

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Blanka Háková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Komunikace a její úskalí se zaměřením na sociálního pracovníka ve
zdravotnictví a ostatní zdravotnické profese**

Blanka Háková

vedoucí práce : MUDr.Olga Dostálová, CSc.

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies

Communication and its barriers between social workers and other health care professionals and refinement

Blanka Háková

The Diploma Thesis Work Supervisor : MUDr. O.Dostálová, CSc.

Praha 2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou práci vypracovala zcela samostatně a veškerou použitou literaturu a další podkladové materiály, které jsem použila, uvádím v seznamu literatury, a že svázaná a elektronická podoba práce je shodná. Současně prohlašuji, že souhlasím se zveřejněním této práce podle § 47b zákona č.111/1998Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Olze Dostálové, CSc., za vedení mé diplomové práce, za cenné rady, podněty, připomínky a hlavně za trpělivou spolupráci. Dále děkuji respondentům za jejich ochotu při získávání dat. A také děkuji své rodině, která mi maximálně vyšla vstříc při psaní této práce.

ANOTACE

Hlavním tématem této diplomové práce je přiblížit stručný přehled komunikace, která umožňuje navazování a úspěšné realizování vztahů mezi lidmi, především ve zdravotnickém prostředí. Práce poukazuje i na problémy, které ji negativně ovlivňují.

Teoretická část práce se zabývá charakteristikou komunikace z různých pohledů a předpoklady funkční komunikace. Zmiňuje se také o interpersonálních vztazích z pohledu sociální psychologie.

Předmětem zájmu autorky je také syndrom vyhoření. Není zde opomenuto ani seznámení s rizikovými faktory a prevencí tohoto syndromu. Neopomíjí se ani problém stresu se zaměřením na stres 21. století. Dále je všeobecně popsána profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví a v klasických zdravotnických profesích. Autorka se věnuje i kultivaci jejich vztahů.

Výzkumná část nabízí interpretaci dat získaných prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření se sociálními a zdravotními pracovníky. Výstupem z této diplomové práce je statistické vyhodnocení schopnosti komunikace sledovaných pracovníků s klientem a výskyt syndromu vyhoření. Úkolem práce je zaměřit se na tyto problémy a navrhnout některá řešení pro jejich předcházení.

Klíčová slova: komunikace, interpersonální vztahy, sociální psychologie, stres, syndrom vyhoření, profese zdravotně sociálního pracovníka, zdravotnické profese

ABSTRAKT

The main subject of this work is to present a brief overview of the development of communication that allows establishing and successful realization of the relationships between people, mainly in the healthcare environment. The subject also points to the issues that affect it negatively. The theoretical part deals with the characteristics of communication from different perspectives and assumptions of functional communication. It also mentions interpersonal relations from the perspective of social psychology and interpersonal relationships in the working group. The interest of the author is the burnout syndrome. Of course that getting familiar with risk factors and prevention of this problem is also included. The issue of stress focusing on stress 21st century is also not forgotten to mention. There is also generally described the profession of social worker in health care and classical medical professions. The cultivation of their relationships is not forgotten to mention either. Research section provides interpretation of data obtained through quantitative research with social and health workers. The outcome of this work is the statistical evaluation of the current situation of interpersonal social workers and other health professionals with a focus on the potential effect of burnout. The task of the work is to focus on these issues and propose some solutions for prevention.

Key words : communication, interpersonal relationship, social psychology, stress, the syndrom of burnout, profession of health social worker, health professio

Také slova jsou činy
(Ludwig Wittgenstein).

„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace“

(ARGYLE a TROWER, 1979).

OBSAH

Úvod.....	12
1 Komunikace.....	14
1.1 Pojem komunikace.....	14
1.1.1 Vývoj obsahu pojmu komunikace v čase.....	14
1.1.2 Přístup k obsahu pojmu komunikace podle jednotlivých věd.....	15
1.2 Komunikace v ontogenetickém vývoji.....	17
1.3 Vývoj a osvojování jazyka.....	17
1.4 Funkční komunikace.....	19
1.5 Konverzace a komunikace.....	20
2 Interpersonální vztahy.....	22
2.1 Interpersonální vztahy a sociální psychologie.....	22
2.2 Sociální zdatnost.....	23
2.3 Druhy interpersonálních vztahů.....	23
2.3.1 Dělení interpersonálních vztahů.....	23
2.3.2 Osobní vztahy.....	26
2.3.2.1 Blízkost v osobních vztazích.....	27
2.3.2.2 Závazek v osobních vztazích.....	27
2.3.2.3 Kontext osobních vztahů.....	28
2.3.2.4 Intimita v osobních vztazích.....	28
2.3.3 Faktorová analýza a osobní vztahy.....	28
2.4 Interpersonální vztahy v pracovní skupině.....	29
2.5 Malé skupiny – pracovní tým.....	31
2.5.1 Týmová role.....	32
2.5.2 Pracovní skupina a její struktura.....	33
2.6 Konflikt a jeho řešení.....	34
2.6.1 Dělení konfliktů.....	34
2.6.2 Fáze řešení konfliktu.....	35
2.6.3 Základní pravidla zajišťující pozitivní výsledek.....	35
3 Psychické vyhoření.....	36
3.1 Pojem – syndrom vyhoření.....	36
3.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	36
3.3 Stádia postupující k syndromu vyhoření.....	37
3.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření.....	38
3.5 Prevence syndromu vyhoření.....	38
4 Stresy 21. století.....	40
4.1 Stres a adaptační syndrom.....	40
4.2 Ženský stres.....	41
4.3 Mužský stres.....	43
4.4 Stresy 21. Století.....	44
5 Sociální pracovník ve zdravotnictví.....	45
5.1 Náplň sociální práce ve zdravotnictví.....	45

5.2	Profese sociálního pracovníka.....	46
5.3	Kompetence zdravotně sociálního pracovníka.....	47
5.4	Etika profese zdravotně sociálního pracovníka.....	47
6	Zdravotnické profese.....	50
6.1	Všeobecný přehled zdravotnických profesí.....	51
6.2	Osobnost zdravotníka.....	51
6.3	Osobní předpoklady zdravotníka.....	51
7	Kultivace vztahů mezi lidmi.....	53
7.1	Pozitivní mezilidské vztahy.....	53
7.2	Jak se bránit překážkám v komunikaci.....	54
8	Vlastní výzkumné šetření.....	56
8.1	Úvod.....	56
8.2	Zkoumaný soubor.....	56
8.3	Hypotézy výzkumného šetření.....	56
8.4	Metodika.....	57
8.4.1	Kvantitativní výzkum.....	57
8.4.2	Struktura dotazníku.....	57
8.5	Technika postupu při zpracování výsledků.....	59
8.5.1	Postup při vyhodnocování identifikačních údajů.....	59
8.5.2	Postup při vyhodnocování dotazníku vzájemné komunikace S. a Z.....	59
8.5.3	Postup při vyhodnocování dotazníku konverzačních schopností.....	59
8.5.4	Postup při vyhodnocování dotazníku BM.....	60
8.6	Výsledky.....	61
8.6.1	Identifikační údaje respondentů.....	61
8.6.2	Dotazník vzájemné komunikace S. a Z.....	66
8.6.3	Dotazník konverzačních schopností.....	77
8.6.4	Dotazník BM.....	80
8.7	Statistické testování hypotéz.....	83
8.8	Diskuse.....	89
8.9	Závěr k výzkumnému šetření.....	89
	Závěr.....	90
	Literatura.....	91
	Přílohy.....	95

ÚVOD

Trendem dnešní moderní doby se stává technika. Počítač a telefon jsou našimi každodenními komunikačními prostředky. Přesto je nejdůležitější součástí komunikace přímá, tedy tváří v tvář. Pro život každého jedince je komunikace důležitou součástí života již od prenatálního stádia a je také důležité pochopení správného významu sděleného.

Cílem této diplomové práce je přiblížit čtenáři stručný přehled vývoje komunikace, která ovlivňuje vztahy mezi lidmi a poukazuje na problémy, jež ji negativně ovlivňují, zvláště ve zdravotnickém prostředí. Úkolem práce je zaměřit se na tyto problémy a navrhnout některá řešení pro jejich předcházení.

Výstupem z této diplomové práce je statistické vyhodnocení a srovnání vzájemné komunikace, momentální situace psychického rozpoložení a konverzační schopnosti u sociálního pracovníka a ostatních zdravotnických profesí, také se zaměřením na míru psychického vyhoření.

Teoretická část se dělí do sedmi kapitol. První kapitola se bude zabývat pojmem a vývojem komunikace, vývoj a osvojování jazyka a také návod na funkční komunikaci (sociální zdatnost).

Druhá kapitola nastíní obecně interpersonální vztahy z pohledu sociální psychologie, jejich typy a dále interpersonální vztahy v pracovní skupině. Následuje zde pojednání o malé skupině, do které patří i pracovní tým. V závěru této kapitoly se autorka zabývá konfliktem a jeho řešením.

Třetí kapitola se zabývá problémem syndromu vyhoření. Zaměří se na příznaky syndromu a jeho stádia. Následuje seznámení s rizikovými faktory tohoto syndromu a závěr této kapitoly neopomene přiblížit ani prevenci této problematiky.

Čtvrtá kapitola popisuje stres obecně a zvláště se zaměřením na stres 21. století, jeho vznik a rozdíl jeho dopadu pro ženy a muže.

Pátá kapitola popisuje sociální práci ve zdravotnictví. Jsou zde uvedeny kompetence sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví a etické normy, které jsou pro tuto práci velmi důležité.

Šestá kapitola pojednává obecně o ostatních zdravotnických povoláních.

Sedmá kapitola se zabývá kultivací vztahů mezi lidmi, což je důležité právě u zdravotnických povolání.

Výzkumná část této diplomové práce je zaměřena na vliv psychického vyhoření na komunikaci a na mezilidské vztahy sociálních pracovníků a ostatních zdravotnických profesí. K tomuto výzkumu použila autorka dva dotazníky: Dotazník psychického vyhoření - BM a dotazník kvality mezilidských vztahů. Dotazníky přímo nedokazují, jaké jsou ve zkoumaných skupinách vzájemné vztahy, ale to, jak jsou tito pracovníci dobře připraveni na vzájemnou funkční komunikaci.

„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Patří tedy k základní bio – sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší ...“

(LINHARTOVÁ, 2007, s. 11).

1 KOMUNIKACE

Tato kapitola se zabývá pojmem a vývojem komunikace. Je zde popsán vývoj a osvojování jazyka a také návod na funkční komunikaci a sociální zdatnost.

1.1 Pojem komunikace

Obsah pojmu komunikace jednak prodělal vývoj v čase, jednak se liší podle vědy, z jejíhož úhlu pohledu k tomuto pojmu přistupujeme. Uvedeme si několik takových pohledů.

Toto slovo pochází z latiny: „communicatio“ a původně znamenalo „vespolné účastnění“ (PRAŽÁK aj., 1948, s. 258), communicare jako sloveso pak „činit něco společným, sdílet se s někým o něco“ (tamtéž, s. 259).

1.1.1 Vývoj obsahu pojmu komunikace v čase

Co se týče vývoje slova komunikace v čase, je původ tohoto slova primárně zakotven v materiální oblasti a teprve později se postupně dostal i do slovní výbavy věd humanitních jako celá řada dalších slov. Jako doklad tohoto vývoje uvádím význam komunikace ze staršího slovníku, kde je jen „doprava, spojení“ (POKORNÝ, 1937, s. 147) a žádný další význam. Později již má komunikace více významů: „1. veřejné dopravní prostředky, veřejná doprava, spojení styk, dorozumívání, 2. prostor sloužící ke spojení dopravními prostředky, dopravní cesta, 3. filozoficky individualistický názor blízký existencialismu a personalismu chápající styk mezi lidmi jako vzájemné souvislosti vybudované na odlišnosti a neopakovatelnosti jednotlivé osobnosti ...“ (KLIMEŠ, 1981, s. 359). Naučný slovník současnosti pak uvádí tyto významy slova komunikace:

1 spojení, 2 přenos, sdělování výměna informací, 3 veřejná doprava, dopravní cesta (LINHART aj., 2004, s. 201).

1.1.2 Přístup k obsahu pojmu komunikace podle jednotlivých věd

Nyní se ještě podíváme, jak definují komunikaci různé vědy.

Technické vědy definují komunikaci dvojím způsobem. První definice říká, že komunikace je *„hmotě vymezené dopravní spojení pro pohyb dopravních prostředků, chodců a zvířat n. k dopravě těles, kapalin, plynů, energie popř. pro přenos zpráv ...“* (Technický naučný slovník, 1982, s. 164). Druhá definice se týká výpočetní techniky a říká, že komunikace *„je informační spojení dvou n. více systémů. Předpokladem efektivní komunikace je shoda parametrů“* (tamtéž).

Přístup filosofie k pojmu komunikace potvrzuje názor vyslovený v minulé podkapitole, že humanitní vědy zařadily do svého slovníku tento pojem až později.

Tak např. Josef KRATOCHVÍL aj. (1937, s. 315) tento pojem vůbec neuvádějí, přestože je to slovník důkladný a podrobný, naopak Jan SOKOL (1998) uvádí tuto definici u pojmu komunikace: *„... takové vzájemné jednání mezi lidmi, jehož cílem je porozumění. Ve společnosti rovných je nezbytnou podmínkou koordinace činností, kooperace, rozdělování. V běžném smyslu sdělování, přenášení informací“*.

Sociologie charakterizuje komunikaci jako *„proces předávání informací. 1 Přenos informace mezi lidmi ... při kterém je sdělení předáváno od adresanta k adresátovi. 2 V systémové teorii informační propojení systémů, takže výstupy jednoho systému jsou zároveň vstupy druhého systému 3 Soc. operace sestávající z informace, sdělení a pochopení ...“* (JANDOUREK, 2001, s. 126).

Psychologie považuje komunikaci za *„1 dorozumívání, sdělování ... není specificky lidským jevem, existuje i u živočichů na rozdíl od jazyka 2 v psychologii především přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé ...“* (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 265).

Hledisko sociální práce jasně a srozumitelně vyjadřuje Matoušek. Komunikace je *„obecné sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech*

jiného druhu. V případě sdělování informací mezi lidmi zahrnuje termín komunikace všechny sdělovací prostředky ... Komunikace má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou ...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 92).

Všeobecně je tedy komunikace definována jako podávání informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalšími neverbálními projevy. V podstatě je to sociální proces, při kterém dochází k předávání informací, slov, významů, ale také pocitů, myšlenek, vztahů, na základě čehož se lidé vzájemně poznávají a obohacují.

Pro pochopení správné komunikace, při sdílení informací a zpráv je důležité vzájemně porozumět účastníkům komunikačního procesu (ŠPATENKOVÁ a KRÁLOVÁ, 2009).

„Každá lidská komunikace je ovlivněna mentálními reprezentacemi účastníků, a to jak uvědomovanými, tak mimovědomými, stereotypizovaným posuzováním druhých lidí, kontextem či řadou kontextů komunikace a celkovými sebepojetími jednotlivých účastníků“ (VYBÍRAL, 2009, s. 20) .

Zmiňovaný autor uvádí ve své knize, že komunikaci vědecky rozebírají jazykovědci v rámci psycholingvistiky a sociolingvistiky, dále kulturní a sociální antropologové a etnologové. Dále píše, že má důležitou pozici ve filosofii jazyka, logice, v psychologii hry, soudobých kognitivních vědách (např. umělé inteligenci), ale také v neurofyzilogii. Autor upozorňuje, že se na praktickém rozboru komunikace podílejí psychoterapeuti, kteří vytvořili ucelené koncepce vývoje vztahu, vedení rozhovoru atd., i trenéři efektivní komunikace za účelem zvýšení úspěšnosti marketingových či politických strategií. Autor dodává, že mezi další badatele komunikace patří sociologové a představitelé kulturních studií zaměřených na masovou kulturu, na imagologii (vytváření novodobých symbolů, ikon, kultů, mód), na komunikaci politiků, propagandu, analýzu novin, televize a reklamních taktik.

Žantovská se zabývá rétorikou jako komunikačním prostředkem. Současná rétorika je o komunikaci člověka k člověku. Nejlépe se hovoří ke známému publiku, nebo které je předem definované buď demograficky, sociálně či věkově (ŽANTOVSKÁ, 2008).

1.2 Komunikace v ontogenetickém vývoji

Všeobecně se ví, že člověk se rodí nezralý a pro svůj vývoj potřebuje mnoho času. Jedná se o celoživotní vývojový proces. Každý jedinec je zcela individuální. Vývoj jedince je závislý na vnějších a vnitřních vlivech, které na něj působí po celý život. Každý z nás prochází svým vývojem, který je velmi náročný. Pro pozitivní rozvoj jedince je důležitý zdravý tělesný, smyslový, kognitivní a sociální vývoj. Komunikační dovednosti jsou podmíněny geny, prenatálními vlivy, průběhem porodu a prostředím. V komunikaci rozlišujeme verbální informace (slova), paralingvistické projevy a neverbální zprávy (řeč těla). Neverbální komunikace je fylogeneticky i ontogeneticky starší než komunikace verbální. Verbální komunikace je ve své slovní podobě vždy doprovázena neverbální, avšak komunikace neverbální může být bez verbální. Verbální i neverbální komunikace je také ovlivněna kulturou (NAKONEČNÝ, 1999). Autor uvádí, že každá kultura má svůj daný systém komunikace, který obsahuje nejen jazyk, ale i specifická gesta a způsoby chování, které mohou být svým významem příslušníkům jiných kultur nesrozumitelné.

1.3 Vývoj a osvojování jazyka

Vývoj komunikační schopnosti patří k nejzajímavější fázi v životě člověka. Vývoj řeči jedince není samostatný proces, ale souvisí s vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení a také s jeho socializací. Vývoj řeči je u každého jedince individuální a variabilní. Řeč je pro člověka velmi důležitá. Díky řeči se lišíme od ostatních tvorů. FILČÍKOVÁ – HERFORTOVÁ a SOVÁK (1980, s. 10) uvádějí, že se členem lidské společnosti stane dítě v tom okamžiku, kdy do ní vrostle svou řečí a člověk se ve společnosti nadále udržuje schopností vzájemného sdělování.

Již v těhotenství maminka s dítětem komunikuje. Každá myšlenka směřující k dítěti je komunikací. Jakmile se začnou rozvíjet smysly, rozšíří se i možnosti komunikace. LECHTA a kol. (1990) popsal určité projevy související s vývojem řeči v prenatálním období, kdy ve 12. týdnu těhotenství je možné pozorovat polykací pohyby, v pátém měsíci embryonálního života tak zvané „kvílení – vagitus

uterinus“, v šestém měsíci se objevuje „křičení“, v 7. měsíci cucání palce a ve 27. týdnu první sluchové reakce. „*Jedním z prvních projevů člověka na světě je primitivní nepodmíněný hlasový reflex – křik*“ (LECHTA a kol., 1990, s. 280).

Kojenec je vybaven svými instinkty k tomu, aby navazoval vztahy s lidmi. Nejlépe se cítí v náruči maminky. Citové vztahy významně podněcují dítě k mluvení. Dává přednost lidské řeči před jinými zvuky. Dokáže rozlišit blízké osoby od ostatních. Komunikuje prostřednictvím očí a úsměvu. První řeč začíná broukáním a žvatláním. LECHTA a kol. (1990) uvádí, že tu jde především o osvojování zručnosti, návyků, dozrávání funkcí atd., na kterých se později vybuduje skutečná řeč dítěte.

DENNETT a PEREGRÍN (1997, s. 142) se pokusil určit následující fáze v „jazykovém životě“ nejmenšího dítěte (sám podotýká, že jde o hypotézu):

- Fáze první: slova jsou pro malé dítě nejprve jen zvuky.
- Fáze druhá: tyto zvuky se opakují ve stejných situacích („Horké! Nesahej na kamna!“).
- Fáze třetí: dítě začne zvukově napodobovat („Hoké! Ne, ne“), přičemž nemá ponětí, co tato slova znamenají. Často pozorujeme, že rádo mluví samo k sobě a naučená slova = zvuky si opakuje jako jakousi „mantru“.
- Fáze čtvrtá: už umí slova „umístit“ (vyslovit) ve správném kontextu (odpozorovalo to, nebo odposlouchalo). Tak dítě dospívá k tzv. *polochápanému samokomentáři* (DENNETT a PEREGRÍN 1997; VYBÍRAL, 2009).

Novopozitivist Alexander Russel říkal, že zvládnout jazyk je pro dítě takovou přirozeností, jako se naučit chodit. Tento autor dále uvádí schopnosti, které si dítě musí osvojit v tomto pořadí:

- I. porozumět slyšenému slovu za přítomnosti objektu,
- II. porozumět slovu za nepřítomnosti objektu,
- III. promluvit slovo za přítomnosti objektu,
- IV. promluvit slovo za nepřítomnosti objektu.

Osvojování si jazyka je dost náročný proces, který probíhá v bouřlivém období u dítěte asi mezi 18. a 36. měsícem. V tomto období se dítěti rozšíří slovní zásoba čtyřicetinásobně. V dalším období se slovní zásoba rozšiřuje nejen o aktivní, ale i o pasivní slovní zásobu, které rozumíme, ale málo ji používáme. Psychologové řadí pasivní slovník mezi základní kritéria inteligence. Lze říci, že děti dnes více rozumí pojmům dospělých v důsledku televize, internetu, reklam a dalších médií. Naopak dospělým klesá schopnost porozumět aktivnímu jazyku dospívajících (cit. dle VYBÍRALA, 2009, s. 114).

1.4 Funkční komunikace

Funkční komunikace je zdravá komunikace či kvalitní komunikace. Tato komunikace se podílí z velké části na prožitku celkové kvality a smysluplnosti našeho života (VYBÍRAL, 2009). K funkční komunikaci patří to, že komunikující na podnět hned reaguje a nečeká s tím na později.

Je důležité znát pro dobrou funkční komunikaci stanoviska, slovník, ale i mimoslovní soubor slov toho druhého.

Přiměřený zájem o druhého prohloubí v partnerech kladné pocity a vyvolá důvěru a oba mají tendenci říci o sobě více. Svůj zájem o druhého projevíme tím, když mu pozorně nasloucháme, jsme trpěliví k jeho sdělení, když náš pohled je přátelský a náš hlas je přívětivý. Už za malý pokrok v komunikaci signalizujeme pochvalu, či povzbuzujeme a sdílíme s druhým nejen předmět hovoru, ale i emoce. Je důležité při komunikaci tváří v tvář neopomenout kontakt z očí do očí. Profesionál (např. psychoterapeut) nebo životní partner se dokáže vyladit na komunikaci a přijímá sdělení bez rušivých elementů.

Pro zdravě vyvážený dialog i komunikaci ve skupině je důležité sdílení motivace k předmětu hovoru a reciprocita.

Významný je i humor, kdy se mají pouze používat humorně odlehčená témata, která napomáhají vytvářet uvolněnější atmosféru. Je důležité vědět, že existují dvě funkce humoru a to tlumící a posilující, které mají odlišný vliv na vztah. Na tuto problematiku již upozornili MAREŠ a KŘIVOHLAVÝ (1995).

Optimismus, střídavý humor a entuziasmus patří mezi složky štěstí, tyto charakteristiky činí také člověka přitažlivějším pro druhé (VYBÍRAL, 2000). Autor upozorňuje, že humor vyžaduje určitou úroveň sociální inteligence, schopnost odhadnout vhodnost situace a posoudit naladění partnera.

Je nevhodné mít na spolu komunikujícího mnoho požadavků. Neměli bychom ho příliš kritizovat. Při vyjadřování zklamání bychom situaci neměli příliš rozebírat, neustále připomínat, vyčítat, nebo vyvozovat ukvapené závěry.

Znakem funkční komunikace je její otevřenost. Funkční komunikace neomezuje emoce, poznávání a postoje, nic nepředpisuje a nestanoví nesplnitelné podmínky. Využívá se zde tolerance, empatie a ohledů. Snažíme se komunikovat konzistentně (tj. obdobně), nevybočovat z daného rozhovoru a udržovat jeho původní směr.

Každá funkční komunikace by měla mít na konci své shrnutí, uzavření a úplné uvolnění (VYBÍRAL, 2000).

Ovládat funkční komunikaci je zvláště důležité pro sociálního pracovníka a vůbec i pro všechna pomáhající povolání.

1.5 Konverzace a komunikace

Komunikace je základním prvkem sociální interakce (HAYESOVÁ, 1998). Sociální interakce se skládá z třístupňového procesu komunikace, která v každém stupni vyžaduje odlišný soubor dovedností.

1) Vnímání sociální situace (percepční dovednosti):

- a) naslouchání druhému – slovní i mimoslovní obsahy,
- b) zhodnocení kontextu,
- c) možnosti vlastního zkreslení díky náladě nebo předpojatosti.

2) Zpracování situace (kognitivní dovednosti):

- a) krátkodobé a dlouhodobé zájmy,
- b) vnitřní formulace odpovědi – několik možností,
- c) zvážení dopadu na druhého a důsledku jednotlivých možností,
- d) výběr optimální odpovědi.

3) Vyjádření se (expresivní dovednosti):

- a) slovní obsahová složka,
- b) formální paralingvistická a mimoslovní složka (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007).

