

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018-2020

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jana Bůšková

Psychologicko-sociální poradenství z pohledu andragoga

Praha 2020

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Miloš Chlad, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2018-2020

DIPLOMA THESIS

Jana Bůšková

**Psychological and Social Counseling from The Perspective of
Andragog**

Prague 2020

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Miloš Chlad, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jana Bůšková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Miloši Chladovi, CSc. za vedení této diplomové práce, za jeho cenné rady, podporu, profesionální, a přitom neobyčejně lidský přístup. Další poděkování patří Ing. Lud'ku Pfeiferovi, CSc. a Mgr. Romanu Závůrkovi za neformální, ale velmi přínosné konzultace k tématu poradenství. V neposlední řadě patří velké díky mé rodině, která mě celou dobu studia podporovala a pomáhala mi.

Anotace

Diplomová práce se v teoretické části zabývá psychologicko-sociálním poradenstvím. Zaobírá se psychosomatikou a jednotlivými vědeckými disciplínami s ní spojenými. Rozkrývá možnosti vzniku psychosomatických komplikací a poukazuje na funkci psychologicko-sociálního poradce, na možnosti jeho dalšího vzdělávání i vzdělávání klientů, kteří terapii poradců vyhledávají. Tato práce je zaměřena zejména na provázání psychologicko-sociálního poradenství, fyzioterapii a vliv vzdělávání, které souvisí s těmito disciplínami. Praktická část na základě kvantitativních dotazníkových šetření odpovídá na otázky zjištění stavu přístupu dospělých lidí k informacím o vlivu stresu na pohybový aparát. Obsahuje zpracování dat a analýzy výsledků šetření.

Klíčová slova

Andragogika, diplomová práce, dotazníková šetření, fyzioterapie, komunikace, konflikty, poradce, psychologicko-sociální poradenství, psychologie, psychosomatika, psychoterapie, vzdělávání.

Annotation

The theoretical part of the thesis deals with psychological and social counseling. It deals with psychosomatics and individual scientific disciplines associated with it. It reveals the possibilities of psychosomatic complications and points out the function of psychological-social counselor, possibilities of his further education and education of clients who sought therapy of counselors. This work is focused on the interconnection of psychological and social counseling, physiotherapy and the influence of education related to these disciplines. The practical part is based on quantitative questionnaire surveys, answer the questions of finding out the state of access of adults to information about the impact of stress on the musculoskeletal system. It contains data processing and analysis of survey results.

Keywords

Andragogy, communication, conflicts, counselor, diploma thesis, education, questionnaire survey, physiotherapy, psychological and social counseling, psychology, psychosomatics, psychotherapy.

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST..... 11

1 VYMEZENÍ VĚDECKÝCH DISCIPLÍN SPOJENÝCH S PROBLEMATIKOU PSYCHOSOMATIKY..... 11

1.1 Psychologie..... 11

1.1.1 *Psychologie osobnosti*.....12

1.1.2 *Psychologie sociální*14

1.2 Psychoterapie 15

1.3 Psychologicko-sociální poradenství 18

1.4 Závěr 20

2 OVLIVNĚNÍ KVALITY ŽIVOTA VLIVEM PSYCHOSOMATIKY..... 22

2.1 Psychosomatika a její základní charakteristika 22

2.2 Fyzioterapie a její spojení s psychosomatikou 26

2.3 Biopsychosociální model psychosomatických onemocnění..... 29

3 PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ PORADCE A JEHO VLIV NA KLIENTA..... 32

3.1 Profil psychologicko-sociálního poradce..... 33

3.1.1 *Komunikace psychologicko-sociálního poradce s okolím*34

3.1.2 *Konflikty mezi lidmi a jejich zvládání podle psychologicko-sociálního poradce*40

3.2 Atributy andragogiky ovlivňující psychologicko-sociálního poradce..... 42

3.3 Možnosti vzdělávání psychologicko-sociálních poradců 44

4 PROVÁZÁNÍ PROFESE FYZIOTERAPEUTA S PROFESÍ PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍHO PORADCE..... 49

4.1 Model terapeutického setkání 50

5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁST..... 56

PRAKTICKÁ ČÁST 57

6 VÝZKUM 57

6.1 Vymezení výzkumného cíle..... 57

6.2 Otázky a hypotézy 57

6.3	Výzkumný vzorek.....	59
6.4	Výzkumná metodika.....	59
6.5	Časová organizace průzkumu.....	60
6.6	Výsledky výzkumu.....	60
6.7	Interpretace výsledků.....	72
6.8	Závěry výzkumu.....	74
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	78
	SEZNAM ZKRATEK.....	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Psychologicko-sociální poradenství ve spojitosti s péčí o tělo, potažmo s fyzioterapií, je v současné době natolik diskutované téma, že jej nelze odbít jen pouhým nástínem situace a předložením několika faktů a jmen, které tento staronový fenomén reprezentují. Jde o téma, které se dotýká lékařských i nelékařských oborů, psychologických disciplín a v neposlední řadě, filozofie a historie s ní spojenou.

Autorka se v této diplomové práci bude zabývat andragogickým působením prostřednictvím psychologicko-sociálního poradenství. Nejprve nastíní základní pojmy, které budou reprezentovat například psychologie, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychoterapie a psychologicko-sociální poradenství a poté se zaměří na psychosomatiku a její charakteristiku. Bude se zabírat ovlivněním kvality života vlivem psychosomatiky a možnostmi jejího využití v současné medicíně.

Dále nahlédne do oboru s názvem fyzioterapie a nastíní její možná spojení s psychosomatikou. Vzhledem k tomu, že psychosomatika je primárně spojována s nemocemi a jejich léčením, zamyslí se autorka i nad biopsychosociálním modelem psychosomatických nemocí. Zmiňuje zde a vysvětluje faktory, které stav zdraví a nemoci ovlivňují. Jsou to faktory biologické, psychické a sociální.

Autorka se v této práci soustředí nejen na psychologicko-sociální poradenství, ale také na psychologicko-sociálního poradce. Seznamuje s jeho profilem a upozorňuje na jeho možný kladný i záporný vliv na klienta. Pozvolna naváže na zákonitosti a úskalí komunikace psychologicko-sociálního poradce s okolím, nastíní možnosti konfliktů mezi lidmi a rozebere jejich zvládání.

Část své práce věnovala autorka i atributům andragogiky, které ovlivňují psychologicko-sociálního poradce a zamyslela se nad možnostmi jejich vzdělávání.

Závěr teoretické části patří přiblížení možnosti provázání profese fyzioterapeuta a psychologicko-sociálního poradce. Pro lepší názornost autorka sestavila model terapeutického setkání a pro úplnost poskytla příklady dvou záznamů z klientských karet.

Cílem této diplomové práce bude zjištění stavu přístupu dospělých lidí k informacím o problematice vlivu stresu na pohybový aparát. Autorka této diplomové práce se bude snažit zjistit, jaké zdroje lidé používají k čerpání informací o této

problematicke nebo zda vůbec pripoustejí existenci vztahu a souvislosti mezi tělem a duší. Pomocí výzkumných otázek sestaví a vyjádří hypotézy, k jejichž potvrzení nebo vyvrácení použije dvou dotazníkových šetření.

První dotazník bude vytvořen pro dospělé klienty a bude tvořen tak, aby mohlo být na otázky odpovídáno nejen globálním pohledem celé skupiny dospělých klientů, ale i menšími skupinami, členěnými podle věku. Autorka se rozhodla, že s ohledem na možnost využití její fyzioterapeutické praxe, předá dotazníky osobně, čímž příznivě ovlivní dobu rozdáni a sběru dotazníků.

Druhý dotazník bude určen pro malou skupinu specialistů, která se věnuje stejné praxi jako autorka této práce. Osloví své kolegy a kolegyně z ordinací, se kterými má navázanou profesní spolupráci. Pokusí se tak o objektivnější náhled na dospělé klienty prostřednictvím lidí, kteří mají stejnou profesi jako ona.

K vyhodnocení a analýze dotazníkového šetření použije autorka slovních vyjádření, u některých položek pro větší názornost využije tabulek a sloupcových grafů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ VĚDECKÝCH DISCIPLÍN SPOJENÝCH S PROBLEMATIKOU PSYCHOSOMATIKY

K naplnění této práce je důležité vysvětlit pojmy, které zde budou používány. Nezbytným krokem je vymezení pojmů psychologie, psychologie osobnosti, sociální psychologie, psychoterapie a psychologicko-sociální poradenství. Definování těchto pojmů směřuje k ozřejmění cílů této práce a rozhodně neusiluje o odborný vyčerpávající výklad.

1.1 Psychologie

Odkud přichází a kam směřuje? I tak by se dal vyjádřit úvod do vědní disciplíny s názvem psychologie. První zmínky nebo spíše pokusy o rozklíčování psychických jevů jsou vnímány ještě jako součást filozofie. Psychologie se od již zmiňované filozofie začala oddělovat až během druhé poloviny 19. století. Je ovšem pravdou, že poznatky týkající se psychologie zajímaly lidstvo již od samého počátku a 18. století. Přičemž 19. století již bylo dobou, kdy se prováděné výzkumy daly směle označit za výzkumy na poli psychologickém. Psychologie je vědou, která se zabývá lidským chováním, fyzickým děním a mentálními procesy. Nedílnou součástí jsou také vzájemné vztahy a interakce. Základem obecné psychologie jsou psychické procesy projevující se u zdravého člověka. Hovoříme-li o psychických procesech, máme na mysli city, poznávání, pohnutky a vůli (odborným jazykem též nazývané: emoce, kognice, motivace a konace). Cílem této vědy je popsat, vysvětlit a předvídat lidské chování a prožívání a tyto poznatky využít ke zvyšování zdraví a spokojenosti. „Psychologie je jednou z mnoha věd o člověku. Zkoumá chování člověka, jeho duševní činnost, psychiku a její projevy v průběhu života“ (Rozsypalová, M., 2003. s. 6). Předmětem zkoumání, a tudíž i hlavním pojmem této vědy je duše. Velmi zjednodušeně se tedy dá psychologie nazvat vědou o duši.

Za duchovní otce této vědy jsou považováni Wilhelm Christian Dilthey a Wilhelm Maximilian Wundt. Dilthey vycházel ve svých výzkumech z intuice a pochopení duševna. K vysvětlení svých postupů používal metodologické hledisko. Jako základ využíval psychologii, která staví na duchovní podstatě procesů v myšlení jednotlivců i skupin. Zaměřoval se také na souvislosti duchovna s kulturním a historickým světem. Tento zakladatel tak zvané „filozofie života“ odmítal objektivní příčinné objasnění a preferoval individualistická a idealistická řešení problematiky života.

Wilhelm Maximilian Wundt byl vědec razící teorii, že předmětem by měly být objektivně pozorovatelné jevy a nezpochybnitelná fakta. Jeho jméno je neodmyslitelně spojeno s počátkem vzniku psychologie. Někteří historici tvrdí, že pro vznik psychologie bylo stěžejní vydání Wundtových Základů filozofické psychologie (1874), jiní ovšem preferují jako mezník přejmenování Wundtovy laboratoře v Lipsku na Psychologický institut (1879).

Psychologie disponuje řadou výzkumných a vědeckých směrů. Některé z nich lze vnímat již spíše z historického hlediska jiné jsou stále aktuální. V současnosti je několik psychologických proudů, které jsou preferovány před ostatními. Patří k nim hlubinná psychologie zahrnující psychoanalýzu, analytickou psychologii, individuální psychologii a neopsychoanalýzu. Dále potom nebehaviorismus, kognitivní psychologie, již výše zmiňovaná humanistická psychologie a transpersonální psychologie v čele se Stanislavem Grofem (1931).

1.1.1 Psychologie osobnosti

Psychologie osobnosti je považována za základní psychologickou disciplínu, jejíž existence je ve vědeckých kruzích registrována více než sto let. Je oborem, který je neustále v pohybu. Dle mínění Vágnerové (2010) lze obrazně přirovnat psychologii osobnosti k mozaice, která je komponována různými pojetími osobnosti, jejími vymezeními i používanými metodami a teoriemi. Pro definování pojmu je ovšem nejprve nutné vymezit pojem „osobnost“.

„Osobnost lze poněkud zjednodušeně definovat jako komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, respektive v interakci s nimi“ (Vágnerová, 2010, s. 13). Na osobnosti závisí, jaký má jedinec vztah k prostředí a jak se na něj dokáže adaptovat. Respektive jakým způsobem toto prožívá, jak uvažuje a jak se chová. Charakteristika osobnosti jako celku je velmi složitá, ale pokud se dají použít dílčí aspekty k jejímu popisu, jde o mnohem jednodušší proces. K tomuto určení jsou využívány osobnostní vlastnosti, které mohou být jak vrozené, tak získané.

Emoce jsou nedílnou součástí osobnosti vycházející z temperamentu. Temperament je některými vědci označován za vrozený vzorec chování či povahovou vlastnost. Součástí temperamentu je například určitá úroveň aktivity a reaktivity. Vágnerová se zmiňuje o tom, že „*temperament představuje psychobiologický základ osobnosti*“ (2010, s. 64).

Neopomenutelnou součástí osobnosti je také motivace. Dá se směle označit za motor, který pohání člověka kupředu. Motivační vlastnosti především určují směřování daného jedince.

Psychologie osobnosti je disciplínou snažící se charakterizovat a pochopit člověka. Stejně tak usiluje o poznání sebe sama a porozumění všem pochodům lidské mysli. K tomuto účelu používá různé metody a způsoby. Psychologové současné doby uvádějí, že osobnost ovlivňují vnější i vnitřní faktory. Shodují se na tom, že základem osobnosti je tak zvaný biologický základ. Je závislý na genetice, anatomii a fyziologii mozku. Připouštějí však, že k vysvětlení podstaty fungování psychických procesů pouze tyto poznatky nestačí. Jako vnější faktor, je dle vysvětlení Vágnerové nutné brát „*kulturní kontext*“ (2010, s. 15), který stimuluje již zmiňované vnitřní faktory.

Tato autorka vymezila zmiňovaný obor čtyřmi body:

- „*Psychologie osobnosti je zaměřena na vymezení obecné struktury osobnostních vrstev či vlastností, na výklad způsobu jejich fungování, a z toho vyplývající predikci jejich uplatnění v běžném životě.*
- *Zabývá se trvalejšími a stabilnějšími charakteristikami, o nichž lze předpokládat, že se budou v různých podmínkách projevovat*

konzistentním způsobem, ale i jejich konkrétními projevy, které jsou výsledkem interakce osobnostních dispozic a situačního kontextu.

- *Zabývá se zkoumáním biologických, sociálních a kulturních faktorů, které ovlivňují rozvoj osobnosti a jsou základem individuálních diferencí.*
- *Je zaměřena na osobnost jako celek, a nikoliv jen na pouhou analýzu dílčích psychických funkcí“ (Vágnerová, 2010, s. 25).*

1.1.2 Psychologie sociální

Hartl a Hartlová popisují sociální psychologii jako *“obor, který se zabývá vlivem společenských činitelů na psychiku jedince; předmětem je regulační úloha psychických jevů v sociálních vztazích. Někteří autoři považují veškerou psychologii za sociální, jiní sem řadí i průzkum veřejného mínění, společenské konflikty a jejich řešení, dokonce psychologii politickou“ (2010, s. 473).*

Sociální psychologie vzniká na počátku 20. století (1891) a podle výkladu Čížkové (2000) je vědou, která se nachází na rozhraní psychologie a sociologie. Zaobírá se jedincem, jeho vztahem ke společnosti a tím, jak je psychika ovlivňována společností. Sociální interakce je činitelem socializace, což podle Slepíčky a kol. (2006) znamená, že se člověk socializuje v interakci (sociálním kontaktu) s jinými jedinci, kteří usměrňují jeho zaměření a poskytují mu záměrně či neúmyslně nové vzorce chování, umožňují nabývání vlastností a dovedností nezbytných pro život ve společnosti. Socializace společně s personalizací a enkulturací je základem pro formování člověka z tvora biologického na tvora kulturního. Je výsledkem spolupůsobení tří faktorů: Jsou jimi percepce, komunikace a sociální chování. Sociální interakce, jako každodenní realita, je podmíněna kontexty, jež neustále ovlivňují naši činnost. Tyto kontexty pojmenovala a popsala Heyesová (2011) ve své publikaci jako kontexty fyzické, sociální a kulturní.

Hartl a Hartlová (2011) popisují sociální interakce jako společenský styk, v němž dochází k vzájemnému působení lidí na sebe. Jedná se o vzájemné dorozumívání, verbální i neverbální, mezi dvěma nebo více jedinci či mezi skupinami. Chování jednoho člověka se stává podnětem pro chování druhého, jehož reakce

ve formě chování se zase stává podnětem pro člověka prvního. To je nejjednodušší případ sociální interakce.

Chování člověka v sociální interakci je podle Slepíčky (1988) usměřováno rysy interpersonálního chování. Tyto rysy představují obecné osobnostní dispozice reagovat v sociální interakci určitým, vlastním způsobem. Rysy interpersonálního chování se v podstatě utvářejí pod vlivem charakteristických zkušeností jedince při uspokojování jeho nejčastěji a nejsilněji vzbuzovaných potřeb v sociálním kontaktu.

1.2 Psychoterapie

Psychoterapie je chápána jako léčení poruch duše a hraničních stavů prostředky používanými v psychologické praxi. Jsou jimi například verbální vyjádření, gesta, ticho, mimika nebo změna či úprava místa, ve kterém se léčený nachází. Je s ní počítáno jako s psychologickou pomocí, která je plánovaná, promyšlená a aplikovaná školenými odborníky. Psychoterapie je náročná disciplína vyžadující improvizaci, intuici a talent. Usiluje vždy o rozšíření subjektivního světa hodnot pacienta či klienta.

Psychologická léčba je lékařský termín pro psychoterapii. Nedá se však říct, že by byla léčbou kauzální. Kauzální léčbou je myšlen fakt, že se jedná o léčbu zaměřenou na příčinu onemocnění či postižení. Předpokladem této léčby je znalost dané příčiny a existence výkonu nebo postupu, kterým lze onemocnění samotné odstranit. V psychologii je vyznávána zásada, že nemoci nemají jeden spouštěcí mechanismus a jeden důsledek tohoto mechanismu. Psychologie si je vědoma cyklických period příčin a důsledků. Psychoterapii lze dle zadání problému vést dvěma směry. Jde buď o terapii cílenou, která při správné indikaci vede k uzdravení, anebo o terapii podpůrnou, která směřuje k lepšímu prožívání života a snazšímu řešení problémových situací. Velmi často dochází ke kombinaci psychoterapie a psychofarmakologické léčby. Toto propojení často podporuje rychlejší a efektivnější průběh celého léčebného procesu. Psychoterapie patří mezi tři základní léčebné metody, kterými jsou kromě ní samotné ještě chirurgie a farmakoterapie. V současnosti je vedena v patrnosti jako jedna z pomáhajících profesí a uplatňuje se zejména v péči o zdraví. Usměňuje též kvalitu života klientů a má tím vliv především na jeho stránky osobní, zdravotní

i pracovní i sociální. Psychoterapie si klade za cíl rozvíjet osobnost a zmírňovat, někdy až do úplného vymizení, psychické a fyzické problémy daných jedinců. Tato činnost probíhá zpravidla mezi terapeutem a jeho klientem. Terapie je „*lечение tělesných nebo duševních poruch a poruch chování*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 600) „*Historickými předchůdci psychoterapeutů byli šamani a čarodějové usilující o léčení duševně nemocných magickými praktikami (vyhánění zlých duchů, kteří nemocného posedli). Empiricky založená psychoterapie se dlouho prosazovala a uplatňuje se fakticky až od přelomu tohoto a minulého století*“ (Nakonečný, 1995, s. 46).

Terapeutických metod je používáno poměrně široké spektrum. Jednou z nejčastějších je individuální terapie probíhající mezi psychoterapeutem a jeho svěřencem. Psychoterapeutická setkání mívají jako náplň různá témata, kde se zúčastnění snaží o proniknutí k hlubším souvislostem, usilují nejprve o jejich pochopení, později vysvětlení, přijetí nebo dokonce i řešení. Podle skladby klientů lze terapeutické sezení koncipovat i jako terapii rodinnou, kde jsou účastníky klienti z jedné rodiny, terapii párovou, kde na straně klientů sedí partnerský pár nebo terapii s určitou společenskou skupinou klientů, tato terapie se nazývá skupinovou.

Úspěšnost psychoterapie je mimo jiné přímo úměrná vztahu terapeuta a pacienta. Terapeut vede a řídí léčebný proces. Jelikož cílem psychoterapie je léčba, je tudíž jisté, že musí být prováděna pouze klinickými psychology s patřičným následným výcvikem.

Vztah mezi terapeutem a pacientem zcela zásadně ovlivňuje průběh celého procesu terapie. Velmi důležitá je zde komunikace mezi oběma účastníky. Na ní závisí i to, na jaké úrovni je vzájemné naslouchání a z něj vyplývající spolupráce. Důležitá je zde nejenom pacientova práce na sobě, ale i obraz vzájemného kontaktu mezi ním a terapeutem. Tento moment je důležitý také pro samotného terapeuta, který z něj může odvozovat výsledky a úspěšnost léčby. Pacient přináší do terapie motivaci, připravenost a schopnosti. Tyto zdroje je nutné zaktivovat a co nejlépe využít, protože je to to jediné, s čím může psychoterapeut pracovat, to jediné, co mu pacient do terapie přináší. Pro její úspěšné zvládnutí je nutné efektivní využití pacientova pozitivního potenciálu, zejména jeho silných stránek.

„Vytvořené osobní vztahy pak mohou vést k okamžikům setkání, které můžeme charakterizovat jako okamžiky vztahové blízkosti a pro které jsou příznačné následující vlastnosti: přítomnost, to znamená: okamžiky se odehrávají zde a nyní, bezprostřednost,

to znamená: ani jeden účastník setkání nesleduje žádné další úmysly, jako je manipulace a podobně, a celkovost, to znamená: pro druhého jsem tady celou svou bytostí“ (Vymětal, Rezková, 2001, s. 58).

