

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Možnosti využití logoterapeutických technik u klientů**

**v residenční péči**

**The possibility of using logotherapeutic techniques for clients**

**in residential care**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph. D.

Autor:

Bc. Lea Mátisová

Praha 2015

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce, paní MUDr. Jiřině Ondrušové Ph.D., za její odborné vedení, podnětné připomínky a čas, který mi věnovala. Rovněž bych chtěla poděkovat mému pracovišti, které mě přivedlo k dalšímu studiu a k napsání této práce. V nespolední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, bez níž by tato práce nemohla vzniknout.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „*Možnosti využití logoterapeutických principů klientů v residenční péči*“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Bc. Lea Mátisová

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá možnostmi využití logoterapeutických technik u klientů v residenční péči. Poukazuje na důležitost mezilidských vztahů u dlouhodobě nemocných a umírajících lidí. Je zaměřena na sociální práci v kontextu pomáhajících profesí. Podrobněji se zabývá lidmi se zdravotním postižením. Aby byla péče co nejefektivnější, je potřebná znalost specifík zdravotního postižení. Jsou zde zmíněny různé typy komplexních přístupů při práci s klienty v residenčních zařízeních a shrnuty humanistické a existenciální teorie sociální práce. Stěžejní část práce se týká logoterapie a hledání smyslu v životě pomocí logoterapeutických principů. Teoretická východiska jsou doložena zkušenostmi z praxe, převážně z nemocničního prostředí při práci s klienty dlouhodobě nemocnými a umírajícími.

## **Annotation**

Diploma thesis deals with the possibilities of using logotherapeutic principles for clients in residential care. It shows the importance of interpersonal relationships among the long-term sick and dying people. It is focused on social work in the context of helping professions. In detail it deals with the disabled people. To provide the most effective care the knowledge of the specific disability is necessary. Different types of complex approaches to clients in residential facilities are mentioned and humanistic and existential theories of social work are summarized. The main part of the thesis concerns logotherapy and search for the meaning of life using logotherapeutic principles. Theoretical way-outs are evidenced by personal experience, mainly from the hospital environment, from the work with long-term sick and dying clients.

## **Klíčová slova**

Existenciální analýza, hodnoty, logoterapie, smrt, smysl, syndrom vyhoření, terapeutický vztah, utrpení, zdravotní postižení.

## **Keywords**

Burnout syndrom, death, disability, existential analysis, logotherapy, sense, suffering, therapeutic relationship, values.

# Obsah

Obsah .....	5
Seznam zkratk: .....	7
Úvod.....	8
1. Sociální práce v kontextu pomáhajících profesí .....	10
1.1 Hodnoty ve vztahu sociálního pracovníka a klienta .....	11
1.2 Nároky na pomáhajícího pracovníka .....	14
1.3 Syndrom vyhoření.....	16
2. Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením.....	18
2.1 Zdravotní postižení a jeho charakteristika .....	19
2.1.1 Klasifikace zdravotního postižení.....	20
2.2 Specifika práce s lidmi s různými druhy zdravotního postižení.....	21
2.2.1 Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou .....	22
2.2.2 Lidé s tělesným postižením .....	25
2.2.3 Lidé se zrakovým postižením .....	28
2.3.4 Lidé se sluchovým postižením.....	29
2.2.5 Osoby s narušenou komunikační schopností.....	30
3. Sociální práce v pobytových zařízeních .....	35
3.1 Legislativní vymezení.....	35
3.2 Typy komplexních přístupů ke klientům v residenčních zařízeních.....	37
3.2.1 Podpora lidí se zdravotním postižením v kontextu dlouhodobé péče .....	38
3.3 Funkce a cíle pobytových zařízení.....	40
4. Humanistické a existenciální teorie sociální práce .....	44
4.1 Humanistické teorie .....	45
4.1.1 Rogersovská psychoterapie .....	45

4.1.2 Gestalt terapie .....	48
4.2 Existenciální teorie .....	48
4.2.1 Thompsonovo pojetí sociální práce .....	48
4.2.2 Daseinanalýza .....	49
5. Logoterapie .....	50
5.1 Existenciální analýza .....	51
5.2 Smysl v životě.....	52
5.3 Sebetranscendence a sebedistance .....	54
5.4 Hodnoty a štěstí .....	55
5.5 Existenciální vakuum.....	58
5.6 Duchovní rovina člověka .....	61
5.7 Hyperreflexe a iatrogenní poškození .....	62
5.8 Utrpení, umírání a smrt v logoterapii.....	64
6. Možnosti využití logoterapeutických principů u klientů v institucionální péči.....	68
6.1 Paradoxní intence.....	68
6.2 Dereflexe.....	70
6.3 Modulace postoje.....	71
6.4 Konfrontace s realitou.....	72
Závěr .....	75
Summary .....	82

## **Seznam zkratk:**

ad. – a další

atd. – a tak dále

ČR - Česká republika

ČCE- Českobratrská církev evangelická

JIP- jednotka intenzivní péče

LTC- long term care (dlouhodobá péče)

NKS- narušená komunikační schopnost

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro  
hospodářskou politiku a rozvoj)

WHO - World health organization (Světová zdravotnická organizace)

## Úvod

Ve svém povolání zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče gerontometabolické kliniky, kde působím již osmým rokem, se setkávám s nejrůznějšími lidmi. Častokrát zůstávám udivena nad jejich silou a bojovností, či naopak nad rigidním a pesimistickým přístupem. Velmi silný prožitek ve mně zanechala první zkušenost se smrtí, kdy se muž ležící dlouhodobě na jednotce intenzivní péče, rozhodl vzdát boj o život o druhém svátku vánočním. I přes veškerou snahu lékařského a zdravotnického personálu se nepodařilo dotyčného přivést zpět. Posléze jsem se od ošetřující sestry dozvěděla důvod pacientova rozhodnutí - rodina jej nepřišla navštívit o Vánocích.

Myslím, že právě tato zkušenost mě po několika letech přivedla na Husitskou teologickou fakultu a nutí mě zamýšlet se nad tím, jak náš vnitřní postoj, přesvědčení, víra, nezdolnost a psychika ovlivňují život. Možnost využití logoterapeutických principů v pomáhajících profesích mě velice zaujala. Psychoterapeutický směr zabývající se smyslem v životě otevřel nové, pro mne srozumitelné vysvětlení jistých praktických zkušeností. Ráda bych se tedy ponořila hlouběji do poznávání vůle ke smyslu a to zvláště u klientů těžce nemocných v residenčním zařízení.

Dále bych se také dotkla důležitosti lidského přístupu ke klientovi. V profesním vztahu se často vytrácí osobní přístup pracovníka v pomáhající profesi a nahrazuje jej neosobní přístup bez zájmu o klienta/pacienta, který může způsobit iatrogenní poškození.

Jako praktickou část práce jsem zamýšlela kvalitativní šetření formou kazuistik z mé praxe zdravotní sestry na oddělení intenzivní péče. Jelikož ale s pacienty není možné provést delší a hlubší rozhovor (pro závažnost jejich stavu), považuji za přínosnější dokládat teoretická tvrzení a shrnutí přímo v textu praktickými zkušenostmi, postřehy a příběhy pacientů, s nimiž jsem se setkala.

První kapitola pojednává o sociální práci v kontextu pomáhajících profesí, zabývám se psychoterapeutickým vztahem, náročností pomáhání a syndromem vyhoření.

Druhá kapitola vymezuje sociální práci s lidmi se zdravotním postižením. Vysvětluji, čím se zabývá obor disability studies, dále se zaměřuji na zdravotní postižení a jeho obecnou charakteristiku. Představím jednotlivé druhy zdravotního postižení, jejich příčiny, důsledky a základní intervenci. Celkový přístup shrnuji v ucelené rehabilitaci.

Třetí kapitola se týká sociální práce v residenčních zařízeních s klienty se zdravotním postižením a legislativního zakotvení pobytové péče. Popisuji typy komplexních přístupů ve spojení zdravotní a sociální péče, funkce a cíle pobytových

zařízení, činnosti prováděné v pobytových zařízeních a možnosti aplikace logoterapeutických principů.

Ve čtvrté kapitole vymezují humanistické a existenciální teorie sociální práce a zabývám se jednotlivými hlavními směry.

V páté kapitole představím logoterapii, jejího zakladatele V. E. Frankla. Hlavní stavební prvky této metody, sebedistanci, sebetranscendenci a hodnoty v životě člověka. Dále se zabývám existenciální analýzou, jednotlivými principy a smyslem utrpení.

Šestá kapitola obsahuje principy logoterapie a její metody, které lze využít při práci s klienty v residenčních zařízeních, náhled na přístup profesionálů ke klientům v nemocničních zařízeních, konkrétně pak mé osobní zkušenosti na JIP.

Cílem mé práce je popsat možnosti využití logoterapeutických principů při práci s klienty v rezidenčních zařízeních, uvést příklady z praxe na oddělení intenzivní péče, kde jsou hospitalizováni pacienti v závažném zdravotním stavu a poukázat na důležitost lidského přístupu ve vztahu klienta a pomáhajícího pracovníka.

## 1. Sociální práce v kontextu pomáhajících profesí

Sociální práce v 21. století je společenskovední disciplínou, oborem, který se dále rozvíjí a svou praktickou činností zasahuje přímo i nepřímo do života lidí. Jejím cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Základními stavebními prvky jsou společenská solidarita a ideál o naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální práce napomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění, nebo ji získat zpět a pomáhá vytvářet pro jejich uplatnění příznivé sociální podmínky.<sup>1</sup> Pro sociální práci je zásadní zmocnění klienta a zaměření se na jeho silná místa.<sup>2</sup>

Sociální práce se jako akademická disciplína setkává s filozofií, religionistikou, sociologií, politologií, pedagogikou, kriminologií, psychiatrií, sociální pediatrií a dalšími disciplínami. V rámci praktické činnosti je sociální pracovník vázán určitými hodnotami k vykonávání své profese a dovednostmi, které si může osvojit patřičným nácvikem. V soudobém demokratickém státě je sociální práce také součástí systému sociálního zabezpečení a v širším pohledu je součástí sociální politiky.

Sociální služby vyžadují profesní výkon v sociální práci, i práce obslužné, poskytované jinými profesemi. Sociální pracovníci poskytují informace, rady, pracují s klienty, zastupují je, poskytují jim jiné odborné služby. „Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky.“<sup>3</sup>

V rámci etických a morálních norem se formovala solidarita mezi lidmi už v dobách dávnověkých, díky autoritě zjeveného a nepochybného, tedy nábožensky.

---

1 MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4. S. 10

2 OPATRŇÝ, Michal. *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 327 s. ISBN 978-80-7429-408-2. S. 170

3 MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4. S. 5

Tento kontext se držel v západní civilizaci až do průmyslové revoluce. Ještě na počátku novověku podporu potřebným poskytovala především rodina, při nepřítomnosti rodiny církev. Dnes jsou sice zdroje solidarity variabilnější, ale zároveň i slabší. Při nemožnosti spolehnout se na rodinu, se nabízí pomoc od komunity a státu. Stát garantuje vzdělávání odborníků, zřizuje instituce sociální péče. Solidarita a pomáhání se v posledním století staly profesí působící v institucích a jsou méně závislé na náboženských představách a charitativních organizacích.<sup>4</sup> Touto institucionalizací dochází k vytváření rolí, kde je pomáhající viděn jako odpovědný za poskytnutí pomoci a rady klientovi. Klient je takto postaven do role přijímajícího. Dochází tu k odosobnění a přístupu, jenž se vzdaluje lidské rovině. Pomáhající a klient jsou ve vztahu, kde se zapomíná na samotnou lidskost člověka.

## 1.1 Hodnoty ve vztahu sociálního pracovníka a klienta

Fenomén ovlivňující kvalitu profesního pomáhání je vztah. Každá interakce mezi lidmi je jím ovlivňována. „Vztah je proměnná, která je fluentní a můžeme ji také záměrně kultivovat.“<sup>5</sup> Kvalita vztahu mezi pomáhajícím a klientem ovlivňuje kvalitu samotného procesu pomáhání. Řekla bych, že je nejen ovlivněn proces pomáhání, ale také dochází ke vzájemnému působení dvou lidských bytostí.

Britská asociace sociálních pracovníků je zavázána pěti hodnotám:<sup>6</sup>

- lidské důstojnosti a hodnotě
- sociální spravedlnosti
- službě humanitě
- integritě
- kompetenci.

---

4 MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4. S. 14

5 GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3. S. 54

6 OPATRŇÝ, Michal. *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 327 s. ISBN 978-80-7429-408-2. S. 171

V praxi by sociální práce měla respektovat všechny složky zároveň. Opatrný<sup>7</sup> uvádí, že sociální práce má etický charakter a je takzvanou praktickou etikou, protože transformuje abstraktní hodnoty do praktických principů.

Matoušek<sup>8</sup> představuje několik autorů, kteří se věnují základům a principům práce s jednotlivcem:

- Sedm principů F. Biestek zformuloval ve 20. století, nezamýšlel je primárně jako etické principy, nýbrž jako principy efektivní pro práci. Jedná se o individualizaci, vyjadřování pocitů, empatii, akceptaci, nehodnotící postoj, sebeurčení a diskretnost.
- Butrymová publikovala tři hlavní předpoklady, na nichž je sociální práce založena – úcta ke klientovi, přesvědčení o sociální povaze lidí a víra, že je každý jedinec schopen změny, růstu a sebezdokonalení.
- Hodnotové základy sociální práce dle Gordona se shrnují do šesti zásad. Společnost má věnovat svůj zájem především jednotlivci, jednotliví lidé jsou ve společnosti na sobě navzájem závislí, jsou za sebe navzájem odpovědní, všichni lidé mají v zásadě obdobné potřeby, ale zároveň je každý člověk jedinečný a liší se od ostatních. Základním atributem demokratické společnosti je umožnit každému jedinci realizaci jeho plného potenciálu a zároveň odpovědnost každého ke společnosti, projevující se aktivní účastí na životě společnosti. Společnost má tyto povinnosti zajistit, aby překážky seberealizace bylo možné překonat.
- Pravidla pro dobrou praxi shrnuje Clark. Jsou jimi: upřímnost, otevřenost a důvěryhodnost ve vztahu, vzdělanost a dovednost pracovníka, účinnost a užitečnost, legitimita, spolupráce a odpovědnost, autorita a váženost.

---

7 OPATRŇY, Michal. *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 327 s. ISBN 978-80-7429-408-2. S. 171

8 MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8. S. 37-39

Kvalitní vztah je založen především na empatickém porozumění klientovi, úcty k němu, upřímnosti, ryzosti a vřelém přístupu. Vykonávání sociální práce s těmito zásadami znamená, že sociální pracovník je zde pro klienta, působí na něho jako výzva a zůstává k dispozici, i když riskuje odmítnutí, přičemž aktivním řešitelem problému je stále klient.<sup>9</sup>

Pro zapojení klienta do procesu pomoci tedy sociálnímu pracovníkovi nemohou stačit jen teoretické znalosti, musí ho umět angažovat. Sociální práce ze své povahy vyžaduje dovednosti a techniky užívat vzhledem k dané situaci nejvhodnějším způsobem, aby docházelo co možná k nejefektivnější praxi.

Thompson in Opatrný<sup>10</sup> uvádí šest obvyklých souborů kompetencí, kterými by měl být sociální pracovník vybaven. Jedná se o umění komunikace a angažovaného přístupu, umění porozumět a také umění vysvětlit, co je třeba dále učinit, což je celkově vzato schopnost brát klientovu situaci vážně, mít k němu angažovaný přístup, aniž by došlo k narušení vlastního procesu sociální práce, zvláště mobilizace jeho vlastních zdrojů a sociálního prostředí. Dále se jedná o kompetenci klienta zmocňovat, učinit ho kompetentním do takové míry, jak si daná situace žádá, aby byl schopen vlastními silami vyřešit situaci, ve které se ocitl. Plánování a odhadování postupu, silných a slabých stránek, jaké dovednosti je potřeba posilovat, odkud a jaká rizika mohou přijít, jsou centrální částí role sociálního pracovníka, od kterých se dále odvíjí umění intervenovat a poskytovat služby. Vytyčení vhodného plánu a jeho zdárné provedení, si žádá umění modifikace během intervence a poskytování služeb během procesu, které se mohou měnit dle aktuálních okolností.

Pravidelnými rozhovory mezi pracovníkem a klientem dochází k budování vztahu. Tento vztah je založen na vzájemné důvěře, klient přichází se svými těžkostmi, životním příběhem a očekává od terapeuta vyslechnutí, mlčenlivost, důvěru a vkládá do něj naději. Pomáhající by měl nabízet vztah stabilní a vřelý, musí si být vědom hranic, ale zároveň by neměla chybět autenticita ve vztahu a schopnost klienta podržet v nepříjemných situacích, neodvrátit se od problému.

---

9 NEČASOVÁ, Mirka. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, Brno Kraví Hora, 2001. 98 s. ISBN 8021026731. S. 59

10 OPATRŇÝ, Michal. *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 327 s. ISBN 978-80-7429-408-2. S. 174-175

Hlavním pracovním nástrojem pomáhajícího pracovníka je jeho osobnost, mravní závazek a z něho plynoucí zodpovědnost. Na etickém přístupu ke klientovi je založena i důvěra, kterou v pomáhajícího vkládá. Zodpovědnost ve vztahu mají oba účastníci terapeutického procesu. Klient by měl být zodpovědný za dodržování termínů schůzek, za pravdivé výpovědi. Pomáhající je ve vztahu zodpovědný za terapeutický proces, postup léčby a vztah. Jeho role je náročná, jsou na něj kladeny nároky ze strany společnosti, kdy klienti očekávají, že bude důvěryhodný, nekonečně dobrotivý a bude dodržovat veškeré povinnosti, které přísluší jeho profesionalitě.

Klient se potřebuje u pomáhajícího cítit v bezpečí a pociťovat zřetelně akceptující a empatický základní postoj pracovníka. Prostřednictvím dobrého vztahu lze klienta vést k dobrému vztahu vůči sobě samému a svému světu.<sup>11</sup>

Mnohdy se v praxi zapomíná na důležitost vztahu pracovníka a klienta, zvláště na vzájemné působení dvou jedinců, kteří se od sebe mohou učit. Tyto zkušenosti jsou nápomocné oběma účastníkům procesu v dalších životních situacích. Sama jsem si ověřila v praxi, že čím více zkušeností nasbíráme ať už jako profesionálové, či jako lidé v běžném mezilidském kontaktu, tím lepší pomáhající pracovníci můžeme být, neboť vlastními chybami i úspěchy se učíme nejlépe.

## 1.2 Nároky na pomáhajícího pracovníka

Pomáhat lidem je bytí zde pro druhé.<sup>12</sup> Pomáhající profese definuje skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem.<sup>13</sup> Primárně se očekává pomoc od trápení a nouze od sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů, poradců apod. I další profesionálové pomáhají lidem, kteří jsou v nesnázích nebo prožívají krizi. Jsou to duchovní, zdravotní sestry, lékaři, učitelé, konzultanti, policisté, probační úředníci a další odborníci, u nichž se předpokládá, že svým klientům budou schopni pomoci také v emoční a sociální rovině jejich problémových situací. Lidé v těchto povoláních jsou ve

---

11 SULZ, Martha a Silvia LÄNGLE. *Žít svůj vlastní život: úvod do existenciální analýzy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 181 s. ISBN 978-80-7367-220-1. S. 112

12 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 47

13 GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3. S. 21

zvýšené míře vystaveni určitým rizikům, nejzávažnějším z nich je syndrom vyhoření.<sup>14</sup>

Role pomáhajícího má svá pravidla a svá očekávání. Géringová<sup>15</sup> představuje šest základních charakteristik, které se pravidelně objevují na otázku, jak si představit ideálního pomáhajícího pracovníka. Měl by být klidný, vlídný, ochotný, vyrovnaný, empatický, zapálený pro věc a měl by mít rád svou práci.

