



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Pohled na mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci
pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. et Bc. Jaroslav Zeman

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem: „Pohled na mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2020

.....
Jaroslav Zeman

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval své vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za její odborné vedení této práce, cenné rady, podněty a připomínky. Rovněž bych chtěl poděkovat celé mojí rodině za podporu a ostatním, kteří se podíleli na vzniku diplomové práce, které do své širší rodiny počítám.

Pohled na mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie

Abstrakt

Diplomová práce pojednává o tématu mezioborové spolupráce v koordinované rehabilitaci pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie.

Dělí se na 2 části teoretickou a praktickou. Praktická část je pak výzkumná.

V teoretické části je celkem 7 kapitol. Tyto kapitoly přibližují teoretický rámec tématu. V první kapitole se práce věnuje obecnému popisu mezioborové spolupráce. Druhá kapitola pak popisuje, co je koordinovaná rehabilitace. Třetí a čtvrtá kapitola popisuje náplň práce obou odborností, tedy sociální práce a fyzioterapie. Pátá kapitola zkoumá určitá filozofická propojení a širší pohled, ve kterém se snaží vidět určité souvislosti a vývoj. Tuto kapitolu doplňují podkapitoly, první podkapitola vysvětluje pohled na zdraví a jak tyto pohledy mohou měnit přístup k péči o člověka. Druhá podkapitola pak popisuje vývoj koordinované rehabilitace na území České republiky. Šestá kapitola si nese snahu vysvětlit a popsat faktory možného ovlivnění koordinované rehabilitace, v podkapitolách tyto faktory rozděluje na: vnitřní, vnější a systémové. V poslední sedmé kapitole teoretické části diplomové práce je popis nejčastějších pozitiv a negativ koordinované rehabilitace.

Výzkumnou část zahajuje popis cíle a výzkumných otázek. Seznámení s metodikou práce pak popisuje kapitola třetí. Shrnutí výsledků se věnuje kapitola čtvrtá. V popisu výsledků se pohybujeme v různých rovinách, tak aby byly blíže srozumitelnější. Výsledky byly doplněny obrázky vztahů, kategorií a kódů, zpracované v programu atlas.ti8.

Diskuse se dává dohromady jednotlivé výsledky, stanovuje možné závěry. Samotné závěry jsou popsány v závěrečné kapitole Závěr.

Klíčová slova:

Multidisciplinární přístup; sociální práce; fyzioterapie; koordinovaná rehabilitace

**A view of interdisciplinary cooperation in coordinated rehabilitation
from the perspective of two disciplines: social work and physiotherapy**

Abstract

The diploma thesis deals with the topic of interdisciplinary cooperation in coordinated rehabilitation from the perspective of two disciplines: social work and physiotherapy. It is divided into 2 theoretical and practical parts. The practical part is then research. There are a total of 7 chapters in the theoretical part. These chapters approach the theoretical framework of the topic. The first chapter deals with a general description of interdisciplinary cooperation. The second chapter then explains what coordinated rehabilitation is. The third and fourth chapters describe the scope of work of both specialties, ie social work and physiotherapy. The fifth chapter examines certain philosophical connections and a broader view in which it tries to see certain contexts and developments. This chapter is supplemented by subchapters, the first subchapter explains the view of health and how these views can change the approach to human care. The second subchapter describes the development of coordinated rehabilitation in the Czech Republic. The sixth chapter seeks to explain and describe the factors affecting coordinated rehabilitation, in the subchapters divides these factors into: internal, external and systemic. The last seventh chapter of the theoretical part of the thesis is a description of the most common positives and negatives of coordinated rehabilitation. The research part begins with a description of the goal and research questions. Introduction to the methodology of the work is then described in the third chapter. A summary of the results is given in Chapter Four. In the description of the results, we move in different levels so that they are more clearly understood. The results were supplemented by pictures of relationships, categories and codes, processed in the

atlas.ti8. The discussion brings together the individual results, sets out possible conclusions. The conclusions themselves are described in the final chapter Conclusion.

Key words

Multidisciplinary approach; social work; physiotherapy; coordinated rehabilitation

Obsah

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Současný stav..... | 8 |
| 1.1 | Mezioborová spolupráce..... | 8 |
| 1.2 | Koordinovaná rehabilitace | 10 |
| 1.3 | Sociální práce | 11 |
| 1.4 | Fyzioterapie..... | 13 |
| 1.5 | Terapie na pozadí filosofického pojetí člověka | 14 |
| 1.5.1 | Historie zdraví člověka | 16 |
| 1.5.2 | Vývoj koordinované rehabilitace v rámci České republiky | 21 |
| 1.6 | Faktory ovlivňující fungování koordinované rehabilitace | 21 |
| 1.6.1 | Zevní faktory..... | 22 |
| 1.6.2 | Vnitřní faktory | 25 |
| 1.6.3 | Systemové faktory..... | 29 |
| 1.7 | Positiva a negativa koordinované rehabilitace | 30 |
| 2 | Cíl a výzkumné otázky..... | 39 |
| 2.1 | Cíl práce..... | 39 |
| 2.2 | Výzkumné otázky | 39 |
| 3 | Metodika..... | 40 |
| 3.1 | Použitá metoda | 40 |
| 3.2 | Výzkumný soubor..... | 41 |
| 3.3 | Metodika sběru dat..... | 42 |
| 3.4 | Metodika zpracování dat | 43 |
| 4 | Výsledky | 45 |
| 4.1 | Výsledky dle jednotlivých informantů | 60 |
| 5 | Diskuse | 76 |
| 6 | Závěr | 82 |
| 7 | Seznam zdrojů..... | 85 |
| 8 | Seznam příloh | 93 |

Úvod

Tématem diplomové práce je pohled dvou odborností na koordinovanou rehabilitaci. Konkrétně fyzioterapie a sociální práce. Koordinovaná rehabilitace je dnes klasickou součástí specializovaných zařízení. Jak, ale vypadá pohled na koordinovanou rehabilitaci je i s jednou otázkou pro tuto práci. Má na náhled na koordinovanou rehabilitaci podíl nějaký faktor, nebo informace podávané v teoretické přípravě na pozdější povolání. Nebo jde zde o hlubší a vnitřní pochody vnímání světa, případně kombinace. Práce dále zjišťuje, co jsou bariéry v poskytování koordinované rehabilitace, jak funguje koordinovaná rehabilitace v praxi, kdo se do ní zapojuje a jak. Jako další pohled se pak práce zajímá o pohled odborností fyzioterapie a sociální práce navzájem.

Může i vzájemný pohled být faktorem v úspěšném implementování a používání koordinované rehabilitace je další otázkou, které se práce dotýká. Jak může například osobní zkušenost ovlivnit náhled na práci v kolektivu. Nezodpovězenou otázkou je pak jak tento kolektiv působí na klienta.

Toto téma jsem si vybral záměrně z důvodu studování obou oborů. V současné době mám za sebou osamostatnění ze systémové služby do komerční oblasti, což sebou nese pozitiva a negativa. Tyto zkušenosti mi, ale nabízejí určitý širší pohled do této problematiky, jelikož jsem zažil práci i v systému. Naopak sám vnímám, jak práce v soukromí přináší nechuť spolupráce a mylných závěrů, že já provádím práci nejlépe. Díky návratu na akademickou půdu, tak mohu opět objektivizovat své pohledy.

V současné době právě mezi fyzioterapeuty vzrůstá chuť se osamostatnit a pracovat odděleně. U sociální práce zatím tato možnost ze zákona není. Koordinovaná rehabilitace pro mne osobně je podobná inkluzi. Je to proces, který nelze ihned ideálně nastavit do praxe, ale který prochází různými fázemi. Mapovat tyto fáze je i jedním zadáním této diplomové práce.

1 Současný stav

1.1 Mezioborová spolupráce

V současné době stále narůstá specializace jednotlivých oborů. Tento drobný pohled na nemoc a onemocnění často nepřináší očekávaný efekt na zdraví člověka. Ten často propadá síti oborů, jejíž oka se rozšiřují. Důvody mohou být – výchova individualismu, odborná specializace, užší nároky na jazyk v jednotlivých oborech, které pak nejsou schopny se domluvit a porozumět si. Na druhou stranu sílí vlna takzvaného holistického přístupu k člověku. Mezioborová spolupráce tedy přichází jako řešení tohoto stavu a také logického prvního kroku.

V dostupné české literatuře se dnes můžeme setkat například s kruhovým modelem péče (Jankovský, 2007), tento text neuvádí bližší rizika a faktory ovlivňující mezioborovou spolupráci (Jankovský, 2007).

O obecném nastavení rolí v mezioborové spolupráce píše Urban (Urban, 2013), ani zde nejsou uvedena specifika tohoto přístupu (Urban, 2013).

Jednotlivé faktorech ovlivňující mezioborovou spolupráci popisuje text Levické (Levická, 2013). Autorka vychází především z pojetí mezioborové spolupráce Bronstein. Bronstein rází názor důležitosti soustředění se v rámci mezioborové spolupráce na stejný cíl na uvědomění si, že společného cíle nejsme schopni dosáhnout jednotlivě, ale ono propojení poskytuje cestu k pochopení cíle (Levická, 2013). Uvědomuje si dynamiku skupiny a jednotlivé procesy ovlivňující dosažení cíle (Levická, 2013). Zároveň jedním dechem dodává, že bez těchto procesů a interakce oborů není možné dosáhnout cíle (Bronstein, 2003). Hepsworth dále rozlišuje, zda se jedná o více organizací, nebo organizaci jedinou (Havlíková, Hubíková, 2017).

U nás s tématem mezioborové spolupráce přichází především obory ze strany sociální práce. Havlíková a Hubíková pak shrnují teze Choi a Pak, kde se multidisciplinární spolupráce obohacuje o pojmy interdisciplinarita, transdisciplinarita zde dochází k překračování hranic jednotlivých profesí, ty přicházejí o svou nedotknutelnost

a participace dalších subjektů, jako je rodina, komunita (Havlíková, Hubíková, 2017), tímto dochází k pravé provázanosti i na úrovni lidské, což přináší na jednu stranu více faktorů vstupující do hledání cíle, na druhou stranu onu nutnost opravdovosti, kde opravdovost může pomoci stáhnout závěs rolím (Havlíková, Hubíková, 2017).

Propojení zdravotního a sociálního pracovníka se v současnosti vnímá materialisticky (Velemínský, 2012). Řeší se především v řízení příspěvků a posudkovém lékařství, i zde naráží na nerovnoměrné nahlížení na obory, kdy zdravotní pracovník, hlavně lékař je na pomyslném a nutno říci neexistujícím žebříčku vnímán mnohem výše a prestižněji, tím pádem i síla jeho informace, či argumentu je různorodá (Velemínský, 2012).

V praxi se často mluví, ale i o provázanosti v rámci procesu uzdravování samotného. Zde multidisciplinární spolupráce selhává plně. Navíc se krom přístupu psychosomatiky na možnost provázanosti nevěří. Právě zde je největší potenciál dobře fungujícího multidisciplinárního týmu. Otázkou do budoucna je, kdo všechno by do tohoto modelu spadal, jelikož současné nastavení odborností není dle názoru autora diplomové práce dostačující. Určitým náznakem této skutečnosti je návrat duchovních do prostor nemocnic. Selhávání například reflexe vlivu stravy na zdraví a uzdravování člověka. Kdy je kladen větší důraz na podání léku než ovlivňování stavu přirozenější cestou. V zahraničních klinikách je například zcela přirozený trénink koncentrace a meditace. Například na Massachusettské univerzitě svůj program vyvinul Jon Kabat Zinn (Zinn, 2016). Dnes již zcela ověřena metoda je u nás stále přijímaná velmi opatrně a s despektem, přitom vliv této metody na zvládnání stresu, imunitní systém, vyrovnavání se s oznámením ztráty (zdraví, blízkého člověka) je již prokázáný.

Od roku 2000, dostává multidisciplinární tým nový nástroj v podobě supervize, zmiňuji tento krok záměrně, protože dochází k vytvoření vysokoškolského oboru doc. Havrdovou. Samozřejmě supervize se k nám dostává dříve.

V současné době je supervize přijímaná velmi pomalu a nejistě, především doba před rokem 1989 plná kontrol nese v lidech nejistotu a asociaci s určitým dohledem.

1.2 Koordinovaná rehabilitace

V rámci rehabilitace si multidisciplinární tým můžeme představit jako koordinovanou rehabilitaci, zde se setkávají jednotlivé obory rehabilitace (zdravotní, sociální, pedagogická).

Rehabilitace dle WHO je procesem zaměřeným na dosažení a udržení optimální funkce na fyzické, smyslové, intelektuální, psychologické a sociální úrovni (WHO, 2013).

Kolář uvádí základní podmínky pro úspěšnost rehabilitace (Kolář, 2010). Tyto podmínky shrnuje do pěti principů. Jedná se o včasnost – efektivita rehabilitace se nejlépe projeví při neodkládání a okamžitému poskytnutí při zjištění onemocnění, úrazu tím se předchází chronickým stavům (Kolář, 2010). Jako další uvádí princip dlouhodobosti – rehabilitace by měla být poskytována tak dlouho, dokud je potřeba, někteří jedinci potřebují celoživotní rehabilitaci (Kolář, 2010). Třetím principem je celistvost – zde Kolář mluví o tzv. Holistickém přístupu a nabádá o péči o člověka jako bytost, nejen o jednotlivé orgány, systémy (Kolář, 2010). Čtvrtým bodem principů uvádí individuální přístup (Kolář, 2010). Stanovení rehabilitace je třeba koncipovat na aktuální potřeby klienta (Kolář, 2010). Dynamicky je přizpůsobovat aktuálním změnám potřeb (Kolář, 2010). A jako poslední princip je udávána multidisciplinární spolupráce (Kolář, 2010). Tu si představuje jako koordinovanou spolupráci jednotlivých odborníků plus aktivní přístup klienta a jeho rodiny (Kolář, 2010).

V odborné literatuře se společně s termínem koordinovaná rehabilitace udává komprehenzivní nebo celistvá (Krhutová, 2017). Patří sem: léčebná rehabilitace (zdravotní): medikace, operativní zákroky, fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie (Krhutová, 2017). Dále sociální rehabilitace: sociální služby, sociální dávky, podpora zaměstnanosti, podpora bydlení, kulturních a zájmových aktivit (Krhutová, 2017). Pedagogická rehabilitace: edukace, poradenství, příprava na povolání (Krhutová, 2017). Pracovní rehabilitace zahrnuje kvalifikaci, rekvalifikaci, přípravu na povolání a úpravu podmínek výkonu práce (Krhutová, 2017). Technologická rehabilitace: kompenzační pomůcky, odstraňování informačních, architektonických a dopravních bariér (Krhutová,

2017). Předposlední udávaná je ekonomická rehabilitace: státní politika veřejných financí, přesah do všech dalších oddílů. (Krhutová, 2017). Poslední rehabilitací je právní: legislativa k zajištění rovných příležitostí, podpory a péče o osoby se zdravotním postižením, sociální práva, sociální zabezpečení. (Krhutová, 2017).

Mezi nejčastější překážky koordinované rehabilitace je popisována státní politika, zaměřena pasivně na podporu závislosti klienta na finanční dotaci, nevytváří se kompetence klientům, podpora v jejich vlastní práci na svém zdraví (Krhutová, 2017). Pasivní politika je populární, ale i populistická (Krhutová, 2017). Často se dobře poslouchá a na základě toho i volí (Krhutová, 2017). Je to trochu začarovaný kruh nabídky a poptávky (Krhutová, 2017). Tohoto faktu velmi umě využívá pak politická špička (Krhutová, 2017). Nevytváří se podmínky práce. Většina pojetí koordinované rehabilitace je bohužel fungující v rámci některých zařízení, jako celek jde spíše o teoretickou látku, v praxi se jí daří o poznání hůře (Krhutová, 2017).

1.3 Sociální práce

Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích, posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha (Matoušek, 2012). Užívaje teorií lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím (Matoušek, 2012). Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti (Matoušek, 2012).

Charakteristický pro sociální práci je její dynamický a pomáhající proces, je to stále poměrně mladá disciplína, která se neustále vyvíjí (Green, 2010).

V roce 1996 došlo k vymezení rolí sociálního pracovníka v České republice (Kratochvílová, 2020). Podle tohoto popisu je sociální pracovník profesionál, který řeší sociální výzvy, tyto výzvy dále dle kompetencí a etických kodexů pomáhá třídit tak, aby byly pro klienta čitelné a dále zabraňuje případné stagnaci, či vyhocení situací (Kratochvílová, 2020).

Legislativně rozvoj v sociální práci ovlivňuje legislativní norma: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, případně zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, jedná-li se o zdravotně-sociálního pracovníka (Kuzníková, 2011).

V současné době neexistuje komora sociálních pracovníků. Důvodem je nepřijetí zákona o sociálních pracovnících, který se připravuje již od roku 2012 (Demeterová, 2018). Zákon by měl přinést vznik profesní komory sociálních pracovníků, která mj. již existuje u našich kolegů ve Slovenské republice (Davidová, 2018).

Metodologie sociální práce vychází z poznatků získaných výzkumem a vyhodnocováním praxe (Davidová, 2018). Uznává komplexnost vztahů mezi lidmi a jejich prostředím a lidskou schopnost být ovlivněn a zároveň měnit různé vlivy včetně bio-psychologických faktorů (Davidová, 2018).

Profese sociální práce staví na teoriích lidského rozvoje a chování a teoriích sociálních systémů, aby byla schopna analyzovat komplexní situace a zprostředkovávat osobní, organizační, sociální nebo kulturní změny (Demeterová, 2018).

Sociální práce se zaměřuje na společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti (Demeterová, 2018)

Reaguje na krize a akutní situace stejně jako na každodenní osobní a společenské problémy (Demeterová, 2018). Sociální práce využívá paletu dovedností, postupů a činností spojených jejím celkovým zaměřením na člověka a jeho prostředí (Demeterová, 2018). Způsoby intervence zahrnují primárně na osobu zaměřené psychosociální procesy stejně jako zapojení do sociální politiky, plánování a rozvoje (Kuzníková, 2011).

Patří sem poradenství, klinická sociální práce, skupinová práce, sociálně pedagogická práce a rodinná terapie i snaha pomoci lidem získat služby a zdroje v jejich společenství (Kuzníková, 2011).

Způsoby intervence rovněž zahrnují správu institucí, organizování komunit a zapojení do společenských a politických akcí s dopadem na sociální politiku a ekonomický rozvoj (Kuzníková, 2011).

Celkové zaměření sociální práce je společné, ovšem priority každodenní praxe se v každé zemi liší v závislosti na kulturních, historických a socio-ekonomických podmínkách (Kuzníková, 2011).

1.4 Fyzioterapie

Jedná se o dynamicky se rozvíjející zdravotnický obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového aparátu. Vlivem různých metod dochází k celkovému ovlivňování systému lidského těla. Proto je nutné klást důraz na mezioborové propojení. Fyzioterapie čerpá především ze znalostí anatomie, fyziologie, patologie. Do hloubky se zajímá především o myoskeletární systém a neurologii. V poslední době do fyzioterapie proniká také psychosomatika, zájem o východní medicínu (akupunktura, meditace, čínská medicína).

Tento široký rozhled a záběr a také nepřítomnost jednotných informací, používání různých metod dělají z fyzioterapeutů v praxi velmi odlišné odborníky. Náplň práce a kompetence fyzioterapeuta, stále není jasně a pevně ukotven v zákoně. Například použití suché jehly vs. porušení kožní integrity.

Odbornou kvalifikaci fyzioterapeut získá studiem v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním oboru či akreditovaném bakalářské studijním oboru (Brůha, 2011). Dále jsou to absolventi dřívějších možností studia (Brůha, 2011). Zákon umožňuje kvalifikaci úspěšným absolventům vyšších odborných škol v oboru diplomovaný fyzioterapeut, kdy studium prvního ročníku bylo započato v nejzazším termínu školního roku 2003/2004, nebo žákům středních zdravotnických škol v oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník, kdy studium prvního ročníku bylo započato v nejzazším termínu školního roku 1996/1997 (Brůha, 2011).

Fyzioterapeut se může dále vzdělávat v rámci individuálních konceptů/metodik, jež jsou uvedeny ve vyhlášce o činnostech, kdy fyzioterapeut má poté právo péči vykonávat pomocí těchto konceptů, u kterých získal kvalifikaci (Brůha, 2011). Je zde i možnost získání kvalifikace k dílčím specializovaným výkonům pomocí certifikovaných kurzů (Brůha, 2011). Fyzioterapeut může vést povolání maséra a odborně dohlížet na sanitáře pro lázně a léčebnou rehabilitaci, avšak k tomuto musí získat odbornou kvalifikaci, a to po třech semestrech vysoké či vyšší odborné školy v oboru pro přípravu fyzioterapeutů (Brůha, 2011). Fyzioterapeut má také kvalifikaci k povolání nezdravotnického maséra, a to v rámci živnosti, ale ne k práci maséra jako zdravotnického pracovníka (Brůha, 2011). Fyzioterapeut má povinnost tzv. celoživotní vzdělávání. Toto vzdělávání upravuje §53 a 54 zákona o nelékařských zdravotnických povolání, který celoživotní vzdělávání vysvětluje jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky (zákon č. 201/2017Sb).

Fyzioterapeuti často překračují hranice svého oboru do dalších odborných specializací, nejbližší mají asi s ergoterapeuty, se kterými se do nedávna ještě nahrazovali. Toto dynamické zasahování, může být paradoxně dle rozvoje multidisciplinárního týmu pozitivní, jelikož se zlepšuje chápání vzájemného jazyka.

1.5 Terapie na pozadí filozofického pojetí člověka

Filozofická antropologie přináší určité odpovědi na otázky, z jakého důvodu dnes léčíme, jak léčíme, díky této vědní disciplíně si můžeme uvědomovat určité fázování.

Pro účel této diplomové práce bych rád zkrátil toto téma a popsal myšlenky Schelera. Scheler si všímá, že existuje v Evropě několik koncepcí, jak pohlížet na člověka. Jedná se o pět základních antropologických modelů datující se od počátku starého Řecka. Scheler si všímá nejen změn v sebechápání člověka, ale i vztahu mezi antropologií a historií. Rozdílné smýšlení o počátku, struktuře a existenci člověka totiž přímo ovlivňuje chápání dějin a naopak. Scheler udává pět základních pojetí člověka. První je Židovsko –

křesťanská antropologie, tato antropologie vychází z náboženské víry, věří, ve stvoření člověka, v prvního člověka a také vznik lidstva z jednoho páru (Scheler, 2003). Tato víra se může zdát někdy groteskní v dnešní době a často se pokládá vědomě za překonanou (Scheler, 2003). Opak je však pravdou, jelikož je v člověku pevně zakořeněna, a především pojetí a strach z hříchu bývá jednou z bran úzkostí (Scheler, 2003). Na druhou stranu člověk je obrazem Božím, avšak v propadlišti dějin, se ztrácí význam a pochopení tohoto silného spojení (Scheler, 2003).

