



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Sebereflexe studentů zdravotně sociálních oborů vzhledem ke zvolenému oboru

Vypracovala: Bc. Radka Lišková
Vedoucí práce: PhDr. Martina Hrušková, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem: Sebereflexe studentů zdravotně sociálních oborů vzhledem ke zvolenému oboru. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak se v průběhu studia změnil pohled studentů na zvolený obor.

Teoretická část obsahuje definování a vysvětlení pojmů souvisejících se zpracovávaným tématem. Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní metodologie. Data byla sbírána za využití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly zaměřeny na to, jaké vlivy se podílely na volbě oboru, zda došlo k diferencím v pohledu na zvolený obor a studovanou problematiku a případnou reflexy těchto změn. Výzkumný soubor tvořilo 10 studentek Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu. Získaná data byla zpracována procesem otevřeného kódování. Z výzkumu vyplynulo, že motivem pro volbu oboru byla především touha pomoci a pracovat s lidmi a zájem o problematiku. Zvolený obor nenaplnil očekávání komunikačních partnerek a většina lituje svého rozhodnutí ve volbě oboru. Důvodem je hlavně nevyhovující skladba předmětů a nízké finanční ohodnocení profese. Výhodou oboru je získání užitečných informací a rozvoj kompetencí. Prospěšně je hodnocena absolvovaná praxe. Významná část komunikačních partnerek se necítí být připravena na výkon povolání. Komunikační partnerky často změnily postoj k zdravotně sociální problematice negativním směrem. Nejčastěji měnily názor na Romy. Nejoblíbenějšími cílovými skupinami jsou děti a senioři. Naopak nejméně populární jsou osoby bez přístřeší a Romové. Komunikační partnerky si během studia uvědomily své nedostatky a rizika související s povoláním. Všechny se obávají syndromu vyhoření. Většina komunikačních partnerek se v současnosti domnívá, že z nich budou dobré pracovnice. Zjištěné výsledky mohou pomoci obohatit teoretické poznatky o sebereflexi studentů s ohledem na studovaný obor.

Klíčová slova:

Sebereflexe

Supervize

Sociální práce

Syndrom vyhoření

Zdravotně sociální obor

Abstract

This diploma thesis deals with the theme: Self-reflection of students of schools with the health and social fields of study with respect to the selected field of study. The main objective of the diploma thesis was to find out how the students' view of the chosen field has been changing in the course of study.

The theoretical part contains the definition and explanation of terms related to the researched topic. Qualitative methodology was chosen for the research part of thesis. Data were collected using the technique of semi-structured interview. The interviews focused on what influences contributed to the choice of field, whether any differences in the view of the chosen field and the studied issues appeared, and possible reflection of these changes. The research group consisted of ten female students of the "University of South Bohemia in Czech Budejovice", field of study "Rehabilitation - psychosocial care for disabled children, adults and seniors" in the continuing Master's program. The resulting data were analyzed through a process of open coding. It resulted from the research that the motive for selecting the field of study was primarily a desire to help and work with people and interest in problems. Selected field did not meet the expectations of the communication partners, and the majority of them regret their decision in choosing the field of study. The reason is mainly the unsuitable structure of subjects and low salaries in the profession. The advantage of field of study is gaining useful information and competence development. Completing the practical experience is evaluated as positive. A significant part of the communication partners do not feel ready for performance of the profession. Communication partners often changed their attitude to health and social issues in the negative direction. They most often changed their opinion on Roma people. Children and the senior citizens are the most popular target groups. On the contrary, the homeless persons and the Roma people are the least popular. During the study, the communication partners are aware of their shortcomings and risks associated with the profession. All are worried about the "burnout syndrome". Most of the communication partners currently believe that they will be good workers.

The obtained results can help enrich the theoretical knowledge of self-reflection of students with regard to the chosen field of study.

Key words

Self-reflection

Supervision

Social work

Burnout syndrome

Health and social field

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi jakkoliv pomohli při vypracování této práce. Největší poděkování patří vedoucí práce PhDr. Martině Hruškové, Ph.D. za pomoc, podněty, cenné rady, trpělivost, ochotu a čas věnovaný této práci.

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	11
1.1 Sebereflexe	11
1.1.1 Pojem sebereflexe	11
1.1.2 Fáze, úrovně a proces sebereflexe	13
1.1.3 Pojmy související se sebereflexí.....	15
1.2 Sebereflexe v kontextu sociální práce.....	17
1.2.1 Sebezkušenostní výcviková skupina.....	18
1.2.2 Supervize	19
1.2.3 Bálintovská skupina.....	20
1.3 Absence kvalitní sebereflexe coby faktor vzniku negativních jevů v sociální práci.....	21
1.3.1 Projekce	22
1.3.2 Přenos.....	22
1.3.3 Mocenské tendence.....	23
1.3.4 Syndrom pomáhajícího	24
1.2.5 Syndrom vyhoření.....	25
1.4 Volba pomáhající profese	28
1.5 Sociální práce	29
1.6 Zdravotně sociální práce	33

1.7	Studium zdravotně – sociální práce	36
2	Cíl práce a výzkumné otázky	38
2.1	Cíl práce	38
2.2	Výzkumné otázky.....	38
3	Metodika.....	39
3.1	Výzkumná strategie.....	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	40
3.2.1	Charakteristika studovaného oboru komunikačních partnerů	40
4	Výsledky.....	42
5	Diskuze	72
6	Závěr.....	83
7	Seznam použitých zdrojů	85
8	Přílohy	90

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila téma Sebereflexe studentů zdravotně sociálních oborů vzhledem ke studovanému oboru. Dle mého názoru je v pomáhajících profesích, více než kde jinde, důležitý vztah jedince k problematice. A proto mě zajímalo, zda u studentů dochází ke změnám v postojích, týkajících se studované oblasti a jak sami tyto proměny reflektují. To bylo společně se specifickostí tématu, které nebylo v minulosti příliš propracováno, důvodem volby tématu této práce.

Sebereflexi lze definovat různými způsoby. Například je možné ji popsat, jako hlubší zamýšlení se nad tím, co se nám stalo. Je založena na obracení se zpět a obracení se k sobě, kdy dochází k zaměření pozornosti na konkrétní zkušenost. Důležitými součástmi sebereflexe jsou sebepoznání, sebepojetí, sebehodnocení, seberegulace a emoční gramotnost a inteligence. Sebereflexe je důležitou součástí profesního života v oblasti (zdravotně) sociální práce. Dochází díky ní k rozvoji osobnosti, profesionálnímu růstu a odpovědnosti, uvědomováním si vlastních schopností, dovedností, limitů, předsudků, posunů v hodnotovém žebříčku či morálního vývoje. Organizovaně je realizována v rámci sebezkušenostních výcvikových skupin a supervize. V případě, že pomáhající pracovník neprovádí sebereflexi, hrozí při jeho práci syndrom vyhoření, syndrom pomáhajícího, přenos, projekce, mocenské tendence atd. Důvody, proč se někteří lidé rozhodnou každodenně zabývat nepříjemnými stránkami lidského života jsou různé. Patří mezi ně například altruismus či specifická struktura osobnosti, kterou fascinují polarity lidstva. Tato práce se zabývá volbou oboru (zdravotně) sociální práce. Sociální práci se rozumí společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Zdravotně sociální práce je pak rozšířenou sociální prací, ve které dochází k prolínání zdravotní a sociální péče.

Cílem mé práce je zjistit, jak se v průběhu studia změnil pohled studentů na zvolený obor. Zajímá mě, co mělo u studentů vliv na volbu oboru, zda docházelo k diferencím v pohledu na zvolený obor a problematiku, za dobu studia na vysoké škole. A jak tyto případné změny studenti reflektují.

S ohledem na cíle jsem se rozhodla aplikovat kvalitativní metodologii. Data budou sebrána technikou polostrukturovaných rozhovorů u studentů oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu. Získaná data budou následně zpracována procesem otevřeného kódování.

1 Současný stav

1.1 Sebereflexe

1.1.1 Pojem sebereflexe

Sebereflexe představuje hlubší zamýšlení se nad tím, co se nám stalo. Je založena na obracení se zpět a obracení se k sobě, kdy dochází k zaměření pozornosti na konkrétní zkušenost. (Havrdová, Hajný, 2008)

„Dochází k trénování individuálního reflektivního postoje ke světu tím, že analyzujeme, zkoumáme, pojmenováváme a znovuprožíváme situace z minulosti“ (Géringová, 2011, s. 38).

Podle Havrdové (2006) lze o sebereflexi mluvit za splnění čtyř podmínek: zastavení se u problému, aktivní zaměření pozornosti, uchopení problému z neobvyklého úhlu pohledu a otevření se novým myšlenkám, pocitům, postojům a souvislostem.

V literatuře se můžeme setkat s následující typologií reflexe: (Johns, 2013)

- ❖ Reflexe zážitku – reflektování konkrétního zážitku, s cílem poučit se pro budoucnost.
- ❖ Vnitřní supervize – v průběhu konverzace s druhým člověkem probíhající dialog sama se sebou, vedoucí k porozumění tomu, co je nám sdělováno a adekvátní reakci.
- ❖ Reflexe v okamžiku – vzor myšlení, pocitů a reakcí rozvíjející se v daném okamžiku se záměrem vhodného jednání.
- ❖ Reflexe činnosti – ohlédnutí se a přehodnocení určité situace pro dosažení žádoucích výsledků.
- ❖ Všímavost - vidění věcí takových jaké jsou, bez zkreslení.

Boud, Keogh a Walker (1985) popsali trojí charakteristiku reflexe: jde o individuální záležitost, ve které mají jedinci přístup pouze k myšlenkám a pocitům, ke kterým sami chtějí; je záměrná, na cíl zaměřená a kritická; je souborem jak myšlenek, tak pocitů – pozitivního i negativního vnímání sama sebe.

Někteří autoři reflexi popisují jako reakci na matoucí či problematické situace (Havrdová, Hajný, 2008). Klíčové pro změnu takových nepříjemných pocitů není odmítat je a popírat, ale přijmout je. Neboť čím více je člověk schopen pracovat s vlastními nepříjemnými pocity, tím lépe dokáže přijímat druhé lidi. (Kopřiva, 2007)

„Důležité při práci s pocitem je vrátit se k němu, zůstat u něj, být vůči němu otevřeni, nechat jej reagovat na slova a obrazy, jež nás napadají a čekat na vhodný popis“ (Kopřiva, 2007, s. 66).

Nalezení příčin pocitů, postojů či jednání a jejich akceptace není automatické, někdy k tomu nemusí vůbec dojít. Stěžejní je zabývání se situací, uvědomění si problému a usměrnění budoucího jednání. (Géringová, 2011)

Pro sebereflexi jsou nezbytnou podmínkou určité vlastnosti - zvědavost, angažovanost a inteligence. Jejich význam je v kontrování obraných vlastností, odporu, ignoraci a návyku. (Fay, 1987)

Mezi faktory, které sebereflexi ovlivňují, patří dispozice, interakce s lidmi, historická a kulturní podmíněnost (Výrost, Slaměník, 2008).

Sebereflexe může probíhat náhodně rok i déle a vytvářet malé spojitosti mezi jednotlivými zkušenostmi (Johns, 2013). Lze k ní dojít spontánně, z vnitřních či vnějších pohnutek. Mezi vnější patří překvapující, těžké, nové a složité situace. Do vnitřních pohnutek lze řadit pocity selhání, hněvu, nejistotu v pracovním postupu či nestandardní pocity. Na druhou stranu může být sebereflexe uměle navozena, například při supervizi. (Havrdová, Hajný, 2008)

Způsob sebereflexe je závislý na typu osobnosti. Lidé více inklinující k soukromému já reflektují vlastní pocity a prožitky autonomně, poměrně nezávisle na tom, co si myslí druzí. Na druhé straně osoby s vysokou úrovní veřejného já se zaměřují na své chování v sociálních situacích. Je pro ně důležitý názor druhých lidí, především těch, kteří jsou pro ně významní. (Výrost, Slaměník, 2008)

Výsledkem sebereflexe je sebesystém (Výrost, Slaměník, 2008).

Dle Johns (2013, s. 34) sebereflexe „*není neutrální záležitost, ale veřejné a kulturní hnutí směrem k vytvoření, lepšího, laskavějšího a humánnějšího světa*“.

1.1.2 Fáze, úrovně a proces sebereflexe

Autoři se rozcházejí v názoru, do kolika fází lze sebereflexi rozdělit. Někteří, tak jako Brookfield (1990) popisují tři fáze sebereflexe:

- 1) Identifikace předpokladů (zřejmých názorů, domněnek a odhadů), jež ovlivňují naše myšlení a jednání.
- 2) Posuzování a zkoumání těchto předpokladů v kontextu současných životních zkušeností.
- 3) Přeměnění těchto předpokladů na nové znalosti, které budou v budoucnu vhodněji ovlivňovat naše jednání.

Oproti tomu Leung a Kember (2003) formulovali čtyři fáze:

- 1) Uvědomění si navyklého způsobu jednání.
- 2) Porozumění bez souvislosti k dalším situacím.
- 3) Systematické posouzení, jako podklad pro získání znalostí a jejich implikaci.
- 4) Vědomí toho, co je skryto za myšlenkami a vnímáním.

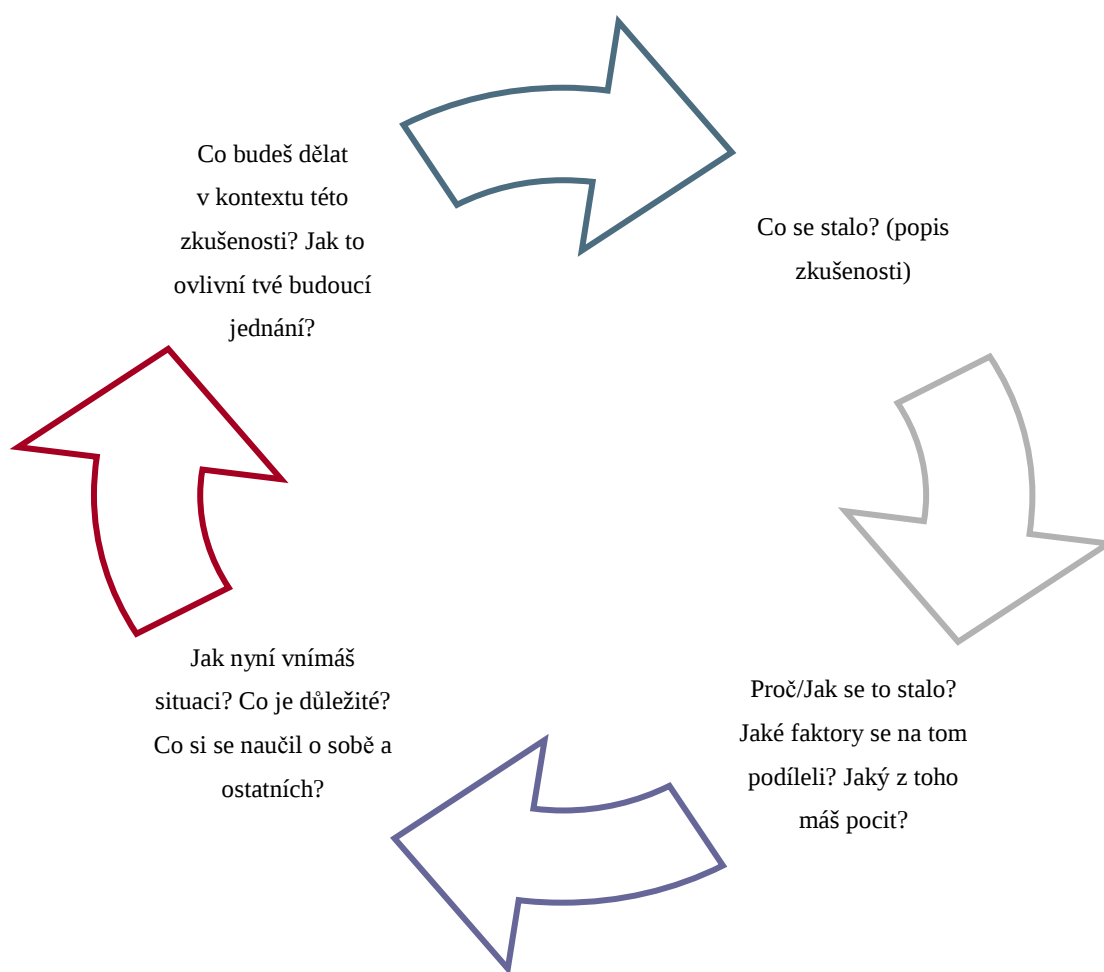
Další autoři uvádějí od dvou do sedmi fází reflexe. To co mají všechna dělení společné je rozlišování nižších a vyšších úrovní reflexe, od pouhého uvědomění si situace, přes schopnost její analýzy, po vytvoření „znalosti“ ovlivňující naše budoucí jednání. (White, Fook, Gardner, 2006)

Lze rozlišovat různé úrovně reflexe (Mezirow, 1985):

- ❖ „*afektivní – jak to cítíme,*
- ❖ *rozlišovací – jak vnímáme vztahy mezi věcmi,*
- ❖ *hodnotící – uvědomění, jak dochází k posuzování hodnoty,*

- ❖ *pojmové – pozastavení nad přiměřeností a moralitou pojmů,*
- ❖ *psychické – schopnost rozeznávat vlastní předsudky a jejich vliv na hodnocení a jednání,*
- ❖ *teoretické – postřehnout úlohu vlastního já v kontextu situace“.*

Proces sebereflexe je možné vyjádřit i formou cyklu otázek (viz. následující schéma) (Kenny, 2010):



1.1.3 Pojmy související se sebereflexí

Sebepoznání

Sebepoznání je pojem velmi úzce související se sebereflexí. Je možné jej definovat jako celoživotní proces, během kterého se člověk učí znát sám sebe, své silné a slabé stránky a mít nad nimi, co největší kontrolu. (Géringová, 2011)

Je založeno na sebezkušenosti, tedy zkušenosti se sebou samým v různých situacích a obsahuje sebepojetí. Sebepoznání je přirozeným procesem, ale lze na něm cíleně pracovat a tím podporovat osobní růst (Géringová, 2011).

Dle Yaloma (1999, s. 53) „*sebepoznání umožňuje změnu, tím, že objevuje, uchopuje a integruje odštěpené a vytěsněné oblasti osobnosti*“. Tento proces může vést k pocitu celistvosti a vnitřního klidu. Pro sebepoznávání se používá tzv. Johari okénko, které rozlišuje čtyři oblasti sebe: veřejná oblast obsahující informace známé sobě i druhým; v tajné oblasti jsou informace známé pouze sobě samému; slepá oblast představuje to, co je neznámé vlastní osobě, ale známé druhým a informace z nevědomé oblasti nejsou známé sobě ani druhým. Velikost oblastí je u každého individuálně velká a proměnná. Především díky skupinové reflexi se zvětšuje veřejná oblast a zmenšují oblasti tajná a slepá. (Yalom, 1999)

Sebepojetí

Sebepojetí představuje kognitivní složku sebereflexe (Výrost, Slaměník, 2008). Jedná se o znalosti a mínění o vlastní osobě, zahrnující popisnou i hodnotící stránku (Hayes, 2009). Používáme jej k popsání obsahu vědomí, ve vztahu k vlastnímu já (Campbell, Assanand, DiPaula, 2000).

Charakteristiky patřící do sebepojetí jsou: sociální atributy (pohlaví, věk, jméno, status, role), osobnostní atributy (zájmy, aktivity, způsoby chování v mezilidských vztazích,...), systemické mínění o sobě (vědomí vlastní kompetence, aktivní nebo pasivní volba cíle,...) a pocit osobní autonomie (Gordon, 1969).

Sebehodnocení

Sebehodnocení je emocionální složkou sebereflexe (Výrost, Slaměník, 2008). Je to proces, v rámci kterého se člověk srovnává s určitými standardy, především s ideálním já (Wells, Marwell, 1976). Sebehodnocení můžeme vnímat, buď jako jedno dílčí sebehodnocení nebo celkové sebehodnocení, někdy označované jako hodnota vlastního já. Je ovlivněno tím, jak si vysvětlujeme chování vlastní i ostatních a také hodnocením druhých lidí. (Výrost, Slaměník, 2008) Člověk s pozitivním sebehodnocením má většinou jasně strukturované, stabilní a vnitřně konzistentní sebepojetí. Naopak osoby s méně pozitivním sebehodnocením nemívají tak komplexní strukturu sebepojetí a jsou méně flexibilní. (Kernis, Goldman, 2003)

Seberegulace

„Seberegulací rozumíme vliv já na vlastní jednání a chování“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 93). Tvoří konativní složku sebereflexe.

V případě, kdy chceme ovlivnit to, co si o nás myslí druzí, mluvíme o prezentaci. Snahou je zvýšit sebejistotu a pocit vlastní hodnoty. Lidé v rámci prezentace uplatňují různé strategie, například: zavděčení, příkladnost, sebepovýšení, zastrasování či pokorné chování. Tyto strategie slouží k tomu, aby nás lidé viděli tak, jak se vidíme sami. Důvodem je názor většiny lidí, že se znají lépe, než je znají druzí lidé. (Výrost, Slaměník, 2008) Pro některé je potvrzení toho, že znají sami sebe nejlépe důležitější, než posílení sebehodnocení z pozitivního názoru ostatních (Brehm, Kassim, Fein, 2005).

Do seberegulace kromě prezentace patří sebemonitorování. Tedy snaha usměrňovat své chování na základě očekávání druhých nebo požadavků situace. Lidé s vysokou sebemonitorací reflektují vlastní prezentaci, uvědomují si, jak působí na druhé a modifikují chování v závislosti na situaci. Důležitou součástí seberegulace je vytváření vlastních standardů, které se vyvíjejí v průběhu života a nabývají na důležitosti ve vztahu k vědomí vlastní účinnosti. (Výrost, Slaměník, 2008)

Emoční gramotnost a emoční inteligence

Pro sebereflexi je důležitá práce s emocemi. Z toho důvodu s ní souvisí emoční gramotnost, kterou můžeme popsat jako „*soubor základních vědomostí o emocích a dovedností emoce rozpoznávat, regulovat a využívat ke svému prospěchu*“ (Stuchlíková, 2007, s. 123).

Její nedílnou součástí je emoční sebeuvědomování, regulace emocí, komunikace emočních obsahů, empatie a osobní rozhodování, během kterého si uvědomujeme vlastní myšlenky a pocity. Pomáhá nám usměrňovat sociální vztahy, řešit problémy, budovat vztah a spolupracovat. (Stuchlíková, 2007)

S emoční gramotností je spojena emoční inteligence. Tu vymezuje pět charakteristických schopností: poznání vlastních emocí, kontrola vlastních emocí, poznání emocí druhých, sebemotivace a utváření autentických sociálních vztahů (Mayer, et al., 1991).

1.2 Sebereflexe v kontextu sociální práce

Smyslem „profesionální“ sebereflexe je kontakt s vlastními emocemi tak, aby se zmenšilo riziko odreagovávání vlastních problémů na klientech. (Kopřiva, 2007)

Sebereflexe má význam i z hlediska etiky profesionální práce. Jedna z rovin říká, že jaký vztah má pomáhající k vlastní osobě, se odrazí ve vztahu ke klientům. V interakci s klientem nejsou přítomny přání a potřeby pouze jeho, ale i pracovníka. (Úlehla, 2007) Pomáhající by si měl sebereflexí uvědomit, že při práci s klienty není jeho jedinou potřebou pomoc druhým, ale také např. „*být dobrý (ve srovnání s klienty, kterým se to nedaří); být potřebný; otevírat druhým dveře k lepšímu životu; být příslušníkem většinového názoru; být dobrý profesionál; vydělat si na živobytí; mít zaměstnání; dělat obtížně kontrolovatelnou a prokazatelnou práci; legalizovaným způsobem ovlivňovat soukromí druhých a mít moc nad tím, co se děje s člověkem*“ (Úlehla, 2007, s. 115).

Havrdová (2006) uvádí faktory zefektivňující profesionální reflexi:

- ❖ Osobnost reflektovaného.
- ❖ Atmosféra bezpečí.
- ❖ Předchozí pozitivní zkušenost.
- ❖ Podpůrná struktura.
- ❖ Reflexe ve skupině.
- ❖ Podpora ze strany organizace.

Přestože sebereflexe není sociální práce jako taková, je její nedílnou součástí, která za využití kritičnosti vede k zlepšení profesionální praxe a posunuje jí kupředu (Gould, Baldwin, 2007). Dochází díky ní k rozvoji osobnosti, profesionálnímu růstu a odpovědnosti, uvědomováním si vlastních schopností, dovedností, limitů, předsudků, posunů v hodnotovém žebříčku či morálního vývoje. V teorii sociální práce důležitost sebereflexe zohledňuje behaviorismus, který těží z myšlenky, že psychika má reflexní povahu. (Kopecká, 2011)

1.2.1 Sebezkušenostní výcviková skupina

Sebereflexe je důležitá pro osobní i profesní růst. Řada pracovníků v pomáhajících profesích využívá možnost výcviku v sebereflexi. K těmto účelům fungují sebezkušenostní výcvikové skupiny.

Skupina se obvykle schází několik let pod vedením terapeutů. Účastníci zde rozebírají pocity a vztahy vznikající ve skupině a za pomoci ostatních je konfrontují s prožitky a problémy z jejich současného života a z dětství. Časová dotace výcviku je zpravidla 500 hodin během pěti let. (Kopřiva, 2007)

Jedinci zde mohou získat náhled na své chování a obohatit se o zkušenosti druhých. *„Bylo zjištěno, že reflexe vlastního chování v atmosféře důvěry a opravdového zájmu mezi účastníky přináší jedincům hluboký osobní zážitek“* (Géringová, 2011, s. 50). Účastníci si uvědomí souvislost mezi jejich emočními

reakcemi a vnitřními nevyřešenými konflikty. Osvojí si toleranci k různosti ve vztahu k druhým i sami k sobě. Výcvik je však vždy jen podněcujícím a usměrňujícím nástrojem k vlastní sebereflektující práci a nedokáže jí nahradit (Kopřiva, 2006)

U všech forem výcviku platí, že by si pracovníci neměli nechat ubližovat. Ať bude vedoucí výcviku zdůvodňovat používané metody jako sebeprospěšnější, nemá právo nikoho nutit do něčeho, co mu není příjemné. Každý člověk sám nejlépe ví, co potřebuje. Potupné či dokonce traumatizující metody nevedou k vyšší profesionalitě, naopak zvyšují riziko, že stejným způsobem začnou pracovníci jednat se svými klienty. (Úlehla, 2007)

1.2.2 Supervize

Supervize je součástí profesionálního a osobního růstu v pomáhajících profesích. Lze ji charakterizovat jako *„proces, během kterého jsou supervidovaným předávány vědomosti a schopnosti a je řízen, koordinován a přehodnocován jejich profesní vývoj“* (Maroon, 2012, s. 109).

Je možné ji různými způsoby dělit. Dle toho kdo ji provádí na externí či interní; dle toho s kým se provádí na individuální, skupinovou či týmovou; dle zaměření na případovou, poradenskou nebo programovou; dle přístupu na administrativní, výukovou či podpůrnou a z časového hlediska na pravidelnou, příležitostnou a krizovou. Ve všech případech pomáhá řešit situace vznikající při práci s klienty za využití reflexe sama sebe. Cílem je, aby pracovník byl schopen dělat svou práci nejlépe, jak může. (Havrdová, Hajný, 2008)

Supervizní práce může mít různé formy. Patří mezi ně: *„práce s předpoklady a mentálními mapami; experimentování a rozšiřování vědomí; výuka, konzultování a dodávání zdrojů; práce se vztahy; práce s neuvědomovanými obsahy; práce s emocemi a reflexe“* (Havrdová, Hajný, 2008, s. 41 – 43). Pro účely této diplomové práce bude pozornost věnována reflektivním a sebereflektivním vlastnostem supervize.