Pomáhat druhým je těžká a vysilující práce, jež vyžaduje fyzickou zdatnost. Péče o tělo, správná životospráva, pravidelné cvičení na udržení fyzické kondice a také odpočinek patří k hlavním předpokladům pracovníka. Inteligence je dalším předpokladem, odborník by se měl stále systematicky vzdělávat a obohacovat své znalosti, seznamovat se s novými teoriemi a praktickými technikami. Svě znalosti a výsledky práce eventuálně shrnovat do výzkumu. V této souvislosti se hovoří také o sociální inteligenci, která je chápána jako synonymum k sociální kompetenci.<sup>16</sup>

Pracovník v pomáhajících profesích by se také měl stát pro svého klienta přitažlivým, ve smyslu názorové příslušnosti, myšlenkové slučitelnosti, odbornosti, dobré pověsti, jak jedná s lidmi, nejen pro svůj vzhled, styl chování a oblékání. Důvěryhodnost souvisí s přitažlivostí. Také jsou na pracovníka kladeny nároky jako je diskrétnost, spolehlivost, nezneužívání moci a porozumění klientovi.

Nároky na pracovníka krom vzdělání jsou významné i v emoční rovině. Je důležité, aby uměl dobře zacházet sám se sebou, jinak může dojít k poškození klienta. Měl by být zralý, což v pojetí existenciální analýzy znamená mít aktivovanou osobu.<sup>17</sup> Je to ta nejnvtirnější síla v nás, která nám dává moc k rozhodování. Díky ní může člověk zaujímat postoj, dle Frankla tuto sílu nelze spoutat. O aktivované osobě se hovoří jako o složce vrozené, dané, která se aktualizuje ve vztahu. Je to část jedince, která je jednající,

---

14 MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8. S. 51-52

15 GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3. S. 36

16 Oudová in KRAHULCOVÁ, Beáta. *Kontexty sociální a charitativní práce: sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Brno: L. Marek pro Univerzitu Karlovu v Praze - Husitskou teologickou fakultu, 2008, 203 s. ISBN 978-80-87127-07-0. S. 75

17 ULRICHOVÁ, Monika. *Etické aspekty v psychoterapii: k problematice etické výchovy a sebevýchovy terapeuta : se zaměřením na logoterapii a existenciální analýzu*. 1. vyd. Ostrava: Moravapress, 2013, 106 s. ISBN 978-80-87853-10-8. S. 19

konající a má moc oponovat, vzdorná síla ducha, určitá dynamika s jakou se jedinec srovnává se světem. Mezi duchovní stránky osobnosti patří dle existenciální analýzy také sebezpřijetí, sebetranscendence a sebedistance o nichž budu psát dále.

Naše jednání má být rozumné, odůvodněné ale také odpovědné. Uvědomujeme si v něm sami sebe nebo své vlastní cítění, naši subjektivnost a subjektivost (ohled na dopad našich úsudků na osobní i sociální vztahy). „Tím přijímáme a vyjadřujeme naši morální sebetranscendenci, totiž svoji laskavost, dobrotu a lásku k druhému jakou součástí naší lidské identity.“<sup>18</sup> „Miluj bližního svého, jako sám sebe,“<sup>19</sup> vykládá Pařízek ve smyslu, že abychom mohli být plně sami sebou, potřebujeme se nacházet ve druhých, proto vstupujeme do vztahů a máme tak šanci přiblížit se sami sobě. Sebezpoznání souvisí s utvářením vlastní identity, na kterou v procesu působí mnoho faktorů, více či méně ovlivnitelných. Ty více ovlivnitelné, spojené se stárnutím člověka jsou hodnotové postoje, životospráva, odpočinek, informace, emoce.

### 1.3 Syndrom vyhoření

Hovoří se o něm velmi často, semináře, přednášky a články na toto téma se objevují v odborné i laické literatuře, vtípkuje se na téma syndromu vyhoření mezi pracovníky v pomáhajících profesích. Nejsem si ale jistá, zda jsou opravdu srozuměni s tímto termínem. V rámci logoterapeutických principů se syndrom vyhoření týká také našich klientů a nejen nás, jako pracovníků.

Géringová<sup>20</sup> dává do spojitosti syndrom pomáhajícího a syndrom vyhoření. Popisuje syndrom pomáhajících jako typickou kombinaci opakujících se příznaků jak v chování, tak v prožívání, které v jisté míře pracovníky poškozují a ovlivňují jejich profesní výkony. Zjednodušeně zde říká, že v syndromu pomocníka je pomáhání obranou, orientace na potřeby druhých umožňuje dotyčnému nezabývat se sám sebou a svými potřebami, traumaty a zraněními. Což je vlastně podstatou sebetranscendence a sebedistance, základem logoterapie o které pojednávám dále v textu.

---

18 KAPLÁNEK, Michal. *Teologie a sociální práce: dvacet let dialogu*. Vyd. 1. Praha: Pro Evangelickou teologickou fakultu UK vydal Jabok - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2013, 158 s. ISBN 978-80-904681-1-5. S. 79

19 Mt 22,39

20 GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3. S. 92-93

Se syndromem vyhoření se setkáváme nejen v pomáhajících profesích, ale všeobecně u lidí, kteří ztrácejí smysl života. Syndrom vyhoření v logoterapii a existenciální analýze je onemocnění ze ztráty smyslu v životě. Dochází k němu u osob, které nežijí svůj život v souladu s hodnotami, jimž věří a považují za své. Místo toho jsou ovlivněni vnějším okolím, kdy je na ně kladen nátlak ze strany společnosti. Je požadován jejich výkon v zaměstnání, společenská prestiž, uznání a žijí hodnotami jim vnucenými, zdánlivými, které jim nedopřejí vnitřního uspokojení. Takový život vede do prožitkové prázdnoty, je vysilující a způsobuje stres.

Syndrom vyhoření je tedy stav, kdy dochází k dlouhodobě trvající tvůrčí činnosti bez prožívání, vzniká z formální motivace a vede pouze k formálnímu zájmu o věc. Člověk postupně ztrácí vztah k sobě samému, což ovlivňuje jeho vztahy jak k okolí, tak sobě samému.

Oproti tomu, když člověk prožívá hodnoty, jež ho vnitřně naplňují, je schopen z nich čerpat sílu i v situacích, kdy se dostaví únava a vyčerpání. K vnitřnímu naplnění dochází, pokud člověk na danou konkrétní situaci reaguje způsobem, kdy se z ní vyvíjí něco dobrého.<sup>21</sup>

Logoterapii a existenciální analýzu lze využít k prevenci i léčbě syndromu vyhoření nejen u pracovníků v pomáhajících profesích ale i u klientů, kteří za terapeutem přišli pro pomoc při hledání smyslu života.

Ztrátu smyslu života můžeme pozorovat nejen v oblasti duševní a duchovní, nýbrž i fyzické. Duševní pochody se mohou projevit na našem těle, a naopak tělesné problémy mohou ovlivňovat duchovní a duševní život. Souhlasím s Franklem, že tělo člověka je obrazem duše.<sup>22</sup> Pokud toto zrcadlo vykazuje skvrny, může být duše bez poskvrny. Tělesné dění ale není vždy výrazem duševních prožitků a tělesná nemoc nemusí být znamením, že duše je v nepořádku.

---

21 ULRICHOVÁ, Monika. *Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře. (Czech). : Logotherapy as a prevention of burnout syndrom in physicians. (English). General Practitioner / Praktický Lekar. 91, 4, 200-202, Apr. 2011. ISSN: 00326739.*

22 FRANKL, Viktor Emil. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, 158 s. ISBN 80-85319-80-2. S. 117

## 2. Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením

Ve zdravotnictví se běžně setkávám s lidmi, kteří mají nějakou tělesnou vadu nebo trpí onemocněním, omezujícím jejich zdatnost, výkonnost, sociální začlenění a život celkově. Zabývám se v této kapitole podrobněji zdravotním postižením, neboť považuji za důležité, znalost jednotlivých typů postižení, jejich možné příčiny a jak působí následně na život a začleňování jedince.

„Lidé, kteří jsou v důsledku jiné zdravotní kondice, než je považována za normální či obvyklou, zvykově nazývání lidmi se zdravotním postižením, vždy byli, jsou a budou přirozenou součástí společenství napříč věkovými kategoriemi, pohlavím, společenským postavením, geografickým územím ad.“<sup>23</sup> I přes pokroky lékařské, přírodní a technické vědy je nepravděpodobné, že by někdy vymizely nemoci, či úrazy působící trvalou změnu zdravotní kondice. Stejně tak nelze předejít vzniku vrozených vad, běžně nazývaných jako postižení.

Obor studující sociální kontext společenského života s postižením se nazývá sociologie zdravotního postižení. Je aplikovanou sociologickou disciplínou, vychází z pojmosloví, poznatků a metod obecné sociologie. Zkoumá sociální aspekty zdravotního postižení i patologii sociálního prostředí a jeho vliv na vznik a rozvoj zdravotního znevýhodnění.<sup>24</sup>

Multidisciplinárním proudem myšlenkových, výzkumných a vzdělávacích aktivit, které se vyvíjí od počátku devadesátých let 20. století je disability studies. Pojem disabilita je chápán v širším kontextu a zahrnuje i další aspekty mimo zdravotní postižení. Její smysl a těžiště je potřebné hledat v sociálním, politickém a kulturním kontextu.<sup>25</sup>

Hlavní myšlenkou je změna přístupu k lidem s postižením od pasivních subjektů sociální činnosti k subjektu lidských práv. Lidé s postižením a jejich zkušenosti jsou jedny z klíčových atributů, které posunuly náhled na zdravotní postižení od patologického pojetí

---

23 KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Vyd. 1. Boskovice: Vydala Ostravská univerzita v Ostravě v nakladatelství Albert, 2013, 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7. S. 19

24 NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7. S. 13-16

25 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 27

disability, zaměřeného na nedostatky a vady, k zájmu o podmínky, které jim vytváří společnost (bariérové prostředí, sociální vyloučení, předsudky). V tomto pojetí je disability pojímána jako důsledek společenských podmínek.

Jedná se o multidisciplinární a interdisciplinární obor, integrující vědecké poznatky různorodých disciplín. Michalík<sup>26</sup> uvádí možnosti disability studies, jako vysokoškolské studijní programy na zahraničních univerzitách. Zaměřují se na komplexnost a různost podmínek života lidí s disability. Jejich uplatnění je možné nejen v pomáhajících profesích, ale i v dalších oblastech (umělecké profese, literatura, média, reklama).

## 2.1 Zdravotní postižení a jeho charakteristika

Dle Světové zdravotnické organizace WHO (World Health Organization) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody,<sup>27</sup> narušením rovnováhy mezi prostředím a jedincem vede k nemoci, která v sobě zahrnuje několik složek:

- percepční složku (vnímání bolesti a jiných vegetativních potíží)
- emoční složku (napomáhá nebo škodí při procesu uzdravy - úzkost, strach, naděje)
- motivační složku (míru volní odolnosti, aktivitu a spolupráci při léčení, snášení utrpení)
- racionální složku (vědomosti o nemoci, objektivní či subjektivní hodnocení nemoci).

Holistický přístup znamenal nový pohled na nemoc či postižení. Na nemoc je nazíráno, jako na projev dysfunkční interakce mezi biologickými a psychickými funkcemi individua, sociálním prostředím a přírodou, ve které člověk žije.

Lidé se zdravotním postižením tvoří svébytnou, vnitřně diferencovanou skupinu občanů České republiky, která vykazuje řadu shodných charakteristik, odlišných od občanů bez zdravotního postižení. Jejich stav ovlivňuje nejen je samotné, ale i jejich okolí.

---

26 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 28

27 NOVOSAD, Libor.: *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*, Vyd. 2. Praha: Portál, 2006- 159s. ISBN 80-7367-174-3. S.

Takto se zdravotní postižení dotýká i dalších osob v oblasti ekonomické, psychologické i sociální. Většinou je člověk se zdravotním postižením, chápán jako pasivní příjemce potřebující pomoc, ochranu a péči. Postoj k těmto lidem, se u každého člověka liší v závislosti na prostředí, výchově, vzdělání, míře informovanosti a zajisté zvláště na osobní zkušenosti.

Na fyzické úrovni je „já“ ohraničeno tělem, ale dosah „já“ je mnohem širší. Nelze zcela jednoduše oddělit tělo od duše člověka. I pouhá přítomnost člověka, bez jakéhokoliv projevu, ovlivňuje dané prostředí. Tělo umožňuje využívání nonverbální komunikace, může být klíčem k člověku, ale také dveřmi s vysokým prahem, kdy sebe dotyčný odmítá, či špatně fungujícím zámekem, pokud člověk sám sebe vlastně nezná.<sup>28</sup>

### **2.1.1 Klasifikace zdravotního postižení**

Nejběžněji se setkáme s diferenciací zdravotně postižených dle převládajícího zdravotního postižení:<sup>29</sup>

- mentální (i duševní poruchy a poruchy autistického spektra)
- tělesné
- zrakové
- sluchové
- řečové (narušení komunikační schopnosti)
- kombinované
- civilizační choroby.

Dále je postižení děleno nejčastěji dle hloubky postižení na:

- mírné
- středně těžké
- těžké postižení.

---

28 KAPLÁNEK, Michal. *Teologie a sociální práce: dvacet let dialogu*. Vyd. 1. Praha: Pro Evangelickou teologickou fakultu UK vydal Jabok - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2013, 158 s. ISBN 978-80-904681-1-5. S. 81

29 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 34

Postavení občanů zdravotně postižených ve společnosti se za historii lidstva mění. Obecně se hovoří o několika fázích ve vztahu k postiženým v teorii společenských věd: represivní, zotročovací, charitativní a socializační. Nelze ale říci, že by dnešní doba byla pro osoby se zdravotním postižením, tou nejlepší. „Zdravotně postižení nepředstavují v žádné společnosti, ani u nás, skupinu, která by stála vně společenského dění.“<sup>30</sup> Řadí se k tomu ekonomický vývoj dané země, přístup vlády vůči zdravotně postiženým, možnosti jejich vzdělávání, sociální služby, podpora rodin se zdravotně postiženým členem, trh práce.

Matoušek uvádí,<sup>31</sup> že sami zdravotně postižení potvrzují, že nechtějí být jen obsluhováni v ústavech a nemocnicích, nestojí o soucit. Chtějí žít s těmi nejbližšími, vést normální osobní i rodinný život ve vlastním bytě, mít zaměstnání, rozhodovat si o tom, jak budou trávit svůj čas. Chtějí mít práva stejná jako nepostižení, pracovní a společenské uplatnění, aby tím dosáhli osobního uspokojení jako ostatní lidé.

Institucionalizací zbavujeme člověka autonomie, odepíráme mu možnosti seberealizace v plné míře (musí se podřídít pravidlům instituce, řádu a chodu oddělení), ale zároveň jsou mu nabízeny aktivity a činnosti, kterých by se těžko účastnil, pokud by žil sám, případně s rodinou. Poznala jsem lidi, kteří se těšili domů, na svou rodinu a přátele. Také jsem se setkala s lidmi, kteří spíše volí institucionální péči, než pomoc v domácím prostředí. Myslím si, že vždy záleží na sociálních podmínkách daného jedince a jeho přístupu k životu.

## **2.2 Specifika práce s lidmi s různými druhy zdravotního postižení**

Každý člověk je jedinečný. Zdravotně postižení lidé nejsou výjimkou, proto se v následující kapitole zabývám podrobněji jednotlivými druhy zdravotního postiženími, neboť každé z nich jistým způsobem ovlivňuje chování a prožívání daného jedince. Při své odborné práci, ale i v běžném životě se setkávám s lidmi se zdravotním postižením. Znalost jednotlivých skupin zdravotního postižení a práce s těmito lidmi si vyžaduje určité specifické znalosti a dovednosti.

---

30 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 45

31 MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Vyd. 1., Praha: Portál, 2005. -352s. ISBN 80-73-67-002-X. S. 90

## 2.2.1 Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou

Pojem mentální postižení pokrývá široký rozsah obtíží, v nichž se jednotliví lidé liší. Dle americké asociace pro mentálně retardované (American Association on Mental Retardation),<sup>32</sup> je mentální postižení podstatné omezení stávajícího výkonu, vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce. Jde tedy o osoby, které mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci.

Dle četnosti postižení v populaci lze duševní poruchy rozdělit na:

- mentální retardaci
- jiné duševní onemocnění.

"Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností."<sup>33</sup>

Dělí se podle hloubky postižení na čtyři stupně:

- F70. Lehká mentální retardace (50-69 IQ)
- F71. Středně těžká mentální retardace (35-49 IQ)
- F72. Těžká mentální retardace (20-34 IQ)
- F73. Hluboká mentální retardace (pod 20 IQ).

Nejčastější dělení příčin mentální retardace je na základě časové etiologie (prenatální, perinatální a postnatální). Mezi zvláštnosti, které se mohou vyskytovat v různé hierarchii a variabilitě patří zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji "já", sugestibilita a rigidita chování, nerovnováha aspirace a výkonu, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost,

---

32 MATOUŠEK, Oldřich a kol. :*Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Vyd. 1., Praha: Portál, 2005. -352s. ISBN 80-73-67-002-X. S. 111

33 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 115

snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace.

Kromě mentální retardace je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10) uvedena široká škála dalších duševních poruch, která se rozděluje do skupin:

- F00-09 Organické duševní poruchy
- F10-19 Duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami
- F20-29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy s bludy
- F30-39 Afektivní poruchy
- F40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-59 Behaviorální poruchy spojené s fyziologickými a somatickými faktory
- F60-69 Poruchy chování a osobnosti u dospělých
- F80-89 Poruchy psychického vývoje
- F90-99 poruchy chování a emocí u dětí.

Potřeby lidí s duševním onemocněním rozděluje Wolfová in Kalvach<sup>34</sup> na doménu vývojovou, akční a dimenzi systému. Vývojová doména tkví v nabytí autenticity, připodobnit a vyjádřit sama sebe ve svých životních situacích, uvědomit si vlastní životní kontinuitu, vytvoření perspektivy do budoucna a životního plánu. Akční doména spočívá v dosažení autonomie v základních životních nezbytnostech jako je výživa, bydlení, finanční příjem a v obecnější rovině schopnost zvládat své problémy vlastními silami. Třetí složka dimenze systému spočívá v participaci společnosti k protiváze sociální izolace (zaměstnání, společenské kontakty, přátele).

System péče by měl co nejvíce respektovat potřeby lidí s duševním onemocněním a pokud možno co nejvíce eliminovat stigmatizaci, která brání např. zaměstnanosti duševně nemocných. Tomuto modelu by nejvíce odpovídal model komunitních služeb, jenž by splňoval nároky na biologickou léčbu i psychosociální rozměr potřeby autonomie a autenticity. Člověku se nejlépe daří v jeho přirozeném sociálním prostředí, na které je zvyklý, kde má svou rodinu a přátele. Poskytování pomoci touto formou, je myslím si, nejefektivnější (pokud to ovšem stav dotyčného člověka umožňuje).

---

34 KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3. S. 78

System sociální péče o osoby s mentálním postižením spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí a řídí se dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Pro uživatele zabezpečuje služby jako bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, přiměřené pracovní uplatnění, výchovu a vzdělávání. Péče je poskytována v denním režimu, týdenním a celoročním.

Při práci s osobami s mentálním postižením se využívá expresivně terapeutických a dalších specializovaných postupů (arteterapeutická intervence, zooterapeutická, ergoterapeutická, terapie hrou, psychomotorická terapie a specializované přístupy jako je např. bazální stimulace ad.). V komunikaci bychom se měli držet základních pravidel, taktu, tolerance, empatie, ohleduplnosti, trpělivosti a úcty k partnerovi. Všimát si modulačních faktorů řeči, neverbální komunikace, při verbální komunikaci používat jednoduché věty, poskytnout dostatek času, povzbuzovat ke komunikaci.

U lidí s duševní poruchou musíme mít na paměti, že se jedná o osoby většinou intelektově zcela normální, nebo dokonce nadprůměrné, i když tomu neodpovídá úroveň jejich verbální či neverbální komunikace.

V rámci logoterapeutických přístupů ke klientům můžeme posilovat jejich silné stránky, chválit je za úspěchy, nabádat je k možnosti uplatnění se v mezilidských vztazích (například, že i oni mohou být někomu nápomocní).

