

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií Brno

Sociálně pedagogické aspekty v práci fyzioterapeuta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce :

doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Vypracovala :

Michaela Křiklavová

Brno 2006

OBSAH

Úvod	1
1. Profese fyzioterapeuta	
1.1 Fyzioterapie	2
1.2 Náplň oboru fyzioterapie	2
1.3 Využití vlivu pohybové aktivity	3
2. Zdravotnictví – současnost a budoucnost	4
3. Osobnost fyzioterapeuta	5
3.1 Motivace fyzioterapeuta	6
3.2 Fyzioterapeut v roli „vychovatele“	6
3.3 Význam času při práci fyzioterapeuta	7
4. Nemocný člověk – biologická, psychologická a sociální celistvost	8
4.1 Psychosociální problematika nemocných	8
4.2 Psychologické aspekty	9
4.3 Sociální aspekty	10
4.3.1 <i>Nezaměstnanost jako důsledek nemoci</i>	11
4.3.2 <i>Člověk s postižením – riziková skupina nezaměstnaných</i>	13
4.4 Sociální prostředky rehabilitace	14
5. Osobnost pacienta	16
5.1 Psychika pacienta upoutaného na lůžko	17
5.2 Psychika pacienta jako příčina nemoci	18
5.3 Motivace pacienta	19
6. Význam komunikace v léčebném procesu	20
6.1 Komunikace mezi lékařem a fyzioterapeutem	20
6.2 Komunikace mezi pacientem a fyzioterapeutem	21
6.2.1 <i>Komunikace s pacienty s pohybovým postižením</i>	22
6.2.2 <i>Komunikace se seniory se zdravotním postižením</i>	23
6.2.3 <i>Komunikace s pacienty s postižením mozkových funkcí</i>	24
7. Výchova a výuka pacienta	26
7.1 Význam výchovy pacienta	27
7.2 Zdravotní stav pacienta při výuce	27
7.3 Faktory ovlivňující výuku pacienta	30
7.4 Cíle a strategie výuky	31
7.4.1 <i>Zásady výuky pacienta</i>	32
7.4.2 <i>Plán a příprava výuky, terapie pacienta</i>	33

7.5	Chyby při výuce	34
8.	Teorie a praxe v práci fyzioterapeuta	36
8.1	Význam léčebného prostředí	36
8.2	Možnosti motivace pacienta	37
8.3	Úspěchy a neúspěchy teorie v praxi	39
8.4	Podmínky úspěšné rehabilitace	42
	Závěr	45
	Resumé	46
	Anotace	47
	Seznam použité literatury	48
	Přílohy	49

„ Léčit je třeba nikoli nemoc, nýbrž nemocného “

Hippokrates

Úvod

Fyzioterapeut v procesu léčby pacienta, uplatňuje nejen své odborné znalosti, ale zároveň pacienta určitým způsobem vychovává, ovlivňuje jej vlastní osobností a vede jej, jak se v zájmu zlepšení nebo udržení svého zdraví chovat a jednat. Cílem mé práce je zhodnocení teoretických poznatků a možnost jejich aplikace v běžné praxi fyzioterapeuta. Především bych chtěla upozornit na komplexnost v léčbě pacienta - často opomíjené, kdy je třeba zaměřit se nejen na fyzickou stránku, ale i na psychiku a ostatní faktory, které na pacienta během nemoci působí. Při terapii nesmíme proto zapomínat na psychosociální, psychické a sociální aspekty, jako je vliv rodinného zázemí, problematika nezaměstnanosti, či individuální prožívání nemoci, které ovlivňují pacienta v každé fázi jeho onemocnění a které se průběhem nemoci mění, čímž působí i na výsledek celé terapie.

Velký význam při terapii hraje navázání kontaktu s pacientem, schopnost komunikace s pacientem, ale i mezi zdravotnickým personálem navzájem a v neposlední řadě i umění získat důvěru pacienta. Vytvoření vztahu založeného na spolupráci pacienta s fyzioterapeutem vyžaduje určité schopnosti na straně fyzioterapeuta, který musí terapii vždy přizpůsobit momentální situaci, konkrétnímu stavu a typu pacienta. Jedním z hlavních úkolů fyzioterapeuta je i správná motivace pacienta, která je nutná pro úspěšnost celého léčebného procesu a je v praxi fyzioterapeuta i tím úkolem nejtěžším.

Při terapii je rovněž nutné přihlížet i k celkovým změnám sociálního prostředí, které klade na všechny jedince nároky na změnu celkového chování v tomto prostředí. Do popředí se dostává potřeba samostatnosti, vlastní iniciativy a spoléhání především na vlastní síly. U pacientů je proto obtížné vyrovnávat se nejen se samotnou nemocí, ale i s novými životními podmínkami a situacemi, které nemoc, ale i samotný život přináší.

1. Profese fyzioterapeuta

1.1. Fyzioterapie

Jde o obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému, který využívá pohyb a různých fyzioterapeutických postupů s cílem ovlivnit funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických.

Úkolem klasické fyzioterapie je obnovení nebo alespoň zlepšení chorobou poškozené pohybové funkce organismu. Zahrnují řadu opatření směřujících k návratu nemocného do jeho rodinného, pracovního a společenského prostředí podle možnosti jako plnohodnotného občana. Cílem léčebné péče je nejen odstranit nebo alespoň kompenzovat stávající poruchu, ale postarat se i o to, aby v budoucnu nedocházelo k recidivám. Terapeut se proto musí zaměřit nejen na léčbu, ale i na prevenci v oblasti podpory a výchovy ke zdraví¹.

1.2 Náplň oboru fyzioterapie

Fyzioterapie prostřednictvím svým prostředků zasahuje tam, kde pohyb a ostatní fyzické a psychické funkce jsou ohroženy procesem stárnutí, úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou.

Zahrnuje :

- a) **vlastní diagnostiku** - anamnéza, kineziologie, svalový test, hodnocení pohybových stereotypů, vedoucí ke stanovení terapeutického plánu
- b) **terapii** – s využitím léčebných prostředků – pasivní a aktivní pohyb, mechanické podněty, fyzikální terapie, vodoléčebných procedur, speciálních metod a postupů manuální, lokomoční a reflexní terapie a poradenská činnost

¹ www.unify-cr.cz

- c) ***dokumentaci a hodnocení*** – slouží pro celý proces léčby, jejímž účelem je zhodnocení dosažených výsledků terapie

Úkolem rehabilitace je aktivizace občanů, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně, smyslově nebo psychicky postiženi, kteří nemohou sami toto zdravotní postižení nebo jeho následky překonat, popřípadě jim takové postižení hrozí. Cílem rehabilitace je sekundární prevence následků onemocnění, úrazů a vrozených vad a poskytování občanům se zdravotním postižením (terciální prevence), ať už je jakékoli povahy a původu, co nejširší účast na společenském a hospodářském životě a co největší možnou nezávislost.

1.3. Využití vlivu pohybové aktivity

Velmi významně se uplatňuje vliv pohybové aktivity na psychiku pacienta. Obecně můžeme tento vliv rozdělit na krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobý vliv neboli vliv na aktuální psychický stav lze označit jako antidepresivní, anxiolytický a antistresový. Účinek pohybové aktivity převážně aerobního typu je vysvětlován působením vyplavovaných endorfinů, které zprostředkují výrazný antidepresivní vliv. Z psychologického hlediska je provádění určitého pohybu náročné na koncentraci pozornosti a volního úsilí. Z dlouhodobého hlediska, úkolem pohybové aktivity je ovlivnění stavu svalového systému ve smyslu harmonizace svalového tonu, tj. posílení oslabených svalů a protažení svalů zkrácených a s tím souvisejícím ovlivněním kvality funkce posturálního systému svalového. Stav svalového systému velmi úzce souvisí s psychickým stavem. Postura neboli držení těla odráží jak některé osobnostní rysy, tak naši momentální náladu. Díky této psychosomatické vazbě můžeme tedy ovlivnit i aktuální psychický stav. Při koncentraci na pohyb pacient zapomene na problémy, stresové situace, své onemocnění, zabývá se něčím co ho určitým způsobem povznáší a jeho psychika se rychle zlepšuje.

2. Zdravotnictví – současnost a budoucnost

Svět prožívá revoluční změny a ty mají dopad na všechny oblasti našeho života. Doba, v níž žijeme se vyznačuje politickými a socioekonomickými problémy, narůstajícími ekonomickými potížemi, nepořádkem v legislativě, narůstající kriminalitou, lhotejností a nedostatek politické angažovanosti veřejnosti. Celý svět tak žije v prostředí, které se vyznačuje zrychleným vývojem s neustále novými informacemi, na které si národy někdy rychleji, jindy pomaleji zvykají. Je zatím složité si mezi novými informacemi vybrat to, co je pro nás užitečnou inovací, nestačíme na proud změn správně a rychle reagovat, v podvědomí přetrvávají zvyklosti, překonané názory a představy, způsoby práce a další zátěže minulosti.

Stejně tak jako je ovlivněna politika, ekonomika a společnost, není ani české zdravotnictví výjimkou. Jde v podstatě o příval znalostí a inovací ve zdravotnictví, o změně pravidel a způsobu myšlení. Je proto nutné si tuto změnu uvědomit a adekvátně reagovat na tento proud změn. Budoucnost českého zdravotnictví se tedy bude nadále odvíjet od ochoty pochopit rapidní změny a bude záviset na schopnosti zdravotnického personálu pružně a citlivě reagovat na tyto změny. Budoucnost zdravotnictví do značné míry závisí na schopnosti zdravotnického personálu získat zdravější sebedůvěru a sebehodnotu, aktivně se podílet na vytváření budoucnosti, touze získat a udržet si špičkovou kompetenci, schopnosti odpovědnosti a prosazení profesionální rovnocennosti a partnerských vztahů v léčebném týmu, jednotném vystupování na veřejnosti a vybudování profesionální image a současně schopnosti zvládnout současné stresy a frustrace.

K dalším faktorům, které mají přímý nebo nepřímý dopad na české zdravotnictví, patří i problematika stárnutí populace, rostoucí požadavky na kvalitu zdravotní péče, nedostatek sester, zvyšující se náklady, snižující se příjmy, zavádění nových technologií, rozpad rodiny a ztráta tradičních hodnot a vazeb a v neposlední řadě i nátlak Evropského společenství na překonání rozdílů a bariér mezi jednotlivými členskými zeměmi.

3. Osobnost fyzioterapeuta

V procesu motivace pacienta má nezastupitelnou úlohu i osobnost fyzioterapeuta – jeho kladný, individuální přístup k pacientovi. Kromě vědomostí a důkladného provádění odborných úkonů je důležitý i celkový vzhled, úprava, způsob mluvy, chůze. Příjemná mluva, vlídnost, takt, schopnost vyslechnout pacienta a poradit mu vyvolá u pacienta snáze důvěru v úspěšnost léčby. Schopnost efektivně komunikovat je pro fyzioterapeuta jedním z nejdůležitějších faktorů. Schopnost a ochota naslouchat je předpokladem a nezbytnou součástí terapeutické komunikace. Nevnímáme pacienta pouze sluchem, ale do procesu komunikace zapojujeme celou svou osobnost. Je nutné vnímat i pacientovi neverbální signály a na základě nich vyhodnotit všechny pacientovi potřeby.

Ne každý, s kým přichází fyzioterapeut do styku, odpovídá jeho představám milého člověka a v takových případech je nutné projevit svou profesionalitu. Fyzioterapeut projevuje svou profesionalitu v komunikaci jasnou artikulací a vhodným tónem hlasu vyjadřujícím respekt k člověku, se kterým mluví. Vše záleží na prvním setkání s pacientem, zda se nám podaří navázat úzký kontakt a teprve pak volit prostředky výchovného působení. V praxi je vždy nutné vše přizpůsobit situaci, pacientově náladě, provozu oddělení a možnostem zdravotnického zařízení.

V neposlední řadě bych upozornila i na časové možnosti (cca 20 min na pacienta), u některých pacientů i omezený počet návštěv, v důsledku čehož dochází ke spěchu a není možné navázat odpovídající kontakt s pacientem a vzbudit jeho důvěru v léčbu, což je i předpokladem její úspěšnosti. Fyzioterapeut by také neměl přenášet problémy ze soukromého života do práce a opačně. Může se stát, že v důsledku nějakého stresu jedná podrážděně a vyvolá tak opět nedůvěru pacienta. Důležité je, aby si fyzioterapeut tyto chyby uvědomoval a pracoval tak i sám na sobě. Získání odborného vzdělání tvoří základ, které navíc zvyšuje i image a sebedůvěru fyzioterapeuta.

