

Karlova Univerzita  
Filozofická fakulta  
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Lucie Sytenská

## **Rozvoj komunikačních dovedností sociálních pracovníků**

The Developing of the Communication Skills of Social Workers

2017

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení

### **Poděkování:**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení mé práce a velmi cenné rady, připomínky a nasměrování, které mi byly vždy ochotně poskytnuty. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a blízkým, za velkou trpělivost a podporu.

## Obsah

1	Úvod.....	8
2	Vymezení komunikace .....	10
2.1	Verbální a neverbální komunikace.....	11
2.2	Sebepoznání, sebepojetí a vliv na komunikaci .....	13
2.3	Naslouchání.....	14
2.3.1	Aktivní naslouchání .....	16
2.3.2	Tři techniky aktivního naslouchání.....	18
2.4	Efektivní komunikace .....	20
3	Kompetence sociálního pracovníka nebo zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici 24	
3.1	Vzdělání .....	24
3.2	Kompetence sociálního pracovníka v nemocnici.....	25
3.2.1	Poradenská činnost .....	26
3.2.2	Poradenský rozhovor .....	27
3.2.3	Čas věnovaný poradenství .....	29
3.3	Specifika v komunikaci sociálního pracovníka.....	31
4	Možnosti sebevzdělávání v sociální práci .....	33
4.1	Nabídka kurzů .....	33
4.2	Odborné konference .....	33
5	Sebereflexe.....	35
5.1	Supervize.....	37
5.2	Psychohygiena.....	39
5.2.1	Focusing.....	41
6	PRAKTICKÁ ČÁST .....	44

6.1	Hlavní a dílčí cíle výzkumu .....	44
6.2	Výzkumné otázky.....	44
6.3	Metoda získávání dat.....	45
6.3.1	Dotazník.....	45
6.3.2	Rozhovor.....	46
6.3.3	Výzkumný soubor .....	46
6.4	Analýza dat.....	49
6.5	Výsledky a intepretace dat .....	49
6.5.1	Aktivní rozvoj komunikačních dovedností.....	49
6.5.2	Dostupné a nejčastěji využívané možnosti vzdělávání.....	52
6.5.3	Využití sebereflexe či zpětné vazby ke zlepšení komunikace .....	54
6.5.4	Vyrovnávání se s psychickou zátěží zdravotně-sociálních pracovníků.....	58
7	Diskuze .....	61
8	Závěr .....	65
9	Použité zdroje .....	67
9.1	Literatura .....	67
9.2	Internet: .....	69

## **Seznam zkratek**

s.	Strana
HC	Hlavní cíl
DC	Dílčí cíl
č.	číslo
atd.	a tak dále
vzd.	vzdělávací
resp.	respondent
tj.	to je

# 1 Úvod

Téma komunikace v sociální práci je všudypřítomné a zároveň bývá skrytá jeho každodenní důležitost. Rozvoj komunikačních dovedností v tomto povolání vnímám jako velmi důležitý, jelikož komunikace je v podstatě „pracovní nástroj“ v sociální práci. Často neuvědomovaná, často automatická, založena na vlastních pocitech a vnímání, bez hlubšího zamyšlení, ale hloubka jejího vlivu je často přehlížena. Sociální pracovníci v nemocnicích převážně podávají poradenství pacientům a jejich rodinám, ale také pomáhají v začátcích řešení nastalé situace. Nebývá zde prostor pro dlouhodobé provázení pacientů, i když by si to mnozí pracovníci přáli. Jelikož se v nemocnicích setkáváme s různými sociálními problémy, které bývají způsobeny změnou zdravotního stavu, důsledkem ale i počátkem této změny, je třeba se vyznat ve velmi široké problematice. Pohybujeme se v oblastech zdravotně-sociálních, a proto musí mít sociální pracovník znalosti jak ze zdravotnické profese, tak i ze sociální. Díky tomuto širokému záběru znalostí, kterými by měl zdravotně-sociální pracovník disponovat, je oblast komunikace jakási subtilní záležitost stojící vedle stále aktuálních potřeb vzdělávání v zákonech, nabízených službách, zdravotnických postupech a dalších.

V praxi sociálního pracovníka v nemocnici se velmi často setkávám s problémy, které vznikají pouze na základě špatné domluvy, nepochopení se, nedostatečného vnímání sdělovaného, nesdělování jasných informací nebo naopak nedostatku informací. Lidé, se kterými zdravotně-sociální pracovníci spolupracují, se zpravidla nacházejí v tíživé životní situaci, která může ovlivňovat jejich vnímání sdělovaných informací. Setkávají se se situacemi, kterým nerozumí, hledají informace. Z vlastní praxe mám zkušenosti, kdy mi pacienti sdělují, že některých informací je přespříliš a některých velmi málo. V takovém zmatku a nepříjemném rozpoložení pak lidé jednájí emotivním způsobem, který ne vždy situaci přísluší. Právě zde je v hlavní roli způsob a umění komunikace sociálního pracovníka, jak s člověkem bude jednat. Bude direktivní nebo bude přijímající a snažit se klidně vysvětlit situaci? Mezi těmito póly často balancujeme a snažíme se najít nejefektivnější způsob komunikace s každým individuálním člověkem a v určité situaci.

Nad problematikou komunikace přemýšlím v rámci své praxe sociálního pracovníka ve zdravotnictví, budu tedy vycházet z počátečních zkušeností své praxe, kdy si snažím udržovat seberefektivní postoj ke stylu mého jednání a počínání. Zároveň také hledám svůj efektivní komunikační styl. Protože se budu věnovat problematice komunikace ve zdravotnických

zařízeních, ráda bych již zde definovala, kdo je člověkem, který se dostává do rukou sociálního pracovníka. Velmi dobře jej vystihli J. Kapr a B. Koukola, kteří jej definovali jako člověka nacházejícího se v krizové situaci. “Trpí nejistotou a úzkostí z pocitu ohrožení své fyzické existence i své sociální existence a hledá pomoc.” (Kapr a Koukola, 1998, s. 24).

V diplomové práci se zabývám nejprve vymezením komunikace jako základního pojmu, dále definováním zdravotně-sociálního pracovníka a jeho kompetencí a určitých specifíků komunikace v prostředí nemocnice. Ústřední téma práce je zaměřeno na rozvoj komunikační dovedností, dále se zabývám vzděláváním v oblasti komunikace. Poslední kapitola se věnuje sebereflexi a poznání sebe sama, jelikož se domnívám, že abychom mohli změnit styl komunikace, je třeba si nejprve *uvědomit*, jakým způsobem s druhými jednáme. Buď vlastním pozorováním sebe sama, nebo zpětnou vazbou od druhých, například v rámci supervize. V celé teoretické části vycházím jak z vlastních poznatků, tak i z dostupné literatury pro sociální pracovníky. V českém prostředí jsem nenašla prakticky žádnou literaturu, která by se zabývala specifiky zdravotně-sociální práce. Domnívám se, že je to z toho důvodu, že hlavní náplní práce je stále sociální složka. Zdravotní oblast vnímám spíše jako doplňkovou znalost, která je ale neopominutelná (není možné neorientovat se ve zdravotním stavu pacienta a nabízet mu sociální pomoc). Nicméně jsou dostupné zdroje týkající se komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem, ty vhodně doplňují svými poznatky specifika lékařského prostředí. Ve své práci používám zároveň termíny „pacient“ a „klient“, je to tedy osoba, které se snažíme pomoci. Tato označení jsou na stejné úrovni, využívám obě z toho důvodu, že v nemocničním prostředí se spíše využívá termín „pacient“, naopak v sociální práci spíše užíváme pojmu „klient“. Praktická část se zabývá výzkumem mezi zdravotně-sociálními pracovníky velkých Pražských nemocnic a jejich možnostmi a motivacemi ke vzdělávání v této oblasti. Kvalitativní výzkum byl realizován formou osobních polostrukturovaných rozhovorů a byl doplněn krátkými dotazníky, které sloužili k doplnění informací a rozřazení respondentů do skupin.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Vymezení komunikace

Pro potřeby této práce je třeba vymezit okruh, ke kterému se bude celá práce vázat. Tedy ke specifickým rysům komunikace v sociální práci. Základní pojmy pojící se k problematice popíši stručně, protože detailnější popis je uveden v mé bakalářské práci, na kterou tato práce navazuje.

Komunikace se vymezuje jako prostředek sdělování informací druhým. Slovo vychází z původního *communicare* - latinského původu, které znamená “činit něco společným” (Vybíral, 2005, s. 25). Z toho můžeme vyvodit fakt, že komunikace by měla být prostředkem sdílení. Sdělování můžeme uskutečnit skrze slovní nebo písemné vyjádření, či neverbálně (gesty, výrazy tváře, postavení). Uplatňujeme ji v podstatě všude a pořád, při jakékoliv činnosti o sobě prozrazujeme okolnímu světu nějaké informace.

Z jakého důvodu komunikujeme? **Cílem** sdělování může být potřeba předat informace či je získat pro vlastní potřebu, naučit se něco od druhých, ale i od sebe samého (díky komunikaci se sebou se můžeme více dozvědět o našich vlastních postojích a vnímání), díky správně zvolené komunikaci se můžeme včlenit do kolektivu, čili se socializovat. Prostřednictvím komunikace se také můžeme bavit (ve smyslu žertování a odreagování), motivovat druhé, pomáhat jim řešit složité situace atp. Tyto cíle jsou označovány také jako **funkce komunikace** (Vymětal, 2008, s. 24).

Při jednání nás ovlivňují další faktory, jako je situace, ve které se nacházíme, zkušenosti, se kterými vstupujeme do komunikace, kultura, z níž pocházíme, a třeba i fyzické rozpoložení jako je únava či nálada. Všem těmto faktorům přizpůsobujeme styl jednání s druhými, a přijímání informací. Naše reakce mohou být ovlivněny i tím jak s námi jedná druhá osoba, kterou zároveň ovlivňují stejné faktory jako nás, ale mohou se přidat i další, především ty, které pocházejí z nitra této osoby. Z vlastní zkušenosti pozorování mohu říci, že často opomíjíme fakt, že druhá osoba vstupuje do komunikace s vlastním pohledem, vnímáním, ale i sebepojetím a tím ovlivňuje komunikaci. Jsme nastaveni k tomu, že spíše vnímáme svůj svět a své nastavení, a poté v nás může vyvolávat konflikt rozdílné nastavení druhého člověka. V

dobré komunikaci je třeba brát ohled i na svět druhého, což se označuje jako naslouchání. Tomu se budeme věnovat později.

Jednání mezi lidmi je zpravidla interakční, bývá součástí společné činnosti a probíhá v rámci společenských vztahů (Janoušek, 2008, s. 217-218)

Komunikace se vždy odehrává v nějaké situaci a vede se v souvislostech. Tato situace, či souvislosti ovlivňují význam verbálního i neverbálního sdělení (DeVito, 2001, s. 21). Je ovlivněna i tím, s jakými lidmi jednáme. Může se tak jednat o neformální komunikaci s přáteli, kde jsme zároveň v neformální situaci a tomu upravíme komunikaci, ale pokud budeme hovořit s významnou osobností, budeme se chovat a komunikovat jinak. Jak již bylo zmíněno výše, právě takto je komunikace součástí společenských vztahů, které pomáhá utvářet.

Obecně se vymezuje komunikace verbální, neverbální a komunikace skrze činy. Prvnímu a druhému typu komunikace se budu věnovat v následujících kapitolách. Třetí význam stojí přibližně uprostřed. Může využívat jak verbální, tak neverbální složky. Nicméně skrze činy vyjadřujeme náš vztah k osobě (Rozprýmová in Hermanová, 2008, s. 12), často také vychování nebo umění dostát svým slibům. To zpětně ovlivňuje náš obraz spolehlivosti u druhých.

## 2.1 Verbální a neverbální komunikace

Komunikace se dělí na dvě roviny, které se vzájemně doplňují. Někdy jsou tyto dvě roviny v souladu, pak je komunikace pro nás srozumitelnější, ale někdy mohou být tyto roviny až protikladné a po té je složitější komunikaci porozumět a rozpoznat, jaký význam sdělovanému mluvčí přikládá. Obě tyto roviny jsou sdělovány zároveň. Nelze jednu z nich vynechat. Je všeobecně známé, že malé děti nedokáží rozpoznat výrazy sarkazmu nebo ironie. Jsou to komunikační styly, kdy se rozchází verbální a neverbální roviny komunikace a ty děti neumí zatím oddělit od sebe, tudíž sdělované považují za pravdivé, i když dospělý mluvčí sdělením míní pravý opak.

**Verbální komunikace** - je komunikace pomocí slova či lépe společného jazyka dvou nebo více osob (Vybíral, 2005, s. 106). Psaného i mluveného.

Výraznou roli ve verbální komunikaci hraje **denotace a konotace**. Denotace určuje obecně uznávaný význam slova (i znaků a symbolů) v určité společnosti či okruhu lidí, ale i

všeobecně. Konotace zobrazuje jakýsi vztah nebo emoce, které máme osobně k danému slovu. Může vyjadřovat naši zkušenost, zájmy. Je to subjektivní význam slova. Slovo, které člověk sděluje, může pro něj konotačně něco představovat, a zároveň může něco trochu odlišného představovat pro posluchače. (Vybíral, 2005, s. 106 - 107). Ve verbální komunikaci je velmi důležitý také užívaný **jazyk** (Treznerová, Krejčíková, 2010, s. 30). Ten je podstatný pro správné porozumění si. Mnoho lidí má za to, že jakmile používáme stejný jazyk, nemělo by docházet k nedorozumění. Opak je však pravdou. Jak jsem zmínila výše každé slovo má pro různé lidi různý význam a proto v sociální práci tedy musíme určitou měrou počítat s tím, že klient nebo pacient, se kterým pracujeme, nemusí chápat určité výrazy stejně jako my. To může představovat určité komunikační úskalí, která bychom se měli snažit co nejvíce minimalizovat, a to častým ujasňováním, zda nám klient správně rozumí. Avšak dle Vybírala tyto komunikační rozdíly nemůžeme nikdy minimalizovat natolik, abychom se zcela shodli s posluchačem (Vybíral, 2005, s. 108). Užívání společného jazyka, pominu-li fakt, že klient či pacient může být jiné národnosti a hovořit jiným jazykem, v praktickém důsledku také představuje využívání odborného jazyka v komunikaci s člověkem, který tomuto odbornému jazyku nemusí plně rozumět. V sociální práci se tedy snažíme jednat s klienty na takové úrovni, abychom se co nejvíce přiblížili klientovi. Prakticky můžeme například nahrazovat odborná slova slovy z běžné řeči, která jsou všeobecně používána, aby užívané pojmy měly co nejbližší význam pro nás i pro posluchače. Takto se také můžeme přiblížit tzv. *sociocentrické mluvě*, když se snažíme “říci to, co chce/potřebuje druhý slyšet...takovým způsobem, aby mi rozuměl” (Vybíral, 2005, s. 109).

V neposlední řadě slovní sdělení mohou také ovlivňovat faktory jako rychlost a tón řeči, výška hlasu, výslovnost, intonace atd. Tyto další jevy se označují jako “**paralingvistické**” (Quisová, 2009, s. 29) a mohou dále ovlivňovat, jak posluchači naše sdělení vnímají.

**Neverbální komunikace** - zahrnuje veškerá další sdělení vyjma slov. Gesta, mimika, dotyky (odborně haptika), tón hlasu, postavení těla, vzdálenost od partnera (neboli proxemika), ale také styl oblečení, nebo rychlost řeči. Probíhá tedy hlavně skrze využívání pohybů těla. Neverbální komunikace podporuje verbální komunikaci, dokresluje sdělení, může i podpořit druhého k pokračování jeho sdělení, když naznačíme, že jej stále vnímáme, např. kýváním hlavy. Je třeba si dát ale pozor ve využívání různých gest v rozdílných zemích, mohou znamenat odlišná sdělení. Do neverbální komunikace se zahrnuje i vzhled jednotlivce. Může prozrazovat, z jaké kultury pocházíme, z jaké země, v jakém zdravotním stavu jsme a jak se cítíme, nebo jak o sebe pečujeme. (DeVito, 2001, s. 125-126)

Velkou měrou do neverbální komunikace přispívá mimika a oči. Skrze mimiku sdělujeme hlavně naše emoce, nálady, prožitky. Díky očnímu kontaktu můžeme sdělovat jak zájem, tak i nezájem o komunikaci s druhým. Dle DeVita záleží na délce, směru a charakteru pohledu (DeVito, 2001, s. 131), ale také na dané kultuře, jelikož intenzita očního kontaktu se může mezi kulturami lišit (Treznerová, Krejčíková, 2010, s. 37) Domnívám se, že mimika a oční kontakt spolu úzce souvisí. Jednak tím, že emoce jsou proječovány společně a dále také tím, že pozorujeme-li společníka, vnímáme výrazy očí i mimiky zároveň.

Dále můžeme také dělit komunikaci na **záměrnou a nezáměrnou**. Toto rozdělení spíše představuje dva póly, mezi kterými se pohybuje úroveň sdělování. Nakolik se verbální, neverbální, záměrná a nezáměrná komunikace doplňuje, závisí do určité míry na obsahu, ale také na tom, zda je tento obsah pouze sdělováním informací, nebo zda tento obsah člověk, který nám něco sděluje, emotivně prožívá (Janoušek, 2008, s. 218).

## **2.2 Sebepoznání, sebepojetí a vliv na komunikaci**

K vedení úspěšného rozhovoru je nezbytně nutné vnímat mnoho vjemů, které mohou ovlivnit jak rozhovor, tak nás samotné. Reagujeme nejen na vnější signály, ale i na naše vlastní, vnitřní. Signály vnějšími mám na mysli například komunikačního partnera (pacienta, klienta, přítele), prostředí a místo, téma rozhovoru, neverbální komunikaci. Naopak vnitřní signály představují naše vlastní pocity, vnímání, rozpoložení, únavu, bolest, nemoc, sympatie nebo antipatie k partnerovi. Toto prožívání definuje Motschnig a Nykl jako: “celek všech procesů, které se v nás odehrávají v určitém okamžiku, a jsme si jich vědomi nebo si je můžeme potenciálně uvědomit” (Motschnig a Nykl, 2011, s. 24) Dle A. Špačkové si vnímáním vnitřních pocitů “pěstujeme emoční inteligenci, která je pro mezilidskou vzájemnost důležitější než inteligenční kvocient.” (in Špačková, 2011, s. 16) Abychom se mohli lépe soustředit na ostatní a na jednání s nimi, měli bychom umět vnímat také sami sebe. Tím, že budeme vnímat náš vnitřní svět, budeme s ním v souladu a tomu také uzpůsobíme naši komunikaci, se staneme také srozumitelnější pro druhého. Soulad mezi vnitřním světem a vnější komunikací nazýváme dle Rogerse “kongruence” (in Motschnig a Nykl, 2011). Ta přispívá k lepšímu navázání vztahu s druhým člověkem, a protože jedním z cílů sociálního pracovníka je určitá forma partnerství při řešení problémů, je kongruence sociálního pracovníka velmi důležitá. Více kongruentními se můžeme stávat díky sebepoznání. To

definuje Jankovský takto: “Sebepoznání představuje určitý obraz, který má člověk o sobě samém.” Tento obraz tvoří jak fyzické uvědomění sama sebe, tak uvědomění své identity a “představ o sobě” i vztah k vlastní osobě (Jankovský, 2003, s. 58).

A. Špačková doporučuje se k sebepoznání dopracovávat skrze několik technik, které sama navrhuje. Zdůrazňuje, že je velmi důležité znát jak naše silné stránky, to jest to, co je pro nás typické, ale i ty stránky, které jsou skryté, nevnímáme je, ale jsou i tak naší součástí. Máme posilovat ty vlastnosti, které podporují dobré vztahy a komunikaci. K tomu doporučuje intrapersonální komunikaci, pozorování sebe sama a vnímání se formami uvolnění jako při meditaci nebo focusingu, sepsání svých vlastností a přemýšlení nad sebou a další (A. Špačková, 2011, s. 17-20). Motschnig a Nykl k tématu doplňují možnost kladení otázek sám sobě ve smyslu významů situací pro nás osobně, důležitosti, pocitů a hledání různých východisek (Motschnig a Nykl, 2011, s. 55).

