

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií

Sociální interakce v procesu terapie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Vypracovala:
Bc. Jitka Kulheimová

Brno 2008

Obsah

Úvod	1
A/TEORETICKÁ ČÁST	2
1. Psychologie sociálních interakcí	2
2. Sociální komunikace a percepce	4
2.1. Sociální komunikace	4
2.2. Percepce	6
3. Psychologie komunikace	8
3.1. Řeč jako prostředek verbální komunikace	9
3.2. Nonverbální komunikace	10
4. Co je fyzioterapie?	12
4.1. Požadavky na charakterové vlastnosti fyzioterapeuta	14
4.2. Profesionální chování	15
5. Jak mluvit s pacientem	18
5.1. Osobní zájem o pacienta	18
5.2. Citlivé reagování na projevy pacienta	18
5.3. Srozumitelnost naší řeči	19
5.4. Doporučené postupy v komunikaci s pacientem	19
6. Terapeutická a pomáhající komunikace	21
6.1. Terapeut očima pacienta	22
7. Rozhovor s klientem při terapii	23
7.1. Techniky vedení rozhovoru	26
7.2. Konkrétní techniky vedení terapie	26
8. Profesionální psychická deformace	29
B/ VÝZKUMNÁ ČÁST	30
9. Úvod	30
10. Cíl	30
11. Metodika práce	31
11.1. Charakteristika souborů	31
11.2. Metodika šetření	32
11.3. Matematické zpracování	32
12. Výsledky	33

13. Diskuse	64
Závěr	67
Resumé	68
Anotace	69
Seznam použité literatury	70
Příloha	72

Úvod

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Fyzioterapie klade schopnosti interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, probíhá neustále. Pokud dojde k výměně informací, jde o komunikaci.

Terapeut používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního chování. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. V poslední době se věnuje velká pozornost výuce i tréninku komunikace. Není jednoduché s lidmi pracovat, ale i tak bych chtěla říci, že pokud terapeut bude chtít, bude se snažit a použije k tomu veškeré dostupné prostředky, bude jeho práce zhodnocena zlepšením zdravotního stavu pacienta.

Existuje hodně metod a rad, jak s lidmi pracovat, ale každý si musí vybrat jen tu metodu, která je v danou chvíli nejvhodnější. Je na obratnosti, vynalézavosti a umění fyzioterapeutů, jak se ke svému klientovi postaví.

Ve své práci bych chtěla přiblížit práci fyzioterapeutů a jejich vliv na pacienty. V teoretické části se zaměřím na vysvětlení pojmu sociální interakce a komunikace a jejich podíl na terapii. Přiblížím práci fyzioterapeuta a jeho osoby, jakož i jeho charakterové vlastnosti.

V praktické části bude zhodnocen dotazník výzkumu spokojenosti pacientů s prací fyzioterapeutů z hlediska komunikace a chování. Celý výzkum bude proveden na ambulanci rehabilitačního oddělení nemocnice Kyjov.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. PSYCHOLOGIE SOCIÁLNÍCH INTERAKCÍ

Člověk je tvor společenský a společenské vztahy se podílejí na jeho utváření. Každý z nás se během svého života pohybuje v sociálním prostředí. Toto prostředí ho samozřejmě ovlivňuje. Ať už je pasivním nebo aktivním článkem společnosti. Stejně tak se nemůže vyhnout vztahům, vazbám a interakcím – tedy skupinou sociálních pojmů, které jsou důležité nejenom pro sociologii, ale také například pro sociální pracovník

Pojem interakce je odvozen z latinského *inter* – mezi a *actio* – akce, činnost, jednání, působení, proces či obžaloba.

Sociální interakce je základní formou sociálního chování. Milan Nakonečný vymezuje pojem sociální interakce jako proces, v němž se individua vzájemně stimulují a reagují na sebe a rozvíjejí tak řetěz akcí a reakcí (jakýsi psychologický ping-pong). Sociální interakce je tedy proces, při němž se lidé navzájem ovlivňují prostřednictvím vzájemné výměny myšlenek, citu a různých jiných aktivit.

K sociální interakci dochází všude kolem nás. Pokud si jen vyměníme s někým pár slov na ulici nebo se bavíme s přáteli na večírku a nebo jsme právě u lékaře na ošetření při velmi důležitém rozhovoru o našem zdraví.

Interakce vyjadřuje skutečnost, že se mezi lidmi při společné činnosti utvářejí mezilidské vztahy a že na sebe prostřednictvím svých aktivit (činností a chování) vzájemně působí a ovlivňují se.

SOCIÁLNÍ INTERAKCE JE VZÁJEMNÝ VZTAH LIDÍ PŘI SPOLEČNÉ ČINNOSTI (AKTIVITĚ).¹

¹ J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s.79, ISBN 80-85931-48-6

Podle J. Řezáče² má interakce dvě navzájem spjaté a prolínající se stránky, které spoluurčují celkovou povahu **sociální interakce**:

a) společnou činnost (součinnost) - interakcí se individuální činnosti mění na činnost společnou, tj. součinnost, a individuální projevy chování se mění na vzájemný mezilidský vztah.

b) vzájemný mezilidský vztah, tj. vzájemné působení mezi 2 nebo více osobami, který vzniká při společné činnosti (součinnosti) a stává se jednou z podmínek efektivity společné činnosti, která je zase jedním z předpokladů utváření mezilidského vztahu. Zatímco vztah je jen vzájemným působením mezi 2 či více jedinci, interakcí nazýváme vzájemné oboustranné ovlivňování, které probíhá mezi dvěma a více lidmi.

V interakci se individuální činnosti a aktivity mění na součinnost, individuální projevy a chování se vřazují do struktury interpersonálních kontaktů – vazeb, vzniká vzájemný vztah.

Interakce to je zároveň i proces poznávání druhého a také vlastní sebereflexe. Vztah není něco mezi jedinci, je jejich setkání, je to něco, co je jim společné.³

Pro danou budu termín interakce používat v jeho užším pojetí, tedy jako vzájemné ovlivňování člověka člověkem, kdy interakci chápu - vedle percepce a komunikace - jako jednu ze tří složek mezilidského styku. Interakce je přítomna při každém setkání osob stejně jako jejich vzájemná percepce a komunikace

² J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s.79. ISBN 80-85931-48-6

³ J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s.80. ISBN 80-85931-48-6

2. SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE A PERCEPCE

2.1.Sociální komunikace

Slovo komunikace je latinského původu. V latině se slovem communicare rozumí communem redere - učinit společným. Hlubší význam slova komunikace vyjadřuje latinská věta " communicate est multum dare " - komunikovat znamená mnoho dávat. Tento hlubší význam vyjadřuje český termín " sdílet se s někým o něco ".⁴

Komunikace je symbolickým výrazem interakce. Povahu interakce vyjadřuje prostřednictvím symbolů. Ať už má takový symbol podobu grafickou, nebo jakoukoliv jinou (mluvené slovo, gesto, akce), vždy „ztělesňuje nějaký reálný vztah.

Komunikace je výpovědí o tom, jak člověk chápe, „vidí“, interpretuje sebe, jiné lidi a vztahy mezi nimi. Výpověď člověka je vždy subjektivní a vždy je zároveň jak sdělením druhému, tak i výpovědí o sobě.⁵

Toto se dále rozvíjí a komunikovat dnes znamená něco si navzájem sdělovat, s někým se z něčeho společně radovat, druhému něco předávat, dávat a zároveň také přijímat.

K meziosobní komunikaci dochází při vzájemném setkávání člověka s člověkem, člověka se skupinou, dochází k ní tedy při sociálním styku. Sociální styk má tři stránky, stránku komunikativní, interaktivní a sociálně percepční. Podle Křivohlavého komunikaci chápeme jako předávání informací, interakci jako vzájemné působení a sociální percepci jako vnímání, poznávání člověka člověkem. Tyto tři stránky při vzájemné komunikaci od sebe nelze oddělovat, ale je nutno je chápat jako celek.

Pozorný posluchač nevnímá jen informaci, kterou mu druhý předává, ale vnímá i jeho pocity postoje, nálady. Naopak i ten, kdo mluví, nesděljuje jen informace, ale i postoj k věci, o které mluví, postoj k posluchači, své sebepojetí - za koho se považuje, tebe-pojetí - za koho považuje druhého, svá přání. To vše sděluje řečí (používá slov, ale i různý tón hlasu, pomlčky a pauzy v řeči), dále pak pohledem, postojem, gesty.

⁴ J. Křivohlavý, Já a ty, Praha Avicenum, 1986 s. 97, ISBN 08-042-86

⁵ J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s. 107 . ISBN 80-85931-48-6

Informace si tedy sdělujeme slovy (verbálně), mimoslovně (neverbálně) a činy (svým jednáním a chováním).

O tom, co se děje při vzájemném setkávání lidí nám teorie sociální komunikace říká ve třech základních poučkách. První je " není možno nekomunikovat ". Při setkání s druhým vždy předáváme určité sdělení. Sdělením může být letmý pohled, úsměv, přiblížení, oddálení. Sdělením je i to, jestliže někoho potkáme a on dělá, že nás nevidí. Druhá poučka říká : " není možno nemetakomunikovat ", kdy meta znamená " to, co je nad ". Nad naší komunikací může být např. přesvědčení, že to co sdělujeme je skutečná událost nebo naopak určitá nejistota, že to co sdělujeme, je jen moje domněnka. Může tam být také simulace (snaha za pravdivé podávat to, co je ve skutečnosti jiné) nebo disimulace (snaha zamaskovat to, co existuje). Třetí věta teorie komunikace je : " není možno se nijak nechovat ". To znamená, že když něco sdělujeme, vždycky se přitom nějak chováme a to prozrazuje jaký postoj máme k tomu, co říkáme. ⁶

Základní formou verbální komunikace je rozhovor, který je charakteristickým znakem osobního styku člověka s člověkem. Je uznáním lidství, neboť s neživým předmětem rozhovor nevedeme. Nemluvit s určitým člověkem je jednou z nejostřejších forem vyjádření opovržení a pohrdání. Naopak rozhovor, ve kterém nám někdo naslouchá, nám říká, že se na nás naslouchající dívá jako na plnohodnotného člověka.

Informace o vzájemném vztahu mezi dvěma nebo více partnery mohou být předávány bezprostředně a otevřeně, bez jakýchkoliv zábran či „vnitřní cenzury“ nebo mohou být vědomě (např. předstíráme zájem o druhého člověka, protože víme, že jeho pomoc budeme v budoucnu potřebovat) či nevědomě (např. zapomeneme přijít na schůzku, protože danému vztahu nepřipisujeme žádnou důležitost) zkreslovány.

Zdrojem informací o druhém člověku není jen to, co říká (v tomto případě hovoříme o komunikaci slovní), nýbrž i to, jak se chová (v tomto případě jde o komunikaci neslovní). Nezáleží však jen na tom, jak se člověk v sociální interakci chová, nýbrž záleží i na tom (a někteří odborníci tvrdí, že záleží především na tom), jak jsou jednotlivé akty jeho chování druhými lidmi interpretovány. Při interpretaci

⁶ J. Křivohlavý, Já a ty, Praha Avicenum, 1986 s. 98 ISBN 80-85931-48-6

chování druhého člověka se kromě atribuce vlastností i motivů chování uplatňuje ještě laická psychologie s řadou chyb, omylů, předsudků a stereotypů.

Při komunikaci se střídá role komunikátora (toho, kdo něco sděluje) a komunikanta (toho, kdo přijímá to, co je obsahem sdělení). Typickým příkladem je rozhovor mezi dvěma osobami. To znamená, že každý z obou partnerů je současně mluvčí i posluchač. Slovní komunikace se uskutečňuje prostřednictvím mluvené i psané řeči.

Objektivní význam sdělení mohou dotvářet nebo i přetvářet **metalingvistické prostředky**, k nimž např. patří tón hlasu, akcentování části sdělení, mimika, gesta, výraz obličeje atd.), které mohou posunout nebo zcela změnit význam obsahu sdělení. Např. pokud vám v rozhovoru řekne partner ironicky, že „...máte vždycky pravdu...“, tak to může znamenat pravý opak tohoto sdělení.

V dnešní uspěchané době mnoho z nás nevěnuje pozornost dobré mezilidské komunikaci, často ani nezjistíme (nevšimneme si), že nám chce někdo něco sdělit. Svě vnímání při rozhovoru omezujeme pouze na příjem informací, méně (nebo vůbec) si všímáme neverbálních projevů hovořícího, nepřemýšlíme nad významem slov nebo nad tím, zda jsou slova v harmonii s postoji, pohledy, pohyby. Mnoho lidí si ani neuvědomuje, že to nejsou jen slova, ale celé naše bytí, co něco říká.

2.2. Sociální percepce

Termín percepce zavedl do psychologie americký psycholog Jerome Seymour Bruner (*1915], který jim původně označoval sociální determinaci. Později byl tento termín ustálen ve významu interpersonální percepce na problém vnímání člověka člověkem.

Základní zákonitosti procesu percepce:⁷:

- zákon selekce – z objektů, které jsou v zorném poli člověka, jsou vnímány pouze některé
- efekt primárnosti – objekty, které jsou vnímány první, bývají pro utváření vnímaného celku významnější než později přijaté informace
- zákon interference - výběr určitých objektů, je vždy ne zcela uvědomovaně ovlivněn předchozím vnímáním a zkušeností

⁷ J. Rezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s. 93, ISBN 80-85931-48-6

- utváření podvědomých hodnotících hledisek
- subjektivním dějem, na kterém se podílí osobnost jako celek, různé složky osobnosti, avšak podle situace v různém zastoupení a síle významnosti
- úroveň smyslů a senzitivita jedince

Percepce je dynamický psychický proces. Ve své první fázi zjednodušuje „svět“ selekcí určitých kriticky důležitých detailů. Její druhá fáze jde právě opačným směrem. Obohacuje a doplňuje, ba dotváří to, co bylo viděno, slyšeno, percipováno.

Psychologie zde hovoří o inferenci (dovozování), souboru očekávání (expektanci) a předvídání (predikci).⁸

Pojetí G. Holmese vychází z toho, že do interakce vstupuje jedinec⁹

- takový, jaký objektivně je,
- jak se „vidí“ on sám,
- jak ho „vidí“ druhý člověk

Jednou ze základních odlišností v percepci fyzikálního předmětu a člověka je existence možnosti domluvit se s předmětem.¹⁰

Percepce druhého člověka je od percepce fyzikálního předmětu podstatně odlišná ještě v jednom směru. Jsme-li dva, pak ten druhý je předmětem „téhož druhu“, jako jsem já.

Já, který se na tebe dívám, jsem člověk a ty, kterého chci poznat, jsi též člověk. V pozadí tohoto upozornění je možné vycítit oprávněnost starého přísloví: Podle sebe soudím tebe.¹¹

Chceme-li být co nejobektivnější při poznávání druhého člověka, pak bychom za žádnou cenu neměli se svým úsudkem spěchat.

⁸ J. Křivohlavý, Já a ty, Praha Avicenum, 1986, s. 29 ISBN 80-85931-48-6

⁹ J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s. 95 ISBN 80-85931-48-6

¹⁰ J. Křivohlavý, Já a ty, Praha Avicenum, 1986, s. 37 ISBN 80-85931-48-6

¹¹ J. Křivohlavý, Já a ty, Praha Avicenum, 1986, s. 36 ISBN 80-85931-48-6

Měli bychom se bránit vytvoření obrazu ze všelijak neúplných údajů, které o člověku získáme. Měli bychom se snažit poznat člověka blíže a ze všech stran.

3. PSYCHOLOGIE KOMUNIKACE

Komunikace patří k nosným pilířům života, již z tohoto důvodu v sobě obsahuje mocný potenciál pro náš úspěch v životě. Má zpravidla svůj účel a smysl. Hovořit s někým patří k nejčastějším aktivitám člověka. Aniž si to plně uvědomujeme, pomocí naší řeči získáváme informace, sdělujeme je jiným, popisujeme situace, vyjadřujeme naše pocity a nálady, jsme schopni vést jiné lidi, řečí můžeme ovlivňovat sami sebe i jiné pomocí ní budujeme i sympatie. Je až s podivem, jak málo energie i času věnujeme zdokonalování naší řeči - snad je to i převládající představou, že řeč je něco samozřejmého, daného, všichni jsem se konec konců učili mluvit a psát v základní škole.

Významem nebo informací, kterou si lidé mezi sebou vyměňují (tedy obsahem komunikace) může být poznatek, prožitek, představa, dojem, názor, hledisko, pojem, soud, úsudek, kód, klíč, definice, vztah, kategorie, hypotéza atd..¹²

Mezi hlavních pět funkcí našeho komunikování dle Vybírala¹³ patří:

Informovat – předat nějakou zprávu, oznámit, ohlásit,...

Instruovat – navést, naučit, dát pokyn, vysvětlit,...

Přesvědčit – získat někoho na svou stranu, ovlivnit,....

Vyjednat – řešit a vyřešit, dojít ke shodě,...

Pobavit - rozptýlit druhého, rozveselit,...

Většina lidí komunikuje prostě tak „ jak jim zobák narostl “ či jak je naučila škola; ale i v této oblasti se vše vyvíjí, i naše myšlení. Lidé takto zakotvení do minulosti se sotva mohou vyvíjet i osobnostně. Razantní vývoj můžeme vidět nejzřetelněji v oblasti elektroniky, audio-vizuální techniky, elektronického zpracování dat, PC. Popelkou zůstává často naše řeč, zvláště tam, kde se objevuje mnoho nových pojmů a termínů, což je typický znak rozvoje u mnohých oblastí v dnešním globalizovaném profesním světě. Vstup České republiky do Evropské unie představuje mimo jiné i rostoucí

¹² J. Řezáč, Sociální psychologie, Brno, Paido 1988, s.117 ISBN 80-85931-48-6

¹³ Z.Vybíral, Psychologie lidské komunikace, Praha, Portál 2000,s.23 ISBN 80-7178-291-2

kontakty s jinými zeměmi, s jinými kulturami, což vše vyžaduje i rostoucí komunikační schopnosti a to i v cizích jazycích.

To, že se člověk komunikačně vyvíjí, zdokonaluje, je i nepřímým důkazem jeho osobnostního vývoje a sebezdokonalování .

3.1. Řeč jako prostředek verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí slov (ve zvláštních případech i jinými znaky jazykového systému, např. posunky ve znakové řeči neslyšících). Slovní komunikace zahrnuje výběr, kombinování a produkci jazykových znaků, proces vzájemného sdělování, percepce a přijímání slovních sdělení a porozumění jim.¹⁴

Verbální komunikace využívá slova jako znaku (symbolu) ve znakovém systému lidské řeči. Mluvenou řečí rozumíme přirozený zvukový jazyk, tj. systém fonetických znaků. Řeč je označována za nejuniverzálnější prostředek komunikace, protože se při přenosu informace řečí nejméně ztrácí smysl sdělení. Za pomoci řeči se uskutečňuje kódování a dekódování informace

Verbální komunikace se uskutečňuje prostřednictvím mluvené nebo psané řeči, obvykle ve formě rozhovoru nebo korespondencí.

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Komunikací ve zdravotnickém prostředí se zabývá řada autorů.

Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova. Je důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou:

- rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu, intonace....

Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu. Ta nemusí být stejná u posluchače. Také může zakrývat nejistotu, potřebu mít hovor „ rychle za sebou“. Rychle také může mluvit člověk v obavě, že ho ten druhý nenechá domluvit.

Hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení. Jinou hlasitost zvolíme při potřebě upoutat pozornost, ve větších prostorách. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně,

¹⁴ Z.Vybíral, Psychologie lidské komunikace, Praha, Portál 2000, s.86 ISBN 80-7178-291-2

netaktně, budí představu o potřebě nadvlády nad publikem. Nemocní ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma při obavách, nejistotě.¹⁵

V situaci mezilidské interakce, když s někým začínáme hovořit, nepoužíváme oba stejný jazyk. Naše schémata myšlení mohou být tak rozdílná, že riziko možného nedorozumění je vysoké.

Slovní zásoba každého jednotlivého člověka je rovněž rozdílná, bohatší slovní zásoba svědčí o bohatším vnitřním životě i větších zkušenostech, odráží se v ní třeba i vliv učitele na škole a slovník, kterým s námi komunikoval. Samozřejmě je zde i vliv rodičů, rodiny vůbec, sociálního okolí i knih, které jsme přečetli. V praktickém životě potkáváme lidi, jejichž slovník je i v mateřské řeči omezen. Projevuje se to zvláště tím, že tito lidé říkají stejné ve stejných situacích, že velmi spoře popisují jinak obsahově bohaté vnitřní stavy či někdy s námahou hledají vhodná slova, eventuelně se o slova dohadují. Slova tedy představují pokus popsat znalosti, zážitky, okamžiky i pocity a odpovídajícím způsobem je vysvětlit. Naše řeč tedy rozhoduje o našem úspěchu v mezilidských vztazích a tím i o kvalitě našeho osobního života.