Setkala jsem se s mladou dívkou, která byla mentálně retardovaná (II. stupeň). Byla hospitalizována na našem oddělení pro obezitu. Doma se o ni starali rodiče, kteří ji velmi milovali, ale pokud se vyskytl nějaký problém a dívka nebyla spokojena, propukla v křik a pláč s následnými agresivními projevy. Jediným uspokojením pro dívku byly sladkosti. Když už byla situace neudržitelná a dívka při spánku přestávala dýchat pro obezitu, byla přeložena do nemocnice. Odloučení od rodičů snášela velmi špatně. Záchvaty vzteku na začátku jejího pobytu se nedaly ztlumit jiným způsobem, než uklidňujícími léky. Pacientka byla hospitalizována déle než tři měsíce a během té doby si vytvořila pozitivní vztah k personálu a hlavně k lékařům, kteří byli přítomni každý den na oddělení. Projevy agrese, pláče a nespolupráce se snižovaly. Velkou pomocí při jejích výkyvech nálad se stala její náklonnost k jednomu z lékařů. Líbil se jí mladík, který ji nabádal k nepřejídání se sladkostmi, a aby se přestala vztekat se slovy, že jí to nesluší. Dívka se snažila dělat radost jak panu doktorovi, tak rodičům. Pacientka byla propuštěna po třech měsících, kdy výrazně zhubla, své výkyvy nálad dokázala do jisté míry korigovat a hrdě se nám přijde ukázat vždy, když má cestu do nemocnice na kontrolu. Pomocí logoterapeutických přístupů došlo

u dívky k rychlejšímu dosažení vytyčených váhových hodnot a navíc si dívka dlouhodobě udržuje doporučenou hmotnost, snížila se její agresivita a zlepšil se její vztah k rodičům.

## 2.2.2 Lidé s tělesným postižením

Lidé s tělesným postižením vzbuzují ve zdravých lidech různé pocity - lítost, strach, odpor, soucit, naději atd. Doba kdy lidé s nějakou výraznější fyzickou odchylkou byli umístěni do uzavřených zařízení je minulostí. I tak se často setkám s lidmi, kteří nevědí, jak se mají v přímém kontaktu s lidmi s postižením chovat. Často je tělesné postižení chápáno jako hlavní charakteristika nebo osobnostní znak nositele, přestože samotná existence postižení nevypovídá o osobnosti, schopnostech a dovednostech člověka.

V současné době je zdravotní postižení považováno za dlouhodobý nebo trvalý stav, charakterizovaný orgánovou či funkční poruchou, jenž nelze léčebnou péčí zcela odstranit, nebo alespoň významně zmírnit. Kategorizačně jej lze rozdělit na:

- chronické onemocnění
- tělesné postižení

dále pak dle příčiny na:

- vrozené
- získané.

Chronické onemocnění,<sup>35</sup> neboli dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je poškození, oslabení fyziologických funkcí vyžadující upravenou životosprávu, životní styl a dodržování určitých léčebných opatření. Značně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých, omezuje výkonnost, odolnost vůči zátěži, vede k omezení pohybu, fyzických aktivit a až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu. Označení dle některých autorů je jako interní postižení. Na první pohled člověka tolik nestigmatizuje. Může být postižený kterýkoliv orgán, u něhož je dlouhodobě snižená funkce či úplná absence funkce s celkově pomalou progresí.

U tělesného postižení dochází k omezení hybnosti, až znemožnění pohybu, dysfunkce motorické koordinace v souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu. Může se jednat o poškození centrální nebo periferní

---

35 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 186

inervace, amputaci, deformaci části motorického systému. Tyto vady jsou spíše patrné na pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti a ztráty schopnosti v některé, nebo více oblastech lokomoce. U těchto lidí dochází k redukci pohybových aktivit, částečné až k úplné imobilitě, které mají zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost, sebeděči a život celkově.

Objektivně posuzovat životní situaci lidí s vrozeným a v průběhu života získaným postižením nelze. Psychika a sociální postavení člověka s vrozeným onemocněním se bude vyvíjet odlišně, než u člověka, kde došlo náhle ke změně zdravotního stavu. Ve všech případech je nutné počítat s psychologickou a psychosociální intervencí, která podporuje průběh léčebné a sociální rehabilitace.

Sociální opora, spolehlivé a motivující zázemí rodiny a blízkých osob hraje důležitou roli v životě člověka s postižením. Informovanost samotného nemocného i jeho rodiny a blízkých o specifikách a perspektivách jeho stavu, přijetí nemocného takového, jaký je a bude, podpoří jeho readaptaci a emancipaci. "Včasná a cílená pomoc může účinně omezit vznik a působení sekundárních handicapů psychosociálního charakteru, které se obvykle mohou vázat k primárnímu postižení, včetně fixace patologických obranných mechanismů a celkové osobnostní dezintegrace při absenci vývojových stimulů a podmínek k (sebe)realizaci, aktivitě i přirozené odezvě na konkrétní situace."<sup>36</sup>

S vyšším věkem přibývá na četnosti tělesných postižení nebo dochází ke kombinaci s celkovými symptomy stárnutí. Potřebnou péčí, smyslem zdravotně sociální rehabilitace ve stáří se stává segregace sil, uchování, využívání a mobilizace existujících schopností, dovedností a zkušeností seniora.

Důležitými faktory, které ovlivňují fyzickou i psychickou výkonnost, jsou únava, nevyspalost, svalová rigidita, stres z nepříjemných situací, bolest a další okolnosti, které víceméně patří k tělesnému postižení. Neznamená to ale, že bychom se jimi neměli zabývat, naopak pokud se člověk dobře vyspí, je alespoň chvíli bez bolesti, je předpoklad, že bude následující den odolnější, ujde-li o pár kroků více, než předchozí den,lepší se jeho psychická i fyzická výkonnost.

---

36 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 189

Život se zdravotním postižením s sebou nese nejen znesnadnění určitých činností a dosahování běžných cílů, ale i narušení přirozených sociálních vazeb a funkcí jedince, dochází k individuálně intenzivnímu negativnímu působení na formování a vývoj osobnosti postiženého jedince. Prevence těchto jevů je cílem ucelené rehabilitace, která je perspektivním přístupem ke komplexní a adresné podpoře osob s tělesným postižením.

Mé zkušenosti z nemocničního zařízení jsou různé. Setkala jsem se s lidmi, kteří zcela přehodnotili svůj dosavadní život během hospitalizace na JIP a po propuštění vykročili jako znovuzrození, plni energie, radosti a očekávání, co krásného jim přinesou další dny. Také mám zkušenosti s rezignací, apatií a nedodržování léčebného režimu rehabilitací u lidí, kteří před sebou nevidí žádnou budoucnost a chybí jim pozitivní motivace.

Měli bychom se jako profesionálové, i jako rodinní příslušníci, sousedé a lidé, zajímat o své blízké a známé trpící tělesným postižením. Všímat si jich, jejich neverbálních i verbálních projevů a v případě nutnosti nejen jim být oporou, ale i pomoci zprostředkovat specializovanou pomoc. V rámci logoterapeutických přístupů můžeme u lidí s tělesným postižením podporovat zážitkové, tvůrčí i postojoyé hodnoty a hledat pozitivní aspekty onemocnění/tělesného postižení.

Mladá žena byla hospitalizována na naší JIP pro operaci v dutině břišní. Narodila se se syndromem krátkého střeva a celý život jí provázejí operace a pobyty v nemocnicích. Během studia na střední škole se dostala do zahraničí, kam následně odjela i po dokončení středního vzdělání. V zahraničí pracovala ve zdravotnictví, našla si partnera (z Jihlavy) a založili rodinu. Když děti trochu povyroستly, rozhodli se přestěhovat zpět, do rodné země. Cestou se ale přihodila nehoda a o veškerý movitý majetek přišli. I přes to si nenechali vzít vůli a chuť do života. Mladá žena byla velmi silná, statečná, pozitivně motivovaná, a když přišla do nemocnice a slyšela prognózu, že už nikdy nebude moci přijímat potravu ústy, prohlásila, že to se nestane. Byla přesvědčená, že odejde domů s částečně fungujícím trávicím traktem. Její pobyt na JIP byl dlouhý a často byla smutná hlavně kvůli nemožnosti vidět své děti (byly příliš malé na návštěvu). Její stavy přecházely až do depresivity, se kterou se dříve léčila. Uklidňující léky ji spíše otupovaly, ale přesto si je žádala. Nabídla jsem jí možnost návštěvy duchovního a pacientka souhlasila velmi ráda. Ze zahraničí byla na duchovní služby v nemocnicích zvyklá a měla s nimi pozitivní zkušenosti. O to větší bylo mé zklamání, když jsem se při další službě dozvěděla, že pacientka byla po odchodu kaplana rozrušená. Kolem Vánočních svátků byla mladá žena velmi nešťastná,

nemohla je trávit s rodinou a vyhlídka odchodu domů byla v nedohlednu. Velkou oporou a pomocí v tomto období jí byly rozhovory a čas, který s ní trávil personál nad rámec svých běžných povinností (vlídné slovo, vyslechnutí, podpora, snaha o rozveselení). Samozřejmě i manžel a děti pro ni byly velkým zdrojem energie. Manžel jí neustále volal, navštěvoval třikrát týdně, jak mu dovoloval čas a s dětmi hovořila také každý den. Většinou po rozhovoru s dětmi propukala v pláč (velmi jí chyběly). Nicméně její stav se den ze dne zlepšoval, milimetr po milimetru se jí rána na břicho hojila, následná revize proběhla také bez komplikací a mladá žena nakonec po devíti měsících odešla domů s funkčním trávicím traktem. Metoda dereflexe (zaměření pozornosti na něco smysluplného) a postojové změny (co životu můžeme nabídnout) pacientce pomohly zaměřit se na pozitivní aspekty svého života, změnit postoj k životu a odejít domů za svou rodinou.

### 2.2.3 Lidé se zrakovým postižením

Vidění je dáno schopností zrakově vnímat, rozlišovat a představovat si prostředí. Zrakem přijímáme až 80% informací o okolním světě.<sup>37</sup> Vážných poruch zraku přibývá s věkem. Oslabení, ztrátu či nevyvinutí zraku může způsobovat řada příčin (vrozené postižení, získané nemocí, úrazy, genetikou, civilizační zátěží). Obvyklá představa při pojmu zrakově postižený, nám naskočí nevidomý člověk, přičemž takovýchto lidí je mezi zrakově postiženými menšina. Daleko vyšší počet představují lidé slabozrací. Pokud hovoříme o zrakovém postižení, došlo k takovému poškození zraku a funkce vidění, že ji již nelze korigovat do normálního vidění. Stupně zrakového postižení jsou:

- zbytky zraku
- praktická slepota
- úplná slepota

Lidé se zrakovým postižením využívají více zbývajících smysly (hmat, čich, sluch, chuť), psychické činnosti (myšlení, paměť, představivost, tvořivost) a kompenzační pomůcky pro sebeobsluhu, prostorovou orientaci, samostatný pohyb, práci s texty a grafickými informacemi.

Pro zvýšení kvality života lidí se zrakovým postižením jsou realizována systémová

---

<sup>37</sup> KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3. S. 87

řešení v oblasti vzdělávání, zdravotnictví, školství, sociálního zabezpečení, zaměstnanosti, přístupnosti fyzického prostředí, přístupu k informacím apod. Typy intervencí a poskytování podpůrných služeb pro vyrovnávání příležitostí se liší v závislosti na věku - raná péče, integrované vzdělávání ve školách pro žáky se zrakovým postižením, průvodcovské a předčitatelské služby, zařízení poskytující služby sociální rehabilitace. Svá specifika má i komunikace s klientem, u níž je dobré držet se jistých zásad pro usnadnění práce.

### **2.3.4 Lidé se sluchovým postižením**

Sluch se zásadní měrou podílí na úrovni komunikačních kompetencí a schopnostech svého nositele, je významným činitelem při psychickém vývoji jedince, vnímání zvuků je důležité jak v prostorové orientaci, tak při socializaci jedince.

Nejčastější je dělení vad dle mohutnosti ztráty sluchu:

- ohluchlost
- hluchota
- zbytky sluchu
- nedoslýchavost.

Děti se sluchovým postižením a následně dospělí jsou mnohdy sociálně a emočně nevyzrálí, je častější emocionální narušenost u neslyšících než u slyšících, důsledkem právě bývá snížená sociální adaptabilita. Příčinu lze sledovat ve větších problémech s porozuměním světu, který se zdá nejasný.

U lidí se sluchovým postižením je sebereflexe, jako schopnost tvořící základ k výstavbě a fungování v oblasti sociálního chování a vnitřního prožívání, narušena. Mohou se projevovat zvýšenou snahou o upozornění na sebe za každou cenu, problémy s vystižením či popisem emocí, tendence reagovat podle aktuálních impulzů, u dětí se projevuje neschopnost si hrát, způsobená neochotou k sociálnímu kontaktu, u dospělých absence zájmu, koníčků, dalšího vzdělávání, nepřiměřená obava z neúspěchu, zvýšená frekvence denního snění.

Pro člověka se sluchovou vadou bez ohledu na věk, druh a mohutnost postižení důležitá následná intervence. Raná péče, zabývající se rodinou se sluchově postiženými v raném věku, na kterou navazuje kontinuální péče. Cílem intervence je vybudování funkčního komunikačního modu pro sluchově postižené dítě i jeho osoby v okolí již od raného věku, dále zvýšit frustrační toleranci, ovládnutí zlobných reakcí, kontrolu nad prostředím, osobní odpovědnost, rozvíjení schopnosti sebepoznání.

Služby pro sluchově postižené klienty dle zákona 108/2006 Sb. jsou sociální poradenství, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby, sociální rehabilitace, komunitní plánování. Žádané jsou též sociálně právní a technické poradenství.<sup>38</sup>

### 2.2.5 Osoby s narušenou komunikační schopností

Jedinec s poruchou komunikace přichází do styku s mnohými lidmi, někteří mohou reagovat na jeho mluvený projev nepříznivě posměchem, negativními poznámkami, odmítavou neverbální reakcí mohou necitlivě zranit osobnost člověka s komunikačními obtížemi. Pro osobu, u níž dojde v průběhu života k narušení komunikační schopnosti (dále NKS), se mění kvalita života, objevují se obavy z dalšího vývoje, může být narušena komunikace s nejbližšími i sociální vztahy.

Lechta<sup>39</sup> uspořádal jednotlivá NKS do deseti okruhů dle symptomatického hlediska:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
- získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- narušení zvuku řeči (rinolalie, patolalie)
- narušení fluence řeči (kuktavost, breptavost)
- narušení článkování řeči (dyslalie)
- narušení grafické stránky řeči (dyslexie)
- symptomatické poruchy řeči (doprovázející jiné postižení)
- poruchy hlasu (dysfonie)
- kombinované vady poruchy řeči.

---

38 KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3. S. 276

39 MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3. S. 422

Logopedická intervence se prolíná ve třech fázích - diagnostice, terapii a prevenci. Individuální logopedický přístup je výsledkem logopedické diagnózy, jež zahrnuje orientační vyšetření (v rámci depistáže), základní vyšetření (základní diagnóza) a speciální vyšetření (zpřesňuje daný druh NKS). V logopedii je snaha o primární, sekundární i terciární prevenci.

S působením logopeda se setkáme v privátních ambulancích, při jednotlivých klinických pracovištích v resortu zdravotnictví, ve speciálně pedagogických centrech, v mateřských, základních školách logopedických, na základních školách pro žáky se specifickými poruchami učení, v logopedických třídách jednotlivých škol.

### **2.3 Ucelená rehabilitace**

Ucelená rehabilitace je odbornou péčí, která se snaží o flexibilní propojení jednotlivých nástrojů podpory a jiných aktivit s cílem zlepšit osobní i sociální fungování a pozitivně interdisciplinárně působit na kvalitu života člověka s postižením. Předpokladem je zapojení sociálních pracovníků v interprofesních rehabilitačních týmech. „V tomto smyslu je sociální práce jak praktickou disciplínou, disponující specifickými soubory intervencí k řešení různých typů obtížných životních situací, tak profesí s konkrétní působností, tj. kompetencemi, podmínkami odborné způsobilosti a s profesními odpovědnostmi.“<sup>40</sup>

V běžném životě jde o to, aby člověk s tělesným postižením nebyl sociálně vyloučen, handicapován, nežil v nevyhovujících podmínkách, ale získal služby kompenzující jeho postižení. Jesenský<sup>41</sup> člení rehabilitaci podle zaměření při plnění úkolů, dle jednotlivých prostředků a institucí, které jsou při ní aplikovány na čtyři hlavní složky: léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou.

---

40 KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Vyd. 1. Boskovice: Vydala Ostravská univerzita v Ostravě v nakladatelství Albert, 2013, 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7. S. 132

41 MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2005. -352s. ISBN 80-73-67-002-X. S. 91

Novosad<sup>42</sup> představuje švédský model, v němž je člověk s tělesným postižením diagnostikován a konzultován:

- odborným lékařem (internista, chirurg, ortoped, neurolog ad.)
- psychologem
- speciálním pedagogem, sociálním pracovníkem
- fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, odborníkem na kompenzační a protetické pomůcky
- specialistou na úpravu bytu, pracoviště
- odborníky na ranou habilitační péči.

Takovýto tým zpracuje pro klienta individuální rozvojový plán, je navržen i rozsah a forma jednotlivých služeb, které budou centrem poskytovány ambulantně, či terénně tak, aby byl klient zabezpečen, mohl žít doma, vzdělávat se, pracovat, realizovat se a celkově občansky fungovat. Flexibilita a pravidelné týmové vyhodnocování realizovaných facilitačních opatření je samozřejmostí, velký důraz je kladen na spolupráci s klientem, jeho rodinou a respektována je klientova osobnost.

Koordinovaná rehabilitace by se neměla zaměřovat pouze na jednotlivé části fungování člověka, ale na jeho celistvé poznání. V dnešní době, kdy každý obor je samostatnou specializací se nenachází mnoho prostoru a vůle k poznání životní filozofie a ryze vnitřně osobního světa klienta. Každý jedinec má jiný náhled na svůj život, společnost, svět kolem něj, každý má jiné priority, zájmy, zkušenosti, hodnoty a ideje. Pokud máme snahu a o poznání klientova vnitřního světa a spolupráce s ním nám umožní nahlédnout do zákoutí jeho osobnosti, otevírá se nám skutečná cesta k práci s klientem. Nelze tedy paušalizovaně přistupovat ke všem klientům a podívat se nad neúspěšností terapie. Pro pomáhající pracovníky to znamená zamýšlet se hlouběji hledisky osobního a koexistujícího bytí lidí s tělesným postižením a jejich jástvi.<sup>43</sup>

---

42 NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9. S. 141

43 NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9. S. 145

Pomáhající pracovník by měl ke klientovi přistupovat citlivě s nepředpojatým přístupem, snažit se předcházet možným nedorozuměním, otevřeně pracovat s klientem a vyjasnit si vzájemně možnosti a očekávání, nestydět se doplňovat si vědomosti a kooperovat se zkušenějšími kolegy.

To zahrnuje:<sup>44</sup>

- základní znalosti o příčinách, vývoji, projevu a prognóze klientovi nemoci
- ujasnění představy o tom, co z nemoci vyplývá ve vztahu ke klientově existenci (styl života, pracovní a jiná omezení, náklady na léčbu, zabezpečení sociálními službami)
- dát klientovi čas na stabilizaci fyzických sil
- nabízet akceptovatelnou, partnerskou pomoc
- přizpůsobit klientovi způsob komunikace
- nabídnout mu odpovídající místo k sezení ale i volný pohyb
- omezení psychické tenze
- být vstřícný vůči klientovým specifickým potřebám.

K optimální formě jednání patří zprůhlednění pozice pomáhajícího pracovníka i klienta. Právo zvolit si řešení své situace předpokládá znalost všech relevantních skutečností, rizik a souvislostí, plnou orientaci a informovanost, které klientovu volbu ovlivňují.

