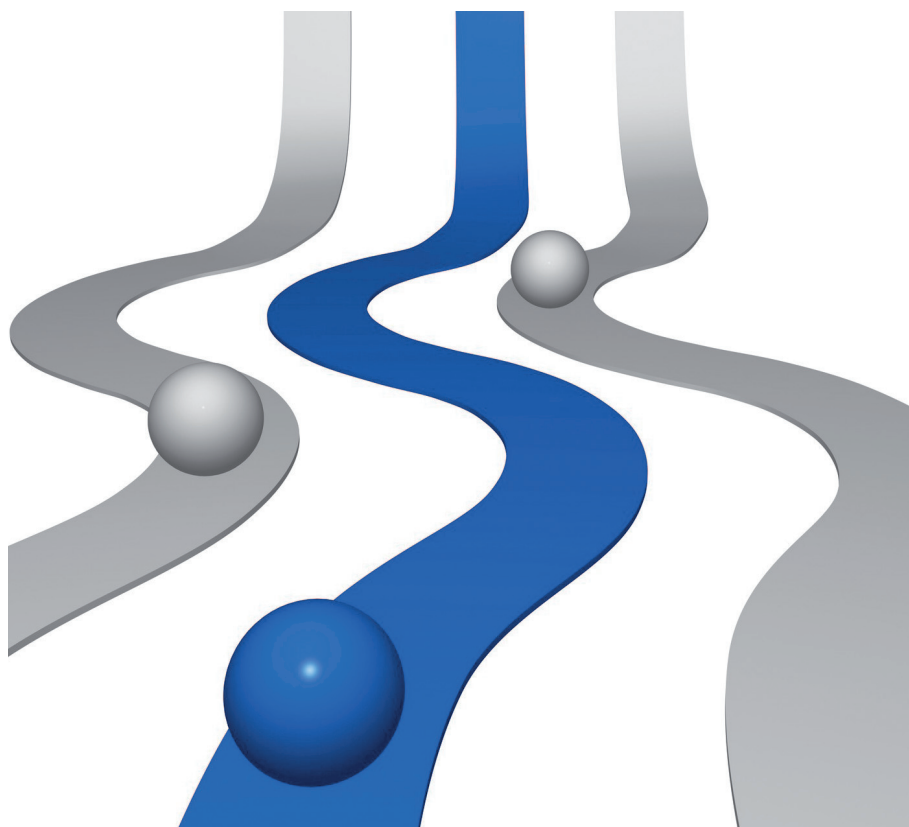


Lenka Špirudová

Doprovázení v ošetrovatelství I

pomáhající profese, doprovázení
a systém podpor pro pacienty



Tuto publikaci věnuji svým rodičům. Svě mamince, která celý život pracovala jako zdravotní sestra a sama musela překonávat mnoho různých pracovních i osobních překážek a problémů, jež jí život v sesterské profesi přinesl. Svoji profesi má dodnes v úctě, ráda na ni vzpomíná. Pomáhání druhým považuje za své celoživotní poslání. Je mi vzorem ve své trvalé činnosti. Svému tatínkovi, stavebnímu technikovi, který péči o rodinu věnoval celý svůj život a doprovázel maminku, jež až do penze pracovala v třísměnném provozu v nemocnici. Díky jemu jsme se sestrou jako děti nikdy nepocítily, že nám něco nebo někdo chybí. Stejnou oporu jsem našla ve svém životním partnerovi. Přála bych všem sestrám, aby se mohly opírat o své nejbližší, kteří je budou doprovázet životem stejně trpělivě, nezištně a s láskou.

Lenka Špirudová

Lenka Špirudová

Doprovázení v ošetřovatelství I

**pomáhající profese, doprovázení
a systém podpor pro pacienty**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

*Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik,
Slezská univerzita v Opavě*

DOPROVÁZENÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ I
pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty

Recenze:

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

PhDr. Jaroslava Králová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5995. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 144

1. vydání, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-9963-6 (ePub)

ISBN 978-80-247-9962-9 (pdf)

ISBN 978-80-247-5710-0 (print)

Obsah

Předmluva	7
Úvod	8
1 Vymezení ošetrovatelství jako profese	10
2 Pomáhající profese a jejich charakteristiky	17
2.1 Definování pomáhajících profesí	17
2.2 Kompetence a profesionalita v pomáhajících profesích	22
2.3 Pomáhající vztah a jeho atributy	25
2.4 Koncept prosociálního chování v pomáhajících profesích	27
3 Ošetrovatelství – pomáhající profese, sestra – pomáhající profesionál – odůvodnění systému podpor	34
3.1 Definice ošetrovatelství jako pomáhajícího oboru a profese sestry	34
3.2 Ošetrovatelství v pojetí sester a zdravotnických asistentů	40
3.3 Požadavky na sestry – pomáhající profesionály	42
3.4 Vztahy mezi pomáhající sestrou a její klientelou	51
4 Podpůrný systém v ošetrovatelství	65
4.1 Metodologická východiska	67
4.2 Bazální dovednosti pro práci s metodami a technikami podpůrného systému	68
4.2.1 Kritické myšlení	68
4.2.2 Reflexe	88
5 Doprovázení	94
6 Systém podpor od sester pro jejich pacienty/klienty	98
6.1 Role advokáta pacienta	98
6.1.1 Definování pojmu	99
6.1.2 Základní principy	100
6.1.3 Možnosti využití – příklady z české praxe	101
6.2 Edukace jako podpůrná intervence sestry	105
6.2.1 Definování pojmu	105
6.2.2 Základní principy	106
6.2.3 Možnosti využití, limity	108
6.2.4 Vybrané metody a techniky edukační práce s klienty	109
6.3 Supervize sestra–pacient	115
6.3.1 Definice	115
6.3.2 Základní principy	115
6.3.3 Možnosti využití.	116
6.3.4 Vybrané techniky práce s pacienty	117
6.4 Krizová intervence – psychická první pomoc	130
Závěr	131