Vztah, respektive typ vzájemného vztahu mezi aktéry terapie, záleží na zvolení pozic mezi nimi. Jaký způsob bude zvolen určuje terapeut, dle předešlého rozhovoru s pacientem. *„Poradce by měl hovořit s klientem jasně a srozumitelně. Úroveň jeho vyjadřování by měla respektovat kapacitu klienta pochopit jeho slova“ (Procházka a kol., 2014, s. 54).* Velký psychologický slovník rozlišuje terapeutický vztah asymetrický a terapeutický vztah symetrický. *„Asymetrický je vztah, v němž platí rozhodná vůdčí úloha terapeuta a podřízenost pacienta“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 679).* Vztah symetrický je dle stejného zdroje *„vztah, v němž terapeut i pacient společně projednávají postup léčby; pacient se s léčbou ztotožňuje a podílí se na ní“ (Tamtéž).*

„Psychoterapie je podobně jako ostatní typy pomoci druh strukturované zkušenosti. Jako každá zkušenost může být dobrá a špatná. A jako u každé zkušenosti člověk může k dobrému zúročit i tu špatnou“ (Baštecká a kol., 2003, s. 353).

Psychoterapie se spolu s rozvojem psychologických léčebných postupů začala rozvíjet počátkem dvacátého století. Předtím, než se však stala samostatným oborem, byla poměrně silně spjata s lékařskou praxí. Její kolébkou byla především Evropa a Spojené státy americké. Na lidské myšlení a jednání se vzhledem k širokému spektru psychologů utvářely různé teorie a terapeutické postupy. Jedním z důvodů k tomu bylo i různé kulturní a náboženské prostředí, které odborníky na psychologii a později na psychoterapii ovlivňovaly. Vzniklo tak poměrně velké množství psychoterapeutických škol s často poměrně rozdílným přístupem a řešením problémů. Není ovšem ničím ojedinělým, že mnoho pokrokových terapeutů čerpá z různých zdrojů. A využívá tím tak zvané eklektické metody s důrazem na aktuální potřeby klienta. Toto potvrzují přední klasici zabývající se psychoterapií. Ti prohlašují, že zásadou psychoterapie není pouhé čerpání vědomostí z knih, přednášek a seminářů, ale nutností je dlouholetá praxe a získávání zkušeností tak říkajíc „tváří v tvář“ klientům a pacientům.

Psychoterapeutická škola pod názvem Psychoanalýza nebo také První vídeňská škola psychoterapie byla založena na přelomu 19. a 20. století Sigmundem Freudem. Freud se věnoval studiu neurologie a psychiatrie. Prvotně jej zajímala hysterie,

k jejímuž léčení využíval hypnózy a hypnotické sugesce. Jednou z jeho hypotéz je prohlášení, že hysterikové jsou nemocní vzpomínkami, které potlačují. Na základě zkoumání projevů neurotických pacientů pojmenoval vypozerované mechanismy a vytvořil tak vlastní teorii soustředící se na duševní poruchy. Tento světoznámý vědec značnou část svého výzkumu věnoval analýze staré mytologie a snů, o které také opřel své závěry o lidském nevědomí. Sigmund Freud považoval za důležitý motivující faktor pudy. Dle něj jsou pudy síly ovlivňující člověka. Hlavními pudy je Eros – pud života a Thanatos – pud smrti. Pud smrti je nositelem destruktivních tendencí a agresivity jak proti sobě, tak proti ostatním. Oproti tomu pud života vede k uspokojování slasti, rozmnožování, hledání a nalézání partnera a vzniku nového života. Pud života je pudem sexuálního zaměření.

Počátky další z psychoterapeutických škol se datují opět přelomem 19. a 20. století. Je založená na existenciální filozofii a označovaná jako Existenciální psychoterapie. Velké množství pacientů přicházející do terapie potřebovalo řešit témata, která se týkala stárnutí, osamělosti, svobody, odpovědnosti za svoje činy a v neposlední řadě lidské smrtelnosti. Terapeuti, kteří se takovými tématům a zejména pacientům věnovali, byli například Irvin Yalom, Alfréd Längle a jeho učitel Viktor Frankl, Rollo May nebo Medard Boss.

Mezi psychoterapeutickými školami mají dále neoddiskutovatelné místo například Humanistická psychoterapie v čele s Carlem Rogersem, Alfredem Adlerem nebo Erikem Eriksonem. Dále také Kognitivní psychoterapie, Behaviorální psychoterapie, Kognitivně behaviorální terapie, která je hojně využívána k léčbě depresí, fobií, úzkostí a poruch příjmu potravy, Gestalt terapie či Transpersonální terapie vyvinutá psychiatrem českého původu Stanislavem Grofem.

1.3 Psychologicko-sociální poradenství

Poradenství je činnost, která by měla přinášet klientovi pocit uvolnění a pomoci mu od citového diskomfortu. Dle Baštecké *„jako soustava služeb zahrnuje prvky edukace a nácviků, případně doprovodnou práci a nabídku navazujících způsobů pomoci. Může vést k osvojení si dovedností a k podpoře člověka při prosazení práv*

a zájmů. Mělo by počítat se vztahovými jevy“ (2003, s. 343). Je procesem, kde je pracováno s klientem, jedincem, který není schopen svými silami vyřešit situaci či problém, který ho tíží nebo nějakým způsobem obtěžuje. Prospěch jedince a jeho osobní růst je jedním z cílů poradenství. Je-li dobře vedeno, jeho efektem může být zlepšení psychického zdraví i sociálního přizpůsobování. Nezanedbatelná je i jeho funkce preventivní, kdy dokáže pomoci klientovi nahlédnout do budoucích možných problémů, zorientovat se v nich a vyvodit možná řešení.

Postupy v poradenství mají charakter jednorázového i dlouhodobého procesu a vyžadují široký záběr různých sfér lidského života; například sféry sociální, pedagogické, ekonomické, právní ale i léčebné. Poradenství má možnosti čerpat z mnoha různých, „důležitých“, oblastí. *„Citové vazby, cíle, úkoly a názory jsou“* dle Drydena *„ony důležité oblasti. Co se zde odehrává mezi poradci a klienty má klíčový dopad na účinnost poradenství bez ohledu na to, jaký přístup poradci k poradenství praktikují“* (Dryden, 2008, s. 5). Ovšem objektivně je nutné přiznat, že přesné vymezení pojmu poradenství není jednoduché. A to již i z toho důvodu, že velmi často dochází k prolínání s odborností a dovednostmi supervize. *„Všechny typy poradenství mají nespécifické prvky, které tvoří obecný rámec pomáhajícího setkání:*

- *čas na setkání – času má být dost (od 20 minut do hodiny a půl) a hned na začátku se má vyjednat, kolik ho obě strany mají;*
- *přijetí poradcem – poradce nemá být předpojatý a má si být vědom svých případných předsudků vůči jednotlivým skupinám obyvatel;*
- *místní a časová dostupnost služby – poradce má být nablízku a k dispozici;*
- *ucelenost, přesnost a aktuálnost poznatků – odborné poznatky se vyvíjejí a poradce má jejich vývoj sledovat;*
- *důvěrnost informací a vztahu – jakékoliv zacházení s informacemi o klientovi se má dít pouze se souhlasem klienta, což podporuje poradcovu důvěryhodnost“* (Baštecká, 2003, s. 344).

Téměř neřešitelným problémem je určit hranici mezi poradcem a terapeutem. Ještě před nedávnou dobou byl psychoterapeut odborník s psychologickým vzděláním, jedním nebo dokonce dvěma sebezkušenostními výcviky a několikaletou praxí. A na druhé straně stál kolega – poradce, s možností téměř jakéhokoliv vzdělání zaměřeného na oblast, ve které jako poradce působí nebo hodlá působit. Poradenský

proces a odborný poradce měli a stále mají, oborově široké spektrum působnosti. Jasně vymežitelný rozdíl mezi poradcem a psychoterapeutem nelze určit. Některé zdroje totiž uvádějí, že poradenství se označuje za obor samostatný, který je od psychoterapie zcela odlišný. Jiné zdroje však tyto dva obory sloučily natolik, že je nazývají buď poradenskou psychoterapií nebo psychoterapeutickým poradenstvím.

„Poradenství ve smyslu counselling má psychoterapeutická východiska. Zřejmě první obecně uznávané přístupy psychosociálního poradenství formulovali ve čtyřicátých až padesátých letech minulého století nezávisle na sobě ve Velké Británii David Wills a v USA Gerald Caplan, oba s využitím psychoanalytických konceptů, zejména poznatků z oblasti raných vztahů mezi matkou a dítětem. Formativním přístupem pro psychosociální poradenství se později stala rogersovská psychoterapie“ (Kalina, 2013, s. 90).

1.4 Závěr

Práci, která se týká klinické psychologie, psychoterapie a psychologicko-sociálního poradenství jsou oprávněni vykonávat pouze odborně vyškolení terapeuti a poradci. Na tyto pracovníky jsou kladeny velmi přísné požadavky. Pokud se takovýto pracovník nechá ovlivnit subjektivními pocity, názorem klienta či předchozí zkušeností svojí nebo kolegů, dopouští se jedné ze závažných chyb, kterých by se měl profesionál vyvarovat. Při těchto pochybeních dochází ke sníženému efektu práce s klientem a ke zhoršenému navázání spolupráce. Hrozí tak, že se uzavře do sebe, může mít pocity méněcennosti, nepochopení, může dokonce ztratit i důvěru.

Aby nedošlo k vytvoření propasti mezi terapeutem či poradcem a klientem je důležité vyvarovat se dogmatismu a dirigování, kdy je klient stavěn do role podřízeného. Ani bleskové diagnózy a zachycení nedokonalých formulací a výroků nejsou ideálními ukazateli neoprávněných závěrů. Velkou chybou je též zevšeobecnování a bagatelizace klientových postřehů, ale i zveličování poradcových zásluh nebo vedení souvislého monologu ze strany terapeuta. Mezi další chyby patří přísná racionalizace problémů, poradcova projekce a identifikace

se s problémy, abstrakce, které klient nerozumí, chození kolem horké kaše, odvedení hovoru a pozornosti jinam.

Terapeutická a poradenská činnost je velmi zodpovědným posláním a povoláním, o kterou se opírají mnozí jedinci. Cílem této kapitoly bylo ukázat komplexnější pohled na disciplíny a profesionály, kteří se zabývají psychickými a na ně navazujícími sociálními problémy a kteří si jako svoji životní metu zvolili pomoc lidem, kteří se ocitli v pro ně bezvýchodné situaci.

2 OVLIVNĚNÍ KVALITY ŽIVOTA VLIVEM PSYCHOSOMATIKY

Psychosomatika jako věda je v posledních letech na vzestupu a jak se hovorově říká „v kurzu“. Díky přístupu holistického pohledu na problém je možné hovořit o tom, co takový přístup přináší a jak široké spektrum života daného jedince může ovlivňovat. Ovlivňuje jak fyzickou a psychickou stránku lidského života, tak sekundárně i sociální sféru těchto lidí. MUDr. Klímová přirovnává setkání člověka s psychosomatikou k doteku motýla, psychosomatického motýla. Ve své knize píše o tom, jak „*je skvělé na chvíli zpomalit a poslouchat úvahy motýla, který kdysi někde něco zažil, něco nastudoval a nyní jen s lehkostí předává zprávy o širších možnostech života s motýlí lehkostí ... lehkostí v logice prostých věcí, prostých prožitků a moudrosti, která není krkolomně vykonstruovaná, ale jen navazuje na jiné moudré prožitky, jež se odehrály a odehrávají okolo nás*“ (Klímová, 2016. s. 139).

2.1 Psychosomatika a její základní charakteristika

Pojem psychosomatiky pochází z dob starého Řecka a popisuje vazby mezi duší (psyché) a tělem (soma). Toto tvrzení vychází z předpokladu, že naši psychiku se tělo snaží chránit tím, že na problémy upozorňuje fyzickými příznaky. Na základě těchto bychom měli zvolnit, zpomalit přehodnotit postoje či přístupy, šetřit se po stránce psychické a fyzické. Případně vyřešit vztahové problémy, které nás stresují. Obecně za fyzickými následky vypjaté psychiky stojí dlouhodobé psychické napětí, nedostatek spánku a odpočinku, neřešené a neřešitelné komplikované vztahy, přehnané tempo, ze kterého nejde vystoupit a minimální relaxace. Psychosomatiku z mnoha pohledů popisuje ve své knize Proč (a jak) psychosomatika funguje? nemoc začíná v hlavě? i Jarmila Klímová a Michaela Fialová, které dokonce psychosomatiku opírají o pět aspektů: psycho, socio, spirit, energy a bio.

Psychosomatiku můžeme kvalifikovat jako medicínský obor, kterého středem zkoumání je vztah mezi duší a tělem, psychikou a fyzičnem. Označuje ji za dva

vzájemně prolínající systémy. Snaží se pojmout pacienta celostně, holisticky. Vídí propojení mezi dotyčným pacientem, jeho tělesným a psychickým stavem, způsobem života, sociálními podmínkami, rodinou i přístupem k okolnímu světu. Je tedy nasnadě, že somatické potíže způsobené psychikou postihují jedince napříč věkovými kategoriemi.

Jako psychosomatické potíže lze označit celkové fyzické napětí (zejména ve svalech) i tak zvané vegetativní příznaky, jakými jsou například nevolnost, pocení, zrudnutí v obličeji nebo naopak nápadná bledost, bušení srdce, zrychlený dech, zvracení, zácpa či průjem. Psychosomatika stojí též za celou řadou bolestí, které „západní medicína“ řeší analgetiky. Nejčastěji jsou to bolesti zad a hlavy. „*Člověk má ve své přirozenosti obrovské množství programů ke zvládnání nejrůznějších pochybení a poruch vlastními prostředky. Bolest, stejně jako signály zrakové, sluchové, čichové a další, v sobě nese informaci o vlivech, které na nás působí, a zároveň impulz a návod, jak se ohrožení vyhnout*“ (Hnízdil, Šavlík, Beránková, 2005, s. 48). Postižení pohybového aparátu, zejména zad a šíje, je častým důsledkem psychického přetížení či poruchy. Současný životní styl a pracovní tempo víceméně nahrává vzniku různých projevů fyzického přetížení nebo dokonce postižení, avšak při bližším rozboru je jasné, že jde o dopad psychiky na fyzickou schránku člověka. Ve své publikaci Hnízdil a kol. například uvádějí, že „*vyloučení několika závažných a v podstatě výjimečných příčin bolestí zad nebývá z medicínského hlediska příliš obtížné, jasně definovaná bývá v těchto případech i následná kauzální léčba. Mnohem větší problém však představuje obrovské množství pacientů, u nichž objektivní nález není příliš výrazný a kteří netrpí ani jiným zřejmým onemocněním, jež by jejich obtíže vysvětlovalo. Přesto, nebo právě proto, je léčení tohoto typu bolestí zad velmi svízelné a podílí se na něm hned několik medicínských oborů*“ (2005, s. 53).

Stranou, bohužel, nezůstávají ani systémy kardiovaskulární, imunitní a endokrinní. Snadno tedy lze odvodit, že psychika může způsobit srdeční arytmie nebo výkyvy krevního tlaku, zpravidla směrem vzhůru, čímž dochází k ohrožení lidského života kupříkladu vlivem infarktu myokardu či ictu neboli mozkové mrtvice. Imunitní systém reaguje na jakékoliv zakolísání psychiky velmi citlivě. Při poklesu imunity organismus nemá dostatek obranyschopnosti týkající se například bakteriálních či virových zánětů, ovšem mnohem náchylnější je i k onkologickým onemocněním.

Problémem mohou být i přemrštěné obranné a ochranné reakce organismu, kdy imunitní systém produkuje obranné látky v přehnaném množství i na nepatrné podněty ze svého okolí. Neoddiskutovatelným důkazem toho je v současné populaci výskyt nepřehledného množství alergických reakcí. Nejčastějšími jsou alergie na pyl, prach, zvířecí srst a sliny, plísně, kosmetické přípravky, léky a dále pak široké spektrum potravinových alergií. Některé studie se dokonce zabývají myšlenkou, že stav psychiky může souviset i se změnou či přímo špatnou funkcí některých žláz s vnitřní sekrecí. Ty, které jsou odbornou i laickou veřejností nejvíce diskutovány jsou štítná žláza, vaječníky, varlata, slinivka břišní a nadledvinky.

V souvislosti s psychosomatikou nelze opomenout ani systémy dýchací a trávicí. Dýchací obtíže vlivem psychického rozrušení lze zaznamenávat jak primárně: například při stresové situaci dojde ke stažení průdušek a vyvolá záchvat bronchiálního astmatu, tak i sekundárně: kdy například při dlouhodobějším působení stresu imunitní systém zareaguje na situaci alergickou reakcí na jarní pyly a tím nepřímo způsobí zánět horních cest dýchacích, který neřešením momentálního stavu může vyústit až v zápal plic.

Trávicí trakt bývá obvyklým a častým terčem somatizace rozbouřené psychiky. Stres může být snadným spouštěčem procesu, který způsobí zvýšenou sekreci trávicích enzymů. Tento stav může přivodit tak zvanou pyrózu neboli pálení žáhy nebo i vznik žaludečních a dvanácterníkových vředů, v horším případě i jícnových varixů. Orgánem extrémně citlivým na psychický stav jedince je bezesporu kůže. Tento rozlohou největší orgán v těle se dá označit za jakýsi „lakmusový papírek“ stavu psychiky daného jedince. Reakce kůže mohou mít charakter nepatrných změn v podobě lehkého začervenání nebo zhrubnutí pokožky vlivem přesušení, ale mohou mít i vážnější charakter typu špatného hojení defektů, nehojících se abscesů či flegmón nebo v neposlední řadě zasažení kůže ekzémy, často vedoucími až ke kortikoidové léčbě.

Již medicínské znalosti starých Egyptů hovořily o tom, že projevy nemoci souvisí s propojením problémů duše i těla. Některé výroky Hippokrata z Kósu ovšem také naznačují, že ke správné rovnováze je nutné vyvážení psychického i fyzického stavu. Po moudrém perském lékaři Avicenovi (Ibn Síná), který roku 1030 n. l. sepsal Kánon medicíny a coby vzdělavatel jak křesťanů, tak muslimů, stavěl své učení i léčení na propojení tělesna i duševna, však došlo na dlouhou dobu k oddělení těchto sfér.

Blahodárné účinky meditačních technik tibetských mnichů či indických meditací znovu přesvědčily lidstvo v 18. století o smysluplném propojení duševní i tělesné sféry. Vědci opět začali otevírat témata podvědomí a tím pomyslně poklepali na základní kámen psychosomatiky. Mezi takové průkopníky lze počítat například skotského chirurga Jamese Braida, Pierra Janeta i již výše zmiňovaného Sigmunda Freuda. Dalším takovým vědcem byl německý neurolog Oskar Vogt. Kromě toho, že jako největší zajímavost se u něj uvádí funkce Leninova lékaře, byl to právě on, kdo první prozkoumal a popsal zadní část mozku a její funkci. Tato část se nazývá thalamus a je umístěna v bezprostřední blízkosti hypothalamu. Zhruba ve třicátých letech 20. století si tento lékař jako první povšiml souvislosti mezi anatomíí mozku a psychiky a formuloval hypotézu o jejich vzájemném provázání. Moderní doba a tím i některé výzkumy a objevy přinesly fakt, že jak západní, tak i východní medicína nacházejí logiku v propojení těla a duše. Přispěly k tomu obory neurologie, endokrinologie nebo psychiatrie díky znalostem o faktu provázanosti autonomní nervové soustavy s HPA osou (hypothalamus, hypofýza, nadledvinky), díky znalosti funkce čelního mozkového laloku, amygdaly, bloudivého nervu nebo zrcadlových neuronů a v neposlední řadě i díky zjištění psychosomatického efektu na schopnosti některých neurotransmiterů. Jsou jimi například serotonin, vasopresin, oxytocin, histamin či dopamin. Zásadní dopad mají psychosomatické efekty i na hormony HPA osy. Mezi ty nejvýznamnější lze zařadit kortizol, adrenalin, noradrenalin či endorfiny.

Ačkoliv současní vědci a zejména vědci západní medicíny slaví úspěchy na výzkumném poli biochemie, biologie, molekulární biologie a jiných oborů, velmi otevřená je společnost i k poněkud alternativnějším disciplínám, jako je například kineziologie, regrese do minulých životů nebo metoda RUŠ.

První zmiňovaná, kineziologie, je založena na udržení rovnováhy zdravotního stavu pomocí svalů. Každá skupina svalů má vztah k jednotlivým orgánům, celým orgánovým systémům nebo kostem. Vychází z poznání, že stres i onemocnění se projevují ve svalech. Princip spočívá v zablokování energetického proudění v části mozku a tomu odpovídající části těla. Děje se tak v důsledku negativních emocí. Kineziologie je jednou z metod, kterou uznávají psychologové, lékaři, pedagogové i laici. Českou kinezioložkou zabývající se touto metodou již 20 let je Šárka Hlavičková pracující v pražském Medi centru.

Proces, při němž se pomocí dýchání a hluboké koncentrace za vedení odborníka, nejlépe klinického psychologa nebo psychiatra, ponoříte do minulosti, se nazývá regrese. Vede k opětovnému prožívání zážitků z minulosti, někdy podle tvrzení lidí, kteří se regresí zabývají, prožitků z minulých životů. Idea je založena na přesvědčení, že duše je věčná a znovu se rodí do různých životů, aby mohla pokračovat v transformaci a růstu. Znáмым průkopníkem regrese je americký psychiatr Dr. Brian Weiss.

Jednou z dalších metod, která se alternativním způsobem soustředí na duši i tělo je metoda RUŠ. RUŠ je metodou vědomé práce s myšlenkami a emocemi. Řeší problémy na úrovni emoční, fyzické a mentální. Jejím zakladatelem a reprezentantem je Karel Nejedlý. Tématu zpracovávání různých příčin dysbalancí fyzická a psychická se věnují i čeští autoři Marta Foučková, Zdeňka Jordánová nebo Eva Kavková.

