



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Mezioborová spolupráce v koordinované rehabilitaci
pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. et Bc. Jaroslav Zeman

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

České Budějovice 2021

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2021

.....

Jaroslav Zeman

Poděkování

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

Mezioborová spolupráce v koordinované rehabilitaci pohledem dvou oborů: sociální práce a fyzioterapie

Abstrakt

Přístup koordinované rehabilitace je považovaný za důležitý přístup k pacientovi, který mimo jiného zaručuje naplnění základních lidských práv. Koordinovaná rehabilitace je náročným procesem, který klade velké požadavky na mezioborovou spolupráci. Sociální pracovníci a fyzioterapeuti se v rámci koordinované rehabilitace stýkají s klientem/pacientem nejčastěji. Tato práce v teoretické části popisuje současný stav, snaží se reflektovat výzvy dnešní doby, dále objasňuje fyzioterapii a sociální práci, jak jsou tyto obory chápány v České republice na začátku 21. století. V teorii popisuje práce ještě nejčastější udávaná pozitiva a negativa koordinované rehabilitace, také výhody a překážky koordinované rehabilitace.

Praktická část. Výzkumnou otázkou práce je, zda se koordinovaná rehabilitace využívá v praxi sociální práce a fyzioterapie. Porovnává pohledy sociální práce a fyzioterapie. Užitím zakotvené metody (GTM) se postupně v práci objevuje jev, kdy na jedné straně sociální pracovníci i fyzioterapeuti vidí výhody a možnosti koordinované rehabilitace, na druhé straně popis praktického použití KR neodpovídá teoretickému ukotvení KR. Práce tedy dále prohlubuje poznatky a snaží se tomuto jevu porozumět, vybírá si subjektivní překážky, které blíže popisuje dle výzkumu. V diskusi pak práce vysvětluje možné souvislosti motivace a filozofického pojetí člověka na spolupráci v rámci koordinované rehabilitace. Zodpovídá výzkumné otázky. Porovnává, jak se liší pohledy fyzioterapie a sociální práce a diskutuje výsledky s aktuální odbornou literaturou. V závěru práce vše shrnuje.

Klíčová slova:

Multidisciplinární přístup; sociální práce; fyzioterapie; koordinovaná rehabilitace

Interdisciplinary cooperation in coordinated rehabilitation from the perspective of two disciplines: social work and physiotherapy

Abstract

The coordinated rehabilitation approach is considered to be an expected approach to the patient who, among other things, fulfills fundamental human rights. Coordinated rehabilitation is a demanding process that places great demands on interdisciplinary cooperation. Social workers and physiotherapists often contact the client / patient earlier as part of a coordinated rehabilitation. In the theoretical part, this work describes the current state, tries to reflect the challenges of today, further clarifies physiotherapy and social work, how these fields are understood in the Czech Republic in the early 21st century. , also the benefits and obstacles of coordinated rehabilitation.

Practical part. The research question of the thesis is whether coordinated rehabilitation is used in the practice of social work and physiotherapy. It compares views of social work and physiotherapy. Using the grounded method (GTM), the phenomenon gradually appears in the work, when on the one hand social workers and physiotherapists see the benefits and possibilities of coordinated rehabilitation, on the other hand the description of practical use of KR does not correspond to the theoretical anchoring of KR. Thus, the work further deepens the knowledge and tries to understand this phenomenon more, chooses subjective obstacles, which he describes in more detail according to the research. In the discussion, the works need possible connections between motivation and philosophical conception of a person to cooperate in a coordinated rehabilitation. Answers research questions. It compares how the views of physiotherapy and social work differ and discusses the results with current professional literature. I summarize everything in the end of the work.

Key words:

Multidisciplinary approach; social work; physiotherapy; coordinated rehabilitation

Obsah

1	Úvod	8
2	Současný stav	9
2.1	Mezioborová spolupráce	10
2.2	Koordinovaná rehabilitace	13
2.3	Sociální práce	14
2.4	Fyzioterapie	16
2.5	Terapie na pozadí filozofického pojetí člověka	17
2.5.1	Vývoj koordinované rehabilitace v Evropě	26
2.5.2	Vývoj koordinované rehabilitace v České republice	28
2.6	Faktory ovlivňující fungování koordinované rehabilitace	29
2.6.1	Týmové faktory	30
2.6.2	Osobnostní faktory	32
2.6.3	Systémové faktory	36
2.7	Pozitiva a negativa koordinované rehabilitace	37
3	Cíl práce a výzkumné otázky	44
3.1	Cíl práce	44
3.2	Výzkumné otázky	44
4	Metodika	45
4.1	Použitá metoda	45
4.2	Výzkumný soubor	46
4.3	Metodika sběru dat	47
4.4	Metodika zpracování dat	48

4.5	Etika výzkumu	50
4.6.	Časový harmonogram	50
5	Výsledky.....	51
5.1	Výsledky – odbornosti	72
	Informant Jan Pirk.....	72
	Informant Vladimír Beneš.....	72
	Informant Jaroslav Maxmilián Kašparů	73
	Informant Martina Cichá	73
	Informant Martin Zikmund	74
6	Diskuse	75
7	Závěr.....	84
8	Seznam zdrojů	86
9	Seznam použitých zkratk.....	96
10	Seznam obrázků a příloh	97

1 Úvod

Téma jsem si vybral záměrně z důvodu mého zájmu pečovat o klienta holisticky. Z tohoto důvodu jsem studoval nejen rehabilitaci – psychosociální péči o postižené děti, dospělé a seniory, ale i fyzioterapii. Uvědomuji si, že hranice oborů existují v rámci odborné praxe, ale klient pro uspokojení svých potřeb a podpory zdraví, by tyto hranice neměl vnímat. Z tohoto důvodu je velmi důležitá dobrá praxe koordinované rehabilitace. Ve své vlastní praxi však často narážím na překážky multidisciplinární spolupráce, která tak ovlivňuje průběh koordinované rehabilitace. Tuto zkušenost vnímám i jako překážku, proto jsem se snažil ve výzkumu vybrat metodu, která podle mne tuto zkušenost co nejvíce eliminovala a pomohla mi udržet si objektivitu výzkumníka.

2 Současný stav

Na přelomu let 2020 a 2021, žijeme ve velmi zajímavé době. Tuto větu si při zastavení a uvědomění určité pokládá člověk v jakémkoliv období, pro lepší orientaci v současné době využijme rozdělení do částí bio-psycho-sociální, tento model Fugl-Meyera (2016) přirozeně rozšiřujeme o další části: spirituální, ekonomickou, aj. Samotný model integrující předešlé teorie ukazuje touhu a návrat člověka v 21. st. k holistickému pojetí.

Bio-

Lékařství a medicína vychází z modelu evidence based, založeno na důkazech, současné se medicína přiklání svému původu z přírodních věd, využívající metodologický naturalismus, tedy soustředění se na jevy měřitelné (Vácha, 2012). Krizová medicína se tak neustále posouvá a jsme schopni zachraňovat stavy dříve neslučitelné se životem, zvyšuje se věk, kterého se dnes dožíváme, ale neroste současně kvalita života (Vácha, 2012), (Vacková, 2020). Na lékařských fakultách se pomalu posunuje zájem o lékařskou etiku, a tak se progres v medicíně dostává často na hranu etických dilemat (eutanazie, asistovaná reprodukce, embryonální kmenové buňky), medicína zodpovídá otázky: „Co jest?“, neklade si už otázku: „Co by mělo být?“ (Vácha, 2012). Rehabilitace na rozdíl od akutní medicíny není, tak rychle se rozvíjející oblast, především dlouhodobá rehabilitace (Pfeiffer, 2019).

Psycho-

Touha po změně se může odrážet i ve zvyšující se oblíbenosti alternativní medicíny, tzv. New Age medicíně, která pacientovi dává přirozenou holistickou odpověď na jeho potíže (Vácha, 2012). Pandemie Covid-19 zvyšuje dopady na lidskou psychiku, zvyšuje se počet domácích násilí (Almeron, 2020). Polarizuje se společnost, která již tak byla rozdělena (Janíková, 2021). V krizi se soustředíme na primární rovinu, již méně se soustředíme na sekundární děje, například etické otázky ohledně uzavírání domovů pro seniory, kdy se stává, že umírají lidé v osamocení, což má značný dopad na celou rodinu (Lékaři bez hranic, 2020).

Sociální-

Po éře komunismus, která skončila v roce 1989, určité větší komunitní soudržnosti, přišla éra individualismu a kapitalismu (Bystričan, 2020). Individualismus současně dnes brání

v řešení krizi – jako Covid-19 krize a ekologická krize (Bystřičan, 2020). Je to přirozená fáze u nás a touha dosytit si z dob komunismu materiální nedostatek a individuální utlačování. Přesto se dnes dostáváme na hranu tohoto přístupu a vnímání sebe a světa. Zvyšuje se podíl sociopatologických projevů u mládeže (Macková, 2011).

Spirituální-

Česká republika se dle průzkumu kloní k tzv. ateismu, tedy bez vyznání (iDnes, 2018). Češi často, prožívají i krize spojené s umíráním a spiritualitou, Svatošová rozděljuje bolesti na fyzické, psychické a spirituální, kdy současně doplňuje, že na spirituální bolest neexistuje farmakologický lék (Svatošová, 2018). V transpersonální psychologii, hlubinné psychologii se postupně užívá termín psychospirituální krize (Fenclová, 2017). Západní společnost, dospěla k materiálnímu požitku, bez zmírnění vnitřního napětí a hledání smyslu života (Groff, 1999).

Ekonomická-

Společnost 21.st. se nachází v tzv. 4. průmyslové revoluci, tato revoluce se nejvíce týká digitalizace, k této digitalizaci přispělo onemocnění Covid – 19 (Sedláček, 2020). Ekonomie se stala náboženstvím dnešní doby (Sedláček, 2020). Digitalizace může zlepšovat i současnou krizi spojenou s pandemií, například videohovory s lidmi v domovech pro seniory (Lékaři bez hranic, 2020). Digitalizace je i diskriminující pro starší ročníky, kdy na nové technologie si věkově starší generace hůře zvyká, než mladá (Sedláček, 2020). Digitalizace může být faktorem zhoršujícího se pohybového projevu jedince. Emoční projevy dnes můžeme zažívat z jednoho místa, nejsme tedy motivováni k pohybu. Toto chování může mít dopad na interocepti (vnímání sebe), zhoršená interocepce pak zvyšuje pravděpodobnost chronické bolesti (Di Lernia, 2020).

Výčet jednotlivých podkapitol, jak se můžeme dívat na člověka v dnešní době, ukazuje náročnost obsáhnout všechny pohledy v jedné osobě. Proto sílí potřeba práce v multidisciplinárním týmu. Mezioborová spolupráce však často vázne (Vacková, 2020).

2.1 Mezioborová spolupráce

V současné době stále narůstá specializace jednotlivých oborů. Tento drobnohled na nemoc a onemocnění často nepřináší očekávaný efekt na zdraví člověka. Ten často propadá síti oborů, jejíž oka se rozšiřují. Důvody mohou být – podpora individualismu,

odborná specializace, užší nároky na jazyk v jednotlivých oborech, které pak nejsou schopny se domluvit a porozumět si. Na druhou stranu sílí vlna takzvaného holistického přístupu k člověku. Mezioborová spolupráce tedy přichází jako řešení tohoto stavu a také logického prvního kroku.

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

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

Jednotlivé faktorech ovlivňující mezioborovou spolupráci popisuje text Levické (Levická, 2004). Autorka vychází především z pojetí mezioborové spolupráce Bronstein. Bronstein razí názor důležitosti soustředění se v rámci mezioborové spolupráce na stejný cíl na uvědomění si, že společného cíle nejsme schopni dosáhnout jednotlivě, ale ono propojení poskytuje cestu k pochopení cíle (Levická, 2004). Uvědomuje si dynamiku skupiny a jednotlivé procesy ovlivňující dosažení cíle (Levická, 2004). Zároveň jedním dechem dodává, že bez těchto procesů a interakce oborů není možné dosáhnout cíle (Bronstein, 2003). Hepsworth dále rozlišuje, zda se jedná o více organizací, nebo organizaci jedinou (Havlíková, Hubíková, 2017).

U nás s tématem mezioborové spolupráce přichází především obory strany sociální práce. Havlíková a Hubíková pak shrnují teze Choi a Pak, kde se multidisciplinární spolupráce obohacuje o pojmy interdisciplinarita, transdisciplinarita. Zde dochází k překračování hranic jednotlivých profesí, ty přicházejí o svou nedotknutelnost, důležitá též i participace dalších subjektů, jako je rodina, komunita (Havlíková, Hubíková, 2017). Tímto dochází k pravé provázanosti i na úrovni lidské, což přináší na jednu stranu více faktorů vstupující do hledání cíle, na druhou stranu onu nutnost opravdovosti, kde opravdovost může pomoci stáhnout závěs rolím (Havlíková, Hubíková, 2017).

V praxi se často mluví o provázanosti v rámci procesu samotného uzdravování. Zde multidisciplinární spolupráce selhává plně. Navíc se krom přístupu psychosomatiky na možnost provázanosti nevěří. Právě zde je největší potenciál dobře fungujícího multidisciplinárního týmu. Otázkou do budoucna je, kdo všechno by do tohoto modelu

spadal, jelikož současné nastavení odborností není dle názoru autora diplomové práce dostačující.

Určitým náznakem této skutečnosti je návrat duchovních do prostor nemocnic. Selhává například reflexe vlivu stravy na zdraví a uzdravování člověka. Je kladen větší důraz na podání farmakologického léku než ovlivňování stavu přirozenější cestou, můžeme se dívat i na určitou pasivizaci člověka v procesu uzdravení. Příkladem může být, že v roce 2020 se začíná měnit stravovací standart z 50. let v nemocnicích a sociálních zařízeních, otázkou bude finanční možnosti organizací a přivádění do praxe. Dalším příkladem může být práce s traumatem, nové přístupy psychoterapie jsou jen velmi pomalu přijímány, například biosyntéza. V zahraničních klinikách je například zcela přirozený trénink koncentrace a meditace. Například na Massachusettské univerzitě, kde svůj program vyvinul Jon Kabat Zinn (Zinn, 2016). Dnes již zcela ověřena metoda je u nás stále přijímaná velmi opatrně a s despektem. Přitom vliv této metody na zvládání stresu, imunitní systém, vyrovnávání se s oznámením ztráty (zdraví, blízkého člověka) je již prokázán (Zinn, 2016).

Další otázkou mezioborové spolupráce je koordinovanost tohoto procesu. Jedním z logicky prvních kroků je tzv. case management, kde sociální pracovník, v psychiatrii například psychiatrická sestra, „vlastní“ a řídí případ (Vacková, 2020). Vyskytují se, ale i určité kritiky tohoto přístupu, například v psychiatrii, kde již reforma začala dříve (Novák, Ukropová, 2019). Case managementu v procesu zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi a zřizování center duševního zdraví je vyčítána absence asertivního intervence (Novák, Ukropová, 2019). Autoři zmiňují jako více vyhovující přístup FACT model a OD (otevřený dialog) (Novák, Ukropová, 2019). Při zřizování CDZ v psychiatrické reformě se objevují další překážky a obtíže case managementu, autor diplomové práce, ve své výzkumné části zmiňuje, Řeháček: psychiatrická sestra vs. sociální pracovník, mzdové nároky dle profese, terapeutická vs. neterapeutická práce, spádovost, cílová skupina, návazná péče, spolupráce se zařízeními psychiatrické péče, chybějící ambulantní lékaři, komunikační kanály a porady, administrativní zátěž a kapacita case managera (Řeháček, 2019).

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

V současné době je supervize přijímaná velmi pomalu a nejistě, především doba před rokem 1989 plná kontrol nese v lidech nejistotu a asociaci s určitým dohledem (Havrdová, 2008). Ukazuje se také, že tým a zadavatel mají neadekvátní představy a požadavky na supervize, které spíše spadají do kompetencí řízení (Havrdová, 2008). Supervize může být jistě dobrým doplňkem, ale velmi bude záležet na typu a kontraktu. (Havrdová, 2008). Jelikož neexistuje zkušenost s týmem v koordinované rehabilitaci bude velmi náročné stanovit přesný cíl a kontrakt.

2.2 *Koordinovaná rehabilitace*

V úvodu této kapitoly je třeba zmínit, že koordinovaná rehabilitace v rámci ČR neexistuje, vyskytuje se omezeně v rámci speciálních zařízení.

Podle slov prof. Pfeiffera: „V Čechách umíme poskytnout špičkovou akutní péči, ale poněkud vážne neméně důležitá návazná péče. Jedna věc je zvládnutí akutního stavu, ale druhá věc je, aby život měl potom nějaký smysl.“ (Pfeiffer, 2019).

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

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

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

V odborné literatuře se společně s termínem koordinovaná rehabilitace udává komprehenzivní nebo celistvá (Krhutová, 2017). Patří sem: léčebná rehabilitace (zdravotní): medikace, operativní zákroky, fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie (Krhutová, 2017). Dále sociální rehabilitace: sociální služby, sociální dávky, podpora zaměstnanosti, podpora bydlení, kulturních a zájmových aktivit (Krhutová, 2017). Pedagogická rehabilitace: edukace, poradenství, příprava na povolání (Krhutová, 2017). Pracovní rehabilitace zahrnuje kvalifikaci, rekvalifikaci, přípravu na povolání a úpravu podmínek výkonu práce (Krhutová, 2017). Technologická rehabilitace: kompenzační pomůcky, odstraňování informačních, architektonických a dopravních bariér (Krhutová, 2017). Předposlední udávaná je ekonomická rehabilitace: státní politika veřejných financí, přesah do všech dalších oddílů. (Krhutová, 2017). Poslední rehabilitací je právní: legislativa k zajištění rovných příležitostí, podpory a péče o osoby se zdravotním postižením, sociální práva, sociální zabezpečení. (Krhutová, 2017).

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

2.3 Sociální práce

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Fyzioterapie

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

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

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

Fyzioterapeut se může dále vzdělávat v rámci individuálních konceptů/metodik, jež jsou uvedeny ve vyhlášce o činnostech, kdy fyzioterapeut má poté právo péči vykonávat pomocí těchto konceptů, u kterých získal kvalifikaci (Brůha, 2011). Je zde i možnost získání kvalifikace k dílčím specializovaným výkonům pomocí certifikovaných kurzů (Brůha, 2011). Fyzioterapeut může vést povolání maséra a odborně dohlížet na sanitáře

pro lázně a léčebnou rehabilitaci, avšak k tomuto musí získat odbornou kvalifikaci, a to po třech semestrech vysoké či vyšší odborné školy v oboru pro přípravu fyzioterapeutů (Brůha, 2011). Fyzioterapeut má také kvalifikaci k povolání nezdravotnického maséra, a to v rámci živnosti, ale ne k práci maséra jako zdravotnického pracovníka (Brůha, 2011). Fyzioterapeut má povinnost tzv. celoživotní vzdělávání. Toto vzdělávání upravuje §53 a 54 zákona o nelékařských zdravotnických povolání, který celoživotní vzdělávání vysvětluje jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky (zákon č. 201/2017Sb).

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

2.5 Terapie na pozadí filozofického pojetí člověka

Filozofická antropologie nás učí sledovat vývoj člověka a jeho přemýšlení o sobě. Tato kapitola stručně shrne dle autora nejdůležitější mezníky tohoto procesu. Pokud mluvíme o dějinách evropského myšlení je třeba se vrátit do Řecka 7. a 6. st. př. n.l., i když jsou v této kapitole použita slova evropské myšlení, rád bych se vyvaroval určitému eurocentralizmu, kdy bych nerad podporoval vymezování se východní moudrosti a napodoboval tak, dnes už víme, nesprávnou cestu filozofa Hegela.

Za otce filozofie považujeme Tháleta, kterého řadíme do tzv. Milétské školy, a který přinesl nový pohled na vznik světa oproti tehdejší mytologii (Tretera, 2006). Tháles považoval za původ všeho vodu, patrně se domníval, že život vzniká ve vodě (Gaarder, 2002). Tháles dále uvádí, že „vše je plné bohů“, zřejmě neměl na mysli stejné bohy jako Homér, uvažoval, že země je plná drobných, neviditelných „semen života“, z kterých vzniká život (Gaarder, 2002).

Druhým milétským filozofem je Anaximandros, který se domníval, že svět je jedním z mnoha světů, přemýšlel o určité látce, která není podobná ničemu, co je stvořené, a z které je vše stvořeno (Gaarder, 2002).

Třetím filozofem narozeném v Milétu byl Anaximenés, patrně znal Tháletovo učení a jako výchozí látku považuje vzduch, mlhu (Gaarder, 2002).

Nic nemůže vzniknout z ničeho, všichni tři filozofové tedy uvažují o určité pralátce (Gaarder, 2002).

Eleaté, filozofové z jižní Itálie, kam řadíme Parmenidése a Hérakleita z Efesu, tito dva filozofové dále rozvíjeli milétskou školu. Parmenidés se opíral o rozum, nic se nemůže měnit, Hérakleitos kontroval a řekl, smyslové vjemy jasně ukazují, že v přírodě probíhají změny neustále (Gaarder, 2002). Otázkou tedy zůstává máme spoléhat na rozum nebo smysly?

Vznikl začarovaný kruh, z kterého Empedoklés ze Sicílie v 5. st. př. n.l. našel cestu, teorií existence více základních prvků, proto se předchozí filozofové, nemýlili a zároveň mýlili (Gaarder, 2002). Empedoklés přišel s teorií 4 základních prvků: oheň, voda, vzduch a země (Gaarder, 2002). Velmi zajímavé je, že toto rozdělení se nachází i ve východní moudrosti, kde se ještě mezi základní element počítá kov, toto vnímání se projevuje i v Čínské medicíně.

Anaxagorás z Klazomen se nemohl ztotožnit s názorem, že čtyři základní živly se mohou změnit na krev a kosti (Gaarder, 2002). Zrodila se teorie, že příroda je stvořena z mnoha droboučkových částecek, které nejsou okem viditelné (Gaarder, 2002).

Posledním velkým přírodním filozofem byl Démokritos, který ony drobné částičky nazval atomy (nedělitelný) (Gaarder, 2002). Démokritos současně neuvažoval o žádné síle nebo duchu, který vstupuje do přírodních procesů, zde můžeme vidět základy materialismu, podle Démokrita lidé nemají nesmrtelnou duši (Gaarder, 2002).

Ve zdravotnictví se Hippokratés pokusil o přirozené vysvětlení nemocí, nejdůležitější ochranou před nemocí je podle hippokratovské lékařské tradice střídmost a zdravý způsob života, zdraví chápe jako přirozený stav člověka, nemoc je duševní a tělesná nerovnováha, objevil se náznak lékařské etiky (Gaarder, 2002).

Kritické myšlení a odpor k přežívajícím mýtům byly vlastní sofistům, podle sofistů lidé nemohli přijít na hádanky přírody a vesmíru, tak vznikl skepticismus (Gaarder, 2002). Sofista Prótagorás přišel s myšlenkou: „středem všeho je člověk“, vše dobré nebo zlé musí být posuzováno ve vztahu k zájmům člověka (Gaarder, 2002). Vznikla agnostika, tedy nejistota, zda bůh existuje nebo ne (Gaarder, 2002).

Na scénu tehdejší doby přišel podivuhodný filozof Sókratés, jeho životní paralelou s Ježíšem Nazaretským můžeme sledovat v několika bodech, nenapsali ani jedno dílo, jejich pohledy máme zprostředkované skrze následovníky Platón, Matouš, Lukáš aj., oba zemřeli za víru v pravdu, oba hlásali, že slyší „božský hlas“ (Gaarder, 2002). Sókratés svou filozofii stejně jako sófisté zaměřoval na člověka, sám sebe sófistou nenazýval, odtud máme citát: „vím, že nic nevím“, nepovažoval sám sebe za člověka moudrého (Gaarder, 2002). Sókratés toužil poznat co je dobré a špatné, hlásal, že musíme neustále rozšiřovat své obzory a poznání, abychom sami sebe vedli k správnému jednání (Gaarder, 2002).

Platóna do určité míry ovlivnila Sókratova smrt, ukazoval na fakt, že panuje rozdíl mezi skutečnými poměry ve společnosti a pravdou či ideálem (Gaarder, 2002). Platón navazoval na sófisty ve zkoumání co je neměnné a co v pohybu, sófisté se domnívali, že kdo má pravdu se v každém městě, generaci, dokonce v každé situaci liší (Gaarder, 2002). Toto tvrzení ovšem Sókrates odmítl a mluvil o nadčasové pravdě, kterou opíral o vlastní rozum (Gaarder, 2002). Démokritos a Empedoklés tvrdili, že všechny úkazy v přírodě plynou, přesto musí existovat něco, co se nikdy nemění (atomy, čtyři kořeny), Platón objevil nový pohled, a tedy forma se nemění (Gaarder, 2002). Platón rozporuje, že by atomy věděly, jak se mají složit a vytvořit například koně (Gaarder, 2002). Svět idejí, byly pro Platóna oním pravým světem, od kterého nás vzdalují naše smysly (Gaarder, 2002). Platón přišel s rozdělením světů na smyslové (sem patří tělo) a svět idejí, které jsou stínovou naší duše, která je neměnná (Gaarder, 2002).

Následovník Platónův, Aristotelés cítil potřebu pořádku a uspořádání světa (Gaarder, 2002). Aristotelés formu nevnímal mimo přírodu, ale jako vlastnost daného zvířete, formou byla nazvána až po poznání (Gaarder, 2002). Aristotelés poté rozdělil skutečnost do dvou jednotlivostí: látka (hýlé) a tvar (morfé) (Gaarder, 2002). Díky tomuto vnímání postupně stupňovitě uspořádal přírodu, základní rozdělení na živá a neživá, živá se dělí na rostliny, bytosti, bytosti poté na zvířata a lidi (Gaarder, 2002). Aristotéles, člověka rozdělil podle formy na rostlinná duše, zvířecí duše a rozumová duše (Gaarder, 2002). Etiku pak vysvětlil podle naplnění těchto třech duší, první štěstí z životních radostí a potěšení, druhá svobodný a odpovědný život a třetí život vědce a filozofa, pokud jsou tyto tři podstaty naplněny je člověk šťastným (Gaarder, 2002). Aristotelés, na rozdíl od Platóna nahlíží na ženy jako na neúplné muže (Gaarder, 2002). Tento pohled je pak ve středověku přijat na rozdíl od Platónova, což můžeme vnímat dodnes (Gaarder, 2002).

Po smrti Aristotela vznikl Helénismus, který smazal hranice mezi jednotlivými zeměmi a kulturami, v tomto období se utvořily čtyři hlavní filozofické směry, které si kladly otázku: „v čem spočívá opravdové štěstí?“ (Gaarder, 2002). Kynikové a nejznámější zástupce tohoto směru Diogenés, se domnívali, že člověk si nemusí dělat starosti se svým zdravím, utrpením a ani smrt mu nemá vadit, stejně tak se nemá trápit starostmi o utrpení druhých (Gaarder, 2002). Stoikové přišli s představou jedné přírody a položil základy směru, kterému dnes říkáme monismus, tedy není rozdílu mezi duchem a tělem (Gaarder, 2002). Stoikové, zvláště Cicero zformuloval pojem humanismus, ve středu zájmu byl tedy člověk, člověk se musí smířit se svým osudem, nic se neděje náhodně (Gaarder, 2002). Epikurejci naopak skrze žáka Sókrata, Aristippa, přišli s názorem: „cílem člověka je dosažení co nejvyšší smyslové slasti, bolest je největší zlo“ (Gaarder, 2002). Epikúros dále podal souhrn osvobozující filozofie tím, že pojmenoval čtyři léčivé prostředky: bohů netřeba se bát, se smrtí si nemusíme dělat starosti, dobra lze snadno dosáhnout, zlo lze snadno vydržet (Gaarder, 2002). Čtvrtým filozofickým směrem této doby je novoplatonismus, vracíme se tedy k platónovské jeskyni, světu idejí (Gaarder, 2002). Na rozdíl od Platóna, ale nedělí svět na vnitřní a vnější, ale propojili v celistvost, vše je obsažené v Bohu, člověk je sám mystériem (Gaarder, 2002). Plótin takto přemýšlel po opakovaném zážitku spojení jeho duše s Bohem na tento směr navazuje mystika, která rozpouští já formu (Gaarder, 2002).

Pro ucelení náhledu na evropské myšlení si nyní v této chvíli, která datumově spadá před vznik křesťanství uveďme kulturní okruhy, které se v Evropě navzájem ovlivňují.

Indoevropané, do této skupiny patří všechny evropské jazyky s výjimkou jazyků ugrofinských (Gaarder, 2002). Společným znakem indoevropanů byl charakteristický polyteismus, svět byl vnímán jako zápas dobrých a zlých sil, dějiny byly vnímány jako cyklické kruhy, buddhismus a hinduismus dále věří v panteismus, a tedy božská přítomnost je ve všem, ideálem náboženského rozpoložení je pasivita a odchod do ústraní, žití v askezi se dostává i do evropských klášterů (Gaarder, 2002).