V křesťanském pojetí být člověkem, znamená rozvinout plně svůj potenciál. Máme si být vědomi toho, že nás Bůh stvořil k obrazu svému. Tímto jsme voláni k zodpovědnosti za sebe i svět a k nelhostejnosti k druhým. Tělo jsme dostali darem, který nám byl propůjčen.<sup>45</sup>

---

44 NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9. S. 146

45 KAPLÁNEK, Michal. *Teologie a sociální práce: dvacet let dialogu*. Vyd. 1. Praha: Pro Evangelickou teologickou fakultu UK vydal Jabok - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2013, 158 s. ISBN 978-80-904681-1-5. S. 82

V rámci logoterapeutických principů bychom měli klientům pomoci nalézt cestu k přijetí nemoci a utrpení, podpořit je, hledat to dobré, co jim jejich stav umožňuje. Možnost realizovat se, vzít svůj osud na sebe, přijmout utrpení s pokorou. Frankl tvrdí,<sup>46</sup> že i nevléčitelně nemocným a beznadějně trpícím lidem zůstává šance. A to ta nejvyšší šance naplnění smyslu, jaká je člověku dovolena. Mají šanci snášet utrpení statečně, se vztyčenou hlavou, být příkladem pro své bližní a pečující. Mohou nalézt smysl utrpení, které se tak stává snesitelným.

---

46 FRANKL, Viktor Emil. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, 158 s. ISBN 80-85319-80-2. S. 133

### **3. Sociální práce v pobytových zařízeních**

Ve své dosavadní profesi zdravotní sestry, jsem se s klienty/pacienty setkala nejčastěji v pobytových zařízeních. Pobytová zařízení mají svá specifika. Obecně dané závazné normy, vnitřní předpisy a také nepsaná pravidla, která se vyvíjí s chodem daného pracoviště. Ráda bych se tedy věnovala v této kapitole residenčním zařízením i ve spojitosti sociální a zdravotní péče, neboť spolu úzce souvisí.

#### **3.1 Legislativní vymezení**

Sociální práce v pobytových zařízeních je ohraničena právními dokumenty, které mají zajišťovat standardizované přístupy při práci s klienty. Výchozím mezinárodním dokumentem pro občany se zdravotním znevýhodněním je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla přijata Valným shromážděním OSN 13. prosince 2006 a vstoupila v platnost 3. května 2008.

Úmluva se řídí následujícími základními principy:<sup>47</sup> respektování lidské důstojnosti a nezávislosti, nediskriminace, plné zapojení do společnosti, respektování odlišnosti, rovnost příležitostí, přístupnost, rovnoprávnost mužů a žen, respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity.

V českém právním systému byl usnesením vlády České republiky pro problematiku podpory zdravotně postižených občanů zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, který vytvořil Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014.<sup>48</sup> Výbor se zabývá problémy, které nemůže samostatně vyřešit jediný resort, jeho cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života společnosti.

---

47 [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf)

48 <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>

Pobytovými zařízeními dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou:

- centra denních služeb
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- chráněné bydlení
- noclehárny.

Residenční zařízení jsou instituce zpravidla zřizované státem, kraji či obcemi s celoročním nebo týdenním pobytem, které poskytují ucelenou péči klientům s postižením.<sup>49</sup> Poskytování služeb zaměřujících se na podporu soběstačnosti člověka, podmínek pro důstojný a aktivní život jsou hlavními cíli u klientů, kteří ze zdravotních či jiných důvodů nejsou schopni zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a jejich situaci není možné řešit pomocí rodiny ani využitím terénních sociálních služeb.

Se sociální prací setkáváme i ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (převážně u následné a dlouhodobé lůžkové péče) a v hospicových centrech. Ze svých vlastních zkušeností mohu potvrdit potřebu prolínání zdravotní a sociální péče, kdy je mezi nimi v praxi pouze tenká linie. V pracovních smlouvách a ve smlouvách o poskytování péče se uvádějí jen základní výkony, které má personál obstarávat, standardy kvality péče dále usměrňují činnosti a přístup personálu. Pak jsou však i další situace, kdy je poskytován jakýsi nadstandard, ochota personálu vykonávat něco navíc, uspokojovat potřeby klientů nad rámec svých kompetencí, přinášet jim radost do života, i když úkolem jejich práce je něco jiného.

Samozřejmě záleží na každém člověku zvlášť, jaký má postoj a přístup k druhým lidem, to se týká jak poskytovatele služby, tak příjemce. Je to nerovnoměrný vztah, kde role nejsou striktně dané a mohou se měnit, kdy například klient poskytne radu a úlevu pomáhajícímu.

---

<sup>49</sup> NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7. S. 65

### 3.2 Typy komplexních přístupů ke klientům v residenčních zařízeních

Od dob vzniku prvních institucionálních zařízení pro pomoc lidem v nouzi, se hodnoty a cíle postupem času měnili od materiálního zajištění (záchrana života, poskytnutí přístřeší, jídla) k důrazu na zdraví, které vedly ke stále složitějším formám zdravotní a sociální péče (ošetřování nemocných, péče o umírající, komunitní péče, důchodové zaopatření, sociální služby), až po dnešní koncepty respektu a úcty k lidské bytosti, lidských práv a kvality života.

V současnosti dochází k sociodemografickým změnám, preferencím života bez manželství. Funkce rodiny, jako záchranné sociální sítě, se tím omezuje. Dospělí jedinci dnes mnohdy nemají čas, ani prostředky k péči o své nemohoucí rodiče, či příbuzné. Lidé jsou různí, někteří své bližní milují a jsou ochotni pro ně obětovat mnoho ze svého vlastního života (čas, finanční a materiální prostředky). U některých je spíše neochota pomáhat a starat se o nemocného člena rodiny a raději ho přenechají některé z institucí. Stoupá také počet osob ve vysokém věku, které potřebují propojení sociální a zdravotní péče.<sup>50</sup> „Dříve byla péče o seniory součástí odpovědnosti v rámci rodinného systému, s automatizací tohoto systému a díky vyšší mobilitě však došlo k oslabení rodinných vazeb, a tím i odpovědnosti, kterou od rodiny částečně převzal stát.“<sup>51</sup> Uvádění jsou zde senioři, ale nepochybně můžeme zahrnout i osoby se zdravotním znevýhodněním. Ve svém osobním i profesním životě bychom se měli snažit zajistit kvalitní, dostupnou a ekonomicky únosnou péči osobám, které ji potřebují a dbát na to, aby s nimi bylo jednáno s úctou a respektem.

Jedním z typů péče, kde je spolupráce a koordinace sociální a zdravotní péče nejvýznamnější, je integrovaná péče. S tímto přístupem pracují například v Holandsku. Systém péče orientován a řízen potřebami. Přesah systému za zdravotní péči je patrný v propojení mezi nezávislým bydlením a péčí, v mezisektorovém propojení a ve vývoji služeb garantujících zapojení do společnosti. Zakládá se na dvou hlavních proudech,

---

50 ČABANOVÁ, Bohumila a Petr HÁVA. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb: [sborník teoretických příspěvků]*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008, 217 s. ISBN 978-80-86973-13-5. S. 175

51 HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010, 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7. S. 52

na zdravotní péči, sociálních službách a integraci. Využívá přístupů, jako jsou komplexní služby, síťování, komunitní péče, přechodová péče, případová práce a další. Hlavními koncepty jsou řízená péče vhodným managementem, veřejné zdraví s důrazem na přechodovou péči mezi primární a sekundární péčí, směr orientovaný na člověka, celostní přístup a institucionální přístup, který je vlastně pojítkem integrované péče. Cílem je „mísení“ poskytovatelů za účelem poskytování komplexních služeb.

Kunzíkova<sup>52</sup> uvádí multisystémový přístup v sociální práci ve zdravotnictví. Vychází z koncepce, která považuje propojení osobních problémů jedinců s veřejnými, společenskými otázkami v historickém kontextu za nejefektivnější způsob, jak porozumět lidem a jejich problémům.

### **3.2.1 Podpora lidí se zdravotním postižením v kontextu dlouhodobé péče**

„Základním přístupem k lidem se zdravotním postižením je podpora jejich sociální inkluze, participace, seberealizace, rozvoje vloh, využití jejich potenciálu, překonávání zdravotního znevýhodnění a tím prožití spokojeného života.“<sup>53</sup>

Koncept dlouhodobé péče, jak uvádí Kalvach, je mezinárodní koncept integrované zdravotně sociální dlouhodobé péče (long-term care, LTC) z počátku 21. století. Podle Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj v Paříži ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)) je LTC výsledkem mnohostranného politického úsilí integrovat různorodé služby pro lidi dlouhodobě závislé na pomoci druhých při zajišťování každodenních aktivit.

Hlavními cíli jsou udržitelné finanční náklady, důstojná kvalita života klientů, lepší a účelnější pochopení, popis, hodnocení a intervence jejich zdravotních a sociálních problémů nad rámec diagnostikování a intervenování chorob (v rámci Evropské unie je sociální péče širším pojmem než v ČR a zahrnuje i řadu zdravotnických služeb).

---

52 KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1. S. 31-33

53 KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3. S. 151

Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena. Sebeobslužné aktivity se dělí na:<sup>54</sup>

- základní (bazální) aktivity, jako oblékání, schopnost najíst se, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli
- instrumentální (sebeobslužné) aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě, nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí.

Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí, tak péči v institucích. OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat zdravotní péči a sociální služby. Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu a cílem sociální/dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče je možné definovat, ale v praxi je nelze zcela oddělit. Je to neúčelné, neboť stav pacienta často vyžaduje poskytování zdravotní i dlouhodobé péče z důvodu, že dlouhodobá nesoběstačnost není fyziologickou záležitostí, ale výsledkem zhoršeného zdravotního stavu (v těchto intencích definuje dlouhodobou péči také Národní program přípravy na stárnutí).

LTC koncepty jsou:

- existenciální koncept, jehož cílem je podpora znevýhodněného člověka ke smyslu, smysluplnému životu, životní kvalitě a spokojenosti v duchu plánování zaměřeného na člověka
- fiskální, redukcionistický koncept (levná základní zabezpečení klientů a fiskální stabilita rozpočtů).

Hlavními prvky a složkami konceptu dlouhodobé péče je klient, jeho vůle a zodpovědnost, laická podpora a zdravotní péče v rámci rodiny, všeobecný praktický lékař, komplexní domácí péče, rehabilitace, služby řešící sociální důsledky zdravotního postižení a sociální potřeby, postupy zajišťující identifikaci ohrožených a potřebných lidí, specializované zdravotnické služby, respitní péče a veřejná správa.

---

54 <http://www.mpsv.cz/cs/9860>

### 3.3 Funkce a cíle pobytových zařízení

Kvalita života souvisí s lidskými potřebami, mírou jejich uspokojení a to ve všech jejich rovinách, bio-psycho-socio-spirituální. K těmto potřebám se dále váže pocit štěstí a životní pohody. Můžeme si tedy dovolit tvrdit, že jedinec, jenž je bez zdravotních obtíží, finančně a materiálně zabezpečený prožívá šťastný život? I u člověka, který má zajištěné základní i vyšší potřeby dle Masloovy pyramidy, nalezneme pocity nepohody, nejistoty v životě, sebelítosti, pocity nespokojenosti, osamělosti až ztráty smyslu života. O to větší by měla být naše snaha klienty osamostatňovat, podporovat jejich autonomii, zvyšovat kompetence a pomoci jim navazovat sociální kontakty.

Po příchodu a během pobytu v institucionálním zařízení, se člověk mění. Působí na něj řada okolností (změna prostředí, personál, ztráta kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a další). V době nemoci, či nepříznivé sociální situace stoupá napětí, člověk se cítí ohrožený, netuší, co ho čeká, celá budoucí situace je velká neznámá. Kombinací těchto dvou situací se každý člověk chová odlišně, než jak je jeho okolí zvyklé. Právě proto je důležité příjemné, podpůrné prostředí a milý personál, chápající obavy a úzkosti klientů/pacientů.

Právě personál daného zařízení může být "novou rodinou" pro klienta, jeho nejbližšími lidmi, kteří s ním sdílejí radosti i starosti, jsou mu nápomocní i v choulostivých situacích, kdy dochází k narušení osobních hranic (mytí, koupání, očista po toaletě). Může bohužel dojít i k opačnému přístupu, kdy je klient pracovníkem degradován, urážen a s klientem je zacházeno bez úcty. V takových případech je nutné zasáhnout a situaci adekvátně vyřešit.

V pobytových zařízeních by proto nemělo chybět:

- poskytování podpory při rozvoji samostatnosti uživatele sociální služby
- posilování znalostí a dovedností, které umožní sociální začlenění uživatele
- rozvíjení psychických a fyzických schopností uživatelů vycházejících z jejich individuálních potřeb dle stupně jejich postižení
- podpora uživatelů při hledání uplatnění na trhu práce a pracovní rehabilitace
- zabránění sociálnímu vyloučení cílové skupiny a integrování těchto osob do společnosti při respektování Listiny základních práv a svobod a Etického kodexu pracovníka
- ochrana osobních údajů a zachování mlčenlivosti

- týmová spolupráce všech zaměstnanců při zajišťování pobytových sociálních služeb pro uživatele a při řešení jejich nepříznivé sociální situace,
- jasné definování rolí jednotlivých zaměstnanců, jejich kompetencí a z toho plynoucích odpovědností.

V místě pobytového zařízení je většinou v rámci komplexních přístupů k lidem poskytováno více služeb najednou<sup>55</sup> (denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem). Obyvatelé pobytového zařízení se dobrovolně účastní aktivit, kterých chtějí. Většinou aktivizace klientů probíhá v denním stacionáři, v případě její absence se denní aktivizace koná ve společných prostorách zařízení (jídlna, společenská místnost).

Jsou tu poskytovány služby, které směřují k co největší aktivizaci, k soběstačnosti a osamostatnění dle individuálních možností jednotlivých uživatelů. S klienty pracují pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci dle právě probíhajících aktivit. Uživatelům je věnována komplexní péče a služby vyplývají z individuálních potřeb klientů, cíle se průběžně zjišťují a rozpracovávají v individuálních plánech. Jedná se převážně o pracovní terapii, výchovné a vzdělávací služby, rozvíjení kontaktů se společenským prostředím a integrace do běžného života, pomoc při ochraně práv a zájmů klientů. Zajištění pomoci klientům při zvládnání sebeobslužných úkonů. Pozitivně působí další aktivity jako pořádání sportovních a kulturních akcí, nácvik využívání běžných služeb, aktivity směřující k uplatnění klientů na trhu práce.

Pravidelné střídání aktivit slouží k ustálení denního režimu klientů. Pomůckami jsou rozvěšené týdenní a měsíční plány na viditelných místech, kde si je klienti mohou bez námahy přečíst a orientovat se. Obohacení programu o kulturní a zájmové aktivity mimo pobytové zařízení zabraňuje sociální exkluzi – obrácená integrace<sup>56</sup> (návštěvy kulturních akcí, divadel, koncertů, výstav, exkurzí, setkání skupinových parlamentů a soutěží, návštěvy relaxačních a volnočasových zařízení).

Uvedené aktivity potřebují osoby s postižením pro rozvoj dovedností nebo udržení již naučených dovedností. Dalším přínosem je setkávání s vrstevníky a vyměňování si vzájemných zkušeností, tímto se podporuje nezbytná socializace člověka s postižením. Zmírňuje se tedy sociální izolace.

---

55 Vlastní zkušenosti z praxí

56 [www.volno-os.cz/Aktivizace\\_osoby\\_s\\_postizenim.aspx#top](http://www.volno-os.cz/Aktivizace_osoby_s_postizenim.aspx#top)

Při komunikaci s uživateli využíváme různé formy alternativní i augmentativní komunikace, v nabídce poskytovaných aktivit využíváme různé metody práce – metodu názoru, cíleného nácviku, řešení modelových situací, rozhovory.

Jak lze obecně využít logoterapeutické principy, o nichž podrobně píše v další kapitole, v přístupu ke klientům rezidenčních zařízení? Při každé z výše uvedených aktivizačních činností můžeme zaměřovat na pozitivní hodnoty v jejich životě. Zajímat se o to, jakých dosáhli v životě úspěchů, co pozitivního vnímají kolem sebe, jaké věci, činnosti jim pozvednou náladu a jaké mají cíle. Zda uvažují o tom, jak mohou být prospěšní a užiteční svému okolí.

U hodnot prožitkových, jde o vnímání krásy kolem nás, přírody, umění, mezilidských vztahů, radosti z maličkostí. U klientů, kteří jsou schopni písemného projevu, můžeme projevit zájem o zapisování pozitivních věcí, událostí, které za den prožili, či slovní shrnutí. U klientů se zhoršenou schopností komunikace můžeme využít pomoci obrázků, písemné abecedy, odezírání ze rtů a použití dalších kompenzačních pomůcek při komunikaci.

Od hodnot prožitkových můžeme plynule přejít k hodnotám tvůrčím, kdy klienty podněcujeme k vytvoření něčeho, co jim přijde smysluplné, co by se dalo využít v běžném životě, jak by danou věc viděli ze svého úhlu pohledu, aby byla prospěšná dalším lidem. Realizace tvůrčích hodnot může být omezena zdravotním postižením, kdy ale můžeme využít některých kompenzačních pomůcek, či dospět k vytvoření díla zcela osobitou cestou, jež může být inspirací pro další klienty. Nemusí se jednat přímo o nějakou hmatatelně vytvořenou věc. Mohou to být například přednášky utvořené na jisté téma, kde si generace (staří lidé a mladiství) vzájemně předávají zkušenosti a rady.

Během mé praxe v Diakonii ČCE, kde je součástí poskytovaných služeb pečovatelská služba, denní stacionář, domov pro seniory a domov pro osoby se zvláštním režimem, mi zůstala v paměti jedna z klientek. Byla to postarší dáma, trpící demencí a dalšími onemocněními pohybového aparátu. Pokud mohla, byla nápomocná ostatním "spolubydlícím", vždy plná energie a nenechala svou nemoc, aby ji přemohla. V rámci dobrovolnických programů navštěvovali zařízení dobrovolníci. Tato dáma si vytvořila velmi hezký vztah s jednou z dobrovolnic. Trávily spolu hodně času rozhovory o životě. Stará dáma předávala své zkušenosti mladé generaci a dívenka obohacovala život klientky pravidelnými návštěvami a seznamovala ji s novinkami ve světě i soukromém životě. Jednou jsem tuto klientku doprovázela do jejího pokoje. Při rozhovoru jsme narazily na její dobrovolnici. Stará dáma se rozzářila při zmínce o dívce, měla ji velmi ráda

a byla šťastná, že ještě někomu může předat své životní zkušenosti a být tu pro ni. Dobré mezilidské vztahy patří k nevyšším prožitkovým hodnotám, jakých můžeme dosáhnout.

U postojových hodnot se můžeme pokusit zaměřit na smysl prožívání dané nezměnitelné situace. Je možné, že ke změně postoje u klienta dojde už pomocí prožitkových a tvůrčích hodnot, kdy si ani on sám znatelně nevšimne změnu ve svém chování a prožívání. Změna postoje se odehrává u každého klienta dobrovolně na základě jeho vlastního rozmyšlení. Se změnou postoje souvisí i zodpovědnost, kterou neseme za svá rozhodnutí. „Je známou zkušeností, že dokonce ani v bezvýhodných situacích nelze zlomit vnitřní sílu člověka, když to on sám nedovolí.“<sup>57</sup>

---

57 Ondrušová in KRAHULCOVÁ, Beáta. *Kontexty sociální a charitativní práce: sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Brno: L. Marek pro Univerzitu Karlovu v Praze - Husitskou teologickou fakultu, 2008, 203 s. ISBN 978-80-87127-07-0. S. 163

## 4. Humanistické a existenciální teorie sociální práce

Humanismus a existencialismus se z hlediska filozofie odlišují, v rámci sociální práce jsou oba směry nazírány jako humanistické. Vidí člověka, jako autonomní osobnost, která má za všech daných okolností hodnotu. Zaměřují se spíše na jedincův vnitřní svět, než na jeho bezprostřední chování. K častým otázkám patří smysl života a transcendentální kategorie. Humanistické a existenciální modely sociální práce předpokládají, že každý jednatel je cenný svým názorem a postojem. Odmítají možnost objektivního a neutrálního pohledu na chování a sociální interakci. Pomáhají klientům odhadovat různé významy jejich zkušeností a identifikují je s kontrasty zážitků.

