

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA

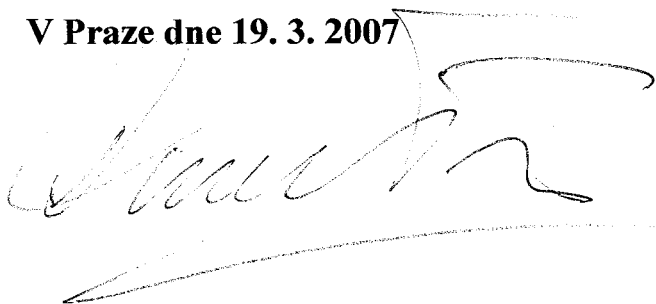
Rigorózní práce

**Problematika pedagogicko-psychologického
poradenství na Klinice dětské hemato-onkologie
FN Motol**

Mgr. Daniel Tůma

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a k jejímu zpracování jsem využil literatury uvedené v seznamu.

V Praze dne 19. 3. 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel Tůma', written over a horizontal dotted line.

Mgr. Daniel Tůma

Děkuji Doc. PhDr. Jiřímu Pelikánovi, CSc. za neutuchající podporu a zájem o můj život a mou práci.

Děkuji také Prof. MUDr. Janovi Starému, DrSc. za pracovní příležitost díky níž jsem dokázal formulovat své myšlenky a své profesionální aspirace.

Mé poděkování patří i psychologce, Mgr. Kateřině Vrtělové za cenné rady a podporu během vypracovávání této práce.

Obsah:

1.	Úvod	6
2.	Filozofická východiska pro práci s tématem života a jeho ohrožení	7
2.1	Odkazy	16
3.	Fenomén altruismu jako jedno z paradigmat pomáhajících profesí?	18
3.1	Odkazy	28
4.	Pojetí pedagogicko-psychologického poradenství na KDHO FN Motol	29
4.1	Východiska a postupy v pedagogicko-psychologickém poradenství	29
4.2	Kompetence pedagogicko-psychologického poradenství na KDHO FN Motol	39
4.2.1	Diagnostické nástroje pedagogicko-psychologického poradce	61
4.3	Odkazy	68
5.	Možné aspekty práce pedagogicko-psychologického poradce KDHO FN Motol	71
5.1	Aspekty pedagogicko-psychologické	72
5.1.1	Pedagogicko-psychologické potřeby dítěte a jeho rodiny během pobytu v nemocnici	75
5.1.2	Problematika výchovného poradenství u hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol	76
5.1.3	Problematika vzdělávání a vzdělávacích potřeb u hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol	76
5.1.4	Význam pedagogicko-psychologické péče při návratu do běžného života a při integraci dítěte do kolektivu	77
5.2	Aspekty terapeutické	78
5.2.1	Systemicky orientované terapeutické rozhovory	87
5.2.2	Herní terapie	90

5.3	Aspekty interdisciplinární	93
5.3.1	Koncepce práce interdisciplinárního psychosociálního týmu	94
5.3.2	Témata a cíle interdisciplinární práce do budoucna	99
5.4	Odkazy	105
6.	Praxe pedagogicko-psychologické práce u dětí a jejich rodičů hospitalizovaných na KDHO	108
6.1	Ukázky a příklady jednotlivých způsobů intervenční práce	108
6.2	Orientační přehled prvotních výsledků empirické sondy <i>Dotazníku pro rodiče hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol</i>	137
7.	Závěr	141
8.	Anotace	144
9.	Seznam použité a prostudované literatury	145
10.	Přílohy	150

1. Úvod

Cílem této práce není snaha o publikaci nových vědeckých poznatků, ale spíše odborné zkoumání specifického zaměření pedagogicko-psychologické práce s vážně nemocnými dětmi a jejich rodiči. Zamýšlím se nad prací s dětmi, které jejich nemoc ve svém důsledku může i ohrožovat na životě, a přináším pro takovou práci vhodné náměty.

Oproti v dnešní době sílící tendenci vymezovat kompetence, určovat, kdo má a kdo nemá právo pedagogicko-psychologicky nebo jinak ve své podstatě terapeuticky působit, se domnívám, že pro potřeby praxe je mnohem užitečnější hovořit o otázkách konkrétních a zabývat se možnostmi odborné intervence, které slouží hlavně ku pomoci a prospěchu dětských pacientů a jejich rodičů.

V práci se pokusím nastínit kompetence pedagogicko-psychologického poradce a celkové pojetí této odborné činnosti pro obecné potřeby dětského somatického oddělení, v konkrétní podobě pro potřeby Kliniky dětské hemato-onkologie (KDHO). Budu přemýšlet o jednotlivých aspektech práce poradce, o parciálních metodách a budu se také zaobírat přínosy poradenského procesu. V dílčích kapitolách budu vysvětlovat použití jednoho z možných způsobů práce, resp. modelu profesionálních způsobů práce pomáhajících profesí, jak je ve své knize definoval Úlehla, neboť se mi tento model v praxi dobře osvědčil, a domnívám se, že napomáhá sebereflexi a vymezení činnosti pomáhajícího, což považuji vedle všeobecně uznávaného paradigmatu pomáhání, tj. altruismu, za základní axiomy odborné pomáhající práce.

Výraz pomáhání, „pomáhající profese“, nebo „pomáhající“ budu v práci užívat ve významu nadřazeném pro všechny druhy odborné exaktní práce, která si klade za cíl být ve svém důsledku nápomocná, odborná, směřuje k přímé edukaci a výchově provázející dítě během jeho pobytu v nemocnici a nebo se zabývá konkrétními způsoby poradenské práce.

Těžiště práce určují pohledy a zkušenosti z hematologického oddělení a z Transplantační jednotky kliniky dětské hemato-onkologie. Na těchto dvou odděleních byla také provedena empirická sonda.

2. Filozofická východiska pro práci s tématem života a jeho ohrožení

Motto:

„Smrt je nejzávažnější téma, jakým se kdy lidská mysl zabývala, svrchovaná otázka všech dob i národů. Je to nevyhnutelná hranice, ke které všichni směřujeme; součást zákona našeho bytí právě tak jako zrození.“

(Cammile Flammarion, 1996)

Úvodem svého zamyšlení nad filozofickými východisky, které naši práci na specifickém somatickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole každodenně provázejí, bych rád připomněl studie významné thanatoložky, Elizabeth Kübler-Rossovové, které se specificky vážou i k situacím rodičů opatrujícím své dítě při pobytu v nemocnici.

Dle jejích výzkumu (Kübler-Rossová, 1993) prochází každý člověk u nevyléčitelné choroby několika fázemi, které se v různé intenzitě a délce vyskytují u každého postiženého. Po první fázi *iniciálního šoku* přichází fáze *popření*, stažení se a *izolace*, následují fáze *hněvu*, *zloby*, *smlouvání* a *deprese* (tedy fáze odpovídající míře vnitřního boje s neměnnou realitou a s jejím zpracováním, vyrovnáváním se), potom přichází fáze akceptace a přijetí pravdy jako neměnné veličiny. Po tomto vnitřním procesu se „tok řeky smutku“ rozbíhá dvěma různými směry. První, žádoucí a v nejširších souvislostech a významech nejsmířlivější, směřuje prožívání člověka k důstojnému klidu, k přijetí a vyrovnání se s vlastní konečností, i bez vize další

transcendentální existence. Výraznou roli v této fázi, jako v celém procesu, může sehrát příklon jedince k náboženství nebo ateizmu. Druhý směr, považovaný obecně za nežádoucí, ale mnohdy velmi častý (zvláště u lidí bez zázemí nebo s nejasně reflektovanými životními úspěchy a nenaplněným smyslem života) je směr prožívání namířený k zoufalství, kapitulaci, pocitu prohraného boje, totální rezignaci a apatii, letargii. Na základě vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že podobnými fázemi procházejí i rodiče/opatrovatelé našich dětských pacientů.

Role pomáhajícího je v tomto ohledu nesmírně složitá, ale potřebná. Byť se dnešní medicína v mnoha ohledech konečně přiklání k tendenci duševního doprovázení pacienta v jeho „těžkém období“ daleko více než před pětadvaceti lety, je stav stále velmi neuspokojivý. Mému tvrzení napomáhá i fakt, že většina nemocnic má psychologa či terapeuta (pomáhajícího profesionála, socioterapeuta, rodinného poradenského pracovníka...aj.) pouze na některých odděleních, ale na „méně důležitých“ odděleních už do systému nutné péče o pacienta není funkce takového profesionála začleněna, je dokonce považována za postradatelnou. Přitom i H.Haškovcová již v roce 1985 zdůrazňuje, že „...každý má právo na život a nikdo není oprávněn hodnotit život druhého člověka v tomto smyslu, tj. v prožívání jeho kvality, než člověk sám.“ ¹ Tedy jinými slovy, nikdo nemá právo posuzovat, kdo si ještě poradenskou pomoc zaslouží a kdo už nikoliv. Medicínská praxe pracující v systému diagnóza - proces léčení nedokáže ještě v mnoha ohledech přijmout fakt, že pacient není nemoc a naopak. Život člověka končí okamžikem jeho smrti, ale do té chvíle má každý z nás právo na to, aby tyto chvíle prožíval co možná nejkvalitněji, včetně dětských pacientů. Jistě je pochopitelné, že mnohé nemoci znemožňující dosahování některých cílů, u dětských pacientů už tak nereálných, jedince natrvalo determinují, ale úlohou pomáhajícího profesionála je pomoci rodičům postiženého tento fakt přijmout, smířit se s ním a přivést je k poznání, že byť v menším a determinovaném měřítku, zůstává ale život životem ve své nejvyšší hodnotě, a tou je existence sama. Často pozorovatelná změna žebříčku hodnot u nemocného a u jeho blízkých je pracovníkovi vějíčkou, aby člověku pomáhal nalézt jiné, nové a do té doby nepoznané obzory a rozměry hodnot lidského bytí a ceny lidského života. Psychoterapie, jako ostatně každá jiná pomáhající profese, má své kořeny v hluboce lidském přemýšlení o váze a hodnotě lidství a života. (Kübler-Rossová, 1993)

Domnívám se, že většina vážných životních situací a postupů našeho přemýšlení vyvěrá z naší potřeby pochopení smyslu lidské existence a lidského života. Stanislav Grof hovoří o základní filozofické otázce *proč?* jako o zásadním myšlenkovém postoji většiny lidí. (Grof, 1993) Tuto otázku si kladou lidé v mnoha životních situacích, v životních krizích a konečně se jí zabývají po tisíce let různé filozofické směry. Každé lidské trápení a utrpení, přístup člověka k ostatním lidem a jeho chování, prožívání v interakci se sociálním prostředím, to vše většinou vyvěrá z vnitřního tápání po smyslu a cíli, zejména během různých krizových životních situací. Důležité je naše subjektivní a zcela individuální prožívání této situace, její chápání a vnímání.

Je správné své subjektivní prožívání korigovat alespoň na úroveň prevence vlastního selhání, a nebo naopak pokusit se rozpoznat naši pozorovatelskou „hodnotící“ pozici vzhledem k té které životní situaci? A nebo je lepší budovat zdravé sebevědomí, tedy přijetí a pochopení vlastních hranic, i když často v ostrém rozporu od „jedinečnosti“ výchovou nám podsouvaných a zakořeněných hluboko v duši? Brazilský spisovatel Paulo Coelho nazývá život „dobrým bojem“. (Coelho, 2000) Je přesvědčen, že hlavním cílem lidského života je „vést“ tento „dobrý boj“, jít vytrvale, ale nikoliv egocentricky za svým cílem a bojovat za něj do posledního dechu.

Avšak to, s jakým výsledkem tento boj (de facto tedy svůj život) uzavřeme, není podle Coelha to podstatné. Důležitý je pro něj právě onen proces/cesta za ideálem cíle, nikoliv výsledek samotný. Podstatný je pro něj právě onen „dobrý boj“, na který pak opět naváže další generace, a my tím tak přispějeme do oné obrovské „mozaiky“ lidského bytí kamínkem našeho já. A to je dle Coelha smyslem našeho života zde na Zemi a zároveň onou „nesmrtelností“ lidské duše. Zde možná nalézá Kristem nazvaný „život věčný“. V něm je jeho smysl samotný, život pro život sám. Cíl lidské existence však ve svých knihách nespecifikuje, ale je patrné, že je Coelho nasměrován citem, silou lásky a nepřebornými možnostmi lidství.

Na lidský život je tedy možné nahlížet různými způsoby, ale v obecné vědecké rovině se setkávají dva základní směry. Směr přírodní a humanitní, filozofický. Jednotlivá vědecká paradigmatata a předpoklady se ve světle dějin měnily a mění v závislosti na paradigmatech vědeckého zkoumání skutečnosti. Zásadní přírodovědecké

paradigma pracující s předpokladem mutace a přirozeného výběru se dodnes potýká s oblastmi a kategoriemi humanitních a filozofických věd, které akcentují *spiritualitu, estetické potřeby, smysl pro spravedlnost ...etc.* (Grof, 1993) „*Od okamžiku Velkého třesku přes počáteční rozpínání galaxií až k vytvoření sluneční soustavy a geofyzikálním pochodům, jež daly vzniknout této planetě, byla kosmická evoluce údajně řízená pouze slepými mechanickými silami. Podle tohoto modelu vznikl život v prvotním oceánu náhodou, jako výsledek bezcílných chemických procesů. Podobně i buněčná organizace biologické hmoty a vývoj vyšších forem života se objevily zcela mechanicky, bez účasti jakéhokoliv inteligentního principu, náhodnými genetickými mutacemi, spolu s uplatněním přirozeného výběru, který zaručoval přežití nejschopnějších.*“¹²

Na základě nastíněných premis je zjevné, že každá vědecká teorie podléhá modifikačnímu procesu ve chvíli, kdy jiná teorie otřásá zakořeněnými a zažitými „pravdami“. Takovýto proces je možná v současném pokrokovém světě nejvíce patrný např. u medicíny, chemie a fyziky. Každé paradigma je základním předpokladem pro vědecký výzkum, jeho hodnocení a experimenty. Tento způsob jakési vědecké „víry“ se ale může filozofii zdát pouze jakýmsi nekonečným principem hledání podstaty skutečnosti. Nastaví-li dějiny filozofie takovýmto snahám zrcadlo, uvidíme např. základní rozdíl v chápání skutečnosti už u Aristotela a u Platóna. „*Každá ideologie předstírá znalost a majetnictví pravdy,...*“¹³ Platónova nauka o *idejích* nám říká, že veškeré bytí je jen odrazem pravých idejí a v lidském životě se na ně procesem učení rozpomínáme. Naopak Aristoteles hledá pravdu systematickým vědeckým bádáním a ověřováním, neboť pouze tak lze podle něj pravého poznání dosáhnout. Východní nauky o lidském životě hovoří jako o zrání duše, která reinkarnací cizeluje své kvality a přebírá tak za svůj život a existenci odpovědnost. Takovéto tvrzení je naopak v ostrém kontrastu např. s křesťanskou filozofií, kde je nástrojem morálky vyšší princip/kodex, a myšlenka jedincovy vůle a osobní odpovědnosti za život se tak stala odlišnou od tendencí vůdců křesťanské ideologie, kteří o věcech morálky a mravů potřebovali rozhodovat. Důležité však je, bez ohledu na filozofické předpoklady o smyslu a úkolu bytí, uvědomit si, že od určitého momentu si každý člověk položí základní otázku - *proč?* Přírodní vědy však hledají po mnoho let odpověď na otázku - *jak?* Člověk hledá svou identitu, zažívá pocity vykořenění, už mu nestačí saturace základních potřeb technologickými výtobky a

dostává se na křižovatku, na níž si potřebuje odpovědět na některé otázky. Hledá kauzalitu, hledá příčinu. Filozofickou otázkou ale také paradoxně zůstává, zdali tento způsob přemýšlení je ten, který poskytuje člověku jistotu, kterou tolik potřebuje.

Grof ve shodě s konstruktivisty tvrdí, že realita je konstruktem pozorovatele. Doslova říká: „...*extrémní formulace absolutního dualismu mezi myslí...a hmotou...*, ... *vyústila v přesvědčení, že materiální svět lze objektivně popsat bez ohledu na lidského pozorovatele. Tato koncepce napomohla rychlému rozvoji přírodních věd a techniky, ale jedním z jeho konečných důsledků bylo vážné zanedbání holistického přístupu k lidským bytostem, ke společnosti a k životu na této planetě.*“¹⁴ Autor zde nastoluje relativitu mezi podstatou vědecké, zejména přírodní činnosti a její výchozí pozicí, která už v samé podstatě nemožnosti objektivního postojů nemůže být „pravdou“. O povaze skutečnosti bylo napsáno mnoho knih, pro naše téma se mi však jeví jako důležité připomenout, že jiná věc je přírodní vědou dokázaná přítomnost patologického nálezu v těle člověka a jiná věc je nahlížení na tuto skutečnost samotným pacientem nebo jeho okolím, její přijímání a zpracovávání. Z hlediska přírodních věd je člověk biologickým organismem, který podléhá zákonitým procesům, z hlediska filozofického je to však ten samý biologický člověk, který hledá své *proč?* a který přemýšlí o věcech, jejichž podstatu nelze vysvětlit zákonitostmi přírodních věd. Frankl se ve svých knihách přiznává, že se nedokázal nikdy v životě smířit s myšlenkou, že „...*život není koneckonců nic jiného než proces spalování, proces oxidace...*“¹⁵ Tvrdí-li Nakonečný, že „*Žádné individuum se geneticky nerovná jinému*“¹⁶, dokládá, že zde nám přírodní vědy skvěle nahrávají přijímání jedinečnosti a ceny každé lidské osobnosti, každé lidské bytosti. Každé jedinečné lidské individuum potřebuje hledat odpovědi na své základní otázky. V situacích životních křižovatek je hledá o to víc. Budeme souhlasit s Franklovým tvrzením „...*že jsem řekl, že bych nebyl nikdy a nikde ochoten žít pro své reakce nebo dokonce umřít pro své obranné mechanismy. Považme však, v jakém rozsahu mohou tyto hypotézy podmiňovat entuziasmus pro smysl a hodnoty.*“¹⁷

Domnívám se, že na tento postoj bychom měli z humánního hlediska nahlížet jako na osobité právo každého člověka, které však nepopírá přírodovědeckou determinaci života. Nebo na něj snad budeme pohlížet jako na něco, co je jakýmsi důkazem vyššího smyslu lidské existence, která jde nad všechny biologické procesy? Na tuto otázku by

Grof zřejmě odpověděl, že: „*Je...princiálně nemožné praktikovat vědu bez nějaké soustavy apriorních přesvědčení, bez základních metafyzických předpokladů a odpovědí týkajících se podstaty skutečnosti a lidských znalostí. Avšak bez ohledu na to, jak moderně nebo přesvědčivě je to které paradigma formulováno, je třeba jasně rozeznávat jeho relativní povahu, a vědec by ji neměl zaměňovat s pravdou o realitě.*“¹⁸ A dodává, že: „*Karteziánsko-newtonovská věda vytvořila velmi negativní obraz lidských bytostí, když je popsala jako biologické stroje hnané instinktivními impulsy zvířecí povahy.*“¹⁹ Dále tvrdí, že duchovní kategorie nám přírodní věda vysvětluje jako „...*deriváty základních instinktů, ...,kompromisy v podstatě cizí lidské povaze. Tento obraz podporuje individualismus, důraz na sobectví, soutěž a princip „přežití nejschopnějších“ jako přirozené a v podstatě zdravé tendence.*“¹¹⁰ Připomeňme, že autor je lékařem.

V každém případě má každý plné právo, aby tuto hypotézu vyvracel, protože jediné vyvratitelná, ale doposud nevyvrácená hypotéza je platná. Podle mne lze ve smysl pouze uvěřit a to následně způsobí, že v konání a v životě smysl nalzáme. Ostatně Konrád Lorenz (Lorenz, 2000) k těmto způsobům přemýšlení nahrává svými úvahami, když uvádí, že teorie poznání je vždy založena na procesu, kdy prvotní úsudek podrobíme interakci s dalšími zkušenostmi a smyslovými podněty a teprve tehdy se rozhodneme, zdali byla daná myšlenka správná či nikoliv. (Tůma, 2006)

Je tedy patrné, že samotný koncept člověka a jeho života je různými směry a různými odborníky chápán v naprosto jiných intencích a je vysvětlován jinými způsoby. Jak ale v kontextu naší práce, kdy jsou na životě ohroženy děti, přistupovat k lidem, kteří tím trpí? Jak přistupovat k sobě samému a jak si v hloubi duše formulovat postuláty a předpoklady, se kterými se v této práci nutně setkáváme.? Mnoho thanatologů říká, že právě tento vysoce individuální sebereflektivní proces je neodmyslitelnou a nedílnou součástí osobnostního růstu člověka, který pracuje mezi světem života a smrtí.

Setkání se smrtí je situací člověka, při níž se v jeho mysli utkávají v souboji protichůdné hypotézy, dochází ke zvažování hodnoty jedincova života a vzhledem k omezené životní perspektivě se jedincovo nahlížení na tuto skutečnost mění. Frankl o lidském hledání smyslu říká, že člověk: „*Zprvé vidí smysl v tom, něco dělat nebo tvořit. Dále vidí smysl v tom, něco prožít, někoho milovat; ale také ještě v beznadějně*

situaci, vůči níž stojí bez pomoci, vidí za jistých okolností smysl. Na čem záleží, to je stanovisko a postoj, s nímž se střetává s nevyhnutelným a nezměnitelným osudem.“ ¹¹¹

Camille Flammarion ve své knize *Tajemství smrti* pokládá podobně znějící otázku: „*Cožpak každý z nás dá svým posledním vydechnutím vesmíru jenom těch šedesát nebo osmdesát kilogramů masa a kostí, které zpráchnivějí a vrátí se k prvkům?*“ ¹¹² A oba vůdčí teoretické principy, přírodní a filozofický vyzývá ke sblížení. „*System fyzikálního světa tvoří rámec světa duchovního. Spojení obou těchto myšlenkových řádů je nevyhnutelné.*“ ¹¹³

Vzhledem k nastíněným premisám se nabízí, že každý, kdo se setkává se smrtí svou a nebo blízké osoby, má výsostné právo na to, aby se zabýval otázkami smyslu a víry po svém. Žádné vědě se dodnes nepodařilo prokázat neexistenci jiné existence než života člověka, a nikomu se také ale nepodařilo ji prokázat. Proto se domnívám, že je základním právem každého člověka, aby svou smrt nebo smrt někoho blízkého přijímal na základě své vlastní vůle a aby se dokázal s kategoriemi naděje, víry a smyslu vypořádat. K takovému jednání bychom měli dávat ve své práci prostor. Vladimír Smékal v doslovu ke knize *Tajemství smrti* píše, že v různých tvrzeních odborníků nalézáme: „*Na jednom pólu esoterické deklarace nebo narativní popisy putování duší, na opačném pólu neuropsychologické analýzy fenoménu umírání, které vše, co se zde vyskytuje, objasňují jako reakce zanikajících neuronů, jako projevy nedostatku kyslíku v neuronech, důsledky autointoxikace... atp.*“ ¹¹⁴

Několikrát citovaná thanatoložka Kübler-Rossová v kapitole o *terapii nevyléčitelně nemocných* říká, že za nejdůležitější pro otázky života a smrti považuje jejich *sdílení* s nemocným a jeho blízkými. Každý terapeut má podle ní dokázat poskytnout pacientovi a nebo jeho blízkým možnost hovořit o svých pocitech a předpokladech zcela otevřeně a bezpečně. I v situacích, kdy lidé mluvit nechtějí, bychom prý měli dokázat, byť krátkodobou návštěvou, svou účast a sdílení takové chvíle. Tato spoluúčast dokáže vytvořit jistotu, že s trpícími spolucítíme a jsme jim nablízku. Víc než působit beznadějně můžou takové chvíle vybudovat pevný lidský vztah naplněný láskou, pochopením a nadějí. Otázce sdílení a provázení se budu ještě věnovat v kapitole o krizové intervenci.

Jak je vidět, přírodní a humanitní vědy proti sobě stojí svými paradigmaty často v ostrém kontrastu, ale mohou se, při vzájemném respektu, významně obohacovat a doplňovat. Tuto skutečnost potvrzují i mé zkušenosti z praxe na klinice dětské hematologie a onkologie ve Fakultní nemocnici v Motole. Zde se medicína jako přírodní věda potkává každodenně s ryze humanitními otázkami. Dochází-li k terminálnímu stadiu onemocnění dítěte, nezbyvá člověku, který je takové situace svědkem, nic než jen usebrání a tiché sdílení. Závěrem bych rád citoval Kübler-Rossovou, jejíž text určuje stav těch, kteří s umírajícím jsou až do konce, buď jako rodinní příslušníci-rodiče a nebo jako ošetřovatelé. *„Lidé, kteří v sobě mají sílu a lásku a zůstanou s umírajícím sedět v hlubokém tichu, jež se vymyká slovům, poznají, že ten okamžik ve skutečnosti není strašný ani bolestný, že je to klidný a pokojný zánik tělesného fungování. Sledovat klidnou a pokojnou smrt člověka je jako sledovat padající hvězdu: jedno z miliónů světél v ohromném prostoru oblohy zablýskne na krátký okamžik, a navždy se ztrácí ve tmě. Možnost být na blízku a ku pomoci umírajícím pacientům dává poznat jedinečnost každého člověka v ohromném moři lidstva. Vede nás k uvědomění naší konečnosti, konečnosti a ohraničenosti lidského života.“* ¹¹⁵

U dětí je životní historie sice mnohdy velmi krátká, ale jsem přesvědčen, že délka života nekoreluje s jeho kvalitou. Naplnit dítěti poslední sny života láskou je nesmírně těžké a vyčerpávající. Je to úkol, který by nikdo z nás nechtěl přijmout, ne pro „nelásku“ k dítěti, ale pro hrůznou skutečnost toho, že ztrácíme, co jsme přivedli na svět a co milujeme a milovat jsme chtěli a co mělo naplnit náš život smyslem, právě svým životem, svými úspěchy a pokračováním historie naší „krve“. Frankl tvrdí, že být „minulým“ znamená být uchováno navždy. Ptá se, zdali je opravdovou skutečností přítomnost nebo věčnost. Říká, že vše je pomíjivé, ale zároveň věčné. Věčné se stává neměnnou minulostí všemi zážitky, prožitky, vzpomínkami... Podle něj v přítomnosti rozhodujeme „...co bude vpuštěno do minulosti.“ ¹¹⁶ Protože se domnívá, že: *„Neboť právě vzhledem k „věčné“ uchovanosti bytí v onom „být minulým“ bude nyní všechno záležet na tom, co my v přítomnosti, v daném okamžiku, do tohoto „být minulým“ vpravíme.“* ¹¹⁷

Přemýšlet po vzoru Frankla, že naše minulost je naše vlastní budoucnost, je jistě nesmírně těžké, a ne každý z nás s tímto postojem dokáže souhlasit. Ale pokud bychom na tyto předpoklady přistoupili a vzali v potaz, že všechny ideje, které byly „...jednou uvedeny do času, jsou „navždy“ zvěčněny.“¹⁸, dokázali bychom možná žít v naději na věčnou existenci i bez nutnosti jednoho z vyhraněných postojů. Nemuseli bychom se zabývat ani biologickým definitivním zánikem a ani možností jiné formy transcendentální existence. Taková myšlenka svým způsobem osvobozuje, ale přemýšlet o ní do hloubi možná dokážeme až ve chvíli, kdy se ocitneme v situaci těch, které v naší práci provázíme.

2.1 Odkazy

- 1/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 24
- 2/ GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993, str. 24
- 3/ ČULÍK, J. in BERNARD, G.: *Co je člověk*. Praha: Tom 1992, str. 179
- 4/ GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993, str. 23
- 5/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: cesta 2006, str. 8
- 6/ NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. Praha: Academia 1998, str. 65
- 7/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: cesta 2006, str. 9
- 8/ GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993, str. 11
- 9/ GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993, str. 28
- 10/ GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993, str. 29
- 11/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: cesta 2006, str. 19
- 12/ FLAMMARION, C.: *Tajemství smrti*. Frýdek Místek: Iris RR 1996, str. 33
- 13/ FLAMMARION, C.: *Tajemství smrti*. Frýdek Místek: Iris RR 1996, str. 33
- 14/ SMĚKAL, V. in FLAMMARION, C.: *Tajemství smrti*. Frýdek Místek: Iris RR 1996, str. 207

15/ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. Turnov: Arica 1993, str. 238 - 239

16/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 39

17/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 39

18/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 41

3. Fenomén altruismu jako jedno z paradigmat pomáhajících profesí?

V této kapitole bych rád nabídnul vlastní zamyšlení nad vysoce individuální otázkou podstaty pomáhání. Někteří autoři se domnívají, že altruismus a nezištná láska by měly stát v popředí motivů pomáhání, jiní stanovují odlišné pilíře podstaty pomáhání. Já se domnívám, že pro každého z nás má rozhodnutí stát se pomáhajícím profesionálem svůj subjektivní význam a vychází ze subjektivních důvodů, motivů a hodnot. Oblast zkušenosti nás při výkonu této profese směřuje různými cestami a často se ocitáme v práci s klienty na křižovatkách plných etických paradoxů. Při řešení těchto citlivých otázek, které se týkají nás samotných, se můžeme přiklonit k tendenci po supervizi, nebo musíme, a to považuji v začátcích kariéry pomáhajícího profesionála za stejně důležité, přikročit k reflexi svého vnitřního světa a konfrontaci s ním. Tento imperativ by měl platit dle mého názoru ve všech profesích, ale v oblasti pomáhání, kde stavíme kvalitu života, štěstí, spokojenost a užitečnost pro klienta na první místo smyslu a cíle našeho snažení, by se mělo jednat o hodnoty interiorizované, podložené zevnitřnějším procesem přijetí odpovědnosti, s respektem ke svobodě individuality. Vliv výchovy a empirie na profilování osobnosti je jistě z našeho pedagogického normativního pohledu neoddiskutovatelný, ale s ním by po cestě pomáhání měla jít ruku v ruce i touha po vlastní sebevýchově, seberegulaci a sebereflexi, které jsou jedinými hnacími motory uvědomělé práce s vlastní osobností, s chápáním jejích omezení, jejích hranic a postupně vedoucí k poznání a specifikaci rámce vlastních možností, a tedy cestě k adekvátním aspiracím. Dle mého soudu, bez takto definovaného osobního postoje pomáhajícího profesionála a bez jasně daného rámce služeb, které „nabízím“ a na které „mám kompetenci“, není možné efektivně nabízet službu, ba dokonce ani vědomě a účinně pomáhat. Témata subjektivně významná se táhnou celým lidským životem a je pouze na každém z nás, jak je dokážeme využít a pracovat s nimi.

Náš stát, a tedy i naše zdravotnictví, zažily od prvního vydání knihy *Spoutaný život* (Haškovcová, 1985) řadu změn v oblasti politického a kulturního života. Po listopadovém převratu roku osmdesát devět se některá témata související s lidskou osobností a její důstojností dostala dle mého názoru na okraj zájmu společnosti, příležitost k růstu a k rozvoji získaly možná spíše myšlenky tržního hospodářství a norma lidské identity se odsunula na jakousi pomyslnou vedlejší kolej priorit lidské společnosti. V době této dezorientace hodnot a sociálních nejistot je jistě nesmírně těžké zabývat se intenzivně a s neutuchajícím zájmem lidským jedincem a jeho životem, ale mnozí autoři se těmto tématům věnují i nadále a některá témata se stávají opět aktuálními, možná právě pro vědomí a vzrůstající pocit deficitu na straně společnosti. Nebo působí tato tendence jako hledání léku na Havlem označovanou tzv. „*nemocnou společnost*“? (Havel, 1990) Ať už je pravda jakákoliv, je nesmírně důležité, že hodnoty a lidská identita se opět stávají hlavními tématy lidských hovorů, námětů a obsahů akademických debat a v neposlední řadě i obsahem práce pomáhajících profesionálů.

Tímto zamyšlením jsem předznamenal vlastní způsob uvažování o poslání pomáhajících profesí. Historizace pomáhajících profesí sahající až k duchovní a pastorační činnosti je důkazem potřeby lidského slova v životních situacích, se kterými si mnohdy sami poradit neumíme. A samotný, subjektivně vnímaný význam, jenž má tento fakt pro člověka, by se měl stát nejvyšší hodnotou a výchozím imperativem pro následnou práci obou jedinců v klientské spolupráci. Klientskou spoluprací rozumím takovou spolupráci, která si klade za cíl poskytovat odbornou pomoc. A jak tvrdí Haškovcová: „*Žádnou formu pomoci nelze eliminovat, pokud může působit na částečnou nebo celkovou restauraci stavu lidského blaha.*“ /1

Sektor pomáhajících profesí prošel navíc v posledních letech a v polistopadové éře mnoha změnami a celý systém zaznamenal mnoho nových informací, metod a postojů pro práci s klientem. Samozřejmost interdisciplinarity a multifaktoriálního hlediska využívají pomáhající profesionálové v daleko širší míře než dříve, a dokáží proto efektivněji a bez nálepky „diagnózy“ pracovat nejen z objektivistického hlediska s etiologií problému, ale spíše s procesem hledání optimálního řešení. Odborníci už nejsou jen odborníky na klientovo téma, ale také na „práci“ s ním. Antropologické hledisko nabývá v současné době na významu. Z tohoto úhlu pohledu je pomáhající tým, „kdo

pomáhá hledat“. Viktor Emanuel Frankl kdysi napsal: „...*jeden člověk neví, zda svědomí druhého nemohlo mít pravdu. To nemá znamenat, že žádná pravda neexistuje. Může existovat pouze jedna pravda; ale nikdo nemůže vědět, zda je to on, a ne někdo jiný, kdo ji má.*“ /2

Kdybychom šli k samotným pramenům odlišných názorů na efektivní pomáhání, uvědomili bychom si problém individuality, tedy jedince, který za svým působením lékařským či filozofickým stojí. August Strindberg kdysi k rozličným postulátům vědeckých disciplín ve své divadelní hře *Hra snů*, vložil rolím do úst následující postoje:

Lord kancléř: *Co myslíte vy, pane děkane teologické fakulty?*

Děkan teologické fakulty: *Já nemyslím, ale věřím...credo...*

Děkan filozofické fakulty: *Já usuzuji...*

Děkan lékařské fakulty: *Já vím...*

Děkan právnické fakulty: *Já pochybuji, dokud se nenajdou důkazy a svědkové!*

(Strindberg, 2004)

Je tedy zřejmé, že je tolik rozličných postojů a názorů, kolik je disciplín a teorií. K těmto východiskům je zajímavé položit si zmiňovanou otázku o samotné podstatě a přirozenosti altruismu, neboli nezištné lásky. Z přírodních věd víme, že rodičovské instinkty jsou pudově determinovány a že jsou vlastní všem živým tvorům. Zároveň však ale víme, že emoce jako např. agrese jsou také něčím přirozeně biologicky podmíněným. Z přírodních výzkumů je nám předkládáno, že tyto tendence živých tvorů prý korelují

s potřebou ochrany rodu a s obranou před nebezpečím. Člověk však jako jediný, tedy z dosud známých faktů, disponuje nejrozvinutějším způsobem myšlení, operuje poznávacími procesy a je schopen introspekce. To jej významně vyděluje z přírodní říše, odkud, dle evoluční teorie, vzešel. K tomu se staletími formovala i kultura, jako specificky lidská činnost odrážející a vyjadřující lidskou identitu a jako jakási projekce vývoje lidského ducha, a ruku v ruce se všemi těmito procesy zrály díky vývoji kognitivních struktur lidského mozku i úvahy o podstatě lidského života a krystalizovaly různorodé hodnoty. Ty se formovaly na základě kulturně-historického vývoje každé země, odpovídaly významu života, práce, postavení a roli ženy a muže a rozvíjí se i na základě všeobecného pokroku. Proto můžeme v zrcadlení dějin světa pátrat po příčinách určitých hodnot a v optimálním případě se tak poučit z učení předchozích generací. Z těchto zmíněných důvodů, hovořím-li o lásce jako o paradigmatu pomáhajících profesí, nemohu opomenout náhled různých vědeckých orientací na samotnou podstatu lásky. Tedy na samotné předpoklady o její přirozenosti, funkci a významu.

Přírodní vědy nepovažují nezištnou lásku jen za cosi nedotknutelně svatého a čistého, ale označují ji za přirozenou potřebu a tendenci všech živých tvorů. Za příčinu její přítomnosti a působení však označují tzv. *sobecký gen*. Neboť jedině díky němu lze prý v boji o moc a v boji o život přežít. Tedy cílem a motivací k jakémukoliv jednání je ochrana sebe, svých genů, tedy svých potomků a příbuzných. Láska podle sociobiologů tedy není ničím jiným, než výsledkem funkce zmíněného *sobeckého genu*, který je jakýmsi ochránářským pudem, hybatelem, zajišťujícím reprodukci sebe sama (svých genů) v dalších generacích. (Tůma, 2006)

Britský biolog a etolog Dawkins v rámci své teorie o determinaci chování člověka staví do popředí zmiňovaný *sobecký gen*, o kterém tvrdí, že svým charakterem a funkcí je v podstatě „sobeckým“. Sobeckost je pro něj základní vlastností, stejně jako pro všechny další molekuly, neboť míří za jasným účelem, který struktuře molekuly při procesu sebeutváření dopomáhá přežít a reprodukovat se. Sobeckost je tedy, podle autora, přirozenou vlastností každého genu. Toto pojetí však člověku bere „*sen o nezištném altruismu, který se nestará o biologickou identitu svého cíle.*“¹³ „...genetická determinace znamená, že geny programují fungování smyslových, nervových a humorálních systémů organismu a jeho základní behaviorální sklony a způsoby učení.“¹⁴

Podle Dawkinse je altruismus v základu sobecký, protože jeho cílem je *sdílení společných genů* s příjemci tohoto altruismu. V dovětku knihy *Sobecký gen* píše biolog Zrzavý: „*Genu je jedno, sedí-li jeho kopie ve mně, v mém dítěti nebo v mém sourozenci, a tak se mohu, ba dokonce mám obětovat v jejich prospěch, pokud tím v jejich tělech zachráním více kopií genů. (...) Jedinec je jenom krátkodobá koalice genů: egoismus jedince (...) je prostě součtem egoistických zájmů jednotlivých genů.*“ ¹⁵ Darwinisté ostatně tvrdí, že nejprve zde byl požadavek prostředí, který změnil genetickou výbavu druhu, tento druh se prostředím přizpůsobil, adaptoval se na něj a tím získal větší šanci na přežití.

Kompetice (jako výsledek praktického užití vlastností genů) je v tomto smyslu tedy chápána jako prostředek k zabezpečení úspěšnosti rodu a rodově sblížených jedinců a k jejich přežití. Z psychologie ostatně víme, že jako první zachráníme spíš své blízké než např. sousedy. Ale i tuto teorii lze podrobit kritice, protože zachraňuji-li kohokoliv jiného než sebe, nechovám se z pohledu morální postkonvenční normy sobecky. Společenské vědy pracují s individualistickým pojetím jedince, a proto lze i tuto biologickou teorii napadnout. Můžeme doložit na výjimkách, že existují i jedinci, kteří se chovají jinak, než by se dalo na základě biologické predikce očekávat. Tyto výjimky, často vstupující do dějin, nejsou bohužel biologickými vědami respektovány, neboť se matematicky a statisticky jedná o naprosto nevýznamnou odchylku. Rozdíl mezi pohledy je zkrátka v tom, že biologie pracuje s obecnější normou a vědy společenské, např. pedagogika vnímají jednotlivce jako základní jednotku svého výzkumu a případné následné intervence. Otázkou z mého pohledu však zůstává, zdali může být kulturní evoluce vyšších etických hodnot nadřazena genetické determinaci? Frankl tvrdí, že biologismus „...*je odpůrce lidské svobody...*“ ¹⁶ a ve svých úvahách přemýšlí o tom, že „...*máme odpovědnost, že člověk je odpovědný a svobodný také vůči oněm psychologickým, biologickým a sociologickým podmíněnostem, které vůči němu primárně vystupují jako něco osudového.*“ ¹⁷ Tato tvrzení dokazuje kategorií lidského studu, o kterém píše, že „*Jím se člověk brání proti totální objektivaci, proti tomu, aby to, co je mu nejvnitřnější, bylo vydáváno napospas a vystavováno objektivujícímu přírodovědeckému pohledu.*“ ¹⁸

Milan Nakonečný si pokládá otázku, jak souvisí biologický determinismus s vyššími formami lidského duševního života a říká: „*Pokusy sociobiologů redukovat tento vývoj na princip přežití jedince a druhu, vyjadřující fungování lidského genotypu, se sice vyznačují velkým úsilím, ale zdaleka nevysvětlují vše; zejména vyšší formy duchovního života a mnohá vysvětlení, např. „vypočítavého altruismu“, jsou sporná.*“ ¹⁹

Z předešlé stati vyplývá, že láska a její funkce v životě člověka jsou kategorie vysoce individuální a na každém člověku je, aby s touto možností hledání odpovědi zacházel dle svého uvážení a dle vlastních hodnot, které na základě své svobodné vůle může formovat. Ostatně domnívám se, ve shodě s Franklem, že je za to zodpovědný. Dobře všichni víme, že každý z nás má práh tolerance a altruismu jinde. Pro někoho je nejvyšší hodnotou výchova vlastních dětí v lásce k rodičům a v lásce k nejbližším, pro jiné je jí láska k sobě a u jiných láska ke všem lidem. Shodneme-li se, že je láska významnou součástí hodnot člověka, uvědomíme si však, jak je její budování úzce spojeno s výchovou a zejména s otázkou kategorie odpovědnosti. Ve své diplomové práci, v níž jsem zkoumal vliv výchovných postojů rodičů na utváření odpovědnosti jedince vůči sobě a okolí, jsem došel k závěru, že odpovědnost(...) *nevidím pouze jako jakousi rovnováhu mezi pudovou a sociální determinací člověka, ale jako motivickou základnu pro veškeré konání a jednání člověka, které by ve svém důsledku mělo být vždy odpovědné, tedy takové, aby svým důsledkem neohrozilo okolí a respektovalo jeho svobodu.*“ ¹¹⁰ Dále jsem došel k závěru, že „výchovné postoje, které by nejlépe podporovaly rozvoj odpovědnosti a utvářely její vznik jsou takové, které by vyvěraly z vědomí rodičů (z jejich přesvědčení) o nutnosti odpovědného přístupu k výchově svých dětí jako k procesu,

1/ který danou rodinu přesahuje svým významem celospolečenským

2/ který by svým působením zaručoval rozvoj lidské osobnosti mající tendenci k sebepřesahu, ve smyslu potlačení některých příliš sobeckých potřeb (sobeckých genů). Takovým potlačením rozumím vyšší potřebu člověka, jejíž smysl a základ leží v potřebě žít pro štěstí druhých.“ ¹¹¹

Zdá se, že vliv morálního zrání je tedy s otázkou lásky a altruismu úzce propojen. Dle postkonvenční morálky je altruismus nejvyšší formou projevení lidství. Například Piagetovy a Kohlberovy závěry o stádiích morálního vývoje, které jsou přímo úměrné fázím a vyspělosti kognitivních operací, nám poskytují základ pro další uvažování o hodnotě a významu morálky v životě člověka. Dle přírodovědců se však u problematiky morálních norem jedná pouze o jakési směrnice a korekce hierarchicky uspořádaného života na planetě, bez nichž by lidstvo už dávno podleгло zkáze. Ano, z filozofického hlediska jsou jistě určitá pravidla pro společný život na zemi potřebná, ale neznamenají pouhé slepé následování norem daných nám zvnějšku. Křesťanský apel „miluj bližního svého“, buddhistický význam lásky jako základu všeobjímající životadárné energie a mnoho dalších kultur se shodují v důležitosti lásky a v jejím principu. Tyto úvahy naznačují, že princip lásky nás činí hodnotnými lidskými bytostmi. Byť je láska v křesťanství „vstupenkou“, nebo jakýmsi prostředkem, který sleduje účel života věčného, nemusí být tento cit prostředkem k jinému cíli, ale samotným smyslem. Ostatně Matějček s Langmeierem podávají o výchově v lásce a o důležitosti citového zázemí pro rozvoj morálně-volných vlastností jasné důkazy. Nejen, že z četných výzkumů o citové deprivaci dětí z dětských domovů víme o vlivu citové deprivace na jejich další rozvoj a zrání mnoho, ale autoři podávají i další důkazy o výchově v lásce a bez lásky v odlišných kulturních prostředích. (Matějček, Langmeier, 1986)

Je tedy altruismus zásadním paradigmatickým pomáháním, máme-li pomáhání za vysoce ceněnou kategorii? Jestliže ano, není tedy správné zpochybňovat přírodní hledisko se svým postulátem vrozeného sobectví a paradigmatickým evoluční teorie? Musí evoluce nutně znamenat pouhou mutaci něčeho dřívějšího a přirozenějšího, založeného na boji o život? Navíc, uvědomíme-li si často zmiňovanou kategorii normy a posuzování normality na základě aktuálního stavu lidské kultury, napadá nás otázka, je-li láska přirozená a normální. Je altruismus normální? Je přirozeným předpokladem pro výkon pomáhající profese?

