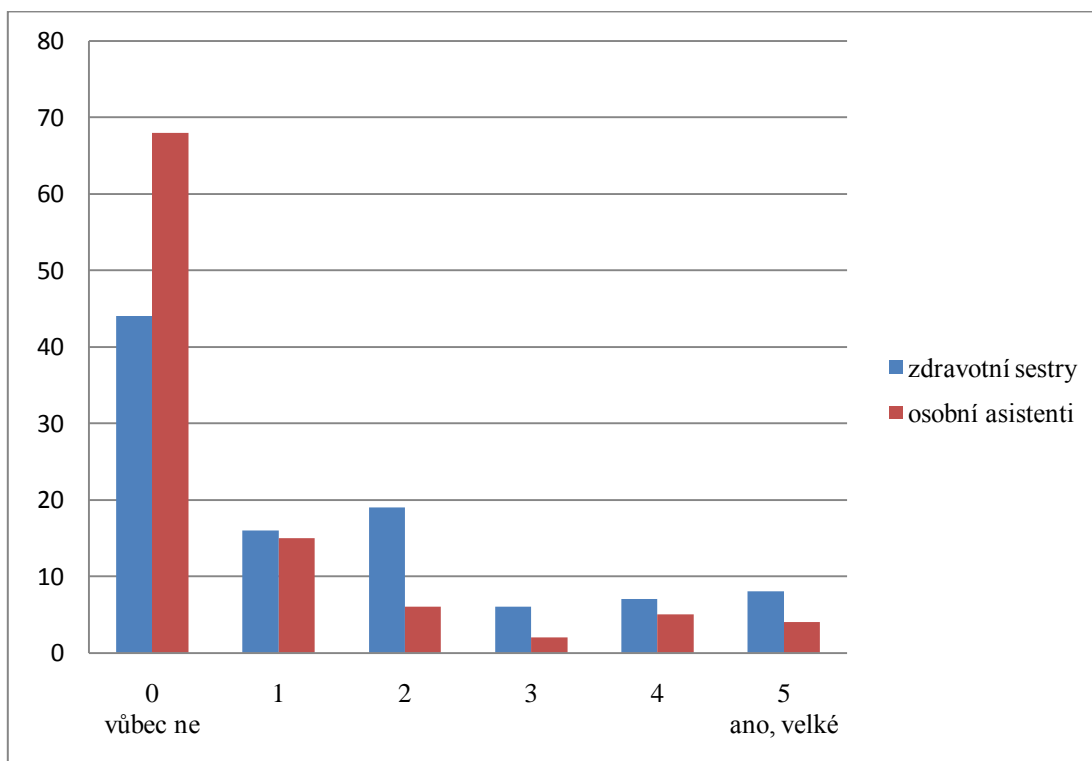


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí bylo označeno v bodě 0 (nikdy) a to 38% zdravotních sester a 63% osobních asistentů. Bod 5 (každý den) označilo jako svou odpověď 4% zdravotních sester a 0% osobních asistentů. Průměrná hodnota odpovědí u zdravotních sester je 1,3400 a 0,5859 u osobních asistentů. Zdravotní sestry častěji stresují své spolupracovníky svojí snahou poskytovat pacientům co nejlepší péči. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

Otázka č. 10B – Máte kvůli tomu výčitky svědomí?

Graf 40: Výčitky svědomí



Zdroj: Vlastní výzkum

K této otázce bylo nejvíce odpovědí označeno bodem 0 (vůbec ne) této stupnice. U zdravotních sester je to 44% a u osobních asistentů 68%. Nejméně odpovědí bylo k hodnotě 3 na této stupnici a to 6% zdravotních sester a 2% osobních asistentů. Průměr odpovědí u zdravotních sester je u této otázky 1,4000 a 0,7374 u osobních asistentů. Zdravotní sestry mají větší výčitky svědomí kvůli tomu, že stresují své spolupracovníky svojí snahou poskytovat pacientům co nejlepší péči. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-kvadrát).

5. Diskuse

V rámci této diplomové práce byla zkoumána empatie pracovníků v pomáhajících profesích.

