

Barbora East, Josef Vošmik a kol.

MENTORING V MEDICÍNĚ

(příručka pro praxi a kontext zavádění
a realizace mentoringových programů
v medicíně a zdravotnictví)

Praha 2025

Barbora East, Josef Vošmik a kol.
MENTORING V MEDICÍNĚ

Autorský kolektiv:

Markéta Bloomfield
Barbora East
Filip Jakubov
Hana Maříková
Dana Sochorová
Šárka Tomová
Josef Vošmik
Martin Zielina

Editace:

Kateřina Cidlinská
Romana Marková Volejníčková

Úvodní slovo:

Kateřina Šámalová

Grafika: Vladimír Vaca

Korektura: Kristýna Přibyllová

ISBN 978-80-7330-433-1 (online – pdf)

ISBN 978-80-7330-434-8 (print)

© Sociologický ústav Akademie věd ČR, v. v. i.
ve spolupráci s 1. a 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy
134 stran

Vznik této metodiky byl podpořen v rámci projektu KULTIMED – Kultivace (vztahů, prostředí a podmínek) medicíny, financovaného Technologickou agenturou (TA ČR) v rámci programu Sigma (realizace projektu 2023–2026), ve spolupráci Sociologického ústavu AV ČR, v. v. i., s 1. a 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy.



KULTIVACE
PROSTŘEDÍ
MEDICÍNY



Sociologický ústav
Akademie věd ČR



**1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA**
Univerzita Karlova



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

7	VZTAH JAKO ŠLAPACÍ KOLO NEBO BEZEDNÝ KELÍMEK?
9	ÚVOD
11	AUTORSKÝ TÝM
15	I. CO JE A NENÍ MENTORING Josef Vošmik
42	II. SPECIFIKA MENTORINGU V MEDICÍNĚ Barbora East, Šárka Tomová, Markéta Bloomfield, Dana Sochorová, Filip Jakubov, Martin Zielina
71	III. ZÁSADY VEDENÍ MENTORINGOVÉHO ROZHOVORU Barbora East, Šárka Tomová, Markéta Bloomfield, Dana Sochorová, Filip Jakubov
87	IV. (KDYŽ SE ŘEKNE) GENDER NEJEN V MEDICÍNĚ Hana Maříková, Josef Vošmik
113	V. GENDEROVĚ SENZITIVNÍ MENTORING Josef Vošmik

VZTAH JAKO ŠLAPACÍ KOLO NEBO BEZEDNÝ KELÍMEK?

Mohlo by se zdát, že psát předmluvu k publikaci o mentoringu v pozici člověka, který se profesně věnuje řešení konfliktů v mezilidských vztazích, bude obtížné. Skrze tento profesní mikroskop je totiž téměř nemožné v nich nevidět jen samá úskalí a těžkosti. Kupodivu to ale není můj případ. Naopak, já mám důvod k velkému nadšení!

Jako člověk s hlubokými kořeny v pomáhajících profesích oceňuji každou snahu využívat v našem osobním a profesním růstu pro posilování naší odolnosti a kalibraci nástroje, které vynikají svojí přirozeností, nejsou ničím nahraditelné a jsou současně běžně dostupné. Jedním z nich je vztah ve všech svých podobách – od neformálních přátelství a rodinných pout až po vztahy mocensky asymetrické a silně formální.

Právě vztah je srdcem mentoringu. Vztah, který je osobní, dobrovolný, avšak vzniká s jasným cílem – dosáhnout předem dohodnutých výsledků. Na první pohled se může zdát, že mentoring nepřináší nic objevného, že je to pomyslné šlapací kolo, které znovu a znovu objevujeme a jsme fascinováni tím, co dovede. Do jisté míry to tak je. Nicméně mentoring není ledajakým šlapacím kolem. Je zdrojem důmyslné reciproční podpory, kterou zakládá na vztahu bezpečném a laskavém, vztahu, který respektuje specifika svých nositelů včetně jejich dovedností, životních zkušeností, ale také potřeb vzájemného učení. Vzniká a udržuje se v podmínkách, které jsou regulovány, nejsou dílem náhody, ale přesto svým účastníkům a účastnicím umožňují jistý stupeň svobody. V ideálním případě se vyznačuje vyváženou participací, v níž se ani jedna ze stran neschová a svůj zisk si musí tvrdě zasloužit. Ve své ryzí, funkční podobě připomíná vztah mezi rodičem a dítětem, který vyniká přirozeným učením a má potenciál utvářet osobnost jak dítěte, tak rodiče. Bez nadsázky lze říci, že potenciál vztahu v mentoringu je prakticky neomezený. Je silný, originální, je společným dílem těch, kteří se ho účastní.

O co však větší potenciál mentoringový vztah má, o to větší nároky vznáší na bezpečí svých účastníků a účastnic, transparentnost, férovost, otevřenost a vzájemnou odpovědnost i za to, co účastníci a účastnice vztahem společně vytvářejí. Pro tyto kladené nároky se mentoringový vztah stává také značně křehkým.

Pojďme se tedy ponořit do čtení předložené publikace a pokusme se najít pomyslné dno bezedného kelímku... Bude to objevování bez konce, a právě v tom spočívá to fascinující kouzlo vztahu... Děkuji autorkám a autorům, že nám tuto cestu umožnili!

Kateřina Šámalová
Ombudsmanka Univerzity Karlovy

ÚVOD

Cílem této publikace je poskytnout všem se zájmem o mentoring v medicíně a šířeji ve zdravotnictví informace a kontext, které jim v této – podle našeho názoru více než potřebné – činnosti mohou napomoci. Na psaní a celé přípravě textu se podílel primárně tým projektu **Kultimed – Kultivace (vztahů, prostředí a podmínek) medicíny**, jehož cílem je zlepšit pracovní podmínky a vztahy lékařek a lékařů, a to zdaleka nejen těch mladých, kteří se právem stále více hlásí o slovo.

Medicína je extrémně **náročný obor** – odborně, fyzicky, mentálně i časově – a je v zájmu všech, aby se pacientům a pacientkám věnovali profesionálové a profesionálky mající ke své práci i odpočinku (a dalším povinnostem, nezřídka rodičovským a ostatním pečovatelským) potřebné podmínky. A právě mentoring je podle nás užitečným prostředkem na této cestě k prosazování lepších podmínek a vztahů v medicíně a zdravotnictví vůbec.

Projekt Kultimed se soustředil na **lékařky a lékaře**, proto i tento text směřuje v první řadě k nim. Přínosný však může být i pro další osoby působící ve zdravotnictví bez ohledu na obor. Současně jsme si intenzivně vědomi, že to nejsou zdaleka jen lékaři a lékařky, kdo potřebují profesionální podporu, ale i osoby na pozicích zdravotních sester a bratrů a mnohých dalších, které se skrývají pod oním nepřilíš šťastným („negativním“) označením „nelékařské zdravotnické obory“ či profese. Někde je však vždy zapotřebí začít a kruh dočasně přetnout, a lékařské pozice jsou, doufejme, jen odrazovým můstkem pro ty další. Jinými slovy v tomto textu se koncentrujeme na **mentoring v medicíně**, ale jsme přesvědčeny/i, že jeho využití je mnohem širší a že může být přínosný v celém **zdravotnictví**, a pokud jde o některé informace, postupy a širší souvislosti, tak i za jeho hranicemi směrem k pomáhajícím a mnohým dalším profesím. Může tak jistě být jakýmsi vodítkem či zdrojem informací o mentoringu bez ohledu na další rozlišení.

Pro koho je tato příručka určena? Jde hned o několik různých skupin anebo aktérů a akterek, jimž by v jejich práci či záměrech mohla, a doufáme i měla, napomoci. Jedná se o:

- mentory a mentorky, ať už aktuální, budoucí, či čistě potenciální,
- zástupce a zástupkyně organizací nebo organizačních celků či uskupení, které zvažují anebo již realizují mentoringové programy (např. nemocnice, ústavy, kliniky, oddělení, vysoké školy, zájmová sdružení apod.),
- odbornou i laickou veřejnost zainteresovanou v otázkách mentoringu.

Mentoring v této příručce nahlížíme v mnoha směrech **komplexněji** – nejen jako nástroj individuální či skupinové profesní podpory a rozvoje, ale současně instrument, který, je-li správně využíván, má i předpoklady pro strukturální obměny a **změny** ve zdravotnictví. V mentoringu kromě toho vidíme potenciál pro **prosazování faktické rovnosti** ve zdravotnictví. I proto v něm akcentujeme genderový rozměr, avšak dlužno upozornit, že ani tento není jediný a mentoring by měl být

veden participativně a inkluzivně i s ohledem na další (minoritní) charakteristiky a jejich průsečíky (viz tzv. vícenásobná diskriminace např. kvůli věku, etnicitě apod.), které ve výsledku mnohdy znamenají znevýhodnění či přímo diskriminaci daných osob. Nejen **genderová senzitivita a kritická reflexe** tak hrají v mentoringu v našem pojetí klíčovou roli, včetně edukace všech zapojených v těchto otázkách. A tak i proto vznikla tato příručka.

Na psaní celého tohoto textu se podílel poměrně široký tým oborově spadající jak do medicíny a zdravotnictví, tak do sociálních a humanitních věd, zejména sociologie. Tato dílčí oborová **rozdílnost** je částečně reflektována i v prezentovaném výsledku naší práce. Různé pohledy na mentoring a zkušenosti s ním tak mohou být cenným zdrojem poznání a multioborového přístupu k jednomu a témuž tématu, kterým je mentoring v medicíně. Věříme, že to není na překážku.

Jak tento text číst a dále s ním pracovat? To je otázka spíše na čtenářstvo. Vězte však, že samotný text kombinuje výkladový text s dílčími úkoly, zajímavostmi, otázkami, příklady či doplňujícími informacemi (v rámečcích) tak, aby pokrýval relativně komplexně zvolené téma, ale současně byl praktický, únosný, podnětný a vytvářel prostor pro opakované vrácení se (a reflexi) k tomu, co publikace obsahuje. Jedná se totiž nejen o informace čistě **praktické**, týkající se vymezení a nastavení mentoringových programů, ale také **problematizující** a podněcující vlastní úvahu a hledání vlastní cesty, jelikož prezentovaný model mentoringu a způsobu jeho realizace není jediný možný, ale spíše jeden z vícero možných.

Tento text není výsledkem celé naší ukončené „kultimedií“ cesty – ani směrem k pilotnímu nastavení a evaluaci mentoringu, ani s ohledem na další aktivity tohoto obsáhlého projektu. Přejte nám proto mnoho sil a sledujte i další výstupy naší práce na projektu, protože budou na sobě stavět a v mnohém se doplňovat a navazovat... A nakonec ani tento projekt zdravotnictví jako celek jistě „nespasí“. Může ale být, a snad i je, součástí **změny** a změn, které naše zdravotnictví potřebuje, aby bylo nejen profesionální, citlivé (ke všem), ale také dlouhodobě **udržitelné** jak personálně, tak v poskytování kvalitní péče pro všechny.

Přejeme mnoho zajímavého čtení a zábavy při hledání (se) v mentoringu. Pokud se na této **cestě** budete cítit alespoň tak zaníceně (nemyšleno medicínsky) jako náš tým při přípravě, psaní a dokončování tohoto společného textu, pak naše ani vaše cesta nebyla a nebude marná.

Autorský tým

AUTORSKÝ TÝM

MUDr. Markéta Bloomfield, Ph.D.

Klinická imunoložka a alergoložka zaměřující se na poruchy imunity u dětí. Pracuje na Ústavu imunologie FN Motol a 2. LF UK, je autorkou více než 50 vědeckých publikací a řešitelka několika výzkumných grantových projektů. Dlouhodobě se věnuje výuce pregraduálních a postgraduálních studentů na 1. a 2. LF UK, přičemž klade důraz na interdisciplinární a komplexní přístup k pacientům a rozvoj komunikačních dovedností studentů a studentek.

Doc. MUDr. Barbora East, Ph.D., FEBS AWS

Pracuje jako chirurgka na III. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol, její dlouhodobou odbornou specializací je rekonstrukce břišní stěny a léčba kýl (herniologie), jímž se věnuje rovněž výzkumně, včetně aktivního působení v European Hernia Society (EHS). Kromě toho se systematicky zaměřuje na komunikaci a vztahy v medicíně, nejen s pacienty, ale i v řadách zdravotnického personálu. Zasazuje se rovněž za rovné postavení žen a mužů v medicíně a spoluzaložila nezávislé uskupení Ženy v chirurgii.

MUDr. Filip Jakubov

Působí jako chirurg na III. chirurgické klinice 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole. Věnuje se rovněž postavení mladých lékařů a lékařek v medicíně, i proto se účastní mentoringového programu v rámci projektu Kultimed – Kultivace vztahů, prostředí a podmínek medicíny.

PhDr. Hana Maříková, Ph.D.

Hana Maříková je vědeckou pracovnící v Sociologickém ústavu AV ČR, v. v. i. Zaměřuje se na problematiku genderových nerovností na trhu práce i ve sféře rodiny, na kombinaci pracovního a soukromého života, rodinnou a sociální politiku, kvalitativní metodologii. V současné době participuje na výzkumu Kultimed, kde se podílí na jeho kvalitativní části – provádění interview a jejich analýze.

MUDr. Dana Sochorová

Jako chirurgka působí v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně, zaměřuje se mimo jiné na léčbu slinivky břišní a jater. Dlouhodobě se zajímá o problematiku postavení, komunikace a vztahů v medicíně, i proto se aktivně, i jako mentorka, účastní projektu Kultimed – Kultivace vztahů, prostředí a podmínek medicíny. Je také členkou nezávislého uskupení Ženy v chirurgii.

PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D. et Ph.D.

V současnosti působí jako přednostka nově vzniklého Centra rozvoje komunikačních a pedagogických dovedností na 2. LF UK a jako ombudsmanka pro studenty této fakulty. Centrem jejího zájmu je výuka komunikace studentů a studentek všech oborů na 2. LF UK, výuka pedagogiky a edukace. Je garantkou kurzu Komunikačních a pedagogických kompetencí, který se zaměřuje na výuku lékařů a jejich získávání dovedností jak učit. Je členkou Pedagogia UK, poradního orgánu rektorky UK.

PhDr. Mgr. Josef Vošmik, Ph.D.

Působí v Sociologickém ústavu AV ČR, oddělení Gender a sociologie, jako postdoktorand. Mezi jeho odborné zájmy patří genderové a etické aspekty práce, péče a zejména pomáhajících profesí – včetně medicíny a sociální práce. Kromě akademické sféry působil dlouhodobě i v neziskovém a státním sektoru. Je absolventem oborů sociální práce, veřejná a sociální politika a aplikovaná etika. V projektu Kultimed se zaměřuje primárně na (genderově senzitivní) mentoring a kvalitativní výzkum.

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D.

V současnosti působí jako přednost Ústavu lékařské etiky a humanitních základů medicíny a zároveň jako ombudsman pro zaměstnance a zaměstnankyně na 2. LF UK, kde garantuje zejména předměty zaměřené na etiku, psychologii a sociologii. Zabývá se sběrem a analýzou eticky sporných kazuistik z českého medicínského prostředí, což považuje za slibný přístup, jak ve zdravotnictví představovat užitečnost sociálněvědního přístupu k prevenci a řešení nejen mezilidských problémů.

I. CO JE A NENÍ MENTORING

Josef Vošmik

ÚVOD

Tato kapitola si klade poměrně nesnadný cíl, a to být jakýmsi expozé do celého tématu mentoringu v obecnějších konturách, dříve než se budeme věnovat cíleně(ji) právě mentoringu v medicíně – i když i zde se k tomuto kontextu vztahujeme. V textu reflektujeme i naše dosavadní zkušenosti s mentoringem v projektu Kultimed – Kultivace (vztahů, prostředí a podmínek) medicíny.

Ona komplikovanost tkví v tom, že text „promlouvá“ v různých fázích či jejich součástech k částečně odlišnému čtenářstvu. Mnohdy jsou to primárně mentorující, jindy osoby, které se věnují nebo budou věnovat koordinaci mentoringových programů, a nakonec jsou to i mentees, pakliže se chtějí blíže seznámit s tím, co je v pozadí celého mentoringu a co může obnášet. V neposlední řadě je to kdokoliv jiný, komu se text naší příručky dostane do rukou. Při čtení mějte, prosím, tuto skutečnost na zřeteli.

Názvy jednotlivých podkapitol jistě naznačují, co je jejich obsahem a komu jsou patrně primárně určeny: úvodní všem zainteresovaným, následující pak zejména mentorujícím (a mentees), závěrečné pak spíše koordinátorkám a koordinátorům. Přesto se tyto linky celým textem nutně prolínají, protože mentoring i jeho realizace jsou týmový proces vedený snahou o kultivaci prostředí (pracovního, studijního atd.), kde má být uskutečňován.

1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ A MOŽNÉ ZAMĚŘENÍ MENTORINGU

ZÁKLADNÍ DEFINICE

„Mentoring je proces, skrze nějž se dostává mladším a méně zkušeným lidem (tzv. mentees) podpory, rad a přátelství, které jim mají umožnit nastartovat kariéru a uspět v pracovním životě nebo ve studiu...

Jde o velice efektivní nástroj podpory a rozvoje lidského potenciálu, a to jak v akademické oblasti (na školách, ve vědě a výzkumu), tak i v komerční sféře... [Mentoringové] programy se zaměřují jak na profesní rozvoj a kariérní růst zaměstnanců a zaměstnankyň, tak na úspěšné studium studujících vysokých a dalších škol.“

(Cidlinská, Fucimanová, 2018)

Mentoring patří mezi osvědčené způsoby, jak v různých profesních oblastech, tedy i ve zdravotnictví a medicíně, pomoci juniornějším a méně zkušeným osobám v dalším rozvoji, v řešení jejich individuálních situací a potřeb. Mentoring zároveň pomáhá institucím v jejich snaze o vytváření a prosazování rovných příležitostí všech zaměstnanců a zaměstnankyň či studujících v závislosti na jejich schopnostech, situaci a zájmu.

Tato forma podpory tak v sobě nutně obsahuje rovinu (zpravidla působící synergicky):

- **individuální**, kam patří přínosy pro mentees a mentorující (viz dále),
- **institucionální**, vážící se na konkrétní prostředí/organizaci/subjekt, kde je takový program organizován, a
- **systémovou**, kam náleží četné přínosy pro celou odbornou či jinou komunitu.

Mentoring je prosazován i ze strany mezinárodních a tuzemských autorit a organizací jako jedna z cest k vytvoření **otevřenějšího, kolegiálního a inkluzivního prostředí** pro všechny.

Mentees díky mentoringu získávají cenné rady a tipy pro svůj profesní rozvoj, mentorující zase získávají informace o výzvách, jimž čelí mladší generace. Velmi cenné jsou v tomto směru diskuse mezi mentees a mentorujícími o sladování jejich osobních (včetně rodinných) a pracovních povinností (tzv. WLB, work-life balance), jež mohou být zejména pro mladší pracovníky a pracovnice obzvláště náročné, když zakládají rodiny či pečují o malé děti nebo další osoby anebo řeší jiné náročné životní situace.

Mentoring může být zaměřen na celou řadu **oblastí**, které souvisejí (nejen) s výkonem určitého zaměstnání či jeho užšího zaměření a specializace – např. zdravotnictví, a ještě konkrétněji **medicíny**. Nejedná se nutně o sféru striktně „pracovní“, ale i související, odvíjející se od životní fáze dané osoby či osob a výše nastíněných sladovacích potřeb.

MOŽNÉ ZAMĚŘENÍ MENTORINGU

*V našem mentoringovém programu jsme na začátku vyčlenili několik **hlavních oblastí**, v jejichž rámci se mentoringový vztah může primárně odehrávat. Logicky je možné pohybovat se současně v několika oblastech podle potřeby dané/ho mentee/ho. Jsou jimi zejména:*

- *praktický chod, provoz a vztahy v zaměstnání,*
- *příprava na atestaci (kmenová či specializace),*
- *pedagogické a jiné působení na VŠ,*
- *věda a výzkum, včetně Ph.D. studia,*
- *sladování osobního a pracovního života, včetně případného rodinného života,*
- *zvládání obtížných situací v medicíně a morální otázky či dilemata,*
- *time management, sebemotivace a osobní rozvoj,*
- *psychohygiena, pocity přetížení a riziko vyhoření.*

*Mentorující i mentees na začátku vstupu do našeho mentoringového programu (blíže viz <https://kultimed.soc.cas.cz/cs/mentoring>) vyplnili stručný dotazník, ve kterém se vyjádřili k tomu, do jaké míry vnímají potřebu podpory v těchto oblastech (mentees) či v jaké míře v nich dokážou nabídnout svou expertízu (mentorující). Situace každé osoby je vysoce individuální a tyto vstupní informace mohou napomoci při **propojování** („matching“) konkrétních osob v rámci okruhu mentorujících a mentees, zejména v případě párového mentoringu. Pomoci může i **profil mentora či mentorky** (viz dále), kdy potenciální mentees dokážou na jeho základě posoudit, zda je zaměření a zázemí dané mentorující osoby pro ně relevantní či vyhovující jejich potřebám.*

2. TYPY A FORMÁTY MENTORINGU A JEJICH VYUŽITÍ

Lze rozlišit několik základních typů a formátů mentoringu, a to podle několika hledisek. Patří sem zejména:

- **míra formalizace** mentoringu: spontánní a formalizovaný,
- **počet zapojených osob**: párový a skupinový/týmový,
- **místo/formát setkávání**: fyzicky, online, hybridně,
- **časové uzpůsobení**: pravidelný nebo ad hoc,
- **míra otevřenosti skupiny**: otevřený a uzavřený,
- **složení skupiny**: homogenní a heterogenní,
- **interní či externí postavení mentorujících**: interní a externí (mentorující).

Podle míry formalizace mentoringu a vztahů v něm můžeme odlišit mentoring **formální** (přesněji formalizovaný) a **neformální** (spontánní). Formální má jasně stanovená pravidla, odehrává se obvykle v rámci mentoringového programu určité organizace či s její explicitní podporou (a financováním) a vztah mezi mentorující/m a mentee/m je upraven písemnou dohodou či obdobným dokumentem. Neformální mentoring vzniká mimovolně, „přirozeně“, když seniornější člověk podporuje někoho profesně mladšího a pomáhá mu. Této neformální podpory se však ze své podstaty nedostává všem juniorním osobám, které by o ni měly zájem, případně ne ve všech oblastech zájmu. Formální mentoring je tedy vhodným doplněním k neformálnímu mentoringu, případně jeho náhradou. Následující kategorizace se týkají zejména mentoringu formálního.

Z pohledu počtu zapojených osob můžeme vydělit mentoring **individuální** (párový – mentorující a mentee). Dále rozlišujeme např. mentoring **týmový**, který je zaměřen na práci a rozvoj konkrétní skupiny pracovníků a pracovníc určitého úseku, oddělení, pracoviště apod. A nakonec vydělujeme mentoring **skupinový**, kde se může jednat buď o setkávání širší skupiny osob se zapojením mentorující/ho, nebo o setkávání na peer principu, tedy kolegiálně, s cílem sdílení zkušeností a podpory osob na obdobné či srovnatelné pozici.

Při zohlednění místa setkávání či formátu lze vyčlenit setkání **fyzická** (face-to-face, tedy tváří v tvář), **online** s využitím některé z komunikačních platform anebo

hybridní, která kombinují obě tyto formy podle časových a jiných možností zapojených osob. Face-to-face mentoring má řadu předností, avšak s ohledem na možnosti sladování osobního a pracovního života jsou i online setkání velmi efektivní a skýtají možnost zapojení osob z vícero regionů, či dokonce zemí. V praxi se osvědčuje kombinace osobních a online setkání. Zejména v úvodních sezeních, kdy dochází k rozvíjení vztahu, jsou totiž fyzická setkání velmi přínosná, neboť vytvářejí otevřenější atmosféru.

V souvislosti s časovým vymezením/pravidelností můžeme odlišit mentoring **pravidelný**, kdy se setkání odehrávají v předem stanovené periodě a čase, anebo **ad hoc** podle aktuálních potřeb zapojených osob, zejména mentees. Také u ad hoc mentoringu by však měla existovat jasná dohoda, např. o minimálním počtu setkání, aby nevznikaly pocity frustrace, nezájmu či nevyužití nabízených kapacit.

Z pohledu otevřenosti mentoringového programu/setkávání lze hovořit o mentoringu **otevřeném**, kde existuje minimum vstupních požadavků pro zapojení („nízkoprahový“) a je možné zapojit se i „dodatečně“. Na opačném konci je mentoring **uzavřený**, kam patří zejména kontinuální mentoringová spolupráce určité skupiny, týmu nebo páru. Vždy je v tomto směru zapotřebí dbát na to, aby setkávání probíhala v bezpečné atmosféře podporující otevřenost komunikace a sdílení. Obě varianty mají své přednosti i omezení. Uzavřený mentoring vyžaduje z čistě praktického pohledu mít již na začátku dostatečný počet přihlášených. Uzavřená skupina poskytuje také větší pocit bezpečí a kontinuity. Otevřený mentoring mívá naopak větší dynamiku, jelikož s novými členy a členkami se může měnit i uspořádání a vztahy ve skupině.

Z pohledu složení je možné diferencovat skupiny (relativně) **homogenní** a **heterogenní**, např. podle pohlaví, genderu, věku, typu pracovní pozice, seniority apod. Opět záleží na cílech daných setkání v rámci mentoringového programu (k cílům mentoringu viz následující část). Pravděpodobnější jsou setkávání do určité míry homogenní, kdy mentorující a mentees mají určité „téma“, profesní zázemí či zkušenosti, které je spojují a vytvářejí předpoklad pro sdílení s mentorující osobou, která se dokáže k danému tématu osobně vztáhnout a vyjádřit na základě vlastních zkušeností.

V praxi je tedy zapotřebí předem zvážit výše uvedené i ještě dále nastíněné možnosti, jelikož každá z uvedených forem má své výhody i omezení. Maximálně je však zapotřebí podporovat **dostupnost** mentoringu z pohledu geografického, časového i finančního, aby tuto možnost mělo skutečně co nejširší spektrum osob. Důraz by měl být kladen kromě širší zaměstnanecké populace zejména na **znevýhodněné skupiny**, které se setkávají se strukturálním znevýhodněním či nedůvěrou a diskriminací, a mentoring jim tak může pomoci získat potřebné dovednosti, sebedůvěru a další předpoklady pro profesní i osobní rozvoj a růst.

3. CÍLE MENTORINGU A JEHO ODLIŠENÍ OD JINÝCH FOREM PODPORY

Mentoring není zdaleka jedinou možností, jak pomáhat v rozvoji a podporovat méně zkušené zaměstnance a zaměstnankyně ze strany profesně zkušenějších kolegů a kolegyň. Vedle mentoringu uvádíme také další možnosti, které se využívají i ve zdravotnictví (srov. Šimková a kol., 2020):

- **mentoring** – viz výše, systém podpory, pomoci a kolegiálního přátelství ze strany zkušenějších kolegů a kolegyň s cílem širšího odborného a osobního rozvoje,
- **koučink** – zpravidla krátkodobější, orientovaný na dosažení konkrétního cíle (viz dále),
- **supervize** – zaměřená na (ideálně systematickou) reflexi chodu organizace (provozní) či práci s určitými klienty a klientkami (případová) za podpory interního či externího odborníka nebo odbornice,
- **konzultace** – většinou jednorázové či na vyžádání s cílem pomoci s řešením konkrétního problému či při jeho předcházení anebo nastavení určitého procesu či projektu,
- **vzdělávání a školení** – cílí primárně na získání vědomostí a dovedností, méně na hlubší osobnostní rozvoj a kritickou sebereflexi zapojených osob,
- **onboarding** (vstupní zaškolení) – systém proškolení nově nastupujících osob a jejich seznámení se s chodem organizace a jejími specifiky.

Mentoring bývá **zaměňován** za jiné formy profesionální spolupráce. Nejblíže má ke koučinku. Pokusme se tedy jejich rozdíly vymezit, tím se nám jistě podaří poukázat na to, co mentoring (ne)zahrnuje.

Mentoring	Koučink
Širší zaměření	Užší zaměření
Spíše dlouhodobější	Spíše krátkodobý
Orientace na rozvoj	Orientace na řešení
Sdílení zkušeností	Rozvoj kompetencí
Spokojenost, dlouhodobější směřování	Měřitelné cíle
Profesionální vztah	Profesionální spolupráce

Zatímco u kočíku lze aplikovat striktně lineární přístup: „diagnostika–léčba–výsledek“, mentoring je dlouhodobější proces **hledání a nacházení, kladení si otázek**, které jsou širší než v případě koučinku, často i existenciální a přesahující rámec aktuálního profesního směřování, profese či vztahů na pracovišti. I proto je mentoring dlouhodobější a jeho výsledky nejsou bezprostředně pozorovatelné nebo v krátkodobém horizontu tolik patrné či ověřitelné. To ovšem neznamená, že neexistují. Hlavním „nástrojem“ je zde možnost sdílení zkušeností a perspektiv, což současně vyžaduje i osobnější vztah, než je tomu v případě spíše účelově vymezeného koučinku. Subjektivní spokojenost a „správný směr“ jsou tak ukazatelem toho, že mentoring funguje, jak má. Proto je v rámci mentoringu podstatné hovořit o tom, do jaké míry plní společně stanovené **cíle**.

Současně mentoring vyžaduje i zralejší osobnost a větší zkušenosti na straně mentora či mentorky. Právě **asymetrie zkušeností** mezi mentee/m na straně jedné a mentorem či mentorkou na straně druhé je hlavním odlišujícím znakem. Nemusi to být nutně věk, ale zejména to, že mentorující již „něco podobného zažil/a“ a může nabídnout svoji perspektivu.

Náročnější uchopitelnost mentoringu (ve srovnání s dalšími metodami) může být jeho nevýhodou a zdrojem občasně frustrace, pokud vztah a komunikace nejsou skutečně otevřené – to však vyžaduje určitý čas. Úvodní fáze mentoringu je v každém případě o vzájemném poznávání se, sdílení a tzv. „formulování zakázky“, tedy toho, co mentee potřebuje primárně „řešit“, k čemuž se ještě dostaneme. I to se však může měnit anebo takovýchto „zakázek“ může existovat vícero.

I mentoring má ale svá **pravidla** a obsah. Nejedná se o bezobsažné a bezcílné setkávání se, které by dříve či později vedlo k vyčerpání a únavě jedné či obou stran. Mentoring má svůj **cíl**, který by měl být obsahem dohody/domluvy mezi mentorující/m a mentee/m. Mentoring není nezávazné přátelské posezení u kávy či vína, ale nemůže (zejména dlouhodobě) suplovat ani **terapeutický rozhovor**, protože to není jeho smyslem a mentorující k tomu zpravidla nemají odpovídající kvalifikaci. Nemluvě o tom, že terapie se týká skutečně velmi hlubokých osobních otázek a vnitřních konfliktů či problémů zasahujících mnohdy zcela mimo pracovní sféru, nachází se proto mimo smysl, cíle a vůbec možnosti mentoringu. Techniky využívané v psychoterapii jsou do značné míry využitelné i v mentoringu (zejména pokud jde o kladení otázek), avšak tyto dvě formy profesionální spolupráce a pomoci nelze zaměňovat. Mentoring nemůže terapii nahradit (a naopak).

Jak se říká, **cesta** je někdy důležitější než cíl, a právě to do určité míry odlišuje mentoring od koučinku. Koučink sleduje jasný a měřitelný cíl, mentoring je více procesem samotným, sdílením a reflexí – i ty jsou však cílené a jdou vymezenou trasou. Ani mentoring nemá a nesmí být bezcílný, náhodný či libovolný.

4. EXTERNÍ A INTERNÍ MENTORING: POTENCIÁLNÍ STŘET ROLÍ

Mentoring může být v zásadě realizován ze strany osob **interních**, tedy členů a členek daného pracoviště, je-li takto vnitroorganizačně zasazen a uskutečňován, anebo ze strany **externích** mentorujících, kteří se sice pohybují ve stejném či příbuzném oboru, avšak nemají formální vazby na dané prostředí. Případně může jít o kombinaci obou přístupů, kdy část mentorů a mentorek je „zevnitř“, část pak zvenčí. Obojí má své pro a proti. To se ostatně týká i okruhu mentees, kteří se mohou rekrutovat z jednoho pracoviště (např. fakulta, nemocnice, klinika), ale rovněž průřezové programy napříč více organizacemi.

Pokud je **nadřízený/nadřízená** nebo **školitel/ka** (v rámci atestační přípravy i např. Ph.D. studia) současně **mentorem** či **mentorkou**, má to své nesporné výhody. Neformální či kolegiální a respektující vztah může v mnoha ohledech pomoci a měl by být spíše pravidlem než výjimkou. Současně jej nelze zaměňovat za formalizovaný mentoring, jak o něm píšeme zde, jakkoli s ním má rozhodně mnoho společného, a i nadřízený/nadřízená či školitelé/školitelky mohou jeho principy ve své práci efektivně využívat.

Potenciálním problémem je zde hrozící **střet zájmů**. Nadřízený/nadřízená, školitel/ka či osoby v dalších pozicích mají totiž k dané osobě i jinak vymezený vztah, který zahrnuje např. i dílčí odpovědnost za činnost této osoby, hodnocení jejího výkonu, rozdělování a přidělování práce, stanovení odměn apod. Z pozice mentee/ho tak může být logicky obtížné, až potenciálně ohrožující svěřit se osobě, která má hierarchicky vyšší moc a odpovědnost, s určitými pochybnostmi či vnímanými limity na své straně či na straně vedení, včetně osoby mentora či mentorky. Mentoring by měl být spojen s **otevřeností** a **důvěrou** v komunikaci, kterým však další „role“ vůči mentees mohou bránit, vědomě i zcela nevědomky a podprahově právě s ohledem na možné obavy z důsledků.

Svůj limit má v tomto směru i skutečnost, kdy je mentor/ka osobou **interní**, tj. pracující na shodném pracovišti. I tam mohou vznikat určité obavy (oprávněné či teoretické), např. z toho, že informace z mentoringu se třeba (i nechtěně) „dostanou ven“ a poškodí danou osobu. Někdy může být pohled externí osoby, která zná danou profesi, specializaci a obtíže, ale pracuje jinde, o to cennější, protože má možnost **srovnání** a současně osobního **odstupu**. Vnímáním limitem na straně druhé může být neznalost pracoviště a chybějící bezprostřední vhled do dané situace. Obě varianty mají své přednosti i rizika.

V rámci mentoringu je tedy zapotřebí věnovat pozornost mimo jiné těmto okolnostem:

- role mentora/mentorky a mentees v kontextu dalších vzájemných vazeb,
- interní vs. externí mentor/ka.

V kontextu „dalších vzájemných vazeb“ je zapotřebí uvést i okolnost, která je v rozporu s mentoringovým vztahem, a tou je navázání osobnějšiho, až **partnerského či intimního vztahu**. Mentoring je často dlouhodobější a může se změnit až v jakési přátelství, avšak přesáhne-li tuto kolegiálně-přátelskou úroveň a vztah se stane např. partnerským, pak již sotva může plnit i roli mentoringovou. Potom je samozřejmě žádoucí takový formalizovaný mentoringový vztah ukončit.

Ostatně i další, např. **příbuzenské** vztahy mohou znamenat pro mentoring určitou překážku, minimálně mění povahu čistě profesionálního mentorského vztahu na vztah částečně odlišný.

Nastat může i situace, kdy chování jedné ze stran není korektní, spolehlivé či znatelně překračuje pravidla a zásady respektujícího přístupu sdílené v daném socio-kulturním prostředí, včetně např. uplatňování moci, **kontroly, nátlaku, obtěžování** apod. Pro tento případ by měla rovněž existovat osoba, na kterou se mentor/ka či mentees mohou s takovou situací obrátit. Tyto eventuality jistě nejsou časté, ale jsou reálně možné, proto považujeme za vhodné explicitně je zde uvést.

Všechny elementární principy mentoringového programu je možné (a žádoucí) uvést v pravidlech či v **etickém kodexu**, který je vstupem do mentoringu závazný pro všechny zúčastněné osoby.

5. PŘÍNOSY MENTORINGU PRO MENTEES

Mentoring je, jak již bylo uvedeno, velmi efektivní nástroj **podpory profesně méně zkušených kolegů a kolegyň** včetně studujících. Pakliže je skutečně funkční, je navázán vztah s mentorem či mentorkou a je vytvořen prostor pro bezpečné sdílení, kladení otázek a hledání odpovědí. Jsou to primárně **potřeby mentees**, které vytváří základ a rámec pro směřování a rozvoj mentoringového vztahu.

Co tedy patří mezi **hlavní přínosy** pro mentees?

- možnost hovořit o kariérním růstu a rozvoji se zkušenou osobou šířeji, v kontextu osobní životní situace, vnímaných potřeb, včetně těch sladovacích, životní fáze aj.,
- získání perspektiv zkušených pracovníků a pracovníků, jejich doporučení, návrhů a zkušeností v podobných situacích,
- networking, navázání nových vztahů, získání nových informací a vazeb, které mohou pomoci v dalším rozvoji a profesionálním směřování,
- prostor pro bezpečné a otevřené sdílení vlastních pocitů, zážitků, zkušeností, ale i limitů, nejistot či obav,
- prostor pro (sebe)reflexi, kritický náhled a zamýšlení se,
- posilování pocitu spokojenosti s dalším profesním směřováním,
- prevence pocitů frustrace a profesního vyhoření,
- důležitá profesní i osobní zkušenost ze setkávání s mentorem či mentorkou.

INICIATIVA V MENTORINGU

Zejména v párovém mentoringu by měla iniciativa vycházet od mentee/ho – nejen na počátku, kde je to logické (zájem vstoupit do mentoringu), ale i během spolupráce. Přesto je vhodné, aby i mentorující vyvíjeli aktivitu vůči svým mentees i v případě, že si o ni „neřeknou“ (i to může být z různých příčin někdy obtížné). Všichni máme někdy radost, když se nás někdo zeptá, jak se máme a jak se nám daří, aniž bychom si o to museli přímo či nepřímo říkat. I této potenciální bariéry je možné předejít např. tak, že si mentor/ka a mentee stanoví minimální počet setkání za určité období, např. půlrok, tři měsíce apod. To může být následně jedním z bodů společné dohody o mentoringové spolupráci.

6. PŘÍNOSY A PŘEDPOKLADY MENTORINGU PRO MENTORUJÍCÍ

OTÁZKA

Jaké vlastnosti by podle vás měl/a mít „správný či správná“ mentorující? Zkuste se zamyslet nad vlastnostmi nejen odbornými, ale také osobnostními. Může vám to pomoci při volbě té správné osoby.

V souvislosti s mentoringem jsou obvykle vyzdvihovány spíše přínosy pro mentees než pro mentory a mentorky, což je jistě opodstatněné, přesto i pro ně má své nesporné **přínosy** – i když nejsou vždy explicitně uváděny a třeba ani bezprostředně reflektovány.

Patří mezi ně:

- možnost podílet se na profesním a osobním rozvoji mladších kolegyní a kolegů z pozice zkušenějších osob,
- předávání know-how, péče o rozvoj oboru a budování profesní komunity,
- posilování vlastních kompetencí v oblasti mentoringu a mentoringové komunikace,
- uvědomování si mnohých souvislostí vlastního profesního života skrze hovory s mentees,
- ideálně možnost supervize a konzultace s týmem, který mentoring organizuje, i s dalšími mentory a mentorkami v rámci networkingu,
- příspěvek k rozvoji instituce, kde dané osoby působí, a celého sektoru,
- sebereflexe a důležitá profesní zkušenost.

Jaké předpoklady a podporu by měl mít mentor či mentorka?

- **zkušenosti** – dlouhodobější působení na určité relevantní pozici či pozicích s sebou přináší zkušenosti (pozitivní, ale i negativní), jež jsou základem pro sdílení s mentees,
- **odbornost** – obdobné vzdělání či specializace ve stejné oblasti jako mentees, má-li mentoring cílit primárně na rozvoj odbornosti. V některých případech nemusí být shoda v oboru nezbytná, pakliže je primární směřování mentoringu jiné či širší,

- **osobnostní předpoklady** – určitá osobností vyzrálост, komunikativnost, sebe-reflexe, vhléd, ochota, trpělivost, spolehlivost, respektování domluvy, to jsou základní atributy, kterými by měli mentorující disponovat,
- **proškolení** – i mentorující by měli být ideálně proškoleni, pokud jde o zásady a metody užívané v mentoringové komunikaci. Vysoká míra expertízy v medicínském oboru nemusí znamenat obeznámenost s principy vedení rozhovoru v pomáhajících profesích a specificky mentoringu,
- **podpora a supervize** – mentoring představuje specifický formát setkávání a odborného rozvoje mladších kolegů a kolegyně, který může u mentorujících vést k jistým otázkám nebo i nejistotě s ohledem na správný postup. Proto je žádoucí, aby mentoři a mentorky měli možnost individuální či skupinové supervize s dalšími mentorujícími anebo alespoň konzultace v rámci týmu, který program organizuje.

V praxi mohou záměry týkající se proškolení či supervize mentorujících narážet na **omezenou dostupnost** těchto osob, jelikož se často jedná o přední odborníky a odbornice ve svých oborech s řadou dalších povinností. Přesto je žádoucí takové zázemí pro mentorky a mentory vytvářet a nabízet. Může být i prostorem pro vyjasnění si vzájemných představ ohledně toho, co daný mentoringový program obsahuje, jaké jsou jeho podmínky a co je od mentorujících požadováno (určité minimum).

S ohledem na funkční spolupráci s mentees je zapotřebí jasně komunikovat časové a jiné možnosti, aby nedocházelo k frustraci z důvodu „nedostupnosti“ jejich mentora či mentorky. I proto je důležitá počáteční **dohoda** o fungování mentoringového vztahu.

7. ZÁKLADNÍ PRAVIDLA MENTORINGU

Pravidla mentoringu mohou a měla by být **kodifikována** v rámci daného mentoringového programu, případně je vhodné je společně nastavit či specifikovat na začátku mentoringového vztahu. Platí přitom, že by měla být otevřená další domluvě (partnerský přístup a rozhodování), jelikož i obsah a formát mentoringových setkávání a potřeb mentees se může vyvíjet a měnit v čase – s tím, co ve svém profesním životě aktuálně zažívají a „řeší“.

Mezi základní principy přesto patří:

- **transparentnost** – jasně vymezené podmínky mentoringového programu a zapojení do něj, včetně odpovědnosti mentorujících a mentees,
- **dobrovolnost** – možnost svobodně se rozhodnout, zda do mentoringu vstoupit či v něm pokračovat, s tím, že i zde je žádoucí respekt ke všem zapojeným, proto se očekává otevřenost komunikace,
- **respekt a hranice** – respektování životních a profesních rozhodnutí, osobnosti a voleb mentees, včetně respektování stanovených hranic a možnosti o nich hovořit,

- **důvěra a bezpečí** – oboustranné úsilí o budování vztahu bezpečí, důvěry a vzájemnosti, který je předpokladem zejména kontinuálního párového mentoringu,
- **nesdílení informací** – (písemná) dohoda ohledně pravidel mentoringu, obsahující případný způsob předávání informací třetím osobám. Platí však obecně, že žádné informace týkající se obsahu setkávání by neměly být předávány dalším osobám, a pokud ano, pak jen na základě předchozí explicitní domluvy mentorující/ho a mentee/ho,
- **podpora** – měla by být zajištěna pro všechny zapojené osoby (mentorující i mentees) ze strany týmu nebo koordinační osoby. Této osobě by mělo být rovněž možné adresovat i případné výtky týkající se průběhu mentoringového setkání či spolupráce v rozporu s domluvenými pravidly a zásadami.

