

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vztah pacient - fyzioterapeut

bakalářská práce

Autor práce: Miroslava Formanová
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Fyzioterapie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce Vztah pacient – fyzioterapeut se zabývá povahou tohoto vztahu, hodnotou, kterou mu pacienti a terapeuti přikládají a faktory, které vznik dobrého vztahu ovlivňují.

Cílem bylo zmapovat, co pro pacienty a fyzioterapeuty vzájemný vztah znamená, popsat důležité aspekty a činitele, které na něj mohou mít vliv.

Teoretická část práce je zaměřena především na psychologii ve zdravotnictví a na komunikaci v této oblasti, dále na zvláštnosti vztahu s pacienty dětskými, seniory, úzkostnými a agresivními. Podává základní přehled o významu slov empatie, spolupráce, syndrom vyhoření a dalších psychologických proměnných, které by v kontextu fyzioterapeutické péče mohly působit na podstatu vztahu mezi pacientem a terapeutem.

Praktická část je koncipována jako dvě části. První obsahuje rozhovory s pacienty, podstupujícími terapii. Druhou část tvoří rozhovory s fyzioterapeuty. Rozhovory jsou polostrukturované a následně zpracované kvalitativní analýzou - vycházejí z nich odpovědi na výzkumné otázky.

Z výsledků vyplývá, že dobrý vztah pacient – fyzioterapeut je pro kvalitní fyzioterapeutickou péči velice důležitý a na výsledky terapeutického procesu má velký vliv. Pro vznik dobrého vztahu je zásadní oboustranná důvěra: pacientova důvěra ve schopnosti a ochotu fyzioterapeuta pomoci a fyzioterapeutova důvěra v pacientovu dobrou vůli aktivně přispět ke zlepšení svého zdravotního stavu. Vztah podstatně ovlivňují i komunikační schopnosti a dovednosti terapeuta, které musí být přizpůsobeny individualitě každého pacienta. Na povahu vztahu mohou mít vliv i další faktory, jako je například pohlaví, věk.

Výsledky práce by mohly být užitečné zejména pro studenty a také pro zdravotnické pracovníky – dávají možnost nahlédnout do způsobu, jakým uvažují někteří pacienti a kolegové, a inspirovat se jejich názory.

Abstract

The bachelor's work The relation between the patient and the physiotherapist engages in the character of this relation, how both sides evaluate it and the factors influencing a good relation.

The aim was to monitor what the relation means for physiotherapists and patients, to describe some important aspects and factors that can influence it.

The theoretical part is focused at psychology and communication in medical care, further at specialities of treating children, seniors, worried and aggressive patients. The work explains the meaning of words like empathy, cooperation, burnout syndrome and other aspects which may influence the patient – physiotherapist relationship.

The practical part is divided into two parts. The first one contains dialogues with patients undergoing some therapy. The second part presents interviewing some physiotherapists. The dialogues are half-structured and subsequently processed with the help of qualitative analysis - the answers to the research questions are then obtained.

The results prove that a good patient – physiotherapist relation is essential for quality physiotherapy care and substantially influence it. Reciprocal trust is necessary: the patient's confidence in the physiotherapist's ability and readiness to help, and the physiotherapist's trust in the patient's good will to contribute to the improvement of his/her health condition. The relation is influenced by the physiotherapist's communication skills, which have to be adjusted to each patient's individuality. Other factors like the sex and the age can influence the relationship, too.

The outcomes of the work may be useful for students and medical workers. They offer the insight into how some patients and colleagues think, which may be inspiring for them.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Vztah pacient – fyzioterapeut jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2012

.....

Miroslava Formanová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za její čas a pomoc a děkuji také respondentům, kteří se účastnili výzkumu a podělili se se mnou o své myšlenky a pocity.

Děkuji své rodině a blízkým za podporu během celého studia.

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 FYZIOTERAPIE.....	8
1.1.1 Fyzioterapeut	8
1.1.2 Pacient.....	9
1.2 LÉKAŘSKÁ A ZDRAVOTNICKÁ PSYCHOLOGIE	10
1.2.1 Biopsychosociální přístup.....	11
1.2.2 Interakce pacient - fyzioterapeut.....	11
1.3 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	13
1.3.1 Dětský pacient.....	14
1.3.2 Pacient senior	15
1.3.3 Úzkostný pacient.....	17
1.3.4 Agresivní pacient	17
1.4 POZITIVNÍ FAKTORY.....	19
1.4.1 Empatie	19
1.4.2 Spolupráce	20
1.5 NEGATIVNÍ FAKTORY	21
1.5.1 Bolest	21
1.5.2 Syndrom vyhoření.....	22
2 CÍL PRÁCE	26
3 METODIKA	27
3.1 POUŽITÉ METODY	27
3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	27
4 VÝSLEDKY	28
4.1 ROZHOVORY	28
4.1.1 Pacienti.....	28
4.1.2 Fyzioterapeuti	36

4.2	ANALÝZA ROZHOVORŮ	48
4.2.1	Pacienti.....	48
4.2.1	Fyzioterapeuti	50
5	DISKUZE	52
6	ZÁVĚR	55
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	60
9	PŘÍLOHY	61

Úvod

Téma vztahu mezi pacientem a fyzioterapeutem jsem si vybrala proto, že se týká téměř každého člověka – nejen fyzioterapeutů a studentů fyzioterapie, ale také široké veřejnosti – vždyť kdo z nás nikdy nevyhledal léčebnou rehabilitaci? V posledních letech pacientů s pohybovými problémy stále přibývá.

Toto téma je mi blízké z obou stran – jak ze strany pacienta, jenž navštěvoval rehabilitaci (toto osobní setkání s fyzioterapií pro mě vlastně bylo jedním z impulsů, proč zvolit studium tohoto oboru), tak ze strany studentky a budoucí fyzioterapeutky.

Při studiu na odborných praxích jsem zjistila, že individuální vlastnosti a postoje každého pacienta mohou mít jak podporující, tak nepříznivý efekt na výsledky léčby a že zdravotník je může svým působením ovlivňovat, působit trochu jako psychoterapeut. Fyzioterapeut totiž svojí prací nemá vliv jenom na fyzickou, ale i na psychickou stránku pacienta, která by nikdy neměla zůstat v pozadí jeho zájmu, protože jedno a druhé je neoddělitelné a úzce spolu souvisí.

Několikrát jsem se setkala s pacienty, kteří byli vděční, že se mohli kromě pohybové léčby také vypovídat, že je někdo vyslechl. Někteří chtěli probírat svůj zdravotní stav a nechat si od terapeuta vysvětlit teoretický základ terapie, jiní si chtěli povídat o svých problémech doma, o počasí, další se zajímali o mě a můj život. Setkala jsem se také s těmi, kteří o větší než nezbytnou komunikaci zájem neměli, a s těmi, které jsem nedokázala dostatečně motivovat ke spolupráci. Tehdy jsem si kladla otázky, proč tomu tak je, zda dělám něco špatně já a zda takovým lidem mohu jako fyzioterapeut vůbec pomoci. Zajímaly mě psychické pohnutky pacienta i ošetřujícího, souvislost s jednotlivými diagnózami.

Ve své práci jsem se snažila popsat okolnosti, které se spolupodílejí na tomto vztahu, jak pozitivně, tak negativně, a porovnat získaná data navzájem.

1 Současný stav

1.1 Fyzioterapie

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických (UNIFY, 2005).

Fyzioterapie jako součást ucelené rehabilitace patří do rehabilitace léčebné. Rehabilitace je podle WHO (2012) definována jako proces, který umožňuje dosažení a udržení optimální fyzické, psychické, smyslové, společenské a rozumové úrovně pomocí nástrojů používaných za účelem získání nezávislosti.

Při fyzioterapeutické léčbě se v terapii uplatňují rozličné formy energie, především energie pohybová, za účelem ovlivnění patologických stavů. Analýzu pohybového systému fyzioterapeut provádí specifickými diagnostickými postupy a léčbu především postupy kinezioterapeutickými. Fyzioterapie se uplatňuje ve všech medicínských oborech (Kolář, 2009).

1.1.1 Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je absolvent bakalářského či magisterského studijního oboru Fyzioterapie. Nejčastěji pracuje jako člen multidisciplinárního týmu v rehabilitačních centrech, ústavech, léčebnách, odděleních rehabilitace, lázních a jiných zdravotnických zařízeních, včetně pracovišť zabývajících se léčbou bolesti. Náplní jeho práce je prevence, diagnostika a terapeutické postupy v procesu rehabilitace, týkající se pohybového systému. Postgraduální vzdělávání fyzioterapeutů zajišťují různé organizace, instituty a také fakulty. (Raudenská, Javůrková, 2011).

V současnosti pro toto povolání existuje pouze vysokoškolské vzdělání, ale z minulosti působí v oboru fyzioterapeuti, kteří absolvovali střední a vyšší odborné školy (Kolář, 2009).

1.1.2 Pacient

Slovo pacient pochází z latinského *patiens*, což znamená trpělivý (trpící) a podle Praktického slovníku medicíny (1994) je vymezeno jako *osoba v lékařské péči*, léčící se nemocný člověk (Zacharová, 2007).

Zeman (2009) považuje za příhodnější označovat člověka účastníčím se fyzioterapie pojmem *klient*. Argumentuje proměnou role submisivního, odevzdaného pacienta do role toho, který chce a má možnost působit na terapeutický proces, případně se na něm podílet finančně, což sebou nese určitou redukci nezájmu o průběh péče.

Janáčková (2008) uvádí, že pacient je *člověk, který onemocní*, touto zátěžovou situací trpí a je jí vyřazován z každodenních činností. Nemoc charakterizují následující tři aspekty, které si nemusí vždy vzájemně odpovídat:

- morfologické a funkční změny
- lékařské nálezy, interpretace
- to, jak pacient nemoc subjektivně prožívá

Pacientem se většinou nerodíme, ale stáváme se jím v průběhu života. Proces proměny (poměrně) zdravého člověka na pacienta má fyziologickou, patofyziologickou a psychologickou stránku, kterou se zabývá stále větší množství studií (Křivohlavý, 2002).

Raudenská a Javůrková (2011) charakterizují pacienta ideálního a běžného, většina pacientů je zařazena někde mezi těmito dvěma typy. Ideální pacient je schopen sám označit problém – lokalizaci a časové zařazení potíží, zhoršující a zlepšující mechanismy, má povědomí o lécích a zdravotnících, se kterými se setkal, a o zdravotnických zařízeních, která navštívil. Běžný pacient musí být na toto cíleně dotazován, nespecificky a zavádějícím způsobem popisuje svoje potíže. Někteří pacienti spolu s příznaky předkládají vlastní představu o diagnóze a terapeutickém postupu. Evropské pacienti mají tendence být k léčbě pasivnější a vyčkávají na zdravotníkům návrh léčebné strategie, „on ví nejlépe, co dělat“.

1.2 Lékařská a zdravotnická psychologie

Psychickými aspekty vztahu lékaře (v našem případě fyzioterapeuta) a pacienta se zabývá obor lékařská (zdravotnická) psychologie. Zkoumá oblasti lidské psychiky a jednání člověka v situaci ohrožení jeho zdraví. Poznatky tohoto oboru se uplatňují při vytváření dobrých vztahů mezi zdravotníkem, pacientem a jeho blízkými a při průběžné psychologické péči o ně, dále při psychoterapeutickém působení na pacienta a také při sebepoznávání zdravotníka a usměrňování psychických (psychosomatických) stavů, jako je např. hněv a bolest. Dalším vstupujícím oborem je etika (Vymětal, 2003).

V situaci narušeného zdraví v léčbě spojuje lékařská a zdravotnická psychologie psychologické přístupy a bere v potaz pacientovu psychickou složku v celém kontextu nemoci. Velmi úzce souvisí s psychosomatickou medicínou. Požadavky, které jsou kladeny na vzdělávání lékaře v oboru *lékařská psychologie* (medical psychology), jsou stejné pro všechny členy zdravotnického týmu, nejen pro lékaře - zde se užívá termín *zdravotnická psychologie* (Raudenská, Javůrková, 2011).

Zacharová (2007) prezentuje zdravotnickou psychologii jako oblast psychologie klinické, obor pomáhající svými znalostmi k efektivnějšímu procesu terapie, psychologii aplikovanou ve zdravotnictví.

Samozřejmý a vlastní všem zdravotnickým pracovníkům by měl být *psychologický přístup* k pacientům - nejen když mluvíme o *psychoterapii* (cíleně zaměřené a systematicky využívající psychologické prostředky s cílem pomoci pacientovi), ale ve zdravotnické péči obecně (Práško, 2010).

Psychoterapie ve smyslu rehabilitace může být fyzioterapeutem prakticky realizována ve formě rozhovorů s pacienty, kteří se např. vyrovnávají s následky úrazu a změnou tělesného konceptu (pacienti po amputacích apod.). Indikací takových psychoterapeutických hovorů je především ochota a způsobilost ke kvalitní komunikaci (Vymětal, 2003).

1.2.1 Biopsychosociální přístup

Vymětal (2003) za východisko lékařské psychologie považuje fakt, že onemocnění je problém celého člověka. Přístup, který toto respektuje, se nazývá celostní, psychosomatický.

Biopsychosociální model nemoci, jehož tři složky se spolupodílejí na vzniku a průběhu nemoci, je dnes uplatňován při léčbě a podíl jednotlivých složek je různý u konkrétních pacientů. V pojetí tohoto modelu se zajímáme o širší informace o pacientovi a zajímáme se také o to, jak souvisí vztahy pacientovy životní události s jeho klinickým obrazem. Tímto modelem byl nahrazen model dřívější, tzv. biomedicínský (organopatologický), podle něhož předpoklad či prokázání existence patologických změn na tkáních „tvoří“ nemoc a význam komunikace zdravotníka a pacienta je podceňován (Beran, 2010).

Biopsychosociální (holistické, systémové) pojetí medicíny je charakteristické multifaktoriálním a multikauzálním vznikem a průběhem nemoci - toto spojení biologické, psychologické a sociální složky datujeme do šedesátých let 20. století (Raudenská, Javůrková, 2011).

V současné fyzioterapeutické péči je potřeba zdůrazňovat kromě biologické složky i složku psychosociální. Komplexní zájem o pacienta je podle Zemana (2009) rozhodující pro kvalitní terapeutický vztah, kde fyzioterapeut zdůrazňuje edukační složku terapie a to, že jeho zájmem je uchovat zdraví pacienta, a zároveň bere v potaz jeho individualitu.