Dalším pojetím člověka je tzv. Antropologie homo sapiens. Scheler toto pojetí nazývá také jako rozumové jsoucno (bytí), je zde patrné tedy, že jde o určitý komplex zakládající se na myšlenkovém pochodu a není to tedy plná víra (Scheler, 2003).

V tomto konceptu jde o to odlišit člověka od zvířete a vystavět pro něho individuální trůn (Scheler, 2003). Od zvířat tedy neodlišuje člověka po psychické a morfologické stránce, ale právě oním rozumem, kterého je člověk schopen (Scheler, 2003). A právě rozum je to tím člověk přesahuje tento svět (Scheler, 2003). Rozum je všem národům, rasám atd. dán stejnou kvalitou, rozum je ten, který nám pomáhá zvládat pudy (Scheler, 2003). Na tuto linii přímo nasedá například Descartes (Scheler, 2003). V době osvícenství toto myšlení nahrazuje teologii a stává se samo náboženstvím (Scheler, 2003). Hegel do tohoto učení pak přispívá svou poznámkou je měnnosti lidského rozumu (Scheler, 2003). Hegel postupně vysvětluje lidský rozum vyvíjející se v božský anebo také božský rozum rodící se skrze člověka (Scheler, 2003).

Třetím pohledem Antropologie homo – faber. Tento model dal základ tzv. Pragmatickému myšlení. Tato nauka nedělá rozdíly mezi člověkem a zvířetem (Scheler, 2003). Člověk je nazýván jako pudová bytost, pyšní se svým rozumem (Scheler, 2003). Rozum je chápán jako druh síly, která byla u člověka vyvinuta na nejvyšší míru v živočišné říši (Scheler, 2003). Toto myšlení dále rozvíjí například Nietzsche nebo Freud (Scheler, 2003).

Předposlední naukou je Antropologie „nutné dekadence“. Tato teorie nebyla v klidných vodách západního světa doposud uznána a budí značný rozruch (Scheler,

2003). Na rozdíl od předešlých teorií vnímající určité pozitivní vývoje v rámci rozumu a pudu, je tato teorie přesně obrácená a mluví o velkém úpadku lidské civilizace od začátku dějin, je zajímavé, že toto smyšlení se blíží apokalyptickému smyšlení Bible (Scheler, 2003). Je to určité vystřízlivnění s egoistického pojetí člověka jako vládce nad vším živým (Scheler, 2003). Doktor Alsberg dále přidává, že člověk si vědom své fyzické nedokonalosti, se snaží vyrovnat zvířatům pomocí kompenzačních přístrojů, na které se upíná a přestává rozvíjet svůj orgánový potenciál (Scheler, 2003). Člověk je nemocný duchem, kde nemoc přináší rozum, zde Scheler přichází do rozporu s Descartem (Scheler, 2003).

Poslední naukou a nejméně známou je Postulární ateismus odpovědnosti. Tato teorie vkládá plnou odpovědnost možné změny do rukou člověka (Scheler, 2003). Podstatnou oporou je popření všech dosavadních forem řízení člověka, a tedy i řízení člověka Bohem (Scheler, 2003). Tím člověk nachází řád (Scheler, 2003).

Na první pohled nemusí být zřejmé, že tato jednotlivá myšlení jsou v nás hluboce protkána a každý den ovlivňují naše rozhodování. Člověk má tendenci selektovat a vybírat si cestu jednou, avšak já věřím v koherentní myšlení a hledání propojení. Proto je dobré vidět za každou teorií i osobní příběh. Otázkou k poslední nauce je, pokud člověk nalezne tak řád (určitým odproštěním může být i meditace), nenalazne právě Boha?

1.5.1 Historie zdraví člověka

Začněme tuto kapitolu a její časovou osu v antickém Řecku, konkrétně 5. st. př. n. l. se objevuje Hippokratova teorie tzv. humorální rovnováhy. Do této rovnováhy zahrnuje tělní tekutiny (hlen, žluč, krev a černá žluč) mají přímý negativní vliv na fyzické i duševní zdraví, dokonce z této filozofie vychází i naše dělení cholerik, sangvinik, melancholik a flegmatik (Friedman, 1990). Dalším je prostředí (teplota, vlhkost, ventilace...) a individuální životní styl. Hippokrat na svou dobu velmi pokrokově uvádí i stravovací návyky, pitný režim, sexuální aktivitu, střídání práce a odpočinku, způsob oblékání. Určitá střední cesta v každé z těchto proměnných (ať již vycházejí z okolního prostředí nebo z životního stylu jedince) představuje možnost udržení humorální rovnováhy.

Přílišné teplo nebo naopak zima, sucho nebo vlhko, příliš stoický nebo naopak hedonistický životní styl mohou zapříčinit narušení rovnováhy, a tedy vznik nemoci (Catalano, 1979).

Pokud ještě zůstaneme u Řecka je dobré zmínit, že bylo pokrokové i co se organizace péče o zdraví týká ve 2. st. n. l. byli i do vzdálených měst přidělováni státem placení lékaři. Vedle veřejného zdravotnictví však existovali i lékaři soukromí, kteří za roční poplatek navštěvovali rodiny, a současně také bezplatná zařízení, která byla určena chudým lidem potřebujícím intenzivní péči (Friedman, 1990).

Významní řečtí filozofové (Platón, Aristoteles) byli prvními zastánci myšlenky, že mysl (duše) a tělo jsou dvě oddělené entity. Mysli (duši) je připisován pouze nepatrný nebo vůbec žádný vztah k tělu a ke zdraví (Friedman, 1990).

Posuneme – li se do římské říše, zmiňme lékaře Galéna, který proslul díky názoru, že nemoci mohou být v těle lokalizovány a že určité potíže mají své specifické projevy (Friedman, 1990).

S věkem temna přichází období charakterizované stagnací vědy a současným ekonomickým progresem západoevropských zemí. S pádem římské říše se rozpadl i systém veřejného zdravotnictví. Zatímco byzantská říše pokračovala v hippokratovské tradici, západoevropská medicína poklesla na úroveň zvláštní kombinace pohanských mýtů a křesťanského spiritualismu. Za nejlepší profylaxi byla považována zařikání, exorcismus, pokání a modlitby. Efektivita těchto postupů výrazně zaostávala za těmi, které byly používány v době římského impéria (Křivohlavý, 2001). Nejčastějšími nemocemi, které v této době Evropany sužovaly, byly záškrt, spalničky, chřipka, sněť a tuberkulóza (Friedman, 1990). Nejobávanějšími chorobami však byly dýmějový mor a lepra, pravděpodobnost vzniku epidemie moru se významně zvýšila s postupující urbanizací a rozvojem obchodu, hlodavcům, kteří přenášeli nákazu, se v oblastech s nedostatečnými hygienickými podmínkami velmi dařilo, šíření nákazy bylo navíc umocněno díky pohybu obchodních lodí (Friedman, 1990).

V tomto všeobecném úpadku služeb veřejného zdravotnictví představovali jedinou výjimku mniši, kteří pokračovali v řecko-římské intelektuální tradici a budovali své kláštery podle původních antických principů. Tato soběstačná sídla s dobře větranými a vytápěnými budovami měla často vlastní zdroje pitné vody a prostředky likvidace odpadu. V případě potřeby sloužily kláštery jako nemocnice, kde byly využívány způsoby léčby kombinující řecké klinické procedury a křesťanská napomenutí (Friedman, 1990).

Ve 12. a 13. st. n.l. vzrůstá moc církve, vrcholný středověk příliš nepřál dalšímu rozvoji lékařské vědy. Nový pohled na člověka jako na bytost obdařenou duší a nepodléhající tedy běžným přírodním zákonům zapovídal vědecké zkoumání na tomto poli (Sarafino, 1990). Běžní lidé vnímali nemoc v souladu s převládajícím náboženským názorem jako důsledek božího hněvu (Catalano, 1979). Církev kontrolovala léčebné postupy a kněží byli povoláni k léčení nemocí, které ve snaze vyhnat ďábla probíhalo často formou mučení (Catalano, 1979).

Období renesance (15. – 17. století) znamenalo v rozvoji vědy zásadní zlom (Störig, 2000). Pozornost při hledání pravdy a poznání již nesměřovala výhradně k Bohu, ale opět se obrátila i k člověku (Störig, 2000). Podstatnou změnu znamenalo postupně se šířící přesvědčení, že pravda může být nazírána z mnoha úhlů pohledu a může tak mít více podob (Störig, 2000). To byl základní předpoklad pro následnou vědeckou revoluci, která „vypukla“ po roce 1600 (Störig, 2000).

V 17. století byl jednou z nejvlivnějších osobností na poli vědy francouzský filozof a matematik René Descartes, který jako první formuloval zásady vědecké metody (Störig, 2000). Descartes viděl tělo jako stroj, detailně popsal mechanismy jeho fungování a intenzivně se věnoval otázce povahy smyslového vnímání (mj. Zavedl pojem reflex) (Störig, 2000). V otázce vztahu duše a těla byl, stejně jako staří Řekové, zastáncem dualismu (Störig, 2000). Přestože považoval duši a tělo za dvě odlišné substance, předpokládal, že spolu souvisí, ale vzájemně se neovlivňují (Störig, 2000). Jejich „komunikaci“ umožňuje zvláštní orgán v mozku – šišinka (Störig, 2000).

Descartes, a hlavně filozofové na něho navazující například Spinoza významně ovlivnili vznik tzv. biomedicínského modelu (Störig, 2000).

Období renesance z hlediska studia zdraví a nemoci nepřineslo mnoho nových myšlenek (Catalano, 1979). Za pravděpodobně jediný významnější krok vpřed můžeme považovat další příspěvek k oslabení vlivu církve v podobě zavedení pitvy jako jedné z metod studia lidského těla (Catalano, 1979). Stále však přetrvávala hrozba epidemií vážných chorob (Catalano, 1979).

V 18. a 19. století se radikálně změnila ekonomická, sociální i politická struktura západní civilizace. V Evropě vyústil prudký nárůst ekonomiky v obrovskou populační explozi. Výsledkem byl naprostý kolaps zdravotnictví a hygieny. Tuto situaci dokládá např. míra novorozenecké mortality (Catalano, 1979).

Vývoj vědy včetně medicíny však postupoval velmi rychle kupředu (Catalano, 1979). Díky technickým přístrojům (např. mikroskop) získávali vědci stále jasnější představu o tom, jak lidské tělo pracuje, a odhalili příčiny mnoha nemocí – mikroorganismy (Catalano, 1979). Humorální teorie byla po mnoha tisíciletích svého vlivu nahrazena novými přístupy (Catalano, 1979).

Významnou roli v tomto smyslu sehrálo také zavedení anestézie, která byla poprvé představena v polovině 19. století – do té doby byly nemocnice často místem, kde se nemoci za pomoci lékařů spíše dále šířily, než léčily (Sarafino, 1990). Pověst lékařů se tak výrazně zlepšovala a lidé k nim získávali stále větší důvěru (Sarafino, 1990). Pozornost si postupně získala také do té doby nepoužívaná preventivní opatření – např. konzumace citrusových plodů, jejíž pozitivní dopad na zdraví lékaři ověřili (Sarafino, 1990). Byla identifikována zdravotní rizika některých povolání (horníků, továrních dělníků apod.) a následovaly kroky k jejich zmírnění (Sarafino, 1990).

V tomto období se tak na základě aktuálních vědeckých poznatků začal formovat nový přístup k člověku a zdraví – tzv. biomedicínský model (Sarafino, 1990). Tento přístup předpokládá, že všechny nemoci nebo fyzické potíže mohou být vysvětleny narušením fyziologických procesů, které pramení ze zranění, biochemické nerovnováhy, bakteriální

nebo virové infekce (Sarafino, 1990). Nemoci jsou tedy chápány jako záležitost čistě tělesná, oddělená od psychologických a sociálních procesů (Sarafino, 1990). Období mezi lety 1930 a 1980 pak bývá považováno za „zlatý věk farmakoterapie“ (Friedman, 1990).

Další vývoj v oblasti lékařství pokračoval velmi rychle a v průběhu 20. století došlo k několika významným „obratům“. Již v polovině 19. století byl významný lékař Claudie Bernard přesvědčen o tom, že duševní stavy ovlivňují tělesné procesy, tímto svým přesvědčením dokázal změnit některé dosud převládající názory (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Tato myšlenka vedla v následujících letech k rozvoji psychosomatiky (Baštecký et al., 1993). Slovo psychosomatika poprvé použil již v roce 1818 německý psychiatr Johann Christian Heinroth, jako reakce na vnímanou krizi evropského lékařství se však etablovala na přelomu 19. a 20. století a její počátky úzce souvisí s poznatky psychoanalýzy (Baštecký et al., 1993). Psychosomatika naopak nahlíží na člověka ve zdraví a v nemoci jako na bytost bio-psycho-sociální, pro niž je charakteristická neustálá interakce činnosti somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí (Baštecký et al., 1993). Chápe tak člověka jako celistvou lidskou bytost v kontextu sociálního prostředí (Baštecký et al., 1993). Tímto holistickým přístupem hranice klasického biomedicínského modelu překračuje (Baštecký et al., 1993).

Biopsychosociální model byl v dalších letech rozšířen ještě i o rovinu ekologickou. Vznikl tak model bioekopsychosociální, který při posuzování pacienta a jeho potíží zohledňuje navíc i faktory prostředí, v němž člověk žije (Vymětal, 2003).

V posledních letech se tedy zájem lékařské vědy postupně přesouvá od zjišťování příčin nemocí tělesné povahy k podstatně komplexnějšímu pohledu – k hledání rizikových faktorů, které ve vzájemném spolupůsobení mohou danou nemoc způsobit či ovlivnit (Kebza, 2005).

1.5.2 Vývoj koordinované rehabilitace v rámci České republiky

První pokusy o systémové použití koordinované rehabilitace můžeme datovat od první poloviny 20. let dvacátého století, rozvoj nastává zejména v 60. a 70. letech dvacátého století (Krhutová 2017).

V České republice se dvacet let objevují pokusy vnímat koncept rehabilitace celistvě (Krása 2011). Mezi nejčastější důvody nefungující koordinované rehabilitace se uvádí: nepřítomnost společného financování, neexistující legislativa, tento přístup nespadá přímo do jediné odbornosti (Krhutová 2017). Pracovní rehabilitace je parciální součástí zákona o zaměstnanosti, sociální rehabilitace je upravena výhradně zúženě v zákoně o sociálních službách (Krhutová 2017). Rehabilitace v zákoně i zdravotních službách sleduje výhradně zdravotnické prostředky rehabilitace a pedagogiko výchovnou rehabilitaci samostatně upravuje školský zákon (Krhutová 2017).

Od roku 2000 jsou v České republice iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem školství a dalšími institucemi připravit zákon o tzv. ucelené rehabilitaci (Krása 2011). V roce 1999 byla založena tehdejším ministrem práce a sociálních věcí resortní skupinu pro přípravu zákona, k přijetí tohoto či obdobného zákona však v České republice dosud nedošlo (Krása 2011). Přesto členové Evropské unie jsou vázáni, aby se koordinovaná rehabilitace stala součástí politiky státu (Krása 2011).

1.6 Faktory ovlivňující fungování koordinované rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace a její chápání je na teoretické úrovni často přijímána. Přesto její nastavení klade veliké nároky na kvality jedince, toto individuální jedinečné nastavení často zabraňuje k naplnění poslání a směřování koordinované rehabilitace. Toto postavení je také dobré vnímat jako dynamický proces měnící se ve prospěch koordinované rehabilitace. Osobně vnímám některé části koordinované rehabilitace jako prestižnější než ostatní, nebo tak se na ně v dnešním nastavení společnosti dívá. Toto samotné nastavení často i předurčuje kdo a jak se tyto části rehabilitace učí a chce

učit. I tady může fungovat ono jednoduché lidské nastavení a uvěření rolím. Koordinovaná rehabilitace stejně jako medicínské obory, ekonomické, aj. trpí díky uvěření v pasivitu a pasivizaci jedince. V ekonomické době je tato pasivita klienta často posílená reklamou a vírou, ono se to stane, on se objeví, myšleno cizí člověk (spasitel) uchopí mou cestu a změní jí pro můj užitek. Tomuto nastavení jde naproti populistická pasivizující politika. Další všeobecné nastavení společnosti je strach z dynamiky, hledání jistoty a nastavení systému tak, aby vyhovoval, sebou nese odpor systém měnit, jelikož každá změna, ač je velmi dobře promyšlena vždy přinese něco, na co společnost připravená není, viz. revoluce. Pokud tuto revoluci uchopíme na úrovni jedince, je to určitá katarze dlouho potlačovaných pocitů, což vede k přemrštěné reakci, agresi a násilí. Pokud přemýšlíme o zavedení koordinované rehabilitace, je třeba vidět i nastavení nás samotných, určitá cesta může být přes selfmanagement, poznání sebe, vzorů, reakcí. Toto není nic nového toto je staré jako lidstvo samo. V následujících kapitolách jsem se pokusil rozdělit jednotlivé faktory, které se pokusím vysvětlit.

1.6.1 Zevní faktory

Mezi odborné faktory v této práci řadíme: sociální status, informace a jejich třídění, úzký jazyk odborností a komunikace.

Sociální status, dle Tučka určují sociální status pět úrovní. Nejvyšší dosažené stupeň vzdělání, složitost vykonávané práce, postavení v řízení, individuální příjem a životní stylu (Tuček, 2003). Sociální status je odvozen z latinského slova stav, udává určitou prestiž, získanou od okolí a zároveň vymezuje očekávání okolí na určitou roli nositele statusu (Hayes, 2013). Sociální status se dále dělí na vrozený (pohlaví, rasa) a získaný (vzdělání) (Hayes, 2013). S ohledem na nedávnou situaci okolo koronaviru COVID-19, můžeme vidět i určitou mobilitu sociálního statusu. Neodmyslitelně k sociálnímu statusu patří i sociální role. Sociální role je očekávaný způsob chování (Výrost, 2019). Tato role s sebou nese strategie, jak jedinec na roli nahlíží a plní (Výrost, 2019). Mezi základní role dále patří: nadřízené, podřízené, souřadné a role sexuálního partnerství (Výrost, 2019).

Informace a jejich třídění do určité míry ovlivňují, jak myslíme. V dnešní době, není problémem se k informacím dostat, problémem je umět s informacemi pracovat, vyhodnocovat a nevyhledávat jen informace podporující naši domněnku, či paradigma.

Fyzické nepříjemnosti spojené s přijetím jiného pohledu nám dnes vysvětluje i neurověda. Každý nervový signál je kouskem informace (Hanson, 2013). Náš nervový systém posouvá informace dokola, stejně jako srdce vysílá do oběhu krev (Hanson, 2013). Všechny tyto informace tvoří to, co volně definujeme jako mysl, většinu z nich si však nikdy neuvědomujeme (Hanson, 2013). Při přijímání synapsí neuron dostává signály, většinou ve formě chemické látky (neurotransmitter) (Pert, 2016). Tyto chemické látky (dopamin), přímo ovlivňují naši náladu a pocit (Pert, 2016). Mysl a mozek na sebe natolik vzájemně působí, že nedokážeme dnes říct, zda mysl tvoří náš mozek, nebo mozek naši mysl (Siegl, 2014). Mozek pracuje na bázi use it (používej), nebo lose it (ztrať to) (Doidge, 2012). Proto, pokud neustále posilujeme jeden pohled, pohyb, je pro nás těžké tento vytvořený spoj v mozku změnit (Doidge, 2012).

Odborný jazyk, může být zavádějící ve vzájemném pochopení odborností. Kognitivní lingvistika se rozvíjí od osmdesátých let jako součást komplexu kognitivních věd, které zkoumají procesy probíhající v mysli a tyto procesy modelují (dále sem patří kognitivní psychologie nebo teorie umělé inteligence) (Mareš, 2014). Základním předmětem zájmu kognitivní lingvistiky je otázka, jak mysl pracuje s jazykem a co jazyk o mysli vypovídá (Mareš, 2014). Svým zaměřením je kognitivní lingvistika velmi mnohotvárná (Mareš, 2014). Mj. se sleduje, jak jsou jazykové významy a lidské myšlení zakotveny v tělesné zkušenosti člověka (Mareš, 2014). Běžně např. používáme metafory, které jsou založeny na přenášení struktury poznání z konkrétní do abstraktní oblasti: lepší, hodnotnější, příjemnější je nahoře (Má vysoké postavení. Je na vrcholu své kariéry (Mareš, 2014). Další varianta kognitivní lingvistiky vychází z předpokladu, že jazyk, který používáme, podmiňuje náš obraz světa, neboť právě prostřednictvím jazyka svět strukturujeme a kategorizujeme, tedy členíme na různé třídy (Mareš, 2014). Používání jazyka tvoří komunikaci. V obecném modelu komunikace jsou zahrnuty všechny základní prvky

komunikace: komunikátor, příjemce, sdělení, komunikační kanál, zpětná vazba, případně šum (Uhlová, 2013). Komunikátor, původce zprávy, je buď jedinec, nebo skupina jedinců (Uhlová, 2013). Komunikátor zakóduje zprávu pomocí řady symbolů, např. jazyka, posunku (Uhlová, 2013). Výsledkem kódování je verbální nebo neverbální sdělení (případně obojí současně) (Uhlová, 2013). Při verbálním sdělení komunikátor vyjadřuje své myšlenky a záměry slovy, řečí (Uhlová, 2013). Neverbální sdělení je vyjadřování komunikátora gesty, mimikou apod. (Uhlová, 2013). Sdělení může nastat i prostřednictvím nějakého konání – konání činem (Uhlová, 2013). Komunikačním kanálem rozumíme způsob sdělení od komunikátora k příjemci (Uhlová, 2013). Při verbální komunikaci jsou to mluvidla člověka, u neverbální komunikace mimika, pohyby hlavou, rukou atd. (Uhlová, 2013). Komunikační prostředky v době moderní techniky se staly rovněž komunikačními kanály (telefon, rozhlas, televize, internet, elektronická pošta a podobně) (Uhlová, 2013). Příjemce je ten, komu je sdělení určeno – jedinec, nebo skupina jedinců (Uhlová, 2013). Příjemce dekóduje a interpretuje sdělení (Uhlová, 2013). Účinnost komunikace záleží na pochopení smyslu sdělení (Uhlová, 2013). Zpětná vazba má v komunikačním procesu důležitou funkci (Uhlová, 2013). Vypovídá komunikátorovi o tom, jak je sdělení přijato a chápáno, ale i správně realizováno (Uhlová, 2013). Šum znamená externí nebo interní narušení toku komunikace (Uhlová, 2013). Externím šumem je v prostředí komunikace například hluk, špatné nebo přílišné osvětlení, nepříznivá teplota, přítomnost třetí osoby a jiné (Uhlová, 2013). Interním šumem se stávají osobnostní problémy, jako je hlad, žízeň, fyzická nebo duševní únava, bolest hlavy, nemoc, nebo odlišnost komunikačních úrovní, nezáměr a podobně (Uhlová, 2013). Bariéry jsou skutečnosti, které komunikaci nebo některou její část znemožňují (Uhlová, 2013). Šumy, naproti tomu, jsou faktory, které obsah komunikace deformují (Uhlová, 2013).