3.2. Nonverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje širokou škálu toho, co druhému sdělujeme beze slov nebo spolu se slovy doprovázíme slovní komunikace. Pokud je možné nemluvit, není možné se nijak neprojevat. I svým mlčením, nehnutým obličejem či celkovým klidem těla něco sdělujeme. Míra neverbálních projevů může souviset např. s tím, že člověk něco skrývá nebo se ovládá, nebo se také více soustřeďuje na pozorování druhých.

Mezi základní typy nonverbální komunikace podle patří :¹⁶

- gesta a pohyby hlavou či dalšími pohyby těla
- postoj celého těla
- mimika
- pohled očí
- zaujímání pozice v prostoru (přibližování a oddalování se)

¹⁵ M.Venglářová, G. Mahrová, Komunikace pro zdravotní sestry, Praha, Grada 2006, s 22, ISBN 80-427-1262-8

¹⁶ Z.Vybíral, Psychologie komunikace, Praha, Portál 2005, s 83 ISBN 80-7178-998-4

- haptika (dotyky těla)
- tón, rychlost, hlasitost hlasu
- oblečení a jiné aspekty vzhledu

Každý neverbální signál má svůj význam, něco značí. Někdy velmi dobře můžeme sdělovat klientovi beze slov něco, co nemůžeme slovně vyjádřit. Např. při jednání s cizincem, při nadměrném hluku, či komunikaci na velkou vzdálenost.

Funkce nonverbální komunikace podle Vybírala¹⁷ jsou:

- podpořit řeč (zdůraznění, zrychlení tempa,..)
- nahradit řeč
- vyjádření emocí
- vyjádření interpersonálního postoje (sympatii, dominanci,..)
- sebevyjádření (př. podání ruky při seznámení)

Neverbální chování pacienta je důležitým zdrojem informací pro jeho terapeuta. Někdy se pacient snaží napodobovat terapeuta a tím se snaží terapeutovi přiblížit, nebo se snaží odvést pozornosti nebo tím zdůrazňuje závažnost jeho sdělení.

¹⁷ Z.Vybíral, Psychologie komunikace, Praha,Portál 2005,s.70, ISBN 80-7178-998-4

4. CO JE FYZIOTERAPIE?

Existuje celá řada definic léčebné rehabilitace neboli fyzioterapie.

Světová zdravotnická organizace WHO vyjadřuje její obsah jako „*navrácení nemocného člověka do normálního života, jak je to jen možné, a jeho navrácení zpět do společnosti, ve které žije.*“

Fyzioterapie se konkrétně zabývá léčbou pohyblivých částí těla. Klouby, svaly, vazy jsou přetěžovány při neustále se opakujícím pohybu i při dlouhodobém vystavení statické poloze. Ať už je to zapříčiněno jednostranným zatěžováním hlavy, trupu a končetin při práci nebo stavem po úrazu nebo po jakémkoliv onemocnění i po psychickém a pracovním vypětí každého z nás v našem běžném životě.

Prostředky, jimiž rehabilitace dosahuje svých cílů, jsou četné. Vedle základních služeb (léčebná tělesná výchova, léčba prací a fyzikální terapie) např. i psychologická péče, sociální služby, ale i funkční testování (zejména pracovních schopností), příprava pro povolání a pracovní uplatnění. Snaží se zlepšit pohybovou funkci svalů a kloubů do maximálně možného rozsahu pohybu. Je schopná řešit a urychlit léčebný proces pohybového aparátu a snížit až zcela odstranit bolesti a ztuhlost svalů a kloubů. Např. speciální cvičení zvyšuje pohyblivost jednotlivých kloubů a posiluje svaly. A to pak pomáhá zlepšit správné držení těla a následně umožní pohybové aktivity.

Fyzioterapeuti hrají velmi důležitou úlohu v léčebné rehabilitaci, ať už v rámci terapie, reedukace či prevence. Například jsou schopni pomoci lidem po mozkové mrtvici naučit se buď částečně, či zcela znovu se pohybovat s ohledem na vzniklé postižení. Učí je se postarat sami o sebe tzn. soběstačnosti. Využívají speciální cvičení jako je Kabatova technika, Bobathova metoda, Vojtova reflexní lokomoce a další jiná cvičení, aby dosáhli co nejlepší kvality pohybu.

Onemocnění, která je fyzioterapie schopná řešit:

- bolesti pohybového aparátu, jako je např. artritida
- bolesti zad a krku, včetně poúrazových stavů
- dětskou mozkovou obrnu
- příznaky, které se vyskytují u těhotných žen / bolesti zad, stresová inkontinence

- bolestivé stavy, které vznikají po jednotvárném přetížení organismu
- astma a onemocnění dýchací soustavy
- poranění vzniklá při sportu /úrazy
- poranění vzniklá popálením
- stavy po infarktu myokardu
- stavy po CMP /mozkové mrtvici / a další neurologická onemocnění /roztroušená skleróza, paraplegie, polyneuropatie, Parkinsonský syndrom
- příznaky vzniklé následkem stresu

Zdravotnické povolání patří mezi nejnáročnější vůbec. Každý člověk, který se rozhodne pro práci ve zdravotnictví, by měl dobře zvážit, jaké hodnoty, ale také současně i jaké obtíže jeho budoucí práce přinese. Nejvyšší hodnotou lidského života je zdraví. Fyzioterapeut má tedy velmi krásné a velmi náročné úkoly – pečovat o zachování lidského zdraví a snažit se znovu začlenit člověka do běžného života, nebo v případě, že nelze člověka úplně vyléčit, poskytnout mu takovou péči aby zmírnil jeho obtíže. Zde bych uvedla příklad takového pacienta na vozíčku jako paraplegika či pacienta po amputaci. Zde se budu snažit zachovat zbylé končetiny v dobré kondici, jelikož vím, že chybějící končetiny mu nevrátím. Právě tady je velmi důležitá má funkce jako psychoterapeuta. I když nejsem psycholog či psychiatr můžu člověku pomoci v krizových chvílích tím, že ho vyslechnu.

Takový člověk s nevléčitelným stavem je velmi citlivý na veškeré informace a na formu jejich podání, i zdánlivé maličkosti pacienta velmi znejistí. Pacient je citlivý i k neverbálnímu sdělení, které doprovází verbální kontakt. Je proto třeba umožnit pacientovi dostatečný prostor na otázky, které je nutné pravdivě, ale šetrně a zodpovědět.

Ve své praxi zjišťuji, že mnohdy ne vlastní rehabilitační léčba, ale spíše jen rozhovor a komunikace taková, lidem více pomáhá.

Někteří se jen potřebují vypovídat a očekávají od nás, že my jim budeme naslouchat. A tak si myslím, že nezbytnou součástí naší celkové léčby je i psychoterapie. Musíme umět lidem pomoci i vlídným slovem, gesty a empatií.

Nejčastěji se psychoterapie zaměřuje na zlepšení zdravotního stavu a to jak psychického, komplexní léčbě závažných somatických onemocnění (chronická bolest, nádorové onemocnění a další).

Předpokladem je navázání vztahu, do kterého pacient vstupuje jako partner. Je-li tento vztah založen na vzájemné důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, pacient může potom najít odvahu k vyjádření sebe sama.

V práci s chronicky bolestivými pacienty si musím uvědomit negativní postoj pacienta, kteří mohou být vyšetřováni a léčeni již po několikáté. Zjišťuji, že se někteří pacienti vracejí, ale stále u nich přetrvává negativismus a nechut' spolupracovat.a dělat cokoliv ke zlepšení svého stavu a zmírnění bolesti.

4.1. Požadavky na charakterové vlastnosti fyzioterapeuta

K předpokladům kladného vztahu a důvěry mezi zdravotníkem a nemocným patří samozřejmě nejen odborné znalosti, ale také zkušenosti a dovednosti. Velmi důležité je pro vznik důvěry první dojem při setkání nemocného s terapeutem, jeho aktuální mimika, gestikulace, tón hlasu, výroky i zevní vzhled. Vidí-li pacient terapeuta neupraveného, neoholeného, nevyspalého, ztrácí důvěru v to, že by člověk, který nedovede pečovat o sebe, mohl pečovat o jiné a být pečlivý ve své práci.¹⁸

Zdravotník získává důvěru, je-li jeho osobnost harmonická, klidná a sebevědomá, ne však povýšená, jestliže je jeho vystupování pohotové, důsledné a rozvážné, provázené lidskou účastí a pohledy. Vyrovnaná osobnost je pro nemocného souborem harmonizujících zevních podnětů, jejichž vliv se podílí na jeho uzdravení. Obecně lze říci, že nemocný ztrácí důvěru v terapeuta, jestliže má pacient dojem, že zdravotník je něčím, co se označuje jako špatný člověk. Takový dojem může získat např. slyší-li pracovníka pomlouvat druhé, chová-li se arogantně či povýšeně vůči podřízeným, podlézá nadřízenému apod.¹⁹.

Na závěr bych uvedla takový stručný souhrn požadavků, které vytváří osobnost fyzioterapeuta, jelikož jeho práce by nebyla úspěšná, kdyby ji nevykonával s maximálně profesionálním nasazením. Toto přesvědčení by mělo doprovázet každého zdravotnického pracovníka.

¹⁸ M.Bouchal,R. Konečný, Psychologie v lékařství, Praha SZN 1966,s 160 ISBN 08-031-66

¹⁹ M.Bouchal,R. Konečný, Psychologie v lékařství, Praha SZN 1966,s 161 ISBN 08-031-66

- duševní vyrovnanost a sebeovládání – nenechat se vyvést z rovnováhy v náročných situacích, být klidný, usměvavý, laskavý a trpělivý
- čestné jednání a pravdomluvnost – musí uznat chybu a v případě potřeby i věnovat omluvu, je upřímný a přímý
- smysl pro pořádek a čistotu – udržování hygieny jak u sebe samotného, tak u pacienta
- taktní jednání - dodržovat povinnost mlčenlivosti , pracuje šetrně, jemně a citlivě
- schopnost rychlého rozhodování - umět se rychle rozhodnout v závažných situacích, kdy je ohrožen i život pacienta

Klidný terapeut přenáší klid na pacienta, optimista vyvolává optimismus. Přesun je silnější v případě sugestivního působení, kdy pacient vnímá terapeuta jako důvěryhodnou autoritu. Vliv přesunu je i opačný. V tom případě přechází z pacienta na terapeuta. Bezradný nemocný může vyvolávat bezradnost a nejistotu. Pacient, který své potíže bagatelizuje, někdy způsobuje, že terapeut se stává méně pozorným a přikládá jim menší váhu, než ve skutečnosti mají. Terapeut se indukcí negativních pocitů a postojů ze strany pacienta mnohdy brání tím, že vytváří a udržuje vzhledem k nemocnému větší sociální odstup, nebo problémy bere méně vážně. Nenechává se jimi zasáhnout. Někdy je to do značné míry nutné – např. u zoufalých a velmi trpících nemocných, ale měli bychom si toho být vědomi a na základě takových zkušeností si nevytvářet obecný postoj k nemocným.²⁰

Pro průběh rozhovoru mezi terapeutem a nemocným bývá příznačné selektivní naslouchání a reagování, což znamená, že partneři určité obsahy vůbec nevnímají, nebo na ně nereagují adekvátně. Může tak docházet k informačnímu zkreslení, případně si terapeut vytvoří obraz, jenž potvrzuje jeho hypotézu, ale neodpovídá skutečnosti.²¹

4.2 Profesionální chování

Profesionální chování je v poslední době jedním z hlavních předpokladů k profesnímu růstu každého jednotlivce, skupiny zaměstnanců i zaměstnavatelů v jakémkoli z oborů, kde dochází k interakci pracovníka a klienta.

²⁰ J.Vymětal, Lékařská psychologie, Praha Portál 2003, s.158 ISBN 80-7178-740-X

²¹ J.Vymětal, Lékařská psychologie, Praha Portál 2003, s.158 ISBN 80-7178-740-X

To co tvoří „*profesionální chování*“, je možné shrnout do tří pojmů: odpovědnost vůči klientovi, vzdělanost a kolegiální. Pokud nedochází ke souhře těchto složek, nevzniká žádoucí efekt. V minulosti jsme se setkávali a bohužel stále setkáváme s nevyvážeností nebo dokonce s absolutní absencí výše zmíněných složek profesionálního chování. Každý z nás již zcela jistě zažil situace s nepříjemnou prodavačkou v samoobsluze, s řemeslníky, kteří svou práci fušovali, s arogantními úředníky, ba dokonce se zdravotníky, kteří si nás nevšíмали ve chvílích pro nás třeba i nejtěžších. Tyto příklady vyplývají především z odpovědnosti ke klientovi, jejíž nedostatečnost pocítujeme ze všeho nejvíce, a která jako složka profesionálního chování chybí v české společnosti.²²

Ve své praxi fyzioterapeutky jsem se setkala s širokým spektrem zdravotníků z mnoha oborů a pacientů s různě závažným onemocněním. Problém komunikace ve zdravotnictví můžeme pozorovat hned na několika úrovních:

- 1) *Komunikace mezi zdravotnickým personálem*
- 2) *Komunikace zdravotníků s pacientem*
- 3) *Komunikace zdravotníků s veřejností*

Jak už bylo řečeno, všechny výše zmíněné složky profesionálního chování (profesionalita) spolu úzce souvisí, ale v případě první úrovně je dominantním činitelem kolegiální. Kolegiální může být v určitých případech velmi prospěšná, avšak v jiných právě naopak, a to především ve chvílích, kdy jde na úkor pacienta (přehlížení nemocných, nezodpovědnost).

Velkým problémem se mi také jeví nedostatečná úroveň komunikace lékařů a středního zdravotnického personálu. Často se mi zdá, že jsou to dvě na sobě nezávislé skupiny pracovníků, které nemají přehled o práci té druhé (přeneseně: pravá ruka neví, co dělá levá). Přesto si každý laik představí pod pojmem „zdravotnický tým“ lékaře a sestru.

A to může být kámen úrazu. Pokud nefunguje vztah terapeut lékař, může se to projevit v kvalitě komunikace s pacientem. Pokud terapeut nemá klidné zázemí při pracovním procesu, nemůže, nebo jen ztěžka se kvalitně věnovat pacientovi.

V případě druhého bodu bych nechtěla mluvit o empatii, protože si myslím, že je to schopnost, která je u každého více či méně vrozená a tudíž se jí dá jen těžko učit. Alespoň teoreticky to nelze. Zdokonalovat tuto schopnost na podkladě zkušeností

²² F. Kůt, www.zdravotnickenoviny.cz

pravděpodobně lze. Profesionálnímu chování se však naučit lze. Jako profesionál se nikdo nenarodí, tím se buď stane nebo nestane. Je třeba si uvědomit, že prosté získání diplomu nedělá člověka profesionálem. K úspěšné komunikaci s pacientem zcela stačí držet se několika zásad: každý člověk je individualita, i my jsme individuality. Naší prvotní rolí na tomto světě je role člověka. V komunikaci s pacientem by pro nás měla být tato pozice tou výchozí. To, že jsem také zdravotník, je až na druhém místě. Nedopustíme, aby došlo k této bariéře. Buďme pacientovi víc přítelem a partnerem. Nejsme jeho nadřízení, ale ani podřízení. Spolupracujme, jde nám přeci o stejnou věc.

Respektujme povahu pacienta, jeho nálady a buďme schopni kompromisu. Ukážeme-li nemocnému lidskou tvář, bude toho schopen i on. V kolektivu zdravotníků buďme jednotní v tom, co pacientovi říkáme, nezapomínejme, že je pro nás nejdůležitější pacientova důvěra. Pokud říkáme každý něco jiného (často se stává, že se pacient ptá na stejnou otázku každého člena týmu zvlášť), může se lehce stát, že nabytou důvěru ztratíme. Budeme-li se o toto snažit a začne-li se nám to dařit, myslím, že máme vyhráno.²³

²³ F. Kůt, www.zdravotnickenoviny.cz

5. JAK MLUVIT S PACIENTEM

5.1. Osobní zájem o pacienta

Můžeme s ním hovořit obecně nebo zcela konkrétně, ryze věcně – objektivně, uváděním fakt a neměnných skutečností neosobních nebo osobních. Hovoříme-li s někým, pak je dobré si uvědomit, že on je schopen vycítit či poznat z toho, jak mluvíme, jaký je náš vztah k němu. Tam, kde my sami jsme v roli posluchače, jsme na tom v osobním rozhovoru obdobně. Cítíme z toho, co říká, jeho vztah k nám.

Osobní zájem pacienta však znamená více než jen tón řeči. Znamená míru lhostejnosti na jedné straně a míru zájmu o pacienta na straně druhé. Zároveň se projevuje stupeň spjatosti přítele s pacientem, úcta k pacientovi, vážnost, kterou mu prokazujeme tím, že ho bereme jako člověka hodného osobního zájmu atp.. V čem se to pozná? Jedním ukazatelem osobního zájmu o pacienta je míra pozornosti věnovaná pacientovu citovému životu, jeho emocionálnímu stavu, prožívání jeho těžké situace. Poznává se to podle sociální distance, tj. osobního odstupu či naopak blízkosti v mluvení a jednání s pacientem, podle vřelosti či chladu ve způsobu myšlení. Zdá se, že pacient má ve chvílích, kdy mu je zle, mimořádný cit pro poznání toho, zda ten, kdo s ním hovoří, má o něho opravdový zájem, případně jde-li jen o zájem služební, hraný a nepravdivý.²⁴

5.2. Citlivé reagování na projevy pacienta

V rozhovoru je typické, že chvíli mluví jeden a po chvíli zase druhý. Střídání slova však nemusí automaticky znamenat i citlivé reagování druhého na to, co první řekl. Setkáváme se s rozhovorem, kde si každý říká své, bez ohledu na to, co říká ten druhý. Necitlivost k pacientovi někdy vzniká i z dobrého úmyslu např. v situacích, kdy si návštěva vytvoří plán, co pacientovi řekne. Předsevzetí se snaží realizovat hlava nehlava. Říká své bez ohledu na to, že pacient naznačil, že by rád hovořil o něčem podstatně důležitějším. Jiný způsob, jak se necitlivě přistupuje k pacientovi, je možno vyjádřit chováním pověstného *slona v porcelánu*. Pacient si např. stěžuje, že ho něco,

²⁴ J.Křivohlavý, *Vážně nemocný mezi námi*, Praha Avicenum 1989, s.99 ISBN 08-065-89

bolí nebo dává najevo strach, který může být strachem smrtelným, a návštěvník na to reaguje bagatelizací, tj. přehnaným znevažováním pacientova tvrzení.

A jak by tomu mělo asi být, aby citlivost k pacientovým projevům byla taková, abychom pacientovi pomohli? Ti, kteří se zabývají otázkami rozhovoru lékaře s pacientem, zdůrazňují, že to má být pacient, kdo je středem zájmu v takovém rozhovoru. Ne tedy nemoc.

Citlivost k pacientovi ale neznamena odplácet stejně, jak on jedná. Setkáme-li se s výčitkami, které nám adresuje, není na místě mu je oplatit. Obdobně je tomu s projevy agresivity.

Jak poznáme, že se nám daří citlivě reagovat na pacientovy projevy? Obvykle podle toho, že se v rozhovoru pacient stále více otevírá. Zpočátku např. neměl odvalu hovořit o svých obavách a nyní ji má. Na počátku rozhovoru mluvil věcně a posléze najde odvalu mluvit o strachu, který ho jímá při pomyslení na určité skutečnosti.²⁵ Citlivost k pacientovi by však neměla přesáhnout určité meze. Neměli bychom se dostávat do problému hlouběji, aby se nestalo, že spíše pacient bude nás utěšovat a chlácholit.

5.3. Srozumitelnost naší řeči

Při rozmluvě je možno používat slov, která jsou obvyklá a jejichž význam je oběma účastníkům rozhovoru dobře znám.²⁶

Často se nám klade na srdce, abychom nepoužívali cizích slov.