1.2.2 Interakce pacient - fyzioterapeut

Kvalita vztahu mezi pacientem a fyzioterapeutem má na průběh a výsledek terapie značný vliv (Jobánková, 2006).

Vztah mezi pacientem a fyzioterapeutem (autor uvádí *lékařem*; fyzioterapeut je ovšem v podobném postavení), je částečně determinován vzájemným očekáváním a tím,

do jaké míry jsou tato očekávání oběma stranami plněna. Lze popsat dva modely jejich vztahu – *paternalistický a partnerský*. Paternalistický (na zdravotníka a nemoc orientovaný model) je obvyklý a převažující. Zdravotník je v tomto vztahu direktivní a vyžaduje od pacienta podřízení, nevytváří prostor na dialog – informuje a radí, aniž by se zajímal o subjektivitu pacientovy osobnosti a pacientovi naslouchal. Partnerský (na pacienta orientovaný model) je současnější a založený na psychologických poznatcích. Zdravotník se projevuje nedirektivně, pacientovi naslouchá a hledá společně s ním nejvhodnější terapeutický přístup. Mezi ním a pacientem vzniká osobní vztah. Model partnerský je příkladem aplikace celostní medicíny, narozdíl od prvního modelu, kde se jedná o přístup fragmentární (Vymětal, 2003).

Ptáček a Bartůněk (2011) označují komunikaci v rámci modelu orientovaného na pacienta jako *patient – centered communication* a charakterizují ji jako nedirektivní rozmluvu dvou partnerů, domlouvajících se na společném postupu.

Nesplněná očekávání jsou zdrojem oboustranných nepochopení. Janáčková (2008) uvádí, že pacient předpokládá: zesílený zájem o jeho osobu, zmírnění či zmizení symptomů, respektování tajemství, podporu, informace, profesionalitu a lidskost. Naproti tomu fyzioterapeut čeká od pacienta určitou podřídivost, vděčnost, zlepšování stavu a spolupráci. Vlastní spolupráce má být ze strany pacienta projevoována sdělováním podstatných informací a dodržováním doporučení, kterých se mu dostalo.

Podle Křivohlavého (2002) pacient od interakce se zdravotníkem očekává komplexní terapii, tj. somatickou i psychickou, a jejich vztah se podle Berana (2010) vyznačuje jako každý jiný mezilidský vztah větší či menší emoční vazbou, intenzitou, vzájemností a časovou proměnlivostí.

Vzájemný kontakt od zdravotníka vyžaduje nejen psychologické znalosti, ale i schopnost vcítění, osobní angažovanost, vnímání a připravenost, aby byl schopný psychologické poznatky proměnit v psychologicky správné jednání s nemocným. Zdravotník by měl vždy jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem – vytvářet tzv. příznivý psychosociální terén, na který pak příznivě naváže samotná terapie (Zacharová, 2007).

Povahu setkání určuje pohlaví, věk a sociokulturní prostředí aktérů, popřípadě stereotypy tohoto se týkající. Projevuje se lepší komunikační zdatnost žen-fyzioterapeutek: muži v komunikační strategii častěji užívají příkazů a žádostí, ženy návrhů a výzev ke kooperaci a společné práci - tím získávají pacienta ochotnějšího spolupracovat. Setkání mezi ženami – pacientkou a fyzioterapeutkou - se jeví jako nejproduktivnější a též časově nejnáročnější. Ať už je fyzioterapeut muž či žena, pacientce obvykle poskytne více informací než pacientovi (Baštecká, 2003).

1.3 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikaci (lat. *communicare* – činit společným, něco sdílet), lze definovat mnoha způsoby. Definice zahrnující všechna hlediska neexistuje. Komunikace mívá svůj účel, funkci (jednu či více), jejímž účinkem na adresáta vzniká smysl. Příkladem může být to, že chci někomu poradit a ten člověk nyní mou radu zvažuje (Vybíral, 2005).

Linhartová (2007) píše o komunikaci jako o složitém mnohvrstevném procesu, který je závislý na individuální psychice, zkušenostech, inteligenci a vzdělání. Patří k hlavnímu biosociálnímu vybavení člověka, které se ovšem individuálně odlišuje. Jejím cílem je co nejefektivnější sdělení a zjištění; cílem může být pobavit, přesvědčit, odvrátit apod. Probíhá většinou formou dialogu, je časoprostorově umístěná, odehrává se za jedinečných, stěží opakovatelných podmínek a mimo účastníky se nevyskytuje ve svém mluveném tvaru.

Slovo komunikovat zahrnuje vysílání, příjem (aktivní a pasivní) a dešifrování signálů vnějšího světa. Ve zdravotnictví to znamená nejen mluvit, ale také oznamovat a nabývat informací, na kterých je závislé naše zdraví. Proto je zde stěžejní obsah informace a způsob jejího podání společně s časem a místem sdělení. Zdravotník by měl uvažovat nad pocity pacienta, nechávat mu prostor k projevu, informaci sdělovat adekvátním tempem a tónem a také kontrolovat, zda je pacientem správně chápán (Janáčková, Weiss, 2008).

Vhodně vedenou komunikací se dá pacient motivovat ke spolupráci a naopak - její nevhodnou formou můžeme ztratit jeho důvěru a tak i ochotu spolupracovat (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Komunikační dovednosti v klinické praxi rozdělujeme na verbální, které se projeví při formulování sdělení, a neverbální, kam lze zařadit schopnost naslouchání a empatie. Podílejí se na kvalitním kontaktu a vztahu s pacientem. Rozhovorem, vedeným s využitím těchto dovedností má zdravotník potenciálně získat důležité informace a pozitivně ovlivnit pacienta (Vybíhalová, 2011).

Základním problémem ve vzájemné komunikaci může být rozdílný systém pojmů. Zdravotníci jsou lékařsky vzdělaní, narozdíl od většiny pacientů. Proto je důležité je, aby terapeut mluvil jazykem pacientů, nehovořil na ně spatra a vyhýbal se používání žargonu (Tate, 2005).

Žargon bývá uváděn na prvních místech ve výzkumech problémů v komunikaci zdravotníka s pacientem. Dalším z komunikačních problémů je ztráta respektu k pacientovi (depersonalizace) – tato se projevuje především tehdy, když zdravotník přejde od rozhovoru k „technickým“ výkonům - z pacienta se stane pouhý předmět terapie (Křivohlavý, 2002).

Práško (2010) za základní krok ke komunikaci s pacientem pokládá snahu vcítit se do něj a vytvořit příjemné a bezpečné prostředí. Psychoterapie považuje za nejdůležitější součást komunikace naslouchání – slyšet a chápat to, co nám druhý sděluje, a všimnout si také neverbální komunikační složky, stejně jako zvukové stránky – hlasitosti a rychlosti pacientovy řeči.

1.3.1 Dětský pacient

Komunikace s dětským pacientem má svá specifika, která by měl zdravotník brát v potaz a stále zdokonalovat své komunikační schopnosti. Její povahu určuje především věk a řečové předpoklady dítěte. Podmínkou dobré komunikace je znalost jednotlivých zvláštností fází jeho vývoje. Je ovlivňována zdravotním stavem (typem nemoci), psychickým stavem dítěte a jeho momentálním prožíváním. Zdravotník by měl vždy být

příjemný, klidný, pacient z něj musí cítit jistotu, umět mu porozumět. Při komunikaci s dítětem a rodiči je kromě profesionálního vystupování zapotřebí trpělivost, důslednost, lidskost, empatie a umění naslouchat (Plevová, Slowik, 2010).

Jestliže má fyzioterapeut méně zkušeností s dětmi, nebývá jejich vyšetřování a terapie snadná, tím spíše, vidí-li ho dítě jako cizího člověka – poprvé. V tom případě může dětský pacient pociťovat strach a obavy. Tyto pocity můžeme eliminovat uklidněním – pohlazením, vlídným promluvením, subjektivním přiblížením se mu. Vlastní komunikace s ním se opírá o jeho vývojový stupeň, zdravotní problém a současný stav. Předškolní děti ošetřujeme za přítomnosti rodičů, u starších dětí bereme v úvahu, zda si s sebou rodiče přejí mít (Vymětal, 2003).

Rodič je pro dítě oporou, proto by péče měla probíhat za jeho doprovodu. Hlavním předpokladem léčby je verbální a taktilní kontakt fyzioterapeuta a dítěte. (Janáčková, Weiss, 2008). Výzkumy ukazují, že dítě špatně snáší, když si s ním zdravotník nepovídá. Měli bychom dítě také nechat mluvit - o tom, co si myslí, co ho bolí (Gulášová, 2012).

Od rodičů se může zdravotník dozvědět cenné informace o dítěti, ale komunikace by měla probíhat většinu času přímo s dítětem. Dítě nemá mít dojem, že je z komunikace vyřazeno, je potřeba mu dát pocit, že je také účastníkem - měli bychom se stále snažit navazovat s ním kontakt, i když někdy nebude reagovat podle našich představ. Je potřebné se ho vyptávat, dávat mu na výběr z možností, oceňovat a chválit ho, usmívat se na něj (Plevová, Slowik, 2010).

1.3.2 Pacient senior

„Je ironií, že ve vyšším věku, kdy mají lidé dostatek času na komunikaci pro potěšení, rozvíjí se mnoho potíží, které jim schopnost komunikace a dorozumívání ztěžují.“ J. M. Clark (Pokorná, 2010, s. 49).

Staří lidé tvoří nejpočetnější skupinu navštěvující zdravotnická zařízení. Křivohlavý (2002) o nich hovoří jako o lidech ve třetím věku – prvním věkem je myšleno dětství a druhým dospělost. Na stárnutí (ageing) pohlíží jako na plynulý proces

průběhu života. Tento pohled může být z hlediska biologického označován jako stárnutí buněčné a organické (fyziologické změny), jimiž se zabývá gerontologie. Psychologický pohled zkoumá změny v činnosti psychických funkcí (paměť, myšlení aj.), osobnostní změny, emoce a motivaci atd. Pohled sociologický mapuje místo seniorů ve společnosti.

Za přechod do období stáří můžeme podle jedné z periodizací, jež uvádí Baštecká (2003), považovat odchod člověka do důchodu a dosažení 65. roku věku jako vstoupení do závěrečné životní fáze. Mezi klady tohoto období patří podle výzkumů pocit klidu, zmoudření a větší sebevědomí. Medicinizace stáří patří na druhou stranu k postojům znevýhodňujícím stáří – vyjádření stárnutí jako nemoci.

Pokorná (2010) charakterizuje postoje naší kultury ke stáří jako ambivalentní – děti sice bývají vychovávány k úctě ke starším, společnost se o nich však zároveň vyjadřuje jako o neproduktivních nebo jako o přítěži. Zmiňuje pojem ageismus, definovaný jako přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází cyklu života projevované skrz stereotypizaci a diskriminaci osob na základě chronologického věku či jejich příslušnosti k jisté generaci. Do zdrojů tohoto fenoménu zařazuje mýty o stejnosti stáří všech starých lidí, tvrzení, že již nemají čím přispět, ekonomicky jsou zátěží a pro svoji křehkost potřebují péči. Ve zdravotnictví se tento postoj může manifestovat jako devalvující, hyperprotektivní chování, infantilizace, elderspeak (komunikační styl užívaný v interakci se seniorem, charakteristický zpomalením mluvy, zvýšením hlasu, opakováním, jednodušší slovní zásobou a gramatikou a zvýrazněnou intonací).

U věkově starších pacientů dochází často ke snížení smyslových funkcí – bývají nedoslýchaví, leckdy depresivně laděni a spolu s aktuální zdravotní potíží mohou tyto skutečnosti vytvářet komunikační bariéru. Je podstatné, aby zdravotník s takovým pacientem jednal jako s plnohodnotnou osobností a vyhýbal se zdětinšťování, na které může pacient reagovat pasivitou, regresí či vzdorovitostí. Dalším základním pravidlem při komunikaci je průběžné přesvědčování se, zda pacient skutečně rozumí sdělovanému obsahu (Vymětal, 2003).

Geriatřiční pacienti by měli být podporováni v udržení soběstačnosti a zdravotník by neměl automaticky předpokládat její ztrátu, což by mohlo pacienta vést k unáhlené

imobilizaci. Dopomoc má být vždy umožňována, stejně jako užívání pomůcek, ale nikdy vnučována (Janáčková, Weiss, 2008).

Pokorná (2010) považuje za významnou determinantu komunikace se seniory tzv. generační osamělost, která nutí člověka smířovat se s úmrtím partnera a vrstevníků.

1.3.3 Úzkostný pacient

Úzkostí se rozumí trvajícím pocit ohrožení, kdy člověk není schopen přesně konkretizovat, co ho vlastně ohrožuje. Narozdíl od strachu, který je spojen se specifickým podnětem, úzkost je tvořena procesy předjímání, představivosti, obě tyto emoce jsou ale nepříjemné, provázené somatickými změnami (pocit tísně na hrudi, třes aj.) a zaměřené do budoucna. Opakovaný strach vyvolává k úzkosti náchylnost (Stuchlíková, 2002).

Strategie přístupu k takovému pacientovi spočívá podle Janáčkové (2008) ve vyvarování se nátlaku na rozhodování – jako tomu může být například při kladení otázek typu buď - anebo, které mohou pacienta stresovat. Zdravotník má naopak klást otázky pacientem nevyřčené a odpovídat na ně, mluvit pomalu.

Honzák (1999) pokládá snižování pacientovy úzkosti za profesionální povinnost zdravotníka, nikoli pouze za etickou otázku s tím, že vlídný a pevný postup chrání pacienta před těžkostmi, zdravotníka před frustrací a usnadňuje spolupráci.

1.3.4 Agresivní pacient

Neklid a agrese někdy doprovází onemocnění nejen psychická (schizofrenie, demence, intoxikace drogami či alkoholem). Psychologické faktory, podílející se na rostoucím napětí pacienta, mohou být pracovní a osobní problémy, ve zdravotnictví např. dlouhá doba strávená v čekárně, neprofesionální přístup zdravotníků, nesrozumitelné informace a jiní činitelé způsobující frustraci. Po nevhodném podnětu na stresovaného, duševně stísněného pacienta lze vyvolat agresi. Neklid jako předstupeň

agrese je zvýšená reaktivita a podrážděnost, sdružená s bezúčelnou aktivitou. Agrese tedy může vzniknout vygradováním neklidu spojeného s chováním, vedeným s cílem poškodit předmět nebo ublížit člověku. Agrese patří mezi základní psychické reakce a dělíme ji na verbální a fyzickou, přímou a nepřímou (Práško, 2010).

