

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních
a zdravotnických organizacích

Bc. Šárka Melounová

Motivace fyzioterapeutů pro jejich profesi, vývoj této motivace během jejich
pracovní kariéry.

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Olga Šmídová - Matoušová Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

.....

Bc. Šárka Melounová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce paní PhDr. Olze Šmídové-Matoušové Ph.D., za odborné vedení, věcné a hodnotné připomínky, otevřenost a vstřícnost po celou dobu, kdy diplomová práce vznikala. Dále děkuji fyzioterapeutům, kteří mi poskytli důležité informace prostřednictvím rozhovorů a dotazníku, na jejímž základě probíhal výzkum a které jsou pro tuto práci stěžejními.

OBSAH

ABSTRAKT.....	6
ABSTRACT.....	7
1. ÚVOD.....	9
2. OBECNÉ VYMEZENÍ PROBLÉMU.....	13
2.1. Poslání a cíle fyzioterapie.....	14
2.2. Z historie fyzioterapie.....	15
2.3. UNIFY ČR 2012 uvádí.....	16
2.4. Etický kodex fyzioterapeuta – dle UNIFY.....	18
2.5. Motivace pro obor fyzioterapie.....	20
2.5.1. Co je motivací.....	21
2.5.2. Motivátory, to co dokáže člověka posouvat dál dle Adaira (2004).....	22
2.5.3. Pracovní motivace.....	23
2.5.4. Pracovní spokojenost.....	24
2.6. Osobnost člověka , osobnost pro obor fyzioterapie.....	24
2.7. Společnost jako sociální kapitál pro definici zdraví a vnímání nemoci.....	25
2.8. Vztah terapeuta a pacienta, jako silný prvek ovlivňující obě strany.....	27
2.8.1. Partnerský – interpretativní model vztahu.....	30
2.9. Význam komunikace ve vztahu terapeut – pacient.....	31
2.10. Hygienické faktory v zaměstnání.....	33
2.11. Teorie pracovního systému.....	34
2.11.1. Význam komunikace na spokojenost v zaměstnání.....	34
2.12. Organizační kultura.....	35
2.13. Nastavený systém kultury organizace jako faktor ovlivňující celkové bezpečí organizace.....	36
2.13.1. Zavádění kvality péče.....	36
2.13.1.1. Systém kontroly kvality poskytované péče.....	36
2.13.1.2. Zavádění standardu konkrétního NZZ.....	38
2.14. Rizika v oboru fyzioterapie – Syndrom vyhoření.....	44
2.14.1. Definice syndromu vyhoření.....	45
2.15. Supervize v medicínských oborech.....	50
3. EMPIRICKÁ ČÁST.....	52
3.1. Cíle a výzkumné otázky.....	51
3.2. Diskuse metod výzkumu.....	54
3.3. Metoda sběru dat - konkrétní přiblížení.....	56
3.4. Průběh rozhovoru.....	57
3.4.1. Etika výzkumu.....	57
3.5. VÝZKUM.....	59
3.5.1. Analýza získaných dat.....	59

3.5.2. Stanovení kostry příběhu.....	60
3.5.2.1. V rámci kostry příběhu bylo vnímáno.....	60
3.5.3. Vlastní analýza.....	61
3.5.4. Doplnění výzkumu – dotazník a jeho analýza	103
4. ZÁVĚR.....	111
5. LITERATURA.....	114
PŘÍLOHY.....	118

ABSTRAKT

Diplomová práce na téma „Motivace fyzioterapeutů pro jejich profesi, vývoj této motivace během jejich pracovní kariéry.“ se zabývá přiblížením vztahu motivace, a to ve smyslu motivačních podnětů se kterými se fyzioterapeuti setkávají během profesní dráhy. V tomto kontextu jsou v rámci práce kladeny otázky, jak jsou fyzioterapeuté připraveni pro nástup do praxe. Jak jsou schopni se sami fyzioterapeuté vyrovnávat se sociálními složkami terapie ve smyslu navázání vztahů s pacienty s jiným zdravotnickým personálem např. lékařem, jak a nakolik se ztotožňují s kompletním zdravotnickým systémem a co je předmětem jejich kritiky systému.

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické v podobě jakéhosi obecného vymezení problému a empirické části.

Teoretická část ve svém úvodu stručně představuje obor fyzioterapie „jako takový“ s jeho historií, legislativou, podmínkami, s jeho možnostmi studia a možného uplatnění. Následující kapitoly se zabývají tématy, které s oborem a nasměrováním dráhy fyzioterapeuta úzce souvisejí.

Práce se soustřeďuje na sociální stránku poskytování fyzioterapeutické péče a to ve smyslu uvědomění si sociálních a psychologických potřeb přípravy a výkonu oboru z hlediska těch, kteří již po několik let obor fyzioterapie vykonávají. Diplomová práce přináší reflexi kultury profese a organizace ze strany fyzioterapeutů, bilanci jejich ovlivnění sociální stránkou oboru a jejich pohled další profesní vývoj.

V první části jsou představeny koncepty, resp. pojmy, které tvoří výkladový rámec: *etický kodex fyzioterapeutů, standardy pro obor fyzioterapie, historie fyzioterapie, , motivace pro obor fyzioterapie, osobnost člověka, společnost jako sociální kapitál, vztah terapeuta a pacienta, význam komunikace ve vztahu terapeut - pacient, význam komunikace na spokojenost v zaměstnání, mezilidské vztahy jako důležitý prvek terapie, hygienické faktory v zaměstnání, firemní kultura, syndrom vyhoření, supervize.*

Empirická část je popisného rázu. Věnuje se analýze pohledů a přístupů fyzioterapeutů ke zmíněným pojmům právě z teoretické části práce. Cílem bylo přiblížit postoje fyzioterapeutů vůči faktorům, které ovlivňovaly jejich vývoj během školy, nástupu do praxe a dalším působením v praxi. Šlo o zjištění těchto faktorů vůbec a způsoby jejich přijímání ze strany fyzioterapeutů, jak konkrétní postoj k ovlivňujícímu faktoru ovlivnil terapeutův vývoj, jak se jednotlivé faktory ovlivňovaly vzájemně.

Pro získání reflexe fyzioterapeutů s uvedenými indikátory jsem využila metodu kvalitativního výzkumu. Data jsem získávala prostřednictvím částečně strukturovaných rozhovorů s vybranými fyzioterapeuty, které byly doplněny dotazníkem s převážně otevřenými otázkami, který doplňoval předešlé rozhovory a představoval společné jádro biografických faktů a názorů (postojů) na všeobecné úrovni. Vzorek fyzioterapeutů pro výzkum byl vybrán na základě předem stanovených kritérií.

Hlavním přínosem diplomové práce je nastínění vývoje profesní dráhy fyzioterapeutů v jejich počátcích i očekávání a projekt jejich budoucího směřování. Jedním z cílů bylo vyzvednout vztah jednotlivce jako člena dané profese a její kultury a jeho nastavení pro obor fyzioterapie s přiblížením jeho schopností vyrovnávat se sociálními a kulturními aspekty a také základními podmínkami poskytování fyzioterapeutické péče.

Záměrem bylo i postihnout otázku připravenosti fyzioterapeutů na proces vývoje v oboru, jejich úsilí se s oborem ztotožnit a jejich schopnost se v oboru dále vyvíjet a směřovat.

Klíčová slova: fyzioterapie, motivace, komunikace, pacient/klient, kultura organizace, kvalita péče, standard.

ABSTRACT

Thesis on the theme "Motivation of physiotherapists for their profession, development of the motivation during their careers." follows up the relationship approach motivation, in the sense of motivational stimuli which physiotherapists encounter during their careers. In this context, there are questions asked in the thesis, how physiotherapists are prepared to enter their practice. How are they themselves able to cope social components of therapy in the meaning of relation-establishing with patients, with other medical staff such as doctors, how are they able to identify themselves with a complete medical system.

The thesis is divided in two parts: theoretic and empiric one. The beginning of theoretic part concisely presents physiotherapy itself with its history, legislation, conditions, with possibilities of studying and using. Next chapters follow up themes, which

closely cohere with the discipline and directing physiotherapists' career. The thesis is focused on social aspect of providing physiotherapeutic care in the meaning of ability of awareness of social needs of the discipline. Again, it's about reflexion from the side of physiotherapists, their affection by social aspect of the discipline and their upcoming professional development.

In theoretic part, following names are appearing: ethic code of physiotherapists, standards for the physiotherapy discipline, history of physiotherapy, motivation for working in physiotherapy, society as a social capital, relation between therapist and patient, the importance of communication between therapist and patient, the importance of influence of communication on satisfaction in occupation, interpersonal relationships as an important element of therapy, hygienic factors in occupation, theory of worksystem, Porter's and Lawler's expectancy model, company's culture, burnout syndrome, supervision. The empiric part follows up analysis of views and attitude of physiotherapists to mentioned names from theoretic part. The effort was to approximate their attitude to mentioned problematics, it's affection, taking in and mutual affection between the attitudes. For mutual reflexion between physiotherapists and mentioned indicators, methods of qualitative research have been used. The bases were acquired through partly structured interviews with chosen physiotherapists, which were completed by surveys with predominantly opened questions, which complete the interviews. The pattern of physiotherapists for the research was chosen on the base of predetermined criteria. The main benefits of this thesis is an outline of a physiotherapists' profession. A relation between individual and it's setting for physiotherapy discipline should be highlighted – with a zoom to his ability to cope with social aspects of providing of physiotherapy care. Another task was to refer physiotherapists' readiness for process of their development in discipline, their ability to align with the discipline and their individual ability to develop and direct themselves in the discipline.

1. ÚVOD

V současné době je fyzioterapie rozvíjejícím se oborem. Tento obor se stává velice potřebným a to z důvodů přibývajících klientely všech věkových kategorií.

Zrovna tak rychle, jak roste množství klientely a rozvíjejí se obory příbuzné, mělo by docházet k celkovému rozvoji fyzioterapie.

Cíl diplomové práce představovalo poznání vztahu k práci, motivů a motivátorů jako součást profesní kultury: Zajímaly mě faktory, kterými jsou fyzioterapeuté ovlivňováni a kterými se ovlivňovat nechávají.

Zajímalo mě, jak jsou fyzioterapeuté odolní, připravení se daným podnětům, potížím, možnostem, která obor nabízí, postavit. Na druhé straně stála potřeba zjišťovat jejich otevřenost a jejich schopnost přijmutí či odmítnutí těchto faktorů.

Zajímalo mě do jaké míry, připravuje v tomto směru fyzioterapeuty škola. Do jaké míry se musejí fyzioterapeuté připravovat sami třeba v rámci praxe, dalšího vzdělávání.

Vznikaly otázky typu - Jakým způsobem dokáží faktory obsahující obor fyzioterapie dotyčného směřovat, motivovat, odrazovat?

Fyzioterapii se nedá upřít její velký prostor pro vytváření hodnot a možností poskytující seberealizaci. Jde o obor kreativní, plný možností vývoje. Kdo učí fyzioterapeuty kreativitu, schopnost flexibilně jednat, patřičně komunikovat a „dobře“ vnímat svou pozici v celkovém zdravotnickém systému? Připraví je na to škola, zkušenější kolegové v práci, nebo musejí fyzioterapeuté hledat iniciativu sami v sobě a prostě se dobře orientovat v možnostech, které jim byli poskytnuty? Jsou toho vůbec všichni schopni? Jakou odměnu symbolickou a materiální dostávají fyzioterapeuté za provádění takto náročného zaměstnání? Stačí jim uspokojení s dobře provedené práce a pocit, že dokázali pomoci?

Sama se cestou fyzioterapie vyvíjím 9 let. Měla jsem tedy dostatek příležitostí se s oborem setkat teoreticky, měla jsem tu možnost seznámit se s jeho nejnovějšími teoriemi, technikami, které jsem se snažila aplikovat v praxi.

Setkala jsem se situacemi, kde bylo důležitější navázání kontaktu s pacientem / klientem, než samotná aplikace techniky. Setkala jsem se s případy, kdy jsem si nevěděla

rady spíše s lidmi-klienty, než s léčbou. Hledala jsem způsoby, jak se k nim přiblížit, abych jim dokázala pomoci a přitom neohrozila sama sebe. Stalo se mi, že jsem profesionální přístup k pacientům porušila a to pro nutnost navázání osobnějšiho vztahu s pacientem a tím získala jeho potřebnou důvěru. Sama jsem se několikrát ocitla na pokraji vyhoření.

Během mého profesního vývoje jsem několikrát narazila na situace, na které mě nikdo nepřipravoval a nevaroval mě, přitom jsem měla vždy pocit, že tím stejným si musí procházet každý, aspoň trochu uvědomělý terapeut.

Během mého vývoje mě ovlivňovalo nejdříve a především studium na vysoké škole, poté to bylo místo pracoviště a podmínky pracovištěm kladené, jeho celková organizační kultura. Byli to kolegové, které jsem měla tu možnost potkávat a třeba se od nich učit. Byli to typy pacientů, které jsem mohla rehabilitovat. Dalšími indikátory směřující můj vývoj se staly odborné kurzy, na kterých jsem se mohla dále učit. Ovlivnili mě výrazné osobnosti fyzioterapie.

Poznala jsem ale také kolegy, kteří byli se svým zaměstnáním nespokojeni a to jak z důvodů neztotožnění se samotným oborem, tak i z důvodů nespokojenosti s podmínkami, za kterých museli pracovat.

Také jsem potkala jiné, kteří se v oboru fyzioterapie našli a kteří nikdy nepřemýšleli o změně zaměstnání. Dokázali přijímat obor takový jaký je a nebo si razili vlastní cestu.

Jaké faktory odlišují jedince, s různými pohledy na profesi fyzioterapie a co mají naopak společného? Jsou tyto faktory stejné a rozpoznatelné již na začátku profesní kariéry?

V rámci této diplomové práce šlo o zjištění nejsilnějších a nejstabilnějších motivátorů pro obor. Dále a hlavně šlo o zjištění hlavních vnitřních a vnějších motivačních podnětů fyzioterapeutů.

Vycházela jsem z předpokladu, že fyzioterapie je obor technicky i sociálně náročný a to v rámci navazování vztahů s pacienty, s lékaři a s ostatními zdravotníky.

Snažila jsem se zviditelnit fakta a nesnáze týkající se práce v oboru, kterým musí fyzioterapeuté čelit a které mohou jejich motivace značně ovlivňovat.

V tomto kontextu byly kladeny otázky, jak jsou fyzioterapeuté připraveni pro nástup do praxe. Jak jsou schopni se sami vyrovnávat s uvedenými sociálními složkami terapie. Jak jsou schopni se ztotožnit se systémem, ve kterém pracují.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části – první část tvoří jakési obecné vymezení problému a částí druhou je část empirická.

První část se ve svém úvodu zaměřuje na přiblížení vzdělávacího systému fyzioterapie, a možného dalšího vzdělávání pro absolventy se stručnou charakteristikou oboru. Uveden je také Etický kodex fyzioterapeutů, standardy a normy, kterým fyzioterapie podléhá.

Další systematicky řazené kapitoly se zabývají tématy:

motivace pro obor fyzioterapie, osobnost člověka, společnost jako sociální kapitál, vztah terapeuta a pacienta, význam komunikace ve vztahu terapeut - pacient, Význam komunikace na spokojenost v zaměstnání, mezilidské vztahy jako důležitý prvek terapie, hygienické faktory v zaměstnání, Teorie pracovního systému, organizační kultura, syndrom vyhoření, supervize.

Druhou část diplomové práce tvoří část empirická. Zde jsem se snažila popsat metodu kvalitativního výzkumu – kvalitativní rozhovor, který byl pro empirickou část použit. Zvolila jsem techniku hloubkového částečně strukturovaného rozhovoru, který mi umožnil jistou volnost a určité hranice při dotazování vybraných respondentů. Rozhovory se týkaly profesní dráhy vybraných respondentů, změn jejich zájmů a změny vlastní motivace pro jejich profesi. Doplnění těchto rozhovorů tvořil dotazník s převážně otevřenými otázkami. Otázky dotazníku vznikaly na základě provedených rozhovorů.

Respondenty tvořili fyzioterapeuti s nejméně pětiletou až třicetiletou zkušeností v oboru, převážně se jednalo o praxi dlouhou přibližně 5 let. Jednou respondentkou se stala fyzioterapeutka s třicetiletou praxí v oboru. V rámci výzkumu by mohlo být vytčeno, že tato respondentka vypadává z kontextu ostatních profesně mladších fyzioterapeutů. Respondentku jsem se i tak rozhodla do výzkumu zařadit. Dotyčná stejně jako ostatní respondenti, vypráví o svém postupném vývoji jen vypráví s větším nadhledem a její vyprávění lze charakterizovat stabilizovanými postoji.

Všichni respondenti byli na základě vlastních zkušeností schopni reflexe a orientace vlastního profesního vývoje ale orientovali se v celkovém pojetí oboru. Byli schopni popisu vzniku a vývoje svých postojů v čase.

Cílem práce primárně není hodnocení finanční doceněnosti fyzioterapeutů a zároveň ani rozebírání jevů, kterých by se tato doceněnost či nedoceněnost týkala, ačkoli ji respondenti tematizovali.

V rámci práce jde především o nastínění a zmapování možného a ne/úspěšného vývoje fyzioterapeutů, jejich postojů k překážkám a výzvám a jejich míra odhodlání se v profesi udržet a být úspěšným a především spokojeným fyzioterapeutem.

Pozn. :

- V práci jsou použity výrazy fyzioterapie a rehabilitace, s výrazy je volně pracováno. Mezi těmito výrazy je mírný rozdíl: Fyzioterapie je součástí zdravotní rehabilitace. Ve zdravotní rehabilitaci spolupracuje řada odborníků (lékařů a jiných zdravotníků) na společném cíli: uzdravení pacienta.
- Zároveň dochází k plynulému zaměňování výrazů klient a pacient. V rámci této práce nejsou mezi těmito výrazy smyslové rozdíly. Jednalo se spíše o to, aby se stále neopakovala stejná pojmenování. V praxi mohou mít tyto výrazy odlišný význam, kdy pacient dochází na státní ambulantní zařízení, polikliniky a klient spíše do soukromého zařízení, kde si terapie a léčbu platí sám. V dnešní době se ale často setkáme s preferencí pojmu klient. V případě poskytování lékařské péče se stále preferuje označení pacient.
- Použité zkratky: RHB – rehabilitace, NZZ – nestátní zdravotnické zařízení, FTVS – fakulta tělesné výchovy a sportu,

2. OBECNÉ VYMEZENÍ PROBLÉMU

Lidé tráví velkou část svého života na pracovišti, volba jejich profese a pracovní spokojenost či nespokojenost má značný význam pro jejich život. V celkové životní spokojenosti hraje velkou roli i fakt, že je v práci umožněno uspokojení profesních životních potřeb jedince.

V rámci profese jde mimo vydělávání peněz o pocit konání něčeho užitečného, o vyrovnané mezilidské vztahy na pracovišti a v neposlední řadě o pocit seberealizace.

V rámci teoretické části diplomové práce jsem se snažila přiblížit obor z několika pohledů. Jednalo se o popis toho, jak se člověk vůbec může stát fyzioterapeutem, poté jaké jsou jeho možnosti a kompetence, co by mělo být jeho úkolem v rámci vykonávání profese. Snažila jsem se přiblížit i něco málo z historie fyzioterapie. Do diplomové práce jsem přidala informace o *Systém kontroly kvality poskytované péče, Etický kodex fyzioterapeutů s komentářem*. Začlenila jsem i kapitolu –*Kvalita péče, Navržení standardu pro konkrétní NZZ*. Tím jsem chtěla poukázat, jakým kontrolám a pravidlům obor podléhá, podléhat by mohl a podléhat by měl.

Další části diplomové práce tvoří nadpisy jako: *Motivace pro obor fyzioterapie, osobnost člověka, osobnost pro obor fyzioterapie, Společnost jako sociální kapitál pro definici zdraví a vnímání nemoci, Vztah terapeuta a pacienta, jako silný prvek ovlivňující obě strany, Význam komunikace ve vztahu terapeut - pacient , Význam komunikace na spokojenost v zaměstnání, Mezilidské vztahy jako důležitý prvek terapie,*

V těchto kapitolách diplomové práce jsem se snažila přiblížit, co všechno se vlastně průběhu rehabilitace týká, že nejde pouze o aplikaci fyzioterapeutických technik, ale že je proces léčby ovlivňován spoustou dalších jiných faktorů, které se z velké části odvíjejí od společnosti a její kultury chování.

Dalšími částmi diplomové práce se staly kapitoly s názvy: *Hygienické faktory v zaměstnání, Teorie pracovního systému, Organizační kultura.*

V této části jsem chtěla přiblížit fyzioterapii jako zaměstnání a pozici fyzioterapeuta jako zaměstnance, který podléhá zaměstnavateli a nastaveným pravidlům společnosti. Fyzioterapeut jako jakýkoli jiný pracovník jiných oborů a že vlastně i tyto faktory mohou fyzioterapeuta značně ovlivňovat a směřovat jeho motivace a další vůli se vyvíjet.

Poslední části teoretické části tvoří kapitoly jako: *Syndrom vyhoření – rizika, sebeobrana, Supervize v medicínských oborech.*

Zde jsem chtěla poukázat, že fyzicky i psychicky náročný obor jako je fyzioterapie právě syndromu vyhoření podléhá. Že se nejedná o ojedinělý jev a že existuje možnost řešení v podobě supervize.

2.1. Poslání a cíle fyzioterapie

Pohled na fyzioterapii má dva aspekty, jedná se o teoretickou i praktickou disciplínu vycházející z mnoha vědních oborů. Využívá poznatků medicíny, fyzikální léčby, psychologie a jiných vědních disciplín.

Vzhledem k tomuto svému multidisciplinárnímu zastoupení nebyla fyzioterapie ještě jednoznačně ohraničena a definována. Přes svou šíři záběru je však její úkol jasně vymežitelný:

Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou pohybového aparátu. Je také součástí léčby dechových obtíží, problémů lymfatického systému a civilizačních onemocnění. Uplatní se všude tam, kde trpí svaly, klouby, při neurologických (nervových) onemocnění. Fyzioterapie dále řeší obtíže vzniklé přetížením (jednotvárným pracovním zatížením, sportem, velkým jednorázovým zatížením). Pomáhá při špatném vývoji pohybového ústrojí dětí, vadném držení těla, skolióze a plochonoží. Fyzioterapie také usnadňuje zotavení po úrazech a operacích. Mezi neurologická onemocnění, která se zmírňují pomocí fyzioterapie, patří např. Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza mozkomíšní, cévní mozková příhoda (mrtvice) a všechny druhy obrn a jiné.

Všeobecným cílem fyzioterapie by měla být úleva od bolesti a dosažení co možná nejlepšího možného fungování celého těla. K úspěšné léčbě je třeba poznat životní situaci konkrétního pacienta, jak k obtížím dospěl a čím je problém udržován. Součástí vyšetření je seznámení se s jeho životním příběhem a psychickým stavem, rozbor toho, jak se pacient během dne pohybuje. Terapeuta bude zajímat i to, zda trpí pacient nadváhou, nespavostí či má kompletně špatný životní styl. Ve všech uvedených zdravotních potížích, je nutná a důležitá aktivní spolupráce pacienta.

Fyzioterapeut použije jiný přístup, pokud pacient trpí akutní bolestí nebo se pac. nachází v klidovém období déle trvajících, chronického problému. Chronický problém je obecně ten, který přetrvává déle jak tři až šest měsíců.

Velmi důležitou a často zapomínanou částí fyzioterapie je prevence. Ta by měla být základem fyzioterapie, lidé by měli svým potížím předcházet. Pacient navštíví lékaře a dochází na fyzioterapii až v době vypuknutí potíží a bolestí. V této fázi propuknutí potíží je často pozdě cokoli řešit.

Prevence by měla být postavena na pravidelném kvalitním a zdravém pohybu ale i na správném vnímání sama sebe a svého okolí. Fyzioterapie využívá standardní postupy na základě nejnovějších vědeckých poznatků s přírodními zdroji energie.

2.2. Z historie fyzioterapie:

První zmínky o složení mozku, činnosti, nervech a jejich možného ovlivňování tělesným cvičením s dobrou zpětnou vazbou, to zaznamenal již Hippokrat, Platon či Aristoteles.

Jak je známo, již dávno dříve probíhaly pitvy, kde se lidé učily o anatomii a fyziologii lidského těla. To můžeme poznat z anatomických obrazů Da Vinciho.

O prvních reflexních akcích psal Descartes, který popisoval, že zevní podnět způsobí jakési otevření nervové cesty, po níž duše člověka působí na výkonný orgán.

V 19. století bylo objeveno složení mozku, byla rozpoznána šedá kůra mozková, která se skládá z buněčných těl a bílá kůra mozková skládající se z nervových vláken.

Stavba mozečku a jeho buněčné složení byla objevena Purkyněm.

O harmonické funkci těla se zajímal Ling, který vybudoval švédský systém, pomáhající právě této harmonii.

Významnými anatomy a neurology 19. století se stali Broca, Brodmann, Brown-Squard, Duchenne, Huntington.

Koncem 19. století byla zavedena fotografická analýza pohybu. Anglický neurolog Jackson se ke konci 19. století správně domníval, že mozek řídí pohyby, nikoli svaly. Je rovněž pokládán za zakladatele hierarchického principu řízení motoriky od nejnižších po nejvyšší.

Fyzioterapeutické koncepty se mimo jiné opírají o neurofyziologické základy. Takovým základem je také reflexní teorie řízení motoriky, kterou sepsal Sherrington.

Dalšími zavedenými pojmy byly „podmíněný reflex“ (Pavlov), „polohové reflexy“ (Magnus).

Nová teorie řízení motoriky „teorie motorických programů“ vnikla dle výzkumů Grillnera a Rosignola.

Rehabilitace cévních mozkových příhod, které se objevovaly již dříve byla popsána na základě zkušeností lékařů Forela a Brodala.

Obor fyzioterapie se stal samostatným oborem až ve 20. století a její první formy, byly jen základy toho, co máme dnes. Výkony spadající dnes do fyzioterapie dříve vykonávali lékaři a ve větší míře rehabilitační zdravotní sestry. Fyzioterapie se stále vyvíjí a je neustále obnovována novými přístupy a technikami, na což má především vliv dnešní fyzicky neaktivní doba, kde vzniká spousta poruch pohybového aparátu a to i s faktem, že průměrná délka života lidí se prodlužuje.

Nejznámějšími českými jmény v oboru fyzioterapie z historie jsou: Vojta, Lewit, Jirout, Janda, Mojžíšová. Dostupné z: ([http://cs.wikipedia.org/wiki/Fyzioterapie\[online\]](http://cs.wikipedia.org/wiki/Fyzioterapie[online])).

2.3. UNIFY ČR 2012 uvádí:

Fyzioterapeutem se stává ten, kdo získá odbornou způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Odbornou způsobilost bylo dříve možné získat absolvováním oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník na střední zdravotnické škole či oboru diplomovaný fyzioterapeut na vyšší zdravotnické škole. V současnosti lze odbornou způsobilost získat již pouze po absolvování vysokoškolského studia, a to buď v bakalářském, nebo magisterském studijním programu s možností postgraduálního vzdělávání. Tím působí v praxi vedle sebe fyzioterapeuti s vyšším odborným, vysokoškolským vzděláním.

Fyzioterapie může napomáhat k zmírnění potíží vzniklých stárnutím, zraněním, vrozenými vadami. Řada medicínských oborů se obrací na fyzioterapii ve smyslu konečných výsledků léčby a schopnosti zařazení pacientů zpět do plnohodnotného života.

Systém kvalifikačního vzdělávání: Vysokoškolské:

3-leté studium bakalářské

5-leté studium magisterské

2-leté navazující magisterské studium (po absolvování bakalářského studia)

Pozn. – dle zákona č. 96/2004 Sb. již nelze studovat fyzioterapii na VOŠ, v praxi ještě stále velké množství fyzioterapeutů diplomovaných specialistů pracuje.

- Fyzioterapeut –VOŠ VŠ bakalářských studijních programů do ukončení nástupní praxe

Pod odborným dohledem samostatného fyzioterapeuta provádí: základní fyzioterapeutické metodiky a techniky na základě indikace lékaře a stanovené diagnózy, aplikuje procedury fyzikální terapie nácvik používání kompenzačních, protetických ortopedických pomůcek, nácvik všedních činností.

- Fyzioterapeut - diplomovaný - VOŠ a VŠ bakalářských studijních programů do ukončení nástupní praxe

Provádí: kineziologickou diagnostiku, speciální vyšetření, zpracovává výsledky těchto vyšetření, stanovuje individuální terapeutický plán, fyzioterapeutické postupy a výkony, aplikuje neinvazivní, nefarmakologické postupy, včetně spektra reflexních metod a metod algoterapie, instruktáž pacienta, klienta a rodinných příslušníků, pečovatelů o provádění domácích cvičení a pohybového režimu.

- Samostatný fyzioterapeut – odborný - rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti VOŠ a VŠ bakaláři s ukončeným postgraduálním vzděláním – atestace aplikovaná fyzioterapie, VŠ magistr po ukončení nástupní praxe

Provádí: speciální vyšetření, zpracovává výsledky a hodnotí je, vypracovává dlouhodobý plán fyzioterapie, manuální a reflexní terapii.

Má předpoklad: k provozování samostatné praxe, pro metodickou a pedagogickou činnost.

- Fyzioterapeut – specialista- VŠ magistr po 5 letech praxe nebo po ukončení specializačního studia (bude-li toto vytvořeno)

Provádí: specializovaná vyšetření náročná na vyhodnocení a zpracování, hodnocení výsledného efektu fyzioterapeutické péče, podílí se na výzkumu a vědecké činnosti.

Má předpoklad: pro vedení kolektivu, vedoucí funkci.

Fyzioterapeuti pracují v zařízení jako:

Lůžková zařízení: Kliniky rehabilitačního lékařství, centra léčebné rehabilitace. Rehabilitační, fyzioterapeutická oddělení. Lůžková oddělení klinických oborů.

Ambulantní zařízení : Pracoviště samostatného fyzioterapeuta, centra a oddělení léčebné rehabilitace, denní rehabilitační stacionáře.

Specializované léčebné ústavy: Lázně

(<http://www.unify-cr.cz/unify-cr/2014>,[online])

2.4 Etický kodex fyzioterapeuta – dle UNIFY

"Etické principy pro fyzioterapeuty" byly vypracovány v souladu s "Etickým kodexem" WCPT a byly schváleny výkonným výborem Unie rehabilitačních pracovníků dne 12.6.1992. Přepřacovány a schváleny Sjezdem Unie fyzioterapeutů ČR dne 26.1.2002 jako "Etický kodex fyzioterapeuta"

I. Obecné zásady

Stavovskou povinností fyzioterapeuta je poskytovat kvalifikovanou a zodpovědnou profesionální službu. Fyzioterapeut dodržuje zákony a vyhlášky, kterými se řídí jeho činnost v České republice. Fyzioterapeut respektuje věk, národnost, víru, barvu pleti, politické přesvědčení, sociální statut, pohlaví a sexuální orientaci klienta. Fyzioterapeut respektuje práva a lidskou důstojnost všech jedinců. Fyzioterapeut nese odpovědnost za svá rozhodnutí.

II. Výkon povolání

Fyzioterapeut zodpovídá za provedení fyzioterapeutických postupů a nesmí ohrozit zdraví klienta. Fyzioterapeut musí svou profesionální činností předcházet vzniku disability. Fyzioterapeut přispívá k rozvoji odborné úrovně a zajištění kvalitní péče o klienty. Fyzioterapeut je povinen průběžně udržovat nejvyšší úroveň svého vzdělání a odbornost (celoživotní vzdělávání). Fyzioterapeut má právo na finanční odměnu za svou práci..

III. Vztah ke klientovi

Fyzioterapeut je vázán mlčenlivostí ve vztahu ke všem informacím týkajících se klienta. Nemluví o záležitostech klienta s nikým jiným, než s tím, kdo je spoluodpovědný za péči o něj. Fyzioterapeut podává klientům přesné informace o poskytování fyzioterapeutických výkonů a je povinen seznámit klienta i o případném riziku terapie.

IV. Vztahy k ostatním zdravotnickým profesím

Fyzioterapeut spolupracuje v klientově zájmu s jeho ošetřujícím lékařem. Fyzioterapeut spolupracuje s ostatními zdravotnickými profesemi buď v rámci interdisciplinární spolupráce nebo jako člen multidisciplinárního týmu. Fyzioterapeut se podílí se na rozvoji odborného vzdělávání ostatních zdravotnických pracovníků.

V. Závěrečné ustanovení

Fyzioterapeut za všech okolností dodržuje standard profesní a osobní etiky což činí jeho profesi důvěryhodnou. V případě, že kolega poruší pravidla etického kodexu je fyzioterapeut povinen jej na to upozornit; nedojde-li k nápravě, je povinen informovat profesní organizaci

Z etického kodexu fyzioterapeuta vyplývá jeho veliká etická zodpovědnost vůči pacientům/ klientům vůči oboru fyzioterapie a jeho vykonávání jako takovému. Např. bod: Fyzioterapeut nese odpovědnost za svá rozhodnutí, kompetence k míře možnosti rozhodování by se měla odrážet právě od dosaženého vzdělání fyzioterapeuta a jeho získaných zkušeností. Do velké míry stále ještě v průběhu fyzioterapie hraje role lékaře, který danou rehabilitaci předepisuje a nemůže tomu být jinak, pokud se jedná o poskytnutí rehabilitace v rámci pojišťoven.

S tím úzce souvisí bod.: Fyzioterapeut spolupracuje v klientově zájmu s jeho ošetřujícím lékařem. Ošetřující lékař tedy určuje směr, kterým by se měla RHB ubírat, fyzioterapeut může RHB jen přizpůsobit předpisu lékaře a vlastním uvážením dle jeho vzdělanosti. Často se fyzioterapeut s lékařem předepisujícím FT poukazuje na rehabilitaci nikdy nepotká, často se ani neznají a každý pracuje na jiném místě pracoviště. Komunikace mezi lékaři a fyzioterapeuty je ve stávající době více než složitá. V době, kdy se fyzioterapie snaží najít vlastní místo a uplatnění a z pozice lékařů jde převážně o neuznávaný obor.

Ohledně vztahu terapeuta ke klientovi je mlčenlivost a profesionalita terapeuta jistě na místě. Protože jak uvádí Křížová (1993: 53): „Role pacienta je vesměs nedobrovolná, vnucená, leckdy je člověk na tuto roli nepřipraven. Nemocný člověk se dostává do cizího a nového prostředí, již to samo o sobě navozuje nejistotu a pasivitu. Pacient musí často odkrývat intimní sféry svého života a těla, ztrácí své soukromí.

