

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů**

**Holistic approach in the perspective of general practitioners**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Nikol Kuchtová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

**2018**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma:

„Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla poděkovat panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi za odborné vedení této bakalářské práce, za čas, který mi věnoval, za inspirace, velmi cenné rady a jeho laskavý a zároveň precizní přístup. Dále bych chtěla poděkovat panu profesoru Cakirparloglu a panu doktoru Kupkovi za inspirativní přednášky, všem zúčastněným lékařům ve výzkumu za jejich čas a ochotu se na této práci podílet, a v neposlední řadě také paní doktorce Šmahajové za její podporu. Mé velké díky patří také mé rodině za celoživotní inspiraci, podporu a lásku a speciálně potom mojí mamince za trpělivost a velmi cenné připomínky, korekci této práce a za úžasný životní vzor, kterým mi je.

# Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část.....	8
<b>1. Komplexní přístup .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Základní vymezení komplexního přístupu .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.1. Rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Formování komplexního přístupu a jeho hlavní představitelé .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3. Současné postavení komplexního přístupu .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Zdraví a nemoc .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Vymezení pojmu zdraví.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Vymezení pojmu nemoc .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Autoplastický obraz nemoci .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Praktický lékař a jeho pacienti.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Charakteristika profese praktického lékaře .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.1. Vzdělání praktického lékaře.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.2. Práce praktického lékaře s pacientem .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2. Vztah a komunikace lékaře s pacientem.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. Nemoc z pozice pacienta.....</b>	<b>27</b>
Výzkumná část .....	29
<b>4. Výzkumné cíle.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Výzkumný problém .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Cíle výzkumu.....</b>	<b>30</b>
<b>4.3. Výzkumné otázky .....</b>	<b>30</b>
<b>5. Metodologický rámec výzkumu .....</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2. Metody sběru dat.....</b>	<b>33</b>
<b>5.3. Analýza dat .....</b>	<b>36</b>
<b>5.4. Etické aspekty výzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>6. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>38</b>
<b>6.1. Respondenti .....</b>	<b>38</b>
<b>6.1.1. Lékař č. 1 .....</b>	<b>38</b>
<b>6.1.2. Lékařka č. 2 .....</b>	<b>42</b>

6.1.3. Lékařka č. 3 .....	45
6.1.4. Lékařka č. 4 .....	48
6.1.5. Lékař č. 5 .....	52
6.1.6. Lékař č. 6 .....	54
6.1.7. Lékař č. 7 .....	57
6.1.8. Lékař č. 8 .....	60
6.1.9. Lékař č. 9 .....	63
6.1.10. Lékařka č. 10 .....	67
6.2. Shrnutí výpovědí respondentů .....	69
6.3. Zodpovězení výzkumných otázek .....	74
7. Diskuze .....	76
8. Závěry.....	80
Souhrn.....	82
Seznam použitých zdrojů a literatury .....	86
Seznam tabulek a grafů	
Přílohy	

*Motto:*

*„Naslouchejte svým pacientům; dovolte jim, aby vás učili.“*

**I. D. Yalom**

## Úvod

Všechny složky komplexního přístupu – biologická, psychologická, sociální i spirituální – dohromady tvoří člověka. Jsou propojené a provázané a je tedy na místě je všechny brát při diagnostice pacienta v potaz a neopomíjet je. V souvislosti s tímto přístupem můžeme mluvit o multifaktoriální kauzalitě, kde existuje mnoho příčin, které v různém čase i prostoru různě působí, a to závisle nebo nezávisle na sobě.

Také zdraví původně v latině, řečtině a v dalších jazycích znamenalo celek, a i dnes podle WHO zdraví chápeme jako stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody, což je v souladu s podstatou komplexního přístupu.

Téma této bakalářské diplomové práce autorka zvolila vlivem silných osobních zážitků se zdravotnickým systémem a vlivem hlubšího zájmu o uplatňování komplexního přístupu v praxi, neboť je dle jejího názoru důležité, aby právě tento přístup nechyběl na tak důležitých místech, jako jsou nemocnice a zejména také ordinace našich praktických lékařů. Jejich ordinace bývají prvním místem, kam člověk zavítá při existenciálních potížích, a je převážně na našem lékaři, jaký bude další postup a přístup k naší léčbě stejně tak, jestli bude jejich péče komplexní.

Cílem teoretické části této práce je proto vymezení komplexního přístupu včetně jeho formování, definice pojmu zdraví a nemoc a charakteristika profese praktického lékaře.