1.6.2 Vnitřní faktory

Do vnitřních faktorů ovlivňující funkci a funkčnost koordinované rehabilitaci v této práci řadíme: ego, hodnoty a trauma (resp. strategie zvolené pro zpracovávání traumatu).

Nejprve je třeba si vymezit co je to Ego. Ego v dnešní době již nevnímáme jako aspekt naší psyché, jak uvádí Freud (Petr, 2012). Dnes je ego synonymem naší osobnosti (Petr, 2012). Někteří autoři říkají, že ego je souborem myšlenek, které nám vymezují vesmír (Petr, 2012). Že když existujeme pouze ze své vrstvy ega, jsme vlastně pouze soubor individualizovaných reakčních mechanismů, které jsme si vyvinuli v reakci na životní zkušenosti (Petr, 2012). Jedna z velmi dobrých map ega, resp. typu osobnosti, je enneagram (Petr, 2012). Jde o model, který popisuje ustálené vzorce prožívání, myšlení a jednání (Petr, 2012). Slovo enneagram pochází z řeckého ennea (devět) a grammos (bod, ale také vzorec) (Petr, 2012). Graficky je znázorněn devíticípou hvězdou v kruhu (Petr, 2012). Vrcholy této hvězdy představují devět stylů, navyklých a zautomatizovaných způsobů, jak zacházíme se sebou i s druhými (Petr, 2012). Do těchto zautomatizovaných způsobů se promítá naplnění našich základních lidských potřeb (Pesso, 2009). Podle Pessa rozlišujeme pět základních lidských potřeb, které pokud nejsou nasyceny do určitého věku člověka, mění jeho pohled na svět (Pesso, 2009). Mezi tyto potřeby patří: a) každý člověk očekává, že ve světě najde své místo, že bude mít dost prostoru v mateřském lůně, po narození v náruči rodičů, v dětské postýlce, ve svém pokoji, mezi blízkými, bude jimi radostně vítán v celé své individualitě takový, jaký je (Pesso, 2009). S touto potřebou úzce souvisí v pozdějším dospělém životě schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a "nejsem mimo" (Pesso, 2009), b) každý člověk očekává od světa ochranu (Pesso, 2009). Nejprve jej před škodlivými vlivy ochrání mateřská děloha, po narození rodičovská náruč a záštita (Pesso, 2009). Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn, pro jeho další život to znamená pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení (Pesso, 2009), c) člověk očekává péči a výživu (Pesso, 2009). Míní se tím nejen jídlo a něžnost v doslovné

podobě, ale i dostatek podnětů, kontaktů, vztahů (Pesso, 2009). V pozdějším věku se k této potřebě řadí i informace, vzdělání, zájmy (Pesso, 2009). Kdo je v tomto smyslu "dobře živen", má pocit plnosti, naplnění, nasycení (Pesso, 2009). Netrpí přehnanými pocity prázdnoty (Pesso, 2009), d) člověk očekává, že bude podporován – zcela konkrétně i symbolicky (Pesso, 2009). Podpora znamená konkrétně třeba být nesen, nebo moci se opřít, abych nespádl (Pesso, 2009). Kdo je podporován, necítí se být na věci sám (Pesso, 2009). Být podporován znamená rovněž být povzbuzován (Pesso, 2009). Žít s pocitem podpory znamená snad něco jako "žít s větrem v zádech"(Pesso, 2009). Lidé, kteří mají z dětství bohatou zkušenost s dostatkem podpory, si ji dokážou v dospělém životě dobře zajistit (Pesso, 2009). Mají energii a elán, necítí se slabí, bezmocně vydaní napospas okolnostem (Pesso, 2009), d) člověk instinktivně touží být limitován (Pesso, 2009). Být limitován znamená něco v tom smyslu jako být definován, to jest vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých (Pesso, 2009). Mít dobře zažitý limit znamená trochu paradoxně být schopen jít do věcí naplno, moci se do nich opřít beze strachu, že tím způsobím nějakou újmu sobě či druhým (Pesso, 2009). Dobrý zážitek limitu mi mohou poskytnout rodiče, kteří mne zvládnou (Pesso, 2009). Rodiče, kteří mají upřímnou radost z dětské živosti, rozpustilosti, z dětského zkoušení síly a experimentů, zároveň jsou ale v jednaní a výchově pevní a nepovolují (Pesso, 2009). Chováme se i nadále tak, jak jsme se naučili v prvních letech života (Petr, 2012). Nereagujeme již z přítomného okamžiku, ale z minulých zkušeností (Petr, 2012). Mnohdy to vypadá, jako bychom nechali tříleté dítě, aby za nás dělalo zásadní životní rozhodnutí (Petr, 2012). Ennea-typ si lze také představit jako brýle, které má každý z nás nasazené (Petr, 2012). Když máte modré brýle, svět je modrý (Petr, 2012). Potíže nastávají, když člověk, se kterým se snažíte domluvit, má brýle červené (Petr, 2012). Vidíte zcela jiný svět (Petr, 2012). Tyto filtry zkreslují a mění vše, co říkáme my nebo co říkají druzí (Petr, 2012). Jsou souhrnem nevědomých domněnek a předpokladů, že druzí fungují podobně jako my (Petr, 2012). A i když se spolu snažíme komunikovat, často nerozumíme podstatě sdělení, nechápeme, jak je možné, že druhý

to vidí jinak (Petr, 2012).

Hodnoty a jejich vliv, zde vysvětlím dle teorie Shaloma Schwartz, sociálního psychologa a zároveň profesora psychologie na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě. Svou metodu ověřoval celosvětově. Ucelil jedenáct typů hodnot:

- 1. Moc (power)** – sociální status a prestiž, dominance nebo kontrola nad lidmi nebo zdroji, sociální moc, autorita, bohatství, zachování dobrého jména, společenské uznání. Moc zdůrazňuje dosažení a uchování dominantní pozice uvnitř obecnějšího sociálního systému (Schwartz, 1994).
- 2. Úspěch (achievement)** – úspěšnost, schopnost, ctízádnost, vlivnost, inteligence. Osobní úspěch díky uplatňování kompetencí podle sociálních standardů. Úspěch zdůrazňuje aktivní demonstraci schopnosti v konkrétní interakci (Schwartz, 1994).
- 3. Požitkářství (hedonism)** – osobní potěšení, smyslové požitky, zábava, užívání života, nestřídmost. Hodnotový typ byl odvozen z potřeby uspokojování požitků (Schwartz 1994).
- 4. Stimulace (stimulation)** – vzrušení, novost, výzva v životě, odvaha, pestrý život, vzrušující život. Tento typ byl odvozen z předpokladu, že k optimální úrovni aktivace je potřeba mnohotvárnost a pestrost podnětů (Schwartz, 1994).
- 5. Samostatnost (self-direction)** – nezávislé myšlení a jednání, zvědavost, tvořivost, svoboda, volba vlastních cílů, nezávislost, sebeúcta. Typ byl odvozen z potřeby kontrolovat, ovládat a být nezávislý (Schwartz, 1994).
- 6. Universalismus (universalism)** – pochopení, uznání, tolerance a ochrana pro blaho všech lidí, ochrana životního prostředí, jednota s přírodou, svět krásy, tolerance, sociální spravedlnost, moudrost, rovnost, mírový svět, vnitřní harmonie. Tento hodnotový typ byl odvozen z požadavků zajišťujících přežití – akceptování druhých jako prevence před střety, které by mohly ohrozit život a ochrana přírody jako prevence před zničením přírodních zdrojů nutných pro přežití člověka (Schwartz, 1994).

7. Benevolence (benevolence) – ochota, čestnost, odpuštění, oddanost, zodpovědnost, duchovnost, skutečné přátelství, citová a duchovní intimita, smysl života. Zachování a posílení prosperity lidí, se kterými je člověk v každodenním kontaktu (Schwartz, 1994).

8. Tradice (tradition) – respekt, závazek a přijetí zvyků a myšlenek, které poskytovala tradiční kultura a náboženství, podřízení se životním okolnostem, zbožnost, pokora, mírnost, odpoutání od světských zájmů (Schwartz, 1994).

9. Spiritualita (spirituality) – vnitřní harmonie a smysl života nahlížený pomocí překročení každodenní reality (Schwartz, 1994).

10. Konformismus (conformity) – poslušnost, úcta k rodičům a starším lidem, zdvořilost, sebeovládání, zdržení se akcí, sklonů či podnětů, které by mohly poškodit ostatní a porušit sociální očekávání a normy. Tento typ je odvozen z předpokladu, že jedinci potlačují sklony, které by mohly být společensky rušivé a které by narušovaly hladké fungování skupiny (Schwartz, 1994).

11. Bezpečnost (security) – bezpečnost, harmonie a stabilita společnosti a vztahů jedince se společností, čistota, národní bezpečnost, opětování služeb, sociální pořádek, bezpečnost rodiny, pocit sounáležitosti, zdraví. Tento hodnotový typ vyplývá ze základních individuálních a skupinových požadavků (Schwartz 1994). Tyto hodnoty dále porovnává v rámci vzájemných vztahů (Schwartz, 1994). V celosvětovém porovnávání vypadla 9. hodnota, spiritualita, která se nejevila jako univerzální (Schwartz, 1994). Deset následujících hodnot mají mezi sebou čtyři vztahy (Schwartz, 1994). Je to za a) otevřenost změně, sem patří: samostatnost, stimulace, požitkářství, za b) posílení ega, zde se řadí: úspěch, moc, požitkářství, třetí je konverzace, ta spojuje: bezpečnost, tradice, konformismus, poslední čtvrtou konverzí je překročení sama sebe a zde máme hodnoty: benevolence a univerzalizmus (Schwartz, 1994). Hodnoty Schwartz řadí do kruhu, kde sousední hodnoty si vzájemně odporují (Schwartz, 1994). Celkově pak tvoří obraz hodnot člověka (Schwartz, 1994).

Jako poslední do této skupiny v této práci řadíme trauma. Trauma je třeba rozlišovat od drama. Rozdíl mezi traumatem a dramatem je, že drama je náročné období člověka, ale má dostatek zdrojů a nástrojů, aby ho zvládl, u traumatu není dostatek zdrojů a nástrojů a dochází ke kompenzaci v podobě strategie přežití (Levine, 2019). V psychologii mluvíme o vytěsnění (Levine, 2019). Toto vytěsnění s sebou nese tělesnou odpověď – zamrznutí (Levine, 2019). Zamrznutí je pak rezervoárem traumatu, kdy trauma promlouvá zpětně do našeho života (Levine, 2019). Na základě této zkušenosti se mění povaha jedince (Levine, 2019). Z projevů si uveďme racionalizace, člověk vysvětluje, proč k dané situaci z pohledu racionality, blokuje tak emoční projevy, kterých se bojí (Levine, 2019). Trauma tedy může být další filtrem v našich brýlích, skrze které se díváme na svět.

1.6.3 Systémové faktory

Koordinovaná rehabilitace pro své plné zapojení do systémové podoby stále nemá právní podporu. Neexistující standardy, přináší nesoulad v přinášení koordinované rehabilitace do praxe. Dalším zmiňovaným faktorem ovlivňujícím vznik systémové podpory je multidisciplinární zapojení, a tedy nejasná spádovost pod ministerstvo. Tato nejednoznačnost bývá vidět i v praxi, kdy teoretické dovednosti získané studiem velmi těžko přechází do praxe. Přesto je třeba těmito fázemi zrodu procházet a věřit v jejich důležitost.

V průběhu minulého desetiletí byla opakovaně iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl spolu s MPSV, MZd, MŠMT a dalšími institucemi připravit zákon o ucelené rehabilitaci (Bruthansová, 2012). Již v roce 1999 založil tehdejší ministr práce a sociálních věcí Dr. Vladimír Špidla resortní skupinu pro přípravu zákona (poslední její zasedání bylo v roce 2007), k přijetí tohoto zákona však v České republice dosud nedošlo (Bruthansová, 2012). Evropská unie vyzvala své členské země, aby se koordinovaná rehabilitace-comprehensive rehabilitation (v řadě zemí se chápe označení rehabilitace samo o sobě jako rehabilitace ucelená) - stala součástí politiky státu

(Bruthansová, 2012). Tak se Česká republika stále řadí mezi země, kde je tato problematika řešena pouze okrajově, ze složek ucelené rehabilitace je jako celek právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti (Bruthansová, 2012). U ostatních typů rehabilitace však komplexní právní úprava chybí (Bruthansová, 2012). Tato problematika je sice obsažena v právních předpisech jednotlivých právních odvětví, nicméně však netvoří ucelený celek (Bruthansová, 2012). Proto je třeba problematiku koordinované rehabilitace, přinejmenším její účelné koordinace, v blízkém časovém horizontu legislativně řešit (Bruthansová, 2012). Napomoci by mohly zkušenosti a poznatky, které již s touto problematikou získaly státy, kde právně upravenou koordinovanou rehabilitaci mají (Bruthansová, 2012).

Dalším faktorem je užívání koordinované rehabilitace jen u osob se zdravotním postižením (Merhautová, 2015). Chybí její rozšíření mezi populaci, nedochází tak k objektivnímu uspokojení potřeb v rámci rehabilitace (Merhautová, 2015). Dalším systémovým faktorem je financování. Potřebu zdravotně-sociální péče nelze od sebe oddělovat, oddělené financování (Merhautová, 2015). Zdravotní péče lékařská, ošetrovatelská, fyzioterapie je hrazena z fondu zdravotního pojištění, péče sociální z příspěvku na péči a veřejných zdrojů (Merhautová, 2015).

V podmínkách České republiky je často pozorován fenomén měnící se prestiže oborů. Tato skutečnost se odráží i v oblíbenosti oborů vysokých škol. Prestiž oboru může přinést nesoulad do koordinované rehabilitace, kdy obory s vyšší hodnotou prestiže mohou cítit vyšší zodpovědnost za průběh rehabilitace.

1.7 Pozitiva a negativa koordinované rehabilitace

Pozitiva a negativa v této práci rozdělují do dvou skupin, pro klienty a pro terapeuty.

Pozitiva pro klienty – holistické pojetí, uspokojení všech potřeb klienta v rámci rehabilitace, ucelené informace o vlastním zdravotním stavu.

Holistické pojetí

Slovo holismus můžeme zaznamenat v Řecku (Čeledová, 2010). Kořen slova „holos“ (celek, celý) (Čeledová, 2010). Základem tohoto filozofického směru je myšlenka, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí (Čeledová, 2010). Pojem holismus poprvé použil jihoafrický politik Jan Christiaan Smuts v roce 1926 (Čeledová, 2010). Ve smyslu celku tento pojem vznikl ve 20. století jako reakce na redukcionismus (Čeledová, 2010).

V terapii se pod holistickým pojetím skrývá biopsychosociální přístup (Raudenská, 2011). Pokud se zmiňujeme o biopsychosociálním přístupu je třeba zmínit biopsychosociální model, tento model nám umožňuje se podívat na všechny dynamiky ovlivňující zdraví člověka, a to jak uvnitř, tak vně (Raudenská, 2011). Tento pohled nám tedy napovídá, že nemoc je způsobována více faktory, nejen faktorem jediným, tento jediný faktor, je nejčastěji tzv. poslední kapkou, či posledním faktorem, který si klient upamatoval (Raudenská, 2011). Pokud nezahrneme všechny faktory a pohledy, můžeme člověka nesprávně diagnostikovat a léčit (Raudenská, 2011). Nebo opomenout velké otázky a hledat řešení například jen v biologických faktorech (Raudenská, 2011). Biopsychosociální model a pohled na zdraví je tedy balancováním mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory prostředí (Raudenská, 2011). Lékař a terapeut může jedince správně chápat pouze v případě, že zahrnuje všechny úrovně fungování jedince (biologickou, psychologickou, sociální a spirituální) (Raudenská, 2011).

Uspokojení všech potřeb klienta v rámci rehabilitace

V rehabilitačním procesu se spokojenost klienta a analýza jeho hodnot a potřeb staly vyjádřením „orientace na klienta“ (Krátká, 2018). Péče orientovaná na člověka-se odvíjí od Rogersovské teorie (Krátká, 2018). Cílem terapie podle Rogerse je tedy nepodmíněné pozitivní sebepřijetí (Krátká, 2018). Významný je podle něj tzv. „dobrý život“, což je spíše shrnutí principů (Krátká, 2018). Mezi jeho znaky podle Rogerse patří: vzrůstající otevřenost prožívání, vzrůstající existenciální kvalitažití, vzrůstající důvěra v sebe a svůj organismus, plnější fungování (Krátká, 2018). "Vcítivé přijetí rogersovské školy se nyní

považuje za základ snad jakéhokoliv kontaktu s klientem" (Baštecká, 2015). V péči orientované na člověka, tzv. humanistické péči, je prvořadý zájem o klienta: naslouchání a podpora v rozhodování (Krátká, 2018). Nejtěžší je zjišťovat potřeby, přání a cíle u těch lidí, kteří si o nic neříkají, ale lze předpokládat, že potřebují pomoc (Krátká, 2018). Zvláštní péči a pozornost vyžadují tzv. "křehcí pacienti" - senioři, novorozenci, nemocní se závažným onemocněním (Krátká, 2018). Pro správnou identifikaci potřeb klienta, je třeba vytvoření lidského vztahu (založeného na pomoci a důvěře), podpory nemocného (jeho spirituální síly), povzbuzení k vyjádření pocitů, a to pozitivních i negativních (Krátká, 2018). Terapeut využívá v přístupu transpersonální vztah, to znamená, že překračuje rámec objektivního posouzení, zajímá se o subjektivní pocity druhé osoby, a to nejen ve vztahu k jeho nemoci (zdravotnímu stavu), ale k celé jeho situaci (Krátká, 2018). Terapeut se snaží porozumět události tak, jak ji chápe nemocný (jeho rodina) (Krátká, 2018).

Ucelené informace o vlastním zdravotním stavu

Kusé informace, převážně negativní mají na zdraví člověka větší vliv, než se připouští. Stále více výzkumů naznačuje, že dáváme automaticky větší pozornost negativnímu obsahu před pozitivním. Strach, který v nás ale tyto zprávy vyvolávají, však nemusí být jen hybnou silou. Když je strachu moc a jsme jím zahlceni, naše racionální rozhodování se tlumí a máme tendenci jednat spíš instinktivně. To se nám možná hodilo v době, kdy jsme žili v divočině a třeba na nás útočilo nějaké zvíře nebo se rozvodnila řeka, začal hořet les. Ale v dnešní složité době, kdy se můžeme bát tolika různých věcí, které jsou poměrně komplikované, mohou být naopak instinktivní reakce vyvolané strachem dost zavádějící, (Kulhánek, 2020).

Negativa pro klienty – přehlcení informacemi, finanční náročnost, tým fungující na charismatu, egu.

Přehlcení informacemi

Tohoto fenoménu přehlcenosti se užívá především v redukcionismu. Redukcionismus je filozofický termín pro přístup k řešení problémů, který se snaží komplexní problém

řešit rozložením na jeho části, jejich analýzou a následnou syntézou (Heřt, 2007). Protichůdným způsobem se snaží řešit problémy hermeneutika a holismus (Heřt, 2007). Redukcionismus však není jen filozofickým termínem, ale stal se základní pracovní metodou vědy (Heřt, 2007). Za objevitele tohoto přístupu je považován filozof René Descartes (viz také Karteziánství) (Heřt, 2007). Komplexní problémy podle názoru vědy nejsou řešitelné holisticky nebo dokonce hermeneuticky, tedy pouhým vykládáním (Heřt, 2007). Teprve když se porozumí jednotlivým částicím, je možno hledáním vztahů mezi nimi a postupným skládáním ve vyšší celky porozumět celku (Heřt, 2007). Na obhajobu lze říct, že pravda je vždy uprostřed. To znamená v dobře fungující koordinované rehabilitaci má samozřejmě místo i redukcionismu. Ten by se měl užívat na úrovni odborného rozboru stavu klienta, tak aby se klient dozvěděl ucelenou a pro něho srozumitelnou informaci.

Finanční náročnost

Systémově poskytovaná koordinovaná rehabilitace, umožňuje použití omezeného množství přístupu terapií v omezeném počtu. Tato nedostatečnost se často kompenzuje komerční rehabilitací, která již nemá status koordinované péče. Praktické řešení financování koordinované rehabilitace neexistuje, což je samozřejmě největší problém (Krása, 2016). NRZP ČR je přesvědčena o tom, že bez vyřešení finanční stránky koordinované rehabilitace není možné postoupit v přípravě systému dopředu (Krása, 2016). NRZP ČR je přesvědčena, že základní podmínkou financování koordinované rehabilitace je, že v ČR bude standardní úrazové pojištění, tak jako je to ve všech zemích EU (Krása, 2016). V ostatních zemích právě úrazové pojištění financuje koordinovanou rehabilitaci (Krása, 2016). Zdánlivá finanční náročnost koordinované rehabilitace by naopak mohla značně ulevit rozpočtu. Přednostka pražské Kliniky rehabilitačního lékařství Olga Švestková uvedla, že je pro komplexní rehabilitaci třeba zavést systém organizace a financování (ČTK, 2015). Úspěšně by rehabilitaci podle ní mohly absolvovat dvě třetiny zdravotně postižených (ČTK, 2015). Jejich návrat do aktivního života by ulevil zdravotnímu systému, neboť tito lidé by už nebyli odkázáni na péči v ústavech (ČTK,

2015). Podle některých účastníků konference by k financování mohly být využity například peníze z úrazového pojištění (ČTK, 2015).

Tým fungující na charismatu, egu

Takovýto tým se může na prvním pohled zdát být funkčním představitelem koordinované rehabilitace. Neexistuje zde komunikace odborností, zastává se jediný názor nejcharismatictějšího člena týmu. To vede ke zkreslení pohledu a informací ke klientovi. O této zákonitosti vypovídá i teorie hodnot dle Shaloma Schwartz citována v kapitole vnitřní faktory (Baštecká, 2016).

Pozitiva pro terapeuty – především vzájemná podpora týmu, prevence civilizačních onemocnění (syndrom vyhoření), koherentní myšlení (Baštecká, 2016).

Podpora týmu

Hlavním předpokladem, vzájemně se podporujícího se týmu je práce s týmem. V současné době je již povinná pravidelná externí supervize, supervize je jedním z nástrojů, jak čelit moderní rychle se vyvíjející společnosti. Kvalitní sociální vazby mohou chránit před chronickým stresem a tím pádem i před vznikem syndromu vyhoření. Do sociální vazby nezapadá jen partner, ale celkově naši blízcí, přátelé, kolegové a všichni lidé, se kterými nějakým způsobem přijdeme do kontaktu (Stock, 2010).