Jako odrazový můstek slouží fyzioterapeutům předepsaný poukaz od lékaře, tak zvaný FT poukaz, bez kterého nemůže terapie proběhnout. Pokud se tedy jedná o poskytnutí zdravotnické péče v rámci pojišťoven ČR. Fyzioterapeuté jsou odkázáni na spolupráci s lékaři, zcela na předepsaném FT poukazu.

V případě potřeby konzultace ohledně léčby pacienta se fyzioterapeut obrací na ošetřujícího lékaře, poté záleží na ochotě lékaře konzultaci poskytnout.

Zároveň může nastat případ potřeby konzultace léčby pacienta, kdy se lékař obrací na fyzioterapeuta. Čím kvalitnější je přenos informací lékař – fyzioterapeut, tím snadněji se sestavuje kvalitní rehabilitační plán pacientů.

Obr. 1 – FT –poukaz (předpis RHB od lékaře)

The image shows a form titled "POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT". The form is divided into several sections:

- Top Section:** Fields for "Kód pojišťovny", "ICP", "Odbornost", "Datum", and "Požadováno poskytnutí FT v daném prostředí na adrese:". There is also a box for "Lékařská kontrola dne:". A small logo for "Vojvodina" is visible.
- Patient Information:** Fields for "Pacient", "Č. pojištěnce", "Variabilní symbol", "Základní diagnóza", "Ost. dg.", "Odeslán ad:", "RHB", and "Kod náhrady".
- Physician Information:** A field for "Stav vyžadující FT:" and a signature line "razičko a podpis požadujícího".
- Goals and Risks:** A section for "Cíl, kterého má být dosaženo:" and "Rizika na straně pacienta, upozornění:". Below this is a note: "Požadováno: (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury její trvání v minutách a celkový počet procedur)".
- Diagram:** Three anatomical diagrams of the human body (front, back, and side views) with labels "P" and "L" indicating the right and left sides.
- Footer:** "Vystaveno programem PC DOKTOR".

2.5. Motivace pro obor fyzioterapie

Kdo vlastně se stává tím fyzioterapeutem, jakému vývoji podléhá a jak se ho týká pojem motivace během procesu vývoje jeho pracovní kariéry?

Pojem motivace je zároveň důležitou složkou této diplomové práce. Vývoj fyzioterapeutů na základě jejich vlastních motivací. Fyzioterapeuté mohou mít svou vlastní vnitřní motivaci, která nebývá u zdravotnických profesí výjimečným jevem a tento vnitřní motor je posouvá dál a dál. Jen i tito silně namotivovaní jedinci, kteří chtějí léčit pohybové

aparáty svých pacientů, i ti podléhají již zmíněným faktorům uvedeným v ostatních kapitolách.

2.5.1. Co je motivací:

Motivace vede k udržování jistého stavu vnitřní homeostázy a spokojenosti. Pro tento stav je zapotřebí odlišných podmínek vnitřního a vnějšího okolí a to pro každého jedince různě. Protože většina motivů slábne nebo odeznívá je potřeba hledat přiměřenou míru motivovanosti, která potom zajišťuje dosažení pracovních výkonů.

Do jaké míry je člověk schopen svou motivaci udržet, jak si popřípadě nalézt motivaci novou, jak se nenechat demotivovat, zkrátka způsob udržování si vlastní motivační homeostázy. Tato schopnost je individuální schopností každého člověka. V profesi fyzioterapie je zapotřebí udržovat přiměřenou motivaci sám pro sebe a navíc umět povzbudit a do jisté míry namotivovat pacienty/klienty a nenechat se strhnout jejich negativním a pasivním přístupem, který je často ovládá.

Motivační procesy lze rozlišit na vnitřní a vnější. Jedinec jedná z vnitřní motivace protože ho činnost baví. Při snaze o dosažení nějakého cíle ať už individuálního nebo skupinového se jedná o vnější motivační procesy.

Z hlediska fyzioterapie lze uvažovat o vnitřním sebepojetí, kdy se samotný zodpovědný fyzioterapeut snaží pracovat tak dlouho, dokud se nepřesvědčí, že jeho terapie má efekt a že jeho přístup je správný. Fyzioterapeut může mít v tomto případě svou vnitřní motivaci, i když pracuje s jinými a pro jiné lidi. Pokud jde v případě fyzioterapeuta opravdu o zvnitřnělý cíl pomáhat ostatním, pozná samotný terapeut jaká je to dřina s vynakládáním úsilí, a přesto nepoleví a snaží se hledat nové cesty a motivace.

Vnější sebepojetí fyzioterapeut využije a bude pracovat tak dlouho, dokud si bude přát patřit do vybraného systému. Může se jednat o fyzioterapeutický směr, kam bude chtít terapeut zapadat a vyrovnat se jeho členům nebo může jít i o pracovní skupinu kolegů, kde by chtěl terapeut dobře fungovat.

2.5.2. Motivátory, to co dokáže člověka posouvat dál

Pro přiblížení pojmů týkajících se motivace jako: *úspěch, uznání, možnost růstu, povýšení, odpovědnost* bylo z pohledu fyzioterapie vybráno tak, jak uvádí Adair (1996)

Úspěch – určité specifické úspěchy, jako je zdařilé dokončení práce, vyřešení problémů, potvrzení správnosti a vidění výsledků práce.

Uznání – jakýkoli akt uznání, ať už formou poznámky nebo pochvaly. Je možné rozlišovat mezi situacemi, ve kterých jsou spolu s uznáním uděleny také určité odměny, a situace, kdy odměny uděleny nejsou.

Možnost růstu – změny v pracovní situaci, kdy se zvýší příležitosti profesionálního růstu. Kromě nových perspektiv, jež se otevírají při povýšení, se sem řadí také rostoucí příležitosti ve vstávající pracovní pozici nebo příležitosti naučit se a procvičit si nové dovednosti nebo osvojit si nové profesionální znalosti.

Povýšení – skutečné změny, které zlepšují pozici a status v práci.

Odpovědnost – skutečná odpovědnost je spojena s nezbytnou pravomocí, aby byla činnost správně vykonávána.

Tímto tématem se zabýval také Nakonečný (1999), který přirovnával motiv k očekávání určitého uspokojení, které se odvíjelo od naučeného získávání odměn a vyhýbání se trestům. Nakonečný viděl vždy souvislost s nějakou trvalejší tendencí, kde jde o maximalizaci příjemného a minimalizaci nepříjemného.

Jak výrazně se týká pojem motiv oboru fyzioterapie? Jedinec musí mít k danému zaměstnání jisté vlohy a většinou mu činí největší potěšení, že dokáže pomáhat lidem. Na motiv finančního ohodnocení naráží až později, kdy zjišťuje jeho hodnotu jako potřebnou složku v rodinném rozpočtu.

Pro pacienta by asi mělo motivem zůstat, když mu je pomoheno a potíží s bolestmi ustupují.

Nakonečný (1999) přirovnává motivaci k účelné pohybové aktivitě.

Jednání na základě motivu směřuje k pozitivnímu finálnímu psychickému stavu. Tento finální pozitivně přijímaný psychický stav je vnímán jako uspokojení, pocit naplnění, z dosaženého cíle.

2.5.3. Pracovní motivace

„Ve vztahu člověk a jeho práce se projevuje pracovní motivace, která „...vyjadřuje celkový přístup člověka k práci obecně, ke konkrétním okolnostem jeho pracovního uplatnění a ke konkrétním pracovním úkolům, tj. vyjadřuje konkrétní podobu jeho pracovní ochoty“ (Provazník, Komárková, 1996: 82).

V rámci pracovního vývoje a motivovanosti jedince lze při příznivých podmínkách dosáhnout vlastního seberozvoje a to v případě, když jsou fyzické a duševní síly člověka mobilizovány na základě vlastní iniciativy. V pracovní oblasti to bývá tehdy, pokud jsou zaměstnanci svázáni s cíli podniku, což by v rámci fyzioterapie nemělo být složité.

Pracoviště a vůbec zaměstnání se může stát místem seberozvoje. Ve fyzioterapii, jde o cestu, kterou si jedinec vybírá a volí. Cesta je tvořena způsoby dalšího vzdělávání. Lze předpokládat souvislosti s místem zaměstnání a způsobu fungování instituce, kde terapeut pracuje. Dalšími impulzy pro rozvoj se mohou stát jiné výrazné osobnosti fyzioterapie, pomáhající utvářet postoje k oboru a jeho jednotlivým částem.

Pokud probíhá seberozvoj na pracovišti jsou zpravidla hledány tyto motivy:

- osobní zodpovědnost
- rozvoj vlastní iniciativy
- inovační duch a tvořivá síla (tedy tvůrčí motivy)

Místo zaměstnání a práce samotná slouží i jako prostředek k zapojení do konkrétní sociální skupiny, dále jako zdroj rozvoje osobnosti nebo i příležitost jak lépe poznat sám sebe.

Na pracovišti se budují mezilidské vztahy, které mohou sloužit jako odraz jedince a jeho schopnosti spolupráce a schopnosti navázání kontaktů.

2.5.4. Pracovní spokojenost:

V práci bývá většinou spokojený ten, kdo žije i v práci smysluplným životem. Tím se práce řadí mezi důležité životní úkoly člověka.

Deiblová (2007) popisuje spokojenost v práci jako stav nasycení – „Spokojený je ten, jehož potřeby a přání se splnily.“

2.6. Osobnost člověka , osobnost pro obor fyzioterapie

Bělohlávek (1996) popisuje osobnost jako spojení psychických rysů, které potom dále tvoří jednotlivce. Tyto psychické rysy podléhají biologickým, sociálním a kulturním faktorům.

Bělohlávek (1996) dále popisuje, že schopnosti něco vykonávat pochází z lidských vloh. Pro praxi jsou upřednostňovány kognitivní (rozumové) schopnosti. Za další důležité schopnosti pro praxi jsou považovány mechanické a psychomotorické schopnosti člověka. Při provádění kvalitní práce nejsou považovány odborné znalosti za dostatečné, ale jsou vyzdvihovány také dovednosti vytvořené praxí a výcvikem.

V rámci fyzioterapie budou zrovna tak důležité kognitivní schopnosti, na druhém místě by figurovaly psychomotorické schopnosti člověka a zkušenosti získané praxí jsou jako jedny z nejdůležitějších zkušeností vůbec.

Než se dokáže vytvořit odborné znalosti a schopnosti, tvoří lidskou osobnost rysy jako:

- schopnosti, dovednosti a znalosti (pro fyzioter.: manuální zručnost, uvědomělost lidského těla, sociální inteligence)
- vlastnosti (pro fyzioter.: vztah k lidem a pomáhání jim, komunikativnost, empaticnost, vytrvalost, duchaplnost, uvědomění si vlastní osoby v jejím okolí)
- potřeby, motivy, postoje, hodnoty (pro fyzioter.: hodnoty založené na vztahu k lidem a pomáhání jim, pocity naplnění ze smysluplné práce, jiné motivy pro pracovní proces, než nadprůměrné finanční výdělků).

Stejně tak jako by pro výběr profese lékaře, právníka, umělce měl člověk disponovat určitými povahovými rysy, měl by mít určité povahové rysy i jedinec rozhodující se pro

obor fyzioterapie. To jestli se dotyčný v oboru nachází nebo zjišťuje, že se v roli fyzioterapeuta necítí, to může z velké části záviset právě na povahových rysech jedince.

Jedinci volící svou budoucí profesí by měli dobře znát sami sebe, své touhy potřeby a oblasti, ve kterých by se chtěli seberealizovat, co je dokáže naplňovat.

Pokud zná jedinec sám sebe, dokáže následně lépe poznávat i lidi kolem sebe, touto vlastností by měl disponovat každý fyzioterapeut.

Jak uvádí Bělohávek (1996) schopnost poznání lidí umožňuje následující předvídání nebo dodatečné vysvětlení jejich chování v různých situacích.

2.7. Společnost jako sociální kapitál pro definici zdraví a vnímání nemoci

Dle Křížové (1993), která se zabývá definicí, hodnotou zdraví a jejím celkovým sociálním vnímáním, řadí zdraví, zdravotnické služby do stejné kategorie jako vzdělání, informace, kvalifikace, kulturu, umění, sport, rekreaci, zábavu, cestování a zároveň vše považuje za prostředky potřebné k udržování člověka v dobrém stavu a jako základ k dalším aktivitám.

Definice zdraví dle WHO (1946): zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho). Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je v čase proměnlivé. Biologické vlivy: dědičnost, somatické dispozice, prenatální a perinatální poruchy aj.. Psychosociální vlivy: styl výchovy, sociální postavení dítěte, životní zkušenosti, sociální učení aj.

Definice nemoci dle WHO: nemoc je porušení rovnováhy organismu (jeho homeostáze); dojde k porušení části těla (tkáně, orgánu aj.) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání.

Citlivost pacientů je k vnímání zdraví i nemoci různá. Pokud se nejedná o stav organismu jevícího jisté syndromy a symptomy, může být léčba pacienta a stanovení jeho dg. složitým úkolem, jeho následná léčba se může stát ještě složitější.

Křížová (1993) se zabývá sociokulturními normami a národností pacientů, které výrazně ovlivňuje chování pacientů a jejich citlivost k vnímání zdravotních potíží. Dle

empiricky doložených výzkumů jsou např. italské národnosti otevřeně ventilující svou momentální bolest a obavy. Na druhé straně skupina „starousedlíků“ irského původu se projevovali dle obecné normy v promítání své nemoci.

Pro pacienty vzniká otázka, kdy je ta správná doba vyhledat odbornou pomoc. Pro fyzioterapeuty vzniká otázka s jakou citlivostí by měl daného pacienta vnímat a dávat patřičnou důležitost informacím od pacienta, protože fyzioterapeutické diagnózy jsou mnohem méně specifičtější než jakékoli jiné medicínské diagnózy, které lékaři stanovují. V ordinaci fyzioterapeuta se také objevují pacienti jevící potíže již na bázi fyziologické, příčina však může být právě na úrovni sociálních, rodinných či duševních komplikací.

Křížová (1993) popisuje, že až 30% pacientů hledajících odbornou pomoc a majících symptomy nemoci, netrpí nemocí jako takovou, ale symptomy jsou výrazem těla či lidské psychiky na lidské úzkosti a trápení.

V jiných případech je člověk výrazně ovlivňován společností a tedy nemůže být jeho psychické zdraví definováno na úrovni jedince v rámci společnosti, ale pokud je systém funkční měla by být společnost přizpůsobitelná základním a jistým potřebám člověka, kterými se daná společnost vyznačuje. Pokud se najdou jedinci, kteří z dané společnosti potřebují nebo přirozeně nějakým způsobem vybočují na jakékoli úrovni a zároveň si nedokáží najít kompenzace či se s danou situací vyrovnat, tam potom může dojít k frustraci a onemocnění psychosomatického typu.

Křížová (1993) cituje Sókrata a přibližuje jak lidé vytvářejí přírodu, kde žijí a kde mají vytvořené své vazby a relace. V této vytvořené přírodě nemohou jedinci často měnit okolnosti života, ale mohou měnit jejich hodnocení těchto okolností a postoje k nim. V rámci vztahu ke zdraví je chování a postoj jedince důležitějším faktorem než dané prostředí za které lze považovat i společnost.

Kde tedy vzniká ta rovnováha ovlivnitelnosti společností a schopnosti vytvořit si vlastní nadhled a přijímání vnějšího světa a tím si zachovat pozitivní bilanci bio – psychosociální rovnováhy jako důležitou prevencí zdraví? Měl by být fyzioterapeut odborníkem, který dokáže pomoci vyrovnávat tuto rovnováhu? Odpověď by jistě měla znít ano. Tím vzniká další otázka: Měl by být fyzioterapeut schopen pomáhat vyrovnat i tu oblast

psycho – sociální? Odpověď by zněla: pacienti to od něho očekávají. A tady mohou vznikat dohady. Má na to fyzioterapeut patřičnou přípravu, kompetence a vzdělání?

Dle zákona a vymezení oboru fyzioterapie dle UNIFY ČR na to fyzioterapeut patřičné vzdělání nemá, ani kompetence a ani to není jeho povinností. Jak je však tato okolnost slučitelná s reálně probíhajícími terapiemi, léčením pacientů a se schopností fyzioterapeutů se s těmito fakty vyrovnat? Na to se aspoň do určité míry snažila odpovědět tato diplomová práce.

2.8. Vztah terapeuta a pacienta, jako silný prvek ovlivňující obě strany

Dle Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (2003: 60) „ Ve vyspělých zemích je jedním z vůdčích trendů řízení zdravotnictví také orientace na kvalitu poskytované zdravotní péče a na *kvalitu vztahů ve zdravotnictví*. Požadavek na zjištění kvality zdravotní péče by se měl na základě doporučení WHO stát součástí zdravotní politiky v každé zemi.“

Vztah terapeut-pacient je silným článkem celého průběhu terapie. Tento vztah je především ovlivňován komunikací mezi oběma aktéry. To jaký je průběh vzájemné spolupráce a naslouchání, přispívá k výsledné motivaci a cíli vyléčit se. Tak jak pro pacienta, který na tomto základě pracuje sám se sebou, tak je průběh a výsledek spolupráce důležitý pro samotného terapeuta, který vidí výsledky.

Naučit se vystupovat před pacienty jako autorita předávající zkušenosti, informace a hlavně jako osoba, která je ochotna pomoci, není zcela jednoduché. Role fyzioterapeuta nebývá přirozeně autoritativní jako např. lékaře. Systém je tak nastaven a pacienti vnímají fyzioterapeuty různě. Fyzioterapeuté jsou často oslovovány křestními jmény a svou pozici si budují od samého příchodu pacienta/klienta do ordinace.

V procesu léčení se terapeut učí práce s vlastní motivací, ale také s motivací jednotlivých pacientů. Pokud přijde pacient s chronickými potížemi krční páteře nebo je v rekonvalescenci po těžkém úraze, vždy je nejdůležitější jeho odhodlání sám se sebou něco dělat a jeho otevřený přístup k terapii.

Pokud na fyzioterapii přicházejí pasivní pacienti očekávající, že dostanou léky nebo masáž a budou zdraví, tam začíná nejedno úskalí pro fyzioterapeuta. Tito pacienti se většinou vrací zpět se stejnými potížemi a otevírá se začarovaný kruh „nevléčitelnosti.“

Pro nastavení správného přístupu k pacientovi a pro zvolení nejlepšího způsobu komunikace záleží na zkušenostech terapeuta, jeho vnímavosti a empatii. Dalším neuchopitelným faktem je vhodné nastavení hranice ve vztahu, komunikaci mezi terapeutem a pacientem. Míra vhodnosti dané hranice se odvíjí od nastavení terapeutem a reflexí ze strany pacienta. Pokud není pacient schopen reflexe a podílení se tvoření přijatelných hranic, měl by být schopný terapeut vytvoření bezpečného prostoru pro oba. Pokud není tato hranice dobře rozpoznána, vystavuje terapeut i sebe nepříjemným vlivům, může tím způsobit, že terapie nebude úspěšná.

Kopřiva (1997) popisuje porušení potřebných hranic ve vztahu terapeut-klient. Pokud dojde k porušení těchto hranic, bývá to převážně pro jednu ze stran na škodu.

Kopřiva (1997: 87) „Hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi zde míníme dělítko, které určuje, co je záležitostí mou a co je záležitostí druhého. Každý z účastníků vztahu může rozdělení kompetencí pojímat odlišně. Pokud má vztah terapeuta/pacient nějaké trvání, po čase se obvykle ustálí určitý víceméně sdílený model.“

Během terapie by se vůdčím vztahu měl stát fyzioterapeut, který by měl na základě kontaktu s pacientem první dělítko vztahu nastavit. Po správném nastavení je možné nechat vztah volně se vyvíjet a nechat pacienta vztah reflektovat a také tvořit. Pacient přispívá do vztahu svou osobností, projevem a přístupem k terapii a vlastním potížím. Dělítko a hranice mezi fyzioterapeutem a pacientem bývá zpravidla užší než třeba mezi pacientem a lékařem. Je to dáno tím, že fyzioterapeut nemá u pac. takovou autoritu jako lékař a navíc je v užším tělesném kontaktu s pac. než lékař.

Kopřiva (1997) dále uvádí důležitost pochopení klienta terapeutem, projev zájmu, vcítění, dát mu pocit přijetí. Rozebírá vnitřní svět pracovníka (terapeuta) ve vztahu ke klientovy na jejímž základě si terapeut utváří obraz o klientovi. Tento obraz je tvořen subjektivním pohledem. Uvádí, že pracovník je autoritou tam, kde se vyjadřuje a pracuje

v oblasti svého odborného vzdělání a zkušeností. Způsob předávání informací z terapeuta na klienta může být v podobě *intervence*.

Zkušený terapeut by měl mít v zásobě několik různých způsobů/ intervencí, kterými by byl schopen vést své pacienty, aby dosáhl co možná nejlepšího výsledku terapie. Opět jde o citlivost, schopnost empatičnosti a vhodného odhadnutí osobnosti léčícího se jedince, a tak k němu vhodně přistupovat.

Nejčastějším způsobem intervence ze strany terapeuta pravděpodobně bude „*komentář*“, kde se terapeut odráží od vlastního stanoviska. Zde má pacient možnost vnímat zájem, porozumění, dostává možnost něco upřesnit, doplnit. Pacientovi se pravděpodobně objeví nová souvislost díky které je schopen problematiku pochopit.

V ordinaci se mohou objevit submisivnější typy pacientů, kteří by třeba lépe uvítali direktivnější přístup ve formě „*instrukce, doporučení, rady*.“

Fyzioterapeut je odkázán hrát svou roli, kterou se snaží „hrát“ nejlépe jak dovede a zároveň se snaží dodržovat hranice chování vhodné pro tuto roli.

Nakonečný (1993: 19-21), „role vyjadřuje to, co se od člověka očekává v určitých situacích s ohledem na jeho věk, pohlaví, sociální status a konkrétní společenské funkce. Předepsané role umožňují předvídat jednání druhých. Každá z rolí vyžaduje dodržovat určitá pravidla chování a jejich porušení vyvolává různé druhy nesouhlasných, odmítavých reakcí sociálního okolí.“

Pacienti přicházející do ordinací fyzioterapeutů mívají odlišná očekávání. Hlavní odlišnost spočívá především v tom, že pacient neumí fyzioterapeuta zařadit a ani ho oslovit, prostě netuší kdo ho vlastně léčí. Mnozí pacienti nazývají fyzioterapeuty sestřičko, někteří se ptají, jak mají dotyčného terapeuta oslovovat a kdo vlastně je. Výjimečně jsou fyzioterapeuté oslovováni i jako doktore. Neuvědomělost pacientů vzniká z celkového nevědění o fyzioterapii mezi běžnou populací, která potom tvoří ty pacienty.

Další neshoda, která brání v dobrém nastavení rolí a vznikajícího profesního vztahu je celková pasivita pacientů, kteří očekávají, že jim bude pomoheno bez jejich nutné aktivity. Ti uvědomělejší pacienti vědí, že bez vlastního přičinění se jejich pohybový aparát nespraví, ti méně uvědomělí se chodí nechávat „nemasírovat“, věří v zázraky a poté jsou třeba nespokojení s výsledky za které může fyzioterapeut. Na fyzioterapeutovi tedy stojí, aby se snažil již od začátku role dobře nastavit, aby pacientovi vysvětlil, kdo je, co

pro něho může udělat a jak by se k terapii měl postavit pacient. Pacienti na tuto komunikaci většinou reagují pozitivně, oceňují, že byla situace uvedena na pravou míru.

2.8.1. Partnerský – interpretativní model vztahu

Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003) se ve svém projektu zabývá vztahem lékař – pacient. Fyzioterapeut se nachází na žebříčku uznávanosti, autoritativnosti a kompetencí mnohem níže než pozice lékaře. Je to dáno nastavením systému a fyzioterapií v něm, dále se na tom podílí vnímání fyzioterapeutů pacienty, lékaři.

Protože se ale i fyzioterapeut potýká s navazováním vztahů s pacienty podobně jako lékař. Fyzioterapeuti navazují mnohem užší a déletrvající vztahy s pacienty než lékaři. I za mírných odlišností ve vznikajících vztazích jsem zde použila některé postoje, které zvýraznil Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003) ve svém projektu:

Popisuje, že vzájemný vztah lékaře (fyzioterapeuta) – pacienta vychází z klíčových principů tohoto vztahu. Principy vycházejí z předpokladu rozložení sil ve vztahu lékař (fyzioterapeut) – pacient.

Rozložení sil záleží na několika prvcích. Nejde pouze o přijetí rolí oběma aktéry. Uvádí, že vztah závisí také na základě cílů konzultace nebo osobních hodnot zúčastněných.

Pro lékaře bylo pojmenováno několik modelů vztahů, které navozuje s pacienty.

- Paternalistický model vztahu
- Model vzájemného partnerství, model interpretativní
- Konzumentský model, model informativní
- Model zanedbaného vztahu a model instrumentální
- Poradní model

Pro fyzioterapii nejlépe pasuje *model partnerství, interpretativní model*. Jde o partnerský vztah založený na síle obou aktérů.

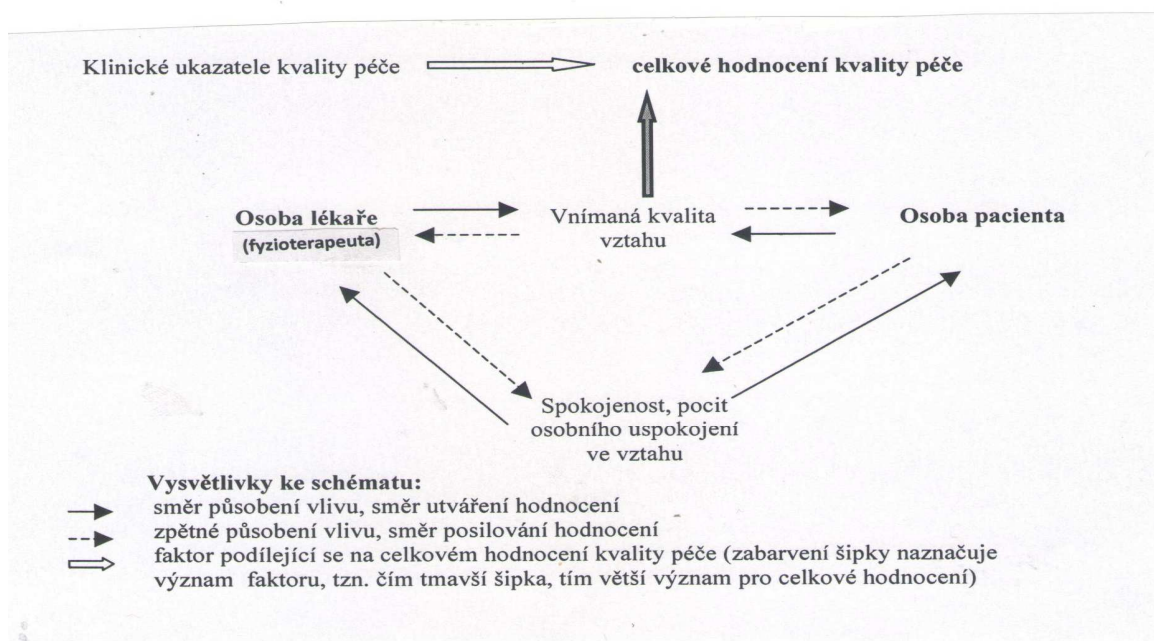
(Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči, str.70 [online])

„ Cíle, průběh a rozhodnutí přijatá během konzultace jsou výsledkem vyjednávání mezi oběma partnery, kteří jsou součástí týmu.“

Jde o to, že role fyzioterapeuta je autoritativní jen do určité míry a terapie se podílejí oba zúčastnění. Fyzioterapeut předpokládá své odborné znalosti a pac.svá očekávání a pocity. Oba zúčastnění se nacházejí na podobné úrovni a odráží se od podobného systému hodnot.

Pro fyzioterapeuta je udržení této rovnováhy mnohem náročnější, než kdyby mohl vystupovat z pozice autority. Na druhé straně pacienti/klienti díky své zúčastněnosti v procesu terapie neztrácí důvěru v probíhající terapii.

Obr. 2 schéma dle Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (2003: 65) : zde je snaha o přiblížení vztahu lékaře a pacienta. Schéma se snaží o přiblížení kvality péče. Pro potřeby této práce byl místo lékaře dosazena osobnost fyzioterapeuta.



2.9. Význam komunikace ve vztahu terapeut - pacient

Jak uvádí Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003: 64): Analýza výsledků průzkumu realizovaného ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze v roce 1994 ukázala, že odborná stránka poskytované péče a její interpersonální aspekty mají největší vliv na

spokojenost pacientů. Ukázalo se, že pokud jsou pacienti spokojeni s mezilidskou dimenzí péče, pak jsou přesvědčení i odborné kvalitě této péče.

(Bártlová, 2000: 66-71) uvádí něco podobného a to: Interpersonální a komunikační aspekty péče jsou tedy „filtrem“ přes který pacienti posuzují a vnímají odbornou stránku péče.

Už v momentě, kdy přichází pacient na rehabilitaci, se samotné přivítání stává stěžejním okamžikem ovlivňujícím následně celou terapii. Vztah terapeuta a pacienta je založen především na komunikaci, kterou vede fyzioterapeut. Pacient je až druhým článkem, zároveň však hybatelem celé komunikace.

Jak uvádí Honzák (1997: 56) „komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi.“

V ordinaci fyzioterapeuta jsou tyto signály zvýrazněny stísněným prostorem a problematikami, které jsou řešeny. Pokud je terapeut aspoň do určité míry zkušený, umí z neverbálního chování, mimiky, gest číst a udělat si kompletní obrázek o kvalitě informací podané pacientem. Tím se terapeut stává hlavním léčebným prostředkem.

Pokud přirovnáme vztah a komunikaci lékař-pacient ke vztahu fyzioterapeut – pacient, který má v jistých okamžicích podobný průběh. Neznamená vést komunikaci s pacientem pouze mluvit. Při komunikaci s pacientem je třeba vědět co chceme říci. Měli bychom se rozhodnout, jak nejlépe informaci podat. Pro dostatečnou zpětnou vazbu od pacienta, bychom měli dát pacientovi prostor k vyjádření se a měla by proběhnout kontrola, zda pacient informaci přijal, pochopil a jak na ni reaguje.

S podobnými větami a přístupem se však většina fyzioterapeutů po dobu studia nemá šanci seznámit a přichází do praxe bez přípravy pro navazování kontaktů terapeut – pacient. Vnímavější fyzioterapeut zachytí během prvních pár měsíců základy praxe, základy komunikace s pacienty.

Lze předpokládat, že komunikace není plánovitý proces rozhodnutí, ale víceméně rutinní sociálně osvojená symbolická činnost.

Honzák (1997) zdůrazňuje v komunikaci význam mimovolných prostředků komunikace.

Doporučuje:

- dbát na volbu slov a větnou stavbu. Kladně formulovaná sdělení
- dbát na mimiku, gestikulaci, vzájemnou vzdálenost a postavení
- dbát na pohled z očí do očí. Honzák (1997) doporučuje uvědomění pohledu lékaře (fyzioterapeuta), když mluví pacient, řízení pohledu.
- dbát na gesta rukama, držení celého těla a pohybovým projevům.

Kopřiva (1997): upřednostňuje pro terapeuty (lékaře) v komunikaci s klientem a ve vztahu s klientem vůbec: Asertivní chování jako obranu proti manipulaci nebo jako alternativu vůči pasivnímu jednání. („Asertivita – assert – trvat na něčem).

2.10. Hygienické faktory v zaměstnání

V rámci vnější motivace, ovlivněnou pracovním prostředím, podmínkami a naplněnými potřebami hrají určitou roli hygienické faktory pracovního prostředí.

Série tzv. hygienických faktorů může být zdrojem neuspokojení, jestliže je jednotlivci vnímají jako neadekvátní nebo neodpovídající.

Hygienické faktory jsou součástí práce samotné jde o: plat, jiné odměny, jistotu zaměstnání, pracovní podmínky a firemní politiku.

V rámci motivace vedou přijatelné hygienické podmínky k jejímu rozvoji, ale i rozvoji zaměstnance. V rámci hygienických faktorů je důležitá samotná povaha práce, uznání za uvedenou práci, posílení zodpovědnosti za dobrou spolupráci v kolektivu, ale i při individuální práci.

Deiblová (2007): popisuje, že faktory jako pracovní podmínky, interpersonální vztahy, dohled, strategie společnosti, administrativa těchto strategií, vliv na osobní život pracovníka, jistota práce, plat. Že tyto faktory tvoří jakousi charakteristiku pracovního kontextu a že jsou podstatné stejně jako samotná vykonávaná práce, aby mohli být vytvořeny pozitivní postoje k práci.

Tabulka č.1- Motivační teorie Frederika Herzberga – uspokojení základních potřeb v zaměstnání.

Hygienické faktory	Co to znamená
Politika firmy	Pravidla a předpisy, jimiž se řídí zaměstnavatelé a zaměstnanci (jasné předpisy, adekvátnost komunikace, efektivnost organizace).
Řízení	Kompetentnost, osobnost a přístupnost nadřízeného.
Mezilidské vztahy	Vztahy s nadřízenými, kolegy, a s podřízenými, kvalita společenského života v práci.
Plat a požitky	Základní plat, příplatky, bonusy, volné dny, služební auto, služební mobil apod.
Postavení	Funkce, autorita, vzájemné vztahy porozumění (rozsah samostatnosti při výkonu práce).
Pracovní jistota	Stupeň důvěry zaměstnance v perspektivu další práce ve firmě.
Pracovní podmínky	Pracovní doba, uspořádání pracoviště, technické vybavení, pracovní pomůcky.
Osobní život	Čas strávený v rodině, s přáteli a věnovaným zálibám.

2.11. Teorie pracovního systému

Organizaci jako systém rozebírá Brooks (2003), předpokládá, že organizace je otevřeným systémem. V pojmu otevřený systém vidí možnost vzájemného ovlivnění se s jinými většími systémy, které jsou i mimo organizaci.

Organizaci za systém považuje v rámci integrované, komplexní sítě vztahů mezi strukturami, technologiemi, zaměstnanci a všemi způsoby technického a sociálního procesu.