3.1. Motivace fyzioterapeuta

Vlastní motivace fyzioterapeuta je hlavním faktorem při motivování jiných lidí, tj. schopnosti ovlivnit chování jiných lidí.. Abychom mohli inspirovat a motivovat jednotlivce a skupinu, musíme být především sami motivováni, Motivace pomáhá k dobrým výsledkům a dobré výsledky jsou často tím nejlepším motivátorem. Existuje rozdíl mezi angažovaností, tím co udělat chceme na základě vnitřní nebo vnější motivace, a tím, co udělat musíme na základě příkazu. K základním motivátorům lze, kromě platových a pracovních podmínek, řadit i postavení v pracovním kolektivu, atmosféru oddělení, vztahy na pracovišti, jistotu zaměstnání, rozsah dohledu a autonomie v oblasti vlastní práce, kvalitu soukromého života. I přes uspokojení těchto základních potřeb se jako důležitým motivačním faktorem stává především touha jedince stát se specialistou a profesionálem ve svém oboru. Úspěch a uznání jsou jedním z nejsilnějších motivátorů a přirozenou touhou člověka. Zajímavá a přitažlivá pracovní náplň, odpovědnost, příležitost mít moc a kontrolu nad lidmi je také důležitým motivátorem, které má i vliv na zvýšení sebevědomí. To vše však závisí, jak na vedení zdravotnického zařízení, tak na vlastní vůli terapeuta neustále se vzdělávat, uvědomovat si vlastní chyby a snažit se je napravit.

3.2. Fyzioterapeut v roli „vychovatele“

Stejně jako každá jiná aktivita vyžaduje i výuka pacienta od fyzioterapeuta zvládnutí určitých dovedností. Ne každý vlastní tyto dovednosti jen základě odpovídajícího vzdělání. Aby fyzioterapeut mohl plnit funkci výuky pacientů potřebuje především získat důvěru pacienta, zhodnotit jeho schopnost a připravenost pacienta k výuce, zhodnotit překážky, které by mohly brzdit proces výuky. Výuku je nutno vždy organizovat tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám pacienta, zvolit vhodné výukové metody. Důležité je také přesvědčit se o tom, zda pacient vše správně pochopil a je schopen realizovat potřebné instrukce v praxi.

3.3. Význam času při práci fyzioterapeuta

Neproduktivní využití času ve zdravotnických zařízeních, ať už je způsobeno nevhodnou organizací oddělení, nebo špatným využitím času samotnou sestrou, má vždy dopad na kvalitu péče o pacienta. Správným využitím času lze snížit osobní stres, podpořit kvalitnější životní styl a tak i péči o samotného pacienta.

Důležitá je proto schopnost stanovit priority, podvědomě sledovat čas, pružně se rozhodovat, neodkládat důležité povinnosti a rozhodnutí, vhodně využít nástrojů k lepšímu využití času. Ne vždy je však možné určité podmínky splnit, neboť ve zdravotnickém zařízení se mohou priority během dne i hodiny měnit. Někdy je těžké dosáhnout úspěšných výsledků pod tlakem denního shonu, řešením drobných krizových situací (např. opoždění pacienta na terapii), vyrušování telefonními hovory apod. Je nutné se v takových situacích efektivně rozhodovat, co je skutečně důležité a neodkladné. Schopnost sestry jak efektivně využívá svůj čas je prvním krokem na cestě k jeho úspěšné kontrole. Často se tak stává, že zdvořilost a laskavost otvírá pacientům cestu ke zneužívání našeho času a i přes ochotu pacienta vyslechnout, je nutné mít vždy v podvědomí omezené časové možnosti a vhodně dát pacientovi najevo, že náš čas je vzácný (např. vstáním ze židle, zdvořilým vysvětlením, odmítnutím).

Každý fyzioterapeut proto musí i sám usilovat o zlepšení vlastního využití času a uvědomit si nenávratnost času. Vhodné je například každé ráno zamyslet se nad nastávajícím dnem a úkoly, stanovit priority, zamyslet se nad účelností zamýšleného cíle, úkolu, zda je časově zvládnutelný a zároveň být neustále připraven, že náš denní program se může kdykoliv změnit. Je vhodné si vymezit čas na vyřizování písemných materiálů, stanovit si např. den v týdnu, kdy dáte vše do pořádku, naučit se říkat „ne“, v případě vyrušení, které nelze někdy ovlivnit, je však možné ovlivnit, na jak dlouho.

4. Nemocný člověk – biologická, psychologická a sociální celistvost

V hodnocení pacienta je třeba brát v úvahu jakousi celistvost organismu, neboť v lidském organismu se neděje nic lokálního, co by nemělo odezvu v něm jako v celku, ať už ji pozorujeme anebo ne. Nemocný „systém“ pacienta, mimo vlastní doby léčení, je třeba chápat komplexněji jako výsledek toho co bylo před onemocněním a co bude potom².

Nemoc (zvláště u civilizačních onemocnění) je výsledkem mnohých faktorů, se kterými se dotčený setkával možná denně po mnohá léta. Ne vždy je také po ukončení léčby úplný návrat k plnému zdraví a je nutné pomoci pacientovi začlenit se do plně kvalitního života ve známém prostředí, ale se změněnými somatickými i psychickými možnostmi, které mnohdy již nemají naději na zásadní zlepšení a musí tedy žít i se svou chorobou.

Nemoc, která člověka trvale handicapuje představuje vážný zásah do hodnotové struktury a člověk hledá jakýsi nový smysl a cíl. K dosažení určitého cíle je zapotřebí motivace pacienta, při jejíž absenci je významně ovlivněna i jeho spolupráce s terapeutem. Pacient musí mít něco, kvůli čemu chce být on sám zdravý. Terapeut tento smysl nemůže poskytnout, ale musí jej pomoci pacientovi nalézt v zájmu zlepšení stavu, v zájmu zaručení určité náplně a kvality života.

4.1. Psychosociální problematika nemocných

Stále častěji je upozorňováno na psychosociální aspekty nemoci, že tedy každá nemoc je nemocí celého člověka a nejen biologicky pojatého organismu.³

Psychosociální problematika je významná především u chronických onemocnění, se kterými se v rehabilitaci setkáváme nejčastěji a které představují velký zdravotnický problém . Chronická onemocnění mají tendenci ke zhoršování, hrozí nebezpečí invalidity a postupně ovlivňují stále více stránek každodenního života

² Malý, M., Malá, E., *Súčasné perspektívy rehabilitácie*, 134

³ Malý, M., Malá, E., *Súčasné perspektívy rehabilitácie*, 138

nemocného. Chronicky nemocný člověk se nachází v nové situaci, která se netýká čistě jeho fyziologické oblasti, ale přechází i do oblasti psychické a sociální, a onemocnění se netýká jen samotného pacienta, ale i jeho rodiny a celé společnosti.

4.2. Psychologické aspekty

U chronických onemocnění je třeba věnovat pozornost jak složce tělesné tak psychické, které vytvářejí určitou jednotu a navzájem jsou velmi úzce propojeny. ⁴

Každá negativní a zatěžující životní událost se tak může projevit i na zdraví každého člověka, přičemž je nutné poukázat na individuální rozdíly v reakci na závažné životní události. Je velmi těžké odlišit zda psychické faktory jsou primární příčinou nemoci, či pouze jejími následky. U chronických onemocnění tak máme možnost pozorovat jak okolnosti, různé životní události (pozitivní, či negativní) ovlivňují momentální stav nemoci, jeho zlepšení a zhoršení.

Nemocní tak mohou reagovat na nemoc různým způsobem:

- *přijímají stav, který vznikl onemocněním, a od rehabilitačních opatření očekávají návrat do původního prostředí s úspěšnou úpravou funkcí postižených nemocí*
- *reagují zdánlivě lhostejně, jejichž postoj je však spíše beznadějný s útekem k medikamentům, či v horším případě alkoholu*
- *nevěří v nijaký způsob léčebných opatření a neočekávají zlepšení svého stavu, všechna léčebná opatření zavrhnou*⁵

⁴ Malý, M., Malá, E., Súčasná perspektívy rehabilitácie, 140

⁵ Lánik, V., Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, 17

Tyto psychologické aspekty nejsou však jednoznačně ohraničené, existují i jiné reakce, avšak uvedené tři skupiny představují jakési základní reakce charakterizující stav u chronických onemocnění. Úspěch rehabilitačních opatření však podmiňují i jiné vlastnosti – jako je např.- citlivost, ovlivnitelnost, sebezpozorování a labilita některých duševních funkcí.

4.3. Sociální aspekty

Do popředí vystupuje aspekt zaměstnání, který je ve smyslu působení na zdraví a nemoc velmi významný⁶. Například, k velmi častým a negativně působícím faktorům pro nemocné patří pracovní prostředí (chlad, prašnost, výskyt alergenů), druh vykonávané práce (práce náročná na fyzickou výkonnost), dále pak psychologické faktory (zodpovědnost, neadekvátní nároky na pracovníka). Výskyt těchto faktorů vede často k doporučení na změnu zaměstnání, jež patří k nejcitlivějším sociálním důsledkům nemoci. Je to otázka finanční, kvalifikační, otázka rodinného života. Změna zaměstnání může být spojena se snížením příjmu, čemuž se nemocný samozřejmě brání, dále vzhledem ke své kvalifikaci a vzdělání nemůže, nebo nechce vykonávat práci jinou. V případě, že nemocný není schopen dále pracovat a je nucen odejít do invalidního důchodu, což v důsledku nepříznivě ovlivní i jeho psychickou a sociální sféru. V druhém případě se nemocný účelově snaží dostat do invalidního důchodu i přesto, že jeho zdravotní stav není natolik závažný. Průběh a trvání nemoci může také negativně ovlivnit i rodinný život – změna zaměstnání vedou ke změně bydliště, psychická zátěž pro členy rodiny. V úvahu je třeba brát i společenský život a možnosti trávení volného času pacienta, které mohou být v důsledku nemoci limitované.

Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.

Práce tedy neslouží pouze k výrobě statků nebo k vykonávání služeb, ale vytváří sociální pole strukturovaných kontaktů s možností vést rozhovory, potkávat jiné lidi a

⁶ Malý, M., Malá, E., Súčasná perspektívy rehabilitácie, 138

uzavírat přátelství. Při zvládání svých pracovních úkolů může jednatlivec objektivizovat své schopnosti a získat pocit odborné kompetence. Skupinová práce nabízí sociální prostředí, ve kterém se člověk hodnotí a srovnává s ostatními lidmi. V konkrétní práci, k níž jsou nezbytné znalosti, schopnosti a dovednosti, se rozvíjí lidská osobní identita. Z mentálně hygienického hlediska umožňuje pracovní úsilí odvod přebytkové duševní a tělesné energie.

V kontextu životní dráhy člověka práce určuje začátek i konec ekonomické aktivity. Práci ukazujeme dětem, které teprve vychováváme, platné hodnoty. Nabízíme jim možnost ztotožnění, nápodoby a osobního příkladu. Děti sice v dnešní době nevidí tak často rodiče pracovat, ale spoluprožívají jejich pracovní úspěchy i nezdary.

4.3.1. Nezaměstnanost jako důsledek nemoci

Skutečnou hodnotu práce člověk obvykle poznává, až když ji ztratí. Nedobrovolné vyřazení práce z osobního života člověka má totiž podle našich i zahraničních poznatků průkazné negativní sociální, psychologické, ale i zdravotní důsledky. Dlouhodobou ztrátou placeného zaměstnání mizí odměna jako hlavní zdroj uspokojování životních potřeb, vzniká osobní i rodinná ekonomická nejistota, ničí se obvyklé časové rozvržení pracovního dne, ztrácí se možnost získávání a udržování pracovních návyků a dovedností. Dlouhodobou nezaměstnaností se vytrácí smysl života, dochází k omezení sociálních kontaktů s přáteli a spolupracovníky, nastává postupný rozklad integrity osobnosti. Vytrácejí se aktivity, které byly pravidelnou součástí denního pracovního rytmu člověka.

U jedince vede současná ztráta práce:

- k poklesu sebedůvěry, ke snížení pocitu vlastní hodnoty, k poklesu důvěry vůči ostatním lidem;
- k depresi, fatalismu a k apatii jako poslednímu stupni psychického strádání dlouhodobě nezaměstnaných, který je spojen s pocitem ztráty vlastní hodnoty a s beznadějí;
- k nárůstu sociální izolace;
- k obviňování vlastní rodiny ze ztráty práce.