Prvním cílovým souborem byly zdravotní sestry a to především z jindřichohradecké nemocnice, které pro mne byly lépe dostupné. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 91 žen a 9 mužů. Jistá je převaha žen, čímž je viditelné rozložení pohlaví v pomáhajících profesích, kde je nedostatečné množství mužů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 20 – 25 let (19%), dále pak 31 – 35 (17%) a 36 – 40 (17%). Nejstarším dotazovaným v tomto souboru bylo 56 – 60 let (6%), a byly to ženy.

Druhým cílovým souborem byli osobní asistenti z českobudějovického okresu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 79 žen a 21 mužů vykonávajících toto povolání. I zde je jednoznačné, že i v tomto oboru je převaha žen a nedostatek mužů. Nejvíce respondentů tohoto souboru bylo ve věku 26 – 30 let (30%), dále pak ve věku 31 – 35 let (24%). 17% respondentů bylo ve věku 20 – 25 let a 36 – 40 let.

U vybraných cílových souborů jsem použila pro zjištění potřebných informací pro svůj výzkum jeden dotazník, který se skládá ze dvou částí.

První část obsahuje dvacet tvrzení, kde si respondenti mohli vybrat, jaký mají postoj k příslušnému tvrzení a to prostřednictvím škály 1 až 7. Kdy hodnota 1 na této stupnici značí neshodu s tvrzením, hodnota 4 značí něco mezi a hodnota 7 je shoda s tímto tvrzením.

Druhá část dotazníku je rozdělena na dva druhy otázek (A a B).

Otázky A jsou zaměřeny na překážky a problémy pracovníků v pomáhajících profesích a jejich častost. Zde si respondenti mohli vybrat ze škály šesti odpovědí, a to hodnotou 0 (nikdy), 1 (méně než jednou za 6 měsíců), 2 (více než jednou za 6 měsíců), 3 (každý měsíc), 4 (každý týden), 5 (každý den).

Otázky B zjišťují, zda mají pracovníci v pomáhajících profesích při překonávání překážek a problémů výčitky svědomí. Opět je zde na výběr stupnice odpovědí od hodnoty 0 (vůbec ne) až do hodnoty 5 (ano, velké).

V první části dotazníku respondenti vyjadřovali míru shody s příslušným tvrzením jednotlivých otázek.

Otázky č. 1, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 17, 19 se týkají dle mého názoru přímo problematiky porozumění neboli empatie.

Pochopení toho co klienti/pacienti cítí je jistě důležitou součástí empatického přístupu. Nelze uspokojovat potřeby někoho jiného, aniž bychom nevěděli, co on sám chce (ot. č. 1). Stejně tak vidět situaci z hlediska klienta/pacienta je nezbytné pro jeho porozumění (ot. č. 3). Pracovník v pomáhající profesi by měl umět přizpůsobit své jednání a chování rozdílnosti klientů (ot. č. 6).

Při péči o klienta/pacienta je důležité zohlednit nejenom jeho psychický a zdravotní stav, ale také jeho osobní a životní zkušenosti, které mají podstatný vliv na účinnost léčby (ot. č. 8). Jestliže se pracovník dokáže vcítit do klienta/pacienta, dokáže si i lépe představit sám sebe v jeho kůži. I to velmi přispívá k pozitivnímu vztahu a přístupu ke klientovi/pacientovi (ot. č. 9).

Významným terapeutickým prvkem je také ocenění vlastní osoby (ot. č. 10). Stejně tak zohlednění informací týkajících se soukromého života klienta/pacienta přispívá k pochopení jeho fyzických potíží (ot. č. 12). V neposlední řadě je pro porozumění a poskytnutí nejlepší péče klientovi/pacientovi důležité myslet jako myslí ti, kterým je pomáháno (ot. č. 17). Z toho všeho vyplývá, že klienti/pacienti se cítí lépe, je-li jim porozuměno (ot.č. 19).

U většiny těchto tvrzení vykazují osobní asistenti vyšší míru porozumění než zdravotní sestry. Pouze ve dvou případech a to v otázkách č. 6 a 8 vykazaly zdravotní sestry vyšší skóre empatického chování. Ve všech těchto odpovědích jsou statisticky významné odlišnosti mezi oběma skupinami respondentů.