Literatura	132
Rejstřík	141
Souhrn	143
Summary	143

Předmluva

Ošetrovatelství je obor, kterým se aktivně zabývám již 33 let. Za tu dobu se v něm změnilo mnohé, ale nijak zásadně se nezlepšily pracovní podmínky výkonu sesterské služby. Sestry jsou nespokojené s pracovními podmínkami, cítí se nedocenené, mají problémy v interpersonálních vztazích, vytvořila se mezigenerační a vzdělanostní bariéra a diskontinuita v oboru. Před asi 6 lety jsem se setkala s výpovědí několika sester o tom, že musí na pracovišti absolvovat supervize, které jim nic nedávají, jen berou čas. Navíc na ně supervizorka donáší jejich nadřizené, což způsobuje nové konflikty na pracovišti, situace je pro ně už neúnosná a nevědí si s ní rady. Protože jsem sama neměla žádné informace, natož zkušenosti se supervizemi, začala jsem se problémem supervizí v ošetrovatelství intenzivně zabývat. Postupně jsem zjišťovala, že sestry mají velmi malé, ne-li žádné zkušenosti se supervizemi, že si pod tímto pojmem každá představuje něco poněkud odlišného. Ukazuje se, že supervize může být pro sestry přínosná, pokud se respektuje několik základních pravidel, ale stejně tak může být neefektivní ohrožující komplikací. Díky spolupráci s řadou profesionálů z oboru ošetrovatelství i mimo něj mohla nakonec vzniknout i tato dvoudílná publikace, která nepojednává jen o supervizích pro sestry, ale otevírá celý prostor moderního doprovázení v pomáhající sesterské profesi s bohatou nabídkou metod a technik, jež by jim mohly přinést tolik potřebnou podporu a nabízejí i určitou korekturu nevhodných praktik či možné alternativní volby. První díl je věnován doprovázení pacientů/klientů sestrami. Druhý díl se zabývá metadoprovázením, tedy doprovázením sester sestrami.

Rozpracování problematiky doprovázení, a zejména pak klinických ošetrovatelských supervizí, nebylo možné bez spolupráce s řadou odborníků. Moje osobní poděkování náleží zejména paní PhDr. Jaroslavě Králové z Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci za její dlouhodobou pomoc a podporu, vlastně i za moje profesní a osobní doprovázení v časech poklidných i velmi vypjatých. Děkuji také paní náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ze Slezské nemocnice v Opavě Mgr. Lence Hankové a jejím 17 staničním a vrchním sestram, s nimiž jsme realizovaly první testovací cyklus supervizí. Dále bych velmi ráda poděkovala všem kolegyním, které přijaly účast v diskuzi u kulatého stolu na téma supervize v ošetrovatelství a následně byly ochotné v diskuzi a třibení názorů pokračovat i korespondenčně. Jsou to paní Jaroslava Pečenková z oddělení ošetrovatelství LF UK Hradec Králové, Mgr. Dagmar Švecová, vrchní sestra kliniky onkologie a radioterapie, Mgr. Iva Šlaisová, vrchní sestra psychiatrické kliniky, obě z FN Hradec Králové, PhDr. Jaroslava Králová z LF UP v Olomouci, Mgr. Lenka Hanková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Slezské nemocnice v Opavě, paní Jana Kremserová, Marie Kadličková a Alice Matějková – staniční sestry ze Slezské nemocnice v Opavě, Mgr. Milena Vaňková ze 3. LF UK v Praze a také doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, Ph.D., Mgr. Jiřina Hosáková, Mgr. Zuzana Hlubková, Mgr. Jana Kačorová, Ph.D., PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., všechny z Ústavu ošetrovatelství Slezské univerzity v Opavě.

Oboru ošetrovatelství v ČR přeji, aby si dokázal vyprofilovat takový systém podpor, který bude sestram i pacientům/klientům vyhovovat, bude plnit svůj účel a všem doprovázeným poskytne potřebnou úlevu, dá pocit bezpečí, kompetentnosti a osobní důstojnosti.

Lenka Špirudová

Úvod

„Lékař se svým pacientem žije jeho budoucností.
Sestra ho krok za krokem provází současností.“

Profese sestry je profesí spadající do kategorie *pomáhajících profesí* a již samotnou svojí podstatou je předurčena k ošetrování a k doprovázení lidí ve zcela specifických životních situacích. Sestry své pacienty/klienty (dále P/K) doprovázejí ve zdraví i nemoci, od dětství až po stáří a smrt, v institucích, ale také v jejich přirozeném domácím prostředí. *Doprovázení* je obecné pojmenování vysoce humánní sociální (rozumějte mezilidské) aktivity, která není zaměřena jen na podporu a doprovázení umírajících a jejich blízkých, jak pojmu prozatím běžně rozumíme v českém ošetrovatelském kontextu. V ošetrovatelství se doprovázení obecně týká *vztahu sestra–pacient/klient*, ale také rozlišujeme *doprovázení na metaúrovni*, ve kterém je *doprovázeným samotná sestra*. Naše dlouhodobé studie a práce se původně zabývaly pouze problémem implementace klinické ošetrovatelské supervize do českého prostředí. Postupně se ale ukázalo, že je potřebné ošetrovatelskou supervizi zakomponovat do širšího kontextu, a ten zde vyprofilovaný zatím není. Rozhodli jsme se tedy zmapovat celý prostor, který se oboru ošetrovatelství a sesterské pomáhající profesi otevírá v oblasti *doprovázení*. Naše zjištění a možnosti, které jsme získali řadou dílčích kvalitativních i kvantitativních studií, zveřejňujeme v této publikaci určené zejména pro sestry, pedagogy, management, studenty a všechny zájemce, kteří podporu sestrám či P/K v rámci oboru ošetrovatelství poskytují. V jednotlivých kapitolách zájemci naleznou konkrétní podpůrné metody a techniky, které je možné se v rámci doprovázení i metadoprovázení učit a využívat je. Některé podpůrné metody – např. uvádění do praxe nových pracovníků nebo edukace P/K – jsou v českém ošetrovatelském prostředí známé a jsou v něm dlouhodobě nějak praktikované. S jinými si obor zatím moc neví rady a neumí je správně používat – např. mentoring, ošetrovatelskou klinickou supervizi – a některé metody a techniky zatím dokonce nezná vůbec – např. koučink, supervizi sestra–pacient/klient.