U rodinných příslušníků nezaměstnaných byly pozorovány tyto důsledky:

- nárůst konfliktů v rodině v důsledku odchodu člena rodiny z pracovního a společenského života,
- u dětí nezaměstnaných rodičů nárůst vývojových poruch (např. emoční labilita, antisociální chování), slabé výkony ve škole a zhoršení prospěchu, problémy ve vztazích v rodině (např. ztráta autority nezaměstnaného otce).

Bolestivé stavy hybné soustavy (pohybového aparátu včetně páteře) jsou v České republice druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti, hned po onemocnění horních cest dýchacích a chřipce⁷.

Z ekonomického hlediska znamenají pro společnost největší ztráty. Průměrná délka pracovní neschopnosti při těchto onemocněních je téměř 24 dní. Tato informace navíc nezahrnuje stavy, vedoucí k tzv. "skryté pracovní neschopnosti", tedy stavu kdy pracovník do zaměstnání chodí, ale bolest mu nedovolí práci řádně vykonávat, soustředit se na ni, atd. Osmdesát až devadesát procent české populace v produktivním věku je z tohoto důvodu nuceno vyhledat lékařskou pomoc. Četnost případů těchto obtíží navíc rok od roku stoupá. Bolesti v zádech a nosných kloubech jsou považovány za civilizační nemoc. Pouze pět až deset procent jich má organický podklad, zbytek jsou čisté poruchy funkce zaviněné zejména špatnými pohybovými návyky a nedostatkem fyzické aktivity. Nejčastější výskyt těchto onemocnění je zaznamenáván ve věkové kategorii 40 - 50 let, a to zejména u mužů, vykonávajících těžkou fyzickou práci. Bolest se ale nevyhýbá ani profesím, kde páteř zdánlivě namáhána není. Jde o práci v dlouhodobě vynucené pracovní poloze, jakou je například sezení či stání. Ano, přestože se situace už dnes zdá být zlou, lze předpokládat, že tyto poznatky jsou pouze špičkou ledovce. Jak bude současná populace stárnout, lze předpokládat výrazné zvýšení počtu těchto onemocnění.

⁷ www.zdn.cz

4.3.2. Člověk s postižením - riziková skupina nezaměstnaných

Uplatnění člověka na trhu práce je podmíněné řadou charakteristik (věk, zdravotní stav, vzdělání, pohlaví, příslušnost k etnické skupině), které vyčleňují skupiny lidí s větším rizikem, určitým zdravotním omezením, ke ztrátě práce a předurčují je pro dlouhodobou nezaměstnanost. Tyto skupiny jsou také vystaveny riziku opakované nezaměstnanosti. Jejich příslušníci nacházejí uplatnění spíše na sekundárním trhu práce a na méně placených pracích s nejistou budoucností.

Nezaměstnanost tak více ohrožuje určité skupiny populace, což potvrzuje zkušenost téměř ze všech průmyslově vyspělých zemí. Je zřejmé, že právě na tyto skupiny musí být zaměřena politika zaměstnanosti. U nás k nim patří mladí lidé, ženy s malými dětmi, zdravotně postižení občané, starší lidé, lidé s nízkým vzděláním, romské etnikum a přicházející emigranti.

U lidí se změněnou pracovní schopností (ZPS) vystupují do popředí nejen ekonomické, sociální a psychické problémy, ale zejména problém přiměřeného smyslu života, problém pocitu lidské důstojnosti. Vzhledem ke stále většímu důrazu na produktivitu práce a výkon mají tito lidé v současné společnosti čím dále menší šanci se uplatnit na trhu práce. Doba jejich evidence na úřadech práce převyšuje několikanásobně dobu evidence zdravých jedinců. Dostávají se často do bezvýchodné životní situace a pro jejich rodiny to znamená starost o nezaměstnaného postiženého rodinného příslušníka. I když dosavadní systém sociálního zabezpečení se podílí na zajišťování jejich základních materiálních potřeb, společenská integrace skupiny zdravotně postižených lidí závisí z velké části na širších sociálních, ekonomických a legislativních podmínkách. Znevýhodněnými skupinami na trhu práce jsou absolventi škol a mladiství (*podíl na celkové nezaměstnanosti 11,6 % na konci roku 2002*), občané se zdravotním postižením (*13 % na konci roku 2002*), občané nad 50 let věku (*19,4 % na konci roku 2002*), občané s malými dětmi a příslušníci romské komunity. Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením je závažným problémem především vzhledem k nedostatku míst vhodných pro tuto skupinu osob (*ke konci roku 2002 pouze 747 míst, 1 na jedno místo připadá v průměru 38,3 uchazeče se ZPS*)⁸. Většinou se u dlouhodobě nezaměstnaných uchazečů jedná o kumulaci různých

⁸ Údaje ze statistik ministerstva práce a sociálních věcí – www.mpsv.cz

handicapů, které vyplývají jednak z osobní, kvalifikační, pracovní a sociální charakteristiky, dále z nižší úrovně jejich pracovní motivace. Z hlediska jednotlivých skupin uchazečů se jedná zejména o nekvalifikované občany, mladistvé, zdravotně postižené osoby, ženy s malými dětmi nebo osoby po návratu z výkonu trestu. Dlouhodobá nezaměstnanost je výrazně determinována dosaženým vzděláním. Největší je podíl uchazečů hledajících zaměstnání se základním a nižším středním vzděláním, kteří jsou nezaměstnaní déle než 12 měsíců. Tendence k dlouhodobé nezaměstnanosti narůstá u vyšších věkových kategorií a občanů se změněnou pracovní schopností. Podíl nezaměstnanosti občanů se ZPS je prakticky stejný po celé republice.

4.4. Sociální prostředky rehabilitace

Člověk jako společenská bytost, je v rámci lidské společnosti humanizován a socializován. Totéž platí o člověku s postižením. Velmi tedy záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímán. Má-li být tento vztah vyvážený, je úkolem rehabilitace, aby byl člověk s postižením schopen jednak přijmout své postižení, nemoc, či znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita jeho života, což vede k jeho životní společnosti (sociálnímu komfortu). Pokud se přidruží k defektu (orgánovému či funkčnímu postižení) sociální dimenze, pak dochází k nežádoucí defektivitě (člověk je společnosti na obtíž a je na ní zcela závislý). Rehabilitace tedy musí usilovat o prevenci defektivity (zmírnění handicapu), resp. o to, aby k ní vůbec nedošlo. V tomto úsilí jsou sociální prostředky rehabilitace (sociální rehabilitace) skutečně základním pilířem. Člověk se musí naučit se svým postižením žít, přijmout jej jako výzvu či úkol a být i v dobrém slova smyslu asertivní. To však není snadné, a v rámci tohoto je snažení poměrně obtížné podle druhu a stupně postižení. Nelze izolovat sociální prostředky rehabilitace od dalších složek ucelené rehabilitace. Naopak, sociální rehabilitace se prolíná s rehabilitací léčebnou, pedagogickou i pracovní. Liší se snad jen tím, že má permanentní charakter, čili je celoživotním procesem.

Sociální rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy metodou reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené

funkce a zbytkových schopností) a akceptace (přijetí života s postižením). Děje se tak v různých institucích, konkrétně ve zdravotnických zařízeních, v zařízeních a ústavech sociální péče, ve speciálních školách, při práci, v rodině a v posledních letech stále více v rámci nestátních neziskových (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, aj.).

Pro ilustraci lze uvést např. tzv. chráněné, resp. podporované bydlení osob se zdravotním postižením. Kvalita života lidí s postižením je však velmi závislá také na spokojenosti v rodinném životě. Stabilita rodiny, tedy fungování všech jejích systémů a subsystémů, je považována za relevantní test zralosti osobností obou partnerů. Zvláštní kapitolu pak představují rodiny, v nichž se narodilo dítě se zdravotním postižením. Zvládnutí takové zátěže a přijetí této skutečnosti jako úkolu není snadné, vždyť vztah vůči dítěti si vytvářeli rodiče již dlouho před jeho narozením. Jejich očekávání není naplněno, dostavuje se šok a postupně i další fáze vyrovnávání se s touto skutečností. V každém případě je však zřejmé, že se zde do popředí dostávají nejen mnohé psychologické aspekty, ale také filozofické otázky.

Cíle a úkoly sociální rehabilitace jsou vždy rozpracovány v různých programech, které berou zřetel na druh a stupeň postižení. Tyto programy by měly být součástí individuálních i skupinových plánů rehabilitace. Součástí sociální rehabilitace je jistě také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Dále sem náleží přiznání invalidního důchodu (částečného, plného) a další finanční příspěvky o státní sociální podpoře, příspěvky poskytované podle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů (např. příspěvky na rehabilitační a kompenzační pomůcky). V této souvislosti jsou nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace sociální služby.

5. Osobnost pacienta

Od samého počátku léčby je nutná spolupráce pacienta s fyzioterapeutem, musí se uvědoměle podrobit léčbě, věřit v její dobré výsledky a v případě překážek, mít dostatek vůle k jejich překonání. Je nutné si uvědomit, že stav pacienta, jak fyzický tak psychický je více či méně nemocí změněn. Kromě toho je nutné přihlížet k různým charakterovým vlastnostem pacientů a není tedy možné volit stereotypní způsob jednání s pacientem. Při jednání s pacienty různých věkových kategorií, různé inteligence, s pacienty s lehčí diagnózou až po vážně nemocné imobilní pacienty, s postiženými mozgovými funkcemi a jinak handicapovanými pacienty je nutné volit osobitý způsob jednání.

Mezi nepříjemné důsledky změn zdravotního stavu pacienta počítáme i změny vztahu pacienta k sobě samému. Stane – li se někdo pacientem, pak si často uvědomuje, že jeho fyzické funkce jsou do určité míry nějakým způsobem omezené. Myšlenky, které pacienta zaměstnávají a které nyní v mimořádné míře souvisí s nemocí, ovlivňují jeho náladu i jeho myšlení. Navenek se to může projevit tak, že pacientovi není např. do řeči, uzavírá se do sebe apod. U pacientů proto někdy dochází k negativním změnám – ke ztrátě sebeúcty a ke snížení sebevědomí. K častým projevům se kterými se u pacientů setkáváme jsou i určité projevy agresivity a napadání lidí kolem. Někdy si pacient vylévá zlost na spolupacientovi, jindy na ošetřujícím personálu, někdy i na členech své rodiny a na lidech jemu nejbližších. Pro lidi, kteří to myslí s pacientem dobře je to dvojnásob bolestivé a to nemusí dojít k tělesnému poranění – i slovo může zranit. Je nutné si uvědomit, že tyto nepřátelské projevy je nutné vidět v souvislosti s pacientovou momentální situací.

Významnou roli při terapii hraje důkladné poznání osobnosti pacienta, jež úzce souvisí s jeho ochotou ke spolupráci. Na základě anamnézy zjistíme, zda se pacient již dříve podrobil nějaké léčbě a zda byla úspěšná, jeho názor na léčbu, zda věří v její pozitivní výsledky, čímž je zaručena i jeho ochota ke spolupráci. Ke zvýšení spolupráce pacienta se významně uplatňuje i rodina a přátelé, kteří jej v průběhu léčby podporují.

Fyzioterapeut si musí o pacientovi vytvořit vlastní charakteristiku, individuální pracovní anamnézu, obsahující informace o jeho hodnotovém systému, zájmech, dosavadním chování u lékaře, v nemocnici, jeho postoji k nemoci. Často se stává, že u

pacientů s lehkým nebo středně těžkým postižením není zájem o rehabilitaci, dokud nedojde k markantnímu zhoršení a pacient je omezen i v běžných denních aktivitách., což však má za následek náročnější a zdouhavější terapii a hrozí riziko zvratu nemoci v chronické stádium.

5.1. Psychika pacienta upoutaného na lůžko

U pacientů upoutaných na lůžko je třeba počítat s určitými změnami v duševním životě pacienta, které jsou svým způsobem odlišné než u pacientů běžně chodících. Zatímco chodící pacient se vyznačuje různorodou činností, pacient na lůžku je nucen k určité pasivitě, navíc se stává středem zájmu péče druhých, kterou pasivně přijímá. Nemocný člověk se musí přeorientovat na činnosti, které neovládá tak, jak by si přál, musí dělat co mu druzí nařídí, i věci, které doposud nedělal. V důsledku toho může pak dojít ke snížení pacientova sebevědomí, což se odráží i v jeho psychice.