Prevence syndromu vyhoření

Termín vyhoření, přesněji – burnout poprvé užil Hendrich Freudenberger v 70. letech 20. století, tímto jevem nazývá celkového vyčerpání, tělesné, psychické a spirituální (Křivohlavý, 2012). Jedná se o konečné stádium, kdy lidé ztrácejí své nadšení, smysl a svou motivaci, která byla jejich hnací silou v práci a životě (Křivohlavý, 2012). Syndrom vyhoření je ztráta profesionálního zájmu, nejčastěji u pracovníka pomáhajících profesí (Hartl, 2015). Jedná se také o ztrátu osobního zaujetí, což je velmi často spojeno se ztrátou činnosti a poslání (Hartl, 2015). Pracovník se syndromem vyhoření ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem a nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst (Hartl, 2015). Jedinec se snaží pouze přežít a nemít žádné

problémy (Hartl, 2015). Pokud má jedinec pocit, že situaci již sám nezvládá, je třeba vyhledat pomoc u druhých (Venglářová, 2011). Pomoc a zároveň může jedinec vyhledat v pracovním týmu (Venglářová, 2011). Sociální vztahy u lidí postižených syndromem vyhoření hrají velkou roli (Venglářová, 2011). Pokud člověk trpící nástupem syndromu vyhoření svěří se svým problémem, je na místě, aby mu kolegové dávali najevo víru, prokazovali mu lásku, zajímali se o něj, jeho postupy a pokroky (Venglářová, 2011). Je důležité nenutit jej k úspěchu, ale spíše ho na jeho cestě podporovat, nepoučovat ho, nesnažit se být profesionálním poradcem, ale přistupovat k němu jako ke svému blízkému (Venglářová, 2011). Jedná se o tzv. podpůrný rozhovor (Venglářová, 2011). Dotyčný by měl mít pocit, že je přirozené dělat chyby (Venglářová, 2011). Co se týče pomoci v pracovním týmu, lze nabídnout několik dočasných řešení, například může být jedinec pověřen jinými úkoly, přemístěn na jinou pozici či oddělení, pokud je zaměstnán na směny umožnit mu jednosměnnou pracovní dobu, přehodit směny apod. (Venglářová, 2011).

Koherentní myšlení

V týmu se učíme reflektovat informace a pohledy, koherentní (souvislé) myšlení nám pomáhá utvářet souvislejší pohled na svět, reflektovat tak různé pohledy a necítit se ohrožen jiným názorem, schopnost podívat se na problém z různých úhlů pohledů zlepšuje rozhodovací funkce (Baštecká, 2016)

Negativa pro therapy – se především skrývají ve špatně fungujícím týmu. Pro tuto práci zde řadím – nevyslyšení názoru, osobní náročnost selfmanagement, nefungující systém a uměle vytvořená koordinace (Baštecká, 2016)

Špatně fungující tým

Každý tým prochází dynamikou vývoje. Je důležité se těmto dynamikám věnovat a nezůstat jen v profesní rovině, ale i osobní. Nejčastější konflikty v pracovní skupině: vztah nadřízený – podřízený, úroveň sociálních vztahů na pracovišti, věková a generační specifika, odlišnosti mezi nově příchozími a stávajícími členy skupiny, nedostatečná adaptace některých členů na organizační schéma, nepříznivé skutečnosti týkající se

organizace práce, pracovních podmínek a finančního ohodnocení a osobnostní zdroje (Štikar, 2003). Toto rozdělení dobře postihuje základní podoby možných zdrojů konfliktů v týmu (Křivohlavý, 2002). V podtextu zde lze navíc také hovořit i o vnímané nedůvěře, nespravedlnosti, odlišných zájmech a soutěži (Křivohlavý, 2002). Pravdou je, že vztahy v týmu zatím nejsou zcela symetrické a z tohoto důvodu, tedy z nutnosti výskytu konfliktů, by zde měla panovat notná dávka tolerance mezi jednotlivými členy (Křivohlavý, 2002). V rámci samotné interagující skupiny se pak jedinci mohou lišit v několika aspektech (Křivohlavý, 2002).

Osobní náročnost selfmanagement

Self-management můžeme překládat jako sebeřízení. Literatura udává různé definice tohoto pojmu, podle úhlu pohledu autora. Jmenujme si jednu definici. Sebeřízení je proces skládající se z aktivit a činností, jejichž prostřednictvím si každý pracovník a vlastně každý člověk stanovuje své pracovní a osobní cíle, plánuje a organizuje jejich plnění a hodnotí jejich dosahování (Provazník, 2003). Když se člověk narodí je regulován zejména vnějšími vlivy, mezi ně patří rodiče nebo škola. Postupem věku by měl převládat aktivní vnitřní seberegulace od pasivní zevní. Změna od vnější regulace k sebeřízení je totiž základem pro spokojený a naplněný život jedince (Bedrnová, 1996).

Jedinci, kteří potřebují řídit organizovaně zvenku i v dospělosti zakládají svoji potřebu na dosycení si nenaplněných a neuspokojených základních potřebách (Bedrnová, 1996).

Základem procesu sebeřízení je vnitřní dialog, je dobré si klást zdánlivě jednoduché otázky: „Co chci a jakým způsobem toho dosáhnu?“ (Bedrnová, 1996) Tato otázka by měla evokovat odpověď v podobě stanovení si cílů, o které usilujeme, postupně by měl přibýt výběr a nakonec i realizace postupu, kterým dosáhneme cílů (Bedrnová, 1996). Jakmile dosáhneme cíle je dobré učinit feedback, zhodnocení procesu a prověření, zda byla vybrána správná cesta k dosažení cílů, která je v souladu s hodnotami, které uznáváme (Bedrnová, 1996). Obsahem sebeřízení jsou následující funkce, které lze seřadit podle časové posloupnosti následovně: sebeuvědomění či sebeakceptování, sebeuplatňování (sebeplánování, sebeorganizování, sebekontrola), seberozvoj

a sebevzdělávání (Bedrnová, 1996). Tento přístup chce neustálý vědomé pozorování sebe sama. (Baštecká, 2016). V systémovém nastavení často pozoruji pod rouškou tradice, důvěry v systém určitý nastavení autopilota (je to možná i tranformací nastavení z rodiny a výchovy), tzn. automatické akce a reakce, vzorce chování. To přináší určité zdánlivě bezpečné cyklení a předpoklad možných dopadů. Pokud člověk zvyklí fungování v tomto nastavení začne se sebezpozorováním, může to přinést dočasný diskomfort, který bývá negativně hodnocen (Baštecká, 2016). Často toto nastavení působí revoluci ve vztazích nejen na pracovišti, ale i v rodině (Baštecká, 2016). Což přináší další náročnost procesu. V selfmanagmentu jako nástroj stále více vracíme a objevujeme meditaci. Naše západní kultura, orientována na výkon potřebuje určité vyvážení, abychom mohli pokračovat ve vytyčeném cíli. Prožívání a pozorování může být oním vyvážením. Ovšem každá změna je bolestná a probíhá skrze jednotlivé etapy a fáze.

Nefungující systém koordinované rehabilitace a uměle vytvořený tým

Nedostatečné systémové podpoře koordinované rehabilitace jsme se již věnovali v kapitole systémové faktory. Uměle vytvořený tým odborníků, zde je myšleno určité fázování tvoření skupiny (Baštecká, 2016). Pokud je v koordinované rehabilitaci v praxi přítomen pokaždé jiný odborník, dle myšlenky, každý je nahraditelný, je těžké uzavřít jednotlivý cyklus (Baštecká, 2016). V praxi to může přinášet špatné zkušenosti s koordinovanou rehabilitací a předsudky do dalšího fungování v rámci týmu (Baštecká, 2016). K dalším příčinám špatné zkušenosti a následně stresu patří organizační problémy, nedostatek personálního zastoupení v rehabilitaci, neúměrná pracovní doba, nejistota (Hawkins, 2004). Konkrétní příčiny pak nesouvisejí se samotnou koordinovanou rehabilitací, spíše s úrovní adaptace určitého pracovníka (Baštecká, 2016). Rozpor mezi rolemi, nerealistická očekávání od sebe samého, nedostatek pravomocí, časté nedorozumění s nadřízenými či kolegy, přepracování, malou pestrost, špatnou komunikaci, nedostatečné vedení a neschopnost dokončit práci (Hawkins, 2004). Je důležité, aby pomáhající pracovníci vnímali své reakce na stres a mohli tak předcházet úroveň zvyšujícího se vnitřního napětí (Hawkins, 2004). Lze říct, že je

mistrovským stupněm všimnout si známek přetížení vlastního systému a být k sobě upřímný (Hawkins, 2004). V případě potřeby vyhledat podporu pro zvládnutí příznaků stresu a vypořádání se s jeho příčinou tak, aby neohrožovali sebe ani své klienty (Hawkins, 2004). Nevládnutý stres se může projevit v podobě tělesných příznaků, ke kterým patří migrény a bolesti hlavy, průjemy, zácpa a poruchy trávení, nespavost, nadměrná únava či menší chuť k jídlu, to vše se pojí s předrážděním sympatické větve autonomního nervstva, to se projevuje i na psychických kvalitách, sem patří neschopnost soustředit se, nutkavé obavy a paranoidní myšlenky (Hawkins, 2004). Nebo ve formě příznaků emočních, ke kterým se řadí náhlé zvraty v pocitech, nechť ke vstávání, kolísavá úzkost či nenávisť ke klientům (Hawkins, 2004).

Na druhou stranu jednorázové či příležitostné vystavení stresu s následným zvládnutím, odpočinkem a zotavením může mít stimulační účinek a zvyšovat toleranci na stres (Kebza, 2005). Je dobré se aktivně učit relaxaci, která bývá považována za automatický proces (Kebza, 2005). Takto zvládnutý stres je nástrojem k sebepoznání a sebereflexi pracovníků, díky níž si osvojují nové vzorce chování a způsoby reagování (Kebza, 2005). Dlouhodobě působící chronický stres však představuje riziko pro zdraví. Ke zdravotním následkům přispívají také další proměnné jako genetická výbava, životní styl, fyzická zdatnost, osobnostní charakteristiky, psychická odolnost či kvalita sociálních interakcí a vztahů jedince (Kebza, 2005).

2 Cíl a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo utvořit sondu do praxe, jak vnímají dva obory, konkrétně fyzioterapie a sociální práce mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci, co vnímají jako největší pozitiva a negativa koordinované rehabilitace.

Vedlejším cílem bylo zjistit, jak se tyto dva obory vnímají navzájem a mapovat možné faktory tohoto vnímání.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky odpovídají cíli práce. Byly vytvořeny dva typy výzkumných otázek. Hlavní a vedlejší. Úkolem výzkumné otázky v zakotvené teorii je především identifikovat zkoumaný jev. Otázkou vyjadřujeme, na co přesně se chceme zaměřit a co chceme o daném jevu vědět (Strauss a Corbin, 1999). Otázka vymezuje centrum našeho zájmu (co nás zajímá nejvíce) a také jeho hranice (co všechno ještě chceme brát v potaz a co již ne) (Řiháček, 2013). Neměla by být příliš široká, protože pak by vedla ke ztrátě fokusu a k povrchním, nepropracovaným výsledkům (Řiháček, 2013). Je obvyklé, že na počátku výzkumného procesu – tedy ve chvíli, kdy o zkoumané oblasti ještě mnoho nevíme – formulujeme otázku spíše široce a otevřeně (Řiháček, 2013). Postupně ovšem otázku zužujeme a zpřesňujeme – spolu s tím, jak vzrůstá naše porozumění zkoumanému jevu, jak identifikujeme klíčové kategorie a stále více na ně zaměřujeme pozornost (Řiháček, 2013).

Výzkumná otázka hlavní: Vnímáte nějaká negativa a pozitiva mezioborové spolupráce v koordinované rehabilitaci?

Výzkumná otázka vedlejší: Co je podle Vás náplní fyzioterapeuta/sociálního pracovníka v rámci koordinované rehabilitace?

3 Metodika

V kapitole Metodika je vysvětlena metoda výzkumu, která byla stanovena. Je ozřejměn výběr výzkumného vzorku klientů, tak aby byla práce co nejobektivnější, u sběru dat je popsáno i subjektivně vnímané úskalí rozhovoru a sběru dat, v posledních kapitolách vysvětluje metodiku zpracování dat.

3.1 Použitá metoda

Pro praktickou a výzkumnou část práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Konkrétně jde o metodu zakotvené teorie. Metoda zakotvené teorie (grounded theory method, dále GTM) je pravděpodobně nejčastěji využívaným přístupem v kvalitativním výzkumu (Bryant a Charmaz, 2007). Původně vychází z filozofické tradice pozitivismu, pragmatismu a symbolického interakcionismu. Byla formulována Glaserem a Straussem (1967) na poli sociologie, ale rozšířila se do mnoha dalších disciplín, včetně psychologie (Rennie, Phillips a Quartaro, 1988) a psychoterapie (Rennie, 1996). Díky svým pozitivistickým kořenům se ze všech přístupů ke kvalitativnímu výzkumu nejvíce blíží kvantitativnímu způsobu myšlení. Na rozdíl od jiných přístupů ale není GTM s původními filozofickými východisky tak pevně svázána a její novější varianty jsou již ovlivněny postmoderním myšlením (Clarke, 2005; Charmaz, 2006). Kvalitativní výzkum má procesuální charakter, což znamená, že jeho postup se utváří v průběhu sběru dat (Řiháček, 2013). Zkoumaná realita je studována velmi podrobně a do hloubky (Řiháček, 2013). Dostáváme tak spoustu informací o poměrně malém počtu jedinců (Řiháček, 2013). O redukci dat nerozhoduje výzkumník, ale zkoumané osoby, které nám potřebné informace sdělují (Olecká, Ivanová, 2010). Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování (Řiháček, 2013). GTM usiluje o vytváření teorií pevně zakotvených v datech (odtud její název), čímž se vymezuje proti teoriím, které jsou vytvářeny intuitivním či spekulativním způsobem (Glaser a Strauss, 1967).

Nejedná se přitom pouze o metodu analýzy dat, ale o komplexní přístup, který řídí výzkumný proces od hledání výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie a její případné další rozvíjení (Řiháček, 2013). V praxi často dochází k zaměňování GTM za obecnější kvalitativní postup (Řiháček, 2013). Badatelé se mnohdy odkazují na GTM, aby tím legitimizovali svůj intuitivní výzkumný přístup, aniž by ve skutečnosti dodržovali některé základní principy, na nichž stojí specifičnost GTM oproti jiným přístupům (Řiháček, 2013). Jedním z nich je podle Hoodové (2007) princip teoretického vzorkování, který bývá někdy mylně ztotožňován s tzv. účelovým vzorkováním (Řiháček, 2013). Kvalitativní výzkumníci často vybírají své respondenty „účelově“, tj. na základě předem zvolených (demografických či jiných) kritérií (Řiháček, 2013). Podstata teoretického vzorkování však spočívá v tom, že další respondenty vybíráme až na základě konceptů a jejich dimenzí vynořujících se v průběhu samotné analýzy. Mnohá zkreslení se minimalizují zejména tím, že data procházejí menším počtem transformací (Řiháček, 2013). Navíc díky tomu, že naše zkoumání má hluboký charakter, zvyšuje se šance na porozumění zkoumanému fenoménu (Řiháček, 2013). Narážíme však na nízkou reliabilitu, neboť interpretace vycházejí od konkrétního výzkumníka a jsou jím ovlivněny (Řiháček, 2013). Kdyby totéž zkoumal jiný výzkumník, došel by možná k odlišným závěrům (Olecká, Ivanová, 2010).

3.2 Výzkumný soubor

Cílem konstrukce vzorku v kvalitativním výzkumu je reprezentovat populaci problému, populaci jeho relevantních dimenzí (Disman, 2011). Jediným limitem výběru výzkumného souboru v této práci bylo zaměstnání, konkrétně fyzioterapeut a sociální pracovník. Cílem GTM není popsat určitou předem danou skupinu lidí nebo ji porovnat s jinou předem definovanou skupinou lidí, ale vytvořit dobře saturovaný teoretický koncept s velkou explanační silou (Řiháček, 2013). To vyžaduje neustálé a důsledné podřizování výzkumného procesu (tj. rozšiřování vzorku, tvorby dat a zaměření analýzy) vynořující se teorii (Řiháček, 2013). Tento typ výzkumu prokazuje vysokou validitu (Řiháček, 2013).

Přesto informanti měli společné některé výběrové znaky. Jedním ze základních znaků bylo zaměstnání a u fyzioterapeutů pak vzorek zahrnoval, jak ambulantně, soukromě pracující, tak pracující v rámci zařízení. U sociálních pracovníků bylo voleno co nejvariabilnější pracovní zaměření. Na začátku výzkumu nebyl znám přesný počet, poměr mezi fyzioterapeuty a sociálními pracovníky. Byla vybrána i široká věková kategorie, aby nedocházelo ke zkreslení v rámci zkušeností. Nebyla ani demografická omezení. Výzkumný vzorek je tvořen sedmi informanty: 3 ženy a 4 muži. Pro zachování anonymity byli nazváni pouze jako Informant 1–7. Všichni oslovení informanti byli seznámeni s cíli této práce, výzkumnými otázkami. Všichni informanti podepsali informovaný souhlas nebo vyslovili nahraný souhlas s účastí na výzkumu.

3.3 Metodika sběru dat

V určitém smyslu tento proces nikdy není zcela u konce, neboť vždy se mohou vynořovat další kategorie, detaily, které obohacují naši již vypracovanou teorii, a nové případy, které nás nutí ji rozšířit či přepracovat (Řiháček, 2013). Jsme to nakonec my, výzkumníci, kdo v určité chvíli začneme celý proces analýzy uzavírat a formulovat do výsledného tvaru (Řiháček, 2013). Procesem tvorby dat, který tvoří podstatnou součást úspěšného výzkumného projektu a vyžaduje na straně výzkumníka řadu dovedností, nejčastějšími zdroji dat jsou v případě GTM polostrukturovaný rozhovor, případně pozorování (Řiháček, 2013). Tento typ rozhovoru umožňuje co nejvýhodněji využít čas k interview (Hendl, 2012). Dále ulehčuje srovnání rozhovorů a pomáhá udržet jejich zaměření (Hendl, 2012). Původně bylo počítáno s 8 informanty, doba nucené karantény omezila přímý kontakt u některých informantů. Postupně jsem to vnímal, jako určitý handicap, jelikož jsem nemohl adekvátně reagovat na neverbální komunikaci, jelikož 2 informanti si nepřáli zapnout webovou kameru. Dalším zajímavým aspektem při poslouchání nahrávek rozhovorů, jsem si všiml určitého směřování informanta otázkami a tónem řeči, proto jsem dva rozhovory zopakoval. V GTM (a v kvalitativním výzkumu obecně) je zcela legitimní upravovat výzkumnou otázku v průběhu analýzy (Řiháček, 2013). Formulujeme-li však otázku až ve chvíli, kdy jsou data již definitivně

vytvořena, ztrácíme tím možnost měnit směr rozhovoru, zastavovat participanta u zajímavých momentů, doptávat se na podrobnosti, požádat o vysvětlení významu některých slov, vracet se k tomu, co zaznělo dříve, držet ohnisko rozhovoru u výzkumné otázky apod. (Řiháček, 2013). Způsob vedení tří analyzovaných rozhovorů odpovídá spíše narativnímu modu analýzy – rozhovor obsahuje souvislé vyprávění, výzkumníkem téměř nepřerušované (Řiháček, 2013). Zatímco u narativní analýzy to může být výhodou, pro GTM je charakteristická podstatně vyšší aktivita výzkumníka projevující se větším strukturováním rozhovoru (Řiháček, 2013).

3.4 Metodika zpracování dat

Pro tuto fázi se vžilo označení otevřené kódování (Řiháček, 2013). Jejím cílem je konceptualizovat naše data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů (Řiháček, 2013). Vytváříme pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi (Řiháček, 2013). Prvním krokem je nalezení tzv. významových jednotek (Miovský, 2006). To znamená úseků v analyzovaném textu nesoucích informaci ve vztahu k výzkumné otázce (Řiháček, 2013). Každou významovou jednotku vyznačíme v textu a poté stručně pojmenujeme (podle vžité terminologie „okódujeme“). Kód by měl výstižně shrnovat podstatu významové jednotky tak, jak jí jako výzkumníci v danou chvíli rozumíme (Řiháček, 2013). Obvykle volíme nepřiliš dlouhé (jednoslovné či několikaslovné) pojmenování – kód slouží jako „rukojeť“ (Charmaz, 2006), za niž můžeme nalezenou významovou jednotku „uchopit“ a „manipulovat“ s ní (třídít, porovnávat, slučovat s jinými kódy či rozdělovat) (Řiháček, 2013). Pro vytvoření kódu můžeme využít své vlastní pojmenování, nebo si vypůjčit slova samotných participantů (to se někdy označuje jako „in vivo“ kód), případně převzít již existující vědecký koncept – výhody a nevýhody jednotlivých způsobů rozvádějí Strauss a Corbinová (1999). Rennie a Fergus (2006) doporučují výzkumníkům spolehnout se při hledání vhodného pojmenování na tělesně zakotvený prožitek korespondence mezi pojmenováním a označovaným jevem

(Řiháček, 2013). Naše tělesně zakotvené prožívání, imaginace a asociace nám pomáhají produkovat významově bohaté a snadno zapamatovatelné názvy pro vynořující se koncepty (Řiháček, 2013). Rennie a Fergus tento způsob pojmenovávají jako tzv. ztělesněné kategorizování (embodied categorizing) (Rennie, Fergus, 2006). Při analýze rozsáhlejších textů může takových kódů vzniknout i značné množství; obvykle je poté na základě podobnosti spojujeme do obecnějších a propracovanějších konceptů (Řiháček, 2013). Následuje propracovávání těchto konceptů po obsahové stránce: každý z našich konceptů bychom měli být schopni nějak definovat, popsat pomocí jeho klíčových vlastností a dimenzí (Řiháček, 2013). Název „otevřené kódování“ vyjadřuje nastavení výzkumníka, který je v této fázi analýzy otevřen objevování nových významových jednotek a utváření dalších konceptů (Řiháček, 2013). Z otevřeného se tak postupně stále více stává zaměřené (Charmaz, 2006). Význam pečlivého vedení těchto poznámek, které jsou v tradiční terminologii GTM nazývány „memos“, nelze docenit (Řiháček, 2013). Samotnou analýzu, stejně jako organizaci „memos“, usnadňuje speciální software Atlas.ti 8 (Konopásek, 2008).

4 Výsledky

V kapitole Výsledky předkládám získaná data, vycházející z polostrukturovaných rozhovorů s fyzioterapeuty a sociálními pracovníky. Celkem jsem vyzpovídal 7 informantů, osmý informant mi nakonec po rozhovoru neudal svolení k dalšímu zpracování dat. Informanty z důvodu anonymity nijak dále blíže nerozděluji, například dle věku, či pohlaví.

