

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Renáta Kolářová

**PROBLEMATIKA POMÁHÁNÍ -
„OD POMOCI DRUHÝM K POMOCI SOBĚ“**

Studijní program: Sociální práce a sociální politika
Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Forma studia: Kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. Miluše Baginská
Akademický rok: 2007/2008

Prohlášení

Prohlašuji, že tuto diplomovou práci na téma „Problematika pomáhání – od pomoci druhým k pomoci sobě“ jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 18. 8. 2008

Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Miluši Baginské za odborné vedení a pomoc, kterou mi poskytla při vypracování diplomové práce.

Obsah:

1	Úvod	5
1.1	Zdůvodnění volby tématu	
1.2	Vymezení pojmů: Pomoc, pomáhat, péče, altruismus, potřeba a hodnota	8
2	Rámec pomáhání – o pomáhání a pomáhajících	15
2.1	Výchozí postoj pomáhání – k antropologii altruismu	
2.2	Lidské potřeby a hodnoty	20
2.3	Nebezpečí a příležitosti pomáhání	26
2.4	Bezmoc pomáhajících	31
3	Etické aspekty pomáhání	36
4	Pomáhající a jejich pacienti (klienti)	42
4.1	Význam „vztahu“	
4.2	Vnitřní světy lidí, s nimiž se pomáhající setkává	45
4.3	Dialog – komunikace jako sdílení a péče o vztah	50
4.4	Empatie, autenticita a akceptace	52
4.5	Fenomenologický přístup k člověku	54
5	Pomoc pro pomáhající - návrhy prevence a možné odborné pomoci	58
5.1	Supervize	59
5.2	Krizová intervence	65
5.3	Psychoterapie	67
5.4	Psychosociální pomoc	74
6	Výzkumný projekt	80
6.1	Výzkumný záměr	
6.2	Metodologie	84
6.3	Vyhodnocení	85
6.4	Diskuse k provedenému výzkumu	115
7	Závěr	120
	Seznam bibliografických citací	124

PŘÍLOHA

Seznam otázek k rozhovoru

1 ÚVOD

1.1 Zdůvodnění volby tématu

Zvolila jsem si jako téma své diplomové práce „*Problematiku pomáhání – od pomoci druhým k pomoci sobě*“, protože mne daný problém velice oslovuje. Jak profesně, tak také osobně. Ve svém životě jsem se setkala s profesí pomáhajících ve velice složitých a vypjatých situacích v dosti značné míře. Téma mojí bakalářské práce bylo „*Problematika smrti a umírání*“. Moje osobní zkušenost s doprovázením bývalého manžela mi otevřela tuto oblast, které jsem se začala věnovat. Nejprve jsem se domnívala, že i v diplomové práci budu pokračovat v uvedeném tématu a budu více prozkoumávat profesionální, ale i osobní hledisko dané problematiky. Život ale rovněž do mých dnů vnesl i zázrak zrození a bylo mi dopřáno se současným manželem porodit naši dceru. Mnohé z mého vnímání, chápání a uvažování se těmito zkušenostmi rapidně mění.

V době těhotenství, ale i v době vlastního porodu a po porodu jsem se začala velice často setkávat s ne vždy přirozeným chováním a jednáním zdravotního personálu. Začala jsem vnímat odlišnost úhlu pohledu a skutečnost, že z původní role pomáhající jsem nyní v roli opačné. V roli pacienta. Otočení rolí mi umožnilo uvědomit si potřeby a hodnoty z pohledu toho, kdo pomoc přijímá. V osobních zkušenostech z období těhotenství a porodu jsem nejvíce postrádala vzájemný otevřený dialog, komunikaci, sdílení vztahu a respektování mých potřeb. Toto mi chybělo znatelně a nebylo to možné ani vyvážit dokonalou technickou výbavou lékařů, nebo jejich špičkovou odbornou úrovní. Pomáhající zapomínající na vyváženost a otevřenost

vztahu nemůže akceptovat pacienta takového jaký je a nemůže tedy v oblasti pomáhání poskytnout vše. Toto bylo například u mne důvodem ke změně lékaře, byť za cenu nemalé vzdálenosti a dojíždění přes 130 km k vhodné péči.

Tyto osobní životní zkušenosti, ale i úzký kontakt s pomáhajícími, mě znovu přivedli k úvahám o důležitosti vztahu mezi pomáhajícím a příjemcem pomoci. Jako pacient jsem si uvědomovala, jak moc je pro mne důležitý vztah a komunikace. Až následně jsem se začala zabývat i tím, že pro vhodnou komunikaci a otevřený vztah je nutné, aby pomáhající měl rovněž naplněny své potřeby. Začala jsem se tedy později také zajímat o osudy, zkušenosti, motivace, hodnoty a potřeby osob pomáhajících.

Při jakékoli činnosti zdravotního personálu, na všech jeho úrovních, je nezbytně nutná maximální soustředěnost, citlivost a empatie. Jen tak může zdravotní péče probíhat v efektivní a přijatelné podobě pro pacienta. Stresovaný lékař či zdravotní sestra však jen velice těžko mohou odvést maximální výkon. Výkon, na kterém závisí zdraví, ale i životy pacientů.

Kterékoli zdravotní zařízení může fungovat dokonale pouze za předpokladu spokojených pacientů. Spokojenost pacientů je možná jen v případě spokojeného zdravotního personálu.

V diplomové práci vycházím z úvahy, proč si lidé vůbec pomáhají, proč si vybírají roli pomáhajícího jako své povolání a poslání. Zajímám se zde rovněž o to jaká úskalí a nebezpečí jsou v této práci ukrytá a naopak jaké pomáhající profese přináší pro pomáhající příležitosti.

Následně se věnuji významu vztahu mezi pomáhajícím a pacientem (klientem), nezapomínám ani na důležitý faktor komunikace obou stran. Zmiňuji důležitost zachovat autenticitu pomáhajícího a akceptovat pacienta takového jaký je. Vnímat i jeho vnímání reality.

Rovněž se zabývám otázkou etiky a etických aspektů pomáhání.

V další části se zaměřuji na pomoc určenou samotným pomáhajícím, a to především v době a situacích, kdy už si nejsou schopni tito lidé „pomoci sami“. Zde mne především vedly zkušenosti a potřeby pomáhajících pracovníků ze zdravotnictví, kteří se stali respondenty mého výzkumu, jenž tvoří součást této práce. Domnívám se, že pomoc pomáhajícím je v této oblasti podhodnocena a prozatím opomíjena.

Praktickou část práce věnuji kvalitativnímu výzkumu, jehož hlavní cíl je deskripce zkoumané oblasti - v tomto případě života pomáhajících pracovníků ze zdravotnictví v České republice (lékařů a zdravotních sester). Charakteristika jejich kvality života, úroveň uspokojování jejich potřeb. Výzkum se také dotýká témat, jako jsou osobní záliby a volný čas, rodinné zázemí, zdravotní problémy, které pomáhající pracovníky trápí a i to, jak s nimi nakládají. Zjištěné údaje zastávají úlohu počáteční orientace v oblasti hodnot a potřeb (především jejich naplňování), ze které dále budu čerpat, a stane se jakýmsi podkladem pro mou další navazující práci. V budoucnu si přeji zabývat se životy pomáhajících ze zdravotnictví hlouběji a posléze přijít i s návrhem určitého psychosociálního programu, který by mohl být prospěšný pro zkvalitnění jejich života a v návaznosti na to také zkvalitnění jejich práce, jejíž průběh a výsledky se odrážejí v celé naší společnosti.

Podle mého názoru nespokojený, nevyrovnaný, podrážděný a unavený lékař nebo zdravotní sestra nemohou svou práci odvádět kvalitně a s odpovídajícím zájmem.

V této práci si nekladu za cíl jediným obsahem popsat vše potřebné a stanovit jasný konkrétní postup a nápravu. Jde o nahlédnutí do daného problému a stanovení si směru dalšího zkoumání a rovněž i cílů, které by ucelený soubor této a navazujících prací měl přinést. Jde o začátek dlouhodobého zkoumání a činnosti odhalující potřeby a motivaci lidí, kteří svůj profesní život věnují pomáhání druhým ve zdravotnictví.

1.2 Vymezení pojmů: Pomoc, pomáhat, péče, altruismus, potřeba a hodnota

Na úvod bych chtěla vymezit pojmy, které považuji k tématu této práce za klíčové. Jsou to především: „*pomoc*“, „*pomáhat*“, „*péče*“, „*altruismus*“, „*potřeba*“ a „*hodnota*“. Za klíčové tyto pojmy považuji právě proto, že se svým významem nejvíce dotýkají zvoleného tématu. Také pokládám za zajímavé a důležité vzhledem k charakteru této práce sledovat jejich měnící se význam v čase.

Čerpám zde z Psychologického slovníku Pavla a Heleny Hartlových (2000), Sociologického slovníku Jana Jandourka (2001), Etymologického slovníku jazyka českého Václava Machka (1971), Slovníku spisovného jazyka českého (1989) a také z Ottova slovníku naučného (1996-2003), jehož původní vydání je z roku 1888.

Pomoc

Význam „*pomoci*“ podle Ottova slovníku naučného (2000) je chápán jakožto dobrovolný dar, respektive daň dávána panovníkovi, dokud měla podle starého českého práva ráz dobrovolných dávek.

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 420) se zmiňuje o „*pomoci*“ sociální a psychické.

Pomoc sociální je „*původně chudinská péče nebo tzv. podpora*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 420). Jedná se o označení pro jednu z nejstarších forem přerozdělování, jejímž prostřednictvím stát pomáhá těm, kteří to skutečně potřebují.

Pomoc psychická je „*pojmem širší než psychoterapie; zahrnuje příznivé působení příbuzných a přátel, informace a prožitky z četby a*

dalších médií i kladný vliv zájmové činnosti; na rozdíl od psychoterapie jde o pomoc více náhodnou a neplánovanou“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 420).

Pomáhat

Slovo „*pomáhat*“ původně znamenalo, že „činitel děje nekoná plnohodnotnou práci, ale jen menší, slabší silou, jen dobrovolným výkonem přispívá k úspěchu díla někoho druhého“ (MACHEK, 1971).

Dnes nabízí i možnost „přinést, způsobit někomu úlevu“ (Slovník spisovného jazyka českého, 1989).

Péče

Pavel a Helena HARTLOVI (2000, s. 402) nabízejí přímo pojmy „*péče domácí*“, „*péče komunitní intuitivní*“, „*péče paliativní*“, „*péče sociální*“, „*péče sociální spontánní*“, „*péče zdravotní*“. Pojem „*péče*“ v její čisté podobě se v jejich slovníku nevyskytuje.

„*Péči domácí*“ HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 402) definují takto: zdravotní, ošetrovatelské a sociální služby poskytované klientovi v jeho bydlišti, náhrada funkcí nemocniční péče; pod vedením psychiatra ji v případě psychiatrických pacientů zabezpečují odborné psychiatrické sestry, sociální pracovnice a agentury.

„*Péče komunitní intuitivní*“ je dle HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 402):

péče, která se zaměřovala na tzv. chudé duchem, podivíny, lidi mírně bláznivé, a tím komické, v porovnání s nimi se zbytek komunity cítil „normální“.

„Péče paliativní“ HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 402) vykládá takto:

útěšná péče, úlevná péče, druh lékařské nebo psychosociální péče zaměřené nikoli na léčbu příznaků, ale pouze na úlevu od bolestí, jež přináší postupující choroba; odstranění bolesti se dosahuje pomocí vysoce účinných analgetik, které utlumují bolest, ale nekalí vědomí nemocného, spolu s pomocí psychologickou; nejčastěji u pacientů se smrtelnou chorobou.

„Péče sociální“ je podle HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 402):

úsek společenské péče zaměřený k ochraně jedinců oslabených nebo neschopných vykonávat svoji společenskou funkci (u dětí propouštěných z ústavní výchovy, rozvádějících se rodičů, nebo dospělých pacientů propuštěných z psychiatrické léčby apod.).

„Péče sociální spontánní“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 402):

je péče, která vzniká na základě sousedské, příbuzenské péče ve vesnicích a maloměstských komunitách.

„Péči zdravotní“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 402) definuje jako:

konkrétní uskutečněná práva občana na zdraví, je dána dostupností geografickou, časovou, institucionální, ekonomickou, tj. mírou solidarity, a kulturně civilizační, tj. mírou schopnosti péči zdravotní vyžadovat a přijímat.

Altruismus

„Altruismus“ (JANDOUREK, 2001, s. 20):

„Forma myšlení, citění a jednání vedená nezištností a láskou k bližnímu, přičemž vlastní zájmy mohou výrazně ustupovat do pozadí. Je opakem egoismu. Ústřední význam má altruismus v náboženských naukách (i když tam takto není nazýván), které dávají konkrétní

pokyny, jak ho v praktickém životě realizovat. Pojem zavedl A. Comte jako součást svého „náboženství humanity“. Kritiku altruismu jakožto slabosti vnesl F. Nietzsche.“

„Podle E. Durkheima se altruismus a egoismus v životě doplňují“.

„Jiné řešení altruismu nabízí teorie her, která ukazuje, že z dlouhodobého hlediska je kooperace mezi lidmi výhodnější než podvod (hra nazvaná Půjčka na oplátku vytvořená A. Rapoportem, která v soutěži s jinými hrami začíná jako vstřícná ke všem, pamatuje si podrazy a oplácí je, ale je schopna i odpouštět). Biolog J. Maynard-Smith soudí, že evoluce nepodporuje instinkty, které vedou k okamžitému uspokojení zájmu na úkor druhého.“

„Altruismus“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 33):

„Výraz A. Comta (1853). 1. nesobecký charakter mezilidských vztahů, láska pro blaho druhých; projevuje se myšlením, cítěním a jednáním, které bere ohled na ostatní lidi. 2. biolog.: sebezničující nebo sebeoslabující chování prováděné ve prospěch druhých, a které může být zcela racionální nebo automatické, neuvědomělé nebo uvědomované a vedené vrozenými emociálními reakcemi. 3. v etologii: chování, ze kterého zvíře nemá prospěch nebo je mu dokonce škodlivé, ale mají z něho prospěch ostatní členové rodu. 4. dle sociobiologů pomáhá jedinec druhým v tomto pořadí: a) příbuzným, se kterými má společné geny, b) nepříbuzným opačného pohlaví, kteří mu pomohou jeho geny rozšířit, c) nepříbuzným obou pohlaví, kteří mu mohou jeho služby oplácet, d) v žádném případě nepomáhá těm, kteří by mohli jeho postavení ohrozit.“

Potřeba a hodnota

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 444) definuje „**potřebu**“ jako:

- 1) nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit,
- 2) stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav

rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby). Komplementárním pojmem k potřebám jsou „**hodnoty**“, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé. Jinak řečeno „potřeba“ vzniká při jakékoli fyziologické odchylce od ideální hodnoty. Pokud nemůže být odchylka od ideální hodnoty automaticky upravena, je aktivován *pud* a vybuzený organismus zahájí činnost ke znovuoobnovení rovnováhy. Na rozdíl od *přání* jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody.

„**Hodnota**“ (JANDOUREK, 2001, s. 97):

„Vědomá nebo nevědomá představa o tom, co je žádoucí. Pojem „**hodnota**“ vystupuje ve významech: 1. Objekt, ceněné dobro, statek. 2. Postoj k objektu (objekt je považován za dobrý, správný nebo naopak bezcenný). 3. Měřítka pro rozhodování a jednání. V tomto významu je v sociologii důležitým předmětem zájmu, protože v mnoha situacích vytváří kritéria pro posouzení správnosti jednání a míra závaznosti **hodnoty** umožňuje posoudit míru integrace společnosti.“
„Pojem hodnota se vyskytuje též ve významu vyjádření stavu, kterého nabývá proměnná.“

„**Hodnota**“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 192):

„Vlastnost, kterou jedinec přisuzuje určitému objektu, situaci, události nebo činnosti ve spojitosti s uspokojováním jeho potřeb, zájmů. Hodnoty se vytvářejí a postupně diferencují v procesu socializace. Je to součást společenského vědomí.“

„Hodnoty lze dělit na: a) pozitivní (co je žádoucí) a negativní (nežádoucí); b) absolutní a relativní; c) přímé a nepřímé; podle obsahu na: estetické, etické, logické aj.; hodnoty odrážejí kulturu společnosti.“

„Hodnota“ (Ottův slovník naučný, 1998, s. 440-441):

„... jest výraz pro národohospodářský pojem úzce související s cenou, jenž utvořen byl teprve v padesátých letech, kdežto dříve po příkladu ruském užívalo se v témže smyslu slova >cennost<. Řeč obecná užívá dosud ještě všude, kde jiné jazyky mají slova Wert, valore, valeur, value apod., slova cena nebo rčení >to za to stojí< a v přeneseném smyslu váha apod.

„Rozeznává se h. ve smyslu s u b j e k t i v n é m, t. j. kterou má jiný statek pro jistou osobu, a h. o b j e k t i v n á, t. j. kterou má statek za jistých poměrů společenských pro lidi vůbec.“

„Kdo poprvé začne přemýšlet o původu h-ty, bude jej asi v první řadě hledati v užitečnosti. Neboť žádná věc nemá h-ty, jež není neb aspoň nepokládá se za užitečnou. Avšak přihledneme-li blíže, shledáme, že jsou mnohé věci velmi užitečné, ba pro život náš nezbytné, které přece nemají h-ty, např. voda, vzduch. Naproti tomu učí nás zkušenost, že všechny věci, které mají h-tu, chceme-li jich nabyti, vyžadují od nás jisté oběti, náklad zvané. Theorie k l a s s i c k á, která se první touto záhadou zevrubněji obírala (Ad. Smith, Ricardo, J. St. Mill a četní jiní ekonomisté angličtí, francouzští, italští, němečtí aj.), vypomohla si tím, že rozeznávala h-tu: spotřební a směnnou. ... Odnožím teorie klassické jest theorie s o c i a l i s t i c k á, která taktéž přihlíží jen k h-tě směnné.“

„V posledních 25 letech vznikla a nabývá stále většího uznání teorie h-ty, která dle hlavních šířitelů (profesorů rakouských universit) nazývá se teorií r a k o u s k o u nebo teorií h r a n i č n é h o u ž i t k u. Hlavní zásluha této teorie jest, že založila základní poučky vědy národohospodářské na psychologii, ukázavši zejména, která většina našich potřeb ukojuje se pozvolna, přičemž každý následující úkoj působí menší slast nežli úkoj předchozí, tímž množstvím statku způsobený, a že slast úkojová klesnouti může na nullu, ba obrátiti se při dalším ještě ukojování ve strast' (hnus). Dle této teorie připisujeme h-tu jen konkrétným statkům a konkrétným jich množstvím, a to tak velikou, jak velká jest slast', jejíž způsobením, nebo strast', jejíž

*zapuzení, nebo všeobecně, jak naléhavá jest **potřeba**, jejíž ukojení závisí na statku, jehož h-tu máme určit.*“

V JANDOURKOVĚ slovníku (2001) se pojem „pomoc“ nevyskytuje, a také ani pojmy „péče“ a „potřeba“ - pouze „potřeba závislosti“.

V Ottově slovníku naučném se nevyskytují výrazy „péče“ a „altruismus“.

2 RÁMEC POMÁHÁNÍ – O POMÁHÁNÍ A POMÁHAJÍCÍCH

Rámec pomáhání tvoří odpovědi na otázky – kdo, co má kdy dělat, s kým, kde, jak a proč, aby druhému pomohl. Řadu odpovědí neznáme, ale ptát se musíme.

Tato část práce se věnuje tomu, proč si vlastně vzájemně lidé pomáhají – kde se v lidech rodí jejich potřeba pomáhat druhým; zastavíme se zde také u tzv. (pre)historických modelů pomáhajícího; přejdeme k lidským potřebám a hodnotám; dále se pak podíváme na nebezpečí a příležitosti, které s pomáháním druhým souvisí; a v závěru této kapitoly se dostaneme k bezmoci, se kterou se mnozí pomáhající v rámci své profese setkávají.

2.1 Výchozí postoj pomáhání - k antropologii altruismu

Bylo mě stále jasnější, že nemám vnitřní právo přijímat své šťastné mládí, své zdraví a svou pracovní sílu jako něco samozřejmého.... Kdo je ušetřen vlastního trápení, má se cítit povolán, aby mírnil utrpení druhých. Všichni musíme nést břímě bolesti, které lidstvo tíží (SCHWEITZER, 1989).

Důsledkem nepříznivých událostí bývá u nás lidí časté to, že hledáme jejich smysl. Ptáme se po smyslu toho, co se stalo. Jednou z odpovědí na tuto otázku může být rozhodnutí, že pomůžeme nést tíži osudu ostatním (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Altruistické způsoby chování jsou mezi živými bytostmi velmi rozšířené. Definují se podle jednoho návrhu Williama Hamiltona jako připravenost přijmout ohrožení vlastního blaha kvůli prospěchu jedince stejného druhu, zatímco při egoistickém chování se počítá s poškozením příslušníka stejného druhu v zájmu vylepšení šancí individua na přežití (SCHMIDBAUER, 2000).

Problematika altruismu a egoismu se v evoluci objevuje teprve tehdy, když jedno zvíře dokáže nějakým způsobem identifikovat příslušníka stejného druhu. Proto se shlukování u zvířat nedá ještě vůbec označit za altruismus. Mnohé mluví pro to, že nejdůležitějším zdrojem altruismu je ochrana potomků (SCHMIDBAUER, 2000).

Nespouštějme ze zřetele otázku, co je „vrozené“ a co „naučené“. Způsoby chování, které jsou naučené, jsou většinou bez vrozeného v biologické struktuře nemyslitelné. Lidské chování je asi pochopitelné pouze tehdy, jestliže předpokládáme, že je motivováno „vrozenými“ emociálními dispozicemi, „získanými“ emociálními dispozicemi a spojeními, které vycházejí z obou. Přitom tomu může být i tak, že v téže oblasti chování spolupůsobí – nebo si také odporují – soubor geneticky zakotvených dispozic a soubor dispozic získaných identifikací, jež úzce souvisí s napodobováním. Přitom dispozice, které jsou získané napodobováním, mívají také svůj genetický základ, a to ve sklonu učit se nápodobou (SCHMIDBAUER, 2000).

Jiný pohled na altruistický způsob chování nabízí moderní **sociobiologie**. E. Wilson hovoří o altruismu „tvrdého a měkkého jádra“.

„Altruismus „tvrdého jádra“ je formou chování, která se vyznačuje iracionálním impulzem jednostranně zaměřeným na jiné lidi. Jeho vykonavatel nevyžaduje žádnou zpětnou odezvu, je to soubor reakcí nedotčených společenskou odměnou, nebo trestem“ (JANDOUREK, 2001, s. 20).

Tento typ altruismu slouží blízkým příbuzným a vyvinul se pravděpodobně příbuzenským, nebo přírodním výběrem. „Altruismus

„měkkého jádra“ je svrchovaně sobecký a schopnost k němu se vyvinula výběrem jednotlivců. Ryzí altruismus „tvrdého jádra“ je podle Wilsona nepřítelem civilizace, protože protěžování vlastních příbuzných nebo kmene omezuje rozsah souladu. Wilson poukazuje na roli sebeklamu, protože altruista si sice připadá nezištný, ale ve skutečnosti vždy očekává odměnu, i kdyby to byla třeba odměna v posmrtném životě. Altruismus „měkkého jádra“ je jakousi „poruchovou schopností“ pro přijetí společenské smlouvy, takže místo děsivé touhy po sebeobětování pro pokrevní příbuzné mohou racionálně uvažující lidé dokázat mnoho“ (JANDOUREK, 2001, s. 20).

Ráda bych se, v této části mé práce, zmínila také o (pre)historických modelech pomáhajícího, za které lze považovat **šamana a kněze**.

Role šamana ve starobylých předliterárních společnostech potvrzuje názor, že sociální pomoc představuje u lidí chování, které je silně spjaté s kulturou a kulturou formované. Šaman byl a je zpravidla příslušníkem kmene, jenž je nejvíce povinován ideálním představám dané skupiny, ve které se všichni členové a nositelé kultury znají osobně. Úlohy šamana byly a jsou rozličné. Společné jim je šamanova povinnost zasáhnout tehdy, když schopnosti příslušníků kmene nedostačují, „aby svými vlastními duchovními a emocionálními funkcemi přiměřeně zpracovali určitou situaci – hlad, sucho, nemoc, smrt, těžký porod“ (SCHMIDBAUER, 2000, s. 30).

Šaman vyzývá duchy deště a pány a paní divoké zvěře. Noří se v transu do mořských hlubin, doprovází mrtvé do jejich říše, spojuje se s duchy života a navozuje tak uzdravení očarovaného nemocného (ELIADE, 1997).

Šamanovy zkušenosti nejsou pouze jeho osobní cestou za poznáním, ale také službou veřejnosti. Jeho děsivé zážitky ze zasvěcení umožní šamanovi vcítit se do útrap a potřeb jiných lidí. Šamanství je pravděpodobně nejstarším pomáhajícím povoláním a zahrnovalo více rolí, které v současné době zastává např. lékař,

psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník, voják, jasnovidce, částečně i politik (VITEBSKY, 1995).

Podívejme se na to ještě více z blízka. Tato jakoby základní situace sociální pomoci má poutavou strukturu: „*Když vyjdeme z toho, že mytologické scénáře, jejichž prostřednictvím a v nichž šaman mluví se svými pacienty, případně s celou skupinou, jsou ideálně typickým zpodobněním sociálních norem a ideálů, stává se pomáhající prostředníkem mezi kulturním ideálem a individuálním selháním v úsilí tomuto ideálu vlastními silami dostát*“ (SCHMIDBAUER, 2000, s. 30-31).

Tato struktura situace pomáhajícího zjevně ve společnosti stále přetrvává až do dnes. Pomáhající získává svou moc a svůj vliv tím, že „se lépe vyzná“. Mám zde na mysli hlavně a především základní otázky sociálního chování. Lidské společnosti jsou příliš rozličné, sociální chování je příliš spjaté a uspořádané tradicí, jejíž bezprostřední funkce je překonaná a jejíž původní význam je zapomenut. A podle SCHMIDBAUERA (2000) právě zde, kde trvá nejistota, protože faktické nutnosti neukazují na jednoznačné řešení, má svou úlohu *pomáhající* – mezní sociální situace a nemoci jsou jeho pracovní sférou. Je zřejmé, že magické a šamanské praktiky slouží k dosažení duševní a sociální stability právě tam, kde se objevuje hrozba, že fantazie úzkosti, starostí a bezmoci zaplaví vědomí. Pod tímto aspektem je třeba chápat roli šamana jako pomáhajícího.

Mějme na paměti, že již v nejstarších formách sociální pomoci, které jsou nám známy, byl pomáhající velmi zavázán zvnitřněnému symbolickému systému společnosti. Jeho pomoc byla a je uskutečněním hodnot kultury v individu, kterému se to např. v důsledku nějaké krize nebo na základě delšího chybného vývoje nedaří. Vždy zde jde o to navrátit narušenému sociálnímu řádu opět „zdraví“, vyjasnit pochybení členů skupiny nebo pochybení, jejichž důsledky směřují proti nim (SCHMIDBAUER, 2000).

V rozvinutých kulturách se zprvu udržovalo spojení mezi sociální pomocí a věděním o náboženských, magických nebo mystických souvislostech a symbolech. Šaman „léčí“ jedince bezmocného v jeho nemocech pomocí magických rituálů.

Kněz přejímá roli, která spočívá v pořádání lidského života v jeho společenských souvislostech tím, že tvoří velkolepě nadnesené, iluzorní obrazy a zprostředkovává vazby k nim – různé mýty o bozích, božských zjeveních a božské odměně, nebo trestu. Jeho sociální úlohou je zajišťování kontinuity symbolického systému, který je pro trvání společnosti (a tím pro lidské přežití) nezbytný. Kněz jako Mojžíš je v jedné osobě vůdce, sociální zákonodárce a pomáhající obdařený zázračnými silami. Účinná láska k bližnímu chápána jako vnímání zájmů bližních může působit v oblasti péče o tělo, zatímco duševní pomoc zůstává vyhrazena pro etické normy náboženství. Přitom je „utrpení“, které potřebuje pomoc, uznáno většinou jen tam, kde jsou doložitelná nějaká tělesná poškození – jejich „organický základ“. Toto pojetí je ještě i v dnešních dobách velmi rozšířené a mnohdy brání přiměřené léčbě psychosomatických potíží. V tomto konfliktu pohledů a zájmů panujícího hodnotového systému, utvářeného v západní tradici dlouhou dobu křesťansky, s požadavky sociální pomoci, jež tomuto hodnotovému a názorovému systému odporovaly, se nabídlo řešení – rozdělit úlohu kněze a část spojenou s léčbou tělesných problémů přenechat lékaři (SCHMIDBAUER, 2000).

Důležité je, že pomáhání pro mnoho lidí znamená nepochybně smysluplnou činnost a proto si jej někteří z nich zvolí jako svoji práci. Pro člověka, který se zamýšlí nad stavem a budoucností lidstva i celé naší planety, může být hodnota určité produkce nebo určitých obchodních operací sporná. Pomáhající se zabývá důležitými životními problémy konkrétních lidí. A pokud se jeho práce daří, pak může mít velmi uspokojivý pocit nezkalený pochybnostmi o tom, jakému vývoji to vlastně člověk napomáhá.

Pomáhání druhým je vítanou možností *kontaktu s životem* – ne ovšem pro všechny pomáhající pracovníky, ale pro ty, kteří chtějí takový kontakt v pomáhající práci hledat a najít. Volbou pomáhající profese se člověk ocitá v kontaktu s „přírodou“, s tím, co je nám „přirozené“ i uprostřed velkoměsta. Jsou samozřejmě i takoví pomáhající pracovníci, kteří si svou profesi vybírají i z jiných důvodů, kterými mohou být třeba: uspokojování potřeby nadřazenosti, moci, výjimečnosti, potřeby uznání, porozumění a vzájemnosti, jež se hroutí v důsledku selhání či zažívání pocitu neohroženosti.

Důvody pro volbu pomáhající profese jsou u pomáhajících pracovníků rozmanité, jak také dokládá i můj výzkum.

Domnívám se, že původní motivace, proč si pomáhající pracovník pomáhání vybírá za svoji profesi, se pak line celou dobou jeho pracovního života a odráží se i na kvalitě jím odvedené práce a jeho celkové spokojenosti se životem.

2.2 *Lidské potřeby a hodnoty*

V současném světě jsme stále více obklopeni technikou, civilizací – umělým světem. Příroda rychle mizí, včetně „přírody“, která je obsažena v samotném žití života – v citech, spontaneitě, kontaktu s tělem, v odevzdání se. Stále roste hodnota výkonu, úspěchu a sebekontroly. Nejen přírodu kolem nás, ale i přírodu uvnitř sebe se snažíme stále více ovládat a přizpůsobovat našim záměrům.

„Potřeby nás lidi nutí jednat směrem k tomu, co považujeme za důležité, co je pro nás nějakou hodnotou.“

Položme se teď prosím na vlnu tohoto tvrzení a pojďme se podívat na proces pomáhání z jiného úhlu pohledu.