V důsledku upoutání na lůžko dochází i ke změnám v životním rytmu pacienta. Pacient se musí podrobit různým vyšetřením, musí brát pravidelně léky a přizpůsobit se možnostem zdravotnického zařízení.

Současně také dochází i ke změnám zájmů pacienta. Pacient je odtržen od svého přirozeného prostředí ve kterém měl své zájmy a pokud je upoután na lůžko, jeho okruh zájmů se zužuje a do popředí se dostává především zdravotní stav pacienta. Na ten se častokrát až výlučně zužuje okruh jeho zájmů, což může mít až za následek ztrátu zájmu o to, co se děje mimo nemocnici. Mění se i obsah pacientova vědomí, které je ochuzeno o informace a pestrost témat, které nabízí běžný život pacienta. Často pacient upadá do takového druhu myšlení, že nevidí a neslyší, nechce myslet ani mluvit o ničem jiném než jen o své nemoci.

U ležících pacientů dochází i ke změnám v citovém stavu pacienta. V běžném životě má pacient relativně příjemné, pozitivní emoce, má určité naděje, jistoty, řadu důvodů k radosti. V případě nemoci provázené bolestí, i když utlumené, přece jen vstupují do pacientova vědomí a působí na něj negativně. Na místo jistoty nastupuje nejistota, pacient neví jaká je jeho perspektiva a když s ním mluvíme povzbudivě o prognóze nemoci, často se nám to nedaří.

U ležících pacientů také dochází ke změnám k vlastnímu tělu. Zatímco zdravý člověk ovládá své fyzické projevy zcela automaticky, že na ně nemusí ani myslet, ležící

pacient najednou svému fyzickému a psychickému stavu nerozumí, padá na něj deprese, že ztrácí vládu nad svým tělem.

U dlouhodobě ležících pacientů dochází i ke změnám v sociální interakci – jak se členy své rodiny, spolupracovníky a přáteli. Dochází k podstatnému zúžení okruhu lidí, s nimiž se stýká a je na nich v určité míře závislý, je-li upoután na lůžko. Někteří pacienti právě tuto změnu těžce nesou. Současně může nastat změna i v komunikaci s ostatními lidmi. Pacient často neví jaké výrazy obličeje má volit, jak se v určité situaci, pro pacienta zcela nové, tvářit. Někdy neví jak odpovědět na dotaz lékaře či ošetřujícího personálu, do podobných obtíží se dostává i v rozhovoru s jinými lidmi. To vše mu také jeho sebevědomí neposiluje.

Stejně negativně působí na pacienta i určitá časová perspektiva- většinou se pacient zaměřuje pouze na nyní a nad případným zítřkem často visí otazník. Tento výhled působí depresivně a naplňuje pacienta nejistotou.

I když pacient může některé změny zvládnout lépe, přece jen lze říct, že psychický stav ležícího pacienta je změněn, a to jak v sociální sféře – v jeho jednání s lidmi, v rozhovorech s nimi, tak v oblasti emocí, zájmů, myšlenek a perspektiv. S tím vším je třeba při terapii počítat. Je možné kritizovat a určité věci vytýkat, avšak vhodnější než kritika je pokus o porozumění, proč se asi pacient chová určitým způsobem.

5.2. Psychika pacienta jako příčina nemoci

Stejně tak ani ve vztahu k páteři nelze podceňovat psychiku pacienta. Například při blokáдах hlavových kloubů či krční páteře jde většinou zároveň o citový stres, vnitřní nesoulad s právě prožívanou situací nebo o velkou trému - zvláště pokud trvá dlouhou dobu. Potíže s horní hrudní páteří vlevo mívají souvislost s prožitkem smutku, zoufalství, beznaděje, popřípadě strachu ze smrti. Od poloviny páteře dolů se zas promítá nedostatek odvahy řešit problémy, pocity silné úzkosti nebo stav trpné rezignace. V bederní páteři, do prvního až třetího segmentu, se soustřeďuje pocit psychického přetížení a strach z neúspěchu, do čtvrtého a pátého bederního segmentu se promítá prožitá frustrace v oblasti sexu a pocit životní

prohry. Potíženími v oblasti kostrče se často projeví životní nejistota a drobná, tělesná a duševní traumata. Řadě lidí, kteří mají problémy s páteří, lze pomoci nejvíc pouhým popovídáním, objasněním jejich stresu, strachu, úzkosti. Často pak stačí cvičení, včetně relaxačních, a pacientovi se citelně uleví - tím spíš, pokud mu terapeut pomůže najít řešení jeho osobních problémů.

5.3. Motivace pacienta

Prvořadým předpokladem pro úspěšnost rehabilitace pacienta je jeho aktivní spolupráce, k níž musíme pacienta vhodně motivovat a vzbudit v něm zájem o jeho léčení. Mezi pacientem a fyzioterapeutem se tak vytváří dlouhodobý vztah podmíněný důvěrou, který musí být využit pro správnou motivaci pacienta k rehabilitačnímu procesu. Velmi důležitým faktorem je otázka informovanosti pacienta o vlastní chorobě, léčebných postupech, prognóze choroby, která je stran lékaře často zanedbávána a pacient se tak v těchto otázkách obrací na fyzioterapeuta. Zde je třeba věnovat pozornost kvalitě a kvantitě informací, způsobu jejich podání, kompetence pracovníků tyto informace podávat, ale i schopnosti přijímat informace od pacienta. *Je proto nutné citlivě zasahovat do oblasti psychosociálních vztahů, věnovat pozornost psychologické interpretaci informací daných anebo podmíněných nemocí, stejně tak i vnitřnímu zpracování těchto informací pacientem*⁹. Velký důraz musí fyzioterapeut klást na vysvětlení podstaty a cílů rehabilitace a přesvědčit pacienta, že je možné dosáhnout zlepšení, což pro terapeuta představuje velmi náročnou část terapie.

⁹ Malý, M., Malá, E., *Súčasná perspektívy rehabilitácie*, 141

6. Význam komunikace v léčebném procesu

6.1. Komunikace mezi lékařem a fyzioterapeutem

Komunikace je jednou ze základních podmínek k rozvíjení zdravých profesionálních vztahů, a tím k zajištění efektivní a kvalitní péče o pacienty. Jde o komunikaci mezi dvěma lidmi, při které profesionál bere v úvahu a vyhodnocuje faktory, které mohou ovlivnit toho s kým komunikuje¹⁰. Tato komunikace však v běžném provozu bývá značně ovlivněna danou situací, časovou tísň, rozdílnými názory nebo neochotou naslouchat a respektovat názor druhých. Je nutné si při komunikaci vedle předávání informací uvědomit i vzájemné vztahy, způsob předávání informací, stránky verbální i neverbální komunikace. Neméně důležitým faktorem je i neustále přetrvávající nadřazenost lékaře nad ostatním zdravotnickým personálem. Pro zlepšení této komunikace je třeba určité snahy na obou stranách. Při komunikaci je vždy nutné mít přehled o předmětu rozhovoru, užívat správnou terminologii, vyjadřovat se stručně a výstižně, vnímat verbální i neverbální projevy posluchače.

Stejně tak i role posluchače vyžaduje určité úsilí. Neverbální signály často vyjadřují více než vlastní slova. Naslouchající musí aktivně vnímat postoj, gesta, výraz obličeje, tón a intonaci hlasu. Pro efektivní komunikaci je nutné se vyhnout apatii a nezájmu posluchače, kritice konverzace, která může vést hovořícího do obranné role, ve které se snižuje ochota k dalšímu sdělování myšlenek a pocitů. Pro zlepšení komunikace mezi lékařem a terapeutem je nutné, aby obě profese vzájemně respektovali své role a odpovědnosti, měli by se také seznámit s charakteristickými rolemi a odpovědnostmi druhé strany. Lékař vždy zůstává v dominantní roli, ale fyzioterapeut může dosáhnout větší rovnováhy v komunikaci zvýšenou asertivitou a osvojením zdravých komunikačních principů. Je třeba si uvědomit, že v centru zájmu obou stran stojí vždy pacient, úsilí o jeho spokojenost, čehož lze dosáhnout týmovou prací všech členů léčebného týmu.

¹⁰ Škrlovi, Petr a Magda, *Kreativní ošetrovatelský management*, 141

6.2. Komunikace pacienta s fyzioterapeutem

Schopnost fyzioterapeuta efektivně komunikovat má za následek úspěšnější budování vzájemných vztahů s pacienty, čímž získáme i větší vliv na změny vedoucí k větší podpoře jejich zdraví.

Významně se uplatňují dvě složky komunikace – jak schopnost fyzioterapeuta naslouchat pacientovi tak jeho schopnost s pacientem hovořit. Přičemž nejde jen o to co pacient říká, ale je nutno věnovat pacientovi čas, aby mohl říci co chce a má. Vedle složky verbální je také nutné pečlivě sledovat i neverbální projevy pacienta. Je nutné si uvědomit, že užívání cizích slov fyzioterapeutem, kterým pacient nerozumí je nevhodné a vzbuzuje v pacientovi nedůvěru. Odlišnost komunikace se projevuje i vzhledem k věku pacienta, inteligenci, jeho psychickému stavu apod. Stejně tak i jakákoliv emocionální změna fyzioterapeuta (špatná nálada, stres) ovlivňuje celkový dopad na pacienta.

Role pacienta v komunikaci s fyzioterapeutem bývá často ovlivněna strachem a úzkostí z nového prostředí, jeho sdělení je tak často nesouvislé, zamlčuje či naopak vyzdvihuje některé problémy, roli hrají i znalost prostředí a zdravotního problému daného pacienta. Pro pacienty přicházející do zdravotnického prostředí poprvé je charakteristický zmatený, nesouvislý a nepřesný popis jeho potíží, které tak znesnadňují stanovení pravých příčin vzniklých potíží. Je nutné si zároveň uvědomit, že tyto obavy a očekávání pacienta vedou k tomu, že pacient jakoby neslyší, nepamatuje si, co mu bylo řečeno. V dalším terapeutickém působení je nutné věci zopakovat a klást na pacienta přiměřené nároky vzhledem k jeho celkovému stavu.

V péči o pacienta se setkáváme i s tzv. „ problémovými pacienty „ – agresivní, zmatený, rozhněvaný či vystrašený pacient, který vyžaduje ze strany fyzioterapeuta zvláštní pozornost a uplatnění komunikačních dovedností. Hněv, agresivita pacienta může být důsledkem strachu a frustrace, může jít o skrytý strach o práci, rodinu nebo strach z nemoci. Hněv mohou vyprovokovat také únava, vyčerpání a bolest. Není proto neobvyklé, že se pacienti podvědomě snaží zbavit své zloby napadením sestry, která je vždy „bezpečným hromosvodem“. Abychom zjistili pravou příčinu hněvu, nesmíme hněv prohlubovat nevhodným a neprofesionálním chováním, je třeba ovládat své reakce a pocity. Zvlášť důležité je naslouchat tomu, co pacient říká, nepřipustit, aby pacientovo chování způsobilo trvalou překážku v komunikaci. Je třeba objasnění pacientova stavu

pomocí naslouchání, zamyšlení a pochopení pacienta. Pacientovi dovolíme vyjádřit jeho hněv, vyslovit jeho stížnosti. V případě hrubého vyjadřování pacienta je třeba jej klidně a bez zvyšování hlasu upozornit, aby před námi dané výrazy nepoužíval, jinak budeme nuceny odejít. Při řešení pacientova problému nesmíme také slibovat něco, co nelze splnit. V některých případech je řešením i převzetí pacienta jiným fyzioterapeutem.

Na všechny otázky pacienta je nutno odpovídat přesně, objasnit případné mýty, které mohou být příčinou strachu pacienta. V případě obavy z diagnózy zjistíme co bylo pacientovi již řečeno, zda vše správně pochopil a popřípadě objasnit vše co je pacientovi nesrozumitelné. Pacientovi obavy nikdy nezlehčujeme, nepřehlížíme, snažíme se vžít do situace pacienta a respektuje jejich subjektivní pocity.

6.2.1. Komunikace s pacienty s pohybovým postižením

- Fyzioterapeut komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným průvodcem. U dětí spolupracujeme s rodiči, ale současně se zajímáme i o vlastní názor dítěte.
- Při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým pacientem (uložení na vyšetřovací lůžko, rentgen aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
- Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu.
- Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení se snažíme spolu s pacientem zjistit, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta s pohybovým postižením a snažíme se je odstranit. Maximálně se snažíme, aby pacient s pohybovým postižením nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.
- Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient s pohybovým postižením je schopen se najíst, nakrájet si jídlo, popřípadě upozorníme sestry jakých pokroků pacient v této oblasti dosáhl.