Zdravotní sestry v těchto otázkách projevíly menší míru empatie. Myslím si, že je to ovlivněno nedostatkem personálu na nemocničních odděleních a tudíž nedostatkem času věnovat se více pacientům. Osobní asistence je služba, která je daná fakultativně anebo časově. Osobní asistenti mají tedy čas vymezený přímo pro toho dotyčného klienta, proto mají větší možnost se klientovi obecně více věnovat.

Osoba prožívající empatii může lépe rozpoznat prožívání druhého (neboť dochází k navozování velmi podobných emocionálních stavů včetně fyziologických) a snadněji působit na snížení nepříjemného stavu (**Rymešová, Chamoutová, 2001**).

Otázky č. 4, 5 a 13 souvisí s užitím empatie v komunikaci.

Pro vztah pomáhajícího a toho, jemuž je pomáháno, je důležité porozumění řeči těla stejně jako porozumění v oblasti verbální komunikace (ot. č. 4). Jestliže je pomáhající pracovník dostatečně vnímavý, dokáže z neverbálních signálů a řeči těla pochopit, co se děje v mysli jiného člověka (ot.č. 13). K lepším léčebným výsledkům přispívá i smysl pro humor (ot. č. 5).

Větší míru shody s těmito tvrzeními prokázali osobní asistenti než zdravotní sestry a to statisticky významnými rozdíly v hodnotách sedmibodové stupnice. Opět tedy osobní asistenti projeví vyšší míru empatie a to v oblasti komunikace.

Jak jsem již zmiňovala výše i zde podle mého názoru hraje významnou roli nepoměr času u zdravotních sester a osobních asistentů. Osobní asistent je člověk, který se pohybuje v domácím prostředí klienta, tudíž je blíže jak k samotnému klientovi, tak k jeho rodině a nejbližšímu okolí. Nezbytnou součástí je vytvoření vztahu mezi klientem a osobním asistentem, založeném na důvěře a pochopení. Proto i samotný asistent by měl mít zájem na tom, aby klientovi porozuměl. Tím se služba u klienta stává snadnější, příjemnější a zároveň přirozenější.

Empatičtí lidé mají blízký, důvěrný vztah s ostatními lidmi. S většinou lidí dokážou jasně a otevřeně komunikovat a mají upřímný zájem o to, co zajímá a trápí ostatní lidi. Empatičtí lidé dokážou pochopit postoj druhého člověka, a to i v případě, když s ním osobně nesouhlasí. Umí druhým odpouštět bez pocitu zahořklosti a výčitek (**Wilding, 2010**).

Otázky č. 11, 14 a 18 se dotýkají oblasti emocí.

Emocionální vazby mohou mít pozitivní vliv i při procesu uzdravování (ot. č. 11). Důležitým prostředkem pro uzdravování jsou i emoce (ot. č. 14). Do určité míry je nutné zohledňovat vztahy klientů/pacientů a jejich blízkých (ot. č. 8).

V oblasti těchto otázek vykazovali vyšší míru shody osobní asistenti. Až u otázky číslo 11 vykazali vyšší shodu zdravotní sestry. Dle mého názoru je toto tvrzení ovlivněno skutečností, že zdravotní sestry jsou intenzivněji zapojeny do procesu léčby. Osobní asistent by měl být pro klienta partnerem a pomocníkem. Vztah mezi pomáhajícím a tím, jemuž je pomáháno je dlouhodobější a v přirozeném prostředí, které je prospěšnější pro psychický stav klienta. Osobní asistenti jsou vlastně přímými účastníky klientova života, mnohdy se i stávají jeho nezbytnou součástí.

Emocí nejčastěji označujeme citové zabarvení činnosti, případně psychický stav, který v určité míře ovlivňuje jakékoliv jednání (**Trojan, 2003**).

Druhá část dotazníku se zabývala překážkami a problémy při výkonu pomáhající profese.