BAŠTECKÁ a kol. (2005, s. 78) píše – „Pomoc začíná posouzením *potřeb a zdrojů* a její neúspěch lze často přičíst *konfliktu hodnot* mezi

pomáhajícím a příjemcem pomoci.“ Dále na to BAŠTECKÁ a kol. (2005) navazuje a pokračuje, že právě hodnota určuje svébytnou individuální volbu, z čehož právě plynou nedorozumění při úvahách, co druhý skutečně potřebuje.

Jako krátký, ale podle mého názoru výstižný příklad uvádím situaci, kde pomáhající pracovník hledí na nemocného člověka s přesvědčením, že onen člověk potřebuje přestat kouřit. Že je to pro jeho „dobro“. Nemocný si ale v tu samou chvíli ze všeho nejvíce přeje a potřebuje zapálit.

Lidských potřeb je mnoho. BAŠTECKÁ a kol. (2005) k nim například přistupuje a třídí je z toho pohledu, že člověka vnímá jako *bytost bio-psychosociálně-spirituální* s potřebami na úrovni těla (jako je např. jídlo, spánek), jáství (kde můžeme zařadit např. vliv a uplatnění), vztahů (potřeba někam patřit) a duchovního přesahu (potřeba tvorby, víry a zvědavosti). Přitom za výchozí lidskou potřebu považuje potřebu *patřit k někomu, přináležet*. Tato potřeba patřit a přináležet je pro člověka základní.

U člověka, který je nějakým způsobem „ne-mocný“ a dostane se ve svém životě do situace, kterou sám (bez pomoci druhých) nedokáže zvládat, se může stát to, že se naruší jeho základní přesvědčení o sobě samém a o světě, ve kterém žije a který ho obklopuje a to hlavně a především v oblasti *bezpečí, důvěry, vlivu, úcty a intimacy* (PILGRIM, 2003). Jinými slovy to lze říci také tak, že jeho potřeby a citlivost vůči jejich naplňování jsou v těchto oblastech silně zvýšené, na což by způsob pomáhání neměl zapomínat a měl by na ně adekvátně a citlivě reagovat.

Potřeba bezpečí se zvyšuje tím, když člověk ví, co se děje a co se dít bude (pokud to lze dopředu říci), tzn. podáváním informací. Důvěru lze podpořit tak, že se jako pomáhající chováme důvěryhodně – to např. znamená, že dodržujeme to, co jsme slíbili. Vliv podpoříme tím, že (ne)uděláme to, co si člověk, kterému nějak pomáháme, (ne)přeje. Ke zvýšení sebeúcty našeho pacienta (klienta) můžeme pomoci, když se k němu budeme chovat s upřímnou úctou. A co se týká intimacy neboli důvěrnosti, je třeba vždy velmi pečlivě zvažovat a

tzv. vychytávat, kde má daný člověk v danou chvíli své hranice, za které například nejdeme nechtěnými dotyky, nebo i slovy, které by ho nějak ohrožovaly (PILGRIM, 2003). To určitě není vůbec snadné a je potřeba mít již řadu zkušeností, kterými se podle mne cit na vše, co jsme zmínili výše, tříbí.

Vlivný systém potřeb předkládají autoři Pessó a Boydenová (PESSO In CALDWELL, 1997, na který se u nás odvolává např. Lucká In VODÁČKOVÁ a kol., 2002). Jako vývojové potřeby člověka rozeznávají těchto 5 základních potřeb či „očekávání“ – potřebu *místa, ochrany, výchovné péče, podpory a hranic*.

1) Každý člověk očekává, že ve světě najde *své místo* - že bude mít dost prostoru v mateřském lůně, po narození v náruči rodičů, dětské postýlce, ve svém pokoji, mezi blízkými,... že jimi bude radostně vítán v celé své individualitě takový, jaký je. Potřeba místa znamená v tomto případě „mít místo v něčím srdci“. S touto potřebou úzce souvisí v pozdějším dospělém životě schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a nejsem "mimo".

2) Každý člověk očekává od světa *ochranu*. Nejprve jej před škodlivými vlivy ochrání mateřská děloha, po narození rodičovská náruč a záštita. Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn, pro jeho další život to znamená pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení.

3) Člověk očekává *péči a výživu*. Míjí se tím nejen jídlo v doslovné podobě, ale i dostatek podnětů, kontaktů a vztahů. V pozdějším věku se k této potřebě řadí i informace, vzdělání, zájmy. Kdo je v tomto smyslu "dobře živen", má pocit plnosti, nasycení. Netrpí přehnanými pocity prázdnoty.

4) Člověk očekává, že *bude podporován* - zcela konkrétně i symbolicky. Podpora znamená cosi jako být nesen, moci se opřít,

abych nespádl, abych se cítil jistě a také se necítil být na věci sám. Znamená to rovněž být povzbuzován. Žít s pocitem podpory znamená snad něco jako "žít s větrem v zádech". Lidé, kteří jsou od dětství hojně podporováni, si ji dokážou v dospělém životě úspěšně zajistit, mají energii, elán a necítí se slabí, bezmocně vydaní na pospas okolnostem.

5) Konečně, člověk instinktivně touží *být "limitován"*. Být limitován znamená být definován, tedy vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých. Mít dobře zažitý limit znamená trochu paradoxně být schopen jít do věci naplno, moci se do nich opřít beze strachu, že tím způsobím nějakou újmu sobě či druhým. Dobrý zážitek limitu mi mohou poskytnout rodiče, kteří mne zvládnou. Rodiče, kteří mají upřímnou radost z dětské živosti, zkoušení síly a experimentů, ale zároveň jsou v jednání a ve výchově pevní a nepovolují.

Toto je výčet základních potřeb podle Pessa. Tyto potřeby plní v prvopočátku děloha: je v ní místo, ochrana, výživa, podpora (plod z ní nemůže vypadnout), je v ní i limit (je pružná, ale i pevná). Po narození je plnění potřeb na rodičích - nejprve zcela konkrétně, to jest dotykem, později symbolicky, to jest verbálně i neverbálně (např. mimikou). Jak dítě vrůstá do společnosti, nachází své místo, ochranu, výživu, podporu a limit v širším než pouze v rodinném okruhu.

Když vše proběhne dobře, člověk má v dospělosti natolik rozvinutý smysl pro uvedené potřeby, že sám umí úspěšně vyhledávat okolnosti, v nichž se cítí "doma" a rychle se zabydluje. Cítí se bezpečně a dobře detekuje ohrožení, umí vyhledat to, co jej naplňuje, vytvořit si okruh lidí, kteří jej podporují, a zná taktéž své meze. Když vše proběhne jak má, je rovněž vybaven smyslem pro plnění potřeb svých dětí i lidí v okolí.

PESSO (In CALDWELL, 1997) předpokládá, že každý člověk v sobě nese genetickou informaci toho, s čím se potřebuje ve světě

setkat, aby obstál jako lidská bytost a mohl rozvinout, co je mu individuálně dáno. Lze to říci i tak, že genotyp každého z nás obsahuje kromě jiného i jakési ideální obrazy toho, co očekáváme od svých nejbližších a světa vůbec, ideální obrazy interakcí a vztahů, které potřebujeme zažít v pravý čas s těmi pravými lidmi.

Je-li nám toho dopřáno, můžeme se zdárně vyvíjet, zvládáme život, jsme schopni plně rozvinout své schopnosti a přitom všem jsme hluboko uvnitř přesvědčeni, že *život má smysl*. Jsme-li méně šťastní, co se týče prostředí, do něhož se narodíme, a naše očekávání nejsou uspokojována, později často trpíme různými psychickými, psychosomatickými či somatickými problémy, běžný život nám činí obtíže a jako životní pocit převažuje frustrace, úzkost, osamělost či ohrožení. Tato naše lidská „vrozená“ očekávání či základní potřeby by bylo dobré mít stále na paměti a pro pomáhající by měly být hlavním předmětem jejich zájmu.

Potřeby vnímáme při poskytování pomoci jako základ. Potřebami (a možnostmi volby) je definován ještě jeden důležitý pojem pomáhajících profesí, a tím je *kvalita života*.

BAŠTECKÁ a GOLDMANN (2001) poukazují na to, že kvalita života se do úvah o pomáhání prosazuje posledních třicet let a WHO (World Health Organization - Světová zdravotnická organizace, jejíž hlavním účelem je řídit a koordinovat mezinárodní zdravotnickou činnost s cílem zabezpečit všem lidem na této planetě nejvyšší možnou úroveň zdraví) ji vymezuje jako „dojem jednotlivců nebo skupin, že se vychází vstříc jejich potřebám, a že se jim neupírají možnosti, aby dosáhli štěstí a naplnění“.

Doporučuje se, aby byla péče zaměřována aktivně a adresně. Nikoli pouze na symptomy, ale především na potřeby pacientů a všimla si těch potřeb, které jsou pro ně nenaplněné (než těch naplněných).

V jiných kulturách (než je ta naše) nebo i v jiné době (než té dnešní) by na tomto místě bylo možná více zdůrazněno *očekávání*

anebo *hodnoty*. Jiný úhel pohledu, jiný kulturní, dobový, politický a ekonomický rámec má vliv a proměňuje významy obecných lidských otázek včetně našich potřeb. Liší se zejména jiným významem a také i jiným dopadem.

VIZINOVÁ, PREISS (1999, s. 19) uvažují o kulturních odlišnostech takto: „*V různých kulturách se různě hledí na bolest, zranění, smrt, separaci či ztrátu. Lidé některých etnik mohou být do jisté míry odolnější vůči určitému druhu traumatu a zranitelnější vůči jinému. ... destrukce a ztráta vazeb může být pro člověka (nezápadní) kultury primárně mnohem těžší než fakt fyzické bolesti*“.

Uspokojování našich potřeb je ovlivněno tím, jaké jsou naše hodnoty. Může se dokonce stát i to, že hodnota, kterou člověk má, potlačí i jeho základní „pudové“ potřeby, které mu slouží k tomu, aby přežil (BAŠTECKÁ a kol. 2005).

Závěrem této podkapitoly považuji za důležité zmínit, že opravdové vnímání a respektování lidských potřeb pacientů (klientů) může pomáhajícím pracovníkům při jejich pomáhání velmi pomoci. Napovědět jim a vést je k tomu, co a kdy mají dělat či nedělat.

Hodnoty lidí, kterým pomáhající pracovníci pomáhají, pak jasně vymezují, jak konkrétním lidem, v konkrétním čase a jejich životní situaci pomáhat.

Dovolím si tvrdit a z mého výzkumu také vyplývá fakt, že poskytování pomoci na základě skutečných potřeb a hodnot pacientů (klientů) vede k cenným výsledkům této práce. Mohu zmínit několik z nich, i když je jich jistě mnohem více a některé z nich nejsou ani na první pohled zřejmé: oboustranná spokojenost (pacienta/klienta i pomáhajícího); partnerský (nenadřazený) vztah, kde nevzniká pocit dlouhodobé závislosti na pomoci; motivovaný spolupracující pacient (klient), u něhož probíhá léčba rychleji a lépe; ... a ve vztahu k samotným pomáhajícím je to velmi podstatná skutečnost - prožívání smysluplnosti vlastní práce, prožívání spokojenosti z toho, co dělají, i když musí řešit určité problémy. Tedy také čerpání zdravé energie ze

své činnosti, které je potřebné pro jejich regeneraci sil a novou následující práci (a to i v návaznosti na další spokojené pacienty/klienty).

2.3 Nebezpečí a příležitosti pomáhání

Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout, které člověka angažují celého.

Příležitosti a „zisky“, které může tato profese pomáhajícímu přinášet, jsou zároveň potenciálním zdrojem problémů a nebezpečí. Mám zde na mysli, že tato povolání skrývají určitou příležitost k překonání pocitu osamělosti a nejisté sebeúcty pomocí kontaktu s klienty. KOPŘIVA (1997) toto popisuje jako tzv. *rozšíření hranic vlastního já i na druhé lidi* (pacienty, klienty). Jde zde stručně řečeno o problém, který může nastat tehdy, když k pomáhajícímu tzv. „patří“ i jeho pacienti (klienti). Pomáhající pracovník se pak může cítit jako významnější a méně osamělý, než kdyby pacienty „pod sebou“ nebo „kolem sebe“ neměl.

Tento problém má dvě podoby: jednou je tendence přebírat *kontrolu nad klientem* a druhou je tendence *obětovat se pro klienta* na vlastní úkor. Mohou se však i vyskytnout u téhož pracovníka současně a velmi dobře se vzájemně doplňovat.

Základním nástrojem pomáhajících profesí, ať již mluvíme o psychoterapii, somatické medicíně, sociální práci, výchově nebo duchovní službě, je osobnost pomáhajícího. Největší nesnáze přitom přirozeně působí slabá místa této osobnosti, nevyřešené neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy, jež jsou u pomáhajících podstatně častější než v celkové populaci. Tato problematika je již řadu desetiletí v centru živé diskuse odborné veřejnosti. A právě zde se objevil a později na to uchytil pojem „*syndrom pomáhajících*“, který je brán jako specifická narcistická porucha. Pod pojmem

syndrom chápeme v medicíně – spojení jednotlivých příznaků chorobného procesu, které se objevují v typické kombinaci. V oblasti psychologie je přítom hranice mezi „zdravým“ a „nemocným“ většinou těžko stanovitelná a obzvlášť nelehké je to vzhledem k sociálně váženému chování, jako je pomoc druhým, altruismus (SCHMIDBAUER, 2000).

Člověk, který si volí pomáhající profesi, se podle SCHMIDBAUERA (2000) často pokouší řešit – většinou nevědomě – své rané trauma odmítnutého dítěte, svůj hlad po uznání, po empatickém porozumění a po vzájemnosti. Předpokládá se, že vzniká v zážitku hluboké (dětské) bezmoci přetavením nepřátelských popudů do nutkavé a všemocné péče o ostatní. Pomáhání se pak stává nutností a součástí osobnostní struktury na úkor schopnosti vyjádřit vlastní pocity (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Narcistický „hlad“, v tomto případě zejména hlad po vděčnosti a obdivné lásce těch, jimž je pomáháno, je totiž nenasytný. A pokud se k tomu ještě přidá identifikace s určitým ideálem dané společnosti v dané době, jež bývá přítomna vzhledem k morální náročnosti pomáhajících profesí, znemožňuje toto vše dohromady vytvoření skutečného partnerství, ať už mezi pomáhajícím a tím, kdo pomoc přijímá, nebo mezi pomáhajícím a jeho nejbližšími v jeho osobním životě (SCHMIDBAUER, 2000).

Je důležité vědět, že pokud se pomáhající profese provádějí bez řádné průpravy a supervize, hrozí zde nebezpečí, že se tato porucha bude udržovat a časem i prohlubovat. Často se stává, že je „syndrom pomáhajících“ např. dlouhodobým sebezkušenostním výcvikem naopak vystupňován, a to se děje především proto, že se ve cvičné terapii za daných poměrů jen těžko daří navodit situaci, kdy by se pomáhající stal opravdovým příjemcem pomoci – většinou je totiž pomáhající ve výcviku kvůli někomu jinému než kvůli sobě, což posiluje opět jeho silnou identifikaci s „ideálem“ (SCHMIDBAUER, 2000).

Jak se SCHMIDBAUER (2000) zmiňuje dále, tímto syndromem trpí – jak se ukazuje – nejen jednotlivci, nýbrž dokonce celé instituce; zdravotnické stejně jako sociální.

Se syndromem pomáhajícího částečně souvisí také „**syndrom vyhoření**“ (z angl. *burn out* vypálit, vyhořet, vyhasnout, vyčerpat) neboli duševní stav, který se projevuje především citovou únavou (cynismem a nedůvěrou), lhostejností, bezmocností, beznadějí a ztrátou výkonnosti. Objevuje se většinou velmi plíživě v podobě psychického vyčerpání u lidí, kteří pracují s jinými lidmi (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Další kontrolkou či výstražným světlem pomáhající činnosti je *zplnomocnění – posílení klientů - pacientů*. Jeho protipólem je nadměrná závislost na pomoci. Pomoc většinou jednoho dne skončí a jedinec (rodina, komunita) přijme změněné podmínky a naučí se s nimi a v nich znovu aktivně žít. Pokud se tak ale nestane, může se pomoc rozvinout do „**syndromu závislosti**“, který je možné pozorovat tam, kde se pomáhá na základě prožívaného pocitu viny. Lidé, kteří po určitou dobu skutečně pomoc potřebují, a dostává se jim, mohou později nabýt dojem, že stát je „povinen“ se postarat a začnou žádat čím dál více kompenzací. Stát tak pomáhá a výsledkem procesu je skupina lidí, jejíž schopnosti a způsobilosti se omezily na dovednost vymáhat pomoc (BAŠTECKÁ, a kol., 2003)

Jiným varovným znamením v oblasti pomáhání může být také dojem, že se pomáhající zásadním způsobem liší od člověka, kterému pomáhá. **Sebeklam odlišnosti** vzniká pravděpodobně jako nevědomá ochrana proti bezmoci, která se většinou přičítá klientům (pacientům) a proti ztotožnění se s nimi. V řeči se touha po odlišnosti pozná například podle sousloví „ti lidé“, které nahrazuje podmět „my“ nebo „já“ (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Ztotožnění se s prožitky našich pacientů a klientů (těm, kterým pomáháme) považují HODGKINSON a STEWART (1998) za jednu

z hlavních a největších zátěží pomáhání. A to především tam, kde jde o zachování života, zdraví a určité sociální stability. Pomáhající si často představují, co by sami dělali, kdyby se jim něco podobného stalo. Mohou se jim při tom připomínat jejich již zasunuté smutné vzpomínky. Mohou k nim přicházet vtíravé myšlenky, kterým lze jen těžko odolávat. Popř. cítí vinu za to, že jsou šťastní. Na druhou stranu je ale ztotožnění pro práci pomáhajícího velmi podstatné a podle mého názoru nepostradatelné. Je předpokladem *vcítění se* do lidí, kteří shodou okolností v této chvíli potřebují pomoc.

Jediné, co skutečně odlišuje pomáhající od těch, kterým je pomáháno, je tzv. „role“, která byla tomu, co pomáhá svým způsobem přidělena, nebo si ji on sám přisvojil. Je důležité podle mého názoru nezapomínat na pružnost této role. BAŠTECKÁ a kol. (2005) poukazuje na to, že v důsledku sebeklamu odlišnosti si pomáhající buduje falešné a křehké sebevědomí, kdy ho nepružná role nutí, aby se tvářil, že všechno zná a všechno ví, a že dokonce ví lépe než ten, kterému pomáhá, co vlastně potřebuje.

Pomáhající se více méně nespolehá na pocity, potřeby a hodnoty lidí, kterým pomáhá a většinou postupuje podle určitých předem daných předpisů, učebnicových textů a zaběhlých zvyklostí. Tím se ale zbavuje podle mne toho nejcennějšího, co pro svou profesi potřebuje – vnitřních sil a citlivosti na sebe jako hlavní „nástroj pomoci“, neboť zažívanou bezmoc a další nepříjemné pocity promítá do lidí, kterým pomáhá.

Pomáháním se také někdy mění *identita* jedince. Pomáhající se přizpůsobuje hodnotám, chování i způsobu komunikace. A cena za toto přizpůsobení je mnohdy vysoká. Pomáhající pak mohou mít např. problémy s návraty domů a mívají pocity nostalgie a ztráty. Je proto dobré nezapomínat také na *svůj způsob života* a věnovat se *sám sobě* – svým potřebám a hodnotám.

Dobrá odborná pomoc udržuje rovnováhu mezi výše uvedenými protiklady (BAŠTECKÁ a kol., 2005):

- pomáhající pracovník si uvědomuje svoji *moc* a nedává se svést klamem, že může a umí vše a také ani šalbou bezmoci. Umí si připustit, že existují a stávají se situace, kdy nemůže dělat nic ani on sám, ani člověk, kterému pomáhá. A přitom zároveň ví, že i v takových situacích může být často výraznou pomocí lidská přítomnost a účastenství.

- pomáhající přejímá *zodpovědnost za vlastní zdraví* a ve vymezených hranicích poskytované pomoci si stále a vědomě uchovává dostatečné nadšení po dostatečně dlouhou dobu.

- při pomáhání vytváří pomáhající pracovník jen přiměřenou míru závislosti; jeho hlavním nástrojem je on sám a vztah, který s člověkem, jemuž pomáhá, navazuje; určitá závislost k tomuto vztahu patří, pomáhající si ale má být vědom, že životem druhého „pouze prochází“ a proto si udržuje vzdálenost, která mu umožní to, že nebude slibovat nic víc, než chce, ale především může splnit.

- *role pomáhajícího pracovníka* je jiná a liší se od role toho, komu se pomáhá a to právě a především povinností *reflektovat* (= uvědoměle vnímat) sebe a vlastní činy, aby byly při pomáhání ve službách toho, komu se pomoc poskytuje (tomu, komu se pomáhá).

Přiměřená vzdálenost, která ovšem nevylučuje zájem o člověka, umožňuje výkon role a také naopak. Obojí je užitečné jak pro pracovníka, tak i pro toho, komu pomáhá.

Nebezpečí a rizika pomáhání druhým představují zároveň i příležitosti. Tím, že jsme otevřeni a přijmeme paradoxy, jako jsou např. tyto následující – „při práci v pomáhajících profesích se pohybujeme v bezmoci a máme přitom velký vliv“, „jsme jako pomáhající nedůležití a zároveň si dostatečně vážíme sebe samotných“, „o kvalitě pomáhajícího vztahu svědčí jeho včasný konec“, „díky roli pomáhajícího, která nás vzdaluje od lidí, jim máme

možnost být vytrvale nablízku“ – člověk (i pomáhající pracovník) obvykle zraje (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

2.4 Bezmoc pomáhajících

Jak vyplývá i z mého výzkumu, který je součástí této práce, mnoho pomáhajících pracovníků se při svém povolání každodenně setkává s různými krizemi a problémy druhých lidí. „Propojují“ se s jejich životy, naslouchají jejich prosbám a žádostem (a to i když nejsou vyřčeny nahlas). Intervence pomáhajících s sebou nese také mnoho chvil, se kterými není snadné se smířit, přijmout je či pochopit. Někdy se také dostávají do stavů, kdy už sami nevědí kudy kam. To vše a další, může být pro „zasahujícího“ pracovníka zdrojem úzkosti, strachu a někdy až bezmoci. Může vnímat velkou bolest toho, který si přišel pro pomoc, případně nemožnost jeho volby, což v něm může probouzet strach o sebe samého a o jeho blízké. Uvědomuje si, co vše se může stát. Člověk, kterému pomáháme, v nás může vyvolat děs a paniku. Vůči některým věcem a situacím jsme bezmocní (zvláště se to týká naší konečnosti – smrti), ale počínáme si leckdy jako všemohoucí (HAVRÁNKOVÁ, 2002).

Při pomáhání druhým se přitom setkáváme s vlastními emocemi, které naznačují, čím jsme v tomto procesu pomáhání našim klientům angažováni osobně, co potlačujeme (HAVRÁNKOVÁ, 2002).

Je mnoho témat, které mohou pomáhajícího pracovníka přivést až k prožívání bezmoci. Podle mého názoru jsou to témata, se kterými má samotný pomáhající pracovník nějaký osobní problém. Mám na mysli věci či situace, se kterými se tento člověk zatím nevyrovnal, nesmířil se s nimi, nepřijal je takové, jaké jsou, a tudíž je nemohl jakkoli ovlivňovat a změnit svou činností. Záměrně zde neuvádím žádné konkrétní příklady (kromě jednoho – viz. níže) a to proto, že považuji za hodnotnější a smysluplnější, když si každý tato svá místa

odhalí „sám“ (bez vodítek a nabídek, které situace by to mohly třeba být i u něj). Je to věc velmi individuální a osobní a uvedením výčtu rozličných situací, ve kterých různí pomáhající zažívají pocit bezmoci, by mohl pomáhající, kteří si třeba budou číst můj text a popř. i o sobě v jeho kontextu přemýšlet, svést na scestí od nich samých.

Jak jsem předeslala výše, dotknu se zde jednoho tématu, který se s prožíváním pocitu bezmoci pojí velmi silně a na němž se shodli také téměř všichni z respondentů mého výzkumu. Podle mne je to setkávání se se smrtí a umíráním.

„Smrt jako téma zúzkostňuje, proto je důležité, aby člověk, který se zabývá pomáháním druhým, o smrti četl, přemýšlel, aby byl schopen o ní diskutovat, aby se učil před skutečností smrti neutíkat. Pokud jej smrt děsí, měl by komunikovat s někým, kdo ji vnímá i jinak než jako zánik a zmar. To proto, aby klient necítil úzkost, nelibost nebo odmítání pracovníka, který se tématem smrti ocitá na tenkém ledě“ (HAVRÁNKOVÁ, 2002, s. 306).

Ten, kdo takto pracuje a pomáhá druhým na jejich životní „cestě“, by měl dostat podporu a pomoc celého týmu (pokud v nějakém pracuje). Zvláště tehdy, když pomáhající cítí nějaké ohrožení, úzkost, neklid apod., je potřeba se těmito emocím věnovat v rámci intervize nebo supervize, aby se pracovník ve svých pocitech řádně zorientoval (HAVRÁNKOVÁ, 2002).

Bezmoc, kterou pomáhající může během svého výkonu povolání prožívat, mívá různé projevy. Některé jsem již zmínila výše v této podkapitole a k některým dalším se dostávám právě teď.

Jak píše SCHMIDBAUER (2000) jsou jimi masochistické průlomové pudů jako např. suicidální pokusy, závislost, psychosomatické projevy, které jsou u pomáhajících relativně časté, přičemž statistická data máme k dispozici především o lékařích. Všeobecně se zdá být psychoneurotická nemocnost tzv. náchylnost k duševním poruchám získaným v průběhu života u typických pomáhajících povolání

obzvláště vysoká. Nicméně, co je pro nás na tomto jevu zajímavější než statistické údaje, je tzv. duševní dynamika dekompenzace - různé formy a podoby přizpůsobení se prožívané bezmoci.

V jedné z uváděných forem přizpůsobení mění pomáhající (jakožto individuum) svůj organismus – zpravidla své chování, aby si tak zajistil psychické přežití v určité situaci – jedná se o tzv. *autoplastické přizpůsobení*. V jiném typu formy přizpůsobení - pojmenovaném jako *aloplastické přizpůsobení* - mění pomáhající za tím samým účelem své okolí. Většinou však působí oba mechanismy současně (SCHMIDBAUER, 2000).

Mnohem složitější a problematičtější se však zdají být chronické dekompenzace typu „Vždyť se ti pokouším jen pomoci“, v nichž je za fasádou příslušníka pomáhající profese zřetelné téma „odmítaného dítěte“. Pomáhající je v této situaci nevědomě přesvědčen o tom, že vůbec není s to pomoci, že pomoc je nemožná. Proto aranžuje situaci (podle principu aloplastického přizpůsobení) tak, aby jeho úsilí zůstalo bezvýsledné. Jemnější, velmi rozšířenou formou tohoto aranžmá je přesvědčení, že rychlá a účinná pomoc je nemožná. Pomoc, jež přinese rychlý úspěch je pak považována za povrchní a její trvalost je zpochybňována (SCHMIDBAUER, 2000).

Mnohé psychiatrické diagnózy, jako jsou např. „endogenní psychóza“, „schizofrenie“, „drogová závislost“, „alkoholismus“, „psychopatie“, se stávají klíčovými pojmy v chování pomáhajícího, jež je ovlivněno sabotáží vlastních opatření. SCHMIDBAUER (2000) uvádí za příklad „schizofrenního“ pacienta, který je rychle přijat na kliniku při každé jeho krizi. Toto počínání pomáhajících, kteří se kolem něj shromáždí, z něj podle jeho názoru dělá stále více a více nesamostatného nemocného, jež potřebuje péči a dohled. Jeho symptomy dále jen sílí a postupně mizí jeho schopnost vést aktivní život i přes příležitostné bludné představy nebo prožitky odcizení.

Motivy, které vedou pomáhající k sabotování vlastních zásahů, jsou komplexní. Sám již nevěří, že pozitivní pocit ze života, zvládnání každodennosti, léčení tělesných a duševních zranění představují naprosto přirozená pravidla lidského života, a nikoli výjimky. Na

místo biologicky smysluplného růstového modelu změn svých klientů klade podle SCHMIDBAUERA (2000) model mechanický, strojový. Když se pokazí např. hodiny, hodinář je zpravidla úplně rozebere, očistí je, opraví je (jestliže nalezne poškození) a poté je opět složí. Protože řada pomáhajících vězí neustále v nevědomém obranném boji, ve kterém s trvalým úsilím svého já zadržují své agrese a narcistické potřeby, aby nevstoupily do jeho vědomí, nahlíží i potíže svých klientů jako problém, na kterém musí trvale pracovat, u kterého je neustále nezbytně nutné „něco dělat“. V tomto případě ani kognitivně směřovaná instrukce o emocionálním růstu či přirozené tendence k uzdravení z vlastních sil a jiné další podobné možnosti na tom většinou nic nemění. Již Freud upozorňoval na to, že terapeutická ctižádost bývá zpravidla málo užitečná a někdy i ohrožuje to, aby byla léčba úspěšná. Pomáhající tak získává sklon k tomu, aby zaujímal postoj, v němž sám sebe považuje a prezentuje se tím, že dokáže pomoci, protože má na to nebo ono vzdělání. Tím se ovšem paradoxně může zaplést do scén, v nichž na sebe bere veškerou zodpovědnost za „léčebný proces“ svého klienta a dělá ho tím závislým a slabým.

Není proto podle mne nad užívanou formuli, která je připisována francouzskému chirurgovi Ambrosi Parému (1517 – 1590) podle níž „lékař nemocného léčí, ale jen Bůh jej může uzdravit“.

Ctižádost pomáhajícího a jeho rezignace s pocitem bezmoci tak spolu úzce souvisí. Přitom nebývá často zřejmé, jestli máme chápat ctižádost jako reaktivní formaci proti rezignaci, nebo je tomu obráceně, totiž že v rezignaci je ukryta silná ctižádost. Ovšem ani jedna z těchto dvou možností se nevylučuje.

Závěrem této podkapitoly bych chtěla shrnout fakta, která považuji vzhledem k této práci za klíčová a stěžejní. V této části práce jsem se zaměřila především na projevy prožívané bezmoci u pomáhajících pracovníků, než na výčet situací, při kterých pomáhající bezmoc prožívají. Důvodem, proč jsem se takto rozhodla, bylo zjištění vyplývající z mého výzkumu – všichni z respondentů v průběhu výkonu své profese zažili či zažívají pocit bezmoci (někdo více a

někdo méně), ale situace v kterých tento pocit prožívají se různí podle jejich založení, zkušeností ad. Mnohé z těchto situací, do kterých se pomáhající dostávali, nemohli sami nijak ovlivnit. Z toho mi vyplynulo, že je důležité se nezabývat samotnými situacemi, které nemůžeme leckdy ovlivnit, ale projevy, které prožívání bezmoci doprovází (např. pocity, emocemi, chováním). Pomáhajícímu se zde pak otevírá možnost volby, např. v návaznosti na čerpání vhodné formy zvolené intervence (tedy pomoci určené pro pomáhající pracovníky, kterou se plánují zabývat později), jak se k celé věci sám postaví, co udělá nebo naopak neudělá. Tím, že si ujasní své skutečné možnosti a/nebo nemožnosti, priority a potřeby či jejich naplňování, si může vybrat, jakou cestou půjde dál a ovlivnit tak i svůj další život a jeho kvalitu.