6.2.2. *Komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením*

- Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
- Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
- Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v poznávací oblasti).
- Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
- Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
- Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
- K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
- Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit. Je důležité správně ověřit, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta), ale nevnučujeme;

umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.

- Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

6.2.3. Komunikace u pacientů s postižením mozkových funkcí

- Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
- Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.

- Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Například nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- Aktivně chráníme důstojnost lidí s postižením mozkových funkcí, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
- Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

7. Výchova a výuka pacienta

Jedním z hlavních cílů výuky je pomoci pacientům najít nové způsoby, jak žít, aby se předešlo dalšímu onemocnění nebo zhoršení již existující choroby. Výukou chceme pacientovi pomoci pochopit realitu a přijmout potřebu změny v dané situaci. Lidé žijí svým naučeným způsobem, který si sami zvolili, a i když často znají následky této volby, je pro terapeuta obtížný úkol přesvědčit je o dané změně. Fyzioterapeut musí pacienta respektovat a dovolit mu, aby žil tak jak si přeje. Jeho úkolem je, pravdivě a bez odsuzování říci pacientovi, proč chceme, aby své chování změnil. Pokud předáme pacientům potřebné informace a oni s přesto rozhodnou žít jinak, než by jsme si přáli, potom musíme jejich rozhodnutí respektovat. Někdy je vhodné použít i příkladů z vlastního života či jiných pacientů, vzpomenout úspěšné i neúspěšné pokusy.

Výchovné působení fyzioterapeuta je zaměřeno na pacientovi postoje, názory, motivace, emoce, chování, zvyklosti a vůli s cílem dosáhnout dodržování léčebně preventivních zásad, vhodné životosprávy a přesvědčit jej, že cvičit má denně a cvičení se má stát součástí každodenního režimu.

Ovlivňujeme různé složky:

- tělesnou – vhodným cvičením zvyšujeme zdraví a fyzickou sílu. Využitím pohybu působíme nejen na nemocnou část, ale i na celý organismus
- rozumovou – pohybem osvěžujeme jedince a odlehčujeme tak celé psychické stránce pacienta
- charakterovou – dobře vedená léčba utváří i pacientovu morálku, ovlivňujeme jeho sebevýchovu a sebeovládání, rozvíjíme vytrvalost. Snažíme se ovlivnit i pacienty, kteří předstírají horší zdravotní stav než je ve skutečnosti, prodlužují pracovní neschopnost nebo usilují o invalidní důchod. Snažíme se o aktivní účast pacienta a tím i rychlejší návrat do pracovního procesu

- estetickou – cvičením probouzíme cítění pro ladnost, krásu a rytmus. Ovlivňujeme i hygienické návyky pacienta, čistotu oděvů a prostředí
- technickou – učením složitých pohybů lze využít k ulehčení práce, využíváme léčby prací k naučení nových dovedností, samostatnosti a soběstačnosti pacienta.

7.1. Význam výchovy pacienta

Podpora zdraví a prevence nemoci se stávají jedním z hlavních cílů péče fyzioterapeuta. Tento pohled také vede ke zdůraznění a podpoře fyzioterapeuta v roli vychovatele. Do určité míry byly pacientovi vždy poskytovány informace o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a preventivních opatřeních k předcházení těchto komplikací. Množství a kvalita poskytovaných informací však závisí na množství času, zkušenostech a také motivaci fyzioterapeuta. V současnosti jsou kladeny na pacienta stále větší nároky, pobyt ve zdravotnickém zařízení se začíná zkracovat a pacient je proto nucen aktivně vyhledávat pro něj důležité informace. Aby mohl úspěšně zvládnout situaci v domácím ošetření, musí také potřebné informace získat v omezeném čase. Proto musí fyzioterapeut v co nejkratší době rozhodnout, které informace pacient potřebuje, předat informaci, co by měl pacient po propuštění dělat, ale také vysvětlit proč.

7.2. Zdravotní stav pacienta při výuce

Výuka pacienta se odvíjí od celkové pohody pacienta a jeho závislosti na zdravotním systému. Stupeň jeho pohody nebo zdraví ovlivňuje pacientovu připravenost pro výuku, ochotu pacienta se učit – motivační a emocionální připravenost. Pacienty lze dle stupně jejich zdravotního stavu rozdělit do tří následujících skupin :

- a) pacienti bez zdravotního deficitu – patří sem jedinci zdraví, dále ti u nichž existují určité rizikové faktory – stáří, nezdravé prostředí, stresové situace a

v neposlední řadě ti, u kterých je onemocnění pravděpodobné (dědičné faktory). Jedinci se sice nepotýkají s žádnou chorobou, ale jsou obeznámeni s riziky vzniku onemocnění. Zde hraje významnou úlohu prevence, která přispívá k předcházení či oddálení vzniku nemoci. Motivace k výuce o prevenci a udržení zdraví je založena především na pacientově schopnosti vnímat, že je to on sám, kdo nese ve skutečnosti odpovědnost za své zdraví.

- b) pacienti s akutním onemocněním – jde o onemocnění s náhlým projevem příznaků, které může ohrožovat život pacienta různě (například pacient se zlomeninou nebo infarktem). Stádium onemocnění a pacientovo vnímání tohoto onemocnění rozhodnou o tom, jak bude pacient reagovat. Při vzniku onemocnění pacient hledá pomoc, je ochoten spolupracovat, má zájem se dozvědět něco o své nemoci. Během průběhu nemoci, kdy se pacient stává více méně závislým na ostatních narůstá stres z nemoci, léčba a případná hospitalizace mohou vést u pacienta k pocitu bezmocnosti. Pacient využívá svou energii na zvládnání fyziologických a psychických následků nemoci a jeho schopnost učit se něčemu novému je značně omezena. Je nutné vždy respektovat pacientovu bolest a únavu, která omezuje jeho schopnost soustředit se a přizpůsobit proto terapii pacientovu stavu. V případech, kdy je třeba začít s výukou v této době (u pacientů s cévní mozkovou příhodou, infarktem), je nutné výuku omezit jen na fakta týkající se přímo situace v níž se pacient nachází. V postakutním stádiu, kdy odeznívají příznaky nemoci, případně je navržena vhodná léčba, jsou pacienti nejvíce přístupni se něčemu novému naučit. Velkým problémem v tomto případě je neustále se zkracující pobyt na nemocničním lůžku, který má na výuku vážný dopad. Je proto nutné vhodně naplánovat , aby pacient mohl s výukou pokračovat nadále doma nebo v podobě ambulantní terapie. Pacient musí v tomto období získat potřebné informace o prognóze nemoci, možnosti léčby a případné změně jeho životního stylu. Na základě získaných informací dochází u pacienta ke zmenšení pocitu úzkosti, nejistoty a strachu a pacient se více zaměřuje na výuku a soustředí se na návrat k běžnému způsobu života.
- c) pacienti s chronickým onemocněním – pacienti s chronickým onemocněním jsou velkým problémem dnešní společnosti. Chronicky nemocný může být

každý člověk v jakémkoliv věku a průběh jeho onemocnění se liší od jedince k jedinci. Protože každý člověk vnímá své onemocnění jinak, je také schopnost vnímat výuku, u každého jedince odlišná. Je proto nutné rozpoznat v jakém stádiu přizpůsobivosti nemoci se pacient nachází a podle toho volit směr výuky.

Tento proces adaptace lze rozdělit do tří fází :

- *počáteční odmítání skutečnosti*
- *počáteční přijímání*
- *opakované odmítání / přijímání*¹¹

V první fázi odmítání, která je vysokou stresovou situací, je pro pacienta schopnost soustředit se na výuku a přijímat informace značně omezená. V tomto období fyzioterapeut může poskytnout spíše psychickou oporu, vyslechnout pacienta, jeho obavy a strach z budoucnosti a tím přispět k vyrovnání se s novou situací. V pozdějším období pacient začíná akceptovat a zvládat své chronické onemocnění a vnímá realitu situace. Přijímá výuku a potřebné informace, avšak zároveň se mohou objevovat obavy týkající se budoucnosti. Poslední fáze opakovaného přijímání a odmítání skutečnosti se objevuje po celou dobu života pacienta s chronickým onemocněním. Naše působení je v tomto období zaměřeno na přizpůsobení se novému životnímu stylu, pomoc začlenit se do rodiny a společnosti, zvládání dovedností, které přispívají zvládat chronické onemocnění. Pacienti, kteří přijmou realitu onemocnění, snaží se žít normálním životem, mají o výuku a získávání informací velký zájem. Na druhou stranu jsou pacienti, kteří se nikdy se svým onemocněním neztotožní, nikdy je nepřijmou a úplně se nepřizpůsobí požadavkům, které na ně nemoc klade. V tomto období se často setkáváme s pacienty v depresi, projevujícími agresi, hněv a odmítání terapie. Zde je velmi obtížné znovu pacienta motivovat k další léčbě, získat znovu jeho důvěru, víru v prospěšnost a potřebu vytrvat v další terapii.

¹¹ Škrlovi, Petr a Magda, *Kreativní ošetrovatelský management*, 379

7.3. Faktory ovlivňující výuku pacientů

Existuje řada faktorů ovlivňující průběh celého výchovného procesu. Pacienti jsou různorodí jako lidstvo samo. Každý z těchto faktorů je velmi důležitý, neboť ovlivňuje ochotu pacienta naslouchat, vnímat a uplatnit předávané informace. Mezi nejzákladnější patří :

- a) Pohlaví - Muži a ženy se liší ve svém pohledu na zdraví. Zatímco ženy přistupují ke svému zdraví zodpovědněji a daleko rychleji akceptují danou situaci, většina mužů se domnívá, že jsou neznárodní, že nedělají chyby a že budou žít, věčně“.
- b) Věk – Dospělí pacienti jsou schopni efektivněji chápat předávané informace. Senioři a děti mohou mít problémy s pochopením některých faktů a je proto vhodnější volit jednoduché informace.
- c) Zaměstnání – Znalost zaměstnání pacienta lze použít i při výuce jako pomoc při užívání příkladů předávaných informací a zároveň dle zaměstnání vhodně volit obsah výuky a terapie.
- d) Vzdělání – Je důležitým faktorem při procesu výuky. Je nutné přizpůsobit se pacientovi a nepoužívat výrazů, o kterých předpokládáme, že je pacient nezná. Velká většina pacientů se nepřiznává, že něčemu nerozumí a je vhodné v průběhu celé výuky provést kontrolu, zda pacient předané informace správně pochopil a dokáže je prakticky využít (např. zkontrolujeme sestavu cviků pacienta, které se měl pacient osvojit a natrénovat z minulé návštěvy).
- e) Motivace – Nemotivovaný člověk má problém s přijímáním informací a se změnou chování. Pacienti mohou být motivováni nejrozličnějším způsobem. U některých je to strach z neschopnosti se o sebe postarat, strach ze smrti, zájem druhých, kteří o něj stojí apod.

- f) Hodnoty pacienta – Každý má svůj vlastní názor na to, kdo a co ovlivňuje naše zdraví, máme různý přístup k lidem, kteří o nás pečují či postoj k lékařům. Pochopení hodnot pacienta pomáhá terapeutovi vhodněji plánovat výuku pacienta.
- g) Sebedůvěra pacienta – Dospělí se většinou chápou jako zodpovědní, nezávislí jedinci, kteří se řídí svou vlastní vůlí a mají potřebu být respektováni. Projevuje se také tendence vyhýbat se nebo stavět se na odpor, jestliže se jiní k nim chovají jako k dětem. Tento pocit může vyvolat neustálé přikazování co mají dělat, co nedělat, když se s nimi hovoří autoritativně nebo s nadřazeností, popřípadě je kritizováno jejich chování.

7.4. Cíle a strategie výuky

Při výchovném působení je třeba se soustředit nejen na fyzickou stránku nemoci, ale do našeho působení musíme zahrnout celou osobnost pacienta. Je třeba vnímat jeho obavy, myšlenky a pocity – tedy nejen jeho stránku fyzickou, ale také psychickou, sociální a duchovní. Nemocný člověk může mít pocit, že nemá pod kontrolou to, k čemu v jeho zdravotním stavu došlo, a někdy ani nechápe, co pro něj fyzioterapeut vykonává.