2.11.1. Význam komunikace na spokojenost v zaměstnání

Komunikace uvnitř zdravotnického zařízení, mezi fyzioterapeuty, jejich nadřízenými, lékaři, ostatním personálem je životně důležitou složkou motivace. Zdravotnickým zaměstnancům většinou nestačí dobře odvádět svou práci, neméně důležité je pro ně také uznání. Další důležitou složkou spokojenosti v komunikaci mezi zdravotnickým

personálem je její všestrannost, kdy si je dotyčný zdravotnický pracovník neostýchá obrátit se v případě potřeby na kompetentní místo.

Spokojenost fyzioterapeuta s institucí, jejím prostředím a způsobu fungování v ní, do značné míry ovlivňuje jeho postoj k práci a jeho další možný profesní vývoj.

Správně poskytnutá a dobře načasovaná zpětná komunikační vazba dokáže zaměstnance inspirovat k vyšším výkonům a kvalitnějšímu provádění úkolů.

2.12. Organizační kultura

Chování v organizaci a firemní kultura výrazně ovlivňují celý chod organizace, míru spokojenosti zaměstnanců a celkovou úroveň společnosti.

Fyzioterapeut se ocitá jak v roli nehabilitujícího, tak v roli zaměstnance, který musí respektovat firemní kulturu. Fyzioterapeuté podléhají zdravotnickému systému, který je nastavený dle jednotlivých organizací. Rozdíly v kulturách organizace nejsou vyloučeny, podléhají ale stejným nastaveným pravidlům systému.

Brooks (2003) uvádí, že většina organizací je specifická právě svou kulturou. Dále popisuje, že organizační kultura je rozdělena na několik subkultur a profesních kultur.

V rámci kultury organizace je nastavené jakési „chování v organizaci“, „organizační chování“, o kterém už byla zmínka.

Organizační chování je jistý rámec naučených stereotypů chování zaměstnanců a tak může v rámci fyzioterapie zasahovat i do průběhu terapií a celkového nastavení léčby.

Brooks (2003) také popisuje kontakt člověka s organizacemi už od útlého dětství a to v různých podobách. Uvádí, jak organizace působí a ovlivňují náš život, ať chceme nebo nechceme. Přibližuje fakt, že se každý postupně stává součástí různých organizací a má zájem o poznání jejich cílů i prostředků působení, tím více, čím větší díl odpovědnosti za jejich činnost přebírá.

Dále popisuje organizační chování jako společný zdroj všech organizací. Chování lidí, které se odráží na celkové efektivnosti každé organizace. Přirovnává organizaci ke společenskému systému. Vyzdvihuje individuální motivaci jednotlivce, která když je podporovaná celým systémem, může přispět k celkové kolektivní výkonnosti.

2.13. Nastavený systém kultury organizace jako faktor ovlivňující celkové bezpečí organizace:

Tabulka č. 2- Podle MUDr. Davida Marxe

<i>Patologická kultura</i>	<i>Byrokratická kultura</i>	<i>Tvůrčí kultura</i>
Nechce vědět	Nemusí zjistit	Aktivně hledá
Poslové jsou střeleni	Poslové jsou vyslechnuti, dorazí-li	Poslové jsou vychováváni a odměňováni
Chyba trestána či zakrývána	Chyby vedou k místní nápravě	Chyby vedou k systémové nápravě
Novinky potlačovány	Novinky =problémy	Novinky vítány

Kultury organizace a její bezpečí se projevuje na motivaci, ale i na spokojenosti zaměstnanců. Zlepšování motivací ale právě i spokojenosti zaměstnanců se odráží na vyšším a kvalitnějším pracovním výkonu zaměstnanců. [Hackman, Oldham 1974].

Jirkovská (2011) popisuje ve své diplomové práci dvoufaktorovou motivační teorii Fredericka Herzberga (1923 – 2000), která je založena na dvou pilotních studiích.

Ve výzkumu šlo o zjištění, kdy se zaměstnanci cítí v zaměstnání dobře nebo špatně. Výzkum obsahoval i popis subjektivních pocitů během situací, které v zaměstnání vznikaly.

První část výzkumu se týkala jevů jako: úspěch, uznání, samotná práce a její náplň, pocit zodpovědnosti, pracovní růst a povýšení. Z výzkumu vyplynulo, že splnění pracovní úkoly, které vedly k pracovnímu růstu a zdokonalování respondentů, vyvolávaly příjemné pocity respondentů. Respondenti měli poté pocity naplnění a seberealizace. Tato skupina faktorů byla označena jako motivátory a satisfaktory a byla jimi zvyšována motivační úroveň pracovníků.

Druhá část výzkumu řešila faktory jako: organizace práce, mezilidské vztahy, plat. V této části výzkumu šlo především o popis negativních pocitů během práce v zaměstnání. „Badatelé konstatovali, že negativní vnímání těchto vnějších podmínek vytváří pro člověka psychologicky nezdravé pracovní prostředí. Označili druhou skupinu jako faktory hygienické, neboli dissatisfactory. Charakterizovali je tím, že slabé zastoupení či nepřítomnost dissatisfaktorů je člověkem vnímána negativně, zároveň však jejich přítomnost nevyvolává vyšší spokojenost, která by měla delšího trvání. Pouze zabraňuje nespokojenosti a udržuje tak neutrální vztah zaměstnanci vůči jeho práci a tím zabezpečuje přijatelný pracovní výkon. (Jirkovská 2011: 14-15)

2.13.1. Zavádění kvality péče

2.13.1.1. Systém kontroly kvality poskytované péče

Fyzioterapeuté mají povinnost celoživotního vzdělávání, po ukončení studia by měli pracovat pod dohledem zkušenějšího a profesně staršího fyzioterapeuta s registrací.

Dle UNIFY ČR : *systém kontroly kvality poskytované péče není vytvořen*. Do budoucna by měla být vytvořena legislativní norma pro tvorbu standardů kvality péče. (spolupráce MZ ČR, klinické obory a profesní organizace fyzioterapeutů ČR)

I zde tedy vznikají dohady, jaká je vlastně kvalita péče a profesní připravenost fyzioterapeutů pro vykonávání jejich povolání. Jsou opravdu všichni schopni zodpovědně a kvalitně léčit pacienty na stejné úrovni a to i když mají různá vzdělání? Kdo pomáhá nezkušeným a „méně“ vzdělaným fyzioterapeutům se po nástupu do práce zorientovat? Stačí fyzioterapeutům pro další vzdělávání kreditní systém? Podporují zaměstnavatelé jednotlivé fyzioterapeuty, aby se vzdělávali? Proplácejí svým zaměstnancům akreditované kurzy?

Jednou z možností, jak držet kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních se může stát *zařazením standardu* do kultury organizace.

Ošetřovatelské standardy jsou platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetřovatelské péče v konkrétním zařízení a kontextu. Porovnáním s nimi se posuzuje a hodnotí současná ošetřovatelská praxe. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetřovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni.

V rámci přednášek FHS a předmětu zavádění kvality do zdravotnických organizací Drábková (2013) uvádí: Těžiště řízení kvality nespočívá v napravování chyb, ale především v jejich předcházení, ve zvyšování výkonnosti a zlepšování úrovně poskytované nemocniční péče a v orientaci na potřeby pacientů.

Definice kvality dle *Světové zdravotnické organizace (WHO)* je to stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje.

Další definicí kvality péče dle (*WHO*) z roku 1966 je kvalita jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.

Motivy o zvýšení kvality zdravotnického zařízení (Drábková, 2013)

- splnění závazků vůči akreditačním standardům
- udržení nebo zvýšení počtu pacientů
- získání dobré pověsti
- přežití v tvrdších konkurenčních podmínkách
- získání kvalifikovaných odborníků

Udržení kvality zdravotní péče lze zajistit opatřením např. **Mezinárodní akreditace - ISO – normy řady 9000:2000.**

International Organization for Standardization – ISO je mezinárodní organizace pro normalizaci -je světovou federací národních normalizačních organizací se sídlem v Ženevě. Byla založena v roce 1947.

Pokud zdravotnické zařízení disponuje touto akreditací, jde o záruku pro pacienty, že zdravotnické zařízení splňuje rozhodující předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče.

2.13.1.2. Zavádění standardu konkrétního NZZ

Standard pro NZZ rehabilitačního typu může vypadat třeba takto: standard byl vytvořen na základě existujícího NZZ.

V rámci této práce by měl sloužit pro vytvoření si představy, jaké způsoby chování a jednání se mohou stát povinností pro fyzioterapeuty i mimo jejich rehabilitační kompetence.

Pracovní náplň fyzioterapeutů v daném NZZ:

- Uvedení pacienta z recepce do komplexu RHB, jeho přivítání, uvedení do situace, vysvětlení postupu celé terapie.
- Provedení terapie – fyzioterapie.
- V rámci terapie – dodržování hygienických zásad – každý pacient má čisté prostěradlo, čistý ručník, fyzioterapeutické pomůcky se pravidelně čistí.
- V rámci terapie – dovedení pacienta na elektroterapii, parafínovou léčbu, vodoléčbu, laser – tam položení pacienta na patřičné místo, uvedení do situace, manipulace s přístroji během procedury, úklid lehátka po terapii.
- Vedení skupinových cvičení v aerobním sále. Vedení skupinových cvičení v bazénu.
- Po terapii ještě s pacientem – domluvení dalších schůzek, naplánování procedur. Tisknutí účtů při doplácení na terapie.
- V případě zahraničního pacienta – komunikace v Aj, Nj.
- Vedení zdravotnické dokumentace v patřičném počítačovém systému, orientace v daném PC systému, orientace při vykazování kódů zdrav. pojišťovnam.
- Komunikace, konzultace s vedením s kolegy, řešení potřebných potíží, aktivní účast při pravidelném meetingu.

(poznámka: pojem fyzioterapeut a terapeut je v tomto případě shodný a srovnatelný.)

Standardy pro bezpečnost, zachování hygienických norem a kultury organizace při zaškolování a zapracovávání nového terapeuta.

Pro dosavadní personál:

- Všichni pracovníci standardy znají, všichni jsou schopni zaučení nového terapeuta do provozu.
- Nového fyzioterapeuta školí vždy kompletně jeden fyzioterapeut.

Výběr nového terapeuta: (příjmací pohovor 30 min.)

- Přijatý nový terapeut, byl odborně vybrán vedením a hlavním fyzioterapeutem.
- Terapeut je vysokoškolsky vzdělaný Fyzioterapeut, nejméně bakalářského studia VŠ.
- Terapeut má minimálně 1 rok praxe.
- Terapeut ovládá nejméně jeden světový jazyk.
- Terapeut ovládá PC, Microsoft office, je schopen se dále vzdělávat.
- Terapeut je komunikativní, má vyvinutý smysl pro svou profesi.
- Terapeut se svým zaměřením hodí do daného komplexu.

Kultura organizace: (seznámení se s organizací 1. den v zaměstnání – 1hod.)

- Nový terapeut je proveden po celém komplexu, jsou mu ukázána místa, která jsou dostupná, vysvětleno k čemu slouží a to i místa jiných oddělení. Terapeutovi je detailněji představeno všech 8 místností pro RHB i s aerobním sálem a bazénem, zde zaučující blíže popíše průběh procedur, které se k danému místu vztahují.
- Novému terapeutovi jsou představeni ostatní fyzioterapeuté, je mu vysvětlena organizační hierarchie pracovníků, včetně vedení. Terapeutovi jsou představeni i ostatní pracovníci jiných oddělení, kteří v komplexu pracují a se kterými se bude potkávat.

Kultura organizace – povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut: (1. den v zaměstnání – 1 hod.)

- Terapeut je povinen pacienty vstřícně uvítat, zavést do prostoru RHB, uvést pacienta do situace, vysvětlit průběh a délku RHB, být mu k dispozici v případě dotazů.
- Nový terapeut obdrží pracovní oblečení (žena: bílé kalhoty, modré tričko, muž: bílé kalhoty, bílé tričko s límečkem). Terapeut je povinen jej nosit, pravidelně posílat do prádelny, dbát o jeho čistotu.
- Nový terapeut obdrží vizitku se svým jménem, kterou je povinen nosit na pracovním oblečení. Nedodržení této povinnosti může být terapeutovi udělena pokuta ve výši 500 Kč.
- Terapeut by měl pravidelně komunikovat s kolegy, řešit potíže, které nastaly a které jsou společné celému oddělení. Terapeuti by měli konzultovat možná řešení, popřípadě se obrátit na vedení společnosti. Terapeuti se orientují, co je v jejich kompetenci a co již náleží vedení.

Terapie v ordinaci - povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut: (1. den v zaměstnání – 2 hod.)

- Terapeut dovede pacienta do organizace, ukáže mu, kde si může odložit, vysvětlí mu, jak bude RHB probíhat.
- Při první terapii proběhne kontrola dalších termínů, případně jejich úprava.
- Na začátku terapie proběhne odborné vyšetření pacienta (na základě odborných vysokoškolských znalostí).
- Poté probíhá samotná terapie. Terapie je odborně vedená opět na základě odborného vysokoškolského studia. Terapeut s pacientem komunikuje, je připraven odpovědět na pac. dotazy.
- Terapeut v průběhu terapie kdykoli pracuje s PC – pro ověření dat, termínů, informací o klientovi, jeho zdravotním stavu, předepsané rehabilitaci. Terapeut se orientuje.
- Po terapii je pacient zaveden na jiná místa pro fyzikální terapie, kde léčba pokračuje nebo pac. odchází.
- Po terapii jsou zapsána vyšetření, průběh léčby, vykázaní pro pojišťovny do PC, to vše fyzioterapeutem.
- Po terapii odnese terapeut použité prostěradlo a ručník na místo tomu určené, připraví pro klienta nové. Uvede ordinaci do pořádku a připraví pro dalšího pacienta.
- Vždy ukončení jednoho pracovní směny, vypere terapeut masážní míčky desinfekčním mýdlem, ošetří všechny použité pomůcky desinfekčním sprejem, včetně hlavové části lehátka.

Elektroterapie – průběh terapie- povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut (1. den v zaměstnání, 1 hod.)

- Terapeut umí manipulovat s přístrojem na elektroterapii + UZ, umí zapojit hlavní programy, další se bude postupně učit. ter. umí používat UZ. (správné a bezpečné a léčivé zapojení elektroterapie – viz. Vysokoškolské vzdělání oboru fyzioterapie).
- Terapeut umí manipulovat s přístrojem na magnetoterapii, umí používat všechny programy, používá všechny možnosti připojení „podložek“, „kruhů“ pro magnetoterapii
- Terapeut umí používat a zapojovat přístroj pro lymfodrenáž, jeho možné aplikace.

- Terapeut je seznámen s udržováním čistoty a hygieny v místnosti pro elektroterapii. Jedná se o výměnu papírových prostěradel, jednotlivých lehátek, čištění a desinfekce aplikátorů.

Terapie parafínem průběh terapie- povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut (1. den v zaměstnání, 20 min.)

- Terapeut umí připravit parafín na proceduru.
- Terapeut umí speciálně ustlat lehátko pro proceduru parafínového zábalu.
- Terapeut je poučen, jak nakládat s požitým parafínem, kam odnést použitá prostěradla, ručníky.
- Terapeut je poučen o neustálém doplňování prostěradel a ručníků do skříňky v místnosti.
- Terapeut je poučen o kompletním úklidu místnosti na konci dne.

Vodoléčba- průběh terapie- povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut (1. den v zaměstnání, 20 min.)

- Terapeut umí připravit perličkovou koupel pro pacienty, je poučen o parametrech teploty a doby trvání.
- Terapeut ví a umí poučit pacienty, co si mají přinést na proceduru.
- Terapeut, je seznámen, kde se pacienti mohou převléci a připravit na proceduru.
- O úklid vany na perličkovou koupel se terapeut nestará.

Vedení skupinového cvičení v aerobním sále- průběh terapie- povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut (1. den v zaměstnání, 30 min.)

- Terapeutovi je místnost ukázána i s cestou, jak se k ní dostane.
- Terapeutovi jsou ukázány všechny pomůcky, které je možné použít.
- Terapeut se naučí manipulovat s klimatizací, přehrávačem hudby.
- Skladbu hodiny cvičení sestavuje terapeut sám, opět na základě svých zkušeností, mohou mu být ukázány nějaká cvičení nebo stručný popis, jak hodiny probíhají. Nový terapeut se může přijít podívat na průběh hodiny jiného kolegy.
- Na konci lekce je terapeut povinen vše vypnout, dbát na uložení všech pomůcek. Místnost zamknout.

Vedení skupinového cvičení v římském bazénu- průběh terapie- povinnosti fyzioterapeuta – zaučí školící fyzioterapeut (1. den v zaměstnání, 30 min.)

- Terapeutovi je ukázána cesta k římskému bazénu i se samotným bazénem.

- Terapeutovi jsou popsány diagnózy se kterými pacienti do bazénu nejčastěji přicházejí.
- Terapeutovi je ukázána místnost s pomůckami pro cvičení.
- Terapeutovi je doporučeno přijít se podívat na průběh lekce, jiného terapeuta.
- Nový terapeut je informován o potřebě vytištění účtů jednotlivých pacientů po proběhnuté lekci.

Práce se PC – orientace v systémech – zaučí školící fyzioterapeut: (2. den v zaměstnání, 8 hod.)

- Novému pracovníkovi je vysvětlena funkce 2 používaných systémů v PC pro objednávání pacientů, plánování procedur pacientů, vedení zdravotnické dokumentace, vykazování kódů pro pojišťovny, tvoření a tištění účtů pacientům při doplatku na terapii.

Po zaškolení dovede nový terapeut v systémech PC:

- Nový pracovník se orientuje v obou systémech a chápe jejich propojení.
- Objednat pacienta k lékaři i na RHB, provádět změny + orientovat se pro podání informací.
- Napláňovat kompletně celou RHB dle předpisu lékaře v systému + orientovat se pro podání informací, je schopen tyto údaje měnit, přepisovat, přidávat a ubírat.
- Zapsat do zdravotnické dokumentace výsledky vyšetření, terapie a její průběh.
- Terapeut si je schopen v PC vyhledat informace o pacientovi. z dokumentace od lékaře.
- Terapeut je schopen v PC vykazování kódu pro pojišťovny. Terapeutovi je poskytnuta tabulka v tištěné formě se seznamem kódů a možností jejich vykazování.
- Terapeut dokáže vytisknout účet pacientovi při doplácení procedury.
- Terapeut se orientuje v emailové poště v Microsoft office Outlook, pracuje v ní.
- Terapeut ví, které dokumenty je třeba tisknout a zakládat v papírové formě. Terapeutovi je ukázáno kam je zakládat.

(Poznámka : jde o velké množství informací, úplné osvojení a bezchybnou manipulaci s programy v PC lze předpokládat po 14 dnech v provozu.)

Zmíněný standard byl vypracován pro konkrétní NZZ, které je do určité míry komerčně založené a má větší nároky na terapeuty. Nároky se především týkaly komunikace a přijetí pacientů, kteří se měli cítit jako v nadstandardním zařízení.

Mezi pacienty tohoto NZZ patří i cizinci hradící rehabilitaci.

Vedení společnosti vycházeno z předpokladu, že úplná orientace a uvědomění si vlastních povinností v rámci celého rehabilitačního oddělení jednotlivých terapeutů, napomůže k nadstandardnímu chování se ke klientům / pacientům.

Terapeuty tohoto rehabilitačního oddělení ovládali minimálně jeden světový jazyk. I v dnešní době spousta terapeutů jiných malých poliklinik jazyky nemluví.

Jak již vyplývá z uvedeného standardu jsou terapeuté tohoto NZZ celkem přetěžováni i mimo svou odbornou práci v rámci fyzioterapie. Terapeuté si na toto přetěžování často stěžovali, byli však schopni v provozu fungovat.

Na jednu stranu lze uvedené NZZ hodnotit jako nadprůměrné, zbytečně zatěžující fyzioterapeuty. Na druhé straně je důkazem, že lze od fyzioterapeutů více očekávat, že jsou toho schopni a jejich práce tím získává větší úroveň a uznání od klientů/pacientů.

Na druhé straně je ze strany organizace potřeba, aby takto fungující fyzioterapeuty, dokázala ocenit. Tak jak oni musejí více pracovat i mimo svou odbornost, tak by měla být jejich práce oceněna a uznávána.

Konkrétně v tomto zařízení selhávalo právě to docenění práce fyzioterapeutů ze strany nadřízených, kteří byli ze zcela odlišných oborů než je fyzioterapie či obory zdravotnické. Nejednalo se ani tak o finanční docenění zaměstnanců jako spíše o komplexní uvědomění práce fyzioterapeutů, která se ztrácela mezi méně náročnými ne tolik kvalifikovanými odděleními. Tím tedy fyzioterapeuté ztráceli hodnoty své odborné práce, kterou byli schopni ocenit jen pacienti, kterým bylo pomoheno.

Terapeuté cítili nedocenění, unavení, nespokojení a uvažovali do jednoho o změně zaměstnání.

2.14. Rizika v oboru fyzioterapie – Syndrom vyhoření

Práce se snaží připlížit vhodné a nejpříjemnější pojetí oboru fyzioterapie, kdy pracovat v tomto oboru znamená spoustu úkolů a povinností pro terapeuty samotné.

Weber, Jackel-Reinhard (2000) řadí mezi hlavní ovlivňující možnost vzniku syndromu vyhoření především faktory psycho-sociální. Patří mezi ně: časová tíseň, práce

přesčas a práce na směny, stejně jako vliv davu, ekonomické tlaky a nutnost skloubení odlišných úkolů, jako je kombinace zaměstnání, rodinných a volnočasových aktivit. Mimo to, důležitost osobní kompetence, zejména v tzv. terciárním sektoru, se neustále zvyšuje (např. komunikativnost, schopnost pracovat v týmu, odolnost vůči frustracím, orientace servis, flexibilita). Dostupné z : < (<http://ocamed.oxfordjournals.org/2014> [online]) >

Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003) se ve svém projektu zabývá vztahem lékaře a pacienta. I v tomto případě bych si dovolila porovnat roli lékaře a fyzioterapeuta neboť se fyzioterapeut potýká s přímým kontaktem s pacienty zrovna jako lékař a zrovna jako lékař se snaží fyzioterapeut o pomoc dotyčným pacientům.

2.14.1. Definice syndromu vyhoření:

Je-li energetická bilance terapeuta dlouhodobě záporná (nemá-li zdroje radosti v životě a není-li dobře zakotven v těle), dostane se pravděpodobně do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže. Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce v pomáhajících profesích silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost právě ve smyslu té práce a způsobu jejího vykonávání.

Syndromu vyhoření se mimo příčin vznikajících na osobní rovině prolíná také do té roviny pracovní. V pracovním prostředí může být např. na pracovníka nakládán nadměrný tlak povinností a vyžadovaná potřeba velkého výkonu, kterou není zaměstnanec schopný splnit, dále to může být nespokojenost v kolektivu, nevyrovnanost pracovních povinností mezi pracovníky na podobných místech, nespravedlnost v odměňování pracovníků, nemožnost naplnění vlastních potřeb v rámci pracovní doby.

Zaměstnavatel by se měl zajímat o potřeby svých zaměstnanců a tím syndromu vyhoření předcházet. Nestaral by se tím pouze o dotyčného pracovníka, ale zároveň o kompletní mezilidské vztahy na pracovišti, které může jeden vyhořelý pracovník „narušovat“.

Možné opatření zaměstnavatele proti vzniku syndromu vyhoření. Dostupné z :

(<http://syndrom-vyhoreni.cz/syndrom-vyhoreni-a-zamestnavatele/2012>[online])

- **„Dbát na plnění základních potřeb zaměstnanců** na pracovišti (základní potřeby jsou uvedeny v první části článku).
- **Spravedlivě ohodnotit zaměstnance** nejen finančně, ale i verbálně a to s živým zájmem (ne pouze naučenou a stále stejně se opakující fráží). Patří zde i poděkování za dobře odvedenou práci.
- **Netlačít na zaměstnance** a nepožadovat po nich způsob a množství práce, které jdou za jejich možnosti. **Nemanipulovat a nevydírat**. Pokud nastane období, kdy je třeba zvýšit výkon, je důležité celou záležitost řádně vysvětlit a zaměstnance slušně požádat, aby neměli pocit, že jsou jen stroje na práci.
- Mít na paměti, že zaměstnanecký vztah je vždy **smluvní vztah**, ve kterém si nikdo nemůže měnit podmínky jak se mu zlíbí, bez souhlasu obou stran. Pracovní zařazení i náplň by měla být jasně a písemně stanovena.
- **Umožnit otevřeně ventilovat nespokojenosti**, či případné návrhy, například na společných **poradách** (samozřejmě bez sankcí). Snažit se nalézt vždy konstruktivní řešení.
- Ve větších provozech s více zaměstnanci zavést **supervizi**.
- Umožnit účast na tzv. „**workshopech**“.
- **Stmelovat kolektiv** společnými mimopracovními setkáními, výlety. Případně nabídnout zaměstnancům zvýhodněné možnosti volnočasových aktivit (plavání, fitko, fotbal, kosmetické služby apod.).“

Tabulka č. 3 Syndrom vyhoření: dynamický proces ("kaskáda vyhoření") – přeloženo z (<http://ocamed.oxfordjournals.org/2014> [online])

1. HYPERAKTIVITA	
2. VYČERPÁNÍ	chronická únava ztráta energie
3. SNÍŽENÁ AKTIVITA	vyčerpanost rezignace
4. EMOCIONÁLNÍ REAKCE	agrese negativismus cynismus
5. ZHROUCENÍ	motivace kreativity
6. ÚPADEK	emocionální úzkost ztráta sociálních kontaktů
7. PSYCHOSOMATICKÉ REAKCE	poruchy spánku poruchy zažívacího ústrojí kardio-vaskulární poruchy náchyllost k nemocem sexuální poruchy užívání alkoholu a drog
8. ZOUFALSTVÍ	psychosomatické potíže sebevražda

„Tak jako bezpečnostní opatření mají zabránit fyzickému zranění, má psychická bezpečnost práce zajišťovat, že nedojde k psychickému zranění (mentální újmě). M. Shan, předkladatel návrhu zákona o psychické bezpečnosti práce, poukazuje na to, že péče o zaměstnance tohoto typu se zaměstnavateli vyplatí (projeví se to na produktivitě, získávání pracovníků, sníženém počtu absentérství a pracovních neschopností a redukci konfliktů).“ (Kezba, Šolcová, 2013: 331)

Kezba, Šolcová uvádějí ve svém odborném článku (Československá psychologie 2013) v rámci vzniku syndromu vyhoření nutnost hledání efektivní prevence a intervence. V rámci hledání protipólů vzniku syndromu vyhoření uvádí pokles motivace, zájmu na vykonávání činnosti. Dále jde o včasnou identifikaci predikátorů vyhoření. Jako protipól

syndromu vyhoření použili pojem „zapálení“ ve smyslu zapálení pro danou činnost v rámci zaměstnání.

Prevenici vzniku syndromu vyhoření uvádějí právě v protipólu tohoto stavu, v „zapálení“ a zmiňují několik studií. Jednou ze studií byla teorie dle W.A. Kahna z počátku 90. let 20. století. „Kahn předpokládal existenci tří podmínek, které podporují psychologickou účast, z níž vychází stav zapálenosti či angažovanosti: Prvním je smysluplnost vykonávané práce, jejíž prožitek vede ke sledování a podpoře vyšších, významných a žádoucích cílů a hodnot. Druhou je podmínka, aby zaměstnanci cítili, že nepříznivé události a problémy související s prací jsou buď velmi nepravděpodobné, nebo zvladatelné. Třetí podmínkou je přístup k potřebným zdrojům (psychological availability), tj. shromáždění dostatku úsilí a energie.“ (Kezba, Šolcová, 2013: 330 -335)

Pokud k vyhoření dojde, doporučuje Brooks (2003) změnu práce, postavení nebo zaměstnavatele. Brooks (2003) dále uvádí, že vyhoření lze zvládnout a jeho překonání se může stát impulzem k dalšímu rozvoji člověka

Odpovědnost bez příslušných pravomocí, se může stát výrazným stresorem na pracovišti.

Henning a Keller (1996) se zabývají prevencí pracovního stresu a při jeho přílišné neúnosnosti doporučují dostatek pohybu, kvalitní zdravou výživu, dostatečný spánek. Pracující by neměl mít veškerý volný čas pohlcen profesními zájmy, měl by mu zůstat prostor na rodinu, koníčky, kulturu a společenský život.

Vedle syndromu vyhoření může u fyzioterapeutů snadno nastat psychický stav, který se nazývá **frustrace**. Protože fyzioterapeut pracuje v úzkém kontaktu s různými lidmi a tedy je chtě-nechtě odkázán na jejich reakce a reflexe, může se do stavu frustrace dostat rychleji než pracovníci oborů, kteří této vztahové závislosti nepodléhají. Častými frustrátory se stávají právě pasivní pacienti, kteří snášejí své potíže pohybového aparátu pasivně a kteří přistupují pasivně ke svým potížím.

Frustrace

Při uspokojování lidských potřeb se často objevují překážky, které brání člověku

v dosažení cíle a tím i mohou vznikat nenaplněné motivy a jejich další ubývání. Pokud tento stav nenaplnění a neuspokojení trvá delší dobu může nastat frustrace.

Frustrátory : Nakonečný, (2005: 118)

- dobrý plat
- jistota pracovního místa
- vysoký status
- dobrá podniková a personální politika
- špatné pracovní podmínky
- nejistota pracovního místa
- nízký status
- špatná podniková a personální politika

S frustrací se lze vyrovnávat různě, mohou být strategie jako (Bělohlávek,1996: 171):

- vzdávání se svého záměru (únik, změna zaměstnání)
- vybíjení potlačovanou energií sportem, agrese, (např. slovní v rámci spolupracujícího kolektivu), násilí
- hledají náhradní cíle (sublimace),
- sami sebe přesvědčují, že cíl, o který usilovali, nestojí za to, a že je dobře, že ho
- nedosáhli (racionalizace)

Motivací a opatřením proti frustraci zaměstnanců pracujících ve zdravotnictví se zabývá odborný článek dostupný z: (www.florence.cz/zpravodajstvi/cekarna/motivujte-sve-lidi-k-lepsim-vykonum-1-dil [online]), :

Každý potřebujeme nějaký důvod k práci. Peníze bezesporu potřebujeme k životu, ale mezi mírou lidské schopnosti pracovat a velikostí finanční odměny neexistuje přímá úměra

Jako pár důležitých faktorů, které je třeba v rámci spokojenosti zaměstnanců na pracovišti udržovat uvádějí :

- sounáležitost zaměstnanců se zaměstnavatelem.
- stálost jejich výkonu.
- přirozená diverzita zaměstnanců v rámci kolektivu

- vzájemné posilování výkonu společenskými synergickými efekty
- odolnost proti vnějším i vnitřním problémům.

Další důležitou složkou dobrého fungování a vývoje v zaměstnání a to už v jakémkoli oboru by se stalo ***naplnění potřeb***.

Potřeby

Jak uvádí (Růžička, 1992: 10): „Potřeba je prožívaný nebo pociťovaný nedostatek něčeho důležitého pro život jedince.“ Potřeby jsou energetické zdroje našeho jednání. Mají tendenci k vyrovnávání napětí a znovu nastolení narušené rovnováhy. Potřeby jsou reakcí na stavy nedostatku (deficitní prvek), jejich uspokojováním dochází k redukci tohoto stavu. Potřeby ženu člověka vpřed. Na základě osobní potřeby vznikají tužby, cíle a snahy člověka, které ve svém jednání uskutečňuje. Jsou základním zdrojem motivace. Potřeba je určitý stav napětí, který vyvolává tendence k odstranění tohoto napětí. Vede člověka k činnosti, která směřuje k odstranění příslušného nedostatku.

Pokud uvažujeme dle pyramidy potřeb dle Maslowa, jedná se o rozdělení potřeb na nižší a vyšší potřeby. Maslowova hierarchie potřeb obsahuje pět základních kategorií potřeb, které jsou seskupeny do hierarchického systému od nejzákladnějších po vývojově nejvyšší. První čtyři kategorie nižších potřeb jsou souhrnně označovány jako potřeby nedostatkové a poslední kategorie zahrnuje potřeby vyšší neboli růstové. (Provazník a kol., 2002: 106)

2.15. Supervize v medicínských oborech

Supervize – do češtiny se dostala přes psychoterapii –kde znamená metodu reflektující, podpůrnou a vzdělávací. Supervize může sloužit jako prostředek k lepšímu zvládnání vznikajících profesních potíží, zdokonalování dotyčného v jeho profesi např. v jeho lepší orientaci a zvládnání své role terapeuta. Díky supervizi lze omezit výskyt stresu a tím předcházet i syndromu vyhoření.

V případě supervize ve zdravotnických oborech se bude supervize většinou zabývat personálními vztahy uvnitř zdravotnického systému nebo vztahu terapeut (lékař, zdravotní sestra) – pacient.

Jak uvádí (Havrdová, 2008:177-183) „, ve zdravotnictví lze pozorovat zdroje napětí mezi organizační kulturou uvnitř – ve vztazích mezi lékaři a středním zdravotnickým personálem – a navenek vůči pacientům, kteří začínají vyžadovat laskavé a respektující chování a partnerský přístup. Manažeři těchto organizací vedou odborníky, specialisty, a ty mohou v mnoha případech řídit pouze administrativně. Musí mít expertní manažerské schopnosti a současně schopnosti tzv.lídrů, k nimž patří mít vizi, lidi pro ni získávat,mít dobré vztahy, dobře komunikovat, vysvětlovat, co se děje při změnách a motivovat zaměstnance.“

Havrdová (2008): se dále zabývá udržení úrovně motivace pracovníků a právě v naplnění jejich potřeb ve vztahu k práci.

V rámci supervize lze v tomto případě řešit vysokou fluktuaci, špatnou atmosféru na pracovišti, supervize jako prevence vyhoření, vysoké únavy pracovníků u náročné klientely.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. Cíle a výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je přiblížení problematiky naplnění očekávání a vývoj motivace respondentů při reálném kontaktu s tímto oborem. Jde především o to, jak byla naplněna primární očekávání respondentů fyzioterapeutů při studiu na vysoké škole či vyšší odborné škole. Jak se respondenti ztotožňovali se studiem, jak se na základě toho vyvíjela jejich motivace v oboru pokračovat, jakým způsobem ovlivňovaly výsledky ve škole jejich další vývoj. Dále šlo o přiblížení vyrovnávání se s prvními roky praxe a zhodnocení jejich připravenosti do praxe, opět šlo o vliv těchto prvních zkušeností pro jejich další vývoj motivace. Zajímali mne i souvislosti mezi důvodem volby oboru fyzioterapie, silou primární motivace, výsledky ve škole, výši dokončeného vzdělání, prvními dojmy po nástupu do praxe, postupné vyrovnávání se s touto situací a dalším odhodláním věnovat se oboru.