### 2.3 Naslouchání

K dobré komunikaci nestačí jen slyšet, že nám někdo něco říká. Je třeba tento zvuk, toto sdělení vnímat poněkud specifitějším způsobem, věnovat mu pozornost, která nám pomůže lépe zpracovat slyšené. Poslouchání vyžaduje soustředění. Vyžaduje, abychom zvládli odfiltrovat ostatní rušivé elementy a soustředili se na to, co je v tuto chvíli důležité. Jenže je také umění rozlišit, co je vlastně tím důležitým. Pro nás může být důležité něco jiného než pro toho, koho posloucháme. Pokud si pouze vybereme z toho, co slyšíme to klíčové pro nás, pak se tento jev nazývá selektivním posloucháním. K tomu dochází velmi často, aniž bychom si to uvědomovali. Závisí na tom, jak nás téma/dotyčná osoba zajímá, jaký k ní máme vztah, úctu, zda se potřebujeme dozvědět jen něco určitého (co pak ve sdělení hledáme) nebo zda nám jde o rozhovor samotný. Na druhé straně ale stojí ten, který předpokládá, že vše, co nám říká, vnímáme a považuje to za důležité. Chce, abychom ho slyšeli, vnímali jeho rozpoložení, emoce, názor, vztah ke sdělenému. Vkládá důvěru a naději v to, že bude vyslyšen. Takové poslouchání, kterým se snažíme o vnímání celistvosti partnera, označujeme jako naslouchání. Nejde jen o slyšení slov, jde o to “slyšet co je za slovy”. Je to odlišné vnímání oproti selektivnímu poslouchání. Tam vybíráme co je **pro nás** důležité, při naslouchání se snažíme najít to, co je důležité **pro mluvčího** a porozumět tomu.

Pokud opravdu chceme porozumět člověku a jádru věci, kterou nám sděluje, je důležité umět vnímat i naše niterné pohnutky a pocity, které mohou ovlivňovat, jak druhého vnímáme. Pak

tyto pocity můžeme na chvíli odsunout a otevřít se naslouchání druhému (Motschnig a Nykl, 2011, s. 38). Tady opět rozlišujeme, co je v tuto chvíli důležitější - zda vnímání sebe sama nebo mluvčího. Komu chceme a věnujeme pozornost.

Dle DeVita má naslouchání pět možných funkcí, které jsou následující: *učit se, nacházet spojení, uplatňovat vliv, hrát si a pomáhat*. Učíme se skrze naslouchání poznávat druhé, svět, získávat informace a lépe se rozhodovat, a pokud se naučíme naslouchat sobě, pak i něco o sobě samém. Funkce nacházení spojení se váže k navazování vztahů. Pokud budeme naslouchat ostatním, staneme se pozornější k jejich sdělením, můžeme pak lépe nejen navazovat ale i udržovat vztahy. Při uplatňování vlivu míní DeVito možnost ovlivňování postojů druhých, kdy tvrdí, že “lidé více respektují a následují toho, kdo jim naslouchá a rozumí”. Formou hry se můžeme lépe zapojovat do zábavných aktivit lidí kolem nás (DeVito, s. 81). A konečně, pokud umíme efektivně naslouchat, můžeme tím i velmi pomáhat. Zvládneme vnímat a lépe porozumět do hloubky tématu. Pokud jeden cítí, že druhý naslouchá a více přemýšlí o sdělovaném problému, přináší mu to zpravidla úlevu.

Ze zkušeností v sociální práci v nemocnici mohu říci, že uplatňujeme v podstatě všechny funkce naslouchání. Učíme se poznávat pacienty a jejich potřeby, tím hledáme spojení mezi splnitelným z naší strany, čímž přispíváme k upevnění vztahu, uplatňujeme vliv, když vysvětlujeme pacientovi varianty řešení a snažíme se přesvědčit pacienta o těch vhodnějších pro jeho léčbu a sociální situaci, hrajeme si, když občas zlehčujeme situaci, vtipkujeme a snažíme se tak motivovat pacienta k uzdravení.

Dále DeVito rozlišuje pět fází (“procesů”) naslouchání. Jsou jimi: “*Příjem signálů, dešifrování, zapamatování, vyhodnocení a reakce*”. Tento proces se neustále opakuje. Příjem signálů není pouze o poslouchání sdělovaného, ale i o vnímání toho, co sděleno nebylo. V druhé fázi se snažíme o rozluštění sdělovaného, “pochopit myšlenky” a emoce. Ve třetí fázi si informace zapamatováváme, abychom s nimi později mohli dále pracovat. V tomto kroku DeVito zdůrazňuje, že si pamatujeme ne to, co jsme slyšeli, ale to co si “myslíme, že jsme slyšeli”, informace si ukládáme tak, aby pro nás byly srozumitelné. Poslední fáze, vyhodnocení informací, nám slouží k rozpoznání důležitosti sdělení, jak je můžeme využít, jak na ně v poslední fázi reagovat. Nějak se můžeme zachovat už při sdělování informace a nějak až po dokončení sdělení druhého. Reakce v průběhu sdělovaného by měly být dle DeVita vstřícné a dávat najevo zájem, jsou nazývané “zpětná vazba”. Chování po ukončení sdělení jsou promyšlenější, obvykle navazují naším sdělením reagujícím na sdělení prvního mluvčího. (DeVito, 2001, s. 82-86). Poslední fáze, tedy reakce na sdělení partnera skutečně

ukazuje, zda jsme mu správně porozuměli a naslouchali mu. V běžném životě totiž spíše narážíme na monology, kde se vzájemně sdělované informace spíše míjí, každý v páru mluví o svém tématu, která se nepotkávají. To pak narušuje komunikaci, člověk se cítí nevyslyšený a není uspokojen v sociálních kontaktech.

V kontaktu s pacienty se mi stává, že v rámci rozhovoru potřebuji získat určité informace v časové tísni své pracovní doby. Pak mám pocit, že se nedostává dostatek času pro aktivní naslouchání seniorovi, který na každou moji otázku naváže příběhem vážícím se k jeho zemřelému manželovi. V těchto situacích pak může docházet právě ke zmíněným míjejícím se monologům. Sociální pracovník se snaží dostat informace potřebné pro vyplnění žádosti na zařízení následné péče a pacient vypráví útržky ze svého života. Je zapotřebí informaci správně rozšifrovat. Naslouchat v těchto situacích neznamená si vyhledávat pouze informace pro mě důležité a ostatní vypustit, protože právě ty “ostatní” informace, jsou důležité pro pacienta samotného. Mohou mi jimi sdělovat jejich pocit osamělosti v domácnosti, nedostatečnou péči rodiny a navazující potřebu dalších služeb. Nebo se chtějí pouze vypovídat, zavzpomínat. Čas strávený v nemocnici je dlouhý, kontakt se sociálním prostředím omezený. Věnovat pacientovi část své pracovní doby může být velmi přínosné pro pacienta, i když pro sociálního pracovníka může znamenat větší časový tlak na další práci, která není spojená s přímou komunikací. Nakonec však znamená lepší spolupráci, navázání vztahu a důvěry v sociálního pracovníka, příjemnější prožívání nemocničního prostředí a léčby samotné. Tento nedostatek aktuálně vnímám u některých lékařů, kteří pacientovi nevěnují dostatek času na důkladné vysvětlení pacientovi diagnózy a dalšího postupu v léčbě. Pacienti jsou po té zmatení, nerozumí situaci, stává se pro ně nepříjemnou a nečitelnou, někteří nejsou motivováni k léčbě.

### **2.3.1 Aktivní naslouchání**

Aby bylo naslouchání efektivní, je třeba jej **přizpůsobit** každé individuální situaci. V sociální práci a vůbec ve všech pomáhajících profesích je naším cílem získat od klienta relevantní informace, se kterými budeme moci dále pracovat, ale také musíme umět přizpůsobit naše naslouchání sdělovanému problému a snažit se porozumět, jak tento problém vnímá klient. Jak na něj působí, jaké myšlenky v něm vyvolává, jak na základě daného problému jedná a současně musíme umět vyhledat zprávy, týkající se objektivních daností nebo událostí. Je to jako balancovat mezi dvěma odlišnými způsoby poslouchání. Empaticky se vcítit do druhého a pochopit, jak se může cítit a na druhou stranu být natolik vnímavý k objektivním

okolnostem, abychom dokázali posoudit, na čí straně se problém objevuje. Motschnig a Nykl dokonce uvádí, že “abychom byli skutečně efektivní, je nutné, aby aktivní naslouchání bylo hluboce zakořeněno v základních postojích posluchače... nemůžeme (ho) uplatňovat jako komunikační techniku” (in Motschnig a Nykl, 2011, s. 41).

Součástí naslouchání je i naslouchání toho, co není přímo sdělováno slovy, něco co jednotlivec nesdělí přímo, ale dává nám to najevo dalšími signály, mimo slova. Někdy takovému vnímání říkáme “čtení mezi řádky”, kdy umíme rozlišit mezi řečeným slovy a tím, co nám hovořící ukazuje svým chováním a vnímáním, neverbálními signály. Je třeba vnímat i tyto projevy. Může mezi nimi být shoda, ale mohou se také od sebe velmi lišit a někdy jít proti sobě. Pak je na nás, abychom tyto signály rozšifrovali a zareagovali na ně. Někdy toto neverbální sdělení může být i silnější, než to verbální. Například pokud mi kamarád bude říkat: “Jsem veselý a bavím se.” ale v obličeji bude mít velmi smutný výraz, nebude se moc projevovat a komunikovat s ostatními, navíc sedět v koutě místnosti, bude pro mě jeho chování výraznější a tudíž přesvědčivější než jeho slovní sdělení.

Předpokladem dobrého naslouchání je také naladění se na klienta a přijímání sděleného, odpoutání se od své potřeby často zasahovat do hovoru klienta a pozorně ho poslouchat. Naslouchající však nemá být pasivním posluchačem, ale aktivně dávat najevo, že ho téma zajímá a případně usměrňovat klienta v jeho vyprávění, aby neodbíhal od tématu nebo se zbytečně neopakoval (Gabura a Pružinská, 1995, s. 31). Umění nechat druhého mluvit je důležitou složkou komunikace, což obráceně pro posluchače znamená - nemluvit. Pro mnoho lidí je těžké se zastavit a skutečně vnímat, co nám druhý říká. V sociální práci to může být způsobeno například nedostatkem času, a proto chceme většinu informací sdělit pacientovi co nejdříve, předpokládáme, že víme, co pacient potřebuje vědět. Když necháme pacienta mluvit, můžeme se už od počátku dozvědět, co přesně potřebuje vědět, s jakým problémem se potýká. Může sdělovat své pocity, často jsou to pocity nejistoty spojené s nedostatkem informací od lékařů. Aktivním nasloucháním tyto pocity můžeme z pacienta “vycítit”, následně je verbalizovat a ponechat pacientovi prostor, aby také sám svoje emoce pojmenoval, zvědomil si je. S tím souvisí i práce s tichem a pomlkami. Často neumíme ponechat chvíli ticha pacientovi, který právě zpracovává informace a přemýšlí o situaci. Může jít o situace, kdy pacient získal nějaké závažné informace o svém zdravotním stavu, či někdy omezených možnostech řešení sociální situace a tyto informace a pocity vzlínající z takových informací potřebuje vstřebat. Neschopnost práce s tichem může být způsobena mnoha proměnnými. Jednak se domnívám, že práci s tichem nás nikdo neučí. Ani jako obyčejní lidé se



nesetkáváme často s prostorem pro ticho. V situacích, které jsou náročné, spíše dostáváme rady, utěšování, zlehčování situací a komentáře typu “to bude zase dobré” nebo “rozumím, jak se cítíte”. Za druhé, vyčkávání na zpracování emocí u pacienta může i v nás samotných vyvolávat různé ne příliš příjemné pocity. Jsme nejistí, je nám nepříjemně, úzko, můžeme prožívat emoce společně s pacientem. Nicméně je vhodné takový prostor pacientovi ponechat, jakmile totiž svoje prožívání takříkajíc “ustojí”, zklidní se, je opět otevřený k vnímání nových informací, které by měl znát či vědět.

Zájem může člověk dávat najevo jak verbálně, např. parafrázováním, dotazováním, citoslovci jako „hm“, přitakáním, ale také neverbálně, kýváním hlavou, nakloněním se mírně k mluvčímu, očním kontaktem (Gabura a Pružinská, 1995, s. 31).

Dle shrnutí DeVita znamená aktivní naslouchání “vyjádření vlastního chápání sdělení jako určitého významového celku”. Tím dáváme jak zpětnou vazbu vypravěči, že ho vnímáme, ujasňujeme si, že mu rozumíme a chápeme, co to znamená, že přijímáme jeho pocity, které zpětně může mluvčí reflektovat a zkoumat (DeVito, 2001, s. 90).

### **2.3.2 Tři techniky aktivního naslouchání**

#### **2.3.2.1 Parafráze**

Neboli zopakování sděleného svými vlastními slovy. Tato technika je velmi vhodná při vyjasňování toho, co mluvčí řekl. Slouží k lepšímu porozumění. Parafrázování je v práci sociálního pracovníka velmi potřebné. V komunikaci s pacienty jej užíváme často, jelikož se zde setkáváme s různými skupinami lidí, každý komunikuje svým vlastním způsobem, a pro nás je velmi důležité mu správně porozumět. Tuto techniku využívám také k navázání dobrého vztahu s pacientem. Tehdy, když pacient cítí, že se jeho pocitům snaží někdo porozumět, slyší je a dá tím najevo, že jeho pocity jsou v pořádku, získá jistotu více o sobě hovořit a sdělit i citlivé informace, které mohou být pro další práci velmi důležité. Také je vhodná v situacích, kdy máme pocit, že nám pacient nesděluje kompletní informace, něco zastírá, za něco se stydí a nechce o tom mluvit, nebo přímo lže. Také parafrázováním a doptáváním můžeme přijít na to, že pacient, který se jeví naprosto orientovaný, je ve skutečnosti zmatený.

#### **2.3.2.2 Vyjádření pochopení pro pocity druhého**

Velmi úzce souvisí s parafrázováním a již jsem tento pojem částečně vysvětlila výše. Využíváním obou technik zároveň nám umožňuje lepší navázání vztahu, uklidnění člověka v

jeho situaci, reflektování jeho prožívání. Někteří pacienti jsou rozrušení, jiní nemají dostatečné informace o jejich zdravotním stavu a cítí se nejistí ve své budoucnosti. Reflektování těchto pocitů je často uklidní, společně s vysvětlením, kde mohou najít odpovědi (DeVito, 2001, s. 91).

Pocity reflektujeme nejlépe přímo verbalizováním. Tím, že je pojmenujeme, se stanou více konkrétní. Nabízíme tím pacientovi možnost uvědomit si, zda situaci opravdu prožívá tak, jak se nám - posluchačům jeví. Pacient má možnost souhlasit s námi pojmenovanými pocity, nebo je více uvést na pravou míru. Například když se nám zdá pacient rozčilený, protože lékař není sto si udělat dostatek času, aby mu vysvětlil jeho diagnózu či další postupy léčby. Konfrontujeme pacienta s tímto pocitem, pak může jak pro sebe tak i pro nás uvést na pravou míru, že není rozčilený, ale jedná na základně nejistoty, strachu z dalšího průběhu, zlobí se na situaci, ne na nás.

### **2.3.2.3 Kladení otázek**

Je důležité pro podporu rozhovoru, získávání dalších informací, ukazuje náš zájem o sdělované, a díky otázkám získáváme další informace (Špačková, 2011, s. 75). Otázky pomáhají rozvíjet rozhovor. Standardně se uvádí několik typů otázek, Špačková poukazuje hlavně na otázky otevřené, uzavřené a bilanční. Poslední typ otázky je vhodný v situacích, kdy mluvčí sděluje informace neuspořádaně, posluchač by si měl celé sdělení vyslechnout, po té nejdůležitější informace shrnout a připojit navazující otázku, která jej přiblíží k celkovému porozumění (Špačková, 2011, s. 77).

Otázky zaměřené do budoucnosti mohou pacientům pomoci představit si, jak bude vypadat jejich budoucnost s omezením nemocí nebo kam se mohou dopracovat, pokud budou dodržovat léčbu či správně rehabilitovat. Tyto otázky pak působí motivačně, nutí pacienty plánovat, uvědomit si, že pokud nemoc/úraz bude mít následky, pak musí pacient změnit i svůj postoj k životu, zajímat se o možnosti využití dávek, eventuálně kompenzačních pomůcek, nabídky služeb. Např. u pacientů po úrazech páteře, kdy může být prognóza úplného ochrnutí, je třeba se již za doby hospitalizace orientovat do budoucnosti. Je zapotřebí, aby pacient získal dostatek informací o poskytovaných službách a dávkách. Aby takové informace udržel v paměti, je třeba jej motivovat k tomu, aby jej zajímala budoucnost a jeho možnosti uplatnění i s jeho zdravotním omezením.

Publikace pojednávající o práci sociálního pracovníka nabízejí celou škálu otázek, na které se sociální pracovník může zaměřit a dostat se tak dále v dojednávání zakázek řešení problémů

klientů. Většina z nich je však zaměřena na situaci, kdy klient přichází za sociálním pracovníkem s problémem, který se má řešit. V sociální práci v nemocnici ale přicházíme do styku s pacientem v trochu jiném kontextu. Pacient přichází (nebo je přivezen) primárně za lékařem, jeho sociální záležitosti jsou v akutní fázi nemoci vedlejší. Je ve své samostatnosti často omezen - hospitalizací, odkázaností na pomoc druhého. V rámci hospitalizace nebývá dostatek času na řešení sociální situace, často je třeba, aby byli angažováni členové rodiny více, než byli kdykoliv předtím. Můžeme tedy některých typů otázek využít spíše sporadicky, např. měřicí otázky, zázračné otázky apod.

Gabura ještě upozorňuje na nedostatek soustředění při rozhovoru, kdy pracovník vnímá pouze část sdělovaného, informace si vybírá (selektivní poslech), které jsou dle jeho pohledu podstatné, a nerespektuje vnitřní pohled klienta. Při takovém poslechu si pracovník vybere ty informace, které zapadají do jeho koncepce předkládaného problému, a vynechává pohled klienta, což může vést k nenaplnění potřeb klienta a ukončení spolupráce. Stejně tak ale upozorňuje, že ke stejnému výběru informací může docházet i ze strany klienta, který si ze sdělení pracovníka vybere pouze informace, které považuje za nosné v jeho předpokládaném řešení situace a ostatní vytěsňuje (Gabura a Pružinská, 1995, s. 31). Stejnou zkušenost vytěsnění informací vnímám sama při poradenství pacientům. K vytěsnění také dochází, pokud je situace pro klienta psychicky náročná ke zpracování, pak těžké informace, např. týkající se jeho zdravotního stavu a negativních prognóz, jsou často vytěsňeny a pacient je nepřijme.

## 2.4 Efektivní komunikace

Jaká je efektivní komunikace či rozhovor?

Stručná odpověď na otázku by byla, že je to takový rozhovor, kde jsme si plně porozuměli, oba účastníci komunikace vědí, co mají případně dělat, získali jsme všechny potřebné informace, navázali jsme vstřícný vztah, ve kterém se cítíme bezpečně a jsme otevření. Vymětal zdůrazňuje, “že nejdůležitější není to, **co** sdělujeme, ale **jak** to sdělujeme, **jakým** tónem hlasu a jak se u toho tváříme a chováme. Pocity jsou při rozhovoru důležitější, než skutečný obsah sdělení.” (Vymětal, 2008, s. 122), jinými slovy způsob sdělování je to, co nás dělá autentickými a kongruentními.