3 ETICKÉ ASPEKTY POMÁHÁNÍ

Myslím si, že je velmi důležité se v přístupu k problematice pomáhání podívat také na *etické otázky*, které s pomáháním jako takovým souvisí. Domnívám se, že v tomto ohledu hraje důležitou roli nejen etika pomáhání, ale také etika pomáhajícího, která se s etikou pomáhání nerozlučně pojí.

Etika (z řec. *éthos* = zvyklost) je podle sociologického slovníku (JANDOUREK, 2001, s. 74) souhrn všech principů, podle kterých se ve společnosti posuzuje správnost jednání. Je to normativní filozofická nebo teologická disciplína, která se zabývá všeobecně platnými normami určujícími správné chování. Etika vychází z obecného předporozumění, že je třeba konat dobré věci a nekonat věci špatné.

Etika u člověka předpokládá existenci svědomí, svobodu a zodpovědnost (PEŠKOVÁ, 2004). Jako pravidlo jednání se uvádí tzv. „zlaté pravidlo“, o kterém se předpokládá, že je rozšířeno ve všech kulturách: „*Co nechceš, aby dělali jiní tobě, nedělej ty jim*“.

Podívejme se nyní na základní body etiky pomáhání, jak je uvádí Baštecká (BAŠTECKÁ a kol., 2005, s. 204-205). Pomoc má:

- být kulturně, situačně, pohlavně a hodnotově citlivá; to znamená citlivá k sebepojetí a životnímu stylu toho, komu pomoc poskytujeme; „*u každého člověka bychom měli vzít v potaz jeho přání, zda chce využít dostupných služeb a jaký čas pro to považuje za nejlepší*“ (BAŠTECKÁ a kol., 2005, s. 204);
- být nabízena, nikoli vnučována; podle BISSONA (in BAŠTECKÁ a kol., 2005, s. 204) je „*životně důležité zajistit, aby si člověk (kterému*

je pomáháno) byl vědom povahy daného zásahu a byl ochotný a motivovaný ho podstoupit“;

- vycházet z posouzení potřeb a dostupných zdrojů (lidí, obcí,...);
- vlastní síly a zdroje lidí a obcí podporovat;
- vycházet z místních podmínek a má být poskytována s přihlédnutím k místním zvyklostem a s pomocí místních lidí;
- brát v úvahu běžný životní styl lidí (rodin, obcí), kterým se pomáhá;
- brát v úvahu četná zkreslení, ke kterým dochází při tzv. „volání o pomoc“ a má být poskytována s vyvážením rozumu a citu, s výslednou relativní – veřejně odsouhlasenou – mírou spravedlnosti.

Dále pak např. Etický kodex (1995) chápe chování pomáhajícího (sociálního pracovníka) ve vztahu ke klientovi tak, že sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe, jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů, pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoli formy diskriminace všem klientům, chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení, žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu (s výjimkou osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy další osoby), hledá možnosti, jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Vlastní zkušenost mi ale říká, že ne vždy takový pomáhající pracovník ví a zná co dělat, jak správně s člověkem, kterému má poskytovat svou péči, pracovat a pomáhat mu na jeho cestě. Ba co víc, spolupracovat s ním. Pomoc klientovi či jeho léčba probíhá podle mne a také podle zkušeností respondentů mého výzkumu mnohem lépe, když je klient aktivně zapojen do tohoto procesu (klient jako aktivní partner).

Na spolupráci s klientem (pacientem, nemocným člověkem) se často pozapomíná a bohužel u nás stále ještě převažuje spíše direktivní přístup a manipulativní způsob zacházení s ním (co by měl, co musí,

co ne...) a je opomenuta jeho jedinečnost bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci a další, jak ukládá etický kodex sociálních pracovníků České republiky. Z jiné vlastní zkušenosti vím, že je opravdu možné s pacienty (klienty) i velmi těžce nemocnými opravdu spolupracovat a pomáhat jim tak naplňovat jejich život určitou kvalitou. Mezi to patří např. i nebrat člověku jeho fantazijní možnosti a vést ho přitom k vědomí vlastní zodpovědnosti sám za sebe.

Etickému rozhodování rozumím jako rozhodování na základě mezilidských vztahů se zachováním lidské důstojnosti.

Etické zásady profese ovšem nestačí. Jednotlivé pomáhající profese jsou si vědomy lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům a mají pro něj svá řešení v podobě etických zásad profese. Některé z etických kodexů však stanovují požadavky, které není možné uskutečnit, a které mají být zřejmě chápány jako přihlášení se k ideálu, o němž se ví, že je nedosažitelný, ale ke kterému je možné se přibližovat.

Jiné požadavky etických kodexů jsou však míněny jako závazné. Jsou to zejména sociální pracovníci, kteří dbají na podrobnou formulaci etických zásad a v některých zemích tvoří tzv. hodnoty sociálního pracovníka hlavní složku jeho studia, které je věnováno mnoho hodin přednášek i praktických cvičení. S tímto stavem se KOPŘIVA (1997) setkal ve Velké Británii, kde jsou budoucí sociální pracovníci velmi pečlivě a podrobně informováni o nepřipustnosti a projevech rasismu, ageismu (podceňování a diskriminace starých lidí), sexismu (preferenze mužského pohlaví), ablebodysmu (preferenze tělesně nepostižených před postiženými) a homofobie (strach z homosexuálně orientovaných lidí a diskriminace této menšiny).

Problém ale nastává tím, že žádný etický kodex už neříká, co dělat, když se pomáhajícímu některý požadavek kodexu nedaří naplnit.

Když navzdory svému upřímnému chtění cítí pomáhající pracovník rozpaky v kontaktu s homosexuálem, když ho děsí a leká tělesné znetvoření klienta, popř. když u sebe – a to třeba až po řadě negativních zkušenostech ve své profesi – v sobě zpozoruje averzi vůči té či oné etnické skupině. A to, že s takovým pocitem nesouhlasí, nepomůže. Maximálně se může stát, že ho časem přestane u sebe vnímat, ale to jen celý vývoj zhorší a zkomplikuje.

V etických kodexech by proto podle KOPŘIVY (1997) měla být ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá. Zněla by asi takto: *Pomáhající je připraven kdykoli vnímat a akceptovat svoji nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.*

Z jiného úhlu pohledu jsme se tak opět vrátili k myšlence, že „žít podle ušlechtilých zásad je něco jiného než tyto zásady uznávat nebo hlásat“. Nestačí si totiž přečíst odbornou knihu či vyslechnout přednášku, je potřeba pracovat s *vlastním cítěním* a *být se sebou v kontaktu*, být na sebe, ale také i na ty druhé tzv. *naladěný*, abych neubližoval sobě ani druhým.

Jak uvádí ÚLEHLA (2007), etiku pomáhající práce není možné vymezit nějakým kodexem. Respektive kodexy jsou užitečné k prvnímu seznámení a k počátečnímu nahlédnutí do problematiky etického hodnocení práce. Etický kodex je prospěšný, ale zjednodušující model. Do profesionální práce se ovšem promítá celý pracovníkův přístup k lidem a k životu. Docela jiné projevy bude mít vůči klientům pracovník, který je uvnitř sebe přesvědčen, že lidé jsou schopni být dobří a vstřícní, jen když k tomu mají příležitost. A zcela jiný bude mít ten, kdo věří, že pokud člověka neomezují pravidla a strach z jejich porušení, zneužije situace ve svůj prospěch, na úkor druhých. Takové postoje jsou v nás hluboce zakořeněné a je třeba s tím počítat, jaký na nás mají vliv.

Nejde o to, který z těchto postojů je lepší a který horší, stejně každý pracovník zaujme ten, který mu je vlastní. ÚLEHLA (2007) chce poukázat na to, jak hluboce je pomáhající pracovník ve své práci ovlivněn tím, co si myslí o lidech a světě.

Požadavek etiky vystupuje obzvlášť naléhavě právě tam, kde je zřejmé, jak křehký a nejistý je pracovní vztah klienta a pomáhajícího pracovníka. Tam, kde je obtížné pro oba, aby se domluvili a dojednali si společnou práci a došli ke spokojenosti s žádoucím výsledkem (ÚLEHLA, 2007).

Závěrem této kapitoly bych chtěla shrnout nejdůležitější myšlenky.

V pomáhání jako takovém a to především ve vztahu pomáhající – pacient (klient) hraje etika velkou roli. Na jednu stranu různé etické kodexy určují, co má a co nemá pomáhající pracovník dělat, jak má přistupovat k lidem kterým pomáhá, a co je již nepřipustné (neetické). Na straně druhé se ale pomáhajícím pracovníkům nenabízí žádná možnost a pomoc s řešením, co mohou dělat v případech, kdy jsou v rozporu s psanými pravidly a prožívají tak vnitřní konflikt. Úvahou nad etickými aspekty pomáhání, výčtem nejrůznějších názorů výše uvedených autorů spolu se zjištěnými informacemi z mého výzkumu, jsem se chtěla přiblížit k podstatě celé věci a reálným možnostem, které mohou pomáhajícím pomoci lépe vykonávat svoji práci a přiblížit se tak ke zmiňovanému ideálu, který etické kodexy nabízejí. Jsou jimi např.:

- uvědomování si, že etické kodexy jsou často jakýmsi ideály, ke kterým se můžeme pouze přibližovat,
- v pomáhající práci nestačí pouze kodexy, je důležitý pracovníkův přístup k lidem a k životu – takové postoje jsou v nás sice zakořeněny a ovlivňují nás, ale je možné na nich pracovat a postupně je měnit,
- hodnoty pomáhajících pracovníků a problematiku etiky zahrnout již do studia a přípravy pomáhajících pracovníků tak, aby byli nedílnou součástí jejich studia, resp. její hlavní složkou, které

bude věnováno značné množství hodin přednášek i praktických cvičení,

- akceptace, sebereflexe a supervize.

4 POMÁHAJÍCÍ A JEJICH PACIENTI (KLIENTI)

4.1 Význam „vztahu“

Co je to vztah?

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 690) definují vztah jako „působení mezi dvěma nebo více jevy, objekty či osobami; ...vztah je spojený s emocionální vazbou a určitou odpovědností“.

Je velmi důležité na začátku této kapitoly podotknout, že péče o druhé lidi je cosi vzájemného. Nejedná se pouze o péči v jednom směru, totiž směrem ke klientovi (pacientovi). Pomáhání znamená setkání lidí. Každý z pomáhajících by toto měl mít neustále na zřeteli. Každý z nich by měl znát své hranice, respektovat je u sebe i druhých a nepřekračovat je svým chováním a svými postoji, což by jen prospělo k oboustranně zdravému vztahu a také účelu, pro který tento vztah vytvořili.

Samozřejmě, nemalou úlohu zde hrají také osobní aspekty (osobnostní rysy, osobnostní zvláštnosti ad.). Pečující by na ně neměl zapomínat ani v těžkých chvílích, které může při pomáhání druhým zažívat. Právě proto je prioritou číslo jedna u toho, kdo péči druhému poskytuje, zaujetí postoje k sobě samotnému.

Pomáhající povolání mají zvláštní nároky. Podobně i jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost (soubor vědomostí a dovedností, které je třeba si osvojit). Toto vzdělání poskytují příslušné školy. Na rozdíl od těchto povolání však v jiných profesích hraje velmi podstatnou úlohu ještě něco dalšího. Mám na mysli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho pacientem (klientem).

Pacient potřebuje věřit a důvěřovat svému lékaři (psychologovi, sociálnímu pracovníkovi,...) a vnímat lidský zájem. Tato myšlenka je obsažena také v rozšířeném názoru, že u těchto povolání je hlavním nástrojem pomáhajícího pracovníka jeho osobnost (KOPŘIVA, 1997).

Myslím si, a také i průzkumná studie, která je součástí této práce potvrdila, že v pomáhajících povolání má kvalita lidského vztahu pracovníka vůči svému klientovi prvořadý význam. Odpovědi některých respondentů to potvrzují.

Pomáhající pracovník se často v rámci svého povolání setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, s lidmi, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost: přijetí, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že je pracovník neodsuzuje. Pátrají po signálech, které by jim pomohly vytušit, jak na tom při vzájemném kontaktu s pomáhajícím vlastně jsou. Nacházet je mohou při každém setkání i v drobných neverbálních projevech pracovníka. A nemusí je vnímat ani vědomě. Častokrát stačí, že tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která buď klienty posiluje, nebo je naopak sráží.

Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce by se práce pomáhajícího stala jen výkonem svěřených pravomocí (KOPŘIVA, 1997).

Pojímat však svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta (jako o člověka) není ovšem bohužel ani v pomáhajících profesích nijak vzácným jevem. Tento pomáhající ale neaspíruje na to, aby se stal účinným spojencem klienta (či pacienta). Řada pomáhajících ani nestojí o to, aby se popřípadě stala na potřebný čas opěrným pilířem pro klienta nebo jeho rodinu, kteří si momentálně nevědí rady se svými problémy.

Také i tato výše uvedená tvrzení, ohledně pocitu bezpečí a potřeby přijetí pacienta pomáhajícím pracovníkem, se mně nakonec potvrdila a ukázala jako skutečnost, které jsem se snažila přiblížit ve svém průzkumu mezi lékaři a zdravotními sestrami. Bylo pro mne zajímavé, že názory a postřehy, pokud jde o význam vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a pacientem, se ke mně dostávaly v odpovědích

respondentů průzkumu, aniž bych jsem se jich na to sama ptala. Vnímala jsem, že i pro ně samotné jakožto pomáhající hraje vzájemné vztahování se důležitou roli.

Vztah ke klientovi může být i mnohem horší než jen „neutrální“. Právě v pomáhajících profesích se snadno může stát to, že po onom slušném jednání, které předpokládáme a vyžadujeme třeba i jinde než u pomáhajících (v bankách, na úřadech,...), není u pomáhajícího profesionála ani stopy. Jsou známy historiky, které svědčí o aroganci, hrubosti či lhostejnosti pomáhajících pracovníků tváří v tvář naléhavým problémům klienta. Nejsou to ale příhody, které by člověk potkával denně, ale zároveň neznamenají nic neslýchaného (KOPŘIVA, 1997).

Zmiňuji se zde o tzv. neangažovaných pomáhajících pracovnících proto, abych nějakým způsobem vymezila okruh problémů ve vztahu pomáhající pracovník – pacient (klient), kterými se v této části práce zabývám.

Úkolem angažovaného pracovníka je podle KOPŘIVY (1997) každého klienta pochopit, zajímat se o něj, přijímat ho jaký je, vcítit se do něj – prostě *mít ho rád* a vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou druhým unikají. Nejtěžší na tom je právě to „každého“. Někdy se vyskytnou případy, kdy nebývá přijetí klienta zrovna snadné. Jde zde podle mne o to, že v nás naše individuální životní historie zanechává nerasmazatelné stopy a pro pomáhajícího je někdy nesnadné se právě přes některé své životní zkušenosti (hlavně ty méně příjemné) k některým svým klientům, kteří mu toto nějakým způsobem připomínají, přiblížit. Je dobré to mít na paměti, pokud se s někým takovým ve své praxi v roli pomáhajícího potkáme. Jedná se o tzv. individuální citlivá místa. Někomu může vadit např. práce s alkoholiky, u jiného je to naopak. Není na tom podle mne nic špatného. Je to prostě tak a je třeba se s tím naučit zacházet. Mně osobně s tímto problémem přijímání některých klientů a zvláště jejich chování pomáhá supervize.

V pomáhajících profesích hraje vztah pomáhajících pracovníků s pacienty (klienty) velkou úlohu, ale mnoho příslušníků těchto profesí má přesto ke klientům přístup neosobní, v horším případě nadřazený (KOPŘIVA 1997).

Paradoxem pomáhajících povolání je i to, že uskutečňování lásky k bližnímu je zde i současně profesí, a tudíž zdrojem hmotného a společenského úspěchu (či neúspěchu) pomáhajícího. Oba motivy mohou do pomáhání vstupovat rušivě. Tam, kde se stávají určujícími faktory profesionálního působení příslušníka pomáhající profese, je třeba mít na paměti, že zde již jde o podnikání, tedy činnost kvalitativně odlišnou od profesionálního pomáhání.

4.2 Vnitřní světy lidí, s nimiž se pomáhající setkává

Pokoušeli jste se někdy dívat okem, nebo třeba slyšet uchem, toho druhého? Možná ano.

V této podkapitole bych ráda poukázala na to, že události odehrávající se ve vnějším světě prožívá každý člověk nutně subjektivně a „po svém“. Pro pomáhající pracovníky by tak z toho měl vyplývat důležitý závěr – v komunikaci s klientem nemá vnitřní svět pracovníka (včetně jeho obrazu o klientovi) právo na status nějakého objektivního hodnocení, nýbrž je zase jen subjektivním pohledem.

Chceme-li tedy klientovi porozumět, musíme se v první řadě zajímat o to, jak věci vidí a prožívá on sám. Pomáhající by měl být na pozoru před tendencí nahrazovat či zaměňovat toto porozumění klientovi vlastním hodnocením nebo klasifikací klienta podle nějakého „třídícího systému“ – i když i zde existují výjimky – při určitých

způsobech praktického zacházení s klientem mají hodnotící hlediska a třídící systémy své nezastupitelné místo.

Podle PEŠKOVÉ (2003) má naše struktura „zakoušení světa“ podobu dvojí.

První podoba je ta, že svět a věci v něm *necháváme být tím, čím jsou* a našim cílem je mu a jim porozumět. Porozumět jejich podstatě. Zamýšlíme se nad tím, co není možno vnímat smysly. Poznáváme, že věci mají i jiný význam.

Ve větší míře však v naší současné společnosti převažuje podoba druhá, opačná. Jedná se o „*nahlížení*“ *praktické*. Svět, ve kterém se nacházíme, nám z tohoto pohledu přináší určitý užitek. Máme ho tak zvaně „k ruce“. Věci v něm užíváme, máme je pro jejich praktické použití a nevnímáme žádný jiný význam jejich bytí.

Myslím si, že je dobré mít v patrnosti obě tyto podoby, oba způsoby „zakoušení světa“. Vědět o nich, že jsou, uvědomovat si je, oba je v sobě integrovat a s určitou mírou citlivosti pro danou věc či situaci je nechat jak vědomě, tak nevědomě „zafungovat“. Vnímám, že je podstatné být schopen vidět a porozumět jednotlivostem světa v souvislostech. Být si vědom kontextuality.

Vnější svět je jen jeden a je společný pro všechny z nás. Vnější svět se však také každému z nás ukazuje jinak. A tento obraz světa můžeme nazvat třeba obrazem „vnitřním“, jedinečným pro každého jedince. K tomuto vnitřnímu obrazu, jak popisuje např. KOPŘIVA (1997), má pak plný přístup jen sám dotyčný člověk – „autor tohoto obrazu“.

I když s tímto prohlášením asi většina souhlasí, je dobré podle mne brát toto na zřetel i v každodenní praxi. Když např. pracujeme s člověkem, kterého potkala nějaká životní událost, nemůžeme předem vědět, co pro něj znamená, a to i tehdy, když jde o situaci, s níž se v práci (ale i v osobním životě) setkáváme a proto známe reakce jiných lidí (anebo své vlastní). Nevíme v tu chvíli, jaký obraz této životní situace si tento člověk *uvnitř sebe vytvořil*. A abychom se to mohli

dozvědět, musíme se ho zeptat. Chceme-li se s tímto člověkem dorozumět, musíme tudíž vzít v úvahu jeho obraz – musíme ho pochopit „zevnitř“ jeho samotného, což ale vůbec neznamená, že se s ním musíme ztotožnit.

Být empatický je natolik součástí naší každodenní mluvy, že zapomínáme na složitost celého procesu. Je nesmírně těžké opravdu vědět, co druhý cítí a prožívá. Až příliš často do pocitů druhých promítáme pocity vlastní.

Vnitřní svět druhého člověka můžeme poznávat hlavně tak, že to bude on sám, který nám ho způsobem, který mu je vlastní, popíše. Slova ovšem na jedné straně dorozumívání mezi lidmi velmi usnadňují, ale na straně druhé mohou přispívat i k nedorozumění. Například ve chvíli, kdy budeme předpokládat, že pro druhého má určité slovo stejný význam jako pro nás. Kdybychom se však ještě dále ptali, co např. to „ono“ slovo pro tohoto člověka znamená, došli bychom možná k jinému zjištění, než bylo to naše původní. Je tedy zapotřebí se ptát a zajímat se tak o to, co „ono“ slovo v klientově vnitřním světě fakticky znamená.

Zde se otevírá prostor pro dialog. Jak říká KOPŘIVA (1997), my vlastně zkoumáme, co v daném konkrétním případě pro daného konkrétního klienta znamená to dané „ono“ slovo a jak se liší od chápání našeho.

Někomu se může zdát, že respekt vůči vnitřnímu světu klienta je do jisté míry zbytečný. Je přeci také známo, že je člověk vůči sobě v mnohém „slepý“, že na sobě leckteré věci nevidí, ba právě ty, které dobře vnímá celé jeho okolí. Není pochyb o tom, že si často člověk některé své vlastní pohnutky neuvědomuje. Položme si ale nyní otázku. Jak se ale stane, že si člověk začne uvědomovat něco, co si dříve neuvědomoval? Nikoli tak, že mu druhý člověk něco řekne, co nijak nerezonuje s jeho vnitřním světem, a on mu prostě uvěří. To by v té chvíli jenom uvěřil autoritě. To by nebylo jeho vlastní poznání. Každé nevědomé hnutí, každá nevědomá představa má ve (vědomém)

vnitřním světě klienta nějaké, třeba jen nenápadné stopy. Mohou se objevovat třeba i v podobě nějakého napětí či podivného pocitu prázdnoty kolem určitého tématu. Toto místo se nejprve musí dostat do ohniska pozornosti a právě na toto nedokončené místo ve vnitřním světě klienta může druhý člověk (např. pomáhající pracovník) navázat svou vlastní nabídku přesnějšího pojmenování. A teprve pak, když klient sám cítí, že náš komentář k jeho vnitřnímu prožívání u něj uvnitř „zapadl“, že otevírá něco nového, že je uvnitř prožíván jako důležitý a pravdivý, začíná tím pohyb, kterým se slepá skvrna v klientově vnitřním obraze světa prokresluje do pravdivější podoby (KOPŘIVA, 1997).

Jsou veliké rozdíly mezi lidmi v umění se vcítit do druhého člověka, rozpoznat, co se v něm vlastně děje, už z několika signálů (z jeho vzhledu, tónu hlasu, jedné věty apod.). O tyto rozdíly však tolik nejde. Důležitější je „orientace na porozumění“ – nepředpokládat, že platí naše vidění klientovy situace, ale vycházet z jeho vnitřního světa a brát ho vážně. Tak s ním nejen navážeme kontakt, ale pomáháme mu objasňovat si uvnitř myšlenky a pocity, které měl třeba dříve spletené do jednoho chomáče. Často teprve tím, že nám je postupně vysvětluje, se v nich i sám začíná orientovat (YALOM, 2003).

Lidé se moc často nezajímají o to, co druhý člověk opravdu cítí, vidí, co si myslí nebo třeba, jak co hodnotí. Namísto toho hovoří o tom, *co by druhý měl* prožívat, cítit, vidět, myslet a jak by měl věci hodnotit. To se stává i pomáhajícím ve vztahu k jejich potřebným protějškům. Stává se tehdy to, že pomáhající začnou používat hodnotící šablony místo zájmu o vnitřní svět zúčastněných. Zamění tím, jakoby porozumění s hodnocením. Pomáhající se tak často místo snahy o porozumění vnitřnímu světu klienta orientují na hodnocení oprávněnosti jeho prožívání. To je ovšem od kontaktu s klientem zpravidla vzdaluje. Stejný účinek může mít i přemýšlení o klientovi v odborných pojmech, které popisují jeho „vadné fungování“ (KOPŘIVA, 1997).

Již Erich Fromm nabádal své studenty, když je učil o empatii, k otevřenosti vůči těm částem sebe samého, které jsou ve shodě s jakýmikoli skutky či fantaziemi nabízenými pacientem - ať již jsou jakkoli ohavné, chlípné nebo násilné. Pokud bychom to neudělali, pak vyzýval k prozkoumání toho, proč jsme se rozhodli tuto část sama sebe „uzavřít“ (YALOM, 2003).

Myslím si, že právě pro pomáhající profese je velmi důležité, co nejvíce se přiblížit „světu“ svých pacientů či klientů. Pokusit se „vidět“ svět, jak ho vidí právě ti, kteří za námi přicházejí pro pomoc (i třeba sami pomáhající). Jen tak, můžeme skutečně pomáhat. Jinak by se naše snažení míjelo účinkem.

Čím přesněji pomáhající pronikne do klientova světa, tím se jejich společná práce dostává dál. Klienti mívají již obrovský zisk ze samotného prožitku toho, že jim někdo věnuje plnou pozornost a plně je chápe. Nejednen z respondentů průzkumu tuto moji zkušenost s klienty také potvrzuje (viz. Průzkumná studie – kapitola č. 6).

„Přesná empatie“, tak ji označil již před šedesáti lety ROGERS (1998), je jednou z podstatných vlastností a dovedností dobrého pomáhajícího (spolu s „bezpodmínečným kladným přijetím“ a „opravdovostí“ – viz. podkapitola 4.4).

Při empatii si dovedeme představit a procítit, co se v druhém děje, rozpoložení člověka citlivě a správně zachycujeme, ale přitom stále zůstáváme sami sebou. A právě tento přístup umožňuje pomáhajícímu pomáhat tak, jak to vyžaduje ta daná konkrétní situace, a nikoliv, jak to vyžadují jeho momentální emoční potřeby (KOPŘIVA, 1997).

Jak píše YALOM (2003), všechny jeho zkušenosti z jeho profese ho naučily nepředpokládat to, co jeho klient prožívá a co se mu asi v životě děje (i jaký k nám má jako k pomáhajícímu vztah). Schopnost dívat se pacientovým okem ohromně zlepšuje naši znalost jeho minulosti i momentální situace.

4.3 Dialog - komunikace jako sdílení a péče o vztah

Co rozumíme pojmem dialog? Co je pro opravdový dialog rozhodující?

Dialog je rozmluva, rozhovor mezi dvěma osobami skutečnými nebo smyšlenými (Slovník cizích slov – ABZ.cz, 2008).

Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost (1994) definuje dialog velmi podobně. Jedná se o rozmlouvání dvou lidí.

Pro opravdový dialog je rozhodující to, aby dva lidé spolu vedli téma, u kterého se „setkávají“, a který vede debatu. Je to tím, že pomocí dialogu *hledáme zvláštním způsobem pravdu*, rozebíráme a zakoušíme její přesnost, důvody a námitky, konstatujeme ji a vykládáme neobyčejně názorně, přesvědčivě a zajímavě. U dialogu nestačí být s druhou osobou pouze fyzicky. Jde o to, dostat se do hloubky, k samotnému jádru věci, k její podstatě (ŠTURZOVÁ, 2006).

To je možné třeba tak, že budeme klást klientovi otevírací otázky (otázky, na které není pouze odpověď „ano/ne“) k tématu, se kterým přišel, přijmeme klienta jako experta na jeho trápení, vyjdeme z klientovy pozice, jeho možností a přání, zplnomocníme ho a budeme ho na jeho cestě doprovázet (ÚLEHLA, 2007).

Schopnost pomáhajícího pracovníka používat rozmluvu jako svůj základní nástroj je přímo závislá na tom, jak pracovník rozumí tomu, co se všechno v rozhovoru s klientem odehrává, jak se toho on sám účastní, protože všechno, co činí, činí v dialogu s někým, přinejmenším sám se sebou (kdo jsem já jako pracovník, co je mé poslání, co potřebuji umět, jaké mám cíle, zdroje a východiska, o co se opírám apod.). Jde zde o to, aby pracovník svým chováním vytvořil pro klienta dostatek bezpečí.

Způsob jakým pomáhající pracovník hovoří se svým klientem, to zda např. vede s klientem jen monolog a dotazuje se ho jednotlivými otázkami na jeho problém, se kterým přichází a přitom mu nedovoluje, aby se sám tázal, v mnohém ukazuje na „jednosměrnost“ jejich komunikace. Odlišný způsob je ten, kde je klientovo účastenství mnohem živější a vydatnější. Klientovi je dovoleno klást otázky. Například klientka, která přichází s otázkou, zda má odejít od svého manžela, či ne. To, že vůbec takovou otázku má, je výsledkem toho, co se v ní za určitý čas odehrálo. K té otázce musela nějak dojít a ta cesta pro ni nemusela být snadná. A my jako pomáhající se máme možnost v praxi zabývat tím, jak se v našich klientech jejich otázky rodí a k těmto otázkám přistupovat jako k odpovědím, které jsou v nich ukryté (ÚLEHLA, 2007).

Pro úspěšnou komunikaci je proto třeba být si vědom toho, že komunikace v základním slova smyslu znamená *sejít se s druhým na společné „půdě věci“*, o kterou nám společně jde s vědomím individuálních dispozic, jimiž hledíme každý ze svého úhlu na danou věc. Je nezbytné sestoupit ke kořenům daného jevu i ke kořenům našeho postavení v rozhovoru. Teprve pak je možné zahájit dialog (ŠTURZOVÁ, 2006).

Je společný prostor pro komunikaci mezi „já“ a „ty“ trasa, po které putují informace od tvůrce komunikace k příjemci, nebo je to něco jiného?

Společný prostor pro komunikaci je jen tam, kde je na obou stranách smysl pro situaci komunikujících, pro tvorbu i příjem komunikátu (sdělení), schopnost vyjít druhému vstříc, smysl pro oprávněnou rozmanitost přístupů. Podmínkou pro to je pak obnovení smyslu pro hledisko, názor a pohled toho druhého (ŠTURZOVÁ, 2006).

Člověk, který potřebuje pomoc, by měl mít pocit, že alespoň pomáhající pracovník se snaží porozumět jeho vnímání světa.

Pracovník tím, že naslouchá, vyčkává, nedělá rychlé závěry a citlivě formuluje, poskytuje klientovi příležitost být vyslyšen. Využívá tak klientova potenciálu, toho „cosi“, co klientovi dovoluje mluvit o svém trápení. Od toho je možné se při práci s klienty odrazit (ÚLEHLA, 2007).

Lze říci, a má vlastní zkušenost mě to pouze potvrzuje, že pomáhá způsob vedení rozhovoru, nikoli jeho obsah.

„Způsoby, které pomáhají rozvíjet komunikaci, dávají klientovi možnost zažít pocit, že jeho vyprávění je bráno vážně a že není podceňován ani on, ani jeho trápení. Dávají mu možnost pocítit, že vůbec existuje někdo, kdo věří nejen jeho slovům, ale i jeho schopnostem, že je někdo, kdo mu opravdu chce pomoci a nebude mu hned udílet rady, co by měl dělat. Možná to bude poprvé, co klient zažije, že se o něho opravdu někdo zajímá. To samo o sobě má hojivé účinky, a proto stojí za pokus klientovi to nabídnout“ (ÚLEHLA, 2007, s. 55).