Cíle fyzioterapeuta při výuce musí zahrnovat :

- pomoc a podporu při zvládání strachu a pocitů úzkosti
- předat pacientovi potřebné informace, zjistit zda pacient vše správně pochopil
- pomoci pacientovi pochopit podstatu nemoci a její příčiny, popřípadě opravit jeho chybné představy o nemoci
- poskytnout informace týkající se prevence , roli pacienta v péči o jeho zdraví a jeho zodpovědnosti za své zdraví

Výuku lze v podstatě označit jako určitý komunikační proces, který v některých případech zahrnuje i rodinné příslušníky pacienta.

Abychom byli ve svém výchovném působení úspěšní je třeba si uvědomit pozitivní důsledky výuky. Výuka pacienta je vždy určitou investicí (vzhledem k času a energii fyzioterapeuta), která se vždy vrátí. Kvalita naší péče se neobejde bez výchovného působení na pacienta a také pacient očekává v této oblasti od fyzioterapeuta určitou pomoc. Pacient má nejen právo, ale i skutečnou potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a pokud je to možné, odstranit příčiny, které způsobily onemocnění nebo mají vliv na zhoršování zdravotního stavu. Fyzioterapeut proto musí mít nejen schopnost kvalitně a svědomitě realizovat výuku, ale také ji umět aplikovat ve své praxi. Fyzioterapeut také musí umět vyhodnotit pacientovi potřeby týkající se nedostatku informací a naplánovat jeho výuku i výuku členů jeho rodiny.

V případě výuky rodinných příslušníků se však často setkáváme s jejich nezájmem, negativními reakcemi na naše požadavky, kdy vlastně očekávají, že návrat domů, znamená naprosté vyléčení jejich blízkých.

7.4.1. Zásady výuky pacientů :

- a) U pacientů je získávání informací aktivní proces a dospělí preferují možnost aktivně se na něm podílet – kladením otázek a získáváním odpovědí se stává aktivním účastníkem tohoto procesu.
- b) Výuka má pro pacienta určitý cíl, kterého se snaží dosáhnout. Na fyzioterapeutovi je poskytnout pacientovi takové informace, které se týkají jeho základního problému. Dospělý pacient většinou chápe, že jeho uzdravení závisí na tom co udělá, nebo neudělá.
- c) Pacient, který má možnost si hned dané poznatky vyzkoušet v praxi si je lépe zapamatuje a déle uchová v paměti.
- d) Výuka se musí upevňovat a opakovat. Důležité je, aby to co pacient slyší slyšel i od jiných členů zdravotnického týmu a byla tak upevněna pacientova důvěra v informace.

- e) S výukou nových věcí je vhodné navázat na pacientovi dřívější znalosti, s čím byl již dříve seznámen nebo co se již naučil.
- f) Pacient je ve výuce motivován pokud je přesvědčen, že se jeho znalosti prohlubují, že ví to co potřebuje v péči o své zdraví. Je proto dobré připomenout začátky onemocnění a zhodnotit pokrok, kterého pacient dosáhl.

7.4.2. Plán a příprava výuky, terapie pacienta :

1. Zhodnocení pacientova stavu – V první fázi posoudíme možnosti pacienta vzhledem k jeho nemoci a dále potřeby pacienta vzniklé na základě onemocnění. Současně je nutné zvážit pacientovi znalosti a dovednosti a jeho připravenost k výuce (informace zjišťujeme na základě cíleného rozhovoru doplněné pacientovou dokumentací).
2. Plánování výuky – V této fázi je nutné stanovit cíl výuky, a to nejen co očekáváme od výuky my, ale zároveň i to co očekává samotný pacient. Je nutné ve spolupráci s pacientem dosáhnout kompromisu v případě odlišných cílů. Dále rozhodneme o strategii, rozsahu a obsahu výuky. O všech krocích a postupech pacienta přesně informujeme, což pomáhá k většímu pochopení a spolupráci na plnění daného úkolu a toho, čeho jsme se rozhodli dosáhnout.
3. Vlastní výuka (terapie) pacienta – Při vlastní výuce je vhodné nejprve vyzkoušet zda je pacient na výuku připraven, úkoly je vhodné rozdělit do menších celků, využíváme vhodných pomůcek a výukových metod. Vždy však přihlížíme, jak povaze onemocnění, tak osobnosti pacienta i jeho momentální náladě.
4. Zhodnocení výuky – Zvláště pro pacienta je důležité závěrečné shrnutí, toho co se naučil, zda dosáhl svých i našich cílů. O stupni získaných schopností a dovedností je vhodné se přesvědčit i v průběhu výuky a popřípadě připomenout, to co pacient zapomněl. V závěru porovnáme

skutečné znalosti s očekávanými a společně s pacientem zhodnotíme konečný výsledek. (*pro zhodnocení výuky lze použít dotazník k vyhodnocení výukového procesu – viz příloha č.1*)

7.5. Chyby při výuce :

- Je důležité, aby nedocházelo k chybám v komunikaci nejen s pacientem, ale i v celém ošetrovatelském týmu. Aby byla zajištěna kontinuita péče o pacienta mělo by docházet k pravidelným schůzkám všech členů ošetrovatelského týmu, k čemuž ovšem ve zdravotnických zařízeních dochází zřídka. Informace získané jen od samotného pacienta mohou být zkreslené, podle toho jak pacient pochopil to, co mu bylo vysvětleno.
- Terapeut si nedomluví s pacientem cíle, kterých chce dosáhnout. Pokud jsou tyto cíle v rozporu s pacientovým přáním, je ho třeba respektovat
- Zbytečné opakování – opakování je vhodné naplánovat k upevnění nových informací, neopakovat náhodně.
- Přetížení pacienta informacemi. Množství nových informací musí být přizpůsobeno stavu pacienta, respektujeme jeho únavu, všímáme si ztráty zájmu.
- Terapeut se nepřesvědčí, zda pacient správně pochopil danou informaci. Na závěr terapie je proto nutné požádat pacienta, aby shrnul to, čemu se naučil.
- Terapeut přehlíží skutečnost, že pacient má právo se rozhodnout jinak. Pacientův názor se může v průběhu terapie změnit a je třeba vždy respektovat jeho názor.
- Terapeut musí být schopen poučit se z vlastních chyb, nesoustředit se jen na výkon a netrvat na jedné „správné cestě“.

- Neschopnost terapeuta respektovat pacientovu momentální situaci. Před terapií je třeba si uvědomit a zjistit v jakém prostředí mimo nemocnici žije, nad jeho rodinným či finančním zázemím.
- Neschopnost zvolit správný čas pro výuku a předávání informací, případné ignorování pacientova stresu. K této chybě může dojít pokud se terapeut soustředí jen na splnění svých potřeb (potřeba mít svou práci hotovou) a ne na potřeby pacienta. Stres i celkový pobyt v nemocnici, v cizím prostředí, mohou být překážkou výuky.
- Nesplnění vyhodnocení, čeho pacient během terapie dosáhl. Pouze během zpětné vazby můžeme zjistit kolik toho pacient pochopil (umožníme pacientovi praktické provedení požadovaných dovedností)
- Používání termínů, cizích slov, kterým pacient nerozumí. Pokud je nezbytné použití některých odborných výrazů, je třeba je pacientovi následně vysvětlit.

8. Teorie a praxe v práci fyzioterapeuta

8.1. Význam léčebného prostředí

Léčba bezpochybně začíná tělem, ale opravdové uzdravování začíná duchem. Prostředí samo o sobě nenabízí léčebné procedury, ale je místem v němž se může tělo i duše uzdravit. Zatímco rozvíjení optimální léčebné a ošetrovatelské péče je dnes věnována maximální pozornost, na rozvíjení optimálního léčebného prostředí často nezbývá ani čas, ani finanční prostředky.

Optimální léčebné prostředí by pacientům stále nemělo připomínat jejich úděl, odloučení od rodiny, jejich obavy a úzkosti z toho co je čeká. Za důležitý považuji první dojem pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení. Pokud existuje ve vstupní hale na recepci někdo, kdo je ochoten potřebným pacientům pomoci či poradit, rozhodne o tom zda se pacient zklidní nebo se jeho hladina stresu ještě zvýší.

Aby mohlo dojít k redukci stresu, pocitu úzkosti a osamělosti hospitalizovaného pacienta, je třeba vytvořit či podpořit takové prostředí, které k jeho izolaci nepřispívá. Hlavním faktorem redukující stres je kontakt s laskavými lidmi, dále jsou to různé rituály spojené s příjmem pacienta (představení sestry, spolupacientů, orientace na oddělení), komunikativní a laskavý ošetrovatelský personál, snadná možnost komunikace s rodinou (telefon, mobil), flexibilní návštěvní doba, zákoutí vhodná pro důvěrné rozhovory apod. ke snížení stresu pacientovi proto pomáháme získat kontrolu aspoň nad některými denními aktivitami a prostorem, který jej obklopuje. Může jít až už jen o možnost zapůjčení TV, umožnit imobilním pacientům snadnější přístup. Význam a často opomíjeným faktorem je efektivnější komunikace o plánovaných vyšetřeních, zákrocích nebo testech, jež pomáhají pacientovi získat větší pocit kontroly nad vlastním životem. Často jsem se tak při své praxi setkala s případem, kdy pacient vůbec nevěděl na jaké vyšetření jej odváží, nebo jaké vyšetření podstoupil a za jakým účelem.

Optimální prostředí pro pacienta neznamena jen vybavení nebo prostor, které pacienta obklopuje. Jde především o klima tohoto prostředí, které vytváří léčebný tým a jeho podpůrný personál. Rozhoduje chování sester, lékařů a ostatního personálu, verbální i neverbální komunikace, vztahy mezi zdravotníky, jakými hodnotami se lidé řídí, nebo jaký je jejich vztah k členům rodiny nemocného. Vytvoření klidného,

radostného, optimistického prostředí s klidným a empatickým personálem je nedílnou složkou, která má vliv na podporu a urychlení ozdravného procesu pacienta.

8.2. Možnosti motivace pacienta

K zajištění úspěšné terapie musíme splnit základní předpoklady:

- vytvoření dobré pracovní atmosféry a prostředí, jež ovlivní i pocity pacientů
- navázání kontaktu s nemocným
- vyvolání kladného postoje k léčbě a účinně jej motivovat

Pacienti v důsledku svého onemocnění, která jim znemožňuje výkon některých činností hledají nové způsoby jak tuto činnost vykonávat i za změněných podmínek. Toto hledání je však pro samotného pacienta zdoluhavé a hrozí i nebezpečí, že pacient najde nevhodné, nepřiměřené a jeho stavu škodlivé způsoby provádění činnosti. Hlavním úkolem fyzioterapeuta je tedy pomoci najít tu nejkratší cestu k nejlepšímu výsledku.

Vedení pacienta znamená ho na cvičení připravit a vytvořit mu také vhodné podmínky a prostředí (např. někteří pacienti vyžadují úplné soukromí při cvičení, nebo u dětí je třeba vyloučit rušivé vlivy okolí apod.). Motivace se může opírat o emocionální vlivy nebo se zakládá na racionálním vysvětlení. V mladším věku tak více působíme na citovou sféru, zvláště u dětí v předškolním věku využíváme ke zvládnutí některých úkonů prvků her a různých zájmových činností. U starších pak toto citové ladění doplňujeme o racionální vysvětlení.

Vlastní terapii s pacientem začínáme rozhovorem – instruktáží, kdy je nutné vysvětlit onemocnění , jak je nutné změnit pacientovi návyky a podpořit ochotu pacienta na změnu chování. Příkladem může být rozbor pacientova režimu dne, kdy si většina stěžuje na nedostatek času, únavu po práci. Při hledání tak pacientovi poradíme, že lze cvičit i během krátkých volných chvil, cvičit mohou i u sledování televize, během pauzy v práci a zároveň pomůžeme upravit cvičení dle možností pacienta.

V případě, že pacient přijme naše doporučení zjistí pozitivní účinky – sníží se únava a celkově se zlepší i zdravotní stav, což pacienta motivuje v pokračování terapie.

K dosažení výsledků léčby je zapotřebí určité trpělivosti, pílě a sebeovládání, jak ze strany pacienta tak fyzioterapeuta. Často se tak stává, že pacient, který nevidí výsledky ihned, terapii nedodrží. Pro kontrolu terapie, tak při každé další návštěvě vhodnými otázkami zjišťujeme jak pacient cvičí, jaké je zlepšení apod., současně podle kontroly cvičení zjistíme, zda jej zvládá, kolik věnoval nácviku času, opravíme případné chyby. Pokud pacient cvičení nezvládl, je nutné znovu s ním probrat účel cvičení, zjistit proč necvičil a povzbudit jej k dodržování plánu. Některé věci je nutné opakovat vícekrát neboť pacienti jsou novým neznámým prostředím vystrašení a tyto informace nevnímají nebo množství nových informací rychle zapomenou.