Po provedení otevřeného kódování jsem vytvořil mnoho kódů, které jsem postupně slučoval, některé předělal, tak aby mi lépe zapadaly do vzájemného propojení. V dalším kroku po seskupování jsem vytvořil kategorie, které mě lépe orientovaly k výsledkům této diplomové práce. V kategoriích uvádím kódy, pod kterými udávám otázky a odpovědi informantů.

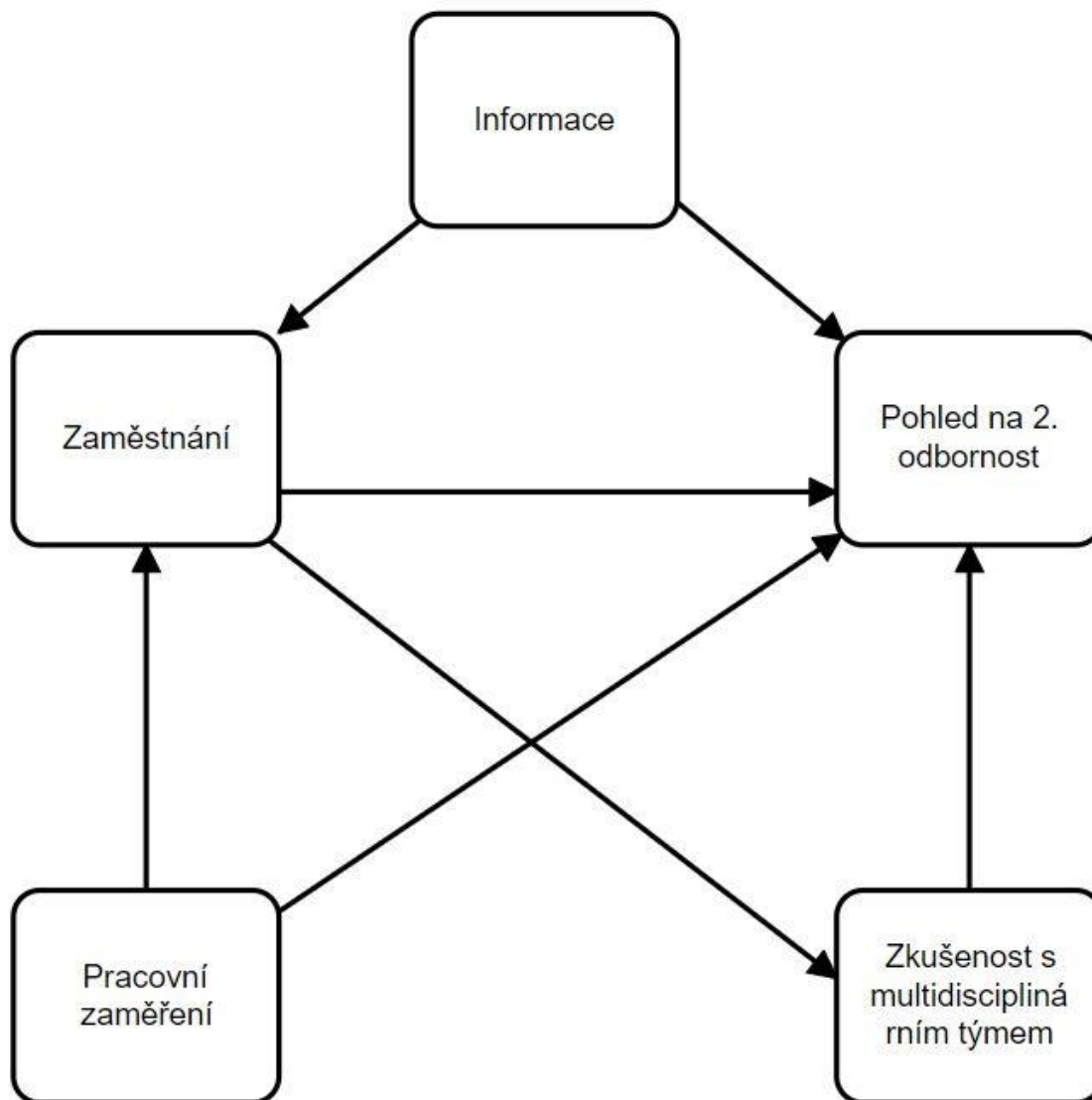
V závěru výsledků této práce, slučuji jednotlivé kategorie, tak aby byly více ozřejměny dynamiky ovlivňující odpovědi informantů, můžeme tak výzkumné otázky, vztahující se k výzkumné části v diskusi a závěru lépe popsat.

Vytvořené kategorie:

- A. Zaměstnání
- B. Přístup
- C. Koordinovaná rehabilitace
- D. Informace
- E. Vzájemný pohled odborností
- F. Bariéry
- G. Hodnocení koordinované rehabilitace

A. Zaměstnání

Otázky byly kladeny z důvodu zařazení informanta dle pracovního zaměření. Konkrétněji bylo zjišťováno, zda pracuje ambulantně, či pobytově, zda pracuje v týmu, nebo sám. Dále byly zjišťovány případné zkušenosti v práci v multidisciplinárním týmu, nebo zda informant využívá v praxi zasíťování svých služeb s dalšími odbornostmi.



Obr. 1: Zaměstnání

Zdroj: vlastní

- **Pracovní zaměření** (otázka: „*Pracujete v rámci organizace, nebo soukromě. Vaše služby jsou ambulantní, terénní nebo pobytové?*“)

Informant 1: „*Ambulantně a soukromě.*“

Informant 2: „*Pracuji v domově pro seniory s osobní asistencí.*“

Informant 3: „*Jsmo pobytová služba, domov se zvláštním režimem.*“

Informant 4: „*Já pracuji ambulantně a soukromě.*“

Informant 5: „*Pracuji v rámci organizace.*“

Informant 6: „*Pracuji v rámci zařízení.*“

Informant 7: „*Pracuji na úřadě.*“

- **Zkušenost s multidisciplinárním přístupem v rámci zaměstnání** (otázka: „*Máte zkušenost práce v multidisciplinárním týmu a jaké?*“)

Informant 1: „*Dělo se to dřív, momentálně nejsem ve vztahu s dalšími odbornostmi, dříve jsem využíval určité zasíťování s nemocnicí, s pár doktory jsem měl vztah, posílali jsme si pacienty navzájem.*“

Informant 2: „*Pracujeme v multidisciplinárním týmu, sociální pracovníci, terapeuti, kam spadají fyzioterapeuti, psycholožka, nutriční terapeut, kaplanka.*“

Informant 3: „*Ano, tak zodpovím na příkladu, když nastupuje klient, sepisujeme arch papíru, kde se ptáme na různé části klientova života, jsou tam zodpovězené věci, na které je klient zvyklý, to předáváme zdravotním sestřám, které to předávají fyzioterapeutkám, nutričním sestřám, všichni ví všechno, ale postupně, při adaptaci se například doplňují otázky.*“

Informant 4: „*Léta jsem pracoval v nemocnici a nejlepším řešením bylo odejít, mrzí mě, že mne to nenapadlo dříve.*“

Informant 5: „*s dalšími odbornostmi se nestýkám, každopádně vždy klienta na tyto odbornosti orientuji, podle jeho problému.*“

Informant 6: „nemohu říci, že jde o nějaký multidisciplinární tým, s nikým nespolupracuji, radím se jen ze své vlastní iniciativy, většinou vykonávám co je po mne požadováno v rámci doporučení lékaře.“

Informant 7: „samozřejmě s kolegy spolupracuji, někdy i právníky, zde má propojenost s dalšími obory končí.“

B. Přístup

Tato otázka na přístup informanta v rámci jeho pracovního zaměření má pojmenovat způsob jeho práce, zda se jedná spíše o metodika, systematika, terapeuta zaměřeného na člověka, nebo kombinujícího praktika. Dále je zodpovězeno na co se terapeut zaměřuje a jak se orientuje ve zvoleném přístupu.

- **Používaný přístup** (otázka: „Jaké přístupy volíte v terapii?“)

Informant 1: „Kombinuji systematiku a orientaci na člověka.“

Informant 2: „Řekla bych určitě kombinace, stanovujeme cíle a zároveň se zaměřujeme na potřeby.“

Informant 3: „Mám systematicky výcvik, ale je pravda, že někdy tam propašuji více na člověka zaměřenou terapii.“

Informant 4: „Já jsem vojtovec, líbí se mi systém.“

Informant 5: „Jsem systematik.“

Informant 6: „Většinou měkký techniky, defacto masíruji a zapínám elektro.“

Informant 7: „Na škole jsem byl milovníkem rogerovského přístupu, v praxi ale nebývá tak okamžitě účinná.“

- **Orientace v terapii** (otázka: „Jak se orientujete v přístupu?“)

Informant 1: „Orientuji se po položení pár otázek, zda vidím, že člověk popošel,

vidím dynamiku, nebo vidím nepohyb v nějakém procesu, např. bolesti, pokud je na místě, vím, že musím použít jiný přístup.“

Informant 2: *„péče je u nás dlouhodobá, pokud má člověk zájem, terapie se dynamicky mění.“*

Informant 3: *„raději mám plánování cílu, pomáhat jaký krok bude první.“*

Informant 4: *„vím na co se dívat, snažím se hledat detaily odchylek, tuším určité spojitosti, ale ty mne spíše rozptylují od dobré koncentrace na práce a pozorování pohybu.“*

Informant 5: *„cíl a orientace na něho ulehčuje a osvobozuje od problému, který jediný člověk často vidí a zamyká mu možnost změny.“*

Informant 6: *„bohužel náplň mé práce je monotónní, na specializovanější cvičení jsou moji zkušenější kolegové, já pracuji takto, nepotřebuji se orientovat příliš.“*

Informant 7: *„i když bych si tolikrát přál mít více času, popravdě používám více systematický přístup, orientuji klienta na plnění úkolů a snažím se to dělat s co nejmenší manipulací.“*

C. Koordinovaná rehabilitace

Smyslem této kategorie bylo zjistit, jaký má informant názor a vztah ke koordinované rehabilitaci, současně se směřovalo i k osobní zkušenosti.

- **Názor na koordinovanou rehabilitaci** (otázka: *„Jaký je Váš pohled na koordinovanou rehabilitaci a co si pod názvem představíte.“*)

Informant 1: *„Je to nezbytné, pokud chceme dosáhnout péče o člověka, musíme sloučit všechny soubory, celistvost péče o člověka je důležitá, a neseparovat tělesné části člověka a neseparovat odbornosti v rámci republiky, propojit odbornosti a předávat si informace.“*

Informant 2: „Multiporada, vedoucí jednotlivých úseků se setkávají jednou týdně, přes den je vedoucí se svými terapeuty, které má pod sebou, s informacemi přicházejí k vedoucímu a ten je pak předává výše a zpětně. Používáme supervize multidisciplinárního týmu, rehabilitace a individuální, v rámci rehabilitace řešíme i osobní a vztahové dynamiky týmu. Problém bývá otevřít se.“

Informant 3: „Konkrétně u nás. Já se ptám, každý den, co je nového, kdo se zhoršil atd., takto si to předávají i směny, každé pondělí má poradu soc. pracovník a zdravotní sestra, jindy užší vedení a ředitelka, takto udržujeme koordinovanost.“

Informant 4: „Člověk je pro mne až nebezpečně složitý, když to tak řeknu stroj. Já jsem si vědom své omezenosti, a proto se soustředím jen na jednu věc a tu chci dělat maximálně dobře, podle mne je problémem sedět zadkem na více židlích.“

Informant 5: „Koordinovaná rehabilitace, celostní péče je hit posledních let, je to dobrý prodejní artikl, dnes je vše celostní, je to jako bio potraviny. Za mne je důležitý systém, který chrání určité kvality.“

Informant 6: „Komplexní péče, pro mne souvisí s bio-psycho-sociálním přístupem, četl jsem knihu od MUDr. Vojáčka, hodně často mi to přijde jako ezo a nepodložené domněnky, na to bych si dal pozor, lidské tělo má limity.“

Informant 7: „Pokud je v rukou lékaře je to v pořádku, samozřejmě i on by měl konzultovat s dalšími odbornostmi, hlavně lékaři, další odbornosti bohužel nemají dostačující znalosti, kam počítám i svou, ano mohu mít zajímavý pohled, ale také může být úplně mimo a ohrozit zdraví, jelikož nemám dostatek vědomostí.“

- **Osobní zkušenost s koordinovanou rehabilitací** (otázka: „Jaká je Vaše osobní zkušenost s koordinovanou rehabilitací.“)

Informant 1: „Vždy, když jsem viděl, že má odbornost, limit znalostí nestačí k ošetření klienta, posílal jsem klienty konkrétně na psychoterapii, docházelo

k uvolnění tkáně, myslí a energetické úrovně, přestal být náhled klienta v zacyklenosti, přestal odmítat život.“

Informant 2: *„Po pravidelných schůzkách s psycholožkou a kaplankou, si všímám, že je mnohdy uvolněnější, nebo po úpravě nutriční, v paliativní péči si všímám snížení bolestí. Zároveň se zlepšuje kognitivní funkce, zlepšuje se motivace, já mohu tak snadněji nacvičovat vertikalizace. Měla jsem klientku, co pracovala v rámci rhb. 2x týdně, postupně se snižovala kvůli kapacitě na jednou týdně a ihned se projevovala zvýšená lítostivost.“*

Informant 3: *„Teď si nevybavím.“*

Informant 4: *„Koordinovaná rehabilitace neexistuje, vše řídí lékař. Ten utváří, co se bude dělat a pak sám hodnotí úspěch a neúspěch. On má plné kompetence a on ručí za výsledek.“*

Informant 5: *„Koordinovanou péči provádím vždy, odesílám klienty za odbornostmi, případně poskytuji informace, které pomáhají člověku se orientovat od problému k cíli, jak ho řešit, pokud nespadá rada do mé kompetence vždy odesílám dál.“*

Informant 6: *„Hahaha, hezké, nic takového dle mne neexistuje, co vím k přístupu k standardní populaci, tento přístup by měl začít už od obvodáka, to je ale víte, takovej úředník, kterej toho moc neví, a tak posílá za odborníkama, který maj sice specializovaný, ale úzký pohled.“*

Informant 7: *„V rámci své praxe mám zkušenost v rámci zařízení pro tělesně postižené, zde je koordinace řízena neurologem, tak aby nedošlo k poškození klienta, tak je to správně, pokud by se tým donekonečna rozhodoval, bylo by to často jako s dálnicemi v republice.“*

D. Informace

V této otázce bylo smyslem mapovat informace, za jakých informant vychází. Konkrétně byly otázky rozděleny na zdraví, bolest a bio-psycho-soc. přístup. Důraz byl kladen nejen na faktické znalosti, ale především propojení znalostí a osobních zkušeností, na tomto přístupu je dnes stavěna tzv. EBM (evidence based medicine).

- **Zdraví** (otázka: „Co je to zdraví, jaký je Váš náhled?“)

Informant 1: „Složitá otázka, která se nedá odpovědět jednou větou. Líbí se mi formulování jinými lidmi, zdraví je, že jsem schopen se regulovat natolik, že mne bolesti a další těžkosti neobtěžují, není to absence bolesti.“

Informant 2: „Stav psychické, fyzické a duševní pohody, duševní a vnitřní rovnováha.“

Informant 3: „Naskočí mi poučka WHO, jsem zdravá, nejsem nemocná, jsem v pohodě, fyzicky, psychicky, v rodině v práci, ta pohoda a propojenost. Spokojenost.“

Informant 4: „Zdraví, je vlastně ideál, který nám byl dán, ale je to tak dávno, že se učíme, co to vlastně je a jak ideál vypadá.“

Informant 5: „Zdraví je úplná tělesná, psychická, sociální pohoda a naplnění.“

Informant 6: „Zdraví je určitá vyrovnanost, kdy v životě mohu dělat naplno co mne baví a naplňuje, takže vlastně neexistuje, hahaha.“

Informant 7: „Zdraví je celková pohoda, která je podpořena na úrovni naplnění potřeb tělesných, psychických, sociálních a dalších.“

- **Bolest** (otázka: „Co je bolest, jaký je Váš pohled?“)

Informant 1: „Je to pro mne kontrolka, něco se děje, ne vzniká nemoc, ale kontrolka, která mi pomáhá orientovat něco se děje, jak se sebou zacházíme, jak

se sobě věnujeme, pokud ji opomím je to opomíjení prevence a péče o svůj organismus.“

Informant 2: *„Pro mne konkrétně ji rozdělují na psychickou a fyzickou, psychická nepohoda nebo ztráta rodinného příslušníka, fyzická může dojít ke frustraci, ukazuje mi na problém.“*

Informant 3: *„Zdraví není nepřítomnost bolesti, vidím více rovin, fyzická a psychická. Psychickou bolest považuji jako zákeřnou, která lidi velmi zatěžuje. Pracujeme i s rekapitulací a se vzpomínkami, zde bývá často bolest a zklamání, možnost spirituální, kdy v rámci zpovědi se může ulevit od bolesti. Dále i psychoterapie.“*

Informant 4: *„Bolest je pro mne jako terapeuta komunikační kanál, tak se to snažím předávat i klientovi, pravdou je, že klient nikdy nevnímá bolest pozitivně a je to pro něho synonymum nemoci.“*

Informant 5: *„Bolest je třeba rozlišovat, podle dimenze a úrovně, pak se může klient lépe orientovat co se s ním děje.“*

Informant 6: *„Bolest je pro mne varovné světlo, jehož odstranění se často popisuje jako vyléčení, proto vznikají nesmysly jako centrum bolesti a tak, to vede k pasivitě, i když pravda jsou lidé co to potřebují...“*

Informant 7: *„Bolest je senzorická odpověď těla na určitý podnět v těle, znamenající nutnou změnu, někdy okamžitou.“*

- **Bio-psycho-sociální přístup** (otázka: *„Co si představujete pod pojmem bio-psycho-sociální přístup a slyšeli jste tento název?“*)

Informant 1: *„Tento název přímo neznám, ale je to v podstatně synonymum mého smýšlení, i můj záměr je propojovat, oddělování nám způsobuje obtíže, shluknutí všech vrstev ovlivňuje náš zdravotní stav. Tento princip využívám.“*

Informant 2: *„Komplexní péče o člověka, zajišťování potřeb, lidských,*

psychologických, tělesných, v tomto přístupu pracujeme, komplexně, každý den tak často, že sama nevím, jak to lépe popsat.“

Informant 3: *„Takže dívám se na člověka při uspokojování všech potřeb, já bych ještě zmínila, že je důležitá spirituální složka, my na ni dbáme, máme tady kapli, při nástupu zjišťuji, jestli je tato potřeba důležitá, nebo naopak, někdo si pod tímto představí jen duchovno, ale není to jen o tomto, někdy si lidé potřebují jen popovídat o životě, zde vnímám úzkou hranici mezi spirituální a psychologickou složkou člověka.“*

Informant 4: *„Tento název jsem slyšel při studiích, pravdou je, že v praxi jsem se s ním nikdy nesetkal, je to hezké teoretické pozlátko, které se neděje.“*

Informant 5: *„Samozřejmě, že znám. Dle mezinárodního práva je to pohled, který dokáže reflektovat základní lidské potřeby.“*

Informant 6: *„Nevyužívám, tento název, pojem je mi známý, co si pamatuji jde o určité reflektování člověka ve více rovinách, popravdě na toto praktické užití není čas, jsem rád, když vím, jak se klient jmenuje.“*

Informant 7: *„Velmi dobře znám, je to pohled vycházející z Pfeifferovkého uceleného pojetí rehabilitace tuším, tento přístup například reflektuje i psychosomatika, která hledá přímé propojení.“*

E. Vzájemný pohled odborností

Tato otázka reflektuje vzájemné povědomí odborností o druhé specializaci, konkrétně informanti zabývající se fyzioterapií zodpovídali svůj pohled na sociálního pracovníka a naopak. Vzájemný pohled se skládá z informací, které informant ví o druhé odbornosti, osobní zkušenost a ideální nastavení práce v kooperaci.

- **Znalost náplně práce druhé odbornosti** (otázka: *„Kdo je to fyzioterapeut/sociální pracovník a jaká je jeho náplň práce?“*)

Informant 1: „Sociální pracovník dle mého nahlíží na člověka často jako na problém. Pokud by to fungovalo, jak říká teorie bylo by to užitečné.“

Informant 2: „Průvodce službou, komunikuje s rodinou. Dále řeší finanční věci a komunikace s úřady.“

Informant 3: „pro nás je důležité že pracují v rámci bezpečné chůze, u upoutaných na lůžku, prevence kontrakcí, pasivní fyzioterapie, plus máme i další například perličkové lázně.“

Informant 4: „je to člověk pomáhající zastavit ekonomické důsledky onemocnění, pomáhá řešit vztahové věci v sociální dynamice.“

Informant 5: „Je to pracovník starající se o pohybový aparát, zná do detailu anatomii svalů a kostry, současně optimalizuje cvičení tak, aby kompenzovalo bolesti.“

Informant 6: „Sociální pracovník, to je člověk, co se stará o důchody a když se stane neštěstí, tak kam bude dítě, nebo kde žádat o prachy na to a to.“

Informant 7: „Fyzioterapeut, je především odborníkem a znalcem pohybového aparátu, zná protokoly pooperačních průběhů, má povědomí o souvislostech pohybu a například orgánů, či správného dýchání.“

- **Osobní zkušenost s druhou odborností** (otázka: „Máte osobní zkušenost s druhou odborností, ať už vlastní, nebo v rámci koordinované rehabilitace?“)

Informant 1: „Když jsem potřeboval sociální pracovník nebyl k dispozici, vliv byl nulový, nikdo nic nedělal.“

Informant 2: „Vidím se s nimi na stejné úrovni, máme schůzky i samostatné, jejich práci vnímám kladně, spolupráce je pro mne velmi důležitá.“

Informant 3: „konkrétně u nás fyzioterapeuty máme, máme 3, kdyby jich bylo více bylo by to lepší.“

Informant 4: „Se sociálním pracovníkem konkrétně žádnou zkušenost nemám.“

Informant 5: „Prolnutost odborností jsem nezaznamenala, prolnutost přináší chaos, je třeba roztřídit důležitost, a tak se pohybovat, aby to klient vnímal a orientoval se.“

Informant 6: „v praxi, jak to pozoruji funguje čím víc terapii, tím víc prachů dostanem, ale vysvětluje se to koordinováním s dalšími odbornostmi.“

Informant 7: „osobně uznávám prof. Koláře, jeho ruce dokážou často zázraky.“

- **Ideální nastavení práce** (otázka: „Jak by vypadal ideální sociální pracovník, fyzioterapeut, dle Vás?“)

Informant 1: „má představa je, že tento člověk vnímá mé potřeby v rámci bydlení, v rámci peněžní podpory, v rámci péče o děti“

Informant 2: „Pro mě je ideál velmi blízký skutečnosti.“

Informant 3: „současná odbornost je velmi dobrá“

Informant 4: „Odbornost je velmi dobrá, ale za mne se terapie neprolínají, jsme Češi, máme své pískoviště, na kterém ostatní pomlouváme, honíme si triko a když se potkáme tak se objímáme jako největší přátelé, takže za mne ideálně bez tohoto.“

Informant 5: „Záleží na lidech, za mne ideální propojení odbornosti a morálního statutu“

Informant 6: „ideálně více lidí v oboru a peněz“

Informant 7: „ideální pracovník se stále vzdělává“

F. Bariéry

V této kategorii byla zjišťována subjektivně nejčastěji vnímaná bariéra působící a bránící v koordinované rehabilitaci. Tato otázka byla tak zajímavě odpovídána, že ji byla vyhrazena samotná kategorie. Původně spadala do kategorie hodnocení.