Semité, původně pocházejí z Arabského poloostrova, všechna tři západní náboženství – judaismus, křesťanství a islám mají semitské kořeny (Gaarder, 2002). Korán a Starý zákon jsou napsány příbuzným semitským jazykem, Nový zákon, tedy křesťanská kniha byla napsána řecky, ukazuje se zde vzájemné ovlivňování s novoplatónismem (Gaarder, 2002). Důležitým rysem těchto náboženství je, že Bůh zasahuje do běhu dějin a realizuje

tak své záměry se světem (Gaarder, 2002). Semité proto zapisovali historii jako důkaz působení Boha (Gaarder, 2002). Trojice velkých králů Izraele: Saul, David a Šalamoun dostali titul Mesiáš (pomazaný), po vládě těchto králů přichází úpadek Izraele a proroci začali kázat o Božím trestu za nedodržování Božích přikázání (Gaarder, 2002). Začalo se objevovat proroctví, že bude seslán kníže míru a zachrání část rodu Davidova (Gaarder, 2002).

Ježíš, původní představy příchodu nového krále nenaplňoval, Židé věřily v politického vůdce a zachránce Židů a osvoboditele nad Římem (Gaarder, 2002). Tato idea se postupně rozšířila na spasení celého lidstva (Gaarder, 2002). Ježíš nebyl jediným, kdo vystupoval jako Mesiáš, ale jeho hlásání se lišilo, mezi lidmi šíří odpuštění, konkrétně odpuštění hříchů (Gaarder, 2002). I další slova jsou na tehdejší dobu novátorská: „Miluj bližního svého jako sebe samého“ (Gaarder, 2002). Ježíš, co hlásal, tím žil, jde dál ve svých tvrzení, kdy říká hříšní kajícíci jsou spravedlivější, než spořádaní občané bez hříchu a hany, kteří se pyšní svou bezúhonností (Gaarder, 2002). Stejně jako Řekové, Ježíš hlásá, že sami bez Boha se nemůžeme spasit (Gaarder, 2002). Pavel, je stejně jako Platón svědkem zavraždění svého učitele (Gaarder, 2002). Zde ovšem křesťanství přichází s důležitou změnou víry, po zmrtvýchvstání Ježíše, se v křesťanství věří ve zmrtvýchvstání těla, neodděluje se tedy duše a tělo, nejedná se ani o stěhování duší, jako v řeckém nebo indoevropském chápání, věří se v záchranu nad smrtí (Gaarder, 2002). Pavel se vydává do Athén a zabředává do hovorů s epikurejskými a stoickými filozofy (Gaarder, 2002). Do řeckého a římského světa tak začíná prosakovat nový pohled, hlásající, že Bůh se s lidmi setkává, chce být poznán, není v chrámech, v soškách ani filozofickém rozumu (Gaarder, 2002). Přichází církevní středověk.

Středověk je původně hanlivý název, kterým renesanční humanisté mínili jakési temné období, mezi řeckým věkem a novým věkem, obrození antiky, osvícenectví tento despekt zpečetil (Tretera, 2006). Mezi hlavní fáze středověku patří patristika, v této fázi se křesťanství vymezuje nad filozofii, později si uvědomuje rozvinutou kulturu a myšlení Řecka a začíná studovat významnou literaturu (Tretera, 2006). V pozdějším období nastupuje fáze scholastiky, čas věnovaný studiím, hlavní otázku, kterou scholastika řeší je vztah víry a rozumu, je to období dogmatiky a dnes je jednoznačně pejorativně zabarvené (Tretera, 2006). Bez pochopení scholastika, ale nemůžeme chápat novověk (Tretera, 2006). Nejznámější postavou tohoto období je Tomáš Akvinský, velmi zajímavý je jeho pohled na pravdu, rozdělil ji do dvou sfér, první sféra je pravda, kterou Bůh sesílá

člověku nadpřirozenou cestou milosti jako předmět víry, nemění nýbrž doplňuje pravdu z oné druhé sféry, tj. pravdu, kterou mu zpřístupňuje cestou přirozenou (Tretera, 2006). Tomáš Akvinský tedy udává, že některé pravdy jsou nadrozumové (Tretera, 2006). Druhou velmi zajímavou postavou středověku je Mistr Eckhart z Hochheimu, jeho myšlení je neobyčejně hluboké a zároveň temné a zašifrované (Tretera, 2006). Eckhart se vrací k myšlenkám novoplatonismu a nesouhlasí tak se svým učitelem Tomášem Akvinským v rozdělení víry a rozumu, nenazývá bytí Boha, ale jednota Boha. Bůh poznává nikoliv proto, že je, nýbrž je, protože poznává (Tretera, 2006).

Renesance, nový věk, přechází od theocentrismu k antropocentrismu, z něhož vyústí humanismus (Tretera, 2006). Dochází k recepci platónismu, tento směr je patrný i v umění, Leonardo da Vinci v portrétu Dámy s hranostajem, maluje obličej tak, aby se z něho poznalo, jak vypadá duše (Tretera, 2006). Renesance se také pokouší o splnutí protiv, především ve vztahu k nekonečnému absolutnu – Bohu (Tretera, 2006). K nebyvalému rozkvětu doby patří reformy, tak se renesance začíná dostávat do střetů s církví, jmenujme například Giordano Bruna (Tretera, 2006). Nekonečný vesmír, nemajíc hranic je jednou z jeho myšlenek, všude jsou stejné prvky, síly a principy, vzniká tak pantheismus – příroda je bůh ve věcech (Tretera, 2006). Monadismus vychází z atomismu, na rozdíl od něho není však jen hmotný (Tretera, 2006). Monády jsou hmotně a duchovní zároveň, jsou věčné, mění se pouze vztahy mezi nimi (Tretera, 2006). Panpsychismus neboli světová duše, tímto Bruno vysvětloval pohyb vesmírných těles, tělesa se pohybují z vlastního popudu (Tretera, 2006). Organicismus svět je podle Bruna nekonečný živoucí tvor (Tretera, 2006). Renesance hlásá, že zkoumání přírody se musí stavět na pozorování, zkušenosti a experimentu, vzniká empirická metoda (Gaarder, 2002). Galileo Galilei pokládá svou větou, příroda je psána matematickým jazykem, základ technické revoluci (Gaarder, 2002). Lidé se postupně začínají osvobozovat od závislosti na přírodě, místo užívání se mění na využívání (Gaarder, 2002). Isaac Newton pokládá základy chápání světa jako automatu, navazuje na Galileia a vysvětluje pohyb planet, vzniká teorie dynamiky (Gaarder, 2002). Gravitace a odstředivá síla začaly vysvětlovat vztah těles (Gaarder, 2002). Z Newtona vychází i dnešní chápání ekonomiky (Gaarder, 2002). Luther a Hus se stávají reformátory v církvi hlavním předmětem jsou odpustky, a tedy vymizení hlubšího zamyšlení nad vlastním činem (Gaarder, 2002).

Barokní doba na rozdíl od renesance přináší větší různorodost, slavná hesla *carpe diem* (užívej dne) a na druhé straně *memento mori* (pamatuj na smrt), vypovídají o této

různorodosti (Gaarder, 2002). 17. století je typické i sociálními rozdíly, politická scéna typická úkladnými vraždami a intriky (Gaarder, 2002). Život je divadlo, jeden den chodíme po Zemi a druhý jsme pryč, Shakespear, jehož dílo stojí na pomezí renesance a baroka (Gaarder, 2002). Přichází vlna materialismu, jeden z nejvlivnějších filozofů tohoto směru je Thomas Hobber (Gaarder, 2002). Sem spadá i newtonovský mechanický obraz světa (Gaarder, 2002). Tento směr se dostává postupně i do lékařství La Mettrie píše knihu *L'homme machine* (člověk – stroj). Determinismus všechno je dáno vysvětluje Laplace tezí, kdybychom znali přesnou polohu všech hmotných částic v určitém časovém bodě, nejistota zmizí a budoucnost, stejně jako minulost nám bude stát před očima (Gaarder, 2002).

René Descartes se vrací k Sókratovi a jeho víře, že jediné spolehlivé poznání nám může poskytnout rozum (Gaarder, 2002). Descartes dochází k úvaze, že na znalosti, jež nám přenechal středověk, nelze úplně spoléhat (Gaarder, 2002). Toto zjištění dává impuls pěstování vlastní filozofie (Gaarder, 2002). Descartes se rozhodl urovnat revoluční myšlenky renesance a ustanovit filozofický systém (Gaarder, 2002). Zabýval se hlavně tím, co víme, tedy otázky jistoty našeho poznání a vztah mezi duší a tělem (Gaarder, 2002). Přišel s revolučním systémem, jak ověřovat pravdu, začít jednoduchými úvahami ke složitějším, nakonec vše ověřit a přepočítat, zda na něco nezapomněl (Gaarder, 2002). Descartes je dualista odděluje tedy tělo a duši, tělo vnímá jako automat, propojenost těla a duše hledá Descartes v šíšince, pro Descarta je duše rovna s rozumem (Gaarder, 2002).

Descartes ovlivnil i dalšího filozofa Spinozu, ten se byl známý pro svou kritiku křesťanských a židovských dogmat (Gaarder, 2002). Spinoza se trochu vrací k pantheismu, ale jeho pohled není, že Bůh je stvořitelem světa a stojí opodál, ale Bůh je svět (Gaarder, 2002). Na rozdíl od Descartes, Spinoza neuznává dvě substance (myšlení, rozprostraněnost), ale substancí jedinou (někdy ji nazývá Bohem, přírodou) (Gaarder, 2002). Spinoza hlásal, vše se děje z nutnosti (Gaarder, 2002).

John Locke, přišel s představou že vše, co máme v myšlenkách a představách, je jen odraz toho, co jsme viděli a slyšeli (Gaarder, 2002). Locke považoval za přijímatele vnějších vjemů naše smysly a následné vnitřní působení tedy reflexy, smysly rozděljuje na prvotní (rozměr, váha, forma) a druhotné (barva, zvuk, chuť), tyto druhotné smyslové vjemy nazývá obecně nepravdivým (Gaarder, 2002).

Hume, na rozdíl od ostatních filozofů vycházel z každodenního života (Gaarder, 2002). Myšlení považuje za konstrukt a jako empirik se snaží najít jednoduchost bytí (Gaarder, 2002). Mluvil o falešných představách pocházející z lidské fantazie, jejich vznik vysvětlil spojováním dvou existujících věcí (Gaarder, 2002). Hume mluvil o dojmech a ideích, dojem vznikl v přítomný okamžik, idea je pak vzpomínkou na dojem (Gaarder, 2002). Pokud tento smyslový dojem chyběl mluvil Hume o konstruktu fantazie (Gaarder, 2002). V analýze lidského vědomí tvrdil, že nemáme jednu osobnost, ale různé stavy mysli, proto odmítá neměnnost člověka, podobně jako Buddha (Gaarder, 2002).

Berkeley šel ve vnímání smysly ještě dál, když se domníval, že věci v přírodě vnímáme přesně takové, jaké jsou, ale nejsou to věci (Gaarder, 2002). Berkeley tedy v duchu empirizmu tvrdil, že jediné, co můžeme tvrdit, že vnímáme smysly (Gaarder, 2002). Tedy věci doopravdy neexistují, to jen naše smysly říkají, že ano (Gaarder, 2002). Odůvodňoval to sny, kdy na nic nesaháme a stejně to cítíme (Gaarder, 2002). Podle Berkeleyho mohla být vlastní duše příčinou idejí (Gaarder, 2002).

S osvícenstvím přišel Kant, který měl pokorný pohled k výzkumu ve velkých otázkách lidstva, řekl, že člověk se nemůže dopátrat odpovědí na velké otázky, přesto by měl hledat, tady věta trochu začíná připomínat existencialismus, tedy, čím si můžeme být opravdu jistí? (Gaarder, 2002). Kant toto tvrzení opřel o důležitost smyslových vjemů a pokud smyslový vjem chybí, dostává se člověk do oblasti víry a fantazie (Gaarder, 2002). Víra se tedy zpět dostala do uvažování člověka ve věku osvícenství a tím i otázka křesťanství (Gaarder, 2002).

Romantismus vrátil do hry emoce, které staví nad rozum, můžeme v tom vidět i určitou reakci na to, že něco k plnému chápání chybí (Gaarder, 2002). Toto si uvědomil i Hegel, který přišel s pohledem, že filozofie jde v určité opakující se posloupnosti, tedy teze, antiteze a integrační teze (Gaarder, 2002).

Kierkegaard přinesl vlnu kritiky tehdejší Evropy, doba postrádá upřímnost a zaujetí (Gaarder, 2002). Kierkegaard kritizoval Hegela, že zcela zapomněl na člověka, Kierkegaard řekl, že za psacím stolem člověk svou existenci nepocítí, ta se skrývá v jeho jednání (Gaarder, 2002). Zde je dobré připomenout, že ze závěrů Kierkegaarda hojně vychází Rodgers při PCA a kritice psychoanalýzy.

Abychom plně vnímali naše nastavení nejen v koordinované rehabilitaci, musím zmínit Marxe. Tak jak Marx upozorňuje na nerovnost ve společnosti, tak my někdy vnímáme nerovnost v týmu koordinované rehabilitace, pokud si, ale nezapomene připomenout Orwellovu Farmu zvířat, může se lehkost stát, že vnitřní boj proti autoritám, lékařům spíše zhorší dosavadní situaci, na druhou stranu, ono stání na pedestalu někdy brání k vzájemnému respektu.

Tato kapitola má čtenáře dovést k hlubšímu zamyšlení nad souvislostmi, tak abychom mohli vnímat vzájemný respekt k jednotlivým názorům, s vědomím, že stejně jako filozofové ani my nemáme na vše odpovědi, a že současné nastavení může promlouvat do chodu týmu. Pokud tým dokáže tuto dynamiku reflektovat, propojovat různé pohledy na věc a diskutovat, mohlo by se naplnit bio-psycho-sociální-spirituální-kulturní vnímání člověka. Dnes se na člověka můžeme dívat ze dvou úhlů. Dualistický, tedy duševní a tělesné projevy jsou oddělené. A monistický, který je postaven na jedné všeurčující dimenzi (Cichá, 2014). Existuje pohled psychofyzického paralelismu, kde duševní a tělesné projevy probíhají současně, ale nejsou vzájemně provázány (Cichá, 2014). Dalším dualismem dnešní doby je vrozená (genetická) a získaná (naučená) rovina člověka (Cichá, 2014). Gould se na tento dualismus dívá nekontroverzně, tedy oboje je výsledkem souhry mezi vrozenými a vnějšími vlivy (Cichá, 2014). Další dualismus můžeme vnímat v samotném lékařství, které je na pomezí věd přírodních a humanitních (Vácha, 2012). V současné české společnosti 21. století je lékařské povolání v různých anketách pravidelně hodnoceno jako nejprestižnější, veřejnost tak lékaře chápe jako odborníky zabývající se jejich zdravím, ke komu se mohou s důvěrou obrátit, nechápe je jako funkcionáře, či techniky opravující poškozené součásti těla (Vácha, 2012). Lékařská profese dnes prochází velmi hlubokými změnami, kdy zejména ekonomické tlaky mají tendenci deformovat sebechápání lékařské profese (Vácha, 2012). Carl Rogers ve své knize *Způsob bytí* vysvětluje důležitost vztahu v terapii, mluví o umění naslouchat, ale také rozděluje terapeuty dle inklinace k psychoanalýze a k člověku na technické a humanistické (Rogers, 2014). Integrovaným vnímáním člověka se zabýval také další žák Freuda, Erich Fromm. Fromm opustil Freudův biologismus a zabýval se syntetickou koncepcí osobnosti, kdy mluví o asimilaci a socializaci (Fromm, 2018). Fromm také zdůrazňuje práci sám na sobě dříve, než začneme analyzovat druhé (Fromm, 2018). Práce na sobě se často dotýká i kapitoly trauma. O traumatu se poslední dobou zvedla stavidla zájmu. Trauma je důležitým hráčem v poli vlastního vnímání a vnímání ostatních

(Levine, 2010). Přesto je třeba nezapomenout na rovinu genů. K integrálnímu chápání člověka nám může pomoci samotný výzkum mozku a neurověda. Lidský mozek strukturálně ukazuje propojení lidských pochodů a systémů, na úrovni vertikálních a horizontálních spojů (Cichá, 2014). K evolučně nejmladším mozkovým okřskům patří tzv. asociativní kortex, někdy taky označován jako sociokulturní mozek (Cichá, 2014). Nejdůležitější částí je prefrontální kortex, který je sídlem vyšších duševních schopností (Cichá, 2014). Jeho poškození je spojeno s poruchami chování a sebeuvědomění (Cichá, 2014). Zajímavou paralelu mozku a týmu koordinované rehabilitace nám umožňuje fakt, řízení mozku. Kdy čím složitější úkon má mozek provést, tím více center se na něm podílí, například paměť. V současné době informace a úzká specializace odborností roste, ale roste i potřeba vzájemného propojování v řízení péči o klienta. Dnes tento úkon nedokáže vykonávat jediná osoba. Záleží čistě na nás, jak toto řízení bude vypadat v praxi, pokud si vezmeme za vzor vlastní mozek, je třeba učit se vzájemné komunikaci a nepracovat v týmu z hlediska ostrovů odborností, tedy, že jedna odbornost neví o druhé a klient je uměle posílán od jedné k druhé.

2.5.1 Vývoj koordinované rehabilitace v Evropě

V této kapitole se podíváme jak koordinovaná, či ucelená rehabilitace funguje v Evropě, nejčastěji se udává jako tzv. Comprehensive rehabilitation (Bruthansová, 2012). Vacková udává také název Community Based Rehabilitation (CBR) (Vacková, 2020). CBR je organizována WHO. CBR se původně zaměřovala na problémy, které byly v té době považovány za prioritní, např. poliomyelitida a další přenosné nemoci, zapojením mnoha profesních skupin, např. fyzioterapeutů při provádění programů CBR vyústili v silné zaměření na fyzické postižení (WHO, 2010). Dnes se zaměření a hrozby liší, manažeři CBR mohou postrádat znalosti a důvěru v to, jak nejlépe řešit nové problémy ve svých programech, více se mluví o stigmatěch diagnózy a diskriminaci, dnes se o zdravotním postižení ví mnohem více za posledních 30 let prošla CBR významným evolučním procesem (WHO, 2010). CBR je strategie pro komunitní inkluzivní rozvoj, který bere v úvahu principy Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, např. nediskriminace a potřeby zahrnout všechny lidi se zdravotním postižením do rozvojových iniciativ (WHO, 2010). Proto to je důležité, aby programy CBR podnikly kroky k řešení výzev, které nebyly dříve brány v potaz, jako jsou problémy duševního zdraví, HIV / AIDS, malomocenství a humanitární krize (WHO, 2010).

Bruthansová porovnávala přístup k ucelené rehabilitaci v jednotlivých evropských státech (Spolková republika Německo, Rakousko, Francie, Nizozemsko, Švédsko, Polsko, Slovensko), údaje ze všech sledovaných zemí ukázaly, že v žádné z těchto zemí není rehabilitace osob se zdravotním postižením komplexně upravena v jedné právní normě (Bruthansová, 2012). Rehabilitace zdravotně postižených nebo postižením ohrožených osob je ve Spolkové republice Německo založena na poměrně komplikovaném právním systému s více nositeli rehabilitace (tzv. nositeli nákladů) (Bruthansová, 2012). Obdobně je tomu i v Rakousku (Bruthansová, 2012). Rakousko patří k zemím, ve kterých je ucelená rehabilitace tradičně rozvinuta (Bruthansová, 2012). Stejně jako v ostatních sledovaných státech je bezprostředně spjata se zdravotním postižením osob (Bruthansová, 2012). Úplně jiná situace je však ve Švédsku, kde neexistuje žádný obecný zákon, který by se zaměřoval na zajištění práv osob se zdravotním postižením (Bruthansová, 2012). Tato problematika včetně rehabilitace těchto osob se promítá do celé řady právních předpisů ať již přímo konkrétními právními ustanoveními nebo u jiných právních předpisů, (např. zákon o pracovním prostředí) se jejich působnost vztahuje na osoby se zdravotním postižením buď automaticky nebo jsou v právních ustanoveních řešících okruh působnosti výslovně uvedeny osoby se zdravotním postižením (Bruthansová, 2012). Konečnou odpovědnost za zajišťování potřeb pro osoby se zdravotním postižením mají obce a kraje, kterým zákony o sociálních službách a zdravotní péči umožňují poměrně velkou svobodu při plánování a organizování vlastních služeb (Bruthansová, 2012). Samostatnost těchto dvou úrovní samosprávy také znamená, že služby jsou organizovány různě v různých částech země a současně jsou u nich i jinak stanovovány priority (Bruthansová, 2012). Francie patří k zemím s poměrně dobře propracovanou rehabilitační péčí, a to nejen na úrovni zdravotní, ale i sociální a pracovní (Bruthansová, 2012). Právní úprava rehabilitace je i ve Francii obsažena v několika právních předpisech (Bruthansová, 2012). Rehabilitace ve Francii patří do struktury tzv. akutní péče (Bruthansová, 2012). Neexistuje zde žádná právní definice rehabilitace (Bruthansová, 2012). Nicméně je používán obecný termín pro rehabilitaci, ve francouzském originále „soins de suite ou de réadaptation“, do češtiny lze přibližně přeložit „znovu se přizpůsobit nebo rehabilitace“ (Bruthansová, 2012). V Polsku, obdobně jak je tomu i ve většině evropských zemí, je rehabilitace svázána s péčí o osoby se zdravotním postižením (Bruthansová, 2012). Rovněž i zde neexistuje komplexní právní předpis zabývající se ucelenou rehabilitací (Bruthansová, 2012). Ta je upravena širokým spektrem právních předpisů (Bruthansová, 2012). Právní předpisy týkající se osob se zdravotním postižením

jsou založeny na principech nediskriminace, integrace a rovných příležitostí (Bruthansová, 2012). Polsko rozlišuje léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální rehabilitaci (Bruthansová, 2012). Ani na Slovensku neexistuje komplexní právní úprava problematiky ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením (Bruthansová, 2012). Jednotlivé právní předpisy, aniž by byly explicitně legislativně či organizačně provázány, obsahují jednotlivá právní ustanovení týkající se rehabilitace (Bruthansová, 2012). V Nizozemsku je rovněž široce rozvinuta sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením již od jejich narození (Bruthansová, 2012). Cílem rehabilitace je participace, tj. začlenění se klienta do sociálního a pracovního prostředí (Bruthansová, 2012). Na rehabilitaci se podílí tým odborníků, kteří nejen poskytují pomoc a poradenství rodinným příslušníkům zdravotně postiženého jedince, ale i napomáhají rozvoji vzdělávání zdravotně postižených osob (Bruthansová, 2012).

V Evropě stejně jako u nás můžeme vidět určitý právní nesoulad, často je zmiňována rehabilitace u osob se zdravotním postižením, chybí preventivní rehabilitace, která dnes je spojována např. s wellness, můžeme sledovat v některých změnách lázeňské péče. V praxi se často stává i nezachycení pacienta v multidisciplinární péči, jelikož pacient často z nějakého důvodu obchází praktického lékaře. Pro odborníka pak je pacient zdraví v jeho zaměření a dekompenzovaný je stigmatizován a posílán na psychiatrii.

2.5.2 Vývoj koordinované rehabilitace v České republice

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

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

Od roku 2000 jsou v České republice iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem školství a dalšími institucemi připravit zákon o tzv. ucelené rehabilitaci (Krása, 2016). V roce 1999 byla založena tehdejším ministrem práce a sociálních věcí resortní skupinu pro přípravu zákona, k přijetí tohoto či obdobného zákona však v České republice dosud nedošlo (Krása, 2016). Přesto členové Evropské unie jsou vázáni, aby se koordinovaná rehabilitace stala součástí politiky státu (Krása, 2016).

2.6 Faktory ovlivňující fungování koordinované rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace a její chápání je na teoretické úrovni často přijímána. Její požadavky kladou veliké nároky na kvality jedince (Havrdová, 2014). Toto individuální jedinečné vnímání často zabraňuje k naplnění poslání a směřování koordinované rehabilitace (Bruthansová, 2012). Postavení člověka je také dobré vnímat jako dynamický proces měnící se ve prospěch koordinované rehabilitace (Rogers, 2014). Osobně vnímám některé části koordinované rehabilitace jako prestižnější než ostatní, nebo tak se na ně v dnešním nastavení společnosti dívá. Individuální prožívání často i předurčuje kdo a jak se tyto části rehabilitace učí a chce učit (Panksepp, 2021). I tady může fungovat ono jednoduché lidské nastavení a uvěření rolím (Svoboda, 2020). Koordinovaná rehabilitace stejně jako medicínské obory, ekonomické, aj. trpí díky uvěření v pasivitu a pasivizaci jedince (Bruthansová, 2012). V ekonomické době je tato pasivita klienta často posílená reklamou a vírou, ono se to stane, on se objeví, myšleno cizí člověk (spasitel) uchopí mou cestu a změní jí pro můj užitek. Tomuto chápání jde naproti populistická pasivizující politika. Další všeobecné jímání společnosti je strach z dynamiky, hledání jistoty a řízení systému tak, aby vyhovoval, nese s sebou odpor systém měnit, jelikož každá změna, ač je velmi dobře promyšlena vždy přinese něco, na co společnost připravená není (viz. revoluce) (Panksepp, 2021). Pokud tuto revoluci uchopíme na úrovni jedince, je to určitá katarze dlouho potlačovaných pocitů. Někdy vede k přemrštěné reakci, agresí a násilí (Hawkins, 2017). Pokud přemýšlíme o zavedení koordinované rehabilitace, je třeba vidět i vnímání se nás samotných (Havrdová, 2014). Určitá cesta může být přes selfmanagement, poznání sebe, vzorů, reakcí (Havrdová, 2014). Toto není nic nového, je staré jako lidstvo samo. V následujících kapitolách jsem se pokusil rozdělit jednotlivé faktory, které se pokusím vysvětlit.

2.6.1 Týmové faktory

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

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

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

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

Odborný jazyk, jako další faktor může být zavádějící ve vzájemném pochopení odborností. Kognitivní lingvistika se rozvíjí od osmdesátých let jako součást komplexu kognitivních věd. Zkoumají procesy probíhající v mysli a tyto procesy modelují (dále sem

patří kognitivní psychologie nebo teorie umělé inteligence) (Mareš, 2014). Základním předmětem zájmu kognitivní lingvistiky je otázka, jak mysl pracuje s jazykem a co jazyk o myslí vypovídá (Mareš, 2014). Svým zaměřením je kognitivní lingvistika velmi mnohotvárná (Mareš, 2014). Mimo jiné se sleduje, jak jsou jazykové významy a lidské myšlení zakotveny v tělesné zkušenosti člověka (Mareš, 2014). Běžně např. používáme metafory, které jsou založeny na přenášení struktury poznání z konkrétní do abstraktní oblasti: lepší, hodnotnější, příjemnější je nahoře (Má vysoké postavení. Je na vrcholu své kariéry (Mareš, 2014). Další varianta kognitivní lingvistiky vychází z předpokladu, že jazyk, který používáme, podmiňuje náš obraz světa. Právě prostřednictvím jazyka svět strukturujeme a kategorizujeme, tedy členíme na různé třídy (Mareš, 2014). Používání jazyka tvoří komunikaci. V obecném modelu komunikace jsou zahrnuty všechny základní prvky komunikace: komunikátor, příjemce, sdělení, komunikační kanál, zpětná vazba, případně šum (Uhlová, 2013). Komunikátor, původce zprávy, je buď jedinec, nebo skupina jedinců (Uhlová, 2013). Komunikátor zakóduje zprávu pomocí řady symbolů, např. jazyka, posunku (Uhlová, 2013). Výsledkem kódování je verbální nebo neverbální sdělení (případně obojí současně) (Uhlová, 2013). Při verbálním sdělení komunikátor vyjadřuje své myšlenky a záměry slovy, řečí (Uhlová, 2013). Neverbální sdělení je vyjadřování komunikátora gesty, mimikou apod. (Uhlová, 2013). Sdělení může nastat i prostřednictvím nějakého konání – konání činem (Uhlová, 2013). Komunikačním kanálem rozumíme způsob sdělení od komunikátora k příjemci (Uhlová, 2013). Při verbální komunikaci jsou to mluvidla člověka, u neverbální komunikace mimika, pohyby hlavy, rukou atd. (Uhlová, 2013). Komunikační prostředky v době moderní techniky se staly rovněž komunikačními kanály (telefon, rozhlas, televize, internet, elektronická pošta a podobně) (Uhlová, 2013). Příjemce je ten, komu je sdělení určeno – jedinec, nebo skupina jedinců (Uhlová, 2013). Příjemce dekóduje a interpretuje sdělení (Uhlová, 2013). Účinnost komunikace záleží na pochopení smyslu sdělení (Uhlová, 2013). Zpětná vazba má v komunikačním procesu důležitou funkci (Uhlová, 2013). Vypovídá komunikátorovi o tom, jak je sdělení přijato a chápáno, ale i správně realizováno (Uhlová, 2013). Šum znamená externí nebo interní narušení toku komunikace (Uhlová, 2013). Externím šumem v prostředí komunikace je například hluk, špatné nebo přílišné osvětlení, nepříznivá teplota, přítomnost třetí osoby a jiné (Uhlová, 2013). Interním šumem se stávají osobnostní problémy, jako je hlad, žízeň, fyzická nebo duševní únava, bolest hlavy, nemoc, nebo odlišnost komunikačních úrovní, nezáměr a podobně (Uhlová, 2013).