V otázce číslo 1A respondenti uváděli, jak často nemají dostatek času na poskytnutí potřebné péče. Zdravotní sestry se průměrem odpovědí přibližují k bodu 3 (každý měsíc) a to hodnotou 2,7300 na rozdíl od osobních asistentů, kteří vykazovali hodnoty podstatně nižší. Stejně tak v otázkách č. 2A, 3A a 9A vykazovaly zdravotní sestry vyšší hodnotu průměru než osobní asistenti. Tyto otázky se týkají časové vytíženosti a nároků kladených na pracovní náplň. I v odpovědích na tyto otázky je patrné, že zdravotní sestry mají méně času na jednotlivé pacienty na rozdíl od osobních asistentů, kteří mají vymezený čas pro jednotlivé klienty.

Z otázky č. 4A jejíž podstatou je ponižování či neponižování klientů/pacientů vyplývá, že zdravotní sestry se s touto problematikou setkávají častěji než osobní asistenti a mají z toho větší výčitky svědomí (ot. č. 4B). Zdravotní sestry se odpověďmi spíše přibližují k hodnotě 1 (méně než jednou za 6 měsíců), zatímco osobní asistenti jsou průměrem svých odpovědí na hranici mezi hodnotou 0 (nikdy) – 1 (méně než jednou za 6 měsíců).

U jednoho pacienta se střídá více zdravotních sester, proto je pravděpodobnější, že více zaregistrují nevhodné chování. Osobní asistenti většinou poskytují služby pouze v přítomnosti rodiny anebo jsou s klientem o samotě.

V další otázce dotazníku (ot. č. 5A) se pracovníků v pomáhajících profesích ptám, zda a jak často se vyhýbají klientům/pacientům, kteří potřebují pomoc či podporu

a zároveň i členům jejich rodiny. I v tomto případě vykazují vyšší průměrné hodnoty zdravotní sestry, které se uchylují k tomuto jednání častěji a i výčitky svědomí jsou u nich častější.

Osobní asistenti nemají moc příležitostí se klientům vyhýbat, protože poskytování úkonů probíhá v přímém kontaktu s klientem, popřípadě s jeho blízkými.

V otázce č. 7A, která porovnává energii vydávanou v práci na úkor rodiny, vykázaly zdravotní sestry vyšší průměr odpovědí blížící se k hodnocení 3 (každý měsíc), podobně na tuto otázku reagovali i osobní asistenti. Rozdílnost se však projevila v otázce č. 7B, kde zdravotní sestry uvedly vyšší skóre pro výčitky svědomí než druhý dotázaný soubor, také nesplnění očekávání druhých více zažívají (ot. č. 8A) a uvědomují (ot. č. 8B) si zdravotní sestry.

Práce v pomáhající profesi je náročná a vyžaduje nejenom fyzickou, ale i psychickou zdatnost. Pracovník by měl znát svá pro a proti co se týká jeho schopností. Nezbytnou součástí je dokázat oddělit soukromý a profesní život. Výsledek této odpovědi mě celkem překvapil, vzhledem k tomu, že se pohybuji v oblasti osobní asistence. Osobní asistenti mají většinou nepravidelnou pracovní dobu, tudíž střídají své soukromí a práci. Zdravotní sestry mají svou pracovní dobu v kuse, tudíž po jejím skončení se mohou naplno věnovat svému soukromému životu.

Svoji snahou poskytovat klientům/pacientům co nejlepší péči vykázaly zdravotní sestry vyšší stresování svých spolupracovníků vyplývající z již zmiňované snahy (ot. č. 10A) a tento stav pociťují v hodnotách mezi 1 (méně než jednou za 6 měsíců) – 2 (více než jednou za 6 měsíců). U osobních asistentů se tento jev objevuje na stupnici mezi hodnotami 0 (nikdy) – 1 (méně než jednou za 6 měsíců). Zdravotní sestry mají v tomto směru výčitky svědomí větší.

Ve výsledcích této otázky se opět projevila nesouměrnost mezi mírou možného času a počtem pacientů a nedostatkem personálního zajištění.

Na základě mého výzkumu jsem zjistila, že zdravotní ve své profesi mají častěji problémy, které si také následně vyčítají. Dále se potvrdila má domněnka, že míra empatie je větší u osobních asistentů. Důležitou roli zde hraje nedostatek času a očekávání od pomáhajícího pracovníka.