Normalita jako statisticky nejvyšší výskyt daného jevu ještě neznamená, že vše na různých koncích Gausovy křivky je pro určitého člověka nepřirozené. Pomineme-li sociálně nežádoucí patologické jevy, i láska má své různé formy a i předpoklad

bezpodmínečné lásky k lidem může stát dle různých výzkumů v různých částech Gausovy křivky normálního rozložení. Položme si otázku: Kde se vzal předpoklad, že právě „nejvíce vyskytující se jev“ znamená normalitu? Je tedy například chování matky Terezy nenormální? Pak tedy ani nezištná láska není častým jevem a je tedy za hranicemi normality. Přesto o přítomnosti lásky a altruismu víme, prožíváme je a cítíme jak tříbí naše hodnoty. Pokud je mi známo, statisticky lásku nikdy nikdo neměřil. Hovoříme o ní jako o něčem přirozeném a přítomném v životě lidského rodu, tvrdíme, že jsme ji kulturně-historickým vývojem posunuli na hierarchicky vyšší hodnotu, ale přesto se denně setkáváme s lidmi, kteří to s tímto citem mají jinak, jiným způsobem ho projevují, jinak přemýšlí o jeho důležitosti, nebo naopak jejich chování vypovídá o „*vzpourě deprivantů*“. (Koukolík, Drtilová, 2006)

V rámci pomáhajících profesí hovoří o lidském vztahu, resp. altruismu jako o přirozené součásti profese Karel Kopřiva. (Kopřiva, 2000) Ten ve svém pojetí I-K-O-R, o kterém bude ještě řeč, shrnuje nástroje pomoci pomáhajícího pracovníka podobně jako Úlehla. (Úlehla, 1996) Říká, že i pomoc, která není vyžádána, je pomocí ve chvíli, kdy pracovník sebereflektivně uváží své kroky a na základě svého přesvědčení a svých hodnot se rozhodne pomoci klientovi „*připojit se k řádu*“. (Kopřiva, 2000) O veškeré spolupráci mezi pomáhajícím a klientem hovoří jako o „*svébytném lidském vztahu*“ a o osobnosti pomáhajícího hovoří jako o hlavním nástroji jeho profese. Tedy altruismus autor považuje za jedno z hlavních paradigmat pomáhání. Na základě kvalitativních výzkumů seřadil vlastnosti, které v domovech důchodců specifikovali jejich obyvatelé jako zásadní pro osobnost ošetřovatelů. Na prvních místech v žebříčku se neobjevovaly kategorie odbornosti, ale zejména kategorie jako jsou *náklonnost, trpělivost a vcítění*.¹¹² K těmto zmíněným poznatkům připojuje komentář, že v žádné školské instituci, která pomáhající profesionály připravuje na jejich budoucí povolání se však takovéto dovednosti neučí. Otázkou z mé strany zůstává, zdali takovým dovednostem, které bývají formovány především výchovou v primární rodině, naučit lze. Za paradox profesionálního pomáhání považuje další paradigma, které je často v souvislosti s pomáháním zmiňováno, a to, že pomáhající by měl mít pochopení pro každého. Jak však sám dokazuje na amerických studiích, ani toho nelze dosáhnout, protože každý z nás má, ať chceme nebo nechceme, jisté preference pro práci s danou cílovou skupinou.

(Kopřiva, 2000) Cituje americkou studii, která prokázala, že většina profesionálních poradců daleko raději pracuje s lidmi mladými, úspěšnými a hezkými na pohled, než s lidmi s opačným působením. Pro tyto preferenční postoje používá autor vysvětlení, že každý klient, kterého nedokážeme přijmout, naráží svou osobností na ta místa v nás, která jsou citlivá a bolestivá a jako recept na takováto selhání doporučuje jak supervizi, tak zkoumání vlastního nitra a aktivní práci se svým vnitřním světem.

Více než v širším slova smyslu láskou se jeví lidský vztah a altruismus v pomáhajících profesích v jeho pohledu jako uvědomělý, zodpovědný a respektující postoj vůči lidem, kterým je pomáháno. Zmiňuje kategorii moci, kterou pomáhající drží v ruce a apeluje na sebereflexi odborníka, aby aktivně s tímto vědomím vstupoval do spolupráce s klientem a uměl s vlastním vnitřním světem pracovat a nakládat. Kategorii svobody vysvětluje v souvislosti s pomáháním jako oblast, kterou bychom měli ve své práci také vědomě používat. Připomíná svobodu volby a zároveň naše omezení, která se promítají do vlastních osobních vztahů každého z nás, hovoří o určitém druhu omezení nezávislosti, neboť také neseme odpovědnost za naše blízké. To vše ovlivňuje podle autora naše cítění a jednání. Závěrem reflektuje současné potřeby lidí, které jsou ovlivňovány nárůstem nežádoucích sociopatologických jevů, a vyzývá pomáhající profesionály, aby dopomáhali svými lidskými vztahy se svými klienty k rozšiřování *vnímavosti*, která podle něj v současném světě nejvíce chybí. *Vnímavost* také považuje za jednu ze zásadních vlastností vhodných pro pomáhajícího profesionála.

Závěrem této kapitoly by se tedy dalo říci, že prosociální orientace je u pomáhajících profesionálů zcela jistě ve většině případů prokazatelná, záleží pouze na osobnosti každého jedince, jak s touto orientací dokáže pracovat, jak ji dokáže efektivně využívat a do jaké míry potřebuje saturovat pouze vlastní deficity. Láska se všemi podobami projevení je tedy v lidském životě jaksí přítomna a u některých jedinců se orientuje i na širší okolí, včetně jedinců, s nimiž by se v běžném životě a v jiných profesích nepotkal, nebo by se s nimi setkal ve zcela jiných kontextech. Forma vztahu mezi pomáhajícím a klientem je vždy definována kontextem spolupráce a je pouze na každém z nás, jak tuto roli bude vnímat, jak si stanoví své hodnoty a jak se bude v rámci

své práce definovat. Altruistické nastavení je už ze samotné podstaty pomáhající profese patrně jeho nedílnou součástí, ale při nekorigované práci s ním může více uškodit než pomoci. Hranici takového nebezpečí určuje míra odpovědnosti pomáhajícího, do níž se promítá i nepostradatelná sebereflektivní práce. Otázkou však stále zůstává, zdali altruismus zajišťuje i další vlastnosti žádoucí pro pomáhajícího profesionála. Stojí charakteristiky, které z amerického výzkumu zmiňuje Kopřiva, za altruismem, nebo by se měly projevovat paralelně? Mít rád lidi, a nejen své nejbližší, je patrně těžší, než se může na první pohled zdát. Pomáhat je z mého pohledu uměním, které by nemělo bolet, ale poskytovat úlevu, respektující spolupráci a naplnění pro všechny účastníky tohoto procesu. Závěrem vyjádřím názor, že altruismus by z mého pohledu měl být paradigmatem pomáhání, ale měl by být pojmenovaný a rozpoznáný, účelně využívaný, a ne slepý. Byť by někdo mohl namítnout, že samotné účelné využívání altruismu může být vlastně sobeckým jednáním člověka, neboť mu zajišťuje obživu, je finančně ohodnoceno a saturuje mu jeho potřebu být nápomocný, pokládám otázku, zdali je nemorální vybrat si takovou profesi, která bude možná člověku saturovat jeho altruistické a morální potřeby, ale která bude zároveň saturovat potřeby jiných lidí zejména v oblastech, kde je pomoc člověka člověku nenahraditelnou veličinou... .

3.1 Odkazy

- 1/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 25
- 2/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 17
- 3/ ZRZAVÝ, J. in DAWKINS, R.: *Sobecký gen*. Praha: Mladá fronta 2003, str. 316
- 4/ NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. Praha: Academia 1998, str. 64
- 5/ ZRZAVÝ, J. in DAWKINS, R.: *Sobecký gen*. Praha: Mladá fronta 2003, str. 316
- 6/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 41
- 7/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 42
- 8/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 43
- 9/ NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. Praha: Academia 1998, str. 63, 64
- 10/ TŮMA, D.: *Vliv výchovných postojů rodičů na utváření odpovědnosti jedince vůči sobě a okolí*. Diplomová práce, FF UK Praha, 2006, str. 112
- 11/ TŮMA, D.: *Vliv výchovných postojů rodičů na utváření odpovědnosti jedince vůči sobě a okolí*. Diplomová práce, FF UK Praha, 2006, str. 112
- 12/ KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál 1997, str. 15

4 Pojetí pedagogicko-psychologického poradenství na KDHO FN Motol

Pedagogicko-psychologické poradenství považuji za obor, který disponuje svým pojmovým aparátem, metodologií a empiricky podloženým souborem intervencí. Specializuje se na práci s dítětem a s dospívajícím a díky požadavkům kladeným během studia disponuje poznatky z oboru pedagogiky a psychologie, které se snaží při aplikaci syntetizovat do souboru odborných postojů, postřehů a preventivně-intervenčních nástrojů. Záleží na poradci samotném, jak své znalosti dokáže syntetizovat pro práci s jednotlivými případy.

Jako profesionálové však potřebujeme zároveň pracovat ve vyjasněných kontextech, které nám dodávají bezpečí a jistotu pro práci s danou kazuistikou. Tento obor navíc ve srovnání s jinými obory působí ve zdravotnictví krátce a z toho plyne důraz na potřebu vyjasňování kontextů a vymezení se vůči jiným oborům. Pro pomáhající z oboru jednooborové pedagogiky, která by měla své místo v systému péče o člověka vyjasňovat a dokládat svůj přínos a význam pro interdisciplinární kontexty pomáhání v týmové spolupráci, to platí stejně jako pro všechny ostatní obory.

4.1 Východiska a postupy v pedagogicko-psychologickém poradenství

V této kapitole bych rád představil několik postupů práce, které pro poradenství navrhnou naši přední odborníci, a také bych rád uvedl, jakým způsobem je poradenství vedeno na naší klinice ve Fakultní nemocnici v Motole. Než však přejdu ke konkrétnímu popisu postupů práce, chtěl bych tuto část uvést malým zamyšlením nad východisky.

Za každou snahou pomáhající práce by, dle mého názoru, měla stát vyšší potřeba. Tato potřeba by měla být jasně specifikována, aby mohla profesionálové dopomoci k odstranění některých negativních prvků při práci s klienty, ať jsou jimi děti nebo

dospělí. Každá práce s hluboce lidskými tématy je totiž zároveň vysoce riskantní a nebezpečná pro uvíznutí ve vlastním světě představ a předpokladů, které nás pak nutí pracovat pouze s jedinou hypotézou, ve které navíc můžeme zápasit i s vlastními strachy a úzkostmi. Nikdo z nás totiž nemá na všechny otázky odpověď, zejména na otázky hluboce lidské, jako je smrt, dočasné nebo doživotní omezení nebo nová realita života s nemocí. Tyto pastě číhají na každého, kdo se rozhodne pracovat s tímto tíživým tématem. Ať už je směr našich snažení poradenský, pedagogicko-psychologický, jako v mém případě, nebo se věnujeme přímému vzdělávání dětí při jejich pobytu v nemocnici, vždy je naše chvíle strávená s dětmi jedinečná a může mít vysoce terapeutický účinek. Chvíle, kdy dítě může prožít své dětství a alespoň na pár chvil zapomenout na tíživý a omezující způsob života v nemocnici, jsou vzácné a dle mého názoru je naším úkolem tyto chvíle poskytovat, podněcovat jejich rozvoj a pravidelnost. Dítě má na tyto prožitky nárok a právo.

Jeden z nejuznávanějších světových pedagogů a ve své době i vynikající dětský psycholog J.A.Komenský nás ve svých dílech nabádá k přirozené lásce k dítěti jako k něčemu, co je „...nad stříbro, zlato, perly a kamení drahé dražší...“. ¹¹ Jean Jacques Rousseau o pedagogickém procesu jako o něčem, co je podstatným mezníkem pro život ve světě, říká: „*Rodíme se slabí, potřebujeme sílu: rodíme se zbaveni všeho, potřebujeme pomoci: rodíme se bez rozumu, potřebujeme srdnatosti. Vše, čeho nemáme při svém narození a čeho potřebujeme ve stáří, dostáváme vychováním. Tohoto vychovávání dostává se nám přírodou, lidmi nebo věcmi.*“ ¹² A proto jakákoliv péče, která k tomuto procesu přispívá, ať už je nazvána jakkoliv, je podle mne hodnotou, kterou bychom měli sledovat. Zrání a učení procházejí mnoha vývojovými změnami a ovlivňuje je mnoho aspektů. Jsou to procesy, jejichž zákonitosti by měl každý odborník ovládat.

Proto je patrné, jaký význam mají teoretická východiska pro pedagogicko-psychologickou péči o děti a na kolik hledisek práce a na kolik situací by měl být pomáhající profesionál připraven. Jako jednooboroví pedagogové s pedagogicko-psychologickou specializací si uvědomujeme, že pedagogika jako individuum respektující spolupráce má velmi často hluboce terapeutický rozměr. Navíc, pedagogickou práci můžeme rozumět nejen řízenou výuku a vychovatelství, ale její rozměry můžeme vnímat i v interakci dvou lidí, kteří společně hledají v poradenském

rozhovoru řešení daného problému. Jak tvrdí behavioristé ve své teorii učení, úspěšné vyučování a terapie závisí „...značnou měrou na umění odborníků vyvolat u žáků či pacientů vhodné odezvy, které poskytnou příležitost ke zpevnění.“ /3

Proto za zásadní a rozhodující pro tento druh práce považují obvykle delší dobu trvající navázání bližšího kontaktu s osobou, které se rozhodneme pomáhat nebo která nám byla jako cílová osoba v kontextu instituce přidělena. Navázání bližšího kontaktu je podmínkou, která provází snahu poradenského pracovníka dítě či rodiče pro spolupráci vůbec získat. Tento základní axiom je z mého pohledu stejně důležitým předpokladem jak pro výchovnou, tak pro poradenskou a terapeutickou práci, zejména v tomto oboru činnosti a s tímto druhem tématu. Z praxe se potvrzuje, že základním předpokladem pro další práci, ve které se objevují různé druhy výzev a které následně ovlivňují náš způsob spolupráce s jedincem, je právě upřímná kvalita a morální hodnota nabízeného lidského vztahu. Jedná se o nepostradatelný jev, který považují za jakýsi základní stavební kámen další spolupráce, nad níž jsem se zamýšlel v předcházející kapitole.

Dále je nutné si uvědomit, že pedagogika a pedagogické poradenství vychází z různých direktivních a nedirektivních přístupů a reflektuje jednotlivé teorie osobnosti vzhledem ke způsobu práce a k vytyčenému cíli spolupráce. V obou může být určujícím činitelem žádoucího výsledku spolupráce jak odborník (na základě legislativy, instituce...etc.), tak ale i klient (soukromá výuka, školení, lektorská spolupráce, personální řízení, terapie).

Například terapie je s pedagogikou hluboce provázaným oborem a jejich hranice se dají specifikovat až konkrétní interakcí, formou spolupráce a jejími výsledky.

Domnívám se, že nebezpečí a nevýhody některých direktivních přístupů dokáže velmi dobře formulovat a reflektovat jak pedagogika, tak terapie, resp. psychologie. A v oblasti osobnostně-sociální výchovy je terapeutický rozměr rovněž neoddiskutovatelný. Tento přístup poslední roky rozvíjí své nástroje, metody a přístupy v hojně míře.

Oproti studiu jednooborové psychologie, kde jsou posluchači pro práci s dětmi specializováni až v praxi, je absolvent specializace pedagogicko-psychologické poradenství dobře vybaven už díky dílčím zkouškám, které se v závěru studia syntetizují do specializační průpravy pro poradenskou práci. Pro práci v klinickém prostředí je nutné mít na paměti, že „*nemoc je jen jeho (pacientovou) součástí, stravuje jeho orgány, ale*

neodcizuje člověku jeho duši, osobnost, zkušenosti, spolu se všemi stále přítomnými tužbami a přáními, byť do budoucna zdravotním omezením modifikovanými. /4 Proto i pedagogicko-psychologické poradenství má svou hlubokou funkci a opodstatnění na odděleních somatických, nebo můžeme říci ve zdravotnictví obecně. U dětských pacientů se objevují stejné problémy jako u dětí zdravých, jen realizace některých činností je nemocí modifikována. Z těchto zmíněných důvodů se domnívám, že zásadní teoretická východiska pedagogicko-psychologické práce na somatickém oddělení jsou stejná jako v každé jiné práci, protože děti jsou stále dětmi, i když jim jejich nemoc dětství zčásti bere. I přesto je však nutné dovolit dětem jejich dětství prožít a poskytnout k tomu veškeré dostupné nástroje a způsoby, které se v nemocničním prostředí dají realizovat. Právě poradenství může být cestou, která rodiči i dítěti napomáhá ve zvládnání léčby, pomáhá žít každodenní život v izolovaném prostředí a podává pomocnou ruku rodičům ve chvílích, kdy vývoj dítěte reaguje na své zákonitosti. V nemocničním prostředí neztrácí dítě svůj věk, svou tvář a své vývojové potřeby. V nemocničním prostředí se dítě nemění do poslušného pacienta, který snáší léčbu. Ba naopak, mnoho dětí nám při dlouhodobější léčbě doslova roste pod rukama a potýkají se se stejnými problémy jako děti zdravé. Mezi léčenými dětmi se setkáváme s dětmi se specifickou poruchou učení, vidíme děti, které nevyrůstají v emočně podnětném prostředí, a vidíme také děti, které jsou hyperaktivní a jejichž rodiče potřebují pro jejich výchovu užitečné rady a vedení. Proto považuji postupy pedagogicko-psychologického poradenství za stejné jako v každé jiné instituci, jen je třeba počítat s tím, že na somatickém oddělení jsou některé aktivity, které bychom jindy považovali za poradensky významné, nemožné. To ovšem na druhou stranu nárokuje na poradce větší vybavenost nápady a fantazií a tato výzva k variabilitě a bohatosti poradenských intervencí je ve svém důsledku pro poradcův rozvoj nedocenitelná. Každý pracovník se ve své každodenní praxi potýká s mnoha omezeními, která však musí ku prospěchu dítěte a jeho stavu vyřešit. „...to není člověk, kdo by zde mohl klást otázku, nýbrž je to paradoxně život sám, jenž se člověka táže. Pak ukazuje, že otázky, které nám život klade, můžeme zodpovědět pouze tím, že tím přebíráme za svůj život odpovědnost.“ /5 Citace, kterou uvádím, je z pera Viktora Frankla a velmi dobře vystihuje, jak odpovědná je práce poradce na somatickém oddělení. Navíc jako jednooborový pedagog přemýšlím o výchově a o poradenství v širším kontextu. Nekladu

si za cíl „pouze“ poradit, jakým způsobem by bylo vhodné dítě vést, ale snažím se naplnit myšlenku, že každé dítě má právo na své zrání a prožívání svého dětství se všemi vývojovými mezníky, které k vývoji patří. V dnešní době, kdy jsou děti zahrnovány nejmodernějšími hračkami a technologiemi, se občas ztrácí tendence vést děti k podstatným a zásadním hodnotám, jejichž naplnění se nedocílí materiální jistotou. Myslím si, že i proto v každé poradenské intervenci předáváme kus ze sebe, kus ze svého světa a kus ze svých předpokladů, které bychom neměli poskytovat jako jedinou pravdu a dogma, ale spíš jako inspiraci k tomu, aby dítě dokázalo zahlédnout svět v jeho nejroztodivnějších barvách. Pod každou intervencí by měl být i výchovný podtext vedoucí k odpovědnosti jako k vlastnosti, která jako jediná umožňuje žít člověku naplno svou vnitřní svobodu. *„V tomto našem století musí výchova směřovat k tomu, aby nejenom zprostředkovávala vědění, ale aby také zušlechťovala svědomí, tak aby člověk dostatečně jasně slyšel, tj. dokázal zaslechnout v každé jednotlivé situaci požadavek, který je v ní obsažen.“* ¹⁶

V pedagogice se nezabýváme jen tím, co a jak učit, ale zabýváme se výchovou a v mnoha ohledech hraničními tématy, jakými jsou např. pojetí dítěte v kontextu sociálních rolí (žák, syn, kamarád, spolužák...etc), zajímá nás pojetí a funkce rodiny a rodinné výchovy, zkoumáme filozofické aspekty výchovy, hledáme východiska a argumenty pro výchovné postoje, zabýváme se poradenskými aspekty práce s rodinou a s dítětem při problémech ve škole, s učiteli, v kolektivu...etc. Je oblastí, do které nás přivádí každodenní praxe, ať už jako učitele nebo poradce, hovoří sama za sebe a předkládá dennodenně mnoho výzev. Výzev, které nás nutí o tak složitých tématech přemýšlet, zabývat se jimi a neustále se vzdělávat za účelem být nápomocný a užitečný, jak dětem a rodičům, tak i společnosti. Byť mohou mé myšlenky vyznívat poněkud vzletně, domnívám se, že zde je nutné hledat základy našeho uvažování a naší filozoficko-odborné orientace, která se následně promítá do naší pedagogické praxe.

Vzhledem k nastíněným premisám je ale nutné zmínit i fakt, že zákonnou normou funkce pedagogicko-psychologického poradce, která je v sektoru zdravotnictví dána např. psychologům, nikde nenajdeme. Byť se může zdát, že vzhledem k obsahu jeho práce se v mnoha aspektech může jednat u poradce o stejné kompetence a způsoby práce jako

např. u psychologa, jeho hlavní přínos vidím ve způsobech intervence založených na specifických způsobech práce.

Pracovní smlouva FN Motol specifikuje pedagogicko-psychologického poradce podle tabulkového rozdělení profesí jako funkci KAZR – A, číslo 45 591 – tzv. *psycholog jinde neuvedený*. Ze všech těchto důvodů cítím potřebu vyjasňovat kompetence, pravomoci a odborné nástroje, protože se domnívám, že jednooborové vysokoškolské studium pedagogiky je vysoce hodnotné. Domnívám se, že absolvent katedry pedagogiky FF UK disponuje dobrými znalostmi, zejména pokud se jedná o poradenství u předškolních a školních dětí, dokáže se orientovat ve vytváření rodinných anamnéz a je díky vzdělání schopen pojímat rodinnou situaci jako komplexní systém s množstvím různých interakcí.

Hlavním rozměrem a úkolem pedagogicko-psychologického poradenství by měla být „...*pomoc lidem, kteří trpí osobními nesnázemi nebo nejistotou na rozcestích života.*“

/7 Byť se např. psychiatrie zabývá duševními poruchami a poradenství naopak pomáhá řešit problémy lidí zdravých, je jasný rozdíl mezi normou a patologií možné vidět pouze v obou krajních případech. Jak píše Drapela: „*A mezi těmito dvěma extrémy se pohybuje velká část dnešní společnosti.*“ /8 „*Poradce se při své odborné práci zabývá celkovou osobností převážně zdravého klienta, který dočasně trpí psychickými potížemi.*“ /9

To, jakým způsobem konkrétně pracovat a jakým způsobem s dětmi a jejich rodiči hovořit, je opět otázkou vysoce individuální osobnostní a profesionální vybavenosti jednooborového pedagoga. Této problematice se budu věnovat v kapitole o možných aspektech práce pedagogicko-psychologického poradce. Stručně lze říci, že k základním pedagogickým nástrojům nápravy řadím reedukační postupy (např. při nápravě SPU), práci s dětskou kresbou a její analýzou, hry rozvíjející specifické dovednosti dítěte, hry stimulující kognitivní vývoj a mnestické funkce, činnosti rozvíjející sluchovou percepci, hry stimulující procesy motivace, dále hry stimulující osobnostní a sociální rozvoj dítěte a tříbící jeho hodnoty a také všechny hry rozvíjející hrubou a jemnou motoriku. Ovšem zde se jedná jen o velmi stručný výčet. Obecně lze říci, že v cílené pedagogicko-psychologické činnosti se věnujeme jak řešení a hledání odborných nástrojů (hry, rozhovory...etc.) rozvoje dítěte v závislosti na jeho vývojovém stádiu (při práci s dítětem

používáme didaktických her, výchovných hraček, omalovánek, hlavolamů apod.), tak i odborným intervencím.

Samotná podstata pedagogiky tkví v přemýšlení o tom, jak vést osobnost ve výchovném procesu, a v hledání prostředků, kterými můžeme rozvíjet dílčí schopnosti a osobnostní charakteristiky člověka. Vnímáme, že takovýto složitý proces je ovlivněn nejen zráním centrální nervové soustavy, ale i podnětností prostředí, četností stimulů a vrozenými rysy osobnosti. Zabýváme se tím, jak potencovat procesy zrání a učení v optimální harmonii. Tyto nástroje pedagogika nabízí a odborně se jimi zabývá.

Za další východiska práce proto považuji variabilitu nabízených služeb vyplývajících ze specializačního vzdělávání jednotlivých poradců. Při respektu k těmto kompetencím na všechny oblasti potřeb pacientů a jejich rodin lze při vzájemné znalosti schopností členů týmu vybudovat takovou nabídku služeb, kde každý najde své uplatnění a profesní orientaci. Interdisciplinární variabilita psychosociálního týmu by měla být pomocným nástrojem. Eventuální problémy ve spolupráci se proto patrně nejeví v různě pojímaném cíli (alespoň v to doufám), ale v odlišných názorech na kompetence a způsobilost jednotlivých pracovníků k výkonu určitých druhů činností, které mohou být u oborů velmi podobné a zároveň různé.

Ve své aktivní práci ve FN Motol proto na základě odborného vzdělání a dalšího, např. terapeutického vzdělávání klademe důraz zejména na pravidelnou a systematickou péči. Ta probíhá jak na pokojích pacientů, tak v poradenské místnosti, kde mají rodiče a jejich příbuzní možnost vypovídat se a „schovat se“ před nemocničním prostředím. Rodina často prochází partnerskými problémy, ocitá se v krizi, matky mohou pociťovat vinu, že nedostatečně pečují o své druhé, „zdravé“ dítě, prožívají pocity spojené s izolací a nestandardní situací několikahodinového doprovodu a soužití s dítětem v jednom, často uzavřeném pokoji. Musíme si uvědomit, že matka je často z celé rodiny jedinou citovou oporou dítěti v této těžké životní situaci. Proto si dovoluji vyjádřit názor, že důraz na pravidelnou péči kladu zejména z toho důvodu, protože se domnívám, že občasné či jednorázové návštěvy nezaručí schopnost a vůli klienta/pacienta pracovat na svém osobnostním růstu, který může být částečně retardován těžkou životní situací a který už

vůbec neposkytne prostor pro práci se všemi aspekty objevujícími se během pobytu u hospitalizovaného dítěte a jeho opatrovatele.

Jakékoliv onemocnění chápeme jako významnou životní determinantu, která zasahuje do kvality života celé rodiny pacienta. Tato situace se často stává situací mezní, posouvá rodinné a intimní vztahy do dimenze, která ve svém důsledku přesahuje dosavadní zkušenosti jednotlivých členů rodiny a mění jejich očekávání. Na základě individuálního osobnostního vybavení jednotlivců se začíná odvíjet v interakci s novým prostředím série různorodých reakcí, postojů a chování, které ve svém důsledku mohou spolupráci s lékařským týmem značně zkomplikovat, ne-li jim v některých ohledech zabraňovat. Důvodem je emocionální šok, který se může stát značnou překážkou jak pro efektivní komunikaci, tak pro nutnou léčbu.

V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že v důsledku takové zátěžové situace, jakou je onemocnění nebo smrt dítěte, může dojít k významnému a hlubokému narušení vztahu partnerů, v některých případech i k nežádoucímu rozpadu manželského vztahu.

V systematické pedagogicko-psychologické péči si neklademe za cíl utopickou představu absolutní změny náhledu na životní situaci, ale její lepší zvládnání díky pedagogicko-psychologickým aktivitám. Po fázi vytvoření důvěrného a přátelského vztahu s hospitalizovaným dítětem a jeho rodičem, využíváme všech možností, které nám tento vztah nabízí, abychom potencovali, rozvíjeli a podporovali osobnosti obou hospitalizovaných v co možná nejširší míře a zároveň přispívali svými odbornými intervencemi k co možná „nejpříjemnějšímu“ zvládnání léčby a pobytu. Takto deklarované hodnoty považujeme za základní atributy naší práce. Pokoušíme se rozvíjet hodnoty lidského zdraví, sounáležitosti, dále hodnoty lásky, a zejména hodnoty zdravého rozvoje psychosociálního stavu dětských pacientů a jejich rodičů. Tento postoj cítíme jako odpovědnost vůči našim dětským pacientům a jejich rodičům. Na základě této odpovědnosti přistupujeme k pracovní činnosti a k intervenčním zákrokům. I v podmínkách nepřetržitého strachu o život lze tyto hodnoty realizovat. Sám Frankl, který na své tezi, že každé *jak* je možné překonat, máme-li *proč*, postavil svou logoterapii, o odpovědnosti říká: „*Odpovědnost...je vždycky odpovědností za to, že právě realizujeme možnosti uskutečnit hodnoty....*“, „*...toto uskutečnění může být provedeno právě tak správným jednáním, jako prožitkem nebo utrpením...*“ /10

V rámci postupů bych nyní zmínil koncepty, které vnímám jako ucelené a pro poradenskou práci užitečné. Řičan navrhuje postup, kdy nejprve zkoumáme dokumentaci dítěte, abychom předešli zbytečným hovorům o tom, co už rodiče před setkáním s námi několikrát opakovali v jiných setkáních. Za důležité také považuje seznámit se se společenskou situací rodičů a se zdravotním stavem dítěte i rodičů. (Řičan, 2006) Dále nabízí jako první fázi setkání *navázání a udržení kontaktu*, protože se domnívá, že první dojem zásadně ovlivňuje naši další spolupráci. Navrhuje kontakt s celou rodinou, což na oddělení naší kliniky je možné při příjmu, kdy dítě doprovází většinou oba rodiče a jeden zůstává, aby dítě v hospitalizaci doprovázel. Během prvního kontaktu bychom si dle Řičana měli všimnout interakcí mezi dítětem a rodičem a měli bychom vysledovat společnou komunikaci. Po fázi řazení *diagnostických technik*, což považuji za specifickou práci, které se budu ještě obšírněji věnovat, následuje *ukončení vyšetření*. O něm hovoří autor jako o fázi, kdy bychom se měli snažit, aby rodiče i dítě odcházeli pozitivně naladěni, a v případě prvních intervencí a rad bychom měli postupovat tak, aby dítě i rodiče porozuměli naší snaze pomoci a být užiteční. Důraz klade autor na srozumitelnost, radí neužívat odbornou terminologii a za důležité považuje i vhodnou formulaci vlastního názoru, zejména v případě, že má negativní konotaci. O samotném rozhovoru s rodiči bez účasti dítěte hovoří Řičan jako o důležité fázi prvního setkání, kdy si stanovujeme vlastní hypotézy o stavu dítěte a rodiny v příchodu na oddělení. Předmětem *diagnostického rozhovoru* jsou dle autora hlavně „*analýza obtíží a příznaků, pro něž je dítě předmětem péče*“, dále „*rodinné vztahy*“, „*škola a jiné širší kolektivy*“ a konečně „*nedávné významné životní události, zvláště stresující. Osobní perspektiva dítěte do budoucnosti.*“ ¹¹ Podstatné informace navrhuje autor zaznamenávat si na papír. V rozhovoru navrhuje věnovat se vztahu mezi rodiči, dále sourozeneckým vztahům a mezigeneračním vztahům. Jako další důležitou kategorii, které si všímáme, autor zmiňuje *osobní životní perspektivu všech členů rodiny*. ¹²

Naproti tomu Langmeier nabízí jiný poradenský postup. Hovoří o fázi *sugesce*, kdy v určitých situacích sugerujeme, přikazujeme. S tímto způsobem však radí šetřit a doporučuje ho použít ve výjimečných případech. Dále nabízí *příkaz, pokyn, pobídku* a nebo *radu*. S těmito kategoriemi pracujeme na základě situační potřeby. Autor tak dává

poradci do rukou možnost rozhodnutí, jak ke klientovi přistupovat a jak svůj postoj formulovat. Předkládání *alternativních návrhů* označuje autor jako *doporučování*, k němuž může poradce využít i *osobních příkladů a případů* ve smyslu: „znal jsem rodinu, která...“. Za méně direktivní pozici Langmeier označuje situaci, kdy se jako poradci uchýlíme k *výkladu* a k *informacím*, a nebo kdy přistoupíme k *vyslechnutí a mlčení*. (Matějček 1990) Jak později uvidíme, tento způsob rozhodování o zaujetí poradenského postoje v mnoha ohledech velmi koresponduje s Úlehlovým pojetím dle Ludewiga, který podobné rozdělení - na *pomoc* a *kontrolu* uplatňuje na všechny spolupráce mezi klientem a profesionálem v oblasti pomáhajících profesí. Zásadní se i v pedagogicko-psychologickém poradenství jeví rozdělení pozic na průvodcovskou a expertní. Není tedy obecně platnou pravdou, že poradce je za každé situace expertem na klientovo téma. V oblasti pedagogického poradenství jistě vycházíme předně z poznatků oboru, ale i při poradenském setkání je nutné vyjasňování kontextů spolupráce, jak o nich bude řeč později.

Matějček naopak navrhuje zevrubnou strukturu poradenského rozhovoru, kdy je vhodné věnovat se následujícím tématům, jejichž znalost a zjištění přispívají dle něj k lepší orientaci v případě, kterým se zabýváme. Strukturu úvodního rozhovoru (v našem případě se lze jednotlivým oblastem věnovat i během pobytu dítěte na oddělení, v běžné poradenské praxi vidíme dítě v různých časových periodách) navrhuje Matějček (Matějček, 1990) naplnit informacemi z těchto oblastí:

- Průběh těhotenství, prenatální, perinatální změny a průběh porodu
- Rodová anamnéza, plánované rodičovství, vztahy s prarodiči
- Interakce s dítětem po porodu, rodičovské postoje
- Společenské postavení rodiny, verbalizované hodnoty práce a rodinného života
- Pedagogicko-psychologické zvláštnosti, odborná intervence, testová baterie
- Zjev dítěte, patrné malformace, tělesné zvláštnosti
- Adaptace dítěte na prostředí, pozorování dítěte při rozhovoru, vztah s rodičem
- Pozornost, vytrvalost během úkolu, hypoaktivita, únavnost
- Pracovní vlastnosti dítěte během pobytu a plnění her a zadaných úkolů
- Sociální vztahy

- Řeč, artikulace, skladba, slovní zásoba, obsah sdělovaného
- Tělesná obratnost, míra tělesné aktivity, jemná motorika

Z předešlých postupů je zřejmé, jaký má pro poradenství význam a jakou úlohu v něm zastává pozorování, rozhovor a sestavení anamnézy. Těmto tématům se budu ještě věnovat v kapitole o diagnostických nástrojích pedagogicko-psychologického poradenství, ale pro lepší ilustraci naší práce na KDHO je nutné uvést, že na základě takto zjištěných dat stanovujeme pracovní hypotézu týkající se rodinné anamnézy a stavu dítěte při příchodu na kliniku. V rámci této hypotézy se poté pokoušíme s rodičem a s dítětem pracovat, ale zároveň se mnohdy další formy spolupráce modifikují na základě aktuálních potřeb nebo objednávek.

4.2 Kompetence pedagogicko-psychologického poradenství na KDHO FN Motol

Péče o duševní zdraví a systematická poradenská spolupráce umožňují uvolňovat přirozené napětí a odbourávat stresory, které na sociální okolí dítěte působí. Tyto stresory působí dennodenně v nemocničním prostředí už svou podstatou zdravotnické instituce, násobí je stereotypní a „šedé“ prostředí pokoje a mnohdy nervozita samotného zdravotnického personálu. Nabízené služby pedagogicko-psychologického poradenství by měly umožnit dětem překonávat obtíže a poruchy, které se v nemocničním prostředí mohou objevovat. Rodičům by poradenská praxe měla umožňovat z těchto prostor na chvíli odejít a načerpat důležitou a potřebnou energii pro další „boj“ a dále jim poskytnout prostor pro výchovné vedení dítěte v nemocničním prostředí, které často vyvolává obtíže.

Fyziologicky je reakce na zátěž zcela přirozeným a lidsky pochopitelným jevem, uvědomíme-li si základní fakt, že k životu nás všech patří strach o naše blízké, které milujeme. Navíc děti znají své rodiče víc, než si mnozí rodiče myslí. Poznají na nich, když se trápí nebo když mají strach. Je to propojení, které způsobuje pevný mateřsko-

otcovský vztah plný lásky. Je psychologicky dokázáno, že když jsou rodiče šťastní nebo v mezích možností psychicky stabilní, přenášejí tento pocit na své děti a naopak. Rodiče ale často při velkém strachu, který prožívají, zapomínají na to, že i jejich nemocný chlapec nebo holčička mohou být i v časově omezené životní etapě určitým způsobem šťastní. Přijetí a vnímání nemoci je u dospělých jiné než u dětí, a proto je důležité, aby se celá rodina cítila v mezích možností příjemně jak v komunikaci s lékařem a se sestřičkami, tak mezi sebou a mezi ostatními rodiči.

Kategorii lidského přístupu považují za jednu z hlavních součástí poradenského procesu. Při optimálním vedení poradenského procesu přidáváme vedle odborných rad i podporu, která by měla navodit změnu v prožívání a nahlížení na složitou životní situaci. Podpora by měla také svým přínosem rozvíjet jedinečnou schopnost člověka přesahovat mnohdy nezpracovanou hrozící myšlenku konečnosti lidského života. V případě jakýchkoliv komplikací léčby a s nimi související náhlé změny kvality života je nutné rozumět úzkostnému prožívání milujících osob z okruhu dítěte a včas, systematicky a intenzivně pracovat na „sžítí“ se s danou situací, hledat nové možnosti pro šťastné prožití nemocí determinovaného života a nabízet nejen doprovázející, ale i intervenující péči v mnoha aspektech svého působení. „...*pouhé přežití nemůže být nejvyšší hodnotou. Být člověk znamená být zaměřen a zacílen na něco, co není opět on sám.*“ /13

H. Haškovcová potvrzuje, že „*žádnou formu pomoci nelze eliminovat, pokud může působit na částečnou nebo celkovou restauraci stavu lidského blaha.*“ /14 Vycházíme z předpokladu, že předkládané kompetence takovouto formu pomoci nabízejí a ctí hodnoty deklarované v této práci.

Kompetence jsme rozdělili do deseti bodů a jejich přehled provází i širší vysvětlení.