5.4. Doporučené postupy v komunikaci s pacientem

1. Pozdravit – vždy, znovu, každého, i když on sám vejde do ordinace a nepozdraví. Nejen pozdravem, ale také dalším veškerým vystupováním je potřeba dát pacientovi najevo, že ho vnímáme jako hodnotnou, a tedy váženou osobnost. Při setkání se proto nehrabeme v papírech, nehledíme do počítače, netelefonujeme (a pokud jde o telefonát urgentní, pacientovi se omluvíme). Náš projev by měl být v souladu s masarykovským „já pán, ty pán“. Dvojnásob platí tento požadavek u lidí handicapovaných.

2. Oční kontakt s pacientem působí nejen příznivým dojmem na osobu před námi, ale poskytne nám také spoustu informací. Mimické svalstvo je ovladatelné vůlí jen zčásti a

²⁵ J.Křivohlavý, Vážně nemocný mezi námi, Praha Avicenum 1989, s.100 ISBN 08-065-89

²⁶ J.Křivohlavý, Vážně nemocný mezi námi, Praha Avicenum 1989, s.101 ISBN 08-065-89

jeho vědomá kontrola je nedokonalá. Z mimických projevů můžeme bezpečněji než z verbálního vyjádření usoudit, nakolik pacient naše návrhy přijímá, a nakolik je naopak odmítá. Nonverbální složka sdělení je totiž vždy pravdivější než projevy verbální.

3. Pacient musí mít pocit, že v danou chvíli (a z toho posléze vyvodí závěr, že je to tak vždy) je právě a jenom on pro nás tou nejvýznamnější osobou na světě, že my jsme tu jen a jen pro něj. Pokud kdokoli zanedbává toto pravidlo zhoršuje si kontakt s pacientem, jak bezprostředně, tak do budoucnosti.

4. Empatický přístup vyjádřit slovně. Empatie (na rozdíl od soucitu, který ale může některé pacienty urážet!!!) je umění vcítit se do situace druhého člověka. Stačí, představíme-li si, jak bychom se asi cítili, kdybychom byli v kůži našeho komunikačního partnera. Tento postoj již sám nabízí přiměřené slovní vyjádření.

5. Povzbudit pacienta k řeči (pochopitelně jen tehdy, je-li na to čas). Pacient často kráčí k fyzioterapeutovi s předem přichystanými informacemi a dotazy, které mu chce adresovat. U nás však z různých příčin nedojde k uvolnění jeho pnutí (není čas, lékař je komunikační dřevo, pacient se náhle ostýchá).

6. Trpělivost – je to ctnost, která je zvláště některými pacienty velice tvrdě zkoušena. Mezi asertivní dovednosti patří umění včas a slušně bezbřehý proud pacientova projevu.

7. Zachovávat mlčenlivost a mít respekt k osobním údajům pacientů.

8. Pokud to je možné, nedopustit fenomén přeplněné čekárny, v níž pacient stráví několik hodin. Pacienti mohou mít i při drobných zdravotních obtížích dojem, že ve své těžké situaci mají právo na péči, ohled a rychlou efektivní obsluhu. Tímto chci upozornit na důležitost dobré organizace.

9. Oblečení by mělo být ve shodě se všeobecnými požadavky evropského lidu, jenž má rád, když zdravotnický personál je oděn do jakési uniformy, nejraději bílé barvy, která určuje jeho příslušnost k profesionálnímu okruhu.

6. TERAPEUTICKÁ A POMÁHAJÍCÍ KOMUNIKACE

Jak lékař, psychoterapeut, zdravotní sestra, psycholog, komunikují s pacientem má často dalekosáhlý dopad v tom slova smyslu, že jeho promlouvání, ba dokonce i neverbální působení léčí. Jinak řečeno, odborník může svou zdravou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou pacientovu pohodu. Už svými dotazy, tím, čemu sám přikládá větší a čemu menší význam, pomáhá vytvářet význam nemoci a potíží v myslí pacientů. Některá sdělení může ignorovat, jiná bagatelizovat. Může tak psychický a zdravotní stav jak zlepšovat nebo zhoršit.

V tradiční psychiatrii kladli velký důraz na dialog s pacientem. Vznikl názor, že „hlavním nástrojem psychoterapie je lékařský dialog, mluvené slovo lékaře, jeho naslouchání tomu, co pacient říká, způsob, jakým ho poslouchá a reaguje na jeho projevy“ (Bleuler, 1972).

Nemocní lidé jsou pod vlivem přirozených fyziologických reakcí jako jsou strach a úzkost. Úzkost je často silnější v určité situaci nebo prostředí (dlouhé sezení v čekárně, snaha zakrýt strach z terapeuta či stud). Může to například prozradit zakrývání si bolestivého místa, překřížení rukou či nohou, mnutí dlaní apod..V důsledku toho se člověku rozbuší srdce, zrychlí se mu tep i dech, bledne či naopak červená, nebo se potí. Tyto stavy však pak znesnadňují spolupráci s terapeutem, proto je na místě pacienta uklidnit a vysvětlit mu cíl a průběh terapie, tak, aby uklidnil situaci, navodil atmosféru bezpečí a důvěry a byl současně nenucený a zdvořilý. Rozhovory s pacienty jsou považovány za obtížné proto, že terapeut rozhovor zjevně vede, řídí interakci a kromě reagování na pacienta má mít situaci pod kontrolou. Zdravotnický personál má raději uzavřené a do sebe stažené pacienty. Přitom pro budoucí adaptaci lidské psychiky je výhodnější spíše ventilovat své obavy, nespokojenost a stesky.²⁷

Při terapii spolu komunikují dvě bytosti, přičemž každá má o pacientovi nemoci různé znalosti. Terapeut je v předstihu svou odbornou znalostí, pacient zase svou osobní

²⁷ I.Hárdi, Psychologie péče o nemocného, Praha Avicenum 1972, s.26 ISBN 08-050-72

zkušeností. Někdy se však stává, že pacient neumí pojmenovat pocity, neumí přesně vyjádřit bolest a někdy se pak zdá terapeutovi, že si pacient vymýšlí, že simuluje. Přestože jsou všechny výsledky negativní, pacient nadále navštěvuje naši ambulanci a neustále si stěžuje na bolest. Porozumět pacientovi je tak někdy nesnadné a stejně tak nesnadně je i porozumění nemocného sobě samému. Člověk s neduhy a vleklým a úporným psychickým trápením často neví, co se to s ním děje a začíná pochybovat i sám o sobě, o své tělesné odolnosti nebo dokonce i o zdravém rozumu.²⁸

Dobrý pocit z komunikace vede zpravidla k tomu, že se druhý více uvolní, více svěří, bude spontánnější apod.. Jinými slovy prostě terapeut navodí takovou situaci, aby se jeho partner cítil dobře. Hlavními vlastnostmi správné komunikace je vlídnost, trpělivost a klid, respektováním druhého, projevená empatie, shovívavost, pochopení aj..

Někdy si však pacient tyto vlastnosti vztahuje k sobě samému a vzniká tak situace, kdy si pacient myslí, že ho terapeut má rád, pro něho to je však jen dobře odvedená práce, ovšem může mít dobrý pocit sám sebe, z dobře odvedené práce.

Odborník na komunikaci je schopen přetvářky. Terapeut při sezení může být empatický, jasně se vyjadřující, shovívavý, trpělivý, usměvavý, povzbudivý a optimistický, může se pak po bezprostředním rozboru tohoto sezení vyjadřovat o pacientovi ne příliš dobře. Někdy za to může potřeba ulevit nastřádané napětí v okamžiku, kdy se nemusí ovládat, jindy prostě odloží „terapeutickou přetvářku“.

6.1. Terapeut očima pacienta

Stále se zdůrazňuje, že je nutné navázat nejenom profesionální vztah k pacientovi, ale také vztah osobní, lidský. Odborník nemůže mluvit jen s „případem“, „diagnózou“, ale musí mluvit s člověkem. „Škatulkování“ pacienta je častým jevem, kterým si odborníci zjednodušují komunikaci.

Nemocní bývají při kontaktu se vzdělaným odborníkem v mnoha ohledech daleko bystřejšími pozorovateli – i vnímavější na slova – než jejich komunikační partner, který si mnohdy nedává pozor na to, co a jak pacientovi sděluje. Musíme si proto dávat pozor

²⁸ I.Hárdi, Psychologie péče o nemocného, Praha Avicenum 1972, s.27 ISBN 08-050-72

na to, jak s pacientem komunikujeme, neboť pacient se mnohdy snaží zjistit o co odborníkovi jde, zda ho nechce jen lacině uklidnit a povzbudit, než ho opravdu vyléčit.

7. ROZHOVOR S KLIENTEM PŘI TERAPII

Náš styk s pacientem má různou podobu. Nejdůležitější formou styku s pacientem je to, co dělám a způsob, jak to dělám.

Pro rozhovor s pacientem je stejně důležité jak umění hovořit, tak naslouchat. Mé povídání je přitom však jen jednou – a často ne tou nejdůležitější složkou rozhovoru. Druhá složka – naslouchání pacientovi – je neméně důležitá.

Mluvení s pacientem je možno chápat v různé šíři. Je možno brát v úvahu jen mé slova – tzv. slovní čili verbální komunikaci. Je však dobré si uvědomit, že druhému člověku něco sdělují nejen slovy, ale i jinými způsoby – tzv. mimoslovní čili nonverbální sociální komunikací. Něco mu sdělují tím, jak se tvářím, tj. mimickými výrazy mého obličeje, něco mu sdělují svým pohledem, poklepáním na rameno, případně podáním ruky. Něco mu sdělují i oddálením či přiblížením se k němu, tím zda se k němu nakloním nebo ne.²⁹

Zamyslím-li se nad otázkou rozhovoru s pacientem, pak mou první otázkou může být co mu říci? Někdy se zdá, že bych měla říkat to, co mě momentálně napadne, a tím mít pocit splnění svých pracovních povinností. Druhá cesta naznačuje jiný přístup. Je ji možno přirovnat k vedení slepého a směřování k určitému cíli. Ten kdo vidí, by též měl vědět, kam se má dojít a tento cíl mít neustále na paměti.

Jedním z cílů, ke kterým by měl můj rozhovor směřovat je posilování kladného sebevědomí pacienta. Při nemoci a zvláště při těžkém postižení je obvykle toto sebevědomí všelijak narušeno. Jeho lidská důstojnost však může zůstat zachována vzdor všemu, co se děje

Praxe pomáhání přináší pro pomáhajícího potřebu i nutnost vstupu každodenně do osobního kontaktu s každým pacientem.

²⁹ J.Křivohlavý, Vážně nemocný mezi námi, Praha Avicenum 1989, s.95 ISBN 08-065-89

Než člověk přejde k tomu, jak takový rozhovor vést, musí se zamyslet i nad předběžnými podmínkami, které vytvářejí rámec takového rozhovoru.

„Na rozhovor si musíme vyhradit čas. Je-li to první rozhovor s daným klientem v jeho současné situaci, pak nebude kratší než 30min., ale neměl by být ani delší než 60min

(nejde-li o rozhovor s více lidmi – manželi, s rodinou apod.). Čas by měl klient předem znát. Tento čas by měl být také dodržen“³⁰

Tato část textu mě velmi zaujala a proto bych k tomuto, připojila vlastní zkušenost. Když jsem před několika lety, po absolvování školy, nastoupila do zaměstnání měla jsem na pacienta cca 30min, ale to nejen na rozhovor ale i na vyšetření, nácvik cvičební jednotky a instruktáž. Jenomže „čas jsou peníze“ , a to ve zdravotnictví obzvláště, nastala změna a z 30min nám zkrátily tento čas na 20min. (Hovořím o nemocnici, ve které pracuji).

Myslím, že 20min. je strašně krátká doba na to, abych od pacienta zjistila důležité informace o jeho zdravotním stavu potřebné k stanovení adekvátní celkové rehabilitaci, na organizační záležitosti a na nácvik základní cvičební jednotky a na závěr na poučení. Ale jelikož si to vedení vyžaduje musím se s tím nějak vypořádat. Je proto důležité, aby pacient byl dochvilný a při vstupním rozhovoru zjišťuji jen ty základní informace, které jsou pro nás danou chvíli důležité. Jelikož pacient dochází pravidelně, mohu určité informace nechat na později. Musím, ale zhodnotit, které.

„Je vhodné, když při terapii se v zorném poli pomáhajícího nacházejí hodiny, které mu umožní občas zkontrolovat čas a podle toho ovlivnit průběh rozhovoru“³¹

Jak jsem již výše uvedla, tak čas je největší překážkou v mém povolání a to samozřejmě se odráží ve kvantitě a někdy ve kvalitě celkové spolupráce s klientem. Hodiny v mém případě slouží hlavně k tomu, abych si hlídala čas nejen já a opravdu věnovala pacientovi maximální čas, ale i k tomu, abych rozhovor a terapii zbytečně neprotahovala, jelikož po jednom pacientovi následuje další a další.

Ne vždy je to tak jednoduché. Některý pacient se na závěr rozhovoří tak, že je těžké ho zastavit a hlavně není slušné ho v polovině věty zastavit a informovat, že venku čekají další a že by měl už jít. A právě v tom tkví asertivní ukončení hovoru.

³⁰ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110 ISBN 80-7178-318-8

³¹ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110 ISBN 80-7178-318-8

Proto se mi tento systém nelíbí. Myslím, že je individuální kolik každý pacient bude potřebovat času. Na někoho potřebuji více, na někoho méně. Součástí mé profese není jenom někoho stroze naučit pár cviků, ale také ho psychicky podpořit. Hodně pacientů přichází na terapii nejen pro radu jak cvičit, ale také pro dobré slovo. Všichni chtějí slyšet, že to bude brzy dobré a budou zdraví.

*„Čas terapie by měl být časem chráněným. Přetržený vnímavý kontakt bolí. I když se omluvíte a klient projeví pro váš telefonát plné pochopení, zjistíte někdy, že tónina hovoru je po přerušení o poznání jiná. Citlivá část jeho duše, která se pomalu začínala vysouvat ze skořápky, se zatahla nazpět. Klient sám si toho nemusí být vůbec vědom“.*³²

Tomuto problému se snažím v praxi vyhnout. Když zazvoní telefon, tak se nejprve klientovi omluvím a nato ho zvednu a vyřídím vše co nejrychleji. Soukromé telefonáty si ale vyřizují později. Pokud se z mé místnosti v daný moment stává telefonní ústředna tak ho vyvěším, abych měla čas na pacienta a mohla se mu plně věnovat. Vím totiž nejlépe sama, jak je mi nepříjemné, když jsem někde na úřadě a do hovoru vstoupí telefonát a úřednice, nevšímající si mě, si vyřizuje své soukromé záležitosti. A proto, pokud nechci ztratit klienta nebudu se takto chovat.

„Posledním bodem předběžné přípravy je vyladění pomáhajícího pro rozhovor. Nejsme stroj, kterému stačí přepnout knoflíkem na jiný program.

Před důležitou činností je dobré v sobě „uklidit“. Pracovník se potřebuje odpoutat od toho, co dělal doposud, uvědomit si, jak se cítí, zachytit, že je unavený, protože se dnes nevy spal dobře, rozčilený z toho, co mu řekl kolega před hodinou, nervózní z toho, že pozitří má odevzdat zprávu, kterou těžko stihne sepsat. Když si také věci uvědomí, spojí se s tím, co se skutečně právě děje. Pak je spíše může chvíli odložit stranou.

*Druhá věc je naladit se na nadcházející rozhovor – prolistovat spis, připomenout si, o čem jsme už mluvili, všimnout si, s jakým pocitem do rozhovoru přicházím. To vše nepotřebuje příliš mnoho času, tak 3-5 min“.*³³

Důležité je optimálně připravit rozhovor a uvědomit si na čem při takovém rozhovoru záleží. Pomocné osnovy a kontrolní seznamy mohou správně členit otázky a rozfázovat rozhovor.

³² Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110 ISBN 80-7178-318-8

³³ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.112 ISBN 80-7178-318-8

Není ovšem jednoduché takový rozhovor vést. Neexistuje přesné pravidlo, jak přesně by měl takový rozhovor vypadat, existují pouze pomůcky a rady, jak ho vést, ale vždy by měl motivovat druhou osobu k reakci a zapojení se do debaty. Takový rozhovor může být veden mezi dvěma osobami nebo formou diskuze s více lidmi.

7.1. Techniky vedení rozhovoru

V rozhovoru jde o střídání otázek a odpovědí všech zúčastněných a předpokládá aktivitu nejenom mou, ale i druhé osoby či osob.

Ať už pokládám správné otázky, aktivně naslouchám nebo šikovně odvracím námitky – mám spoustu možností, jak mohu rozhovor usměrňovat správným směrem.

Postarat se o příjemnou atmosféru – odpovědnost za průběh rozhovoru má terapeut. Je zkušenější, a má pro to dbát na dodržování základních pravidel vedení rozhovoru. Jednostranné monology nejsou ku prospěchu věci. Obě strany dosáhnou viditelného úspěchu v rozhovoru pouze tehdy, když také pacient přijde dostatečně ke slovu.

Ne vždy však tomu tak bývá. Je spousta pracovišť, kde si toto terapeuti neuvědomují.

Je nutné mít na paměti:

- názory a potřeby pacienta
- názory a motivy terapeuta
- rozdíly, které z rozhovoru vyplývají

Hledat společné řešení by mělo být cílem a mělo by být přijatelné pro oba.

7.2. Konkrétní techniky a podmínky vedení terapie

Aby taková terapie motivovala a splnila tím účel, který jsem si jako terapeutka předsevzala, musí být splněno několik důležitých podmínek. Shrnutí by bylo asi následovné:

- 1) **Místnost** – místnost, ve které pracuji a ve které je veden rozhovor a léčba by měla být příjemná, teplá, dostatečně prosvětlená, bez nějakých rušících faktorů, jako například hlasité rádio a hlavně by mělo poskytovat soukromí pro mě i pro pacienta.
- 2) **Povaha a nálada terapeuta** – klidný, příjemný, dostatečně hlasitý, ale ne hlučný. Z mého hlasu by mělo být znát, že tomu, o čem pacienta přesvědčuji i já sama věřím. Velmi se u tohoto faktoru promítá únava. Ze své zkušenosti vím, že

pokud jsem unavená, mám nějaký problém či se o mě pokouší nemoc, je strašně těžké to nedát znát nejen v mém hlase, ale i v mimice a gestikulaci.

3) Zájem pacienta – o tom by se dalo psát spousta vět, jelikož toto je asi nejdůležitější při mé práci a promítá se i na výsledku mé práce a snahy pomoci člověku. Pokud pacient má zájem se něco naučit a uzdravit se, poznám to i při rozhovoru, kdy vidíme, že respondent má snahu něco pro sebe udělat. Pokud ale nemá zájem a nechce se uzdravit, jelikož by kupříkladu přišel o invalidní důchod, tak je moje snaha z určité části procent marná. Ale i přesto těmto lidem se musím věnovat a snažit se je nenásilnou formou přesvědčit, i když ne vždy se to podaří. Ale docházka na rehabilitaci je přeci dobrovolná, nemusíme nikoho nutit.

4) Vědomosti terapeuta – je důležité, aby znalost problematiky byla dostatečná. Abych pacientovi nepodávala špatné a zavádějící informace. Samozřejmě se vše odvíjí i od dostatečné praxe a kurzů, kterých se terapeut zúčastnil. Jelikož ve zdravotnictví, a nejen tam, je potřebné se neustále vzdělávat. Nevylučuji, že se nemůže stát, že si s nějakou diagnózou nevím rady. Nebudu ale pacientovi lhát do očí, ale taktně mu naznačím, že jsme se s tím ještě nesetkala, ale že do příště zjistím podrobnější informace. Myslím, že tím si získám větší důvěru, než kdybych naznačovala pacientovi, jak moc jsem vzdělaná a používala latinských slov, kterým on nerozumí, za účelem ukázat mu mou chytrost.

Pro pacienta může být rozhovor neuspokojivý dvěma způsoby – může cítit, že mu terapeut něco vnucuje, nebo mu něco důležitého neposkytuje či zatajuje.

Pokud přece jenom jsou splněny aspoň z části předcházející podmínky mohu si být jista, že má snaha vést kvalitní terapii přinese vytoužené cíle.

Terapii překáží: strach, zábrany, ovzduší chladu a lhostejnosti, chybějící schopnost vcítit se do situace, pocity méněcennosti, nejistota,...

Terapii pomáhá klima vzájemné blízkosti a důvěry, schopnost vžít se do situace, pozorné naslouchání.

Jako fyzioterapeutka se někdy dopouštím následujících chyb

- mám neuspořádané myšlenky dříve, než začnu mluvit,
- vyjadřuji se nepřesně,
- snažím se vměstnat mnoho myšlenek do jedné výpovědi, takže působí zmateně,
- ve svých výpovědích mám přemíru myšlenek vzájemně nesouvisejících,
- hovořím dlouho, často bez respektování partnera v rozhovoru.

