

**FENOMÉN ÚCTY A SEBAÚCTY AKO INHIBÍTOR ZNEUŽÍVANIA MOCI
V POMÁHAJÚCEJ PROFESII ZDRAVOTNÍKA
PHENOMENON OF RESPECT AND SELF-ESTEEM AS AN INHIBITOR OF ABUSIVE POWER
IN HELPING PROFESSION OF HEALTH PROFESSIONALS**

SEDLÁČEK Juraj

*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín
Katedra pastorálnej teológie, Rímskokatolícka Cyrilometodská Bohoslovecká fakulta Univerzity Komen-
ského v Bratislave*

ABSTRAKT

Pomáhajúca profesia lekára alebo zdravotníka vychádza z pomáhajúceho vzťahu, v ktorom jeden je silnejší, múdrejší, zdravý a kompetentný a druhý je slabší, pasívny a v istom zmysle na pomáhajúceho aj bytostne odkázaný. Ten má navyše nad ním istú formu moci. Príspevok sa zaoberá fenoménom moci a nebezpečenstvom jeho zneužitia. Ozrejmuje postoje a motívy pomáhaní, pričom hľadá, ako je vzťah moci prepojený s úctou lekára a zdravotníka voči pacientovi, ako aj jeho vlastnou sebaúctou. Najzraniteľnejšími miestami sú v tomto prípade ťažšie diagnózy, predovšetkým onkologické, v ktorých je v samotnom prežívaní pacienta často prítomná bezradnosť, bezvýchodiskovosť, dlhodobosť, ťažšie komplikácie a prognózy, ale najmä viacdimeznionálny strach.

Kľúčové slová: Lekár a pacient. Sestra a pacient. Úcta. Sebaúcta. Moc. Zneužívanie moci. Pomáhajúca profesia zdravotníka. Onkologické ochorenia.

ABSTRACT

The assisting profession of a doctor or a health care provider is based on the relation between two individuals, in which one is stronger, wiser, healthy and competent, and the other one is weaker and to a certain degree dependable on the assisting individual. Assisted individuals need to trust their caregivers who use the full array of their skills and their power over the assisted individuals. The paper discusses the phenomenon of power and the threat how it can be misused. It describes the attitudes and the motivation of assistant professionals and unveils the relation between the power and the respect of doctors and health care providers towards their patients and their own self-esteem. The most vulnerable people are the ones diagnosed with oncological diseases who are overwhelmed by a feeling of helplessness and hopelessness due to their long-lasting disease, possible complications and prognoses and moreover they are overwhelmed by a fear of more dimensions. Medical assistants should treat patients as they themselves would want to be treated.

Key words: Medical doctors and patients. Nurses and patients. Respect. Self-esteem. Power. Misuse of power. Profession of a healthcare professional. Oncological diseases.

ÚVOD

Každý človek, vrátane toho, ktorý v pomáhajúcej profesii vystupuje ako vzťahová osoba, v prie-

behu detstva, adolescencie a mladej dospelosti nadobudol väčšiu alebo menšiu sebaúctu. Spolu s náčrtom obranných mechanizmov je to prvý krok, v predloženej problematike nášho príspevku. Na tomto základe môžeme potom rozvinúť ďalšie skúmanie platformy zverenej moci a jej rizík. Cieľom príspevku je zdefinovať pojmy úcta a sebaúcta, hľadať vzťah medzi nimi a ozrejmiť, že majú významný vplyv na kvalitu vzťahu a pomáhajúceho vzťahu lekár – pacient, zdravotník – pacient. Ďalej ozrejmiť, aké negatívne mechanizmy a javy môžu do tohto vzťahu vstupovať a vysvetliť, prečo sú nebezpečné a často nevedomé. Je potrebné preto poznať aj postoje, motívy a hlbinné motivácie. Je to prvý krok ku plnohodnotnému a profesionálnemu pomáhaniu. Ak si totiž, hoci aj spätne uvedomíme a nájdeme vo svojom vlastnom detstve chýbajúcu úctu zo strany vzťahových osôb, ktorá mala za následok stratu alebo rozsiahly deficit našej vlastnej sebaúcty, môžeme použitím a aplikovaním úcty k zvereným pacientom, spätne reinterpretovať a reintegrovať aj našu vlastnú, často chýbajúcu, alebo slabo rozvinutú sebaúctu. Uzdravená, integrovaná a znovuobjavená sebaúcta sa tak môžu stať vzácnym inhibítorom, eliminujúcim potenciálne zneužitie našej moci, ktorú ako potrebnú a dôležitú užívame v pomáhajúcich, lekárskech a zdravotníckych profesiách. Metodológiu predstavuje analýza autorov, a ozrejmienie pojmov, ktoré nás dovedú k hlbšiemu pochopeniu predmetnej väzby a dynamík.