4.4 Empatie, autenticita a akceptace

Aby byl náš přístup k našim klientům účinný, musí být podle mého pohledu na věc také maximálně **empatický**, **autentický** (být sám sebou) a **akceptující** (klienta nehodnotit). Je to přístup konstruktivní a je např. pro ROGERSE (1998) předpokladem pro vytvoření *podmínek pro osobnostní rozvoj*. Těmito podmínkami jsou: již zmiňovaná empatie, dále pak autenticita a akceptace. Teď jen velmi stručně, jak o nich pojednává sám ROGERS (1998) – toto uvádím, pro úplnost a přehlednost:

1. Empatie:

- vcítění se do klientova světa, přiblížení se mu a chápání jeho problému, který nejprve pomáhající pracovník zhodnotí přes své vlastní prožívání, ale přitom nehodnotí.

- pomáhající „dočasně žije život klienta“,
- pomáhající svou empatii vůči klientu *projevuje pomocí reflexe*:
 - a) uchopí pocit klienta a jeho význam a toto mu sdělí,
 - b) zrcadlí klientovi jeho subjektivní pocity - sdělené pocity klienta lehce interpretuje, drží krok s klientem.

2. **Autenticita:** (rys osobnosti, hodnota)

- pomáhající si na nic nehraje, je sám sebou. Jedná se o tzv. „vztahovou nabídku“, která vede k překonávání vnitřních rozporů u klienta.
- to, co pomáhající zjišťuje (jak a co na něj působí), sděluje klientovi bez rozporu. Důležité je *stálé upřesňování*.

3. **Akceptace:**

- pomáhající bere jedince takového, jaký je, nehodnotí ho. Jeho postoj přijetí pacienta, akceptace, pomáhá vytvářet důvěru, která je při této práci nezbytná.
- pomáhající je ke klientovi vstřícný a otevřený.
- ne vždy s ním souhlasí, ale tam, kde je to pro klienta podstatné, ano.
- pomáhající přijímá klienta, jako rodič své dítě (nepodmíněně).
- neklade si podmínky, nehodnotí a přijímá všechny jeho pocity. Jak ty pozitivní, tak i ty negativní.
- pomáhající může akceptovat klienta pouze do té míry, do jaké akceptuje sám sebe.

Cílem tohoto přístupu při práci s klienty je *plně fungující osobnost*

- člověk, který se již nebojí prožívat tak, jak to cítí. Prožívá bezprostředně, bohatě a detailně. Člověk přijímající sám sebe, důvěřující svému vnitřnímu tělesnému prožívání. Každá zkušenost má pro něj význam a to, co prožívá, dokáže verbalizovat. Neméně důležitým cílem je také ústup *zdravotních obtíží*.

4.5 Fenomenologický přístup k člověku

Co je základem fenomenologie a proč je důležité o ní vědět?

Základ fenomenologie je tzv. „myslet celek“. *„Areté není privátně individuální ctnost; je to něco pevně určeného, co se přesto děje v měnivých konkrétních situacích; je to úsilí člověka o prohlédnutí celku v zasazení do konkrétní situace“* (PATOČKA, 1996, s. 33). Je to schopnost člověka do každé konkrétní situace vložit „celek“.

Podle HOGENOVÉ (2007) „celek“ (tzn. pozadí, na kterém se ukazuje „pravda“), ve kterém žijeme, není dán objektivně. K „celku“ se dostáváme tzv. „bytosným tázáním“. To znamená, že pochopit člověka znamená vstoupit do „celku“ tohoto člověka. Ale pozor – tento „celek“ je nepředmětný a neuchopitelný - a proto vstoupit do něj je možné jen skrz *bytosné vroucí tázání tohoto člověka*. Otázky jsou v tomto člověku vždy *skryté*, ale působí jako zdroje jeho rozhodování. Proto jsou skutky lidí vlastně odpověďmi, které tyto otázky v sobě implicitně („zavinutě“) obsahují.

Pomáhající, aby co nejlépe mohl porozumět člověku, o kterého nějakým způsobem pečuje, musí vejít do míst, o kterých ani tento člověk sám zatím neví. Pomáhající by se měl tzv. na svého klienta (pacienta) *„naladit“*. Právě pomáhající má podle mne vést člověka tak a tam, aby se pro něj v bezpečném prostředí podíval například na své strachy a obavy. Největšími strachy bývá většinou to, co neznáme; to, co není jisté. Z toho plyne otázka, co je to osud a kde se berou situace, do kterých se lidé dostávají a proč. Chci se jen v krátkosti zmínit o osudu a to tak, jak se na něj dívá prof. Hogenová.

HOGENOVÁ (2008) se zmiňuje ve svých vyprávěních o „osudu“. Ten považuje za *„něco, co nám bylo posláno Bohy a minulými generacemi“*; to, co nám bylo posláno z minulosti. Proto je dobré při

pomáhající práci nezapomínat ani na minulost člověka, se kterým se setkáváme.

Velmi důležité jsou podle HOGENOVÉ (2008) také „*slavnosti*“. Tyto slavnosti, které má na mysli, jsou posvátné okamžiky, ve kterých prožíváme „celek“. V té chvíli jsme současně i nejvíce u sebe samých. Člověk v těchto chvílích prodlévá, nic nedokazuje ani sobě ani druhým. Jsou proto velmi důležité pro život a mohou fungovat i jako „léčebný prostředek“. Znamená to třeba nezapomínat na narozeniny nám blízkých lidí (ani na ty své) a ctít je. Slavnost je „domov“. Největší slavností je „usebrání“, „naladění“ - člověk je v ní usmířen s celkem kosmu. Např. rozhovor člověka s pomáhajícím by měl mít povahu této slavnosti.

Slavnost v tomto pojetí není rauš z opilosti či adrenalinových sportů. Je to rauš z *nadšení*, které se dá přirovnat k dětské radosti. Člověk, který toto prožívá, naplňuje sebe i ty druhé pocitem sebedůvěry a klidu. Člověk je zde jakoby vytržen z normálního kauzálního času (času příčiny a důsledku).

A proto je podle mne důležité nezapomínat na potřebu prožívání slavností také v životě těch, kterým pomáháme. Umět přivést klienty a pacienty k tomuto uvědomění si jedinečnosti a léčivého účinku při prožívání slavnosti a učit je, jak slavnosti vnést do svých životů.

Co je to „intencionalita“?

Jedním ze základních pojmů ve fenomenologii je pojem „*intencionalita*“. Dá se vyložit jako: předznačenost, předurčenost. Znamená, že každý z nás je předurčen pro nějaký „cíl“ (telos). Člověk je na „cestě“ a cíl, ke kterému jde, se jmenuje „telos“. Někdo ho má přesně popsany a definovaný, ale většinou to tak nebývá. Může se také časem proměňovat. „Telos“ je vždy podmíněn „arché“, tzn. počátkem. Tím, co nám bylo dáno jako základ pro náš život. Podle Heideggera je velký problém v tom, že současnému člověku chybí tento cíl, anebo se stále mění. Je to dáno stavem postmoderní doby, která rozkolísala jistoty člověka. Není jakoby „nic pořádného před námi“. Problém

tohoto člověka je v tom, že jeho „bytí“ je založeno především na výkonu, který se stal jeho jedinou jistotou v životě. To dříve nebylo. Výsledek jeho práce musí být efektivní a účinný a to stále víc a víc. Člověk se tím stává úplně propadlý do situace, je neukotvený a proto z toho také časem, aby to vše přežil, hledá úniky. Má potřebu útěků. Potřebuje rauš (HOGENOVÁ, 2008).

Je proto velmi důležité a podstatné se spolu s člověkem, kterému zrovna pomáháme jako by postupně pomalu navracet k tomu, proč tady vůbec je, kam směřuje a jaké jsou jeho motivy pro to, co a jak dělá a dělal.

Dnešní člověk má strach existovat a právě z této ustrašenosti vzniká spousta jeho chorob a nemocí. Jeho největším strachem je strach ze smrti. Ze své vlastní a svých blízkých. Proto umění žít „tady a teď“ je možné pouze na podkladě uvědomování si naší „konečnosti“ (HOGENOVÁ, 2008). Je proto podstatné se na smrt připravovat již od dětství a nezahalovat ji či neskrývat, jako že není, jako že se nás vůbec netýká.

Člověk se během svého života dostává do různých situací, do kterých je jakoby „vržen“ a musí se v nich rozhodovat a volit z možností. Situace ho „tlačí“ a nutí ho, ať ji nějak řeší. A tady člověk stojí před problémem volit jednu z možností, aby mohl jít dál. Jeho vybírání je závislé na jeho (jak jsem uvedla již výše) „arché“, „telos“ a situaci, ve které se v té chvíli nachází. To, co vznikne z „arché“, „telos“ a „situace“ je jeho *motiv* (HOGENOVÁ, 2008).

Pomáhajícímu pracovníkovi může být při jeho práci s klienty velmi nápomocné nezapomínat, jak se jeho klienti do svých situací dostávají, na základě čeho se rozhodují a jak jim může pomoci k tomu, aby se v tom všem, co právě prožívají, lépe zorientovali. „Rozjasňování“ motivů je základem k pochopení proč, co a jak se v našich životech děje. Důležité proto, aby byl člověk schopen nahlídnout danou situaci, kterou je momentálně pohlcen a sám o tom třeba ani zatím neví.

A zde je to pravé místo pro řadu pomáhajících – *pomoci lidem rozjasňovat jejich skutky*.

Nejprve se na svého klienta „vyladíme“ a dáváme se tzv. k dispozici. Projevujeme při tom svůj skutečný zájem, to že ho máme lidsky rádi a že teď jsme tady jen pro něj. To proto, aby byl vůbec schopen mluvit o věcech, které ho trápí. To, co nám vypráví, musíme vzít jako „základ“ pro rozplétání. Jdeme od skutků k „arché“, „telos“ a „motivům“. Klientovi nic nepodsouváme a necháme ho, aby „pravda“ vycházela z něj. Necháme ho mluvit a pamatujeme si, co říká. To pro nás má platnost „odpovědi“ a to i tehdy, pokud jsou to otázky. Je dobré i jen poodhrnovat a pochopit tak, kam daný člověk směřuje (jeho intence směrem do světa) (HOGENOVÁ, 2008).

5 POMOC PRO POMÁHAJÍCÍ - NÁVRHY PREVENCE A MOŽNÉ ODBORNÉ POMOCI

V této části práce uvádím formy pomoci, které se mi zdají být podstatné v rámci jakési péče a podpory určené pomáhajícím pracovníkům ve zdravotnictví. A to především v době a situacích, kdy už si nejsou schopni tito lidé „pomoci sami“ z vlastních zdrojů. Právě pomáhajícím pracovníkům v rámci zdravotnictví se věnuji ve svém výzkumu, jenž tvoří praktický díl této práce. Vycházím zde proto předně ze zjištěných skutečností a potřeb respondentů mého výzkumu. Ráda bych zde nastínila, o co zejména v těchto vybraných typech pomoci jde – co je jejich podstatou a jaké možnosti nabízejí.

Předesílám zde také a prosím o jistou shovívavost ty, kteří tento text budou číst či z nějakého důvodu hodnotit, že se jedná opravdu jen o určitý nástin možných typů pomoci pro pomáhající, o kterých hovořím výše a nejde zatím o ucelený a propracovaný systém. Níže uvedené možnosti pomoci jsou těmi, které uváděli respondenti jakožto „pro ně potřebné“, tedy vyplývající z jejich hodnot a potřeb. Vycházím zde zatím pouze z prvních odezev a reakcí lidí (pomáhajících), kterým při jejich výkonu práce schází pomoc pro ně samé. Ráda bych pak na tento „první nástřel“ možných typů pomoci navázala a pracovala následně v rámci své odbornosti na podrobnějším a především propracovanějším systému či programu pomoci a péče určeném právě těmto pomáhajícím.

Výčtem a bližším seznámením se, možná pro někoho zbytečnými podrobnostmi níže uvedených typů pomoci, bych ráda uvedla „do obrazu“ i ty pomáhající, kteří zatím o výhodách a potenciálu těchto druhů péče neví, nebo je mají zařazeny do pomoci, která není určená právě pro ně, či z nich mají jisté obavy.

5.1 Supervize

Dle mého názoru může kvalitní supervize výrazně přispět k prevenci či snížení vyskytujících se problémů u pomáhajících pracovníků. Z tohoto důvodu věnuji zvláštní kapitolu právě supervizi.

Pro lepší přiblížení zde záměrně uvádím potíže, kterými trpěli respondenti mého průzkumu (lékaři a zdravotní sestry). Vyskytovaly se problémy jako například: stres, podrážděnost, pocity bezmoci, náladovost, převaha skepse, vyčerpání, omezování komunikace s kolegy, až pocity izolovanosti, ale také i závažnější problémy jako jsou ztráta smyslu, proč tuto práci pomáhající pracovníci dělají, depersonalizace a somatické obtíže - bolesti v zádech, trávicí problémy, vysoký krevní tlak ad.

Výše uvedené těžkosti respondentů mohou souviset s neřešenými a často potlačovanými nepříjemnými pocity z pracovního vytížení. Tyto a další problémy mohou svými projevy ukazovat na „nezodpovězení“ sporných otázek v práci (PONĚŠICKÝ, 2004). U některých pomáhajících pracovníků i na tzv. syndrom vyhoření, o kterém se v krátkosti zmiňuji v podkapitole 2.2 (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

K tomuto názoru jsem dospěla čerpáním znalostí z dostupné odborné literatury, také na základě vlastních zkušeností, a v neposlední řadě vycházím i z praktických znalostí mých profesních kolegů z psychosociální oblasti.

Co je supervize?

HAWKINS a SHOHET (2004) nabízejí tyto definice:

LOGANBILL aj. (in HAWKINS a SHOHET, 2004, s. 59) uvádí: „*Intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby*“.

HESS (in HAWKINS a SHOHET, 2004, s. 59) definuje supervizi jako „*čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se*

jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“.

Supervize je forma podpory, při níž se můžeme nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také podělit se se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s pacienty či klienty.

Supervize je součástí našeho neustálého profesního učení. Dobrý supervizor nám může také pomoci lépe využívat vlastní zdroje, lépe si poradit s objemem práce a pomoci nám zpochybnit naše nevhodné vzorce zvládání potíží (BUDINOVÁ, 2007).

Výsledkem dobré supervize je i rozpoznání překážek a nalezení účinných způsobů, jak je překonat.

Obsahem a náplní supervize je zvažování nejen kvality péče o pacienta či klienta samotného, ale i dané péče celkově.

Supervize je však i přes své výhody a prospěch, který může přinášet celému procesu pomáhaní druhým lidem a tedy všem zúčastněným (lékař, pacient, celý tým ad.), stále ještě často přijímána s rozpaky, obavami až bázni, strachem z dozoru. Za její cíl bývá považováno nacytat supervidovaného při jeho chyách, zaměření supervize pak na vytýkání nedostatků v práci, přístupu a postojích pomáhajícího pracovníka nebo i týmu (PROCHÁZKOVÁ, in VODÁČKOVÁ, 2002). S podobně formulovanými obavami a strachy ohledně možné supervize jsem se setkala také u respondentů mého průzkumu.

Ve svých důsledcích je tedy supervize vnímána pouze jako restriktivní. Aspekt druhý, tedy pozitivní, ve smyslu pomáhající tomu, komu se supervize děje – tedy supervidovanému, se často pomíjí. *„Supervizi přichází na chuť, zdá se, spíše zkušenější, léty praxe dělesloužící pracovníci, pro které je supervize nutnou součástí práce, jakousi zpětnou vazbou, až pojistkou vyvarování se závažnějších chyb v práci s klienty a ti, kteří pro svou práci považují za nutné zvažovat i jiné přístupy“* (PROCHÁZKOVÁ, in VODÁČKOVÁ, 2002, s. 180).

Smyslem supervize je tedy pomáhat pomáhajícím pracovníkům a pacientům (klientům) i celému zařízení. Nástrojem supervize je především zaměřené pozorování a cílené otázky. Vztahuje se k cíli práce. Děje se tak skrze zjišťování, ověřování, uvědomování procesu a především vztahů, ale také zvýrazněním podpory a povzbuzení supervidovaného ze strany supervizora (PROCHÁZKOVÁ, in VODÁČKOVÁ, 2002).

Podle výzkumu CHEMISSE a EGNATIOSE (in HAWKINS a SHOHET, 2004, s. 35) je také prokázáno, že dobrá supervize je v přímém vztahu s uspokojením z práce.

Supervize má 3 funkce (BUDINOVÁ, 2007):

- 1) *Vzdělávací neboli formativní* – ta se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopnosti supervidovaných. To se děje prostřednictvím reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty.
- 2) *Podpůrná neboli restorativní* - je způsob reagování na skutečnost, že na všechny pracovníky účastníci se důvěrné práce s klienty nevyhnutelně působí bolest a roztržštěnost klienta, a potřebují čas, aby si začali uvědomovat, jakým způsobem je to může ovlivňovat, a aby své reakce mohli zvládat. Pokud pracovník nevěnuje takovým emocím pozornost, vede to brzy k jeho nižší výkonnosti. Takový pracovník se buď se svými klienty začne nadměru identifikovat, nebo se začne bránit další možnosti nechat na sebe klienty působit. Tím by byl na nejlepší cestě k vyhoření.
- 3) *Řídící neboli normativní* stránky supervize plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality. Je důležité mít někoho, kdo se spolu s námi dívá na naši práci, nejen z důvodu nedostatečného výcviku či malé zkušenosti. Práci mohou negativně ovlivnit i nevyhnutelná lidská selhání, hluchá místa, citlivé oblasti v důsledku vlastních zranění i předsudky.

Individuální supervize

„Individuální supervize spočívá ve strukturovaném kontaktu s jedním pracovníkem. Jejím úkolem je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho další rozvoj. Supervizor a supervidovaný spolupracují na základě písemné supervizní dohody, kterou sestavují při prvním setkání“ (MATOUŠEK, 2003, s. 354).

KOLÁČKOVÁ (in MATOUŠEK, 2003, s. 354) do struktury individuálního supervizního procesu zahrnuje:

- supervizantovu reflexi svého minulého profesního období,
- předložení problému (situace), který se má řešit,
- poskytnutí prostoru k přemýšlení,
- sebereflexi a sebehodnocení supervidovaného,
- poskytnutí zpětné vazby ze strany supervizora,
- nabídku možností řešení,
- zapojení supervizantovy fantazie,
- podporu supervizantova rozhodnutí o konkrétní strategii budoucí práce,
- závěrečné oboustranné zhodnocení, zda byla zakázka splněna.

Skupinová supervize

Dát přednost skupině před individuální supervizí se pomáhající pracovník může rozhodnout z několika důvodů. První z nich může být spojení s ekonomickým využitím času, financí nebo odbornosti.

Výhodou skupinové supervize je i to, že skupina dodává podpůrnou atmosféru, ujištění, že i ostatní čelí podobným problémům. Dále může skupina nabídnout širší škálu životních zkušeností.

Na druhé straně je tu nevýhoda menší pravděpodobnosti, že bude skupinová supervize odrážet dynamiku individuální terapie stejně zřetelně jako supervize individuální. Bude tedy více vhodná pro ty pracovníky, kteří spíše pracují se skupinami klientů nebo pacientů (BUDINOVÁ, 2007).

Nevýhodou skupinové supervize může být i to, že na každého člena je méně času (HAWKINS a SHOHET, 2004).

Týmová supervize

„Týmová supervize zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich konkrétní pozici, potřeby, zdroje a odpovědnost. Je zaměřena především na činnost týmu jako celku a jeho efektivitu, popř. na práci celé organizace“ (MATOUŠEK, 2003, s. 355).

Supervize v týmech, jejichž členové navzájem znají své pacienty, má výhody i nevýhody, protože při supervizi se často věnujeme nikoli pacientovi „tam venku“, ale tomu, jak tento pacient vstoupil do vnitřního duševního života supervidovaného.

I při provádění týmové supervize existují otázky výběru skupiny. Je nutné rozhodnout, kudy povede hranice týmu. Vystupuje zde otázka, zda se do týmové supervize zapojí i pomocný personál, administrativa, studenti na praxi.

Dále je důležité si uvědomit, že týmová supervize se od jiných forem supervize liší v tom, že nevyhnutelně zahrnuje i jistou formu vývoje týmu (BUDINOVÁ, 2007).

Balintovské skupiny

Balintovské skupiny představil Michael Balint (1896-1970) a právě jeho kniha „Lékař, jeho pacient a nemoc“ inspiroval práci výcvikových skupin pro odborníky na celém světě.

Jeho cílem bylo přinést základní poznatky psychoterapie praktickým lékařům. Zdůrazňoval, že nejdůležitějším lékem je vlastně lékař sám. Přál si přenést zájem pracovníků v medicíně od soustředění na nemoc k zaměření na pacienta a především na vztah pacient-terapeut (BALINT, 1976).

Balintovská skupina se soustředí na problémy v terapeutickém vztahu. Zaměřuje pohled jak na těžkosti klienta, tak na těžkosti člena referujícího o práci s klientem. Balint vedl pomáhající profesionály k tomu, aby si uvědomili, co z vlastních postojů, prožitků a chování jim brání v účinnější pomoci klientovi. V termínech dynamické psychoterapie jde o nahlédnutí do vlastní neuvědomělé motivace. Jde

tu také o rozpoznání osobního emočního přístupu a vlastních reakcí na specifické prvky klientova chování (BUDINOVÁ, 2007).

„Podstatou balintovských skupin je odborná supervize cílená na jednotlivce, i když je prováděná ve skupině. Zaměřuje se na vztah lékař/zdravotnický pracovník a pacient, na to, jaké jsou ve vztahu překážky a co vztah podporuje“ (PROCHÁZKOVÁ, in VODÁČKOVÁ, 2002, s. 180).

Do českého zdravotnictví přinesli balintovské výcvikové skupiny Jaroslav Skála a Jiří Růžička (BRICHČÍN, 2006).

Balint doporučil především soustavný výcvik v partnerském naslouchání, v empatickém porozumění pacientově verbální i nonverbální komunikaci a v přiměřené terapeutově odpovědi. Pomoc klientovi vyžaduje podle Balinta dvoufázový postup: za prvé sympatizující ztotožnění s ním, za druhé objektivní odstup a reflexi vyslechnutého sdělení (BRICHČÍN, 2006).

Balintovská skupina se zabývá jedinečností vztahu terapeut - pacient se všemi jeho aspekty, a kultivuje tak reflexi práce s pacientem či klientem právě v kontextu tohoto vztahu.

Vedoucí skupiny by měl umožňovat volnou práci skupiny, ale současně držet skupinu pevně v určitých hranicích a stát na straně referujícího. Je to ten, kdo, práci skupiny v souvislosti s referováním případu reflektuje a pokouší se ukázat či nabídnout nové roviny porozumění vztahu, které dění ve skupině přináší (KOBLIC, in EIS, 1995, s. 72-74).

Struktura balintovské skupiny je následující:

1. *Expozice případu* - referující, supervidovaný předkládá případ a potíže, které se v souvislosti s ním objevily.
2. *Otázky* – členové skupiny se ptají supervidovaného na vše, co by jim pomohlo dokreslit obraz situace, ve které se supervidovaný nachází.
3. *Brainstorming fantazií* - v této fázi nabízejí členové skupiny své fantazie, které jim vyvstávají k osobě supervidovaného, jeho klienta a i jiných lidí zahrnutých do případu.

4. *Nápady* – nyní členové skupiny nabízejí své varianty řešení problému.

5. *Zhodnocení supervidovaným* - až v této poslední fázi má supervidovaný možnost vyjádřit s k fantaziím a nápadům, které vyslechl od členů skupiny a hodnotit, zda se mu dostalo odpovědi na jeho otázky.

5.2 *Krizová intervence*

Podle BAŠTECKÉ a kol. (2005) krizová intervence znamená „zásah v krizi“.

Krise představuje situaci, kdy člověk není schopen věci řešit standardními způsoby a postupy. Je to nenormální situace u normálního jedince. Je definována jako událost, která je spojena s nepředvídatelným stresem a člověk na ni nazírá subjektivně (HAVRÁNKOVÁ, 2002).

Postižený krizí si říká o pomoc, a to i ve chvíli, kdy si o ni při běžných situacích neřekne. Někdy je však pro člověka řešícího krizi složité nabízenou pomoc přijmout. Krize mohou mít také různé příčiny (HAVRÁNKOVÁ, 2003).

Jak vyplynulo z mého již výše zmiňovaného výzkumu v oblasti zdravotnictví, někteří z respondentů vypověděli, že v průběhu své práce sami zažili již vícero těžkých situací, které svým popisem vystihovali podstatu krize. V návrzích, co by jim v takových chvílích mohlo pomoci, několikrát zaznělo, že by potřebovali, především pomoc rychlou (někteří použili termín okamžitou). Bližší popis této podpory nejvíce odpovídal možnostem a postupům uplatňovaným v krizové intervenci, která by byla do jisté míry přizpůsobená potřebám těchto pomáhajících pracovníků. Proto zde krizové intervenci věnuji alespoň část prostoru.

Pojem krizové intervence BAŠTECKÁ a kol. (2005) popisuje v užším a širším slova smyslu, podle kterého je také používán:

- *v užším pojetí* znamená techniky a strategie při zacházení s člověkem, který zažívá úzkost a jiné přemáhající pocity ze situace, do níž se dostal. Jde o práci s lidmi, kteří nejsou nemocní, nýbrž se ocitnou v určité krizi. Jejím cílem je, aby daný člověk získal znovu nad sebou vládu;

- *v širším slova smyslu* krizová intervence představuje metodu – uspořádání a návaznost postupů, které si kladou za cíl vyřešení současné situace a obnovu lidských sil - od nejmenšího cíle (psychologického řešení okamžité krize a obnovu zvládacích mechanismů přinejmenším do úrovně, která existovala před propuknutím krize), k největšímu cíli (umožnit člověku, aby prošel změnou, po níž je zralejší, víc toho ví či umí, než před krizí).

Krizová intervence, jakožto psychologická první pomoc tam, kde u člověka nefungují vyrovnávací způsoby, zahrnuje nabídku okamžité pomoci s cílem usnadnit komunikaci, umožnit správný náhled problému, pomoci při vyjadřování emocí, navrátit jedinci sebedůvěru, mobilizovat podporu a podporovat účelné vyřešení problému. Chci zde zdůraznit, že v žádném případě se nejedná o psychoterapii (HAVRÁNKOVÁ, 2003).

Krizová intervence si klade za cíl „řešit nejvíce naléhavý problém“. Cílem je tedy stabilizovat a normalizovat člověka, který se ocitl v krizi. Je poskytována na zakázku klienta. Ptáme se ho, co se stalo (ČEPICKÁ, 2007).

Pro klienty je důležité, že je někdo vyslechne, povzbudí, že se vypláčou, že nejsou tak opuštění, jak si předtím mysleli. To nejtěžší, co pracovník musí v takových chvílích zvládnout a co obvykle nezvládá laická pomoc, je pocit vlastní bezmoci ve snaze způsobit změnu v klientově životě (ÚLEHA, 2007).

Krizová intervence má své zásady, techniky, strategie a postupy. Techniky se používají v rozpětí od minut do hodin; postup krizové

intervence může mít rozpětí od jednorázového setkání až po osm na sebe navazujících hodinových sezení v rámci několika týdnů (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Cílem krizové intervence je vyřešit nejvíce obtížný problém v období od jednoho do dvanácti týdnů (ROBERTS, 2000).

Krizová intervence se používá jak při setkání „tváří v tvář“ s jedincem, rodinou či komunitou, tak prostřednictvím „krizového“ telefonu (tzv. linky důvěry).

„Povinností pracovníka v krizové intervenci je řídit se hodnotami profese a dodržovat etická pravidla, která vychází z lidských práv a zahrnují například právo člověka v krizi na sebeurčení a na důvěrnost poskytovaných informací“ (BAŠTECKÁ a kol., 2005, s. 168).

5.3 Psychoterapie

Také tento typ pomoci si někteří z respondentů mého výzkumu přáli jakožto pomoc pro ně samé, i když z ní měli jisté obavy a strachy. Mohli by tak např. prozradit příliš mnoho o svých „slabostech“, museli by mluvit před druhými lidmi o sobě ad. I přes své první zábrany však považovala část z nich psychoterapii (potenciálně) za pro ně vhodnou formu pomoci.

Výraz psychoterapie pochází z řec. „psyché“ a „therapón“. „Psyché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj sama v sobě. „Therapón“ byl služebník, průvodce a opatrovník bohů. Sloveso „therapeúó“ opět znamená sloužiti, pečovati o někoho a v přeneseném významu i léčiti.

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 488) definují pojem „psychoterapie“ jako „*léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, příp. úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky. Psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici, je vždy úsilím k odpovědnosti, snahou rozšířit subjektivní svět pacientových hodnot*“.

Podle VYMĚTALA (1997) je psychoterapie průsečíkem věd psychologických, lékařských a filosofie. Ty jsou rovněž jejími zdroji.

Psychologie se zabývá duševní oblastí člověka a jeho života (duševní lidská subjektivita a její projevy - vědomí, prožívání apod.).

Medicína (lékařství) se věnuje léčbě (terapii) zdraví, především zdraví lidského. Léčbou se rozumí odborná pomoc pacientovi ze stavu nemoci do stavu zdraví.

Filosofie učí kriticky myslet. Hledat předpoklady a východiska oboru psychoterapie. Ukazuje nám možnosti a meze našeho poznávání. Dává nám možnost odstupů. Jejím prostřednictvím se dotýkáme otázek etiky (mravnosti, morálky).

Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky *komunikační* a *vztahové* povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem (VYMĚTAL, 1997).

Dále VYMĚTAL (1997) uvádí a více přibližuje:

Profylaxe (primární prevence) je opatření, jejichž cílem je zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, majících za následek poruchu zdraví.

Terapie je léčbou v běžném slova smyslu. Znamená užití těch psychologických postupů a strategií, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Cílem terapie je obnova zdraví.

Rehabilitace (terciární prevence) představuje psychologickou intervenci, pomocí, které usilujeme o zmírnění následků poruchy zdraví, přičemž rehabilitace často přechází v prevenci, čili v odstraňování předpokladů vzniku a rozvoje určité poruchy, výskytu nové ataky nemoci, dekompenzace zdravotního stavu apod. Cílem rehabilitace je návrat do původního stavu.

Další autoři se dívají na psychoterapii takto:

Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce anebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí (PROCHASKA, NORCROOSS, 1999).

Dle RŮŽIČKY (2003) je psychoterapie nejvýznamnější psychologickou disciplínou. Její postavení v moderní medicíně je zvláštní, a to již svým metodologickým předznamenáním, kterým se liší od většiny současných léčebných metod a postupů, které lze objektivizovat.

Psychoterapie vede člověka k bytí zde, a tak jej ochraňuje od odcizení světu i sobě samému. Je nadějnou možností, jak se ubránit ideologiím, falešným prorokům, a rozpoznat důležitá určení – vztah k lidem, osobní porozumění kulturním a historickým souvislostem vlastního života, ukotvení v horizontech domova a poskytuje metodu i zkušenost přesahu a řádu, ve kterém je člověk ukotven (RŮŽIČKA, 2003).

Tak zvaná psychoterapie představuje krajně zvláštní obor lidského počinání, neboť se vymyká všem dosud tradičním kategorizacím. Není to věda či technika, ale ani pouhá sugesce. Psychoterapie není aplikovaná filosofie či duchovně pastorační služba, ba ani umění či magie. A přece má v sobě něco z toho všeho (RŮŽIČKA, 2003).