Vždy je nezbytné respektovat to, že mentee nebude chtít o určité problematice hovořit – ať už obecně, anebo během daného setkání s ohledem na aktuální situaci či pocity. Je tedy dobré toto na úvod či během setkávání tematizovat, tj. absolutní **respektování nesouhlasu**. Může se stát, že během dalšího setkání se mentee k dané otázce sám či sama vrátí a bude ji chtít otevřít poté, co se bude cítit lépe připraven/a anebo v psychickém rozpoložení, které to bude umožňovat. I respektování „ne“ vede k posilování pocitu důvěry.

Někdy se v tomto směru hovoří v pomáhajících profesích o **provázení** (či doprovázení) klienta či klientky, zde mentee/ho. Je důležité respektovat jeho či její tempo, teprve v pozdějších fázích vztahu, kdy se už obě zúčastněné strany dobře znají, je někdy možné (a třeba i žádoucí) jít o krok napřed a „udávat tempo“ anebo naopak „jít o krok zpět“, pokud se zdá, že mentee má na srdci něco velmi naléhavého, s čím přichází a o čem chce hovořit.

TIPY NA USPOŘÁDÁNÍ PROSTOR SETKÁVÁNÍ

Zejména v počátcích setkávání je žádoucí myslet i na zcela praktické záležitosti, jako je uspořádání místa setkávání. Místnost volíme takovou, aby v ní byl ideálně klid, bez přítomnosti dalších osob. Vhodný je stejný typ sezení pro mentorující i mentees – i taková maličkost jako mentorující usazený/usazená v křesle a mentee na židli může vyjadřovat či utvrzovat jistou mocenskou nerovnováhu, i když to tak vůbec nemusí být myšleno. Pro někoho může být nepříjemné sedět přímo proti sobě, proto je vhodný např. konferenční stůl. Nejen pro odkládání bloků či hrnku, ale i pro „krytí“ spodní části těla. Někdy může být dobré sedět i v menším úhlu než 180 stupňů, přímý pohled po dlouhou dobu může zpočátku některé osoby znervózňovat. Ideální je dát mentee/mu při vstupu možnost výběru konkrétního místa. I práce s časem by měla být explicitní – na začátku setkání je žádoucí uvést, kolik času je na setkání vyhrazeno. Dává to oběma stranám jasný a bezpečný rámec. V pozdějších fázích setkávání tyto okolnosti mohou ztrácet na významu, avšak především na začátku spolupráce mohou navázání vztahu podpořit či právě naopak.

8. FÁZE MENTORINGU A HLAVNÍ ZÁSADY MENTORINGOVÉ KOMUNIKACE

Mentoringový vztah má několik fází a zejména na počátku je cílem vzájemné poznání se a vyjasnění potřeb (viz dále, tzv. zakázka) mentee/ho a toho, co mentor/ka může v tomto směru nabídnout.

HLEDÁNÍ MENTORUJÍCÍCH V PÁROVÉM MENTORINGU

Klíčovým bodem v párovém mentoringu může být, aby si obě osoby „sedly“. To lze samozřejmě jen těžko predikovat a současně jedna osoba dokáže sotva naplnit všechny potřeby mentee/ho. Je tedy možné:

- *spolupracovat paralelně s vícero osobami podle jejich specializace, zaměření či zkušeností,*
- *oslovit externí osobu mimo instituci nebo okruh mentorujících s nabídkou možnosti podílet se na mentoringu. Mentees někdy sami přijdou se zájmem o mentoring ze strany určitého odborníka nebo odbornice, jen si je netroufají oslovit. Mentoringový program může v tomto směru být příležitostí, jak touto cestou „získat“ další potenciálně výborné mentory a mentorky.*

Obecně můžeme rozlišit několik základních fází mentoringového vztahu (Šimková a kol., 2020):

- **iniciace** – založení a postupné budování vztahu důvěry mezi mentorující/m a mentee/m,
- **kultivace** – prohlubování vztahu a podpora rodících se nových dovedností mentee/ho,
- **separace** – postupné směřování k ukončení vztahu, pakliže již naplnil své cíle,
- **nové vymezení vztahů** – i po skončení mentoringu bývají mentorující a mentees v neformálním kontaktu, není to nezbytné, ale je to možné.

V rámci jednotlivých návazných setkání je možné kontinuálně odlišit tyto fáze (tamtéž), které se však částečně překrývají:

- **vyjasnění a vyjednání dohody** – formalizované či jen ústní (shrnutí hlavních bodů je žádoucí „kotvit“),
- **identifikace cílů mentoringu,**
- **získávání a utváření nových pohledů a kompetencí,**
- **podpora na cestě a při nabývání nových poznatků,**
- **reflexe.**

Těmto fázím mentoringového vztahu odpovídá i styl komunikace. Komunikace v mentoringu se ve všech těchto fázích (cíleně viz kapitoly 2 a 3) opírá o:

- základní zásady, které jsou běžně respektovány v **pomáhajících profesích** či ve vedení poradenského nebo terapeutického rozhovoru, včetně některých technik a metod, kam patří i tzv. aktivní naslouchání či krizová intervence. Lze se s nimi

setkat prakticky v každé publikaci, která se pomáhajícím profesím věnuje, včetně lékařské psychologie,

- techniky a metody, které jsou cíleně užívány v **mentoringu a koučinku**. Ty tvoří, z tohoto úhlu pohledu, určitou nadstavbu.

Zásadám mentoringové komunikace se budeme do hloubky věnovat i v dalších kapitolách této metodiky, zde na úvod tedy pouze elementární shrnutí principů, jimž je žádoucí věnovat pozornost, aby komunikace mezi mentorující/m a mentee/m probíhala bezpečně a vedla k vytvoření profesionálního vztahu založeného na respektu a důvěře.

Je zapotřebí mít na paměti, že **komunikace** je **soubor dovedností**, které je nutné rozvíjet a prakticky „nacvičovat“. Ani toto stručné repetitorium mentoringové komunikace tak nemůže vést k jejich **osvojení**, je spíše podnětem pro další rozvoj a nácvik. Ideální je absolvování např. kurzu krizové intervence či vedení poradenského pohovoru, zejména pokud mentorující nemá v této oblasti dosavadní zkušenosti anebo má a chce si je prohloubit v bezpečném prostředí na modelových situacích. Odbornost v určité medicínské specializaci a lékařské komunikaci s sebou nemusí automaticky nést i znalost pravidel mentoringu – nedostatečná výuka komunikace s pacienty a pacientkami (a nejen jimi) či praktické lékařské psychologie během studia medicíny proto bývá v této souvislosti právem kritizována.

Pokusme se tedy vymezit některá **základní pravidla**, která by měli mentorující respektovat. Jednodušší je vždy začít tím, čemu se vyvarovat, a teprve potom se zaměřit na dobré praxe a postupy, jelikož jejich osvojení už bývá náročnější.

Co v mentoringu **nedělat**:

- * nikdy danou situaci nijak **nebagatelizovat**, **nesnižovat**, nehodnotit, co osoba měla nebo neměla udělat atd.,
- * **nechlácholit** („*To bude dobré, to přejde.*“),
- * **nebrzdit emoce**,
- * **nehodnotit druhého člověka**, neupozorňovat na chyby, nekritizovat, že třeba neřešil situaci hned či dříve,
- * **nevyslýchat**, „**netlačit na pilu**“ (respektovat situaci a tempo druhé/ho),
- * **nedávat rady** (spíše pomáhat hledat řešení – když k tomu situace dospěje),
- * **nedělat rozhodnutí za druhé**,
- * neapelovat na **rozum** ve chvíli zvýšené citlivosti nebo rozrušení,
- * nehledat nebo nepotvrzovat „**vinu**“ na straně dotčené osoby („*A proč jste tam chodil/a? To se pak nedivte...*“),
- * vyvarovat se nejružnějších předpojatostí a stereotypů („*Nebrečte jako malé dítě! Něco vydržíte, jste přece chlap!*“).

EMOCE V MENTORINGOVÉM ROZHOVORU

Během mentoringového rozhovoru a vztahu se jistě na straně mentees setkáte s řadou emocí, radostných i smutných, tzv. stenických (aktivizujících, mobilizujících) i astenických (zpomalujících, inhibujících). Všechny emoce jsou na místě! Zejména hněv či pláč v nás mohou vyvolávat obavy, pokud na ně v profesním vztahu nejsme zvyklí. Důležité je nechat emoce bezpečně proběhnout, nebrzdit je, ale naopak umožnit mentee/mu, aby je svobodně a aktivně vyjádřil/a bez pocitu (následného) studu. Normalizujte emoce, které mentees prožívají.

Co nejen v mentoringu naopak respektovat a aktivně prosazovat:

- zajistit **bezpečný prostor** pro vyjádření emocí (vhodné místo, klid, soukromí, kdy nikdo další neposlouchá),
- „**být plně přítomen/přítomna**“, neřešit v danou dobu jinou práci, telefony apod. („Jsem tu s vámi, pro vás.“),
- vyjádřit **podporu** dané osobě, být jí **oporou** (ocenit, že danou situaci řeší, i když je to obtížné, domluvit se na očekávání – jak se bude dále postupovat),
- projevit empatii, **snažit se do situace vcítit** (tj. vyjadřovat porozumění obtížnosti hledání slov, pláči či jiným emocím, které se objevují),
- **nebát se projevů emocí** (strach, pláč, slovní agresivita), nechat je bezpečně proběhnout, nebrzdit je,
- **nehodnotit emoce**, všechny emoce jsou oprávněné, každý člověk má právo se nějak cítit,
- následovat **tempo dané osoby** (nespěchat, „jít podél“, případně krok za danou osobou),
- **netlačit** na danou osobu, nenutit ji do popisu podrobností, pokud toho ještě není schopna, nechat proběhnout emoce se situací spojené,
- **aktivně naslouchat** (tj. klást doplňující otázky – pokud k tomu situace dozrála, opakovat hlavní skutečnosti, sumarizovat to podstatné),
- **nabízet pomoc** („Mohl/a bych vám v tom nějak pomoci?“),
- snažit se **pochopit** význam situace pro danou osobu,
- zaměřovat se nejen na **verbální**, ale i **neverbální signály** (ne vždy je daná osoba schopna o situaci hned hovořit).

TICHO V MENTORINGOVÉM ROZHOVORU

Tzv. ticho nemusí být nutně na škodu! Pokud vnímáte, že mentee o něčem přemýšlí, pak je dobré ponechat mu či jí tento prostor a velmi často stačí jen – v souladu s technikami aktivního naslouchání – pojmenovat, co vidíte. Např. „Vidím, že o něčem přemýšlíte.“ Mentee pak již na takovouto větu zpravidla sám či sama naváže a pojmenuje, o čem přemýšlí.

Řada mentorů a mentorek může mít zpočátku pocit **nedostatečné kompetence** právě pro tuto činnost. Byť se jedná o významné odborníky a odbornice s řadou zkušeností v akademické i výzkumné oblasti, kteří i ve svém osobním životě už zažili mnohé, v oblasti mentoringu se mohou podceňovat. Zaznívají výroky typu: „Koho já můžu mentorovat, vždyť já sám/sama bych potřeboval/a v mnohém poradit...“ apod.

Tyto pochybnosti jsou poměrně běžné. Pomáhá jednak dále na sobě „pracovat“ (tj. rozvíjet se právě v oblasti mentoringu a komunikace) a současně si uvědomit nabyté zkušenosti včetně toho, že mentor/ka není „všeználek“, ale člověk, který má co sdílet a nabídnout – a koneckonců i získat. Cílem mentoringu v posledku není rada, ale právě **podpora a sdílení**. Už to, že má mentee možnost pojmenovat svoji situaci či vnímanou obtíž a sdělit ji druhé osobě, které důvěřuje (a která dané prostředí zná), je zdrojem obrovské pomoci a podpory. Každý z nás možná zažil situaci, kdy jsme překvapeni tím, jak něco vyzní, když to sami říkáme – že naše myšlení není zcela v souladu s tím, co řekneme. A to je podnětem pro uvědomění si, reflexi a posun. Je to často onen „**aha moment**“, kdy si člověk řekne: *„Nikdy mě nenapadlo o tom takhle uvažovat, ale teď, když to říkám, tak si uvědomuji, že...“*

Aktivní naslouchání a podpora jsou tedy první cestou, jak druhým v rámci mentoringu nejefektivněji pomoci. Rady jsou ošemetné a mohou mentees zavést na cesty, s nimiž se neztotožní, a působit jako „vnější“ a „cizí“ element. V danou chvíli rada sice může pomoci, protože když dané osobě řekneme, co má dělat (bez toho, aby to musela sama v sobě či ve svém okolí hledat), „uleví“ se jí. Brzy se však může ukázat, že taková rada neodpovídala potřebám a situaci daného člověka, protože nebyla v souladu s tím, jak svůj život vnímá a žije právě on.

Neradit je tak základním předpokladem a pravidlem zejména tam, kde neexistují jasné informace, jak postupovat, ale jedná se spíše o otázky a volby životní, či snad můžeme říci existenciální. A i tam, kde existují jasné formulované postupy, je v důsledku individuální volbou mentees, zda je budou respektovat. Mentorující nepřebírá za své mentees odpovědnost, pokud jde o jejich rozhodnutí – to by mohlo v důsledku vést i k jakési pasti bezmoci a vytvoření závislostního vztahu, kdy mentee (nevědomě či vědomě) „čeká“ na to, aby situaci za něj/ni rozhodl někdo jiný.

Je tedy možné a vhodné předestírat **možnosti či varianty**, protože v mnohých subjektivních obtížích máme zúžené zorné pole, vidíme „jen to špatné“, soustředíme se „na problém“ a neuvědomujeme si, že existují i jiné cesty, jak se k situaci postavit, jak ji nahlížet, jak o ní přemýšlet. Takže **rozšiřování perspektivy** je žádoucí, zejména pokud dochází k „tunelovému vidění“ či „cyklení“ a daná osoba se (dlouhodobě) v dané situaci „točí v kruhu“, ale současně je zapotřebí mít na paměti, že žádná z variant nemusí být ta jediná, či dokonce správná, a osobní preference mentorující/ho zdaleka nemusí korespondovat s konečnou volbou mentee/ho. Jinými slovy rolí mentora či mentorky není (a nesmí být) **rozhodovat** za mentee/ho.

GROW MODEL V MENTORINGU

Pokud se zaměříme na speciální komunikační techniky aplikované v mentoringu a zejména koučinku, i když jejich využitelnost je širší, je zapotřebí zmínit tzv. **GROW model**, který si nyní představíme. Je velmi účinný při specifikaci toho, co mentee aktuálně vnímá jako potřebné a jak danou otázku lépe strukturovat, aby vedla k nalezení řešení.

GROW model tedy představuje rámec **strukturování rozhovoru**, zejména tehdy, je-li zaměřen na **řešení určitého problému** (viz Bohoňková, 2022, s. 96–100). Takovýto rozhovor má čtyři základní fáze, kdy každá z nich je spojena s určitou charakteristickou otázkou.

Goal(s)	cíl(e)	Čeho chcete dosáhnout?
Reality	realita, současný stav	Jaká je situace nyní?
Options	možnosti	Jaké existují možnosti?
Will	vůle jednat	Co uděláte?

1. V první fázi (**G**) se ptáme na záměr či cíl, aniž by byl takto ze strany mentee/ho nutně explicitně pojmenován. Jedná se o to, čeho by chtěl/a mentee dosáhnout, co by bylo zapotřebí změnit, co je pro ni/něj důležité a jak by takový pozitivní výsledek měl vypadat – obecně i konkrétně.
2. Následně (**R**) se společně zaměřujeme na vylíčení aktuální situace, existující překážky, popis toho, co funguje a co nikoli nebo co daná osoba v daném směru třeba již vykonala apod. Jde o bližší „průzkum okolností a terénu“ dané situace, která je (mentee/m) vnímána jako problém či výzva.
3. Další fáze (**O**) se orientuje na možnosti řešení situace, nejprve obecné (tedy i ty, které např. nejsou na první pohled zcela reálné) a následně již konkrétní, které se nabízejí, které vidí třeba i další osoba nebo osoby (u skupinového mentoringu), včetně pojmenování zdrojů opory či pomoci.
4. Nakonec (**W**) se zaměřujeme na volbu nejvhodnějšího řešení a možnosti jeho realizace, zcela konkrétně se bavíme o tom, co daná osoba nejen může vykonat, ale skutečně vykoná, včetně např. formy takového jednání či časového rámce. Tato řešení by měla být již zcela konkrétní a dosažitelná, aby bylo možné se k nim vrátit a „zhodnotit“ jejich naplnění.

Toto je samozřejmě „ideální scénář“, který se hodí spíše pro koučink než mentoring, ale může ve spojení s dalšími metodami, zejména aktivním nasloucháním, pomoci otevřít komunikační prostor a skutečně do hloubky a ve všech souvislostech hovořit o určité situaci, která je ze strany mentee/ho považována za problematickou či náročnou.

Mentoring se velmi často zaměřuje na velmi **komplexní otázky a situace**, které lze i pomocí modelu GROW lépe strukturovat a rámovat, přesto je hledání vhodných

řešení často dlouhodobější než v případě koučinku. Anebo je žádoucí danou situaci rozčlenit na určité části, etapy apod., aby byl „terén“ pro obě strany schůdnější.

Navíc je třeba respektovat i to, že určitá situace může mít jasné řešení, ale nejsou vytvořeny podmínky pro jeho naplnění. Tyto „překážky“ se pak mohou stát tématem pro dílčí setkání, rozhovory či jednotlivé otázky. I zde však platí, že rozhodnutí je v kompetenci a odpovědnosti mentees, cílem nikdy není přejímání odpovědnosti, jelikož takové kroky mohou snadno „sklouznout“ k prvkům kontroly či moci.

9. MENTORINGOVÁ ZAKÁZKA A JEJÍ VYJASNĚNÍ

Zakázka je snad trochu (v pomáhajících profesích) neobvyklý, až trzně znějící termín, který samozřejmě nepoužíváme ve vztahu k mentee/mu, ale představuje jednu z klíčových fází celého mentoringového procesu. Tento termín se v pomáhajících profesích používá zejména v souvislosti s tzv. systemickým přístupem (nejen k teoretickému ukotvení (genderově senzitivního) mentoringu viz závěrečná kapitola), ale jednoduše řečeno označuje to, s čím mentee přichází a co chce a potřebuje s mentorem či mentorkou řešit.

Zní to poměrně jasně, ale **specifikace zakázky** může být a bývá dlouhodobější proces, a to hned z řady důvodů. Zakázka totiž může být:

- **vyřčená (explicitní, formulovaná)** nebo **nevyřčená (implicitní)** – někdy nemusí mentee zejména na začátku vztahu cítit dostatečnou důvěru, aby sdílel/a vše, co se dané zakázky týká, ať vědomě, či nevědomě. Zakázka tak může být jasně vyřčena a pojmenována (explicitní), ale také nikoliv (implicitní). Pak přichází role mentora či mentorky, aby kladli vhodné otázky,
- **reálná** nebo **zástupná** – v některých situacích může být pro mentees náročné pojmenovat danou situaci (reálná zakázka), proto minimálně v úvodní fázi vztahu volí zakázku „zástupnou“ či obecněji formulovanou apod.,
- **prioritní (primární)** nebo **následná (sekundární)** – mentees často uvádí řadu situací, otázek, obtíží, které si vyžadují více pozornosti a společného rozhovoru. Je proto nezbytné je selektovat s ohledem na to, které jsou pro mentee/ho aktuálně prioritní, s tím, že jejich pořadí se může v čase měnit,
- **hlavní** nebo **odvozená** – toto dělení je podobné výše uvedenému s tím rozdílem, že obě zakázky jsou součástí jedné širší „linie“. Např. jak sladit výkon lékařské profese s péčí o malé dítě, se „štěpí“ do řady velmi konkrétních obtíží, s nimiž se mentee může potýkat a potřebuje je sdílet a získat k nim od mentorky či mentora zpětnou vazbu,
- **momentální** nebo **dlouhodobá** – mentees někdy přichází s naléhavým „pocitem“ či událostí, o kterých potřebují hovořit. Často se jedná o krátkodobou zakázku, která je dána situačním kontextem (momentální přetížení, únava, konflikt apod.) a stojí jaksí „mimo“ to, čemu se v mentoringu běžně věnujeme. Aktuálně má však vysokou prioritu a emoční doprovod,

- **homogenní** nebo **heterogenní** (rozdílná, nehomogenní) – zakázka mentee/ho může být zřetelně ohraničená, ucelená a týkat se jedné poměrně jasné linie, např. jak zvládnout první zaměstnání v nemocenském zařízení v pozici absolventa či absolventky medicíny. Často se však jedná o řadu dílčích témat, která jsou pro mentees důležitá, ale nemusí mít takto jednotnou strukturu či vazbu,
- **přesně** nebo **nepřesně formulovaná** – každý z nás formuluje svoje sdělení s ohledem na situaci, emoční stav a individuální kognitivní a vyjadřovací schopnosti. Může se tedy stát, že zakázka není formulována jednoznačně, může být i nepřesná. I zde, jako ve všech výše uvedených případech, přichází role mentora či mentorky, aby vhodně formulovanými dotazy (viz zejména druhá a třetí kapitola tohoto textu) přispěli k vyjasnění toho, s čím mentee přichází a co potřebuje.

Vyjasnění zakázky je tedy třeba věnovat pozornost, protože její nenaplnění může snadno vést k pocitům nespokojenosti, frustrace či **nenaplněným očekáváním**, až zklamání na jedné či obou stranách mentoringového vztahu. K zakázce je tedy třeba průběžně se vracet, znovu ji otevírat a pojmenovávat a současně počítat s tím, že se její vymezení může měnit, posouvat či ještě lépe řečeno **vyvíjet**, stejně jako se vyvíjí život každé/ho z nás. Zakázka, která je předmětem dlouhodobějšího mentoringového vztahu tedy není nutně stabilní, její konkrétní obsah či zaměření se může měnit.

PŘÍKLAD

Mentee přichází s pocity nespokojenosti v zaměstnání, avšak po jejich rozklíčování se může ukázat, že je tato nespokojenost způsobena řadou faktorů, které by si zasloužily bližší „prozkoumání“ a pozornost. Je tedy logické, když se jednotlivá setkání zaměří na různé otázky spojené s tímto subjektivním pocitem. Setkáváme se tak s určitou „hlavní“ zakázkou, která má mnoho podzakázek. Stejně tak se během mentoringu může např. stát, že lékař/ka změní zaměstnání a výzvou (zakázkou) bude zcela nová situace a to, jak se uplatnit a zorientovat na novém pracovišti. Je tedy logické, že dojde k přeformulování zakázky a následující setkání se budou zaměřovat spíše na tuto oblast.

V případě nejistoty je zcela na místě **ujišťovat se** dodatečnými otázkami, zda se v rámci mentoringu věnujete tomu, co mentee primárně v danou dobu hledá. I to je dobré „dávkovat“, aby na straně mentee/ho nevznikal pocit nejistoty ohledně kompetence mentora či mentorky. I proto je důležité na začátku mentoringu vymezit vzájemné potřeby a také kompetence, tj. v čem může být mentor/ka primární pomocí a v čem může pomoci spíše nepřímo, sdílením.

Předpokladem funkčního mentoringu je tedy **otevřený vztah**, ve kterém se mentee cítí **bezpečně**. Jen tehdy nebude mít obavy pojmenovávat opravdu otevřeně svoje potřeby. Jinak hrozí, že ona „zakázka“ nebude zcela vyjasněna nebo že mentee bude některé otázky skrývat a zakázka tak bude spíše zástupná.

Otevřenost je důležitá i proto, že zakázka nemusí být zpočátku **plně reflektována**. Mentee může přicházet s nejasnými pocity vyvolávajícími nespokojenost, a pak je

právě úvodním cílem mentoringu tyto pocity blíže pojmenovat. Stejně jako v medicíně je pak třeba hledat zdroj či příčinu takových pocitů, což vede právě k pojmenování zakázky.

Když máme během mentoringu pocit, že zakázka je **nejasná**, což se může stát, je určitě dobré i ze zakázky udělat dočasně zakázku, tj. ptát se různými způsoby, s čím mentee přichází a v čem by mu/jí měl a mohl mentoring pomoci.

MAGICKÁ OTÁZKA

Víte, co je tzv. magická nebo kouzelná otázka, která se používá nejen v pomáhajících profesích a poradenství? Určitě ji znáte odjinud, může znít třeba takto: „Kdyby ses zítra probudil/a a všechno by bylo, jak má být, jak by to vypadalo?“ Anebo např. „Jak by podle vás vypadalo ideální řešení takové situace?“ Formulace má směřovat k jakémusi ideálnímu stavu v kontextu dané situace. Lze tak velmi snadno získat od mentee/ho (i jiné osoby) jeho/její představu o tom, co by se mělo dít nebo jak by měl vypadat cílový stav. Od toho se potom lze velmi dobře „odpíchnout“ při hledání řešení, která jsou (na rozdíl od některých ideálních) současně realistická.

Současně jako mentoři a mentorky nemějte špatné pocity, pokud se občas od zakázky odchýlíte a hovoříte s mentee/m o něčem jiném, co se ukazuje jako **aktuálně důležité**. I mentoringové setkání se odehrává v určitý domluvený čas a může se stát, že mentee přichází v rozpoležení či v situaci, která momentálně nedává možnost plně se soustředit na to, co je obsahem domluvené zakázky. I to do mentoringu patří, právě tato otevřenost věnovat se tomu, s čím mentee přichází. Samozřejmě to může přesahovat naše „oborové zázemí“, ale **podpora** je to nejpodstatnější, co má mentoring poskytovat. **Zajímat se, správně se ptát, reflektovat a kotvit** to podstatné, to jsou bazální základy mentoringového rozhovoru bez ohledu na jeho konkrétní obsah.

Zakázka by neměla být železnou koulí u nohy, která v mentoringovém vztahu svazuje, ale naopak vyjádřením **smyslu a cíle** setkávání. Mentorující by měl/a reflektovat tempo a naladění mentee/ho. Jistě se mohou objevit situace, kdy není dost dobře možné nevěnovat se tomu, co mentee aktuálně prožívá. Aktuální a dočasnou či opravdu jednorázovou zakázkou tak může být právě to, jak se mentee aktuálně cítí, a podpora v psychicky náročné situaci.

10. JAK NASTAVIT MENTORINGOVÝ PROGRAM

Jak tedy reflektovat vše či většinu výše uvedeného v nastavení mentoringového programu? To je jistě „běh na dlouhou trať“ a je zapotřebí se k „pravidlům“ mentoringu vracet a vylepšovat je – ale pokusme se v závěrečné části této kapitoly sumarizovat to podstatné, co by mělo být z organizačního hlediska zajištěno. Nastavení konkrétního mentoringového programu je determinováno jeho plánovanými cíli a formátem. Jinak tedy bude probíhat příprava mentoringu párového a jinak např. skupinového.

Skupinový mentoring je vhodný zejména tam, kde lze očekávat obdobné situace, které mentees řeší, a je možné oslovit je takto společně. Skupinový mentoring může být uskutečněn i ve vazbě na určité sdílené téma nebo být spojen s hostem či hostkou, kteří jsou do programu přizváni, aby sdíleli svoje zkušenosti a odpovídali primárně na otázky mentees. Skupinový mentoring je vhodný i tam, kde se jedná o ucelenou skupinu či tým, který je v podobné profesní fázi (např. mladí lékaři a lékařky), nebo zúčastněné spojuje jiná charakteristika (např. i míra znevýhodnění) a skupinová dynamika setkávání je vhodná pro sdílení a/nebo další rozvoj vztahů. I zde je však třeba dbát na podporu bezpečného prostředí, které je podmínkou ochoty sdílet osobní zkušenosti a názory.

Párový mentoring je naproti tomu více adresný a „šitý na míru“ dané/ho mentee/ho. Vytváří ideální prostor pro spolupráci mentora/mentorky a mentee/ho např. ze stejného (zde lékařského) oboru anebo zabývajících se intenzivně určitými specifickými otázkami (např. sladování osobního a pracovního života, spojení profese a péče, nároky spojené s výkonem určité lékařské specializace, podpora a rozvoj vědecké činnosti, specifické odborné či etické otázky a dilemata apod.).

V našem mentoringovém programu usilujeme o **paralelní** realizaci obou forem, kdy mají mentees možnost mít „svého“ mentora / „svoji“ mentorku (mentorujících může být i více) a současně se občas setkávat společně s ostatními mentees a diskutovat nad určitým tématem nebo s určitým hostem či hostkou.

Při nastavování mentoringového programu lze obecně **postupovat** například takto (jedná se o základní kroky, které jsme realizovali a realizujeme my v našem mentoringovém programu, který je součástí projektu Kultimed):

1. Iniciativa, zájem či nápad na realizaci mentoringového programu.
2. Zjištění, diskuse a ukotvení hlavních možností, cílů a formátů mentoringu s ohledem na praktické potřeby a možnosti.
3. Příprava základních informačních materiálů (informace o mentoringu, pravidla mentoringu, vzor dohody o mentoringu, etický kodex apod.).
4. Oslovení potenciálních mentorujících – je možné postupovat cestou „sněhové koule“, tj. oslovit nejprve doporučené kandidáty a kandidátky a s jejich pomocí oslovovat další osoby. Případně je možné hledat za pomoci inzerce apod., pak

je zapotřebí jasně specifikovat základní charakteristiky a požadavky na mentory a mentorky.

5. Příprava profilů mentorek a mentorů na základě jimi poskytnutých informací. Je možné využít stručný dotazník nebo požádat mentorující o zpracování profilu v rozsahu cca jedné strany A4, i když s ohledem na vytížení mentorů a mentorek je vhodnější, pokud alespoň návrh medailonku zpracuje koordinační tým.
6. Oslovování potenciálních mentees může probíhat adresně, má-li být mentoring zaměřen úžeji, nebo rovněž plošně s využitím sociálních sítí, proaktivního oslovování či inzerce apod. Současně je zapotřebí zvážit kapacity, tj. aby počet přihlášených nepřevyšoval počet a kapacity mentorek a mentorů.
7. Informační schůzky potenciálních mentees a mentorujících s koordinátory programu s cílem vyjasnit si možnosti, které program nabízí, a nároky, které program vyžaduje. Na základě těchto schůzek koordinátor/ka sestaví stručné profily mentorujících a mentees. Informace z těchto profilů následně použije pro výběr vhodné/ho mentorky/mentora pro jednotlivé mentees.
8. Proškolení mentorujících v hlavních oblastech mentoringu a mentoringové komunikace s ohledem na časovou vytíženost realizovat spíše průběžně, opakovaně či na individuální vyžádání a v dostupném formátu (včetně online).
9. Zahájení mentoringu – skupinového či párového. Párovému předchází propojení konkrétních mentees a mentorujících na základě informací v profilu mentora či mentorky a potřeb na straně mentees.
10. Probíhající mentoringová setkání, organizační podpora mentoringových dvojic v případě potřeby a podpora mentoringových týmů při přípravě skupinových setkání.
11. Průběžné informování v otázkách, jako je nabídka aktuálních otevřených setkání, možností supervize, vzdělávání a dalšího rozvoje apod.
12. Získávání zpětné vazby od účastníků a účastnic programu ke všem probíhajícím fázím (min. dvakrát za mentoringový cyklus – jedenkrát krátce po navázání mentoringového vztahu, jedenkrát na konci mentoringového cyklu), vyhodnocování informací, návrhy na vylepšení, jejich diskutování v týmu, který mentoring organizuje, a následná implementace.
13. Integrovaní získaných poznatků z pilotního/proběhlého běhu mentoringu do dalšího „ročníku“.

Mentoring je „živý organismus“ a jako takový potřebuje čas, aby se „usadil“, a koordinační podporu, aby mohl úspěšně fungovat.

PRAKTICKÉ TIPY

Buďte **participativní**, ptejte se vašich mentees a mentorujících, co by uvítali, co by potřebovali, jaké jsou jejich preference a možnosti. Nepředpokládejte, že víte, ověřujte si svoje návrhy s těmi, pro koho jsou určeny.

Zajistěte **organizační podporu** pro mentees i mentorující, zejména ve fázi nastavení a „rozběhnutí“, včetně přípravy pravidel, návrhů dohod apod. Je zapotřebí počítat

s časovým vytížením osoby (nebo osob), která bude mít koordinaci a organizaci programu na starosti.

KOLIK ČASU JE ZAPOTŘEBÍ NA KOORDINACI

Podle Kateřiny Cidlinské, která má s mentoringovými programy v akademické sféře dlouhodobé zkušenosti a také editovala tento text, dosavadní zkušenosti s univerzitními mentoringy ukazují, že je zapotřebí vyčlenit kapacitu minimálně polovičního úvazku – koordinátorské vytížení je kolísavé, střídají se etapy odpovídající plnému úvazku a „hluché“ etapy (hlavně uprostřed programu, kdy mentoringové dvojice spolupracují samostatně bez potřeby intervenence koordinátorů či koordinátorek).

Podpora mentees

- organizační a informační podpora v mentoringu, zejména při přihlášení a hledání mentorky či mentora,
- kontaktní osoba z týmu pro řešení záležitostí včetně případné nespokojenosti s mentorem či mentorkou.

Podpora mentorů a mentorek

- proškolení a vzdělávání,
- organizační podpora při chodu mentoringu,
- supervize.

Tým či kontaktní osoba má tak funkci organizační, facilitační, podpůrnou a ideálně i vzdělávací a supervizní. Zejména v úvodních fázích, ale i v průběhu je potřebná organizační podpora, nelze očekávat, že mentoring bude běžet „sám“.

11. PROPAGACE A ORGANIZACE NOVĚ ZAKLÁDANÉHO PROGRAMU

V případě, že se jedná o zcela nový mentoringový program, je žádoucí oslovit tzv. **ambasadora** či **ambasadorku**, kteří mohou celý program zaštitit. Zpravidla se jedná o někoho z vedoucích či předních pracovníků či pracovníků, kteří mohou budoucí mentees dostatečně zaujmout a podnítit k tomu, aby se s nabízeným programem seznámili. V tomto směru je možné připravit i propagační materiály či krátké video pro využití na webu a sociálních sítích.

Profil mentora či mentorky může v úvodní fázi budoucím mentees zjednodušit orientaci v tom, co může daná osoba nabídnout. Tento profil by měl shrnovat základní zkušenosti a charakteristiku dané osoby včetně jejího zaměření a preference formy mentoringu.

Dobré je tedy zahrnout do profilu či medailonku zejména toto:

- civilní fotografie,
- jméno,
- vzdělání, zkušenosti, praxe, pozice,
- dovednosti, vlastnosti (ve vztahu k mentoringu),
- typ nabízeného mentoringu: oblast („v čem“) a cílová skupina („pro koho“),
- preferovaný formát (nejen osobně, ale např. i online),
- aktuální možnosti, disponibilita, jak se lze spojit,
- kontaktní údaje,
- odkaz na web, sociální sítě, profesní profily,
- několik slov o sobě, zázemí, motivaci pro mentoring apod.

NECHTE SE INSPIROVAT

Využijte dostupné informace z mentoringových programů, které již probíhají v jiných organizacích. V současnosti již tyto programy nabízí řada vysokých škol a veřejných výzkumných ústavů v ČR, a je tedy možné od nich načerpat inspiraci – ať na základě informací na jejich webech, nebo prostřednictvím navázání spolupráce či konzultování jednotlivých kroků a návrhů.

Z existujících programů na tuzemských vysokých školách a výzkumných ústavech můžeme zmínit např. tyto:

- Univerzita Pardubice: <https://www.upce.cz/mentoring>
- Vysoká škola chemicko-technologická: <https://pkc.vscht.cz/osobni-rozvoj/mentoring>
- Biologické centrum AV ČR: <https://www.bc.cas.cz/zamestnanci/zamestnanci/vzdelavani/mentoring/#anchor>
- Heyrovského institut AV ČR: <https://www.jh-inst.cas.cz/cs/recruitment/mentoring>

Na evropské úrovni je možné využít podpory evropské sítě mentoringových programů ve vědě EUMENT-NET (<https://www.eument-net.eu>).

*Nejen při působení v akademické sféře a na vysokých školách využívejte informace a možnosti setkávání, které organizuje **NKC – gender a věda** (<https://genderaveda.cz>). Na uvedených webových stránkách naleznete řadu konkrétních informací i zkušeností týkajících se mentoringových programů i prosazování bezpečného a inkluzivního prostředí v akademickém prostředí, včetně např. fakultních nemocnic a dalších obdobných zařízení. V sekci publikací (<https://genderaveda.cz/publikace>) naleznete volně ke stažení řadu praktických manuálů a publikací, které se věnují kromě mentoringu např. i následujícím tématům:*

- bezpečné studijní a pracovní prostředí,
- prosazování genderové optiky a rovnosti v instituci,
- genderově senzitivní komunikace,
- gender v obsahu vědy a výzkumu,
- rozvoj talentů a talentek aj.

*Konkrétně pro oblast **medicíny a zdravotnictví** můžeme doporučit informace a výstupy z našeho projektu Kultimed a také Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA):*

- Kultimed: <https://kultimed.soc.cas.cz/cs/mentoring>
- FNUSA: <https://cloud.fnusa.cz/index.php/s/e4o3L3a6S8P6or3> (heslo: annamentoring)

Zejména během skupinových mentoringových aktivit a setkávání je důležité myslet i na zcela praktické souvislosti, a to zejména pokud jde o možnosti efektivního **sladování osobního a pracovního života**. Jedině tak se stává celý program skutečně **dostupným** pro všechny osoby. Patří sem zejména následující:

- Doba konání akcí – ne brzy ráno nebo naopak odpoledne, když probíhá odvážení či vyzvedávání dětí či jiných osob z pečovatelských zařízení.
- Myslete na místo pro hlídání dětí u skupinových akcí.
- Volte ideálně místo, které má příslušné vybavení či infrastrukturu a umístění (všestranná dostupnost a „nízkoprahová“ dostupnost) včetně dopravního spojení či možnosti parkovat.
- Umožněte variantu vzít si dítě s sebou, pokud si samo aspoň trochu vystačí.
- Pokud je to možné, organizujte setkání nejen fyzicky, ale také online, aby se mohly účastnit i osoby, kterým momentální situace neumožňuje zúčastnit se osobně.
- Dělejte pravidelné přestávky, vyhradte na ně v programu čas, aby bylo během pauz možné vyřídit vše aktuálně potřebné.
- Setkání by obecně neměla být příliš dlouhá s ohledem na často omezenou dostupibilitu zúčastněných.

12. CO BY MĚLA OBSAHOVAT DOHODA MEZI MENTEE/M A MENTORUJÍCÍ/M

Nakonec se zastavme u toho, co by měla zahrnovat dohoda o mentoringové spolupráci. Dohoda mezi mentorem či mentorkou na jedné straně a mentee/m na straně druhé tvoří podstatnou součást celého mentoringového procesu, zejména (ale nejen) u párového mentoringu.

Dohodou zde nemíníme nutně smluvní dokument, ale primárně „domluvení se“ (či spíše domlouvání se) na rámci spolupráce a shrnutí hlavních bodů této spolupráce. Je důležité se k této dohodě vracet, různě ji specifikovat a na závěr společně provést reflexi formou vyhodnocení spolupráce. Pro obě zapojené strany to může být v budoucnu přínosné.

Dohoda může mít podobu:

- **formalizovanou** – smlouva/dohoda o mentoringu, dvoustranná (mentorující-mentee), v některých případech i vícestranná, pokud se mentoring odehrává jako oficiálně nabízený program v rámci určité organizace. I naše zkušenosti

ukazují, že přílišná formalizace může být zúčastněnými negativně vnímána, proto i smlouva, je-li tato varianta volena, by měla být stručná a jasná,

- **neformalizovanou** – výsledek ústní dohody, ideální je potvrdit si hlavní body písemně, např. alespoň e-mailem, aby bylo možné vrátit se k původní dohodě a upravit ji v souladu s dalším vývojem a průběhem mentoringových setkání.

Jaké údaje by měla dohoda zahrnovat, zejména formalizovaná:

- údaje o mentorovi/mentorce – jméno, kontakt,
- údaje o mentee/m – jméno, kontakt,
- zadavatel mentoringu (pokud existuje),
- způsob financování mentora/mentorky (pokud je sjednán),
- zacházení s informacemi a závazky stran,
- celkový rozsah a formát setkávání,
- frekvence a časový rozvrh mentoringu,
- cíle mentoringu,
- očekávané výsledky,
- předpokládaný závěr a ukončení mentoringu – může být vymezeno časově anebo splněním určitého cíle,
- závěrečná ustanovení,
- datum a podpisy zúčastněných stran.

Účast v mentoringu by měla být ze strany **mentorujících** spojena s odpovídající finanční odměnou (ať už jako součást mzdy/platu, nebo jako příplatek) a ideálně by měla být i součástí pracovní náplně. Tak jsou vytvořeny předpoklady pro to, aby se mentorky a mentoři mohli mentoringu věnovat skutečně cíleně a profesionálně, včetně přípravy. Pro **mentees** by měl být vstup ideálně bezplatný, aby byl mentoring „nízkoprahový“, tj. dostupný. Současně jako eticky problematické lze nahlížet to, je-li mentoring pro mentees spojen např. s motivačními příspěvky. Mentoring nemusí nutně souviset jen s daným pracovním místem, ale má obecný rozvojový potenciál nad rámec příslušné organizace zaměstnavatele. Je to tedy do určité míry „investice do sebe“.

Mentoring je beze sporu **přínosný pro všechny zúčastněné**, nejen mentees a mentorující, ale i příslušné instituce a celé profesní oblasti, které i tímto způsobem dále kultivuje a rozvíjí. Takže s chutí do toho, přejeme vám mnoho úspěchů!

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- Bohoňková, I. Manažer koučem. *Koučovací přístup při vedení lidí*. Praha: Portál, 2022.
- Brumovská, T., Seidlová Málková, G. *Mentoring. Výchova k profesionálnímu dobrovolnictví*. Praha: Portál, 2010.
- Cidlinská, K., Fucimanová, M. *Mentoring. Kariérní rozvoj začínajících vědkyň a vědců*. Sociologický ústav AV ČR – NKC gender a věda, 2018.
- Lacina, L., Rozmahel, P., Kominácká, J. *Příručka mentoringu. Posilování mentorských kapacit pedagogů*. Brno: Barrister a Principal, 2016.
- Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce. 3. vydání*. Praha: Portál, 2008.
- NKC – gender a věda. Webové stránky dostupné na: <https://genderaveda.cz>.
- Rosenberg, M. B. *Nenásilná komunikace. Řeč života*. Praha: Portál, 2022.
- Šimková, L., Ditrychová, L., Skříčková, Z., Šrámková, P. *Mentoring sociálních pracovníků. Jak na to?* Praha: Profesní komora sociálních pracovníků, 2020.
- Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence. 4. vydání*. Praha: Portál, 2020.
- Vošmik, J. Mentoring? Ano, mentoring! A naše zkušenosti s ním. *Rovné příležitosti v souvislostech* (online), 2/2023. Dostupné na: <https://zpravodaj.genderstudies.cz/mentoring-ano-mentoring-a-nase-zkusenosti-s-nim>.
- Vošmik, J. Úskalí mentoringu – zdaleka nejen ve firemním sektoru a sociální práci. *Rovné příležitosti v souvislostech* (online), 3/2019. Dostupné na: <https://www.feminismus.cz/cz/clanky/uskali-mentoringu-zdaleka-nejen-ve-firemnim-sektoru-a-socialni-praci>.
- Vošmik, J. Materiály, texty a prezentace zpracované v rámci organizace Gender Studies, o.p.s. (dosud nepublikováno).
- Vybíral, Z. *Psychologie komunikace. 2. vydání*. Praha: Portál, 2009.
- Vymětal, J. *Lékařská psychologie. 3. vydání*. Praha: Portál, 2003.
- Wagnerová, I. a kol. *Psychologie práce a organizace. Nové poznatky*. Praha: Grada Publishing, 2011.