Supervize reflektuje vlastní profesionální jednání, emoce a vztahy souvisejícími s prací s klienty (Kopřiva, 2007). Kvalitní reflexi ovlivňují individuální vnitřní dispozice a zkušenosti supervidovaných a vhodné podmínky, které vznikají postupně. Důležitým faktorem pro růst je skutečný zájem o sebe sama spojený s důvěrou v druhého. Supervize má z hlediska hlubší reflexe nezastupitelné místo, neboť jinde se s její organizovanou formou potkáme jen zřídka. (Havrdová, Hajný, 2008) Je přitom důležitou součástí práce v pomáhajících profesích.

Supervizí pracovníci získají potřebný nadhled nad znepokojujícími pocity a předcházejí tak přehlčení. Sdílet a řešit pracovní obtíže s ostatními je pro pomáhající užitečným obohacením k vlastní sebereflexi. (Úlehla, 2007)

Supervize může vést k pozitivní změně přístupu a vnímání pomáhajících pracovníků. Zvyšuje schopnost porozumět potřebám klientů a vhodně a efektivně na ně reagovat. (Redmond, 2004)

Supervize může být chybně zaměňována s terapií. Terapie se však zabývá osobními problémy člověka. Supervize se na rozdíl od terapie zabývá výhradně pracovní problematikou ve snaze o profesní a osobnostní růst pracovníků. (Havrdová, Hajný, 2008)

1.2.3 Bálintovská skupina

Bálintovská skupina je jednou z metod supervize. Využívá se především v průběžné supervizi pomáhajících profesí. V případě dlouhodobé účasti významně podporuje sebereflexi. Principem je pravidelné setkávání pracovníků na sezení, na kterém vždy některý z účastníků sdílí problém ze své praxe, se kterým by chtěl pomoci. (Kopřiva, 2007)

Bálintovské skupiny mohou mít různý smysl. Například setkávání pomáhajících pracovníků, prezentace případů z praxe, podpora v jejich práci či náhled na vlastní slepá, citlivá místa. (Havrdová, Hajný, 2008)

Eis (1995, s. 27) přínos vidí v tom, že „*sejde-li se několik lidí dohromady s volností v projevu i názoru, přijdou i na věci, kterých by si jeden nebyl s to nikdy všimnout, a nápady se najednou smysluplně doplňují a podporují*“.

Vlastní supervizní práce v bálintovské skupině má pět fází (Kopřiva, 2007):

- ❖ *expozice problému* – tak jak předkládající účastník problém vnímá;
- ❖ *otázky* – kladou jej ostatní účastníci skupiny, aby si ujasnili okolnosti problému;
- ❖ *fantazie* - účastníci popisují, co je napadá k citům a vztahům týkajících se příběhu;
- ❖ *praktické náměty na řešení* - účastníci předkládají možnosti postupu v praxi;
- ❖ *vyjádření protagonisty* – předkládající účastník se vyjádří k tomu, co vyslechl a ocení to, co pro něj bylo užitečné.

Supervizor vede účastníky skupiny k uvědomění si vlastních pocitů, postojů a jednání, které ovlivňují efektivnost jejich pomoci klientům. Účastníci se učí brát pocity, které v nich klienti vyvolávají vážně a eliminovat na nich závislé neadekvátní reakce. (Růžička, 1979)

Cílem skupiny však není nalezení objektivně správného řešení, ale utřídění myšlenek účastníka (Kopřiva, 2007).

1.3 Absence kvalitní sebereflexe coby faktor vzniku negativních jevů v sociální práci

Sociální práce, jakožto pomáhající profese je založena na intenzivní práci a spolupráci s lidmi. To, co je pro jiné běžnou mezilidskou interakcí se dostává na profesionální úroveň. Poznat sám sebe je nezbytné pro poznání a porozumění druhým lidem, zefektivnění spolupráce v týmu a zvládání zátěžových situací, které s sebou výkon profese přináší. (Kopecká, 2011)

Sebereflexe zvyšuje profesionalitu sociálního pracovníka, mimo jiné zmírňováním vlivu osobních problémů, projekce a přenosů na výkon práce. Pracovník si díky ní uvědomuje některé své nedostatky a problémy a může pracovat na eliminaci jejich vlivu na jeho práci. (Géringová, 2011)

Vybrané problémy, často se vyskytující při výkonu pomáhající profese jsou popsány v následujících podkapitolách.

1.3.1 Projekce

Projekce je obranný mechanismus, při kterém je neuvědomovaný, subjektivní obsah přenášen na druhé osoby nebo situace. (Hartl, Hartlová, 2000)

Nebezpečím projekce je, že nežádoucí aspekty vlastní osobnosti promítáme do okolí. Tím je zkreslené reálné vnímání druhých lidí, situací a vztahů. (Géringová, 2011)

Dle Guggebühl-Craig (2010, s. 90) „*je důležité, aby si člověk uvědomoval své vlastní destruktivní a sebedestruktivní tendence a prožíval je v sobě a ne v projekci*“.

1.3.2 Přenos

Přenos je mechanismus, během kterého dochází k přenosu zkušeností, vztahů, pocitů a očekávání na druhého člověka. Uskutečňuje se zobecňování vztahů a principů a následný přenos na odlišné situace. (Hartl, Hartlová, 2000)

Přenos představuje pocity, myšlenky a postoje sociálního pracovníka, které se týkají klienta a deformují reálnost vztahu (Mikota, 1995).

S přenosem souvisí tzv. kauzální atribuce. Jejím principem je, že na základě kvality vztahu s klientem připisujeme příčinu jeho selhání vnějším okolnostem. Příčinu úspěchů pak jeho schopnostem nebo naopak. (Géringová, 2011)

1.3.3 Mocenské tendence

Sociální pracovníci se ve své praxi nezřídka dostávají do situace, kdy jsou vůči klientovi v pozici moci. Tato moc je dána buď zákonnými předpisy, organizačním řádem organizace, společenskými normami či konkrétním vztahem pomáhajícího a klienta. Projevy moci u sebe pracovník rozpozná, uvědomí-li si, že by se v konkrétní situaci choval jinak k lidem, kteří mu nejsou svěřeni. (Kopřiva, 2006)

Reakce klientů na takové chování jsou různé, například ukončení kontaktu, uctívá pasivita, zafixování pocitu zlosti a křivdy nebo žadonění o mezilidský kontakt. Pracovník by měl být vždy přesvědčen, že jedná v souladu s filosofií sociální práce, tedy podporuje klienty v rozvoji ve zdravé a autonomní jedince. (Kopřiva, 2006)

Problematické jsou především situace, kdy pracovník jedná proti vůli klienta. I když to pracovník v dané situaci pokládá za správné, zacházení s klientem proti jeho vůli je vždy ošidné. Nikdy nemůže se stoprocentní jistotou vědět, kde spočívá smysl konkrétního lidského života. (Guggebühl-Craig, 2010)

Pohnutky vedoucí k takovým rozhodnutím mohou být mnohohrstvé, neboť osoby, které se rozhodnou pro výkon pomáhající profese, bývají vnitřně rozpolcené. Sociální pracovník si je vůči vlastnímu svědomí i okolí vědom, že hlavním motivem pro jeho práci má být ochota pomoci lidem. V hloubky vědomí se však objevují i další pohnutky, mimo jiné mocenské choutky, touha vládnout a zbavit klienta moci. (Guggebühl-Craig, 2010)

Jak uvádí Guggebühl-Craig (2010, s. 13) „*prosazení pečlivě zdůvodněných opatření proti vůli dotyčného často přináší hluboké uspokojení*“.

Avšak i pracovník motivovaný touhou po moci, může pracovat kvalitně a rozhodovat ve prospěch klienta. Nebezpečím je neuvědomování si mocenských tendencí a klamání sama sebe. Skrývání za nezištnost a morální správnost znemožňuje zmírňování mocenských motivů. To může vést k rozporuplným rozhodnutím, která jsou v rozporu s tím, co je pro klienty nejlepší. (Guggebühl-Craig, 2010)

Problematika moci je tím, co negativně ovlivňuje veřejnou představu o sociálních pracovnících. Z hlediska veřejného mínění může být sociální pracovník

někým, kdo se vměšuje do záležitostí, do kterých mu nic není, nerozumí tomu, o co v nich jde a vnucuje lidem svá rozhodnutí. Tyto představy se týkají především sociální práce let minulých. Současní sociální pracovníci jsou vzděláni v psychologických disciplínách, snaží se hodnotit situaci klienta holistickým přístupem a na základě toho mu pomoci. Na druhou stranu právě znalosti psychologie mohou představovat problém. Takový pracovník klienta zná a ví, co se v něm odehrává, lépe než on sám. Klient pak už vlastně nemá, co by k situaci sám řekl a definitivně tím přichází o moc nad sebou samotným. (Guggebühl-Craig, 2010)

1.3.4 Syndrom pomáhajícího

Syndrom pomáhajícího je specifickou narcistickou poruchou při níž postižený trpí nenaplněnou touhou po porozumění a uznání (Schmidbauer, 2000). Pro tuto problematiku je velmi důležitá supervize, neboť bez ní se tento problém dále prohlubuje (Matoušek, 2008).

Pro syndrom pomáhajícího je typické podporování projevování emocionálních problémů u druhých, ale u osoby pomáhajícího je tomu přesně naopak. Schmidbauer (2000, s. 21) jej popisuje jako „*spojení charakteristických osobnostních rysů, jež dělají ze sociální pomoci na účet osobního vývoje strnulou životní formu*“. Stěžejním problémem člověka trpícího syndromem pomáhajícího je orientace na vysoký ideál Já. Pocity slabosti a potřeba pomoci jsou popírány. Takové jednání může vést od výčitek až k depresím, závislostem, psychosomatickým onemocněním či dokonce sebevražedným tendencím. (Schmidbauer, 2000)

Je těžké určit, kdy je pomáhající pracovník psychicky v pořádku a kdy se jedná o poruchu. Není obvyklé zkoumat motivy pomáhajících pro jejich práci a oni sami se většinou pokládají za zdravé. Důležité je uvědomování si nedokonalosti pomáhajícího, vyjadřování potřeb a pocitů a soustavná supervize po celou dobu výkonu pomáhající profese. (Matoušek, 2008)

1.2.5 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je problematikou specifickou pro pomáhající profese. Z pohledu klinické psychologie je syndrom vyhoření vnitřní duševní reakcí na pozadí osobnostních rysů jedince. Sociální psychologie vidí problém v působení vnějších vlivů, především pracovních aspektů. (Maroon, 2012)

Existuje několik definic syndromu vyhoření. Například jej můžeme definovat jako „soubor příznaků složený ze ztráty zájmu o práci, zklamání, pocitu odmítnutí, neschopnosti a především ztráty smyslu vlastního počínání“ (Úlehla, 2007, s. 120).

Většina definic má několik společných prvků (Maroon, 2012):

- ❖ syndrom vyhoření je individuální, vnitřní duševní proces,
- ❖ je charakterizován chováním, motivy a očekáváním,
- ❖ jedinec jej vnímá negativně, ve spojení s citovým tlakem, nelibostí a narušeným fungováním,
- ❖ je souborem jak fyzických, tak především psychických příznaků,
- ❖ postupně se zvyšuje intenzita pocitů ovlivňující kontakt s klientem,
- ❖ vyhořelý dává najevo negativní postoj vůči sobě a svým výkonům,
- ❖ vyhoření se projeví nejen na pracovišti, ale i v osobním životě,
- ❖ syndrom vyhoření je chronický,
- ❖ není nemocí, ale má vliv na rozvoj některých onemocnění,
- ❖ odráží problémy dané společností – individualismus, zaměření na výkon, sociální odcizení, upadání důležitosti institutu rodiny a společenství apod.

Typickými příznaky jsou chladnost, přísnost, rigidita, vyhýbavost, lhostejnost, negativismus, fatalismus, deprese, apatie, cynismus, ztráta motivace, tvořivosti, sebedůvěry, citlivosti a soucitu, zvýšená náchylnost k nemocem a fyzickým obtížím. Vyhořelý pracovník se chová neklidně až zlostně ke klientům i kolegům, za své chyby viní druhé či nekvalitní systém. (Maroon, 2012)

Pro syndrom vyhoření jsou typické tři skupiny příznaků (Pines, Aronson, Kafry, 1981):

- ❖ Fyzické vyčerpání – projevuje se ubýváním energie, chronickou únavou, slabostí, sníženou imunitou, bolestí hlavy, nauzeou, svalovými křeči, bolestmi zad a šíje, změnou stravovacích návyků, změnou tělesné váhy a dalšími psychosomatickými obtížemi.
- ❖ Emocionální vyčerpání – charakteristické depresí, bezmocí, beznadějí, pocitem uvěznění v pasti, sebevražednými tendencemi, plačtivostí, pocitem ztráty kontroly, emoční prázdnotou, vyhýbavostí, nespolečensností a netolerancí k druhým.
- ❖ Mentální vyčerpání – do této kategorie patří pocity méněcennosti, vyloučenosti, nekompetentnosti, nevraživost a chlad k druhým lidem, ztráta spojení s identitou klientů, nedostatek empatie, neuznávání lidské hodnoty klientů.

Mezi tři hlavní příčiny patří ztráta ideálů, workoholismus a tzv. „teror příležitostí“.

Na počátku je člověk nadšen z nového zaměstnání, které ho baví a vidí v něm smysl. Postupem času se objevují překážky a původní očekávání přecházejí ve zklamání. Pracovník ztrácí důvěru v sám sebe a smysl jeho práce. Nakonec jej ovládnou negativní pocity a zatížení je natolik neúnosné, že dojde k vyhoření. (Kopřiva, 2007)

Workoholismus je nutková vnitřní potřeba hodně pracovat. Workoholik nahrazuje svůj osobní život prací. Takový člověk se „*cítí na vrcholu prostřednictvím své práce, má pocit, že jeho možnosti neznají hranic, neumí adekvátně relaxovat a má trvalé nutkání něco dělat*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 691).

„Teror příležitostí“ je označení pro situaci, kdy člověk má příliš rozpracovaných úkolů, aniž by příčinou bylo pomalé plnění. Hromadění úkolů je způsobeno tím, že s každým přijatým se objeví několik dalších, pro pracovníka natolik lákavých, že je

nedokáže odmítnout. Ve finále mu však nezbyvá čas a energie na nic jiného, až dochází k vyhoření. (Kopřiva, 2007)

Pro takového pracovníka se práce stává pouze plněním nutných povinností s důrazem na úřední proceduru a pomoc lidem ustupuje do pozadí. (Úlehla, 2007)

Činitele ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření u sociálních pracovníků jsou: „nedostatek vedení a pozitivní zpětné vazby, náročný kontakt s klientem, nemožnost měřit úspěchy péče, pracovní přetížení, byrokracie, v některých případech absence teoretického zázemí“ (Maroon, 2012, s. 70). Dalšími specifickými činiteli na pracovišti jsou: nevěnování pozornosti potřebám personálu, nezacvičení nových pracovníků, absence supervize, chybějící plány osobního rozvoje a soupeřivá atmosféra mezi pracovníky (Matoušek, 2008).

Přestože většina teorií uvádí jako nejvýznamnější vnější faktory, mají na rozvoj syndromu vyhoření vliv i určité osobní dispozice.

Rizikové skupiny jedinců tvoří podle Freudbergera (1974): angažovaní, silně citově zainteresovaní pracovníci; ti co považují práci za prostředek k uspokojování vlastních potřeb a autoritativní jedinci potřebující mít vše pod kontrolou.

Z hlediska věku jsou nejohroženější pracovníci na počátku kariéry a naopak osoby ve zralém stádiu profesního života (Lau, Yuen, Cham, 2005).

Z výzkumů není zřejmé, kdo je k vyhoření náchylnější z hlediska pohlaví. Muži o pocitech a slabosti méně hovoří, neboť to považují za nevhodné. Na ženy je zase vyvíjen dvojitý tlak, neboť v práci i doma zastávají stejné činnosti - vychovávají, pomáhají a radí. Adekvátní srovnání tedy není možné. (Maroon, 2012)

Rizikovější skupinou pro rozvoj syndromu vyhoření jsou svobodní sociální pracovníci (Maroon, 2012).

S vyšší úrovní vzdělání se snižuje riziko vyhoření, jelikož „*usnadňuje rozeznat mantinely a rozeznat možnosti osobního rozvoje*“ (Chernisse, 1990).

Při práci s vyhořením je stěžejní uvědomění si problému, převzetí osobní odpovědnosti za problém, rozvoj porozumění a jasného uvažování, rozvoj zvládacích mechanismů a změna vztahu k pracovnímu prostředí. Pro řešení syndromu vyhoření se

využívá podpora rodiny, přátel, společnosti a kolegů, organizační rozměry pracoviště a supervize. (Maroon, 2012)

1.4 Volba pomáhající profese

Proč se vlastně někteří lidé rozhodnou profesionálně věnovat pomoci druhým lidem a téměř každodenně se setkávat s nepříjemnými stránkami lidského života jako jsou nemoc, chudoba, apod.? Obecně je každé lidské rozhodování závislé na motivaci. Motivace je závislá na přesvědčení, že bude dosaženo žádoucího cíle, který má adekvátní hodnotu (Nakonečný, 1995).

Pro osoby, které se rozhodnou pro výkon pomáhající profese je typický altruismus, tedy prosociální chování. Mezi typické rysy takového chování patří pocit sociální odpovědnosti, schopnost empatie, víra ve spravedlivý svět, silná vnitřní kontrola a nízká míra egocentrismu (Nakonečný, 2009). Mezi formy prosociálního chování patří podpora, porozumění, darování či nabídka ke spolupráci (Výrost, Slaměník, 2008).

Proč je některým jedincům vlastní toto prosociální chování? Teorie uvádí, že altruistické chování může být dáno „*bud' geneticky, nebo může být zabudováno do motivační struktury osobnosti během procesu socializace*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 340). Nejčastější vysvětlení vychází z teorie sociální výměny, norem sociálního chování a empatie.

Teorie sociální výměny předpokládá, že lidské interakce fungují na principu „nákladů a zisků“ a že pro pomáhajícího je odměnou za jeho prosociální chování sebeuspokojení a dobrý pocit. (Výrost, Slaměník, 2008)

Sociální normy představují očekávané, předepsané chování vynucované společností. U některých jedinců může dojít k natolik silnému zvnitřnění těchto norem, že se stávají součástí motivační struktury a ovlivňují chování v žádoucím smyslu. (Výrost, Slaměník, 2008)

Empatie je schopnost vcítit se do druhého. Empatický člověk je schopen „zacházet s emocemi, vciťovat se do situace druhé osoby, ztotožnit se s jejím viděním, cítěním, chápáním, číst i neslovní projevy, chápat o co druhý usiluje, čemu se chce vyhnout a co pečlivě skrývá“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 139). Čím více jsou lidé schopni empatie, tím více jsou altruističtí (Fultz at al., 1986). Pomoc druhým je prospěšná i pro ně samé, jelikož empatičtí lidé prožívají podobné pocity jako osoby, s nimiž jsou v interakci. „Chování a jednání napomáhající druhé osobě redukovat její nepříjemně prožívaný stav pak vede k odstraňování vlastního emočního napětí“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 346).

Dle Guggenbühl-Craig (2010) mají osoby v pomáhajících profesích specifickou strukturu osobnosti, kterou fascinují polarizace lidstva. U osob, které se rozhodnou pro takovou profesi se setkáváme s pěti zásadními konfliktními oblastmi osobnosti: „odmítání v dětství ze strany rodičů; identifikace s rodičovským Nadjád; skrytá narcistická potřeba; vyhýbání se vztahům s lidmi, kteří nepotřebují pomoc a vztahům na základě vzájemnosti a nepřímé vyjadřování agrese vůči těm, kteří nepotřebují pomoc“ (Schmidbauer, 2000, s. 67).

1.5 Sociální práce

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“ (Matoušek, 2008, s. 11). Jde o cílevědomou pomoc potřebným, uskutečňovanou především v rámci sociálních služeb. Usiluje o uspokojování potřeb klientů a zároveň o zajištění kontroly. Je součástí státního zabezpečovacího systému. (Matoušek, 2008)

„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba skupinově nebo individuálně vnímána a vyjádřena“ (Navrátil, 2000, s. 7). V zájmu, co nejefektivnější pomoci klientům, čerpá znalosti z dalších oborů, především sociologie, psychologie, pedagogiky a práva. (Matoušek, 2001)

Sociální práci je možné dělit na tři úrovně: (Matoušek, 2008)

- 1) *Mikroúroveň* - do té patří individuální podpora klientovy schopnosti řešit svou situaci.
- 2) *Střední úroveň* – pracuje s rodinami a malými skupinami, například formou preventivních programů, kurzů sociálních dovedností, skupinových terapií apod.
- 3) *Makroúroveň* – je zaměřena na práci s velkými skupinami, organizacemi, komunitami a působení na veřejnost.

Cílové skupiny sociální práce tvoří: nezaměstnaní; osamocení rodiče; rodiny v rozvodovém řízení; oběti násilí v rodině; zanedbávané, týrané a zneužívané děti a jejich rodiny; osoby se zdravotním znevýhodněním; senioři; umírající v hospicích; riziková mládež; uživatelé drog; osoby bez domova; osoby poskytující placené sexuální služby; uprchlíci; osoby propuštěné z výkonu trestu; mladí lidé po odchodu z dětského domova a klienti v rámci probační a mediační služby. (Matoušek, Kodymová, 2005)

Sociální práci zásadně ovlivňuje sedm principů, mezi které patří (Biestek, 1957):

- ❖ individualizace, tedy uznání jedinečnosti, každého klienta,
- ❖ vyjadřování pocitů - respektování klientovi potřeby projevit emoce,
- ❖ empatie – snaha o pochopení klienta,
- ❖ akceptace – přijetí klienta takového, jaký je,
- ❖ nehodnotící postoj – nehodnotit osobnost klienta, nemoralizovat,
- ❖ sebeurčení – možnost volby a rozhodnutí by měla být na straně klienta s ohledem na jeho možnosti, schopnosti a stav,
- ❖ diskrétnost – důvěrnost sdělení, do té míry, dokud to nemá zásadní negativní vliv na ostatní.

Mezi tři hlavní předpoklady sociální práce se řadí: úcta ke klientovi, přesvědčení o sociální povaze lidí a víra, že u každého je možná změna (Butrym, 1976).

Clark (2000) sestavil pravidla pro dobrou praxi v oblasti sociální práce. Jsou jimi:

- ❖ Respektování klienta.
- ❖ Otevřený vztah ke klientům založený na důvěře.
- ❖ Vzdělanost a dovednost sociálního pracovníka.
- ❖ Pečlivost a ochota pracovníka.
- ❖ Účinnost a užitečnost s cílem zmocňování klientů.
- ❖ Legitimita, tedy zasahování pouze v případě, je-li k tomu pracovník kompetentní.
- ❖ Zodpovědný výkon práce, práce v týmu a multidisciplinární přístup.
- ❖ Autorita a úctyhodnost.

Úkolem profesionálních sociálních pracovníků je poskytovat klientům dávky a služby k uspokojování jejich sociálních potřeb. Odborně způsobilý sociální pracovník se orientuje v základech sociologie, psychologie, práva, sociální politiky a zdravotnických oblastech. (Matoušek, 2001)

Za využití těchto znalostí dokáže diagnostikovat individuální potřeby klientů, navrhnout řešení a odkazovat klienty na kompetentní odborníky. Zásadní je pochopení pro potřeby druhých lidí a umění pomoci lidem, aniž by se stali na pomoci závislí. (Matoušek, 2001)

Obecnými předpoklady a dovednostmi pracovníků v pomáhajících profesích jsou: zdatnost a inteligence, přitažlivost (nejen fyzická, ale především názory, odbornost, způsob jednání s klienty apod.), důvěryhodnost (diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění) a komunikační dovednosti (fyzická přítomnost, naslouchání, empatie a analýza klientových prožitků) (Matoušek, 2008).

Sociální pracovníci ve své praxi pracují s klienty a jejich rodinami, s přirozenými i umělými skupinami, organizacemi, místními komunitami a jako experti při přípravě právních norem (Matoušek, 2008).

Sociální pracovníci ve svém úsilí pomoci klientům realizují aktivity, které lze rozdělit na: (Navrátil, 2001)

- ❖ *aktivity zaměřené na problém* – směřují k odstranění problému nebo alespoň zmírňování následků a usnadnění adaptace na novou situaci,
- ❖ *aktivity zaměřené na klienta a jeho potenciál* – vedou k individuálnímu či skupinovému růstu schopností v oblasti sociálních interakcí a zvyšování informovanosti,
- ❖ *aktivity preventivního charakteru* – usilují o minimalizaci působení rizikových faktorů, které mohou vést k narušení sociálního fungování.

Pro výkon sociální práce je potřebná celá řada dovedností. Americká Rada pro vzdělávání v sociální práci sestavila seznam žádoucích kompetencí pro akademicky vzdělaného sociálního pracovníka (Zastrow, 1995):

- ❖ Uplatňovat teoretická východiska a dovednost kritického myšlení v rámci profesní praxe.
- ❖ Dodržovat etické principy sociální práce a zohledňovat individualitu každého člověka. Uplatňovat holistický přístup při práci s klienty.
- ❖ Rozumět rozličným formám a způsobům utlačování.
- ❖ Orientovat se ve strategiích dosahování sociální a ekonomické spravedlnosti.
- ❖ Znat historii sociální práce, její současnou podobu a významná témata.
- ❖ Využívat své znalosti při práci s cílovými skupinami na všech úrovních a při práci se specifickými problémy.
- ❖ Rozumět interakci mezi jednotlivcem a sociálními systémy různých úrovní.
- ❖ Být si vědom vlivu sociální politiky na život klientů, sociálních pracovníků i organizací poskytujících sociální služby a dokázat ovlivňovat zásady sociální politiky.
- ❖ Být zdatný v oblasti výzkumu a umět jej využít v praxi.
- ❖ Dokázat hodnotit vlastní práci a činnost dalších podstatných subjektů.
- ❖ Být schopen přizpůsobit komunikaci různým typům klientů, kolegů a veřejnosti.

- ❖ V rámci své odbornosti být schopen poskytovat konzultace a supervizi.
- ❖ Pracovat ve struktuře organizace a v systému poskytování sociálních služeb a dokázat prosazovat nutné organizační změny.