Úlehla uvádí čtyři základní pravidla, která platí pro navazování kontaktu s klienty, a pokládají základ, dle mého názoru, efektivní komunikaci v sociální práci, protože tato komunikace se

vyskytuje v kontextu určitých situací, kde je zapotřebí jednak domluvy a jednak konání. Jsou jimi:

- být vstřícný
- být si vědom svého služebného postavení
- soustavně objasňovat vlastní pozici
- přebírat starost jen tam, kde není zbylí (Úlehla, 1999, s. 46.)

V oblasti zdravotnictví vnímám tyto podmínky jako stejně důležité jako kdekoliv jinde. Dnes mají zdravotničtí pracovníci velmi mnoho úkolů navíc souvisejících s blahem a péčí o pacienta. Je známou informací, že zdravotníků je málo a jsou prací přetížení. Pak se pacient, který očekává jistou úroveň zacházení, úctu a respekt k jeho potřebám naopak může setkat s unavenou sestrou, která není schopna plnit všechny potřeby pacienta včetně vstřícné komunikace. Sociální pracovník reflektující takovou situaci může pak k pacientovi přistupovat vstřícně s nabízenou pomocí. Musí neustále objasňovat svoji pozici, protože pacienti či rodiny někdy očekávají kompetence nebo odpovědi, jež pracovníkovi nepřísluší. Tak se setkáváme s otázkami na dobu a průběh léčby - což je otázka pro lékaře, nebo s prosbami o převázání rány, či zajištění toalety. Ve všech situacích se pak pracovník musí citlivě vyhranit, avšak s důrazem na nesnižování důležitosti potřeb pacienta, ale vzhledem ke kompetencím sociálního pracovníka, který není lékařem, ani ošetřovatelem. Má specifickou pozici, která by neměla zasahovat do pozic ostatních pracovníků a to minimálně z důvodů léčebného a ošetrovatelského procesu, který nemá být narušený neznalostí pracovníka v ostatních oblastech. Konečně nepřebíráme veškeré starosti pacientů, kteří i přes určité zdravotní omezení jsou stále svobodnými, svéprávnými a zodpovědnými bytostmi a mají tak mít možnost rozhodovat o svém dalším osudu, kde my nabízíme pomoc. Navíc mohou využít svých rodinných příslušníků, zapojit je do procesu řešení nastalé situace.

Dle M. Lackové je umění správného rozhovoru ve zdravotnické praxi takové, které vede k sebrání dostatku informací od pacienta - minulosti, díky které je u lékaře, správného vyšetření, zjištění jaké jsou jeho potřeby a očekávání od návštěvy, a zároveň porozumění pacienta tomu, co se s ním bude dít, jak by se měl chovat dle léčebného plánu a co může dělat v případě, pokud se objeví nějaké komplikace. Pro lékaře je základní dovedností (M.Lack, 2012, s. 39). V sociální práci se také setkáváme denně s problémy klientů/pacientů, kteří přicházejí se specifickými očekáváními a je na pracovníkovi, jak dobře se mu podaří identifikovat tyto potřeby a očekávání, jak stanoví společně s klientem plán postupu a tak bude oběma jasné, jaký je další krok a co dělat v případě překážek či komplikací.

Roger Neighbour vytvořil model komunikace, kde stanovil kontrolní otázky pro zdravotníka, aby byl rozhovor pro zdravotníka i pacienta co nejvíce efektivní. Rozděluje jej na pět částí:

- **navázání kontaktu s pacientem** - je fází, kdy zdravotník “jedná, poslouchá a pokládá otázky tak, jak je pacient schopen odpovídat a mluvit o tématu.”
- **sumarizace** - zdravotník sumarizuje, co se dozvěděl a kontroluje si správné porozumění.
- **předání** - fáze, kdy zdravotník diskutuje s pacientem plán péče a oba souhlasí s dalším krokem.
- **bezpečné sítování** - zdravotník zjišťuje, zda nebyla vynechána nějaká informace v rozhovoru - další činitel, který je nutno zvážit. Také projednává problémové situace (např. zhoršení stavu) a co dělat.
- **hospodaření** - kontrolní bod pro zdravotníka, kdy na konci rozhovoru kontroluje, zda bylo vše potřebné projednáno. Po rozhovoru je důležitý čas na obnovení sil zdravotníka pro další rozhovor. (Neighbour in M. Lack, 2012, s. 42)

Domnívám se, že v praxi je takový postup použitelný i pro sociálního pracovníka. Fáze úspěšného rozhovoru jsou identické. Vedou k dobrému porozumění problému pacienta, vždy je třeba stanovit plán, dle kterého se bude postupovat, aby bylo jasné, co bude následovat. Pendleton přidává možnost pro pacienta vybrat řešení z navržených plánů zdravotníka (Pendleton in M. Lack, 2012, s. 43). Je třeba jisté evaluace, která povede ke kontrole, zda bylo projednáno vše podstatné. Dle Neighboura je také důležité sledovat i neverbální složku komunikace pacienta - jeho pocity a projevy během takové komunikace a případně na ně reagovat (Neighbour in M. Lack, 2012, s. 43). Způsob provedené konzultace vede pacienta k odpovědnějšímu přístupu k léčebnému postupu, jeho zapojení v rozhodování na postupu léčby je pro něj důležité v celém procesu (M. Lack, 2012, s. 44)

Pro efektivní dorozumívání je také dobré snažit se minimalizovat možné bariéry komunikace, které mohou být jak v prostředí (např. hluk, přítomnost třetího, nepříjemné prostředí), ale také mohou být v samotném jedinci, který něco sděluje. Mohou pramenit z nepřipravenosti na rozhovor, nervozity či strachu, nebo nedůvěry, ale mohou to být i takové, které bychom se měli snažit vědomě v sobě odstranit, jako předsudky a stereotypy, skákání do řeči, neúcta, nesoustředěnost (in Mikuláščík, 2010, s. 36-37). “Stereotypy jsou formy iracionálně založeného posuzování jednotlivců, skupin, národů.” (W. Lippmann in Mikuláščík, 2010, s. 67) Ty si vytváříme na základě určitých projevů ostatních jedinců, které přiřazujeme do skupin s podobnými vlastnostmi (které mohou být nepřesné) a přizpůsobujeme k daným

stereotypům i vlastní chování. Některé stereotypy jsou ukotvené v celé společnosti (např. vůči menšinové rase). Stereotypy se mohou časem i měnit, se změnou postojů, politickou situací apod. (Mikuláščík, 2010, s. 67-68). Se stereotypy se dá pracovat při sebepoznávání. Můžeme je vnitřně odhalovat, přetvářet. Uvědoměným pozorováním svého chování a myšlenek vůči lidem, snahou poznávat více určitého člověka, nenechávat se strhnout prvním dojmem nebo označením člověka (např. bezdomovec - stereotypním pohledem může představovat člověka, který nechce pracovat, očekává, že mu bude poskytnuta pomoc bez nutnosti jeho aktivního zapojení).

#### **2.4.1.1 Komunikační zátarasy**

Nejen při obvyklém rozhovoru se setkáváme s komplikacemi, které komunikaci ztěžují, problematizují. Označují se jako komunikační zátarasy. Jak jsem již výše zmínila, klient či pacient potřebuje cítit náš zájem o jeho osobu. Pokud se budeme snažit mu naslouchat, vnímat jej a využívat technik dobré komunikace, můžeme se vyhnout těmto zátarasům. T. Gordon, citovaný Úlehlou pojmenoval tyto zátarasy:

- příkazování, vyžadování
- varování a strašení,
- moralizování, kázání,
- dávání rad a návodů
- poučování, argumenty,
- souzení, kritika, obvinění
- pochlebování, výčitky,
- posměch, dávání jmen
- interpretování, analýza
- uklidňování, soucit,
- zjišťování, výslech,
- přerušování, nezáměr. (T.Gordon in Úlehlá, 1999, s. 54)

#### **2.4.1.2 Komunikační šum**

Představuje všechny rušivé vlivy, které se mohou vyskytovat v komunikaci. Může jím být hluk v prostředí - ten nedokážeme vždy eliminovat. Může jím být naše vnitřní nastavení na sdělení (nesoustředěnost), porozumění sdělení (odborným pojmům), či omezení fyzická (nedoslýchavost) a konečně také odlišně pochopené významy slov.

### **3 Kompetence sociálního pracovníka nebo zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici**

#### **3.1 Vzdělání**

Oblast vzdělání sociálních pracovníků rozlišuje mezi sociálním pracovníkem a zdravotně-sociálním pracovníkem. Tento rozdíl je dán odlišným zařazením pracovníků pod dvě ministerstva - Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví. Zde tedy dochází k určitému protknutí profesí, jelikož, jak už odborný název vypovídá, je třeba, aby zdravotně-sociální pracovník byl vzdělán v obou oborech.

Vzdělání sociálního pracovníka se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v části osmé, hlavě první jsou ustanoveny podmínky, po jejichž splnění může být vykonáváno povolání sociálního pracovníka (zákon č. 108/2006 Sb.). Sociální pracovník může být zaměstnán v nemocnici a vykonávat sociální práci, nicméně je pracovníčně zařazen jako “jiný odborný pracovník” a musí dle zákona pracovat “pod odborným dohledem” pracovníka, který může vykonávat práci bez odborného dohledu (zákon č. 96/2004 Sb. Hlava III, § 43, (2)).

Oproti tomu zdravotně-sociální pracovník se řídí dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), kde je stanoveno dle §10, že zdravotně-sociální pracovník musí mít minimálně vyšší odborné vzdělání v oboru zdravotní sestra, nebo absolvovat akreditovaný kurz zdravotně - sociálního pracovníka a mít vzdělání sociálního pracovníka (zákon č. 96/2004 Sb.). Tyto kurzy jsou akreditované Ministerstvem zdravotnictví. V současné době je akreditován pouze jeden kurz “Zdravotně-sociální pracovník”, který organizuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Zdravotně-sociální pracovník má pak podle výše zmíněného zákona také povinnost celoživotního vzdělávání dle §53, formy tohoto vzdělávání upravuje následující paragraf, který jmenuje:

- a) specializační vzdělávání,
- b) certifikované kurzy,

- c) inovační kurzy v akreditovaných zařízeních...
- d) odborné stáže v akreditovaných zařízeních...
- e) účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích...
- f) publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu,
- g) e-learningový kurz,
- h) samostatné studium odborné literatury. (zákon č. 96/2004 Sb., §54)

Do celoživotního vzdělávání se však řadí také zvyšování kvalifikace studiem na vysokých školách v navazujících programech. “Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se prokazuje na základě kreditního systému.” (zákon č. 96/2004 Sb., §54) Počet kreditů určuje dále zákon v § 67 odst. (2) b), a je to 40 kreditů. Získání daného počtu kreditů je podmínkou pro získání “osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle hlavy VI” zákona č. 96/2004 Sb. (zákon č. 96/2004 Sb., §54, odst. 8)

### **3.2 Kompetence sociálního pracovníka v nemocnici**

Vycházejí především z vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zde jsou vyjmenovány v odstavcích a) - h) a patří mezi ně: prevence a depistáž pacientů potřebujících pomoc, provádění sociálního šetření, sestavování plánu psychosociální intervence, zajišťování poradenství ve vztahu k onemocnění či následkům, účastnit se integrace pacientů, podílet se na přípravách a organizaci rekondičních pobytů, podílet se na přípravě pacientů k propuštění a zajistit další péči a služby, v případě úmrtí provádět poradenství pozůstalým či zajistit záležitosti spojené s úmrtím (např. sociální pohřeb). Dále má oznamovací povinnost dle trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. Tato oznamovací povinnost se uplatňuje jak v oblastech trestních činů zneužití dítěte či týrání svěřené osoby.

Velkou část práce tvoří poradenství v různých sociálních oblastech, proto se mu budu věnovat detailněji dále.



### 3.2.1 Poradenská činnost

Velká část sociální práce ve zdravotnickém zařízení je tvořena poradenstvím. Do nemocnice totiž přichází lidé s akutními či chronickými zdravotními problémy, a často se nacházejí i v komplikovaných sociálních situacích, které mohou předcházet vzniku zdravotních problémů, vznikat se zhoršením či změnou zdravotního stavu nebo jako důsledek komplikací spojených se zdravím. Tak se setkáváme s rozličnými sociálními problémy pacientů od ztráty zaměstnání či výdělečné činnosti v důsledku zhoršeného zdravotního stavu, či vzniku potřeby pečovat o starého člověka v rodině, který se již dále o sebe postarat nedokáže, přes problémové rodiny, které zanedbávají péči o dítě a konče lidmi handicapovanými v důsledku dopravních nehod, progresivních nemocí nebo náročnou léčbou jiných chorob. V takových případech pacienti hledají pomoc a radu, jak se v takových situacích chovat, co a kde zajistit a domluvit, jak se rodina může postarat o postiženého člena a zároveň, jak zlepšit situaci samotného pacienta. Z výčtu nejen zdravotních problémů pacientů, se kterými zdravotně-sociální pracovník přichází do styku, je patrné, že je zapotřebí se orientovat v mnoha oblastech, zákonech a službách, které mohou pomoci pacientovi se posunout dál v řešení jeho specifického problému. Širokou problematiku je velmi náročné obsáhnout detailní znalostí, jelikož každý pacient přichází s odlišným problémem, z odlišného sociálního prostředí. Z tohoto důvodu mívají pracovníci při velkých nemocnicích rozděleny kliniky a oddělení, a tím alespoň trochu zúží rozmanité pole možných problémů pacientů. Nicméně ani takto není vyloučeno, že se pracovník nesetká s problémem, který dosud neřešil.

Domnívám se, že nejlepší variantou pro pacienta a jeho rodinu je situace, kdy mohou všichni příslušníci zapojeni do řešení situace dostat základní poradenství již na místě, kde se dotyčný léčí, jinými slovy, zde tráví veškerý čas hospitalizovaný na lůžku a rodina či další pomáhající za pacientem dochází. Z tohoto důvodu, tedy že pacient není většinou schopný se dostavit na nějaké určité místo, probíhá poradenský proces přímo v nemocnici, na oddělení, kde se pacient léčí, nebo nejčastěji přímo na pokoji pacienta u jeho postele. Poskytuje se jak pacientovi, tak jeho rodině, případně dalším zúčastněným, známým a pečujícím, kteří se podílejí na pomoci pacientovi.

V prostředí nemocnice musí část poradenství zajistit sám lékař, který pacienta léčí. Spočívá ve vysvětlení a popsání zdravotního stavu pacienta, popsání prognózy, dalšího postupu léčby, možných komplikací a možností, jak se pacient má chovat, jak se zapojit do procesu léčby. Avšak s dalšími oblastmi, které mohou souviset s řešením pacientovi situace, lékař často

nemá kapacitu pomoci, nebo mu jsou již další oblasti vzdálené a v těchto případech je pak nutné nastoupit s poradenstvím sociálním. To provádí sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník, stále na půdě zdravotnického zařízení.

Základní poradenství v nemocnici spočívá v poskytování informací, které jsou nezbytné pro akutní řešení situace pacienta. Vzhledem k tomu, že ve většině případů hospitalizací pacientů nebývá pobyt pacienta delší než několik dní nebo týdnů, nemá sociální pracovník prostor pro dlouhodobé provázení pacienta při řešení sociální situace, jelikož propuštěním pacienta domů nebo přeložením do dalšího zdravotnického či nezdravotnického zařízení provázení pacienta zpravidla končí a ten se pak musí spoléhat sám na sebe nebo na další pomoc navazující organizace. Poradenství sociálního pracovníka se musí tedy orientovat na základní “ted’ a tady”, nebo do blízké budoucnosti. Je žádoucí řešit nastalé problémy rychle, komunikovat s rodinou či pacientem přesně tak, aby těmto osobám bylo jasné, jak postupovat. V některých situacích se samozřejmě pomoc pracovníka nevztahuje jen na poradenství, ale i na konkrétní kroky pomoci. Například na podání žádostí o sociální dávky, žádostí do zařízení zdravotní péče nebo pobytových zařízení, kde bude o pacienta postaráno nejen kvůli jeho zdravotním problémům, ale i z hlediska jeho sociální situace. Při dlouhodobých hospitalizacích se sociální pracovník snaží o doprovázení pacienta při léčbě, také zprostředkovává spolupráci s dalšími organizacemi a úřady, podporuje rodinu, kontaktuje navazující služby.

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. se definuje poradenství na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. První zmíněné se musí poskytovat ve všech zařízeních poskytující sociální služby, druhé zmíněné pouze ve specializovaných poradnách. Protože v rámci nemocnic nejsou specializované poradny, které by se zaměřovaly na určitou problematiku, pak zdravotně-sociální pracovník v zásadě poskytuje základní poradenství. Nicméně v praktické rovině je tento proces specificky odborný, jelikož je zaměřený na témata sociálně zdravotnická, tedy jakýsi průsečík, mezi ryze sociálními problémy a problémy se zdravím.

### **3.2.2 Poradenský rozhovor**

Poradenský proces je specifikován “jako profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků.” (in Mojžíšová, 2008, s. 14).

Odborníci z pomáhajících profesí definují kostru správného poradenského procesu, která sestává např. dle McMahona z:

1. navázání kontaktu
2. shromáždění informací a popisu problému a jeho hodnocení
3. stanovení cílů, plánů jednání, intervencí
4. vlastního průběhu řešení, uskutečnění intervencí a smíření se s okolnostmi, které nelze ovlivnit
5. zpětné vazby, zhodnocení průběhu a závěru

(McMahon in Matoušek, 2003, s. 89)

Tento proces probíhá i při poradenství v nemocnici. Často však bývá většina kroků obsažena a splněna již v prvním setkání s pacientem či rodinou, jindy je třeba více setkání než se podaří dosáhnout stanoveného cíle zakázky pacienta.

K navázání kontaktu s pacientem dochází asi nejčastěji tehdy, pokud ošetřující lékař shledá potřebným, aby s daným pacientem byla navázána spolupráce, a následně sociálního pracovníka osloví. Často již v tomto oslovení lékařem je obsažena i zakázka, jelikož lékař doporučuje další postup v léčbě, který se promítá i do řešení sociální situace. Např. zakázka lékaře může být poskytnutí poradenství ohledně sociálních služeb pro seniory, pokud se domnívá, že senior již nebude schopen se o sebe v domácím prostředí postarat sám. Jindy může dojít k navázání kontaktu na přání samotného pacienta, kdy může pracovníka oslovit na oddělení, či jeho rodiny, která se chce podílet na řešení problému.

Ke shromáždění informací slouží anamnéza pacienta, která bývá již částečně odebrána již při přijetí pacienta, nicméně je zapotřebí získat ji i od samotného pacienta. Ten totiž, často kusé informace, doplní komplexněji, případně se další informace získávají od rodiny.

Stanovení cíle vychází jak ze zakázky lékaře, je-li zapotřebí zajištění navazující zdravotní nebo sociální služby, tak ze zakázky pacienta či rodiny. Na řešení se podílí pak sociální pracovník, pokud možno ve spolupráci s rodinou i lékařem.

Ke zpětné vazbě může docházet již v průběhu léčby, kdy je v kontaktu sociální pracovník s lékařem, který by měl být informovaný o dosažení cílů řešení nebo se na nich také podílí. V mé praxi se však nesetkávám pravidelně se zpětnou vazbou po ukončení spolupráce s pacientem, k čemuž vedou různé důvody. Mezi ně často patří propuštění nebo přeložení pacienta, kdy zkrátka není další možnost kontaktu.

### 3.2.3 Čas věnovaný poradenství

Kolik času je věnováno pacientovi? Tato otázka je důležitá z hlediska efektivnosti práce a poradenství, které je věnováno individuálnímu pacientovi v jeho situaci. Sociální pracovníci pracují standardně s několika pacienty, kteří jsou aktuálně hospitalizováni a čas hospitalizace bývá krátký, někdy velmi krátký pro adekvátní realizaci pomoci. O délce hospitalizace vždy rozhoduje ošetřující lékař, který musí indikovat potřebu dalšího pobytu nebo jeho ukončení. Sociální pracovník tedy musí nutně umět **zacházet s časem**, který mu je poskytnut.

