

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postoj zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice

Kateřina Roučová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Roučová**
Osobní číslo: **Z13102**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Postoj zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomaticce**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

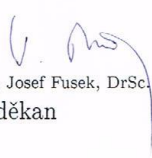
1. Bible. 9. vydání. Česká biblická společnost, 2002. 1290s. ISBN 978-80-8581-030-1.
2. DANZER, Gerhard. Psychosomatika. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 244s. ISBN 978-80-7367-718-3.
3. JUNG, Carl Gustav. Duše moderního člověka. 2. vyd. Brno: Atlantis, 1994. 378 s. ISBN 80-7108-213-9.
4. JUNG, Carl Gustav. Člověk a kultura. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2012. 417s. ISBN 978-80-85880-70-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Čermák


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 21. června 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 18. srpna 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. července 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18. 8. 2017

Kateřina Roučová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Zdeňkovi Čermákovi za trpělivost a spolupráci. Ráda bych poděkovala všem respondentům, kteří mi ochotně věnovali kus svého času. Také bych ráda poděkovala své tetě, která mi pomohla s formální úpravou bakalářské práce a své sestřenci, která mi pomohla přeložit anotaci do anglického jazyka. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině a blízkým, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na postoje zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatiice. V teoretické části je popsána psychosomatika, sociální práce, blíže popisuje kdo je to sociální pracovník a zdravotně-sociální pracovník. Dále popisuje postoje, jaká je jejich funkce a jak nás ovlivňují.

Ve výzkumné části je pomocí kvalitativního výzkumu zkoumáno, jaké mají postoje zdravotně-sociální pracovníci k psychosomatiice, jak vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese, jak znalosti o psychosomatiice ovlivňuje jejich jednání při práci s klienty a jaké emoce prožívají vzhledem k psychosomatiice. Dále je výzkumná část obohacena o osobní zkušenosti zdravotně-sociálních pracovníků s psychosomatikou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Psychosomatika, sociální práce, zdravotně-sociální pracovník, postoje

TITLE

The approach of health social workers to psychosomatics

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on attitudes of health social workers to psychosomatics. The theoretical part describes psychosomatics, social work, there is also more detailed description of who is the social worker and the health social worker. Moreover there is explained function of the social worker and the health social worker and how they affect us. The research part examines, thanks to quality research, the attitudes of health social workers to psychosomatics, how they perceive psychosomatics in their profession, how knowledge of psychosomatics affects their behaviour when working with clients and what emotions they experience in relation to psychosomatics. The research part is certainly supplemented by personal experience of health social workers with psychosomatics.

KEYWORDS

Psychosomatics, social work, health social worker, attitudes

OBSAH

| | | |
|-------|--|----|
| 0 | Úvod | 11 |
| | Cíle práce | 12 |
| | I TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1 | VYMEZENÍ TERMÍNU PSYCHOSOMATIKA | 13 |
| 1.1 | Psychosomatická medicína..... | 13 |
| 1.2 | Psychosomatické nemoci..... | 14 |
| 1.3 | Teorie vzniku psychosomatických nemocí | 17 |
| 1.3.1 | Filosofické pojetí | 17 |
| 1.3.2 | Teorie životních událostí..... | 18 |
| 1.3.3 | Multifaktoriálně interakční model..... | 19 |
| 1.4 | Osobnostní predispozice k psychosomatickým nemocem | 19 |
| 1.5 | Léčba..... | 20 |
| 1.5.1 | Psychoterapie | 20 |
| 1.5.2 | Řešení sociální situace | 21 |
| 1.5.3 | Nekonvenční medicína..... | 21 |
| 2 | ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK | 22 |
| 2.1 | Sociální pracovník | 22 |
| 2.1.1 | Sociální práce | 22 |
| 2.1.2 | Osobnostní předpoklady | 24 |
| 2.1.3 | Odbornost sociálního pracovníka | 25 |
| 2.1.4 | Role | 26 |
| 2.2 | Zdravotně-sociální pracovník..... | 27 |
| 2.2.1 | Odbornost zdravotně sociálního pracovníka | 27 |
| 2.2.2 | Osobnostní předpoklady | 28 |
| 2.2.3 | Role | 28 |
| 3 | POSTOJ..... | 30 |

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|----|
| 3.1 | Vymezení termínu postojů | 30 |
| 3.2 | Funkce postojů | 31 |
| 3.3 | Postoje a chování | 31 |
| 3.4 | Změna postojů | 31 |
| II VÝZKUMNÁ ČÁST | | 33 |
| 4 | METODIKA VÝZKUMU | 33 |
| 4.1 | Výzkumné metody | 33 |
| 4.2 | Výběr informantů | 34 |
| 4.3 | Charakteristika informantů | 34 |
| 4.4 | Příprava výzkumu | 35 |
| 4.5 | Sběr dat | 35 |
| 4.5.1 | Pilotní rozhovor | 35 |
| 4.5.2 | Polostrukturovaný rozhovor | 36 |
| 4.6 | Zpracování dat | 36 |
| 5 | INTERPRETACE DAT | 39 |
| 5.1 | Typy postojů vzešlé z analýzy | 40 |
| 5.1.1 | Obezřetný postoj | 40 |
| 5.1.2 | „Chut' pomoci“ postoj | 41 |
| 5.2 | Dílčí výzkumné otázky | 42 |
| 5.2.1 | Kognitivní složka postoje | 42 |
| 5.2.2 | Emotivní složka postoje | 44 |
| 5.2.3 | Konativní složka postoje | 45 |
| 5.2.4 | Osobní či pracovní zkušenost | 48 |
| 6 | ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ A DISKUZE | 51 |
| 7 | ZÁVĚR | 53 |
| 8 | POUŽITÉ ZDROJE | 55 |
| 9 | PŘÍLOHY | 60 |

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Itinerář životních událostí | 18 |
| Obrázek 2 Multifaktoriální interakční model | 19 |
| Obrázek 3 Grafické znázornění kategorií postojů | 39 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Sb. Sbírka zákonů

0 ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá postoji zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatiice. K zpracování tohoto tématu mě přivedly osobní motivy a nedostatečné znalosti této problematiky. Navíc jsem měla možnost v průběhu povinné školní praxe ve zdravotnickém zařízení pozorovat interakci zdravotně-sociálního pracovníka a pacienta, kdy se mi naskytl pohled na to, jak moc má sociální práce vliv na psychickou pohodu člověka. Jelikož je sociální pracovník ve zdravotnictví součástí multidisciplinárního týmu (Tomeš 2010, s. 166-167), který usiluje o komplexní přístup léčby u pacientů zohledňující bio-psycho-sociální dimenze, obohacené o spirituální a vztahovou oblast aj. (Orel a Facová 2012, s. 49-57), tak je tu velký předpoklad pro to, že by zdravotně-sociální pracovník svojí náplní práce mohl pozitivně ovlivnit léčebný proces pacienta. Vystává tedy otázka, jaký postoj mají zdravotně-sociální pracovníci k psychosomatiice, ve všech složkách postoje, ve složce kognitivní, emotivní a konativní (Kelnarová a Matějková 2010, s. 49).

Teoretická část práce se zaměřuje na zpracování psychosomatiky, a co tento pojem obnáší. Tato kapitola v sobě skrývá další podkapitoly, které rozkrývají problematiku psychosomatických nemocí, včetně teorií vzniku a léčby. Dále teoretická část zpracovává v rámci tématu bakalářské práce, kdo je to zdravotně sociální pracovník, jak se liší od všeobecného sociálního pracovníka a jaká je jeho náplň práce ve zdravotnickém zařízení. Třetí kapitola vymezuje termín postoje, co to jsou postoje, jaké jsou jejich funkce a jak ovlivňují chování jedince.

Bakalářská práce předkládá ve své výzkumné části kvalitativní analýzu postojů zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatiice. Cílem analýzy je kategorizace a dimenzionalizace postojů zdravotně-sociálních pracovníků a dále exploraace všech tří složek postoje, tedy složky kognitivní, emotivní a konativní. Dále je výzkumná část obohacena o osobní či pracovní zkušenosti zdravotně-sociálních pracovníků s psychosomatikou.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části práce

- Vymezit pojem psychosomatika
- Vymezit pojem sociální práce a sociální pracovník
- Vymezit pojem zdravotně-sociální pracovník
- Vymezit pojem postoje

Cíle výzkumné části práce

- Zjistit, jaký mají postoj zdravotně-sociální pracovníci k psychosomatice
- Zjistit, jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese
- Zjistit, jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice
- Zjistit, jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty

I TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ TERMÍNU PSYCHOSOMATIKA

Etymologické vysvětlení psychosomatiky se skládá ze slova *psyche*, což v překladu do českého jazyka znamená duševno, psychično (duše) (Poněšický 2002, s. 11), a dále se skládá ze slova *soma* (tělo). Psychosomatika se zabývá těmito dvěma oblastmi, neodděluje je od sebe, ale vnímá je jako dva propojené systémy (Ortel a Facová 2009, s. 116).

Dle informací Honzáka a Chvály (2015, s. 531) bylo slovo *psychosomatika* vymyšleno německých psychiatrem Heinrothem v roce 1818 a používalo se v souvislosti se spánkovými poruchami. Nováková (2011, s. 76) ve své publikaci píše, že psychosomatika, jako mezioborový přístup medicíny, se jako taková ve světě rozvíjí od 70. let 20. století. Chvála a Trapková (2004, s. 27) tvrdí, že od doby prvního zavedení pojmu *psychosomatika* se toto slovo používá v souvislosti s označením nemocí, které jsou ovlivňované duševním životem, projevující se na fyzickém těle. V *Psychologickém slovníku* píše, že psychosomatické je to, co psychicky působí na fyziologický proces a následně má vliv i na vznik nemocí na fyzickém těle (Hartl, Hartlová 2000, s. 488).

1.1 Psychosomatická medicína

Gerhard (2001, s. 13) uvádí, že nelze člověka, jako lidskou bytost tvořenou z „bio-psycho-sociální“ roviny, z takto uceleného systému vytrhnout. Psychosomatika pomáhá pochopit, že nelze oddělovat tělo od psychiky a nerozlišovat tak jen na nemoci „tělesné“ nebo jen „psychické“. Orel a Facová (2012, s. 49-57) doplňují, že psychosomatika je vlastně součástí moderního pojetí medicíny, kdy se využívá principu komplexního přístupu k pacientům. Princip komplexního přístupu zohledňuje výše zmíněné bio-psycho-sociální dimenze, obohacený o spirituální a vztahovou oblast aj.

Nyní psychosomatika stále zaujímá svoji pozici v medicíně. Zkoumá vztahy těla a duše a jejich vliv na zdraví a nemoc v časoprostoru. Psychosomatická medicína nepředstavuje nauku o vzniku ani o výkladu jednotlivých psychosomatických nemocích. Nejedná se o alternativní medicínu a také není odnoží psychiatrie (Honzák a Chvála 2015, s. 551-553).

Psychosomatická medicína v praxi dbá na to, aby byly při léčbě, rehabilitaci a prevenci člověka zohledňovány veškeré aspekty života (Nováková 2011, s. 76-77). Aby byly brány v úvahu faktory biologické, psychologické, sociální a spirituální. Ovšem nelpí pouze na léčbě

psychologickými prostředky, ale také spolupracuje s biologickou léčbou (Honzák a Chvála 2015, s. 551).

1.2 Psychosomatické nemoci

Existují dva základní typy nemocí (Trapková, Chvála 2004, s. 38):

- Pravé
- Nepravé

Ty nemoci, označované jako pravé, jsou lehce objektivně prokazatelné, pomocí dosud známých vědeckých metod a medicínských znalostí. Naopak, nemoci nepravé, nelze objektivně ověřit, proto: „*nemoci s převahou objektivně neověřitelných příznaků bývají označovány jako psychické*“. Byly jimi i nazývány projevy na fyzickém těle způsobeny intrapsychickými konflikty v souvislosti se sociálním prostředím a sociálními vztahy (Trapková, Chvála 2004, s. 40).

V mezinárodní klasifikaci nemocí (2013) se nesetkáme přímo se zavedenou skupinou, obsahující pojem *psychosomatika* či psychosomatická nemoc, která by blíže přibližovala problematiku psychosomatických nemocí. Můžeme se zde setkat s mnohotnou psychosomatickou poruchou či nediferencovanou psychosomatickou poruchou zařazenou ve skupině somatoformní poruchy (F45), jež jsou součástí V. kapitoly obsahující poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99).

Somatoformní poruchy zařazují nemoci s charakteristikou popisující teoretické základy psychosomatických onemocnění. Nemoci ze skupiny somatizačních poruch jsou nemoci, které se manifestují tělesnými příznaky bez objektivně prokazatelných organických nálezů moderní vědy a tímto patří do tzv. medicínským nevysvětlitelných příznaků. Pacient subjektivně vnímá příznaky, proto potřebuje stejnou péči jako pacienti s vědecky prokazatelnou příčinou obtíží (Szymanská 2015, s. 270-275). Ze zpracovaných kazuistik vychází, že díky tomu pacienti kolují mezi lékaři a snaží se přijít na pravou příčinu nemoci, na kterou se přijde teprve až při psychologické a psychiatrické intervenci (Orel 2012, s. 149-151).

Podle Zacharové a kol. (2007, s. 40) mají psychické děje, respektive citové prožívání vždy odezvu na fyzickém těle. Jako příklad uvádí strach, při kterém se nám může změnit činnost srdce a cév, kůže zrudne, zrychlí či zpomalí dech a objeví se i svalový třes. Tímto způsobem Šrámková popisuje i vliv moderní doby, která přináší mnoho náročných a konfliktních situací,

jenž mají vliv na naši psychiku a mohou se tak později objevit na fyzickém těle. Proto je v posledních letech psychosomatická medicína na vzestupu, přibývá více a více psychosomatických onemocnění. Tyto neustále se opakující děje, jenž vyvolávají v organismu nevyrovnané reakce, se mohou vlivem času prohlubovat, zhoršovat a zapříčinit chorobu.

Raudenská a Javůrková (2011, s. 17) uvádí tato nejčastější psychosomatická onemocnění:

- Esenciální hypertenze, ICHS, infarkt myokardu
- Bronchiální astma
- Duodenální peptický vřed, refluxní nemoc jícnu, syndrom dráždivého tračníku
- Hypofunkce a hyperfunkce nadledvin, hypotyreóza, tyreotoxikóza
- Diabetes mellitus
- Psychogenní poruchy příjmu potravy
- Funkční sexuální poruchy, poruchy erekce, poruchy menstruačního cyklu
- Revmatoidní artritida
- Psoriáza, atopický ekzém
- Vertebrogenní algický syndrom

Konkrétněji oblasti střetu problému duše na těle vyjmenovává Poněšický (2002, s. 55-107):

- Srdeční onemocnění
- Vysoký a nízký krevní tlak
- Bronchiální astma a foniatrické poruchy
- Bolesti hlavy
- Bolesti pohybového ústrojí (svalů, kloubů a páteře)
- Kožní onemocnění (artefakty, neurodermitis, ekzém)
- Gynekologické, urologické a sexuologické poruchy
- Funkční gastrointestinální poruchy, vředová choroba dvanáctníku, zánět tenkého a tlustého střeva-morbus Crohn a colitis ulcerosa
- Poruchy příjmu potravy-anorexia a bulimia neurosa
- Nádorové onemocnění-rakovina
- Neurologická a psychiatrická psychosomatika

Danzer a kol. (2010, s. 85-235) označují tyto nemoci jako psychosomatického původu:

- Bronchiální astma

- Colitis ulcerosa
- Akné vulgaris
- Neurodermitida
- Anorexie
- Bulimie
- Alkoholismus
- Obezita
- Blefarospasmus
- Závrať
- Revmatismus
- Onemocnění srdce a krevního oběhu
- Bolest hlavy
- Pruritus
- Zácpa
- Patologická sexualita
- Münchhausenův syndrom

Dále dle Kratochvíla (2001, s. 177-200) se objevují tyto psychosomatické nemoci:

- Bronchiální astma
- Fixační kašel
- Kardiovaskulární poruchy

Hypertenze

Stenokardie

- Gastrointestinální poruchy

Achalázie

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku

Colitis ulcerosa

Zácpa

Průjem

- Obezita

- Mentální anorexie
- Bulimie
- Revmatická artritida
- Funkční poruchy močení

1.3 Teorie vzniku psychosomatických nemocí

Teorií vzniku psychosomatických nemocí je mnoho, ale nejzákladnější myšlenka, ze které vychází celá psychosomatická medicína, je taková, že začátek vzniku nemoci ovlivnila schopnost vypořádávat se s konflikty. Konflikty mohly vzniknout v dětství a nevyřešené přetrvávat do dospělosti, kdy se objevily mnohé jiné a zhoršily tak psychický a následně fyzický stav člověka (Poněšický 2002, s. 17-29).