ČÁLEK (2003) vymezuje psychoterapii tím, že klade důraz na to, že psychoterapie *„není odnoží psychologie ani sociologie, antropologie ani filosofie. Je svébytným oborem. Má svůj vlastní základ v sobě. Je praktickým oborem. Je disciplínou, která chce a umí porozumět jednotlivci (analogie pouze v umění), zabývá se něčím, co je jen těžko měřitelné“*.

Cíle psychoterapie

Dle ČÁLKA (2003) je cílem psychoterapie vyléčit duševně nemocného člověka:

„Nemoc je ztráta svobody ve smyslu svobodné volby možností a jejich realizace. Nemoc je omezením života. Ve stavu nemoci se člověk soustřeďuje na obranu svého zdraví. Nemoc mu brání ve volném pohybu ve světě, ve vztahové rovině (v případě duševní nemoci) dochází k narušení kontaktu se světem. Psychoterapie směřuje k tomu, aby člověk nabyl svobodu rozhodování. Jde o to, aby člověk našel své možnosti a byl sám sebou. Psychoterapie nám pomáhá najít řád v nás samých, který odpovídá našim danostem, ty nás jistým způsobem určují, ale v rámci daností se stáváme svobodnými. V tomto prostoru si hledáme svůj vnitřní řád, který z nás činí jedinečnou bytost“.

VYMĚTAL (1997) uvádí, že cíl psychoterapie je ve změnách v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky, tj. vztahem a komunikací

s terapeutem, korektivní zkušeností a zabudováním těchto nových zkušeností do osobnostní struktury a vývoje.

Pojďme se nyní podívat na *tři hlediska cílů psychoterapie* podle VYMĚTALA (1997):

1. *Hledisko oblasti působení psychoterapie.* Podle toho nač se psychoterapie zaměřuje a do jaké hloubky v rámci osobnosti a organismu zasahuje, lze cíle psychoterapie rozdělit do následujících bodů:

- a) Nejčastějším cílem psychoterapie bývá osobnostní změna pacienta, podmíněná jeho sebepoznáním. Pacient je veden k sebeakceptaci, ke zmírnění nebo zrušení inkongruencí (vnitřních rozporů) a řešení konfliktů, ke korekci nepřiměřených postojů a k plné realizaci možností. Toto zaměření psychoterapie je nejdůležitější.
- b) Nežádoucí psychofyziologické stavy jako jsou: psychická i svalová tenze, tréma, orgánová bolest, kolísavý krevní tlak, migrény atd., se dají regulovat pomocí relaxací, hypnózy, a jiných psychoterapeutických metod.
- c) Primárním cílem psychoterapie může být odstranění nebo zmírnění psychopatologických symptomů.
- d) Někdy je symptom důsledkem jednorázového traumatu často v rámci závažné životní události. Cílem psychoterapie je pak podpora v dočasné krizové situaci. Obnova funkční rovnováhy. Takovými událostmi mohou být: úmrtí někoho blízkého, znásilnění, autonehoda, rozvod ad.
- e) Při náhle a závažně změněných životních podmínkách (např.: po úrazu, při závažném onemocnění,...) je nutné pomáhat pacientovi s adaptací na nové podmínky.
- f) Na změnu chování se psychoterapie zaměřuje tehdy, stane-li se určitý projev pacienta symptomem. Poruchové vzorce chování se mohou fixovat tam, kde pomáhají v osobnosti nastolit patologickou rovnováhu jako nouzové řešení nějakého problému. Např.: odstranění obsedantního chování.

g) Rozšíření zájmu psychoterapie i na pacientovy sociální vztahy: rodinná a párová psychoterapie.

2. Hledisko různých forem psychoterapie. Důraz na určitý cíl psychoterapie se může lišit podle různých forem terapie. V individuální terapii bývají obsaženy všechny výše uvedené cíle. Ve skupinové terapii se klade důraz, kromě osobnostní změny, také na sociální vztahy a chování.

3. Hledisko jednotlivých psychoterapeutických přístupů. Lidskou psychiku nelze jednoznačně uchopit, a proto existují různé konstrukty popisy a teorie. Z nich vyplývají jednotlivé psychoterapeutické směry a jejich chápání psychické poruchy. Behaviorální směry chápou psychickou poruchu jako nepřiměřenou odezvu na podněty a cílem psychoterapie je zde přeučení maladaptivního chování, sebekontrola a rozšíření vlastní kompetence. Hlubinné směry, jako např. psychoanalýza, poruchu chápou jako vnitřní konflikty nevědomých sil a očekávání společnosti nebo jako chyby ve vývoji osobnosti a cílem je pak učinit tyto konflikty a vývojové fixace vědomými.

Obecně lze tedy říci, že cíle psychoterapie se různí podle způsobu použití psychoterapie i podle různých psychoterapeutických přístupů a škol. Cíl má být tedy předem jasně daný, racionálně zdůvodněný a průběžně sledovaný. Od stanovených cílů se výsledky psychoterapie více či méně liší. Obecný cíl je zvýšení sebeuplatnění a vlastní kompetence.

Psychoterapeutický vztah

- je to právě vztah, který je jedním z nejvýznamnějších prostředků v psychoterapii.

Psychoterapie je sama o sobě interpersonálním vztahem. Vychází se zde z toho, že člověk jakožto jedinec „je vztahem“ a nemůže být jinak, než „ve vztazích“. Vztah pro něj představuje určitou souvislost

mezi jevy, stává se lidskou bytostí právě skrze vztahy s druhými lidmi a primární vztahy jsou pro něj rozhodujícím činitelem rozvoje dalších vztahů a celého jeho dalšího vývoje.

Psychoterapeutický vztah má druhý největší podíl na pacientově změně (první jsou pacientovy faktory, on sám, jeho očekávání a závažnost poruchy). Daleko za terapeutickým vztahem jsou až používané techniky (ČÁLEK, 2003).

Pacient musí terapeutovi důvěřovat ještě předtím, než vstoupí do procesu změny a uvědomí si ji.

Pro každého terapeuta je důležité si uvědomit, že tlak autority (a tou terapeut je) dokáže přimět lidi k tomu, aby dělali věci, kterých by se jinak nedopustili a kterými mohou dokonce trpět.

Různé psychoterapeutické školy zacházejí a přistupují ke vztahu psychoterapeut a pacient (klient) různě na základě svých teorií. To ovlivňuje vztah přímo i nepřímo. Jinak bude vypadat vztah u direktivních terapií jako např. KBT (kognitivně-behaviorální terapie), jinak v psychoanalýze, kde je vztah hlavním zdrojem terapeutické práce, ale není brán jako autentický, ale přenosový. Terapeut se snaží v pacientovi vyvolat co nejsilnější přenos. Jinak pak vypadá v Rogersovské terapii, která klade důraz na empatii psychoterapeuta, bezpodmínečné přijetí pacienta a autenticitu. Dle ROGERSE (1998) je vztah nejdůležitějším procesem vyvolávajícím změnu.

Protože se často (i mezi odborníky) psychoterapie zaměřuje s krizovou intervencí a také obráceně, rozhodla jsem se, že zde ve stručnosti uvedu, v čem se zásadně jedna od druhé liší. Toto uvádím pro větší zpřehlednění, jednoznačnost a jejich snadnější rozlišování a použití i v praxi.

Rozdíl mezi psychoterapií a krizovou intervencí

Jak vyplývá z výše uvedených faktů, ač má psychoterapie s krizovou intervencí řadu společného, nelze je však v žádném případě

zaměřovat nebo slučovat v jedno.

To zásadní, v čem se jedna od druhé liší, je, že krizová intervence se zaměřuje při práci s klientem jen na ty prvky z minulosti, které bezprostředně souvisí s jeho krizovou situací, hledá podporu ve využití přirozených vztahů klienta a řeší *konkrétní aktuální problém*. Je časově omezená na pomoc při překonávání krize, má snahu se vyhnout patologizaci a zaměřuje se na obnovu základních mechanismů. Umožňuje tak člověku, aby prošel krizí (změnou), v níž má skrytou příležitost – stát se zralejší.

Psychoterapie má na rozdíl od krizové intervence „jinou hloubku“ pohledu na problém a zaměřuje se na změnu klientova *prožívání a chování, na změnu osobnosti*; jedná se většinou o dlouhodobou práci.

Krizová intervence nepracuje se vztahem klient – terapeut (není na to moc času ho vytvářet); krizový pracovník však může pracovat s tím, co v něm klient vyvolává.

5.4 Psychosociální pomoc

Psychosociální pomoc lidé běžně využívají, ačkoli ji zatím ještě přesně neumíme vymezit. Vykonávají ji sociální pracovníci, duchovní a psychologové. Lidé se na ně obracejí denně. I v běžných životních podmínkách však jde o nejasně a nesprávně vymezený pojem, na což upozornila např. nizozemská Komise pro harmonizaci sociální péče již v roce 1988: termín „psychosociální“ se používá jako *„souhrnný pojem pro různé problémy, od stresu, který někdo denně prožívá v dopravním kolapsu, přes paniku z hrozícího vypovězení z bytu nebo neúnosného zatížení dluhy, až k izolaci, v níž se nachází člověk, který není schopen navazovat či udržovat vztahy“* (VAN DER LAAN, 1998, s. 26).

Psychosociální pomoc, kterou poskytují různé organizace, spočívá v tom, co tyto organizace dělají ve vztahu k problémům a potřebám,

kteřé mají původ *psychický* (dotýkající se pocitů, chování, myšlení a tzv. vyrovnávacích zdrojů jedince) a/nebo *společenský* (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Konkrétní vymezení psychosociální pomoci by tedy mělo popisovat to, co pomáhající člověk dělá, když se snaží vyjít vstříc *psychickým a sociálním potřebám lidí, kterým pomáhá*.

Hlavním cílem této pomoci je začlenění lidí do společenství při co nejvíce zachované soběstačnosti. Vychází také z předpokladu, že „základní“ formy pomoci mezi lidmi jsou (rodinná) *svépomoc* a *sousedská – občanská – výpomoc*. Jedním z měřítek, které ukazuje na (ne)účinnost a (ne)přiměřenost organizované pomoci a nezáleží při tom na tom, zda se jedná o pomoc dobrovolnou či placenou, odbornou či laickou – by mělo být to, „*zda pomoc podporuje či obsahuje schopnost člověka postarat se sám o sebe, těžit z blízkých vztahů a přispívat do nich*“ (BAŠTECKÁ a kol., 2005, s. 78). Tím, co lidem pomáhá, je pravděpodobně zážitek vlastního *zvládnutí zátěže a lidská blízkost*, tzv. vztahová síť (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

Přirozených vztahových sil, které jedinci (rodině i společenství) pomáhají, využívá i pomáhající odborník. Dobrý pomáhající pracovník se snaží přirozeným dějům nepřekážet a má mít na paměti, že při pomáhání „spíše jede na koni, než řídí auto“, je spíše žákem než učitelem (SHALEV, URSANO, 2003). K přijetí výchozího postoje naslouchání a skromnosti může pomáhajícího přivést výcvik (zaškolení) a především průběžná supervize a podpora v průběhu jeho činnosti (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

V „odborné“ hantýrce se však psychosociální pomoc stala synonymem pro (mnohdy nepatřičnou) pomoc psychologickou, leckdy prováděnou nepsychology. Výsledkem se pak stala její špatná pověst (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 487) definují pojem „psychosociální“ jakožto „vztahující se k vlivu společnosti na vývoj a stav psychiky“.

Dále pak stejný zdroj uvádí definici „psychosociální zátěže“ – jedná se o „zátěž, která plyne ze svízelných sociálních vztahů či situací; jejími ukazateli mohou být: ztráta pocitu dobrého zdraví, zesilující pocity nejistoty, rostoucí pocity vnitřního nebo vnějšího ohrožení, prohlubující se pocity nedostačivosti v sociálních rolích a úkolech, neschopnost přizpůsobit se novým situacím, pocit ohrožení života, který vede k životnímu bilancování“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 699).

Jeden ze zdrojů uvádí, že nelze ztotožňovat psychosociální pomoc s pomocí psychologickou, dokonce ani s krizovou intervencí (BAŠTECKÁ a kol., 2005). To je také důvod, proč tento typ pomoci uvádím samostatně (odděleně od ostatních typů pomoci, které zmiňuji v této kapitole).

Pro lepší zpřehlednění a představu, co vše psychosociální pomoc vlastně zahrnuje, o co v ní jde a ohledně čeho se vedou v této oblasti polemiky, zde také prezentuji (viz. níže) podle mne cenné informace a konkrétní fakta z každodenního života.

I když se zde budu chvíli zabírat psychosociální pomocí při mimořádných situacích, domnívám se, že je zde možné nalézt i mnoho podobností a vhodných podnětů, které by mohly být v budoucnu využívány také pro pomoc pomáhajícím pracovníkům ze zdravotnictví (lékařům, zdravotním sestřím).

Psychosociální pomoc při mimořádných událostech podle CIKHARTOVÉ (2007):

Ministerstvo vnitra-generální ředitelství HZS ČR a Nadace ADRA společně uspořádaly po dvou letech opět konferenci psychologů, krizových manažerů, sociálních pracovníků a duchovních s mezinárodní účastí s názvem *Psychosociální pomoc v situacích*

mimořádných událostí. Konference, která proběhla pod heslem „*Víme o sobě*“, se uskutečnila v roce 2006 v Praze a záštitu nad ní převzali generální ředitel HZS ČR genmjr. Ing. Miroslav Štěpán a primátor hlavního města Prahy MUDr. Pavel Bém. Zúčastnilo se jí přes 150 odborníků, z toho 21 ze zahraničí.

Genmjr. Ing. Štěpán zahájil program jednání slovy: *"Každému z nás se může stát, že se nechtěně a bez vlastního zavinění dostane do těžké situace, která způsobí i zranění duše. Takové zranění není na první pohled vidět. Duše nekrváčí, ale někdy se uzdravuje mnohem déle než rány viditelné. Uvědomili jsme si, že nestačí mít moderní techniku, přijet včas a zachránit životy. Ale zachráněné životy by měly být kvalitní, proto potřebují pomoc. Podobnou pomoc jsme povinni poskytnout také záchranářům, protože i jich se každé neštěstí, s nímž přicházejí do blízkého kontaktu, více nebo méně dotýká."*

Následoval celý soubor příspěvků, který byl rozdělen do čtyř částí. Jednou z částí bylo: „**Zvládání stresu u záchranářů**“.

Cílem jednání této části konference bylo přiblížit - **co poskytuje nebo může poskytnout lidem zasaženým mimořádnou událostí psycholog nebo pro tyto účely vyškolený (psycho-)sociální pracovník.** K tomu, aby se lidé vyrovnali s nadlimitním traumatizujícím zážitkem, používají tito specialisté různé metody. Přednášející s dalšími odborníky polemizovali o jejich účinnosti za určitých podmínek. Co se však ukazuje jako optimální řešení při pomoci těm, kteří jsou denně vystaveni působení stresu v důsledku svého povolání, je stát se jedním z nich nebo jim být alespoň nablízku. Získat si jejich důvěru a zároveň mít co nejpřesnější představu o povaze a intenzitě prožitku, který musejí zvládat. Nejlépe jim může pomoci ten, který ví, čím museli projít a upozorní je předem, jakou reakci mohou očekávat (narušený spánek, zažívací potíže ad.), jak jí čelit a bezprostředně po zásahu si společně zrekapitulují celou událost a úlohu každého v ní. Je nutné, aby chápali, že stres je u člověka v kritických situacích normálním projevem a naučili se s ním pracovat. Aby si připustili, že záchranář (jakožto pomáhající) je také jenom

člověk se svými omezenými možnostmi a schopnostmi. Velkou roli při odbourávání stresových reakcí sehrávají kolegové, rodina, přátelé, aby postižený například nepropadl závislosti na alkoholu a překonal s jejich pomocí nejhorší období. Aby se u záchranářů snížilo vysoké procento rozvodovosti, sebevražd a nemocných s depresemi a jinými i somatickými obtížemi, které se někdy následně vyskytnou.

Zazněla také výzva na zřízení jakési nové služby pro pomáhající, tedy posttraumatické péče pro pracovníky, u nichž dochází rovněž k velké psychické zátěži. V neposlední řadě se hovořilo také o významu a využití anonymních telefonních linek, které slouží jako pomoc v krizi 24 hodin denně.

Podobné jako výše zmíněné návrhy a řešení - „co by mohlo pomáhajícím ze zdravotnictví pomoci při výkonu jejich povolání“ - se objevovaly také v mém výzkumu (viz. kapitola č. 6).

Pro krátkou rekapitulaci na závěr této podkapitoly nyní shrnu do pár bodů, co je v psychosociální pomoci podstatné (z jakých předpokladů vychází), na co při pomoci pomáhajícím pracovníkům touto formou pomoci nezapomínat a připojím zde také návrhy, které vzešly ze strany těch, jimž je tato pomoc určena:

- Psychosociální pomoc vychází z předpokladu, že „základní“ formy pomoci mezi lidmi jsou (rodinná) svépomoc a sousedská – občanská – výpomoc. Nesmíme zapomínat na to, že i např. doktor je především člověk, který má svůj život, svou rodinu a přátelé, osobní problémy aj.
- Touto pomocí podporujeme schopnost člověka postarat se sám o sebe, těžit z blízkých vztahů a přispívat do nich.
- Snažíme se vyjít vstříc psychickým a sociálním potřebám lidí, kterým pomáháme.
- Abychom mohli lépe pomáhat „staneme se“ na chvíli jedním z těch, kterým chceme pomoci, nebo jsme jim alespoň nablízku.

- Lidem, kterým pomáháme, vedeme k pochopení, že stres je u člověka v kritických situacích normálním projevem a je třeba se s ním naučit pracovat. Aby si připustili, že i když oni sami také pomáhají druhým lidem, jsou také jenom člověkem se svými omezenými možnostmi a schopnostmi.
- Velkou roli při odbourávání stresových reakcí sehrávají kolegové, rodina, přátelé. Proto, jestli je to možné, vhodným způsobem pracujeme i s těmito lidmi a zapojujeme je do celého procesu pomoci pomáhajícím.

Pomáhající pracovníci by uvítali:

- zřízení jakési nové služby pro pomáhající - posttraumatickou péči pro pracovníky, u nichž dochází k velké psychické zátěži,
- zřízení a možnost využívání anonymních non-stop telefonních linek – help linek pro „pomáhající“ v krizi.

6 VÝZKUMNÝ PROJEKT

6.1 Výzkumný záměr

Hlavním cílem této praktické části práce je popis zkoumané oblasti – v tomto případě deskripce života pomáhajících pracovníků ze zdravotnictví (lékařů a zdravotních sester). Charakteristika jejich kvality života, úroveň uspokojování jejich potřeb.

Zjištěné údaje mají zastávat úlohu počáteční orientace v oblasti hodnot a potřeb (především jejich naplňování) lékařů a zdravotních sester a dále sloužit jakožto podklad pro mou další navazující práci. V budoucnu si přeji analyzovat životy pomáhajících ze zdravotnictví hlouběji a posléze přijít i s návrhem určitého psychosociálního programu, který by mohl být prospěšný pro zkvalitnění jejich života a v návaznosti na to také zkvalitnění jejich práce, jejíž průběh a výsledky se odrážejí v celé naší společnosti.

Ve výzkumném projektu jsem se zaměřila na průzkum motivací, které vedou člověka k výběru pomáhající profese jako jeho povolání. Velkou pozornost jsem zde věnovala potřebám a hodnotám pomáhajících pracovníků a to i s ohledem na jejich vývoj v čase (u jednotlivých respondentů). Výzkum se také dotýká témat, jako jsou osobní záliby a volný čas, rodinné zázemí, zdravotní problémy, které pomáhající pracovníky trápí a i to, jak s nimi nakládají. Zajímala mne také jejich celková spokojenost se životem.

Pro tento výzkum jsem si zcela záměrně vybrala pomáhající pracovníky, kteří pracují v rámci zdravotnictví České republiky a to jak ty, kteří jsou zaměstnáni ve veřejných službách (tzn.

příspěvkových organizacích – nemocnicích zřízených Krajskými úřady), tak také i ty ze soukromého sektoru, kteří mají tuto činnost jakožto určitý druh podnikání. Konkrétně se jednalo, jak už jsem uvedla výše, o lékaře a zdravotní sestry.

Inspirací k tomuto výzkumu byl v první řadě můj osobní i profesní zájem o tyto pomáhající profesionály – o jejich potřeby, hodnoty, motivace, možnosti, kompetence, starosti, ale i každodenní radosti a řadu dalších věcí. K myšlence věnovat více pozornosti těmto lidem mne přivedla skutečnost, že jsem se ve svém životě, a to především v posledních osmi letech, měla možnost setkávat a hovořit s těmito pomáhajícími profesionály velmi často. Řada z nich, a to jak přímo, tak i nepřímo vyjadřovala svou nespokojenost, únavu, vyčerpání, strachy a obavy, které plynuly z jejich povolání a nemožnost pomoci si s některými pro ně složitými záležitostmi sami. Z těchto společných setkání jsem pochopila, že je třeba nezapomínat také na potřeby a péči o ty, kteří jako hlavní náplň své práce mají pomáhání druhým lidem. Podle mého názoru nespokojený, nevyrovnaný, podrážděný a unavený lékař nebo zdravotní sestra nemohou svou práci odvádět kvalitně a s odpovídajícím zájmem.

Tito pomáhající, se kterými jsem se za poslední roky potkávala, si v některých případech i sami říkali o poskytnutí pomoci pro sebe, nebo odpovídající pomoc již nějakou dobu hledali. Měli z toho ale na druhou stranu i jisté obavy. Obávali se, že by vyhledání pomoci pro ně samotné mohlo uškodit jejich profesní kariéře, nebo že to v nich samých či v jejich okolí bude budit dojem slabošství a selhání. Domnívám se proto, že pomáhající pracovníci ze zdravotnictví a to především lékaři a zdravotní sestry jsou v rámci pomoci a péče o ně samotné zanedbáváni a pomoc o ně je v souvislosti s charakterem jejich povolání podceňována. Mám za to, že zde chybí praktická a konkrétní řešení zabývající se nejen pomocí těmto lidem v akutních krizových situacích, ale také se jim nedostává pomoci, která je spojená s dlouhodobou péčí o jejich zdraví. Především se ale domnívám, že je silně podceňena prevence, která by mohla řadu

potíží a problémů spojených s profesí těchto pomáhajících pracovníků eliminovat.

Pomáhající práce (zde mám na mysli předně práci lékařů a zdravotních sester) s sebou nese jisté systémové obtíže (jako je nedostatek personálního obsazení a administrativní vytížení), zároveň je to specifická práce s lidmi, jež přináší zvýšenou psychickou zátěž, která se může začít po určité době projevovat negativně, jak při dalším výkonu práce pomáhajícího pracovníka (tedy mimo jiné i ve vztahu lékař-pacient), tak v jeho soukromém životě a na jeho zdraví.

Další inspirací mi byl průzkum specifických aspektů a rizik vyhoření v podmínkách všeobecné lékařské praxe, který se uskutečnil v rámci výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně) letos začátkem roku. Zájem o tuto problematiku byl nečekaně velký. Účastníci byli vyzváni ke sdělení vlastních zkušeností s příčinami a projevy ohrožení syndromem vyhoření, jak u nich samotných, tak u kolegů nebo zaměstnanců. V moderované diskusi pak byly hledány způsoby, jak syndromu vyhoření ve všeobecné praxi předcházet a jaké preventivní strategie volit. Účastníci ohniskové skupiny se shodli na tom, že praktičtí lékaři jsou ohroženi syndromem vyhoření a že je potřebné se nad prevencí zamýšlet. Z hlediska bezpečnosti pro pacienta nese praktický lékař odpovědnost nejen za sebe, ale i za zaměstnance a ovlivnění jejich výkonu syndromem vyhoření. Prevencí syndromu vyhoření by se podle nich měly zabývat i profesní a odborné organizace praktických lékařů (SEIFERT, VOJTÍŠKOVÁ, 2008).

Dále mne pak v této souvislosti oslovila výzkumná studie na téma: „Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem“, kde bylo záměrem zanalyzovat souvislosti dvou oblastí života – spokojenosti s prací a se zdravím – na celkovou spokojenost se životem (HLINICA, 2004).

V neposlední řadě pro mne byla inspirací také řada studií realizovaných v zahraničí. Ve Švýcarsku byly při dotazníkovém průzkumu zjištěny známky syndromu vyhoření u přibližně třetiny praktických lékařů. Jako prediktory rizika byly zjištěny: mužské pohlaví, izolovaná praxe, stres z pracovního přetížení, vysoká očekávání pacientů, obtížné sladění profesního a osobního života, podnikatelská rizika, odborné nejistoty a obtížné zvládnání personálu.

Vysokou míru stresu a vyhoření prokázal také výzkum mezi kanadskými lékaři. Tam byly jako nejčastější důvody uváděny: administrativní zátěž, dlouhé čekací doby na specializovaná vyšetření, pocit nedocení a přílišná svázanost regulacemi a pravidly. Navrhované strategie obsahují zdravou životosprávu a dostatek času strávený s rodinou a přáteli, účast na kontinuálním vzdělávání a důraz na vztah s pacientem (LEE, 2008).

Zvýšená úroveň rizika syndromu vyhoření hlásí také lékaři v Izraeli. Stav je dáván do souvislosti s novými zákony a narůstající agendou (KUSHNIR, 2004).

Ve Španělsku byla prokázána vysoká prevalence nespavosti mezi lékaři a její souvislost. Byl také prokázán signifikantní trend snižování uspokojení z práce lékařů (VELA-BUENO, 2008).

Polští lékaři na základě svého šetření označili tři pilíře pro prevenci syndromu vyhoření pro lékaře: síla, prestiž a rodina (GLEBOCKA, 2007).

Tímto výzkumným projektem jsem především chtěla zjistit motivace pro výkon pomáhající profese u jednotlivých pomáhajících pracovníků na jejím začátku i po určité době, zátěže a problémy, se kterými se pomáhající při výkonu svého povolání setkávají a prožívají je, zda při svých potížích sami vyhledávají pomoc pro sebe samé, či jim je nějaká pomoc poskytována. Eventuelně, jakou pomoc by si pro sebe představovali jako přínosnou a hodnotnou. Také jsem se chtěla přiblížit tomu, jak se práce pomáhajících odráží v jejich soukromém

životě, na jejich zdraví, v jejich životních hodnotách a celkové životní spokojenosti a naplnění.

6.2 Metodologie

Ve výzkumu byl zvolen, jakožto typ výzkumného projektu, *přehledový průzkum*, kde je podle SRNCE (2006) hlavním cílem popis, deskripce zkoumané oblasti, případně klasifikace zkoumaných jevů. Přehledové průzkumy poskytují potřebné informace pro počáteční orientaci v oblasti, kterou chceme hlouběji analyzovat později, což je také nyní i můj záměr.

Pro zjišťování potřebných dat bylo použito kvalitativní metodologie, konkrétně interviu zaznamenávaný na diktafon a následná obsahová analýza těchto rozhovorů.

Výběrový soubor

Informace byly získány od **12 respondentů** (7 žen, 5 mužů). Z toho 6 respondentů bylo z Prahy.

Šetření bylo provedeno jak v soukromých ambulantních ordinacích, tak také ve zdravotnických zařízeních zřízených jednotlivými Krajskými úřady.

Kritériem při výběru respondentů bylo, aby daný pomáhající pracovník aktivně vykonával svoji profesi alespoň **5 let**.

Z uvedených respondentů bylo 9 lékařů a 3 byly zdravotní sestry. Z celkového počtu 9 lékařů byli 2 primáři.

Z privátní praxe bylo 6 respondentů, z příspěvkových organizací jich bylo také 6.

6.3 Vyhodnocení

Úvodem jsem zjišťovala následující údaje: věk, stav, počet dětí a délku praxe v pomáhající profesi.

Věk:

Věk dotazovaných se pohyboval od 33 let do 60 let. Průměrný věk byl 46 let.

Stav:

Rozdělení respondentů dle stavu: 3 byli svobodní, 8 vdaných/ženatých, 1 rozvedený.

Děti:

9 z respondentů má děti (1- 2). Nikdo ze svobodných dítě nemá.

Délka praxe v pomáhající profesi:

Průměrná délka praxe je 21 let - v rozmezí od 5 do 35 let.

Respondentům bylo položeno 15 otázek, které se vztahovaly k motivaci, jenž je vedl k výběru jejich povolání, ke spokojenosti v práci, k tomu, zda je jejich práce uspokojuje a naplňuje, zda ji považují za zajímavou. Dále jsem se ptala na to, co je pro ně v práci náročné, stresující či ohrožující, popř. jestli uvažovali někdy o změně své profese. Následně jsem položila otázku, zdali si přáli něco změnit, aby se cítili v práci dobře a co by potřebovali jako pomoc pro sebe samé. Co a kdy jim pomáhalo v minulosti v problémových situacích a co by eventuálně potřebovali dnes. V souvislosti s položenými otázkami vztahujícími se k pomoci pro samotné pomáhající jsem přidala také dotaz týkající se supervize a její případné vhodnosti a přínosnosti pro pomáhající pracovníky z oborů, kde jsem předpokládala, že se nevyskytuje. Přidáno bylo i zeptání, zda se jejich práce odráží v soukromí, dále pak otázky vztahující se k jejich zdraví, k péči o jejich zdraví a v souvislosti s tím, jestli pro sebe vyhledávají potřebnou pomoc.

Protože jsem si záměrně vybírala pracovníky, kteří svou práci vykonávají již poměrně dlouhou dobu (3 z respondentů již 35 let, 7 z respondentů v rozmezí od 15 do 30 let, jen 2 respondenti 5 let)

položila jsem na závěr rozhovoru dotaz na to, co se s ohledem k délce jejich profesní kariéry změnilo - co pro ně bylo důležité na jejich začátku a co je tím dnes. Hlavním záměrem této otázky bylo, jak zmapovat vnější okolnosti a fakta, tak především přiblížit se k tomu, co se v průběhu tohoto období odehrávalo uvnitř těchto lidí. Lidí, kteří většinu svého života (kromě 2 respondentů) pomáhají druhým.

Seznam otázek je v příloze.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o volné výpovědi respondentů, které byly s jejich souhlasem nahrávány na diktafon a následně přepsány, často se stávalo, že někteří respondenti hovořili o situacích, na které jsem se přímo neptala, přesto tyto výpovědi pokládám za přínosné.

Odpovědi na otázky:

1. otázka:

Co Vás přivedlo k Vašemu povolání?

Všichni respondenti se shodli na tom, že vždy měli potřebu pomáhat druhým lidem a tak si sami vybrali jako svoji práci pomáhající profesi. Jako bližší a konkrétnější důvody většinou uváděli: potřebu se o někoho starat, touhu, aby druzí lidé netrpěli a aby se ostatním žilo lépe.

Například vypověděli:

„Vždycky jsem se chtěla starat o někoho. Buď o dospělé, nebo o děti. Chtěla jsem spíš k dětem. Ale to se mi bohužel nepovedlo, tak jsem se nakonec dostala k dospělým.“

„Vždy jsem chtěl druhým pomáhat, aby se jim žilo nějak lépe.“

„Chtěla jsem se starat o druhé, aby tolik netrpěli.“

„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel. Tak nějak mne to k tomu samo vedlo.“

2. otázka:

Uspokojuje a naplňuje Vás Vaše práce? Považujete ji za zajímavou?