1/ Pedagogicko-psychologické poradenství

V samotném procesu bychom se jako poradci měli na základě svého vzdělání v základních pedagogických a psychologických disciplínách orientovat v několika oblastech souvisejících s problematikou možných ohrožení zdravého vývoje dítěte a s problematikou různých druhů přístupů k poradenské práci. Pro poradenskou práci a odborně vedený poradenský proces bychom se měli dobře orientovat v následujících oblastech:

- A/ Školní zdatnost a školní prospěch jako diagnostický prostředek
- B/ Sociální vztahy dítěte v dětském kolektivu a v kolektivu dospělých
- C/ Školní zralost, školní připravenost, adaptace dítěte na školu
- D/ Poruchy a retardace intelektových schopností, diagnostika inteligence
- E/ Specifické poruchy učení, diagnostika a náprava
- F/ Problematika laterality, zásady vedení leváků, výchovné problémy spojené s leváctvím
- G/ ADHD syndrom a problémy spojené s výchovou neklidného dítěte
- H/ Poruchy chování v dětství a v dospívání
- I/ Emoční poruchy v dětství a dospívání

- J/ Problematika abúzu, nežádoucích příklonů k sektám a zhoubným kultům, gamblerství
- K/ Profesionální orientace dítěte a dospívajícího, problematika volby povolání
- L/ Problematika psychosomatických poruch
- M/ Problematika syndromu CAN, problematika dítěte ohroženého prostředím
- N/ Problematika rodinných vztahů, vyspělost rodičovských postojů
- O/ Psychologická diagnostika – projektivní metody, kresebné techniky, dotazníkové a posuzovací škály,
- P/ Terapeutické přístupy a jejich metody nápravy poruch vývoje
- Q/ Problematika nemocných a zdravotně postižených dětí
- R/ Problematika psychosexuálního vývoje

2/ Pedagogicko-psychologická diagnostika

Při diagnostickém procesu se zabýváme zejména takovými činnostmi a diagnostickými nástroji, které nám slouží jako základ či vstupní baterie informací pro všechny následné intervenční činnosti. Diagnostika je dlouhý kontinuální proces a její závěry se modifikují během celého pobytu dítěte a jeho rodiče na klinice. Jednotlivým diagnostickým postupům a nástrojům, tedy otázce, *jak* jsou tyto činnosti prováděny, je věnována samostatná podkapitola, proto nyní shrneme zásadní oblasti, kterým se při této činnosti věnujeme, tedy odpovíme na otázku, *co* sledujeme. Důležité je také poznamenat,

že tyto oblasti sledujeme z toho důvodu, že do realizace poradenské podpory dítěte a jeho rodiče/opatrovatele patří také určité porozumění jejich osobnostem a rodinné situaci. Teprve potom je možné vyvozovat hypotézy, na jejichž základě provádíme danou intervenci nebo při vyžádaném terapeuticky zaměřeném sezení lépe rozumíme tomu, o čem s rodičem/opatrovatelem hovoříme, a lépe dokážeme odhadnout případné problémy spojené se zvládnutím léčby a s psychosociálními zvláštnostmi nebo potřebami. V diagnostické práci jsou pro nás důležité zejména tyto oblasti:

- A/ Oblast rodinné anamnézy, porozumění širším rodinným vztahům, rodinná konstelace, atmosféra a funkčnost
- B/ Míra adaptace dítěte na cizí a nové prostředí
- C/ Míra adaptace rodiče na nemocniční prostředí a denní režim
- D/ Komunikace a vztahování se dítěte a rodičů ke zdravotnickému personálu
- E/ Komunikace uvnitř rodiny, vztahy dítěte a rodič/opatrovatele v době léčby
- F/ Společenské postavení rodiny, verbalizované hodnoty práce a rodinného života
- G/ Celková rodová anamnéza, plánované rodičovství, vztahy s prarodiči
- H Výchovné rodičovské postoje
- I/ Pedagogicko-psychologické zvláštnosti v oblastech:
 - zjevu dítěte, patrných malformací, tělesných zvláštností
 - pozorování dítěte při rozhovoru, vztahu s rodičem

- pozornosti, vytrvalosti během úkolu, hypoaktivita / hyperaktivita, únavnost
 - pracovních vlastností dítěte během pobytu a plnění her a zadaných úkolů
 - sociálních vztahů
 - řeči, artikulace, skladby, slovní zásoby a obsahu sdělovaného
 - tělesné obratnosti, míry tělesné aktivity, jemné motoriky
- J/ Aktuální vývojový stav dítěte vzhledem k vývojovému standardu
- K/ Míra a způsob projevení citu a náklonnosti rodičem vůči dítěti
- L/ Způsob verbalizace a náhled na současnou životní situaci na straně rodiče
- M/ Verbalizace zkušeností s pobytem na jiných odděleních, resp. zkušeností s předešlou léčbou
- N/ Způsob uvažování rodiče o léčbě a léčebných postupech obecně
- O/ Přátelské vazby s ostatními rodiči či dětmi z předešlé léčby
- P/ Volnočasové aktivity, herní zájmy a obecné zájmy na straně dítěte i rodiče
- Q/ Zájem o odbornou spolupráci s jinými než lékařskými pracovníky (herní terapeut, terapeut, dobrovolníci...aj.)
- R/ Komunikace rodiče/opatrovatele s jinými rodiči/opatrovateli na oddělení
- S/ Způsob projevu a slovní projev rodiče/opatrovatele

- T/ Preferenční postoje vzhledem ke zdravotnickému personálu na straně dítěte i rodiče/opatrovatele
- U/ Způsob vyjadřování negativních emocí či nesouhlasu na straně dítěte i rodiče/opatrovatele
- V/ Způsob vnímání sdělovaných informací, způsob orientace v situaci poradenské spolupráce (u rodiče/opatrovatele)
- W/ Míra obětavosti a pečlivosti při zvládnání každodenních aktivit spojených s péčí o dítě a povinnostmi spojených s péčí o nemocniční pokoj
- X/ Psychický a fyzický stav rodiče/opatrovatele vzhledem k náročnosti dlouhodobého pobytu spojeného s každodenními povinnostmi
- Y/ Způsob chování rodiče/opatrovatele v nenadálých zdravotních krizích dítěte
- Z/ Četnost konfliktů se sociálním okolím rodiče/opatrovatele při pobytu v nemocnici

3/ Provázející podpůrná terapie formou setkávání s rodičem/opatrovatelem

Svěření této pravomoci je možné ve chvíli, kdy poradce prochází nebo prošel komplexním terapeutickým vzděláváním a ovládá pracovní-metodické postupy daného směru. Tato kompetence zároveň podléhá i vysokou měrou osobnosti terapeuta a jeho terapeutickým schopnostem. Terapeut by měl dokázat dostatečně pracovat zejména sám se sebou, formulovat a vysvětlovat své postupy, dále by měl dokázat dostatečnou měrou

vést klienta cestou, která mu je ku prospěchu, a měl by dbát na užitečnost takového setkání. Zamyšlení nad touto formou pomoci je zevrubně rozepsáno v kapitole o terapeutických aspektech pedagogicko-psychologického poradenství. Jak bylo řečeno, neoddiskutovatelnou podmínkou pro toto pracovní zaměření je absolvování komplexního terapeutického výcviku, který zaručuje, že za terapii není vydáváno byt' empatické a vlídné setkání dvou lidí, ale bez valné koncepce a odborné způsobilosti. Tou je myšlena zejména schopnost být svému klientovi ku prospěchu a nikoliv prezentovat své názory jako ty, které jsou zaručeně správným „psychologickým“ receptem na klientovu situaci (viz kapitola o 8 způsobech profesionální práce v systemickém pojetí). Pravidelná supervize terapeutových pracovních postupů a jejich reflexe a obhajoba u způsobilého a k tomu určeného supervizora se stále častěji stává neodmyslitelnou součástí profesionálních pracovních postupů adeptů nejen na terapeutické povolání. Terapeutické vzdělávání v různých směrech je v dnešní době hojně nabízeno mnoha instituty a poradenskými centry.

4/ Rodičovské skupiny

Tato kompetence sestává z pravidelných vedení rodičovských skupin na oddělení, které mají v současné době několik funkcí. Do budoucna je možné plánovat i funkce s terapeutickým podtextem, jejich realizace však závisí na prostupnosti a otevřenosti dalších členů psychosociálního týmu a na terapeutickém vzdělání vedoucích skupin.

Tento způsob setkávání by měl možná, z našeho pohledu, sloužit v budoucnu nejen matkám/opatrovatelům dětí z hemato-onkologického oddělení FN Motol, ale i matkám a celému sociálnímu okolí dítěte z oddělení jiných, jejichž životní situace je, vzhledem ke zdravotní situaci dítěte, velmi zátěžová a traumatizující. V současné době vzniká nadační psychosociální projekt, který vnímáme jako jedinečný a který matkám a celému sociálnímu prostředí dětí, jejichž život byl dočasně nebo navždy determinován vážnou nemocí a nebo úrazem, umožní žít svůj „osud“ mezi matkami a dalšími

rodinnými příslušníky s podobným trápením a s podobným způsobem uvažování o svém životě. Více o tomto projektu píše v kapitole o mezioborových aspektech. (viz kap. 5.3.2)

V současné době však slouží pravidelná setkávání rodičů/opatrovatelů na oddělení hlavně k projednání následujících témat:

- organizační problémy týkající se chodu oddělení
- individuální problémy spojené s hospitalizací na klinice
- nabídka pravidelných podpůrných programů komplexní psychosociální péče o rodiče hospitalizovaných dětí – divadlo, návštěvy umělců, výlety, ozdravné pobyty...atd.
- sepsání seznamu zájemců o pravidelně nabízené služby oddělení (financováno z nadačních darů), mezi které patří služby masérky a kadeřníka
- chod a správa společné místnosti pro rodiče na jednotlivých odděleních
- chod a správa kuchyňky a společenské místnosti na ubytovně
- problémy týkající se komunikace se středním zdravotnickým personálem
- problémy týkající se činností a nabídky služeb psychosociálního týmu
- problémy spojené se vztahy mezi rodiči na oddělení
- nová opatření a hygienická nařízení týkající se chodu a pobytu na oddělení
- individuální problémy rodičů/opatrovatelů
- náměty a připomínky ke změnám ubytování, které jsou spojeny se změnou hospitalizace nebo léčby
- žádosti spojené se zapojením či opravou internetu a dalších elektronických zařízení na pokojích oddělení a ubytovny.

5/ Herní terapie / Indikace spolupráce s herním terapeutem, zajištění optimálního vývoje dítěte v mezích možností během léčby

Na základě diagnostiky a znalosti dítěte a na základě vysledování jeho potřeb je pedagogicko-psychologický poradce schopen určit, v jaké míře je vhodné u dítěte rozvinout spolupráci s herním terapeutem. Ideální stav, kdy by každé dítě z oddělení mělo pravidelný kontakt s tímto specialistou, není možné v současné době realizovat a ani jej v dohledné době naplnit, a proto je nutné řídit se kompetencemi a náplní práce herního specialisty, jak je určil např. Valenta (viz kapitola o herní terapii). V těch je mimo jiné uvedena i přednostní spolupráce specialisty s dítětem, jehož emocionální stav to v danou dobu vyžaduje, a použití takových metod a technik herní terapie je na místě. Proto se jeví jako navýsost smysluplné koordinovat práci herního terapeuta s prací a s poznatky pedagogicko-psychologického poradce, které se zakládají na odborném a dlouhodobém sledování dítěte, změn jeho emočního stavu a změn v jeho chování. Na základě poznání specifických potřeb dítěte je tak možné sestavit určité druhy herních činností, které by mohly sloužit k odreagování či odstranění daného nežádoucího symptomu. U dětí v dané době „neproblematických“ je vhodné udržovat spolupráci s herním terapeutem také, neboť i ony mají právo na prožívání svého dětství v plné, i když hospitalizací omezené míře. Je vhodné vytvořit pracovní postup, který sleduje aktuální potřeby dítěte, jejichž rozvíjení je podpůrnou součástí léčby, a v mnoha ohledech slouží i jako řešení k problematickému psychickému stavu dítěte, které znemožňuje některé lékařské postupy.

Aspekty herní terapie do své práce promítá i pedagogicko-psychologický poradce, který sice tuto činnost nemá jako hlavní náplň své práce, ale vzhledem k jejímu přínosu a podstatě je její využívání na místě a v praxi se osvědčuje. V určité chvíli se tedy činnosti pedagogicko-psychologického poradce a herního terapeuta mohou překrývat a splývat, ale kompetence jsou vzhledem k odbornému zázemí poradce a k vzhledem k oblastem jeho širšího působení daleko komplexnější a sledují širší cíle a pracují s hlubším poznatkovým aparátem. Oproti hernímu terapeutovi se práce pedagogicko-

psychologického poradce promítá i do odborné spolupráce a komunikace se sociálním okolím dítěte.

V případě vyššího vzdělání a hlubokého zájmu o pedagogicko-psychologickou problematiku je rozšíření kompetencí herního terapeuta (například o poradenskou práci s rodiči v oblasti pedagogiky) možné a bylo by i žádoucí.

6/ Výchovné poradenství během léčby a při začleňování dítěte zpět do kolektivu vrstevníků

Výchovné poradenství je specifickou dovedností v práci pedagogicko-psychologického poradce. Řídí se poznatky oborového studia a dále vývojovým hlediskem a pochopením rodinné interakce. Probíhá formou jednorázového či kontinuálního poradenského sezení s rodičem/opatrovatelem, v některých případech je vhodné začlenit do poradenského procesu i práci s dítětem, zejména u dětí mladších. Při takto koncipovaném způsobu spolupráce je pedagog přítomen na pokoji dítěte a instruuje rodiče/opatrovatele v rámci své metodické intervence a názorně či slovně spolupracuje na zlepšení komunikace mezi rodičem a dítětem nebo předvádí rodiči vhodný postup práce s dítětem. Takovými případy je možné chápat např. situaci, kdy matka nedokáže pro emoční napětí ze zdravotního stavu zvládat situace hry nebo rozhovoru a pedagog jí názorně předvede (vlastní prací s dítětem), jaké varianty je možné pro danou okolnost využít a jak s dítětem hovořit. Dalším příkladem může být situace, kdy dítě nepřijímá rodiče, aby mu v jeho hře či rehabilitačním cvičení pomáhal, ale při tom se samo iniciativy neujme. Je rozmrzelé a nespolupracuje, ale při tom vyvíjí veškeré úsilí formou vzteku nebo naopak projevovaného nezájmu, které však odborně chápeme jako pouhou jinou formou vyjadřování touhy po komunikaci. V takové situaci je vhodné, aby pedagog předvedl rodiči žádoucí formy navazování kontaktu a komunikace, které budou pro dítě příjemné a co nejméně ohrožující, vysvětlí prvky herní terapie a celá situace vedle pedagogického poradenství tak přináší i terapeutický efekt.

Jinou formou takovéto spolupráce je situace, kdy je dítě nezvladatelné, nereaguje na pokyny a žádosti zdravotnického personálu a má negativistický postoj k léčbě a léčebným opatřením. Pedagog vede rodiče směrem k takovým výchovným opatřením, která jsou užitečná a pomáhají dítěti i rodiči překonat tyto komplikace. Často je nutné rodičům vysvětlit, že chování jejich dítěte není abnormální situací, ale pouhou reakcí na zátěž, která se u každého dítěte projevuje individuálně a potencuje ji dlouhodobý a stereotypní pobyt na uzavřeném pokoji. Při sebemenším podezření ze strany poradce, že by se mohlo jednat o poruchu a markantní výkyv oproti na základě pedagogické diagnostiky očekávatelným jevům, je vhodné konzultovat vzniklou situaci a chování dítěte s psychologem, který může dítě vyšetřit, pokud tak již nebylo učiněno během prvních dní pobytu.

Samotné nápady a pedagogické intervence se zakládají na odborných a empiricky podložených znalostech poradce a na jeho invenci, ve které by měl prokázat schopnost rozumět dítěti a jeho potřebám a zároveň dokázat instruovat rodiče pro chování a komunikaci v nenadálých situacích výchovných a vztahových obtíží. Výchovné obtíže lze velmi často korigovat díky pedagogické intervenci, v těžších formách změny chování a prožívání dítěte je na místě konzultovat s ošetřujícím lékařem daný stav a lékař může rozhodnout o nasazení tlumících léků. (S podobným způsobem kombinované péče se setkáváme i u dětí s poruchami chování.)

U některých rodičů, jejichž rodičovské postoje jsme schopni diagnostikovat jako nevyzrálé (tato problematika se často vyskytuje u matek mladších dvaceti pěti let a u matek z primární rodiny, v jistém slova smyslu, deprivovaných) bývá pedagogická pomoc spíše psychagogická, nezralého rodiče doslova „učíme“, jak s dítětem komunikovat a jak se k němu vztahovat, ale na základě praxe je nutné přiznat, že taková forma spolupráce je velmi časově a psychicky náročná a dala by se přirovnat k terapeutické práci s *citovými deprivanty*. Považujeme-li však stav dítěte za hlavní hodnotu našeho snažení, nezbyvá než dokázat v takových případech navázat s matkou kontakt, pro spolupráci ji získat, poskytnout jí naprosté bezpečí a prostor pro rozvoj osobnostních mateřských kvalit a „vést“ ji směrem k novým poznatkům a způsobům vztahování se k dítěti, které by se měly v optimálním případě stát hodnotami a postoji

interiorizovanými a součástí odpovědného přístupu k mateřské roli. Do jaké míry však lze tento cíl naplnit je možné diskutovat a k posouzení míry naplnění cíle by musela být vypracována specifická validní a reliabilní posuzovací škála či jiné formy evaluace. Jedná se o velmi složitou problematiku.

Po fázi hospitalizace však zůstává pedagogicko-psychologický poradce s rodinou v kontaktu, komunikuje s rodinou během ambulantní péče a řeší další výchovné a vzdělávací potřeby dítěte (viz kompetence č.7). Mnohdy je poradenským problémem zvládnutí dítěte v domácí péči, kdy dítě nedokáže ustavičně respektovat zdravotní omezení, neboť se cítí subjektivně v pořádku. Takové chování je jistě vývojově opodstatněné. Poradenství se často ubírá dvěma směry. Prvním je instrumentální a metodologické poradenství, jak s dítětem komunikovat a jak zvládat jeho výchovu, a druhým tématem bývá problematický a nevyřešený postoj rodiče, za nímž stojí touha dovolit nemocnému dítěti vše, na co má ve svém věku právo a vývojový nárok. Rodičovské postoje se často pohybují v oblastech hyperprotektivních až autoritativních, jejichž podstatu však formuje neustále trvajícím strach a úzkost o dítě a jeho zdraví. Taková komplexita jevů je naprosto přirozená a práce na jejich řešení je velmi nelehkým poradenským problémem. Otázka, jak se k dítěti vztahovat v jeho dětském a domácím prostředí po hospitalizaci a léčbě smrtelné choroby, je velmi složitou a v poradenském procesu při jejím řešení vycházíme ze znalosti rodiny, znalosti dítěte a vztahových interakcí, které jsme během pobytu na oddělení vyzorovali a které známe z předešlé spolupráce.

Situací jinou je problém, jak sdělit dítěti okolnosti spojené s úmrtím dětského spolupacienta. Takové téma je nejen ohrožující pro rodiče, který neví, jak se zachovat v situaci dětského zájmu o kamaráda z oddělení, ale je také nelehkým poradenským tématem. Řešením se zdá být věk dítěte a jeho schopnost rozumět smrti jako faktu ukončení života a dále rodinná komunikace o takových věcech. Vývojové hledisko dítěte má pro podání takovéto formy zprávy rozhodující význam a záleží pouze na rodičích, zdali se rozhodnou dítěti pravdu říct, či nikoliv. V případě sdělení pravdy se při jeho realizaci řídíme rodinným pojetím smrti, znalostí dítěte o diagnóze zemřelého dítěte (dítě může dostat strach, že také zemře, ví, že např. oba byli spolu na transplantaci kvůli stejné

nemoci) a dále se řídíme tím, zdali dítě takové zprávy ušetřit, či nikoliv. Osobně bych se u dětí mladšího a staršího školního věku za zamlčení skutečnosti přimlouval. Rozhodujícím je však postoj a vůle rodiče. V každém případě se však jedná o jeden z nejtěžších poradenských rozhovorů a ilustraci takové situace přináší kapitola 6.1, příklad č. 7 s názvem *Vypuštění balónku*.

U dětí staršího školního věku a dospívajících je častým výchovným problémem začleňování dítěte do kolektivu vrstevníků, dále se objevují aspekty narušeného sebepojetí (děti jsou často nápadně fyzicky odlišné léčbou kortikoidy či operativními zásahy) a v praxi se také objevují témata ztráty blízkých přátel a omezeného životního prostoru, který je způsoben lékařskými zákazy. Forma rozhovoru s dětským pacientem o zmíněných těžkostech je pak realizována vzhledem k teoretickému a metodologickému vybavení pracovníka.

7/ Spolupráce s pedagogy Speciálních škol při FN Motol, přímá edukace na pokojích dětských pacientů, problematika ZŠ a SŠ, komunikace s kmenovou školou dítěte, zajišťování individuálních vzdělávacích plánů, pedagogicko-psychologické zprávy

Během hospitalizace, pokud to zdravotní stav umožňuje, by neměly být i z psychosociálního hlediska zanedbávány vzdělávací potřeby a povinnosti dítěte. Děti podléhající svým věkem devítileté povinné školní docházce jsou na odděleních navštěvovány učitelkami Speciálních škol při FN Motol a jejich vzdělávací plán podléhá osnovám a učebnímu plánu dané kmenové školy dítěte. Pedagogicko-psychologický poradce má ve své kompetenci komunikovat s kmenovou školou dítěte, zajistit dítěti kontakt s jeho třídním a vybraným oborovým učitelem, který dále své dílčí nároky konzultuje už přímo s pedagogy Speciálních škol FN Motol. Rovněž je tato snaha nutná proto, aby dítě mělo uzavřenou klasifikaci, mohlo postoupit do vyšších ročníků nebo naopak mělo dostatečnou podporu školy v tom, aby mohlo opakovat ne z důvodů prospěchových, ale ryze zdravotních. Cílem takovýchto snah je zajištění individuálního vzdělávacího programu v době, kdy dítě ještě není schopno školu denně navštěvovat, ale

je schopno se samostatně nebo díky komunikaci s pedagogy své školy pravidelně doma učit. U dětí s dalšími specifickými potřebami je možné zajistit na místní školské správě či v neziskových krajských organizacích tzv. pedagogického asistenta, který zabezpečuje plynulou komunikaci mezi dítětem a školou po čas domácí léčby. U studentů středních škol je situace stejná, ale vzhledem k „nepovinnosti“ školní docházky záleží vždy na vůli a „osvícenosti“ ředitele školy, jak dítěti pokračování ve studiu zajistí a jakým způsobem ho bude škola klasifikovat nebo jaký mu poskytne individuální vzdělávací plán.

Co se edukace na klinice dětské hemato-onkologie týče, ta probíhá několikrát týdně na pokojích dětských pacientů a je ji možné považovat za významně terapeuticky přínosnou. Byť je často dětmi nevíтана, vypovídá spíš paradoxně tato reakce o zdravém psychickém stavu dítěte. Děti často berou výuku jako nutnou povinnost, ale postupně si na tuto skutečnost zvykají, vnímají ji jako signál zlepšení svého stavu a evokuje jim blízkou budoucnost, která v jejich mysli souvisí s denními povinnostmi zdravého dítěte. Tato činnost má tedy své hluboké opodstatnění nejen svým vzdělávacím aspektem, ale zejména svým terapeutickým účinkem na dítě v oblasti sebepoznání a v pojetí vlastního zdravotního stavu.

U středních škol a odborných učilišť je situace obtížnější, neboť absolvování vyšších forem vzdělání, než je devítileté, nespadá do zákonem stanovené povinné školní docházky, a proto je veškerá edukace realizována pouze v těch předmětech, na které jsou Speciální školy při FN Motol personálně vybaveny. Ostatní výuku zajišťují dobrovolníci, o jejichž významu a funkci bude v této kapitole ještě řeč. Hodnota vzdělávacích programů pro starší děti je však stejně přínosná a velmi často bývají tyto programy mnohem nadšeněji vítány, než je tomu u dětí mladších. Domnívám se, že vývojová souvislost je zřejmá.

Pedagogicko-psychologické zprávy spolu s lékařským potvrzením jsou velmi významnými dokumenty, které slouží na pomoc dítěti v mnoha ohledech. Předně zajišťují, aby dítěti byla školou poskytnuta specifická péče a respektující přístup. Zprávy poskytují školám podrobné vysvětlení zdravotního omezení, podstatu léčby a z toho vyplývající pedagogicko-psychologické požadavky na učitele. Velmi často zprávy zmiňují nutnost individuálního přístupu k dítěti jako zásadní předpoklad pro jeho

začlenění do kolektivu a dále naznačují možné výchovně-vzdělávací obtíže. U dětí s realitou nových vývojových potíží podmíněných dalekosáhlou léčbou, specifikují zprávy odborné hledisko a vymezují vhodný přístup a žádoucí pedagogická opatření. V případě, že se u dítěte během léčby projeví vývojové poruchy či disbalance v emočním vývoji, je nutné školu na tyto skutečnosti upozornit a připomenout vhodná výchovně-vzdělávací, příp. reedukační opatření (např. u problematiky specifických poruch učení nebo u diagnostiky intelektových schopností). Obsahem zpráv jsou tedy závěry založené na odborném pedagogicko-psychologickém posouzení stavu a potřeb dítěte, ovlivňuje je realizovaná forma spolupráce s pedagogicko-psychologickým poradcem či psychologem a mohou být posíleny výsledky psychologické diagnostiky provedené psychologem kliniky.

8/ Spolupráce se sociálně-právním útvarem

Spolupráce se sociálně-právním útvarem je častým jevem zejména při situacích, kdy je rodina sociálně slabá nebo neplní státem vymezené funkce. Takováto forma spolupráce vyžaduje seznámení zástupců sociálně-právního útvaru s aktuálním stavem a potřebami rodiny a slouží jako další služba psychosociální pomoci hospitalizovaným dětem. Děti po těžké nemoci by se měly vracet do sociálně podnětného prostředí a zejména do prostředí bez zátěže sociálních problémů. Na prostředí, kde bude dítě po návratu z nemocnice přebývat, jsou kladeny určité zdravotní požadavky, nemělo by být pro pobyt dítěte nevhodné. Rovněž pozitivní rodinné vztahy a materiální zajištění dítěte jsou nesmírně důležitou podmínkou rehabilitace nemocného. Takové podmínky by měl sociálně-právní útvar zajišťovat a komunikovat se sociálně-právním útvarem v místě bydliště rodiny. Politováníhodná je situace, kdy je rodina, ať už z jakýchkoliv důvodů, rozvrácená. Vyžaduje rozumnou a transparentní dohodu rodičů o péči o dítě a zajištění všech jeho potřeb, které přispívají ke zdravému vývoji a zdravotní rehabilitaci. Funkce pedagogicko-psychologického poradce a jeho kompetence jsou v komunikaci s tímto útvarem vedeny hlavní hodnotou, a tou je zdravé a podnětné prostředí pro dítě. Poradce

na základě komunikace s lékařem seznamuje rodiče se zdravotními omezeními dítěte a pracovník sociálně-právního útvaru seznamuje rodiče se zákonnými normami a možnostmi sociální a jiné podpory. V případě nutnosti poskytuje poradce sociálně - právnímu útvaru informace o vztazích v rodině, které vyznívaly nebo měl možnost přímo poradensky řešit. Sledovaným cílem by však mělo vždy být zklidnění situace v rodině a zajištění takových opatření, která dopomohou k vytvoření vhodných emočních a materiálních podmínek.

9/ Krizová intervence a problematika sdělování diagnózy

Krizovou intervencí rozumíme jakýkoliv stav rodiče nebo dítěte, kdy okolnosti zdravotní či jiné vyvolají náhlé negativní pocity či reakce. Je nutné, aby byl poradce pro krizovou intervenci odborně připraven nebo aby dokázal efektivně využívat nástrojů, které mu popř. nabízí jeho terapeutické vzdělání. Krizovými situacemi jsou nejčastěji okamžiky čekání na výsledky rozhodujícího vyšetření a nebo situace, kdy je ze strany lékařů vyslovena hypotéza o zhoršení stavu nebo ohrožení života. *„...má li člověk přijmout pravdu o své nemoci, která má vážný a trvale omezující charakter, musí mu být ponechán určitý čas pro přijetí faktů, bytostně se dotýkajících jeho individuálního života.“* /15

Tato práce je vysoce specifická a měla by striktně sledovat zájmy rodiče a měla by ctít metodologii práce krizové intervence. Jakékoliv terapeutické nástroje jsou jistě v takovou chvíli výhodou, ale z vlastní zkušenosti mohu potvrdit fakt, že pro rodiče bývá nejdůležitější, aby v takové situaci nebyli sami, rozuměli všemu, co mají lékaři na mysli, chápali lékařské postupy, které jejich dítě čekají a nebo naopak, aby dostali od poradce duševní a duchovní oporu ve stavu strachu, úzkosti a existenciální krize. Každé takové setkání je specifické a v mnoha aspektech jiné. Ve své práci se řídíme humánními postupy a ctíme osobnost rodiče se všemi jeho projevy v dané situaci. V této práci se prolíná mnoho témat a je důležité, aby každý z nás, kdo se tímto druhem činnosti zabývá,

měl odbornou a osobnostní vybavenost k této specifické práci. Vodáčková (Vodáčková, 2002) za výchozí body a principy krizové intervence považuje:

- *Krise má individuální charakter – pro každého znamená něco jiného*
- *Krizový stav je časově omezený, není-li úspěšně vyřešen včas, nabývá v zájmu udržení životní rovnováhy jiných, méně produktivních podob*
- *V KI hlavní těžiště práce s klientem tvoří řešení problému*
- *Jedním z cílů KI je posílit klientovu kompetenci natolik, aby v řešení své krizové situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním*
- *Odborná práce v KI je eklektická – je šitá na míru člověku a jeho situaci*
- *Při práci s člověkem v krizi bychom se měli zaměřit na to, kdy a jak krizová situace vznikla (blízká minulost)*
- *Měli bychom s klientem dosahovat jen do blízké budoucnosti*
- *V krizi se většinou jedinec neocitnul osamoceně, jeho situace se týká přímo či nepřímo celého vztahového systému, v krizové práci je tedy vhodné se zaměřit na celý systém*
- *Člověk v krizi přichází celý – se svou duší, tělem a vztahy – krizová intervence by měla zaujímat celý prostor bio-psycho-sociálně-duchovní*
- *Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno, kontinuitu v další odborné práci s klientem*
- *V práci s krizovými stavy by měli mít krizoví pracovníci za sebou zázemí týmu, který vytváří důležitou základnu pro bezpečí pracovníků i klientů zprostředkovává celistvost bio-psycho-sociálně-duchovního pole /16*

Pro práci s fenoménem naděje, který v sobě podtext krizové intervence skrývá (naděje a víra v klientovy schopnosti krizovou situaci vyřešit), poskytuje Haškovcová základní orientační mapu. Haškovcová ji uvádí takto: „...poskytujeme reálnou naději tam, kde skutečně reálná je (1); poskytujeme částečnou naději tam, kde její částečnost je rovněž reálná (2); neposkytujeme reálnou ani částečnou naději tehdy, když je stav nemocného ante finem, a raději vytvoříme prostor, ve kterém individuální, iracionální naděje má čas kvést (3). /17

Obecně lze nejvíce čerpat z metodologických návodů krizové intervence, pro samotné uchopení vysoce specifického tématu každého člověka je však důležité postihnout komplexitu tohoto jevu. Uvedl-li jsem v úvodní kapitole některá filozofická východiska pro práci s tématem života a jeho ohrožení, dovolím si nyní zamyslet se nad tématy, která s krizovou intervencí úzce souvisí, resp. vyvolávají její potřebu. Prvním tématem je smrt a umírání. O těchto kategoriích hovoří Havránková zejména ve spojitosti s prací poradce. Připomíná, že důležitým aspektem práce s tímto tématem může být v pracovníkům neprospěch jeho vlastní úzkost a strach. (Havránková, in Vodáčková, 2002) Pro každého z nás mají tato témata jiné konotace a jiný význam, rozumíme jim po svém a postoj k nim si utváříme téměř nepřetržitě celý život. Pro truchlícího člověka, kterému odešla milovaná osoba, je podle autorky nejdůležitější „...*opustit pospolité já, které se zemřelým vytvářel, a pak znovu nalézat a utvářet já individuální...*“ ¹¹⁸ Zároveň připomíná týmovou podporu, protože má za to, že „*ten, kdo pozůstalého první fázi truchlení provází, by měl dostat podporu a pomoc od celého týmu. Zvláště tehdy, když intervenující cítí ohrožení, úzkost, neklid apod., je potřeba se těmito emocím věnovat v rámci intervize nebo supervize, aby se pracovník ve svých pocitech lépe zorientoval a nepodsouval je klientovi.*“ ¹¹⁹ Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že zejména krize rodičů, kdy se tvář v tvář potkávají se svou bezmocí, je pro pracovníka, který vede krizovou intervencí, velmi frustrující. Oproti klasickému rozdělení Kübler-Rossově na fáze *popření a izolace, zlosti, smlouvání, deprese a smíření nebo rezignace* (Kübler-Rossová, 1993) na straně umírajícího, se u rodičů, kterým umírá dítě, projevují různé druhy reakcí. Ty zakládají osobnostní dispozice, životní postoje ke smrti a duchovní předpoklady o idealistickém či materialistickém pojetí konečnosti života/existence a jejím eventuálním pokračování. Havránková k takovýmto rozdílným lidským postojům namítá, že „*posláním krizové intervence není lidem zpochybňovat jejich přesvědčení, že smrtí všechno končí, ani jejich víru, že smrt je jen přechodem k jiné formě bytí.*“ ¹²⁰ Na základě vlastní praxe se s tímto vyjádřením ztotožňuji a mohu už jen dodat, že konkrétní podoba krizových intervencí na našem pracovišti je problematikou vysoce individuální a ovlivňuje ji klient a intervenující utvářením svého rozhovoru, kde klient má úlohu toho, který nás svým vnitřním světem aktuálních potřeb při setkání se smrtí vede. Klient hledá v krizi smysl. „...*jako dobré se nám bude jevit to, co podporuje naplnění smyslu*

uloženého nějaké bytosti a od ní vyžadovaného, a za zlé budeme považovat to, co naplnění smyslu brzdí.“ /21

Druhým tématem odborného zájmu je téma sdělování diagnózy. (Ať již na počátku léčby či při terminálním stádiu pacienta.)

Knihy Heleny Haškovcové *Spoutaný život* byla poprvé vydána v roce 1985 a dodnes přináší a nastoluje aktuální témata. Problematice sdělování diagnóz se autorka věnuje obsírně a jako důležitý proces uvádí následné zpracování takovýchto nových informací pacientem samotným (v našem případě se jedná zejména o děti starší, které už mají význam smrti nahlédnutý) nebo rodičem dětského pacienta. To se v procesu přijetí nemoci jako neměnné a konečné pravdy jeví jako subjektivně nejtěžší. *„Situace člověka čelícího faktu konečnosti života, hledícího v ústřety ohraničené době životní realizace, kterému se snižuje rapidně pohodlí a kvalita života, je situací pro zdravého člověka nepředstavitelnou a pro profesionála si nárokuje široké spektrum znalostí a dovedností a také osobní zralosti“.* /22 Kategorie cíle a smyslu života se v takovou chvíli stávají mimořádně aktuálními. Empatie, kterou staví pro „provázení“ mnoho autorů na první místo v soustavě vlastností podporujících vztah mezi odborníkem a klientem, je jistě žádoucí, ale nese s sebou také svá úskalí a při nešetrném nakládání a neobratném hospodaření s touto vlastností může snadno u pracovníka docházet k syndromu vyhoření.

Mezi další vhodné postoje klademe úctu ke klientovi, respekt k jeho rodinnému zázemí a respekt k jeho potřebám, postojům a chování. (Nemocní lidé se ve fázi zlosti a odporu stávají často necitlivými a jejich chování osciluje mezi hněvem a zlobou, často i k nejbližšímu okolí.) Málo se však v odborné literatuře, a v tom spatřuji Haškovcové dílo za převratné a přínosné, hovoří o lidské důstojnosti, o hodnotě lidského života a právu každého na jeho kvalitní prožití, bez ohledu na zdravotní determinaci. I vážně nemocný člověk v terminálním stadiu smrtelné choroby (ať třeba již v poutech paliativní medicíny) má právo na důstojné zacházení, na respekt vůči svým přáním a má právo, aby svým žalem, spolu s malými posledními radostmi, prošel důstojně a v chápajícím, naslouchajícím a provázejícím ho okolí. Jistě, hovořím zde o jakémisi ideálu, ale bez vysokých aspirací a nároků na podobu lidské pomoci a apelu na solidaritnost nelze hledat prostředky, způsoby a výchozí teorie pro práci v takovéto oblasti pomáhání.

Problematika sdělování diagnóz obecně, tedy nejen diagnóz smrtelných onemocnění, má svou složitou podobu. Pro oblast etiky jsou nejvýznamnější otázky, jak sdělení formulovat, kdy pro sdělení načasovat nejvhodnější okamžik a kde jej provést (těmto otázkám se Haškovcová hojně věnuje ve svých odborných publikacích), ale z mého pohledu je nejdůležitější otázka, jak toto sdělení podat. Kritéria, která je nutné při sdělování respektovat, jsou námětem, kterému se chci věnovat na následujících řádcích.

Otázka, co má být sděleno, jakým způsobem, kdy a kde, je vážnou problematikou. Tento fakt by se měl stát každému profesionálovi vlastní a měl by s ním operovat při každé práci s klientem. Právě individualita člověka ve své variabilitě a širokospektrálnosti nabízí prostor pro hledání vhodných prostředků a situací ke sdělení nepříjemných, život jiným směrem obracejících sdělení. Poznání osobnosti klienta, práce s danými okolnostmi, jakými jsou např. fakt jeho psychické stability/nestability, jeho fyzický stav, realita fungujícího a pečujícího zázemí, pacientův hodnotový systém, postoje, stejně jako i fakt jeho náboženské orientace, to vše jsou fakta, která se stávají kritérii pro utváření a koncipování obsahu a formy sdělení. Samotný několikaletý etický spor, zda diagnózu smrtelné choroby nebo jiného celoživotního omezení sdělit či nikoliv, je v současné době přijímán ve větší míře s odpovědí ano. Zřetel je mnohem častěji brán na fakt, dovoluje-li to stav pacienta, je-li známa prognóza dalšího, byť omezeného života a je-li k tomu vhodné rodinné prostředí. Dnešní situace a přístup lékařů se zdá být z etického hlediska vyprofilovanějším postojem několikaletého sporu. Imperativní zákaz sdělování diagnózy se transformuje v individuální kazuistiky, provázené individuálním přístupem lékařů.

Vidět, slyšet pacienta a pracovat s ním je něco jiného než jím být, píše Haškovcová. Klíčem k mnou nastolené otázce se mi zdá být opět samotná práce pracovníka se sebou samým. Nutné se také zdá o nálezu hovořit, otevřeně hledat další způsoby existence a naplnění života, stejně jako pomáhat pacientovi a jeho rodině s přijetím a pochopením omezeností a zákazů, tzv. „napořád“. Existenciální otázka, kterou ve svém utrpení zrcadlí každý člověk při konfrontaci s faktem smrtelného onemocnění se ale téměř vždy zdá být hnacím motorem touhy po smysluplném, naplněném a hodnotném, i když dočasném způsobu života a patrná bývá i tendence k jeho intenzivnímu prožití. Jak píše Haškovcová, přijmout fakt, že se *lidská bytost realizuje*

v prostoru mezi zrozením a smrtí, /23 je úkolem na celý život a pro mnohé překvapivým objevem teprve ve stadiu a situaci života, kdy je existence determinována na měsíce, dny nebo dokonce jen na hodiny. „Abychom uměli pravdu dát i vzít, měli bychom vlastně už mnohem dříve, tedy ve stadiu dospívání a obecné přípravy na život, pamatovat také na výchovu zaměřenou k základním informacím, že člověk je zranitelný, může onemocnět a musí zemřít. Rozumět své situaci ve světě, svému pobytu v něm, svému životu, který je omezený zrozením a smrtí, je specifický problém, se kterým by se měl profesně vyrovnat každý lékař. Pouze tak, jak on rozumí danostem svého života, bude následně rozumět omezením daným nemocí svých pacientů. Avšak každý člověk by měl reálně přijmout, že těžké chvíle bolesti, nemoci a smrti prožije jednak jeho bližší či vzdálenější účastník, jednak doslova na svou vlastní kůži. Přijmout fakt konečného lidského života patří k dospělosti. A za svou dospělost a zralost platíme mj. tím, že jsme schopni nést svůj vlastní „kříž“, že se umíme podívat pravdě do očí a že se realizujeme v konečném prostoru mezi životem a smrtí.“ /24

Ukázku krizových intervencí na Klinice dětské hemato-onkologie přináší kapitola 6.1.

10 / Koordinace činností dobrovolníků

Další významnou kompetencí pedagogicko-psychologického poradce je koordinace činností dobrovolníků. Tu považujeme za velmi důležitou a přínosnou nejen pro děti samotné, ale i pro rodiče a celý zdravotnický personál. Dobrovolníci zajišťují veškeré aktivity, na jejichž realizaci nemají členové psychosociálního týmu čas a prostor a mnohdy ani vzdělání či profesní orientaci. Dobrovolnické centrum FN Motol pravidelně poskytuje klinice dětské hemato-onkologie několik dobrovolníků, kteří na základě koordinace poradců pracují s dětmi vzhledem k jejich zájmům a zálibám. Někteří z dobrovolníků dokáží s dětmi sdílet jejich nadšení pro elektroniku a počítače, jiní s dětmi rozvíjejí jejich výtvarné nadání a další talenty, jiní se spíše orientují na povídání a

rozvíjení hlubšího přátelství. Snahy těchto lidí jsou bezesporu vedeny jejich prosociální orientací a jejich přínos je dalekosáhlý. Mohou též nahrazovat práci herního specialisty a často fungují pro rodiče jako „záchrana“ ve chvílích, kdy si potřebují oddechnout a odpočinout v jiném prostředí, než v izolovaném nemocničním pokoji.

Jiní dobrovolníci se naopak orientují na psychosociální pomoc rodičům, docházejí na pravidelné popovídání do společenských místností pro rodiče a navazují přátelské vztahy plné úcty a pochopení, se snahou poskytnout rodičům oporu v jejich těžké životní situaci.

Za zmínku stojí i pravidelné dobrovolnické divadelní sdružení, které dětem přednáší hudebně-pohádková pásma, a které stejně jako ostatní dobrovolníci provádí svou činnost bez nároků na refundaci. Koordinace těchto činností je nesmírně důležitá a v kompetenci pedagogicko-psychologického poradce je poskytnout dobrovolníkům zásadní informace o stavu a potřebách dítěte s cílem rozvíjet či odstranit danou problematickou oblast. Přínos považujeme za vysoce terapeutický a jeho hodnota je z lidského hlediska významná.

4.2.1 Diagnostické nástroje pedagogicko-psychologického poradce

Problematika diagnostických nástrojů a diagnostických postupů je v současné době obestřena mnoha diskuzemi odborníků z různých disciplín. O právo k přístupu k diagnostickým materiálům se hlásí personalisté, poradci různých zaměření a především psychologové, kteří tyto nástroje považují za „své“. Domnívám se, že jisté rozdíly jsou však v administraci diagnostických technik a v jejich vyhodnocování a dále vidím rozdíly v míře osvojení specifické práce s daným nástrojem (testem, dotazníkem...ap.). Tu u některých nástrojů zaručuje pouze vyškolení danou institucí, a je proto nutné si uvědomit, že praktické využívání diagnostických nástrojů se učí odborník až v praxi, na základě svého zájmu a vstupu do školicích programů. Testcentrum Praha s.r.o. rozděluje diagnostické nástroje např. na testy kategorie B, které dle jejich stanov může administrovat a vyhodnocovat pouze jednooborový psycholog, dále na testy kategorie A,

kteří může administrovat např. pedagog, personalista nebo psychiatr a dále metody kategorie C, určené jednooborovým psychologům po úspěšném absolvování specifického kurzu (např. u *Rorschachovy metody*). Mezi testy z nabídky skupiny A bych jmenoval *DVP – Dotazník volby povolání a plánované profesní kariéry*, dále *Dotazník životní spokojenosti*, dále *BIP – Bochumský osobnostní dotazník*, dále pak *LMI – Dotazník motivace k výkonu* a nebo *Test profesních zájmů B-I-T II*.