Byla stanovena jedna hlavní otázka a poté více podotázek, které hlavní otázku rozvíjely.

Hlavní otázkou tedy bylo :

- **Vlastní motivace v profesním vývoji terapeuta, reflexe profesního vývoje v začátcích působení v oboru a v následujících profesních etapách vývoje.**

Dalšími otázkami byly:

Jaká je připravenost fyzioterapeutů do praxe po ukončení studia?

Touto otázkou jsem se snažila přiblížit obtížnost tohoto období, kdy se jedinec snaží uplatnit informace, které získal ve škole a kde se snaží zužitkovat veškeré své nabitě zkušenosti. Šlo mi také o to, aby respondenti potvrdili či vyvrátili složitost těchto prvních let v praxi. Také šlo o přiblížení jejich způsobu vyrovnávání se s těmito obtížemi, možná šlo i o najít nějaké souvislosti mezi nimi a především šlo o zjištění důsledků těchto obtíží na celkové motivaci, spokojenosti a jejich příštího vývoje.

Jakým způsobem jsou fyzioterapeuté připraveni pro vztah terapeut – pacient/klient?

V této otázce jde zase o přiblížení problematiky vztahu terapeuta s pacientem, a to zejména v období začátků prvních let praxe. Šlo mi opět o potvrzení nebo vyvrácení závažnosti tohoto jevu ze strany respondentů, jejich způsob řešení toho, jejich spokojenost se získáním vlastního nadhledu pro tento vztah. Nebo také o popis uvědomění si, jak komunikace s pacientem ovlivňuje nejen proces celé terapie, ale i je samotné.

Při této otázce vycházím z předpokladu, že navázání dobrého vztahu s pacientem je základ úspěšného procesu celé terapie. Zajímalo mě, jakým způsobem ho terapeuti vnímali především při začátcích v praxi, jakým způsobem je tento jev ovlivnil.

Dalšími podotázkami se staly:

Jaká byla primární motivace fyzioterapeutů pro studium fyzioterapie?

Z důvodů zjištění míry motivace a neměnnost této motivace jednotlivých fyzioterapeutů mě zajímal jejich vývoj jak na škole, tak i v době, kdy se potýkali s prvními obtížemi v praxi. Zda třeba fakt, že jejich primární motivace vycházela přímo z nich a ne třeba od rodičů, jim dokázal dát nadhled při zdolávání prvních obtíží. Dále mě zajímalo, zda zůstávala tato primární motivace stejná nebo se měnila a jak a co ji ovlivňovalo.

Jakým způsobem se budoucí fyzioterapeuté vyrovnávali se studiem?

V této otázce mě zajímalo, jak respondenti hodnotili studium, zda pro ně bylo těžké, zda naplnilo jejich očekávání a zda měli chuť po jeho ukončení nastoupit do praxe.

Do jaké míry byla naplněna jejich očekávání od studia, jakým způsobem je posunula dále v profesi a jakým způsobem vnímali nástup do praxe?

V rámci této otázky jsem pokládala za důležité hodnocení respondentů, zda je škola dostatečně připravila do praxe a jak je škola namotivovala pro jejich další profesní rozvoj.

Jakým způsobem vnímali a vnímají respondenti svou roli v celkovém zdravotnickém systému?

Protože si myslím, že pozice fyzioterapeuta v celkovém systému fyzioterapie není jednoduchá, že fyzioterapeut je kvalifikovaným pracovníkem s nedostatečným doceněním, zajímal mě názor jednotlivých fyzioterapeutů. Šlo především o vztahy fyzioterapeut- lékař,

pohled a nadhled nad celkovým způsobem výuky o legislativu o celkové zařazení fyzioterapie v léčbě pacientů. Šlo také o přístup k pacientům, o finanční odměnu za poskytnutou pomoc. Zajímaly mě návrhy řešení vybraných respondentů.

V empirické části se zaměřuji na obsahovou analýzu získaných dat od respondentů fyzioterapeutů. Hovory byly zaměřeny na vývoj jejich vztahů k profesi fyzioterapie a to již během jejich studia, nástupu do praxe, pokračováním této praxe na různých zdravotnických zařízeních a jejich změn, následně také volbou kurzů v rámci jejich dalšího profesního růstu a vzdělávání.

3.2. Diskuse metod výzkumu

Pro tento výzkum jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu a to v podobě hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory měly připravenou kostru ze sestaveného sledu otázek. Otázky byly poskládané v biografické formě.

Mým cílem bylo sebrat dostatečné množství dat, která byla zpracována dle zásad kvalitativního výzkumu - Na jejichž základě jsem mohla vyvodit závěry, postavit diskusi a další doporučení pro praxi.

Stěžejní částí výzkumu se stala vlastní analýza série provedených rozhovorů.

Analýzu jsem doplňovala informacemi ze studia patřičné vhodné literatury, elektronických zdrojů a informací získaných během průběhu výzkumu od oslovených fyzioterapeutů ať už od respondentů uskutečněných hovorů, tak respondentů vyplňujících dotazníky.

Švaříček (2007) se snaží přiblížit proces sběru dat a práci s nimi, aniž by kdy byly stanoveny základní proměnné. Co se týče hypotéz, tak před výzkumem stanoveny nejsou a výzkumný projekt je bez závislosti na teorii, která by byla budována předem.

Metodami kvalitativních přístupů se zabývali také Strauss a Corbinová (1999). Jejich hodnotné poznatky mi velice pomohly v sepisování této diplomové práce a vůbec v celkové orientaci se v principech kvalitativního výzkumu.

Pro sběr dat byl použit hloubkový částečný rozhovor v biografické metodě. Dle Švaříčka (2007) je biografický design považován za vhodný pro zachycení komplexnosti určitého jevu, který je nepřehledný a nepredikovatelný a přitom chceme zachytit jeho vývoj. Biografie

patří k metodám, které zkoumají jevy komplexně. Předpokládá, že každý jedinec interpretuje události života a hlavně svůj vztah k nim (své důvody, motivy) po svém, ale také ve vztahu k ostatním okolnostem života a profese, kterou vykonává.

V případě biografie se snažíme o zachycení vývoje názoru účastníka, který by odkrýval smysl v příběhu a za věcmi. V rámci biografie jsou zkoumány aktuálním pohledem důležité okamžiky života v minulosti a potom následného pokračování až do současnosti a předpokládání budoucnosti. Nejde o vylíčení kompletní reality, jde spíše o vylíčení části života daného respondenta.

Z těchto důvodů se biografická metoda hodila do výzkumu této diplomové práce, kde šlo o pochopení části profesního života jednotlivých respondentů.

Jednalo se především o životní etapy jako ***výběr oboru, nástup do školy, průběh studia, nástup do praxe, první roky praxe, další vzdělávání, získávání zkušeností.***

Připravené otázky hloubkového rozhovoru byly zaměřeny i na přiblížení vývoje motivací respondentů během jejich profesní dráhy.

Pro přiblížení sběru dat uvádí Švaříček (2007), že mezi nejčastější metodou pro sběr dat v kvalitativním výzkumu je právě rozhovor. Dále uvádí, že výzkum musí probíhat v rámci určitého prostředí, specifické sociální skupiny, kde se snaží o stejné pochopení jednání událostí, které je specifické pro členy skupiny. V tomto případě se tedy jednalo o skupinu fyzioterapeutů, kteří patřili do stejného fyzioterapeutického systému a kteří se zabývali podobnými problematikami.

Dle Švaříčka (2007) a jak bylo použito i v rámci tohoto výzkumu, mezi první kroky hloubkového rozhovoru patří příprava otázek, které poté tvořily základní strukturu rozhovoru.

Švaříček (2007) nazývá hlavní otázky „páteří rozhovoru“. Jedná se především o tlumočení témat z vědeckého jazyka v podobě otázek do běžné řeči. Také uvádí, že jádro každého, tvoří právě výzkumné otázky. Výzkumné otázky přibližují celý výzkum ke stanoveným cílům a přibližují cestu jakým směrem ve výzkumu pokračovat. Jako jedno z kritérií tvorby výzkumných otázek je soulad se stanovenými cíli, v tom případě se jedná o další konkretizování výzkumného problému.

3.3. METODA SBĚRU DAT- konkrétní přiblížení

Výběr respondentů – fyzioterapeutů

- Výběr respondentů neproběhl náhodně. Byli osloveni respondenti s minimální 5 letou praxí v oboru a z různých pracovišť. Bylo osloveno 12 fyzioterapeutů momentálně pracujících. Byli osloveni muži i ženy. Z dvanácti oslovených pozitivně reagovalo 8 fyzioterapeutů, tím bylo realizováno 8 hloubkových rozhovorů.
- S nejkratší 5 letou praxí v oboru se stal 1. respondent. Nejděší praxi asi 30 let v oboru měla nejstarší respondentka. Průměrná délka praxe byla 6 let.
- Respondenty se stalo 7 žen a 1 muž, důvodem malého počtu mužů bylo jejich celkové menší zastoupení v tomto oboru, proto jsem poměr nechala.
- Vzdělání respondentů bylo od vyšší odborné školy po fyzioterapeuty s doktorandským vzděláním zabývající se i výzkumem v oboru. Nejčastější dosažené vzdělání bylo bakalářské.

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu:

(z důvodů anonymizace byla všechna jména změněna)

Tabulka č. 4 – Seznam respondentů výzkumu (rozhovory)

Jméno	Dosažené vzdělání	Délka praxe	Místo, pozice zaměstnání
Jan	Dis.	12 let	nemocnice, ambulance, vedoucí fyzioterapeut
Markéta	Bc.	6 let	ambulance
Jana	Bc.	6 let	ambulance
Kateřina	PhDr.	5 let	ambulance, nemocnice, učitel v oboru
Karolína	PhDr.	6 let	ambulance, výzkumný pracovník
Ivana	Mgr.	30 let	ambulance, nemocnice, učitel v oboru
Eliška	Bc.	5 let	ambulance, administrativní pracovník
Eva	Mgr.	6 let	ambulance

- Kateřina a Eliška jsou momentálně na mateřské dovolené.

3.4. Průběh rozhovoru:

Začátek rozhovoru tvořila příprava otázek – témata a pořadí otázek. Během prvních rozhovorů vyplývalo které jsou na místě a které se do určité míry stávají bezpředmětnými. Některé otázky zodpověděli respondenti sami v jiných otázkách.

Scénář rozhovoru:

Scénář rozhovoru byl připraven pro formu hloubkového rozhovoru. Sled otázek se odvíjel od prvních rozhodnutí pro studium oboru fyzioterapie. Poté se otázky týkaly studia oboru, následoval nástup do praxe a její vývoj, případně se řešili vzdělávací kurzy jednotlivých fyzioterapeutů a vůbec jejich následné možnosti vzdělávání. Rozhovor končil otázkami zabývajícími se komplexním pohledem na obor, jeho možnostmi, návrhy změn a částečného momentálního zhodnocení.

Konečná podoba scénáře rozhovoru byla konzultována s vedoucím této práce a jednalo se o polostrukturovaný rozhovor s pevnou osnovou.

3.4.1. Etika výzkumu

Po setkání tazatele s respondentem, proběhlo stručné přiblížení smyslu celé této práce a stručnému popsání, čeho se bude rozhovor týkat. Někdy si respondenti přečetli otázky předem. Respondenti byli také informováni, jak bude se získanými daty nakládáno a že autoři odpovědí budou anonymizováni.

První otázkou vždy bylo, zda může být rozhovor nahráván a poté použit v rámci této diplomové práce. Všichni respondenti souhlasili.

Dále bylo respondentům sděleno, že mohou rozhovor kdykoli přerušit nebo neodpovídat na danou otázku.

Hovory probíhaly buď v místě pracoviště jednotlivých fyzioterapeutů nebo na neutrálních místech jako kavárny či restaurace, popřípadě u respondentů doma. Hovory byly nahrávány.

Tazatel se držel připraveného scénáře hloubkového rozhovoru, aby všichni respondenti hovořili o podobných problematikách a odpovídali na podobné otázky ve stejném pořadí. Respondentům byl umožněn prostor pro vyjádření vlastních názorů a postojů a bylo jim umožněno přiblížení těch témat, které se je právě týkaly. Proto bylo použito otevřených otázek. V rámci zaujetí pro rozhovor a dané téma se tazatel občas zeptal otázkou sugestivní, což následně zjistil při poslechu nahrávky a měl tím tedy možnost se těmito otázkám v příštím hovoru vyvarovat.

Ráda bych uvedla, že já jako tazatel s pětiletou praxí a vlastními zkušenostmi, fyzioterapeuta, který se potýká s podobnými problematikami jako právě respondenti, jsem se během provádění jednotlivých hovorů spoustu naučila a mnohé myšlenky ukotvila. To jak v postupu provádění kvalitativního výzkumu, tak i v otázce fyzioterapeutické. Díky odpovědím respondentů jsem si sama spontánně vytvořila jisté postoje k věcem, které jsem sama do té doby nebyla schopna zhodnotit.

Protože se jednalo o biografické rozvržení průběhu rozhovoru. Tématické okruhy tvořili základní odrazová témata navazující na sebe během profesního vývoje a postupného tvoření si vlastních postojů.

Hlavními tématickými okruhy se staly

1. Výběr oboru fyzioterapie
2. Studium
3. Odhodlání věnovat se fyzioterapii
4. Překážky v oboru
5. (De)motivace pro obor fyzioterapie
6. Následující vzdělávání
7. Vznik vlastních postojů pro obor fyzioterapie
8. Profesní vztahy fyzioterapeutů
9. Vývoj oboru fyzioterapie – změny v systému

3.5. VÝZKUM:

Samotný výzkum začal v létě 2013, kdy probíhala teoretická příprava celého výzkumu. Jednalo se zejména o načtení potřebné teorie ke kvalitativnímu výzkumu, o načtení a sepsání teoretické části této diplomové práce.

Následovalo sestavení konstrukce rozhovorů a vybrání vhodných respondentů. V létě 2013 proběhlo 8 hloubkových rozhovorů, které byly nahrány na diktafon a které tvoří převážnou většinu fondu informací tohoto výzkumu.

Během října až prosince 2013, probíhalo postupné přepisování jednotlivých rozhovorů. Následovala podrobná analýza získaných dat a postupné zorientování se v těchto datech.

Během analýzy dat byly rozeslány dotazníky, které slouží jako doplněk k datům hlavním. Dotazníky byly rozesílány emaily, předávány v písemné formě. Proběhl i pokus poslání dotazníků přes Facebookové zprávy – tam byla návratnost vyplněných dotazníků nejmenší.

V lednu – dubnu 2014 probíhalo konečné zhodnocení výsledků a zkompletování celého výzkumu do závěrečné formy.

3.5.1. Analýza získaných dat:

Analýzy rozhovorů:

Proces konceptualizace a kategorizace dat proběhl až po získání všech 8 rozhovorů s respondenty. Nejdříve proběhla analýza rozhovorů pomocí GT kódování. Další částí pro zpracování dat spočívalo ve vytvoření hlavních kategorií a subkategorií a práce pokračovala axiálním a selektivním kódováním. Následně byla vytvořena kostra příběhu na jejímž základě probíhala konečná analýza získaných dat. Nakonec byl sepsán závěr celého výzkumu.

3.5.2. Stanovení kostry příběhu

3.5.2.1. V rámci kostry příběhu bylo vnímáno:

V rámci interpretace dat bylo upozorněno na motivaci fyzioterapeutů. Stěžejní otázka se týkala motivace, ale i připravenosti fyzioterapeutů do praxe. Jak vnímali fyzioterapeuté své začátky a jak se dokázali vyrovnat s okolnostmi, se kterými třeba vůbec nepočítaly, jak je následně tato schopnost vyrovnat se s nimi ovlivnila do budoucna.

Byli fyzioterapeuté po zjištění prvních zásadních obtíží, které obor doprovází ochotni a schopni v oboru dále pokračovat, jaká byla jejich strategie zvládnání překážek?

Jaká by byla jejich cesta, jejich další vzdělávání, jejich následující kariéra, kdyby nemusely čelit těmto obtížím?

Na podotázky tento výzkum vyčerpávajícím způsobem nezodpoví, ale třeba se podaří alespoň přiblížit a uvědomit si reálné situace, kterými musí fyzioterapeuté procházet.

Zajímavou dimenzí výzkumu se stala také možnost poukázat na profesní vztahy s pacienty, kolegiální vztahy nebo vztahy v rámci celého zdravotnického systému např. s lékaři, které spokojenost a motivaci evidentně nějak ovlivňují.

Kladla jsem si také otázku, jak velkou roli hraje v úspěšnosti a spokojenosti vývoje fyzioterapeuta jeho primární motivace v rozhodnutí věnovat se fyzioterapii. Do jaké míry ovlivní profesní kariéru jedince jeho vlastní rozhodnutí se pro tento obor a nerozhodnou to za něho rodiče či jiní rodinní příslušníci.

Mezi faktory ovlivňující motivace jednotlivců patřily také: vyvíjející se obor, vlastní profesní nezkušenost a nevyzrálost, pocity nejistoty, místo pracoviště, podmínky zaměstnání.

Během interpretace dat vznikaly v neposlední řadě úvahy: jak fyzioterapeuté vnímají své postavení v celém zdravotnickém systému a do jaké míry jsou ochotni tuto roli přijímat a naplňovat.

3.5.3.Vlastní analýza:

1. ROZHODOVÁNÍ PRO OBOR FYZIOTERAPII, NÁZORY RODIN, ZNÁMÝCH – JEJICH DOPORUČENÍ. UDRŽENÍ VLASTNÍ PRIMÁRNÍ MOTIVACE.

Zdrojem motivací se stávají ty skutečnosti, které motivaci vytvářejí. Těmito skutečnostmi se stávají dynamické tendence, které mají potenciál výdrže.

Motivaci podléhá právě i **volba budoucí profese a oboru**, následně je tato volba ovlivněna i jinými členy rodiny, nejčastěji rodiči.

„Hmmm, já si myslím, že částečně ano, ale že z velké části mě ovlivnily asi rozhodnutí jakoby rodičů. Já sem chtěla vždycky jít na zdravku a chtěla jsem bejt zdravotní sestra nebo jít na medicínu a být jakoby spíš lékařka, ale furt v rámci toho nějaký tý medicíny. Ale přímo fyzioterapii, to mě vlastně nasměrovali rodiče na fyzioterapii.“ (Markéta)

Markéta uposlechla doporučení rodičů, neprotestovala, nic nenamítala. Nežádá kdy se stává, že rodiče nechtějí, aby jejich dcera či syn pracovali ve zdravotnictví z důvodů velké fyzické i psychické námahy a nedostatečného finančního ohodnocení. Markéta uvádí svůj **zájem o medicínu** nebo o práci **zdravotní sestry**.

„Na vzdělání má velký vliv sociální původ, vyšší a lepší sociální zázemí je dobrým předpokladem pro dosahování lepších studijních výsledků.“ (Rodina a její vliv na výchovu a vzdělání4pdf, 2008. [online]).

Např. v případě respondentky Kateřiny došlo naopak k **vyvracení zvoleného studia oboru**, Nejednalo se ale o rodinného příslušníka. Stal se jím fyzioterapeut, ke kterému Kateřina docházela na rehabilitaci.

„Volbu mi vyvracel určitě fyzioterapeut,“

Tazatel: Někdo z rodiny nebo známý

Ne, ke kterému jsem chodila jako pacient.

Tazatel: A proč to dělal?

Ehm, bylo mi řečeno, že je to práce, kterou se nedá uživit. Byl to teda, byl to chlap ten fyzioterapeut.“ (Kateřina)

Kateřině vyvracela volbu fyzioterapie i posudková lékařka, z důvodů začínajících potíží se zády. Lékařka však razítko pro povolení ke studiu vystavila a Kateřina se na studium dostala.

„Jo, ještě mi to vyvracela posudková lékařka. Se sháněla před studiem, já nevím, co to bylo. Posudková lékařka.“ (Kateřina)

Kateřina nedbala ani jednoho doporučení, obor vystudovala a dosáhla titulu PhDr. Je si ale vědoma, všech doporučení, které jí byly dány. V případě rady od fyzioterapeuta **nezapomněla Kateřina zmínit**, že fyzioterapeutem byl muž, který musí živit rodinu. Jakoby už pouze z nedostatečného finančního ohodnocení by mohla být **fyzioterapie nevhodným oborem pro muže**, protože ti potřebují živit rodiny.

Ve skutečnosti se tomuto oboru stále ještě věnuje více žen než mužů. Tento fakt vychází z předpokladu, že fyzioterapie jako opatrovatelský obor sedí více ženám než mužům. Fyzioterapie prodělala, značný vývoj a bude se ještě vyvíjet. V dnešní době není fyzioterapeut pouze opatrovatelem. Fyzioterapeut se stává vysokoškolsky vzdělaným odborníkem, který dokáže sám diagnostikovat potíže a navrhnout jejich léčbu. Tímto rozšířením oboru se počet mužů, kteří se stávají fyzioterapeuty zvyšuje.

Mezi respondenty výzkumu je jeden muž, který si tento obor vybral, protože se nedostal na medicínu a nechtěl na vojnu. Dokázal si ve **fyzioterapii představit náhradní řešení studia medicíny**.

Dle Janových odpovědí neměl výraznou vnitřní motivaci k oboru. K jeho volbě studia ho nikdo nepřesvědčoval a ani nevyvracel.

„Můj hlavní impuls? To je úplně jinač, hele. Já jsem se nedostal na medicínu a vzhledem k tomu, že jsem neměl ještě modrou knížku a nechtělo se mi na vojnu, tak jsem si musel vybrat nějakou školu. Já jsem to šel studovat, aniž bych věděl, o čem to je v podstatě.. (Jan)

V případě této odpovědi může vznikat otázka, jak se asi dotyčným studovalo, když nebyl o profesi přesvědčený a když tento obor studoval, jen aby něco studoval.

Ale i u *Jana* hráli **rodiče důležitou roli** a i když ho nepřesvědčovali o nějaké volbě studia, snažili se aby školu dostudoval.

„Jsem chtěl jít na FTVS, tam mě nevzali. Jsem toho chtěl nechat. Pak mě přesvědčili doma ještě, abych to ještě zkusil.“ (Jan)

Většina respondentů volila obor fyzioterapie jako snadnější a přístupnější náhradu studia medicíny.

O studium medicíny se pokoušela několikrát Ivana, které se nedařilo. Ivana volila z reálných možností, které se jí nabízely i mimo obor medicíny. Stále se ale chtěla držet kolem medicínských oborů. Vedle fyzioterapie hledala i náhradní řešení, jak se přibližovat k těmto oborům přibližovat.

„Měla sem v úmyslu, že když chci studovat dálkově, tak nic moc jiného nejde, tak by to moha být filosofie eventuálně právě s možností překladů medicínských. Pořád zůstávala jsem pořád u toho oboru.“ (Ivana)

Ivana se pokoušela ještě **navázat přímo na medicínu**, což ji nevyšlo:

„Lehce jsem koketovala, i když potom ty podmínky teda nešly. Byla otevřena asi dva běhy dálkové medicíny, ale vzhledem k tomu, že tam byl i určitý předpoklad praxe, tak já sem ho jako ani na přijetí nesplňovala ještě věkově. Zrovna tak jako sem tam - velkej zájem o atestaci, když jsem přišla na kliniku a zase sem neměla plný 3 léta praxe na přijetí jo, takže sem tam lapala všechny ty semináře. Dokonce to mám všechno schovaný, přednášky od lékařů, profesorů atd., bylo to velice, velice prospěšný.“ (Ivana)

Respondentka se stále nechce vzdát možnosti studia medicíny a až po několika pokusech hledá jiné řešení, jak se stále medicíně přibližovat. V té době Ivana již studovala fyzioterapii, dle jejich odpovědí z rozhovoru, nebyla se studiem spokojená.

„No tak můžu vám říct, že to bude asi překvapující, protože pro mě bylo tristní a chtěla jsem hned po prvním semestru odtud odejít. Protože to byla doba, kdy škola tohoto typu, v rámci jako nástavbového studia, byla v plenkách. Kdy vlastně přede mnou byly asi 4 ročníky.“ (Ivana)

Vztah k medicíně měla také Kateřina, která měla možnost obor studovat, protože obstála u přijímacího řízení a její **výsledky stačily k přijetí na medicínu**. Rozhodla se ale dobrovolně pro fyzioterapii a i dnes potvrzuje, že se jednalo o dobrou volbu.

„To už jsem byla na fyzioterapii v těch 21 letech. Aa k medicínský stránce fyzioterapie mám teda blížkej vztah. To mě vlastně bavilo na tom hodně. Takže jsem i kolikrát uvažovala nad tím, jestli jsem neměla jít studovat medicínu, protože se vlastně dělaly přijímačky na to bakalářský studium na 3. Lékářský stejný jako na medicínu a bodově bych na to taky měla, ale tenkrát jsem si říkala, že než člověk udělá medicínu, než udělá atestace, tak už je vlastně starej a furt jsem si říkala, že ten výběr fyzioterapie byl prostě lepší volba.“ (Kateřina)

Jako důvod, proč dala Kateřina přednost fyzioterapii, uvádí obor fyzioterapie jako obor s **menším časovým zatížením při studiu a rychlejším nástupem do praxe** oproti medicíně.

I další respondentka Karolína uvažovala o možnosti studia medicíny i ona dala dobrovolně přednost fyzioterapii a potom se v oboru nacházela. Jako jeho velkou výhodou, považovala Karolína možnost **zapojit se přímo do léčby pacientů a tím se lépe seberealizovat**.

„Jestli medicínu nebo fyzioterapii? Já bych, když už bych si mohla vybrat, tak bych možná šla na nárehabilitačního lékaře, ale zároveň na druhou stranu vim, že by mě tam jako mrzelo, že jsem ten lékař a nemůžu být ten fyzioterapeut, který si to jako s těma pacientama může sám jako na vlastní kůži, jako se i vybít při tý práci a tak.“

A ta fyzioterapei, že to není sedavé zaměstnání je pro mě strašně velký bonus jako.“ (Karolína)

Někteří respondenti nehovoří o medicíně jako o oboru, který by chtěli původně studovat, mluví **komplexně o zdravotnictví** a možnosti dostat se do **medicínského prostředí**. V úvahu přicházely volby povolání jako zdravotní sestra a právě fyzioterapie.

„To nevím, to nevím, proč zdravotnictví. Nevím. Ale moslim si, že sem to tak měla nastavený Nevím, jestli je zajímavý to prostředí, když si ho člověk představuje. Nad tím už jsem přemýšlela víckrát, ale vlastně nevím. No, ale jako jinak to byla právě alternativa k tý medicíně a k tomu, jak se dostat do toho prostředí. Přišlo mi to zajímavý, asi možná i prestižní.“ (Eliška)

Často se stávalo, že měli respondenti k medicínským, lékařským, ale i nelékařským oborům **vztah již od dětství**, setkali se s povoláním buď v rodině nebo se jim povolání zalíbilo, když sami byli v roli pacienta.

Zajímavým bodem odpovědi je, že *Eliška* nazvala obor fyzioterapie prestižním. S podobným názorem se setkáváme ještě u *Markéty* a jejích rodičů.

Ve vzorku fyzioterapeutů, ve kterém výzkum probíhal, jsem se setkala netradičně s velkým pozitivním ohlasem a **podporou od rodičů** pro volbu oboru fyzioterapie. Často se vyskytují případy, kdy rodina nechce, aby jejich děti pracovaly ve zdravotnictví. Je to z důvodů velkého fyzického a psychického zatížení a nedostatečného finančního ocenění.

„Hmmm, protože tam asi oni viděli tu budoucnost toho povolání. Že jako znají to, že lidi nebo říkali takový, že lidi budou záda bolet pořád. Že to povolání bude furt jakoby nebo člověk najde uplatnění v tomhle povolání. Že ta práce bude pořád.“ (Markéta)

Markéta popisuje situaci, kdy ji rodiče podporují a dokonce radí, aby šla studovat fyzioterapii. *Markétiny* rodiče vidí velké uplatnění v tomto oboru z důvodů přibývajících lidí, kteří mají potíže s pohybovým aparátem. Na fyzickou a psychickou náročnost už však nehledí. Je také možné, že si ji ani neuvědomují, pokud sami nepracují ve zdravotnictví. Pro *Markétiny* rodiče je důležité hlavně se někde uchytit a uplatnit se, za jakých podmínek už tolika neřeší.

Závěr 1. kapitoly:

Respondenti často uvádějí vlastní primární motivaci, která se odvíjí z jejich vřelých vztahů k medicínským a to především lékařským oborům. V rámci medicínským nelékařským oborů uvádějí zájem o obory jako studium na zdravotní sestru. Motivace vznikala v osobních rovinách života respondentů.

Obor fyzioterapie volili respondenti často po neúspěšném, výjimečně i po úspěšném přijetí na medicínu.

Potvrdil se značný vliv rodin při výběru studia fyzioterapie, rodiny jsou oboru spíše nakloněné, považují ho za prestižní – podporují primární motivace svých dětí

2. PRŮBĚH STUDIA A HODNOCENÍ STUDIA RESPONDENTY. OBTÍŽNOST STUDIA SE NESTALA DEMOTIVÁTOREM.

Během studia prvních ročníků vznikaly i jiné postoje vůči tomu, co se dotyční učili. V tomto období *získávají fyzioterapeuté představu o oboru* a o tom, co obor obnáší. Nehledě na to, že obor fyzioterapie je oborem širokým s nutností zvládnutí předmětů anatomie, fyziologie a mnoho jiných. Každý zvláště si v tomto období vytváří své vlastní názory a postoje. Každý se s obsahem a záběrem studia vyrovnává po svém, někteří studenti mohou uvažovat i o změně studia a oboru.

„Tazatel: Jaká jste měl (a) očekávání od studia? Jaká jste měl(a) očekávání vůbec od oboru fyzioterapie?“

Ivana: No tak můžu vám říct, že to bude asi překvapující, protože pro mě bylo tristní a chtěla jsem hned po prvním semestru odtud odejít. Protože to byla doba, kdy škola tohoto typu, v rámci jako nástavbového studia, byla v plenkách. Kdy vlastně přede mnou byly asi 4 ročníky.“ (Ivana)

Ivana je nejstarší respondentkou výzkumu, její zkušenosti ze studií a následně z praxe mohou být do určité míry odlišné než zkušenosti ostatních respondentů. Na druhé straně je to ukázkou toho, že **obor podléhá jistému a neodvratitelnému vývoji**.

Studia oboru chtěl několikrát zanechat i fyzioterapeut Jan, který nebyl přesvědčený o volbě fyzioterapie již od začátku. V případě Jana se jednalo spíše o celkovou nevědomělost, nedozrálou a nezáměr studovat cokoli.

„Ty brďo, no protože v podstatě žádná jiná škola nebyla v nabídce. To byla taková nouzovka no. Já jsem toho chtěl po prvním roce asi nechat no.“ (Jan)

Povědomí o oboru si během studia utvářela a upevňovala také Eva. Ta chtěla v oboru zůstat a přemýšlela, jakým směrem se po ukončení studia vydá.

„No, tak prostě se mi to nějak. Během toho studia jsem tu představu získala. Na konci jsem zhruba věděla, kde bych chtěla pracovat a jakým směrem se vydat. Že nejdřív tedy asi něco obecnějšího. Pak

se tedy specializovat dál a získat nějaký rozhled. Takže vlastně se mi ty představy utvořily vlastně během toho studia nebo. Utvořily a upevnily.“ (Eva)

Odhodlání pro studium fyzioterapie, síla motivace, schopnost vyniknout se projevovalo i na výši dokončeného vzdělání. Ti primárně namotivovaní, kteří byli rozhodnutí se oboru věnovat a nepochybovali, těmto respondentům většinou nestačilo bakalářské studium a **měli potřebu ve studiu pokračovat**, zároveň **si uvědomovali své mezery** ve znalostech a snažili se s nimi něco dělat.

Respondentka, která si sama obor vybrala a dokonce mu dala přednost před medicínou vypráví s nadšením o studiu ale i jeho uskalí.

„Emm, jako třeba fakt tu anatomii, fyziologii, vlastně ty základy, aspoň tam kde jsem byla já, tam to fakt do nás zaryli. Jako úplně hodně, což jsem jako fakt ráda.

Tazatel: A jak to hodnotíš? Pozitivně? I dneska?

Samozřejmě jsem si vědoma, že nemůžu všechno využít. Jsem ráda, že to takhle funguje a když se mě někdo na cokoli zeptá, málo kdy se stane, že bych se z toho neuměla nějak vykecat. „ (Karolína)

Také Kateřina vypráví o studiu s uvědoměním a další pokračování ve studiu nazývá něčím, co ji naplňovalo a umožňovalo získávat další informace.

Tak já sem moc velký očekávání na začátku studia neměla, protože jsem vlastně vůbec nevěděla, co mě čeká...A moje očekávání vlastně třeba s nástupem na to magisterský, kdy sem se to chtěla naučit bylo rozhodně naplněný, protože sem se tam naučila hodně věcí. Strašně moc sem si toho doplnila. (Kateřina)

Hloubka a široký záběr studia je zde hodnocen pozitivně a spíše staven do pozice výhry. Respondentka si nestěžuje, ba naopak oceňuje možnost něco se pořádně naučit, co jí poté v budoucnu bude ku prospěchu.

„Ehm, nepředpokládala jsem, že některý ty předměty budou vlastně tak těžký. Nepředpokládala jsem, že budeme mít tolik praxe. Ale na druhou stranu mě to mile překvapilo. Ehm, občas to bylo náročný, co se týká fyzicky i psychicky, že toho bylo hodně, ale potom vlastně určitě do budoucna to byl přínos aaa Noo.“ (Jana)

Fyzioterapeutka Eva potvrzuje své nadšení ze studia ve svém dalším úryvku odpovědi. Zde dokonce poznamenala, že **by se nechtěla vracet na studium zdravotní sestry**, kam původně chtěla. Fyzioterapie ji umožnila setkat s právě studujícími zdravotními sestřičkami a Eva si vyhodnotila, že studium fyzioterapie se pro ni hodí

mnohem více a že je tam mnohem spokojenější. Eva oceňuje možnosti potkávat zajímavé lidi v oboru fyzioterapie

„Jo jo, to studium se mi opravdu líbilo, možná i kvůli tomu, že sem narazila na fajn partu lidí se kterými sem studovala a i na vlastně profesory, doktory a fyzioterapeuty, který nás učili, se kterými se mi jakoby dobře spolupracovalo. Takže sem neměla vlastně tu potřebu vrátit se třeba na tu zdravotní školu a být třeba sestřička. Navíc ještě sem měla tu možnost potkat se s těma sestrami na praxi a to všechno, co říkali, ty jejich zkušenosti a zážitky tolikrát byly dost hrozný takže určitě bych nechtěla se vrátit.“ (Eva)

Další úryvek Elišky opět potvrzuje **ocenění hloubky a náročnosti studia**.