ÚCTA A SEBAÚCTA

Úcta je skrytá a jemná moc, ktorú si človek musí namáhavo pestovať. Bez úcty nie sú možné zdravé a plnohodnotné vzťahy. Úcta však nie je poklonovanie sa niekomu, alebo niečomu. Nie je to ani zdvorilosť sama o sebe. Profesori Dietrich a Alice von Hildebrand hovoria, že „úcta je postoj, ktorý možno označiť za matku celého morálneho života, pretože v nej sa človek stavia do takej pozície voči

svetu, ktorá otvára jeho duchovné oči a uschopňuje ho objímať hodnoty“ (Žvanda, 2018). Úcta k pacientovi je vstupnou bránou pomáhajúceho vzťahu.

Sebaúcta, spoločne so sebahodnotením predstavujú súčasť psychického procesu uvažovania o svojej osobe. „*Sebaúcta je presvedčenie, že moje vlastnosti a prejavy sú dobré a žiaduce. Jedná sa o kompozitum emočných postojov voči vlastnej osobe, ktoré sa vyskytujú jednak u zdravej a jednak u narušenej osobnosti. Sebaúcta je významným zdrojom motivácie, pocitu pohody a mentálneho zdravia človeka*“ (Cakirpaloglu 2012, s.169). Ruisel uvádza, že „*sebaúcta je pravdepodobne najdôležitejší postoj, aký jednotlivec môže zaujať k sebe, ide o hodnotenie s pozitívnou alebo negatívnou dimenziou*“ (Ruisel 2008, s.39). Tomešová vníma sebaúctu ako pocit vlastnej hodnoty a uvedomovanie si toho, že JA je hodné úcty. Sebaúcta je podľa nej sumárnym zhodnotením toho, ako dobre si JA počas života vedie, pričom sa stáva hlavným určujúcim predpokladom kvality života a psychického zdravia (Grachová 2016, s. 24).

Z Hidginsovhovho výskumu (1987) vyplýva, že jednotlivci, ktorí majú nízku úroveň sebaúcty mávajú veľmi často zlú náladu a často sa u nich prejavujú pocity zúfalstva i nešťastia. Nízka sebaúcta má za následok aj nižšiu odolnosť voči frustráciám, znižuje motiváciu a taktiež aj schopnosti človeka v pracovnej a sociálnej oblasti. Má za následok aj zníženú adaptačnú schopnosť. Ľudia, ktorí majú chronický nedostatok sebaúcty mávajú často úzkosť a depresie, taktiež sú obvyklé aj ich negatívne postoje voči iným ľuďom. U týchto ľudí je typické čiernobiele myslenie, dominujú u nich predsudky a stereotypy, vyskytuje sa u nich zjednodušené a logicky neoprávnené usudzovanie, čo súvisí s ich emocionálnou nevyrovnanosťou (Grachová, s.30).

Výsledky výskumu M. Dědovej zasa poukázali, že žiaci v roli obeť šikanovania vykazovali nižšiu úroveň sebahodnotenia v porovnaní so žiakmi, ktorí sa šikanovania nezúčastnili (Dědová, 2006, s.32-38). Každý zdravotník prežil svoj detský príbeh, detstvo, ktoré bolo jediné a už sa nevráti. Aj v našich profesiách sú prítomní ľudia s ťažšími príbehmi, ktorým v ich profesionálnej dospelosti hrozí zneužitie moci, a ktorých motív pomáhania v zdravotníctve a iste, často bezvýhodiskovej „odkázanosťou“ chorých a trpiacich na nich, môže korelovať práve s násilím či šikanovaním v detstve, hlbokej citovej pamäti, ktorá sa v osobe lekára či zdravotníka práve zneužívaním moci môže donekonečna

presvedčať, že veci má pod kontrolou, lebo v jej minulosti to tak nebolo.

Sebaúcta je veľmi dôležitým činiteľom pre prežívanie pocitu šťastia a pohody. Ak je sebaúcta prehnane vysoká alebo veľmi nízka, môže pôsobiť negatívne a spôsobovať osobné či spoločenské problémy. Následkami príliš vysokej sebaúcty môže byť napr. znížená kritickosť jednotlivca, čím sa u neho vytvára pocit nadradenosti. Velebenie seba samého má negatívny dopad na osobnosť, čo má za následok komplikácie v oblasti sociálnych vzťahov a to sa môže nasledovne preniesť na širšiu spoločnosť. O tomto fenoméne hovoril už Rogers, keď tvrdil, že „*problémy ľudstva pramenia z prehnanej lásky a pýchy človeka voči vlastnej osobe*“ (Cakirpaloglu 2012, s.145). Ak má niekto vysokú sebaúctu, znamená to, že má rád seba. K týmto hodnoteniam jednotlivec prichádza na základe hodnotení založených čiastočne na názoroch iných, alebo na špecifických zážitkoch, pričom tieto postoje k sebe môžu mať počiatky už v najrannejších vzťahoch medzi dieťaťom a rodičmi, príp. opatrovateľmi. Nedostatok sebaúcty sa prejavuje prehnanou kritickosťou voči vlastnej osobe. Osobnosť s nízkou úrovňou sebaúcty znevažuje svoje vlastné sily i skutočné možnosti, ich postoje voči vlastnej osobe je väčšinou pasívny. Prejavovaním a vyjadrovaním úcty druhému si zároveň začíname vážiť aj samých seba a rehabilitujeme svoju vlastnú sebaúctu. Človek so sebaúctou, i človek, ktorý vyjadruje a používa úctu, sa automaticky vzdáva od prípadného zneužitia moci. A tá je v zdravotníctve súčasťou pomáhajúceho vzťahu.