Bariéry jsou skutečnosti, které komunikaci nebo některou její část znemožňují (Uhlová, 2013).

2.6.2 Osobnostní faktory

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

Nejprve je třeba si vymezit co je to Ego. Ego v dnešní době již nevnímáme jako aspekt naší psyché, jak uvádí Freud (Petr, 2012). Dnes je ego synonymem naší osobnosti (Petr, 2012). Někteří autoři říkají, že ego je souborem myšlenek, které nám vymezují vesmír (Petr, 2012). Když existujeme pouze ze své vrstvy ega, jsme vlastně pouze soubor individualizovaných reakčních mechanismů, které jsme si vyvinuli v reakci na životní zkušenosti (Petr, 2012). Jedna z velmi dobrých map ega, resp. typu osobnosti, je enneagram (Petr, 2012). Jde o model, který popisuje ustálené vzorce prožívání, myšlení a jednání (Petr, 2012). Slovo enneagram pochází z řeckého ennea (devět) a grammos (bod, ale také vzorec) (Petr, 2012). Graficky je znázorněn devíticípou hvězdou v kruhu (Petr, 2012). Vrcholy této hvězdy představují devět stylů, navyklých a zautomatizovaných způsobů, jak zacházíme se sebou i s druhými (Petr, 2012). Do těchto zautomatizovaných způsobů se promítá naplnění našich základních lidských potřeb (Pesso, 2009). Podle Pessa rozlišujeme pět základních lidských potřeb, které pokud nejsou nasyceny do určitého věku člověka, mění jeho pohled na svět (Pesso, 2009).

Mezi tyto potřeby patří:

a) každý člověk očekává, že ve světě najde své místo, že bude mít dost prostoru v mateřském lůně, po narození v náruči rodičů, v dětské postýlce, ve svém pokoji, mezi blízkými, bude jimi radostně vítán v celé své individualitě takový, jaký je (Pesso, 2009). S touto potřebou úzce souvisí v pozdějším dospělém životě schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a "nejsem mimo" (Pesso, 2009)

b) každý člověk očekává od světa ochranu (Pesso, 2009). Nejprve jej před škodlivými vlivy ochrání mateřská děloha, po narození rodičovská náruč a záštita (Pesso, 2009). Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn, pro jeho další život to znamená pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení (Pesso, 2009)

c) člověk očekává péči a výživu (Pesso, 2009). Míní se tím nejen jídlo a něžnost v doslovné podobě, ale i dostatek podnětů, kontaktů, vztahů (Pesso, 2009). V pozdějším věku se k této potřebě řadí i informace, vzdělání, zájmy (Pesso, 2009). Kdo je v tomto smyslu "dobře živen", má pocit plnosti, naplnění, nasycení (Pesso, 2009). Netrpí přehnanými pocity prázdnoty (Pesso, 2009)

d) člověk očekává, že bude podporován – zcela konkrétně i symbolicky (Pesso, 2009). Podpora znamená konkrétně třeba být nesen, nebo moci se opřít, abych nespádl (Pesso, 2009). Kdo je podporován, necítí se být na věci sám (Pesso, 2009). Být podporován znamená rovněž být povzbuzován (Pesso, 2009). Žít s pocitem podpory znamená snad něco jako "žít s větrem v zádech"(Pesso, 2009). Lidé, kteří mají z dětství bohatou zkušenost s dostatkem podpory, si ji dokážou v dospělém životě dobře zajistit (Pesso, 2009). Mají energii a elán, necítí se slabí, bezmocně vydání napospas okolnostem (Pesso, 2009)

e) člověk instinktivně touží být limitován (Pesso, 2009). Být limitován znamená něco v tom smyslu jako být definován, to jest vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých (Pesso, 2009). Mít dobře zažitý limit znamená trochu paradoxně být schopen jít do věcí naplno, moci se do nich opřít beze strachu, že tím způsobím nějakou újmu sobě či druhým (Pesso, 2009). Dobrý zážitek limitu mi mohou poskytnout rodiče, kteří mě zvládnou (Pesso, 2009). Rodiče, kteří mají upřímnou radost z dětské živosti, rozpustilosti, z dětského zkoušení síly a experimentů, zároveň jsou ale v jednání a výchově pevní a nepovolují (Pesso, 2009).

Chováme se i nadále tak, jak jsme se naučili v prvních letech života (Petr, 2012). Nereagujeme již z přítomného okamžiku, ale z minulých zkušeností (Petr, 2012). Mnohdy to vypadá, jako bychom nechali tříleté dítě, aby za nás dělalo zásadní životní rozhodnutí (Petr, 2012). Ennea-typ si lze také představit jako brýle, které má každý z nás nasazené (Petr, 2012). Když máte modré brýle, svět je modrý (Petr, 2012). Potíže nastávají, když člověk, se kterým se snažíte domluvit, má brýle červené (Petr, 2012). Vidíte zcela jiný svět (Petr, 2012). Tyto filtry zkreslují a mění vše, co říkáme my nebo co říkají druzí (Petr, 2012). Jsou souhrnem nevědomých domněnek a předpokladů, že druzí fungují podobně jako my (Petr, 2012). A i když se spolu snažíme komunikovat, často nerozumíme podstatě sdělení, nechápeme, jak je možné, že druhý to vidí jinak (Petr, 2012).

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

1. Moc (power) – sociální status a prestiž, dominance nebo kontrola nad lidmi nebo zdroji, sociální moc, autorita, bohatství, zachování dobrého jména, společenské uznání. Moc zdůrazňuje dosažení a uchování dominantní pozice uvnitř obecnějšího sociálního systému (Schwartz, 1994).

2. Úspěch (achievement) – úspěšnost, schopnost, ctížádostivost, vlivnost, inteligence. Osobní úspěch díky uplatňování kompetencí podle sociálních standardů. Úspěch zdůrazňuje aktivní demonstraci schopnosti v konkrétní interakci (Schwartz, 1994).

3. Požitkářství (hedonism) – osobní potěšení, smyslové požitky, zábava, užívání života, nestřídmost. Hodnotový typ byl odvozen z potřeby uspokojování požitků (Schwartz 1994).

4. Stimulace (stimulation) – vzrušení, novost, výzva v životě, odvaha, pestrý život, vzrušující život. Tento typ byl odvozen z předpokladu, že k optimální úrovni aktivace je potřeba mnohotvárnost a pestrost podnětů (Schwartz, 1994).

5. Samostatnost (self-direction) – nezávislé myšlení a jednání, zvědavost, tvořivost, svoboda, volba vlastních cílů, nezávislost, sebeúcta. Typ byl odvozen z potřeby kontrolovat, ovládat a být nezávislý (Schwartz, 1994).

6. Universalismus (universalism) – pochopení, uznání, tolerance a ochrana pro blaho všech lidí, ochrana životního prostředí, jednota s přírodou, svět krásy, tolerance, sociální spravedlnost, moudrost, rovnost, mírový svět, vnitřní harmonie. Tento hodnotový typ byl odvozen z požadavků zajišťujících přežití – akceptování druhých jako prevence před střety, které by mohly ohrozit život a ochrana přírody jako prevence před zničením přírodních zdrojů nutných pro přežití člověka (Schwartz, 1994).

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

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

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

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

11. Bezpečnost (security) – bezpečnost, harmonie a stabilita společnosti a vztahů jedince se společností, čistota, národní bezpečnost, opětování služeb, sociální pořádek, bezpečnost rodiny, pocit sounáležitosti, zdraví. Tento hodnotový typ vyplývá ze základních individuálních a skupinových požadavků (Schwartz 1994). Tyto hodnoty dále porovnává v rámci vzájemných vztahů (Schwartz, 1994). V celosvětovém porovnávání vypadla 9. hodnota, spiritualita, která se nejevila jako univerzální (Schwartz, 1994).

Deset následujících hodnot mají mezi sebou čtyři vztahy (Schwartz, 1994). Je to za a) otevřenost změně, sem patří: samostatnost, stimulace, požitkářství, za b) posílení ega, zde se řadí: úspěch, moc, požitkářství, třetí je konverzace, ta spojuje: bezpečnost, tradice, konformismus, poslední čtvrtou konverzí je překročení sama sebe a zde máme hodnoty: benevolence a univerzalismus (Schwartz, 1994). Hodnoty Schwartz řadí do kruhu, kde sousední hodnoty si vzájemně odporují (Schwartz, 1994). Celkově pak tvoří obraz hodnot člověka (Schwartz, 1994).

Jako poslední do této skupiny v této práci řadíme trauma. Trauma je třeba rozlišovat od drama. Rozdíl mezi traumatem a dramatem je, že drama je náročné období člověka, ale má dostatek zdrojů a nástrojů, aby ho zvládl, u traumatu není dostatek zdrojů a nástrojů a dochází ke kompenzaci v podobě strategie přežití (Levine, 2019). V psychologii mluvíme o vytěsnění (Levine, 2019). Toto vytěsnění s sebou nese tělesnou odpověď – zamrznutí (Levine, 2019). Zamrznutí je pak rezervoárem traumatu, kdy trauma promlouvá zpětně do našeho života (Levine, 2019). Na základě této zkušenosti se měníme povaha jedince (Levine, 2019). Z projevů si uvedme racionalizace, člověk vysvětluje,

proč k dané situaci z pohledu racia, blokuje tak emoční projevy, kterých se bojí (Levine, 2019). Trauma tedy může být další filtrem v našich brýlích, skrze které se díváme na svět.

Z předchozích výčtů, co může člověka ovlivňovat při vnímání světa je vidět, že vnitřní nastavení hraje velkou roli. Můžeme vidět jednotlivé strategie, které si člověk přenáší do dalších vztahů, do doby, kdy je považuje za úspěšné při řešení konfliktu. Člověk má přirozeně i různou škálu hodnot, pokud se v týmu koordinované rehabilitace naučíme dívat na jedinečnost člověka a různorodost lidí v týmu, může nás opustit touha jednotného názoru, ale naopak vidíme tým s velkým potenciálem se na problematiku dívat z mnoha úhlů pohledu, který je vystaven na vzájemném respektu k odlišnostem jedince.

2.6.3 Systémové faktory

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

V průběhu minulého desetiletí byla opakovaně iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl spolu s MPSV, MZd, MŠMT a dalšími institucemi připravit zákon o ucelené rehabilitaci (Bruthansová, 2012). Již v roce 1999 založil tehdejší ministr práce a sociálních věcí Dr. Vladimír Špidla resortní skupinu pro přípravu zákona (poslední její zasedání bylo v roce 2007), k přijetí tohoto zákona však v České republice dosud nedošlo (Bruthansová, 2012). Evropská unie vyzvala své členské země, aby se koordinovaná rehabilitace-comprehensive rehabilitation (v řadě zemí se chápe označení rehabilitace samo o sobě jako rehabilitace ucelená) - stala součástí politiky státu (Bruthansová, 2012). Tak se Česká republika stále řadí mezi země, kde je tato problematika řešena pouze okrajově, ze složek ucelené rehabilitace je jako celek právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti (Bruthansová, 2012). U ostatních typů rehabilitace však komplexní právní úprava chybí (Bruthansová, 2012). Tato problematika je sice obsažena v právních předpisech jednotlivých právních odvětví, nicméně však netvoří ucelený celek (Bruthansová, 2012). Proto je třeba problematiku koordinované rehabilitace, přinejmenším její účelné koordinace, v blízkém časovém horizontu

legislativně řešit (Bruthansová, 2012). Napomoci by mohly zkušenosti a poznatky, které již s touto problematikou získaly státy, kde právně upravenou koordinovanou rehabilitaci mají (Bruthansová, 2012).

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

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

2.7 Pozitiva a negativa koordinované rehabilitace

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

Pozitiva pro klienty

Holistické pojetí, uspokojení všech potřeb klienta v rámci rehabilitace, ucelené informace o vlastním zdravotním stavu. Slovo holismus můžeme zaznamenat v Řecku (Čeledová, 2010). Kořen slova „holos“ (celek, celý) (Čeledová, 2010). Základem tohoto filozofického směru je myšlenka, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí (Čeledová, 2010). Pojem holismus poprvé použil jihoafrický politik Jan Christiaan Smuts v roce 1926 (Čeledová, 2010). Ve smyslu celku tento pojem vznikl ve 20. století jako reakce na redukcionismus (Čeledová, 2010). V terapii se pod holistickým pojetím skrývá biopsychosociální přístup (Raudenská, 2011). Pokud se zmiňujeme o biopsychosociálním přístupu je třeba zmínit biopsychosociální model, tento model nám umožňuje se podívat na všechny dynamiky ovlivňující zdraví člověka, a to jak uvnitř, tak vně (Raudenská, 2011). Tento pohled nám tedy napovídá, že nemoc je způsobována více faktory, nejen faktorem jediným, tento jediný faktor, je nejčastěji tzv. poslední kapkou, či posledním faktorem, který si klient upamatoval (Raudenská, 2011). Pokud nezahrneme všechny faktory a pohledy, můžeme člověka nesprávně diagnostikovat a léčit (Raudenská, 2011).

Nebo opomenout velké otázky a hledat řešení například jen v biologických faktorech (Raudenská, 2011). Biopsychosociální model a pohled na zdraví je tedy balancováním mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory prostředí (Raudenská, 2011). Lékař a terapeut může jedince správně chápat pouze v případě, že zahrnuje všechny úrovně fungování jedince (biologickou, psychologickou, sociální a spirituální) (Raudenská, 2011).

Uspokojení všech potřeb klienta v rámci rehabilitace. V rehabilitačním procesu se spokojenost klienta a analýza jeho hodnot a potřeb staly vyjádřením „orientace na klienta“ (Krátká, 2018). Péče orientovaná na člověka-se odvíjí od Rogersovské teorie (Krátká, 2018). Cílem terapie podle Rogerse je tedy nepodmíněné pozitivní sebepřijetí (Krátká, 2018). Významný je podle něj tzv. „dobrý život“, což je spíše shrnutí principů (Krátká, 2018). Mezi jeho znaky podle Rogerse patří: vzrůstající otevřenost prožívání, vzrůstající existenciální kvalita žití, vzrůstající důvěra v sebe a svůj organismus, plnější fungování (Krátká, 2018). "Vcítivé přijetí rogersovské školy se nyní považuje za základ snad jakéhokoli kontaktu s klientem" (Baštecká, 2015). V péči orientované na člověka, tzv. humanistické péči, je prvořadý zájem o klienta: naslouchání a podpora v rozhodování (Krátká, 2018). Nejtěžší je zjišťovat potřeby, přání a cíle u těch lidí, kteří si o nic neříkají, ale lze předpokládat, že potřebují pomoc (Krátká, 2018). Zvláštní péči a pozornost vyžadují tzv. "křehcí pacienti" - senioři, novorozenci, nemocní se závažným onemocněním (Krátká, 2018). Pro správnou identifikaci potřeb klienta, je třeba vytvoření lidského vztahu (založeného na pomoci a důvěře), podpory nemocného (jeho spirituální síly), povzbuzení k vyjádření pocitů, a to pozitivních i negativních (Krátká, 2018). Terapeut využívá v přístupu transpersonální vztah, to znamená, že překračuje rámec objektivního posouzení, zajímá se o subjektivní pocity druhé osoby, a to nejen ve vztahu k jeho nemoci (zdravotnímu stavu), ale k celé jeho situaci (Krátká, 2018). Terapeut se snaží porozumět události tak, jak ji chápe nemocný (jeho rodina) (Krátká, 2018).

Ucelené informace o vlastním zdravotním stavu. Kusé informace, převážně negativní mají na zdraví člověka větší vliv, než se připouští. Stále více výzkumů naznačuje, že dáváme automaticky větší pozornost negativnímu obsahu před pozitivním. Strach, který v nás ale tyto zprávy vyvolávají, však nemusí být jen hybnou silou. Když je strachu moc a jsme jím zahlceni, naše racionální rozhodování se tlumí a máme tendenci jednat spíš instinktivně. To se nám možná hodilo v době, kdy jsme žili v divočině a třeba na nás útočilo nějaké zvíře nebo se rozvodnila řeka, začal hořet les. Ale v dnešní složité době,

kdy se můžeme bát tolika různých věcí, které jsou poměrně komplikované, mohou být naopak instinktivní reakce vyvolané strachem dost zavádějící, (Kulhánek, 2020).

Negativa pro klienty

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

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

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

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

Pozitiva pro terapeuty

Především vzájemná podpora týmu, prevence civilizačních onemocnění (syndrom vyhoření), koherentní myšlení (Baštecká, 2016).

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

Prevence syndromu vyhoření, termín vyhoření, přesněji – burnout poprvé užil Hendrich Freudenberger v 70. letech 20. století, tímto jevem nazývá celkového vyčerpání, tělesné, psychické a spirituální (Křivohlavý, 2012). Jedná se o konečné stádium, kdy lidé ztrácejí své nadšení, smysl a svou motivaci, která byla jejich hnací silou v práci a životě (Křivohlavý, 2012). Syndrom vyhoření je ztráta profesionálního zájmu, nejčastěji u pracovníka pomáhajících profesí (Hartl, 2015). Jedná se také o ztrátu osobního zaujetí, což je velmi často spojeno se ztrátou činnosti a poslání (Hartl, 2015). Pracovník se syndromem vyhoření ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem a nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst (Hartl, 2015). Jedinec se snaží pouze přežít a nemít žádné problémy (Hartl, 2015). Pokud má jedinec pocit, že situaci již sám nezvládá, je třeba vyhledat pomoc u druhých (Venglářová, 2011). Pomoc a zároveň může jedinec vyhledat v pracovním týmu (Venglářová, 2011). Sociální vztahy u lidí postižených syndromem vyhoření hrají velkou roli (Venglářová, 2011). Pokud člověk trpící nástupem syndromu vyhoření svěří se svým problémem, je na místě, aby mu

kolegové dávali najevo víru, prokazovali mu lásku, zajímali se o něj, jeho postupy a pokroky (Venglářová, 2011). Je důležité nenutit jej k úspěchu, ale spíše ho na jeho cestě podporovat, nepoučovat ho, nesnažit se být profesionálním poradcem, ale přistupovat k němu jako ke svému blízkému (Venglářová, 2011). Jedná se o tzv. podpůrný rozhovor (Venglářová, 2011). Dotyčný by měl mít pocit, že je přirozené dělat chyby (Venglářová, 2011). Co se týče pomoci v pracovním týmu, lze nabídnout několik dočasných řešení, například může být jedinec pověřen jinými úkoly, přemístěn na jinou pozici či oddělení, pokud je zaměstnán na směny umožnit mu jednosměnnou pracovní dobu, přehodit směny apod. (Venglářová, 2011).

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

Negativa pro terapeutky

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

Špatně fungující tým, každý tým prochází dynamikou vývoje. Je důležité se těmto dynamikám věnovat a nezůstat jen v profesní rovině, ale i osobní. Nejčastější konflikty v pracovní skupině: vztah nadřízený – podřízený, úroveň sociálních vztahů na pracovišti, věková a generační specifika, odlišnosti mezi nově příchozími a stávajícími členy skupiny, nedostatečná adaptace některých členů na organizační schéma, nepříznivé skutečnosti týkající se organizace práce, pracovních podmínek a finančního ohodnocení a osobnostní zdroje (Štikar, 2003). Toto rozdělení dobře postihuje základní podoby možných zdrojů konfliktů v týmu (Křivohlavý, 2002). V podtextu zde lze navíc také hovořit i o vnímané nedůvěře, nespravedlnosti, odlišných zájmech a soutěži (Křivohlavý, 2002). Pravdou je, že vztahy v týmu zatím nejsou zcela symetrické a z tohoto důvodu, tedy z nutnosti výskytu konfliktů, by zde měla panovat notná dávka tolerance mezi jednotlivými členy (Křivohlavý, 2002). V rámci samotné interagující skupiny se pak jedinci mohou lišit v několika aspektech (Křivohlavý, 2002).

Osobní náročnost selfmanagmentu, selfmanagement můžeme překládat jako sebeřízení. Literatura udává různé definice tohoto pojmu, podle úhlu pohledu autora. Jmenujme si jednu definici. Sebeřízení je proces skládající se z aktivit a činností, jejichž prostřednictvím si každý pracovník a vlastně každý člověk stanovuje své pracovní a osobní cíle, plánuje a organizuje jejich plnění a hodnotí jejich dosahování (Provazník, 2003). Když se člověk narodí je regulován zejména vnějšími vlivy, mezi ně patří rodiče nebo škola. Postupem věku by měl převládat aktivní vnitřní seberegulace od pasivní zevní. Změna od vnější regulace k sebeřízení je totiž základem pro spokojený a naplněný život jedince (Bedrnová, 1996). Jedinci, kteří potřebují řídit organizovaně zvenku i v dospělosti zakládají svoji potřebu na dosycení si nenaplněných a neuspokojených základních potřebách (Bedrnová, 1996). Základem procesu sebeřízení je vnitřní dialog, je dobré si klást zdánlivě jednoduché otázky: „Co chci a jakým způsobem toho dosáhnu?“ (Bedrnová, 1996). Tato otázka by měla evokovat odpověď v podobě stanovení si cílů, o které usilujeme, postupně by měl přibýt výběr, a nakonec i realizace postupu, kterým dosáhneme cílů (Bedrnová, 1996). Jakmile dosáhneme cíle je dobré učinit feedback, zhodnocení procesu a prověření, zda byla vybrána správná cesta k dosažení cílů, která je v souladu s hodnotami, které uznáváme (Bedrnová, 1996). Obsahem sebeřízení jsou následující funkce, které lze seřadit podle časové posloupnosti následovně: sebeuvědomění či sebeakceptování, sebeuplatňování (sebeplánování, sebeorganizování, sebekontrola), seberozvoj a sebevzdělávání (Bedrnová, 1996). Tento přístup chce neustálý vědomé pozorování sebe sama. (Baštecká, 2016). V systémovém nastavení často pozorují pod rouškou tradice, důvěry v systém určitý nastavení autopilota (je to možná i transformací nastavení z rodiny a výchovy), tzn. automatické akce a reakce, vzorce chování. To přináší určité zdánlivě bezpečné cyklení a předpoklad možných dopadů. Pokud člověk zvyklí fungování v tomto nastavení začne se sebepozorováním, může to přinést dočasný diskomfort, který bývá negativně hodnocen (Baštecká, 2016). Často toto nastavení působí revoluci ve vztazích nejen na pracovišti, ale i v rodině (Baštecká, 2016). Což přináší další náročnost procesu. V selfmanagmentu jako nástroj stále více vracíme a objevujeme meditaci. Naše západní kultura, orientována na výkon potřebuje určité vyvážení, abychom mohli pokračovat ve vytyčeném cíli. Prožívání a pozorování může být oním vyvážením. Ovšem každá změna je bolestná a probíhá skrze jednotlivé etapy a fáze.

Nefungující systém koordinované rehabilitace a uměle vytvořený tým, nedostatečné systémové podpore koordinované rehabilitace jsme se již věnovali v kapitole systémové faktory. Uměle vytvořený tým odborníků, zde je myšleno určité fázování tvoření skupiny (Baštecká, 2016). Pokud je v koordinované rehabilitaci v praxi přítomen pokaždé jiný odborník, dle myšlenky, každý je nahraditelný, je těžké uzavřít jednotlivý cyklus (Baštecká, 2016). V praxi to může přinášet špatné zkušenosti s koordinovanou rehabilitací a předsudky do dalšího fungování v rámci týmu (Baštecká, 2016). K dalším příčinám špatné zkušenosti a následně stresu patří organizační problémy, nedostatek personálního zastoupení v rehabilitaci, neúměrná pracovní doba, nejistota (Hawkins, 2004). Konkrétní příčiny pak nesouvisejí se samotnou koordinovanou rehabilitací, spíše s úrovní adaptace určitého pracovníka (Baštecká, 2016). Rozpor mezi rolemi, nerealistická očekávání od sebe samého, nedostatek pravomocí, časté nedorozumění s nadřízenými či kolegy, přepracování, malou pestrost, špatnou komunikaci, nedostatečné vedení a neschopnost dokončit práci (Hawkins, 2004). Je důležité, aby pomáhající pracovníci vnímali své reakce na stres a mohli tak předcházet úroveň zvyšujícího se vnitřního napětí (Hawkins, 2004). Lze říct, že je mistrovským stupněm všimnout si známek přetížení vlastního systému a být k sobě upřímný (Hawkins, 2004). V případě potřeby vyhledat podporu pro zvládnutí příznaků stresu a vypořádání se s jeho příčinou tak, aby neohrožovali sebe ani své klienty (Hawkins, 2004). Nezávládnutý stres se může projevit v podobě tělesných příznaků, ke kterým patří migrény a bolesti hlavy, průjemy, zácpa a poruchy trávení, nespavost, nadměrná únava či menší chuť k jídlu, to vše se pojí s předrážděním sympatické větve autonomního nervstva, to se projevuje i na psychických kvalitách, sem patří neschopnost soustředit se, nutkavé obavy a paranoidní myšlenky (Hawkins, 2004). Nebo ve formě příznaků emočních, ke kterým se řadí náhlé zvraty v pocitech, nechů ke vstávání, kolísavá úzkost či nenávisť ke klientům (Hawkins, 2004). Na druhou stranu jednorázové či příležitostné vystavení stresu s následným zvládnutím, odpočinkem a zotavením může mít stimulující účinek a zvyšovat toleranci na stres (Kebza, 2005). Je dobré se aktivně učit relaxaci, která bývá považována za automatický proces (Kebza, 2005). Takto zvládnutý stres je nástrojem k sebepoznání a sebereflexi pracovníků, díky níž si osvojují nové vzorce chování a způsoby reagování (Kebza, 2005). Dlouhodobě působící chronický stres však představuje riziko pro zdraví. Ke zdravotním následkům přispívají také další proměnné jako genetická výbava, životní styl, fyzická zdatnost, osobnostní charakteristiky, psychická odolnost či kvalita sociálních interakcí a vztahů jedince (Kebza, 2005).

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Pro výzkum v této diplomové práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Metodou zakotvená teorie GTM (grounded theory method) (Glaser a Strauss, 1967). Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnančně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování (Glaser a Strauss, 1967). GTM usiluje o vytváření teorií pevně zakotvených v datech (odtud její název), čímž se vymezuje proti teoriím, které jsou vytvářeny intuitivním či spekulativním způsobem (Glaser a Strauss, 1967). **Hlavním cílem této práce je zkoumat využívání koordinované rehabilitace v praxi sociální práce a fyzioterapie, reflektovat možné zdroje vzájemného nedorozumění odborností. Popsat překážky KR a diskutovat nad jejich možnými zdroji. Sepsat výhody využití KR v současné praxi z pohledu odborností, sociálních pracovníků a fyzioterapeutů a zda se popsané výhody dle odborností liší.**

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly tvořeny tak, aby identifikovaly zkoumaný jev. Výzkumná otázka by neměla být příliš široká, protože pak by vedla ke ztrátě fokusu a k povrchním, nepropracovaným výsledkům (Řiháček, 2013). **Na počátku výzkumného procesu byla otázka formulována spíše široce a otevřeně. Tedy koordinovaná rehabilitace pohledem sociálního pracovníka a fyzioterapeuta. A vzájemné povědomí odborností o sobě navzájem. Během dotazování informantů se ukazoval jeden společný jev, tedy nesoulad mezi popisováním výhod KR a popisu jejího praktického využívání. Postupně jsem otázku zužoval a zpřesňoval, vzhledem k tomu, jak mé porozumění zkoumaného jevu vzrůstalo. Při použití GTM se výzkumná otázka často zaměřuje na nějaký proces, dění či průběh nějakého jevu s cílem popsat zákonitosti tohoto dění (Řiháček, 2013).**

Výzkumná otázka hlavní: Využívají odbornosti sociální práce a fyzioterapie ve své praxi koordinovanou rehabilitaci?

Výzkumná otázka vedlejší: Jaké jsou nejčastější výhody a překážky koordinované rehabilitace v praxi z pohledu sociálního pracovníka a fyzioterapeuta?