Pomáhající pracovník nemá lehký úděl. Často se setkává s utrpením, nemocemi, ale i smrtí. Nároky, které jsou kladené na tyto pracovníky, se stále zvyšují. Především je potřebné příslušné vzdělání, ale i psychická a fyzická odolnost, duševní vyrovnanost, ale i kreativita a flexibilita pracovníka jsou nutnou součástí této profese. Pracovník v pomáhajících profesích by měl pořádně znát sám sebe. Měl by vědět, jak reaguje v nepříjemných situacích, měl by umět komunikovat a mít více než lidský přístup.

Empatie je spolu s opravdovostí a vřelostí jednou z důležitých podmínek úspěšné práce s klientem (**Hartl, Hartlová, 2000**).

6 Závěr

Empatie je respektující porozumění tomu, co druzí prožívají a je důležitým aspektem pro výkon povolání pomáhajícího pracovníka.

Hlavní cíl diplomové práce s názvem „Empatie pracovníků v pomáhajících profesích“ spočívá ve zmapování rozdílů empatie zdravotních sester a osobních asistentů.

Uvedeného cíle bylo dosaženo pomocí třech stanovených hypotéz.

H 1: Ve standardizovaném dotazníku empatie budou zdravotní sestry vykazovat nižší skóre než osobní asistenti. Tato hypotéza byla potvrzena.

H 2: Struktura odpovědí se bude v obou skupinách lišit. Tato hypotéza byla potvrzena.

H 3: V některých položkách budou osobní asistenti vykazovat vyšší skóre než zdravotní sestry. Tato hypotéza byla potvrzena.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že osobní asistenti vykazují vyšší míru empatie, než zdravotní sestry. Potvrdilo se, že struktura odpovědí se u dotazovaných souborů lišila a také, že osobní asistenti vykazovali vyšší skóre než zdravotní sestry.

Výsledky mého výzkumu mohou dále sloužit jako podkladový materiál při dalším výzkumu této problematiky.

7 Seznam použité literatury

1. BOMS, S. *Burnout* [online]. 2009. [cit. 2011-02-02]. Dostupné z: <<http://www.alistapart.com/articles/burnout/>>.
2. BORG, J. *Umění přesvědčivé komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1971-9
3. BUŘVALOVÁ, D. - REIMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 26 s. ISBN 978-80-86991-21-4
4. DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. Vyd. Praha: Grada, 2008, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0
5. EVANGELU, J. E. *Diagnostické metody v personalistice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2607-6
6. FISCHEROVÁ-KATZEROVÁ, V. - ČEŠKOVÁ-LUKÁŠOVÁ, D. *Grafologie pro personalisty a manažery*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1552-0
7. GRUBER, D. *Zlatá kniha komunikace*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2005. 249 s. ISBN 80-7329-092-8
8. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*, Praha: Portál 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-346-8
9. HÁJEK, M. *Vedeme* [online]. 2006. [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: <http://www.vedeme.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=93>.
10. HANSON, R. *Empathy* [online]. 2007 [cit. 2011-04-09]. Dostupné z: <<http://www.rickhanson.net/wp-content/files/Empathy.pdf>>.
11. HARTL, P. - HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2008. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1
12. HAWKINS, P. - SHOET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-715-9
13. HLAVÁČEK, L. *Mluvití stříbro, mluvití zlato- slova, gesta a činy v mezilidské komunikaci*. Praha: VOX, 2005. 140 s. ISBN 80-86324-45-1