Vágnerová (2004) agresi řadí do obranných psychických mechanismů. Agresivita může být obrácena proti sobě samému, krajně se projevit až sebevražednými tendencemi. Sklony k agresivnímu chování jsou vrozené, lze je rozvíjet i učením. Roli zde hraje míra tolerance společnosti k agresi a to, zda toto chování vede k žádaným výsledkům. Pozitivní, socializovaná forma agrese je nazývána asertivitou – schopností seberealizace.

Agresivita popsána Vymětalem (2003) je poměrně stálá individuální dispozice k útočnému jednání, které má v případě pacienta nejčastěji podobu verbální, usilující dosažení nějakého „práva“, formou zastrašující, provokativní nebo hádavou, či pouze plní funkci odreagování, zbavení se vnitřního tlaku. K tomuto chování se uchyluje pacient bez dobrého vztahu ke zdravotníkovi - není pro něj autoritou, jíž by důvěřoval. Vlastnímu agresivnímu chování obvykle předchází hněv, strach nebo úzkost, jež se dostavuje po vyhodnocení nějakých skutečností jako pro nás důležité a nepříhodné zároveň.

Komunikaci s agresivním pacientem líčí Linhartová (2007) jako volbu zdravotníka, zda zvolit klidné profesionální jednání či reagovat ve stejném duchu jako pacient a tím mu „ukázat zrcadlo“, přiklání se však k reakci profesionální. Důležité je zjistit, co bylo spouštěcím prvkem pacientova chování, zda se jedná o oprávněný nárok nebo jde o následek strachu vzniklého špatnými zprávami. Jednání nereagováním na pacientovy nepřiměřené emoce a jejich trpělivé vyslechnutí, popřípadě omluva (jestliže je příčinou agrese chyba zdravotnického zařízení) takové profesionální jednání představuje. Jestliže jsou emoce ze strany pacienta neovladatelné a situaci nelze zvládnout komunikačními nástroji, volí se přivolání pomoci a zklidnění pacienta represí.

Honzák (1999) píše, že pacient může mít na svou agresi tzv. oprávněný nárok, kdy po nějakém frustrujícím zatížení považuje za normální ohradit se proti dalším nepříznivým situacím. V terapeutickém vztahu považuje za úspěch neodpovědět

pacientovi impulzivně a nechat si čas na přemýšlení o motivech vedoucích k jednání pacienta tímto způsobem.

Pokud se do situace agresivně jednajícího dostává zdravotník, jde často o člověka přepracovaného, unaveného nebo vyhaslého, pro něhož může být problémem přiznat si vlastní nevhodné chování vůči pacientům. Přestože mívá špatné svědomí, své jednání racionalizuje, případně popírá a připisuje vinu pacientům. Řešením této situace může být např. účast v tzv. balintovských skupinách.

1.4 Pozitivní faktory

1.4.1 Empatie

Opravdová empatie znamená, představit si sama sebe v kůži pacienta (Tate, 2005).

Empatie se řadí mezi hlavní předpoklady efektivní komunikace a psychoterapeutického přístupu k pacientovi. Význam slova lze chápat jako vcítění se do psychického stavu druhé osoby, umění identifikovat duševní stav druhého, dívat se na svět pacientovým pohledem (Beran, 2010).

Podstatou je vcítění namísto pouhého reagování na samotný obsah sdělení, naše ochota pacienta přijmout, aniž bychom ho hodnotili. Empatické naslouchání můžeme projevit neverbálně (očním kontaktem, příkyvováním), přitakáváním, vyjadřováním pochopení, opakováním pacientova sdělení, parafrázováním vlastními slovy, povzbuzováním, shrnováním jeho problémů (Práško, 2010).

Dle Jobánkové (2006) je to schopnost zachytit momentální prožívání člověka a vcítit se do jeho citů, emocí a nálad, které nám vysílá verbálně i neverbálně, intonací či mlčením.

Prekop (2004) vcítění popisuje jako vrozený předpoklad, který se započíná již v raném dětství. Empatie je vnitřní proces probíhající z větší části neverbálně a vyžaduje značnou schopnost sebereflexe, úcty k člověku, připravenost brát ohled na ostatní a *emoční inteligenci*, pod kterou Stuchlíková (2002) zahrnuje schopnost

sebemotivace, poznání vlastních emocí a jejich kontrolu spolu s poznáním emocí ostatních a schopností vytvářet a udržovat společenské vztahy.

1.4.2 Spolupráce

Jak uvádí Tate (2005), pacient bude obvykle spolupracovat tehdy, když rozumí a důvěřuje vysvětlení, které od zdravotníka dostane a když se jejich zájmy shodují. Spokojený pacient se pravděpodobněji bude řídit radou fyzioterapeuta a jeho spokojenost bude vyšší, pokud mu bude předán dostatek informací, stejně tak poroste i s přátelským a zdvořilým vystupováním. Není prokázáno, že na pacientovu spokojenost má vliv množství času s ním stráveného, prokazatelný vliv má ale způsob komunikace. Neustále mluvící zdravotníci mívají méně spokojené pacienty než ti, kteří aktivně naslouchají.

Spoluúčast pacienta na terapeutickém procesu je dána pacientovým pochopením, porozuměním problematice onemocnění a léčby a také tím, nakolik je schopen si tyto informace znovu vybavit. Opětovné vybavení koreluje s faktorem intelektuální úrovně a úzkostlivostí (se stoupající anxiety výbavnost klesá). Kromě toho je závislé na množství instrukcí (čím více jich pacient dostane, tím hůře si je vybaví), na důrazu, který fyzioterapeut jednotlivým vyjádřením klade, s tím, že informace prezentované ze začátku jsou zapamatovatelné nejlépe. Aktivitu či pasivitu pacienta při léčbě ovlivňuje množství činitelů, např. k aktivitě pozitivně motivuje fyzioterapeut, který staví vzájemný vztah na spolupráci. Negativní vliv má jakákoliv neobjasněná problematika – otázky, které nebyly zodpovězeny, včetně těch, které zůstaly nevysloveny (Raudenská, Javůrková, 2011).

Dobrá spolupráce nastává, jestliže má pacient pocit, že zdravotník pro něj dělá maximum. Dostatečně se mu věnuje, pozorně ho poslouchá a nechává mu prostor k vyjádření. Toto vše zvyšuje pacientovu důvěru a spokojenost, společně s ochotou vnímat a dodržovat zdravotníckovo doporučení. Příčinou nespolečné spolupráce může být naopak vztah obsahující nedorozumění v komunikaci – fyzioterapeut se na nich může podílet např. pro pacienta nesrozumitelnou mluvou (odbornými termíny) nebo neodhadnutou komunikací ve smyslu kvantity – ať už mluví málo nebo příliš (Jobánková, 2006).

Baštecká (2003) srovnává pojmy compliance a adherence. Complianci charakterizuje jako ochotu podvolit se pokynům zdravotníka, projevující se ve zdraví prospěšném chování (např. cvičit). Je ovlivněna vlastnostmi pacienta, zdravotníka a jejich vztahu. Pacient neochotný spolupracovat je buďto ten, který nerozumí instrukcím (a tudíž nemůže spolupracovat ač by měl zájem), nebo ten, který jim rozumí, ale nedodrží je. Adherence vyjadřuje posunutí významu termínu compliance ve směru spolupráce – od pacientovy poslušnosti k jeho sebeusměrňování.

1.5 Negativní faktory

1.5.1 Bolest

Bolest je podle Křivohlavého (2002) multidimenzionální - minimálně psychologický a fyziologický fenomén. Fyziologie popisuje vedení bolesti z receptorů do centrální nervové soustavy rychlými, silně myelinizovanými vlákny A a pomalými nemyelinizovanými vlákny C. Omezený vztah k fenoménu bolesti v medicíně se projevuje používáním analgetických metod bez dostatečného využití širokého spektra postupů psychoterapeutických.

Bolest je varující signál – varuje před nastávajícím poškozením nebo připomíná, že k poškození organismu došlo. Někdy přestává být symptomem a stává se sama onemocněním vyžadujícím léčbu. Každý člověk má práh bolesti jinde, různí lidé na stejné podněty reagují jinak. Bolest fyzicky i psychicky vysiluje, ale pokud je plánovaná – tzn. člověk se o ní dozvěděl dopředu, je prožívána méně intenzivně. Léčba bolesti je obvykle farmakologická, fyzioterapeutická a chirurgická, ale lze ji redukovat i speciálními psychologickými metodami. (Zacharová, 2007).

Terapie pomocí psychologických postupů, komunikace, tj. vztahem pacienta se zdravotníkem, se označuje jako psychoterapie. Při terapii bolesti je psychologický přístup nutné zachovávat, abychom vystavěli takovou atmosféru, kde se pacient oprostí od strachu, vytvoří se jeho důvěra k terapeutovi a spolupráce a léčba se tak stane efektivnější. Tímto přístupem se mj. umocní placebo efekt. Tolerance k bolesti je

individuální a závislá na jejím očekávání, minulé zkušenosti, spojením se strachem a úzkostí stoupá. Nejpoužívanějšími psychologickými přístupy k mírnění bolesti jsou relaxační metody (autogenní trénink, progresivní svalová relaxace), biofeedback, techniky imaginativní (využití představivosti) a kognitivně - behaviorální techniky, zaměřené na aktivitu pacienta a jeho přijetí odpovědnosti za terapii vytvořením sebedůvěry (Vymětal, 2003).

1.5.2 Syndrom vyhoření

1.5.2.1 Charakteristika pojmu

Syndrom vyhoření (angl. burnout syndrome), bývá popisován jako stav, kdy dojde k nerovnováze mezi „výdejem“, který převažuje, a „příjmem“. Člověk postupně vyčerpá své rezervy a pochybuje o smyslu své práce. Nedokáže se dobře soustředit na pacienty, obtěžují ho a tyto své pocity přenáší jak na kolegy, tak i domů k rodině, kde kvůli tomu může přijít o své potřebné zázemí (Vymětal, 2003).

Pojem zavádí v časopise Journal of Social Issues H. Freudenberger v roce 1974 a v průběhu dalších let se objevuje celá řada koncepcí. Je definován mnoha způsoby, které se shodují především v tom, že se jedná o *psychický stav prožitku vyčerpání* (Raudenská, Javůrková, 2011).

Vyčerpání určuje Křivohlavý (2003) jako fyzické, emocionální a mentální.

Baštecká (2003) charakterizuje vyhoření (vyhasnutí) *únavou* – zvláště emoční, *bezmocí a beznadějí*, kterou spojuje s náchylností k somatickým nemocem. Sklon k psychosomatickému onemocnění se zvyšuje s dobou trvání burnout. Syndrom vyhoření se vyznačuje *plíživostí*, kdy tento proces může trvat léta. Příčinou vyhoření se podle ní stává prvotní zápal a nesprávná energetická bilance v konfrontaci s profesní realitou (dávám víc, než dostávám).

1.5.2.2 Projevy

Syndrom vyhoření, dosud oficiálně neuznaný jako nemoc, se projevuje extrémní vyčerpaností, poklesem výkonnosti a psychosomatickými potížemi - může jít tedy o symptomy duševní i tělesné. „Vyhořelí“ cítí stále větší únavu a neschopnost plnit náročné pracovní závazky (Kallwass, 2007).

Projevy syndromu postihují celou psychosomatickou oblast. Může se objevovat únava, pocit chladu, vyčerpanost, bolesti hlavy, dechová tíseň, problémy v gastrointestinální oblasti, nespavost, deprese. Jde jak o projevy fyzické, tak psychické – zamlklost, rezignace, zvýšení citlivosti (Janáčková, 2008).

Symptomy (psychické, fyzické a sociální) vycházejí z chronického stresu (Raudenská, Javůrková, 2011).

Křivohlavý (2003) rozděluje příznaky na subjektivní a objektivní, vyznačující se individuální intenzitou podle osobnosti člověka a také podle aktivity, která směřuje k vyhoření. Mezi subjektivní řadí mimořádnou únavu, pocity neschopnosti něco (u)dělat, vedoucí k sníženému sebehodnocení (self-esteem), poruchy koncentrace, popudlivost, negativismus a další příznaky stresové situace. Objektivní, pozorovatelná rodinnými příslušníky, kolegy i pacienty, je celkově zhoršená výkonnost.

1.5.2.3 Rizikové skupiny a faktory

Nejvíce ohroženi touto poruchou jsou lidé, kteří dlouho vyčerpávají svoje psychické nebo fyzické možnosti, přestávají být schopni stačit nárokům na sebe samotné a nemohou, případně nechtějí, si tento fakt přiznat. Bývají to především lidé velmi pracovně a emocionálně nasazení, jako je tomu například ve zdravotnické a sociální oblasti. Inklinují k němu také lidé, kteří o sobě neustále pochybují a nevěří svým schopnostem.

Mezi rizikové faktory, podílející se na vzniku syndromu, patří nedostatečná zpětná vazba, stejně jako nejasné rozdělení kompetencí, dále pracovní konkurenční situace a také nevyhovující pracovní podmínky a jednotvárnost práce (Kalwass, 2007).

Oběťmi syndromu bývají lidé, očekávající příliš, ti, kteří přichází s nenaplnitelnými ideály. V konfrontaci s realitou se stávají adepty na vyhořelost (Janáčková, 2008).

Práce pomáhajících profesí může energii jak dodávat, tak silně odebírat. K dlouhodobé energetické nevyrovnanosti mohou vést tři stavy, spojené s otázkou na smysl práce. Prvním z nich je *ztráta ideálů*, střídající nadšení z počátku pracovní kariéry. Pro některé pracovníky ve zdravotnictví je rozčarování z nedosažitelnosti některých cílů únosné a povolání pro ně smysl neztrácí, u některých vede k vyhoření. Druhým stavem je workoholismus, závislost na práci, vnitřní potřeba pracovat příliš. Za třetí se popisuje tzv. „teror příležitostí“ nastávající tehdy, když se s každým přijatým úkolem objevují další nové, souběžně s neschopností slevit, odepřít je a zorganizovat si lépe čas (Kopřiva, 2000).

1.5.2.4 Prevence

Předcházet vyhoření pomáhají metody orientované na ohroženého člověka, tzv. interní, a metody směřující ke změně vnějších podmínek, tzv. externí. Zkoumáním vnitřních charakteristik lidí, kteří častěji vyhoří, se ukázalo důležitým nebrat úspěch jako jediný a nejvyšší cíl života, ale považovat ho za doplňkový výsledek své práce, kromě něj uvažovat i prostředky, jak ho dosáhnout, mít zájem o kvalitní zpětnou vazbu, dobře si práci naplánovat. Za externí metody považuje sociální oporu a zkušenosti lidí, kteří se s vyhořením již setkali (Křivohlavý, 2003).