„Začátky studia byly, Emm náročný, hodně požadavků, ale tím, že jsem byla hrozně namotivovaná potom, že jsem se dostala...“

Tazatel: Z čeho jsi byla tak namotivovaná?

Z toho že se mi povedlo se tam dostat na tu školu.

Tazatel: Proč si se tam chtěla dostat?

Protože sem si to vybrala.“ (Eliška)

Z Eliščiných výroků je patrné, že její **vlastní silná motivace studovat a věnovat se oboru** výrazně přispěla k tomu, že studium zvládala a vnímala pozitivně.

A znovu, téměř všichni respondenti potvrdili, že vlastně nevěděli, ještě než nastoupili do školy, čeho všeho se ta fyzioterapie týká a **co bude po dokončení školy jejich úkolem**.

Tento jev se objevil i u respondentů, kteří byli silně motivovaní a obor studovat chtěli.

„ Neměla jsem žádnou konkrétní představu. Hlavní pro mě bylo to studium a strašně mě zajímalo to studium tý medicíny, tý anatomie, fyziologie a tak, ale konkrétně o fyzioterapii jako zaměstnání, to jsem asi představu neměla nebo očekávání no. Chtěla jsem studovat hlavně. To studium bylo to prvotní na co jsem byla zaměřená a to dál jsem asi neměla představy nebo jsem si to ani nepřestavovala.“ (Eliška)

I když nebyli respondenti informováni o studiu předem a nevěděli přesně jakým směrem povedou svou koncentraci, **byli většinou ochotni formu studia, tak jak byla nastavena přijímat** a postupně se s ztotožňovat s oborem. Některým prostě nezbyla jiná možnost, pokud chtěli školu dokončit.

„Nooo, takhle od tý fyzioterapie vůbec žádný, protože jsem neznala nikoho ani jsem nechodila na fyzioterapie. Já jsem vlastně vůbec nevěděla co to fyzioterapie vlastně je. To bylo takový, že taková jako náhoda. Najednou se mi to líbilo, ale neměla jsem s tím žádnou zkušenost.

Takže jsem od toho nic nečekala. Od toho studia jsem čekala, že to bude jednodušší než nakonec bylo. Studium. Mě překvapilo tou hloubkou. Ale zase jsem za to teď ráda, protože z toho teď čerpám“ (Markéta).

Potvrzuje i fyzioterapeutka z jiné školy:

„Ehm, nepředpokládala jsem, že některý ty předměty budou vlastně tak těžký. Nepředpokládala jsem, že budeme mít tolik praxe. Ale na druhou stranu mě to mile překvapilo. Ehm, občas to bylo náročný, co se týká fyzicky i psychicky, že toho bylo hodně, ale potom vlastně určitě do budoucna to byl přínos aaa Noo.“ (Jana)

Další vyrovnaný fyzioterapeut popisuje náročnost studia:

„Ona to byla taková hodně velká nalejvárna, tím, že sme měli stejný předměty jako medicí akorát, že smrsknutý do dvou předmětů. Včetně ortopedie, chirurgie a všeho.

Nikdy sem neměla problémy učit se velký objemy informací, bylo toho hromada, byla to nalejvárna. Obrovská hromada informací, které se člověk musel nadrtit, ale ja jsem v podstatě před každou zkouškou se učila tejdén, dva. Pak při konci semestru my jsme nemeli moc testu, zkousek, takže to bylo takový nárazový a to mi nevadilo.“ (Kateřina)

Kateřina, i když jak uvádí neměla nikdy potíže učit se velké množství informací najednou. Je si ale náročností studia vědoma a dokonce ho **přirovnává ke studiu medicíny**.

Mezi respondenty jsou fyzioterapeuté různého stupně dokončeného vzdělání, těžko zjišťovat a porovnávat jejich celkový postoj k obtížnosti studia. Většinou pokud měli **celkový pozitivní přístup k oboru, hodnotili pozitivně i obsah studia**.

Respondenti, kteří byli více prakticky založení, těm **nevyhovovalo učení se z paměti**.

Ale tak jako, to víš, že jo. Něco bylo. Něco bylo zajímavý, něco bylo na prd, že jo. Se člověk prostě musel učit nazpaměť, tak to bylo takový.. Jak říkám, ty praktický části, se člověk z tý praktický části dozvěděl a od zkušenějších kolegů a takový ty věci. To bylo zajímavý. Všechny teoretický věci, jako naučit se to člověk musel.

Také Ivana, která studovala v 60. letech nachází své první překážky se kterými se musí vyrovnávat:

To byla doba 60 tých let. A jelikož sem studovala v Ostravě, tak na mě velice negativisticky a šokem zapůsobily třeba pracoviště vodoléčeb a my měli ještě léčbu prací, tak já sem byla ochotna to přerušit a pak po nějakých, dalo by se říct rozumových debatách s rodiči a všude jsem řekla, že dokončím rok. A když jsem dokončila ten , tak už sem tam teda jako zůstala.

Ivana studovala sice v 60. letech, vodoléčba je součástí fyzioterapie i dnes. Léčba prací již do studia zahrnuta není, nelze tedy porovnat s ostatními respondenty, zda by tento předmět považovali za něco, kvůli čemu by chtěli ukončit školu. Ivana zmiňuje vliv rodičů, kdy zůstává na jejich podnět u studia. Tím nabývá patřičný význam role rodiny při volbě studia a oboru, kterému se chtěla Ivana věnovat.

Dalším novým poznáním pro fyzioterapeuty bylo, **jejich celkové začlenění do systému ve zdravotnictví**. O této ne zrovna výhodné pozici fyzioterapeutů, se postupně dozvídali respondenti během studia. Málokdo si ještě v době studentských let dokázal vytvořit nějaký nadhled a možnosti, jak v tomto systému fungovat. To přicházelo až po několika letech v praxi. Těžko odhadovat, zda by toto jejich uvědomění mohlo ovlivnit jejich počáteční rozhodnutí a volbu pro studium fyzioterapie.

„ Ty konkrétní podmínky, aby člověk tu práci vůbec mohl vykonávat. Člověk se opravdu dostává do toho poznání. Do těch systémů akreditací, kreditováno systému a podobně. Tak to trochu taková jako překážka. To sem neznala, to bych si vlastně ani nepředstavila, že něco takového funguje vlastně ve zdravotnictví a tak.“ (Eliška)

Respondenti se během studia setkávali s různými situacemi a realitami, o kterých dříve nevěděli.

„Pak je pravda, že třeba praxe v domově důchodců v prváku byla docela krutá rána. Spíš člověk viděl, jak to funguje v tom zdravotnictví. Ale jako rána to nebyla z toho důvodu, co se týče té náplně studia, ale spíše co se týká toho nahlédnutí co se týká zdravotnictví to byla rána.“ (Karolína)

Karolína popisuje situaci se kterou se setkala poprvé jako studentka a se kterou úplně nepočítala. Tentokrát se nejedná o situaci, která by se jí týkala osobně, ale jde spíše o fakt, jak fungují **domovy důchodců a rehabilitace v nich**. Na otázku, zda by toto mohl být okamžik, který by ji někam zavřel dveře nebo ji jakýmkoli způsobem ovlivnil, se Karolína nenechala vyvést z míry a odpověděla:

„Já neříkám, že bych to úplně nechtěla dělat. Spíš mě to namotivovalo k tomu že bych to dělat, chtěla, ale jinak. Jo jako, že do teď do dnešní doby pracuji s důchodcem, tak různě ale na jiný úrovni. Á spíš to člověku otevřelo oči, jako hrozně no. Kde jsou v tom zdravotnictví ty mezery. ...šilený.“ (Karolína)

Podle Karolínina popisu mohlo být její setkání s fyzioterapií v domově důchodců silnou negativní zkušeností na jejímž základě pracuje sama s důchodci jak uvedla **„na úplně jiné úrovni“**. A to ve smyslu přijímání pacienta důchodového věku především jako plnohodnotného partnera s ponecháním mu možnosti vlastního rozhodování, pokud je toho dotyčný schopen.

Zde se tedy setkáváme s faktem, kdy negativní zkušenost tvoří pozitivní řešení dalších příštích podobných zkušeností, do kterých může jedinec sám zasahovat. Dotyčný musí být schopen danou situaci přehodnotit a pozitivně zpracovat.

Závěr 2. kapitoly:

Někteří fyzioterapeuté vnímají studium fyzioterapie jako náhradní obor medicíny, tito respondenti jsou více nespokojeni s průběhem výuky než ti kteří si obor vybrali, protože chtěli. Respondenti studující fyzioterapii jako náhradu medicíny se stále snaží přibližovat k lékařství.

Fyzioterapeuté považují studium fyzioterapie za obtížné a obsáhlé. Hloubku studia hodnotí převážně pozitivně a jsou schopni se sní vyrovnat. Studium je většinou pozitivně přijímáno s preferencí většího zastoupení praxe, která by mohla chybět při nástupu do praxe. Respondenti se setkávají s prvními obtížemi, s kterými se musí vyrovnávat. Teprve nyní poznávají čeho všeho se obor týká. Poprvé se seznamují se zdravotnickým systémem a se svou rolí v něm.

Potvrdil se vliv primární motivace, kdy respondenti s primárním odhodláním studovat zrovna fyzioterapii, dosáhli až na doktorandské studium.

3. DOZTATEČNOST ZÍSKANÉHO KAPITÁLU VĚDOMOSTÍ. VYROVNANOSTI PRAKTICKÉ A TEORETICKÉ ČÁSTI VÝUKY. VÝŠE DOKONČENÉHO VZDĚLÁNÍ.

Další spornou oblastí studia se pro respondenty stala *vyrovnanost praktické a teoretické výuky fyzioterapie*. Respondenti jsou z různých škol, tím se tedy jejich názory a spokojenost se zařazením teorie a praxe liší.

Aaa tak mi přišlo, že oni tam. Přišlo mi, že je to víc praktický a na tom našem studiu mi vadilo, že je tam tý praxe málo, že nás tam prostě pérojou na těch teoretickejch informacích, což je určitě důležitý, aby pak uměl fyzioterapeut přemejšlet a nějak pak umět dojít k vlastnímu názoru a postupu. K tomu musí mít tuhle tu teorii. Ale cítila jsem, záviděla jsem těm ostatním, že mají víc praxe. Že jim někdo víc popisuje, co mají dělat konkrétně. Tak toho mi jsme měli málo.

Ohledně vyváženosti praxe a teorie měli respondenti *různé zkušenosti, podle škol, kde studovali*. Fyzioterapie je nelékařský medicínský obor, musí se tedy opírat o kvalitní

teoretické znalosti a je třeba pochopení funkce lidského těla. Na druhé straně jde o obor praktický, fyzioterapeuté by měli být manuálně a pohybově nadaní nebo by měli tyto schopnosti zlepšovat, aby dokázali předávat informace svým pacientům / klientům.

Především by měli mít správný způsob myšlení, které je citlivé na problematiku stavby, funkce lidského těla.

S nadhledem popisuje Kateřina

„Tak oni mají . Různý fakulty mají trošku jiný zaměření, třeba s ohledem na ty hlavní fyzioterapeuty. Jako že v Motole působí Kolář. Tak u nás se razila škola od Jandy a sou to trošičku jiný směry nebo(já nevím jak to mám říct) nebo.

- Jo směry.

Směry, jiný pohledy na tu fyzioterapii. Nám vždycky bylo předhazovaný, že třeba fyzioterapeuti z první lékařský, že viděj mnohem víc do té vývojový kineziologie a podobně. Na rozdíl od nás a a. Ve srovnání třeba s tehdejšíma studentama FTVS sme měli třeba míň praxe. Nejvíc to bylo v porovnání se studentama vyšších odborných. Ty měli výrazně víc praxe než my. My sme měli takovou spíš teoretickou nalejvárnou a když jsem se pak setkala s buďto v práci nebo při studiu s holkama, který studovaly vošky, tak měli ze studia. Měli mnohem víc tu praktickou stránku. Mnohem míň medicíny a mnohem víc fyzioterapie.“ (Kateřina)

O rozdílech náplně výuky mezi fakultami se zmiňovali téměř všichni respondenti. Fyzioterapie na jednotlivých fakultách většinou podléhala celkovému zaměření celých fakult. V rámci tohoto výzkumu bych chtěla zviditelnit pouze porovnání teoretické a praktické výuky a to s ohledem na hodnocení respondentů, jak byli spokojeni se svou teoretickou a praktickou přípravou do profesního života.

„Nám vždycky bylo předhazovaný, že třeba fyzioterapeuti z první lékařský, že viděj mnohem víc do té vývojový kineziologie a podobně. Na rozdíl od nás a a. Ve srovnání třeba s tehdejšíma studentama FTVS sme měli třeba míň praxe. Nejvíc to bylo v porovnání se studentama vyšších odborných. Ty měli výrazně víc praxe než my.“ (Eva)

„Já jsem celkem spokojená a s tím, jak to probíhalo u nás, jakoby že . Podle mě tam byla docela dobrá rovnováha mezi tím, co je praktická a teoretická výuka. Že sme opravdu měli možnost se podívat na všechny ty oddělení, různý pracoviště, nemocnice.“ (Kateřina)

Respondenti byli spíše spokojeni s rozložením teorie a praxe při studiu. Studenti vysokých škol ať už bakalářských nebo magisterských oceňovali, pokud byla do studia zařazena **ve výrazném zastoupení výuka praxe**. Respondenti sami cítili, že mají dobré základy spíše v teoretických znalostech. Většina se shodla na dobře nastaveném poměru teorie x praxe na FTVS. Na druhé straně respondenti z vyšších odborných škol si byli

vědomi, že mají praktické znalosti, ale že jim oproti vysokoškolským fyzioterapeutům **chybí teoretické vědomosti**. Věřili, že to co neměli možnost pochytit na škole, že to doženou na kurzech a v rámci praxe.

„Neměl jsem pocit, že to potřebuju. Jako, nebyl jsem nikdy, že bych potřeboval titul nebo že bych musel být Mgr. nebo...Jsem si říkal, že to člověk rukama nějak upravuje. No a zatím se mi to daří.

Tazatel: A máš pořád stejnej názor?

Jo, mám a prohlubuju si ho, protože jakoby. Vim jediná věc, která mi schází, která mi bude scházet celý život, to je co se učí na vysoký škole a to je diferenciální diagnostika. To mě štve, protože to se asi nikdy nenaučím pořádně, ale taky k tomu člověk dospěje za pár let, ale to je asi jediný. Jinak si myslím, že všechno ostatní se dá dohnat na těch kurzech a praxí.“ (Jan)

Jan je především praktikem a studium ho nebaví. Hovoří o dalším studiu, jako o získání titulu a **nepřisuzuje dalšímu studiu větší významnost**. Ale i Jan prošel tvořením vlastních postojů a přiznává, že ne všechno umí tak, jak by si přál. Sám věří tomu, že vědomosti, které dodnes získal mu stačí k tomu, **aby dokázal pomoci lidem** a o to mu jde. O dalším studiu neuvažuje, nemá pro něho význam a ani životní prostor.

„Hlavně mě překvapilo to, že jsem vlastně měla spoustu informací ale málo praktických zkušeností.

Tazatel - Jakoby po tý škole jo, jako když jsi nastoupila do tý praxe.

Ale ono i při tý praxi. Protože my jsme měli první praxi po prváku v Kladrubech a přijela jsem tam a dostala jsem něčí pacienty paní, která odjela na dovolenou. A potom prváku jsem prostě nevěděla cos nima můžu a nemůžu dělat a tak. Takže už v průběhu studia mi chyběli ty praxe.“

Kateřina přibližuje v dalším úryvku vlastní pocit a postoj k bakalářskému studiu fyzioterapie. Hovoří již z pozice fyzioterapeuta s titulem PhDr., který sám vyučuje a má 5 letou praxi v oboru. Jde čistě o názor respondentky Kateřiny, se kterým se nemusí všichni kompetentní hodnotitelé ztotožňovat.

Kateřina popisuje rozdílů nástupu do praxe po bakalářském nebo magisterském studiu. Vypráví, jak si prošla oběma úrovněmi. A jak své nedostatečné informace pro poskytování fyzioterapeutické péče doplnila dalším studiem, po kterém **se cítila „bezpečně“** jak pro sebe, tak i pro své pacienty.

Každý z fyzioterapeutů měl jistě jiné měřítko hodnocení pro chvíli, kdy se cítil kompetentní pro působení v oboru. Každopádně se s tím **každý vyrovnával po svém**.

„ A já jsem vlastně zjistila až ve chvíli, když jsem po Bc. nastoupila na rok do práce, jsem měla mezeru mezi Bc. a Mgr., tak až tam jsem zjistila, že to praktickýho rukama dělat moc neumím. Tam mě to hrozně moc jakoby nakoplo k tomu naučit se všechny ty techniky a kurzy si udělat, co nejvíc a tak.

Tazatel: - Ehm, takže zase něco, co jsi neuměla po 3 letech studia tě nakoplo k tomu, abys šla studovat dál.

Hm, hm.

Tazatel: A pomohlo to ? Ty dva roky ?

Každopádně. Hlavně si myslím, že pomohlo to, abych si vyzkoušela, že to neumím. Že prostě nastupuju do práce a moc to neumím.“ (Kateřina)

Respondentka použila vlastní sebereflexi, aby si **dokázala zhodnotit své schopnosti** a dovednosti a dokázala sama posoudit, že potřebuje prohloubit a rozšířit vědomosti a praktické schopnosti, aby je dokázala **aplikovat do praxe**. Zároveň věřila následujícímu studiu, že jí toto všechno poskytne.

Karolína, která mluví o **prospěšnosti dalšího studia** a tím o **možnosti tvoření vlastního vývoje** a zdokonalování vlastní sebereflexe. Karolína pokračovala magisterským studiem a poté navázala na studium doktorandské.

„Asi jo, jsem konečně pochopila o čem to je a začalo mě to čím dál tím víc bavit jako konečně jsem si v tom tu svoji cestu a vyloženě jakoby, co mě že je to příjemný v tom ten obor, že každý si tu fyzioterapii může udělat podle sebe. Používat ty postupy, který jemu budou vyhovovat. Se kterýma, že nejsme jako omezený tým, že máme jenom úzkou paletu možností, ale že jako opravdu, můžeme si to udělat podle sebe, aby nám i pacientům to bylo příjemný.“ (Karolína)

Fyzioterapeuté měli pocit, že studium nebylo lehké, pokud se jednalo o studium na VŠ, ochotně se s hloubkou studia vyrovnávali. Již během studia však oceňovali školy, u které se velká část výuky zabývala praktickými metodami. Jakoby už tušili, že budou mít potíže při nástupu do praxe s nedostatkem zkušeností, což se později potvrdilo.

O nedostacích studia, pokud nějaké byly, byly schopni přemýšlet a uvědomovat si až po nástupu do praxe, kdy se jim jejich nepřipravenost potvrdila (viz. výše).

V úryvku popisuje Kateřina pocit, který měla po studiu bakalářského studia a nastupovala po jednom roce praxe na magisterské studiu. I přes to, že Kateřina uváděla **důležitost magisterského studia**, které ji pomohlo do oboru více proniknout. V úryvku uvádí, že se nějaké **techniky ve škole naučit nedají** a že se je dotýční musejí **učit až na kurzech**.

„No, neumí. Protože jakoby do těch technik nakoukne, je mu řečeno k čemu se používaj, jak zhruba vypadaj, ale zároveň ti každej fyzioterapeut řekne a i teďkon, když učím tak v podstatě já říkám těm studentům, že se to v podstatě dá naučit až na tom kurzu. Tyhle techniky se prostě nedaj učit ve škole. Tam je dobrý naučit ty studenty hodně dobře manuálku a základy nějakých technik. My jsme třeba měli na škole třeba PNF, ale ..nebo třeba senzomotoriku. Jo protože se to na 3.lékařský relativně učí.“

Ale prostě zase jiný techniky. Vojtu sme měli, opravdu, že jsme jenom věděli, jak to vypadá, ale Vojtu bez kurzu člověk bude mít jenom aby tušil, jak to vypadá a neumí ho použít.“ (Kateřina)

Až během studia se Kateřina ujistila, že pro získání úplné sebejistoty je studium na VŠ nedostatečné. Ubezpečila se v tom až po studiu bakalářského studia, jednom roku praxe, kde popisuje jak nic neuměla, tak následně po dalších dvou letech studia magisterského studia, po kterém se cítila sebejistější a po kterém byla schopna zhodnotit, že to vlastně stále ještě nestačí a je třeba se dále učit na kurzech.

I další respondentka Markéta se pokoušela dostat z bakalářského studia na magisterské. Té se to ale nepodařilo.

„Aha, určitě jsem chtěla dál pokračovat navazujícím studiem, což jsem i zkoušela se dostat na magistra, ale nedostala jsem se. Dvakrát jsem to zkoušela. Nebyla jsem dvakrát úspěšná.“ (Markéta)

Důvod, proč se Markéta nedostala do dalšího studia sama zhodnotila:

„Myslím, že to opět byla moje lenost, to že sem se nedostatečně připravila k těm přijímacím zkouškám. (ironický tón hlasu). To sem hodně zanedbala, tu přípravu. A vzhledem k tomu, mé studijní výsledky byly průměrné. (smích) To tu přípravu chtělo... 😊“

Tazatel: Aha a chceš to zkoušet ještě znovu?

Gábina: Už ne, já teďko si trošičku myslím, že mě víc zajímá trošičku jiný směr. Zajímá mě trošičku psychologie, psychiatrie. Takže kdybych chtěla dál navazovat, studiem pokračovat, tak by to byl nějaký obor v tomhle směru.“ (Markéta)

Jako důvod vlastního neúspěchu uvedla Markéta svou vlastní nepřipravenost a lenost. Markéta nemluví o obtížnosti přijímacího řízení nebo nemožnosti z jakékoli příčiny neuspět. Na druhou stranu uvádí, že už nechce znovu zkoušet studium fyzioterapie, ale že ji **spíše lákají obory jako psychologie a psychiatrie**. Pravděpodobně ji tímto směrem posunula vlastní praxe a zkušenosti, které získala.

O vzdělání a následné možnosti uplatnění fyzioterapeutů v praxi hovoří zkušená respondentka Ivana, která má ke školnímu systému již **vytvořený vlastní postoj**.

Já si myslím, že v dohledné době se to změnit nemůže, protože se to roztránilo do milionů typů vzdělaností, což znamená, že na praxích najdete velmi zkušené, atestované. Emmm, s kurzama, eště rehabilitační pracovnice. Pak najdete 3 letky, který končily normálně jako dvouletky. Pak najdete tříletky, který končily jako absolventi diskou. Pak najdete stejný druh vzdělání na tisíci jakejchsi univerzitách ehm Bc. A pak najdete magistry. Tak magistr získanej na FTVS je magistr je řádně, řádně podotýkám je magistr fyzioterapie. A magistr na FTVS dálkovej už je magistrem pro zdravotně postižené. To je speciální. Všichni se

smíchaj dohromady. U bakalářů se školy, z tisíce druhů škol je hrozně moc. V Olomouci jsem byla jako vedoucí diplomové práce na Bc. Jmenuje se to kultura těla. Obor fyzioterapie. Máte ve všech možných městech, všude možně se. A zlikvidovali disky. Disky měli daleko lepší praktickou přípravu do života. A za tím budu stát. Tři roky jak Bc., tak oni. Ale nedá se ten poměr praktické části absolutně....

Ve druhé části své odpovědi aplikuje zmíněné studijní programy do praxe.

„Ano a druhá věc. Všichni musíme dělat stejnou práci. Vy budete. Vidíte tady nakonec Martina, může mít PhDr., může mít cokoli, nic jiného nemůže dělat, než dělat. Tady opravdu, dřív jsem mohla být jediné vyčleněná s tím, že jsem já za úkol měla semináře, shánět kurzy, chodit na vizity. Pomáhat i jako ten metodik místního pracoviště, ne metodici, co vedou praxe. Váš jsem se nikdy nemohla dostat. Pokud jsem si neudělala medicínu a nebyla jsem rehabilitační lékař. Čili tam byl tento předěl, ale já znám magistry z FTVS, nabouchaný jak hrom, ale ta praxe. A to vám řeknou starý pracovníci, že to je vidět. To prostě je řemeslo, tak je to jenom řemeslo. A to mě vadí.“ (Ivana)

Ivana se snaží přiblížit, jak vlastně výše vzdělanosti neovlivní to, jak dobrým se dotyčný stane fyzioterapeutem. Na jedné straně porovnává možnosti studovanějších fyzioterapeutů jako nedostatečné, protože ***i magistersky vzdělaný fyzioterapeut musí pracovat s pacienty stejně jako diplomovaný specialista.***

Zároveň ***vyzdvihuje praktické zkušenosti méně vzdělaných fyzioterapeutů*** nad praktickými zkušenostmi těch studovaných. Také se snaží říci, že i s titulem PhDr. musí fyzioterapeut prostě jenom pracovat, pokud chce zůstat v praxi a nevěnovat se třeba vědecké činnosti.

Dle Unify (*uvedeno výše*) se v praxi mohou setkat různě kvalifikovaní fyzioterapeuté. Každá kvalifikace s sebou ale nese odlišnou kompetentnost působení v oboru. Rozdíly se v praxích často nedodržují. Dle těchto kvalifikací by se měla odvíjet i platová ohodnocení, na které mají fyzioterapeuté vlastní platové tabulky. Pokud si zdravotnické zařízení nenastaví jinak.

- **Fyzioterapeut – VOŠ a VŠ** bakalářských studijních programů do ukončení nástupní praxe
- **Fyzioterapeut - diplomovaný** - VOŠ a VŠ bakalářských studijních programů do ukončení nástupní praxe
- **Samostatný fyzioterapeut – odborný** - rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti VOŠ a VŠ bakaláři s ukončeným postgraduálním vzděláním – atestace aplikovaná fyzioterapie, VŠ magistr po ukončení nástupní praxe
- **Fyzioterapeut – specialista**- VŠ magistr po 5 letech praxe nebo po ukončení specializačního studia

V rámci nástupu do praxe bylo třeba **naučit se aplikace získaných naučených dovedností** ze školy do reality. Na škole na to nebyl dostatek času, neboť aby jednotlivé přístupy dostal fyzioterapeut „do krve“, musí v tom chvíli dělat. Na tom se shodli všichni respondenti.

„No to jako, co jsme měli hrozne těžký, teda ja, co jsem mel hrozne těžký, co mě překvapilo, to už byla hned první praxe ve škole, že jo. Když jsem přišel??? Do Kladruha a tam jsem dostal klientelu po nějaký ženský, která byla na dovolený a nikdo se ke mně nepostavil jako, prostě se ke mně postavili jako k nějakýmu člověku, kterej prostě 20 let má praxi že jo a tady v té místnosti budeš dělat a já jsem tam dělal jak blbeček a vůbec jsem nevěděl, co mám dělat že jo. Stejným způsobem se ke mně postavili, určitě i ke všem ostatním, že jo. Když jsem tam přišel pracovat po škole, že jo. V podstatě nikdo mě nic neučil, jsem se musel vždycky všechno naučit sám. V kurzech. Takže možná proto, že až tak za dlouho jsem se dostal k nějaký fázi poznání, protože v podstatě ve škole to bylo učení se z knížek.“ (Jan)

S jistým nadhledem hovoří o této problematice Kateřina, která tuto situaci řešila dalším studiem a odbornými kurzama. **Doporučila by celkově zapojit do výuky vysokoškolské fyzioterapie více praxe na úkor méně potřebných předmětů.**

„Tak já si myslím, že do těch začátků je ta praxe hrozně moc potřeba. Ve chvíli, kdy chtěli voškařky studovat pak dál, tak jim strašně moc chyběl ten základ té teorie v těch ostatních medicínských oborů. Oboje má svoje pro a proti. Já bych byla ráda, kdyby na těch vysokých školách. Ted' teda můžu mluvit jenom za 3. Lékařskou, potažmo za FTVS. Kdyby tam našli víc prostoru pro tu fyzioterapii na úkor předmětů, který člověk moc nevyužije. Jako chirurgie. Jo protože pro nás prostě není důležitý umět pitvat potkana, ale pro nás důležitější je umět manuální medicínu. Třeba.“ (Kateřina)

Kateřina navrhuje začlenění více praxe do celkového studijního plánu vysokých škol. Na druhé straně sama přiznává, **jak je teorie důležitá** a že zažila, kdy studentům vyšších odborných škol ta teorie chyběla.

I Eva zaznamenala mezery v přípravách vysokých škol pro praxi fyzioterapeutů, ale jak bylo již uvedeno. Každý fyzioterapeut musí dostat jednotlivé přístupy „do krve“ musí v nich chvíli dělat.

„No to by mělo by mělo být určitě na škole. Aaa i si myslím, že právě se tohle hrozně liší podle fakult a myslím si že někdo byl více připravenější do té praxe a někdo méně. No, takže tohle určitě já bych chtěla, aby tohle bylo na škole víc. Ale zase je pravda, že když se to učilo i na té škole i něco, co bylo praktičtější tak člověk se to opravdu naučí až když to dělá po několikátý sám. Tak pozná, co to vlastně tam dělá no.“ (Eva)

Závěr 3. kapitoly:

Fyzioterapeuté zažívají pocit naplnění při studiu, pokud se opravdu pro obor rozhodli. Uvádějí rozdílné zastoupení teorie a praxe ne jenom v rámci rozdílnosti výše

dokončeného studia, ale i v rámci jiných škol a fakult UK. Některé školy se na praxi zaměřují více, jiné méně. Fyzioterapeuté upřednostňují větší zastoupení praxe během studia, aby byla následně možnost vyhnout se potížím při nástupu do praxe. Velké zastoupení praxe na vyšších odborných školách považují za nedostatečné právě zase kvůli nedostatečné výuce teorie, od které se praxe odráží.

Sami respondenti uváděli nástup do praxe jako velmi obtížný, kdy byli „hozeni do vody“ a v mnoha situacích si nevěděli rady. Někteří respondenti tuto situaci řešili dalším studiem, které jim pomohlo v získání jistého nadhledu a hlavně jim umožňovalo delší působení v počátcích praxe a to ještě v roli studenta.

Dále nestudující fyzioterapeuté se snažili tento nadhled získat právě v rámci praxe a někteří si byli vědomi, že jisté informace se jim budou dohánět těžko. Fyzioterapeuté bakalářského studia nebo vyššího odborného studia uváděli těžší nástup do praxe než ti s magisterským vzděláním.

4. NÁSTUP DO PRAXE – DŮLEŽITÁ ETAPA PROFESNÍHO VÝVOJE, HLEDÁNÍ VHODNÉ STRATEGIE ZDOLÁVÁNÍ POTÍŽÍ. PRVNÍ KONTAKT SE SOCIÁLNÍ A PSYCHOLOGICKOU SOUČÁSTÍ TERAPIE.

V okamžiku nástupu do praxe nebo i během praxe při studiu *zažívali studenti stres* s tím, že byli postaveni před pacienty a měli pocit, že na to *nejsou dostatečně vybaveni*. Nedostatečná vybavenost se projevovala *v praktických dovednostech*, ale také kompletně v celkové *nepřipravenosti v komunikaci s pacientem*, ve způsobech přijímání pacientů, schopnosti dobrého způsobu nastavení terapie.

„No to jako, co jsme měli hrozne těžký, teda ja, co jsem mel hrozne těžký, co mě překvapilo, to už byla hned první praxe ve škole, že jo. Když jsem přišel do Kladrub a tam jsem dostal klientelu po nějaký ženský, která byla na dovolený a nikdo se ke mně nepostavil jako, prostě se ke mně postavili jako k nějakýmu člověku, kterej prostě 20 let má praxi že jo a tady v tý místnosti budeš dělat a já jsem tam dělal jak blbeček a vůbec jsem nevěděl, co mám dělat že jo.“ (Jan)

Zrovna Jan byl studentem vyšší odborné školy, u kterých předpokládali všichni největší připravenost do praxe. Začátek byl tedy těžký pro každého bez rozdílu jakou studoval školu a jakého dosáhl vzdělání.

O důležitosti schopnosti komunikace v profesi fyzioterapie vypráví Ivana, která zároveň uvádí, že měla v rámci studia i rétoriku. Vyzdvihuje manuální zručnost a fyzickou zdatnost, schopnost se vyrovnávat s životem takový jaký zrovna je.

No, já jsem komunikativní byla vždycky. My jsme měli i rétoriku, komunikaci a škola mi dala no spíš tu teorii a hmm, jak bych to řekla. Mám pocit, že někdo je manuálně zručnější a druhý ne. A mně příroda asi trochu manuální a fyzickou zdatnost asi. A takový jako vnitřní pocit. Prostě takovémhle je život a já jdu do neznáma, prostě tam jdu. (Ivana)

Kde by se měli fyzioterapeuté připravovat na praxi? Měla to být pouze škola? Bylo by vůbec možné vytvořit na školách dostatečný prostor pro to, aby si jednotlivci dokázali techniky a přístupy zažít?

Měli být **na praxích připraveni odborníci**, kteří začínající terapeuté povedou? Dle zákona by to tak být mělo. Realita je ale opět někde jinde. Popisují sami fyzioterapeuté v dalších úryvcích.

Dle **zákona č. 96/2004 Sb.** (viz. příloha) by dostudovaný fyzioterapeut nastupující do praxe neměl pracovat bez odborného dohledu zkušenějších fyzioterapeutů a to dobu dlouhou odvíjející se od dokončeného vzdělání fyzioterapeuta a jeho délky praxe. Pokud fyzioterapeut neprokáže sám minimálně 1 rok výkonu povolání v oboru.

„My máme nějaký pseudopracovníky pod dohledem. To je jenom prostě název a nic jiného. A jelikož teď každé platí tak přišerně drahý kurzy a je to jeho know how, proč bych vám ho měla předávat, když musím zaplatit. To bylo dřív, že to takto existovalo.“ (Ivana)

Dle Unify ČR: Fyzioterapeuti mají povinnost celoživotního vzdělávání, po ukončení studia by **měli pracovat pod dohledem zkušenějšího a profesně staršího fyzioterapeuta s registrací. Systém kontroly kvality poskytované péče není vytvořen.** Do budoucna by měla být vytvořena legislativní norma pro tvorbu standardů kvality péče. (spolupráce MZ ČR, klinické obory a profesní organizace fyzioterapeutů ČR)

„Ja si myslím, že jako když někdo přijde nový nastupující do praxe, tak by měl bejt. Nechci říct, že pod dohledem, ale že prostě jako...“ (Jana)

Všichni respondenti uváděli, že na začátku své pracovní kariéry **nad sebou dohled neměli** a že se se vším museli vyrovnávat sami. Nikdo z nich se nepokoušel prokazovat 1 rok praxe, který by mohli stihnout absolvovat během studia VŠ.