Zacharová a kol. (2007, s. 41) uvádí některé predispoziční faktory ke vzniku psychosomatických nemocí:

- Opakující se stresové situace
- Dědičný sklon
- Věk
- Imunologické procesy
- Předěšlá onemocnění
- Sociální prostředí

1.3.1 Filosofické pojetí

Filosofické pojetí má hluboké kořeny už v antické filosofii, v dříve řecky mluvících zemích, od doby 8. stol.př.n.l. až 4.stol.n.l.. V této době působili významní myslitelé, mezi které patřil např. Homér, Pindalos, Sofoklés, Platón či Aristoteles (Chlup a kol. 2007, s. 40-80). Patočka (1995, s. 11-13) ve svých výkladech tvrdí, že antičtí filosofové pohlíželi na tělo jako na věc, která sice obsahuje mysl, duši, jenž ale není součástí nás samých, jen představuje určitou životní funkci. Naopak Chlup a kol. (2007, s. 40-80) vnímá myšlenky řeckých filosofů jinak. Odstupuje od výkladu, že antičtí myslitelé zaujímali jen vnější pohled na tělo. V době antické filosofie se začaly rozvíjet i teorie o tom, co je to duše a jaký má vliv na tělo. Vznikaly představy, že duše je něco, co nás pohání kupředu, je naše životodárná energie a zdroj inspirace i života. Duše je něco, co si neseme skryté uvnitř sebe, přesto svým způsobem oddělené od těla.

Později francouzský filosof René Descartes otevřel ideu, že lidská bytost se neskládá ze dvou částí, z těla a duše. Zavedl nový filosofický pohled na vnímání těla, jenž je součástí naší vlastní jedinečnosti. Tělesnost popisovali další filosofové, jako byl Immanuel Kant (1724-1804), Maine de Biran (1766-1824), Edmund Husserl (1859-1938), M. Merleau-Ponty (1908-1961). Tito filosofové tělesnost chápali jako něco subjektivního, protože je zdrojem pohybu, emocí, vnímání apod. jen jedinému člověku, který ho vlastní. Význam tohoto pojetí se skrývá v individualitě těla, kterému můžeme rozumět jen my sami, nikdo jiný nemůže cítit naše emoce. Psychosomatika, jako vztah psyché a těla, je podle filosofů jen subjektivní záležitost, ale přesto nepostradatelný pohled na komplexnost lidského těla (Raudenská, Javůrková 2011, s. 23-24).

1.3.2 Teorie životních událostí

Honzák a Chvála (2015, s. 552-556) zmiňují, že velkou roli v životě člověka hrají uplynulé události. Destruktivní vliv na zdraví a prožívání jednotlivce mají situace, které v člověku vyvolávají velkou míru stresu. Mezi další pocity, které zásadně ovlivňují somatický stav těla je pocit ponížení a devalvace hodnoty své životní role. Souhrn náročných životních událostí (viz. obrázek 1) sepsali američtí psychologové Holmes a Rahe, kdy každá událost je bodově ohodnocená body od 11 do 100. Body se sčítají a : „pokud někdo během posledních 12 měsíců „nasbírá“ více než 350 bodů, je u něj vysoká pravděpodobnost vzniku psychického nebo tělesného (psychosomatického) onemocnění.“

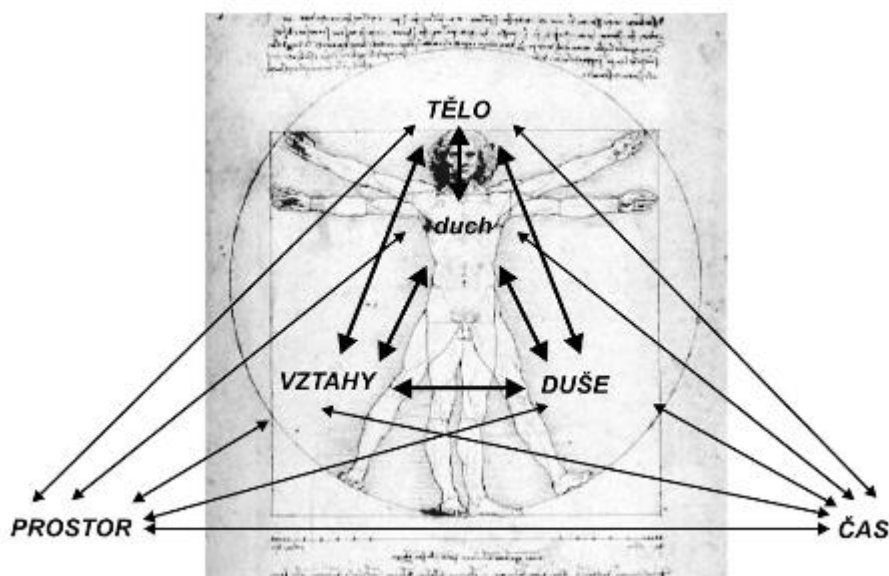
| Životní událost | Body | Životní událost | Body |
|--------------------------------------|------|--|------|
| Úmrtí partnera | 100 | Změna odpovědnosti v zaměstnání | 29 |
| Rozvod | 73 | Syn nebo dcera opouští domov | 29 |
| Rozvrat manželství | 65 | Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snachou | 29 |
| Uvěznění | 63 | Mimořádný osobní čin nebo výkon | 28 |
| Úmrtí blízkého člena rodiny | 63 | Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání | 26 |
| Úraz nebo vážné onemocnění | 53 | Vstup do školy nebo její ukončení | 26 |
| Sňatek | 50 | Změna životních podmínek | 25 |
| Ztráta zaměstnání | 47 | Změna životních zvyklostí | 24 |
| Usmíření nebo přebudování manželství | 45 | Problémy a konflikty se šéfem | 23 |
| Odchod do důchodu | 45 | Změna pracovní doby nebo podmínek | 20 |
| Změna zdravotního stavu člena rodiny | 44 | Změna bydliště | 20 |
| Těhotenství | 40 | Změna školy | 20 |
| Sexuální potíže | 39 | Změna církve nebo politické strany | 19 |
| Přírůstek nového člena rodiny | 39 | Změna sociálních aktivit | 18 |
| Změna zaměstnání | 39 | Půjčka menší než průměrný roční plat | 17 |
| Změna finančního stavu | 38 | Změna spánkových zvyklostí a režimu | 16 |
| Úmrtí blízkého přítele | 37 | Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí) | 15 |
| Přeřazení na jinou práci | 36 | Změna stravovacích zvyklostí | 15 |
| Závažné neshody s partnerem | 35 | Dovolená | 13 |
| Půjčka vyšší než průměrný roční plat | 31 | Vánoce | 12 |
| Splatnost půjčky | 30 | Přestupek a jeho projednání | 11 |

Obrázek 1 Itinerář životních událostí

1.3.3 Multifaktoriálně interakční model

Tento model popisuje, jak „vše souvisí se vším“ (viz. obrázek 2). Ovlivňují nás vzájemně se prolínající vztahy a okolnosti v časoprostoru. Každý jednotlivý celek reaguje na změny vzniklé na druhém konci, či uprostřed systému, ale ve výsledku se proměna projeví v celém systému (Orel a Facová, s. 53-54).

Tímto způsobem také popisuje vzájemné interakce i *Všeobecná teorie systémů*. Tato teorie je založena na stejném principu systémů řídicích (imunitní, nervový, endokrinní) a řízených (trávicí, oběhový atd.), podsystémů (tkáně, orgány, buňky apod.), navíc je obohacena o psychosociální systém-dyáda, rodina, společenství, národ a celý zemský systém. Nižší a vyšší řády na sebe mohou působit a vyvolávat změny v člověku a v celém psychosociálním systému zcela individuálně (Honzák, Chvála 2015, s. 556-558).



Obrázek 2 Multifaktoriální interakční model

1.4 Osobnostní predispozice k psychosomatickým nemocem

Podle dosavadních zkušeností z praxe psychoterapie a dosud provedených odborných studií, lze říct, že sklon k přítomnosti psychosomatických nemocí, nebo samotný výskyt psychosomatických nemocí, je nejvíce ovlivněn individuální historií nemocného (Poněšický 2002, s. 51-54). Dle Poněšického (2002, s. 22-109) mají různé postoje, hlavně ty destruktivní, vliv na jednotlivé psychosomatické nemoci. Každá nemoc má svá specifika a jako vždy je nelze generalizovat. Mezi ty negativní projevy, které mohou mít vliv na psychosomatické nemoci je přehnaná pořádkumilovnost, tvrdohlavost, přílišná aktivita, méněcennost, lítostivost,

agresivita, nezáměr o svůj zdravotní stav, nesamostatnost, potlačování sebe sama a neschopnost sebekontroly.

1.5 Léčba

Léčba psychosomatických poruch je komplexní, zahrnující léčbu somatického i psychického stavu. Pacientovi by se měl věnovat pouze jeden lékař, kterému bude pacient i rodina plně důvěřovat. Součástí léčby se zařazují i režimová opatření- odpočinek, pohyb, spánek a zdravá strava (Vymětal 2003, s. 219-220). K úspěšné léčbě je důležité znát míru psychické odolnosti jedince, případně formou rozhovoru navodit motivaci k léčbě a spolupráci (Nováková 2011, s. 78).

Vymětal (2003 s. 219-220) u svých pacientů zaměřuje pozornost na jejich aktuální prožívání, pomáhá svým pacientům si pocity uvědomovat, pracovat s nimi, popisovat je apod. Součástí psychoterapeutického rozhovoru je hodnocení významu výpovědi nemocného. Hodnotí se, jakým způsobem ovlivňuje pacienta jeho životní styl, povaha a také se sleduje, co pacient vypráví. Jak toto ovlivňuje pacienta samotného a jeho rodinné příslušníky. Rozhovory jsou směřovány dle potřeb pacienta, záleží na tom, jakou oblast života si pacient potřebuje zpracovat.

Mezi tyto problematické oblasti mohou patřit rodinné i osobní vztahy, nespokojenost v zaměstnání či ve škole apod. Proto je nutné v těchto případech jít daleko do osobní historie a vyhledávat zamlčené konflikty, které mohly být zdrojem vzniku psychosomatické nemoci (Trapková a Chvála 2004, s. 48).

1.5.1 Psychoterapie

Psychoterapie je vědecká disciplína z druhé poloviny 19. století, (Nykl 2012, s. 110), poskytuje psychologickou péči, která se zaměřuje na vnitřní život člověka a jeho momentální indispozice, nebo mu hrozí potenciální destabilizace. Středem zájmu je změna chování a jakékoliv projevy člověka, které on sám považuje za nefunkční a neoptimální. Změna chování je uskutečňována pomocí různých psychologických metod (Vymětal 2010, s. 9-10). Existují různé směry psychoterapie, které se od sebe liší teorií, důrazem na životní etapy a cíl léčby (Šilhán a kol. 2015, s. 487-488).

Psychoterapie je založená na myšlence, že vývoj člověka je determinován sociálními kontakty, jež mohou být zdrojem budoucích konfliktů (Šilhán a kol. 2015, s. 487-488). Konflikty může pomoci odstranit psychoterapie, protože obecně: „*má uzdravující účinky v oblasti psychických a psychosomatických poruch*“ (Nykl 2012, s. 110), jelikož člověk je psychosomatický celek.

Tyto dvě dimenze se navzájem prolínají, a proto působení psychologických prostředků užívané v terapii má dopad i na tělesnou stránku člověka.

1.5.2 Řešení sociální situace

V souvislosti s psychosomatickými nemocemi je potřeba dodržovat komplexní přístup k pacientovi, ohlížet se na všechny stránky života pacienta, pohlížet na pacienta v celkovém kontextu jeho bytí (Honzák a Chvála 2015, s. 551-556). Vzhledem k tomu, že mezi činitele, které nejvíce ohrožují spokojený a kvalitní život patří ztráta života blízké osoby, ztráta osobních a společenských hodnot i postavení, smyslu života (Zacharová a kol. 2007, s. 40), je nutné, aby s lékařem spolupracoval zdravotně sociální pracovník. Zdravotně-sociální pracovník v nemocnici u pacienta trpící psychosomatickou nemocí či psychosomatickými projevy, bude zdrojem pomoci při naplňování aktuálních potřeb pacienta pro dosažení kvalitního života. Můžeme sem zařadit veškeré úkony zahrnující např.: komunikace s příbuznými, řešení finanční situace, zajištění externí podpory v rámci multidisciplinárního týmu. Jeho vzdělání v somatologii a psychologii by mu mělo být velkým pomocníkem při pochopení psychosociálních souvislostí vzniku nemoci, dále umět předpovědět, jaký dopad mohou mít psychosomatické nemoci na sociální situaci pacienta. V jeho činnosti je aktivně a citlivě předcházet psychosociálním krizím, jenž mohou mít psychogenní dopady na aktuální zdravotní stav a zapříčinit tak upadnutí do chorobného stavu nemoci (Kuzníková a kol. 2011, s. 55-59).

1.5.3 Nekonvenční medicína

Dnes je možné využívat metod a terapií mimo oficiální proud zdravotnické péče. Nemocní mohou vyhledat vyhraněně alternativní léčbu či léčbu komplementární. Komplementární léčba doplňuje stávající vědeckou léčbu a snaží se její výsledky dalšími metodami více umocnit.

Mezi psychosomatické intervence může patřit meditace či mindfulness, modlitba a jiná duchovní léčba, hypnóza, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie, akupunktura, relaxační a dechová terapie a dále např. EEG biofeedback (Křížová 2016, s. 20-25).

2 ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

2.1 Sociální pracovník

V průběhu vývoje společnosti od dob středověku po renesanci, během období rakousko-uherské monarchie, dále až po vznik samostatného českého státu, vznikaly na našem nynějším českém území různé sociálně nepříznivé situace. Mezi tyto nepříznivé sociální situace můžeme zařadit chudobu, nezaměstnanost, nemoci či nevzdělanost. Všechny situace vyžadovaly zásah společnosti – pomoc ve formě finanční podpory, charitativní činnosti prostřednictvím církevních řádů, nebo pomoc od pomalu se rozvíjející sociální práce. Sociální práce měla zpočátku podobu sociální péče, kterou dobrovolně vykonávaly tzv. bekyně a jeptišky. Po seznámení se s problémy různých cílových skupin a po zjištění, že materiální pomoc, která byla poskytována ze stran bohatých měšťanů, šlechticů a později od státní správy, nikdy nevyřeší příčinu problémů. Bylo nutné se na problémy podívat komplexně a primárně řešit příčinu nepříznivých sociálních situací. To vedlo ke shromáždění veškerých zkušeností a počátku budování metodologických základů sociální práce. Dostatečná vědní základna odstartovala vznik samostatného vědního oboru a s tím spojené postupné vzdělávání nových profesionálních sociálních pracovníků (Matoušek 2012, s. 111-138).

2.1.1 Sociální práce

„Výraz „sociální“ se nejčastěji vysvětluje jako všeobecné označení vztáznosti ke společnosti.“ (Mühlpachr 2003, s. 51), *„přičemž společnost je chápána jako autonomní zóna aktivity tvořená organizací lidských vztahů a interakcí s určitými danými pravidly.“* (Kutnohorská a kol. 2012, s. 10). Sociální práci jako samostatný vědní obor lze jen těžko jednoduše definovat, existuje nespočet různých defínit, lišících se v průběhu doby defínování a také kontextu prostředí, kdy se sociální práce formovala (Řezníček 1994).

Jednotná defínice sociální práce neexistuje v žádné obecně platné mezinárodní úmluvě, avšak zmínku o sociální práci můžeme nalézt ve 14. článku Evropské sociální charty (1961), ve kterém se uvádí: *„S cílem zajistit účinné uplatnění práva na využívání služeb sociální péče se smluvní strany zavazují:*

1. podporovat nebo poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a jejich přizpůsobení společenskému prostředí,

2. povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.“

V dnešní době můžeme považovat za jednu z nejstabilnějších definic sociální práce od Mezinárodní federace sociálních pracovníků z roku 2014 (IFSW, 2005), což je mezinárodní organizace: „*usilující o společenskou spravedlnost, lidská práva a společenský rozvoj*“

Touto federací byla sociální práce formulovaná takto: „*Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledges, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing*“ (IFSW, 2014).

Cíle sociální práce a tím pádem definici sociální práce popisuje autor Oldřich Matoušek a kol. (2013, s. 11), ve své publikaci *Metody a řízení sociální práce* takto: „*Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života*“.

V literatuře se můžeme také dále setkat s pojetím cílů sociální práce, které definuje Navrátil (2007, s. 11): „*Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba*.“

Poslání nebo obecně cíle sociální práce autor Řezníček (1994, s. 20) chápe jako poskytování potřebné sociální služby všem, jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám. Hlavní cíl poskytovaných služeb by mělo být odstraňování nebo omezování stávajících problémů, pokud je lze změnit, anebo vyrovnávání se s nezměnitelnými problémy. Sociální pracovník by se měl snažit přispět ke zlepšení situace v případě, že je u klienta možná úprava sociálních poměrů.

Přičemž se tyto účely plní v přirozeném prostředí jednotlivce či v příslušných sociálních institucích, kde jsou zaměstnáváni profesionální sociální pracovníci sociálními subjekty za

účelem uskutečňování jimi stanovených sociálních cílů, plánů a vizí (Matoušek a kol. 2012, s. 179). Mezi tyto cíle může patřit snaha o dosažení nebo navrácení způsobilosti sociálního uplatnění a k tomu vytváření vhodných podmínek, dále odhalovat a zmírňovat sociální problémy, nebo také rozvíjet osobní potenciál jednotlivců. Nejčastější sociální problémy, které se ve společnosti vyskytují, je chudoba, zanedbávání výchovy, delikvence mládeže a dospělých, nezaměstnanost apod. (Matoušek a kol. 2013, s. 200-201).