Člověk by měl umět posoudit stav svých psychických sil a rezerv, snažit se poznat, zda neočekává od sebe či druhých příliš mnoho – u žen to může být touha po harmonických vztazích, u mužů např. konkurenční boje o kompetence (Kallwass, 2007).

Je užitečné, aby měl zdravotník možnost zpětné vazby od spolupracujících a supervizorů. Dřívější předpoklad, že některé profese vedou k syndromu vyhoření, a proto by je měl pracující po určité době opustit, je nyní nahrazován snahou pracovišť si zkušené zaměstnance udržet. Ochrana před vyhořelostí se pojímá jako změna v rámci pracoviště (kariérní růst) či odchod na pracoviště jiné (Baštecká, 2003).

Kopřiva (2000) uvádí jako důležité správně si zorganizovat čas, naplánovat jednotlivé úkoly, srovnávat tento plán s realitou a dospět k efektivnímu časovému zastoupení pracovních a mimopracovních záležitostí.

2 Cíl práce

Cílem této práce je zmapovat, co znamená vzájemný vztah jak pro pacienty, tak pro fyzioterapeuty, a popsat důležité aspekty tohoto vztahu včetně faktorů, které ho jakýmkoli způsobem ovlivňují.

Výzkumné otázky

Zvolila jsem dvě výzkumné otázky:

1. Jakou důležitost přikládají pacienti vztahu s fyzioterapeutem a jaké faktory podle nich vytvoření dobrého vztahu ovlivňují?
2. Jakou důležitost přikládají fyzioterapeuti vztahu s pacientem a jaké faktory podle nich vytvoření dobrého vztahu ovlivňují?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii. Jako techniku sběru dat jsem užíla polostrukturovaný rozhovor. Data jsem následně vyhodnotila kvalitativní obsahovou analýzou.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, v jednom případě (respondentka si nahrávání nepřála), jsem si psala poznámky na papír.

3.2 Charakteristika souboru

Výběrový soubor je charakterizován třemi pacienty podstupujícími terapii (dva muži a jedna žena), a třemi fyzioterapeuty (ženy). Probandy jsem oslovila během odborné praxe a po návratu ze stáže.

Realizace rozhovorů proběhla jednak v rehabilitačním centru Arpida, dále na rehabilitační ambulanci v Havlíčkově Brodě a Chotěboři, ve dvou případech v místě bydliště pacienta. Každý rozhovor trval přibližně hodinu, podle časových možností probandů.

Jména respondentů byla změněna v rámci zachování jejich anonymity a každý respondent podepsal prohlášení, že souhlasí s použitím dat do bakalářské práce bez zveřejnění svého skutečného jména - pouze s uvedením věku a pohlaví.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory

Pro transkripci rozhovorů nahraných na diktafon jsem použila selektivní protokol - některé části rozhovoru, nevztahující se k tématu, jsou vynechány, některé části shrnuty. U důležitých částí je použit doslovný přepis.

4.1.1 Pacienti

Pacientka Martina

Věk: 30 let

Diagnóza: radikulární syndrom krční páteře

Martina byla odeslána z neurologie s bolestmi a omezenou hybností horní končetiny. Na doporučení od známých si vybrala fyzioterapeuta, kterého předtím ještě nevyhledala. V minulosti již rehabilitaci navštěvovala, jednalo se však o jiná zařízení. „Chodila jsem s kotníkem a kolenem, s každým zvlášť. Na kotník mi dávali jen vířivku - položili mě, připojili a opustili, jako na běžícím pásu. Na koleno to samé, akorát s magnetem. Necítila jsem, že bych někoho nějak zvlášť zajímala, nikdo se se mnou nebavil. To mi vadilo. Jsem jejich klient – slovo klient volím proto, že jako pacient si připadám nemocná.“

„Jak na mě terapeut působí na první dojem, si pamatuji určitě, ale když na mě poprvé zapůsobí špatně, není to tak, že bych už příště nepřišla. Ale je důležitý. U fyzioterapeuta, kterého navštěvuji teď, se mi strašně líbilo, že jsem tam přišla, on mi podal ruku, navzájem jsme se představili. Všimnu si, že ho zajímám – přečte si papír od doktora, ale chce to slyšet i ode mě - kde mě to přesně bolí a jak...Ptá se, komunikuje.“ Martina ocenila, že byla dotazována i na skutečnosti, které zdánlivě s jejím problémem nesouvisí a na další pohybové problémy – že se o ni zajímal komplexně.

„Ideální fyzioterapeut je slušný, celkově se o tebe zajímá, vysvětluje ti, co s tebou dělá, co bude dělat a proč. Já třeba upřednostňuji přístup direktivnější, protože když mu věřím, nemám důvod neudělat co mi řekne. Já té problematice nerozumím, poslechnu ho. A chci to vysvětlit neodborně, aby mi bylo jeho vysvětlení jasné.“ Terapeut má klientce sdělit, jakou má prognózu do budoucna, aby neměla nereálná očekávání a pak nebyla zklamaná. „Také je fajn, když mi nabídne možnost chodit k němu dále, snaží se o nějakou prevenci dalšího znovuobjevení potíží. A důvěra tam musí být! Musí mít dobrou pověst, má být přátelský, žádný morous. Vzhled nehraje roli, pohlaví - raději chlap než ženská, ale to je asi můj problém – mám větší důvěru k chlapům jako doktorům celkově.“

Když se o tomto Martinině postoji bavíme detailněji, dozvídám se, že dříve navštěvovala gynekoložku, která byla podle ní necitlivá, a odtud možná vznikla její tendence upřednostňovat zdravotníky – muže.

„Že bych čekala, že si jdu na fyzioterapii pokecat, to ne, ale když se zajímá, tak to nevadí. Co vzpomínám, ani jsme se moc o osobních věcech krom té anamnézy nebavili, spíš obecně: jak je venku a podobně. Byla tam taková přátelská atmosféra. Jak už jsem řekla, důvěra je pro mě to nejdůležitější. Asi je tam trochu i ten efekt placebo.“

Martina samozřejmě čeká, že terapie bude mít nějaký účinek. Nejraději má kombinace různých postupů – ne jenom docházení např. na masáž jako na jediný druh terapeutické metody. „Na poslední fyzioterapii, kde jsem byla nejspokojenější, si mě nejprve nahřáli soluxem nebo rašelinou, pak následovaly ty manuální techniky. Už jen to, že na mě někdo sáhnul, bylo léčebné, dostala jsem se do psychické pohody, ležela jsem, odpočívala a terapeut se mě dotýkal. Ta fyzická pohoda nastala potom. Dál mi ukázal, co budu cvičit doma. To je pro mě také přínosné, že i já sama se budu podílet na terapii, urychlím to. Odhadem tak 40% terapie byla moje práce a on udělá maximum s vysvětlením, co a jak mám dělat.“

Kdyby se bolest nelepšila, nejdříve by se Martina zamyslela nad tím, zda necvičí špatně, až poté by přemýšlela o správnosti vedení terapie.

Svlékání se do spodního prádla se jí jeví jako normální. „Je to skoro lékař, věřím mu, nejsem první ani poslední, koho viděl. Ale třeba moje kolegyně se stydí svléknout,

kvůli tomu na rehabilitaci nechodí. Řekla bych, že nemá důvěru, kdyby ji měla, bylo by to bez problému.“ Co Martině naopak bylo nepříjemné, byla magnetoterapie. „Zdalo se mi, že to koleno spíš rozbouřila, že bolelo více než předtím a taky jsem to řekla. Nebyla jsem na to upozorněna dopředu, což pokládám za chybu.“

„Empatický fyzioterapeut se o tebe zajímá – jestli se ti ulevilo, jestli je ti terapie příjemná, prostě se vcítí, což je stěžejní. Celou rehabilitaci se věnoval pouze mně a nikomu jinému. Pokud takový je, doporučím ho známým.“ Co je tedy důležitější – „sednout si“ jako lidé, nebo vyřešit pohybový problém? „Souvisí to spolu, jistěže se chci uzdravit, ale k tomu musíme mít dobrý vztah.“

Syndrom vyhoření jako učitelka ze svého prostředí zná. „Člověk rezignuje na svoji práci, nedělá ji rád a dělat ji nechce. Zdravotník bude zlý na pacienty, neustále ve stresu. Může ho všechno bolet, hlava, břicho – můžeš si způsobit nebo urychlit žaludeční vředy, rakovinu. Pak by se měl zamyslet, co se sebou dál.“

Pacient Petr

Věk: 26

Diagnóza: stav před a po artroskopii kolene

Petr navštěvuje fyzioterapii v tomto roce již podruhé. Nejdříve přišel na doporučení z ortopedie, trápila ho bolest kolene, která se poprvé objevila při volejbalovém zápase, když „špatně“ dopadl na dolní končetinu. Rentgenový snímek byl bez strukturálního nálezu, lékař mu proto doporučil fyzikální terapii. Jeho potíže se nezlepšily a proto byl (i z diagnostického důvodu) operován. Tři týdny po operaci začal rehabilitovat znovu, bolest odezněla, fyzioterapie byla tentokrát vedena především k navrácení plného rozsahu kloubního pohybu, což se celkem snadno podařilo. V současné době Petr na rehabilitaci nechodí, protože dle jeho fyzioterapeutky už žádný problém, který by mohla ovlivnit, nemá. „Občas mě koleno zase začne bolet, ale pohyb je normální a svaly okolo taky.“ Chodil na injekce vyživující kostní chrupavku, bral léky, vše mu ale pomohlo jen krátkodobě a za několik dní se chystá jít opět na konzultaci k lékaři, protože býval aktivním sportovcem a bolest ho velmi omezuje.

Nemůže říct, že by upřednostňoval nějaký typ fyzioterapeutické léčby před jiným. „Třeba cvičení je podle mých zkušeností výborné, i když se člověku nemusí chtít dělat, myslím si, že je účinnější než elektroterapie či ultrazvuk. Také hraje roli vlastní podíl na zlepšení stavu – já sám jsem schopen si pomoci.“

Je lepší nazývat osoby přicházející na fyzioterapii pacienty nebo klienty? „Tak určitě pacienty, protože klient mi připomíná setkání s nějakým prodejcem - lepší je pacient.“

Petr nemá srovnání s jiným rehabilitačním pracovištěm, než s tím, jež donedávna navštěvoval. Přišel sem proto, že bližší nesehnal a také proto, že je tu s péčí spokojen, ačkoli ani díky fyzioterapii se mu operace nevyhnula a po absolvování té pooperační stále necítí, že by byl úplně v pořádku. Kdyby měl tu možnost, raději by ale využil RHB centrum ve městě, kde žije, nevadilo by mu, že má jiného terapeuta, známost pro něj není nejdůležitější.

„Můj názor na fyzioterapeuta se vyvíjí postupně. Jako prvního si na něm všímám samozřejmě toho, jak vypadá. Podle mě je důležité, aby nejen vypadal a choval se profesionálně. Pokud je oblečen v bílém, vzbuzuje u mě respekt – není to podmínkou, ale je to lepší. Pak by měl rozhodně srozumitelným způsobem během fyzioterapie vysvětlovat, co dělá a proč. Nemám rád, když se mnou někdo něco dělá a já nevím, na čem jsem. Především když jsem tam poprvé, chci se bavit o mém zdravotním problému, o tom, co se mi stalo, jak to bolí apod. Pak už si můžeme povídat o čemkoli, třeba o počasí, o tom, co se kde děje, protože cviky se opakují, takže já už se nemusím tolik soustředit.“ Důvěřovat bude tedy terapeutovi, který mu bude schopen smysluplně vyložit o co v terapii jde, jakým směrem bude vedena, fyzioterapeutovi, který očividně problematice rozumí.

Líbí se mu, když mu terapeut poradí více možností léčby a zároveň některou z nich doporučí. Kdyby s ním jednal v zákazech a příkazech, asi by u něj „nepochodil“.

Všichni zdravotníci by podle Petra měli být ke komunikaci otevřenější. „Bylo by divné (a setkal se s tím), kdybych tam přišel a nikdo by nepromluvil ani slovo, kromě: sedněte si, lehněte si.“ I introvert prý může být dobrým odborníkem, ale když si vyloženě nerad povídá, léčí jen pacientovo tělo. Petr si myslí, že většina lidí si povídat chce a určité skupiny obzvlášť – starší pacienti, lidé, kteří jsou sami. „Proto je lepší, pokud je terapeut extrovertní povaha.“

Konkrétně jeho problém s bolestí mu fyzioterapeutická péče nevyřešila, myslí si, že byla vedena špatně? Kde hledá příčinu neúspěchu? „Po prodělání první rehabilitace sice nebylo zlepšení, ale věděl jsem, že udělali, co mohli (moje spoluúčast roli nehrála, šlo o elektroterapii a ultrazvuk), a že ten problém asi vyžaduje operaci. Když jsem měl problémy i po operaci a na MR žádný nálezn, tušil jsem, že fyzioterapie mi to nevyřeší.“ Stran „rozhybání“ kolene k vedení pohybové terapie nemá žádnou stížnost. „Tady mi fyzioterapie pomohla, nemůžu říct špatné slovo.“

Svléknout se na terapii mu vůbec nevadí, přirovnává to k odkládání oděvu u lékaře – nemá s tímto nejmenší potíž. Když je terapeut opačného pohlaví než pacient, může to podle něj, častěji ženám nebo starším lidem, vadit. Co může být tedy ve fyzioterapii nepříjemné? „Bylo mi nepohodlné pasivní hýbání s nohou do bolesti, ale nebral jsem to

jako něco divného, očekával jsem to. O přítomnosti bolesti jsem se zmínil, aby o tom ošetřující věděl a podle sebe mohl usoudit, zda je to normální, a pokračoval dokud bych ho nechal, nebo případně přestal koleno cvičit.“

Petr od fyzioterapie neočekával ani neočekává bezprostřední zmizení bolesti. Jiné je to, pokud jde k lékaři, tam předpokládá rychlejší, někdy okamžité zlepšení. Ve srovnání s lékařskou péčí fyzioterapii přisuzuje aktivnější podíl pacienta (sebe) na léčbě. Jak velký? „Co se týká té aktivní části, cvičení, ovlivním výsledek asi z poloviny. U té pasivnější, kdy se jen nechám léčit, tam je moje část práce v hlavě - já musím být přesvědčen, že mi to pomáhá. Kdybych si od začátku říkal: co to dělá? a že to nemá cenu, jak by mi to mohlo pomoci?“

Petr netuší, co to znamená empatie. „Možná něco jako sympatie? Nevím.“

„Syndrom vyhoření bude něco psychicky špatného. Ten člověk se odepisuje, nevěří si, nic nezvládá, vzdává terapii, takže pacientovi nepomůže. Nevím o tom, že bych někoho takového zatím potkal. A jak by vypadal? Byl by negativní, vypadal by, jako by měl každou chvíli umřít.“

„Vztah s fyzioterapeutem má, myslím, velkou důležitost: terapie musí být účinná nejen fyzicky, mnohdy hlavně psychicky! Z mojí strany může být vztah dobrý, i když nebude úplně nejlepším léčebným efektem, já vím, že všechno se fyzioterapií ovlivnit nedá.“

Pacient Tomáš

Věk: 57 let

Diagnóza: bolesti bederní páteře

Tomáš přichází na rehabilitaci s bolestmi zad, které se objevují od úrazu zad v mládí, který se mu přihodil v mládí. Od té doby ho obtěžují, jsou chronické. Vzhledem ke svému věku a tehdejšímu povolání (horník) je nyní ve starobním důchodu. Pracuje na půl úvazku jako údržbář a ve volném čase hraje rekreačně volejbal - fyzické aktivity má dostatek. „Jsem pracující důchodce.“

Na fyzioterapii proto preferuje „odpočinkové“ techniky, které nevyžadují přílišnou spolupráci pacienta, jako jsou například měkké techniky, ale doporučí-li mu lékař či fyzioterapeut léčebnou tělesnou výchovu, cvičení mu nevadí – přizpůsobí se.