14. HORSKÁ, V. *Koučování ve školní praxi*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2450-8
15. HRDÁ, J. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. 1.vyd. Praha: Asociace poraden pro zdravotně postižené, 2006. 78. s. ISBN 80-239-6415-1
16. HRDÁ, J. *Osobní asistence: obecné informace o této sociální službě pro občany, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby*. 1. vyd. Praha: Pražská organizace vozičkářů. 2002. 34 s.
17. HRDÁ, J. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. 1. vyd. Praha: Pražská organizace vozičkářů. 2001. 68 s.
18. HRDÁ, J. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro klienty*. 1. vyd. Praha: Pražská organizace vozičkářů. 2002. 71 s.
19. HRDÁ, J. *Pečující*. [online]. Praha: Pražská organizace vozičkářů, 2008. [cit. 2011-12-05]. Dostupné z:
<<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200649>, únor 3, 2007>.
20. HRONOVÁ, M. *Supervize v sociálních službách*. Sociální služby. 2009, XI, č. 5, s. 24-25. ISSN 1803-7348
21. CHEN, Q. - PANKSEPP, J. B. - LAHVIS, G. P. *Plosone* [online]. 2009. [cit. 011-02-02]. Dostupné z:
<<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0004387>>.
22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN:8072543296
23. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 978-80-9367-299-7
24. KANITZ, A. *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 112 s. ISBN: 978-80-247-25826
25. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
26. KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*. 2006, č. 3, s. 16-18. ISSN 1213-2330

27. KNOBLAUCH, J. WOLTJE, H. *Time management- jak lépe plánovat a řídit svůj čas*. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1440
28. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147s. ISBN 802-736-181-6
29. KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-1568-1
30. KOUKOLÍK, F. *Proč se Dostojevskij mýlil*. 1. vyd. Praha: Galen, 2007. 216 s. ISBN 978-80-7262-482-9.
31. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7
32. KRAMPEROVÁ, H. *Novinky v ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Garamond, 2010, 130 s.
33. KRUTILOVÁ, D. Možnosti komunikace a navázání vztahu s obtížně komunikujícími klienty. *Sociální služby*. 2010, XII, č. 3, s. 32-33. ISSN 1803-7348
34. KŘIVOHLAVÝ, - J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5
35. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X
36. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 120, ISBN 978-80-247-1838-5
37. KUBICOVÁ, A. *Filozofická fakulta Ostravská univerzita v Ostravě* [online]. Ostrava, 2007 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z: <<http://ff.osu.cz/index.php?kategorie=224&id=3699>>.
38. KUBICOVÁ, A. *Empatie jako kvalita v pomáhajícím vztahu — Conference* [online]. České Budějovice, 2006 [cit. 2011-02-03]. Dostupné z: <<http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/kubicova/>>.
39. KUTNER, L. *Psychcentral* [online]. 2010. [cit. 2011-03-15]. Dostupné z: <<http://psychcentral.com/lib/2007/how-children-develop-empathy/>>.
40. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4

41. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*, Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
42. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0
43. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 196 s. 978-80-7367-310-9
44. MIKULÁŠTIK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4
45. MIKULÁŠTIK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*, Praha: Grada, 2010. 328 s. ISBN: 978-80-247-2339-6
46. MLČÁK, Z. ZÁŠKODNÁ, H. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, vol. VIII., č. 2, s. 316 – 329. ISSN 1212-4117
47. MOORHOUSE, A. - JONES, G. *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada, 2010, 224 s. ISBN 978-80-247-3022-6
48. MÜHLESEIN, S. - OBERHUBER, N. *Komunikace a jiné měkké dovednosti*. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN: 978-80-247-2662-5
49. NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2005. 172 s. ISBN 80-247-0738-1
50. NELSON-GARDELL, D. - HARRIS, D. *Impact on the Child Welfare Worker* [online]. 2003 [cit. 2011-01-14]. Dostupné z: <
http://www.missouristate.edu/assets/swk/Module-6_Handout-1_12_Addendum_2.pdf>.
51. NEUBAUEROVÁ, E. Komunikace nemocných a starších. *Sociální péče*. 2006, č. 2, s. 26-27. ISSN 1213-2330
52. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-71-78-197-5
53. O'CONNOR, M. - ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN: 80-247-1295-4