Pokud ANO – čím? Pokud NE – proč?

Většinu respondentů tato práce uspokojuje. Často uváděnou charakteristikou této práce byla smysluplnost, různorodost, pestrost, dynamičnost, možnost zdokonalování se, prospěšnost, užitečnost, oboustranný prospěch, prožitky sounáležitosti.

Pracovníkům se na tomto zaměstnání líbilo především, že to je práce s lidmi. Nejvíce je uspokojovala samotná práce s pacienty, to, že jim mohou pomoci nějakým způsobem zkvalitnit a zpříjemnit jejich život.

Například vypověděli:

„Naplňuje mne i uspokojuje, protože je zajímavá. Mám pocit, že těm lidem v něčem můžu pomoci. Ať již tím, že se k nim člověk chová hezky, nebo nějak jinak, než to třeba zažívají doma. I to, že jim občas mohu dát nějakou další novou motivaci do jejich života. Ale třeba i to, že chodíme společně s pacienty ven. ... A to, že jsem vlastně společně s těmi lidmi celých šest celých týdnů jejich léčby, každý den, tak je to potom takové už, jako kdybych tam mezi ně patřila. Sžívám se s nimi a je to jako kdyby člověk tak nějak patřil mezi ně a byl členem té skupiny.“

„Naplňuje mne to, protože i já si z toho hodně беру. Vžívám se do toho, co pacienti prožívají a když i já mám nějaký problém, tak zjistím, že bych na to mohla i nějak jinak nebo i řešit jinak. To mne vlastně také obohacuje a řeším si tím svoje životní věci.“

„Je to takový dobrý pocit, když mi pacient poděkuje za to, co jsem pro něj udělala.“

„Mám dobré pocity, když se naši pacienti cítí dobře. Někteří se i ozvou po čase jen s tím, že řeknou, že je jim dobře. Myslím si, že tím že jim člověk pomáhá, tak jejich bolest nějak ustupuje a postupně i mizí.“

„Když přijde něco, něco se mi podaří, co chytanu včas. Neříkám někomu zachránit – infarkty chodí každý měsíc, ale to mne neuspokojuje. Spíš jako něco takového, kde něco člověk vymyslí, objeví. Když fakt někomu člověk pomůže. Že si třeba všimnu něčeho, s čím on nepřišel. Prostě to mne nabije a nabije mne to třeba na týden a zase mám z čeho žít a pak se zase plouhám dál.“

„Těší mne to, že chci pomoc druhým lidem. To mne nabíjí.“

„Je to práce s živými lidmi. Mohu ovlivnit jejich životy.“

„Líbí se mi tato práce. Je různorodá a má podle mne perspektivu a smysl. Objevuje se při ní stále něco nového. Je to nekončící proces.“

„Nejvíc mě na práci baví kontakt s pacienty, dále kontakt s dobrými lidmi - kolegy.“

„Mám zde pro sebe velký prostor pro sebeuplatnění a další rozvoj.“

„Při této práci mám možnost se stále dále vzdělávat a zdokonalovat.“

3. otázka:

Je pro Vás naopak ve Vaší práci něco zatěžujícího, náročného, stresujícího nebo ohrožujícího?

Všichni respondenti se domnívají, že jejich práce je psychicky náročná. Jeden z nich podotýká, že jen ve zvýšené míře, domnívá se totiž, že jsou profese, které jsou psychicky mnohem náročnější.

Jako problémové byly zmiňovány tyto aspekty práce:

- Příliš mnoho administrativy, která ubírá čas na práci s klienty.
Ekonomické problémy.

„Náročné je: hodně klientů, málo času na ně. Hodně administrativy na úkor toho, abych se mohla věnovat klientovi“.

„Tak samozřejmě je to administrativa. To je obecná věc. Protože pořád ještě není vyřešen ten poměr mezi prací odbornou a prací neodbornou. Potom je to také v určité míře ekonomika, která je o tom, co si můžeme dovolit. ... Takže, kdybych to měl říci v procentech,

tak se 50% času se věnuji odborné práci a 50% řeším věci, které souvisí s medicínou jen velmi okrajově. Jako je administrativa, ekonomické rozvahy, vypisování rozborů a řešení věcí, které přímo s medicínou nesouvisí.“

„My tady děláme jenom administrativu. Pacient mě má podepsat souhlas s každou sedimentací, injekcí. To je prostě absolutní nesmysl. Dřív, když ten pacient si to nechal udělat, tak se předpokládalo, že s tím souhlasí. A teď to máme mít písemně. To se prostě nedá. To bych měla takovouhle (ukazuje rukama obrovskou hromadu papírů) dokumentaci. To je další tlak. Za všechno jsou pak pokuty.“

- Mnoho nových věcí k učení.

„Je zde spousta nových a nových věcí, které se nestačím učit. Nestačím to pochytit a to je pro mne zatěžující.“

- Přístup nadřízeného - kladení důrazu na věci, které nejsou tak podstatné a důležité pro pacienty.

„Vadí mi přístup mé nadřízené, kterou mám v práci, která šéfuje tomu oddělení, že neuznává tu moji práci, co dělám. Používá mne i na práci, kterou už dělat nemám. I když ví, že mám jinou práci. A nemůžu jí to nijak vysvětlit. Když jí řeknu, že mám jinou práci, že nemůžu dělat všechno, tak to neuznává a řekne mi, že musím umět dělat všechno. Což je pro mne hodně náročné. Nikdo za mne neudělá moji práci. Vnímám v tom nespravedlnost. Cítím někdy i takový vztek, že člověk není doceněný. Že je to od mé nadřízené neuznalé. Pořád si myslí, že mám málo práce. Necítím žádnou vstřícnost.“

- Velké nároky pacientů a jejich nevhodné chování.

„Stává se mi, že mne někteří moji pacienti týrají a jsou zlí. Někdy i odejdu ze své ordinace vedle k sestřičce, tam se vybrečím a zase se vrátím zpátky k pacientovi. Nic na sobě nechci nechat znát.“

„Práci vnímám jako psychicky náročnou, protože se pracuje s lidmi.“

„Pacienti se stále více chovají jako v bezplatném bufetu. Mají pocit, že jsou snad u švédského stolu. A někde si něco nastudují, nějakou blbost a myslí si, že tu nemoc mají a přijdou vyžadovat konkrétní vyšetření.“

„Cítím se jako vězeň. Navíc vyděšený. Protože pacienti na nás kladou nesmírné nároky. Na náš čas a prostě oni teď už jsou vzdělaný a chodí nás zkoušet z ptačí chřipky a z nových léků a jejich nežádoucích účinků. A to je opravdu bezvadný tohle ustát. A ustát taky ty jejich nesmírné nároky, aniž bychom na ně byli oškliví a vysvětlit jim racionálně, že zrovna to CT jim na ten žaludek nepomůže,... Vysvětlit jim, že na nich nechci ušetřit. To je hrozně náročné.“

- Tlak pojišťoven.

„Je pro mne velmi náročný tlak pojišťoven. Furt nás hlídají, co jsme napsali. Jestli to, co jsem napsala, jsem mohla napsat.“

- Legislativa.

„Legislativa. To je příšerná záležitost. Kolik nových zákonů. Informovaný souhlas pacienta, co my můžeme, co nemůžeme, komu a co můžeme říct, jakou formou to máme mít napsáno.“

- Příliš mnoho pacientů – časový tlak.

„Při tom náporu pacientů mě mrzí, že se každému nemůžu tak intenzivně věnovat.“

- To, že lidé umírají.

„Nikdy jsem se nesmířila, když jsem pracovala se starými lidmi na gerontologickém oddělení, že lidé umírají. A tady umírali hodně často. Vždycky jsem to nějak vnitřně prožívala. Nikdy jsem se od toho nedokázala nějak odpoutat.“

„Nebylo to první setkání tam (v práci) se smrtí, ale řeknu, bylo to setkání se smrtí u člověka, kterého jsem si v tu chvíli pustil moc k tělu. Nejvíce mne to vzalo a vrací se mi to hodně, pravidelně.“

Změnilo mi to i spoustu z mého hodnotového žebříčku. Vlastně z toho držení ruky při usnutí se stala... (pauza s několika nádechy a výdechy) taková ta poslední cesta. Jako vymazání stopy ze života. Už jsem si pak nikoho k tělu nepustil.“

- Velká intimita - řešení i jiných věcí s pacienty, než je jejich fyzické zdraví – řešení sociálních problémů.

„Podle mne neexistuje ve zdravotnictví intimnější oblast, než je ordinace praktického lékaře. Duševně intimnější. Podle mne ani psychiatrie. ... Já tady znám již tři generace. Je to někdy velmi psychicky náročné, protože registruji jejich vnuky, vnučky, potraty, rakoviny, úmrtí, nové psy, staré psy, stěhování, výpovědi z práce, nezaměstnanost, incesty, domácí násilí a strašně často s nimi řeším ne zdravotní, ale sociální otázku. Hledáme společně s pacientem východisko. To je strašné a to mne někdy opravdu dostává.“

- Organizační uspořádání práce v rámci pracovního kolektivu. Nevyhovující systém.

„Stresující je pro mne spíš to, že se vlastně práci, kterou dělám, nemůžu plně věnovat. Protože vlastně, i když mne vyčlenili jako psychoterapeuta a režimovou sestru, tak mne pořád ještě používají jako normální sestru, když je to potřeba. Takže vlastně dělám všechno i nic. A nemůžu se plně věnovat psychoterapii. Takže mne jiná práce od toho odvádí a dost mne to také stresuje, tady tyhle věci. Protože se musím učit i ty věci a musím se učit i tyhle věci. Takže si připadám, že to dělám napůl. I když bych to chtěla dělat naplno. Psychoterapeutická práce je pro mne náplň. Kdežto na tu práci sestry, na to jako kdybych se už dívala z dálky. Už je mi to vzdálené. Takže, když se do toho musím zase znova vžívat, znova zase všechno učit, tak je to pro mne už hodně těžké. Musím stále přeskakovat z jedné role do druhé. Musím se stále přeorientovávat, kde vlastně jsem. Je to pro mne v mých letech už obtížné.“

„Práce je více než dříve, nemůžu se vyhnout tomu, aby to nebylo v časovém tlaku. Cítím se jako v pasti. Je na mne kladen velký tlak.“

- Špatná komunikace.

„Špatná komunikace je to, co mne zatěžuje a stresuje. Hodně problémů v práci, když se to pak probere pečlivěji, vzniká špatnou komunikací. Určitě by se dalo řadě věcí předejít.“

„Náročná je také komunikace s pacienty.“

- Monotónnost a stereotypnost práce.

- Zpřísněné obecné morální zásady vůči lékařům.

„Obecné morální zásady, které jsou ještě zpřísněny k lékařskému stavu. To, co trestní právo považuje za trestný čin, který se hodnotí třeba sazbou jenom podmíněnou, tak u lékaře je to nepodmíněně. Když například pojedu já jako lékař kolem havárie a neposkytnu první pomoc a pojedu dál, nebude se to u mne brát stejně jako u normálního člověka za trestný čin, ale u mne to bude už závažný trestný čin.“

- Dalším tématem této otázky bylo bezpečí. Strach z možného napadení pacientem a nedostatečná ochrana ze strany policie. Jeden z respondentů se setkal ze strany pacientů s vyhrožováním.

„Zažívám občas velký strach. Jsem vystavena útokům fetišáků a kde koho a ten pepřový sprej, který jsme dostali na partu cikánů, nevystačí.“

Více odpovědí o náročnosti této práce se mi dostalo na pracovištích v hlavním městě (v Praze) a to nejvíce od pracovníků, kteří pracují v soukromém sektoru a navíc v izolovaných ordinacích, kde nemají dostatečný kontakt a prostor pro komunikaci s jinými kolegy.

4. otázka:

Cítíte potřebu ve Vaší práci něco změnit?

Z odpovědí vyplynulo, že by si respondenti přáli mít více prostoru pro odbornou část své práce, chtěli by zlepšit komunikaci s kolegy a celkově si vyhradit více prostoru pro řešení problémových situací, aby s nimi nezůstávali sami. Jeden z dotazovaných uvedl potřebu lépe zabezpečit ochranu zdravotníků při výkonu jejich profese.

Přímo uvedli:

„Přála bych si, aby mne moje nadřízená nechala dělat moji práci, kterou dělám, a na kterou jsem vlastně dělala školu, a které se vlastně věnuji tolik let. Abych do toho mohla dát třeba ještě víc, než dávám teď. Protože to teď dávám jen tak napůl. Já se snažím do toho dát, co nejvíc můžu, ale už jsem jako kdyby zase myšlenkami někde jinde.“

„Zlepšit spolupráci s mými kolegy. Máme na společnou komunikaci o pracovních problémech poměrně málo času.“

„Ano, možná vyměnit nadřízeného. S jeho zástupcem je lepší domluva.“

„Potřebovala bych, aby byla zajištěna lepší ochrana zdravotníků ze strany policie. Mluvím z vlastní zkušenosti, co se mi tenkrát stalo a policie se k tomu stavěla velmi laxně. Tak jsem tenkrát dala z toho místa výpověď a přestala jsem tam už sloužit.“

Vyskytla se zde i odpověď:

„Na žádnou změnu už nemám energii.“

5. otázka:

Zamyslete se prosím nad pomocí pro sebe samé:

Vnímali/a jste při výkonu své profese něco jako pomoc pro Vás?

Pokud ANO – co pro Vás kdy bylo pomocí a kdo Vám tuto pomoc poskytl? Pokud NE – jakou formu pomoci byste kdy a od koho uvítali/a?

Někteří z respondentů si podle jejich výpovědí většinou v problémových situacích pomáhají sami, jeden z nich dokonce v situaci, kdy měl opravdu problém, žádnou pomoc nedostal (později se ukázalo, že ji pouze tak nevnímal, ale pomoc dostal), další uvedl, že se problémy vůbec nesmějí v práci stávat. Většina se shodla na tom, že jim pomáhá podpora a pomoc kolegů v práci. Hlavní pomoc vnímají v tom, když se mohou se svým problémem někomu v práci svěřit. Někomu, kdo je pochopí a v tu chvíli podpoří. Pomáhá hodně promluvit si a třeba tak i zjistit, že také druzí sdílejí podobný problém jako oni sami.

Někteří z dotazovaných uvedli, že jim pomáhají jakékoli pozitivní změny, přestěhování ordinace do lepšího místa, vylepšení a zkrášlení pracovního místa, odpočinek, relaxace, masáže, pohyb, zažívání pocitu užitečnosti, sport, dobré domácí a rodinné zázemí.

Respondenti uvedli:

„Musíme si pomoci sami.“

„Většinou jsem si věci sama probojovala. Když se ozvu, tak je na chvíli klid. Je pravda, že se mne v práci zastala i kolegyně, která zastupovala moji nadřízenou – staniční sestru. Takže jsou tam i sestřičky, které opravdu uznávají a dokážou pochopit, co dělám za práci, a že mi umožňují ten prostor, když jsem s nimi ve službě. Takže třeba řeknou, ať si jdu dělat svoji práci, že to ostatní za mne udělají ony. Je pro mne lepší dohoda s řadovými sestřičkami než se staniční.“

„... ale žádnou pomoc jsem nevnímal. Opravdu nic neproběhlo. Naopak si myslím při pohledu zpětně, že to bylo hrubě podceněný... Víím, že jsme se s těma dvěma sestrama, které sloužily na sále jako sálové sestry, o tom po nějaké době bavili. Protože i pro ně to bylo zvláštní, ne tahleta situace jako taková, ale ta moje reakce, to jak mě to vzalo. To pomohlo. Přestal jsem si to stále a do kolečka přehrávat v hlavě.“

„V práci v našem týmu není ani prostor řešit nějaké problémy. A ony se ani nemají stávat, že ano.“

„Pomáhala mně podpora kolegyň. ... Ale třeba i to, že jsem si s nimi mohla o problémech, které jsem měla v práci, promluvit. Ony třeba měly stejný názor. To pomáhalo tehdy, když jsem například vnímala, že jenom já mám takový problém, že je to jen moje. Že jenom já to tak cítím nebo vnímám. ... Ale vnímaly to i ty ostatní, tak jako já.“

„Pomáhá mně, když o problémech, které mám v práci, mohu promluvit s kolegy a oni se mne snaží pochopit.“

„Nikdy jsem se nesmířila s tím, že lidé umírají a ještě u toho trpí. Vlastně všechna ta úmrtí, která jsem zažila. I když to byl cizí člověk, nikdy jsem si nezvykla, že vlastně umírá, nebo že umřel. Vždycky to šlo do těch emocí. Nedokázala jsem to brát tak, že už je třeba starý a tak umřel. Tak jsem to nebrala. A do dneška to tak nějak pociťuji. Tu smrt. ... Tyto zážitky mne hodně poznamenaly a myslím si, že by mi možná pomohlo o tom s někým víc mluvit – jak je to hodně těžké, co vlastně prožívám. Ale v práci na to tehdy nebyl čas a doma to zázemí nebylo taky. Vždycky jsem ty lidi brala tak, co kdyby to byla moje máma nebo můj táta. Snažila jsem se jim dát nejvíce pomoci, co jsem uměla, aby třeba tak moc netrpěli, když umírali.“

„Mám pocit, že vyhořelý doktor prostě nemá sílu si pomoci sám. Z vnitřku to už nejde. To už člověk nemá vůbec žádnou energii, že prostě jako automat vejdu do té práce a proberu se, jen když vidím, že je nějaký malér a zase se pak propadnu do toho stavu předtím. Do toho stereotypu. Všechno udělám a prostě odejdu pak domů.“

„Tak například dovolenou rozhodně nevnímám jako řešení, ta je podle mne naprosto nedostačující záležitost. Víc než 14 dní najednou si normální obvodák nemůže vzít. Protože hodit měsíc nebo 3 týdny na krk svůj obvod někomu, kdo má ještě svůj obvod, tak se zhroutí tam ten. ... Nic se za tu dobu nevyřeší, vše stojí, jen se to řeší papírově, ale takové ty závažné problémy se nevyřeší. A navíc toho

pacienta prostě neznají, nemají k dispozici dokumentaci. Čili těch 14 dní dovolené je takové to hraniční. Ale když se pak zase vrátím zpět do práce, efekt dovolené je tak dva dny a jsem v tom zase. Takže tudy cesta nevede.“

„Scházet se, povídat si o tom. Zajet si s kolegy někam společně na kole.“

„V těch nejhorších krizích mně pomáhá, když můžu třeba zavolat kolegovi a postěžovat si mu, jak mne ty lidi (pacienti) štvou. A pak zase pracuji dál.“

„Je potřeba změna. Jakákoli. ... Takže jsem se přestěhovala z jedné ordinace do druhé. A vydrželo to pár měsíců. Prostě ta euforie vydržela. Jenže teď už tady jsem rok a půl. ...“

„Dobrá by byla třeba změna obvodu. Prohodit si obvod s kolegou. Protože tam musím zostražitět, z toho důvodu, že ty lidi neznám. A musím si fakt dát pozor. Kdežto tak to už vidím ve dveřích – ach, zas to koleno a zas to samé a třikrát týdně to samé.“

„Důležitá pro mne je změna. ... Udělat si to tady v práci hezké, aby se mně tady líbilo, protože to jinak nejde. Musí to být lepší než doma. Aby tady bylo čisto, útulno, abych se tady koukala na ty své slony (v ordinaci má tato paní doktorka velkou sbírku různých sošek slonů). Protože v nějakém kamrlíku s plechovými kartotékama bych to nevydržela. Potřebuji spoustu prostoru.“

„Potřebovala bych změnu. Tak třeba, že bych začala pečovat o nemocná zvířata, charita, zemětřesení v Turecku. Nekoukat kolik za to dostaneš. Ty pocity svobody, že nemusíš.“

„Chodí mi stále ti stejní a stejní pacienti a to mne ubíjí. Potřebuji nějakou změnu. Stále stejní pacienti chodí i třikrát týdně s tím stejným problémem a já vím, že mu nepomůžu, protože mu zkrátka není pomoci, i když už ho všichni viděli. Pořád dotírá a chce něco, co mu nepomůže a na co nemá nárok. A to jsou pořád ti stejní lidé.“

„Já už někdy jen sedím a koukám. ... A v tu chvíli čekám, že přijde pomoc zvenčí. Že si někdo všimne a řekne: hele, já na tebe

nemůžu koukat, hele pojd', jdeme si o tom promluvit, zabouchnout. A prostě čekáte, že se stane nějaký zázrak. Že Vám někdo nalije tu energii a optimismus. No a prostě, ono se to nekoná. Tady je prostě jediná možnost a to jsou pravidelné změny. Někaké. Něco pozitivního.“

„Potřebuji čím dál víc zažívat pocit užitečnosti. Že k něčemu jste. Že někomu poradím, napovím.“

„Potřebu zažívat pocit, že jsem perspektivní. Pociť užitečnosti.“

„Vydržím tak dva až tři měsíce. Po třech měsících bych potřebovala pauzu. Ale tak tři až čtyři týdny. A to, že člověk odjede na nějaký kongres se vzdělávat a zase tam jsou ty doktoři a zase je to o té medicíně, a zase je to strašně únavné, vyčerpávající a furt to samé kolem dokola. Takže firmy teď začaly dělat sportovně vzdělávací víkendy. No jistě, to tam budu ještě jezdit na kole (smích). Když na kole, to raději pojedu sama a budu si mutýrovat.“

„Pomáhá mi se uvolnit, když jsem v kontaktu se svým psem.“

Někteří z respondentů přicházeli s nápady, co by jim mohlo možná pomoci:

„Myslím si, že by pomohlo, minimálně jednou ročně povinně zavřít ordinaci na takových šest týdnů a odjet někam mimo bydliště, žádný mobil, mimo pracoviště. Prostě tvrdě lázněvat s psychoterapií. Tak jako to mají letci.“

„Možná by pomohlo něco jako psychoterapie. Ale před cizíma já nic neřeknu. Prostě neřeknu. Já nebudu před skupinou cizích lidí řešit své problémy. Musím je chvíli znát. Jednou jsem byla v Kroměříži. To bylo bezvadné. To byla tenkrát „Psychoterapie I. a II.“ v rámci našeho celoživotního vzdělávání a to bylo tři dny. A prostě až ten třetí den jsem byla schopná nějakým způsobem komunikovat. A to bylo prima. Oni nás zamíchali i do toho psychoterapeutického pavilonu, který v Kroměříži byl a myslím si, že i ještě pořád je. Zamíchali nás

tam mezi pacienty na větší část dne a absolvovali jsme s nimi ten program a oni věděli, proč tam jsme. A to bylo moc prima. Docela jsem jim to tam záviděla. Že sice byli v blázinci, ale naprosto volný. A byly tam takové ty nácviky a individuální psychoterapie, skupiny a tak. To bylo moc prima.“

„Myslím si, že by nám tak pomohlo, kdyby někdo třeba chvílku pečoval o nás a byl na nás hodný. Ale nejen ta psychoterapie, ale něco takového jako trošinku možná lázně. A jako namasírovat, perličky. A tak jako v klidu se najíst, v klidu si dojít na záchod. A umožnit třeba i tomu, kdo chce bydlet sám, aby si bydlel sám. Kdo chce bydlet s kamarádem, ať bydlí s kamarádem. Mně strašně nevyhovuje pocit nesoukromí. Nemám to ráda. Prostě myslím, že by nám pomohlo, kdyby byl někdo chvílku hodný na nás. ... Ale přitom mít možnost vybrat si termín, kdy pojedu. Prostě tak jako máme třeba povinné vzdělávání a musíme nasbírat určitý počet kreditů za pět let, a když je nenasbírám, tak nedostanu diplom celoživotního vzdělání a můžu z toho mít veliké problémy.“

„Určitě by měla být možnost výběru a mělo by to být něco příjemného. To určitě. ... Někdo se třeba nechá rád namasírovat, někdo si rád zaplave. Pro někoho bude dobrý squash.“

„Myslím si, že každý potřebuje pomoc někdy jindy.“

„Asi bych někdy ráda zavolala takovou tu help linku. V situaci, kdy už opravdu nemůžu, jen se leda jít zastřelit, tak v tu chvíli by bylo ideální, kdyby pro mne někdo přijel, odvezl mne někam, kde by tak jako něco přímo dělal, a aby mne ubezpečil, že se tady nemusím starat o zástup. Že ordinace poběží. Že o lékaře zastupujícího a kompetentního se postará. A řekl by mi, že tady teď budu pět dní a budeme tě rozmazlovat. A všechno je zařízené, o nic se nestarej. Hotovo. ... Spousta lékařů má na to, aby si to zařídili finančně. A přesto jsou vyhořelí.“

„Pomohl by mi únik. Dělat cokoli jiného, než jen vrátit se do ordinace ke své práci. Takže někomu pomůže to, že se vrhá do funkcí lékařské komory a stávají se předsedy různých klubů a svazů. A to není touha po kariéře. To dělá zadarmo.“

„Myslím si, že by taková pomoc pomáhajícím měla být odněkud dána jako povinnost. Povinnost každý rok, ale v termínu, který si je možné zvolit a způsobem, který si můžu zvolit, absolvovat něco a pak o tom přinést razítko. S tím, že bych ale zase očekávala pomoc, abych se tam někde nenervovala, že mi v ordinaci stojí všechna práce.“

„Myslím si, že by byla fajn taková anonymní help linka a něco jako je centrum krizové intervence. Když už je pak člověk úplně špatný a nemůže dál sám, aby si tam mohl dojít a vypovídat se. A oni mu nabídnou nějakou pomoc. Ale to doktor prostě neudělá. Nepůjde do klasického centra krizové intervence. ... Asi se bojíme projevit slabost, že už nemůžeme dál.“

„Vyhovovalo by mi, kdybych se na někoho obrátila o pomoc, aby ta pomoc přišla hned.“

„Uvítala bych nějaký výcvik asertivního chování. To proto, že není jednoduché říct něco pacientovi asertivně. Tady je člověk pořád na hraně zákona.“

„Důležité je, aby měl člověk dobré relaxační zázemí. Dobrého koníčka, který dokáže třeba resuscitovat síly a musí být zdravý. Takže v podstatě takové čtyři pilíře – mít hobby, být zdravý, mít dobrou rodinu a samozřejmě práci, která ho baví. Mít v rovnováze tady ty věci a pak se vše samozřejmě líp snáší a přináší to takový docela dobrý pocit. Takže je to pak takový vyvážený život.“

„Je pro mne důležité mít možnost s někým můj problém sdílet a společně s ním se na něj podívat. Potřebuji získat určitý nadhled a nechci si to nosit domů.“

„Čím víc lidí je v týmu, tím je ta tenze (v pracovním prostředí) jednodušší. Lépe se rozpustí. Je na to více lidí. Takoví ti sólo pracující lékaři v ambulancích, tam věřím, že je ta tenze větší a že mají s tím víc práce, když se s tím perou.“

„Občas organizujeme společné akce našeho týmu. Je to třeba opékání selete, volejbalový turnaj, posezení v hospodě. Jsou to neformální setkání, kde se člověk dozví věci, které by se za normálních okolností nedozvěděl a neřekl by je ani třeba. Takový ten určitý team-building to je dobré a má to být. Kolektiv, který se vždy

hned po práci rozprchne a nesejde se, tam je samozřejmě ta tenze větší. ... Takže si myslím, že rozpustit to třeba nějakým sezením je dobré. A nemusí u toho být ani žádný psycholog. Prostě si člověk jen v klidu pohovoří s lidmi, ke kterým by se jinak nedostal. A v pracovní době na to není moc času. Dají se tak vyřešit věci, které jsou třeba malé, ale jsou tam.“

6. otázka:

Popište prosím, co z chování Vašich spolupracovníků, ale třeba i lidí mimo Vaši práci (rodiny, přátel aj.) jste vnímal/a jako pro Vás pomáhající? Co naopak Vám na jejich chování vadilo (nebo bylo zraňující)? – opět s přihlédnutím k výkonu Vašeho povolání.

Co z chování druhých pomáhá: podporující chování kolegů v práci, vědomí toho, že patří do týmu, přijímající postoj nejbližších kamarádů, chápající rodina.

Co z chování druhých respondentům vadí: upozorňování nadřízeného na nepodstatné věci, které se dají vyřešit i jinak.

Odpovědi byly velmi podobné jako na předcházející otázku. Byly jen, dá se říct, více upřesňující a doplňovaly více detailů.

Respondenti odpověděli:

„Z chování mých spolupracovníků mně pomáhalo jejich podporující chování. ... Říkali mi, že si z toho nemám dělat těžkou hlavu. Že to nemám tak brát. Že se lidé prostě někdy chovají nehezky. Že si to nemám brát tolik k sobě. Že to mám brát tak trošku s nadhledem. A to mně pomáhalo. ... Problémy, které mám v práci s nikým doma většinou, neřeším. Možná párkrát s mojí dcerou, která měla tehdy podobné problémy v práci jako já.“

„Někteří z mých kolegů upozorňují našeho nadřízeného i na chyby mých spolupracovníků, i když se jedná i o hloupost. A to mně vadí.“

„O problémech v práci nechci doma ani snad mluvit, protože bych tím zatěžovala vlastně ty druhé. Ti toho mají také hodně. Takže si to

spíše nechávám v sobě a probírám to pouze s mojí kamarádkou psycholožkou, se kterou pracuji. Vlastně mám ještě dvě kamarádky mimo práci, se kterými se o problémech, které prožívám v práci, bavím. Řeknu jim o svých problémech a ony zase o těch svých. Takže mám pak z toho pocit, že v tom nejsem sama.“

„Co je pro mne velmi důležité, je rodinné zázemí. Bez toho by tuto práci nešlo dělat.“

„Při mé práci mi pomáhá vědomí toho, že patřím do týmu, který funguje. Pomáhá mi, když se třeba s kolegy sejdeme a popovídáme si o tom, co se nám děje. Jakoby se pak některé věci vyčistili.“

7. otázka:

Probíhá na Vašem pracovišti supervize, popř. navštěvujete ji z vlastní iniciativy?

Pokud ANO – jak často a jakou formou probíhá? Je pro Vás prospěšná? Pokud NE – považoval/a byste ji za pro Vás potřebnou?

Z rozhovorů jsem zjistila, že supervize u nikoho z respondentů na jejich pracovišti neprobíhá a také ani z vlastní iniciativy ji nevyhledávají. Později jsem pochopila pravý důvod tohoto zjištění. Nikdo z dotazovaných vlastně nevěděl, co to supervize v dotazovaném slova smyslu je, proč vlastně existuje a co se z ní dá čerpat dobrého. Řada z dotazovaných považovala supervizi pouze za dohled nad mladým nastupujícím lékařem, kterého postihnou určité sankce za jeho chyby, pokud se o nich dozví někdo další, popř. to jeden z dotazovaných vnímal jako jednu z funkcí lékařské komory. Po krátkém zasvěcení ohledně možností supervize, které jsem původně neplánovala, se mi začalo zdát, že mnohé z respondentů tyto informace zaujaly. Považovali supervizi za zajímavé řešení mnohých svých problémů v práci i pro ně samé. Asi polovina z nich měla zájem se s problematikou supervize seznámit blíže.