II. SPECIFIKA MENTORINGU V MEDICÍNĚ

*Barbora East, Šárka Tomová, Markéta Bloomfield,
Dana Sochorová, Filip Jakubov, Martin Zielina*

ÚVOD

Mentori a mentorky zastávají v medicíně **několik klíčových rolí**, které se vzájemně prolínají a doplňují. Jejich působení významně ovlivňuje nejen profesní rozvoj mentees, ale často i jejich osobnostní růst a celkový přístup k medicíně. Porozumění těmto rolím a jejich efektivní naplňování tvoří základ úspěšného mentoringu.

Mentoring v medicíně představuje zásadní nástroj pro předávání **odborných znalostí, praktických dovedností i profesních hodnot**. Na rozdíl od přímých nadřízených, jejichž role spočívá v řízení pracovních povinností a hodnocení výkonu, mentori a mentorky poskytují podporu, sdílejí zkušenosti a pomáhají s profesním rozvojem. Medicína je specifická svou **náročností, vysokou mírou odpovědnosti a hierarchickou strukturou**, která často postrádá prostor pro flexibilitu. Pevně stanovené pracovní rozvrhy a nutnost zajišťovat nepřetržitou péči o pacienty a pacientky mohou vytvářet prostředí, kde je prostor pro individuální růst limitovaný. Právě zde hraje mentoring klíčovou roli – poskytuje bezpečný prostor pro odborný i osobnostní rozvoj, zlepšení klinického úsudku a budování sebevědomí.

Mentor/ka není přímým nadřízeným, ale spíše průvodcem, který pomáhá orientovat se v profesních výzvách, poskytuje zpětnou vazbu a podporuje kritické myšlení. Díky tomu mohou mladší lékaři a lékařky lépe zvládat komplexní situace, posilovat svou odpovědnost a empatii a postupně se připravovat na vyšší úroveň odbornosti a samostatnosti.

Nízká flexibilita zdravotnického prostředí zvláště znevýhodňuje **ženy/pečovatelky**, které často balancují mezi pracovními a rodinnými povinnostmi. Tyto systémové překážky mohou zpomalovat jejich profesní růst a přispívat k jejich nižšímu zastoupení ve vedoucích pozicích. Role mentorujících je i v tomto kontextu klíčová – **pomáhají identifikovat způsoby, jak překonat strukturální bariéry, podporují kariérní ambice a poskytují oporu při řešení dilemat spojených s rodinným životem**.

Cílem této kapitoly je objasnit význam mentoringu v medicíně včetně jeho konkrétních přínosů a možných výzev. Zvláštní pozornost bude věnována tomu, jak mentoring může přispět ke **snižování nerovností** a vytvořit podpůrné prostředí pro profesní růst všech jednotlivců bez ohledu na jejich pohlaví, věk nebo životní situaci.

1. ZÁKLADNÍ ROLE MENTORUJÍCÍCH

PRŮVODCE: Navigace v komplexním světě medicíny

Mentorující pomáhají mentees **orientovat se** v často složitém a hierarchicky organizovaném prostředí zdravotnictví. Na rozdíl od školitelů a školitelek, kteří primárně dohlíží na plnění vzdělávacích a profesních požadavků, mentoři a mentorky slouží jako průvodci poskytující podporu na základě vlastních zkušeností. Pomáhají mentees zvládat náročné klinické situace, rozhodovat se mezi specializacemi a plánovat dlouhodobé kariérní cíle.

Jejich role zahrnuje jak teoretickou podporu, tak praktické vedení v klinické praxi. Protože se medicína vyvíjí enormní rychlostí, mentorující musí být nejen odborně zdatní, ale také otevření novým postupům a přístupům. Nejde jen o to, „co“ by měli vědět, ale také „jak“ se dále efektivně vzdělávat a rozvíjet.

Mentoring zároveň poskytuje cennou **zpětnou vazbu**, která mentees pomáhá reflektovat vlastní pokrok a identifikovat oblasti ke zlepšení. Na rozdíl od formálního hodnocení v rámci postgraduálního vzdělávání bere tato evaluace v úvahu individualitu každé/ho mentee/ho, jejich profesní ambice i osobní životní okolnosti. Díky tomu mohou mentorující a mentees společně plánovat další kroky vedoucí k profesnímu růstu a spokojenosti.

VZOR: Inspirace a profesionalita

Mentorující představují živý **příklad** profesionality, etického a lidského přístupu k pacientům/pacientkám i kolegům/kolegyním. Jejich chování a přístup mohou být pro mentees zásadní inspirací, zejména v náročných situacích, jako jsou stresové momenty, první profesní chyby či etická dilemata. Pozitivní vzor mentorujících motivuje mentees k dosažení nejvyšších standardů péče a zároveň je vede k tomu, aby si zachovali pokoru a empatii. Mentorující mohou představovat morální **kotvu a kompas** k dosažení nejvyšší možné profesní excelence. Zároveň vytvářejí respektující a psychologicky bezpečné prostředí, kde se mentee může svobodně vyjadřovat, klást otázky a hodnotit případná pochybení beze strachu z odsuzování či jiné negativní reakce ze strany mentorujícího.

PODPORA: Psychická opora a zdroj konstruktivní zpětné vazby

Jedním z nejdůležitějších úkolů mentorujících je poskytovat mentees psychickou **podporu**. Medicína je obor plný stresu, nejistot a neúspěchů, které mohou ohrozit nejen profesní sebevědomí začínajících lékařů a lékařek, ale i jejich duševní zdraví. Mentorující vytvářejí bezpečné prostředí, kde se mentees mohou otevřeně podělit o své obavy a nejistoty. Kromě toho hrají klíčovou roli v prevenci syndromu vyhoření – pomáhají mentees lépe zvládat stres, nastavovat zdravé hranice mezi prací a osobním životem a rozvíjet strategie pro dlouhodobé udržení psychické pohody.

Zároveň nabízejí konstruktivní zpětnou vazbu, která podporuje růst a buduje sebedůvěru.

2. FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ MENTORING

Mentoring v medicíně může mít dvě podoby (viz také výše) – **formální a neformální**. Formální mentoring probíhá v rámci vzdělávacích programů s jasně definovanými cíli, rolí a časovým rámcem. Naproti tomu neformální mentoring často vzniká přirozeně v pracovním kolektivu a je založen na vzájemné důvěře a spontánním sdílení zkušeností. Oba přístupy mají své výhody a mohou se vzájemně doplňovat. Klíčem k úspěchu však vždy zůstává **otevřená komunikace, důvěra a ochota** obou stran učit se a rozvíjet. Neplatí vždy, že by jeden či jedna mentee mohl/a mít jen jednoho mentora či mentorku a jeden mentor či mentorka jen jednoho menteeho či jednu mentee. Naopak je velmi běžné, zejména v neformálním mentoringu, mít mentorujících mnoho a být současně v roli mentee/ho i mentora/mentorky. Vzhledem k tomu, že prostředí medicíny je mimořádně **komplexní** a jednotliví mentorující mohou mít zkušenosti pouze v určitých oblastech, představuje zapojení více mentorů a mentorek s různorodými profesními a životními zkušenostmi významnou výhodu, neboť společně pokrývají širší spektrum témat a potřeb svých mentees. Navíc je přirozené, že v průběhu profesního vývoje dochází ke **změně** mentorujících, aby lépe odpovídali aktuálním cílům a etapám rozvoje mentee/ho.

MENTORING JAKO MNOHOVRSTEVNATÝ PROCES

Mentoring v medicíně je složitý a **mnohvrstevnatý proces**, který vyžaduje nejen **odbornost**, ale také **empatii** a schopnost identifikovat potenciál mentees a přizpůsobit mentoring jejich individuálním potřebám. Mentorující jsou nejen průvodci, vzory a oporou, ale také **katalyzátory vývoje** – pomáhají mentees překonávat překážky, nacházet vlastní cestu a dosahovat profesního i osobního naplnění.

Role mentorujících v medicínském prostředí je multidimenzionální a vyžaduje komplexní přístup.

DŮLEŽITÉ

Protože pacienti a pacientky jsou přímou součástí vzdělávacího procesu, je nezbytné zajistit, aby byla vždy respektována jejich práva, soukromí a důstojnost.

Efektivní mentorující musí umět flexibilně přecházet mezi různými rolími podle aktuálních potřeb mentees. Klíčem k úspěchu je **autenticita, profesionalita a skutečný zájem** o rozvoj svěřeného kolegy či kolegyně.

Ačkoli vzdělávací systém stanovuje jasné hranice, standardy a rozsah znalostí a dovedností, které by měl každý lékař a lékařka ovládat, jednotliví mentees disponují různými jedinečnými přednostmi a talenty, s nimiž je třeba dále pracovat. Jedním

z klíčových cílů mentoringu je tyto individuální přednosti společně identifikovat a nalézt způsoby, jak jim v pracovním prostředí poskytnout prostor pro rozvoj a uplatnění, aby lékařky a lékaři plně využívali svůj potenciál. **Rozmanité složení pracovního kolektivu** navíc představuje pro pracoviště zásadní přínos a vytváří kreativní prostor pro růst jednotlivých lékařů a lékařek i týmu jako celku.

PRAKTICKÁ DOPORUČENÍ PRO MENTORKY A MENTORY

- *Pravidelně reflektujte své působení v jednotlivých rolích.*
- *Přizpůsobte svůj přístup individuálním potřebám mentees.*
- *Rozvíjejte vlastní kompetence v oblasti mentoringu.*
- *Udržujte profesionální hranice při zachování lidského přístupu.*
- *Budujte dlouhodobý vztah založený na důvěře a vzájemném respektu.*
- *Myslete na svou vlastní psychohygienu.*
- *Nebojte se i vy poradit s někým dalším, buďte v kontaktu s dalšími mentorujícími.*
- *Respektujte své mentees, kteří často v rámci mentoringu přicházejí s citlivými tématy.*
- *Sdílení zkušeností mezi mentorujícími by nemělo ohrozit vztah důvěry mezi mentorujícími a mentees.*

3. SPECIFICKÉ DOVEDNOSTI POTŘEBNÉ V MEDICÍNSKÉM PROSTŘEDÍ

Mentorující v medicíně podporují mentees ve všech fázích profesního růstu a pomáhají jim rozvíjet nejen odborné, ale i osobní a mezioborové kompetence. Dovednosti, které si mentees během mentoringu osvojí, tvoří základ jejich **odborné identity** a schopnosti se orientovat v náročném a mnohdy nepřehledném lékařském prostředí.

PŘEDÁVÁNÍ TEORETICKÝCH ZNALOSTÍ

Kvalitní práce s teoretickými znalostmi je důležitou součástí profesního rozvoje v medicíně. Zatímco školitelé a školitelky primárně zajišťují systematické vzdělávání a odbornou přípravu, mentorující pomáhají mentees **orientovat se v množství dostupných informací**, rozvíjet **kritické myšlení** a osvojit si efektivní strategie pro celoživotní vzdělávání.

Mentorující mohou mentees vést k tomu, jak efektivně vyhledávat, třídit a aplikovat odborné poznatky v praxi. Ukazují jim například, jak pracovat s medicínskými databázemi, posuzovat kvalitu zdrojů, analyzovat získané informace a aplikovat je na konkrétní klinické situace. Důležitým aspektem mentoringu je také podpora kritického myšlení – například při hodnocení metodologie výzkumu, posuzování validity studií, interpretaci statistických dat nebo rozpoznávání možných zkreslení (bias).

Mentorující se zaměřují především na to, jak mentees propojí získané teoretické znalosti s každodenní klinickou praxí. Pomáhají jim pochopit, že medicína není

jen o aplikaci obecných pravidel, ale také o schopnosti **individualizovat léčebné postupy** podle konkrétních potřeb pacientky či pacienta. Tento přístup podporuje nejen odborný růst mentees, ale i jejich schopnost přemýšlet v širších souvislostech a adaptovat se na nové výzvy.

KOMBINACE TEORIE A PRAXE: VYVÁŽENÝ PŘÍSTUP K MENTORINGU V MEDICÍNĚ

Medicína je unikátní obor, kde úspěšná kariéra vyžaduje nejen hluboké teoretické znalosti, ale také špičkové praktické dovednosti. Zatímco školitelé a školitelky zajišťují formální výuku a odborný dohled nad praktickou přípravou, mentorující se zaměřují na individuální podporu, rozvoj **profesní sebedůvěry** a pomoc s překlenutím propasti mezi teorií a klinickou realitou.

Úlohou mentorujících není nahrazovat školitelky a školitele při výuce konkrétních postupů, ale spíše pomáhat mentees s jejich osvojením v širším kontextu – sdílením vlastních zkušeností, nabízením praktických rad a podporou při řešení obtížných situací. Mohou mentees doprovázet při prvních klinických zkušenostech, pomáhat jim **překonávat nejistotu** a povzbuzovat je v samostatném rozhodování. Důležitou součástí mentoringu je také reflexe – mentorující mohou mentees vést k analýze jejich vlastních výkonů, zhodnocení pokroku a identifikaci oblastí, které vyžadují další rozvoj.

Na rozdíl od školitelů a školitelek, kteří hodnotí splnění formálních požadavků, mentorující poskytují zpětnou vazbu zaměřenou na **osobní růst a profesní zrání**. Nejde jen o zvládnutí konkrétních dovedností, ale také o budování sebedůvěry a schopnosti samostatně se rozhodovat v reálných klinických situacích.

POZOR

U invazivních technik je vždy nutné dbát na prevenci a řešení komplikací, což vyžaduje nejen teoretickou připravenost, ale i dostatečnou praktickou přípravu. Dnešní technologický pokrok umožňuje využívat simulátory a kurzy mimo tělo pacientky či pacienta, což je pro bezpečný a efektivní výcvik zásadní. Je jednou z rolí mentorujících, aby mentees vhodné kurzy pomohli najít.

Spojení teorie a praxe v mentoringu vytváří ideální prostředí pro profesní růst. Mentorující pomáhají mentees nejen pochopit, „proč“ určité postupy fungují, ale také „jak“ o nich přemýšlet v širším klinickém kontextu. Díky této podpoře si mentees postupně budují jistotu v rozhodování a schopnost aplikovat získané znalosti v praxi. Cílem mentoringu není systematická výuka dovedností, kterou zajišťují školitelé a školitelky, ale spíše individuální vedení, reflexe a rozvoj samostatnosti v klinickém myšlení.

Efektivní mentoring vytváří bezpečné a podpůrné prostředí, ve kterém mohou mentees získávat zkušenosti bez zbytečného stresu a obav ze selhání. Mentorující

pomáhají mentees orientovat se v reálných klinických situacích, sdílejí vlastní zkušenosti a nabízejí perspektivu, která přesahuje rámec formálního vzdělávání. Tento přístup umožňuje mentees nejen odborně růst, ale také rozvíjet zodpovědnost vůči pacientům/pacientkám a osvojit si profesionální postoje potřebné pro kvalitní lékařskou praxi.

Mentoring v medicíně nespočívá pouze v předávání technických dovedností, ale také v podpoře etického a profesního zrání. Mentorující vedou mentees k tomu, aby reflektovali vlastní postupy, učili se ze zkušeností a kontinuálně rozvíjeli svůj přístup k medicíně. Díky tomu se mentees nejen zdokonalují ve své odbornosti, ale zároveň si osvojují schopnost poskytovat péči, která je nejen kvalitní, ale i lidsky citlivá.

KLINICKÉ ROZHODOVÁNÍ: ROZPOZNÁVÁNÍ A ŘEŠENÍ SLOŽITÝCH SITUACÍ

Další klíčovou úlohou mentorujících je poskytnout mentees **bezpečný prostor pro reflexi** jejich rozhodování a klinického uvažování. Zatímco školitelé a školitelky systematicky učí diagnostické a terapeutické postupy a rozvíjejí kritické myšlení mentees v rámci výuky, mentorující nabízejí podporu tam, kde vznikají **pochybnosti, dilemata nebo obavy z vlastních chyb**. Mentoring umožňuje mentees otevřeně diskutovat nejistoty a učit se z vlastních zkušeností bez tlaku na okamžitou správnost všech rozhodnutí.

Mentorující pomáhají mentees uvědomit si, že rozhodovací proces v medicíně není černobílý a že i zkušení lékaři a lékařky se setkávají se složitými situacemi, ve kterých existuje více možných přístupů. Mentees tak mohou získat větší jistotu v tom, že i nejistota a revize vlastních závěrů jsou přirozenou součástí medicínské praxe, nikoli selháním.

V medicíně neléčíme pouze diagnózu, ale vždy člověka jako celek – s jeho individuálními potřebami, emocemi a životním kontextem.

Díky mentorství si mentees osvojují schopnost reflektovat svá rozhodnutí, přijímat zpětnou vazbu a učit se z chyb v bezpečném prostředí, které podporuje jejich růst. Mentorující mohou sdílet své vlastní zkušenosti s diagnostickými dilematy nebo komunikací v náročných situacích a pomáhat mentees hledat způsoby, jak si zachovat profesní jistotu i v momentech nejistoty.

Důležitou součástí mentoringu je také podpora v oblasti týmové spolupráce a komunikace. Mentorující pomáhají mentees pochopit, že nejen medicínská erudice, ale i schopnost diskutovat své závěry s kolegy/němi a naslouchat jiným názorům, jsou klíčové pro bezpečnou a kvalitní péči o pacienty a pacientky. Tímto způsobem mentoring přispívá nejen k odbornému růstu mentees, ale i k jejich profesnímu zrání a schopnosti pracovat s respektem k sobě i ostatním.

SCHOPNOST ROZEZNAT HRANICE A VČAS POŽÁDAT O POMOC

Jednou z klíčových dovedností, kterou by si měl osvojit každý lékař či lékařka, je schopnost **sebereflexe a sebekritického zhodnocení svých kompetencí**. V náročných situacích je zásadní umět rozlišit, kdy je ještě možné problém zvládnout samostatně a kdy je potřeba konzultovat se zkušenějším kolegou či kolegyní. Tento úsudek se často rozvíjí s praxí, ale mentorující mohou mentees vést k tomu, aby byli schopni vnímat své limity, rozpoznat rizika spojená s váháním nebo neadekvátní samostatností a aby pochopili, že **požádání o radu není projevem slabosti, ale naopak profesionality a zodpovědnosti**. Právě tato dovednost je základem bezpečné a kvalitní lékařské péče.

RYCHLÁ ROZHODOVÁNÍ POD TLAKEM: PŘÍPRAVA NA AKUTNÍ SITUACE

V některých situacích je třeba rozhodovat velmi rychle, což může být pro začínající lékaře a lékařky značně stresující. Mentorující hrají klíčovou roli v tom, aby své mentees podpořili v budování psychické odolnosti, sebedůvěry a schopnosti zachovat klid i pod tlakem. V krizových okamžicích totiž nejde jen o samotné medicínské rozhodování, ale také o **zvládání emocí, udržení soustředění a schopnost efektivně komunikovat** s týmem.

Mentorující mohou sdílením vlastních zkušeností pomoci mentees lépe pochopit, jak pracovat se stresem, jak si zachovat nadhled a jak si poradit se strachem z chyb. Důležité je, aby mentees věděli, že **nejistota je přirozenou součástí medicíny** a že klíčem k jejímu zvládnutí není dokonalost, ale schopnost správně reagovat na nové situace.

Sebedůvěra a stabilita v krizových situacích se budují nejen nácvikem a teoretickými znalostmi, ale i psychickou podporou. Mentorující poskytují mentees bezpečný prostor, kde mohou reflektovat své zkušenosti, mluvit o svých obavách a osvojovat si strategie, které jim pomohou zvládat stres a tlak v reálné praxi. Tento přístup nejen posiluje profesní růst, ale také pomáhá předcházet vyhoření a podporuje dlouhodobou odolnost vůči náročným situacím, se kterými se v medicíně nevyhnutelně setkají.

4. KOMUNIKACE S PACIENTY A KOLEGY: ZVLÁDNUTÍ CITLIVÉ KOMUNIKACE, ŘEŠENÍ KONFLIKTŮ A VEDENÍ TÝMU

TROCHA TEORIE

Medicína je obor s výraznou hierarchickou strukturou, která zajišťuje organizaci práce v instituci a disciplínu při výkonu práce, ale zároveň může komplikovat efektivní mentoring. Mentorující musí respektovat **autoritu**, která je základem medicínského systému, a přitom budovat prostředí otevřené **spolupráce**, kde mentees cítí, že mohou bezpečně sdílet své názory, otázky a nejistoty. Důležitým úkolem mentorujících je pomoci mentees pochopit a přijmout svou roli v této hierarchii, ale zároveň je motivovat k tomu, aby se nebáli aktivně zapojovat do týmové práce a postupně si budovali svou pozici odborníka či odbornice.

KOMUNIKACE S PACIENTY A PACIENTKAMI

Komunikace v léčebné péči by měla být především komunikací zaměřenou na člověka. Jak uvádí autoři Motsching a Nykel (2011), **komunikace zaměřená na člověka** je závislá na postojích, určovaná vztahem a orientovaná na proces vývoje. Nositeli jsou lidé, jejichž postoje vykazují známky kongruence, přijetí a empatického porozumění. Sdělování informací mezi lidmi je běžnou interpersonální aktivitou. Ne každý však dovede komunikovat efektivně a mnohdy tomu nepomůže ani kvalitní odborné vzdělání. Vhodnou komunikací lze však nastavit důvěru pacienta či pacientky v plánované terapeutické postupy, ochotu plnit doporučení, rychlejší pokroky v uzdravování aj. Terapeutická komunikace mezi lékařem/lékařkou a pacientem/pacientkou by tedy neměla postrádat známky afiliace. Tedy známky vstřícnosti, otevřenosti, rovnocennosti. Kohoutek (1998, s. 22) uvádí, že: *„Komunikace je složitý, komplexní sociální jev, který je nutno vidět v širších souvislostech sociální interakce, nikoli jen formálně jako výměnu určitých informací, sdělení, signálů.“*

Znalost vnějších i vnitřních souvislostí v komunikačním aktu je základním předpokladem vzájemného porozumění a úspěšného dorozumění mezi lékařem/lékařkou a pacientem/pacientkou. Každý z kontextů interakce nabízí při analýze komunikačního aktu potenciální vysvětlení toho, proč výměna informací vypadala tak, jak vypadala. Většinou víme, s kým komunikujeme, uvědomujeme si prostředí, v němž ke komunikaci dochází, reagujeme s určitou časovou prodlevou, v níž to, co jsme slyšeli či viděli, převádíme do svého kognitivního způsobu porozumění, přiřazujeme nové informace k již dříve vytvořeným strukturám, třídíme v myšlenkách to, co jsme přijali, a to, co odpovíme, čelíme časovému tlaku, pociťujeme sympatie či antipatie ke komunikačnímu partnerovi či partnerce, sami se nacházíme v momentálním emočním rozpoložení, tělesné pohodě nebo diskomfortu. Souvislost jevů nebo událostí v komunikaci se projevuje podle toho, které modality jsou aktuálně přítomny. Vezmeme-li v úvahu přítomné modality komunikace ve zdravotnickém

prostředí, ve kterém se odehrává interakce lékaře/lékařky s pacientem/pacientkou, znásobuje se jejich význam.

Komunikaci nejčastěji ovlivňují:

- časové ohraničení – tzn. kdy došlo ke komunikačnímu setkání, jaký časový úsek je mu věnován (synchronicita, asynchronicita, trpělivost, netrpělivost apod.),
- prostor a prostorové uspořádání,
- význam obsahu komunikace pro jednotlivce (významové proměnné), v této souvislosti Watzlawick (1998) uvádí příklady „interdependence“ dvou komunikujících (dohadujeme se, co chce od nás druhý slyšet, co je ještě vhodné mu či jí říci, zkoumáme, co už pochopil/a atd.),
- přítomnost emocí (emoční proměnné),
- vztah mezi komunikujícími (vztahové proměnné), tj. dominance, podřízenost, rivalita, spojenectví, komunikace v dlouhodobém vztahu, komunikace s někým, koho neznáme, apod.,
- sociální situace (systémové proměnné), jinými slovy přítomnost či nepřítomnost toho, o kom mluvíme, rodina, systém vztahů na pracovišti, kultura skupiny (tabulace, stigmatizace, vlastní jazyk skupiny, změna pozice v systému nebo situaci),
- existence kontinuity – mít možnost se k tématu vrátit, dílčí výměna v dlouhodobě trvající komunikaci apod.,
- míra shody jazyka, způsob vzájemného chápání, stereotypy,
- charakteristiky komunikačních partnerů a partnerek jako věk, pohlaví a pozice z hlediska moci (Vybíral, 2009; Mikuláščík, 2010).

Mentorující by měli pomoci mentees rozvíjet dovednosti v jednání s pacienty a pacientkami, od empatického vysvětlení diagnózy po zvládání obtížných rozhovorů o prognóze nebo komplikacích. Důležité je, aby mentees uměli naslouchat obavám svých patientek a pacientů a projevům emocí, což je zásadní pro vytváření důvěry a zajištění kvalitní péče. **Je velmi důležité, aby lékaři a lékařky vnímali pacienty a pacientky jako partnery a partnerky v léčebném procesu, ne jako objekty, a podle toho s nimi komunikovali.** Umění sdělovat špatné zprávy, a to jak pacientům/pacientkám, tak jejich rodinám, je klíčovou dovedností, kterou mentorující rozvíjí. Kromě toho mentorující učí mentees, jak efektivně získat informovaný souhlas a jak pracovat s emocemi pacientů/pacientek a jejich rodin, zvláště v krizových okamžicích.

Sdělování nepříznivých zpráv je náročná komunikační dovednost, která zahrnuje mnohem víc než jen samotné předání informace. Lékaři a lékařky musí umět reagovat na emoce pacientů/pacientek a jejich blízkých, získat si důvěru, zapojit je do rozhodování o dalším postupu a citlivě komunikovat i s rodinou.

Mentorující mohou svým mentees pomoci osvojit si některý ze zavedených komunikačních protokolů, například SPIKES. Tento postup zahrnuje důležité kroky, jako je příprava prostředí, aktivní naslouchání, srozumitelné předání informací, sledování

emocí pacientky/pacienta a shrnutí sděleného. Díky tomu se mentees naučí zvládat tyto obtížné situace citlivě a profesionálně.

Je důležité si uvědomit, že i zkušení mentorující nejsou neomylní. Být odborníkem či odbornicí neznamená, že člověk nemůže mít pochybnosti nebo se někdy cítit nejistě. Klíčem k efektivnímu mentoringu je vytvoření bezpečného prostoru, kde je možné otevřeně sdílet obavy, reflektovat vlastní slabé stránky a učit se z nich. Právě důvěra a upřímná komunikace mezi mentorem či mentorkou a mentees jsou základem kvalitního profesního růstu.

KOMUNIKACE V RÁMCI TÝMU

Úspěšná spolupráce v lékařském týmu není jen otázkou odborných znalostí, ale i efektivní komunikace a vzájemného respektu. Mentorující pomáhají mentees orientovat se v týmové dynamice, učí je, jak jasně sdělovat informace, konstruktivně řešit rozdílné názory a podporovat spolupráci mezi kolegy a kolegyněmi.

Důležité je si uvědomit, že mentor či mentorka nemusí být vedoucím pracovníkem či pracovnící ani přímým nadřízeným či nadřízenou. V medicíně se do vedoucí role dostává každý lékař a lékařka – ať už při organizaci práce na oddělení, během akutních stavů, nebo při vedení menšího týmu v rámci konkrétního zákroku. Proto je zásadní osvojit si dovednosti, jako je rozhodná, ale respektující komunikace, schopnost delegovat úkoly a koordinovat týmovou spolupráci.

Mentorující mohou mentees podpořit v budování sebedůvěry a učit je, jak si získat přirozenou autoritu nikoli silou hierarchie, ale odborností, respektem a schopností naslouchat. Otevřená komunikace, poskytování i přijímání zpětné vazby a řešení konfliktů asertivně, ale konstruktivně – to jsou klíčové prvky dobré týmové spolupráce, které mentorující pomáhají rozvíjet.

V případě interpersonálních konfliktů není úkolem mentorky či mentora jejich autoritativní řešení, ale spíše poskytnutí podpory a prostoru pro hledání efektivních způsobů komunikace. Díky tomu se mentees učí zvládat náročné situace s profesionálním nadhledem a budovat pozitivní pracovní atmosféru.

VEDENÍ TÝMU A ZVLÁDÁNÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ

V okamžicích, kdy jde o život pacienta či pacientky, není čas na váhání – klíčová je rychlá, jasná a efektivní komunikace. Mentorující pomáhají mentees připravit se na tyto situace nejen po odborné stránce, ale především tím, že je učí zvládat stres, zachovat klid a efektivně spolupracovat v týmu.

V krizových situacích je zásadní přesně rozdělit role, předávat informace stručně a srozumitelně a správně určovat priority. Mentorující mohou mentees podporo-

vat v rozvoji těchto dovedností prostřednictvím modelových situací, zpětné vazby a reflexe reálných zkušeností.

Důležitou součástí krizového řízení je také schopnost vnímat dynamiku týmu a respektovat různé úhly pohledu. Krizové situace bývají extrémně náročné nejen po odborné, ale i po psychické stránce – lidé v týmu mohou reagovat různě, což ovlivňuje celkový průběh zásahu. Mentorující pomáhají mentees naučit se pracovat s těmito aspekty (tzv. human factors), rozvíjet citlivost vůči dynamice krizových situací a reflektovat vlastní rozhodování i jednání s odstupem.

Tato schopnost nejen zvyšuje efektivitu zásahů, ale také pomáhá předcházet pocitům selhání a profesnímu vyhoření, které mohou být důsledkem vysoce stresujících momentů v medicíně.

DEESKALAČNÍ TECHNIKY A MEDIACE KONFLIKTŮ

Při výskytu konfliktů je zásadní umět využít **deeskalační techniky**, které pomohou uklidnit napjaté situace. Mentorující by měli věnovat pozornost rozvoji dovedností, jak konfliktům **předcházet**, ale i jak je konstruktivně **řešit**. To zahrnuje jak mediaci mezi kolegy/němi, tak komunikaci s pacienty/pacientkami, kde je potřeba citlivě vybalancovat názory a emoce obou stran.

Prevence konfliktů spočívá v **otevřenosti a respektu** vůči ostatním. Mentorující by měli vést mentees k tomu, jak efektivně předcházet konfliktům prostřednictvím jasné, přímé a přátelské komunikace. V krizových situacích je kladen důraz na udržení klidu a schopnost efektivně komunikovat s celým týmem. Nezastupitelnou roli hraje též **konstruktivní debriefing**, který umožňuje situaci zpětně hodnotit v neutrálním a respektujícím prostředí. Mentorující praktickými příklady poukazuje na přednosti této evaluace a podporuje mentees v překonání bariér souvisejících s hodnocením situace v rámci kolektivu.

V souvislosti s konflikty v medicíně je nezbytné rozumět i **právním a etickým aspektům**, které se mohou týkat dané situace. Mentorující by měli mentees seznámit s právními a etickými normami a postupy, které se vztahují na řešení konfliktů a interpersonálních problémů v rámci zdravotnického zařízení. Také by měli klást důraz na správnou dokumentaci konfliktních situací, která je důležitá nejen pro právní účely, ale také pro zachování transparentnosti v rámci celého týmu a organizace.

5. TIME MANAGEMENT A STRES: JAK EFEKTIVNĚ ZVLÁDAT VYSOKÉ NÁROKY A PRACOVNÍ ZÁTĚŽ

Medicína je obor s extrémními nároky na **čas a energii**. Mladí lékaři a lékařky často čelí náročným směnám, dlouhým pracovním hodinám a neustálým požadavkům, které mohou vést k fyzickému a psychickému vyčerpání, v některých případech i k vyhoření. V takovém prostředí jsou efektivní time management a zvládání stresu klíčové pro udržení profesionálního výkonu i vlastního zdraví.

TIME MANAGEMENT: ZÁKLAD EFEKTIVNÍHO ZVLÁDÁNÍ PRACOVNÍHO ZATÍŽENÍ

Mentorující by měli mentees pomoci rozvíjet dovednosti v oblasti time managementu, které jsou zásadní pro zvládnutí vysoké pracovní zátěže. To zahrnuje:

- **Schopnost prioritizovat úkoly** – v medicíně je mnoho úkolů, které mohou mít různou důležitost. Mentees se musí naučit identifikovat, které úkoly vyžadují okamžitou pozornost a které mohou počkat. Efektivní prioritizace je základem pro zvládnutí hektických dnů, kdy je časový tlak obzvláště silný.
- **Plánování času na studium i odpočinek** – kromě každodenní praxe je nezbytné mít čas na osobní rozvoj a vzdělávání se. Mentees by měli být schopni/ny si plánovat čas na studium a přípravu na zkoušky, ale zároveň si vyčlenit čas na odpočinek. Mnozí lékaři a lékařky často zapomínají na důležitost regenerace, což může vést k dlouhodobému vyčerpání.
- **Delegování úkolů** – efektivní delegování je dovednost, kterou mentorující mohou mentees pomoci si osvojit. V nemocnicích a klinikách je často potřeba efektivně delegovat úkoly v rámci týmu, což zajišťuje, že nejkritičtější činnosti jsou vykonávány včas, a zároveň umožňuje mentees soustředit se na klíčové povinnosti.
- **Stanovení realistických cílů** – mentorující mohou mentees vést k tomu, jak si stanovovat dosažitelné cíle a jak se vyhnout nastavení nerealistických očekávání, která mohou vést k frustraci. Tento proces zahrnuje nejen profesní, ale i osobní cíle, které pomáhají udržet rovnováhu mezi pracovním a osobním životem.
- **Flexibilitu a adaptabilitu** – medicína je obor, kde dochází k častým a nečekaným změnám, například změně harmonogramu, akutním situacím na pracovišti nebo novým požadavkům na péči. Mentorující by měli mentees připravit na to, že schopnost rychlé změny plánu a přizpůsobení je nezbytnou součástí lékařské profese.
- **Podporu ve zvládání nejistoty** – mentorující by měli klást důraz na zvládání situací, kdy nejsou k dispozici všechny informace, a přitom je nutné rychle rozhodnout.

STRES A JAK S NÍM EFEKTIVNĚ PRACOVAT

Stres je přirozenou součástí lékařské praxe, ale dlouhodobé vystavení stresu může vést k vážným zdravotním problémům, jako je vyhoření nebo úzkostné poruchy. Prvním krokem, který mentorující mohou podniknout, je vytvoření bezpečného

prostoru pro otevřený rozhovor o stresu. Je důležité, aby mentees pochopili, že **stres není signálem slabosti, ale přirozenou součástí lékařské profese.**

Mentorující mohou pomoci mentees chápat, že stres není jen externí tlak, ale i vnitřní proces, který může ovlivnit jejich pocity a rozhodování. Důležité je podpořit je v rozvoji emocionální inteligence – umění rozpoznávat a efektivně zvládat vlastní emoce. Tímto způsobem si mentees vytváří vyšší odolnost pro zvládání emocionálních výzev, které medicína nevyhnutelně přináší.

Emocionální zátěž spojená s lékařskou profesí může být různorodá – od obtížných rozhodnutí přes intenzivní vystavení negativním emocím po zklamání z vlastních profesních neúspěchů. Mentorující mohou pomoci mentees rozvíjet schopnost konstruktivní reflexe, kde i chyby mohou být příležitostí k růstu. Důležité je, aby mentees pochopili, že každý neúspěch není konec, ale součást profesního procesu.

Mentorující by měli mentees vybavit různými **technikami a nástroji** pro zvládání jak akutního, tak především chronického stresu, například:

- **Identifikace stresorů** – uvědomění si konkrétních zdrojů chronického stresu je základním předpokladem k tomu, aby mohly být efektivně řešeny.
- **Změna myšlení** – mentorující mohou povzbuzovat pozitivní přístup ke stresujícím situacím a jejich reframing (přerámování). Místo vnímání situace jako problému ji lze vnímat jako výzvu nebo šanci k růstu a zlepšení. Tento přístup nejen snižuje stres, ale také podporuje sebedůvěru a schopnost učit se z nových zkušeností.
- **Stanovení hranic** – součástí umění zvládat dlouhodobý stres je pragmatická schopnost říkat „ne“ nepřiměřeným požadavkům a stanovovat si realistické limity.
- **Uvědomění si vlastních limitů** – důležité je pochopení, že není možné vyhovět všem požadavkům. Mentorující mohou mentees naučit rozpoznat situace, kdy je třeba požádat o pomoc nebo delegovat úkoly.
- **Rozpoznání agrese a různých forem šikany a diskriminace** – mentorující podporuje mentees v konstruktivním hodnocení negativních zkušeností na pracovišti, rozpoznání patologických vzorců chování, hledání možností řešení včetně psychologické podpory.
- **Stresové strategie v krizových situacích** – v krizových situacích, jako jsou resuscitace nebo komplikované operace, je stres obzvláště intenzivní. Mentorující by měli mentees naučit, jak udržet klid a jasnou mysl i v těchto náročných chvílích. To zahrnuje nejen techniky, jak se soustředit na aktuální situaci, ale i schopnost rychle reagovat a organizovat tým v kritických momentech.
- **Vyvážení pracovního a osobního života** – dlouhodobý stres může být důsledkem zanedbávání osobního života. Mentorující by měli mentees vést k tomu, jak si najít rovnováhu mezi náročnou prací a osobními zájmy, rodinným životem nebo koníčky. Pomoci mentees uvědomit si, jak je důležité mít prostor pro regeneraci mimo pracovní prostředí, neboť to může být zásadní pro jejich dlouhodobý profesní úspěch a psychickou pohodu.

- **Vyhledání podpory v týmu** – mentees by měli být vedeni k tomu, že ve své práci nejsou osamoceni/ny. Podpora kolegů či kolegyně a nadřízených je klíčová. Mentorující by měli povzbudit mentees, aby otevřeně komunikovali o svých problémech a potřebách, a to nejen profesionálně, ale i emocionálně. Týmová podpora může zahrnovat vzájemnou pomoc, poradenství, ale i jednoduchý rozhovor, který může stres výrazně snížit.
- **Mindfulness a relaxační techniky** – praktiky jako mindfulness, meditace nebo dechová cvičení jsou účinnými nástroji pro zklidnění a redukci stresu. Mentorující mohou mentees ukázat, jak tyto techniky implementovat do každodenního života, například během krátkých přestávek mezi směny nebo po náročné operaci. Tyto techniky pomáhají zlepšit soustředění a poskytují pocit klidu i v hektických chvílích.
- **Praktické techniky pro zklidnění** – mentees by měli mít ve svém arzenálu několik rychlých technik pro okamžité zklidnění během náročných situací, například vizualizaci klidného místa, krátké relaxační přestávky nebo jednoduché pohybové aktivity, jako je protahování. Tyto techniky lze snadno implementovat i během rušného dne a pomáhají v rychlém zotavení.

VYHOŘENÍ A JAK MU PŘEDEJÍT

Jedním z největších rizik, kterým mladí lékaři a lékařky čelí, je **vyhoření**. Je to proces, který se může vyvinout postupně, když je pracovní zátěž neudržitelná a osobní pohoda zanedbaná. Mentorující by měli být schopni rozpoznat první příznaky vyhoření u mentees, jako je **chronická únava, dlouhodobě zvýšená senzitivita, cynismus nebo ztráta empatie a motivace**. Včasné rozpoznání těchto signálů a intervence mohou pomoci předejít vážným problémům.

Prevence vyhoření zahrnuje jak udržování dobré pracovní rovnováhy, tak i poskytování podpory, kdykoli je potřeba. Mentorující by měli jít příkladem v tom, jak nastavit realistická očekávání a jak hledat podporu, když se pracovní zátěž příliš zvyšuje.

Vysoké nároky, které medicína klade, mohou být náročné, ale s efektivními nástroji pro time management a zvládání stresu lze těmto výzvám čelit. Pečovat o vlastní psychické zdraví nepředstavuje pro lékaře a lékařky jen osobní volbu, ale také etickou **povinnost**. Duševně vyrovnaný lékař či lékařka mají lepší předpoklady k poskytování kvalitní péče a zvládání emočně náročných situací. Ignorování duševní hygieny naopak může vést k chybám v péči, konfliktním situacím a vyhoření. Mentorující mají klíčovou roli v pomoci mentees najít rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, rozvíjení dovedností pro efektivní práci pod tlakem a ochranu před vyhořením.

Vyhledání odborné pomoci je přirozenou součástí péče o duševní zdraví – lékař či lékařka nemohou vždy zvládnout všechny výzvy sami. Existují situace, kdy je konzultace s odborníkem či odbornicí (například poradcem/poradkyní, psychologem/psycholožkou, psychoterapeutem/psychoterapeutkou nebo psychiatrem/

psychiatrickou) nejen vhodná, ale i nezbytná. Přijetí takové pomoci není projevem selhání, nýbrž odpovědného přístupu k vlastnímu zdraví i kvalitě péče o pacienty a pacientky. Mentorující mohou sehrát důležitou roli nejen v podpoře mentees při hledání rovnováhy mezi prací a osobním životem, ale také v citlivém poskytování zpětné vazby a povzbuzení k využití odborné pomoci, pokud je to potřeba.

6. ETICKÉ OTÁZKY: VÝZNAM ETIKY A PROFESIONALITY V MENTORINGU BUDOUCÍCH LÉKAŘŮ A LÉKAŘEK

Etika a profesionalita tvoří neoddělitelnou součást medicíny a jsou klíčové pro každého lékaře a lékařku v rámci integrace všech ostatních rolí, jako je např. medical expert, communicator, collaborator, manager, health advocate, scholar a professional (Frank, Danoff, 2007). V procesu mentoringu hrají mentorující nezastupitelnou roli, kdy mentees pomáhají pochopit a osvojit si základní etické principy, které ovlivňují jejich profesní život, vztahy s pacienty/pacientkami a kolegy/němi. Morální hodnoty jsou základem důvěry, kterou si lékař/ka buduje jak u pacientek a pacientů, tak v rámci zdravotnického týmu.