Tento první díl, který se vám dostal do ruky, se v úvodních kapitolách věnuje definování profese sestry jako plnohodnotné *samostatné profese* a následně jejímu profilování jako *pomáhající profese* úhlem pohledu teoretiků i samotných českých sester. Významný prostor je věnován kvalitě vztahu mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem, a to jak v obecné rovině pomáhajících profesí, tak v rovině ošetrovatelské. Kvalita a intenzita vzájemného vztahu mezi pečující (doprovázející) osobou a P/K (doprovázenou osobou) jsou určujícími faktory kvality a efektivity doprovázení (viz např. Rogers, 1998; Kopřiva, 2006; Vávrová, 2012; Schmidbauer, 2008 aj.).

Aby sestry mohly porozumět doprovázení a jeho technikám, aby je dokázaly ve svůj prospěch maximálně využívat a také aby měly nezbytné základy pro rozvoj své profesní autonomie a odpovědnosti, je potřebné je naučit kritickému myšlení a reflexi jako obecným klíčovým dovednostem. Zmíněn je také *princip fuzzy množin*, vysvětlující nejednoznačnost řešených problémů v ošetrovatelství a z toho plynoucí potřebu rozvoje odolnosti sester proti nejednoznačnosti (je to vysvětlení, proč v ošetrovatelství nefungují jednoduché „kuchařky na všechno“, proč např. klinický standard nemusí platit za všech okolností a u všech pacientů stejně a proč „*stejná péče pro všechny*“ není až tak úplně stejná).

Další kapitoly jsou věnovány *doprovázení P/K sestrami*. Zařazeny jsou pouze vybrané strategie a metody, které podporují P/K, aby zvládli obtíže spojené s nemocí či úrazem, a pomáhají jim v dosahování jejich zdravotních cílů. Sestry se učí ošetrovatelský proces, intervence, asistenci, edukaci, ale neučí se metody a techniky moderního doprovázení a práce s P/K. S ohledem na limitovaný rozsah této publikace řadu ošetrovatelských podpůrných metod k doprovázení P/K, které jsou obsaženy v ošetrovatelských konceptuálních modelech a teoriích, zmiňujeme jen rámcově a čtenáře odkazujeme na jinou ošetrovatelskou literaturu. Ani doprovázení umírajících v této publikaci není rozpracováno a je potřebné v tomto ohledu pracovat s jinou literaturou (např. prof. Haškovcové, dr. Špatenkové či společnosti Cesta domů).

Tato naše dvoudílná publikace je prvním uceleným materiálem v rámci českého oboru ošetrovatelství, který se systémem doprovázení a podpor v ošetrovatelství zabývá. Nečiní si nárok na úplnost ani na detailnost zpracování. Smysl vidíme v otevření relativně nového prostoru v českém ošetrovatelství a v jeho základním zmapování.

1 Vymezení ošetrovatelství jako profese

Ošetrování nemocných je činnost pomáhající, pečující, zaopatřující a historicky byla povinností žen v rodinách, a to za podpory osob zabývajících se léčitelstvím či pod vedením lékařů. Později to byla spíše než samostatná profese altruistická činnost, kde se angažovaly zejména řeholní osoby, která vycházela z jejich poslání „pomáhat a modlit se“. Postupně se z této činnosti vyvinula převážně „pomocná ženská role a práce“ (Plevová, 2008). Jako klíčový problém, se kterým se současné ošetrovatelství a profese sestry vypořádává globálně, se jeví dokončení procesu emancipace a dosažení plné autonomie oboru ošetrovatelství i profese sestry v mnoha zemích světa, včetně České republiky. Tento proces byl velmi zintenzivněn v 80. letech 20. století, v České republice je to spíše období od 90. let 20. století.

Abychom se mohli zabývat doprovázením v ošetrovatelství jako specifickou oborovou humánní podpůrnou aktivitou, ukážeme si, že ošetrovatelství – respektive profese sestry – je skutečnou profesí (nejen poloprofesi, jakousi asistenční službou nebo jen „ženskou rolí“) a že sestry svoji profesi jako pomáhající skutečně vnímají.

K tomu, zda ošetrovatelství v současnosti je nebo není samostatnou profesí, se zpravidla nevyjadřují samotné sestry, ale problém diskutují např. sociologové. Ze sociologického hlediska je možné profesi nazvat také *povoláním* či *odborností* (např. Bártlová, 2007, s. 255). Uvedené pojmy se vztahují především k pracovním rolím. Pro *pracovní role* je typický omezený a regulovaný přístup k jejich výkonu. Znaky charakterizující profesi ze sociologického hlediska rozpracovává několik autorů, zmíníme zde dva – Kellera a Freidsona.

Vymezení sesterské profese podle charakteristik Kellera

Podle Kellera jsou pro profesi důležité tyto charakteristiky (2002 in Bártlová, 2007, s. 255):

- existence systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese
- profesní autorita, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje
- systém profesních asociací plnících více funkcí, především pečujících o růst kvalifikace svých členů
- profesní etika normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi

Profese sestry náleží v kontextu evropských norem k profesi uznávané a regulované.¹ Také v zemích mimo Evropu je výkon profese sestry upraven speciálními zákony a normami. V ČR je profese regulovaná jak v rovině akreditací sesterských vzdělávacích

1 K povoláním v oblasti zdravotnictví (lékař, zubní lékař, porodní asistentka, zdravotní sestra, ošetrovatel odpovědný za všeobecnou péči a farmaceut) se vztahují směrnice 93/16/EHS, 78/686/EHS, 78/687/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 77/452/EHS, 77/453/EHS, 85/432/EHS a 85/433/EHS, které byly v ČR transponované do zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb., a „malé novely“ – zákona č. 105/2011 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., nařízení vlády č. 31/2010 Sb. (http://www.msmt.cz/uploads/uznavani_kvalifikaci_a_vzdelani/DUVODOVA_ZPRAVA_12.11..doc).

programů (pregraduálních i postgraduálních), tak v rovině samotného výkonu profese sestry, a to systémem opakovaných individuálních profesních registrací.