4 Metodika

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

4.1 Použitá metoda

Kvalitativní výzkum GTM má procesuální charakter, což znamená, že jeho postup se utváří v průběhu sběru dat (Řiháček, 2013). Zkoumaná realita je studována velmi podrobně a do hloubky (Řiháček, 2013). Dostáváme tak spoustu informací o poměrně malém počtu jedinců (Řiháček, 2013). O redukci dat nerozhoduje výzkumník, ale zkoumané osoby, které nám potřebné informace sdělují (Olecká, Ivanová, 2010). **V diplomové práci jsem postupoval tedy kontaktováním odborností sociální práce a fyzioterapie. Stanovil jsem si základní okruh otázek, které mi pomohly držet uniformitu položených volných otázek. Tyto otázky se však dynamicky měnily vzhledem k objevování se jevu, který byl společný u všech informantů. Během sběru dat se ukazoval nesoulad mezi pohledem na KR a jejího praktického užívání, u obou odborností. Tento jev jsem se tedy snažil více pozorovat. Opakovaně jsem informanty kontaktoval a doptával se i na motivaci ke studiu dané odbornosti, filozofii práce a užívané metodiky. S cílem mapovat motivaci odborností a různorodost chápání a popisování KR, které by mohly vést k porozumění zmíněných překážek.** Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování (Řiháček, 2013). **V teoretické rovině mi k zorientování pomohla literatura udávající překážky KR jako osobnostní, týmové a systémové. Dále jsem prošel filozofické pojetí člověka z pohledu filozofie a antropologie, aby se mi více ozřejmilo možné chápání přístupu k člověku a péči o něj, které by se na pracovišti mohly projevit ve vzájemném nepochopení se odborností a konfliktů.** GTM usiluje o vytváření teorií pevně zakotvených v datech (odtud její název), čímž se vymezuje proti teoriím, které jsou vytvářeny intuitivním či spekulativním způsobem (Glaser a Strauss, 1967). Nejedná se přitom pouze o metodu analýzy dat, ale o komplexní přístup, který řídí výzkumný proces od hledání výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie a její

případné další rozvíjení (Řiháček, 2013). **Při postupnému stanovení výzkumné otázky jsem se tedy zaměřil na využívání KR v praxi.** V praxi často dochází k zaměňování GTM za obecnější kvalitativní postup (Řiháček, 2013). Badatelé se mnohdy odkazují na GTM, aby tím legitimizovali svůj intuitivní výzkumný přístup, aniž by ve skutečnosti dodržovali některé základní principy, na nichž stojí specifčnost GTM oproti jiným přístupům (Řiháček, 2013). Jedním z nich je princip teoretického vzorkování, který bývá někdy mylně ztotožňován s tzv. účelovým vzorkováním (Řiháček, 2013). Kvalitativní výzkumníci často vybírají své respondenty „účelově“, tj. na základě předem zvolených (demografických či jiných kritérií) (Řiháček, 2013). **Z tohoto důvodu jsem se snažil kontaktovat co nejširší spektrum odborníků sociální práce a fyzioterapie. Tento vzorek se rozšiřoval podle sledování odpovědí a vysycení jejich různorodostí, dokud se neopakovaly.** Podstata teoretického vzorkování však spočívá v tom, že další respondenty vybíráme až na základě konceptů a jejich dimenzí vynořujících se v průběhu samotné analýzy. **Ukázalo se, že je třeba kontaktovat informanty ze soukromé a státní sféry a v různém věku, muže i ženy.** Mnohá zkreslení se minimalizují zejména tím, že data procházejí menším počtem transformací (Řiháček, 2013). **Některé otázky jsem byl tedy nucen změnit a blíže specifikovat. Proto jsem některé rozhovory zopakoval a doplňoval, jeden jsem z důvodu etického dilematu vyloučil.** Navíc díky tomu, že naše zkoumání má hluboký charakter, zvyšuje se šance na porozumění zkoumanému fenoménu (Řiháček, 2013). Narážíme však na nízkou reliabilitu, neboť interpretace vycházejí od konkrétního výzkumníka a jsou jím ovlivněny (Řiháček, 2013). Kdyby totéž zkoumal jiný výzkumník, došel by možná k odlišným závěrům (Olecká, Ivanová, 2010). **Jsem si vědom tohoto faktu, a proto neuvádím výsledky jako dogmatické.**

4.2 Výzkumný soubor

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

vynořující se teorii (Řiháček, 2013). Tento typ výzkumu prokazuje vysokou validitu (Řiháček, 2013).

V praxi byl původní vzorek stanoven číslem 10, kdy se povedlo uskutečnit 7 polostrukturovaných rozhovorů. Na základě těchto výpovědí byla zjištěna potřeba dalšího rozšíření výzkumného vzorku na 10 tak, aby se potvrdily, či vyvrátily teorie vyvstávající vzhledem k věku a pohlaví, po doplnění dalších 3 polostrukturovaných rozhovorů, výsledný vzorek informantů splňoval věkovou a genderovou vyváženost a variabilitu odpovědí. V odpovědích byla sledována i určitá opakovanost s ohledem na pracovní umístění, z tohoto důvodu se vzorek doplnil o další 4 informanty. Tímto dosycováním vzorku se tak předcházelo jednostrannému pohledu a výsledku. Konečný počet informantů je tedy 14, kde 7 informantů byli sociální pracovníci, z toho 4 ženy a 3 muži v rozmezí věku 24-53 let, z lokalit České Budějovice a Praha. Dále 7 fyzioterapeutů 4 muži a 3 ženy, ve věku 22-44 let, lokality České Budějovice a Praha. Pracovní zaměření u sociálních pracovníků: OSPOD, Domov pro seniory, Nemocnice, CDZ (Centra duševního zdraví). Pracovní zaměření fyzioterapeutů: soukromá praxe, rehabilitační středisko, domov pro seniory, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Dalším pozorovaným jevem byla tendence vinit některé další odbornosti z nefunkčnosti koordinované rehabilitace. Pro udržení objektivity výzkumu a udržení rovnovážného pohledu, byl výzkum doplněn o odpovědi na předem daný dotazník (součást příloh) s otevřenými odpověďmi prof. Pirka, prof. Beneše, doc. Ciché, prof. Kašparů, Ing. Zikmunda. Zvoleni byli záměrně různé odbornosti, tak aby doplňovali variabilitu pohledů na dané téma. U těchto odborností byl s ohledem na jejich časovou vytíženost záměrně volen dotazník, který mohl být vyplňován postupně a online.

4.3 Metodika sběru dat

V určitém smyslu tento proces nikdy není zcela u konce, neboť vždy se mohou vynořovat další kategorie, detaily, které obohacují naši již vypracovanou teorii, a nové případy, které nás nutí ji rozšířit či přepracovat (Řiháček, 2013). Jsme to nakonec my, výzkumníci, kdo v určité chvíli začneme celý proces analýzy uzavírat a formulovat do výsledného tvaru (Řiháček, 2013). Procesem tvorby dat, který tvoří podstatnou součást úspěšného výzkumného projektu a vyžaduje na straně výzkumníka řadu dovedností, nejčastějšími zdroji dat jsou v případě GTM polostrukturovaný rozhovor, případně pozorování

(Řiháček, 2013). Tento typ rozhovoru umožňuje co nejvýhodněji využít čas k interview (Hendl, 2012). Dále ulehčuje srovnání rozhovorů a pomáhá udržet jejich zaměření (Hendl, 2012). **Původně bylo počítáno s 10 informanty, tento soubor se rozšířil na 14. Odpovědi jsem zaznamenával na diktafon, abych se k nim mohl vracet při kódování, které jsem prováděl formou tužka papír ze záznamu. Doba nucené karantény kvůli onemocnění Covid – 19, virem SARS-CoV-2 omezila přímý kontakt u 4 informantů proto byli kontaktováni prostřednictvím online platformy Zoom, kde byly rozhovory také nahrávány. Během vyhodnocování výsledků jsem to vnímal, jako určitý handicap, jelikož jsem nemohl adekvátně reagovat na neverbální komunikaci, 2 informanti si nepřáli zapnout webovou kameru. Dalším aspektem při poslouchání nahrávek rozhovorů, jsem si všiml určitého směřování informanta otázkami a tónem řeči, proto jsem dva rozhovory zopakoval. A jeden z důvodu etického dilematu nebyl použit.** V GTM (a v kvalitativním výzkumu obecně) je zcela legitimní upravovat výzkumnou otázku v průběhu analýzy (Řiháček, 2013). Formulujeme-li však otázku až ve chvíli, kdy jsou data již definitivně vytvořena, ztrácíme tím možnost měnit směr rozhovoru, zastavovat participanta u zajímavých momentů, doptávat se na podrobnosti, požádat o vysvětlení významu některých slov, vracet se k tomu, co zaznělo dříve, držet ohnisko rozhovoru u výzkumné otázky apod. (Řiháček, 2013). Způsob vedení tří analyzovaných rozhovorů odpovídá spíše narativnímu modu analýzy – rozhovor obsahuje souvislé vyprávění, výzkumníkem téměř nepřerušované (Řiháček, 2013). Zatímco u narativní analýzy to může být výhodou, pro GTM je charakteristická podstatně vyšší aktivita výzkumníka projevující se větším strukturováním rozhovoru (Řiháček, 2013). **V rámci dotazování jsem se tedy několikrát vracel za informanty, tak abych dle kódování a odpovědí získal potřebná data.**

4.4 Metodika zpracování dat

Pro tuto fázi se vžilo označení otevřené kódování (Řiháček, 2013). Jejím cílem je konceptualizovat naše data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů (Řiháček, 2013). Vytváříme pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi (Řiháček, 2013). Prvním krokem je nalezení tzv. významových jednotek (Miovský, 2006). To znamená úseků v analyzovaném textu nesoucích informaci ve vztahu

k výzkumné otázce (Řiháček, 2013). Každou významovou jednotku vyznačíme v textu a poté stručně pojmenujeme (podle vžitě terminologie „okódujeme“). Kód by měl výstižně shrnout podstatu významové jednotky tak, jak jí jako výzkumníci v danou chvíli rozumíme (Řiháček, 2013). Obvykle volíme nepřiliš dlouhé (jednoslovné či několikoslovné) pojmenování – kód slouží jako „rukojet“ (Charmaz, 2006), za niž můžeme nalezenou významovou jednotku „uchopit“ a „manipulovat“ s ní (třídít, porovnávat, slučovat s jinými kódy či rozdělovat) (Řiháček, 2013). Pro vytvoření kódu můžeme využít své vlastní pojmenování, nebo si vypůjčit slova samotných participantů (to se někdy označuje jako „in vivo“ kód), případně převzít již existující vědecký koncept – výhody a nevýhody jednotlivých způsobů rozvádějí Strauss a Corbinová (1999). Rennie a Fergus (2006) doporučují výzkumníkům spolehnout se při hledání vhodného pojmenování na tělesně zakotvený prožitek korespondence mezi pojmenováním a označovaným jevem (Řiháček, 2013). Naše tělesně zakotvené prožívání, imaginace a asociace nám pomáhají produkovat významově bohaté a snadno zapamatovatelné názvy pro vynořující se koncepty (Řiháček, 2013). Rennie a Fergus tento způsob pojmenovávají jako tzv. ztělesněné kategorizování (embodied categorizing) (Rennie, Fergus, 2006). Při analýze rozsáhlejších textů může takových kódů vzniknout i značné množství; obvykle je poté na základě podobnosti spojujeme do obecnějších a propracovanějších konceptů (Řiháček, 2013). Následuje propracovávání těchto konceptů po obsahové stránce: každý z našich konceptů bychom měli být schopni nějak definovat, popsat pomocí jeho klíčových vlastností a dimenzí (Řiháček, 2013). Název „otevřené kódování“ vyjadřuje nastavení výzkumníka, který je v této fázi analýzy otevřen objevování nových významových jednotek a utváření dalších konceptů (Řiháček, 2013). Z otevřeného se tak postupně stále více stává zaměřené (Charmaz, 2006). Význam pečlivého vedení těchto poznámek, které jsou v tradiční terminologii GTM nazývány „memos“, nelze docenit (Řiháček, 2013). Samotná analýza, stejně jako organizaci „memos“, byla provedena metodou tužka papír.

V diplomové práci byla použita metoda polostrukturovaného dotazníku, u vyhodnocení dat dle otevřeného kódování a tvoření významové kategorie, metodou tužka a papír. Bylo použito axiální kódování, kdy se vytvářejí vztahy mezi kódy selektivního kódování a data určují centrální kategorii (Miovský, 2006). Podle Kajánové je potřeba vymezená data zredukovat a vymežit pouze ta data, která mají vztah k výzkumnému tématu (Kajánová, 2017). Dalším postupem je kódování

a kategorizace, kdy data řadíme do kategorií podle významu. Data jsou dále interpretována a zasazována do vztahů a kontextů, kdy kód představuje základní jednotku. U ostatních odborností byla použita metoda sběru dat: dotazník u odborností prof. Pirk, prof. Kašparů, prof. Beneš, doc. Cichá a Ing. Zikmund. Ke zpracování dat byla použita metoda obsahová analýza.

4.5 Etika výzkumu

Etika výzkumu byla vystavěna na transparentnosti, tzn. všichni účastníci budou seznámeni s jednotlivými kroky, výsledky a závěry. Informovaný souhlas, kdy jsem dbal na získání souhlasu od všech účastníků. Soukromí, tedy udržet co největší anonymitu jednotlivých účastníků. Posledním bodem reciprocita, to znamená reflektovat, zda nemanipuluji a neovlivňuji pohledy jednotlivých účastníků.

4.6. Časový harmonogram

V září 2019 jsem začal vyhledávat vhodnou literaturu, používal jsem především portály Google Scholar, Pubmed, Medvik, klíčová hledaná slova byla koordinovaná rehabilitace, casemanagment, bio-psycho-sociální přístup ke člověku, integrativní vnímání člověka. Začal jsem se rozhodovat jakou metodu kvalitativního výzkumu zvolím. K utřídění informací jsem volil metodu myšlenkové mapy (Buzan, 2012).

Samotný výzkum jsem zahájil v únoru 2020, po absolvování 3 rozhovorů a z důvodu situace kolem onemocnění Covid-19, jsem výzkum přerušil v březnu, situaci jsem využil mapování dosavadních výsledků v literatuře a její rozšíření.

V červnu 2020 jsem se k výzkumu vrátil provedl dalších 7 rozhovorů, poté po chybném zpracování DP přerušil výzkum.

Květen 2021 navázání na výzkum doplnění 4 rozhovorů. Vyhodnocování dat a jejich zpracování až do července 2021.

5 Výsledky

V kapitole Výsledky předkládám získaná data, vycházející z polostrukturovaných rozhovorů s fyzioterapeuty a sociálními pracovníky. Celkem jsem vyzpovídal 14 informantů. Informanty z důvodu anonymity nijak blíže nerozděluji, například dle věku, či pohlaví. Výsledky této práce, znázorňuji graficky, tak aby byly více ozřejměny dynamiky vztahů mezi kódy, tyto dynamiky pak porovnávám a popisuji v Diskusi. Následně slovně shrnuji a vybírám nejpodstatnější faktická data.

Při sepisování výsledků jsem postupoval dle cíle práce a výzkumných otázek. Podle těchto kritérií jsem tedy sepsal jednotlivé kategorie. Na úvod seznamuji s variabilitou výzkumného souboru odborníků fyzioterapie a sociální práce dle zaměstnání a užívání multidisciplinárního přístupu – kategorie zaměstnání.

V kategorii obraz koordinované rehabilitace v praxi jsem se zajímal, co si informanté představují pod pojmem koordinovaná rehabilitace v praxi. Tedy jak jí prakticky, a zda vůbec, využívají. Jejich odpovědi porovnávám s dostupnou literaturou zabývající se popisem a fungování koordinované rehabilitace. Připojuji i pohledy odborníků, které jsem v rámci DP kontaktoval.

Výhody koordinované rehabilitace shrnují udávaná pozitiva KR, které informanté zmiňovali.

Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi, mapují nesoulad mezi kategoriemi výhody KR a obraz KR v praxi.

Kategorie přístup ke klientovi a filozofie práce a motivace k výběru studia odbornosti více vysvětluje možné jevy, které informanté zmiňují v kategorii překážky KR. Tyto kategorie doplňují o pohledy odborníků, které jsem v rámci DP oslovil a aktuální literaturou.

Ve výsledcích uvádím přímé odpovědi informantů, abych vyloučil možná zkreslení při tvoření kódů a nabídl ke srovnání i dynamiku užívání slov a práci s komunikací sociálních pracovníků a fyzioterapeutů.

Vytvořené kategorie:

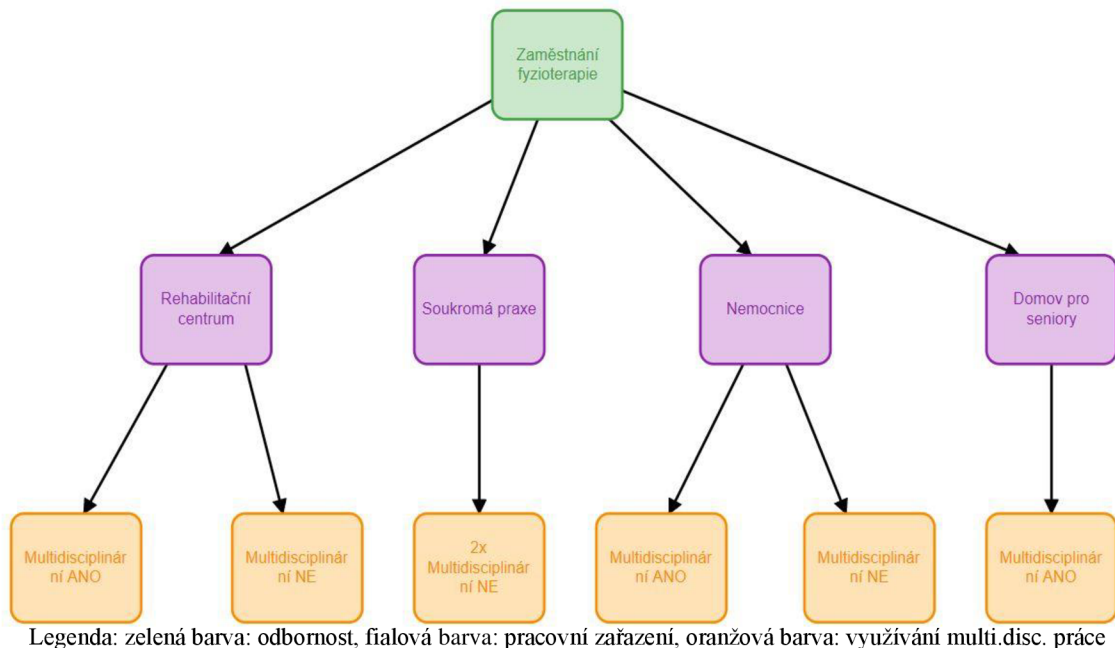
- A. Zaměstnání
- B. Obraz koordinované rehabilitace v praxi
- C. Výhody koordinované rehabilitace
- D. Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi
- E. Přístup ke klientovi a filozofie práce
- F. Motivace k výběru studia odbornosti

A. Zaměstnání

Otázky byly kladeny z důvodu zařazení informanta dle pracovního zaměření. Konkrétně bylo zjišťováno, zda pracuje ambulantně, či v organizaci poskytující pobytové služby, zda pracuje v týmu, nebo sám. Dále byly zjišťovány případné zkušenosti v práci v multidisciplinárním týmu, nebo zda informant využívá v praxi zasítování svých služeb s dalšími odbornostmi. Pro přehlednost je tedy kategorie zaměstnání rozdělena do podkategorií: pracovní zaměření, praktikování multidisciplinárního přístupu k pacientovi/klientovi. Graficky je rozděleno zaměstnání dle sociálního pracovníka (informant s.p.) a fyzioterapeuta (informant f.).

Předpokládal jsem, že informanté, kteří nevyužívají multidisciplinárního přístupu budou především fyzioterapeuti, pracující soukromě a ambulantně. Naopak sociální pracovníci budou spíše pracovat v multidisciplinárním týmu.

Zaměstnání – fyzioterapeuti



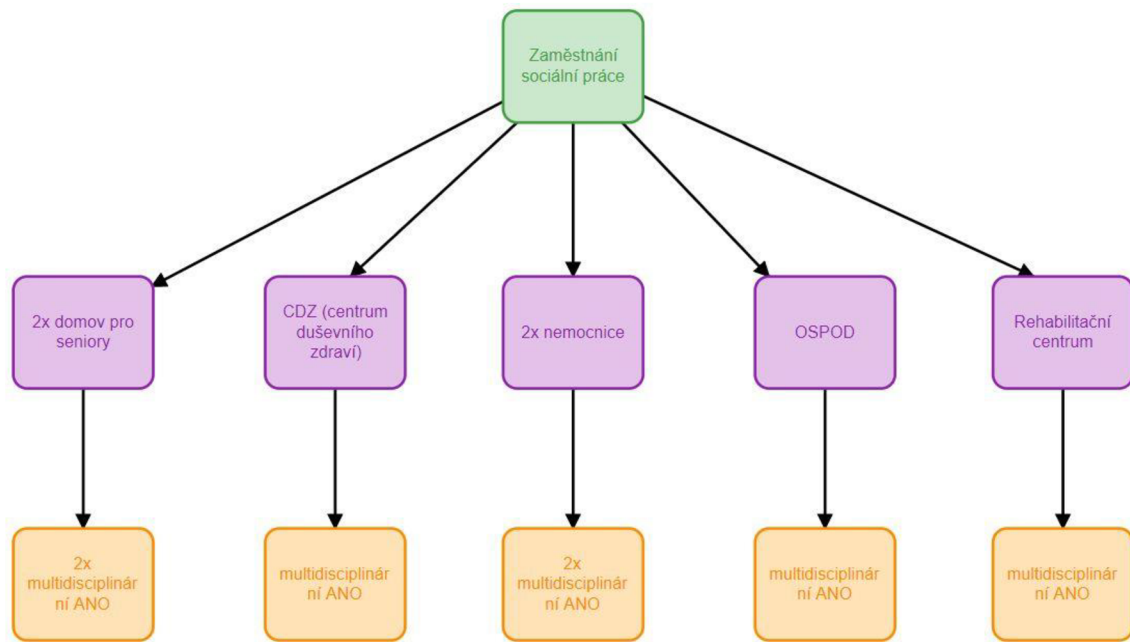
Legenda: zelená barva: odbornost, fialová barva: pracovní zařízení, oranžová barva: využívání multi.disc. práce

Obr. 1: Zaměstnání – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

Fyzioterapeuti, kteří se zúčastnili výzkumu pracovali v rámci vlastní soukromé praxe 2×, v rehabilitačním centru 2×, v domově pro seniory a nemocnice 2×. Potvrdil se předpoklad, že fyzioterapeuti pracující ve vlastní soukromé praxi nebudou využívat multidisciplinárního týmu. Jejich odpovědi byly následující: **Informant f 1:** „*Dělo se to dřív, momentálně nejsem ve vztahu s dalšími odbornostmi, dříve jsem využíval určité zasíťování s nemocnicí, s pár doktory jsem měl vztah, posílali jsme si pacienty navzájem, ale to už nefunguje, doktoři nemaj zájem spolupracovat se soukromým fyziio*“, **Informant f. 4:** „*Léta jsem pracoval v nemocnici a nejlepším řešením bylo odejít, mrzí mě, že mě to nenapadlo dříve, doktoři neberou fyziio plnohodnotně, tak nyní nespolepracuji.*“ Z těchto odpovědí je patrné určité popisované napětí odborností lékař, konkrétně ortoped a fyzioterapeut, které se může projevit v rámci překážky v KR. Fyzioterapeuti pracující v nemocnici a rehabilitačním centru také udávají nevyužívání multidisciplinárního přístupu. Jejich odpovědi: **Informant f. 6:** „*nemohu říci, že jde o nějaký multidisciplinární tým, s nikým nespolepracuji, radím se jen ze své vlastní iniciativy, většinou vykonávám, co je po mne požadováno v rámci doporučení lékaře.*“, **Informant f. 13:** „*Vždy si přečtu zprávy v chorobopise, ale pak si dělám práci po svém*“, Je tedy patrné, že ani v rámci organizací nemusí multidisciplinární přístup fungovat.

Zaměstnání – sociální pracovníci



Legenda: zelená barva: odbornost, fialová barva: pracovní zařízení, oranžová barva: využívání multi.disc. práce

Obr. 2: Zaměstnání – sociální práce

Zdroj: vlastní

Sociální pracovní, kteří se zúčastnili výzkumu pracovali 2× v Domově pro seniory, 1× CDZ (centrum duševního zdraví, 2× nemocnice, 1× OSPOD a 1× rehabilitační centrum. Všichni sociální pracovníci uvedli, že v zaměstnání využívají multidisciplinárního přístupu. V rámci multidisciplinárního týmu sociální pracovníci uvedli široké spektrum odborností, kteří se ho účastní. Například odpovědi: **Informant s.p. 2:** „Pracujeme v multidisciplinárním týmu, sociální pracovníci, terapeuti, kam spadají fyzioterapeuti, psychologka, nutriční terapeut, kaplanka.“, **Informant s.p. 3:** „Ano, tak zodpovím na příkladu, když nastupuje klient, sepisujeme arch papíru, kde se ptáme na různé části klientova života, jsou tam zodpovězené věci, na které je klient zvyklý, to předáváme zdravotním sestřám, které to předávají fyzioterapeutkám, nutričním sestřám, všichni ví všechno, ale postupně, při adaptaci se například doplňují otázky.“ Pochyby užívání multidisciplinárního přístupu na pracovišti zazněly v jedné odpovědi: **Informant s.p. 10:** „Nedá se říct, že by to byla nějaká spolupráce, ale domlouváme se skrze zprávy s ostatními odbornostmi.“ Z této odpovědi je patrné, že velmi záleží na kultuře organizace.

Zaměstnání – shrnutí

Pokud porovnáme výpovědi fyzioterapeutů a sociálních pracovníků je patrné, že mnohem lepší zažitou zkušenost s multidisciplinárním přístupem a spoluprací s ostatními odbornostmi mají sociální pracovníci. Naopak fyzioterapeuti častěji mluví spíše o nespolupráci s lékaři. Kompletní odpovědi odborníků jsou součástí kapitoly Přílohy.

B. Obraz koordinované rehabilitace v praxi

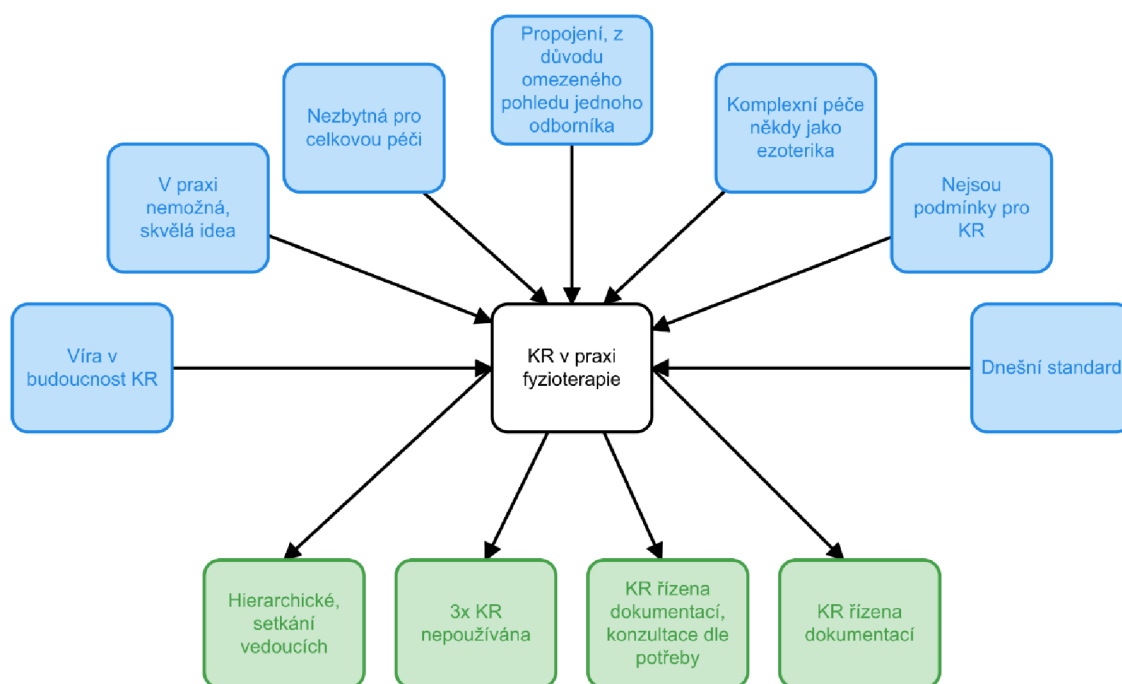
Smyslem této kategorie bylo zjistit, jaký mají informanté názor na koordinovanou rehabilitaci, jak vypadá její použití v praxi. Rozdělena je do podkapitol: názor na koordinovanou rehabilitaci, použití koordinované rehabilitace v praxi. Informanté jsou rozděleni dle pracovního zaměření na fyzioterapii (f.) a sociální práci (s.p.)

Dle literatury je koordinovaná rehabilitace, v jiných starších názvech také komplexní, či ucelená, včasným procesem, který je koordinovaný a vzájemně provázaný, cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince (Bruthansová, 2012). Základní charakteristiky KR jsou včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, součinnost (Vacková, 2020).