Cílem praktické části je zmapovat a popsat, jak praktičtí lékaři chápou význam komplexního přístupu k pacientům a nakolik je možné jej v praxi uplatňovat.

## **Teoretická část**



## 1. Komplexní přístup

V této kapitole se zabývám vymezením komplexního přístupu, který odlišuji od pojmu psychosomatika, a blíže se věnuji jeho spirituální rovině, která bývá často nesprávně chápána a také nejvíce opomíjena.

### 1.1. Základní vymezení komplexního přístupu

Komplexní přístup k pacientovi se v poslední době zdá být něčím, co opět nabírá na důležitosti. Dnešní věda i přes svůj obrovský pokrok stále nemá zmapovanou každou složku lidského těla a jejich vzájemné interakce, a proto je skutečně namístě, abychom na člověka nepohlíželi jako na věc, kterou lze rozebrat na součástky, ale jako na celistvou bytost, jejíž složky se mohou vzájemně ovlivňovat.

Komplexní neboli celostní či také **bio-psycho-socio-spirituální přístup** k lidské bytosti a jejímu zdraví se zaměřuje na člověka jako na celistvou bytost. Bere v potaz všechny vlivy a aspekty života, které se na něm podepisují a projevují. Můžeme ho označit za multifaktoriálně interakční model, který říká, že spolu všechny tyto vlivy souvisí a interagují. Přestože komplexní přístup bere ohled na vzájemnou provázanost jednotlivých složek, nevylučuje, že se může jednat i o příčinu, která je jednoznačně determinovaná jedním faktorem – například pokud se jedná o genetickou vadu (Orel a kol., 2012).

Orel a kol. (2012) uvádí, že se v tomto přístupu díváme na člověka ve čtyřech základních rovinách, které na sebe vzájemně působí a jsou neoddělitelně provázané. Jedná se o **rovinu somatickou**, která představuje naše tělo, tedy náš hmotný organismus. Další rovinou je lidská **psychika**, která představuje naši duševní stránku, tedy i naše prožívání, cítění, emoce apod. Sociální neboli **vztahová rovina** se týká všech sociálních interakcí, do kterých jsme byli nyní nebo v minulosti zapojeni. Souvisí s tím také fakt, že je v komplexním přístupu nutné brát v potaz i časoprostorový rámec, jelikož je důležité, kdy a kde jsme daný stav prožívali. Pokud se například jedná o nějaký akutní stav, kupříkladu o pokus o sebevraždu, komplexním přístupem se zabýváme až tehdy, kdy je tento stav zvládnutý.

Čtvrtou rovinu potom představuje **oblast přesahová**. Do této roviny můžeme zahrnout naši spirituální, duchovní nebo jakoukoli transcendentální složku, ve které se zabýváme otázkami smyslu existence, otázkami ducha atp. Můžeme si povšimnout, že nejen tato spirituální, ale také sociální složka, přesahuje hranice jedince jako individuality.

Celostní přístup je často zaměňován s o něco známějším pojmem **psychosomatika**, který je ovšem zúžený pouze na psychickou, tělesnou a sociální stránku člověka. Spirituální dimenzí se nezabývá. Jedná se tedy o bio-psycho-sociální přístup k člověku, který Danzer (2010) považuje za komplexní. Upozorňuje, že u člověka nikdy ne onemocní primárně jen duše nebo tělo, ale vždy i nemoc tvoří celá bio-psycho-sociální jednota člověka. Je to sice jistý pokrok směrem ke komplexní léčbě nemocného, jelikož pečovat pouze o tělo nebo pouze o duši nemůže být dostatečně efektivní, ale tento přístup člověka nepojímá natolik komplexně, jako přístup celostní, který spirituální složku člověka neopomíná. Danzer ve svých úvahách k této složce také dochází, nicméně do jeho teoretického pojetí celostní medicíny zahrnována není. Pokud se ovšem setkáme s psychosomaticky orientovaným lékařem v praxi, pravděpodobně bude pracovat komplexně ve všech směrech, jelikož je psychosomatika v praxi používaná jako celostní přístup k člověku.

Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že biopsychosociální model ve skutečnosti také **funguje komplexně**. Přestože nezdůrazňuje spirituální složku, rovněž s ní pracuje, je-li pro jedince důležitá. Zabývá se zdravím a nemocí vně i uvnitř jedince, individualitou pacienta, jeho prostředím a faktory, které na něj působí. A právě sem můžeme zařadit například zmiňovanou spirituální složku.