Nejvíce obtížné je pro terapeuta motivovat pacienty s chronickým onemocněním, jejichž léčení je dlouhodobé, nebo je nutná celoživotní rehabilitace. Tito pacienti tak ztrácí víru v úspěšnost léčby, nebo v případě trvalého handicapu se musí vyrovnat ze skutečností, že nedosáhnou úplného uzdravení. Setkáváme se tak často s imobilními pacienty, kdy se pacient stává fyzicky bezmocným a v obstarávání základních potřeb je závislý na ostatních. Je třeba všít si jak pacient danou situaci prožívá a respektovat stud pacienta, na což někteří důsledkem spěchu a jakéhosi rutinního výkonů činností zapomínají a zasahují negativně do sebeúcty pacienta.

U pacienta se také mohou vyskytnout obavy, že pacienta opustí partner, děti a bude odložen do pečovatelského zařízení. V tomto případě je tak silně narušena motivace pacienta k další činnosti a jakákoliv snaha terapeuta je bez odezvy. Pro pacienta je vždy důležité rodinné zázemí, které mu dodá jistotu, že jej přijmou i v nemoci a má své místo v rodině. Snažíme se proto zapojit do terapie i rodinné příslušníky, ukázat jim možná řešení vzniklé situace, poradit i změny v domácím prostředí, které jim pak ulehčí návrat pacienta do domácího prostředí. Léčba však někdy právě ztroskotá na rodinné podpoře. Především u starších pacientů ztrácí rodina o pacienta zájem, pokud se jeho stav nezlepšuje a je odkázán na trvalou pomoc. Stejně tak i někteří partneři nejsou schopni svému partnerovi poskytnout potřebnou pomoc a nejeví ochotu naučit se potřebnou manipulaci s pacientem. *(ke stanovení úrovně sociálního zázemí pacienta lze využít dotazník – viz příloha č. 2)*

Na druhou stranu jsou pacienti, které snaha o nezávislost motivuje ke spolupráci s terapeutem a se zájmem se podílí na terapii. Většinou i pacientů se stejnou diagnózou, tak

pro úspěch terapie, nelze uplatňovat přesný postup a někdy pro dosažení stejného cíle volit jiné postupy a metody.

Jedním z hlavních předpokladů spolupráce pacienta je vytvoření pozitivního postoje k dané činnosti. Pacient se tak snaží do té míry, do jaké se mu činnost pro něho a jeho život zdá významná. Při motivaci by se tak měl terapeut vyhnout různých příkazů a zákazů, při nichž pacient sice cvičení vykonává, ale vnitřně může zaujmout odmítavý postoj. Pacient musí být přesvědčen, že chce sám, že by rád cvičil apod. Fyzioterapeut jej v jeho úsilí povzbuzuje, chválí a připomíná dosažené výsledky a úspěchy. Pacientovi je nutné zdůraznit, že jej pouze vedeme v jeho aktivitě, ale vlastní výsledek závisí na vlastním úsilí pacienta.

V průběhu terapie, kdy pacient cvičení zvládá, ke zvýšení motivace a zájmu cvičení obměňujeme, učíme složitější a nové činnosti, využíváme nových pomůcek při cvičení, měníme prostředí. Pro některé pacienty je pak přitažlivější cvičení ve skupině, kdy nové prostředí a vzájemné působení mezi pacienty nutí členy, aby nezaostávali ve výkonu a udržovali krok s ostatními. Musíme však dbát na to, abychom u slabších, zejména starších pacientů nevzbudili nepříznivý vliv, kdy pacienti přepínají své síly, nezvládají vše jako ostatní a ztrácí tak chuť v pokračování. Fyzioterapeut tedy musí do skupiny vybírat vhodné pacienty a povzbudit je, vysvětlit, že u každého pacienta je průběh terapie jiný a doba léčby je vždy individuální.

8.3. Úspěchy a neúspěchy teorie v praxi

Do péče fyzioterapeuta se dostávají pacienti s nejrozličnějšími typy onemocnění, léčitelných i neléčitelných, pacienti všech věkových kategorií a všech sociálních vrstev. Stejně jako jsou různí pacienti je i jejich léčba velmi individuální a všechny poznatky je nutné vždy přizpůsobit dané situaci a stavu pacienta.

Z hlediska úspěšného či neúspěšného ovlivnění pacienta fyzioterapeutem, lze pacienty rozdělit do tří možných skupin :

- a) Největší skupinu představují pacienti u nichž terapie byla úspěšná a ovlivnila další život pacienta. Jde z větší části o pacienty s vážným onemocněním, nebo dlouhodobě se léčící bez jakéhokoli zlepšení zdravotního stavu, často jsou to pacienti, kteří prodělali mnohá odborná vyšetření, aniž by byla zjištěna příčina přetrvávajících obtíží (bolesti zad, hlavy, bušení srdce apod.). Bezradný pacient, bez důvěry v uzdravení se tak dostává na naše oddělení s tím, že si lékaři již nevědí rady s jeho nemocí. Ukazuje se také, že většina nevysvětlených potíží souvisí s psychickou stránkou člověka (problémy v rodině, ztráta zaměstnání), jež objektivně žádnými přístroji a vyšetřeními nelze zjistit, ale mohou se navenek projevit výše zmíněnými obtížemi. Významně se proto v terapii uplatňuje rozhovor s pacientem, vyslechnutí a povzbuzení pacienta, která tak představují podstatnou část terapie. Důležitá je již zmiňovaná otázka motivace a stanovení reálných cílů léčby. Zvláště u imobilních pacientů je nutno vše pečlivě vysvětlit, stanovit nižší cíle, které jsou potřebné ke zvládnutí cílů vyšších. Příkladem je postupný nácvik vertikalizace – nácvik samostatného sedu, dále stoje, chůze, kdy prvotním cílem může být pro pacienta chůze na toaletu.

Problém, jež se odráží v možnostech ovlivnění pacienta, je již zmiňovaná otázka času a způsobu financování zdravotní pojišťovnou. Tato úhrada bohužel neodpovídá časovým nárokům, které je třeba takovým pacientům věnovat. Fyzioterapeut tak ve spěchu vše důkladně nevysvětlí a tím pacienta odradí, anebo v druhém případě pak musí věnovat méně času druhému pacientovi.

V terapii se také významně uplatňuje ergoterapie (léčba prací), která slouží k nácviku samostatnosti pacienta v běžném životě, sebeobsluha pacienta a začlenění pacienta do běžného života. Současně také naučení novým činnostem, vytvořením vlastních výrobků pomůže pacientovi zapomenout na jeho onemocnění, popřípadě odstraní strach z návratu do zaměstnání, kdy s pacientem nacvičíme potřebnou zručnost.

Často se také setkáváme s pacienty jež dosáhnou určitého stupně samostatnosti, ale po návratu domů nebo do jiného zdravotnického zařízení dochází ke zhoršení stavu a pacient se vrací k opakování léčby. V tomto případě se projeví, zda byl pacient na návrat domů dostatečně připraven, ale i kvalita

rodinného zázemí, která se musí aktivně podílet na celém procesu. Někdy i sám pacient, když vidí bezradnost svých blízkých ztrácí i tu sebemenší naději a stejně tak se zhoršují již naučené schopnosti. Důsledkem je pak pacientova obava z návratu domů a na fyzioterapeutovi je opět vzbudit pacientovu sebedůvěru v jeho schopnosti. Je třeba určitá změna v systému následné péče a v poskytování sociálních služeb, které zatím ztrácí určitou návaznost a která je bohužel na úkor pacienta omezena ekonomickými možnostmi.

- b) Druhou méně početnější skupinu tvoří pacienti , které se nám daří ovlivnit jen z části. Pacienti dodržují terapie jen po dobu návštěv rehabilitace, avšak nejsou ochotni měnit svůj životní styl. Dále pacienti u nichž je léčba příliš zdlouhavá, mohou ztratit důvěru v léčbu, kterou se však ani terapeutovi nepodaří získat zpět. Někdy si také pacienti stanoví příliš vysoké cíle (dlouhá léčba, nesmíří se s trvalým handicapem, demotivuje je ztráta zaměstnání) a tito pacienti jsou pak léčbou spíše zklamáni a nedodržují daný plán.
- c) Poslední skupinou jsou pacienti u nichž je léčba neúspěšná, převážně v důsledku pacientova negativního postoje k léčbě, kdy se již ve zmiňovaných případech snaží získat ze své nemoci prospěch. Takový pacient terapii různě obchází, popřípadě si vybere pro něj přijatelné úkony (masáže) a léčení spíše vědomě prodlužuje s tvrzením, že mu nic nepomáhá. Někteří pacienti často také nepochopí smysl terapie, nejsou schopni si ať už vědomě či nevědomě některé věci zapamatovat a zde i terapeut ztrácí trpělivost ve svém snažení. Příčinou neúspěšné léčby může být však i chybou terapeuta, který např. špatnou náladou, spěchem, nedokáže s pacientem navázat vhodný kontakt a tím získat i jeho důvěru.
- d) Určitou skupinou, vzhledem ke svým specifickým tvoří pacienti s chronickým onemocněním. V práci fyzioterapeuta patří terapie u chronicky nemocných pacientů k těm nejtěžším a nejproblematictějším úkolům a často je i terapie neúspěšná. Chronický pacient, který prochází zdravotnickým zařízením již poněkolkáté, je zklamán průběhem léčby, má negativní postoj k lékařům, sestráám. Často u těchto pacientů chybí autorita zdravotnického personálu, pacienti nedodržují stanovené postupy, bývají neukáznění, mění se i jejich

sociální vztahy v rodině. Pacient obvykle radí zdravotnickému personálu „ví co mu zaručeně pomůže a co ne“. Velmi obtížné je proto u těchto pacientů najít a vzbudit motivaci ke spolupráci, vysvětlit jim nutnost terapie k zachování či udržení jejich současného zdravotního stavu. Snažíme se o pozitivní přístup k nemoci a pomoci pacientovi přijmout to co změnit nelze. Někdy i pacient nepochopí, že úspěšnost léčby, i když třeba nevede k úplnému uzdravení, závisí především na jeho vlastní aktivitě a je že jeho léčba neskončila odchodem z našeho oddělení, ale právě naopak tam začíná. Nelehkým úkolem fyzioterapeuta je tomuto několikrát zklamanému pacientovi nalézt novou víru a znovu jej motivovat ke spolupráci na jeho terapii. Zjištění potřebných informací o pacientovi, navození vztahu, kdy pacient respektuje autoritu fyzioterapeuta je vzhledem k časovým možnostem, určitému tlaku na nemocniční lůžka a omezením celkové terapie značně nemožný náročný úkol. Pro fyzioterapeuta je proto důležité vybrat aspoň ty nejdůležitější informace, které budou mít pro pacienta přínos.

8.4. Podmínky úspěšné rehabilitace

Více pozornosti při studiu fyzioterapie by mělo být věnováno celkovému pohledu na člověka. Přílišná specializace, důraz na odborné znalosti jsou tím nejdůležitějším. Zapomíná se však na lidskost, soucit a lásku k bližnímu, které k léčbě pacienta nezbytně patří. Často by stačilo představit si namísto pacienta sebe nebo blízkého člena rodiny.

Větší pozornost by také měla být věnována příčinám vzniku nemocí a ne pouhému řešení následků, kdy v klasické medicíně se často příznak považuje za samotnou nemoc a jeho odstranění za vyléčení.

Nejčastěji se ve své praxi setkávám s pacienty, jejichž nemoc má psychosomatický ráz, spočívající v psychice člověka, ale který se projeví až určitým tělesným projevem. Hledání příčin a působení na psychiku člověka považuji proto za jeden z nejdůležitějších úkolů ve své práci.

Pro to, aby fyzioterapeut vykonával své povolání co nejlépe musí mít pro tuhle práci již určité dispozice, vnímat práci jako poslání a zvážit své schopnosti pro výkon tohoto povolání.