54. PETERS-KÜHLINGER, G. - FRIEDEL, J. *Komunikační a jiné měkké dovednosti*. Praha: Grada, 2007, 112 s. ISBN 978-80-247-2145-3
55. PLAMÍNEK, J. *Komunikace a prezentace*. Praha: Grada, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2706-6
56. POKORNÁ, A. Můžeme se vzájemně porozumět? *Ošetrovatelská péče*. 2010, č. 1. s. 2-5, ISSN 1213-2330
57. POKORNÝ, J. *Cesty k nezávislosti osobnosti*. 1. vyd. Brno: CERM, 2002, 185 s. ISBN 80-7204-189-4.
58. POLÁCHOVÁ, E. Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*. 2009, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404
59. POLÁŠKOVÁ, P. *Empatie jako významný předpoklad úspěšné práce v sociálních službách*. [online]. 2006 [cit. 2011-03-02].
Dostupné z: <<http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/polaskova/>>.
60. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
61. PRAŠKO J. *Asertivita v partnerství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 235 s. ISBN 978-80-247-1246-8
62. PRAŠKO, J. - PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8
63. PREKOP, J. *Empatie – vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5
64. PURICELLI, O. – CALLEGARI, S. – PAVACCI, V. *Rivista di psicologia Clinica* [online]. 2008 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z:
<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/english/number3_08/Puricelli_Callegari_Pavacci_Caielli_Raposio.htm>.
65. REINDLOVÁ, M. Lékaři i sestry se musejí zdokonalit v komunikaci. *Regionální deník Prachatice* [online]. 2011, č. 3, [cit. 2011-03-21]. Dostupné z:
<<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/lekari-i-sestry-se-museji-zdokonalit-v-komunikaci-458652>>.

66. ROSENBERG, M, B. *Nenásilná komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-447-2
67. RYCHTAŘÍKOVÁ, Y. *Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2100-2
68. RYMEŠOVÁ, P., CHAMOUTOVÁ, K. 1. vyd. *Průvodce psychologií osobnosti a sociální psychologií pro distanční studium*. Praha: Credit, 2001. 180 s. ISBN 80-213-0814-1
69. SALEM, R. *Beyond Intractability* [online]. 2003[cit. 2011-04-09]. Dostupné z: <http://www.beyondintractability.org/essay/empathic_listening/>.
70. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 171s. ISBN 80 – 7178 – 312 – 9
71. SLOVÁK, P. Altruisté v pomáhajících profesích. *Psychologie Dnes*. Praha: 2006. roč. XII, č. 4, s. 20 – 21. ISSN 1212-9607
72. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví i nemoci*. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
73. ŠPAČEK, M. *Nemocnice na Homolce* [online]. Nemocnice na Homolce, 2009. [cit. 2011-02-02]. Dostupné z: <<http://www.homolka.cz/cs-CZ/zdravotnik/osetrovatelska-pecce/koncepce-osetrovatelstvi.html>>.
74. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5
75. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
76. VARTIOVAARA, I. *Burnout syndrome* [online]. 2011 [cit. 2011-05-10]. Dostupné z: <<http://www.jrank.org/health/pages/32916/burnout-syndrome.html>>.
77. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
78. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-247-2170-5

79. VENGLÁŘOVÁ, M. - MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
80. VODÁČKOVÁ, D. a spol. *Krizová intervence*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2002. 170 s. ISBN 90-7178-696-9
81. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací*, Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN: 978-80-247-2614-4
82. VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*, 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1
83. WORKMAN, B. A. – BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN: 80-247-1714-X
84. WILDING, CH. *Emoční inteligence, vliv emocí na osobní a profesní úspěch*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN: 978-80-247-2754-7
85. WILSON, L. *Adrenalin Burnout Syndrome* [online]. 2011 [cit. 2011-05-02]. Dostupné z: <http://www.drlwilson.com/articles/adrenal_burnout.htm>.
86. WINNETT, A. *Selfgrowth* [online]. 2010 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z: <<http://www.selfgrowth.com/articles/winnett2.html>>.
87. ZACHÁROVÁ, E. - HERMÁNKOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
88. ZÁŠKODNÁ, H. - KUBICOVÁ, A. MLCÁK, Z. *Prosociální chování a jeho rozvíjení u pomáhajících profesí*. Ostrava: Algoritmus, 2009. 31 s. ISBN 978-80-902491-1-0
89. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit.2011-12-10]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=96/2004&PC_8411_p=5&PC_8411_1=96/2004&PC_8411_ps=10#10821>.
90. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2010-12-10].

Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka>>.

8 klíčová slova

emoce

empatie

komunikace

osobní asistent

pomáhající profese

supervize

syndrom vyhoření

zdravotní sestra

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

8. **Pozornost věnovaná klientovým/pacientovým osobním zkušenostem nemá na účinnost léčby podstatný vliv.**
9. **Během péče o klienta/pacienta se snažím představit si sám sebe v jeho situaci.**
10. **Moji klienti/pacienti vnímají mé porozumění jejich pocitům jako ocenění vlastní osoby, což je samo o sobě terapeutické.**
11. **Choroby klientů/pacientů mohou být léčeny pouze farmakologicky nebo chirurgicky a emocionální vazby s klienty/pacienty nemohou mít v tomto procesu významné místo.**
12. **Informace týkající se soukromého života klienta/pacienta nepřispívají k pochopení jeho fyzických potíží.**
13. **Pokouším se pochopit, co děje v klientově/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 klientem/pacientem je mé chápání emocionálního stavu jak jeho, tak jeho blízkých.**
17. **Snažím se myslet jako moji klienti/pacienti, abych jim mohl/a poskytovat co nejlepší péči.**
18. **Nepřipustím, aby mne dojímaly intenzivní emocionální vztahy mezi mými klienty/pacienty a jejich blízkými.**
19. **Moji klienti/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.

INSTRUKCE:

1. Položky označené písmenem **A** popisují různé situace. Vaším úkolem je na **STUPNICI A** odhadnout, jak často jste se s nimi setkal/a.
2. Položky označené písmenem **B** vyjadřují míru, ve které ve Vás tyto situace vyvolávají výčitky svědomí. Odhadněte intenzitu svého pocitu na **STUPNICI B** a údaj, prosím, vyplňte i v případě, že jste se s danou situací dosud nesetkali.
3. Číslo, prosím, vepište do políčka na pravé straně tvrzení.

STUPNICE A

(0)------(1)------(2)------(3)------(4)------(5)

NIKDY	MÉNĚ NEŽ JEDNOU ZA 6 MĚSÍCŮ	VÍCE NEŽ JEDNOU ZA 6 MĚSÍCŮ	KAŽDÝ MĚSÍC	KAŽDÝ TÝDEN	KAŽDÝ DEN
-------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------	----------------	--------------

STUPNICE B

(0)------(1)------(2)------(3)------(4)------(5)

VŮBEC NE ANO, VELKÉ

- | | | |
|------------|--|---|
| 1A. | Jak často nemáte dost času, abyste poskytl/a klientovi/pacientovi potřebnou péči? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 1B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2A. | Jste někdy nucen/a poskytnout takovou péči, kterou pokládáte za nesprávnou? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 3A. | Musíte se někdy ve své práci vyrovnávat s navzájem neslučitelnými nároky? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 3B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 4A. | Setkáváte se někdy s tím, že klienti/pacienti jsou uráženi, popřípadě poškozováni? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 4B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 5A. | Zjišťujete někdy, že se vyhýbáte klientům/pacientům nebo členům jejich rodiny, kteří potřebují pomoc či podporu? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 5B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 6A. | Je Váš soukromý život někdy tak náročný, že nemáte dost energie, abyste se věnoval/a své práci tak, jak byste chtěl/a? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 6B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 7A. | Je Vaše práce někdy tak náročná, že nemáte dost energie, abyste se věnoval/a své rodině tak, jak byste chtěl/a? | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |

- | | | |
|------|--|--------------------------|
| 7B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 8A. | Máte někdy pocit, že nedokážete ve své práci splnit to, co od Vás očekávají druzí? | <input type="checkbox"/> |
| 8B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 9A. | Slevujete někdy ze svých nároků při poskytování péče? | <input type="checkbox"/> |
| 9B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 10A. | Stává se, že stresujete své spolupracovníky svojí snahou poskytovat klientům co nejlepší péči? | <input type="checkbox"/> |
| 10B. | <i>Máte kvůli tomu výčitky svědomí?</i> | <input type="checkbox"/> |

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