1.6 Zdravotně sociální práce

Zdravotně sociální práce je rozšířenou sociální prací. Rozumíme jí výkon sociální práce ve zdravotnictví. Dochází v ní k prolínání zdravotní a sociální péče, jakožto nezbytné součásti léčebného a ošetrovatelského procesu. *„Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče - v oblasti zdravotně sociální, též činnost v oblasti specifické ošetrovatelské péče - při uspokojování sociálních potřeb klienta“* (Česko, 2004, s. 7)

Věnovat se sociálním aspektům pacientovi situace je totiž nepostradatelnou složkou komplexní léčby. Potřebnost je především v případech, kdy pacient není schopen svou situaci řešit sám a rodinu nemá nebo mu z nejrůznějších důvodů pomoci nemůže či nechce. Výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka, patří mezi nelékařská zdravotnická povolání bez potřeby dohledu. (Zdravotně sociální oddělení, 2013)

Zdravotně sociální pracovník by měl při své práci volit individuální přístup k pacientům a využívat nejaktuálnější metody a postupy sociální práce. Při své práci by měl vždy zohledňovat pacientův zdravotní stav a pracovat s informacemi načerpávanými ze zdravotnické dokumentace. Společně s pacientem (případně rodinou, blízkými apod.) by měl s ohledem na řešenou problematiku stanovovat priority, postupy a cíle sociálního procesu. Důležitá je motivace pacienta řešit vlastní problémy. Úkolem zdravotně sociálního pracovníka je zabezpečovat a napomáhat k uspokojování biologických, psychických, sociálních, případně spirituálních potřeb pacienta. Dále pracovník přispívá k účelnému využití materiálních a finančních prostředků služeb sociální péče a má aktivní přístup k prevenci sociálně - patologických jevů. (Zdravotně sociální oddělení, 2013)

Mezi základní znalosti a dovednosti zdravotně sociálního pracovníka patří (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011):

- ❖ základní orientace ve zdravotnické legislativě,
- ❖ základní znalost principů organizace a řízení zdravotnictví, nové trendy v péči o zdraví obyvatelstva,
- ❖ základní znalosti z klinických oborů a preventivní medicíny,
- ❖ znalost základních projevů duševních onemocnění a s nimi spojené sociální problematiky,
- ❖ vědomí sociálních aspektů řady onemocnění a stavů po úrazech,
- ❖ znalost specifik péče o geriatrické klienty/pacienty a specifik péče o dětské klienty/pacienty,
- ❖ dovednost řešit složité sociální situace klientů/pacientů, které vznikly v souvislosti s jejich zdravotním stavem,
- ❖ odborná komunikace, v rozsahu stanovených činností,
- ❖ dodržování požadavků na ochranu informací,
- ❖ sledování odborných informací ve vykonávané profesní oblasti a efektivní práce s nimi.

Zdravotně sociální pracovník úzce spolupracuje s multidisciplinárním týmem a zapojuje do procesu sociální práce, jak pacienta, tak jeho rodinu, blízké, případně dobrovolníky. (Zdravotně sociální oddělení, 2013)

V rámci výkonu svého povolání zdravotně sociální pracovník dodržuje a respektuje (Zdravotně sociální oddělení, 2013):

- ❖ základní etické principy,
- ❖ základní lidská práva pacientů,
- ❖ základní lidská práva a svobody,
- ❖ obecně závazné právní normy,
- ❖ rozhodnutí pacienta.

Zdravotně sociální pracovník má v rozsahu své odbornosti způsobilost k některým činnostem, společným pro zdravotnické pracovníky. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011) jsou těmito činnostmi:

- ❖ poskytování zdravotní péče,
- ❖ dodržování hygienicko-epidemiologického režimu,
- ❖ vedení zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů,
- ❖ práce s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- ❖ poskytování informací nejen dle rozsahu své odbornosti, ale také dle pokynů lékaře,
- ❖ podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,
- ❖ podílení se na přípravě standardů.

Dále vyhláška č. 55/2011 Sb., uvádí činnosti, které může bez dohledu a indikace vykonávat zdravotně sociální pracovník. Jsou jimi: (Česko, 2011)

- ❖ sociální prevence, včetně depistáže jedinců, kteří se vlivem zdravotního stavu mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- ❖ sociální šetření u pacientů a posuzování životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění, dle potřeby spolupracovat s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu,
- ❖ sestavování plánu psychosociální intervence,
- ❖ zajišťování sociálně-právního poradenství,
- ❖ účast na integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují, do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- ❖ podílení se na přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- ❖ výkon činností souvisejících s propuštěním pacientů, včetně zajištění návaznosti péče a služeb,
- ❖ v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti.

Zdravotně sociální pracovník působí v: státních i nestátních zdravotnických zařízeních; léčebnách pro dlouhodobě nemocné; hospicových zařízeních; psychiatrických léčebnách; kojeneckých ústavech; denních stacionářích; agenturách domácí péče; státní správě; neziskových organizacích a charitativních institucích (Studijní program Zdravotně sociální péče, 2013).

1.7 Studium zdravotně – sociální práce

V rámci studia zdravotně sociální práce studenti získávají podrobné znalosti v oborech sociální péče (etika a filosofie, psychologie, teorie metody sociální práce, sociální politika, sociologie, právo, atd.) a základní znalosti v oborech zdravotní péče (ošetřovatelství, pediatrie, geriatrie, neurologie, psychiatrie, apod.). (Kopicová, 2013)

Potřebné vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka je dáno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon uvádí následující možnosti získání odborné způsobilosti: (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

- ❖ vysokoškolské vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání získané v oborech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku,
- ❖ absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin v případě:
 - o nejméně 5ti leté praxe v povolání sociálního pracovníka, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oborech stanovených tímto zákonem,
 - o 10ti leté praxe na pozici sociálního pracovníka, za podmínky ukončeného středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeném nejpozději 31. prosince 1998.

Člověk, který se rozhodne pro zdravotně sociální práci, musí mít odbornou způsobilost sociální pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně - sociální pracovník. (Česko, 2004)

Nebo být vzdělaný ve zdravotnickém vysokoškolském studijním oboru sociálního zaměření. Případně mít odbornou způsobilost všeobecné sestry a absolvovat specializační studium v oboru zdravotně - sociální péče. (Česko, 2004)

Vzdělávání pracovníků však nekončí absolvováním školy či kurzu. Pro výkon profese je nezbytné celoživotní vzdělávání. Profesionál sleduje nejmodernější poznatky, postupy a trendy související s jeho odborností a vnáší je do své praxe.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jak se v průběhu studia změnil pohled studentů na zvolený obor.

2.2 Výzkumné otázky

1. Co cílovou skupinu ovlivňovalo při volbě studovaného oboru?
2. Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na zvolený obor, za dobu studia na vysoké škole?
3. Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke zvolenému oboru, za dobu studia na vysoké škole?
4. Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na studovanou problematiku, za dobu studia na vysoké škole?
5. Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke studované problematice, za dobu studia na vysoké škole?

3 Metodika

3.1 Výzkumná strategie

Pro výzkumnou část diplomové práce, jsem s ohledem na cíl práce, zvolila kvalitativní výzkum. Jelikož se snažím reflektovat dynamiku názorů, postojů, hodnot a pocitů komunikačních partnerů vzhledem ke zkoumanému jevu, tedy volbě studovaného oboru.

S ohledem na zjišťované informace byl sběr dat realizován metodou kvalitativního dotazování s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor se skládá z předem definovaných otázek, které mohou být komunikačnímu partnerovi kladeny v různém pořadí (Hendl, 2005). Mezi výhody této techniky sběru dat patří možnost ujištění, zda komunikační partner otázce správně rozuměl a naopak, zda tazatel správně pochopil odpověď, možnost zcela vyjádřit své pohledy a názory, snadnější vyhodnocování dat a jejich vhodnost pro srovnání. Rozhovory byly zaměřeny na to, jaké vlivy se podílely na volbě oboru, zda došlo k diferencím v pohledu na zvolený obor a studovanou problematiku a případnou reflexi těchto změn.

Vhodnost zvolené techniky sběru dat a srozumitelnost kladených otázek jsem zjišťovala předvýzkumem, provedeným týden před realizací rozhovorů.

S ohledem na kvalitativní výzkum byl pro zpracování, systematizaci a interpretaci získaných dat, použit proces otevřeného kódování dle Strausse a Corbinové, který je opřen o metodu zakotvené teorie. Podstatou tohoto procesu je identifikace kategorií, jejich dimenzionalizace a následné porovnávání, vše s cílem tematického rozkrytí textu. (Hendl, 2005)

V této diplomové práci je cílem dodržet kritéria validity dle Lincolna a Guby. Podstatou tohoto konceptu je důvěryhodnost, přenositelnost, hodnověrnost a potvrditelnost dat. (Hendl, 2005)

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen studenty zdravotně sociálního oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor byl tvořen 10ti komunikačními partnery ve věku 23 - 26 let.

Komunikační partneři byli získáni účelovým výběrem. Předcházející kontakt s komunikačními partnery proběhl osobní cestou, kdy bylo dohodnuto datum a místo uskutečnění rozhovoru dle preferencí komunikačních partnerů. Rozhovory trvající přibližně 45 minut, byly uskutečněny v důvěrném a bezpečném prostředí. Před poskytnutím rozhovorů všichni komunikační partneři podepsali písemný souhlas se zařazením do výzkumu, aby byla zachována etika výzkumné práce.

3.2.1 *Charakteristika studovaného oboru komunikačních partnerů*

Obor, zvolený jako předmět zkoumání této diplomové práce je Rehabilitační - psychosociální péče o postižené, děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu. Tento obor, patří mezi studijní programy Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích funguje jako samostatná fakulta od akademického roku 1991/1992. Je založena na filosofii přiblížení zdravotních a sociálních disciplín, které byly v minulosti od sebe pevně separovány. Fakulta je specifická komprehenzivním pojetím disciplíny rehabilitace. (Chloubová, at al., 2011)

Obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené, děti, dospělé a seniory je v magisterském programu dvouletým studiem. Navazuje na stejnojmenný tříletý bakalářský obor, případně na příbuzné bakalářské obory se zdravotně sociálním

nebo sociálním zaměřením, například Prevence a rehabilitace sociální patologie, Sociální práce ve veřejné správě apod. (Chloubová, at al., 2011)

Student během magisterského studia rozšiřuje teoretické vědomosti a praktické dovednosti ve zdravotně sociální oblasti, získané v průběhu bakalářského studia.

Získávané potřebné znalosti jsou z oborů sociálních, zdravotnických, humanitních, právních a speciálně pedagogických. (Chloubová, at al., 2011)

Znalosti a dovednosti jsou získávány v rámci vyučovaných předmětů, odborné praxe, supervize a kurzů. Odborná praxe probíhá v rozsahu 12 týdnů v zařízeních krizové intervence, sociálně právních institucích, zařízeních zdravotně sociálního typu a zařízeních pro osoby se specifickými potřebami. (Tóthová, Polenová, Háková, 2009)

Absolvent je tedy vybaven interdisciplinárními znalostmi a dovednostmi. Díky nim ovládá teoretické i výzkumné metody v habilitaci a rehabilitaci, je schopen managerské, koordinační a výzkumné činnosti. Ovládá všechny složky ucelené rehabilitace na profesní úrovni tak, že je schopen je sám provádět nebo organizačně zajistit dle potřeby. (Tóthová, Polenová, Háková, 2009)

Cílem oboru je připravit kvalifikovaného sociálního pracovníka s adekvátními znalostmi a dovednostmi v oblasti zdravotně sociální péče o člověka, v souladu s aktuálními evropskými trendy (Chloubová, at al., 2011). Takto vzdělaný pracovník by měl být schopen „*zabraňovat a minimalizovat přímé a nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního či sociálního postižení jedince*“ (Tóthová, Polenová, Háková, 2009, s. 48)

Absolvent splňuje kvalifikační předpoklady pro výkon sociálního pracovníka, dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vysokoškolsky kvalifikovaným zdravotně sociálním pracovníkem, který má uplatnění v institucích sociálních - ambulantních a pobytových, zdravotně sociálních, v orgánech státní správy a samosprávy, v nestátních neziskových organizacích, v pedagogických zařízeních a v institucích krizové intervence. (Tóthová, Polenová, Háková, 2009)

4 Výsledky

V této kapitole budou prezentována data, která byla získána z polostrukturovaných rozhovorů. Data byla sebrána od 10 komunikačních partnerů. Pro zpracování těchto dat bylo využito otevřené kódování dle Strausse a Corbinové, při kterém dochází k odhalování, členění, třídění a kombinování témat a vytváření kategorií (Reichel, 2009).

Data byla roztríděna do několika kategorií: základní údaje o komunikačních partnerech; doba volby studované problematiky a předchozí zkušenost s uživateli; motivace a demotivace při volbě oboru; naplnění očekávání od studovaného oboru; pohled na výhody a nevýhody oboru; (ne)spokojenost s volbou oboru; co studium komunikačním partnerkám dalo a co vzalo; praxe; pohled na zdravotně sociální problematiku; pohled na nejvíce a nejméně prospěšné oblasti (zdravotně) sociální práce; změna pohledu na cílové skupiny; (ne)preferované cílové skupiny; osobní limity, nedostatky a problémy při práci; specifická rizika souvisejících s výkonem pomáhající profese; připravenost na výkon povolání (zdravotně) sociálního pracovníka po absolvování; změny v plánech a sebereflexi. U všech kategorií došlo k jejich charakterizování, tedy identifikaci vlastností, které byly následně diferencovány.

Pro přehlednost byla data zanesena do tabulek a následně interpretována. Kompletní přepisy rozhovorů se nacházejí v kapitole 8 Přílohy.

Tabulka 1: Základní údaje o komunikačních partnerech

(použité zkratky: PSP = Prevence a rehabilitace sociální patologie; Bc. = bakalářský; RPB = Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory)

Komunikační partner	Věk	Pohlaví	Vystudovaný Bc. program
1	24 let	Žena	PSP
2	26 let	Žena	PSP
3	23 let	Žena	PSP
4	23 let	Žena	RPB
5	24 let	Žena	RPB
6	23 let	Žena	RPB
7	23 let	Žena	PSP
8	23 let	Žena	RPB
9	23 let	Žena	RPB
10	25 let	Žena	RPB

Zdroj: Vlastní výzkum.

Tabulka 2: Doba volby studované problematiky a předchozí zkušenost s uživateli

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, SŠ = střední škola, ZŠ = základní škola)

Kód KP	Doba volby problematiky	Předchozí zkušenosti
1	Během/po SŠ	Ne
2	Po SŠ	Ne
3	SŠ	Ne
4	ZŠ	Ne
5	ZŠ	Dobrovolnictví, pozitivní vliv
6	ZŠ	Ne.
7	SŠ	Ne.
8	SŠ	SŠ, ale bez vlivu
9	Po SŠ	SŠ a brigády, pozitivní vliv
10	SŠ	SŠ a brigády, vliv na volbu oboru

Zdroj: Vlastní výzkum.

Ze získaných dat vyplynulo, že více než polovina, tedy 7 z 10 komunikačních partnerek se pro studium zdravotně sociální problematiky rozhodlo v době během či po střední škole. Zbývajících 3 komunikačních partnerek učinily rozhodnutí již na základní

škole. Komunikační partnerka 5 například uvedla, že se rozhodla: „Když jsem na ZŠ začala dobrovolničit v občanském sdružení, které sdružovalo osoby se zdravotním postižením.“

Dále sebraná data ukázala, že 4 z 10 komunikačních partnerek měly předchozí zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb. Ve 2 případech ze střední školy a letních brigád, v 1 případě ze střední školy a v 1 případě z dobrovolnictví. U 3 z těchto 4 komunikačních partnerek měla předcházející zkušenost vliv na jejich volbu oboru. Ve 2 případech byl tento vliv pozitivní a komunikační partnerka 10 uvedla: „Jednoduše jsem upřednostnila sociální oblast před zdravotnickou. Řekla jsem si, že práce sociálních pracovníků je zajímavá a mohla by mě bavit. A to mělo vliv na výběr vysoké školy.“ U 1 komunikační partnerky neměla tato zkušenost vliv na její volbu oboru. Dalších 6 komunikačních partnerek nemělo v době volby oboru zkušenost s uživateli (zdravotně) sociálních služeb. Komunikační partnerka 3 k tomu řekla: „Kdybych věděla, jak to funguje v oboru, rozhodla bych se patrně jinak.“

Tabulka 3: Motivace a demotivace při volbě oboru

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka; ZS = zdravotně sociální; RPN = Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu; ZSF = zdravotně sociální fakulta; Bc. = bakalářský; Mgr. = magisterský; CS = cílová skupina)

Kód	Motivace pro studium	Demotivace pro studium	Důvod volby RPN
KP			
1	Komunikace s lidmi, zájem o problematiku	Nic	Znalost ZSF – jediný možný navazující Mgr. obor
2	Zájem o problematiku	Nic	Nemožnost získat práci, užší zaměření na CS
3	Absence matematiky, fyziky, chemie,....	Nic	Jediný možný navazující Mgr. obor
4	Absence matematiky	Nic	Jediný možný navazující Mgr. obor
5	Představa práce v oboru	Nic	Zájem o problematiku
6	Práce s lidmi	Nic	Preference studia před nezaměstnaností

7	Práce s lidmi, pomáhání lidem, zajímavost Bc. oboru	Práce s určitými CS	Jediný možný navazující Mgr. obor
8	Pomáhání lidem	Strach	Pokračování v Bc. oboru – rozšíření kompetencí
9	Práce s lidmi	Nízké finanční ohodnocení	Pokračování v Bc. oboru – zvýšení uplatnění
10	Pomáhání lidem	Nízké finanční ohodnocení, negativní pohled veřejnosti	Pokračování v Bc. oboru

Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako motivaci pro volbu studia zdravotně sociální problematiky komunikační partnerky nejčastěji jmenovaly přání pracovat s lidmi (ve 3 případech), touhu pomáhat lidem (ve 3 případech) a zájem o studovanou problematiku (také ve 3 případech). Ve 2 případech byla jako příčina uvedena absence matematiky a podobných předmětů. Dále se v získaných datech (vždy v 1 případě) objevily jako motivace zajímavost oboru, cíl práce v oboru nebo potěšení z komunikace s lidmi. Jak řekla komunikační partnerka 1: „*Ráda komunikuji s lidmi a zajímala mě problematika drogově závislých.*“

Oproti tomu faktory odrazující od studia zdravotně sociální problematiky v době volby studia 6 z 10 komunikační partnerek nepociťovalo nebo nad tím vůbec nepřemýšlela. 2 komunikační partnerky demotivovalo nízké finanční ohodnocení profese, 1 komunikační partnerku odrazoval strach a 1 komunikační partnerce se nelíbil negativní pohled veřejnosti na sociální pracovníky. Komunikační partnerka 7 se obávala: „*Nejspíše práce s určitými skupinami lidí, například bezdomovci.*“

Jako důvod pro volbu Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory, jakožto navazujícího magisterského oboru 4 komunikační partnerky uvedly skutečnost, že je to jediný možný navazující magisterský obor. Ve 3 případech se coby příčina objevilo pokračování v bakalářském oboru a ve 2 případech nemožnost získání práce. Jak uvedla komunikační partnerka 2: „*Protože jsem nemohla sehnat práci a je lepší být ve škole a něco dělat než být na Úřadě práce.*“ Dalšími motivy pro volbu konkrétního oboru byla znalost zdravotně sociální fakulty, rozšíření kompetencí, zvýšení uplatnění na trhu práce, zájem o studovanou problematiku a intenzivnější zaměření na cílovou skupinu (vždy v případě 1 komunikační partnerky).

Tabulka 4: Naplnění očekávání od studovaného oboru

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka; PSP= Prevence a rehabilitace sociální patologie; RPN = Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu)

Kód	Naplnění očekávání	Reflexe očekávání
KP		
1	PSP – ano, RPN – ne	PSP – získání uspokojivého množství znalostí RPN – neobohacující
2	Ne	Chybné představy o oboru
3	Částečně ano	Naplněn - obsah studované oblasti Nenaplněn – nízká odborná úroveň absolventů, příliš nízké požadavky, nedostatečná výuka cizích jazyků
4	Ne	Nepřípravenost na povolání, nevyhovující skladba předmětů
5	Ne	Nenavazující skladba předmětů, zavádějící název oboru
6	Ne	Nevyhovující skladba předmětů, zavádějící název oboru
7	PSP – ano, RPN – ne	PSP – zajímavost problematiky RPN – nezajímavost problematiky
8	Spíše ne	Nevyhovující skladba předmětů
9	Nevím	Bez očekávání
10	Ne	Nenavazující skladba předmětů

Zdroj: Vlastní výzkum.

U 6 komunikačních partnerek nebyla naplněna očekávání od studijního oboru, tedy došlo k diferenciaci jejich pohledu. V případě 2 komunikačních partnerek byla očekávání naplněna v rámci bakalářského studia, ale nikoliv u magisterského. 1 komunikační partnerka pociťuje částečné naplnění očekávání a komunikační partnerka 9 neví, neboť jak uvedla: „*Já moc nevěděla, co od něj očekávat.*“

Z výzkumu vyplynulo, že u 6 komunikačních partnerek nedošlo k naplnění očekávání od studovaného oboru z důvodu: nevyhovující a nenavazující skladby předmětů (5 komunikačních partnerek), zavádějícího názvu oboru (2 komunikační partnerky), nepřipravenosti na výkon povolání (1 komunikační partnerka)

a komunikační partnerka 2 jako důvod uvedla: „Nevěděla jsem, že to je sociální práce, což je moje chyba a pak už se mi nechtělo se školou končit.“ 2 komunikační partnerky vypověděly, že bakalářský obor naplnil jejich očekávání z důvodu zajímavosti oboru (1 komunikační partnerka) a získání uspokojivého množství znalostí (1 komunikační partnerka). Oproti tomu magisterský obor jejich očekávání nenaplnil z důvodu nezajímavosti oboru (1 komunikační partnerka) a neobohacení znalostí (1 komunikační partnerka). Komunikační partnerka 3 má částečně naplněná očekávání, neboť obor jak uvedla: „Naplnil tak nějak zhruba mojí představu o obsahu studované oblasti. Přesto si dnes nepřipadám jako odborník na danou oblast. Fakulta má nízké požadavky. Prakticky jsem dnes na tom intelektuálně hůře než na gymnáziu. Absolutně nenaplnil moje očekávání v oblasti cizích jazyků.“

Tabulka 5: Pohled na výhody a nevýhody studovaného oboru

a) Výhody a nevýhody

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, PvSS = pracovník v sociálních službách)

Kód	Výhody oboru	Nevýhody oboru
KP		
1	Blízkost bydliště, nenáročnost dojíždění	Skladba předmětů
2	Blízkost bydliště, známost v oboru	Skladba předmětů, nedostatek praxe
3	Žádné	Zavádějící název oboru
4	Zkušenosti, rozvoj komunikace, získání užitečných informací	Skladba předmětů, nejasnosti v kompetencích absolventů
5	Možnost pracovat jako PvSS	Upřednostňování nedůležitých věcí
6	Žádné	Neuplatnění na trhu práce, skladba předmětů
7	Praxe, kvalita vyučujících, potřeba profese	Špatné finanční ohodnocení
8	Získání kompetencí	Skladba předmětů
9	Široké uplatnění	Nejasnosti v kompetencích absolventů
10	Získání užitečných informací	Skladba předmětů

Zdroj: Vlastní výzkum.

2 z 10 komunikační partnerek nevidí žádnou výhodu studovaného oboru. Zbýlých 8 komunikační partnerek vyjmenovalo řadu výhod.

Mezi nimi: získání užitečných informací (2 komunikační partnerky), jak uvedla komunikační partnerka 4, student získá: „*Mnoho informací, které se mu později mohou hodit zase v běžném životě. Jako například čerpání dávek, důchodové pojištění apod.*“; blízkost bydliště a s tím spojenou nenáročnost dojíždění (2 komunikační partnerky); rozvoj komunikace a dalších kompetencí (2 komunikační partnerky); známost v oboru (1 komunikační partnerka); možnost pracovat jako pracovník v sociálních službách (1 komunikační partnerka); praxi (1 komunikační partnerka); kvalitní vyučující (1 komunikační partnerka); potřebnost profese (1 komunikační partnerka); široké uplatnění (1 komunikační partnerka) a zkušenosti (1 komunikační partnerka).

Na druhou stranu 6 z 10 komunikačních partnerek vidí nevýhodu studovaného oboru ve skladbě předmětů. 2 komunikační partnerky nevýhodu spatřují v nejasných kompetencích absolventů oboru, neboť jak uvádí komunikační partnerka 4: „*Není úplně jasné, zda po absolvování oboru můžeme dělat zdravotně sociálního či pouze sociálního pracovníka.*“ Dalšími jmenovanými nevýhodami oboru jsou: nedostatek praxe (1 komunikační partnerka), zavádějící název oboru (1 komunikační partnerka), upřednostňování nedůležitých věcí (1 komunikační partnerka), malá uplatnitelnost na trhu práce (1 komunikační partnerka) a nízké finanční ohodnocení (1 komunikační partnerka).

b) Změny v pohledu na výhody a nevýhody

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka; PSP = Prevence a rehabilitace sociální patologie; RPN = Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu)

Kód	Změna pohledu na výhody oboru	Změna pohledu na nevýhody oboru
KP		
1	Bez změny	Bez změny
2	Došlo ke změně	Bez změny
3	Bez změny	Změna k horšímu
4	Bez změny	Změna k horšímu
5	Změna k horšímu	Bez změny

6	Změna k horšímu	Bez změny
7	Bez změny	Změna k horšímu
8	Změna k horšímu	Bez změny
9	Bez změny	Bez změny
10	Bez změny	Bez změny

Zdroj: Vlastní výzkum.

4 z 10 komunikačních partnerek změnilo pohled na výhody oboru. Ve 3 případech k horšímu a komunikační partnerka 2 změnila názor poměrně dost, neboť jak uvedla: „Na začátku jsem žádný neměla, jen jsem musela někam na vysokou.“ Zbýlých 6 komunikačních partnerek svůj postoj nezměnilo.

V případě 7 komunikačních partnerek nedošlo ke změně pohledu na nevýhody studovaného oboru. 3 komunikační partnerky změnilly postoj k horšímu.

Tabulka 6: (Ne)spokojenost s volbou oboru

(použité zkratky KP = komunikační partnerka; PSP = Prevence a rehabilitace sociální patologie; RPN = Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu)

Kód	Důvod lítosti nad volbou oboru	Důvod úvah u ukončení studia	Volba v současnosti a její důvod
KP			
1	RPN – nerozšiřování dovedností	Neuvažovala o ukončení	PSP – stejná; RPN – již ne, neobohacení profesního života
2	Jiné představy o studiu	Demotivace pro práci v oboru	Asi stejná – postupné vybudování vztahu k problematice
3	Nelitovala	Demotivace pro studium – nedostatečné finanční ohodnocení profese	Jiný obor – nedostatečná odborná úroveň absolventů
4	Nízký plat, malá uplatnitelnost na trhu práce	Neuvažovala o ukončení	Jiný obor – neoceněná a náročná práce
5	Zájem o problematiku osob s postižením	Touha věnovat se pouze speciální pedagogice	Jiný obor – neuspokojivá skladba předmětů

6	Postrádání smyslu oboru v praxi	Nezajímavost studia	Jiný obor – nesmyslnost oboru
7	Nelitovala	Nespokojenost se zacházením se studenty	PSP – stejná; RPN – neví, nezajímavost oboru
8	Nevyužitelné nadměrné množství zdravotnických předmětů	Neuvažovala o ukončení	Jiný obor – obavy z práce, nedostatečné finanční ohodnocení
9	Malá uplatnitelnost na trhu práce	Neuvažovala o ukončení	Jiný obor – nejasná budoucnost
10	Nevhodná volba oboru	Neuvažovala o ukončení	Jiný obor – nevhodná volba oboru

Zdroj: Vlastní výzkum.