V rámci obecného vnímání specializace pedagogicko-psychologického poradenství u absolventů jednooborové pedagogiky hovoříme o nutnosti znát diagnostické nástroje psychologů, samostatnou prací s metodami se však dostáváme do dodnes nevyřešené situace. Osobně považuji za užitečné, pokud poradce dokáže pracovat s testy typu B, za všechny bych jmenoval např. *TEKO, Testovou baterii na měření kognitivních operací Váryové a Mikulajové*, která nedagnostikuje aktuální výkon, ale zónu nejbližšího vývoje. Mezi další diagnostické nástroje, které považuji za vhodné k práci poradce, jsou např. *Obrázková zkouška sluchového vnímání pro předškolní věk Z. Žlaba*, nebo *Edfeldtův reverzibilní test* určený k posouzení vizuální diferenciaci u předškolních dětí. Za další vhodné a použitelné diagnostické metody považuji v práci pedagogicko-psychologického poradce takové metody, které zkoumají dílčí znalosti, schopnosti a dovednosti dítěte. Např. u podezření na specifickou poruchu učení můžeme předložit dítěti Matějčkův diagnostický dyslektický diktát, použít četbu textu (např. *Zajíček*) a posoudit nebo vyloučit např. poruchu pozornosti při použití *Jiráskova číselného čtverce*. Při zkoušce čtení (zmíněný text: *Zajíček*) sledujeme rychlost, plynulost, úroveň porozumění, frekvenci chyb a nebo čtenářské návyky. Text *Latyš*, který obsahuje mnoho nesmyslných slov takovouto diagnostiku svým přínosem jen obohacuje. Rovněž při zkoušce písemného projevu můžeme zkoumat sluchovou diferenciaci, osvojení gramatických pravidel a grafomotoriku. Pro oblasti např. rodinného poradenství je vhodné používat Matějčkovu kresbu začarované rodiny nebo neprojektivní kresebné techniky, jako jsou např. *Test obkreslování předloh* (Matějček, Strnadová, Vágnerová), kde zkoumáme vizuálněmotorickou orientaci, nebo *Kresbu lidské postavy* od Šturmy a Vágnerové, kde sledujeme úroveň rozumových schopností, motoriku a percepční dovednosti a představivost. K práci s těmito primárně neklinickými bateriemi je nutná spolupráce s dalším odborníkem a náležité vzdělání. *Zkouška laterality*

Matějčka a Žlaba je rovněž vhodným nástrojem k určení nebo potvrzení hypotézy o levostranné orientaci dítěte. *Test znalostí předškolních dětí*, který byl Matějčkem sestaven na základě Komenského teorie o vývoji a osvojování znalostí předškolních dětí, je rovněž svou administrací velmi jednoduchý, ale přesto může administrátorovi poskytnout mnoho informací o znalostech předškolního dítěte. Takovýchto zkoušek a testů bychom jistě našli ještě celou řadu, důležitým se však jeví, jestli je odborník, který k jejich administraci přistoupí, dokáže administrovat a zároveň odborně vyhodnotit. Na většinu těchto testů, které zkoumají spíše dílčí schopnosti a dovednosti dětí, by měla navazovat spolupráce s psychologem, který dítě podrobí inteligenčním testům (*Wisc, Amthauer, Stanford-Binet, PDW, Raven...etc*), aby byla diagnostika co nejzevrubnější. Jak však připomíná Zelinková, pracovníci, „...kteří se zabývají výběrem, administrací a interpretací testů, by měli mít odpovídající vzdělání a výcvik v testování.“ /25

Jaké hlavní nástroje však má pedagogicko-psychologický poradce v rukou, pokud se shodneme, že specifické testové baterie patří výhradně do rukou proškoleným pracovníkům a měly by být zadávány ve spolupráci se zkušenějším kolegou, resp. psychologem. Proces diagnostikování v naší profesi dobře popisuje např. Zelinková. (Zelinková, 2001)

Ta hovoří v pedagogické diagnostice o tzv. *komplexním přístupu*. Nastiňuje systémy, které ovlivňují vývoj dítěte, a poskytuje výčet faktorů, které působí na rozvíjející se bio-psycho-sociální osobnost dítěte. Tyto faktory rozděluje do tří skupin: *společnost, rodina a škola*. /26 U společnosti připomíná 1/ *sdělovací prostředky*, 2/ *školskou politiku*, 3/ *zájmové organizace* a za 4/ *vrstevníky*. U rodiny hovoří o 1/ *rodičích*, 2/ *sourozencích*, 3/ *prarodičích*, 4/ *dalších příbuzných* a za 5/ o *stylech rodinné výchovy*. U školy připomíná vlivy 1/ *klimatu školy*, 2/ *vedení školy*, 3/ *vztahu mezi vedením školy a učiteli*, 4/ *vztahů učitel – žáci*, 5/ *učebních plánů*, 6/ *učebních osnov* a za 7/ *učebnic a pomůcek*. /27 Jako oblasti diagnostiky uvádí autorka jednak posuzování *zdravotních obtíží dítěte v minulosti a současného zdravotního stavu*, dále si všímá *vrozených a zděděných vlastností* a poté posuzuje dílčí schopnosti a dovednosti, jak už o nich byla řeč v minulých odstavcích. Mezi kategorie, které považuje za důležité pro diagnostickou práci, uvádí: *motivaci, rozumové schopnosti, temperament, úroveň koncentrace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, paměť, řeč, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení,*

zrakovou percepci, sluchovou percepci, pravolevou a prostorovou orientaci, kinestetické vnímání, hmat, jemnou a hrubou motoriku a grafomotoriku. /28 Zdůrazňuje také důležitost vývojového hlediska (znalost vývojové psychologie) a upozorňuje např. na situace dětí, které selhávají v prvních ročnících školní docházky zejména z toho důvodu, že některé oblasti, které jsou důležité pro osvojení čtení a psaní, nebyly při nástupu do školy dostatečně rozvinuty. Jedná se např. o vizuální rozlišování znaků, rozvoj řeči, chápání symbolů a další. (Zelinková, 2001) Tyto znalosti a diagnostické schopnosti považují v práci poradce za nevyhnutelné, v konkrétních situacích se s nimi můžeme v klinické praxi setkat u dětí, které jsou propouštěny do domácí péče, měly by za půl roku nastoupit školní docházku a nemají k tomu ani dispozice, ani tomu neodpovídá fáze vývoje některých parciálních schopností. V takovém případě je správné rodinu instruovat, jakým způsobem by mělo být dítě vedeno, nebo pomoci rodičům zařídit logopedickou nebo speciálně-pedagogickou péči v místě bydliště.

Za hlavní nástroje diagnostiky v naší profesi považuje Zelinková *pozorování, rozhovor, anamnézu, dotazníky a testy*. Autorka však připomíná rozlišení standardizovaných psychologických testů a pedagogických testů, které zjišťují úroveň v určité oblasti. Úloha *pozorování* je proces systematického sledování dítěte (v našem případě po celou dobu hospitalizace), díky kterému spolurozhodujeme o vedení dítěte. Pozorování chování zahrnuje pozorování dítěte v interakci s jinými dětmi, s rodičem, s jinými dospělými. Projev dítěte, který můžeme zaznamenat, vidět a slyšet nám poskytuje představu o jeho individuálním psychickém stavu. „*V chování dítěte se odráží nejen prožívání dítěte, ale též jeho minulé zkušenosti, vědomosti, obsah psychického života v minulosti i současnosti.*“ /29 Autorka uzavírá, že „*...chování je pozorovatelným produktem určitých charakteristik individua nebo procesu, který probíhá uvnitř individua.*“ /30 Určuje-li se přesnost závěrů s frekvencí pozorování, musíme říct, že v prostředí nemocničního oddělení je tato možnost velmi kvalitní, byť vidíme dítě izolovaně od jeho přirozeného prostředí. V diagnostickém procesu pozorování sledujeme jak celkový zjev dítěte, tak mimiku, způsob řeči, adaptaci na prostředí a další oblasti, které jsme v úvodu kapitoly zmínili u Matějčkova pojetí netestové diagnostiky. V rozhovoru naopak získáváme množství informací, které slouží k dokreslení situace v rodině a k dokreslení obrazu o stavu dítěte. Anamnestická data získaná rozhovorem

mají také vysokou výpovědní hodnotu a dotvářejí celkový obraz životní situace, funkčnosti rodiny a rodinné konstelace. V rozhovoru můžeme zkoumat několik oblastí, od funkčnosti rodiny, přes výchovné postoje rodičů až k osobním tématům jednotlivců. Zelinková navrhuje rozdělovat a strukturovat rozhovor podobně jako Říčan (Říčan, 2006) a připomíná, že strukturovaný rozhovor by měl mít vždy vytyčený směr a cíl. Z obecné teorie interview víme, že kladené otázky můžeme rozdělovat na lineární, strategické, cirkulární a reflexní a nebo naopak na přímé, nepřímé, projektivní a otevřené/uzavřené. Základním cílem diagnostického rozhovoru je však získání informací a faktů, které dokreslují rodinnou realitu, neměli bychom se však uchylovat k terapeutickému rozhovoru, který v takovéto situaci nemá opodstatnění. Na základě těchto dvou diagnostických metod sestavuje poradce anamnézu, kterou v konkrétní situaci velmi často doplňuje o dílčí, z jeho pohledu podstatné skutečnosti. Zelinková hovoří o anamnéze *osobní, rodinné a školní*. (Zelinková, 2001) U *osobní anamnézy* navrhuje podobný postup jako Matějček, jehož pojetí ve své motolské práci užíváme. Navrhuje získávání poznatků o prenatalním a perinatálním vývoji dítěte, o vývoji motoriky, řeči a zájmů. Zelinková upozorňuje na významnost a výpovědní hodnotu získaných dat, protože připomíná, že např. nemoc matky v období těhotenství mohla ovlivnit vývoj CNS, nebo že celkové opoždění dítěte v oblasti jemné motoriky a grafomotoriky může předznamenávat nevěle dítěte kreslit nebo jakkoliv cvičit. U dětí, které se ve vývoji řeči oproti vývojové normě opozdily, mohou být naopak očekávány problémy v oblastech čtení a psaní a nebo naopak četná nemocnost dítěte může způsobovat zvýšenou únavnost dítěte a nebo např. poruchy spánku. (Zelinková, 2001) Všechny tyto oblasti, které se snažíme v anamnestickém rozhovoru postihnout, mohou dopomoci k našemu odbornému náhledu na somatický a psychický vývoj dítěte. V oblasti *rodinné anamnézy* autorka připomíná možnost získat důležitý přehled o rodinných vazbách, stylech výchovy a výchovných obtížích. Získaná data nám dopomohou k lepšímu odhalení možných příčin obtíží a vedou poradenský proces směrem k lepšímu rozumění situaci. Stejně jako Matějček nabízí otázky sledující hodnotovou orientaci rodiny a její společenské postavení, i Zelinková poukazuje na důležitost zjišťování faktů o *osobním fungování, manželském fungování, rodičovském fungování a socioekonomickém fungování*. /31/ Podle Helova (Helus, 1992) pojetí termínu *rodinný styl výchovy* navrhuje autorka i ve shodě s Matějčkem (Matějček,

1992) diagnostikovat výchovné postoje a všimnout si zejména prvků dysfunkčních, které se objevují u *nezralých rodin, přetížených rodin, ambiciózních rodin, perfekcionalistických rodin, autoritářských rodin, rozmazlující výchovy, liberální a improvizující rodiny, odkládající rodiny a disociované rodiny*. /32

Za další diagnostický nástroj pedagogicko-psychologického poradenství je nutné považovat dotazníky. Podmínkou jejich efektivity a účelnosti je *přesná formulace cíle*. Autorka říká, že základní požadavky pro sestavování dotazníku jsou:

- *dotazy musí být voleny tak, aby postihovaly zkoumaný předmět;*
- *formulace otázek musí být stručná a výstižná; nesmějí připouštět různý výklad;*
- *otázky nesmějí obsahovat neznámé pojmy, nesmějí příliš zasahovat do soukromí respondentů;*
- *vyplnění dotazníku musí být časově úměrné /33*

Autorka uvádí, že pro diagnostickou práci je vhodné u dotazníků, které předpokládají introspekci, sebehodnocení dítěte a posuzování určitých složitějších jevů zadávat takové dotazníky až dětem od deseti let věku. Také je nutné uvážit, jak je rozvinutá u dítěte úroveň čtení a psaní, u dotazníkové práce s dospělým/rodičem nejsou žádná omezení kromě analfabetismu známa.

Didaktické testy, které ověřují úroveň osvojených znalostí a vědomostí, spadají také do pedagogické diagnostiky, ale pro naše účely je mohou využívat spíše učitelé a pracovníci Speciálních škol při FN Motol a dalších školských institucí.

Ukázku záznamových archů, přijímacích zpráv a záznamových listů pro pedagogicko-psychologickou péči na našem oddělení, které používáme k záznamu své diagnostické a intervenční práce na KDHO přináší příloha této práce. V příloze čtenář také nalezne diagnostické metody používané např. ke zrakovému rozlišování písmen, zkoušky sluchového rozlišování slabik, zkoušky sluchové analýzy, syntézy a diferenciací, dále příloha uvádí diagnostiku vývoje čtenářských dovedností, záznamový arch, který slouží k záznamu diagnostického procesu pozorování chování dítěte a přináší i autorčin návrh na způsob přehledu diagnostikovaných oblastí.

Závěrem lze říci, že pedagogicko-psychologická diagnostika je důležitou součástí poradenského procesu a bez její participace není poradenský proces ucelený a efektivní. Díky ní relativizujeme své předpoklady a pracovní hypotézy, nebo je naopak potvrzujeme a dokládáme. Stejně jako standardizovaná psychologická diagnostika má své způsoby užití, variabilitu aplikací a komplexitu, tak i dílčí testy a zkoušky zkoumající jednotlivé schopnosti a dovednosti dítěte ve svém celku se ale teprve až společně s dalšími netestovými diagnostickými prostředky stávají nástrojem pomoci dítěti a jeho rodině. Vzhledem k častým postojům z řad jednooborových psychologů k používání některých metod i odborníky z jiných oborů se domnívám, že možnému zneužití, kterým psychologové své postoje obhajují a vysvětlují, je možné předejít odborným vzděláváním poradců, kteří s testy chtějí pracovat, a zároveň kolegiální spoluprací na bázi respektu a úcty k profesím, které, byť z jiných, ale i tak příbuzných oborů tendují k pomoci dítěti a ne ke zneužívání moci, kterou diagnostické nástroje mohou nabízet. V případě kontinuální spolupráce mezi pedagogicko-psychologickým poradcem a psychologem, se oba podílí na administraci a vyhodnocování testů nebo zkoušek (nebo si tyto kompetence rozdělují dle domluvy a zkušeností). Stejně jako v terapeutickém ranku je nutná pravidelná supervize, u tohoto druhu činnosti je nutné odborné vzdělávání se a spolupráce s psychologem nebo jiným zkušenějším kolegou. Otázkou do budoucna ovšem zůstává, nakolik se standardizované psychologické diagnostické metody stanou doménou pouze psychologů, když již v dnešní době, a z mého pohledu po právu, je některými institucemi umožněno vzdělávat se i odborníkům z příbuzných oborů, např. pedagogických. Po absolvování takovýchto kurzů jsou zájemci schopni orientovat se v různých druzích testů, v jejich administraci a vyhodnocování. Takovouto formu vzdělávání nabízí v současné době již zmíněné např. Testcentrum Praha s.r.o., jehož rozdělení testů na A, B a C jsem uvedl na začátku kapitoly a které podrobněji ilustruje příloha mé práce.

4.3 Odkazy

- 1/ KOMENSKÝ, J., A.: *Informatorium školy mateřské*. Praha: Kalich 1992, str. 41 – 51
- 2/ ROUSSEAU, J., J. in Váňová, R.: *Studijní texty k dějinám pedagogiky*, Praha: PedF Praha 1997, str. 192
- 3/ DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2001, str. 170
- 4/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 48
- 5/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 35
- 6/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 17
- 7/ DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2001, str. 170
- 8/ DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2001, str. 162
- 9/ DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2001, str. 162
- 10/ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada 2006, str. 324
- 11/ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada 2006, str. 328
- 12/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 45
- 13/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 21

- 14/ MORRISON, R.S.: *Death – and the value of Life*. The Hasting center Report VII, 1971, str. 25
- 15/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 129
- 16/ VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002, str. 60
- 17/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 345
- 18/ HAVRÁNKOVÁ, O. in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002, str. 306
- 19/ HAVRÁNKOVÁ, O. in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002, str. 306
- 20/ HAVRÁNKOVÁ, O. in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002, str. 311
- 21/ FRANKL, V., E. in *Die Sinnfrage in der Psychiatrie*. vyd. N. Petrilowitsch. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1972
- 22/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 45
- 23/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 59
- 24/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 59, 60
- 25/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál 2001, str. 39

26/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 19

27/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 19

28/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 20

29/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 28

30/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 28

31/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 117

32/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 119. 120

33/ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál 2001, str. 35

5. Možné aspekty pedagogicko-psychologické práce na KDHO FN Motol

Zatímco čtvrtá kapitola pojednávala spíše o otázce „*co dělat?*“, tedy jaké je pojetí pedagogicko-psychologického poradenství a jaké kompetence odpověď na tuto otázku vymezují, pátá kapitola mé práce se obrací k jednotlivým dílčím aspektům pedagogicko-psychologické práce a zabývá se otázkou, „*jakými možnými způsoby pedagogicko-psychologické práce?*“. Na následujících stránkách bych se proto rád zabýval způsoby práce, které zakládají kompetence a pojetí specifikované v předešlé kapitole.

Jsou-li pro danou práci výchozí hodnotou potřeby pacientů a jejich rodin, je také pochopitelné, že hlediska práce pedagogicko-psychologického poradce mají za cíl komplexní psychosociální péči o rodinu. Proto aspekty práce rozdělují do tří základních kapitol, které se věnují třem modifikacím odborné práce. První dvě specifikují způsoby individuální práce poradce, třetí se snaží vysvětlit důležitost interdisciplinárního přístupu. Tím je myšleno veškeré společné koncipování a doplňování způsobů práce všemi členy týmu za účelem užitečnosti a ku prospěchu pacientů a jejich rodin.

První aspekt práce, tedy hledisko pedagogicko-psychologické, zakládá odborné studium poradce a jeho vysokoškolská vybavenost pro poradenskou činnost ve všech ohledech a kompetencích, jak bylo specifikováno v předešlé kapitole. Druhý aspekt práce je z mého pohledu velmi užitečný, ale zakládá ho odborníkova terapeutická průprava. Nespadá tedy do základní výbavy pedagogicko-psychologického poradce, ale může být velmi výhodným aspektem jeho práce. Jedná se o další odbornost, kterou zakládá absolvování komplexního akreditovaného psychoterapeutického výcviku, bez něž nelze tuto činnost vykonávat, ani ji za terapii vydávat. Tento aspekt / hledisko práce se ve své realizaci tedy řídí teoreticko-metodologickými nástroji daného terapeutického směru a na tomto směru také záleží, jakým způsobem bude terapeut svou práci provádět, jak ji bude rámovat a jak ji do kontextu své práce (v našem případě pedagogicko-psychologického poradenství) začlenit a pak ji dokáže od jiných kontextů oddělit. Kontext poradenství vnímám jako jiný kontext než kontext terapie.

5.1 Aspekty pedagogicko-psychologické

V těchto způsobech práce se můžeme řídit *Osmi způsoby profesionální práce* dle systemického pohledu na pomáhající profese. Kontexty se v něm mění podle potřeb našich dětských a dospělých klientů. Vzhledem k mé práci na KDHO FN Motol zde nabídnu model systemický, který z mého pohledu dobře rámuje spolupráci mezi klientem/pacientem a poradcem/terapeutem a který velmi důsledně pracuje i s principem tzv.: *držitele problému*. Je tedy nutné poznamenat, že pro terapeutickou práci existují i jiné způsoby práce, ale model, se kterým já pracuji a který se mi osvědčil a mám s ním uspokojivou zkušenost, je model systemický. Ve své práci vycházím z tzv.: *osmi způsobů profesionální práce*.

Toto pojetí specifikoval Úlehla (Úlehla, 1996) ve své knize *Umění pomáhat* a představuje jasnou strukturu pro pomáhající profese, která ctí potřeby klienta a zároveň pomáhajícímu „pomáhá“ definovat způsoby práce a kontexty, ve kterých se při spolupráci s klientem pohybuje. Tato struktura se zdá být velmi užitečným vodítkem, protože zdůrazňuje zejména roli pomáhajícího jako roli, která nemusí vždy znamenat „obětující se veličinu“, ale která spíše dává odborníkovi do rukou možnost zabývat se při setkání s klientem i sám sebou, pečovat o své pohodlí a svůj pocit ze spolupráce, který v optimálním případě spokojenosti přispívá k lepšímu pracovnímu postupu a zabezpečuje pomáhajícímu přímou zpětnou vazbu na požadavcích klienta/pacienta. Obětavost z mého pohledu není obětování se a pomoc by neměla bolet.

Jak píše Úlehla: „...pracovníkova profesionalita vyžaduje mít pro každou situaci různé alternativy co dělat.“ /1 A právě tato profesionalita by měla zakládat vůli pomáhajícího zahrnout klienta do spolurozhodovacího procesu o tom, čemu se chtějí společně klient a pracovník věnovat a na čem mají během svého setkání pracovat. Otázkou pro mnoho profesionálů zůstává, jak moc si troufají přibrat své klienty do rozhodování o tom, co se bude v setkání dít a co ne. Úlehla dále hovoří o dvou pilířích práce, o *profesionálním způsobu kontroly* a o *profesionálním způsobu pomoci*. Při kontrole rozhoduje pracovník, co se bude dít a jak bude forma pracovníkovy intervence

vypadat. V našem případě klinického prostředí se dá o tomto směru uvažovat v situaci, kdy je např. pracovník instruován, že dítě neplní své každodenní hygienické povinnosti a nebo vzdělávací úkoly, a je pověřen, aby tuto situaci napravil. V takové situaci půjde nejspíše o Úlehlovy kategorie *přesvědčování*, *opatrování*, *dozoru* a *vyjasňování*, protože tímto způsobem se dá také v konečném efektu pomáhat, ale formou kontroly. Protože jsem ale už jednotlivé formy *kontroly* naznačil, rozvedu jejich pojetí širším způsobem.

V kontextu *opatrování* vnímáme klienta jako někoho, kdo se o sebe nedokáže postarat sám. Řídíme se naším rozhodnutím „*musím to udělat za tebe*“. ¹² S takovou formou práce se často setkáváme v opatrovatelských službách a ve službách zaměřených na pravidelnou péči, která sleduje pravidelnou kontrolu nutných opatření ustanovených např. pro stav „nemohoucnosti“ klienta. Kategorie *dozoru* sleduje a kontroluje pravidla a normy, které by měl klient/pacient dodržovat. Tuto kategorii ilustruje přirovnání k formulaci: „*nemohu to nechat jen na tobě*“ ¹³ Takto jednájí v našem pojetí problematiky jak pracovníci lékařských profesí a středního zdravotnického personálu, ale např. i rodiče, kteří opatrují své dítě během pobytu v nemocnici a dohlížejí na to, jak dítě bere léky a plní lékařská nařízení. Přesvědčování vede k tomu, aby náš klient/pacient chtěl to, co mu přinášíme k zamyšlení, nebo to, co mu doporučujeme. „*Pracovník drží problém: „potřebuju tě motivovat“.*“ ¹⁴ Na základě našich zmíněných kompetencí se s takovouto situací můžeme potkat v případě, že nám lékař či zdravotní sestra předloží objednávku ke spolupráci s dítětem a nebo s rodičem, že např. matka nedokáže s dítětem komunikovat v situacích změny zdravotního stavu nebo v situacích, kdy dostatečně nedohlíží na pravidelnost příjmu potravy, a tento svůj postoj všem osvětluje slovy „že už nemá sílu, motivaci, víru...“atd. Kategorie *vyjasňování* je jakýmsi přechodníkem mezi kontrolou a pomocí, protože v tomto kontextu se snažíme dát klientovi co nejvíce šanci k tomu, aby svou objednávku na nás specifikoval a zformuloval svá přání, která mají být naší spoluprací naplněna.

Pilíř *pomoci* se v konkrétní realizaci dle Úlehly projevuje následujícími způsoby práce. *Doprovázení* se projevuje v přijetí, podpoře a stabilitě. Základním předpokladem pro tento postoj je životní situace klienta, o které ví, že nemá v moci ji změnit. V naší práci na klinice dětské hemato-onkologie se jedná o problematiku diagnózy smrtelného onemocnění, kdy rodič dokáže přijmout fakt, že některé věci jsou „vis major“. V mnoha

ohledech jsou však rodiče přesvědčeni o opaku, bojují s pocitem viny za nemoc svého dítěte, a proto se domnívám, že o tomto způsobu pracovního postupu můžeme jednat až ve fázi, kdy nám klient formuluje, že to, co máme společně dělat, je právě *doprovázení* v nezměnitelné situaci. Navíc otázka změnitelnosti např. zdravotní situace je zejména na našem pracovišti spíše situační záležitostí, protože jako nezměnitelnost vnímáme pobyt a nutnou léčbu a jako jinou nezměnitelnou veličinu vnímáme terminální stádium onemocnění. Z předešlého zamyšlení tedy jasně vidíme, jak je složité vyjasňování kontextu situace klienta a důvodů jeho tendence po pomoci. Jak píše Úlehla: „*Základní nabídkou pracovníka je přijetí a poskytnutí pevné opory.*“ ^{/5} Klientovi odpovídáme na jeho žádost „*pomoz mi nést můj osud.*“ ^{/6} Kontext *vzdělávání* se naopak řídí objednávkou „*...pomoz mi rozšířit mé možnosti*“. ^{/7} Pokud se tedy přesvědčíme, že právě vzdělávání je to, co od nás klient vyžaduje, přistupujeme k vlastní sebereflexi našich vzdělávacích možností, které můžeme klientovi nabídnout. V návaznosti na problematiku našeho pracoviště se jedná např. o přání rodičů vysvětlit jim a naučit je, jak komunikovat se svým dítětem po návratu domů nebo jakým způsobem dítě vzdělávat v rámci reedukace, např. při zjištěných specifických poruchách učení. Kategorie *poradenství* by mohla jen zdánlivě svým názvem komplikovat název této práce a často zmiňovanou pracovní pozici, o které je v této práci řeč. V tomto kontextu kapitoly však hovoříme o způsobech práce pracovníka, který má určité kompetence jako pedagogicko-psychologický poradce, ale v jeho profesionálních způsobech práce se objevuje několik možností a aspektů pro tuto práci. Proto *poradenství* v Úlehlově pojetí budeme blíže uvádět dle autorova pojetí, a tedy jako *hledání nejužitečnějších cest*. V tomto kontextu posuzuje užitečnost opět klient a my odpovídáme na jeho žádost: „*...pomoz mi využít mých možností*“. ^{/8} Pracovník poskytuje klientovi/pacientovi nápady, náměty, návody, recepty a nebo rady jak lépe dosáhnout vytyčeného cíle, kterého se klient/pacient rozhodl dosáhnout. V našem klinickém pojetí práce je takovýto kontext spolupráce uchopitelný např. při situaci, kdy nás dospívající požádá, že neví jak má komunikovat se svými spolužáky, kteří za ním přijdou na návštěvu a uvidí ho bez vlasů, a nebo když nás rodič požádá, že neví jak má formulovat slova, která by rád řekl ošetřujícímu lékaři, se kterým má problémy v komunikaci. Poslední, osmý kontext spolupráce v pilíři *pomoci* označuje autor jako *terapii*. Tento způsob práce se řídí klientovým přáním a touhou po ukončení jeho smutku,

trápení a nebo duševní bolesti. Důležitým postřehem je fakt, že pokud nás klient o takovouto formu pomoci požádá, musí mít představu, že je taková změna možná. Tato představa potencuje klientův rozvoj směrem ke změně a pracovník této změně napomáhá tím, že klienta „...oceňuje, zplnomocňuje a posiluje v rozvíjení řešení, díky němuž se problém „rozpuští“.“ /9

Vyjasnění kontextu intervence je důležité zejména z toho důvodu, abychom dokázali evaluovat poradenský proces, a abychom dali klientům dostatečný prostor pro vnímání užitečnosti naší práce. Posouzení vlastní práce, tedy definice toho, „co právě dělám“ a „proč“, přispívá k profesionalitě pracovníka a vyšší míře užitečnosti jeho práce. Zároveň poskytuje pracovníkovi jistotu a bezpečí, že to, co dělá, není nevyžádaná pomoc, která není nejen k užítku, ale možná dokonce způsobí víc obtíží konstruováním dalšího problému, který nebyl klientem verbalizován jako určený k odstranění. Pozice toho, kdo označuje problém ,a toho, kdo posuzuje, je pozicí *držitele problému*.

5.1.1 Pedagogicko-psychologické potřeby dítěte a jeho rodiny během pobytu v nemocnici

Mezi pedagogicko-psychologické potřeby řadíme ty potřeby, jejichž naplňování přispívá ke komplexnímu stavu dítěte a jeho rodiče v době pobytu v nemocnici a po něm a které primárně souvisí s oblastí pedagogické psychologie. Určení těchto potřeb stanovují jak lékaři, tak poradce a zároveň i klient sám. Kategorie držitele problému nabývá v tomto pojetí na svém významu, ale z hlediska nejvyšší hodnoty instituce, a tou je komplexní zdravotní stav dítěte, se nelze tedy občas vyhnout kategoriím *kontroly*. Zejména se jedná o skutečnosti, kdy odborník posoudí stav dítěte a rozhodne se, že rozvíjení určitých činností povede k lepší adaptaci dítěte na situace, kdy selhává a nebo kdy rodič nedokáže sám tyto skutečnosti naplnit, nemá k tomu prostředky, schopnosti a znalosti a potřebuje být „veden“.

5.1.2 Problematika výchovného poradenství u hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol

U výchovného poradenství kombinujeme všechny formy profesionální pomoci, dle uvážení poradce a dle úvahy nad tím (v systemickém úhlu pohledu), k čemu má být tato forma pomoci užitečná a na jaký cíl má být zaměřena. Zadavatelem objednávky může být kdokoliv z lékařů, ale nejčastěji jím bývají sami rodiče, kteří nevědí, jak změnit výchovné obtíže. Na nás jako na profesionálech je zjistit, zdali rodič potřebuje poradit ve smyslu Úlehlovy kategorie *poradenství* nebo či potřebuje *vzdělávat* v problematice chování dítěte v období nemoci a izolace a rozumět problematice adaptace. („*Adaptace zahrnuje jak plán výstavby fyzické, tak i psychické struktury organismu.*“) /10, nebo zdali naopak chce s dítětem pomoci formou přímé intervence, kdy můžeme např. *dozorovat* a *přesvědčovat*. Provedeme-li přímou intervenci v konečné fázi (a dle věku dítěte) formou herní terapie a nebo formou jinou záleží na odborníkových schopnostech a variabilitě pedagogických nástrojů, kterými pro svou práci s dětmi disponuje. Z následujících příkladů je zřejmé, že formy pomoci se neustále modifikují na základě potřeb těch, kterým má být pomáháno nebo kteří si o pomoc sami řeknou. Za nejdůležitější však považujeme, aby každá takováto modifikace byla založena na vyjasnění cíle, kterým má být užitečnost a efektivita pro toho, komu je formou *kontroly* nebo *pomoci* pomáháno.

5.1.3 Problematika vzdělávání a vzdělávacích potřeb u hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol

Tato problematika podléhá jednak zákonným normám, a proto je tuto činnost nutné koordinovat se zástupci Speciálních škol při FN Motol, ale zároveň podléhá individuálním potřebám dětí různého věku. Školské normy a osnovy nám dávají jasnou strukturu, jakého cíle by mělo dítě na jakém stupni školení docházky dosahovat, u dětí starších (SŠ) je však situace jiná a klade na rodiče a poradce nároky na pravidelnou

komunikaci s kmenovou školou, která by měla dítěti a jeho rodičům poskytnout informace o tom, čemu je vhodné se věnovat a jak bude dítě hodnoceno. Všechny tyto aktivity se ale řídí zdravotním stavem dítěte a jeho fyzickými a duševními možnostmi, které jsou k procesu učení zapotřebí.

Druhou odlišnou situací jsou zájmy a vzdělávací potřeby dítěte, které přímo nesouvisí se školní výukou a školními osnovami, ale kterým se rozhodne dítě během pobytu v nemocnici věnovat. V takovém případě je správné, bude-li se pracovník snažit, aby dítěti poskytl všechny možné a dostupné materiály a pomůcky, které k rozvíjení tohoto zájmu přispějí. Terapeutický efekt takového podporujícího postoje je nezanedbatelný.

5.1.4 Význam pedagogicko-psychologické péče při návratu do běžného života a při integraci dítěte do kolektivu

Následná péče při návratu do domácí péče se provádí telefonickým, e-mailovým a nebo osobním kontaktem v ambulanci, kdy poradce reaguje na individuální objednávky dětí a jejich rodičů. Mezi tuto péči nepatří jen pomoc při komunikaci s kmenovou školou dítěte, ale často se v objednávkách objevují i nároky na aspekty práce z oblasti výchovného poradenství a nebo terapie. Děti mají problém s integrací do kolektivu vrstevníků, svěřují se nám s těmito trápeními a chtějí po nás pomoc. Stejným způsobem se na nás obracejí rodiče s rodinnými problémy a nebo s problémy v dalších oblastech, např. obtíže v komunikaci se sourozenci ambulantně léčeného dítěte nebo v komunikaci s učiteli nebo sociálním útvarem v místě bydliště.

V případě jakýchkoliv objednávek během ambulantního sledování dítěte a rodičů se formy pomoci opět řídí kompetencemi pracovníka a způsoby jeho profesionální práce. Vyjasnění kontextu dojednané spolupráce se řídí stejnými hledisky jako u péče během hospitalizace, je však nutné počítat s jinou možností časové dotace určené pro spolupráci. Jiná je totiž situace, kdy rodiče chtějí zprávu pro školu, a jiná je situace, kdy má dítě problémy se sebepojetím a nezvládá integraci do třídního kolektivu. V takové situaci

považujeme za nezodpovědné neposkytnout dítěti péči, pokud to časová dotace dovoluje a pokud dítě chce pracovat s námi, a stavíme na vztahu vytvořeném v průběhu léčby. V oblastech, kde se necítíme být experty (logopedie, klinická psychologie, psychiatrie, sociální dávky) je na místě zařídit péči pro dítě či rodiče ve FN Motol a nebo zjistit, kam by se mohli v místě svého bydliště obrátit s žádostí o pomoc. Před zahájením té které spolupráce je však nutné uvědomit si, jak často je možné se s rodinou vidat, protože pouze „nahodilé“ setkání jednou za čas na ambulanci nemůže naplnit např. žádost o poradenskou či terapeutickou spolupráci na nějakém tématu. Z důvodu časového nedostatku bychom se totiž nemohli pravidelně přesvědčovat, zdali je objednávka dítěte/rodiče naplněna, pokud bychom ji vůbec naplňovat mohli. Shodujeme-li se v názoru, že klient je tím, kdo posuzuje přínos spolupráce, je nutné mít pro tuto podmínku čas a prostor.

5.2 Aspekty terapeutické

Motto:

„Nemoc patří k životu a lze ji také nahlédnout jako šanci umožňující osobnostní růst a zrání tím, že získáme novou zkušenost se sebou a vidíme, co je v životě důležité a co pomíjivé. Kultivovaný a řízený psychoterapeutický rozhovor je otevřením, zahájením cesty, na níž se pacient necítí pasivně vydán nepřízni osudu a chorobě, ale kde aktivitou, umocněnou zájmem a oporou jiných lidí, může žít aktivní život s nemocí.“ //1

Za terapeutické aspekty jakéhokoliv pomáhání považují jednak veškeré záměrné činnosti a metody, jednak výsledky plynoucí z otevřené a předem dojednané spolupráce mezi pomáhajícím a klientem/pacientem. Jistě je v mnoha poradenských situacích možné reflektovat při zpětné vazbě i výslovně terapeutické výsledky nezáměrné, tedy bezděčné

intervence (např. v situacích nenadálého přátelského rozprávění nebo během spolupráce mající původně jiný cíl – např. vzdělávací), ale takovéto situace bych raději označil za ve svém důsledku žádoucí, ne však za primárně sledované. Domnívám se, že v předešlých kapitolách jsem o takových životních, resp. pedagogických situacích pojednal.

Budeme-li na následujících řádcích přemýšlet o terapeutických efektech a terapeutických aspektech pomáhající práce, budeme zejména sledovat takové aspekty, které jsou spojeny s pedagogicko-psychologickou prací poradce a které by neměly být pouhým náhodným vedlejším efektem/produktem činnosti. Byť i Matějček ve své *Praxi dětského psychologického poradenství* na terapeutické aspekty např. logopedické péče nebo učitelské profese často upozorňuje (Matějček, 1990), rád bych se vzhledem ke své specializaci nyní omezil zejména na oblast intervenční, na oblast pedagogicko-psychologického poradenství a jeho možný terapeutický aspekt. To si však při nabízení terapie jako profesní specializace žádá dalšího popisu a vysvětlení.

Terapie, nebo psychoterapie, chcete-li, je specifickou a interdisciplinární profesionální činností, která nalézá svou funkci, přínos a využití v mnoha oblastech odborných činností, které bývají primárně spojeny s oblastí pomáhání. Jak jsem uvedl, je toto pole lidského snažení velmi široké, neustále se rozrůstá a klade si za cíl sledovat mnoha faktory podmíněné potřeby člověka.

Například *osmi profesionálním způsobům práce* dle Úlehly se ve své každodenní práci věnují v návaznosti na praxi a potřeby klinického pracoviště. Z Úlehlova modelu mi přijde nejužitečnější myšlenka rozdělení způsobů práce zejména vzhledem k pracovníkově sebedefinici a vzhledem k přehlednější a odpovědnější činnosti. Na základě své praxe se přikláním k takovému rozdělování práce zejména z toho důvodu, že si uvědomuji složitost jevů a mnohočlennost oblastí, které se při spolupráci s klientem objevují a jsou klienty/pacienty verbalizovány. Je ale často velmi těžké definovat, jakým způsobem by měl být klientův/pacientův problém řešen, zdali terapeutickými, poradenskými, vzdělávacími či jinými postupy odborné práce. V takové situaci je důležité, aby odborník rozpoznal, v jakém způsobu profesionální práce se aktuálně pohybuje, a rozuměl tomu „proč“.

Terapie pocházející z řeckého slova *therapeuó* znamená sloužit. Substantivum *therapón* je služebník, průvodce a opatrovník bohů. /12 Pojetí terapie bylo a je věnováno

zejména v současné době mnoho prostoru a otevřených odborných diskuzí, stejně jako vymezení aprobace k jejímu výkonu. Nyní proto věnuji ještě prostor definici samotné terapie a vlastnímu chápání této činnosti.

Vymětal říká, že psychoterapii považuje za „*interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality.*“ /13 Jiní autoři však tolik nehovoří o kategoriích normality nebo psychologii jako základním oboru, z něžž terapie vychází, ale přiklánějí se spíše k pojetí terapie jako duchovního oboru, jako umění, nebo dokonce pouze jako rozhovoru, způsobu porozumění lidské existenci nebo znovunabývání duševního zdraví/rovnováhy. Pro ilustraci budu citovat několik autorů tak, jak je uvádí Vymětal. (Vymětal, 2003)

„Psychoterapie vznikla jako léčebná metoda a vyvinula se v interdisciplinární obor, který je součástí integrální antropologie.“ Zdeněk Mrázek, lékař.

„Psychoterapie je způsob, jak osvětlit a porozumět lidské existenci v její celistvosti. ... Lidská existence je jedinečná, v sobě rozporná, nedokonalá a podstatně limitovaná. Z toho vyplývá základní odlišnost v koncipování existenciálních teoretických koncepcí od koncepcí přírodovědných. Rovněž nelze stanovit přesné léčebné postupy ani všeplatné metody. Rovněž nelze stanovit přesné cíle a vytvořit jednoznačné závěry. ... Psychoterapie se nepochybně pohybuje na pomezí technických zručností i uměleckých invencí a postupů. Přesto je při vši své rozmanitosti svébytná a naprosto specifická.“ Jiří Růžička, psycholog.

„Psychoterapie je delikátní směs vědy a umění.“ Jaroslav Skála, lékař. /14

Sám Vymětal píše, že „...*psychoterapeuti se starají o záležitosti člověku nejvlastnější, tedy o život, jeho smysl a naplnění, o pravdu a vůbec o vztahy, do kterých člověk vstupuje.*“ Terapeuti podle něj „*napomáhají jedinci se vyrovnávat se svízeli života a nalézt sebe na základě pravdivějšího sebepoznání.*“ /15

Mé vlastní vymezení terapie a terapeutické práce je o něco prozaičtější a má nejbliže k vyjádření psychiatricky Kunertové.. Terapie je podle ní „...*ovlivňující konverzaci, probíhající mezi dvěma lidmi, z nichž jeden definuje sám sebe jako terapeuta a ostatní jsou klienty. Terapie probíhá na žádost klienta a měla by směřovat především k jeho (jejich) užitku.*“ /16 Já se jako systemik domnívám, že terapie je specifická

dovednost zacházení se slovem a myšlenkou ku prospěchu klienta v návaznosti na zvládání nároků života. Ostatní kontexty normativní, vzdělanostní a morální považuji za samozřejmé. Je však přirozené, že jako ostatní autoři přemýšlím o daném tématu zejména na základě přístupu, v němž se vzdělávám, a který ve své práci na klinice dětské hemato-onkologie nejvíce uplatňuji. V mém případě se jedná o systemický přístup, u jiných citovaných autorů se jedná o franklovskou logoterapii, celostní gestalt psychoterapii, rogeriánský přístup, psychoanalýzu, transpersonální psychologii...atd.

Autoři knihy *Dětská psychoterapie* rozdělují psychoterapii do dvou základních směrů. Do objektivizujícího – přírodovědného, který si zejména při své realizaci klade otázky po příčinách, mechanismech a následcích. Za druhý považují směr subjektivizující – antropologický, v němž spatřují jako základní stavební kámen lidské setkání a *spolubytí*. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000) V něm se prý hledají hlavně hodnoty, smysly a cíle v osobním životě člověka. První pojetí terapie pracuje spíše s myšlenkou léčebných účinků a relevantních metod, zatímco druhý směr je určován zejména sdílením životní situace terapeuta s jeho klientem. První druh práce je podrobován systematickému vylepšování činností terapeuta a jeho pracovního postupu, druhý typ je vystavěn na terapeutickém vztahu a na osobním přístupu.

V tomto duchu je tedy terapie ve svých postupech rozdělována podle priorit, které při svém působení sleduje a kterým chce dosáhnout a které zároveň považuje za přínosné a užitečné. Autoři dále charakterizují tyto dva směry svými vlastními názvy. První považují za *psychoterapeutický proces* (postup, metoda, zjišťování účinnosti...etc.) a druhý označují názvem *psychoterapeutický přístup*. Dodávají, že „*systematická psychoterapie nezbytně působí po obou stránkách, přičemž relativní zdůraznění jedné nebo druhé vyplývá ze situace pacienta a z povahy jeho problémů.*“ /17 Na základě zadání mé práce však nyní vyvstává otázka, jak lze tyto postoje spojovat a vymezovat v kompetencích pedagogicko-psychologického poradenství, jehož status je pracovníkovi FN Motol přiznán na základě studia jednooborové pedagogiky se specializací pedagogicko-psychologického poradenství. Tomuto tématu jsem se již dostatečně věnoval, a proto pouze zapřemýšlím nad souvislostmi tohoto rozdělení s každodenní poradenskou praxí a s jejími aspekty.