Ideální situace nastává, kdy lékař identifikuje u pacienta jeho sociální problém již v začátku hospitalizace a přizve sociálního pracovníka k řešení problému již od začátku jeho hospitalizace, tedy může se řešit jak zdravotní stránka tak sociální. V takové situaci mívá pracovník relativně dostatek času na poskytnutí komplexního poradenství, a případně podniknutí dalších kroků pomoci. Takový stav však nenastane vždy, někdy se pracovník o potřebě pacienta dozví až v průběhu jeho hospitalizace, není však výjimkou, kdy se předkládá problém až těsně před propuštěním pacienta a pracovník se tak dostává do časové tísně a musí na situaci reagovat rychle.

Ján Gabura a Jana Pružinská doporučují v počátečním kontaktu s klientem upozornit jej na čas, který mu můžeme věnovat a plánování časových úseků poradenského procesu (Gabura a Pružinská, 1995, s. 28). Informace pro pacienta o objemu času, který mu aktuálně můžeme věnovat je podstatná, vzhledem k tomu, že pacient či jeho rodina jsou často nuceni se rozhodovat, zaujmout nějaké postavení nebo pomoci s řešením. Jak již bylo zmíněno výše, čas, který pacient v nemocnici stráví, nebývá dlouhý, na druhou stranu rodina ani pacient často nevnímají délku pobytu v nemocnici za podstatnou, a je pochopitelné, že mají obavy, aby hospitalizace pacienta nebyla příliš krátká a dotyčný dostal adekvátní péči. Sdělení o časové dotaci by tak mělo být důrazně sděleno již na začátku spolupráce s rodinou a pacientem, jelikož se vztahuje jen na dobu jeho hospitalizace.

Základní poradenství a představení sociálního pracovníka probíhá při prvním setkání s pacientem, kdy je mu vysvětleno proč pracovník přichází, co bude náplní společné práce a jak by se mělo postupovat. Tento proces může proběhnout ale i telefonicky, v případě, že pacient není schopný vnímat pracovníka a nejrychlejší spojení s rodinou tak bývá přes **telefonní kontakt**. Zde již může zaznít informace o časovém prostoru, kterou informujeme rodinu, jak intenzivně je třeba se věnovat řešení.

Stává se, že hospitalizovaní pacienti ztrácejí pojem o plynutí času. Domnívám se, že je to způsobeno změnou prostředí a náplní volného času, která je velmi omezená, což potvrzuje i názor Kapra a Koukoly (in J. Kapr a B. Koukola, 1998, s. 45) V těchto situacích mají především starší a geriatričtí pacienti zvýšenou potřebu kontaktu, a tendenci více zabíhat v konverzaci k nepříliš důležitým tématům, které nesouvisí s problémem. Podstatné informace nesdělují popořadě, ale spíše v rámci zdlouhavého vyprávění. Tehdy se těžko ohraničuje časový prostor. Ten musí být úměrný k získání nosných informací a tak se může rozhovor prodlužovat.

Dále je zapotřebí poskytnout co možná nejvíce komplexní informace o tom, co je třeba s pacientem řešit a proč, jak dlouhý bude časový úsek a kolik času musí být věnováno řešení určitému problému, který přichází řešit sociální pracovník, případně co může udělat sám pacient či rodina. Často nemají pacienti náhled na situaci, je pro ně nová a nemají přehled o tom, co je třeba všechno řešit. Jejich představy končí u hospitalizace a poslouchání nepsaných pravidel oddělení, ošetřování a léčení dle sdělení lékaře. O dalším postupu více přemýšlejí příslušníci rodiny, kteří se podílejí na plánování další péče o člověka zasaženého nemocí. Ti však nemívají dostatečně ucelené informace. Je tedy třeba všem zúčastněným darovat dostatečný prostor k tomu, aby získali všechny podstatné informace, které potřebují pro řešení situace. K tomu v běžné praxi stačí rozhovor mezi sociálním pracovníkem, pacientem a rodinou, ideálně pokud se jedná v okruhu všech zainteresovaných, nicméně pokud některá ze stran není přítomna - např. pacient není orientovaný, nebo naopak nemá rodinu, je třeba se spolehnout pouze na jednu stranu, která v tomto případě spolurozhoduje o dalším postupu. K dostatečnému "proškolení" zúčastněných stran se přiklání i J. Kapr a B. Koukola (in J. Kapr a B. Koukola, 1998, s. 45). Je třeba, aby pacient i rodina byli informováni o situaci, věděli, na co se mají připravit, časové horizonty, jaké jsou další varianty řešení situace a co může nastat. Protože je často rodina aktérem, který se podílí na další léčbě či doléčení pacienta v domácím prostředí, musí se v dnešní době, kdy děti geriatrických pacientů jsou plně vytíženy zaměstnáním a nemají tak dostatek času se věnovat péči o nemocného člena rodiny, předem připravit na možné varianty řešení. Toto platí i pro informace o zdravotním stavu, které poskytují lékaři. Setkávám se však s pacienty, kteří o stavu svého zdraví mnoho nevědí, ptají se tak sociálního pracovníka na lékařské informace, který nemá kompetenci ani odbornost, aby takové informace poskytl. V tomto případě nezbyvá než poučit pacienta o jeho právu na informace a podpořit jej v dotazování se směrem k lékaři, z nějž mají respekt a někdy se bojí zeptat (Práva pacientů, online na mvcr.cz). Na důležitost rozhovorů mezi lékařem a pacientem klade důraz i Maguire a Pitceathly, kteří poukazují na schopnost

lékaře, či zdravotnického pracovníka s pacientem komunikovat tak, aby zjistil jeho co nejpřesnější potřeby v rámci úzdravy a předal mu i možnost podílet se na zotavení svým chováním a dalšími rozhodnutími (Maguire a Pitceathly in M.Lack, 2012, s.40) Dostatečná informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu, rizicích a dalším postupu v léčbě je důležitá pak i pro sociálního pracovníka, který staví další práci na této základní informovanosti. Ve stejné míře však musí sociální pracovník informovat pacienta o možnostech ve vztahu k jeho sociální situaci. Tedy, dostatečná informovanost pacienta je velmi důležitá v rovině lékař - pacient - sociální pracovník, informace jsou vázány na další a ovlivňují rozhodnutí pacienta a jeho spolupráci na léčbě.

### **3.3 Specifika v komunikaci sociálního pracovníka**

Jednání sociálního pracovníka se nevztahuje pouze na pacienty. Jelikož by měl být i součástí zdravotnického týmu, podílejícího se na celkové úzdavě pacienta, je zapotřebí, aby aktivně jednal i s dalšími zapojenými osobami. V rámci týmu věnujícímu úsilí úzdavě pacienta musí jednat s lékaři, sestrami, ošetřovateli, rehabilitačními pracovníky, ergoterapeuty, herními terapeuty, psychology a dalšími pracovníky v okruhu pacienta. Dle Institutu pro zdravotnickou komunikaci v USA několik studií poukazuje na velmi úzký vztah mezi dovednostmi zdravotnického pracovníka komunikovat a pacientovou kapacitou dodržovat léčebný režim a doporučení (Institute of healthcare communication, online).

Do oblasti psychosociální péče můžeme zahrnout i rodinu, která svojí psychickou podporou a vyjádřenou starostí o pacienta může napomoci léčbě.

Pobyt v nemocnici často představuje určitou stresovou zátěž, která je logicky spojená s nemocí člověka, jeho omezením, často neznalostí situace a dalších prognóz, způsobuje změnu v životě pacienta i rodiny, jelikož byli zvyklí fungovat v rámci domova dle zvyklostí rodiny, a najednou se vše mění. Sociální pracovník tak musí přizpůsobovat své jednání reakcím zúčastněných, někdy je třeba poskytnout krizovou intervenci. Specifické pro sociální práci v nemocnici je také prostředí, možné komunikační bariéry, které mohou být pro pacienta nově získané díky nemoci, ale také nutnost multidisciplinárního přístupu a to jak ve spolupráci s dalšími odborníky, tak v oblastech poradenství a základních znalostí dalších institucí - sociálních i zdravotnických, kam se může v návaznosti na péči nemocnice pacient obrátit.

Na schopnost pracovníka dobře a jasně komunikovat jsou kladeny velké nároky. Aby byla práce kvalitní, ke spokojenosti, pokud možno, všech zúčastněných, v relativně krátkém čase a

velmi efektivní, je toto umění velmi žádoucí. Pracovník si musí také neustále uvědomovat, čí zájmy v danou chvíli obhajuje. Na jedné straně jsou zájmy nemocnice, či společnosti na řešení problému pacienta, na druhé straně jsou to problémy pacienta jako individua. Toto dilema již popsal dříve Musil (in Musil, 2004, s. 154-164) Pokud si toto pracovník uvědomí, pak zjistí, že vlastně neustále balancuje nad těmito dvěma, někdy rozdílnými, zájmy a je třeba pečlivě zvažovat, které v danou chvíli zvolí.

## **4 Možnosti sebevzdělávání v sociální práci**

V této kapitole se budu zabývat cestami, které mohou sociální pracovníky dovést k lepší, efektivnější, naslouchající komunikaci. Možností je dnes mnoho. Nabízí se velká škála knih, učebnic k samostudiu, ale i zážitkové poznávací kurzy, sebezkušenostní kurzy, dlouhodobé výcvikové kurzy. Dále pravidelně konající se konference zabývající se širokými tématy, kde se často přednáší na témata komunikace a ke konferencím bývají přidružené workshopy a další akce.

### **4.1 Nabídka kurzů**

Kurzy bývají dostupné jak v online verzích, kde stačí pouze přihlášení a ostatní je již v rámci samostudia, kde kurz poskytuje cenné informace nebo i videa. Dále jsou nabídky jednodenních nebo i více denních kurzů. Ty nabízí společnosti, které mívají kurzy akreditované, a může tak být pro pracovníky více přitažlivé, pokud si účastí na kurzu mohou získat kredity do celoživotního vzdělávání. Přehled akreditovaných vzdělávacích institucí či kurzů je každoročně k dispozici na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Kurzy jsou pořádány spíše ve větších městech, z velké části je pořádají obecně prospěšné společnosti, ale i akciové společnosti a společnosti s ručením omezeným ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), online).

### **4.2 Odborné konference**

Účastí na konferencích se lze vzdělávat, poznávat nové náhledy, názory na danou problematiku, či se informovat o nových objevech nebo studiích, nabídkách dalšího vzdělávání. Kredity k doložení celoživotního vzdělávání lze získat jak pasivní účastí, tak aktivní účastí. V České republice se například pravidelně odehrává již třináct let konference Hradecké dny sociální práce, která se každoročně nese v duchu určitého tématu. K těm je možno se vracet ve vydávaných sbornících. Pořádá jí Univerzita Hradec Králové a její Fakulta sociální práce. Také Vyšší odborná škola sociálně právní Jahodová, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university, Masarykova Universita v Brně pořádají konference a veřejné akce pro sociální pracovníky. V oblastech více zaměřených na zdravotně-sociální



práci se více angažují v pořádání odborných konferencí samotné nemocnice. V Praze a blízkém okolí například Fakultní nemocnice v Motole, Ústřední vojenská nemocnice nebo Nemocnice na Pleši. I organizace sociálních služeb pořádají menší konference nebo vzdělávací akce pro sociální pracovníky.

Je také možnost účastnit se konferencí v zahraničí. Například ve Velké Británii pořádá konference Britská asociace sociálních pracovníků (British association of social workers) nebo informuje o pořádaných konferencích jiných organizátorů v celé zemi. ([www.basw.co.uk](http://www.basw.co.uk), online).

V USA je pořádá například Národní asociace sociálních pracovníků (National association of social workers), Asociace onkologické sociální práce (Association of oncology social work) nebo Komunita protidrogových koalicí (Community anti-drug coalitions of America) ([www.socialworkdegreeguide.com](http://www.socialworkdegreeguide.com), online).

## 5 Sebereflexe

Představuje komunikaci sama se sebou, plné vnímání svých vlastních myšlenek, názorů, emocí, ale i chování nebo vystupování. Poznávání sama sebe díky soustředění se na vlastní osobu a prožívání. Vcítění se. Přemýšlení o sobě, svém chování, prožívání, a vlivu těchto věcí na další okolnosti, situace, osoby. Pojem “reflexe” je odvozeno z latinského slova *reflexio* a znamená “obracení zpět, či obracení k sobě,... obrácení k vlastním psychickým aktům” (Havrdová, 2008, s. 20) Jak moc důležitá je sebereflexe v sociální práci? Domnívám se, že jsem možná mohla tímto tématem začít celou práci. K tomu, abychom se rozvíjeli, chtěli se posouvat někam dále, učili se nové věci a zkoušeli je aplikovat v praxi, si přece v první řadě musíme *uvědomit*, že je třeba něco změnit, něco se nám nelíbí, že by bylo pro nás samotné užitečné to změnit. *Aktualizovat se*, dle slov známého Maslowa. Dále už musíme přemýšlet nad strategií změny, ale prvotní impulz je uvědomění. Má být přítomné u každé změny. U změny v komunikaci, u změny chování, u změny způsobu práce a jednání s pacientem. Pokud pracovník bude jednat mechanicky, automatizovaně a nebude mít potřebu zlepšování sebe sama v jakékoliv oblasti sociální práce, pak zamrzne na jednom místě, a v průběhu času bude jeho pomoc druhým čím dál méně aktuálnější a potřebnější. Aby byla práce sociálního pracovníka v co největším měřítku legitimní, je třeba neustále přemýšlet nad způsobem jednání, stylem práce, zacházení s pacientem či klientem, našimi motivy, ale i potřebami (neuspokojené potřeby nás mohou ovlivňovat při práci s klientem, kdy ho budeme tlačit tam, kam chceme my, ale ne on sám). Měli bychom rozumět svému nitru, vědět, kam směřujeme a čeho chceme dosáhnout, znát svoje hranice, vědět, kam až chceme s pacientem při pomáhání zajít, v čem mu chceme (ale i můžeme, z hlediska organizace) pomoci, v čem už ne, a co by si měl pacient zajistit sám. Patří sem i poznání toho, co pro nás povolání představuje, jaké hodnoty vyznáváme a na jejichž základě jednáme. Například pokud neschvaluji jako zdravotně sociální pracovník umělé prodlužování lidského života (myšleno, kdy by starý pacient za běžných okolností již dávno zemřel, zatímco při hospitalizaci mu jsou podávány všechny možné léky na zlepšení zdravotního stavu, které však dlouhodobě nevedou k uzdravení) pak je otázkou nakolik jsem schopná se s tímto moderním faktem vyrovnat a nakolik je mi nepříjemné mu čelit tváří v tvář denním zkušenostem, a na tomto základě pokračovat v této práci, či změnit cílovou skupinu.

K uvědomění sama sebe a poznávání svých myšlenek nepotřebujeme mnoho. Povětšinou stačí chvíle klidu, prostor pro zamyšlení a vnímání. Můžeme k tomu využívat různých technik,

kteřé nám napomáhají k lepšímu vnímání. Prvotní impulz nemusí vycházet přímo z nás samotných, můžeme k přemýšlení o sobě dospět i prací ve skupinách, jako je například supervize, pokračovat již můžeme sami v klidu, na místě, kde se cítíme bezpečně. Využit můžeme technik meditace, focusingu, dialogu s vlastním já, kladením a zodpovídáním otázek. Někomu pomáhá psaní, někomu stačí přemýšlet, někdo k tomu potřebuje další osobu, se kterou si o svých vnitřních tématech může povídat a tak si je zvědomit. Míček uvádí jako metody sebepoznání například “pravidelnou registraci vlastního jednání a chování”. Zde jde o registraci průběhu dne na jeho konci, tedy večer. Nalezení nejdůležitějších událostí, uvědomění si vlastního jednání. Není náročnou metodou, ani na přípravu ani časově. Hlubší metodou pak jsou pravidelné reflexe, kde jde o “hlubší analýzu příčin, průběhu a následků jednání.” Můžeme také v úvahách porovnat, nakolik dosahujeme vytyčených cílů, nebo co nám činí překážky. Tyto reflexe mohou být pouze v mysli, nebo písemně zaznamenávané. Dále uvádí možnost přijetí zpětné vazby od druhých lidí, týkající se našeho chování, a ještě hlubší metodou sebepoznání pak uvádí “současné sebezpozorování”, kdy vnímáme naše chování v přítomném okamžiku jakoby s odstupem a přemýšlíme nad ním. (Míček, 1984, s. 15-30)

Sebezpoznaní nám může sloužit i jako prevence proti syndromu vyhoření. Známe-li své limity, silné stránky i potřeby, máme stanoveny hranice, pak jsme více odolnější k náročným stresovým situacím. Ester Urdag spatřuje velký problém v tom, že v posledních letech se na sebezpoznaní neklade příliš velký důraz již při vzdělávání sociálních pracovníků v Americe. Ti vstupují do pomáhajícího procesu s velkým očekáváním a ještě neumí posoudit všechny překážky a hloubku jejich angažovanosti. Prvně by si měli vytvořit své “profesionální já”. Každý pomáhající pracovník má své pocity, postoje a vztahy s klienty, což tvoří hlavní faktory v pomáhajícím procesu (Urdang, 2010, s. 524). Pokračující profesionální reflexe... je základní rozvíjející proces v profesionálním životě” (Skovholt, 1992 in Urdang, 2010, s. 524) Dle autorky se snížily nároky na sebereflexi z mnoha faktorů - přechod od psychodynamické orientace, opuštění od budování “profesionálního já” a na proces orientované klinické praxe směrem ke kognitivně-behaviorálním přístupům k práci a více orientované práci na výsledek, než na proces. Takové přístupy mají tendenci posilovat pocit “všemohoucnosti, shovívavosti a vševědoucnosti” studentů a nenutí je přemýšlet o způsobech své práce a tedy k sebereflexi. Navíc dnes nemají studenti možnost dlouhodobější praxe, kde by doprovázeli klienta, podstoupili supervizi a tím se dopracovali k sebereflexi ve vztahu k osobním hranicím (Urdang, 2010, s. 524). Problematika se také týká začínajících sociálních pracovníků, kteří právě nemají dovednosti sebereflexe a udržení si vlastních osobních hranic vůči práci a

klientům. Zároveň se ocitají v nových stresových situacích, ve kterých zatím nemají vytvořený styl své práce, své postupy a způsoby zvládnání stresu. Pokud se s těmito novými zátěžovými situacemi začínající pracovník dále nevyrovná, nebo jeho pokusy jsou bezvýsledné, může to vést postupně opět k syndromu vyhoření. Na to poukazuje také Labajová, která specifikuje v rámci svého výzkumu problémy začínajících sociálních pracovníků v oblastech: hledání pracovních návyků, nedostačující efektivity uspořádání práce, nezkušenosti v reakcích na situace, na klienty, kolegy, a v komunikaci, neschopnost čelit manipulaci ze strany klienta, vedení dokumentace, neschopnost využít teoretické poznatky v praxi, a problémy se začleňováním do nového kolektivu (Labajová in Kadlec, Nováková, 2009, s. 124-125).

## 5.1 Supervize

Problémy pacientů, se kterými se setkáváme, bezpochyby působí i na náš vnitřní život, vnímání nás samých v konfrontaci s pacienty, hledání vlastních hranic a způsobů práce i přístupu k pacientům. Někdy složitost předkládaného problému může v pracovníkovi vyvolat zmatení a nejasnost v tom, jak má situaci řešit. Pomoci k náhledu na řešený případ může mít prostý akt sdílení mezi spolupracovníky a získání zpětné vazby, pocit podpory a porozumění. Díky těmto úkonům může pracovník, kromě náhledu na situaci, získat i prostor pro sebereflexi. Uvědomit si postoje, hranice, hodnoty, ale i některé zkušenosti, které mohou dále ovlivňovat jeho vidění situace nebo vnímání pacienta. Supervize umožňuje ponechat pracovníkovi prostor, který potřebuje, možnost vidět pracovní problém z jiného úhlu, eventuálně poznat názor ostatních.