Holistický pohled na tělesné i duševní problémy člověka reprezentuje dokonce i relativně nový atestační obor s názvem psychosomatická medicína. V Čechách je registrován od roku 2014. Ovšem již několik desetiletí zpět se u nás celostní medicínou zabývali někteří lékaři, avšak jejich snažení bylo někde přehlíženo a na jiných klinikách zase poměrně tvrdě potíráno. „Téměř undergroundu“ v medicíně se věnovali a byli jím fascinováni například MUDr. Radkin Honzák, CSc., MUDr. Jan Hnízdil nebo MUDr. Jiří Šavlík, CSc.

2.2 Fyzioterapie a její spojení s psychosomatikou

Fyzioterapií se léčí různé choroby za pomoci fyzikálních prostředků. Jsou používány kombinace několika metod, jako například vodoléčby, elektroléčby, sportovních, relaxačních či reflexních masáží, lymfatických masáží a drenáží, mobilizačních a manipulačních technik a cvičení. Tyto aktivity jsou umě propojovány s pedagogickými a psychologickými prvky, které jsou navázány na bohaté poznatky a znalosti anatomie, fyziologie, biomechaniky a kineziologie. Cílem disciplíny s názvem fyzioterapie je dovedení jedince k normálu a pokud jsou některé změny nevratné, usiluje o co největší samostatnost a plné začlenění do společnosti.

V knize Funkční diagnostika pohybového aparátu se uvádí, že lidské tělo samo o sobě dokáže vyjádřit velké množství informací, které je nutné vnímat nejprve observací a posléze palpačně, tedy pohmatem. Předestírá také, že pokud je terapeut k těmto informacím dostatečně vnímavý může nastat fáze „nejvýznamnější a nejdůležitější, a to je léčení. Léčení neboli terapie není výsadou pouze lékařů. Léčení funkčních poruch pohybového aparátu, jakými jsou blokády kloubů či ztuhlé svaly, je léčením jako jakékoliv jiné“ (Tichý, 2000, s. 7). Fyzioterapie vychází z poznatků medicíny, psychologie, chemie, fyzikální léčby a ostatních věd včetně jejich disciplín. Jedná se o obor, který je opřen rovnocenně o praxi i teorii. Jejím úkolem je prevence, diagnostika a léčba pohybového ústrojí. Nezabývá se pouze léčbou a „údržbou“ přetížených kloubů, svalů, šlach, úponů a vazů, její široké uplatnění napomáhá normalizovat stavy způsobené špatným vývojem dětského pohybového aparátu a zabývá se diagnostikou a následným postupem při léčbě vadného držení těla, skolióze či problému plochých nohou. Specifický přístup vyžaduje rehabilitace po operacích, úrazech, ale i k organismu trpícímu obtížemi vzniklými sportem nebo pracovním či jednorázovým zatížením.

Pacienti trpící některými neurologickými onemocněními mohou pomoc fyzioterapie využít, pokud ne k úplné nápravě, tak alespoň ke zmírnění jejich důsledků. Mezi taková neurologická onemocnění lze zařadit například roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu chorobu, obrnu, stavy při výhřezu obratlových plotének, zúžením míšním kanálu nebo stavy po parézách (ochrnutí) obličejových nervů.

Stopy fyzioterapie jsou patrné již v Hippokratových, Platónových i Aristotelových zápiscích. Zmiňovali zde možnost ovlivňovat činnost nervů, svalů, ale i práci mozku tím, že jedinec bude vyvíjet jistou tělesnou aktivitu. Z obrazů Leonarda da Vinci je možné zase vyčíst skutečnost, že tehdejší anatomické znalosti lidí získávali z již tenkrát probíhajících pitev. Zhruba o sto let později byla provedena také první pitva v Čechách, přesněji roku 1600 doktorem Janem Jesenským. Neurologickými reflexními akcemi se ve své době zabýval například René Descartes a vysvětloval je přibližně jako působení vnějšího podnětu, které způsobí zaktivování nervové cesty a tím umožnění duši ovlivnit výkonný orgán. 19. století již podrobněji zkoumalo složení orgánů. Jako součást mozku byly popsány šedá a bílá kůra mozková. Vědci se dokonce zabývali podrobnějším složením a měli tudíž možnost zjistit, že šedá kůra mozková

je tvořena buněčnými těly a bílá kůra mozková nervovými vlákny. O popsání mozečku a jeho buněčného složení se zasloužil český vědec Jan Evangelista Purkyně. 19. století bylo pro medicínu velmi plodným. Zvláště neurologie zaznamenala velký posun vpřed a uchovala tím pro budoucí generace jména anatomů a neurologů, jakými byli například Duchenne, Brown-Squard, Brodmann, Huntington nebo Broca. Díky anglickému neurologovi Jacksonovi vešel ve známost fakt, že nikoliv svaly, ale pohyby řídí mozek. Stejný vědec stojí též za zavedením hierarchického principu řízení motoriky. Neurologie, a hlavně neurofyzilogie, se dají pokládat za opěrné pilíře fyzioterapeutických konceptů. Takovým pilířem je například Sherringtonova „reflexní teorie řízení motoriky“ nebo teorie „podmíněného reflexu“ Ivana Petroviče Pavlova a teorie „polohových reflexů“ Rudolfa Magnuse.

Fyzioterapii lze studovat v České republice na většině lékařských fakult. Jsou jimi 1. lékařská, 2. lékařská i 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Lékařská fakulta Ostravské univerzity. Západočeská univerzita nabízí studium tohoto oboru na Fakultě zdravotnických studií a stejný obor nabízí též Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Fyzioterapii je dále možné vystudovat na Fakultě tělesné výchovy a sportu na Univerzitě Karlově v Praze, Fakultě biomedicínského inženýrství na Českém vysokém učení technickém v Praze, Fakultě sportovních studií na Mendelově univerzitě v Brně, Fakultě tělesné kultury a Fakultě zdravotnických věd na Univerzitě Palackého v Olomouci a na Zdravotně sociální fakultě na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Takto vzdělání a teoreticky i prakticky vyškolení lidé, nosí označení fyzioterapeut. Fyzioterapeut je odborníkem, který má zastřešenou odbornou způsobilost k povolání zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Na českém trhu práce působí vedle sebe lidé jak s vysokoškolským, tak se středoškolským vzděláním. Příčinou toho je fakt, že v minulosti bylo možné tuto odbornost získat středoškolským vzděláním v oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník na střední zdravotnické škole. Bylo možné získat i titul diplomovaný specialista na vyšší odborné škole. V současné době již existuje pouze jedna cesta a tou je vysokoškolské vzdělání, ať již s titulem bakalář nebo magistr.

Česká fyzioterapie má i ve světovém měřítku významné osobnosti, které přispěly výzkumem i teorií do tak zvaného „zlatého fondu fyzioterapie“. Je to například Prof. MUDr. Václav Vojta, DrSc. Tento český lékař se svojí prací zasloužil o objevení reflexní lokomoce. Díky profesoru Vojtovi jsou dnes po celém světě rozšířeny polohové testy a reflexologie. Reflexní lokomoce se dnes používá u mnoha onemocnění u dětských i dospělých pacientů. Je součástí léčby například u meningomyelokély, periferní parézy, artrogrypózy, skoliózy, dysplazie a luxace kyčlí. Nedílnou součástí je i při rehabilitacích po zraněních lebky a mozku, u příčných míšních lézí a mnohých jiných. Stejně výrazný otisk zanechal po své práci i Prof. MUDr. Karel Lewit, Dr.Sc. Tento český neurolog, zakladatel moderní funkční diagnostiky a léčby vertebrogenních onemocnění a manuální a reflexní terapie byl duchovním otcem manipulačních technik a technik měkkých tkání. Spolu s dalšími veličinami Prof.Mudr. Janem Jiroutem, Dr.Sc., Prof. MUDr. Vladimírem Jandou, DrSc. a Doc. MUDr. Františkem Vélem, CSc. založili tak zvanou „Pražskou školu“ léčby manipulační terapií. Dalšími významnými osobnostmi české fyzioterapie jsou například Doc. MUDr. Eva Rychlíková, MUDr. Richard Smíšek nebo Ludmila Mojžíšová. Poslední jmenovaná byla terapeutkou, zabývající se rehabilitací a cvičením ovlivňujícím mužskou, a především ženskou neplodnost. Nejvíce proslula rehabilitační léčbou určitých typů ženské sterility. Její terapie byla založena na ovlivňování napětí svalů pánevního dna.

2.3 Biopsychosociální model psychosomatických onemocnění

Člověk není pouze souborem jednotlivých částí a procesů. Je bytostí bio-psycho-sociální. Celostní neboli holistická teorie odmítá fakt, že živé organismy jsou pouze součtem částí celků. Holismus je odvozenina řeckého slova znamenající celek. Dotyčná teorie vychází z toho, že organismy jako celky fungují v určité interakci. Aplikujeme-li tuto koncepci na lidi, je jisté, že je osobu nutné brát jako celek v bio-psycho-sociální jednotě. Porucha, byť jedné části takového celku, může znamenat následnou poruchu jiné části nebo dokonce celého systému. Spouštěcím mechanismem fyzického onemocnění může být i stres a psychická zátěž. Onemocnění je zpravidla provázáno negativními emocemi jako je napětí, strach a úzkost. Posledně jmenovaná úzkost může

vést k sociální izolaci – osamocení a při vystupňování až k vyhýbání se lidem a sociálním fóbiím. Je důležité přistupovat ke každému člověku jako k osobnosti, individualitě, která disponuje svými jedinečnými vlastnostmi, postoji, názory a potřebami.

Roku 1977 byl navržen americkým psychiatrem Georgem Engelem a schválen a přijat Světovou zdravotnickou organizací (WorldHealthOrganization) „Bio-psycho-sociální model“ nemoci. Faktory, které tento pojem determinují jsou: biologické, psychické a sociální.

Faktory biologické lze označit též za fyzické nebo tělesné. Pacient je pocíťuje jako tělesnou nepohodu. Může to být například bolest hlavy, zad či některých kloubů. Obecně lze konstatovat, že tento faktor zahrnuje všechny tělesné determinanty.

Psychické faktory označujeme také jako mentální nebo duševní. Pacient je může subjektivně pocíťovat jako strach, úzkost nebo naopak jako pocit klidu, a dokonce i euforie.

Faktory sociální souvisí se sociální situací jistého jedince. Zohledňuje například mezilidské vztahy doma, v rodině, v zaměstnání nebo ve škole. Bere v potaz i jeho osobní postoje vůči společnosti.

Nauka o zdraví, jeho původu a zrodu se nazývá salutogeneze. Věnuje se sledování a popisu zdraví. Její soustředění padá na ty jedince, kteří se těší nezdolnému zdraví, a to i ve špatných a extrémních podmínkách. Dokonce i smysl pro humor je zde chápán jako jeden z nejdůležitějších aspektů podporujících sebeúdržavné snahy a procesy. Zdraví či stav ve zdraví jsou definovány mnoha vědci různými způsoby. Například Machová, Kubátová a kolektiv (2009) hovoří o zdraví jako o stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady. Jejich definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti. Zdraví je vlastně definováno tak, že není důležitá přítomnost či nepřítomnost nemoci. Jde tím pádem o jakýsi klid, který jedinec pocíťuje ve všech sférách svého života.

Oproti tomu nemoc je brána jako stav, kdy se jisté části organismu nebyly schopny přizpůsobit prostředí, čímž byl navozen určitý problém. Dle již výše citovaných autorů (2009) lze tedy nemoc obecněji definovat jako poruchu zdraví. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních

mechanismů na podněty prostředí. Nemoc je stavěna do pomyslné opozice vůči pojmu zdraví a je chápána jako nepřizpůsobení určitých částí organismu na prostředí.

Každý člověk jako individualita posuzuje stav, který označuje za zdraví či naopak za nemoc, zcela rozdílně. Dokonce svůj stav každý jinak hodnotí, jinak se o něm vyjadřuje, jinak se s ním vnitřně vyrovnává. Objektivním pohledem Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví označováno jako „*Stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody*“ (online, cit., 2020-02-03).

3 PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ PORADCE A JEHO VLIV NA KLIENTA

Práce s lidskou psychikou a s člověkem samotným je zajímavá a zároveň odpovědná záležitost. Lidé, kteří stojí na straně pomáhajícího, mají možnost účastnit se cizích příběhů. Mohou být jen zúčastněnými posluchači nebo i aktivními průvodci různých životních situací. Mohou pátrat mezi řádky po záchytných bodech vytyčujících možnou strukturu problému a mohou i od základu změnit úhel pohledu a uchopení života toho, který hledá jejich pomoc. Profese psychoterapeutů a poradců pracuje s velmi citlivými údaji a informacemi, a proto je etika umístěna na velmi vysoké příčce důležitosti jejich počínání.

Poradenství patří jednoznačně k pomáhajícím profesím. Pomáhající profese jsou svým významem velmi specifické a jsou na ně kladeny zvláštní požadavky. Primárně je nutné vycházet z nastavení vztahu mezi poradcem a klientem. Tento vztah je základem celého „pomáhajícího procesu“. Pracovník, jenž zastává pozici pomáhajícího pracovníka, musí oplývat některými důležitými atributy. Jsou jimi například schopnost vzbudit ve druhém člověku důvěru, schopnost empatie nebo umění naslouchání a komunikace. Empatií je dle Hartla a Hartlové myšlena *„schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby; v terapii a psychoterapii, vedle opravdovosti a vřelosti jedna z nejdůležitějších podmínek úspěšné práce s pacientem a klientem; platí však, že kdo rozumí sám sobě, rozumí lépe i druhým“* (2010, s. 127).

Otázka etiky v pomáhajících profesích je velmi citlivou záležitostí. Nejbližší k těmto oborům má psychologická etika. Jelikož je zde zacházeno nejen s lidskou pomocí, ale i s mocí nad člověkem, musí být podle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 350) *„upraven jemnějšími a citlivějšími pravidly, než poskytuje hrubý právní rámec“*. Jde zde vlastně o vytvoření specifického vztahu mezi lidmi. Na jedné straně jde o ty, kteří pomáhají a na straně druhé o ty, kteří pomoc potřebují a přijímají, o ty, kterým je pomáháno. Jak opět předesílá Baštecká a Goldmann (tamtéž), jelikož *„naše obory zacházejí s mocí nad druhým člověkem, musíme se zabezpečit proti zneužití moci a musíme chránit toho, kdo je na nás – i když přechodně – závislý“*.

Pro práci s klienty „je velmi důležité, aby všichni poradenští pracovníci dodržovali při své práci etické zásady a principy profesí pomáhajících člověku. Etika poradce spočívá mj. v zachování diskrétní mlčenlivosti o ryze osobních sděleních klienta. Každý psychologický poradce je povinen dodržovat Etický kodex Českomoravské psychologické společnosti, který vešel v platnost roku 1999“ (Kohoutek, 2008, s. 5). Gabura a Pružinská (1995) ve své knize zmiňují ještě dva významné etické kodexy. Jedním je Evropský metakodex etiky zmiňující zásadu čestnosti a druhým je kodex Americké psychologické asociace upřednostňující zásadu integrity.

3.1 Profil psychologicko-sociálního poradce

Navázání vztahu mezi poradcem a klientem se dá označit jakýmsi vyhlášením určité aliance mezi těmito aktéry. Podle Drydena (2008) vyjadřuje poradce přání být klientům prospěšný. Je však velmi důležité být v tomto vyjádření přesvědčivý a upřímný, protože pokud klient vycítí určité známky povrchnosti nebo dokonce falše, výsledky nebudou uspokojivé. Dalším projevem úspěšného poradce je prokazované přijímání klientů a úcty k nim, naslouchání jim a porozumění psychické bolesti z jejich úhlu pohledu. Aby vztah mezi klientem a poradcem byl takzvaně „čistý“, je nutné ze strany poradce umět projevit porozumění směrem ke klientovu problému. „*Důležité jsou rovněž otázky načasování, množství poskytnutých informací a volba použitého jazyka. Jelikož dobrá terapeutická komunikace je dovednost, být schopen se učit, zdokonalovat se a dostávat zpětnou vazbu o těchto dovednostech je ústřední náplní poradenského výcviku*“ (Dryden, 2008, s. 10). Má-li poradce správné podmínky, získává v přeneseném slova smyslu roli průvodce procesem mezi ním a klientem, důvěřuje klientovým schopnostem a respektuje je. Klienta rozhodně neléčí, ale pouze vede a směřuje jeho jednání tak, aby se lépe vyrovnal se svým problémem nebo jej dokonce překonal.

Stejně jako poradce, tak i klient vnáší do poradenského vztahu tóny, které postupně určují kvalitu, vývoj a výsledek procesu poradenství. Poradenskou pomoc dříve vyhledávali lidé zejména tehdy, pokud potřebovali rozvinout

svůj osobní a osobnostní potenciál. Současný trend ovšem spíše nasvědčuje tomu, že poradenství se posunulo k rovině pomoci s určitou osobní bolestí. Dryden (2008) ji ve své knize Psychologické poradenství popisuje jako „*bolest, která se může týkat konkrétního životního neštěstí a reagovat na ně (např. ztráta blízké osoby nebo opuštění), nebo může být trvalá a vše pronikající (např. chronicky nízké sebehodnocení)*“ (tamtéž, s. 11).

Ne vždy však klient přichází za poradcem zcela dobrovolně a z vlastního rozhodnutí. Poradenské činnosti a svých, speciálně vyškolených, poradců může využívat například Probační a mediační služba. Propace dle Andragogického slovníku „*zahrnuje organizování a vykonávání dohledu nad obviněným, obžalovaným nebo odsouzeným, kontrola výkonu trestů nespojených s odnětím svobody, včetně uložených povinností a omezení. Mezi další činnosti patří sledování chování odsouzených jedinců ve zkušební době podmíněného propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, dále individuální pomoc obviněnému a působení na něj, aby vedl řádný život, vyhověl soudem nebo státním zástupcem uloženým podmínkám, a tím došlo k obnově narušených právních i společenských vztahů.*“ (Průcha, Veteška, 2012. s. 208). Probační mediací je podle stejného zdroje míněn „*způsob vyjednávání a nakládání s provinilcem; cílem je nalézt kompromis mezi poškozeným a provinilcem, obětí a pachatelem a dojít k dohodě o podmínkách, způsobu a míře trestu*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 298). Probační a mediační služba byla v České republice zřízena 1. ledna 2001. Tento počín upravuje zákon číslo 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě. Nad její činností provádí dohled Ministerstvo spravedlnosti za pomoci poradního orgánu, Rady pro probaci a mediaci.

3.1.1 Komunikace psychologicko-sociálního poradce s okolím

Komunikace je obecný termín. Představuje vysílání a přijímání informací. Tyto informace se týkají všech živých tvorů a zásadně nejsou jednotné. Vyznačují se jako zvuky, řeč, gesta, mimika a informace chemické, čichové hmatové. Zkoumání komunikace je zaměřeno jak na objasňování parametrů, které čítají obsahy a formy

komunikace, tak na komunikační efekty, jako je například manipulace s lidmi, přesvědčování nebo i důvěryhodnost komunikátora.

Užším vnímáním je komunikací myšleno sdělování významů pomocí jazykových prostředků. Takovéto sdělování se nazývá verbální komunikací. Druhou možností je volba nejazykových prostředků. Tento způsob je označován jako nonverbální komunikace. K vyjádření se tímto způsobem jsou používána gesta, pohyby těla, mimika, hudba, hmotné artefakty a jiné.

Dobrá schopnost komunikace je dle J. DeVita (2001) důležitá pro náš osobní, společenský i pracovní život. Znalosti a dovednosti, týkající se komunikace, tak patří mezi nejdůležitější a nejužitečnější. Při komunikaci lidé jednají a reagují na základě současné situace a na základě své minulosti, zkušeností, postojů, kulturních zvyků a s tím souvisí i mnoho dalších činitelů. Z toho vyplývá, že akce a reakce při komunikaci jsou určovány nejen tím, co bylo řečeno, ale i způsobem, jak si zúčastněná osoba vykládá to, co bylo řečeno. J. DeVito (2001) uvádí, že ke komunikaci dochází tehdy, když vysíláme nebo nepřijímáme sdělení, a když připisujeme význam signálům od jiných osob. Interpersonální komunikace je vždy zkreslená šumem, vždy k ní dochází v nějakých souvislostech, vždy má nějaký účinek a obsahuje možnosti zpětné vazby.

Proces probíhající komunikace neznamena podle vyjádření Svobody (2000) pouhé sdělování ale jde o oboustranný proces, který zahrnuje nejméně čtyři faktory. Je to faktor vyjadřování, to znamená sdělování informací, faktor naslouchání, to znamená přijímání informací, faktor neverbálního vyjadřování i chápání a faktor porozumění konfliktům a rozvíjení umění konfrontace.

Pro docílení efektivního verbálního projevu je podle J. Adaira (2004) třeba dodržet šest klíčových pravidel, principů:

- Princip srozumitelnosti
- Princip jasnosti
- Princip jednoduchosti
- Princip živosti
- Princip přirozenosti
- Princip stručnosti

Celkové vyznění verbální komunikace nezávisí podle Slepíčky (1988) pouze na jejím obsahu. Verbální komunikaci doprovází většinou řada neverbálních projevů. Některé

mohou být záměrné s cílem podat doplňkovou informaci, některé však mohou vznikat nezáměrně. Celkový efekt komunikace vyplývá z působení obou komunikací. Heyesová (2011, s. 29) ve své publikaci uvádí, že existují „*různé dimenze, kterými lze obohatit řeč*“. Jedním z aspektů „*metakomunikace je řečový registr*“ (Tamtéž). Autorka demonstruje „*pět běžných řečových registrů, které používáme. Každému z nich odpovídá jiná gramatika a jiný slovník*“:

Deklamační - Používá se při formálních projevech, také pro některé druhy věcných písemných sdělení.

Formální - Vyžaduje pečlivé použití gramatiky a slovní zásoby. Často se užívá, když je projev adresován autoritám.

Informativní – Obvykle se používá při rozhovoru s cizími lidmi, který má však neformální charakter, například při dotazu na odjezd dalšího vlaku.