V kontextu systemických teorií je ale nutné přemýšlet o užitečnosti klientské spolupráce, a zejména o podmínce svobodné volby na straně pacienta/klienta. To lze, jak bude zmíněno později, u opatrovatelů hospitalizovaného dítěte (rodič) a u dětí staršího školního věku. U dětí předškolních a u dětí mladšího školního věku však záleží na posouzení situace poruchy či např. výchovného problému osobou třetí. Tedy zadavatelem objednávky, ze kterého se ve chvíli předání zakázky stává držitel problému, protože jakákoliv noxa či nežádoucí okolnost může být samotnému dítěti jak lhostejná, tak mu nemusí činit žádné obtíže. Nemusí si ji uvědomovat, ona nemusí být zjevná ani druhým lidem, jak tomu mnohdy bývá v poradenském kontextu, kdy si jeden jedinec na chování dítěte stěžuje a druhý ho považuje za zcela v normě. Tato situace je ale odlišná od institucí s restriktivním charakterem nebo s posláním, které se zabývá prací s lidmi za hranicí sociálních norem chování.

V takovém případě, kdy musíme pracovat na nápravě nežádoucích okolností stavu dítěte, je nutné pro práci v kontextu terapeutickém zvolit patrně druhý postoj zmiňovaný autory, postoj s názvem *psychoterapeutický přístup*. Rozděluje-li sektor zdravotnictví psychoterapeutickou práci na systematickou a podpůrnou, kterou může vykonávat i odborník z jiného než klinického oboru, terapeutický aspekt pedagogicko-psychologického poradenství můžeme začlenit do tzv. *psychoterapeutického přístupu* a do tzv. podpůrné psychoterapie, k nimž naopak erudice poradce v rámci komplexního terapeutického výcviku jednoznačně přispívá.

Terapeutická spolupráce s dětským pacientem ve smyslu léčby a pedagogicko-psychologické práce je však zahrnuta do oficiálně proklamovaných služeb a kompetencí kliniky a podléhá proto zejména hlavní morální normě, a tou je pomoc dítěti. Hovoří-li Světová zdravotnická organizace WHO o kategorii zdraví jako o stavu úplné fyzické, duševní a duchovní harmonie, je apel na pedagogicko-psychologickou práci a její terapeutické účinky ve všech aspektech její realizace zřejmý.

Potvrzuje-li i Balcar (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000), že psychoterapie je u dětí předškolního a mladšího školního věku prováděna hlavně formou hry (je nutné si uvědomit nezanedbatelný fakt kognitivního vývoje dítěte a jeho dalších rozvinutých/nerozvinutých schopností), u starších dětí a adolescentů vzhledem k jejich rozumovým schopnostem je možné v rozhovoru využívat i terapeutické nástroje.

Nejčastějšími tématy, o kterých chtějí hospitalizované děti hovořit, je např. zvládání dlouhodobého pobytu v nemocnici, stesk po domově a po kamarádech, vnímání sebe sama v nemoci spojené se změnou vzhledu a také strach a úzkost z další léčby a možných změn v jejich zdravotním stavu. Poradenská činnost poté, z mého pohledu, podléhá stejným zákonitostem jako práce s opatrovatelem a je nutné vyjasňování kontextu spolupráce. Příkladem rozdílného kontextu, kdy volíme různé způsoby profesionální práce je např. situace, kdy dítě potřebuje pomoci s nalezením možného způsobu trávení času ve stereotypním prostředí nemocničního pokoje na jedné straně a se smířením se s prodloužením léčby o další měsíc na straně druhé. V prvním případě volíme poradenský kontext spolupráce (který může mít ve svém důsledku terapeutický efekt) a hledáme možnosti vyžití a organizování zájmových činností, které zdravotní stav dovoluje, a v případě druhém vedeme rozhovor, který by měl vést ke smíření se s danou determinací. Terapeutický způsob rozhovoru volíme při dostatečném ujištění o tom, co adolescent chce. Např. nám sdělí, že se chce přestat trápit touto skutečností, která mu zabráňuje v „radostném“ prožívání jeho bytí v nemocnici. Takovou formu spolupráce považuji za terapeutickou v rozsahu termínu nazvaného autory *Dětské psychoterapie*, tedy *psychoterapeutickým přístupem*.

Jak jsem ale už naznačil, u menších dětí je situace a pracovní postup závislý na mnoha jiných, zejména vývojově podmíněných souvislostech. Prožívání je u mladších dětí méně diferencované a je více vázáno na aktuální omezení, než že by podléhalo dlouhodobějšímu náhledu na situaci ve formě rozumové a citové účasti. Takové dítě nevnímá příznak nemoci, ale omezení ze strany okolního světa. „*Děti snáze reagují celostně, „psychosomaticky...“* //18 „*Poměrně rychlý průběh vývojových změn v dětství prostřednictvím procesů zrání a učení a prostřednictvím vývojových kroků diferenciací a integrace vyžaduje při hodnocení poruch a při indikaci a realizaci terapie mnohem větší ohled na právě přítomný stav vývoje dětské osobnosti...“* //19 Vývojově podmíněným noxám, které lze řešit formou porady, jsem se věnoval v předcházející kapitole, proto jen souhrnně poznamenuji, že až děti starší, pubertální a adolescentní začínají nést příznaky své nemoci intenzivněji a promítají se do jejich sebepojetí a sebepřijetí. Takové omezení, zejména ze strany reakcí okolí bývá častým poradenským tématem. U dětí mladších je vhodné využívat prvky herní terapie.

Jak ale potvrzují autoři *Dětské psychoterapie*, dosud nebylo vyzkoumáno, ba ani stanoveno, jaké postupy jsou pro které vývojové období dítěte nejužitečnější. „*Přehled o věkové podmíněnosti poruch je malý. (...) prozatím z nich (z přehledu výsledků významnějších studií – pozn. autora) lze vyvozovat pouze přibližné závěry, neboť značně závisejí na populačním výběru.*“ /20 Autoři dále uvádějí, že „...nejvíce ohrožena poruchou bývá ta oblast (orgán, funkce, regulace, výkon apod.), která právě prochází zásadní vývojovou proměnou.“ /21 A dále podle jedné studie, v níž byli longitudinálně zkoumáni muži od osmnácti do čtyřiceti sedmi let věku, uvádějí, že (...) *během 30 let sledování se u 25% vyskytly více než dva příznaky, podle nichž by byli psychiatricky označeni za „nemocné“ (...) a pokračují: „Získané údaje podporují hypotézu, že předpověď duševních problémů v dospělosti nejlépe umožňuje úhrnná kvalita veškerých zážitků v dětství, nikoli kvalita vztahu k jedné vztahné osobě či jednotlivý traumatický zážitek.*“ /22

Za terapii tedy považují především takové situace, kdy se z kontextu poradenství dostáváme na základě ujasnění klientových potřeb do oblasti, kterou Úlehla popisuje jako žádost „pomoz mi ukončit mé trápení.“ (V jiných kontextech, např. při *poradenství* by měl být ale terapeutický efekt také na místě). Jak píše již několikrát zmiňovaní autoři o tzv. *psychoterapeutickém přístupu*: „*Není to však působení specificky zacílené určitým postupem na určitou poruchu.*“ Jedná se např. o „...*psychoterapeuticky vedený rozhovor s pacientem nebo s jeho příbuznými, například při sdělování nepříznivých informací o zdravotním stavu, postupy krizové intervence, pomoc při zvládnání stavů zármutku a truchlení, psychoterapeutické stránky léčebného režimu apod.*“ /23 S touto tezí bych však trochu polemizoval, neboť pokud v praxi například nastane situace, kdy se snažíme dítě zbavit zafixovaného strachu z injekce a tento strach odstraňujeme herně-terapeutickými pedagogickými metodami, o jaký druh činnosti se tedy potom jedná? Haškovcová připomíná: „*Tím jediným možným řešením je psychoterapie, což není metoda, která má své opodstatnění pouze v „klasickém“ pojetí léčby neuróz.*“ Haškovcová dále cituje autorku, která si myslí, že psychoterapie „*by měla být dostupná na všech odděleních zdravotnických zařízení, kde je nezbytné čelit strachu.*“ /24 „*Formy psychoterapie mohou být různé. Podle Tauchové právě psychoterapie může poskytnout*

prostor, v němž nemocný „přijme nemoc jako součást své osoby“. Vyrovnat se s utrpením, které nemoc s sebou přináší, se nikdo nenaučí popíráním a přehlížením strachu, nýbrž jeho uznáním.“ /25

Ve světle nastolených členění je jistě zajímavé srovnání tohoto náhledu na problematiku s názorem Ivana Úlehly. Možná nám dochází základní problém, co tedy může poradce vlastně dělat? Dostáváme se tak do velmi složité spletitosti vyčleňování jednotlivých postupů na podpůrné, terapeutické, reedukační a nevím jaké ještě a přitom bychom se měli spíše zabývat otázkami a individuálními problémy toho kterého dítěte a využívat veškerých svých teoretických a praktických potencialit, které máme na základě studia a daných schopností k dispozici pro pomoc dítěti!

Takovýto kontext spolupráce má tedy na rozdíl od poradenského přístupu ty vlastnosti, které se projevují péčí o téma klienta metodologickými terapeutickými postupy. Ty se řídí na základě systemických paradigmat tématy klienta, s nimiž by rád pracoval a o nichž přemýšlí a vnímá je jako ohrožující, nepříjemná. A rád by tuto skutečnost změnil. Nejedná se tedy o objektivistické poradenství, kde jednáme na základě objektivně zjištěných a empiricky podložených faktů např. z oblasti vývojové psychologie nebo např. pedagogického poradenství náprav specifických poruch učení. Takové techniky bychom sice jako terapeutické označovat mohli, ve svém výsledku by jistě tento efekt mít měly, ale v případě psychoterapeutickém se jedná o záležitost zcela jinou. Proto v následujících kapitolách pohovořím o rozdílech v tzv. herní terapii a o podstatě podpůrné systemické psychoterapie, kterou se pokouším vykonávat se staršími dětmi a s rodiči na základě účasti v komplexním psychoterapeutickém supervizním akreditovaném výcviku.

Jinou je v současné době otázka institucionalizace psychoterapie. Z uvedených myšlenek různých odborníků je patrné, že terapie není v posledních letech, a z mého pohledu právem, považována za výlučný obor pouze psychologických a psychiatrických oborů. Ve zdravotnickém sektoru je „systematická psychoterapie“ hrazena zdravotními pojišťovnami těm odborníkům, kteří k tomu získali tzv. „funkční specializaci“. Tu osvědčuje IPVZ. Ve všech dalších mimozdravotnických rezortech je výkon psychoterapie většinou upraven a „...regulován jen místními zvyklostmi.“ /26 Dále uvádí, že

„Vzdělávací a supervizní činnost v psychoterapii pro zdravotnictví je v současnosti uznávána organizacím, jejichž předložené programy pro to získaly akreditaci.“ /27 (Např. ISZ – Institut pro systemickou zkušenost, pozn. autora) Autoři také přistupují ke dvou pohledům na současnou situaci, ve kterých ilustrují pojetí současného stavu. Hovoří o 1/ klinické tradici psychoterapie jako o léčebné metodě pro nemocné, která je určena lékařům a klinickým psychologům a *„...až na některé výjimky (např. pro zvlášť psychoterapeuticky kvalifikované střední zdravotnické pracovníky, popř. vysokoškoláky některých nezdravotnických oborů pracujících ve zdravotnických zařízeních) má sklon omezovat samostatný výkon psychoterapie i vzdělávání v ní na profese lékařů a klinických psychologů.“* /28 Dále hovoří autoři o pohledu, který za 2/ předpokládá, že není vhodné problémy klientů některých nezdravotnických institucí medicinalizovat, nebo psychiatrizovat. V takovémto pojetí se dnes vzdělává v psychoterapii mnoho odborníků pro psychosociální a pedagogicko-psychologickou praxi a dále pro restriktivní složky. Co se otázky dětské psychoterapie týče jsou dle autorů *„...budoucí dětští a dorostoví psychoterapeuti vzdělávání a přezkušování společně s odborníky vzdělávajícími se pro výkon psychoterapie s dospělými.“* /29 *„...doposud nejsou vypracovány specifické definice a standardy pro psychoterapii s pacienty či klienty odlišného věku, nejsou vypracovány ani pro psychoterapii s pacienty či klienty s různými typy problémů, ...“* /305

Z výše uvedených důvodů, které zmiňují i naši přední odborníci, kladu v této práci důraz na koordinaci, pravidelnost a odborná spoluřešení jednotlivých psychosociálních problémů našich dětských pacientů.

5.2.1 Systemicky orientované terapeutické rozhovory

Motto:

„...na tom, pro který výklad se v rámci čistě psychologické roviny rozhodneme, závisí celý náš další „terapeutický“ postup.“ /31

Pokud tedy v rámci pedagogicko-psychologického poradenství pracujeme i psychoterapeuticky, jsou systemicky orientované rozhovory primárně podřízené objednávkou či žádostí ze strany rodičů směrem k jejich vlastní osobě, směrem k jejich dítěti, nebo naopak objednávkou ošetřujícího lékaře směrem ke stavu dítěte, nebo opatrovatele během hospitalizace. V návaznosti na vymezení podpůrné psychoterapeutické péče v rámci *psychoterapeutického přístupu* (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000) jsou takovéto hypotézy ze strany lékařů často vedeny předpoklady vyvozenými na základě pozorování či rozhovoru s dítětem během léčby a reagují na viditelné změny v oblasti adaptace na nemocniční prostředí, vzhledem ke komunikaci a spolupráci s ošetřujícím personálem nebo vzhledem ke komunikaci mezi dítětem a opatrovatelem. Hlavním diagnostickým vodítkem pro objednávku k terapeutické spolupráci je tedy ať již z důvodů jakékoliv etiologie, předpoklad třetí osoby (lékař, sestra) pro změnu v oblasti prožívání a chování dané osoby.

V takové situaci, jedná-li se o opatrovatele dítěte (rodič, prarodič, příbuzný), je však z mého pohledu etické a podstatné uvést na počátku spolupráce do života transparentní zarámování výchozích pozic obou stran, resp. všech tří stran. (Lékař x terapeut x opatrovatel). Navíc je nutné si uvědomit, že opatrovatelé jsou hospitalizováni spolu s dítětem na základě zákonné normy a činí tak navíc ve většině případů dobrovolně z vlastní vůle a na základě vlastní morální a emocionální odpovědnosti. Nejsou tedy *cílovými osobami* v pravém slova smyslu. Proto je velmi složité uvádět do terapeutické spolupráce osobu-opatrovatele na základě objednávky dané zvenčí třetí osobou.

Cílovou osobou označuje systemické pojetí osobu, která byla třetí osobou označena za potencionálního klienta, resp. za klienta vhodného k intervenci. (V

pedagogicko-psychologickém poradenství je to např. častá situace rodičů, kteří žádají „spravit“ zlobivé dítě). Avšak cílová osoba nemá definovanou žádost a nesplňuje podmínky proto, aby se stala klientem. Pro klientskou interakci je základním východiskem formulovaná žádost o spolupráci. Toto pojetí tedy připouští, že se může z cílové osoby stát klient ve chvíli, kdy formuluje vlastní objednávku/žádost. V našem klinickém prostředí a kontextu se z cílové osoby opatrovatele může stát klient ve chvíli, kdy o to projeví sám zájem. Děti jsou cílovými osobami pro všechny pracovníky kliniky a pedagogicko-psychologický pracovník může oproti lékařům postupovat buď na základě vlastního rozhodnutí o shledání stavu dítěte vhodným k nápravě (v tu chvíli přebírá odpovědnost za toto své odborné rozhodnutí), nebo na základě osobní žádosti dítěte. (v našem kontextu vzhledem k věkovým odlišnostem je náročnost na porozumění dětským potřebám složitější. Starší děti jsou schopny zformulovat své přání, děti mladší si spíš chtějí hrát, ale i za jejich potřebou hraní může stát podvědomá touha něco sdílet, radovat se, něčemu porozumět, něčím se odreagovat)

Shodneme-li se, že terapie je tedy uskutečnitelná pouze ve chvíli, kdy je objednávka verbalizována samotným opatrovatelem, není tím pádem v tomto kontextu možné vyhovět lékařům v kontextu terapeutické spolupráce s opatrovatelem, ale formou jinou a to formou poradenství, z něžž se ovšem zároveň může kdykoliv stát forma terapeutické spolupráce. V takovou chvíli se však už jedná o objednávku samotného opatrovatele a nikoliv o zadání ze strany lékaře. Opatrovatel totiž nemusí ze svého subjektivního pohledu zmíněný problém jako problém vnímat a v tu chvíli se dostáváme do oblasti základní systemické vyjasňovací otázky: Kdo je nositelem problému? / Kdo s tím má vlastně problém?

Z etického hlediska, dle mého názoru, proto není správné poskytovat někomu nevyžádanou pomoc a nasedat na „lep“ lékařské zakázce k terapii osobnosti opatrovatele. Ta se může uskutečnit pouze v případě jeho individuální objednávky. Na KDHO neposkytujeme službu, kde o terapii pro opatrovatele dítěte rozhoduje třetí osoba na základě své statutární moci či kompetence a erudice. Proto je z mého hlediska nejvhodnější při jakýchkoliv druhích námitek na míru adaptace opatrovníka na prostředí, při problémech v komunikaci nebo jakýchkoliv jiných druhích problémech, které daný

odborník ze strany ošetrovatelského personálu zhodnotí jako nežádoucí, proto je z mého pohledu nejvhodnější komunikovat o takovéto skutečnosti s opatrovatelem v kontextu poradenském či výchovně-vzdělávacím, v němž můžeme klást otázky týkající se zvládnání pobytu v nemocnici, nebo otázky týkající se problémů v komunikaci s personálem. Pokud opatrovatel uzná za potřebné a užitečné poradit se s poradcem, tuto službu mu poskytujeme. Z toho vyplývá, že v takovémto kontextu provázení léčbou tedy není žádoucí, ba ani etické postupovat směrem k odstranění nežádoucích způsobů chování či prožívání doprovázející osoby metodami terapeutickými bez předchozí osobní žádosti této osoby. Je-li ale individuální objednávka ze strany opatrovníka na terapeuta vyřčena, je už poté možné na takových základech postavit terapeutickou spolupráci, v níž je projevená představa o cíli terapeutické spolupráce a je zvolen způsob její realizace. Způsobem realizace je myšlena pravidelnost setkávání a časové okolnosti. Zde je možné dále postupovat v intencích daného odborného terapeutického směru, ctít zásady spolupráce a všech dalších morálních a odborných aspektů dané metodologie.

Zkráceně bychom mohli ve světle systemického přístupu říct, že volba metod spolupráce závisí na odborníkově erudici a profesionální odpovědnosti, zatímco volba cíle, k němuž by tyto metody měly spět, záleží na vůli, přání a potřebách pacienta/opatrovatele, resp. klienta našeho pomáhajícího setkání. U dítěte s ohledem na jeho vývojové stadium. A procesuální kontext spolupráce je dle mého výsledkem interakce obou těchto proměnných.

Mé soudy o kategorii cíle jsou možná v ostrém kontrastu s jinými autory a u různých poradenských směrů jsou posuzovány jinak, ale otevřeně přiznávám, že pro mou práci tento model vyhovuje.

Závěr práce přináší ukázky ilustrující sezení s rodiči a přináší také další příklady, které by měly jednotlivé, tedy i terapeutické aspekty naší pedagogicko-psychologické práce dokreslovat. (kap. 6.1)

5.2.2 Herní terapie

Herní terapie je dle Valenty (Valenta a kol., 2003) vázána na několik činností, které souhrnně provádí tzv. herní specialista. Ten by měl prý vedle dalších a indikovaných herních prací pečovat o psychický stav dětí a o jejich rodiče. Primárně se považuje za užitečné, aby tento specialista dokázal dítě „provést“ všemi úskalími hospitalizace, byl dítěti společníkem a kamarádem. Měl by vedle absolvovaného relevantního odborného výcviku rozumět oborům, které úzce souvisejí s procesy zrání a učení, tedy vývojové psychologii, obecné a předškolní pedagogice, speciální pedagogice a mnoha dalším oborům, které ať již hraničně, nebo jako obory základní patří do sféry pedagogiky a psychologie. Proto se jako obory vhodné ke studiu této specializace mohou jevit obory psychologické, pedagogické a sociální. Na základě zmíněných faktů je zřejmé, že se jedná o vysoce kvalifikovanou práci, která v souladu s osobními dispozicemi uchazeče tvoří nelehký komplex nároků na jeho profesionální vybavenost. Bohužel do této doby neexistuje v ČR akreditované studium, které by takovéto odborníky profilovalo. V současné době se několik odborných a rodičovských organizací v čele s renomovanými odborníky (např. Prof. PhDr. RNDr. Helenou Haškovcovou, CSc.) snaží získat pro toto studium akreditaci, nicméně jedinou doposud realizovanou snahou je studium na VZŠ v Plzni, které otevřelo před pár lety certifikovaný vzdělávací program „Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči“. Toto studium se podařilo otevřít pro veřejnost na základě neutuchající snahy manželů Královcových (nadace Klíček, www.klicek.org), kteří několik let pracovali ve Fakultní nemocnici v Motole, a kteří na základě znalosti zahraničních trendů v psychosociální oblasti tyto snahy iniciovali. Studium je položeno na základech zkušeností zejména britských nemocnic, kde se od sedmdesátých let minulého století rozvíjela myšlenka přizpůsobit nemocniční prostředí potřebám dítěte. Herní specialisté byli placeni nadací Save The Children Fund a měli poskytovat dětem a rodičům oporu, která se jim nedostávala ze strany „technicky zaměřeného“ zdravotnického personálu. Šlo tedy o jakýsi pokus dokázat se podívat na svět nemocnice dětskýma očima a stejným způsobem s dítětem a rodinou nadále pracovat s cílem lepší adaptace na prostředí a

lékařské výkony. Tato myšlenka je na základě mé zkušenosti z kliniky dětské hemato-onkologie výtečná, ale její realizace, dle mého názoru, pokulhává, protože ani lékaři sami nejsou dodnes dostatečně informováni o náplni práce herního specialisty a zejména o její podstatě. Lapidárně řečeno se má za to, že herní specialista si s dětmi „pouze“ hraje, aby se na svých pokojích nenudili. Pokud si k takovéto situaci přičteme mocenské snahy některých kolegů osobovat si právo například na přípravu dítěte na zákrok, léčbu, informovat rodinu...atd., jeví se nám celá současná situace a rozdělení rolí jednotlivých pracovníků týmu nefunkční, nepřehledné a nevyjasněné.

Ale zpátky k aprobaci herního specialisty. Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici, nadační fond Klíček a Fakulta humanitních studií UK docílili společně se Střední a Vyšší zdravotnickou školou v Plzni otevření tohoto certifikovaného vzdělávacího programu, který je přístupný všem zájemcům s ukončeným středoškolským vzděláním. Program je rozdělen do čtyř bloků, které se věnují specifickým oblastem vhodné odborné vybavenosti. V prvním bloku se studium věnuje teoretické a praktické průpravě uchazečů, ve druhém je kladen důraz na individuální praxi, ve třetím je věnován prostor ošetrovatelským předmětům a ve čtvrtém bloku se studenti připravují na závěrečnou soubornou zkoušku. Forma studia je založena na kontinuálních kurzech, seminářích a praxi a hodnocení probíhá kreditovým systémem. Výhodou a silnou motivací se zdá z mého pohledu být i možnost pokračování ve studiu na Fakultě humanitních studií UK, kde je možné kredity uznat v rámci oborového studia. (<http://sweb.cz/playwork>) (www.fhs.cuni.cz)

V praxi však dle vyjádření současných odborníků zabývajících se právě problematikou herní terapie záleží hlavně na vymezení činností a kompetencí specialisty. Optimální stadium by dle knihy *Herní specialista v somatopedii* (Valenta akol., 2003) bylo následující, (uvádím pouhý výčet z mnoha uvedených kompetencí a činností): *Herní specialista: „Zajišťuje programy připravující dítě a jeho rodinu na plánovanou hospitalizaci...Doplňuje a zprostředkovává informace o potřebách konkrétního dítěte ostatním zdravotníkům. ...Zajišťuje zájmy a normální aktivity dítěte, a podle toho navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit. ... Poskytuje individuální péči dětem se specifickými potřebami (terapeutická hra). ... Přednostně se věnuje rodinám rizikovým, hůře se adaptujícím nebo zatíženým špatnou pověstí. ... Připravuje děti a*

jejich rodiče na plánované zákroky... Doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky, při výkonu dle potřeby vhodně odvádí pozornost dítěte. ... Spolu s ostatními pracovníky připravuje vhodné informační pomůcky a materiály pro děti a rodiče. ... Vede a školí dobrovolníky a herní pracovníky ve výcviku. ...Komunikuje s ostatními členy týmu, zúčastňuje se pravidelně lékařských i sesterských vizit.“ /32

Jak je z uvedeného výčtu zřejmé, jedná se o interdisciplinární a vysoce odpovědnou odbornou práci, která ve svém terapeutickém dosahu (při optimálním plnění navržených činností a kompetencí) odpovídá skutečným potřebám zejména zdravotnického sektoru. Dále odpovídá zejména na skutečné potřeby dítěte a rodičů při pobytu v nemocnici a má nezastupitelnou funkci pro plnění vysoce prosociální myšlenky ctít individualitu dítěte a respektovat jeho emocionální a vývojově podmíněné potřeby v době hospitalizace v determinujícím a omezujícím nemocničním prostředí.

Závěrem této kapitoly je vhodné připomenout, že aspekt herně-terapeutický je v práci pedagogicko-psychologického poradce jistě významný, ale nelze jej za reálných každodenních okolností nemocniční praxe realizovat v plném rozsahu, jak to činí právě herní specialista. Proto se mi jeví jako vhodné specifikovat činnosti pedagogicko-psychologického poradce, kterým jsem dal název *terapeutické aspekty*, a upozornit, že v případě potřeby je možné nahrazovat herního terapeuta nebo v poradenské práci využívat prvky této specializace.

Koncepčně se sice vzhledem k dětem a rodičům jeví jako etické ctít pevné rozdělení rolí jednotlivým odborníkům na základě týmové shody o individuálních potřebách jedinců, ale i v pedagogicko-psychologickém poradenství lze během poradenské praxe tyto terapeutické formy (zvláště u mladších dětí) využívat a používat je v rámci dojednaného individuálního psychosociálního programu. Role herního specialisty je v současném pojetí psychosociální péče nezastupitelná, je nutné mít v týmu takovou osobu, která se plně, odborně a systematicky věnuje jen jedné profesi a může tak svou činnost vykonávat zodpovědně. Nesystematická a nahodilá péče se mi jeví jako kontraproduktivní a nemůže nikdy ctít skutečné potřeby pacientů a jejich rodin.

Výzvou do budoucna se jeví zmapování specifických nástrojů a postupů pro herní terapii v závislosti na věku a „poruše“ dítěte. Sám Balcar říká, že „*Přehled o věkové podmíněnosti jednotlivých poruch je malý.*“ /33 Z pedagogiky i psychologie víme o

citlivých vývojových obdobích dítěte (první tři roky života, 6 let, 10 let, 13 let a celá fáze dospívání), ale přehled o postupech herní práce s dětmi v závislosti na specifických problémech spojených s hospitalizací a léčbou závažné nemoci je celkem malý. Úkolem herní terapie se tedy zdá být i sledování jednotlivých případů a způsobů pedagogicko-psychologické práce s nežádoucími symptomy vyskytujícími se u dětí během léčby. „Pokrytí“ jednotlivých vývojových období variabilitou pedagogických postupů a herních technik je otázkou složitou a mělo by být v budoucnu propracováno a empiricky prozkoumáno. Přínos takového přístupu k práci se zdá být, nejen pro naši kliniku, velký.

5.3 Aspekty interdisciplinární

Kategorie lidského přístupu jako jsou podpora, empatie, naslouchání a otevřená a bezpečná komunikace by měly být hlavními pilíři práce psychosociálního týmu KDHO. Tedy z hlediska humanitního by se mělo jednat o spolupráci všech členů týmu se vzájemným respektem k jednotlivým schopnostem a terapeutickému umění jednotlivců. Víra v lidský potenciál a v přesvědčení, které je vedeno hlubokými motivy pomáhání, by měly stát v popředí zejména v tak náročném prostředí, jakým je právě Klinika dětské hemato-onkologie.

Bez pravidelné respektující spolupráce všech členů týmu a bez vzájemné znalosti schopností jednotlivých členů nelze efektivně pomáhat. Komunikace s kolegy i z důvodů dlouhodobější praxe a nebo praktičtějších zkušeností je však zcela na místě a přispívá k rozvoji schopností méně zkušených členů týmu. Tým v takové podobě působí jako kompaktní, kompetentní a pro komunikaci s lékaři vystupuje jako důvěryhodný a plnohodnotný k posouzení všech ostatních nelékařských aspektů klinické praxe.

5.3.1 Koncepce práce interdisciplinárního psychosociálního týmu

Zefektivnit a zkonkretizovat nabízené služby vzhledem k odborným kompetencím jednotlivých členů týmu a tím tak preventivně působit na jednotlivé osobnosti rodičů a dětských pacientů, navázat supervizní a odbornou spolupráci s dalšími odborníky pomáhajících profesí specializujících se na práci s onkologicky nemocnými pacienty a jejich rodinami, prohloubit pravidelná odborná setkání, iniciovat je a zúčastňovat se jich - jsou cíle, které by měl psychosociální tým svou činností naplňovat. Předávání jednotných informací pacientovi a jeho rodině a samozřejmě spolupráce ošetřujícího lékaře se členy týmu vzhledem k jednotlivým kompetencím a profesním úkolům jsou úkoly, které by měly být v optimálním případě v praxi dovedené ke zdárnému konci. Vzhledem k názorům a postojům, které jsme na základě představy o funkčním chodu kliniky schopni zaujmout a vyjádřit, nabízím následující, z mého pohledu funkční, efektivní a zejména transparentní způsob spolupráce a nabídky služeb, jehož konkrétní, prakticky aplikovaná podoba by měla být výsledkem mezioborové spolupráce zástupců lékařského a nelékařského sektoru.

Zároveň bych rád vyzdvihl, že koncepce by měla být výsledkem a syntézou pohledů několika členů týmu. Hierarchii rozdělení rolí a jednotlivých kompetencí nepovažuji za záležitost kariérní, ale vzhledem k efektivnímu a plnohodnotnému fungování pracoviště za nezbytnou podmínku k naplnění všech těchto hodnot. Na následujících řádcích uvádím vlastní nabídku koncepčního pojetí práce psychosociálního týmu.

Jako zásadní se mi jeví:

1/ Ustanovení o týmové spolupráci. Tak by se ve své konkrétní podobě zaručovala transparentní a vyprofilovaná pravidla denního režimu psychosociálního týmu na všech odděleních kliniky. Tedy kdo a za jakých podmínek se o koho stará. Neboť mým působištěm je hematologické oddělení, má koncepce vychází ze znalosti zejména potřeb tohoto prostředí.

2/ Jako důležité se dále jeví rozdělení klientů/pacientů členům týmu:

a/ po jednotlivcích

b/ dle týmové shody o specifických potřebách dítěte či rodiny

3/ V případě, že psycholog nebo pedagogicko-psychologický poradce oddělení indikuje dítěti spolupráci s herním specialistou, obrátí se na tohoto odborníka a požádá ho o spolupráci a seznámí ho s individuálními zvláštnostmi dítěte a vysvětlí, proč se tak rozhodl.

4/ Stejným způsobem tým postupuje v situaci, kdy lékař, klinický psycholog a další, svým vzděláním profesně kompetentní členové týmu oddělení navrhnou vhodnost terapeutické spolupráce. U dospělých/rodičů je situace jiná a zakládá ji vyjasňování kontextu objednávky, kterou jsem rozepsal v kapitole o terapeutických aspektech. U dětí je/jsou poté v souladu s předpokladem psychologa, lékaře či pedagogicko-psychologického poradce indikována/-y

a/ herní terapie, podpůrná systemická terapie

b/ schůzky s pedagogicko-psychologickým poradcem/poradkyní, které mají za cíl poskytovat organizační či jinou pomoc dle žádosti pacienta

5/ U rodičů je vhodné indikovat nebo nabízet následující formy pomoci:

a/ krizová intervence (sdělení diagnózy, terminální stadium onemocnění)

- tuto činnost může vykonat jak psycholog, terapeut či jiný odborník, hlavní důraz je však kladen na pomoc člověku v krizové a přelomové životní situaci. Krizovou intervencí vede odborník buď na základě svých znalostí z oboru krizové intervence, nebo na základě metodologických nástrojů daného terapeutického směru, v němž je vyškolen. Krizovou intervencí se rozumí situace, kdy pacient či jeho rodina obdrží diagnózu, zprávu o změně zdravotního stavu, způsobu léčby či hrozícím terminálním stadiu pacienta. Je na intervenujícím, v jakém kontextu spolupráce se bude v tu chvíli pohybovat. Kategorie *provázení*, jak ji uvádí Úlehla je, myslím, nejvíc na místě. Možné je však i to, že rodič, kterému krizovou intervencí poskytujeme, bude požadovat jiný způsob spolupráce. V takovém případě je opět vhodné vyjasňování si toho, co po nás klient/rodič žádá a jaká forma pomoci je pro něj důležitá, tedy s čím chce z našeho setkání odcházet.

b/ pedagogicko-psychologické poradenství

c/ systemická psychoterapie

d/ sociální poradenství

e/ další podpůrné rehabilitační programy

- masáž, kadeřník, kulturní programy...aj.

6/ Dále je směrem ke koncepčnímu pojetí týmu nutné uvažovat nad tím, jakým způsobem se odborné intervence zaznamenávají a do jakých materiálů / spisů. Na Transplantační jednotce mají členové týmu své materiály speciálně označené a tyto materiály se člení dle způsobů práce (dle aspektů), kterými se zabývají. Svou

dokumentaci má pedagogicko-psychologický aspekt práce, svou dokumentaci má systemická terapie a svou dokumentaci má zároveň každé dítě, kam členové týmu zapisují jak společně ustanovený psychosociální program pro dítě, tak i pro rodiče. Ostatní aktivity jsou pak zaznamenávány pouze dílčím způsobem a jejich konkrétní náplň je zařazena do příslušného kontextu.

7/ Jako důležité se zároveň jeví vyjasnění zástup pravidelně intervenujícího v případě jeho nemoci či jeho jiných, např. pracovních záležitostí, které znemožňují pracovat podle pravidelného rozvrhu, a tedy i tak, jak jsou klienti/pacienti zvyklí. Důležitými se jeví následující problémy:

a/ jak se navzájem mezi členy týmu informovat o stavu probíhající spolupráce mezi pomáhajícím a klientem/pacientem

b/ zda-li nepřítomného kolegu zastoupit/nezastoupit, a pokud ano, jakým způsobem intervence.

Z praxe se dále ukazuje, že od psychodiagnostického vyšetření, kterým většinou každý dětský pacient při hospitalizaci prochází, se následně rozvíjí série naprosto individuálních projevů, reakcí a postojů na probíhající léčbu a mění se komunikace s personálem nejen na straně dítěte, ale zejména na straně rodičů. Proto jsme po týmové shodě na Transplantační jednotce navrhli zavést pravidelnost do setkávání s nejbližším okolím dítěte v intencích minimálně dvou setkání za týden, v případě, že matka/otec dítě doprovází při hospitalizaci minimálně tři setkání do týdne. Pokud s námi rodič nespolupracuje jiným, např. terapeutickým způsobem, lze četnost setkání znásobit. Pro takováto setkání je nutné navázat spolupráci ihned při prvním dni hospitalizace a informovat rodiče, že je v zájmu nás všech, aby dítě zvládalo pobyt co nejlépe, a proto spolupráce s rodičem je pro nás nesmírně důležitá.

Na časovou pravidelnost všech setkávání je třeba klást důraz, neboť právě pravidelnost, stálost a určitá forma stereotypu budují u pacientů a jejich rodin pocit

bezpečí a jistoty, které jsou základními lidskými potřebami, a deficit jejich saturace, v situaci zdravotně determinované, by mohl vyvolávat pocity osamění, strachu a obav. Vzhledem k širokému věkovému rozptylu dětských pacientů je nutné respektovat a dobře znát specifické individuální vývojové zvláštnosti jedinců a přistupovat proto při odborné intervenci k dítěti s respektem ke zjištěným výsledkům psychologického vyšetření a vzhledem ke zjištěným a vývojově podmíněným zvláštnostem.

8/ Ze zmíněných důvodů pokládám za vhodné ustanovit platný a neměnný rozpis:

a/ pravidelných sezení členů týmu ve významu týmové porady

- o rozdělení pacientů pro pravidelnou péči

- o vhodném typu péče (*hovořit o případech, posuzovat intervenční možnosti, podílet se o zkušenosti s prací s dítětem, vypracovávat konkrétní pedagogické, herně-terapeutické a psychologické postupy při nápravě některých nežádoucích symptomů ...etc.*)

b/ skupinových setkání rodičů ve výše specifikovaném významu

c/ skupinových setkání středního zdravotnického personálu se zástupci psychosociálního týmu s cílem projednat specifické potřeby pacientů či jejich rodičů a projednat některé dílčí problémy a postřehy zdravotníků k jednotlivým hospitalizovaným dětem a jejich rodinám

d/ podpůrných masérských, kadeřnických, kulturních a jiných akcí pořádaných pro rodiče

9/ Dále považuji za důležité využití dobrovolníků a stážistů nejen z laické veřejnosti, ale i z řad studentů pomáhajících profesí. (pedagogové, psychologové,

sociální pracovníci, terapeuti, výchovní poradci..etc.) Klinika tím získá přísun mladých lidí se vztahem k dětským pacientům, tedy širší paletu lidských osobností a přístupů, které navíc nepostrádají jistou dávkou odborné vybavenosti pro takovou práci a ve svém budoucím povolání tuto zkušenost vždy jen lidsky i odborně zhodnotí.

V současné době má psychosociální tým KDHO jednu klinickou psycholožku, jednu psycholožku, dva pedagogicko-psychologické poradce, jednu sociální pracovníci, jednoho herního terapeuta a stabilní tým dobrovolníků. Jako externí členy týmu oslovuje tým pravidelně kadeřníky, maséry, nadace a další dobrovolníky z řad sportovců, umělců a dalších osobností, které svou návštěvou dětem a rodičům pomáhají ve zvládnání pobytu v nemocnici v době léčby.

5.3.2 Témata a cíle interdisciplinární práce do budoucna

Jako další významná témata se mi jeví otázka vztahů, atmosféry a celkového managementu a uspořádání zdravotnického pracoviště, jehož personál ve svém různě hierarchickém rozložení rolí a povinností pečuje lepším či horším způsobem o pacienty.

Celková atmosféra lékařského pracoviště (nebo jakéhokoliv jiného pracoviště pomáhajících profesionálů) je jedním z hlavních činitelů ovlivňujících náladu personálu, a hlavně pacientů. Jasně stanovené role, kompetence a povinnosti všech zúčastněných v procesu péče jsou často jedinými rámci ovlivňujícími spořádaný chod zařízení a nenarušujícími emoční stav postižených. Často spatřované přehmaty zdravotnického personálu jako je označování pacientů názvem choroby, s níž jsou hospitalizováni („*žlučník z trojky*“, „*melanom ze dvojky*“...apod.) se jeví jako zcela nevhodné, neetické a nehumánní. Etiologií těchto projevů, zejména u sester, je většinou, podle názoru Heleny Haškovcové, neverbalizovaná úzkost z traumatizujícího prostředí oddělení, které svým zaměřením a specializací spadá do řádu těch, kde je mortalita pacientů na denním pořádku. S těmito projevy se však paradoxně nesetkáváme pouze na takto vysoce specializovaných pracovištích. Situace, kdy musí pacient čelit odlišnému výkladu svého nálezu, než se mu dostalo od druhého kolegy-lékaře, plynoucího z názorové nejednotnosti

či přímo rivality mezi lékaři, je nejen častá, ale mnohdy tento fakt ovlivňuje následnou negativní spolupráci pacientů s lékaři, způsobuje u nich vnitřní konflikty a stavy úzkosti. A to nejen u senzitivnějších jedinců. Z vlastní praxe takové přehmaty mohu potvrdit i u dětských pacientů, zejména co se týče informací o aktuálním zdravotním stavu. Rovněž nejednotné podávání informací o úmrtí někoho ze spolupacientů jednak nepůsobí profesionálním dojmem, ale hlavně podněcuje u pacientů nedůvěru, a sytí tak jejich negativní postoje k personálu daného pracoviště. Vzájemná úcta mezi kolegy, respekt k názorové odlišnosti, jednotnost sdělovaných informací, jakož i vztahy na pracovišti jsou relevantním požadavkem na fungující organizaci poskytující služby z oblasti zdraví či jakékoliv jiné humánní pomoci.

Haškovcová rovněž připomíná nutnost etického nakládání s citlivými údaji o pacientově zdravotním stavu/lékařském nálezů a o jeho eventuelním dalším suspektním rozvoji. Dále připomíná případy, kdy pacient sám přijde na svou diagnózu z nepatřičně zalepených obálek, které přenáší z jednoho pracoviště na druhé, nebo čelí tomu, že je před jeho lůžkem nahlas řešen několika odborníky další prognostický nárůst obtíží, způsobený jeho patologickým nálezem. Autorka také upozorňuje a varuje před protahováním a zdlouhavým vyšetřováním pacienta a také varuje před přehnaným poukazováním jedince na mnoho specializovaných oddělení. Tento proces nevede k ničemu jinému než k okolnostem nastíněným v úvodu tohoto zamyšlení, tedy k traumatizaci a zatěžkávání fáze „*tápání*“, (Kübler-Ross, 1997) během níž pacient podléhá zmíněným stadiím duševních propadů, strádání a konfliktů, a celá nepříjemná situace tak pouze zvyšuje nebezpečí klientova příklonu k fatalismu, který kontraproduktivně ovlivňuje další eventuelní spolupráci z oblasti doprovázení a racionální přípravy na „*život s nemocí*“.