U některých respondentů probíhaly týmové schůzky – intervize. Většina z nich měla informativní charakter, pouze v jednom případě sloužily k obdobným účelům jako supervize.

Respondenti odpovídali takto:

„U nás je to prakticky lékařská komora, která má více méně supervizi nad všemi lékaři. Účastenství je povinné, takže jsou lékaři vázáni etickým kodexem komorovým, který přesně taxativně stanoví prohřešky, které by mohly nastat jak proti etice, tak i jako profesionální chyby a v podstatě je to nezávislý orgán, který si řídí sami lékaři. Počet stížností nebo řešených případů, kde lékař pochybil, jde ročně do stovek, přičemž jako takový hlavní a největší trest pro lékaře je vyloučení z lékařského stavu, odebrání licence a zákaz výkonu povolání.“

„U nás v nemocnici existuje samozřejmě supervize mladého lékaře, který nastupuje do praxe. Je to jakýsi dohled, aby neudělal profesní chybu. Ale obecně by se dalo říct, že každý lékař je zodpovědný za svoje jednání, za svoji činnost, takže i třeba u nás na nemocničním oddělení, kde jsou starší i mladší lékaři, tak prakticky primář kontroluje jeho činnost, ale nezodpovídá za jeho chyby. Takže, pokud ten mladý lékař udělá chybu, která je závažná například z hlediska profesionálního přístupu, nebo z hlediska odborného přístupu, tak je samozřejmě potrestaný. Pokud dělá chyby etické nebo morální, tak je to otázka primáře, aby ho postavil do latě.“

„Chyby lékařů, které jsou způsobeny tím, že sám lékař je ve stavu, kdy už potřebuje pomoci, to je sice teoretická možnost, která se může i přihodit, ale je to zase otázka rozebrání příčin a je to věc, která se musí vyřešit buďto na půdě toho oddělení nebo na půdě lékařské komory. Pokud je to například stížnost pacienta na chování lékaře, tak se to řeší formou komorovou. To znamená, že je ustavena komise a dávají se argumenty proti a pro, zvažuje se celá ta situace. Berou se v potaz i určité polehčující okolnosti a podle toho se pak volí trest. Tam u těch lékařů je to malinko jinak. Oni v té Hippokratově přísaze mají shrnuto v kostce morální i profesní slib nebo závazek, že prostě

nikdy tomu pacientovi neublíží. A ublížením se dneska třeba rozumí i nějaké kontaktní jednání nebo jednání psychické, že toho pacienta nějak poškodí, nebo mu udělají nějakou újmu. Třeba ho urazí.“

„Supervize u mne jako u zdravotní sestry, i když jsem vedená i jako psychoterapeut, a je to moje hlavní náplň práce, neprobíhá. U nás mají supervizi pouze psychologové (později jsem se dověděla, že se nejedná o supervizi, ale o tzv. intervizi, což jsou interní samořídící schůzky psychologů jednoho oddělení probíhající 1x měsíčně, kde společně řeší jednotlivé těžkosti, které mají se svými pacienty).“

„Já na supervizi nechodím a nemám ji ani povinnou.“

„U nás probíhají každodenně týmové schůzky, které trvají přibližně půl hodiny, a tam probíráme všechno důležité, co potřebujeme řešit. A tam dostávám pro mne důležité odezvy mých spolupracovníků. Postřehy, rady. A z toho čerpám. Ale na supervizi nechodím. A myslím si, že ani žádný jiný psychoterapeut od nás tam nechodí.“

„Bylo by pro mne zajímavé se účastnit supervize. Potřebovala bych to a vítala. Zatím se o svých problémech bavím pouze se svou kolegyní, která mi řekne, jak to vidí ona.“

„Nevím, záleželo by na tom, jak by to bylo časově náročné. Ale určitě by se daly vytipovat obory, kde by to bylo možná malinko přínosem. To znamená ty exponované obory, jako jsou ARO, JIP, záchranná služba. Ale byl by tam asi problém v tom, že si lidé sami dlouho neuvědomují své skutečné problémy. Se zvyšující se únavou si zvyšují dávky léků, nebo začínají pít alkohol. A třeba jako prevenci to nedokážu posoudit.“

8. otázka:

Jak mnoho se odráží práce ve Vašem soukromém životě?

Z dotazovaných odpovědělo 11 kladně, že se jim práce nějak do soukromí odráží. Jeden respondent se domnívá, že každá práce

s lidmi se nějak odráží do soukromého života pomáhajícího pracovníka.

Respondenti, kteří odpověděli, že se jim práce odráží do soukromého života, uvedli i v jakém směru:

- myslí na to, co a jak v práci bude, i když tam nejsou,
- některé pracovní záležitosti řeší i ve svém volném čase,
- myslí na osudy svých pacientů také po práci,
- prožívají únavu,
- pacienti narušují klid v soukromí svými dotazy i mimo ordinaci a pracovní dobu,
- z klidu domova čerpají energii i pro svou práci.

Zde jsou konkrétní výroky některých respondentů:

„Práce se určitě odráží v soukromém životě. Snažím se práci domů nenosit, ale moc to někdy neumím.“

„Občas doma řeknu, co bylo v práci zajímavého. Ale jinak si práci domů nenosím.“

„Odráží se to do soukromého života. Člověk přemýšlí nad osudy a životy těch lidí. Snažím se s tím nějak naučit pracovat. Učím se to.“

„Byla doba, kdy jsem se musela plížit domů, nebo když jsem šla nakupovat, protože mne na ulici či v krámě zastavovali moji pacienti a ptali se na své výsledky. To mě moc omezovalo a vadilo. Já už jsem chodila nakupovat až v noci, abych nikoho nepotkala. Přestěhování na jiné místo v tom pomohlo. Já chci být doma v klidu.“

„Z klidu doma moc čerpám.“

„Pravda je, že já problémy z práce domů nenosím. Ale řeším to samozřejmě. Je to občas takové, že mne napadají myšlenky o práci v neděli odpoledne nebo v neděli večer, co ten další den bude. Snažím se to oddělit, ale samozřejmě nejde to. Pacienti jsou 24 hodin denně a nemůžu být doktorem 9 hodin denně. Takže jsou věci, které se řeší během volna. Ale myslím si, že to celkem umím. Že to dokážu. Že se dokážu relaxovat a úplně zapomenout na práci. To je asi opravdu pro to psychické zdraví důležité.“

9. otázka:

Co rád/a děláte ve svém volném čase? Máte podle Vás dostatek času na osobní záliby?

Tato otázka úzce souvisí s otázkou č. 12, kde se respondentů dotazují na to, jak pečují o své zdraví, což úzce souvisí se zálibami, jako je sport, péče o domácí zvířata aj.

Z dotázaných respondentů odpověděli dva, že jim na koníčky příliš času nezbyvá, další podotkl, že se přesto snaží nějaké koníčky udržet.

Ostatní respondenti odpověděli, že ano, a zároveň někteří k tomu dodali, že člověk, pokud chce, že si na záliby čas udělá, např.:

„Ráda cvičím, chodím do posilovny. Pracuji na zahradě. Občas si někde zajdu sednout s kamarádkami. Chodila jsem do solné jeskyně, kde to pro mne byla taková relaxace. Trávím čas s vnuky. Teď se učím pracovat na počítači (při této větě se usmívá). Na to vše si čas udělám.“

„Já obecně tíhnu dost ke sportu. Potřebuji vyplavit adrenalin, jinak než ze stresu. Myslím, že je to dobrá věc. Ale znám spoustu kolegů, kteří nesportují a dělají něco jiného. Hrají na hudební nástroj, sbírají známky, malují obrazy nebo mají jiné koníčky. Tam asi ani nezáleží na tom, jestli to je sport, ale jestli je to skutečně hobby, které toho člověka baví a přináší mu zase jiné prožitky, tak to je pak, si myslím, v pořádku.“

„Ráda pracuji na zahrádce a ráda se starám o své psy, kterým můžu to vše, co potřebuji, říct. Nebo se svěřuji plevelu.“

Jedna respondentka se domnívá, že tato práce je tak náročná, že přestože jí čas na záliby zbývá, je po práci tak unavená, že často nemá chuť cokoli dělat. Konkrétně uvedla:

„Záliby, koníčky? Podívejte se, když už jste takhle vyhořelá, tak nemáte chuť vůbec na nějaký koníček. Jen pak sedíte a hledíte. Sedím doma na studni s hrnkem kafe a hledím.“

10. otázka:

Máte v posledním roce nějaké zdravotní problémy?

Pokud ANO – jaké to jsou, popř. jak často se vyskytují?

Na otázku odpověděli 3 respondenti, že nemocní nebyli, zbývajících 9 ano. U 4 respondentů se vyskytují obtíže dlouhodobého charakteru. Žádný z nich neutrpěl úraz.

Zde uvádím bližší vysvětlení k respondentům, kteří uvedli, že byli nemocní:

- Dva respondenti odpověděli, že přecházeli nachlazení, z toho jeden vypověděl, že z důvodu nemoci svých kolegů v práci a jelikož s absencí souvisí spousta organizačních problémů.
- Z dlouhodobých zdravotních obtíží se vyskytovaly tyto: vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, problémy s páteří, cukrovka, žaludeční problémy.

Konkrétně vypověděli:

„Mám dlouhodobě problémy s páteří a to mne zatěžuje. Většinou je to po námaze. Chvíli si ale odpočinu a zase je to o něco lepší.“

„Minulý rok jsem byla pořád nachlazená. Nemohla jsem se zbavit rýmy, těžko se mi dýchalo.“

11. otázka:

V návaznosti na předešlou otázkou ohledně zdravotních problémů – vyhledal/a jste nějakou pomoc pro sebe?

Pokud ANO – jaká pomoc to byla? Pokud NE – co Vás k tomu vedlo?

Na otázku odpovědělo 6 respondentů, že pomoc pro sebe v souvislosti se svými zdravotními problémy vyhledalo:

„Byla jsem u neurologa, prodělala jsem rehabilitace. ... Vždy vyhledám pomoc, pokud je to hodně zatěžující nebo obtěžující, že to už nezvládám, tak navštívím lékaře.“

„Vždy pro sebe něco udělám. A když už sama nemůžu, zajdu i pro pomoc k odborníkovi.“

Tři z dotazovaných pomoci nevyhledávali. V těchto případech se jednalo především o problémy psychické. Respondenti uváděli následující důvody:

„I když bych i někdy pro sebe potřebovala pomoc psychologickou nebo psychoterapeutickou, nikdy jsem ji nevyhledala. Hlavní důvod je asi ten, že všechny psychology z okolí znám a těm bych se možná neotevřela až tak. Musel by to být člověk, který mne opravdu nezná. Ale tady ve městě znám všechny psychology. Takže bych musela asi dojíždět do jiného města, abych se otevřela.“

„Myslím si, že někdy může být těžké vyhledat pomoc. Je to otázka profesní způsobilosti. Ale hlavní problém je ten, že pojišťovna hned ví, že to a to rodné číslo bere ty a ty léky. A pokud si to rodné číslo spojí s tím, že je to lékař,... Žádný psychiatr to neudělá, že by léky nenapsal pojišťovně. Vykáže si ten úkon na toho kolegu. A nikdo z nás takový škraloup nechce mít. A přesto, spoustu z nás si třeba sami napíšeme, ty léky. Spousta mých kolegů užívá různá antidepresiva. Moje sestřička je užívá už celá léta. A nemyslím si, že by jí nějak pomáhaly. Spíš je to berlička. Já sama jsem také užívala antidepresiva, to bylo tenkrát, jak nám tři měsíce neplatila pojišťovna. Bylo to lepší. Člověk má větší energii, ale taky to není východisko.“

„Vyhledat pomoc pro doktora samotného je někdy velký problém. Je to citlivá věc. Ten doktor nechce vypadat jako člověk, který je slabý a neví si rady a hledá pomoc někde u nějakého psychiatra nebo psychologa. To je jistá věc.“

12. otázka:

Jak pečujete o své zdraví?

Respondenti pečují o své zdraví následujícím způsobem:

- sportují, relaxují, čerpají energii z přírody, pracují na zahradě, poslouchají příjemnou hudbu, pečují o domácí zvířata, dělají něco pro ně samotné příjemného.

Vyskytovaly se např. tyto odpovědi:

„Vždy vyhledávám něco, co mi zpříjemní život. Relaxuji při hudbě. To mám ráda. Také cvičím.“

„Pro své zdraví se snažím nebrat si některé věci příliš osobně.“

„Snažím se již nějakou dobu pravidelně cvičit a netrávit tolik času v práci.“

„Co mne opravdu nabíjí, jsou procházky v přírodě. Vidím mnoho nových věcí a ta zeleň, to je něco nádherného. Sluníčko, moře, to mně taky hodně pomáhá.“

„Snažím se sportovat a relaxovat.“

13. otázka:

Uvažoval/a jste za dobu výkonu Vaší práce v roli pomáhajícího pracovníka o změně zaměstnání?

Pokud ANO – proč?

U otázky, zda někdy uvažovali o změně zaměstnání, se ve většině případů objevila zamítavá odpověď, ale přesto se vyskytly u 2 respondentů i tyto odpovědi:

„Kolikrát si člověk řekne, proč do té práce jde a hledá důvod, proč do té práce jde. Pak si tady u dveří řeknu, že tím vlastně živím rodinu, tak těch šest až osm hodin musím vydržet. A když je mi nejhůř, tak uteču na záchod a tam chvíli přemýšlím, jestli zrovna tím musím žít rodinu. A potom si řeknu, že jo, že k ničemu jinému stejně nejsem použitelná, a tak tedy spláchnu, jako že jsem tam něco dělala a zase jdu žít rodinu, zase se sem vrátím. Jsou období, že opravdu několik měsíců se plouhám a nevím vlastně proč. Protože je to strašně stereotypní a monotónní. A je to tady prostě takový nekonstruktivní. Někdy se doplazím tak akorát domů a spím.“

„Ano. Asi tak před dvěma lety jsem uvažovala o změně. Když u mne v práci začal ten velký nápor na můj výkon. Spousta papírové práce, počítače, spousta nových a nových informací. Nestačila jsem se vše učit. Nestačím to pochytit a je to pro mne moc zatěžující. Tak tehdy jsem i uvažovala, že bych ze zdravotnictví odešla úplně pryč. Ale nakonec jsem to neudělala kvůli dobrým vztahům s pacienty, na kterých mně záleží.“

14. otázka:

S ohledem k délce Vaší profesní kariéry, jakožto pomáhajícího, prosím zauvažujte nad tím, co pro Vás bylo důležité na jejím úplném začátku, v jejím průběhu, a co je tím v současné době. Co se za tu dobu změnilo – uvnitř Vás samotných, ale také i vzhledem k okolnostem a vnějším vlivům?

Odpovědi respondentů byly různorodé, ale i tak jsem v nich našla něco společného. Vývoj se odehrával jakoby ve dvou směrech.

Jedna část respondentů (přibližně polovina) se shodovala v tom, že se postupem času uvnitř sebe zklidnili, mnohé problémy si už neberou tak osobně a dávají důraz na dobrý vztah se svými pacienty a kolegy v práci. Tito respondenti dokážou lépe regenerovat své síly, mají koníčky, které je baví a stabilnější rodinné zázemí, ze kterého čerpají energii a klid. Za svou práci vidí konkrétní výsledky. Tento směr vývoje se objevoval převážně u těch dotazovaných, kteří se své profesi věnují již více než 20 let a pracují v příspěvkových organizacích.

U druhé části dotazovaných jsem vnímala pravý opak – jsou více a více nervózní, cítí neuspokojení ze svých pracovních výkonů, jsou jakoby bez energie. Jejich pacienti je svým chováním obtěžují. Tento směr vývoje jsem zaznamenala u těch respondentů, kteří pracují v soukromé sféře, v izolovaných ambulancích, neudělají si prostor pro regeneraci svých sil a pomoc druhých pro sebe samé vnímají za důležitou, ale přitom ji odmítají.

Respondenti uváděli následující rozdíly a prožívané změny:

- v práci se cítí více v klidu než dřív,
- finanční stránka již není podstatná – převažuje potřeba druhým pomoci,
- pocit, že pacienty lépe chápou a dovedou se vžít více do jejich problémů,
- větší otevřenost vůči věcem, které se dějí,
- větší izolovanost mezi kolegy (u těch, kteří pracují samostatně ve svých soukromých ordinacích),
- větší nároky pacientů,
- větší pozornost médií věnovaná „prohřeškům“ lékařů,
- na začátku mnoho energie a elánu druhým pomoci se postupem času mění na čerpání z vlastních zkušeností,
- od velké snahy a nadšení pomoci k pocitu vyčerpání a neosobnímu, odcizenému a chladnému přístupu ke své práci a k pacientům,
- od pocitu chtít pomáhat druhým lidem k tomu, co nejrychleji se dostat na nejvyšší profesionální úroveň a mít z toho také i ekonomický zisk,
- od pocitu chtít pomáhat k pocitu z dobře vykonané práce, zodpovědnosti a profesionálnímu přístupu k pacientovi,
- od počátečního nadšení k profesionalitě,
- rozdílná komunikace s pacientem než tomu bylo dříve – pacient požaduje více informací, má větší nároky také na přístup zdravotního personálu, požaduje otevřenější přístup. Je kladen větší důraz na připravenost pacienta (např. před operací). Komunikaci s pacientem je věnována větší důležitost.
- přehodnocování životních priorit s přihlédnutím k uvědomění si vlastní konečnosti.

Zde jsou některé z odpovědí:

„Na začátku to byla asi finanční stránka, abych si něco vydělala. Ale postupně, jak jsem pracovala, se u mne začala objevovat snaha pacientům nějak pomoci. Bylo mi líto lidí, kteří musejí trpět. Teď už

finanční stránka nehraje roli a převažuje jim (pacientům) opravdu pomoci. Možná je to právě proto, že jsem v mládí prožívala něco podobného, jako teď prožívají naši pacienti a vím, jak se asi tak mohou cítit. Takže je mohu lépe pochopit. Neberu to tak, že si své problémy pouze vymýšlejí. Věřím jim. To je pro mne v současné době hnací motor. ... Vnímám, že psychická bolest je více trýznivá, než ta fyzická. Hlavně tehdy, když se ty trýznivé duševní bolesti opakují.“

„Teď, když chodím do práce, se cítím v klidu. Dříve jsem chodila do práce v nepohodě a měla jsem i různé problémy, ale teď tam chodím s tím, že vlastně těm pacientům můžu něco ještě dát. Že jim můžu pomoci, že jim mohu něco dát. Hovořím s nimi v klidu, poslouchám je, co mají třeba za problém, co je trápí. Tak to se asi změnilo. Dříve mne to, co jsem zažívala s pacienty, stresovalo. Možná i proto, že i já sama jsem nebyla v pohodě, tak o to víc to pro mne bylo zraňující. ... Ani mne tenkrát nenapadlo vyhledat nějakou pomoc.“

„Dnes mám pocit, že ty věci kolem mne vnímám více než dříve. Asi jsem byla předtím tak nějak víc v sobě. Nějak jsem si chránila ten svůj svět, aby mne ještě víc nezraňoval. Teď si myslím, že jsem tomu kolem více otevřená.“

„Už to není to, co to bylo dřív. V podstatě to už dospělo k tomu, že už prakticky není žádný velký přátelství, všichni se tak nějak uzavíráme do sebe, za dveře své ordinace. Ne, že bychom si nepomohli, ale už to není, jako to bylo před těmi „x“ lety.“

„Co já tedy mohu posoudit za svou praxi (35 let), je dnes velmi precizně vyprofilovaný vztah lékař-pacient, takže dneska bych řekl, že všichni skoro vědí, co si mohou dovolit. A ti pacienti začínají mít pomalinku takové ty nároky jako západní pacienti. Takže oni si dokážou přesně spočítat své nároky a svoje práva a dokážou za tím jít. ... Přibývá soudních sporů, nebo takových i jednání, které mají zveřejňovat prohřešky lékařů. Na jednu stranu se mi to nelíbí, protože se lékaři kriminalizují. Třeba tím, že se píše v novinách, aniž by proběhl soud nebo nějaké zjišťování, „lékař zabil autem dítě“. Je to

taková věc velmi citlivá. Lidé na ulici zkrátka umírají a nedovedu si představit třeba to, že by noviny napsaly „ředitel stavebního podniku zabil dítě. Ten lékař je vždycky taková persona, na kterou se ta pozornost lepí a lidé toho využívají. A to je dnes podle mne víc, než to bylo dřív.“

„Každá profese, když ji začínáte, třeba jako mladý doktor, tak ji začínáte s takovým entuziasmem a máte energii na to, abyste ty věci dělala, jak nejlíp umíte. Čili, každý doktor, který nastupuje do praxe má, jak se říká, plné baterky a funguje na tom, že to má tak nějak rozpočítáno, že tu energii využívá na nějaké sebevzdělávání a vztah k těm pacientům. Ale marná sláva, biologie je biologie a ono, čím víc je člověk v praxi a čím víc získá zkušeností, tak tím je toho entuziasmu a tím víc v praxi používá těch zkušeností. A v podstatě jsou obory velmi exponované, které jsou náročné na psychiku, náročné na výšku stresu, na hladinu stresu. Jsou náročné na rozhodování. A skutečně můžu říct, že kolem té šedesátky je taková ta hladina té energie je už mnohem nižší a až pak člověk hodně používá svých zkušeností a méně používá ten entuziasmus pro tu práci. Ale je pravda, že jsou obory, kde to tzv. vyhoření jde rychle. Jsou to ty extrémní a rychle se měnící situace, jako třeba anestezie, rychlá záchranná služba, chirurgické obory, ARO. To jsou obory, kde se situace změní během několika minut a je třeba dramatická. Takže člověk, který k tomu nemá vztah, nebo to bere velmi neosobně, tak tam rychle spadne do takového stavu chladné profesionální účasti. Ale to pořád ještě není špatné. Spíš mám na mysli takový ten stav, kdy už je mu to v podstatě jedno, že se v tom už nechce angažovat. To je podle mne dáno tím, že ta duševní kapacita toho pracovníka je nastavena na určitou hodnotu, kterou nemůžete překročit. Je pravda, že takové ty informace o tom, že lékařské povolání je v podstatě poslání, to už dneska vůbec přestává platit. Dneska se už medicína studuje skutečně z jiných důvodů, než se chodilo třeba dříve. Dneska se to studuje už jako, dostat se co nejrychleji na nejvyšší profesionální úroveň a využít tu profesionální úroveň k pomoci lidem, to samozřejmě, ale mít z toho taky i ekonomický zisk. Takže mladí lidé

na západě se dnes snaží získat co nejlepší informace ve svém oboru, mít co nejlepší praxi, co nejvíc diplomů a to vše pak využijí k tomu, aby byli úspěšní v tom svém oboru. Ale má to samozřejmě i druhou stránku věci. Musí být zaplacení. ... Myslím si, že dříve to fungovalo malinko obráceně, že ti lidi šli spíš na medicínu kvůli takovému tomu pocitu, že chtějí pomáhat.“

„Já si myslím, že jsem do toho šel s takovým idealizmem, ale ten můj obor (ortopedie) je více technický, takže tam hodně záleží na zkušenostech a zručnosti. A dneska se samozřejmě i těším, že člověku pomůžu osobně, že mu vyřeším nějaký jeho ortopedický problém, protože ta operace člověku hodně pomůže. To je prostě radost, kterou si nikdo nenechá vzít. Že tomu člověku skutečně pomohl, že už nemá bolesti, že chodí, že nekulhá. Je to z mého pohledu hrozně velká psychická satisfakce a bonus, protože tomu člověku pomohl, ale je tam třeba k tomu i ten profesionální přístup, takový ten odosobněný. Všecko předem zvážit. Všechna pro i proti. Je důležité mít takový určitý poměr mezi profesionalitou a mezi tím pocitem, že chci pomoci. Jinak to nejde. Když by člověk chtěl pomoci a neuměl, tak ublíží. A když umíte a máte profesionální přístup, tak je to ta nejlepší kombinace. Čili, dobrý pocit ano a schopnost vcítovat se do těch případů, to samozřejmě taky, ale je to pak jen napůl. Čím je člověk starší, tím více využívá zkušeností a ten profesionální přístup, a tím méně je takové to nadšení a také ten entuziasmus k pacientům. Asi je to správně, protože si nedokážu představit, že by třeba nějaký zkušený chirurg v šedesáti byl nějaký poblázněný, jako že chce pomoci. Ale on prostě udělá dobře a profesionálně svou práci a má z toho dobrý pocit. Ten pocit tam samozřejmě musí být. Pocit z dobře vykonané práce zde musí být. Musí zde být také spolu s tímto pocitem zodpovědnost a profesionální přístup k pacientovi.“

„Dnešní pacienti jsou jiní než dříve. Jsou podle mne více nároční. Dialog mezi lékařem a pacientem už nekončí doktor, ale je to právě pacient. Je to určitě správně, ale někdy je to těžké z časových důvodů. Myslím si, že pacient by měl jít například na operaci zcela mentálně

připravený. Měl by být informovaný o tom, jaké jsou možnosti, jaká jsou rizika, jaké jsou benefity a musí vědět, že může třeba i umřít.“

„Já jsem v praxi už 35 let, a kdybych měl zhodnotit ten začátek a konec, tak skutečně zájem o pacienty mám pořád. Jak profesní zájem, tak zájem etický. Mám radost z toho, že pacientům pomáhám. Ale ze začátku skutečně to množství té energie, která byla vyhrazena pro to nadšení, bylo mnohem větší. Byl jsem takový jakoby nadržovaný na ty pacienty. V tom smyslu, že chci velmi pomoci, ale méně jsem znal a měl jsem méně zkušeností. A dneska jsem se možná dostal na ten vrchol, nebo malinko za ten vrchol a je tam víc toho profesionálního zájmu a té odbornosti a méně toho entuziasmu, že tomu pacientovi musím pomoci. Čili, dostal jsem se možná do takové fáze, asi takové, v jaké by měl asi doktor být, že preferuje profesionalitu, stejně jako touhu pomoci. Touha pomoci je sice perfektní, ale nestačí. Kdyby člověk chtěl jenom pomoci, tak může ublížit hrozným způsobem. Za tu dobu musím říct, že musí být profesionální vztah k pacientovi za každých okolností. Vždycky. Doktor nesmí ztratit nervy, nebo udělat nějakou etickou chybu. Měl by se snažit. Pacient to samozřejmě pozná, když se s ním jedná poctivě a na rovinu. Každý to ocení.“

„S ohledem na minulost se dnes hodně tlačí na informativní stránku věci. Pacienti podepisují reversy, dostávají složky papírů, ve kterých mají spoustu věcí vysvětleno, mají možnost se tak připravit a pak nás kontaktovat a zeptat se na všechno, co ještě potřebují vědět. Cílem je samozřejmě informovaný a dobře spolupracující pacient, který ví, jaké jsou možnosti, možné komplikace a jak to může dopadnout.“

„Pobyt se smrtí, smířování se se smrtí, porovnání si těch dětských strachů ze tmy a z bubáků,... Najednou si uvědomíš, že je to všechno jinak. Že život je o něčem jiném.“

15. otázka:

Uved'te prosím cokoli, co byste si přál/a k tomuto rozhovoru ještě doplnit.

„Přála bych si, aby lidé žili šťastně. Aby neměli tak hluboké psychické problémy, aby se tak netrápili. Přála bych si, aby i vztahy s ostatními lidmi byly pro naše pacienty příjemnější. A aby si ten život tak nějak užili.“

„Myslím si, že nespokojený doktor nemůže vyrobit spokojeného pacienta. Jenom po určitou dobu a to za cenu nesmírného sebezapření, frustrace a přetvářky. Já jsem se musela mnoho let přetvařovat, abych vyráběla spokojené pacienty.“

6.4 Diskuse k provedenému výzkumu

V této části práce se zamýšlím nad průběhem výzkumu, nad položenými otázkami a odpověďmi.

V přípravné fázi, ještě před zahájením rozhovorů jsem si upřesnila, co je předmětem průzkumu, téma jsem strukturovala a na základě toho, si pak dále připravila sérii otázek pro potenciální respondenty.

Již z počátku této průzkumné studie jsem se snažila o co možná největší úspěšnost realizovaných rozhovorů, proto jsem nejprve každého z vytypovaných a možných budoucích respondentů kontaktovala telefonicky. Jak se později ukázalo, byla to vhodná volba. Žádný z oslovených neodmítl a průzkumu se zúčastnil. Taktéž se mi tímto způsobem podařilo operativně dohodnout setkání v poměrně brzkém čase. Využila jsem při tom kontaktů, které jsem měla již ze své minulosti a také kontakty, na něž jsem dostala doporučení od svých známých.

Dotazované jsem předem seznámila s mým záměrem a také s tím, o co se vlastně jedná. Sdělila jsem jim, jak dlouho bude přibližně naše

setkání a rozhovor trvat, k jakému účelu bude tato studie použita a proč jsem si vybrala právě je. Snažila jsem se o vysvětlení cíle a obsahu rozhovoru. Usilovala jsem o to, abych respondenty ujistila, že od nich získané informace mají důvěrný charakter a že nebudou nijak zneužity. Slíbila jsem jim, že jejich jména zůstanou v anonymitě. Ve stejné chvíli jsem respondenty požádala o jejich souhlas, zda může být náš společný rozhovor nahráván.

Dále jsem se pak pro tento hovor snažila přizpůsobit vhodný prostor (požádala jsem nebo sama zajistila klid v místnosti tak, aby nás nikdo nerušil, atd.). Důležité pro mne bylo, aby vše probíhalo v příjemné a bezpečné atmosféře.

Před ukončením rozhovoru jsem si ještě „v duchu“ zrevidovala, zda byly odpovězeny plánované otázky, tedy zda byl splněn cíl rozhovoru. Na úplný závěr jsem respondentům upřímně poděkovala.

Rozhovory podle mého názoru a pocitu probíhali v klidné a přátelské atmosféře. Povídání bylo, ale i přesto, v některých okamžicích pro většinu respondentů bolestivé. Jednalo se o momenty, kdy vzpomínali na minulé nepříjemné zážitky z práce, ale i ve chvílích, kdy jsme se spolu dotkli něčeho, co je momentálně aktuální. Usuzuji tak z toho, co a jak, kdo říkal. Z toho, jak jsem vnímala jejich „řeč těla“, z jejich výrazů v obličeji, z jejich mimiky, včetně toho, že se některým z nich několikrát během našeho rozhovoru zaleskly slzy v koutcích očí, chvílemi se jim rozechvěl hlas a také se několikrát na čas odmlčeli, aby nabrali dech a mohli pokračovat ve vyprávění dál. Vnímala jsem, že téměř u všech dotazovaných tento rozhovor zasáhl některé z jejich citlivých míst a že řada z nich o těchto věcech mluvila a někdy také i přemýšlela poprvé.

Rozhovory jsem vyhodnocovala především na základě jejich nahrávky na audio kazetu a dále pak na základě toho, jak se mi v průběhu přehrávání této nahrávky „před očima“ znovu objevovaly „obrazy“ – tedy vzpomínky, se kterými se mi znovu připomínal

respondentův emocionální stav, který byl vidět a také i můj vlastní v průběhu rozhovoru i po něm.

Myslím si, že informace získané těmito rozhovory celkem v dostatečné míře naplnily na počátku daný cíl, ukázaly motivace, ale především potřeby respondentů, které jsou ve velké míře spojeny s výkonem jejich profese v oblasti pomáhání druhým lidem. Nepřímo jsme tak také společně došli i k životním hodnotám dotázaných pomáhajících.