Mentorující by měli mentees vést k pochopení a respektování základních etických principů medicíny, jako jsou **beneficence, non-maleficence (neškodění), respekt k autonomii pacienta/pacientky a spravedlnost** (Beauchamp, Childress, 2019). Jedním z efektivních způsobů, jak mentees naučit rozpoznávat etická dilemata, je **diskuse** nad skutečnými nebo modelovými případy, kde se tyto principy mohou dostat do konfliktu. Takové situace pomáhají mentees rozvíjet schopnost přiměřeného vyvažování/proporcionality základních etických principů s ohledem na dobro pacientky či pacienta, a to i v případech, kdy jsou etické volby nejednoznačné.

Profesionalita je další klíčovou oblastí, kterou by měl mentoring rozvíjet. Tato schopnost se neomezuje pouze na chování vůči **pacientům a pacientkám**, ale zahrnuje i interakce s **kolegy a kolegyněmi**, dodržování pracovních povinností a schopnost udržet si klid a rovnováhu v náročných a stresových situacích. Mentorující mohou pomoci mentees budovat si empatii, rozvíjet odolnost vůči stresu a efektivně řešit konflikty v týmu. To vše jsou nezbytné dovednosti pro každého lékaře a lékařku, kteří se chtějí stát nejen odborníky, ale i důvěryhodnými a spolehlivými členy a členkami zdravotnického týmu.

Mentoring by měl také zahrnovat **reflexi vlastních chyb a etických rozhodnutí**, které mentees učí důležitosti neustálého sebezvoje. Mentorující, sdílející své vlastní zkušenosti, mohou mentees ukázat, jak se vypořádat s etickými problémy a náročnými rozhodnutími v rámci dobré praxe. Takové reflexe nejen předávají cenné lekce z lékařské etiky, ale také normalizují to, že i zkušení lékaři a lékařky čelí etickým dilematům a chybám a že jejich řešení je součástí profesního růstu.

Kromě řešení konkrétních situací by mentorující měli mentees pomoci budovat „**etický kompas**“, který je povede při rozhodování v situacích, kdy neexistuje jednoznačná odpověď. Tento kompas má být základem pro správné rozhodování, které bude vždy v souladu s hodnotami, jako je pacientova či pacientčina pohoda a spravedlnost. Mentorující by měli také zdůraznit, že etika je dynamický proces, který vyžaduje celoživotní vzdělávání a adaptaci na nové výzvy, které lékařská praxe přináší.

Dobře zvládnuté etické otázky a profesionalita nejenže zvyšují kvalitu péče o pacienty a pacienty, ale také posilují důvěru veřejnosti v lékařské povolání. Mentorující, kteří se aktivně podílí na etickém a profesním rozvoji mentees, mohou významně ovlivnit to, jakými lékaři a lékařkami se mentees stanou, a tím přispět k rozvoji nejen jednotlivců, ale i celého zdravotnického systému.

7. RODINA A KARIÉRA: PODPORA MENTEES PŘI PLÁNOVÁNÍ OSOBNÍHO A PROFESNÍHO ŽIVOTA

Lékařská profese je časově i psychicky náročná, což často staví mladé lékaře a lékařky před složitá rozhodnutí týkající se rovnováhy mezi osobním a profesním životem. Tento proces může být obzvláště náročný, pokud jde o plánování a chod rodiny. Mentorující hrají v tomto ohledu klíčovou roli, protože mohou mentees podporovat a pomáhat jim najít způsoby, jak sladit kariérní ambice a osobní život. **Je zásadní zdůraznit, že ne/mít rodinu není privilegium nebo luxus, ale základní lidské právo a volba, které by měly být respektovány v každé profesi, včetně medicíny.**

Mentorující mohou mentees pomoci přemýšlet o dlouhodobých cílech a vytyčit si priority v kariéře i osobním životě tak, aby si tyto oblasti vzájemně neodporovaly. Otevřený rozhovor o výzvách spojených s rodičovstvím v medicíně je nezbytný. Sdílení vlastních zkušeností, nabídka praktických tipů, jako například efektivní využití mateřské nebo rodičovské (dovolené) pro vlastní vzdělávání, výzkum či jiné aktivity, které lze v tomto čase zvládnout, návrat do práce nebo komunikace se zaměstnavatelem o rodinných potřebách, mohou mentees poskytnout cenné nástroje pro zvládání této rovnováhy.

Mentorující by měli také pomoci mentees budovat sebedůvěru a odolnost vůči negativním reakcím okolí. **Plánování rodiny by nemělo být vnímáno jako neprofesionální nebo nevhodné, ale jako přirozená součást života, která neohrožuje profesní rozvoj.** Mnozí lékaři a zejména lékařky čelí obavám, zda zvládnou skloubit kariéru a rodinný život, a mentorující mohou tuto obavu rozptýlit tím, že ukážou, jak se s těmito výzvami vyrovnali sami nebo jak s nimi úspěšně naložili jiní.

Mentorující by měli nabídnout podporu i skrze odborné kontakty a ukázat mentees, že úspěch v kariéře a naplněný osobní život se nevyklučují. Naopak, mohou se

vzájemně doplňovat a podporovat. **Systém, který umožňuje lékařům a lékařkám žít plnohodnotně jak v práci, tak v soukromí, je klíčový pro profesní spokojenost a dlouhodobou udržitelnost v náročném oboru medicíny.**

Kromě naslouchání a praktické pomoci by mentorující měli zdůrazňovat, že **respekt k osobním potřebám a schopnost plánovat kariéru s ohledem na rodinný život nejsou známkou slabosti, ale projevem vyzrálosti a odpovědnosti.** Mentoring v této oblasti nejen podporuje individuální růst, ale přispívá i k celkovému zlepšení systému. Lékaři a lékařky, kteří se cítí respektovaní ve svých životních volbách, budou spokojenější, výkonnější a schopnější poskytovat péči, kterou jejich pacienti a pacientky potřebují.

8. BEZPEČNÉ HRANICE V HIERARCHICKÉM PROSTŘEDÍ: PREVENCE ŠIKANY, (SEXUÁLNÍHO) OBTĚŽOVÁNÍ A DALŠÍHO NEVHODNÉHO CHOVÁNÍ

Medicína je silně hierarchická oblast, kde je klíčový respekt k odborným autoritám, ale současně zde může docházet k situacím spojeným s mocenskou nerovnováhou, které mohou vést k šikaně, (sexuálnímu) obtěžování a jiným formám nevhodného chování. Mentor/ka v tomto kontextu hraje zásadní roli – měl/a by mentee/mu pomoci rozpoznat tyto situace, nastavit si zdravé hranice a naučit se je účinně chránit.

Je nezbytné, aby mentorující podpořili mentees v **otevřené komunikaci** o jakýchkoli nepříjemných zkušenostech. Mentees by měli vědět, že nejsou sami a že mají právo říci „ne“ chování, které je jim nepříjemné. Mentorující by měli nabídnout jak reflexi, tak konkrétní strategie, jak se asertivně bránit, a nasměrovat mentees na využívání interních ochranných mechanismů, jako jsou etické komise a komitáty, ombudsmeny nebo jiné dostupné nástroje podpory včetně případných právních kroků.

Mentoring by měl také zahrnovat prevenci. Mentorující by měli mentees učit, jak komunikovat profesionálně již od začátku pracovního vztahu, jak **vymezit jasné hranice** a rozvíjet dovednosti, které minimalizují riziko vzniku problematických situací. Důležitou součástí je například správné vedení e-mailové komunikace, pečlivé plnění pracovních povinností nebo profesionální týmová spolupráce, která pomáhá předcházet konfliktům.

Důležitým aspektem je, že mentoři a mentorky by měli být **vzorem** etického chování. Tím, že sami respektují hranice ostatních, ukazují mentees, jak by měly vypadat zdravé a respektující profesní vztahy. Mentorující mohou sdílet vlastní zkušenosti z těžkých situací a strategie, které jim pomohly se s nimi vyrovnat. To mentees inspiruje a ukazuje jim, jak se mohou v hierarchickém prostředí cítit sebejistě a mít odvalu hájit svá práva.

V neposlední řadě sehrává mentorující zásadní roli v identifikaci a korekci nevhodného chování u mentees. Mentor nebo mentorka by měli mít schopnost rozpoznat nevhodné chování mentee/ho, jako je neetické jednání, nedostatečná empatie, porušování pravidel nebo špatná komunikace v týmu. Mentorující by měl/a citlivě a objektivně poukázat na konkrétní problematické chování a vysvětlit, proč je nevhodné. Důležité je dát mentee/mu příležitost, aby pochopil/a možné důsledky svého chování pro pacienty a pacientky, tým i pro svůj profesní růst. **Zpětná vazba** by měla být zaměřena na konkrétní situace, chování a měla by obsahovat návrhy na zlepšení – neměla by být zaměřena na hodnocení osobnosti mentee/ho. Mentor/ka také může pomoci mentee/mu pochopit příčiny jeho/jejího nevhodného chování, např. stres, nedostatek zkušeností nebo emoční vyčerpání.

Celý tento proces posiluje osobní odolnost mentees a zároveň vytváří bezpečné, respektující a otevřené pracovní prostředí pro všechny. Učení se, jak chránit své hranice a jak reagovat v obtížných situacích, je klíčové pro vytváření kultury, která zajišťuje profesionální růst a pohodu ve zdravotnickém prostředí.

9. ROLE MENTORA ČI MENTORKY VE VĚDĚ: NAVIGACE VE SVĚTĚ VÝZKUMU

Vědecká činnost je v medicíně nejen důležitým, ale často i nezbytným krokem v profesním rozvoji, zejména na fakultních pracovištích a klinikách. Ať už jde o psaní disertační práce v rámci Ph.D. programu, publikaci výzkumných výsledků nebo účast na klinických studiích, začínající vědci a vědkyně se často setkávají s výzvami, které mohou být náročné jak po odborné, tak organizační stránce. Zatímco školitel/ka zajišťuje především odborné vedení výzkumu, mentorující pomáhají mentees zvládat praktické a psychické aspekty vědecké práce – například jak si rozvrhnout čas, jak se vyrovnat s neúspěchem nebo jak zvládat stres spojený s publikováním a grantovými výzvami. V situacích, kdy školitel/ka nemá dostatek prostoru pro individuální podporu, může právě mentor/ka nabídnout cenné rady a sdílet vlastní zkušenosti s vědeckou dráhou.

Školitel/ka hraje klíčovou roli v odborném vedení výzkumu – pomáhá mentees formulovat výzkumnou otázku, vybrat vhodnou metodologii a zajistit vědeckou kvalitu projektu. Mentorující naopak poskytuje podporu při hledání realistických cílů, prevenci častých chyb při volbě tématu a pomáhá mentees zvládnout pochybnosti a nejistoty spojené s vědeckou prací.

Kromě samotného výzkumu mohou mentorující pomáhat s orientací v administrativních a institucionálních požadavcích, jako jsou grantové žádosti, etické komise či pravidla akademických institucí. Zatímco školitel/ka zpravidla poskytuje odborné rady v těchto oblastech, mentorující může nabídnout praktické tipy, jak efektivně kombinovat vědeckou činnost s klinickou praxí, zvládat časovou zátěž a vyhnout se přetížení.

Etika výzkumu je dalším důležitým prvkem, kde se role školitele/školitelky a mentorujících mohou doplňovat. Školitel/ka má za úkol zajistit vědeckou integritu práce, zatímco mentorující pomáhá mentees reflektovat etická dilemata, s nimiž se mohou v průběhu výzkumu setkat – například jak zacházet s nejednoznačnými výsledky, jak zvládat tlak na publikaci nebo jak se vyrovnat s neúspěchem.

Mentorující mohou být také oporou při publikování a prezentaci výsledků. Zatímco školitel/ka pomáhá mentees s odbornou stránkou rukopisů a odborných prezentací, mentor/ka může nabídnout podporu při zvládnání stresu spojeného s vystupováním na konferencích, přijímáním kritiky v procesu peer review a budováním sebedůvěry při odborných diskusích.

Důležitým aspektem mentoringu je podpora v budování profesního vědeckého profilu. Školitel/ka zpravidla směřuje mentees k zapojení do výzkumných týmů a grantových projektů, zatímco mentor/ka může pomoci s networkingem, sdílet zkušenosti s vědeckou dráhou a poskytnout realistický pohled na akademické prostředí.

Mentorující zároveň pomáhá mentees nastavit reálná očekávání – vědecká práce je dlouhodobý proces, který zahrnuje překážky i nezdary. Zatímco školitel/ka poskytuje odborné vedení, mentor/ka funguje jako podpora v situacích, kdy mentees zažívají frustraci nebo nejistotu. Připomíná, že **vědecká kariéra není sprint, ale maraton** a že úspěch vyžaduje trpělivost, vytrvalost a realistické ambice.

10. PROFESNÍ ROZVOJ

Ať už se mentees rozhodnou pro akademickou dráhu, nebo ne, jedním z hlavních cílů mentorství je podpořit jejich **růst či rozvoj** a pomoci jim dosáhnout jejich profesních ambicí. Mladí lékaři a lékařky mají často jasné představy o své kariéře a mentorující by měli být těmi, kdo těmto ambicím porozumí a aktivně je podpoří. V českém **postgraduálním vzdělávacím systému**, který je známý svou rigiditou a byrokracií, je role mentora/mentorky zásadní pro umožnění rozvoje mentees, kteří mohou být snadno frustrováni neadekvátními úkoly a monotónní prací.

Osoba mentora nebo mentorky by měla sledovat aktuální psychickou kondici svých mentees a citlivě reagovat na jejich potřeby. Pokud se mentees cítí demotivovaní, například kvůli administrativní zátěži nebo opakovaným rutinním úkolům, mentorující by měli být schopni navrhnout způsoby, jak situaci zlepšit. To může zahrnovat změny v pracovních úkolech, které například umožní větší zapojení do odborné činnosti a přinesou větší profesní uspokojení.

České zdravotnictví čelí dlouhodobým problémům, které často brzdí profesní růst mladých lékařů a lékařek – zastaralé formy atestačních zkoušek, nedostatek flexibility a složité administrativní požadavky. Mentorující v tomto kontextu nejen

poskytuje odborné rady, ale stává se i praktickým průvodcem či průvodkyní pomáhající mentees orientovat se v systému a najít cesty, jak se vyhnout vyhoření, frustraci nebo jiným negativním jevům.

Mnoho mladých lékařů a lékařek zažívá pocity, že jejich **potenciál** není dostatečně využit, a často se setkávají s přetížením **administrativními úkoly** místo odborné práce. Mentor nebo mentorka mohou mentees pomoci tyto problémy identifikovat a podpořit je v hledání smyslu v jejich každodenní práci. I v administrativních nebo rutinních činnostech je možné najít hodnotu, pokud mentorující ukáže, jak tyto úkoly přispívají k širšímu fungování nemocnice nebo oddělení, a pokud je jasně definován časový rámec, po který bude tyto činnosti nutné provádět v takovém rozsahu a takto vysoké intenzitě.

JAK MŮŽE MENTORUJÍCÍ PODPOŘIT PROFESNÍ RŮST MENTEES?

Vyhledávání příležitostí k odbornému růstu: mentor/ka by měl/a aktivně hledat příležitosti, které umožní mentees zapojit se do odborných činností. To může zahrnovat asistenci u složitějších chirurgických, diagnostických nebo léčebných zákroků, účast na klinických studiích nebo zapojení do nových výzkumných projektů. Mentorující může také navrhnout změny v pracovní rutině, které mentees pomohou získat nové dovednosti a zkušenosti.

Podpora dalšího vzdělávání: podpora v účasti na odborných kurzech, seminářích, konferencích a dalších vzdělávacích akcích je nezbytná pro profesní rozvoj. Mentorující může sdílet své vlastní zkušenosti a doporučit konkrétní programy, které pomohou mentees rozšířit znalosti a dovednosti potřebné pro jejich odborný růst nebo přípravu na atestaci.

Motivace a hledání pozitivních aspektů: mentorující osoba by měla být schopna vidět potenciál i v monotónních nebo administrativních úkolech. Měla by pomáhat mentees vidět smysl v jejich aktuální práci a ukázat, jak může každodenní činnost přispět k většímu celku, ať už jde o organizaci nemocnice, nebo zlepšení pracovních procesů.

Rozvoj dovedností mimo medicínu: pokud odborný růst mentees naráží na překážky, mentorující může doporučit rozvoj dalších dovedností, jako je efektivní organizace práce, komunikace, týmová spolupráce nebo vedení lidí. Tyto dovednosti jsou nezbytné pro pozdější úspěch, ať už v akademické, nebo klinické kariéře.

Otevřená komunikace a zpětná vazba: aktivní naslouchání a poskytování konstruktivní zpětné vazby jsou základem efektivního mentoringu. Mentorující by měl/a být otevřený/otevřená a poskytovat konkrétní rady, jak se vypořádat s překážkami a jak zlepšit pracovní výkon.

Podpora dlouhodobého plánování: mentor či mentorka by měli mentees pomáhat formulovat dlouhodobé profesní cíle a navrhovat kroky k jejich dosažení. To může zahrnovat plánování atestační přípravy, hledání příležitostí pro stáže nebo vytváření konkrétního plánu pro budoucí specializaci.

ROLE MENTORA A MENTORKY V ŠIRŠÍM SYSTÉMU

Mentorující osoba musí chápat, že jeho či její role není izolovaná, ale je součástí širšího profesního a **institucionálního systému**. Pokud mentorující narazí na systémové překážky, měl/a by se je snažit identifikovat a pomoci mentees je strategicky překonat. To může zahrnovat nejen pomoc při vyjednávání s nadřízenými, ale i podporu v hledání pracovních podmínek, které budou více vyhovovat profesnímu růstu mentees.

Dobře vedený mentoring může být klíčem k tomu, aby mladí lékaři a lékařky **neztratili motivaci**, chuť se učit a rozvíjet, i když se setkávají s neflexibilitou systému nebo s pocitem, že jejich potenciál není naplno využit. Osoba mentora či mentorky je často současně tou, kdo může celý tento proces **ovlivnit** a poskytnout mentees potřebnou podporu pro dosažení profesního růstu a dlouhodobé odolnosti a spokojenosti v jejich kariéře.

ROVNÉ PŘÍLEŽITOSTI JAKO ZÁKLAD INKLUZIVNÍ MEDICÍNY

Rovnost příležitostí v medicíně není pouze otázkou spravedlnosti, ale také efektivity a kvality péče. Lékařské týmy, které reflektují rozmanitost společnosti, dokážou lépe reagovat na potřeby pacientů a pacientek a vytvářet inspirativní prostředí pro všechny členy a členky zdravotnického týmu. Přesto však v mnoha oblastech medicíny přetrvávají nejen genderové stereotypy a nerovnosti, které mohou brzdit profesní růst jednotlivců.

PODPORA PROFESNÍHO RŮSTU BEZ OHLEDU NA GENDER A POHLAVÍ

V současné době tvoří ženy přibližně 75 % studujících lékařských fakult. Tento fakt odráží výrazný posun v **demografii oboru**, avšak ne vždy se tento trend promítá do vyšších pozic nebo specializací, kde ženy stále čelí překážkám, ať už ve formě genderových stereotypů, nedostatku vzorů, nebo omezených možností sladění profesního a osobního života. Rovné příležitosti se proto stávají klíčovým tématem nejen pro jednotlivce, ale i pro budoucnost celého zdravotnictví.

Každý lékař a lékařka by měli mít **stejné možnosti rozvoje** bez ohledu na svůj gender a pohlaví. Mentorující hraje klíčovou roli při identifikaci a překonávání překážek, které mohou být výsledkem předsudků nebo systémových nerovností. To zahrnuje podporu při hledání příležitostí k odbornému růstu, budování sebevědomí a vyjednávání o pracovních podmínkách.

Ženy v medicíně čelí specifickým výzvám, které si zaslouží zvláštní pozornost. Vzhledem k rozdílné **socializaci žen a mužů** a přetrvávajícím **genderovým stereotypům** narážejí ženy v konkurenčním prostředí medicíny na překážky, které mají jak vnější, tak vnitřní rozměr. Mezi vnější faktory patří například předsudky ohledně jejich odborných schopností, pracovního nasazení či ambicí, méně příležitostí k vedení a nižší zastoupení ve vyšších akademických a klinických pozicích.

Na druhé straně hrají roli i subjektivní bariéry, které mohou souviset s nižším sebevědomím v porovnání s mužskými kolegy, větší mírou sebekritiky nebo tendencí podceňovat vlastní úspěchy. To může vést k syndromu podvodníka (imposter syndrom), menší ochotě ucházet se o vedoucí pozice nebo k pocitu, že je nutné neustále dokazovat svou kompetenci.

Významnou překážkou, která ženy v medicíně dále znevýhodňuje, je nerovnoměrné rozložení pečujících rolí. V České republice tvoří ženy 98 % primárních pečujících o děti a ani v péči o starší či nemocné příbuzné na tom nejsou o mnoho lépe. Tato zátěž se často kombinuje s náročným režimem lékařské profese a složitou sociální ochranou státu, která nedostatečně podporuje flexibilní úvazky, dostupnou předškolní péči či možnosti sladění kariéry s rodinnými povinnostmi. Absence systémové podpory pak vede k tomu, že ženy jsou častěji nuceny volit mezi kariérním postupem a rodinným životem, což dále prohlubuje genderovou nerovnost v oboru.

Mentoring zde může sehrát klíčovou roli – zkušené mentorky a mentoři mohou pomoci ženám v medicíně nejen rozvíjet odborné dovednosti, ale také posilovat sebedůvěru, budovat profesní síť a strategicky plánovat kariéru s ohledem na jejich individuální situaci. Důležité je také otevírat diskusi o strukturálních změnách, které by umožnily ženám a mužům v medicíně lépe sladit práci a rodinu, aniž by to negativně ovlivňovalo jejich profesní růst:

- **Budování sebevědomí a asertivity:** pomoc ženám při překonávání pochybností o sobě samých a při sebeprosazování v náročném prostředí.
- **Řešení diskriminace a mikroagresí:** mentorující může pomoci mentees identifikovat tyto situace a nabídnout strategie, jak na ně reagovat.
- **Leadership skills:** podpora v rozvoji vůdčích schopností a při přijímání vedoucích rolí.
- **Vyjednávání o pracovních podmínkách:** trénink v efektivní komunikaci, která umožňuje dosáhnout spravedlivých podmínek.
- **Time management a prioritizace:** pomoc při sladění profesního a osobního života.

Instituce by měly podporovat inkluzivní mentoringové programy zaměřené na rovné příležitosti. Tyto programy mohou zahrnovat:

- **Profesní skupiny a networkingové platformy:** prostředí, kde mohou ženy sdílet zkušenosti a navazovat kontakty.
- **Právní poradenství:** informace o právech v oblasti pracovněprávních vztahů.

→ **Psychologickou podporu:** prevence vyhoření a podpora duševního zdraví v náročném prostředí.

Rovných příležitostí nelze dosáhnout pouze individuálním úsilím – klíčová je také **systémová podpora**. Instituce mohou hrát významnou roli:

- **Implementace politik podporujících rovné příležitosti:** zajištění transparentních kritérií pro kariérní růst, rozvoj, hodnocení a odměňování.
- **Vytváření bezpečného pracovního prostředí:** mechanismy, které brání diskriminaci a aktivně podporují diverzitu.
- **Rozvoj inkluzivní organizační kultury:** podpora respektu a spolupráce mezi členy a členkami týmu.

Analýza a sledování **genderového zastoupení** v různých specializacích odhaluje nerovnováhu, která přetrvává zejména v tradičně mužských oborech, jako jsou chirurgické nebo intervenční specializace. Mentor či mentorka mohou pomoci zejména ženám překonávat překážky, jako je:

- **Balancování fyzické náročnosti práce s těhotenstvím:** identifikace opatření, která zohledňují specifické potřeby během těhotenství a mateřství.
- **Přizpůsobení pracovního prostředí:** zajištění rovnocenných podmínek pro ženy i muže v operačních oborech.

V době, kdy ženy tvoří většinu studujících lékařských fakult, je nutné zajistit, aby jejich talent a ambice nebyly limitovány zastaralými **předsudky nebo systémovými bariérami**. Podpora rovných příležitostí v medicíně není jen otázkou spravedlnosti, ale také klíčem k udržitelné a kvalitní péči. Mentorující má v tomto procesu nezastupitelnou roli – pomáhá překonávat bariéry, inspirovat a ukazovat cestu, jak dosáhnout profesní spokojenosti bez ohledu na gender a pohlaví. Současně sami mentorující se musí v tomto směru dále rozvíjet a (sebe)reflektovat, jelikož vysoká míra specializace a zkušeností v medicíně nemusí nutně znamenat i genderově (a jinak) citlivý přístup. Blíže viz kapitoly IV a V.

MEZIGENERAČNÍ SPOLUPRÁCE

Sdílení zkušeností mezi generacemi lékařek a lékařů je dalším klíčovým faktorem při prosazování rovnosti. **Vzory (role models)** a inspirativní příklady pomáhají profesně mladším kolegům a kolegyním dokázat, že úspěšná kariéra a naplněný osobní život se nevyklučují. **Mezigenerační mentoring** může přispět k vytváření podpůrných sítí, předávání osvědčených postupů a budování komunit zaměřených na rovné příležitosti.

11. CO MŮŽE/MÁ MENTORUJÍCÍ OČEKÁVAT A VYŽADOVAT OD MENTEES?

Pro úspěšný mentorský vztah je důležité, aby nejen mentor/ka, ale i mentees plnili určité **role a povinnosti**, aby jejich interakce byla nejen efektivní, ale také udržitelná. Na začátku vztahu je vhodné vyjasnit si očekávání a vyslovit základní pravidla spolupráce. Mentorující může očekávat a požadovat od mentees zejména následující:

1. **Aktivní zapojení, iniciativu a zájem** – mentees by měli být aktivními účastníky a účastnicemi mentoringu, přicházet s dotazy, návrhy a tématy k diskusi a snažit se aplikovat rady a poznatky z mentoringu do praxe.
2. **Připravenost** – mentees by měli přicházet na setkání připraveni (tzn. mít připravené otázky na mentora/mentorku), reflektovat předchozí kroky a diskutovat nové.
3. **Otevřenost a upřímnost** – mentees by měli být schopni a schopny sdílet své skutečné obavy, cíle a výzvy, aby mentorující mohli nabídnout relevantní pomoc a podporu.
4. **Přijetí zpětné vazby** – ochota naslouchat a reflektovat konstruktivní zpětnou vazbu je základním předpokladem efektivy jakéhokoliv mentoringu. S tím také souvisí ochota přiznat si vlastní chyby a poučit se z nich.
5. **Odpovědnost** – mentees by se měli snažit plnit úkoly nebo závazky, na kterých se s mentorem či mentorkou dohodli. Zároveň by měli rozumět faktu, že velká část odpovědnosti za výsledky mentoringu leží na nich.
6. **Respekt** – mentees by měli respektovat osobu a čas mentorujících, tj. měli by být dochvilní, dodržovat domluvené časy setkání a usilovat o co nejefektivnější využívání smlouvaného času. Měli by také respektovat, že mentorující má své pracovní a osobní závazky, a přizpůsobit tomu svou komunikaci (i o tom je vhodné během mentoringu hovořit). Důležité je, aby mentees vnímali mentoring jako oboustrannou partnerskou spolupráci, nikoliv jako jednostranné vedení.

12. PRAKTICKÉ NÁSTROJE A METODY MENTORINGU

Efektivní mentoring není pouze o **sdílení zkušeností**, ale také o **používání konkrétních nástrojů a technik**, které podporují růst mentees a posilují jejich důvěru v proces mentoringu. Klíčovými pilíři jsou vytváření bezpečného prostředí, poskytování konstruktivní zpětné vazby, plánování cílů a využívání interaktivních metod, jako jsou role-play a simulace. Patří sem i specifické metody vedení mentoringového rozhovoru, jako GROW model, který jsme představili v úvodní kapitole.

VYTVÁŘENÍ BEZPEČNÉHO PROSTŘEDÍ

Důvěra a psychologické bezpečí jsou základem úspěšného mentoringu. Mentorující by měl/a zajistit prostředí, kde mentee cítí podporu, respekt a ochranu před hodnocením nebo kritikou. Důležité je přizpůsobit přístup **individuálním potřebám**.

bám mentee/ho, protože každý člověk reaguje na podněty jinak. Mentorující by měl/a být flexibilní a umět se přizpůsobit různým osobnostem a pracovním stylům.

Klíčové aspekty zahrnují:

- **Důvěrný prostor:** diskuse vedené v rámci mentoringu by měly zůstat soukromé, což podporuje otevřenost mentee/ho.
- **Respektování soukromí a diskrétnost:** mentee musí mít jistotu, že sdílené informace nebudou využity mimo rámec vztahu mentor/ka-mentee.
- **Aktivní naslouchání:** schopnost plně se soustředit na sdělení mentee/ho bez přerušování nebo posuzování, umět zrcadlit, parafrázovat, sumarizovat...
- **Podpora práce s emocemi:** poskytnutí prostoru pro vyjádření emocí a práce s nimi, což posiluje důvěru a podporuje otevřenost.

Bezpečné prostředí umožňuje mentee/mu experimentovat, učit se z chyb a růst bez obav z odsouzení. Mentoři a mentorky by měli být schopni/ny reagovat na různé podněty a přizpůsobit svůj přístup tak, aby mentees cítili, že mají prostor pro růst a učení se.

KONSTRUKTIVNÍ ZPĚTNÁ VAZBA

Zpětná vazba je základním nástrojem pro růst a rozvoj mentees. Musí být podána tak, aby byla **motivující, konkrétní a zaměřená na řešení**. Mentorující by měli mít schopnost adaptovat způsob zpětné vazby na konkrétní situace a osobnost mentee/ho.

Jak poskytovat efektivní zpětnou vazbu:

- **Pravidelnost:** zpětná vazba by měla přicházet v pravidelných intervalech.
- **Strukturovanost:** hodnocení by mělo probíhat nejlépe během hodnotících rozhovorů.
- **Konkrétní příklady:** zpětná vazba musí být zaměřena na konkrétní situace, nikoli na obecné charakteristiky nebo osobnost lékaře či lékařky.
- **Vyvážený přístup:** hodnocení by mělo zahrnout jak uznání dosažených úspěchů, tak návrhy na zlepšení, a to v přiměřeném poměru. Je vhodné evaluaci zakončit pozitivně a konkrétním plánem.
- **Okamžitost:** poskytnutí zpětné vazby co nejdříve po sledované situaci.

Důležité je, aby zpětná vazba nebyla pouze kritická, ale **motivující** a zaměřená na konkrétní kroky vedoucí ke zlepšení. Takto poskytovaná zpětná vazba posiluje sebevědomí mentee/ho a podporuje jeho či její odborný růst a rozvoj.

STRUKTUROVANÉ SCHŮZKY

Efektivní mentoring vyžaduje plánování. **Strukturované schůzky** pomáhají oběma stranám jasně definovat cíle, sledovat pokrok a řešit překážky. Flexibilita a přizpůso-

bení plánů aktuálním potřebám mentees jsou klíčové pro úspěch mentoringového procesu.

Doporučený postup:

Stanovení cílů: každé setkání by mělo zahrnovat diskusi o krátkodobých a dlouhodobých cílech. Ty by mohly být například v souladu s konceptem SMART (specifické, měřitelné, dosažitelné, relevantní, časově ohraničené, viz úvodní kapitola).

- **Pravidelné hodnocení:** na každé schůzce zhodnoťte pokrok od posledního setkání a identifikujte případné problémy. Můžete použít například SWOT analýzu jako jednu z možných technik.
- **Flexibilita:** cíle a plány by měly být průběžně přizpůsobovány aktuálním potřebám a okolnostem.
- **Dokumentace:** záznamy o dosažených výsledcích a překážkách pomáhají udržovat jasný přehled.

Mentorující by měl/a pravidelně reflektovat pokrok, být připraven/a na úpravy plánů a zohlednit měnící se potřeby mentees. Dokumentace a pravidelný přehled pokroku přispívají k udržení motivace a cílenému rozvoji.

ROLE-PLAY A SIMULACE

Interaktivní metody, jako je role-playing a simulace, poskytují mentees příležitost rozvíjet dovednosti v bezpečném prostředí. Tyto metody umožňují trénovat klíčové situace, jako jsou:

- **Komunikace s pacienty:** nácvik sdělení obtížných zpráv nebo řešení citlivých témat.
- **Řízení krizových situací:** například simulace akutního zdravotního stavu pacienta nebo řešení konfliktu v týmu nebo s vedením pracoviště.
- **Diagnostické a terapeutické postupy:** praktické procvičování bez ohrožení reálných pacientů a pacientek.

Simulace umožňují nejen získání zkušeností, ale také okamžité vyhodnocení výkonu a poskytnutí zpětné vazby. Pro mentora nebo mentorku to znamená možnost okamžitého „zásahu“, aby podpořil/a mentees ve zvládnutí stresových nebo náročných situací. V takových interaktivních scénářích se mentee učí jednat v bezpečném prostředí, čímž získává větší sebevědomí a dovednosti pro realitu. Je však třeba zajistit, aby i tato simulace probíhala bezpečně, aby se v ní mentees cítili přiměřeně komfortně a nebáli se „hrát“ otevřeně.

REFLEXE A DLOUHODOBÝ ROZVOJ

Mentorující by měli pravidelně **reflektovat svůj vlastní přístup a techniky**, aby zvýšili efektivitu svého vedení. To zahrnuje hodnocení, jak účinné jsou použité metody, a přizpůsobení přístupu individuálním potřebám mentees. Sebereflexe mentora zajišťuje neustálé zlepšování kvality mentoringového procesu. Vhodná

jsou i průběžná setkávání s dalšími mentorujícími nebo systematická supervize, která umožňuje sdílet a společně hledat řešení obtížnějších situací v mentoringu z pohledu mentorů a mentorek.

Zásadní je, aby mentorka či mentor nevytvářeli z mentees svou **kopii**, ale respektovali jejich osobnost, přístup k řešení problémů a nápady. Mentorující by měli být otevření/ny novým myšlenkám, které mentees navrhnou, a podporovat jejich vlastní konstruktivitu, kreativitu a nápaditost. I mladý lékař nebo lékařka mohou mít svůj specifický a efektivní způsob, jak situaci řešit, který nemusí nutně kopírovat metody zkušenějšího kolegy nebo kolegyně – to je potřeba uznat a respektovat, současně je to žádoucí zdroj obohacení právě pro mentory a mentorky (např. že určité věci lze dělat i jinak, což nemusí znamenat hůře).

13. VÝZNAM DLOUHODOBÉHO VZTAHU V MENTORINGU

Mentoring v medicíně není jednorázový proces – jeho největší přínos spočívá v dlouhodobém vztahu mezi mentorem či mentorkou a mentee/m. Tento vztah poskytuje hlubší porozumění, kontinuální podporu a trvalý vliv na profesní i osobní růst. Často přesahuje formální rámec mentoringového programu a mentoringové dohody a stává se inspirací pro obě strany.

Klíčem k úspěšnému mentoringu je vzájemná důvěra, která se buduje na respektu, otevřenosti a empatii. Díky ní se mentee může s větší jistotou rozvíjet a zvládat náročné situace. Dlouhodobý vztah zároveň poskytuje nejen poradenství, ale i praktickou podporu, která je nezbytná pro úspěch v medicíně.

JAK MŮŽE MENTORING POKRAČOVAT I PO FORMÁLNÍM UKONČENÍ?

Dlouhodobé mentorství může mít různé podoby:

- **Neformální konzultace** – I po skončení oficiální spolupráce se mentee může obracet na svého mentora či mentorku s konkrétními otázkami. Otevřenost k dalšímu poradenství posiluje vztah a podtrhuje, že mentoring není jen krátkodobá pomoc. Na závěr formálního mentoringu je vhodné na tuto možnost mentee/ho upozornit.
- **Spolupráce a profesní partnerství** – Mentoring se často přirozeně rozvine v dlouhodobou profesní spolupráci, ať už v oblasti výzkumu, výuky, nebo klinické praxe. Tento vztah může mít zásadní vliv na kariéru obou stran.
- **Inspirace pro vlastní mentoring** – Mnoho mentees se v budoucnu samo stává mentory a mentorkami a čerpá z pozitivních zkušeností, které během mentoringu získali. Tím přispívají k rozvoji mentoringové kultury a posilují vzájemnou podporu v odborné komunitě.

PŘÍNOSY DLOUHODOBÉHO MENTORSTVÍ

Dlouhodobý mentoring podporuje nejen profesní, ale i osobní růst. Postupem času se z mentee/ho stává mentorující osoba, a to buď systematicky v rámci mentoringového programu, nebo přirozeně v každodenní podpoře mladších kolegů a kolegyně.

Tento pokračující vztah je výhodný pro obě strany – mentee získává stabilní zdroj inspirace a podpory, zatímco mentorující čerpá nové podněty a perspektivy od svého svěřence či svěřenkyně. Díky tomu mentoring obohacuje nejen jednotlivce, ale i celé lékařské prostředí, přispívá k jeho odolnosti a podporuje kulturu spolupráce.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 8th edition. Oxford University Press, New York, NY, 2019.
- Frank J. R., Danoff, D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teacher.*, 2007, 29(7): 642–647.
- Kohoutek, R. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998.
- Mikuláščík, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. dopl. a přeprac. vydání. Praha: Grada, 2010.
- Motsching, R., Nykl, L. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada, 2011.
- Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009.
- Watzlawick, P. *Jak skutečná je skutečnost?* Hradec Králové: Konfrontace. 1998.

Tato kapitola vznikla díky spolupráci týmu autorek a autorů, kteří její obsah vystavěli primárně na vlastních zkušenostech, přáních a příkladech dobré praxe, se kterými se během svého profesního vývoje setkali. Inspiraci čerpali z reálných situací, kterých byli buď přímými svědky či svědkyněmi, nebo se jich osobně účastnili. Tento příspěvek odráží nejen odborné poznatky, ale také lidský pohled na náročné i inspirativní momenty, které formovaly jejich kariéru. Tímto způsobem kapitola nabízí autentický vhled do problematiky a současně slouží jako praktický návod pro mentory a mentorky.

III. ZÁSADY VEDENÍ MENTORINGOVÉHO ROZHOVORU

*Barbora East, Šárka Tomová, Markéta Bloomfield,
Dana Sochorová, Filip Jakubov*

1. ÚVOD DO MENTORINGOVÉHO ROZHOVORU

CO JE MENTORINGOVÝ ROZHOVOR

Mentoringový rozhovor je specifická forma komunikace mezi mentorujícími a mentees, která je zaměřena na osobní a profesní růst mentees. Je důležitým nástrojem pro podporu rozvoje mladších kolegů a kolegyň, studujících nebo nových členů a členek týmu. Využívá se k tomu, aby mentees mohli **reflektovat svou praxi**, řešit profesní výzvy a získat zpětnou vazbu, která jim pomůže v dalším rozvoji.

VÝZNAM V KONTEXTU MEDICÍNY

V medicíně, která klade vysoké nároky na odbornost, rychlé rozhodování a častou intenzivní interakci s pacienty a pacientkami, je mentoring klíčovým nástrojem pro **předávání zkušeností a hodnot** mezi generacemi zdravotníků a zdravotnic. Mentoringový rozhovor pomáhá nejen při předávání klinických dovedností a vědomostí, ale zejména při budování profesionální identity, etických zásad a emocionální odolnosti, které jsou v medicíně nezbytné pro udržení kvalitní péče o pacientky a pacienty.

Mentoringový rozhovor poskytuje mentees **bezpečný prostor**, aby vyjádřili své obavy, otázky nebo pochybnosti, a zároveň umožňuje mentorujícím nabídnout své zkušenosti, poradenství a podporu. Tento rozhovor by měl být **strukturovaný**, ale zároveň dostatečně **flexibilní**, aby se přizpůsobil konkrétním potřebám mentees a aktuálním problémům v jejich profesní praxi.

2. PŘÍPRAVA NA MENTORINGOVÝ ROZHOVOR

Příprava na mentoringový rozhovor je klíčová pro jeho úspěch a efektivitu. Bez důkladné přípravy se mentorující může stát neefektivní v podpoře svých mentees a vést rozhovor bez konkrétního směru, což může být kontraproduktivní. Kvalitní příprava, která zohledňuje potřeby mentees, aktuální situaci a cíle, pomáhá zaručit, že mentoringový rozhovor bude **produktivní** a směřující k pozitivnímu rozvoji mentees.

STANOVENÍ CÍLŮ A AGENDY

Jedním z prvních kroků při přípravě na mentoringový rozhovor je **stanovení jasných a konkrétních cílů daného mentoringového setkání**. Mentorující i mentees by měli mít předem jasnou představu o tom, jaký bude účel rozhovoru a jaké otázky nebo témata budou pokryty – cíle mentoringového rozhovoru mohou být různé v závislosti na potřebách mentees, aktuálních výzvách nebo profesních cílech, ale je důležité, aby byly konkrétní, měřitelné a dosažitelné.

Příklady cílů pro mentoringový rozhovor:

- zhodnotit pokrok v praktických dovednostech a znalostech,
- pomoci mentees identifikovat a vyřešit konkrétní profesní nebo osobní výzvy,
- podpořit mentees v rozvoji konkrétních komunikačních nebo rozhodovacích schopností,
- prozkoumat kariérní možnosti a profesní směry.

Kromě cílů je také důležité připravit **konkrétní agendu**, která bude obsahovat témata, o kterých se bude diskutovat. Agenda by měla být flexibilní, aby bylo možné reagovat na aktuální potřeby mentees, ale zároveň by měla sloužit jako vodítko, které rozhovor udrží na správné cestě. Témata mohou zahrnovat:

- reflektování předchozího setkání (pokrok, výzvy, úkoly),
- diskuse o konkrétních problémech nebo obtížích, kterým mentees čelí,
- stanovení nových cílů pro nadcházející období.

Příprava agendy (nebo také konkrétní zakázky, viz první kapitola), která bude pokrývat potřebná témata, je klíčová pro zajištění strukturovaného a efektivního mentoringového rozhovoru a jednotliví mentees by se jí měli aktivně věnovat.

VYTVÁŘENÍ BEZPEČNÉHO PROSTŘEDÍ

Pro dosažení úspěšného mentoringového rozhovoru je nezbytné, aby se mentees cítili bezpečně a byli schopni/ny otevřeně komunikovat o svých obavách, problémech a výzvách. Bez tohoto otevřeného přístupu nemůže mentoringový proces naplno fungovat.

ZÁSADY PRO VYTVOŘENÍ BEZPEČNÉHO PROSTŘEDÍ

- **Důvěrnost:** mentorující by měli jasně ujišťovat mentees, že všechny informace sdílené během rozhovoru jsou důvěrné a nebudou použity proti nim. To zahrnuje jak profesní, tak osobní informace.
- **Respekt:** mentorující by měli projevovat respekt k názoru mentees, ať už s ním souhlasí, nebo ne. To znamená nejen uznávat právo mentees na vlastní názor, ale také jim naslouchat bez přerušování a hodnotících soudů.
- **Aktivní naslouchání:** aktivní naslouchání je klíčovým nástrojem pro vybudování vzájemného respektu. Mentorující by měli věnovat plnou pozornost tomu, co mentees říkají, a tím ukázat, že jsou jejich názory a obavy hodnotné. Aktivní naslouchání zahrnuje

***kladení doplňujících otázek**, které ukazují zájem o konkrétní detaily a pomáhají mentees lépe formulovat své myšlenky.*

- **Nonverbální komunikace:** *tón hlasu a další neverbální signály, které mentorující používá, mohou mít významný dopad na to, jak se mentee cítí. Důležité je snažit se být otevřený/otevřená, přístupný/přístupná a podporující.*
- **Neutralita a nestrannost:** *mentorující by měli být v případě konfliktů nebo obtížných témat nestranní a nedávat najevo své osobní preference nebo předpojatost vůči různým názorům a přístupům. To však neznamená, že musí s mentees souhlasit a nemohou s respektem vyjádřit vlastní odlišný názor. Naopak, různost perspektiv může být zdrojem vzájemného obohacení.*

3. KLÍČOVÉ ZÁSADY KOMUNIKACE V MENTORINGU

Komunikace v rámci mentoringového vztahu je základem úspěchu celého procesu. Dobrá komunikace nejenže zajišťuje efektivitu mentoringu, ale také pomáhá mentorujícím a mentees navázat silnou pracovní a vztahovou dynamiku. Zde se zaměříme na čtyři zásadní oblasti:

- aktivní naslouchání,
- empatii a porozumění,
- správnou formulaci otázek,
- poskytování konstruktivní zpětné vazby.

AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ: JAK AKTIVNĚ NASLOUCHAT A PROČ JE TO ZÁSADNÍ PRO VYTVÁŘENÍ DŮVĚRY A POROZUMĚNÍ

Aktivní naslouchání je jednou z nejdůležitějších dovedností, které mentorující může využít. Jde o proces, při kterém mentorující nejenže slyší slova mentee/ho, ale skutečně se snaží pochopit jejich význam, emoce a kontext. Aktivní naslouchání umožňuje mentorujícím zachytit nejen **obsah** komunikace, ale i **neverbální signály** a **pocity** mentee/ho, což je klíčové pro hlubší porozumění.

Klíčové techniky aktivního naslouchání:

- **Otevřený postoj a oční kontakt:** udržování očního kontaktu a otevřená tělesná řeč ukazují, že se mentorující plně soustředí na rozhovor.
- **Parafrázování a potvrzování:** mentorující by měli občas opakovat, co mentee říká, aby ukázali, že rozumí. Například: „Říkáte, že máte pocit, že vaše rozhodnutí nebylo správné?“
- **Ticho a prostor pro reflektování:** poskytnout mentee/mu dostatek času na odpověď, místo aby mentorující okamžitě reagoval či mentee/ho přerušoval, což skýtá prostor pro hlubší zamyšlení.

Důvěra v takto vedeném rozhovoru se posiluje, protože mentee cítí, že jsou jeho/její názory respektovány.

EMPATIE A POROZUMĚNÍ: JAK PROJEVOVAT EMPATII A PROČ JE TO DŮLEŽITÉ PRO VZTAH MENTORUJÍCÍ-MENTEE

Empatie je klíčová pro vytvoření podpůrného a respektujícího prostředí v mentoringovém vztahu. Empatičtí mentorující jsou schopni vnímat a chápat pocity svých mentees, což umožňuje lépe se přizpůsobit jejich potřebám a výzám.

Projevy empatie:

- **Aktivní naslouchání:** jak jsme již zmínili, empatie je podpořena aktivním nasloucháním, které ukazuje, že mentorující není jen pasivním příjemcem informací, ale že se skutečně zajímá o pocity a potřeby mentees.
- **Slovní podpora:** uklidňující a povzbudivé fráze jako „Rozumím, že je to pro vás těžké“ nebo „To musí být frustrující, ale věřím, že to zvládnete“ mohou mentees pomoci cítit podporu a pochopení.
- **Nerozporování emocí:** místo toho, aby mentorující hodnotili pocity mentees jako neopodstatněné nebo přehnané, měli by je akceptovat a umožnit jim je vyjádřit.

Empatický přístup v mentoringu také pomáhá vybudovat silnou základnu důvěry, což je zásadní pro otevřenou a upřímnou komunikaci.

OTÁZKY A REFLEXE: JAK FORMULOVAT SPRÁVNÉ OTÁZKY (OTEVŘENÉ VS. UZAVŘENÉ OTÁZKY) A JAK PROVÁDĚT REFLEXI, ABY MENTEE ZÍSKALI HLUBŠÍ POROZUMĚNÍ

Správná volba otázek a schopnost reflexe jsou zásadní pro rozvoj mentees a pro jejich schopnost se zamyslet nad vlastními zkušenostmi, rozhodnutími a profesním růstem.

Otevřené vs. uzavřené otázky:

- **Otevřené otázky:** tyto otázky umožňují mentees vyjádřit se hlouběji. Například: „Co vás na tomto projektu nejvíc motivovalo?“ nebo „Jak byste popsal/a svou roli v týmu?“ Takové otázky podporují hlubší přemýšlení a reflexi, což může vést k cenným objevům a zlepšení.
- **Uzavřené otázky:** tyto otázky, které obvykle vyžadují jednoslovnou odpověď (ano/ne), mohou být užitečné pro potvrzení konkrétních faktů nebo pro získání rychlých informací, ale v kontextu mentoringu by měly být používány střídmo.

Reflexe a zpětná vazba:

Mentorující by měli věnovat čas **reflexi**, což umožňuje mentees podívat se na svou situaci z různých úhlů. Příklady reflexních otázek zahrnují: „Jak bys/te mohl/a tuto situaci vyřešit jinak?“ nebo „Co byste příště udělal/a jinak, abyste dosáhl/a lepšího výsledku?“ Tato otázka podněcuje mentální procesy, které vedou k osobnímu a profesnímu růstu.

Konstruktivní zpětná vazba: Jak poskytovat zpětnou vazbu tak, aby byla motivační, konkrétní, vyvážená a vedla k rozvoji?

Zpětná vazba je zásadní pro rozvoj mentees. Je však důležité, aby byla poskytována způsobem, který podporuje pozitivní změnu, motivuje a nabízí konkrétní návod, jak se zlepšit.

Zásady konstruktivní zpětné vazby:

- **Specifičnost a konkrétnost:** zpětná vazba by měla být specifická, zaměřená na konkrétní chování nebo výsledek, nikoliv na osobnost. Místo „*Nejsi/nejste dobrý/dobrá v komunikaci*“ je lepší říci „*Všiml/a jsem si, že v posledních poradách často nekomunikujete s ostatními. Co byste mohl/a udělat, abyste tuto oblast zlepšil/a?*“
- **Vyváženost:** konstruktivní zpětná vazba by měla obsahovat jak shrnutí pozitiv, tak i slabších míst, kde je prostor pro zlepšení. Tento přístup je známý jako „**metoda sendviče**“: pozitivní zpětná vazba, oblast pro zlepšení, pozitivní zpětná vazba.
- **Motivace:** zpětná vazba by měla mentee/ho motivovat, a to tak, že jí/mu ukáže, jak může dané chování nebo dovednosti zlepšit. Například: „*Máte skvělé analytické schopnosti, ale mohl/a byste zlepšit způsob, jakým předáváte své nápady týmu. Pokud byste zapracoval/a na svých prezentacích, vaše schopnosti by se ještě zlepšily.*“

4. STRUKTURA MENTORINGOVÉHO ROZHOVORU

Struktura mentoringového rozhovoru je **klíčová pro dosažení efektivního výsledku**. Dobře strukturovaný rozhovor zajišťuje, že bude mít jasný směr, a pomáhá mentorujícím a mentees soustředit se na konkrétní cíle, což vede k profesionálnímu růstu mentees. Strukturou lze usměrnit celý proces, což umožňuje pokrýt jak témata profesního rozvoje, tak i emocionální podpory a kariérních rozhodnutí.

ÚVODNÍ FÁZE: JAK ZAČÍT ROZHOVOR, NASTAVENÍ TÓNU

Úvodní fáze je klíčová pro vytvoření příjemné atmosféry, která bude během celého rozhovoru podporovat otevřenou a důvěrnou komunikaci.

Vytvoření příjemné atmosféry:

Na začátku rozhovoru by mentorující měli využít několik minut k navození uvolněné atmosféry. To může zahrnovat krátkou diskusi o aktuálním životě mentee/ho, profesních záležitostech nebo pozitivních věcech, které ho/ji v poslední době potkaly. Tímto způsobem se mentee začne cítit více komfortně v komunikaci. Současně je zapotřebí respektovat fázi vztahu/spolupráce a vyhýbat se např. osobním otázkám.

Nastavení tónu rozhovoru:

Mentorující by měli zvolit přístup, který povzbudí mentees k **otevřenosti**. Otevřené otázky (tedy takové, které nevedou k jednoslovným odpovědím typu ano/ne) jsou v této fázi velmi užitečné, protože vyvolávají širší odpovědi a dávají mentee/mu prostor pro rozmyšlení.

Místo „*Byl/a jste se svým výkonem v posledním týdnu spokojený/spokojená?*“ je lepší použít otázku: „*Co vám v posledním týdnu šlo dobře a co byste změnil/a?*“

Ujištění o důvěrnosti:

Je důležité, aby mentorující na začátku rozhovoru připomněli, že vše, co se během setkání probírá, je důvěrné. To dává mentees pocit bezpečí a soukromí, což je nezbytné pro otevřenost. Zejména v případě mentoringu organizovaného ze strany určitého pracoviště je zapotřebí informovat mentees, jaký typ (anonymizovaných) dat může být reportován zadavateli (typicky instituci/zaměstnavateli), např. počet setkání apod.

HLAVNÍ ČÁST: JAK SE ZAMĚŘIT NA KONKRÉTNÍ TÉMATA

Hlavní část mentoringového rozhovoru je místem pro hlubší analýzu konkrétních témat, která si mentees přinesli nebo která mentorující považuje za důležitá. Tato část by měla být **interaktivní**, zaměřená na rozvoj dovedností, řešení problémů a emocionální podporu.

Zhodnocení předchozího pokroku:

Úspěšný mentoringový rozhovor by měl vždy obsahovat moment, kdy mentorující (i mentee sám/sama) zhodnotí **pokrok** mentee/ho od předchozího setkání. Tato reflexe poskytuje prostor pro zpětnou vazbu a pomáhá mentees uvědomit si, co se zlepšilo a co by ještě mohlo být vyřešeno nebo vylepšeno.

OTÁZKY PRO ZHODNOCENÍ POKROKU

- *Jaké konkrétní změny nebo zlepšení jste v poslední době zaznamenal/a ve své praxi?*
- *Jaké problémy jste dokázal/a vyřešit od posledního setkání?*
- *Které z cílů, které jsme si stanovili minule, se vám podařilo splnit? Co vám v tom pomohlo?*
- *Jsou některé cíle, které potřebujeme přehodnotit nebo upravit?*
- *Jakým výzvám jste čelil/a od posledního setkání a jak jste je řešil/a?*

Tato reflexe je příležitostí nejen pro zhodnocení pokroku, ale také pro **nastavení nových cílů a priorit** pro nadcházející období. Pomáhá udržovat mentoringový rozhovor zaměřený na konkrétní potřeby mentees a jejich profesní vývoj.

Rozvoj dovedností a řešení problémů:

V hlavní fázi by mentorující měli klást otázky, které pomohou mentees zhodnotit jejich aktuální dovednosti a identifikovat oblasti pro zlepšení. Tyto otázky by měly být konkrétní a zaměřené na realitu praxe. Například: *„Jaké techniky používáte při diagnostice pacientů/pacientek s tou a tou konkrétní diagnózou a na jaké problémy u toho narazíte?“*

Pokud mentee čelí určitým problémům, mentorující by měl/a pomoci hledat možné řešení, přičemž se zaměří na pozitivní přístup. Mentorující může nabídnout alternativní způsoby řešení a sdílet vlastní zkušenosti, ale měl/a by vždy vést mentees k tomu, aby sami přemýšleli o pro ně nejlepším postupu.

Kariérní rozhodnutí a výběr směrů:

Mentorující také pomáhá mentees orientovat se v jejich kariéře, zvážit profesní možnosti a přijímat rozhodnutí, která ovlivní jejich další vývoj. To může zahrnovat diskuse o výběru specializace, výzkumných projektech, kariérních cílech a možnostech dalšího vzdělávání. Mentorující by měl/a pomoci mentees pochopit, jaké faktory je třeba vzít v úvahu při rozhodování o dalších krocích.

Emocionální podpora:

Mentorující by měli být i podporujícími partnery v emocionálním směru, pokud mentees čelí stresu, vyhoření nebo jiným psychickým výzvám. Může se jednat o podporu při řešení konfliktních situací s kolegy, vyrovnávání se s neúspěchem nebo zvládání vysokých profesních nároků. Mentorující by měli mít schopnost naslouchat a poskytovat empatickou zpětnou vazbu.

Interaktivita a aktivní naslouchání:

Během hlavní části by mentorující měli využívat techniky aktivního naslouchání, které umožňují správně interpretovat, co mentees říkají. Místo pouhého předkládání informací by měli mentorující neustále reagovat na to, co mentees sdílí, a udržovat otevřenou a interaktivní komunikaci.

AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ

Znamená, že mentorující nejen slyší, ale i chápe a dává to najevo prostřednictvím komentářů a otázek. Například: „Co přesně myslíte, když říkáte...? Rozumím správně, že říkáte...? Co vás na tom nejvíce překvapilo nebo zaujalo? Proč myslíte, že to dopadlo právě tímto způsobem?“

ZÁVĚREČNÁ FÁZE: JAK UZAVŘÍT ROZHOVOR, SHRNUTÍ KLÍČOVÝCH BODŮ A STANOVENÍ KONKRÉTNÍCH KROKŮ DO BUDOUČNA

Závěrečná fáze skýtá prostor pro zajištění, že mentee odchází z rozhovoru s jasnými cíli a **konkrétními kroky**, které je třeba podniknout. **Ujištění** mentee/ho o tom, že ví, co dál dělat, je klíčové pro pokračování v profesním rozvoji a zajištění pozitivní změny. Obdobně je důležité, aby se mentorující před ukončením rozhovoru ujistili, že mentees řečenému porozuměli.

TIP

K ujištění se, že mentee porozuměl/a řečenému, dobře poslouží například technika zpětného shrnutí, kdy mentee vlastními slovy zopakuje, jaké klíčové body, stanovené cíle a plánované kroky si z proběhlého rozhovoru odnáší.

Shrnutí klíčových bodů:

Na konci rozhovoru je užitečné provést **stručné shrnutí** toho, co bylo diskutováno. Mentorující by měl/a zopakovat hlavní témata a pokroky, které mentees udělali. To může zahrnovat zhodnocení toho, co bylo úspěšné a jaké dovednosti nebo oblasti ještě budou vyžadovat zlepšení. Vždy je dobré začít tím, co je pozitivní, v čem se mentee posunul/a.

Stanovení konkrétních kroků do budoucna:

Rozhovor by měl končit konkrétními závazky a **plány do budoucna**. Mentorující by měl/a mentee/mu pomoci identifikovat specifické kroky, které je třeba podniknout k dosažení nových cílů. Tyto kroky by měly být **měřitelné, konkrétní a dosažitelné**. Může se jednat například o vytvoření plánu pro další vzdělávání, stanovení termínů pro zlepšení určité dovednosti nebo plánování budoucího výzkumného projektu.

Důraz na vytvoření jasné představy o dalších krocích:

Mentorující by se měl/a ujistit, že mentee má jasnou představu o tom, co dál dělat, a kdy se opět sejdou. To může zahrnovat konkrétní termíny pro další setkání nebo **kroky**, které mentee podnikne mezi jednotlivými rozhovory. Je důležité, aby mentees měli během každého setkání jasný směr a cíle, které povedou k dalšímu profesnímu rozvoji.

Všechny tyto fáze jsou v souladu s GROW modelem, který jsme představili v úvodní kapitole.

5. KOMUNIKACE V NÁROČNÝCH NEBO KRIZOVÝCH SITUACÍCH

Komunikace v náročných nebo krizových situacích je neoddělitelnou součástí mentorství, zejména v medicíně, kde profesní výzvy a stresové momenty jsou časté. Mentee může čelit mnoha těžkým situacím, ať už jde o profesní neúspěch, osobní problémy, nebo složité klinické případy. Mentoring v těchto obdobích si žádá zvláštní dovednosti v oblasti komunikace ze strany mentorujících, které pomohou nejen řešit konflikty, ale i podporovat mentees v těžkých obdobích, aby se dokázali posunout vpřed a udržet si profesionální a osobní rovnováhu.

ŘEŠENÍ KONFLIKTŮ: JAK ŘEŠIT PŘÍPADNÉ NESHODY MEZI MENTORUJÍCÍMI A MENTEES NEBO KOMUNIKAČNÍ PROBLÉMY

Konflikty mezi mentorujícími a mentees mohou vzniknout z různých důvodů – ať už jde o rozdílné názory na přístup k práci, odlišné hodnoty, nebo nedorozumění v komunikaci. Je klíčové mít efektivní nástroje pro řešení těchto problémů, aby nedošlo k poškození vzájemného vztahu a aby konflikt neovlivnil profesní růst mentees.

Klíčové přístupy k řešení konfliktů:

- **Otevřená a upřímná komunikace:** prvním krokem v řešení konfliktu je otevřená a upřímná komunikace. Začíná pojmenováním situace a oboustranným uznáním, že nastal konflikt. Mentorující by se měli důsledně věnovat identifikaci možných příčin neshody, a to jak na straně své, tak na straně mentee/ho. Otevřené otázky a aktivní naslouchání jsou klíčové pro pochopení kořene problému. *Příklad: „Rád/a bych si vyslechl/a, co vás trápí ohledně našich předchozích setkání. Jak bychom to mohli zlepšit?“*
- **Zachování klidu a profesionality:** konflikty mohou vyvolat silné emoce, ale je nezbytné, aby mentorující zůstali klidní, nestranní a profesionální. Impulzivní nebo agresivní jednání může situaci ještě zhoršit. Důležité je, aby mentorující neztratili objektivitu a soustředili se na řešení problému, nikoliv na obviňování.
- **Hledání kompromisů:** v mnoha případech je řešení konfliktu možné, pokud mentorující a mentee hledají společné řešení. Mentorující může navrhnout kompromisy, které zohledňují potřeby obou stran a pomáhají najít vyvážený přístup. Důležité je, aby mentees měli pocit, že jejich názor byl brán v potaz a že mají možnost podílet se na řešení.
- **Zajištění soukromí:** konflikty by měly být řešeny v prostředí, které je důvěrné a bezpečné. Důvěra je klíčová pro efektivní řešení neshod, a proto by mentorující měli zajistit, aby nebyli při řešení konfliktu s mentee/m rušeni.

PODPORA V TĚŽKÝCH OBDOBÍCH: JAK KOMUNIKOVAT BĚHEM STRESOVÝCH SITUACÍ NEBO PROFESNÍCH VÝZEV, KDY MENTEE PROCHÁZÍ TĚŽKÝM OBDOBÍM NEBO NEÚSPĚCHEM

Mentoring v těžkých obdobích, kdy mentee čelí neúspěchům nebo stresovým situacím, vyžaduje od mentorujících nejen profesní dovednosti, ale i vysokou míru **lidskosti a empatie**. V těchto obdobích je klíčové, aby mentorující poskytli podporu, porozumění a vedli mentees k nalezení konstruktivního řešení, které jim umožní překonat těžkosti.

Klíčové přístupy k podpoře v těžkých obdobích:

- **Projevování empatie a porozumění:** mentorující by měli ukázat, že chápou, co mentees prožívají, anebo jim alespoň věrohodně projevít soucit. Výrazy uznání pro úsilí, které mentee vkládá do své práce, i když výsledky nebyly podle očekávání, mohou pomoci posílit sebevědomí a motivaci. *Příklad: „Vidím, jak moc se snažíte, a rozumím tomu, jak vás to může frustrovat. Neúspěch je součástí procesu učení a to, co se z toho naučíte, je také cenné. Nejde vždy jen o samotný výsledek.“*
- **Zaměření na rozvoj a budoucnost:** mentees by měli mít prostor pro reflexi dosavadního vývoje, ale mentorující by se měli zaměřit i na budoucnost, aby jejich svěřenci a svěřenkyně viděli, že mají možnost se zlepšit a růst. Mentorující mohou pomoci mentees zhodnotit, jaká ponaučení si lze z těžké situace odnést, a stanovit realistické kroky pro další zlepšení. *Příklad: „Co byste mohl/a příště udělat jinak? Jaké konkrétní kroky bychom mohli naplánovat, abyste se dostal/a tam, kde chcete být?“*
- **Zajištění konkrétní pomoci:** v některých případech může mentorující nabídnout konkrétní nástroje nebo zdroje, které mentee/mu pomohou lépe zvládnout náročnou situaci. To může zahrnovat doporučení absolvovat odborné školení, pomoc při sebereflexi nebo propojení mentee/ho s kolegy/němi či experty/expertkami, kteří mohou nabídnout podporu.
- **Posilování resilience (odolnosti):** mentorující by měli pomoci mentees rozvíjet odolnost vůči neúspěchům, což je klíčové pro profesní život v medicíně. Mentees se musí naučit, že neúspěch není konec, ale příležitost pro osobní růst a zlepšení. *Příklad: „Každý profesionál / každá profesionálka zažívá těžké chvíle. Důležité je, jak se z nich dostaneme. Věřím, že to zvládnete, protože už teď vidím, jak se z každé situace dokážete poučit.“*

6. OTEVŘENOST A FLEXIBILITA V KOMUNIKACI

Úspěšný mentoring vyžaduje schopnost přizpůsobit se **individuálním potřebám mentees, jejich osobnosti, profesní fázi a osobnímu či kulturnímu kontextu**. Otevřenost a flexibilita v komunikaci jsou klíčovými faktory pro vytvoření silného mentoringového vztahu, který podporuje růst a rozvoj mentees.

PŘÍZPŮSOBNÍ PŘÍSTUPU: JAK PŘÍZPŮSOBIT STYL KOMUNIKACE A ZPŮSOB VEDENÍ ROZHOVORU INDIVIDUÁLNÍM POTŘEBÁM MENTEES, JEJICH OSOBNOSTI A PROFESNÍ FÁZI

Všichni mentees jsou jedineční, a proto je důležité, aby mentorující uměli přizpůsobit svůj styl komunikace a přístup tak, aby odpovídal konkrétním potřebám a osobnosti mentee/ho. To zahrnuje nejen způsob vedení rozhovoru, ale i výběr témat a způsob podávání zpětné vazby.

Přizpůsobení stylu komunikace: Někteří mentees potřebují více strukturovaný a přímý přístup, zatímco jiní se lépe cítí v neformálnějších, otevřenějších rozhovorech. Mentorující by měli rozpoznat, jaký styl komunikace je pro mentee/ho nejefektivnější, a přizpůsobit tomu svou metodu. To zahrnuje i rozhodování, zda je vhodnější využívat více otevřené otázky, nebo spíše vést mentee/ho ke konkrétním krokům prostřednictvím uzavřenějších dotazů.

Přizpůsobení podle profesní fáze: Jak mentee postupuje ve své profesní dráze, mění se také jeho/její potřeby. Na začátku kariéry bude mentee potřebovat větší podporu při rozvoji základních dovedností a orientaci v profesních standardech. Naopak v pokročilejší fázi kariéry může mentoring sloužit spíše k reflektování kariérních rozhodnutí, etických dilemat nebo vyvážení pracovního a osobního života. Mentorující by měli vnímat, kdy je potřeba podpořit růst a kdy je vhodné diskutovat o komplexnějších tématech.

RESPEKT K INDIVIDUÁLNÍM POTŘEBÁM: JAK VĚNOVAT POZORNOST ROZDÍLŮM V PŘÍSTUPU MEZI RŮZNÝMI MENTEES, ZEJMÉNA POKUD JDE O OSOBNÍ NEBO KULTURNÍ ROZDÍLY

Různí mentees mohou mít různé životní zkušenosti, kulturní pozadí, osobnostní rysy a profesní potřeby. Je důležité, aby mentorující prokázali respekt k těmto rozdílům a uznali, že každý či každá mentee vyžaduje jiný přístup. Respekt k individuálním potřebám mentees je klíčem k vytvoření respektujícího a podporujícího prostředí, ve kterém se budou cítit bezpečně.

Vnímání kulturních rozdílů: Kulturní prostředí, ze kterého mentee pochází, může ovlivnit způsob, jakým přistupuje k profesním výzvám, jak komunikuje nebo jak vnímá autoritu. Mentorující by měli mít pro tyto rozdíly pochopení a přizpůsobit svou komunikaci a přístup, aby co nejvíce odpovídaly kulturním a osobním potřebám mentees. Důležitá je i dostupnost všech relevantních informací nejen v českém jazyce.

PŘÍKLAD

Mentee z kulturně odlišného prostředí může mít jiný způsob vnímání zpětné vazby nebo komunikace s nadřízenými. Mentorující by měli věnovat pozornost těmto odlišnostem a případně upravit způsob poskytování zpětné vazby, aby byl pro mentees co nejvhodnější.

telnější. Lišit se může i vnímání hranic toho, co je ještě kolegiální chování a co už osobní či intimní. I to je vhodné tematizovat a vyjasnit. To, co vnímáme jako překročení našich hranic, může být v jiných kulturách chápáno do určité míry odlišně.

Respektování osobních potřeb a preferencí: Mentees mají odlišné preference v tom, jakým způsobem chtějí být vedeni/ny, jak otevřeně chtějí diskutovat o svých osobních problémech nebo jaký typ zpětné vazby preferují. Někteří mohou upřednostňovat přímou a jasnou zpětnou vazbu, zatímco jiní preferují jemnější a podpůrnější přístup. Mentorující by měli tyto preference rozpoznat a upravit svůj styl komunikace podle toho, co je pro mentees nejvhodnější.

7. ZÁVĚR MENTORINGOVÉHO ROZHOVORU

Závěr mentoringového rozhovoru je klíčový. Pomáhá upevnit dosažený pokrok a připravit mentees na další kroky v jejich profesním rozvoji. Tato fáze by měla být pečlivě strukturována, aby byla pro mentees nejen závěrem setkání, ale i pozitivním impulzem pro jejich další postup.

SHRNUTÍ A STANOVENÍ CÍLE PRO PŘÍŠTÍ SETKÁNÍ

Shrnutí rozhovoru: Mentorující by měli na závěr rozhovoru zrekapitulovat hlavní témata, která byla probrána, a zhodnotit pokroky učiněné od posledního setkání. Toto shrnutí pomůže mentees ujasnit si, co vše již bylo probráno, a zhodnotit vlastní pokrok.

PŘÍKLAD

„Dnes jsme se zaměřili na zlepšení těchto technických dovedností a také jsme probrali, jak byste mohl/a zlepšit komunikaci s pacienty a pacientkami v urgentních situacích. Pokud jde o váš pokrok, vidím, že jste začal/a více zapojovat pacienty a pacientky do rozhodování o jejich léčbě, což je skvělé.“

Stanovení cílů pro příští setkání: Mentorující by měli na základě diskuse a aktuálních potřeb mentees stanovit konkrétní cíle pro příští setkání. Tyto cíle by měly být jasně definované, měřitelné a realistické. Mentees je třeba poskytnout nástroje a podporu pro dosažení těchto cílů.

PŘÍKLAD

„Pro příští setkání bych rád/a, abyste se soustředil/a na zlepšení komunikace v krizových situacích na operačním sále. Zkuste si naplánovat scénáře, jak byste zvládl/a konkrétní situace a jak byste aplikoval/a techniky, o kterých jsme dnes hovořili. Příště to probereme konkrétně.“

DŮRAZ NA POZITIVNÍ UZAVŘENÍ

Závěr rozhovoru by měl být **pozitivní a motivační**, aby mentees odcházeli s pocitem, že dosáhli pokroku a mají jasnou představu o tom, jaké další kroky je třeba učinit. I když jsou v mentoringu často probrány výzvy a problémy, je důležité zanechat v mentees pocit, že jsou na správné cestě a že má jejich úsilí smysluplně pokračovat.

Pozitivní uzavření: Mentorující by měli vždy zdůraznit úspěchy a pokroky mentees, i když se setkání zaměřovalo na řešení problémů nebo překonávání výzev. Tento pozitivní přístup pomáhá udržet motivaci a sebedůvěru mentees.

PŘÍKLAD

„Moc oceňuji, jak jste se dnes soustředil/a na to, abyste pochopil/a zpětnou vazbu ohledně komunikace. I když to není vždy snadné, děláte skutečně velký pokrok. Těším se na to, co všechno se vám povede do příště.“

Motivace pro další rozvoj: Na konci setkání by měli mentorující také povzbudit mentees k tomu, aby pokračovali ve své cestě a využívali dovednosti, které rozvinuli během rozhovoru. Pomoci tomu může pozitivní a motivační zpráva, která mentees ukáže, že jejich úsilí a pokrok jsou ceněny a podporovány.

PŘÍKLAD

„Vím, že to nebude vždy jednoduché, ale věřím, že máte všechny nástroje k tomu, abyste se i nadále zlepšoval/a. Jsem přesvědčený/přesvědčená, že příští setkání ukáže ještě větší pokrok. Pokračujte ve své skvělé práci!“

Závěr mentoringového rozhovoru je příležitostí pro shrnutí dosaženého pokroku a stanovení konkrétních cílů pro budoucnost. Tento závěr by měl být pozitivní a motivující, aby mentees odcházeli s pocitem, že dosáhli něčeho hodnotného a mají jasno, jak pokračovat dál. Důraz na pozitivní uzavření nejen podporuje sebevědomí mentees, ale také zajišťuje, že pro ně bude rozhovor užitečný a přínosný.

8. REFLEXE A ZHODNOCENÍ PROCESU

Reflexe a zhodnocení procesu mentoringu jsou klíčovými aspekty pro jeho neustálé zlepšování a efektivitu. Tento proces by měl zahrnovat pravidelnou sebereflexi mentorek a mentorů i získávání zpětné vazby od mentees, což umožní přizpůsobit přístup mentorujících.

PRAVIDELNÁ SEBEREFLEXE MENTORUJÍCÍCH

Sebereflexe mentorujících je nezbytným krokem k tomu, aby mohli zhodnotit svůj vlastní přístup a efektivitu mentoringu. Mentorující by měli pravidelně hodnotit, jaké techniky a metody fungují, co přináší nejlepší výsledky a co by se naopak dalo zlepšit.

Hodnocení vlastního přístupu: Mentorující by měli mít prostor pro analýzu toho, co fungovalo v rozhovoru a co bylo naopak méně úspěšné. Zhodnocení vlastního přístupu může zahrnovat několik aspektů, jako je vhodnost formulace otázek, schopnost naslouchat, flexibilita přístupu nebo vyváženost mezi radami a podporou.

PŘÍKLAD OTÁZKY PRO SEBEREFLEXI

„Cítili se mentees během rozhovoru v bezpečí? Podařilo se mi naslouchat, místo abych pouze poskytoval/a řešení? Jaké otázky nebo techniky byly neefektivnější v podpoře rozvoje mých mentees?“

Identifikace oblastí ke zlepšení: Reflexe by měla mentorujícím také pomoci identifikovat oblasti, které by mohli zlepšit. Možná mentorující zjistí, že se jim nedaří být dostatečně trpěliví nebo že se zaměřují na příliš konkrétní problémy, místo aby se více soustředili na strategii rozvoje. Mohou se tedy zamyslet nad tím, jak lépe adaptovat svůj přístup na potřeby mentees.

PŘÍKLAD OTÁZKY PRO SEBEREFLEXI

„Jak bych mohl/a zlepšit svou schopnost vyjadřovat zpětnou vazbu? Jakým způsobem mohu lépe podporovat mentees v jejich profesním růstu, aniž bych přetěžoval/a jejich současné schopnosti?“

Vítanou příležitostí v tomto směru mohou být pravidelná či občasná setkání s dalšími mentorujícími či supervize zaměřené na další rozvoj či řešení obtížných situací v komunikaci s mentees.

ZPĚTNÁ VAZBA OD MENTEES

Zpětná vazba od mentees je nezbytná pro zlepšení samotného procesu mentoringu. Mentorující by měli vytvářet otevřenou a bezpečnou atmosféru, která umožňuje mentees vyjádřit své názory na to, co pro ně bylo přínosné a co by rádi změnili nebo zlepšili v dalších setkáních.

Jak získat zpětnou vazbu: Mentorující by měli aktivně požádat o zpětnou vazbu na konci každého setkání. Mentees je třeba nabídnout prostor, kde se mohou vyjádřit nejen k obsahu rozhovoru, ale i k přístupu mentorujících, stylu komunikace a použitým technikám. To může být provedeno jak formálně (například pomocí formuláře), tak neformálně (prostřednictvím otevřené diskuse).

PŘÍKLAD OTÁZKY PRO ZPĚTNOU VAZBU

„Bylo něco, co vám v dnešním rozhovoru chybělo nebo co byste chtěl/a, abych udělal/a jinak? Jaký způsob komunikace vám pomáhá cítit podporu a motivaci?“

Význam zpětné vazby: Získání zpětné vazby od mentees umožňuje mentorujícím upravit svůj přístup a přizpůsobit techniky tak, aby byly co nejefektivnější. Zároveň to umožňuje mentees aktivně se podílet na procesu rozvoje a zajišťuje, že mentoring bude co nejvíce přizpůsoben jejich potřebám.

Tato kapitola vznikla díky spolupráci týmu autorek a autorů, kteří její obsah vystavěli primárně na vlastních zkušenostech, přáních a příkladech dobré praxe, se kterými se během svého profesního vývoje setkali. Inspiraci čerpali z reálných situací, kterých byli buď přímými svědky či svědkyněmi, nebo se jich osobně účastnili. Tento příspěvek odráží nejen odborné poznatky, ale také lidský pohled na náročné i inspirativní momenty, které formovaly jejich kariéru. Tímto způsobem kapitola nabízí autentický vhled do problematiky a současně slouží jako praktický návod pro mentory a mentorky.

IV. (KDYŽ SE ŘEKNE) GENDER NEJEN V MEDICÍNĚ

Hana Maříková, Josef Vošmik

1. VYMEZENÍ GENDERU (A POHLAVÍ)

Pojmy **pohlaví** a **gender** jsou tzv. **sociální konstrukty**. Ty vyjadřují, jak lidé chápou svět kolem sebe, jak mu rozumí.

Pohlaví odkazuje k tomu, co považujeme za „biologicky dané“ (tj. chromozomy, hormony, pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky). Na základě určených biologických charakteristik bývá pohlaví vymezeno **binárně**, kdy se rozlišují pouze dvě kategorie – muži a ženy. Pohlaví je jedinci (obvykle) připsáno při narození (jedná se o tzv. připsaný status). Pokud však pohlavní znaky jedince nedopovídají lékařské normě – vnitřní nebo vnější pohlavní orgány jsou odlišné od typicky mužských či ženských pohlavních znaků (tzv. **intersex osoby**) – pohlaví se úředně připsuje později.

Gender se vztahuje ke kulturním představám o vlastnostech, schopnostech, chování, rolích a identitách mužů a žen, vymezuje normy, vůči nimž se k feminitě a maskulinitě, stejně jako vztahy mezi skupinami mužů a žen. Gender je někdy označován (ne zcela přesně) za „společenské pohlaví“. Avšak pohlaví a především gender nejsou kategorie binární (muži a ženy), naopak jsou to kategorie vysoce **nebinární**. Uvažovat o genderu binárně je tedy zásadní chyba.

DŮLEŽITÉ

Na rozdíl od sociálně vymezené binární kategorie pohlaví může pohlaví, které je nám vrozeno, obsahovat rozmanité variace biologických znaků, které nutně nekorespondují s vymezenou binaritou. Některé společnosti toto respektují a vymezují tzv. třetí pohlaví pro osoby s „ženskými“ a „mužskými“ pohlavními znaky anebo nebinární genderovou identitou (viz např. úřední uznání této nebinarity v Německu a Rakousku anebo na indickém subkontinentu). O rozmanitosti genderových identit viz rámeček Terminologie níže.

PRO INFORMACI

Některé jazyky včetně češtiny dlouhou dobu nerozlišovaly mezi pohlavím a genderem, který je zde obvykle stále ještě chápán jako import z cizího jazyka – konkrétně z angličtiny. Jeho původ je ale v řečtině, kde znamenal „rod“. Ostatně např. na Slovensku se termín „rod“ často používá jako synonymum pro „gender“ (na rozdíl od ČR, kde se označení rod neujalo).

Charakteristiky pohlaví se v různých lidských společnostech a v průběhu času podstatně neliší, mnohem více se od sebe odlišují **charakteristiky genderu**. Co znamená být mužem či ženou a co je vnímáno jako „ženské“ a „mužské“, se může lišit v různých kulturách a částech světa i v různých časových obdobích. Již ve 30. letech 20. století Margaret Mead ve své antropologické práci *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (česky 2010) ukazuje, jak je „mužství“ a „ženství“ chápáno odlišně ve třech různých kulturách na Nové Guinei a jak se tyto kulturní představy liší od tehdy chápaného „ženství“ a „mužství“ v rámci tzv. západní kultury.

K ZAMYŠLENÍ

Ukazuje se, že biologické rozdíly mezi ženami a muži existují a genderová studia je nezpochybňují. Co však zpochybňují, jsou představy o přirozenosti a neměnnosti genderu. Rozdíly ve vlastnostech a schopnostech mužů a žen i v jejich chování jsou totiž leckdy menší, než se obecně soudí. Žena a muž si pak v mnohých charakteristikách mohou být v běžném životě navzájem podobnější než dva muži nebo dvě ženy mezi sebou. Gender totiž není pevně svázán s biologickým pohlavím a není „přirozeným“ projevem biologického muže a biologické ženy. To, co se v různých kulturách považuje za „typicky ženské“ a „typicky mužské“ znaky, je rozmanité a variuje mezi kulturami i v čase. Například zatímco v současné západní kultuře spojujeme „život“ se ženou a „ženským“, v mnohých náboženstvích (včetně křesťanství) byl život spojován s mužem a „mužským“.

Historicky druhotné, podřízené postavení žen bývalo často spojováno s rozdíly mozku. Nejprve bylo poukazováno na menší mozek žen jako důvod jejich „menší mentální kapacity“. Teprve časem se ukázalo, že v poměru k velikosti průměrného těla ženy a muže je ženský mozek vlastně větší.

Soudobý zájem o **studium rozdílů v mozku žen a mužů** se zaměřuje spíše na rozdíly některých mozkových struktur a funkcí mozku za využití moderních zobrazovacích metod. Jsou doloženy některé rozdíly ve struktuře mozku žen a mužů, např. asymetrie hemisfér, kdy u mužů bývá pozorována vyšší vyhraněnost, zatímco u žen vyšší komplexita. Avšak není jasné, zda jsou tyto rozdíly dány skutečně čistě biologicky, anebo jsou produktem specifického způsobu výchovy (tedy trénování mozku) dívek a chlapců (tzv. genderová socializace), ke které dochází od nejútlejšího věku, někdy už před narozením.

PRO ZAJÍMAVOST

I v našem prostředí relativně známá britská neurovědkyně Gina Rippon poukazuje na problematičnost rozdílů ve fungování mozku žen a mužů ve své vynikající knize „The Gendered Brain“, která vychází z četných výzkumů. Upozorňuje i na znepokojivou praxi, kdy výsledky výzkumů, které rozdíly ve struktuře, velikosti a funkcích mozku na základě pohlaví zcela nepotvrzují, nejsou tak často přijaty k publikování v akademických časopisech, což má logicky dopady na stav poznání o tomto tématu. Podobně kanadsko-britská vědkyně Cordelia Fine problematizuje patriarchální struktury a vnímanou nadřazenost mužů na základě hormonu testosteronu, který bývá mnohdy povrchně spojován s mužskou rozhodností, dominancí a dalšími atributy „ideálními“ pro vedení a působení v rozhodovacích

a veřejných pozicích (zatímco u žen jsou akcentovány predispozice k péči, tj. setrávání v domácnosti a zajišťování péče o děti a „domácí krb“). Toto zjednodušování, které G. Rippon nazývá neurotrash, má své dalekosáhlé důsledky právě v tom, jak pojmáme role, postavení, chování a vlastnosti spojované s osobami na základě pohlaví či přesněji genderu.

2. GENDER JAKO SOCIÁLNÍ KONSTRUKT

Ukazuje se, že tzv. „**kulturní a přirozené**“ jsou vzájemně propojené kategorie, jelikož člověk jako tvor má tendenci aktivně zasahovat do svého prostředí a modifikuje způsoby uspokojování svých potřeb (to je jeho znatelná evoluční přednost). Jednou věcí je potřeba jíst nebo sexuální pud, ale jejich společenské uspořádání do podoby kultury stravování či erotiky a pornografie jsou čistě lidské „výdobytky“. Podobně lze nahlížet i na kategorie pohlaví a gender (biologická základna a společenská nadstavba).

Určité rozdíly mezi ženami a muži jistě existují, avšak lze na ně pohlížet různě. V zásadě lze odlišit dvě základní perspektivy či východiska, a sice sociální konstruktivismus a esencialismus. Nicméně ani jedna z nich nebyla výzkumem spolehlivě doložena (viz Angela Saini, 2018):

- **sociální konstruktivismus** říká, že společnost je výtvozem člověka, gender je pojem sociální a kulturní a mužství a ženství jsou utvářeny skrze společenské vlivy (výchova, vzdělávání, média aj.),
- **esencialismus** naopak tvrdí, že existuje objektivní biologická podstata mužství a ženství, která je typická pro všechny muže a ženy. Důraz je kladen naopak na biologické vlivy a genetickou predispozici.

Genderová studia vychází v převažující míře ze sociálního konstruktivismu. Biologické rozdíly mezi ženami a muži nepopírají, ale tvrdí, že jsou menší, než se většinou domníváme, a rozhodně nemohou sloužit jako zdůvodnění znevýhodňování, či dokonce diskriminace žen ani mužů.

Pojem gender tedy označuje sociální a kulturní charakteristiky. To znamená, že pokud mluvíme o tom, jaký je rozdíl mezi stereotypními představami o ženách a mužích, mluvíme o genderu. Stejně tak když zkoumáme, jak se liší možnosti žen a mužů na pracovním trhu, mluvíme o gender pay gapu (tj. rozdílu v odměňování žen a mužů) a podobně. Přeneseně pak používáme slovo gender pro subjektivní prožívání toho, co pro nás znamená být ženou či mužem, tedy pro naši genderovou identitu. S pojmem „gender“ tedy pracujeme ve **třech pomyslných rovinách**:

- První rovinou je **gender jako sociologický koncept**, který nám umožňuje zkoumat např. to, co a ve které společnosti a kultuře vůbec znamená být ženou nebo být mužem.
- Druhou rovinou je pak **genderová identita**, tedy to, jak sami prožíváme svůj vlastní gender, co to pro nás znamená, s čím se identifikujeme. Genderová identita je ovlivňována působením hormonů a jiných biologických procesů. Důležitou

roli ale hraje sociální prostředí, které například ovlivňuje to, jak vnímáme gender, nebo (ne)přijímání sama sebe na základě toho, jak silně se naplňování genderových norem vyžaduje. Může se stát, že naše genderová identita neodpovídá tomu, jaké je naše úřední (případně biologické) pohlaví, přičemž tento rozpor často popisují trans* a nebinární lidé.