Časté chyby posluchače:

- chybí mu nerozdělená pozornost,
- myslí dopředu a sestavuje si svou odpověď místo toho, aby poslouchal pozorně po celou dobu,
- všímá si detailů místo toho, aby se snažil pochopit celkový smysl,
- domýšlí si více, než bylo řečeno.

Takže, jestliže byste rádi byli dobrými partnery pro rozhovor, buďte pozornými posluchači. Chcete-li se stát zajímavými, zajímejte se o druhé. Dávejte lidem otázky, na které budou rádi odpovídat. Povzbuzujte je, aby hovořili osobě a o tom, čeho dosáhli.³⁴

³⁴ D.Carnegie, Jak získávat přátele a působit na lidi, Praha Talpress 1993, s 110 ISBN 80-85609-12-6

8. PROFESIONÁLNÍ PSYCHICKÁ DEFORMACE

Každé povolání může člověka rozvíjet ke společenské užitečnosti a zdokonalovat jeho osobní vlastnosti. Může však též působit deformace, deformovat lidské postoje.

Profesionální adaptace je pro zdravotníka nezbytná. Postupem času se totiž u nich vyvine určitá emocionální odolnost, což je důležité proto, aby člověk se naučil brát život takový jaký je a snažil se neprožívat tak živě a citově zatěžující události.

Profesionální deformace jsou takové postoje a projevy zdravotníka, v nichž se vlivem návyku projevuje otupělost vůči nemocnému v takové míře, že to činí na laika dojem citové netečnosti až cynismu. Je proto na místě dbát toho, aby neuvědomělá a nekontrolovaně se vyvíjející profesionální psychická deformace se nestávala jedním z činitelů iatrogenního poškozování nemocných.³⁵

Syndrom vyhoření (angl. *burnout*). Existují různé definice (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzívně zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení)

- Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání
- Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících práci s lidmi nebo alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
- Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické částečně i fyzické a sociální.
- Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpání, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.

Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu. Nejpodstatnějším znakem je chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního okolí atd. Profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s pocíťováním „poslání“ profese. Vyhoření je tedy

³⁵ M. Bouchal, R. Konečný, Psychologie v lékařství, Praha SZN 1966, s 163, ISBN 08-031-66

důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností³⁶.

B/VÝZKUMNÁ ČÁST

9. ÚVOD

Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní nebo nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději.

Bylo napsáno spoustu knih a příruček, jak kvalitně a přiměřeně komunikovat s lidmi, ale já se domnívám, že prvním krokem je chtít. Pokud máme skutečný zájem o člověka, se kterým se, v našem případě setkáváme pracovně, je velká práce již za námi. A umět komunikovat? Je těžké najít význam slova „umět“ v oblasti komunikace. Patří sem dobré vyjadřovací schopnosti? Nebo pozornost při naslouchání? Trpělivost? Jistě je to všechno. A každého kdo pracuje s nemocnými, napadne ještě mnoho dalšího.

Proto jsem se rozhodla věnovat svůj dotazník kvalitě komunikace fyzioterapeuta s pacientem. Zda se nám daří s těmito lidmi správně komunikovat a pečovat o ně a i když si myslíme, že ano, jaký názor na to mají oni. S výsledků testu bychom si pak mohli vzít příklad a ponaučení a v mnohém motivovat se a změnit sebe sama a to samozřejmě vede i k celkovému zlepšování kvality komunikace a péče o nemocné, zejména v oblasti sociální. Existují i názory, že jde o schopnost, kterou někdo je nadán, jiný nikoliv. To je ale omyl. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Musí být však splněna základní podmínka – chtít.

10. CÍL

³⁶ cs.wikipedia.org

Jelikož pracuji jako diplomovaný fyzioterapeut na ambulanci rehabilitačního oddělení nemocnice Kyjov, bude cílem mého výzkumu zjistit to, jak jsou pacienti spokojeni z naší péčí nejen fyzioterapeutů, ale také celého zdravotnického personálu, v oblasti komunikace a chování v rámci terapie, jak nás hodnotí, co jim vadí a co ne, a proto budu předkládat svůj dotazník pacientům právě tam.

Tím, že dostaneme určité zhodnocení péče a komunikace a jejich vliv na zlepšování či zhoršování zdravotního stavu pacienta, se můžeme dále snažit zlepšovat a zdokonalovat svůj přístup ke klientům a tím směřovat k posílení terapeutického efektu. Jelikož nejen znalostmi a strohým vysvětlováním rehabilitačních postupů v dané léčbě, ale i pozitivním přístupem k lidem můžeme změnit jejich vztah ke své nemoci a posílení či vybudování aktivity se na léčbě podílet a zkvalitňovat svůj životní styl.

Předpokládám, že kvalita komunikace a péče je na tak vysoké úrovni, že celkový výsledek spokojenosti bude více než uspokojivý, ale že přesto se najdou pacienti, kteří budou mít výhrady ke komunikaci fyzioterapeuta.

Dále si myslím, že větší spokojenost bude převládat u lidí starší a lidí s nižším dosaženým vzděláním.

11. METODIKA PRÁCE

Výzkum bude probíhat na ambulanci rehabilitačního oddělení nemocnice Kyjov. Výzkum bude probíhat od prosince do března. Vyplnění dotazníku bude dobrovolné. Ten bude volně k dispozici na registraci této ambulance. Dotazník bude anonymní a všichni respondenti budou mít možnost ho vyplnit soukromě, bez přítomnosti jiné osoby, aby nedošlo ke vzájemnému ovlivňování.

11.1. Charakteristika souborů

Do šetření bude zahrnuto 61 respondentů různé věkové kategorie, vzdělání, muže i ženy z řad ambulantních i hospitalizovaných pacientů jakéhokoliv oddělení nemocnice Kyjov, kteří na rehabilitaci docházejí. Vzhledem k typu otázek, půjde o pacienty, kteří již nějakou léčbu na tomto oddělení absolvovali, aby mohli adekvátně odpovídat a měli co hodnotit. Aby mohli klienti dostatečně zhodnotit přístup zdravotnického personálu,

budou dotazník zpřístupněn těm pacientům, kteří docházejí nejen na individuální terapii ale i na různé typy terapie, ať už na vodoléčbu, elektroléčbu, masáže či na skupinovou léčebnou tělesnou výchovu.

Na rehabilitační ambulanci pracuje 20 terapeutů, z toho jsou 2 masérky se středoškolským vzděláním a masérským kurzem, 2 zdravotní sestry pracující na elektroléčbě, se středoškolským vzděláním se zaučením k obsluze přístrojů. Zbytek tvoří rehabilitační sestry, diplomovaní fyzioterapeuti a jedna vystudovaná vysokoškolačka s titulem Bc..

Kolektiv je tvořen jen ženami. Je zde zastoupena široká škála různě vzdělaných odborníků se specializačními kurzy různého druhu.

Věková kategorie ošetřujícího personálu je od 25 do 55 let.

11.2. Metodika šetření

Ke sběru dat jsem použila metodu nestandardizovaného dotazníku. Ve výše uvedené lokalitě byly všem pacientům volně k dispozici výše zmíněné dotazníky, které mohly anonymně a nezávazně vyplnit. Otázky byly směřovány především k jejich pohledu na osobu fyzioterapeuta. Otázek bylo 28 a klienti měli možnost zvolit jednu z daných možností, u některých otázek měli možnost volby i jiné odpovědi a tím vyjádření svého názoru k dané otázce.

11.3. Matematické zpracování

Po shrnutí byl dotazník vyhodnocen procentuálně a z toho vytvořeno souhrnné zpracování.

12. VÝSLEDKY

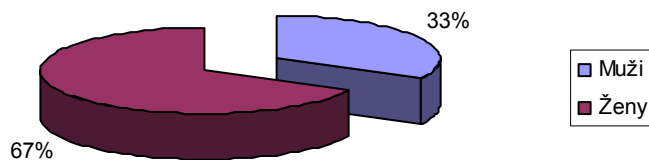
Po souhrnném zpracování dat byly ze získaných odpovědí vytvořeny následující tabulky a grafy.

Výzkumu se zúčastnily ženy i muži, a to 20 mužů a 41 žen. Bylo vyplněno všech 61 dotazníků.

Tabulka I.

Pohlaví pacientů	FREKVENCE	PROCENTA
Muži	20	34%
Ženy	41	66%

Graf I.



Tabulky II.
VĚK PACIENTŮ

Výzkumu se zúčastnilo více žen než mužů a z praxe můžu říci, že se většinou na rehabilitaci objevovali více ženy než muži. Největší procento onemocnění, je onemocnění páteře a o tom také vypovídá největší počet dotazovaných ve věku 50-70 let, kdy se většina lidí léčí na nemoci páteře a tím vyhledávají rehabilitační léčbu.

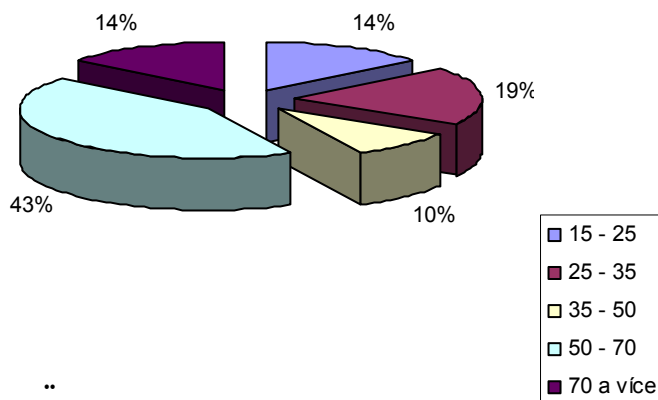
Věk pacientů	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
15 - 25	3	4	14%	10%
25 - 35	4	5	19%	13%
35 - 50	2	10	10%	25%
50 - 70	9	19	43%	47%
70 a více	3	2	14%	5%

CELKEM

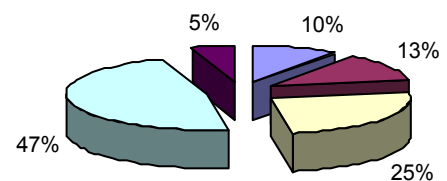
Věk pacientů	FREKVENCE	PROCENTA
15 - 25	7	11%
25 - 35	9	15%
35 - 50	12	20%
50 - 70	28	43%
70 a více	5	8%

Grafy II.
Věk pacientů

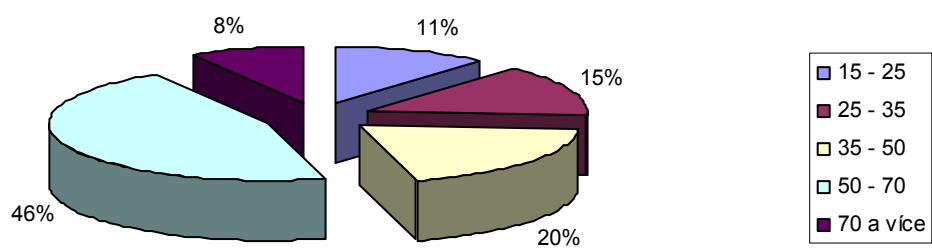
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky III.
VZDĚLÁNÍ PACIENTŮ

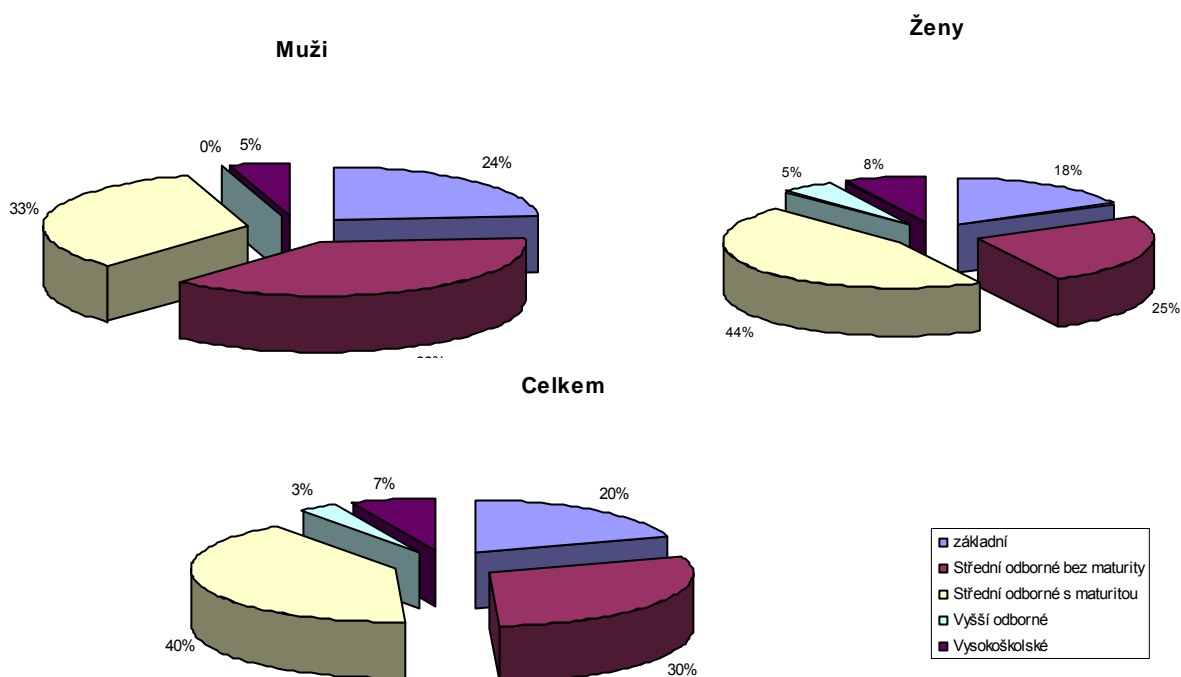
Nejvíce mužů, kteří se zúčastnili výzkumu, mělo střední odborné vzdělání bez maturity, u žen převládalo vzdělání střední odborné s maturitou. Nejmenší procento lidí mělo vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání.

Vzdělání pacientů	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
základní	5	7	24%	18%
Střední odborné bez maturity	8	10	38%	25%
Střední odborné s maturitou	7	18	33%	44%
Vyšší odborné	0	2	0%	5%
Vysokoškolské	1	3	5%	8%

CELKEM

Vzdělání pacientů	FREKVENCE	PROCENTA
základní	12	20%
Střední odborné bez maturity	18	30%
Střední odborné s maturitou	25	40%
Vyšší odborné	2	3%
Vysokoškolské	4	7%

Grafy III.
Vzdělání pacientů



Tabulky IV.

BYL PACIENT NA TÉTO AMBULANCI POPRVÉ?

Z výsledků je vidět, že většina respondentů není na ambulanci v Kyjově poprvé a často se se svými problémy obrací právě sem.

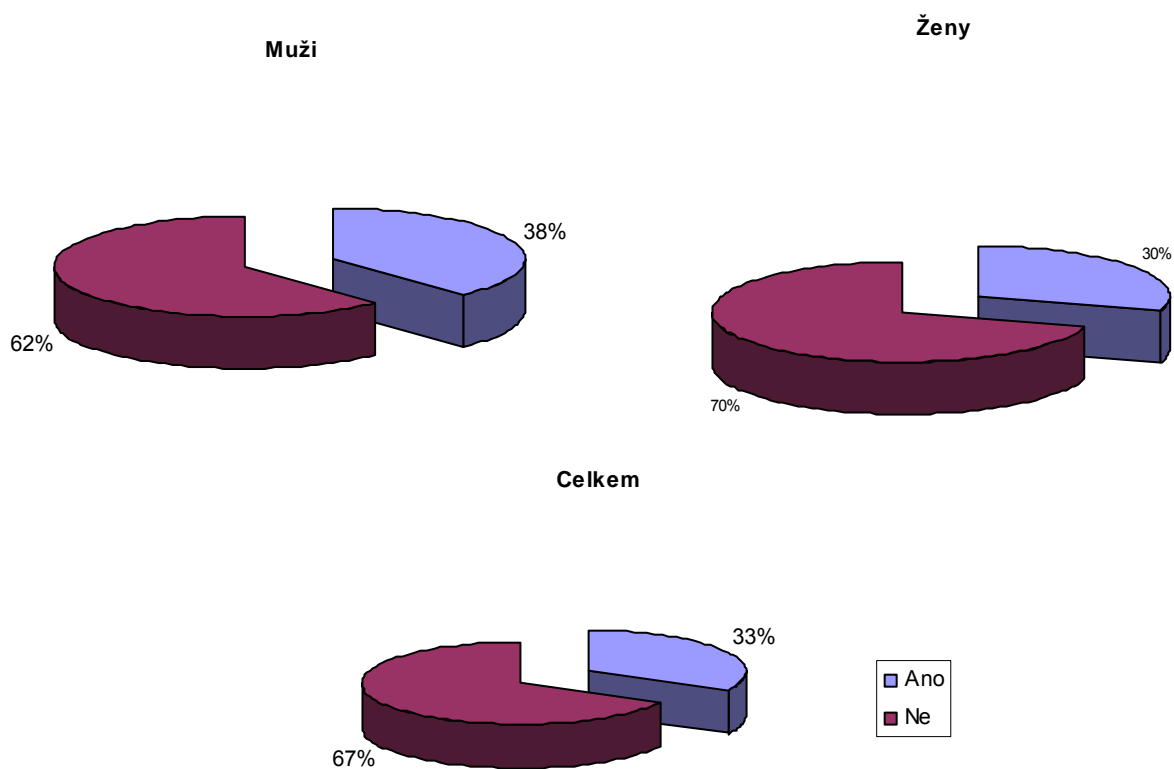
Byl pacient na této ambulanci poprvé	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	8	12	38%	30%
Ne	13	28	62%	70%

CELKEM

Byl pacient na této ambulanci poprvé	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	20	33%
Ne	41	67%

Grafy IV.

Byl pacient na této ambulanci poprvé?



Tabulky V.

JAK ZAPŮSOBIL FYZIOTERAPEUT NA PACIENTA PŘI PRVNÍM SETKÁNÍ

Ve většině případů na pacienty zapůsobil fyzioterapeut kladně. Při volbě jiná odpověď napsal jeden pacient, že není důležité jaký je fyzioterapeut při prvním setkání, ale hlavně když mu pomůže.

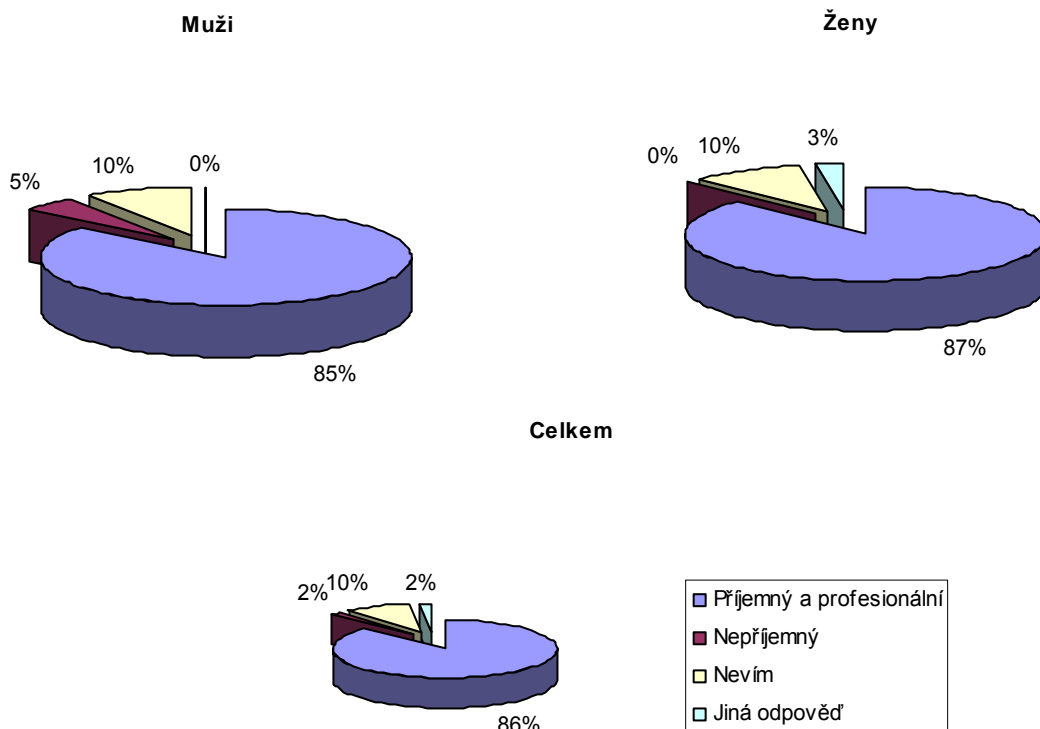
Jak zapůsobil fyzioterapeut na pacienta	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Příjemný a profesionální	18	35	85%	87%
Nepříjemný	1	0	5%	0%
Nevím	2	4	10%	10%
Jiná odpověď	0	1	0%	3%

CELKEM

Jak zapůsobil fyzioterapeut na pacienta	FREKVENCE	PROCENTA
Příjemný a profesionální	53	86%
Nepříjemný	1	2%
Nevím	6	10%
Jiná odpověď	1	2%

Grafy V.