„Je tedy nasnadě domnívat se, že těmto nežádoucím faktům lze předejít pouze systematickým vzděláváním pracovníků ve zdravotnictví a v dalších pomáhajících profesích, cíleným rozšiřováním myšlenek a hodnot lékařské etiky, supervizních setkávání lékařů s dalšími nelékařskými pracovníky ve zdravotnictví i mimo něj...“ /34, a zjevný a pochopitelný se zdá být i apel na řídicí osobnost, která stanoví jednotné, systematické a hierarchicky jasně vyprofilované pracoviště. Jakákoliv forma sebezkušenostního tréninku se chápe jako jedinečná a mnohdy nepostradatelná. Přerozdělením hodnot a pravomocí

v současném zdravotnictví tak získá mnoho nejen obec pacientů, ale zejména sám personál. Z mého pohledu se tak stane prostřednictvím naplněných potřeb duchovního uspokojení z dobře a lidsky odvedené práce, byť se velmi často jedná o boj s větrnými mlýny. A k interiorizaci těchto hodnot, stejně jako vůli k jejich rozvíjení a potřebě je naplňovat přispívá zejména pedagogika ve svých nejširších souvislostech, možnostech a kompetencích. Proto považujeme do budoucna za důležité pečovat o ty, kteří „pečují“. Jedná se o supervizní práci nejen se členy týmu, ale i např. se středním zdravotnickým personálem. Takovéto formy sezení na bázi „péče o pomáhající“, by mohly přispět k vědomé práci všech, kteří „pečují“, aby začalo také pečování o sebe, systemická tendence „ošetření sebe sama“ je vzhledem k mé terapeutické orientaci pochopitelná. Podobná setkání by mohla probíhat pravidelně a několikrát do roka, a témata by mohli připravovat jak členové psychosociálního týmu, tak účastníci sami. Ostatně podstatou supervizního setkání je práce s pracovní obtížemi supervidovaného. Tento způsob skupinových setkávání je navíc ve zdravotnických zařízeních s vysokou mírou frustrace zcela běžnou praxí v zemích západní Evropy a působí preventivně před syndromem „Burn-out“ a jinými nežádoucími vlivy stresového prostředí na psychiku člověka pečujícího o vážně nemocné. V našem případě by mohlo mít první setkání např. následující náplň:

Oblast prožívání v práci sestry na KDHO

Problematika pracovních a osobních vztahů v práci sestry na KDHO

Sebereflexe pracovníka pomáhající a ošetrovatelské profese

Individuální témata a otázky spojené s oblastí vlastní individuality a vztahující se k denní praxi sestry na KDHO (individuální problémy, které by účastníci rádi řešili)

Takto koncipovaná setkání by zároveň mohla u zdravotních sester a zdravotních bratrů začít rozvíjet žádoucí pocit, že jejich práce zajímá i ostatní kolegy a že se jim snaží klinika poskytnout zázemí a pracovní pohodu, kterou ke své finančně málo ohodnocené a duševně náročné práci potřebují. Terapeutický efekt takovéto formy pomoci je z mého pohledu nedozírný. Domnívám se, že tento způsob péče je stejně efektivní jako jiné, pravidelné akreditované přednášky, např. o vývojové psychologii adolescentů. O akreditaci takovéhoho semináře se v současné době jedná s Českou Asociací Sester (ČAS). (www.cnna.cz)

Ve spolupráci s nadací *Kapka naděje*, která je hlavní nadací spolupracující s klinikou dětské hemato-onkologie je připravován projekt *Kruh Kapky naděje*. Ten vnímám jako jedinečný projekt, který sociálnímu okolí hospitalizovaných dětí, jejichž život byl dočasně nebo navždy determinován vážnou nemocí a nebo úrazem, umožní žít svůj „osud“ mezi dalšími rodinnými příslušníky s podobným trápením a s podobným způsobem uvažování o svém životě. Tento prostor, který nadace navrhuje, by měl být v objektu FN Motol a zařízení by mělo sloužit nejen rodičům dětí z hemato-onkologického oddělení FN Motol, ale i sociálnímu okolí dětí z oddělení jiných, jejichž životní situace je, vzhledem ke zdravotní situaci dítěte, velmi zátěžová a traumatizující. Způsob financování takovéhoho zařízení je pojat jak na základě investice Občanského sdružení *Kruh Kapky naděje*, tak dalšími sponzorskými dary a např. celonárodní sbírkou. Z pohledu psychosociálního je vhodné uvažovat o následující nabídce péče:

1/ Péče o duši:

Skupinová setkávání, svépomocné skupiny – skupinové terapie (účast 2 terapeutů, 1x měsíčně supervize externisty)

Manželské, rodinné a párové poradenství

Individuální terapie a poradenství

Nácvik sociálních schopností, komunikace, asertivita, řešení konfliktů, zvládání stresu...aj.

Jazykové kurzy

Muzikoterapie, arteterapie

Alternativní poradenské směry

Pravidelné přednášky podle zájmu klientek, kulturní akce...aj.

2/ Péče o tělo:

Kadeřník

Manikúra

Pedikúra

Kosmetika, vizážistika

Relaxační masáže, lymfatické masáže, reflexní masáže

Poradenství zdravého životního stylu (strava...aj.)

Formování postavy, pravidelná cvičení, jóga

Pro tento způsob denního fungování stacionáře je důležité následující rozdělení prostor samotného zařízení:

Větší sál/místnost: Skupinová setkávání, cvičení, přednášky, kulturní akce, jazykové kurzy, jóga...atd

Malý sál/místnost: Terapie, masáže, kadeřník, manikúra, pedikúra, kosmetika, poradenství při volbě životního stylu...atd.

Eventuálně místnost na organizaci chodu zařízení ve stylu recepce s rozpisem denního programu stacionáře, práce tajemnice denního centra.

Cílem těchto snah je praktická zkušenost, že důsledkem takové zátěžové situace, jakou je onemocnění nebo smrt dítěte, může dojít k významnému a hlubokému narušení vztahu partnerů, v některých případech i k nežádoucímu rozpadu manželského vztahu. Sdružení si ve spolupráci s psychosociálním týmem KDHO neklade za cíl utopickou představu absolutní změny náhledu na životní situaci, ale její lepší zvládnání díky podpůrným, nejen terapeutickým aktivitám v tomto centru.

Péče o duševní zdraví a systematická „terapeutická“ spolupráce ve skupině, ale i individuálně v rámci nabízených služeb by měla umožňovat uvolnit přirozené napětí a odbourávat stresory, které na sociální okolí dítěte v nemocnici působí. Nabízené služby by měly umožnit z těchto prostor odejít a načerpat důležitou a potřebnou energii pro další „boj“. Do budoucna je tedy i snahou psychosociálního týmu KDHO tuto snahu podpořit a podílet se na její realizaci.

5.4 Odkazy

- 1/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 32
- 2/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 34
- 3/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 35
- 4/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 36
- 5/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 37
- 6/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 37
- 7/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 38
- 8/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 39
- 9/ ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renesance 1996, str. 39
- 10/ NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. Praha: Academia 1998, str. 60
- 11/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 207
- 12/ VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003, str. 17
- 13/ VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003, str. 17
- 14/ VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003, str. 14,15

- 15/ VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003, str. 13
- 16/ KUNERTOVÁ, O.: *Psychoterapii může nabízet každý*. In *Psychologie dnes* 2/2005. Praha: Portál, str. 10
- 17/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 29
- 18/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 24
- 19/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 24
- 20/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 26
- 21/ / LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 27
- 22/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 27
- 23/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 30
- 24/ TAUCH, A.M.: *Gesprache gegen Angst*. Rowohlt 1982
- 25/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 207

26/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 36

27/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 36

28/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 37

29/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 39

30/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 39

31/ FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006, str. 31

32/ VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: 2003, str. 4

33/ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál: 2000, str. 26

34/ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985, str. 120

6. Praxe pedagogicko-psychologické práce u dětí a jejich rodičů hospitalizovaných na KDHO

V této závěrečné kapitole bych se rád pokusil ukázat mnohotvárnost pedagogicko-psychologické péče v praxi. Podkapitoly přináší jednak ukázky a příklady různých forem a způsobů práce, tak jak byly v předcházejících kapitolách představeny, a zároveň seznamují čtenáře s výsledkem empirické sondy, která byla provedena formou dotazníku u dvaceti rodičů, kteří byli hospitalizováni se svými dětmi na KDHO, konkrétně na hematologickém oddělení a na Transplantační jednotce.

6.1 Ukázky a příklady jednotlivých způsobů intervenční práce

Následujících devět příkladů ilustruje variabilitu pedagogicko-psychologické péče v praxi. Příklady ukazují způsoby práce realizované při řešení jednotlivých pedagogicko-psychologických problémů, které se při léčbě vyskytují u dětských pacientů. Nabízené reflexe zároveň přináší mé vlastní postřehy z praxe, ukazují pokusy o systematickou práci při řešení problémů a zabývají se prací s pacienty ve věkovém rozpětí tří až devatenácti let. Ukázky jsou také věnovány specifické práci s rodiči, popisují provedené terapeutické intervence a snaží se objektivně zachytit výsledky a efektivitu těchto činností.

Příklad č. 1

Pětiletý chlapec B.

Chlapec B., kterému bylo čerstvě pět let, pocházel z neúplné rodiny, matka jevila známky vyspělých mateřských postojů, ale na jejím zjevu a celkovém projevu bylo patrné, že je výrazně sociálně slabá a že se snaží synovi poskytnout maximum. Často hovořila o problémech s hospodařením, ale nestěžovala si, spíš občas potřebovala povzbudit. Práce s ní byla zaměřena na sociálně-pedagogické poradenství. K dítěti měla moc hezký vztah, vychovávala jej bez známek patologických postojů.

Chlapec B. měl v poslední fázi léčení problémy s přijímáním léků. Lékaři nechtěli přistoupit k intravenóznímu způsobu podání, které by omezilo jeho pohybovou volnost, a tak jsem byl přivolán, abych se dítěti pokusil s jeho problémem pomoci.

Dítě odmítalo léky vůbec vidět, negativně reagovalo na všechny zdravotnické pracovníky a odmítalo jakoukoliv spolupráci a komunikaci. Rozhodl jsem se nejprve s dítětem sblížit a teprve poté začít pracovat s tématem léků.

Dítě jsem po chvílce obecného rozhovoru o hračkách, postýlce a vybavení nemocničního pokoje otevřel ke spolupráci a chlapec mi začal ukazovat svá autíčka, hovořil o barvách a žádal mě, abych mu dal modré autíčko, které mu do sbírky chybělo. Z naší zásoby dáreků jsem mu takové přinesl a chlapec si se mnou začal povídat ještě víc. Po chvíli jsem se s ním však rozloučil se slovy, že se musím vrátit „do svého pokojíčku“, protože „si musím vzít prášky“. Chlapec se tvářil udiveně, ale nic neřikal. U sester jsem si vyžádal umělohmotnou krabičku na léky a do ní jsem si nalámal neškodné Calcium. Když jsem se vrátil, začal jsem chlapci vyprávět, že mi prášky nechutnají, a jestli neví, co mám dělat. Chlapec se začal smát a vysvětlovat mi, že on taky prášky nepapá, protože jsou „ošklivý“. Rozhodl jsem se, že vstoupím s chlapcem do koalice. Nahlas jsem jeho mamince říkal, že my dva ani jeden prášky nejíme, že nám nechutnají...apod. Chlapec byl nadšen společným zájmem a začal si se zavřenou krabičkou, v níž byly prášky, pohazovat. Po chvíli, kdy jsme hru s prášky prokládali hrou s novým autíčkem, jsem mu řekl, že zkusím prášek ochutnat. Začal se smát a říkat mi, že mi nebude chutnat, ale že se

chce dívat, jak to budu zkoušet. Několikrát jsem si Calcia před chlapcem líznul a vrátil ho do krabičky se slovy, že je to sladounké, ale že si je chci schovat na později k pohádce. Chlapec se podivil, ptal se mě, proč si je chci schovat k pohádce, a já mu vysvětlil, že jedině při pohádce mi prášky chutnají. Po dalších patnácti minutách hry jsem opět sáhl po svých prášcích v krabičce a zeptal se ho, kde má on svou krabičku. Ukázal mámě, aby mu ji podala, a společně jsme si prohlíželi své krabičky. Chtěl, abych ochutnal jeho prášky, a tak jsem naznačoval, že je ochutnávám, a komentoval jsem tuto činnost slovy, že mi chutnají a že jsou lepší než ty moje. Chlapec si ze zvědavosti párkrát líznul a vrátil prášky do krabičky. Po dalších patnácti minutách jsem dítěti navrhl, že se podíváme společně na pohádku. Během pohádky jsem před ním snědl obě Calcia, beze slov jsem svou krabičku postavil na stůl a čekal na jeho reakci. Chlapec se na mě zadíval, vzal svou krabičku, každý prášek si prohlédl, líznul si a požádal mě o sladkou limonádu se slovy, že nemocniční čaj mu nechutná. Po chvíli, kdy jsem se oba smáli, své prášky zapil a spolkl.

Tento rituál jsme ještě pár dní opakovali, vždy jsem měl i své prášky, vždy jsme se nasmáli a prokládali lékařskou povinnost hrou a pokaždé prášky při pohádce snědli. Dle slov matky obtíže ustaly a do dnešní doby dokáže chlapec přijímat předepsané prášky bez výraznějších obtíží.

K celému příkladu je důležité poznamenat, že chlapec trpěl lehkou formou vývojové dysfázie. Komunikace s ním byla někdy velmi obtížná a tak bylo nutné vytvořit si s ním vlastní slovník citoslovcí a větných spojení, abychom si rozuměli. Později jsem požádal o logopedickou péči. Chlapec je v současné době v remisi, dle slov lékařů není zatím transplantace nutná.

Příklad č. 2

Dívka T., tři a půl roku

Dívka T. byla hospitalizována na transplantační jednotce se svou matkou. Rodina čítající tři děti působila při příjmu nemírně celistvým a funkčním dojmem. Rovněž atmosféra mezi oběma rodiči byla harmonická a i přes složitou rodinnou situaci zdravotního omezení nejmladší dcery působila rodina jako soudržná, s citově vřelými vztahy. Tato má počáteční hypotéza se během pobytu ještě víc potvrdila. Dívka byla na svůj věk velmi vyspělá, hovořila v celých větách, slovní zásoba byla na úrovni čtyř až pětiletého dítěte, v komunikaci byla bez úzkostí, s maminkou měla velmi citový vztah. Matka byla od počátku pobytu velmi vlídná, ale své mateřské postoje nezměnila, neobjevily se u ní žádné odchylky od standardního rodičovského postoje, sklony k hyperprotektivnímu jednání měla jen občas. Její výchovný postoj bych spíše vymezil jako autoritativně-protektivní. Její postoje byly vlídné, poskytovaly dívence dostatečný prostor pro sebevyjádření, ale zároveň jasně stanovovala hranice. Dívka byla po celou dobu pobytu bez výraznějších obtíží, léčbu snášela dobře, vše dokázala pochopit.

Dívka mi byla v rámci rozdělení přidělena jako pacientka, a tak pro ni byl vypracován předběžný psychosociální program. Jako pedagogicko-psychologický poradce jsem dívku sledoval po celou dobu pobytu a navázal jsem s ní velmi blízký vztah. Od první návštěvy na pokoji, kdy jsem u ní seděl a vysvětloval jsem jí, kdo jsem, a popisoval jsem jí, jak si spolu budeme hrát a na co všechno se může těšit, se dívka radovala z každé návštěvy. Jednotlivé návštěvy byly vždy zaměřeny na specifickou vývojovou oblast. Někdy jsem skládali puzzle, jindy jsme hráli pexeso, jindy jsme naopak rozvíjeli grafomotoriku formou hry s omalovánkami. Dívka byla bez potíží a každou návštěvu mi popisovala, co všechno jí paní doktorka dělala, kolik musí jíst prášků a jak se jí líbí v pokojíčku. Při sternální punkci jsem dívku doprovázel, a když byla dostatečně odpočatá a začala hovořit, vyprávěla mi, jak jí bolí nožičky a že má strach, aby ji opět „nepíchali“. Skoro plakala, svěřovala se mi a žádala mě o pomoc, abych ji uchránil. Řekl jsem jí, že teď byla pacientem ona, za chvíli budu já a večer musíme

„operovat“ zvířátka. Dívka se zaradovala a spokojeně usnula se slovy, že večer bude ona paní doktorka.

Po hodině jsem dívku opět navštívil a začal jsem realizovat svůj plán. Vyndal jsem všechna její zvířátka, přinesl jsem injekci a náplast a zeptal jsem se, je-li „paní doktorka“ připravená. Dívka radostně přikývla a následující půlhodinu jsme dávali zvířátkům injekce, zavazovali je náplastí a obvazovali jim nohy tak, jak je měla obvázané po punkci i dívka. Závěrem jsem ji vyzval, aby zvířátkům vysvětlila, že nyní musí pár hodin v klidu ležet a že jedině tak se jim uleví a nohy je přestanou bolet. Dívka na základě své aktuální zkušenosti zvířátka poučila a zdálo se, že strach, který měla, odezněl. Věděla, že tím lékařský zásah končí, a ten večer usínala v klidu. Stejným způsobem jsem dívku připravoval i na závěrečné vyšetření CT. Forma této práce se velmi v pedagogicko-psychologické praxi osvědčila a popisuje ji následující příklad.

Profesionální spolupráce s matkou byla po celou dobu pobytu naprosto bezproblémová. Občas se chodila do mé kanceláře vypovídat, hovořili jsme spolu nejen o zvládnutí pobytu na TJ, ale také o probíhajícím pedagogicko-psychologickém plánu. Matka byla velmi spokojená, naznačovala mi, že provedená intervence dopomohla k jejímu lepšímu zvládnutí pobytu a celé léčby. Vztah dívky označovala za saturaci citových potřeb, na které je zvyklá od svých strašících sourozenců, vysvětlovala, že „upnutí“ na mou osobu dívce pomohlo překonat některé nepříjemné léčebné zásahy.

Dívka je dodnes v mé péči při ambulantním sledování, vývojově je zcela v normě, zdravotně sílí a pokaždé mi vypráví své vzpomínky na pobyt. Pokaždé si také chce zopakovat některou z her, které jsem vymýšlel v závislosti na jejích specifických potřebách a které jsem zařazoval do psychosociálního plánu, jenž se snažíme pro každé dítě na TJ vytvořit.

Příklad č. 3

Čtyřletý chlapec M.

Malý M. pocházel z citově podnětného prostředí, ale jevil známky zvýšené úzkosti. Ta se projevovala zejména v situacích lékařských zásahů, vyšetření a léčebné rehabilitace. S chlapcem jsem pracoval od začátku pobytu až do jeho konce a v mé práci se střídaly zejména prvky herní terapie. Chlapec měl největší úzkost z vyšetření CT, a tak jsem do pedagogicko-psychologického plánu zahrnul herní postup na odreagování úzkosti z CT.

Jeho hračky jsme postupně léčili, medvídci a panáčkové podstupovali stejná vyšetření jako on sám a naše hra sledovala a refletovala každodenní povinnosti dětských pacientů. Hračky měly své kapačky, své injekce a své prášky. Chlapec byl hyperaktivní, a tak spolupráce s ním vyžadovala větší trpělivost. Pár dní před vyšetřením CT jsem ho požádal, abychom z knížek utvořili stříšky, protože „i hračky musí jít na CT“. Chlapec mne napodoboval v hučivých zvucích a posouval zvířátka pod knížky. Po pár dnech, kdy jsme denně tuto hru opakovali, jsem mu řekl, ať se zeptá svých hraček, která z nich by se se mnou nebála jít na CT vyšetření. Předal mi pět svých hraček a já jsem odešel. Za dveřmi jsem simuloval CT vyšetření a chlapec se po mém návratu náruživě a vzrušeně dotazoval hraček, jaké to bylo, a ptal se mě, zdali se hračky nebály. Řekl jsem mu, že i já jsem se přestal bát a že jsem se hlavně těšil, až to budu ostatním hračkám vyprávět.

Druhý den chlapec absolvoval CT vyšetření bez obtíží. Metodologická hodnota takového pedagogického přístupu se u úzkostných dětí v různých modifikacích velmi osvědčila a je využívána v praxi i nadále.

Příklad č. 4

Chlapec J., dítě ohrožené prostředím

J. byl sedmnáctiletý chlapec, z jehož anamnézy jsem se dozvěděl, že pochází z rozvrácené rodiny. Matka i otec měli sklony k abúzu, otec zemřel na cirhózu jater a matce byl chlapec odebrán z péče. Do jeho deseti let ho vychovávali prarodiče, ti však oba zemřeli, když bylo chlapci třináct let. Od té doby byl svěřen do péče matčiny sestry, která chlapce vychovávala v rodinném domě spolu s jeho bratrancem a sestřenicí. Zprvu jsem nedokázal specifikovat, k čemu by práce vlastně měla být a jakou formou by měla být realizována. Prvky herní terapie nebyly vzhledem k věku chlapce vhodné, i když jsme společenské hry hráli, nebyla tato činnost primárně cílena jako prostředek odstraňující nějaký problém.

Chlapec, který byl hospitalizován bez doprovodu opatrovatele, působil velmi otevřeně. Viděl jsem, že se na všechny z personálu usmívá, všem vyhověl, nikdy nic nezanedbal a vždy za všechno děkoval. Z jeho chování jsem si vyvodil pracovní hypotézu, že se jedná o chlapce, který pouze nastoluje de facto preventivně atmosféru pohody, neboť se bojí jakéhokoliv konfliktu. Z anamnézy jsem rovněž věděl, že v jeho primární rodině docházelo k fyzickému násilí, jak na matce, tak na dětech, a že měl mladšího bratra T., který stále bydlel u matky, alkoholičky. Na úvod prvního rozhovoru, který vždy v praxi věnuji představení mé osoby a důvodu mé návštěvy, jsem chlapci řekl, že se s ním rád seznámím a že se mu budu snažit v mezích možností zpříjemnit jeho pobyt na sterilním pokoji jednotky. Neboť úvodní seznámení probíhá vždy v závislosti na věku dítěte a na řešeném problému, rozhodl jsem se chlapci pouze říct, že kdyby ho cokoliv trápilo nebo mu vadilo, ať mi to poví. Chlapec se po mých slovech velmi úzkostlivě rozplakal, snažil se slzy potlačovat, klepala se mu brada a říkal mi, že se mu to občas stává a že to za chvíli přejde. Rozhodl jsem se, že k chlapci budu upřímný. Vysvětlil jsem mu, že jeho věk je velmi blízký mému a upřímně jsem se mu přiznal, že bych rád, aby mi pomohl víc rozumět tomu, co skoro stejně staří pacienti prožívají, a zeptal jsem se ho zároveň na jeho názor na psychosociální pomoc pacientům na našem

oddělení. Od té chvíle jsme společně po několik dní řešili vybavení dětské herny, J. mi sháněl na internetu počítačové hry a DVD, která jsem pro děti objednával, a pomáhal mi s řešením denního programu pro starší děti a adolescenty. Na základě této spolupráce jsme se velmi sblížili a společnou práci jsme často prokládali povídáním o jeho životě a o jeho rodině. Chlapec se mi postupně svěřoval a často mne žádal i o radu. Ve chvíli, kdy poprvé vyjádřil, že by „asi potřeboval pomoc, aby ho už netrápilo, co se děje s jeho bráchou u matky/alkoholičky“, vznikla naše první terapeutická spolupráce.

Chlapec během našich rozhovorů došel k názoru, že jeho bratr se má vlastně u maminky „dobře“, protože z jejího stavu profituje, má dostatek svobody, a pokud by v budoucnu hrozilo, že „sejde na špatnou cestu“, J. ví, že se o něj postará a poskytne mu dostatečné zázemí. Proto se musí snažit, aby dostudoval, postavil se na vlastní nohy a stal se na náhradní rodině ekonomicky nezávislým. O dalších tématech jsme nikdy nemluvili, a pokud, pak v mezích zvládání rodinné skutečnosti.

Při ambulantní péči se mnou J. zůstal v kontaktu, který dodnes udržujeme přes e-mail a telefonické rozhovory. Při jednom ambulantním sezení se mi přiznal, že je pro něj nemocniční personál druhou rodinou a že nejhorší pro něj během jeho tříleté léčby byla situace, kdy mu lékařka onkologie oznámila, že pokud „se to tentokrát nepovede, tak už není jiná léčba“. Chlapec potřeboval mluvit o svém strachu ze své těžké nemoci a hledal způsob, jak i ostatním říct, že ve svém trápení nejsou sami. Vymyslel jsem, že by o svém léčení mohl napsat povídání, které by mohlo sloužit jako podpora pro další pacienty v jeho věku. Souhlasil a navrhl, že mi práci pošle e-mailem, a vyjádřil přání, že by byl moc rád, kdybych si práci přečetl. Cítil jsem, že potřebuje podpořit a všechno trápení spojené s nemocí popsat. Jeho práce je přidána s jeho souhlasem jako *příloha č. 4* této práce.

Setkání s tímto chlapcem zanechává v člověku hluboké stopy. Překonal nemoc, na niž zemřelo několik jeho kamarádů/spolupacientů. Dodnes žije v obavách, že se nemoc může kdykoliv vrátit, a během ambulantních sezení mi popisuje, jak nevychází se svou tetou. Často se mnou hledá cestu, jak zvládat některé její hlasitější výstupy, a popisuje, že má subjektivní pocit, že teta velmi nápadně protěžuje jeho bratrance, který je podle jeho slov rozmazlený a nevychovaný. J. je typickým příkladem předčasně vyspělého dítěte, které přeskočilo důležitá vývojová období a muselo se dokázat o sebe postarat samo. Tato

starost byla a je zejména citová a morální. I přes suspektní citovou deprivaci se zjevně jedná o mimořádně odolné dítě, které svou vírou, pílí a nezlomností dokáže v dnešní době studovat téměř na samé jedničky a projevuje pro studium vysokou motivaci. V kolektivu je oblíbený, má dostatek kamarádů, ale jeho morální úsudky jsou na daleko vyšším stupni zralosti, než je to u jeho vrstevníků vývojově běžné. Nemá žádné výchovné problémy, abúzus není, sklony k patologickému životnímu stylu nemá. Je pilný, přemýšlivý a nesmírně citlivý. Z poradenského hlediska se jedná o pacienta, kterému je nutné poskytovat zvýšenou péči, avšak specifickou a nenásilnou formou. Jeho další vývoj bude velmi ovlivněn podnětností prostředí, mírou náhradního rodinného zázemí, zdravotním stavem a situací v primární rodině. Složitost tohoto případu vyžaduje spolupráci několika odborníků a podporu rozvoje jeho schopností a volnočasových aktivit. Terapeutickou otázkou ale samozřejmě zůstává, nakolik bude v budoucnu vývoj omezen několikaletým deficitem v oblasti citové výchovy. Protokol léčebného plánu považuje pacienty za vyléčené teprve po pěti letech bez relapsu, do té doby bude tedy J. ve sledování i pedagogicko-psychologickém.

Příklad č. 5

Chlapec V., dospívající

Tento příklad ilustruje poradenskou práci s devatenáctiletým chlapcem a jeho matkou, kteří ke mně byli posláni na poradenský rozhovor jedním z lékařů. Chlapec prodělal před sedmi lety transplantaci kostní dřeně, je tedy několik let považován za vyléčeného, ale je stále ambulantně sledován na dětském oddělení.

Matka mi celý problém vysvětlila jako výchovný rozpor mezi názory jejími a mezi názory jejího manžela, které se střetávají kvůli chlapcovým tendencím trávit více času mimo domov se svými vrstevníky. U matky bylo zjevné převládání hyperprotektivních postojů, které dle jejích slov spustila nemoc dítěte a které přetrvávaly i do dnešní doby. Otec je ve svých výchovných postojích daleko radikálnější a synovi skoro vše zakazuje. Matka se přišla dle svých slov poradit o tom, co syn ze zdravotních důvodů může a nemůže, a co bych já doporučoval z hlediska pedagogicko-psychologického. Se svým mužem je prý neustále v konfliktu a syn si s ním poslední rok nerozumí.

Z průvodního anamnestického rozhovoru jsem se rozhodl zjistit, v čem jsou jejich současné výchovné postoje jiné, než bývaly, a v čem podle jejího názoru vidí syn největší omezení. Matka mne informovala, že chlapec pro otcovy zákazy nesmí na večerní zábavy, mnohdy musí být doma kolem osmé večer. Syn se zhoršil i ve školním prospěchu a odmítl plnit otcovy představy o jeho vysokoškolském studiu. Chlapec poslední dny otci oznamoval, že „uteče z domova“.

Sdělil jsem matce, že mi přijde škoda, že spolu s ní nepřišel i otec, ale že se pokusím se synem promluvit a potom, že bych rád mluvil opět s ní. Zároveň jsem se jí zeptal na její výchovný postoj k danému problému a ona mne seznámila s tím, že vlastně neví, protože lékaři nejsou proti a ona by ráda manželovi vysvětlila, co jí řekl „psycholog“.

S chlapcem jsem si povídal velmi neformálně. Všechny cílené otázky jsem pokládal tak, aby neměl pocit mé koalice s matkou a aby poznal, že mi jeho názory a

přání přijdou srozumitelné. Ve chvíli, kdy se mě ptal na mé osobní zkušenosti z období dospívání, jsem se mu upřímně svěřil, že teprve až dnes rozumím svým rodičům, protože jsem pochopil, jaký strach o mě vlastně měli, a když si představím, že bych měl ještě zdravotní komplikace, tak mi vlastně přijdou některé postoje jeho rodičů pochopitelné. Zároveň jsem ale vyjádřil pochopení pro jeho přání a zeptal jsem se ho, zdali má představu, jak by šel udělat kompromis, který by vyhovoval jak rodičům, tak jemu. Řekl mi, že by stačilo, kdyby mu otec dovolil některé z jeho volnočasových aktivit a dal mu volnost ve výběru přátel. Chlapec svým komunikačním stylem a svým zevnějškem působil jako lehký punker (černé triko s nápisem Sepultura, černé džínsy s cvočky), ale na základě rozhovoru jsem nabyl dojmu, že se jedná pouze o mladistvě-rebelský způsob uvažování, který více než s hrozcím sociopatologickým způsobem života koreluje s vývojovým obdobím a specifickými zvláštnostmi dospívání. Podle jeho slov mu navíc otec často lezl do věcí, hledal, jestli nemá někde drogy, a o jeho přátelích mluvil jako o „feťácích“. Další tok našeho rozhovoru směřoval k chlapcovým zájmům a já jsem díky tomu rozkryl neuvěřitelnou bohatost jeho znalostí z oblasti krásné literatury a uměleckého filmu. Chlapec se zajímal o realismus a naturalismus v literatuře, četl Zolu, Balzaca a ruské autory, vášnivě rozebíral přínos italské meziválečné kinematografie a ptal se mne na odborné pohledy na tvorbu režisérů jako jsou Antonioni, Fellini nebo Almodovar. Některé jeho úsudky byly nesmírně zajímavé a naznačovaly, že se chlapec může rozvíjet ve filozoficky a humanitně zaměřenou osobnost. Zároveň jsem ale nabýval dojmu, že nerozvíjením těchto zájmů a nemožností komunikace s vrstevníky by takto nastavená osobnost nacházející se v citlivém období dospívání mohla stát na hranici narušení nutné sebereflexe, sebeutváření a sebepřijímání, které je v tomto introspektivním období života důležité pro rozvoj světového názoru a posilování identity.

S matkou jsem poté hovořil zcela otevřeně, vysvětlil jsem jí problematiku období dospívání a přistoupil jsem na její žádost o radu. Naznačil jsem jí, že se domnívám, že chlapec nemá tolik volnosti, kterou nutně pro svůj osobnostní růst v tomto období potřebuje. Upozornil jsem jí, že přehnaná autoritativnost a nerespektování chlapcova soukromí může vést paradoxně k daleko většímu oddálení chlapce od svých rodičů a že tento způsob výchovy může vztahy v rodině narušit paradoxně větší měrou. Jednání otce tedy může mít zcela opačný efekt, než jaký si od svých výchovných postojů slibuje.

Zároveň jsem ale vyjádřil porozumění nad obavami obou rodičů a vyzval maminku k dalšímu setkání, které by dle mého názoru mělo proběhnout i s manželem.

Matka mi po týdnu zaslala e-mail, ve kterém mi vyličila rozhovor s manželem, který prý celou záležitost prožíval už z toho důvodu, že se jejich rodina „dostala k psychologovi“. Matka mi také sdělila, že poradenskému rozhovoru, který mu tlumočila, porozuměl a přehodnotil prý některé postoje. Prý se jí i přiznal, že všechno dělal z důvodu zvýšené obavy o zdraví syna. Chlapec byl jedináček a oba manželé už příliš staří na to, aby měli další dítě. U otce se tedy ve výchovných postojích jasně projevil jeden z obraných mechanismů, citovaných mnoha autory, kteří se zabývají pedagogicko-psychologickou problematikou vážně nemocných dětí.

Příklad č. 6

Terapeutické rozhovory s paní A.

Paní A. byla matkou dívky B., která na naší jednotce podstupovala druhou transplantaci po relapsu, který přišel rok po první transplantaci. B. působila vospělým dojmem jak po stránce psychické, tak fyzické. Její osobnost měla barevný temperament, pořád se o něco zajímala, na svou nemoc pohlížela jako na „něco, co se vyřeší“, a psychicky nejevila žádné známky vážnějšího narušení. Se mnou pravidelně komunikovala o věcech, které ji v jejím věku zajímaly, rozmlouvali jsme o hudbě, o hercích a zpěvácích, řešili jsme její aspirace stát se kadeřnicí nebo vizážistkou a pravidelně jsme spolu mluvili o „starostech“, které má s maminkou. Její názhledy byly typické pro období puberty a dospívání, matce často odsekávala, chtěla být na pokoji sama a snažila se ji přesvědčit, že na ní nemusí neustále dohlížet, že už má s většinou léčebných povinností zkušenost. Dívka se velmi dobře orientovala ve zdravovědě, často byla pyšná na to, jak ve škole dostává jedničky z biologie, protože učitelům dokáže vysvětlit spoustu věcí o krvi a její funkci.

Paní A., matka pubescentní dívky, se na mne obrátila nejprve se žádostí o poradenskou konzultaci týkající se pubertálního chování její dcery. Z naší spolupráce se postupně vyprofilovala spolupráce terapeutická. Svěřila se mi se svými manželskými problémy a byla ráda, že o tom může s někým poprvé svobodně hovořit. Průběh našich setkání jsem si zapisoval, a proto na následujících řádcích uvedu hrubý záznam našich rozhovorů. Setkání s matkou bylo celkem šest, z nichž zásadní se jeví první tři, jejichž záznamy zde uvádím reprodukované v co nejpřesnější formě a podobě (Sezení bylo vedeno se snahou o systemickou orientaci rozhovoru)

Vysvětlivky: T: terapeut, K: klientka, paní A.

T: Při minulém informačním setkání o chodu TJ jsem vám o své funkci zde na TJ řekl a seznámil vás s dalšími členy týmu. Dnes jste říkala, že se mnou chcete o něčem mluvit. Co pro vás mohu tedy udělat?

K: Nevím, jak mám na B. reagovat...?

T: Tomu nerozumím...

K: Je agresivní, zlá, taková nebyvala...

T: V čem je problém, že je agresivní? Co vám na tom nejvíc vadí?

K: Nemluví se mnou, nebo...spíš...jen tak sem tam něco vyštěkne...taková dřív nebyvala...

T: Jak jste to dělala před tím, než onemocněla, jak jste s ní komunikovala?

K: Nebyvala taková...já nevím, jestli to není tou pubertou...co si myslíte vy?

T: No podle mého názoru v pubertě je a to dost silně. Ano, je v pubertě a jistě pro ni není nejjednodušší, že nežije běžný život jako její vrstevnice...k pubertě patří, že děti někdy nemají o rodiče zájem...?

K: Nevím, čím to je...je to pro mě těžké...

T: V čem vy myslíte, že to je?

K: Cítila jsem se taková odstrčená...když je na mě zlá...nevím jak na ní reagovat..

T: To jste už říkala na začátku...bavíme se pořád o tom, o čem si povídat chcete?

Představte si, že je konec sezení, s čím byste odsud ráda odcházela?

K: Nevím...no asi jak na ní reagovat...

T: Co by vám pomohlo, abyste věděla co si myslet?

K: (*dlouhé mlčení*) To opravdu nevím..takhle jsem o tom nikdy nepřemýšlela....na mojí náladu má vliv jak B. reaguje...Snažím se mít pořád dobrou náladu a ty věci v sobě potlačovat....

T: Jak to děláte?

K: Všechno v sobě dusím...víte mně přijde, že ona mi tím vším dává za vinu, že za to můžu já, že je nemocná...mám ten pocit...že je nešťastná, že tu musí být, a že je to naše vina s manželem...

T: Jak jste na to přišla, že za jejím chováním je tahle myšlenka?

K: No, to jsou ty její otázky...„Proč já?“ Proč se jí to stalo..? A tak..

T: Vy jste spolu nerozebíraly, co si myslíte, že si ona myslí..?

K: Asi s ní nedokážu mluvit...je tam něco v komunikaci...asi to neumím... a už se mi ani tolik nesvěřuje jako dřív...chci vědět, co jí trápí...

T:A H. (*nejstarší syn, pozn. T*) se vám svěřoval?

K: Jo..ten se mi svěřuje dodnes..

T: A druhá dcera?

K: Ta taky...

T: A v pubertě?

K: Já jsem tam nějak pubertu u obou nepocítila...on hlavně jejich otec vůbec nefunguje...pro děti jsem tam jenom já...jsem na všechno sama...

T: Přijde mi, že říkáte, že se vám B. nesvěřuje..

K: Jenom, když už je něco moc vážného...

T: Víte, jestli tomu dobře rozumím, tak vy myslíte, že B. přijde jen, když je něco už vážného, ale co vám to tedy říká, když lamentuje: „Proč zrovna já? Proč se to stalo mně?

K: No...asi jo...to je právě to vážný..

T: A co když pro ni je to právě důležité, že jde za mámou? Jak si to vy vysvětlujete, do jakých to dáváte souvislostí.? Důležité mi přijde, že se na vás obrátí s tím, co ji trápí a co ji napadá...co myslíte?

K: Takhle mě to nikdy nenapadlo...asi máte pravdu...ona za mnou vlastně přijde a to je asi nejdůležitější...ale někdy mě vyhodí z pokoje a chce tam být jen s holkama, tak to bylo dole na hematologii, tady to nepůjde, tady má jen mě...

T: A z čeho máte strach?

K: Jak to tu budu zvládat já...? Musím si to všechno urovnat, je to na mě moc informací najednou...

T: Představme si úsečku od 1 do 10. 1 je nepohoda a nezvládnutí, 10 je ideální stav, kdy se budete cítit dobře, řekněme, že celé vaší duši bude dobře z toho, jak to tady zvládáte a jak na chování B. reagujete... kde jste právě teď?

K: Asi někde na 5...

T: Jak poznáme, že jste na 6?

K: Už se tu budu ve všem orientovat...

T: Co to znamená?

K: No, budu vědět, jak mám uklízet, kdy můžu B. koupat...atd.

T: A až budete na 7?

K: To až přijede druhá dcera. A bude v pořádku. A taky podle toho, jak bude B. bojovat. Že to bude tak, jak řekl pan Doc. Sedláček...

T: Zvracení, bolesti hlavy...atd.?

K: Ano...

T: Jak to vypadalo, když jste byla na 4?

K: To bylo teď doma od té středy do neděle. Manžel byl naložený v alkoholu a B. se těšila, že už ho aspoň dlouho neuvidí...moje všechny děti říkají, že nemají žádného tátu...

T: To je moc složitá věc...přijde mi, že teď mluvíte o něčem trochu jiném, než s čím jste původně přišla.. Chcete o tom mluvit? Jaké to je, takhle o tom se mnou mluvit?

K: To víte, psychiatr mi dal jen nějaké léky, byl to takový spíš morous....neposlouchal mě a ani se mnou nemluvil...Já takhle mluvím s někým poprvé...

T: Je tedy něco, co byste mi chtěla říct?

K: *(velká pauza)* Ani ne..teď ne...

T: Dobře, chcete ještě pokračovat?

K: Raději až zítra...já se neodvažuji, ale vím, že už to musí konečně ven...

T: Dobře, to respektuji...můžu se ale kvůli sobě zeptat, co si z dnešního sezení odnášíte?

K: Dobrý pocit, že mě někdo poslouchá...

T: A co ještě?

K: (mlčí)

T: Co je všechno za tím slovem „poslouchá“?

K: Mě nikdy manžel neposlouchal, nebyl ochotný, trpělivý, nikdy nechtěl nic řešit...ani děti jsem s tím nikdy nezatěžovala, mají své starosti. Kamarádky nemám, jsem na všechno sama...navíc já moc s lidma mluvit neumím...

T: Já myslím, že mluvit umíte...

K: To jistě...to jsem se naučila jako malá, ale jako že se neumím moc vyjadřovat...

T: Myslíte, že možná jen nedokážete občas přesně vyjádřit, co máte na mysli, nebo jak něco cítíte...aby vám druhý rozuměl...

K: Ano, to jste řekl správně...

T: Nic si z toho nedělejte, s tím máme v životě problém všichni...já svá slova také musím přizpůsobit vašim tak, abychom si rozuměli...Budeme se ladit tak dlouho, abychom si rozuměli co nejlépe, ano? Slibuju, že vás budu poslouchat, ano?

K: Ano, děkuju vám.

Následující záznam je ze sezení následujícího, tedy druhého.

T: Když si procházím naše včerejší sezení, mám pocit, že jsme si hezky povídali. O čem byste dnes chtěla mluvit?

K: Všechno se mi honilo hlavou...bylo to zajímavé...pořád jsem na to myslela...

T: Co z toho, co se vám honilo hlavou mi chcete říct?

K: Dneska bych to asi formulovala jinak...víte moc těžce se mi o tom mluví...

T: Co mám udělat, aby se vám o tom dobře mluvilo?

K: Nevím...je toho tolik...problém není ve vás...je toho tolik...

T: Je něco z toho „tolik“, o čem byste chtěla mluvit právě dneska?

K: No, někdy je třeba se z toho vymluvit...nikdy jsem s nikým takhle nemluvila...něco z toho včerejška bych řekla jinak...

T: Co z toho byste řekla jinak?

K: No, došlo mi, že B. má právo být s těma holkama a ne se mnou...je v tom věku...

T: Ano, a dál..?

K: Já jsem takový samotář, nejsem jako ona..

T: Chcete to změnit, nebo vám to vyhovuje, je na tom něco špatného?

K: Ne, jsem asi taková a taková zůstanu...

T: Co ještě se vám honilo hlavou?

K: Jak o tom začnu mluvit...

T: Jak já vám můžu pomoci, abyste o tom začala mluvit, pokud říkáte, že o tom mluvit chcete...?

K: Nevím.. *(dlouhá pauza)*

T: A jak to poznáte, že o tom můžete začít mluvit? Podle čeho?

K: Až vás lépe poznám...

T: Aha...to chápu...mám to v životě stejně...dá se říct, co mám dělat, abyste mne lépe poznala...

K: Nevím...

T: Co si mám představit pod tím, „lépe poznám“?

K: No....líp poznám...Zbavím se zábran a ...

T: Takže jde tady o mě nebo o vás?

K: O mě...je to spíš ve mně...jde o důvěru.

T: Co je to v té důvěře, respektive za tou důvěrou? Jak se to s váma dá vybudovat? Dokázal to někdy někdo?

K: Myslím, že ne...

T: Teď vám dám takovou divnou otázku. Představte si, že si přejete, aby se stal zázrak a vy jste našla někoho, komu můžete důvěřovat a není to jediný člověk, ale je jich víc. Jdete spát a přes noc se tento zázrak stane...ráno se probudíte, ale nevíte, že se ten zázrak stal. Podle čeho poznáte, že se něco změnilo? Že můžete důvěřovat?