OBRANNÉ MECHANIZMY

Pri vážnejších a ťažších osobnostných a emocionálnych deficitoch a intervenciách počas detstva a mladosti môže neskôr dochádzať zo psychologického hľadiska k niekoľkým obranným mechanizmom. Sú to relatívne nevedomé javy, ktoré istým spôsobom popierajú a skresľujú vnútornú i vonkajšiu realitu. Človek ich začne používať po sérii ťažkostí, ktoré nemá ako inak vyriešiť (Sedláček, 2017, s.309).

Štiepenie je mechanizmus, pri ktorom človek vidí seba i druhých buď len ako dobrých alebo len ako zlých. Nevie rozlíšiť a spojiť pozitívne a negatívne kvality, striedavo idealizuje a devaluje tú istú osobu. Psychiater Otto Kernberg chápe štiepenie ako náhle a úplne obrátenie všetkých emócií a predstáv ohľadne vlastného ja alebo určitej osoby. Vtedy ich človek člení na absolútne dobré a absolútne zlé,

t. j. jedných tak idealizuje a druhých znehodnocuje. Môže dôjsť aj k rýchlemu striedaniu medzi dvomi prístupmi voči jednej osobe. Ako pravidlo tu môže platiť, že čím je vzájomný vzťah medzi rodičom a dieťaťom problematickejší, tým silnejšia je reakcia, a o to silnejšia potreba štiepiť svet na dobré a zlé (Kaščáková 2007).

Projekčná identifikácia znamená, že človek ktorý používa tento obranný mechanizmus vytvára tie isté situácie, v ktorých sa kedysi nachádzal, ktoré sám zažil. Pri projekčnej identifikácii sa druhý ovplyvní tak, že sa svojim správaním podobá tomu, čo sa od neho očakáva. Pridáva sa tu projekcia s nevedomým manipulatívnym správaním, ktoré je zamerané na potvrdenie si svojich vlastných očakávaní. Objekt manipulácie je privedený k tomu, aby sa cítil tak, ako sa cíti samotný manipulátor. Takáto manipulácia je obvykle vedomá, jedinec si však nevedomuje motív, ktorý za ňou je. Kontrolovanie druhého pomocou nevedomej manipulácie jeho prežívania a správania sa deje napríklad prostredníctvom vyvolávania pocitov viny. Je to častý mechanizmus pri hraničných poruchách osobnosti a narcizme. Niekedy sa prejavuje vyprovokovaním druhého k hnevu a k agresivite.

Vyššie uvedené psychologické kategórie a väzby sú zákerné v tom, že môžu byť opakovane prítomné v pomáhajúcej profesii lekára alebo zdravotníka a nemusia byť vidno hneď, na prvý pohľad. Sú protipólom úcty. Ich používanie v konaní a správaní môže súvisieť s nedostatkom sebaúcty, ktorá nemohla zdravo a prirodzene vyrásť a formovať sa. Záchranou cestou je eliminácia: poukazuje to na väčšiu pozornosť vo formácii sebaúcty napr. pri štúdiu psychologických vied na lekárskech a zdravotníckych fakultách. Ich poznanie sa môže stať súčasťou batérie sociálno-psychologických výcvikov nových a mladých kolegov počas štúdia a v prvých rokoch praxe.

FENOMÉN A NEBEZPEČENSTVO MOCI V ZDRAVOTNÍCTVE

V problematike moci, ktorú lekár aj zdravotník v požadovanej miere a pre výkon svojho povolania má, vidíme už historický kontext. Archaickým lekárom bol medicínman. Z popisu etnografov vyplýva, že to boli obdivovaní mocní muži, ktorí používali moc a aj prostriedky k tomu, aby si ju uchovali. Okrem medicíny boli v spojení s vyššími silami ako kňazi. Aj lekári raného Grécka boli kňazmi Asklépia, boha, ktorý liečil. Arabskí a židovskí stredovekí

lekári sa od kňazstva oddialili a boli už prakticky lekármi v modernom zmysle. Boli síce ešte pod vplyvom alchýmie, renesanční lekári zasa pracovali viac ako vedci. Zdá sa, že všetci lekári boli rešpektovaní a z časti aj obávaní. Boli vnímaní ako mocní muži. Švajčiarsky psychológ a psychoterapeut A. Guggebühl-Craig konštatuje, že lekári v historickej dobe, ktorej prostriedky boli veľmi obmedzené, a v ktorej sa už od kňazstva veľmi vzdialili, boli takmer rovnako rešpektovaní a obávaní, ako moderní lekári. Pýta sa, či moc lekára a moc medicíny nemá skôr čo do činenia s psychologickou mocou, než s mocou založenou na vedných znalostiach.