Jak zapůsobil fyzioterapeut na pacienta



Tabulky VI.

DÁ PACIENT NA PRVNÍ DOJEM, KTERÝ NA NĚJ FYZIOTERAPEUT UDĚLÁ?

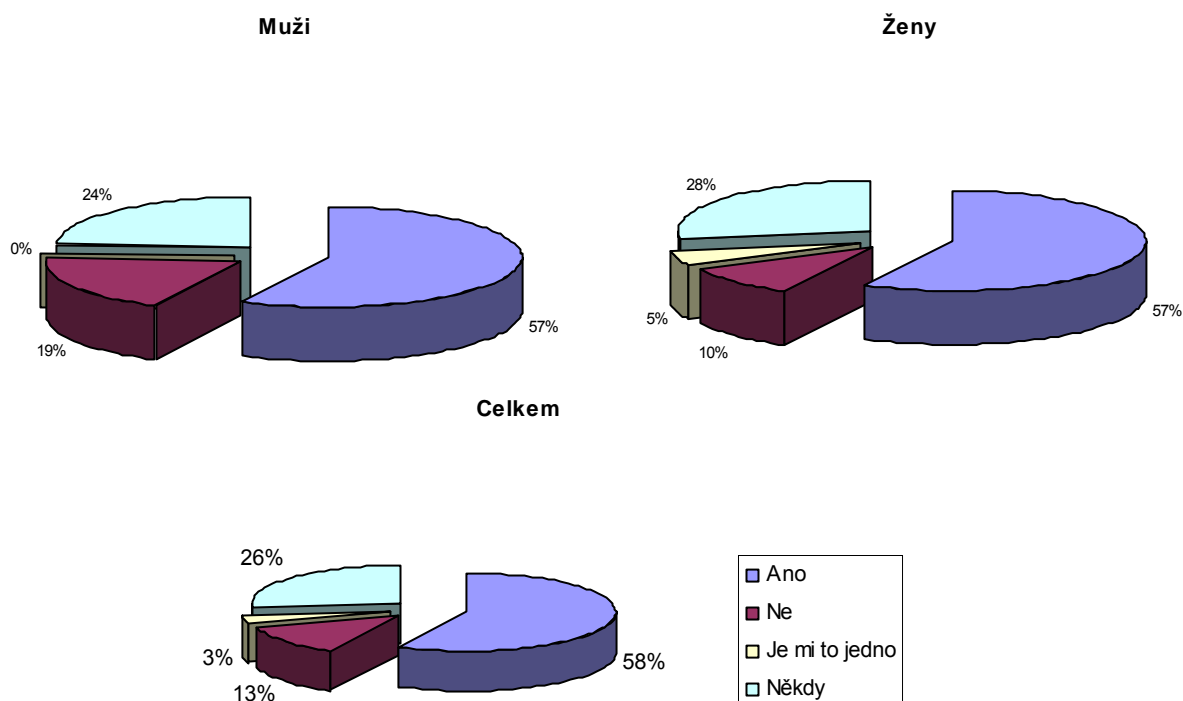
Pro většinu dotazovaných je první dojem velmi důležitý. 28% žen dá na první dojem někdy, záleží asi totiž na náladě jak pacienta, tak i nejspíš terapeuta. Jen 5% žen udalo, že jim to je jedno.

Dá pacient na první dojem	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	12	23	57%	57%
Ne	4	4	19%	10%
Je mi to jedno	0	2	0%	5%
Někdy	5	11	24%	28%

CELKEM

Dá pacient na první dojem	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	35	58%
Ne	8	13%
Je mi to jedno	2	3%
Někdy	16	26%

Grafy VI. Dá pacient na první dojem?



Tabulky VII.

BYL PACIENT FYZIOTERAPEUTEM INFORMOVÁN O PRŮBĚHU LÉČBY?

76% pacientů odpovědělo, že informace o průběhu léčby dostalo. 10% mužů nedostalo vůbec a 21% všech bylo informováno částečně.

Byl pacient informován o průběhu léčby	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	13	33	61%	82%
Ne	2	0	10%	0%
Částečně	6	7	29%	18%

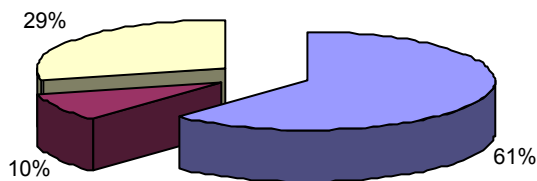
CELKEM

Byl pacient informován o průběhu léčby	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	46	76%
Ne	2	3%
Částečně	13	21%

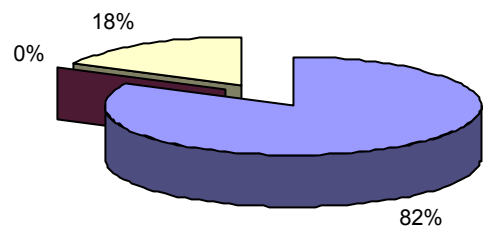
Grafy VII.

Byl pacient informován o průběhu léčby

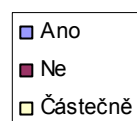
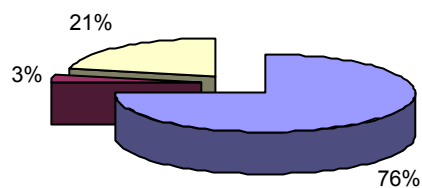
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky VIII.

JAKÝ VĚK TERAPEUTA PACIENT PREFERUJE

Většině pacientům na věku nezáleží. Spíš je pro ně důležité, jak někteří do dotazníku dopisovali, co terapeut umí. Při otázce zda starší či mladší terapeut je pro ně přijatelnější, muži preferovali mladší a ženy spíše starší fyzioterapeuty.

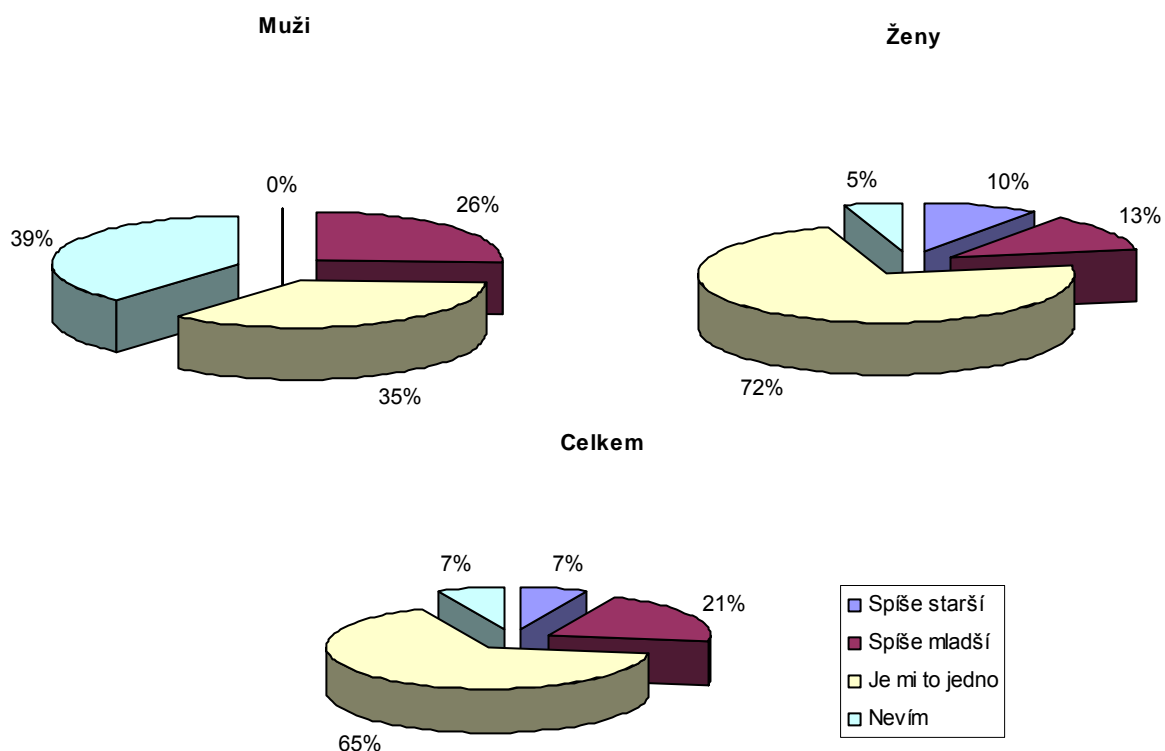
Jaký věk terapeuta pacient preferuje	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Spíše starší	0	4	0%	10%
Spíše mladší	8	5	26%	13%
Je mi to jedno	11	29	35%	72%
Nevím	12	2	39%	5%

CELKEM

Jaký věk terapeuta pacient preferuje	FREKVENCE	PROCENTA
Spíše starší	4	7%
Spíše mladší	13	21%
Je mi to jedno	40	65%
Nevím	4	7%

Grafy VIII.

Věk terapeuta by měl podle pacienta být



Tabulky IX.

JE PRO PACIENTA DŮLEŽITÝ VZHLED A UPRAVENOST TERAPEUTA?

Při vstupu do cvičebny si pacienti ze 70% všimají vzhledu a upravenosti fyzioterapeuta, proto je pro něj důležité, jak terapeut o svůj zevnějšek dbá. 18% je to jedno a 8% mužů a žen to nebere jako důležité k procesu léčby.

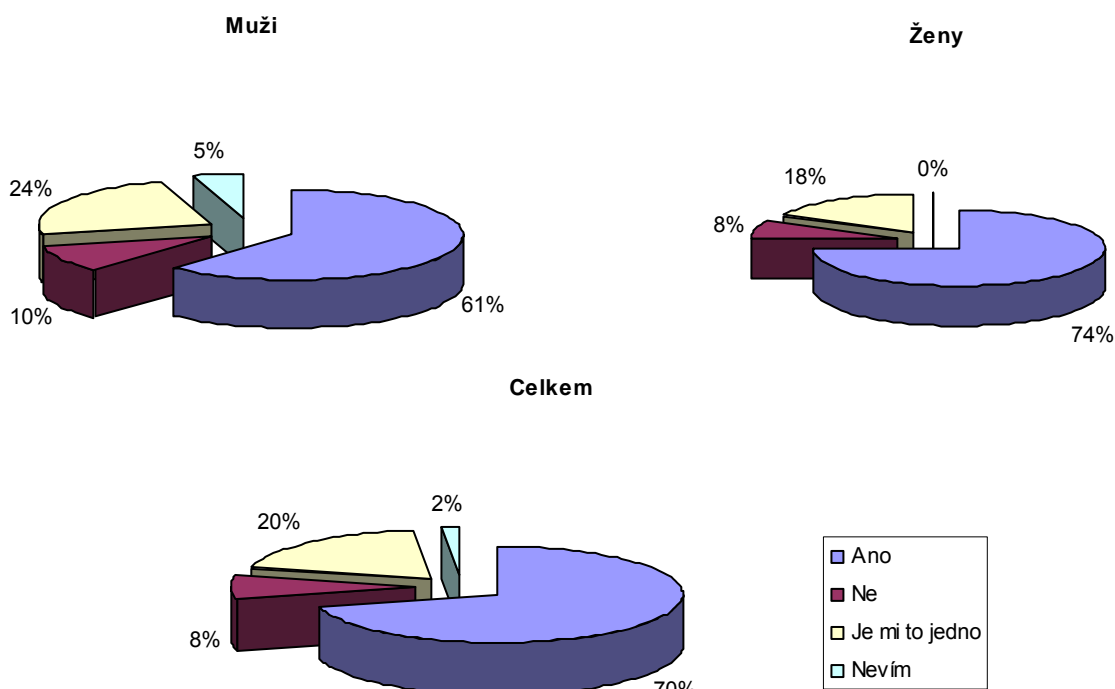
Je pro pacienta důležitý vzhled a upravenost	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	13	30	61%	74%
Ne	2	3	10%	8%
Je mi to jedno	5	7	24%	18%
Nevím	1	0	5%	0%

CELKEM

Je pro pacienta důležitý vzhled a upravenost	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	43	70%
Ne	5	8%
Je mi to jedno	12	18%
Nevím	1	2%

Grafy IX.

Je pro pacienta důležitý vzhled a upravenost



Tabulky X.

HLAS TERAPEUTA BY MĚL PODLE PACIENTA BÝT

Jaký by měl hlas být? Podle 28% žen a 24% mužů by měl být jemný a tichý. Jen někteří mají raději silný a hlasitý hlas, ale většina z nich slyší nejradši hlas ani příliš tichý ani příliš hlasitý. 15% všech dotazovaných je to jedno, důležité je, aby terapeutovi bylo dobře rozumět.

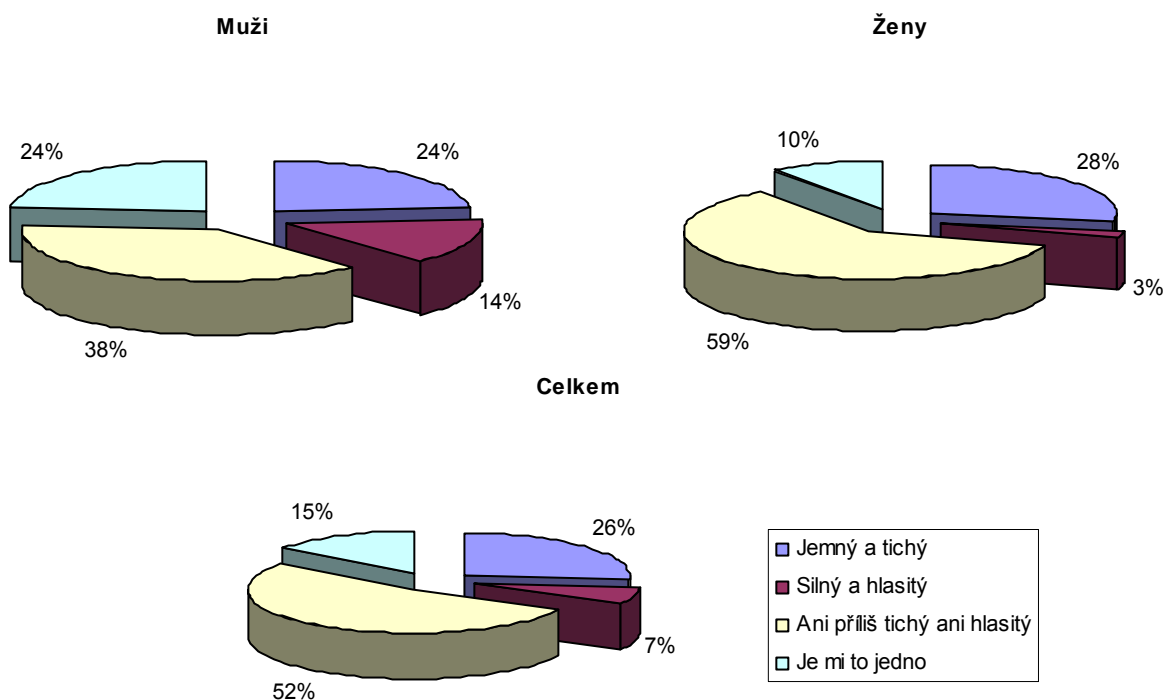
Hlas terapeuta by měl podle pacienta být	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Jemný a tichý	5	11	24%	28%
Silný a hlasitý	3	1	14%	3%
Ani příliš tichý ani hlasitý	8	24	38%	59%
Je mi to jedno	5	4	24%	10%

CELKEM

Hlas terapeuta by měl podle pacienta být	FREKVENCE	PROCENTA
Jemný a tichý	16	26%
Silný a hlasitý	4	7%
Ani příliš tichý ani hlasitý	32	52%
Je mi to jedno	9	15%

Grafy X.

Hlas terapeuta by měl podle pacienta být



Tabulky XI.

ROZUMĚL PACIENT VŠEMU CO TERAPEUT SDĚLOVAL?

Pro správný efekt léčby je důležité, aby pacient všemu co terapeut říká, rozuměl. Aby si uvědomoval co a jak a proč má cvičit a čemu se věnovat doma. 67% celkově léčených terapeutovi rozumělo. 3 muži nerozuměli a 19% mužů a 42% žen rozumělo jen částečně. Jelikož pacient dochází na léčbu vícekrát a pravidelně, je možné, že někdy rozuměli a někdy ne, což uvedlo 10% lidí.

Rozuměl pacient všemu co terapeut sděloval	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	12	29	57%	51%
Ne	3	0	14%	0%
Částečně	4	24	19%	42%
Někdy	2	4	10%	7%

CELKEM

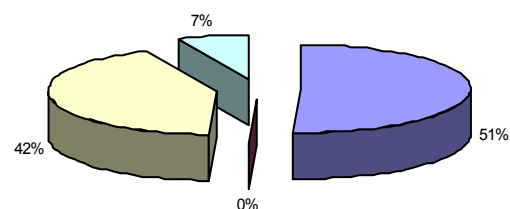
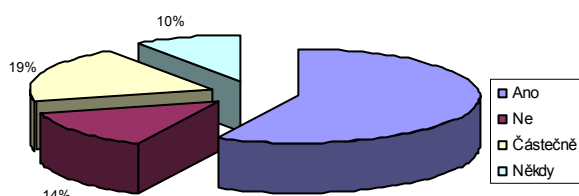
Rozuměl pacient všemu co terapeut sděloval	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	41	67%
Ne	3	5%
Částečně	11	18%
Někdy	6	10%

Grafy XI.

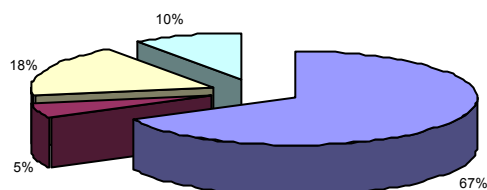
Rozuměl pacient všemu co terapeut sděloval?

Muži

Ženy



Celkem



Tabulky XII.

JAKÝ MĚL PACIENT PŘI TERAPII POCIT?

Je důležité, aby se pacient při terapii cítil příjemně. To zaručuje jistou část úspěchu léčby. Jak je z dotazníku patrné, tak 85% se při terapii příjemně cítilo. Nepříjemně se necítil ani jeden respondent, 5% to bylo jedno a 10% nevím, či si nepamatuje.

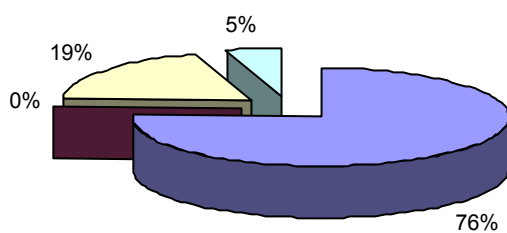
Pacient měl při terapii pocít	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Příjemný	16	36	76%	90%
Nepříjemný	0	0	0%	0%
Nevím	4	2	19%	5%
Bylo mi to jedno	1	2	5%	5%

CELKEM

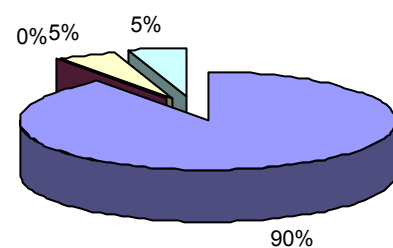
Pacient měl při terapii pocít	FREKVENCE	PROCENTA
Příjemný	52	85%
Nepříjemný	0	0%
Nevím	6	10%
Bylo mi to jedno	3	5%

Grafy XII.

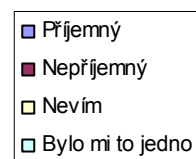
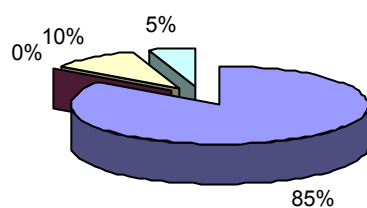
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XIII.