Familiární – Často se užívá v konverzaci mezi přáteli nebo lidmi, kteří se dost dobře znají. Může obsahovat slangové výrazy a často používá gramatické formy, které by v psaném projevu působily nedokončeně a odporovaly by pravidlům.

Intimní – Určený pro intimní přátele a pro blízkou rodinu. Často vede k požívání zkratkovité řeči a zvláštních odkazů (in-references). Počítá s velkým množstvím společných zážitků zúčastněných osob“ (Heyesová, 2011, s. 30). Jako doprovod slovní komunikace se uplatňuje především tón hlasu, rychlost řeči.

Nonverbální komunikace je komunikace beze slov. Probíhá podle J. DeVita(2001) prostřednictvím způsobů držení těla a jeho pohybů, výrazů obličeje, pohledů a pohybů očí, změn vzdáleností mezi komunikujícími, signálů ovládnutí prostoru, druhotné výslovnosti a jeho barev, dotyků, rychlosti a hlasitosti řeči, a dokonce i způsobem, jakým komunikující zachází s časem.

- Prvním nonverbálním projevem jsou tak zvané signály těla. Tělo komunikuje jak prostřednictvím pohybů a gest, tak svým celkovým vzhledem. Pohyby těla. Vědci rozlišují pět hlavních typů pohybů: gesta, ilustrátory, afektivní projevy, regulátory a adaptéry.

Celkový vzhled těla také komunikuje. Například výška postavy, váha v poměru k výšce a stejně tak i délka, barva a úprava vlasů mohou vysílat svá sdělení druhým.

Tělo také prozrazuje rasu barvou a odstínem pleti a může i napovědět něco přesnějšího

o národnosti. Rovněž celková přitažlivost patří k signálům vysílaným tělem. Dále idržení těla a chůze.

- Druhým nonverbálním projevem jsou signály mimické a zrakové. Lidský obličej včetně očí je pravděpodobně nejdůležitějším zdrojem nonverbálních signálů. V celém průběhu interakcí s druhými obličej komunikuje, a to, co sděluje, jsou zejména emoce. Mimika zřejmě jako jediná vyjadřuje míru pocitu potěšení, souhlasu nebo sympatie, zatímco ostatní části těla v tomto směru nepřidávají příliš mnoha dalších informací. Jiné aspekty, například intenzita sdělených emocí, jsou však vyjadřovány signály obličeje i ostatních částí těla. Tyto signály jsou natolik důležité, že například v komunikaci na internetu se dnes běžně užívají jejich grafická znázornění - "Smajlíci" (emoticons, smile faces). Někteří výzkumníci tvrdí, že mimika dokáže vyjádřit nejméně osmnásledujících emocí: štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor (znechucení), opovržení a zájem. Jiní k tomu přidávají ještě úžas (zmatek) a rozhodnost.

Zraková komunikace je považována za nejdůležitější systém nonverbálních signálů. Signály sdělené očima se liší v závislosti na délce, směru a charakteru pohledu.

Svémi pohledy můžeme předávat celou řadu sdělení. Například jimi hledat zpětnou vazbu. Můžeme jimi druhého informovat, že komunikační kanál má otevřený až by měl promluvit. Pohledy mohou také signalizovat povahu vztahu, jak pozitivního (pozorný nebo laskavý pohled), tak negativního (vyhýbavý pohled). Zrakový kontakt dokáže také měnit psychologický odstup mezi lidmi. Zachytíme-li něčí pohled, kupříkladu někde na večírku, stáváme se vzájemně psychologicky bližšími, i když fyzická vzdálenost mezi námi může být relativně velká. Vyhýbáme-li se zrakovému kontaktu s druhými v případě značné fyzické blízkosti, zvyšujeme vzájemný psychologický odstup. Vyhýbání se pohledům může také signalizovat nezájem o osobu, o konverzaci nebo o nějaký přijatý zrakový podnět.

- Dalším nonverbálním projevem je prostorová a teritoriální komunikace. Způsob, kterým užíváme prostor, hovoří k druhým stejně jistě a hlasitě jak slova nebo věty. Mluvčí, který stojí v těsné blízkosti posluchače, mu při řeči položí ruku na rameno a dívá se mu do očí, signalizuje něco velmi odlišného od mluvčího, který stojí v koutě se založenýma rukama a dívá se do země.

Způsob využívání prostoru (proxemika) sděluje obsáhlou řadu signálů. Rozlišujeme čtyři vzdálenosti, které definují typ vztahu mezi lidmi, a identifikují takto sdělené signály.

1. Intimní vzdálenost - odstup 45 cm a méně; je využívána například pro intimní sblížení, zápas, uklidňování nebo ochranu.
2. Osobní vzdálenost - rozmezí od 45 do 120 cm; dovnitř dovolujeme vstup jen určitým lidem, například těm, které milujeme, kteří nás obsluhují v obchodě, nebo těm, kteří nás učí ve škole.
3. Společenská vzdálenost - rozmezí od 1,2 do 3,7 m. V této vzdálenosti ztrácíme pohled na detaily, které máme ve vzdálenosti osobní. Používáme ji k obchodním a společenským komunikacím. Čím větší odstup udržujeme, tím formálnější naše interakce vypadají.
4. Veřejná vzdálenost - odstup větší než 3,7 m. Tato vzdálenost je základem naší osobní ochrany. Umožňuje nám v případě potřeby podniknout obranné akce.

Naše vztahy k prostoru a způsoby, kterými ho užíváme při komunikaci, ovlivňuje několik faktorů. Jde o postavení, kulturu, kontext, pohlaví a věk účastníků a předmět jejich komunikace.

Dalším aspektem komunikace, který souvisí s prostorem, je teritorialita. Tento termín byl převzat z etologie. Teritorialita znamená projev vlastnických vztahů k určitému prostoru nebo předmětu. Velikost a umístění teritoria vypovídají o postavení člověka.

Nonverbální projev nazvaný komunikace dotykem, popsali Jones a Yarbrough (in DeVito, 2001). Identifikovali hlavní významy dotyků. Zde je pět nejdůležitějších:

- Dotyk může vyjádřit pozitivní emoce jako podporu, ocenění, sexuální zájem a náklonnost.
- Dotyk často vyjadřuje hravost ve smyslu náklonnosti nebo také agresivity.
- Dotyk může ovládat nebo usměrňovat chování, postoje nebo pocity druhého.

- Rituální dotyky se týkají pozdravů a loučení, například podání rukou, objetí nebo položení ruky kolem ramen druhého.
- Funkční dotyky jsou takové, které provádíme za účelem určitého úkonu, například při odstranění smítka z obličeje nebo oděvu druhého, nebo pomáháte-li někomu vystoupit z auta.

Mimojazykovým (paralingvistickým) projevem se nazývá vokální (ale přítomneverbální) dimenze řeči. Nejedná se o to, co říkám, ale jak to říkám. Také mlčení je sice absencí zvuku, ale není absencí komunikace. Přízvuk a slovosled jsou jedním z aspektů mimojazykového projevu. Dalšími jsou rychlost, hlasitost a rytmus řeči. Patří sem také vokalizace - zvuky, které vydáváme, když pláceme, šeptáme, řiháme, zíváme nebo ječíme. Změny těchto hlasových prvků něco sdělují. Například mluvíme-li rychle, sdělujeme něco jiného, než když mluvíme pomalu. I když slova budou naprosto shodná, při změně rychlosti (nebo hlasitosti, rytmu řeči nebo výšky tónu) se změní i významy, které budou druhí vnímat.

Komunikací ovšem může být i mlčení. Mlčení poskytuje mluvčímu čas na přemýšlení, na formulaci a uspořádání verbální komunikace. Před signalizací například velkého konfliktu nebo velkého projevu lásky často nastává pomlka, která zřejmě má připravit posluchače na závažnost následujících vět. Mlčení může sdělit emocionální reakce podobně jako oči, obličej nebo ruce. Někdy může sdělit rozhodnutí nespolupracovat nebo vzdorovat. Odmítáním verbální komunikace signalizujeme druhému popření jeho autority nebo legitimacy jeho postavení. Mlčení může vyjadřovat náklonnost nebo lásku, zejména ve spojení s dlouhými vzájemnými pohledy do očí. Mlčet můžeme samozřejmě také tehdy, jestliže nemáme co říct, když nás nic nenapadá nebo když nic říct nechceme.

Velmi zajímavým aspektem je dimenze času v komunikaci. Bruneau (in DeVito, 2001) uvádí, že dimenze času v komunikaci se týká využívání času tak, jak jej organizujeme, jak na něj reagujeme a jaká sdělení vyjadřujeme. Dvěma aspekty, kterým je v interpersonální komunikaci třeba věnovat pozornost, jsou kulturní a psychologický čas.

Existují dva typy kulturního času: formální a neformální. Formální se dělí na vteřiny, minuty, hodiny, dny a roky. Neformální používá obecné časové termíny, kterými jsou například navždy, ihned, brzy, rovnou, co nejdříve a jiné.

Tón hlasu a mimika jsou nejuniversálnějšími projevy emocí, ikdyž negativní výrazové projevy jsou obtížněji identifikovatelné než projevy pozitivní. Z výrazu obličeje jsou dobře srozumitelné psychické stavy a pocity, jako spokojenost, zájem, ale i obavy, strach, zlost či překvapení.

3.1.2 Konflikty mezi lidmi a jejich zvládání podle psychologicko-sociálního poradce

Konflikty vznikají jak v běžném, tak i pracovním životě. Mnoho konfliktů se časem vyvíjí. Dají se také vysvětlit jako spory. Současně se při nich střetávají protichůdné tendence. Konflikty je možné rozdělit na vnější a vnitřní. Pokud leží podněty vně jedince, jedná se o konflikt vnější. Jde-li naopak o prostředí uvnitř jedince, o odporující si vnitřní pohnutky, prožívá dotyčný jedinec konflikt vnitřní. Pokud však konflikty zůstávají uvnitř neřešené a nevyřešené, mohou vážně narušit duševní rovnováhu či poškodit duševní zdraví. „*Konflikty mezi lidmi nejsou jen předmětem studia sociální psychologie. Je to i téma básníků a dramatiků, téma advokátů a soudců z povolání i úředně nepovolaných soudců amatérů*“ (Křivohlavý, 2008, s. 12). Umění totiž spočívá ve schopnosti slyšet počátky konfliktu ve své vlastní řeči i v řeči druhého a ve snaze rozpoznat spouštěče konfliktu.

Konflikty lze rozdělit z několika hledisek a to na: kognitivní, hodnotící, percepční, motivační, volní a emocionální. Dále také na konflikty představ, kdy se střetávají představy, vjemy a počitky, rovněž i předsudky a fantazie. Každý může, tedy měl by mít také svůj vlastní názor, který však nemusí být vždy totožný s názorem druhého či ostatních. Dále se objevují konflikty i z důvodu jiných postojů, které jsou ovlivněné emocionálně, prostředím, charakterem osob a připraveností změnit svůj vlastní názor na danou věc. Konflikty mohou mít své kladné i stinné stránky, přínosy i nevýhody. Přínos do budoucna lze spatřovat např. ve zkušenosti získané s touto situací, v kreativě řešení, v rozvoji osobnosti a komunikaci, v poznání druhé osoby, ale také v přijímání kritiky od druhých osob a reagování na ni, vyčištění klimatu ve skupině. Avšak konflikty s sebou zákonitě přináší i druhou, stinnou, stránku věci, a to náročnost při řešení, rozdělení kolektivu, přijímání špatných řešení, pochvalu

záporných charakterových vlastností, snižování výkonnosti ve skupině nebo častou fluktuaci.

Konflikty, u nichž hlavní roli hrají faktory související s lidmi, lze obsáhnout přibližně ve čtyřech rovinách. První rovinou jsou podle Křivohlavého (2008) konflikty mladých a konflikty starších lidí, druhou skupinou konflikty mužů a konflikty žen, třetí skupinou konflikty lidí s různými rysy osobnosti a čtvrtou skupinou jsou konflikty lidí s psychicky abnormálními rysy.

Konflikty týkající se mladých a starších lidí nemusí vždy znamenat jen konflikt mezi generacemi, může jít i o nedorozumění mezi dětmi, pubescenty či adolescenty, a naopak mezi lidmi seniorského věku s rozdílem několika málo let. Mohou zde hrát roli aspekty životních zkušeností a preference svých prožitků i závěrů, ale může jít i o pouhý vlastní prospěch, který je upřednostňován z pozice „staršího účastníka“ interakce.

Konflikty mužů a žen jsou již historickým evergreenem a leckdy zdrojem anekdot a vtipů. Ovšem seriózní pohled na výzkum vypráví jak o chuti či nechuti mužů a žen ke kooperaci, tak i o poctivosti nebo povrchnosti vzhledu do původní problematiky před vznikem daného konfliktu.

Konflikty lidí s různými rysy osobnosti se mohou dotýkat širokého spektra důvodů. Rysem osobnosti je míněn rozlišitelný a vlastně trvalý způsob toho, čím se daný jedinec liší od druhého. Může to být postoj k nějaké myšlence, dění ve společnosti, k jistému způsobu vystupování či sebevědomí člověka. Dle Křivohlavého se „*syndromem rozumí určitý soubor takových rysů. Osobnost člověka je pak psychologicky definována jako unikátní vzor rysů*“ (2008, s. 91).

Konflikty lidí s psychicky abnormálními rysy osobnosti se dotýkají jedinců, kteří nějakým způsobem vybočují z mezí běžného jednání. Dostanou-li se takovéto osoby do konfliktní situace, dá se pozorovat určitý „*odklon od psychického normálu*“ (Křivohlavý, 2008, s. 95). Projevují se větší neochotou spolupracovat, výraznou nedůvěřivostí vůči druhé straně dokonce i deklamací „nesmyslnosti“ řešit jakýkoliv konflikt. Použijeme-li opět výrok Křivohlavého, musíme konstatovat, že „*psychopatie je v podstatě selháním komunikačního procesu v mezilidských vztazích*“ (2008, s. 95).

Zvládání konfliktů je široký a značně nepřehledný pojem, který lze podřídít buď určité strategii nebo taktickým zásahům. Strategie jsou řešení, která jsou předvídatelná a říditelná, ovšem jejich doba trvání je delší, tak říkajíc „běh na dlouhou trať“. Taktické zásahy jsou snadněji uchopitelné. Je však nutné zvolit správný přístup a typ taktiky. Význam tohoto slova vysvětluje Křivohlavý jako „*dovednost či umění využívat poměrně drobných prostředků, které jsou k dispozici k dosažení určitých cílů*“ (2008, s. 163). Taktika využívá čtyři druhy operací. Jsou jimi sliby, přísahy, hrozby a inspekční zásahy.

3.2 Atributy andragogiky ovlivňující psychologicko-sociálního poradce

Dle Beneše je *andragogika* „*vědní a studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých. Existují rozdílné koncepce andragogiky. V našem pojetí je andragogika specifická součástí věd o výchově, vzdělávání a vyučování*“ (Beneš, 2014, s. 11).

Profese andragoga rozhodně není chápána jako profese pomáhající. Je však neoddiskutovatelné, že i v této sféře, tedy pomáhajících profesích, se setkáváme s andragogickým působením. V andragogice totiž dle Průchy a Vetešky „*nacházíme tolik diskutovanou dimenzi: andragogika prokazující praktický přínos díky řešení reálných problémů lidí. Zkoumá jako induktivní věda především teorii a praxi vzdělávání dospělých a oblast poradenství a péče o dospělé jedince*“ (2012, s. 33). I Novosad (2000) přiznává, že pouhé dosažení vzdělání, byť odborného charakteru, není uspokojivé a dostačující. Nabádá k soustavnému sebevzdělávání a k absolvování profesních kurzů a výcviků. Není tedy ojedinělé, že andragogické poradenství prolíná také do sfér zaměřených i na fyzickou stránku. Takovéto možnosti velmi často využívají například fyzioterapeuti, kteří se soustředí ne pouze na vzniklé postižení či poškození pohybového aparátu, ale i na jeho příčinu.

Osobnost psychologicko-sociálního poradce nelze snadno definovat. Vzhledem k širokému spektru zaměření a kompetencí je vcelku nemožné určit ostrou hranici jeho působnosti. Poradce je zde vnímán jako samostatný, nezávislý odborník, plně využívající svých odborných znalostí a dovedností získaných především v oborech

psychologie, sociologie a andragogika. Pro úplnost a celistvost jsou zde však důležité i vědomosti vycházející z oborů medicíny, ekonomie, pedagogiky či práva.

Vzhledem k výše uvedené charakteristice, zejména zaměřením na pomoc druhým, ovšem může být psychosociální pracovník v širším pojetí vnímán jako ona diskutovaná, pomáhající profese. Pomáhající profese byly v minulých letech přiřazovány k takovým povoláním jako jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci, psychologové a postupem doby se k nim přiřadili fyzioterapeuti, maséři, muzikoterapeuti, arteterapeuti a mnozí další odborníci. *„Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. Toto vzdělání poskytují příslušné školy. Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem“* (Kopřiva, 2011, s. 14). Tak jako u ostatních pomáhajících profesí hraje i u poradce velkou roli vztah mezi ním a klientem. Hlavními atributy jsou zde přijetí, respekt, důvěra a povzbuzení.

Pro úspěšné vedení poradenského procesu musí poradce dodržet rámec, který tento proces utváří. Je zformulován „v následujících krocích:

1. *Navázání vhodného vztahu. Autoři Culley a Bond hovoří o bytostných základech poradenských dovedností: navazování, udržování a vyhodnocování mezilidských vztahů, význam neverbální komunikace a interpersonální dovednosti obvykle používané při každodenním řešení problémů.*

2. *Vytvoření produktivního způsobu společné péče, který je zaměřen na řešení konkrétních problémů nebo otázek. Dovednosti, které se týkají navazování vztahů či pokládání základů, vydělují tento způsob pomoci jako podstatně odlišný od běžné konverzace. Dovednosti poskytují prostředek na dosažení sdíleného porozumění (vzájemné porozumění potíží, kvůli nimž klient vyhledal pomoc).*

3. *Odkrývání nových pohledů na problém. Pouhé sdílení problému nemusí být dostačující. Někteří lidé potřebují pobídky, které před nimi otevrou nové a lepší možnosti.*

4. *Podpora pro realizaci. Rozdíl mezi diskusí o problému v pomáhajícím vztahu a realizací potřebných kroků za méně příznivých podmínek může klienta odradit. Poradenské dovednosti pomáhají klientovi přejít od slov k činům.*

5. *Zvládání náročných situací. Každý člověk a každý člověk je jiný. Úspěšný odborník zvládá velkou dávku nejistoty při rozvíjení procesu a je připraven na nečekané. Určitá příprava, jak reagovat na překvapivé a náročné situace, pomáhá posílit poradcovu sebedůvěru a zvyšuje jeho schopnost zvládat situace, které by se mohly vymknout jeho i klientově kontrole“ (2008, s. 8 – 9).*

Poradenství se v českých zemích rozvíjelo postupně a vždy, dá se říct, určitým způsobem reagovalo na vzniklou situaci, u které společnost vyžadovala řešení oficiálního charakteru. „Za významný mezník 21. století lze považovat v roce 2006 spojení českých poradenských asociací do Asociace sociálního poradenství (ASP), jimiž jsou členy:

- *Asociace manželských a rodinných poradců ČR (AMRP ČR, vznik v roce 1990), zajišťuje manželské, předmanželské a předmanželské a rodinné poradenství, které se u nás vytvářelo jako samostatný obor od roku 1967, kdy v Praze vzniklo první poradenské zařízení tohoto typu.*

- *Asociace občanských poraden (AOP vznik 1998). Zajišťuje podporu občanského poradenství, jež se v ČR rozvíjelo od roku 1995 jako komplexní nezávislé sociálně-právní poradenství.*

- *Asociace poraden pro zdravotně postižené (APZP, vznik 2003). Zajišťuje poradenství osobám se zdravotním postižením a osobám nemocným.*

- *Poradna VIDA (vznik 2001). Jedná se o celonárodní organizaci lidí s duševním onemocněním, která podporuje vznik a rozvoj svépomocných informačně-poradenských zařízení napříč ČR (Brno, Jeseník, Pardubice, Kolín, Praha, Plzeň, Rakovník, Ústí nad Labem)“ (Procházka a kol., 2014, s. 15).*

3.3 Možnosti vzdělávání psychologicko-sociálních poradců

Psychologicko-sociální poradce je člověk, který může pomoci v životním posunu kupředu. K dosažení tohoto postavení je nutné ukončené vysokoškolské vzdělání buď v oboru psychologie nebo v oborech humanitních a sociálních věd. Toto vzdělání poskytují například obory psychologie, pedagogiky, sociologie

či andragogiky. Vysokoškolské vzdělání lze získávat jak na veřejných, tak i soukromých vzdělávacích institucích.

Speciálně andragogické vzdělání na veřejných školách lze získat na Univerzitě Karlově v Praze, Univerzitě Palackého v Olomouci, Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Ostravské univerzitě či Masarykově univerzitě v Brně. Soukromý sektor se více zaměřuje na řízení lidských zdrojů a personální management. Školy nabízející tyto vzdělávací programy jsou například Vysoká škola ekonomie a managementu, Ambis.Vysoká škola., Ústav práva a právní vědy, European Business School SE nebo Vysoká škola aplikované psychologie v Terezíně. Oproti tomu výhradně andragogikou a vzděláváním dospělých se zabývá Univerzita Jana Amose Komenského Praha.

Orientace andragogického studia se dá označit jako multidisciplinární. Pro práci andragoga v psychosociální sféře však studium zprostředkovává pouze dílčí část. Základ tvoří osobnostní výbava, kterou si přináší sám student.

Pro komplexní služby psychosociálního poradce je samozřejmostí jeho celoživotní vzdělávání. Slouží k doplňování a upevňování jeho kvalifikace. Vzdělávání je možné uskutečňovat za pomoci akreditovaných vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů. Tyto programy bývají udělovány ministerstvem vzdělávacím zařízením fyzických a právnických osob nebo vysokým a vyšším odborným školám. Další vzdělávání pracovníků různých profesí upravuje například zákon 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících anebo zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.