Profese se opírá o systematickou teorii oboru ošetrovatelství (demarkační oborové metaparadigmatické koncepty, oborové konceptuální modely a teorie), metodologii a metody, je naplněna specifickými vědomostmi a dovednostmi, kterými laik nedisponuje (jsou to např. posouzení stavu potřeb zdravých i nemocných jedinců [ale také rodin i komunit], péče o potřeby zdravých, ale zejména nemocných jedinců i skupin, ošetrovatelské intervence a aktivity, specifika práce a komunikace s různými kategoriemi P/K apod.). Profesní autorita vyplývající ze specifických vědomostí a dovedností je na území České republiky diskutabilní kategorie, protože zdravotnická péče, a tedy také ošetrovatelská péče o P/K je v primární sféře rozhodování stále výhradní doménou lékařů. Sestry *de facto* nejsou považovány za kompetentní rozhodovat. Jako příklad můžeme uvést oblast edukace. Lékař ji má hrazenou od zdravotních pojišťoven, ale nejčastěji ji provádí sestra. Také indikace ošetrovatelských výkonů v domácí či v hospicové ošetrovatelské péči stále náleží do kompetence lékaře, nikoliv sestry. Sestry jako by formálně neměly žádnou specifickou samostatnou kompetenci, byť by měly i magisterské vzdělání, platnou registraci, včetně potřebných let praxe. Situace se mění jen velmi pozvolna a za výrazného nesouhlasu a neochoty lékařského stavu (viz např. dohadování v roce 2013 o samostatných výkonech pro sestry, které by jim zdravotní pojišťovny proplácely přímo). Je potřebné ale také uvést, že řada sester nemá zájem jakoukoliv odpovědnost přebírat. Je pro ně pohodlné neustále odkazovat na lékaře („*to musíte řešit s panem doktorem, to já vám nemohu říct – dát – povolit...*“, „*já nevím, to vám řekne paní doktorka*“ apod.). Čeští P/K opakovaně v různých šetřeních uvádějí jako důvěryhodnější zdroje informací lékaře než sestry. Domníváme se, že základní problém, proč se autorita oboru ošetrovatelství a sester jako jeho výkonných profesionálů nedaří rozvíjet a stagnuje na úrovni 90. let 20. století, je nesoulad mezi požadavky na vzdělání a na profesní dovednosti a v praxi pak přetrvávající totální lékařská subordinace. Situace ve světě je v tomto směru rozmanitá, ale pokud se chceme porovnávat se sestrami z vyspělých zemí, pak můžeme jako vzor vybudované, kontinuálně rozvíjené a kultivované profesní autority vzpomenout např. na sestry v Kanadě, USA, Velké Británii – i zde je ale potřebné brát v úvahu typ jejich vzdělání, druh vykonávané praxe i lokalitu, ve které svoji praxi vykonávají.

Obor má profesní organizace, které pečují o kontinuální rozvoj svých členů – praktikujících profesionálů. Na území ČR je nejvýznamnější Česká asociace sester (ČAS), která je součástí Mezinárodní rady sester (ICN). Členství v těchto organizacích je dobrovolné, organizace fungují jako strategická, poradní či připomínková místa. Jejich metodiky a doporučení nemají plošnou, závaznou, vynutitelnou platnost. Ošetrovatelství v ČR má vybudovaný systém regulací – akreditace a registrace.

Obor má svůj etický regulativ – Etický kodex sester. Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen. Poslední revize byla provedena v roce 2005. Novelizace byla v ČR přijata Etickou komisí ČAS a prezidiem ČAS a je platná od 11. února 2012.²

Obor ošetrovatelství je dlouhodobě budovaný a významně mezinárodně provázaný (nadmárodní odborné sesterské společnosti, nadnárodní standardy, kodexy, možnosti studia v zahraničí, mezinárodní výzkumné týmy apod.).

2 Aktuální znění http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf.

Z výše uvedeného lze vyvodit, že požadavky podle Kellera obor v podstatě naplňuje až na rezervy v oblasti profesní autority. Také Bártlová (2007, s. 255) přímo konstatuje: „*Lze říci, že povolání sestry splňuje všechny znaky.*“ Pro naši další práci přijmeme tedy fakt, že současné ošetrovatelství splňuje kritéria stanovená Kellerem pro jeho uznání jako plnohodnotné profese i v ČR a již nejsou opodstatněné důvody pro udržování pohledu na ošetrovatelství jako na poloprofesi, na obslužný a pomocný podobor lékařství.

Vymezení sesterské profese podle charakteristik Freidsona

Freidson (1988 in Bártlová, 2007) definuje profesi úhlem pohledu skupiny lidí vykonávajících soustavnou aktivitu, která je hlavním zdrojem jejich obživy. Tyto odborné aktivity provádějí za odměnu. Znaky profese podle něho jsou:

- odborné znalosti získané vyšším vzděláním a kvalifikací
- monopol na určité úkoly a procedury
- autonomie – řízení pracovních podmínek a přístupů k profesi
- vlastní etický kodex nebo pravidla chování

Sestry v ČR svoji profesi vykonávají jako soustavnou aktivitu, jež je hlavním zdrojem jejich obživy. Za svoji práci dostávají mzdu, mají odborné znalosti získané vyšším vzděláním. Kvalifikaci získávají na vysokých školách neuniverzitního či univerzitního typu, nebo na vyšších odborných zdravotnických školách. Ze zákona mají sestry stanoveny své profesní kompetence³, které jsou na profesi vázané a nemůže je vykonávat osoba, jež nemá odpovídající vzdělání a praxi. *Problém do jisté míry přetrvává v oblasti autonomního řízení pracovních podmínek a přístupů k profesi.* Je to historicky determinovaná skutečnost, která se mění velmi pomalu. Stále je zachytitelná snaha jiných oborů vstupovat na pole ošetrovatelské profese a rozhodovat za ni. Např. na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení podmínky sestrám v mnohém stále nastavují lékaři. Pozice sester-manažerek není vždy stejně silná jako pozice lékařů, právníků, ekonomů a manažerů v daném zdravotnickém zařízení. Sestry, zejména ty v provozních manažerských pozicích, v převážné většině nemají manažerské vzdělání a organizace, které je do těchto postů dosadí, často ani nemají zájem na tom, aby takové vzdělání získaly. Pro mnoho zdravotnických zařízení je stále ještě důležitější, aby byly tyto pozice obsazeny spíše loajálními sestrami než sestrami profesionálně a manažersky zdatnými, které jsou schopny také nezávislého rozhodování a nesení osobní odpovědnosti. Dalším příkladem může být i problém transformace vzdělávání sester a trvající snahy některých ředitelů zdravotnických škol zvrátit trend vzdělávání sester na vysokých školách a vrátit ho na střední školy.⁴ V ČR se vzdělávání sester stává opakovaně předmětem nevhodného politikaření, ze-

3 Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších právních předpisů.