2.1.2 Osobnostní předpoklady

Jelikož jde o práci, kterou je nutné vykonávat individuálně a na hranici mezosobních vztahů, je nutné, aby si sociální pracovník uvědomil, kam sahají hranice profese. Autor Řezníček (1994, s. 18) varuje proti vytváření si osobních vztahů při práci s klientem, byť by tato úzká spolupráce mohla mít pozitivní vliv na dosahování výsledků u dříve nespolupracujících klientů. K tomuto přístupu mohou vybízet mnohé nové situace, se kterými se sociální pracovník do této doby nesetkal a tudíž tak neoplývá zkušenostmi a dovednostmi jiným způsobem efektivně zpracovat situaci, než se osobně vložit do problému. V tomto případě si musí být vědom své pozice a držet si dostatečný odstup, aby si byl schopen udržet emocionální rovnováhu a schopnost výkonu práce. Musil (2007, s. 8) se zmiňuje o tom, že projevit svůj filantropismus u svých klientů je nereálné z důvodu psychické a emoční kapacity. Své sklony a silnou motivaci pomáhat se musí jedinec naučit kontrolovat během získávání kvalifikace ve škole. „*Studenti sociální práce se proto učí rozlišovat „osobní“ a „lidský“ vztah.*“. Což je součástí prevence, jak ke všem klientům přistupovat stejným způsobem, věnovat jim stejné množství času, energie a vyvarovat se tak vyhoření.

K tomu Řezníček (1994, s. 23) doplňuje, že z povahy profese by každý profesionální sociální pracovník měl být ve své přirozenosti humanitní typ člověka, který dokáže jednat se zájemcem o naše služby opravdově, s vyjadřujícím zájmem a respektem. Vybudovat podporující vztah mezi klientem a pracovníkem, který je schopný se kdykoliv přizpůsobit okolnostem a pozitivně na ně reagovat, vyžaduje flexibilitu a schopnost improvizovat při náhlých změnách či neznámých situacích. Matoušek a kol. (2013, s. 26) uvádí, že při rozhodování, by mu měl sloužit etický kodex sociálních pracovníků, uznávání základních hodnot sociální práce a znalost etických teorií, především sebe samého.

Podkladem pro správné reagování by měla být dospělá vyvážená osobnost pracovníka s již vyvinutou základnou životních hodnot a priorit. Tyto vybudované hodnoty poslouží jako podpora při práci s klienty, u kterých je obtížné hodnotit jejich životní situaci, pomohou

vyfiltrovat to, co je „dobré“ a „špatné“ (Řezníček 1994, s. 23). Dle Levické (2004, s. 47) není nejdůležitější disponovat všemi ideálními vlastnostmi pro sociálního pracovníka, ale chuť na své osobnosti dále pracovat a zvyšovat své individuální osobnostní kvality.

2.1.3 Odbornost sociálního pracovníka

Pro výkon profesionální sociální práce jsou důležité nejen osobnostní předpoklady, ale také teoretická výbava z oboru sociální práce, dále je také potřeba mít odborné znalosti z jiných humanitních oborů, jimiž např. je teologie, filosofie nebo etika. V dnešní době pro výkon profese všeobecné sociální práce nepostačí participace v křesťanství a „talent“, ale je potřeba rozvíjet své profesní znalosti v metodologii sociální práce a v jiných společenských disciplínách, které doplňují teoretickou základnu sociální práce, jako je psychologie, pedagogika, zdravotvěda, právní věda, ekonomie a další (Navrátil s. 21, teorie a metody sociální práce). Zároveň musí disponovat takovými komunikačně terapeutickými dovednostmi, aby byl způsobilý k výkonu práce s jednotlivci i komunitou a aby své nabitě znalosti a zkušenosti náležitě investoval do výzkumné činnosti (Tomeš 1997, s. 84).

Ovšem užší specializace sociálního pracovníka záleží na druhu klientely, se kterou spolupracuje a dalších organizačních a sociálně politických faktorů, které ovlivňují jeho výkon práce (Navrátil s. 21, teorie a metody sociální práce).

Po roce 1989 začalo pomalu docházet k obnově a rozvoji vzdělávání v sociální práci, které bylo na ústupu od komunistického převratu v roce 1948. Rozvoj vzdělávání probíhal na středoškolské i univerzitní úrovni (Matoušek a kol. 2012, s. 139-153). Dnes dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění je předpokladem pro výkon profese sociálního pracovníka kromě plné svéprávnosti, bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti a také odborná způsobilost. Míru odborné způsobilosti definuje § 110 tohoto zákona:

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

Podle Tomeše (2010, s. 163-171) bylo na konferenci Mezinárodní federace sociálních pracovníků zdůrazněno: „že odborné činnosti sociálních pracovníků lze rozdělit podle náročnosti na znalosti a dovednosti“:

(A) odborné (vyšší odborné nebo univerzitní bakalářské studium),

(B) řídicí (vysokoškolské magisterské studium)

(C) vědecké (univerzitní doktorské studium)

Vzhledem k rozsahu samostatné práce při podporování, plánování, řízení a hodnocení situací klienta, vyžadující dobré ovládání komunikačních dovedností, se musí sociální pracovník průběžně rozvíjet ve svých profesionálních kompetencích (Tomeš, 2010, s. 165).

Zmínku o celoživotním vzdělávání můžeme nalézt v etickém kodexu sociálních pracovníků (2006), přesněji v pravidlech etického chování ve vztahu ke svému povolání a odbornosti, kde se píše, že sociální pracovník : „*Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.*“

Celoživotní vzdělávání je opět zabudováno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění v§ 111, který definuje mimo jiné:

- (1) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Povinnost zabezpečení dalšího vzdělávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době.

Hanuš (s. 6, 2007) považuje za obecně dobré celoživotní vzdělávání považovat jako výzvu, která do budoucnosti přispěje k vyšší erudovanosti sociálních pracovníků, což může mít pozitivní vliv na klienty a na následující ocenění ze strany společnosti.

2.1.4 Role

Sociální pracovník neplní ve své pozici z povahy svého vzdělání roli psychologa, pedagoga, sociometra apod., ale využívá svých dosažených znalostí k pochopení zdrojů problémů klienta a případně může přizvat ke spolupráci dalšího odborníka v rámci multidisciplinárního týmu, v němž je sociální pracovník součástí. Základní znalosti z výše uvedených společenských oborů udělují sociálnímu pracovníkovi moc vést a koordinovat další odborníky v konkrétním případě, za který je zodpovědný (Tomeš 2010, s. 166-167). Hlavním cílem

všech zúčastněných pracovníků je poskytovat kvalitní sociální práci na základě individuálních potřeb klienta (Trojanovská 2015, s. 29)

2.2 Zdravotně-sociální pracovník

Ve Velké Británii se od roku 1942 užívá moderní koncepce, která považuje za sociální činnost i poskytování základní zdravotní péče, včetně základního vzdělání obyvatel. Jelikož zdravotní správa má nejbližší k sociální oblasti (Průša 2009, s. 28), má proto česká sociální práce v této oblasti bohatou tradici (Řezníček 1997, s. 7).

Zdravotněsociální pracovník je ten, který poskytuje stejnou formu sociální pomoci a podpory, jako všeobecný sociální pracovník, jen je jeho cílová skupina více zaměřená na lidi nemocné (Kutnohorská a kol. 2012, s. 26). Zdravotní a sociální oblast nelze od sebe odloučit, neboť se sociální pracovník stará nejen o tělo, ale i o duši a sociální bytí člověka (Tomeš 2010, s. 167)

2.2.1 Odbornost zdravotně sociálního pracovníka

Na popud českých lékařů a tehdejších sociálních potřeb v roce 1935 vznikla Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče nástavbového typu v Praze, kde se vyučovaly předměty, jak ze sociální tak zdravotnické oblasti, plus praxe v nemocničním prostředí a v sociálních institucích. Absolventky se získanými odbornými znalostmi byly schopné spolupracovat s lékaři v poradenství (Kodymová 2012, s. 123-126). Tato činnost v komunistickém režimu bývalého Československa byla v kompetenci tzv. sociálních sester, jejich vzdělání bylo původně zdravotnické se sociální nástavbou vzdělání (Řezníček 1997, s. 97).

Dnes přes snahy o všeobecnou profesionalizaci sociální práce od roku 1989 (Kuzníková 2011, s. 27), se vlastní sociální práce dále specializuje (Hanuš 2010, s. 6). Ve zdravotnickém rezortu se rozvinula pracovní pozice zdravotně-sociálního pracovníka, profese regulovaná zákonem č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění, jenž uvádí mimo jiné podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Odborná způsobilost zdravotně-sociálního pracovníka je vymezená v § 10 tohoto zákona:

- a)** akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,
- b)** nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo

c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry.

Předpoklad pro výkon profese zdravotně-sociálního pracovníka je výše zmíněná odborná způsobilost, dále bezúhonnost a zdravotní způsobilost (Zákon č. 96/2004 Sb. §3). Vzdělání je specifické v hlubších znalostech zdravotních věd, které se rozšiřují o zdravotnickou legislativu: „*Zdravotně sociální pracovník musí znát Všeobecnou deklaraci lidských práv, práva pacientů, práva hospitalizovaných dětí, jež byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR, Deklaraci práv duševně postižených osob, Chartu práv tělesně postižených.*“ (Kuzníková a kol. 2011, s. 30). Dalším z předpokladů pro výkon práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou osobnostní předpoklady.

2.2.2 Osobnostní předpoklady

Etické a morální hodnoty vychází stejně jako u všeobecné sociální práce z etického kodexu sociálních pracovníků, které by měl sociální pracovník ve zdravotnictví přijmout za své (Kuzníková a kol. 2011, s. 29). Měl by ctít určitý profesní odstup od svých klientů, přesto nadále udržovat lidský vztah. Tento vztah by měl být postaven na hodnotových základech sociální práce, mezi které můžeme zahrnout individualismus, akceptaci, empatii a povinnou mlčenlivost (Nečasová 2013, s. 32-47).

Eticky citlivý přístup je nezbytnou výbavou každého zdravotně-sociálního pracovníka, protože je to psychicky náročná práce a osobnostní etická výbava pomáhajícího je výhodou ne-li nezbytností. Pracovník se střetává s etickými dilematy, je zodpovědný za aktivity vedoucí k uspokojování potřeb pacientů a musí vždy nabízet co nejvíce možností při jejich uspokojování. Plánování a realizace jednání a všech činností může zjednodušit schopnost reflektování skutečnosti s dávkou intuice a sebeuvědomování. Do budoucnosti je výhodné projevat snahu pro rozvoj osobnosti a učení se novému (Kutnohorská a kol. 2012, s. 10).

2.2.3 Role

Sociální pracovník ve zdravotnictví je velice důležitá součást multidisciplinárního týmu. Působí zde, jako ten člen týmu, který řeší psycho-sociální potřeby pacientů (Kuzníková 2011, s. 25) a zahajuje zdravotně sociální rehabilitaci (Kuzníková 2011, s. 47). Dle Novosada (2010, s. 123) je zdravotně-sociální rehabilitace kontinuální proces: „*jenž vede nejen k udržení reálné dosažitelné kvality života pacienta, ale zároveň působí jako významný preventivní faktor, snižující možnost brzkého návratu pacienta zpět do zdravotnického zařízení.*“

Zdravotně sociální pracovník spolupracuje s externími sociálními pracovníky působící na obecním úřadě, české správě sociálního zabezpečení, úřadu práce, dále spolupracuje s posudkovými lékaři a organizacemi poskytující následné sociální služby aj. Hlavním úkolem sociální práce ve zdravotnictví je aplikace metod a technik sociální práce, sociálně psychologického poradenství pro zlepšení adaptace pacienta v neznámém prostředí a dále k rychlejšímu překonání obtíží, což může značně přispět k motivaci léčebného procesu a kvalitě života pacienta (Kuzníková 2011, s. 18-25).

Náplň práce se také odvíjí od dobře odebrané sociální anamnézy (Kuzníková 2011, s. 47), cílem je zjistit okolnosti pacientova života, tzn. rodinné zázemí, sociální vztahy a jejich kvalitu, možnost navrácení se do společnosti a do pracovního režimu, míru předchozí a aktuální soběstačnosti (Novosad 2000, s. 123). Činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení jsou podle Kuzníkové (2011, s. 48) odlišné v různých zemích světa, příčinou mohou být rozdílné vzdělávací osnovy kvalifikovaných sociálních pracovníků a historický vývoj v dané zemi.

V českých zdravotnických zařízeních provádí zdravotně sociální pracovníci činnosti, které jsou vymezené v § 10 výše zmíněného zákona o nelékařských zdravotnických pracovnících v platném znění:

(2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Sociální práce probíhá nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou (Kuzníková 2011, s. 18-25). Neboť zdravotní onemocnění ovlivňuje nejen jednotlivce, ale i jeho blízkou rodinu, obzvlášť pokud jde o chronické funkční onemocnění, které jedinci znemožnilo postupem zhoršování nemoci samostatnost, sebeobsluhu a zanechalo negativní následky na pracovní schopnosti (Kutnohorská a kol. 2012, s. 26).

3 POSTOJ

3.1 Vymezení termínu postojů

Součástí dynamiky osobnosti, která se skládá z vyvíjejících se složek (potřeby, motivy, vůle aj.), jsou duševní děje a duševní stavy. Vyvíjející se složky osobnosti mají různé činitele, ale na dynamické prvky osobnosti nepůsobí nezávisle a jednotlivě, nýbrž jako na jednotný systém. Vývoj osobnosti probíhá pod vlivem vnitřních a vnějších procesů, které postupně mění i strukturu osobnosti. Což je předpoklad pro to, že osobnost člověka je v neustále se vyvíjejícím procesu, takže se můžeme vědomě měnit prostřednictvím změny dynamických činitelů osobnosti (Cakirpaloglu 2012, s. 41-48).

Podle Cakirpaloglu (2012, s. 48) mezi dynamické rysy patří Erg, postoje a sentiment. Tyto tři roviny se navzájem ovlivňují a ovlivňují osobnost jedince. Erg znamená „energie“ nebo „činnost“, také označován jako pud, který nás pohání kupředu a stimuluje. Sentiment je motivace vyššího řádu, zásobován energií od Erg, vznik a podobu určuje kultura. Součástí sentimentu jsou zkušenosti a postoje. Jako třetí z roviny dynamické osobnosti je postoj.

„Postoj (attitude) je sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.“ (Hartl, Hartlová 2010, s. 442). *„Mají určitou intenzitu, to znamená, že vztahový objekt je nám více nebo méně sympatický, vnímáme jej jako více nebo méně pozitivní, více nebo méně negativní.“* (Mikuláščík 2010, s. 63), *„Tento vztah má určitou kvalitu (kladnou či zápornou) a intenzitu (silnou či slabou). Postoj jako dynamický celek sjednocuje konstituční dispozice (erga) a získané dispozice (sentimenty) v jedinečné myšlení, citění a chování osobnosti.“* (Cakirpaloglu 2012, s. 48). Postoj je také omezen délkou trvání, ovlivněn pokaždé nějakým objektem a sociálním učením (Mikuláščík 2010, s. 63), to znamená, že se s žádnými postoji nerodíme, ale učíme se jim (Gálik 2012, s. 18).

Kelnarová a Matějková. (2010, s. 49) uvádí, že postoje obsahují složku:

- Kognitivní (poznávací, racionální)
- Afektivní (citovou)
- Behaviorální (konativní, iracionální)

Kognitivní úroveň je dimenze obsahující veškeré poznatky o předmětu postoje, emocionální dimenze vyjadřuje naše pocity k předmětu postoje, a behaviorální složka postoje obsahuje tendence chovat se ve smyslu postoje (Bendl 2015, s. 163). Tyto tři komponenty ovlivňují

výsledný postoj. Pokud není v situacích přítomna ani jedna z těchto složek, pak člověk jedná intuitivně a nejistě, hledá adekvátní reakci na podnět (Mikuláščík 2010, s. 62), odpovídající postoj vyvozen z našich hodnot, které jsou samotným základem postojů a předpokladem jejich dlouhodobé stability (Hroník 2007, s. 36). Hodnoty jsou osobnostní dispozice, tzv. žebříček hodnot, který si neustále vytváříme. Hodnoty mají moc nás motivovat a směřovat k vytyčenému cíli (Cakirpaloglu 2012, s. 45-46).

3.2 Funkce postojů

Postoje mají své určité funkce, většinou přebírají roli prostředníka, podle Mikuláščíka (2010, s. 63) jsou nástrojem:

- **Funkce instrumentální**- postoje jsou nástrojem pro dosažení svých cílů, odměn apod.
- **Hodnotová funkce**- postoje jsou obrazem nás samých
- **Obranná funkce**- postoje mohou pomáhat v ochraně sebeúcty, také jako prevence před ohrožením aj.
- **Sociálně adjustační funkce**- tato funkce je schopná být oporou v procesu socializace, přizpůsobení se sociálním normám

Bendl (2015, s. 163) rozšiřuje třídění o:

- **Funkce znalostní**- tato funkce umožňuje vytvářet si vlastní názory

3.3 Postoje a chování

Postoje ovlivňují naše chování. Chování je ovlivněno nepřímo skrz vnímání a smýšlení o vnějším světě (Gálik 2012, s. 18). Valenta (2013, s. 142) uvádí, že chování nemusí být vždy souhlasné s našimi postoji. Chování se může lišit vlivem prostředí, aktuálním psychickým stavem a dalšími proměnnými. Podle Hroníka (2007, s. 36) se ve vypjatých situacích, kdy nedokážeme ovládat své chování, se spíše projeví postoje, které mohou hodně o jedinci prozradit. Jelikož jsou postoje způsobeny sociálním učením, lze postoje také modifikovat určitým návykem chování.