TERMINOLOGIE

V rámci **genderové diversity** se rozlišují různé genderové identity. Pro osoby, jejichž připsané pohlaví a genderová identita jsou v souladu, existuje označení **cisgender** (zkráceně **cis**, kdy tato latinská předpona znamená „na této straně“). Opakem je **transgender** (zkráceně **trans***, kdy tato latinská předpona vyjadřuje přesahování či překročení hranice). Tento pojem se používá pro označení lidí, jejichž genderová identita není v souladu s biologickým pohlavím, které jim bylo určeno při narození (hvězdička za označením **trans*** reprezentuje škálu genderových identit – trans* lidi i ty nebinární). Označení **nebinární osoby** (nebo též **genderqueer** – **GQ**) je zastřešující kategorie pro genderové identity, které nejsou výlučně mužské ani ženské, a stojí tak mimo genderovou binaritu. Příkladem mohou být **agender osoby**, které se neidentifikují s žádným pohlavím, **genderfluidní osoby**, u nichž se pocit příslušnosti k určitému pohlaví může měnit v čase nebo v závislosti na situaci atd., případně existují i jiné nenormativní genderové identifikace.

→ Poslední rovinou je tzv. **genderová exprese** (vyjádření), tedy způsob, jakým vyjadřujeme svou genderovou identitu, a tudíž i to, jak ji ostatní lidé vnímají. Patří sem např. projevování emocí, styl chování či oblečení aj.

Pokud jednotlivci nebo skupiny „nezapadají“ do zavedených genderových norem (které se ale mohou v čase měnit a pozvolna se **mění**) – zejména genderových identit – často čelí **stigmatizaci**, diskriminačním praktikám nebo sociálnímu vyloučení, kdy toto vše má nepříznivý vliv na jejich zdraví a sebepojetí.

U osob, které jsou součástí menšinových skupin, se v posledních letech velmi často poukazuje na tzv. **menšinový stres**, který pramení právě z toho, že jsou v mnoha společenských situacích „sami“, je na ně nevhodně nahlíženo a stávají se předmětem nežádoucího zájmu.

PŘÍKLAD

U transgender osob se setkáváme s tendencí vyhýbat se lékařské péči z důvodu špatných zkušeností s nerespektujícím a necitlivým přístupem ze strany personálu. Nízkou motivaci vyhledat lékařskou péči může ovlivnit i nesoulad oficiálních údajů (pohlaví, jméno, rodné číslo) s vlastní identitou a sebe prezentací. To může vést k zanedbání běžných zdravotních problémů i prevence anebo tendenci využívat neschválené prostředky (např. nelegální hormonální přípravky), což přináší další zdravotní rizika. Problematická je také samotná tranzice. Ta v Česku vychází ze zastaralého a rigidního medicínského a legislativního rámce. Ústavní soud s účinností od července 2025 zrušil zákonnou úpravu, která pro úřední změnu pohlaví trans lidí vyžadovala chirurgický zákrok zahrnující sterilizaci a přeměnu*

pohlavních orgánů, další diskriminační podmínky však přetrvávají: Například protože naše právní předpisy stále neuznávají genderovou identitu trans osob, nemohou si tyto osoby změnit své jméno či pohlaví v úředních dokumentech v souladu s tím, za koho se považují. Chybí také komplexní standardy péče a metodika pro poskytování lékařské péče trans* osobám, které by stav uvedly do souladu s mezinárodní odbornou praxí a lidskými právy.*

3. GENDEROVÉ STEREOTYPY A AUTOMATISMY A JEJICH DOPAD NA NAŠE ŽIVOTY

Praktickým důsledkem zdůrazňování a nepodloženého zobecňování rozdílů mezi muži a ženami a naopak nedostatečného poukazování na jejich společné rysy (jak říkal T. G. Masaryk: *Není otázka mužská a ženská, je jen otázka lidská*) jsou četné **genderové stereotypy a předsudky** o tom, jak má „správný“ muž či „správná“ žena vypadat, jak se mají projevovat a chovat, jaké jsou jejich společenské role, vhodné profese atd.

Předsudky a stereotypy jsou určité zakořeněné úsudky, názory či představy o člověku nebo skupině lidí, které nejsou založeny na spolehlivém podkladě, ale pouze na mínění, předpokladu či domněnce – anebo generalizaci naší (logicky omezené) zkušenosti. Jejich důsledkem je pak i naše **tendenční vnímání, hodnocení a postoje** vůči některým lidem na základě jejich pohlaví, barvy pleti, věku, zdravotního stavu, sociálního postavení a tak dále. Tyto neopodstatněné náhledy ale mají dalekosáhlé důsledky.

Stereotypy můžeme obecně rozlišovat na tzv.:

- **autostereotypy** – tj. stereotypní představy o „nás“, tedy skupině, do níž patříme. Zpravidla bývají pozitivnější než stereotypy o druhých. Mohou sem patřit např. různé názory na to, že „my Češi“ jsme..., nebo např. že naše generace je lepší než „ta současná mládež“, protože...
- **heterostereotypy** – jde o automatismy týkající se „jich / těch druhých“ a často bývají povšechné a kritičtější než naše představy o sobě samých. Můžeme takto „žehrat“ na rozličné skupiny či společenské kategorie, do kterých nepatříme. Můžeme tak odkazovat na jiné národnosti a etnické skupiny, osoby jiného věku, pohlaví apod.

DŮLEŽITÉ

Nevědomé předsudky (anglicky *bias*) se v oblasti zdravotnictví projevují na různých úrovních a mohou vést jednak ke snaze o smazání rozdílů mezi muži a ženami, které jsou pro naše chápání zdraví a léčbu nemocí zásadní (příkladem může být výzkum infarktů, který tradičně zkoumal hlavně muže), jednak ke zdůrazňování rozdílů, které nejsou významné (například představa o zásadní odlišnosti a fungování „mužského“ a „ženského“ mozku apod.).

Maskulinita a feminita (tj. gender mužů a žen) tak bývají spojovány s určitými „typickými“: vlastnostmi, emocemi a způsoby jejich vyjadřování, péčí o své tělo, oblečením, aktivitami a pracemi, profesemi či koníčky a způsoby trávení volného času.

ZADÁNÍ

Zkuste se zamyslet, jaké vlastnosti spojované na jedné straně primárně se ženami a na straně druhé s muži znáte. Domníváte se, že se skutečně jedná o vlastnosti výhradně mužské anebo ženské? Pokud ano, proč?

Ve skutečnosti jde ale spíše o určitý „**prostor**“, který by měl mít každý člověk možnost naplnit svým vlastním obsahem – není nic jako „správné“ ženství či mužství. Navíc jsou tyto kategorie vnímány jako ostře **binární** (dvojčlenné, tj. buď, anebo) a vylučují osoby, které se jako muži ani ženy necítí a nevímají. Mnohé osobnostní charakteristiky jsou přitom vysoce **individuální** a nelze je osobám jednoduše přisuzovat na základě pohlaví ani genderu.

VIDEO

Znáte vynikající video v podání americké herečky a aktivistky Cynthia Nixon, které skvěle shrnuje řadu (protichůdných) požadavků, které klade současná moderní společnost na ženy? Podívejte se! Video totiž vtipně poukazuje na nekonzistentnost našich kulturních představ o tom, co znamená být ženou.

„Be a Lady They Said“ by Cinthia Nixon. – YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=zPQcWNYGZKA>

Někdy máme, přirozeně, tendenci vycházet z **vlastní zkušenosti**, která je však omezená. Do určité míry jsme všichni a všechny celoživotně ovlivňováni/y svým prostředím a svou příslušností podle pohlaví, věku, rodinného stavu, (ne)rodičovství, zdravotního stavu, náboženských či politických názorů apod. Vliv má i regionální příslušnost či pobývání ve větších městech či naopak ve venkovských oblastech apod. Je tedy třeba mít na paměti, že naše povědomí o světě je podmíněné našimi zkušenostmi, vlivy prostředí a informacemi, ze kterých vycházíme.

Naše zkušenosti jsou tak nutně tzv. **situované** a nemají univerzální platnost. Je tedy zapotřebí ptát se i na zkušenosti druhých, naše vlastní zkušenost totiž může být menšinová, i když je nám vlastní a skutečně jsme ji prožili. To neznamená, že není platná, jen může mít menší rozsah, než si třeba někdy myslíme. Sebereflexe je i v tomto směru nezbytná.

Stereotypní představy a chování se mohou objevovat či projevovat na vícero úrovních jako tzv. **postoje**:

- **kognitivní** (názor na někoho) – tj. co si o někom (nějaké skupině) myslíme,
- **emotivní** (citový vztah k někomu) – tj. co vůči určitým osobám cítíme (negativně, pozitivně),

→ **konativní** (chování či jednání vůči někomu) – tj. jak se vůči druhým lidem, kteří se od nás např. v něčem liší, chováme.

Tyto složky přitom nemusí být nutně v souladu: velmi často totiž víme, jak bychom se měli chovat a jednat (konativní složka), a navenek to i tak mnohdy děláme, ale uvnitř si myslíme (kognitivní) nebo i cítíme (emotivní) něco jiného. Často tak různé předpojatosti nemusí být na první pohled patrné, přesto mohou existovat.

Souhrnně řečeno, **genderové stereotypy a předsudky** omezují svobodu každé/ho z nás, proto je třeba je zpochybňovat. Mohou omezovat naše schopnosti i snahy spojené s výběrem oboru studia nebo odborné přípravy, pracovní dráhy, ale mohou rovněž omezovat naše základní životní rozhodování, jako je třeba volba koníčků. Vliv stereotypů může být pro některé lidi ještě zásadnější: má-li někdo například zdravotní znevýhodnění a pochází z etnické menšiny, může zažívat vlivy stereotypů hned na několika těchto úrovních, resp. v jejich kombinaci.

Každý máme různé identity a v jejich průniku se můžeme setkávat se specifickými formami **diskriminace**. Příkladem vícečetného znevýhodnění (**mnohonásobné diskriminace**) na základě genderu a etnicity a s nimi souvisejících předsudků mohou být vynucené sterilizace romských žen v období státního socialismu tehdejšího Československa. S těmito ženami se nezacházelo jako se svobodnými jedinci, nerespektovala se jejich lidská důstojnost. U této skupiny žen nebyla ze strany státu dodržena reprodukční práva jedince spočívající v možnosti se rozhodovat o reprodukci bez nátlaku, diskriminace či násilí.

4. JAK SE STÁVÁME ŽENAMI A MUŽI (GENDEROVÁ SOCIALIZACE)

Na základě konstruktivistického přístupu k genderové nerovnosti lze konstatovat, že ženami a muži se nerodíme, ale stáváme vlivem nejrůznějších podnětů, které nás od narození formují. Na obecné úrovni je vhodné odlišovat dva pojmy:

- **výchova** – užší pojem, zahrnující záměrné působení na danou osobu,
- **socializace** – širší pojem, zahrnující veškeré společenské podněty působící na jedince, tedy i neplánované a nechtěné.

Socializace je proces, při kterém se jedinec začleňuje do společnosti, přičemž si osvojuje její hodnoty, normy, chování a učí se sociálním rolím. Výsledkem tohoto procesu je vytvoření „sociálního já“, sociální identity a sociokulturní osobnosti. Socializace je součástí celoživotního procesu enkulturace neboli včlenění jedince do kultury. Nejdůležitější je v dětství a mládí. Jedinec se začleňuje do sociální skupiny, přičemž si osvojuje její hodnoty – stává se **kulturní bytostí**.

Genderová socializace je užší pojem pro proces, kdy se jedinec učí pohlížet na sebe jako na muže či ženu a je „zaučován“ do mužských a ženských rolí spojených

s nositeli určitého biologického pohlaví. Děti se genderu učí **neuvědoměle**. Genderová socializace je mocným socializačním faktorem – jakmile je jednou gender přiřčen, společnost očekává, že se jedinci budou chovat tak, jak je určeno. Během **genderové enkulturace** dochází k tomu, že si jedinec osvojuje chování, které je pro to které pohlaví v dané kultuře „vhodné“ či očekávané.

Přitom již malé **děti** velmi brzy zjišťují (učí se), „kam patří“, tj. zda do skupinek chlapců, či dívek, se všemi důsledky včetně oblečení a aktivit, kterým se mají věnovat. To následně ovlivňuje, které jejich schopnosti jsou dále rozvíjeny – a to má později dopad i na volbu oboru studia či povolání.

Mezi základní **socializační faktory** patří především:

- jazyk,
- rodina a výchova v ní,
- vrstevníci a kolektiv,
- škola a další instituce,
- média.

ZADÁNÍ

Podívejte se na tato dvě videa (jsou v anglickém jazyce, ale můžete zvolit titulky – takto dobrých videí v češtině je bohužel málo...), která ukazují na to, jak mohou vznikat a také často vznikají rozdíly mezi dívkami a chlapci (1. video) a jak k těmto rozdílům přistupujeme (2. video).

<https://www.youtube.com/watch?v=nWu44AqF0il> & t=24s

<https://www.youtube.com/watch?v=olUAKw66y2k>

Z toho důvodu proto říkáme – pro někoho možná poněkud kontroverzně – že se ženami a muži nerodíme, ale **stáváme** v průběhu svého života, s důrazem na formativní fáze dětství, dospívání a mladé dospělosti.

Role jazyka je v tomto ohledu nezastupitelná – jazyk není jen prostředkem komunikace, ale vůbec „uchopení“ a pojmenování světa, ve kterém žijeme. Někomu může přijít snaha o korektní a citlivé vyjadřování zbytečná, ale je důležité usilovat o to, abychom adresovali svá vyjádření všem (tj. inkluzivně), a ne pouze některým skupinám osob. Tzv. **generické maskulinum**, které známe i z českého jazyka (primární používání mužského rodu jako neutrálního označení osob vícero pohlaví – viz např. zaměstnanec, lékař, pacient apod.) má za důsledek, že podle některých studií se ženy necítí být oslovovány, např. při výběrových řízeních apod. Podobně i automatické označení některých profesí feminismy („zdravotní sestra“) má opačný efekt na muže. Je proto zapotřebí být ve vyjadřování **citliví a respektovat** identitu všech osob. I když je to velká výzva, protože jazyk máme ve svém myšlení opravdu hluboko zakotvený.

PŘÍKLAD – JAK NA GENERICKÉ MASKULINUM

Zde je příklad, jak se vyhnout uvedenému generickému maskulinu, ale samozřejmě se tato problematika netýká pouze nerovnosti genderové (žen a mužů). Jak tedy na to? Tady je několik základních možností řešení:

- **slovesná adjektiva** – např. „zaměstnanec“ či „pracovník“ nahradíme slovy „zaměstnaní“ či „pracující“,
- **hromadná substantiva** – osazenstvo, studentstvo,
- **oba tvary** – lékaři a lékařky, pacientky a pacienti apod.,
- **lomítko** (tzv. splitting) – např. místo „zdravotníci“ napíšeme „zdravotníci/zdravotnice“...,
- **hvězdička** – např. lékaři*lékařky se zúčastnili (zúčastnili*ý), zatím používáno spíše v neformální a online komunikaci.

Nejlepší tedy je hledat nějaké **hromadné označení** zahrnující osoby všeho rodu (či jiného určení). Pokud takové označení neexistuje nebo se nehodí, protože je např. příliš archaické nebo formální, rozepíšeme **jednotlivé tvary se spojkou** (lékaři a lékařky – zde je zapotřebí myslet i na pořadí těchto označení a nedávat mužský rod vždy jako první). Lomítko je také možné, ale není vždy ideální a někoho při čtení může rušit (zdravotní sestry/bratři) – navíc není ve svém důsledku úplně správné, protože implikuje již zmíněnou binaritu. Hvězdičky jsou nyní velmi často užívány, ale spíše v neformálních textech a dokumentech, protože tato varianta zatím není ze strany oficiálních autorit plně kodifikována.

Ve **vztahu ke zdraví** a nemoci se ukazuje, že genderová socializace má tendenci odrazovat muže od vyhledávání diagnózy a léčby, což vede k tomu, že muži navštěvují lékaře méně často než ženy, jak dokládají četná zahraniční i tuzemská šetření. Tato skutečnost souvisí s utvářením a pojetím maskulinity, kdy být nemocný v tradičně chápané maskulinitě znamená být „slabý“ a v jistém smyslu „nedostatečný“. Muži tak věnují menší pozornost svému zdravotnímu stavu než ženy, které naopak nezřídka přejímají odpovědnost i za mužovo zdraví (a zdraví rodiny). Skutečnost, že ženy jsou lépe obeznámeny se systémem zdravotních a sociálních služeb, se pak přičítá tomu, že věnují více času péči o děti, ale i další členy rodiny (muže nevyjímaje) včetně dlouhodobé péče o osoby v seniorském věku anebo se zdravotním či jiným postižením vyžadujícím péči ze strany druhých osob. Je nutné si uvědomit, že ze strany společnosti, potažmo medicíny jsou kladeny jiné nároky na péči o zdraví a tělo ženy a muže (hlavně v souvislosti s jejich reprodukčním zdravím), kdy nepoměrně větší tlak byl a stále je vyvíjen na ženy než na muže. I to se pak může promítat do jejich různé schopnosti či neschopnosti pečovat o své zdraví od prevence až po odbornou léčbu.

5. GENDER JAKO ANALYTICKÁ KATEGORIE/OPTIKA

Gender je současně analytická kategorie, která umožňuje zachytit nejen to, jak jsou utvářeny **genderové identity**, ale hlavně rozdělení moci ve společnosti v rámci **pa-triarchálního** a heteronormativního řádu. Tento „řád“ stanovuje, že existují pouze dvě pohlaví (a spolu s tím dva gendery), která se vzájemně přitahují. Lidé, kteří podle všeho nespádají do tohoto binárního pojetí pohlaví a genderu, často trpí vyloučením, diskriminací a násilím. **Heteronormativní řád** reprezentuje společensky a historicky vytvořený vzorec mocenských vztahů mezi muži a ženami, který mezi těmito skupinami a mezi definicemi mužství a ženství vytváří hierarchické rozdíly, které jsou zakořeněny v sociálních institucích a sociálních praktikách, současně přehlíží jiné sexuální a romantické orientace (gay, lesba, bi apod.).

V tradiční genderové optice je muž a to, co je vnímáno jako maskulinní, konstruováno v opozici (**dichotomicky**) k ženě a femininnímu (např. muž je racionální, zatímco žena je emocionální, muž je silný a žena slabá apod.). Navíc tyto kategorie jsou hierarchicky uspořádány (ve vztahu nadřazenosti a podřadnosti). Muž a maskulinní je nadřazeno ženě a femininnímu, hodnoceno jako „vyšší“, „lepší“, „přínosnější“ apod., oproti ženě a femininnímu (viz androcentrismus, kdy muž a „mužské“ se stává měřítkem lidského, a misogynie).

PŘÍKLAD

V rámci genderové dělby práce muži vykonávají práci, která se odehrává ve veřejném prostoru, a ženy práci doma. Muži za svou práci dostávají odměnu, ženská práce v rodině a domácnosti není odměňována (tzv. neplacená práce). Pokud je žena zaměstnána ve veřejném prostoru, je ve většině případů jejím nadřízeným muž. Ženská práce je považována za méně hodnotnou dokonce i tehdy, když žena vykonává stejnou práci jako muž. (Např. primářka oddělení, byť vedla dokonce o něco větší oddělení než její kolega primář a vykonávala práci stejně náročnou na kvalifikaci jako on, měla výrazně nižší příjem než její mužský kolega – viz

https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/soud-resil-diskriminaci-primarky.A160130_213707_domaci_zt

Gender je tedy **hierarchický** a vytváří **nerovnosti**, které se protínají s jinými sociálními a ekonomickými nerovnostmi. Genderová diskriminace se protíná s jinými faktory diskriminace, jako je etnická příslušnost, socioekonomický status, zdravotní postižení, věk, geografická poloha. To označujeme termínem **intersekcionálnost**. V genderových analýzách je proto nutné brát v úvahu, že různá znevýhodnění a diskriminace se mohou v různé míře kombinovat, potencovat a zesilovat.

DŮLEŽITÉ

Přístup ke zdravotní péči souvisí nejen s genderem, ale i v mnoha tzv. západních společnostech také s migrantským a ekonomickým statusem apod. Horší jej mívají zejména ženy migrantky s nízkými příjmy oproti jiným skupinám žen a mužů.

Genderové uspořádání je vždy nutné kontextualizovat, protože je utvářeno jednotlivci a formováno ekonomickými a sociálními podmínkami, právními i morálními normami a politikou. Ačkoli je genderový řád (zpravidla **patriarchát**) všudypřítomný, může se projevovat různými způsoby v závislosti na zkoumaném **kontextu, prostoru a čase**.

DŮLEŽITÉ

V rámci genderového řádu různých společností existovala a existuje tendence regulovat ženské tělo ze strany mužů. Příkladem mohou být interrupce – to, zda vůbec a za jakých podmínek mohou být v té které zemi prováděny. Rozhodnutí ukončit nechtěné těhotenství nebývá dáno do rukou samotných žen zejména v těch zemích, které jsou výrazně nábožensky konzervativní (viz Polsko či některé státy USA), kde se muži snaží držet rozhodovací moc na všech úrovních života společnosti (a v konečném důsledku i jednotlivců – konkrétně pak žen).

6. GENDER MAINSTREAMING

Smyslem gender mainstreamingu (zkráceně GM – neexistuje pro něj vhodný český ekvivalent) je zohledňování rozdílného dopadu na ženy a muže v plánování, provádění nebo hodnocení činností – různých politik a opatření apod. Má tedy své místo i ve zdravotnictví, kde se nevěnovala či stále nevěnuje dostatečná pozornost genderově specifickým nemocím a jejich léčbě (viz větší zaměření se na nemoci, které se týkají výhradně či primárně mužů), specifickým projevům určitých nemocí podle genderu (kdy měřítkem byly či zůstávají projevy nemocí u mužů) anebo rozdílné dostupnosti lékařské péče pro muže a ženy apod. (podrobněji viz níže kapitola 7).

V souvislosti s GM je nutné brát v úvahu, že ne vše, co se tváří jako „**genderově neutrální**“ politika, program či opatření apod., skutečně takové je. Je nutné sledovat, jaký je jejich dopad na ženy a muže, zda je stejný, anebo rozdílný, resp. nakolik eliminují genderové nerovnosti a zabraňují genderové diskriminaci. Ty „genderově neutrální“ politiky, programy či opatření, které dostatečně nezohledňují genderová specifika, vlastně neprosazují skutečnou genderovou rovnost, naopak jsou „**genderově slepé**“. Naproti tomu **genderově citlivé politiky**, programy a opatření berou v potaz specifické podmínky životů žen a mužů právě proto, že si kladou za cíl odstranění genderových nerovností v životech žen a mužů. Například z hlediska dostupnosti lékařské péče je nutné brát v úvahu její dosažitelnost veřejnou dopravou. Ženy totiž zpravidla vlastní auto (i řidičský průkaz) méně často než muži a jsou tak častěji odkázány (jak ony, tak případně i děti, o něž pečují) na veřejnou dopravu v přístupu k lékařské péči. Omezování dostupnosti veřejné dopravy z ekonomických či jiných důvodů tak častěji negativně dopadá právě na ženy.

Co je gender mainstreaming?

Gender mainstreaming je klíčová strategie (Organizace spojených národů, Evropské unie i jednotlivých států nejen v Evropě) na **podporu zájmů žen a dosažení rovnosti žen a mužů** (kdy osa ženy–muži byla a zůstává považována za základní genderovou osu znevýhodnění, třebaže existují a stále více jsou brány v úvahu i jiné genderové osy znevýhodnění jako například sexualita).

Genderové hledisko a potřeby jsou brány v úvahu při **přípravě, tvorbě, provádění, monitorování a hodnocení** všech právních předpisů, veřejných politik a opatření. Snaží se zajistit, aby ženy a muži, stejně jako dívky a chlapci měli rovný přístup ke společenským zdrojům a rovné příležitosti je využívat.

Gender mainstreaming tak může být praktickou pomůckou, jak konkrétně nahlížet a rozkrývat genderové rozdíly či specifické situace, včetně např. ukotvení některých zvyklostí a praktik v rozličných dokumentech – zdravotnictví a medicínu nevylímaje.

Proč brát genderovou perspektivu v úvahu?

Existují rozdíly v životě, potřebách a zkušenostech žen a mužů (ale i osob s nebinární genderovou identitou). Vzhledem k nim mohou mít uskutečňované veřejné politiky a opatření, které zdánlivě podporují stejné zacházení, rozdílný dopad na lidi různého genderu. Proto je třeba, aby se genderové hledisko bralo v potaz a mohlo vést k eliminaci genderové nespravedlnosti a nerovností, zabraňovalo přímé i nepřímé diskriminaci na základě pohlaví a genderu.

TERMINOLOGIE

*Zatímco **přímá diskriminace** zahrnuje situace, kdy je s osobou zacházeno hůře kvůli jejímu pohlaví (např. v inzerátech typu „přijmeme muže na místo ředitele“), **nepřímá diskriminace** představuje situace, kdy zákon, politika nebo praxe se jeví na první pohled jako neutrální, ale přitom mají neadekvátně negativní vliv na příslušníky jednoho pohlaví. (např. zaměstnavatel/ka rozhodne, že zaměstnaní na částečný úvazek nemají nárok na penzijní připojištění, které hradí zaměstnaným na plný úvazek. Protože ale na částečný úvazek pracují téměř výhradně ženy, toto opatření působí diskriminačně vůči nim). Z právního hlediska je přímá a nepřímá diskriminace definována v antidiskriminačním zákoně.*

Cílem GM není, aby se rovnost žen a mužů a dalších osob stala samostatnou oblastí, ale aby se důraz na genderovou rovnost stal přirozenou **součástí plánování a rozhodování** ve všech oblastech života lidí.

PAMATUJTE SI

*Genderová rovnost neznamená stejnost mužů a žen, naopak, uznává odlišnosti a připisuje všem stejná práva. **Genderová rovnost tedy znamená zaručení stejných práv, příležitostí a svobod pro všechny bez ohledu na jejich gender.***

GM stojí na **pěti základních principech**, jimiž jsou:

- genderově citlivý jazyk,
- genderově specifický sběr a analýza dat,
- rovný přístup ke službám a jejich využívání,
- rovnoměrné zapojení žen a mužů do rozhodování,
- začlenění rovného zacházení do řídicích procesů.

Například **rovný přístup ke službám** a jejich využívání (a to i ve zdravotnictví) znamená, že služby a produkty musí být posuzovány z hlediska svého rozdílného vlivu (stále ještě převážně) na ženy a muže, dívky a chlapce. Je proto důležité určit:

- Kdo služby využívá (ženy, muži, nebo oba gendery stejně)?
- Kdo jsou klienti a klientky (ženy, muži, nebo obě skupiny)?
- Kdo jsou cílové skupiny?
- Mají ženy a muži rozdílné potřeby?
- Jsou při plánování a koncipování služeb zohledněny rozdílné podmínky žen a mužů? (Například místní dostupnost zdravotnické služby může být rozdílná pro muže a ženy, neboť ty bývají odkázány na využívání veřejné dopravy častěji než muži. A tak zdravotní služba může být pro ženy hůře dostupná, pokud není zajištěna (v dostatečné míře) veřejná doprava.)
- Mají všechny cílové skupiny přístup ke stejným zdrojům informací?
- Kdo má největší prospěch z (využívání) dané služby?
- Která skupina by nejvíce utrpěla, kdyby nemohla nabízené služby využívat?
- Jsou prostory poskytující služby genderově vyvážené a bezbariérové (např. z hlediska přístupu s kočárky, když o děti v naprosté většině případů pečují hlavně ženy, množství toalet, osvětlení veřejných prostor apod.)?

GM používá **metodu 4R** jako důležitý nástroj genderové analýzy, kdy se nejprve zjišťuje:

- zda existují genderové rozdíly a jak velké jsou,
- kde je potřeba jednat, zjednat nápravu.

Každá z těchto otázek má řadu podotázek, pomocí nichž různé oblasti práce, produkty a služby mohou být zkoumány z hlediska svých genderových aspektů.

Metoda 4R zahrnuje (anglicky/česky):

Representation (WHO) neboli zastoupení (KDO)

Nejprve je nutné si položit otázku, kdo jsou uživatelé a uživatelky služeb a opatření. Jejich evidence (kvantifikace podle genderu) je začátkem genderové analýzy, tj.:

- Kolik žen a kolik mužů využívá službu nebo je ovlivněno daným opatřením či rozhodnutím?
- Kdo konkrétně potřebuje tuto službu?
- Kdo nemůže službu používat?

Doplňující instrukce: Pokud nejsou k dispozici přesná čísla, mohou se data sbírat např. prostřednictvím sčítání uživatelů a uživatelék. Pokud to není možné, lze poměr odhadnout. Pokud je to možné, měli by se zvážít i další parametry, jako je věk, příjmová situace, zdravotní stav, migrační původ atd.

Resources (WHAT) neboli zdroje (CO)

Ve druhém kroku se zjišťuje, jak jsou zdroje a možnost využívat danou službu rozděleny mezi ženy a muže v dané cílové skupině.

- Jak jsou rozděleny finanční zdroje a možnosti mezi uživatele a uživatelky služeb?
- Mají všichni uživatelé a uživatelky stejný přístup k informacím o službách?
- Jaký dopad mají služby na distribuci zdrojů mezi ženami a muži?
- Mají ženy a muži skutečně stejné možnosti využívat služeb?

Upozornění: Zdroje nezahrnují pouze peníze, čas a fyzický prostor, ale také přístup k infrastruktuře a informacím, mobilitu, vzdělávání/znalosti, přístup k sítím, sociální kontakty, jazykové znalosti atd.

Reality (WHY) neboli realita/skutečnost (PROČ)

Realita odkazuje na různé životní situace a podmínky životů žen a mužů v naší společnosti. Tento krok je prvním zhodnocením pozadí a příčin genderových rozdílů. Je důležité si položit následující otázky:

- Proč je situace taková, jaká je? Jaké přístupy lze použít k její změně?
- Jsou uznávány a vzaty v úvahu rozdílné zájmy a potřeby žen a mužů?
- Berou služby v úvahu různé okolnosti životů žen a mužů (např. dostupný čas, příjem, vzdělání)?
- Existuje věcný důvod pro rozdílné zacházení se ženami a muži a je tento typ zacházení nutný k odstranění diskriminace?

Upozornění: Je důležité zpochybňovat role, hodnoty a tradiční způsoby toho, jak se přemýšlí a jak se co dělá.

Rights (HOW) neboli práva (JAK)

Zde se jedná o zákony a právní předpisy, které ovlivňují a regulují chování a prostředí cílové skupiny. V tomto kroku je nutné identifikovat právní situaci a analyzovat její dopad na ženy a muže.

- Poskytují právní předpisy dostatečnou ochranu před nerovností a diskriminací?
- Jsou všechny cílové skupiny stejně informovány o právní situaci?
- Berou současná nařízení v úvahu rozdílnou realitu/životní podmínky a zkušenosti žen a mužů?
- Jaké další podmínky musí být vytvořeny pro zajištění rovných příležitostí?

Upozornění: Je nutné brát v úvahu nejen zákony, vyhlášky a předpisy, ale i neformální a nepsaná pravidla. GM musí zohledňovat skutečnost, že existují mnohé neviditelné překážky v podobě souboru postojů a skrytých tradičních předpokladů, norem a hodnot, které brání genderové rovnosti v různých oblastech života lidí.

K ZAMYŠLENÍ

Vybavují se vám z vaší praxe případy, které je možné označit za genderové nerovnosti v přístupu k lékařským službám, diagnóze a léčbě nemocí či prevenci zdraví? V čem tyto nerovnosti spočívají, jak se projevují? Jak je podle vás možné danou situaci napravit?

DEFINICE A PŘÍKLAD

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje genderovou medicínu, nebo spíše **genderově specifickou medicínu** jako studium toho, jak (pohlavní) biologické a (genderové) socioekonomické a kulturní rozdíly ovlivňují zdraví lidí. Například v mezinárodním komparativním výzkumu ruských, amerických a čínských dětí a dospívajících ve věku 6–18 let byla zjištěna vyšší nadváha/obezita u: městských chlapců v Číně; městských dívek z nízké a vysokopříjmových skupin v Rusku; afroamerických a mexicko-amerických dívek v USA (zejména ve věku do 10 let). Gender se zde kombinuje se socioekonomickými, ale i etnickými/kulturními vlivy, kterým je proto třeba při výzkumu zdraví a nemocí populace věnovat dostatečnou pozornost.

K prosazování principů GM na mezinárodní úrovni i na úrovni jednotlivých států se vytvářejí institucionální podmínky pro jejich zabezpečení.

PRO ROZŠÍŘENÍ POVĚDOMÍ

V České republice funguje **Odbor rovnosti žen a mužů Úřadu vlády ČR** (<https://www.tojrovnost.cz/cs/odbor-rovnosti-zen-a-muzu/>), v jehož gesci je tvorba a vyhodnocování politik a opatření pro zlepšení situace v oblasti rovnosti žen a mužů na celostátní úrovni. Kromě poskytování metodické podpory orgánům veřejné správy vykonává další analytickou, osvětovou a vzdělávací činnost. Plní také funkci sekretariátu **Rady vlády pro rovnost žen a mužů**, stálého poradního orgánu vlády ČR pro otázky rovnosti žen a mužů. Odbor zodpovídal za přípravu **Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030**, kde jeden z oddílů je věnován problematice zdraví z genderové perspektivy.

V rámci Rady vlády pro rovnost žen a mužů fungují jednotlivé **výbory** (viz Výbor pro institucionální zabezpečení rovnosti žen a mužů, Výbor pro vyrovnané zastoupení žen a mužů v politice a rozhodovacích pozicích, Výbor pro sociální politiku, rodinu a péči, Výbor pro prevenci domácího násilí a násilí na ženách) a **pracovní skupiny** (jako Pracovní skupina muži a rovnost žen a mužů, Pracovní skupina k porodnictví, Pracovní skupina pro otázky romských žen, Pracovní skupina k dotačnímu programu Podpora veřejně prospěšných aktivit v oblasti rovnosti žen a mužů). Ty jsou poradními orgány Rady zabývajícími se dílčími otázkami v oblasti rovnosti žen a mužů. Poskytují Radě koncepční podklady, stanoviska a doporučení k návrhům právních předpisů pro zabezpečení rovnosti žen a mužů v příslušné oblasti, dávají podněty a navrhuji opatření k nápravě stavu v dané oblasti.

7. HLAVNÍ OBTÍŽE V MEDICÍNĚ SPOJENÉ S GENDEREM

Muži jako norma v medicíně a související genderové nerovnosti

Soudobá medicína dlouhou dobu byla a do značné míry stále zůstává tzv. mužským oborem. Muži v ní převažovali anebo stále převažují coby lékaři (v oborech, které jsou vnímány jako ty „prestižnější, náročnější apod.“ – viz např. chirurgie).

VÍTE, ŽE...

vůbec první promovanou lékařkou na světě byla dr. Elizabeth Blackwell, promovala v USA v roce 1849. První chirurgkou (správný český tvar je chirurgka nebo chirurgyně) byla patrně dr. Miranda Stewart (1789–1865), která se však musela převlékat za muže, aby chirurgii mohla vykonávat, jelikož ženám byla tehdy tato činnost zapovězena.

Také jako pacienti muži byli a často zůstávají **normou v lékařském bádání**, stanovování diagnóz a léčbě nemocí, což má své důsledky. Onemocnění typická pro ženy (např. endometrióza) byla dlouhodobě přehlížena – byla jim věnována malá či nedostatečná pozornost. Kromě toho skutečnost, že mužské tělo, resp. **symptomy nemocí** projevujících se u mužů a potřeby jejich léčby byly a jsou brány jako základní referenční bod, zneviditelňuje projevy některých nemocí u žen. Ženy totiž mohou mít odlišné symptomy onemocnění. To se týká třeba infarktu myokardu, v důsledku čehož ženy čelí vyššímu riziku špatně diagnostikované srdeční příhody než muži. Naopak v případě mužů se věnuje nízká pozornost těm onemocněním, která nejsou pro muže „typická“ (jako například migréna nebo anorexie).

Nezohledňování genderových specifik či rozdílů ve výzkumu, diagnostice a léčbě nemocí se označuje za „genderový rozdíl v oblasti zdraví“ (angl. **gender health gap**). Gender health gap se týká jak žen, tak mužů. Často ale chybí data, která by se genderovým rozdílům v oblasti zdraví věnovala, anebo se jim nevěnují dostatečně do hloubky. Gender health gap se týká celého **systému zdravotnictví**, od lékařské praxe až po výzkum a testování léčiv – k jeho napravení je tedy potřeba celková změna systému.

Existuje také tzv. **gender funding gap in healthcare** (neboli rozdíly ve financování zdravotní péče). Projevuje se například podfinancováním výzkumů, které se týkají onemocnění, jež častěji postihují ženy. Například výzkum mužské erektilní dysfunkce, která postihuje 19 % mužů, byl pětkrát rozsáhlejší než výzkum premenstruačního syndromu, který postihuje 90 % žen.

Gender se tedy výrazně promítá do **nastavení a fungování systému zdravotní péče**. V individuální rovině pak ovlivňuje zkušenosti lidí s přístupem ke zdravotní péči. Způsob, jakým jsou zdravotnické služby organizovány a poskytovány, může buď omezit, nebo umožnit přístup osoby k informacím o zdravotní péči, k samotným zdravotnickým službám, prevenci a léčbě nemocí. Jak zdůrazňuje WHO, zdravotní

služby by měly být cenově a prostorově **dostupné**, přijatelné pro všechny. Měly by být poskytovány s důrazem na **kvalitu, rovnost, spravedlnost a důstojnost**.

GENDER A LÉKAŘSKÁ PROFESE

ZAMYSLETE SE

Jaké znáte stereotypní či zautomatizované představy či výroky spojené s působením žen a mužů v medicíně a zdravotnictví? A jaký mají podle vás vliv na uplatnění těchto osob ve zdravotnictví či v medicíně?

Jak se tedy kategorie genderu propisuje do oblasti zaměstnávání a zaměstnání? Můžeme říci, že mezi **hlavní problémy v zaměstnání**, s nimiž se můžeme setkávat, a to nejen ve zdravotnictví, ale do určité míry v řadě zaměstnavatelských organizací a sektorů, (nejen) z genderového hlediska patří:

- **Vertikální genderová segregace** – představuje fenomén, kdy čím výše postupujeme hierarchií určité organizace, tím více ubývají ženy (či jiné menšinově zastoupené osoby) a převažují muži. Ti se tak podílejí ve většinové míře na rozhodování a přijímání opatření (pro všechny). To platí i pro organizace, kde jsou ženy jinak na nižších úrovních dostatečně zastoupeny a existuje tak předpoklad pro jejich uplatnění ve vedení.
- **Horizontální genderová segregace** – představuje automatickou tendenci k rozdělování určitých profesí či činností podle toho, pro koho jsou domněle (i když neopodstatněně) určeny. Např. ošetrovatelství bývá spojováno se zdravotními sestrami, muži se zde předpokládají méně (i proto je označení zdravotní bratr neoficiální). Avšak i v těchto profesích, často tzv. feminizovaných, jsou na vedoucích pozicích muži (vertikální genderová segregace).
- **Rozdíly v odměňování** (tzv. **gender pay gap**, GPG) – můžeme pozorovat při analýze odměňování. Často se lze setkat s tím, že není spravedlivé, a to ani tam, kde existují tzv. tabulkové mzdy či platy. Rozdíly pak mohou být v odměnách či různých příplatcích. Obecně platí, že v soukromých organizacích je výše GPG vyšší než ve veřejných. Gender pay gap přitom označuje celkový jev, který zahrnuje nejen projevy znevýhodnění či diskriminace, ale celkového uplatnění a rozložení žen a mužů v hospodářství dané země (i proto odlišujeme tzv. hrubou a očistěnou výši tohoto ukazatele).
- **Skleněný strop** (*glass ceiling*) – je termín označující skryté/neuvědomělé/neviditelné bariéry, které mohou některým osobám, typicky menšinám, bránit v dosažení na nejvyšší profesní či kariérní příčky. Mohou to být např. pečovatelské povinnosti, které zaměstnavatel ne vždy dostatečně zohledňuje, což pak může nepřímo znevýhodňovat ženy, které péči ve většině případů v ČR zajišťují; anebo

genderově stereotypní jednání osob ve vedoucích pozicích, které uplatňují vůči svým podřízeným.

- **Skleněný výtah** (*glass elevator*) – je opačný fenomén, kdy zejména mladší a dobře vzdělaní a společensky postavení muži (bílé pleti, heterosexuální orientace, bez zdravotního omezení) velmi rychle dospějí do vrcholných pozic, i když často o to ani nemají zájem. Naopak se u nich může projevovat tlak na kariérní růst, i když o něj nestojí.
- **Tokenismus** (*tokenism*) – označuje fenomén, kdy se v určitém věkově, pohlavně či jinak homogenním týmu objeví osoba, která je jiného věku, pohlaví, ale např. i názoru, vzezření apod. Stává se pak jakousi „černou ovčí“ a nemusí se jí v takovém prostředí dobře žít a fungovat. I to je jeden z podstatných argumentů pro rozmanité týmy. Současně i zde platí, že mužům-tokenům se v převážně ženských kolektivech může dařit lépe než ženám-tokenkám v kolektivech mužských (genderově podmíněné obtěžování a násilí), jakkoli to neplatí obecně a tokenismus může být spojen s řadou negativních asociací, např. pokud jde o předpokládanou sexuální orientaci apod.
- **Děravé potrubí** (anglicky *leaky pipeline* nebo *leaking pipeline*, česky též protékající potrubí) je označení pro mechanismus, kdy dívky a ženy jsou náchylné k „propadnutí děravým potrubím“ vzdělávacího a následně kariérního systému (nejen) ve vědních oblastech. V praxi to znamená, že jsou dívky a ženy odrazovány od předmětů, jako jsou matematika a fyzika, a následkem toho se ve všech fázích vzdělávacího procesu postupně snižují jejich počty ve vědních a technických oborech. Tento problém potom pokračuje i ve vědecké kariéře, kde jsou ženy stále znevýhodňovány, a to často i v netechnických oborech.
- **Syndrom včelí královny** – představuje psychologický termín popisující jev, kdy ženy v autoritativních pozicích se chovají k podřízeným ženám hůře nebo přísněji než k podřízeným mužům. Včelí královna reprezentuje kariérně úspěšnou ženu, která odmítá pomoci dalším ženám, aby byly také úspěšné. Tento jev je v protikladu k principům mentoringu, jak si ještě ukážeme v kapitole věnované genderově senzitivnímu mentoringu.

8. SITUACE V TUZEMSKÉM ZDRAVOTNICTVÍ A FEMINIZACE MEDICÍNY

V roce 2022 studovalo v České republice na magisterském stupni 58 984 žen (60,2 %) a absolvovalo jej v témže roce 14 377 žen (60,1 %) – v **medicině** ženy tvořily **73,1 %** všech osob absolvujících magisterské studium. V roce 2022 pak studovalo 8 929 žen v doktorských programech (45,0 %) a doktorský titul získalo 899 žen, tj. 45,1 % – v medicíně pak **52 %**. To odpovídá výše vymezenému pojmu dřavého potrubí.

Zatímco v roce 2005 ženy představovaly 32,6 % (FTE, tj. full time equivalent) zaměstnaných osob ve výzkumu a vývoji, v roce 2022 tvořily jen 28,7 % (FTE). V případě pozice výzkumný pracovník / výzkumná pracovnice je to **24,2 %** (FTE) v roce 2022 ve srovnání s 25,2 % (FTE) v roce 2006. V obou případech to pro Česko mimo jiné znamená **nejhorší příčku v rámci celé EU**.