Zdraví ľudia môžu viesť samostatný život, dôstojne a v slušných pomeroch. Zdravé telo človeku dovoľuje, pokiaľ sú ďalšie životné okolnosti priaznivé, slobodne a nezávisle sledovať svoje vlastné záležitosti. Akonáhle však zdravý človek ochorie, všetko sa razom zmení. Stane sa pacientom, muž sa premení v malé dieťa. Kedysi dôstojný zdravý človek je teraz chorý, je ovládaný strachom, trýznený bolesťami a ohrozovaný smrťou. Dochádza k svojbytnnej forme regresie. Pacient už nie je pánom svojho tela, ale jeho obeťou. Duša ako keby sa začala s chorobou meniť.

Ženy, ktoré museli byť prechodne svojim chorým mužom ošetrovatelkami, môžu dať k tomu nespočetné príklady. Silný muž, ochranca domova a pán domu sa premení v malé dieťa, ktoré sa plačlivým hlasom dožaduje pomarančového džusu. Podobne vidia svojich pacientov v nemocniciach tiež sestry a lekári: Pacienti bývajú detinskí, plní slepej dôvery v lekára, inokedy zasa neposlušní ako školáci. Raz sa ochotne podrobia pokynom lekára, inokedy nie – nesprávajú sa ako dospelí.

Lekár je v tejto situácii veľkou pomocou. Je zdrojom všetkých nádejí, je obávaný, rešpektovaný, nenávidený i obdivovaný. Môže pomôcť. Jeho rada je drahocenná ako zlato a pacienti ho „prežívajú“ mnohokrát takmer ako spasiteľa. Lekár môže liečiť, zmierňovať bolesti a to aj terminálne. Pacient je bez neho stratený (Baumgartner, Garhammer 1989, s.15-28).

Objavuje sa ďalší psychologický fenomén. Špeciálne v nemocniciach býva pre lekárov ťažké nevnímať svojich pacientov ako nepríjemné, nechcené a trochu hlúpe deti. Na intelektuálnej úrovni lekári samozrejme vedia, že ich pacienti sú ľudia ako oni. Niekedy je však veľmi ťažké ubrániť sa negatívnejmu postojovi voči pacientom. Totiž práve v nemoc-

nici sa pacienti často stávajú skupinou úbohých, nešťastných stvorení bez stavu a dôstojnosti. Niekedy až ako odlišná ľudská trieda. Jeho veľkým pokúšením je vnímať pacientov ako „nižšiu sortu ľudí“. Aj pacienti sa mnohokrát správajú veľmi nerozumne – neužívajú lieky, robia veci, ktoré im škodia, niekedy poslúchajú a inokedy nie, presne ako malé deti. Paradoxom nemocničného prostredia je, že na jednej strane sa nachádza detinský a úzkostný pacient a na druhej strane je silný, hrdý, dištancovaný a snád ešte do istej miery zdvorilý lekár (Sedláček, 2016, s.67-68).

Stretnutie dvoch ľudí, kde jeden vystupuje ako chorý a druhý prináša liečbu, sa opakovane vyvíja od počiatku ľudstva. Vzťah medzi chorým človekom a jeho liečiteľom je v istej miere rovnako zásadný ako vzťah medzi mužom a ženou, otcom a synom, matkou a dieťaťom atď. V zmysle psychológie C. G. Junga je archetypovým vzťahom. Preto je potrebné upozorniť aj na nebezpečenstvo moci. V ľudskom vzťahu stojí jeden subjekt proti druhému a obidva sa k sebe akosi vzťahujú. Vo vzťahu, v ktorom je prítomná moc, sa jeden subjekt snaží z druhého vytvoriť objekt, ktorý sa poddáva. Vo všeobecnosti to znamená, že subjekt môže objektom manipulovať pre svoje ciele. Táto situácia zvyšuje u dominantného subjektu pocit dôležitosti a zbavuje objekt zodpovednosti. Iným druhom moci je sebatranscendencia. Človek, ktorý je posadnutý božským komplexom, sa snaží vládnuť nad ľuďmi ako boh. Tento druh moci je numinózný a mimoriadne nebezpečný tak pre ovládaných, ako aj pre ovládajúceho (napr. rímski cisári, Napoleon, Hitler). Tretiu formu moci predstavuje pozícia náčelníka určitého kmeňa, kráľa a jeho ľudu, moc v politike, priemysle, v armáde. Nie je sama o sebe zlá.

V prípade lekára a pacienta problematiku moci vidíme vo všetkých dobách. Moderným kultom dnešnej postavy lekára je istá sociálna prestíž, verejná úcta jemu ako človeku, ktorý má vo svojich rukách život a smrť, chorobu a zdravie.