3.4 Změna postojů

Postoje se mohou během života měnit, díky napodobování, nebo následkem opakovaných reakcí, životními zkušenostmi a vzděláváním. Změna postojů je uskutečnitelná pouze stejnou

složkou postoje, kterou byla vytvořena. Tudiž nelze použít racionální argumenty u postoje s převládajícím emotivním nábojem (Kelnarová a Matějková 2010, s. 48-50). Wröbelová (2008, s. 61) tvrdí, že aby došlo ke změně, je potřeba změnit jak dimenzi emotivní, tak kognitivní. Lze se také zaměřovat jen na jednu oblast, kdy se v rámci součinnosti ovlivní automaticky i druhá oblast, protože se předpokládá propojenost mezi těmito dvěma složkami postoje. Snaha o změnu postojů vyžaduje více úsilí a času, než změna chování.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Postoj zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice

Dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

DVO2: Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

DVO3: Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

DVO4: Zjistit, zda zdravotně-sociální pracovníci mají osobní či pracovní zkušenost respondentů s psychosomatikou

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Výzkumné metody

Pro porozumění výzkumnému problému a zachycení kvality postojů byl zvolen kvalitativní přístup, umožňuje podrobnější a hlubší proniknutí do psychologických fenoménů jako jsou postoje (Miovský 2006, s. 13-18). Tento druh výzkumu se zaměřuje na vybrané proměnné, které se v rámci výzkumu sledují a později měří vztahy mezi nimi. Povaha tohoto výzkumu pomáhá porozumět problémům a jevům prostřednictvím induktivního způsobu usuzování, jenž nám pomáhá vycházet z výzkumných dat, hledat pravidelnosti v datech a formulovat předběžné závěry (Švaříček a kol. 2006, s. 24-25). Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v jeho značné flexibilitě, dynamice, která umožňuje v průběhu výzkumu modifikovat výzkumný plán. Avšak v každém případě se výzkum provádí v těsné blízkosti respondenta či skupiny respondentů, což umožňuje věrně popsat, jak: *„se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce“* (Hendl 2008, s. 50).

4.2 Výběr informantů

Výběr vzorku z populace musí být konkrétní, neboť populace v tomto výzkumu by byla velice obecná a velká. Vzorek musí být vybrán přesně ke zvoleným cílům výzkumu, musí populaci reprezentovat (Walker 2013, s. 30-34). K získání reprezentativních vzorků se využívají určité techniky výběru vzorků, u kvalitativního výzkumu se většinou používají nepravděpodobnostní metody výběru, založené na logickém úsudku. Nepravděpodobnostní výběr pomůže vyfiltrovat správné vzorky. Mezi nejspolehlivější metodu tohoto výběru patří tzv. kvótní výběr, který zahrnuje ve vzoru známé vlastnosti populace (vzdělání, pohlaví, věk aj.) (Disman 2011, s. 92-116).

Informanti v tomto výzkumu byli vybráni metodou záměrného (účelového) výběru, neboť tato metoda umožňuje vybírat respondenty dle kritérií, jež si výzkumník zvolí (Disman 2011, s. 112), v tomto případě adekvátní vzdělání a působení ve zdravotnickém zařízení. Potencionální respondenti splňující veškerá kritéria byli oslovováni pomocí emailu, nakonec byli vybráni touto metodou čtyři respondenti.

Další metoda výběru, jež byla použita, byla metoda sněhové koule, též nazývaná „snowball technique“. Tato technika spočívá v nabalování nových respondentů prostřednictvím doporučení (Disman 2011, s. 114-115). Díky této metodě byl osloven jeden respondent.

4.3 Charakteristika informantů

Hlavním kritériem pro výběr respondentů je povolání zdravotně-sociálního pracovníka dle § 10 zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických pracovnících v platném znění. Při výběru respondentů nebylo důležité, zda zdravotně-sociální pracovník vykonává profesi ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení. V tomto výzkumu nezáleželo u respondentů na pohlaví, věku ani délce praxe povolání.

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi respondenty. Všichni respondenti byly ženy. Jeden další respondent byl vybrán pro pilotní rozhovor, který nebyl do výsledné analýzy zahrnut. Celkem bylo osloveno deset zdravotně-sociálních pracovníků, tři z nich se omluvili na neúčasti výzkumu z důvodu pracovního vytížení a dva z nich z důvodu nepovolení provádění výzkumu ředitelem daného zařízení.

Zdravotně-sociální pracovníci byli zaměstnanci zdravotnického zařízení, avšak různého typu. Všichni respondenti žijí na území České republiky, přesněji v kraji Vysočina a v Pardubickém kraji.

4.4 Příprava výzkumu

Studium odborné literatury vztahující se ke kvalitativnímu výzkumu bylo prvním krokem při přípravě výzkumu, druhým krokem bylo studium odborné literatury teoretické části práce.

Další krok vedl k zamyšlení, co bych chtěla od své práce získat, jaké zajímavé otázky mě napadly během odborné praxe ve zdravotnickém zařízení ve spolupráci se zdravotně-sociálními pracovníky. A uvědomila jsem si, že pokud je člověk bio-psycho-sociální a spirituální jednotka, ovlivňována těmito čtyřmi dimenzemi, tak v tom případě by musely existovat i zkušenosti zdravotně-sociálních pracovníků s pacienty trpícími psychosomatickými nemocemi. Vzhledem k náplni práce zdravotně-sociálního pracovníka by bylo zajímavé pozorovat, zda činnosti zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, který je součástí multidimenzionálního týmu, ovlivňují léčebný proces. Následně byly zvoleny cíle práce a sestaveny otázky do polostrukturovaného rozhovoru.

Pro toto zkoumání byl zvolen výzkum kvalitativní, který umožňuje porovnávat jednotlivé výpovědi respondentů a analyzovat je podrobně.

4.5 Sběr dat

Sběr dat výzkumu byl uskutečněn na přelomu měsíce června a srpna roku 2017. Informanti byli předem informováni emailovou formou o povaze výzkumu, cílech, o způsobu zapsání výpovědi a anonymitě celého procesu. Při setkání respondenti ústně souhlasili se zpracováním dat, někteří pod podmínkou zaslání přepsaného rozhovoru z audionahrávky.

4.5.1 Pilotní rozhovor

Pilotní rozhovor byl proveden před sběrem dat samotného výzkumu. Pilotní rozhovor slouží k získání předběžných informací o problematice (Chrásková 2016, s. 23). Na pilotní rozhovor navazuje předvýzkum, který slouží k ověření technik a metod, které bychom ve výzkumu rádi použili (Disman 2011, s. 121-122). Pilotní rozhovor byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor sloužil k ověření, zda připravené otázky v rozhovoru jsou srozumitelné a vztahující se k výzkumu. Také bylo potřeba zjistit, zda výzkum v sobě neskrývá další zajímavé podněty k výzkumu. Po prozkoumání odpovědí z pilotního rozhovoru byla sestavená

konečná podoba otázek v rozhovoru, které byly později pokládány respondentům výzkumu. Tímto rozhovorem bylo zjištěno, že by bylo zajímavé do výzkumu zahrnout otázku na osobní zkušenost s psychosomatickými nemocí samotných respondentů. Data z tohoto rozhovoru nebyla dále zpracována ani analyzována.

4.5.2 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je jeden ze tří druhů rozhovorů. Jeho výhodou před strukturovaným a volným rozhovorem je ve volnosti respondenta odpovídat spontánně na položené otázky, jejich pořadí nebylo striktně dané, avšak byly zavedeny okruhy otázek, které nesměly být opomenuty. V tomto případě je možné, aby tazatel pokládal doplňující otázky. Tento druh rozhovoru také více umožňuje respondentovi odpovídat dle svých řečových zvyklostí a projevit svoji osobnost (Reichel 2009, s. 111-112).

Otázky byly sepsány po porozumění problematice psychosomatiky. Rozhovor byl sestaven z dílčích výzkumných otázek a k nim byly sestaveny doplňující otázky. Dílčí výzkumné otázky vychází ze všech tří složek postoje-behaviorální, kognitivní a konativní, tudíž komplexně odpovídají na hlavní výzkumnou otázku. Otázky jednotlivých okruhů byly sestaveny vzhledem k praxi zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

Při setkání s respondentem byly zopakovány cíle výzkumu, respondent byl ujistěn o anonymitě jeho výpovědí, také byl informován, že rozhovor bude nahráván na záznamník, který bude později doslovně přepsán. V návaznosti na úvodním poučení respondenti ústně souhlasili. O chvíli později začal rozhovor. Rozhovory probíhaly v soukromí, přímo na pracovišti respondenta. Během rozhovorů nebyla přítomna další osoba. Nejkratší rozhovor trval 12 minut a nejdelší 32 minut. Seznam otázek v rozhovoru je dohledatelný v příloze A.

4.6 Zpracování dat

Miovský (2006, s. 92-126) tvrdí, že základní typy výzkumů kvalitativní práce je minimálně pět. Základní dělení se může u různých autorů lišit, neboť vychází z jiné terminologie a autoři také čerpají data z různých škol, které měly jiné filosofické a historické kořeny. Mezi základní typy výzkumů v kvalitativním přístupu zahrnuje případovou studii, analýzu dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluaci.

Miovský (2006, s. 98-103) popisuje analýzu dat jako výzkumnou strategii, která již nevytváří novou teorii, ale vychází z již existujících materiálů, nebo z dat vzniklé v interakci výzkumníka a respondenta. Oproti jiným přístupům v kvalitativním výzkumu, je v tomto typu výzkumu

nejmenší možnost zdrojové materiály výzkumníkem ovlivnit. Analýza dat je charakterizována intenzivním rozborem dokumentu s následně co nejobsáhleji interpretován. Výzkumník musí být otevřený a schopen dobře reflektovat texty, které jsou jedinečné. Podmínkou pro výzkum je absolutní otevřenost a schopnost vytvářet zajímavé a nekonvenční závěry výzkumu (Miovský 2006, s. 98-103).

Po získání potřebných dat polostrukturovaným dotazníkem, byla data zpracovávána metodologií založenou na indukci. Indukce vychází z předpokladu, že sledované jevy mají společné vlastnosti. Z tohoto odhadu se vychází, že i další jevy ze stejné kategorie budou disponovat stejnými vlastnosti, tento odhad však nelze generalizovat (Hendl 2008, s. 34).

Rozhovory byly nahrávány na záznamník a poté doslovně přepisovány z mluvené do písemné podoby. Existuje více způsobů, jak přepisovat textový materiál, avšak v tomto výzkumu byla využita varianta doslovné transkripce. Někdy se může text upravovat do gramaticky správné podoby, nicméně v tomto výzkumu byly ponechány veškeré výrazy, které respondenti používali (Hendl 2008, s. 208).

Pro analýzu dat byla zvolena metoda otevřeného kódování. Je to jeden ze tří druhů kódování vycházející ze zakotvení teorie. Otevřené kódování pomáhá odhalovat skrytá témata a vztahy mezi nimi. Odhalování prostřednictvím tvorby kódů a z nich byly vytvářeny kategorie. Kódují se slova, věty, odstavce či celé texty. Tento proces se nazývá **kódování**. Kód je přiřazen k textu a heslovitě rozkrývá datový materiál, ale zároveň vycházejí z položených výzkumných otázek k přečtené literatuře nebo: „*vznikají samovolně, jak výzkumník proniká k textu*“ (Hendl 2008, s. 247).

Dále byly kódy (koncepty) sdružovány do vyšších celků, kategorií, které jsou obecnější a shrnují větší množství dat. Tento proces se nazývá **kategorizace**. Čím více obecnější kategorie, tím lépe pro návrh nové teorie (Hendl 2008, s. 244-245). To bylo také hlavním záměrem při kódování hlavní výzkumné otázky, která odkazuje ke kategorizaci postojů zdravotně-sociálních pracovníků. Nebylo záměrem najít jednu teorii vysvětlující jednotlivé kategorie postojů, ale nalézt rozdílné typy postojů zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice. Dále byly kategorie pojmenovány, pomocí tzv. „*in vivo*“ kódů, tedy termíny, které použili sami respondenti v rozhovoru. Kategorie byly rozvíjeny vlastnostmi a dimenzemi. Vlastnosti jsou charakteristiku kategorie, a dimenze jsou z nich rozloženy a reprezentují umístění na škále. Dimenze a vlastnosti je potřeba rozvíjet, neboť jsou : „*základem pro vytváření vztahů mezi kategoriemi*“ (Strauss a Corbinová 1999, s. 48).

Vyhledávání všech těchto prvků v textu vznikalo díky pomalému čtení přepsaných rozhovorů, vyhledávání zajímavých a kritických míst a ty pak byly kódovány a kategorizovány, psací tužkou na okraj strany papíru přepsaného rozhovoru.

5.1 Typy postojů vzešlé z analýzy

5.1.1 Obezřetný postoj

Obezřetný postoj v tomto výzkumu odpovídá dimenzi neutrální.

Obezřetný postoj je v tomto případě utvářen na základě nedostatečně odborných znalostí o tématice, avšak díky jistým osobním či pracovním zkušenostem respondentů reprezentující tento postoj si uvědomují, že zdraví ovlivňují psychosociální faktory. Uvědomují si své limity v nedostatečných znalostech o psychosomatice, a proto přenechávají závažnější psychické problémy svých pacientů na jiných odbornících. Respondenti si i-přesto uvědomují, že jejich práce může mít pozitivní vliv na pacienta, díky kterému se může rychleji uzdravit.

Emotivní složka je ovlivněna pozitivně, z důvodu osobních či pracovních zkušeností s psychosomatickými nemocemi a díky této složce byly ovlivněny i výpovědi v rozhovorech. I-přesto, že emotivní složka postoje je pozitivní, tak chování je u těchto respondentů neutrální, respondenti nejsou nebo jsou velmi málo aktivní při řešení psychosomatických problémů svých pacientů (nedostatečné odborné znalosti). Kognitivní složka postoje je pozitivní, respondenti si uvědomují moc psyché ovlivňující fyzické tělo, tudíž jsou připraveni pacienta delegovat ke kompetentnější osobě.

Obezřetný postoj zastávají dva respondenti.

Nekompetentnost k řešení psychických obtíží pacientů uvedli dva respondenti:

Zdravotně-sociální pracovník A: „*Musím si toho všimnout a případně na to někoho upozornit, požádat o spolupráci a podobně.*“

Zdravotně-sociální pracovník B: „*tím, že my tady máme paní psycholožku, tak tuto oblast přenecháváme na ní, do toho bych se úplně neodvážila vstoupit*“

Zároveň tito dva respondenti **uváděli pozitivní ohlasy na psychosomatiku:**

Zdravotně-sociální pracovník A: „*Je to o tom, když někdo přijde, že ho něco bolí, tak na lehkou váhu to brát nemůžu, ale musím mít oči otevřené, jestli tělesné obtíže neplynou z něčeho jiného, jestli za tím není jiný problém, právě ten problém na duši.(...) Mělo by to jít ruku v ruce, léčba těla a léčba duše.*“

Zdravotně-sociální pracovník B: „*připadalo mi to ze začátku jako nepochopitelný, že moje hlava může ovlivnit až takovýchle věci. Určitě je to pro mě naděje, že se mé onemocnění dá „spravit“.*“

5.1.2 „Chuť pomoci“ postoj

Postoj „chuť pomoci“ v tomto výzkumu odpovídá dimenzi pozitivní.

Respondenti reflektující postoj „chuť pomoci“ se snaží aktivně pomáhat svým pacientům se svými problémy v sociální oblasti, které by dle jejich úsudku mohly mít vliv na jeho aktuální špatný zdravotní stav. Léčbu psychické nepohody se snaží aplikovat prostřednictvím komunikace. Sociální problémy, jenž by mohly mít vliv na zdravotní stav, se snaží s pacienty a rodinou pacienta řešit prostřednictvím sociálního poradenství a zdravotně sociální rehabilitace.

Emotivní složka je ovlivněna pozitivně, z důvodu osobních a rodinných zkušeností s psychosomatickými nemocemi. Vlivem osobních zkušeností byly ovlivněny i výpovědi respondentů v rozhovorech. Kognitivní složka postoje je pozitivní, respondenti si uvědomují, že člověk je bio-psycho-sociální a spirituální jednotka, a že pacient nebude spokojen, dokud nebudou vyléčeny všechny tyto aspekty života. Konativní složka postoje u respondentů je pozitivní.

Postoj „chuť pomoci“ zastávají dva respondenti.