Podle výsledků výzkumu vzniklého spoluprací mezi Národním vzdělávacím fondem České republiky a Ústavem pedagogických věd Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně (2003), který se zabýval vzděláváním poradců v České republice, je tento typ vzdělávání naprosto nutnou, ale téměř opomíjenou skutečností. Pro vyrovnání se s různými životními problémy a přípravu jedinců na fungování v běžném sociálním prostředí je nutné zabezpečit poradenskou podporu v celé jejich životní dráze a usnadnit jeho orientaci ve společenském soužití. V České republice působí několik poradenských systémů.

- První, který uvádíme v našem přehledu, patří do působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a soustřeďuje se zejména na pedagogicko-

psychologické poradenství, či výchovné a kariérové poradenství. Takovým kurzem je například kurz „Problematiky primární prevence rizikového chování“.

- Druhý spadá pod resort Ministerstva práce a sociálních věcí a poskytuje poradenské služby zejména v oblasti kariérového poradenství. Možnosti vzdělávání jsou většinou nabízeny a poskytovány prostřednictvím Úřadu práce.
- Třetí poradenský systém je součástí resortu Ministerstva zdravotnictví a nabízí především takové poradenské služby, jejichž cílem je ovlivňování životního stylu a zdravotního stavu populace. Vzdělávání je zde vedeno spíše formou konferencí a odborných kongresů.

Poradenské aktivity vykonávají také subjekty, které nejsou součástí státního sektoru. Jsou to například personální agentury, ale také občanská sdružení, hnutí i různé nadace.

3. 4 Vzdělávání klientů ze strany psychologicko-sociálních poradců

Vzdělávání klientů psychologicko-sociálními poradci je v současné době nově se vyvíjející směr vzdělávání. Důvody, proč klienti vyhledávají tento typ vzdělávání, mohou být různého původu. Může jít o tíživou situaci způsobenou jejich zdravotním stavem, sociální pozicí či událostí, která se jich momentálně nebo i dlouhodoběji bezprostředně dotýká. Může jít i o sekundární dopad, způsobený onemocněním někoho z rodiny nebo přátel či kombinací psychosociálních aspektů dotýkajících se blízkých osob. Na tuto poptávku vzdělávání reflektují instituce, které mají různé zaměření své působnosti.

Široké spektrum vzdělávání klientů týkající se psychosociální oblasti nabízí například Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Za pomoci víkendových kurzů nabízí semináře jak pro pracovníky v pomáhajících profesích, pro psychologicko-sociální poradce, ale i pro klienty výše jmenovaných pracovníků. Je to například:

- Fyzioterapie – bolest, stres, napětí...
- Relaxační techniky a techniky zvládnání stresu
- Transgenerační přenos traumatu a pohybová práce s ním a mnohé další.

Vzdělávání nebo spíše školení svých zaměstnanců se věnuje například Ministerstvo vnitra České republiky, kde v rámci psychosociální ochrany probíhají semináře zaměřené na psychosociální podporu uniformovaných složek. Důraz je kladen zejména na odolnost zasahujících pracovníků a její podporu, zdůraznění podpůrného kontextu, který tvoří praktická pomoc, dodávání informací a vyjádření empatie. Pozornost je u uniformovaných složek dále věnována organizované kolegiální podpoře (peer support) a včasnému zachycení těch osob, které potřebují zprostředkování další odborné péče. Souhrn psychologické péče a zejména možnosti vzdělávání psychosociální péče je též přístupný na stránkách Ministerstva vnitra – „*Psychologická služba*“ (online, cit. 2020.02-01).

Amelie je nezisková organizace zabývající se psychosociální pomocí pro onkologicky nemocné a jejich blízké. Je zaměřena na podporu psychosociální pomoci nejen v poskytování služeb, ale také v osvětovém působení a rozvoji této oblasti v České republice. V oblasti vzdělávání nabízí semináře v oblasti psychosociální problematiky především onkologicky nemocných a jejich blízkých. Semináře jsou akreditovány v rámci celoživotního vzdělávání pro různé cílové skupiny. Vytváří i semináře na zakázku. „*Semináře jsou určeny zejména pro nelékařské zdravotnické pracovníky (akreditované Českou asociací sester), sociální pracovníky a pracovníky sociálních služeb (akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky), úředníky státní správy (akreditované Ministerstvem vnitra české republiky), klinické psychology (akreditováno Asociací klinických psychologů České republiky), členy patientských organizací a širokou veřejnost*“ (online, cit. 2020-02-12).

Vzdělávání klientů probíhá i v rámci fyzioterapeutické a psychosomatické péče. Jde o vzdělávání individuální takzvaně „tváří v tvář“. Tento typ péče zajišťuje například Regenerační a rekondiční středisko Mgr. Scheichlové. Klienti sem dochází primárně za fyzioterapeutickým ošetřením a pokud je potřeba, je jim poskytnuta jak psychologicko-sociální poradenská péče, tak i péče, která se týká poskytnutí informací o jejich tělesném stavu, popřípadě o souvislostech, které s jejich stavem mohou korespondovat. Toto středisko ale poskytuje klientům i víkendové vzdělávací kurzy se zaměřením vždy na určité téma. Témata jsou vesměs koncipována na souvislosti mající dopad na pohybový aparát. Jsou jimi například pracovní vyčerpání, syndrom vlastní nenahraditelnosti, absence volného času, dopad partnerských problémů

na pohybový aparát, sebeláska a chybějící sebeláska, absence pevné vůle k pravidelným pohybovým či jiným volnočasovým aktivitám a mnohé další.

4 PROVÁZÁNÍ PROFESÍ

FYZIOTERAPEUTAS PROFESÍ PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍHO PORADCE

Provázání profese fyzioterapeuta s poradenstvím je naprosto samozřejmá věc. Již pouhá doporučení, která fyzioterapeut poskytuje svému pacientovi či klientovi musí být podávána určitou formou a musí podléhat jistým pravidlům. Pokud je brán v úvahu fakt, že při fyzioterapii nejde pouze o masáže a cvičení, nýbrž o poskytnutí komplexní služby čítající i rozhovor a doporučení, je nasnadě, že psychologicko-sociální poradenství má v této branži již pevně ukotvené místo.

Fyzioterapeutická léčba muže být pojímána jak způsobem přímého navázání na lékaře a jeho doporučení, tak i způsobem samostatného přístupu terapeuta. Pokud jde o provázání fyzioterapie s poradenstvím, jde z větší míry o přístup druhý, samostatný. Fyzioterapeut používající holistické pojetí je klienty velmi preferován a vyhledáván. Naterapeuta jsou však tím pádem kladeny nejen odborné požadavky znalostí anatomie a fyziologie lidského těla, ale také požadavky psychologických, sociologických a komunikačních schopností.

I historické prameny ukazují, že ranhojiči, léčitelky, kořenářky nebo šamani a „felčaři“ dávali do souvislosti lidský osud, smýšlení, pocity a jejich promítání do fungování lidského organismu. Hovoří o tom také různá pořekadla a lidová rčení, která se zachovala dodnes. Všichni tím pádem vědí, co je myšleno souvětími, dotýkajícími se přímo pohybového aparátu: „Veškerou tíhu světa nesl na svých bedrech.“, „Hrůzou mu ztuhla šíje.“ nebo „Nohy a ruce měl jako z olova.“ Emocí se ale týkají i tělesné projevy, které souvisí také s jinými systémy organismu. Například trávicího systému se dotýkají rčení: „Celou dobu mu ta událost ležela v žaludku.“, „Tyto záležitosti nikdy nestrávil.“ nebo „Měl už všeho plné zuby.“ Výmluvné jsou i reakce týkající se dýchacího a kardiovaskulárního systému velmi často spojované se stresem. V hovorové mluvě je tedy možné slyšet věty typu: „Vzteky nemohl popadnout dech.“, „Krvě by se v něm nedořezal.“, „Hrůzou mu ztuhla krev v žilách.“ či „Radostí mu málem vyskočilo srdce z krku.“

Jsou-li brány v úvahu veškeré výše zmiňované aspekty, záleží pak na vzdělání a zkušenosti terapeuta, jak se k problému pacienta postaví, a z které strany uchopí léčbu. Vzhledem k tomu že psychická labilita a s ní související faktory jako jsou stres, bolest nebo únava, bývají provázeny vyšším výskytem funkčních poruch pohybového aparátu, používají pracovníci různé terapeutické postupy. Doporučit lze zejména nejrozličnější relaxační programy, dechová cvičení, techniky ovlivňující tělové schéma, různé pohybové aktivity a metody fyzikální terapie s myorelaxačními a analgetickými účinky. V neposlední řadě zařazují techniky manuální terapie, vhodné k ovlivnění svalových dysbalancí a bolesti, u nichž lze využít psychologického efektu doteku. Všechny uvedené techniky samozřejmě indikují na základě kompletního kineziologického rozboru a doplňují je ostatními fyzioterapeutickými metodami, které působí zároveň preventivně. Terapie každého pacienta musí být vždy individuální. Proto je pro fyzioterapeuta důležité vědět, jak k těmto pacientům přistupovat a jaké jsou jeho možnosti v ovlivnění přístupu k potížím, které má. Cílem terapie je snížení potíží na únosnou míru tak, aby pacient mohl prožívat svůj život hodnotněji.

4.1 Model terapeutického setkání

Způsob terapie každého pacienta je vždy individuální. Jakási opora nebo též osnova takového setkání má vždy podobný sled jednotlivých úkonů. Každé pracoviště má svůj specifický přístup a způsob vedení takového setkání.

V Rekondičním a regeneračním středisku Mgr. Scheichlové jsou terapeutky vybírány a přijímány i na základě jejich schopností a znalostí v psychosociální sféře. Terapeutky mají proto vzdělání fyzioterapeutické, ale je též kladen důraz na vzdělání směru psychologického a andragogického. Při plánování terapií a též při tvoření jejich koncepce je, jako základ, preferována znalost stavu klienta, se kterým bude daná terapie probíhat.

- Návštěva klienta je při prvním setkání plánována na 120 minut. Každé další setkání trvá 90 minut. Úvodní setkání začíná pohovorem s klientem, kde o něm terapeut zjišťuje základní informace a tvoří písemný záznam vystavením tak zvané karty klienta. Na úvod je zaznamenáno jméno a příjmení klienta,

pohlaví, datum narození, rodinný stav, povolání, u žen počet těhotenství a narozených dětí. Další záznam tvoří zpráva o tom, s jakým problémem klient přichází, popřípadě zpráva od odborného lékaře o vyšetřeních týkajících se klientova současného stavu.

- Další fází je fyzická prohlídka klienta, tak zvaná diagnostika observací a palpací. Znamená to, že fyzický stav klienta je hodnocen jak pohledem, tak i pohmatem. Na vyšetření zpravidla navazuje ošetření vycházející z momentálního stavu klienta. Nejčastějším modelem je uvolňující masáž s následnou mobilizací blokády a protažením svalů, šlach a úponů. V průběhu masáže zpravidla formou rozhovoru dochází k prvnímu navázání mentálního kontaktu a upřesnění některých souvislostí vztahujících se ke zdravotnímu stavu klienta. Součástí toho je například osobní a rodinná anamnéza nebo druh sportu, kterému se dotyčný věnuje.
- Na tuto velmi kontaktní část navazuje fáze, která se týká shrnutí poznatků terapeuta a plynule přechází k vyhodnocení stavu a doporučením ze strany terapeuta. Zde opět nastává doba, kdy terapeut s klientem vedou rozhovor, konzultují poznatky, které propojují sféru fyzickou, psychickou i sociální a vzájemně hodnotí průběh terapie. V případě zájmu klienta domlouvají ideální časový rozestup mezi dalšími setkáními a přesný čas příštího termínu. Před odchodem klienta z ordinace je nutné uvést klienta do stavu duševní pohody.
- Po odchodu klienta je nutné do karty klienta zaznamenat jeho terapeutem zjištěný fyzický i psychický stav a zaznamenat ostatní informace, které mohou souviset s problémem, který na terapiích hodlá řešit. Denní záznam v kartě klienta musí obsahovat i momentální postřehy o stavu klienta v průběhu terapie a jeho psychický a fyzický stav při odchodu.

Příklady záznamů v klientských kartách

Jména i data byla z důvodu zachování anonymity změněna.

Anna

5.11.2019

13:00 – 15:00 hodin

Osobní anamnéza

Klientka Anna do ordinace přichází s dlouhotrvajícími bolestmi v oblasti hrudní páteře, konkrétně s bolestmi mezi lopatkami a následnou ztuhlostí v oblasti krční páteře. Při úvodním rozhovoru zjišťuji, že Anně je 40 let, je vdaná a má dvě děti (chlapce 7 a dívku 11 let). Sděluje, že v minulých letech docházela 2x týdně na cvičení jógy a občas na pilates. Před dvěma lety začala podnikat se svojí sestrou (založily první pražskou palačinkárnu).

Zdravotní anamnéza

Klientka přichází s bolestmi hrudní a krční páteře. Dle jejího sdělení v minulosti neutrpěla žádný vážnější úraz ani páteře ani jiné části těla. Těhotenství probíhala standardně a porody byly spontánní a bez zásadních komplikací. Zhruba půlroku po spuštění společného podnikání se sestrou se u Anny začaly objevovat opakované záněty horních cest dýchacích a vyvrcholily zápallem plic a zánětem pohrudnice. Zápal plic a zánět pohrudnice byly léčeny antibiotiky, avšak po залéčení stále přetrvávala lehká dechová nedostatečnost, snadná náchylnost k jakémukoliv nachlazení a již zmiňované potíže s páteří.

Fyzioterapeutický postup

Po úvodní observaci terapeutka rozhodla pro masáž, která způsobí uvolnění hypertonického svalstva a palpací diagnostikovala bloková postavení čtvrtého, třetího a druhého žebra vpravo a čtvrtého, třetího a prvního žebra vlevo. Po sportovně-relaxační masáži zad a šíje aplikovala mobilizační techniky provedené technikou dle Ludmily Mojžíšové a doporučila klientce klidový režim po zbytek dne.

Poradenský postup

V době, kdy byla klientce prováděla sportovně relaxační masáž, vedly s terapeutkou rozhovor o klientčině životním rytmu a tempu, o jejím vnímání svého zdravotního a psychického stavu a o periodách, kdy se dostávají její největší zdravotní potíže. Dopracovaly se ke zjištění, že bolesti zad, dechové potíže a kašel přicházejí zpravidla v době, kdy manžel odjíždí služebně mimo republiku, tudíž ona zůstává sama na roli matky i podnikatelky a její pracovní tempo „nabere vyšší obrátky“. Uvědomuje si, že potřebuje čas, který bude patřit pouze jí samotné a bude mít tím pocit, že dělá i něco pro sebe. Jako úplný začátek zvolila variantu, že bude mít zaznamenaný pevný termín návštěv v Regeneračním a rekondičním středisku (cca jednou za 4 týdny) a přijde si takzvaně odpočinout, zrelaxovat psychiku a „srovnat“ tělesnou schránku.

Závěr

Klientka odchází po dvouhodinové terapii s pocitem fyzické úlevy a lehké psychické i fyzické únavy. Po dohodě s klientkou byl naplánován další termín návštěvy. Dle jejích slov je spokojená s osobním přístupem i prokázanou profesionální odborností terapeutky a velmi se těší na další terapii.

Přemysl

22. 3. 2019

10:00 – 11:30 hodin

Osobní anamnéza

Klient Přemysl dochází do ordinace druhým rokem. Původním problémem, byly občas objevující bolesti v sakroiliakálním (SI) skloubení, přetrvávající bolesti krční páteře a citlivost, občas bolestivost v oblasti pravého lokte, v akutní fázi se projevující i při úchopu předmětů v zápěstí a v prstech. Přemyslovi je nyní 20 let, je studentem posledního ročníku střední školy. Žije u rodičů, je svobodný, od šesti let se věnuje boxu a poslední rok kombinuje tréninky a zápasy boxu s tréninky MMA. Tréninky v tělocvičně absolvuje 3x týdně, 2x týdně cvičí v posilovně, o víkendu cca 1x za tři týdny má boxerský zápas. Sauna a jiné relaxační aktivity maximálně 2x za měsíc.

Zdravotní anamnéza

Původ Přemyslových potíží v křížovém skloubení byl v lehké rotaci pánve a v jednostranném přetížení svalstva a úponů v kříži a hýždích. Problémy s cervikální (krční) páteří byly způsobené přetížením hrudní oblasti mezi lopatkami a blokovým postavením druhých žeber na obou stranách, lehkým posunem klíční kosti vpravo a blokovým postavením prvního žebra také vpravo. Bolestivost v pravém lokti byla způsobena tak zvanou epikondylitislateralis, neboli tenisovým loktem. Dle svých slov neutrpěl v minulosti žádný úraz páteře, asi před dvěma lety však měl výron v kotníku s lehkým poškozením vazů a před půl rokem mu byl při tréninku zlomen nos. Při pravidelných návštěvách ve fyzioterapeutické ordinaci došlo ke stabilizaci segmentu sakroiliakálního kloubu a tyto problémy se zatím znovu neobjevují. Pravidelná rehabilitační péče je věnována zejména horním končetinám a hrudní a krční páteři, kde dochází k pravidelnému přetěžování tréninky. Tenisový loket byl ošetřen uvolněním hrudní a krční páteře, mobilizací žeber dle technik Ludmily Mojžíšové, lymfatickou drenáží pravé horní končetiny se zaměřením na loketní rotátorovou manžetu a desetiminutovým osvětlením laserovou sprchou s rehabilitačním programem na epikondylitis. Klient byl poučen o udržování lokte v teple a o nutnosti bandáže při zátěži. Pravidelná ošetření se týkají zad, šíje a horních končetin. Ošetření sestává ze sportovně-relaxační masáže, protahovacích, uvolňovacích technik a mobilizací dle Ludmily Mojžíšové.

Poradenský postup

V průběhu masáže běžnou konverzací terapeutka získala informace o průběhu předešlých tří týdnů od poslední návštěvy v ordinaci. Dozvěděla se, že klient měl lehký stres ve škole, protože se blíží maturita a zvýšený psychický nápor i ohledně jeho sportů. V boxu podstupuje poměrně náročnou fyzickou i psychickou přípravu na svůj poslední zápas, jelikož s boxem končí a přechází plně na MMA. V MMA se začíná pozvolna připravovat na svůj první zápas nové sportovní kariéry. Ve chvílích, kdy měl pocit, že „nestíhá“ pociťoval ztuhlost kolem ramen a šíje. Asi na týden se znovu vrátila bolest pravého tenisového lokte, což potlačil zahřívací emulzí a na trénink používal kineziotaping. Po rozhovoru s terapeutkou společně probrali mechanismus vzniku jeho potíží z pohledu psychosomatiky. Shodli se na tom, že vlivem stresu dochází

k hypertonu horní hrany trapézového svalu a v přeneseném slova smyslu se pomocí rukou snaží „pochytat“ a „udržet“ všechny povinnosti a vytyčené cíle, které si stanovil.

Závěr

Klient odchází po 90 minutách terapie. Podle jeho slov se cítí fyzicky i psychicky výborně. Fyzická únava se u něj po terapii tohoto typu dostavuje zhruba za dvě hodiny. Počítá s ní, a proto si na dnešek nenaplánoval již další aktivity. Odchází domů odpočívat. Příští termín setkání, byl vzhledem k současnému programu klienta naplánován již za dva týdny.

5 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁST

Odborníci na psychosomatiku již řadu let upozorňují, že odborná i laická veřejnost podléhá několika omylům. Prvním omylem je přesvědčení, že nemoc nebo poranění některého orgánu je pouze dílčí a mechanická záležitost. Za tímto účelem byly tudíž zřízeny jednotlivé medicínské obory, které jsou od sebe striktně odděleny. Druhým omylem je přístup ke zdravotním problémům způsobem, že každý defekt se dá opravit zvenčí (léky, operací, fyzikálním působením), aniž bychom brali v úvahu subjektivitu pacienta. Třetím omylem je odosobnění vztahu mezi pacientem a lékařem. Velká zařízení neumožňují těsnější přístup k lidem a nevědí nic o jejich starostech, radostech, zvláštnostech jejich osobnosti. Nemají šanci dohlédnout ke spoušťovému bodu jejich potíží.

Autorka se v teoretické část této diplomové práce zabývá pojetím psychologicko-sociálního poradenství jako součásti andragogického působení na člověka. Nejprve vysvětluje základní pojmy jako psychologie, psychoterapie a psychosociální poradenství, aby přes fyzioterapii a psychosomatiku mohla rozvinout teorii dotýkající se propojení duše, těla a celostní medicíny.

Poukazuje na vzrůstající zájem o celostní pohled na řešení somatických problémů a na důležitost formy, kterou se informace předávají a šíří. Popisuje zde i jak významnou roli v komunikaci mezi klientem a poradcem nebo mezi pacientem a terapeutem hraje etika či přístup k řešení konfliktů.

Tímto nepřímo navazuje i na otázku vzdělání a vzdělávání terapeutů, poradců i klientů samotných. Dotýká se toho, že není potřeba vzdělávat pouze v medicínských tématech a tématech psychologických, ale vzít též v úvahu obory pedagogické – potažmo andragogické a sociologické.

Autorka zde upozorňuje i na fakt, že v současnosti samotní klienti vyhledávají pomoc takových odborníků, kteří jim jsou ochotni poskytnout individuální přístup. Dávají přednost komplexnímu pohledu na problém a oceňují prostor, který jim odborník poskytuje za účelem jejich aktivní účasti při léčbě.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

Propojení léčby těla s léčbou duše je v současnosti stále více diskutovaným tématem. Problematika tak zvané psychosomatiky si prošla od prvotního úplného společenského zatracení až po její renesanci a znovuvzkříšení skutečně dlouhou cestu. Autorka se v praktické části této diplomové práce zabývá zjišťováním a vyhodnocováním dat, týkajících se této stále se rozrůstající skupiny.