Na rehabilitačním pracovišti, kde probíhá náš rozhovor, ho velmi dobře znají, opakovaně se sem totiž vrací a je tu spokojen. „Já bych nešel nikam jinam, líbí se mi tu a hlavně se už s pracovníky známe, to je pro mě nejdůležitější. Jsem věrný. Ideální fyzioterapeut je podle mě ten můj, je to takový, který se pacientovi věnuje a pomůže mu ulevit od bolesti.“ Je mu jedno, zda je klientem či pacientem a stejně odpovídá na otázku, zda je mu milejší direktivní nebo volnější přístup terapeuta. „Nezáleží mi na tom.“

Od fyzioterapeutické péče očekává tedy hlavně úlevu od potíží, ostatní je druhořadé. „Ale i pohovořit můžeme, i když to není to hlavní.“ Tomáš je bývalý spolužák manžela fyzioterapeutky, která ho má nyní v péči, mají společné známé a občas na ně během rehabilitace dojde řeč, stejně jako na jiná obecná témata. Nejraději se ale baví o svém zdravotním problému. „Proto jsem tady.“

Jeho důvěru mají fyzioterapeuti stoprocentní. „Já dám hodně na známost, doporučení. Abych šel někam, kde to neznám a nikdy jsem o nich nic neslyšel – to ne. To by se to tady muselo hodně zhoršit, musel bych být nespokojen. Tehdy bych někoho nového vyhledal. A taky se mi nechce nikam dojíždět.“

Nikdy mu nepřišlo divné se na rehabilitaci svléknout do spodního prádla, případně si bere kraťasy. Zamýšlí se, zda to může někomu vadit, pokud ano, komu a zda na to má

vliv pohlaví fyzioterapeuta. „Chlapovi může vadit svléknout se před ženskou, ale takových podle mě moc není, ani já s tím problémem nemám, vždyť chodím i do společné sauny. Spíš je to naopak – ženské se můžou stydět před fyzioterapeutem.“

Žádný terapeutický postup mu nebývá vyloženě nepříjemný. Z fyzikální terapie si vzpomene na ultrazvuk a DD proudy, u kterých cítil mravenčení, bolest ale ne. Jestliže ho něco při terapii bolí, říká si: „Když to nebude pořád, spíš to přežiju.“ Myslí si, že léčba má pak větší efekt, práh bolestivosti má prý celkem vysoko. „Fyzioterapeutka mi vždycky říká, že když něco bolí, mám jí to dát vědět. Dám jí vědět, až když to bolí dost.“

Komunikaci má raději laickou, odborné termíny ho nezajímají. „Chci pochopit princip terapie, ale jenom obecně, nepotřebuju slyšet detailně, co, jak a proč děláme. Jsem rád, když mi poradí, ale pak si rozmyslím, co z toho budu skutečně dělat.“

K výsledkům terapie je spíš trpělivý, neočekává, že po prvním sezení budou potíže pryč. „Když jde člověk k doktorovi a bolí ho to hodně, tak očekává pomoc co nejrychleji. Při rehabilitaci to mám tak: když to není tak hrozné jako na začátku a zlepšuje se to, jsem spokojený. Odcházím odpočínutý, je to trochu lepší než předtím, ale je mi jasné, že příště musím přijít zase, že mi to tady nevyléčili a ani to nečekám. Sám jsem za svá záda odpovědný tak ze 70%, já musím cvičit, zbytek terapeut. A když mi bolest začne odeznívat, tak na to kašlu. Říkám si, že jak sportuju, tak už dělám něco pro sebe a cvičení vynechávám.“

Pan Tomáš nikdy neslyšel pojem empatie, empatický člověk.

Pojem syndrom vyhoření už slyšel, sám na sobě ho nepocítuje, a ani u zdravotníků se s ním nesetkal, za což je rád.

4.1.2 Fyzioterapeuti

Fyzioterapeutka Lucie

Věk: 39 let

Lucie ve fyzioterapii pracuje dvacet let, na stejném místě, na které nastoupila hned po maturitě – v nemocnici, s tím rozdílem, že nyní už dva roky dělá vedoucí fyzioterapeutku rehabilitačnímu oddělení. „Chtěla jsem dělat rukama a pro lidi. Dělat vedoucí jsem nejdříve odmítala, necítila a necítím se být vůdčí typ. Pak jsem si ale řekla, že podobná nabídka už nemusí přijít a šla do toho.“ Ostatní kolegové ji jako nadřízenou respektují, podle ní je to také díky mnohaleté spolupráci, kdy byla na stejné pozici jako oni. S prací vedoucí fyzioterapeutky je spokojená. „Jsem nekonfliktní typ, vyjdu skoro s každým – ať se to týká kolegů nebo pacientů, zřídka kdy se najde někdo, s kým se nesnesu. Dalo by se říct, že to je moje silná stránka. Na druhou stranu jsem se obávala, jak budu zvládat dělat velká rozhodnutí. Na všechno potřebuji více času na rozmyšlenou, o věcech hodně přemýšlím, chci být spravedlivá a jednat se všemi stejně.“

Když se zeptám, zda pečuje o klienty nebo pacienty, odpoví, že o pacienty. „Jsme v nemocnici, tady bych volila slovo pacient. Ale jakmile bych pracovala soukromě, jde o klienta.“

Lucie žádný typ pacientů neupřednostňuje: „Mně absolutně nezáleží, zda za mnou přijde dítě, dospělý, senior či muž nebo žena. Všichni potřebují rehabilitaci a všem se snažím vyjít vstříc. Ve chvíli, kdy pacienta uvidím poprvé, nějak na mě zapůsobí, ale na první dojem nedám, vztah se vyvíjí.“ Při prvním setkání si všimá si především (prý jako typický fyzioterapeut) pohybového chování – držení těla, chůze.

Kdyby mohla, nejraději by pracovala se spolupracujícími pacienty, kteří doma cvičí, řídí se jejími radami, zajímají se o problematiku a jsou ochotni o léčbě diskutovat. Mezi pacienty, které vidí nerada, patří ti, co si nenechají nic vysvětlit, jsou odmítaví a nespolupracující. „Nesympatického - nespolupracujícího pacienta беру jako výzvu. Podaří se mi jeho přístup změnit? Pokud ne, neřeším to, netrápí mě to. Udělám, co

umím, promluví s ním, pokud je to dítě, tak s rodiči. Ukážu mu, co a jak by měl pro sebe udělat, a zbytek už je na něm.“

Kdy cítí směrem k pacientovi negativní emoce a jaké to jsou? Občas se jí to stává, nejde ale o hněv, spíše popisuje pocit bezmoci a klade jak sobě, tak pacientovi otázky typu: „Má to vůbec smysl, abyste sem chodil?“ Touto emocií se ale nenechává unést a nijak zvlášť se nezabývá pocitem, že si s pacientem lidsky nesejí. V krajním případě ho předá kolegovi, nemá tento postup ale příliš ráda. „Chci vidět vývoj terapie, vývoj pacienta. Pro něj také není dobré střídat fyzioterapeuty. Dávám pacientům šanci se zlepšit, protože někdo potřebuje víc času.“

„Vytvoření dobrého vztahu s pacientem ovlivňuje to, zda mi pacient věří. K tomu aby mi věřil, musím být zdravě sebevědomá, odborník (vzdělávat se), a taky mu být alespoň částečně sympatická.“

Je nejdůležitější věc kvalitní výsledek terapie, zlepšení stavu pacienta? „Jak pro koho. Pro mě jako fyzioterapeuta ano. Když se pacient zlepší, je to pro mě odměna, pozitivní zpětná vazba, třešnička na dortu.“ Pro pacienty je toto podle Lucie ve valné většině případů také nejpodstatnější. Dále je pro ně podstatné cítit se po terapii dobře, když už (např. povahou diagnózy) nemůže dojít k jejich úplnému uzdravení.

Jakmile pracuje Lucie dlouhodoběji s prognosticky nepříznivými pacienty, (příkladem mohou být pacienti na oddělení dlouhodobě nemocných), pociťuje frustraci. Té se snaží zabránit pravidelným střídáním fyzioterapeutů na jednotlivých odděleních a na ambulanci. „Když ten fyzioterapeut ví, že na ODN bude jen čtyři měsíce, dá těm pacientům podle mě více, než když ví, že tam je na delší dobu. Dělá pro ně maximum práce, tolik se psychicky nevyčerpá.“

Syndrom vyhoření zná. „Mají ho taková lidé, kteří se pacientům věnují tak moc, až jim to přeroste přes hlavu. Myslím si, že by všichni měli umět vypustit práci z hlavy, když přijdou domů. Ten, kdo to neumí, má zaděláno na potíže jak duševní, tak tělesné – je to propojené.“ Lucie říká, že své síly přepínají zejména čerství absolventi a lidé neschopní si připustit, že by mohli mít nějaký problém. Zdravotníci by se podle ní neměli bát vyhledat psychologa, jestliže cítí, že je práce zmáhá víc než dříve nebo více, než snesou. Pro někoho může být těžké rozpoznat, oč se jedná, Lucie proto oceňuje

možnost navštěvovat různé kurzy o tom, jak zvládat stres a udržovat práci s žitím v rovnováze, a snaží se k nějakému druhu duševní hygieny nabádat i kolegy. „Hlídám si energii a pozor si začnu dávat ve chvíli, kdy cítím, že se vyhýbám kamarádům a lidem celkově. Stane se mi třeba v obchodě, že někdo na mě začne mluvit a já nemám absolutně zájem ho poslouchat a odpovídat mu. Dovolené vyhledávám na osamocenějších místech, prostě si chci jakoby odpočinout od lidí.“ V těchto situacích Lucie cítí, že se z ní - přátelské a otevřené ženy - stává samotářka, a uvědomuje si, že vyhýbat se styku s lidmi není řešení. Řešením bude věnovat se relaxačním činnostem, koníčkům, poznat sama sebe a poslouchat své pocity.

„Pacientům jsou jistě některé postupy nepříjemné, já s nimi o tom vždy mluvím a snažím se je na ty potencionálně nepříjemné připravit, dohodnout se, co budeme dělat a zda to chtějí podstoupit.“ Jako příklad uvádí mobilizaci kostrče, která je součástí terapie funkční sterility podle Mojžíšové. Na fyzioterapeutovi prý je, aby odhadl, co pacient zvládne, jak se vypořádá s případnou bolestí, a podle toho postupovat. To, že se pacient stydí svléknout do spodního prádla, je podle ní výjimečné, ale stává se to. Tehdy mu dovolí nechat si nějaký volný cvičební oděv, aby ho neuváděla do rozpaků, snaží se být empatická, vcítit se. Vlastnost empatie je podle ní naprosto zásadní pro práci v rehabilitaci, je typičtější u žen a vysvětluje převahu fyzioterapeutek nad fyzioterapeuty.

Odpovědnost za terapeutické výsledky cítí větší u dětí a seniorů, naproti tomu při práci s dospělými na ně přenáší odpovědnosti větší díl. „Ti starší lidé více očekávají pomoc, i když porozumění očekávají všichni. U dětí je důležitá spolupráce také s rodiči. A já očekávám aktivitu adekvátní věku a diagnóze pacienta, přestože je každý jiný. Děti do pubertálního věku vyžadují direktivnější přístup, řeknu jim: dělej to a to, vždy ale navazují kontakt a to i s malými dětmi, kde velkou roli hrají rodiče. Nikdy nemluvím jenom na ně, snažím se zapojit do komunikace i dítě.“

Nemá ráda připodobňování starých pacientů k dětem. Se staršími pacienty se snaží jednat rovně a dospěle, přizpůsobit přístup jejich individuálním potřebám.

Fyzioterapeutka Pavla

Věk: 43 let

Pavla již deset let pracuje v rehabilitačním centru pro zdravotně (a mnohdy mentálně) postižené děti, soukromě se věnuje dospělým pacientům. Předtím pracovala v jiném zařízení, také s postiženými dětmi, rok v nemocnici. O změně zaměstnání neuvažuje, je spokojená – jak s kolektivem, tak s pracovním prostředím a typem pacientů. Vždy chtěla pracovat s dětmi, buď jako učitelka, nebo jako fyzioterapeut. „Mám vztah k tělu a cítím, že patřím k dětem. Jsem tady stoprocentně správně.“

Práce ji naplňuje, ačkoli není příliš dobře platově ohodnocená. Kolektiv je dobrý, s kolegy si navzájem pomáhají, nepanuje žádná rivalita. Vedoucí fyzioterapeut - Pavlin nadřízený, už má podle jejích slov odhad na výběr vhodného terapeuta dle typu pacienta a rodiče. „Každý jsme pro někoho.“

Ve fyzioterapeutické péči je jí bližší označení klient než pacient, nepovažuje to ale za příliš důležité, je to podle ní jen slovo. „Možná kvůli němu je to tak lepší, on není nemocný, on se tak narodil...Je to klient.“

Pavla věří prvnímu dojmu či spíše vjemu, a podle něj vybere způsob svého jednání s dítětem a rodiči, spoléhá na svoji intuici, odhad. „Ten člověk přichází v různé fázi svého duševního vývoje a podle toho já zvolím svůj přístup, odhadnu, kde se nachází psychicky a podle toho vyberu terapii.“ K tomuto používá tabulku, která je uvedena v příloze 1.