Supervize je povinná pouze v organizacích sociálních služeb. Není stanovena zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, nicméně ji ustanovují tzv. Standardy kvality sociálních služeb, které jsou obsaženy v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. zmíněného zákona. Supervizi nepřímou přikazuje standart č. 10e „Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka“ (www.MPSV.cz, online). Vzhledem k tomu, že podpora formou supervize je tedy povinná pouze v sociálních službách, nelze automaticky počítat s tím, že je prováděna také v týmech zdravotně-sociálních pracovníků nemocnic, i přes to, že sociální práce v nemocnici, nebývá zátěží na psychickou odolnost pracovníka rozdílná.

Slovo supervize je složeno ze dvou slov:

**super** - latinsky “nad, nej”

**vision** - latinsky vidina, pohled

z angličtiny je také označení supervisor - osoba dohlížející na práci druhého. Překládá se tedy jako “vidina, zjevení, nadhled” (Havrdová, Hajný, 2008, s. 17).

Supervize se definuje mnoha způsoby, například jako “**metoda práce cíleně zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality** - pracovníka, týmu či celé organizace. Spolu s dalšími mechanismy se podílí na zajišťování a zvyšování kvality práce a poskytovaných služeb a chrání zájmy klienta” (Hanáková in Michková, 2008, s. 9) V historických vydáních Oxfordské Encyklopedie sociální práce (od poloviny 30. let 20. století) se definovala spíše její administrativní funkce, v jejímž důsledku dochází ke vzdělávání a poznávání. V dalších vydáních v 90. letech je již komplementárního charakteru administrace, vzdělávání a podpory (Kadushnin, Harkness, 2014, s. 8-9).

Jak již bylo naznačeno výše, supervize pomáhá k určitému poznání pracovníka. Jejím prostřednictvím má člověk možnost prozkoumat daný problém z více úhlů pohledu a umožňuje mu tak nahlédnout situaci i tak, jak by ho ani nenapadlo. Může sloužit různým cílům, mezi hlavní patří “profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností,... pomáhá řešit těžko řešitelné případy, má mu (pracovníkovi) pomáhat vyrovnat se s pracovním stresem” (Koláčková in Matoušek, 2003, s. 352). V každé konkrétní supervizi se poté stanovují ještě konkrétní cíle, kterých chce jedinec nebo skupina dosáhnout - může jít o stanovení nových pravidel v týmu, zlepšení komunikace v týmu, vzájemná pomoc s náhledem na případy klientů/pacientů a nalezení řešení, atd.

Supervize probíhá buď individuálně, nebo ve skupinách - nejčastěji pracovníků jednoho týmu, může se případně účastnit i vedoucí pracovník, pokud s tím ostatní souhlasí. Důležitá je atmosféra bezpečí, přijetí od ostatních a otevřenosti. Nemělo by dojít k tomu, že v případě účasti vedoucího pracovníka se ostatní budou cítit pod dohledem a tudíž se neotevřou tak, jak by měli, nebudou sdílet a ventilovat všechny své potřeby, pochybnosti nebo problémy s řešenými případy klientů. Další formy supervize jmenuje například Michková a Mojžíšová: případová supervize, přímá a nepřímá, interní a externí, kolegiální (Michková, Mojžíšová, 2008, s. 109-111).

“Supervize, která vytváří organizovanou příležitost k reflexi aktuálních pracovních témat, je jednou z nejefektivnějších metod profesionálního růstu pracovníků” (Havrdová, Hajný, 2008,

s. 21). Domnívám se, že tímto výrazně přispívá i k sebepoznání pracovníka, což opět navazuje i na jeho jednání a komunikaci. Navíc se pracovník může učit samotné komunikaci i přímo v rámci supervize - je zde možnost nácvičku určitého jednání, chování, reakcí na dané náročné situace. Z tohoto důvodu zařazuji supervizi i k tématu komunikace.

## 5.2 Psychohygienu

Jak jsem již zmínila výše v kapitole Sebereflexe, při náročnosti sociální práce na zvládnutí stresových a zátěžových situacích by měl být schopen každý sociální pracovník umět vyvážit tuto náročnost odpovídajícím odpočinkem. To platí zvláště u mladých začínajících pracovníků, kteří se vyrovnávají s velkým množstvím nových zkušeností a překážek, které služebně starší kolegové často již dávno překonali a našli si své způsoby vyrovnání. Patří k tématu komunikace, stejně tak jako supervize. Jde o možnou cestu jak vyvážit náročnost práce, kde více než v jiných povoláních sociální pracovník nasazuje do procesu pomáhání i svoji osobnost. Pokud by nebyl pracovník schopný vyvážit tento poměr práce a relaxace, hrozí mu vyhoření, což má dopad na jeho komunikaci s okolím, včetně pacientů a jejich rodin a samozřejmě i do ostatních oblastí práce. Domnívám se, že tématu psychohygieny není v oblasti vzdělávání sociálních pracovníků věnována dostatečná pozornost. V průběhu mého studia na třech školách s oborem sociální práce se tématu věnovalo pouze minimum přednášek a to spíše okrajově. To potvrzuje také názor Švingalové, která tvrdí, že především na středních a vysokých školách se studenti prakticky nepřipravují a neučí dovednostem psychohygienických technik (Švingalová in Bihary, 2015, s. 29).

Psychohygienu je vymezena jako „systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Míček, 1984, s. 9 in Křivohlavý, 2001, s. 143). Je využitelná v praktickém životě pro předcházení důsledkům vlivu dlouhodobého stresu. Cílem je zachování duševního zdraví, proto je také psychohygienu nazývána též duševní hygienou. Pro účely této práce považuji za psychohygienu způsoby a techniky, jak se vypořádat s náročnými situacemi, nástroje k vyrovnání se se stresem.

Zvládnutí stresových situací ovlivňují faktory osobnosti, povahy, sociálního zázemí, zkušeností, fyzického i mentálního zdraví, schopnost adaptace a další. Dle Labajové mají sociální pracovníci nejčastěji přístup k supervizi, učení se time managementu, různým druhům relaxace a kurzům zaměřeným na zvládnutí zátěžových situací (Labajová in Kadlec,

Nováková, 2009, s. 128-130). Tyto strategie pak vedou ke snižování stresu. Dále dle Míčka hraje významnou roli **životospráva**. Sem zařazuje:

**Spánek** - důležitý pro správnou regeneraci, odpočinek. Míček zdůrazňuje i roli snů v emoční stabilitě. Významný vliv má jeho kvalita - hloubka a nepřerušování spánkového procesu.

**Výživa** - správná výživa přispívá k lepší odolnosti organismu vůči vnějším vlivům, zvýšení výkonnosti. Dobře se cítit ve svém těle znamená dobře fungovat v sociálním prostředí.

**Správné dýchání** - může být podpořeno i relaxační technikou, má velký vliv na fungování organismu, je ovlivňováno i naším prožíváním - ve stresových situacích dýcháme rychleji a mělčeji.

**Odpočinek** - vyvažuje duševní námahu vynaloženou při práci s pacienty. Doporučuje se střídat aktivní práci s pasivním odpočinkem (např. relaxací), a naopak - aktivní fyzický pohyb jako odpočinek proti tělesně pasivní duševní práci. Člověka by měla aktivita bavit, pomoci mu v realizaci sebe jinou cestou než v profesním životě. Jak říká Křivohlavý „pro náš duševní život je dobré, když máme svého oblíbeného koníčka – něco, co není pro život bezpodmínečně nutné, ale dělá nám to radost. Nabídka možností je široká, jde o to, abychom z takové činnosti měli potěšení.“ (Křivohlavý, 2004, s. 23). Zde je možné ještě zmínit způsoby relaxace, ty jsou buď

- Aktivní relaxace: Jacobsonova progresivní relaxace, jógová cvičení, dechová cvičení, sport, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie.
- Pasivní relaxace: Meditace, imaginace, autogenní trénink J.H. Schultze. (Labajová in Kadlec, Nováková, 2009, s. 124-125)

**Pohybové aktivity** - obecně jsou zařazovány do aktivit zdravého životního stylu, podporují odolnost jak fyzickou tak psychickou, jsou dobrým zdrojem odreagování od profesního života. Míček doporučuje i během práce si udělat chvilku na krátká jednoduchá cvičení - např. protažení, izometrické cvičení.

**Hospodaření s časem** - umění time managementu dokáže snížit stres, jelikož cílem bývá plynulé přecházení z jedné aktivity k druhé, za co nejmenších časových ztrát. Stresující pro pracovníka je pocit přetíženosti, nestíhání stanovených cílů s klienty ale i vlastních cílů, naproti tomu možnost vědomého zacházení s časem je pro člověka uklidňující. Je třeba zvládnout rozvrhnutí pořadí a důležitost aktivit a dle toho se řídit.

**Odstraňování zlovyků** - základem pro jejich uvědomění je sebereflexe. Zlovyky nás mohou ovlivňovat ve všech oblastech života a jejich vykonáváním si sami často způsobujeme újmu (Míček, 1984, s. 41-).

### 5.2.1 Focusing

Představuje jednu z možných psychohygienických technik. Tento způsob objevování a chápání svých vlastních pocitů a prožívání první popsal Eugen Gendlin. Jedná se o introspektivní metodu, jak se “pomocí přátelského naslouchání naučit nový způsob vnímání informací svého těla” - takto jej popisuje M. Ferguson již v předmluvě ke knize o focusingu E. Gendlina. Je to specifický způsob vnitřní komunikace s vlastním tělem, kdy si jedinec klade určité otázky a čeká na odpověď těla, zpravidla nějakým pocitem. Ten se následně snaží dotyčný popsat co nejuvýstižnějším slovem, tím se dostane k jádru problému, který může mít vědomý základ, ale také postupným propracováváním se k jádru věci může dotyčná osoba přijít i na pocity, které by zprvu neoznačila jako související s ústřední problematikou. Cílem je tedy definování jádra problému. Gendlin toto označuje jako “pocit'ovaný smysl”. Je “tělesným pocit'ováním určitého problému nebo situace.” Tento smysl ale není emocií, představuje cosi neuvědomovaného, ale osobně důležitého. (Gendlin, 2003, s. 21) Pokud se proces focusingu podaří správně, dochází k “pocit'ovanému posunu”, který se projevuje znatelným fyzickým uvolněním.

Domnívám se, že tímto procesem, který může praktikovat kdokoliv, se může dostat k niterným záležitostem, které ale velmi ovlivňují naše chování vůči ostatním lidem, a nemusíme si zdaleka uvědomovat příčinu našeho chování. Například se mohu pohádat s někým blízkým a urazit se, ale podstata mého chování, neboli to co jej vyvolalo, může ležet úplně jinde. Pokud se na tento pocit nezaměřím, ale budu jednat na jeho základě, pak se vše může odvíjet jiným směrem, než by bylo žádoucí.

V sociální práci musíme jednat s mnoha lidmi, setkávat se s různými problémy těchto lidí a s některými je velmi únavné spolupracovat. Rozmanité problémy pacientů i na nás - pracovníky působí v osobní rovině a je třeba se s těmito aspekty umět vyrovnat. Focusing může být jednou z cest.

Metoda, skládající se z šesti kroků se v českém jazyce nazývá také “proces tělesně zakotveného prožívání” (Hájek, 2007, s. 12). Ty se mohou neustále po sobě opakovat, proces focusingu nemusí být ukončen prvním objevením “pocit'ovaného posunu”, ale můžeme hledat



další a další, propracovávat se hlouběji do nitra problému. Základem pro pocítění smyslu, je přátelsky přijímat své pocity. A. W. Cornell říká, že je nutné být ke svým pocitům v přítomném okamžiku přátelský. Můžeme je dokonce pozdravit, čímž dáme najevo tělu, že se o tyto pocity zajímáme. (A. W. Cornell, 2015, s. 27 - 33) Důležité je soustředit se na pocity prožívané právě teď, i přes to, že mohou být spojeny s minulými nebo budoucími událostmi. Měli bychom věnovat pozornost pocitům v každé fázi procesu. Je také nutné nestát se “součástí” pocitů a emocí, které se vyhoří. Musíme je spíše pozorovat, “udržet si odstup od obsahů představ a myšlenek” (Hájek, 2007, s. 20) Před začátkem focusování je třeba si najít klidné místo, kde se budeme cítit dobře, ale nemělo by to být místo například u pracovního stolu. Postupujeme dle kroků stanovených Gendlinem:

#### 1) Vyčištění vnitřního prostoru

Obrátit svou pozornost dovnitř sebe a ztišit se a položit si otázku “Co je teď pro mě nejdůležitější?”, počkat na odpověď našeho těla, to je první fáze procesu focusingu.

#### 2) Uvědomění pocíťovaného smyslu

Z pocitů, které jsme zaregistrovali, je nutné vybrat jeden, na který se dále zaměříme. Je důležité zaujmout roli pozorovatele, podstoupit od pocíťovaného problému. Ten může mít mnoho částí, cílem zde není rozebrat všechny části najednou, ale cítit je jako celek. Také nejde o to, racionalizovat a analyzovat tento pocíťovaný smysl. Jde pouze o to jej cítit a být s ním celou dobu.

#### 3) Nalezení “rukověti” - mentálního popisu pocíťovaného smyslu

Snaha o označení pocíťovaného smyslu slovem, které jej bude co nejvíce vystihovat. Nemusí to být jen slovo, může jít o obraz, větu, gesto i zvuk (A. W. Cornell, 2015, s. 42). Tento proces Gendlin přirovnává ke známé hře na hledání nějakého předmětu, kde nás druhý navádí stylem “samá voda/přihorívá”, s rozdílem, že zde nám to říká naše tělo (Gendlin, 2003, s. 63).

#### 4) Rezonování

Zkontrolujeme si, zda vybrané slovo souhlasí, souzní, nebo rezonuje s pocitem. Pocíťovaný smysl se může i změnit, s ním i slovo, kterým jsme smysl označili. Je to přirozené.

#### 5) Dotazování

Chvilé, kdy se ptáme sami sebe, jaký má pro nás smysl, že se takto cítíme. Tento pocíťovaný smysl si ponecháme, “dokud se neobjeví nějaký vnitřní posun, něco jako jemné “poddání” nebo uvolnění.”

## 6) Přijetí

Přijetí toho, co se v nás vynoří. S tímto pocitem chvíli pobuďme, může přijít další signál k pokračování v hledání pocitů.

Jestliže došlo při provádění zmíněných postupů k pocítění nějakého nejasného, ale celkového fyzického pocitu problému, pak byl focusing proveden správně. (Gendlin, 2003, s. 51-53)

Tento proces Gendlin popisuje rozfázovaný, nicméně zároveň tvrdí, že jakmile se člověk naučí jej využívat, pak se všechny kroky spojí do jednoho. Je také možné si položit rovnou otázku k určitému tématu, kterému bychom se chtěli věnovat. Jde o to, nebát se ucítit i nejasné pocity a není třeba se obávat, zda to co cítíme je “pocitovaný smysl”, časem se označení pro vynořený pocit objeví samo. Také se doporučuje soustředit se spíše na střední část těla, od krku až k břichu, pocity se ale mohou objevit v kterékoliv části těla. Abychom pocit lépe přátelsky přijali, je možné jej pozdravit, a chvíli s ním být, vnímat ho takový jaký je (A. W. Cornel, 2015, s. 40-42).

Domnívám se, že tato metoda jako nástroj práce se sebou samým, není v českých kruzích sociálních pracovníků příliš rozšířena. Vycházím ze zkušenosti z mých studií, kdy se sociální práci věnuji již od střední školy, a praktická zmínka o této metodě v podstatě padla pouze jednou, a to velmi okrajově. V této metodě práce se sebou vidím velký potenciál, jednak pro vnitřní život sociálních pracovníků, protože i ten je spjatý s komunikací. Často se do vnitřního cítění promítají okolní problémy, se kterými se setkáváme, ať jsou naše, nebo klientů. Je třeba se s nimi umět vypořádat, aby se co nejvíce snížilo riziko syndromu vyhoření. Díky trpělivé práci na sobě samém, využitím rozmanitých technik, které se nabízejí (nejen focusing ale např. i meditace) si stanovit priority, hranice, poznávat způsob prožívání a jeho kořeny. Komunikace předně vychází z nás a z našich hodnot, tvoří základ pro úspěšné vztahy.

*“Pokud jako profesionálové v pomáhajících profesích rozumíme tělesně zakotvenému prožívání, pak ve své praxi můžeme vhodněji vytvářet podmínky pro klienty i pro sebe. Efektivněji pomáháme klientům, aby své skryté významy odhalili. Sami sebe lépe chráníme, abychom nepřekračovali rámec svých osobních možností a emočně se nevyčerpávali”* (Hájek, 2007, s. 24)

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části práce se budu zabývat výzkumem zaměřeným na vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků. Budu zkoumat jak obecné podmínky – jaké mají pracovníci od zaměstnavatelů, a jaká je motivace ke vzdělávání v komunikaci, a jakými prostředky se pracovníci k informacím a vzdělávacím akcím dostávají. Nejprve stanovím cíle výzkumu, po té přiřadím výzkumné otázky. Následuje popis metody získaných dat formou dotazníku, a polostrukturovaných rozhovorů. Potom bude popsáno jakým způsobem probíhala analýza dat a přistoupím k výsledkům a pokusím se je interpretovat. Praktická část práce je zakončena diskuzí.

### 6.1 Hlavní a dílčí cíle výzkumu

**Hlavním cílem** (HC) praktické části je:

Zjistit, zda zdravotně-sociální pracovníci mají zájem o sebevzdělávání v oblasti komunikace.

**Dílčí cíle:**

Dílčí cíl (DC1) je zjistit, zda se aktivně rozvíjí v oblasti komunikace s pacienty

Druhý dílčí cíl (DC2) je dozvědět se, jaké jsou dostupné zdroje vzdělávání v této oblasti a kterých sociální pracovníci využívají nejčastěji

Třetí dílčí cíl (DC3) zjistit jaké je využití sebereflexe či zpětné vazby ke způsobu vlastní práce a komunikace s pacientem.

Čtvrtý dílčí cíl (DC4) mapuje způsoby vyrovnávání se s psychickou zátěží zdravotně-sociálních pracovníků.

### 6.2 Výzkumné otázky

**Hlavní výzkumná otázka:**

Mají zdravotně-sociální pracovníci zájem o vzdělávací aktivity zaměřené na komunikaci?

### **Dílčí výzkumné otázky:**

DC1: 1) Přemýšlí pracovníci o způsobu své komunikace s pacientem zpětně?

2) Absolvovali pracovníci kurzy nebo jiné vzdělávací aktivity zaměřené na komunikaci?

DC2: 1) Cítí zdravotně-sociální pracovníci podporu ve vzdělávání od zaměstnavatele?

2) Jaký mají přístup ke vzdělávacím aktivitám z hlediska zaměstnavatele?

3) Jaké jsou nejčastější využívané zdroje ve vzdělávání v komunikaci?

DC3: 1) Mají možnost na svých pracovištích získat zpětnou vazbu na způsob svého jednání od kolegů, jiných spolupracovníků nebo pacientů?

2) Účastní se pracovníci na svých pracovištích supervizí?

3) Jak je vnímají?

DC4: 1) Jaké jsou strategie vyrovnávání se stresem ze zaměstnání, eventuálně způsoby trávení volného času?

## **6.3 Metoda získávání dat**

Jak jsem již zmínila výše, k získání dat jsem zvolila kombinovanou metodu, dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Hendl obě metody považuje za formu kvalitativního dotazování (Hendl, 2005, s. 164) Tyto metody jsem využila z toho důvodu, že dotazník pomohl získat stručná data, která poslouží k základnímu poznání přístupu dotazovaného ke vzdělávání, následně po vyplnění dotazníku proběhl rozhovor, kde měli dotazovaní větší prostor pro vyjádření svých myšlenek o průběhu rozhovorů, možnostech a způsobů vzdělávání.