Ze sebraných dat vyplývá, že 7 z 10 komunikačních partnerek lituje svého rozhodnutí ve volbě oboru z důvodu: malé uplatnitelnosti na trhu práce (2 komunikační partnerky), postrádání smyslu oboru v praxi (1 komunikační partnerka), hlubšího zájmu o cílovou skupinu osob s postižením (1 komunikační partnerka), nízkého platu (1 komunikační partnerka), jiných představ o studiu (1 komunikační partnerka), nevhodně zvoleného oboru (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 8 svou lítost z volby oboru zreflektovala následujícím způsobem: „*Měla jsem vystudovaného zdravotnického asistenta a vzhledem k tomu, že na vysoké škole jsme měli moc zdravotnických předmětů, tak jsem si říkala, že jsem spíše mohla jít studovat vysokoškolský obor všeobecná sestra.*“ 1 komunikační partnerka lituje svého rozhodnutí ve volbě oboru pouze v případě magisterského programu kvůli nerozšiřování dovedností. 2 komunikační partnerky svého rozhodnutí nelitují

5 komunikačních partnerek, které v průběhu studia uvažovaly o jeho ukončení, mělo pro tyto úvahy rozličné motivy. Těmi byly: demotivace pro studium z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení profese, touha věnovat se pouze speciální pedagogice, nezajímavost studia, nespokojenost se zacházením se studenty a komunikační partnerka 2 uvedla: „*Měla jsem pocit, že tohle nechci nikdy dělat. Taková školní krize.*“ Zbýlých 5 komunikačních partnerek o ukončení studia neuvažovalo.

V případě, že by se komunikační partnerky mohly nyní znovu rozhodovat, 7 z 10 by zvolilo jiný obor. Komunikační partnerky uváděly různé důvody, které by je demotivovaly k opětovné volbě stejného oboru. Jmenovanými příčinami byly: nedostatečné finanční ohodnocení (2 komunikační partnerky), nedostatečná odborná úroveň absolventů (1 komunikační partnerka), neuspokojivá skladba předmětů (1 komunikační partnerka), nesmyslnost oboru (1 komunikační partnerka), obavy z práce (1 komunikační partnerka), náročnost práce (1 komunikační partnerka), nevhodná volba oboru (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 9 uvedla: „Zvolila bych si jiný, kde budu jasně vědět, co budu dále dělat.“ 2 komunikační partnerky by opět zvolily stejný bakalářský obor, ale v případě magisterského oboru 1 neví, jak by zvolila z důvodu nezajímavosti oboru a 1 by volila jinak, protože jí obor profesně neobohatil. Pouze 1 komunikační partnerka by nejspíš zvolila stejný obor, neboť jak uvedla: „Postupem času si mě sociální práce a klienti získali.“

Tabulka 7: Co studium komunikačním partnerkám dalo a co vzalo

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka; PSP= Prevence a rehabilitace sociální patologie; RPN = Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu)

Kód	Co dalo	Co vzalo
KP		
1	PSP – praktické znalosti, RPN – nic	PSP – nic, RPN – nadšení ze studia
2	Orientace v problematice, umění komunikace, dobrovolnickou zkušenost	Iluze
3	Posun v hodnotách, poznání světa lidí potřebujících pomoc	Nic
4	Umění komunikace, užitečné informace, nový náhled na život	Nic
5	Kompetence, znalosti, přátele, známé, nové možnosti	Klidný způsob života
6	Přátele, možnost poznat manžela	Nervy, iluze
7	Praktické zkušenosti a poznatky, znalosti, umění komunikovat	Nervy
8	Znalosti, posílení sebedůvěry	Čas, peníze

9	Znalosti, kontakty, zkušenosti z praxí, informace	Čas, spoustu klidných nocí
10	Vředy, zklamání z volby oboru	Roky života

Zdroj: Vlastní výzkum.

Studium zvoleného oboru dalo 4 z 10 komunikačním partnerkám odborné znalosti. Dalším získaným obohacením bylo: umění komunikovat (3 komunikační partnerky); noví přátelé, známí a kontakty (3 komunikační partnerky); praktické zkušenosti (2 komunikační partnerky); informace (2 komunikační partnerky); posun v hodnotách a získání nového náhledu na život (2 komunikační partnerky); orientace v problematice (1 komunikační partnerka); dobrovolnická zkušenost (1 komunikační partnerka); poznání světa lidí potřebujících pomoc (1 komunikační partnerka); získání kompetencí (1 komunikační partnerka); nové možnosti (1 komunikační partnerka) a posílení sebedůvěry (1 komunikační partnerka). Komunikační partnerka 1 uvedla: „V rámci PSP jsem získala praktické znalosti, jak pracovat s dětským kolektivem v rámci preventivních programů. Praktický nácvik během výuky byl opravdu super. Obor RPN mi nedal absolutně nic.“ Komunikační partnerka 10 uvedla, že studium jí obohatilo pouze o: „Pár vředů a zjištění, že jsem si nevybrala dobře.“

Oproti tomu studium komunikačním partnerkám vzalo: iluze (2 komunikační partnerky), nervy (2 komunikační partnerky), čas (2 komunikační partnerky), klidný způsob života (1 komunikační partnerka), roky života (1 komunikační partnerka) a spoustu klidných nocí (1 komunikační partnerka). Komunikační partnerka 1 uvedla: „Obor PSP mi nevzal nic. Obor RPN mi vzal nadšení ze studia obecně. Zjištění, že obor mi nic nedává je příšerné.“ 2 komunikačním partnerkám studium nic nevzalo.

Tabulka 8: Praxe

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka)

Kód	Přínos školní praxe	Reflexe školní praxe	Reflexe mimoškolní praxe
KP			
1	Dle pracoviště	Potřebnost, velké množství praxe	Dobrovolnictví – obohacující, rozvoj kompetencí, potvrzení preferované cílové skupiny
2	Ano	Nejvíce obohacující část studia	Dobrovolnictví – velmi obohacující, ujasnění budoucího směřování
3	Ano	Seznámení s cílovými skupinami	Bez zkušenosti
4	Ne	Nedostatek odborných činností	Bez zkušenosti
5	Ano	Rozvoj kompetencí, potvrzení preferované cílové skupiny	Dobrovolnictví, práce – více obohacující než školní praxe
6	Dle pracoviště	Někde pocity nadbytečnosti, někde rozvoj kompetencí, nadměrná denní časová dotace	Bez zkušenosti
7	Ano	Nejvíce obohacující část studia	Dobrovolnictví – nebohacující
8	Ano	Získání představy o oblasti sociální práce, příliš svazující kritéria pro volbu pracoviště	Bez zkušenosti
9	Ano	Posun v postojích, příliš svazující kritéria pro volbu pracoviště	Dobrovolnictví - obohacující
10	Dle pracoviště	Přínosem především účast na terénní práci	Brigáda – naplňující, impulz pro studium sociální práce

Zdroj: Vlastní výzkum.

6 z 10 komunikační partnerek hodnotí praxi absolvovanou v rámci vysokoškolského studia jako přínosnou. Pro další 3 komunikační partnerky byla praxe obohacující, jak na kterém pracovišti. Komunikační partnerka 4 hodnotící studijní praxi jako nepřínosnou vypověděla: „*Ted' na vysoké škole mi praxe nic nedaly. Naučila jsem se vyrábět věci z korálku a mnoho dalších podobných kravin, ale to mi asi pro výkon práce nepomůže.*“

2 komunikační partnerky vidí studijní praxi jako nejvíce obohacující část studia, jak například komunikační partnerka 7 uvedla: „*Seznámit se na vlastní kůži s určitou profesí je to, co mi dalo nejvíce.*“ Dalšími pozitivními aspekty praxe jsou pro komunikační partnerky: seznámení s oblastí sociální práce a jednotlivými cílovými skupinami (2 komunikační partnerky), rozvoj kompetencí (2 komunikační partnerky), posun v postojích (1 komunikační partnerka), potvrzení preferované cílové skupiny (1 komunikační partnerka), potřebnost a velké množství praxe (1 komunikační partnerka) a 1 komunikační partnerka spatřuje největší přínos praxe v účasti na terénní práci. Naopak negativními stránkami studijní praxe pro komunikační partnerky jsou příliš svazující kritéria pro volbu pracoviště (2 komunikační partnerky), nadměrná denní časová dotace praxí (1 komunikační partnerka) a pocity nadbytečnosti na některých pracovištích (1 komunikační partnerka).

6 z 10 komunikačních partnerek má zkušenosti i z mimoškolní praxe. V 5 případech se jedná o dobrovolnictví, u jedné komunikační partnerky navíc i z práce. 4 z těchto 5 komunikačních partnerek hodnotí mimoškolní praxi jako obohacující, například komunikační partnerka 6 uvádí: „*Dala mi asi nejvíc. Samotné studijní praxe nestačí. Když jste dobrovolník, zachází s vámi v organizaci úplně jinak, pustí vás ke spoustě věcem.*“ Komunikační partnerka 10 má zkušenost z letních brigád a hodnotí je následovně: „*Práce mě naplňovala a bavila. Dala mi impulz k tomu, že bych mohla studovat sociální práci.*“ 1 komunikační partnerce pak mimoškolní praxe nic nedala. Zbylé 4 komunikační partnerky nemají zkušenost s mimoškolní praxí.

Tabulka 9: Pohled na zdravotně sociální problematiku

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka)

Kód	Původní pohled	Současný pohled	Ovlivňující faktory
KP			
1	Zájem o problematiku závislostí	Potřebnost, důležitost, podhodnocenost	X
2	Žádný	Potřebnost, přehlíženost, podhodnocenost	Přístup společnosti
3	Bez větší představy	Potřebnost, podhodnocenost	Názory sociálních pracovníků

4	Žádný	Užitečnost, neznalost veřejnosti, nekvalita některých pracovníků	Zkušenosti, názory ostatních
5	Pouze práce s osobami s postižením	Potřebná, stagnující, teoretická	Odborné informace z praxe
6	Pozitivní	Neznalost veřejnosti, nízká prestiž povolání	Zkušenosti, vlastní postoje a názory
7	Žádný	Pozitivní	Praxe
8	Žádný	Negativní, bezvýhodnost, mnohdy zbytečnost	Informace získávané během studia
9	Bez větší představy	Užitečnost v případě profesionálního přístupu	Zkušenosti a informace
10	Žádný	Složitost a proměnlivost systému, podhodnocenost, nadmíra administrativy	Zkušenosti

Zdroj: Vlastní výzkum.

Ze získaných dat vyplynulo, že u všech 10 komunikačních partnerek došlo během studia ke změně pohledu na zdravotně sociální problematiku. U 2 z 10 komunikačních partnerek převažovala změna názoru negativním směrem. U zbylých 8 komunikačních partnerek se nedá určit, zda jde o posun pozitivním či negativním směrem.

U 7 komunikačních partnerek je to dáno skutečností, že v době začátku studia neměly na studovanou problematiku žádný pohled či jen minimální představu. U dalších komunikačních partnerek šlo o všeobecně pozitivní postoj (1 komunikační partnerka), zájem o konkrétní problematiku (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 5 se domnívala, že: „*Sociální pracovník je někdo, kdo pracuje pouze s lidmi s postižením, ale postupně jsem zjistila, jak široký má záběr.*“

Přestože k výhradně negativní změně pohledu na zdravotně sociální problematiku došlo jen u 3 z 10 komunikačních partnerek, při hodnocení této oblasti převládaly negativní charakteristiky nad pozitivními. Pozitivními atributy byly: potřebnost (4 komunikační partnerky); užitečnost (2 komunikační partnerky), ale jak uvedla komunikační partnerka 9: „*Musí jí vykonávat kvalifikovaný člověk se zájmem.*“ a důležitost (1 komunikační partnerka). Naopak negativními charakteristikami viděnými

komunikačními partnerkami byly: podhodnocenost sociální práce (4 komunikační partnerky), neznalost či zkreslené představy veřejnosti (2 komunikační partnerky), přehlíženost oboru (1 komunikační partnerka), nízká prestiž oboru (1 komunikační partnerka), častá bezvýchodnost (1 komunikační partnerka), mnohdy zbytečnost práce (1 komunikační partnerka), nekvalitnost některých pracovníků (1 komunikační partnerka), složitost a proměnlivost systému (1 komunikační partnerka), nadmíra administrativy (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 5 uvedla: „*Myslím, že v našich podmínkách stagnuje a zůstává hlavně na teoretickém podkladě*“.

Mezi faktory podílejícími se na změnách postojů k zdravotně sociální problematice byly zmiňovány: zkušenosti (4 komunikační partnerky), názory sociálních pracovníků či okolí (2 komunikační partnerky), informace získané studiem či z praxe (2 komunikační partnerky), vlastní postoje a názory (1 komunikační partnerka), postoj společnosti k sociální práci (1 komunikační partnerka) a absolvování praxe (1 komunikační partnerka).

Tabulka 10: Pohled na nejvíce a nejméně prospěšné oblasti (zdravotně) sociální práce

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, ZSP = zdravotně sociální práce)

Kód	Nejprospěšnější oblast ZSP	Nejméně prospěšná oblast ZSP	Změny v pohledu
KP			
1	Práce s dětmi a mládeží	Každá oblast prospěšná	Ne
2	Práce s klientem	Administrativa	Ne
3	Pomoc osobám, které se ocitli v tíživé situaci	Administrativa, oblast úřadů	Ano
4	Pomoc osobám, které se ocitli v tíživé situaci bez vlastního přičinění	Práce s osobami s drogovými závislostmi a prostitutkami	Ne
5	Práce s dětmi	Práce s osobami s drogovými závislostmi, prostitutkami a osobami bez přístřeší	Ne
6	Práce s dětmi	Práce v humanitárních organizacích, s Romy a osobami s drogovými závislostmi	Ne

7	Práce s mládeží, s dětmi, s rodinou, s osobami s postižením	Práce s osobami bez přístřeší	Ne
8	Krizová intervence	Nedostatek financí	Ne
9	Ve všech	Každá oblast prospěšná	Ne
10	Práce s klientem	Administrativa	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako nejvíce prospěšnou oblast (zdravotně) sociální práce komunikační partnerky spatřují práci s dětmi a mládeží (4 komunikační partnerky). Například komunikační partnerka 1 uvedla: „*V rámci kurátorské práce či práce na OSPOD vidím důležitost tohoto povolání. Tato práce má vývoj prospěšnosti pro děti a mládež.*“ Dalšími zásadním způsobem prospěšně vnímanými oblastmi jsou: pomoc osobám, které se ocitli v tíživé situaci (2 komunikační partnerky), oblast práce s klientem (2 komunikační partnerky), práce s rodinou (1 komunikační partnerka), práce s osobami se zdravotním postižením (1 komunikační partnerka), krizová intervence (1 komunikační partnerka) a 1 komunikační partnerka vidí prospěšnost ve všech oblastech (zdravotně) sociální práce.

Oproti tomu nejméně prospěšně vnímanou oblastí (zdravotně) sociální práce je práce s osobami s drogovými závislostmi (3 komunikační partnerky). Dále pak administrativa (3 komunikační partnerky), práce s prostitutkami (2 komunikační partnerky), práce s osobami bez přístřeší (1 komunikační partnerka), práce s Romy (1 komunikační partnerka), činnost humanitárních organizací (1 komunikační partnerka), nedostatek financí (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 3 spatřuje problém: „*V oblasti úřadů, kde se kolikrát pracuje bez emocí, strojově, masově.*“ 2 komunikační partnerky nevidí žádnou oblast (zdravotně) sociální práce, která by byla méně prospěšná.

U 9 z 10 komunikačních partnerek v průběhu studia nedocházelo ke změnám pohledu na nejvíce a nejméně prospěšné oblasti (zdravotně) sociální práce. K posunům v pohledu docházelo u komunikační partnerky 3, která uvedla: „*Můj názor se během studia upevnil a prohloubil.*“

Tabulka 11: Změna pohledu na cílové skupiny

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, CS = cílová skupina)

Kód	Cílová skupina	Reflexe nového pohledu	Ovlivňující faktor
KP			
1	Senioři	Ztráta původní ne zkušenosti	Praxe
2	Osoby s mentálním postižením	Ztráta strachu	Praxe
3	Romové, senioři a prostitutky	Ztráta předsudků	X
4	Osoby s mentálním postižením	Ztráta mylných představ	Praxe, zkušenost z okolí
5	Romové	Ztráta strachu, nyní oblíbená CS	Praxe
6	Osoby s drogovými závislostmi, prostitutky, Romové a sociálně slabí občané	Utvrzení v negativních názorech	X
7	Osoby s duševním onemocněním	Ztráta mylných představ	Praxe
8	Osoby ohrožené sociálním vyloučením	Více empatie	X
9	Osoby s drogovými závislostmi	Ztráta předsudků	Praxe
10	Nedošlo ke změnám	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum.

U 8 z 10 komunikačních partnerek došlo ke změně názoru na některou cílovou skupinu. Komunikační partnerka 6 postoj nezměnila a utvrdila se v negativních názorech, k čemuž uvedla: „*Pouze jsem se utvrdila v některých svých názorech na některé sociální skupiny. Narkomany, prostitutky, Romy, sociálně slabé občany...S těmito sociálními skupinami je těžká jakákoliv práce. Běh na dlouhou trať. Výsledky nejsou vidět.*“ U 1 komunikační partnerky nenastaly žádné změny v pohledu na cílové skupiny. Komunikační partnerky změnily pohled na: Romy (3 komunikační partnerky), seniory (2 komunikační partnerky), osoby s mentálním postižením (2 komunikační partnerky), prostitutky (2 komunikační partnerky), osoby s drogovými závislostmi (2 komunikační partnerky), sociálně slabé a osoby ohrožené sociálním vyloučením (2 komunikační partnerky) a na osoby s duševním onemocněním (1 komunikační partnerka).

Mezi transformace, které nastaly v postojích komunikačních partnerek k cílovým skupinám, patří: ztráta předsudků (2 komunikační partnerky), ztráta mylných představ o cílové skupině (2 komunikační partnerky), ztráta strachu z cílové skupiny (2 komunikační partnerky), získání větší empatie k cílové skupině (1 komunikační partnerka), nalezení obliby v práci s cílovou skupinou (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 1 změnu postoje reflektovala takto: „Až v závěru studia jsem měla možnost absolvovat praxi se seniory. Nevěděla jsem, jak s nimi pracovat, komunikovat... Praxe mě příjemně překvapila, nenastal žádný problém a tak jsem si uvědomila, že i s touto cílovou skupinou by mi nevadilo pracovat.“

Faktorem, který se podílel na změnách postojů k cílovým skupinám, byla u 6 komunikačních partnerek absolvovaná praxe. Komunikační partnerka 4, která byla navíc ovlivněna zkušeností ze svého okolí, vypověděla, že názor změnila: „Díky praxi, kde jsem viděla, jak ty děti působí šťastným dojmem. Také díky známé, která má postiženou dceru.“

Tabulka 12: (Ne)preferované cílové skupiny

a) Preferované cílové skupiny

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, CS = cílová skupina, SP = sociálně patologické)

Kód	Původně preferovaná CS	Důvod	Nyní preferovaná CS	Důvod	Příčina změny
KP					
1	Děti a mládež	Obliba a zájem o CS, potenciál CS	Děti a mládež – ohrožené(á) SP jevy	Zkušenosti z praxe	X
2	Osoby s drogovými závislostmi, osoby s duševním onemocněním	Zájem o problematiku	Senioři	Vyhovující CS	Zaměření studia

3	Žádná	X	Senioři	Nejintenzivnější zpětná vazba	Praxe s CS
4	Děti	Obliba CS	Děti, osoby s duševním onemocněním	Dlouhodobý cíl, zkušenosti z praxe	Praxe s CS
5	Osoby se zdravotním postižením	Obliba CS	Osoby se zdravotním postižením	Obliba CS	X
6	Senioři	Obliba CS, smysluplnost práce	Senioři	Obliba CS, smysluplnost práce	X
7	Žádná	X	Žádná	X	X
8	Děti	Obliba CS	Děti	Obliba CS	X
9	Senioři	Zkušenosti	Žádná	X	Studium
10	Senioři	Zkušenosti	Senioři	Spokojenost s prací, smysluplnost, potřeba	X

Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu 10 komunikačních partnerek došlo u 3 ke změně preferované cílové skupiny. 1 komunikační partnerka k původní cílové skupině přidala ještě jednu. Zbýlých 6 komunikačních partnerek nezměnilo svou preferovanou cílovou skupinu.

Před začátkem studia 3 z 10 komunikačních partnerek chtěly pracovat především s dětmi a mládeží. Spolu s dětmi a mládeží byli senioři (3 komunikační partnerky) nejoblíbenější cílovou skupinou mezi komunikačními partnerkami. Dalšími preferovanými cílovými skupinami byly: osoby s drogovými závislostmi (1 komunikační partnerka), osoby s duševním onemocněním (1 komunikační partnerka) a osoby se zdravotním postižením (1 komunikační partnerka). 2 komunikační partnerky nepreferovaly žádnou cílovou skupinu.

Důvody preference určité cílové skupiny byly: obliba cílové skupiny (5 komunikačních partnerek), zájem o související problematiku (2 komunikační partnerky), předchozí zkušenost s cílovou skupinou (2 komunikační partnerky), potenciál cílové skupiny (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 6 uvedla: „Práce se starými lidmi mě naplňovala. Přijde mi smysluplná. Člověk zpříjemňuje

poslední chvíle života těmto lidem. Navíc staří lidé mají již nějaký životní příběh, který je v mnoha ohledech zajímavý.“

V současnosti nejvíce upřednostňovanými cílovými skupinami komunikačních partnerek jsou senioři (4 komunikační partnerky) a děti a mládež (3 komunikační partnerky). Dalšími oblíbenými cílovými skupinami jsou osoby s duševním onemocněním (1 komunikační partnerka) a osoby se zdravotním postižením (1 komunikační partnerka). 2 komunikační partnerky nemají žádnou preferovanou cílovou skupinu.

Mezi důvody preference cílových skupin v současnosti patří: oblíba cílové skupiny (3 komunikační partnerky), zkušenosti z praxe (2 komunikační partnerky), nejintenzivnější zpětná vazba (1 komunikační partnerka), smysluplnost práce (2 komunikační partnerky), spokojenost s prací (1 komunikační partnerka), dlouhodobý cíl práce s cílovou skupinou (1 komunikační partnerka), potřeba (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 2 coby důvod preference uvedla: *„Jako cílová skupina mi sednou a myslím, že to souvisí i s dobrovolnictvím, které vykonávám právě v domově pro seniory.“*

U 4 komunikačních partnerek, u kterých došlo k posunu preferencí cílové skupiny, byly příčiny těchto změn: absolvovaná praxe (2 komunikační partnerky), například komunikační partnerka 3 ke změně názoru uvádí: *„Změnil se v posledním ročníku, kdy jsem vykonávala praxi v domově důchodců“*; zaměření studia (1 komunikační partnerka) a průběh studia (1 komunikační partnerka).

b) Nepreferované cílové skupiny

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, CS = cílová skupina, ObP = osoby bez přístřeší, OsDZ = osoby s drogovými závislostmi, SVO = sociálně vyloučené osoby, OsMP = osoby s mentálním postižením)

Kód	Původně nepreferovaná CS	Důvod	Nyní nepreferovaná CS	Důvod	Příčina změny
KP					
1	Žádná	X	Žádná	X	X

2	ObP	Odpor, nezkušenost s CS	ObP, Romové	Nezkušenost s CS	X
3	OsDZ	Předsudky, nedůvěra v efektivnost práce	OsDZ	Předsudky, nedůvěra v efektivnost práce	X
4	ObP, Romové	Respekt z CS	ObP, Romové	Respekt z CS	X
5	ObP, prostitutky	Strach z CS	OsP, prostitutky	Strach z CS	X
6	OsDZ, SVO, prostitutky, Romové, ObP	Neefektivnost práce	OsDZ, SVO, prostitutky, Romové, ObP	Neefektivnos t práce	X
7	ObP, Romové	Nesmyslnost práce, strach z CS	ObP, Romové	Nesmyslnost práce, strach z CS	X
8	Romové	Předsudky, negativní zkušenost	Romové	Předsudky, negativní zkušenost	X
9	ObP, OsDZ	Odpor	Senioři	Nenaplnující práce	Studium
10	Dospělé OsMP	Neví	Dospělé OsMP	Špatný pocit	X

Zdroj: Vlastní výzkum.

U cílových skupin, se kterými by komunikační partnerky nechtěly nikdy pracovat, došlo pouze jednou ke změně a 1 komunikační partnerka k původní jedné neoblíbené cílové skupině přidala ještě jednu. Zbýlých 8 komunikačních partnerek nezměnilo názor na cílové skupiny, se kterými nechce pracovat.

Cílové skupiny, se kterými před začátkem studia nikdy nechtělo pracovat nejvíce komunikačních partnerek, byly osoby bez přístřeší (6 komunikačních partnerek) a Romové (4 komunikační partnerky). Dalšími neoblíbenými cílovými skupinami byly osoby s drogovými závislostmi (3 komunikační partnerky), prostitutky (2 komunikační partnerky), dospělé osoby s mentálním postižením (1 komunikační partnerka) a sociálně vyloučené osoby (1 komunikační partnerka). 1 komunikační partnerka nemá výhrady vůči práci s žádnou cílovou skupinou.

Důvody, které před začátkem studia odrážely komunikační partnerky od práce s výše zmíněnými cílovými skupinami, byly: strach a respekt z cílové skupiny

(3 komunikační partnerky), odpor k cílové skupině (2 komunikační partnerky), předsudky (2 komunikační partnerky), nedůvěra v efektivnost práce (2 komunikační partnerky), negativní osobní zkušenost s cílovou skupinou (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 2 jako důvod uvedla: „*Nikdy jsem s nimi nepracovala a mám k nim přirozený odpor – což asi souvisí s tím, že jsem je jako cílovku nikdy nepoznala.*“ Komunikační partnerka 10 nedokáže říci, proč s dospělými osobami s mentálním postižením nechtěla pracovat.

Pouze u 1 komunikační partnerky došlo ke změně v názoru na to, se kterou cílovou skupinou nechce nikdy pracovat. Původní odpor k lidem bez přístřeší a osobám s drogovými závislostmi přehodnotila díky absolvované praxi. Oproti tomu již nechce pracovat s původně preferovanou cílovou skupinou – seniory a jako důvod uvedla: „*Zjistila jsem, že mě práce s nimi tolik nenaplňuje.*“

V současné době tedy komunikační partnerky nechtějí pracovat s cílovými skupinami: osoby bez přístřeší (5 komunikačních partnerek), Romové (5 komunikačních partnerek), osoby s drogovými závislostmi (2 komunikační partnerky), prostitutky (2 komunikační partnerky), osoby sociálně vyloučené (1 komunikační partnerka), dospělé osoby s mentálním postižením a senioři (1 komunikační partnerka).

Příčiny, které v současnosti odrážejí komunikační partnerky od práce s těmito cílovými skupinami, jsou: respekt a strach z cílové skupiny (3 komunikační partnerky); předsudky (2 komunikační partnerky); nedůvěra v efektivnost práce (2 komunikační partnerky), jak například komunikační partnerka 3 uvedla: „*Nevěřím v jejich dlouhodobé abstinování. Jsou drogami zdegenerování, hloupí, nespolehliví. Nemají perspektivu ani motivaci.*“; nezkušenost s prací s cílovou skupinou (1 komunikační partnerka); nesmyslnost práce (1 komunikační partnerka); osobní negativní zkušenost (1 komunikační partnerka); špatný pocit z cílové skupiny (1 komunikační partnerka) a nenaplňující práce (1 komunikační partnerka).