Správně zvolená slova, tvoření vět a větších smysluplných celků dává význam naší společné komunikaci s druhými. Je však důležité, jak se co říká. Do účinné komunikace patří mimo obsahu také neverbální projev. Mezi neverbální chování patří přiměřený výraz tváře, gesta, postoje, oční kontakt a vzdálenost mezi komunikujícími lidmi. Neopomenutelná je i síla hlasu, plynulost a tempo řeči, citový projev, tón a přestávky v odpovědích. Jedná se o soubor dovedností umožňující nám sdělit druhým, jak se cítíme, co prožíváme, co od nich potřebujeme. Mluví se o sociálních dovednostech, kterými by měl být schopen člověk přirozeným způsobem vyjadřovat své potřeby, mluvit o svých pocitech či záměrech a brát přitom ohled na potřeby jiných.

Sociálními dovednostmi by měli disponovat i všichni, kteří pracují v pomáhajících profesích.

2 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY

V této kapitole se čtenář seznámí s interpersonálními vztahy z pohledu sociální psychologie. Poněkud podrobněji se zde proberou druhy interpersonálních vztahů a také interpersonální vztahy v pracovní skupině. Následuje rozbor malé skupiny, do které patří i pracovní tým. Nakonec se zabýváme konfliktem a jeho řešením.

2.1 Interpersonální vztahy a sociální psychologie

NAKONEČNÝ (1999) ve své knize uvádí, že v sociální psychologii jde hlavně o mezilidské (interpersonální) interakce, kde se jedná o interakci mezi jedincem – jedincem a mezi jedincem - malou skupinou (míní se tím shromáždění jedinců, kteří se vzájemně znají, jako např. v zaměstnání). Pro interpersonální vztahy je důležitý zvláště obor psychologie, který zkoumá individua, a obor sociologie, který se zaměřuje na sociální celky. Ty mají společná východiska ve svém původu, protože jedinec i lidská skupina jsou produktem společenského života. Při zkoumání tohoto předmětu zájmu se uplatňuje psychologie, sociologie a kulturní antropologie.

Veškerá sociálně - psychologická vědecká zkoumání se vztahují i k určitému kulturnímu prostředí, protože v něm existují kulturně specifické sociální situace a vyznávají se hodnoty, které se v prožívání člověka a v jeho chování uplatňují. Rodinná výchova se snaží o to, aby dítě umělo žít v konkrétním kulturním prostředí, osvojilo si určité role a podřídilo se žadaným normám a standardům dané kultury. Pro soužití každého lidského společenství platí určitá pravidla a morální kodexy.

Sociální psychologie vychází ze strukturování lidské psychiky, kde psychický vztah se považuje za souhrn intrapsychických procesů, na něž má vliv interakce osobnosti s jejím okolím. Sociální psychologie se zajímá o vnější faktory tvořící sociální situaci, která se vytváří přítomností individua či individuí stejného druhu, popřípadě jejich chováním. Vzájemná reakce individuí se nazývá **sociální interakce** (někdy stačí pouhá přítomnost jiného individua).

Vědomí nestimuluje ani nereguluje chování, ale v něm se pouze situace odráží. Psychická regulace chování je komplexní intrapsychický fenomén. Sociálně - psychologické jevy tvoří systém rozpracovaný do určité soustavy empiricky

založených konstruktů. Soustava sociální psychologie má dvě východiska, a to genezi sociálního já a sociální interakci. První vysvětluje vývoj dítěte v sociální bytost a druhá je výsledkem analýzy toho, co běží v myslích partnerů interakce a jaké formy má tato interakce. Obojí tato hlediska pak mají jednotný rámec (NAKONEČNÝ, 1999).

2.2 Sociální zdatnost

Jedná se o soubor dovedností umožňující nám sdělit druhým, jak se cítíme, co prožíváme, co od nich potřebujeme (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007). Sociální dovednost je taková schopnost člověka, která dokáže přirozeným způsobem vyjadřovat své potřeby, hovořit o svých pocitech a záměrech a současně brát ohled na potřeby druhých. Tento způsob chování často vede k posílení od druhých lidí a zpětně k nárůstu sebedůvěry. Sociální dovednosti používáme v provozních činnostech, mezi které patří vyřizování záležitostí na úřadech, vyhledat si zaměstnání, ale i vycházet s nadřízenými či podřízenými. Tyto dovednosti používáme i v osobním životě. Díky tomu dokážeme sdělit blízkému člověku, jak se s ním cítíme, co od něj vyžadujeme, umíme vyslechnout jeho trápení a dokážeme ho povzbudit v době, kdy sami vnímáme, že to potřebuje.

2.3 Druhy interpersonálních vztahů

Termínem „osobní vztahy“ pro označení jedince k nejbližším osobám se zabývá výzkum osobních vztahů, který tvoří most mezi sociologií a psychologií. Osobní vztahy jsou ovlivňovány osobními a sociálními faktory a mají svou vnitřní dynamiku a zpětně ovlivňují jak osobní, tak sociální sféru. Základním faktorem života v rámci kultury je sociální vztah. Tento vztah mezi dvěma individui bývá tehdy, když existence či aktivita jednoho ovlivňuje jednání a psychický stav druhého.

2.3.1 Dělení interpersonálních vztahů

Thibault a Kelley rozlišují tyto sociální vztahy:

- 1) **Dyadické sociální vztahy**, které jsou tvořeny dvěma jedinci.
- 2) **Komplexní sociální vztahy**, které jsou tvořeny více než dvěma jedinci.

Důležitým prvkem sociálního vztahu je sociální akt (např. vztah matka–dítě při kojení, vztah rodič–dítě při trestání či odměňování). Tento akt je sociální vztah vyjádřený v chování (cit. dle Interpersonální vztahy. *Wikisofia*, [2014]).

Sullivan dělí interpersonální vztah na dvě základní úrovně a to:

1. **Úroveň reálného (objektivního) vztahu**, je vztah takový, jaký objektivně je.
2. **Úroveň personifikovaného vztahu**, je to vztah subjektivně viděný, cítěný a interpretovaný. Personifikace je souhrn pocitů, postojů a koncepcí, které se tvoří ze sociální zkušenosti, jež má jedinec o sobě samém a o osobách, se kterými přichází do kontaktu. Objektivní a personifikovaný vztah mohou být v rozporu (cit. dle Interpersonální vztahy. *Wikisofia*, [2014]).

Hlavní důraz klade tedy Harry S. Sullivan na interpersonální chování. Poruchy chování vznikají v souvislosti se zhoršením vztahů mezi lidmi. Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba uspokojení a potřeba bezpečí. Úzkost má stěžejní význam ve vzniku poruch chování (cit. dle KRATOCHVÍLA, 2006, s. 43).

Duck upozorňuje na ovlivnění sociálních vztahů podle **sociální přitažlivosti**, která je krátkodobá a ovlivňující členství v sociálních skupinách (cit. dle Interpersonální vztahy. *Wikisofia*, [2014]). **Mezilidská/interpersonální přitažlivost** je založena na hlubší znalosti osobnosti druhého jedince a jeho pohledu na svět. Při navazování vztahů vytvoříme mnoho neverbálních signálů: může vzniknout jistá dvojznačnost těchto signálů, což nám i pomáhá se vyhnout riziku odmítnutí.

Přístupy ke vztahu lze rozdělit do dvou základních teorií:

- 1) **Teorie sociální směny**, což je pojetí sociální interakce jako sociální výměny hodnot. Každé sociální jednání je podle této teorie možno pochopit a vysvětlit jako směnu vzájemně výhodných, různých typů lidských činností (*Leccos*, Teorie sociální směny, [2014]).

Thibaut a Kelly vytvořili model sociální směny sloužící k porovnání dlouhodobých vztahů (cit. dle Interpersonální vztahy. *Wikisofia*, [2014]). Tyto vztahy (sem patří i přátelství a láska) procházejí čtyřmi stádii a to:

- a) Vybírání, kdy se zjišťují odměny a ceny vztahů k různým lidem.

- b) Vyjednávání, kdy zpočátku vztahu experimentujeme s podáváním a získáváním různých druhů odměn.
- c) Vyjednávání, kdy se již zajímáme o vztah samotný.
- d) Institucionalizace, kdy si již zvykneme na vztah a stanovíme si normy a společná očekávání.

2) **Teorie rovnosti** (equity theory), která vznikla z teorie sociální směny. Větší váhu zde má vnímaná férovost toho, co probíhá mezi zúčastněnými stranami. Hlavní úlohu zde má rovnováha, kterou si vztah musí vytvořit. Teorie rovnosti je shrnuta do čtyř principů:

- 1) Lidé se ve vztahu snaží maximalizovat odměny a minimalizovat nepěkné zkušenosti.
- 2) Odměny se mohou rozdělovat různým způsobem a pár nebo skupina si mohou tento postup určit.
Pokud je vlastní systém spravedlivý (férový), má to za následek soulad, pokud je systém rozdělování nerovný, nastává stres.

Dalším rozlišením je **dimenze** (rozsah) vztahu. **R. A. Hinde** sestavil osm dimenzí, ze kterých lze vycházet při popisu a vysvětlování vztahu:

- 1. **Obsah** toho, co lidé ve vztahu spolu dělají.
- 2. **Rozmanitost** čili různost činností účastníků vztahů.
- 3. **Kvalita**, což znamená přístup účastníků k obsahu vztahu.
- 4. **Frekvence a organizace** je častost a systematicklost vzájemných činností.
- 5. **Reciprocita a komplementarita** představuje to, zda se ve vztahu střídají role, či si vzájemně doplňují chování.
- 6. **Intimita** znamená to, do jaké míry si partneři ve vztahu říkají svá tajemství a mluví o osobních věcech.
- 7. **Interpersonální percepce** je situace, jak partneři vnímají navzájem svou povahu a jak interpretují činnost druhého.
- 8. **Závazek** je stav, jak silně se partneři cítí oddáni jeden druhému či vztahu mezi sebou (cit. dle Interpersonální vztahy. *Wikisofia*, [2014]).

2.3.2 Osobní vztahy

Kelleyho teorie vzájemné závislosti je míněna jako interakce mezi partnery a chápe ji jako nejdůležitější znak blízkých vztahů. Tato teorie vychází z teorie sociální směny. Podle něho jedinci vstupují do interpersonálních vztahů a udržují je pro svůj prospěch (zisk), jež jim vztah přináší. Účast v interakci přináší jedinci pozitiva i negativa. Hlavními pojmy jsou: zisk - odměna, užitek, prospěch, cena - negativa, náklady, oběti. Cenu charakterizuje míra vynaloženého úsilí, intrapsychických konfliktů a ztrát, negativních emocí, které jedinec do vztahu vkládá (investuje) pro jeho udržení. V úvahu se berou i širší souvislosti, jako jsou pocit odpovědnosti za realizaci zájmů a cílů partnera, dlouhodobější perspektivy vztahu a vlivy sociálních norem. Uvádí čtyři základní vztahové charakteristiky:

1. **Stupeň závislosti** je rozsah, v jakém je individuální prospěch (zisk) závislý na partnerovi a na společných aktivitách.
2. **Vzájemná závislost** je míra souladu závislosti na partnerovi, která může a nemusí být pro oba partnery stejná.
3. **Totožnost žádaných výsledků** je míra souladu v upřednostňování stejných, společně dosažených zisků.
4. **Báze závislosti** je stupeň vzájemné kontroly partnerů a jejich chování. Pouhý vztah oba partneři vnímají a hodnotí určitým způsobem, a to ze dvou úrovní:
 - Úroveň spokojenosti, kdy se jedná o pozitivní hodnocení vztahu.
 - Úroveň závislosti, která se týká míry dosahování pozitivních výsledků a uspokojování potřeb závislé na partnerovi (cit. dle VÝROSTA a SLAMĚNÍKA, 1997).

Tyto vztahy jsou ovlivňované osobními i sociálními činiteli, mají vlastní vnitřní dynamiku, což ovlivňuje zpětně osobní i sociální sféru.

Za blízké lze považovat vztahy, prostřednictvím kterých jedinec ovlivňuje osoby jiné a to často, významně a v různých sférách činnosti. Relativně dlouhý čas posouzení vztahu se děje na základě měření blízkosti, které lze provést například dotazníkem RCI (Relationship closeness inventory), sestavené dle Kelleyho výzkumů Berscheidovou, Snyderem a Omotem. Oni rozlišují čtyři základní dimenze:

1. Frekvence, která určuje čas, který partneři spolu stráví tváří v tvář v určité situaci.
2. Diverzita je množství různých činností, které společně partneři dělali v průběhu uplynulého týdne.
3. Síla posuzována jako rozsah, v jakém se partneři vzájemně ovlivňují při svém chování, rozhodování a plánování.
4. Doba trvání vztahu - tato dimenze je i metodologickým problémem a nemá velký význam (cit. dle VÝROSTA a SLAMĚNÍKA, 1997).

2.3.2.1 Blízkost v osobních vztazích

Kelley za blízké bere ty osobní vztahy, jejichž prostřednictvím osoba ovlivňuje jiné osoby značně, silně, v jiných sférách činnosti a relativně dlouhou dobu. Mezi blízké vztahy patří např. přátelské vztahy, rodinné vztahy. Elementy pro určení blízkosti vztahů jsou např. láska, péče, opora. Blízké vztahy jsou takové, v jejichž obsahu nalezneme lásku, porozumění, vzájemné uspokojení potřeb a minimální obsah negativního prožívání.

2.3.2.2 Závazek v osobních vztazích

Caryl E. Rusbultová a B. P. Buunk vytvořili teorii, která považuje za hlavní pojem závazek (commitment). Podstatou je myšlenka, že závislost na partnerovi je subjektivně prožívaná jako závazek. Je to psychický stav, který celkově reprezentuje zkušenost závislosti v blízkém vztahu. Jedinci se silným prožíváním závazku mají velkou potřebu udržení blízkého vztahu k partnerovi. Autoři identifikují tři zdroje takového prožívání:

- a) Prožívání závazku vůči partnerovi ovlivňuje úroveň uspokojení vlastních potřeb.
- b) Pokud blízký vztah k některé osobě uspokojuje naše potřeby lépe nežli jeho nepřítomnost, pak je to velký důvod pro jeho zachování. Jedinec prožívá silnější závazek tehdy, když ví, že ostatní možnosti vztahů budou horší. Hlavní příčinou ukončení blízkého vztahu je objevení se atraktivnějšího partnera.

- c) Dalším zdrojem závazku ve vztahu k partnerovi je míra investic (cit dle SLAMĚNÍKA, 2011, s. 112 – 114).

2.3.2.3 Kontext osobních vztahů

Popisuje sociální kontext (souvislost), kde se osobní vztahy realizují, je brán jako třístupňové schéma:

- 1) Dyáda,
- 2) Rodina,
- 3) Kultura.

Fyzikální kontext, kdy se jedná o pohled na vnější podmínky pro život partnerů.
Transakční přístup, kdy se zdůrazňují oba kontexty: lidé i sociálně-psychologické jevy jsou zasazeny do fyz. i soc. kontextu.

2.3.2.4 Intimita v osobních vztazích

Tomuto fenoménu se věnoval např. Sullivan. Typické znaky definic intimity:

1. Intimita je překročením hranice, za kterou se nacházejí privátní zóny jedince.
2. Intimita vlastně znamená sebeodhalování.
3. Intimita znamená vyjádření nejhlubších citů jiné osobě.
4. Intimita je synonymem blízkosti dvou lidí.

2.3.3 Faktorová analýza a osobní vztahy (ŠKALOUDOVÁ, 2010).

Jsou to přístupy, pro které je charakteristické, že se zaměřují na odhalení struktury.

Foa – teorie výměny zdrojů

Vztah je možné charakterizovat výměnou šesti základních zdrojů mezi zúčastněnými osobami a to:

- 1) **Láska**, kdy se prokazuje tomu, kdo je přitažlivý, protikladem je láska k penězům.
- 2) **Status** je situace, kdy respektujeme druhého, avšak protikladem je zboží.
- 3) **Informace** je to, když se dělíme o informace a protikladem jsou služby.
- 4) **Peníze**, což je finanční podpora druhého.

- 5) **Zboží**, což znamená obdarování druhého.
- 6) **Služby** znamenají, že se dělá práce za druhého.
- 7) **Partikularismus** znamená, že se prosazují dílčí zájmy před zájmy obecnými.
- 8) **Konkrétnost**

Fiske – teorie relačních modelů

Jsou čtyři kognitivní modely, které vedou vztahy dvou osob. Spíše se zabývá pravidly a principy, kterými se vztahy řídí. Jsou to tyto vztahy:

1. **Vztahy řízené modelem obecných podílů**, které jsou založené na rovnocennosti a kolektivnosti, kdy se odlišnosti ignorují.
2. **Vztahy řízené modelem rovnocenných soupeřů**, které jsou založené na striktní reciprocitě (vzájemnosti) a rovnocenné výměně (vztahy mezi spolupracovníky).
3. **Vztahy řízené modelem pořadí autority**, které jsou asymetrické a založené na nerovnosti a hierarchii (vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem)
4. **Vztahy řízené modelem tržní ceny**, které jsou založené na rozumové kalkulaci o osobní ceně a zisku (obchodní vztahy) (cit. dle VÝROSTA a SLAMĚNÍKA, 1997).

2.4 Interpersonální vztahy v pracovní skupině

Jakékoliv zařazení člověka do pracovní skupiny je dost náročný proces. Je velmi důležité, ale velmi náročné, umět se zařadit do kolektivu a spolupracovat na plnění úkolů. Ten, kdo se neumí zařadit do pracovního procesu, bývá nespokojený a může u něj dojít až ke zdravotním potížím a někdy i k poruše psychiky. Nepříznivá atmosféra na pracovišti velmi výrazně ovlivňuje pracovní morálku (Jedinec v pracovní skupině. *Universitaonline*, 2014).

Z pohledu pracovní morálky je zajímavé, že silné kladné vzájemné vztahy mezi spolupracovníky vytvářejí buď velmi vysokou či naopak nízkou pracovní morálku. Pokud jsou na jednom pracovišti lidé se vzájemně negativními vztahy, a přitom nemají možnost navazovat vztahy s jinými lidmi, tak mohou změnit v krátké době svůj negativní postoj ke spolupracovníkům.

Lidé mají schopnosti v zastávání určitých rolí ve společnosti a to:

- role spjaté s **úkoly a s prací** skupiny,
- role pojící se k **vytváření a stabilizaci** skupiny a k její náplni,
- role spojené s **uspokojováním vlastních potřeb**.

Ve skupině také dochází u některých jedinců k **izolaci** a to:

- U jedinců, kteří jsou nadprůměrně inteligentní.
- U jedinců, kteří jsou neurotičtí, a proto nemají s druhými přátelské vztahy.

Mezi některými jedinci se mohou vytvářet vzájemné vztahy v důsledku vzájemné sympatie nebo antipatie, a které rozlišujeme na základě:

- silné vzájemné sympatie,
- sympatie pouze jednostranná,
- současně sympatie a antipatie,
- vzájemně chybějících vztahů,
- antipatie jednostranná,
- vzájemné antipatie.

Kvalita těchto vztahů je velmi nestálá, proměnlivá, závisí na mnoha okolnostech.

Rozlišujeme tyto **interpersonální vlastnosti osobnosti**.

- 1) Dominance, kdy jedinec je sebejistý, s vysokým sebevědomím, který rád radí, a má potřebu si měřit své síly s druhými. Od druhých lidí vyžaduje respekt, úctu a pro všechny je autoritou.
- 2) Podrobivost je stav jedince, kdy u něj vládne nejistota, strach, vyhýbá se odpovědnosti a raději uvolňuje pozici jiným lidem. U druhých lidí vyvolává sebezvýrazňování.
- 3) Egocentrismus je stav sebelásky, soběstačnosti, rezolutnost při jednání, projevuje se sebeprosazováním a má zájem o svou prestiž i autoritu. U druhých lidí vyvolává podrobivost.
- 4) Závislost, kdy je jedinec poddaný, obdivuje jiné a sám dbá o společenské zvyklosti. U druhých lidí vyvolává silné a pomocné vedení.

- 5) Agresivita, kdy jedinec je tvrdý, chladný, bezohledný a chce být postrachem až sadistou. U druhých lidí vyvolává také podrobnost.
- 6) Mírumilovnost, kdy jedinec má kompromisní postavení a je ceněn v každé společnosti. U druhých lidí vyvolává přátelskost.
- 7) Rezervovanost je to, kdy je jedinec nedůvěřivý, vyhýbá se normálním vztahům důvěry, lásky a blízkosti lidí. Pozitivní city u něj vyvolávají pocit ohrožení, a proto převládají pocity nespokojenosti. U druhých lidí vyvolává ignorování a odsuzování.
- 8) Hyperodpovědnost je stav, kdy se dotyčný snaží působit dojmem silného, vyrovnaného a přátelského jedince. Druhé lidi považuje za přátelštější, nežli doopravdy jsou. U druhých lidí vyvolávají závislost a respekt (KOHOUTEK, 2000; KOHOUTEK, 2008).

2.5 Malé skupiny – pracovní tým

Malé skupiny tvoří osoby, které se vzájemně znají, spolu komunikují a formálně či neformálně je spojuje stejný cíl (NAKONEČNÝ, 1999). Příkladem takové malé skupiny je i pracovní tým.

Tým musí dodržovat tyto základní podmínky:

- Různorodost a dočasnost pracovních úkolů.
- Autonomii (samostatnost, nezávislost).
- Vymezené role a zodpovědnost.
- Konflikty, které se probírají a následně řeší.
- Profesní heterogenita (různorodost).

Celý tým se vzájemně podporuje a vzájemně jsou empatičtí. Vzájemně se inspirují. Existuje jakási vzájemná závislost a návaznost týmových rolí (TOMOVÁ, 2011).

Týmovou práci a spolupráci negativně ovlivňuje:

- Vyhýbání se zodpovědnosti jednotlivých členů.
- Velké pracovní nasazení týmu bez viditelných výsledků.
- Dělení týmu na podskupiny.

- Zděšení týmu z vlastních pracovních chyb.
- Neefektivní protahování porad (MIKULÁŠTIK, 2010).

2.5.1 Týmová role

Každý člen týmu má svou funkci a spolupracuje určitým způsobem. Týmová role je způsob, jakým se každý člen zapojuje do spolupráce s ostatními členy. Někdo se zaměřuje na udržování nových vztahů, další na plnění úkolů a jiný na kvalitu. Týmové role jsou závislé na osobnostních vlastnostech členů a na preferovaných potřebách, které jednotlivci do dané skupiny přinášejí (TOMOVA, 2011).

Rozeznáváme tyto základní týmové role:

- **Myslitel** – je tvořivý, je zdrojem nových a originálních myšlenek a otevřený novým nápadům.
- **Vyhledávač zdrojů** – vnáší do skupiny informace zvenčí, je to obchodník, diplomat, dokáže využívat i ukradené nápady, nemá výdrž a rychle ztrácí zájem.
- **Koordinátor** – je sebejistý, vyzrálý, vzbuzuje důvěru, podporuje rozhodování, stanovuje cíle skupiny a její program.
- **Formovač** – je dynamický, nervózní, vstřícný, impulzivní, emocionální, někdy podrážděný, hledá cesty, identifikuje myšlenky a aktivity týmu.
- **Kontrolor a vyhodnocovač** - je chladný stratég, analytik a kritik, téměř se nemýlí, zvažuje pro a proti, odvrací od nesprávné cesty.
- **Týmový pracovník** – je společenský, vnímavý, ochotný ke kompromisům, dovede naslouchat, povzbuzuje harmonické vztahy, nemá rád konflikty a urovnává vztahy mezi ostatními.
- **Realizátor** – je ukázněný, spolehlivý, konzervativní, dovede převádět plány týmu do proveditelné formy, vybírá si hlavní cíle a logicky je třídí.
- **Kompletovač** – je pečlivý, svědomitý až úzkostný, napravuje omyly, stará se o pořádek, sleduje termíny akcí a dodržování časového plánu.
- **Specialista** – jednostranně zaměřený, je specializovaným odborníkem ve své profesi, je téměř nenahraditelný (MIKULAŠTIK, 2010).

2.5.2 Pracovní skupina a její struktura

Skupina se skládá ze dvou a více členů. Je velmi náročné zařadit jednotlivé členy tak, aby společně efektivně spolupracovali a plnili společné úkoly. Každý jedinec je individuální se svými zájmy, vlastnostmi, zkušenostmi a má svá očekávání. Proces začlenění a vytvoření skupin je obtížný a lze jej rozčlenit do čtyř fází:

- 1) **Formování skupiny** – vzájemné poznávání členů skupiny, rozdělování rolí.
- 2) **Krystalizace skupiny** – probíhá ujasňování, upřesňování postupů, mohou se objevit konflikty.
- 3) **Vytváření skupinových norem** – problémy, které se zvládly, udržují soudržnost.
- 4) **Aktivní práce skupiny** – skupina věnuje pozornost svým cílům, hledá postupy a řešení problémů.