4 Příkladem je článek v časopisu *Sestra* č. 1/2013 *Je potřeba tolik vysokoškoláků?* (Štix, 2013) a odpověď na něj v *Sestře* č. 3/2013 v článku *Reforma vzdělávání je nutná* (Šmídová, 2013). Článek v *Mladé frontě* ze dne 15. 8. 2014 *Chybí sestry, které jsou schopné si s pacienty povídat* byl otevřeným a nevybíravým útokem na vysokoškolsky vzdělané sestry. Vyvolal výraznější protireakci než články předešlé.

jména v předvolebním období. Důvodem je neřešená transformace jejich vzdělávání. To bylo ponecháno i na vyšších zdravotnických školách a nebylo jednoznačně převedeno pod vysoké školy. O chybějící autonomii sester vypovídá i následující citace od Andyho Gibbse – experta na implementaci Boloňského procesu a systému ECTS do vzdělávání sester ve 26 zemích světa, který působí také v ČR⁵: „*Tyto body odrážejí skutečnost, kterou jsem pozoroval v mnoha zemích Evropy, kde byla nejen patrná dominance lékařské problematiky ve zdravotnických systémech, ale také přetrvávající podřízenost sester zakotvená již v organizaci ošetřovatelských vzdělávacích soustav. Často si všímám, že ošetřovatelské obory jsou dodnes zaklíněny do celku především lékařských fakult a že pedagogická obec sester má jen malý vliv na řízení, strategické směřování a distribuci zdrojů na fakultě. Ošetřovatelská kurikula jsou navíc akreditována komisemi, kde převažují lékaři trvající na dominanci medicínské tematiky v učebních plánech. Někdy je tento postup zahalen do roušky laskavých rad lékařů jednotlivým sestrám ohledně rozvoje, vzdělávání a podpory odborného růstu. Takový stav je ovšem fixován jen potud, pokud na něj sestry přistoupí a budou přispívat k udržování rolí sester v mezích nastavených lékaři. Sestry by měly definovat ošetřovatelství autonomně, což je ovšem v medicínském modelu obtížné, a tak bývá ošetřovatelství v některých případech marginalizováno.*“

Obdobným příkladem nedostatku autonomie, která zatím není v českém ošetřovatelství dostatečně naplňována, je také rozhodování na poli oborové supervize. V ČR je supervize do ošetřovatelské profese vnášena „zvenci“. Současné supervizní vzdělávání a praxe v ČR jsou formálně i obsahově řízeny skupinou supervizorů – psychoterapeutů a psychoanalytiků. Takto kodifikovaná supervize se primárně orientuje na potřeby a problémy psychoterapeutů. Důkazem je např. požadavek na 5letý sebezkušenostní trénink nebo ukončený výcvik v psychoterapii, který musí absolvovat zájemci před zahájením studia supervize.⁶ Supervize v oboru ošetřovatelství v zahraničí takový požadavek nezná. Pouze pro ošetřovatelské supervizory v oboru duševního zdraví je podmínkou jejich specializace a praxe v oboru, v rámci níž absolvují i psychoterapeutický výcvik. Supervizi v zahraničí poskytují sestrám jak sestry, tak i jiní profesionálové – vždy se vychází z potřeby supervidovaného (jedince či organizace). Ten si supervizora volí a formuluje supervizní kontrakt (např. Bond a Holland, 2010 aj.) – podrobně viz kapitola 6.3. Supervize poskytované sestrám v ČR jsou zatím ojedinělým úkazem, orientují se nejčastěji na komunikaci v týmech, na osobnostní rozvoj s akcentem na zvládání stresu nebo na řešení konfliktních vztahů, což jsou oblasti, které do kompetence psychologů a psychoterapeutů běžně (i mimo supervizi) náleží a mohou v nich efektivně a kvalifikovaně pomáhat komukoliv, nejen sestrám. Nejedná se ale o oborovou klinickou ošetřovatelskou supervizi, která má zahrnovat zejména řešení problémů s ošetřováním klienta, ošetřovatelskou práci s jeho blízkými, problémy s metodikami a s naplňováním etických ošetřovatelských norem, která má pomáhat dosáhnout dovedností, jež sestry považují pro sebe za důležité a nemají možnost je získávat ve vzdělávacích kurzech (např. adaptace na práci na novém pracovišti a v novém týmu, efektivní doprovázení konkrétní rodiny pacienta dlouhodobou či terminální

5 Citováno z přednášky, která zazněla 9. 9. 2013 na konferenci v Opavě.

6 Konkrétní požadavky viz např. Český institut pro supervizi Praha – http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2011/11/Vycvik_vstup.pdf.

ošetrovatelskou péčí v domácím prostředí atd.). Práce s emocemi, které v souvislosti s výkonem profese vyvstávají, do oblasti supervize jak u sester, tak u pacientů náleží také, ale nikoliv jako fenomény samy o sobě, ale jako průvodní jevy prožívání reálných situací v rámci výkonu profese. Je důležité, aby také české sestry získaly profesní sebevědomí, vědomě si řídily podporu, kterou pro sebe považují za potřebnou, a nenechaly se jednoduše manipulovat a zúzkostňovat něčím, co je jim vnucováno a čím se cítí ohroženy či manipulovány. Je ale potřeba také intenzivněji pracovat na tom, aby sestry byly lépe připraveny v rovině sebereflexe a reflexe své práce a aby uměly efektivní pomoc pro sebe přijímat i žádat.

Pro posilování autonomie sester je důležité, zda a jak dalece jsou v daném zdravotnickém systému uznány za nezávislé a kompetentní profesionály.