- **Bariéry koordinované rehabilitace** (otázka: *„Největší překážka (bariéry) koordinované rehabilitace?“*)

Informant 1: *„Mysl, ovlivnění zevního prostředí, epigenetické změny, v jakém společenství se pohybujeme, sdělovací prostředky, vytrácí se schopnost člověka přemýšlet, často jen přenáší informace. Mysl funguje na úrovni hlavy, buduje přesvědčení. Učí se rituály. Člověk sám sebe přesvědčuje.“*

Informant 2: *„Zatíženost odborností, zdlouhavější proces rehabilitace, obtížný tok informací, střety mohou přejít ke konfliktu, pak nepřichází řešení“*

Informant 3: *„Neschopnost pracovat v týmu, prosazování si vlastního názoru, neschopnost přijmout další názor, komunikace obecně.“*

Informant 4: *„To, jak o tom přemýšlíme, to jak jsme nabubřelí, to jak nad nás není, to že takto vlastně pracovat nechceme, chceme si zažít naší vlastní jedinečnost.“*

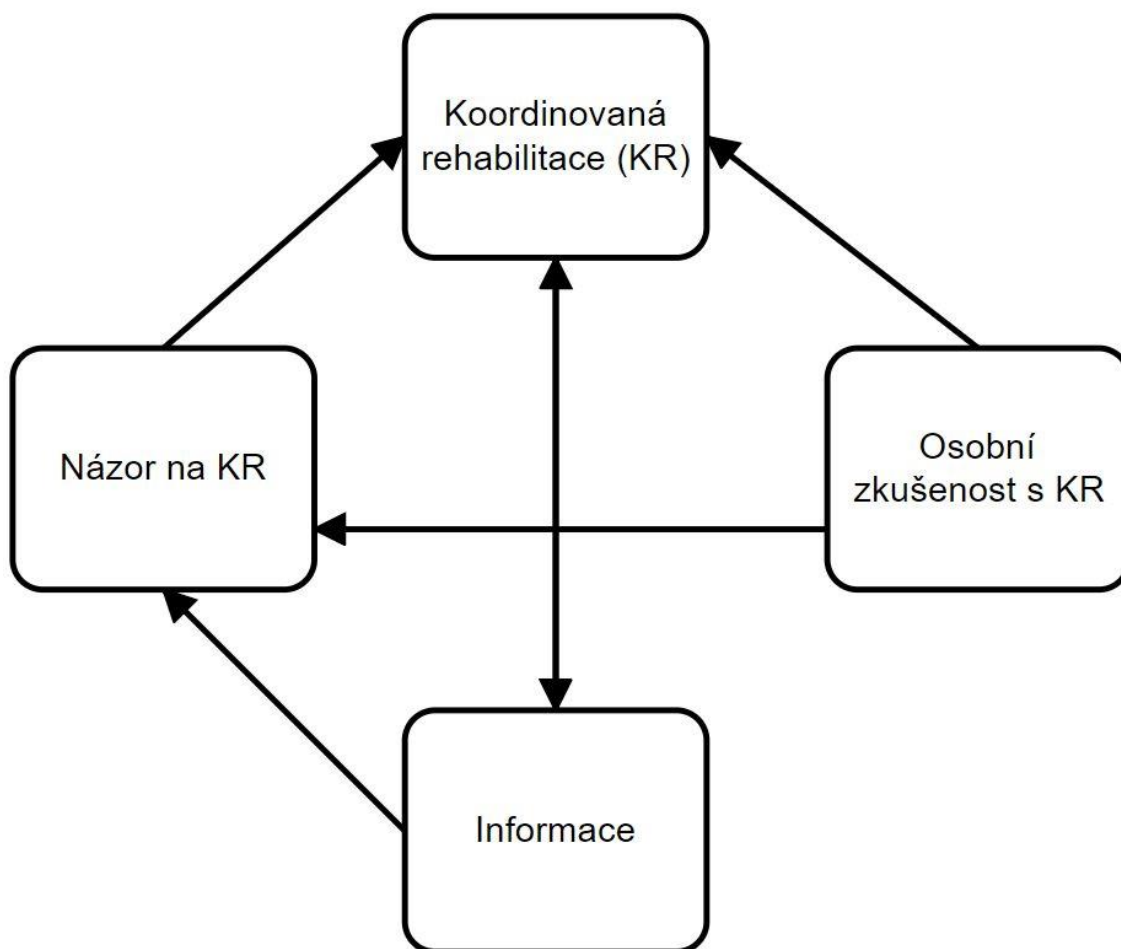
Informant 5: *„Největší překážky jsou rozdílné pohledy, je třeba nejprve sjednotit pohled a až pak řešit klienta a jeho výzvy. Je to proces, který trvá a není hned.“*

Informant 6: *„Systém, jednoznačně, systém, jak je nastaven nemá prostor pro takovou péči. Je to někdy smutný a nefunkční, ale tváříme se, že to pomáhá“*

Informant 7: *„Neodbornost oborů, nedostatečná informovanost, také jiný jazyk a specializace, které nenaleznou stejný pohled“*

G. Hodnocení

V této otázce byla zájem upřen na hodnocení koordinované rehabilitace po pozitivní stránce a po negativní stránce. Informant nás seznámil s jeho pohledem na konkrétní pozitivní stánky koordinované rehabilitace a zároveň uvedl i negativní.



Obr. 2: Hodnocení

Zdroj: vlastní

- **Pozitiva koordinované rehabilitace** (otázka: „Jaká pozitiva si uvědomujete na koordinované rehabilitaci?“)

Informant 1: „Pozitiva, jsou, pokud si uvědomíme, že je tady hlavní klient jsme mu nápomocní.“

Informant 2: „Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mne to, že problém má více úhlů pohledu.“

Informant 3: „Vím o člověku, mám jiný pohled, ucelenější, když dobře funguje komunikace, tak má tým jen pozitiva.“

Informant 4: „Pozitiva existují jen na papíře.“

Informant 5: „Pozitiva, určité zasíťování klienta, který tak nepropadne beznaději a ví, že se dá něco dělat.“

Informant 6: „kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn“

Informant 7: „Pozitivum by mohlo být, pokud by vše fungovalo, jak bychom si přáli, tak pohled na člověka jako celek a plnění a reflektování širších potřeb“

- **Negativa koordinované rehabilitace** (otázka: „Jaká negativa v koordinované rehabilitaci vnímáte?“)

Informant 1: „Negativa jsou, že se jednotliví odborníci snaží ostatní odbornosti přesvědčit, že jejich pohled je ten nejlepší. Poté lítá klient jako pinpongový míček. Klient není zapojován.“

Informant 2: „více vidím ty pozitiva, je to pro mne první zařízení, kde pracujeme v rámci multidisciplinárního týmu a nemám druhý pohledem.“

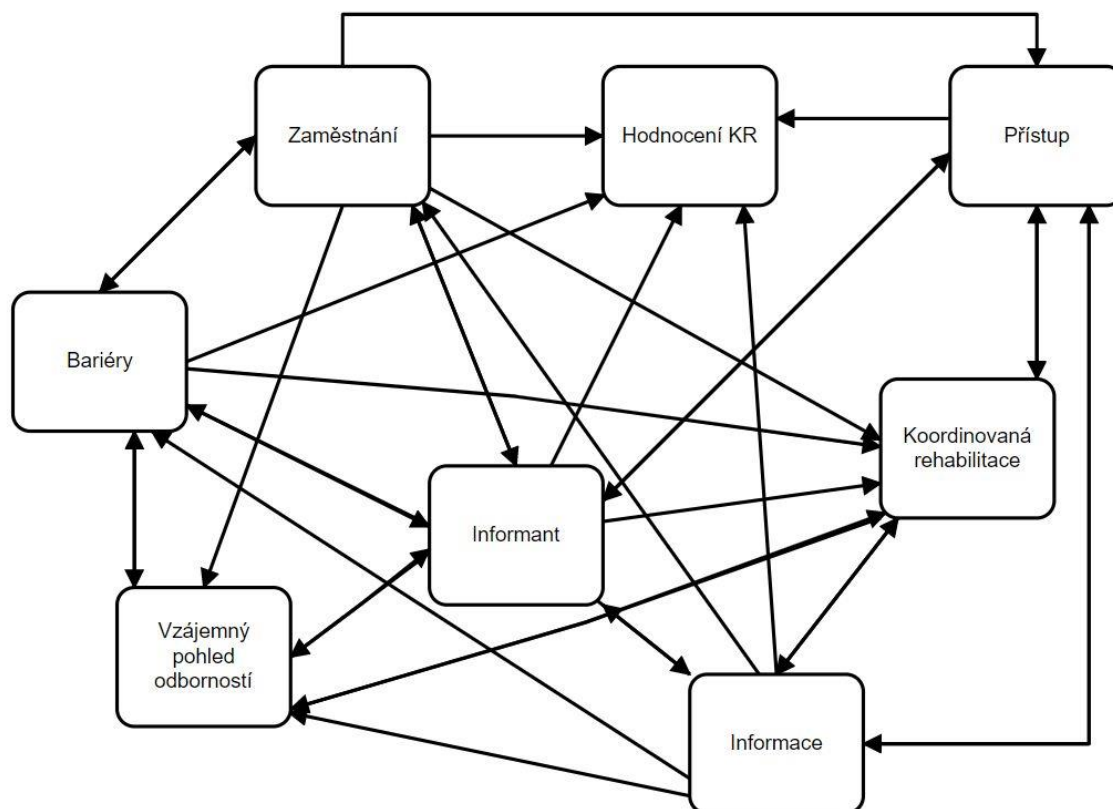
Informant 3: „když nefunguje komunikace přichází negativa, desinformace a předávání informací, které se můžou projevit na poškození klienta, negativum je i nedostatek kvalitních lidí.“

Informant 4: „negativa v reálném světě, to znamená pomluvy, vyloučení z týmu, domněnky, nechuť podpory a poslouchání, různé kompetence. “

Informant 5: „Negativa je nesjednocení, kdy je klient vystaven několika pohledům, v kterých se ztratí a často již nenalezne.“

Informant 6: „negativa jsou, že o všem rozhoduje v praxi jeden člověk“

Informant 7: „Negativa určitě prodlužování rozhodnutí a péče, víte, dokud se opravdu něco nepohne, nic se nezmění.“



Obr. 3: Vliv na informanta

Zdroj: vlastní

4.1 Výsledky dle jednotlivých informantů

Tato podkapitola slouží k celistvějšímu pohledu na výsledky, je prezentována dle jednotlivých informantů, tak aby více dokreslila atmosféru během rozhovoru, případné neverbální projevy informantů. Dále jsou informace uváděny ve větších souvislostech a lépe se dá vystopovat případné ovlivnění jednotlivých odpovědí, např. Osobní zkušenost atd.

Informant 1

S informantem jsem se sešel skrze videorozhovor, je nutné říct, že to bylo především z důvodu karantény. Mohou tak být ovlivněny některé uváděné závěry, především z důvodu horší reflexe neverbální komunikace. Je vidět, že mu záleží na odpovědích, nad jednotlivými otázkami se zamýšlí a popřípadě dovysvětluje, často se doptává, zda dobře chápe otázku. Celkově je cítit z rozhovoru pohoda a klid. Dále rozdělím odpovědi informanta dle jednotlivých kategorií.

Informant pracuje jako fyzioterapeut, dříve pracoval v rámci střediska nyní pracuje sám soukromě a odděleně. Je cítit patrná hořkost z dřívějšího nastavení služeb. V současné době se zdá, že na základě zkušenosti informant sytí fázi určitého osamostatnění a strání se dalším odbornostem.

„Ambulantně, dělo se to dřív, momentálně nejsem ve vztahu s dalšími odbornostmi, dříve jsem využíval určité zasíťování s nemocnicí, s pár doktory jsem měl vztah, posílali jsme si pacienty navzájem.“

Při otázce na bio-psycho-sociální přístup informant nejprve tápe, co názvosloví znamená, po bližším vysvětlení si rozpomíná a udává, že je to přesně přístup, který sám využívá.

„Tento název přímo neznám, ale je to v podstatně synonymum mého smýšlení, i můj záměr je propojovat, oddělování nám způsobuje obtíže, shluknutí všech vrstev ovlivňuje náš zdravotní stav. Tento princip využívám.“

Další otázka logicky navazuje na předešlou, informant odpovídá na to, co je koordinovaná rehabilitace a jak vnímá celostní péči. Je cítit pevnost a jistota informanta, že tento přístup je jediný, s kterým lze dojít k uzdravení, tato pevnost vychází z vlastní zkušenosti.

„Je to nezbytné, pokud chceme dosáhnout pečovat o člověka, musíme sloučit všechny soubory, celistvost péče o člověka a neseparovat tělesné části člověka a neseparovat odbornosti v rámci republiky, propojit odbornosti a předávat si informace.“

V kategorii koordinovaná rehabilitace v praxi, kde byla přímo dotazována osobní zkušenost, je vidět, že informant si uvědomuje určitý limit své práce, znalostí a možné pomoci klientovi.

„Vždy, když jsem viděl, že má odbornost, limit znalostí nestačí k ošetření klienta, posílal jsem klienty konkrétně na psychoterapii, docházelo k uvolnění tkáně, myslí a energetické úrovně, přestal být náhled klienta v zacyklenosti, přestal odmítat život.“

V otázce stahující se k pohledu na další odbornosti, konkrétně k sociálnímu pracovníkovi, je silně cítit osobní negativní zkušenost, která formuje odpověď.

„Nemám, má představa se zakládá na osobní zkušenosti se sociálním pracovníkem a není vůbec dobrá, má představa je, že tento člověk vnímá mé potřeby v rámci bydlení, v rámci peněžní podpory, v rámci péče o děti. Když jsem potřeboval sociální pracovník nebyl k dispozici, vliv byl nulový, nikdo nic nedělal. Sociální pracovník dle mého nahlíží na člověka často jako na problém. Pokud by to fungovalo, jak říká teorie bylo by to užitečné.“

V kategorii informace byla pozornost zaměřena na celkový pohled informanta, konkrétně na zdraví a bolest, zvláště je pak udáván bio-psycho-sociální pohled. Tato otázka byla kladena především z důvodu přiblížit se informantovi v jeho náhledu na svět a zda informace formují jeho život. Informant byl velmi rozvážný a dával si na odpovědích záležet.

„Složitá otázka, která se nedá odpovědět jednou větou. Líbí se mi formulování jinými lidmi, zdraví je, že jsem schopen se regulovat natolik, že mne bolesti a další těžkosti neobtěžují, není to absence bolesti.“

„Je to pro mne kontrolka, něco se děje, ne vzniká nemoc, ale kontrolka, která mi pomáhá orientovat něco se děje, jak se sebou zacházíme, jak se sobě věnujeme, pokud ji opomím je to opomíjení prevence a péče o svůj organismus.“

Kategorie přístup mapovala a zobecňovala informantův pohled na terapii, zda vníma polaritu anebo ji propojuje. Informant se vyjadřoval v širším kontextu propojení pohledů na terapii klienta. Informant také zmiňoval, jak se orientuje v propojení terapií.

„Kombinuji systematiku a orientaci na člověka, tak abych celistvě vnímal, co člověk říká, co dělá a co cítím, pracuji na vícero úrovních, někdo použij toto jindy tamto. Orientuji se po položení pár otázek, zda vidím, že člověk popošel, vidím dynamiku, nebo vidím nepohyb v nějakém procesu, např. bolesti, pokud je na místě, vím, že musím použít jiný přístup.“

Bariéry je kategorie, ve které informant zmiňoval svůj pohled do problematiky koordinované rehabilitace. Informant byl velmi orientován na tzv. vnitřní svět odbornosti.

„Mysl, ovlivnění zevního prostředí, epigenetické změny, v jakém společenství se pohybujeme, sdělovací prostředky, vytrácí se schopnost člověka přemýšlet, často jen přenáší informace. Mysl funguje na úrovni hlavy, buduje přesvědčení. Učí se rituály. Člověk sám sebe přesvědčuje.“

Pozitiva a negativa, informant zdůrazňoval důležitost v procesu rehabilitace nezapomínat na klienta.

„Pozitiva, jsou, pokud si uvědomíme, že je tady hlavní klient jsme mu nápomocní. Negativa jsou, že se jednotliví odborníci snaží ostatní odbornosti přesvědčit, že jejich pohled je ten nejlepší. Poté lítá klient jako pinpongový míček. Klient není zapojován.“

Informant 2

Také s tímto informantem jsem se sešel na základě videorozhovoru, bohužel tentokrát i bez videa, nonverbální komunikaci jsem se tak snažil vnímat na barvě hlasu. Z informanta je patrná velmi dobrá zkušenost z fungující koordinované rehabilitace, také je třeba zmínit, že informant neměl zkušenost s jiným přístupem v rehabilitace. Informant je velmi komunikativní, vnímal jsem chuť práce v kolektivu.

Práce informanta je vedoucí fyzioterapie. Popisoval systém koordinované rehabilitace.

„Pracuji v domově pro seniory s osobní asistencí. Pracujeme v multidisciplinárním týmu, sociální pracovníci, terapeuti, kam spadají fyzioterapeuti, psychologka, nutriční terapeut, kaplanka, nutriční terapeuti.“

„Multiporada, vedoucí jednotlivých úseků se setkávají jednou týdně, přes den je vedoucí se svými terapeuti, které má pod sebou, s informacemi přicházejí k vedoucímu a ten je pak předává výše a zpětně. Používáme supervize multidisciplinárního týmu, rehabilitace a individuální, v rámci rehabilitace řešíme i osobní a vztahové dynamiky týmu. Problém bývá otevřít se.“

V otázce spadající do kategorie, informace, konkrétně bio-psycho-sociální přístup informant zaváhá, je cítit, že praxe převládá na teorii, možná je zde známka rutiny.

„Komplexní péče o člověka, zajišťování potřeb, lidských, psychologických, tělesných, v tomto přístupu pracujeme, komplexně. Každý den tak často, že sama nevím, jak to lépe popsat.“

V kategorii koordinovaná rehabilitace informant uváděl osobní zkušenost a popisoval provoz zařízení, je zde patrné, že bral vlastní provoz jako rovnítko dobře vedené koordinované rehabilitace. Zároveň uváděl i benefity tohoto přístupu.

„Po pravidelných schůzkách s psychologkou a kaplankou, si všímám, že je mnohdy uvolněnější, nebo po úpravě stravy, v paliativní péči si všímám snížení bolestí. Zároveň se zlepšuje kognitivní funkce, zlepšuje se motivace, já mohu tak snadněji nacvičovat vertikalizace. Měla jsem klientku, co pracovala v rámci rrb. 2x týdně, postupně se snižovala kvůli kapacitě na jednou týdně a ihned se projevovala zvýšená lítostivost.“

Druhou odbornost vnímal informant velmi konkrétně. Byl vidět respekt. Informant nepociťoval rozdílnost úrovně a důležitosti odborností.

„Průvodce službou, komunikuje s rodinou, každý klient by měl vědět, že s ním může navázat užší vztah v rámci řešení svých problémů. Dále řeší finanční věci a komunikace s úřady.“

„Vidím se s nimi na stejné úrovni, máme schůzky i samostatné, jejich práci vnímám kladně, spolupráce je pro mne velmi důležitá.“

V kategorii informace, byl popsán pohled na zdraví a bolest, velmi stručně a jasně, zároveň je zajímavé určité rozdělování bolesti.

„Stav psychické, fyzické a duševní pohody, duševní a vnitřní rovnováha.“

„Pro mne konkrétně ji rozděluji na psychickou a fyzickou, psychická nepohoda nebo ztráta rodinného příslušníka, fyzická může dojít ke frustraci, ukazuje mi na problém.“

V přístupu informant udával, že nemá konkrétní výcvik nějakého přístupu, přesto uváděl, že v praxi přístupy kombinuje, z odpovědi se více vyplývalo, že pracuje systematicky.

„Řekla bych určitě kombinace, stanovujeme cíle a zároveň se zaměřujeme na potřeby, terapie se tak podle toho může měnit, péče je u nás dlouhodobá, pokud má člověk zájem, terapie se dynamicky mění, výcvik konkrétní nemám.“

Bariéry informant popisoval na úrovni mezilidských.

„Zatíženost odborností, zdlouhavější proces rehabilitace, obtížný tok informací, střety mohou přejít ke konfliktu, pak nepřichází řešení.“

Negativa byla informantovi nepříjemná popisovat, byl spíše pozitivně orientován.

„To jsem shrnula mezi překážky, více vidím ty pozitiva, je to pro mne první zařízení, kde pracujeme v rámci multidisciplinárního týmu a nemám druhý pohledem.“

„Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mne to, že problém má více úhlů pohledu.“

Informant 3

Informant se se mnou sešel v místě zaměstnání. Vnímám jsem značnou metodiku, postupně se informant začal uvolňovat a opustil nastavení, hlídání sám sebe. Cítil jsem držení se v určité bezpečné vzdálenosti oddělené od konfrontací. Z informanta byla cítit zkušenost, ale také určitá možná frustrace z nějaké události.

Informant jasně popisoval zaměstnání, současně udal hierarchii požití koordinované rehabilitace.

„Jsme pobytová služba, domov se zvláštním režimem.“

„Ano, tak zodpovím na příkladu, když nastupuje klient, sepisujeme arch papíru, kde se ptáme na různé části klientova života, jsou tam zodpovězené věci, na které je klient zvyklý, to předáváme zdravotním sestřám, které to předávají fyzioterapeutkám, nutričním sestřám, všichni ví všechno, ale postupně, při adaptaci se například doplňují otázky.“

V otázce vztahující se k bio-psycho-sociálnímu přístupu byla cítit jistota tohoto pohledu a zkušenost s ním. Informant dále rozšiřuje odpověď o spirituální úroveň, je cítit, že tato úroveň je pro informanta velmi důležitá.