Pod pojmem včasnost si můžeme představit nasazení rehabilitačních prostředků, v optimální okamžik (Vacková, 2020). Komplexnost je stanovení postupu rehabilitace dle všech dostupných informací (Vacková, 2020). Návaznost navržení logické návaznosti podle dosaženého pokroku (Vacková, 2020). Koordinovanost co nejefektivnější postup rehabilitace dle předem připraveného plánu (Vacková, 2020). Součinnost zahrnuje především spolupráci mezi zúčastněnými stranami klient a odbornosti (Vacková, 2020).

Tento proces rehabilitace je potřeba řídit, nejčastěji bývá zmiňován case management, jeho výhody a nevýhody uvádím v teoretické části DP, z reformy psychiatrické léčby se dále zmiňuje FACT a OD. Toto teoretické vymezení mi pomohlo lépe chápat výpovědi informantů a orientovat se, zda se jejich odpovědi blíží pojmu KR, jak je literaturou vnímána. V diagramech udávám sloučení pohledu na KR s praktickým využívání, aby byl patrný nesoulad mezi teoretickým vnímáním a praktickým užíváním KR.

Obrázek koordinované rehabilitace v praxi – fyzioterapeuti



Legenda: modrá barva: teoretický pohled na KR, zelená barva: praktické užívání KR

Obr. 3: Koordinovaná rehabilitace (KR) v praxi – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

Teoretické vnímání koordinované rehabilitace

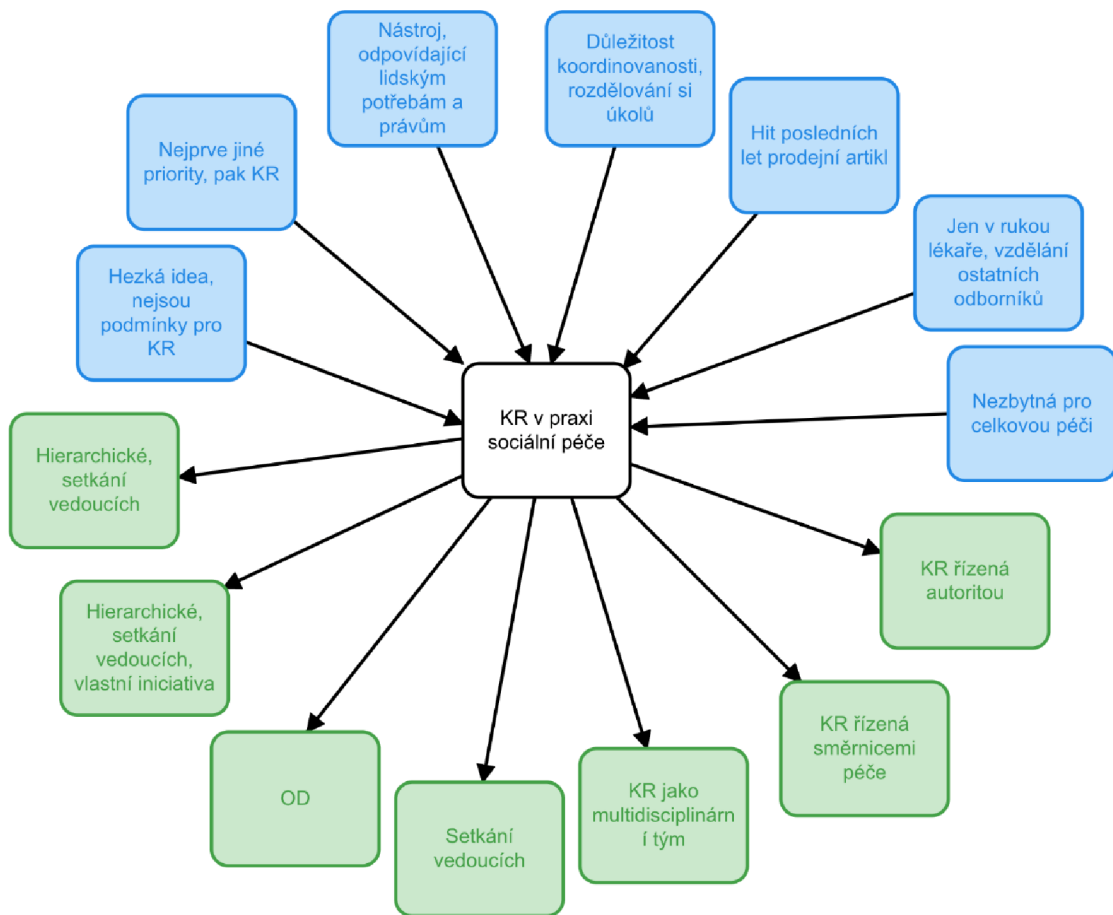
Fyzioterapeuti nahlíží na KR velmi pozitivně, jednotlivé kódy jsou vidět v diagramu nazvaném: Obr. 3: Koordinovaná rehabilitace (KR) v praxi – fyzioterapie. Zde uvedu zásadní odpovědi, které mluví o pluralitě možného vnímání KR. **Informant f. 1:** „*Je to nezbytné, pokud chceme dosáhnout péče o člověka, musíme sloučit všechny soubory, celistvost péče o člověka je důležitá, a neseparovat tělesné části člověka a neseparovat odbornosti v rámci republiky, propojit odbornosti a předávat si informace.*“, v této odpovědi je patrný bio-psycho-sociální přístup ke klientovi a potřeby holismu v péči o člověka, to KR uspokojuje především svojí spoluprací odborností a návazností. **Informant f. 6:** „*Komplexní péče, pro mne souvisí s bio-psycho-sociálním přístupem, četl jsem knihu od MUDr. Vojáčka, hodně často mi to přijde jako ezo a nepodložené domněnky, na to bych si dal pozor, lidské tělo má limity.*“ Informant asociuje pojem KR a ezoteriku, věřím, že je to odrazem určitého stále častěji zmiňovaného přístupu, šířící se zejména ze západních zemí, nazývaný „New Age“. Informant tedy varuje před možnou záměnou představ o KR. **Informant f. 9:** „*nevím proč se řeší koordinovaná rehabilitace, lázně jsou dnes wellness, komerce a chut' vydělat si, táhne fyzioterapie mimo organizace, nejsou*

lidi a lůžka“. Od informanta pracujícího v Domově pro seniory zmiňuje v rámci popisu KR, uvádí subjektivně vnímaný soudobí trend bránící KR. Zazněla i slova dnešního standartu péče o klienta: **Informant f. 14:** *„koordinovaná rehabilitace je přeci normálně používaná, spolupracujeme s odborníky a tím ji koordinujeme, normální přístup dnes*“.

Praktické užívání koordinované rehabilitace

Fyzioterapeuti se ve výpovědích spíše skeptičtí k praktickému využívání koordinované rehabilitace. Soukromě pracující fyzioterapeuti udávají, že v praxi KR nepoužívají. **Informant f. 1:** *„Vždy jsem chtěl pracovat v určité koordinované péči, snažil jsem se o to i ve vlastní praxi, obeslal jsem všechny odbornosti, se kterými mohu spolupracovat, popsal jsem na co se specializuji a s čím mohu pomoci, dodnes se nikdo neozval, takže nepoužívám koordinovanou rehabilitaci.*“ Informant popisuje neochotu odborníků externě spolupracovat. **Informant f. 4:** *„Koordinovaná rehabilitace neexistuje, vše řídí lékař. Ten utváří, co se bude dělat a pak sám hodnotí úspěch a neúspěch. On má plné kompetence a on ručí za výsledek, v praxi nepoužívám KR*“. Informant mluví o vlivu kompetencí na možnou spolupráci a vnímání se odborností navzájem. U dalších fyzioterapeutů zazněla spolupráce spíše na bázi dokumentace, chybí tedy příprava plánu, koordinovanost a součinnost. **Informant f. 13:** *„s odborníky, lékaři se domlouváme skrze dokumentaci, vše musí být zapsané*“, **Informant f. 12:** *„dokumentaci čtu pravidelně každé ráno, případně poznámky doporučení.*“ Informant udávající v teoretické části KR jako standart při popisu praktické podoby udal: **Informant f. 14:** *„každé pondělí mají naši vedoucí poradu, o všem nám pak říká a podle toho postupujeme*“. Odpověď však zcela nenaplnuje teoretický rámeček a podobu KR.

Obraz koordinované rehabilitace v praxi – sociální pracovníci



Legenda: modrá barva: teoretický pohled na KR, zelená barva: praktické užívání KR

Obr. 4: Koordinovaná rehabilitace (KR) v praxi – sociální práce

Zdroj: vlastní

Teoretické vnímání koordinované rehabilitace

Teoretické vnímání KR sociálními pracovníky je mnohem pragmatičtější, více se o teorii opírající. **Informant s.p. 2:** „*Koordinovaná rehabilitace je důležitým nástrojem péče o klienta, která odpovídá základním lidským potřebám a právům*“, **Informant s.p. 3:** „*Koordinovanost v rehabilitaci je důležitá, pomáhá si rozdělit úkoly.*“ Objevila se i nepřímá reakce současného integrativního vnímání člověka, jako prodejní artikl, kritika současného nastavení a touha po lepším systému a řízení KR. **Informant s.p. 5:** „*Koordinovaná rehabilitace, celostní péče je hit posledních let, je to dobrý prodejní artikl, dnes je vše celostní, je to jako bio potraviny. Za mne je důležitý systém, který chrání určité kvality.*“. V dalších odpovědích na KR je cítit pokora, ale i nedostatečné sebevědomí, informanté zmiňují především možné nekompetence pomáhajících profesí v procesu KR. **Informant s.p. 7:** „*Pokud je v rukou lékaře je to v pořádku, samozřejmě*

i on by měl konzultovat s dalšími odbornostmi, hlavně lékaři, další odbornosti bohužel nemají dostačující znalosti, kam počítám i svou, ano mohu mít zajímavý pohled, ale také může být úplně mimo a ohrozit zdraví, jelikož nemám dostatek vědomostí.“. V odpovědích zazněla i potřeba řešení aktuálnějších jevů v rehabilitační péči: **Informant s.p. 8:** *„řeší se koordinovaná rehabilitace, já bych spíše řešil, nedostatek lůžek následující péče, pak až nějakou rehabilitaci“.* Celkově sociální pracovníci vnímají velkou důležitost přístupu KR.

Praktické užívání koordinované rehabilitace

Při odpovědích sociálních pracovníků na popis praktického užívání KR. Chybí součinnost a koordinovanost. Je zmiňován určitý hierarchický model, kdy tým pracuje skrze vedoucí pozice: **Informant s.p. 2:** *„Multiporada, vedoucí jednotlivých úseků se setkávají jednou týdně, přes den je vedoucí se svými terapeuty, které má pod sebou, s informacemi přicházejí k vedoucímu a ten je pak předává výše a zpětně. Používáme supervize multidisciplinárního týmu, rehabilitace a individuální, v rámci rehabilitace řešíme i osobní a vztahové dynamiky týmu. Problém bývá otevřít se.“.* V této odpovědi je zmiňována i reflexe vztahů a použití nástroje supervize. **Informant s.p. 5:** *„Koordinovanou péči provádím vždy, odesílám klienty za odbornostmi, případně poskytují informace, které pomáhají člověku se orientovat od problému k cíli, jak ho řešit, pokud nespadá rada do mé kompetence vždy odesílám dál.“* Tato odpověď spíše popisuje multidisciplinární tým, ale chybí součinnost, která je součástí vedení KR. **Informant s.p. 8:** *„,,Konkrétně u nás. Já se ptám, každý den, co je nového, kdo se zhoršil atd., takto si to předávají i směny, každé pondělí má poradnu soc. pracovník a zdravotní sestra, jindy užší vedení a ředitelka, takto udržujeme koordinovanost.“,* v této odpovědi také zaznívá spíše hierarchické řízení, chybí přímá účast zúčastněných stran. Jednou se objevila odpověď, která reflektuje koordinovanost KR skrze směrnice péče: **Informant s.p. 11:** *„máme směrnice péče, víme, co podle nich dělat.“* Ze dvou výpovědí je patrné, že koordinovanost je řízena autoritou, ne případem (case management): **Informant s.p. 7:** *„V rámci své praxe mám zkušenost v rámci zařízení pro tělesně postižené, zde je koordinace řízena neurologem, tak aby nedošlo k poškození klienta, tak je to správně, pokud by se tým donekonečna rozhodoval, bylo by to často jako s dálnicemi v republice.“* Jen v jedné z odpovědí je popisována součinnost týmu dle filozofie KR a její management: **Informant s.p. 3:** *„Používali jsme case management, postupně jsme přešli na OD (otevřený dialog), tento přístup ke klientovi zahrnuje pravidelné setkávání všech odborností s klientem, nic*

se neřeší za jeho zády, bere se v potaz i rodina, či komunita.“, informant udával své pracovní zařazení v CDZ (centrum duševního zdraví).

Obraz koordinované rehabilitace v praxi – shrnutí

Teoretické vnímání KR je dle odborností podobné, pozitivní. Více formálně a fakticky se o KR zmiňují sociální pracovníci a je patrná větší zkušenost s prací v multidisciplinárním týmu. Toto zjištění reflektuje i kategorie: Zaměstnání.

U fyzioterapeutů se objevuje problematické vnímání spolupráce lékař, fyzioterapeut. Objevuje se i teoretické horší ukotvení co je to KR. Může tedy docházet rozdílným představám o KR a její naplnění.

Sociální pracovníci vidí výhodu především v praktických dopadech na rehabilitaci, rozdělení si úkolů, koordinovanost, spolupráce. Zaznělo menší sebevědomí v rámci ostatních odborností.

V praktické rovině fyzioterapie udává multidisciplinární tým, ne přímo KR, chybí roviny KR: koordinovanost, součinnost a u soukromých fyzioterapeutů, návaznost.

Sociální pracovníci v jednom případě popisují zcela KR, spolupráce v rámci otevřeného dialogu. Další odpovědi se spíše kloní k systémovému a hierarchickému řízení KR, kde chybí především součinnost. Dále se objevuje řízení v rámci jedné odbornosti lékař, opět chybí součinnost.

Z celkově 14 odpovědí tedy 13 neodpovídá popisu koordinované rehabilitace, dle literatury a chybí její důležité složky.

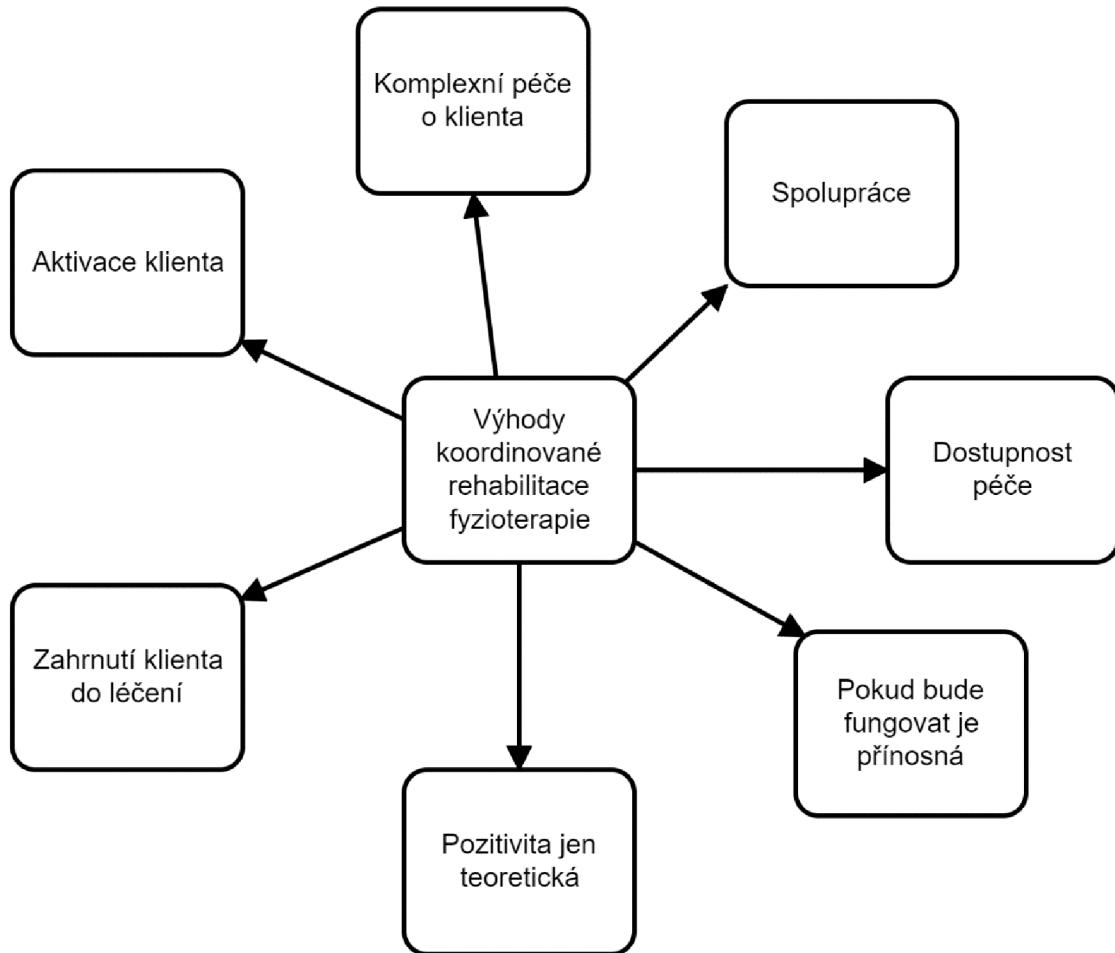
Kompletní seznam odpovědí je součástí Příloh této diplomové práce.

C. Výhody koordinované rehabilitace

Kategorie výhody koordinované rehabilitace slouží jako kontrola, zda informanté sociální práce a fyzioterapie vnímají pozitiva přístupu koordinované rehabilitace, nebo je jejich vlastní praxe náklonosti ke KR vzdaluje. Podle literatury bývají mezi pozitiva pro klienty zmiňovány pojmy: Holistické pojetí, uspokojení všech potřeb klienta v rámci rehabilitace (Čeledová, 2010), v terapii se pod holistickým pojetím skrývá biopsychosociální přístup (Raudenská, 2011), v péči orientované na člověka, tzv. humanistické péči, je prvořadý zájem o klienta: naslouchání a podpora v rozhodování (Krátká, 2018), především

vzájemná podpora týmu, prevence civilizačních onemocnění (syndrom vyhoření), koherentní myšlení (Baštecká, 2016).

Výhody koordinované rehabilitace – fyzioterapeuti

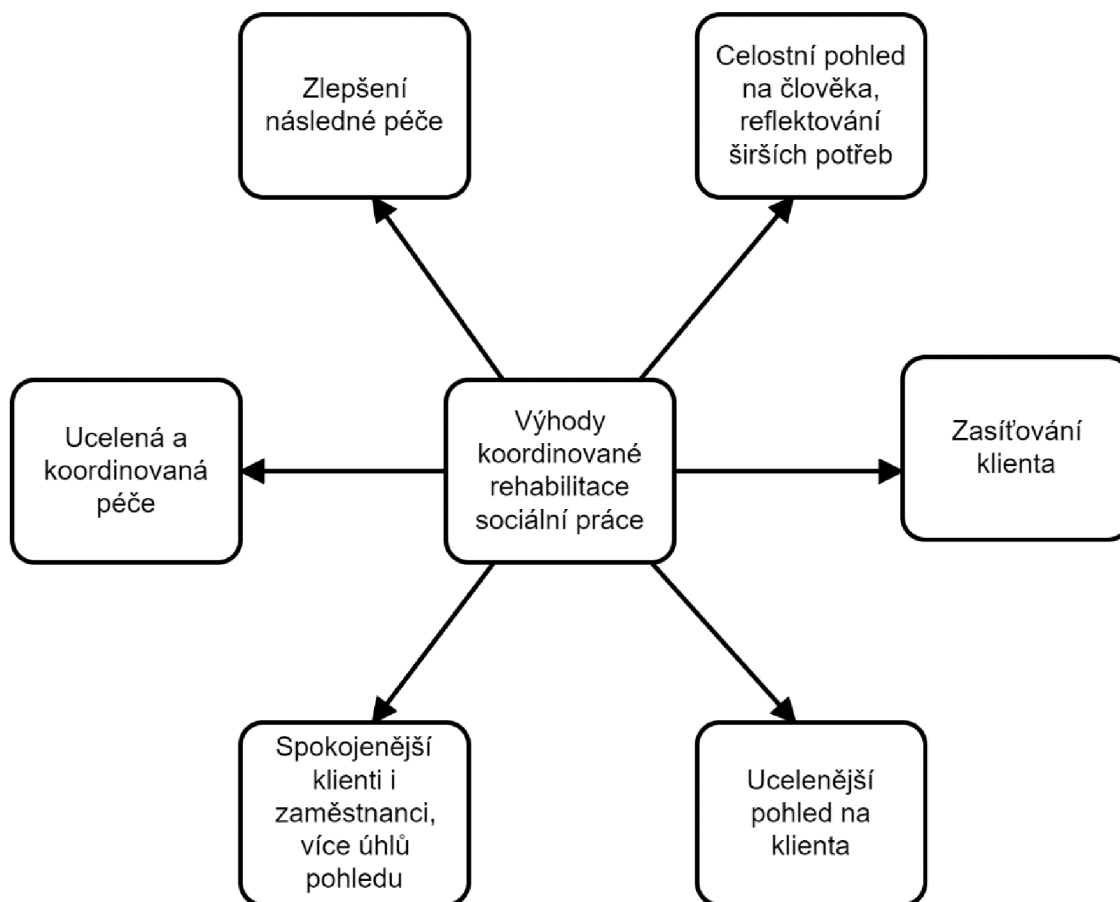


Obr. 5: Výhody koordinované rehabilitace – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

V jednotlivých kódech Obr. 5: Výhody koordinované rehabilitace – fyzioterapie, můžeme vidět orientaci fyzioterapeutů především na klienta: **Informant f. 12:** „možná zapojení klienta a aktivace“, **Informant f. 14:** „komplexní péče o klienta“. Dále se objevuje jev určité podmíněnosti správného fungování KR: **Informant f. 1:** „Pozitiva, jsou, pokud si uvědomíme, že je tady hlavní klient jsme mu nápomocní a zahrneme ho do péče.“, **Informant f. 6:** „kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn“. Až po odpověď mluvící o rozdílnosti teorie a praxe: **Informant f. 4:** „Pozitiva existují jen na papíře.“. Fyzioterapeuti tedy vnímají KR pozitivně, zmiňují odlišnost teorie a praxe. Pět fyzioterapeutů orientují výhody na klienta, jeden na zlepšení spolupráce a jeden na lepší systémovou dostupnost a návaznost péče a rehabilitace.

Výhody koordinované rehabilitace – sociální pracovníci



Obr. 6: Výhody koordinované rehabilitace – sociální práce

Zdroj: vlastní

Sociální pracovníci v jednotlivých kódech, dostupných v Obr. 6: Výhody koordinované rehabilitace – sociální práce uvádějí, krom na klienta zaměřené výhody: **Informant s.p. 5:** „Pozitiva, určité zasíťování klienta, který tak nepropadne beznaději a ví, že se dá něco dělat.“, také další oblasti, které KR pozitivně ovlivňuje: **Informant s.p 2:** „Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mě to, že problém má více úhlů pohledu.“. Sociální pracovníci daleko méně podmiňují smysl KR jen pokud bude dobrá praxe. Tento pohled zazněl jen jednou: **Informant (s.p.) 7:** „Pozitivum by mohlo být, pokud by vše fungovalo, jak bychom si přáli, tak pohled na člověka jako celek a plnění a reflektování širších potřeb“.

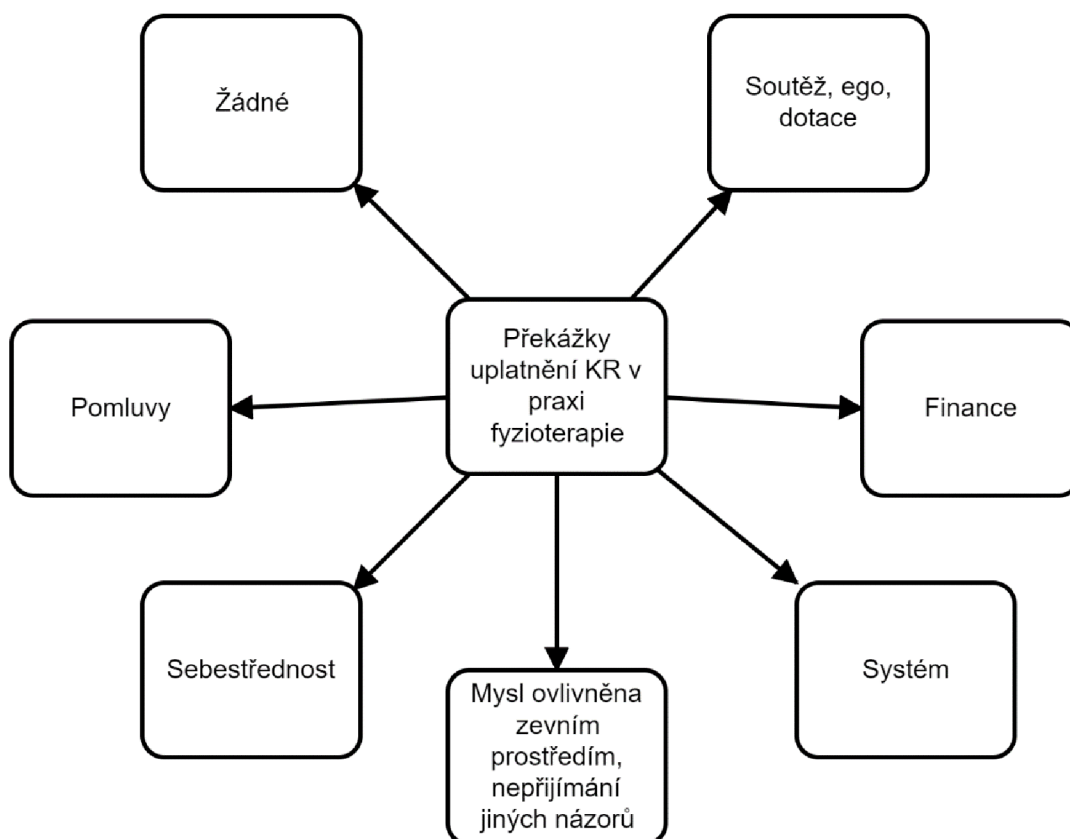
Výhody koordinované rehabilitace – shrnutí

Podle odpovědí sociální pracovníci zažívají lepší praxi a zkušenost s KR. Nejčastěji jsou odpovědi orientované na klienta, dále zazněl lepší dostupnost, návaznost, ucelenost a holismus péče, lepší podmínky i pro pracovníky. Objevuje se určitá nespokojenost se zažívanou praxí.

D. Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi

V této kategorii byly zjišťovány subjektivně nejčastěji vnímané překážky působící a bránící v koordinované rehabilitaci. V literatuře se nejčastěji zmiňují: systémové – ukotvení v zákoně, financování (Bruthansová, 2012), týmové – například sociální role (Výrost, 2019), odborný jazyk (Mareš, 2014) a osobnostní – hodnoty (Schwartz, 1994), motivace (Pesso, 2009).

Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi – fyzioterapeuti



Obr. 7: Překážky uplatnění KR v praxi – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

Ve výpovědích fyzioterapeutů řadím pro přehlednost kódy do kategorií, systémové, týmové a osobnostní, dle literatury.