Tito dva respondenti poukazují na různé **psychosociální aspekty, které mohou mít negativní dopad na zdraví:**

Zdravotně-sociální pracovník C: „*takže ten člověk musí jít do svého nitra a začít prostě tam a pak třeba začít, když se jedná o ty vztahy, v rodině, nebo jak jsem říkala, a aby byl ještě někdo, kdo mu tam s ním ještě trošku pomůže“*, „*Tím myslím konkrétně třeba nedořešený vztahy*“

Zdravotně-sociální pracovník D: „*Snažím se na lidi nahlížet jako na biopsychosomatickou jednotku, která je ovlivňována nejen prostředím, ve kterém vyrůstala a nyní žije, ale i místem, kde pracuje, jaké má vztahy v rodině a snažím se všimnout, jestli to něco nemůže mít vliv na zhoršení zdravotního stavu.*“

Pozitivní přístup k řešení situací, které by mohly být psychosomatického původu zastupují dva respondenti:

Zdravotně-sociální pracovník C: „pacientka potom rozkvetla celá, začala trošičku víc spolupracovat a v tom já vnímám právě tu psychosomatiku u těch pacientů, u kterých já potom nějakým způsobem potom pracuju-bud' jim zajišťuji nějakou následnou péči, poradenství, ale i v tom, někdy prostě, přijde i na ty hlubší sociální věci pacientů.“

Zdravotně-sociální pracovník D: „Někdy s tím pracuji i vědomě. Hlavně, když se snažím porozumět situaci pacienta, to mi pomáhá, zajímat se, dozvídat se ty důležité informace, které mi pomohou po následné práci s pacientem a jeho rodinou, když zajišťuji věci, které jsou v moji náplni práce tady.“

Tito respondenti uvádí, že **nástrojem pro léčbu**, kterou se ze své pozice snaží ovlivnit je komunikace:

Zdravotně-sociální pracovník C: „Takže s tím pracuju asi takhle, přijdu k pacientovi a nechám tomu volnej průběh, zeptám se, jestli chce pacient o něčem mluvit. Je to jeho volba, jestli nechce. Tam si myslím, že je prostor na řešení potom i těch psychosomatických problémů.“

Zdravotně-sociální pracovník D: „Vlastně mi i ta psychosomatika dává víc podnětů k tomu se zajímat o člověka, komunikovat s ním na různá témata, abych opravdu pochopila, kde je problém a s čím mohu v sociální oblasti pomoci.“

5.2 Dílčí výzkumné otázky

5.2.1 Kognitivní složka postoje

DVO1: Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

Vnímání zdravotně-sociálních pracovníků psychosomatiky bylo hodnoceno na základě odpovědí z rozhovoru a všichni čtyři respondenti uvedli, že psychosomatické nemoci vznikají **v interakci psychické a somatické složky člověka.**

Zdravotně-sociální pracovník A: „Odbornou definici samozřejmě nevím, ale představuji si to asi tak, že problémy těla jsou hodně spojený s problémama duše“

Zdravotně-sociální pracovník B: „*Když je něco psychosomatického, tak si myslím, že nám to spouští ta naše psychika.*“ (...) „*Psychika nám spouští zdravotní problémy.*“

Zdravotně-sociální pracovník C: „*Ta psychosomatika si myslím, že je něco, na co se možná až tak moc právě nedbá, při léčení všech těch různých dalších nemocí. Někdy Vás začne bolet břicho a absolutně právě jen z té psychický stránky a pokračuje to až tak, že se to dostane k nějakým žaludečním vředům.*“

Zdravotně-sociální pracovník D: „*Psychosomatika pro mě znamená, ach, nevzpomenu si teď na odbornou definici. Zajímá se o to, jakým způsobem se stav duše reflektuje na lidském těle. Jak a kdy.* „

Tři ze čtyř respondentů uvedli, že vnímají pohled na **význam psychosomatiky z pracovní roviny**. Kognitivní složka postoje je pozitivní.

Zdravotně-sociální pracovník A: „*Psychosomatika...pro mě...ne snad přímo pro mě, ale pro tu moji práci tady. Pro ty naše maminky, co tady jsou, tak tam si myslím, že to je hodně spojený“ (...) „*ale ono to je protože chtějí, aby se kolem nich něco dělo, aby byly středem pozornosti, ve středu dění, ale problém je úplně někde jinde.*“*

Zdravotně-sociální pracovník C: „*V rámci té práce to vnímám tak, že psychosomatické obtíže je potřeba řešit na prvních místě, pak teprve ten pacient se může postupně dostávat k dalšímu vyléčení. Pokud nemá tohle v sobě vyřešený, nějaký ty psychický důvody a na to vám navazuje nějaký ten problém, hlavně to psychický nemá vyřešený, tak prostě ta somatika...to nejde.*“ (...) „*Význam je zásadní, protože pokud se v práci s těma pacientama nepracuje po všech těch stránkách, tak se plně ten pacient plně vyléčit nemůže, podle mého názoru.*“ (...) „*Myslím si, že i tohle je i taková role zdravotně-sociálního pracovníka ať už v nemocnici, psychiatrii, v různých zdravotnických zařízeních.*“

Zdravotně-sociální pracovník D: „*Jelikož pracuji v prostředí, kde se často setkávám se zoufalými pacienty, kteří si opravdu nevědí rady. Má pro mě význam, protože vím, že tu existuje nějaký obor, který by mým pacientům mohl případně pomoci.*“

Jeden respondent uvedl, že **psychosomatiku vnímá hlavně z osobní roviny**, protože tento respondent se s psychosomatickými pacienty přímo v praxi nesetkává, respektive aktivně s takovými pacienty nepracuje, i-přesto je kognitivní složka postoje pozitivní, protože poznatky vycházejí hlavně z osobních zkušeností.

Zdravotně-sociální pracovník B: „*Pro mě osobně určitě velký, já sama trpím kožní nemocí a poznám, když nejsem psychicky v pohodě, tak tím pádem nejsem ani samozřejmě zdravotně v pohodě, vždycky se mi to třeba zhorší.*“

5.2.2 Emotivní složka postoje

DVO2: Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

Emotivní složka postoje u dvou respondentů je neutrální. Tito dva respondenti ve výsledku zauímají obezřetný postoj, odpovídající neutrální dimenzi, proto jejich **emoce jsou rezervované a prozíravé.**

Zdravotně-sociální pracovník A: „*Musím stát nohama pevně na zemi a myslet na to, že možná problémy vycházejí z rodinného prostředí. Snažím se být obezřetná a prostě vnímat v klidu s nadhledem.*“

Zdravotně-sociální pracovník B: „*Nechci se do té práce víc emočně zapojovat, ale je to pro mě asi emotivnější, než při komunikaci s rodinou, kde tyhle problémy nejsou. Snažím si držet odstup, no.*“

U dalšího respondenta jsou emoce čitelnější a častěji během rozhovoru projevované. Emotivní složka postoje je pozitivní, neboť respondent nepocítuje destruktivní pocity. Popisuje pocity, které jsou spojené s **chutí svým pacientům pomoci.**

Zdravotně-sociální pracovník C: „*Asi to ve mně vyvolává emoce takový, jako bych měla možnost lidem pomoci, alespoň po sociální stránce. Jestli mi rozumíte. Asi naděje, nebo něco podobného, chuť pomoci*“. „*Já nevím, jestli to je pocit, ale vždycky nad tím přemýšlím, když si říkám, že tady je nějaký problém u toho pacienta, s tím, že kdybychom to něco vyřešili, tak třeba začne líp spolupracovat.*“. „*Né, že by mi bylo líto toho pacienta, že tyhle obtíže má, ale spíš vždycky tak přemýšlím, co pro to udělat, aby ty problémy neměl. Nechci říct, že mi ho je líto, asi bych to takhle nepojmenovala.*“

U jednoho respondenta si lze všimnout, že momentálně **emotivní složku postoje k psychosomatice ovlivňuje osobní zkušenost**, která mnohdy zasahuje i do pracovní činnosti. Prožitá osobní zkušenost dává pracovníkovi lépe pacientovi trpícímu psychosomatikou nemocí porozumět a být empatický, tudíž emotivní složka je pozitivní.

Zdravotně-sociální pracovník D: „*Melancholický. Vzpomínám na dobu, kdy jsem se sama začínala zajímat o psychosomatiku a nebylo to lehké období.*“ „*Možná bych mohla popsat i*

jiné pocity. Z mé praxe, kdy se snažím lidem empaticky porozumět“(...) „ No vlastně, někdy pociťuji i lítost, nebo i takový pochopení, nevím, jak to přesněji popsat. Není to destruktivní, že by mě to rozežírало slabostí, neutrální....za tu dobu, co tady pracuji, tak je fakt, že se tolik necitíuji, jako když jsem chodila na povinné praxe při studiu. Je to jiný, ale pořád citlivá.“. „Myslím, že těch pacientů s psychosomatických onemocněním je mi více líto, asi i díky mé osobní zkušenosti, protože vím, že je někdy velmi zdlouhavé vystoupit z nemoci.“

5.2.3 Konativní složka postoje

DVO3: Jak znalosti o psychosomaticce ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

Chování všech respondentů je ovlivňováno složkou emotivní a kognitivní. Složka konativní odpovídá dimenzi jednotlivých postojů respondentů. Chování u zdravotně-sociálních pracovníků je rozličné vzhledem k jejich náplni práce, je také ovlivněné osobním zaujetím a množstvím zkušeností.

Zdravotně-sociální pracovník A:

Tento respondent uvádí, že se s psychosomatickými obtížemi u svých pacientů setkává a musí si je projevů všimnout, protože to je **součástí jeho práce**.

„je to součástí mé práce, ale na druhou stranu není jediná, protože gró mé práce je někde jinde, ale samozřejmě na zřeteli to mít musím.“

Dále se v rámci své náplni práce snaží ovlivnit proces léčby, avšak s opatrností a **se složitějšími případy požádá o spolupráci kompetentnější odborníky**.

„Musím si toho všimnout a případně na to někoho upozornit, požádat o spolupráci a podobně.“

„Tím, že když právě je maminka psychiatricky nemocná, tak lékaři tam léčí právě to psyché a já ji tam třeba vozím dítě na kontakt, aby se vidali, aby se maminka rychleji uzdravila.“

Zdravotně-sociální pracovník B:

U tohoto respondenta je příznačná jeho **osobní zkušenost** s psychosomatickou nemocí, proto jeho emotivní složka je ovlivněná pozitivně, nicméně složka konativní je neutrální.

„Mě motivují vlastní zkušenosti, protože vím, že to tak opravdu funguje.“

Složka konativní je u tohoto respondenta neutrální, protože díky svým **nedostatečným odborným znalostem** se nepouští do aktivní intervence u pacienta s psychosomatickým problémem.

„Moje snaha získat poznatky byla dřív“ (...) „poznatky jsou, jakoby, bych řekla na úplně základní úrovni.“

V případě potřeby, tento respondent je připraven (na základě pozitivních dimenzi emotivní složky) **v případě potřeby informovat kompetentní osobu** v oblasti řešení psychických problémů.

„A určitě kdybych měla podezření, tak bych to řekla paní psycholožce.“

Tento respondent aktivně nepracuje na řešení psychosomatických obtíží s pacientem, pouze při podezření na psychosomatické obtíže u pacienta upozorňuje jiné odborníky, ale i-přesto uvádí, že **uplatňování svých znalostí o psychosomaticce na něj osobně má pozitivní vliv**.

„Myslím si, že toho pracovníka, jako mě, určitě posune nějak dál, protože víme, že se s tím dá něco dělat, s tou psychosomatikou. A pokud se na to přijde, že spouštěčem špatného zdravotního stavu je vlastně ta naše psychika, tak je to super, že se s tím dá něco dělat a my už potom víme, co máme dělat.“

Zdravotně-sociální pracovník C:

Tento zdravotně-sociální pracovník uvádí, že ho **motivují v chování jeho vlastní výsledky**, kterých dosahuje prostřednictvím sociální intervence. Všímá si, jak psychická nepohoda ovlivňuje celý léčebný proces.

„Všechno souvisí se vším, jak já říkám, takže i ta psychická stránka toho člověka...ale to vidím i tady na následných lůžkách, když se podíváte na pacienta, který není nějak v psychický pohodě, tak Vám nebude spolupracovat“ (...) „to není o tom, že by nemohl, ale on nechce a spolupracovat nebude, tu rehabilitaci za něj neuděláte. Vy potřebujete vzít to tělo a prostě s ním něco cvičit, ale když se Vám sekne a nic, tak prostě nic nezmůžete, takže ta psychická stránka s tím hodně udělá a to mě motivuje.“

„Měla jsem tu takový případ, kdy jsem volala dceru na Slovensku, už nevím, jestli to bylo telefonicky, nebo písemně. I když to onemocnění bylo onkologický, nevyléčitelný, ale pacientka potom rozkvetla celá, začala trošičku víc spolupracovat a v tom já vnímám právě tu psychosomatiku u těch pacientů“

Respondent C uvádí, že v rámci své profese, kdy provádí sociální poradenství, **se nesnaží aktivně své pacienty informovat** o řešení psychosomatických problémů, ale nechává tomu volný průběh.

„Informace samovolně nepředávám, ale to samovolně vznikne v rozhovorech, když vidím, že toho pacienta něco trápí“

„Takže s tím pracuju asi takhle, přijdu k pacientovi a nechám tomu volnej průběh, zeptám se, jestli chce pacient o něčem mluvit. Je to jeho volba, jestli nechce. Tam si myslím, že je prostor na řešení potom i těch psychosomatických problémů.“

Tento respondent jako nástroj léčby psychických obtíží vidí **komunikaci**, kterou se snaží problémy svých pacientů a jejich rodin minimalizovat. V tomto smyslu se pracovník snaží aktivně zapojit do léčebného procesu. Mimo komunikaci tento **respondent řeší psychosociální problémy prostřednictvím poradenství a aktivního zásahu** ze své pozice zdravotně-sociálního pracovníka, tudíž složka konativní v jeho postoji je pozitivní.

„když tady řešíme s téma rodinama, co dál, co by u těch pacientů šlo nastavit za služby, aby třeba mohli být doma, i ta rodina mohla nějak fungovat. Tak prostě já s nima o tom popovídám, řeknu ty možnosti, který jsou a další prostě nejsou tak, taky nejde všechno vyřešit, tak jim dám tu nabídku a pak často řeknou :„jéé, my jsme rádi, že aspoň s Váma o tom můžeme promluvit, protože prostě lékař nemá čas“.“

„Mělo by to mít dopady takové, že se pacient bude cítit dobře. Protože vykonávání profese zdravotně-sociálního pracovník je práce s lidma. Když budu snažit porěšit s lidma jejich problém, tak by to mělo mít účinek takový, že se něco vyřeší u toho pacienta, né třeba všechno, ale alespoň že ten pacient bude trošku otevřenej k dalšímu řešení a spolupráci.“

Zdravotně-sociální pracovník D:

Respondent D je ovlivněn svojí osobní zkušeností s psychosomatickou nemocí, proto jsou všechny složky jeho postoje pozitivní. Konativní složka se projevuje při uplatňování znalostí a zkušeností s pacienty, kdy si **všimá různých nesrovnalostí**, které by mohly stát za psychosomatickými obtížemi pacienta.

„díky svým zkušenostem vím, že je opravdu potřeba si všimát i projevů psychiky a uvědomovat si, že psychika může být spouštěčem různých problémů“

Mezi další projevy konativní složky u tohoto respondenta je možné zařadit **snahu o zlepšování sociální situace pacienta**, jenž by mohla v budoucnu mít příznivý vliv na léčbu.

„Snažím se uplatnit své znalosti a zkušenosti, alespoň při psychické podpoře a pomoci lidem se sociální situací, která by případně mohla mít pozitivní vliv na léčbu.“

V další řadě aktivit, které lze zahrnout do složky konativní je **psychická podpora pacientů a rodiny. Formou komunikace** se snaží dosahovat psychické rovnováhy, které se snaží dosáhnout úpravou sociálních i psychických problémů.

„Hledám souvislosti. Nějakou nespokojenost, hledám to, co by se dalo zlepšit. Alespoň podpořit, že se jeho situace dá zvládnout.“

„daří se mi pomoci mým pacientům. I další příslušníci rodiny jsou po našich rozhovorech spokojení. Teda myslím si to, chtěla bych si to myslet. Už jen, když vidím, že se mi podarí vyřešit to nejdůležitější, co zrovna pacienta tlačí, co mu znemožňuje pohnout se dál“

5.2.4 Osobní či pracovní zkušenost

DVO4: Zjistit, zda zdravotně-sociální pracovníci mají osobní či pracovní zkušenost respondentů s psychosomatikou

Tato část výzkumu se skládá z výpovědí všech respondentů na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku. Výpovědi všech respondentů jsou obsáhlé a je zjevné, že osobní či pracovní zkušenost pozitivně ovlivňují jejich pohled na psychosomatiku.

Na osobní zkušenost respondenti odpovídali v rozhovoru pod otázkou:

Mátě nějakou osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou?