Podíl žen se s rostoucím kvalifikačním stupněm na akademických pozicích snižuje. Zatímco na pozici lektor či lektorka bylo zastoupení žen 54,7 %, mezi profesory a profesorkami to bylo jen 15,7 %. V rámci jednotlivých vědních oblastí bylo v roce 2022 nejvyšší zastoupení žen na pozici akademický pracovník / akademická pracovnice v sociálních (45,5 %), **lékařských (44,9 %)** a humanitních vědách (42,6 %). Nejnižší podíl žen pak byl v rámci věd technických (22,9 %), přírodních (26,2 %) a zemědělských (37,8 %). V roce 2022 dosáhlo celkové zastoupení žen v čele výzkumných, vysokoškolských a dalších institucí výzkumu a vývoje celkem 13,5 %.

V **medicině** v kategorii **docenti a docentky** ženy představovaly v roce 2022 **32,5 %** osob a v kategorii **profesoři a profesorky** tvořily **17,3 %** zaměstnaných. Zlom na ideálně typické dráze přichází v rámci lékařských věd na přechodu mezi odbornými asistenty a asistentkami a docenty a docentkami, kde v roce 2022 dosáhla ztráta žen hodnoty 19,9 procentního bodu (vzhledem k pozici asistentky). Další vysoká ztráta v zastoupení žen je pak na přechodu mezi docenty a docentkami a profesory a profesorkami (kde ztráta žen v roce 2022 dosáhla 15,2 procentního bodu).

„Mizení žen“ v rámci vysokoškolského vzdělávacího systému a následně i v systému vědy a výzkumu (viz fenomén dřavého potrubí) včetně akademických a rozhodovacích pozic zde můžeme přičíst na vrub mnoha faktorům (kulturním vlivům v podobě genderových stereotypů a překážek, společenským a sociálním podmínkám apod.) včetně chování žen navzájem (viz syndrom včelí královny).

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) působí v českém zdravotnictví zhruba **330 000 zaměstnankyň a zaměstnanců**, podíl žen činí **79 %** (data za rok 2020) a ženy tak převažují na většině pozic s výjimkou nejvyšších pozic na primariátech apod. – tato skutečnost odpovídá fenoménům tzv. horizontální a vertikální genderové segregace (viz výše).

Nejvyrovnanější situace je v tomto směru podle identického zdroje mezi **lékaři a lékařkami**, kde je poměr pohlaví **54 % žen** ku **46 % mužů**. Avšak existují zde rozdíly dané jednotlivými medicínskými obory, např. zastoupení žen v chirurgii (data Chirurgické společnosti ČLS JEP) se v ČR v současnosti pohybuje okolo 20 %, naopak obory jako pediatrie či dermatologie a jiné jsou asociovány primárně se ženami – i v oboru stomatology převažují ženy, a to v poměru přes 63 %.

Naopak mezi **sestrami a porodními asistentkami** či asistenty nalézáme jen 2,2 % mužů. Ženy jednoznačně převažují i mezi farmaceuty a farmaceutkami, kde jejich podíl tvoří 87 %.

Více než podstatná je i skutečnost, že rozdíly v platech/mzdách (tzv. gender pay gap, GPG) v tuzemské medicíně (data za r. 2019) dosahují přes **30 %**. Doplňme, že v celém tuzemském hospodářství (na trhu práce v rámci celé ČR) se míra GPG pohybuje v současnosti okolo 16 %. Nicméně ještě před několika lety činila 22 %, což byla jedna z posledních pozic ve srovnání s dalšími zeměmi EU.

Otázkou je, proč se méně **mužů** hlásí na **lékařské fakulty** nebo zda je jejich úspěšnost u přijímacích zkoušek nižší než u dívek? A proč tedy dochází k feminizaci medicíny? V případě medicíny se nabízejí některá vysvětlení či spíše hypotézy:

- Klesá **prestíž medicíny**, což vede k tzv. **resegregaci** oboru, který byl původně v praxi převážně mužský. Známe to i z jiných oblastí, např. učitelství ve SŠ vzdělávání, zejména na gymnáziích (viz filmy pro pamětníky z 30. let), kdy s tím, jak klesá prestiž a odměny v určitém odvětví, dochází k odchodu mužů a nástupu žen a naopak.
- Muži měli v patriarchálních společnostech vždy více příležitostí, jak **dosáhnout úspěchu a sociálního postavení**, náročné studium a vyhlídky těžké práce (včetně časového vytížení) je snad přestávají oslovovat více než ženy, které v ní možná nadále vidí větší smysl.
- Dívky jsou stereotypně více podporovány **ve studiu**, rodiče dohlíží více na jejich studijní výsledky, zatímco u chlapců kladou větší důraz na aktivitu, zvědavost apod.
- „Nouzové situace“ (viz např. války) vedly k tomu, že došlo k feminizaci řady oborů, protože je bylo nezbytné vykonávat a muži nebyli „k dispozici“.

Feminizace medicíny budí obavy, přitom po desetiletí převažující opačný trend (maskulinizace medicíny) nechával všechny chladnými. Proč? Bojíme se, že v provozu budeme muset brát ohled na ženy/matky/pečující, místo toho, abychom podmínky utvářeli skutečně jako inkluzivní a znamenající rovné příležitosti pro všechny osoby, tedy i muže, kteří mají stále větší zájem podílet se na péči o svoje děti.

Přitom feminizace medicíny není univerzální jev, ale objevuje se jen v některých zemích. Jinde je naopak tento obor nadále chápán jako mužský a vykonávaný muži. Např. v pobaltských zemích je tento trend ještě patrnější než v ČR, naopak např. v Japonsku nebo Koreji je přesně opačný (do 25 % žen).

PRO ZAJÍMAVOST

Mezinárodní srovnání týkající se zastoupení žen v medicíně lze nalézt zde:

<https://www.ceskovdatech.cz/clanek/178-zeny-ve-zdravotnictvi/>

V rámci projektu Kultimed říkáme – s určitou dávkou nadsázky – že tuzemská medicína je feminizovaná, ale její podmínky a provoz tomu neodpovídají a jsou nastaveny primárně pro muže (ve smyslu předpokládané neomezené dostupnosti osob a nedostatečného zohledňování sladovacích a pečovatelských či jiných potřeb a preferencí, nedostatečného využívání a oceňování odborných znalostí a dovedností žen lékařek apod.).

Je to dáno i tím, že medicína má svá mnohá **organizační specifika**, neboť organizační kultura zdravotnických zařízení se odlišuje od organizačních kultur jiných oborů a odvětví. Zdravotnické organizace lze přiřadit do segmentu tzv. komplexních organizací¹ (zpravidla) netržního typu a nejvýznamnější vlivy na jejich kulturu je možné rozdělit do těchto oblastí:

1. **„Specifické poslání (hodnoty a cíle) zdravotnictví“** – zachraňovat a prodlužovat život, podpora a udržování zdraví a poskytování úlevy od bolesti a utrpení.
2. **„Specifika zdravotnických profesí“** – splnění odborných podmínek a způsobilosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Dodržování specifických pracovních povinností a postupů, dodržování povinností vyplývajících ze zdravotnické legislativy a dodržování etiky zdravotnického pracovníka a pracovnice.
3. **„Specifika rozsahu činnosti“** – díky rizikům postmoderní společnosti (přibývání chronických chorob, stárnutí populace, vědecký a technický rozvoj, „medicinalizace“ a „medikalizace“ života a zdokonalování člověka) se rozsah činnosti zdravotnických pracovníků a pracovníc neustále zvětšuje a dochází také k tvorbě dilemat a specifických problémů v oblasti výzkumu i léčby nemocí.
4. **„Specifika objektu činnosti“** – „objektem“ činnosti je výhradně pacient a pacientka a jeho/její osobnost. Samotné onemocnění pacienta či pacientky není pouze záležitostí tělesnou, ale také duševní. Úkolem zdravotnického personálu proto není pouze poskytování odborné péče, ale také zajištění psychické motivace pacientky či pacienta.

Všechna výše uvedená specifika mají zásadní vliv na řízení a strukturu zdravotnických organizací. V rámci každé organizace lze pak rozlišit **rovinu hodnot, pravidel a norem chování a úroveň artefaktů** s jejich specifickými projevy pro to které oborové prostředí.

Artefakty představují vědomé, cíleně ovlivňované symboly, které lze snadno pozorovat a popisovat. Jejich interpretace může být komplikovaná, neboť artefakty

1 Komplexní organizace se vyznačuje komplikovanější organizační strukturou oproti jiným organizacím. Prvky systému jsou v rámci ní vysoce propojené a změny v jedné části mohou ovlivnit celý systém. Organizace se vyznačuje vysokou adaptabilitou, kdy systém se dokáže přizpůsobit změnám prostředí. Vztahy v rámci systému jsou často nelineární, což znamená, že malé změny mohou mít velké účinky. Protože se jedná o početné velké organizace, v řídicích a rozhodovacích strukturách dominují muži.

v sobě odráží hlubší kulturní úroveň, jejichž výklad nemusí být vždy jednoznačný. Za artefakty je považován jazyk, technologie a produkty, formy společenského styku, mýty a historky, rituály a ceremoniály, oblečení atd. typické pro dané prostředí.

PŘÍKLAD

V prostředí zdravotnictví můžeme do této úrovně řadit odívání lékařů a lékařek (bílý lékařský plášť) nebo standardy chodu zdravotnického zařízení (rozpis práce lékařů a lékařek, zaučování mediků a mediček staršími lékaři a lékařkami atp.). Patří sem také specifický jazyk, odborný způsob vyjadřování, který nemusí být laikovi (vždy) srozumitelný.

Zastávané hodnoty, pravidla a normy chování tvoří částečně vědomou, částečně zvnějšku pozorovatelnou a do jisté míry organizací ovlivnitelnou rovinu. Jsou produktem firemní/organizační ideologie, stanovených zásad a pravidel jednání. Vznikají buď spontánně jako neformální sociální normy, nebo zcela záměrně jako charakteristiky pozic a rolí tvořících vnitřní uspořádání organizace. Hodnoty (promítající se do pravidel a norem chování) představují sdílenou zkušenost, jejíž funkčnost (určovanou mírou úzkosti či pohody) je dána členkami a členy skupiny, kteří se těmito hodnotami řídí.

JAK VÍME

veškeré lékařské profese například podléhají Hypokritově přísaze, která staví individuální potřeby pacienta či pacientky nad širší ekonomické a korporační cíle.

Základní předpoklady tvoří jádro organizační kultury. Představují nehlubší, neuvědomovanou rovinu, neboť zahrnují nevědomé, pro příslušníky kultury zcela samozřejmé názory a myšlenky. Základní předpoklady se týkají vnější adaptace, předpokladů vztahujících se k vnitřní integraci a předpokladů týkajících se hlubších filozofických a etických souvislostí. Síla kultury v daném prostředí pramení z toho, že předpoklady jsou lidmi sdíleny a vzájemně posilovány, proto **změna kultury**, která by znamenala narušení zafixovaných významů, je extrémně obtížná.

PŘÍKLADEM

Z oblasti zdravotnictví může být lékařský výzkum, který je tradičně založen na racionálních vědeckých metodách (upřednostňovány jsou kontrolované pokusy namísto kvalitativních či interpretativních metod), jež jsou základem generování a shromažďování vědění. Základní předpoklady o měřitelnosti, agregaci a přenosnosti vědění jsou tak hluboce zakořeněny i ve zdravotní péči.

V praxi pak mohou organizační specifika a kultura nabývat zcela konkrétních podob, i pokud jde o uplatnění žen a mužů v medicíně, zde zejména v kontextu **lékařských pozic**. Zejména nedostatečné zohledňování **potřeb pečujících osob** tak může primárně ženy nepřímo vylučovat z kariéry v medicíně.

V praxi se jedná zejména o tyto organizační charakteristiky, které přispívají k nerovným příležitostem žen a mužů rozvíjet kariéry v medicíně:

- vysoká míra stresu, zátěže a časového vytížení v neprospěch dostatku času na odpočinek, zotavení a vlastní well-being jako předpokladu kvalitního a profesionálního výkonu lékařského povolání,
- nedostatečné zohledňování přínosů diversity pro chod organizace, nevyužívání možnosti utváření diverzifikovaných týmů, komisí apod., které dokážou zohlednit ve svém rozhodování širší spektrum charakteristik a životních zkušeností, potřeb a preferencí,
- vysoká míra tolerance k negativním projevům chování, včetně genderově podmíněného násilí a sexuálního obtěžování na pracovišti,
- přijímání podstatných rozhodnutí mimo „jádro pracovní doby“ či schůzky k tomu určené, což vede k vylučování mnohých osob (typicky pečujících) z možnosti podílet se na rozhodování a k nezohledňování jejich potřeb a zájmů,
- netransparentní mechanismus rozhodování a hodnocení, včetně přidělování zejména nenárokových složek mzdy či platu (osobní příplatky, odměny apod.),
- omezené manažerské dovednosti v případech některých vedoucích pracovníků a pracovníků a nedostatek možností (i času či ochoty) se v této oblasti rozvíjet,
- nedostatečné vedení a mentoring mladých lékařů a lékařek ze strany seniorních pracovníků a pracovníků v rámci specializačního vzdělávání,
- nejasné vyhlídky (nejen) mladých lékařů a lékařek, pokud jde o další působení či specializaci v medicíně, a to i vlivem absence pravidelného hodnocení a kariérních plánů,
- nedostatečná koordinace agendy flexibilních forem práce, která však logicky poroste (i v důsledku aktuálních změn v oblasti pracovního práva ve smyslu transpozice směrnic EU),
- problematika nadužívání přesčasů, jejich nedostatečná koordinace a plánování, které neumožňuje sladovat výkon práce s dalšími povinnostmi, a to nejen péčí,
- nejednotná kritéria a podmínky umožňování práce na zkrácený úvazek,
- nedostatečné využívání flexibilních forem práce (úprava pracovní doby, úvazku či místa výkonu práce) u pozic, kde je to možné, včetně zastupitelnosti či „střídání“ se,
- apriorní „obavy“ z toho, že by zejména ženy mladšího či středního věku mohly odejít na několik let na mateřskou/rodičovskou, včetně navazujícího rozhodnutí nepřijmout je zejména na některé typy pozic, jakkoli je to v rozporu s platnou antidiskriminační legislativou,
- nedostatečné využívání možností zapojení se do práce během mateřské a rodičovské (dohody o provedení práce, dohoda o pracovní činnosti, částečné úvazky, spolupráce na projektech apod.),
- nedostatečná kapacita zařízení péče o děti, vysoká cena či provozní hodiny, které nejsou synchronizovány s provozem jednotlivých oddělení a provozů zdravotnického zařízení,
- rozpor mezi nároky na odbornost a finančním ohodnocením lékařské profese v různých segmentech zdravotnictví.

Fungování každé konkrétní zdravotnické organizace i zcela konkrétního pracoviště je ovlivněno jednak systémovými podmínkami **zdravotnického systému** (jako je legislativa, nároky na vzdělávání a odbornost, dostupnost nejrůznějších, nikoli však jen finančních zdrojů, vymezení pozice a funkce jednotky v rámci širšího systému apod.), jednak zcela konkrétními institucionálními **podmínkami organizační jednotky** (viz opět dostupnost různých zdrojů v rámci organizace, styly a úroveň řízení celé organizace, její cíle, funkce a úkoly, vnitřní kultura apod.). Do fungování zdravotnické organizace se promítá i více **mikrosociální** (určité pracoviště) a „**individuální**“ **rovina** v podobě osobnostních kvalit a individuálních zkušeností osob v manažerských pozicích. V jejich kompetenci je integrace individuálních a organizačních potřeb a cílů, volba a uplatňování určitého modelu (mocenských či jiných) vztahů, kontroly a řízení v organizaci, koordinace činností jednotlivých útvarů a skupin, ale i otázka flexibility a adaptace dané jednotky na vnější i vnitřní impulsy a podmínky.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2012.
- *Co je gender health gap a jaké má dopady?* Dostupné na: <https://genderaveda.cz/co-jes-gender-health-gap-a-jake-ma-dopady/>
- Dudová, R. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012.
- Fine, C. *Testosterone Rex: Myths of Sex, Science, and Society*. New York: W.W. Norton & Company, 2018.
- Fleming, J. *Potíže se ženami*. Praha: Dokořán, 2017.
- Formánková, L., Rytířová, K. (eds.). *Abc feminismu*. Brno: Nesehnutí, 2004.
- *Frequently asked questions on sexual and gender diversity, health and human rights – an introduction to key concepts*. WHO, 2024. Dostupné na: <https://www.who.int/publications/m/item/frequently-asked-questions-on-sexual-and-gender-diversity-health-and-human-rights-introduction-to-key-concepts>.
- *Gender equality and gender mainstreaming in practice*, 2018. Dostupné na: <https://rm.coe.int/council-of-europe-gers-handbook-oct-2018-2/16808ee74b>.
- *Gender mainstreaming in Vienna*. Dostupné na: <https://www.wien.gv.at/english/administration/gendermainstreaming/> (naposledy navštíveno 22. 1. 2025)
- Hnilica, K. *Stereotypy, předsudky, diskriminace: pojmy, měření, teorie*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2010.
- *Chirurgický zákrok včetně sterilizace jako podmínka úřední změny pohlaví neobstál před Ústavním soudem* (7. 5. 2024). Dostupné na: <https://www.usoud.cz/aktualne/chirurgicky-zakrok-vcetne-sterilizace-jako-podminka-uredni-zmeny-pohlavi-neobstal-pred-ustavnim-soudem>.
- Ivanová, K. *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO), 2006.
- *Kdo jsou trans* lidé*. Dostupné na: <https://jsmetransparent.cz/o-translidech/kdo-jsme>
- Keller, J. *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007.
- Křížová, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006.
- Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. *Cultures for performance in health care*. McGraw-Hill Education (UK), 2005.
- Mead, M. *Pohlaví a temperament u tří primitivních společností*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010.

- O'Neil, A., Russell, J. D., Thompson, K., Martinson, M. L., Peters, S. A. E. The impact of socioeconomic position (SEP) on women's health over the lifetime. *Maturitas*, 2020, 140: 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.001>.
- Perez, C. C. *Invisible Women*. London: Random House, 2019.
- Proč má kolega dvojnásobný plat? Soud zamítl obvinění z diskriminace. https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/soud-resil-diskriminaci-primarky.A160130.213707_domaci_zt
- Rippon, G. *The Gendered Brain: The new neuroscience that shatters the myth of the female brain*. London: Vintage, 2020.
- Renzetti, C. M., Curran, D. J. *Ženy, muži a společnost*. Praha, Karolinum, 2003.
- Saini, A. *Od přírody podřadné*. Praha: Academia, 2018.
- Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030. Dostupné na: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf
- Šmídová, I., L. Součková, V. Heumann, T. Zvolská a kol. *Muži a zdraví. Společenská očekávání a zdraví mužů*. Policy Paper. Praha: Pracovní skupina muži a rovnost žen a mužů Rady vlády pro rovnost žen a mužů, 2024. Dostupné na: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/prac.skupiny/pracovni_skupina_muzi_a_rovnosti_zen_a_muzu/Muzi-a-zdravi.pdf.
- Trísková, H. *Postavení žen v české vědě: monitorovací zpráva za rok 2022*. Praha, SOÚ AV ČR, v. v. i., Národní kontaktní centrum – gender a věda (NKC), 2022. Dostupné na: <https://genderaveda.cz/wp-content/uploads/2024/10/Postaveni-zen-v-ceske-vede-2022-CZ.pdf>.
- Světové šetření o zdraví v České republice. Praha: ÚZIS, 2004. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=602>.
- Valdrová, J. *Reprezentace ženství z perspektivy lingvistiky genderových a sexuálních identit*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2018.
- Víznerová, H., Linková, M. *Proč a jak na genderovou rovnost ve vědě*. Praha: SOÚ AV ČR – NKC, 2013.
- Výběrová šetření o zdraví 1993–2014. ÚZIS. Dostupné na: <https://www.nzip.cz/clanek/16-vyberova-setreni-o-zdravi>.
- Zaostřeno na ženy a muže – 2020. Český statistický úřad. Dostupné na: <https://csu.gov.cz/produkty/zaostreno-na-zeny-a-muze-2020>
- Zdravotnická ročenka České republiky 2021. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf>.
- Ženy ve zdravotnictví. Česko v datech (29. 5. 2023). Dostupné na: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/178-zeny-ve-zdravotnictvi/>.

V. GENDEROVĚ SENZITIVNÍ MENTORING

Josef Vošmik

1. CO JE (A NENÍ) GENDEROVĚ SENZITIVNÍ MENTORING

Tuto část textu zahájíme zkušeností, která má demonstrovat, co může být obsahem mentoringu (nebo spíš „mentoringu“) a jak by podle našeho názoru vypadat neměl. Alespoň z hlediska rovných příležitostí a podpory nejen genderové rovnosti.

REFLEXE JEDNÉ ZKUŠENOSTI S MENTORINGEM

Před lety přihlásila svou firmu do ocenění Firma roku: rovné příležitosti, kterou každoročně pořádá organizace Gender Studies, ředitelka menší společnosti – doplníme, že šlo o ročník věnovaný tématu podpory kariérního růstu žen. V materiálech, které byly zaslány za účelem zhodnocení úrovně dodržování a aktivního prosazování rovných příležitostí pro ženy a muže, sdílela velmi osobní zkušenost, co jako mladá manažerka zažívala ve velké mezinárodní korporaci, v níž dříve působila. Uváděla nejen to, že kdykoli byla jako mladá manažerka povýšena, neobešlo se to bez všeobecně sdíleného názoru, že to bylo „přes postel“, ale popsala také dosti tristní zkušenosti ze svého „mentoringu“. Doslova uvedla: „... mnoho úspěšných manažerek žije s pocitem, že mohou v mužském světě uspět pouze za předpokladu, že nebudou ,tolik ženami‘. Dodnes si pamatuji ten pocit, když mi má mentorka, generální ředitelka nadnárodní korporace, v rámci talent programu doporučila ostříhat si a ztmavit vlasy, abych nepůsobila tolik žensky.“

<https://www.feminismus.cz/cz/clanky/uskali-mentoringu-zdaleka-nejen-ve-firemnim-sektoru-a-socialni-praci>

Mentoring (genderově senzitivní) naopak může být efektivní cestou k prosazování faktické rovnosti s důrazem na zrovnoprávnění životních cest a rozhodnutí každé/ho z nás. Ovšem za určitých předpokladů, kterým se budeme věnovat blíže právě v této kapitole.

Velmi obecně můžeme říct (a shrnout), že překážky bránící ženám, ale i mužům či jiným osobám, které nechtějí přistoupit na tradiční a mnohdy stále očekávané vzorce chování a role s nimi spojené, tvoří tři základní úrovně. Mohou být vzájemně spjaté, ale také se mohou vyskytovat v přístupu a názorech lidí relativně samostatně. Tvoří je:

- **Genderové stereotypy a předsudky**, tedy velmi obecné (i konkrétní) názory týkající se toho, co je pro ženy, muže a jiné osoby považováno za dobré/špatné, vhodné/nevhodné, přirozené/nepřirozené, ale třeba i zdravé/nezdravé apod. Patří sem např. šablonovité vnímání mužů jako silných (fyzicky i mentálně), psychicky odolných, rozhodných, disponovaných k působení ve veřejném životě (politika, veřejné rozhodování, manažerské funkce apod.), zatímco žen (často naopak ve smyslu tzv. binárních opozic) jako slabých (fyzicky i psychicky), labilních, nerozhodných a předurčených k péči o domácnost, děti či jiné potřebné osoby (ve smyslu dispozic k péči, větší komunikativnosti apod.) či právě k působení v pomáhajících, sociálních a ošetrovatelských oborech – i zde však jen na pozicích, které do tohoto „vzorce“ zapadají (tj. nikoli třeba na vedoucích postech).
- **Apriorní spojení žen a péče** může být odvozeno z právě uvedené úrovně předpokladů, ale také nemusí a může vyplývat ze zvyklosti či většinové zkušenosti, že „ženy prostě pečují“. Ne snad proto, že by měly či musely (i když i tato představa je častá), ale prostě proto, že se může jevit, že to tak chtějí, že si tuto životní cestu většinou stejně volí, a to zcela svobodně, dobrovolně a v souladu se svým „nastavením“. Pak se může jevit jako nežádoucí/neekonomické do žen „investovat“ (časově, finančně i personálně) ve smyslu dalšího rozvoje, vzdělávání, kariérního růstu apod., protože stejně tak jako tak většina z nich odejde na mateřskou/rodičovskou, protože „všechny ženy přece chtějí (a budou mít) děti“, což znamená i to, že to budou ony, kdo bude s dětmi zůstat doma, když onemocní atp.
- **Organizační zvyklosti a postupy** mohou rovněž působit relativně soliterně. Nemusíme si nutně myslet, že ženy (a muži) do zdravotnictví a jeho jednotlivých oborů ne/patří, a nemusíme si ani myslet to, že ženy chtějí mít děti anebo s nimi být doma, pokud je mají. Jakmile však ženy (a nejen ony) nebudou zastoupeny v rozhodování (viz tzv. vertikální genderová segregace – více viz kapitola 4), pak si často na úrovni vedení institucí nebudeme uvědomovat specifické potřeby, preference a situace, které např. péče o malé děti či jiné osoby obnáší. Jednoduše proto, že muži ve vedoucích pozicích nemají osobní zkušenosti, které by jim umožňovaly si uvědomit, jaké jsou potřeby osob, které mají v rodinách primární pečovatelskou roli, i když u toho zároveň vykonávají náročné profese. Nemusíme tak tedy uvažovat záměrně, ale některé pracovní a organizační postupy mohou být ve svém důsledku pro určité osoby vyčleňující. A netýká se to jen žen, ale i dalších osob, které bývají častěji vystaveny znevýhodnění či přímo diskriminaci.

Tyto tři úrovně mohou vyjadřovat i tři velmi obecná konstatování (a dodejme samozřejmě zpravidla chybná či velmi nepřesná a zobecněná):

- *„Ženy do zdravotnictví patří, ale spíše na ošetrovatelské pozice (nebo ještě do „ženských“ lékařských oborů), které více odpovídají jejich naturelu a jsou více založeny na komunikaci s pacienty a pacientkami a každodenní péči o jejich potřeby.“*

- „Ženy chtějí a budou mít děti, takže je zbytečné zabývat se jejich kariérním růstem či rozvojem, jelikož dříve nebo později odejdou (na několik let) na mateřskou/rodičovskou a později se budou starat o stárnoucí rodiče.“
- „Ženám přece organizace v ničem nebrání, mají stejné možnosti věnovat se své profesi a dalšímu odbornému rozvoji (přitom nejsou dostatečně zastoupeny např. ve vedení a jejich potřeby a preference dost dobře ani neznáme, protože je systematicky nesledujeme, nevyhodnocujeme a neintegrujeme do chodu zařízení).“

Genderově senzitivní mentoring je jednou z cest, jak tyto automatizované a mnohdy realitě neodpovídající představy **kriticky reflektovat, zpochybňovat a aktivně bořit** s cílem vytvoření rovných příležitostí skutečně pro všechny. A píšeme-li zde o pohaví a genderu, je možné tento druh znevýhodnění nahradit kterýmkoli jiným (při zohlednění jeho specifik, např. etnicity, věku, zdravotního stavu aj.) a bude stejně dobře aplikovatelný.

Poznámka autora: Podle mého povědomí není **genderově senzitivní mentoring** terminus technicus, ale spíše výsledek kritické reflexe genderové perspektivy právě v mentoringu. Na tomto místě se ho tak snažím svými slovy pojmenovat, vymezit či „postihnout“. Navazuji v tomto smyslu na společnou práci s Klárou Čmolíkovou Cozlovou, se kterou jsem měl možnost v organizaci Gender Studies, o. p. s., spolupracovat na několika projektech, kde jsme právě usilovali o to, aby mentoring, na kterém jsme se podíleli, nebyl „genderově slepý“, nýbrž inkluzivní, a tedy i senzitivní.

2. TEORETICKÉ UKOTVENÍ

Jako logické se jeví ukotvení genderově senzitivního mentoringu v tzv. **poststrukturalních** (postmoderních) teoretických směrech a sledování **diskurzů a praktik moci** v oblasti „biomoci“ a „biopolitiky“ (Michel Foucault) s důrazem na každodenní rozměr fungování a vyjednávání (komunikačního) prostoru, jak se tématu věnují mnozí současní badatelé a badatelky v návaznosti právě na Michela Foucaulta či Pierra Bourdieua a další. Kritické recepce aspektů moci nejen v pomáhajících profesích se cíleně věnuje i tzv. systemický přístup a etika péče (Carol Gilligan a násl.). Pro poststrukturalní přístupy je současně charakteristické to, že odmítají ony „velké binarity“ a poukazují na vnitřní propojenost a problematičnost řady konceptů, které stojí na dvojici opozit jako mužské a ženské, domácí a veřejné, subjekt a objekt, naše a cizí (my a oni) apod. Typická je pro ně problematizace, kritická analýza a interpretace naší zkušenosti a vědění včetně specifického, situovaného postavení každé osoby.

Nechceme jistě zahlcovat nadbytkem teorie, proto můžeme případné zájemce odkázat na související přístupy a koncepty, které se v posledních desetiletích uplatňují i v pomáhajících profesích. Patří sem zejména (blíže viz použitá literatura, souhrnně zejména Matoušek a kol., 2013):

- **antiopresivní přístup** – usiluje o eliminaci znevýhodňujícího či přímo i nepřímo diskriminujícího postavení určité skupiny osob, zpravidla menšinové. Aktivně prosazuje spravedlnost, rovnost a participaci,
- **systemický přístup** – viz také níže. Je velmi cenným zdrojem revize náhledu na profesionální pomoc, jelikož do oblasti profesionální pomoci a péče vnáší právě prvky moci (v češtině je zajímavé i to, jak má lingvisticky moc blízko k ne/moci).
- **participativní přístupy** – patří mezi koncepty, které přispívají k narovnání mocenské asymetrie v pomáhajících i dalších profesionálních vztazích. Základní premisou je spoluúčast osob, jimž je nějaká forma pomoci určena, na spolurozhodování o její podobě,
- **trauma-informovaný přístup** – vychází z uvědomění si skutečnosti, že mnoho osob zažilo ve své dosavadní historii velmi negativní zkušenosti, mnohdy až traumatické, které jsou součástí jejich prožívání. Cílem je zohledňování této skutečnosti v profesionální spolupráci ve smyslu eliminace opakované traumatizace těchto osob,
- **nenásilná komunikace** – v posledních letech stále populárnější směr komunikace, který usiluje o rovné postavení a možnost bezpečného vyjádření všech zúčastněných včetně prevence tzv. mikroagresí v komunikačních situacích,
- **feministické přístupy** – feminismus v pomáhajících profesích a péči je obrovským tématem historicky i aktuálně, jelikož péče je spojována automaticky právě se ženami. Tato skutečnost má řadu konsekvencí, které jsme v tomto textu již na více místech naznačili. Feminismus není jednolitým myšlenkovým proudem, proto mluvíme spíše o feminismech, které se liší zejména v důrazu na některé aspekty této problematiky či způsoby jejich řešení,
- **kritické a radikální přístupy** – vnímají pomáhající profese jako „nástroj“ společenské změny, vidí v nich potenciál k prosazování sociální spravedlnosti a odstraňování útlatku. Vychází proto nejen z „klasických“ teorií v pomáhajících profesích, ale i z kritické teorie, feministických, queer, environmentálních a dalších konceptů. Pomoc je v nich zdrojem společenské změny,
- **etika péče** – představuje mimořádně nosnou alternativu etického myšlení a ukotvení pomoci, kdy právě v péči vidí elementární činnosti i prizma, kterým můžeme nahlížet celou sociální realitu a způsob, jímž se k ní můžeme (a máme) vztahovat (viz také dále).

Zejména **systemický přístup** je pro pomáhající profese velmi cenný a přínosný, jelikož staví kromě jiného na odlišování **pomoci** a **moci**, což je v češtině vyjádřeno navíc velmi doslovně ve slově „po/moc“. Hranice, kdy se pomoc stává projevem kontroly, je mnohdy velmi nenápadná, tenká a snadno překročitelná. V tomto směru lze odkázat tuzemské čtenářstvo na dnes již klasickou knihu Karla Kopřivy *Lidský vztah jako součást profese*.

Co ale znamená **genderově citlivý přístup** – a nejen on – na úrovni fungování dané (zdravotnické) organizace, tj. nastavení jejích pravidel i každodenního chodu? V tomto ohledu můžeme odlišit čtyři základní přístupy (srov. Bosá, Minarovičová, 2014):

- **genderově** (či jinak) **slepý** – nezohledňuje v mnohých strategických dokumentech ani každodenním provozu a chodu to, že lidé jsou různí a mají různé potřeby, a to i s ohledem na pohlaví, věk, zdravotní stav, etnickou příslušnost apod.,
- **genderově** (či jinak) **specifický** – tento přístup řeší odlišné potřeby různých osob tak, že je jaksi vyděluje. Někdy je to žádoucí a má to své zdůvodnění, jindy je to příliš jednostranné řešení, které jen posiluje názory na to, že se jednotlivé skupiny osob (např. ženy a muži, mladí a staří, tuzemská populace a cizinci aj.) liší více, než tomu ve skutečnosti je. Tomuto přístupu a jeho přínosu i rizikům se budeme ještě věnovat,
- **genderově** (či jinak) **citlivý** – v rámci tohoto přístupu už zvažujeme opravdu cíleně a citlivě (viz metoda gender mainstreamingu v předchozí kapitole), kdy je zapotřebí nějakých specifických opatření jen pro určitou skupinu a kdy se jedná o opatření, které má širší uplatnění. Např. pokud jde o rodičovství a péči, necílíme pouze na ženy a maminky, ale i na muže, protože i oni jsou rodiči/otci a mají se na péči podílet. Jde již o kritickou reflexi genderu či jiné kategorie znevýhodnění v každodenním myšlení,
- **genderově** (či jinak) **neutrální** – tento přístup už je tak daleko, že často ani nepotřebuje zvláštní či specifická opatření, protože se stal integrální a živoucí součástí toho, jak lidé přemýšlejí, jednají a zohledňují potřeby celé populace. Je to přístup uplatňovaný např. v některých severských či dalších zemích, které rovnost opravdu chápou a přijímají jako přirozený požadavek vycházející ze sociální spravedlnosti a lidských práv, s nimiž se ztotožňují.

K ZAMYŠLENÍ: ZVLÁŠŤ, NEBO DOHROMADY

Řada setkání, včetně mentoringových, může být určena pro jasně vymezenou skupinu. Může jít např. o ženy, pečující osoby, osoby určitého věku, osoby ve vedoucích a podobných pozicích atd. Kdy je podle vás vhodné a žádoucí setkání začít jen na jasně vymezenou skupinu osob (např. ženy) a kdy je vhodné danou akci uspořádat pro širší „publikum“? Jaká jsou podle vás relevantní kritéria takového rozhodnutí?

3. OTÁZKY, ZDROJE A PROJEVY MOCI ANEB PROČ MENTORING

Mocenský prvek je v **komunikaci a řeči** nutně přítomen, podle mnohých teoretiků – zejména od Michela Foucaulta dále – nelze moc chápat jako jakousi samostatnou a paralelní strukturu, ale právě jako prvek, který je přítomen všude, ve všech společenských institucích a procesech. A to je třeba přijmout jako určitý výchozí bod, moc je všude kolem nás (i v nás samých).

Podle jedné z klasických definic (Max Weber) je moc **schopností přinutit druhého člověk udělat něco, co by za jiných okolností neudělal**. Smutné, ale lakonické a přesné vyjádření.

V komunikaci tedy nejde jen o předávání informací, ale rovněž o mocenskou rovinu vztahu – upevňování své pozice a získávání kontroly. I když ideální by samozřejmě bylo, aby mocenský prvek v komunikaci, řeči a konání přítomen nebyl. To bychom však nebyli „my lidé“. Proto máme usilovat o umenšování, či dokonce eliminaci mocenského rozměru komunikace, jakkoliv je to nesnadné. Ale je to žádoucí, a proto vznikl i náš projekt Kultimed a tato publikace.

Medicína obecně a některé její obory zvláště jsou spojeny s řadou mocenských postupů, genderových stereotypů a negativních jevů, které jsou popsány a v rámci zdravotnického provozu řešeny primárně na úrovni vztahů zdravotnického personálu s pacienty a pacientkami. To vychází i z konceptu práv pacientů a pacientek a **posilování kooperativních vztahů** za současného oslabování paternalistického pojetí medicíny. Daleko méně, pokud vůbec, je však toto téma explicitně řešeno ve vztahu „**dovnitř profese**“, a to na:

- úrovni **kolegiální**, tj. osob na stejné či obdobné pracovní pozici,
- ve vztazích **nadřízenosti a podřízenosti** v rámci hierarchie dané instituce,
- ve vztahu **vyučujících** a dalších osob ke studujícím či školeným osobám (a naopak),
- na úrovni vztahů **studujících** mezi sebou,
- ve vztahu k osobám z **dalších zdravotnických profesí** (i ty bývají oficiálně označovány jako „nelékařské zdravotnické profese“ – jsou tedy definovány odvozeně a negativně, tj. tím, čím „nejsou“ – skrze vymezení se vůči lékařství – a nikoli čím jsou a co je činí specificky důležitými).

Lékařství je navíc obor, ve kterém, byť je stále více feminizovaný, ženy stále nejsou dostatečně zastoupeny ve vedení primariátů, klinik, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení a státní a veřejné správy, kde jsou přijímána zásadní strategická rozhodnutí a často v nich zkušenost žen absentuje (viz tzv. fenomén vertikální i horizontální **genderové segregace**, více viz kapitola IV). To pak není dostatečně reflektováno ani v každodenním provozu zejména lůžkových zařízení, kdy nejsou často vytvořeny podmínky pro efektivní sladování osobního, rodinného a pracovního života a medicína je chápána jako „práce na zavalanou“ či poslání, které má mít primární důležitost – to sekundárně vytěsňuje ženy z vrcholných pozic včetně vědy a výzkumu. Tyto zkušenosti nejsou reflektovány ani ve výuce a přípravě nových generací lékařů a lékařek. Zatímco se tedy medicína „feminizuje“ (a i to je zapotřebí blíže analyzovat s ohledem na klesající uplatnění mužů v tomto oboru), provoz je stále nastaven jako „mužský“, tj. mnohdy nezohledňující pečovatelské a jiné závazky, které jsou v praxi spojovány primárně se ženami.

Není tak divu, že ženy v medicíně jsou často znevažovány, podceňovány, a dokonce vystavovány **nevhodnému chování** v podobě sexuálního či jiného obtěžování

a násilí, které zcela nežádoucím způsobem zasahuje do jejich osobního prostoru a vytváří (v rozporu s platným právem) nepříjemné pracovní prostředí, ve kterém je obtížné nejen podávat kvalitní a profesionální lékařské výkony, ale také vůbec dlouhodobě „fungovat“ bez negativních dopadů na psychické, ale i fyzické zdraví zúčastněných. Profesní **vyhoření** a **odchod z pracoviště či oboru** vůbec je tak konečným odštědivým efektem všech výše nastíněných jevů včetně souvisejících ekonomických dopadů a ohrožení fungování zdravotnictví a medicíny minimálně ve střednědobém horizontu nadcházejících let až dekád.

Projevy **kontroly a moci** se tedy mohou objevovat a objevují v celé řadě každodenních situací, které si sotva dokážeme představit, pokud s nimi nemáme zkušenost. Tzv. **kritická studia diverzity** (*critical diversity studies*, *CDS*) poukazují na řadu úrovní moci v různých prostředích, nejen pracovních.

Můžeme odlišit čtyři základní, avšak provázané úrovně:

- **osoba daného** člověka (subjekt) jako určitý „výchozí bod“ včetně našich identit,
- **vnitřní charakteristiky** (připsané) jako pohlaví, věk, fyzické předpoklady, sexuální orientace,
- **vnější charakteristiky** (získané), kam patří jazyk, socioekonomický a geografický původ, gender (jako výsledek socializace), vzdělání, pracovní zkušenosti, status s ohledem na sňatek a rodičovství, národnost, náboženství, politický názor aj.,
- **organizační charakteristiky** jako typ a postavení organizace, kde pracujeme, umístění organizace, naše pracovní pozice, seniorita, podíl na rozhodování a vedení, výše mzdy/platu aj.

To jsou jen některé osy, které zásadním způsobem konstituují a ovlivňují naše postavení (a moc) v dané organizaci. Přitom jednotlivé „prvky“ těchto os se různě kombinují a vytváří zcela individuální situaci každé/ho z nás...

Viz vynikající přehledový článek: <https://aperian.com/blog/types-of-diversity-in-the-workplace/>.

NERADIT JAKO ELEMENTÁRNÍ PRAVIDLO PORADENSTVÍ

Může to znít překvapivě, až absurdně, ale základním pravidlem poradenství a pomáhajících profesí je: neradit! I rada může být nakonec nástrojem kontroly... I dobře míněná rada, která např. zafungovala ve vašem případě, nemusí mít univerzální platnost, a když nepovede ke kýženému výsledku, budete to vy, koho bude daná osoba vinit (vyřčeně či potají) z neúspěchu („Vidíš, tys mi říkal/a, abych to udělal/a, a teď vidíš ty důsledky...!“). Jde tedy spíše o pomoc a podporu při hledání té správné cesty. Je však důležité, aby konečné rozhodnutí vzešlo opravdu od daného člověka (nepřebírání odpovědnosti za druhé). I tak se lze vyhnout tomu, čemu se říká naučená závislost. Rada laiků mnohdy očekává v mnoha situacích instantní a efektivní rady, nic takového však ve většině případů neexistuje a nefunguje. Proto je v mentoringu důležité vyjasnit si vzájemná očekávání a možnosti spolupráce. Ostatně i na otázku typu: „Co byste dělal/a na mém místě?“ je proto zapotřebí odpovídat obezřetně.

Společným znakem všech forem diskriminace je **šovinismus**, tedy představa (vědomá a cílená či skrytá, případně neuvědomělá), že určitý národ, etnikum či skupina lidí jsou z nějakého důvodu nadřazeny jiným. Nelze jistě připomínat, že taková představa je nejen chybná, ale rovněž v přímém rozporu se základními **lidskými právy a svobodami**, jak jsou pojímány na mezinárodní i vnitrostátní úrovni. Představa rovnosti všech lidí je jejich základním stavebním kamenem.

Základem šovinismu je tedy postoj odlišující „**my**“ a „**oni**“, ať už je založen na čemkoli. Představa, že „**my**“ („to naše“) jsme z nějakého důvodu lepší než „**oni**“ („to jejich“). S touto představou je v sobě zapotřebí někdy opravdu vědomě a aktivně bojovat, protože řada z nás ji má velmi hluboko ukotvenou ve svém vnímání i identitě.

Často tato **internalizace** (zvnitřnění) vychází ze vzorů, které známe ze svého prostředí, od jiných lidí, z toho, co čteme, jaké informace vyhledáváme nebo máme tendenci považovat za důvěryhodné. **Kritické uvažování** slouží jako nástroj, jak tyto názory 1) nahlédnout jako chybné a 2) ideálně také korigovat. Není to snadné, protože občas v sobě musíme opravdu něco „zlomit“ (či spíše lámat), poněvadž máme někdy tendenci považovat tyto skutečnosti za „dané“ či „přirozené“, i když ve skutečnosti jsou utvářeny a předávány v rámci kultury naší společnosti.