Praktickou část tvoří výzkum. Autorka k jeho provedení zvolila dotazníkové šetření a pro zajištění větší objektivity sestavila dva dotazníky, přičemž každý oslovuje jinou skupinu respondentů.

6.1 Vymezení výzkumného cíle

Hlavním cílem této diplomové práce je: „Zjištění stavu přístupu dospělých lidí k informacím o problematice vlivu stresu na pohybový aparát“. Dílčím cílem výzkumu bude zjištění, z jakých zdrojů tyto lidé čerpají informace o této problematice. Po seznámení se s problematikou vyvstává několik otázek, které jsou hybnou silou pro vznik výzkumu mezi dospělými klienty fyzioterapeutické ordinace a specialisty pracujícími s touto skupinou lidí.

6.2 Otázky a hypotézy

Výzkumné otázky této práce lze dle Gavory (2010) definovat jako deskriptivní nebo také popisné. Jejich sestavení a formulace předcházela samotné tvorbě dotazníků, které autorka použila pro výzkum.

Výzkumné otázky:

1. Mají dospělí lidé dostatečné povědomí o dopadu stresu na pohybový aparát?
2. Vnímají zákonitosti psychosomatických dopadů na pohybový aparát více ženy nebo muži?
3. Ovlivňuje postupující věk dospělých lidí ochotu nacházet přístup k pochopení souvztažností psychiky a pohybového aparátu?
4. Jsou si pacienti fyzioterapeutické ordinace vědomi souvislosti psychologicko-sociálního poradenství a fyzioterapie?

Ve výzkumných otázkách byly použity pojmy, které jsou i nadále používány v praktické části této práce. Jsou to pojmy: pohybový aparát, fyzioterapie, psychosomatické dopady, psychologicko-sociální poradenství. Autorka tyto pojmy používá a vysvětluje již v teoretické části, kde jim věnuje značnou pozornost.

Počet hypotéz odpovídá počtu průzkumných otázek. „*Hypotézy tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů*“ (Chrátka, 2007, s. 17). Uvádí též, že z výsledků výzkumného dotazníku a ověřování hypotéz, jsou vyslovovány závěry odpovídající dotyčnému výzkumu. Dochází k přijímání či odmítnutí hypotéz, interpretaci výsledků, které jsou porovnávány s již zjištěnými současnými výsledky vědy a posléze zdůvodňovány zjištěné rozdíly. Na základě zjištěných skutečností se dají dedukovat jiné podmíněné výroky týkající se vztahů mezi proměnnými. Pokud výzkum pokračuje nebo je plánováno jeho pokračování, mohou být zjištěné výroky použity pro tvorbu hypotéz v dalších výzkumech.

Hypotézy průzkumu:

Hypotéza číslo 1: Lidé v dospělém věku, mají dostatečné povědomí o vlivu stresu na pohybový aparát, neboť v dnešní době lidé vědí, jak získat informace o této problematice (internet, vzdělávací kampaně a podobně).

Hypotéza číslo 2: Ženy vnímají, více než muži, psychosomatický dopad na pohybový aparát, neboť se v období života, a zvláště

po mateřské dovolené, více než v minulosti, věnují péči o svůj zdravotní stav.

Hypotéza číslo 3: Dospělí lidé s přicházejícím stářímneradi mění svůj způsob života, což se odráží i na jejich přístupu k pochopení vzájemného vztahu psychiky a pohybového aparátu.

Hypotéza číslo 4: Pacienti, kteří přicházejí do fyzioterapeutické ordinace, přijímají nabízené psychologicko-sociální poradenství, neboť již vědí, že tudy vede cesta k odstranění jejich fyzickému problému.

6.3 Výzkumný vzorek

Autorka pro průzkum oslovila klienty fyzioterapeutické ordinace, ve které pracuje, a jako skupinu specialistů přizvala ke spolupráci své kolegyně fyzioterapeutických ordinací, s nimiž spolupracuje. Respondenti prvního dotazníku jsou rozčleněni do tří věkových kategorií (otázka číslo 2). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 51 klientů, z toho v první kategorii (věk 20 – 25 let) 6 lidí, ve druhé kategorii (věk 25 - 45 let) 13 lidí a ve třetí kategorii (věk 46 – 65 let) 32 lidí.

Druhé šetření se týká jedenácti lidí, pracovníků fyzioterapeutických ordinací a ordinací, kde je prováděna fyzioterapie a kosmetika. Někteří tito lidé provozují pouze fyzioterapeutickou praxi, někteří ji kombinují s kosmetikou a někteří volí cestu fyzioterapie spojené s psychologicko-sociálním poradenstvím. Autorka pro účely šetření oslovila specialisty, se kterými spolupracuje díky své mnohaleté terapeutické praxi. Pro bližší charakteristiku respondentů byly v dotazníku uvedeny položky 1 – 5.

6.4 Výzkumná metodika

První šetření bylo provedeno pomocí dotazníku, jehož položky byly pro větší jednoznačnost, uzavřené. Celkový počet představovalo 11 položek, z nichž otázky 1 – 3 byly informativní. Místem průzkumu bylo autorčino pracoviště, soukromá fyzioterapeutická ordinace. Informativními otázkami autorka zjistila,

že se dotazníkového šetření zúčastnilo 35 žen (69% z celkového počtu respondentů) a 16 mužů (31% z celkového počtu respondentů).

U druhého dotazníku autorka pomocí informativních otázek zjistila, že v anonymním dotazníkovém šetření, kterého se zúčastnilo 11 specialistů, odpovídalo na otázky 5 lidí, kteří se zabývají fyzioterapií a kosmetikou a 6 lidí, kteří se zabývají fyzioterapií a psychologicko-sociálním poradenstvím. Mezi respondenty nebyl žádný ze specialistů, který by se zabýval pouze fyzioterapií.

6.5 Časová organizace průzkumu

Jak již bylo uvedeno, autorka pracuje v soukromém fyzioterapeutickém, relaxačním a rekondičním středisku. Díky této skutečnosti měla možnost oslovit své klienty a požádat je o vyplnění dotazníku. Vzhledem k tomu, že klienti i specialisté vyplnili dotazníky hned na místě, byla jejich návratnost 100 %. Sběr dat potřebných pro výzkum probíhal po dobu 2 měsíců roku 2019 (říjen, listopad).

6.6 Výsledky výzkumu

Pro vyplnění prvního dotazníku oslovila autorka 51 respondentů, které podle věkových kategorií následně rozdělila do tří skupin. První skupinu označila jako kategorii číslo 1 a umístila do ní dospělé lidi věkového rozpětí 20 – 25 let. Tuto skupinu dle dotazníkového šetření tvořilo 6 lidí (tedy 12 % z celkového počtu zúčastněných). Druhou skupinu označila jako kategorii číslo 2 a umístila do ní dospělé lidi věkového rozpětí 26 – 45 let. Tvořilo ji 13 lidí (tedy 25 % z celkového počtu zúčastněných). Třetí skupina, označená jako kategorie číslo 3, obsahovala dospělé lidi věkového rozpětí 46 – 65 let. Podle výzkumu ji tvořilo 32 lidí (tedy 63 % z celkového počtu zúčastněných).

Třetí otázkou autorka zjišťovala stupeň vzdělání, kterého respondent dosáhl. Zjistila, že 2 dotázaní mají ukončené základní vzdělání (tedy 4 %), středoškolského

vzdělání dosáhlo 10 dotazovaných (tedy 20 %) a 39 respondentů ukončilo vzdělání vysokoškolské (tedy 76 %).

Poslední informativní, 4. otázka, se týkala zjištění, zda klienti vůbec registrují nějakou fyzioterapeutickou ordinaci ve svém okolí. Tímto dotazem autorka mířila ke zjištění, zda zařazují ordinaci, kterou navštěvují, mezi fyzioterapeutické ordinace nebo pouze mezi pracoviště věnující se masáží a péči o tělo. Ze šetření vyplynulo, že 51 respondentů (tedy 100 %) považuje své návštěvy za návštěvy fyzioterapeutické ordinace.

Následující otázky se týkaly samotného výzkumu cíleného na vzdělávání, získávání informací a péči o psychické a fyzické zdraví.

Na položky číslo 5 „Jakým způsobem nejčastěji získáváte informace týkající se zdraví a životního stylu?“ a 6 „Proč navštěvujete fyzioterapeutickou ordinaci?“ bylo možné odpovědět i více možnými odpověďmi, proto jejich procentuální vyhodnocení netvoří 100 %.

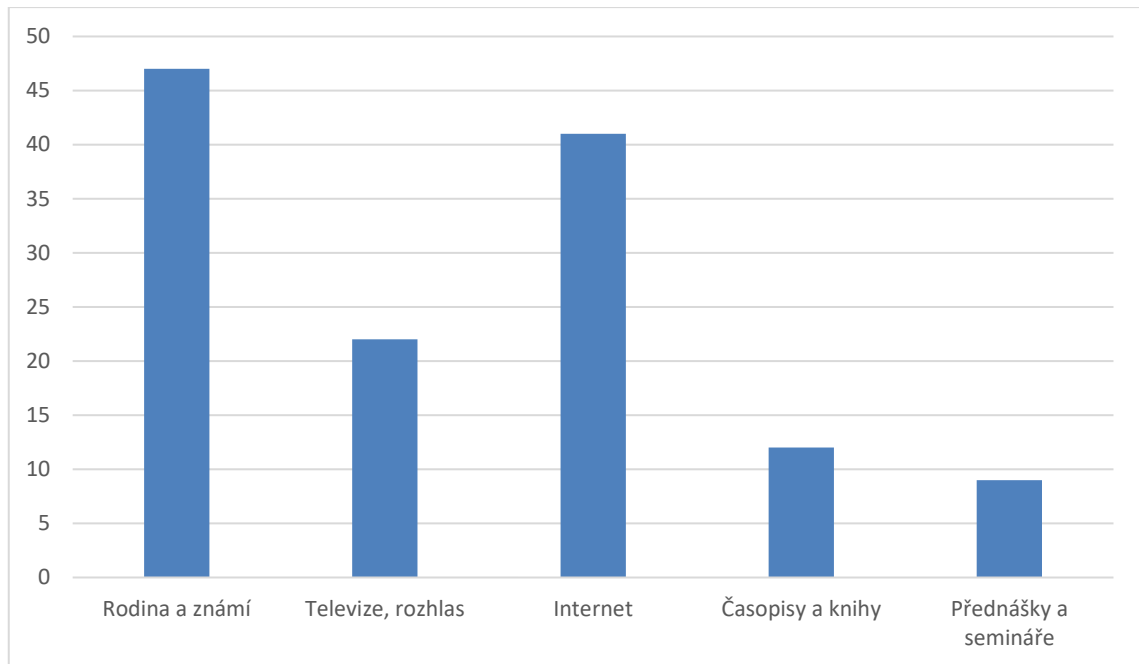
Na položku číslo 5 „Jakým způsobem nejčastěji získáváte informace týkající se zdraví a životního stylu?“ Bylo možné odpovědět i více možnými odpověďmi.

Tabulka 1: Nejčastější zdroje informací dospělých lidí týkající se zdraví a životního stylu

Rodina, známí, přátelé	47	97 %
Televize a rozhlas	22	43 %
Internet	41	80 %
Časopisy a knihy	12	24 %
Přednášky a semináře	9	18 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 1: Nejčastější zdroje informací dospělých lidí týkající se zdraví a životního stylu



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

V této položce 47 (97 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací získává v rodině, mezi známými a přáteli. 22 (43 %) respondentů získává informace s doporučeními k jejich zdraví a životnímu stylu z televize a rozhlasu, 41 (80 %) respondentů z internetu a 12 (24 %) dospělých lidí hledá informace v časopisech a knihách. Pouze 9 (18 %) respondentů čerpá nové poznatky z odborných přednášek a seminářů.

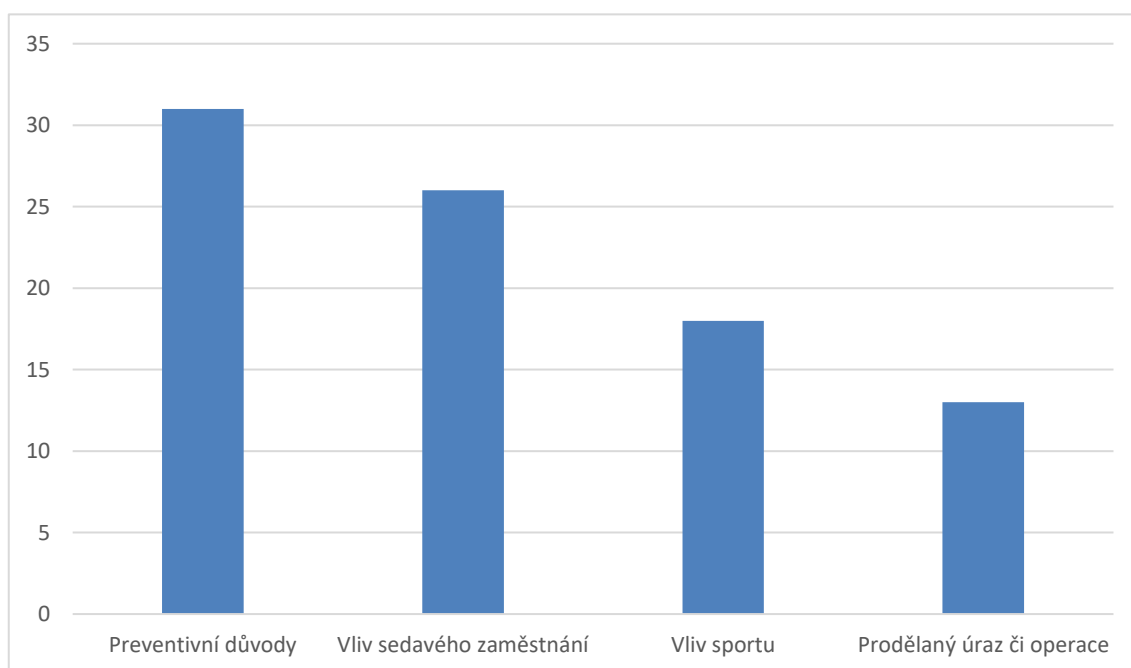
Na položku číslo 6 bylo také možné odpovědět několika odpověďmi současně. Zněla: „Proč navštěvujete fyzioterapeutickou ordinaci?“

Tabulka 2: Nejčastější důvody klientů k návštěvám fyzioterapeutické ordinace

Preventivní důvody	31	61 %
Vliv sedavého zaměstnání	26	51 %
Vliv sportu	18	35 %
Prodělaný úraz či operace	13	25 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 2: Nejčastější důvody klientů k návštěvám fyzioterapeutické ordinace



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tato položka upozorňuje na fakt, že největší množství – 31 klientů (61 %) navštěvuje fyzioterapii z preventivních důvodů. 26 klientů (51 %) tak řeší poškození pohybového aparátu sedavým zaměstnáním a 18 klientů (35 %) poškození nebo přetížení sportem. 13 lidí (25 %) užívá terapii jako formu následné péče po úrazu či operaci.

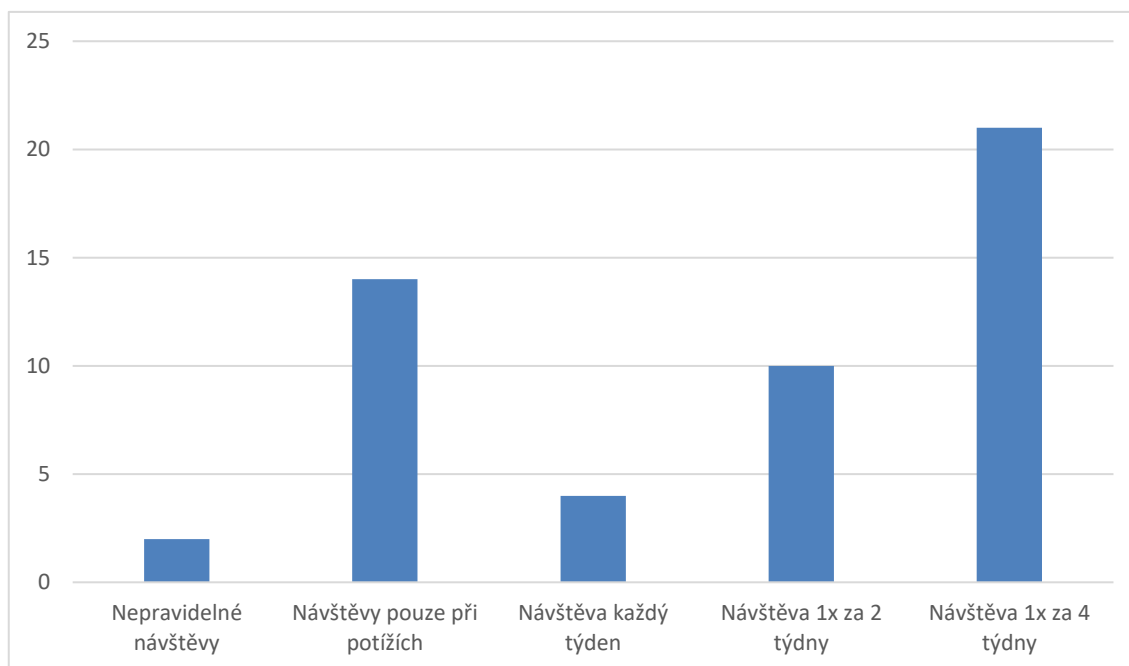
Položka číslo 7 zněla: Navštěvujete fyzioterapeutickou ordinaci pravidelně?

Tabulka 3: Informace o pravidelnosti návštěv fyzioterapeutické ordinace

Nepravidelné návštěvy	2	4 %
Návštěvy pouze při potížích	14	27 %
Návštěva každý týden	4	8 %
Návštěva 1x za 2 týdny	10	20 %
Návštěva 1x za 4 týdny	21	41 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 3: Informace o pravidelnosti návštěv fyzioterapeutické ordinace



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z odpovědí na tuto položku je patrné, že nejčastěji lidé navštěvují fyzioterapeutickou ordinaci jednou za 4 týdny. Na tuto otázku tak odpovědělo 21 lidí (41 %). Pouze při potížích požádá fyzioterapeuta o pomoc 14 dotazovaných (27 %). Pravidelnou návštěvu v této ordinaci 1x za dva týdny dodržuje 10 dotazovaných (20 %) a 1x za týden 4 lidé (8 %). Nepravidelné návštěvy připouští 2 lidé (4 %).

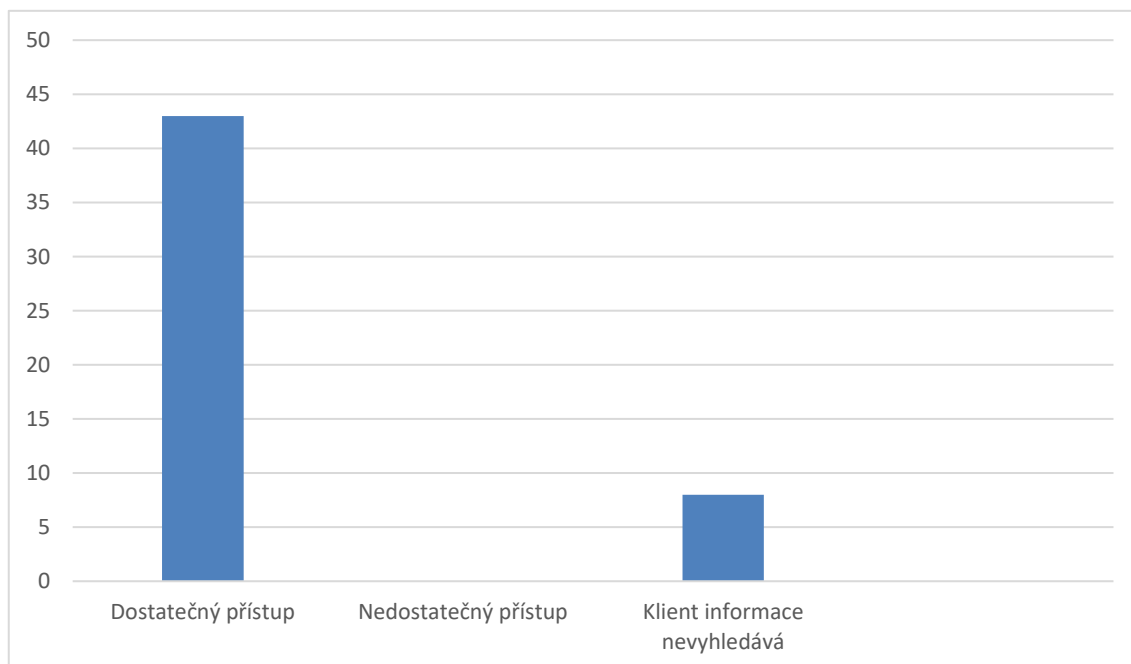
Položka číslo 8 zněla: „Máte pocit, že váš přístup k informacím týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát je dostatečný?“

Tabulka 4: Zjištění osobního pocitu klientů o dostupnosti informací týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát

Dostatečný přístup	43	84 %
Nedostatečný přístup	0	0 %
Klient informace nevyhledává	8	16 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 4: Zjištění osobního pocitu klientů o dostupnosti informací týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocením této položky vyšlo najevo, že 43 klientů (84 %) má pocit že jejich přístup k informacím týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát je dostatečný. 8 klientů (16 %) uvedlo, že takové informace nevyhledává. Variantu, která hovoří o nedostatečném přístupu k informacím, nevyužil žádný z 51 klientů (0 ze 100 %).