Při dosahování cílů dochází ke vzájemné komunikaci. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují formu komunikace. Záleží na tom, zda je ve skupině autoritativní osobnost a vůdce skupiny, který dohlíží na správné dosahování cílů a na funkční komunikaci. Efektivita komunikace a dosahování cílů závisí na vzájemné spolupráci všech členů skupiny (MIKULAŠTÍK, 2010).

Soudržnost skupiny ovlivňují následující faktory: fyzická blízkost, homogenita členů, komunikační možnosti, podobná práce, stejné či podobné zájmy, velikost skupiny – čím menší skupina, tím větší soudržnost.

Vedoucí skupiny je dominantní člověk se zkušenostmi, který se snaží dosahovat skupinových cílů. On sám stanovuje cíle a způsoby práce. Je iniciátorem a současně organizátorem. Měl by mít zodpovědnost za soudržnost skupiny a měl by pracovat jako ostatní, naslouchat a reagovat na nápady. Podřízení spolupracovníci by měli respektovat jistá pravidla z důvodu efektivity práce. Vedoucí skupiny chrání všechny členy před skupinovým nátlakem, který občas také slouží jako prostředek tlaku na jedince v době, kdy se stane obětí beránkem.

Skupinové myšlení má větší rozsah nežli myšlení jednotlivce. Skupiny, které postihuje skupinové myšlení, mohou mít nerealistická rozhodnutí, uzavírají se a

odmítají jiné alternativy. Skupinové myšlení může narušit rozhodování celé skupiny (MIKULAŠTÍK, 2010).

2.6 Konflikt a jeho řešení

Slovo **konflikt** je latinského původu *conflictus*, což znamená srážka. Konflikt je střetnutí dvou či více protichůdných snah, sil a tendencí. Dále je možné i uvést: spor, soupeření, soutěžení, neshoda, rozkol, nesoulad, svár aj., ale je nutné vždy přidat *dvou protichůdných sil*. Konflikt zájmů dvou lidí je takové střetnutí snah dvou lidí, kdy splnění přání jednoho buď zcela, či jen do určité míry vylučuje uspokojení druhé strany. Termín slova konflikt naznačuje rozkol, nesoulad a disharmonii. Pro vysvětlení tohoto slova se užívá různých termínů, protože se musí brát ohled na situaci, souvislosti, cíle dění, způsob boje a na etická hodnotící měřítko.

2.6.1 Dělení konfliktů

Konflikty dělíme dle rozsahu počtu osob, kterých se to týká, a dle psychologické charakteristiky střetávajících se tendencí (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Podle počtu zúčastněných osob se konflikt dělí do čtyř tříd:

- I. **Intrapersonální** , které jsou vnitřní, osobní konflikty jedné osoby.
- II. **Interpersonální** jsou konflikty mezi dvěma lidmi.
- III. **Skupinové** jsou konflikty, které jsou uvnitř dané skupiny lidí.
- IV. **Meziskupinové** jsou konflikty mezi dvěma skupinami lidí.

III. a IV. třída se může dále dělit podle toho, jestli jde o malé, či velké skupiny lidí. Malá skupina je soubor jedinců vídajících se tváří v tvář. **Konflikt jedince se skupinou** se považuje za zvláštní druh skupinového konfliktu.

Konflikt se dělí podle jeho psychologického charakteru, kdy se hodnotí různé aspekty. Konflikty jsou vždy **smíšeného typu**, ale dají se dělit dle velikosti dominance psychologické charakteristiky:

- A. konflikty **představ**,
- B. konflikty **názorů**,
- C. konflikty **postojů**,

D. konflikty **zájmů** (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.6.2 Fáze řešení konfliktu

V první fázi by měl účastník danou situaci zhodnotit ze svého pohledu a teprve potom zjistit, jaký to má dopad na něj, ale zatím bez vyvozování závěrů.

V druhé fázi by měli oba účastníci posoudit společně daný problém. Je to období, kdy si oba uvědomují rozdílné vnímání. Toto odlišné vnímání by se mělo respektovat, vyslechnout a dát jedinci v opozici zpětnou vazbu. Je vhodné využívat parafrázování na pochopení vzájemných postojů. Vzájemně se hledají odlišnosti, které se nahrazují kompromisy.

V poslední fázi se hodnotí oboustranná míra spokojenosti. Je možné, že se může situace opakovat, a proto je vhodné po čase ji přehodnotit (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

2.6.3 Základní pravidla zajišťující pozitivní výsledek

- Každý člověk má právo říci svůj názor.
- Každý člověk má právo na stejné časové vstupy.
- Nasloucháme i těm, se kterými nesouhlasíme.
- Musíme pochopit cíle druhé strany a také objasnit své vlastní cíle. Partneři konfliktu by se měli dozvědět, co očekává ten druhý, co je pro něj důležité.
- Nekřičet, neironizovat, neponižovat.
- Používáme parafrázování pro lepší pochopení myšlenek.
- Neponižujeme a neshazujeme oponenta a to, co je pro něho cenné.
- Nehodnotíme a nekritizujeme partnera, ale pouze čin, který máme na mysli.
- Mluvíme o aktuálním problému, nepřipomínáme staré prohřešky.
- Cílem není zvítězit, ale najít co nejefektivnější řešení problému, zjistit, který postup je lepší.
- Používat racionální sebekontrolu a nadhled.

V závěru diskuse je důležité najít cestu ke kompromisům prostřednictvím zdůraznění pozitivního názoru opozice. Je vhodné sebekriticky zhodnotit svůj negativní přístup. Je to jediná cesta, která slouží jako výzva k podobnému jednání druhého účastníka sporu (MIKULAŠTÍK, 2010).

3 PSYCHICKÉ VYHOŘENÍ

Kapitola seznámí čtenáře s problémem syndromu vyhoření. Zaměří se na příznaky syndromu. Pro brzké zmapování tohoto problému se uvádí stádia vzniku syndromu vyhoření. Následuje seznámení s rizikovými faktory a v závěru neopomenou ani prevenci této problematiky.

3.1 Pojem – syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření jinak „vyprahlosti“ nebo „vypálení“ je profesionální selhávání v důsledku vyčerpání, které vyvolávají zvyšující se požadavky od okolí či od samotného jedince. Vzhledem tomu dochází ke ztrátě zájmu a potěšení z činnosti, ke ztrátě ideálů, energie i smyslu a k negativnímu sebeocenení a postoji k povolání. Převážně se vyskytuje u profesí, kde podstatnou složkou pracovní náplně je práce s lidmi (KEBZA a ŠOLCOVÁ, 2003).

Křivohlavý píše o ztrátě profesionálního zájmu, osobního zájmu a empatie v pomáhajících profesích či o syndromu vyhoření jako výsledku procesu, ve kterém e lidé původně velmi intenzivně vyznávali určitou ideu. Jestliže se tato idea nenaplní, dojde k frustraci a následně i k pocitu vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

V zahraničí se používá slovo burnout, které pochází z anglického jazyka **burn out** a znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. V současné době jde o problém medicínský, protože burnout má negativní vliv na kvalitu života osob a má podobné příznaky jako některá duševní onemocnění. Světová zdravotnická organizace jej přidala do doplňkové kategorie diagnóz, a proto syndrom vyhoření není klasifikován jako nemoc.

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření jsou fyzické, psychické a sociální.

Psychické příznaky:

- jedinec má pocit, že jeho úsilí je neadekvátní vzhledem k nízkému výslednému efektu,
- pocit vyčerpání, kognitivní vyčerpání,
- útlum aktivity, snížená iniciativa a kreativita,
- nepřátelství, cynismus, negativismus,
- ztráta zájmu o obor, rutinní postupy,
- sebelítost, nedostatek uznání.

Fyzické příznaky:

- celková únava,
- vegetativní potíže – problémy se zažíváním, dýchací a srdeční obtíže, bolesti hlavy, vysoký nebo nízký tlak, poruchy spánku, celkové napětí organismu, závislosti - drogy, léky, káva, alkohol (ŠKRLA a ŠKRLOVÁ, 2003).

Sociální příznaky:

- útlum sociální aktivity, velká nechuť k vykonávání profese,
- nechuť k plnění úkolů,
- neplnění úkolů,
- nízká empatie,
- psychická „infekčnost“ – může dojít k nakažení ostatních kolegů (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

3.3 Stádia předcházející a navozující syndrom vyhoření

- 1) **nadšení** pro danou věc,
- 2) **stagnace** – vystřízlivění,
- 3) **frustrace** – negativní vnímání lidí,
- 4) **apatie** – lhostejnost, negativismus, nezájem, pocit, že je všechno k ničemu,
- 5) **exhausce** – úplné vyčerpání organismu, může dojít až k invaliditě.

3.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Nejčastěji uváděné rizikové faktory syndromu vyhoření jsou tyto:

- Elán, soutěživost, empatie,
- dnešní společnost, profese, monotónní práce, zvýšené požadavky na pracovní výkon,
- snížená asertivita, zvýšená zodpovědnost, neschopnost či nedostatek relaxace,
- snížené sebevědomí,
- snížené společenské uznání,
- nízké ekonomické ohodnocení.

Jako další ovlivňující faktory lze uvést stupeň inteligence, věk, délku praxe a pohlaví jedince (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

STOCK (2010) píše, že spouštěčem syndromu vyhoření mohou být i charakterové vlastnosti člověka. Uvažuje se, že by mohla být souvislost mezi některými temperamentovými vlastnostmi pracovníků v pomáhajících profesích a nízkou sociální oporou.

„Lidé, kteří mají pevné zázemí u svých partnerů, příbuzných a přátel a jimiž se od jejich nejbližších dostává citové podpory, bývají méně náchylní k chorobám a zvyšuje se u nich průměrná délka života. Lze tedy říct, že kvalitní sociální vazby mohou chránit před chronickým stresem, a tím snižovat nebezpečí vzniku syndromu vyhoření“ (STOCK, 2010, s. 85).

3.5 Prevence syndromu vyhoření

Zásady prevence syndromu vyhoření jsou tyto:

- Důsledně oddělovat osobní život od pracovního – izolace stresu,
- nepotlačovat svoje city a pocity,
- přestávky v práci,
- naučit se říkat ne,
- snížit příliš vysoké nároky,
- stanovit si priority,

- vyvarovat se negativního myšlení,
- předcházet komunikačním problémům,
- zlepšovat vztahy s lidmi a účinně komunikovat,
- včas a účinně řešit problémy na pracovišti,
- zdravý životní styl, osobní zodpovědnost, relaxace, koníčky,
- uvědomit si, že člověk sám syndrom vyhoření nezvládne,
- zachovat chladnou hlavu v kritických situacích,
- doplňovat energii (ŠKRLA, 2003).

Pokud se člověk rozhodne sebe chránit před vznikem či rozvojem burnout syndromu, musí provést kompletní přehodnocení svého soukromého i profesního života. V podstatě si udělat situační analýzu a identifikaci individuálních stresových faktorů. Musí si stanovit cíle, které se týkají změn chování. V případě, že je situace v zaměstnání komplikovaná, nezbyvá nic jiného nežli místo opustit. Účinnou ochranu proti syndromu vyhoření zajistí vyvážený program s relaxačním cvičením a pohybem.

„Člověk, který spěje k vyhoření a namísto odpočinku extrémně sportuje, spotřebovává víc energie, než je pro něj vhodné, a vyčerpání se může dostavit o to rychleji“ (STOCK, 2010, s. 70).

Existuje jediný způsob, jak se stresu vyhnout – zemřít!“

Hans Selye

4 STRESY 21. STOLETÍ

Kapitola čtenáře provede stresem, seznámí ho s jeho vznikem a upozorní na rozdíly dopadu pro ženy a muže. Závěr kapitoly se zaměří na stres 21. století.

4.1 Stres a adaptační syndrom

Stres je *„stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou nebo duševní. Při ní se uplatňují vývojově staré mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí – adaptační syndrom)* (VOKURKA a HUGO, 2008, s. 975).

Hlavním účinkem stresu je tedy aktivace našeho vnitřního systému. Poznatky o stresu jsou povahy obecně biologické, endokrinologicko-fyziologické a psychologické (MOHAPL, 1988, s. 24). U nás máme k dispozici základní literaturu o stresu (CHARVÁT, 1974; SCHREIBER aj., 1885).

Již v 50. letech upozornil Hans Selye na to, že náš stresový mobilizační systém se chová poměrně zvláštním způsobem, a to při jakémkoli silném tlaku a bez ohledu na dobu trvání, výkonu, a zdali jde o stres pozitivní či negativní.

Informace o stresu putují třemi cestami (KOUKAL, 2005):

- Z mozku motorickými nervy do rukou, nohou a k dalším kosterním svalům a připravují je na pohyb.
- Z mozku do autonomního nervového systému, kdy se zvyšuje krevní tlak, zrychluje srdeční tep a zvyšuje v krvi hladina glukózy, následuje uvolnění rezervních červených krvinek, které jsou důležité k přenosu kyslíku do svalů,
- Z mozku do nadledvin, odkud se jejich vlivem začne do krevního oběhu uvolňovat hormon adrenalin, což je stimulující látka.

Z koncového mozku získá informaci o stresu také hypotalamus, odkud je aktivován druhý, endokrinní (hormonální) systém. Je to systém reagující na stres pomaleji nežli nervový systém, avšak účinky na organismus mívá dlouhodobější.

Z hypotalamu mohou pokračovat informace do mnoha různých žláz. Odtud uvolní hypofýza do krevního oběhu hormony aktivující kůru nadledvin a ta dále vyplaví do oběhu podobné hormony, které společně v krvi zvyšují množství bílých krvinek, mění poměr vody a minerálů v organismu a stimulují štítnou žlázu.

Hlavním úkolem této reakce je připravit organismus na sebezáchovnou akci a pomáhat mu v ní. U krátkodobého stresu zpravidla nenastává žádný problém, ale u dlouhodobého, který nemáme pod kontrolou, se mohou projevit důsledky tohoto **špatného stresu**.

Symptomy stresu jsou:

bolest hlavy, závratě, polykací obtíže, bolest na hrudi, bolest zad, svalové křeče, nauzea, časté močení, křeče v žaludku, výpadky v paměti, záchvaty úzkosti, studený pot, zácpa, bolesti krční páteře, průjem, chronická únava, nespavost.

Po roce 1982, kdy zemřel Selye, vznikl nový názor na vznik stresu. Vědecká medicína poukazuje na to, že reakce na stres již není závislá na intenzitě stresoru, ale souvisí se schopností jedince se s takovou zátěžovou situací vyrovnat (KOUKAL, 2005). Stresová reakce se velmi často objevuje po stresorech v mezilidských vztazích a to ani zpravidla nejde o život. Nemůžeme říci, že by stres měl být pouze škodlivý, protože určitá míra stresu je potřebná k překonávání životních překážek. Díky tomu rozlišujeme přijatelný stres, který nazýváme **eustres** a negativní stres čili **distres**.

4.2 Ženský stres

Ženy neohrožují jen tyto problémy, ale i jiné, které nejsou dosud dobře prozkoumané, ale pramení z našeho specifického fyziologického uzpůsobení, životních změn či společenských a osobních nároků, které jsou na nás kladeny. Velká část jsou to stesy dlouhodobé, těžce zvládané, či spíše nezvládané, a tím nejnebezpečnější pro organismus.

Symptomy stresu postihující výhradně ženy:

amenorea (ztráta menstruace), vaginismus (potíže při souloži), premenstruační syndrom, utlumené libido, poporodní deprese, anorgasmie, postmenopauzální deprese, neplodnost.

Symptomy, které jsou častěji u žen:

anorexie, záchvaty úzkosti, bulimie, deprese.

Čím dříve se odhalí příznaky v našem každodenním životě, tím dříve se bude moci zasáhnout a prospět zdraví. Projevy ženského stresového syndromu se neobjeví pouze samostatně, ale společně s běžnými symptomy každodenního stresu. (WITKINOVÁ, 2009).

U žen jsou přirozené tři fyziologické děje a to:

Menstruace – těhotenství – menopauza. Tyto procesy zajišťují schopnost reprodukce, ale mohou i vyvolat řady problémů a ty často odstartují stres. Je to důkaz, že při vzniku ženského stresového syndromu je propojeno tělo a duše. Mezi rizikové stavy patří:

V souvislosti s menstruačním cyklem se projevují u žen i psychické a tělesné změny. Britská lékařka Katharina DALTONOVÁ (2004) výzkumem zjistila u žen souvislost mezi premenstruační fází cyklu a zvýšeným výskytem násilných trestných činů, smrtelných nehod, sebevražd a přijetí do psychiatrické ústavní péče. U některých žen se vyskytne premenstruační syndrom až po narození dítěte. Symptomy se mohou v průběhu života měnit i v závislosti na dědičnost.

Těhotenství je změna, která také může přivodit ženské stresové symptomy. Jedná se o změnu postavy či jiný názor na vlastní přitažlivost. Díky těhotenství vzniká větší odpovědnost v péči o zdraví. Pozměnila se náplň dne z důvodu ranních nevolností. Změna se dotkla i ekonomické situace rodiny. Nenaplněné potřeby a zklamání u nich mohou také vést k rozvoji ženského stresového syndromu.

Doba předmateřská je víceméně speciální psychologický termín. Tato situace může nastat již před početím, v průběhu těhotenství, či s nástupem porodních bolestí. Jsou

to období, ve kterých narůstá napětí, na jejímž konci může být těžký poporodní stresový syndrom.

Poporodní deprese se projevuje až zhruba třetí den po porodu a podílejí se na něm hormonální a biochemické změny v organismu ženy. Důležitou roli zde má i psychický stres.

Po menopauze bývá klimakterická deprese. Tato doba je důležitá svými sociálními změnami z důvodu odchodu ze zaměstnání, dospělých dětí mimo domov, ztráty přátel a životního partnera. Je to období, kdy vzniká vzájemné prolínání a interakce životních a tělesných změn. Díky tomu se znovu objeví symptomy ženského stresu.

4.3 Mužský stres

Stresy a stresové symptomy jsou u mužů a u žen odlišné díky rozdílné psychologii, liší se ve vzorci chování, různými typy životních změn, tlakem ze strany vrstevníků, rodičů a kulturními vlivy. V mužském těle pod vlivem dlouhodobého stresu vznikají poruchy, nemoci, dysfunkce a často i smrt. Muži i ženy stejně trpí stresem, ale muži mají vyšší riziko, protože se jim stresové symptomy mohou stát osudnými.

Muži často opomíjejí své stresové symptomy, možné následky a nechtějí ani pojmenovat jejich příčiny.

Všeobecné příznaky stresu u mužů:

nespavost, bolesti hlavy, nevolnost, poruchy trávení, skřípání zubů, křečovitě zatínání čelisti, alergie, bolesti zad, ztuhlá krční páteř.

Specifické mužské příznaky:

hypertenze, ateroskleróza, srdeční infarkt, selhání srdce, peptické vředy, alkoholismus, erektilní dysfunkce, předčasná ejakulace, opožděná ejakulace.

Psychické projevy signalizují rozvoj mužského stresového syndromu. Výskyt dvou a více symptomů indikují střední a silný stres. Jedná se o tyto varovné signály:

defenzivita (obranný postoj), deprese, zmatek, vzdor, závislost (regrese - touží po péči, hýčkání), potíže s rozhodováním.

Muže stresují stejně jako ženy, ale z odlišných důvodů, stresové faktory práce a láska (WITKINOVÁ, 2009).

4.4 Stresy naší současnosti

Poslední statistiky udávají informaci, že až tři čtvrtiny obyvatel většiny vyspělých zemí dnes podléhají nemocem, na kterých se nějak spolupodílí stres. Američtí vědci upozorňují, že člověk západní civilizace se setká asi se 40 000 druhy stresu (cit. dle KOUKALA, 2008). Nejnovější vědecké poznatky poukazují na fakt, že asi nejzákladnější a nejskrytější příčinou onemocnění je dlouhotrvající citový stres a nedobré mezilidské vztahy.

V ČR již přes 30 % obyvatel různého věku se potýká s různými duševními poruchami, neurózami. Do této situace se dostávají nejvíce díky stresu. Horší situace je např. v USA a některých jiných vyspělých zemích.

Odborníci rozlišují tři opodstatněné důvody vyvolávající stres. Jako první udávají přírodní katastrofy. Druhým důvodem jsou situace, na kterých se podílí svědomí lidí např. války, dopravní tragédie, aj. Třetím důvodem jsou příčiny postihující jednotlivce, nebo si je způsobí postižený člověk sám, např. smrt blízkého, manželské neshody, rozvod, problémy s dětmi, zákeřné nemoci, vězení, ztráta zaměstnání, aj. V dnešní době již vědci uvažují o přístroji, který by dokázal stres ovládat. Uvažují o přístroji, který by lidé nosili tak, jak se dnes nosí hodinky, jen by se nazýval stresometr. Na displeji by ukazoval momentální pulz, množství stresového hormonu kortisonu, stav dýchání a další potřebné hodnoty, které přístroj vyhodnotí a doporučí vhodné relaxační techniky ke stabilizaci zdravotního stavu. Někteří vědci jsou již dál, uvažují o tom, že přístroj bude natolik malý, že jej budou moci implantovat přímo do těla člověka. Tento způsob by poskytl přesnější údaje o vnitřním fyzickém stavu. Dále udávají, že tyto čipy by se prý dokonce mohly kombinovat s chemickými látkami, které budou reagovat na hormony, jež jsou uvolněné v průběhu působení stresu. Tyto čipy by byly pod názvem **protistresové implantáty** (cit. dle KOUKALA, 2008).

5 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kapitola charakterizuje sociální práci ve zdravotnictví, kompetence sociálního pracovníka a etické normy, které jsou pro tuto práci nezbytné.

5.1 Náplň sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práci ve zdravotnictví nelze pojímat pouze z pohledu jen sociální práce, ale ani jen z hlediska zdravotní péče. V podstatě jde o zvláštní přístup v oblasti péče. Již dlouho se uvažuje o potřebě přímé návaznosti sociální péče na péči zdravotní, o dalším rozvoji vysokoškolského vzdělávání zdravotnického zaměření sociální práce oboru a o příslušné publikaci k tomuto tématu, ale ve skutečnosti je tato cesta v počátcích. Významná publikace týkající se zátěže, osobnostního vybavení, syndromu pomáhajících a následků dlouholeté práce v pomáhajících profesích je k dispozici od začátku století (SCHMITBAUER, 2000).

Sociální práce se definuje jako odborná disciplína, která se profesionálním způsobem, s použitím speciálních pracovních přístupů zaměřuje na řešení problémových situací jednotlivce, rodin nebo celých skupin klientů. Staví na principech lidských práv, sociální spravedlnosti a zásadách občanské společnosti. Sociální práce představuje profesionální činnost, která má za cíl pomoci potřebným osobám, rodinám či skupinám obyvatel k dosažení základních potřeb a k získání odpovídajícího stupně socializace umožňujícího osobní rozvoj. Dále se zaměřuje na klienty, kteří nejsou schopni řešit problémy v mezilidských vztazích a pro to jsou ve vážných situacích, což způsobuje závislost na společnosti. Sociální práce je součástí sociální politiky každého moderního státu se zájmem a cílem vytvořit podmínky podporující lepší a nezávislý rozvoj osobnosti takto znevýhodněných jedinců nebo skupin (NAVRÁTIL, 2001).

Tato práce zahrnuje přehled systémového, státem organizovaného způsobu podpory a pomoci. Z praktického hlediska se sociální práce dělí na preventivní (předcházející sociálním situacím) a kurativní (kdy sociální situace řeší). Od charitativní činnosti odlišuje sociální práci profesionalita. Pro řešení složitých společenských

(ekonomických, politických) situací vznikl etický kodex sociální práce. Z pohledu pracovního postupu jsou pravidla etiky sociální práce v podstatě podobná etickým pravidlům kterékoliv jiné práce a také profesionálně provozované. Etika profesionální práce je tvořena morálními normami společnosti, jejími předpisy a pravidly chování. Profesionální etika je daná mravními hodnotami specifickými pro dané povolání. Profese zdravotně sociálního pracovníka se zaměřuje především na nemocné, kteří v souvislosti s onemocněním potřebují specializovanou sociální pomoc nebo péči. Jedná se o narušení kvality sociální situace nemocného vzhledem k dlouhodobému negativnímu ovlivnění jeho pracovní schopnosti a schopnosti postarat se sám o sebe. Pro zkvalitnění života nemocného v průběhu léčby je nejdůležitější jeho autonomie (tj. rozhodování sám o sobě), individualizace léčby a ošetřování (tj. respektování jeho zvyků, hygienických a stravovacích návyků, jeho možnosti uplatnit své schopnosti). Tyto faktory zvyšují spokojenost nemocného, podporují významně vzájemnou spolupráci s ošetřujícím personálem a díky tomu je možné dosahovat pozitivních cílů. Zdravotně sociální péče je poskytována i jedincům s handicapem (např. tělesným, smyslovým, duševním či kombinovaným), která má své specifické nároky. Mezi další klienty patří senioři a lidé umírající. Neopomeneme ani jedince žijící tzv. na okraji společnosti – lidi bez přístřeší, závislé na návykových látkách aj. (KUTNOHORSKÁ aj., 2011).