Jak už jsem uvedla výše, typ pacienta, který Pavla upřednostňuje, je pacient dětský, bez ohledu na pohlaví. Co se týče aktivity při rehabilitaci, Pavla říká: „Jsem ráda, když jsou aktivní. Je to jednodušší práce a fyzioterapie může být na vyšším levelu, ale když takoví nejsou, nezlobím se na ně. Když přijde ve fázi, kdy pro sebe teprve začíná něco dělat, je na jiné úrovni – já to nesoudím. Ideální pacient je pro mě *pozitivně naladěné dítě* - když je pozitivní, tak spolupracuje - na své úrovni.“

Se kterými pacienty nerada pracuje? „Když je agresivní, ať mentálně, nebo fyzicky, je to těžké. Je mi to nepříjemné, nezavrhnou ho, ale je mi to nepříjemné.“

Pavla ve své mysli používá jakousi bariéru před pacienty, kteří takoví jsou. „Když přijde ten *těžký* pacient, snažím se zapracovat na své *vlastní mentální ochraně*, aby mi ta práce vyšla pozitivně – abych mu mohla předat to, co on potřebuje, ale aby mi nesebral. Ale abych si ho zablokovala v hlavě, to ne, to bych pak s ním nemohla ničeho dosáhnout, nedala bych mu žádnou energii a nikam by to nevedlo.“

Vždy si přeje, aby jim svůj čas předala, jak nejlépe dovede. „Pokud je tam agrese, já se na ně nezlobím, oni skrz mě bojují sami se sebou, vypořádávají se se svými problémy. Požádám si o určitou pomoc (mám svoji víru), aby to proběhlo, co nejlépe může, a pracuji s ním na úrovni jeho psychiky, podle té úrovně s ním potom jedním. Pokud bude pacient v agresi, musím zvolit jiný způsob jednání a zátěže. Jsem profesionál - jedním vždy pozitivně, ale ne s každým stejně. Když zvolím jednání dobře, on odejde spokojený. Pokud mě např. pokoušou děti, řeknu jim: bolí mě to, tohle mi nedělej, ale přesto jsem ráda, že jsi tady.“ Pro Pavlu hraje velkou roli *přijetí* pacienta, takového, jaký je, bez ohledu na jeho momentální rozpoložení a přijetí mu dává najevo.

Pokud přijde v terapii neúspěch, jak se cítí? „Cítím, že já pro něj nejsem dost dobrá, že potřebuje jiný způsob jednání, třeba muže - větší ráznost. Když já nejsem ten typ, co potřebuje, nefrustruji se tím a vyberu jiného fyzioterapeuta.“ Zeptá se kolegy, jestli má na pacienta čas, energii, jestli s ním chce pracovat a pokud souhlasí, tak pacienta s tím obeznámí. „Řeknu mu, že už mu nemůžu více pomoci, že spolu nejsme sladění. Povím mu, že jsem ráda za práci, kterou jsme spolu dosud udělali, ale že pro něho bude výhodnější, aby mohl jít dál, aby se někam posunul, a že mu nabízím toho a toho kolegu, který ho povede lépe, a potom přijmu to, že já pro něj nemohu víc udělat.“

Odpovědnost za výsledek terapie cítí Pavla půl na půl s pacientem. „Já dávám rady a on je zodpovědný za svůj život. Co se týče dětského pacienta – pokud je záporný, já nahradím rodiče a já jsem zodpovědná za terapii na sto procent. Terapie může být i neúspěšná - pokud to dítě zbojkotuje, není to neúspěch – jenom to nešlo. Já ale nemůžu jít přes jeho sílu. Pokud by se to opakovalo, nabídnu mu někoho jiného.“

I ona někdy cítí k pacientům negativní emoce, hněv. „Když je člověk agresivní a já vím, že nemám vinu na jeho stavu, přijdou takovéhle emoce, to je přirozené. Ale já je

na něho nepustím, jsem profík.“ Pokud by toto trvalo dlouhodobě, nebude s ním dále pracovat, pokusí se mu najít někoho, s kým se může „lépe snést“, protože „já ho nezachraňuji, nabízím mu terapii, a pokud pro něj nejsem vhodná, on ve mně svým jednáním vzbuzuje tyto pocity a nemám jediný důvod toto činit. Mám ráda sama sebe a mám ráda i klienta – pro něj bude výhodnější jít k někomu jinému, přijímám ho takového jaký je, ale svůj život mu obětovat nebudu.“

Pavla chápe fyzioterapeutický proces mimo jiné jako výměnu energií. „Pokud mu energie hodně dám, on mi jí hodně vrátí. Záporný pacient to dělá jinak. Pokud mu dám energie hodně, on mi jí o to míň vrátí – mnoho mu dám, málo dostanu a to je nerovnováha. Není to, že bych mu nechtěla víc dát, ale můj zájem musí odpovídat jeho psychickému stavu. Pokud je tam nezájem, skryté nepřátelství, já v tu dobu musím být na vlně slabého zájmu v pozitivním slova smyslu, pro mě je to *řízený slabý zájem*. Když bych na něj mluvila: Dobrý den, pane XY, jak se vám dneska daří, vy jste úžasnej, tak on by mě úplně sežral, já bych odešla vyflusaná po práci a on ještě víc vydrážděný – s takovým typem pacienta se jedná jinak. Já mám pořád pozitivní myšlenku, ale musím odhadnout, kde on se nachází, a podle toho zvolit typ jednání a zátěže. U takového pacienta zvolím jednoduché pokyny a nebudu ani pracovat tak, že bych mu extra vysvětlovala. Kdybych mu vymyslela tři terapie, on by odešel rozhozený, protože na to nemůže stačit. Řeknu: Dobrý den, jsem ráda, že vás vidím, pojd'te dál, dneska si dáme to a to,... a ne: A jak se daří, co jste dělal, co manželka? – to by mě zabil, byl by zlý. Když to dobře zvolím, on odejde spokojený. Ten odhad mi pomůže, abych dobře zvolila komunikaci s ním a ve své mysli se spokojila s tím, že méně je někdy více. Jinak já ho ve své mysli jakoby zabiju, on si najde viníka, neudělá se sebou nic a nepřijme mě. Když ho dobře odhadnu, získám jeho důvěru a on přijme sám sebe. Já to klidně i označím: vím, že máte špatný den, ale mně to nevadí. Přišel jste dneska na sobě pracovat?“ Když se pacient dlouhodobě k péči staví odmítavě, Pavla ho ke spolupráci nepřemlouvá. „I můj čas je drahý.“

Pokud si k ní lidé na terapii chodí pouze stěžovat a sami se nechtějí posunout dál, podílet se na zlepšení svého stavu a je očividné, že terapie nikam nevede, tehdy začne být Pavla nespokojená a otevřeně si s pacientem o tom promluví. Navrhne mu změnu

(přístupu, terapeuta), ale pokud on ji přijmout nechce, terapii ukončí a věnuje svůj čas někomu jinému.

Podle Pavly nejvíce ovlivňuje dobrý vztah vzájemná spolupráce, tu považuje za nejdůležitější aspekt dobrého vztahu nejen mezi pacientem a fyzioterapeutem, ale vztahů obecně. „Pacient může být v apatii, ale nemůže být dlouhodobě v nespolupráci, potom to nemá cenu, síly jdou proti sobě a nikam spolu nedojdeme.“

Spokojenost pacienta na terapii je pro ni důležitější než samotné zlepšování problému, se kterým přišel, protože ten nelze zlepšit vždy, hlavně pokud vezmeme v potaz typ pacientů, se kterými Pavla pracuje. Pro určité typy pacientů je také důležitější psychická složka rehabilitace, jsou to např. pacienti se složitými sociálními vztahy doma, těžce nemocní, v životní etapě krize nebo rodiče na začátku terapie. „Oni se hledají, kladou si otázky: mám šanci na život který bude mít hodnotu?“ Když pacient, jehož zdravotní stav se nezlepšuje a terapie spočívá v udržování současného stavu, odchází po fyzioterapii spokojený (pro Pavlu) s málem, je také spokojená. „V tu chvíli jsem udělala maximum, co jsem mohla a nejvíc někdy v terapii neznamená nejlíp.“ Některé děti, které Pavlu navštěvují, jsou ve stavu, který lze málo nebo vůbec zlepšit, protože jak Pavla říká, „fyzické tělo je velmi postižené, můžete dělat mnoho terapií, ale je tam nějaký limit – u těch se pokračuje v terapii dál. Pokud odcházejí z terapie spokojení, ačkoliv se ten stav nezlepšuje, je to dobré – já pro ně nemůžu udělat víc.“ Naproti tomu práce se záporně laděnými lidmi pro ni ani pro pacienta nemá význam. „Pro mě je to zbytečně vydaná energie.“

Je smířená s nemožností změnit situaci, když někdo umírá. „Vím, že nemůžu změnit tu destrukci, ale já mám jiný úkol, můžu ho doprovodit psychicky. Je to jiná dimenze a je to o přijetí, je to součást práce a přirozená součást života, koloběh – narození, umírání.“ Nechce říkat, že jí to není líto – je. „Mě srdce bolí, když se toto děje, je mi za ně smutno, ale musím to přijmout.“

Jak v minulosti u sebe, tak nyní u některých svých kolegů se setkává se syndromem vyhoření. „Mnohdy ho lidé zažívají, je to ve chvíli, kdy je nerovnováha mezi dostáváním a dáváním. Ten, kdo ještě nepochopí tu rovnováhu a chce někoho zachránit – to nejde. On nedostane zpět, vyhoří, protože chce rozkřesat někoho, kdo nemá zájem.“

Pavla si myslí, že když někdo pracuje způsobem, kdy se doslova rozdává pro druhé, má svojí sebehodnotu a musí se s ní naučit pracovat. „Není to o podmíněnosti – třeba, že ten pacient má být za výsledky terapie rád a vděčen. Je to o rovnováze příjmu a výdeje energií.“ Těmito zkušenostmi si podle ní projde každý fyzioterapeut, než tzv. nalezne svoje hranice. „Zaplat' pánbůh jsem se naučila znát svoji sebehodnotu a zrale zhodnotit, kde se ti lidé nacházejí a že je nemám zachraňovat. Každý se zachraňuje sám, je zodpovědný za svůj život. Můj úkol je prodloužit jim cestu, pomoci jim. Jakmile začnu zachraňovat, člověk předá zodpovědnost druhému a to nejde.“ Pavla to také dělávala, dle svých slov se ale vyškolila a je vděčná za tuto zkušenost. „Ne že bych vyhořela úplně, ale byly stavy - nejdřív na fyzickém těle: člověk se cítí velmi unaven a potom se cítí frustrován, že není zhodnocen, že pacienti nejsou vděční. O vděčnosti to ale není. Je to moje práce, stejně jako práce bagristy je vybagrovat díru – také neočekává vděk.“ Tyto pocity ji posunuly dále. „Když to zažijete na sobě, potom rozumíte i tomu, kde se nachází ten pacient. Člověk v agresi je vlastně vyhořelý, proto já mu nemůžu dát tolik úkolů - on na to nemá.“

Pokud se bavíme o způsobech terapií, které by mohly být některým pacientům nepříjemné, dostáváme se k problému bariéry sahání na tělo. Pavla si myslí, že pacienti, kteří mají hodně špatných vjemů z minulosti, mohli být znásilňováni, někdo s nimi nešetrně manipuloval, byli sami, v bolestech nebo v inkubátoru, se mohou cítit nepříjemně. Může jít o pacienty po operaci, kdy je vysoký práh senzitivního dráždění, bolestivé vjemy – u těchto pacientů považuje za důležité nevstupovat jim hned do jejich „obalu“, osobní zóny, je potřeba nechat jim prostor. Dítěti například na prvních terapiích nesvléká oblečení - i když pro fyzioterapeutickou práci to není nejpříznivější, pro psychickou složku pacienta a také pro dlouhodobější efekt se to vyplatí. Jestliže se pacient bojí dotyků, Pavla použije ze začátku např. míčkování, přibližuje se mu postupně. „Pacient nebude uzavřen a jeho bariéra se po čase může ztratit, vznikne důvěra.“

Fyzioterapeutka Tereza

Věk: 54 let

S Terezou jsem se o její práci a vztazích s pacienty bavila v rehabilitační ambulanci, jejíž je majitelkou a kde spolu s kolegyní Lenkou osmnáctým rokem pracuje. Lenka nám do rozhovoru občas vstoupila a doplnila Terezu nějakým vyjádřením či se s námi zapojila do diskuze o některých tématech rozhovoru. Ve většině případů se kolegyně spolu na názorech shodly.

Před lety obě pracovaly v rehabilitačním centru, kde diagnostickou skupinu tvořili pacienti po cévní mozkové příhodě. Nyní je spektrum jejich pacientů širší, ambulanci navštěvují jak lidé po úrazech a operacích, tak ti s chronickými problémy. Příkladem mohou být ti, jež přicházejí s diagnózou vertebrogenního algického syndromu.

Tereza je dnes velmi ráda, že se „osamostatnila“ - šla pracovat do soukromé praxe. Zdůrazňuje výhodu bytí pánem svého času a setkávání se s pestrou škálou diagnóz svých pacientů (nikoliv klientů – jak říká, toto označení se podle ní do zdravotnictví nehodí, připomíná jí placené služby a je neosobní).

Při prvním sezení s pacientem ji obvykle neupoutá jeden jeho znak, všímá si pacienta celého. „Někdy se na něj jen podívám odshora dolů a tuším, jak se s ním bude pracovat.“ Nicméně tento první dojem pro ni není rozhodující a vytvoření vztahu je postupné.

„Nebudu říkat, že mám radši mladší pacienty, třeba poúrazové stavy, kde vidím rychlé zlepšování, i když radost z té práce je větší. Je mi jedno, zda je to muž nebo žena. Ale nemám ráda pacienty „přeaktivní, přechytralé“ – u těch se někdy ani nedostaneš ke slovu. Chceš jim něco říct a oni už to vědí, přitom to dělají špatně. Řekneš jim, ať chodí o francouzských holích, a oni přijdou s nordic walking! Nemusí být tolik snaživí, naopak. Zkrátka nějak napůl – ne moc aktivní, ne moc pasivní. Řekla bych: přiměřený zájem nebo alespoň částečná spolupráce. Když vidím, že má zájem, budu se i já snažit, když ho nemá, je to jako mlácení prázdné slámy.“

U pacientů, kteří jsou „neperspektivní“ – jejich stav se pravděpodobně moc nezlepší, dělá, co může, snaží se je maximálně do rehabilitace zapojit. Někdy tzv. neví,

co s nimi, třeba u těch polymorbidních. Vždy se snaží ovlivnit největší pacientův problém.