PŮSOBÍ NA TERAPEUTA I PACIENTOVA NÁLADA?

Jestli na terapeuta působí pacientova nálada neví 34% všech, 5% je to jedno 11% předpokládá, že ne, ale 50% si myslí, že terapeuta pacientova nálada ovlivňuje. Jako fyzioterapeut můžu říct, že pacientova nálada hodně působí, že není jedno, zda pacient přijde na terapii v dobré či špatné náladě a že vše pak ovlivňuje její samotný průběh.

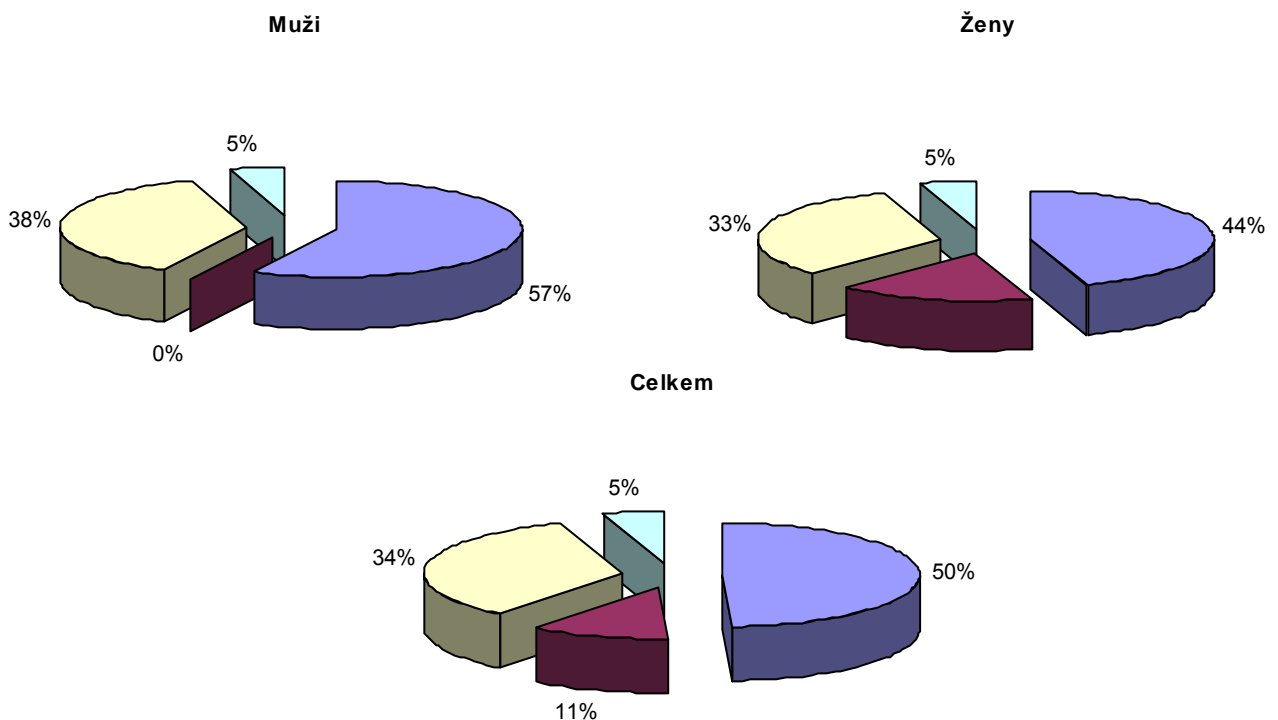
Působí na terapeuta pacientova nálada	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	12	18	57%	44%
Ne	0	7	0%	18%
Nevím	8	13	38%	33%
Je mi to jedno	1	2	5%	5%

CELKEM

Působí na terapeuta pacientova nálada	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	30	50%
Ne	7	11%
Nevím	21	34%
Je mi to jedno	3	5%

Grafy XIII.

Působí na terapeuta i pacientova nálada?



Tabulky XIV.

JE DŮLEŽITÁ DŮVĚRA MEZI PACIENTEM A TERAPEUTEM?

Jako fyzioterapeut si myslím, že důvěra mezi pacientem a terapeutem důležitá je. Je potřebné, aby pacient si byl vědom toho, že terapeut mu chce pomoci a musí důvěřovat v jeho metody. 78% pacientů si myslí, že důvěřovat si je důležité. Jeden muž si myslí, že není, 15% všech klientů neví a 5% je to jedno.

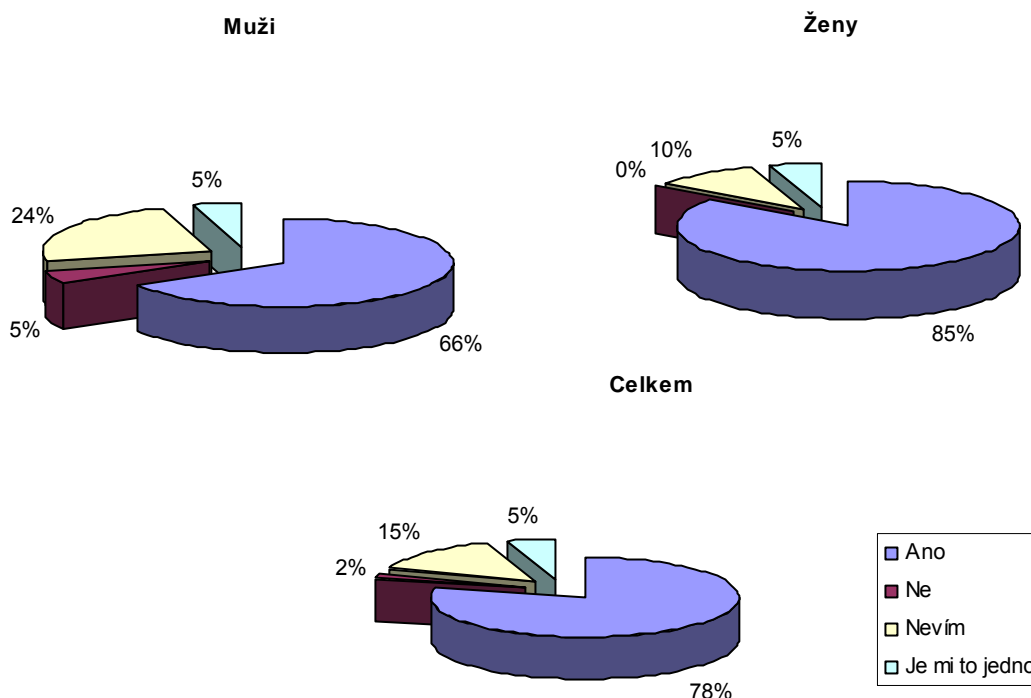
Je důležitá důvěra mezi pacientem a terapeutem	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	14	34	66%	85%
Ne	1	0	5%	0%
Nevím	5	4	24%	10%
Je mi to jedno	1	2	5%	5%

CELKEM

Je důležitá důvěra mezi pacientem a terapeutem	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	48	78%
Ne	1	2%
Nevím	9	15%
Je mi to jedno	3	5%

Grafy XIV.

Je důležitá důvěra mezi pacientem a terapeutem?



Tabulky XV.

ZÍSKAL SI TERAPEUT PACIENTOVU DŮVĚRU?

U 76% všech zúčastněných si fyzioterapeut důvěru získali. U 3% nezískal a 18% lidí jen částečně.

Získal si terapeut důvěru	FREKVENCE		PROCENTA	
	Muži	žena	muži	ženy
Ano	14	32	66%	79%
Ne	1	1	5%	3%
Částečně	6	7	29%	18%
Je mi to jedno	0	0	0%	0%

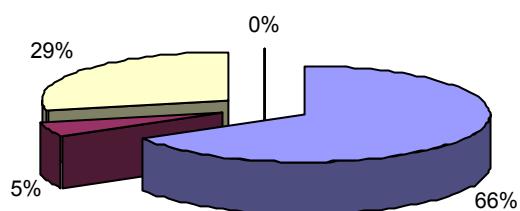
CELKEM

Získal si terapeut důvěru	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	46	76%
Ne	2	3%
Částečně	13	21%
Je mi to jedno	0	0%

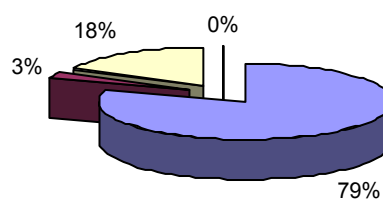
Grafy XV.

Získal si terapeut pacientovu důvěru?

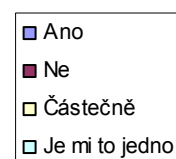
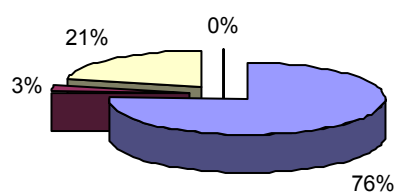
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XVI.

PŮSOBIL FYZIOTERAPEUT NA PACIENTA NADŘAZENĚ ČI AROGANTNĚ?

Při otázce, zda terapeut jednal či působil nadřazeně odpověděly 3% lidí, že ano, 11%, že občas a 86% ,že ne.

Působil fyzioterapeut na pacienta nadřazeně či arogantně	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	1	1	5%	3%
Ne	18	34	85%	84%
Občas	2	5	10%	13%

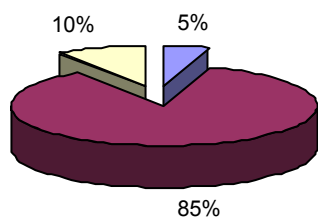
CELKEM

Působil fyzioterapeut na pacienta nadřazeně či arogantně	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	2	3%
Ne	52	86%
Občas	7	11%

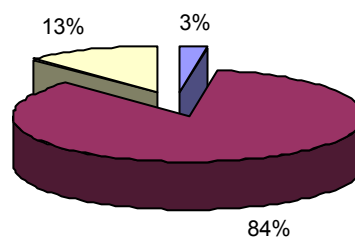
Grafy XVI.

Působil fyzioterapeut na pacienta nadřazeně či arogantně?

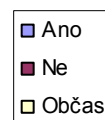
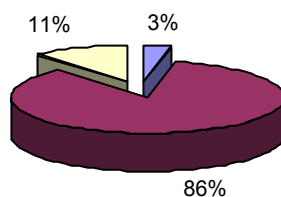
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XVII.

MÁ VYŠŠÍ VZDĚLÁNÍ FYZIOTERAPEUTA VLIV NA KVALITU POSKYTOVANÉ PÉČE?

51% respondentů mužů a žen napsalo, že vyšší vzdělání má vliv na kvalitu péče. 23% předpokládá, že nemá to žádný vliv nemá a 26% všech neví.

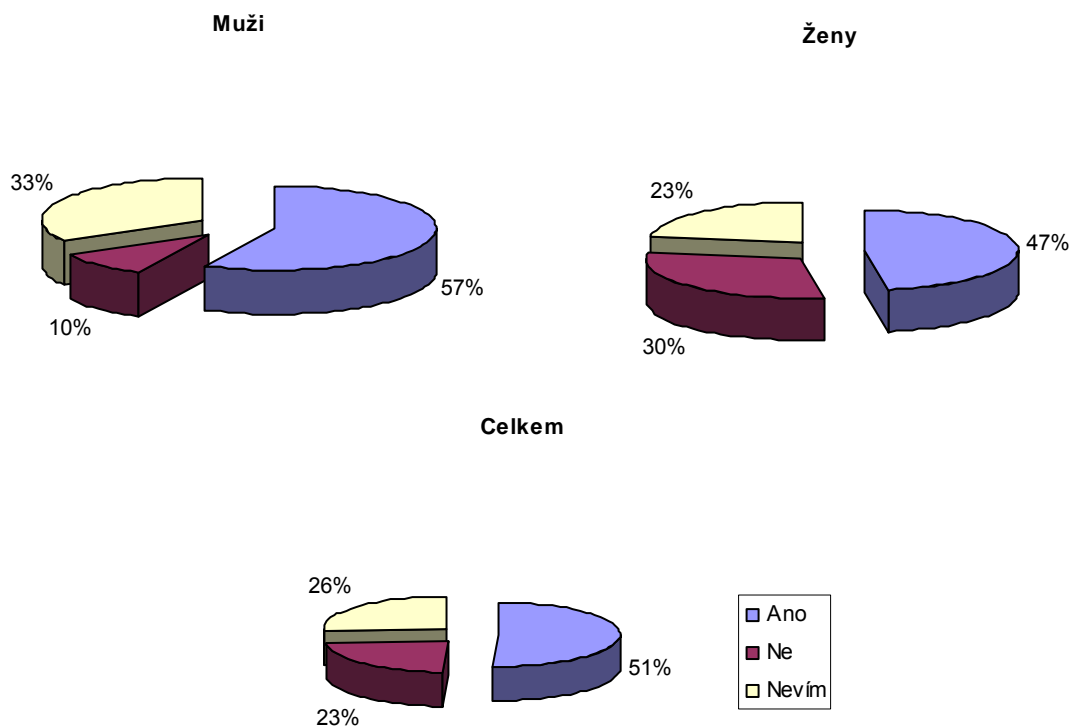
Má vyšší vzdělání fyzioterapeuta vliv na kvalitu poskytované péče	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	12	19	57%	47%
Ne	2	12	10%	30%
Nevím	7	9	33%	23%

CELKEM

Má vyšší vzdělání fyzioterapeuta vliv na kvalitu poskytované péče	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	31	51%
Ne	14	23%
Nevím	16	26%

Grafy XVII.

Má vyšší vzdělání vliv na kvalitu poskytované péče?



Tabulky XVIII.

POCIŤOVAL/A JSTE ZE STRANY FYZIOTERAPEUTA NĚJAKOU DISKRIMINACI?

Pouze jedna žena měla pocit, že při terapii byla nějak diskriminována. Zbýlý počet a to je 98% nikdy tento pocit nemělo.

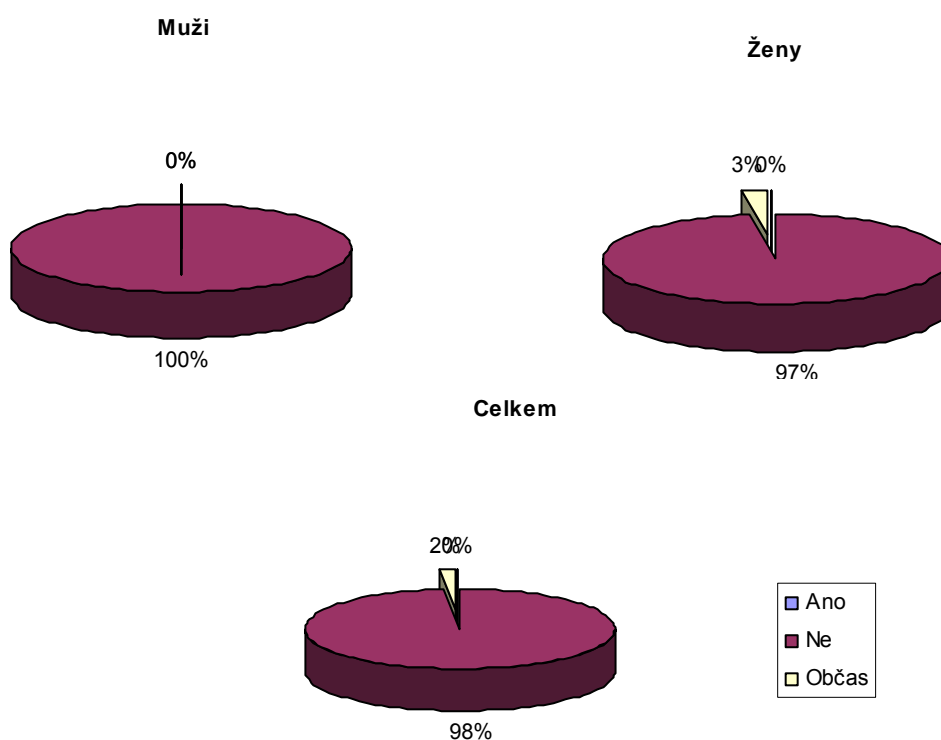
Pociťoval pacient diskriminaci	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	0	0	0%	0%
Ne	21	39	100%	97%
Občas	0	1	0%	3%

CELKEM

Pociťoval pacient diskriminaci	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	0	0%
Ne	60	98%
Občas	1	2%

Grafy XVIII.

Pociťoval pacient diskriminaci?



Tabulky XIX.

POKUD MĚL PACIENT STRACH Z LÉČBY, BYL TERAPEUT OCHOTNÝ SI S O TOM S NÍM PROMLUVIT?

Většina fyzioterapeutů je ochotna si s pacientem o průběhu léčby promluvit, a tím zmírnit či úplně zahnat strach z následné terapie. To vypovídá o počtu odpovědí ano a to: 84%. Ne odpovědělo 5%, 8% , že někdy a strach neměly 3% dotázaných. Spíše ale než dospělý mají obavy z léčby děti. Zde nastává tzv. strach „z bílého pláště“

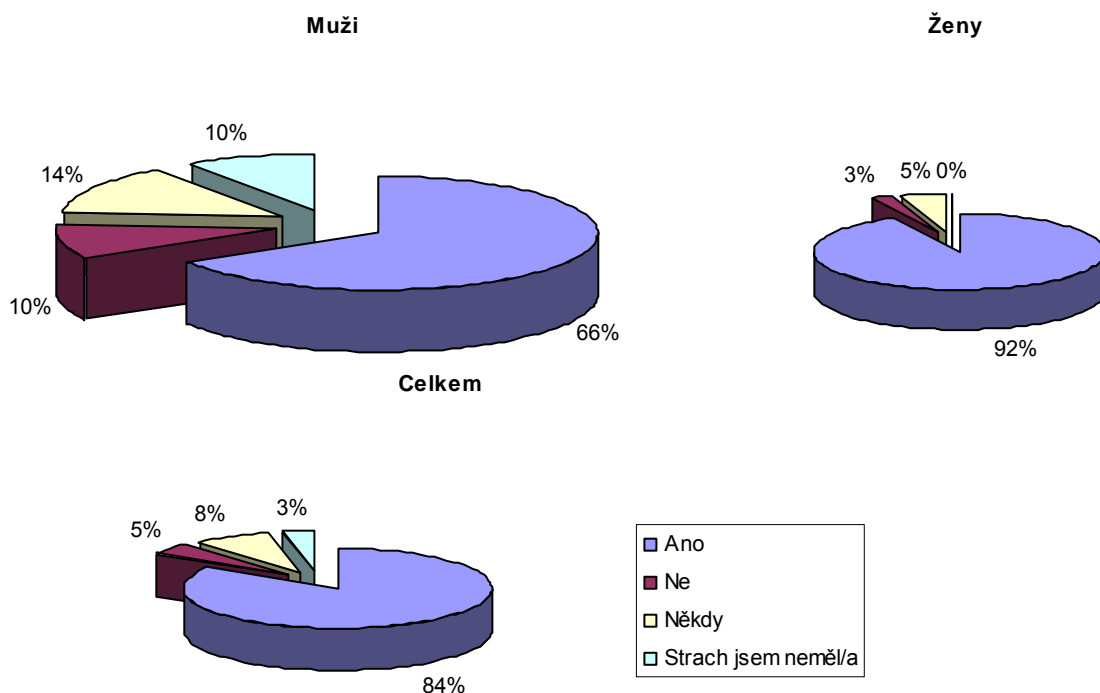
Byl terapeut ochotný si o strachu z léčby promluvit	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	14	37	66%	92%
Ne	2	1	10%	3%
Někdy	3	2	14%	5%
Strach jsem neměl/a	2	0	10%	0%

CELKEM

Byl terapeut ochotný si o strachu z léčby promluvit	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	51	84%
Ne	3	5%
Někdy	5	8%
Strach jsem neměl/a	2	3%

Grafy XIX.

Byl terapeut ochotný si o strachu z léčby s pacientem promluvit?



Tabulky XX.

MĚL PACIENT POCIT, ŽE MU FYZIOTERAPEUT NEVĚNUJE DOSTATEK POZORNOSTI?

Může se stát, že pacient vnímá, že mu terapeut nevěnuje dostatek pozornosti, což vypovídá o počtu zodpovězených kladně 11%, či občas 15%. Ať už je to z důvodu toho, že terapeut musí zvednout telefon, otevřít dveře při zaklepání a jiné. To vše jsou rušivé elementy, které může pacient vnímat negativně. Zbylá část, 74% tento pocit nemělo.