K: Že s nima už dokážu mluvit a nedělá mi to zábrany. Že jsou na mě milí, usměvaví, přátelští, veselí...že mě osloví...

T: Tedy, že začnou komunikovat oni?

K: Ano, že mi podá slovo...jde o ten pocit, že se můžu s někým poradit...přála bych si, aby to byl můj manžel...a ten člověk/ti lidé budou se mnou dělat to, co se mi líbí...

T: Byl někdy někdo takový?

K: Ne, ale já jsem vlastně ani nehledala...

T: Aha...ale co vaše děti...mají nějakou z těch vlastností, o kterých jste mluvila...?

K: Ano, mají..

T: Takže těm se otevíráte...

K: Kdepak, mají svých starostí dost...nikoho s tím neobtěžuju...

T: V tom případě mi ale přijde, že v tom výčtu chybí nějaká vlastnost, která by byla pro vás důležitá, ale možná je to jen můj pocit...vlastnost, kterou by měl mít ten člověk, kterému byste se svěřila...

K: (*mlčí*) Přála bych si mít dobrou kamarádku, nebo kamaráda, abychom mohli mluvit o všem...abych měla jistotu, že mě nezradí...

T: Až někoho takového potkáte, co vám to umožní?

K: Pomůže mi to, že to nebude jenom těžký...

T: Zeptám se vás na stejnou otázku jako včera...co byste si dneska odsud chtěla odnést, aby to pro vás mělo smysl a připadalo vám to užitečné...?

K: Ten smysl to určitě má..a jéje...

T: Jo?

K: (*souhlasně vrtí hlavou*) Dneska je to pro mě lehčí mluvit o těchhle věcech...Mám dobrý pocit, že můžu říct, co chci a co bych chtěla říct...

T: Jak by tedy zněla ta věta? „Ráda bych si odsud odnesla...“

K: Včera jsem sem šla se strachem, dneska to takové není...mám dobrý pocit, že neodcházím rozklepaná...

T: Co to způsobilo?

K: Nevím...

T: Chtěla byste odsud dnes jít také klidnější?

K: Ano.

T: Chtěl bych, aby vám to pomáhalo a abyste byla klidnější...o čem bychom se tedy měli bavit? Bavíme se pořád o tom, o čem jste chtěla?

K: Jo...ale nevím...odejdu od vás klidná...ale zazvoní telefon...tam bude můj muž a bude opilý a budu tam, kde jsem byla. Já jsem pak rozhozená, přenáším to na B. a ona to pozná...pořád budu myslet na to, co se doma děje...jestli to tam můj syn zvládne a tak...on (*manžel – pozn. T*) na mě bude zase křičet, že tu mám určitě milence...nejde to dostat z hlavy...

T: To byste chtěla? Dostat to z hlavy?

K: Ano, aspoň jednou...abych měla jeden klidný den, že se doma nic neděje...dokáže být strašně zlý a hlavně na děti...

T: Teď vám položím jasnou, ale odvážnou a možná i těžkou otázku. Co by vaše trápení ukončilo?

K: (*rozevívá oči a lapá po dechu*) Kdybych se odhodlala od něj odejít...ale nevím, jestli bych měla klid...je také otázka, kam bych šla...ale chtěla bych to...

T: To byste opravdu chtěla...Dokážete si to představit, že od něj odejdete?

K: Když by si našel syn bydlení...našel si byt a šli od nás pryč...a já neměla strach, že se něco stane...nejprve musím mít jistotu, že mám kam jít..navíc syn má stavební spoření...v červnu se žení..odstěhují se,..asi to tak bude...

T: Co pro to můžete udělat, abyste měla kam jít? Je to opravdu to, co chcete?

K: Ano, ale..moc možností nemám...záleží na penězích..asi někam do podnájmu...

T: Jak moc je to reálné? Měla byste něco takového?

K: Mohla bych vzít B. a jít k tetě. Její děti se už odstěhovaly a ona je tam teď sama...dokonce jsme o tom spolu už mluvily..nabízela mi to..

T: Takže máte kam jít? Byla byste tedy toho schopná, po té synově svatbě?

K: Já nevím..pořád za něj (*za manžela, pozn. T.*) cítím nějakou odpovědnost..nevím co by sám dělal..co by si najednou počal...

T:Aha..

K: Chybí mi ta odvaha..

T: Rozumím vám. Dovolím si vám dát do středy domácí úkol. Zamyslete se nad tím, co vám tu odvalu dá a co je to ta odpovědnost za manžela, ano? Já tomu totiž nerozumím...

K: Dobře, děkuju vám..

T:...mějte se hezky..

K: Na shledanou...

Třetí ukázka je ze sezení, které následovala za tři dny.

T: Dobrý den, měla jste domácí úkol, a tak se chci zeptat, s čím byste chtěla začít?

S úkolem, nebo chcete mluvit ještě o něčem, co vás v mezidobí napadlo?

K: Vždycky se ve vzpomínkách vrátím dopředu, jak jsme žili...jako normální lidé...až přišel ten úraz...

T: Jaký úraz?

K: Manžel měl těžkou havárii...má následky a od té doby s ním není občas k vydržení...

T: Do té doby to bylo tak,... jak vy považujete za optimální?

K: Ano, byl to skvělý otec, dobrý manžel...

T: Kdy se to stalo?

K: Před patnácti lety...

T: A s čím je spojená ta odpovědnost...jak jste ji nazvala při posledním sezení...

K: Byl by z něj bezdomovec, umřel by...nemám odvahu ho opustit...

T: Aha...ted' ale nevím. co vlastně byste chtěla? Odejít od něj, dostat k tomu odvahu, nebo to chcete jinak?

K: Nevím...nevím, co by mne k tomu donutilo...

T: Myslím, že byste určitě podle něčeho poznala, že už to dál nejde...

K: Ano...kdyby začal být znovu agresivní...nevím, jak to bude dál...jsou dny, kdy je normální a dny, kdy pije a pak to zase začne...

T: Co by se muselo stát, abyste řekla: „Tak a dost!“

K: Jako dřív...uhodil by mě a...

T: Takže vás už někdy fyzicky napadl?

K: Hlavně kdyby to udělal B., tak bych asi...je to těžké...

T: A co je pro vás těžší...vaše svědomí, že ho opustíte, nebo to, že by uhodil B.?

K: Vždycky půjde víc o B....je to moje dcera...

T: Aha...tomu rozumím...

K: Psychicky mě to deptá, ale fyzické násilí bych nesnesla...

T: Ale říkala jste, že už se to někdy dřív stalo...a vy jste od něj neodešla...proč?

K: Ano, teď mám navíc kam jít, jak jsem vám říkala...navíc s B. by to bylo jednodušší...to bych zvládala lépe, než být někde sama...

T: Můžeme s tím něco spolu udělat? Pořád nerozumím, jak vám můžu pomoci? Na co byste si chtěla přijít?

K: Momentálně s tím nic udělat nejde...ale řešit to už musím...na to jsem si přišla...

T: Kdy to půjde, to řešení?

K: Až se vrátíme domů...na dálku s tím teď nic neudělám...nevím, jak to změnit teď...

T: Změnit co?

K: Třeba mu konečně dojde, že B. potřebuje klid a lásku...

T: Doufáte, že mu to dojde?

K: Ano, pořád v to doufám...chtělo by to manželskou poradnu...on nechce.

T: Co by se v té poradně mělo stát?

K: Nevím...umět říct...

T: Umět říct co? Co chcete?

K: No jo...máte asi pravdu...to bychom museli chtít oba...poradna ho nezmění...

T: Proč jste tu tedy se mnou? Dnes jste tady potřetí...

K: Je to pořád dokola, co? Asi to tady nevyřešíme...

T: No jo, ale kdo to tedy vyřeší a kdy to vyřeší?

K: My, mezi sebou. *(ve smyslu my-manželé – pozn. T)*

T: Jak to budete dělat?

K: Nevím...teď se budu hlavně soustředit, abych to tu zvládala kvůli B....a tohle musím vypustit z hlavy...ale je fakt, že už to nemůžu odsouvat...musím pak sebrat odvalu...chtěla bych...asi bláhově...aby měla B. tátu i mámu...teď to hlavně musím pustit z hlavy...pak nebudu na B. zlá a nebudu se trápit tím, že je v pubertě...víte, když myslím na manžela a na to, jak mě trápí...já pak tady nemám nervy ani na tu B., když má ty své pubertální výlevy...v tom je asi zakopaný pes...

T: Aha...a vy tedy teď chcete co? Vypustit z hlavy rodinu a soustředit se na pobyt tady? Jak se to ale udělá? V čem z toho, o čem mluvíte vám já můžu pomoci? Čím bych mohl přispět k tomu, abyste to líp zvládala?

K: Nevím...Nevím, co chci...to je asi můj problém...chtěla bych všechno...co si o mně myslíte vy?

T: K čemu vám bude můj názor?

K: No...vy mi rozumíte? Chápete mě? Poznáte, co chci? Řekněte mi to...

T: Víte, budu upřímný...trochu se v tom občas ztrácím, ale když mluvíme, tak se v tom začínám orientovat. Rozumím, že nejste zrovna upovídaný typ, ale to přece nevádí...důležité je něco jiného...ale to důležité neřeknete úplně hned...to mi přijde...a taky mě napadá, jak to mají lidé a možná i váš manžel poznat ...co vlastně chcete?...Neřeknete to...přijde mi to podobné...jak mají lidé poznat, co vy vlastně chcete, aby se podle toho mohli zachovat...?

K: No jo, to máte pravdu...já to moc neříkám a pak je jednoduchý nechat sebou vláčet...

T: Jo...aha...a to je to, co nechcete? Chtěla byste tomu umět zamezovat, tím, že se naučíte říkat, jak některé věci cítíte a jak je chcete?

K: No to by bylo řešení všeho...

T: Teď by mě ale docela zajímalo, co by pro vás ode mne bylo ještě užitečné? Co byste ještě ráda říkala? O čem byste chtěla mluvit nyní? O manželovi? O schopnosti říkat si o to, co doopravdy chcete, nebo o tom jak dokázat odejít od manžela, nebo je tam ještě něco jiného?

K: Nevím...Jsem teď taková probuzená...koukám na to, co mi všechno došlo...

T: Aha...co pro vás na tom bylo tedy nejdůležitější?

K: Pro mě bylo strašně důležité se z toho vyprávět...bylo to jako, když ze mě spadne strašně těžký kámen...ulevilo se mi...

T: To mám radost...jak se to stalo..?

K: Pro mě bylo důležité, aby mě někdo konečně poslouchal...

T: A dnes jste přišla proč?

K: Kvůli domácímu úkolu...já vždycky mezi tím setkáním...strašně o tom přemýšlím...pořád doufám, že muž bude schopen fungovat...a poslouchat mě...ale teď tady chci být pro B. ... teď není čas na řešení manžela...to musím hned jak se vrátím..musím se nebát...musím se přestat obětovat...pak nepomůžu ani té holce, která mi může umřít....

T: Teď jsem vám poprvé pořádně porozuměl...můžu se zeptat, k čemu to celé tedy bylo?

K: Je mi mnohem líp, úplně se mi ulevilo...

T: To jsem rád...

K: Teď jsme s B. zase na začátku...a musíme to zvládnout...a já to hlavně zase nesmím nechat a konečně to řešit...

T: Kdyby cokoliv, jsem tady pro vás...

K: Jak něco bude, já s dovolením zajdu...zatím to chci nechat uležet...

T: Přijďte kdykoliv...přeju hodně štěstí....

Další naše setkání naplňovala objednávka paní A., která chtěla, abych s ní hovořil o tom, co se během dne stalo, kolikrát telefonovala domů a jak jí přijde, že pobyt na TJ zvládá. Ve všech dalších setkáních navazovala na všechno, o čem hovořila v prvních třech sezeních. Naše setkání potřebovala, mezi matkami neměla kamarádky, často trávila čas sama v rodičovské místnosti, na ubytovně chtěla být také sama. Postupně se však dokázala s některými „spolumatkami“ bavit a týden před odjezdem domů jsem ji viděl a slyšel smát se a domlouvat si, že půjdou s novou přítelkyní na večeři.

Při ambulantním sledování si vždy najde chvíli a popovídá si se mnou. Ráda mne informuje, jak se má a co je v rodině a v jejím manželství nového. Zároveň není tento postoj z mého pohledu přehnaný, často mi připomíná, že kdyby se něco dělo, tak ví, že se na mne může obrátit. Naposledy mi sdělila, že je šťastná a že by to nikdy nečekala. Dokázala prý „sebrat sílu“ a „konečně řešit“ některé rodinné problémy. Prý si uvědomila, že to celé dělá pro B., která ze všeho nejvíc potřebuje klidné rodinné zázemí. S manželem se dodnes nerozvedla a dle jejích slov nastoupil protialkoholní léčeni, ke kterému dala podnět ona.

Příklad č. 7

Vypuštění balónku

Tento příklad je ukázkou určité formy poradenského rozhovoru a možná i jisté formy krizové intervence, ke které jsem byl vyzván při ambulantní péči. Matka dvanáctileté V., která úspěšně absolvovala transplantaci kostní dřeně mě požádala o rozhovor. Hned na začátku mi vysvětlila, že ví o posledních událostech na TJ, kde zemřel chlapec, kterého znali už z léčby v brněnské nemocnici, a kterého malá V. znala a na kterého se pravidelně ptá. Matka nevěděla, zdali má dívku o úmrtí chlapce informovat a patrně se i sama snažila s tímto faktem vyrovnat. Ukázka rozhovoru je ve zkrácené verzi.

Vysvětlivky: T: terapeut, K: klientka, paní N

K: Nevím jak jí to mám říct, nebo jestli vůbec...někdy se zeptá a já lžu, že nevím...

T: To chápu...to asi není příjemný pocit, co? My všichni jsme z toho taky moc špatní...rozumím vám...

K: Víte, my jsme K. znali už z Brna...s naší V. si tam hrál a byli rádi, že jsou i tady spolu na jednotce...jsem z toho špatná...(pláče)

T: Vy jí to chcete povědět?

K. To je to, co nevím...ona se neptá tak často...spíš s tím mám asi problém já...

T: Povídali jste si někdy o smrti?

K: Jo, když umřel náš strýc, tak V. věděla, že nám mává z obláčku...a o K. jsem mu říkala, že měl jinou nemoc než ona...,aby se nebála, že taky umře...

T: To chápu...s tím souhlasím...,ale myslíte si, že by to přijala?

K: Nevím...nebude mít trauma?

T: To nevím...přijde mi, že záleží na formě sdělení a na tom, jak si o tom budete dál povídat...nesmíte ji v tom nechat, pokud se jí to rozhodnete povědět...

K: Jí už umřel králíček...ona smrt zná...

T: Aha...takže vy jí to spíš chcete říct?

K: Asi jí to časem povím, můžu jí u toho vzít do náruče a vysvětlit jí, že K. je na obláčku a že je mu teď dobře, ale zdůraznit, že ona má jinou nemoc a ona je už zdravá... .

T: Myslíte, že takhle to vaše dcera přijme? Vy ji znáte ze všech nejlíp...

K: Takhle určitě ano, ale napřed si to musím zpracovat já, abych to dokázala říct silně a beze strachu...pak bude silná i ona a nebude se toho bát...bude klidnější...

T: To si taky myslím...a jak vy si to zpracováváte? Chcete i o tomhle se mnou mluvit?

K: Jo...víte, já...(pláče)...já to v sobě musím nějak ukončit...

T: Jak to uděláte? Co vám v těchto situacích pomáhá? Co k tomu potřebujete?

K: Řeknete mi, co si o tom myslíte?

T: Dobře...

K: Víte, já jsem napsala K. dopis ...ale ještě jsem ho doteď neposlala...

T: Aha...a vy ho chcete poslat... jak?

K: To je právě to...kdybych ho možná nepsala...nebo poslala dřív...tak by neodešel...neumřel by...

T: To je to, co vás trápí...

K: Jo...(pláče)...tolik jsme se znali...proč musel jít zrovna on?

T: Taky mě tyhle otázky často napadají...pomůže nám najít odpověď?

K: Asi ne..víte já nejsem věřící, ale v něco věřím...v myšlenku, která k němu doletí...

T: A jak chcete, aby k němu doletěla...tím se rozloučíte?

K: Jo...asi ano...já ten dopis musím poslat...ne ho dát jen za okno, jako o Vánocích...spíš po vodě, nebo ještě jinak...

T: Tím, že ten dopis dodatečně pošlete, tak se s ním i rozloučíte?

K: Ano...já ho chci poslat do nebe...na balónku...

T: A tak k němu doletí?

K: Ano...

T: Co bude potom?

K: Už jen klid...já to musím udělat...vidíte, že musím najít odvahu a udělat to?

T: Myslím, že musíte...měla byste...

K: Tak já to udělám...(pláče)...musím...chci to...tohle jsem potřebovala vám říct...

Příklad č. 8

Matka umírajícího chlapce

Matka H. byla žena křehké postavy, které lékaři oznámili, že stav jejího syna, který měl za dva měsíce oslavit osmnácté narozeniny, je velmi vážný. Řekli jí, že naděje na jeho záchranu je velmi malá. O chlapci M. jsem se dozvěděl při vizitě a lékaři mě požádali, abych je doprovázel a pokusil se s chlapcem a s matkou pracovat. S chlapcem jsme přátelsky řešili otázky týkající se jeho sebepojetí, byl velmi oteklý, slabý a rty se mu nemocí rozpadaly, že mohl jen velmi špatně mluvit. Často jsme si dlouho do večera povídali o všem jiném než o smrti. Zdálo se, že o tom mluvit nechce. Nevím, zdali nevěděl, nebo vědět nechtěl, ale stále měl naději. Obsahem našich rozhovorů byly otázky týkající se jeho budoucího života, touhy mít děti a nerozuměl tomu, jak bude moci po vyléčení žít normální, mužský život se vším všudy. Velmi ho uklidnil můj výklad o využívání zamraženého spermatu a o možnostech žít běžný život. Této věci nerozuměl a říkal mi, že mu to lékaři nevysvětlili. Často se mě také ptal, jak bude moci po nemoci a po transplantaci cvičit, jakým sportům se bude moci věnovat a plánoval společnou budoucnost se svou dívkou, s níž se z nemocnice seznámil na internetu, a která za ním občas do nemocnice chodila.

Měsíc před jeho úmrtím za mnou přišla jeho maminka a hovořila zcela otevřeně o strachu z konce. Měla ještě dva syny. Mladšího T., kterému bylo deset let, a nejstaršího L., kterému bylo dvacet sedm. Jako rodina byli velmi soudržní, sourozenci se měli rádi, za M. často chodili všichni do nemocnice a matka se o něj velmi pečlivě a svědomitě starala. V rozhovoru chtěla mluvit o kvalitě života, o smyslu lidského bytí, o mateřské lásce a o osudu. Vedli jsme dlouhé debaty, které jí dle jejích slov dávaly sílu a prý nabývala pocitu, že na tuto skutečnost není sama.

Když přišly první zdravotní krize a chlapec musel být připojen na kyslík, mluvila se mnou zcela klidně a říkala mi, že díky našim rozhovorům se cítí vyrovnaná. V situacích vážného zhoršení stavu chlapce mne měla potřebu držet za ruku a vyznávala se mi ze svého přesvědčení o transcendentální existenci duše. Hovořila o tom, že si

uvědomila, že štěstí není závislé na délce života a že jí naše rozhovory ukázaly, jak k faktu chlapcovy blížící se smrti přistupovat.

Chlapec žil ještě měsíc. V den, kdy se opravdu ocitl v terminálním stádiu, jsem byl s matkou celý den. Následující ukázka je převedeným věrným záznamem a obsahem našeho povídání. Z celého dne chlapcova umírání byl právě tento moment z mého pohledu velmi důležitý.

K: Prosím tě, můžeš mi tykat, mám stejně starýho kluka...?

T: Jistě, budu moc rád...tolik jsme si toho už pověděli, že je to i mně příjemnější...

K: Mám strach, že to manžel nestihne..jedou s klukama z Vysočiny, je tam nějaká bouračka...manžel pláče nahlas..už jsem mu to volala..řekla jsem mu, že nikdo neví, kdy to přijde...

T: M. je teď stabilizovaný, neměj strach...mám mu zavolat a uklidnit ho? ...

K: Ano zavoláme mu do auta...je to nutný...Máš pravdu...(objala mne a volali jsme)

T: Co teď?

K: Dáme si kafe..chci s tebou mluvit...

K: Víš...najednou je to tady a já jsem taková klidná...

T: Je to najednou jiný, co? Úplně jiný, než když se nevědělo a my jsme se všichni trápili...

K: Je to takový smířující..prosím tě (*pláče*)...slib mi, že tady budeš až přijde ta chvíle...budeš tady se mnou?

T: To víš, že jo...

K: Jaká jsem byla máma?

T: Co chceš ode mne slyšet? Copak ty to nevíš? Co by na to řekl M., kdyby tě teď slyšel?

K: On mi to vlastně před měsícem řekl...

T: Co ti řekl?

K: Že myslel, že to tady s ním nezvládnou, ale že jsem děsně silná a že mě má rád (*pláče*)

T: Takže?

K: On to věděl, jaká jsem a co jsme mu s tátou dali...

T: To mi přijde moc důležitý...

K: Snad se tam o něj postará můj táta...ten odešel před rokem a M. měl moc rád...

T: Co myslíš ty?

K: Určitě...

T: Přijde mi moc důležitý, že jsou tady všichni, kteří mají M. moc rádi...

K: On se na tebe ptal.. Viděl tě...

T: A hlavně jsi tady ty...

K: Víš, on měl moc krásnej život..měli jsme ho rádi, on měl rád nás...co je důležitější?

Bude tam v nebi snad šťastnej...

T: Často mluvíš o nebi, proč by tam neměl být šťastnej...?

K: To je pravda...dobře jsem ho na tu cestu jako máma vybavila...ničeho v životě nelituju...potřebovala jsem si přijít na to, že mám čistý svědomí...

T: To je dobře, ale nerozumím tomu „vybavení na cestu“?

K: No, tam nahoru...za deset dní mu mělo být osmnáct...je dospělej, teď už musí jít bez mámy...tělo zůstává tady a duše jde dál...

T: Aha...

K: Je na to dobře připravenej, dali jsme mu s manželem všechno, co jsme jen jako milující rodiče mohli...ničeho nelituju...syn odchází z domova ...jde do světa..snad se tam neztratí...je dobře vybavenej..hlavně láskou..ta pro něj byla vždycky nejdůležitější...

T: To je krásný...moje máma by řekla totéž...

K: (*pláče*) Je to zvláštní, ta atmosféra v tom pokoji..občas se probere a ten morfin mu nebrání, aby mi něco říkal...je tam tak divně husto v tom pokoji, ale přesto je tam klid...

T: Chceš se tam vrátit, aby tam nebyl dlouho sám..?

K: Ano, pojďme...

Po tomto rozhovoru, jehož přenesenou podobu jsem se snažil co nejvěrohodněji zachytit, jsme vešli do pokoje. Chlapec se probral, matka ho chytila za ruce, on se posadil a ona se ho zeptala: „Víš, kdo jsem“? Chlapec velmi zřetelně a s lehkou ironií úměrnou

svému věku odvětil: „mamííínka“. Pousmál se a rázem usnul. Byla to jeho poslední slova. Za hodinu na to zemřel, otec přijel půlhodiny poté.

Příklad č. 9

Matka P.

Matka rok a půl starého chlapce za mnou přišla s pláčem, že už dál nemůže a že si potřebuje povídat. Nejprve mi řekla, že se potřebuje uklidnit, že to na TJ zvládne. Plakala a třásla se, mluvila zmateně a vyjmenovávala různé denní povinnosti, které jí nejdou. Nakonec řekla, že vůbec neprožívá štěstí, že se chlapci daří dobře, a nepřizná fakt, že dle slov lékařů dopadla transplantace dobře. Pořád prý myslí na to, co se děje doma a jak se asi manžel stará o dvě starší děti. Často domů prý telefonuje, v bytě není kámen na kameni, včera šla mladší dcera do školy v pantoflích. Zeptal jsem se jí, jak se tato situace doma váže k jejímu problému s pobytem a s jeho zvládním. Začala mi popisovat jednotlivé situace, o kterých se domnívá, že je manžel výchovně nezvládá a že se velmi bojí situace, až přijde domů, co všechno bude muset vrátet „do správných kolejí“. Vyprávěla, že je na holky „měkký“, a že nezvládá základní domácí povinnosti. Po dalším výčtu všeho, co manžel dělá špatně, jsem se jí zeptal, co pro to může ona reálně udělat z nemocnice. Odvětila, že toho dělá hodně, ale že nemá přehled, jaký by potřebovala, že zkrátka rodinu neřídí, a to že ji moc trápí. Vyjádřil jsem otevřeně svůj pocit, že mi naopak přijde, že rodinu řídí i nadále, jen v jiné formě. Po chvíli mlčení mi řekla, že to asi tak bude, ale že tedy neví, proč pořád poslední dny tak často pláče. Po mé otázce, zdali to máme spolu hledat, mi řekla, že ano, protože už plakat nechce.

Následující rozhovor se týkal hodně stavu jejího syna, o tom, jak je ráda, že je mu dobře, že má výborné výsledky a že půjdou brzo domů. Také se mi přiznala, že právě tomu vůbec nerozumí. Chlapec je v pořádku, pobyt netrval tak dlouho, jak se obávala, a přitom je jí stále do pláče. Zeptal jsem se jí „s kým může tuto radost sdílet. Chvíli mlčela a potom se rozplakala a řekla mi, že to je ten největší problém. Potřebovala by, aby tam

s ní byl manžel, kterého nesmírně miluje. Místo toho, aby se spolu alespoň do telefonu radovali, že se stav jejich syna zlepšuje, řeší s ním praktické otázky chodu domácnosti a na to hlavní nikde nepřijde řeč.

Sezení ukončila slovy: „Na tohle se vyprdnu, teď ho potřebuju jinak, spíš mu to ztěžuju já, místo abych ho podpořila“. Po těchto slovech rázně vstala a odešla. Do jejího odchodu z TJ jsme spolu už víckrát nemluvili.

6.2 Orientační přehled prvotních výsledků empirické sondy *Dotazníku pro rodiče hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol* (viz příloha č. 3)

V rámci explorační přijatelnější koncepce a nabídky služeb psychosociálního týmu na Transplantační jednotce a hematologickém oddělení KDHO probíhá v současné době empirické šetření formou dotazníků pro rodiče, které si bere za cíl kvalitativní analýzu shromážděných dat.

Za dobu mého působení jsem zatím odborně řešil a poskytl pedagogicko-psychologickou intervenci téměř čtyřiceti rodinám, které jsem zároveň pro účast v empirickém šetření oslovil. Prvotní výsledky, které uvádím v následující tabulce č. 1 shrnují obsah nejčastěji opakujících se odpovědí.

Upřímně se domnívám, že funkce, přínos a pojetí psychosociálního týmu je nepostradatelnou součástí medicínského prostředí a proto věřím, že i výsledky šetření, které je teprve ve svých počátcích přinesou žádoucí informace a podněty pro zkvalitnění psychosociální péče. Považujeme za žádoucí, aby péče sledovala nejširší škálu potřeb hospitalizovaných dětí a jejich rodičů.

Tabulka č. 1: Příklady nejčastějších odpovědí na předložené otázky *Dotazníku pro rodiče hospitalizovaných dětí na KDHO Fn Motol*

Otázky	Příklady odpovědí
<p>1/ Charakterizujte jakou si myslíte, že má psychosociální tým funkci?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dobrá pomoc v těžkém období, podrzet a povzbudit, ... - ulehčit pobyt nejen dětem, ale i rodičům, rozptýlení, dodání optimismu, ... - pomáhá dětem přiblížit domov a zkrátit jim čekání na návrat domů, ... - pomůže matce zvládnout každou zprávu (dobrou i horší), ... - odvrací napětí spojené s léčbou, ...
<p>2/ Napište minimálně pět situací, kdy jste ocenila práci a přínos psychosociálního týmu KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - každodenní přítomnost paní učitelky MŠ a dětského psychologa, ... - umožnění kontaktu otce s dítětem pomocí počítače, ... - hodiny paní učitelky Věnky, ... - návštěvy dobrovolníků, ... - pocit, že má člověk komu se svěřit, ... - vysvětlení některých problémů lidsky, ... - možnost chvíle odpočinku, ... - vstřícné rozhovory s psychoterapeutem, ... - kadeřníci pořadu „Vypadáš skvěle“, masáž zad, ... - kulturní programy, ...
<p>3/ Co považujete za nejpřínosnější z práce psychosociálního týmu KDHO FN Motol? A/ vzhledem k Vaší osobě a celé rodině B/ vzhledem k Vašemu hospitalizovanému dítěti</p>	<p>A/ rozhovor, otevřenost, ochota, přátelské chování k celé rodině, náramek pro štěstí v těžké chvíli, soustavný zájem o stav dítěte, během vánočních svátků umožnění celé rodině být spolu, ...</p> <p>B/ odborná péče, zpestření pobytu, návštěvy dobrovolníků, zajištění učiva a hraček, možnost se vypovídat, ...</p>
<p>4/ Napište minimálně pět rysů a vlastností, které považujete za zásadní pro práci psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - přátelská povaha, laskavost, opora, ... - otevřenost, upřímost, umění naslouchat, ... - humor, ohleduplnost, spolehlivost, ... - komunikativnost, ... - trpělivost, nevtíravost, umění improvizace, ... - znalosti, profesionalita, rychlost při rozhodování, ... - ochota, pozitivita, vcítění se, vstřícnost, tolerance, ...

<p>5 Napište minimálně pět rysů a vlastností, které považujete za nevhodné pro práci psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zbytečné dotazování na rodinné záležitosti, ... - neochota, špatná komunikace, odtažitost, přetvářka, nespolehlivost, hrubost, nešikovnost, roztržitost, chlad, nezáměr, laxnost, nemluvnost, nervozita, podrážděnost, nafoukanost, ...
<p>6/ Jak byste charakterizoval-a týmovou spolupráci mezi pracovníky psychosociálního týmu KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jako velmi dobrou, ... - funguje perfektně, ... - snad dobré, bez výhra, ... - jako výbornou, ... - nemám připomínek, ...
<p>7/ Co jste nejvíc potřeboval-a během léčby a nenadálých komplikacích?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pravidelnou komunikaci s lékařem, úsměvy personálu, i nepatrné zlepšení stavu dítěte, ... - svou rodinu, mít s kým mluvit, humor, čas pro sebe, odreagování ... - ujistění od lékařů a sester o normálním průběhu léčby a stavu dítěte, ...
<p>8/ Co, nebo kdo Vám poskytoval-a pocit sounáležitosti a provázení léčbou během pobytu na KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - některé sestry a ošetřující lékařka, ... - MUDr. Keslová, Doc. Sedláček, Daniel Tůma, Marie Chaniawková, ... - spolubydlící na ubytovně, psychosociální pracovník, ... - ostatní matky, rodina, přítelkyně, která mi v době mé hospitalizace vypomáhalal s domácností, ...
<p>9/ Co jste nejvíce postrádal-a v chování a postupech psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dodržování slibů, nedodržování harmonogramu (nespolehlivost v čase), ... - nic (opakovaně), ... - nevím co jsem mohla v postupech čekat víc,...
<p>10/ Co byste rád-a, aby se do budoucnosti změnilo v postupech práce psychosociálního týmu KDHO FN Motol?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - častější pobývání na TJ, ... - nic, postup práce je plně uspokojující, ... - v některých případech domluva s rodiči dopředu, zda jim to takto vyhovuje nebo ne, ...
<p>11/ Jak si představujete optimální spolupráci psychosociálního týmu s lékaři?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - oba by mohli pochopit, že jsou tam kvůli dětem a ne naopak, ... - větší informovanost týmu o momentálním zdravotním stavu dítěte, ... - vzájemná tolerance, ...

12/ Jak si představujete prostor, kde by podle Vás měla probíhat sezení s terapeutem, nebo s dalšími členy týmu? Přijdou Vám současné prostory pro rodiče a psychosociální tým jako vyhovující? Co byste změnil-a?

- určitě větší kancelář, ten malý prostor nepůsobí zrovna uklidňujícím dojmem, ...
- velká barevně vymalovaná místnost s pohodlnou sedačkou, kde by si dal člověk kafe, povídal s terapeutem ...
- za mého pobytu mi přišly prostory nevhovující, ...
- prostory pro sezení mají navozovat klid a tomu zasedačka a nebo přeplněná místnost neodpovídá, ...
- nejspíš by to měl být samostatný pokoj, kde by nebyli nikým rušeni a mohli si v klidu popovídat, současné prostory určitě vyhovující nejsou, ...

7. Závěr

Říká se, že každá, nejen vědecká profese má za cíl být užitečnou pro společnost a nápomocnou potřebným. V oblasti práce s vážně nemocnými dětmi je tato tendence o to častěji proklamována, neboť se jedná o téma, které každého člověka oslovuje ve své nejhlubší podstatě.

Koncepce této práce vychází z mého dvou a půlletého profesního působení ve Fakultní nemocnici v Motole v pozici pedagogicko-psychologického poradce s kompetencí k podpůrné psychoterapii. Na základě svého zkoumání se domnívám, že tato funkce má své opodstatnění, má své odborné nástroje, disponuje teoreticko-metodologickým základem, a proto má i své nezastupitelné místo v rámci nelékařských pomáhajících profesí ve zdravotnictví.

Pedagogicko-psychologické poradenství je mezičlánkem pedagogiky a psychologie. Kombinuje poznatky obou vědních disciplín a snaží se efektivně, užitečně a odborně intervenovat v oblastech specifických svou pedagogicko-psychologickou problematikou. Zabývá se tématy, která mohou jiné disciplíny v některých případech řešit pouze okrajově a používá teoretická východiska a empirické poznatky pedagogiky jako vědní disciplíny, která nabízí multifaktoriální pohled na osobnost člověka, její utváření v procesu zrání a učení. Oproti jiným blízkým oborům nezkoumá pedagogika lidskou, respektive dětskou osobnost pouze v návaznosti na systémy adaptačních a interakčních procesů, ale zkoumá a hledá zejména nemateriální a materiální vlivy a prostředky, které formují lidskou osobnost, tříbí její dílčí schopnosti a hodnoty a pomáhají poznávat, odstraňovat a napravit negativní projevy a poruchy ohrožující zdravý vývoj člověka. Tyto činnosti koncipuje na základě teoretické erudice směrem k vývoji praktických nástrojů a praktických metod intervence. V oblasti dětského poradenství kombinuje poznatky několika vědních disciplín, postihuje ty oblasti, které se zabývají vývojem a zráním osobnosti, a ve spolupráci se specifickými nástroji např. psychologie si klade za cíl poskytovat diagnostickou, nápravnou a podpůrnou péči dětem a dospívajícím, jejichž vývoj byl dočasně nebo natrvalo ohrožen nejrůznějšími endogenními a exogenními vlivy.

Závěrem lze říci, že tato práce se pokusila demonstrovat témata a kategorie, se kterými se poradenský pracovník setkává ve své odborné práci na Klinice dětské hemato-onkologie, a pokusila se naznačit formy pomoci a způsoby práce, které reagují na specifické problémy spojené s problematikou dětské osobnosti.

Hospitalizované děti mají vzhledem ke svému vývoji stejné potřeby a obtíže jako děti zdravé. Tyto potřeby však modifikuje a ovlivňuje svým specifickým způsobem dlouhodobá hospitalizace. U osob jejich opatrovatelů, nejčastěji rodičů se setkáváme s různými způsoby vyrovnávání se s léčbou, zvládnutím pobytu a s přijímáním lékařské prognózy. U dětí s infaustní prognózou se setkáváme s reakcemi rodičů, které Vyhnálek stanovil jako stadia *šoku*, *popření smrti*, *pocitu viny*, *pocitu marnosti*, *smíření* a *oplakávání*. (Vyhnálek, 1986). Pro pomáhajícího profesionála je důležité, aby dokázal efektivně a odborně pomáhat, aby pracoval na svém osobnostním růstu a aby s tématy života a jeho ohrožení dokázal pracovat i vzhledem k vlastnímu prožívání a chápání takových jevů a složitých životních situací. Souhlasíme-li s tvrzením Mrkvičky: „*Strategie zúčastněného pozorovatele vznikala a spontánně se rozvíjela uvnitř tzv. pomáhajících profesí, je zaměřena především na pomoc člověku, který se ocitl v životních neshodách. Jejím nejvlastnějším polem je psychagogika a psychoterapie. Jak se zde uplatňuje? Východiskem je vzájemné setkání toho, kdo pomoc potřebuje, a toho, kdo se jí snaží poskytnout.*“ //, musíme zároveň za takovouto naši snahu přebrat plnou odpovědnost. Smyslem této práce možná takováto tendence byla.

Odkazy:

1/ MRKVIČKA, J.: *Knížka o radosti*. Praha: Avicenum 1984, str. 12

8. Anotace

Práce se zabývá problematikou pedagogicko-psychologické péče na Klinice dětské hemato-onkologie FN Motol, zkoumá pojetí, aspekty a přínos této činnosti v návaznosti na každodenní praxi a specifické potřeby nemocných dětí a jejich rodičů, opatrovatelů.

Práce také nabízí příklady a ukázky jednotlivých způsobů práce a kompetencí pedagogicko-psychologického poradce, zabývá se tématem přínosu těchto invariant a nabízí zamyšlení a filozofická východiska pro pomáhající profesionály aplikující svou činnost v oblastech práce s kategoriemi zdraví, nemoci a ohrožení života.

9. Seznam použité a prostudované literatury

- ANZENBACHER, A.: *Úvod do filozofie*. Praha: SPN 1991
- BATESON, G.: *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Balantine books 1972
- BERG, I.K.: *Posílení rodiny*. Praha: ISZ 1992
- BERG, I.K.: *Family preservation – a Brief Therapy Workbook*. Londýn: BT Press 1991
- BERNARD, G.: *Co je člověk*. Praha: Tom 1992
- BOUČEK, J.: *Psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého 2000
- COELHO, P.: *Alchymista*. Praha: Argo 2000
- ČÁP, J., DYTRICH, Z.: *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: SNP 1968
- DAWKINS, R.: *Sobecký gen*. Praha: Mladá fronta 2003
- DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2001
- DVOŘÁKOVÁ, M.: *Pedagogicko-psychologická diagnostika 1*. České Budějovice: PF JU 1999
- DVOŘÁKOVÁ, M.: *Pedagogicko-psychologická diagnostika 2*. České Budějovice: PF JU 2000
- DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H. a kol.: *Sociální pediatrie*. Havlíčkův brod: Grada 1999
- FLAMMARION, C.: *Tajemství smrti*. Frýdek Místek: Iris RR 1996
- FRANKL, V. E.: *Člověk hledá smysl*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1994
- FRANKL, V. E.: *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta 1998
- FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 2006
- GROF, S.: *Za hranice mozku*. Praha: Gemma 89 1993
- HADAČOVÁ, I.: *Leukémie*. Praha: Glos 1999
- HAMMER, D., COPELAND, P.: *Geny a osobnost*. Praha: Portál 2003

- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama 1985
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén 1994
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové 1996
- HAVEL, V.: *O lidskou identitu*. Praha: Rozmluvy 1990
- HELUS, Z.: *Sociální psychologie pro učitele*. Praha: Karolinum 1992
- HEŘMÁNEK, S., KONDÁŠ, O.: *Psychologie v léčebné rehabilitaci*. Martin: Osvěta 1986
- HRABAL, V.: *Pedagogicko-psychologická diagnostika žáka*. Praha: Karolinum 1999
- HUBÍK, S.: *K postmodernismu obratem k jazyku*. Boskovice: Albert 1995
- CHRÁSTKA, M.: *Metody pedagogické diagnostiky*. Olomouc: 1988
- KAPLICKÁ, J.: *Ošetrovatelský proces u dítěte s hemofilií*. Praha: Bakalářská práce na 2. LF 2001
- KOMENSKÝ, J., A.: *Informatorium školy mateřské*. Praha: Kalich 1992
- KOLAKOWSKI, L.: *Malé úvahy o velkých věcech*. Praha: Academia 2004
- KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál 1997
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J.: *Vzpouza deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galen 2006
- KOUTECKÝ, J., CHÁŇOVÁ, M.: *Děti s nádorovým onemocněním – rady rodičům*. Praha: Triton 2003
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada 2002
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Rozhovor lékaře s pacientem*. Praha: IPVZ 1988
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica 1994
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. Turnov: Arica 1993
- LANGLE, A.: *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta 2002

- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum 1974
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 1998
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál 2000
- LORENZ, K.: *Osm smrtelných hříchů*. Praha: Academia 2000
- LUDEWIG, K.: *Systemická terapie, základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata 1994
- MAREŠ, J. a kol.: *Kvalita života u dětí a dospívajících 1*. Brno: MSD 2006
- MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J.: *Počátky našeho duševního života*. Praha: Avicenum 1986
- MATĚJČEK, Z.: *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál 2000
- MATĚJČEK, Z.: *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN 1992
- MATĚJČEK, Z.: *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN 1990
- MATĚJČEK, Z.: *Psychologické eseje (z konce kariéry)*. Praha: Karolinum 2004
- MOŽNÝ, P., PRÁŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie, Úvod do terapie a praxe*. Praha: Triton 1999
- MRKVIČKA, J.: *Knížka o radosti*. Praha: Avicenum 1984
- MOODY, R.: *Život po životě*. Praha: Odeon 1991
- NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. Praha: Academia 1998
- NULAND, S.B.: *Jak lidé umírají*. Praha: Knižní klub 1996
- PECHÁČKOVÁ, S.: *Zpráva o systemické terapii*. Praha: ISZ 1993
- PELIKÁN, J.: *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava: Amosium 1995
- PELIKÁN, J.: *Pomáhat být. Otevřené otázky teorie provázející výchovy*. Praha: Karolinum 2002
- PELIKÁN, J.: *Výchova pro život*. Praha: ISV 1997
- PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B.: *Psychologie dítěte*. Praha: SPN 1970

- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J.O.: *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Praha: Grada 2001
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada 2006
- SATIROVÁ, V.: *Knihy o rodině*. Praha: Práh 1993
- SHAZER, S.: *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton 1985
- SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J.: *Systemické terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2001
- SRP, L.: *Psychologie lékařského ošetřování dětí*. Praha: Avicenum 1961
- STARÝ, J.: *Leukémie*. Havlíčkův Brod: Grada 2002
- STÖRIG, H.J.: *Malé dějiny filozofie*. Praha: Zvon 1991
- STRINDBERG, A.: *Manželské historie*. Praha: Levné knihy 2004
- STRINDBERG, A.: *Hry 2*. Praha: Divadelní ústav 2005
- TAXOVÁ, J.: *Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha: SPN 1987
- TŮMA, D.: *Vliv výchovných postojů rodičů na utváření odpovědnosti jedince vůči sobě a okolí*. Diplomová práce, FF UK Praha 2006
- ÚLEHLA, I.: *Umění pomáhat*. Písek: Renaissance 1996
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum 1997
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999
- VÁCHA, S.: *Umění žít*. Praha: Eurovia 1995
- VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: 2003
- VÁŇOVÁ, R.: *Studijní texty k dějinám pedagogiky*. Praha: PedF Praha 1997
- VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002
- VYHNÁLEK, M.: *Vybrané psychologické problémy pediatrické praxe*. Praha, Avicenum 1986.
- VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003

WILLI, J.: *Párová terapie*. Hradec Králové: Konfrontace 1998

WITTGENSTEIN, L.: *Tractatus logico-philosophicus*. Praha 1993

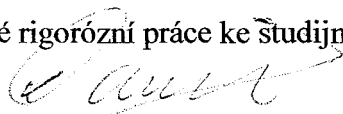
YALOM, I. D.: *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál 2003

ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál 2001

10. Přílohy

- 10.1 Záznam pro pedagogicko-psychologickou péči u dětí na TJ
- 10.2 Záznamový list o dítěti a jeho rodině
- 10.3 Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol
- 10.4 Esej osmnáctiletého pacienta s názvem „Život se zákeřnou nemocí“
- 10.5 Pedagogicko-psychologická diagnostika dle Zelinkové (Zelinková, 2001)
- 10.6 Rozdělení psychodiagnostických metod Testcentra Praha, s.r.o.