Prvky autonomie oboru ošetrovatelství a sester, které lze v ČR doložit

- Na Ministerstvu zdravotnictví ČR byla od 1. listopadu 2013 znovu, po několika letech, obnovena pozice hlavní sestry MZ ČR, která hájí zájmy sester a jiných nelékařských zdravotnických profesionálů a jejich oborů.⁷
- V systému interních grantů MZ ČR byla před několika lety ustanovena kategorie *Ošetrovatelství a informační systémy ve zdravotnictví* – je to první česká grantová instituce, jež akceptovala ošetrovatelství jako samostatný obor, který může soutěžit o finanční podporu svých výzkumných a rozvojových aktivit. O akceptování oboru ošetrovatelství u Grantové agentury ČR se dlouhodobě usiluje (dosud stále marně).
- Významným prvkem autonomie je také *systém oborové regulace*. Registrace sester je v ČR řešena od roku 1998. Rada pro rozvoj ošetrovatelství MZ ČR začala připravovat systém centrální registrace ihned po schválení Konceptce ošetrovatelství v roce 1998 (Metodický pokyn č. 6/1998 Věstníku MZ ČR). Oficiální systém registrace byl nastaven až zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Ten byl novelizován v roce 2011 tzv. „malou novelou“ – zákonem č. 105/2011 Sb. (registrační období bylo prodlouženo na 10 let a byl snížen registrační poplatek).
- Sílu autonomie oboru je také možno posuzovat skrze jeho *nezávislé kompetence k rozhodování a k provádění odborných výkonů a péče v systému „poskytovatel – plátc – klient“*. Práce sester je v ČR prozatím spíše financována tzv. paušální sazbou, nebo v rámci vykázané lékařské péče, ale zejména v oblasti sociální, domácí a hospicové péče je již několik výkonů, které mají sestry možnost vykazovat k proplacení zdravotním pojišťovnam samostatně (vývoj lze pozorovat prostřednictvím vyhlášek MZ ČR č. 101/2002 Sb., č. 620/2006 Sb., č. 472/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterými se postupně mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami). Indikace sociální, domácí a hospicové péče, která je podmínkou pro možnost proplacení výkonů sestrám, je ale stále výhradně v rukou lékaře. Sazebník výkonů pro práci sester lůžkových a ambulantních zařízení není zpracován, i když stále probíhají jednání na MZ ČR, která ale pro

⁷ Poznámka: Hlavní sestra MZ ČR se svým týmem neřídí ošetrovatelství jako obor, ale jen jako resortní službu.

sestry nepřinášejí žádný významný posun.⁸ V ČR přetrvává model zdravotnické péče, ve kterém rozhoduje a nese odpovědnost lékař. Ostatní zdravotničtí pracovníci se do péče o pacienta zapojují v rozsahu svých kompetencí podle rozhodnutí lékaře. Oblast podílu sester na financované péči je výrazným politikem a mění se jen velmi pomalu, protože je to pole nejostřejších střetů s lékařskou kompetencí a v ČR zatím spíše převládá nezáměr posilovat autonomii sester v této rovině.

- Na území ČR se vydává několik *odborných ošetřovatelských periodik*, která jsou také důkazem autonomie oboru a profese, např. *Moderní ošetřovatelství – teorie a praxe* (UK Hradec Králové), *Ošetřovatelství a porodní asistence* (OU Ostrava). Problémem řady tzv. ošetřovatelských periodik je, že nejsou vyhrazena pouze pro ošetřovatelství, tedy pro sestry a event. porodní asistentky, ale deklarují se jako odborná periodika pro všechny nelékařské profese (viz časopisy *Kontakt*, *Profese online*, *Florence* aj.). Situace je ovlivněna ekonomickými a teritoriálními podmínkami v ČR.

Poslední Freidsonovu podmínku obor splňuje – má etický kodex a specifická pravidla chování a komunikace.

V souhrnu lze konstatovat, že obor, i když s určitou výhradou v rovině autonomie, podmínky stanovené Freidsonem v mnohém naplňuje. Na základě prostudované literatury a znalosti oboru lze konstatovat, že atributy profese interní hodnotitelé z oboru ošetřovatelství nahlíží jako v podstatě naplňované s ohledem na historické a politicko-ekonomické kontexty dané společnosti. V literatuře je ale možné najít také postoje externích posuzovatelů, a to poměrně skeptické (např. Freidson, 1988; Smith, 1993; Dingwall, 1986; Rafferty, 1996). Jmenování *ošetřovatelství* považují stále za *poloprofesi*, za *podřízenou profesi*, za *relativně bezmocnou profesi*. Tvrdí, že ošetřovatelství nemůže být plnohodnotnou autonomní profesí, protože vědomostní základna zůstává v kompetenci lékařského modelu (in Bártlová, 2007, s. 256). Při hlubší úvaze o příčinách takových závěrů je možné zmínit následující: tito autoři psali své práce ke konci 80. let a v 90. letech 20. století, kdy emancipační snahy oboru ošetřovatelství ve vyspělých společnostech kulminovaly (např. USA, Kanada, Austrálie). Obor již v té době měl vyvinutou systematickou, svébytnou metodu ošetřovatelské péče – ošetřovatelský proces – a definovány ústřední koncepty metaparadigmatu i oborové paradigma (konceptuální modely a teorie) z 50.–80. let. Je tedy možné, že v době, kdy se výše citovaní autoři skepticky vyjadřovali o ošetřovatelské poloprofesi – o podřízené, bezmocné profesi, obor sám byl teoreticky vyprofilovaný, ale běžná zdravotnická praxe a povědomí širší veřejnosti tyto změny ještě nestály absorbovat. Veřejné povědomí se v tomto smyslu mění pomalu a komplikovaně, protože je potřebné nejdříve dosáhnout změny legislativních rámců a také profesních i provozních standardů, ale i změnit postoje samotných praktikujících profesionálů v oboru. Toto vše musí nakonec začít vnímat a pochopit také nezdravotnická veřejnost. Teoretické ošetřovatelské koncepty a nová metodika se v ČR dostávaly do vzdělávání sester velmi intenzivně právě v 90. letech 20. století a později. S odstupem dalších cca 20 let můžeme

8 Bc. Dagmar Žitníková, předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR, na konferenci prezidia České asociace sester 23. 10. 2013 přímo sdělila, že vyjednat výkony proplácené sestrám pojišťovnamy se nedaří. Konstatovala, že se ještě nesetkala s tím, aby někdo práci dělal, ale jiný ji dostával proplácenou, jak je tomu mezi sestrami a lékaři. Sestry výkony provádějí, ale proplácené jsou v souvislosti s vykázanou lékařskou péčí.

vidět významný posun např. v oblasti vědomostní i výkonu praxe v oboru, orientace v mnoha specifických ošetrovatelských konceptech a konceptuálních modelech, lepší zvládnutí práce s ošetrovatelským procesem, s propracovanějšími ošetrovatelskými taxonomiemi – s diagnostickou taxonomií (NANDA), s definovanými výstupy péče (NOC) a s intervenční ošetrovatelskou taxonomií (NIC). Významný je také rozvoj metodologie výzkumu (kvantitativního, kvalitativního, integrovaného i akčního výzkumu), včetně implementace praxe založené na důkazech (EBP) a principů správné praxe a excelence. Tento trend je možné vidět jak v oblasti výkonu přímé ošetrovatelské péče, tak zejména ve významně kvalitnějších publikovaných článcích v odborných ošetrovatelských periodících – ať už v recenzovaných či s impact faktorem. Je možné také pozorovat rozvoj elektronických informačních databází oboru (např. CINAHL, *Best Evidence for Nursing+* aj.).