Ústředním požadavkem humanistických principů je získání vědomí vlastní hodnoty a úcty, schopnost volit, hodnotový systém a sebeuskutečnění, smysluplnost, objevování vlastního Já v sociálních vztazích k druhým lidem a sociálním skupinám.<sup>58</sup> S klientem se jedná partnersky, je brán za odborníka na svůj život.

Existenciální a humanistické přístupy podtrhují jedinečnost každé osobnosti. Podporují osobní růst člověka, zdůrazňují lidskou seberealizaci a uskutečňování individuálních hodnot nebo životního poslání. Orientace je především na vnitřní zážitkový svět jedince. "Některé přístupy zaměřují pacienta k nadosobním hodnotám, jiné spíše na bezprostřední emocionální prožitky v přítomnosti, na schopnost poddat se dojmům a být v souladu sám se sebou."<sup>59</sup>

K existenciální psychoterapii se řadí daseinanalýza a logoterapie (ta je představena samostatně v další kapitole). Zabývají se podstatou člověka, vyrovnávají se s problematikou lidského bytí a jeho smyslu, svědomí, lidského ducha, odpovědnosti, utrpení a smrti.

---

58 KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006, 287 s. ISBN 80-7367-121-2. S. 271

59 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 90

Humanistická teorie se postavila proti redukcionistickým a deterministickým myšlenkám psychoanalýzy a behaviorální terapie. Pokládá důraz na svobodu, sebeaktualizaci jedince, potenciál osobnosti, vrcholné zážitky a lidské setkání. K jejím hlavním proudům se počítají rogersovská psychoterapie a Gestalt terapie<sup>60</sup>(zabývám se jimi proto, že mají hodně styčných bodů s logoterapií a jejími principy).

## 4.1 Humanistické teorie

Humanistická psychologie se snaží pochopit vnitřní zážitky jedince a naučit jej, aby byl schopen své zážitky ovládat a stal se odolným vůči jakékoliv manipulaci zvenčí. K předním osobnostem patřil především Abraham Maslow. Pro humanistickou psychologii jsou zásadními přesvědčeními, že lidská bytost je tvořivá a základními determinanty jejího jednání jsou hodnoty a intencionalita.

Pozornost je zaměřena na prožívající osobu, lásku, spontánnost, tvořivost, hru, vřelost, sebezapření, odpovědnost, autentičnost, smysl, transcendentální zážitek a odvalu.

Zabývá se jedincem v jeho celosti. Vidí člověka jako jedinečnou osobu žijící s účelem a záměrem, který aktivuje své vlastní potence, aby je přivedl k uskutečnění. Projevuje se tvořivě dosahováním cílů, které jedince přesahují.<sup>61</sup>

### 4.1.1 Rogersovská psychoterapie

Významným humanistickým autorem je Carl Ransom Rogers. Představuje klientocentrickým přístup.<sup>62</sup> Původ má v klinické praxi s lidmi, kteří měli potíže s vlastní realizací. Vychází ze základu, že člověk je dobrý ve své lidské přirozenosti, a pokud se nalézá v nějaké existenciální tísní, či zoufalství, má to původ v zanedbávání potřeby, stát se tím, čím člověk je. Tyto stavy lze překonat autonomním pohybem jedince směrem k vhodnému cíli. Za předpoklad psychického růstu považuje upřímnost,

---

60 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 90.

61 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 98

62 CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4. S. 214

akceptaci a empatii. Psychoterapie dle Rogerse se zaměřuje na odstranění nepotřebných fasád, jež protirečí pravému bytí, odstranění neautentických nátlaků a tendencí ke konformizmu.

Ústředním pojmem rogersovské psychoterapie je sebepojetí (selfconcept). "Sebepojetí je hypotetickým konstruktem a vymezuje je především jako relativně stálý a ucelený, současně však měnící se vztah lidského jedince k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života. Sebepojetí obsahuje tedy to, co si o sobě myslíme, jak si sebe představujeme, jak vnímáme a prožíváme, což nakonec ústí v hodnocení sebe."<sup>63</sup> Úkolem terapie je uvolnit cestu existujícím možnostem v klientovi a pak již léčebný proces pokračuje sám, stačí k němu vytvořit příznivou bezpečnou atmosféru, ve které se klient může věnovat důkladné sebeexploraci.<sup>64</sup>

Rogers přisuzoval lidskému bytí principiální svobodu a tendenci k sebeaktualizaci. Zážitek svobody má dle něj významný terapeutický efekt. Podstatou sebeaktualizace je snaha uchovat a rozvíjet vlastní existenci, je základem lidské motivace a uskutečňuje se naplňováním různých aktuálních potřeb. S tím souvisí i kongruence, kdy dochází k souladu, či rozporu mezi subjektivním prožíváním a postojem JÁ.

JÁ je odlišné od organismu. Organismus je zde chápán jako psychofyzický podklad prožívání, prostor, obsahující subjektivní realitu a sebeaktualizační tendence. JÁ zaujímá postoj vůči prožitkům a subjektivní realitě, ke skutečnosti prožívaného přistupuje s hodnocením. JÁ může prožitky odmítnout, či akceptovat. Jaký postoj Já zaujme, je důležité pro duševní zdraví člověka. Tady dochází ke kongruenci, souladu mezi prožívanou realitou a postojem k ní. Inkongruence znamená nesoulad mezi prožíváním reality a postojem k ní.<sup>65</sup>

Kongruence nebo-li autentičnost, opravdovost je první předpoklad ze tří základních podmínek, které platí ve vztahu mezi terapeutem a klientem. Terapeut přistupuje ke

---

63 VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Český spisovatel, 1996, 208 s. ISBN 80-202-0605-1. S. 43

64 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 57

65 MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7. S. 203-204

klientovi otevřeně, prožívá pocity a postoje, které se v něm aktuálně vynořují.<sup>66</sup> Úspěšná práce s klientem závisí na tom, jakým způsobem k němu přistupuje sociální pracovník, a jak tento vztah vnímá klient.

Druhou podmínkou je akceptace, důvěra, bezpodmínečné přijetí klienta. Terapeut ve vztahu ke klientovi má prožívat pozitivní akceptující postoj a přijmout klienta takového, jaký je právě v tu danou chvíli a jaké jsou jeho aktuální pocity (odpor, rozpaky, strach, zlost, láska, odvaha). K akceptaci dochází zcela bez hodnotícího postoje, úplně a bezpodmínečně.

Třetím aspektem vzájemného vztahu je empatie. Jedná se o velmi citlivé a aktivní naslouchání, které je neobyčejně vzácné. Málokdy dochází k naslouchání s opravdovým porozuměním a empatií. Lidé, kteří jsou akceptováni a oceňováni, začínají mít větší zájem o své já. Empatické naslouchání umožňuje klientovi spolehlivěji naslouchat toku vnitřních prožitků, porozumí sám sobě a váží si sebe sama. „Jemné a citlivé společenství nabízené empatickým člověkem, jenž pochopitelně musí disponovat opravdovostí a úctou, přináší osvícení a hojivý účinek.“<sup>67</sup>

---

66 ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Vyd. 2., rev., V této řadě 1. Přeložil Jiří Krejčí. Praha: Portál, 2014, 340 s. ISBN 978-80-262-0597-5. S. 121

67 ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Vyd. 2., rev., V této řadě 1. Přeložil Jiří Krejčí. Praha: Portál, 2014, 340 s. ISBN 978-80-262-0597-5. S. 162

## 4.1.2 Gestalt terapie

Expresivní forma terapie zaměřená na přítomnost a prožívání, vyjadřování emocí je znám také pod názvem tvarová terapie. Její tvůrce, Frederick Perls, tak nazval svůj přístup v návaznosti na klasický německý psychologický směr, jenž je zaměřený na uvědomování pocitů. Zaměřuje klientovu pozornost k uvědomování přítomnosti, vybízí ho mluvit za své vlastní tělo. Hlavním pravidlem je princip přítomnosti.

Lidé by měli podle něj přijmout svůj život jako celek, se svými slabostmi i silnými stránkami. Klienti se v terapii učí intenzivně vnímat, cítit a tyto procesy popisovat. Terapeut je tu od toho aby umožnil klientovi prožívání, vede ho k odpovědnosti za své vlastní myšlenky, emoce a činy. Gestalt terapie se zabývá také nedokončenými záležitostmi, které si klient zpřítomňuje verbálně, či neverbálně a přehraje si je za pomoci terapeuta či skupiny.

Častěji se pracuje spíše se skupinou klientů, kdy je terapie zaměřena vždy jen na jednoho člena. Snaží se člověka konfrontovat a vyvézt ho ze zažitých konvencí.<sup>68</sup>

## 4.2 Existenciální teorie

Existenciální terapie byla popsána jako přístup překračující orientaci, zabývající se nejzásadnějšími otázkami života. Existenci lze pochopit jako bytí ve světě. Existencialisté vidí bytí a svět jako nedělitelné části, protože oboje vytváří v podstatě jedinec, k pochopení určité lidské bytosti je potřeba porozumět osobnímu světu jedince, který si sám vytváří.<sup>69</sup>

### 4.2.1 Thompsonovo pojetí sociální práce

Niel Thompson je představitelem existenciálního pojetí sociální práce. Zaměřuje se na existenciální ontologii a způsob jakým existencialismus chápe člověka a jeho bytí. Zabýval se existenciálním pohledem na společnost a pokusil se o aplikaci Sartova existencialismu v sociální práci.

---

68 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 86-88

69 PROCHASKA, James O a John C NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Přeložil Jiří Štěpo. Praha: Grada, 1999, 479 s. ISBN 80-7169-766-4. S. 87

Centrálním pojmem je bytí. Rozlišuje bytí o sobě (prostou existenci) a bytí pro sebe (existenci vědomou). Bytí pro sebe se projevuje plánováním a rozhodováním, čeho má být dosaženo. Intencionalita je pro lidské jednání tou nejvlastnější charakteristikou. Osobní svoboda lidem umožňuje tvořit, či definovat sama sebe. Důsledkem rozhodování svobodných lidských bytostí je osobnost i sociální struktury. I přes svobodu jednotlivce, však může docházet k jeho etiketizaci společností a tato etiketa se může stát charakteristikou jedince, jenž ji přijme. Takto může sociální prostředí ovlivňovat naše postoje a přesvědčení o tom, kdo jsme.

#### **4.2.2 Daseinanalýza**

Daseinanalýza je spíše filozofický směr, vycházející z existenciální filozofie Martina Heideggera. Vychází z faktu lidského bytí ve světě a pokouší se o analýzu jeho prožívání. Snaží se být cestou k pochopení lidské existence. Mezi hlavní teze patří schopnost člověka uvědomovat si sám sebe a své činy. Člověk je schopný činit rozhodnutí a nést za své jednání zodpovědnost, ale také si dokáže uvědomit možnost úplné izolace, ztráty vzájemných vztahů k okolí a možnost neexistence - smrti, čímž souvisí pocity úzkosti.

Daseinanalýza hledá význam v člověku (čím je nyní). Zejména se zabývá směrem jeho vývoje, který směřuje k aktualizaci vrozených schopností. S pacientem se jedná jako s jedinečnou bytostí, jsou vypracovávány důkladné kazuistiky. V terapii hledá způsob existence, který je snesitelným způsobem bytí ve světě. Pacient má poznat své možnosti a jednat na jejich základě. Má pochopit a uskutečňovat svou existenci. Konečným cílem je být sám sebou.

Rozdíl od ostatních psychoterapeutických postupů je v otázce adaptace. Podle daseinanalýzy není cílem člověka přizpůsobit se, ale naplnit své bytí.<sup>70</sup> K hlavním představitelům daseinanalýzy patří L. Binswanger, M. Boss, R. May a I. Yalom.

---

70 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8. S. 91-93

## 5. Logoterapie

Tématem mojí práce je možnost využití logoterapeutických principů u klientů v residenční péči. Logoterapii se v následující kapitole věnuji podrobněji. Představím jejího zakladatele a stručně popíši, na co se logoterapie zaměřuje. V jednotlivých podkapitolách charakterizují duchovní aspekty osoby v logoterapii (sebedistanci a sebetranscendenci), přibližují Franklův hodnotový koncept, na němž je logoterapie postavena a existenciální analýzu jako formu terapeutické práce. Ztrátu smyslu popisují v rámci existenciálního vakua a noogenní neurózy. Zabývám se také tím, jak může na člověka působit nevhodně vyřčený výrok z úst odborníka a jeho důsledky (hyperreflexe a iatrogenní poškození). Utrpení, umírání a smrt jsou témata, u nichž čerpám ze svých profesních zkušeností - práce s dlouhodobě nemocnými a umírajícími lidmi na jednotce intenzivní péče.

Viktor Emil Frankl byl rakouským lékařem s českými kořeny. Vystudoval medicínu ve Vídni a specializoval se na neurologii a psychiatrii. Ve 30. letech si všiml existenciální frustrace u mládeže a na toto téma začal sepsovat rukopis. Ten mu byl po nástupu do koncentračního tábora odebrán. V nejtěžších chvílích, a i když byl těžce nemocný, ho při životě udržoval cíl - znovu sepsat své dílo. Po osvobození vydává knihu se zkušenostmi a zážitky z koncentračních táborů. V. E. Frankl založil logoterapii, která je považována za třetí vídeňský směr psychoterapie.

Logos je řecké slovo znamenající „mysl“. Logoterapie se soustřeďuje na smysl lidské existence i na hledání tohoto smyslu. Úsilí nalézt smysl vlastního života je prvořadou motivační silou v člověku. Logoterapie je oproti psychoanalýze metodou méně retrospektivní a introspektivní. Zaměřuje se spíše k budoucnosti, k úkolům a významům, které má člověk v budoucnosti splnit. „Současně ruší jeho soustředění na sebe, kruh jeho bludných formací a mechanismů zpětné vazby, které hrají velkou úlohu v rozvoji neuróz. Typická sebestřednost neurotika je tím rozbíjena, místo aby byla neustále podporována a posilována.“<sup>71</sup>

---

71 FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: Man's Search Meaning, Introduction to Logotherapy : úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 88 s. ISBN 80-901601-4-x. S. 65

Lukasová<sup>72</sup> se ptá, zda je psychoterapie vědou, neboť lidstvo se bez ní obešlo několik tisíc let. Vždy tu byli lidé, kteří svým osobním charismatem, výřečností a přesvědčivostí byli schopni předávat pomoc a útěchu potřebným. Dochází k tomu, že psychoterapie je náboženstvím a náboženství psychoterapií. V dřívějších dobách náboženství a víra byly smyslem života na zemi, po kterém přichází onen spravedlivý a blažený svět. V nynějších podmínkách postmoderní doby je preference subjektivního smyslu, který vychází z osobního přání jedince. Chybí dialog se světem, tvořivost a záměr péče vůči někomu nebo něčemu. Tento způsob života se odráží v sebestřednosti a emoční frustraci. „Úspěch, ctížádost, peníze mohou zastínit upřímnou touhu po naplněném životě. Ctížádost spíše život přeplní a přetíží na úkor vztahů a někdy i vlastního zdraví.“<sup>73</sup>

## 5.1 Existenciální analýza

Franklův obraz člověka pojímá tři dimenze – somatickou, psychickou a duchovní. K základním pilířům existenciální dynamiky patří svobodná vůle, smysl v životě a vůle ke smyslu.

Pojem existenciální analýza se zabývá terapeutickou prací a spočívá v kontaktu člověka s jeho vlastní odpovědností ke svému životu, druhým lidem a světu. Frankl ji ve svých dílech užíval ve více významech:

- existenciální analýza jako vysvětlení lidské existence
- existenciální analýza jako terapie kolektivních neuróz
- existenciální analýza jako lékařská péče o duši.

---

72 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 9

73 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 44

## 5.2 Smysl v životě

Ve Franklově nejčtenější publikaci<sup>74</sup> *"A přesto říci životu ano"*, ve které popisuje své zkušenosti z koncentračního tábora, mne zvláště zaujala pasáž o víře, kdy už člověku nezbude nic, než jen víra. Víru popisuje jako vykoupení skrze lásku a v lásce. „Chápu, že člověk, i když mu už na tomto světě nezbyvá vůbec nic, může být blažený, byť jen na okamžik, když se ve svém nejhlubším nitru odevzdá obrazu milovaného člověka. V té nejtragičtější situaci, do níž je člověk postaven, kdy už se nemůže realizovat tím, co dokáže v situaci, v níž jeho jediný výkon spočívá v opravdovém utrpení, ryzím utrpení, v takové situaci je člověk schopen sám sebe naplnit láskyplným vnitřním patřením na obraz milovaného člověka, který nosí ve své duši.“<sup>75</sup> Hierarchie hodnot dle Maslowa se ve střetu s logoterapií jeví jako neobstojná. I přes neuspokojené základní potřeby jako jsou spánek, hlad a sexuální pud dochází autor k vnitřnímu hlubokému duchovnímu uspokojení v dané nepříznivé situaci. Tato spirituální zkušenost potvrzuje výrok „nejen chlebem je člověk živ“. Jak Frankl uvádí,<sup>76</sup> tuto zkušenost můžeme znovu a znovu pozorovat právě tehdy, když se má člověk nejhůře.

Také může nastat paradoxní situace: ve společnosti nadbytku, kdy máme uspokojeny všechny základní potřeby a máme až nadbytek materiálních věcí, se cítíme neužiteční, neschopní a máme pocit, že náš život postrádá smysl. Z toho vyvstává antropologický fenomén sebetranscendence.

Člověku je dána potřeba ve svém životě hledat smysl. Z pohledu logoterapie je smysl v každém okamžiku a v každé životní situaci. Je jedinečný, konkrétní a pro daného člověka dosažitelný. Úkolem člověka je tento smysl objevit a naplnit ho tím, že z dané situace utvoří to nejlepší, čeho je schopen.<sup>77</sup> To se děje jeho vnitřním postojem, jak na danou věc nahlíží.

---

74 FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 2. opr. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 175 s. ISBN 80-7192-848-8. S. 48

75 FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 2. opr. vyd.

Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 175 s. ISBN 80-7192-848-8. S. 48

76 FRANKL, Viktor Emil. *Utrpení z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: LÚČ, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7. S. 11

77 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 43

Jako lidé jsme bytosti duchovní, směřované k tomu, abychom sami sebe transcendovali, přesáhli daleko za sebe a za své potřeby k cíli, kterým nejsme jen my sami. Jedná se o vyšší smysl života, jemuž jsme ochotni podřídit sebe i naše potřeby.<sup>78</sup> Smysl nám dává sebetranscendující rozměr. Je úkolem, který člověk přijímá za svůj.

„Na hledání smyslu se podílejí intuice, tvořivost i svoboda s odvahou, které překračují vlastní představu jak má život přesně vypadat. Jaký je smysl dnešního dne? Co ode mne život očekává dnes?“<sup>79</sup> Autorka rozlišuje smysl života a smysl v životě, přičemž smysl v životě je nazýván smyslem části. Smysl života přesahuje hranice materiální existence a směřuje k většímu celku. Smysl části a smysl celku patří neoddělitelně k sobě. Smysl můžeme objevit překonáním nesmyslnosti (něco, někdo pro co se vyplatí žít).

Frankl na otázku jak je možné nalézt smysl, odpovídá, že smyslem lidského života je život sám.<sup>80</sup> Nejde jen o to být člověkem ale o to, aby se člověk stal sám sebou. Lidská existence je sama o sobě jedinečná a otázka po smyslu má smysl jen tehdy, pokud se týká konkrétní osoby a konkrétní situace.

Naplňování smyslu se uskutečňuje směřováním k budoucnosti. Nezabýváme se minulostí, ale díváme se dopředu do budoucnosti. Kam bychom vlastně směřovali bez budoucnosti. Pacient, ležící na lůžku má naději, že se vyléčí, dívá se před sebe, jaká cesta ho čeká a vidí před sebou vytoužený cíl: odejít domů po vlastních nohách a žít život, který za to stojí žít. Jakou by měl vizi bez budoucnosti? Asi by neměl žádnou naději, ani motivaci ke zlepšení svého stavu. Možná by přestal bojovat o uzdravení.