Neměla by být také opomíjena týmová spolupráce všech členů ošetrovatelského týmu, která bohužel není ve všech zdravotnických zařízeních ještě na takové úrovni a která je nutná jako záruka kvality péče o pacienta. Rehabilitace není dostatečně hrazena zdravotními pojišťovnami a není v ní možné pokračovat tak dlouho, dokud se schopnosti pacienta zlepšují. Většina pacientů má indikovanou denní fyzioterapii, ale často chybí ergoterapie (tedy diagnostika a trénink denních činností), indikace a vyzkoušení potřebných pomůcek v domácím prostředí, psychologická diagnostika a terapie, logopedická diagnostika a terapie, kognitivní rehabilitace, indikace individuálních protéz, ortéz apod. Neprovádí se hodnocení pacientova domácího prostředí, není možné rychle vyměnit byt, aby mohl být co nejdříve propuštěn ze zdravotnického zařízení. Většina občanů s těžkým zdravotním postižením žije bohužel v institucích a je nedokonalý systém následné péče.

Domácí péče může mít v zásadě několik variant. Jednou z nich, je kombinace péče domácí s péčí ústavní, kdy pacient část dne tráví rehabilitačními aktivitami mimo domov, ale pak se vrací zpět. Jinou variantou může být celodenní domácí péče s docházkou odborné rehabilitační pracovnice nebo pečovatelky, které pomohou s některými činnostmi spojenými s péčí o postiženého. Konečně poslední variantou je celodenní domácí péče bez pomoci kohokoliv jiného než rodiny.

Varianta kombinované domácí péče s ústavní nebývá v těchto případech příliš využívána, neboť rodiny často nemají pro svého blízkého možnost vlastní dopravy. Varianta celodenní domácí péče s docházkou rehabilitační pracovnice nebo pečovatelky bývá využívána více, nicméně nejčastější variantou bývá celodenní domácí péče bez cizí pomoci. V případě správného zájmu rodiny jsou rodinní příslušníci ještě v nemocnici zaučeny do příslušné rehabilitační péče a cviky, které jim byly ukázány praktikují s nemocným i doma. Chtějí se spolehnout sami na sebe, nepotřebovat cizí pomoc. Motivem bývá často i snaha zachovat si soukromí.

Při rehabilitaci je velmi důležité podpořit u rodiny víru – víru, že jejich snažení má smysl, i kdyby procento úspěšnosti k vyléčení bylo mizivé. Nesmíme zapomínat na skutečnost, že sebelépe vyškolený personál není schopen předat nemocnému tolik citu a lásky jako matka či otec nebo milující rodina.

Problémem je také nedostatek dostupných informací, které by pacientovi a jeho rodině pomohly lépe se orientovat v daném problému. Neexistuje instituce, která by poskytla komplexní pomoc a tak jsou rodiny odkázány sami na sebe, hledat informace na více místech a tak teprve postupně získávat představu o péči o takto postiženého člena. Je-li tedy v silách a celkových možnostech rodiny převzít svého postiženého člena do domácího ošetřování, může to být pro postiženého člena velkým přínosem. Jsou ale jistě situace, kdy rodina z různých důvodů, ať zdravotních nebo např. sociálních, takovou zodpovědnost na sebe opravdu vzít nemůže. Podmínky, které v rodině panují, zkrátka potřebnou celodenní péči často neumožňují. V těchto případech mohou rodinu dokonce napadat myšlenky, že tím, že nejsou schopni se o svého blízkého osobně postarat, vlastně zklamali. Ale takové výčitky nejsou oprávněné a úkolem společnosti na tomto místě není snad rodinu zatratit, ale naopak pomoci jí překonat pocity vlastního selhání a nalézt možná řešení situace.

Závěr

Závěrem lze říci, že pro úspěšnost terapie jsou důležité nejen odborné znalosti terapeuta, ale i určité znalosti lidské psychiky, schopnost vcítění a umění pacienta vhodně motivovat ke cvičení a změnit jeho dosavadní návyky. Zároveň je důležité vždy respektovat aktuální stav pacienta, vnímat pacientovu náladu, zajímat se o jeho sociální zázemí, jeho problémy i starosti se kterými se pacient potýká, ale i možnosti a provoz daného oddělení a podle toho vždy vhodně přizpůsobit terapii pacienta.

K dosažení cíle léčby vede zdlouhavý, náročný a pro někoho zdánlivě obtěžující způsob opakovaného cvičení na nějž naši pacienti mívají málo trpělivosti. V civilizačním spěchu se chtějí uzdravit pokud možno co nejdříve a s co nejmenší námahou, tj. chtějí být zdraví „pokud možno ještě včera“ a to bez finanční újmy či osobního omezení. Udržení zdraví však vyžaduje osobní angažovanost a v tomto směru je třeba směřovat i zdravotnickou osvětu, která by měla sloužit preventivnímu poslání, ta však zatím není podporována v té míře jak by bylo zapotřebí.

Ústavní péče může zajistit denně několikahodinové blahodárné léčebné procedury, ale často po celý zbytek dne odkazuje pacienta na sebe sama. V takovém případě se pak pacient uzavírá sám do sebe a přemýšlí o smysluplnosti jeho dalšího bytí, což spolu s většinou neosobním prostředím zdravotního zařízení značně neguje pozitivní vliv předešlých terapií. Má-li však pacient možnost strávit po rehabilitačních aktivitách zbytek dne v jemu dobře známém domácím prostředí, je více než pravděpodobné, že výtěžnost z odborné léčby bude mnohonásobně efektivnější, čímž se podstatně zvyšuje naděje na příchod očekávaného zlepšení. Pro pacienta je také důležité jeho rodinné zázemí a podpora všech členů rodiny při léčbě pacienta..

Fyzioterapeut musí využít všech svých znalostí, nejen z oboru fyzioterapie, ale i z oblasti pedagogiky a psychologie, musí provádět všechny profesionální úkony, které terapie vyžaduje. Fyzioterapeut musí zůstat pro pacienta určitou autoritou a současně být i jakýmsi přítelem, který jej vždy vyslechne a nabídne mu pomoc.

Resumé

Ve své práci jsem se zaměřila na zhodnocení teoretických poznatků získaných studiem a jejich možnost uplatnění v praxi fyzioterapeuta. Pro úspěšnost léčby pacienta je nutné kromě všech odborných znalostí mít poznatky i z oblasti psychologie a pedagogiky. Při terapii je nutné nezapomínat na celkový pohled na pacienta, neléčit jen vlastní onemocnění, ale celého pacienta. Nelze při terapii opomenout individualitu každého jedince, působení psychosociálních a sociálních aspektů, které významně ovlivňují průběh nemoci i proces léčby. V praxi je důležitá správná komunikace s pacientem, která musí být vždy přizpůsobena typu pacienta, jeho onemocnění i momentálnímu stavu.

Jedním z nejtěžších úkolů fyzioterapeuta je i správná motivace pacienta, vzbudit v něm zájem o léčbu a s tím i související změny v jeho životě, zaujmout pacienta, aby se sám podílel na svém zdraví a pochopil důležitost vlastní angažovanosti na svém zdraví.

Předpokladem pro úspěšnost terapie je proto i navázání vztahu s pacientem, získání jeho důvěry, což je bohužel někdy omezeno systémem zdravotnické péče a typem zdravotnického zařízení. V léčbě využíváme i všech výchovných a pedagogických zásad, které je však vždy nutné upravit dle momentální situace, zhodnotit vždy co je pro pacienta důležité a účelné a také vše přizpůsobit možnostem zdravotnického zařízení. Mimo vlastní léčbu pacienta je důležitá i fyzioterapeutova schopnost vcítění se, umění pacienta vyslechnout a podat mu „přátelskou“ ruku a pomoc na jeho cestě k uzdravení.

Anotace

Práce fyzioterapeuta vyžaduje nejen znalost všech odborných poznatků, ale i znalosti z oblasti psychologie a pedagogiky. Při terapii je nutné vnímat pacienta jako celistvou osobnost, kterou kromě vlastní nemoci ovlivňuje řada aspektů psychologických a sociálních. Úspěch terapie je podmíněn i správnou komunikací s pacientem, schopností fyzioterapeuta navázat potřebný vztah s pacientem, získat jeho důvěru, vhodně jej motivovat a dávat naději na jeho uzdravení. Všechny poznatky a postupy je vždy nutné upravit dle momentální situace, stavu pacienta, respektovat změny v průběhu nemoci, pacientův názor i změny v jeho rozhodování. Významný je i osobní zájem fyzioterapeuta o pacienta, umění pacienta vyslechnout, projev pochopení a lidskosti.

Klíčová slova

fyzioterapeut, komunikace, výchova, motivace, psychický stav

Annotation

The physiotherapist's work needs not only wide profesional knowledge but also pedagogy and psychology skills. We can't leave out all the psychological and social aspects that – together with own illness, logically influence patient's personality by therapy. The therapist's success is connected with effective mutual communications, physiotherapist's interpersonal skills that include dealing with patient's trust motivation and hope. All the processes and confusions are variable as to concrete situation, patient's condition and opinion as well as his decision changes. To sum up we need to mention that base of physiotherapist's activity makes his personal interest, empathy qualities, understanding and humanity.

Keywords

physiotherapist, communications, education, motivation, mental condition

Použitá literatura :

- 1. Hárđi, Uštván, Psychologie péče o nemocného, Praha : Avicenum, 1972**
- 2. Kopřiva, Karel, Lidský vztah jako součást profese, Praha : Portál, 2000**
- 3. Křivohlavý, Jaro, Psychologie nemoci, Praha : Portál, 2000**
- 4. Lánik, V., Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, Bratislava : Obzor, 1987**
- 5. Malý, M., Malá, E., Súčasné perspektívy rehabilitácie, Bratislava : Obzor, 1986**
- 6. Rozsypalová, M., Říčan, P., Psychologie a pedagogika, Praha : Avicenum, 1986**
- 7. Škrlovi, Petr a Magda, Kreativní ošetrovatelský managment, Praha : Advent – Orion s. r. o., 2003**
- 8. /<http://www.mpsv.cs>**
- 9. /<http://www.zdn.cz/>**
- 10. /<http://www.szu.cz/>**
- 11. /<http://www.unify-cr.cz/>**

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník k vyhodnocení výukového procesu

Pacient využívá v odpovědích škály od 1 do 5, přičemž 1 je „naprosto ne“ a 5 je „jednoznačně ano“.

- 1) Bylo snadné získat Vámi požadované informace ?
- 2) Byl zdravotnický personál ochotný odpovědět na Vaše dotazy ?
- 3) Bylo snadné pochopit dané informace ?
- 4) Byla dostatečně informována Vaše rodina o Vašem stavu a potřebách ?
- 5) Byl jste dostatečně a včas informován o vašem stavu a o tom co Vás daný den čeká ?
- 6) Byl jste poučen o příčinách a prevenci svého současného zdravotního stavu ?
- 7) Přispěla terapie a výuka k získání sebedůvěry a touze podpořit své zdraví ?
- 8) Rozumíte všem poskytnutým informacím a věříte, že jste schopen změnou svého životního stylu předejít zhoršení nemoci?
- 9) Zajímalo ošetřující personál, zda Vám někdo v domácí péči pomůže v případě, že situaci nebudete schopen zvládnout ?
- 10) Očekávali jste od lékaře a zdravotnického personálu, že Vám poskytnou více praktických rad ?

Příloha č. 2¹²

Stanovení úrovně sociální opory

JMÉNO A PŘÍJMENÍ.....

Datum narození..... **Datum**.....

Odpovězte, prosím, na níže položené výroky otázky, které se týkají Vašeho zázemí. U každého výroku zaškrtněte jedno číslo z uvedené stupnice, které nejlépe vyjadřuje Vaše stanovisko.

1 - zcela souhlasí

4 - spíše nesouhlasí

2 - souhlasí

5 - nesouhlasí

3 - spíše souhlasí

6 - zcela nesouhlasí

- a) Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku, jemuž se mohu se vším svěřit.

1 2 3 4 5 6

- b) Hlavním zázemím je pro mne rodina: poskytuje mi zázemí, je pro mne oporou a mohu se na ni spolehnout.

1 2 3 4 5 6

- c) Moji přátelé jsou spolehliví, snaží se mi pomáhat, je-li to třeba a mohu se s nimi podělit o své starosti i radosti.

1 2 3 4 5 6

- d) V nesnázích se mohu obrátit na své spolupracovníky: vím, že by mi v případě potřeby poskytli pomoc, radu a podporu.

1 2 3 4 5 6

¹² www.szu.cz

- e) *Zdrojem pomoci a podpory jsou pro mne v obtížných situacích i moji nadřízení v zaměstnání.*

1 2 3 4 5 6