Souhlasím s půjčováním mé rigorózní práce ke studijním a vědeckým účelům. Prosím o evidenci výpůjček.



Jméno a příjmení:

Studijní obor:

Adresa a telefonické spojení:

10.1 Záznam pro pedagogicko-psychologickou péči u dětí na TJ

ZÁZNAM PRO PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKOU PÉČI U DĚTÍ NA TJ

Příjmení a jméno

Datum narození

V léčbě hematologie, onkologie od

Datum TX

Vstupní / příjmový pohovor dne

Vedl:

psycholog

pedagogicko-psychologický poradce/psychoterapeut

Ped/Soc
psych.dg.

Překladová zpráva ano – ne, ústní – písemná,

Zjištěná anamnéza:

Psychosociální zvláštnosti:

Současná situace v rodině:

Vztahy k nejbližšímu sociálnímu okolí:

Jiné, poznámky, přiložená zpráva ped-psy:

10.2 Záznamový list o dítěti a jeho rodině

ZÁZNAMOVÝ LIST O DÍTĚTI A JEHO RODINĚ

TRANSPLANTAČNÍ JEDNOTKA KLINIKY DĚTSKÉ HEMATOONKOLOGIE

Přednosta: Prof. Mudr. Jan Starý, DrSc.

Poradenský pracovník: Mgr. Daniel Tůma

PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ, PODPŮRNÁ
SYSTEMICKÁ TERAPIE, RODINNÉ PORADENSTVÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum rozhovoru, hodina:

Věk:

Struktura úvodního rozhovoru:

Průběh těhotenství, prenatální, perinatální změny a průběh porodu:

Rodová anamnéza, plánované rodičovství, vztahy s prarodiči:

Interakce s dítětem po porodu, rodičovské postoje:

Společenské postavení rodiny, verbalizované hodnoty práce a rodinného života:

Pedagogicko-psychologické zvláštnosti, odborná intervence, testová baterie:

Zjev dítěte, patrné malformace, tělesné zvláštnosti:

Adaptace dítěte na prostředí, pozorování dítěte při rozhovoru, vztah s rodičem:

Pozornost, vytrvalost během úkolu, hypoaktivita, únavnost:

Pracovní vlastnosti dítěte během pobytu a plnění her a zadaných úkolů:

Sociální vztahy:

Řeč, artikulace, skladba, slovní zásoba, obsah sdělovaného:

Tělesná obratnost, míra tělesné aktivity, jemná motorika:

Pracovní hypotéza týkající se rodinné anamnézy a stavu dítěte při příchodu na TJ:

Návrh spolupráce s PhDr. Věrou Reichlovou, překladová zpráva, diagnostika:

Pohovor s rodiči, event. s jedním z rodičů

Nabídka služeb psychoterapie pro rodiče během pobytu dítěte na TJ

Předchozí zkušenosti s lékaři, žádosti rodičů:

Pracovní hypotéza emocionálního stavu rodiče v den příjmu:

Domluvená spolupráce, datum první konzultace (písemné záznamy):

Data dalších konzultací:

Rodič seznámen s pravidly pobytu na TJ, s pravidly návštěv dítěte pouze primární rodinou a dětmi nad 10 let věku, dále s hygienickými povinnostmi a povinnostmi pobytu na ubytovně, dále s pravidly užívání vypůjčených didaktických pomůcek, hraček, videokazet a dvd. Rodič byl seznámen s možností využití psychoterapeutické péče a péče psychosociální konzultantky, PhDr. Marie Choniawkové:

Podpis rodiče:

10.3 Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí na KDHO FN Motol

Vážení rodiče,

velmi si vážím důvěry, se kterou jste tento dotazník přijali a předem děkuji za jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a slouží pro vědeckou práci a pro zlepšení služeb psychosociálního týmu.

Psychosociálním týmem jsou myšleny všechny osoby, se kterými jste se během pobytu na KDHO FN Motol (klinika dětské hemato-onkologie) setkali, a kteří nepatří do lékařského a středního zdravotnického personálu. Do psychosociálního týmu patří dobrovolníci, občasné návštěvy z řad sportovců, umělců...atd., dále psychoterapeut KDHO FN Motol, pedagogicko-psychologická poradkyně, klinické psycholožky (podle toho z jaké kliniky přicházíte – hematologie či onkologie), pedagogové speciálních škol při FN Motol, herní terapeuti, masérka, kadeřnice a další. Za chod psychosociálního týmu na TJ KDHO FN Motol svými kompetencemi odpovídají Marie Choniawková a Daniel Tůma, kteří zároveň sestavují pedagogicko-psychologický plán pro Vaše děti a také na základě Vašich potřeb sestavují optimální psychosociální plán pro Vás.

Odpovězte, prosím, upřímně na následující otázky. Na vyplnění dotazníku si vezměte tolik času, kolik jen potřebujete. Je důležité, aby odpovědi byly srozumitelné jak Vám, tak i ostatním. Také je důležité, abyste měli na vyplňování dotazníku klid, abyste dokázali přesně formulovat co cítíte a co si myslíte.

Zde je série otázek:

- 1/ Charakterizujte jakou si myslíte, že má psychosociální tým funkci? (jak ho vnímáte?)
- 2/ Napište minimálně pět situací, kdy jste ocenila práci a přínos psychosociálního týmu KDHO FN Motol?
- 3/ Co považujete za nejpřínosnější z práce psychosociálního týmu KDHO FN Motol?
 - vzhledem k Vaší osobě a celé rodině
 - vzhledem k Vašemu hospitalizovanému dítěti
- 4/ Napište minimálně pět rysů a vlastností, které považujete za zásadní pro práci psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?
- 5/ Napište minimálně pět rysů a vlastností, které považujete za nevhodné pro práci psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?
- 6/ Jak byste charakterizoval-a týmovou spolupráci mezi pracovníky psychosociálního týmu KDHO FN Motol?

7/ Co jste nejvíc potřeboval-a během léčby a nenadálých komplikací?

8/ Co, nebo kdo Vám poskytoval-a pocit sounáležitosti a provázení léčbou během pobytu na KDHO FN Motol?

9/ Co jste nejvíce postrádal-a v chování a postupech psychosociálního týmu na KDHO FN Motol?

10/ Co byste rád-a, aby se do budoucnosti změnilo v postupech práce psychosociálního týmu KDHO FN Motol?

11/ Jak si představujete optimální spolupráci psychosociálního týmu s lékaři?

12/ Jak si představujete prostor, kde by podle Vás měla probíhat sezení s terapeutem, nebo s dalšími členy týmu? Přijdou Vám současné prostory pro rodiče a psychosociální tým jako vyhovující? Co byste změnil-a?

10.4 Esej osmnáctiletého pacienta s názvem „Život se zákeřnou nemocí“

Život se zákeřnou nemocí

Ahoj jmenuji se ..., a stejně jako ty jsem se léčil v Motolské nemocnici. Můj příběh začíná v únoru roku 2004 kdy se u mě objevili první příznaky mojí nemoci. Protože se mi začali objevovat bulky v tříselech a ještě k tomu mě začala svědit kůže, zajel jsem tedy k doktorovi, aby mě vyšetřil. Jenomže můj doktor asi tyto nemoci neznal a poslal mě zpátky domů, že prý to je u chlapců v mém věku normální. Musím podotknout že mi v té době bylo 15 let.

V červenci stejného roku jsem se přestěhoval do jiné vesnice, dostal jsem i nového doktora, a jelikož se ta nemoc vůbec neléčila, tak narostla do obrovských rozměrů. O prázdninách toho roku na mě začala padat únava, v noci jsem se strašně potil a nemohl spát, svědění kůže pořád trvalo a bouličky se začali objevovat i na krku. Tehdy řekli moji opatrovníci, což je teta se strejdou „dost“. Zajeli jsme k tomu doktorovy, pro mě to byl nový doktor a ten tyto nemoci trochu znal, protože jak jsem později při léčbě zjistil, tak je to spolužák právě přednosta Kliniky Dětské Hematologie a Onkologie. Tak ten pan doktor mě bez váhání poslal do okresní nemocnice v Sokolově.

V sokolově jsem si moc dlouho nepobyl. Udělali mi tam pár vyšetření, a hned o d nástupu k hospitalizaci bylo jasné že to nebude nic coby se mohlo zahojit jako odřené koleno. Po dvou dnech, kdy mi udělali rentgen břicha, si mě pozval pan primář dětského oddělení k sobě do kanceláře a já jsem pochopil, že už to není legrace a že to bude asi hodně vážný. V kanceláři jsem se dozvěděl že se s největší pravděpodobností jedná o velmi vážné onemocnění, ale jelikož si nejsou jisti, tak mě okamžitě přeloží do Fakultní nemocnice v Plzni na kliniku dětské onkologie.

V Plzni to mělo asi tak rychlý spád, že to bylo asi jako v Sokolově, tedy asi dva dny. Tam mi udělali spoustu mě úplně neznámých vyšetření, ze kterých jsem byl hodně vystrašen, protože jsem nevěděl do čeho se to vlastně pouštím. Když si vzpomenu, že jsem se málem rozbřečel při pouhém napichování kanily, tak je mi to teď k smíchu. Na tomto oddělení mi ještě prováděli například mě neznámý odběr kostní dřeně. Asi to muselo být docela komický, protože při tomto odběru mně poprvé v životě částečně uspali a já jsem jim prý docela slušně vynadal. Potvrdit to ale nemůžu, protože si to nepamatuji, vím o tom jen co mi vyprávěli sestřičky až když jsem se probudil. Druhý den ráno, když přišli výsledky ze všech těch provedených vyšetření dali doktoři hlavy dohromady a pak mi oznámily že asi přišli na to co mi vlastně je, ale že si to musejí nechat potvrdit a kdyby to přece jenom bylo to co si myslí tak že to na této klinice neumějí léčit. Takže jsem se ještě jednou vyspal v Plzni a druhý den ráno mě sanitka odvezla do nemocnice v Motole, kde jsem se léčil ještě další dva roky.

Do Motola jsem vyrazil, hned druhý den ráno, doprovázel mě jeden pan doktor z plzeňské kliniky, aby si s paní doktorkou, popovídali co mi to vlastně našli. Tady v této nemocnici se mě ujala paní doktorka D., která mě vlastně měla na starosti až do konce mé léčby. Vysvětlila mi, co se bude dít a jelikož jsem přijel v neděli odpoledne, tak hned následující den jsem byl přeložen na oddělení ORL. Tam mi vyoperovali bouličku na krku, a asi tak po týdně byl výsledek na světě. Diagnóza byla jasná, byla to Hodgkinova nemoc, a jelikož se to dlouho neléčilo tak se z toho vyklubalo už čtvrté stadium.

Nastal tedy pro mě veliký šok, když jsem se dozvěděl, že se budu muset okamžitě začít léčit chemoterapií a následným ozařováním. Byl jsem z toho úplně špatnej když mi hned další den přivezli na pokoj stojan s pumpou a já nevěděl co mi to vlastně udělá a jak mi vůbec bude. Následovali tedy tři další dny kapání chemoterapie a jelikož paní doktorka nechtěla nic oddalovat rozhodli se že mi zavedou žilní vstup až při druhé sérii, takže po té první jsem měl úplně rozpíchané ruce.

Po třech dlouhých dnech kapání, jsem se konečně dočkal propuštění domů. Paní doktorka nás poučila co doma smím dělat a co ne, a ještě mi vykládala, že mi bude strašně špatně a budu málo jíst však to znáte. Jenomže jsem byl docela překvapen, protože doma mi bylo tak, jako by mi právě nic nebylo. Chut' k jídlu jsem měl obrovskou a dokonce jsem sem tam podceňoval i to co mi v nemocnici zakázali. Bohužel jsem na to ale doplatil, když jsem přijel znovu na kliniku, tak jsem úplně ztratil hlas, začali mi naskakovat obrovské teploty a já se cítil úplně na nic. Dostal jsem taky docela silné antibiotika do kapačky a jelikož jsem ještě pořád neměl žilní vstup šlo to zase všechno do kanily.

Po deseti dnech se můj stav zlepšil natolik, že jsem konečně další den šel na sál na zavedení portu. Po té jsem dostal druhou sérii chemoterapie a po 3 týdnech opět odjel domu.

No pak to šlo v celku hladce po třetí sérii jsem měl celkové přešetření PET a to ukázalo že nemoc mizí, dostal jsem ještě další dvě série. Těsně před vánoci jsem dokončil poslední sérii. Protože ale štěstí a taky zdraví mi nepřálo, tak po vánocích jsem si našel ve tříslu novou bouli, i kůže začala zase svědit.

Na konci ledna jsem měl původně jít na zaplánování ozařování, ale jelikož jsem ukázal doktorům co asi vidět nechtěli, tak ozařování zrušili a místo něho mi udělali několik vyšetření a to potvrdilo že ve mně ta nemoc zase začíná růst, ještě mě odeslali na sál aby mi tu novou bouli na tříselech vyndali a oni by si mohli být stoprocentně jistí. Bohužel se později potvrdilo co nikdo nechtěl. Musel jsem dostat další čtyři série chemoterapie a následná megachemoterapie s transplantací vlastních buněk. Tyto chemoterapie byly o hodně silnější než ty co jsem měl. Také jsem po té první docela pěkně zvracel, ale snažil jsem se to hodně prospat a věřil jsem, že jakmile to za tři dny dokape, tak bude všechno zase v pořádku. Taky se tak stalo. Ze začátku jsem byl hodně nešťasten, že musím zase kapat, ale později jsem se otrkal a začal si stý nemoci dělat srandu. Já to totiž uctívám pravidlo, že o tom člověk nesmí moc přemýšlet a všechno se časem zpraví. Inu po dokapání jsem odjel domu a následoval 14 dní pauza.

Ty dva týdny jsem prožil doma v pohodě, špatně už mi nebylo a dokonce se mi i zlepšila nálada, kterou jsem měla takovou podrážděnou. Doma jsem si opakoval dokončený devátý ročník, a protože jsem měl být v prváku, tak jsem se snažil se naučit něco dopředu, abych měl další školní rok trochu náskok, jenomže nebýt tety a strejdy tak bych se na to asi vůbec nepodíval, protože jsem člověk od přírody lenivý.

Čtrnáct dní uteklo jako voda a já se ocitl zase v nemocnici, na další sérii. Druhý den kapání přišla malá komplikace, protože mi po jednom léku. Myslím že se jmenuje Platina, začalo pískat v uších. Tak mi udělali vyšetření, které se jmenuje audio, určitě to taky znáte, a bohužel mi museli změnit lék, platinu už jsem tedy dostávat nemohl jinak by hrozilo, že bych ohluchl. Po dokapání jsem se mohl opět těšit domu.

Po týdnu, kdy jsem byl u nás na zdravotní středisku v Kraslicích na kontrole krevního obrazu. Nám doma zazvonil telefon a v něm jsem uslyšel paní doktorku, ta nám oznámila, že musíme okamžitě přijet. Když jsme přijeli, tak nám vysvětlila že v těch výsledcích krevního obrazu je patrné, že se mi vyplavili buňky, které potřebují odebrat, aby mi je mohli po megachemoterapii vrátit. Druhý den jsem šel k separátoru a po odseparování mi bylo řečeno že toho ze mě moc nedostali takže musím jít ještě jednou. Po druhé to nebylo o moc lepší, takže se doktoři rozhodli, že mi podají takzvaný mobilizační cyklus chemoterapie a pak to zkusíme znovu. Asi po týdnu co jsem vykapal ten speciální cyklus jsem že po třetí k separátoru a tam ze mě dostali buněk o mnoho víc než minule, ale vzhledem k mé váze a výšce to bylo pořád málo, tak jsem musel jít i po čtvrtý. Po dokončení mi konečně řekli, že už mají buněk dost. Po separaci jsem jel asi tak na týden domu. Po týdnu jsem se opět vrátil do nemocnice na klasickou chemoterapii, která ale byla kvůli té sluhové komplikaci trochu pozměněna. Tak jsem jí tedy odkapal, ale přišla nečekaná komplikace, začal jsem asi den po dokapání dosela hodně otékat a nabývat na váze. Po vyšetření moči bylo zjištěno, že ztrácím ledvinami proteiny a to je příčinou těch otoků. Bylo mi tedy nařízeno ležet s nohama zvednutýma tak úrovní hlavy a počkat až to přejde. Jelikož to přešlo až po čtrnácti dnech, tak jsem dostal další chemoterapii. Po tom se nic zvláštního nedělo. Pustili mě tedy domu, ale

hned druhý den jsem tam byl zpět protože mi oteklo celé tělo a udělalo se mi doma špatně. Po odeznění komplikací mě konečně pustily domů, Já jsem byl samozřejmě nadšený protože pár dní na to jsem slavil šestnácté narozeniny a v nemocnici bych je slavit nechtěl

No a byl tu červen roku 2005, kdy na mě čekala zatím největší zkouška v životě a to chemoterapiemi a transplantací. Po příjezdu do nemocnice jsem začal běhat po vyšetřeních aby se zjistilo jestli je můj organismus neschopný takovou náročnou část léčby zvládnout. Protože všechny vyšetření dopadly dost slušně, tak jsem mohl 10. června nastoupit.

Jakmile jsem vstoupil na transplantační jednotku úplně mě z té atmosféry zamrazilo v zádech, ale když jsem tam poznal doktory i sestřičky okamžitě ze mě strach opadl. Protože jsem pochopil, jsou ve svém oboru ti nejlepší a ve všem ti vyjdou vstříc, musí to být ale v zájmu tvého zdraví. Sotva jsem přišel na sterilní box, tak mě nechali chvíli rozkoukat a pak mě napojili na pumpky. Chvilku mi trvalo než jsem si na ten přísný režim zvyk nul ale časem to šlo. Pořád jsem si říkal, se to dá vydržet a pak až bude po všem tak bude dobře.

Pomalou ale jistě se přibližoval můj sedmý den pobytu na jednotce, a to znamenalo, že je na řadě ta slibovaná transplantace. Když přišla sestřička Andrejka na box a řekla jdeme na to tak se mi na těle objevila husí kůže, protože jsem vůbec nevěděl jak to bude probíhat. A když mi vysvětlili jak se to bude podávat, že to bude jako transfuze krve, tak mi spadla kámen ze srdce. Přišel tedy doktor, který m měl transplantovat a začali jsme, jenom že mi nikdo neřekl, že ty zmrazené buňky mají v sobě takový přípravek aby prý nepopraskali, a když to do mě začali pouštět tak se mi v puse vyvolala pachut' jako kdybych jedl zkažený kečup. Snažil jsem se to vydržet ale při poslední veliký stříkačce jsem pozvracel pana doktora. Asi mu to nebylo moc příjemný ale bohužel nikdo nestihl včas rozbalit emitku. Od té transplantace mi bylo docela bídne, jakékoli jídlo jsem vyzvracel, kromě přesnídávky a piškotů. Takže jsem se zhruba deset dní živil právě jenom tím.

Po deseti dnech po transplantaci jsem nejenom začínal normálně jíst, ale také se mi začali tvořit krvinky a to byla, jak říkala paní doktorka, předplacená vstupenka domu. Po další asi třech dnech mi konečně zrušili sterilní režim a konečně jsem se nemusel koupat v té ošklivé dezinfekci. Pak přišel 26 den pobytu na jednotce a to mi přišla paní doktorka říct, že se domluvila se strejdou, že si pro mě můžou pozítří přijet. Takže na státní svátek 5.7.2006 mě propustily domu.

Následoval asi tak měsíc doma. Doma to bylo docela zajímavý, to co jsem byl zvyklý dělat i při normální léčbě jsem měl zakázáno po dobu tří měsíců, takže volný čas, kterého jsem měl víc než dost jsem většinou trávil s televizí nebo s počítačem, později jsme si pořídili štěně tak jsem s ním chodil na procházku, samozřejmě jen tehdy pokud nesvítilo sluníčko. Dokonce jsem se musel omezit v mém jídelníčku musel jsem dodržovat nízko bakteriální stravu, kterou jsem měl dodržovat i před tím, ale jelikož jsem člověk zásadový a další moje zásada je „co tě nezabije to tě posílí“ tak jsem jí moc no „nedodržoval“ je špatný slovo spíš z menší části dodržoval. Nejvíc mi vadilo, že nesmím do našeho bazénu. Protože bych z toho mohl něco chytit a jelikož bylo léto tak mi to bylo hodně proti srsti.

Zhruba tak po měsíci co jsem se válel doma jsem musel vrátit zpět do nemocnice a podstoupil tak poslední krok léčby a to ozařování. V srpnu jsem tedy začal zářit. Můj ozařovací plán byl rozdělený na dva v srpna kousek září jsem chodím na ozařování do oblasti plic, pak byla týden pauza a zbytek září a půl srpna jsem chodil na ozařování do oblasti třísel. Všechno to ozařování bylo bez větších obtíží, akorát, když mi svítily na plíce zasahovalo to ozařovací pole trochu i na krk, takže po prvním týdnu jsem mluvil s hláskem, který si přeskakoval jak se mu to zrovna hodilo, občas se stalo, že jsem nemohl mluvit vůbec.

Ozařování bylo tedy v polovině října zdárně za mnou a já se mohl vrátit k normálnímu životu. Začal jsem chodit do školy a sem tam jsem jezdil na kontroly, které zatím byly dobré, jenomže to bych to ukončil asi moc rychle po třech měsících, bylo to v lednu roku 2006 jsem přijel na vyndání portu a pár hodin před vyndáním jsem šel ještě na vyšetření PET, a protože štěstí a zdraví zase stálo někde jinde než nade mnou, tak se znovu ukázalo že ta nemoc ne stále zdržuje v plicích. Když jsem

přijel na oddělení tak původně objednaný sál byl zrušen a místo toho jsem jel domu a po týdnu jsem nastoupil na chirurgické oddělení, kde mě čekala docela náročná operace plic.

Po operaci jsem byl týden na jednotce intenzivní péče a tam jsem se z té operace snažil nějak vzpamatovat, protože od té doby co mi bylo sděleno, že něco není v pořádku jsem byl dost vystresován. Po týdnu mě přeložili na normální oddělení po pár dnech mě pustili na chvíli domu. Po několika dnech čekání na výsledek histologického vyšetření si nás konečně pozvali na onkologii. Výsledek byl jasný moje nemoc ve mně pořád je. Asi týden jsem to obřečel a pak jsem se s tím nějak smířil. Bohužel jsem musel se školou zase skončit, já jsem úplně neskončil jen jsem přešel na domácí individuální plán, a pokračovat v léčbě. Čekali mě 3 až 4 série chemoterapie a zase mě dobře známá megachemoterapie s transplantací kostní dřeně, tentokrát ale od dárce. Tím se naštěstí stal můj bratr.

Tyto série chemoterapie byly o hodně silnější a delší než co jsem měl před tím. Před tím jsem měl jen tří denní teď na mě čekali už pětidenní. Zajímavé bylo, že jsem je snášel lépe než ty předešlé, sice mi hodně kazili krevní obraz, ale pro mě to bylo jenom dobře, aspoň jsem se mohl také věnovat škole protože jsem chtěl už také dokončit první ročník a ne ho už po třetí opakovat.

Po dvou sériích jsem měl PET vyšetření a to nadchlo nejen mě ale i doktory, protože po těch dvou sériích ta nemoc velmi dobře zareagovala a téměř úplně vymizela. Rozhodlo se tedy že mi tu čtvrtou sérii chemoterapie odpustí a o to dřív mě pošlou na transplantační jednotku. Když jsem dokopal třetí sérii chemoterapie pustili mě tak na čtrnáct dní domu, a jelikož byl květen tak jsem si oběhal zkoušky ve třídě a den před nástupem jsem do nemocnice jsem úspěšně dokončil první ročník. Pak jsem tedy nastoupil na před transplantační vyšetření a pak na zavedení centrálu, no a než jsem se nadál neuplynul ani rok a byl jsem zpátky na transplantační jednotce. Sestřičky si mě docela dobře pamatovali, ani jsem nebyl tak vyděšený jako minulý rok, protože už jsem věděl do čeho vlastně jdu. Po dvou dnech mi začala chemoterapie.

Pak jsem se dozvěděl že budu mít transplantaci v den, který má magické datum a to 5. a 6. 6.06. a to má něco do sebe ne? Po několika dnech co jsem tam ležel mě přišel navštívit terapeut, určitě ho znáš, Daniel, se kterým jsem docela hodně spřátelil a dělal mi tam hodně společnost, jelikož jsem byl na jednotce stejně jako loni sám. Takže když mohl tak tam za mnou přišel, a mě to bylo hodně příjemný, protože za celý den tam byl někdo kdo si tam ke mně sedl a klidně si se mnou povídal, aniž by přitom musel pořád něco dělat. Při tom nebyl jediný chodili za mnou i žákyňky ze střední zdravotnický školy, který byly v Motole na praxi. Chemoterapii jsem snesl v celku dobře, sem tam jsem zvracel, ale bylo to o mnoho lepší než předchozí rok. Ani transplantace nebyla tak strašná protože mému bratrovi buňky sebrali přímo v den mé transplantace, takže ráno mu se odseparovali a já je odpoledne dostal. Hodně mi tam zpříjemňovala dlouhé chvíle i moje ošetřující lékařka Mudr. B., která si se mnou čas od času zahrála žolíky samozřejmě jen tehdy pokud měla volnou chvíli. Dlouhou chvíli a taky čekání na to až se začnou vytvářet krvinky mi zkracoval i notebook, který jsem si tam půjčil.

Po necelý čtrnácti dnech jsem se konečně dočkal zprávy, že se mi začínají vytvářet krvinky. Což bylo dobrý ale stejně jsem věděl, že to nepůjde až tak hladce jako minulý rok. Pak se objevily první teploty tak jsem začal dostávat antibiotika, po kterých později začali ustupovat, jinak nic vážnějšího se nedělo. Den 28 po převodu jsem měl sternální punkci a ta dopadla na jedničku, takže jsem se dozvěděl, že mám šanci, když se nic vážného nestane, jít okolo dne 35 domů. Nic vážného se nestalo a já den 38 po převodu odjel domu.

Konečně to po dvou letech vypadá že by to mohlo vyjít a já mohl být zdravý. Ted' jezdím pravidelně na ambulantní kontroly a zatím je všechno v pořádku, a doufám že to tak zůstane. To přeji i těm kdo se léčí na této klinice aby jim zdraví sloužilo jak nejdéle je to možné. Sice už budu až do smrti žít ve strachu, že se to může jednou vrátit, ale já pevně věřím, že se to nestane, a doufám ,že vy také.

Pozn.:

Text byl upraven pouze v intencích odstranění celých jmen citovaných lékařů a autora. Text je jinak zcela autentický.

10.5 Pedagogicko-psychologická diagnostika dle Zelinkové (Zelinková, 2001)

Přílohy

19 Přílohy

PŘÍLOHA 1:

Zrakové rozlišování písmen I

1.	ae	ee	ae	ea	ek	er	ae
2.	ao	ac	aa	oa	ao	oo	eo
3.	uu	nn	uu	nu	eu	vu	uu
4.	ou	ou	on	cu	oy	uo	ou
5.	bu	pu	ub	bu	du	bn	bu
6.	ro	or	or	ro	ro	or	or
7.	di	qi	id	di	bi	di	id
8.	po	op	ot	bo	ob	pa	po
9.	ba	ad	ab	pa	ba	ad	da
10.	le	el	le	ke	la	le	al

Pedagogická diagnostika

PŘÍLOHA 2:

Žrakové rozlišování písmen II

11.	suf	sof	sot	fos	suf	fus
12.	man	nam	man	mau	men	nem
13.	som	son	som	sem	mos	son
14.	kyp	hyp	kyp	kup	kyb	kyq
15.	fok	fot	tol	fok	kof	tok
16.	dus	bus	dus	dns	pus	sud
17.	pek	pak	per	bek	pek	peh
18.	pol	lop	pal	pol	pot	bol
19.	mer	men	wer	rem	mar	mer
20.	hes	kes	hen	hes	hus	seh

Přílohy

PŘÍLOHA 3:

Sluchové rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, rozlišování slabik dy – di, ty – ti, ny – ni

Cíl: Zkouška pomůže učitelům zjistit, zda je dítě z hlediska sluchové percepce zralé pro zvládnutí následujícího učiva: rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, rozlišování slabik dy – di, ty – ti, ny – ni.

Určeno pro žáky 1. a 2. ročníku, popř. pro žáky starší, kteří v tomto učivu chybují.

Zkoušku je nutné provádět ústně! (Examinátor musí zřetelně vyslovovat.)

Jméno: Datum narození:

Datum provedení zkoušky:

Zácvik: Řekni, zda jsou obě slova stejná, nebo ne, zopakuj správné slovo.

zpívá – zpívá

loví – loví (ve zkoušce jsou i slova totožná)

Dvojice slov ke zkoušce:

1. dýchá – díchá	11. kral – král
2. týden – týden	12. hráč – hráč
3. nykdo – nikdo	13. mléko – mleko
4. zvony – zvoní	14. ryže – rýže
5. schody – schody	15. snih – sníh
6. kroutý – kroutí	16. létá – létá
7. chodíme – chodíme	17. potuček – potůček
8. utýká – utíká	18. bryle – brýle
9. trenírky – trenírky	19. ukryvají – ukryvají
10. konývka – konívka	20. nepočítá – nepočítá

Hodnocení: Za správně určené slovo získává dítě 1 bod.

pedagogická diagnostika

PRÍLOHA 6:

Diagnostika vývoje čtenářských dovedností

Jméno: Datum narození:

Datum provedení zkoušky:

Dítě zvládlo úkoly předslabikářového období v těchto oblastech:

motorika – grafomotorika – zraková percepce – sluchová percepce – řeč –
prostorová orientace – pravolevá orientace

Přetrvávají obtíže v těchto oblastech:

Čtení

1. Rychlost

čte:

- a) velmi rychle
- b) rychle
- c) průměrně
- d) velmi pomalu

2. Správnost – analýza chyb:

- nejčastější lokalizace chyb: začátek – střed – konec
- chybou vzniká slovo: odvozené, významově blízké – odvozené, významově vzdálené (smysluplné x nesmyslné)
- typy chyb:
 - záměny písmen: tvarově podobných – zvukově podobných – nepodobných
 - záměny slabik
 - kinetické inverze (lep – pel)
 - vynechává písmena, slabiky
 - vynechává celá slova

3. Technika čtení:

- a) čte písmena
- b) čte slabiky
- c) čte snadná slova vcelku a obtížná slova slabikuje
- d) způsob čtení izolovaných slov – ve sloupcích – v řádcích
- e) čtení smysluplného textu
- f) čtení pseudoslov (bezesmyslných slov)
- g) dvojí čtení – dvojí čtení pouze obtížných slov
- h) čte plynule

4. Porozumění čtenému textu:

- vypráví samostatně
- vypráví s pomocí

Přílohy

- potřebuje návodné otázky
- odpovídá jednoslovně, jeho odpovědi jsou kusé
- konfabuluje (vymýšlí si)

Z hlediska obsahu:

- rozumí izolovaným slovům
- rozumí větám
- rozumí celému textu a interpretuje:
 - hlavní myšlenky
 - detaily
 - spojuje obsah s dřívějšími poznatky a zkušenostmi

5. Doprovodné projevy při čtení:

vtří se – poposedává – jezdí rukou po stránce – vzdychá – odvádí pozornost od svého výkonu

6. Vztah ke čtení, literatuře, slovesnému umění

Pedagogická diagnostika

- provádění matematických operací písemně:
sečítá do ____ odečítá do ____ násobí do ____ dělí do ____
- zvládá malou násobilku čísel ____

4. **Slovní úlohy:** řeší – řeší s pomocí – neřeší, nechápe

5. **Geometrie**

- představivost (teoretické zvládnutí)
- sestrojení geometrických tvarů, rýsování

6. **Převody jednotek**

7. **Odhaduje výsledky v oboru do: 100 – 1000 – 1 milion**

8. **Motivace žáka pro matematiku**

PŘÍLOHA 8:

Chování dítěte

Emočně dítě působí jako:

- pozorné k dění kolem sebe
- sebejisté
- otevřené
- impulzivní
- vyrovnané
- ustrašené
- držící se zpět

Sociabilita, navazování kontaktů:

- z vlastního popudu navazuje kontakty s dětmi, s dospělými
- k navazování kontaktů používá gestikulaci, mimiku, řeč
- není bezprostřední

Sebeprosazování:

- jak intenzivně se prosazuje
- jakými prostředky

Schopnost kooperace:

- hraje si, učí se s ostatními dětmi, též s dětmi méně oblíbenými
- akceptuje opačné názory
- akceptuje jinou pozici ve skupině
- hraje si především s: mladšími – staršími – slabšími – silnějšími dětmi

Reakce na konflikty:

- diskusí
- hádáním
- rvačkou
- lísáním se

Schopnost přijímat kritiku: jak se chová, je-li kritizováno

Vnímání sebe samého:

- jak dítě vnímá sebe sama
- jak se domnívá, že ho vnímají ostatní
- představy dítěte o své roli ve skupině

Hodnocení sebe samého:

- dovede svůj výkon přiměřeně hodnotit
- je orientováno na úspěch – nevěří si příliš – nevěří si – je orientováno na chybu

Pracovní charakteristiky, připravenost dítěte k učení:

Zájem dítěte o školu a vyučování:

- účastní se vyučování
- sleduje vyučování
- často se aktivně účastní vyučování
- klade otázky
- má zasvěcené připomínky
- přeje si, očekává pozitivní hodnocení svých výkonů
- nenechá se motivovat pouze krátkodobě
- rádo ukazuje své pracovní výsledky

Chování v náročných situacích:

- nerado vykonává úkony, které jsou náročné
- ukazuje připravenost opakovat úkol pro dosažení lepších výsledků
- reaguje na náročnou situaci zvýšeným napětím
- nevzdává se, když je cíl vzdálený nebo obtížně dosažitelný

Chování při práci, vytrvalost:

- dokončuje práci
- nemusí být nuceno k pokračování v práci
- bezdůvodně nepřerušuje započatou práci
- při práci začíná: hrát si – běhat okolo – zlobit – dělat hlouposti

Koncentrace:

- nechává si čas k přemýšlení
- potvrzuje otázkami, že přemýšlí
- pracuje povrchně
- nevěší si rušivých momentů
- sleduje podstatné jevy, nenechá se vyrušit maličkostmi

Pedagogická diagnostika

Průběh práce:

- pracuje soustavně
- pracuje pomalu
- na počátku zevluje, potom pracuje dobře
- stále začíná od začátku
- musí být bezpodmínečně první
- pracuje pečlivě a přesně

Samostatnost při plnění úkolů:

- chápe snadné pokyny
- rozumí složitějším návodům
- potřebuje pomoc při plnění úkolů podle návodu

Iniciativa:

- úkoly si aktivně vyhledává
- je pasivní, čeká na pokyny
- dovede dávat návrhy ke hrám

Emoční labilita se projevuje rychlými změnami v projevech. Řada negativních zkušeností a prožitků je příčinou ztráty sebedůvěry, a to někdy i v případě, kdy se dítě jeví jako přehnaně sebevědomé.

PŘÍLOHA 11:

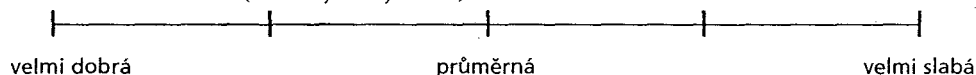
Přehled diagnostikovaných oblastí

Způsoby hodnocení:

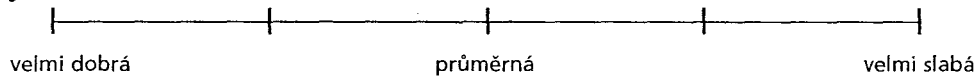
- na pětibodové posuzovací škále označte přibližnou úroveň
- na třibodové posuzovací škále označte přibližnou úroveň
- zaznamenávejte to, co dítě zvládá
- zaznamenejte datum osvojení

Motorika

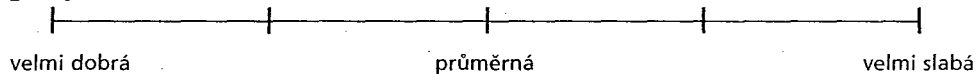
hrubá motorika (chůze, běh, skok)



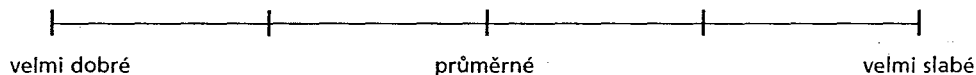
jemná motorika



pohybová koordinace

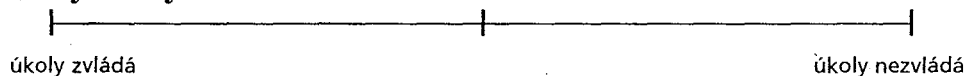


vnímání tělesného schématu



Zraková percepce

analýza a syntéza



diferenciace

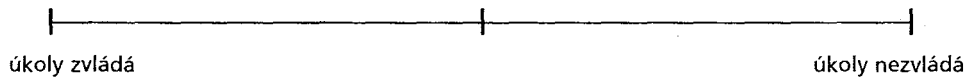
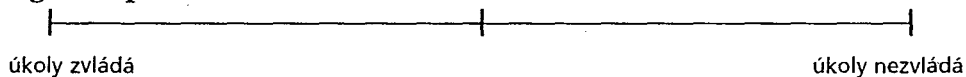
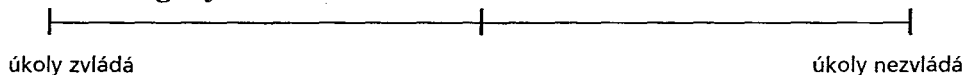


figura – pozadí



reverzní figury



Pedagogická diagnostika

Sluchová percepce

sluchová analýza (uveďte slova, která rozloží na hlásky):

sluchová syntéza (uveďte slova, která z hlásek složí):

sluchová diferenciacce (uveďte slova, která rozliší):

Řeč

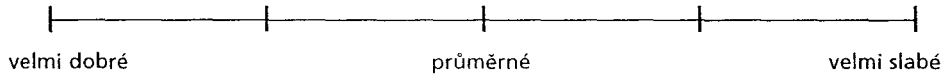
porozumění řeči



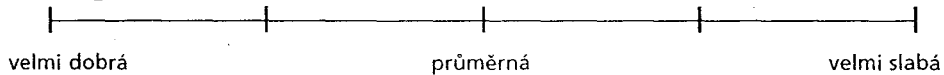
slovní zásoba



používání gramatických kategorií



řeč expresivní

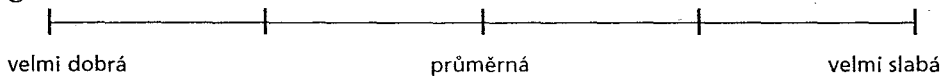


artikulace bez nápadností – nesprávně vyslovuje hlásky:

Čtení, matematika – přílohy 6 a 7

Písemný projev

grafomotorika



tvary písmen zvládá – nezvládá písmena:

opis zvládá – nejčastější chyby:

přepis zvládá – nejčastější chyby:

opis a přepis bezesmyslného textu zvládá – nejčastější chyby:

Přílohy

Gramatika

ústně písemně

rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek
tvrdé a měkké slabiky
vyjmenovaná slova
pádové koncovky
shoda podmětu s přísudkem
slovní druhy
skloňování zájmen
souvětí

Naukové předměty

co umí:

nejvýraznější obtíže:

paměť

velmi dobrá průměrná velmi slabá

soustředění

velmi dobré průměrné velmi slabé

motivace

velmi dobrá průměrná velmi slabá

Příloha č. 6

10.6 Rozdělení psychodiagnostických metod Testcentra Praha, s.r.o.

Klasifikace psychodiagnostických metod nakladatelství Testcentrum podle požadavků na vzdělání uživatele

Tato klasifikace navazuje na standardy pro psychologické testování (APA, EFPA) a kodexy pro psychologickou praxi. Jejím cílem je optimální využití psychodiagnostického potenciálu každé metody i ochrana před zneužitím těchto metod. Obsah klasifikace vychází z podmínek licenčních a autorských smluv a z doporučení profesních sdružení psychologů (ČMPS, UPA).

Kategorie A

Metody jsou určeny absolventům akreditovaného studijního programu v oborech pedagogiky, psychologie, psychiatrie a v dalších příbuzných oborech po zaškolení pro jejich administraci, vyhodnocení a interpretaci.

- DVP – Dotazník volby povolání a plánování profesní kariéry
- Dotazník životní spokojenosti
- BIP – Bochumský osobnostní dotazník
- LMI – Dotazník motivace k výkonu
- Test profesních zájmů B-I-T II

Kategorie B

Metody jsou určeny absolventům akreditovaného studijního programu psychologie po zaškolení pro jejich administraci, vyhodnocení a interpretaci.

- Test pozornosti d2
- Videňský maticový test
- NEO pětifaktorový osobnostní inventář
- NEO osobnostní inventář
- Bomat – advanced / Bochumský maticový test
- PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti
- NQ-S: Zátěžový test regulace kognitivních procesů
- ESK – Existenciální škála
- Test kognitivního odhadu
- Dotazník konstruktivního myšlení – CTI
- Strategie zvládání stresu – SVF 78
- Test struktury inteligence I-S-T 2000 R
- Stress Profile
- Test rodinného systému – FAST
- Apercepční karty pro adolescenty

Kategorie C

Metody jsou určeny absolventům akreditovaného studijního programu psychologie po absolvování akreditovaného kurzu pro administraci, vyhodnocení a interpretaci metody.

- WISC-III
- MMPI-2
- Rorschachův test
- Zulligerův test
- Scénotest
- VOSP – Baterie testů vizuálního vnímání předmětů a prostoru
- Bentonův vizuální retenční test