Tabulka 13: Osobní limity, nedostatky a problémy při práci

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka)

Kód KP	Zjištěné limity, nedostatky a problémy při práci	Příčina poznání
1	Nedostatek trpělivosti	Bez souvislosti se studiem
2	Přemíra empatie, nedostatek informací, znalostí a zkušeností	Praxe
3	Ráznost, přímá, občasné balancování na hranici taktu, prosazování vlastního názoru, obtíže s akceptací cizích názorů, občasná nešetrnost, riziko nevhodný přístup a zranění citů klienta	Praxe
4	Přehnaná citlivost, citová angažovanost	Praxe, práce v nemocnici
5	Podsouvání vlastních názorů a způsobů řešení situací	Nácvik supervizních sezení, modelové situace ve škole
6	Neochota pracovat a problémy v komunikaci s některými cílovými skupinami	Praxe
7	Nedostatečná autorita, asertivita	Praxe
8	Nedostatek trpělivosti, předsudky	Praxe
9	Nedostatek trpělivosti	Praxe
10	Přehnaná citlivost, předsudky	Neví

Zdroj: Vlastní výzkum.

U všech komunikačních partnerek došlo během studia k uvědomění si některých osobních limitů, nedostatků a problémů při práci. Jsou jimi: nedostatek trpělivosti (3 komunikační partnerky); přehnaná citlivost, citová angažovanost a přemíra empatie (3 komunikační partnerky), jak uvádí komunikační partnerka 4: „Uvědomuji si, že jsem moc citlivá, což si myslím, že je velkým problémem. Každého mi je hned líto a vše si беру moc k tělu.“; předsudky (2 komunikační partnerky); nedostatek informací, znalostí a zkušeností (1 komunikační partnerka); podsouvání vlastních názorů a způsobů řešení situací (1 komunikační partnerka); neochota pracovat a problémy v komunikaci s některými cílovými skupinami (1 komunikační partnerka); nedostatečná autorita a asertivita (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 3 jako problém uvádí: „Jsem rázná, přímá, někdy se pohybuji na hranici taktu. Prosazuji svůj názor. Trvá mi, než přijmu cizí názory. Občas nejsem šetrná. Někdy bych mohla mít nevhodný přístup a klienta ranit.“

Uvědomění si limitů, nedostatků a problémů při práci, bylo u 7 z 10 komunikačních partnerek ovlivněno absolvovanou praxí. Dalšími příčinami byla práce v nemocnici (1 komunikační partnerka), nácvik supervizních sezení a modelové situace ve škole (1 komunikační partnerka), u 1 komunikační partnerky neměla příčina poznání souvislost se studiem a 1 komunikační partnerka neví, co bylo příčinou poznání.

Tabulka 14: Specifická rizika související s výkonem pomáhající profese

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, S = supervize)

Kód	Povědomí o rizicích	Vědomí hrozícího rizika	Důvod	Prospěšnost S v této souvislosti
KP				
1	Ano	Syndrom vyhoření a syndrom pomáhajícího	Snaha o dostačující a užitečnou pomoc	V případě kvalitní S ano
2	Ano	Syndrom vyhoření	Snaha pomoci všem, nošení práce domu	Ne
3	Ano	Všechno	Povaha	Ano
4	Ano	Syndrom vyhoření	Hrozí každému	V případě dobrovolnosti ano
5	Ano	Syndrom vyhoření	Vysoká angažovanost	Ano
6	Ano	Syndrom vyhoření	Náročnost práce, neschopnost oddělit práci a soukromí	V případě kvalitní S ano
7	Ano	Syndrom pomáhajícího a syndrom vyhoření	Povaha	V případě kvalitní S ano
8	Ano	Syndrom vyhoření	Náročnost práce	V případě kvalitní S ano
9	Ano	Syndrom vyhoření, přenos a projekce	Problém citově se odpoutat a nepřenášet na klienta své problémy	Ano
10	Ano	Syndrom vyhoření	Povaha, přístup k práci	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum.

Všech 10 komunikačních partnerek vypovědělo, že mají povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese. Všech 10 se také

obává syndromu vyhoření z důvodu: povahy (3 komunikační partnerky), psychické náročnosti práce (2 komunikační partnerky), snahy pomoci všem (1 komunikační partnerka), tendence nosit si práci domů (1 komunikační partnerka), vysoké angažovanosti v situacích klientů (1 komunikační partnerka), neschopnosti oddělit práci a soukromí (1 komunikační partnerka), přístupu k práci (1 komunikační partnerka), skutečnosti, že hrozí každému (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 1 jako příčinu uvedla: „Vždy mi hodně záleží na tom, aby moje pomoc druhému byla dostačující, užitečná a to stojí dosti energie“. 2 komunikační partnerky se kromě syndromu vyhoření bojí také syndromu pomáhajícího. 1 komunikační partnerka se domnívá, že jí hrozí i přenos a projekce, protože má problém citově se odpoutat a nepřenášet na klienta své problémy. Komunikační partnerka 3 se obává všech rizik spojených s výkonem pomáhající profese, neboť jak uvedla: „Jsem vnímavá, poměrně snadno ovlivnitelná, vztahovačná a většinu času trávím reflektováním a sebereflexí.“

9 z 10 komunikačních partnerek se domnívá, že je v dané souvislosti prospěšná supervize. 4 z těchto 9 komunikačních partnerek zdůrazňují, že je nutné, aby supervize byla kvalitní. 1 komunikační partnerka vidí důležitost také v dobrovolné účasti na supervizi. Komunikační partnerka 2 nespatřuje supervizi v souvislosti se syndromem vyhoření jako prospěšnou. Uvádí, že: „Supervize je fajn, ale s tímhle toho asi moc nezmění.“

Tabulka 15: Přípravenost na výkon povolání (zdravotně) sociálního pracovníka po absolvování studia

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka)

Kód	Očekávání před studiem	Pocitovaná připravenost nyní	Příčina názoru
KP			
1	Přípravenost	Přípravenost	Zkušenosti
2	Přípravenost	Spíše nepřipravenost	Nezkušenost
3	Přípravenost	Přípravenost	Kompetentnost, schopnost dále se vzdělávat
4	Přípravenost	Naprostá nepřipravenost	Neefektivní praxe
5	Přípravenost	Přípravenost	Studium dalšího oboru, zkušenosti

6	Připravenost	Naprostá nepřipravenost	Nevyhovující koncepce studia
7	Částečná připravenost	Částečná připravenost	Zkušenosti z praxí
8	Připravenost	Částečná připravenost	Obavy ze zaměstnání
9	Připravenost	Částečná připravenost	Zkušenosti z praxí
10	Připravenost	Spíše nepřipravenost	Pocit, že nic neumí

Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázky, které mapovaly u komunikačních partnerek očekávání, zda je studium připraví na výkon povolání a v současnosti pociťovanou úroveň připravenosti, ukázaly, že v 6 případech došlo k diferenciacím. Těchto 6 komunikačních partnerek před začátkem studia očekávalo, že po absolvování budou připraveny na výkon povolání. 2 z nich se v současnosti cítí naprosto nepřipravené, 2 spíše nepřipravené a 2 pociťují částečnou připravenost, jak například komunikační partnerka 9 uvádí: *„Záleží na dané oblasti sociální práce. Myslím, že mám teoretické znalosti, ale nevím, jak je uplatnit.“* U zbylých 4 komunikačních partnerek ke změně názoru nedošlo. 3 z nich očekávaly, že budou po absolvování studia připravené na výkon povolání a také se tak cítí. 1 komunikační partnerka očekávala, že bude z části připravená a toto její očekávání se naplnilo.

3 komunikační partnerky, které se cítí být připravené pro výkon povolání, jako důvody názoru uvedly zkušenosti (2 komunikační partnerky), studium dalšího oboru (1 komunikační partnerka) a komunikační partnerka 3 uvedla: *„Věřím, že jsem kompetentní osoba a jsem stále schopná se učit.“* 3 komunikační partnerky se cítí být částečně připravené na výkon povolání. Příčinou jsou u 2 komunikačních partnerek zkušenosti z praxí a komunikační partnerka uvedla: *„I když se cítím sebevědomější, tak mám z půlky obavy z nastávajícího zaměstnání, co tam budu dělat...“*. 4 komunikační partnerky, které se necítí být připraveny pro povolání, vidí příčiny v nezkušenosti, neefektivní praxi, nevyhovující koncepci studia a pocitu, že nic neumí (vždy v 1 případě).

Tabulka 16: Změny v plánech a sebereflexi

a) Plán pracovat po absolvování ve zdravotně sociální oblasti

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, OSPOD = orgán sociálně právní ochrany dětí)

Kód	Před studiem		V současnosti	
	Plán	Důvod	Plán	Důvod
KP				
1	Ano	Cíl pracovat na OSPOD	Ano	Zájem o problematiku
2	Ano	Zájem o problematiku	Ano	Získaná kvalifikace
3	50/50	V případě dobře ohodnocené pozice	Ne	Nízké finanční ohodnocení
4	Ano	Zájem o problematiku	Ano	Dlouhodobý cíl práce s dětmi, zájem o problematiku
5	Ano	Zájem o problematiku	Ano	Spokojenost s oborem
6	Ano	Zájem o problematiku	Ne	Nízké finanční ohodnocení, nespokojenost se studiem
7	Ano	Touha pomáhat lidem	Ano	Spokojenost s oborem
8	Ano	Touha pomáhat lidem	Ano	Získaná kvalifikace
9	Neví	Nevzpomíná si	Neví	Dle konkrétní pracovní pozice
10	Ano	Zájem o problematiku	Neví	Nedostatek pracovních nabídek v oboru

Zdroj: Vlastní výzkum.

V době před začátkem studia mělo 8 z 10 komunikačních partnerek v plánu po absolvování studia pracovat ve zdravotně sociální oblasti. Komunikační partnerka 3 uvedla: „*Pokud bych našla dobře ohodnocenou pozici, počítala jsem klidně i s prací v sociální oblasti.*“ 1 komunikační partnerka neví, zda v té době plánovala pracovat ve zdravotně sociální oblasti.

V současné době chce po absolvování studia v oboru pracovat 6 komunikačních partnerek. 2 komunikační partnerky nemají zájem po absolvování pracovat ve zdravotně sociální oblasti. 2 komunikační partnerky neví, zda chtějí v oboru pracovat. Jak komunikační partnerka 9 uvedla: „*Čekám, jaká práce se naskytne a pokud bude zajímavá, budu pracovat i mimo sociál.*“

V případě 3 komunikačních partnerek tedy došlo ke změně jejich postoje a to negativním směrem. Zbýlých 7 komunikačních partnerek postoj nezměnilo.

Před začátkem studia plánovaly komunikační partnerky pracovat ve zdravotně sociální oblasti z důvodu: zájmu o problematiku (5 komunikačních partnerek), touhy pomáhat lidem (2 komunikační partnerky), a komunikační partnerka 1 jako motiv uvedla: „Zajímá mě cílová skupina dětí a mládeže již od střední školy a ráda bych pracovala na OSPODu“. 1 komunikační partnerka plánovala práci v oboru v případě dobře ohodnocené pozice.

Ke změně názoru tedy došlo v případě 3 komunikačních partnerek. Komunikační partnerka, která plánovala v oboru pracovat v případě dobře ohodnocené pozice, v současnosti již ve zdravotně sociální oblasti pracovat neplánuje. Důvodem je právě nízké finanční ohodnocení. Komunikační partnerka 6 před studiem plánovala po absolvování pracovat v oboru kvůli zájmu o problematiku. V současnosti však v této oblasti pracovat nechce a uvádí: „Tato oblast je finančně poddimenzovaná a v některých sociálních službách se čeká i několik měsíců na výplatu. Nechci se pohybovat v této oblasti. Chci dělat něco jiného.“ Komunikační partnerka 10 zamýšlela pracovat v oboru. Nyní však neví z důvodu nedostatku pracovních nabídek v sociální sféře.

6 komunikačních partnerek má stále v úmyslu pracovat v oboru. Jejich motivy jsou: zájem o problematiku (2 komunikační partnerky), získaná kvalifikace (2 komunikační partnerky), spokojenost s oborem (2 komunikační partnerky) a komunikační partnerka 4 uvádí: „Práce s lidmi mě baví a hlavně jsem to šla studovat, proto, abych mohla pracovat s dětmi, tak bych si ráda svůj cíl splnila.“

b) Vidina sama sebe, jako dobré zdravotně sociální pracovnice

(použité zkratky: KP = komunikační partnerka, CS = cílová skupina)

Kód	Před studiem		V současnosti	
	Domnívala se, že...	Důvod	Domnívá se, že...	Důvod
KP				
1	Ano	Očekávání kvalitní přípravy od školy	Ano	Zájem o problematiku, vhodnost povahy
2	Ne	Nepřemýšlela o tom	Snad ano, spíš ne	Nedostatek zkušeností, nemožnost správně ohodnotit sebe samu

3	Ne	Nepřemýšlela o tom	Ano	Dle CS
4	Ano	Vhodnost povahy	Ano	Dostatek znalostí
5	Ano	Zájem o problematiku, pozitivní zpětná vazba od CS	Ano	Spokojenost s prací, pozitivní zpětná vazba od CS
6	Ano	Zájem o problematiku, pozitivní přístup, vhodnost povahy	Ano	Vhodnost povahy
7	Nevěděla	Nepřemýšlela o tom	Neví	Netroufá si hodnotit
8	Ne	Neznalost kompetencí sociálního pracovníka	Ano	Dostatek znalostí a kompetencí, vhodnost povahy
9	Nevěděla	Neznalost kompetencí absolventa	Neví	Motivace udělat pro to maximum
10	Nevěděla	Nepřemýšlela o tom	Ne	Nedostatek znalostí a schopností pomoci klientovi

Zdroj: Vlastní výzkum.

Před začátkem studia se 4 z 10 komunikačních partnerek domnívaly, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice. 3 komunikační partnerky si nemyslely, že z nich budou dobré pracovnice a 3 komunikační partnerky to nevěděly.

V současnosti 6 z 10 komunikačních partnerek míní, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice. 2 komunikační partnerky to nedokážou posoudit a komunikační partnerka 2 uvedla: „*Snad ano, ale myslím si, že spíš ne.*“ 1 komunikační partnerka se domnívá, že nebude.

U 2 komunikačních partnerek se tedy projevila změna pohledu pozitivním směrem, u 1 komunikační partnerky došlo k částečné změně pohledu a u 1 komunikační partnerky nastala negativní změna názoru.

V době před začátkem studia se komunikační partnerky domnívaly, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice z důvodu: zájmu o problematiku (2 komunikační partnerky); vhodnosti povahy (2 komunikační partnerky), jak například komunikační partnerka 4 uvedla: „*Celkově jsem hodně společenská, veselá a energická, což se lidem většinou líbí. Také umím dobře naslouchat, což je při této profesi důležité.*“; očekávání kvalitní přípravy od školy (1 komunikační partnerka); pozitivního přístupu (1 komunikační partnerka) a kvůli pozitivní zpětné vazbě uživatelů

z dobrovolnické činnosti (1 komunikační partnerka). 3 komunikační partnerky si nemyslely, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice, neboť nad tím buď nepřemýšlely (2 komunikační partnerky) nebo nevěděly, jaké kompetence má sociální pracovník (1 komunikační partnerka). Jak uvádí komunikační partnerka 8: „*Nevěděla jsem, co všechno tato práce obnáší.*“.

Jak již bylo uvedeno, v případě 4 komunikačních partnerek došlo ke změně předpokladu toho, zda z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice. Komunikační partnerka 2, která se před studiem nedomnívala, že by z ní byla dobrá pracovnice, neboť nad tím nepřemýšlela, nyní doufá, že ano, ale myslí si, že ne. Jako argument uvádí: „*Nedostatek zkušeností a nemožnost správně ohodnotit sebe samu.*“ Komunikační partnerka 3 si také nemyslela, že z ní bude dobrá pracovnice, neboť nad tím nepřemýšlela. Nyní však věří, že z ní bude dobrá (zdravotně) sociální pracovnice v závislosti na cílové skupině. Komunikační partnerka 8, která se před studiem nedomnívala, že z ní bude dobrá pracovnice, protože nevěděla, co vše práce obnáší, nyní uvádí: „*Myslím, že mám dostatek znalostí a více kompetencí. Jsem učenlivá a samostatná, takže i když ze začátku to bude těžké, tak doufám, že ze mě bude dobrý sociální pracovník.*“ Komunikační partnerka 10, která netušila, zda z ní bude dobrá pracovnice, protože nad tím nepřemýšlela, si nyní myslí, že nebude a uvedla: „*Já jsem teda dost pesimista. Přijde mi, že nejsem do praxe dost připravená. Především po stránce znalostí a schopností pomoci dotyčnému klientovi.*“

V současnosti 6 z 10 komunikačních partnerek věří, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice z důvodu: vhodnosti povahy (3 komunikační partnerky); dostatku znalostí a kompetencí (2 komunikační partnerky); zájmu o problematiku (1 komunikační partnerka); spokojenosti s oborem (1 komunikační partnerka); 1 komunikační partnerka uvádí, že je to závislé na cílové skupině a komunikační partnerka 5 jako příčinu uvedla: „*Práce mě baví. Klienti se na mně často obrací.*“. 2 komunikační partnerky odpověděly, že neví - 1 z nich si netroufá to posoudit a 1 je odhodlána udělat maximum pro to, aby byla dobrou pracovnící. Komunikační partnerka, která doufá, že bude dobrou pracovnící, ale obává se, že ne, vidí příčinu v nedostatku zkušeností a nemožnosti správně ohodnotit samu sebe.

5 Diskuze

Pro výzkumnou část této práce jsem zvolila metodický postup kvalitativního výzkumu, který se jevil nejlepší volbou pro reflexi dynamiky názorů, postojů, hodnot a pocitů komunikačních partnerů vzhledem k volbě studovaného oboru.

Výzkumný soubor tvořilo 10 komunikačních partnerek, a to studentek Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené, děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu. Daný obor byl zvolen vzhledem k tomu, že na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích je jediným zdravotně sociálním oborem. Vhodnost navazujícího magisterského programu byla především v již získané zkušenosti se studiem zdravotně sociální problematiky a možnosti její reflexe. Výzkumný soubor byl tvořen výhradně ženami, protože žádný muž obor aktuálně nestuduje.

Data byla sebrána technikou polostrukturovaného rozhovoru. Jednou z výhod této techniky jsou tzv. inquiry, tedy vysvětlení a upřesnění toho, jak komunikační partner odpověď myslel (Miovský, 2006). Tato výhoda se významně projevila v rámci výzkumu této práce z důvodu náročnosti řady otázek. Rozhovory byly zaměřeny na čtyři oblasti otázek, kterými byly: doba volby studia, pohled na studovanou problematiku a obor před začátkem studia, současné hodnocení oboru a současný pohled na studovanou problematiku.

Při definování výzkumných otázek, byly vytvořeny samostatné oblasti - studovaného oboru a studované problematiky, neboť byla předpokládána difference v jejich reflexích, která se ve výzkumu potvrdila. Celkem bylo stanoveno pět výzkumných otázek, na něž by měla tato práce odpovědět.

První výzkumná otázka: Co cílovou skupinu ovlivňovalo při volbě studovaného oboru?

Z výzkumu vyplynulo, že většina komunikačních partnerek se pro studium zdravotně sociální problematiky rozhodlo na střední škole nebo těsně po jejím ukončení

(7 z 10 komunikačních partnerek). Další se rozhodly již na základní škole (3 z 10 komunikačních partnerek).

3 z 10 komunikačních partnerek byly při volbě oboru ovlivněny předchozí zkušeností s uživateli (zdravotně) sociálních služeb. 2 z nich měly zkušenost ze střední školy a brigád a 1 měla zkušenost z dobrovolnictví. Komunikační partnerka 5 uvádí: *„Docházela jsem do občanského sdružení ráda a chtěla jsem tam jednou pracovat. Osobnosti se zdravotním postižením, které jsem tam poznala, mi byli sympatické.“*

Literatura uvádí, že rozhodnutí profesionálně se věnovat pomoci druhým lidem, je zapříčiněno altruismem těchto jedinců (Výrost, Slaměník, 2008). I v rámci tohoto výzkumu byly nejčastějšími příčinami volby pomáhající profese přání pracovat s lidmi (ve 3 případech), touha pomáhat lidem (ve 3 případech) či zájem o studovanou problematiku (také ve 3 případech). Komunikační partnerka 10 uvádí: *„Hlavní motivací byl pro mě pocit, že budu užitečná a konkrétně někomu pomohu, nebo se o to alespoň budu snažit“*. Objevily se však i důvody jako absence matematiky, chemie a fyziky (2 případy). U nadpoloviční většiny komunikačních partnerek (6 z 10) nebylo nic, co by je od studia odrazovalo. 2 komunikační partnerky uvedly, že je demotivovalo následné nízké finanční ohodnocení.

Důvody pro volbu oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu, byly ve 4 případech skutečnost, že je to jediný možný navazující magisterský obor, ve 3 případech bylo motivem pokračování v bakalářském oboru a ve 2 případech nemožnost získání práce. Komunikační partnerka 6 uvádí: *„Důvod byl jednoduchý...Nic jiného mi nezbývalo. V našem okrese je vysoká nezaměstnanost, a tak pokračovat v dalším studiu se nabízelo jako vhodná možnost.“*

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Druhá výzkumná otázka: Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na zvolený obor, za dobu studia na vysoké škole?

Bylo zjištěno, že ani u jedné z komunikačních partnerek obor zcela nenaplnil jejich očekávání. V 1 případě byla očekávání částečně naplněna a v 1 případě komunikační partnerka očekávání neměla.

U 4 z 10 komunikačních partnerek došlo ke změně pohledu na výhody studovaného oboru, z toho u 3 proběhla změna k horšímu. Komunikační partnerka 6 uvádí: „*Můj názor se měnil k horšímu. Čekala jsem v průběhu studia, že se tento obor pohne k lepšímu, ale bohužel se tak nestalo.*“ 3 z 10 komunikačních partnerek změnily pohled na nevýhody studovaného oboru a to také k horšímu.

Z výzkumu vyplynulo, že 8 z 10 komunikačních partnerek nyní lituje svého rozhodnutí ve volbě oboru. 5 z 10 komunikačních partnerek dokonce uvažovalo o ukončení studia. 7 z 10 komunikačních partnerek by již znovu stejný obor nezvolilo. 2 komunikační partnerky by opět zvolily stejný bakalářský obor, ale v případě magisterského oboru 1 neví, jak by zvolila, a 1 by volila jinak.

Literatura uvádí, že cílem oboru je připravit kvalifikovaného sociálního pracovníka s adekvátními znalostmi a dovednostmi v oblasti zdravotně sociální péče (Chloubová, at al. 2011). Výzkum ukázal, že 6 z 10 komunikačních partnerek se necítí být zcela připraveno. 2 z nich se v současnosti cítí naprosto nepřípravené, 2 spíše nepřípravené a 2 pociťují částečnou připravenost. Komunikační partnerka 4 uvedla: „*Nemyslím si, že jsem připravená. Ani trochu. V podstatě si myslím, že v tomto oboru se člověk učí stále, ať už doplňujícím vzděláváním či zkušenostmi.*“ Všechny těchto 6 komunikačních partnerek před začátkem studia očekávalo, že budou po absolvování oboru připraveny na výkon povolání. Došlo tedy k diferenciacím.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Třetí výzkumná otázka: Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke zvolenému oboru, za dobu studia na vysoké škole?

Výzkum ukázal, že nejčastějším důvodem, proč studovaný obor nenaplnil očekávání komunikačních partnerek, byla nevyhovující a nenavazující skladba předmětů (5 komunikačních partnerek). Komunikační partnerka 10 uvádí: „*Nesmyslně mnoho předmětů, které se mnohdy ani nevztahovaly k problematice našeho oboru. Naopak málo předmětů, které by byly přínosem pro vstup do zaměstnání.*“ Druhou nejčastější příčinou byl zavádějící název oboru (2 komunikační partnerky).

Literatura uvádí, že student během studia získá teoretické vědomosti a praktické dovednosti ve zdravotně sociální oblasti (Chloubová, at al. 2011). To potvrzují i data tohoto výzkumu, ze kterých vyplývá, že komunikační partnerky jako hlavní výhody oboru vidí získání užitečných informací (2 komunikační partnerky) a rozvoj komunikace a dalších kompetencí (2 komunikační partnerky). Komunikační partnerka 4 uvádí: „*Myslím si, že tento obor dá lidem hodně zkušeností. Naučí se lépe komunikovat s lidmi, a to i v běžném životě, nejen v pracovním. Navíc zjistí mnoho informací, které se mu později mohou hodit, zase v běžném životě.*“

Na druhou stranu 6 z 10 komunikačních partnerek spatřuje nevýhodu studovaného oboru ve skladbě předmětů. Dále 2 komunikační partnerky nevýhodu vidí v nejasných kompetencích absolventů oboru, zda z nich je pouze sociální pracovník či zdravotně sociální pracovník. Tento názor se rozchází s oficiálními zdroji, které uvádí, že absolvent splňuje předpoklady pro výkon sociálního pracovníka a je kvalifikovaným zdravotně sociálním pracovníkem (Tóthová, Polenová, Háková, 2009).

Z výzkumu vyplynulo, že komunikační partnerky litují rozhodnutí ve volbě oboru nejčastěji kvůli malé uplatnitelnosti na trhu práce (2 komunikační partnerky). Další zaznamenané důvody byly individuální. 1 komunikační partnerka lituje svého rozhodnutí ve volbě oboru pouze v případě magisterského programu z důvodu nerozšiřování dovedností.

Příčiny, proč komunikační partnerky uvažovaly o ukončení studia, byly také velmi individuální: nezajímavost studia, nespokojenost se zacházením se studenty,

demotivace pro práci v oboru a komunikační partnerka 3 uvádí: „*Když jsem pracovala a vydělávala jsem si zhruba tolik, co mají absolventi mého oboru. Protože v tu chvíli mi přišlo, že není motivace pokračovat. Peníze jsem měla a titul nikdo nepožadoval.*“

Komunikační partnerky uváděly vliv různých faktorů na to, proč by již nezvolily stejný obor. Nejčastějším důvodem bylo nedostatečné finanční ohodnocení (2 komunikační partnerky). Dalšími individuálními příčinami byly například nedostatečná odborná úroveň absolventů, neuspokojivá skladba předmětů, obavy z práce atd. 2 komunikační partnerky by opět zvolily stejný bakalářský obor, ale v případě magisterského oboru 1 neví, jak by zvolila z důvodu nezajímavosti oboru a 1 by volila jinak, protože jí obor profesně neobohatilo.

Studium oboru komunikační partnerky nejčastěji obohatilo o odborné znalosti (4 komunikační partnerky); umění komunikovat (3 komunikační partnerky); nové přátele, známé a kontakty (3 komunikační partnerky). Komunikační partnerka 6 uvádí: „*Nebýt tohoto oboru na druhém konci republiky, tak bych nepoznala svého nynějšího manžela*“. Dalšími obohaceními byly praktické zkušenosti (2 komunikační partnerky), informace (2 komunikační partnerky) a posun v hodnotách (2 komunikační partnerky). Naopak nejčastěji komunikačním partnerkám studium oboru vzalo iluze (2 komunikační partnerky), nervy (2 komunikační partnerky) a čas (2 komunikační partnerky).