Stále prítomným nebezpečenstvom pomáhajúcej profesie lekára a zdravotníka je, že môže vyrásť v namysleného, úzkoprsého muža, ktorý je slepý voči vlastnému dozrievaniu a vývoju. Vymizla jeho schopnosť vzbudzovať liečivý faktor aj v pacientovi. Takýto lekár sa domnieva, že tým, kto lieči, je on sám. Zabúda, že jeho funkcia spočíva len v umožnení liečivému faktoru, aby sa presadil. Stáva sa v určitom ohľade „kňazom“, ktorý verí, že je sám bohom (Schmidbauer 2000). Guggenbühl-

Craig dodáva, že vytesnením jednej polarizácie archetypu lekára môže dôjsť k obrátenej situácii: lekár začne mať dojem, že slabosť, choroba a zranenia s ním nemajú nič spoločné. Cíti sa ako silný liečiteľ, zranenia sa týkajú iba pacienta. On sám je v bezpečí. „Úbohé stvorenia“, ktoré sú označované ako pacienti, žijú v celkom inom svete než on. Stáva sa z neho lekár bez zranení. Nebuďuje už v pacientoch liečivý faktor a stáva sa iba liečiteľom a chorý iba pacientom. Už nie je zraneným lekárom, ktorý by sa stretával s chorým a aktivoval jeho liečivý faktor (Guggenbühl-Craig). Výsledkom je na jednej strane zdravý a silný lekár, na druhej strane chorý a slabý pacient (Sedláček, 2016, s. 67-68).

SESTRA, LEKÁR A POVAHA ICH PRÁCE

V prípadoch citovej a osobnostnej nezrelosti jednotlivých osôb personálu, nespracovanej minulosti, alebo prítomnosti ťažších negatívnych stôp v citovej pamäti dochádza k situáciám, že správanie sestry, alebo lekára môžu vďaka tvrdej realite a množstvu práce vystúpiť neprimerane alebo nepriehavo v danej situácii. *Určité formy správania ako napr. vyvolávanie atmosféry strachu, deficit komunikácie, odmeranosť, skrytá manipulácia, zneužívanie syndrómu autority bieleho plášťa atď., môžu spôsobiť dlhodobé a zvnútornené nastavenia, ktoré vo finále končia zneužitím moci vzťahovej osoby, prípadne identifikáciou s tzv. mocou.*

Stresorov a podnetov je v negatívnom smere na štandardnom lôžkovom oddelení niekedy neúrekom. Pri konfrontácii s takýmito situáciami sa sestra môže cítiť bezbranná a dotknutá. Sestry často krát prežívajú ľútosť a zlosť a pokiaľ sa ich situácia nevyrieši alebo neventiluje, často ju nedokážu samé zvládnuť. Okrem ťažkostí profesionálnych, napr. nepríjemní a hašteriví pacienti, komunikácia s pozostalými, nedostatok materiálu alebo čistého prádla, sa pridávajú vzťahové a osobnostné problémy – napr. devalvujúco pôsobiace stretý medzi sestrou a lekárom, presúvanie lekárskeho kompetencií na sestru, chýbajúca tolerancia. V. Zachová uvádza klasifikáciu osobnosti sestier podľa Hárđiho:

- *rutinný typ* – sestra pracuje presne. Je prísna a chýba jej „ľudský pohľad“,
- *herecký typ* – sestra vystupuje dôležite a jej prejavy sú prehnane emocionálne,
- *nervózný typ* – je unavená, v časovom napätí, cíti sa podhodnotená, vyhyba sa niektorým činnostiam, má sklon k alkoholu a toxikománii,

- *mužský typ* – rozhodná, energická, sebavedomá a dôsledná sestra. Môže byť vedúcou, vrchnou sestrou, alebo školiteľkou. Býva tiež despotická alebo agresívna,
- *materský typ* – ochotná a dobrá sestra. Niekedy nedodržuje správne postupy,
- *typ špecialistka* – môže mať pocit nadradenosti vďaka svojej odbornosti.

Vo vyhrotených a opakovaných prípadoch hovoríme o profesionálnej deformácii, kde na scénu *vystupujú otupenosť, istá bezcitnosť až cynizmus k pacientovi*. Ďalšiu fázou je *lahostajnosť spojená s lahostajným správaním a nedostatočným naplňovaním pracovných činností*. Tretia fáza je *prejavovaný hnev a nenávisť*.

J. Cimický vo svojom desatore hovorí: „*keď vás niečo hnevá, nedržte to v sebe a netrpte mlčky a ublížene. Snažte sa uvoľniť, spýtať sa. Nežijeme vo vysnenom, ale v reálnom svete a musíme si vedieť priznať, že skutočnosť je niekedy krutá. Všetci nemusia konať logicky. U väčšiny ľudí sú na prvom mieste ich vlastné záujmy. Nezabúdajte na to. Snažte sa pochopiť druhých, uvažujte, prečo tak konajú, počúvajte druhých. Verte svojim pocitom. Zvažujte svoje reakcie, lebo všetko je potrebné riešiť postupne a systematicky. Naučte sa hovoriť nie, odmietnuť, keď niečo nechcete, alebo nedokázate. Zbytočne nenáhlite a vždy počítajte s časovou rezervou. Naučte sa usmievať“* (Zachová – Škochová, 2008, s.41).