5.2 Profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Je to povolání, které vykonává činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oblasti zdravotně sociální a v oblasti specifické ošetřovatelské péče zaměřené na naplňování sociálních potřeb klienta. Návaznost sociální péče na zdravotní je důležitou součástí léčebného a ošetřovatelského procesu. Patří sem i pomoc klientům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci (kdy není schopen si sám pomoci, nebo nemůže ji poskytnout rodina anebo je bez rodiny).

Sociální pracovník ve zdravotnictví působí jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče ve zdravotnictví. Jeho činnost se týká sociálního šetření, zabezpečení sociální agendy, sociálního poradenství, analytické, metodické a koncepční činnosti ve zdravotně sociální oblasti a vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytujících zdravotně sociální péči,

včetně prevence a depistážní činnosti, krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace.

5.3 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

- **Kompetence profesně oborové** – tzn. mít kvalitní teoretické znalosti a vědomosti, i praktické dovednosti a schopnosti.
- **Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické** – tzn. být schopen provádět sociální šetření u klienta.
- **Kompetence poradenské a konzultační** – tzn. být schopen poskytovat sociálně právní poradenství ve vztahu k onemocnění či jeho následkům.
- **Kompetence výchovné** – tzn. mít schopnost provádět sociální prevenci.
- **Kompetence rozhodovací** – tj. být schopen sestavit plán psychosociální intervence.
- **Kompetence organizační** – tj. znát principy organizace a řízení zdravotnictví.
- **Kompetence metodické** – tj. být schopen navrhnout nové standardy a metody.
- **Kompetence jazykové** – tj. schopnost vyjadřovat se kultivovaně v českém jazyce (v cizím jazyce).
- **Kompetence komunikativní a etické**
- **Kompetence osobně kultivující** – schopnost sebereflexe, sebevzdělávání (KUTNOHORSKÁ aj., 2011).

5.4 Etika profese zdravotně sociálního pracovníka

Přesný výčet mravních hodnot v různých povoláních určují charakter určitého povolání a charakter dané práce. Toto platí pro všechny profese, které pracují s lidmi. Při práci s člověkem (či sociální skupinou nebo komunitou) se musí zvládnout určitý stupeň nejistoty, problematické osobní pocity a přiměřeně kultivovaná komunikace, které jsou nezbytným předpokladem profesionality zdravotně sociální práce a nedílnou součástí etiky zdravotně sociálního pracovníka. V profesionalitě zdravotně sociálního pracovníka se objevuje několik etických rovin a to:

- **Etická rovina bezprostředního, konkrétního řešeného vztahu** – etický problém interakce komunikujících osob.
- **Etická rovina související s cíli konkrétního případu** - problém v etickém rozsahu ve zdravotnických a sociálních institucích.
- **Etická rovina společenské atmosféry, vyjadřující ducha doby** – jedná se o kulturně politický rozsah, který stylizuje etické postoje k obecným problémům.

„ *Vztah sociálního pracovníka ke klientovi (též jeho blízkým, stejně tak k jeho kolegům) je podmíněn jeho osobními hodnotami, hodnotami profese a hodnotami dané společnosti. Samozřejmě, že je také ovlivněn hodnotovým systémem klienta samotného*“ (KUTNOHORSKÁ a aj., 2011, s. 77).

Sociální pracovník mimo zdravotnictví i ve zdravotnictví sdílí společný hodnotový systém, který jim určuje náplň práce, vztah sociální pracovník – klient, použité metody práce a etické principy sociální práce. Vytvářejí pozitivně – terapeutický vztah s klientem, pro který používají prosociální komunikaci. Tato komunikace vychází z obecných zásad a pravidel jednání s klientem zaměřující se k danému případu, individualizovaná a vysoce eticky vedená.

Sociální pracovník ve zdravotnictví provádí profesionální činnost, která se řadí k pomáhajícím profesím. V důsledku tohoto označení má společnou etiku **zdravotnické práce a etiku sociální práce**. Díky jistým odlišnostem v etice vzniká samostatná **etika zdravotně sociální práce**. Náplň práce sociálního pracovníka umožní plnohodnotně uspokojit sociální potřeby jedinců (skupin či komunit) v souvislosti s nemocí, handicapem, stářím nebo jiný sociální problém. Zdravotně sociální práce respektuje hodnoty, důstojnost lidí a práva, která z toho vyplývají. Dále podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu. Sociální pracovník ve zdravotnictví dodržuje tyto zásady (KUTNOHORSKÁ a kol., 2011):

- **Respektovat právo na sebeurčení.**
- **Podporovat právo na participaci** (spoluúčast).
- **Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí.**
- **Identifikovat a rozvinout silné stránky** (jednotlivců, skupin a komunit).

Etické kodexy jsou normou a měly by být v souladu s platnými právními dokumenty. Etické kodexy také vykonavatele dané profese chrání. Etické kodexy lze dělit na mezinárodní a národní. Lze se s nimi setkat v různých publikacích, na internetových stránkách příslušných profesních komor, asociací a sdružení. Etické kodexy se přehodnocují v průběhu času s ohledem na vývoj společnosti, profese i práva. V profesi zdravotně sociálního pracovníka se používá kodex zdravotnického pracovníka nelékařských profesí a sociálního pracovníka. Jeho etické principy chování určují Etické normy v ošetrovatelském povolání a Mezinárodní etický kodex sociální práce.

K finálnímu znění Etického kodexu sociální práce se dospělo v roce 1992 na světové konferenci o sociální práci ve Washingtonu, který představil devět hlavních zásad sociální práce (i zdravotně sociální práce):

- Nezávislost klientů.
- Osvobození od represe (útisk) a podřadných životních podmínek.
- Protidiskriminační přístup.
- Demokracie a lidská práva.
- Spoluúčast klientů.
- Ochrana integrity (celistvost) klientů.
- Sebeurčení (respekt) klientů.
- Odpor proti násilí.
- Osobní odpovědnost (cit. dle KUTNOHORSKÉ, 2011)

V roce 2004 v Adelaide vznikl na Mezinárodní federaci sociálních pracovníků nový Mezinárodní etický kodex sociální práce. Mimo jiné se také zabývá profesionální komunikací a etickými principy (*Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy*, 2011, s. 5 - 7).

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky vydala Společnost sociálních pracovníků v roce 1995 a jeho poslední verze je z r. 2011 (viz Příloha č. 1).

6 ZDRAVOTNICKÉ PROFESE

Kapitola rozlišuje členy zdravotnické profese, uvádí jejich schopnosti a osobní předpoklady.

6.1 Všeobecný přehled zdravotnických profesí

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl být jistým způsobem koordinátor celého týmu, který by propojoval vnitřní a vnější tým a vedl je ke společné cestě za společným cílem. Tímto společným cílem je spokojený a dostatečně informovaný pacient / klient.

Do vnějšího týmu patří zaměstnanci institucí, kteří pracují mimo nemocnici, ale se kterými sociální pracovník samozřejmě spolupracuje v důsledku řešení situace klienta. Jedná se o pečovatelské služby, obvodní lékaře, domácí agentury, azylové domy, soudy, úřady práce, atd.

Vnitřní tým tvoří zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují komplexní zdravotní péči pacientovi. Tuto péči ve zdravotnických zařízeních mohou poskytovat jen oprávněné osoby patřící do kategorie zdravotnických pracovníků. Do oblasti zdravotnických pracovníků patří lékaři (psychologové, psychiatři), zubní lékaři a farmaceuti, kteří jsou zařazeni do kategorie lékařských povolání. Do nelékařských zdravotnických povolání se řadí ostatní zdravotníci a jejich členy jsou zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, terapeuti, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé, sanitáři atd. (*Zdravotnictví a medicína*, 2012).

Ti všichni se podílejí na zdárném vyřešení situace pacienta / klienta. Léčebná péče všech členů týmu by měla tvořit jednotný celek. Různorodost pracovních činností dostává zdravotníka do neustálých konfrontací s druhými lidmi, členy pracovního kolektivu či pacientů. Harmonická komunikace by měla vytvářet jak příjemné a klidné prostředí, tak kvalitu mezilidských vztahů. Vzájemné vztahy by měly být založené na vzájemné důvěře a respektu k práci druhého. Vztah mezi jednotlivými zdravotníky je odrazem a důležitým prvkem poskytované zdravotní péče. Důležitým faktorem ovlivnění vztahů mezi zdravotníky je finanční omezení, feminizace lékařské profese a více mužů v řadách ošetřovatelských profesí.

6.2 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické profese se řadí z pohledu odborné přípravy i z hlediska profesionálního výkonu mezi povolání velmi náročná. Objektem práce a zájmu zdravotníka je nemocný klient. V přístupu k nemocným, ale i vzájemně mezi zdravotnickým personálem jsou důležité odborné znalosti a dovednosti i přítomnost empatie, lidskosti, porozumění, důvěry, komunikace, atd. Ve zdravotnické profesi se významně klade důraz na dodržování žádoucích forem komunikace ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Pacient, se kterým zdravotnický personál s respektem komunikuje a naslouchá mu, má pocit jistoty, lépe se rozhoduje, spolupracuje a stává se členem léčebného týmu. Dnes v době komunikačních technologií se stává komunikace s pacientem zcela klíčovou v předcházení soudním sporům.

Od zdravotníků se očekává, že zvládnou odbornou činnost, práci s moderní technikou, administrativní činnost, fyzickou zátěž svého zaměstnání, budou umět ovlivnit pozitivně prožívání a jednání nemocných (ZACHAROVÁ aj., 2008, s. 62 – 63).

Osobnost zdravotníka je schopna se vyrovnat s různými pracovními a rodinnými problémy, které s sebou nese sám život. To vše řeší v náročném provozu na různých pracovištích. Veškeré tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost všech zdravotnických profesí.

6.3 Osobní předpoklady zdravotníka

Významným předpokladem je tvůrčí přístup, kdy zdravotník řeší získané úkoly, je schopen vnímat a uskutečňovat nové podněty. Měl by být adekvátně kritický a sebekritický. Důležité je také to, jaký má způsob vystupování. Toto vystupování by mělo být klidné, ale ne povýšené, rozvážné a přiměřeně sebevědomé. Velký význam má trpělivost a umění se ovládat a odpoutat se od vlastních zájmů, potřeb a nálad. Neměl by se opomenout smysl pro humor. Hlavním cílem každodenní pracovní činnosti je zájem o pacienta a jeho zdraví. U zdravotnické profese se předpokládá taktní a ohleduplné jednání a psychická podpora ve složitých situacích.

Ve zdravotnické profesi může chyba z nepozornosti negativně ovlivnit až ohrozit zdraví i život pacienta. Nadřizený může svým nevhodným stylem vytýkání nedostatku velmi přispět k rychlejšímu vývoji syndromu vyhoření u ostatních zdravotníků.

Často si přejeme život bez stresu, problémů a kritiky, ale i přesto jsou to jevy, které v rozumné míře k životu potřebujeme, protože nám napomáhají se posouvat dál, učit se nové věci a ověřovat si své schopnosti (ZACHAROVÁ aj., 2007)

7 KULTIVACE VZTAHŮ MEZI LIDMI

Kapitola se věnuje pozitivním mezilidským vztahům a udává rady jak se bránit stresu.

7.1 Pozitivní mezilidské vztahy

Nejvýznamnějším zdrojem životní spokojenosti a osobní pohody jsou bezproblémové mezilidské vztahy. Optimisticky naladěný člověk je společenský, vlídný a má smysl pro humor. Pro zachování dobrých lidských vztahů je zapotřebí respektovat individuální potřeby a rozdíly každého z nás. Ke zlepšení mezilidských vztahů pomáhá využití funkční, tedy zdravá komunikace (SLEZÁČKOVÁ, 2012).

Dobré vztahy mezi lidmi doma i v zaměstnání pomáhají předcházet syndromu vyhoření. Dobré vztahy mezi lidmi podporuje:

- Vzájemné naslouchání,
- jeden druhému je dobrým sociálním zrcadlem,
- jeden druhému projevuje uznání,
- jeden druhého povzbuzuje,
- jeden soucítí empaticky s druhým,
- jeden druhému poskytuje emocionální vzpruhu,
- jeden druhému pomáhá při prověřování stavu světa,
- jeden s druhým si práci rozdělují,
- jeden s druhým autenticky (přátelsky) spolupracují,
- jeden poskytuje druhému nezištnou pomoc (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

Pro dobré vztahy je důležitá vzájemná spolupráce, při které je potřeba si všimnout čtyř odlišných aspektů:

1. jak já vidím tebe a ty mě,
2. můj vztah k tobě a tvůj vztah ke mně,
3. naše vzájemná komunikace – jak spolu mluvíme,
4. jak se díváme na situaci, v níž se společně nacházíme.

Dobré vztahy podporuje i kladné hodnocení od jiných osob. Jedná se o tzv. evalvací, díky níž lze vyjádřit projev úcty a vážnosti – respektu. Lidé projevující se

evalvačně jsou taktní, uznalí, laskaví, uctiví, přátelští, všímaví, slušní, milí atp. (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

7.2 Jak se bránit překážkám v komunikaci

Co činit v době stresu:

- umět rozpoznat příznaky stresu a předcházet jim,
- naučit se dýchat - hluboký výdech a pak pomalý nádech,
- vypnout a myslet na něco příjemného,
- vyvěsit ruce směrem dolů a sevřít ruce v pěst po 5 vteřinách uvolnit,
- opláchnout se studenou vodou (ruce, obličej),
- při únavě z práce si dát doma patnáct minut úplného odpočinku,
- projít se a práce na zahrádce,
- najít vhodný čas pro řešení rodinných problémů,
- před spaním využít klidnou hudbu,
- hodinu před spaním se nesmí řešit problémy, žádné hádky
- před spaním si dát teplou sprchu či lázeň a číst beletrii,
- před usnutím není marná rekapitulace dne - pozitivní i negativní věci,
- pro dobré spaní je důležité ticho a větraná ložnice,
- žádné povzbuzující látky před spaním,
- nechodit spát s plným žaludkem,
- doporučuje se vstávat ve stejný čas,
- ráno si naplánovat den a dělat věci smysluplné,
- alespoň pěti minutový odpočinek – relaxace,
- krátkodobá relaxace dle Jakobsonovy relaxace (uvolnění svalů),
- změna činnosti, masáž svalů,
- Krátkodobá relaxace v mysli - odpoutání se od místa
- využít relaxaci hmatem na příjemný předmět,
- Relaxace v podobě vůně, pohledem, vizualizaci modré barvy,
- dodržovat volné neděle,

- nepodstatným věcem ubírat času a naléhavosti a podstatným přidávat,
- dávat větší pozor na naši sociální komunikaci,
- dávat si pozor na nevhodná slova, která se mohou druhého člověka dotknout,
- dávat si pozor na své jednání a chování
- chránit si přátelství,
- neřešit problémy v rodině ve třech, ale vždy jen ve dvou a v klidném prostředí
- zařídit si pěkný a klidný dům (KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 129).

8 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

8.1 Úvod

Cílem empirické části je zjistit úroveň a míru spokojenosti při spolupráci zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků, dále pak zmapovat a porovnat komunikační dovednosti a BM (Burnout Measure) v obou cílových skupinách. Na téma **komunikace** je zpracováno mnoho bakalářských a diplomových prací, ale přímo se zaměřením na vztah sociálních pracovníků a zdravotníků se autorce nepodařilo žádnou práci objevit.

8.2 Zkoumaný soubor

Základním souborem pro výzkum této diplomové práce jsou sociální pracovníci pracující ve zdravotnických zařízeních a zdravotníci, kteří jsou zaměstnaní tamtéž. Autorka oslovila pracovníky některých oddělení – chirurgie, psychiatrie, JIP - nedonošenci, kde předpokládá velký podíl vzájemné spolupráce obou cílových skupin. Celkový počet byl po 30 osobách v každém souboru. Respondenti byli osloveni v Krajské nemocnici Liberec, a. s.; v Ústřední vojenské nemocnici; ve Fakultní nemocnici Motol, v Thomayerově fakultní nemocnici a ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

8.3 Hypotézy výzkumného šetření

Hypotézy byly v tomto šetření postaveny na dvou opačných pólech a ověřováno, kterému pólu se více přibližují.

1 Ho: Spokojenost v oblasti spolupráce je stejná u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

1 HA: Spokojenost v oblasti spolupráce je rozdílná u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

2 Ho: Komunikační dovednosti u zdravotně sociálních pracovníků i u zdravotníků jsou stejné.

2 HA: Komunikační dovednosti u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků jsou rozdílné.

3 Ho: Výskyt BM je stejný u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

3 HA: Výskyt BM je rozdílný u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

8.4 Metodika

8.4.1 Kvantitativní výzkum

Ke zpracování této diplomové práce autorka použila kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum má omezený rozsah informací o mnoha jedincích. Bývá tu redukce počtu pozorovaných proměnných a počtu vztahů mezi nimi. Validita obecných pojmů a zákonitostí je většinou dobře měřitelná. Vyvozování nových závěrů v kvantitativním výzkumu je logicky podložené. Z počátku řeší problém existující buď v teorii, nebo v sociální realitě a tento problém je přeložen do hypotéz, která jsou základem pro výběr proměnných. Cílem je zjistit vzájemné vztahy mezi proměnnými. Získaná data jsou použita pro testování hypotéz a výstupem se stane soubor přijatých či zamítnutých hypotéz.

8.4.2 Struktura dotazníku

Autorka použila metodu dotazníku a analýzy jeho dat. Obsahem dotazníku jsou otázky uzavřené, kde je výběr z několika variant odpovědí. Uzavřené otázky jsou rozdělené na dichotomické, kde si může respondent vybrat ze dvou odpovědí a alternativní, které umožňují výběr z více variant. V některých situacích autorka použila filtrační otázku, která umožňuje rozdělit dotazované na podskupiny a měnit tok otázek podle odpovědi na tuto otázku. Dotazník je strukturovaný, v písemné formě a skládá se ze čtyř částí.

V úvodním textu se autorka pokusila přesvědčit respondenty o tom, že má smysl se dotazníkem zabývat, a k jakému účelu bude použit.

První část obsahuje identifikační údaje respondentů, kde se zjišťuje jejich pohlaví, věk, počet odpracovaných let, pracovní pozice, nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení právě pracují.

Druhá část dotazů se zaměřuje na komunikaci mezi zdravotně sociálním pracovníkem a zdravotníkem. Za použití několika filtračních otázek se dosáhlo rozdělit dotazované na podskupiny a měnit sled otázek dle odpovědi na ně. Tato část je zaměřena na dvě dané cílové skupiny a dle toho se liší i typy otázek.

Třetí část se zaměřuje na konverzační schopnosti všech respondentů. V této části autorka použila dotazník konverzačních schopností, který našla v knize „*Asertivitou proti stresu*“ (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007, s. 117). Součástí tohoto testu je bodové ohodnocení každé otázky. Tento dotazník má posloužit hlavně k uvědomění si oblastí komunikace, kde by mohlo být vhodné naučit se novým dovednostem.

Čtvrtá část dotazníku se zaměřila na míru psychického vyhoření - BM (Burnout Measure Ayaly M. Pinesové a Ellitta Aronsona) se zaměřením na tři různá hlediska jednoho psychického jevu – celkového vyčerpání (exhauste). Jedná se o pocity fyzického vyčerpání, pocity emocionálního vyčerpání a pocity psychického vyčerpání. Dle autorů má dotazník BM dobrou vnitřní konzistenci a vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uběhnutí jednoho až čtyř měsíců. Po podrobném prostudování jej autorka použila z knihy „*Hořet, ale nevyhořet*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 50) a využila jej pro zmapování tohoto problému v daných cílových skupinách. I zde je rozepsané bodové ohodnocení jednotlivých dotazů.

Dotazníky byly vyplňovány v období od 9. 3. 2015 do 9. 6. 2015. Pro tento výzkum bylo rozdáno celkem 100 dotazníků z toho 60 pro zdravotníky a 40 pro sociální pracovníky ve zdravotnictví. Tento nepoměr je z důvodu malého počtu sociálních zdravotníků ve zdravotnických zařízeních. Návratnost byla přiměřená. Od zdravotníků bylo získáno 30 (50 %) vyplněných dotazníků a od sociálních pracovníků také 30 (75 %) vyplněných dotazníků. Výsledky odpovědí od respondentů byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007 a zapsány do kontingenčních tabulek, kde je označena absolutní četnost **n** a relativní četnost **f_i**. Dále byly vytvořeny sloupcové grafy, kde jsou znázorněny segmentační údaje respondentů, vzájemné komunikační informace obou cílových skupin, jejich konverzačních schopností, míry psychického vyhoření a přehledná evidence rozdílných výstupů v procentech. Hypotézy jsou otestované pomocí chí-kvadrát testu.

8.5 Technika postupu při zpracování výsledků

8.5.1 Postup při vyhodnocování identifikačních údajů

V této části autorka zpracovává pohlaví, věk, pracovní pozice, nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení pracují respondenti. Autorka porovnává tyto údaje a vyhodnocuje je v procentech pomocí grafů a eviduje vše do kontingenčních tabulek, kde je absolutní četnost n a relativní četnost f_i . Označuje odlišně zdravotně-sociální pracovníky písmenem **s** a zdravotníky písmenem **z**.

8.5.2 Postup při vyhodnocování dotazníku vzájemné komunikace zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků

Tato část dotazníku je pro každou cílovou skupinu jiná a tím i odlišná. Tento záměr je cílený v důsledku zjišťování vzájemných komunikačních vztahů. Je zde použito několik filtračních otázek pro dosažení podskupin, díky nimž se mění sled dalších otázek. Porovnávají se zde opět získané údaje a vyhodnocují se pomocí grafů a následně se zanesou do kontingenčních tabulek, kde je absolutní četnost n a relativní četnost f_i . Označuje odlišně zdravotně-sociální pracovníky písmenem **s** a zdravotníky písmenem **z**. Otázky č. 8 od **s** a od **z** jsou použité ve statistice pro ověření první hypotézy.

8.5.3 Postup při vyhodnocování dotazníku konverzačních schopností

Záměrem tohoto dotazníku je zjistit, jaké mají obě cílové skupiny konverzační schopnosti a měl by posloužit k uvědomění si oblastí komunikace a vhodnost získání nových dovedností. Je zde použit dotazník konverzačních schopností z knihy – „*Asertivitou proti stresu*“ (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007, s. 117). Je zde i bodové ohodnocení každé otázky a následující vyhodnocení po sečtení všech bodů.

Pokud tázaný získá:

80 – 100b: Respondent nemá žádné konverzační slabiny.

60 – 80b: Respondent má dobré konverzační schopnosti, většinu mezilidských situací zvládá dobře.

40 – 60b: Respondent má průměrné konverzační schopnosti, funguje podobně jako většina lidí, řadu dovedností se může snadno naučit.

Další odstupňování není potřeba, protože **žádný z respondentů nemá méně než 40b.**

Tento dotazník je předmětem pro statistické ověření druhé hypotézy.

8.5.4 Postup při vyhodnocování dotazníku BM

Úkolem této části dotazníku je zmapovat míru psychického vyhoření, jak už bylo uvedeno v podkapitole 8.3.1 na s. 58, tedy BM (Burnout Measure Ayaly M. Pinesové a Ellitta Aronsona). Výsledky syndromu psychického vyhoření vypočítala autorka této práce podle postupu, který popsal KŘIVOHLAVÝ (2012, s. 50).

Tento dotazník má vlastní způsob výpočtu.

1. Vypočítat nejprve položku **A** - sečtením hodnot, která jsou uvedena u otázek číslo:

$$\mathbf{A} = 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21$$

2. Vypočítat položku **B** - sečtením hodnot, která jsou uvedena u otázek číslo:

$$\mathbf{B} = 3, 6, 19, 20.$$

3. Vypočítat položku (**C**) odečtením (**B**) od hodnoty 32

- Tj. $\mathbf{C} = 32 - \mathbf{B}$

4. Vypočítat položku (**D**) sečtením hodnoty (**A**) a (**C**)

- Tj. $\mathbf{D} = \mathbf{A} + \mathbf{C}$

5. Vypočítat celkové skóre (**BQ**) dělit (**D**) číslem 21

- Tj. $\mathbf{BQ} = \mathbf{D} : 21$

*Takto vypočítaná hodnota **BQ** je hodnota psychického vyhoření daného člověka změřena metodou BM.*

Z a předpokladu kladného přístupu k dotazníku BM je možné hodnotit celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví tímto způsobem:

- Je-li výsledná hodnota BM = **2 a nižší** – jako dobrý.
- Je-li BM = **až 3** – jako uspokojivý.
- Leží – li výsledná hodnota BM mezi **3,0 a 4,0** – doporučuje se zamyslet se nad životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života. V momentě získání tohoto výsledku se doporučuje si ujasnit žebříček hodnot.

- Je-li celkový výsledek BM = 4,0 až 5,0 – je zde přítomnost syndromu psychického vyčerpání prokázána. V tomto případě je nutno již něco proti tomu dělat (doporučená návštěva psychoterapie).
- Je-li výsledek **vyšší než-li BM = 5,0** – jedná se o havarijní signály (doporučená návštěva psychologa, psychoterapie).