„Štve mě, když pacient přijde a tvrdí mi, že všechny cviky zapomněl. V tom případě je nemohl cvičit. Lepší je, když řekne, že necvičil, než když mě přesvědčuje, že ano, a já vím, že to není pravda – třeba proto, že není schopen ukázat které cvičení dělal. Nebo to poznám sama podle vyšetření.“

Dříve cítila větší odpovědnost za výsledky terapie než v současnosti. „Nosila jsem si práci domů, přemýšlela jsem pořád, co s nimi, vymýšlela jim extra terapie. Teď už ne - nechce, nechce, nedám si nohu za krk.“

Během rozhovoru často zazní termín syndrom vyhoření, aniž bych se na něj do té doby ptala. Ve chvíli, kdy se k tomuto tématu dostaneme, Tereza popisuje jak příznaky, tak možnou cestu, jak se k němu dostat, Lenka přidává své zkušenosti se somatickými příznaky syndromu. „Po škole jsem velice často konzultovala s lékaři zdravotní stav pacientů, stávalo se, že jsem je uháněla, ať jim třeba napíší prášky navíc, že jsou velmi „bolaví“ a podobně. Pak jsem zjistila, že pacient třeba už přestal na rehabilitaci chodit, nestál o to. To demotivuje.“

„Myslím, že syndrom vyhoření jsme obě několikrát prožily. Člověk k tomu asi dospěje věkem, když dělá jednu a tu samou práci, projde si tím. Je to, když ráno vstáváš a řekneš si: já to prostě dneska už nedám.“ Tereza se zmiňuje o krizi, kterou cítila asi před čtyřmi lety. „Byly doby, kdy to šlo až do úzkostí, depresí. Musela jsem úplně otočit a začala jsem odklánět problémy, nějak jsem to uzavřela. Začala jsem přes tai-či, to mi pomohlo, pak také vnučata.“ Lenka dodává: „Když jsem si ráno před sebou představila ten den a ty pacienty, říkala jsem si: já se pozvracím. Opravdu, s tímhle jsem chodila do práce. Člověk musí vysadit.“ Tereza to shrnuje: „Teď je to dobré - někdy trochu lepší, jindy horší, ale psychicky jsem v pohodě.“

Podle obou záleží na pracovišti – v rehabilitačním ústavu měly daný počet pacientů za den, byl to stereotyp, svým způsobem ubíjející. „Tady to tak není, každá diagnóza je jiná, ale když je toho hodně, ...“

Pacienti prý od fyzioterapeutů často očekávají, že budou pracovat hlavně oni: „Tak jsem tady a něco se mnou dělejte.“

Před rokem či dvěma začala Tereza omezovat emoce k pacientům „Už si to nepřipouštím.“

Vzájemná důvěra je podle ní to, co nejvíce ovlivňuje a posiluje dobrý vztah fyzioterapeuta s pacientem. „A mělo by tě to trochu bavit, pacient to pozná.“

Zlepšování pohybového problému nezařazuje do nejdůležitějších aspektů dobrého vztahu. „Určitě ne vždy. Když se s nimi bavíš, začíná to u té anamnézy. Oni se ti otevrou, popovídají si a vyřešíte jejich vnitřní problém. Tímto zároveň můžeš vyřešit i ten problém fyzický, např. hypertonické trapézové svaly povolí - je to velmi časté. Jde i o prostředí, harmonii – být s ním na stejné vlně. Nejdůležitější je, aby se pacientovi udělalo lépe a byl spokojen – ať fyzicky nebo psychicky – to je jedno. Rehabilitace je napůl psychoterapie.“

Pacienty, kteří si chodí hlavně popovídat, prý fyzioterapeut už mnohdy na první pohled pozná. Častěji to jsou starší lidé, vdovci, vdovy, psychiatrickí pacienti. Tyto pacienty a také ty, kteří si to přejí, Tereza s Lenkou nechávají vybrat si ošetřující terapeutku. „U některých pacientů, co se opakovaně vrací, vím, že si třeba rozuměli s Lenkou – vezme si je tedy ona, někdy se po nás dokonce ptají. Také už známe jejich problémy. I když přijdou až po letech, často se nám vybaví jejich záležitost. Pro ně je to také lepší, že terapeutka už zná.“

Když pacient nespolupracuje, je podle ní „zdravé“ si ho s kolegyní vyměnit a také to tak dělají. Chronické pacienty si střídají a někdy obě cítí, že práce je zbytečná. „Někdy se pacientům snažím domlouvat, zvláště když jsou to děti, např. s vadným držením těla, kde fyzioterapie může ten stav hodně ovlivnit. Někdy se nesnažím, protože po prvním sezení usoudím, že to nemá cenu.“

„Co vás bolí?“ ptává se Tereza se pacientů. Pokud následuje odpověď: „Já nevím, pan doktor to tam napsal,“ odpoví jim, že pan doktor to nemůže vědět. A pacient někdy reaguje: „Je to tam někde napsané,“ nebo „Bolí mě všechno.“ Tehdy si udělá o pacientovi obrázek takový, že s ním asi nebude lehká spolupráce.

„Z nepříjemných fyzioterapeutických technik mě napadá mobilizace per rectum, která ale pomáhá! Kurz Mojžíšové mám a když očekávám pacientku, zajistím dostatek času a soukromí, aby jí u toho bylo psychicky dobře. Znáám to, mám to vyzkoušené na

sobě. Jinak si myslím, že ostatní je všechno příjemné a obecně ani svlékání do spodního prádla pacientům nevadí.“

Co se týče bolesti při fyzioterapii, podle Terezy někdy být může, nesmí se jít ale tzv. „přes bolest“ – cvičí „do bolesti“. Terapie jako elektroléčba a měkké techniky nemají bolet vůbec. Pacienty instruuje k ohlašování bolesti, pokud se objeví.

„Empatie znamená vcítění. Fyzioterapeut musí být empatický.“

Chci, aby mi Tereza popsala specifika přístupu k dětskému a dospělému pacientovi a k pacientu - seniorovi. „Tak třeba dětské úrazy se velmi rychle hojí, to je dobrá práce. Z dětí sálá radost, jednání s nimi je jiné než s dospělými. Já se snažím o to, aby neměly z fyzioterapie strach.“ Ze začátku s nimi na rehabilitaci chodí rodiče, potom už docházejí třeba samy (pokud jsou větší; miminka na ambulanci necvičí). Někdy se děti před rodiči předvádějí - v tom případě rodiče požádá, zda by neodešli, děti poté bývají k terapii vstřícnější. Občas se stává, že je cvičení tak „chytne“, že by chtěly chodit dále. Hodně záleží, jak k rehabilitaci přistoupí jejich rodiče, zda je doma kontrolují, jestli cvičí, a povzbuzují je v jejich snažení.“

„Senioři jsou ve velké většině za péči vděční. A u dospělých záleží, jestli jsou inteligentní nebo ne. Pokud jsou, jde všechno.“

4.2 Analýza rozhovorů

Díky odpovědím, které mi pacienti a fyzioterapeuti v rozhovorech poskytli, jsem nacházela během čtení zaznamenaných rozhovorů odpovědi na své výzkumné otázky.

4.2.1 Pacienti

Oslovení respondenti - pacienti se shodli na tom, že vztah s fyzioterapeutem, jehož navštěvují, má pro ně *značný význam*. „Terapie musí být účinná nejen fyzicky, mnohdy hlavně psychicky,“ říká pacient Petr. Martina řekla, že aby se uzdravila, musí mít s terapeutem dobrý vztah. Z rozhovoru s Tomášem se dalo vyčíst totéž – především z jeho vyjádření, že pokud by se jeho fyzioterapeut nějakým způsobem „nezhoršil“, jiného by nevyhledal: „Jsem věrný.“

Za jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících vztah považují *zájem ze strany terapeuta*. Pacientka Martina nebyla spokojena na terapii, kde zájem ze strany terapeuta necítila – pouze zapnul přístroj, aniž by s ní více komunikoval. „Položili mě, připojili a opustili, jako na běžícím pásu.“ Naopak u terapeuta, který projevoval zájem o ni a její problémy, jí bylo dobře.

Dotazovaní pacienti chtějí cítit zájem zdravotníka ve formě dostatečné informovanosti o cíli a průběhu terapie, spolu s jeho *odborností* projevený jako *ochotu vysvětlit pacientovi smysl a povahu terapie*. Pacient Petr říká, že nemá rád, když s ním terapeut něco provádí aniž by mu řekl, co. O zdravotní problematice se s ním chce bavit – je to pro něj známka, že fyzioterapeut je kompetentní. Pacient Tomáš k diskuzi o zdravotních problémech dokonce říká: „Proto jsem tady.“

Všichni uvádějí *faktor důvěry* pro vytvoření dobrého vztahu jako zásadní. Martina to zdůrazňuje zvoláním: „A důvěra tam musí být!“ Důvěra pacientů k fyzioterapeutovi byla založena (kromě výše uvedeného) na *doporučení od známých, dobrých referencích* či *osobní zkušenosti* s jeho předchozí péčí. Pacient Tomáš by nešel na fyzioterapii, o jejíž pracovnících ještě neslyšel, Martina už také ne: „Musí mít dobrou pověst.“ Petrovi by to nevadilo – řídí se především podle své spokojenosti.

Tyto okolnosti pro ně představovaly to, že se na terapeuta mohou s důvěrou obrátit a díky vytvořené důvěře nemají problém vyjít vstříc požadavkům, včetně těch potencionálně nepříjemných, které na ně fyzioterapeutická péče klade. Martina zmiňuje kolegyni, jíž vadí se před fyzioterapeutem svléct: „Řekla bych, že nemá důvěru, kdyby ji měla, bylo by to bez problému.“ Petrovi působily bolest terapeutem prováděné pasivní pohyby kolene, ale protože ho na případnou bolest terapeut s předstihem upozornil, snášel ji dobře.

Jejich spokojenost obecně ovlivnil *přístup terapeuta* – to, jak s nimi komunikoval, zda se jim dostatečně věnoval. „Je lepší, pokud je terapeut extrovertní povaha,“ myslí si Petr. Martina oceňuje vstřícný přístup: „Strašně se mi líbilo, že jsem tam přišla, on mi podal ruku, navzájem jsme se představili. Všimnu si, že ho zajímám – přečte si papír od doktora, ale chce to slyšet i ode mě - kde mě to přesně bolí a jak. Ptá se, komunikuje.“ Všichni respondenti chtějí, aby se fyzioterapeut vyjadřoval pro ně pochopitelně, laicky a neužíval odborné termíny.

Co se týče *ústupu bolesti po terapii*, pacienti jsou zajedno v tom, že nepředpokládají z rukou terapeuta okamžitou pomoc – naopak počítají s dlouhodobější prací a s vlastní aktivitou, která je podle Martiny a Petra zhruba poloviční (druhá polovina je na terapeutovi). Tomáš, ač nejstarší z nich, uvažuje o své vlastní činnosti jako o sedmdesátiprocentní složce celé terapie a úlevu považuje za nejdůležitější.

Empatie jako vlastnost fyzioterapeuta, která ovlivňuje vztah, zazněla od Martiny v souvislosti se zájmem o pacienta a vcítění se do něj, což považuje za důležité. Petr a Tomáš pojem empatie neznali, po vysvětlení jeho významu se však shodli na tom, že by tato vlastnost pravděpodobně zdravotníkům chybět neměla.

Syndrom vyhoření jako další faktor, který by mohl vztah negativním způsobem ovlivnit, od pacientů samotných nezazněl. Když jsem se respondentů ptala, zda se setkali s „vyhořelým“ zdravotníkem, žádný z nich neodpověděl kladně, dva z nich však stručně dokázali popsat, jak by takový člověk vypadal. Lze ho tedy za faktor ovlivňující vztah považovat.

Pro Petra hraje podstatnou roli *profesionální vzhled* vyjadřující povahu terapeuta povolání jako zdravotnického a pro Martinu *pohlaví fyzioterapeuta* – upřednostňuje muže.

4.2.1 Fyzioterapeuti

Analýzou rozhovorů s fyzioterapeuty vyšlo najevo, že nejdůležitějším aspektem dobrého vztahu je pro ně *pacientova spolupráce* a jeho následná *spokojenost*, pocházející rovněž ze *vzájemné důvěry*. Lucie říká: „Vytvoření dobrého vztahu s pacientem ovlivňuje to, zda mi pacient věří.“

Vztahu s pacientem přikládají důležitost, která je založena na *přístupu pacienta k terapii* – Lucie očekává aktivitu adekvátní věku a diagnóze pacienta a pokud pacient nepřistoupí k terapii aktivně, táže se ho na smysl fyzioterapeutického sezení. Pavla má také ráda aktivní pacienty. „Je to jednodušší práce a fyzioterapie může být na vyšším levelu. Nemůže být dlouhodobě v nespolečnosti, potom to nemá cenu, síly jdou proti sobě a nikam spolu nedojdeme. Já dávám rady a on je zodpovědný za svůj život.“ Tereza charakterizuje pacienta z pohledu aktivity a spolupráce takto: „Měl by být zkrátka nějak napůl – ne moc aktivní, ne moc pasivní. Řekla bych: přiměřený zájem nebo alespoň částečná spolupráce.“

Pro všechny je určující *pacientův zájem o terapii*. „Jestliže zájem nemá, je to jako mlácení prázdné slámy,“ říká Tereza. Lucie se snaží pacienta motivovat. „Chci vidět vývoj terapie, vývoj pacienta. Pro něj také není dobré střídat fyzioterapeuty. Dávám pacientům šanci se zlepšit, protože někdo potřebuje víc času.“

Všechny fyzioterapeutky (Lucie až v krajním případě) „předají“ pacienta svým kolegům, jestliže cítí, že mu nemohou pomoci.

Zlepšení problému se jako nejdůležitější faktor fyzioterapeutkám Pavle a Tereze nejeví - zde se můžeme domnívat, že je to proto, že v jejich práci se objevují pacienti, u zlepšování fyzického stavu není možné – Pavla pracuje s těžce postiženými dětmi a Tereza má mnoho chronických pacientů. „Nejdůležitější je, aby se pacientovi udělalo

lépe a byl spokojen – ať fyzicky nebo psychicky – to je jedno. Rehabilitace je napůl psychoterapie.“

Lucie pokrok v terapii považuje za nejpodstatnější a myslí si, že totéž považují za nejpodstatnější i pacienti. Když toto není charakterem diagnózy možné, důležité je, aby se alespoň pacient cítil dobře.