Součástí studovaného oboru je i absolvování praxe. Odborná praxe probíhá v rozsahu 12 týdnů v zařízeních krizové intervence, sociálně právních institucích, zařízeních zdravotně sociálního typu a zařízeních pro osoby se specifickými potřebami (Tóthová, Polenová, Háková, 2009). Jako přínosnou praxi hodnotí nadpoloviční většina (6 z 10) komunikačních partnerek. 2 komunikační partnerky v ní dokonce vidí nejvíce obohacující část studia. Komunikační partnerka 2 uvádí: „*Mám pocit, že na praxi jsem se naučila víc než ve škole.*“ Dalšími opakovaně zmiňovanými pozitivními aspekty praxe jsou pro komunikační partnerky: seznámení s oblastí sociální práce a jednotlivými cílovými skupinami (2 komunikační partnerky) a rozvoj kompetencí (2 komunikační partnerky). Naopak negativními aspekty studijní praxe jsou především příliš svazující kritéria pro volbu pracoviště (2 komunikační partnerky).

6 z 10 komunikačních partnerek má zkušenosti i z mimoškolní praxe. V 5 případech se jedná o dobrovolnictví a u jedné komunikační partnerky navíc i z práce. 4 z těchto 5 komunikačních partnerek hodnotí mimoškolní praxi jako obohacující. Komunikační partnerka 7 k mimoškolní praxi uvádí: „*Byla to zkušenost, která mi nic nevzala, ovšem asi ani nedala*“.

Při reflexi připravenosti na výkon povolání hraje důležitou roli zkušenost, kterou zmínilo 5 z 10 komunikačních partnerek, ať už v pozitivním (4 komunikační partnerky) či negativním smyslu (1 komunikační partnerka). Komunikační partnerka 1 uvádí: „*Mám zkušenosti z odborné praxe ze školy, ale i mimo ní. Za celých 5 let studia mě nenapadlo, že bych chtěla pracovat v jiném oboru. Proto si myslím, že mohu být přínosem v oblasti sociální práce.*“

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Čtvrtá výzkumná otázka: Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na studovanou problematiku, za dobu studia na vysoké škole?

Sociální práce je cílevědomou pomocí potřebným, uskutečňovanou v rámci sociálních služeb (Matoušek, 2008). Zdravotně sociální práce je výkon sociální práce ve zdravotnictví. V průběhu studia na vysoké škole si studenti utvářejí vlastní pohled na danou problematiku. Z výzkumu vyplynulo, že u všech 10 komunikačních partnerek docházelo během studia ke změně tohoto pohledu. Tato skutečnost je ovlivněna tím, že většina (7 z 10) komunikačních partnerek neměla žádnou či minimální představu o zdravotně sociální problematice. Komunikační partnerka 4 k tomu uvádí, že: „*Asi žádný pohled ani neměla. Neřešila jsem to a problémy z této oblasti se mě nedotýkaly.*“ Pouze u 2 z 10 komunikačních partnerek došlo ke změně názoru negativním směrem.

(Zdravotně) sociální práce je zaměřená na cílové skupiny, které tvoří: nezaměstnaní; osamocení rodiče; rodiny v rozvodovém řízení; oběti násilí v rodině; zanedbávané, týrané a zneužívané děti a jejich rodiny; osoby se zdravotním znevýhodněním; senioři; umírající v hospicích; riziková mládež; uživatelé drog; osoby bez domova; osoby poskytující placené sexuální služby; uprchlíci; osoby propuštěné z výkonu trestu, mladí

lidé po odchodu z dětského domova; a klienti v rámci probační a mediační služby. (Matoušek, Kodymová, 2005) U většiny komunikačních partnerek (8 z 10) došlo ke změně pohledu na některou z těchto cílových skupin (zdravotně) sociální práce. Změna byla nejčastěji ovlivněna absolvovanou praxí (6 z 10 komunikačních partnerek). Komunikační partnerka 2 uvádí: *„Měla jsem strach s těmito klienty pracovat a během praxí jsem zjistila, že je to fajn cílovka a práce s nimi je v podstatě hodně podobná ostatním.“*

Oproti tomu ke změně preferované cílové skupiny došlo pouze u 3 z 10 komunikačních partnerek a 1 komunikační partnerka k původní cílové skupině přidala ještě jednu. U cílových skupin, se kterými by komunikační partnerky nechtěly nikdy pracovat, došlo dokonce jen k jedné změně a 1 komunikační partnerka k původní jedné neoblíbené cílové skupině přidala ještě jednu.

Oproti původnímu předpokladu, u komunikačních partnerek téměř nedocházelo k vývoji pohledu na nejvíce a nejméně prospěšné oblasti zdravotně sociální práce. Pouze komunikační partnerka 3 uvádí: *„Můj názor se během studia upevnil a prohloubil.“*

Pouze u 3 z 10 komunikačních partnerek došlo k transformaci názoru na to, zda chtějí po absolvování studia pracovat ve zdravotně sociální oblasti. Zaznamenané změny byly vždy negativním směrem.

Pohled na to, zda komunikační partnerky budou dobré pracovnice, se v průběhu studia změnil u 4 z 10 komunikačních partnerek. Z toho u 2 došlo k pozitivní změně, u 1 k negativní změně a u 1 k částečné změně názoru.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Pátá výzkumná otázka: Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke studované problematice, za dobu studia na vysoké škole?

V pohledu na studovanou problematiku převládaly negativní charakteristiky nad pozitivními. Pozitivními atributy byly především potřebnost (4 komunikační partnerky) a užitečnost (2 komunikační partnerky). Naopak negativními charakteristikami

viděnými komunikačními partnerkami byly hlavně podhodnocenost sociální práce (4 komunikační partnerky) a neznalost či zkreslené představy veřejnosti (2 komunikační partnerky). Komunikační partnerka 3 uvádí: „*Je to velmi potřebná práce, ale nedocenená. Každý sociální pracovník si stěžuje na plat.*“ Mezi faktory podílejícími se na změnách postojů k zdravotně sociální problematice, byly nejčastěji zmiňovány zkušenosti (4 komunikační partnerky), názory sociálních pracovníků či okolí (2 komunikační partnerky) a informace získané studiem či z praxe (2 komunikační partnerky).

Jako nejvíce prospěšné oblasti (zdravotně) sociální práce komunikační partnerky spatřují práci s dětmi a mládeží (4 komunikační partnerky), pomoc osobám, které se ocitli v tíživé situaci (2 komunikační partnerky) a oblast práce s klientem (2 komunikační partnerky). Oproti tomu nejméně prospěšně vnímané oblasti (zdravotně) sociální práce jsou práce s osobami s drogovými závislostmi (3 komunikační partnerky), administrativa (3 komunikační partnerky) a práce s prostitutkami (2 komunikační partnerky). 2 komunikační partnerky nevidí žádnou oblast (zdravotně) sociální práce, která by byla méně prospěšná.

Cílovými skupinami, na které komunikační partnerky změnilы pohled, byly: Romové (3 komunikační partnerky), senioři (2 komunikační partnerky), osoby s mentálním postižením (2 komunikační partnerky), prostitutky (2 komunikační partnerky), osoby s drogovými závislostmi (2 komunikační partnerky) a sociálně slabí (2 komunikační partnerky). Mezi zvraty, které nastaly v postojích komunikačních partnerek k cílovým skupinám, patří především: ztráta předsudků (2 komunikační partnerky), ztráta mylných představ o cílové skupině (2 komunikační partnerky) a ztráta strachu z cílové skupiny (2 komunikační partnerky). Komunikační partnerka 8 uvádí: „*Cítím se, více empatictější vůči nim – předtím jsem si myslela, že si za to mohou sami.*“ Příčinou změny byla u 6 komunikačních partnerek absolvovaná praxe.

U 3 komunikačních partnerek došlo k přeměně preferované cílové skupiny. U všech těchto změn hráli roli senioři, ve 2 případech se stali preferovanou cílovou skupinou a v 1 případě přestali být preferovanou cílovou skupinou. Nejvíce preferovanými cílovými skupinami před začátkem studia i v současnosti jsou děti

a mládež a senioři. Z výzkumu vyplynula jedna souvislost. Důvodem pro preferenci dětí a mládeže, jakožto cílové skupiny v době před začátkem studia, byla vždy obliba této cílové skupiny. Nejčastější příčinou změny preferencí byla absolvovaná praxe (2 komunikačních partnerky).

Oproti tomu nejméně oblíbené cílové skupiny, se kterými komunikační partnerky nechtěly a stále nechtějí pracovat, jsou především osoby bez přístřeší, Romové, osoby s drogovými závislostmi a prostitutky. Jediná transformace, která se v této oblasti objevila, byla zapříčiněna ztrátou smysluplnosti práce s danou cílovou skupinou. Souvislostí, která se v rámci výzkumu objevila, bylo, že obě komunikační partnerky nechtějící pracovat s osobami s drogovou závislostí jako důvod uvedly nedůvěru v efektivnost práce.

Důležitou součástí pomáhajících profesí je sebereflexe, protože díky ní dochází mimo jiné k uvědomování si vlastních schopností, limitů a předsudků (Kopecká, 2011). Jak vyplynulo z výzkumu, u všech komunikačních partnerek došlo během studia k poznání některých osobních limitů, nedostatků a problémů při práci. Jsou jimi především nedostatek trpělivosti (3 komunikační partnerky); přehnaná citlivost, citová angažovanost a přemíra empatie (3 komunikační partnerky) a předsudky (2 komunikační partnerky). U 7 z 10 komunikačních partnerek bylo toto poznání ovlivněno absolvovanou praxí. Komunikační partnerka 6 uvádí: „*Při praxi člověk pozná, co mu jde a co ne. Kde má mezery či rezervy. Pořád je potřeba se zlepšovat.*“

Všech 10 komunikačních partnerek vypovědělo, že mají povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese. Specifickou problematikou pro pomáhající profese je hlavně syndrom vyhoření, tedy vnitřní duševní reakce na pozadí osobnostních rysů jedince (Maroon, 2012). Všech 10 komunikačních partnerek se syndromu vyhoření obává především z důvodu své povahy (3 komunikační partnerky) a psychické náročnosti práce (2 komunikační partnerky). 2 komunikační partnerky se mimo syndromu vyhoření obávají zároveň i syndromu pomáhajícího. Situace vznikající při práci s klienty pomáhá řešit supervize (Havrdová, Hajný, 2008) 9 z 10 komunikačních partnerek se domnívá, že je v dané souvislosti supervize prospěšná. 4 z těchto 9 komunikačních partnerek zdůrazňují, že je nutné, aby supervize

byla kvalitní. Komunikační partnerka 1 uvádí: „*Vím, jak má supervize vypadat, a věřím, že když bych se zúčastnila supervize takové, jaká má být, tak vidím velkou prospěšnost.*“

Před začátkem studia plánovalo 8 komunikačních partnerek pracovat ve zdravotně sociální oblasti především z důvodu zájmu o problematiku (5 komunikačních partnerek) a touhy pomáhat lidem (2 komunikační partnerky). V současnosti chce v oboru pracovat už jen 6 komunikačních partnerek hlavně kvůli zájmu o problematiku (2 komunikační partnerky), získané kvalifikaci (2 komunikační partnerky) a spokojenosti s oborem (2 komunikační partnerky). Nejčastější příčinou, proč komunikační partnerky již nechtějí pracovat v oboru je nízké finanční ohodnocení (2 komunikační partnerky). Komunikační partnerka 3 uvádí: „*Nejsem si jistá. Podle možností. Spíše ale ne. Z důvodu nízkých příjmů.*“

V době před začátkem studia se 4 komunikační partnerky domnívaly, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice zejména z důvodu zájmu o problematiku (2 komunikační partnerky) a vhodnosti povahy (2 komunikační partnerky). 6 komunikačních partnerek nad tím příliš nepřemýšlelo, tedy buď si myslely, že nebudou nebo nevěděly. V současnosti 6 z 10 komunikačních partnerek věří, že z nich budou dobré (zdravotně) sociální pracovnice. Tento názor je ovlivněn především vhodností povahy (3 komunikační partnerky) a dostatkem znalostí a kompetencí (2 komunikační partnerky). 2 komunikační partnerky odpověděly, že neví. 1 komunikační partnerka se domnívá, že nebude z důvodu nedostatku znalostí a schopností pomoci klientovi. Komunikační partnerka 2 pak uvádí: „*Snad ano, ale myslím si, že spíš ne. Důvodem je nedostatek zkušeností a nemožnost správně ohodnotit sebe samu.*“

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Z této práce tedy vyplývá, že volba studia zdravotně sociální problematiky bývá ovlivněna především touhou pomáhat a pracovat s lidmi, zájmem o problematiku a předchozí zkušeností s uživateli (zdravotně) sociálních služeb. V pohledu na zvolený obor dochází v průběhu studia k diferencím. Především v nenaplnění předchozích očekávání z důvodu nevhodné skladby předmětů. V průběhu studia dále nastávají

změny pohledu na studovanou problematiku převážně negativním směrem. Cílovou skupinou, na kterou bývá nejčastěji měněn názor, jsou Romové. Sebereflexe během studia vede k uvědomování si limitů, nedostatků a rizik při práci s uživateli. Nejohroženějším rizikem je syndrom vyhoření. V současnosti chce ve zdravotně sociální oblasti pracovat méně komunikačních partnerů než před začátkem studia.

Poznatky, které tato práce přinesla, mohou obohatit teoretické poznatky o sebereflexi studentů s ohledem na zvolený obor. Získané informace mohou být podnětem pro další zkoumání této problematiky.

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se v průběhu studia změnil pohled studentů na zvolený zdravotně sociální obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory v navazujícím magisterském programu. K naplnění cíle došlo díky kvalitativnímu výzkumu, který umožnil zachycení dynamiky názorů a postojů studentů vzhledem ke zvolenému oboru.

Za účelem splnění hlavního cíle práce, bylo stanoveno pět výzkumných otázek:

1. Co cílovou skupinu ovlivňovalo při volbě studovaného oboru?
2. Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na zvolený obor, za dobu studia na vysoké škole?
3. Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke zvolenému oboru, za dobu studia na vysoké škole?
4. Došlo u cílové skupiny k diferencím v pohledu na studovanou problematiku, za dobu studia na vysoké škole?
5. Jak cílová skupina reflektuje změny svého přístupu ke studované problematice, za dobu studia na vysoké škole?

Odpovědi na výzkumné otázky vycházejí ze získaných dat, jejichž sběr proběhl polostruturovanými rozhovory s komunikačními partnerkami, které byly účelově vybrány z řad studentek výše zmíněného oboru.

Z výzkumu vyplynulo, že komunikační partnerky se pro studium zdravotně sociální problematiky rozhodly na střední škole či na základní škole. Nejčastější motivací pro volbu studované problematiky bývá touha pomáhat a pracovat s lidmi a zájem o problematiku. Pro navazující obor se komunikační partnerky zpravidla rozhodly z důvodu, že je jediným možným navazujícím oborem nebo chtěly pokračovat v bakalářském oboru.

V pohledu na zvolený obor došlo v průběhu studia k řadě diferencí. U všech komunikačních partnerek obor nenaplnil čekávání. Většina z nich v současnosti lituje své volby oboru a již by jej znovu nezvolila. Nadpoloviční většina komunikačních

partnerky se proti původnímu očekávání necítí být studiem připravena na výkon povolání. U některých komunikačních partnerek došlo ke změně pohledu na výhody a nevýhody oboru, a to převážně k horšímu.

Důvodem, proč zvolený obor nenaplnil očekávání komunikačních partnerek, byla především nevyhovující a nenavazující skladba předmětů. Skladba předmětů je z pohledu komunikačních partnerek zároveň i největší nevýhodou oboru. Oproti tomu hlavními výhodami oboru je získání užitečných informací a rozvoj komunikace a dalších kompetencí. Studium oboru komunikačním partnerkám dal především odborné znalosti, umění komunikovat a nové společenské kontakty. Vzal jim iluze, nervy a čas. Nadpoloviční většina komunikačních partnerek hodnotí jako přínosnou absolvovanou praxi.

V průběhu studia došlo u komunikačních partnerek ke změnám pohledu na studovanou problematiku. U všech došlo ke změně pohledu na zdravotně sociální problematiku jako takovou, a to především z důvodu, že před začátkem studia žádný názor neměly. Většina komunikačních partnerek upravila svůj pohled na některou cílovou skupinu. U nejvíce a nejméně preferovaných cílových skupin, ale docházelo ke změnám velmi sporadicky. Menšina komunikačních partnerek změnila názor na to, zda chtějí po absolvování pracovat v oboru, a zda si myslí, že z nich budou dobré pracovnice.

Při reflektování pohledu na zdravotně sociální problematiku převládaly negativní charakteristiky nad pozitivními, především pak podhodnocenost této oblasti. Cílovou skupinou, na kterou změnilý názor nejčastěji, byli Romové. Nedostatky, které si komunikační partnerky během studia nejčastěji uvědomily, byly nedostatek trpělivosti a přehnaná citová angažovanost. Všechny komunikační partnerky se obávají syndromu vyhoření. Většina komunikačních partnerek v tomto kontextu pozitivně hodnotí přínos supervize. Nadpoloviční většina komunikačních partnerek věří, že z nich budou dobré pracovnice především z důvodu vhodnosti jejich povahy.

Závěrem lze konstatovat, že cíl této práce byl naplněn a výzkumné otázky zodpovězeny. Zjištěné výsledky mohou pomoci obohatit teoretické poznatky o sebereflexi studentů s ohledem na zvolený obor.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BIESTEK, F. P. (1957). *The casework relationship*. Vyd. 2. Chicago: Loyola University Press. 149 s. ISBN: 978-0043610022.
- 2) BOUD, D., R. KEOGH a D. WALKER. (1985). *Reflection: Turning Experience Into Learning*. London: Kogan Page. 170 s. ISBN: 978-085-0388-640.
- 3) BREHM, S. S., S. M. KASSIN a S. FEIN. (2005). *Social psychology*. Vyd. 6. Boston: Houghton Mifflin. 551 s. ISBN: 06-184-0337-X.
- 4) BROOKFIELD, S. D. (1990). Using critical incidents to explore learners' assumptions. In pages 177-193 of J. Mezirow (Ed). *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. Jossey-Bass Publishers, San Fransisco.
- 5) BUTRYM, Z. (1976). *The Nature of Social Work*. London: Macmillan Press. 167 s. ISBN: 03-331-9703-8.
- 6) CAMPBELL, J. D., S. ASSANAND a A. DI PAULA. (2000). Structural features of the self-concept and adjustment. In: A. Tesser, R. B. Felson a M. Suls (Eds.), *Psychological perspectives on self and identity* (s. 67-87). Washington, DC, US: American Psychological Association, x, 252 s. DOI: 10.1037/10357-003.
- 7) CLARK, C. L. (2000). *Social Work Ethics. Politics, Principles, and Practice*. London: Macmillan Press. 227 s. ISBN: 03-337-1934-4.
- 8) Česko. (2004). Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů*. 4. 2. 2004, roč. 2004, 30. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/uploads/file/96-2004o%20podminkach%20zpus_.pdf>.
- 9) Česko. (2011). Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2011, roč. 2011, 20. ISSN: 1211-1244.
- 10) EIS, Z. (1995). *Supervize*. Praha: Pallata. 89 s. ISBN: 80-901-7102-8.

- 11) FAY, B. (1987). *Critical social science: liberation and its limits*. Ithaca: Cornell University Press. 242 s. ISBN: 08-014-2002-4.
- 12) FREUDENBERG, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- 13) FULTZ F., C. D. BATSON, V. A. FORTENBACH, P. M. MCCARTHY, a L. L. VARNEY. (1986). Social evaluation and the empathy altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 261-269.
- 14) GÉRINGOVÁ, J. (2011). *Pomáhající profese. Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. 198 s. ISBN: 978-80-7387-394-3.
- 15) GORDON, CH. (1969). Self-conceptions: methodologies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 328 – 364.
- 16) GOULD, N., a M. BALDWIN. (2007). *Social Work, Critical Reflection and the Learning Organization*. Aldershot: Ashgate Publishing. 220 s. ISBN: 1409490602.
- 17) GUGGEBÜHL-CRAIG, A. (2010). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Vyd. 2. Praha: Portál. 120 s. ISBN: 978-80-7367-809-8.
- 18) HARTL, P., a H. HARTLOVÁ. (2000). *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál. 774 s. ISBN: 80-717-8303-X.
- 19) HAVRDOVÁ, Z. (2006). Is there one culture in supervision? *Supervision*, 3. str. 32-37, Beltz Verlag, Weinheim.
- 20) HAVRDOVÁ, Z., a M. HAJNÝ. (2008). *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. 213 s. ISBN: 978-807-2625-321.
- 21) HAYES, N. (2009). *Základy sociální psychologie*. Vyd. 5. Praha: Portál. 166 s. ISBN: 978-80-7367-639-1.
- 22) HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. 408 s. ISBN: 80-7367-040-2.
- 23) CHERNISS, C. (1990). *The role of professional self efficacy in the ideology of burnout*, paper presented in the first international research conference of professional burnout.
- 24) CHLOUBOVÁ, I., et al. (2011). *Akademický rok 2011/2012*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 188 s.

- 25) JOHNS, C. (2013). *Becoming a Reflective Practitioner*. Vyd. 4. Chichester: John Wiley & Sons. 336 s. ISBN: 9781118492307.
- 26) KENNY, N. (2010). What is critical reflection? [online]. In: *Centre for Open Learning and Educational Support* © 2013, [cit. 2013-11-20]. Dostupný z: <<http://www.coles.uoguelph.ca/pdf/Critical%20Reflection.pdf>>.
- 27) KERNIS, M. H., a B. M. GOLDMAN. (2003). Stability and variability in self-concept and self-esteem. In: LEARY, M. R., a J. P. TANGNEY (Eds.). *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press (106 – 127), xv, 703 s. ISBN: 15-723-0798-6.
- 28) KOPECKÁ, I. (2011). *Psychologie 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-3875-8.
- 29) KOPICOVÁ, P. (2013). Zdravotně sociální pracovník [online]. In: *VŠPJ* ©2013, [cit. 2013-11-20]. Dostupný z: <<http://www.vspj.cz/zajemce-o-studium/zdravotne-socialni-pracovnik>>.
- 30) KOPŘIVA, K. (2006) *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. 147 s. ISBN: 80-7367-181-6.
- 31) LAU, P. S. Y, M. T. YUEN a R. M. C. CHAN. (2005). Do demographic characteristics make a difference to burnout among Hong Kong secondary school teachers? *Social Indicators Research*, 71, 491-516.
- 32) MALAKH-PINES, A., E. ARONSON a D. KAFRY. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press. 229 s. ISBN: 00-292-5350-0.
- 33) MAROON, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. 151 s. ISBN: 978-802-6201-809.
- 34) MATOUŠEK, O. (2001). *Základy sociální práce*. Vyd.1. Praha: Portál. 309 s. ISBN: 80-7178-473-7.
- 35) MATOUŠEK, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. 380 s. ISBN: 978-80-7367-502-8.
- 36) MATOUŠEK, O., a P. KODYMOVÁ. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál. 351 s. ISBN: 80-7367-002-X.

- 37) MAYER, J. D., P. SALOVEY, S. GOMBERG-KAUFMAN, a K. BLAINEY. (1991). A broader conception of mood experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 100-111.
- 38) MEZIROW, J. (1985), A critical theory of self-directed learning. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 1985: 17–30. DOI: 10.1002/ace.36719852504.
- 39) MIKOTA, V. (1995). *Alkohol v psychoanalýze: Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. 140 s. ISBN: 80-901-6015-8.
- 40) Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2011). Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník [online]. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*, © 2010, Aktualizováno: Listopad 2013 [cit. 2013-11-30]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=10065&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha%201%20-%20AKK%2007%20Zdravotn%C4%9B%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf>.
- 41) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4.
- 42) NAKONEČNÝ, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Vyd. 1. Praha: Vodnář. 397 s. ISBN: 80-85255-74-X.
- 43) NAKONEČNÝ, M. (2009). *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia. 498 s. ISBN: 978-80-200-1679-9.
- 44) NAVRÁTIL, P. (2000). *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman. 67 s.
- 45) NAVRÁTIL, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman. 168 s. ISBN: 80-903070-0-0.
- 46) REDMOND, B. (2004). *Reflection in Action: Developing Reflective Practice in Health and Social Services*. Aldershot: Ashgate Publishing. 163 s. ISBN: 978-075-4649-557.

- 47) REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. 184 s. Sociologie (Grada). ISBN: 978-80-247-3006-6.
- 48) RŮŽIČKA, J. (1979). *Úvod do balintovských skupin*. Psychoterapeutické sešity, 3. Praha: Psychiatrická klinika FVL UK.
- 49) SCHMIDBAUER, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha: Portál. 171 s. ISBN: 80-7178-312-9.
- 50) Studijní program Zdravotně sociální péče. (2013). In: *Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně* [online]. © 2000 - 2013 [cit. 2013-12-02]. Dostupný z: <<http://www.utb.cz/fhs/struktura/studijni-program-zdravotne-socialni-pece-studijni-obor>>.
- 51) STUHLÍKOVÁ, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Vyd. 2. Praha: Portál. 232 s. ISBN: 978-80-7367-282-9.
- 52) TÓTHOVÁ, V., K. POLENOVÁ a L. HÁKOVÁ. (2009). *Akademický rok 2009/2010*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 503 s.
- 53) ÚLEHLA, I. (2007). *Umění pomáhat*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství. 128 s. ISBN: 978-80-86429-36-6.
- 54) VÝROST, J., a I. SLAMĚNÍK. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada. 404 s. ISBN: 978-80-247-1428-8.
- 55) WHITE, S., J. FOOK a F. GARDNER. (2006). *Critical Reflection In Health And Social Care*. Berkshire: McGraw-Hill International. 273 s. ISBN: 9780335218783.
- 56) YALOM, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace. 704 s. ISBN: 80-86088-057.
- 57) ZASTROW, C. (1995). *The practice of social work*. Vyd. 5. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Co. 713 s. ISBN: 978-053-4238-445.
- 58) Zdravotně sociální oddělení. (2013). In: *Thomayerova nemocnice* [online]. © 2013 [cit. 2013-11-20]. Dostupný z: <<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/zdravotne-socialni-oddeleni/>>.