Zábrany, které jsem musela překonávat:

Bylo jich jen pár, protože rozhovory i jejich domlouvání podle mne probíhaly velmi dobře a jakoby „plynuly samy“. Občas jsem musela respondenty vracet k danému tématu, resp. k položené otázce, a to pro mne nebylo leckdy snadné. Chvillemi jsem měla nepříjemné pocity, když jsem spolu s některými respondenty „spoluprožívala“ to, o čem vyprávěli – možná právě proto, že některá témata byla i pro mne velmi blízká až osobní. Odpovědi respondentů se leckdy dotýkaly mých vlastních životních zkušeností a prožitků.

Při provádění rozhovorů jsem často zaznamenala, že některé otázky spolu více či méně souvisejí, nicméně jejich zodpovězení zjišťované informace více upřesnily.

Nejprve otázka č. 5 - zamyšlení se nad pomocí pro sebe – co komu, a kdy pomohlo s problémy souvisejícími s prací a co by jako pomoc sobě samým uvítali, a otázka č. 6 – kdy měli respondenti popsat, co z chování lidí (jak v práci, tak mimo ni) jim v návaznosti na jejich pracovní problémy pomáhá a co jim naopak ubližuje, eventuálně jim je nějak nepříjemné.

Podobnost jsem také zjistila u otázky č. 9 a 12. Osobní záliby se nejednou prolínaly s péčí o vlastní zdraví.

U některých otázek jsem postupem času zjistila, že by bylo vhodnější se ptát jiným způsobem.

U otázky č. 7 týkající se supervize, jsem po prvních rozhovorech zjistila, že je zbytečné se ptát, zda probíhá na pracovišti supervize, jakou formou a jak často. Zjistila jsem totiž, že supervize u nikoho z respondentů na jejich pracovišti neprobíhá a také ani z vlastní iniciativy ji nikdo z nich nevyhledává. Důvodem byla jejich neznalost a neinformovanost o supervizi jako takové. U otázky č. 7 by bylo tedy vhodnější ptát se, zda mají jakési povědomí o tom, co je supervize a co by jim eventuálně mohla poskytnout.

Další věcí, kterou mohlo ovlivnit odpovědi respondentů, byl můj přístup. Při poslechu jednotlivých interviu jsem zaznamenala, že můj způsob ptaní se na některé otázky mohl být zavádějící, co do sugestivnosti, a to např. u otázky č. 7: Probíhá na Vašem pracovišti supervize? ... Je pro Vás přínosná? ... Považoval byste ji za pro Vás potřebnou? Tuto otázku by bylo možná vhodné rozdělit na několik jednotlivých, samostatných a na sebe navazujících otázek a to podle toho, zda vůbec se daný respondent ve své praxi se supervizí již setkal či nikoli.

Další takovou otázkou mohla být i otázka č. 12, jak respondenti pečují o své zdraví. V odpovědích se také mohly odrážet tendence jednotlivých respondentů ukázat se „v lepším světle“, a to předpokládám z toho důvodu, že několik z nich na tuto otázku odpovídali slovem „snažím se“.

V závěru této diskuse bych ještě chtěla dodat, že jsem ráda za možnost, v rámci ukončení svého studia, realizovat tento průzkum, i když je prozatím pouze nepatrný svým rozsahem. Děkuji za to, že jsem mohla něco takového uskutečnit. Vzhledem k času, který byl možný tomuto prozkoumávání věnovat se domnívám, že více nebylo možné splnit. Rozhodně se však hodlám této oblasti věnovat i nadále. Do budoucna plánuji se problematice pomáhání pomáhajícím věnovat hlouběji. Uvažuji o větším počtu respondentů, jejich uvážlivějším výběru, poupravené volbě otázek a to vše s celkovým záměrem postupem času přijít s reálným návrhem, jak by mohl fungovat určitý

system pomoci pro pracovníky z pomáhajících profesí, kteří pracují v rámci zdravotnictví.

7 ZÁVĚR

Práce se zabývá problematikou pomáhání. Na jejím začátku autorka zdůvodňuje volbu tématu, především vlastní zkušeností z několika životních situací a z úzkého kontaktu s pomáhajícími osobami. Tato zkušenost ji vedla k hlubšímu zamyšlení a přemýšlení nad možnými změnami dosavadních zvyklostí v oblasti pomáhání v rámci zdravotnictví České republiky. Dále jsou vymezeny základní pojmy problematiky pomáhání a u některých z nich také jejich posun vnímání v čase.

Autorka se zamýšlí nad příčinami, proč si lidé vůbec pomáhají, proč si vybírají roli pomáhajícího jako své povolání a profesi. Rovněž otevírá otázku jaká úskalí a nebezpečí jsou v této práci pomáhajících profesí ukrytá a naopak jaké pomáhající profese přináší pro pomáhající příležitosti. Dívá se také na pomáhání druhým lidem z pohledu lidských potřeb a hodnot.

V další kapitole autorka poukazuje na etické aspekty, které se k této problematice vztahují.

Následující kapitolu věnuje autorka převážně vztahu mezi pomáhajícími a jejich pacienty. Jsou zde otevřeny jednotlivé postoje pomáhajících, ale také způsoby zacházení s klientem a jeho akceptace a přijetí. V této části autorka neopomíná ani vlastní dialog mezi pomáhajícím a pacientem, který vnímá jako jeden ze základních kamenů dobrého výkonu pomáhající profese. Avšak ani další pilíře účinné práce pomáhajících zde nejsou vynechány. Jde především o vcítění se do světa klienta, tedy empatii, ovšem při zachování autenticity pomáhajícího a rovněž při akceptaci klienta takového jaký je. Porozumění člověku, kterému je poskytována pomoc, je popsáno v části věnované fenomenologickému přístupu, který je autorce blízký.

Životní zkušenost autorky s prožitím obou pólů pomoci (jak v roli pomáhajícího, tak v roli pacienta) jakoby pootevřela otázku pomoci samotným pomáhajícím. Otázku, zda je vůbec tato pomoc pomáhajícím profesím v naší společnosti řešena jako nedílná péče o tyto pracovníky (především ve zdravotnictví). V předposlední kapitole tedy autorka přichází s návrhy prevence a možných forem odborné pomoci, které se jí zdají být podstatné v rámci jakési péče a podpory určené pomáhajícím pracovníkům ve zdravotnictví. A to zejména v době a situacích, kdy už si nejsou schopni tito lidé „pomoci sami“ z vlastních zdrojů. Značnou oporu této části práce tvoří výsledky vlastního výzkumu, který je součástí této práce.

V poslední (praktické) části nám autorka umožňuje nahlédnout do světa 12 respondentů vykonávajících pomáhající profese ve zdravotnictví formou kvalitativního výzkumu. Jsou zde otevřeny otázky motivace jejich výběru povolání, jejich přání, potřeby a tužby. Rovněž se nenásilnou formou zabývá stresujícími okamžiky výkonu těchto povolání a návrhy změn pro zlepšení a zkvalitnění výkonu této činnosti. Jsou zde otevřeny jak radostné oblasti výkonu pomáhajících profesí ve zdravotnictví, tak oblasti bolestné.

Z výzkumu především vyplynulo jasné upozornění na dosavadní podhodnocení pomoci pomáhajícím ve zdravotnictví.

Další byla tato zjištění:

- motivace pro volbu povolání pomáhajícího jsou rozmanité, ale především je to touha druhým lidem zpříjemnit a zkvalitnit jejich život,
- většinu respondentů práce uspokojuje – vidí ji jako smysluplnou a užitečnou, sami se při ní mohou rozvíjet a zdokonalovat,
- za zatěžující ve své práci považují především příliš mnoho administrativy, legislativu, tlak pojišťoven, velké nároky a nevhodné chování pacientů, časový tlak, zpřísnění obecné morálky vůči lékařům ad.

- nejvíce problémů přinášeli ti respondenti, kteří pracovali izolovaně ve svých ordinacích a neměli možnost kontaktu se svými kolegy,
- byla zaznamenána velmi úzká provázanost mezi spokojeností pomáhajících v práci a jejich dobrým rodinným zázemím a koníčky které je skutečně baví, jakožto hlavními dvěma zdroji čerpání potřebné energie,
- vyplynuly také určité návrhy pomoci pro tyto pomáhající, které vycházeli z nápadů samotných respondentů. Poukazovali na to, co jim chybí a co by potřebovali dostávat. Byla to především možnost s někým o svých problémech hovořit (sdílet je) a nebát se přitom, že se jejich otevřenost obrátí proti nim. Rádi by využili odbornou pomoc, ale neradi ukazují druhým svou slabost a považují to v dnešní době za něco, co by mohlo ohrozit jejich postavení a profesní způsobilost. Proto většinou tuto pomoc nevyhledávají.

Práce si neklade za cíl svým jediným obsahem popsat vše potřebné a stanovit jasný konkrétní postup a nápravu. Jde o nahlédnutí do daného problému a stanovení si směru dalšího zkoumání a rovněž i cílů, které by ucelený soubor této a navazujících prací měl přinést. Jde o začátek dlouhodobého zkoumání a činnosti odhalující potřeby a motivaci lidí, kteří svůj profesní život věnují pomáhání druhým ve zdravotnictví.

V práci je zřetelná zajímavá symbióza potřeb a hodnot zjištěných v praktické části od osob pomáhajících s hodnotami a potřebami osob pomoc přijímajících.

Práce není odtažitou teoretickou částí s přiloženým vlastním výzkumem. Naopak jednotlivé otázky a úvahy praktické části navazují na část teoretickou. Tento soulad obou částí rovněž podtrhuje velice jemnou hranici mezi osobou pomoc přijímající a osobou pomoc poskytující.

Nový přínos práce vidí autorka v upozornění na nedostatečně řešený systém vhodných kroků péče o pomáhající profese v rámci zdravotnictví a poodhalování prvních možností, jak těmto lidem účinně pomáhat. Při pokračování v zahájeném výzkumu je možné navázat na jeho vyhodnocení a přijít s vlastním ucelnějším a propracovanějším návrhem takových kroků, které by naplňovali představy a potřeby takto pomáhajících osob a dávali jim oporu v jejich leckdy nelehké, ale o to více záslužné práci.

Je nutné si uvědomit, že pro činnosti zdravotního personálu, na všech jeho úrovních, je nezbytně nutná maximální soustředěnost, citlivost a empatie. Jen tak může zdravotní péče probíhat v efektivní a přijatelné podobě pro pacienta. Stresovaný lékař či zdravotní sestra však jen velice těžko může odvést maximální výkon. Výkon, na kterém závisí zdraví, ale i životy pacientů.

Kterékoli zdravotní zařízení může fungovat dokonale pouze za předpokladu spokojených pacientů. Spokojenost pacientů je možná jen v případě spokojeného zdravotního personálu. V našem zdravotním systému zatím sice není zcela přímá návaznost mezi ekonomickým výsledkem zdravotního zařízení a spokojeností pacientů, ale tato rovnice musí vstoupit v platnost i ve zdravotní sféře. Ekonomické hledisko je ovšem jen jednou stranou věci. Ne ovšem nezanedbatelnou.

Seznam bibliografických citací

BALINT, M. *The Doctor, The Patient and The Illness*. New York: International University Press, 1976

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 78, 168, 204, 205

BRICHČÍN, S. *Bálintovské skupiny - pomoc pomáhajícím*. Studovna. 15. 3. 2006. Dostupné na: <http://www.portal.cz/scripts/detail.asp?id=731>

BUDINOVÁ, P. *Vliv pracovního stresu na vznik zdravotních problémů se zaměřením na pracovníky probační a mediační služby*. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Diplomová práce. Praha, 2007

CIKHARTOVÁ, Z. *Psychosociální pomoc při mimořádných událostech*. 22.11.2007 Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/casopisy/112/2006/listopad/cikhartova.html>

ČÁLEK, O. *Obecná psychoterapie*. Přednáška pro 1. roč. PVŠPS, Zimní semestr 2003

ČEPICKÁ, B. *Práce s traumatem a posttraumatickým syndromem*. Přednáška pro 4. roč. NMgr. PVŠPS, Letní semestr 2007

EIS, Z. *Supervize*. Praha: Pražský psychoterapeutický institut a PALLATA, 1995, s. 72-74

ELIADE, M. *Šamanismus a nejstarší techniky extáze*. Praha: Argo, 1997

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. Praha: Společnost sociálních pracovníků ČR, 1995

GLEBOCKA, A. *Professional burnout and stress among Polish physicians explained by the Hobholl resources theory*. *Physiol Pharmacol*, 2007

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 33, 192, 402, 420, 444, 487, 488, 690, 699

HAVRÁNKOVÁ, O. *Téma smrti a umírání*. In VODÁČKOVÁ, D., aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 306

HAVRÁNKOVÁ, O. *Metody sociální práce II. – krizová intervence*. Přednáška pro 2. roč. PVŠPS, Zimní semestr 2003

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Přel. H. Hartlová. Praha: Portál, 2004, s. 35, 59

HLINICA, K. *Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem*. *Československá psychologie*, 2004, roč. XLVIII, č. 3, s. 193 - 202

HODGKINSON, E., STEWART, M. *Coping with Catastrophe. A Handbook of Post-Disaster Psychosocial Aftercare*. London and New York: Routledge, 1998

HOGENOVÁ, A. *Metody sociálních věd I.* Přednáška pro 4. roč. PVŠPS, Letní semestr 2007

HOGENOVÁ, A. *Metody sociálních věd II.* Přednáška pro 5. roč. PVŠPS, Zimní semestr 2008

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 20, 74, 97

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998

KUSHNIR, T. *Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians*. Israel Med Assoc, 2004

LEE, F. *Stress, burnout and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians?* Canadian Fam Physician, 2008

MACHEK, V. *Etymologický slovník jazyka českého*. Praha: Academia, 1971

MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 354, 355

Ottův slovník naučný. Díl jedenáctý. Olomouc: Paseka/Argo, 1998, s. 440-441

Ottův slovník naučný. Díl dvacátý. Olomouc: Paseka/Argo, 2000

PATOČKA, J. *Péče o duši I*. Praha: OIKOYMENH, 1996, s. 33

PESSO, A. In CALDWELL, CH. *Getting in Touch: A Guide to Body – Centered Therapies*. Weaton: Theosophical Publishing House, 1997

PEŠKOVÁ, J. *Základy filosofie pro sociální pracovníky*. Přednáška pro 1. roč. PVŠPS, Letní semestr 2003

PEŠKOVÁ, J. *Etika sociální práce*. Přednáška pro 3. roč. PVŠPS, Zimní semestr 2004

PILGRIM, H. *Cognitive perspectives on early reaction to traumatic events*. In OERNER, RODERIC, SCHNYDER, ULRICH (eds.) *Reconstructing Early Intervention After Trauma. Innovations in the Care of Survivors*. New York: Oxford University Press, 2003

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: TRITON, 2004

PROCHASKA, J., NORCROOSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999

PROCHÁZKOVÁ, J. *Systém supervize v oblasti krizové pomoci a služeb*. In VODÁČKOVÁ, D., aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 180

ROBERTS, A. *Crisis Intervention Handbook. Assessment, Treatment and Research*. Oxford: Oxford University Press, 2000

ROGERS, C. R. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 1998

RŮŽIČKA, J. *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha: TRITON, 2003

SEIFERT, B., VOJTÍŠKOVÁ, J. *Syndrom vyhoření a praktičtí lékaři*.

Praha: Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK v Praze, 2008

Slovník cizích slov - ABZ.cz. Studovna. 3. 3. 2008. Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>

Slovník spisovného jazyka českého. Praha: Academia, 1989

Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost. Praha: Academia, 1994

SHALEV, ARIEH Y., URSANO, ROBERT J. *Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress*. In OERNER, RODERIC, SCHNYDER, ULRICH (eds.) *Reconstructing Early Intervention After Trauma. Innovations in the Care of Survivors*. New York: Oxford University Press, 2003

SCHMIDBAUER, W. *Psychická úsilí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000, s. 30, 31

SCHWEITZER, A. *Z mého dětství a mládí*. Praha: Vyšehrad, 1989

SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006

ŠTURZOVÁ, J. *Komunikace jako sdílení a péče o vztah*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 2007, s. 55

VELA-BUENO, A. *Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels*. *Psychosom Res.*, 2008

VAN DER LAAN, G. *Otázky legitimity sociální práce (pomoc není zboží). Texty k sociální práci*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1998, s. 26

VITEBSKY, P. *The Shaman*. London: Duncan Baird Publishers, 1995

VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál, 1999, s. 19

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997

YALOM, I. D. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2003

PŘÍLOHA

SEZNAM OTÁZEK K ROZHOVORU

Název pracoviště:

Pracovní zařazení:

Vzdělání:

Věk:

Rodinný stav + počet dětí:

Počet let v praxi:

1. Co Vás přivedlo k Vašemu povolání?
2. Uspokojuje a naplňuje Vás Vaše práce? Považujete ji za zajímavou?
Pokud ANO – čím? Pokud NE – proč?
3. Je pro Vás naopak ve Vaší práci něco zatěžujícího, náročného, stresujícího nebo ohrožujícího?
4. Cítíte potřebu ve Vaší práci něco změnit?
5. Zamyslete se prosím nad pomocí pro sebe samé:
Vnímali jste při výkonu své profese něco jako pomoc pro Vás?
Pokud ANO – co pro Vás kdy bylo pomocí a kdo Vám tuto pomoc poskytl? Pokud NE – jakou formu pomoci byste kdy a od koho uvítal/a?
6. Popište prosím, co z chování Vašich spolupracovníků, ale třeba i lidí mimo Vaší práci (rodiny, přátel aj.) jste vnímali/a jako pro Vás pomáhající? Co naopak Vám na jejich chování vadilo (nebo bylo zraňující)? – opět s přihlédnutím k výkonu Vašeho povolání.
7. Probíhá na Vašem pracovišti supervize, popř. navštěvujete ji z vlastní iniciativy?
Pokud ANO – jak často a jakou formou probíhá? Je pro Vás prospěšná?
Pokud NE – považoval/a byste ji za pro Vás potřebnou?
8. Jak mnoho se odráží práce ve Vašem soukromém životě?
9. Co rád/a děláte ve svém volném čase? Máte podle Vás dostatek času na osobní záliby?

10. Máte v posledním roce nějaké zdravotní problémy?
Pokud ANO – jaké to jsou, popř. jak často se vyskytují?
11. V návaznosti na předešlou otázkou ohledně zdravotních problémů –
vyhledal/a jste nějakou pomoc pro sebe?
Pokud ANO – jaká pomoc to byla? Pokud NE – co Vás k tomu
vedlo?
12. Jak pečujete o své zdraví?
13. Uvažoval/a jste za dobu výkonu Vaší práce v roli pomáhajícího
pracovníka o změně zaměstnání?
Pokud ANO – proč?
14. S ohledem k délce Vaší profesní kariéry, jakožto pomáhajícího,
prosím zauvažujte nad tím, co pro Vás bylo důležité na jejím úplném
začátku, v jejím průběhu, a co je tím v současné době. Co se za tu
dobu změnilo – uvnitř Vás samotných, ale také i vzhledem
k okolnostem a vnějším vlivům?
15. Uveďte prosím cokoli, co byste si přál/a k tomuto rozhovoru ještě
doplnit.

Evidenční list knihovny

Uživatel potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoli jiný pramen.

Jméno	Adresa	Datum	Podpis

Jméno	Adresa	Datum	Podpis

Jméno	Adresa	Datum	Podpis

Název diplomové práce: *Problematika pomáhání – od pomoci druhým k pomoci sobě*

Autorka diplomové práce: Bc. Renáta Kolářová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Miluše Baginská

Oponentka diplomové práce: Mgr. Magdaléna Koťová

Posudek vedoucí práce:

Autorka práce si po dlouhé zralé úvaze, troufnu si napsat, že také na základě předchozích životních zkušeností, vybrala problematiku pomáhání. Na první pohled tradiční téma, které se ovšem autorce podařilo zpracovat netradičním způsobem, jak již naznačuje dodatek „od pomoci druhým k pomoci sobě.“ Stěžejní linií, která provází čtenáře od prvních vět po závěr, je lidský vztah. Autorka se na vztah dívá třemi pohledy: motivací pomáhat, interakcí pomáhání a péčí o ty, jež pomáhají. Autorka se pokusila vystihnout viditelná i méně výrazná specifika, která jsou pro pomáhání a vztah důležitá, a to v kontextu praktickém a etickém.

V navazující části navrhuje možné typy pomoci pro pomáhající, konkrétně se zde zaměřila na pomáhající profese v systému zdravotnickém. Ve třetí části, výzkumné, představuje čtenáři 12 respondentů – zdravotníků.

Autorka se dotýká citlivého tématu, které se rok od roku, zvláště v systému zdravotnictví, stává stále aktuálnější, a to osobní zájem o klienta ze strany zdravotníka. Lidský vztah, který zahrnuje osobní přístup, souvisí s mnoha faktory, od faktorů finančních, vzdělávacích po faktory péče o pomáhající, na které se autorka právě ve své práci zaměřuje. Osobnost pomáhajícího je odedávna osvědčený terapeutický prostředek, jenž pomáhá. Autorka citlivě charakterizuje jak vybraná etická dilemata a etické problémy, s nimiž se v systému zvaném pomáhání setkáváme, tak se odborně a do praxe aplikovatelně pokouší o možnosti nápravy ve smyslu kvalitní pomoci supervizí, krizově intervenční, psychoterapeutické a psychosociální.

Autorka poukazuje mimo jiné na to, že kvalitně pomáhat souvisí už s přípravou na pomáhání, tedy během vzdělávacího procesu během teoretické přípravy na profesi.

Myslím si, že pro české obyvatelstvo, potencionální klienty a pacienty, je důležité, aby obsah a smysl diplomové práce nezapadl do archívů, nýbrž se stal vodítkem pro systémové zlepšení pomáhajících profesí, českým, moravským a slezským zdravotnictvím počínaje. Práci považuji za kvalitní text, který může sloužit k zamyšlení a jako cenné vodítko pro další studenty, kteří po přečtení naleznou mnohá témata, která lze dále vědecky rozpracovat.

V Praze 6. 9. 2008

Miluše Baginská



Oponentura diplomové práce

Název práce: „Problematika pomáhání – od pomoci druhým k pomoci sobě“

Autorka práce: Bc. Renáta Kolářová

Oponentka: Mgr. Magdalena Koťová

Obecné shrnutí:

Autorka se v diplomové práci zabývá tématem pomáhání. V úvodu práce autorka předkládá poměrně kvalitní definice používaných klíčových slov, zohledňuje i historii užívání jednotlivých pojmů či termínů. Vzhledem ke zvolenému tématu postrádám pouze definici „pomáhající profese“. Z textu diplomové práce není zcela jasné, které všechny profese autorka mezi tzv. pomáhající řadí. S ohledem na zaměření textu by bylo případně vhodné věnovat se, alespoň stručně, významu pojmů „pacient“ či „klient“.

Z textu práce je patrné, že autorku zvolené téma skutečně oslovuje a že nad uvedenými tvrzeními přemýšlí v širším kontextu a do hloubky. Výstižně popisuje jednotlivé fenomény, text směřuje jasně a srozumitelně k podstatě věci. Oceňuji zejména kritickou práci s informačními zdroji, komentáře k citacím apod. Seznam literatury je poměrně obsáhlý a velmi kvalitní.

Téma práce, které si autorka zvolila, překračuje svou potenciální šíří možnosti diplomové práce. Proto vysoce oceňuji autorčinu schopnost „selektce“ podstatných fenoménů. Slabostí práce jsou názvy kapitol, i samotný podtitulek, který je poněkud nejednoznačný a lze tak těžko usuzovat, čím přesně se autorka v textu bude zabývat (nebo: „nebezpečí a příležitosti pomáhání“ – text kapitolky pojednává spíše o rizicích, slovní spojení „příležitosti pomáhání“ není jazykově správné). Autorka místy nepřesně pojmenovává některé fenomény (např. „zábrany“, str. 117; „zavádějící“, str. 118 apod.

V textu práce lze nalézt občasně stylistické nedostatky (zejména koncovky, přivlastňovací zájmena, překlipy), autorce dělá problém správně oddělovat jednotlivé věty v souvětích. Místy je v textu patrná též diference mezi textem, který psala autorka „sama za sebe“ a textem, který je nepřímou citací (diference jsou zejména stylistické). Domnívám se, že autorka by se v budoucnu mohla věnovat publikační činnosti, neboť mám dojem, že má čtenářům co říci, bylo by proto dobré zlepšit stylistickou úroveň textu.

Konkrétní problémy textu diplomové práce:

Autorka se příliš nezabývá tématem syndromu vyhoření.

U vybraných obsáhlých kapitol (např. 4), chybí závěr autorky. V kapitole č. 4 však oceňuji, že se autorce podařilo postihnout mnoho podstatných aspektů týkajících se vztahu pracovníka v pomáhající profesi a jeho klienta. Text je výstižný a natolik obecný, aby se dal vztáhnout na všechny tzv. pomáhající profese – autorka je tedy schopna oprostít se od prizmatu sociální práce či psychoterapie.

Autorka nesprávně definuje intencionalitu (str.55).

Kapitola č. 5 - Podle mého názoru by bylo vhodnější zařadit tuto kapitolu až za výzkumnou sondu, neboť možnosti intervence logicky navazují na mapující výzkum pracovníků ve zdravotnictví (i sama autorka se v textu kapitoly několikrát na výzkumnou sondu odvolává). Autorka velmi dobře a výstižně popisuje možné metody „pomoci pomáhajícím“. V textu kapitoly však postrádám, i vzhledem k výpovědím respondentů a k situaci ve zdravotnictví, další možnosti pomoci či zlepšení podmínek pracovníků. Mám na mysli např. systematické budování týmů fungujících na komunitních principech, restrukturalizaci rigidních systémů, spolupráci s personalistou či koučem apod.

Kapitola č. 6:

- Vzhledem k velikosti vzorku respondentů by bylo vhodnější nazývat praktickou část diplomové práce spíše „výzkumnou sondou“.
- Kapitola č. 6 nemá z hlediska pravidel vytváření výzkumných zpráv adekvátní členění.
- Autorka nejasně definuje záměr výzkumné sondy.
- Autorka v podkapitole „Metodologie“ neuvádí, jaký typ rozhovoru použila. Z textu vyplývá, že zřejmě strukturované interview. V textu výzkumu je nutné přesně definovat použité metody.
- Autorka nedefinuje, jaký typ obsahové analýzy použila.
- Autorka nepopisuje metodu výběru respondentů – z textu vyplývá (nejasně), že jde zřejmě o metodu snowball
- Autorka neuvádí, proč se rozhodla pro kritérium výběru minimální délky praxe
- „Pro forma“ – u statistické deskripce dat v situaci, ve které máme velký rozptyl údajů (délka praxe 5-35 let), je vhodné uvádět kromě průměru i jiné charakteristiky (např. modus či medián)
- Není jasné, proč v podkapitole „Vyhodnocení“ autorka popisuje vzorek respondentů (toto náleží do kapitoly „popis vorku respondentů“)
- Není jasné, proč autorka ve stejné podkapitole popisuje otázky a jejich návaznost
- Jednotlivé rozhovory je obtížné posoudit. Autorce se zřejmě podařilo respondenty zaujmout a „otevřít“ i bolestná témata, což oceňuji. Čtenář bohužel nemá možnost průběh rozhovorů posoudit. Autorka pouze kategorizuje výpovědi respondentů vzhledem k jednotlivým otázkám. K této praxi mám tři hlavní výhrady:
 - 1) Z metodologického hlediska je tato praxe poněkud nevhodná – u mnoha otázek nalzáme velké množství odpovědí, jejichž počet přesahuje počet respondentů. Nevíme tak, kdo z respondentů své odpovědi doplňoval apod.
 - 2) U mnoha otázek je naopak odpovědí méně, než je samotných respondentů, a proto nevíme, zda na otázky odpovídali všichni, či na základě jakého klíče autorka odpovědi vybírala.
 - 3) Tím, že autorka neuvádí kompletní přepis rozhovorů, neumožňuje čtenáři udělat si alespoň částečnou představu o osobnosti respondenta. Často ani nevíme, zda odpovídá lékař/ka či zdravotní sestra. Kategorizací odpovědí je též zničena kontinuita rozhovorů.
- Vzhledem k záměru autorky „zmapovat“ situaci lékařů a sester bych kategorizaci odpovědí akceptovala, ale pouze za té podmínky, že by autorka jasně uvedla kritéria výběru jednotlivých odpovědí.
- Autorka pokládá zajímavé otázky. Z metodologického hlediska bych pouze chtěla upozornit na skutečnost, že některé dotazy jsou příliš dlouhé (např. tři otázky najednou), což není optimální.
- Autorka se nezabývá validitou a reliabilitou výzkumné sondy. Vzhledem k tomu, že neuvádí celkový přepis rozhovorů, čtenář nemá možnost zmíněné vlastnosti alespoň částečně posoudit.
- Autorka neuvádí „závěr výzkumné sondy“, po kterém by měla přijít na řadu „diskuse“.
- Podkapitola „Diskuse“ není diskusí, supluje závěr práce! Autorka se v této podkapitole zabývá aspekty výzkumné sondy, které by si zasloužily jinou podkapitolu (např. průběh zpracovávání výzkumné sondy apod.). Diskusi se pouze částečně blíží pasáž textu, ve které autorka pojednává o zábranách, které musela překonávat.
- Chybí diskuse týkající se celého textu práce - autorka tak například neuvádí, které aspekty týkající se tématu práce vynechala apod.

Pozn.: Oceňuji, že autorka k úvodu k výzkumné sondě uvádí i stručnou historii výzkumů problémů, se kterými se pracovníci v pomáhajících profesích potkávají.

Otázky pro autorku

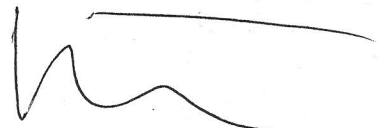
- Autorka se zabývá též tématem vnímání a respektování potřeb klientů. Zajímalo by mne, jak se autorka dívá na situaci, kdy je respekt k osobě klienta z nejrůznějších důvodů obtížný?
- Co vede autorku k tvrzení, že u pomáhajících profesí je častější výskyt psychických poruch? (str. 26)
- Proč autorka použila výzkumnou metodu strukturovaného interview?

Závěrem:

Teoretickou část diplomové práce považuji za velmi kvalitní. Podotýkám, že text jsem četla s velkým zájmem a autorka mne mnohokrát donutila zamyslet se nad vlastní praxí a problematikou pomáhání obecně. Autorka též v textu manifestuje velké porozumění pro proces psychoterapie a pro problematiku pomáhajících profesí obecně. Téma výzkumné sondy je z hlediska celkového zaměření práce dobře zvoleno, kapitoly práce jsou vnitřně provázány (což se týká zejména kapitol 5 a 6). Oceňuji manifestovaný zájem autorky dále se věnovat možnostem „pomáhání pomáhajícím“. Méně oceňuji metodologické zpracování výzkumné sondy. Z textu práce je patrné, že autorce nejsou zcela jasné zásady zpracování výzkumných zpráv.

Práci **doporučuji k obhajobě.**

V Praze, dne 10.9. 2008



Mgr. Magdalena Kot'ová