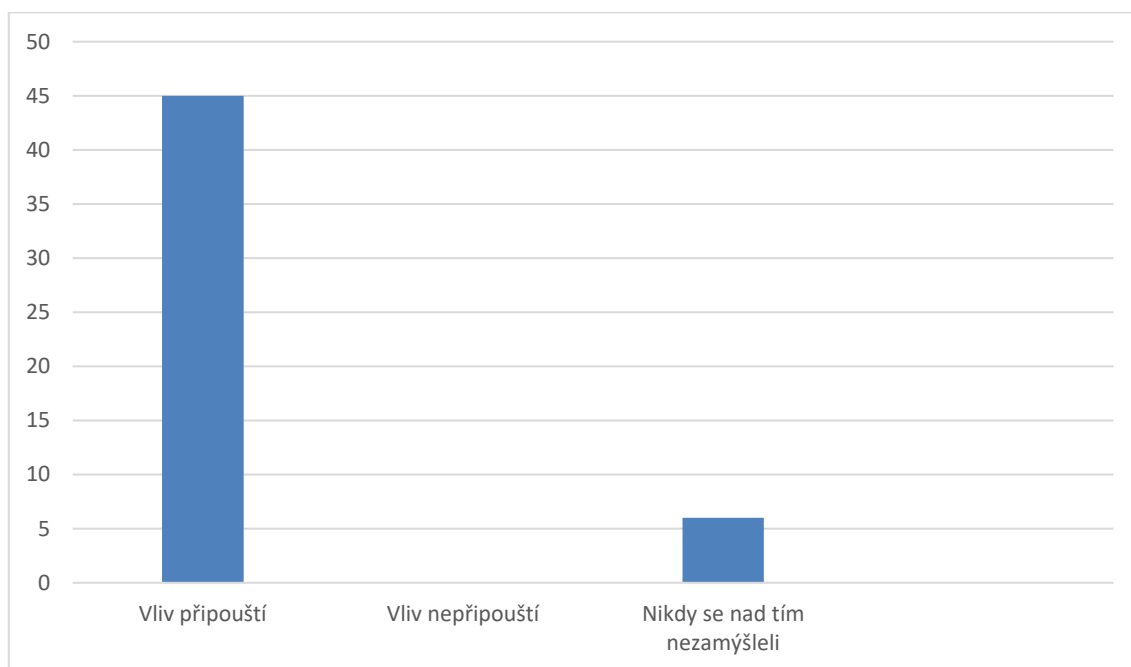
Položka číslo 9 zněla: „Připouštíte fakt vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka?“

Tabulka 5: Mínění klientů o vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka

Vliv připouští	45	88 %
Vliv nepřipouští	0	0
Nikdy se nad tím nezamýšleli	6	12 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 5: Mínění klientů o vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Dle výše uvedené tabulky a grafu je zřejmé, že 45 klientů (88 %) připouští vliv psychiky na fyzické zdraví. 6 klientů (12 %) se nikdy nad tímto faktem nezamýšlelo. V dotazníkovém šetření se nevyskytl ani jeden klient, který by vliv psychiky na fyzické zdraví nepřipouštěl.

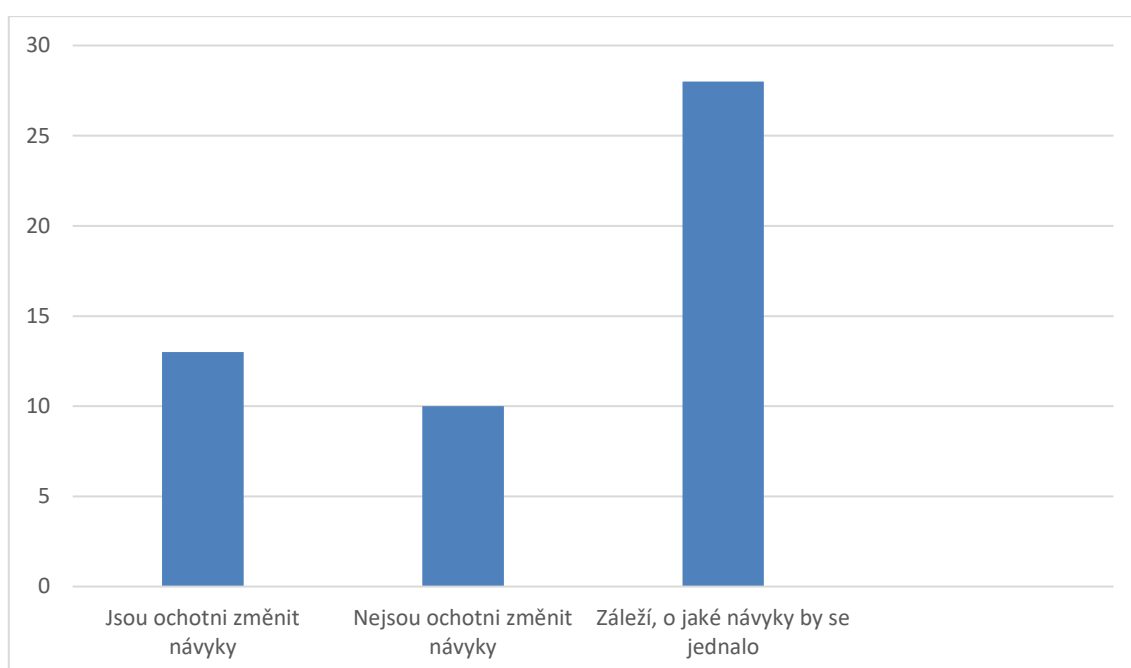
Položka číslo 10 navazovala na položku předchozí. Zněla: „Pokud tento vliv připouštíte, jste ochoten/ ochotna změnit své životní návyky tak, abyste své zdraví negativně neovlivňoval/ neovlivňovala?“

Tabulka 6: Informace o ochotě klientů změnit, za účelem pozitivního ovlivnění zdraví, své životní návyky

Jsou ochotni změnit návyky	13	25 %
Nejsou ochotni změnit návyky	10	20 %
Záleží, o jaké návyky by se jednalo	28	55 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 6: Informace o ochotě klientů změnit, za účelem pozitivního ovlivnění zdraví, své životní návyky



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Šetřením vyšlo najevo, že 13 klientů (25 %) je z důvodu pozitivního ovlivnění svého zdraví ochotno změnit své životní návyky. 10 klientů (20 %) své životní návyky ochotni měnit nejsou a 28 klientů (55 %) uvedlo, že jejich rozhodnutí by záleželo na tom, o jaké návyky by se jednalo.

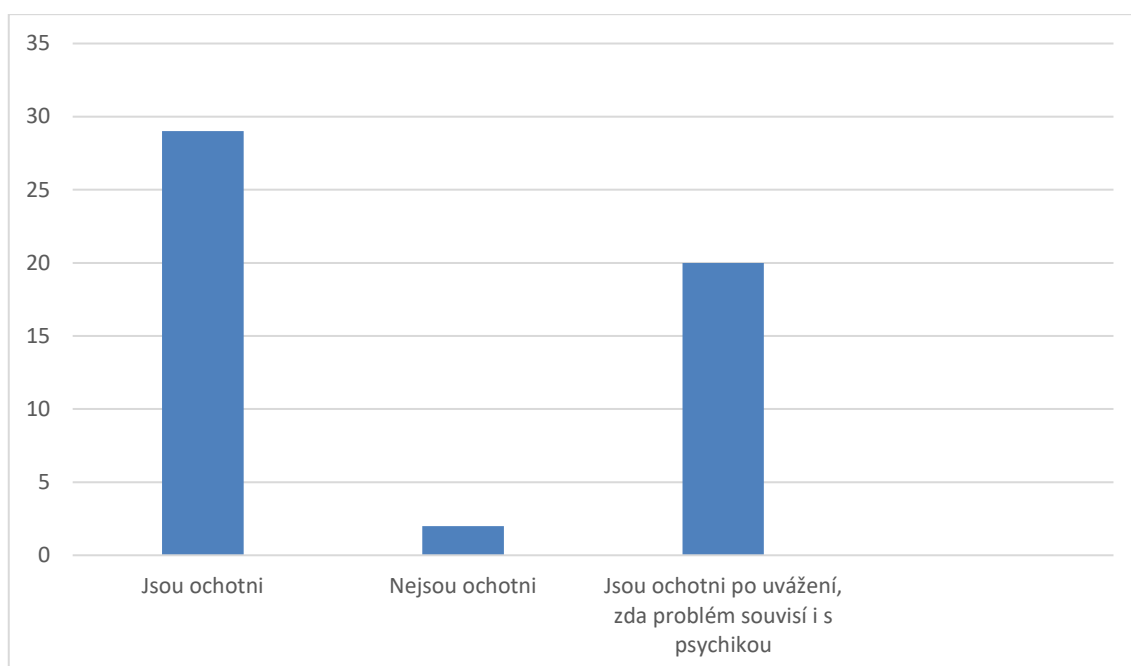
Poslední, 11. položka zněla: „Jste ochoten/ ochotna přistoupit na takovou léčbu pohybového aparátu, která bude obsahovat jak stránku fyzioterapeutickou, tak stránku psychosociálně poradenskou?“

Tabulka 7: Informace o ochotě klientů podstupovat léčbu pohybového aparátu kombinací fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství

Jsou ochotni	29	57 %
Nejsou ochotni	2	4 %
Jsou ochotni po uvážení, zda problém souvisí i s psychikou	20	39 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 7: Informace o ochotě klientů podstupovat léčbu pohybového aparátu kombinací fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z odpovědí na tuto otázku vyšlo najevo, že 29 klientů (57 %) je ochotno přistoupit na léčbu složenou z kombinace fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství, 20 klientů (39 %) je ochotno k takovému typu léčby přistoupit po osobním uvážení, zda jejich fyzický problém souvisí či nesouvisí s psychikou. Variantu propojení těchto dvou disciplín naprosto zamítají 2 lidé (4 %).

Druhým dotazníkem bylo osloveno celkem 11 respondentů. Největší zkušenosti podle délky praxe mělo 7 respondentů, kteří uvedli, že se svému oboru věnují 11 a více let. 4 respondenti uvedli, že délka jejich praxe spadá do rozmezí 3 – 10 let práce

v oboru. Žádný z dotazovaných ne zvolil možnost práce s fyzioterapeutickými klienty pod tři roky. Autorka považovala za důležité zjistit pracovní specializaci dotázaných. Šetření ukázalo, že pouze fyzioterapii, jako jediné specializaci, se nevěnuje žádný z dotazovaných. Fyzioterapii a kosmetiku nabízí svým klientům a klientkám 5 dotázaných a fyzioterapii s psychologicko-sociálním poradenstvím nabízí 6 respondentů.

Autorku též zajímal typ vzdělání, kterým specialisti disponují. Vyšlo najevo, že obor fyzioterapie, bakalářský nebo magisterský program, vystudovalo všech 11 dotázaných. Ovšem obor fyzioterapie a psychologie vystudovali 2 respondenti a obor fyzioterapie a andragogika 3 respondenti. I v tomto dotazníku použila autorka rozčlenění klientů do tří věkových kategorií a zmapovala tím věkové rozpětí klientů dotazovaných specialistů. S kategorií číslo 2 nejčastěji spolupracují 2 specialisti a s kategorií číslo 3 spolupracuje 9 specialistů. Kategorii číslo 1 nevedl ani jeden z autorčiných kolegů.

Jelikož je tato práce zaměřena na propojení těla a duše, zajímalo autorku, zda její kolegové fyzioterapeuti propojují při své práci fyzioterapii s psychologicko-sociálním poradenstvím. Dotazníkovým šetřením zjistila, že 2 specialisti tyto disciplíny nepropojují a věnují se pouze tělu. 3 specialisti používají kombinaci obou oborů, pokud má klient zájem a 6 dotazovaných uvedlo, že jejich práce spočívá automaticky ve vzájemném propojení psychologicko-sociálního poradenství a fyzioterapie.

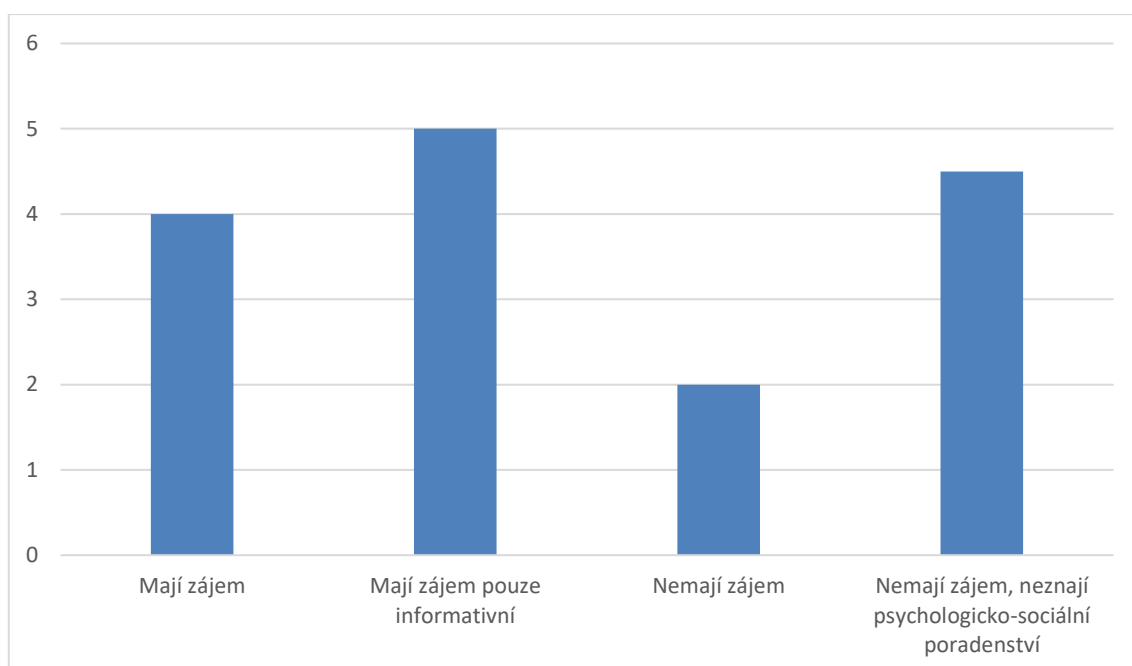
Položka číslo 6 zněla: „Mají klienti o propojení fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství zájem?“

Tabulka 8: Zájem klientů o propojení fyzioterapie a psychologicko- sociálního poradenství

Mají zájem	4	36 %
Mají zájem pouze informativní	5	46 %
Nemají zájem	2	18 %
Nemají zájem, neznají psychologicko-sociální poradenství	0	0 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 8: Zájem klientů o propojení fyzioterapie a psychologicko- sociálního poradenství



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Podle dotazníkového šetření si z celkového počtu 11 specialistů 4 osoby (36 %) uvedly, že jejich klienti stojí o propojení obou disciplín, 5 specialistů sdělilo, že jejich klienti mají zájem většinou pouze informativní. 2 odborníci uvedli, že jejich klienti o kombinaci disciplín nemají zájem, avšak není to tím, že by neznali psychologicko-sociální poradenství.

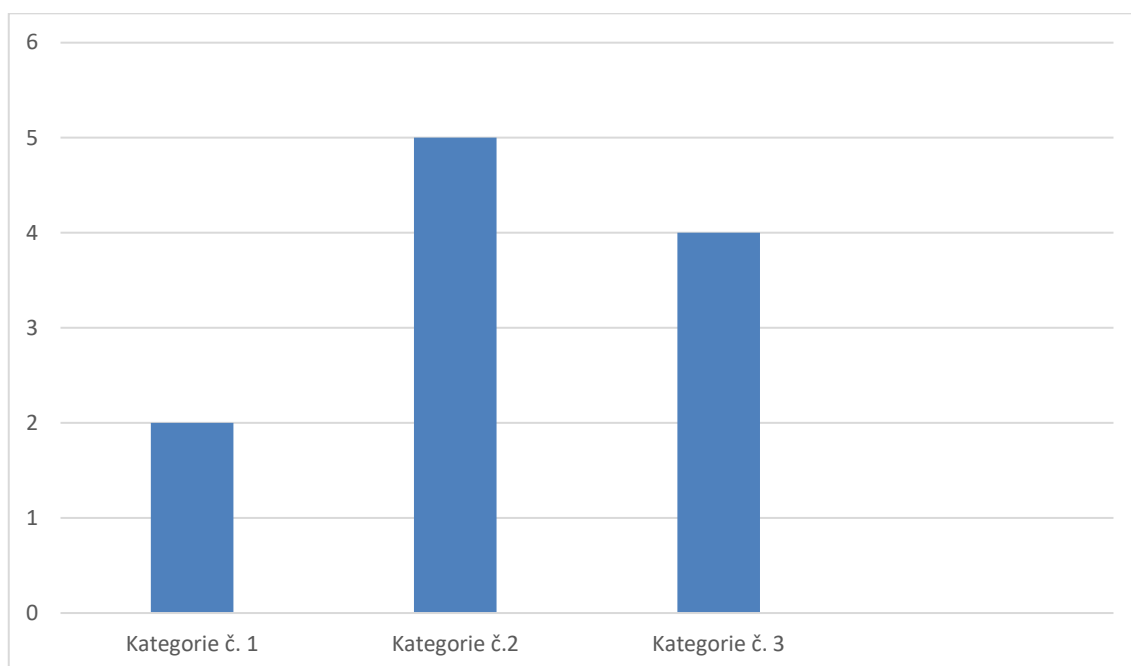
Položka číslo 7 zněla: „Do jaké věkové kategorie patří klienti, kteří vyhledávají propojení fyzioterapie s psychologicko-sociálním poradenstvím?“

Tabulka 9: Informace o věkových kategoriích klientů, které převážně ošetřují specialisti pomocí kombinace fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství

Kategorie číslo 1	2	18 %
Kategorie číslo 2	5	46 %
Kategorie číslo 3	4	36 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 9: Informace o věkových kategoriích klientů, které převážně ošetřují specialisti pomocí kombinace fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tato položka poukazuje na fakt, že 2 (18%) dotázaní odborníci nejvíce spolupracují s klienty 1. kategorie (věk v rozmezí 20 – 25 let). 4 (36 %) terapeuti mají klientelu složenou nejvíce z klientů 3. kategorie (věk v rozmezí 26 – 45 let) a 5 (46 %) terapeutů ošetřuje nejčastěji klienty 2. kategorie (věk v rozmezí 46 – 65 let).

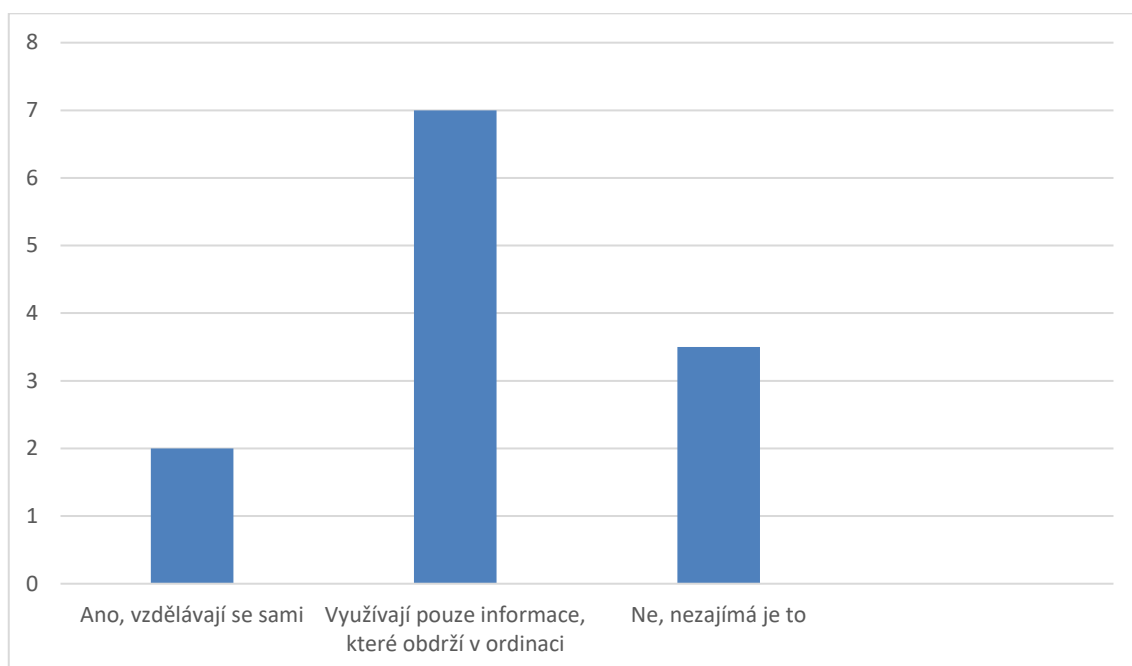
Položka číslo 8 zněla: „Jsou tito klienti ochotni se dál vzdělávat a prohlubovat své znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus (knihy, časopisy, internet, návštěvy seminářů a kurzů)?“

Tabulka 10: Informace o ochotě klientů (pohledem specialistů) dál prohlubovat znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus

Ano, vzdělávají se i sami	2	18 %
Využívají pouze informace, které obdrží v ordinaci	7	64 %
Ne, nezajímá je to	2	18 %

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 10: Informace o ochotě klientů (pohledem specialistů) dál prohlubovat znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tato položka zjišťuje, jakou zkušenost mají specialisté se zájmem klientů o zjišťování informací týkajících se propojení psychiky a lidského organismu. Šetřením vyšlo najevo, že 7 autorčiných kolegů nebo kolegyně má zkušenost takovou, že klient se spokojí pouze s informacemi, které obdrží ve fyzioterapeutické ordinaci, 2 fyzioterapeuti uvádějí, že jejich klienti se i sami v tomto oboru vzdělávají a 2 fyzioterapeuti negují jakýkoliv zájem jejich klientů o takové informace.

6.7 Interpretace výsledků

V této kapitole se autorka věnuje zodpovězení výzkumných otázek stanovených na počátku své práce. Odpovídá na ně čtyřmi hypotézami, které na základě dvou provedených dotazníkových šetření potvrzuje nebo vyvrací.

Výzkumná otázka č. 1: Mají dospělí lidé dostatečné povědomí o dopadu stresu na pohybový aparát?

Hypotéza č. 1: Lidé v dospělém věku, mají dostatečné povědomí o vlivu stresu na pohybový aparát, neboť v dnešní době lidé vědí, jak získat informace o této problematice (internet, vzdělávací kampaně a podobně).