Znovuzrození zažil pětatřicetiletý muž, hospitalizovaný na JIP, po operaci v dutině břišní. Operován byl v krajské nemocnici a pro následné komplikace přeložen na naše oddělení. Při příjmu byl ve velmi špatném stavu, v bezvědomí, na umělé plicní ventilaci, s léky podporujícími životní funkce a měl otevřenou ránu dutiny břišní. Lékařská prognóza nebyla příliš příznivá. Po stabilizaci stavu a nabytí vědomí velmi záleželo na psychické

---

78 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 15

79 KOSOŮVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 44

80 FRANKL, Viktor, Emil. *Trpíci clovek*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2007, 155 s. ISBN: 978-80-7114-638-4. S. 77

podpoře pacienta. Rodina ho navštěvovala každý den a výjimečně mu byly povoleny i návštěvy tříleté dcerky (vstup na JIP je omezen od 12 let). Právě rodina mu dávala sílu a vůli k boji. Oddal se obrazu své milované rodiny a chtěl se vrátit domů, žít stejně kvalitní život, jako před operací. Chtěl být oporou rodině a finančně ji zajistit. Každý den docházelo ke zlepšení pacientova stavu. Rána se mu pomalu, ale jistě hojila, rehabilitoval s velkou ctí a po půl roce byl propuštěn do domácího ošetřování. Rok od svého přijetí na naši kliniku uspořádal oslavu znovuzrození, na kterou pozval všechny pracovníky oddělení. Byla to krásná událost plná radosti. Velký díl na uzdravení měli samozřejmě lékaři a ošetřující personál. Ovšem sám pacient má na svém uzdravení největší podíl. Najít smysl života, snaha se každý den zlepšovat a nevzdávat se v těžkých chvílích, byl úkol, kterého se mohl zmocnit jen on sám.

### 5.3 Sebetranscendence a sebedistance

Sebedistancí Frankl nazývá schopnost distancovat se od situace, i od sebe samého. Lukášová nahlíží na sebedistancí jako na pohled ze vzdáleného horského vrcholu zpět, na domovské údolí, přičemž z dálky lze lépe rozpoznat relativitu jeho velikosti a významu<sup>81</sup>. Sebetranscendence spočívá v transcendenci vnitřního světa, v překonávání hranic mezi „já“ a „ty“, objevením úkolu, který vyzývá k naplnění. Ve službě věci, nebo v lásce k jiné osobě člověk naplňuje sebe samotného, čím víc plní svou úlohu, čím víc se oddává svému bližnímu, tím víc je člověkem, víc je sám sebou. Může sám sebe uskutečnit jen natolik, nakolik sám na sebe zapomene, přehlédne se.<sup>82</sup> Schopnost vyjít ze sebe je pro člověka ozdravná síla. Tou silou jsou dle Kosové<sup>83</sup> humor, vtip a zpěv. Roli humoru zdůrazňuje Frankl ve svých knihách, je také důležitou součástí metody paradoxní intence.<sup>84</sup>

---

81 KOSOVIÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 53

82 FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7. S. 12

83 KOSOVIÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 55

84 FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: [úvod do logoterapie a existenční analýzy]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-7169-779-6. S. 19

Dovolila bych si nyní uvést příklad ze strany pomáhajících pracovníků. Abychom mohli dobře a kvalitně poskytovat své služby, musíme zapomenout sami na sebe a v dané chvíli se plně věnovat klientovi/pacientovi. Pokud jsme neustále zaměřeni sami na sebe, nezbývá nám prostor pro druhého, který za námi přišel pro radu, útěchu nebo pomoc. Těžko rozeznáme emoční rozpoložení klienta, když si budeme všimát jen svých problémů.

Moje zkušenost se sebedistancí je spíše pozitivní - většinou se v práci usmívám, jsem milá, vstřícná k pacientům a jejich rodinám, snažím se vyhovět jejich požadavkům, pokud je to v mých silách, většinou jsem pozitivně naladěná, a i když mám nějaké trápení, v pracovním prostředí se vytrácí a je zde prostor, věnovat se druhým. Při náročných směnách, kdy během dvanácti hodin není času ani na oběd, neboť pacient je v život ohrožující situaci, lékaři i sestry poskytují veškerou možnou péči. V těchto situacích si ani nevzpomeneme, že pocítujeme žízeň, hlad, bolest, či potřebu jít na toaletu. Až po dokončení své práce, zajištění nemocného, si můžeme v klidu vychutnat oběd, doplnit tekutiny a další věci, na které jsme neměli zatím čas.

## 5.4 Hodnoty a štěstí

Pokud má člověk pocit odpovědnosti za někoho, nebo za něco, netáže se po smyslu v životě. Ten je naplňován v tom, za co je dotyčný odpovědný. Odpovědnost směřuje k žití hodnot, ty mají pro člověka význam, pokud se dotýkají jeho nitra a vyvolávají v něm zaujatost pro emoční a rozumové ztvárnění.<sup>85</sup> „Hodnoty člověka přitahují, ale netlačia. Pre uskutočnenie hodnôt sa rozhoduje človek slobodne a s pocitom zodpovednosti, rozhoduje o tom sám, sám sa otvára svetu hodnôt, ale všetko to nemá, nič spoločné s pudovosťou.“<sup>86</sup> Je to právě člověk, kdo danou hodnotu aktualizuje a probouzí.

Hodnoty se v logoterapii dělí na tři kategorie:<sup>87</sup>

- tvůrčí hodnoty – člověk dělá, nebo tvoří něco smysluplného, produkuje,

---

85 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 48

86 FRANKL, Viktor, Emil. *Trpiaci clovek*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2007, 155 s. ISBN: 978-80-7114-638-4. S. 38

87 ULRICHOVÁ, Monika. *Etické aspekty v psychoterapii: k problematice etické výchovy a sebevýchovy terapeuta : se zaměřením na logoterapii a existenciální analýzu*. 1. vyd. Ostrava: Moravapress, 2013, 106 s. ISBN 978-80-87853-10-8. S. 53

vykonává smysluplnou činnost, která jedince plní smyslem a dobrem. Vycházejí z talentů, dovedností a schopností člověka.

- Zážitekové hodnoty – to co jedinec prožívá ve vztahu k člověku, přírodě, uměleckému dílu. Vrcholem těchto hodnot je láska, kterou je jedinec schopen dávat, přijímat a prožívat.
- Postojové hodnoty – přijetí osudu, který jsme si nevybrali, vyrovnávání se s utrpením, nelehkým osudem. Vědomé nesení těžkého údělu je nejnáročnější, postoj v utrpení nám dává možnost naplnit tu nejvyšší hodnotu a ten nejhlubší smysl. „Utrpení přestává být svým způsobem utrpením, jakmile nalezne smysl, třeba smysl oběti.“<sup>88</sup>

Frankl se zabývá také štěstím. Lze předpokládat, že každý člověk se snaží být šťastný. Setkávám se s lidmi, kteří mi říkají, že jsou šťastní, protože dosáhli určitých cílů (složili zkoušku, našli si partnera, vyléčili se z nemoci atd.). Štěstí se tedy pojí s určitými hodnotami a cíli, které máme před sebou. Frankl tvrdí, že člověk doopravdy nechce štěstí samo o sobě, ale chce k němu mít důvod. Štěstí samo nepřichází, ani si ho nemůžeme vynutit.

Lidé přehodnocují svůj život, ženou se za svými cíli, jsou omámeni nabídkou produktů a snů na klíč, hledají štěstí svého života. Myslí si, že pokud dosáhnou toho, či onoho, budou konečně šťastní. A možná i budou, po nějakou chvíli, než zatouží po něčem jiném. U nemocných lidí pozorují odlišné cíle. Tím nejdůležitějším je zdraví a vyléčení se z nemoci. Řebříček hodnot se často zásadně mění.

Tvůrčí hodnoty se v nemocničním zařízení dají těžko realizovat. Závažnost stavu je důležitým indikátorem, jak můžeme k lidem přistupovat. U člověka, ležícího na jednotce intenzivní péče, který v závažném stavu, se můžeme pokusit realizovat zážitkové hodnoty pomocí bazální stimulace, návštěv jeho blízkých a milovaných lidí. Můžeme od nich zjistit, co měl dotyčný rád, oblíbenou rádio či televizní stanici, pustit jim jejich oblíbený pořad. Na stěny se mohou vyvěsit fotografie. O Vánocích se zpívají koledy pacientům, sestřičky se společně dohodnou na malém dárečku (andělíčky z korálků, které se pověsí nad postel, aby na ně pacienti viděli). Jsou to drobnosti, které člověka mohou potěšit. U lidí v závažném stavu mnohdy probíhá komunikace jen pomocí kývnutí hlavy, mrknutí

---

88 FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: Man's Search Meaning, Introduction to Logotherapy : úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 88 s. ISBN 80-901601-4-x. S. 74

či sledování výrazu v obličeji. Proto, když se objeví nepatrný úsměv, či slza radosti víme, že jsme dotyčnému alespoň trochu zpříjemnili den.

U pacientů v méně závažném stavu, jsou možnosti rozšířenější. Většinou jsou stále vyživováni parenterální výživou (infuse), mohou mít zavedenou tracheotomickou kanylu (zajištění dýchání) a další vstupy, které jim znemožňují samostatný pohyb v lůžku. Ale každý pohyb z vlastní vůle je velkým úspěchem! Povzbuzování a motivace klientů při rehabilitaci jim dává pozitivní zpětnou vazbu. Pocit uspokojení z uchopení žínky, či samostatné posazení jsou velkými cíli při aktivizaci pacientů a zároveň jejich velkými úspěchy.

S radostí vzpomínám na minulé léto, kdy jsem s pacientkou "vyjela" na procházku. Dlouhé měsíce byla uzavřena na pokoji se zvýšeným hygienickým režimem pro sníženou obranyschopnost. Po zlepšení stavu jí byly povoleny vycházky (pro depresivitu a chmury). Krásně svítilo slunko, bylo necelých třicet stupňů a my si vyjely na zmrzlinu v areálu (samozřejmě po souhlasu lékaře). Vyjely, píší proto, že paní seděla na vozíku. Dala si jogurtovou zmrzlinu a zaparkovaly jsme před budovou u parčíku. Pacientka si nesmírně užívala výlet z oddělení, zapletla jsem jí vlasy a sundala bačkory, ať se může holou kůží dotknout trávy. Už jen ta představa, když jsem jí nabídla dotek s přírodou, pro ni byla skoro neuvěřitelná. Měsíce neviděla slunko, oblohu a teď byla venku. Zeptala jsem se jí, zdali jí můžu vyfotit. Ráda souhlasila. Po příchodu na oddělení a obstarání všech odborných výkonů, které byly potřeba, jsem vytiskla fotografie, dala je do plastického obalu, (aby se nezničila desinfekcí) a vylepila na zeď "pokoje". Paní se při každém pohledu na fotografii rozzářil obličej. Dodnes velice ráda vzpomínám na to krásné odpoledne. Z pohledu logoterapeutického přístupu se jednalo o hluboké prožití zážitkových hodnot, kdy pacientka vnímala přírodu, jistou "volnost" a mohla se radovat ze všedních maličkostí, které si jinak mnohdy neuvědomujeme.

Člověk může snášet utrpení statečně, hrdě, zoufale, klidně, sebelítostivě a mnohými dalšími způsoby. Nemocné trpící dlouhodobě a nevyhnutelně, se můžeme pokusit podpořit ve změně postoje k jejich utrpení, tak aby byli schopni jej statečně a důstojně nést. V rámci ošetrovatelské péče můžeme pacientovi ulevit a podpořit ho. Při verbální i neverbální komunikaci zachováváme jeho důstojnost, jsme pro něj i jeho rodinu oporou.

Velmi hluboký dojem ve mě zanechala pacientka, mladá studentka. Trpěla velmi vzácným onemocněním, na které neexistuje léčba. Postupně postihovalo všechny vnitřní orgány, které se následně rozpadaly. V době, kdy byla ještě při vědomí a na dýchacím

přístroji, se jí denně prováděly bolestivé výplachy dutiny hrudní a mnohé další nepříjemné výkony. Mladá dívka všechny tyto procedury snášela velmi statečně, dokonce s úsměvem. Jednou po ukončení bolestivého výkonu mi poděkovala. Zůstala jsem stát v úžasu a nerozuměla důvodu, proč mi děkuje. Pomocí abecedy mi sdělila, že jsem na ni byla hodná a také ostatní sestřičky se k ní chovají velice hezky. Poděkovala jsem a sdělila jí, že to ona, nám dává sílu a velice jí obdivujeme, jak snáší svou nemoc. Byla tehdy hrdinkou našeho oddělení a děvčata (sestry), se často přely o její ošetřování. Byla radost s ní trávit čas. Nemoc ale rychle pohlcovala její tělo a nedlouho na to zemřela. V posledních chvílích jejího života u ní byla rodina. Dívka zemřela v kruhu svých blízkých, klidně a smířeně se smrtí. Její statečnost byla nejen pro mě, ale i pro většinu personálu velkou inspirací. S takovou odvahou se setkávám spíše výjimečně a převážně u starších lidí, než byla tato dívka. Velkou podporou jí byla rodina i přátelé, kteří jí navštěvovali každý den. To jak smířila s utrpením každého dne pobytu v nemocnici, bylo obdivuhodné. I přes její velmi závažný stav se snažila být nápomocná při každé činnosti, aby nám ulehčila práci.

## 5.5 Existenciální vakuum

Na otázku co je existenciální vakuum odpovídá Frankl, že na rozdíl od zvířete nemá člověk instinkty, které by mu automaticky přikazovaly, co má dělat. Mimo to na rozdíl od člověka z minulých dob nemá v dnešní době tradice, které by mu určovaly, co musí dělat. Tedy protože neví, co má dělat, ani co musí dělat, zdá se, že přesně neví, co v podstatě chce.

Vůle ke smyslu, může být dle Frankla zmařena. V takovém případě mluví logoterapie o existenciální frustraci.<sup>89</sup> Ta se vztahuje k existenci jako specificky lidskému bytí a k úsilí nalézt konkrétní smysl osobní existence. Existenciální vakuum/frustrace je vlastně ztráta smyslu, neboli bezesmyslnost.

Vůle ke smyslu je frustrovaná často u lidí, kteří na dosah ruky mají vše, po čem touží. Člověk v konečném důsledku nechce šťastný život, ale důvod na šťastný život. Jakmile se objeví důvod na štěstí, objeví se štěstí a slast samy od sebe. Vynucováním štěstí

---

89 FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: Man's Search Meaning, Introduction to Logotherapy : úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 88 s. ISBN 80-901601-4-x. S. 67

a slasti si k nim přímo zavíráme dveře, zatímco upření pozornosti na druhé, na nějaký cíl nám může přinést uspokojení šťastného a smysluplného života. Dle Frankla<sup>90</sup> má být štěstí a slast důsledkem našeho jednání, ne předmětem naší pozornosti.

Nuda a nezaměstnanost s nárůstem volného času a krize důchodového věku, která je aktuálním problémem současné gerontologie, vedou k tomu, že existenciálně frustrovaný člověk neví, čím by tento volný čas vyplnil. Existenciální frustrace zůstává v latentní podobě, ale bývá i skryta za jinými maskami. Lidé, kteří se vášnivě vrhají do práce, kde hlavní roli pro ně hrají peníze a moc, nemají čas, aby si oddechli nebo se vůbec nad sebou zamysleli. Často manželky takovýchto mužů mají naopak času příliš mnoho a nevědí co s ním a co se sebou samými. Tuto vnitřní prázdnotu se snaží potlačit různými zábavami. Ale jak Frankl uvádí, tito lidé jsou na útěku před sebou samými. Strach před prázdnotou se snaží mnozí vyplnit i rychlou jízdou, adrenalinovými sporty a přitom spěchají, ale nevědí kam. Nahrazují si tím nenalezený smysl v životě.

Existenciální vakuum neboli frustrace se v posledním období rozmohlo z jednotlivců na celé vrstvy národa. Pocitem bezsmyslnosti trpí lidé, kteří žijí často ve velmi příznivých podmínkách, užívají si blahobytu, ale přes to jim něco chybí. Lukasová pro lepší představu srovnává dnešní blahobytnost se zařízením pro nevidomé.<sup>91</sup> V určitém smyslu způsobuje totiž blahobytnost naší průmyslové společnosti, že se nacházíme v prostředí, kde jsou lidé ošetřováni, je o ně postaráno bez nějaké velké protislužby, potřeby jsou dle možností uspokojovány a žijeme v jisté sociální jistotě. Průmyslová společnost je zaměřena na uspokojování našich potřeb, dokonce i takových, které ani netušíme, že máme. Tento stav přináší do moderní doby blahobytnosti masové neurózy a nárůst psychopatologických jevů, jako jsou drogové závislosti, sebevražedné pokusy i kriminalita.

Existenciální frustraci však nelze brát jako něco patologického,<sup>92</sup> naopak snaha člověka o co nejvíce smysluplný život je sama o sobě ta nejlidštější věc na člověku.

---

90 FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7. S. 73

91 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpenie má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 15

92 FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7. S. 80

Nemůžeme tedy toto lidské, vlastně to nejlidštější vidět jen jako příliš lidské (jen jako chorobu, symptom, bolest).

Setkala jsem se profesně s nejedním seniorem, který se pokusil vzít si dobrovolně život. Jejich argumenty bývají nejčastěji neshody v rodině, jejich neužitečnost, nebo že jsou jen na obtíž. Nemají důvod proč žít, jejich milovaný partner jim zemřel, děti je nepotřebují atd. Existenciální vakuum se týká všech vrstev obyvatelstva, proto se setkávám i s mladistvými, kteří se pokusili o sebevraždu. Dovolila bych si upozornit na rozdíl mezi skutečně zamýšleným a demonstrativním pokusem o sebevraždu (častěji jsem se setkala s demonstrativním pokusem).

Frankl představuje tři následky existenciálního vakuu:<sup>93</sup>

- konformismus (člověk chce to, co dělají jiní)
- totalitarismus (člověk dělá to, co od něj chtějí jiní, aby dělal)
- specifický nepotizmus, jež pojmenoval jako noogenní neurózu.

K diagnostice ztráty smyslu v životě nám mohou posloužit různé testy - PIL-Purpose in Life-Test, o který se zasloužil James C. Crumbaugh, Logo-Test Elisabeth Lukas, který by měl přesněji diagnostikovat míru existenciální frustrace. Krom těchto dvou nejčastějších nástrojů jsou k dispozici kratší, či delší dotazníky, jejichž cílem je měřit smysluplnost v životě (Index životního postoje, Dotazník smyslu života, Stupnice životní smysluplnosti, Test hledání noetických cílů a další).<sup>94</sup>

---

93 FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7. S. 7

94 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 163-169

Při mé praxi v dětském domově, jsem udržovala dlouhodobý kontakt s dvanáctiletým chlapcem. Matka byla alkoholička, otec se o něj nezajímal a jeho starší plnoletý sourozenec žil s prarodiči. Trávili jsme čas vycházkami a rozhovory. Vyprávěl mi, jak se žije v domově. Kapesné dostával každý týden. K Vánocům, či narozeninám dostával nový telefon, nebo jiné technické zařízení. Celý dětský domov dostával darem oblečení od nejednoho obchodního domu. Kamarádil se s dalšími chlapci z domova. Pro zábavu chodili místo vyučování do herny a užívali návykové látky. To vše bez postihu. Když jsem se mladíka zeptala, proč se takto chová, odpověděl mi, že proč by se měl o něco snažit, když ho nic dobrého nečeká. Nikdo z rodiny o něj nemá zájem a pouze tito chlapci mu dávají pocit, že někam patří. Mým cílem nebylo nalezení nové rodiny, či utužení vztahů v původní rodině, nýbrž pomoci chlapci najít jiný směr, různé cesty, kterými by se mohl ubírat. Pomocí našich rozhovorů a vyslovených otázek týkající se jeho budoucnosti začal přemýšlet o následcích svého jednání. Došlo u něj ke změně postojevých hodnot. Následovaly dále tvůrčí hodnoty v podobě hledání střední školy, co by ho zajímalo, v čem by byl dobrý a našel uplatnění. Sám si stanovil si cíle, kterých by rád dosáhnul a krůček po krůčku se k cílům propracovával. Zlepšil si studijní výsledky, našel si nové přátele, připravoval se svědomitě na přijímací řízení na střední odborné učiliště (chtěl se stát automechanikem). Jsem ráda, že jsem mohla být při nalézání jeho nové cesty životem.