POSTOJE A MOTÍVY

Lekár a zdravotník v pomáhajúcom vzťahu užíva potrebnú moc. Vo vzťahovej väzbe lekár – pacient, zdravotník – pacient, je vždy tým silnejším, múdrejším, skúsenejším a tým, ktorý sa „z úradu“ teší prirodzenej autorite. Môže sa však stať, že práve tento „prostriedok“ a „nástroj“ pomáhania sa stane jeho cieľom. Práve poznanie našich vnútorných hnutí a postojov nám môže hlbšie objasniť motív a pohnútky, pre ktoré, sme si ako zdravotníci a lekári túto pomáhajúcu profesiu zvolili. Táto pravda o sebe samých nám poodhalí aj potrebné kategórie úcty, rozvinutej či nerozvinutej sebaúcty a hroziaceho zneužívania našej zverenej moci, ako neutíšiťného hladu, ktorý v nás môže pretrvávajúť od útleho detstva.

Postoj (z angl. „attitude“) možno definovať ako relatívne stabilnú predispozíciu reagovať na niečo špecifickým spôsobom. Intenzívne štúdium posto-

jov bolo objektom sociálnej psychológie od dvadsiatych rokov minulého storočia. Hoci dodnes neexistuje nejaký jednotný konsenzus v definícii postojov, môžeme povedať, že popri kognitívnej a konatívnej zložke má asi najdôležitejšiu úlohu afektívna dimenzia. Postoje skôr vyjadrujú to, čo ľudia cítia, než to čo si o veciach myslia, alebo čo vo vzťahu k veciam konajú. Ba viac, postoje človeka sú skryté pod povrchom a nie sú ľahko pozorovateľné. Naše IDEÁLNE JA je vytvorené z konštruktov, ktoré sa snažia transcendovať ľudskú osobnosť, čiže z hodnôt. Na druhej strane AKTUÁLNE JA je sformované z tých komponentov, ktoré sú alebo majú byť transcendované, teda z túžob. Postoj je v striktnom slova zmysle dispozíciou, ktorá vyjadruje oboje – aj hodnoty, aj túžby. Ak sa hodnota dostáva do vzťahu s ľudskou túžbou, navonok je vyjadrená nejakým postojom človeka. Avšak vzťah medzi hodnotami a túžbami vyjadrený v postojoch to všetko robí komplikovanejším. Totiž hodnoty, ale hlavne ľudské túžby môžu byť skryté, nepoznané či už pre okolie človeka, alebo pre človeka samotného. Konkrétnejšie povedané, *nejaký postoj môže odhaľovať skryté hodnoty a túžby, avšak práve tak ich môže aj zahaľovať*. Napríklad postoj vyjadrený v snahe pomáhať druhým ľudom môže byť vyjadrením sebatranscendentnej hodnoty, ale tento postoj môže byť tiež motivovaný túžbou byť obdivovaný. A práve preto je dôležité skúmať, ktoré motivačné konštrukty zohrávajú dôležitú úlohu v našich postojoch, pomáhajúce profesie zdravotníka, alebo lekára nevynímajúc. Vidíme, že nie je ani tak dôležité, aký postoj vytvára človek v tej ktorej situácii, ako skôr čo ho k tomuto postoju motivuje. Môžeme to vysvetliť na tzv. Kelmanovej teórii o zmene postojov. Jeho celoživotným záujmom bolo skúmanie spoločenského vplyvu a zmeny postojov, často v súvislosti s vnímaním autority a zodpovednosti. Kelman predkladá model, ktorý vysvetľuje niektoré determinanty a motivačné bázy, na základe ktorých sa človek rozhoduje pre konkrétne možnosti svojich postojov. Rozlišuje tri základné procesy:

Úslužnosť (compliance)

Zmena postojov na spôsob úslužnosti sa uskutočňuje vtedy, keď človek akceptuje vplyv, pretože za to očakáva nejakú pozitívnu satisfakciu alebo sa môže vyhnúť nejakej negatívnej reakcii. Napr. mladý chlapec bude chodiť na klavír, lebo mu rodičia za to sľúbia bicykel. V takomto prípade si člo-

vek neadoptuje dané správanie a bude ho vykonávať len vtedy, keď ho osoba vplyvu bude pozorovať. Základom tohto typu správania je spoločenský efekt, ale vnútorne sa s ním človek nestotožňuje, pretože princípom vplyvu na človeka je nejaká kontrola alebo sila (môže byť vonkajšia, alebo vnútorná). To je zároveň aj podmienkou správania, pretože ako náhle dohľad osoby, ktorá reprezentuje túto silu skončí, skončí sa aj toto správanie na základe nejakej pozitívnej odmeny, alebo vyhnutiu sa negatívnemu trestu. Kľúčovým komponentom tohto typu zmeny postojov je sila. Človek je „dotlačený“ zmeniť svoj postoj či už na základe nejakej pozitívnej odmeny, alebo vyhnutiu sa negatívnemu trestu. Tento proces môže veľmi často prebiehať podvedome.