Zdravotně-sociální pracovník A:

„Né tak z osobní zkušenosti, ale spíš z pracovní oblasti. Třeba takový příklad Vám teďka řeknu: máme tady sourozeneckou skupinu, kteří k nám byli umístěni z rozhodnutí soudu, byla to taková rychlá akce, protože tam docházelo k hodně závažným trestným činnostem páchaným na dětech a samozřejmě, než se to všechno vyšetří, jsou děti umístěni tady u nás a rodina je může navštěvovat. Kdo by byl přítomen té návštěvě a nevěděl by, co tam předtím probíhalo, tak by si řekl :., ježišmankote, jak to, že ty děti někdo z takové rodiny, vždyť tam mají krásný vztahy, ty tam k sobě krásně prostě chovají, děti na tom otci, který byl vlastně původem těch problémů, je velký agresor....Ty děti na něm vysej, oni ho olíbávají tady pořád, ale tím, že vim, co tam bylo

je prostě už úplně, já nevím, ta jejich osobnost je strašně narušená, protože oni mají úplně zvrácený reakce na chování k tomu otci, než by jaký po takovýmhle týrání měli mít. Jestli to říkám srozumitelně. Když by někdo jenom viděl to chování, tak si řekne: „Ježiš, proč je nevrátěj, vždyť to je přece krásný“- vůbec to není krásný, něco jako když je domácí násilí, tak ta partnerka na tom partnerovi visí, přestože s myslí, že má jiné problémy, ale všechno je to přes tu duši, přes tu hlavu, má jiný uvažování.“

Zdravotně-sociální pracovník B:

„Ano, mám. Objevila se mi lupénka a my jsme nejdřív, když se mi ta lupénka objevila, tak jsme strašně dlouho hledali, co mi to spustilo, jak vůbec. Lékaři mi o tomhle vůbec neřekli, ale asi až po čtyřech letech, co jsem tu lupénku měla v nehezkým stavu. A pak teda, samozřejmě samý kortikoidy na to, což když jste to jednou nenamazala, tak se to ještě víc zhoršilo a pak vlastně mě jedna paní doktorka, protože jsem jich vystřídala opravdu hodně, že lupénka je jako původem z té mojí psychiky. A já čím víc jsem se za tu lupénku styděla, tak tím víc se mi projevy zhoršovaly. Čím víc jsem to zakrývala, protože se na to všichni ptaj a je to nepříjemný. A já jsem teda chodila na zdrávku do XXX a měla jsem tam sociálně-správní činnost, což bylo úplně mimo a i ty holčiny, co studovaly zdravotního asistenta se mě ptaly, co mám, jestli to nemůžou chytit. Proto jsme se za to styděla a zakrývala jsem to. Takže si lidi mysleli, že to můžou chytit a myslí si to spoustu lidí, strašná spousta lidí, tak proto jsem to i takhle zakrývala. Pak mi paní doktorka řekla tohle, a my jsme se snažili najít původce, to co mi to spustilo. Mysleli jsme událost, která by mě tak jakoby zasáhla, že mě to spustilo až takhle. Na to jsme teda přišli a ona se mnou na tom dělala paní psycholožka a pak vlastně jsem začala být úplně v pohodě, ale bylo to opravdu tím, že jsem byla spokojená jak v soukromém, tak v tom školním. A našla jsem i věc, která mi na to pomáhala a pomáhá i doteď, tak se mi to opravdu zlepšilo. Ale vždycky, když mám nějakou větší událost, nějakou u který se opravdu stresuju-maturita, státnice, tak se mi to opravdu zhorší a to opravdu pokaždý. To už tak opravdu prostě je. Říkám si, že už to mám i podvědomě, že mě čeká tohle a budu se už zase nervovat a ono se mi to zhorší. Ale to netuším. Samozřejmě taky to potom ovlivňuje, když tu lupénku člověk má, i životní styl.“

Zdravotně-sociální pracovník C:

„Právě to vidím u mých dětí, že tamto nastává, když je třeba nějaká krize doma, když manžel, a máme prostě jakoby ostřejší podnebí, jak já říkám doma, a děti to vnímají, všechno samozřejmě a potom večer přijde holka: „mami mě je špatně a já nechci zítra do školky“, tak se s ní o tom bavím : „proč a bolí tě něco? „a vlastně přijdu na to, že ji nebolí nic, jako jo, ale

prostě zažila něco, s čím si neporadila, nevěděla a pak druhý den do školky, že má jít, ale bojí se. Takže když není klid, nemluví se s tím dítětem, nebo pacientem, když budu mluvit o tý práci, nemluví se s těma lidma, o všech těch problémech, který se vším souvisí, samozřejmě, jakoby zdravotní stav, tak ten pacient se nemůže uzdravit, i to dítě. Nebude mu dobře, dokud nebude vědět, proč, co a jak a co se stalo, a nepromluvíte si třeba s ním o tom. Anebo pak aby se uklidnila ta situace, pokud je to možný, kolem toho, co se dělo, ...tak tohle je možná je ten můj pohled na psychosomatiku. Jestli je to srozumitelně řečeno. Právě o tom přemýšlím jinak v osobní rovině a pak v práci.“

Zdravotně-sociální pracovník D:

„Ano, jistě. Právě proto i ten osobní přístup. Nebo, jak bych to řekla, pochopení? Já jsem snad chodící kazuistika. Bolely mě záda, vypadávaly vlasy, kolena...Trvalo to moc dlouho, než jsem si uvědomila, kde vlastně bude zakopaný pes. Jsem mladá a jak bych jako přišla k tomu, že sotva chodím? Jak je to možný? Už několik let nesportuji a nemůžu kvůli bolesti kolenou vyjít schody? Došla jsem si k tomu díky mému ex příteli, hrozně moc mi s tím pomohl, upozornil, že teda nejsem taková „hvězda“, abych se nad sebou zamyslela, že možná, příčina bude v mých postojích ke světu. Byla jsem děsně moc depresivní. Už od základní školy, protože tam se stalo něco, co mě velmi ovlivnilo a táhlo se to se mnou až na střední školu, kde to bylo ještě horší a transformoval se ten problém v něco dalšího, nového....plus to nové školní prostředí, dívky v pubertě a tak, nešťastné platonické lásky, nízké sebevědomí a nedostatečné rodinné zázemí. No bože, nerada, ale nevzpomínám na to s radostí. Možná doted' nemám vše vyřešené, je to celoživotní proces, kdo může říct, že je stoprocentně vyrovnaná osoba? A jak se to pozná? Každopádně vím, že i menší stres, nebo nějaká nová situace se mi projeví na těle, hlavně v kůži a zvětší se mi uzliny na těle.“

6 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ A DISKUZE

Tato část bakalářské práce zpracovává odpovědi výzkumných otázek. Avšak je nutné zdůraznit, že se odpovědi na výzkumné otázky nevztahují na všechny zdravotně-sociální pracovníky působící ve zdravotnickém zařízení, z tohoto výzkumu nelze data generalizovat, což je jeden z limitů této bakalářské práce.

Hlavním výzkumnou otázkou výzkumné části byla diferenciací postojů zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice. Na tuto otázku byla shromážděna prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a následně kvalitativně analyzována metodou otevřeného kódování. Objevené postoje jsou následující, postoj obezřetný a postoj „chuť pomoci“.

Obezřetný postoj lze zařadit do kategorie dle valence k postoji neutrálnímu, vyznačuje se absencí odborných znalostí zdravotně-sociálních pracovníků o psychosomatice. Respondenti si uvědomují, že psychosociální faktory ovlivňují zdraví člověka a uvádí, že s touto problematikou na pracovišti setkávají, ale aktivně pomoc svým pacientům nenabízejí, pouze pacienty trpící psychosomatickou nemocí delegují ke kompetentnější osobě, která se zabývá psychickou stránkou člověka. Tento postoj zaujímají dva respondenti.

Postoj „chuť pomoci“ je charakteristický svým aktivním zaměřením zdravotně-sociálních pracovníků při léčbě psychosomatických nemocí. Léčbu tito zdravotně-sociální pracovníci pojmají po svém, dle svých osobních a pracovních zkušeností. V tomto případě jde o komunikaci s pacienty a aplikace sociálních intervencí v rámci pracovní náplně v daném zdravotnickém zařízení. Tento postoj zaujímají dva respondenti.

Dílní cíle se zaměřovaly na podrobnější prozkoumání tří složek postoje, tedy složku kognitivní, emotivní a konativní. Na tyto otázky respondenti odpovídali v otázkách rozhovoru a následně byly také kvalitativně analyzovány. První dílní výzkumná otázka se zabývala tím, *jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese*. Součástí této otázky bylo, aby zdravotně-sociální pracovníci popsali, co to psychosomatika znamená a aby uvedli, zda je pro jejich práci důležité mít povědomí o psychosomatice. Všichni respondenti uvedli, že jejich znalosti jsou minimální, ale i-přesto svými slovy dokázali popsat mentální model psychosomatiky, jako vztah duše a těla. Respondenti dále uvedli, že povědomí o psychosomatice v jejich profesi je nutné.

Další výzkumná otázka se zabývala tím, *jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice*, v této otázce dva respondenti uvedli, že si v rámci profese snaží držet

odstup při řešení psychosomatických obtíží pacientů, tudíž jejich dimenze emotivní složky je neutrální. Dva další respondenti uvedli pocity jako melancholické, nebo chuť pomáhat, po kvalitativní analýze všech výpovědí těchto respondentů je jejich emotivní složka pozitivní, která je ovlivňována dosavadními poznatky a zkušenostmi respondentů s psychosomatickými projevy u svých pacientů.

Třetí dílčí výzkumná otázka monitoruje, *jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty*. V této otázce byly explorovány dvě subkategorie, tedy využívání a nevyužívání možných přístupů zdravotně-sociálního pracovníka v rámci jeho pracovní náplně k přispění léčebného procesu. Dva respondenti uvedli, že se v rámci své profese snaží aktivně svým pacientům pomáhat, jeden respondent uvedl, že jeho snaha se omezuje na jeho minimální odborné znalosti a čtvrtý respondent odpověděl, že řešení psychosomatických obtíží svých pacientů přenechává na kompetentnější osobě.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka si kladla za cíl odpovědět, *zda mají zdravotně-sociální pracovníci osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou*. Tři respondenti uvedli osobní zkušenost a jeden respondent uvedl pracovní zkušenost. Tyto zkušenosti ovlivňovaly výpovědi respondentů na otázky v rozhovoru. A obecně jejich osobní či pracovní zkušenosti intenzivně ovlivnily jejich výsledné postoje.

Limity výzkumu se v této práci objevily, hlavně v počtu respondentů, kteří byli ochotni se zúčastnit výzkumu. Možná mělo vliv na počet přihlášených respondentů i letní období, kdy byli respondenti oslovováni a podrobeni výzkumu. Dále byli respondenti oslovováni jen ve dvou krajích České republiky a to by mohlo způsobit zkreslení dat. Respondenti nebyli dotazováni na délku praxe a na dosažen vzdělání a kde vzdělávání absolvovali, což by mohlo přispět k hlubšímu porozumění jejich postoje k psychosomatice.

7 ZÁVĚR

Úkolem této práce s názvem „Postoj zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice“ bylo naplnění teoretické a praktické části.

Cílem teoretické části bylo vymezení termínu psychosomatika, dále vzhledem k názvu bakalářské práce bylo nutné vymežit rozdíl mezi sociálním pracovníkem a zdravotně-sociální pracovníkem. Dále se teoretická část zaměřovala na vymezení postojů.

Cílem výzkumné části bylo najít odpovědi na pět výzkumných otázek, jedna z nich byla hlavní a čtyři byly dílčí výzkumné otázky. Odpovědi na tyto otázky byly hledány pomocí kvalitativního výzkumu. Typ kvalitativního výzkumu byla zvolena analýza dokumentů, která umožňuje čerpat informace z dat, které vznikly mezi výzkumníkem a respondentem, v tomto případě z rozhovorů, které byly zdrojem informací pro rozbor a naplnění cílů studie.

Hlavním cílem výzkumné otázky bylo zjistit, jaký mají postoj zdravotně-sociální pracovníci k psychosomatice, což se podle mého názoru podařilo. Postoje byly zjišťovány ze získaných dat polostrukturovaným rozhovorem, následně kvalitativně analyzovány prostřednictvím otevřeného kódování a poté interpretovány. Byly zjištěny dva postoje, které respondenti zastávají. Postoje byly v kapitole „interpretace dat“ hodnoceny a porovnávány mezi respondenty.

Dílčí cíle se zaměřovaly na podrobnější popis složek postoje, tedy na složku kognitivní, emotivní a konativní. Odpovědi na tyto otázky byly získávány otázkami v rozhovoru a dále zpracovávány otevřeným kódováním a následně interpretovány v kapitole „interpretace dat“. Výpovědi všech respondentů byly porovnávány mezi sebou. Rozhovory, které byly získány v rámci výzkumu, jsou dohledatelné v přílohách.

První dílčí cíl se zaměřoval na vnímání zdravotně-sociálních pracovníků k psychosomatice. Myslím si, že i tento cíl byl naplněn. Druhý dílčí cíl se zaměřoval na emoce prožívané zdravotně-sociálními pracovníky ve vztahu k psychosomatice, tento cíl byl opět dle mého názoru naplněn. Třetí dílčí cíl se zajímal o to, jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty, tento cíl byl hodnocen u všech respondentů a bylo zjištěno, že každý z nich aplikuje poznatky při práci s klienty různým způsobem. V tom případě byl cíl třetí dílčí výzkumné otázky také naplněn.

V diskuzi jsou pak stručně shrnuty odpovědi na výzkumné otázky a pospány zjištěné limity bakalářské práce. V diskuzi je také obsaženo, že výsledky studie nelze generalizovat na celou populaci, protože jsou platné jen pro dané respondenty.

Myslím si, že by tato práce mohla být přínosem a inspirací pro zdravotně-sociální pracovníky, pro získání všeobecného přehledu, protože při realizaci výzkumu dva ze čtyř respondentů projeví zájem o přečtení si výsledků studie. Důvod zájmu respondent C, který je dohledatelný v rozhovoru v příloze, spočíval v nedostatečné informovanosti zdravotně-sociálních pracovníků v průběhu studia a v nedostatečné nabídce kurzů/seminářů na alespoň příbuzné téma v rámci celoživotního vzdělávání.

8 POUŽITÉ ZDROJE

Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14.3.2006, o sociálních službách vzpp.. In: *Sbírka zákonů České republiky* 19. 1. 2015. ISBN 978-80-7488-095-7.

Zákon č.96/2004 Sb. ze dne 3. 3. 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

BENDL, Stanislav a kol. *Vychovatelství. Učebnice teoretických základů oboru*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4248-9

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8

GÁLIK, Stanislav. *Psychologie přesvědčování*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4247-2

HANUŠ, Petr. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2007, č. 1, s. 5-6. ISSN 1213-6204

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6

HOSÁK, Ladislav a kol. Psychosomatická medicína. In: HONZÁK, Radkin; CHVÁLA, Ladislav. *Psychiatrie a pedopsychiatrie* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-8-246-2998-8

HOSÁK, Ladislav a kol. Psychoterapie duševních poruch In: ŠILHÁN a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. s. 487-488. ISBN 978-8-246-2998-8

HOSÁK, Ladislav a kol. Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In: SZYMANSKÁ, Tereza. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-8-246-2998-8

HRONÍK, František. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1457-8

- CHLUP, Radek a kol. *Pojetí duše v náboženských tradicích světa*. 1. vydání. Praha: DharmaGaia, 2007. ISBN 978-80-86685-82-3
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s, 2016. ISBN 978- 80-247-5326-3
- CHVÁLA, Václav; TRAPKOVÁ, Ludmila. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9
- JANKOVSKÝ, J. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu- předpoklady a dovednosti. In: TROJANOVSKÁ, Andrea. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-088-4.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 1. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. ISBN 80-247-0062-X
- KŘÍŽOVÁ, Eva. *Alternativní medicína v České republice*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-2498-3
- KUTNOHORSKÁ a kol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-2477-874-7
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1
- LEVICKÁ, Jana. *Základy sociálnej práce*. 1. vydání. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelavania na FZaSO TU, 2004. ISBN 80-968952-3-0
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Profesní etika*. In: NEČASOVÁ. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2013, s. 21-48. ISBN 978-80-262-0213-4
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Domácí tradice sociální práce. Sociální práce do druhé světové války*. In: KODYMOVÁ. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012, s. 111-138. ISBN 978-80-262-0211-0

- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-211-0
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti s v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-147-2339-6
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1362-4
- MUSIL, L. Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2007, č. 1, s. 7-11. ISSN 1213-6204
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3323-1
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. ISBN 80-903070-0-0
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 2. díl. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3709-6
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-174-3
- NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4055-3
- OREL, Miroslav; FACOVÁ, Věra a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vydání. Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2617-5
- OREL, Miroslav a kol.. *Psychopatologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-147-3737-9
- PATOČKA, Jan. *Tělo, společenství, jazyk, svět*. 1. vydání. Praha: Oikoymenth, 1995. ISBN 80-85241-90-0

- PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8
- RADA EVROPY, 1993. *Evropská sociální charta*. Ostrava: Aries.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava; JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2223-8
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-3006-6
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1
- STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu. Přístupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X
- ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- TOMEŠ, Igor. *Potřebujeme vědeckou nauku o sociální práci a sociálních službách?*. Fórum sociální práce. 2010, č. 2, s. 163-171 ISSN 1804-3070
- TOMEŠ, Igor. *Vzdělávací standardy v sociální práci: pro středoškolský, vyšší odborný a vysokoškolský stupeň vzdělání*. 1. vydání. Praha: Sociopress, 1997, ISBN 80-902260-3-5
- TOMEŠ, Igor a kol. *Příbuzné správy se sociálním prvkem*. In: PRŮŠA. *Sociální správa*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009, s. 283-287. ISBN 978-80-7367-482-0
- TRAPKOVÁ, Ludmila; CHVÁLA, Ladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9
- VALENTA, Josef. *Didaktika osobnostní a sociální výchovy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4473-5
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2667-0
- WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-3920-5

WRÖBEL, Alina. *Výchova a manipulace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2337-2

ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2068-5

Internetové zdroje:

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. In: socialnipracovnici.cz [online]. 19. 5. 2006 [cit. 24. 7. 2017]. Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

IFSW. Mezinárodní federace sociálních pracovníků. In: socialnirevue.cz [online]. 27. 7. 2005 [cit. 24. 7. 2017]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/mezinarodni-federace-socialnich-pracovniku>

IFSW. Global Definition of Social Work. In: ifsw.org [online]. 6.8.2014 [cit. 24. 7. 2017]. Dostupné z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

9 PŘÍLOHY

| | |
|---|----|
| Příloha A <i>Seznam otázek pro rozhovor</i> | 61 |
| Příloha B- <i>Rozhovor s respondentem A</i> | 62 |
| Příloha C- <i>Rozhovor s respondentem B</i> | 65 |
| Příloha D- <i>Rozhovor s respondentem C</i> | 68 |
| Příloha E- <i>Rozhovor s respondentem D</i> | 73 |

Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

- Co je podle Vás psychosomatika?
- Jaký význam pro Vás má psychosomatika?
- Jakým způsobem jste získal/získala informace o psychosomatice?
- Co Vás motivovalo se zajímat o psychosomatiku?
- Je podle Vašeho názoru povědomí o psychosomatice pro Vaši práci důležité?
 - Pokud ano-z jakého důvodu?
 - Pokud ne- z jakého důvodu?

Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

- Jaké emoce ve Vás vyvolávají získané znalosti o psychosomatice?
- Jaké pocity cítíte při práci s psychosomatickým pacientem?
- Jak se cítíte během rozhovoru s rodinou psychosomatického pacienta?
- Cítíte rozdílné emoce při práci s lidmi, kteří trpí psychosomatickým onemocněním, než při práci s osobami se somatopsychickým onemocněním?

Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

- Co Vás motivuje využívat poznatky o psychosomatice při práci s klienty?
- Jak hodnotíte Vaši snahu uplatňovat získané poznatky o psychosomatice u pacientů?
- Jakým způsobem uplatňujete poznatky o psychosomatice při práci s klienty?
- Jaké dopady má uplatňování znalostí o psychosomatice při vykonávání profese zdravotně sociálního pracovníka?

Mátě nějakou osobní zkušenost s psychosomatikou?

DVO1. Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

- **Co je podle Vás psychosomatika?**

Odbornou definici samozřejmě nevím, ale představuji si to asi tak, že problémy těla jsou hodně spojeny s problémama duše. Je to prostě spojení tělesných obtíží a ...respektive člověk, který má nějaké šrámy na duši, tak si to přehodil do tělesných problémů a léčí se mu tělesné problémy, ale přitom by stačilo vyléčit tu duši a ty problémy by zanikly.

- **Jaký význam pro Vás má psychosomatika?**

Psychosomatika...pro mě...ne snad přímo pro mě, ale pro tu moji práci tady. Pro ty naše maminky, co tady jsou, tak tam si myslím, že to je hodně spojený a maminky dost často nás tady zahrnují problémama, že je bolí břicho, že bolí záda...ale ono to je protože chtějí, aby se kolem nich něco dělo, aby byly středem pozornosti, ve středu dění, ale problém je úplně někde jinde.

- **Jakým způsobem jste získal/získala informace o psychosomatice?**

No tak asi ve študiu, když jsem studovala na sociální pracovníci.

- **Co Vás motivovalo se zajímat o psychosomatiku?**

Tak já se nezajímám čistě jenom o psychosomatiku, ale je to součást mojí práce.

- **Je podle Vašeho názoru povědomí o psychosomatice pro Vaši práci důležité?**

- **Pokud ano-z jakého důvodu?**
- **Pokud ne- z jakého důvodu?**

Samozřejmě je to důležité, setkávám se s tím denně v práci. Protože ty případy, co se u nás odehrávají, jsou někdy k zamyšlení a člověk zvenčí nedokáže pochopit, proč se ty některé situace odehrávají tak, jak se odehrávají. Musím koukat hluboce do jednotlivého případu a nedát na první dojem z našich klientů. Protože vidím, že jejich problémy jsou většinou kvůli jejich špatnému nastavení, protože to jsou klienti, kteří pocházejí ze špatných sociálních poměrů a tam, co si budeme povídat, nemají pořádné výchovné vzory, tudíž problém je hlavně a v nich

samotných, né v okolí, jak si mohou mylně myslet. Proto tohle ovlivnění musím mít denně na paměti a vycházet z toho.

DVO2. Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

- **Jaké emoce ve Vás vyvolávají získané znalosti o psychosomatice?**

Je to o tom, když někdo přijde, že ho něco bolí, tak na lehkou váhu to brát nemůžu, ale musím mít oči otevřené, jestli tělesné obtíže neplynou z něčeho jiného, jestli za tím není jiný problém, právě ten problém na duši. Problém v dosavadním životě, v dětství. Vesměs všechny děti, co tady jsou, nebo dřív, když jsme byli jako kojenecký ústav, měli jsme tady malinký děti, tak všechny ty malinký děti si s sebou něco na ten svět nesou. Mělo by to jít ruku v ruce, léčba těla a léčba duše.

- **Jaké pocity cítíte při práci s psychosomatickým pacientem?**

Samozřejmě nesmím brát na lehkou váhu to, co mi říká, musím stát s nohama na zemi, abychom tady neléčili půl roku bolesti břicha, přitom by stačilo jenom dítěti ujasnit budoucnost, co bude, protože dítě třeba neví, kam jednou se jeho život nasměruje, kde bude bydlet a u koho bude bydlet. To všechno se projevuje těmi tělesnými obtížemi.

- **Jak se cítíte během rozhovoru s rodinou psychosomatického pacienta?**

Musím odpovědět stejně, jako u předchozí otázky. Musím stát nohama pevně na zemi a myslet na to, že možná problémy vycházejí z rodinného prostředí. Snažím se být obezřetná a prostě vnímat v klidu s nadhledem.

- **Cítíte rozdílné emoce při práci s lidmi, kteří trpí psychosomatickým onemocněním, než při práci s osobami se somatopsychickým onemocněním?**

Tak abych pravdu řekla, u nás na pracovišti rozdíly nerozlišuju. Když přijde maminka, tak postupně odkrýváme postupně to, co je potřeba u ní klidnit, „znormálnit“.

DVO3. Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

- **Co Vás motivuje využívat poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Tím, že jsme zdravotnické zařízení, tak my tady máme samozřejmě i zdravotní personál a máme tady i lékařku a hodně spolupracujeme i s lékaři v okresní nemocnici, nebo s odbornými ambulancemi, když je potřeba. Měli jsme maminky, který mají psychiatrické onemocnění a

občas se „zhoupnou“ a jsou psychiatrické léčebny a děti zatím zůstanou tady u nás, ale aby zůstal kontakt, aby maminka nebyla smutná, tak tam s těma dětma za nima jezdíme. Tím se i to jejich léčení duše taky trošku pohne, určitě jim to neuškodí.

- **Jak hodnotíte Vaši snahu uplatňovat získané poznatky o psychosomatice u pacientů?**

Jak hodnotím snahu? je to součástí mojí práce, takže musím. Musím si toho všimnout a případně na to někoho upozornit, požádat o spolupráci a podobně.

- **Jakým způsobem uplatňujete poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Tím, že když právě je maminka psychiatricky nemocná, tak lékaři tam léčí právě to psyché a já ji tam třeba vozím dítě na kontakt, aby se vídali, aby se maminka rychleji uzdravila.

- **Jaké dopady má uplatňování znalostí o psychosomatice při vykonávání profese zdravotně sociálního pracovníka?**

Nevím, je to součást mojí práce, ale na druhou stranu není jediná, protože gró mojí práce je někde jinde, ale samozřejmě na zřeteli to mít musím.

Mátě nějakou osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou?

Né tak z osobní zkušenosti, ale spíš z pracovní oblasti. Třeba takový příklad Vám teďka řeknu: máme tady sourozeneckou skupinu, kteří k nám byli umístěni z rozhodnutí soudu, byla to taková rychlá akce, protože tam docházelo k hodně závažným trestným činnostem páchaným na dětech a samozřejmě, než se to všechno vyšetří, jsou děti umístěni tady u nás a rodina je může navštěvovat. Kdo by byl přítomen té návštěvě a nevěděl by, co tam předtím probíhalo, tak by si řekl : „*ježišmankote, jak to, že ty děti někdo z takové rodiny, vždyť tam mají krásný vztahy, ty se tam k sobě krásně prostě chovají*“, děti na tom otci, který byl vlastně původem těch problémů, je velký agresor....Ty děti na něm vysej, oni ho olíbavaj tady pořád, ale tím, že vím, co tam bylo je prostě už úplně, já nevím, ta jejich osobnost je strašně narušená, protože oni mají úplně zvrácený reakce na chování k tomu otci, než by jaký po takovýmhle týrání měli mít. Jestli to říkám srozumitelně. Když by někdo jenom viděl to chování, tak si řekne: „*Ježiš, proč je nevrátěj, vždyť to je přece krásný*“ - vůbec to není krásný, něco jako když je domácí násilí, tak ta partnerka na tom partnerovi visí, přestože s myslí, že má jiné problémy, ale všechno je to přes tu duši, přes tu hlavu, má jiný uvažování.

DVO1. Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

- **Co je podle Vás psychosomatika?**

Když je něco psychosomatického, tak si myslím, že nám to spouští ta naše psychika. Já úplně přesně nevím, jak to odborně říct. Spouští to naše podvědomí, naše zkušenosti, zážitky. Psychika nám spouští zdravotní problémy.

- **Jaký význam pro Vás má psychosomatika?**

Pro mě osobně určitě velký, já sama trpím kožní nemocí a poznám, když nejsem psychicky v pohodě, tak tím pádem nejsem ani samozřejmě zdravotně v pohodě, vždycky se mi to třeba zhorší.

- **Jakým způsobem jste získal/získala informace o psychosomatice?**

No, tak to se přiznám, že nevím. Možná nějaké časopisy, něco takového, rozhodně to nebylo ve škole, určitě ne, tam jsme nic takového nebrali. Takže nejspíš to bylo na základě takového nějakého všeobecného přehledu, někde jsem se to dočetla sama. Né, že bych to sama hledala. Vlastně, když nad tím přemýšlím, tak u lékaře a jiná další literatura, ale nebyla určitě odborná.

- **Co Vás motivovalo se zajímat o psychosomatiku?**

Né, že by mě to motivovalo, ale právě hodně ten můj zdravotní stav.

- **Je podle Vašeho názoru povědomí o psychosomatice pro Vaši práci důležité?**

- **Pokud ano-z jakého důvodu?**
- **Pokud ne- z jakého důvodu?**

Určitě je, a myslím si taky, že to hodně souvisí se syndromem vyhoření. U syndromu vyhoření vlastně tam je taky nějaký sebepoznávání, kdy vlastně člověk sám nechá vzít ty svoje problémy slabý i silný stránky a to si myslím, že je určitě důležitý i tý psychosomatiky. Takže povědomí o psychosomatice má v tomto případě smysl jako prevence. Takže takhle.

DVO2. Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

- **Jaké emoce ve Vás vyvolávají získané znalosti o psychosomatice?**

Mé znalosti o psychosomatice jsou opravdu minimální, ale připadalo mi to ze začátku jako nepochopitelný, že moje hlava může ovlivnit až takovýchle věci. Určitě je to pro mě naděje, že se mé onemocnění dá „spravit“. A když jsem se nastavila na to, že se s tou mojí nemocí dá něco dělat, a začala jsem být víc v pohodě tak se mi to okamžitě zlepšilo.

- **Jaké pocity cítíte při práci s psychosomatickým pacientem?**

Pocity, tím, že my tady máme paní psycholožku, tak tuto oblast přenecháváme na ní, do toho bych se úplně neodvážila vstoupit. Samozřejmě tady s těma dětma pracujeme, mluvíme s nima, ale nenahlížím na to úplně takhle, že ta psychologická péče je na vyšší úrovni, než se mnou či s kolegyní.

- **Jak se cítíte během rozhovoru s rodinou psychosomatického pacienta?**

Komunikovat s rodinou je jiný, než s našim klientem, ale řekla bych, že si o to víc dokážu spojit souvislosti, alespoň na té úrovni, jakou mám díky mým osobním zkušenostem. Nechci se do té práce víc emočně zapojovat, ale je to pro mě asi emotivnější, než při komunikaci s rodinou, kde tyhle problémy nejsou. Snažím si držet odstup, no.

- **Cítíte rozdílné emoce při práci s lidmi, kteří trpí psychosomatickým onemocněním, než při práci s osobami se somatopsychickým onemocněním?**

Ne, já osobně ne.

DVO3. Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

- **Co Vás motivuje využívat poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Mě motivují vlastní zkušenosti, protože vím, že to tak opravdu funguje.

- **Jak hodnotíte Vaši snahu uplatňovat získané poznatky o psychosomatice u pacientů?**

Moje snaha získat poznatky byla dřív, než jsem tady začala pracovat a nebyla to úplně snaha, spíš se to ke mně dostávalo, ale ty poznatky jsou, jakoby, bych řekla na úplně základní úrovni.

- **Jakým způsobem uplatňujete poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Ono už způsob uplatňování je tehdy, že se to pozná, že je tam něco psychosomatické onemocnění. A určitě kdybych měla podezření, tak bych to řekla paní psychologce.

- **Jaké dopady má uplatňování znalostí o psychosomatice při vykonávání profese zdravotně-sociálního pracovníka?**

Jelikož jsme zdravotnické zařízení a pracují zde zdravotničtí pracovníci, tak člověk z té zdravotní sféry získává postupně informace a dopady jsou určitě pozitivní. Myslím si, že toho pracovníka, jako mě, určitě posune nějak dál, protože víme, že se s tím dá něco dělat, s tou psychosomatikou. A pokud se na to přijde, že spouštěčem špatného zdravotního stavu je vlastně ta naše psychika, tak je to super, že se s tím dá něco dělat a my už potom víme, co máme dělat.

Mátě nějakou osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou?

Ano, mám. Objevila se mi lupénka a my jsme nejdřív, když se mi ta lupénka objevila, tak jsme strašně dlouho hledali, co mi to spustilo, jak vůbec. Lékaři mi o tomhle vůbec neřekli, ale asi až po čtyřech letech, co jsem tu lupénku měla v nehezkým stavu. A pak teda, samozřejmě samy kortikoidy na to, což když jste to jednou nenamazala, tak se to ještě víc zhoršilo a pak vlastně mě jedna paní doktorka, protože jsem jich vystřídala opravdu hodně, že lupénka je jako původem z té mojí psychiky. A já čím víc jsem se za tu lupénku styděla, tak tím víc se mi projevy zhoršovaly. Čím víc jsem to zakrývala, protože se na to všichni ptají a je to nepříjemný. A já jsem teda chodila na zdrávku do XXX a měla jsem tam sociálně-správní činnost, což bylo úplně mimo a i ty holčiny, co studovaly zdravotního asistenta se mě ptaly, co mám, jestli to nemůžou chytit. Proto jsme se za to styděla a zakrývala jsem to. Takže si lidi mysleli, že to můžou chytit a myslí si to spousta lidí, strašná spousta lidí, tak proto jsem to i takhle zakrývala. Pak mi paní doktorka řekla tohle, a my jsme se snažili najít původce, to co mi to spustilo. Mysleli jsme událost, která by mě tak jakoby zasáhla, že mě to spustilo až takhle. Na to jsme teda přišli a ona se mnou na tom dělala paní psychologka a pak vlastně jsem začala být úplně v pohodě, ale bylo to opravdu tím, že jsem byla spokojená jak v soukromém, tak v tom školním. A našla jsem i věc, která mi na to pomáhala a pomáhá i doteď, tak se mi to opravdu zlepšilo. Ale vždycky, když mám nějakou větší událost, nějakou u které se opravdu stresuju - maturita, státnice, tak se mi to opravdu zhorší a to opravdu pokaždý. To už tak opravdu prostě je. Říkám si, že už to mám i podvědomě, že mě čeká tohle a budu se už zase nervovat a ono se mi to zhorší. Ale to netuším. Samozřejmě taky to potom ovlivňuje, když tu lupénku člověk má, i životní styl.

DVO 1. Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

- **Co je podle Vás psychosomatika?**

Ta psychosomatika si myslím, že je něco, na co se možná až tak moc právě nedbá, při léčení všech těch různých dalších nemocí. Někdy Vás začne bolet břicho a absolutně právě jen z ty psychický stránky a pokračuje to až tak, že se to dostane k nějakým žaludečním vředům. Když nezačnete opravdu prvotně řešit důvod, to je o tom, jak říkám, mít čas si popovídat s pacientem, rozebrat to, nejenom to –co jste včera jedl a co jste si vzal za léky? Prostě aby se pacient otevřel a taky je pravda, když se podíváme na jiný zdravotnictví, do Německa a do Rakouska, tak třeba i tak lidi jsou prostě nastavený trošku jinak, že si o to svoje zdraví víc dbají. Zakládají si svoje vlastní karty doma, nejen že my tady spoléháme na obvodního lékaře, ale oni si to schovávají doma, mají vlastní složku o tom, kdy kde byli hospitalizováni, co léky a tak. Zajímají se o to svoje zdraví víc než my tady. Ono je to potom taky individuálně o národech a tak.

Já se domnívám, že by spousta psychosomatických problémů nebylo, kdyby lidi spolu normálně komunikovali, nebyl takovej spěch tady. To souvisí i ty civilizační nemoci. Obezita, cukrovka, žejzo. To by prostě nebylo, kdyby lidi žili a poslouchali i sami sebe. Žijeme v nějakým vakuu, že musíme, musíme a musíme a jak nebude, tak se něco stane. Pak se stane to, že se prostě složíme.

- **Jaký význam pro Vás má psychosomatika?**

V rámci tý práce to vnímám tak, že psychosomatické obtíže je potřeba řešit na prvních místě, pak teprve ten pacient se může postupně dostávat k dalšímu vyléčení. Pokud nemá tohle v sobě vyřešený, nějaký ty psychický důvody a na to vám navazuje nějaký ten problém, hlavně to psychický nemá vyřešený, tak prostě ta somatika...to nejde. Já to říkám kostrbatě, protože se mi to v hlavě honí, jak to je. Měla jsem tu takový případ, kdy jsem volala dceru na Slovensku, už nevím, jestli to bylo telefonicky, nebo písemně. I když to onemocnění bylo onkologicky, nevléčitelný, ale pacientka potom rozkvetla celá, začala trošičku víc spolupracovat a v tom já vnímám právě tu psychosomatiku u těch pacientů, u kterých já potom nějakým způsobem potom pracuju-buď jim zajišťuji nějakou následnou péči, poradenství, ale i v tom, někdy prostě, přijde i na ty hlubší sociální věci pacientů.