Specifickou oblastí diskuze o profesi či poloprofesi může být i genderová rovina. Mírně se zvyšující počet mužů v oboru, který ve vzdělávání vnímáme (statistický důkaz, o který bylo žádáno, registrační místo NCONZO údajně nemůže poskytnout, i když bylo požádáno písemně s odůvodněním využít informaci v rámci oborového výzkumu), by mohl být také signálem, že ošetrovatelství se významně profesionalizuje, že umí vytvářet zajímavou celoživotní kariéerní trajektorii a že ohodnocení práce sester začíná být zajímavé i pro muže.

Závěr

Na základě provedených analýz lze konstatovat, že profesi sestry pro naše potřeby můžeme považovat za samostatnou, svébytnou profesi a sestru za svébytného profesionála (i když v ČR vnímáme deficit v oblasti profesní autonomie).

2 Pomáhající profese a jejich charakteristiky

2.1 Definování pomáhajících profesí

Obecně pojem *pomáhající profese* můžeme vyložit jako pojem, který se vztahuje v nejširším slova smyslu k oblasti lidské činnosti primárně zaměřené na práci s lidmi (Vávrová, 2012, s. 7). V literatuře nenajdeme seznam všech dosud existujících pomáhajících profesí (Zášková, Kubíčková, 2008, s. 151).

Matoušek (2003) pomáhající profese vyčleňuje souhrnně – podle něj k *pomáhajícím profesím patří ty, které vychází z medicíny, psychologie, pedagogiky a sociální práce*. Kopřiva (2006) uvádí těchto sedm kategorií pomáhajících profesionálů: *psychologové, sociální pracovníci, učitelé, vychovatelé, lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé*. I zde je výčet pouze hrubý, nepřihlízející k vnitřní členitosti každé z uvedených profesí, a ani nově vzniklé profese, ke kterým se lidé připravují speciálním studiem či zaškolením, zde nejsou podchyceny (např. supervize, ale ani tradiční porodní asistence, fyzioterapie aj.). Jeho výčet si však nečinil nárok na detailní zmapování pomáhajících profesí (ve svém díle se věnoval zejména sociální práci a psychoterapii, ostatní uváděl spíše okrajově nebo pro dokreslení situace).

Kraus a Poláčková (2001) do skupiny pomáhajících profesí řadí profese, které realizují diagnosticko-terapeutické, poradenské, kurativní, léčebné, paliativní, pečující či na sanaci zaměřené služby.

Analyzujeme profesi sestry, která spadá do okruhu služeb zdravotnických, konkrétně do ošetrovatelských služeb. V této kapitole se zabýváme pomáhajícími profesemi na obecné úrovni a generujeme faktory pro následnou analýzu ošetrovatelství jako svébytného oboru náležejícího k pomáhajícím profesím.

Stručný výběr z historie pomáhajících profesí

Historicky lze o pomáhajících profesích hovořit v souvislosti s kněžími, řeholníky, věštcí, šamany, porodními bábami. Ti svými znalostmi, ale také tradičními rituály udržovali kontinuitu společenství, vykládali význam různých událostí a symbolů, léčili nemocné, pomáhali potřebným. Historie pomáhajících profesí je vždy determinována kulturními tradicemi a socio-ekonomickou strukturou, v rámci které se pomáhání praktikovalo a odehrávalo. Složitě společensko-hospodářské procesy v 19. století a v první polovině 20. století s sebou přinesly vyšší potřebu pomáhajících profesí. Došlo k profesionalizaci a specializaci u mnoha služeb, a to díky industrializaci ve výrobě, změnám ve struktuře a fungování rodin, nárůstu významu vzdělání a zaměstnání žen. K rozvoji lékařství a zdravotnických systémů a také sociálních systémů zajišťujících potřebné došlo zejména v důsledku obou světových válek. Etablovaly se zcela nové pomáhající profese. V Evropě a v Americe se rozvinuly pomáhající profese jako poradenství, sociální práce a ošetrovatelství.

Na konci 20. století se v postmoderních a postindustriálních společenstvích vynořují nové požadavky a potřeby a zdá se, že pomáhající profese jako služby jsou stále na vzestupu, a objevují se dokonce nové, jako např. asistenční služba, poradenství, supervize, koučování aj.

Vývoj v pomáhajících profesích ve vztahu ke klientovi

Pomáhající profese prošly vývojem od direktivního a autoritativního způsobu práce a jednání s klientem *k nedirektivní kooperaci s klientem*. V současné době je v pomáhajícím vztahu kladen důraz na *autonomii klienta*, snahou pomáhajícího je *podpora a vedení směřující ke svépomoci a nezávislosti klienta*.

Ve zdravotnických profesích to představuje odklon od paternalismu a *snahu o partnerský vztah směřující k dosažení terapeutické aliance mezi zdravotníkem a klientem*. Tento trend je reprezentován v ošetrovatelství např. rogersovským stylem komunikace a práce s klientem (Rogers, 1998), ošetrovatelským konceptuálním modelem Oremové, který do centra pozornosti ošetrovatelské péče staví dosahování sebestačnosti a nezávislosti pacienta (Halmo, 2015), modelem Royové, který staví do popředí adaptační procesy a za klíčové považuje umožnit P/K fungovat v jeho rolích a naplňovat je, kulturně uzpůsobenou ošetrovatelskou péčí vycházející z teorie Leiningerové (Špirudová a kol., 2006) usilující o kulturně citlivou péči, nebo primárním zaměřováním se na prevenci, aby se jedinec do problémů, které přináší nemoc, pokud možno ani nedostal apod.