Některým dělalo potíže se zorientovat a získat sebedůvěru v poskytování zdravotní péče pacientům. Jiní si byli schopni uvědomit, že na sobě měli ještě pracovat a jiní se s touto situací snažili vyrovnat.

„No, hození do vody. Nikdo s ničím neporadil. Tady máš pacienta a dělej, co umíš. Umíš toho málo, protože praxe bylo taky málo na škole. (smích). Noo a jako je to asi nejlepší ten stres, že to donutí člověka fakt si něco rychle najít aby zachoval nějakou důstojnost aa, aby mu věřil ten pacient, že on věří sám sobě, tak to. Tak to jakoby naskočí teprve takový to, o čem to vlastně je. Ale já bych uvítala určitě, kdyby prostě někdo si se mnou sedl a řekl, tak a je potřeba udělat to, to, to. Umíš to, neumíš to. Chceš s něčím poradit, to u nás na našem pracovišti úplně nefungovalo.“ (Eliška)

Jan přibližuje začátky ne jenom své praxe. Momentálně je vedoucím pracovníkem NZZ a sám zaučuje nově nastupující fyzioterapeuty.

„ To víš, že jo tak jen se naučit pouštět všechny přístroje, že jo. To tam pouštíš, nevíš, co pouštíš, proč to pouštíš a na co to pouštíš. Prostě, komu to pouštíš. Tak tyhle věci, to jsou věci neznámí, že jo. Nikdo se s tebou nebavil. Jako samozřejmě vždycky, když se člověk někoho zeptal... Víš co nevim, bylo to takový... Já nevim, jestli to je dneska takový, já třeba když. Dneska se snažím k těm lidem jako hodně s nima o tom mluvit o těch svých zkušenostech.“ (Jan)

Skupina dotazovaných fyzioterapeutů měla při nástupu **do praxe i svá jasná očekávání**, u kterých doufali, že budou naplněna.

„Hmmm, především jakoby očekávala, jako že budu moct pracovat s lidma, což se jakoby splnilo a asi sem očekávala, že mě to naučí víc těm lidem pomoci, aleéé né každému jde pomoci. Takže to je takový jako půl na půl. Naučili mě nějaký určitě techniky nějaký hmm vlastně jako techniky manuální práce a techniky nějakýho jako s těma lidma, ale né všechno jde použít na všechny. Naučilo mě to takový nějaký ten základ a pak si to musí člověk sám vyhledat, a taky popřípadě sám dostudovat.“ (Markéta)

Tady respondentka popisuje důležitost praxe a již je schopná reflexe, že ne všem mohou pomoci naučené terapeutické techniky. Sama respondentka uvádí, jak **důležitá je vlastní zodpovědnost se dále dovzdělávat a disponovat jistou kreativitou v rámci oboru**.

Další respondentka očekávala po vynaložení vlastních sil do studia odměnu v podobě zajímavých pracovních nabídek.

„Aha, končila jsem vlastně studium s vizí, že ihned najdu práci, že ihned budu zaměstnaná a že budu mít hromadu peněz, (smích) to vlastně. Hmmmmhmmmm. Takhle ty představy se že jo vlastně nesplnily. Hned jsem poznala, že to není jednoduché, hned najít práci a že ve zdravotnictví tolik peněz není. Aaa, hmmm, to sem vlastně očekávala už na začátku, že ty fyzioterapeuti budou tak žádaný, že hned každý mě bude chtít. Potom se mi otevřely oči, že v republice je X fakult, kde je X tříd fyzioterapeutů a každý rok vychází X lidí. Takže ta práce a ty peníze opravdu není tak jednoduchý sehnat. (Jana)

Respondentka Karolína má jiné poznatky při hledání zaměstnání, **neměla potíže sehnat zaměstnání**, naopak si pravděpodobně mohla vybírat. Karolíně nevyhovoval pocit

„*přistřižených křídýlek*“, kdy měla pocit, že se nemůže plnohodnotně seberealizovat. Pravděpodobně musela respektovat nějaká nastavená pravidla ze strany zaměstnavatele nebo těžko odhadovat (*tazatel se nedoptal*).

„Spíš mě překvapilo kolik pracovních nabídek potom člověk má, který nabízí možnost osobního růstu. A taky jsem čekala, že bude potom možnost větší seberealizace a takhle ve skutečnosti. Že pak člověk jako takhle po tý škole má pocit přistřižených křídýlek.“ (Karolína)

Jako dalším příjemným překvapením pro respondenty byli, ti pacienti, kteří berou fyzioterapii vážně a kteří třeba chápou, že jim může pomoci. Někteří jedinci chodili na RHB dokonce rádi. Karolína použila výraz, že se stává jejich „*světobodem*.“

A pravděpodobně je to okamžik, kdy dotyčná **vidí smysl své práce**.

„Jako pro kolik lidí. Jako to mě v praxi nejvíce překvapilo, jaký vliv to má. Pro ně se ta RHB stane součástí běžného života. Jako třeba u důchodců. Ty to mají skoro jako náplň. Po dobu celého čtvrt roka nebo jak dlouho jim to vyjde. Lidí se na to upnou a najednou jste pro ně jakoby takový ten světobod. Jejich života. Což je příjemný, což mě strašně překvapilo. Pro některý lidi. Jako tu důležitost jakou tomu některý lidi dávají.“ (Karolína)

Karolína popisuje také s údivem

„Pak mě překvapilo, že lidi o svým těle nevědí vůbec nic, ale vůbec. Prostě je to nezajímá.“ (Karolína)

Po nástupu do praxe a působení v ní, po setkání s prvními neočekávanými situacemi, které vznikaly při navozování profesních vztahů s pacienty Při delším působení v praxi získávali fyzioterapeuté jistý náhled na své působení v oboru.

byli schopni srovnání nynějšího působení a působení při nástupu do praxe.

„Hmm, myslím, že v tom 1. roce jsem byla víc nadšená. Víc nadšená a víc jsem do té práce vkládala toho nadšení, té naděje. Teď už to trošičku opadlo. ..

Tazatel - Čím to je?

Hmm, myslím si, je to tím s jakýma sem se potkala klientama, pacientama a s tím jaký oni měli přístup k té práci a přesto, že sem se je snažila motivovat k té práci... K nějakým jejich zlepšení, pokroku... Tak oni to odmítali. Ba naopak, ještě to bylo potom horší. Takže mi to moje nadšení mi potom ještě srazili. „ (Markéta)

Respondentka popisuje situace a potíže, se kterými se musel setkat každý fyzioterapeut. Většina fyzioterapeutů mívá vlastní zapálení pro tento obor. V okamžiku nástupu do praxe terapeuti zjišťují, že ne všichni pacienti mají zájem toto zapálení sdílet a to i v případě, že jde o jejich zdraví a o léčbu, která je poskytována jim. Možná je to

způsobeno rolí fyzioterapeuta, který prostě nastavením systému nemá takovou autoritu jako lékař.

V rámci praxe a nástupu nováčků do ní zvyrazňuje respondentka Ivana opět se svým učitelským nadhledem. Upozorňuje na nedostatečnou výuku psychologie.

„A tím pádem nejsou to ani oni sami dostatečně vyzbrojeni odolávat konfliktům emočnímu zařízení. Víte, že někteří absolutně nejsou schopni, když druhý je v nesnázích tak on vypoví službu. Není natolik odolnej. Agresivita lidí stoupá a vy se musíte sama bránit a musíte se bránit na určité úrovni a na to není ani jeden. Čím dál tím menší školní vybavenost. Minimum s praxí a jede se jenom opravdu, co škola dala. Tak to jenom takovej ten, co mě v té škole už od samého začátku chybí a můžu vám říct, že mám od samého začátku zkušenost s tímhle, že sem převzala zkušenost od kolegyně, co šla na mateřskou, jestli bych nedoučila psychologii. Byla to tragédie všech tragédií. Protože to byly otázky psychologie středoškolačka. Jenomže to nemusí mít každá střední škola, to bylo opravdu biflování. Nic neříkající.“ (Ivana)

Ivana vytýká vysokoškolskému systému jeho nedokonalost a absenci **kvalitní výuky psychologie** v rámci přípravy fyzioterapeutů do praxe.

Na druhé straně se již respondentka nezmiňuje, jak by tato příprava v oboru psychologie mohla pomoci terapeutů v celkovém **nadhledu zdravotních potíží pacientů, v kvalitní komunikaci s nimi nebo ve volbě vhodného přístupu k pacientovi.**

Úryvek budí dojem, že na to fyzioterapeut nemá prostor vůbec, že se potřebuje proti těm pacientům pouze bránit.

Ještě někteří jiní respondenti se zmínili, že postrádali výuku psychologie v rámci navozování vztahů s pacienty a to především při začátcích a nástupu do praxe.

Hmm, jakoby ne. Ve škole nás k tomuto nevedli. To už si pak člověk podle mě musel potom na té praxi naučit se sám. Tohle nám ve škole určitě neřekli, jako nesmíte si ty lidi připouštět. Myslím vyzkoušela jsem si to na té praxi ve škole, ale neřekli mi to ve škole, takhle, to né. (Eva)

Respondentka Eva se zde snaží přiblížit podobné situace, se kterými si musela umět poradit jako Ivana. Eva o nich vypráví s menší zaujatostí a pravděpodobně se situacemi vyrovnat dokázala. Také respondentka Karolína popisuje podobné situace se kterými se musela a stále ještě musí učit pracovat.

„Asi právě říkám víc psychologické. Seznámení se víc s psychologickou stránkou oboru. Sama sebou, jak se pročistit, ubránit proti syndromu vyhoření. Ze sebe nenechat vysát tu energii, to hodně. To mi škola právě nedala a to se člověk právě naučit musí.“

Tazatel: Mluvíš tedy o syndromu vyhoření, mluvíš o vysátí. Máš s tím zkušenosti?

Mám s tím zkušenosti. Myslím, že jsem s tím měla docela problém ze začátku. Trvalo mi docela dlouho, než jsem našla způsob, jak se s tím vyrovnávat.

Tazatel: Teď už se s tím umíš vyrovnat?

Snažím se o to. „ (Karolína)

Tři respondenti z osmi postrádají v rámci studia výuku psychologie, která by studenty učila jisté rezistence vůči pacientům a tím jim pomáhala v sebeobraně.

Pozice fyzioterapeuta je složitá, přirozeně nemívají fyzioterapeuté takovou autoritu a uznání jako lékaři. Vztah s pacienty musejí postavit převážně na potížích pacientů a jejich řešení, fyzioterapeuté se musejí snažit navazovat společnou komunikaci i na jiných vzájemných souvislostech vznikajícího profesního vztahu. Každý s terapeutů měl poté svůj vlastní vývoj a hledání své vlastní cesty v rámci vývoje v praxi.

Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003) ve svém projektu popisuje, že vzájemný vztah lékaře – pacienta vychází z klíčových principů tohoto vztahu. ***Principy vycházejí z předpokladu rozložení sil ve vztahu lékař (fyzioterapeut) – pacient.***

Rozložení sil záleží na několika prvcích. Nejde pouze o přijetí rolí oběma aktéry. Uvádí, že vztah závisí také na základě cílů konzultace nebo osobních hodnot zúčastněných.

Fyzioterapeuté se snaží nacházet během praxe vlastní cesty, které umožňují poskytovat kvalitní zdravotnickou péči a přitom hledají správné výchozí pozice „role“ sami pro sebe.

„No vlastně takovej, asi jako.. S čím sem se musela vyrovnat, asi nejvíc to je prostě předstoupit před toho člověka cizího. Já tam mám bejt vlastně nějaký ten, v tu chvíli ten vedoucí toho, co se bude dělat. Vědět o čem se mluví. Vědět, co se bude dělat, poradit tomu pacientovi. Takže v první řadě asi bych měla bejt jako já ten, ten co ty vědomosti má nebo ty znalosti a působit tak i natoho pacienta a předat mu to a že teda, aby to mělo nějaký výsledek. Druhá věc, ta se zjišťuje až postupem. To ale ze začátku překonat jako sám sebe a z takovýho toho. Prostě jdu do praxe, nic moc neumím nebo mám ten pocit, že nic neumím, tak začít vystupovat trochu sebevědomě. Opravdu si věřit, protože jako ty schopnosti sou. Jde o to si jenom zvyknout se taky tak prezentovat. Tak to bylo asi takový to nejtěžší.

„(Eliška)

Po nástupu do praxe se fyzioterapeuté ztotožňovali i s jinými stránkami oboru, o kterých během studia nevěděli.

„Tak první po prvním roce to bylo jako furt. Nebo první jako by ty zkušenosti a brigádou jako v rámci fyzioterapie tak to mě překvapilo v množství administrativy kolem toho a zdravotní pojišťovna a takhle..... - Potom, když už jsem pracovala.....

- Pak, když už jsem pracovala, kolik jsem dostala zase zpětný vazby od těch pacientů. Opravdu mě překvapilo, kolik lidí tam chodí, protože jen tak jako pojišťovna a do těch mi je až skoro líto vkládat někdy energii...“ (Karolína)

V rámci svého vývoje v oboru, po studiích si respondenti v rámci praxe vyzkoušeli několika více druhů diagnóz. Pod kompetence jednoho vystudovaného fyzioterapeuta spadají totiž všechny druhy diagnóz, které se dají v rámci rehabilitace léčit. To znamená, že fyzioterapeut s obecnými znalostmi bez nějakých specializačních atestací léčí pacienty s neurologickými, revmatologickými, ortopedickými, pediatrickými, urogenitálními, potížemi. Bližší informace k léčbě těchto specifických diagnóz si terapeut musí zjistit sám, pokud ho nezaškolí zkušenější kolega, který v tomto směru působí. A i zde terapeuté uvádějí **odborné akreditační kurzy**.

Respondentka uvádí v následujícím úryvku se kterými diagnózami se setkala a je si sama vědoma jejich složitosti, pokud k nim chce z pozice terapeuta přistupovat zodpovědně.

K tomuto uvědomění může terapeut dojít opět až po absolvování studia, nástupu do praxe a působení v něm. Každý se s potřebou dále se vzdělávat vyrovnával po svém. Někteří volili knihy, jako zdroj informací, jiní se učili od kolegů a někteří volili rovnou možnost akreditačních kurzů.

V dalšího úryvku popisuje respondentka konkrétní diagnózy u kterých si nebyla zcela jistá a vyzdvihuje **potřebnou mezioborovou spolupráci**, kam by mohla případně pacienty, kterým ona sama pomoci nemůže, odeslat.

Tak samozřejmě nějaký diagnózy mám jako respekt a bojím se.

-jo

- přemýšlím...mám hrozný respekt jako vůči malým dětem, jako novorozeňatům, jako to bez debat. A pak samozřejmě psychiatrický diagnózy nebo tam, kde si nejsem jistá. Pod tady tím dohledem. Taky si myslím, jako ta fyzioterapie vždycky měla být jako provázaná nějakou tou psychologickou , psychiatrickou poradnou. Jako aby kdyžtak ten terapeut si moh poradit, tak i tam mít možnost odeslat toho pacienta. (Karolína)

Následující respondent popisuje, jak se během praxe naučil hledat si vlastní cesty a přístupy k jednotlivým technikám. Potvrzuje, jak **je důležitá až letitá praxe pro osvojení si složitějších technik**, jako i jiní respondenti tohoto výzkumu. Jan je však jeden z respondentů, který vystudoval vyšší odbornou školu a o další studium se nezažil. Veškerou odbornost, kterou se snažil získat, získával během praxe.

Jako když jsem před 10lety zvedal pacientovi ruku třeba a v kabatově diagonále, tak jsem věděl prdlačku, proč to dělám. Dneska už si to umím propojit, proč to dělám, umím si to vysvětlit a umím si najít tyhle cesty a snažím se je hledat, což jsem třeba před deseti lety nedělal a ani jsem se nesnažil. Tak asi tenhle postup no. (Jan)

Kateřina potvrzuje Janův úryvek a také mluví o získávání nadhledu během působení v praxi. Kateřina navíc další vývoj získávání dalšího nadhledu ještě očekává.

Během té praxe a jakoby zpětně, když se člověk pak podívá o rok o dva zpátky, kdy si třeba myslel, že už toho umí relativně hodně. Tak člověk znova a znova zjišťuje, že toho uměl o polovinu míň než teď. To znamená, že i teď kon toho umím relativně málo, když na to budu pohlížet za dalších 5 let praxe třeba. (Kateřina)

V následujícím úryvku popisuje Jan nejenom profesní vývoj, ale i vývoj a zrání osobnosti jako pozitivum pro přijímání pacientů a pro vznikající profesní vztah terapeut - pacient. Zralá sebevědomá osobnost budí větší důvěryhodnost u pacientů.

Tak určitě, tak člověk se chová k pacientům ..když to vezmu zpětně, tak postupně úplně jináč. Tak to je ale i věkem daný. Si myslím, víš....Ty pacienti tě berou jinak, když ti je 22 let a jináč tě berou, když ti je třeba 30, že jo.

Závěr 4.kapitoly:

První nesnáze zažívají fyzioterapeuté většinou až v praxi a to při nástupu do praxe, poté se již bez větší podpory zkušených kolegů-mentorů naučili potíže sami nějak řešit. Získávají postupně sebedůvěru. Mimo studia a získané praxe v rámci získávání profesionality je jejich sebedůvěra z velké části založena i na jejich osobnosti.

Fyzioterapeuté začínají většinou praxi bez odborného dohledu, odborný dohled a podpora jim chybí.

Profesní sebeuvědomění, co znamená být fyzioterapeutem a profesní identitu získávají až po několikaměsíčním působení v praxi. Způsob vyrovnání se s nesnázemi je ovlivňován jejich motivacemi a odhodláním se oboru věnovat. Zdolávání nesnází je kompenzováno pocitem naplnění schopnosti pomoci jiným lidem. Fyzioterapeuté se chtějí vyvíjet, chtějí být ještě lepšími terapeuti.

V rámci nástupu do praxe se fyzioterapeuté potýkají se s nedostatečnou připraveností v psychologické vybavenosti pro komunikaci s pacienty, s nedostatečnou resistencí proti stresovým faktorům oboru, s nedostatečnou orientací se v rozdílech mezi jednotlivými diagnózami pacientů. Tápali v oblasti vhodného přijímání pacientů a komunikace s nimi.

Fyzioterapeuté se s těmito situacemi vyrovnávali sami bez pomoci zkušenějších kolegů a nabyli toho názoru, že do podobných situací je měla vyzbrojit škola.

Nicméně byli všichni schopni se situacemi „nějak“ vyrovnat a najít nejvhodnější řešení pro sebe i pacienty a na základě svých zkušeností dále působit v praxi. Postupem času a jejich realizace v praxi byly počáteční obtíže zvládnuty. Fyzioterapeuté se v rámci zkoušení aplikace naučených metod, hledáním zaměstnání, kde by se cítili dobře a pokusem o další sebevzdělávání pokoušeli hledat vlastní cestu.

5. PROFESNÍ VZTAHY FYZIOTERAPEUTŮ, KOMUNIKACE, SOCIÁLNÍ A PSYCHOLOGICKÁ ČÁST TERAPIE

V roce 2003 se v rámci svého projektu Institut zdravotní politiky a ekonomiky zabýval *vznikajícími vztahy ve zdravotnictví*, především vztahem lékař-pacient.

V rámci jejich výsledků bylo dokázáno, že běžná populace preferovala především dostupnost zdravotní péče a to pro muže i ženy. Dalším důležitým atributem se stala kvalitní komunikace, důstojnost. Respondenti do třiceti let preferovali především jako cíl komunikaci, kterou upřednostnili i před poskytnutím rychlé péče.

„Prostě se snažej a mám pocit, že tu energii kterou do nich vkládám, že je k něčemu dobrému využita. Právě, že se zlepšují, no.“ (Eva)

„Opravdu potřebuju u těch klientů vědět, že něco dělaj, že něco dělaj doma. A já jim jenom dávám ten mustr, ten návod a oni si ho plní a doplňují a vyplňují. Takovýhle klienty já mám ráda. To sou pro mě dobří klienti ááá..ti co spolupracují ááá špatní klienti jsou vlastně lidé, kteří ode mě něco chtěj, ale nechtěj pro to nic udělat sami. Jenom očekávají, že já jim něco udělám, že já jim pomůžu, ale nechtěj pro to nic udělat. A nebo chtějí v uvozovkách pomoct. Oni prostě jenom uchlácholit a potřebujou právě to svoje pohodlí. Potřebujou pohodlí a když já jim ho nedám, tak sou našťvaní a jdou jinam. A nebo, nebo prostě, tak to sou. To sou ti špatní klienti.“ (Markéta)

Jana popsala situaci jasně, však téměř stejně jako předešlí respondenti. Všichni terapeuti se setkávají s pasivními pacienty, kteří na sobě pracovat nechtěj a očekávají pozitivní výsledky v průběhu terapie na základě aktivity terapeuta. Vyskytují se i pacienti, kteří nic neočekávají a **na RHB chodí je proto, že jim ji předepsal lékař.**

Karolína zmiňuje pacienty, kteří dochází na rehabilitaci jenom proto, že jim to předepsal lékař a nemají vlastní zájem své potíže pohybového aparátu sami řešit. Uvádí:

Do těch mi je až skoro líto vkládat energii..

O nespokojenosti s přístupem pacientů hovoří také Markéta a několik dalších, opět jde o pasivní přístup pacienta k terapii.

„Aha....hm...jo, je to opravdu, třeba klient, který vlastně tu moji službu, moji energii můj čas zneužívá. Zneužívá to třeba pro své pohodlí. Ne proto, aby se zlepšil, aby mu bylo třeba dobře, ale jenom protože si chce relaxovat, chce si ulevit a chce mít pohodlí. To mi bere energii.“ (Markéta)

„Jo tak to mě docela, to mě bavilo, jako opravdu. Předpokládala jsem, že na tu RHB bude chodit více pacientů protože by chtěli a ne protože by měli a čekala jsem větší zapojení ze strany pacientů.“ (Jana)

Většina respondentů-fyzioterapeutů se již setkala s podobnými typy pacientů a sami se snaží s touto situací vyrovnávat.

Pravděpodobně vznikají hlavní potíže a nedorozumění ze strany pacientů a v **celkové nedostatečné osvěty oboru fyzioterapie v ČR**. Pacienti nechápou, že fyzioterapeut nemůže pomoci ve všech případech jejich potíží pohybového ústrojí a že je nutná jejich plnohodnotná spolupráce. Že se vlastně jedná o zdraví těch pacientů/klientů a že nejde o starost pouze fyzioterapeutů.

V České republice je **preventivní osvěta proti civilizačním onemocněním**, ještě stále u zrodu, i když se na ní pracuje.

Většina fyzioterapeutů zaujme k této realitě nějaký osobní postoj. Fyzioterapeut by se měl především stát kladným příkladem dobrého životního stylu, aby mohl vůbec dávat důvěryhodné rady a doporučení.

O spolupráce pacienta a jejím odrazu na výsledku terapie mluví i Jan. Jan popisuje situaci, kdy ho někteří pacienti „štvou“ a kdy by se chtěl vyvarovat těm pasivním pacientům, kteří se sebou nic nedělají a stále dokola dochází na rehabilitace předepsanou lékařem. V tomto případě nemůže docházet k uspokojení z provedené práce a pokud se terapeutovi sejde více pasivních pacientů najednou nebo pokud jich je v rámci docházení na RHB převaha, může to na terapeuta působit až demotivačně.

„Dokáže mě naštvat, když s někým mluvím a někdo dva tejdny se tváří, že to chápe a za dva tejdny se vrátí, že mu to sice pomohlo, ale že prostě by to ještě chtělo dotáhnout. To sou přesně ty typy, který nesnáším. Ale vim, že i takoví jsou mezi náma. Potom je ale moje vize taková, že takový pacient by si tu terapii měl platit a bude ke mně chodit do soukromna a bude mi za to platit a prostě 2 měsíce v kuse, tak je to v pořádku, ale takoví pacienti nikdy nebudou, že jo. Pokud si to budou hradit, tak

budou hledat někoho, kdo jim pomůže za 3krát, že jo, aby nemuseli chodit desetkrát na rehabilitace. Takže to je asi hlavní taková ta změna.“ (Jan)

O důležitosti navázání kvalitního vztahu s pacientem vypráví Ivana, Ivana je zkušenou fyzioterapeutkou, která dokáže rozlišovat přístupy mimo podle diagnóz pacientů.

„Vstupují revmatici, oni toho mají na krku daleko víc. Přístup k těm lidem je takovej lehkej po špičkách., kdežto s těma bechtěrejevikama, to je. Dalo by se říct přátelství na první pohled. V uvozovkách, prosím vás jako jo, taky jsou svým způsobem některý. No a pak jsou lidi to, a v tom je právě potřeba ta empatie a asertivita a ja nevím co všechno. Ehm, kdy ten dotyčný, v duchu by jste ho zabila. A musíte si říct ne a. Já, když jsem říkala studentům, mě kdyby jste poslouchali za dveřmi, tak řeknete větší komediantku jsme v životě neslyšeli, ale já si tím šíleně pomůžu. Já jsem tak sladká, až jim(není rozumět)“ (Ivana)

Ivana popisuje nejenom odlišný postoj k různým typům diagnóz. Již jejich diagnóza do jisté míry formuje jejich vyrovnávání se s hendikepem, které jim jejich onemocnění přináší. Do těchto kategorií zapadají pacienti právě s revmatologickým onemocněním a možná poúrazoví pacienti s trvalými následky.

Ivana, popisuje také potíže, které mohou vznikat s problematickými pacienty, kteří mají potřebu se prosazovat a dělat zle. Fyzioterapeut má v tomto případě možnost domluvit se s kolegou a problémového pacienta mu předat, třeba si kolega s pacientem dokáže lépe poradit na té lidské vlně.

„Já jsem prostě jí na rovinu řekla, že já ji nebudu mít a jestli chce, tak ať si jde stěžovat, jelikož ona byla už obeznámená, že se z toho vyplynulo to, že ji pak dali k někomu jinému, kterej byl lehce instruován a ona mu stejně řekla, že se stejně po tý další etapě ke mně vrátí. To mi byl čert dlužen, když tohle vidíte. To už všichni považovali za nebezpečný.“ (Ivana)

Dalším důležitým vztahem se pro **fyzioterapeuta stává vztah s lékařem**. I na tomto vztahu závisí kvalita poskytnuté terapie. Neboť čím více je otevřená diskuse lékaře s fyzioterapeutem, tím přesněji může být terapie poskytnuta. Ne vždy je tato spolupráce nutná, především u základních tradičních diagnóz si fyzioterapeut bez odborných rad lékaře poradí.

Většinou jsou fyzioterapeuté z pozice lékařů neuznáváni. Lékaři často ani netuší, co je náplní fyzioterapie a jak se dají jednotlivé diagnózy řešit konzervativně. Je to na základě špatně navázaných vztahů a všeobecné neuznávánosti fyzioterapeutů od lékařů.

Zde by si Jan přál možnost většího rozhodování pro fyzioterapeuty, samostatnosti a tím poskytnutí možnosti vybudování si větší důvěryhodnosti ze strany pacientů

„No určitě více více rozhodování. Takový samostatnosti, důvěryhodnosti od pacientů, protože v podstatě jak jsme od těch doktorů někam hození. Jsme hozený jenom do nějakého sesterského stavu a

to si myslím, že je největší překážka jako i potom takový ty důvěryhodnosti od toho pacienta. Prostě si myslej, že jsme sestry a já nevím, co ještě. Nedokážou pochopit, že fyzioterapeut je dneska téměř z 90% vysokoškolsky vzdělaný člověk, že jo.“(Jan)

Nedůvěru ze strany lékařů k fyzioterapii pociťuje také Eliška. Uvádí, že považuje za motivující, pokud si je vědoma, že ji lékař považuje za důležitou součást při řešení zdravotních ortopedických potíží pacienta.

„ Jenom opravdu dojde k tomu kontaktu s lékařem. Když on sám se dívá na toho fyzioterapeuta. Přesto, že tam toho pacienta posílá, jenom takový to, že se to dělá, ale sám od toho nic neočekává. Jo, že si sám myslí, no to je takový jenom na nic. To k ničemu nevede. Když tohleto dá najevo někdo, kdo by tu autoritu jakoby v té společnosti má, tak je to takový demotivující.(Eliška)

„Tim, že se v tom pohybuju, tak to zasáhne i mě, protože já sem součástí toho, co někomu přijde nedůležitý, ale spíš mě přijde jako iritující to, že i tomu doktorovi to musí přeci někdo říct nebo mu to ukázat. Jakto, že on to neví Ale to zase záleží. Naopak je strašně motivující,když člověk jde na ortopedii a tam sám ten ortoped řekne, že jenom výměna prostě kloubu je k ničemu, pokud se potom o ni nepostará kvalitní fyzioterapeut. Tak to sou takové dvě stránky“(Eva)

Závěr 5. kapitoly:

V rámci navazování vztahů s pacienty, terapeuté postrádali již zmíněnou rezistenci proti těm pasivním pacientům, kteří stáli hodně energie a terapeuté považovali tuto energii za zbytečnou, protože ji pacienti z nějakých důvodů nepřijímali nebo přijímali v jiných prospěch než rehabilitačních. Terapeuté se tedy učili s těmito situacemi pracovat. Někdo byl úspěšnějším někdo potřeboval více času. Tento faktor se potvrdil, jako výrazný v dalších vývojových fázích terapeutů a v dalším působení v oboru vůbec. Tento faktor se stal i jako nejvýraznějším, který přispívá k syndromu vyhoření.

Dalším důležitým prvkem navázání vztahu s pacientem bylo, že pacient chtěl na sobě pracovat a byl aktivním v rámci své vlastní terapie. Toto považovali terapeuté za dostačující k tomu, aby nazvali pacienta „hodným.“ Navíc to byl okamžik, kdy mohli fyzioterapeuté sledovat nějaký pozitivní progres a kdy cítili vnitřní naplnění z práce.

Fyzioterapeuté považují vztah s lékařem za důležitý, jsou jejich primární referenční profesní skupinou. Jejich vztahy s lékaři mají vliv na jejich uvědomění si postavení ve zdravotnickém systému. Fyzioterapeuté by si přáli mít větší zaslouženou důvěru a uznání od lékařů

6. MOŽNOSTI DALŠÍHO MIMOŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, SBÍRÁNÍ ZKUŠENOSTÍ, ZDOLÁVÁNÍ ÚSKALÍ OBORU.

V rámci dalšího mimo školního studia respondenti uváděli:

Hmmm, tak absolvovala jsem nějaké kurzy, nakoupila jsem si nějaké knížky, literaturu. Čerpám inspiraci vlastně i od kolegů a a z různých cvičení, vlastně i mimo fyzioterapii. Třeba i z fitness. (Markéta)

kurzy, četba, samostudium.

- Co nejvíce?

- Samostudium. (Eva)

Nejvíce informací čerpají fyzioterapeuté z **akreditovaných kurzů**, kterými zároveň sbírají kredity v rámci svého celoživotního vzdělávání.

Kurzy bývají drahé a zaměstnavatelé na ně přispívají z části nebo vůbec, i to potvrzují respondenti.

A měla sem vizi, jakoby hlavně v budoucnu pravidelně si doplňovat informace dalšíma a dalšíma kurzama, protože ty většinou nastupujou až po nějakých letech praxe, takže sem se snažila se každé rok hlásit na další kurzy, abych jakoby ty informace nasbírala po tom studiu. (Jana)

Další respondentka popisuje **špatnou zkušenost se zaměstnavateli**, kteří své zaměstnance nepodporují v dalším vzdělávání ani finančně, ani udělením volna.

Je to furt o tom dalším vzdělávání. Aby mohl působit dál. Házet mu klacky pod nohy, tím že mu nedám volno, aby si na ten kurz šel, že si musí brát dovolenou. Že si to sám musí zaplatit. To je demotivující. Tohleto, když se jenom umožní, tak je to. Protože hodně fyzioterapeutů, tedy ty co znám, tak sou sami o sobě do toho zapálení, jenom ji to prostě neznáš. To by stačilo možná. (Kateřina)

Respondentka Eliška popisuje cestu ke specializaci, kterou by chtěla dělat. I tato cesta se odráží od studia, praxe, ale jde i skrz právě placené specializační kurzy. Dle výroku Elišky, je ochotna tuto cestu podstoupit i za uvedených podmínek.

Hmm, chtěla jsem určitě dělat fyzioterapii u dětí. Pak jsem během času postupem sem zjišťovala vlastně, jak je to důležitý. Jak člověk musí být kvalifikovaným pro určitéj ten směr, aby ho mohl dělat. Kolik je na to strašně potřeba praxe. Zvlášt' třeba u těch dětí, že jo. Ty specializovaný kurzy stojí strašnejch peněz. Musí mít nějaký základ. Musí mít určitou praxi. Tak to sou takový překážky, ale to bych chtěla dělat do budoucna. (Eliška)

Respondentka Ivana uváděla jako další potenciál růstu možnost si popovídat se zkušenými kolegy a tím si upevňovat vlastní názory a přístupy.

A najednou mě došlo, že se nemám jít kam zeptat. Nemám zavolat co kolegyni, jestli by se nešla podívat a zase recipročně. (Ivana)

Takhle se to dělá, zkus tohle. Takhle to nedělej, neexistovalo nepomocť, neprodebatovata řek, já tady nemám si s kým co říkat. Já odcházím. (Ivana)

V rámci dalšího vzdělávání a hledání nových impulsů fyzioterapeuté **oceňují školitele těchto kurzů**, kteří je dokáží pro nadchnout třeba pro nový přístup jak pacientům nebo třeba jen k určitým diagnózám. Spoustě terapeutům slouží účast ne nějakém zajímavém kurzu jako prostředek proti chronické únavě – syndromu vyhoření.