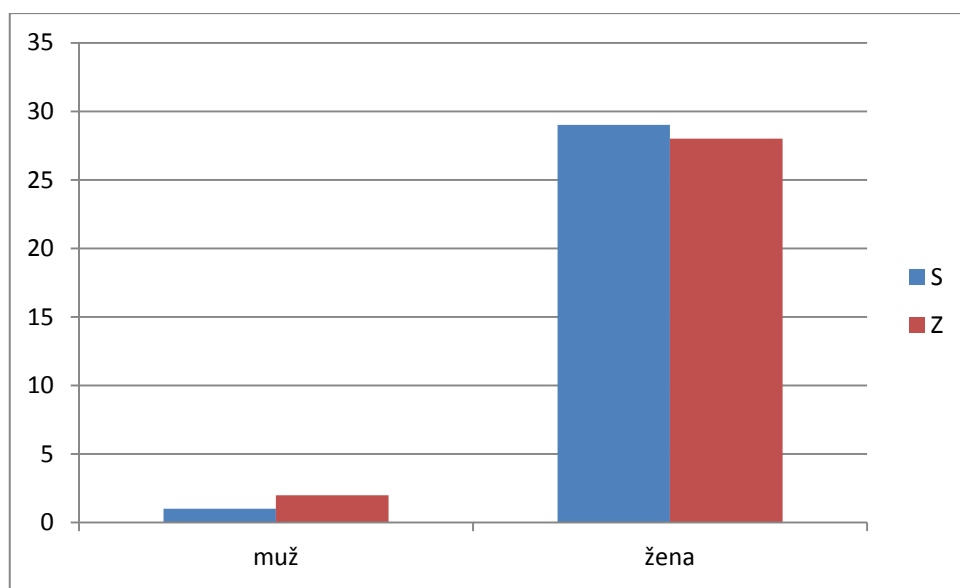
Tento dotazník je předmětem pro statistické ověření třetí hypotézy.

8.6 Výsledky

8.6.1 Identifikační údaje respondentů

Je možný výběr z předložených odpovědí. Respondenti označují zvolenou odpověď. Do kontingenčních tabulek je evidovaná absolutní četnost pod písmenem **n** a relativní četnost **f_i**. Pro rychlejší orientaci jsou přijaté odpovědi od zdravotně-sociálních pracovníků pod písmenem **S** a od zdravotníků pod písmenem **Z**.

Graf č. 1. Rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví

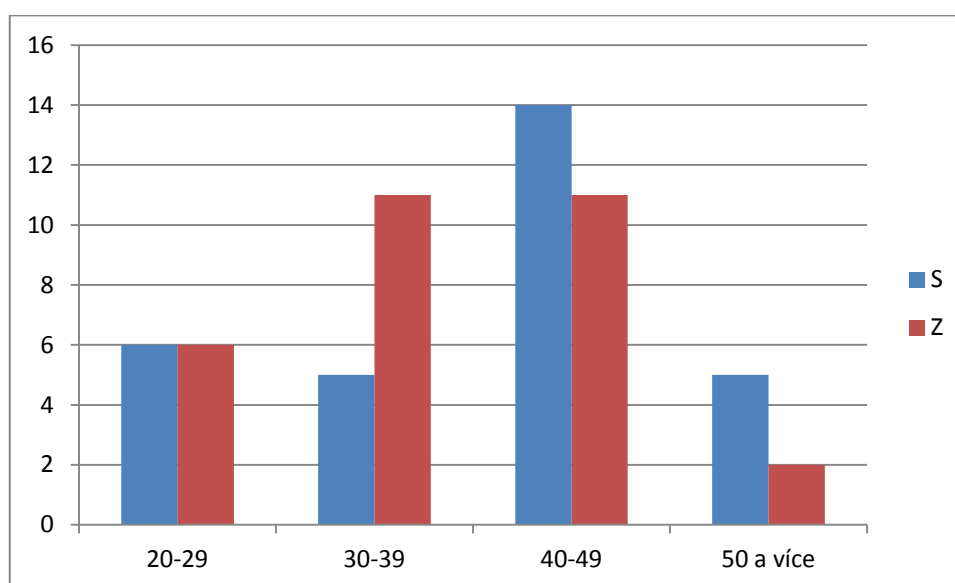


Tab. č. 1. Rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví

Pohlaví	n/S	f _i /S	n/Z	f _i /Z
muž	1	3,33 %	2	6,66 %
žena	29	96,66 %	28	93,33 %
celkem	30	100,00 %	30	100,00 %

V tabulce je zaznamenán počet a mužů a žen u zdravotníků a zdravotně - sociálních pracovníků. Tabulka obsahuje procentuální zastoupení navrhovaných odpovědí. Celkový stav respondentů je znázorněn grafem. Dotazník vyplňovalo **6,66 % (2)** zdravotníků mužského pohlaví a **93,33 % (28)** ženského pohlaví. Ze sociálních pracovníků vyplnilo tento dotazník **3,33 % (1)** mužů a **96,66 % (29)** žen. Celkový stav zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří byli ochotni vyplnit dotazník, tvořilo 5% (3) muži a 95 % (57) žen.

Graf č. 2. **Rozdělení zkoumaného souboru podle věku (v rocích)**



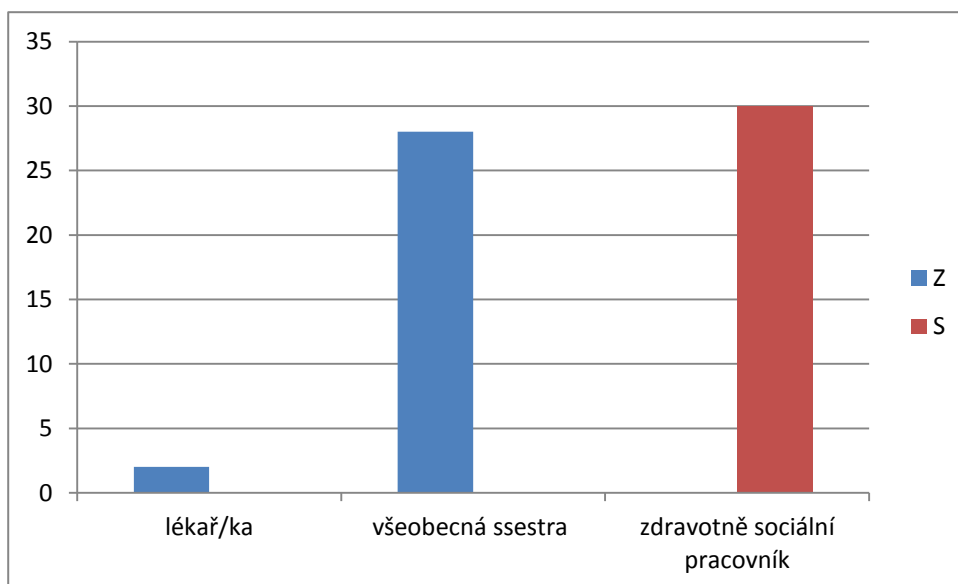
Tab. č. 2. **Rozdělení zkoumaného souboru podle věku**

Věk (v rocích)	n/S	fi/S	n/Z	fi/Z
20-29	6	20,00%	6	20,00%
30-39	11	36,66%	5	16,66%
40-49	11	36,66%	14	46,66%
50 a více	2	6,66%	5	16,66%
<i>celkem</i>	6	100,00%	30	100,00%

Tabulka eviduje udávaný věk obou cílových skupin a má zaznamenané údaje v procentech. Celkový přehled udává graf. Ve věku 20-29 let je v obou skupinách po **20,00 % (6)**, věk 30-39 udávají zdravotně-sociální pracovníci **36,66 % (11)** a zdravotníci **16,66 % (5)**, věk 40-49 je u zdravotně-sociálních pracovníků v **36,66 % (11)** a u zdravotníků **46,66 % (14)**, věk 50 a více je u zdravotně-sociálních pracovníků **6,66 % (2)** a u zdravotníků **16,66 % (5)**.

Otázka č. 3. Jaká je pracovní pozice respondenta?

Graf. č. 3. Pozice na pracovním místě



Tab. č. 3. Pozice na pracovním místě (fi jsou procenta)

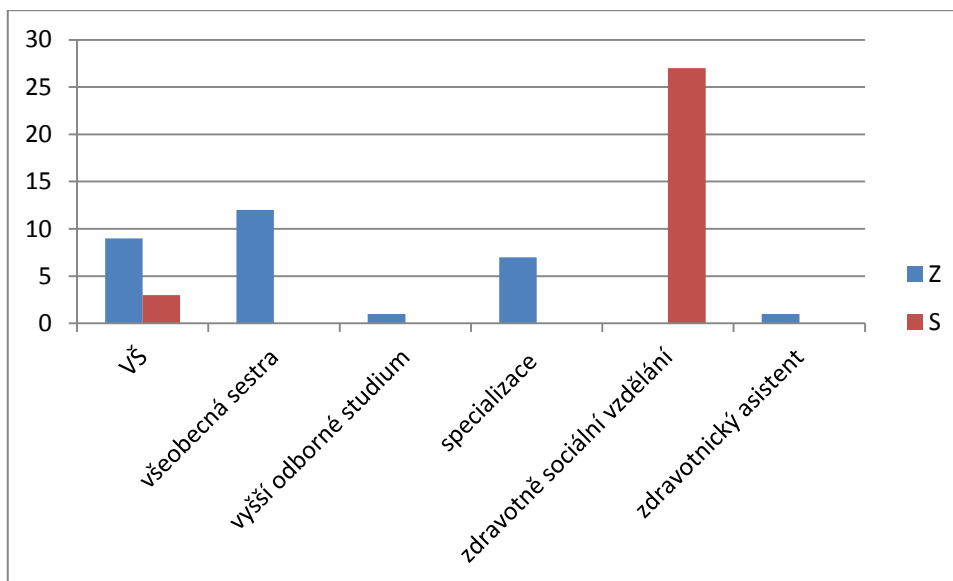
Pozice	n/Z	fi/Z	n/S	fi/S
lékař/ka	2	6,66	0	00,00
všeobecná sestra	28	93,33	0	00,00
zdrav-soc. prac.	0	00,00	30	100,00
<i>Celkem</i>	30	100,00	30	100,00

V tabulce jsou zaznamenány evidované pracovní pozice z dotazníku, kde je **6,66% (2)** lékařů (lékařek), **93,33 % (28)** zdravotních sester a **100 % (30)** zdravotně-sociálních pracovníků.

Z grafu lze zjistit, že největší počet respondentů je zdravotně - sociálních pracovníků, následují zdravotní sestry a nejméně lékařů.

Otázka č. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání



Tab. č. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání (fí jsou procenta)

Nejvyšší dosažené vzdělání	n/Z	fí/Z	n/S	fí/S
VŠ	9	30,00	3	10,00
Všeobecná sestra	12	40,00	0	00,00
Vyšší odborné studium	1	3,33	0	00,00
Specializace	7	23,33	0	00,00
Zdravotně-soc. vzdělání	0	00,00	27	90,00
Zdravotnický asistent	1	3,33	0	00,00
<i>Celkem</i>	30	100,00	30	100,00

V tabulce je evidováno dosažené vzdělání všech respondentů, kde je **30,00 % (9)** vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků, **40,00 % (12)** všeobecných sester, **3,33 % (1)** zdravotník s vyšším odborným studiem, **23,33 % (7)** zdravotníků má specializaci a **3,33 % (1)** zdravotnický asistent. Zdravotně-sociálních pracovníků je s vysokoškolským vzděláním **10,00% (3)** a se středoškolským vzděláním **90,00 % (27)**.

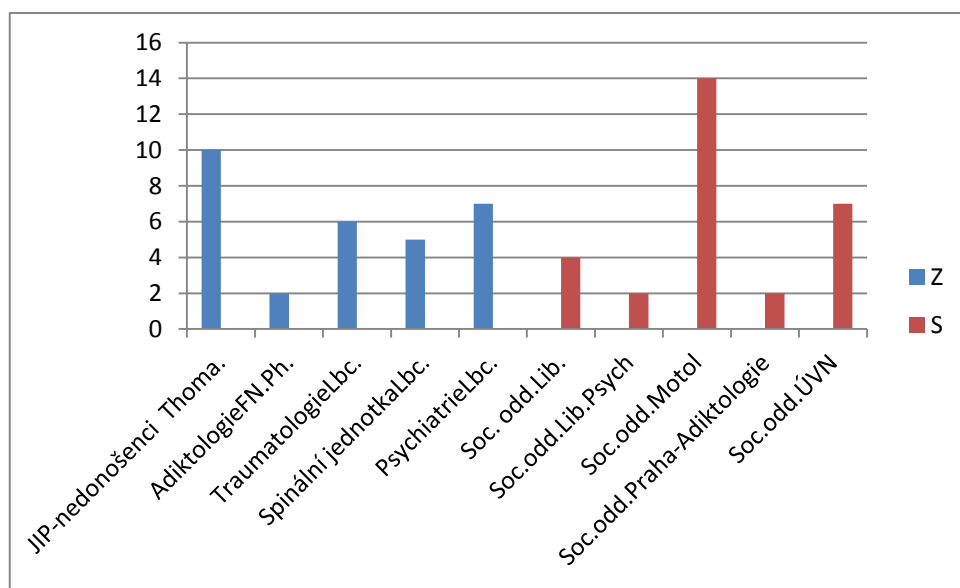
Graf poukazuje nejvyšší sloupec u sociálních pracovníků.

Otázka č. 5. Na jakém oddělení pracujete?

Tab.č. 5. Odborná specializace oddělení (fí jsou procenta)

Oddělení	n/Z	fí/Z	n/S	fí/S
JIP-nedonošenci Thoma.	10	33,33	0	00,00
AdiktologieFN.Ph.	2	6,66	0	00,00
TraumatologieLbc.	6	20,00	0	00,00
Spinální jednotkaLbc.	5	16,66	0	00,00
PsychiatrieLbc.	7	23,33	0	00,00
Soc. odd.Lib.	0	00,00	4	13,33
Soc.odd.Lib.Psych	0	00,00	2	6,66
Soc.odd.Motol	0	00,00	14	46,66
Soc.odd.Ph-Adiktologie	0	00,00	2	6,66
Soc.odd.ÚVN	0	00,00	7	23,33
<i>celkem</i>	30	100,0%	30	100,00

Graf č. 5. Odborná specializace oddělení

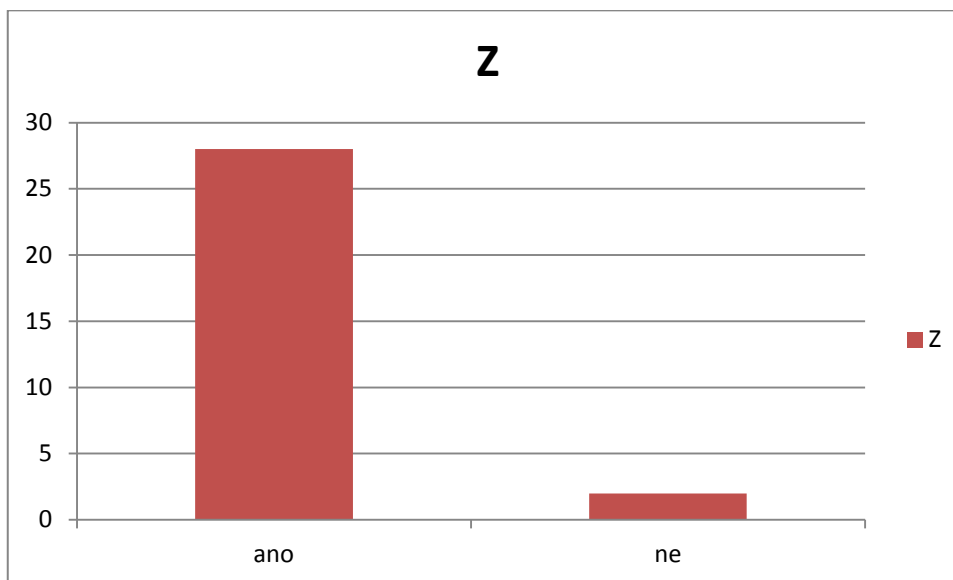


Tato obsáhlá tabulka poukazuje na rozmanitost oddělení, mezi které patří zdravotníci z těchto oddělení – JIP - Nedonošenci (Thomayerova nem.) - **33,33 % (10)**, Adiktologické oddělení (FN Praha) – **6,66 % (2)**, Traumatologie (KNL) – **20,00 % (6)**, Spinální jednotka (KNL) – **16,66 % (5)** a Psychiatrické oddělení (KNL) – **23,33% (7)**. Zdravotně –sociální pracovníci pochází ze sociálního oddělení (KNL) – **13,33 % (4)**, sociální oddělení z psychiatrie (KNL) – **6,66 % (2)**, ze sociálního oddělení (FN Motol) – **46,66 % (14)**, sociální oddělení adiktologie (FN Praha) – **6,66 % (2)** a sociální oddělení (ÚVN) – **23,33 % (7)**. Dle grafu s přehledem je nejvíce zastoupeno sociální oddělení z FN Motol.

8.6.2 Dotazník vzájemné komunikace zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků

Otázka č. 1. Spolupracujete se zdravotně-sociálními pracovníky?

Graf č. 6. Spolupráce zdravotníků se zdravotně sociálními pracovníky



Tab.č. 6. Spolupráce zdravotníků se zdravotně-sociálními pracovníky

Vzájemná spolupráce	n/Z	fi/Z
Ano	28	93,33
Ne	2	6,66
Celkem	30	100,00

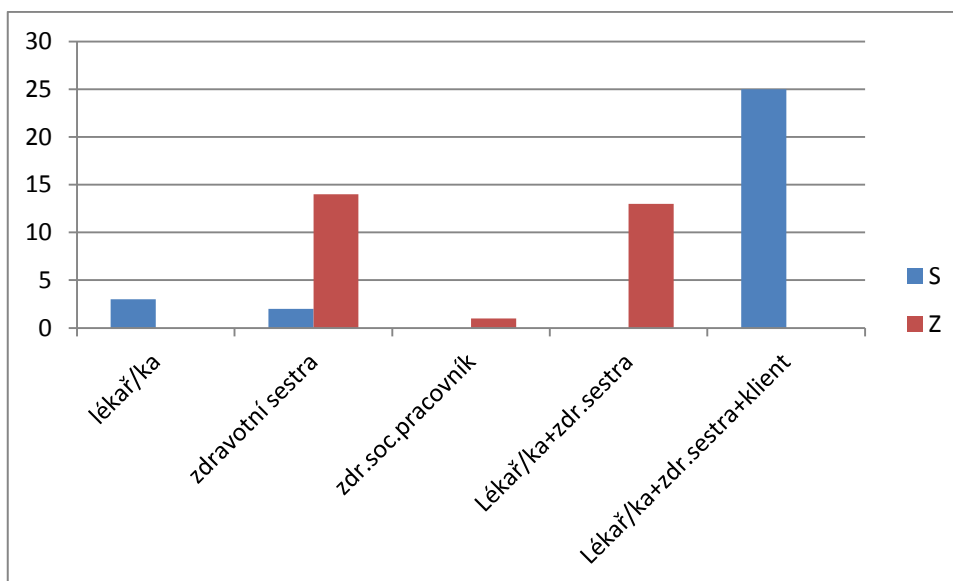
Tento dotaz měl filtrační výstup odpovědí. Díky němu se v následujících výsledcích bude objevovat pouze celkový stav zdravotníků **28**, který bude představovat **100,00 %** hodnotu. Tento dotaz nebyl podán zdravotně-sociálním zdravotníkům.

V této tabulce zjišťujeme, že **93,33 % (28)** spolupracuje se zdravotně-sociálními pracovníky a **6,66 % (2)** nespolupracuje s nimi. Graf přehledně znázorňuje převahu spolupráce těchto dvou cílových skupin.

Otázka č. 2. Kdo osloví zdravotně-sociálního pracovníka pro spolupráci ve vztahu ke klientovi? (otázka pro zdravotníky v otázce č. 2)

Otázka č. 1. Kdo vás požádá o spolupráci s klientem? (otázka pro zdravotně-sociální pracovníky v otázce č. 1)

Graf č. 7. Osoba oslovující zdravotně-sociálního pracovníka ke spolupráci



Tab.č. 7. Osoba oslovující zdravotně-sociálního pracovníka ke spolupráci

Oslovující osoba	n/S	fí/S	n/Z	fí/Z
lékař/ka	3	10,00	0	00,00
zdravotní sestra	2	6,66	14	50,00
zdr.soc.pracovník	0	00,00	1	3,57
Lékař/ka+zdr.sestra	0	00,00	13	46,43
Lékař/ka+zdr.sestra+klient	25	83,33	0	00,00
<i>Celkem</i>	30	100,00	28	100,00

Tento dotaz jsem spojila, protože se ptá obou dotazovaných skupin na stejnou otázku. Zdravotně-sociální pracovníci odpověděli, že nejvíce je oslovi všechny tři uvedené skupiny – **83,33 % (25)**, **10,00 % (3)** pouze lékař/ka a **6,66 % (2)** jen zdravotní sestra. Zdravotníci udávají, že zdravotně-sociální pracovníky nejvíce osloví zdravotní sestry – **50,00 % (14)**, dále **46,43 % (13)** - lékař/ka + zdravotní sestra a pouze **3,57 % (1)** se zajímá o klienta sám zdravotně-sociální pracovník. Graf s přehledem dokazuje, že nejvíce je zastoupena ze strany zdravotně-sociálních pracovníků oslovení všemi uvedenými skupinami.

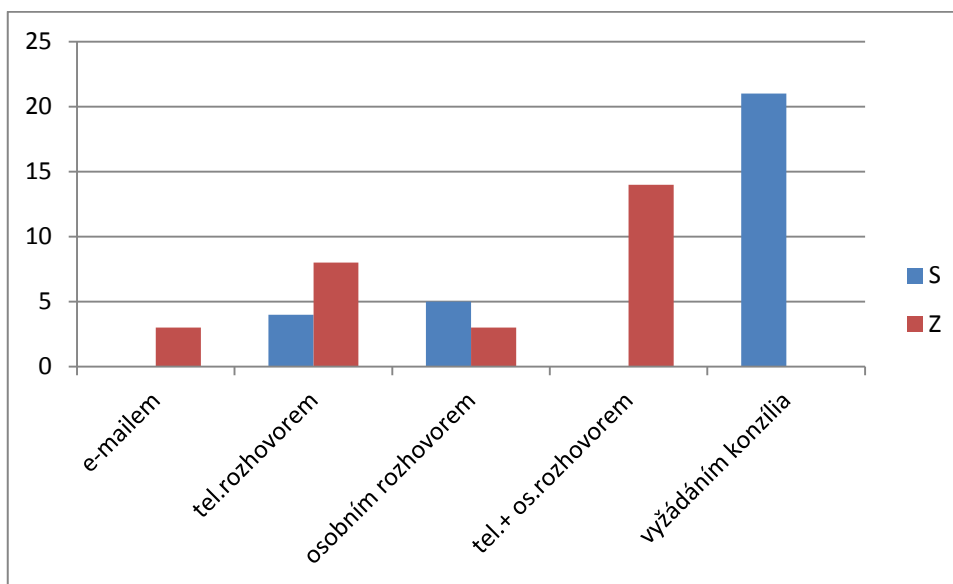
Otázka č.3. **Jakým způsobem se osloví zdravotně-sociální pracovník?**

(otázka č.3 u Zdravotníků)

Jakým způsobem vás osloví zdravotníci?

(otázka.č.2 u Zdravotně-sociálních pracovníků)

Graf č. 8. Způsob oslovení zdravotně-sociálního pracovníka



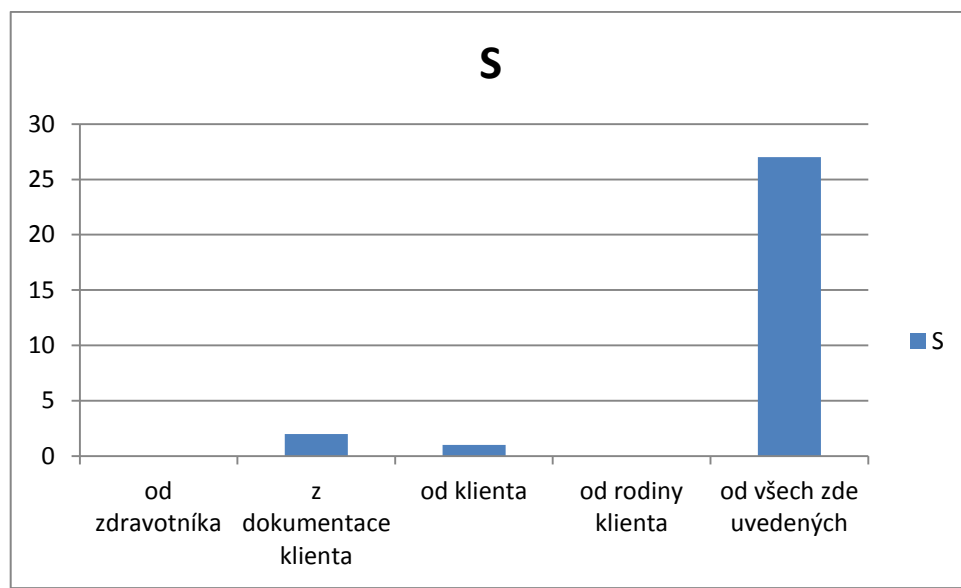
Tab. č. 8. Způsob oslovení zdravotně-sociálního pracovníka

Oslovení	n/Z	fi/Z	n/S	fi/S
e-mailem	3	10,71	0	00,00
tel.rozhovorem	8	28,57	4	13,33
Os.rozhovorem	3	10,71	5	16,66
tel.+ os.rozhovorem	14	50,00	0	00,00
vyžádáním konzilia	0	00,00	21	70,00
<i>Celkem</i>	28	100,00	30	100,00

Tabulka vyhodnocuje způsob oslovení zdravotně-sociálního pracovníka, kde zdravotníci udávají **10,71 % (3)** e-mailem, **28,57 % (8)** telefonickým rozhovorem, **10,71 % (3)** osobním rozhovorem a **50,00 % (14)** telefonickým + osobním rozhovorem. Zdravotně-sociální pracovníci odpovědělo, že **13,33 % (4)** e-mailem, **16,66 % (5)** osobním rozhovorem a **70,00 % (21)** vyžádáním si konzilia. Graf znázorňuje nejvíce konziliární vyžádání.