## 5.6 Duchovní rovina člověka

Logoterapie považuje člověka za bytost, jejímž hlavním zájmem je naplnění smyslu a uskutečnění hodnot, než jen ukojení a uspokojení sklonů a instinktů. Duchovní oblast je vedle tělesné a duševní oblasti samostatnou dimenzí, ale není pouze jedinou. O duchovních otázkách pojednává logoterapie duchovně. Tedy za hranicí tělesna i duševna, ve třetí dimenzi.<sup>95</sup>

V životě potřebujeme jisté napětí, vnitřní napětí, které je nepostradatelnou podmínkou duševního zdraví. Když Frankl popisuje své prožitky z koncentračního tábora, uvádí, že jednou z pomoci k přežití, mu byl odebraný rukopis při nástupu do tábora. Hluboký zájem o jeho nové napsání mu pomohlo přežít tvrdosti tábora. Zde je možné

---

95 FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: [úvod do logoterapie a existenční analýzy]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-7169-779-6. S. 96

si povšimnout, že duševní zdraví je založeno na jistém stupni napětí mezi tím, co jsme dosáhli, a tím, co ještě máme splnit, čím bychom se měli stát. Frankl považuje za omyl duševní hygieny domněnku, že člověk potřebuje rovnováhu, stav bez napětí. Naopak podle něj, potřebuje člověk stav napětí, úsilí a zápas o nějaký cíl, který je toho hoden, nějakou výzvu potenciálního smyslu, který čeká na naplnění. Souhlasím s Franklem, že neodynamika je potřebná. Jako odborníci bychom se neměli bát zatížení pacienta orientací na smysl života.

„Dimenze duchovní svobody člověka nutně působí odpoutání se od principu homeostázy, protože nejen determinismus, ale také automatismus, který je pro tento princip typický, je v rozporu se svobodou.“<sup>96</sup> Kdyby sama o sobě homeostáza stačila ke zdravému a šťastnému životu, bylo by dnes více zdravých než nemocných. O co větší je snaha pomocí vnějších vlivů nastolit člověku vnitřní rovnováhu, tím více se z něj stává „reagující“ či „odreagovávající se“ stroj k ukájení potřeb, bez smyslu a bez ducha. Z člověka se stává konzument místo toho, aby se aktivně pokoušel realizovat své hodnoty a postoje.

## 5.7 Hyperreflexe a iatrogenní poškození

Rozhodnutí člověka, svěřit se svým trápením cizí osobě, například psychologovi, či psychiatrovi se stále vnímá v našich podmínkách jako něco nežádoucího. Málokdo se "pyšní" tím, že má nějaký problém, který nedokáže vyřešit a navštěvuje odborníka. Myslím, že stále v naší zemi převládá nedůvěra k odborníkům a pokud někdo navštěvuje terapeuta, psychologa, či psychiatra, je označován za zvláštního, nepřizpůsobivého.

Jedinec, který se rozhodne pro návštěvu odborníka, k němu přichází s nejistotou, strachem, ale i velkým očekáváním, zdali mu profesionál pomůže s jeho situací. V tomto stadiu je pro klienta velmi významná každá otázka i každý výrok. Lukasová<sup>97</sup> zdůrazňuje tuto fázi v souvislosti s diagnostikou klienta, že při nevhodném zacházení může dojít k těžkému ireversibilnímu poškození klienta, aniž by to profesionál zpozoroval. Toto nebezpečí se dá zmírnit dodržováním dvou logoterapeutických principů, jimiž jsou

---

96 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 14

97 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. 32

zabránění iatrogennímu poškození za všech okolností a od začátku působit proti hyperreflexi.

Právě nejistí a psychicky labilní lidé mají sklon k hyperreflexi. Člověk přeceňuje detaily, týkající se jeho osoby a nepřestává se jimi zabývat. Takovéto to neustálé pozorování sebe sama je jedním z velmi nezdravých a nebezpečných postojů člověka.<sup>98</sup>

To znamená, že při vlastní práci s klientem musí odborník od počátku a při vši snaze získat objasňující informace. Dávat pozor na sebe, aby nevyvolal u klienta iatrogenní poškození a dávat pozor na klienta, aby ještě nezesílil jeho hyperreflexi. Lukasová nabízí možnosti, jak jim lze zabránit.<sup>99</sup>

Někteří lidé jsou více náchylní k hyperreflexi, neboť se neustále pozorují. Právě intenzita pozorování vede k hyperreflexi. Pokud se budeme ptát pouze na okolnosti, které k problému náleží, je více než pravděpodobné, že klientova hyperreflexe bude o to větší a horší.

Takzvaná střídavá diagnostika, by měla pomoci předejít stupňování hyperreflexe a zároveň nám umožňuje dosáhnout co největšího množství informací. Ve střídavé diagnostice zájem odborníka směřuje střídavě k pozitivním životním náplním pacienta, které nemají s jeho problémem souvislost. Upřednostněním zájmu na pozitivní zkušenosti dává odborník najevo svůj zájem o pacientovy intaktní životní úseky a může tím snížit hyperreflexi. Dotazováním se na pacientův život, vyzdvihování pozitivních momentů pomáhá i při odvedení pozornosti od bolesti.

V rámci mé profese zdravotní sestry, je jedním z mých úkolů sledování bolesti u pacientů. Měli bychom se přímo dotazovat na jejich bolest a zapisovat údaje do dokumentace. Nerada pokládám otázku na toto téma, neboť pak dotyčného opět přivedu k myšlence bolesti, utrpení a dalších souvisejících okolností. Velmi často se setkávám také s nespavostí pacientů. Důvodem je nejen jejich hospitalizace, kdy jsou vytrženi ze svého domácího prostředí, ale i neustálý ruch a dění na jednotce intenzivní péče. Pokud k tomu přičteme obavy a strachy z průběhu onemocnění, rodinné problémy, pracovní a další okolnosti, které člověka tíží, nemůžeme se nespavosti divit. V těchto případech je dobré

---

98 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 33

99 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 34

odvést pozornost člověka k jiným myšlenkám, či mu zadat nějakou činnost. Často pak zapomenou, že nemohli usnout a ráno se diví tomu, jak dobře se vyspali.

K iatrogennímu poškození<sup>100</sup> pacienta může dojít neopatrností profesionálů při rozhovoru s pacientem právě ve spojení s jeho hyperreflexí. Profylaxe iatrogenního poškození by měla začít už u anamnézy. Měli bychom nechat klienta hovořit a umožnit mu tak objektivizovat příznak a současně se od něj distancovat.

Iatrogennímu poškození nezabráníme tím, že bychom se k diagnóze či problému nevyjádřili. Mlčení je pro klienta znepokojující a vyvolává strach. Nezabráníme mu ani bagatelizováním věcí, které jsou pro klienta významné. Může se pak cítit nepochopen, a že není brán vážně. Zůstat opatrně u pravdy, která obsahuje pozitivní akcent, dává lidem potřebnou naději. Iatrogenii se dá zabránit vyslovením diagnózy, ve spojitosti s nějakou myšlenkou, která u klienta vyvolá úsměv. Je na pomáhajícím pracovníkovi, aby byl schopen klientovi prezentovat pravdu v takové formě, která mu umožní hledět do budoucnosti s důvěrou.

## 5.8 Utrpení, umírání a smrt v logoterapii

Utrpení ve světě je všudypřítomné, setkáváme se s touto problematikou už v prvních písemných pramenech. Lidmi záměrně způsobené utrpení může mít spojitost s námahou, sportem, prací, či trestem, to je utrpení odůvodněné, oprávněné. Má svůj předem daný smysl, a je proto snesitelné a může člověka i těšit. Setkáváme se bohužel ale i s utrpením, které si nepřejeme, a které musíme nést (bolest, nemoc, umírání).

Lukasová<sup>101</sup> rozděluje lidské utrpení na dva druhy:

- osudové utrpení, které je nezměnitelné
- zbytečné utrpení, které si člověk způsobil sám, bezdůvodně a často nechtěně.

Dále se budu zabývat s utrpením osudovým, nezměnitelným, se kterým nepočítáme, snažíme se ho vyvarovat a zajistit se před ním, neboť si nepřipouštíme, že by mohlo mít nějakou pozitivní hodnotu,<sup>102</sup> což popírá Franklovu zkušenost uskutečnění nejhlubšího

---

100 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 33

101 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. 45

102 RABAN, Miloš. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. Vyd. 1.

smyslu v utrpení. Toto utrpení má být v přijetí zdoláno, aby pomohlo člověku dozrát v jeho údělu. Vzdorná síla ducha, je v tomto procesu nutná. Je pojmána jako moc, jež odjímá utrpení osten nesmyslnosti. Postavit se svému osudu s odvahou vzdorovat, či s odvahou přijmout své utrpení je velký lidský výkon. Prostřednictvím tohoto jednání se proměňuje utrpení v proces zrání, vycházející z duchovní dimenze člověka. Smysl utrpení tedy spočívá v tom, jaký k němu zaujmeme postoj.

Kdyby nebylo utrpení, těžko bychom si mohli vážit pozitivních chvil v našich životech. Můj dědeček mi ve volných chvílích vždy vzpomíná na zkušenosti z války, kdy byl ještě chlapcem. Otec mu zemřel v zajateckém táboře během války a od svých sedmi let se musel starat o živobytí sebe a své matky. Prožil těžké dětství i dospívání. Ztráta otce a nutnost starat se o matku byly nepříznivé rány osudy, kterým se rozhodl vzdorovat. Vyrostl z něj velmi silný a houževnatý muž s pevnými zásadami. Váží si života, práce a všech výtobytků moderní doby. Pomáhá svým potomkům jak fyzicky tak finančně, aby nikdo z nás nemusel trpět a tvrdě pracovat jako on.

Vzpomínám na pacientku, která nechtěla odejít z nemocnice domů a neustále vyžadovala pozornost personálu. Naschvál se odpojovala od přístrojů, aby prodlužovala svůj pobyt. Původně byla přijata pro obezitu, která ji v noci způsobovala zástavu dechu. Celý zdravotnický tým se zaměřil na redukci váhy a následně na rehabilitaci. Redukce váhy se zdařila, jen pacientka nebyla ochotna ani zvednout ruku, či si podat pití. Až po delší době se zjistilo, jaké má doma podmínky: syn, který se vrátil z vězení, jí vyhrožoval smrtí. Proč by se tedy tato žena měla chtít vrátit domů, když ji tam čekalo fyzické a psychické týrání? Po jejím propuštění jsem si zpětně pokládala otázku, proč se neřešila původní diagnóza - obezita v širším kontextu (stresová situace v domácnosti, kdy jediným únikem bylo pro tuto ženu jídlo).

Utrpení, kterým lidé procházejí a jejich nezdolnost bojovat se odvíjí od vnitřních hodnot člověka. Pokud máme pro někoho/co žít, můžeme dát utrpení smysl, za který stojí bojovat. Nalézt smysl, důvod k boji, k žití i přes utrpení musíme hledat u každého jedince zvlášť. U smrtelně nemocných na lůžku Plügge<sup>103</sup> popisuje naději. Myslí tím naději neurčitou, která se neupírá k ničemu ve světě a její smysl je v zabezpečení budoucnosti

---

Praha: Vyšehrad, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7021-933-1. S. 217

103 Plügge H. O naději in NĚMEC, Jiří. *Bolest a naděje: deset esejů o osobním zrání*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 1992, 269 s. ISBN 80-7021-056-7. S. 241-254

pacienta, který se cítí ztracen. Nejde o vyléčení nemoci, bolesti, ale o záchranu osoby, která se projevuje trpělivostí při snášení utrpení a umírání. U této naděje se jedná o transcendenci naší existence, překonání egocentrického postoje a strachu, kdy dochází k duševní a duchovní nezávislosti na nemoci.

Závažná nemoc nedává na vybranou, zda být zdravý, či nemocný. Poskytuje ovšem možnost alternativního postoje k životu. Člověk může přehodnotit svůj dosavadní život a budoucí vidět v odlišné perspektivě. Může aktivně zapojit do léčby, nemoc studovat, diskutovat o ní, může pomoci sobě i svým blízkým překonávat obavy, uspořádat si svůj život, přehodnotit ho, najít nové cíle v životě, radost, či uspokojení. Člověk trpící nemocí toho má hodně na práci, která je jednodušší, pokud ji přijme jako další životní povolání.<sup>104</sup>

Konečnost v lidském životě je nevyhnutelná. Co je živé, musí také zemřít. Doba nás ale neúprosně žene vpřed a pozastavit se nad životem a smrtí je mnohdy těžké. Sama smrt je lidem oddalována, zavírají se před ní dveře - dveře nemocničních a pobytových zařízení. Pokud dojde ke zhoršení stavu u seniora těžce nemocného, rodina většinou volá rychlou záchrannou službu a nemocný odchází z našeho světa většinou v cizím prostředí. Lidé většinou nevidí své blízké umírat. Jen malému procentu je dána možnost se rozloučit se svými milovanými a být s nimi i v posledních chvílích jejich pozemského života.

Již několikrát jsem zažila pacienty, kteří "počkali" na své milované, rodinné příslušníky. Byli to lidé v bezvědomí, čekající na smrt, která nepřicházela, dokud se nerozloučili se svými blízkými.

Smrt přináší bolest a strach. Můžeme se s ní vyrovnat. Můžeme pomoci člověku na smrtelné posteli a následovně i pozůstalým. Uvědomování si konečnosti života nám může být ku prospěchu. Člověk si může zařídit záležitosti dlouho odkládané, zanechat za sebou odkaz. S konečností můžeme nalézt životní smysl.

Znám mnoho lidí, kteří odmítají brát své děti na pohřeb. Když se zeptám proč, odpověď dostanu nejasnou. Prý aby dítě nebylo poznamenáno špatnou vzpomínkou na zesnulou osobu. Nemyslím si, že to je dobrý zvyk. Sama jsem byla brána na pohřby už od útlého věku a neřekla bych, že mě to poznamenalo. Spíše naopak. Lidé v mém okolí,

---

104 MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši: [přůvodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. Vyd. 1. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál, 2010, 236 s. ISBN 978-80-7367-782-4. S. 106

kteří nezažili nikdy pohřeb, mají velký problém, jít se rozloučit do smuteční síně se zesnulým a kondolovat pozůstalým.

Ne každý dostane čas na smíření se smrtí. Často se setkávám s názorem, že maligní onemocnění je to nejhorší možné. Jsou ovšem nemoci, které se na první pohled zdají jako banální, přičemž jsou velmi závažné a mají rychlý průběh. Přejde mladý člověk, na první pohled zdravý, ale do dvaceti čtyř hodin je rodina informována o úmrtí dotyčného (např. septický šok). Nebo jsou tu lidé trpící dlouhodobě nemocí, na hranici života a smrti zápasí každý den v umělém spánku. Tito lidé nemají čas na smíření, nemohou si zařídit důležité věci. Není jim k tomu dána možnost. Nemoc či smrt přijde náhle a nebere ohledy. V takových to případech bychom se měli věnovat i pozůstalým a být jim oporou.

Pamatuji si na mladou ženu, která se pokusila vzít si život. V konečném důsledku svého cíle dosáhla. Zanechala tu po sobě dvě malé děti, manžela a rodiče. Celá rodina ji navštěvovala každý den v nemocnici, byli zde všichni i v jejích posledních chvílích. Rodiče ženy měli vždy výtky vůči tchánovi. Po jejím pokusu o sebevraždu se rodina velice stmelila při návštěvách. Zažili spolu velmi těžké chvíle plné bolesti, ale své utrpení přetvořili a z nepřátelství vznikla láska a oddanost. Mladý muž, otec, který se dříve dětem příliš nevěnoval, jim nyní zasvětil celý svůj život a udržuje velmi dobré vztahy i s rodiči zemřelé.

## **6. Možnosti využití logoterapeutických principů u klientů v institucionální péči**

V této kapitole se převážně zabývám jednotlivými principy logoterapie, které se dají využít běžně v praxi s klienty dlouhodobě ležícími v nemocničním zařízení. Jsou jimi paradoxní intence a dereflexe, které představují specifické techniky. Mezi nespecifické techniky patří modulace postoje. Zmiňuji také význam humoru, který je důležitý při práci s lidmi. Teoretická shrnutí doplňuji vlastními zkušenostmi z praxe. Logoterapie není určena výhradně jen psychiatrům, její principy se dají užít ve všech pomáhajících profesích i v běžném životě. Logoterapeutické principy mi nabízejí vhodný přístup k lidem hospitalizovaným na JIP a ráda bych těchto dovedností dosáhla i v praxi.

### **6.1 Paradoxní intence**

Je terapeutickou technikou, kterou Frankl poprvé popsal v roce 1947,<sup>105</sup> jejímž základem je lidská schopnost k sebedistanci. Pro poradce je relativně lehké s touto technikou zacházet a při jejím krátkém použití dochází často k významným, až ohromujícím výsledkům u klienta. Principem paradoxní intence je postavit se svému strachu a místo něj vstupuje léčivé přání onoho obávaného. Pacient si vlastně má přát to, čeho se nejvíce bojí a prostřednictvím humoru se podívat strachu do tváře.

Cílem této techniky je kromě odstranění úzkostných a fobických příznaků také posílení sebevědomí klienta a jeho chuti žít. Je kontraindikována při depresivitě a hrozící sebevraždě.

Paradoxní intenci můžeme použít jak při psychologické konzultaci, tak i v jakékoliv situaci, ve které má být neutralizována moc protivníka, protože potlačuje proces vlastní vůle. Dá se také použít jako výchovná technika, kdy se děti pokouší zápasit se svými vychovateli. Je to vybočení z očekávaného vracejícího se chování, které imponuje klientovi samotnému, i jeho bližšímu okolí. Člověk, který se bál výtahů, má nyní za cíl jezdit výtahy a přát si, aby konečně zkolaboval. Manžel, který se nechá roky tyranizovat od své ženy, najednou vesele souhlasí s rozvodem. Tyto reakce posilují sebevědomí, vyvolávají úctu a oslabují protivníka uvnitř i vně sebe sama. Vybočení ze zvyklostí

---

105 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 56

a závislých řetězových reakcí se vyplatí tam, kde zatím stojí cílené procesy vůle a demonstruje se nezlomná moc ducha proti emocím.

Jak píše Lukasová,<sup>106</sup> u všech druhů strachu není nejlepší snažit se mu vyhnout, nebo proti němu bojovat, ale naopak se pokusit ztropit si ze strachu posměch a to tím, že si přejeme, aby to obávané nastalo. Co si přejeme, toho se vlastně nemůžeme bát, a čeho se už nebojíme, už nás nezatěžuje a psychické následky zátěže mizí.

Techniku paradoxní intence jsem se pokusila užít u pacienta při rehabilitaci. Byl hospitalizován na JIP a nehybně ležel přes dva měsíce. Při zlepšení stavu a následné rehabilitaci se velice obával sedu v křesle. Byl posazován do křesla přes zvedák a po chvíli už volal sestřičku, že chce zpět do postele. Pokud se mu okamžitě nevyhovělo, začala se u něj projevovat úzkost změny životních funkcí - zrychlený tep, tlak, obtížné dýchání. Snažili jsme se mu vysvětlit, že čím déle vydrží sedět, tím více posiluje svaly svého těla. Jednou, když opět požadoval přesun zpět na lůžko, jsme se spolu zapovídali. Zkusila jsem mu navrhnout, ať nám předvede, jak rychle mu může být srdce a jestli by se dokázal úplně sesunout z křesla až na zem. Sám pacient byl překvapen, že vydržel v křesle přes hodinu sledováním televize a nepocíťoval při tom žádné úzkostné stavy.