Potkala jsem úžasnou školitelku, která vlastně na to jak je mladá, tak už toho hrozně moc dokázala. Studuje více méně jenom v zahraničí a pak přináší poznatky právě sem do Čech a pak. Vlastně nás tak jakoby se snažila nemotivovat ať na sobě pracujeme, pokud nás ten obor baví a ať neusínáme na vavřínech. Ať se učíme furt nové věci, ať si je spojujeme, ať si je kombinujeme a to si myslím, že nám všem jakoby i mě mě hodně pomohlo. Bylo to hodně milý setkání a ten kurz u ní byl hodně příjemnej. (Markéta)

Důležitost předání informací od zkušenějších jak na škole, tak také v rámci kurzů potvrdila i Kateřina.

A konzultovali jsme tenkrát s , nevim co má za titul s fyzoterapeutkou magistrou Špringrovou?

Tazatel: Ta už je Phdr.

Jo, Phdr. Už bude, která vlastně v době, kdy já jsme studovala na FTVS, tak jsme ji měli a teď nevim, jestli na diferencální diagnostiku nebo..Bylo moc příjemný, že byla moc ochotná, nám vždycky poradit a ukázat nám to, jak se to dělá. Takže myslím, že mě docela ovlivnila...Možná o tom neví. V rámci řešení problematickejš pacientů mě hrozně moc ovlivnila v mý práci Míša Veverková, která dělá na Vinohradech. (Kateřina)

Závěr 6. kapitoly:

O důležitosti dalšího poškolského vzdělávání se zmiňovali všichni terapeuté. Respondenti uváděli především důležitost akreditačních kurzů, kterými sbírají kredity do svého celoživotního vzdělávání. Těmito kurzy osvojují hlavně nové techniky, přístupy, získávají nové pohledy na řešení rehabilitačních problémů, je jim umožněn vývoj.

Respondentka Kateřina, která působí i jako učitel ve fyzioterapii, uvádí, že „technika se dá dobře osvojit právě jen na těchto kurzech, že škola nestačí.“(hovořila tedy o těžších technikách, které potřebují osvojení tím, že se prostě budou zkoušet a budou podléhat dlouhodobé kontrole).

Terapeuté si ale zároveň stěžovali na drahost těchto kurzů, které si většinou platí sami, protože zaměstnavatelé nechtějí přispívat.

7. MOŽNOST VZNIKU FRUSTRACE U FYZIOTERAPEUTŮ, UDRŽENÍ SI MOTIVACE.

I přes zmíněná úskalí nachází spousta fyzioterapeutů v tomto oboru svoje uspokojení. **Uspokojení nebývá ve finančním ohodnocení**, podle trendu dnešní doby. Většinou jde o **schopnost pomáhat lidem a pozitivní zpětnou vazbu od lidí**, kterým bylo pomůženo a kteří to dokázali ocenit.

Já jsem furt v tom oboru nacházela něco jiného. Kontakt s lidma. Možnosti, naučit se, přátelství. (Ivana)

Na otázku, co ti dává zaměstnání fyzioterapie, odpověděla respondentka:

Práce mě rozhodně naplňuje.

Tazatel: V čem?

V čem, tak naplňuje mě, že mám dojem, že z větší části jsem schopná spoustě lidem pomoci a člověk vidí vlastně výsledky své práce, hlavně teda byly dobře vidět, když jsem dělala na tom lůžkovém. Vlastně 3 tejdny práce s někým, intenzivní práce člověk ví, že ten výsledek je z velké části jeho, i když na tom samozřejmě spolupracuje i ergoterapeut a psychoterapeut a podobně, tak vidí výsledek té práce, tak to hodně motivuje. (Kateřina)

Svou cestu v oboru a jeho přijímání našel i respondent Jan, který se během studia tak trochu „ztrácel“ a obor studoval, jak sám uvedl se „sebezapřením.“

Baví mě to. Asi tím, že o tom přemejšlim a že tomu chci rozumět, že mě to baví prostě. Asi sem se za ty roky naučil spoustu věcí a prostě potkal jsem spoustu lidí, který tě ovlivnili, že jo na kurzech, školitelů. Myšlenkově, názorově se člověk mění, že jo. (Jan)

Motivaci v pomáhání druhým má také Eliška, která se tím cítí naplněna.

Tak tohle je hodně naplňující takový, že vidím, že to má význam, že to někomu pomůže. Zároveň to znamená. Na to takový to moje vnitřní, jo naučila jsem se to dobře. Umím to prostě zrealizovat, umím to prostě, tak to je fajn. (Eliška)

Na druhé straně se terapeuté zmiňovali sami o frustracích a o situacích, které považovali za demotivátory v působení ve fyzioterapie.

Na základě impulzů, které dostával Jan od pacientů, hovoří o frustraci. V tomto případě frustrace vznikala v okamžiku, kdy si neví rady s diagnózami pacientů a musí dohledávat informace.

„Pacienti je ovlivňují, že jo. Snažím se tomuhle vyvarovat. To je právě ta motivace takhle musíš si uvědomit, poradit si s diagnózami. Musíš to umět shánět. Někdy taková ta frustrace z toho, že to nevíš v té chvíli, když to potřebuješ vědět no. A pak najít tu chuť si to někde nastudovat. To je hrozně složitý, pro mě.“ (Jan)

Na druhé straně cítili fyzioterapeuté cítili ve vztahu s pacienty/klienty i uspokojení.

„No, tak mi někteří pacienti přirostli vyloženě k srdci. No a že jsem najednou měla tu moc ovlivnit jejich osudy až se jim.....Byli mi pak v něčem vděční. Měla jsem pocit, že jsem někomu přispěla, že bude mít spokojenější život v něčem. To bez debat“ (Karolína)

Demotivačním faktorem se téměř pro všechny stalo ***nedodatečné finanční ohodnocení vykonané práce.***

Demotivující je samozřejmě finanční stránka té věci, protože si myslím, že na to, jak je fyzicky a duševně náročná, tak je hodně špatně hodnocená finančně. (Eliška)

Respondenti popisovali situace se kterými se museli vyrovnávat, přijímat okolnosti na které nebyli původně připraveni. Někteří respondenti tedy uvažovali i o možnosti změny oboru. Ti kteří jiný obor vyzkoušeli se poté k fyzioterapii vždy vrátili. V rámci tohoto výzkumu odpovědělo pár fyzioterapeutů, že ***o změně zaměstnání rozhodně nikdy neuvažovali.***

Přemýšlela jsi někdy o změně zaměstnání? Co bylo důvodem, že si zůstala v oboru?

Jako o změně oboru?

-Hmm,

Jsem rozhodně nikdy neuvažovala, a ? (Kateřina)

Přemýšlela jsi o změně zaměstnání?

- Ale ano

- Bylo to do stejného oboru, do jiného oboru?

- Do jiného.

- Jak je to dlouho?

- Nedávno, půl roku.

- Kolikrát se to stalo?

- No, stalo se to 2krát, možná i 3 krát, za posledních půl roku, ale furt...

- A máš k tomu nějaký vztah k tomu jinému oboru?

- Mám k učení. (Karolína)

Respondentka tedy přiznává, že o změně zaměstnání již uvažovala, zároveň ale udává, že má k oboru „učitelství“ nějaký vztah. Mohla by to být příčina zmíněné úvahy o změně zaměstnání. (*bylo by dobré se na to respondentky doptat*).

Další respondentka uvádí jako příčinu uvažování o jiném zaměstnání *únavu z pacientů*, které rehabilitovala. Zároveň hovoří o *nespokojenosti s prostředím a vedením zařízení*, ve kterém pracuje. Zde je vidět, že i nespokojenost s pracovními podmínkami ve kterých se terapeut nachází ovlivňuje jeho vývoj a to až tak, že na základě těchto vnějších podmínek může jedinec uvažovat o změně zaměstnání. Tento fakt potom rozvíjí, jak silnou vnitřní motivaci má jedinec pro obor fyzioterapie, jestli se bude snažit hledat vhodnější vnější podmínky a vnitřní motivaci si udrží nebo jestli z oboru opravdu odejde.

Hmm, ano, přemýšlela, přemýšlela jsem o změně zaměstnání aaa. Právě tady z tohle důvodu, že v jedné době se mi sešla skupina klientů, kteří mi opravdu ty síly a energii brali asi každý den a né jen oni. Není to jenom téma klientama. Je to i vlastně celkově i tím prostředím, kde pracuju, protože mi tam nevyhovuje vedení. Vedení našeho týmu a vedení topmenezmentu. Tak kvůli tomu sem přemýšlela o změně zaměstnání.

Tazatel: Jak je to dlouho?

Je to zhruba měsíc. (Markéta)

Zajímavým zjištěním se stalo, když jedna respondentka Eliška uvedla jako důvod úvah o změně oboru, její *potíže při sebe prezentaci*.

Při vykonávání profese fyzioterapie se terapeut v okamžiku procesu řešení potíží pacienta projevuje navenek. Tím by obor fyzioterapie nemusel být vhodný pro introvertně založené jedince.

Buďto teda v roli tý sestry zdravotní nebo, protože si přivydělávám v administrativě, tak to. Protože to mě baví a zase ve fyzioterapii hrozně chci zůstat, protože neskutečně zajímá jako ten obor takovej, chci čerpat ty informace a dovednosti, ale třeba v tom, co dělám jinak, tak tam, i když je to naprosto nekvalifikovaná práce, tak je mi dobře, protože se nemusím prezentovat navenek. To se ve mně trochu bije, no. (Eliška)

Jako další příčinu která by mohla způsobit změnu zaměstnání uvedli respondenti nedostatečné finanční ohodnocení, které jim dělalo potíže v rodinných rozpočtech. Respondentka Jana zvažovala možnosti jiných oborů, zatím se rozhodla ve fyzioterapii zůstat.

„Hmm možná akorát, když člověk pronikne do toho, do té praxe, do toho zdravotnictví a toho systému. Tak to je nový a takový trochu odrazující. To si člověk říká jo tak. Uvědomí si, chci to dělat, nechci to dělat. Stojí to za to. I kvůli třeba těm penězům i kvůli tomu platu. Tak jako, jenomže je pravda, že po

škole. Ty peníze, že to člověk neřeší. A pokud chce tu práci dělat nebo chce si to vyzkoušet v rámci praxe. Chce se tomu oboru věnovat. A zase neřeší tolik ty peníze, protože v tu chvíli prostě nejsou a zase nejsou tak důležitý. Ted' už by to bylo možná jinak, když už se člověk musí starat ještě o někoho a víst domácnost a podobně. Pak už sou důležitější a pak už by to mohl být i důvod ke změně oboru. „ (Jana)

Platové ohodnocení fyzioterapeutů zdravotnických zařízení se smlouvami se zdravotními pojišťovkami podléhá třem indexům, dle kterých se poté vypočítává platové ohodnocení jednotlivých fyzioterapeutů

K podstatné změně v seznamu zdravotních výkonů (vykazují fyzioterapeuté) 1.ledna 2008 vyhláškou **MZ ČR č. 331/2007 Sb.**, kdy byly sloučeny fyzioterapeutické odbornosti 902 (fyzioterapeut – absolvent VŠ) a 918 (fyzioterapeut – absolvent SZŠ) do jediné odbornosti 902(/kvalifikacni-predpoklady-pro-nasmlouvani-a-uhradu-fyzioterapeuticke-ece.2010[online])

Závěr 7. kapitoly:

Práce na sobě a profesní vývoj není jen dřina, samozřejmě přináší i výsledky. Všichni terapeuté uváděli pocit uspokojení v případě, když dokázali lidem pomoci.

Nejednalo se pouze o poskytnutí terapeutické rady či provedení nějaké rehabilitační techniky. Terapeuté měli i dobrý pocit z toho, že mohli pozitivně zasahovat do životů svých pacientů.

Touha fyzioterapeutů být schopeni pomoci léčit je tak silná, že jsou často ochotni pracovat i za horších podmínek finančního ohodnocení, pokud uživí vlastní rodinu.

Finanční nedocenenost fyzioterapeutů však zůstává silným demotivátorem. Někteří respondenti o změně zaměstnání uvažovali, většinou však v oboru zůstávají neboť věří, že jsou již tak dobří, že by v jiném oboru nedokázali pracovat na takové úrovni jako ve fyzioterapii. Navíc je práce ve fyzioterapii baví. Jako dalším frustrátorem byla uvedena situace, ve které si terapeuti nevědí rady a je od nich očekávána profesionální pomoc.

8. RODIČOVSKÁ DOVOLENÁ – PROFESNÍ VÝVOJ SE NEZASTAVUJE.

V době probíhajícího výzkumu a realizování hovorů s respondenty byli dvě fyzioterapeutky Kateřina a Eliška na rodičovské dovolené. Protože rodičovská dovolená

trvá pár let, může to být doba, kdy fyzioterapeutka nepůsobí ve své profesi, tím se tedy dále nevyvíjí a může se stát, že třeba ztrácí jistotu v již naučeném.

Ani Kateřina ani Eliška neměly s rodičovskou dovolenou pocit, že by z oboru „vypadávaly“. Eliška studuje dálkově další vysokou školu, Kateřina se dále vzdělává v rámci velkého specializačního fyzioterapeutického kurzu.

Jsem na mateřský dovolený

Tazatel: A jsi tam 2 roky a pracuješ při tom? Nebo chodíš na kurzy?

Chodím na kurzy, jsem si před mateřskou dodělala Mojžíšovou a teď mám rozdělaného Mekenzieho, kterej je na dva roky dejme tomu třeba.

Tazatel: A to tě někam posouvá nějak?

Určitě, rozhodně mi to umožňuje za A se naučit něco nového za B nezapomenout to původní. Protože na tý mateřský se člověk nedostane tolik k tý práci jako, když do práce chodí (Kateřina)

V praxi jsem byla 5 let, teď jsem na rodičovský, takže mám pauzu.

Tazatel: Budeš se po rodičovský vracet do oboru fyzioterapie?

No, ráda bych, ale právě je tam ten faktor, právě ty peníze. To jako, to je teď hodně zásadní, prostě uvědomit si jestli. Jestli to je dostačující ten plat a nebo se podívat jinde, ale chci zůstat v oboru. Každopádně.

Tazatel: A teďka během mateřský, děláš něco v oboru fyzioterapie, aby si se dál vyvíjela nebo pracuješ nebo se vzděláváš?

Noo, tak vzdělávám se. Studuju vysokou školu.

Tazatel: V oboru fyzioterapie?

Ne v oboru fyzioterapie, ale pro zdravotnictví. A může se to určitě hodit.

Tazatel: Takže to je přínos pro obor fyzioterapie?

Je to, je to přínos. Dozvěděla sem se tam spoustu věcí, který se určitě během tý...není to přímo v tý fyzioterapii, ale určitě se to hodí. (Eliška)

Eliška studuje v rámci své rodičovské dovolené další vysokou školu, která jak uvádí by mohla být přínosem i pro její fyzioterapeutickou kariéru a mohla by ji otevřít i jiné dveře někam jinam.

Eliška také potvrzuje, že **je během rodičovské aktivní a dále se vyvíjí.**

Eliška uvádí dilema, kde uvažuje zda se bude vracet do oboru právě z **důvodů nedostatečného finančního ohodnocení.** Momentálně má jejich rodina o jednoho člena více, tím je vyšší spotřeba měsíčních příjmů na zaopatřování rodiny.

Závěr 8. kapitoly:

Obě zmiňované respondentky, které byli v době výzkumu na rodičovské dovolené neuvádí toto období jako období stagnace v rámci dalšího vývoje. Respondentka Kateřina se udržuje v rámci učení se náročné techniky, u které trvají kurzy dva roky.

Druhá respondentka studuje další vysokou školu, která není přímo v oboru fyzioterapie, ale vidí v ní přínos do budoucna a to i v rámci fyzioterapie. Po rodičovské dovolené se chce do oboru vrátit.

9. FYZIOTERAPEUTÉ JAKO ZAMĚSTNANCI PODLÉHAJÍCÍ ORGANIZAČNÍ KULTUŘE, UDRŽENÍ MOTIVACE V PRACOVNÍCH PODMÍNKÁCH.

Také fyzioterapeuté se často stávají zaměstnanci nějakého zdravotnického zařízení, ať už státního či nestátního, mívají nad sebou nějakého zaměstnavatele. Tím *podléhají nastavené kultuře organizace a organizačnímu chování*. Musjí zapadat do systému nastaveném organizací, ve kterém pracují. Protože je fyzioterapie zdravotnickým oborem, zapadá do zdravotnický systém do celkové kultury organizace, tím je role fyzioterapeuta do značné míry určena.

O silném vztahu k oboru a touze se v něm pohybovat mluví Eva. Eva vztahuje své představy a motivace k oboru fyzioterapie a sobě jako fyzioterapeutovi. Většina respondentů viděla vývoj a růst v rámci profese, ale už ne v rámci sebe jako zaměstnance, který působí pod nějakým zaměstnavatelem.

Z pozice zaměstnavatelů nejsou většinou respondenti příliš motivováni, pokud se nejedná o specializovaná zdravotnická zařízení, kde si udržují profesionály.

Respondenti popisují své zkušenosti ze zařízení, ve kterých jsou zaměstnáni.

„Hmmm, musela sem se naučit pracovat 12 hodin. To sem nebyla zvyklá i z té praxe ve škole, kdy jsme nebyli ve škole 12 hodin, a vlastně jsem vešla do zaměstnání, kde se pracovalo dlouhý, krátký týden a vlastně i víkendy. Takže práce 12 hodin a vlastně jednou za čtrnáct dní i o víkendy. Takže jsem si musela zvyknout. Potom se mi i nelíbilo.“
(Markéta)

Respondentka Ivana uvádí nepříjemnou zkušenost ze zaměstnání a jeho prostředí.

„Že už bych byla bývala vyhořela, protože prostředí bylo špatný, to bylo v tom sklepě bez světla, teda bez přímého kontaktu a zahlceno. Plná pracovní doba, ta se pak až vo to. Takže já jsem měla třeba jeden den dvanáctku, vždycky na každého vyšla jedna dvanáctka, to bylo 24 pacientů za den a tam jsem docházela k tomu, že půjdu lepit pytlíky. Tam docházel stupeň vyhoření. „ (Ivana)

Na otázku, zda cítí respondentka motivaci ze strany vedení, odpověděla:

Ne, v zaměstnání necítím, že by mě někdo motivoval jako z mých nadřízených, tak ne.

Jedna respondentka dokonce popisovala strach, který by mohl terapeuty vézt k dodržování podmínek, které nastavil zaměstnavatel, i když s nimi nebyli zcela ztotožnění.

Tak já si myslím jako, každém je rád za jakékoli zaměstnání a bojí se cokoli prosadit. Aaa taky ty školy chybí. Z těch dalších nástupců. Takže vždycky je možnost, aby to zaměstnavatel vlastně našel někoho, kdo tam jako zapadne. (Karolína)

Po nějaké době působení v praxi a ovlivnění vývojem, který fyzioterapie obnáší, zaujímali fyzioterapeuté ke svému zaměstnání jistý postoj. Měli nějaké představy, které by rádi naplnili. Často mluvili o **založení si vlastní praxe**, o tom mluvili všichni.

„Určitě bych ráda jednou pokračovala v soukromnu, ale tam zase sou potřeba ty finanční prostředky, který teda v tuhle chvíli jakoby nemám a nebo teda šlo by vycestovat do zahraničí, kde vlastně ty finanční prostředky se dají nějakým způsobem získat, ale to v tuhle chvíli jako by neplánuju“ (Eva)

Nespokojená Markéta s dosavadním zaměstnavatelem také uvažuje do budoucna o založení vlastní praxe.

„Hmmm ano, určitě s tím chci něco dělat, jsou 2 varianty, buď změním zaměstnavatele a nebo budu pracovat sama na sebe. V tuhle chvíli to vypadá na změnu zaměstnavatele. A do hodně vzdáleném budoucnosti bych ráda jednou pracovala sama na sebe. „ (Markéta)

Jan spojuje zařízení vlastní praxe ne jenom s vidinou vydělání si více peněz, ale také s **možností nebýt zaměstnaný** u někoho jiného.

No, tak to už jsem taky říkal, tak jako cíleně moje soukromá praxe, že jo. Přál bych si, aby se tam dařilo a abych se s tím dokázal uživit no. To je mým jediným cílem v podstatě do budoucna ,kterej bych chtěl udržet do důchodu, abych nemusel být zaměstnaný u někoho, ale to je ve hvězdách no. (Jan)

Závěr 9. kapitoly:

Kultura organizace, zaměstnavatel a podmínky nastavené v zařízení také ovlivňují fyzioterapeuty a jejich motivovanost v práci a v dalším vývoji. Fyzioterapeuté se ale především vnímají z pozice odborníka nezávislého na konkrétním zařízení než jako

zaměstnance. Kulturu organizace, přístup jejich nadřízených nevnímají tak intenzivně jako svou profesionální stránku profese a schopnost léčit lidi.

Vztah s lékařem považují fyzioterapeuti za podstatnější než vztah s nadřízeným, majitelem zařízení.

Fyzioterapeuté vidí dobré podmínky pro výkon profese a svou seberealizaci spíše v soukromých nestátních zdravotnických zařízeních. Téměř všichni touží zařídit si vlastní praxi a to jak z důvodů finančního ohodnocení, tak možnosti nastavení si způsobu provádění fyzioterapie, tak jak jim samotným vyhovuje. Zkrátka kvůli možnosti „dělat si věci po svém“.

10. DOPORUČENÍ ZMĚN FYZIOTERAPEUTŮ PRO OBOR FYZIOTERAPIE.

Fyzioterapeuté se také orientovali v celkovém systému fyzioterapie v rámci zdravotnictví a byli schopni vytvoření *návrhů pro zlepšení*.

Většinou šlo o změny ve *studijním systému*, kde bylo navrhováno *více praxe* místo nepotřebných teoretických předmětů.

Dva respondenti byli pro *úplné zpoplatnění rehabilitační péče*.

Dalším návrhem bylo *zavedení preventivního způsobu rehabilitace* v rámci celé ČR. Navrhovali *změny vedení na nejvyšších postech*, na ministerstvu zdravotnictví.

Aby měli studenti mnohem víc praxe třeba a aby měli nějaký osobnější vedení než nějakých 20 studentů na oddělení a aby si to mohli třeba i vyzkoušet na úkor nějakých podřadnějších nalejvácích předmětů. Pokud by to jenom trochu šlo. Je mi jasný, že to úplně není reálný.(Kateřina)

Limitace se zdravotní pojišťovnou, krutý pravidla a hlavně, že tady v ČR vůbec neexistuje preventivní způsob fyzioterapie... Postavení fyzioterapeuti – nemají...Pojišťovny – prostě jsou úplně uzavřené dveře. (Kateřina)

Já bych byl pro úplný zpoplatnění RHB. Okamžitě zejtra, hned.

Tazatel: Jaký by to mělo dopad?

Veliký, ale pozitivní pro nás, protože by se lidi k nám chodili léčit a nechodili by proto, že jim to předepsal lékař. Asi by ubylo hodně klientely, ale vznikla by obrovská konkurence. Lidi by hledali kvalitu a hledali by i jiný možnosti a já jen to levný. To si myslím, že dneska to nehledají, protože nemají důvod (Jan)

Aaaa změnila bych, chtěla aby ty lidé si přispívali, aby byli nějakým způsobem motivováni i po finanční stránce. Změnila bych určitě ehm, teďko vlastně novely v zákonu o omezení v lázeňství. To se mi taky nelíbí. (Markéta)

Tak úplně změna na těch nejvyšších postech. Kdyby jako na postech ministra zdravotnictví, pak měl být opravdu odborník.přes nějaký management. Zdravotnictví pod sebou ke konzultaci. Ale na prvním místě by to měl být manager. Který by respektoval .potřeby těch lidí pod sebou. A teprve to by udělalo nějaký logický systém, ale když tam půjde nějaký doktor...Musí to být ten manager, který bude ten tým pod sebou mít rád.(Karolína)

Takže určitě by bylo dobrou motivací, aby sám zaměstnavatel chtěl, aby se ten fyzioterapeut dál vzdělával, (Eliška)

Zkušená fyzioterapeutka Ivana doporučuje ze zkušeností.

„Tak v první řadě bych změnila školství a v druhé řadě bych změnila dostupnost těm, kteří o to mají zájem. Těm lidem, kteří se dále vzdělávají, chtějí vzdělávat nebo budou vidět sami, že to do čeho dají tu sílu a energii, pak zúročej v tom daným oboru.“

Ivana má pocit, že ne všem je z finančního hlediska umožněno tento obor studovat a dále se vyvíjet. Navíc popisuje dnešní přístup fyzioterapeutů k oboru jako, že **nejsou fyzioterapeuté motivováni na sobě pracovat** a posouvat se dál, porovnává dnešní dobu s dřívější před 30 lety.

„Tak si myslím, při dnešním vývoji na to nedosáhne každý. Dřív byla atestace zdarma a naopak byla prestižní pracoviště. Ztratila se prestižní pracoviště.“

My máme tolik atestovanejších. My máme s těmahle seminářema, kurzama. My máme holky, který publikujou. My máme tohle a to byla prestiž.

A teď nikdo, nám je úplně všem jedno, jestli máte dva roky nebo tohle, protože nikoho nic nikam nehoní. Kdybych byla v té době, tak se řeklo, jó tady Martina ta jde do tý psychologie, tak na příště na 20 min, mohla by jste udělat nějaký dobrý seminář. A bylo úplně jedno, jestli to budete překládat.“ (Ivana)

Závěr 10. kapitoly:

Fyzioterapeuté vyjadřují, na základě vlastních zkušeností získaných převážně praxí, potřeby jistých změn v celkovém nastavení fyzioterapie a zdravot. systému. A to: úplné zpoplatnění rehabilitační péče, změny ve studijním systému - kde bylo navrhováno více praxe, zavedení preventivního způsobu rehabilitace, změny vedení na nejvyšších postech - na ministerstvu zdravotnictví.

Tabulka č. 5 Nejsilnější faktory respondentů ovlivňující jejich motivace a další vývoj.

	Primární motivace pro obor.	Spokojenost se studiem a jeho vnímání.	Nástup do praxe a jeho vývoj
Markéta (Bc.)	Obory ve zdravotnictví – především zdravotní sestra. Fyzioterapie volena na doporučení rodičů.	Spokojenost hlavně s vyučujícími, s obsahem studia, s poměrem praxe/theorie. 2krát pokus dostat se na Mgr. studium- špatná příprava, nedostala se. Momentálně nepovažuje další studium za nutnost	Neuvádí výrazné potíže. Stěžuje si na nedostatečnou přípravu v psychologii v rámci získání rezistence vůči problematickým pac. Markéta je velice nespokojena s NZZ, kde momentálně pracuje. Uvažuje o změně zaměstnavatele.
Jana (Bc.)	Obor: zdravotní sestrou. Poté volila fyzioterapii- podpora rodičů.	Spokojenost až na výuku praxe.- hodnotí to jako mínus pro obor. Školu považuje za náročnou- hodnotí pozitivně. Průměrné výsledky- bavilo ji to. Vzdělání doplňuje kurzama	Potíže při začátcích v praxi. Pracuje bez odborného dohledu. Vyrovnává se sama. Neuvažuje o dalším studiu.
Kateřina (PhDr.)	Obory: farmacie, medicína, fyzioterapie. Možnost studovat medicínu – volba pro fyzioterapii. Bez ovliv. Názorem rodičů	Spokojenost se studiem, uvědomění si nedostatečné praxe. Studium- „nalejvárna“. Dobré studijní výsledky. Nejdříve Bc. pocit, že nic neumí s roční pauzou Mgr.-s větším zaujetím. Nutnost kurzů!!	Potíže při nástupu do praxe po PC. studiu. Pocity, že nic neumí – situace řeší dalším studiem. Po Mgr. studiu už potíže nenastaly. Z pozice učitele doporučuje navýšení praktické výuky na VŠ na úkor nepotřebné teorie. Zmiňuje důležitost akreditačních kurzů – jejich nutnost
Karolína (PhDr.)	Obory: medicína, fyzioterapie. Dala přednost fyzioterapii. Matka – lékař – netlačila.	Spokojenost. Vyrovnání praxe/theorie. Hloubka studia. Náročnost studia hodnocena pozitivně.	Bez potíží. Nástup do praxe až po Mgr. studiu. V průběhu praxe vidí svou nepřipravenost a nutnost psychologického výcviku v komunikaci s pacienty.
Ivana (Mgr.)	Obor: medicína, nedostala se. Fyzioterapie jako náhrada (před 30lety) – nespokojenost. Zkoušela jiné obory- bez úspěchu. Podpora rodiny, aby zůstala ve studiu.	Výrazná nespokojenost se studiem. Především s léčbou prací. Chtěla ukončit studium. Výsledky studia měla dobré. Z pozice učitele uvádí nedostatečnou výuku psychologie- málo rezistenci terapeutů vůči stresu.	Při nástupu do vlastní praxe neuvádí potíže. Popisuje vlastní iniciativu i mimo své povinnosti. Spolupracuje s lékaři. Z pozice učitele dnes upozorňuje na nedostatečnou výuku praxe na školách při velké hloubce teorie. Upozorňuje na nedostatečnou výuku psychologie.
Eliška (Bc.)	Obor.: Zdravotní sestra. Raději fyzioterapie- nevěřila si na ni. Dostala se- pocit uspokojení. Rodina nezasahovala	Téměř spokojenost. Mírná nespokojenost v nedostatku výuky praxe. Studium hodnotí jako náročné- vyrovnává se s ním. Studium fyziologie pouze Bc. navazující Mgr. – management ve zdravotnictví	Uvádí potíže po nástupu do praxe po PC. popisuje velkou nesebejistotu. Snaží se v rámci samostudia, akreditačních kurzů
Eva (Mgr.)	Obor: Medicína – nedostala se. Fyziko jako lehčí varianta medicíny. Rodina nezasahovala	Uvádí spokojenost se studiem. Studium hodnotí jako náročné. Výsledky průměrné.	Bez potíží.. Pracovala během magisterského studia. Doporučuje navýšení praktické výuky během studia.

	První nesnáze – kdy? Způsob vyrovnání se s nimi.	Naplňující faktory kdy a z čeho?	Pocity naplnění, úvahy o jiném zaměstnání.
Markéta (Bc.)	Působení v praxi-kontakt s pasivními nespolutracujícími pacienty-výrazní demotivátoři. Výrazná nespokojenost s finančním ohodnocením. Nespokojenost se zaměstnavatelem. (zatím 1 zaměstnavatel v rámci praxe)	Schopnost pomoci lidem. Orientace v potížích svých pacientů. Naplňující rozhovory s pacienty. Potřeba být lepší než pacienti – v motivaci, v aktivitě.	Necítí se zcela naplněna prací. Je spíše nespokojená. Je nespokojená s organizací, kde pracuje. Uvažuje o studiu psychologie.
Jana (Bc.)	Při začátku studia, nástupu do praxe. Vždy se nějak vyrovnala. Řeší odbornými kurzama O dalším studiu neuvažuje.	Janu bavilo studium a baví ji fyzioterapie.	Pocit naplnění- ano. O jiném oboru neuvažuje.
Kateřina (PhDr.)	Vstup do praxe po Bc.studiu . Z pozice učitele – více praxe na školách. Nutnost akreditačních kurzů. Studium Bc. jako nedostatečné.	Naplnění ze schopnosti pomoci lidem. Touha stát se v tom ještě lepší. Pocit naplnění již na škole z obsahu učiva.	Pocit naplnění –„rozhodně!. O změně zaměstnání nikdy neuvažovala. Je spokojena a „nic jiného neumí do takové hloubky jako fyzioterapii.
Karolína (PhDr.)	Až v průběhu praxe. Začátky-bez potíží. Kontakt s pacienty a těžkými diagnózami. Nedostatečné fin.ohodnocení.Nespokojenost s nastavenými podmínkami NZZ,kde momentálně pracuje. Touha uplatnit se i v jiném oboru.	Pocity naplnění již na škole-obsah učiva. Naplnění z praxe-schopnost pomoci lidem. Vlastní výrazná aktivita v hledání cest v procesu seberealizace během zaměstnání	Pocit naplnění – ano. Úvahy o jiném zaměstnání jsou – z důvodů finančního ohodnocení. Touha uplatnění i v jiném oboru, ke kterému má vztah.
Ivana (Mgr.)	Během studia-dobré výsledky. Neztotožnění se s oborem. Nachází cesty. Je aktivní. Neztotožnění se s přiděleným plac. místem. Rutinní práce-potřeba změny.	Pocit naplnění při spolupráci s lékaři. V pozici učitele. Publikace literatury. Kontakt s pacienty a studenty.	Pocit naplnění –ano, ale až po získání zkušeností a vybudování si vlastní pozice.- vystupování z pozice autority. Poté již bez úvah o jiném oboru –to bylo pouze při studiu.
Eliška (Bc.)	Nástup do praxe: „hození do vody.“ Obavy z ukázání nejistoty mezi zkušenými kolegy. Potíže se sebezprezentací – i po prvních měsících působení v praxi.	Pocit naplnění –ano-jíž při studiu. Naplnění ze schopnosti pomoci lidem. Zjištění – že to dokáže.	Naplnění ano- potíže se sebezprezentací. Introvertnější typ člověka. Pracuje již na částečný úvazek v administrativě. Úvaha, jak to skloubí s fyziot. Fyzioterapie – zatím vede.
Eva (Mgr.)	Během působení v praxi – správné nasměrování terapie pacienta. Dobře vedená komunikace s pacientem.	Práce s lidmi –příspěvní ke zdraví lidí. Motivace i pro ni a zdravý způsob života.	Pocit naplnění-„přiměřeně.“ Stěžuje se na finanční ohodnocení. O jiném zaměstnání neuvažuje.
Jan (Dis.)	Neztotožnění se se studiem. Nástup do praxe. Pasivní pacienti vracějící se několikrát zpět se stejnými potížemi.	První pocity naplnění až po nějaké době v praxi.-budování si vztahu k fyzioterapii. Naplnění ze schopnosti pomoci lidem.	Pocit naplnění především, pokud dokáže uživit rodinu a „budou se mít dobře“. Cestu k fyzioterapii našel. Působí jako vedoucí fyzioterapeut. Vyzkoušel dvě jiná zaměstnání-k fyzio. Se vrátil.

Tabulka byla vytvořena, aby přiblížila postupný vývoj jednotlivých terapeutů ve snaze zachytit jakousi návaznost uvedených jevů a především podobnost těchto jevů při profesním vývoji jednotlivých fyzioterapeutů, kteří se účastnili výzkumu.

Sledovány byly jevy, které se v rámci proběhlého výzkumu ukázaly jako zásadní v profesním vývoji jednotlivých fyzioterapeutů. I když všichni fyzioterapeuté procházeli podobnými zkušenostmi, měli různé postoje a vnímání přicházejících situací. Tato různorodost přijímání okolností vyplývala z jejich osobnosti, schopnosti uvědomění si - co vlastně od profese chtějí, jejich míry motivovanosti věnovat se oboru fyzioterapie, schopnosti zdolávat potíže, schopnosti získávat naplnění z provedené práce, ochotě dále se učit.