Pohlaví fyzioterapeuti nepovažují za faktor, který vztah zásadně ovlivňuje, zatímco *věk* částečně ano. Respondentka Pavla zdůrazňuje preferenci dětských pacientů: „Ideální pacient je pro mě pozitivně naladěné dítě.“ Tereza zčásti také: „Z dětí sálá radost, jednání s nimi je jiné než s dospělými.“ Pro Lucii nemá věk ani pohlaví vliv. „Mně absolutně nezáleží, zda za mnou přijde dítě, dospělý, senior či muž nebo žena. Všichni potřebují rehabilitaci a všem se snažím vyjít vstříc.“ Jak už bylo řečeno, bez ohledu na pohlaví či stáří všechny považují za pomyslný ideál spolupracujícího pacienta.

Pacientovo psychické rozpoložení ovlivňuje přístup terapeuta, vztah a následně i terapii – „Můj zájem musí odpovídat jeho psychickému stavu,“ říká Pavla. „Pokud bude pacient v agresi, musím zvolit jiný způsob jednání a zátěže.“ Tereza to vidí podobně: „Když vidím, že má zájem, budu se i já snažit.“ Lucie vyslovila zajímavý názor: „Nesympatického - nespupracujícího pacienta beru jako výzvu. Podaří se mi jeho přístup změnit?“

Vlastní psychický stav považují respondentky, vzhledem ke zkušenostem (ať už vlastním nebo reprodukováným), za další faktor, který má vliv na utvoření přínosného vztahu – terapeut ve fázi vyhoření nemůže pacientovi poskytnout kvalitní terapii. Se syndromem vyhoření se setkaly všechny. Podle Pavly je stěžejní nalézt svoji sebehodnotu a ztratit pocit, že se pro pacienty musí „rozdat“.

Empatii považují fyzioterapeutky za základní vlastnost člověka, který chce vykonávat toto povolání. Pavla o vcítění se do pacienta říká toto: „Když ho dobře odhadnu, získám jeho důvěru.“

5 Diskuze

Ve své práci jsem se pokusila označit faktory, které působí na charakter oboustranného vztahu pacient – fyzioterapeut, a zároveň pomocí rozhovorů ukázat, jakou důležitost pro aktéry fyzioterapeutického procesu tento vztah má. Z dat získaných od respondentů jsem vybrala ty faktory, které zazněly nejčastěji, a zdají se být tedy nejdůležitějšími. Jedná se o faktor důvěry a spolupráce, které vztah (a tím i terapii) ovlivňují nejvíce. Ptáček a Bartůněk (2011) píše, že jestliže je fyzioterapeut schopen vybudovat si s pacientem dobrý vztah (tj. vztah důvěry), je pro oba snadnější komunikovat o všech tématech, včetně těch citlivých, ke kterým podle mě oblast zdraví a jeho poruch rozhodně patří.

V praktické části, která obsahuje rozhovory s pacienty a fyzioterapeuty a jejich kvalitativní analýzu, lze nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Z analýzy získaných dat je možno shrnout, že vztah pacienta a fyzioterapeuta je velmi důležitý pro oba jednotlivce, kteří se ho účastní. Výzkumný soubor je poměrně malý, a proto výsledky přinášejí pouze vzhled do dané problematiky – Ferjenčík (2000) uvádí, že kvantitativní výzkum by přinesl přesnější výsledky, ale často pozbývající kontext. Použitý kvalitativní výzkum považuje za holistický.

Podle Vymětala (2003) a Janáčkové (2008) pacient od lékaře (jak už jsem zmiňovala, lékař je v podobné pozici jako fyzioterapeut, tudíž lze popis této interakce aplikovat i na fyzioterapeuta) očekává zesílený zájem o sebe samého, což výzkum potvrdil - zájem v různých podobách zmínili všichni respondenti. Vymětal dále říká, že pacient očekává od lékaře rychlé zmírnění potíží. Zde bych slovo lékař slovem fyzioterapeut nenahrazovala, protože oslovení pacienti s tímto výrokem souhlasili – nemyslí si však, že fyzioterapeut je schopen jim odstranit symptomy (bolest) ihned – počítají s úlevou, zároveň však s tím, že fyzioterapeut jim nepomůže sám a oni se na léčbě musí podílet různou měrou také. Zde jsem byla překvapena výpovědí pacienta Tomáše, který říká, že sedmdesát procent práce je na něm. Tomáš je z oslovených pacientů nejstarší, čekala bych tedy u ostatních (mladších) pacientů názor na stejný či větší podíl spolupráce. Tomáš sice zmiňuje oblibu odpočinkových technik, zároveň

však také důležitost vlastní činnosti. Domnívám se, že je to dáno jeho zkušenostmi – je to pacient s chronickými bolestmi zad a ví, že když nebude pravidelně dodržovat určitá opatření, potíže se mu vrátí.

V současné době existuje mnohem méně studií zabývajících se emočními reakcemi zdravotníků, než těch, které se zabývají emocemi pacientů, ačkoli jak emoce pacienta, tak i zdravotníka, jsou jistě přítomny ve stejné míře (Roter, 2006). Domnívám se, že patří k základní emoční inteligenci fyzioterapeuta znát a ovládat své emoce dle svých nejlepších možností – je to odborník a tuto profesi si nejspíše zvolil, protože má blízko k lidem a chce jim pomáhat. Narozdíl od pacienta je tedy ve své roli víceméně dobrovolně; snad proto je všeobecná pozornost zaměřena spíše na pacienta a jeho emoce, než na prožívání zdravotníka. Problematika psychosociálního stresu je však nyní studována více, než tomu bylo v minulosti, a data ukazují, že přes 70% všech pracovních neschopností je způsobeno nemocemi souvisejícími se stresem. Individuální prevenci vidí Kebza, Šolcová (2003) v hodnocení a následném zvládnutí stresogenních faktorů. Pro některé fyzioterapeuty, jak uvedla respondentka Lucie, to může být například dlouhodobá práce na odděleních následné péče, kde fyzioterapie nemusí přinášet objektivně tak dobré fyzické zlepšení, jako např. na rehabilitačních odděleních. Předcházení frustraci z práce s pacienty, jejichž stav je na některých odděleních méně příznivý než na jiných, se snaží tzv. „kolečkem“ – kdy jednotliví fyzioterapeuti po čtyřech měsících mění svá pracoviště, aby předešli stereotypu a pacientům dali maximum péče.

Možná i díky stoupající edukaci a povědomí zdravotníků o nebezpečí, které jim může v psychické oblasti v souvislosti s vykonáváním jejich práce hrozit (jako je syndrom vyhoření), se s ním dokázali vyrovnat dva z mých respondentů - fyzioterapeutů a jeden z nich se ze své vedoucí pozice snaží na tyto problémy své kolegy upozornit, případně jim pomoci. Jedna respondentka – pacientka se se syndromem vyhoření také setkala a domnívá se, že pro učitelskou profesi je rovněž typický. Se zdravotníky, kteří by měli tento problém, se však z dotazovaných pacientů nesetkal nikdo.

Myslím, že v současné dostupné literatuře chybějí díla zabývající se tématem, které jsem ve své bakalářské práci zpracovávala. Lze snadno vyhledat literaturu, týkající se psychologie lékařů a zdravotních sester, nikoli však přímo fyzioterapeutů, ačkoli tento obor se rychle rozvíjí a jeho potřebnost stoupá. S lékaři a ostatními zdravotnickými specialisty má toto povolání mnoho společného, má ale i řadu specifík, která by měla být zpracována samostatně, stejně jako by měli být pacienti lépe seznámeni s tím, co fyzioterapie vlastně obnáší. Já sama jsem při rozhovorech slovo fyzioterapie z úst respondentů - pacientů slyšela jen sporadicky. Častěji zazníval pojem rehabilitace, který je však pojmem zastřešujícím rehabilitaci nejen léčebnou, ale i sociální, pedagogickou a pracovní. Koordinované využívání všech prostředků rehabilitace by mělo být nástrojem pro zmenšení tlaku, který jedinci působí jeho disabilita. (Kolář, 2009).

Fyzioterapeut je pro velkou část veřejnosti stále cvičitelka či masér (Zachová, 2012), zatímco ve skutečnosti je jeho pole působnosti mnohem širší.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce Vztah pacient – fyzioterapeut bylo zmapování významu tohoto vztahu pro osoby, jež se ho účastní, popsání jeho důležitých aspektů a faktorů, které ho ovlivňují. Odpovědi na obě výzkumné otázky - na důležitost vzájemného vztahu a na faktory, vztah ovlivňující, přinesly výpovědi pacientů a fyzioterapeutů. Domnívám se, že práce podává přehled důležitých rysů dobrého vztahu, a nastiňuje, jak by vztah vypadat neměl.

Teoretická část definuje důležité pojmy a zahrnuje informace o tématech, kterým se věnuje část praktická: pozitivní i negativní faktory vztahu a jeho důležitost, dále otázky efektivní komunikace ve zdravotnické oblasti a její typické rysy. Přináší i pohled na zvláštnosti vztahu fyzioterapeuta a seniora, pacienta dětského, agresivního a úzkostného.

Praktická část obsahuje transkribované rozhovory s šesti respondenty – třemi pacienty a třemi fyzioterapeuty, a odpovědi na výzkumné otázky, získané obsahovou analýzou rozhovorů. Výzkumná strategie byla kvalitativní.

Výsledky výzkumu napovídají, že psychologické faktory vztahu mají stejný, mnohdy i větší vliv na výsledek terapie než faktory fyzické, že jsou spolu spjaté a terapie se týká obou. První výzkumná otázka zněla, jakou důležitost přikládají pacienti vztahu s fyzioterapeutem a jaké faktory podle nich ovlivňují vytvoření dobrého vztahu. Znění druhé výzkumné otázky bylo, jakou důležitost přikládají fyzioterapeuti vztahu s pacientem a jaké faktory podle nich ovlivňují vytvoření dobrého vztahu. Výsledky prokázaly značnou důležitost vzájemného vztahu pro obě kategorie respondentů – pro pacienty i fyzioterapeuty. Podle pacientů dobrý vztah ovlivňuje nejvíce terapeutův zájem, odbornost, a ochota vysvětlit jim průběh terapie, přičemž uvádějí jako podstatný faktor důvěry. Dále je podle nich tento vztah ovlivněn výsledky terapie, přístupem terapeuta z hlediska komunikace a vcítění. Podle fyzioterapeutů mezi faktory, působící na vytvoření dobrého vztahu, patří přístup pacienta k terapii – jeho zájem, spolupráce a momentální psychický stav.

Pacientova spokojenost s terapií, její případný pokrok a vzájemná důvěra jsou rovněž důležité. Vliv na vztah mají i vlastnosti a psychický stav terapeuta.

Protože se fyzioterapeuti, stejně jako ostatní zdravotničtí pracovníci, každý den setkávají s pacienty, kteří chtějí být léčeni a zároveň obeznámeni s léčebným procesem, různou měrou se na něm podílet a zasahovat do něj. Proto by terapeuti měli být nejen odborně vzděláni ve fyzioterapii, ale také v psychologii a v psychoterapii – měli by zachovávat psychosomatický pohled na pacienta a přistupovat tak i k jeho léčbě.

Výsledky mé práce mohou být prospěšné pro fyzioterapeuty – budoucí i současné, mohou sloužit i jako návrh pro další zpracování podobné problematiky, týkající se psychologie ve zdravotnictví. Dalším tématem výzkumné práce by mohla být spolupráce zdravotníka a pacienta, pacientovy motivy ke spolupráci. Pozornost by se mohla věnovat také motivaci fyzioterapeutů ke zvyšování vědomostí a dovedností, především v oblasti komunikace s pacientem, kde je jistě stále co zlepšovat.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
2. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6
3. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
4. GULÁŠOVÁ, I. Etické aspekty komunikace s rodiči dětského pacienta. *Sestra*, 2012, roč. 22 , č. 3, s. 23. ISSN 1210-0404
5. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 167 s. ISBN 80-7262-032-0
6. JANÁČKOVÁ, L. – WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
7. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7387-179-6
8. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
9. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7
10. KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7
11. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
12. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-429-X
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
15. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
16. PLEVOVÁ, I. – SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8
17. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
18. PRÁŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 421 s. ISBN 978-80-244-2365-4
19. PREKOP, J. *Empatie. Vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0672-5
20. PTÁČEK, R. – BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2
21. RAUDENSKÁ, J. – JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8
22. ROTER, D. *Doctors talking with patients/ Patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. 2. vyd. Westport: Praeger, 2006. 238 s. ISBN 0-275-99017-6 |
23. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. 232 s. ISBN 80-7178-553-9
24. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2
25. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
26. VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*, 2011, roč. 2, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404
27. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4

28. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
29. ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
30. ZACHOVÁ, P. *Fyzioterapie očima laické veřejnosti*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marek Zeman, PhD.
31. ZEMAN, M. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2, s. 469. ISSN 1212-4117
32. UNIFY. *Koncepce oboru fyzioterapie* [online]. 31.5.2005 [cit. 2012-06-02]. Dostupné z: < <http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>>.
33. WHO. *Rehabilitation* [online]. 2012 [cit. 2012-07-20]. Dostupné z: < <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>>.

8 Klíčová slova

Empatie

Fyzioterapeut

Pacient

Spolupráce

Syndrom vyhoření

9 Přílohy

Příloha č. 1.: Tabulka, kterou používá fyzioterapeutka Pavla při zařazování pacienta do fáze mentálního vývoje a při následném přístupu k němu

CHOVÁNÍ A PSYCHOLOGIE	STUPEŇ	EMOCE
Vynikající při přijímání předsevzetí a jejich plnění Krátký reakční čas (ve vztahu k věku)	4.0	čínorodost, nadšení
Dobrý při přijímání předsevzetí, v jejich plnění a sportu	3.5	silný zájem
Způsobilý značně rozsáhlé činnosti, schopný sportovní aktivity	3.0	slabý zájem
Relativně pasivní, ale schopný jednat	2.5	spokojenost, lhostejnost
Schopný destruktivního a relativně bezvýznamného konstruktivního jednání	2.0	nuda, otevřený hněv
Schopný destruktivního jednání	1.5	vztek
Způsobilý bezvýznamného vykonávání	1.0	skryté nepřátelství
Způsobilý relativně nekontrolovaného jednání	0.5	žal
Živý ve smyslu organismu	0.1	hluboká apatie