Měl pacient pocit, že mu terapeut nevěnuje dostatek pozornosti	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	1	6	5%	15%
Ne	16	29	76%	72%
Občas	4	5	19%	13%

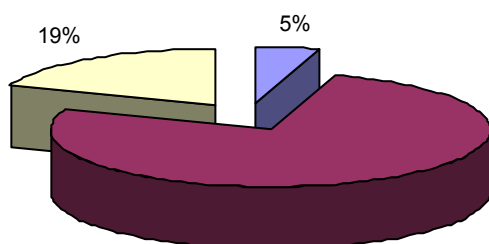
CELKEM

Měl pacient pocit, že mu terapeut nevěnuje dostatek pozornosti	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	7	11%
Ne	45	74%
Občas	9	15%

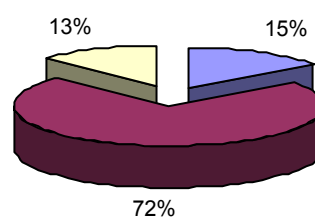
Grafy XX.

Měl pacient pocit, že mu terapeut nevěnuje dostatek pozornosti?

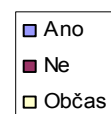
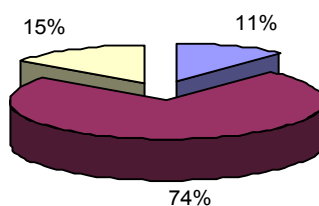
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XXI.

MĚL PACIENT DOSTATEK SOUKROMÍ PŘI TERAPII?

Dostatek soukromí mělo 90% pacientů. Pouze 2 muži zažili, že dostatek soukromí neměli a 6% respondentů napsalo, že občas jim soukromí při terapii chybělo. Může to být i tou skutečností, že na cvičebnách pracují vždy 2 terapeuti a tím, se setkávají vždy 2 pacienti současně.

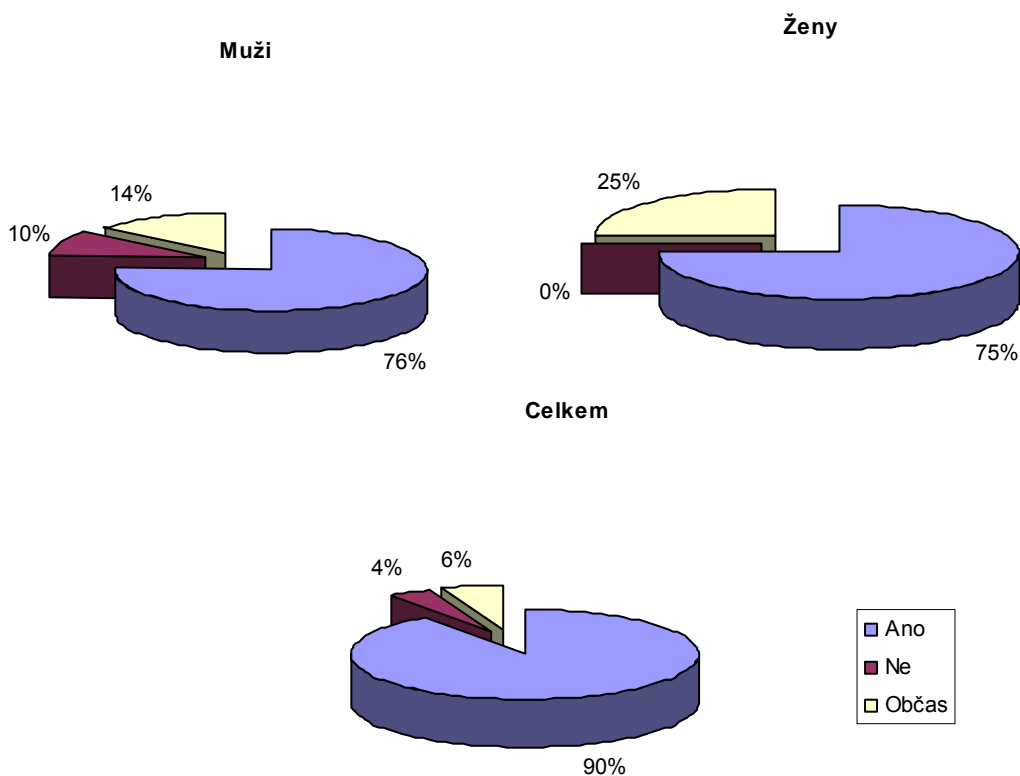
Soukromí při terapii	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	16	30	76%	75%
Ne	2	0	10%	0%
Občas	3	10	14%	25%

CELKEM

Soukromí při terapii	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	46	90%
Ne	2	4%
Občas	13	6%

Grafy XXI.

Měl pacient dostatek soukromí při terapii?



Tabulky XXII.

CÍTIL SE PACIENT LÉČEN S RESPEKTEM A ÚCTOU?

Respekt a úcta k pacientovi by měli být na prvním místě při jednání s ním. Zda si to každý terapeut uvědomuje je další otázkou. Téměř většina 84% si to také myslí a jejich požadavky byly naplněny a jen někteří a to 16% měli občas pocit, že nejsou léčeni s úctou.

Léčba s respektem a úctou	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	17	34	81%	85%
Ne	0	0	0%	0%
Občas	4	6	19%	15%

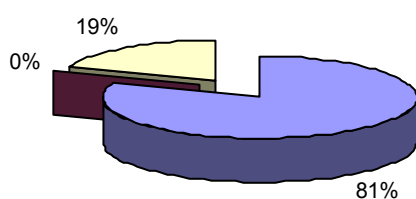
CELKEM

Léčba s respektem a úctou	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	51	84%
Ne	0	0%
Občas	10	16%

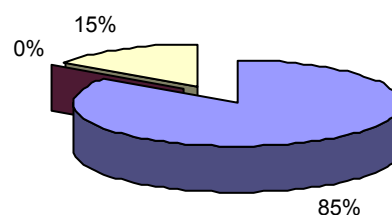
Grafy XXII.

Cítil se pacient léčen s respektem a úctou?

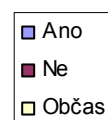
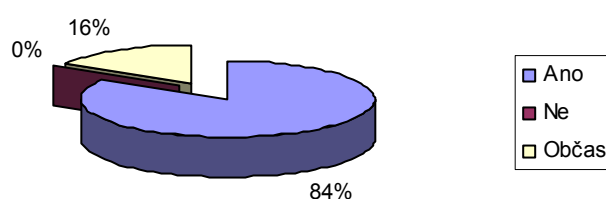
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XXIII.

CHOVAL SE K PACIENTOVI OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL NEPŘÍVĚTIVĚ ČI ODMĚŘENĚ?

7% všech respondentů zaznamenalo, že se k němu ošetřující personál choval nepřívětivě či odměřeně, 18% mělo tento zážitek občas a 75% takového chování od všech zaměstnanců nezažilo vůbec.

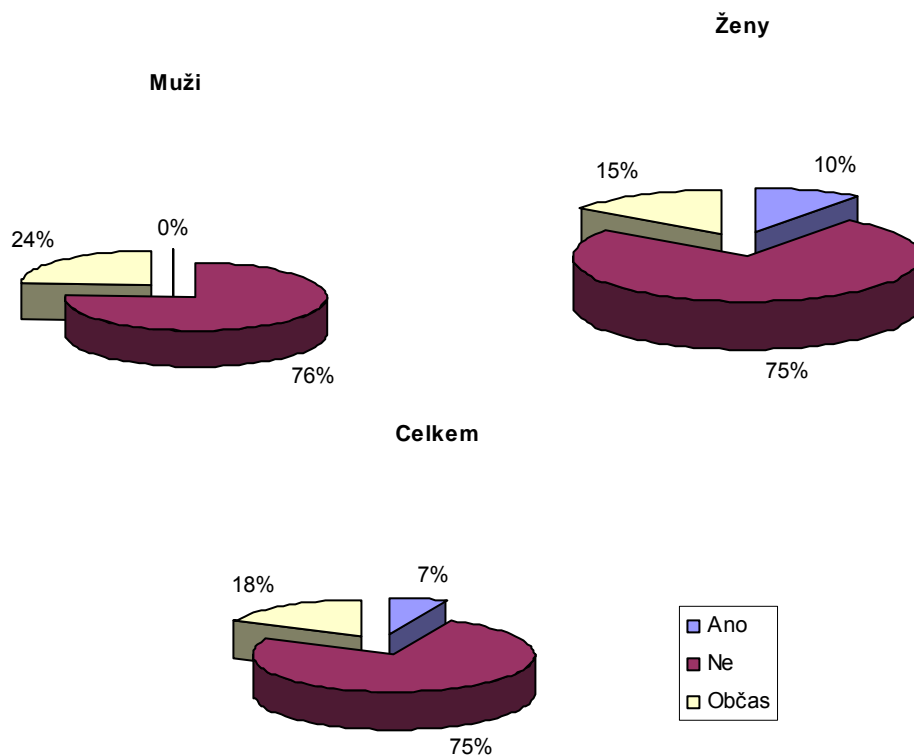
Nepřívětivý či odměřený personál	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	0	4	0%	10%
Ne	16	30	76%	75%
Občas	5	6	24%	15%

CELKEM

Nepřívětivý či odměřený personál	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	4	7%
Ne	46	75%
Občas	11	18%

Grafy XXIII.

Choval se k pacientovi ošetřující personál nepřívětivě či odměřeně?



Tabulky XXIV.

DAL TERAPEUT PACIENTOVI DOSTATEK PROSTORU K VYJÁDŘENÍ JEHO POCITŮ?

Je důležité, aby pacient mohl při terapii také vyjádřit svůj názor a pocity, aby měl terapeut možnost zhodnotit svůj přístup k pacientovi. 83% pacientů mělo tuto možnost, 2% klientů tuto možnost nemělo a 15% mělo jen někdy příležitost se k terapii slovně vyjádřit.

Měl pacient možnost vyjádřit své pocity	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	16	35	76%	87%
Ne	0	1	0%	3%
Někdy	5	4	24%	10%

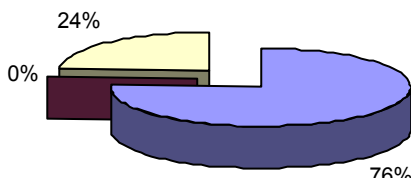
CELKEM

Měl pacient možnost vyjádřit své pocity	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	51	83%
Ne	1	2%
Občas	9	15%

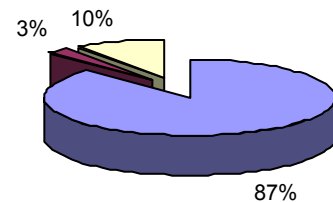
Grafy XXIV.

Měl pacient možnost vyjádřit své pocity?

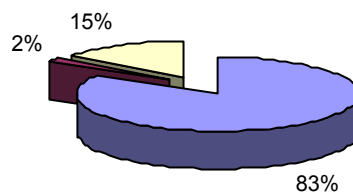
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XXV.

MŮŽE MÍT POZITIVNÍ PŘÍSTUP TERAPEUTA VLIV NA ZLEPŠENÍ PACIENTOVA ZDRAVOTNÍHO STAVU?

Zda má pozitivní přístup terapeuta vliv na zlepšení pacientova zdravotního stavu hodnotilo 73% kladně, 25% všech mužů a žen neví a 1 muž si domnívá, že ne.

Pozitivní přístup terapeuta může mít vliv na zlepšení zdravotního stavu pacienta	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	11	34	52%	85%
Ne	1	0	43%	0%
Nevím	9	6	5%	15%

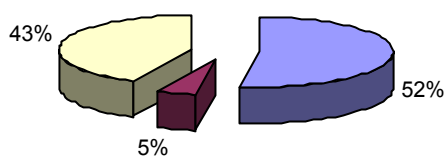
CELKEM

Pozitivní přístup terapeuta může mít vliv na zlepšení zdravotního stavu pacienta	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	45	73%
Ne	1	2%
Nevím	15	25%

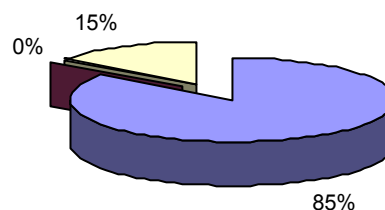
Grafy XXV.

Pozitivní přístup terapeuta může mít vliv na zlepšení zdravotního stavu pacienta

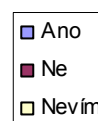
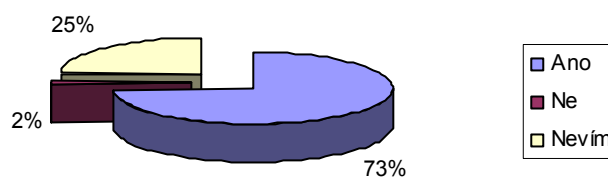
Muži



Ženy



Celkem



Tabulky XXVI.

JAK HODNOTÍ PACIENT POSTOJ CELÉHO PERSONÁLU TÉTO AMBULANCE K PACIENTŮM.

Při výzkumu je důležité vědět jak pacient hodnotí celý personál, neboť ambulance funguje jako celek a ne každý jednatel sám. Téměř všichni respondenti, a to 98% hodnotí personál spíše kladně, 2% mužům je to jedno a nikdo nehodnotil tuto ambulanci záporně.

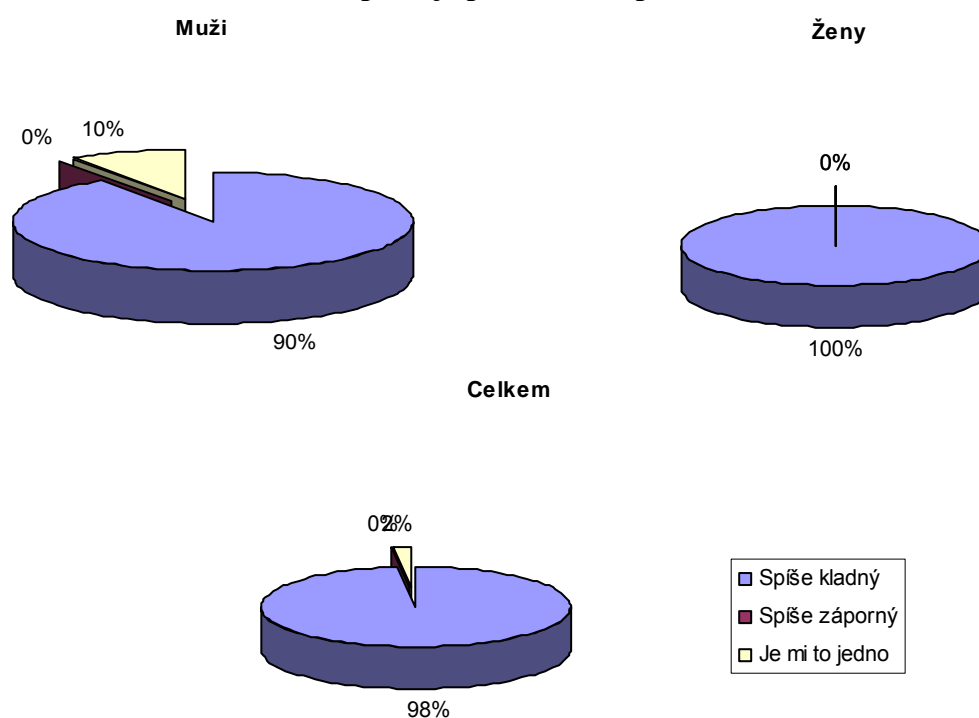
Hodnocení postoje personálu	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Spíše kladný	19	40	90%	100%
Spíše záporný	0	0	0%	0%
Je mi to jedno	2	0	10%	0%

CELKEM

Hodnocení postoje personálu	FREKVENCE	PROCENTA
Spíše kladný	59	98%
Spíše záporný	0	0%
Je mi to jedno	2	2%

Grafy XXVI.

Hodnocení postoje personálu k pacientům



Tabulky XXVII.

SROVNÁNÍ PÉČE V 80. – 90. LETECH CO SE TÝČE OCHOTY, KVALITY KOMUNIKACE VSTRÍCNOSTI, ATD.....SE SOUČASNOSTÍ.

Pacienti měli možnost se vyjádřit i k tomu, jaká je současná péče o klienty na tamější ambulanci a srovnat ji s minulostí. 43% všech napsalo, že je to lepší než dříve, 3% že je to horší, 25% udalo, že péče je stejná a 28% pacientů neví, ať už z důvodu toho, že si nepamatují, či v minulosti rehabilitační péči nepotřebovali.

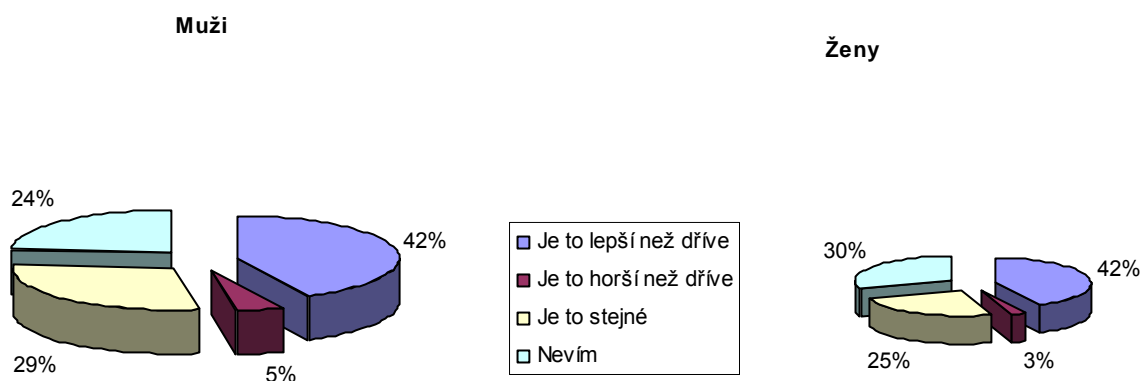
Srovnání péče v 80.-90. letech se současností	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Je to lepší než dříve	9	17	42%	42%
Je to horší než dříve	1	1	5%	3%
Je to stejné	6	10	29%	25%
Nevím	5	12	24%	30%

CELKEM

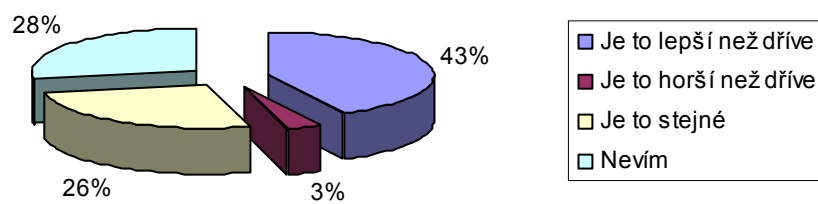
Srovnání péče v 70.-90. letech se současností	FREKVENCE	PROCENTA
Je to lepší než dříve	26	43%
Je to horší než dříve	2	3%
Je to stejné	16	25%
Nevím	17	28%

Grafy XXVII.

Srovnání péče v 80.-90. letech se současností



Celkem



Tabulky XXVIII.

DOPORUČIL BY PACIENT TUTO AMBULANCI SVÝM PŘÁTELŮM?

Jako jednu ze zásadních otázek, abychom mohli celkově zhodnotit kvalitu péče na tamější ambulanci, jsem vedla k tomu, aby klienti vyjádřili svůj názor k tomu, zda by tuto ambulanci doporučili svým přátelům. 90% se vyjádřilo pozitivně, tím že napsali ano, doporučili. 2% lidí mělo asi s fyzioterapeuty a personálem špatné zkušenosti, a proto si myslí, že ne, 5% má asi smíšené pocity, a tak neví a 2 muži se vyjádřili v jiné odpovědi tak, že to co vyhovuje jim, nemusí vyhovovat jejich přátelům a že každý má jiné nároky a požadavky.