- **Jakým způsobem jste získal/získala informace o psychosomatice?**

To já ani nevím, já jsem to nikdy nestudovala. Ve škole jsme se něco učili, když jsem studovala, co to v podstatě znamená, nebo co to vůbec je.

- **Co Vás motivovalo se zajímat o psychosomatiku?**

Já se o to nezajímám, na tohle Vám nemůžu odpovědět. Vlastně ani v rámci celoživotního vzdělávání jsem se tím nesešla, jen s tématy o komunikaci, o přístupu k pacientům, o tom aby se ten pacient více otevřel. Ale přímo psychosomatiku jsem nevyhledávala, ale myslím, že by to pro mě bylo zajímavý, obecně mám ráda semináře s tematikou komunikace, jak komunikace s pacientem když pláče...a i ta psychosomatika s tím tak nějak souvisí, takže určitě bych se tomu nebránila.

- **Je podle Vašeho názoru podvědomí o psychosomatice pro Vaši práci důležité?**

- **Pokud ano-z jakého důvodu?**
- **Pokud ne- z jakého důvodu?**

Význam je zásadní, protože pokud se v práci s těma pacientama nepracuje po všech těch stránkách, tak se plně ten pacient plně vyléčit nemůže, podle mého názoru. Máme medikaci, pilulky, ty vám potlačí příznaky, nebo zbrzděj, ale prostě to duševno, i teď ty léky na tu psychiku, ty deprese a to všechno, co teď jako je hodně moderní, že všichni zobou prášky na deprese a tak...tak oni vám to dávají do útlumu, že jo a nic se neřeší, takže ten člověk musí jít do svého nitra a začít prostě tam a pak třeba začít, když se jedná o ty vztahy, v rodině, nebo jak jsem říkala, a aby byl ještě někdo, kdo mu tam s ním ještě trošku pomůže...Myslím si, že i tohle je i taková role zdravotně-sociálního pracovníka ať už v nemocnici, psychiatrii, v různých zdravotnických zařízeních.

DVO2. Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

- **Jaké emoce ve Vás vyvolávají získané znalosti o psychosomatice?**

Asi to ve mně vyvolává emoce takový, jako bych měla možnost lidem pomoci, alespoň po sociální stránce. Jestli mi rozumíte. Asi naděje, nebo něco podobného, chuť pomoci.

- **Jaké pocity cítíte při práci s psychosomatickým pacientem?**

Já nevím, jestli to je pocit, ale vždycky nad tím přemýšlím, když si říkám, že tady je nějaký problém u toho pacienta, s tím, že kdybychom to něco vyřešili, tak třeba začne líp

spolupracovat. Tím myslím konkrétně třeba nedořešený vztahy. Když tohleto není vyřešení, tak mě spíš trápí to, jak to udělat, aby se to povedlo vyřešit. Víte jak to myslím? Né, že by mi bylo líto toho pacienta, že tyhle obtíže má, ale spíš vždycky tak přemýšlím, co pro to udělat, aby ty problémy neměl. Nechci říct, že mi ho je líto, asi bych to takhle nepojmenovala.

- **Jak se cítíte během rozhovoru s rodinou psychosomatického pacienta?**

Nevím, jak na to odpovědět.

- **Cítíte rozdílné emoce při práci s lidmi, kteří trpí psychosomatickým onemocněním, než při práci s osobami se somatopsychickým onemocněním?**

Ano, u těch pacientů se somatopsychickým onemocněním je mi líto, obzvlášť u pacientů po nehodách.

DVO3. Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

- **Co Vás motivuje využívat poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Všechno souvisí se vším, jak já říkám, takže i ta psychická stránka toho člověka...ale to vidím i tady na následných lůžkách, když se podíváte na pacienta, který není nějak v psychický pohodě, tak Vám nebude spolupracovat, ať už na tý rehabilitaci, nebo na čemkoliv jiným...sekne se a prostě, co pak zmůžete...člověk, který se může zvednout a jít pár kroků, to není o tom, že by nemohl, ale on nechce a spolupracovat nebude, tu rehabilitaci za něj neuděláte. Vy potřebujete vzít to tělo a prostě s ním něco cvičit, ale když se Vám sekne a nic, tak prostě nic nezmůžete, takže ta psychická stránka s tím hodně udělá a to mě motivuje.

- **Jak hodnotíte Vaši snahu uplatňovat získané poznatky o psychosomatice u pacientů?**

Spíš, že s tím pracuju takhle, když vidím, že někdo z těch pacientů, je smutnej, samozřejmě, je nastavená nějaká medikace, když tam podle psychiatrickýho konzilia vyjdou deprese, úzkosti, tak samozřejmě se pacient začne léčit, ale zároveň si myslím, že on si potřebuje o něčem popovídat. Takže s tím pracuju asi takhle, přijdu k pacientovi a nechám tomu volnej průběh, zeptám se, jestli chce pacient o něčem mluvit. Je to jeho volba, jestli nechce. Tam si myslím, že je prostor na řešení potom i těch psychosomatických problémů.

- **Jakým způsobem uplatňujete poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Informace samovolně nepředávám, ale to samovolně vznikne v rozhovorech, když vidím, že toho pacienta něco trápí, on o tom sám nemluví, prostě je takovej-zapšklej, neusměje se za celý dny, pořád o něčem přemejšlí...nebo mi to tak připadá, tak já se o optám, jestli něco nepotřebuje, s něčím pomoci, nebo něco poradit, nebo si o něčem jenom promluvit, nebo jestli chce se mnou něco řešit, nebo popovídat si prostě jenom, takhle...Ono většinou tohleto řeknete, tak ono ti pacienti, někdo řekne :„, *a né, nic jen se blbě tvářim*“, někdo vám řekne :„, *no víte, já bych potřeboval tohle...*“ a teď se třeba rozprávají sami a někdo vám třeba řekne, že ne a druhý den si vás nechají zavolat, že by mi teda něco chtěli říct. A už jenom, že o tom řeknou, popovídáme si, tak se těm pacientům uleví.

- **Jaké dopady má uplatňování znalostí o psychosomatice při vykonávání profese zdravotně sociálního pracovníka?**

Dost o tom přemýšlím, když se tady setkávám, když tady řešíme s těma rodinama, co dál, co by u těch pacientů šlo nastavit za služby, aby třeba mohli být doma, i ta rodina mohla nějak fungovat. Tak prostě já s nima o tom popovídám, řeknu ty možnosti, který jsou a další prostě nejsou tak, taky nejde všechno vyřešit, tak jim dám tu nabídku a pak často řeknou :„, *jéé, my jsme rádi, že aspoň s Váma o tom můžeme promluvit, protože prostě lékař nemá čas*“. Sice jsem úplně odbočila, no, je to individuální.

Mělo by to mít dopady takové, že se pacient bude cítit dobře. Protože vykonávání profese zdravotně-sociálního pracovníka je práce s lidma. Když budu snažit porazit s lidma jejich problém, tak by to mělo mít účinek takový, že se něco vyřeší u toho pacienta, né třeba všechno, ale alespoň že ten pacient bude trochu otevřenější k dalšímu řešení a spolupráci.

Mátě nějakou osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou?

Právě to vidím u mých dětí, že tamto nastává, když je třeba nějaká krize doma, když manžel, a máme prostě jakoby ostřejší podnebí, jak já říkám doma, a děti to vnímají, všechno samozřejmě a potom večer přijde holka: „mami mě je špatně a já nechci zítra do školky“, tak se s ní o tom bavím :„, *proč a bolí tě něco?* „, a vlastně přijdu na to, že ji nebolí nic, jako jo, ale prostě zažila něco, s čím si neporadila, nevěděla a pak druhý den do školky, že má jít, ale bojí se. Takže když není klid, nemluví se s tím dítětem, nebo pacientem, když budu mluvit o tý práci, nemluví se s těma lidma, o všech těch problémech, který se vším souvisí, samozřejmě, jakoby zdravotní stav, tak ten pacient se nemůže uzdravit, i to dítě. Nebude mu dobře, dokud

nebude vědět, proč, co a jak a co se stalo, a nepromluvíte si třeba s ním o tom. Anebo pak aby se uklidnila ta situace, pokud je to možný, kolem toho, co se dělo, ...tak tohle je možná je ten můj pohled na psychosomatiku. Jestli je to srozumitelně řečeno. Právě o tom přemýšlím jinak v osobní rovině a pak v práci.

DVO 1. Jak zdravotně-sociální pracovníci vnímají psychosomatiku při vykonávání jejich profese?

- **Co je podle Vás psychosomatika?**

Psychosomatika pro mě znamená, ach, nevzpomenu si teď na odbornou definici. Zajímá se o to, jakým způsobem se stav duše reflektuje na lidském těle. Jak a kdy.

- **Jaký význam pro Vás má psychosomatika?**

Velký. Jelikož pracuji v prostředí, kde se často setkávám se zoufalými pacienty, kteří si opravdu nevědí rady. Má pro mě význam, protože vím, že tu existuje nějaký obor, který by mým pacientům mohl případně pomoci.

- **Jakým způsobem jste získal/získala informace o psychosomatice?**

Ve škole, i samostudiem.

- **Co Vás motivovalo se zajímat o psychosomatiku?**

Moje vlastní zkušenost. A rodinné vztahy. Prostě záhadné souvislosti mezi projevy na mém těle. Na ty záhady mě upozornili blízcí lidé a já si pak postupem času přišla na to, že příčina byla ve mně, v nenaplněné duši a v překroucených postojích k lidem a věcem. Nebyla jsem spokojená, takže jsem už se sebou musela něco dělat. Jenže ono se lehko řekne... máš depku, tak jdi něco dělat, ať se ti zlepší nálada, ale ono to tak v praxi moc nefunguje, problém je totiž někde jinde, než v tom, že nic neděláte a nudíte se.

- **Je podle Vašeho názoru povědomí o psychosomatice pro Vaši práci důležité?**

- **Pokud ano- z jakého důvodu?**
- **Pokud ne- z jakého důvodu?**

Ano, moc. Někdy s tím pracuji i vědomě. Hlavně, když se snažím porozumět situaci pacienta, to mi pomáhá, zajímat se, dozvídat se ty důležité informace, které mi pomohou po následné práci s pacientem a jeho rodinou, když zajišťuji věci, které jsou v moji náplni práce tady. Vlastně mi i ta psychosomatika dává víc podnětů k tomu se zajímat o člověka, komunikovat s ním na různá témata, abych opravdu pochopila, kde je problém a s čím mohu v sociální oblasti pomoci, případně pacienta přeměřovat na kolegyni psycholožku.

DVO2. Jaké emoce prožívají zdravotně-sociální pracovníci ve vztahu k psychosomatice?

- **Jaké emoce ve Vás vyvolávají získané znalosti o psychosomatice?**

Melancholický. Vzpomínám na dobu, kdy jsem se sama začínala zajímat o psychosomatiku a nebylo to lehké období.

- **Jaké pocity cítíte při práci s psychosomatickým pacientem?**

Hm, melancholický, jak jsem říkala. Možná bych mohla popsat i jiné pocity. Z mé praxe, kdy se snažím lidem empaticky porozumět, tak je to mnohdy velmi náročné na psychiku a někdy potřebuji i více času na regeneraci. Možná dělám chybu, když se snažím do jejich příběhu osobně zainteresovat, nebo jim předat kus sebe, nechci být chladná a přísně profesionální, jako jiné kolegyně. No vlastně, někdy pociťuji i lítost, nebo i takový pochopení, nevím, jak to přesněji popsat. Není to destruktivní, že by mě to rozežiralo slabostí, neutrální...za tu dobu, co tady pracuji, tak je fakt, že se tolik nevcit'uji, jako když jsem chodila na povinné praxe při studiu. Je to jiný, ale jsem pořád citlivá.

- **Jak se cítíte během rozhovoru s rodinou psychosomatického pacienta?**

S rodinou se vidím někdy až za několik dnů po prvním setkání s pacientem, takže si mohu vytvořit odstup na situaci a snažím se na jeho problém hledět s odstupem, přesto citlivým způsobem reagovat. Někdy se vlastně dozvím úplně jiný úhel pohledu problému a jsem zmatená, takže je opravdu potřeba podstoupit a hledět na problém rodiny i pacienta komplexně a najít řešení schůdné pro obě strany. Jinak to, myslím, nebude fungovat.

- **Cítíte rozdílné emoce při práci s lidmi, kteří trpí psychosomatickým onemocněním, než při práci s osobami se somatopsychickým onemocněním?**

Asi ano. Ale nevzpomínám si. Neuvědomuji si. Myslím, že těch pacientů s psychosomatických onemocněním je mi více líto, asi i díky mé osobní zkušenosti, protože vím, že je někdy velmi zdlouhavé vystoupit z nemoci. Uvědomuji si to mé reagování jen u pacientů, u kterých jsem si všimla, že jejich nemoc by mohla být psychosomatického původu. A u somatopsychických pacientů, je podle mě, větší šance na rozptýlení jejich špatné psychiky, proto tolik nelituji, asi záleží na případě.

DVO3. Jak znalosti o psychosomatice ovlivňují jednání zdravotně-sociálních pracovníků při práci s klienty?

- **Co Vás motivuje využívat poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Moje znalosti nejsou nijak zvlášť odborné, jen co jsem vyzorovala a načetla. Ale i díky svým zkušenostem vím, že je opravdu potřeba si všimnout i projevů psychiky a uvědomovat si, že psychika může být spouštěčem různých problémů.

- **Jak hodnotíte Vaši snahu uplatňovat získané poznatky o psychosomatice u pacientů?**

Hmm, snažím se. Snažím se na lidi nahlížet jako na biopsychosomatickou jednotku, která je ovlivňována nejen prostředím, ve kterém vyrůstala a nyní žije, ale i místem, kde pracuje, jaké má vztahy v rodině a snažím se všimnout, jestli to něco nemůže mít vliv na zhoršení zdravotního stavu. Snažím se uplatnit své znalosti a zkušenosti, alespoň při psychické podpoře a pomoci lidem se sociální situací, která by případně mohla mít pozitivní vliv na léčbu.

- **Jakým způsobem uplatňujete poznatky o psychosomatice při práci s klienty?**

Ano, doptávám se. Hledám souvislosti. Nějakou nespokojenost, hledám to, co by se dalo zlepšit. Alespoň podpořit, že se jeho situace dá zvládnout. To všechno, co vím o psychosomatice, mi umožňuje hledět až za zdravotnickou dokumentaci a ze svých pracovních zkušeností vím, jak moc, jak obrovsky moc psychika a veškeré další dimenze ovlivňují člověka, nejen na osobní pohodě, ale i na zdraví. Znáám to z rodiny.

- **Jaké dopady má uplatňování znalostí o psychosomatice při vykonávání profese zdravotně sociálního pracovníka?**

Není to podobná otázka, jako ta předchozí? Možná se budu opakovat, tak mi to promiňte...ehm, jaké dopady? Ehm, ano, pozitivní, daří se mi pomoci mým pacientům. I další příslušníci rodiny jsou po našich rozhovorech spokojeni. Teda myslím si to, chtěla bych si to myslet. Už jen, když vidím, že se mi podaří vyřešit to nejdůležitější, co zrovna pacienta tlačí, co mu znemožňuje pohnout se dál...myslím v sociální oblasti.

Mátě nějakou osobní či pracovní zkušenost s psychosomatikou?

Ano, jistě. Právě proto i ten osobní přístup. Nebo, jak bych to řekla, pochopení? Já jsem snad chodící kazuistika. Bolely mě záda, vypadávaly vlasy, kolena...Trvalo to moc dlouho, než jsem si uvědomila, kde vlastně bude zakopaný pes. Jsem mladá a jak bych jako přišla k tomu, že sotva chodím? Jak je to možný? Už několik let nesportuji a nemůžu kvůli bolesti kolenou vyjít schody? Došla jsem si k tomu díky mému ex příteli, hrozně moc mi s tím pomohl, upozornil,

že teda nejsem taková „hvězda“, abych se nad sebou zamyslela, že možná, příčina bude v mých postojích ke světu. Byla jsem desně moc depresivní. Už od základní školy, protože tam se stalo něco, co mě velmi ovlivnilo a táhlo se to se mnou až na střední školu, kde to bylo ještě horší a transformoval se ten problém v něco dalšího, nového....plus to nové školní prostředí, dívky v pubertě a tak, nešťastné platonické lásky, nízké sebevědomí a nedostatečné rodinné zázemí. No bože, né nerada, ale nevzpomínám na to s radostí. Možná doted' nemám vše vyřešené, je to celoživotní proces, kdo může říct, že je stoprocentně vyrovnaná osoba? A jak se to pozná? Každopádně vím, že i menší stres, nebo nějaká nová situace se mi projeví na těle, hlavně v kůži a zvětší se mi uzliny na těle. Existují různé internetové stránky a populárně naučné literatura, kde se člověk může dočíst něco o pravděpodobných příčinách psychosomatických nemocí. Paradoxně se těm výkladům věnují lékaři a psychologové, kteří nevěří v klasickou medicínu apod. No, takže mé zkušenosti jsou opravdu bohaté, ale netroufám si lidem radit, to vůbec ne, jen se je tak lehce snažím navnadit na vědomou cestu života, aby na svých životech pracovali samostatně, a snažím se v nich vzbudit pocit, že se mohou oni sami a i jejich aktuální problémy změnit, pokud budou chtít.