Respektování hranic – a v první řadě možnost jejich **bezpečného vymezení** – by mělo tvořit základ každého vztahu, tím spíše profesionálního, včetně mentoringového. Samozřejmě i hranice samotné se mohou stát tématem rozhovoru a diskuse, proč jsou pro obě strany důležité. Hranice je zapotřebí respektovat v „obou směrech“, tj. ve vztahu k mentee/mu i mentorovi či mentorce. Kladení některých třeba i osobnějších otázek může k mentoringu v jistých situacích patřit (např. v kontextu sladování osobního a pracovního života), i zde by však měl být vytvořen bezpečný prostor pro možnost říci ne, který musí být respektován. Zejména pak ve fázi vzájemného „poznávání“ a konstituování vztahu v mentoringu.

VYKAT, NEBO TYKAT

Volbu vykání/tykání ponechte na mentees. Je určitě vhodné nabídnout varianty podle preference mentorujícího, ale rozhodnutí ponechte na dané osobě. „Vnucené“ tykání nemusí být vždy příjemné a nemusí ničemu pomoci – jakkoliv v naší společnosti platí pravidlo, že tykání se ze strany níže postavené osoby neodmítá, což může být problematické. Zeptejte se raději mentee/ho, jak chce být osloven/a. Samozřejmě že forma oslovení a vykání/tykání se může s vývojem mentoringového vztahu změnit.

V profesionální pomoci (a patrně i mentoringu) se lze někdy setkat s tím, že klienti a klientky (zde mentees) mohou klást velmi **osobní otázky**, které však nemají v kontextu aktuálně probíraného tématu opodstatnění. Pak se často doporučuje zvolit přeformulování takové otázky jako „odpovědi“ či přesněji vytvoření prostoru pro další komunikaci.

PŘÍKLAD – OSOBNÍ OTÁZKY

Pokud se vás mentee (zcela mimo kontext) zeptá, např. zda máte děti, pak je možné odpovědět tímto způsobem: „Z jakého důvodu je pro vás důležité, jestli mám děti?“ Někdy se může stát, že i taková otázka má svoji logiku, kterou jsme si pouze neuvědomili. Ale také naopak. A i my bychom měli mít v této situaci možnost na otázku neodpovědět. Současně je logické, že např. při diskutování otázek ohledně sladování osobního a pracovního života s ohledem na péči o dítě se mentee bude o tuto skutečnost zajímat, jelikož je zdrojem určité kompetence v této oblasti.

Je tedy možné, a dokonce žádoucí vymezit si společně během mentoringu určitá **pravidla** tak, aby byl mentoring oboustranně přínosný, bezpečný a neohrožující. V některých programech existují zpracovaná pravidla mentoringu, která je možné využít jako výchozí bod a dále si je upravit pro potřeby daného mentoringového vztahu, pokud je to zapotřebí.

OTÁZKA

Je podle vás podstatný věk a gender při hledání a výběru mentora či mentorky? Má být podle vás mentor/ka věkově starší než mentee? Pokud ano, tak proč? Nestačí právě dostatek zkušeností bez ohledu na věk?

Je pro vás důležité, zda váš mentorující bude muž či žena? V případě že ano, zkuste se zamyslet proč? Není tato preference spojena např. s některými genderově podmíněnými automatismy, které mohou, ale také nemusí být pravdivé, protože jsou vysoce individuální (např. že ženy jsou komunikativnější a empatičtější)?

4. PŘÍNOSY GENDEROVĚ SENZITIVNÍHO MENTORINGU PRO PROSAZOVÁNÍ ROVNÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ

Jen skutečně (nejen) **genderově citlivý** mentoring je **inkluzivní** a vytváří předpoklady pro zapojení a osobnostní i profesní rozvoj skutečně všech osob. Jinak se může stát, že je deklaratorně otevřený všem, ale jeho podmínky a organizační charakteristiky mohou být, byť nechtěně a nepřímo, vylučující.

DOPORUČENÍ

Hovořte se všemi zapojenými osobami, ptejte se jich na jejich postoje, názory, nápady a doporučení. Nepodléhejte iluzi, že vše dokážete (či byste dokonce měli) zastat sami, protože je to vaše role. Participativní přístup je zde rozhodně vhodnou cestou, např. během nastavování fungování mentoringového programu.

Cílené mentoringové programy pro různé skupiny osob, studujících či zaměstnaných, jsou nástrojem, jak do určité míry kompenzovat nerovné příležitosti, kterým tyto osoby během svého dosavadního života čelily z důvodu svého původu, pohlaví a genderu, etnicity, zdravotního stavu apod. Právě rozličné specializované či individualizované vzdělávací a „setkávací“ programy mohou být efektivní příležitostí pro získání potřebných vědomostí a dovedností, pokud jde o plnohodnotné pracovní uplatnění v daném kolektivu a organizaci včetně rozvoje potenciálu pro další profesní a kariérní růst i případné působení v rozhodovacích a vedoucích pozicích.

PAMATUJTE

Účelem mentoringu může být (přímo i nepřímo) **demytizace a normalizace životních voleb** všech osob bez ohledu na jejich gender, věk, etnicitu, zdravotní stav, původ apod., např.:

- Mělo by být běžné nechtít „jen pracovat“ nebo „jen být doma“.
- Je možné věnovat se profesi (kariéře) a zároveň rodině, když jsou k tomu vytvořeny podmínky.
- Nejste „krkavčí matka“, když nechcete „být doma s dětmi“ 3–4 roky.
- Je žádoucí zapojit se jako otec do péče a nastoupit na rodičovskou nebo se vystřídat s partnerkou či partnerem.
- Je normální mít i nemít (či chtít i nechtít) děti.
- Je nezbytné myslet na vlastní well-being a odpočinek, aby člověk v zaměstnání profesně nevyhořel anebo neobtěžoval práci rodinné zázemí...

Jistě přijdete s vlastními stereotypy, které je žádoucí bořit.

Vždy je klíčové zvážit, do jaké míry utvořit takové programy jako **exkluzivní** či **inkluzivní** z pohledu zapojení osob, které se setkaly s různým druhem znevýhodnění. Genderová linie znevýhodnění je skutečně jednou z mnoha, jež se navíc v praxi různě kombinují a propojují (viz tzv. vícenásobné znevýhodnění či diskriminace), takže např. vytvoření skupiny pro ženy je a může být zcela relevantní a legitimní. Současně je zapotřebí zvažovat takové možnosti i pro další osoby, aby nebyly opomenuty.

Samozřejmě zejména v případě terapeutické práce či zpracovávání určitých traumatických zkušeností (viz **trauma-informovaný přístup**) je zcela legitimní, žádoucí, a dokonce nezbytné věnovat zvýšenou pozornost vytvoření **bezpečného prostředí** pro setkávání zúčastněných, aby daný program mohl plnit svůj účel. I proto je důležité věnovat prostor tomu, zda daná osoba chce o určitém tématu hovořit, či nikoliv. Nebo zda o něm chce hovořit právě během určitého setkání, případně později. Je důležité ptát se, zda chce i mentee např. „otevřít“ nějaké subjektivně obtížnější téma, a současně ponechat prostor pro vyjádření souhlasu nebo naopak odmítnutí (např.: „*Chcete o tomto tématu (nyní, dnes) hovořit?*“).

PRO INFORMACI

Obecně můžeme v rámci určité organizace nebo programu či služby odlišovat tři přístupy (Klepáčková, Krejčí, Černá, 2020, s. 30–31):

- **trauma-informovaný přístup** – organizace či osoba si jsou vědomy přítomnosti a dopadu traumatu a cíleně volí univerzální opatření k prevenci retraumatizace,
- **trauma-citlivý přístup** – konkrétnější a úžeji vymezené intervence, jak daná organizace nebo osoba citlivě přistupují ve všech aspektech k možnému traumatu nebo nepříznivým zkušenostem,
- **trauma-specifický přístup** – specifická péče a cíleně indikované terapeutické intervence pro přímou péči či léčbu osob s traumatickou zkušeností.

Toto jsou logicky přístupy, které do značné míry přesahují možnosti mentoringu, přesto je zapotřebí mít na paměti, že mentees mohou mít a mnohdy mají určité traumatické zkušenosti, které je mohou činit citlivějšími na určité typy podnětů – a na psychologické úrovni nelze dost dobře oddělit „pracovní“ od nepracovního, tedy soukromého či osobního. Mentorující zpravidla tyto informace nemá k dispozici, pakliže je mentee sám či sama nesdělí, navzdory tomu je na místě respektující a citlivý přístup zejména tam, kde se v rozhovoru dotkneme, byť nepřímo, i osobnějších témat nebo otázek. Samostatným tématem pak je, které otázky již do mentoringu nepatří, ale i to může být individuální vzhledem k tomu, co mentee sama či sám sdílí s ohledem na aktuální prožívání.

5. HLAVNÍ ZÁSADY A PRINCIPY GENDEROVĚ SENZITIVNÍHO MENTORINGU

Abychom mohli o (genderově) senzitivním mentoringu uvažovat, je třeba zajistit, aby byly splněny tyto předpoklady jeho fungování – samozřejmě některé z nich se naplňují teprve v průběhu mentoringového vztahu na základě interakce mentora/mentorky a mentee/ho:

- **transparentnost** – jasné vymezení účelu a cílů setkávání, stanovení si pravidel spolupráce a témat/zakázky, kterým se během setkávání budou obě strany věnovat, jakkoli specifikace „zakázky“ tvoří kontinuální součást celého procesu (viz také kapitola 1),
- **bezpečí** – mentorující a mentee musí mít kromě jiného možnost spoolehnout se na to, že informace, které během mentoringu zazní, nebudou nijak ventilovány ve vztahu k třetím stranám, že žádné konkrétní údaje a sdělení nebudou zpřístupněny např. zaměstnavateli apod. (i když mentoringový program organizuje), pakliže neproběhne vzájemná domluva a nebude udělen souhlas s takovým krokem. Budování bezpečí (komfortu) v mentoringovém vztahu je pak dlouhodobým úkolem a cílem,
- **důvěra** – předpokladem funkčního mentoringového vztahu je vědomí mentees (i mentorujících), že mohou sdělit cokoliv bez toho, aby byli jakkoliv posuzováni (neřkuli odsuzováni), že mentoringové setkání skýtá prostor, kde mohou

otevřeně sdělovat svoje pocity, myšlenky, reflexe nebo obavy. I toto „vědomí“ se buduje dlouhodobě v průběhu jednotlivých mentoringových setkání.

Teprve jsou-li splněny výše uvedené předpoklady, může se rozvinout plně profesionální a efektivní **vztah** mezi mentorující osobou a mentee/m.

NAČ SI DÁT POZOR V MENTORINGOVÉ KOMUNIKACI

- Otázka **proč** – může implikovat prvek obviňování („Proč jste to neřešil/a dříve...?“). Raději volte otevřené otázky nebo jinou alternativu: „Z jakého důvodu...? Co vás vedlo k tomu, že...?“
- Reakce **ano, ale** – v důsledku může zpochybňovat řečené, může podryvat váhu sdělení druhé osoby („Ano, máte pravdu, ale...“).
- Nadměrné užívání pozice **já** (u mentora či mentorky) – jakkoli je mentoring o sdílení zkušenějšími a profesně staršími kolegy a kolegyněmi, nadměrná akcentace perspektivy „já“ může vyznít negativně (podprahově: „Já jsem to zvládl/a, ale vy ne, tak jste špatný/špatná...“). Je proto vhodné uvádět vlastní, individuální zkušenost jako možnost, nikoli jako (a už vůbec ne jedinou) „správnou cestu“.
- „**Co byste udělal/a na mém místě?**“ je otázka, která vyžaduje při zodpovídání značnou opatrnost, jelikož může oklikou vést k udělení rady. Vždy je potřeba reflektovat, že jsme v jiných situacích, máme jiné zkušenosti a třeba i představy o životě a preference.

Pochopitelně je vždy volbou mentee/ho (i mentora/mentorky), co bude chtít sdělovat, i když právě pocity bezpečí a důvěry by měly být zárukou **otevřenosti**, a tedy i určité **katarze** spojené s mentoringovým setkáním. Současně je zapotřebí mít na paměti, že některé souvislosti daného „tématu“ mohou být **nevědomé**, mentee si je nemusí uvědomovat ani je „vidět“. Dost možná i v tom může být pokročilá funkce mentorující osoby, tedy s respektem pojmenovávat to, co není na první ani druhý pohled patrné, ale přesto může být nějak přítomno při náhledu na určitou situaci, jednání či jeho motivaci. Tzv. tunelové vidění je častým důsledkem zažívání subjektivně velmi obtížných, stresových a zatěžujících situací.

Hlavní zásady genderově senzitivního mentoringu můžeme sumarizovat v těchto bodech či principech (k některým z nich se ještě dostaneme dále v textu):

- **posilování kompetencí**,
- orientace na **silné stránky (empowerment, tedy zplnomocňování)**,
- rozšiřování spektra **svobodné volby**,
- **nehodnotící přístup**,
- **ptát se** a otevírat perspektivy a možnosti spíše než nabízet řešení,
- **aktérský přístup** (opak paternalistického) – každý člověk je největší expert na vlastní život,
- **nepředpokládat**, ověřovat si, zda je naše vlastní pochopení správné (kotvit, sumarizovat, parafrázovat – tj. používat techniky aktivního naslouchání),
- **neradit**,
- **nebagatelizovat** situaci či emoce dané osoby,
- **nevyvolávat pocity viny**.

Z čistě genderového hlediska současně tedy platí, že:

- Neexistuje žádné typicky ženské a typicky mužské **myšlení a vidění světa**.
- Neexistují mužské a ženské **práce a činnosti**.
- Nejsou ženské a mužské **profese**.
- Nejsou mužské a ženské **vlastnosti**.
- Není ženské a mužské **chování**.
- **Péče a rodičovství** není úkolem (či dokonce posláním) žen.
- Muž není predisponován k tomu, aby **vystupoval a rozhodoval** navenek.
- Naprostá většina **zkušeností** je přístupná všem osobám bez ohledu na pohlaví či gender (to znamená, že všichni můžeme mít zkušenost s péčí nebo veřejným rozhodováním, nejsou či neměly by být výlučně spojovány s muži, ženami nebo jinými osobami).
- Žena a muž si mohou být v mnohém **podobnější** než dva muži či dvě ženy. Pohlavím podmíněné rozdíly jsou menší, než si mnohdy myslíme.
- Gender není (jen) o **ženách a mužích**, jde o nebinární kategorii (tedy ani opis genderu do podoby „muži a ženy“ či naopak není ve svém důsledku správný, i když ho občas všichni používáme – podrobněji viz předchozí kapitola, kde se genderu věnujeme detailněji).

6. ZPLNOMOCŇOVÁNÍ, (SEBE)DŮVĚRA A ZRANITELNOST

Centrální úlohu v mentoringu má **empowerment (zplnomocňování)** jako proces vedoucí k získání moci ve smyslu **možnosti volby**, primárně u osob či skupin, jimž byla tato možnost systematicky znemožňována či omezována – v našem případě historicky primárně žen. Jedná se tedy o proces, který vyžaduje změny nejen na úrovni individuální, nýbrž ve svém důsledku také systémové. V užším pojetí empowerment představuje zpřístupnění příležitostí a voleb, které znamenaly pro ženy vstup do sféry veřejné, nikoli pouze soukromé, která s nimi bývá tradičně spojována (péče o děti a domácnost).

Empowerment tak zahrnuje jak pomoc ze strany osob, jejichž svobody či práva byly historicky omezeny, tak případně i těch bez této zkušenosti, avšak majících **přístup ke zdrojům**, jež první uvedené skupině chybí či chyběly. Zplnomocňování tak zahrnuje mj. podporu, povzbuzování, zaměřování se na potenciál (růstu), využívání pozitivních vzorů, vlastní mentoring a další formy pomoci, které vedou k tomu, že si dané osoby osvojují nové dovednosti a **kompetence svépomoci a nezávislosti** – včetně koncové volby, zda přijmou, či nepřijmou určité životní výzvy a rozhodnutí jako další (svobodní) lidé.

K ZAMYŠLENÍ

*Napadlo vás někdy (zejména osoby, které nejsou rodiči), jaké je uvažování o tom, zda „mít, či nemít dítě“, zda se stát rodičem, nebo nikoliv, pokud to nebylo vaším jednoznačným přáním či preferencí? Tedy v situaci určitých pochyb: „Mám?“ nebo „Zvládnou to (a budu dobrý rodič)?“ Nakonec takové otázky patrně napadnou většinu potenciálních či nadcházejících rodičů... Americká filozofka Laurie Ann Paul přirovnává toto rozhodovací dilema k tomu, zda se stát upírem, nebo nikoliv (pokud by to bylo možné). Můžete se zeptat dalších upírů, jaké to je, víte, co to zhruba obnáší, ale předem si to stejně nedokážete přesně představit. Teprve ve chvíli, kdy se taková situace stane realitou, zjišťujete, jaké to opravdu je. Podle autorky jde o **transformativní zkušenost**, která vás navždy změní a kterou nelze dost dobře přesně zhodnotit či anticipovat předem.*

Autenticita, tedy opravdovost, pod níž můžeme zařadit i tzv. **princip zranitelnosti** (vulnerability), může být i v profesní komunikaci a přípravě vynikajícím a efektivním výchozím bodem (za předpokladu pocitů důvěry a bezpečí, viz výše) – tj. reflexe, uvědomění si a verbalizace vlastních **silných stránek**, ale také určitých **limitů**, na nichž lze pracovat právě v dalším odborném a profesním rozvoji, s cílem posílení příslušných kompetencí.

Když kupříkladu mladý lékař či lékařka sdělí, že se necítí jistě v určitém zákroku nebo diagnostické či léčebné činnosti, je to informace, na které lze „stavět“. Např. tím, že se bude moci zúčastnit daného zákroku pod vedením zkušenějšího kolegy nebo kolegyně, následně mít možnost jejich asistence a nakonec získá dostatek zkušeností a sebevědomí (i sebekritiky) pro vlastní činnost v tomto směru. Ale toto může platit jen za splnění několika základních předpokladů:

- Komunikace a kultura vztahů v dané organizaci/oddělení/skupině apod. je na takové výši, že uznání vlastních rezerv (které máme logicky všichni) nebude vnímáno jako **slabost či nedostatek**, ale naopak jako projev sebereflexe a snahy o další osobní rozvoj. Nesmí být tedy přítomna obava, že tato informace bude „zneužita“ jako argument proti dané osobě („Hele, podívej, on/a ještě tohle neumí...“), ale přesně naopak.
- Musí existovat možnosti a ochota tento další rozvoj facilitovat, tj. musí (nebo měla by být) přítomna osoba či osoby, které mohou v tomto směru pomoci – třeba i na jiném pracovišti v rámci stáže. Musí nebo měl by tedy existovat **zdroj opory** pro získání/rozvoj daných kompetencí – ať už diagnostických, léčebných, či komunikačních. Pokud tomu tak není, zůstává celý proces jaksi neuzavřený a může vést k určité frustraci („Něco neumím, ke své práci bych to umět potřeboval/a, ale není tu nikdo, kdo by mě to naučil nebo mi v tom pomohl.“).

V širším měřítku pak tento přístup umožňuje i vyšší efektivitu v **distribuci práce** ze strany vedení. Ani toto uznání vlastních limitů však nesmí být zneužíváno jako důvod pro to, aby daný člověk příslušnou práci nedělal. Pokud je to součástí odbornosti daného lékaře či lékařky a „patří to k jejich práci“, a navíc je přítomna ochota rozvíjet se v tomto směru, jedná se o ideální situaci. Určitou „nadstavbou“ může být i to, že vedení (i tým) má přehled, kdo co umí lépe či nejlépe, a těchto

schopností pak využívá pro rozvoj méně zkušených anebo pro konstruktivní volbu, že např. dané zákroky budou primárně vykonávat určité osoby, aby byla zachována požadovaná kvalita. To však musí být velmi **transparentně a citlivě** tematizováno a komunikováno, a i tak musí být zachován určitý přenos know-how. Uchovávání tohoto know-how jen u několika osob a jeho nepředávání dalším je krátkozraké a dlouhodobě neudržitelné. Právě riziko „ochrany“ vlastní pozice a odbornosti bez ochoty ke sdílení a **mentoringu** nás vrací k tomu, proč vlastně vznikla tato příručka.

Sebereflexe a uznání vlastních limitů v diagnostické či léčebné (a jiné pracovní) činnosti musí sloužit jako vstup pro další rozvoj, a nikoliv být vnímáno (danou osobou i okolím) jako nedostatek, chyba či neodbornost. Pokud zejména služebně mladí lékaři a lékařky budou mít obavy otevřeně mluvit o tom, „co ještě neumí“ (aby se to naučili), pak se celý systém jejich rozvoje stává neefektivním. Protože jak můžeme určitou osobu rozvíjet, když ani přesně nevíme, co by potřebovala?

PRO ZAMYŠLENÍ

I tato skutečnost může mít podstatný genderový rozměr, protože z řady výzkumů víme o tom, že ženy jsou častěji vedeny k pochybnosti o sobě samých – což směřuje k tomu, že si v řadě činností dostatečně nevěří, i když je už umí – a muži jsou naopak podporováni k přijetí aktivního a neohroženého postoje, což může mít paradoxní efekt v tom, že vykonávají práci, pro kterou nemají (dosud) potřebné dovednosti (ale buď to neví, nebo si to nechtějí přiznat, anebo vnímají tlak okolí, že přiznání této skutečnosti by bylo nahlíženo jako slabost, a proto k tomu nepřistoupí).

Vzniká tak logický genderový nesoulad, kdy mnoho žen nevykonává to, k čemu mají předpoklady a co umí. Danou činnost pak často vykonávají muži, kteří k tomu předpoklady a schopnosti třeba ani nemají, ale jsou nevědomky podporováni v tom, „aby do toho šli a nebáli se“ (protože jsou to přece muži...).

A buď je tato skutečnost muži i ženami reflektována a vede k pocitům frustrace, nespokojenosti, ba dokonce k profesnímu vyhoření, anebo reflektována není a celý „mechanismus“ je pod rouškou nevědomí dále reprodukován.

I v managementu, leadershipu (česky vůdcovství či vedení) či psychologii práce je stále větší pozornost věnována otázkám **chyb jako prostředků rozvoje**. Naše společnost je z různých důvodů spojena se (sebe)prezentací **úspěchu a růstu**, snad je to dáno i jejím tržním uspořádáním a narůstající medializací. V každém případě i zde platí, že každý úspěch, tím spíše profesní, je lemován řadou dílčích **nezdarů**. A právě učením se z nich, jejich kritickou reflexí a snahou „dělat to lépe“ lze dospět k něčemu, co označujeme jako zdar či úspěch. Ale žádný z větších profesních či jiných úspěchů není a nebyl lineární, snadný a bezprostřední. V pozadí se často skrývá řada obtíží, pouze není zvykem o nich otevřeně hovořit – tím však jen podporujeme mýtus (jednostranného) úspěchu.

I to je jeden z úkolů pro mentory a mentorky: hovořte nejen o svých výsledcích a úspěších, ale sdílejte i cesty a nesnáze, které k nim vedly. Právě z nich se lze nejlépe učit.

Z NAŠICH ROZHOVORŮ

I během rozhovorů, které jsme vedli v rámci našeho projektu Kultimed s profesně mladými lékaři a lékařkami, se opakovaně ukazovala potřeba možnosti otevřeně hovořit o diagnostických a léčebných pochybách a chybách. Právě z důvodu, aby jim bylo možné efektivně předcházet či je bezprostředně řešit, a to bez obav, že přiznání chyby bude použito proti danému člověku.

Chyby děláme všichni, liší se patrně nejen jejich rozsah, druh a závažnost, ale také jejich **reflexe**, a především míra jejich **verbalizace** – a to i z důvodu, že budou použity proti osobě mluvčí/ho... Přiznání (si) chyby ale není slabost, naopak!

TIP PRO MENTORUJÍCÍ

*Možným indikátorem toho, že by daný člověk potřeboval a/nebo uvítal radu, pomoc či systematictější vedení, je **pocit nejistoty**. Nejistota může být vodítkem, kam se s mentee/m společně vydat. Avšak ani tento pocit není univerzálním měřítkem, spíše možností. Některí lidé svou osobnostní výbavou či stylem výchovy inklinují k dostatečné sebedůvěře i tam, kde to není na místě. Sebereflexe je vždy nezbytná, i ta však vyžaduje určitou schopnost introspekce a kritického pohledu na sebe sama.*

V poslední době se hojně objevuje odborná literatura poukazující na občasně **psychopatické sklony** některých **vedoucích pracovníků** či pracovníc. V tuzemsku na tento problém poukázali již před mnoha lety František Koukolík a Jana Drtilová ve své známé knize *Vzpoura deprivantů*. Přesto i zde je zapotřebí jisté „metodologické opatrnosti“ a nepodléhání zjednodušeným generalizacím a online/populární psychologii. Vedení (management, leadership) představuje velmi specifickou otázku a současně klade vysoké nároky na osobnost vedoucích pracovníků a pracovníc, které není záhodno zlehčovat a podceňovat.

DŮLEŽITÉ

*Mentoring může být – a podle našeho názoru a pojetí také má být – prostředkem k pro-
sazování faktické rovnosti příležitostí. Může být ale také přesným opakem, pokud vědomě
i nereflektovaně utvrzuje genderové a jiné stereotypy a automatismy. **(Sebe)reflexe** je tak
v mentoringu nezbytná, na straně mentees i mentorujících.*

7. DIVERZITA (ROZMANITOST) A INTERSEKCE

V antropologii, a nejen tam, se někdy říká, že právě skrze rozmanitost projevů lidí je možné hledat to, co máme všichni a všechny **společné**, tzv. antropologické konstanty – ty se pak zase a znovu projevují odlišně v různých kulturách a částech

světa i s ohledem na osobnostní charakteristiky svých „nositelů“. Je to takový uzavřený kruh, v němž bychom se měli snažit nahlížet to, co znamená lidství. Prvotní **odlišnost** nemusí znamenat „cizost“ (a už vůbec ne nebezpečí), může jít o odlišné a kulturně podmíněné projevy obdobných motivů, vlastností a chování.

Odstup od „toho našeho“ a kritická sebereflexe jsou předpokladem toho, čemu říkáme **tolerance a respekt**. Tedy že „jinak“ (se chovat, oblékat apod.) neznamená a priori špatně ani méněcenně a že to „naše“ i „jiné“ jsou zpravidla stejně hodnotné a platné.

Během různých školení a seminářů týkajících se genderové (a jiné) ne/rovnosti v medicíně a zdravotnictví se hodí použít níže uvedenou ilustraci, která ukazuje na „intersekcí“ (propojení, paralelní překrytí a různou míru kombinace) rozličných charakteristik, které mohou teoreticky i reálně vést ke znevýhodnění určitých osob. Jedná se o jistou variaci na známější příklad „šéf a sekretářka“. Velmi dobře ukazuje, jak propojení určitého věku (zjednodušeně mladší a starší), genderu (žena a muž) a profese či role (vedoucí a sekretář/ka, zde lékař/ka a zdravotní sestra/bratr) vytváří zcela svébytné variace situací, které jakkoli jsou de facto rovnocenné, spojujeme si je ve svých myslích – na základě určitých společenských vzorců i našich zobecněných zkušeností – s dalšími okolnostmi, které je pro nás činí ve výsledku rozdílnými, překvapivými a snad až „nepřirozenými“. Výsledkem toho může být projekce takového postoje za současného znevýhodnění některé či některých zúčastněných osob oproti jiným, které nahlížíme neutrálně nebo je naopak přímo favorizujeme.

K ZAMYŠLENÍ

Můžeme se pokusit ilustrovat propojení (intersekcí) věku a genderu v situaci na fiktivní ambulanci, kde je přítomen lékař či lékařka a zdravotní sestra či bratr. Může zde dojít k různým variacím právě na základě jejich genderu a věku.

1. situace: **lékař a zdravotní sestra**

Všechny varianty věku a genderu jsou společensky přijatelné: mladý lékař – mladá sestra, mladý lékař – starší sestra, starší lékař – mladá sestra, starší lékař – starší sestra. Vše nám jakoby dává „smysl“ a umíme si takové situace představit.

2. situace: **lékařka a zdravotní bratr**

V této situaci, už se nám mohou některé varianty jevit jako „divné“. Např. kombinace mladé lékařky a staršího zdravotního bratra anebo starší lékařky a mladšího zdravotního bratra. Pokud by nebyli odlišeni uniformami, mohlo by dojít i ke zmatení ve smyslu: „Kdo je tady vlastně lékař(ka)“?

3. situace: **lékař a zdravotní bratr**

Tato situace už se nám může od začátku jevit jako „postavená na hlavu“. Proč by lékař měl mít v ambulanci zdravotního bratra? Ale v opačné situaci (lékařka – zdravotní sestra) nám to přijde zcela „normální“ a vůbec bychom se nad tím nepozastavili.

Napadají vás i jiné situace či variace z vašeho (lékařského) života?

V našich každodenních životech se tyto „**osy znevýhodnění**“ (pohlaví a gender, věk, zdravotní stav, etnicita, náboženský či jiný názor apod.) prolínají a vytvářejí zcela individuální situace! Nikdo z nás není jen muž či žena, jen mladý nebo starý, jen takový či onaký... A právě proto je nezbytný tzv. **intersekcionalní přístup** (zkráceně někdy označovaný jako „intersekcionalita“), který se snaží právě tyto specifické situace kriticky analyzovat, zkoumat a popisovat právě s ohledem na to, jak se u různých lidí tyto potenciálně diskriminační důvody kombinují.

OTÁZKA K ZAMYŠLENÍ

Proč bychom měli usilovat o diverzitu a podporovat ji? Vnímáte rozmanitost lidí ve společnosti, ale i v zaměstnání a na vaší pracovní pozici / v týmu jako přínosnou? V čem konkrétně vidíte její přínosy?

Někdy se zapomíná i na to, že **rozmanitost lidí** a její řízení (tzv. **diversity management**) mají pozitivní dopady na fungování společnosti a také na aktivní nabourávání našich chybných představ a názorů na „ty druhé“. Mnohé výzkumy totiž ukazují, že úroveň všech předsudků klesá, pokud jsme skutečně **v kontaktu** s danými osobami, které se od nás nějakým způsobem „liší“. Např. naše předsudečnost vůči zástupcům určitých etnik je často vyšší, když nikoho takového osobně neznáme a jen občas zaznamenáme negativní zprávy v médiích. Ale když s těmito lidmi skutečně pracujeme, žijeme a známe je, tak i na hlubší psychologické úrovni si začneme uvědomovat, že „takoví nejsou“. A to je jeden z podstatných argumentů pro prosazování inkluze všech osob. Prosazování diverzity je projevem prosazování rovných příležitostí všech lidí. A jistě bychom našli i řadu dalších argumentů, proč usilovat o diverzifikovanější společnost.

Diverzita je současně praktickým vyjádřením **vyrovnání mocenských sil** v rámci daného sociálního prostředí, organizace, zaměstnavatelského subjektu apod. Samozřejmě bez bližšího určení je to spíše posouzení „fasády“, vnějšího působení organizace a jejího složení s ohledem na zastoupení vybraných společenských skupin a minorit. V každém případě se však jedná o podstatný nástroj **redistribuce moci** z rukou těch, u nichž se dosud a často neprávem kumulovala, jak na to poukazuje např. americká feministka Nancy Fraser ve svých textech.

8. ETIKA PÉČE JAKO VÝCHODISKO?

Etika péče představuje jeden z novějších proudů etického myšlení, jenž bývá spojován především s osobou americké psycholožky Carol Gilligan (česky zejména její kniha *Jiným hlasem*). Péče v tomto pojetí neznámá jen každodenní péči o určitou osobu, ale péči jako modalitu **vztahování se ke světu** kolem a ke všem lidem i tvorům v něm.

Vychází z univerzální zkušenosti péče a charakteristické je pro ni i to, že je **vztahová** a zaměřená na **současnost** („ted' a tady“) ve smyslu „záležení na“ a odpovědnosti za svět kolem nás. Takový přístup není založen na utilitaristické motivaci ve smyslu vlastního prospěchu a „vytěžení“ toho, co se nabízí, ale právě péče jako projevu zájmu (o druhé). Jejími centrálními „kategoriemi“ jsou tedy **péče** (*care*) jako činnost a způsob vztahování se (k někomu či něčemu) a **osoby**: jednak pečující/ho a jednak příjemce/přijemkyně péče. Není však jisté třeba připomínat, že péče zde není chápána paternalisticky jako „opečováání“, ale naopak jako projev **partnerského** a rovnoprávného přístupu.

Nám může toto prizma etiky péče, které by si jistě zasloužilo delší výklad, posloužit i zcela **prakticky**. Zkusme se tedy i touto optikou zamyslet nad následujícími otázkami (blíže rozvedené jsou níže), a to nejen v kontextu lékařské péče, ale i mentoringu, protože jak už jsme naznačili na vícero místech v celé této publikaci, i péče je někdy „genderovaná“, tj. podmíněná genderem (na straně toho, kdo péči poskytuje, i na straně toho, kdo péči přijímá).

Jedná se jistě o otázky pro dlouhodobou (celoživotní) reflexi nás všech:

- **Komu** pomoc nabízíme?
- **Jakou** pomoc a péči nabízíme?
- Kdy, v **jaké fázi** pomoc nabízíme?
- Jak přistupujeme k **projevům emocí** u žen a mužů?
- Jak **hodnotíme** identické projevy chování, jednání či situace v případě žen a mužů?
- Jaké **role** ženám a mužům přisuzujeme ve společnosti, v životě, v rodině, v zaměstnání?
- Jaký **jazyk** používáme?
- Jak nahlížíme gender ve vztahu ke své **profesi** (povolání, vhodnost pro vedoucí funkce)?
- Jak **přistupujeme** ke svým kolegům a kolegyním, případně podřízeným a nadřízeným v kontextu genderu?

K (SEBE)REFLEXI A ZAMYŠLENÍ

Zkusme se zamyslet nad tím, komu, v jakých situacích a v jaké podobě nabízíme pomoc – a nemusí se jednat zdaleka jen o pomoc zdravotnickou a profesionální, ale i poskytovanou např. doma či jinde.

Položme si tyto otázky:

Komu pomoc nabízíme?

Nabízíme ji skutečně tomu, kdo ji (nejvíce) potřebujete, anebo spíše tomu, kdo si myslíme, že ji potřebuje? Ptáme se, zda osoba o pomoc stojí, nebo rovnou jednáme? Samozřejmě zde nemáme na mysli stavy bezprostředně ohrožující zdraví a život.

Jakou pomoc nabízíme?

Ptáme se daných osob, o jakou pomoc stojí, v jaké formě apod., anebo prostě předpokládáme a „jednáme“ na základě předběžného posouzení či dosavadní zkušenosti? Ne každý starší člověk má potíže s moderními technologiemi, ne každá žena se strojovou technikou a ne každý muž je fyzicky silný a manuálně zručný. Takže tento typ automatické pomoci těmto lidem se může mít účinkem...

Kdy, v jaké fázi pomoc nabízíme?

Zjišťujeme a ptáme se, nebo automaticky přicházíme s pomocí dříve např. k ženám než k mužům? Může to být oprávněné, ale také přesně naopak. Zdaleka ne každá žena je „bezbranná“ a „křehká“ a potřebuje ochranu, jak se často stereotypně předpokládá.

Jak přistupujeme ke klientům/klientkám či pacientům/pacientkám?

Není pohlaví a gender opět zdrojem nějakých nereflektovaných postupů? Nabízíme fyzickou pomoc mužům i ženám stejnou měrou, nebo spíše ženám, protože předpokládáme, že jsou fyzicky slabší (i když to tak být nemusí). Nenabízíme pomoc s domácností častěji mužům, protože předpokládáme, že si neumí uklidit, uvařit a vyprat? A nenabízíme výpomoc s počítačem nebo chytrým mobilním telefonem více ženám, protože je skrytě považujeme za méně kompetentní v oblasti práce s novými technologiemi?

Jak přistupujeme k projevům emocí?

Nestává se náhodou, že emoce (pláč, obavy, strach) dáváme možnost vyjádřit spíše ženám, zatímco u mužů předpokládáme, že se budou projevovat hněvem, ale nikoli například slzami? Nepřispíváme k tomu, že muži často své emoce skrývají a mají obavy je projevit? A nenabízíme pohazení např. spíše starším lidem a ženám, zatímco muže opomíjíme? Hraje zde nějakou roli pohlaví a gender toho, kdo pomoc poskytuje a kdo ji přijímá?

Jak hodnotíme identické projevy chování, jednání či situace v případě žen a mužů?

Nejsou opět projevy emocí považovány u žen za „normální“, zatímco u mužů spíše za zdroj nějaké „změkčilosti“? A když žena projevuje emoce, nedáváme jí nálepku „hysterky“, která se neumí ovládat?

Jak nahlížíme gender ve vztahu ke své profesi?

Nesdílíme náhodou názor, že lékařské obory jsou vhodnější pro muže, protože jsou fyzicky lépe disponovaní, silní a rozhodní, zatímco ženy jsou „labilní a subtilní“, ale zároveň komunikativnější, proto je směřujeme nepřímo spíše do ošetrovatelské péče anebo právě do zdravotnických oborů, které se pro ně z těchto důvodů „hodí“ (např. dermatologie či pediatrie)?

ZÁVĚREM

Jako potenciální i již „praktikující“ mentoři a mentorky si pamatujte několik prostých pravidel, díky nimž můžete posílit svoji sebedůvěru a empowerment, tedy zmocnění či zplnomocnění. Často se setkáváme s tím, že řada mentorů, a možná ještě častěji mentorek, nechce přijmout mentorskou roli, protože **podceňují** svoje dosavadní zkušenosti a mají pocit, že ještě nemají co předávat...

Chyba! Pamatujte, že:

- V lidské komunikaci (i té profesionální, pomáhající) je opravdu jen málo věcí skutečně špatně. Většinu sděleného lze doplnit, dovysvětlit, uvést na správnou míru apod.
- Nemějte obavy, mentoringovou komunikaci si lze osvojit – ale zase jen komunikací. Jedná se o dovednost, kterou si nelze osvojit teoreticky, ale jen v konkrétních situacích.
- Těšte se na to, čeho se ve skrytu duše trochu obáváte, překračování vlastních hranic je zdrojem nových perspektiv, zkušeností a vlastního obohacení a rozvoje.
- Jste na své profesní cestě o kus dál před mentee/m? Pak zajisté máte co předávat. Už jste toho zažili víc než on či ona a můžete se proto o své zkušenosti a zážitky podělit.

A dovolím si skončit tradovaným výrokem Madeleine Albright, který je výzvou i pro genderově senzitivní mentoring:

*„V pekle je zvláštní místo pro ženy, které nepomáhají jiným ženám.“
 (“There is a special place in hell for women who don’t help other women.”)*

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- *Abc feminizmu*. Brno: Nesehnutí, 2004.
- Adams, R. *Empowerment, Participation and Social Work*. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
- Bosá, M., Minarovičová, K. *5 kroků k rodově citlivému kariérovému poradenství* (metodická příručka). Bratislava: 2014, CV MPSVRSR.
- Bourdieu, P. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum, 2000.
- Eriksen, T. H. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál, 2008.
- Flemingová, J. *Potíže se ženami*. Praha: Dokořán, 2016.
- Foucault, M. *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann a synové, 2003.
- Fraser, N. *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. London, New York: Verso, 2020.
- Gilligan, C. *Jiným hlasem*. Praha: Portál, 2001.
- Held, V. *Etika péče. Osobní, politická a globální*. Praha: Filosofie, 2015.
- Hnilica, K. *Stereotypy, předstupy, diskriminace – pojmy, měření, teorie*. Praha: Karolinum, 2010.
- Janošová, P. *Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008.
- Kabeer, N. Gender equality and women's empowerment: a critical analysis of the third Millennium Development Goal. *Gender anti-Development*, March 2005, 13(1). Dostupné na: <https://www.amherst.edu/system/files/media/0589/Kabeer%25202005.pdf>.
- Klepáčková, O., Krejčí, Z., Černá, M. *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*. Praha: Grada Publishing, 2020.
- Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000.
- Koukolík, F., Dřilílová, J. *Vzpoura deprivantů*. Praha: Galén, 2006.
- Krížková, A., Pavlica, K. *Management genderových vztahů. Postavení žen a mužů v organizaci*. Praha: Management Press, 2004.
- *International Journal of Critical Diversity Studies*. Dostupné na: <https://www.plutojournals.com/ijcds>.
- Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013.
- Moree, D. *Základy interkulturního soužití*. Praha: Portál, 2015.
- Paul, L. A. *Transformative experience*. Oxford University Press, 2014.
- Renzetti, C. M., Curran, D. J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003.
- Rosenberg, M. B. *Nenásilná komunikace. Řeč života*. 4. vydání. Praha: Portál, 2016.
- Rowland-Serdar, B., Schwartz-Shea, P. Empowering Women: Self, Autonomy, and Responsibility. *The Western Political Quarterly*, Sep. 1991, 44(3). University of Utah.
- Sokol, J. *Člověk jako osoba – filosofická antropologie*. Praha: Vyšehrad, 2016.
- Sokol, J. *Etika a život – pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010.
- *Types of Diversity in the Workplace*. Aperia (online). Dostupné na: <https://aperian.com/blog/types-of-diversity-in-the-workplace/> (navštíveno 20. 1. 2025).
- Šmidová Matoušková, O., Tollarová, B., Čada, K. a kol. *Po stopách moci v nemoci. O morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2017.
- Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 4. vydání. Praha: Portál, 2020.
- Vošmik, J. *Nerovnosti k rovnosti aneb etické aspekty pozitivní diskriminace (pozitivních opatření) s důrazem na genderovou (ne)rovnost v oblasti zaměstnaní* (disertační práce). Praha: Fakulta humanitních studií UK, 2023.
- Vošmik, J. *Mentoring? Ano, mentoring! A naše zkušenosti s ním. Rovné příležitosti v souvislostech* (online), 2/2023. Dostupné na: <https://zpravodaj.genderstudies.cz/mentoring-ano-mentoring-a-nase-zkusenosti-s-nim>.
- Vošmik, J. *Úskalí mentoringu – zdaleka nejen ve firemním sektoru a sociální práci. Rovné příležitosti v souvislostech* (online), 3/2019. Dostupné na: <https://www.feminismus.cz/cz/clanky/uskali-mentoringu-zdaleka-nen-jen-ve-firemnim-sektoru-a-socialni-praci>.
- Vošmik, J. *Materiály, texty a prezentace zpracované v rámci organizace Gender Studies*, o.p.s. (dosud nepublikováno).
- Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009.
- Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003.

Barbora East, Josef Vošmik a kol.
MENTORING V MEDICÍNĚ

ISBN 978-80-7330-433-1 (online – pdf)

ISBN 978-80-7330-434-8 (print)

© Sociologický ústav Akademie věd ČR, v. v. i.

ve spolupráci s 1. a 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy



KULTIVACE
PROSTŘEDÍ
MEDICÍNY