### **6.3.1 Dotazník**

Metoda dotazníku byla využita v tomto výzkumu spíše jako doplňková, ale zároveň slouží k získání jednoduchých informací o délce praxe dotazovaných, také k základnímu rozlišení tematických okruhů vzdělávání, které pracovníky zajímají a dále zda mají zájem o vzdělávání v oblasti komunikace. Cílem využití dotazníku je porovnat délku praxe s motivací pracovníků ke vzdělávání a také rozlišit ty pracovníky, které zajímá téma komunikace a ty, kteří se mu

aktivně nevěnují a porovnat jejich názory na problematiku, sdělené v následujícím rozhovoru. Obsahuje tedy dvě filtrační otázky, které napomohou výše zmíněnému rozdělení (Reichel, 2009, s. 104)

### **6.3.2 Rozhovor**

Rozhovor jsem zvolila z důvodů hlubšího porozumění problematice a většího náhledu do názorů a přístupů sociálních pracovníků ke komunikaci. Disman potvrzuje, že kvalitativní metody zkoumání vedou k „porozumění lidem v sociálních situacích“ (Disman, 2002 s. 289). Rozhovor je výhodný zejména díky možnosti ověřovat si porozumění otázkám, či je případně specifikovat, pokud jim dotazovaný neporozuměl, dále kvůli bezprostřednímu sdělení subjektivních názorů či postojů (Hendl, 2005, s. 166), které byly pro tuto tematiku velmi důležité. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, a následně doslovnou transkripcí přepsány.

Do kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru jsem předem zvolila výzkumné otevřené otázky vztahující se k hypotézám a cíli práce. Otázky se týkají čtyř hlavních okruhů, a to 1. průběh rozhovorů s pacienty a jejich sebereflexe, 2. přístup ke vzdělávacím akcím a podpora zaměstnavatele 3. účast na supervizi a názor na ni, 4. psychohygiena sociálních pracovníků. Struktura rozhovoru a otázky jsou uvedeny v příloze č. 1. První otázka rozhovoru je zaměřena spíše k naladění na téma komunikace, k tomu, aby si dotazovaný uvědomil, co pro něj představuje toto téma, jak jej vnímá v kontextu své práce. Poslední uzavírající otázka je k zamyšlení dotazovaného nad jeho dalším možným vzděláváním, zároveň pokud by došlo k tomu, že si v průběhu rozhovoru uvědomil potřebu rozvíjet se i v komunikaci, tak si toto nové poznání ještě eventuálně ujasnit. I toto uvědomění je důležité pro tento výzkum, může poukázat na vlastní schopnost sebereflexe.

### **6.3.3 Výzkumný soubor**

Ve městě Praha funguje celkem 23 zdravotnických zařízení. Z toho je 16 nemocnic a 6 specializovaných vědeckých a odborných klinik a psychiatrická nemocnice Bohnice. Osloveny byly velké pražské nemocnice, které mají nad 500 lůžek. Tyto nemocnice mají zpravidla sociální oddělení, kde pracuje různě velký tým sociálních nebo zdravotně-sociálních pracovníků a pracovníků. Pražské nemocnice s méně lůžky sociální oddělení nemají, sociální práci vykonává jeden sociální pracovník nebo práci vykonávají zdravotní či sociální sestry, které ale nemusí mít vzdělání v oblasti sociální práce. Z tohoto důvodu byly osloveny

především nemocnice zobrazené v tabulce, která zároveň poukazuje na jejich velikost z pohledu lůžkového zajištění a množstvím sociálních pracovníků.

**Tabulka 1. Nemocnice dle velikosti, data z let 2014-2016**

<u>Název nemocnice</u>	<u>Počet lůžek</u>	<u>Sociálních pracovníků</u>
Fakultní nemocnice v Motole	2199 lůžek	16 pracovníc/pracovníků
Všeobecná fakultní nemocnice	1490 lůžek	7 pracovníc
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	1113 lůžek	10 pracovníc
Nemocnice na Bulovce	1101 lůžek	6 pracovníc
Fakultní Thomayerova nemocnice	1063 lůžek	11 pracovníc
Ústřední vojenská nemocnice	674 lůžek	7 pracovníc/pracovníků

Nemocnice uvedené v tabulce č. 1. byly osloveny na veřejně dostupné kontakty vedoucích pracovníků zdravotně-sociálních oddělení nejprve elektronickou poštou, a poté eventuálně telefonicky. V emailu jsem představila sebe i studovaný obor, především jsem však žádala vedoucí pracovníky o provedení rozhovoru. Po navázání kontaktu byla telefonicky domluvena schůzka, většinou přímo na zdravotně-sociálním oddělení dané nemocnice v pracovní době respondenta. Jediná Fakultní Thomayerova nemocnice nereagovala na žádost o uskutečnění výzkumu, zde tedy nebyly rozhovory realizovány. V ostatních nemocnicích byly rozhovory realizovány se zdravotně-sociálními pracovníky, kteří byli ochotni poskytnout rozhovory. Kritériem pro účast ve výzkumu byl výkon práce zdravotně-sociálního pracovníka nebo praxe v sociální práci i mimo nemocnici delší než jeden rok.

Tímto způsobem byli vybráni účastníci výzkumu. Tento způsob výběru je označován jako účelový výběr (Disman, 2000, s. 112-113), nebo také výběr úsudkem. Odpovídá potřebám výzkumů malých rozměrů, jako je tento, a kde výzkumník zná kontexty problematiky (Reichel, 2009, s. 83).

Celkem bylo vybráno 13 respondentů. Délka praxe těchto respondentů se pohybovala mezi 1 rokem až 33 lety. Mezi nimi byli jak vedoucí zdravotně-sociálních oddělení, tak řadoví zdravotně-sociální pracovníci. Zastupovali tyto nemocnice:

#### Fakultní nemocnice v Motole

- respondent 1, délka praxe téměř 30 let
- respondent 4, délka praxe 9 let
- respondent 6, délka praxe 2,5 roku

#### Všeobecná fakultní nemocnice

- respondent 2, délka praxe 1 rok
- respondent 7, délka praxe 27 let
- respondent 9, délka praxe 2,4 roku

#### Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

- respondent 10, délka praxe 2 roky
- respondent 11, délka praxe 1 rok
- respondent 13, délka praxe 1,5 roku

#### Nemocnice na Bulovce – 1 respondent

- respondent 5, délka praxe 33 let

#### Ústřední vojenská nemocnice – 3 respondenti

- respondent 3, délka praxe 27 let
- respondent 8, délka praxe 9 let
- respondent 12, délka praxe 4 roky

Výzkum byl anonymní, pouze pro přehlednost byly přiřazovány dotazníky k daným respondentům v rozhovoru, aby vzniklo přehledné rozdělení do skupin. Všichni respondenti pracují na zdravotně-sociálních odděleních, mají vzdělání zdravotně-sociální pracovník. Do rozhovorů se promítaly zkušenosti pracovníků s konkrétními pacienty, pro zachování mlčenlivosti, kterou jako zdravotničtí pracovníci mají, a taktéž pro zachování anonymity všech zúčastněných, budou použity pouze úryvky z rozhovorů.

## 6.4 Analýza dat

K analýze dat bylo zapotřebí nahrané rozhovory přepsat do textové podoby. Mayring tuto metodu nazývá „doslovná transkripce“ (in Hendl, 2005, s. 208). V této fázi byly také analyzovány obsahy dotazníků, rozčleněny do čtyř skupin, dle následující tabulky:

Tabulka 2. Počet dotazníků ve skupinách

	Absolvoval/a vzdělávací akci	Neabsolvoval/a vzdělávací akci
Ochotný/ná si připlatit	8	2
Neochotný/ná si připlatit	2	1

Poté byly přiřazeny k odpovídajícím rozhovorům a na základě výsledků dotazníků byly rozhovory barevně označeny. Textové soubory byly následně znovu pročitány a k opakujícím se tématům byly přiřazeny kódy. Tedy jakási souhrnná označení k rozlišení určitých jevů a podobností názorů na danou tematiku. Kódy zároveň vycházejí ze stanovených dílčích cílů. Následně byla využita „metoda vytváření trsů“ dle Milese a Hubermana (in Miovský, 2006, s. 221), kde k vytvořeným kódům byly přiřazovány výroky z rozhovorů, které tématicky odpovídaly nadřazeným kódům.

## 6.5 Výsledky a intepretace dat

V této kapitole se budu věnovat výsledkům výzkumu mezi zdravotně-sociálními pracovníky pražských nemocnic. Kapitola je rozdělena do čtyř podkapitol dle dílčích cílů výzkumu.

### 6.5.1 Aktivní rozvoj komunikačních dovedností

První dílčí cíl se zaměřuje na problematiku rozvoje komunikačních dovedností. Většina otázek rozhovoru se týkala zároveň i této oblasti, protože se domnívám, že pokud si pracovník umí uvědomit a zhodnotit své postupy a postoje, přijímá zpětnou vazbu kolegů, nadřízených či pacientů samotných, následně se snaží tyto postřehy a připomínky sám reflektovat a pracovat na sobě, může i tímto způsobem rozvíjet své dovednosti. Nemusí se vždy jednat pouze o absolvované kurzy. Tohoto cíle se tedy týkaly především otázky zaměřující se na zájem o vzdělávání, případně v jakých oblastech, na možnost účastnit se kurzů či jiných akcí zaměřených na komunikaci, na sebereflexi, nebo na možnost získání zpětné vazby.



Všichni zdravotně-sociální pracovníci, kromě jedné osoby, shodně odpověděli, že je vzdělávání v oblasti komunikace zajímavá. Nebyly zde rozdíly mezi skupinami pracovníků, kteří již absolvovali vzdělávací akce o komunikaci nebo neabsolvovali, a mezi těmi, kteří jsou nebo nejsou ochotni za vzdělávací akce připlatit. Pouze jedna pracovnice, která v dotazníku zároveň odpověděla, že se neúčastnila žádné vzdělávací akce zaměřené na komunikaci, ani by si za ní nepřiplatila, sdělila:

*Já se přiznám, že jsem se zatím nad tím ještě nějak nezamýšlela. Když už se zajímám o nějaké vzdělávací akce, tak je to hodně zaměřené na problematiku lidí s poškozením míchy a věci s tím související..., ale vyloženě, že bych měla něco jenom zaměřené na komunikaci, o co bych se teď aktivně zajímala, to nemám.“ (resp. 6)*

Nicméně tato pracovnice dále v rozhovoru uvádí, že o komplikovaných rozhovorech přemýšlí:

*„Pokud mi to čas dá a je to komplikovaná komunikace, tak o tom přemýšlím a snažím se hledat cestu, jak s tím člověkem znovu navázat komunikaci.“ (resp. 6)*

Nedá se tedy do dalšího posouzení v oblasti vzdělávání s jistotou vyloučit, že tato pracovnice se nerozvíjí ve svých komunikačních dovednostech, jestliže je schopná zmiňovanou cestu k člověku najít.

Ráda bych na tomto místě zmínila **motivace** pracovníků ke vzdělávání v komunikaci. V přípravě rozhovoru nebyla žádná otázka týkající tohoto tématu, nicméně někteří pracovníci popisovali důvody, proč je zapotřebí se vzdělávat. Motivaci považuji za základní stavební kámen pro jakoukoliv změnu, jelikož jí předchází uvědomění, že je potřeba něco dělat jinak. Někteří pracovníci uvedli důvody proč se chtějí vzdělávat v komunikaci. Všichni, kteří hovořili o své motivaci se dále zdokonalovat (7 respondentů), patřili do nejpočetnější skupiny „Absolvovali vzdělávací kurz – jsou ochotni si zaplatit“. Dvě pracovnice z této skupiny zmiňují potřebu aktuálnosti. Chápu, že v průběhu jejich praxe (obě s praxí téměř 30 let) se mění způsoby komunikace a například i informovanost pacientů. Jejich potřeby je nutné správně saturovat.

*„Mění se způsoby, systém, způsoby komunikace, mění se přístupy obecně lidí, pacientů, klientů, povědomí o tom, co můžou a nemůžou, co si můžou dovolit, a tím pádem se tomu musí přizpůsobovat i ten personál zařízení, takže na to musí být připravený. Musíš se tomu přizpůsobit a i to je o komunikaci.“ (resp. 1)*

*„...protože společnost se mění a každý člověk je zcela individuální, tak bych ráda, abych pořád byla schopná v práci ten individuální přístup upřímně aplikovat, a proto je pro mě moc důležité, abych neustrnula a abych tu práci dělala ráda.“ (resp. 3)*

Dalším zdrojem motivace ke vzdělávání může být potřeba získání kreditů, jejichž sbírání je pro zdravotně-sociálního pracovníka důležité pro zachování registrace v Registru zdravotnických pracovníků a kvůli možnosti pracovat bez odborného dohledu. Ve výňatku z rozhovoru však respondentka nemluví o sobě, ale o kolezích z praxe.

*„Motivace bývala, ale samozřejmě sbírání kreditů.“ (resp. 7)*

Jiná motivace se objevuje u profesně mladší respondentky, s praxí 2,5 roku:

*„Informace, co získá (člověk) při studiu, tak vidí, že tady jsou minimum, tak v tom je pro mě ten podnět.“ (resp. 9)*

Zde se možná nabízí otázka do jiného výzkumu nad současnou úrovní vzdělávání. Nikdo z dalších respondentů sice nehodnotil kvalitu vzdělávání, nicméně jiná respondentka k otázce vzdělávání sdělila, že v průběhu jejích studií na třech školách se nesetkala s hloubkovou výukou komunikačních dovedností, až v té poslední, a až zde si uvědomila, jak jsou komunikační schopnosti důležité a je třeba je rozvíjet (resp. 4).

Někteří z výše uvedené skupiny přikládají váhu kvalitě vzdělávacích kurzů (3 respondenti). To potvrzují v i dotazníkovém šetření. Pokud považují vzdělávací akci za přínosnou, mají dobré reference a je-li zaměřená na konkrétní cílovou skupinu, pak tento kurz nebo seminář navštíví a jsou ochotni si za něj připlatit. Za jiných okolností jej považují za ztrátu času.

O této skupině, kde došlo ke shodě, že vzdělávání a práce na způsobu vlastní komunikace je důležitá, nelze říci, že by zde hrál důležitou roli věk nebo délka praxe. Tento názor sdílí jak pracovníci s třicetiletou praxí, tak pracovníci výrazně profesně mladší, tj. i dva a čtyři roky. Není možné tedy tvrdit, že by profesně starší pracovníci neměli chuť se vzdělávat, výše zmíněné názory dvou kolegyně tento fakt vyvrací. Zde se názorně ukazuje, že tyto pracovnice nezapadly v průběhu své praxe do rutinního systému, kdy by již nad svojí prací nepřemýšlely. Naopak, tyto dvě pracovnice, ale i ostatní dotazovaní respondenti s víceletou praxí dokazují (v následujících částech výzkumu), že sebereflexe je u nich stále živá a využívají ji především v náročných situacích.

Vzdělávacího komunikačního kurzu se v minulosti účastnilo 10 respondentů (viz tabulka 2, skupiny „Absolvoval/a vzd. kurz – připlatí si“ a „Absolvoval/a vzd. kurz – nepřiplatí si“). Většina těchto pracovníků uznává sice důležitost správné komunikace, nicméně téma specializující se výhradně na obecnou komunikaci primárně nevyhledávají. Upřednostňují spíše kurzy zaměřené na komunikaci se specifickou cílovou skupinou (8 respondentů z 10). Například jmenují komunikaci s dětmi, s onkologicky nemocnými, se seniory a s lidmi s demencí. Pět respondentů si vyhledává vzdělávací akce týkající se spíše jiných témat než je komunikace, i když je toto téma také zajímavé. Zajímavé je, že tři pracovnice, (dvě z nich spadající do skupiny „Absolvoval/a vzd. kurz – nepřiplatí si“, třetí do skupiny „Absolvoval/a vzd. kurz - připlatí si“) sice prošly kurzem komunikace, nicméně jej nevyhledaly samy. Dvěma bylo nařízeno vedoucími organizací se takového kurzu účastnit, třetí se ho účastnila v rámci studia VŠ.

## **SHRNUTÍ**

Zjištěná data nám tedy říkají, že téměř všichni dotazovaní se chtějí v komunikaci vzdělávat a téma je zajímavé. Nelze tento názor přisoudit spíše profesně starším nebo mladším respondentům, zástupci obou skupin se shodují. Ne všichni se však primárně zajímají o komunikaci obecnou, bez speciálního zaměření. Upřednostňovány jsou kurzy, které jsou zaměřené na specifické cílové skupiny pacientů, či na určité situace. Pracovníci sdělili, že takový kurz navštíví raději. Motivací pro vzdělávání je u dotazovaných s delší praxí potřeba aktualizace vlastních dovedností v průběhu jejich praxe. U respondentů s kratší praxí je motivací spíše prohloubení dosavadních znalostí. Můžeme říci, že motivaci ke vzdělávání vnímají ti pracovníci, kteří dle dotazníku byli rozděleni do skupin „Absolvoval/a vzdělávací akci – připlatí si“ a „neabsolvoval/a vzd. akci - připlatí si“. Tito pracovníci se zároveň vyjadřovali obsáhleji k otázkám týkajícím se vzdělávání než ostatní. U zbylých dvou skupin „absolvovala/a vzd. akci – nepřiplatí si“ a „neabsolvoval/a vzd. akci – nepřiplatí si“ se spíše ukazovaly negativní konotace spojené se vzděláváním, vycházející spíše ze zkušeností, že zaměstnavatel následně neocení jejich nově získané znalosti, z vnímaného nedostatku času ke vzdělávání, nebo zájmem spíše o jiná témata.

### **6.5.2 Dostupné a nejčastěji využívané možnosti vzdělávání**

Druhý dílčí cíl se týká dostupnosti vzdělávacích akcí pro sociální pracovníky. Zajímalo mě, jak mají zdravotně-sociální pracovníci zaměstnavatelem umožněno, aby se mohli účastnit vzdělávacích akcí, zda mají pocit podpory od nemocnice ve vlastním vzdělávání a jak se to

projevuje. Také jsem se zajímala o to, jaké jsou nejčastější prameny informací, kterých pracovníci využívají.

Ze všech rozhovorů vyšlo najevo, že respondenti mají umožněno od zaměstnavatele se vzdělávat, nicméně podmínky jsou rozdílné. Všichni pracovníci se mohou uvolnit ze zaměstnání, aniž by museli čerpat dovolenou. Ze všech dotazovaných cítí podporu od zaměstnavatele 7 respondentů, 3 necítí žádnou podporu nebo nedostatečnou, a 3 ji hodnotí ambivalentně. Tito poslední tři zmínění hodnotili podporu od zaměstnavatele pozitivně hlavně z racionálních faktických důvodů, subjektivní pocit podpory ale nemají. Je to způsobeno buď tím, že nadřízený sice umožňuje další vzdělávání, ale nezajímá ho, v jakých oblastech se dotyčný vzdělává, nebo se nepočítá v budoucnu s využitím či oceněním nově nabytých zkušeností.