Vzhledem k vnímání celého výzkumu lze konstatovat, že vzorek respondentů byl relativně malý a vzniká tím pochybnost, zda je možné považovat výsledky za obecně platné, bylo by vhodné navázat výzkumem, který by ověřil ještě následující hypotézy/ tvrzení:

- A) Uvedené závěry platí i pro fyzioterapeuty s desetiletou, dvacetiletou praxí v oboru a to pro fyzioterapeuty ženy i muže.
- B) Uvedené závěry platí i pro fyzioterapeuty pracující v nemocnicích/ fyzioterapeuty podnikatele.

3.5.4. Doplnění výzkumu- dotazník a jeho analýza

Pro získání dalších doplňujících informací byl sestaven dotazník, který doplňoval již proběhlé rozhovory.

Dotazník je zaměřen na fyzioterapeuta spíše z pohledu jako zaměstnance. Dotazník tvořilo třiatdvacet otázek a vznikly na základě získaných informací od respondentů a dalších fyzioterapeutů. (viz příloha)

Otázky zjišťují základní osobní údaje fyzioterapeuta, délku studia, délku praxe, místo zaměstnání.

Dotazník je zaměřen především na zhodnocení pracovního místa, podmínek pro práci, pracovního prostředí, vybavení, hygieny prostředí, zájem zaměstnavatele o zaměstnance, bezpečnost práce. Dotazník zkoumá spokojenost respondenta se zaměstnáním, spokojenost s finančním ohodnocením, přičemž nešlo o zásadní vyzdvižení fyzioterapeutů a jejich celkovou nespokojenost s finančním ohodnocením.

Dotazník byl rozeslán mezi třicet fyzioterapeutů bakalářů a magistrů s převážně pět - desetiletou praxí v oboru.

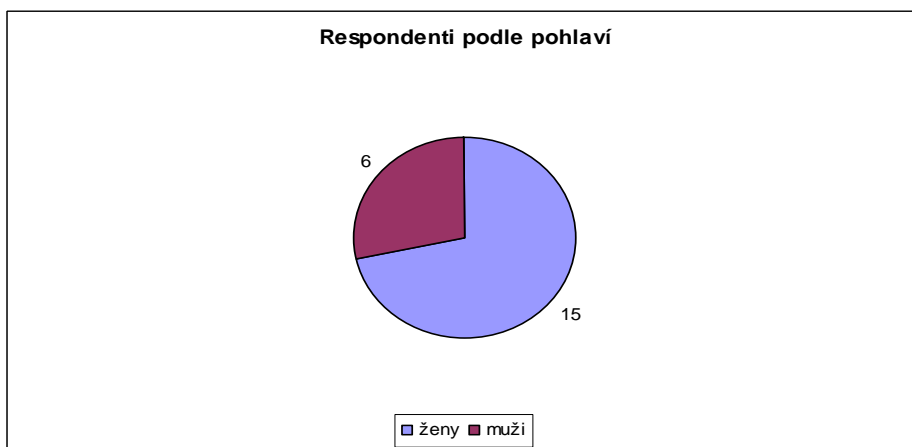
Výběr respondentů dotazníku: výběr respondentů probíhal náhodně, jedinou podmínkou výběru byla délka praxe, která měla být minimálně tři roky. Respondenty dotazníku se staly fyzioterapeuté v mém okolí, byli to spolužáci z vysoké školy 2. ročníků oboru fyzioterapie a jejich přátelé fyzioterapeuti, byli to kolegové ze stávajícího zaměstnání a kolegové z předešlého zaměstnání.

Z pětadvaceti rozeslaných dotazníků se jich vrátilo pouhých šestnáct vyplněných. Následně bylo tedy posláno dalších pět dotazníků, dalším fyzioterapeutů, které se vrátily všechny. Konečné zpracování bylo tedy prováděno z jedenadvaceti vyplněných dotazníků. Dotazníky byly předávány na papíře ve vytištěné formě, byly posílány emailem. Díky stručnosti dotazníku proběhl pokus jejich poslání přes zprávy na Facebooku. Facebook byl volen právě z důvodů, protože obsahoval velké množství kontaktů, které se daly použít. Největší počet dotazníků se vrátil přes email. Největší ztrátovost byla přes posílání zpráv pomocí Facebooku.

Mezi respondenty vyplňující dotazníky patřili i někteří respondenti, se kterými byly prováděny rozhovory.

Respondenti

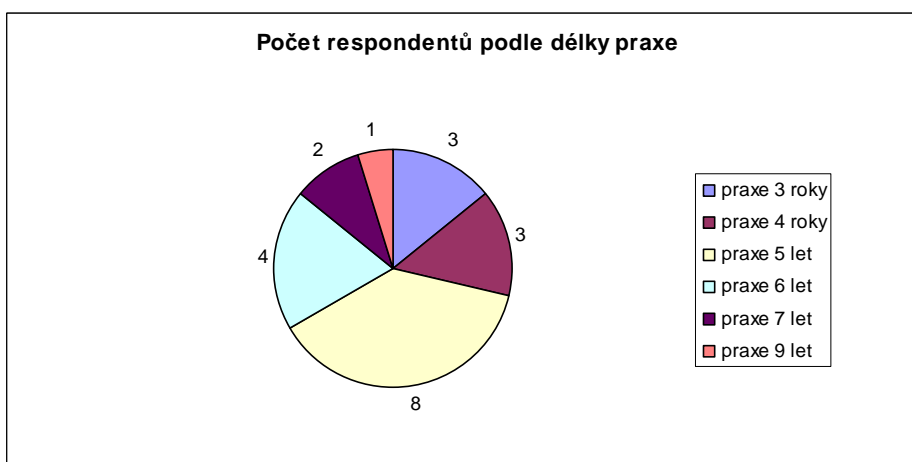
Mezi jedenadvaceti respondenty, kteří anketu vyplnily poslali zpět bylo patnáct žen a šest mužů. Z patnácti žen bylo devět svobodných a šest vdaných. Z šesti mužů byli čtyři svobodní a dva ženatí. Čtyři respondenti měli rodinu s dětmi.



Graf č.1- Respondenti

Délka praxe

Medián i modus souboru respondentů podle délky praxe je stejně jako aritmetický průměr roven pěti. To dokládá, že v souboru respondentů se nevyskytují žádné extrémní hodnoty délky praxe. Nejkratší délka praxe byla tři roky a nejdelší devět let.

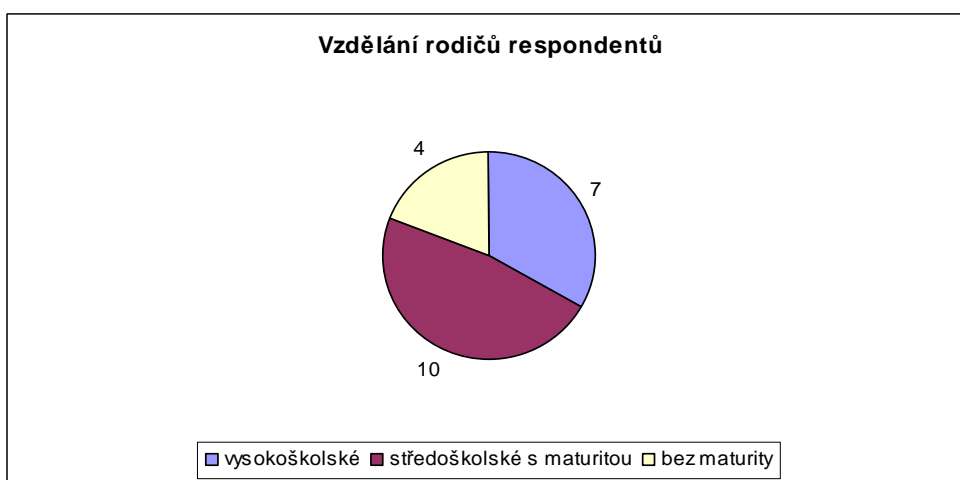


Graf č. 2-Délka praxe

Vzdělání rodičů

Rodiče respondentů byli ve směs vysokoškoláci, středoškoláci. Málokdy se objevil případ, že by byl rodič bez maturity, občas jím byl jeden z rodičů, nikdy ne oba.

Mezi středoškoláky se objevila např. pozice manažera, zdravotní sestry a mezi vysokoškoláky, kteří vedli to byli zaměstnání jako lékař, ze státní zprávy, dost často ze školství, chemického průmyslu.



Graf č. 3 - Vzdělání rodičů

Místo zaměstnání

Většina respondentů pracovala na soukromých ambulantních poliklinikách, někteří na poliklinikách velkých nemocnic a asi dva se snažili uplatnit ve svých zařízených ordinacích.



Graf č. 4 - Místo zaměstnání

Pracovní podmínky

Z jednadvaceti respondentů nebyla více jak jedna polovina spokojena se svými pracovními podmínkami. Konkrétněji byli čtyři zcela nespokojeni s pracovními podmínkami a šest částečně nespokojeni. Ostatní byli spokojeni nebo uváděli podmínky za přijatelné. Pokud si respondenti na něco stěžovali, bylo to:

Nejzávažnějším problémem se stal nadměrný hluk a vibrace – otevírání dveří nebo blízká tramvaj, které rušily terapeuty nebo pacienty při terapii.

Často si terapeuté stěžovali na nedostatečný čas na provádění terapie, tento faktor ovlivňuje práci fyzioterapeutů výrazně a musí se mu podřídit celý průběh terapie.

Někteří terapeuti si ztěžovali na špatný vzduch v ordinaci, nedostatečně uklizená místnost, nedostatečné umělé světlo, to už však nepovažovali za zcela omezující pracovní podmínky.



Graf č.5 - Pracovní podmínky

Kolektiv

Na kolektiv si nikdo z dotázaných zásadně nestěžoval. Pokud někdo uvedl nějaké neshody, uvedl to ve formě občasných střetů v kolektivu. Občasné střety vznikaly přetížením fyzioterapeutů.

Zcela dámský kolektiv byl uváděn také jako nevýhoda a to zejména, když kolektiv tvořili starší pracovnice.

Byly uváděny i potíže a nevytříbenost s vedením společnosti, které se promítaly do komunikace kolektivu a průběhu celého pracovního dne. Pokud byli terapeuté nespokojeni s vedením společnosti, vznikaly mezi neshody i mezi nimi neboť na této kolegiální úrovni o nich mohli klidně mluvit. Jak sami respondenti uváděli, tyto hovory se špatně držely, aby zůstávaly konstruktivními.

Všichni respondenti zvýraznili důležitost dobré komunikace v celém kolektivu.

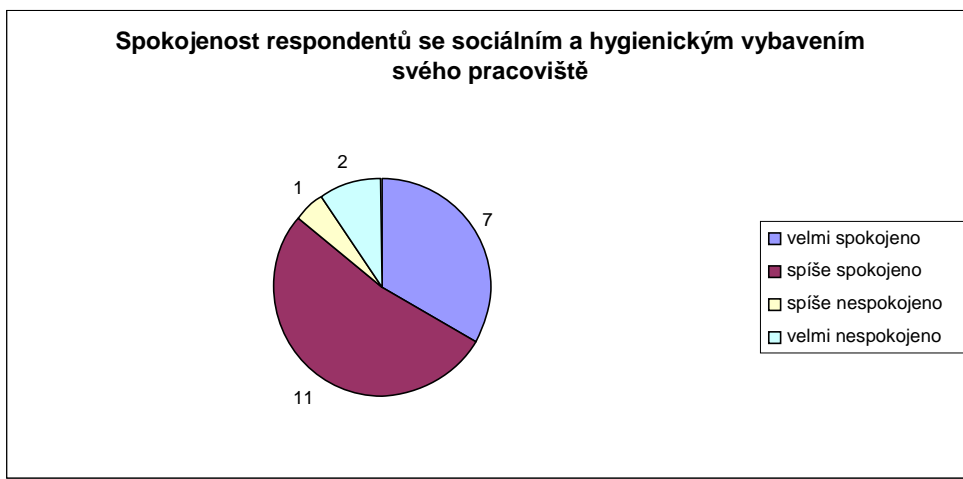
Vybavenost potřebnými pomůckami

S pomůckami a hodnocení jejich dostatečnosti to bylo různé. Většina respondentů patnáct respondentů z devatenácti respondentů byla spokojena. Spokojeni byli především ti co pracovali na soukromých poliklinikách. Někdy museli respondenti nějakou dobu tlačít na vedení, aby jim potřebné pomůcky zakoupili, opět se jednalo o fyzioterapeuty pracující na soukromých poliklinikách. Na poliklinikách velkých nemocnic byli fyzioterapeuti spíše nespokojení a ani neměli velkou možnost o pomůcky „bojovat“.

Spokojenost se sociálním a hygienickým vybavením

Respondenti byli víceméně spokojeni. Pokud něco vytýkali, byla to nejčastěji krátká třicetiminutová pauza na oběd, nedostatečná desinfekce prostředí.

Velmi nespokojeni byli jen dva respondenti z jedenadvaceti.

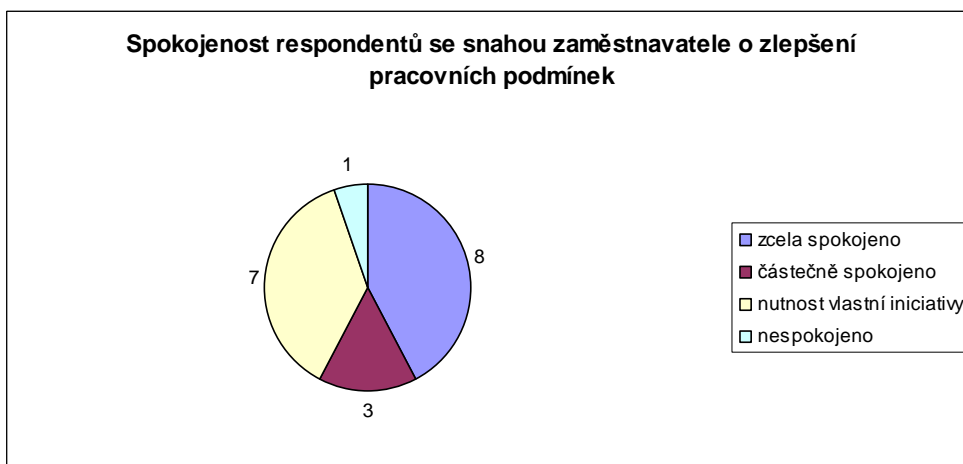


Graf č.6 - Spokojenost se sociálním a hygienickým vybavením

Snaha zaměstnavatele o zlepšení plac. podmínek

Do grafu bylo vneseno pouze devatenáct nepodnikajících respondentů. Zbývá dva podnikají, proto neodpovídali na otázky tohoto typu, pracovní podmínky si tvoří sami. Z těch devatenácti nepodnikajících respondentů uvedlo osm úplnou spokojenost s pracovními podmínkami. Z té samé skupiny jich sedm uvedlo, že se musí sami snažit a vnášet při zlepšování pracovních podmínek vlastní iniciativu.

Tři respondenti z devatenácti uvažovaných uvedlo částečnou nespokojenost. Jeden respondent byl úplně nespokojen.



Graf č.7 - Snaha zaměstnavatele o zlepšení plac. podmínek

Dbaní společnosti na bezpečnost práce

Z jedenadvaceti, respektive z devatenácti nepodnikajících respondentů byli dva nespokojení

Perspektiva zaměstnání

Většina respondentů neviděla perspektivu a kariérní postup na místě, kde nyní pracovali. Jako možnost pro zlepšení perspektivy do budoucna uváděli:

- zařízení vlastní ordinace
- další vzdělávání a jeho uplatnění
- spojení fyzioterapie s jiným oborem
- jeden respondent vypsál obavy z vyjmutí RHB ze zdr. pojišť

Spokojenost s pracovní náplní

Respondenti byli převážně spokojeni, pracovní náplň si tvořili sami. Upřednostňovali samostatnost práce, různorodost diagnóz. Pokud si na něco ztěžovali, byla to nedostatečná doba na práci s pacientem, nadměra administrativní práce, nesmyslné požadavky zdravotních pojišťoven.

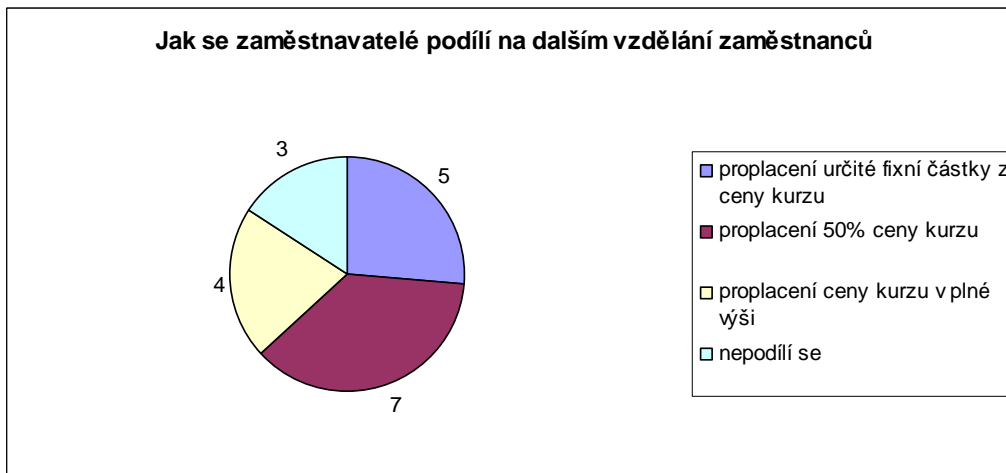
Uplatnění vědomostí znalostí

Všichni byli spokojeni, opět záleží na terapeutovi.

Umožnění dalšího vzdělávání a kvalifikace

Z jedenadvaceti respondentů, z kterých uvažujeme opět nepodnikajících 19 fyzioterapeutů, jich šestnáct uvedlo, že jim je na další vzdělávání přispíváno od zaměstnavatele. Příspěvky dosahovaly různých částek. Dva respondenti uvedli příspěvek ve výši 3000 Kč za rok, další dva respondenti výši příspěvku neuvedli. Sedm respondentů uvedlo, že jim je přispíváno 50% ceny z kurzu. Čtyři respondenti uvedli dokonce

proplácení kurzů v plné Ostatní tři respondenti jsou tedy bez přispívání od zaměstnavatele. Dva respondenti jsou podnikatelé, kurzy si hradí sami. Do grafu nebyli vneseni.



Graf č. 8- Umožnění dalšího vzdělávání a kvalifikace

Výše platu a její odvíjení se:

Respondenti uváděli: dle zisku společnosti, dle oddělaných hodin, dle vykázaných kódů, dle dosaženého vzdělání – titulu, vyskytlo se i dle sympatií vedoucích. Jedna respondentka uvedla, že neví.

Odměňování

Většina respondentů uvedla, že žádné odměny nedostávají. Asi 5 respondentů uvedlo: na základě zkušeností, kvalifikace terapeuta, odpracovaných hodin. Jedna respondentka uvedla: občas nezdůvodněné odměny.

Pocit adekvátního ohodnocení za provedenou práci

Všichni uvedli – Ne. Objevily se komentáře jako: Mohla by být lepší. nebo: Spíše ne, ale vzhledem k ZP a celkovému systému není co namítat.

4. ZÁVĚR

V rámci diplomové práce byla zkoumána motivace fyzioterapeutů pro jejich profesi. V rámci osobních motivací a primárních motivací každého z respondentů se diplomová práce zabývala faktory, které se týkají vývoje v oboru fyzioterapie a to během studia, nástupem do praxe, působením v praxi, dalším vzděláváním, legislativními a etickými okolnostmi oboru. K osobním ovlivňujícím jevům patřily rodičovská dovolená, finanční zaopatření rodin.

Vzorkem respondentů tohoto výzkumu se stalo osm fyzioterapeutů, kteří poskytli rozhovory a jedenadvacet respondentů, kteří odpovídali na otázky v dotazníku.

Populární americký psycholog P. T. Young. Použil pro definici motivace: „*Motivace je procesem vzbuzení nebo podnícení chování, udržení činnosti v běhu a jejího usměrňování do určité dráhy*“ (Mrkvička, 1971: 13).

Při zkoumání primárních motivací fyzioterapeutů bylo zjištěno, že respondenti tohoto výzkumu měli většinou silnou primární motivaci. Pokud to nebyla přímo motivace věnovat se fyzioterapii, toužili fyzioterapeuté studovat některá z medicínských oborů. Mezi medicínské lékařské obory patřilo samozřejmě studium medicíny, mezi nelékařskými to bylo studium pro zdravotní sestry.

Pokud měli respondenti silnou primární motivaci přímo pro obor fyzioterapie většinou se během studia, ale i nástupem do praxe „neztráceli“ a přicházející potíže se snažili prostě řešit. Většinou tito respondenti nikdy neuvažovali o jiném oboru a dosáhli třeba až na doktorandské studium. Pro tyto respondenty nebylo primárně důležité vydělávat velké množství peněz. Hlavní motivací bylo pomáhat lidem a být v tom dobrý.

Pro jiné fyzioterapeuty byla fyzioterapie lehčí variantou medicíny.

Ve výběru studia a budoucího povolání, měla v konečném výběru velký vliv primární rodina daného respondenta. Rodina respondenty pro studium fyzioterapie podporovala, považovali obor za prestižní.

Fyzioterapeuté hodnotili studium jako náročné, jeho hloubku však oceňovali, preferovali školy s výrazným zastoupením výuky praxe na základě kvalitní teoretické přípravy. Jako jeden ze studijních nedostatků uváděli nedostatečnou výuku psychologie ve smyslu soustředění se na vztah terapeuta s pacientem, komunikaci s ním a vlastním sociologicko-psychologickým rozhledem.

Respondenti uváděli především vlastní nedostatečnou rezistenci vůči problematičtějším pacientům a jejich nelehce řešitelných diagnóz. Cítili se vystaveni riziku syndromu vyhoření.

Sami respondenti uváděli nástup do praxe jako velmi obtížný, kdy byli „hozeni do vody“ a v mnoha situacích si nevěděli rady.

Někteří respondenti tuto situaci řešili dalším studiem, které jim pomohlo získat jistý nadhled a hlavně jim umožňovalo delší působení v počátcích praxe ještě v roli studenta.

V rámci navazování vztahů s pacienty, terapeuté postrádali již zmíněnou rezistenci proti těm pasivním pacientům, kteří stáli hodně energie a terapeuté považovali tuto energii za zbytečnou, protože ji pacienti z nějakých důvodů nepřijímali nebo přijímali v jiný prospěch než rehabilitační. Terapeuté se tedy učili s těmito situacemi pracovat. Tento faktor se potvrdil, jako výrazný v dalších vývojových fázích terapeutů a v dalším působení v oboru vůbec. Tento faktor se také stal nejvýraznějším, který přispíval ke zmíněnému syndromu vyhoření.

Pokud docházelo u fyzioterapeutů k pocitům frustrace vznikaly především na základě nedostatečného finančního ohodnocení, na základě špatných pracovních podmínek, z nepřípravenosti k řešení problému diagnózy daného pacienta, velké zastoupení přichozích „pasivních“ pacientů.

V rámci získávání určité prestiže se fyzioterapeuté snažili být lepšími fyzioterapeuty, neřešili nízký či vysoký status v zaměstnání, neviděli výraznou perspektivu v současném místě zaměstnání, ani možný kariérní postup tamtéž. To vyplynulo i z doplňujících otázek dotazníku.

To, co fyzioterapeuté řešili byl vztah s lékaři. Fyzioterapeuté považují vztah s lékařem za důležitý, jsou jejich primární referenční profesní skupinou. Jejich vztahy s lékaři mají vliv na jejich uvědomění si postavení ve zdravotnickém systému. Fyzioterapeuté by si přáli mít větší zaslouženou důvěru a uznání od lékařů.

V rámci kultury organizace lze konstatovat jisté ovlivnění fyzioterapeutů zaměstnavateli a pracovními podmínkami, jak už bylo ale zmíněno, fyzioterapeuté se především vnímají z pozice odborníka nezávislého na konkrétním zařízení.

Fyzioterapeuté začínají většinou praxi bez odborného dohledu, odborný dohled a podpora při nástupu do praxe jim chybí. Respondenti by odborný dohled uvítali a mají na něho dle zákona č. 96/2004 Sb. § 24 nárok. Fyzioterapeuté věří, že by se díky odbornému dohledu dokázali vyhnout počátečním nejistotám. Jsou však přesvědčeni, že na tyto nejistoty je měla vyzbrojit škola.

Respondenty výzkumu se staly také dvě fyzioterapeutky toho času na rodičovské dovolené. Lze předpokládat, že by toto období mohlo respondentky v profesním vývoji zpomalovat. Ani jedna respondentka to nepotvrdila a rodičovskou dovolenou nepovažovala za období stagnace. Fyzioterapeutky se udržovaly v oboru formou několikaletého studia náročné rehabilitační techniky, kterému se mohli při rodičovské dovolené věnovat. Nebo studovali další vysokou školu, která přinášela nadhled nad oborem fyzioterapie.

Touha fyzioterapeutů být schopeni pomoci léčit je tak silná, že jsou často ochotni pracovat i za horších podmínek finančního ohodnocení, pokud uživí vlastní rodinu. Finanční nedocenenost fyzioterapeutů však zůstává silným demotivátorem. Někteří respondenti o změně zaměstnání uvažovali, většinou však v oboru zůstávají neboť věří, že jsou již tak dobří, že by nedokázali pracovat v jiném oboru na takové úrovni jako ve fyzioterapii.

Respondenti tohoto výzkumu si převážně přáli zařídit si vlastní praxi, bylo to z důvodů již zmíněné finanční nedocenenosti, tak také možnosti pracovat sám na sebe podle vlastních představ a tím získat jistou svobodu profese.

Co se motivací a jejich vývoje týkalo, jako největší motivací pro všechny se stal fakt, že dokáží pomoci jiným lidem. Toto byla motivace, která slouží pro fyzioterapeuty jako „motor“, dodává jim energii a sílu se dále zdokonalovat a sbírat zkušenosti. Fyzioterapeuté toužili po uznání a prestiži. Všichni terapeuté uváděli pocit uspokojení v případě, když dokázali lidem pomoci.

Nejednalo se pouze o poskytnutí terapeutické rady či provedení nějaké rehabilitační techniky. Terapeuté měli i dobrý pocit z toho, že mohli pozitivně zasahovat do životů svých pacientů.

5. LITERATURA

- 1) ADAIR, John Eric, 1996. *Effective Motivation*. London: Pan Brooks.
- 2) ATKINSON, Greg et al. 2008 *Exercise, energy balance and the shift worker*. Sports Med
- 3) BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005 . *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- 4) BĚLOHLÁVEK, František. 1996. *Organizační chování*. Olomouc: Rubico.
- 5) BROOKS, Ian. 2003. *Firemní kultura*. Brno: Computer Press.
- 6) DEIBLOVÁ, Maria. 2007. *Motivace jako nástroj řízení*. Praha: LINDE nakladatelství s.r.o.
- 7) DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost – příručka pro uživatele*. Praha : Karolinum.
- 8) DRÁBKOVÁ, Hana. 2013. *Přednášky FHS, zavádění kvality do zdravotnických zařízení*. Praha: PVŠPS.
- 9) GOLEMAN, Daniel. 1995. *Emoční inteligence*. Praha: Metafora.
- 10) GREGAR, Aleš. 2007. *Personální řízení*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- 11) HAVRDOVÁ, Zuzana. 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén.
- 12) INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*, Kostelec nad Černými lesy 2003) dostupné z: [www.ipvz.cz/download.aspx?item=1076&vztah lékaře a pacienta v primární péči](http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1076&vztah%20l%C3%A9ka%C5%99e%20a%20pacienta%20v%20prim%C3%A1rn%C3%AD%20p%C4%99e%C3%BDI).
- 13) KALVACHOVÁ, Milena. 2000. Kontinuální sledování kvality péče poskytne zdravotníkům užitečnou zpětnou vazbu. Zdravotnické noviny. 26.10. 2000
- 14) HACKMAN, Richard, OLDHAM, Greg. 1974. *The Job Diagnostic Survey: An Instrument for the Diagnosis of Jobs and the Evaluation of Job Redesign Projects*. Yale University, Connecticut: Manpower Administration.
- 15) HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Vedení lékařské praxe. Průvodce úspěšným řízením soukromé ordinace či většího zdravotnického zařízení*. Praha: Dashofer Praha.
- 16) HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál Praha
- 17) HENNING, Claudius, KELLER, Gustav. 1996. *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál.
- 18) HONZÁK, Radkin. 1997. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Nakladatelství Galén.
- 19) HORVÁTH, Martin, ZLÁMAL Jaroslav. 2005. *Řízení lidských zdrojů*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- 20) JIRKOVSKÁ Blanka. 2011. *Výzkum motivačních faktorů a ovlivnění pracovního výkonu středního zdravotnického personálu v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.* Praha: UK, Filosofická fakulta, Katedra sociologie.
- 21) KAPR, Jaroslav., KOUKOLA, Bohumil. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče.* Praha: Sociologické nakladatelství SLON .
- 22) KEZBA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2013. *Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření.* Československá psychologie ročník LVII/č.4. Praha: Psychologický ústav AV.
- 23) KOPŘIVA, Karel. 1997. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Portál.
- 24) KRAJÁČ, Petr. 2005. *Úvod do řízení lidských zdrojů.* Praha: Institut pro místní zprávu,
- 25) KRÍŽOVÁ, Eva. 1993. *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví.* Praha: Karolinum.
- 26) NAKONEČNÝ, Milan. 1999. *Sociální psychologie.* Praha: Academia.
- 27) NAKONEČNÝ, Milan. 2000. *Motivace lidského chování.* 1. vyd. Praha: Ekopress.
- 28) MRKVIČKA, Jiří. 1971. *Člověk v akci: motivace lidského jednání.* 1. vyd. Praha: Avicenum.
- 29) PETRÁČKOVÁ, Věra., KRAUS, Jiří. et al. 2000. *Akademický slovník cizích slov.* Praha: Akademia.
- 30) PROVAZNÍK, Vladimír, KOMÁRKOVÁ, Růžena. 1996. *Motivace pracovního jednání.* Praha: VŠE.
- 31) PROVAZNÍK, Vladimír. a kol. 2002. *Psychologie pro ekonomy a manažery.* Praha: Grada.
- 32) ROHDE, Johan Jurgen. 1961. *Sociologie des Krankenhauses.* Stuttgart
- 33) STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Albert.
- 34) ŠIKLOVÁ Jiřina. 1997. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Portál s.r.o.
- 35) ŠKRLOVI, Petr a Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management.* Praha: Advent – Orion.
- 36) *Učební texty pro sestry a porodní asistentky.* Brno: Lemon 1997
- 37) ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál.
- 38) VÍTKOVÁ, Marcela. 2004. *Kapitoly z personálního řízení pro neziskové organizace.* Hradec Králové Gaudeamus.

- 39) VODÁČEK, Leo, VODÁČKOVÁ, Olga. 2006. *Moderní management v teorii a praxi*. Praha: Management Press.
- 40) WEBER A. JAEKEL-REINHARD A. 2000. *Burnout syndrome a disease of modern societies*. Occupational. Medicine Vol 50, No 7, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Použité webové stránky:

- <<http://www.unify-cr.cz/>>
- *Česká lékařská komora: Camera medica bohemica*. <Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html>>.
- <<http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2010/7/kvalifikacni-predpoklady-pro-nasmlouvani-a-uhradu-fyzioterapeuticke-pece/>>
- <www.mzcr.cz/Legislativa/.../pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html>
- <<https://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/prace/12lekar.pdf>>
- <https://is.muni.cz/th/224805/ff_m/Diplomova_prace_Rodina_a_jeji_vliv_na_vychovu_a_vzdelani4.pdf>
- <<http://nf.vse.cz/socd/2011/soukupova-marketa.pdf>>
- < (<http://ocamed.oxfordjournals.org/2014> [online]) >
- < <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/cekarna/motivujte-sve-lidi-k-lepsim-vykonum-1-dil/>>
- < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Fyzioterapie>>
- < <http://syndrom-vyhoreni.cz/syndrom-vyhoreni-a-zamestnavatele>>

Seznam Tabulek:

- Tabulkač.1- *Motivační teorie Frederika Herzberga*. <Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/2092/Jitka%20Hlouskova_Motivace%20zamestnancu%20v%20organizaci.pdf?sequence=1>.
- Tabulka č. 2- Podle MUDr. Davida Marxe - *Přednášky FHS, Drábková H. Praha 2013*
- Tabulka č.3 - Syndrom vyhoření: dynamický proces ("kaskáda vyhoření")
Dostupné z : < (<http://ocamed.oxfordjournals.org/2014> [online]) >
- Tabulka č. 4 – Seznam respondentů výzkumu (rozhovory)

- Tabulka č..5- Nejsilnější faktory respondentů ovlivňující jejich motivace a další vývoj.

Seznam obrázků:

- Obr. 1– FT –poukaz (předpis na RHB od lékaře)
- Obr. 2- schéma dle Institutu zdravotní politiky a ekonomiky – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči Kostelec nad Černými lesy 2003, p.65) Dostupné z: [:www.ipvz.cz/download.aspx?item=1076&vztah lékaře a pacienta v primární péči](http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1076&vztah%20l%C3%A9ka%C5%99e%20a%20pacienta%20v%20prim%C3%A1rn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8Di)

Seznam grafů:

- Graf č.1- Respondenti
- Graf č. 2- Délka praxe
- Graf č. 3 - Vzdělání rodičů
- Graf č. 4 - Místo zaměstnání
- Graf č.5 - Pracovní podmínky
- Graf č.6 - Spokojenost se sociálním a hygienickým vybavením
- Graf č.7 - Snaha zaměstnavatele o zlepšení prac. podmínek
- Graf č. 8- Umožnění dalšího vzdělávání a kvalifikace

Seznam příloh:

- Příloha 1 - Suvisející zákony s oborem fyzioterapie
- Příloha 2 - Stupně mzdového indexu pro zařízení se smlouvami se zdravotními pojišťovny
- Příloha 3 – Dotazník pro doplnění hloubkového rozhovoru
- Příloha č. 4 - Znázornění postupu kódování a stanovení základních 8 kategorií s jejími kódy, subkategoriemi, vlastnostmi a dimenzemi.
- Příloha 5– Houbkový rozhovor – Kateřina
- Příloha 6– Projekt diplomové práce