Důležitou součástí existenciální psychoterapie je také humor. Osvědčí se při práci s existenciálními jako jsou osamělost, svoboda, zodpovědnost, konečnost či smrt. Dle Richmana<sup>107</sup> se humor většinou objevuje spontánně, posilňuje sociální kohezi, když se lidé při setkání smějí spolu. Humor má potenciál redukovat stres, podporovat život, smrt je méně děsivá, pokud jí nemusíme čelit osamocení. Struktura humoru umožňuje prezentovat mnohonásobnou realitu, získat si odstup od sebe a případně nevyhnutelnost smrti udělat snesitelnější. V terapeutickém humoru pozitivnost neznamená, že obsah je sám o sobě pozitivní, nýbrž umožňuje nazírat na hrozivé věci v pozitivnějším kontextu. Na jednotce intenzivní péče je humor velmi důležitý, jak pro ležící pacienty, tak pro personál, vždy ale musí být zachována důstojnost člověka.

Nedávno jsem měla v péči pacientku, které se několikrát denně převazovala rána na břicho. Pokaždé měla z převazu strach, důvodem strachu byla bolest. Když jsem jí převazovala ránu, řekla jsem jí, ať mi předvede, jak moc jí to bolí, jestli dokáže bolestí

---

106 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 43

107 *Psychoterapie V: sborník přednášek*. Praha: Triton, 1998, 229 s. ISBN 80-85875-87-x. S. 9

omdlít. Paní se na mě podívala nevěřicně, ale pak to zkusila. V závěru převazu mi řekla, že to vlastně ani tak moc nebolelo. O pár hodin později, u dalšího převazu její rány jsme vtipkovaly o možnostech omdlení v různých situacích. Je však třeba respektovat lidskou důstojnost a přistupovat k pacientům slušně.

## 6.2 Dereflexe

Cílem dereflexe je léčivé sebezapomnění. Prohloubením orientace na smysl odvádíme pozornost od sebe samých, což vede člověka ke schopnosti sebetranscendence. Dle Frankla realizováním této schopnosti, dochází k rozhodujícímu naplnění, být plně člověkem. Dereflexí je působena změna v zaměření pozornosti ve prospěch nového cíle. „Umožní klientovi, aby poznal, o co více je v životě hodnot než vlastní já s jeho slabostmi.“<sup>108</sup> Sebezapomnění se dostaví samo, pokud nalezneme nějaký jiný cíl, úkol, který na nás čeká, či se oddáme v lásce bližnímu.

Jak uvádí Kosová,<sup>109</sup> dereflexe je indikována v případech hyperreflexe, kdy se jedná o přehnané chtění něčeho dosáhnout, ale to co si člověk vynutí v životě, se často obrací proti němu samotnému. Pacient vidí jen sebe a své vlastní problémy, jeho myšlenky krouží kolem jeho problému, aniž by se našlo nějaké řešení, sebevražda je pak logicky konečnou stanicí vystupňované hyperreflexe. Od symptomu ke smysluplnému cíli - to je primárním cílem dereflexe, tedy směřovat ke smysluplnému cíli, pak je vedlejším účinkem redukce symptomu. Dereflexe je technikou k odstranění zbytečného utrpení.

K sebestřednosti jsme dnes vyzýváni na každém kroku. Reklamy, upoutávky i mnoho seminářů jsou zaměřeny na jedince, jako na samostatnou jednotku. Jsme naváděni k sebezpozorování, upřednostňování svých zájmů nad zájmy ostatních. Pozoruje-li pacient stále jen sebe, jaké má obtíže, jestli se mu vyrážka rozšířila o centimetr, je přecitlivělý v oblasti sebepéče, stěžuje si na nepozornost a nezáměr personálu, vyhledává důvod, aby byl středem pozornosti, to jsou varovné signály, že je něco v nepořádku.

---

108 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 46

109 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 58

Snaha převést hovor, či zájem takového člověka na jiné téma tak, aby to nevypadalo jako nezájem či bagatelizace problémů je ale v situaci závažné nemoci velmi obtížné.

### 6.3 Modulace postoje

Modulace postoje představuje pomoc při konfrontaci s osudovým, nezměnitelným utrpením. Náš postoj k určitým věcem není určován povahou věci, ale naší vlastní osobností, jež propůjčuje objektivní podstatě její subjektivní relevanci. Objektivní stav věci, může vyvolat různou odezvu, záleží na klientově náladovém rozpoložení. Je těžké rozveselit smutného člověka, použitím modulace postoje, ovšem můžeme změnit to, že důvod jejich žalu může přinášet i něco dobrého, nějakou zkušenost, která by pro ně jinak nebyla dosažitelná.

Nezdravý postoj naší doby vede mnohé lidi k přesvědčení, že z toho či onoho důvodu něco nedokážou. Takovýchto důvodů je příliš mnoho, díky různým psychologickým teoriím, ale člověk v duchovní svobodě navzdory mnohým elementům může dosáhnout cíle, když skutečně chce. Úzkostný vstoupí do obchodního domu, děti ze špatných manželství mají dobrá manželství, váhavý se prosadí, jen když to zkusí a dá do toho veškerou sílu. „Kdo se nepokusí překonat své slabosti, ten je nepřekoná a nikdy se nestane, aby jednou zažil, že je mohl překonat, a je proto svým slabostem vydán na pospas.“<sup>110</sup>

Úkolem pomáhajícího pracovníka je tedy při modulaci postoje změnit klientovo „nemohu, protože“ na „já mohu, ačkoliv“. Rozhodujícím obratem je takzvaný „aha – zážitek“, kdy je klient udivený nad možností volby, zda akceptuje nezměnitelný osud anebo přelstí vlastní slabosti. V tom okamžiku člověk pochopí, že to není on, kdo klade otázky a kritizuje rozhodnutí osudu, ale že je tím, který odpovídá a dává odpovědi na určité otázky. Jsou to odpovědi, za které je sám zodpovědný, a které určují jeho další život.

Obrat v životním postoji, kdy život sám klade otázky člověku a zápolení svobody člověka s jeho vnitřním i vnějším osudem vytváří vlastně jeho život. Jde o takzvanou dimenzi lidské svobody, která v kontextu logoterapie nepodléhá deterministickým zákonům, není to volnost od něčeho, ale volnost k něčemu. Neosvobodíme se od svých

---

110 LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9. S. 52

tělesných a psychických podmíněností, nýbrž k nim můžeme zaujmout svobodný postoj.<sup>111</sup> Nespecifická modulace postoje pomáhá k tomu, aby člověk sám sebe prožíval ve všech oblastech svého života jako člověka stojícího na vlastních nohách, který nedovolí osudu, aby si s ním zahrával.

Setkala jsem se s paní v seniorském věku, která byla velmi nemocná. Žila s manželem v bytě a jednou za týden za nimi dojížděla vnučka. Paní byla nešťastná ze svého onemocnění, a že nebude přítomna při návštěvě vnučky. V době její hospitalizace na JIP, mi vyprávěla svůj životní příběh. Během toho si uvědomila, jak je důležitá pro manžela, vždyť on si bez ní neohřeje ani polévku. Zavolala proto vnučce, aby se o dědečka postarala a přijeli jí do nemocnice navštívit. Mohla naříkat, cítit se ukřivděně, ale i přes nepřízeň osudu se postavila nemoci čelem a přijala ji jako svou součást. Co od ní život ještě čekal? Na tuto otázku si odpověděla tak, že musí zajistit manžela, aby se o něj měl kdo postarat a předat vnučce rady ohledně domácnosti

## 6.4 Konfrontace s realitou

Co dělá člověka člověkem? Bez jeho osobních věcí, bez možnosti seberealizace, po odebrání identity minulého života a s nynějším označením ve formě čísla či „nálepky“? V.E. Frankl si tuto otázku pokládá během svého vězení v koncentračním táboře a nalézá na ní také odpověď. Co tedy dělá člověka člověkem v jeho lidské podstatě? Je to cíl, smysl života, který jedinec očekává ještě od života? Nebo je to život, který pokládá otázky, na něž máme odpovědět?

Já si tuto otázku pokládám ve svém zaměstnání na jednotce intenzivní péče s těžce nemocnými lidmi, kteří jsou mnohdy v bezvědomí, se zavedenou tracheotomickou kanylou, tudíž se nemohou slovně vyjadřovat. Apatie klientů, ležících bez pohnutí, bez náznaku jakékoli aktivity, která není způsobena ani fyzickým omezováním, ani psychickým týráním či ponižováním, ale spíše ztrátou smyslu a možná i naděje. Neochota spolupracovat s ošetřujícím personálem, nechat se raději obsloužit a nepohnout samovolně konečkem prstu a mnohé další situace mne nutí k zamyšlení týkající se lidí, které ošetřuji jako zdravotní sestra.

---

111 KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2. S. 14-15

Proč si nechce tento člověk pomoci? Fyzicky už je vyléčen, může opustit nemocniční lůžko, ale mě se zdá že nechce. Vždyť stačí, když se začne sám hýbat, pohyblivost nijak omezena není. Dlouho mi trvalo, než jsem pochopila důvod: Proč by tento člověk měl chtít odejít, když ho doma nic nečeká. Nikdo na něj nečeká, nebo na něj čeká někdo/něco co jeho situaci zase zhorší. A tady jsem si uvědomila, že je možné spojit principy logoterapie a praxi ve zdravotnictví.

Většinou se každý z nás někdy ocitl na pohotovosti, či akutním příjmu. Lidé postižení nějakou zdravotní indispozicí tu čekají v bolestech, nervózní, jejich rodinní příslušníci spolu s nimi ve strachu. Doufají, že k nim personál bude vstřícný a milý, ihned se ho ujmou a budou se vší silou snažit o co nejrychlejší vyřešení nynějšího stavu. Ovšem tak to mnohdy není.

Thomas Moore<sup>112</sup> uvádí svou zkušenost s přístupem personálu na pohotovosti, kdy se mu lékař věnoval pouze po stránce fyziologické. Uvádí tedy dva typy nemocnice. Nemocnici s duší a nemocnici bez duše. Nemocnice s duší je místem, kde se člověk uzdravuje. Nemocnice bez duše je pouze opravnou těl. Současná věda pokročila v medicíně velmi rychle, u personálu je vyžadovaný odborný přístup a vše musí být dokumentováno dle "Standardů kvality péče". Přičemž právě v tomto okamžiku se kvalita péče oddaluje od klienta na osobní lidské rovině a pozornost je věnována pouze fyziologickým funkcím. Už nezbyvá prostor, ani síla na psychickou podporu člověka v jeho duchovní dimenzi. „Žijeme v jednom světě, v němž je možné propojit vrstvu smyslu a vrstvu metod.“<sup>113</sup> Citový život vyžaduje svůj vlastní typ vědomostí a zkušeností a profesionálové v pomáhajících profesích si často neuvědomují jak je důležitá péče přidaná navíc k léčbě, co odlišuje člověka od stroje.

Na svém pracovišti se setkávám se lidmi od patnácti let až do vysokého stáří, mají různé životní cíle, postoje, názory, vzdělání, společenské postavení a samozřejmě rozdílné onemocnění. Každý člověk potřebuje individuální přístup. U starších pacientů je vhodnější zaměřit se na jejich minulost, ze které mohou čerpat sílu. Jsou plni zkušeností, vzpomínek, moudrosti, radosti i smutku. Připomenutí jim, co dokázali, co za sebou

---

112 MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši: [přůvodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. Vyd. 1. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál, 2010, 236 s. ISBN 978-80-7367-782-4. S. 133

113 MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši: [přůvodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. Vyd. 1. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál, 2010, 236 s. ISBN 978-80-7367-782-4. S. 138

zanechali, na co mohou být hrdí, může probíhat v průběhu vykonávání nějaké odborné činnosti. Popovídat si s člověkem, zajímat se o něj, o jeho osobní historii (ne jen o anamnézu), se občas zapomíná v rámci profesionality. U mladších lidí logoterapeutické principy můžeme uplatnit spíše v náhledu na budoucnost a možné dosažitelné cíle, které na dotyčného čekají, až je splní.

Lidské bytí je omezeno časem, nemůžeme se od něj odloučit. Buď můžeme čas využít, nebo ho promarnit čekáním. Čekáme na vhodného partnera, zaměstnání, na vyléčení, na vhodný čas změny. Čekáním se změny nejspíše nedočkáme, jen nám mezitím uběhne další čas, který jsme mohli využít jinak.

Otázka času zaznívá v nemocničním prostředí velmi často: "Jak dlouho tu ještě budu? Kdy mě pustí domů? Kolik mám ještě času? Jak dlouho to bude trvat?" Je těžké odpovědět na otázku, pokud se týká délky hospitalizace, léčby, či konce života. Vždy záleží na každém jedinci zvlášť, na jeho vůli k životu, četnosti návštěv a tím spojené podpory a samozřejmě také na závažnosti stavu nemocného člověka. Lidé hospitalizovaní v nemocnici se často upínají k minulosti, budoucnosti, či jen k přítomnosti. Vnímají čas jako části své existence, které jsou oddělené a nesouvisí spolu. Často přítomnost odsouvají za pomyslnou plentu a nechtějí ji přijímat takovou, jaká je. Dle Wicki<sup>114</sup> je velmi důležité se v přítomnosti vyrovnávat s minulostí a také činit pacienta schopným a dodat mu odvahy, aby začal aktivně utvářet svůj současný život.

Pokud začneme pociťovat význam přítomnosti a podle ní žít, můžeme nalézt jiný úhel pohledu na život. Můžeme změnit svůj postoj k životu a využívat potenciál přítomnosti v plném jejím rozsahu s ohledem na minulost i budoucnost a tím dát smysl přítomnosti.

---

114 in SULZ, Martha a Silvia LÄNGLE. *Žít svůj vlastní život: úvod do existenciální analýzy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 181 s. ISBN 978-80-7367-220-1. S. 59

## **Závěr**

Využití logoterapeutických technik se mi osvědčilo při práci s pacienty na jednotce intenzivní péče. Ze své pozice zdravotní sestry se setkávám s velmi nemocnými lidmi, často v kritickém stavu. Nelze ve všech případech uplatnit techniky logoterapie. U pacientů, kteří jsou stabilizováni, a lze s nimi komunikovat, jsem se setkala s pozitivními výsledky, při užití technik paradoxní intence, dereflexe a modulace postoje.

Práce sestry je na jednotce intenzivní péče velmi různorodá. Na jedné straně by se dala označit za stereotypní a na druhou stranu nikdy nevím, co mě čeká po příchodu na pracoviště. Není nouze o neuvěřitelné životní příběhy, vzestupy a pády lidské bytosti, ryzí utrpení, bolest, smrt, radost i štěstí. Profesionální přístup k pacientům je daný v etických kodexech a zásadách každého pracoviště, nejsme ale stroje, abychom se řídili jen pravidly. Jsme i lidé a lidský přístup je cennější, než robot, který vykoná svou práci. Na mezilidských vztazích velmi záleží, vlídný přístup k lidem a ochota jim pomoci je utišujícím lékem duše.

Pokud mohu svou přítomností alespoň trochu zpříjemnit den nemocnému člověku, není má práce zbytečná. Pomocí logoterapeutických principů je mohu doprovázet při cestě znovunalezení smyslu v životě. Jsou to chvíle radosti i smutku a hluboké úcty k lidem, kteří se dokážou vzepřít nepřízni osudu a bojovat do poslední chvíle.

## Seznam použité literatury

### Prameny:

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.

ČABANOVÁ, Bohumila a Petr HÁVA. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb: [sborník teoretických příspěvků]*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008, 217 s. ISBN 978-80-86973-13-5.

FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: Man's Search Meaning, Introduction to Logotherapy : úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 88 s. ISBN 80-901601-4-x.

FRANKL, Viktor Emil. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, 158 s. ISBN 80-85319-80-2.

FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: [úvod do logoterapie a existenční analýzy]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-7169-779-6.

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 2. opr. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 175 s. ISBN 80-7192-848-8.

FRANKL, Viktor, Emil. *Trpiaci clovek*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2007, 155 s. ISBN: 978-80-7114-638-4

FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2013, 124 s. ISBN 978-80-7114-921-7.

FREUD, Sigmund. *Nová řada přednášek k Úvodu do psychoanalýzy*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997, 157 s. ISBN 80-86123-00-6.

FROMM, Erich. *Člověk a psychoanalýza*. 2. dopl. vyd. Praha: Aurora, 1997, 200 s. ISBN 80-85974-18-5.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

HALÍK, Tomáš. *Stromu zbývá naděje: krize jako šance*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2009, 233 s. ISBN 978-80-7106-989-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010, 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPLÁNEK, Michal. *Teologie a sociální práce: dvacet let dialogu*. Vyd. 1. Praha: Pro Evangelickou teologickou fakultu UK vydal Jabok - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2013, 158 s. ISBN 978-80-904681-1-5.

KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006, 287 s. ISBN 80-7367-121-2.

KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Kontexty sociální a charitativní práce: sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Brno: L. Marek pro Univerzitu Karlovu v Praze - Husitskou teologickou fakultu, 2008, 203 s. ISBN 978-80-87127-07-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Vyd. 1. Boskovice: Vydala Ostravská univerzita v Ostravě v nakladatelství Albert, 2013, 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. 1. vyd. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2012, 539 s. ISBN 978-80-86057-78-1.

MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši: [průvodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. Vyd. 1. Přeložil Ivo Müller. Praha: Portál, 2010, 236 s. ISBN 978-80-7367-782-4.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

OPATRŇÝ, Michal. *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 327 s. ISBN 978-80-7429-408-2.

PERERA, Mahendra, Karuppiah JAGADHEESAN a Anthony PEAKE. *Hledání smyslu v zážitcích blízkosti smrti*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 262 s. ISBN 978-80-7387-597-8.

*Psychoterapie V: sborník přednášek*. Praha: Triton, 1998, 229 s. ISBN 80-85875-87-x.

PROCHASKA, James O a John C NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Přeložil Jiří Štěpo. Praha: Grada, 1999, 479 s. ISBN 80-7169-766-4.

RABAN, Miloš. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7021-933-1.

ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Vyd. 2., rev., V této řadě 1. Přeložil Jiří Krejčí. Praha: Portál, 2014, 340 s. ISBN 978-80-262-0597-5.

SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2008, xx, 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.

SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 150 s. ISBN 978-80-262-0607-1.

SULZ, Martha a Silvia LÄNGLE. *Žít svůj vlastní život: úvod do existenciální analýzy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 181 s. ISBN 978-80-7367-220-1.

ŠKODA, Jiří. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2007, 267 s. ISBN 978-80-7044-858-8.

THELENOVÁ, Kateřina. *Teorie sociální práce I*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, 125 s. ISBN 978-80-7372-767-3.

ULRICHOVÁ, Monika. *Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře*. (Czech). : *Logotherapy as a prevention of burnout syndrom in physicians*. (English). *General Practitioner / Prakticky Lekar*. 91, 4, 200-202, Apr. 2011. ISSN: 00326739

ULRICHOVÁ, Monika. *Etické aspekty v psychoterapii: k problematice etické výchovy a sebevýchovy terapeuta: se zaměřením na logoterapii a existenciální analýzu*. 1. vyd. Ostrava: Moravapress, 2013, 106 s. ISBN 978-80-87853-10-8.

VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Český spisovatel, 1996, 208 s. ISBN 80-202-0605-1.

## **Elektronické zdroje:**

<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>

<http://www.mpsv.cz/cs/9860>

[http://www.volno-os.cz/Aktivizace\\_osoby\\_s\\_postizenim.aspx#top](http://www.volno-os.cz/Aktivizace_osoby_s_postizenim.aspx#top)

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf)

## **Summary**

The thesis deals with logotherapeutic principles, and their use in approaching to clients in residential care. Theoretical starting points are verified by practical experience inserted directly in the thesis. Meaning of life and positive motivation are important parts in the treatment of seriously ill people. The importance of interpersonal relations is often omitted in hospitals. Principles of logotherapy, the method of dereflection, paradoxical intention and attitude modulation can be used in work with people hospitalized at the intensive care unit.