Otázka č. 4. **Jakým způsobem získáváte informace o klientovi?**
(otázka č.3 pouze u zdravotně-sociálních pracovníků).

Graf č. 9. Cesta informace o klientovi ke zdravotně sociálnímu pracovníkovi



Tab.č. 9. Způsob podání informace o klientovi

Informace	n/S	fí/S
od zdravotníka	0	00,00
z dokumentace klienta	2	6,66
od klienta	1	3,33
od rodiny klienta	0	00,00
od všech zde uvedených	27	90,00
<i>celke</i>	30	100,00

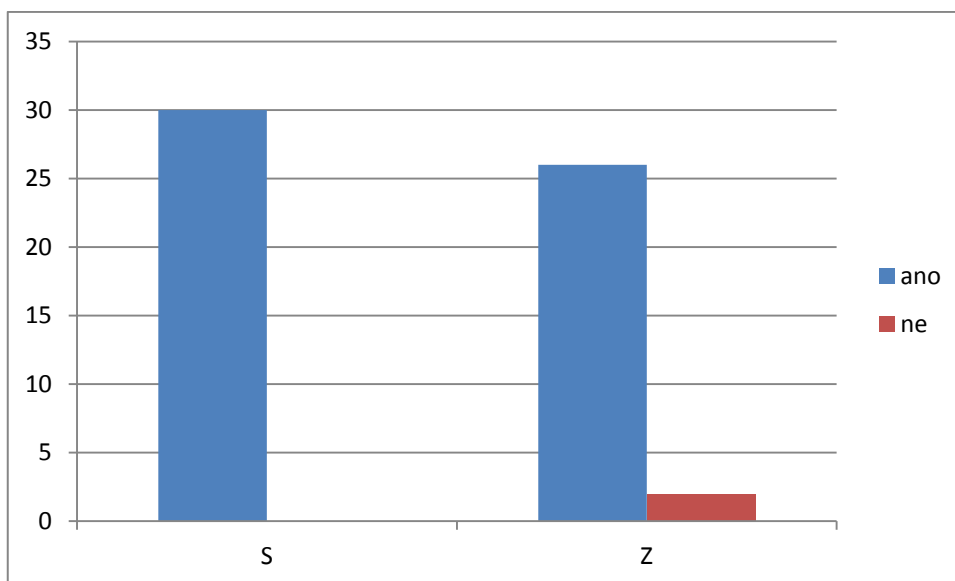
Tento dotaz byl podaný pouze sociálním pracovníkům. V uvedené tabulce jsou zastoupeny zdroje, které respondenti neuváděli samostatně, ale pouze v kombinaci s jinými, a proto je nejvíce využívaná odpověď od všech zde uvedených **90 % (27)**, dále pouze z dokumentace klienta **6,66 % (2)**, jen od klienta **3,33 % (1)**. Ostatní byly bez evidence. Graf znázorňuje nejvíce odpovědi pro získávání odpovědí od všech zde uvedených.

Otázka č. 5. O **průběhu spolupráce s klientem informujete zdravotníky?**
(otázka č.4 u zdravotně-sociálních pracovníků)

- **Získáváte informace o průběhu této spolupráce?**

(otázka č.4 u zdravotníků)

Graf č. 10. **Získávání informací od zdravotně-sociálních pracovníků**



Tab. č. 10. **Získávání informací od zdravotně-sociálních pracovníků**

Informace	n/Z	f _i /Z	n/S	f _i /S
Ano	26	92,86	30	100,00
Ne	2	7,14	0	00,00
<i>Celkem</i>	28	100,00	30	100,00

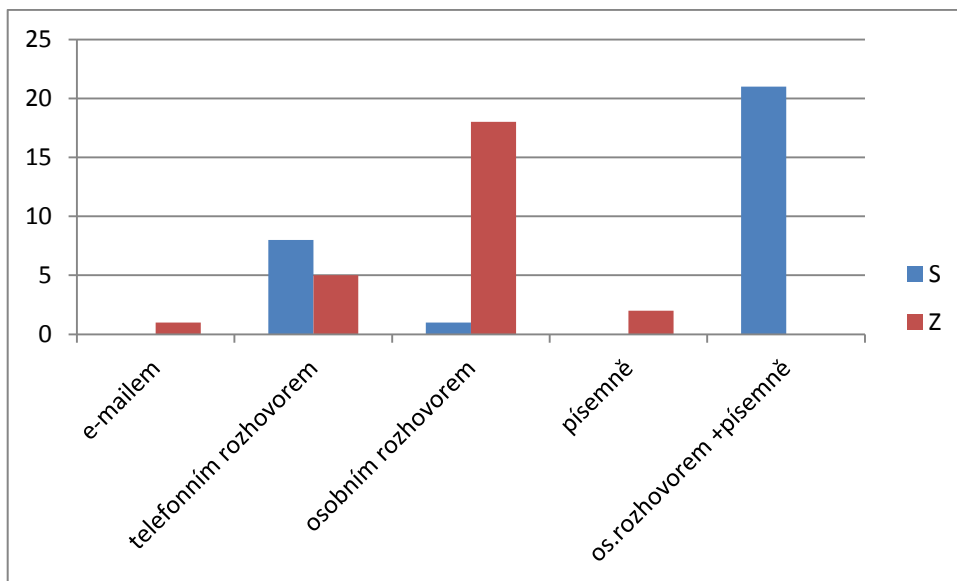
Tento dotaz má získat zpětnou vazbu společné spolupráce. Tabulka přehledně eviduje, že zdravotně-sociální pracovníci vždy informují zdravotníky, což je **100 % (30)**, avšak zdravotníci udávají **92,86 % (26)** a v **7,14 % (2)** uvádějí, že ne.

Graf přehledně znázorňuje, že zdravotně-sociální pracovníci vždy podávají zdravotníkům informace.

Otázka.č. 6. Pokud ano, tak jakým způsobem?

(otázka č.5 u zdravotně-sociálních pracovníků i u zdravotníků)

Graf č. 11. Způsob informování zdravotníků od ZSP



Tab. č. 11. Způsob informování zdravotníků od ZSP

Způsob informování	n/Z	fi/Z	n/S	fi/S
e-mailem	1	3,85	0	00,00
Tel.rozhovorem	5	19,23	8	26,66
Os.rozhovorem	18	69,23	1	3,33
Písemně	2	7,70	0	00,00
os.rozhovorem +písemně	0	00,00	21	70,00
<i>Celkem</i>	26	100,00	30	100,00

Tento dotaz je pro obě strany stejný, ale s tím rozdílem, že zdravotně-sociální pracovníci podávají informaci zdravotníkům a zdravotníci tuto informaci přijímají. Z tabulky je vidět, že zdravotně-sociální pracovníci využívají nejvíce kombinaci osobního rozhovoru a písemnou formu **70,00 % (21)**, následuje **26,66 % (8)** pouze telefonickým rozhovorem a jen **3,33 % (1)** pouze osobním rozhovorem. Zdravotníci to uvedli trochu jinak, kdy kombinace není vůbec uvedena, ale pouze samostatná informovanost pomocí e-mailu **3,85 % (1)**, telefonním rozhovorem **19,23 % (5)**, osobním rozhovorem **69,23 % (18)** a písemně **7,70 % (2)**. Graf uvedené hodnoty zřehledňuje.

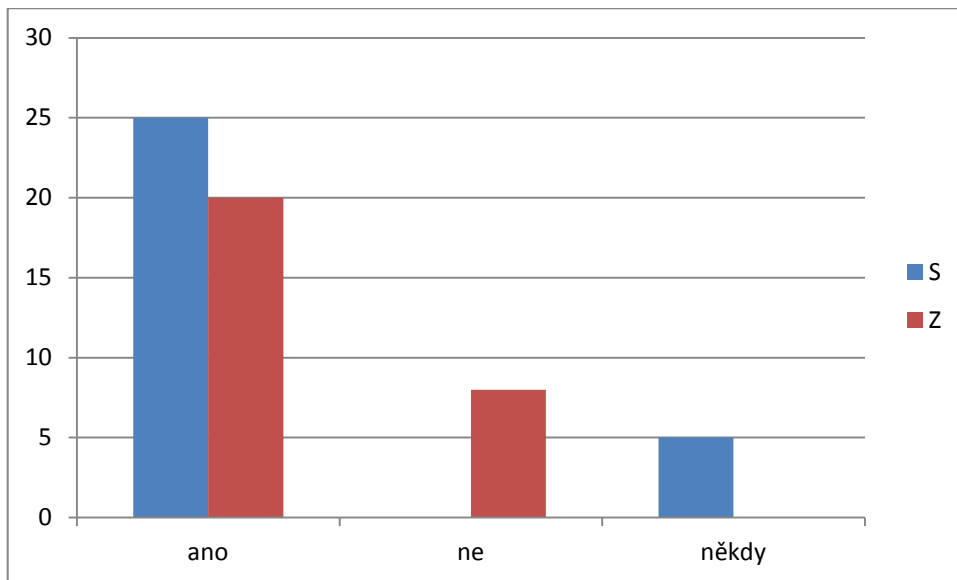
Otázka č. 7. **Podáváte závěrečnou zprávu o spolupráci s klientem zdravotníkovi?**

(otázka č.6 u zdravotně-sociálních pracovníků)

- **Získáváte závěrečnou zprávu o spolupráci s klientem od**

zdravotně-sociálního pracovníka?
(otázka č. 6 u zdravotníků)

Graf č. 12. **Poskytování a přijímání závěrečné zprávy**



Tab.č. 12. **Poskytování a přijímání závěrečné zprávy**

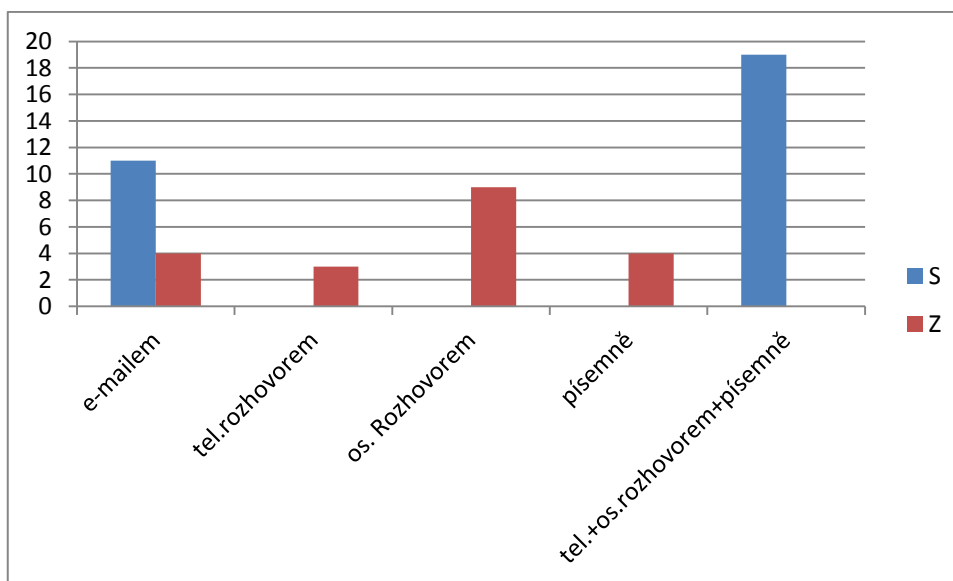
Závěrečná zpráva	n/Z	f _i /Z	n/S	f _i /S
Ano	20	66,66	25	83,33
Ne	8	26,66	0	00,00
Někdy	0	00,00	5	16,66
<i>Celkem</i>	28	93,33	30	100,00

Tento dotaz byl podaný opět oběma stranám, ale i zde je rozdíl v podávání či získávání závěrečné zprávy. Dotaz je filtrační. Tabulka nám podává informace, ze kterých lze zjistit, že zdravotně-sociální pracovníci podávají závěrečnou zprávu v **83,33 % (25)** a někdy v **16,66 % (5)**. Zdravotníci udávají, že tuto zprávu získávají v **66,66% (20)** a v **26,66 % (8)** ji nezískávají vůbec. Graf tyto informace potvrzuje a zřehledňuje.

Otázka č. 8 Pokud ano, tak jakým způsobem?

(otázka č.7 u zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků)

Graf č. 13. Způsob podávání závěrečné zprávy o klientovi



Tab. č. 13. Způsob podávání závěrečná zprávy o klientovi

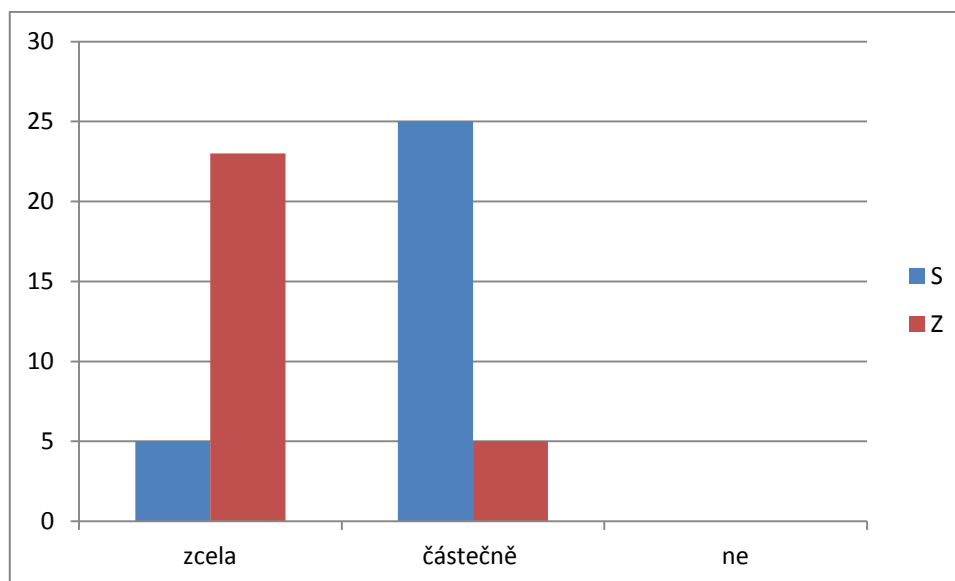
Způsob informování	n/Z	fí/Z	n/S	fí/S
e-mailem	4	20,00	11	36,66
tel.rozhovorem	3	15,00	0	00,00
os. rozhovorem	9	45,00	0	00,00
Písemně	4	20,00	0	00,00
tel.+os.rozhovorem+písemně	0	00,00	19	63,33
<i>Celkem</i>	20	100,00	30	100,00

Tento dotaz byl opět podaný oběma stranám z důvodu stejných odpovědí, avšak opět s rozdílem, že jedna strana tuto zprávu píše a druhá ji získává. Jsou zde vynechání zdravotníci, kteří zprávu vůbec nezískávají. Tabulka přehledně informuje, že zdravotně-sociální pracovníci nejvíce podávají informace kombinací telefonického, osobního rozhovoru a stvrzují to i písemně **63,33 % (19)**. V **36,66 % (11)** posílají zprávy e-mailem. Zdravotníci to však nepotvrzují a odpovídají, že získávají informace pouze e-mailem **20,00 % (4)**, pouze telefonickým rozhovorem **15,00 % (3)**, jen osobním rozhovorem **45,00 % (9)** a jen **písemně 20,00 % (4)**. Graf tyto informace opět zpřehledňuje. Nejvíce je zastoupena kombinace informovanosti od zdravotně-sociálních pracovníků, kterou zdravotníci nepotvrzují

Otázka č. 9. **Současná spolupráce se zdravotníky / zdravotně-sociálními pracovníky vás uspokojuje?**

(otázkač.8 u zdravotně-sociálních pracovníků i zdravotníků)

Graf č. 14. Uspokojení ze spolupráce SZP a zdravotníků



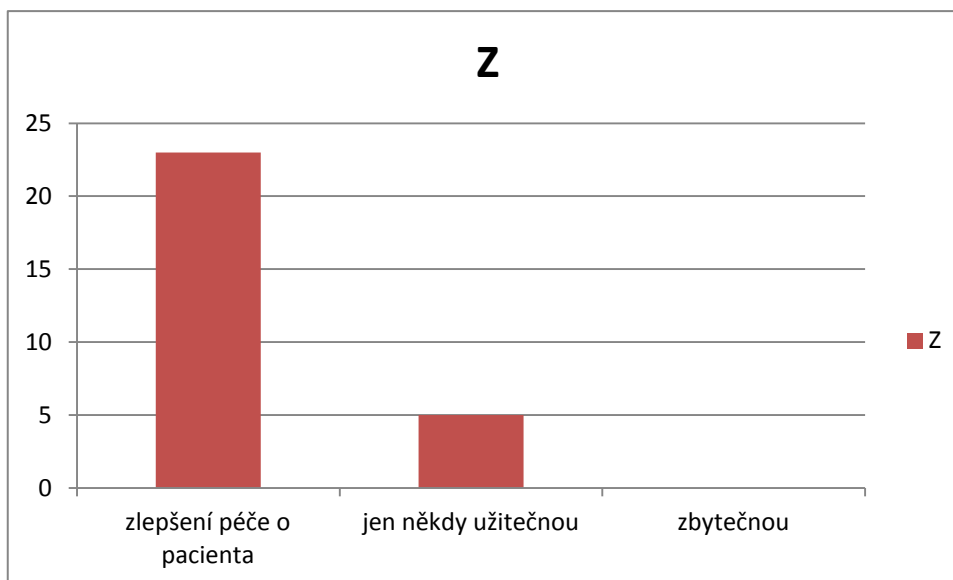
Tab. č. 14. Uspokojení ze spolupráce SZP a zdravotníků

Spokojenost S/Z	n/Z	fi/Z	n/S	fi/S
Zcela	23	81,14%	5	16,66%
částečně	5	17,86%	25	83,33%
Ne	0	00,00%	0	00,00%
<i>Celkem</i>	28	100,00%	30	100,00%

Tabulka eviduje nejvíce u zdravotně-sociálních pracovníků částečnou spokojenost ve spolupráci se zdravotníky **83,33 % (25)** a úplnou spokojenost pouze v **16,66 % (5)**. Zdravotníci to vnímají opačně, kdy jsou zcela spokojeni s touto spoluprací v **81,14 % (23)** a v **17,86 %** jsou částečně spokojeni. V grafu je tento rozdíl viditelný.

Otázka č. 10. Považujete komunikaci se zdravotně sociálními pracovníky za:
(otázka č. 9 pro zdravotníky)

Graf č. 15. **Hodnocení přínosu komunikace se ZSP pro klienta**



Tab. č. 15. **Hodnocení přínosu komunikace se ZSP pro klienta**

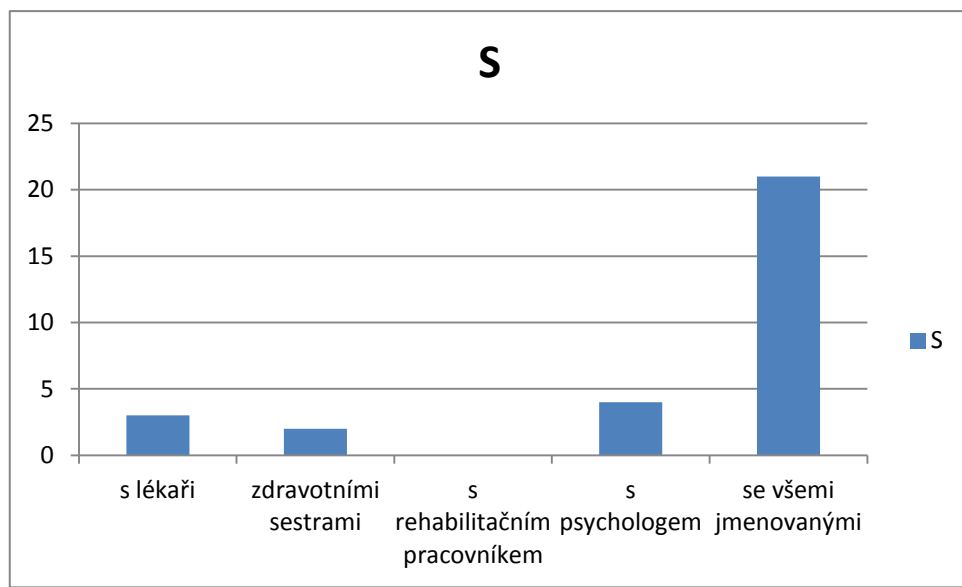
Komunikace se ZSP	n/S	fí/S
zlepšení péče o pacienta	23	81,14
jen někdy užitečnou	5	17,86
zbytečnou	0	00,00
<i>Celkem</i>	28	100,00

Tento dotaz potvrzuje předcházející, kdy zdravotníci odpovídají, že tato spolupráce je v **81,14 % (23)** zlepšení péče o pacienty a jen v **17,86 % (5)** někdy užitečná. Nebyl respondent, že by napsal, že je zbytečná. Graf toto tvrzení opět potvrzuje.

Otázka č. 11. **Nejlépe probíhá spolupráce se/s:**

(otázka č. 9 pro zdravotně-sociální pracovníky)

Graf č. 16. Hodnocení ZSP nejlepší spolupráce podle zdravotnické kategorie



Tab.č. 16. Hodnocení ZSP nejlepší spolupráce podle zdravotnické kategorie

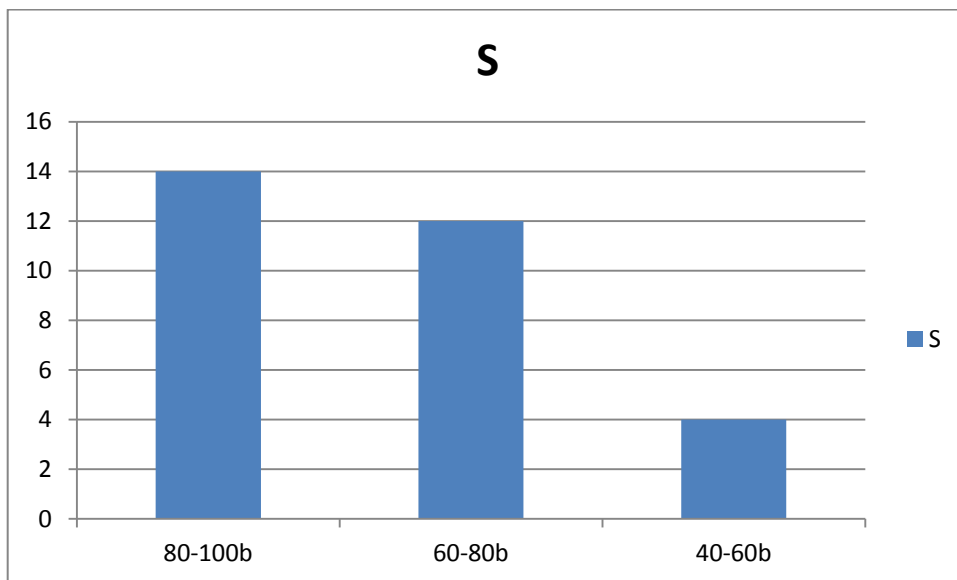
Spolupráce se/s	n/S	f _i /S
s lékaři	3	10,00
zdravotními sestrami	2	6,66
s rehab. pracovníkem	0	00,00
s psychologem	4	13,33
se všemi jmenovanými	21	70,00
<i>celkem</i>	30	100,00

Tento dotaz zjišťuje od zdravotně-sociálních pracovníků, s kým se jim nejlépe pracuje. Nejvíce je v tabulce zastoupena odpověď, kdy se jim nejlépe pracuje se všemi jmenovanými **70,00 % (21)**, následuje spokojenost pouze s psychologem **13,33 % (4)**, jen s lékaři **10,00% (3)** a se zdravotními sestrami **6,66 % (2)**. Graf zde potvrzuje, že se zdravotně-sociálním pracovníkům nejlépe pracuje se všemi zúčastněnými.

8.6.3 Dotazník konverzačních schopností

Výsledky dotazníku konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků.