*„Podporuje mě moje nadřízená, že mě pouští do školy, ale že by se nějakým způsobem cíleně zajímala, v čem se vzdělávám...to mi nepřípadá.“ (resp. 4)*

*„Oni vědí, že by měli (nás podporovat), teď všichni máme ty kredity a systémy, ale že by z toho byly odvařeny, to ne. Takže já třeba jsem podporovaný hezky, ve vzdělávání mi nikdo nebrání, naopak, ale vlastně nikdo nikdy neplánuje, že by to využil. Takže když chceš, tak se vzdělevej, pustíme tě, eventuálně ti připišeme kredity, ale nepočítej s tím, že nás to zajímá. Kdybys měla tohle vzdělávání, tak že by ti zvedli osobko, nebo nějaká podpora, nějaká hierarchie. Myslím si, že to v podstatě reálně nikdo neocení.“ (resp. 12)*

Napříč nemocnicemi bylo zjištěno, že kromě jedné nemocnice všechny na vzdělávání přispívají. Částky se pohybují od tisíce korun až do dvou tisíc korun na rok na jednoho zdravotně-sociálního pracovníka. Oddělení mají příspěvky započítány do svého ročního rozpočtu nebo jsou vypláceny z grantů. Pracovníci těchto příspěvků využívají na vzdělávání spíše menšího rozsahu, jednodenní konference, semináře či kurzy, které bývají levnější. V případě dlouhodobých kurzů zaměřených na komunikaci nebo hlubší porozumění je to pro pracovníky nedostatečná částka (názor 2 respondentek). Nicméně tam, kde by příspěvek od zaměstnavatele nestačil, je celkově 10 respondentů ochotných si připlatit (viz Tabulka 2).

V následující tabulce můžeme vidět nejčastěji využívané vzdělávací prostředky. Mimo ně pracovníci jmenovali ještě vzdělávání v rámci akcí České asociace sester (konference

a semináře), vlastní praxí, pozorováním interakcí ve filmech, osobním kontaktem s lidmi, od starších kolegů, z dokumentů, přes internet a časopisy – Psychologie a Florence.

**Tabulka 3 Nejčastější způsob vzdělávání**

Odborné kurzy	Semináře ve vlastní nemocnici	Odborné konference	Knihy
9	7	5	5

V rozhovorech jsem také zjišťovala, jak pracovníci přicházejí k informacím o konaných akcích. Pracovníci vcelku shodně jmenovali tyto prameny: kolegové z jiných nemocnic, sekretariát nemocnice, registrace ve vzdělávacích portálech – Ministerstvo práce a sociálních věcí, Česká asociace sester, Česká alzheimerovská společnost (tyto fungují systémem zasílání informačních emailů), informační systém vlastní nemocnice, vlastním vyhledáváním.

## SHRNUTÍ

Je vidět, že všichni dotazovaní mají možnost a dobrý přístup ke vzdělávacím aktivitám. Záleží spíše na nich samých, jaké vzdělávací akce vyhledávají a upřednostňují. Ne všichni se však cítí být podporováni svým zaměstnavatelem i přes to, že mají umožněno se z práce uvolnit a nemusí čerpat dovolenou nebo jinak nahrazovat pracovní dobu. V tomto ohledu však někteří zmiňují, že pokud vzdělávací aktivitu navštíví, pak se jim práce hromadí. Neukázalo se, že tam kde nemocnice nepřispívá na vzdělávací akci, by byli pracovníci výrazně demotivováni ke vzdělávání. Spíše naopak, jeden respondent je ve skupině „neabsolvoval/a vzd. akci – připlatí si“ a druhý ve skupině „absolvoval/a – připlatí si“, čili motivace u obou ke vzdělávání v komunikaci určitě je. Dále bylo zjištěno, že nejvyhledávanější vzdělávací aktivitou jsou odborné kurzy. Pracovníci mají dobrý a relativně snadný přístup k informacím o konání vzdělávacích akcí, většina z nich funguje přes emailovou poštu nebo už pracovníci vědí, na kterých portálech si mohou různé vzdělávací akce vyhledat.

### 6.5.3 Využití sebereflexe či zpětné vazby ke zlepšení komunikace

Třetí dílčí cíl se vztahuje k otázce: zda využívají pracovníci zpětné vazby jako prostředku sebezpoznání vlastního chování a jestli využívají sebereflexe pro zlepšení komunikace. Zajímalo mě konkrétně, zda pracovníci přemýšlí zpětně o průběhu komunikace, zda jsou schopni reflektovat situace, kdy se jim komunikace nedařila, a co konkrétně nebylo v pořádku. Dále jestli mají možnost na svém pracovišti získat zpětnou vazbu od kolegů, případně klientů, buď v běžném pracovním dnu, nebo i v rámci supervize. Zajímala jsem se o

to, zda mají pracovníci možnost účastnit se pravidelných supervizí, kde mohou získat právě tuto zpětnou vazbu a mají možnost konzultovat případné „nepovedené“ rozhovory, slyšet názory ostatních a vidět tak situaci z jiných úhlů pohledu. Jelikož je supervize nepovinná mezi zdravotnickými pracovníky, zajímal mě také názor respondentů, kteří supervizi mají, na její kvalitu a přínos pro ně osobně. Zda vnímají supervizi jako přínosnou a zda si z ní něco pro sebe odnáší, nebo je spíše pro ně ztrátou času a prostředím, kde prostě musí být a nic jim nepřináší.

Na otázku zda uvažují o průběhu komunikace s pacientem pracovníci zpětně, odpovědělo 11 respondentů kladně - přemýšlejí. Osm z nich upřesnilo, že o takovém rozhovoru přemýšlejí v případě, že byl komplikovaný, v něčem se nezdařil nebo mají o sobě pochybnosti, že rozhovor vedli nevhodným způsobem (např. málo direktivně, formulovali špatně otázky, nedostatečně vysvětlovali, nebo do rozhovoru vnesli své emoce). V této skupině 8 respondentů jsou zařazeni pracovníci ze všech čtyř skupin rozdělených dotazníkem. Znamená to tedy, že i pracovníci, kteří se dosud neúčastnili vzdělávacích kurzů, přemýšlí nad průběhem rozhovorů s pacienty a snaží se hledat cesty k porozumění. Viz níže respondentka 6, jež je citovaná také v analýze prvního dílčího cíle a dosud se tématem komunikace blíže nezabývala.

Příklad sebereflexe těchto pracovníků:

*„Pokud mi to čas dá a je to nějaká komplikovaná komunikace, kdy jsme si s tím člověkem nasedli, on mě na první dobrou nepochopil nebo nepřijal, tak o tom přemýšlím a snažím se hledat cestu, jak s tím člověkem znovu navázat komunikaci.“ (resp. 6)*

*„Dejme tomu bezdomovci, ty jsou vždycky hrozně milí, něco od tebe chtějí, a jakmile člověk nereaguje rychle, tak oni jdou do slovní agrese. Tak někdy přemýšlím právě o tom, že možná bych na ně měla být trošičku jiná, že bych měla změnit třeba styl... a že se mi někdy stane, že do toho člověk dá zbytečně hodně nějakých svých pocitů“ (resp. 13)*

Většina dotazovaných pracovníků popsala situaci ze své praxe, kdy se rozhovor „nepovedl“. Šest respondentů vidělo chybu v komunikaci nejen na straně pacienta, ale zvažili i svoji chybu. Další tři sice popsali nevydařený rozhovor, nicméně chybu připisovali pouze pacientovi, a čtyři z celkového počtu pracovníků si nevybavili žádný nezdařený rozhovor. Je zajímavé, že tolik pracovníků nepopsalo žádnou situaci nezvládnutého rozhovoru. Všichni respondenti byli přesvědčeni, že se jim taková situace za celou kariéru nestala. Dva z nich se

pohybují v praxi zdravotně-sociální do dvou let, jeden má 4 letou praxi a poslední 9 let (respondenti 8,10,11,12).

Popisované chyby v komunikaci, které pracovníci zmínili, byli například tyto:

*„Pocit nezdařeného rozhovoru je ve chvíli, kdy cítím, že se mi do toho přes míru promítly moje emoce... nebo mě hodně vadí klienti manipulátoři, kteří lžou a ještě jsou agresivní, a to mě stojí hodně sil, ...ten rozhovor vést ve snaze nestranného a klidného přístupu a ne vždy se mi to daří... jsou chvíle, kdy cítím, že jsou i projevy, fyziologické, ze kterých on může vycítit, že nejsem tak nestranná, nebo klidná. Začnu jinak intonovat, nebo cítí, že jsem rozčilená. I když se ovládám. Tak to pak mě mrzí.“* (resp. 3)

*„To byl rozhovor s dcerou, obvinila mě z toho, že jí obtěžuji, z toho důvodu, že jí vůbec volám, že jí něco takového nabízím, že oddělení se vůbec o tu paní (matku dcery) nestará a nechce jí zabezpečit péči. A já se přiznám, nevěděla jsem, co jí na to všechno mám odpovídat a že jsem byla vnitřně sevřená, myslím si, že se mi musel i po tom telefonu klepat dost hlas“* (resp. 6)

V rozhovorovém šetření bylo dále zjištěno, že ne všichni pracovníci mají možnost účastnit se supervizi na svých pracovištích, ale většina z dotazovaných tu možnost má. Konkrétně 10 ze 13 dotazovaných má na svém pracovišti pravidelnou supervizi. Zbylé dvě pracovnice by ji uvítaly a poslední se domnívá, že by pro ni neměla zvláštní přínos. Názory na supervize se značně lišily. Někde i v rámci jednoho pracoviště. Ukázalo se, že velmi záleží na kvalitě supervizora, a kvalita supervizorů se pravděpodobně značně liší. Momentálně se tři pracovnice v rámci jedné nemocnice domnívají, že jejich supervize je nekvalitní. Uvádějí důvody špatné koncepce („nic se tam neděje“), nepřipraveností supervidovaných spolupracovníků, nebo se pracovnice nesetkává s tak problematickými případy, které by potřebovala na supervizi řešit. Dalších pět respondentů má špatnou zkušenost z minula, nyní čtyři tito pracovníci označují současnou supervizi za lepší a přínosnou. Poslední nemá supervizi vůbec.

Také v otázce, zda supervize je přínosná se všichni pracovníci neshodli. Polovina, tedy 6 pracovníků se domnívá, že supervize je pro ně ztráta času, obtěžuje je to a nenaplnuje. Nevidí prakticky žádné přínosy. Druhá polovina – 6 pracovníků, naopak vidí supervizi jako přínosnou, přitom dvě z těchto pracovnic supervizi nemají vůbec. Jedna pracovnice popsala negativa i pozitiva supervize. Jako pozitiva byla uvedena:

*„Mě to opravdu pomohlo nazvat svůj problém hravými jmény, protože supervizorka byla strašně fajn, ... a nechala mě k tomu se pěkně dopracovat, takže jsem si dokázala najít řešení.“ (resp. 8)*

*„Supervize by měla pomoc v tom, že by se každý měl naučit, že existují nějaký mantinely, ... na supervizi je dobrý, že lidi (pracovně mladší) tu zkušenost takovou nemají, a můžou slyšet od lidí, kteří takovou zkušenost mají a něčím si prošli a narazili, tak se můžou z toho dobře poučit.“ (resp. 1)*

Od respondentky, která zároveň hodnotila její pozitiva, byla negativně pojímána především takto:

*„Vnímám to jako přínosné, ale zároveň mě to obtěžuje. ...protože v podstatě se ta supervize odehrává v době, kdy mě tady drnčí telefony. Vím, že sedím támhle vedle v místnosti a bavím se o nějakých záležitostech, ale tady mi práce stojí. A vím, že jsem třeba uprostřed dne, a že až přijdu ze supervize, tak to budu muset zase začít všechno řešit. Takže kolikrát mám problém se soustředit na témata na supervizi. Ale jsem samozřejmě za ní zároveň ráda, že prostě se tam otvírají témata, která jsou tady tabuizovaná, o kterých se normálně nemluví.“(resp. 6)*

Zajímavé je, že některým pracovníkům nevadí absence supervize nebo její nekvalitní provedení právě proto, že mají možnost získat zpětnou vazbu od kolegů na pracovišti i neformálním způsobem, flexibilně dle aktuálních potřeb a jsou schopni si naslouchat i bez supervizní atmosféry. Dokonce hodnotí tuto možnost jako příjemnější. Na dvou pracovištích, tedy u čtyř pracovníků probíhají jakési ranní společné snídane, kdy mají všichni prostor pro sdílení. Shodně uvádějí, že díky těmto sezením, nemají tak velkou potřebu účastnit se supervizí.

*„Tohle je důvod, proč tu supervizi v podstatě nepotřebuju, protože tahle možnost tady je (zpětné vazby). V podstatě každé ráno tady máme kafe, společnou snídani, občas máme i společný oběd a tam si to většinou můžu probrat bez problémů, neformálně“ (resp. 12)*

Možnost vyslechnutí si zpětné vazby od kolegů na pracovišti mají shodně všichni pracovníci. Ne všichni ji ale vyhledávají nebo své kroky v náročných situacích konzultují. Konkrétně čtyři dotazovaní v poslední době ani složitější situace již nekonzultují, nebo zpětnou vazbu nevyhledávají.



## SHRNUTÍ

Třetí dílčí cíl ukázal, jak jsou pracovníci otevření k sebereflexi a zpětné vazbě a jaký mají přístup k supervizím. Většina pracovníků o průběhu rozhovoru zpětně přemýšlí, tedy pokud mají dostatek času. Spíše přemýšlí o těch rozhovorech, kde mají pocit, že byly náročnější nebo zde mohli něco svým sdělením pokazit, tedy ve chvíli, kdy mají pochybnosti. Snaží se najít chyby ve své komunikaci a tím se poučit. Ve čtyřech z pěti oslovených nemocnic se pracovníci účastní pravidelných supervizí, názory na jejich kvalitu a potřebnost jsou značně odlišné. Závisí jak na předchozích zkušenostech, na aktuálním nastavení probíhající supervize, na kvalitě supervizora a zdá se, že i času, kdy se odehrávají (viz sdělení respondentky 6, která je díky supervizím spíše více ve stresu). Těm pracovníkům, kteří supervizi nemají nebo v ní neshledávají velký přínos, supluje roli supervize možnost získání zpětné vazby, a to v podstatě kdykoliv, kdy jí potřebují. Je tedy pro ně flexibilnější, než supervizní setkání, která se konají v určitých časových intervalech, ale v odstupech delších, než jsou aktuální potřeby pracovníků.

### 6.5.4 Vyrovnávání se s psychickou zátěží zdravotně-sociálních pracovníků

Je třeba si uvědomit, že zdravotně-sociální pracovníci se pohybují ve velmi specifickém prostředí, kde se denně setkávají s různými formami utrpení. Příběhy pacientů, se kterými se zdravotně-sociální pracovníci setkávají, bývají velmi emotivní, náročné ke zpracování a mohou se i osobnostně dotýkat pracovníků v případech, kdy se setká například s klientem stejně starým, nebo když pracovník – rodič se setkává s nemocnými umírajícími dětmi, nebo jedná se strádajícím seniorem ve stejném věku, jako jsou jeho vlastní rodiče. Pak je zapotřebí, aby se pracovník uměl od práce odpoutat a žít svým vlastním životem, zkrátka efektivně se psychicky vyrovnávat s těžkostmi v zaměstnání. Posledním dílčím cílem této práce je zjistit, jak se dotazovaní pracovníci vyrovnávají s náročnými případy a jakých psychohygienických strategií využívají, aby se odreagovali se od práce. Je předvídatelné, že trávení volného času bude velmi individuální, protože závisí na faktorech, jako jsou osobnostní rysy, sociální zázemí atd. a každý si zvolí pravděpodobně jiné strategie. Smyslem tohoto cíle je spíše soupis strategií, kterých dotazovaní pracovníci využívají. Navíc se domnívám, že i trávení volného času může napomoci rozvoji komunikačních dovedností, jelikož umíme-li se odreagovat od těžkostí profese a relaxovat, pak se to promítne i do způsobu komunikace. Přepracovaný a depresivní sociální pracovník bude působit na pacienta jistě jinak, než odpočatý a pozitivní, který bude vnímavější k pacientovi a lépe odhadne jeho naladění a potřeby. Psychohygieny

souvisí také s nastavením osobních hranic každého člověka, který si musí sám určit, za jakých okolností ještě bude spolupracovat s klientem a za jakých už ne. Pro názornost uvedu příklad, který vyprávěla jedna z dotazovaných:

*„Včera na konferenci byla zajímavá přednáška sociální pracovnice z dětské onkologie z Brna, kde zavedli paliativní tým a jezdí do domácností umírajících dětí. A ona právě říkala, jak strašné nevýhody to má, když nenastaví hranice, jak jí to vcucne a pohltí. Jak to lidi dokáží zneužít, byť i v dobrém slova smyslu, že ji zvou na dovolenou, ať si vezme dceru na oslavu. A ona říkala, jak tvrdě si musí říct, kam až ta práce jde a kam už je její osobní život. To je důležité si nastavit.“* (resp. 1)

Nastavení osobních hranic přímo reflektoval jeden dotazovaný v souvislosti s psychohygienou.

*„Já si hlídám hranice. Takže pokud to trochu jde, tak v jednu to zapíchnu, vypínám služební telefon. Fakt si to neberu domů, nepřemýšlím nad tím doma.“* (resp. 12)

Z rozhovorů vyšlo najevo, že nikdo z dotazovaných nevyužívá psychohygienu ve smyslu definice Míčka, použité v podkapitole 5.2 Psychohygienu (viz s. 39). Nicméně volnočasové aktivity, kterým se pracovníci věnují, odpovídají bodům, které označuje stejný autor za správnou životosprávu – spánek, odpočinek a pohybové aktivity. Především pracovníci jmenovali nejčastěji sport (9 respondentů), pobyt s přáteli a rodinou (8 respondentů), čtení knih (7 respondentů), kino a divadlo (4 respondenti), sledování televize (3 respondenti) a dále byly jmenovány aktivity jako cestování, být o samotě, studium VŠ (vše 2x), práce na zahradě, keramika, zvířata.

## **SHRNUTÍ**

Poslední dílčí cíl měl za úkol objasnit, které aktivity pomáhají pracovníkům s vyrovnáním pracovního stresu. Všichni respondenti byli schopni vyjmenovat několik aktivit, kterým se věnují ve volném čase a které jim pomáhají se odpoutat od pracovních záležitostí. Jako zajímavý postřeh jednoho respondenta, zde vidím zmíněnou potřebu dobře stanovených hranic, které mu pomáhají se „odstříhnout“ od problémů pacientů.

Mírně překvapivé bylo, jak pracovníky zprvu zaskočila otázka na trávení volného času. První reakcí pěti pracovníků bylo sdělení, že volného času příliš nemají a poslední dobou se příliš od práce neodreagovávají. Kromě jednoho případu to však nebylo způsobeno množstvím práce v zaměstnání, ale dalšími zavazujícími aktivitami, které pracovníci mají, např. studium

vysoké školy nebo jiné povinnosti. Otázkou zůstává, do jaké míry jsou pak těmito povinnostmi pracovníci ovlivněni v práci a jak se takové vytížení promítá do stylu jejich komunikace.

Z výsledných dat týkajících se posledního dílčího cíle je patrné, že zdravotně-sociální pracovníci využívají k vyrovnání se s psychickou zátěží volnočasových aktivit dle vlastních osobních zájmů a preferencí. Nikdo z dotazovaných nevyužívá žádné standardizované psychohygienické techniky, zmíněné v teoretické části práce, ale mnoho těchto volnočasových aktivit odpovídá jmenovaným zásadám správné životosprávy dle Míčka (viz kapitola 5.2 Psychohygienu).