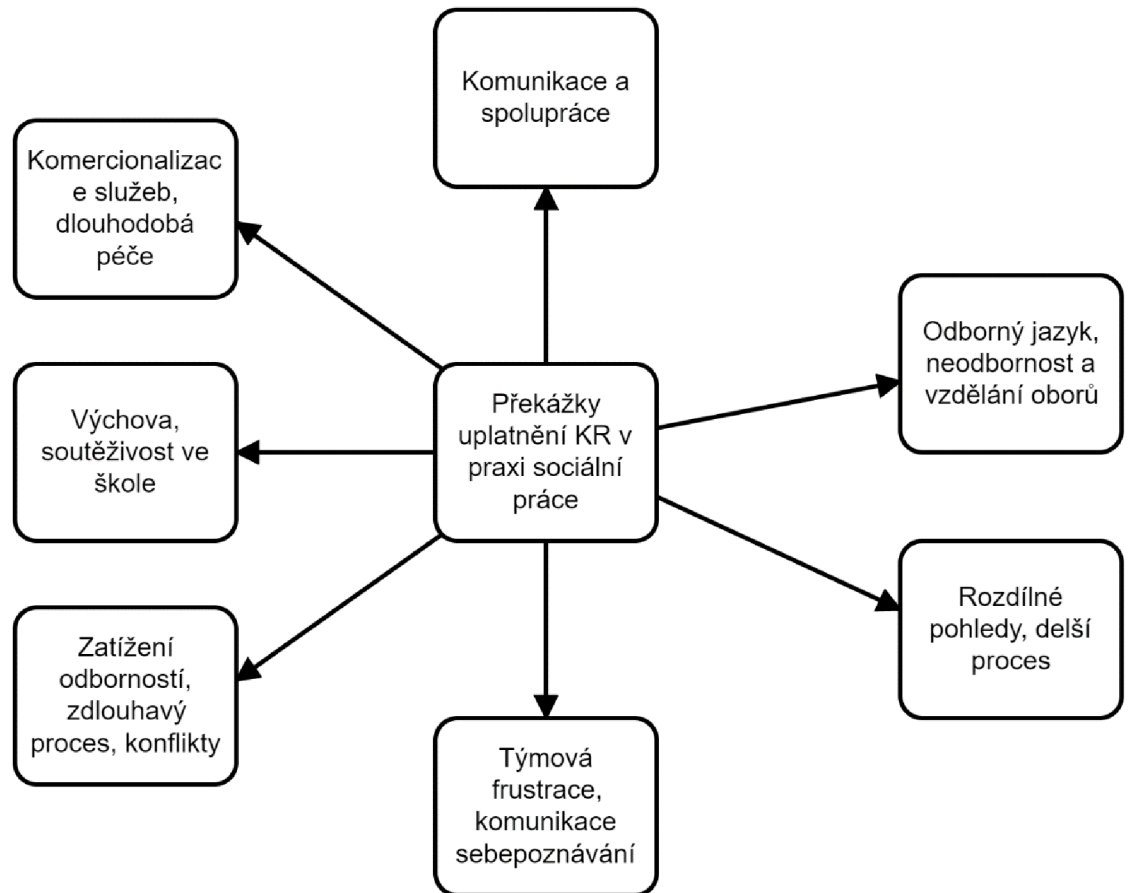
Systémové: **Informant f. 6:** „*Systém, jednoznačně, systém, jak je nastaven nemá prostor pro takovou péči. Je to někdy smutný a nefunkční, ale tváříme se, že to pomáhá*“, informant neudal konkrétní systémovou překážku, např. finance, nebo zákon, za frustrací ze systémového fungování může být i osobnostní rovina. **Informant f. 9:** „*finance, nedá se to napasovat na současný systém*“, konkrétní systémová překážka.

Týmové: **Informant f. 13:** „*určitě pomluvy v kolektivu a fungování týmu*“, za touto odpovědí se znovu skrývá i osobnostní rovina.

Osobnostní: **Informant f. 12:** „*soutěživost a ego, dotace*“, dotace jsou systémové překážky. **Informant f. 4:** „*To, jak o tom přemýšlíme, to, jak jsme nabubřeli, to, jak nad nás není, to, že takto vlastně pracovat nechceme, chceme si zažít naši vlastní jedinečnost.*“, **Informant f. 1:** „*Mysl, ovlivnění zevního prostředí, epigenetické změny, v jakém společenosti se pohybujeme, sdělovací prostředky, vytrácí se schopnost člověka přemýšlet, často jen přenáší informace. Mysl funguje na úrovni hlavy, buduje přesvědčení. Učí se rituály. Člověk sám sebe přesvědčuje a není schopen spolupráce s jinou než svojí pravdou.*“. Zde si můžeme všimnout odlišné více filozofické roviny odpovědí fyzioterapeutů f.4 a f.2, kteří jsou mimo systém zdravotní péče. Informant f.14 nevidí žádné překážky KR.

Fyzioterapeuti se kloní mezi překážkami KR k rovině osobnostní. Je zde možné tušit i zmiňovaný nesoulad některých fyzioterapeutů a lékařů.

Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi – sociální pracovníci



Obr. 8: Překážky uplatnění KR v praxi – sociální práce

Zdroj: vlastní

U sociálních pracovníků, stejně jako u fyzioterapeutů rozdělují odpovědi do kategorií: systémové, týmové a osobnostní.

Systémové: **Informant s.p. 8:** „škola, nejsme učeni takto fungovat, jsme učeni soutěžit“, zaznívá tedy subjektivní zkušenost se vzděláváním sociálních pracovníků a všeobecně atmosféra školství. **Informant s.p. 10:** „komerce doby, z lázni je wellness, fungovat to může jen v akutní fázi“, současná komerce v oblasti rehabilitace, kam můžeme zahrnout i soukromí sektor je subjektivní překážkou dle informanta s.p. 10. Systém vzdělávání zazněl i u dalšího pracovníka soc. práce.: **Informant s.p. 7:** „Neobornost oborů, nedostatečná informovanost, také jiný jazyk a specializace, které nenaleznou stejný pohled“, tato odpověď se dá zařadit i do týmových překážek.

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

Informant s.p. 7: „*Neodbornost oborů, nedostatečná informovanost, také jiný jazyk a specializace, které nenaleznou stejný pohled*“, jazyková odbornost, jako bariéra spolupráce týmu, dle literatury by tuto situace mohla řešit klasifikace dle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) (Vacková, 2020).

Informant s.p. 3: „*Neschopnost pracovat v týmu, prosazování si vlastního názoru, neschopnost přijmout další názor, komunikace obecně.*“, tato odpověď je na rozhraní

týmové a osobnostní. **Informant s.p. 2:** „*Zatíženost odborností, zdlouhavější proces rehabilitace, obtížný tok informací, střety mohou přejít ke konfliktu, pak nepřichází řešení*“, odpověď s.p. 2 dává nahlédnout do možného zákulisí KR, při konfliktu a neschopnosti ho řešit v rámci týmu v základu.

Osobnostní: **Informant s.p. 11:** „*na prvním místě člověk a jeho schopnost komunikace a spolupráce*“.

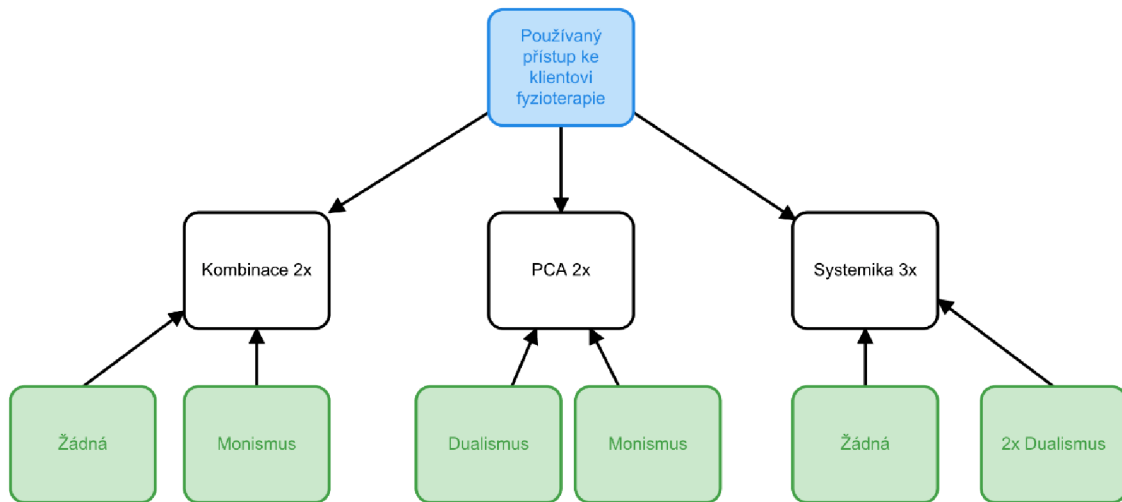
Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi – shrnutí

U informantů fyzioterapie jsou překážky více vnímané v osobnostní rovině, může se sem promítat zmiňovaný napjatý názorový vztah s lékaři. Sociální pracovníci jsou více citliví na chod systému a týmu, jimi udávané překážky reflektují především tuto rovinu.

E. Přístup ke klientovi a filozofie práce

Tuto kategorii jsem zařadil z důvodu hlubšího chápání překážek koordinované rehabilitace. Vycházel jsem z předpokladu, etického vycházení z filozofie, možných různých směrů a pohledů na člověka, proto jsem se zajímal, jak filozofii informanté vnímají, jestli nezpůsobuje polaritu, dle názorů. Z tohoto důvodu zjednodušuji otázku na terapii zaměřené na člověka (PCA), vycházející z poznatků a filozofie Rogerse a systemický přístup ke klientovi, který vychází z 50. a 60. let z Teorii obecných systémů (Broderick, 1991). Ve fyzioterapii se pod názvem PCA skrývají metody blízké k tréninky prožitku, uvědomování a soustředění se na individuální pohyb člověka, který se stává kostrou dalšího postupu terapie (Bobath koncept, Feldenkraisova metoda). Naopak systemické vnímání člověka ve fyzioterapii skrývá pohled na člověka v rámci určitého systému, tedy víry ve všeobecný opakující se vývoj člověka (Vojtův princip, DNS).

Přístup ke klientovi a filozofie práce – fyzioterapeuti



Legenda: bílá barva: přístup ke klientovi, zelená barva: filozofie práce

Obr. 9: Přístup ke klientovi a filozofie práce – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

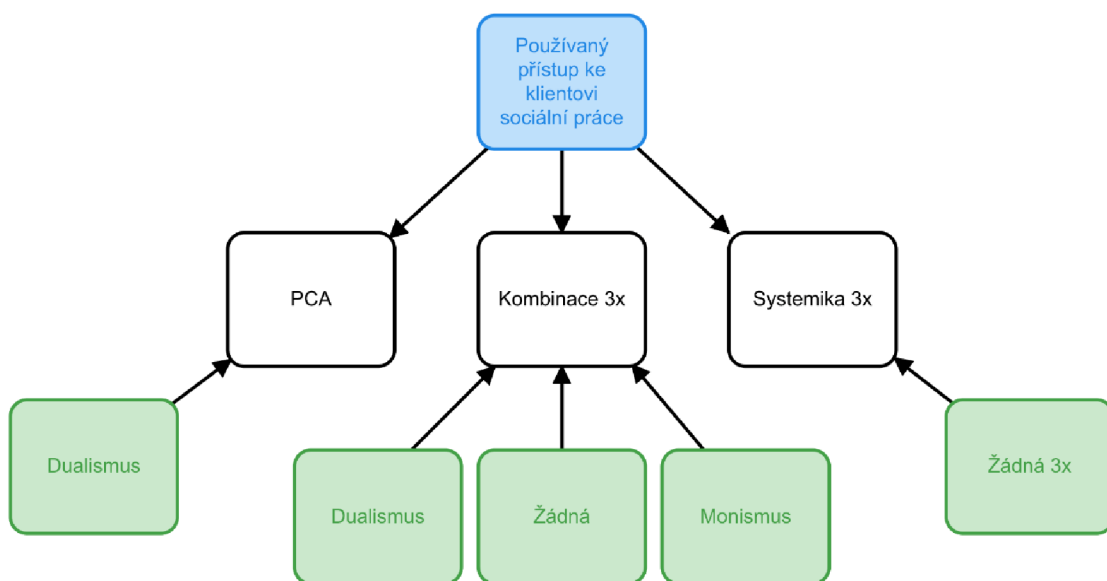
Přístup ke klientovi

Podle odpovědí je fyzioterapeutům nejbližší systemika, tři informanté svou práci opírají o určitý daný postup, který se neliší individualitou: **Informant f. 12:** „*musím se přiznat, že mě více než individualita, většina lidí ani nemluví, zajímá stupeň poškození, diagnóza a postupuji podle protokolu*“, fyzioterapeuti také zmiňují slovo koncept, tedy daný lineární přístup na základě vyšetření: **Informant f. 14:** „*ani nevím, vždy používám nějaký koncept, který se mi zrovna líbí a funguje mi*“. Na pomyslné druhé názorové straně jsou fyzioterapeuti, kterým je nejbližší PCA: **Informant f. 13:** „*Za dobu své práce, jsem přišla na to, že někdy je lepší si pořádně pokecat, zaměřuji se tedy na člověka, už je znám*“, **Informant f. 4:** „*Já jsem bobathovec, líbí se mi možnosti, jak dosáhnout zlepšení, ne orientace jen na úkol a výkon*“. Se zmíněných přístupů k péči o člověka lze odušit názorový nesoulad, který i v rámci jedné odbornosti může tvořit překážku KR, pokud s ním není počítáno. Je tedy třeba hledat určitou integraci pohledů, kterou pozorují u odpovědí fyzioterapeutů, kteří uvádějí kombinaci obou zmiňovaných přístupů: **Informant f. 9:** „*můj přístup se nejvíce opírá o DNS, ale samozřejmě reflektuji i individualitu člověka a podle toho volím přístup*“. Popisujeme si tedy možný faktor vzniku překážky spolupráce.

Filozofie práce

Dává určitý přesah v chápání naší práce a smysl. Může být i tvůrcem různého pohledu na jeden pozorovaný jev, jak známe v etice a etických dilematech. I proto jsem se na ni ptal při snaze pochopit hloubku vzniku překážek v KR. Fyzioterapeuti udávají dualismus třikrát ve výzkumu: **Informant f. 13:** „*spíše asi dualismus*“, monismus je udáván dvakrát stejně jako žádná filozofie, nebo neodpovídání na otázku. Celkově je však cítit rozpačitost z této otázky.

Přístup ke klientovi a filozofie práce – sociální pracovníci



Legenda: bílá barva: přístup ke klientovi, zelená barva: filozofie práce

Obr. 10: Přístup ke klientovi a filozofie práce – sociální práce

Zdroj: vlastní

Přístup ke klientovi

Sociální pracovníci při práci s klientem nejvíce využívají systemiku a kombinaci celkem třikrát. Jednou pak PCA. **Informant s.p. 5:** „*Jsem systemik.*“, zajímavá odpověď, informant se ztotožňuje přímo s metodou. U sociálního pracovníka uvádějícího PCA, však v odpovědi můžeme tušit odpověď větší oblíbenosti systemiky v praxi sociálními pracovníky: **Informant s.p. 7:** „*Na škole jsem byla milovníkem rogerovského přístupu, v praxi ale nebývá tak okamžitě účinná.*“. **Informant s.p. 2:** „*Řekla bych určitě kombinace, stanovujeme cíle a zároveň se zaměřujeme na potřeby.*“, sociální pracovníci, stejně jako informant této odpovědi, přístupy ke klientovi kombinují.

Filozofie práce

V odpovědích na filozofii práce jsem se u sociálních pracovníků nejčastěji setkal s odpovědí žádná, nebo neodpovědí na otázku. Dva sociální pracovníci vnímají bližší dualismus svému přemýšlení a jeden monismus.

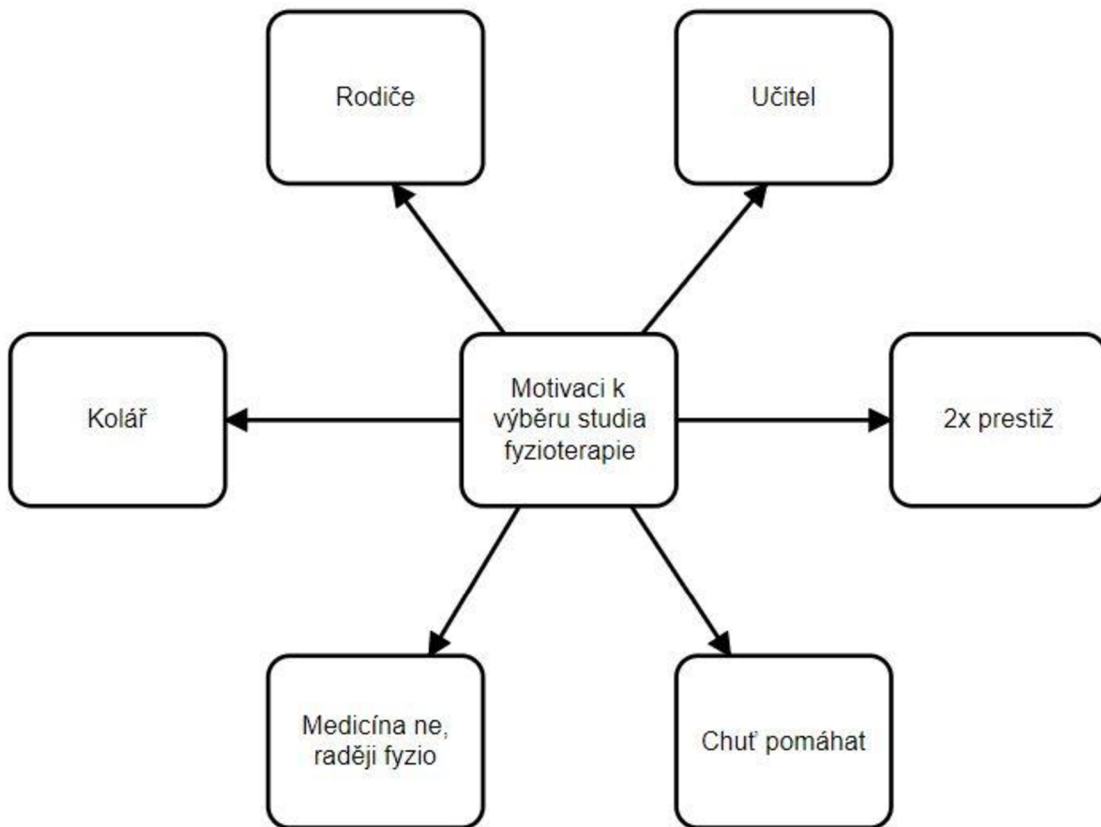
Přístup ke klientovi a filozofie práce – shrnutí

V odpovědích fyzioterapeutů je cítit větší polarita v nazírání na klienta a jeho potřeby. Sociální pracovníci jsou více jednotní, opět je tu patrná větší zkušenost ve spolupráci s dalšími odbornostmi. Naopak filozofie práce je bližší fyzioterapii, to můžeme vnímat i v odpovědích ohledně KR. Polarita názorů a nahlížení na to co je v práci důležité, může být dynamikou vzniku překážky KR.

F. Motivace k výběru studia odbornosti

Tato kategorie mi měla pomoci chápat motivovanost, která vedla fyzioterapeuty a sociální pracovníky k výběru své práce. Motivace je dle Homoly důležitým aspektem jeho spokojenosti v práci, upravuje jeho chování a je prevencí syndromu vyhoření. Předpokládal jsem, že výběr práce a spokojenost s tímto rozhodnutím by mohla být vstupní diagnostika, která mapuje motivaci odborností. Určitě ne však jediná a zcela vypovídající. V chodu KR vnímám motivovanost jedince a tím celého týmu jako zásadním aspektem fungující spolupráce.

Motivace k výběru studia odbornosti – fyzioterapeuti

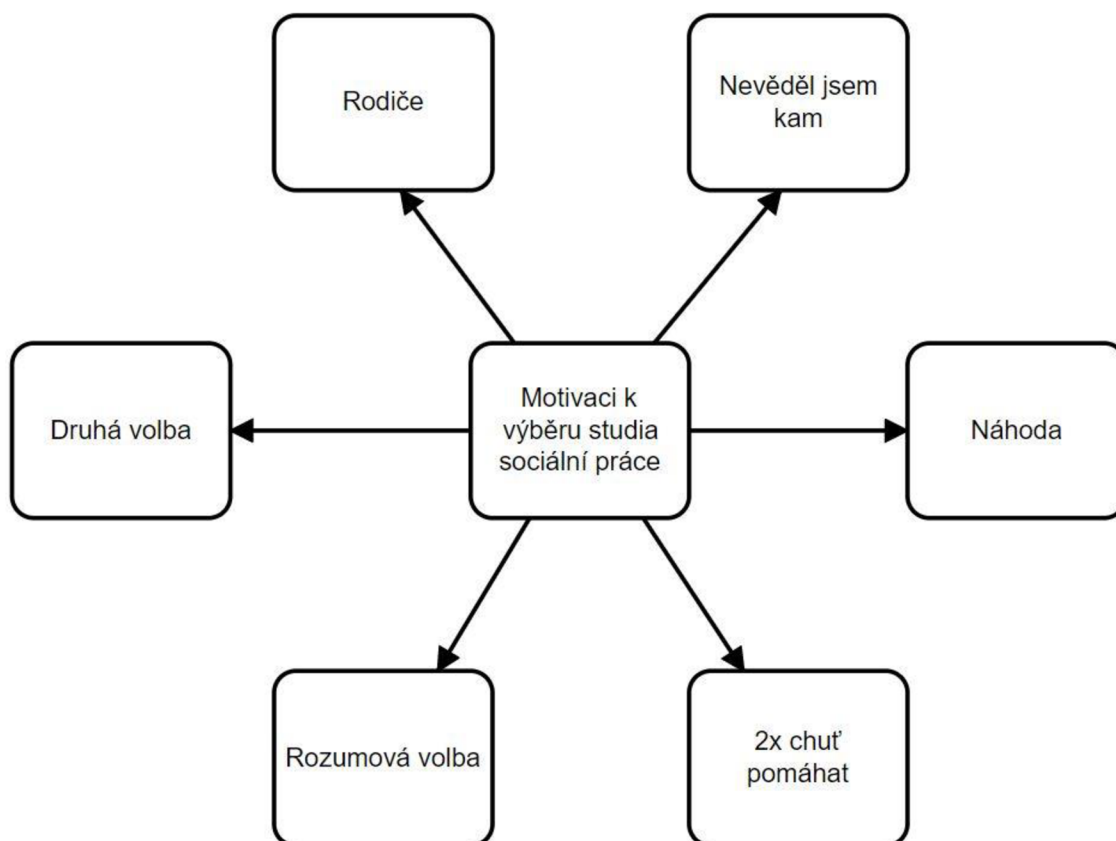


Obr. 11: Motivace k výběru studia odbornosti – fyzioterapie

Zdroj: vlastní

Fyzioterapeuti svůj obor vnímají ve dvou případech jako prestižní: **Informant f. 6:** „Libila se mi stoupající prestiž tohoto oboru.“, **Informant f. 12:** „Uřčitá dynamika a zvyšující se odbornost oboru, mě přivedla k fyziu“, tyto odpovědi mohou být také reflexí vzrůstající sebedůvěry fyzioterapeutů a prosazování jejich pohledu. **Informant f. 4:** „Pomatuji si přesně, četl jsem nějaký rozhovor s Kolářem a říkám si to chci dělat.“, tato prestiž oboru je fyzioterapeuty vnímaná i díky prof. Kolářovi. Objevuje se také, že fyzioterapie je alternativu při chuti studovat medicínské obory: **Informant f. 9:** „Chtěl jsem původně medimu, jenže jsem nesnášel krev, takže fyzió jasná volba.“. Pokud nebyl dobře orientován ve svých potřebách ve studiu informant, byla prestiž vnímána rodiči: **Informant f. 13:** „Naši říkali, že to má budoucnost“. Jeden fyzioterapeut uvedl chuť pomáhat lidem. Celkově můžeme říct, že motivací je určitá prestiž a přitažlivost fyzioterapie.

Motivace k výběru studia odbornosti – sociální pracovníci



Obr. 12: Motivace k výběru studia odbornosti – sociální práce

Zdroj: vlastní

Sociální pracovníci jsou ve svých odpovědích spíše racionální, nevnímali jsem úplnou energizaci ve výpovědích, objevují se kódy: nevěděl jsem kam, náhoda, rozumová volba:

Informant s.p. 2: „Po gymplu jsem nevěděla moc co dál, ve městě jsme měli vysokou s oborem soc. pracovník, dostala jsem se, tak jsem tam šla“. **Informant s.p. 5:** „Ani už neví, tak nějak se to seběhlo“, **Informant s.p. 7:** „Chtěla jsem dělat dětskou psycholožku, ale tam jsem se nedostala, tak sem jako druhou volbu měla sociální práci“, **Informant s.p. 8:** „U nás ve městě to bylo nejrozumnější zaměstnání.“

Motivace k výběru studia odbornosti – shrnutí

Fyzioterapeuti jsou více motivováni při výběru své odbornosti. Sociální pracovníci chtějí naopak častěji pomáhat lidem. Otázkou krom motivace vyvstává i úroveň sebevědomí. Tyto dynamiky pak mohou vést k protektivnímu chování, či syndromu vyhoření.

5.1 Výsledky – odbornosti

Tato podkapitola doplňuje pohledy fyzioterapeutů a sociálních pracovníků o odbornosti, konkrétně kardiochirurg, neurochirurg, antropolog, psychoterapeut, psychiatr. Důvodem byla touha po lepší orientaci v pohledech na koordinovanou rehabilitaci. Pro tuto kapitolu vybírám některé odpovědi, které zmiňuji v závěrečné diskusi. Kompletní dotazníky jsou v kapitole Přílohy.

Informant Jan Pirk

Pohled na multidisciplinární přístup: *„Týmová spolupráce je základem veškeré činnosti IKEM. Jako příklad multidisciplinární spolupráce bych uvedl transplantace srdce. Kardiocentrum se stává ze 4 součástí: Klinika kardiologie, Klinika kardiovaskulární chirurgie, Klinika anesteziologie a resuscitace a Pracoviště preventivní kardiologie a s tím úzce související rehabilitační program pro kardiaky, který zajišťuje Pracoviště klinické rehabilitace. Nemocní, kteří mají chronické srdeční selhání v terminálním stadiu, jsou kontrolováni na Oddělení srdečního selhání Kliniky kardiologie.“*

Názor na bio-psycho-sociální přístup ke člověku: *„Pod tímto přístupem si představuji to, co já tvrdím a učím mladé lékaře. Že v našem případě tomu nemocnému nestůně pouze jeho srdce, ale stůně celý člověk, včetně jeho duše.“*

Překážky v rámci koordinované rehabilitace v praxi: *„V rámci IKEMu nevidím žádnou překážku. Největší překážku vidím v nedostatku sociálních a doléčovacích lůžek pro polymorbidní pacienty. Jako příklad bych uvedl ze své praxe slepého diabetika v dialyzačním programu pro selhání ledvin, který měl také ischemickou chorobu srdeční a byl mu proveden aortokoronární by-pass. Takového pacienta nebylo možné dlouhou dobu uložit na lůžko dlouhodobé péče, protože nikdo nebyl ochoten takto složitěho pacienta převzít. A tak ležel několik měsíců na jednotce intenzivní péče Kliniky kardiochirurgie, čímž blokoval operace řady pacientů, protože nedostatek lůžek je chronicky všude.“*

Informant Vladimír Beneš

Pohled na multidisciplinární přístup: *„ano. neurologie, rehabilitace, ARO, atd.“*

Názor na bio-psycho-sociální přístup ke člověku: *„nic“*

Překážky v rámci koordinované rehabilitace v praxi: „*mám pocit, že mluvíme o dvou odlišných kategoriích. Já mluvím o multidisciplinárním přístupu, vaše otázky míří spíše k něčemu, co propaguje Hnízdil – celostní medicíně. To je mi zcela cizí.*“

Informant Jaroslav Maxmilián Kašparů

Pohled na multidisciplinární přístup: „*Vzhledem k tomu, že mám roky zkušeností s touto formou péče, velmi ji doporučuji.*“

Názor na bio-psycho-sociální přístup ke člověku: „*Jedná se o komplexní péči o člověka a všechny čtyři jeho existenční rozměry. Současně jde o moji celkovou profesionální práci. Jako lékař bio, jako psychiatr psycho, jako učitel socio, jako kněz spirito.*“

Překážky v rámci koordinované rehabilitace v praxi: „*Za největší překážky uvedeného přístupu považuji pýchu odborníka a nezkušenost začátečníka. Opakem je pokora a zkušenost.*“

Informant Martina Cichá

Pohled na multidisciplinární přístup: „*Multidisciplinární tým má nepochybně svůj význam, a to nejen ve vazbě na rehabilitaci. Osobně jsem velkým zastáncem integrálního medicínského přístupu – úzce vymezené medicínské specializace sice v konkrétní situaci mohou být velkým přínosem, ale často také vedou k řadě omezení, která se mohou negativně promítnout do zdravotního stavu pacienta, stejně tak mít negativní psychologické dopady. Např. jestliže je pacient pouhou diagnózou, jestliže jsou všichni zdravotníci zaměřeni výhradně na jeho urologický či jiný problém, který je důvodem hospitalizace, avšak jeho ostatní problémy jsou ignorovány (úporná zácpa či těžší deprese zůstává bez povšimnutí) apod.*“

Názor na bio-psycho-sociální přístup ke člověku: „*Pro mě osobně to je “alfa a omega” kvalitní péče, jak z hlediska medicínského, tak ošetrovatelského, ale i ve vztahu k rehabilitaci, která by měla být komplexní. Je to, dle mého soudu, spíše než cokoli jiného způsob uvažování, který se odráží v konkrétním přístupu k nemocnému, ale i jeho blízkým ... Je to něco, co má absolutní smysl, za všech okolností, tedy bez ohledu na diagnózu i další okolnosti. Ještě zde postrádám přístup, zohledňující kulturní souvislosti, které nemusí být náboženské. Pojmy společnost a kultura se sice vzájemně překrývají, velmi*

úzce spolu souvisí, ale přece jen nejsou zcela identické. Tedy, slovem “sociální” nelze plnohodnotně nahradit to, co je bytostně “kulturní”.“

Překážky v rámci koordinované rehabilitace v praxi: *„Největší překážkou je, podle mě, neznalost, nepochopení významu, smyslu tohoto přístupu. Obávám se, že k tomuto jsou studenti během studia pramálo vedeni. Mluví se o tom spíše jen okrajově, stručně, a hlavně v rovině teoretické. Podle mě je hlavní problém v tom, že to studenti jen málokdy vidí v praxi, tak, aby si to v konkrétní situaci uvědomili, byli na to upozorněni a vedeni k tomu. To je ovšem velice těžké, pokud běžně nevidí z tohoto hlediska “příklady dobré praxe”. Stejně tak se domnívám, že tomuto není příliš nakloněn zdravotnický systém, z různých důvodů. Jistě ale záleží také na osobních a osobnostních kvalitách každého, k čemu inklinuje, jako pro to má sám předpoklady ... Přirovnala bych to k empatii. Ta se sice může budovat a rozvíjet, je-li správné vedení, na druhé straně ale “kámen kamenem” zůstane. To myslím, samozřejmě, metaforicky. Jistě jsou zdravotníci, kteří k tomu mají velmi dobré předpoklady (a event. to i v praxi dnes a denně uplatňují), ovšem je i mnoho těch, kteří toho prostě nejsou schopni, ať již jsou důvody jakékoli.“*

Informant Martin Zikmund

Pohled na multidisciplinární přístup: *„Ano, měl jsem klienta s velmi neobvyklou autoimunitní poruchou, která se objevila náhle po nástupu krize kolem koronaviru. Gastroenterolog ani imunolog nenašli zjevnou příčinu problémů, kolegyně psychiatricka ho doporučila ke mně. Ukázalo se, že se jedná o velmi silnou psychoneuroimunologickou reakci, kdy klientův imunitní systém byl v takovém stavu ohrožení, že klient nebyl schopný jíst cokoli s alergeny, byť nikdy žádnými alergiemi na potraviny netrpěl a standardní alergologické testy nevykázaly reakci. Nakonec se postupně se zklidněním psychiky dostalo i tělo do normálu. Klíčovou roli hrála ale i podpora ze strany zaměstnavatele, manželky a přátel.“*

Názor na bio-psycho-sociální přístup ke člověku: *„Propojení psychiky, fyziologie (těla) a sociálního okolí, ve kterém se klient pohybuje (rodina, práce, přátelé atd.)“*

Překážky v rámci koordinované rehabilitace v praxi: *„Důvěrnost terapeutického vztahu + nedostatek přímých spolehlivých kontaktů na odborníky z přidružených oborů (pokud tedy člověk nepracuje v nemocnici nebo na klinice).“*

6 Diskuse

V kapitole diskuse komentuji data z výzkumu ve vztahu k výzkumným otázkám. Odpovědi hledám v kombinaci obecně uznávaných paradigmat, závěrů odborníků a svého vlastního zjištění. Hledám souvislosti jednotlivých výsledků, porovnávám pohled fyzioterapie a sociální práce.