Graf č. 17. Konverzační schopností zdravotně-sociálních pracovníků



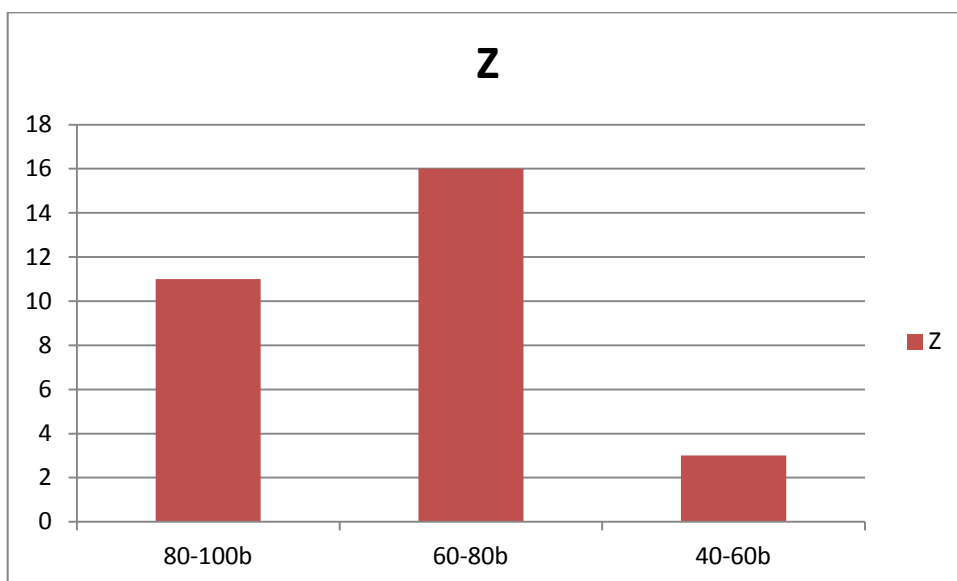
Tab. č. 17. Hodnocení konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků

Konverzační schopnosti	n/S	f _i /S
80-100b	14	46,66
60-80b	12	40,00
40-60b	4	13,33
<i>Celkem</i>	30	100,00

Výstup konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků po přepočítání bodového hodnocení dopadl tak, že **46,66 % (14)** získalo 80-100b, což znamená, že neshledávají žádné konverzační slabiny, **40,00 % (12)** dostalo 60-80b a to znamená, že považují konverzační schopnosti za dobré, díky kterým zvládají velmi dobře většinu mezilidských situací. Ve **13,33 % (4)** má 40-60b a tím se dostali do průměrných konverzačních schopností, které umožňují se řadu komunikačních dovedností se snadno naučit. Další bodové odstupňování není potřeba z důvodu její absence v hodnocení. Graf tento výsledek přehledně znázorňuje.

Výsledky dotazníku konverzačních schopností zdravotníků.

Graf č. 18. Hodnocení konverzačních schopností zdravotníků



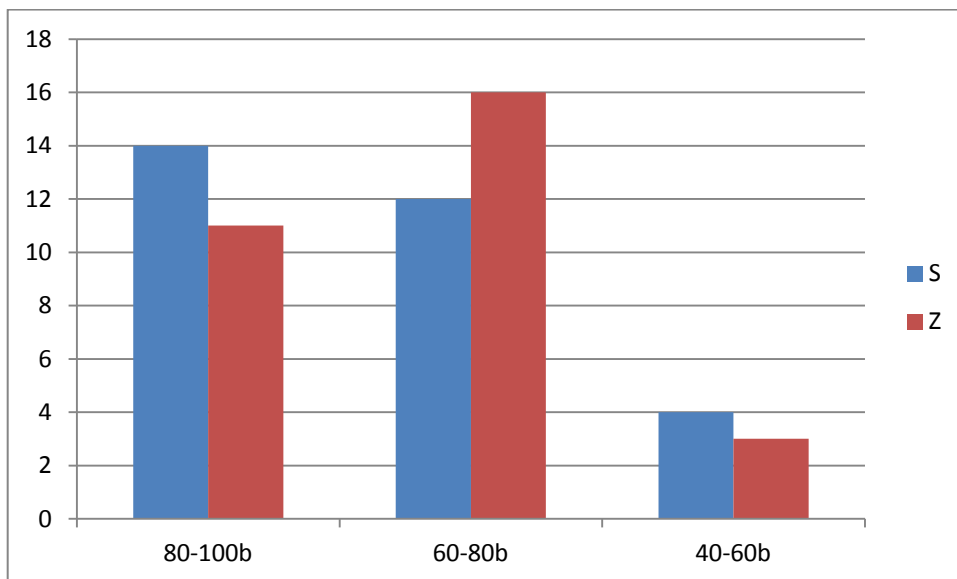
Tab. č. 18. Hodnocení konverzačních schopností zdravotníků

Konverzační schopnosti	n/Z	fi/Z
80-100b	11	36,66
60-80b	16	53,33
40-60b	3	10,00
<i>celkem</i>	30	100,00

Z této tabulky lze zjistit, že zdravotníci mají po přepočítání bodů **36,66 % (11)** bodové hodnocení 80-100b, kteří nemají žádné konverzační slabiny. Dále 60-80b **53,33 % (16)** zdravotníků má dobré konverzační schopnosti a **10,00 % (3)** jich má pouze průměrné konverzační schopnosti. Další bodové odstupňování opět není potřeba z důvodu její absence v hodnocení. Graf tyto výsledky přehledně znázorňuje.

Porovnání dotazníků konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků.

Graf.č.19. Porovnání konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků



Tab.č. 19. Porovnání konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků

Konverzační schopnosti	n/S	fi/S	n/Z	fi/Z
80-100b	14	46,66	11	36,66
60-80b	12	40,00	16	53,33
40-60b	4	13,33	3	10,00
<i>celkem</i>	30	100,00	30	100,00

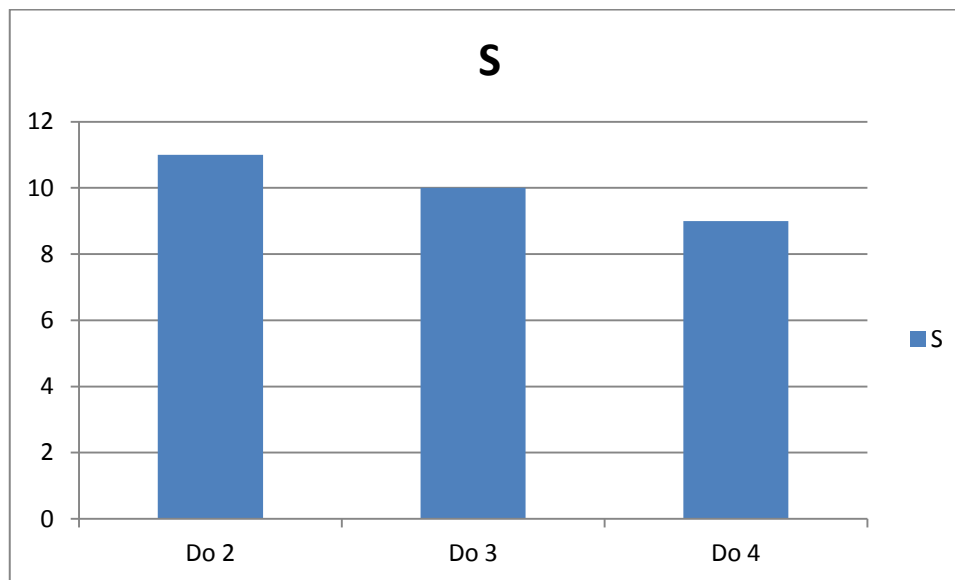
Tato tabulka porovnává obě cílové skupiny. Z této tabulky lze zjistit, že v bodové ohodnocení 80-100b je více zdravotně-sociálních pracovníků **46,66 % (14)** a méně zdravotníků **36,66 % (11)**, avšak naopak v bodovém hodnocení 60-80b je méně zdravotně-sociálních pracovníků **40,00 % (12)** a více zdravotníků **53,33 % (16)**. V hodnocení 40-60b je podobné zastoupení, kdy zdravotně-sociálních pracovníků je **13,33 % (4)** a zdravotníků **10,00 % (3)**. Následující bodové hodnocení není nutné, protože menší počet bodů nikdo neměl. Graf udává přehlednost v daných rozdílech obou cílových skupin.

Tento dotazník je předmětem pro statistické ověření druhé hypotézy.

8.6.4 Dotazník BM

Výsledky dotazníku psychického vyhoření BM zdravotně-sociálních pracovníků.

Graf č. 20. Psychické vyhoření BM zdravotně-sociálních pracovníků



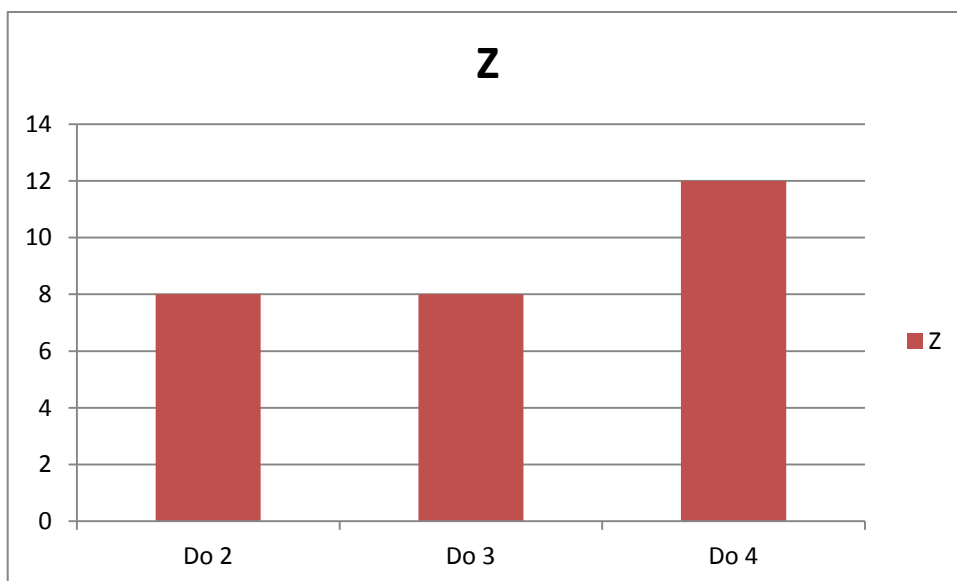
Tab č. 20. Psychické vyhoření BM zdravotně-sociálních pracovníků

BM	n/S	fí/S
Do 2	11	36,66
Do 3	10	33,33
Do 4	9	30,00
<i>celkem</i>	30	100,00

Po důsledném vypočítání lze vyhodnotit syndrom vyhoření u zdravotně-sociálních pracovníků. Tato tabulka mapuje **36,66 % (11)** zdravotně-sociálních pracovníků s výslednou hodnotou BM = 2 a nižší, což znamená, že je to dobrý výsledek. Další hodnocení = až 3 hodnotí tento stav jako uspokojivý 33,33 % (10). Následující hodnoty mezi 3,0-4,0, kdy počet respondentů je **30,00 % (10)**, doporučují se zamyslet nad svým životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života. Další hodnocení není potřeba, protože žádný z respondentů neměl nižší ohodnocení.

Výsledky dotazníku psychického vyhoření BM zdravotníků.

Graf č. 21. Psychické vyhoření BM zdravotníků



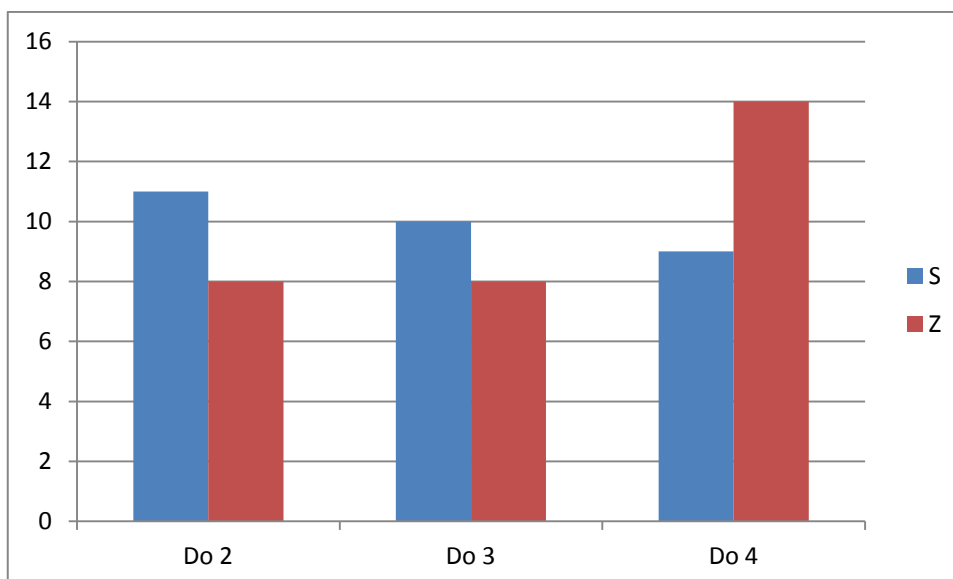
Tab.č. 21. Psychické vyhoření BM zdravotníků

BM	n/Z	f _i /Z
Do 2	8	26,66
Do 3	8	26,66
Do 4	14	46,66
<i>celkem</i>	30	100,00

Po pečlivém vypočítání BM u zdravotníků je možné syndrom vyhoření vyhodnotit. Tato tabulka eviduje hodnoty = 2 a nižší v **26,66 % (8)** u zdravotníků a to znamená, že mají dobrý stav. Hodnocení = až 3 je uspokojivý stav u **26,66 % (8)** zdravotníků. Třetí skupina má hodnocení mezi 3,0-4,0, kdy se doporučuje se zamyslet nad svým životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života. V této skupině je **46,66 % (14)** respondentů. Z grafu je vidět, že nejpočetnější skupinou je hodnoceno velmi důležitými doporučení.

Porovnání dotazníků BM zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků

Graf č.22. Porovnání BM zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků



Tab. č. 22. Porovnání BM zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků

BM	n/Z	fi/Z	n/S	fi/S
Do 2	8	26,66%	11	36,66%
Do 3	8	26,66%	10	33,33%
Do 4	14	46,66%	9	30,00%
<i>celkem</i>	30	100,00%	30	100,00%

Tato tabulka podává důležitý přehled obou skupin a jejich rozdílů. V porovnávání obou skupin lze zhodnotit, že v hodnotě BM = 2 a nižší je více zdravotně-sociálních pracovníků 36,66 % (11) než zdravotníků 26,66 %, v hodnotách = až 3 je opět více zdravotně-sociálních pracovníků 33,33 % (10) než zdravotníků 26,66 % (8) a ve výsledcích mezi 3,0-4,0 je naopak nejvíce zdravotníků 46,66 % (14) a méně zdravotně-sociálních pracovníků 30,00 % (9). Graf přehledně znázorňuje tyto rozdílů.

Tento dotazník je předmětem pro statistické ověření třetí hypotézy.

8.7 Statistické testování hypotéz

Statistické testování hypotéz je vyhodnoceno v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007 pomocí vzorce chí-kvadrát testu. Tento test spočívá v porovnávání pozorovaných a očekávaných četností. Vyplněné kontingenční tabulky nám poskytnou informace pozorované četnosti a očekávané četnosti je nutné následně vypočítat. Při tomto výpočtu se vychází z předpokladu, že platí nulová hypotéza. V případě, že provádíme test nezávislosti, nulová hypotéza předpokládá, že mezi dvěma kvalitativními veličinami není zcela žádná závislost. Pokud je rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými, pak jej posuzujeme pomocí testové statistiky χ^2 . Chí-kvadrát se vypočítává na základě jeho pravděpodobnostního rozložení, díky němuž se vypočítá pravděpodobnost výskytu takového či ještě extrémnější hodnoty. Nazývá se dosažená hladina významnosti statistického testu tzv. **p-hodnota**. V případě, že je menší než **0,05**, pak nulovou hypotézu zamítá. To znamená, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly nebo závislosti se objevily jen náhodou, je menší než **5 %**. V opačném případě nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme. Závěrem v každé hypotéze autorka vypíše vyjádření, zdali je nulová hypotéza potvrzena nebo vyvrácena.

Hypotézy:

1H₀: Spokojenost v oblasti spolupráce je stejná u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

1H_A : Spokojenost v oblasti spolupráce je rozdílná u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

Autorka použila získaná data z odpovědí na otázku č. **8** od **zdravotně-sociálních pracovníků**. Jedná se o otázku, která zní: „Současná spolupráce se zdravotníky vás uspokojuje?“ (Respondenti měli možnost vybrat - zcela, částečně, ne.) Tuto otázku porovnává s otázkou č. **8** od **zdravotníků**, kde je použita stejná otázka, která zní: „Současná spolupráce se zdravotně-sociálními pracovníky vás uspokojuje?“ (Respondenti měli opět možnost vybrat z možností – zcela, částečně, ne).

Zdravotně-sociální pracovníci vybrali v **16,66 % (5)** zcela, v **83,33 % (25)** částečně a v **0,00 % (0)** ne.

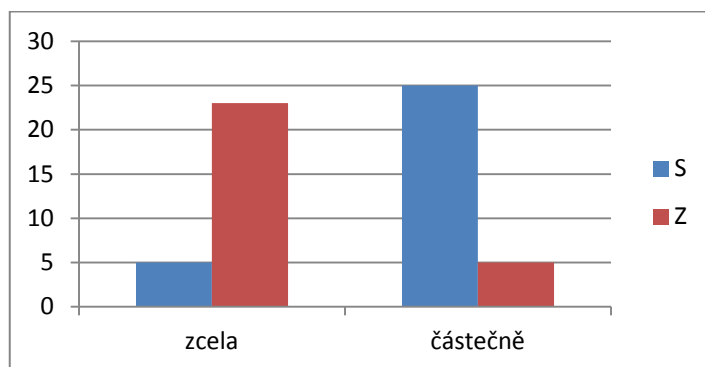
Zdravotníci udávají v **82,14 % (23)** zcela, v **17,85 %** částečně a v **0,00** ne.

Odpovědi obou cílových skupin ve tvaru *ne* při hodnocení jsou vypuštěna z důvodu její absence, a tudíž by neměly vliv na výsledek.

Tab. č. 23. Aktuální četnost vzájemné spokojenosti

Aktuální četnost	zcela	částečně	Součet
Zdravotně-sociální pracovníci	5	25	30
zdravotníci	23	5	28
<i>Celkem</i>	28	30	58

Graf č.23. Aktuální četnost vzájemné spokojenosti



Tab. č. 24. Očekávaná četnost vzájemné spokojenosti

Očekávaná četnost	zcela	částečně
Zdravotně-sociální pracovníci	14,48276	15,51724
Zdravotníci	13,51724	14,48276

Signifikance chí – kvadrát testu: $p = 6,148$, což je větší než 0,05. Testováním podporujeme **nulovou hypotézu**, takže *není* statisticky významný vztah mezi spokojeností mezi zdravotně-sociálními pracovníky a zdravotníky.

Závěrem lze napsat, že: „*Není signifikantní rozdíl mezi spokojeností se vzájemnou spoluprací mezi zdravotně-sociálními pracovníky a zdravotníky*“.

Hypotéza 1H₀ ani 1H_A se nepotvrdily.

Další hypotézy :

2Ho: Komunikační dovednosti u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků jsou stejné.

2HA: Komunikační dovednosti u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků jsou rozdílné.

Dále autorka hodnotí odpovědi na otázky konverzační dovednosti mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a zdravotníkem. Výstupem pro tuto hypotézu jsou výsledky testů konverzačních schopností podle PRAŠKA a PRAŠKOVÉ (2007, s. 117), kde je bodové ohodnocení každé otázky a následující vyhodnocení po sečtení všech bodů.

Po získání:

- **80 – 100b** : Respondent nemá žádné konverzační slabiny.
- **60 – 80b** : Respondent má dobré konverzační schopnosti, většinu mezilidských situací zvládá dobře.
- **40 – 60b** : Respondent má průměrné konverzační schopnosti, funguje podobně jako většina lidí, řadu dovedností se může snadno naučit.
- Další odstupňování není potřeba, protože žádný z respondentů **nemá méně než 40b**.

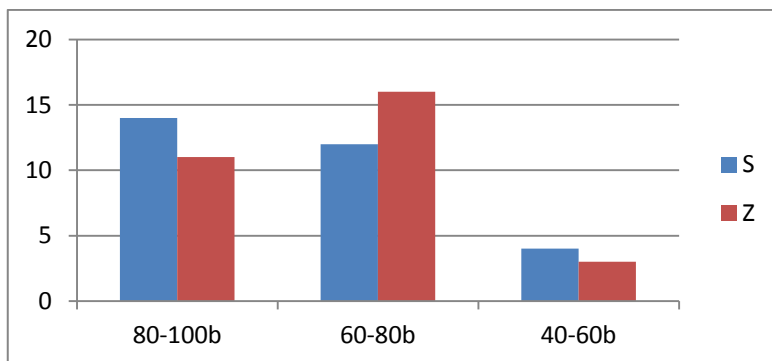
Pro výpočet této hypotézy jsou použity výsledky konverzačních schopností zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků, které se následně porovnávají mezi danými cílovými skupinami.

Výsledkem testu je to, že zdravotně-sociální pracovníci ve 14-ti – 46,66 % případech nemá žádné konverzační slabiny, ve 12-ti – 40,00 % má dobré konverzační schopnosti a pouze 4 – 13,33 % respondenti mají průměrné konverzační schopnosti. Následující bodové hodnocení není důležité udávat, protože takový nikdo neměl. Závěry testu u zdravotníků proběhl podobným způsobem, kdy 11 – 36,66 % zdravotníků nemá žádné konverzační slabiny, 16 – 53,33 % má dobré konverzační schopnosti, a jen 3 – 10,00 % má průměrné konverzační schopnosti. I zde nebylo třeba dalšího bodového hodnocení, protože se nenalezl zdravotník s nižším bodovým ohodnocením.

Tab.č. 25. **Aktuální četnost konverzačních schopností**

Aktuální četnost	80-100b	60-80b	40-60b	<i>Součet</i>
Zdravotně-sociální pracovníci	14	12	4	30
Zdravotníci	11	16	3	30
<i>Celkem</i>	25	28	7	60

Graf č.25. Aktuální četnost konverzačních schopností



Tab. č. 26. Očekávaná četnost konverzačních schopností

Očekávaná četnost	80-100b	60-80b	40-60b
Zdravotně-sociální pracovníci	12,5	14	3,5
zdravotníci	12,5	14	3,5

Signifikance chí – kvadrát testu je $p = 0,334$ a to je větší než 0,05. Testováním podporujeme **nulovou hypotézu**, takže *není* statisticky významný vztah mezi konverzační schopností zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků.

Závěrem tohoto testování můžeme napsat, že: „*Konverzační schopnosti se neliší u zdravotně-sociálního pracovníka a u zdravotníka*“.

Hypotéza 2H₀ se tedy potvrdila a hypotéza 2H_A se nepotvrdila.

Další hypotézy:

3H₀ : Výskyt BM (Do2, Do 3, Do 4) je stejný u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

3H_A : Výskyt BM (Do2, Do 3, Do 4) je rozdílný u zdravotně sociálních pracovníků a zdravotníků.

V třetí hypotéze autorka hodnotí test syndromu vyhoření – BM (KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 50) ve vztahu k zdravotně-sociálním pracovníkům a zdravotníkům. Test má své individuální hodnocení a následné vyhodnocování, které autorka respektuje a také dodržuje při jeho vypočítávání.

1. Vypočítat nejprve položku **A** - sečtením hodnot, které jsou uvedeny u otázek číslo:

$$A = 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 \text{ a } 21$$

2. Vypočítat položku **B** - sečtením hodnot, která jsou uvedena u otázek číslo:
B = 3, 6, 19 a 20.

3. Vypočítat položku (**C**) odečtením (**B**) od hodnoty 32

- Tj. **C = 32 – B**

4. Vypočítat položku (**D**) sečtením hodnoty (**A**) a (**C**)

- Tj. **D = A + C**

5. Vypočítat celkové skóre (**BQ**) dělit (**D**) číslem 21

- Tj. **BQ = D : 21**

*Takto vypočítaná hodnota **BQ** je hodnota psychického vyhoření daného člověka změřena metodou BM.*

Z a předpokladu kladného přístupu vyplňujícího dotazníku BM je možné hodnotit celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví tímto způsobem:

- Je-li výsledná hodnota BM = **2 a nižší** – jako dobrý.
- Je-li BM = **až 3** – jako uspokojivý.
- Leží – li výsledná hodnota BM mezi **3,0 a 4,0** – doporučuje se zamyslet se nad životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života. V momentě získání tohoto výsledku se doporučuje si ujasnit žebříček hodnot.
- Je-li celkový výsledek BM = **4,0 až 5,0** – je zde přítomnost syndromu psychického vyčerpání prokázána. V tomto případě je nutno již něco proti tomu dělat (doporučená návštěva psychoterapie).
- Je –li výsledek **vyšší než-li BM = 5,0** – jedná se o havarijní signály (doporučená návštěva psychologa, psychoterapie).