Identifikácia (identification)

Zmena postojov na spôsob identifikácie sa uskutočňuje vtedy, keď človek akceptuje vplyv, pretože si vytvára zadosťučiniaci sebadefinujúci vzťah k osobe, ktorá na neho vplýva. Teda človek túži po nejakom vzťahu a zároveň sa týmto vzťahom definuje. Ani v tomto prípade si však neadoptuje dané správanie. Síce verí v to konkrétne správanie, prísvojuje si ho verejne aj súkromne, ale keďže to robí v očakávaní vytvárania vzťahu, je toto správanie spoločensky závislé. Základom tohto typu postoja je spoločenské ukotvenie správania, ktoré tento postoj produkuje. Kľúčovým princípom je atraktivnosť, teda vzťah k osobe, ktorá vplýva na človeka, je nejakým spôsobom príťažlivý. Tento vzťah je zároveň aj podmienkou správania, pretože akonáhle by zanikol, prípadne by osoba začala tento interpersonálny vzťah vnímať ináč ako predtým, následne by sa zmenil aj postoj a teda aj správanie. Aj tento spôsob môže prebiehať podvedome, hoci sú v ňom mnohé prvky vedomia.

Internalizácia (internalization)

K internalizácii dochádza, keď človek akceptuje vplyv, pretože je to kongruentné s jeho hodnotovým systémom. Internalizácia je inkorporáciou postojov, štandardov, názorov druhých ľudí (obzvlášť rodičov) do vlastnej osobnosti. Aj tu je dôležitá osoba, ktorá prezentuje vplyv na druhého, ale obzvlášť je dôležitá dôveryhodnosť tejto osoby. Takže v tomto prípade už nejde ani tak o atraktivnosť, ako o hodnotovosť. Podmienkou správania už nie je nejaká vonkajšia či vnútorná sila a z nej vyplývajúce konzekvencie. Taktiež nie je dôležitá príťažlivosť

vzťahu k tomu, kto ponúka tento postoj. Podmienkou je kongruencia s hodnotovým systémom človeka. Takéto správanie sa ukončí vtedy, keď sa zmení vnímanie hodnôt. Kľúčovým prvkom tejto zmeny postojov je dôveryhodnosť. Vo veľkej miere sa tu jedná o vedomý proces. Ak ide o hodnotový systém, dá sa tu hovoriť o subjektívnom a objektívnom vnímaní hodnôt (Forgáč, 2011, s.88-95).

ZDRAVÝ A CHORÝ (LEKÁR A PACIENT)

Nikto z nás nevie, v akej životnej situácii sa ako pacient na nemocničnom lôžku ocitne. A tak sa na jednej miske váh ocitne celkom bezmocný a lekárovi sa odovzdávajúci pacient a na strane druhej ten, čo má čo najlepšie pomôcť vyliečiť, alebo zachrániť život - lekár. Oba predstavujú príslušníkov jedného rodu – sú ľudia. V osobnom dialogickom vzťahu vidíme na prvom mieste osobný vzťah byť nielen človekom, ale zároveň profesionálnym odborníkom; na druhej strane byť človekom, ale aj spolupracujúcim a pokyny rešpektujúcim pacientom. Bez vzájomnej dôvery, rešpektu a úcty nemožno dosiahnuť žiadny výsledok čo je veľká výzva pre obe strany váh. V tomto prípade hovoríme o zmluvnej etike ako zo strany lekára, tak aj jeho pacienta (Maturkanič, 2018, s.51).

UTRPENIE PACIENTA A POSTOJOVÉ HODNOTY

Na hodnotách, ktoré sa rodia zo znášania osudu a utrpenia sa ukazuje, že práve stiahnutie sa z uskutočňovania hodnôt vyplývajúcich z činnosti, čiže „tvorivých hodnôt“, a hodnôt pochádzajúcich z prežívania, „prežitkových“ hodnôt, dáva – pri správnom postoji voči takému obmedzeniu hodnotových možností – možnosť realizácie skutočných hodnôt, „*hodnôt spojených s postojom*“! (...) *Aby sme však tvorili hodnoty „spojené s postojom“, potrebujeme nielen tvorivé schopnosti, nielen schopnosť prežívania, ale aj schopnosť trpieť. Túto schopnosť však človek „nemá“, nie je mu daná zhora. Zmyslové orgány má každý, talent môže mať, ale schopnosť trpieť musí každý človek iba získať, musí sa naučiť trpieť*“ (Frankl, 2007, s.84-85). Táto dimenzia sa vzťahuje predovšetkým na chronické a onkologické diagnózy, s dlhodobou liečbou, nejasnou prognózou, prípadne komplikáciami.