„Takže dívám se na člověka při uspokojování všech potřeb, já bych ještě zmínila, že je důležitá spirituální složka, my na ni dbáme, máme tady kapli, při nástupu zjišťuji, jestli je tato potřeba důležitá, nebo naopak, někdo si pod tímto představí jen duchovno, ale není to jen o tomto, někdy si lidé potřebují jen popovídat o životě, zde vnímám úzkou hranici mezi spirituální a psychologickou složkou člověka.“

Koordinovaná rehabilitace byla vysvětlena v rámci popisu zařízení, konkrétnější, nebo vlastní zkušenost si informant nevybavoval.

„Teď si nevybavím.“

Odbornost fyzioterapeuta informant popisoval dle zkušeností z pracovního prostředí.

„Představím si toho hodně, konkrétně u nás fyzioterapeuty máme, máme 3, kdyby jich bylo více bylo by to lepší, pro nás je důležité že pracují v rámci bezpečné chůze, u upoutaných na lůžku, prevence kontrakcí, pasivní fyzioterapie, plus máme i další například perličkové lázně. Dále vidím důležitost rituálů.“

Informace o zdraví a bolesti podával informant dle terminologie určené na akademické půdě, také rozděloval bolest na různých úrovních, konkrétně tělesné a psychické.

„Naskočí mi poučka WHO, jsem zdravá, nejsem nemocná, jsem v pohodě, fyzicky, psychicky, v rodině v práci, ta pohoda a propojenost. Spokojenost.“

„Zdraví není nepřítomnost bolesti, vidím více rovin, fyzická a psychická. Psychickou bolest považuji jako zákeřnou, která lidi velmi zatěžuje. Pracujeme i s rekapitulací a se vzpomínkami, zde bývá často bolest a zklamání, možnost spirituální, kdy v rámci zповědí se může ulevit od bolesti. Dále i psychoterapie.“

V přístupu si informant zakládal na systematicke, přesto ho formuje praxe, možná i po nedávné osobní zkušenosti.

„Mám systematicky výcvik, ale je pravda, že někdy tam propašuji více na člověka zaměřenou terapii, raději mám plánování cílu, pomáhat jaký krok bude první.“

Bariéry v koordinované rehabilitaci informant udával hlavně v komunikaci.

„Neschopnost pracovat v týmu, prosazování si vlastního názoru, neschopnost přijmout další názor, komunikace obecně.“

Pozitiva i negativa informant odvíjel od komunikace, ta pro něho byla velmi důležitá.

„Vím o člověku, mám jiný pohled, ucelenější, když dobře funguje komunikace, tak má tým jen pozitiva, když nefunguje komunikace přichází negativa, dezinformace a předávání informací, které se můžou projevit na poškození klienta, negativum je i nedostatek kvalitních lidí.“

Informant 4

S informantem jsem se setkal mimo pracovní působení ve volném čase, informant si celou dobu rozhovoru držel masku nedotknutelnosti, schovanou do určitého nadhledu. Byla z něho cítit frustrace a hraniční syndrom vyhoření.

Při odpovědi na zaměstnání se informant jasně vymezil od předešlé práce. Pravděpodobná špatná zkušenost, která se prolínala v dalších odpovědích.

„Já pracuji ambulantně a soukromě, léta jsem pracoval v nemocnici a nejlepším řešením bylo odejít, mrzí mne, že mne to nenapadlo dříve.“

Bio-psycho-sociální přístup byl informantovi známý a pozitivně hodnocen, pravděpodobně se v praxi neseťkal s pochopením tohoto přístupu a pohledu na člověka.

„Tento název jsem slyšel při studiích, pravdou je, že v praxi jsem se s ním nikdy neseťkal, je to hezké teoretické pozlátko, které se neděje.“

V odpovědi na koordinovanou rehabilitaci byla cítit největší frustrace, trochu i nesouhlas s nastavením a rezignace.

„Koordinovaná rehabilitace neexistuje, vše řídí lékař. Ten utváří, co se bude dělat a pak sám hodnotí úspěch a neúspěch. On má plné kompetence a on ručí za výsledek.“

Druhou odbornost informant vnímal v rámci povrchních, neúplných informací.

„Se sociálním pracovníkem konkrétně žádnou zkušenost nemám, je to člověk pomáhající zastavit ekonomické důsledky onemocnění, pomáhá řešit vztahové věci v sociální dynamice.“

O bolesti a zdraví měl informant jasnou představu, ve zdraví je cítit určitá pokora k vyššímu nastavení člověka.

„Zdraví, je vlastně ideál, který nám byl dán, ale je to tak dávno, že se učíme, co to vlastně je a jak ideál vypadá.“

„Bolest je pro mne jako terapeuta komunikační kanál, tak se to snažím předávat i klientovi, pravdou je, že klient nikdy nevnímá bolest pozitivně a je to pro něho

synonymum nemoci.“

Přístup byl u informanta jasně vymezen odborností.

„Já jsem vojtovec, líbí se mi systém, vím, na co se dívat, snažím se hledat detily odchylek, tuším určité spojitosti, ale ty mne spíše rozptylují od dobré koncentrace na práci a pozorování pohybu.“

V bariérách je opět cítit osobní zkušenost informanta.

„To, jak o tom přemýšlíme, to jak jsme nabubřelí, to jak nad nás není, to že takto vlastně pracovat nechceme, chceme si zažít naši vlastní jedinečnost.“

Stejně tak v pozitivěch a negativěch zazněla osobní zkušenost a frustrace.

„Pozitiva existují jen na papíře, negativa v reálném světě, to znamená pomluvy, vyloučení z týmu, domněnky, nechuť podpory a poslouchání, různé kompetence.“

Informant 5

S informantem jsem se setkal v jeho zaměstnání, po celou dobu rozhovoru jsem se nezbavil pocitu zrychlenosti. Odpovědi byly často velmi stručné, někdy v pohrdavém tónu hlasu, z informanta byla cítit úcta k řádů a jeho plnění.

Informant pracoval jako sociální pracovní v organizaci, spolupráci v rámci koordinované rehabilitaci vnímal odděleně v rámci jednotlivých odborností, bez komunikace odborností mezi sebou.

„Pracuji v rámci organizace, kde se ale s dalšími odbornostmi nestýkám, každopádně vždy klienta na tyto odbornosti orientuji, podle jeho problému.“

V odpovědi na bio-psycho.sociální přístup se informant držel v rámci práva a jeho hranic.

„Samozřejmě, že znám. Dle mezinárodního práva je to pohled, který dokáže reflektovat základní lidské potřeby.“

Koordinovanou rehabilitaci vnímal stejně jako zaměstnání, v oddělené komunikaci. Model je spíše blíže zasítování služeb. Zároveň udává slovo trend v celostním pohledu na člověka. Zmiňoval systém a bylo cítit, že v něm hledá jistoty.

„Koordinovanou péči provádím vždy, odesílám klienty za odbornostmi, případně poskytují informace, které pomáhají člověku se orientovat od problému k cíli, jak ho řešit, pokud nepadá rada do mé kompetence vždy odesílám dál.“

„Celostní péče je hit posledních let, je to dobrý prodejní artikl, dnes je vše celostní, je to jako bio potraviny. Za mne je důležitý systém, který chrání určité kvality.“

O odbornosti fyzioterapeuta měl informant jasnou a konkrétní představu, velmi detailní.

„Je to pracovník starající se o pohybový aparát, zná do detailu anatomii svalů a kostry, současně optimalizuje cvičení tak, aby kompenzovalo bolesti.“

Informace o zdraví a bolesti se opět držely v rámci definice. U bolesti informant udával důležitost diferenciaci.

„Zdraví je úplná tělesná, psychická, sociální pohoda a naplnění.“

„Bolest je třeba rozlišovat, podle dimenze a úrovně, pak se může klient lépe orientovat co se s ním děje.“

Systematika a orientace na cíl byla jasně cítit za každým slovem popisu informantovo přístupu.

„Jsem systematik, cíl a orientace na něho ulehčuje a osvobozuje od problému, který jediný člověk často vidí a zamyká mu možnost změny.“

V popisu bariér byla znát teoretická znalost, která se ale neprolíná do praktických činností, což je možné pozorovat v dalších odpovědích.

„Největší překážky jsou rozdílné pohledy, je třeba nejprve sjednotit pohled a až pak řešit klienta a jeho výzvy. Je to proces, který trvá a není hned.“

V popisu pozitiv informant spíše mluvil o zasíťování služeb, s kterým má evidentně zkušenost. V negatívech opět popisuje teoretický základ komunikace.

„Pozitiva, určité zasíťování klienta, který tak nepropadne beznadějí a ví, že se dá něco dělat. Negativa je nesjednocení, kdy je klient vystaven několika pohledům, v kterých se ztratí a často již nenalezne.“

Informant 6

S informantem jsem se sešel v neutrálním prostředí. Byl napjatý a cítil jsem z něho, že prochází určitým rozhořčením. Z odpovědí často zaznívalo, že se mu nedaří vidět prolnutí teorie a praxe.

Informant pracoval v rámci polikliniky, v tzv. státní rehabilitaci. V tomto zařízení nedocházelo k vzájemné podpoře.

„Pracuji v rámci zařízení, ale nemohu říct, že jde o nějaký multidisciplinární tým, s nikým nespolečně pracuji, radím se jen ze své vlastní iniciativy, většinou vykonávám, co je po mne požadováno v rámci doporučení lékaře.“

V odpovědi na bio-psycho-sociální přístup zaznělo poprvé rozhořčení na systémové nastavení.

„Nevyužívám, tento název, pojem je mi známý, co si pamatuji jde o určité reflektování člověka ve více rovinách, popravdě na toto praktické užití není čas, jsem rád, když vím, jak se klient jmenuje.“

Informant při popisu koordinované rehabilitaci kombinoval celostní pohled, zmiňuje i tenkou hranici k ezoterice. V praxi, v rámci zaměstnání, se však s koordinovanou rehabilitací nikdy nesešel. Popisuje systém z vlastního pohledu, jak na něho působí. Při této odpovědi padl do skepse.

„Hahaha, hezké nic takového dle mne neexistuje, co vím k přístupu k standardní populaci, tento přístup bhled na y měl začít už od obvodáka, to je ale víte, takovej úředník, kterej toho moc neví, a tak posílá za odborníkama, který maj sice specializovaný, ale úzký pohled.“

„Celostní péče, pro mne souvisí s bio-psycho-sociálním přístupem, četl jsem knihu od MUDr. Vojáčka, hodně často mi to přijde jako ezo a nepodložené domněnky, na to bych si dal pozor, lidské tělo má limity.“

Pohled na odbornost sociální pracovník byl velmi nekonkrétní, popis práce neúplný.

„Sociální pracovník, to je člověk, co se stará o důchody a když se stane neštěstí, tak kam pude dítě, nebo kde žádat o prachy na to a to.“

Při popisu zdraví informant opět zmiňoval systém, opět se projevila ještě hlubší skepse. Bolest vnímal jako komunikaci těla.

„Zdraví je určitá vyrovnanost, kdy v životě mohu dělat naplno co mne baví a naplňuje, takže vlastně neexistuje, hahaha.“

„Bolest je pro mne varovné světlo, jehož odstranění se často popisuje jako vyléčení, proto vznikají nesmysly jako centrum bolesti a tak, to vede k pasivitě, i když pravda jsou lidé co to potřebují...“

V přístupu informant neměl jasno. Neorientoval se jaké může být základní rozdělení. Odpovědi směřoval k popisu, jak pracuje v zaměstnání.

„Většinou měkký techniky, defacto masíruji a zapínám elektro, to je bohužel náplň mé práce, na specializovanější cvičení jsou moji zkušenější kolegové, já pracuji takto.“

V odpovědi na bariéry informant jasně popsal, co vidí jako viníka, tedy systém.

„Systém, jednoznačně systém, jak je nastaven nemá prostor pro takovouto péči. Je to někdy smutný a nefunkční, ale tváříme se, že to pomáhá.“

Informant je jednoznačně negativně nastaven, možná byl blízko vyhoření, to se také projevilo v odpovědi. Přesto nakonci odpovědi vysvitlo světlo, že by to šlo dělat jinak.

„Nevím, negativa jsou, že o všem rozhoduje v praxi jeden člověk, kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn, ale nevím, nemám s tím zkušenost.“

Informant 7

S informantem jsem se setkal přímo v jeho zaměstnání. Vymanil si na mne čas o polední přestávce. S jeho odpovědí byla patrná jistota, domnělá jasnost a trochu konzervovanost.

Informant pracuje na úřadě, kde jasně chápe svůj úkol a úkoly ostatních. Propojení do dalších odborností však nepochyboval, jedinou další odborností udával psychologa.

„Pracuji na úřadě, samozřejmě s kolegy spolupracuji, někdy i právníky, zde má propojenost s dalšími obory končí.“

Na bio-psycho-sociální přístup odpověděl informant velmi sofistikovaně a učeně.

„Velmi dobře znám, je to pohled vycházející z pfeifferovského uceleného pojetí rehabilitace tuším, tento přístup například reflektuje i psychosomatika, která hledá přímé propojení.“

V odpovědi na koordinovanou rehabilitaci zazněla informantova obava ze zapojení jiných oborů než lékařských. Byla zde cítit konzervovanost, která měla zaručit bezpečí. Také zazněla obava z prodlužování procesu péče o klienta.

„V rámci své praxe mám zkušenost v rámci zařízení pro tělesně postižené, zde je koordinace řízena neurologem, tak aby nedošlo k poškození klienta, tak je to správně, pokud by se tým donekonečna rozhodoval, bylo by to často jako s dálnicemi v republice.“

„Pokud je v rukou lékaře je to v pořádku, samozřejmě i on by měl konzultovat s dalšími

odbornostmi, hlavně lékaři, další odbornosti bohužel nemají dostačující znalosti, kam počítám i svou, ano mohu mít zajímavý pohled, ale také může být úplně mimo a ohrozit zdraví, jelikož nemám dostatek vědomostí.“

Na odbornost fyzioterapie se informant díval velmi přesně a konkrétně. Měrný bod porovnání kvalitní fyzioterapie sloužil informantovi pohled prof. Koláře.

„Fyzioterapeut, je především odborníkem a znalcem pohybového aparátu, zná protokoly pooperačních průběhů, má povědomí o souvislostech pohybu a například orgánů, či správného dýchání, osobně uznávám prof. Koláře, jeho ruce dokážou často zázraky.“

V informacích o zdraví a bolesti zazněla teorie propojená do praxe a zkušeností informanta.

„Zdraví je celková pohoda, která je podpořena na úrovni naplnění potřeb tělesných, psychických, sociálních a dalších.“

„Bolest je sensorická odpověď těla na určitý podnět v těle, znamenající nutnou změnu, někdy okamžitou.“

V přístupu mne informant zaujal dřívějšímu tíhnutí k Rogerosovi. Přesto ho zaměstnání formovalo spíše k systematické, kterou vnímal časově úspornější. Pro informanta byla velmi důležitá otázka manipulace.

„Na škole jsem byl milovníkem rogerovského přístupu, v praxi ale nebývá tak okamžitě účinná, i když bych si tolikrát přál mít více času, popravdě používám více systematický přístup, orientuji klienta na plnění úkolů a snažím se to dělat s co nejmenší manipulací.“

Bariéry vnímal informant jako nedostatečnou odbornost jednotlivých subjektů koordinované rehabilitace.

„Neodbornost oborů, nedostatečná informovanost, také jiný jazyk a specializace, které nenaleznou stejný pohled.“

V pozitivěch jsem cítil vnímání koordinované rehabilitace jako nekončící proces, naopak v negativěch zazněla opět obava z prodlužování péče.

„Pozitivum by mohlo být, pokud by vše fungovalo, jak bychom si přáli, tak pohled na člověka jako celek a plnění a reflektování širších potřeb. Negativa určitě prodlužování rozhodnutí a péče, víte, dokud se opravdu něco nepohne, nic se nezmění.“

5 Diskuse

V kapitole diskuse jsou ústředním tématem výzkumné otázky. Tyto otázky jsem zvolil na počátku výzkumu. Hlavní otázka byla stanovena, tak abych na základě popisu pozitiv a negativ mohl blíže přiblížit mechanismům, bariérám, podporám atd., se kterými se setkává odborník v praxi. Je důležité zde připomenout, že byl zvolen kvalitativní výzkum. Na základě tohoto výběru je dobře vyjasnit co pozorováno bylo a co nemohlo být. Každý výzkum má svá pozitiva a negativa. V kvalitativním výzkumu nám šlo hlavně o to, udělat sondu do detailnějších pochodů, které v teorii mohou unikat a jsou pozorována až v praxi. Současně jedním dechem je třeba říct, že výzkum v rámci diplomové práce nemá dostatečný prostor, čas a členy na to, aby z něho mohly být vyvozovány jasné závěry. Kvalitativní výzkum dále na rozdíl od kvantitativního nemá dostatečný počet probandů pro objektivizaci výsledného cíle.

Druhou výzkumnou otázkou jsem stanovil tak, abych se více dozvěděl o vnímání sociálního pracovníka a fyzioterapeuta ve smyslu sebe navzájem. Zde jsem chtěl především zjistit jakou případnou prestižnost oboru můžeme vnímat v rámci koordinované rehabilitace a sebe navzájem, zda to může mít dopad na funkci koordinované rehabilitace.

V diskusi, než přistoupím k jednotlivým závěrům, bych rád zahrnul ještě pohled na sebe samotného v rámci výzkumu a jako výzkumníka. Během výzkumu, a především z poslechu rozhovorů jsem si uvědomil, jak ovlivňuji přímo i nepřímo informanty. Stačil tón hlasu, neverbální sympatie nebo antipatie a celý rozhovor se začal dynamicky měnit. Proto jsem u dvou informantů udělal rozhovor znovu, což dle mého není ideální, jelikož je tam už předešlá zkušenost informanta, ale je to nutné. Snažil jsem se s dalším a dalším rozhovorem být co nejvíce neutrální, více naslouchat a nepodporovat, ani nedoplňovat informanta, případně jsem se jen ujišťoval v dobře pochopené odpovědi. V tomto byla pro mne osobně diplomová práce velkým posunem v chápání. A zahrnuji to i tak do cílů. Kvalita výzkumníka především v kvalitativním výzkumu je obrovským bodem případného závěru.

Pro lepší přehlednost rozložím orientaci v diskusi dle jednotlivých kategorií. Začnu tedy první kategorií, zaměstnání. Ve výzkumu se ukazuje tento faktor jako velmi zásadní. Nejen vytvořenou zkušeností a skrze ni pak nahlížením do procesu koordinované rehabilitace, ale také se lišil výpovědi pokud jsem se setkal s informantem v zaměstnání, nebo mimo něj. Informanti, s kterými jsem vedl rozhovor v zaměstnání byli mnohem více ve své roli, nevystupovali z ní, jen velmi výjimečně, měli tendenci tíhnout k větší konzervativnosti. Byla zde cítit větší ostražitost. Naopak informanti, s kterými jsem se setkal mimo zaměstnání docházeli k nestandardním závěrům a mnohdy byli mnohem kritičtější. Vliv zaměstnání a zkušenost jakou jsme prošli je tedy zásadní. Konkrétně jsme to mohli vystopovat ve výpovědích např. Informanta 2: *„Komplexní péče o člověka, zajišťování potřeb, lidských, psychologických, tělesných, v tomto přístupu pracujeme, komplexně, každý den tak často, že sama nevím, jak to lépe popsat.“* Je zde patrná již určitá automaticnost nahlížení na koordinovanou rehabilitaci, že se vytrácí možnost jiné volby. To se pak dále projevuje v dalších odpovědích. Pozitivní zkušenost se pak projevovala v touze budovat tento přístup, a i v odpovědi na negativní či pozitivní náhled. Konkrétně informant 2 uvádí: *„Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mne to, že problém má více úhlů pohledu.“*

Negativní zkušenost ze zaměstnání stejně tak určuje pohled. Konkrétněji u informanta 6. Vlastní zkušenost ze zaměstnání popsal takto: *„Pracuji v rámci zařízení, ale nemohu říci, že jde o nějaký multidisciplinární tým, s nikým nespolupracuji, radím se jen ze své vlastní iniciativy, většinou vykonávám, co je po mne požadováno v rámci doporučení lékaře.“* A v pozitivním a negativním hodnocení pak shrnuje: *„Nevím, negativa jsou, že o všem rozhoduje v praxi jeden člověk, kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn, ale nevím, nemám s tím zkušenost.“*

V kategorii přístup bylo důležité zmapovat, zda se liší pohledy systematika a terapeuta zaměřeného na člověka. I zde se ukazuje vliv zkušenosti ze zaměstnání. Konkrétně u informantů se zkušeností s multidisciplinárním týmem a koordinovanou

rehabilitací byla výpověď směřující k hledání rovnováhy těchto dvou terapeutický stylů. U lidí, kde není čas a prostor v zaměstnání byla touha používat systematický přístup k úspoře času. Konkrétně: *„Kombinuji systematiku a orientaci na člověka, tak abych celistvě vnímal, co člověk říká, co dělá a co cítím, pracuji na vícero úrovní, někdo použije toto jindy tamto. Orientuji si po položení pár otázek, zda vidím, že člověk popošel, vidím dynamiku, nebo vidím nepohyb v nějakém procesu, např. bolesti, pokud je na místě, vím, že musím použít jiný přístup.“* a *„Na škole jsem byl milovníkem rogerovského přístupu, v praxi ale nebývá tak okamžitě účinná, i když bych si tolikrát přál mít více času, popravdě používám více systematický přístup, orientuji klienta na plnění úkolů a snažím se to dělat s co nejmenší manipulací.“*

Bylo zjištěno, že více než odbornost zasahuje do celkového pohledu právě přístup v terapii. Obě odbornosti jak fyzioterapie, tak sociální práce mají přístupu, které jsou více systematické, fyzioterapie: Vojtův přístup, PNF, sociální práce: zaměření na cíle atd., více na člověka zaměřené terapie: Feldenkraisova metoda, Bobath koncept, Rogerses v sociální práci. Více než o odbornost jde tedy spíše o určitý filozofický pohled na svět a terapii. Bližší rozpoznání těchto pochodů by bylo spekulací v rámci této diplomové práce a zasloužilo by si samostatný výzkum.