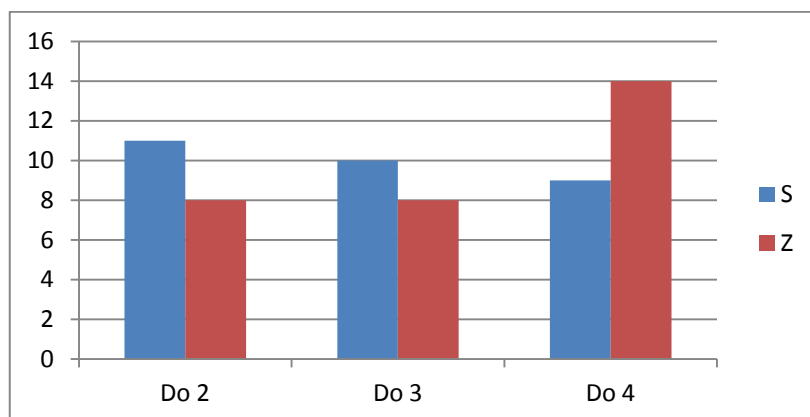
Výpočty jsou následující. Zdravotně-sociální pracovníci v **11-ti- 36,66 %** případech získávají hodnocení do 2, dále do 3 má **10** respondentů – **33,33 %** a do 4 jich má **9** tázaných-**30 %**.

Zdravotníci měli v **8 – 26,66 %** případech hodnocení do 2, dalších **8 - 26,66 %** je v hodnocení do 3 a nejpočetnější je skupina zdravotníků do 4, která má **14 – 46,66 %** respondentů.

Tab. č. 27. **Aktuální četnosti BM**

Aktuální četnost	Do 2	Do 3	Do 4	Součet
Zdravotně-sociální pracovníci	14	12	4	30
Zdravotníci	11	16	3	30
<i>Celkem</i>	25	28	7	60

Graf č. 26. **Aktuální četností BM**



Tab. č. 28. **Očekávaná četnost BM**

Očekávaná četnost	Do 2	Do 3	Do 4
Zdravotně-sociální pracovníci	9,5	9	11,5
Zdravotníci	9,5	9	11,5

Signifikance chí – kvadrát testu : $p = 0,404$ a to je větší než 0,05. Tento test podporuje **nulovou hypotézu**, a proto *není* statisticky významný vztah BM zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků.

Na závěr můžeme napsat, že : „*Výskyt BM je v uvedeném souboru stejný u zdravotně-sociálních pracovníků a u zdravotníků*“.

Hypotéza 3Ho se tedy potvrdila. Hypotéza 3HA se nepotvrdila.

8.8 Úvaha nad provedeným výzkumem

Dotazníkové šetření bylo rozesláno do jedné krajské nemocnice v Liberci a do čtyř fakultních nemocnic v Praze. Dotazníků se sešlo se v dostatečném množství tak, aby se mohl tento výzkum vyhodnotit. Podrobnosti jsou uvedeny v podkapitole

Metodika. Autorku pozitivně překvapila početná návratnost u sociálních pracovníků. Vysvětluje si to tím, že věnovala pozornost důležitosti nedostatku těchto pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

Na základě tohoto nedostatku mají sociální pracovníci mnoho práce a nemají možnost uspokojit potřeby klientů. Každé zdravotnické zařízení by si mělo tento nedostatek uvědomit a snažit se o posílení těchto řad. S nárůstem sociálních pracovníků by se zlepšil eticky citlivý přístup ke klientům, což by umožnilo porozumět klientovi a zlepšila by se kvalita péče o něj. Díky efektivnější práci sociálních pracovníků by se efektivněji uspokojovaly potřeby klienta, na které v mnohých situacích nestačí zdravotnický personál. Jak praví Slezáčková: „*Ne vždy tomu naše aktuální životní okolnosti přejí*“ (SLEZÁČKOVÁ, 2012, s. 149).

8.9 Závěr k výzkumnému šetření

Na závěr lze shrnout, že první hypotéza má nulovou hodnotu, a že se nepotvrdila hypotéza $1H_0$ ani $1H_A$. V podstatě není signifikantní rozdíl mezi spokojeností se vzájemnou spoluprací mezi zdravotně-sociálními pracovníky a zdravotníky. Druhá hypotéza $2H_0$ se potvrdila a $2H_A$ se nepotvrdila. Potvrdilo se, že se konverzační schopnosti neliší u zdravotně-sociálního pracovníka a u zdravotníka. Poslední hypotéza $3H_0$ se opět potvrdila a $3H_A$ se nepotvrdila. Bylo zjištěno, že výskyt BM je v uvedeném souboru stejný u zdravotně-sociálních pracovníků a u zdravotníků.

ZÁVĚR

Práce podává stručný obecný přehled komunikačních strategií, jejichž znalost je žádoucí pro úspěšnou komunikaci jak sociálních pracovníků, tak pracovníků ve zdravotnictví, a dále uvádí teoretické zásady funkční komunikace. Zmiňuje se také o interpersonálních vztazích z pohledu sociální psychologie. Zaměřuje se na vztahy v pracovní skupině a poukazuje na problémy, které negativně zasahují do potřebné komunikace v pracovním týmu.

Předmětem zájmu autorky je - návazně na zmíněnou problematiku - stres a syndrom vyhoření, na jehož rizikové faktory a možnou prevenci autorka upozorňuje. Práce se zabývá také způsoby možné kultivace vztahů, což je důležité pro rozvíjející se pracovní komunikaci zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků. Výzkumná část nabízí interpretaci dat získaných prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření se sociálními a zdravotními pracovníky. Výstupem z praktické části této diplomové práce je statistické vyhodnocení komunikace při práci s klientem u zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotníků, jejich konverzační schopnosti a míra výskytu BM – syndrom vyhoření. Úkolem práce je zaměřit se na tyto problémy a navrhnout některá řešení pro jejich předcházení.

LITERATURA

- 1) ARGYLE, M. a P. TROWER. *Person to Person ways of communicating*. London: Harper a. Row, 1979.
- 2) BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychologická encyklopedie-aplikovaná psychologie*. 520 s. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
- 3) ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
- 4) DENNETT, Daniel a PEREGRÍN, Jaroslav. *Druhy myslí*. Bratislava: Archa, 2004. 174s. ISBN 80-200-1177-3.
- 5) ERIKSON, Erik, H. *Životní cyklus rozšířený dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- 6) FREUD, Sigmund. *Vybrané spisy I*. Přeložil Jiří PECHAR a Eugen WIŠKOVSKÝ. Praha: Avicenum, 1969.
- 7) FILČÍKOVÁ – HERFOTOVÁ, Marie a Miloš SOVÁK. *Výchova dětí předškolního věku*. Praha: SPN, 1961.
- 8) HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 265, 684, 743, 755. ISBN 80-7178- 303-X.
- 9) HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-26205-34-0.
- 10) HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha 3: Vyšehrad, 2013. 230 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
- 11) HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha : Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4..
- 12) CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum, 1970.
- 13) JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 126. ISBN 80 7178-535-0.
- 14) KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
- 15) KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 3. vyd. Praha: SPN, 1981, s. 359.
- 16) KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie duševního vývoje*. Brno: ICV MZLU, 2008. 127s. ISBN 978-80-7375-158-2.
- 17) KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užití psychologie*. Brno: CERM, 2000. ISBN 80-214-2203-3.
- 18) KRATOCHVÍL, Josef, ČERNOCKÝ, Stanislav a CHARVÁT, Otakar. *Filosofický slovník*. Brno: Občanská tiskárna, 1937.
- 19) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac.. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

- 20) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002a. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 21) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002b. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
- 22) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie: odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí, radost, naděje*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.-5.
- 23) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme..* Praha: Svoboda, 1988. 25
- 24) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
- 25) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
- 26) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Předcházení vyhoření*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN-13 978-80-7195-573-3.
- 27) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 978-807-1955-733.
- 28) KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha : Grada , 2011. 192s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 29) LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Praha: SPN, 1990. 280 s. ISBN 800800447980-08-00447-9.
- 30) LINHART aj. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004, s. 201. ISBN [neuveдено].
- 31) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784.
- 32) MAREŠ, J. a KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Komunikace ve škole*. Brno: Masarykova Univerzita, 1995.
- 33) MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 92. ISBN 80-7178-549-0.
- 34) MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- 35) MOHAPL, Přemysl. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: FF Univerzity Palackého,
- 36) NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. 287s. ISBN 80-200-0690-7.
- 37) NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.
- 38) NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

- 39) POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2., přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.
- 40) POKORNÝ, František. Naučný slovníček. 4. přepr. A značně dopln. vyd. Brno: Nový lid, 1937, s. 147.
- 41) PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Asertivitou proti stresu. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-24716-97-8.
- 42) PRAŽÁK, Josef M., František NOVOTNÝ a Josef SEDLÁČEK. Latinsko-Český slovník k potřebě gymnasií a reálných gymnasií. Přepracoval František NOVOTNÝ. 9. Vyd. Praha: Československá grafická unie, 1948, s. 258.
- 43) SOKOL, Jan. Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů. Praha: Vyšehrad, 1998, s. 315. ISBN 80-7021-253-5.
- 44) SLAMĚNÍK, Ivan. Emoce a interpersonální vztahy. Praha: Grada, 2011. Edice Psyché. ISBN 978-80-247-3311-1.
- 45) SLEZÁČKOVÁ, Alena. Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
- 46) SCHMIDBAUER, Wolfgang. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
- 47) SCHREIBER, Vratislav aj. Stres. Praha: Avicenum, 1983.
- 48) STOCK, Christian. Syndrom vyhoření jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 49) ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent - Orion, 2003. 276 s. ISBN 80-7172-84.
- 50) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace, Komunikace nejen pro sestry. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 51) Technický naučný slovník J - L. 3.díl. 2., revid. a doplň.vyd. Praha: Státní nakladatelství technické literatury, 1982, s. 164.
- 52) TOMOVÁ, Š. Identita v profesi sestry z pohledu sester rodinných příslušníků. Sestra. 2011, roč.12, č. 5, s. 24 – 27. ISSN 1801-164 X
- 53) VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. 184 s. Edice Sestra. ISBN 978-802-4731-742.
- 54) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 55) VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. Velký lékařský slovník. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, s. 975. ISBN 978-80-7345-166-0.
- 56) VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
- 57) VYBÍRAL, Zdeněk. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.
- 58) VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. Sociální psychologie. 2., přeprac. a rouš. vyd. Praha : Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- 59) WITKINOVÁ, Georgia. Jak přežít stres-průvodce pro ženy aneb všechno, co jako žena potřebujete vědět o stresu. Praha: Práh, 2009. 288 s. ISBN 978-80-7252-267-5.
- 60) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

- 61) ŽANTOVSKÁ, Irena. *Rétorika: teorie a praxe*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008.120s. ISBN 978-80-86722-57-0.

Internetové zdroje

- 1) *Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR* [online]. ©2006, 20.5.2006 [2014-06-28]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssprcr.pdf
- 2) Informace MZ ČR k zákonu o zdravotnických povoláních. *Zdravotnictví a medicína* [online]. ©2014 [cit.2014-06-26]. Dostupné z: <http://zdrav.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality>
- 3) Interpersonální vztahy. *Wikisofia* [online]. ©2014 [cit.2014-07-26]. Dostupné z: http://wikisofia.cz/index.php/Iternerso%C3%A11n%C3%AD_vztahy
- 4) Jedinec v pracovní skupině. *Univerzitaonline*. ©2014 [28-06-2014]. Dostupné z: <http://www.univerzita-online.cz/mng/psychologie-v-ekonomicke-praxi>
- 5) Katharine Dalton, 87; First doctor, to Define Treat PMS. *Los Angeles Times* [online]. ©2004, Sept 28 2004 [2014-06-28]. Dostupné z: <http://articles.latimes.com/2004/sep/28%28%28local/me-dalton28>
- 6) KOHOUTEK, Rudolf. Strukturální personální vlastnosti. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online]. c2008, 16. 12. 2008 [cit. 2014-07-18], Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812>
- 7) KOUKAL Milan. Zemři, vyhneš se stresu. *21. století. Zajímavosti*. [online]. ©2005, 21. 10. 2005 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://21.stoleti.cz/blog/2005/10/21>
- 8) KOUKAL, Milan. Čeká nás 40 00 hrůz. *21 století.cz* [online]. ©2008, 19.11.2008 [cit.2014-07-16]. Dostupné z: <http://21stoletic.cz/blog/2008/11/19/stres-ceka-nas>
- 9) Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. Návrh přijatý valným shromážděním IFSW¹. Adelaide [Austrálie], 29 .9. – 1. 10. 2004, s. 4-5. Dostupné z : http://is.muni.cz/th/18258/pedf_m/poradensky_system_Priloha_1.pdf
- 10) ŠKALOUDOVÁ, Alena. *Faktorová analýza* [online]. ©2010 [2014-06-28]. Dostupné Z. <http://userweb.pedf.cuni.cz/hpsp/skaloudova/>

¹ Mezinárodní federace sociálních pracovníků, A

Televizní pořady

Hyde Park Civilizace. Rozhovor s Noamem Chomskim. ČT, ČT24. 13. 6. 2014, 20 hod.

PŘÍLOHA č. 1.

Etické zásady sociálního pracovníka:

„Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobodou a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

- 1. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti*
- 2. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.*
- 3. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.*
- 4. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni“ (Etický kodex společnosti sociálních pracovníků, 2006).*

S tímto kodexem seznamuje i KUTNOHORSKÁ (2011, s. 77).

PŘÍLOHA č. 2

Vážené kolegyně, kolegové,

jmenuji se Blanka Háková a studuji na Pražské vysoké škole psychosociálních studií Mgr. program „Sociální politika a sociální práce“, obor „Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii“. Dovolte, abych Vás požádala o spolupráci při vyplnění dotazníku ke své magisterské práci na téma „*Komunikace a vztahy mezi sociálním pracovníkem a ostatními zdravotnickými profesemi a jejich kultivace*“. Tento dotazník slouží pouze k vypracování této práce, k nikomu jinému se nedostane. Za vyplnění dotazníku velmi děkuji.

Instrukce pro vyplnění dotazníku: zakroužkujte vámi zvolenou odpověď.

I. Základní údaje

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk (v rocích)

- a) 20 – 29
- b) 30 – 39
- c) 40 - 49
- d) 50 a více

3. Pozice:

- a) lékař / ka
- b) všeobecná sestra
- c) sociální pracovník (zdravotně sociální pracovník)

4. Nejvyšší dosažené vzdělání :

- a) VŠ
- b) všeobecná sestra
- c) vyšší odborné studium
- d) specializace
- e) zdravotně-sociální vzdělání
- f) jiné, jaké

5. Na jakém oddělení pracujete:.....

II. Dotazník komunikace mezi zdravotně – sociálním pracovníkem a zdravotníkem.

Pro zdravotně-sociální pracovníky

1. O spolupráci s klientem vás požádá:
 - a) lékař/ka
 - b) zdravotní sestra
 - c) klient sám
 - d) lékař/ka+zdravotní sestra
 - e) lékař/ka+zdr.sestra+klient
2. Jakým způsobem vás osloví?
 - a) e – mailem
 - b) telefonicky
 - c) osobním kontaktem
 - d) tel.+ osobním rozhovorem
 - e) vyžádáním si konzília
3. Jakým způsobem získáváte informace o klientovi?
 - a) od zdravotníka
 - b) z dokumentace klienta
 - c) od klienta
 - d) od rodiny klienta
 - e) od všech zde uvedených
4. O průběhu spolupráce s klientem zdravotníky informujete?
 - a) ano
 - b) ne
5. Pokud **ano**, tak jakým způsobem?
 - a) e-mailem
 - b) telefonicky
 - c) osobním rozhovorem se zdravotníkem
 - d) písemně
 - e) os.rozhovorem + písemně
6. Podáváte závěrečnou zprávu o spolupráci s klientem zdravotníkovi?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
7. Pokud ano, tak jakým způsobem?
 - a) e-mailem
 - b) telefonickým rozhovorem
 - c) osobním rozhovorem
 - d) písemně
 - e) tel.+os.rozhovorem+písemně
8. Současná spolupráce se zdravotníky vás uspokojuje:
 - a) zcela
 - b) částečně
 - c) ne
9. Nnejlépe probíhá spolupráce:
 - a) s lékaři
 - b) se zdravotními sestrami
 - c) s rehabilitačními pracovníky
 - d) s jiným pracovníkem, s kým
 - e) se všemi zde uvedenými

Pro zdraotníky:

1. Spolupracujete se zdravotně – sociálním pracovníkem při práci s klienty?
 - a) ano
 - b) ne

Pokud **ano** vyplňujte dále.

2. Kdo osloví zdravotně-sociálního pracovníka pro spolupráci ve vztahu ke klientovi?
 - a) lékař/a
 - b) zdravotní sestra
 - c) Jiný pracovník, jaký
 - d) lékař/ka + zdravotní sestra
 - e) lékař/ka + zdravotní sestra+jiný prac.
3. Jakým způsobem se osloví zdravotně-sociální pracovník?
 - a) e-mailem
 - b) telefonicky
 - c) osobním rozhovorem
 - d) tel.+os. rozhovorem
 - e) vyžádáním si konzília
4. Získáváte informace o průběhu této spolupráce?
 - a) ano
 - b) ne
5. Pokud **ano**, tak jakým způsobem?
 - a) e-mailem
 - b) telefonicky
 - c) osobním rozhovorem
 - d) písemně
 - e) os. rozhovorem+písemně
6. Získáváte závěrečnou zprávu o spolupráci s klientem od zdravotnického pracovníka?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
7. Pokud **ano**, tak jakým způsobem?
 - a) e-mailem
 - b) telefonicky
 - c) osobním rozhovorem
 - d) písemně
 - e) tel.+os.rozhovorem+písemně
8. Současná spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem vás uspokojuje?
 - a) zcela
 - b) částečně
 - c) ne
9. Považujete komunikaci se zdravotně sociálním pracovníkem za:
 - a) zlepšení péče o pacienta
 - b) jen někdy užitečnou
 - c) zbytečnou

III. Dotazník psychického vyhoření - BM

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Použijte, prosím, toto odstupňování: 1 – nikdy

2 – jednou za dlouhý čas

3 – zřídka (*za několik měsíců*)

4 – někdy (*každý měsíc*)

5 – často (*každý týden*)

6 – obvykle (*každý druhý den*)

7 – stále (*každý den*)

1. Cítíte se unaveně?
2. Máte pocit tísně?
3. Prožíváte krásný den?
4. Pociťujete tělesnou vyčerpanost?
5. Býváte citově vyčerpaní?
6. Máte pocit štěstí?
7. Cítíte se vyřízeni (zničení).
8. Máte pocit, že se nemůžete vzchopit a pokračovat dál?
9. Jste nešťastný?
10. Cítíte se uhoněn /a a utahán/a?
11. Máte pocit, že jste jakoby chyceni v pasti?
12. Máte pocit, že jste nula?
13. Cítíte se utrápení?
14. Tíží vás starosti?
15. Cítíte se zklamaní a rozčarování?
16. Máte pocit slabosti a na nejlepší cestě k onemocnění?
17. Cítíte se beznadějně?
18. Cítíte se odmítnuti a odstrčení?
19. Máte pocit optimismu?
20. Máte pocit, že máte plno energie?
21. Máte pocit úzkosti a obav?

(Dotazník z knihy – Hořet, ale nevyhořet – Dotazník BM – psychického vyhoření / Jaro Křivohlavý)

IV. **Dotazník konverzačních schopností** (Dotazník z knihy – Asertivitou proti stresu / MUDr.J.Praško,CSc.,MUDr. H.Prašková)

Použijte, prosím, toto hodnocení : **1 – potřebuji vylepšit velmi**

2 – potřebuji vylepšit trochu

3 – potřebuji více praxe

4 – ovládám přiměřeně

5 – ovládám velmi dobře

1. Dovedete shrnout krátce, co řekl partner?
2. Prosadíte si své oprávněné zájmy?
3. Dovedete vyjednávat při konfliktu, uzavírat kompromisy?
4. Dovedete se vyrovnat s odlišností názorů?
5. Dokážete se jasně vyjadřovat v konfliktní situaci?
6. Dovedete si ujasnit, co si myslí druzí?
7. Zvládnete řídit schůzky, schůze, setkání?
8. Dovedete podávat návrhy, doporučení, rady?
9. Přijímáte dobře kritiku?
10. Dovedete poskytnout druhým informace?
11. Umíte přispívat myšlenkami v kolektivu?
12. Dokážete být trpělivý při naslouchání druhému a nepřerušovat?
13. Umíte říci jasně a konkrétně, co chcete od druhých?
14. Umíte dávat druhým najevo uznání a komplimenty?
15. Dokážete poskytovat pozitivní zpětnou vazbu druhým?
16. Umíte naslouchat ve správný čas a na správném místě?
17. Víte, jakým způsobem změnit konverzaci?
18. Máte odvahu vyjádřit i protichůdný názor?
19. Umíte zacházet s časem tak, abyste pokryli celé téma?
20. Dovedete konverzovat s neznámým člověkem?

(Dotazník z knihy – Asertivitou proti stresu – Dotazník konverzačních schopností/

MUDr.Ján.Praško,CSc.,MUDr. Hana.Prašková)

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Blanka Háková**

Obor studia: *Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii*
Název práce: *Komunikace a její úskali se zaměřením na sociálního pracovníka ve*

zdravotnictví a ostatní zdravotnické profese
Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 95

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 61+internetové 10 + TV pořad 1

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Vyber tématu

Zavaznost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přilehavost tématu

		1		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		1		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití vyzkumnych empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		1		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		1		
--	--	---	--	--

Návasnost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Zdůvodněte, proč jste zahrнула do zpracovaného tématu i stresy 21. století!
Vylózte, jaké statistické metody jste při zpracování výsledků ve vlastním výzkumném šetření použila a podle jakých kritérií jste postupovala!

Celkové hodnocení práce (kladý, nedostatky):

Práce se nejdřívě zabývá důkladným pojetím komunikace obecně, dále pak interpersonálními vztahy z hlediska sociální psychologie, interpersonálními vztahy v pracovní skupině, dále pak věnuje pozornost syndromu vyhoření a všimá si i stresu 21. století. Pak se věnuje například, etice a osobním předpokladům sociálního pracovníka, podobně jako zdravotníka.
Citace jsou uvedeny správně a autorka prokázala, že s literaturou pracovat dovede. Teoretickou část se mnou v průběhu práce pravidelně konzultovala.
Ve vlastním výzkumném šetření zvolila poměrně složitý postup a způsob zpracování. Pracovala v této části zcela samostatně, takže jsem byla seznámena až s výsledky jejího šetření. Je třeba hodnotit snahu a píl, kterou studentka této práci věnovala.
Práce poměrně výrazně přestoupila předepsaný rozsah, což je způsobeno tím, že autorka do ní zařadila i pro toto téma poměrně okrajovou kapitolu, jako stresy 21. století, která už dané téma přesahuje, syndrom vyhoření pak byva samostatným tématem závěrečných prací. Rozptýlila témat, která autorka i okrajově do práce zahrнула, někdy způsobuje, že je to místy i na úkor návaznosti kapitol.
Autorka zapoměla vzadu na stránku, kde má být uvedena tiráž.

Doporučení k obhajobě: doporučuji!

Navrhovaná klasifikace: Velmi dobře

8. 9. 2015

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Blancka Háková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Komunikace a její úskali se zaměřením na sociálního pracovníka ve zdravotnictví
a ostatní zdravotnické profese

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 90
Počet stránek příloh: 6
Počet titulů v seznamu literatury: 61

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Vyběr tématu

Závaznost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Oborová přílehavost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykově vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjádření, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			X	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				X
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

			X	
--	--	--	---	--

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Autorka DP zaměřila pozornost na problematiku komunikace ve zdravotnickém prostředí, a to u dvou typů pomáhajících profesí – u zdravotně-sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků. V teoretické části DP se nejprve zabývá vývojem komunikace, dále pak interpersonálními vztahy a jejich dopadem na jedince i na celkovou atmosféru pracovního prostředí. Představuje negativní důsledky stresu a syndromu vyhoření, poukazuje na význam preventivních aktivit pro pracovníky v pomáhajících profesích. Zabývá se osobními předpoklady zdravotníků a vyzdvihuje potřebu systematické kultivace mezilidských vztahů, k nimž v tomto případě náleží zejména schopnost překonávat přirozeně vznikající komunikační bariéry. V praktické části DP předkládá autorka kvantitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit, jak jsou pracovníci připraveni na vzájemnou funkční komunikaci.

Téma DP rezonuje se studovaným oborem. Po stránce gramatické nemám k textu připomínky. Teoretická část DP je velmi důkladně zpracována a autorka si za ni zaslouží ocenění. K formální a obsahové stránce mám však několik poznámek. Autorka opomněla do textu zaradit diskusi, přestože jí uvádí v obsahu. Úvaha nad provedeným výzkumem a závěr z výzkumného šetření diskusi nespĺní. Dále autorka zapoměla vložit na závěr DP bibliografické údaje.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

- 1) Popište týmové role a zamyslete se nad jejich významem pro zdravotnický tým.
- 2) Která výzkumná zjištění Vás překvapila? K jakým inovacím řešením jste dospěla?
- 3) Formulujte příspěvek do diskuse.

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Navaznost kapitol a subkapitol				X
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi				X
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)				X