## 7 Diskuze

Povinnost vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků je stanovena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon stanoví povinnost průběžného vzdělávání pracovníků v oblastech týkajících se této profese, není však nikde přesně stanoveno, v jakých tématech musí své znalosti pracovníci prohlubovat. Zčásti jsou tak témata vzdělávání korigována tím, které vzdělávací akce získají akreditaci od Ministerstva zdravotnictví a tudíž z nich mohou těžit i pracovníci, kteří absolvováním těchto kurzů získávají různé počty kreditového ohodnocení. Zároveň není nikde vyloučeno, že by tito pracovníci nemohli prohlubovat vzdělání i v jiných institucích, které akreditaci ministerstva nemají. Nicméně zde bude pravděpodobně hrát větší roli spíše osobní motivace pracovníka, než vidina udržení jakési profesní úrovně a zájem o aktuálnost informací, i když ani to nemohu vyloučit. Pro potřeby této práce nebylo zkoumáno, zda jsou některé vzdělávací komunikační kurzy akreditované či nejsou. Důležité bylo hlavně prvotní zjištění, jak pracovníci na komunikaci pohlížejí a jakou jí přikládají ve své práci váhu. První otázka rozhovoru byla konstruována tak, aby se pracovníci zamysleli nad tím, co pro ně znamená komunikace ve vztahu k jejich profesi. Toto počáteční uvědomění mělo za cíl, aby si pracovníci uvědomili, jaký osobní smysl komunikaci přikládají a jak jí vnímají. Následovaly další otázky, které měly toto přemýšlení podpořit a zároveň odhalit jejich osobní strategie vedoucí k sebepoznání a zlepšení jejich komunikačních dovedností. Jelikož se domnívám, že komunikační dovednosti lze zlepšovat i kritickým uvažováním nad problematikou, nad způsoby vlastního jednání, hledání chyb a poučení se z nich, pak je možné připustit, že pracovníci si nemusí být zprvu ani vědomi, že se touto sebereflexí vlastně učí, jak zvládat komplikované situace. Z výzkumu vyplynulo, že v podstatě všichni dotazovaní pracovníci, napříč skupinami, buď absolvovali vzdělávací akci zaměřenou na komunikaci, nebo o tom uvažují do budoucna, nebo jsou alespoň schopni přemýšlet o svém jednání a uvědomují si chyby, kterých se při komunikaci dopouštějí. Tímto považuji za zodpovězenou hlavní výzkumnou otázku. Není možné zde ale posuzovat, do jaké míry má pracovník, který absolvoval vzdělávací kurzy, semináře, nebo konference, hlubší vhled do problematiky než ten, který žádnou vzdělávací akci neabsolvoval. To je otázka osobní angažovanosti, zájmu, dovednosti naslouchat sám sobě a korigovat své chování. Z rozhovorů bylo však evidentní, že

ti pracovníci, které baví i osobně se rozvíjet v komunikačních dovednostech, mají více promyšlenou svojí motivaci a jsou více sebekritičtí v reflexích nezdařených rozhovorů.

Uskutečněný výzkum je lokálně zaměřen pouze na velké pražské nemocnice, kde jsou jejich součástí i zdravotně-sociální oddělení. Tím, že byl výzkum realizován v hlavním městě, kde se odehrává mnoho různých vzdělávacích akcí a pracovníci k nim mají snadnější přístup, je možné určité zkreslení z hlediska dostupnosti těchto vzdělávacích akcí pro ostatní pracovníky působící mimo hlavní město. Pokud by bylo možné hovořit s těmito pracovníky, mohlo by dojít k zjištění, že tito pracovníci tak snadný přístup ke vzdělávání nemají, nebo musí dojíždět do velkých měst, kde je obecně větší koncentrace agentur pořádajících různé edukační akce.

Na začátku každého rozhovoru pracovníci dostali nejprve do rukou krátký dotazník, který měl následně při vyhodnocování sloužit k jejich rozdělení do určitých skupin. Povedlo se rozřadit pracovníky do čtyř výše zmíněných skupin uvedených v Tabulce 2. Cílem bylo porovnávat pohledy těchto skupin především na vzdělávání. Je možné předpokládat, že u pracovníků, kteří si nejsou ochotni za vzdělávací akce připlatit je motivace k prohlubování komunikačních dovedností nižší, než u těch, kteří jsou ochotni si za takové akce připlatit, musí totiž vynaložit více prostředků, eventuálně námahy k tomu, aby se mohli účastnit. Zajímavé je, že obě tyto skupiny hodnotily význam komunikace stejně. Pracovnice, neochotná si připlatit za vzdělávací akci dokonce sdělila, že pro ni komunikace je „*alfa a omega, nástroje sociálního pracovníka*“ (resp. 4), na druhou stranu respondentka spadající do skupiny ochotných si připlatit, sdělila naprosto stejné přirovnání: „*komunikační dovednosti jsou alfa a omega sociálního pracovníka.*“ K tomu zároveň dodává: „*Někdo může dělat dobrou práci, ale nemůže ji dělat dobře bez kvalitní schopnosti komunikace, a bez toho, aby si uvědomoval, že ten kontakt s klientem, který je expert na svůj život a rozhoduje si, že je klíčový*“ (resp. 8). I v ostatních otázkách se všechny čtyři skupiny názorově prolínaly a doplňovaly. Nelze říci, že pracovníci, kteří nejsou ochotni si za vzdělávání připlatit, mají odlišné vnímání klíčového postavení komunikace. Toto zjištění by mohlo odkrýt hlubší zkoumání důvodů, proč někteří pracovníci nejsou ochotni si připlácet. Může to být způsobeno například finanční situací, ale mohou zde být i jiné faktory, jako výše zmíněná nižší míra motivace, nebo špatná zkušenost s již absolvovanými kurzy.

Také není možné soudit o další skupině respondentů, kteří neabsolvovali dosud žádný vzdělávací kurz a jsou ochotni si připlatit, že se nevzdělávají jinými způsoby – například z knih nebo získáváním podnětů od kolegů, či sebereflexí. Jedna z této malé skupiny dokonce sdělila, že má v budoucnu zájem absolvovat kurz krizové intervence (resp. 9). Jak je

všeobecně známo, tak tento kurz je relativně náročný finančně i časově. Co je však možné s jistotou konstatovat je, že tyto pracovnice mají krátkou dobu praxe – do dvou a půl let. Lze z toho odvozovat, že tyto respondentky prozatím nemusely mít příležitost nebo čas se vzdělávací akce účastnit.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, jak se pracovníci cítí nebo necítí podporovaní svým zaměstnavatelem ke vzdělávání. I přes to, že nemocnice umožňují pracovníkům vzdělávat se v jejich oboru, ne všichni se subjektivně cítí podporováni. Fakticky nemocnice poskytují speciální volno na vzdělávání, a pracovníci se tak mohou uvolnit, aniž by museli čerpat dovolenou. Jejich práce je buď odvedena zastupujícím pracovníkem, nebo ji musí splnit s předstihem či dodatečně. Všechny nemocnice také nabízejí různé semináře, kterých se mohou pracovníci účastnit téměř bez omezení, pouze s ohledem na svoji vykonanou práci. V Ústřední vojenské nemocnici byla dokonce pořádána již druhým rokem konference pro zdravotně-sociální pracovníky, kde mají pracovníci zde zaměstnaní přístup bez potřeby registrace (jak je tomu u ostatních pracovníků z jiných nemocnic), nebo placení účastnického poplatku, navíc dostanou potvrzení o účasti. Dále čtyři z oslovených nemocnic finančně přispívají na edukační aktivity svých zaměstnanců. I přes to všechno se někteří pracovníci necítí být nemocnicí podporovaní. Postoje několika z nich jsou dost ambivalentní. Pracovníci dokázali věcně popsat, jak je nemocnice ve vzdělání podporuje, nicméně subjektivně to tak necítí. Důvody, proč tito pracovníci podporu necítí, se zabývá v kapitole analyzující výsledky druhého dílčího cíle. Otázkou k zamyšlení pro nemocnice může být, jakým dalším způsobem může dát najevo svoji podporu. Jeden respondent ve své výpovědi již naznačil, za jakých okolností by se cítil více podporován. Pro tohoto člověka je známkou ocenění jeho nabytých znalostí zájem o jejich následné využití v praxi a také finanční ohodnocení. Vzhledem k výši současných platů zdravotně-sociálních pracovníků (možné dohledat volně na internetu), kteří spadají do tabulek zdravotnických pracovníků, by mohlo být skutečně pro některé pracovníky motivační, finanční ocenění například formou vyššího osobního ohodnocení.

Co se týče možnosti účastnit se supervizí, je nesporně pozitivním zjištěním, že většina pracovníků má možnost se jich účastnit, i přes to, že nemocnice nemají povinnost ze zákona supervize realizovat. Tuto povinnost mají pouze organizace sociálních služeb. I tam kde supervize v současnosti neprobíhá, jsou pracovníci pozitivně nastavení na možnost supervizi v budoucnosti realizovat. Překvapivě ne všichni pracovníci jsou za příležitost účastnit se supervizí rádi. Ukázalo se, že významnou roli v posuzování přínosů supervize hrají aktuální i

minulé zkušenosti, kvalita supervizora, i otevřenost a připravenost supervidovaných pracovníků. Docházelo k tomu, že i v rámci jedné nemocnice tak byla stejná supervize hodnocena pozitivně i negativně. Někteří považují účast na supervizi za ztrátu času, někteří za prostor nabízející příležitosti se učit od ostatních zkušenějších kolegů, nebo si pojmenovat vlastní problémy a dále se s nimi vypořádávat. Názory se značně liší. Je možné ale konstatovat, že pracovníci, kteří si nesli spíše pozitivní zkušenosti, pak hodnotili supervizi více kladně. K objektivnějšímu posouzení stavu a kvality poskytovaných supervizí by bylo zajímavé uskutečnit jiný výzkum, který by mohl pomocí pozorování průběhu supervizních sezení popsat aspekty pozitivně hodnocených supervizí i supervizorů a srovnat je s aspekty negativně hodnocených. To by mohlo být přínosem jak pro budoucí supervizory, kteří by získali vodítko, jak vytvořit kvalitní sezení, nebo vedoucí pracovníky organizací, kteří se rozhodli pro realizování supervizí na pracovišti a chtějí vybrat dobrého supervizora.

Výzkumná metoda polostrukturovaného rozhovoru doplněná krátkým dotazníkem posloužila k hlubšímu porozumění motivací, názorů a postojů ke komunikaci a vzdělávání se v této oblasti. Další výzkum v této oblasti by se mohl ubírat směrem k analýze skutečných dovedností zdravotně-sociálních pracovníků v praxi bezprostřední interakce s pacienty a jejich rodinami, a to metodou pozorování, doplněnou o další hloubkové rozhovory.

Rozsah uskutečněného výzkumu je omezený pouze na hlavní město Prahu. Není možné jeho výsledky aplikovat na celou skupinu zdravotně-sociálních pracovníků všech českých nemocnic. Nové poznatky by mohl přinést výzkum s větším výzkumným vzorkem zdravotně-sociálních pracovníků, nebo by se mohl orientovat na sociální pracovníky ve službách.

Výsledná zjištění mohou být inspirací pro další výzkumy na tomto poli, ale informace mohou sloužit i vedoucím pracovníkům zdravotně-sociálních oddělení nemocnic, kteří si uvědomují zásadní postavení komunikace a dovednosti komunikovat. Pro tyto vedoucí může představovat zdroj informací o tom, jak někteří pracovníci nahlíží na tuto problematiku a otevřít tak diskusi na jednotlivých pracovištích, ať už při společné ranní kávě nebo při supervizních sezeních.

Z mého pohledu jsou uspokojující zjištění, že zdravotně-sociální pracovníci vnímají důležitost komunikace a jejího rozvoje. Z velké části mají zájem se aktivně v této oblasti vzdělávat. Dostupnost supervizí byla pro mě taktéž příjemným zjištěním. Pokud budou pracovníci ochotní na sobě dále pracovat a supervizor jim toto umožní a pomůže jim, může to být pro rozvoj jednotlivých pracovníků nezaměnitelná zkušenost.

## 8 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabírala rozvojem komunikačních dovedností sociálních pracovníků, působících především v nemocničním prostředí. Práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsem popsala pojem komunikace, rozebrala různé její aspekty, druhy, a nastínila jsem, jakým směrem by se měla efektivní komunikace ubírat a jaké techniky mohou pracovníci využít ve snaze co nejvíce porozumět druhému. Dále jsem rozebrala kompetence sociálního pracovníka i zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnicích a nastínila, z jakých úkonů se tato práce skládá a jaká jsou její specifika. Poté jsem se zabývala možnostmi rozvoje, tedy vzděláváním pracovníků v jejich oboru, jejich povinnostech se vzdělávat a nabídkami, ze kterých mohou pracovníci vybírat.

Vzhledem k tomu, že pracovníci nemusí vyhledávat pouze externí zdroje k učení, ale mohou obrátit pozornost i k sobě samým, tak jsem se věnovala i sebereflexi, jako prostředku k poznání sama sebe a vlastních nedostatků, ale i předností při komunikaci.

Prostředí, kde se zdravotně-sociální pracovník pohybuje, klade na jeho psychiku zvláštní nároky. Musí se umět vyrovnat s každodenní konfrontací s nemocnými, trpícími a umírajícími pacienty, navíc často pracuje v časové tísně, kdy je třeba situaci pacienta rychle řešit v závislosti na délce jeho hospitalizace. Nároky na vyrovnávání se s psychickou zátěží jsou tedy větší. Z toho důvodu jsem v poslední kapitole teoretické části pojednala o psychohygieně, která může být nápomocná při vyrovnávání se s touto zátěží. Jedním z prostředků psychohygieny může i technika focusingu, jejíž popis zakončuje celou kapitolu.

V praktické části jsem se zabývala výzkumem, který měl za cíl zjistit, zda mají zdravotně-sociální pracovníci zájem se vzdělávat v oblasti komunikace a rozšiřovat tak svoje komunikační dovednosti. K tomuto hlavnímu cíli jsem přiřadila dílčí cíle s výzkumnými otázkami. Jako výzkumnou metodu jsem vybrala kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru doplněného o informace z krátkého dotazníku. Popsala jsem metodu získávání dat pomocí záměrného výběru. Výzkum byl realizován se 13 respondenty. Dále jsem popsala, jakým způsobem byla provedena analýza dat. Po té jsem shrnula výsledky a snažila se o jejich interpretaci. Na závěr praktické části jsem se věnovala diskuzi o nejzajímavějších objevech tohoto výzkumu.



Vytyčený cíl práce se podařilo výzkumem potvrdit. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni pracovníci jsou schopni o své komunikaci kriticky přemýšlet, většina z dotazovaných se účastnila vzdělávacích akcí zaměřených na komunikaci a sdělila, že je vzdělávání v tomto směru zajímavá. Zároveň nikdo z dotazovaných nesnižoval důležitost komunikace, spíše naopak. Jako nejčastěji využívané možnosti vzdělávání se ukázaly kurzy, které několik dotazovaných hodnotilo jako přínosnější z hlediska interaktivity. Na kurzu mají příležitost si simulovanou situaci vyzkoušet a pocítit na vlastní kůži určitou zkušenost, než kdyby pouze poslouchali informace například na konferenci nebo semináři. Další formu určitého poznání nabízí sebereflexe a získání zpětné vazby. Většina pracovníků byla schopna reflektivně popsat rozhovory, kdy se jim komunikace nedaří. Sdělili také, že možnost získání bezprostřední zpětné vazby od kolegů, je pro ně někdy přínosnější než možnost sdílení zkušeností na supervizi. Jako pozitivní zjištění se ukázalo, že téměř na všech velkých pražských nemocnicích probíhají supervizní sezení a pracovníci mají tak možnost sdílet pracovní těžkosti a vzájemně si pomoci i získat nezaujatý náhled supervizora. Poslední cíl se věnoval souhrnu volnočasových aktivit, které pracovníci využívají pro odreagování a relaxaci od pracovního procesu. Dotazovaní pracovníci nejvíce jmenovali sport. Nelze však vyloučit, že pokud by byl výzkumný vzorek větší, pak by mohlo dojít k zamíchání pořadí nejčastěji využívaných volnočasových aktivit pro odreagování.

Protože byl v tomto výzkumu použit relativně malý výzkumný vzorek respondentů, nelze jeho výsledky aplikovat na celou skupinu všech zdravotně-sociálních pracovníků. Bylo by však zajímavé porovnat tyto výsledky s rozsáhlejším výzkumem zabývajícím se touto problematikou. Ten však dosud nebyl realizován.

## 9 Použité zdroje

### 9.1 Literatura

COX, Carol Lynn., Marie C. HILL a Victoria M. LACK. *Advanced practice in healthcare: skills for nurses and allied health professionals*. London: Routledge, 2012. ISBN 9780203357316.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 31. 3. 2006

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbíрка zákonů České republiky. 3. 3. 2004

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. Expert (Grada). ISBN 80-7169-988-8.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 9. ISBN 80-85850-10-9.

HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-346-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999, 167 s. ISBN 80-902081-8-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

- HERMANOVÁ, Marie. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Vyd. 1. Brno: T.I.G.E.R., 2008. ISBN 978-80-7013-475-7.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KADLEC, Tomáš a Zdenka NOVÁKOVÁ (eds.). *Akční pole sociální práce III.: aktuální otázky sociální práce a sociální pedagogiky : [recenzovaný sborník z konference]*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2449-1.
- KADUSHIN, Alfred a Daniel HARKNESS. *Supervision in social work*. 5th edition. New York: Columbia University Press, 2014. ISBN 978-0-231-15176-4.
- KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil (ed.). *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-49-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1984. Knižnice psychologické literatury.
- MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MOJŽÍŠOVÁ, Adéla (ed.). *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-074-4.

MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3612-9.

MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903-0701-9.

QUISOVÁ, Silvie. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav pedagogických a psychologických věd, 2009. ISBN 978-80-7248-551-2.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

ŠPAČKOVÁ, Alena. *Umění dialogu: jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha: Grada, 2011. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3810-9.

TREZNEROVÁ, Ivana a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Etika a komunikace s osobami se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2625-9.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 2., v Sociolog. nakl. vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9.

UNDANG, Ester. Awareness of self - a critical tool. Social work education. 2010, 2010(29), 17s.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

## 9.2 Internet:

EDUPOL, VZDĚLÁVACÍ AGENTURA. Akreditované kurzy MPSV a MV pro veřejnou správu a sociální služby. Edupol [online]. Praha. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <http://www.edupol.cz/>

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY. Výroční zpráva 2014. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady [online]. 2014. Praha, 2014 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: [http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní\\_zprava\\_fnkv\\_2014.pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní_zprava_fnkv_2014.pdf)

FAKULTNÍ NEMOCNICE MOTOL. Výroční zpráva 2015 FN Motol. Fakultní nemocnice Motol [online]. 2015. Praha, 2015 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: [http://www.fnmotol.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/2/1681/vyrocní-zprava-2016.pdf](http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1681/vyrocní-zprava-2016.pdf)

INSTITUTE FOR HEALTHCARE COMMUNICATION. Impact of communication in healthcare. *Institute for healthcare communication* [online]. 2011 [cit. 2016-11-05]. Dostupné z: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Práva pacienta. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha, 2008 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta\\_2401\\_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Akreditace – seznamy. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/20148>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Standardy kvality sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

NEMOCNICE NA BULOVCE. Výroční zpráva 2015. Nemocnice na Bulovce [online]. 2015. Praha, 2015 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: [http://bulovka.cz/wp-content/uploads/2014/06/NNB\\_Vyrocní\\_zprava\\_2015\\_web.pdf](http://bulovka.cz/wp-content/uploads/2014/06/NNB_Vyrocní_zprava_2015_web.pdf)

SOCIAL WORK DEGREE GUIDE. Conferences for social work in 2016. Socialworkdegreeguide.com [online]. USA: Social work degree guide, [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.socialworkdegreeguide.com/lists/5-conferences-for-social-work-in-2016/>

SUPERVIZE. Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele [online]. Praha, 2008 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: [http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/prirucka\\_supervize.pdf](http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/prirucka_supervize.pdf)

THE BRITISH ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. Event calendar. Basw.co.uk [online]. Velká Británie: The British association of social workers [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <https://www.basw.co.uk/>

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. Výroční zpráva. Ústřední vojenská nemocnice [online]. 2016. Praha: Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní

nemocnice Praha, 2016 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z:  
[https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4722%3Avyroni-zprava-za-rok-2015&catid=47%3Avnpr&Itemid=431&lang=cs](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=4722%3Avyroni-zprava-za-rok-2015&catid=47%3Avnpr&Itemid=431&lang=cs)

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE. Výroční zpráva: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze [online]. 2015. Praha, 2015 [cit. 2016-12-25]. Dostupné z:  
<http://www.vfn.cz/priloha/4d00b337cb232/vfn-vyrocní-zprava-2015.pdf>