V přímé otázce na koordinovanou rehabilitaci se opět projevovala hlavně osobní zkušenost, zajímavé je, že teoretické informace, zde patrně nebyly vždy tak silným faktorem. Uvedme si příklad. Informant 1 uváděl zkušenost s multidisciplinárním týmem, přesto v době rozhovoru v koordinované rehabilitaci nepracoval. *„Je to nezbytné, pokud chceme dosáhnout péče o člověka, musíme sloučit všechny soubory, celistvost péče o člověka je důležitá, a neseparovat tělesné části člověka a neseparovat odbornosti v rámci republiky, propojit odbornosti a předávat si informace.“* Všiml jsem si, že u informací informant 1 pečlivě zvažoval co odpovědět to, jak o věcech přemýšlel bývá znakem, kdy jedinec propojuje osobní zkušenost a informace, zde se projevil určitý nadhled nad právě probíhající skutečnost a uvědomění. *„Tento název přímo neznám, ale je to v podstatně synonymum mého smýšlení, i můj záměr je propojovat, oddělování nám*

způsobuje obtíže, shluknutí všech vrstev ovlivňuje náš zdravotní stav. Tento princip využívám.“ zde v odpovědi na otázku bio-psycho-sociální přístup informant popisoval, jak smýšlí. To ovlivňovalo přímo jeho vztah ke koordinované rehabilitaci. Tento jev se, ale nepotvrzuje u dalšího informanta, kdy zážitek ze zaměstnání převyšuje informace a utváří tak pohled na koordinovanou rehabilitaci. Konkrétně u již zmíněného informanta 6: *„Hahaha, hezké nic takového dle mne neexistuje co vím k přístupu k standartní populaci, tento přístup by měl začít už od obvodáka, to je ale víte, takovej úředník, kterej toho moc neví a tak posílá za odborníkama, který maj sice specializovaný, ale úzký pohled.“* , přesto v odpovědi na informace informanta byly spíše pro koordinovanou rehabilitaci vyznívající: *„Nevyužívám, tento název, pojem je mi známý, co si pamatuju jde o určité reflektování člověka ve více rovinách, popravdě na toto praktické užití není čas, jsem rád, když vím, jak se klient jmenuje.“*. Mohli jsme to vidět i u dalších informantů, konkrétně informant 4: *„Koordinovaná rehabilitace neexistuje, vše řídí lékař. Ten utváří, co se bude dělat a pak sám hodnotí úspěch a neúspěch. On má plné kompetence a on ručí za výsledek.“*. Přesto v odpovědi dále udává, že jeden člověk nedokáže obsáhnout celý proces rehabilitace: *„Člověk je pro mne až nebezpečně složitý, když to tak řeknu stroj. Já jsem si vědom své omezenosti, a proto se soustředím jen na jednu věc a tu chci dělat maximálně dobře, podle mne je problémem sedět zadkem na více židlích.“* Naopak u lidí s dobrou zkušeností s koordinovanou rehabilitací je náhled mnohem harmoničtější a nedochází k rozchodům u jednotlivých odpovědí. Např. Informant 3: *„Takže dívám se na člověka při uspokojování všech potřeb, já bych ještě zmínila, že je důležitá spirituální složka, my na ni dbáme, máme tady kapli, při nástupu zjišťuji, jestli je tato potřeba důležitá, nebo naopak, někdo si pod tímto představí jen duchovno, ale není to jen o tomto, někdy si lidé potřebují jen popovídat o životě, zde vnímám úzkou hranici mezi spirituální a psychologickou složkou člověka.“*

V koordinované rehabilitaci jsem si dále všiml rozchodu ve vnímání, někteří informanti zmiňují proces, jiní jen nepřímou spolupráci odborností, kdy ani jedna odbornost nezasahuje do názorů a pohledu druhého.

V kategorii informace dále často zazněly definice, přesto pohled na zdraví i bolest byl velmi podobný u všech informantů. Pohled se nelišil ani v náhledu na bio.psycho-sociální přístup, jen někteří informanté ho potřebovali více vysvětlit, spíše fyzioterapeuti.

V představách o mezioborové spolupráce je dále, dle mne důležitá určitá povědomost o práci další odbornosti. S tímto měli často větší práci fyzioterapeuti, kteří práci sociálního pracovníka často popsali neúplně. Naopak sociální pracovníci častěji popisovali detailně práci fyzioterapeuta, možná je určitá popularita a popularizace oborů? Konkrétně: „*Sociální pracovník, to je člověk, co se stará o důchody a když se stane neštěstí, tak kam pude dítě, nebo kde žádat o prachy na to a to.*“

„*Fyzioterapeut je pracovník starající se o pohybový aparát, zná do detailu anatomii svalů a kostry, současně optimalizuje cvičení tak, aby kompenzovalo bolesti.*“

I toto by mohlo být faktorem ovlivňujícím koordinovanou rehabilitaci.

Dostáváme se k hlavní výzkumné otázce, a to jsou pozitivita a negativita koordinované rehabilitace, současně jsem se před tím ptal ještě na bariéry. V bariérách často vyplývá osobní zkušenost, frustrace například v rozdílnosti praxe a teorie, vše to mohlo tvořit pohled informanta na bariéru, a proto zmiňuji bariéry všech informantů: mysl a vnitřní nastavení, prodlužování procesu terapie, a hlavně její zahájení, komunikace, ego, systém, neobornost a málo informací, rozdílné pohledy. Na všechny tyto bariéry se dá současně dívat konstruktivně, jako na výzvy, na které by bylo dobře se zaměřit v procesu koordinované rehabilitace.

Závěr diskuse věnuji nejprve nejčastěji zmiňovaným negativním aspektům koordinované rehabilitace: „*Negativa jsou, že se jednotliví odborníci snaží ostatní odbornosti přesvědčit, že jejich pohled je ten nejlepší. Poté lítá klient jako pingpongový míček. Klient není zapojován.*“

„*více vidím ty pozitiva, je to pro mne první zařízení, kde pracujeme v rámci multidisciplinárního týmu a nemám druhý pohledem.*“

„*když nefunguje komunikace přichází negativa, dezinformace a předávání informací,*

„které se můžou projevit na poškození klienta, negativum je i nedostatek kvalitních lidí.“

„negativa v reálném světě, to znamená pomluvy, vyloučení z týmu, domněnky, nechuť podpory a poslouchání, různé kompetence.

„Negativa je nesjednocení, kdy je klient vystaven několika pohledům, v kterých se ztratí a často již nenalezne.“

„negativa jsou, že o všem rozhoduje v praxi jeden člověk“

„Negativa určitě prodlužování rozhodnutí a péče, víte, dokud se opravdu něco nepohne, nic se nezmění.“

Většina negativ se pojí spíše k neschopnosti práce v týmu, dovednosti komunikace atd., než koordinované rehabilitaci jako takové.

Pozitiva koordinované rehabilitace opět zmíním nejprve všechny. *„Pozitiva, jsou, pokud si uvědomíme, že je tady hlavní klient jsme mu nápomocní.“*

„Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mne to, že problém má více úhlů pohledu.“

„Vím o člověku, mám jiný pohled, ucelenější, když dobře funguje komunikace, tak má tým jen pozitiva.“

„Pozitiva existují jen na papíře.“

„Pozitiva, určité zasítování klienta, který tak nepropadne beznadějí a ví, že se dá něco dělat.“

„kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn“

„Pozitivum by mohlo být, pokud by vše fungovalo, jak bychom si přáli, tak pohled na člověka jako celek a plnění a reflektování širších potřeb“

S odpovědí zaznělo rozčarování, že v praxi neexistuje koordinovaná rehabilitace, pro mne osobně velmi nabízející byly popisy ideálního stavu, kde výpověď jsem chápal spíše jako poselství do budoucna. Nejčastěji zazněla komplexní vnímavost a podpora klienta.

6 Závěr

Zaměření této diplomové práce je na zjištění pohledu dvou odborností na koordinovanou rehabilitaci. Konkrétně byly kladeny otázky v rámci kvalitativního výzkumu dvou odbornostem, fyzioterapie a sociální práce. Tyto dvě odbornosti se setkávají v rámci organizací, léčeben a zařízení. Smyslem bylo zapojit pohled i fyzioterapeutů pracujících odděleně od multidisciplinárního týmu a soukromě v rámci zařízení, porovnat pohled sociálních pracovníků pracujících na úřadech, tak aby případný vzorek byl co nejširší a tím i pohled.

Diplomovou práci tvoří dvě části, teoretická a praktická část. V teoretické části popis začíná vysvětlením mezioborové spolupráce, koordinované rehabilitace. Popisuje jednotlivé odbornosti: sociální práce a fyzioterapie a jejich náplň práce. V kapitole terapie na základě filozofického pojetí člověk se pak práce snaží zobecnit některé filosofické pohledy projevující se v terapii, které mohou stavět bariéry v náhledu odborností a lidí na sebe. Stejně tak kapitole vývoje zdraví slouží jako vodítko k pochopení určitého vývoje, který značí určité fáze, kterými lidé jako celek prochází na základě měnícího se nahlížení na svět. Teoretická část dále popisuje vývoj koordinované rehabilitace na území České republiky, popisuje některé faktory ovlivňující koordinovanou rehabilitaci. Tyto faktory dělí na zevní, vnitřní a systémové. Poslední kapitola teoretické části pak zobecňuje pozitiva a negativa koordinované rehabilitace.

Výzkumná část obsahuje cíle a výzkumné otázky diplomové práce. Popisuje metodiku kvalitativního výzkumu, výzkumný soubor, metodiku sběru dat a analýzu dat. Rozhovory byly prováděny se sedmi informanty z oboru fyzioterapie a sociální práce. Tyto odbornosti pracovaly v různém specializovaném zaměření a neměly další propojení, nebo společné znaky. Informanti podali v rámci natáčení rozhovorů, ústní souhlas s dalším zpracováním odpovědí, krom probanda 8, jehož odpovědi nebyly zahrnuty do výzkumu z důvodu následného nesouhlasu s nakládáním s odpověďmi.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvořit sondu do praxe, jak vnímají dva obory, konkrétně fyzioterapie a sociální práce mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci, co vnímají jako největší pozitiva a negativa koordinované rehabilitace.

Vedlejším cílem bylo zjistit, jak se tyto dva obory vnímají navzájem a mapovat možné faktory tohoto vnímání.

Výzkum poukázal na některé souvislosti vyskytující se v jemnějších mechanismech koordinované rehabilitace. Především na úrovni mezi personální komunikace a osobních zkušeností. Zaměstnání se ukázalo jako velmi silným faktorem pozdějšího vnímání koordinované rehabilitace. Naopak informace byly velmi podobně zpracované u všech informantů. Ukazuje se také, že toto téma je mnohem širší a zasloužilo by si pro případné závěry souvisejší výzkum zahrnující více informantů.

Informanti obecně hodnotili koordinovanou rehabilitaci jako nutnou pro péči o člověka, byla zmiňována u určitá jediná možnost, jak naplnit práva člověka. Ukazuje se, že mimo specializovaná zařízení koordinovaná rehabilitace a mezioborová spolupráce nefunguje. Informanti dále udávají nesoulad mezi teoretickou a praktickou stranou koordinované rehabilitace. Naopak u informantů setkávající se s fungující koordinovanou rehabilitací je cítit pozitivita a naplnění smyslu práce.

Při hodnocení pohledů odborností fyzioterapie a sociální práce se dle informantů jeví, že větší přehled o druhé odbornosti měli sociální pracovníci. Odpovědi na náplň práce druhé odbornosti byly mnohem detailnější a ucelenější.

Z výzkumu by se dalo usuzovat, že u informantů pracujících mimo odborné zařízení, není jasné, co je koordinovaná rehabilitace, často se zmiňovalo spíše zasíťování služeb. Další závěr by mohl být, že se nedaří přenášet informace do praxe, informanté v dotazech na zdraví, bolest a bio-psycho-sociální přístup uvádí důležitost mezioborového propojení, zároveň mimo specializované zařízení uváděli, že koordinovaná rehabilitace neexistuje.

Diplomová práce by měla být brána jako počáteční sonda do problematiky pohledu na koordinovanou rehabilitaci, tato práce by mohla být později rozvinuta do větší hloubky nad rámec této práce. Diplomová práce se nestaví do role obecného popisu v rámci pohledu a fungování koordinované rehabilitace, přesto některé závěry jsou zajímavé a hodné k zamyšlení nad tématem. Současně diplomová práce posloužila mně, jako jejímu autorovi, učila mne, jak se dívat na informanta, jak se dívat na sebe v rámci výzkumu, dovolila mi pozorovat dynamiky sděleného na pozadí mezi personálního působení.

7 Seznam zdrojů

- BAŠTECKÁ, B., 2015. Klinická psychologie. Praha: Portál, 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0
- BAŠTECKÁ, B., 2016. Týmová supervize: Teorie a praxe. Praha: Portál, 328 s. ISBN 978-80-262-0940-9
- BAŠTECKÝ, J., 1993. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 363 s.
ISBN 80-7169-031-7
- BEDRNOVÁ, E., 1996. Duševní hygiena a sebeřízení. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 190 s. ISBN 80-7079-019-9
- BRONSTEIN, L., 2013. A Model for Interdisciplinary Collaboration. Dostupné z <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/48/3/297/1941702?redirectedFrom=fulltext>
- BRŮHA, D., 2011. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5
- BRUTHANSOVÁ, D., 2012. Koordinovaná rehabilitace. Dostupné z <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=10>
- CATALANO, R., 1979. Health, Behaviour and the Community: An Ecological Perspective (General Psychology). Pergamon Press. ISBN B01JXPNUKO
- ČELEDOVÁ, L., 2010. Výchova ke zdraví. Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2017. Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
511 s. ISBN 9788024638287
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011a. Osud koordinované rehabilitace. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-14-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011b. Koordinovanost ucelené rehabilitace. Pro lékaře. [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky->

[lekar/2011-11/koordinovanostucelene-rehabilitace-36665](#)

ČTK, 2015. MPSV chystá zákon o komplexní rehabilitaci včetně pracovní. Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/36173-mpsv-chysta-zakon-o-komplexni-rehabilitaci-vcetne-pracovni>

DAVIDOVÁ, M., 2018. Postoj sociálních pracovníků k osobám bez přístřeší. Brno: Masarykova univerzita

DEMETEROVÁ, D., 2018. Internet – miesto umeleckého vyjadrenia. Brno: Masarykova univerzita

DOIDGE, N., 2012. Váš mozek se dokáže změnit. Praha: CPRESS, 368 s. ISBN 9788026401117

FALEIDE, A., et al., 2010. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Praha: Grada Publishing. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

FRIEDMAN, J., 1990. Children's Representations of the Pattern of Daily Activities. Dostupné z <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02870.x>

GREEN, J., 2010. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. Dostupné z <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/210584>

HANSON, R., 2013. Buddhův mozek. Praha: Anag, 184 s. ISBN 9788072638291

HARTL, P., 2015. Psychologický slovník. Praha: Portál, 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0

HAVLÍKOVÁ, J., HUBÍKOVÁ, O., 2017. Spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři: příklad řízení o příspěvku na péči. VÚPSV. ISBN 8074163083

HAWKINS, P., & SHOHET, R., 2004. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 216 s. ISBN 80-7178-715-9

HAYES, N., 2013. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 168 s. ISBN 978-80-262-0534-0

- HERBERT, R., JAMTVEDT, G., HAGEN, K. B., MEAD, J., CHALMERS, I. 2011. Practical Evidence-Based Physiotherapy-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- HEŘT, J., 2007. Alternativní medicína a léčitelství. Praha: Nakladatelství Věry Noskové, 240 s. ISBN 978-80-87373-15-6
- HONZÁK, R. 2017. Psychosomatická prvouka. Praha:Vyšehrad. 352 s. ISBN 978-80-7429-912-4
- JANKOVSKÝ, J., 2007. Proměny povolání sociálního pracovníka. Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci., č. 4, s. 42-44. ISSN 1213-6204
- KAPLAN, K., 1993. Stát a církve v Československu v letech 1948 – 1953. Brno: Doplněk, 440 s. ISBN 80-85270-22-6
- KEBZA, V., 2005. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 264 s. ISBN 80-200-1307-5
- KLOTZ, N., 2013. Meditace o Genesi. Praha: DharmaGaia. 226 s. ISBN 978-80-7436-040-4
- KOLÁŘ, P., 2010. Rehabilitace v klinické praxi. Praha Galén, 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- KOLÁŘ, P. ČERVENKOVÁ, R. 2018. Labyrint pohybu. Praha: Vyšehrad. 272 s. ISBN 978-80-742-9975-9
- KRÁSA, V., 2016. Informace č.: 100 – 2016 (teze koordinované rehabilitace). Dostupné z <https://nrzp.cz/2016/10/13/informace-c-100-2016-teze-koordinovane-rehabilitace/>
- KRÁTKÁ L., 2018. (K) lidová věda?: proměny a konstanty v práci i životě vědců a vědkyň v letech 1968-2008. Praha: Fakulta humanitních studií University Karlovy, Diplomová práce.
- KRATOCHVÍ, Z., 2009. Filosofie mezi mýtem a vědou. Praha: Academia. 472 s. Galileo. ISBN 978-80-200-1789-5
- KRATOCHVÍLOVÁ, I., 2020. Zdravotně-sociální pracovník pohledem jiných profesí ve

zdravotnictví. Dostupné z <https://dk.upce.cz/handle/10195/75838>

KRHUTOVÁ, L., 2017. Koordinovaná rehabilitace I. Ostrava. Dostupné z <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/koordinovana-rehabilitace-1.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 279. s. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2

KULHÁNEK, P., 2020. Jak vznikl svět. Praha: Aldebaran Group for Astrophysics, 240 s. ISBN 9788090663817

KUZNÍKOVÁ, I., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 224 s. ISBN 9788024736761

LEVICKÁ, J., 2004. Základy sociálnej práce. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, s. 170. ISBN 80-968952-3-0

LEVINE, P., A. 2019. Némé zповědi. Praha: Maitrea. 413 s. ISBN: 978-80-750-0449-9

LONGINO, H. E. 2018. Essential tensions - phase two: Feminist, philosophical, and social studies of science. Routledge: In A mind of one's own. s. 93-109.

MACDERMID, E., HOOTON, G., MACDONALD, M., MCKAY, G., GROSE, D., MOHAMMED, N., PORTEOUS, C. 2009. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. Colorectal Disease, 11(3). 291-295. ISSN 1463-1318.

MAREŠ, J., 2014. Autonomie dospívajícího jedince: složitý proces, nejistý výsledek. Praha: Univerzita Karlova, 98 s. ISSN 0031-3815

MASLOW, A., H. 2014. O psychologii bytí. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0618-7.

MATOUŠEK, O. et al., 2012. Základy sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál. 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, O., 2016. Slovník sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál. 272 s.

ISBN 978-80-262-1154-9.

MELLO, A., 2013. Bdělost. Praha: Cesta. 224 s. ISBN 978-80-7295-165-9.

MERHAUTOVÁ, I., 2015. Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče. Dostupné z <https://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>

MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MKN – 10, 2018. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Tabelární část. Aktualizované 2. vydání, desátá revize. Bomton Agency, spol. s r.o., 860 s., ISBN 80-301865-4-9.

NEZNÁMÝ., 2001. Bible. Praha: Česká biblická společnost. 1814 s. ISBN 80-85810-29-8

PEČ, O., 2019. Mental health reforms in the Czech Republic. [online]. BJPsych International, Royal College of Psychiatrists 16(1), 4–6, doi:10.1192/bji.2017.27.

PERT, C., 2016. Molekuly emocí - Věda v pozadí medicíny těla a mysli. Praha: Anag, 368 s. ISBN 978-80-7554-049-2

PESSO A., 2009. Úvod do Pessa Boyden Systém of Psychomotor. Praha: Sdružení SCAN. 210 s. ISBN: 978808662015280-86620-15-81

PETR, M. 2012. Ego je jen maska. Dostupné z <http://psychologie.cz/ego-je-jen-mask>

PFEIFFER, J. et al., 2014. Koordinovaná rehabilitace. ZSF JU v Českých Budějovicích, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.

PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

PROVAZNÍK, J., 2003. Celostní management: pilíře kompetence v řízení. Bratislava: SPRINT, 512s. ISBN 80-89085-05-9

RAUDENSKÁ, J., 2011. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8

RUSSELL III, W., WATERS, S., TURNER, T. 2018. Essentials of Elementary Social Studies.

New York: Routledge. Dostupné z: <https://doi.org/10.4324/9781315100678>

SARAFINO, E., 1990. Health psychology: Biopsychosocial interactions. Dostupné z <https://psycnet.apa.org/record/1990-97505-000>

SCHELER, M., 2003. Můj filosofický pohled na svět. Praha: Vyšehrad, 288 s. ISBN 8070213906

SCHWARTZ, S., 1994. Are There Universal Aspects in the Structure and Contents of Human Values? Dostupné z <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x>

STOCK, Ch., 2010. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5

STÖRIG, H., 2000. Malé dějiny filosofie. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 630 s. ISBN 80-7192-500-4

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., 1999 Sociální opora jako významný protektivní faktor. Praha: Československá psychologie 19(38). 43-51. ISSN 0009-062x.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., 2006. Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. Praha: Československá psychologie 50. 419-430. ISSN 0009-062x.

ŠOLCOVÁ, I., 2007. Zdraví z pohledu filosofie. Československá Psychologie. 51(4), 423-431. ISSN 0009-062x

ŠTIKAR, J., 2003. Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinum, 462 s. ISBN 80-246-0448-5

TOLLE, E., 2019. Moc přítomného okamžiku. Praha: Pragma. 184 s. ISBN 978-80-7617-281-4.

TUČEK, M., 2003. Pohled české veřejnosti na elity působící v politice a ekonomice. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoděje. ISBN 80-7330-046-X

UHLOVÁ, J., 2013. Komunikace jako součást kritického myšlení. Dostupné z <https://is.muni.cz/th/ixrqr/>

URBAN, D., 2013. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 123-127. ISBN 978-80-7435-259-1

Usnesení vlády č. 1046. 2002. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-vstoleti_2461_1101_5.html

ÚVN PRAHA. © 2017. Duševní zdraví. [online]. [cit. 2019-11-20]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/podporazdravi-pacientu/dusevni-zdravi>

ÚZIS ČR, © 2019. MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. ÚZIS ČR [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mknfbclid=IwAR3OoXEk1Z8GSzVANLUkyRQ14zxHgomEpK6tWgPGNZO7FTdhn7339PGJyk>

VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2012. Klinická propedeutika. 6. vydání. ZSF JU v Českých Budějovicích. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

VENGLAŘOVÁ, M., 2011. Sestry v nouzi. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2

VOKURKA, V. et al., 2015. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf s. r. o., 1128 s. ISBN 978-80-7345-456.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164. ISSN 1211-1244.

Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20/2011. ISSN 1213–2241.

VYMĚTAL, J., 2003. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 400 s. ISBN 80-7178-740-X

VÝROST, J., 2019. Sociální psychologie. Praha: Grada, 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8

WANG, J. et al., 2017. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 52(12). 1451-1461, doi: 10.1007/s00127-

017-1446-1.

WHO, 2013. European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO: Regional Office for Europe. 19 p. ISBN 978-92-890-5095-1.

WHO, 2019. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution [online]. WHO [cit. 2019-25-02]. Dostupné z: <https://who.int/about/mission/en/>

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. 2004. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 30, s. 1257 – 1289, ISSN 1211-1244 62.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 37, s. 1257–1289, ISSN 1211-1244 62.

ZINN, J., 2016. Život samá pohroma. Praha: Jan Melvil Publishing, 616 s. ISBN 978-80-7555-012-5

8 Seznam příloh

Obr. 1: Zaměstnání

Obr. 2: Hodnocení

Obr. 3: Vliv na informanta