ZÁVER

Dospeli sme k záveru, že formovanie vlastnej sebaúcty je možné aj recipročne, cestou úcty k druhým. Je to vzácna možnosť substitúcie u mnohých

osôb (vrátane osôb vykonávajúcich lekárske a zdravotnícke pomáhajúce profesie) v prípade menej rozvinutej, alebo výrazne chýbajúcej tejto emocionálno-vzťahovej zložky osobnosti pomáhajúceho. Ak ja ako lekár, alebo sestra budem mať k pacientovi úctu, začínam žiť svoju skutočnú ľudskú identitu, čím zároveň formujem svoju vlastnú emocionalitu, ale najmä svoju vlastnú sebaúctu. Formácia k sebaúcte tým môže nepriamo eliminovať zneužívanie moci: daný subjekt sa od neho – práve formáciou k úcte a sebaúcte, či spoznaním postojov a hlbších motívov svojho vlastného pomáhania – nepriamo vzdáľuje. Zároveň tak bude plnohodnotnejšie prežívať svoju vznešenosť povolania byť človekom.

Pod'akovanie

Štúdia vznikla v rámci grantového projektu VEGA, registračné číslo 1/0305/18 s názvom *Kognitívno-existenčný profil a špecifika posttraumatického rozvoja u odliečených onkologických pacientov (cancer survivors)*.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BAUMGARTNER I. Helfen zwischen Selbsucht und Selbstlosigkeit. In: *GAR- HAMMER, E.*, 1989. (Red) Menschen – Bilder: Impulse für helfenden Berufe. Regensburg: Pustet Verlag, 1989.
- CAKIRPALOGLU P. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, 2012, 288 s., ISBN 978-80-247-4033-1.
- DĚDOVÁ, M. Charakteristika obete šikanovania. In: M. Mráz, S. Urigová (Eds). *Memoria Tyrnaviae 3: Absolvent v teórii a praxi. Akadémia. Superstar - reality show, idoly, zábava. Zborník príspevkov z konferencie, akadémie a seminárov organizovaných na Filozofickej fakulte TU v rámci Dní Univerzity a pri príležitosti 370. výročia založenia Trnavskej univerzity*. (s. 32-38). Trnava: Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave, 2006. ISBN 80-8082-092-9.
- FORGÁČ M. *Tvárou v tvár. Náčrt psychologie kresťanskej osobnosti podľa L. M. Rullu v kontexte biblického príbehu o Jakubovi*. Košice; Equilibria, s. r. o., 2011, 165s., ISBN 978-80-89284-72-6.

- FRANKL V.E. *Trpiaci človek*. Wien – Bratislava: V.E. Frankl, dedičia – Lúč, 2007, 155s., s.84-85, ISBN 978-80-7114-638-4.
- GRACHOVÁ N. *Materializmus a sebaúcta u zamestnaných v období dospelosti*. Diplomová práca. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Ústav aplikovanej psychológie, 2016.
- GUGGENBÜHL-CRAIG A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, edice Spektrum, 2010, 114 s. ISBN 978-80-7367-809-8.
- KAŠČÁKOVÁ N. *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno biologického aspektu* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana 2007, 137s. ISBN 8088952-41-7.
- MATURKANIČ P. *Základy etiky. Vybrané otázky z praktické fylosofie*. Terezin: VŠ aplikované psychologie, 2018, s.51, ISBN 978-80-87871-05-8.
- RUISEL I. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: Ikar, 2008, 255s. ISBN 978-80-551-1599-3.
- SEDLÁČEK J. *Otcovské rany. Štrnásť skutočných príbehov o tom, ako a prečo bolia (O identite muža s ranami)*. 3.vyd., Bratislava: Don Bosco, 2017. 359s., ISBN 978-80-8074-302-4.
- SEDLÁČEK J. *Pomáhať je slastné. Vybrané kapitoly a riziká v pomáhajúcej profesii zdravotníka*. Trenčín / Brno: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva/ Masarykova univerzita, 2016. 93s., ISBN 978-80-210-8437-7.
- SCHMIDBAUER W. *Psychická úskalí pomáhajících profesii*. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
- ZACHOVÁ V., ŠKOCHOVÁ D. *Boj s profesionální deformací*. I. chirurgická klinika, VFN Praha, *Dermatolgia pre prax* [online] 1/2008 [citované 30. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.solen.sk/pdf/774972ae5089cf779b73d831afd82777.pdf>
- ŽVANDA J. Úcta ti otvára náruč pre druhých. [online]. [citované 29. 3. 2019]. Dostupné na internete: <http://www.upac.sk/wp/vysokoskolska-svata-omsa-05-11-2018-tema-ucta-ti-otvara-naruc-pre-druhyh-o-ucte/>