8 Přílohy

Přílohy obsahují přepisy rozhovorů s komunikačními partnerkami.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 1

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

V období během gymnázia, po gymnáziu.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ne.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Ráda komunikuji s lidmi a zajímala mě problematika drogově závislých.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Bohužel na zdravotně sociální fakultě nebyl žádný jiný přímo navazující magisterský obor na bakalářský obor Prevence a rehabilitace sociální patologie. A dále znalost prostředí fakulty. Očekávala jsem, že mě obor připraví na povolání.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Před studiem bakalářského oboru Prevence a rehabilitace sociální patologie jsem se velmi zajímala o problematiku závislostí a i během studia tohoto bakalářského oboru jsem byla spokojená. Moc jsem chtěla v tomto oboru pracovat. Zajímala a stále zajímá mě cílová skupina dětí a mládeže již od střední školy a ráda bych pracovala na OSPODu. Práci na OSPODu vnímám jako užitečnou. K dětem a mládeži jsem měla blíže, rozumím si s nimi a hlavně mě zajímá jejich vývoj. S dětmi a mládeží se dá pracovat dlouhodoběji. Vnímám děti a mládež jako budoucnost. Nebyla žádná skupina, se kterou bych pracovat nechtěla

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ano. Očekávala jsem to. Hlavně ohledně teoretických znalostí. Myslím si, že škola by toto měla poskytnout, jak nejvíc umí.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

S bakalářským oborem Prevence a rehabilitace jsem spokojená, ještě nyní v magisterském oboru čerpám z bakaláře znalosti. Navazující magisterský obor

absolutně nenaplnil má očekávání. Byla jsem znechucena tím, jak absolutně nerozvinul další znalosti pro výkon sociální práce. Ničím mě již neobohatil. Jako výhodu v rámci RPN vidím blízkost od mého bydliště. Časově nenáročné dojíždění. Tento názor se v průběhu studia neměnil, bohužel. Na druhou stranu skladba předmětů je nevyhovující, ničím nerozšiřující teoretické znalosti. Cítím, že jsem připravena na povolání. Ale těžko říct do jaké míry. Mám zkušenosti z odborné praxe ze školy, ale i mimo ní. Za celých 5 let studia mě nenapadlo, že bych chtěla pracovat v jiném oboru. Proto si myslím, že mohu být přínosem v oblasti sociální práce.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

V rámci PSP jsem získala praktické znalosti, jak pracovat s dětským kolektivem v rámci preventivních programů. Praktický nácvik během výuky byl opravdu super. Získala jsem opravdu podrobné povědomí o problematice nejrůznějších závislostí a dalších sociálně patologických jevů. Uvědomila jsem si, jak důležitá je výchova rodičů. Obor RPN mi nedal absolutně nic. Obor PSP mi nevzal nic. Obor RPN mi vzal nadšení ze studia obecně. Zjištění, že obor mi nic nedává je příšerné.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

U PSP jsem nelitovala nikdy. U RPN jsem litovala, ale na druhou stranu jsem ho chtěla dostudovat kvůli titulu Mgr. Obor RPN nijak absolutně dále nerozšiřuje teoretické a praktické dovednosti od bakalářského studia. Ale o ukončení jsem neuvažovala.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Stejnou problematiku bych zvolila znovu. Bakalářský obor PSP bych zvolila znovu. Navazující magisterský obor bych nezvolila znovu. Obor RPN mi do profesního života nedal absolutně nic. K názoru jsem došla asi tak po prvních měsících studia oboru RPN v 1. ročníku.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Praxi vnímám jako potřebnou. Jsem ráda, že během 5 let studia jsme měli opravdu hodně praxe. Jak které pracoviště bylo pro mě přínosem. Zkušenost mám i z příležitostného dobrovolníka. Naučila jsem se daleko více komunikovat s dětmi a

dospívajícími, plánovat věci apod. Tato zkušenost mě utvrdila opět v tom, že jsme si jistá tým, se kterou cílovou skupinou chci pracovat.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Vnímám, že je velmi potřebná, důležitá, bohužel ale v ČR dosti nedocenená. Již od počátku vidím důležitost tohoto povolání v rámci kurátorské práce či práce na OSPOD. Tato práce má vývoj prospěšnosti pro děti a mládež. Ale myslím si, že každá oblast sociální práce je prospěšná. Za dobu studia jsem změnila názor na seniory. Až v závěru studia jsem měla možnost absolvovat praxi se seniory. Neměla jsme do té doby zkušenost s touto cílovou skupinou, nevěděla jsem, jak s nimi pracovat, komunikovat. Praxe v závěru studia mě příjemně překvapila. Nenastal žádný problém a tak jsem si uvědomila, že i s touto cílovou skupinou by mi nevadilo pracovat. Stále preferuji děti a mládež – ohrožené nežádoucími sociálně patologickými jevy. Ujistily mne v tom zkušenosti s prací s touto cílovou skupinou. Stále není cílová skupina, se kterou bych pracovat nechtěla. Ráda bych po absolvování v oboru pracovala. Tato oblast mě zajímá, cítím, že bych mohla být prospěšná v této oblasti a hlavně mě baví pracovat s dětmi a rizikovou mládeží

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Spíše osobní věc – nejsem moc trpělivá obecně. Při práci jsem si nic takového neuvědomila.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. A to v bakalářském oboru PSP. Hlavně rizik při práci s drogově závislými. Přemýšlela jsem o nich, ale nemyslím, že mi některé hrozí, ne nyní v tomto věku. Postupem věku možná asi ano. Nejspíš syndrom vyhoření a syndrom pomáhajícího. Vždy mi hodně záleží na tom, aby moje pomoc druhému byla dostačující, užitečná a to stojí dosti energie. Supervize v této souvislosti vím, jak má vypadat, a věřím, že když bych se zúčastnila supervize takové, jaká má být, tak vidím velkou prospěšnost/pomoc v supervizi.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ano. Ve své povaze mám tu vlastnost - potřebu pomáhat druhým, když o pomoc stojí.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 2

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Po gymplu, když jsem nevěděla, co dělat.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ne.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Myslela jsem, že obor bude něco trochu jiného. Původně jsem chtěla pracovat ve zdravotnictví a zajímala mě problematika drog a psychiatrických diagnóz. O negativech jsem nepřemýšlela.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Protože jsem nemohla sehnat práci a je lepší být ve škole a něco dělat než být na Úřadu práce. Chtěla jsem se více zaměřit na seniory - moje cílová skupina, na které bakalář nebyl vůbec zaměřený. Takhle mám větší rozsah vzdělání, než jako Bc. Na začátku bakaláře jsem si myslela, že mě obor připraví na povolání. Na začátku magistra už ne.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Nijaký. Ani jsem nevěděla, co to je. Chtěla jsem pracovat ve zdravotně sociální oblasti. Zajímala mě oblast zdravotnictví apod. a neměla jsem žaludek na medicínu - děla se mi zle z krve apod. Cílovka, se kterou jsem chtěla pracovat byli feťáci a psychiatrickí klienti. Psychiatrie mě zajímá a drogy a závislosti taky. Zajímaly mě různé účinky drog a formy léčení - komunity apod. Asi mě zaujala ta specifická cílovka. Nechtěla jsem pracovat s bezdomovci. Měla jsem k nim přirozený odpor.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ne. Nepřemýšlela jsem o tom.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Nenaplnil. Nevěděla jsem, že to je sociální práce, což je moje chyba a pak už se mi nechtělo se školou končit. Jako výhodu vidím, že je v ČB a v oblasti sociální práce je

tento obor známý. Můj názor na to se poměrně dost měnil, protože na začátku jsem žádný neměla, jen jsem musela někam na VŠ. Především ve 3. ročníku Bc. a Mgr. Nevýhodou je pak skladba předmětů, kdy je jich spousta naprosto zbytečná a nedostatek praxe. Ani nemůžu říct, jestli jsem připravena na povolání. Záleží na konkrétní pozici. Je to tím, že jsem neměla možnost si to vyzkoušet.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Dalo mi orientaci v sociální problematice. Umění komunikace s různými typy klientů. Možnost zkusit si práci dobrovolníka. Vzalo iluze.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano. Představovala jsem si to všechno jinak. Ve 2. ročníku Bc. jsem uvažovala o ukončení studia. Měla jsem pocit, že tohle nechci nikdy dělat. Taková školní krize.“

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Asi ano. Postupem času si mě sociální práce a klienti získali. Můj názor se postupně vyvíjel, nejvíce po vystudování bakalářského oboru a hledání práce. Poznání oblasti sociální práce a dokončení studia jej nejvýznamněji ovlivnilo.

Jak byste zrefletoval/a praxi absolvovanou během studia?

Určitě. Mám pocit, že na praxi jsem se naučila víc než ve škole. Samozřejmě, jak kde. Mám zkušenost i z dobrovolnictví. Strašně moc mi to dalo a díky dobrovolnictví jsem si ujasnila, co bych chtěla v budoucnu dělat.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Potřebný obor, který je přehlížen a silně podhodnocen. Ovlivnila mě v tom společnost a její přístup k sociální práci. Největší prospěšnost vidím v práci s klientem. Naopak nejmenší v administrativě. V průběhu studia jsem změnila názor na mentálně postižené. A to pozitivním směrem. Měla jsem strach s těmito klienty pracovat a během praxí jsem zjistila, že je to fajn cílovka a práce s nimi je v podstatě hodně podobná ostatním. Mou preferovanou cílovou skupinou jsou však senioři. Jako cílová skupina mi sednou a myslím, že to souvisí i s dobrovolnictvím, které vykonávám právě v domově pro seniory. Názor jsem měnila dle studovaného oboru a jeho zaměření na cílovku. A jestli bych s některou cílovkou nechtěla nikdy pracovat? Tak ne nikdy, ale nemuselo by to

být. S bezdomovci a možná Romy. Nemám zkušenosti a nejsou mi tito lidé blízcí. V oboru bych ráda pracovala, protože to mám vystudovaný. I když jsem v průběhu studia názor různě měnila.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Přemíra empatie, nedostatek informací, znalostí a zkušeností. Poznala jsem to na praxi.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Přemýšlela jsem o nich a možná mi hrozí syndrom vyhoření. Mám pocit, že bych měla všem pomoci a o všem moc přemýšlím – nosím si práci domů. S tímhle toho asi moc nezmění ani supervize, i když jinak je fajn.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Snad ano, ale myslím si, že spíš ne. Důvodem je nedostatek zkušeností a nemožnost správně ohodnotit sebe samu.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 3

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

V maturitním ročníku, když hořely přihlášky na vysokou.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ne, neměla. Kdybych věděla, jak to funguje v oboru, rozhodla bych se patrně jinak.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Absence předmětů jako je fyzika, matematika, chemie. Nedemotivovalo mě tenkrát nic.“

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Byla to jediná možná navazující možnost po mém předchozím oboru. A zajisté jsem očekávala, že mě obor připraví na povolání.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Neměla jsem moc širokou představu. Ale rozhodně jsem nečekala, že většina pracovníků je tak nedostatečně finančně ohodnocena. Mým cílem bylo jít studovat vysokou školu, protože to byla po gymnáziu nutnost. Pokud bych našla dobře ohodnocenou pozici, počítala jsem klidně i s prací v sociální oblasti. V té době jsem nic nepreferovala. Naopak jsem nechtěla pracovat s cílovou skupinou drogově závislých. Nevěřím v jejich dlouhodobé abstinování. Mám vůči nim předsudky. Jsou drogami zdegenerování, hloupí, nespolehliví, nemají perspektivu ani motivaci. Drogám lze říci ano nebo ne. Nic jiného. Oni si sami svojí volbou způsobili současný stav.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Nedomnívala. Tak hluboce jsem nad tím nepřemýšlela. Před začátkem studia jsem nekoukala tolik dopředu.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Má očekávání, z části naplnil. Naplnil tak nějak zhruba mojí představu o obsahu studované oblasti. Přesto si dnes nepřipadám jako odborník na danou oblast. Fakulta má

nízké požadavky. Prakticky jsem dnes na tom intelektuálně hůře než na gymnáziu. Absolutně nenaplnil moje očekávání v oblasti cizích jazyků. Žádné výhody oboru jsem neviděla a nevidím. Nevýhody vidím četné. Hlavně to, že název oboru zní jinak, než je skutečný obsah studia. Názor se změnil směrem k horšímu v průběhu studia. A jestli se cítím být připravena na povolání? Asi ano, cítím. Ale jsem si vědoma, že víc by mi dal první rok praxe. Věřím, že jsem kompetentní osoba a jsem stále schopná se učit.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Lidsky mě posunul, ukázal mi, že jediným kritériem v životě nemohou být pouze peníze. Taky mi ukázal svět lidí, kteří potřebují pomoc. Nemám pocit, že by mi studium něco vzalo.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Vlastně nelitovala. I když bych byla určitě i dobrý lékař nebo právník, což byl můj původní záměr. Rozhodnutí je za mnou, roky utekly. A snad jsou věci, jak mají být. V průběhu jsem, ale uvažovala o ukončení studia. Když jsem pracovala a vydělávala jsem si zhruba tolik, co mají absolventi mého oboru. Protože v tu chvíli mi přišlo, že není motivace pokračovat. Peníze jsem měla a titul nikdo nepožadoval.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Ne, rozhodla bych se jinak. Rozhodně jiný obor. Abych byla skutečným odborníkem v určité oblasti. Můj názor se změnil po proniknutí do oboru v průběhu bakalářského studia. Ovlivnilo mě poznání toho, za jaké peníze bych případně pracovala a že absolvent vlastně nic pořádně neumí, podobně jako po gymnáziu.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Praxe byla vždy přínosná, ať se někdy objevila i negativa. Navštívila jsem dostatek organizací a udělala si představu o cílových skupinách. Přínosná pro mě tedy byla. Zkušenost z jiné než školní praxe nemám.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Člověk se může v pomáhajících profesích realizovat a cítit se opravdu užitečný. Pomoc druhým se odráží dobře ve vývoji duše. Je to velmi potřebná práce, ale nedoceněná.

Myslím si to, protože každý sociální pracovník si stěžuje na plat. Největší přínos této práce spatřuji v tom, že lidé se mají o koho opřít. Najdou východisko z obtížné situace. Můj názor se během studia upevnil a prohloubil. Praxí, zkušenostmi. Tím, že jsem setkávala s klienty/uživateli.

Nejmenší prospěšnost vidím v oblastech neúnosné byrokracie a v oblasti úřadů, kde se kolikrát pracuje bez emocí, strojově, masově. Názor se za dobu studia prohloubil tou praxí, zkušenostmi. Při studiu jsem změnila názor na Romy, seniory a prostitutky. Zbavila jsem se spousty předsudků. Mojí cílovou skupinou se stali senioři. Kvůli nejintenzivnější zpětné vazbě, zejména pozitivní. Můj názor se změnil v posledním ročníku, kdy jsem vykonávala praxi v domově důchodců. Stále nechci pracovat s drogově závislými. Ze stejných důvodů jako jsem již zmiňovala. Nejsem ochotná pomáhat někomu, kdo je do takové míry sebedestruktivní. Sama do svého těla musím píchat jehly, protože jsem diabetik. Všechny fetáky bych musela profackovat, když jsou ochotni devastovat tělo z vlastní vůle. Nejsem si jistá, zda chci v oboru pracovat. Podle možností. Spíše, ale ne. Z důvodu nízkých příjmů.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano, jistě. Jsem rázná, přímá, někdy se pohybuji na hranici taktu. Prosazuji svůj názor, trvá mi, než přijmu cizí názory. Občas nejsem šetrná. Někdy bych mohla mít nevhodný přístup a klienta ranit. K poznání rozhodně přispěly všechny mé školní praxe.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Získala. Určitě jsem o nich přemýšlela. Jsem člověk, ne stroj. Určitě by mi hrozily. Určitě všechny, protože jsem vnímavá, poměrně snadno ovlivnitelná, vztahovačná a většinu času trávím reflektováním a sebereflexí. Supervizi v této souvislosti hodnotím velmi pozitivně. Je to nutnost.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Nemůžu posoudit, snad ano. Podle toho, se kterou cílovou skupinou bych pracovala.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 4

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Když jsem se na základní škole rozhodovala, kam půjdu dál studovat. Musím přiznat, že mi to bylo téměř jedno a vybírala jsem obor, kde nebude matematika. Dřív mým snem pomáhající profese nebyla. Nastoupila jsem tedy na zdravotnickou školu. Studium mě bavilo, tak jsem v tom chtěla pokračovat. Zjistila jsem však, že práce s lidmi tohoto druhu, tedy jako zdravotní sestra, není pro mě. Proto jsem se rozhodla, že zkusím podobný obor, který v sobě zdravotně sociální problematiku zahrnuje.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

V té době jsem žádné zkušenosti neměla. Byla jsem příliš mladá.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Abych pravdu řekla, tak si motivací nevybavím. Snad to, že tam není ta matika. Jelikož mi bylo čtrnáct let, když jsem se rozhodla pro studium této problematiky, nepřemýšlela jsem nad možnými negativy. Postupem času, mě ale odrazovala sociální problematika a to zejména z finančního ohodnocení této profese.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Jelikož jsem měla stejný bakalářský obor, chtěla jsem dále pokračovat ve stejném oboru. Navíc v Jižních Čechách není možnost jít na jiný navazující obor, tedy kromě teologické fakulty, která mi nic neříká. Očekávala jsem, že mě obor připraví na povolání. Řekla bych, že naivně. Když jsem vylezla ze zdravotnické školy, dovolila bych si tvrdit, že jsem tak nějak připravená na profesi byla a proto jsem také hned začala v nemocnici pracovat. Ale teď na vysoké škole mi praxe nic nedaly. Naučila jsem se vyrábět věci z korálku a mnoho dalších podobných kravin, ale to mi asi pro výkon práce nepomůže.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Jelikož jsem byla se zdravotní problematikou seznámena již na střední škole, tak o zdravotní problematice jsem vědomí měla. Musím však přiznat, že o sociální problematice jsem toho moc nevěděla. Jak to bývá u laické veřejnosti, znala jsem jen

pověstnou sociálku, která odebírá děti. Věděla jsem, že se sociální práce zabývá různými cílovými skupinami, ale nevěděla jsem, jaké k tomu užívá metody. Jelikož sociální práce je pomáhající profese, věděla jsem, že tento obor je užitečný pro lidi. Mým cílem bylo pracovat v oboru - protože si člověk většinou vybírá pro studium takovou školu, která mu umožní vykonávat danou profesi. Chtěla jsem pracovat s dětmi. Vždycky jsem se ráda starala o děti, bavilo mě to. Proto jsem se rozhodla, že bych s nimi chtěla v budoucnu pracovat. Nechtěla jsem pracovat s bezdomovci a Romy. Bezdomovci...no je to těžké, celkově bych nechtěla dělat v terénu. Možná je to tím, že když potkávám tyto lidi na ulici, mám respekt a obcházím je. Často jsou opilí a chovají se neslušně. Mnoho z nich o pomoc nestojí. A u Romů...asi to samé, ten respekt. Když jdu a potkávám se s Romy třeba ve tmě, mám divný pocit.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ano. Celkově jsem hodně společenská, veselá a energická, což se lidem většinou líbí. Také umím dobře naslouchat, což je při této profesi důležité.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Moje očekávání vysoká škola celkem nenaplnila. Čekala jsem, že budu připravena na tuto profesi. Byla jsem však překvapena, kolik zbytečností se pro výkon sociálního pracovníka musíme učit. Za těch x let jsme se toho naučili sice strašně moc, ale co použiju v praxi? Téměř nic. Takže mnohdy jsem byla i zklamaná. Chápu, že základy jsou třeba, ale čeho je moc...toho je moc. Jestli má obor nějaké výhody? Myslím si, že tento obor dá lidem hodně zkušenosti, naučí se lépe komunikovat s lidmi a to i v běžném životě, nejen v pracovním. Navíc zjistí mnoho informací, které se mu později mohou hodit zase v běžném životě, jako například čerpání dávek, důchodové pojištění apod. To spatřuji jako velkou výhodu. Názor jsem v průběhu studia neměnila. Jako jednu z nevýhod oboru spatřuji to, že vyjma pár předmětů jsou ostatní zbytečné. Na tomto oboru je kvantita předmětů, což se odráží na kvalitě. Předměty, které jsou dle mého názoru pro obor důležité, nejsou prostudované do hloubky. Kdežto například neurologie byla brána velmi podrobně. Myslím, že by stačilo méně předmětů. Dále tento

obor přináší nevýhody v tom, že není úplně jasné, zda po absolvování oboru, můžeme dělat zdravotně sociálního či pouze sociálního pracovníka. Jak už jsem říkala, nemyslím si, že jsem připravená na povolání. Ani trochu. V podstatě si myslím, že v tomto oboru se člověk učí stále, ať už doplňujícím vzděláváním či zkušenostmi.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Výhody, o kterých už jsem říkala. Naučila jsem se komunikovat s lidmi, zjistila mnoho informací důležitých pro běžný život a uvědomění si, že jsou horší problémy, než například zrazená láska, rozchod či vyhazov od zkoušky. Člověk dostane jiný náhled na problémy. Pokud nenajdu práci v tomto oboru, tak mi obor vzal pět let života. A nervy při zkouškách. Ale že by mi něco vyloženě vzalo, to si nemyslím.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano. Právě kvůli nízkému platu a té malé poptávce na trhu práce. Je to práce náročná a neoceněná. O ukončení studia jsem uvažovala každé zkouškové. Ale že bych někdy vážněji přemýšlela, to ne. Ráda věci dotahuju do konce a nerada něco dělám zbytečně.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Asi ne. Protože je to neoceněná a náročná práce. Došlo mi to v průběhu bakalářského oboru, když nám vyučující naznačovali, že se jedná spíše o charitativní práci. Také po absolvování bakalářského oboru, když jsem chtěla najít práci. Občas jsem názor měnila, že jsem si říkala, že je to opravdu práce, která mě bude bavit, pak jsem si uvědomila, že mě to neuživí a takhle stále dokola. Názor ovlivnili hlavně vyučující, hledání práce, zprávy v TV, jak byla sociální pracovnice potrestaná, protože například neodebrala děti. Ale kolik je klientů na hlavu, to už nikdo nevidí.“

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Jo, tak k tomu jsem se vyjádřila. Nebyla. Měla jsem možnost vykonat sociální šetření, ale to je asi tak jediné, co bych za těch pět let, co jsem chodila na praxi, označila jako užitečné. Jinde než na školní praxi jsem s lidmi nedělala.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Myslím, že je užitečná, ale mnoho lidí si ještě pod tím nedokáže představit, co je hlavním cílem. Také pracovníci sociální práci mnohdy omezují pouze na poskytování

sociálních služeb. Můj pohled ovlivnily zkušenosti, debata s ostatními lidmi o sociální práci. No, nenapadá mě vyloženě žádná cílová skupina, ale myslím si, že nejprospěšnější je práce s lidmi, kteří se objevili v tíživé situaci bez vlastního přičinění. Ty si podle mně váží pomoci více. Nejméně prospěšná oblast se obávám, že jsou osoby s drogovými závislostmi a prostitutky. Tyhle lidi se dostali do téhle situace sami, proto se obávám, že nejsou tyto práce tolik prospěšné. Studium jsem změnila názor na mentálně postižené osoby. Dříve jsem je litovala. Až díky studiu jsem si uvědomila, že mají svůj svět a umí se oproti zdravým lidem radovat i z maličkostí. Uvědomila jsem si to díky praxi, kde jsem viděla, jak ty děti působí šťastným dojmem. Také díky známé, která má postiženou dceru. Preferovanou cílovou skupinou stále zůstaly děti. Také osoby s duševním onemocněním. S dětmi chci pracovat už spoustu let, tak se držím svého cíle. A s duševně nemocnými lidmi díky absolvované praxi, kdy jsem měla s touto cílovou skupinou možnost být na praxi třikrát. Můj názor se nijak neměnil. Kromě dětí jsem neměla nějakou konkrétní představu. Naopak stále nechci pracovat s bezdomovci a Romy. Pořád mám stejné důvody. Jak jsem uvedla, s touto skupinou jsem nikdy pracovat nechtěla a to platí stále. Chtěla bych po absolvování pracovat v oboru. Práce s lidmi mě baví, a hlavně jsem to šla studovat, proto, abych mohla pracovat s dětmi. Tak bych si ráda svůj cíl splnila. Názor na to se u mě neměnil. Spíše mě napadaly myšlenky, že v tomto oboru nenajdu uplatnění, ale pokud bych práci našla, tak bych tuto profesi vykonávat chtěla.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Určitě slabiny. Uvědomuji si, že jsem moc citlivá, což si myslím, že je velkým problémem. Každého mi je hned líto a vše si беру moc k tělu. I když se s tím snažím pracovat. Pomohla mi to zjistit právě práce v nemocnici nebo i na praxích během studia. A celková moje povaha.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano, často jsme se o tom učili. Myslím si, že jsem o nich nikdy nepřemýšlela. Ale domnívám se, že každému hrozí třeba syndrom vyhoření, ale nemyslím si, že bych

vyložene něčím byla ohrožená. Co se týká supervize, mnoho lidí se potřebuje z problémů vypovídat, proto si myslím, že možnost mít supervizi je dobré. Jedna moje známá pracuje v Nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež a vždy řeší, že neví, co bude říkat na supervizi. A že jí její nadřízená, pak vyčítá, že neřekla o žádném problému, že není možné problém nemít. Takže dobrovolná supervize určitě ano.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Těžko říct. Doufám, že ano. Jelikož jsem během studia získala mnoho informací, které bych nadále mohla někde uplatnit.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 5

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Když jsem na ZŠ začala dobrovolničit v občanském sdružení, které sdružovalo osoby se zdravotním postižením. Tedy s odchodem na gymnázium už jsem byla rozhodnutá.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

První zkušenost byla právě dobrovolnická činnost na ZŠ v občanském sdružení. Velmi mne to ovlivnilo. Docházela jsem do občanského sdružení ráda a chtěla jsem tam jednou pracovat. Osobnosti se zdravotním postižením, které jsem tam poznala, mi byly sympatické a stejně tak i pracovní kolektiv mi seděl.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Motivovala mě představa, že jednou budu pracovat v podobném zařízení, jako bylo zmíněné občanské sdružení. Tehdy mě nic neodrazovalo.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Již z názvu vyplývalo, že se bude jednat o komplexní péči o osoby se zdravotním postižením a to jsem přesně chtěla. Při nástupu jsem to očekávala, že mě obor připraví na povolání.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Myslela jsem si, že sociální pracovník je někdo, kdo pracuje pouze s lidmi s postižením, ale postupně jsem zjistila, jak široký má záběr. Chtěla jsem obor absolvovat, protože mě baví a zajímá. Chci být jednou v tom, co dělám dobrá. Preferovala jsem osoby se zdravotním postižením. Jsou mi sympatické svojí upřímností, bezprostředností. Dobře se s nimi pracuje a těší mě jejich pokroky. Nechtěla jsem pracovat s bezdomovci, prostitutkami. Bála jsem se jich, byli mi nepříjemní a stále jsou.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ano. Věděla jsem, že mě to baví a že lidé z cílové skupiny se na mě rádi obrací.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Myslela jsem si, že se více budeme zabývat problematikou zdravotního postižení, jak z názvu oboru plyne, ale bohužel jsem se o této problematice více dozvěděla až studiem jiného oboru. Očekávání se nenaplnila, protože předměty na sebe nenavazovaly a to, co mě zajímalo, jsem musela hledat v jiném studiu. Cílová skupina v názvu byla probírána jen okrajově, tedy pro mě. Když jsem zjistila, že se nevěnujeme problematice, která mě zajímá tak, jak bych chtěla, byla jsem zklamaná a přihlásila se na jiný obor. Ale jako výhodu vidím, že budu moci pracovat jako pracovník v sociálních službách, takže se mi splní přání. Nevýhodou je, že se málo mluví o cílové skupině, která je v názvu. Příliš se zabývá nepodstatnými věcmi a to důležité je upozadováno. Myslím, že jsem schopná pracovat ve sféře problematiky osob se zdravotním postižením díky rozšiřujícímu studiu. Již pracuji jako osobní asistent a poradenský pracovník pro tyto osoby, s klienty si rozumím a práce mě baví.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Kompetence k práci v sociální sféře, nové přátele, známé, nové znalosti, vědomosti. Vzalo mi

klidný způsob života, díky otevření tolika možností se ze mě stává workoholik.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano. Chtěla jsem mít obor zaměřený na problematiku osob se zdravotním postižením. V druhé ročníku bakaláře a v prvním ročníku magistra jsem uvažovala o ukončení studia. Chtěla jsem odejít čistě jen na speciální pedagogiku.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Ne. Protože mi nestačil objem informací o cílové skupině. Šla bych studovat speciální pedagogiku. Tento názor mám od druhého ročníku bakaláře. Ovlivnilo ho zjištění, že předmětů, které mě zajímaly, bylo málo.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Rozhodně ano, ubezpečila jsem se ve své cílové skupině a naučila se s ní lépe komunikovat a zacházet. Mám zkušenost také s dobrovolnictvím a v současnosti také

pracovní zkušenost. Dala mi asi nejvíc. Samotné studijní praxe nestačí. Když jste dobrovolník, zachází s vámi v organizaci úplně jinak, pustí vás ke spoustě věcem.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Je potřebná, ale myslím, že v našich podmínkách stagnuje a zůstává hlavně na teoretickém podkladě. Názor mi ovlivnilo to, že jsem se dočetla o mnoha novinkách a pokusech o uvedení nějakého modelu do praxe, ale většina narazila na nedostatek financí a zůstala jen na papíře. Největší prospěšnost jsem vždy viděla v práci s dětmi. Naopak nejméně prospěšnou hodnotím práci se závislými, prostitutkami a bezdomovci. V průběhu studia jsem změnila názor na Romy. Dříve jsem se jich bála, dnes jsou mi blízcí a pracuji s nimi jako dobrovolník. Zjistila jsem, že jsou to lidé jako my, jen mají černou pleť a tím pádem i ztížené podmínky života v naší rasistické společnosti...podle toho se také chovají. Již od začátku studia jsou mou preferovanou cílovou skupinou osoby se zdravotním postižením. Jsou mi sympatické, jsou bezprostřední a dobře se mi s nimi pracuje. Těší mě jejich pokroky v samostatnosti. Cílové skupiny, které nemám v oblibě, jsou bezdomovci, prostitutky. Byli a jsou mi nepříjemní. Po absolvování studia plánuji v této oblasti pracovat. Baví mě to, proto jsem také studovala. Názor jsem však v průběhu měnila.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Často uživatelům podsouvám svůj názor a své řešení. Zjistila sem to, díky nácviku supervizních sezení, modelovým situacím ve škole.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Přemýšlela jsem o nich. Myslím, že se mě týká syndrom vyhoření, protože se velmi angažuji v situacích klientů. Díky supervizi v tom nejsem sama, mohu to sdělit někomu, kdo se pohybuje v oboru.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ano. Práce mě baví, klienti se na mě často obrací.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 6