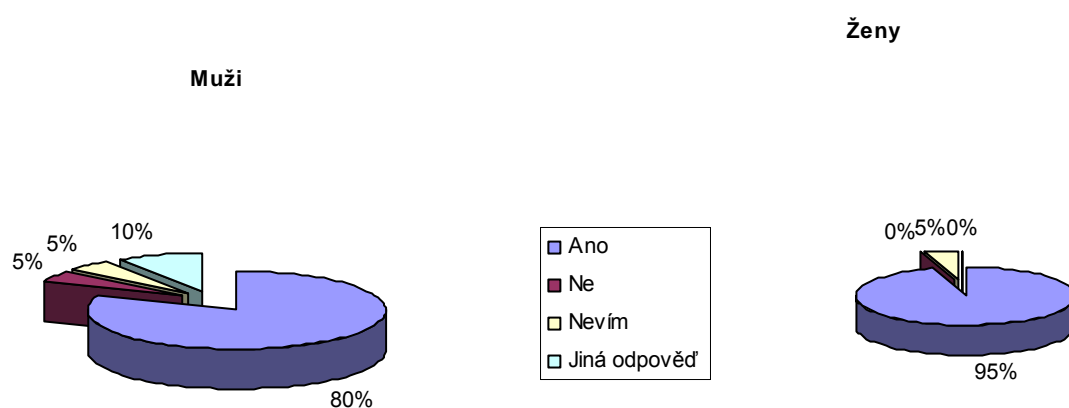
Doporučil by pacient tuto ambulanci svým přátelům	FREKVENCE		PROCENTA	
	muži	ženy	muži	ženy
Ano	17	38	80%	95%
Ne	1	0	5%	0%
Nevím	1	2	5%	5%
Jiná odpověď	2	0	10%	0%

CELKEM

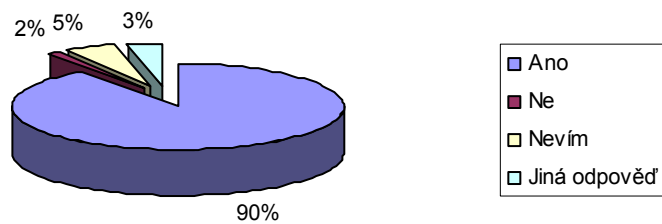
Doporučil by pacient tuto ambulanci svým přátelům	FREKVENCE	PROCENTA
Ano	55	90%
Ne	1	2%
Nevím	3	5%
Jiná odpověď	2	3%

Grafy XXVIII.

Doporučil by pacient tuto ambulanci svým přátelům?



Celkem



13. DISKUSE

Základní soubor výzkumného šetření představovalo 61 pacientů. Vypracovala jsem dotazníky s 28 otázkami týkající se chování terapeutů při léčebném procesu, ale také léčebných podmínek či kvality péče celého personálu.

Dotazníky byly volně zpřístupněny na ambulanci rehabilitačního oddělení v Kyjově, kde působí jako přednosta oddělení prim. MUDr. Soňa Koenigová.

Pracuji zde jako diplomovaný fyzioterapeut a tímto jsem se rozhodla využít možnosti zjistit spokojenost pacientů s námi fyzioterapeuty.

Všechny dotazníky byly vyplněny v období prosince 2007 až února 2008. Výzkumu se zúčastnilo 40 žen a 21 mužů, kteří v té době na rehabilitaci docházeli. Aby bylo možno výsledky dotazníku nějak statisticky zhodnotit, bylo by jistě potřeba provádět výzkum déle a mělo by se ho účastnit i více pacientů.

Pro naše účely však stačí i tyto výsledky, abychom mohli zhodnotit naši práci a uvědomit si co a kde děláme špatně a v čem se máme nadále zdokonalovat.

Myslím, že výsledky výzkumu mohou být ku prospěchu nám všem, co pracujeme na tamějším oddělení. Je dobré se zamyslet nad otázkami, které nevyšly příliš příznivě, a snažit se změnit svůj přístup k pacientovi a své jednání v procesu terapie, jelikož svým jednáním ovlivňujeme i pacienta samotného.

Z výsledků je patrné, že spousta klientů, a to 67% nebylo na dané ambulanci poprvé. Hodnotit však měli přístup fyzioterapeuta, ke kterému v současnosti chodí, ne práci dřívějších terapeutů. Pouze na závěr mohli zhodnotit, zda péče a kvalita komunikace je lepší či horší než dříve, nebo je stejná. Ti co se dostali na rehabilitaci do Kyjova poprvé samozřejmě nemohli hodnotit dřívější stav a proto byla přidána i odpověď „nevím“.

Při prvním setkání s fyzioterapeutem dá 58% všech pacientů na první dojem, proto si myslím, že je důležité se hned ze začátku ukázat „v dobrém světle“, neb si pacient uchová v paměti naše chování a podle toho nás bude nadále posuzovat. Myslím, že je pro nás terapeuty velmi dobré, že 86% zhodnotilo naše chování příjemné a profesionální.

Z hlediska informace o průběhu léčby udalo 76% všech dotázaných, že informováno bylo a dostatečně, ale 21% napsalo, že dostali informace pouze částečné. Proto ale zdůrazňuji, že je důležité, aby pacient, pokud potřebuje vědět více než mu terapeut sdělí

musí být sám iniciativní a na případné otázky kolem léčby se zeptat. Terapeut nemůže vědět, zda sdělené informace pacientovi stačí nebo ne.

Věk fyzioterapeuta není pro většinu pacientů tak důležitý jak jeho vzhled a upravenost. Hlas terapeuta může být pro většinu klientů příjemný, někdy se ale stává, že sice můžeme mluvit příjemně, tak akorát hlasitě, ale pacient přesto našemu sdělování nerozumí, jelikož používáme spoustu cizích slov, které pacient nezná, a tak se může cítit zmaten a bojí se zeptat. Proto není divu, že 18% nám terapeutům rozumělo částečně a 10% jen někdy. Toto bychom si měli uvědomit a používat co nejméně latinských slov, aby nám pacient rozuměl.

Jak jsem výše uvedla, myslím si, že je velmi důležitá důvěra mezi pacientem a terapeutem a stejný názor má 78% respondentů. Že si terapeut pacientovu důvěru získal napsalo 76%, což je vysoké procento a můžeme být s tímto výsledkem nadmíru spokojeni.

Práci terapeuta také ovlivňuje i nálada a postoj k léčbě samotného pacienta. 11% procent pacientů si ale myslí, že ne a 34% neví. Práce s lidmi je ale velmi psychicky náročná, a proto by si měli všichni uvědomit, že pokud přijde našťvaný a zlý pacient, může to ovlivnit terapeutův celý pracovní den

Velmi mě překvapilo, že si 51% pacientů myslí, že vyšší vzdělání má vliv na kvalitu péče. Právě z důvodu toho, že jsem to předpokládala, jsem zvolila tuto otázku do svého dotazníku a čekala jsem, zda se mi tato hypotéza potvrdí či ne. Sama si myslím, a z vlastní zkušenosti vím, že ne vždy je pravda, že ti co mají vyšší vzdělání či více specializačních kurzů jsou lepšími terapeuty, než ti, kteří takové dosažené vzdělání nemají.

Že nikdo u nás na rehabilitaci není snad diskriminován může potvrdit 98% pacientů až na jednu ženu, která měla tuto zkušenost jen občas.

Občas se může stát, že pacient může mít s léčby strach, obzvláště pokud je na podobné terapii poprvé. Měli bychom pacienta uklidnit a připravit na léčebnou tělesnou výchovu, tím, že mu vysvětlíme co se bude dít a co bude pacient cítit. Jak uvedlo 51 respondentů si terapeuti vždy o těchto obavách s nimi promluvili.

V rámci terapie může pacient pociťovat nedostatek soukromí z důvodu toho, že na zkoumané ambulanci pracují vždy na jedné cvičebně vždy 2 fyzioterapeuti a jednotlivé lehátka jsou odděleny jen plentou. Ale i tak uvedlo 6% dotazovaných, že soukromí nemělo a 4%, že občas. Nejsou to tak vysoká čísla, a tak 90% všech mělo dostatek soukromí vždy i za již zmíněných léčebných podmínek.

Zda se někdy k lidem choval personál odměřeně, nepřívětivě či arogantně uvedlo 7% že ano, 18% že občas a 75% že ne. V tomto bychom se sami nad sebou měli zamyslet, jelikož je to dosti velký počet respondentů, kteří takovou negativní zkušenost měli. Avšak záleží i na tom, za jakých podmínek a proč se tak terapeut choval, což ovšem z výsledků výzkumu nezjistíme. Spíše můžeme analyzovat své chování a uvědomit si, zda jsme to byli my, kdo se tak k pacientovi choval, nebo někdo z našich spolupracovníků.

Jednou z otázek ve výzkumu bylo, zda může mít pozitivní přístup terapeuta vliv na zlepšení zdravotního stavu pacienta. 73% respondentů si myslí, že ano, 2%, že ne a 25%, že neví. Pokud terapeut povzbudí pacienta, vnese mu do života naději, může i pacient brát svou nemoc pozitivněji. A je známo, že pozitivní myšlení je úspěchem léčby každé nemoci.

I když podle celkového průzkumu někteří klienti odpovídali na otázky spíše s negativem a nedůvěrou, v konečné fázi byla kyjovská rehabilitace hodnocena velmi kladně, jelikož postoj celého personálu byl z 98% hodnocen spíše kladně, ze 43% je péče lepší než dříve a 90% všech dotázaných by tuto rehabilitaci svým známým doporučili.

Jak jsem předpokládala, byli více spokojeni starší občané a lidé s nižším vzděláním. Negativně odpověděli právě hlavně ti, co měli střední odborné vzdělání s maturitou až vzdělání vysokoškolské. Z věkové kategorie to byli lidé v rozmezí 25-35 let.

Potvrdila se mi i druhá hypotéza, že celková spokojenost bude více než dobrá.

Myslím si, že někdy nejsou uzpůsobeny podmínky práce fyzioterapeuta tak, aby mohl vyhovět pacientovi tak, jak si on představoval (viz teoretická část Rozhovor s klientem při terapii

Závěrem bych chtěla říct, že tento výzkum může být užitečným přínosem ke zlepšení kvality celé rehabilitace v jejím chování k pacientům, ke zlepšení či zdokonalení léčebných podmínek. Poznatky z toho výzkumu chci v přednášce sdělit všem svým spolupracovníkům a ponechat k nahlédnutí primárce tohoto rehabilitačního oddělení.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se snažila vysvětlit pojem sociální interakce, jakož i komunikace a percepce, najít spojitost s fyzioterapií, která je náplní mé profese. Přiblížit tak nejen práci fyzioterapeutů se všemi jejími problémy, ale i jejich osobnost.

Snažila jsem se zaměřit i na podmínky terapie a na rady, jak mluvit a jednat s pacientem, aby naše práce byla co nejlepší a pacienti mohli být spokojeni a jejich zdravotní stav se zlepšoval.

Při mém povolání se snažím s lidmi nejenom hovořit a sdělovat jim informace, ale mou snahou je něco pacienty naučit, aby si z mého sezení co nejvíce odnesli, a tak si myslím, že je velmi důležité znát pojmy ze sociální komunikace, které jsem ve své práci uvedla.

Praktickou část jsem věnovala výzkumu, kdy jsem zkoumala spokojenost pacientů a práci fyzioterapeut, zejména v oblasti komunikace a chování.

Při procesu zkoumání a dále zhodnocování vyplněných dotazníků se mi potvrdili obě stanovené hypotézy a to: že celková spokojenost pacientů bude vysoká a že tato spokojenost bude vyšší u lidí s nižším vzděláním a u starších občanů.

Poznatky z mého výzkumu mohou být ku prospěchu nejen fyzioterapeutům, kteří pracují na zkoumaném pracovišti, ale všem zdravotníkům.

Na našem chování se k druhým stojí celý náš budoucí život. Stále se budeme setkávat s lidmi a ať už chceme nebo ne, občas je budeme také potřebovat. Není proto dobré, abychom si je naším chováním popudili proti sobě, zejména pokud s nimi neustále pracujeme. Pamatujme, že někdy jediné nevhodně pronesené slovo může zničit všechno těžké úsilí, které jsme nemocnému věnovali.

Resumé

Diplomová práce na téma: Sociální interakce v procesu terapie se zabývá interakcí a komunikací lidí, kteří se při terapii setkávají a nadále se ovlivňují a spolupracují.

Práce je rozdělena na 2 části. Na teoretickou a výzkumnou část. Celá práce má 13 kapitol. Z toho 8 kapitol je součástí úvodní teoretické části a 5 kapitol je v části praktické.

V teoretické části objasňuji daný problém interakce a sociální komunikace pojmy jako jsou fyzioterapie a osobnost fyzioterapeuta, kterého budu nadále zkoumat.

Výzkumná část obsahuje přiblížení výzkumu a byl vyhodnocen dotazník s 28 otázkami. Je stanoven cíl a dále vyhodnoceny všechny vyplněné dotazníky. Každá otázka je popsána zvlášť a jsou vytvořeny tabulky a grafy pro lepší představu. V závěru výzkumné části je kapitola diskusní, kde se zabývám celkovým zamyšlením nad výzkumem a jeho přínosem pro fyzioterapeuty ambulance rehabilitačního oddělení nemocnice Kyjov, kde byl výzkum prováděn.

Celá práce je ukončena závěrem a doplněna o přílohu, kterou tvoří již zmíněný dotazník spokojenosti

Anotace

Sociální interakce je působení lidí navzájem. Při terapii k takové činnosti dochází. Tato diplomová práce obsahuje techniky rozhovoru, podmínky úspěšné terapie a v praktické části i výzkum spokojenosti pacientů s prací fyzioterapeutů.

Zahrnuje i důležitost komunikace mezi lidmi, a to i s jejími problémy a komplikacemi.

Klíčová slova

Sociální interakce, rozhovor, komunikace, pacient, fyzioterapeut, metody komunikace, techniky rozhovoru, sociální komunikace a percepce

Annotation:

A social interaction is an incidence people to each other. At these therapy comes toward to such these function. This graduation theses includes a dialogue technology, records therapy and also in the practically part of development - satisfaktion patiens with the physical therapist work. Covers even importace communication between people, namely with their problems and complications.

Key words:

Social interaction, conversation, communication, patient, physical therapist, methods of communication, conversation technology, social communication and perception

Seznam použité literatury

1. CARNEGIE, D. *Jak získávat přátele a působit na lidi* , vyd. 9.Praha: Talpress 1993, 262 s,ISBN 80-85609-12-6
2. ČÁP, J. *Psychologie pro učitele*, vyd.1., Praha: Portál 2001, 655 s, ISBN 80-7178-463-X
3. HEWSTONE M, STOEBE W.,*Sociální psychologie*, vyd.1., Praha:Portál 2006, 776 s, ISBN 80-7367-092-5
4. HÁRDI, I. *Psychologie péče o nemocného* vyd.1.Praha: Avicenum 1972, 276 s, ISBN 08-050-72
5. JANOUŠEK, J.a kol. *Metody sociální psychologie*,vyd.1. Praha: SPN 1986, 256 s , ISBN 14-465-86
6. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese* vyd.3.,Praha: Portál 1999, 147 s, ISBN 80-7178-318-8
7. MENTZEL, W. *Rozhovory se spolupracovníky* vyd.1.,Praha: Grada Publishing 2004 ,106 s, ISBN 80-247-0408-0
8. VORLÍČEK, Ch. *Úvod do teorie výchovy*,1.vyd., Praha: SPN 1984, 240 s, ISBN 14-531-84
9. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*, vyd.1. Praha: Grada Publishing 2005, 146 s, ISBN 80-247-0585-2
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi* vyd.1. Praha: Avicenum1989, 107 s, ISBN 616-05-08
11. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*,vyd.1. Praha: Portál 2005, 319 s, ISBN 80-7178-998-4
12. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace* vyd.1.,Praha: Grada Publishing 2005, 225 s.ISBN 80-247-0577-X
13. KONEČNÝ R., BOUCHAL M. *Psychologie v lékařství* vyd.1. Praha: Avicenum 1966, 232 s, ISBN 08-031-66
14. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry* vyd.1. Praha: Grada Publishing 2006, 144 s , ISBN 80-247-1262-8
15. ŘEZÁČ J. *Sociální psychologie* 1.vyd. Brno: Paido 1998, 268 s, ISBN 80-85931-48-6

16. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie zdraví*. 1.vydání, Praha: Portál 2001, 279 s, ISBN,80-7178-5512
17. KŘIVOHLAVÝ J., *Já a ty*, vyd. 2., Avicenum, Praha 1986, 250 s, ISBN 08-042-86
18. VYMĚTAL J., *Lékařská psychologie*, vyd.1. Praha Portál 2003, 278 s, ISBN 80-7178-740-X
19. VYBÍRAL Z., *Psychologie lidské komunikace*, vyd.1. Praha, Portál 2000, 263 s, ISBN 80-7178-291-2
20. Časopis Rehabilitace a fyzikální lékařství
- 21 www.zdravotnickenoviny.cz
22. cs.wikipedia.org
23. www.unify-cr.cz

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI PACIENTŮ

Jsme velmi potěšeni, že jste si vybrali právě naši rehabilitaci. Naší snahou je hledání cest, jak zlepšovat péči o nemocné a zkvalitňovat komunikaci s pacienty na naší ambulanci. Rádi uvítáme Vaše zkušenosti, názory a připomínky k péči na naší ambulanci, jelikož naším cílem je zvýšit Vaši spokojenost. Z těchto důvodů Vás žádáme o vyplnění dotazníku spokojenosti

Do čtverečku, který přísluší Vaší odpovědi, napište křížek. Pokud se k některým údajům nemůžete vyjádřit, nechejte čtvereček volný. Nepřehlédněte v dotazníku místo, kam můžete podrobněji rozepsat svoje hodnocení či připomínky.

Upozornění: Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné návštěvy v tomto zdravotnickém zařízení.

Za RHB

Bc. Jitka Kulheimová

1. Jste muž nebo žena?

- Muž
- Žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- 15 – 25 let
- 25 – 35 let
- 35 – 50 let
- 50 – 70 let
- 70 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední odborné bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Jste na této ambulanci poprvé?

- Ano
- Ne

5. Jak na Vás zapůsobil fyzioterapeut při prvním setkání

- Byl příjemný a profesionální
- Byl nepříjemný

- Nevím
- Jiná odpověď.....

6.. Dáte na první dojem, který na Vás terapeut udělá?

- Ano
- Ne
- Je mi to jedno
- Někdy

7. Byl/a jste fyzioterapeutem informován o průběhu Vaší léčby?

- Ano
- Ne
- Částečně

8. Jaký věk terapeuta preferujete?

- Spíše starší
- Spíše mladší
- Je mi to jedno
- Nevím

9. Jsou pro vás důležité vzhled a upravenost terapeuta?

- Ano
- Ne
- Je mi to jedno
- Nevím

10. Hlas terapeuta by měl podle Vás být

- Jemný a tichý
- Silný a hlasitý
- Ani příliš tichý ani moc hlasitý
- Je mi to jedno

11. Rozuměl/a jste všemu co Vám terapeut sděloval?

- Ano
- Ne
- Částečně
- Někdy

12. Jak jste se při terapii cítil/a?

- Příjemně
- Nepříjemně
- Nevím
- Bylo mi to jedno

13. Myslíte si, že na terapeuta působí i pacientova nálada?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Je mi to jedno

14. Je pro Vás důležitá důvěra mezi pacientem a fyzioterapeutem?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Je mi to jedno

15. Získal si terapeut Vaši důvěru?

- Ano
- Ne
- Částečně
- Je mi to jedno

16. Působil na Vás fyzioterapeut nadřazeně či arogantně?

- Ano
- Ne
- Občas

17. Myslíte si, že získané vyšší vzdělání terapeuta má vliv na kvalitu poskytnuté péče?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Je mi to jedno

18. Pociťoval/a jste za strany fyzioterapeuta nějakou diskriminaci?

- Ano
- Ne
- Občas

19. Pokud jste měl/a strach z léčby, byl terapeut ochotný si s Vámi o tom promluvit?

- Ano
- Ne

- Někdy
- Strach jsem neměl/a

20. Měl/a jste pocit, že Vám fyzioterapeut nevěnuje dostatek pozornosti?

- Ano
- Ne
- Občas

21. Měl/a jste při terapii dostatek soukromí?

- Ano
- Ne
- Občas

22. Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s respektem a úctou?

- Ano
- Ne
- Občas

23. Choval se k Vám ošetřující personál nepřívětivě či odměřeně?

- Ano
- Ne
- Občas

24. Dal Vám terapeut dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů?

- Ano
- Ne
- Někdy

25. Myslíte si, že i pozitivní přístup terapeuta může mít vliv na zlepšení pacientova zdravotního stavu?

- Ano
- Ne
- Nevím

26. Jak hodnotíte postoj celého personálu této ambulance k pacientům.

- Spíše kladně
- Spíše záporně
- Je mi to jedno

27. Srovnejte péči v 80.- 90. letech co se týče ochoty, kvality komunikace, vstřícnosti, atd.....se současností

- Je to lepší než dříve
- Je to horší než dříve

- Je to stejné
- Nevím

28. Doporučil/a byste tuto ambulanci svým přátelům?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Jiná odpověď.....