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že 88 % klientů má dostatečné povědomí o vlivu stresu na pohybový aparát. 82 % dotazovaných fyzioterapeutů potvrdilo, že jejich klienti mají informativní, ale i aktivní zájem o výše zmiňovanou problematiku.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 2: Vnímají zákonitosti psychosomatických dopadů na pohybový aparát více ženy nebo muži?

Hypotéza č. 2: Ženy, vnímají více než muži, psychosomatický dopad na pohybový aparát, neboť se v období života, a zvláště po mateřské dovolené, více než v minulosti, věnují péči o svůj zdravotní stav.

Vyhodnocením výzkumu bylo zjištěno, že 94 % ženské části respondentů vnímá vliv psychosomatiky na svůj pohybový aparát a 6 % o tomto dopadu nikdy nepřemýšlelo. Mužská část odpověděla kladně v počtu 75 % a 25 % dotazovaných odvětilo, že nikdy nad tímto vztahem nepřemýšleli. **Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

Výzkumná otázka č. 3: Ovlivňuje postupující věk dospělých lidí ochotu nacházet přístup k pochopení souvztažností psychiky a pohybového aparátu?

Hypotéza č. 3: Dospělí lidé s přicházejícím stářím neradi mění svůj způsob života, což se odráží i na jejich přístupu k pochopení vzájemného vztahu psychiky a pohybového aparátu.

V prvních dvou zjišťovaných věkových kategoriích respondenti polemizovali se dvěma odpověďmi. První kategorie souhlasila se změnami životního stylu bez výhrad skupinou lidí, která odpovídala 33 % dotazovaných. 67 % dotazovaných 1. kategorie odpovědělo, že záleží na tom, o jaké návyky by se jednalo. Druhá kategorie souhlasila se změnami životního stylu bez výhrad skupinou lidí, která odpovídala 43 % dotazovaných. 57 % dotazovaných 2. kategorie odpovědělo, že záleží na tom, o jaké návyky by se jednalo. Ve 3. kategorii 19 % respondentů souhlasilo se změnami bez výhrad, 50 % respondentů uvedlo, že by záleželo na tom, o jaké návyky by se jednalo a plných 31 % dotazovaných kategoricky zamítlo jakékoliv změny návyků. **Hypotéza č. 3 se potvrdila.**

Výzkumná otázka č. 4: Jsou si pacienti fyzioterapeutické ordinace vědomi souvislosti psychologicko-sociálního poradenství a fyzioterapie?

Hypotéza č. 4: Pacienti, kteří přicházejí do fyzioterapeutické ordinace, přijímají nabízené psychologicko-sociální poradenství, neboť již vědí, že tudy vede cesta k odstranění jejich fyzického problému.

Dle odpovědí specialistů, kteří se účastnili dotazníkového šetření je patrné, že 18 % klientů přicházejících do fyzioterapeutické ordinace nemá žádný zájem o nabízené psychologicko-sociální poradenství. Oproti tomu ale 82 % klientů ochotně přijímá informace získané v ordinaci anebo se dokonce i samo vzdělává. **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

6.8 Závěry výzkumu

V praktické části byl za účelem prověření hypotéz proveden výzkum za pomoci dotazníkového šetření. Jelikož se otázky, na které autorka hledala odpověď netýkaly pouze pohledu klientů fyzioterapeutických ordinací, ale týkaly se i pohledu lidí, kteří se práci s nimi věnují, byly vytvořeny dotazníky dva. První dotazník byl koncipován pro dospělé klienty fyzioterapeutických ordinací a druhý dotazník pro specialisty pracující s klienty trpícími postižením pohybového aparátu.

Shrneme-li výsledky prvního dotazníku a aplikujeme je na výzkumné otázky praktické části této práce, zjistíme, že dospělí lidé rozhodně mají dostatečné povědomí týkající se stresu a jeho vlivu na pohybový aparát. Ačkoliv vliv psychosomatických dopadů pociťují obě pohlaví, ženy jsou k tomuto fenoménu prokazatelně více vnímavě otevřené. Ani zjištění, že s postupujícím věkem dospělých lidí dochází k útlumu aktivit podnikat nové věci a měnit zaseté rituály, nebylo nijak překvapivé. Nebylo tedy ani překvapením, že poslední z vyhodnocovaných věkových kategorií prokazovala největší nechuť v nacházení přístupu k pochopení souvztažností psychiky a pohybového aparátu. V druhém dotazníku poskytli dotazovaní specialisté zajímavé informace o pohledu na klienta objektivními očima. Potvrdili tak, že pacienti či klienti fyzioterapeutické ordinace si jsou vědomi souvislostí a výhod kombinace fyzioterapie

a psychologicko-sociálního poradenství a ochotně přijímají poznatky, které s touto problematikou souvisí.

ZÁVĚR

Autorka se v diplomové práci zabývala andragogickým působením prostřednictvím psychologicko-sociálního poradenství a zjišťovala stav přístupu dospělých lidí k informacím o problematice vlivu stresu na pohybový aparát. Teoretickou částí zpracovala téma týkající se nejprve odborných pojmů jako jsou psychologie, psychologie osobnosti, sociální psychologie, psychoterapie a psychologicko-sociální poradenství. Vzhledem k tomu, že se celá práce úzce dotýká činnosti psychologicko-sociálního poradce, dotýkají se ho i jednotlivá témata obsažená v teoretické a dílčím způsobem i v praktické části.

Témata se zabývají psychologicko-sociálním poradenstvím a poradcem. Zamýšlejí se nad jeho profilem a vlivem na jednání klienta. Neopomíjejí ani komunikační schopnosti a dovednosti poradce a jeho zvládání a řešení konfliktů mezi lidmi. Kapitolou o vzdělávání psychologicko-sociálních poradců autorka poukazuje na fakt, že je nutné nejen vzdělání psychologického nebo andragogického směru, ale pouze soustavné vzdělávání zaručí poradci široký rozhled a tím pádem i potřebný nadhled.

Tato práce se poměrně široce dotýká i fyzioterapie, psychosomatiky a jejich provázání s praxí psychologicko-sociálního poradce. Díky biopsychosociálnímu modelu mohla autorka vysvětlit pomocí jednotlivých faktorů, jaká je možnost vzniku psychosomatického onemocnění. Ve veřejně dostupných zdrojích je dostatečný počet odkazů vztahujících se k problematice stresu a stresových situací.

Závěrem teoretické části též nastínila model terapeutického setkání, kterým odkryla možnosti propojení fyzioterapie, psychologie, psychosomatiky a poradenství. Z důvodu větší názornosti a snazšího pochopení doplnila dva záznamy z klientských karet.

Praktickou částí umožnila autorka nahlédnout do vnímání propojení poradenství a fyzioterapie dospělých klientů. Cílenými otázkami zjistila i možnosti přístupu klientů ke zdrojům informací týkajících se psychosomatiky i jejich náhled na holistické vnímání problému. Díky vstřícnému postoji kolegů z jiných fyzioterapeutických ordinací, bylo možné vyhodnotit i druhý dotazník, který byl koncipován tak, aby autorka získala na klienty a respondenty prvního dotazníku, objektivní náhled.

Autorka se domnívá, že cesta řešení fyzických problémů psychosomatikou a psychologicko-sociálním poradenstvím v kombinaci s fyzioterapií se teprve otevírá. Bohužel, start je přibrzděn nejen desetiletými propagovanou tak zvanou západní medicínou, ale též špatnou zkušeností s různými šarlatány a podvodníky, kteří se svezli na vlně nového, lákavého a neprobádaného. Tou správnou cestou by mohlo být efektivní vzdělávání, jak odborníků z řad lékařů, psychologů, psychologicko-sociálních poradců nebo fyzioterapeutů, tak klientů, kterým se v tomto případě někdy trochu hanlivě říká „laická veřejnost“.

Autorka se domnívá, že jak cíle práce, tak cíle výzkumu byly naplněny. Na základě zkoumání teorie a praxe je možné práci nabídnout k dalšímu seznámení se s popisnou problematikou u nově začínajících kolegů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. ADAIR, J., 2004. *Efektivní komunikace*. 1. vyd. Praha: Alfa, ISBN 80-86851-10-9.
2. AKVINSKÝ, T., 2005. *SummaTheologiae*. Praha: Krystal OP, ISBN 80-85929-71-6.
3. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P., 2001. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 80-7178-550-4.
4. BAŠTECKÁ, B. a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 80-7178-735-3.
5. BŮŠKOVÁ, J. 2013. *Vzdělávání seniorů s užším zaměřením na výživu a stravování*, Praha, Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha, *Vzdělávání dospělých*. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Izabela Noveská.
6. CULLEY, S., BOND, T., 2008. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 80-7367-452-6.
7. ČÁP, D. a kol., 2009. *Výchovné poradenství*, 1. vyd. Praha: Wolters, ISBN 978-80-7357-498-7.
8. ČÍŽKOVÁ, J., 2000. *Přehled sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, ISBN 8024401509.

9. DEVITO, J. A., 2001. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-7169-988-8.
10. DRYDEN, W., 2008. *Poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 978-80-7367-371-0.
11. GABURA, J., PRUŽIŇSKÁ, J., 1995. *Poradenský proces*. 1. vyd. Praha: SLON, ISBN 80-85850-10-9.
12. GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, ISBN 978-80-7315-185-0.
13. HARTL, P. a HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 978-80-7367-686-5.
14. HNÍZDIL, J., 2014. *Zařikávač nemocí: Chcete se léčit, nebo uzdravit?*. 1. vyd. Praha: NLN, s. r. o., ISBN 978-80-7422-321-1.
15. HNÍZDIL, J., ŠAVLÍK, J., BERÁNKOVÁ, B., 2005. *Bolesti zad: mýty a realita*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. r. o. ISBN 80-7254-659-7.
16. CHRÁSTKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-1369-4.
17. KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4361-5.
18. KLÍMOVÁ, J., 2016. *Psychosomatický dotek motýla*. 1. vyd. Praha: Progressiveconsulting, v. o. s. ISBN 978-80-270-0135-4.

19. KLÍMOVÁ, J., FIALOVÁ, M., 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě?: Každý příběh má řešení.* 1. vyd. Praha: Progressiveconsulting, v. o. s. ISBN 978-80-260-8208-8.
20. KOHOUTEK, R., 2008. *Výchovné poradenství*, 1. vyd. Brno: MZLU, ISBN 978-80-7375-186-9.
21. KOPŘIVA, K., 2011. *Lidský vztah jako součást profese.* 6. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 978-80-7367-922-4.
22. KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie.* 5. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 80-7367-122-0.
23. KŘIVOHLAVÝ, J., 2008. *Konflikty mezi lidmi.* 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 978-80-7367-407-6.
24. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol., 2009. *Výchova ke zdraví.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2715-8.
25. NAKONEČNÝ, M., 1995. *Lexikon psychologie,* 1. vyd. Praha: Vodnář, ISBN 80-85255-74-X.
26. NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství,* 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., ISBN 80-7178-197-5.
27. PONĚŠICKÝ, J., 2002. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky.* Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8.
28. PROCHÁZKA, R. a kol., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie,* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4451-3.

29. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2012. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3960-1.
30. ROZSYPALOVÁ, M., 2006. *Psychologie a pedagogika I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, ISBN 80-7333.014-9.
31. SLEPIČKA, P., 1988. *Psychologie koučování*. 1. vyd. Praha: Olympia, ISBN neuvedeno.
32. SLEPIČKA, P., HOŠEK, V., HÁTLOVÁ, B., 2006. *Psychologie sportu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-1290-9.
33. SVOBODA, B., 2000. *Pedagogika sportu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0156-7.
34. TICHÝ, M., 2000. *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. r. o. ISBN 80-7254-022-X.
35. VÁGNEROVÁ, M., 2010. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1832-6.
36. VENDEL, Š., 2008. *Kariérní poradenství*, 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1731-9.
37. VYMĚTAL, J., 2003. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0253-3.
38. VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V., 2001. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-561-X.

Seznam použitých internetových zdrojů

SBORNÍK PRACÍ FILOZOFICKÉ FAKULTY BRNĚNSKÉ UNIVERZITY
STUDIA MINORA FACULTATIS PHILOSOPHICAE UNIVERSITATIS
BRUNENSISU9, 2004. *Vzdělávání poradců v České republice.*

[online]. [cit. 2020-01-19]. Dostupné

z:<http://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/viewFile/454/610>

STUDENTMAG, 2016. *Kde studovat fyzioterapii: ČR nabízí mnoho možností.*

[online]. [cit. 2020-01-30]. Dostupné z:

<https://www.studentmag.cz/kde-studovat-fyzioterapii-cr-nabizi-mnoho-moznosti/>

JE ČAS NA ZMĚNU, 2019. *Historie psychosomatiky aneb kdy tělo přišlo o duši a jak se zase našly.* [online]. [cit. 2020-01-29]. Dostupné

z:<https://jecasnazmenu.cz/2019/03/01/historie-psychosomatiky-aneb-kdy-telo-prislo-o-dusi-a-jak-se-zase-nasly>

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2014. *Veřejné zdraví.* [online]. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLAPSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ, 2019. *Víkendové sebezkušenostní semináře.* [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z:

<https://www.pvsps.cz/seminare-a-vycviky/vikendove-seminare/>

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Vzdělávání.* [online].

[cit. 2020-01-01]. Dostupné z:

<https://www.mvcr.cz/clanek/na-pude-mv-probehl-seminar-psychosocialni-podpora-pro-uniformovane-slozky.aspx>

AMELIE, 2016. *Pro nemocné a jejich blízké.* [online]. [cit. 2019-11-12]. Dostupné z:

<https://www.amelie-zs.cz/>

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. *Psychologická služba*. [online]. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: www.mvcr.cz/psychologie

Zákonné normy a ustanovení

Zákon č. 257 ze dne 11. srpna 2000 o Probační a mediační službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-257>

Zákon 563/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, verze 16.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

Zákon 96/2004 Sb. ze 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, verze 14.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

SEZNAM ZKRATEK

AMRP ČR	-	Asociace manželských a rodinných poradců České republiky
AOP	-	Asociace občanských poraden
APZP	-	Asociace poraden pro zdravotně postižené
ASP	-	Asociace sociálního poradenství
HPA osa	-	Skupina žláz s vnitřní sekrecí (hypothalamus, hypofýza, nadledvinky)
MMA	-	MixedMartialArts (Smíšená bojová umění)
SI skloubení	-	Sakroiliakální (křížové) skloubení
RUŠ	-	Metoda vědomé a logické práce s myšlenkami a emocemi (rychlá, účinná, šetrná).
WHO	-	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka1: Nejčastější zdroje informací dospělých lidí týkající se zdraví a životního stylu.....	61
Tabulka2:Nejčastější důvody klientů k návštěvám fyzioterapeutické ordinace.....	63
Tabulka 3: Informace o pravidelnosti návštěv fyzioterapeutické ordinace.....	64
Tabulka 4:Zjištění osobního pocitu klientů o dostupnosti informací týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát.....	65
Tabulka 5: Mínění klientů o vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka.....	66
Tabulka 6: Informace o ochotě klientů změnit, za účelem pozitivního ovlivnění zdraví, své životní návyky.....	67
Tabulka 7: Informace o ochotě klientů podstupovat léčbu pohybového aparátu kombinací fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství.....	68
Tabulka 8: Zájem klientů o propojení fyzioterapie a psychologicko- sociálního poradenství.....	69
Tabulka 9: Informace o věkových kategoriích klientů, které převážně ošetřují specialisti pomocí kombinace fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství.....	70
Tabulka 10: Informace o ochotě klientů (pohledem specialistů) dál prohlubovat znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus.....	71

Seznam grafů

Graf 1: Nejčastější zdroje informací dospělých lidí týkající se zdraví a životního stylu	62
Graf 2 :Nejčastější důvody klientů k návštěvám fyzioterapeutické ordinace	63
Graf 3: Informace o pravidelnosti návštěv fyzioterapeutické ordinace.....	64
Graf 4: Zjištění osobního pocitu klientů o dostupnosti informací týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát	65
Graf 5: Mínění klientů o vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka.....	66
Graf 6: Informace o ochotě klientů změnit, za účelem pozitivního ovlivnění zdraví, své životní návyky.....	67
Graf 7: Informace o ochotě klientů podstupovat léčbu pohybového aparátu kombinací fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství.....	68
Graf 8: Zájem klientů o propojení fyzioterapie a psychologicko- sociálního poradenství.....	70
Graf 9: Informace o věkových kategoriích klientů, které převážně ošetřují specialisti pomocí kombinace fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství.....	71
Graf 10: Informace o ochotě klientů (pohledem specialistů) dále prohlubovat znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus.....	72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B - Dotazník	IV

Příloha A– Dotazník pro klienty

Vážený respondente, vážená respondentko, jmenuji se Jana Bůšková, jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Univerzity Jana Amose Komenského v Praze a ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci na průzkumu, který se týká propojení fyzioterapie a psychosociálního poradenství u lidí dospělého věku.

V následujících otázkách zvolte (označte křížkem) vždy jednu nebo více odpovědí, které jsou Vám nejbližší. Všechny odpovědi jsou anonymního charakteru a budou zpracovány výhradně pro potřeby mé diplomové práce.

Děkuji Vám za vstřícnost a ochotu účastnit se tohoto průzkumu.

1. Jakého jste pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- 20 – 25 let (kategorie číslo 1)
- 26 – 45 let (kategorie číslo 2)
- 46 – 65 let (kategorie číslo 3)

3. Jakého stupně vzdělání jste dosáhl/ dosáhla?

- Základní
- Středoškolské
- Vysokoškolské

4. Znáte ze svého okolí nějakou ordinaci zabývající se fyzioterapií?

- Ano
- Ne
- Vím, že existuje, ale nenavštěvuji ji

5. Jakým způsobem nejčastěji získáváte informace týkající se zdraví a životního stylu?
- V rodině, od známých, přátel
 - Z televize, rozhlasu
 - Z internetu
 - Z časopisů a knih
 - Z odborných přednášek a seminářů
6. Proč navštěvujete fyzioterapeutickou ordinaci?
- Z preventivních důvodů
 - Vlivem sedavého zaměstnání mám problém se zády
 - Vlivem sportu mám problém s pohybovým aparátem
 - Kvůli úrazu či operačnímu zákroku
7. Navštěvujete fyzioterapeutickou ordinaci pravidelně?
- Ne
 - Ano, ale pouze při potížích
 - Ano, každý týden
 - Ano, jedenkrát za 2 týdny
 - Ano, jedenkrát za 4 týdny
8. Máte pocit, že váš přístup k informacím týkajících se dopadu stresu a jiné psychické zátěže na pohybový aparát je dostatečný?
- Ano
 - Ne
 - Tyto informace nevyhledávám
9. Připouštíte fakt vlivu psychiky na fyzické zdraví člověka?
- Ano
 - Ne
 - Nad tímto faktem jsem se nikdy nezamýšlel/ nezamýšlela

10. Pokud tento vliv připouštíte, jste ochoten/ ochotna změnit své životní návyky tak, abyste své zdraví negativně neovlivňoval/ neovlivňovala?

- Ano
- Ne
- Záleží na tom, o jaké návyky se jedná

11. Jste ochoten/ ochotna přistoupit na takovou léčbu pohybového aparátu, která bude obsahovat jak stránku fyzioterapeutickou, tak stránku psychologicko-sociálně poradenskou?

- Ano
- Ne
- Po uvážení, zda můj fyzický problém skutečně souvisí s psychikou

Děkuji Vám za spolupráci a čas, které jste do vyplňování tohoto dotazníku investovali.

Příloha B – Dotazník pro specialisty

Vážený respondente, vážená respondentko, jmenuji se Jana Bůšková, jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Univerzity Jana Amose Komenského v Praze a ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci na průzkumu, který se týká propojení fyzioterapie a psychosociálního poradenství u lidí dospělého věku.

V následujících otázkách zvolte (označte křížkem) vždy jednu nebo více odpovědí, které jsou Vám nejbližší. Všechny odpovědi jsou anonymního charakteru a budou zpracovány výhradně pro potřeby mé diplomové práce.

Děkuji Vám za vstřícnost a ochotu účastnit se tohoto průzkumu.

1. Jaká je vaše specializace?

- Fyzioterapie
- Fyzioterapie, kosmetika
- Fyzioterapie, psychosociální poradenství

2. Jaké je vaše vzdělání?

- Fyzioterapie Bc. nebo Mgr.
- Fyzioterapie Bc. nebo Mgr. + Psychologie Bc. nebo Mgr
- Fyzioterapie Bc. nebo Mgr. + Andragogika Bc. nebo Mgr.

3. Jaká je délka vaší praxe?

- 0 – 2 roky
- 3 – 10 let
- 11 a více let

4. S jakou věkovou kategorií klientů nejčastěji pracujete?

- 20 – 25 let (kategorie číslo 1)
- 26 – 45 let (kategorie číslo 2)
- 46 – 65 let (kategorie číslo 3)

5. Propojujete při své práci fyzioterapii s psychologicko-sociálním poradenstvím?
- Ne, věnuji se pouze tělu
 - Ano, pokud má klient zájem
 - Ano, pokaždé, je to součást mé práce
6. Mají klienti o propojení fyzioterapie a psychologicko-sociálního poradenství zájem?
- Ano
 - Ano, ale pouze informativní
 - Ne
 - Ne neboť neznají psychologicko-sociální poradenství ani psychoterapii
7. Do jaké věkové kategorie patří klienti, kteří vyhledávají propojení fyzioterapie s psychologicko-sociálním poradenstvím?
- Kategorie číslo 1
 - Kategorie číslo 2
 - Kategorie číslo 3
8. Jsou tito klienti ochotni se dál vzdělávat a prohlubovat své znalosti o vlivu psychiky na lidský organismus (knihy, časopisy, internet, návštěvy seminářů a kurzů)?
- Ano
 - Ne, využívají pouze informace, které obdrží ode mě.
 - Ne, nemají žádný zájem

Děkuji Vám za spolupráci a čas, které jste do vyplňování tohoto dotazníku investovali.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jana Bůšková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Psychologicko-sociální poradenství z pohledu andragoga

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 69

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 38

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: PhDr. Miloš Chlad, CSc.