Diskusi povedu podle chronologie výzkumu. Sleduji u informantů: 1) zaměstnání, 2) koordinovaná rehabilitace v praxi, 3) výhody koordinované rehabilitace, 4) překážky koordinované rehabilitace 5) používaný přístup ke klientovi a filozofie práce, 6) motivaci ke studiu odbornosti.

1) Zaměstnání – fyzioterapeutů

Smyslem dotazování na zaměstnání bylo zmapovat, kde odborník fyzioterapie pracuje, výzkumný soubor byl doplňován, tak aby byly zastoupeny co nejširší pracovní pozice a tím zajištěn širší pohled na možnosti praxe. V diskusi dále zmiňuji souvislosti motivace, osobnostní kvalit.

Z výsledků vyplývá, že dva fyzioterapeuti mají soukromou praxi, dva pracují v rehabilitačním centru, jeden v domově pro seniory a dva v nemocnici.

V kategorii zaměstnání jsem se ještě dotazoval na zkušenosti v práci s multidisciplinárním týmem. Oba fyzioterapeuti soukromé praxe udávají, že v současné praxi nevyužívají multidisciplinární přístup, stejně se vyslovil praktik z rehabilitačního centra. Zbývající fyzioterapeuti z nemocnic, domova pro seniory a rehabilitačního centra využívají podle jejich vyjádření v praxi multidisciplinární přístup.

2) Zaměstnání – sociální práce

Soubor sociálních pracovníků jako své působiště uvádí: dvakrát domov pro seniory, Centrum duševního zdraví (CDZ), dvakrát nemocnice, OSPOD, rehabilitační centrum.

V užívání multidisciplinárního přístupu ke klientovi uvádí všichni informanté, že tento přístup používají. To je opět zajímavé zjištění, ve srovnání s fyzioterapií. Fyzioterapeuti v soukromé praxi tento přístup nemohou, nebo možná nechtějí využívat.

3) Koordinovaná rehabilitace v praxi fyzioterapie

V této kapitole jsem porovnával názory na koordinovanou rehabilitaci a její praktické využívání. V úvodu je třeba zmínit především onu koordinovanou péči. V rehabilitaci se nejčastěji udává tzv. case management, zahrnuje případové vedení jako jeden ze svých nástrojů. Cílem rehabilitace je pomáhat osobám s diagnózou takovým způsobem, aby mohli co možná nejvíce využívat schopnosti, kterými disponují, a to i navzdory své nemoci, a tak mohli dosahovat své optimální existenční úrovně (Páv et al., 2017). V literatuře se dále zmiňuje otevřený dialog (OD), tento model se zavádí především v reformě psychiatrie a zřizování center duševního zdraví (CDZ). OD týmy pracující na se setkávají s klienty a jejich blízkými tak často, jak je potřeba a tam, kde je potřeba, OD akcentuje také psychologickou kontinuitu a týmy se proto snaží zajistit, aby se konkrétní klient setkával po celou dobu léčby se stejnými pracovníky (Seikkula a Arnkil, 2013). Posledním přístupem, který se také užívá v CDZ je model FACT. Model FACT sám o sobě neklade důraz na rodinná setkání, ačkoli je nijak nezavrhuje (Nordén, Malm, Norlander, 2012). Důležitým rysem tohoto modelu je ovšem také systém týmových porad, kde se rozhoduje za nepřítomnosti klientů o tom, který z odborníků by se měl s daným klientem setkat, za jakým účelem apod. (Novák, Ukropová, 2019).

Oslovení fyzioterapeutů se vyslovovali spíše pro koordinovanou rehabilitaci. A její přístup, zdůrazňovali pro celkovou péči, pokládali ji za skvělou ideu. Věřili v budoucnost KR, udávají důležitost propojení, z důvodu omezeného pohledu jednoho odborníka. Zazněly i kritické pohledy na koordinovanou rehabilitaci: v praxi nemožná, komplexní péče je někdy ezoterika, nejsou podmínky pro KR. Ukázalo se, že zajímavá odpověď byla, že KR je dnešní standard.

V praxi se pozitivita výpovědí z teorie mění: třikrát KR nepoužívá, hierarchické řízení KR (tzn. setkávají se jen vedoucí pracovníci), KR řízena dokumentací (odborníci se domlouvají prostřednictvím lékařských zpráv). Z těchto výpovědí se můžeme domnívat, že dotazování fyzioterapeutů nerozlišují mezi koordinovanou rehabilitací a spoluprací v multidisciplinárním týmu, zřejmě se nerealizuje koordinovanost péče, v rámci pravidelného setkávání odborníků. Není popisován case management, FACT nebo OD.

4) Koordinovaná rehabilitace v praxi sociální práce

V praxi sociální práce na úrovni teoretické je KR vnímaná kladně, uvádějí že je to hezká idea, nástroj odpovídající lidským potřebám a právům, důležitost koordinovanosti, nezbytná pro celkovou péči o člověka. Zazněla, ale i pesimistická vidění: nejsou podmínky pro KR, nejprve jiné priority pak KR (zmiňováno nedostatek lůžek, personálu v dlouhodobé péči), jen hit posledních letech, prodejní artikl. Jeden názor poukazuje i na kompetence. Zmiňuje jen v rukou lékaře je možné provádět KR.

Stejně jako u fyzioterapie můžeme v praxi pozorovat jen v jednom případě použití KR, konkrétně se jedná o otevřený dialog (OD) v Centru duševního zdraví (CDZ), jinak jde spíše o multidisciplinární přístup: setkávání vedoucích, KR řízena směrnicemi péče, KR řízena autoritou, hierarchické řízení, vlastní iniciativa, jednou přímo zaznívá KR jako multidisciplinární tým.

Fyzioterapeuti i sociální pracovníci udávají důležitost KR. Podle zjištění v praxi se jedná spíše o multidisciplinární spolupráci.

5) Výhody koordinované rehabilitace u fyzioterapie

V hloubkových rozhovorech se úvahy o koordinované rehabilitaci a jejich výhodách rozšiřují.

Fyzioterapeuti udávají mezi výhody přístupu KR: aktivaci klienta, zahrnutí klienta do léčení, funkční KR je přínosná, dostupnost péče, spolupráce, komplexní péče o klienta. Opět se tu objevují pochyby o praktickém použití KR, pozitiva jsou podle jejich názoru pouze teoretická.

6) Výhody koordinované rehabilitace v sociální práci

Sociální pracovníci vidí výhody ve zlepšení následné péče, koordinovaní péče, spolupráce, ucelená péče, spokojenější klienti i zaměstnanci, více úhlů pohledu, zasítování klienta, reflektování širších potřeb.

Sociální pracovníci poukazují nepřímě na následnou péči, současné pojetí. Objevuje se tu i touha po spokojenějších klientech, ale i zaměstnancích, což si opět můžeme představit v konfrontaci se syndromem vyhoření. Nepřímě zde můžeme vidět i potvrzení slov prof.

Pfeiffera, že v ČR dlouhodobá rehabilitace nestačí tempu akutní péče, která je naopak výborná (Pfeiffer, 2019).

7) Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi fyzioterapie

Z výzkumu jemně naznačuje, že koordinovaná rehabilitaci v praxi neodpovídá teoretickému základu, proto mne zajímaly nejčastější překážky. Fyzioterapeuti zmínili pomluvy, mysl ovlivněna vnějším prostředím, sebestřednost odborníků, systém, finance, soutěživost, ego spolupracovníků, poskytování dotací. Fyzioterapeuti tedy mluví o osobnostních a osobních faktorech, komunikaci. Ze systému byly zmiňovány finance a dotace. Jeden z fyzioterapeutů nevidí žádné překážky.

8) Překážky uplatnění koordinované rehabilitace v praxi sociální práce

Sociální pracovníci mluví více o zdlouhavém procesu, který zavedením KR vnímají, byla kritizována i komercializace služeb. Byla zmiňována soukromá praxe fyzioterapeutů pro vyšší příjmy. Byly kritizovány lázně, které se stávají wellnessem z důvodu ekonomické výhodnosti. Bylo uvedeno vzdělávání, výuka a výchova k soutěživosti ve škole i v přípravě na zaměstnání. Chybí podpora ve školním systému, ve způsobu hodnocení, což nepomáhá spolupráci a kooperaci v práci na které KR staví.

9) Používaný přístup ke klientovi a filozofie práce u fyzioterapeutů

Pro potřeby výzkumu jsem možnost poněkud redukoval. Sleduji terapii zaměřenou na člověka. Na prvním místě tento přístup vidí individualitu člověka. Systemický přístup, tzn. lineární přístup ke klientovi, se zaměřuje na diagnózu klienta. Třetí možností je kombinace předešlých přístupů, tedy systemiky a zaměření na člověka. Důvodem této otázky bylo zmapovat, jak odborníci fyzioterapie a sociální práce smýšlejí o klientech. Nechci stavět tyto dva pohledy proti sobě, přesto je možno uvést kritiky obou těchto přístupů, tak abychom si mohli představit případnou dynamičnost názorů a odporů při spolupráci v týmu koordinované rehabilitace. Jako nejvíce vypovídající literaturu této problematiky považuji Psychoterapeutické systémy autorů Prochasky a Norcross. Ti u terapií zaměřené na člověka nejvíce kritizují, až magickou víru, že vztah terapeuta a klienta vše vyřeší, častou absencí individuálního přístupu, upřednostňování citění nad znalostmi (Prochaska, Norcross, 1999). U systemiky zavádění paradoxní intervence u pacientů podkopává posvátnost terapeutického spojení a podporuje klientovu představu o terapeutovi jako manipulující a ovládající (Prochaska, Norcross, 1999).

Nutno dodat, že u fyzioterapie v praxi výše zmíněné rozdělení neexistuje. Některé přístupy jsou více zaměřeny na systemiku a objevují se i terapie více zaměřené na člověka. Tedy přivedení člověka k pochopení sebe sama. Proto jsem si pro sjednocení dat a možnosti porovnání dovolil PCA a systemiku použít i u fyzioterapie.

Filozofii jsem věnoval značný prostor v teoretické části. Jedním z důvodů byla možnost při procházení vývoje filozofie pochopit tendenci polarity názorů, která postupně dochází k integrativnímu pohledu. Toto uvědomění pak může být přeneseno do vztahů a dynamiky názorů na pracovišti. Dalším tématem je etika, filozofie učí lásce k pravdě, etika se snaží popsat zásady správného žití. I v etice se vyskytuje pluralita pohledů, jmenujme například ontologický personalismus, empirický funkcionalismus a gradualismus (Vácha, 2012). Pokud se tedy mezi odborníky vyskytnou různé a protichůdné pohledy, budou závěry řešení etického dilematu různé (Vácha, 2012). Bez kognitivního zpracování tématu tak snadno může dojít ke konfliktu, který se může odrazit v koordinované rehabilitaci.

Filozofie ovlivňuje i chápání přístupů biomedicínského a bio-psycho-sociálního modelu. Před 40 lety Engel přišel s integrativním modelem BPSP, který zahrnoval i biomedicínský přístup, pro biomedicínský přístup se však stal BPSP nevědeckým a nepodloženým kompilátem, až v roce 2019 přichází Bolton a Gillett a shrnují vědeckým způsobem BPSP a ověřují jeho validitu (Bolton, Gillett, 2019).

Z tohoto důvodu jsem se také informantů ptal, zda je jim bližší monismus, nebo dualismus, případně pokud pro ně není ani jeden směr důležitý nebylo nutné odpovědět.

Fyzioterapeuti odpovídali, že tři volí systemický přístup, dva PCA (person centred attachment) a dva kombinace.

Zjistil jsem, že kombinaci PCA a systemiky volili fyzioterapeuti s filozofií monismu případně bez filozofického zakotvení. Jen praxi PCA volili fyzioterapeuti s filozofií monismu i dualismu. Systemicky smýšlející jeden fyzioterapeut bez filozofického názoru a dva s dualistickou filozofií. Důležitost filozofie zde opět sledujeme ve hlubším chápání své práce a naplnění smyslu života.

Poslední otázkou v této kapitole a neméně důležitou byla orientace odborníků ve své kompetenci, tzn. jak se odborník orientuje v tom, kdy klienta poslat k jinému

odborníkovi. Velmi zarážející byl fakt, že ani jeden z informantů nezmiňuje, že při rozhodování spolupracuje s kolegy.

10) Používaný přístup ke klientovi – sociální práce

Na rozdíl od fyzioterapie informanté sociální práce často odpovídají ve prospěch systemického přístupu, tři informanti udávají kombinaci a jeden přístup PCA.

Systemika může mít slabou stránku, tedy vnímanou manipulaci terapeuta klientem, jak již bylo řečeno důležité je mít na zřeteli tento fakt u tzv. empowermantu klienta. Systemika naopak oproti PCA bývá často rychlejší a účelnější, proto se hodí do krizové intervence.

Sociální pracovníci uvedli, že se při svém působení neopírají o žádný filozofický směr uvedli čtyřikrát, o dualismus dvakrát a jedenkrát o monismus. Oproti fyzioterapii jsem zjistil menší zájem o filozofii, což může v kombinaci se systemikou vést v praxi k stereotypu vykonávané práce. Přínosem filozofie pro tento druh profese je její zájem o sebepoznávání. Stoicismus má společné rysy s kognitivně-behaviorální terapií (Wagner, 2017).

Pohledy na bio-psycho-sociální pojetí člověka se dále může lišit podle profesí, které se podílejí na koordinované rehabilitaci. Za kvalitní doplnění výsledků šetření a hloubkových rozhovorů pokládám odpovědi našich předních odborníků Pirka, Beneše, Kašparů, Ciché a Zikmunda viz. Příloha 4.

11) Motivace ke studiu odborností

Cílem bylo zjistit motivaci informantů oboru fyzioterapii, ke studiu a vykonávání práce. Mapovat sílu motivačního zdroje vzhledem k syndromu vyhoření. V diskusi dále zmiňuji souvislosti motivace, osobnostní kvalit. V teoretické části udávám osobnostní kvality jako jeden z faktorů ovlivňující koordinovanou rehabilitaci.

Jako zdroj motivace informanté zmiňují rodiče, učitele na střední škole, příklad profesora Koláře, dvakrát prestiž oboru, jeden informant zmiňuje, že si vybíral mezi medicínou a fyzioterapií, raději si vybral fyzioterapii a jeden fyzioterapeut udává chuť pomáhat. Motivace k zaměstnání je velmi důležitá, často se zmiňuje například v souvislosti se syndromem vyhoření. Motivací se například zabýval Homola, který udává, že motivací je vnitřní aktivace neboli takzvané vnitřní vzbuzování aktivity organismu, která vede

k jeho energetizování, tak pomáhá regulaci chování (Homola, 1977). Motivačními zdroji jsou někdy chápány skutečnosti, které ovlivňují stálost lidské činnosti (Provazník, 2004). Mezi základními zdroji motivace jsou uváděny zájmy, návyky, potřeby, ideály, hodnoty a hodnotová orientace (Provazník, 2004). Provazník dále zmiňuje, že vnitřní potřeba a zdroje nejsou člověkem často plně uvědomovány (Provazník, 2004). Pokud se na potřeby podíváme z hlediska motivace, může být zajímavým dalším orientačním bodem metoda Pessa a Boydenové. Při mapování našich potřeb se opírá o pět základních: ochrana (bezpečí), výživa (syčení, péče), místo, limity a podpora (Kratochvílová, 2010). Plamínek udává, že člověk vykonává práci na základě svých vnitřních motivů, práce ho jednoduše baví a považuje ji za důležitou a pro něj velmi významnou. (Plamínek, 2007). Motivací pro obor fyzioterapie je podle zjištění prestižní obor, který má svou autoritu profesora Koláře. Tyto motivace můžeme pojmenovat spíše jako vnější, zpravidla nemají dostatečnou sílu k udržení dlouhodobé konstantní práce a energetizování jedince. Vnitřní motivace práce je většinou pro člověka požitekem, sebevyjádřením, zajímá se o ně a uspokojuje jí svou zvědavost. Vnější motivace je motivace pocházející z okolí (Reisse, 2012). U souboru informantů se chuť pomáhat objevuje pouze jednou. Tato na první pohled žádoucí vnitřní motivace, může souviset s vnitřní potřebou dle Pessa a Boydenové, s dosycováním pocitu vlastní důležitosti v životě, případně bývá úzce spojen se syndromem pomáhajících: *„Syndrom pomáhajících je specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte. Trpí hladem po porozumění a po uznání. Pokud je pomáhající profese provozována bez supervize, jen prohlubuje tuto nekončící a nenasytnou touhu po vděčnosti a obdivu. Syndromem pomáhajících netrpí jen jednotlivci, ale celé instituce – zdravotnické, pedagogické a sociální.“* (Matoušek, 2013). Vliv rodičů a učitele na střední škole jako motivaci u dalších informantů může poukazovat na neorientování se ve vlastních potřebách. Časem může tato neukotvenost přispět ke vzniku syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření se týká především osob pracujících s lidmi (Pešek, 2016). A pokud syndrom vyhoření nabere na své síle, může se promítnout do emocí, myšlenek, tělesných reakcí či zjevného chování a jeho důsledky se objeví nejen v životě vyhořelého (Pešek, 2016). Podle individuality bude někdo mít tendence se separovat a stranit kolektivu, jiný naopak vyhledávat podporu týmu.

Další možností, jak se orientovat v osobnostní rovině je po systému potřeb systém hodnot, v této úrovni nejvíce objevů učinil Schwartz, viz. teoretická část diplomové práce. Dle názorů Schwartze jsou hodnoty jedním ze stavebních kamenů možného porozumění v týmu. Systém hodnot úzce souvisí s motivací (Řeháková, 2006). Schwartz si byl od počátku vědom toho, že koncept hodnot propojuje odborníky z různých oborů, které se zabývají lidským chováním, ať už se jedná o psychology, sociology nebo antropology (Řeháková, 2006). Některé hodnoty mohou být protichůdné a vytvářet tak sociální napětí v týmu.

Velmi zajímavé jsou odpovědi na motivaci k práci sociálního pracovníka: „nevěděl jsem co jít studovat“, „náhoda“, „druhá volba“, „rozumová volba“, „rodiče“ a dvakrát „chuť pomáhat“. Pokud si připomeneme syndrom vyhoření zmiňovaný výše u zaměstnání fyzioterapie, víme, že čím menší motivace, tím vyšší možnost vyhoření, nelze ale tvrdit, že se dotyčný pracovník později v práci nenajde. Celkově však motivace u téhle skupiny působí velmi neurčitě, ve srovnání s fyzioterapií není zmiňována prestiž oboru, naopak chuť pomáhat je uvedena minimálně.

12) Názory citovaných odborníků v porovnání s pohledy fyzioterapie a sociální práce

Pohled na multidisciplinární tým a spolupráci má každý odborník kladný liší se, ale pojetí, co si pod tímto přístupem představují. V odpovědích fyzioterapeutů a sociálních pracovníků zaznamenáváme také různý stupeň vnímání multidisciplinárního týmu. Důležitá je spolupráce odborností. Podle výzkumu je to velmi různorodé podle pracovišť. Můžeme si také všimnout, že lékaři vnímají spolupráci spíše bezchybnou, což je dané i prestižností jejich pracovišť.

Zajímavý je pohled na bio-psycho-sociální přístup k člověku u našich předních odborníků prof. Beneš označil, že mu tento přístup nic neříká, naopak prof. Pirk uvedl, že v něm vidí jeho důležitost. Stejně jako prof. Kašparů. Doc. Cichá jí dokonce označuje alfou a omegou péče o člověka. Psychoterapeut Ing. Zikmund uvedl osobní příklad, kdy pro jednoho odborníka je klient zdravý a druhý nachází diagnózu klienta. Jako překážky, prof. Beneš zmiňuje, že má na mysli jiný multidisciplinární přístup, ovšem další odborníci udávají konkrétní příklady. Od psychoterapeuta Ing. Zikmunda zaznívá stejná zkušenost jako u soukromých fyzioterapeutů, tedy je těžké vytvořit terapeutické a mezioborové vztahy, pokud nejste součástí organizace. Opět můžeme reflektovat širokou škálu

vnímání multidisciplinárního týmu. Antropoložka doc. Cichá popisuje největší překážku, nepochopení přístupu BPSP, který nebývá při studiu současně zažit v praxi, naopak doc. Vacková udává, že je součástí hodnocení dle MKF (Vacková, 2020). Je možné tedy nepochopit na praktické úrovni BPSP a zároveň hodnotit pacienta?

Prof. Kašparů zmínil osobní a osobnostní překážky spolupráce odborníků, zmiňuje nezkušenost začátečníka někdy i pýchu odborníka. Pokud propojíme odpovědi odborníků a pohledy fyzioterapeutů se sociálními pracovníky je zřejmé, že v praxi nejsou ideální podmínky pro multidisciplinární tým. Ten je často nesprávně zaměňován za koordinovanou rehabilitaci. Prvním logickým krokem v praxi může být zavedení case managementu a s ním koordinované rehabilitace, ovšem nemůže to být krok jediný, spíše po zkušenostech z Centra duševního zdraví (CDZ) by měla být hledány další možnosti, případně čekat až do spolupráce tzv. dospějeme.

K zodpovězení výzkumné otázky, zda je využívaná koordinovaná rehabilitace v praxi fyzioterapie a sociální práce je podle výzkumu možno konstatovat, že v Jihočeském regionu není v požadované podobě koordinovaná rehabilitace ve větším měřítku používána a uplatňována. Řízení a koordinování rehabilitace je nejčastější na poradách vedoucích, v rámci kvality péče a směrnic, lékařských zpráv apod. Z pravidla nejsou koordinované týmové porady odborníků, styl řízení casemanagment neodpovídá teorii. Jen v CDZ se využívá OD. Z pohledu odborníků vypadá celostní péče v rámci koordinované rehabilitace jako alternativní medicína, není také dostatek lůžek na následnou péči a rehabilitaci. Podle doc. Ciché není ani podpora v rámci výuky na příslušných fakultách Výhody KR si většina fyzioterapeutů a sociálních pracovníků uvědomuje. Popisuje je zpravidla jako celostní podporu klienta, reflektování jeho potřeb a práv. V praxi jsou zatím překážky, které nejčastěji spadají do osobnostní roviny, roviny přípravy na budoucí povolání a žádoucího způsobu komunikace.

7 Závěr

Hlavní výzkumná otázka této diplomové práce měla zjistit, zda odborníci z řad fyzioterapie a sociální práce využívají ve své praxi koordinovanou rehabilitaci.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku tedy je, že koordinovaná rehabilitace se v běžné praxi fyzioterapie a sociální práce nevyužívá.

Tento závěr je v kontrastu s vedlejší výzkumnou otázkou, to znamená zjistit výhody a překážky koordinované rehabilitace, tedy především se zmiňovanými výhodami KR.

KR je fyzioterapeuty a sociálními pracovníky, kteří se zúčastnili výzkumu považována za velmi dobrý nástroj, který vede k aktivaci klienta, zapojení klienta do léčby, komplexní péče. V odpovědích byly zmiňované holistické prvky péče o člověka, celostní pohled, reflektování širších potřeb, zasítování klienta. Zazněla i podmiňující odpověď, že pokud bude KR dobře fungovat, je přínosná. Odpověď: „mohla by vyřešit následnou péči“. Můžeme možná odušit nespokojenost informanta s následnou péčí a jeden informant popsal, že pozitiva jsou jen na úrovni teorie, odpověď možná opět naznačuje špatnou praktickou zkušenost s KR.

Druhá část vedlejší otázky tedy dokresluje kontrast mezi odpověďmi na hlavní výzkumnou otázkou a odpověďmi, které se týkaly výhod KR. Na nejčastější překážky KR, jsem se dotazoval i odborníků z různých lékařských oborů. Překážky jsou popisovány jako systémové, byly nejčastěji zmiňované: finance, systém péče, dotace, zdoluhavý proces průběhu KR. Osobnostní překážky byly zmiňované: mysl neschopná přijmout jiné názory, sebestřednost, ego. Poslední týmové překážky, které mohou být reflexí osobnostních překážek: konflikty, pomluvy, soutěživost.

Mezi odborníky jsou zmiňovány různé překážky KR, Pirk popisuje nedostatek lůžek následné péče. Beneš různé chápání multidisciplinárního týmu. Kašparů zmínil pýchu odborníků a nezkušenost začátečníků. Cichá mluví o nepochopení významu a smyslu přístupu ke klientovi a nedostatečnou praktickou zkušenost studentů během studia. Zikmund nedostatek spolehlivých kontaktů.

Moje Práce se částečně snaží najít možná vysvětlení uváděných překážek, může to být malá motivace sociálních pracovníků a fyzioterapeutů k práci v týmu, v krátkodobém zkoumání nelze prokázat souvislost motivace a syndromu vyhoření, který má následně

vliv na osobnostní kvality odborníků. V rámci vysokoškolského vzdělávání pomáhajících profesí není kladen dostatečný důraz na sebezkušenost. Studenti mají často velmi dobré teoretické znalosti, které nejsou odžity a hluboce chápány.

V práci jsem zmapoval pohledy fyzioterapeutů a sociálních pracovníků na současný stav užívání koordinované rehabilitace v praxi. Z teoretického hlediska jsou všichni informanté dobře připraveni, přičemž každý KR pojímá svým individuálním způsobem, což může vést k demotivaci jejího užívání. Domnívám se, že praktické zkušenosti s KR mohou vést ke zlepšení situace ve zdravotním a sociálním systému.