Vývoj v pomáhajících profesích ve vztahu k efektivitě a kvalitě

Od 80. let 20. století do pomáhajících profesí pronikají prvky komerčního prostředí. Tento trend se nazývá *manažerismus* nebo *nový manažerismus*⁹ (Mlčák, Kubicová, 2006). Úsporná ekonomická opatření a tlak na vyšší efektivitu v pomáhající práci s sebou přinášejí implementaci manažerských mechanismů a marketingu. Pomáhající osobu to staví do role prodávajícího, klient reprezentuje kupujícího. Pomáhající proces podléhá standardizaci a schematizaci, aby monitorování a evaluace byly snazší a výsledky kontroly průhlednější a objektivnější (např. audity a akreditace ve zdravotnických zařízeních). Tyto postupy ale neslouží vždy k vyššímu dobru pro klienty. Řada studií dokládá, že klienti nejvíce potřebují a na pomáhajících si nejvíce cení jejich komunikační, interakční a osobnostní vlastnosti – toto platí také pro ošetrovatelství. „*Kvalita hodnocení komunikačního stylu a efekty interakce se odvíjí zejména od hodnocení základních osobnostních dimenzí, jakými jsou přívětivost, otevřenost k novým zkušenostem, svědomitost a emocionální stabilita. Zásadní je tedy význam osobnostních vlastností pomáhajících*“ (Mlčák, 2005). Tyto kvality ale manažerské systémy auditů a akreditací samozřejmě neměří. Zaměřují se výhradně na strukturální, formální a byrokratickou rovinu poskytování služeb v rámci konkrétní organizace. Tím přispívají k regulaci a zvyšování formálního standardu, k bezpečnosti, etické, právní a v konečném důsledku také k ekonomické validitě poskytovaných služeb. Problémem i v ošetrovatelství je rovina adekvátnosti odborných intervencí ve vztahu ke konkrétní kauze a vlivy „*lidského faktoru*“. Rovinu tzv. *lege artis* praxe zpravidla řeší odborné společnosti vydáváním standardů, protokolů, metodik a také příslušná oborová legislativa, ve zdravotnictví také etické komise. Kvality lidského faktoru jsou řešeny formálně jednak v legislativě deklarovanými kompetencemi, jednak v rámci studia hodnocením

9 Pojem manažerismus je ve slovníku vyložen jako teorie řízení (ve vztahu ke státu, sociálním institucím apod.) vycházející z odbornosti a minimální závislosti na politických a ekonomických vztazích. Jedná se o problém oddělení rozhodování a vlastnictví (viz <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/manazerizmus-manezerismus>). V encyklopedii Malík Holasové (2013) je kapitola věnovaná manažerismu a jeho důsledkům pro sociální práci.

studenta v akreditovaných programech, následnou registrací, licencemi, povinným či dobrovolným členstvím v profesní komoře či organizaci. V rámci výkonu profese v konkrétní organizaci jsou pracovníci formálně hodnoceni svými manažery. Vždy se klade důraz na objektivní kritéria hodnocení, v rámci kterých jsou preferované osobnostní charakteristiky zahrnuty jen zprostředkovaně – např. v rámci hodnotícího kritéria pochval a stížností, které byly za uplynulé období zaznamenány u daného pracovníka od jeho klientů a spolupracovníků.

Výše uvedený zjednodušený systém manažerských regulací a kontrol se samozřejmě odráží v klimatu i komfortu, se kterým pomáhající profesionál svoji práci u klientů vykonává. Např. u sester se ukazuje, že v závislosti na vysoké frekvenci nejrůznějších kontrol, neustálého zavádění nových a inovovaných metodik, standardů, věstníků, oběžníků apod. významně roste stres, úzkostnost a pocity nejistoty i ohrožení. Sestry si výrazně stěžují na přebujelou byrokracii a chybění prostoru na přímou práci s pacienty a jejich rodinami. Totéž je možné slyšet ze strany P/K – sestry se věnují jen papírování a pacienti ošetřují ve spěchu, nemají na ně čas, péče je nekvalitní a poskytnuté informace chybné. V konečném důsledku se tedy hledají další nástroje, které by eliminovaly jevy jako stresové přetížení, syndrom vyhoření, šikanu na pracovišti, cíleně rozvíjely umění efektivně a dlouhodobě pracovat v turbulentním prostředí plném změn a hrozeb, a přitom byly nástrojem efektivní pomoci pro jiné. Je to deptající až zničující spirála pro nejednoho pomáhajícího profesionála.

Klíčové charakteristiky v definicích pomáhajících profesí

Pomáhající profese jsou v literatuře definovány různě. Abychom mohli posoudit, jak dalece je ošetrovatelství konstituované jako pomáhající profese, podívali jsme se, jaké charakteristiky jsou typické pro definování pomáhající profese, resp. profesionála v pomáhající profesi. Uvádíme výběr několika definic či výroků. Na základě pojmové analýzy s použitím kategoriálního kódování uvádíme, co je v nich, i přes rozdílné formulace, společné, a tedy co většina autorů považuje za charakteristické – důležité kategorie pro vymezení pomáhající profese či pro činnost pomáhajícího profesionála. Také shrneme teoretická východiska pro rozvoj kompetencí profesionálů v pomáhajících profesích a kontexty pomáhajícího vztahu.

Definice pomáhajících profesí z odborné literatury

Kopřiva (2006, s. 14) píše: „*existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. ...Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem*“.

Kniha Adolfa Guggenbühla-Craigha (2007, s. 7) začíná tímto vstupem: „*Většina povolání určitým způsobem slouží blahu a prospěchu lidí. Činnost lékařů, duchovních, učitelů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků však zahrnuje speciální přímé výkony pomoci, určené především lidem nešťastným, nemocným nebo těm, kteří ztratili orientaci*“.

Wolfgang Schmidbauer (2000, s. 7) neuvádí v úvodu pojem pomáhající profese, ale pojem sociální povolání. „*Ve všech sociálních povoláních je vlastní osobnost tím nejdůležitějším nástrojem; hranice možností jejího zatížení i její flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání. ...V žádném z těchto povolání vzdělávání nezohledňuje*