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Když jsem se rozhodovala, kam půjdu na střední školu. Dále jsem chtěla pokračovat na vysoké škole v něčem obdobném.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Před nástupem na střední zdravotnickou školu jsem se s uživateli nesetkala. Před studiem na vysokou jsem zkušenosti měla v rámci studia na střední škole. Vždy jsem chtěla pracovat s lidmi, takže mne tato skutečnost ovlivnila v pozitivním slova smyslu. Pokračovala jsem tudíž v dalším studiu.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

V mém případě se o motivaci nedá hovořit. Jen jsem chtěla pracovat s lidmi. Žádnou motivaci pro studium jsem neměla. Neodrazovalo mě asi nic. Já se na studium docela těšila.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Důvod byl jednoduchý... nic jiného mi nezbývalo. V našem okrese je vysoká nezaměstnanost a tak pokračovat v dalším studiu se nabízelo jako vhodná možnost. Také jsem očekávala připravenost do praxe. Bohužel toto studium na zdejší fakultě mne zklamalo. Cítím se naprosto nepřipravená na výkon tohoto povolání a to zejména po odborné stránce. Navíc zdravotně sociální pracovník se vyskytuje minimálně.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Ve skrze pozitivní, protože jsem očekávala něco úplně jiného od studijního oboru. Nyní jsem zklamaná a vyhořelá pro tuto oblast. A to díky studiu na ZSF. Před studiem bylo mým cílem pracovat v oboru. Bohužel nebo bohudík jsem tuto oblast přehodnotila a ráda bych se zaměřila jiným směrem. Mou cílovou skupinou byli senioři. Práce se starými lidmi mě naplňovala. Přejde mi smysluplná. Člověk zpřijemňuje poslední chvíle života těmto lidem. Navíc staří lidé mají již nějaký životní příběh, který je v mnoha ohledech zajímavý. Naopak mou cílovou skupinou rozhodně nebyli narkomani, sociálně vyloučení obyvatelé, prostitutky, Romové, bezdomovci. Pro mě jsou tyto skupiny

naprosto nevhodné, neboť práce s nimi je bezvýsledná a výsledky nejsou někdy ani vidět. Některé sociální skupiny svoje postoje a zvyky nezmění.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Domnívala jsem se, že ze mne bude vynikající sociální pracovník. Předpoklady by tady byly. Zájem o danou oblast a pozitivní přístup. A výborné charakterové vlastnosti.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Obor moje očekávání nenaplnil. Obor se jevil jako úplně jinak koncipované studium. V tomto oboru se studuje mnoho předmětů z mnoha oblastí, ale vzhledem ke skutečnému uplatnění je to zbytečné. Celkově mne práce v tomto oboru moc nenaplnuje. Práci sociálního pracovníka zvládne i středoškolsky studovaný absolvent. Studium tohoto oboru mi přišlo a přijde jako zbytečné. Necítím se být připravená po odborné stránce. Nepotkala jsem pedagoga, který by mi srozumitelně vysvětlil právo a nepředčítal pouze teze ze zákona... Celá koncepce studia mě nebavila a nebaví. Výhody oboru bohužel nevidím. Můj názor se postupně měnil k horšímu. Čekala jsem v průběhu studia, že se tento obor pohne k lepšímu, ale bohužel se tak nestalo. Vidím spíše nevýhody a to hlavně v uplatnění na trhu práce! Příliš mnoho předmětů...dohromady však ucelený přehled jsem postrádala. Můj názor se nezměnil v průběhu studia, pouze jsem se jen utvrzovala v stávajícím.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Nad tímto jsem dlouho přemýšlela, ale já nevím. Nemůžu na nic přijít. Jedině jsem poznala 2 super holky ve třídě. A nebýt tohoto oboru na druhém konci republiky, tak bych nepoznala svého nynějšího manžela. Vzalo mi to nervy! Iluze o vysokoškolském studiu, vysokoškolských pedagogích.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Mnohokrát. A dodnes toho lituji. Protože nevidím a neviděla jsem smysl toho oboru v praxi a hlavně mě nebavilo právo a sociální politika. Dodnes mám noční můry. Lépe bych se měla ve zdravotnictví...možná. Zajisté jsem v průběhu uvažovala o ukončení

studia. Po prvním zimním semestru. Studium mne nebavilo. Chtěla jsem dělat něco jiného. Bohužel jsem to neudělala. Ale dnes už na tom nesejde...

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Nikoliv. Studovala bych něco jiného. Studovala bych fyzioterapii nebo všeobecnou sestru, záchranáře...Konečně bych dělala něco, co mě baví a naplňuje. Něco pro mne více smysluplného. K tomu jsem dospěla po absolvování 1. ročníku na vysoké škole. Můj názor je v tomto ohledu konstantní.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Záleželo na pracovišti. V některých pracovištích byla praxe super, protože se nám pracovníci věnovali, bohužel se našla i taková pracoviště, kde se sociální práce moc nedělalo. Někdy jsem si na praxi připadala jako horkej brambor, který si přehazují mezi sebou. Jako bychom je obtěžovali. Někde byla praxe přínosem, člověk se naučil něco nového. Ale 8mi hodinová pracovní doba byla někdy až příliš dlouhá. Dobrovolníka ani nic jiného jsem nedělala, takže jiné zkušenosti nemám.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Jsem pesimista, tudíž tuto oblast vidím velmi skepticky. V povědomí lidí není sociální práce prestižní povolání. Lidé mají jiné představy, co sociální pracovník dělá. Můj názor ovlivnila zkušenost ze školy, z praxe, vlastní postoje a názory, které jsem si utvořila za dobu, po kterou studuji. Nejprospěšnější oblast je podle mně dětská populace. Naopak nejméně prospěšná práce v humanitárních organizacích, s Romy a hlavně narkomany. V tomto názoru jsem se za dobu studia pouze utvrdila. Nezměnila jsem pohled na žádnou cílovou skupinu, pouze jsem se utvrdila v některých svých názorech na některé sociální skupiny. Předpokládám, že se to i nadále nezmění. Neměním názor na narkomany, prostitutky, Romy, sociálně slabé občany. S těmito sociálními skupinami je těžká jakákoliv práce. Běh na dlouhou trať. Výsledky nejsou vidět. Postoje těch skupin se nemění, není vidět posun. Někteří nepřizpůsobiví občané jsou naprosto pasivní v rámci politiky zaměstnanosti. Pouze parazitují na občanech, kteří normálně chodí do práce. Stále preferuji seniory. Baví mne práce s nimi. Jak jsem již říkala předtím. Není to práce lehká, ale pro mě smysluplná. Cítím se s nimi

přirozeněji než s ostatními klienty. Můj názor se neměnil. Vždy jsem chtěla pracovat se seniory. Nechci nikdy pracovat s Romy, narkomany. Nejsou výsledky v práci s nimi. Nevidím v tom budoucnost. Je to marné. Můj názor je pořád stejný. V oboru pracovat neplánuji. Nechci se pohybovat v této oblasti. Chci dělat něco jiného. Studium mě nebaví.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Limity mám. Nechci pracovat s některými skupinami. Problémy v komunikaci mám s některými lidmi či uživateli. Při praxi člověk pozná, co mu jde a co ne, kde má mezery či rezervy. Pořád je potřeba se zlepšovat.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. O těchto věcech jsem se ve škole dozvěděla spoustu informací. Mně se týká syndrom vyhoření, ten už mám teď. Někdy je práce příliš psychicky náročná, člověk má pořád plnou hlavu starostí, které na vás chrlí klienti. Možná nedokážu oddělit práci a soukromí nebo se od toho oprostit. Supervize je v tomto velmi prospěšná. Pokud jí vede zkušený supervizor, supervize je fajn, může zachytit syndrom vyhoření apod.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Myslím, že ano. Ačkoliv se nechystám v této oblasti pracovat, mám charakterové vlastnosti pro tuto profesi.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 7

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Až ve čtvrtém ročníku na střední škole.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Neměla.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Touha pomáhat lidem a celkově pracovat s lidmi. Dále pak bakalářský obor, který jsem si zvolila, mi přišel velice zajímavý. Demotivovala mě nejspíše práce s určitými skupinami lidí, například bezdomovci.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Bohužel nebyl navazující obor na Prevenci a rehabilitaci sociální patologie, tak jsem zvolila tento obor. Myslela jsem si, že z větší části budu připravena na povolání, plus to další člověk získá praxí při samotné práci zdravotně sociálního pracovníka.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Zatím nijaký. Bylo mým cílem pracovat v oboru. Chtěla jsem pomáhat lidem, co pomoc potřebují. Ale nebyla cílová skupina, kterou bych preferovala. Ale nechtěla jsem pracovat s bezdomovci, Romové. Neviděla jsem smysl v práci s bezdomovci. Z Romů jsem měla trochu strach.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

To jsem vůbec nevěděla ani jsem se to neopovážovala soudit, ale každopádně jsem se chtěla stát dobrým pracovníkem.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Prevence a rehabilitace sociální patologie naplnil mé očekávání, avšak magisterský ne. PSP se věnoval oblastem, které mě zajímaly a bavily. Výhodami podle mě jsou povinná praxe, dále pak, že na fakultě jsou odborníci, kteří pracují ve svém oboru již více let a mohou nám předat zajímavé zkušenosti. A také si myslím, že obecně bude tato

profese i do budoucna více a více třeba. Nevýhodou pak, že po ukončení studia je práce většinou špatně finančně ohodnocená. Na začátku jsem se tolik nezajímala o platové ohodnocení, až když jsem se reálně s tím seznámila, zklamalo mě to. Na povolání se cítím být připravena. Z části. Názor ovlivnila zkušenost z praxe.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Praktické zkušenosti a poznatky, znalost práva, zkušenost komunikovat s různými skupinami lidí. Stálo mě to nervy, obzvlášť státnice.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ne. Ale uvažovala jsem o ukončení studia. Už vícekrát. Nelíbí se mi zacházení se studenty.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Prevenici a rehabilitaci sociální patologie bych zvolila znovu a rehabilitační psychosociální péči... to nevím. PSP mě bavilo. RPN mě nebaví.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Určitě si myslím, že praxe mi dala nejvíc a byla přínosná. Seznámit se na vlastní kůži s určitou profesí je to, co mi dalo nejvíce. Mám zkušenost i s dobrovolnictvím ve Fokusu za rok 2011. Byla to zkušenost, která mi nic nevzala, ovšem asi ani nedala.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Kladný. Díky praxi. Ale ke konci studia už jsem začala být „unavená“ z toho, jak máme „povinnost“ všem pomáhat a hlavně skupinám osob nepřízpůsobivých. Náš stát nabízí širokou pomoc takovýmto lidem a přízpůsobivý člověk, který se dostane do problému, si většinou musí pomoci sám. Nejvíce prospěšné oblasti jsou podle mně práce s mládeží, s dětmi, s rodinou, s handicapovanými. Naopak nejméně prospěšná je práce s bezdomovci. V průběhu studia jsem změnila názory na cílové skupiny. Například na duševně nemocné. Dříve jsem o nich věděla málo a měla jsem špatné představy. Nevěděla jsem, co od nich očekávat a praxí jsem zjistila, co je to za cílovou skupinu. Stále není cílová skupina, kterou bych preferovala. Pracovat nechci s bezdomovci, Romy. Bezdomovci jsou cílová skupina, u které nevidím smysl práce. Z Romů mám obavy a nelíbí se mi, že jsou nepřízpůsobiví občané. Za dobu studia jsem se v názoru

jen utvrdila. Pokud seženu práci v této oblasti, tak plánuji pracovat v oboru. Pokud ne, zaměřím se na jinou oblast. Práce by mě bavila.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Asi ano. Nedostatečná autorita, asertivita. Může za to zkušenost z praxí.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Přemýšlela jsem o nich. Domnívám se, že mi hrozí syndrom pomáhajícího a syndrom vyhoření. Z důvodu své povahy. Pokud dobře funguje, tak pak může být supervize v této věci prospěšná.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

To si netroufám hodnotit.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 8

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Ve 4. ročníku střední školy.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Z praxe na střední škole. Tato skutečnost mé rozhodnutí neovlivnila.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Pomáhání lidem. Odrazoval mě strach.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Chtěla jsem pokračovat v tom samém oboru v navazujícím magisterském, abych měla více kompetencí. Očekávala jsem, že mě studium připraví na povolání.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Různý. Nevěděla jsem, co si myslet. Mojí oblíbenou cílovou skupinou byly děti. Jsou mi nejbližší. Naopak jsem neměla ráda Romy. Měla jsem předsudky, plus osobní negativní zkušenost s nimi. Bylo mým plánem pracovat v oboru. 5 let se na to připravuju a smírju k tomu.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Ne. Nevěděla jsem, co všechno tato práce obnáší.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Spíš nenaplnil. Moc předmětů a málo těch, které by byly pro nás užitečné. Na magisterském už je to lepší, předmětů je méně. Výhodou oboru je podle mého názoru získání kompetencí. Ale můj názor se postupně negativně měnil. Jako nevýhodu vidím moc předmětů a málo těch, které bychom potřebovali. Na 50 % se cítím být studiem připravena na povolání. I když se cítím sebevědomější, tak mám z půlky obavy z nastávajícího zaměstnání, co tam budu dělat a s jakou cílovou skupinou.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Rozšíření znalostí v této problematice, více si věřím. Vzalo mi čas a peníze.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano. Měla jsem vystudovaného zdravotnického asistenta a vzhledem k tomu, že na vysoké škole jsme měli moc zdravotnických předmětů, tak jsem si říkala, že jsem spíše mohla jít studovat vysokoškolský obor všeobecná sestra. O ukončení jsem, ale nikdy neuvažovala.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Ne. Když vím, co mě čeká, tak mám obavy, plus finanční ohodnocení je malé, když má člověk vysokou. Názor jsem změnila po bakaláři. Když už jsem se na to dala, tak to chcu dokončit a smírju se s tím, že budu dělat sociální práci.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Ano, kdyby nebyla, bylo by to určitě špatné. Máme alespoň jakousi představu o sociálních zařízeních a práci v sociální oblasti. Setkala jsem se se spoustou zajímavých situací. Problém je ten, že některých typů praxe bylo moc a v magisterském studiu nám mohli dát větší prostor a šanci si zařídit praxe, kde chceme a ne mít kritéria, že musíme mít ten a ten typ praxe. Jiné než školní zkušenosti nemám.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Špatné je to. Názor jsem získala, když jsem se o tom dozvídala víc a víc během studia. Největší prospěšnost vidím v poskytnutí krizové intervence. Nejmenší ve financování všech sociálních služeb, čím dál méně peněz na jejich provoz. Změnila jsem pohled na osoby ohrožené sociálním vyloučením. Cítím se více empatická vůči nim - předtím jsem si myslela, že si za to mohou sami. Nyní si myslím, že ne všichni si za situaci, ve které se nachází, mohou sami. Stále chci pracovat s dětmi. Jsou mi nejbližší. Naopak stále nechci pracovat s Romy. Kvůli předsudkům. Můj názor se neměnil. Kvůli svým negativním zkušenostem s nimi bych s touto cílovou skupinou nechtěla pracovat. Plánuji pracovat v oboru. Připravuju se na to 5 let a jsem s tím smířená, že mě to čeká.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Netrpělivost, předsudky. Zjistila jsem to na školní praxi.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Přemýšlela jsem o nich a domnívám se, že mi hrozí syndrom vyhoření. Z důvodu psychicky náročné práce. Supervize určitě pomůže, kdyby byl supervizor například psychologem a byla to externí supervize, ale jinak ne. Já jsem neměla nikdy vážný problém, ale kdyby jo, tak školní supervize mi asi nepomůže, spíš bych hledala něco/někoho jiného.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Doufám, že ano. Myslím, že mám dostatek znalostí a více kompetencí, jsem učenlivá a samostatná, takže i když ze začátku to bude těžké, tak doufám, že ze mě bude dobrý sociální pracovník.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 9

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

Po absolvování střední zdravotnické školy.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano, ze střední školy a brigád. Chtěla jsem se tomu i nadále věnovat.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Práce s lidmi, pomoc potřebným. Odrazovalo mě málo peněz v následném zaměstnání.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Protože mám to samé v Bc., chtěla jsem zvýšit své možnosti uplatnění na trhu práce.

Očekávala jsem, že budu studiem připravena na povolání.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Nevěděla jsem, co vše tato problematika zahrnuje. Nevím, jestli jsem chtěla v tomto oboru pracovat, nevzpomínám si. Cílovou skupinu jsem preferovala seniory. Zнала jsem je z letních brigád v pečovatelském domě. Naopak jsem nepreferovala fetky, bezdřáky. Cítila jsem vůči nim odpor a štítila jsem se.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

To jsem nevěděla. Moc jsem si neuměla představit, co ze mě bude po škole.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

No, já moc nevěděla, co od něj očekávat. Nevím, zda mne připravil na povolání. Záleží na dané oblasti sociální práce. Myslím, že mám teoretické znalosti, ale nevím, jak je uplatnit. Zjistila jsem to díky absolvování praxí. Jako výhodu vidím široký záběr. Máme hodně možností následné praxe. Jako nevýhodu vidím možná to, že ne každý zaměstnavatel bude vědět, že jsem sociální pracovnice. Neřekla bych, že jsem v tomto směru nějak měnila názor.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Vědomosti, nové kontakty, nové zkušenosti z praxí, nové informace. Vzalo mi spoustu volného času a klidných nocí.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano. Měla jsem pocit, že se těžko uplatním na trhu práce. Ale o ukončení studia jsem neuvažovala.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Myslím, že ne. Zvolila bych si jiný, kde budu jasně vědět, co budu dále dělat. K názoru jsem dospěla během ukončování bakaláře a nadále zůstával stejný.

Jak byste zrefletoval/a praxi absolvovanou během studia?

Rozhodně byla přínosná. Je dobře, že jsme praxe měli, ale je škoda, že jsme si nemohli plně sami vybrat, kde jí budeme absolvovat, včetně rozložení do počtu týdnů na pracovišti. Ale na druhou stranu by nedošlo k tomu, že změním názor na ty feťáky. Mám i zkušenost jako dobrovolnice, ale v organizaci, kterou jsem poznala díky praxi. Pak jsem absolvovala praxi na zdrávce, ale ošetrovatelskou. Myslím, že byla přínosná.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Díky studiu už vím, co obnáší a co si pod tím představit. Myslím si, že je to dobrá věc, jen jí musí vykonávat kvalifikovaný člověk se zájmem. Prospěšnost práce vidím asi ve všech oblastech. Nikde nevidím menší prospěšnost. Myslím, že sociální práce je důležitá všude.

Za dobu studia jsem změnila názor na osoby závislé na omamných látkách. Nemám vůči nim ty stejné předsudky jako dříve. Změnila jsem názor, protože jsem absolvovala praxi v organizaci, která s nimi pracuje. Jestli nějakou cílovku preferuju? Ani ne. Původně jsem si myslela, že budu chtít pracovat se seniory, ale už to tak nevidím. Takže nepreferovanou cílovou skupinou se stali právě ti senioři. Zjistila jsem, že mě práce s nimi tolik nenaplnuje, což jsem zjistila během studia. Nevím, jestli chci pracovat v oboru. Čekám, jaká práce se naskytne a pokud bude zajímavá, budu pracovat i mimo sociál.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Během praxí jsem zjistila, že nemám potřebnou trpělivost pro práci s některými cílovkami, například seniory.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Přemýšlela jsem o nich a myslím, že mi hrozí syndrom vyhoření, přenos a projekce. Myslím, že budu mít problém se citově odpoutat a nepřenášet na klienta své problémy. Určitě pozitivně v tomto ohledu hodnotím supervizi.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

To také nevím, ale pokud se dám na dráhu zdravotně sociálního pracovníka, tak budu dělat maximum, abych to dělala dobře.

KOMUNIKAČNÍ PARTNERKA 10

Kdy jste se rozhodl/a pro studium zdravotně sociální problematiky?

V posledním ročníku na střední zdravotnické škole.

Měl/a jste v té době zkušenost s prací s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano, během letních prázdnin jsem byla na brigádě v domově pro seniory. A jednoduše jsem upřednostnila sociální oblast před zdravotnickou. Řekla jsem si, že práce sociálních pracovníků je zajímavá a mohla by mě bavit. A to mělo vliv na výběr vysoké školy.

Co Vás motivovalo, případně demotivovalo pro studium zdravotně sociální problematiky?

Tím, že sociální práce spadá do takzvaných pomáhajících profesí, tak hlavní motivací byl pro mě pocit, že budu užitečná a konkrétně někomu pomohu nebo se o to alespoň budu snažit. Odrazovalo mě následné finanční ohodnocení, ne vždy kladný pohled veřejnosti na sociální pracovníky.

Z jakého důvodu jste se rozhodla pro Vámi zvolený obor?

Chtěla jsem si dodělat navazující magisterský titul. Očekávala jsem, že mě připraví na povolání. Bohužel nyní zpětně vidím, že jsem se mýlila. Jsem přesvědčená, že do praxe v oboru nejsem dostatečně připravená.

Jaký byl Váš pohled na (zdravotně) sociální práci před začátkem studia?

Abych řekla pravdu, o sociální práci jsem nevěděla zhruba nic. Se vším jsem se začala seznamovat až v rámci školy. Ale plánovala jsem v tom oboru pracovat. Přijde mi logické, že když studuji nějaký obor, tak pokud mě to baví, chci po absolvování pracovat v tom zaměření, které jsem studovala. Mojí oblíbenou cílovou skupinou byli senioři. Z důvodu toho, že se seniory jsem dříve úzce pracovala a to mě určitě ovlivnilo a právě proto bych preferovala právě je. Naopak jsem neměla ráda dospělé osoby s mentálním postižením. Nedokážu říct proč.

Domníval/a jste se před začátkem studia, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

Abych řekla pravdu, vůbec jsem nad tím nepřemýšlela.

Do jaké míry studovaný obor naplnil, případně nenaplnil očekávání, která jste měl/a před začátkem studia?

Upřímně, zastávám spíše negativní postoj v rámci této otázky a řeknu, že moje očekávání nenaplnil. Nesmyslně mnoho předmětů, které se mnohdy ani nevztahovaly k problematice našeho oboru. Naopak málo předmětů, které by byly přínosem pro vstup do zaměstnání, a mohla bych z nich čerpat. Výhodou oboru pro mě jsou nové poznatky o fungování společnosti v rámci sociální politiky a sociální práce. Nevýhodou pak nevhodné předměty. A jestli se cítím být připravená do praxe? Spíše ne. Možná po teoretické stránce ano, pro praxi ne. Mám pocit, že nic neumím.

Co Vám studium daného oboru dalo a vzalo?

Pár vředů a zjištění, že jsem si nevybrala dobře. Vzalo mi roky života.

Litoval/a jste někdy svého rozhodnutí ve volbě studovaného oboru?

Ano, mnohokrát. Z důvodu nevhodně zvoleného oboru. Ale o ukončení studia jsem neuvažovala. Řekla jsem si, že pokud jsem se na to dala, tak to dodělám.

V případě, že byste se nyní mohl/a znovu rozhodnout, co studovat, zvolil/a byste stejnou problematiku, případně stejný obor?

Ne. Byl to nevhodně zvolený obor. Zjistila jsem to během prvního roku studia z důvodu náplně studia.

Jak byste zreflektoval/a praxi absolvovanou během studia?

Praxe na některých pracovištích byla jistě přínosem. Především tam, kde jsem měla možnost podívat se přímo do terénu se sociálním pracovníkem. Moje zkušenosti mimo školu jsou v rámci brigády v domově pro seniory na pozici pracovníka přímé obslužné péče. Pokud bych měla zhodnotit tuto zkušenost, tak jediné pozitivně – práce mě naplňovala a bavila. Dala mi impulz k tomu, že bych mohla studovat sociální práci. Ale že by měla nějaký vliv na můj postoj k sociální problematice, tak to bych neřekla.

Jaký je v současnosti Váš pohled na (zdravotně) sociální práci?

Složitý neustále se měnící systém/zákony s velkým množstvím administrativy a nedostatečným financováním. Můj pohled ovlivnila trocha zkušeností z praxe - teda jestli jsem získala vůbec nějaké zkušenosti, že?! Největší prospěšnost si myslím, že je v přímé činnosti/spolupráci pracovníka s klientem. Nejmenší v oblasti administrativní. Na

žádnou cílovou skupinu jsem názor nezměnila. Již od začátku preferuju seniory. Práce s nimi mě baví a shledávám ji jako smysluplnou a dosti potřebnou vzhledem k celkovému stárnutí populace. Nepreferovanou cílovou skupinou jsou také už od začátku dospělí mentálně narušení jedinci. Nemám z nich dobrý pocit. Nevím, jestli chci v této oblasti pracovat. Je nedostatek pracovních nabídek v sociální sféře.

Uvědomil/a jste si během studia některé Vaše limity, nedostatky či problémy při práci s uživateli (zdravotně) sociálních služeb?

Ano. Litování klientů, předsudky před nějakými sociálními skupinami. Ani nevím, jak jsem to zjistila.

Získal/a jste během studia povědomí o specifických rizicích souvisejících s výkonem pomáhající profese?

Ano. Vybavuju si syndrom vyhoření. Nijak jsem nad nimi nepřemýšlela a zatím mi snad nehrozí, v budoucnu možná. Ten syndrom vyhoření. Vzhledem k mým charakterovým vlastnostem a přístupu k práci - jsem dost citlivý a myslím si, že i empatický člověk. Supervize celkově v rámci zaměstnání v sociálních službách je jistě přínosem. V rámci studia si to nemyslím.

Myslíte si, že z Vás bude dobrý (zdravotně) sociální pracovník?

No, nemyslím. Já jsem teda dost pesimista. Přejde mi, že nejsem do praxe dost připravená - především po stránce znalostí a schopností pomoci dotyčnému klientovi.