8 Seznam zdrojů

- ALMERON, L. 2020. Domestic violence cases escalating quicker in time of COVID-19 <https://missionlocal.org/2020/03/for-victims-of-domestic-violence-sheltering-in-place-can-mean-more-abuse>, accessed 3rd April
- BAŠTECKÁ, B., 2015. Klinická psychologie. Praha: Portál, 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0
- BAŠTECKÁ, B., 2016. Týmová supervize: Teorie a praxe. Praha: Portál, 328 s. ISBN 978-80-262-0940-9
- BAŠTECKÝ, J., 1993. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 363 s. ISBN 80-7169-031-7
- BEDRNOVÁ, E., 1996. Duševní hygiena a sebeřízení. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 190 s. ISBN 80-7079-019-9
- BOLTON, D., & GILLET, G., 2019. The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments (p. 149). Springer Nature.
- BRONSTEIN, L., 2013. A Model for Interdisciplinary Collaboration. Dostupné z <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/48/3/297/1941702?redirectedFrom=fulltext>
- BRODERICK, R., 1991. The evolution of computer use in human resource management: Interviews with ten leaders. *Human Resource Management*. 30(4), 485-508.
- BRŮHA, D., 2011. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5
- BRUTHANSOVÁ, D., 2012. Koordinovaná rehabilitace. Dostupné z <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=10>
- BUZAN, T., 2012. Myšlenkové mapy. Brno: BizBooks. ISBN 978-80-265-0030-8
- BYSTRĚČAN, I., 2020. Individualismus brání boji s klimatickou krizí. Co na to Češi a jejich odpor ke všemu kolektivnímu? Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/individualismus-brani-boji-s-klimatickou-krizi-co-na-cesi-a-jejich-odpor-ke-8141336>
- CATALANO, R., 1979. Health, Behaviour and the Community: An Ecological Perspective (General Psychology). Pergamon Press. ISBN B01JXPNUKO

- CICHÁ, M., 2014. Integrální antropologie. Praha Triton. ISBN 978-80-7387-816-0
- CORBINOVÁ, J., STRAUSS, A. 1999. Základy kvalitativního výzkumu. Praha: Albert. ISBN: 80-85834-60-X
- ČELEDVÁ, L., 2010. Výchova ke zdraví. Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8
- ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2017. Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 511 s. ISBN 9788024638287
- ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., 2011a. Osud koordinované rehabilitace. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-14-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
- ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., 2011b. Koordinovanost ucelené rehabilitace. Pro lékaře. [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-11/koordinovanostucelene-rehabilitace-36665>
- ČTK, 2015. MPSV chystá zákon o komplexní rehabilitaci včetně pracovní. Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/36173-mpsv-chysta-zakon-o-komplexni-rehabilitaci-vcetne-pracovni>
- DAVIDOVÁ, M., 2018. Postoj sociálních pracovníků k osobám bez přístřeší. Brno: Masarykova univerzita
- DEMETEROVÁ, D., 2018. Internet – miesto umeleckého vyjadrenia. Brno: Masarykova univerzita
- DILERNIA D, Lacerenza, 2020. Altered Interoceptive Perception and the Effects of Interoceptive Analgesia in Musculoskeletal, Primary, and Neuropathic Chronic Pain Conditions. J Pers Med. doi: 10.3390/jpm10040201. PMID: 33138185; PMCID: PMC7712753.
- DOIDGE, N., 2012. Váš mozek se dokáže změnit. Praha: CPRESS, 368 s. ISBN 9788026401117
- FALEIDE, A., et al., 2010. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Praha: Grada Publishing. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
- FENCLOVÁ, E. 2017. Význam psychospirituální krize v kontextu životního příběhu [online]. Brno, Dostupné z: <https://theses.cz/id/e2dugv/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

- FRIEDMAN, J., 1990. Children's Representations of the Pattern of Daily Activities. Dostupné z <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02870.x>
- FROMM, E., 2018. Umění naslouchat. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1341-3
- FUGL-MEYER, Kerstin S., 2016. A medical social work perspective on rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 48(9), 758-763.
- GAARDER, J. 2012. Sofiin svět. Praha: Albatros. 448 s. ISBN 978-80-00-02895-8
- GLASER, B., STRAUSS, A. 1967. Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research. Taylor & Francis Inc. ISBN 9780202302607
- GREEN, J., 2010. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. Dostupné z <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/210584>
- GROFF, S. 1999. Za hranice mozku. Praha: Perla. 348 s. ISBN: 80-902156-3-7
- HANSON, R., 2013. Buddhův mozek. Praha: Anag, 184 s. ISBN 9788072638291
- HARTL, P., 2015. Psychologický slovník. Praha: Portál, 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0
- HAVLÍKOVÁ, J., HUBÍKOVÁ, O., 2017. Spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři: příklad řízení o příspěvku na péči. VÚPSV. ISBN 8074163083
- HAWKINS, D., 2017. Vzestup po úrovních vědomí. Praha: Pravda.Je. ISBN 978-80-906979-7-3
- HAWKINS, P., & SHOHET, R., 2004. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 216 s. ISBN 80-7178-715-9
- HAYES, N., 2013. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 168 s. ISBN 978-80-262-0534-0
- HERBERT, R., JAMTVEDT, G., HAGEN, K. B., MEAD, J., CHALMERS, I. 2011. Practical Evidence-Based Physiotherapy-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- HEŘT, J., 2007. Alternativní medicína a léčitelství. Praha: Nakladatelství Věry Noskové, 240 s. ISBN 978-80-87373-15-6
- HOMOLA, M., 1977. Motivace lidského chování. SPN – pedagogické nakladatelství (SPN – Státní pedagogické nakladatelství).
- HONZÁK, R. 2017. Psychosomatická prvouka. Praha: Vyšehrad. 352 s. ISBN 978-80-7429-912-4

- CHARMAZ, K., 2006. Constructing Grounded Theory. London: Sage Publication. ISBN-10 0-7619-7352-4
- IDNES, 2018. Ateismus vládne evropské mládeži. A Češi znovu vedou, říká průzkum. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/ateismus-cesi-pruzkum-evropa-krestanstvi-mladi.A180321_150350_zahranicni_kha
- JANKOVSKÝ, J., 2007. Proměny povolání sociálního pracovníka. Sociální práce: *Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci.*, č. 4, s. 42-44. ISSN 1213-6204
- JANÍKOVÁ, S. 2021. Covid rozděluje společnost. Dostupné z: <https://archiv.hn.cz/c1-66873970-covid-rozdeluje-spolecnost>
- KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., & STRÁNSKÝ, P., 2017. Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd. Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- KAPLAN, K., 1993. Stát a církve v Československu v letech 1948 – 1953. Brno: Doplněk, 440 s. ISBN 80-85270-22-6
- KEBZA, V., 2005. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 264 s. ISBN 80-200-1307-5
- KLOTZ, N., 2013. Meditace o Genesi. Praha: DharmaGaia. 226 s.
- ISBN 978-80-7436-040-4
- KOLÁŘ, P., 2010. Rehabilitace v klinické praxi. Praha Galén, 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- KOLÁŘ, P. ČERVENKOVÁ, R. 2018. Labyrint pohybu. Praha: Vyšehrad. 272 s. ISBN 978-80-742-9975-9
- KRÁSA, V., 2016. Informace č.: 100 – 2016 (teze koordinované rehabilitace). Dostupné z <https://nrzp.cz/2016/10/13/informace-c-100-2016-teze-koordinovane-rehabilitace/>
- KRÁTKÁ L., 2018. (K) lidová věda?: proměny a konstanty v práci i životě vědců a vědkyň v letech 1968-2008. Praha: Fakulta humanitních studií University Karlovy, Diplomová práce.
- KRATOCHVÍ, Z., 2009. Filosofie mezi mýtem a vědou. Praha: Academia. 472 s. Galileo. ISBN 978-80-200-1789-5
- KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. Mapování potřeb u duševně nemocných za pomoci dotazníku CAN-C. 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická

fakulta, Katedra psychologie.

- KRATOCHVÍLOVÁ, I., 2020. Zdravotně-sociální pracovník pohledem jiných profesí ve zdravotnictví. Dostupné z <https://dk.upce.cz/handle/10195/75838>
- KRHUTOVÁ, L., 2017. Koordinovaná rehabilitace I. Ostrava. Dostupné z <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/koordinovana-rehabilitace-1.pdf>
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 279. s. ISBN 80-7178-551-2
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2
- KULHÁNEK, P., 2020. Jak vznikal svět. Praha: Aldebaran Group for Astrophysics, 240 s. ISBN 9788090663817
- KUZNÍKOVÁ, I., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 224 s. ISBN 9788024736761
- LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2020. COVID-19 v pečovatelských domovech pro seniory: mnoho lidí umírá v osamocení. Dostupné z: <https://www.lekari-bez-hranic.cz/koronavirus-seniori-osamoceni>
- LEVICKÁ, J., 2004. Základy sociálnej práce. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, s. 170. ISBN 80-968952-3-0
- LEVINE, P., A., 2019. Némé zpovědi. Praha: Maitrea. 413 s. ISBN: 978-80-750-0449-9
- LONGINO, H. E. 2018. Essential tensions - phase two: Feminist, philosophical, and social studies of science. Routledge: In A mind of one's own. s. 93-109.
- MACDERMID, E., HOOTON, G., MACDONALD, M., MCKAY, G., GROSE, D., MOHAMMED, N., PORTEOUS, C. 2009. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Disease*. 11(3). 291-295. ISSN 1463-1318.
- MACKOVÁ, Barbora. Sociálně - patologické jevy současné mládeže [online]. Brno, 2011 [cit. 2021-08-06]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/lsinr/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Milan VALACH.
- MAREŠ, J., 2014. Autonomie dospívajícího jedince: složitý proces, nejistý výsledek. Praha: Univerzita Karlova, 98 s. ISSN 0031-3815
- MASLOW, A., H. 2014. O psychologii bytí. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-

262-0618-7.

- MATOUŠEK, O. et al., 2012. Základy sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál.
- 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MATOUŠEK, O. et al., 2012. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4
- MATOUŠEK, O., 2016. Slovník sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál. 272 s.
- ISBN 978-80-262-1154-9.
- MELLO, A., 2013. Bdělost. Praha: Cesta. 224 s. ISBN 978-80-7295-165-9.
- MERHAUTOVÁ, I., 2015. Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče. Dostupné z <https://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>
- MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MKN – 10, 2018. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Tabeleární část. Aktualizované 2. vydání, desátá revize. Bomton Agency, spol. s r.o., 860 s., ISBN 80-301865-4-9.
- NEZNÁMÝ., 2001. Bible. Praha: Česká biblická společnost. 1814 s. ISBN 80-85810-29-8
- NORDÉN, T., MALM, U., & NORLANDER, T. 2012. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 144.
- NOVÁK, M., & UKROPOVÁ, L. 2019. Centra duševního zdraví–zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi?. *Psychoterapie*, 12(3).
- OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. 2010. Metodologie vědecko – výzkumné činnosti. Olomouc: Moravská Vysoká škola. ISBN 978-80-87240-33-5
- PANKSEPP, J., 2021. Archeológia mysle. Bratislava: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-99982-04-9
- PÁV, M., KALIŠOVÁ, L., & HOLLÝ, M. 2017. Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení. Projekt SUPR. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 113(2).
- PEČ, O., 2019. Mental health reforms in the Czech Republic. [online]. *BJPsych International, Royal College of Psychiatrists*. 16(1), 4–6, doi:10.1192/bji.2017.27.

- PERT, C., 2016. Molekuly emocí - Věda v pozadí medicíny těla a mysli. Praha: Anag, 368 s. ISBN 978-80-7554-049-2
- PESSO A., 2009. Úvod do Pessa Boyden Systém of Psychomotor. Praha: Sdružení SCAN. 210 s. ISBN: 978808662015280-86620-15-81
- PEŠEK, R, 2016. Syndrom vyhoření: Jak se prací a pomáháním druhým nezničit. Pohledem kognitivně behaviorální terapie. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8
- PETR, M. 2012. Ego je jen maska. Dostupné z <http://psychologie.cz/ego-je-jen-mask>
- PFEIFFER, J. 2019. Racek moc necvičil. Praha: Spolek přátel Konta Bariéry. ISSN 1213-8908
- PFEIFFER, J. et al., 2014. Koordinovaná rehabilitace. ZSF JU v Českých Budějovicích, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
- PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- PLAMÍNEK, J., 2007. Tajemství motivace. Praha: Grada. ISBN 8024719916
- PROCHASKA, J. O., & NORCROSS, J. M., 1999. Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada. ISBN 8071697664
- PROVAZNÍK, J., 2003. Celostní management: pilíře kompetence v řízení. Bratislava: SPRINT, 512s. ISBN 80-89085-05-9
- PROVAZNÍK, V., 2004. Motivace pracovního jednání. Praha : Oeconomica. ISBN 80-245-0703-X
- RAUDENSKÁ, J., 2011. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8
- REISS, S., 2012. Intrinsic and Extrinsic Motivation. Teaching of Psychology. 39. 152-156. 10.1177/0098628312437704.
- RENNIE, D., FERGUS K., 2006. Embodied Categorizing in the Grounded Theory Method: Methodical Hermeneutics in Action. *Theory & Psychology*. 16(4):483-503.
- ROGERS, C., 2020. Teorie terapie a osobnosti. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1665-0
- ROGER, C., 2014. Způsob bytí. Praha:Portál. ISBN 978-80-262-0597-5

- RUSSELL III, W., WATERS, S., TURNER, T. 2018. Essentials of Elementary Social Studies. New York: Routledge. Dostupné z: <https://doi.org/10.4324/9781315100678>
- ŘIHÁČEK, T., 2013. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2
- SARAFINO, E., 1990. Health psychology: Biopsychosocial interactions. Dostupné z <https://psycnet.apa.org/record/1990-97505-000>
- SEIKKULA, J., & ARNKIL, T. E., 2013. Open dialogues and anticipations- Respecting otherness in the present moment. Thl.
- SCHELER, M., 2003. Můj filosofický pohled na svět. Praha: Vyšehrad, 288 s. ISBN 8070213906
- SCHWARTZ, S., 1994. Are There Universal Aspects in the Structure and Contents of Human Values? Dostupné z <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x>
- SEDLÁČEK, T. 2020. Druhá derivace touhy – Na prahu digitální teologie. Praha: 65. pole. ISBN: 978-80-88268-32-1
- STOCK, Ch., 2010. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5
- STÖRIG, H., 2000. Malé dějiny filosofie. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 630 s. ISBN 80-7192-500-4
- SVATOŠOVÁ, M. 2018. Neboj se vrátit domů. Praha: Kalich, 270 s. ISBN: 9788070172490
- SVOBODA, J. 2020. Lidský vztah a jeho role při řešení problémů. Praha: Jonathan Livingston. ISBN 9788075511775
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., 1999 Sociální opora jako významný protektivní faktor. Praha: *Československá psychologie*. 19(38). 43-51. ISSN 0009-062x.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., 2006. Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. Praha: *Československá psychologie*. 50. 419-430. ISSN 0009-062x.
- ŠOLCOVÁ, I., 2007. Zdraví z pohledu filosofie. *Československá Psychologie*. 51(4), 423-431. ISSN 0009-062x
- ŠTIKAR, J., 2003. Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinum, 462 s. ISBN 80-246-0448-5

- TOLLE, E., 2019. Moc přítomného okamžiku. Praha: Pragma. 184 s. ISBN 978-80-7617-281-4.
- TRETERA, I., 2006. Nástin dějin evropského myšlení. Praha: Paseka. ISBN 80-7185-819-6
- TUČEK, M., 2003. Pohled české veřejnosti na elity působící v politice a ekonomice. Tnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoděje. ISBN 80-7330-046-X
- UHLOVÁ, J., 2013. Komunikace jako součást kritického myšlení. Dostupné z <https://is.muni.cz/th/ixrqr/>
- URBAN, D., 2013. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 123-127. ISBN 978-80-7435-259-1
- Usnesení vlády č. 1046. 2002. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-vstoleti_2461_1101_5.html
- ÚVN PRAHA. © 2017. Duševní zdraví. [online]. [cit. 2019-11-20]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/podporazdravi-pacientu/dusevni-zdravi>
- ÚZIS ČR, © 2019. MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. ÚZIS ČR [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mknfbclid=IwAR3OoXEk1Z8GSzVANLUkyRQ14zxHgomEpK6tWgPGNZO7FTdhn7339PGJyk>
- VACKOVÁ, J. 2020. Sociální práce v systému koordinované rehabilitace. Praha: Grada. 208s. ISBN: 978-80-271-2434-3
- VÁCHA, M. 2012. Základy moderní lékařské etiky. Praha:Portál. 302 s. 978-80-7367-780-0
- VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2012. Klinická propedeutika. 6. vydání. ZSF JU v Českých Budějovicích. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
- VENGLAŘOVÁ, M., 2011. Sestry v nouzi. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
- VOKURKA, V. et al., 2015. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf s. r. o., 1128 s. ISBN 978-80-7345-456.
- Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních

- službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164. ISSN 1211-1244.
- Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20/2011. ISSN 1213–2241.
 - VYMĚTAL, J., 2003. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 400 s. ISBN 80-7178-740-X
 - VÝROST, J., 2019. Sociální psychologie. Praha: Grada, 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8
 - WANG, J. et al., 2017. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 52(12). 1451-1461, doi: 10.1007/s00127-017-1446-1.
 - WAGNER, D., 2017. Stoicismus ve třetí vlně kognitivně-behaviorální terapie. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Diplomová práce
 - WHO, 2013. European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO: Regional Office for Europe. 19 p. ISBN 978-92-890-5095-1.
 - WHO, 2019. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution [online]. WHO [cit. 2019-25-02]. Dostupné z: <https://who.int/about/mission/en/>
 - Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. 2004. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 30, s. 1257–1289, ISSN 1211-1244 62.
 - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37, s. 1257–1289, ISSN 1211-1244 62.
 - ZINN, J., 2016. Život samá pohroma. Praha: Jan Melvil Publishing, 616 s. ISBN 978-80-7555-012-5

9 Seznam použitých zkratk

KR – koordinovaná rehabilitace

OD – otevřený dialog

CDZ – centrum duševního zdraví

FACT – flexible assertive community treatment

PCA – person centered aproach

WHO – world healt organization

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

SP – sociální práce

F – fyzioterapie

GTM – grounded theory method

10 Seznam obrázků a příloh

Příloha 1: Obr. 1: Zaměstnání – fyzioterapie

Příloha 2: Obr. 2: Zaměstnání – sociální práce

Příloha 3: Obr. 3: Koordinovaná rehabilitace (KR) v praxi – fyzioterapie

Příloha 4: Obr. 4: Koordinovaná rehabilitace (KR) v praxi – sociální práce

Příloha 5: Obr. 5: Výhody koordinované rehabilitace – fyzioterapie

Příloha 6: Obr. 6: Výhody koordinované rehabilitace – sociální práce

Příloha 7: Obr. 7: Překážky uplatnění KR v praxi – fyzioterapie

Příloha 8: Obr. 8: Překážky uplatnění KR v praxi – sociální práce

Příloha 9: Obr. 9: Přístup ke klientovi a filosofie práce – fyzioterapie

Příloha 10: Obr. 10: Přístup ke klientovi a filosofie práce – sociální práce

Příloha 11: Obr. 11: Motivace k výběru studia odbornosti – fyzioterapie

Příloha 12: Obr. 12: Motivace k výběru studia odbornosti – sociální práce

Příloha 13: Ukázka hloubkového rozhovoru a kódování

Příloha 14: Dotazníky s odborníky – ukázka

Příloha 13 - Ukázka hloubkového rozhovoru a kódování

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

Informant f. 1: „*Ambulantně a soukromě.*“ (**soukromá praxe**)

Informant s.p. 2: „*Pracuji v domově pro seniory s osobní asistencí.*“ (**domov pro seniory**)

Informant s.p. 3: „*Jsme pobytová služba, domov se zvláštním režimem.*“ (**CDZ – centrum duševního zdraví**)

Informant f. 4: „*Já pracuji ambulantně a soukromě.*“ (**soukromá praxe**)

Informant s.p. 5: „*Pracuji v rámci organizace.*“ (**nemocnice**)

Informant f. 6: „*Pracuji v rámci zařízení.*“ (**rehabilitační centrum**)

Informant s.p. 7: „*Pracuji na úřadě.*“ (**OSPOD**)

Informant s.p. 8: „*Jsem zaměstnanec v domově pro seniory.*“ (**domov pro seniory**)

Informant f. 9: „*Pracuji na pozici hlavního fyzioterapeuta v domově pro seniory.*“ (**domov pro seniory**)

Informant s.p. 10: „*Pracuji jako sociální pracovník na ONP.*“ (**nemocnice**)

Informant s.p. 11: „*Pracuji v rehabilitačním středisku na pozici sociální pracovník.*“ (**rehabilitační centrum**)

Informant f. 12: „*Pracuji jako fyzioterapeut na kardiologii.*“ (**nemocnice**)

Informant f. 13: „*Mé pracovní zaměření je už 20 let na plicním oddělení.*“ (**nemocnice**)

Informant f. 14: „*Pracovala jsem v domově pro seniory, nyní v rehabilitačním zařízení, napůl státním a napůl soukromým.*“ (**rehabilitační centrum**)

- **Výhody koordinované rehabilitace** (otázka: „*Jaké výhody má podle Vás koordinovaná rehabilitace?*“)

Informant f. 1: „*Pozitiva, jsou, pokud si uvědomíme, že je tady hlavní klient jsme mu nápomocní a zahrneme ho do péče.*“ **(zahrnutí klienta do léčení)**

Informant s.p. 2: „*Dívá se na člověk ze všech stran, vidím v tom spokojenější klienty i zaměstnance, menší fluktuace zaměstnanců. Líbí se mi, že mohu já sama na problém koukat jinak, naučilo mě to, že problém má více úhlů pohledu.*“ **(spokojenější klienti i zaměstnanci, více úhlů pohledu na léčení)**

Informant s.p. 3: „*Vím o člověku, mám jiný pohled, ucelenější, když dobře funguje komunikace, tak má tým jen pozitiva.*“ **(ucelenější pohled na klienta)**

Informant f. 4: „*Pozitiva existují jen na papíře.*“ **(pozitiva jen teoretické)**

Informant s.p. 5: „*Pozitiva, určité zasítování klienta, který tak nepropadne beznadějí a ví, že se dá něco dělat.*“ **(zasítování klienta)**

Informant f. 6: „*kdyby to fungovalo asi by to bylo fajn*“ **(pokud bude fungovat je přínosná)**

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

Informant s.p. 8: „*určitě ucelená a hlavně koordinovaná péče o člověka*“ **(ucelená a koordinovaná péče)**

Informant f. 9: „*za mne dostupnost péče*“ **(dostupnost péče)**

Informant s.p. 10: „*zlepšení současné následné péče*“ **(zlepšení následné péče)**

Informant s.p. 11: „*koordinovaná péče a spolupráce odborností*“ **(koordinovaná péče, spolupráce)**

Informant f. 12: „*možná zapojení klienta a aktivace*“ **(aktivace klienta)**

Informant f. 13: „*snížení ega některých terapeutů, spolupráce*“ **(spolupráce)**

Informant f. 14: „*komplexní péče o klienta*“ **(komplexní péče o klienta)**

Příloha 14 - Dotazníky s odborníky – ukázka

Dobrý den, rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: Pohled na mezioborovou spolupráci v koordinované rehabilitaci pohledem odborníků orientujících se ve svém oboru. Vaše odpovědi a postřehy jsou pro mě velmi cenné, poslouží jako podklady k mé diplomové práci. V tomto dotazníku je Vaším úkolem odpovědět na předložené otázky. U otázek Vás prosím o vlastní zformulování Vašeho názoru. Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas. Jaroslav Zeman, student 2.ročníku Zdravotně sociální fakulty, navazujícího magisterského studia, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

1. Pracujete v rámci organizace (například: nemocnice, rehabilitační středisko, domov pro seniory), nebo soukromě? Případně obojí? (pokud pracujete jen v organizaci vynechte prosím otázku č.3)

Pracuji v IKEM. Žádný vedlejší úvazek nikde nemám.

2. Pokud pracujete v organizaci využíváte multidisciplinárního přístupu? Uveďte, prosím příklady spolupráce, případně způsob spolupráce a jeho řízení?

Týmová spolupráce je základem veškeré činnosti IKEM. Jako příklad multidisciplinární spolupráce bych uvedl transplantace srdce. Kardiocentrum se stává ze 4 součástí: Klinika kardiologie, Klinika kardiovaskulární chirurgie, Klinika anesteziologie a resuscitace a Pracoviště preventivní kardiologie a s tím úzce související rehabilitační program pro kardiaky, který zajišťuje Pracoviště klinické rehabilitace. Nemocní, kteří mají chronické srdeční selhání v terminálním stadiu, jsou kontrolováni na Oddělení srdečního selhání Kliniky kardiologie. Pokud se stav pacienta zhoršuje natolik, že je nutno indikovat zařazení na čekací listinu na transplantaci srdce, demonstruje se případ pacienta na společném indikačním semináři a nemocný je zařazen na čekací listinu. Organizace transplantací záleží do velké míry na koordinátorech transplantací, kteří jsou součástí Transplantcentra IKEMu. Tito spravují čekací listinu a organizují odběr orgánů od zemřelého dárce. Vlastní operace probíhá na operačních sálech Kliniky kardiovaskulární chirurgie za spolupráce anesteziologického oddělení. Bezprostředně po operaci je pacient přeložen na pooperační oddělení Kliniky anesteziologie a resuscitace, kde pobývá prvních několik dní za spolupráce Pracoviště klinické rehabilitace IKEM. Poté je nemocný přeložen zpět na Jednotku

intenzivní péče Kliniky kardiovaskulární chirurgie, kde za spolupráce s rehabilitačním oddělením IKEM probíhá další léčba a rehabilitace nemocného a přibližně 10. den po transplantaci, kdy se provádí endomyokardiální biopsie, kterou vyhodnocuje Pracoviště klinické a transplantační patologie, aby se zjistilo, zda nedochází k rejekci transplantovaného orgánu. Poté je nemocný přeložen na Kliniku kardiologie, kde zůstává ještě zhruba další dva až tři týdny. Provádí se zde rehabilitace a další dvě endomyokardiální biopsie. Poté pacient odchází do ambulantního léčení a dochází na pravidelné kontroly na Oddělení srdečního selhání Kliniky kardiologie. Takže to je příklad multidisciplinárního přístupu. Kromě toho jsou do péče o nemocného zainteresováni ještě laboratorní pracoviště, vyhodnocující biochemické nálezy a imunologové, hodnotící imunologický stav pacienta.

3. Pracujete-li ambulantně využíváte zasíťování s dalšími odborníky? Uved'te, prosím příklady spolupráce, případně způsob spolupráce a jeho řízení

4. V terapii se užívá integrativní pojem bio-psycho-sociální-spirituální přístup? Co si pod tímto pojmem představujete?

Pod tímto přístupem si představuji to, co já tvrdím a učím mladé lékaře. Že v našem případě tomu nemocnému nestůně pouze jeho srdce, ale stůně celý člověk, včetně jeho duše. Myslím si, že tato otázka je totěž, co otázka č.5.

5. Někteří odborníci doporučují celostní péči o člověka. Jaký je Váš názor, případně zkušenost s touto péčí?

Viz otázka č. 4.

6. Máte nějakou osobní zkušenost s přínosem multidisciplinární péče o člověka? Pokud ano, jakou?

Na tuto otázku jsem odpověděl již v otázce č. 2, takže bych se jen opakoval.

7. Je Vám bližší Descartův dualismus, nebo stoický, neoplatónský monismus?

V této oblasti se necítím natolik fundovaný, abych na ni mohl odpovědět.

8. Co pro Vás představuje pojem zdraví?

Podle mne zdraví není jenom nepřítomnost nemoci, ale je to celkový stav fyzické a duševní pohody.

9. Někteří odborníci volí prvky spíše systematického přístupu (Operační protokol, Vojtův princip, Systemická psychoterapie), jiní se orientují na individualitu (Bobath koncept, PCA, konzervativní léčba), či kombinují přístupy? Zkuste popsat Váš nejčastěji užívaný přístup?

Já jsem příznivcem kombinace obou principů. Individuální léčebný plán musí vycházet ze systematického přístupu.

10. Máte osobní zkušenost se vzájemným doplňováním se v péči (příklad: zlepšení kognitivní funkce v psychoterapii po úpravě postury, snížení svalového tonu po konzultaci sociálních vztahů v rodině se sociálním pracovníkem). Pokud ano, prosím popište ji? Pokud ne, jaký prosím Váš názor na tento pohled?

Musím říct, že v kardiochirurgii na dlouhé uplatňování sociálních vztahů v rodině nemáme čas, vzhledem k tomu, že pacient jeden den přijde, druhý den je operován a zpravidla pátý až sedmý den po běžné operaci odchází. Jsou však výjimečné případy, kdy při dlouhodobé hospitalizaci pacientů, kdy z nějakého zdravotního důvodu nemohou být propuštěni, spolupracujeme velice intenzivně nejen s rodinou, ale i se sociálním pracovníkem, který je součástí IKEMu.

11. Co je podle Vašich zkušeností největší překážkou případného multidisciplinárního přístupu, či zasíťování v rámci služeb (například zákon, osobní a osobnostní kvality, informace, znalosti, čas, systém)? A co je naopak největší výhodou tohoto přístupu?

V rámci IKEMu nevidím žádnou překážku. Největší překážku vidím v nedostatku sociálních a doléčovacích lůžek pro polymorbidní pacienty. Jako příklad bych uvedl ze své praxe slepého diabetika v dialyzačním programu pro selhání ledvin, který měl také ischemickou chorobu srdeční a byl mu proveden aortokoronární by-pass. Takového pacienta nebylo možné dlouhou dobu uložit na lůžko dlouhodobé péče, protože nikdo nebyl ochoten takto složitý pacienta převzít. A tak ležel několik měsíců na jednotce intenzivní péče Kliniky kardiologie, čímž blokoval operace řady pacientů, protože nedostatek lůžek je chronicky všude.

**Prosím uveďte odpovědi Ano/Ne, souhlas, či nesouhlas s uvedením Vašeho jména
v Diplomové práci, děkuji:**

ano