Komplexní přístup jako takový dnes **chybí v různých oborech** velké části specialistů na danou problematiku, jelikož jim jejich specializace postupem času bere ochotu podívat se na věci i z jiného úhlu nebo se zaměřit na spojitosti i s jinými věcmi přesně tak, jak uvádí Orel a kol. (2012, 44):

*Vedle znalostí, dovedností a času je nezbytná především ochota podívat se na věci jiným způsobem a hledat možné spojitosti a souvislosti. Ani to není vždy jednoduché. Někdy ani lékař, ani pacient, nejsou vůbec ochotni připustit, že např. tělesné potíže mohou jakkoliv*

*souviset s jinými oblastmi – se vztahy, pocity a emocemi nebo s postoji k životu a lidem. Například, že smutek a tenze může vyplynout nejen z onemocnění těla (mozku), ale také z nevyjádřených nebo potlačených emocí a pocitů, problematických vztahů, nevyřešené minulosti atd. atd.*

Je velmi osvěžující, když si jsou v dnešní době různí odborníci vědomi toho, že na sebe vše vzájemně působí a ovlivňuje se, nepřístupují k dané problematice striktně jen z hlediska své specializace a neomezují tak svůj úsudek. U lékaře bývá **pro pacienty osvobozující**, pokud pro ně má lékař pochopení. Pochopení pro jejich situaci, a to nejen co se týče těla.

Nicméně je faktem, že lékaře během studia nikdo příliš neučí pracovat komplexním způsobem a jsou vedeni převážně k tomu zabývat se pouze tělesnou oblastí. Komplexní přístup ovšem není v rozporu se současnou biologickou medicínou. Je brán jako její podstatné **rozšíření a doplnění**, které přispívá k lepšímu fungování léčebných postupů (Orel a kol., 2012).

**Problém s uchopením** komplexního přístupu se ovšem netýká pouze lékařů, kteří se primárně zaměřují na tělo. Například psychologové mívají opačnou tendenci vliv těla na naši osobnost podceňovat. Mnoho lidí si jistě zažilo stav, kdy je člověku tělesně natolik špatně, že nemá touhu s ostatními komunikovat nebo na ně být vlídný. Nejen psychika tedy ovlivňuje náš somatický stav, ale také tělo ovlivňuje naši psychiku, a to se dále projevuje i ve vztahu k okolí, tedy v sociální oblasti. Rovněž se takový stav může dotknout i naší spirituální složky.

### **1.1.1. Rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím**

Přesahová složka komplexního přístupu zahrnuje všechny transcendentální fenomény, osobní spiritualitu a náboženství, přičemž pojmy spiritualita a náboženství, přestože jsou v dnešní době často užívané, bývají **nesprávně používány** nebo zaměňovány, jelikož je obtížné je přesně a jednoznačně definovat.

Podle Pechové (2011) byla původně označována slovem spiritualita **vnitřní náboženská zkušenost**. V dnešní době tento pojem znamená spíše snahu o transcendenci, nicméně je náročné ho přesně definovat už jen proto, že není blíže určeno, které snahy o transcendenci sem patří. Někdy se spiritualita dokonce vymezuje přímo v protikladu k náboženství.

Podobně je tomu i u definice náboženství. Dá se říci, že co autor, to jiná definice. Například teologický slovník Rahnera a Vorgrimlera (2009) definuje náboženství v užším slova smyslu jako **uctívání Boha**, ale rovněž se jedná o velmi nejednoznačnou definici.

**Rozdíl** mezi spiritualitou a náboženstvím jako takový uvádí kupříkladu Grof (2004), který dle něj tkví v tom, že náboženství je skupinová činnost, která se odehrává na určitých místech. Jde o určité instituce, které mají nějakou vnitřní hierarchii. Spiritualita je oproti tomu založena na přímých osobních zážitcích, ze kterých také vychází, nikoli z náboženských textů. Není zde žádná vůdčí osoba ani místo, pouze duchovní učitel. Propojujeme se s kosmickou tvůrčí energií či s kolektivním nevědomím v těch nejhlubších spirituálních stavech, s čímž se setkáváme také v Jungových dílech a myšlenkách.

Také Moody (2005) uvedl rozdíl mezi **nábožensky a spirituálně založeným člověkem**. Zbožná osoba, tedy osoba nábožensky založená, následuje učení své církve, ale duchovní spirituálně založená osoba následuje vedení své duše.

Jako další definici zmiňuje autorka článek, který charakterizuje spiritualitu jako **individuální způsob vnímání** a přístup k životu. Je to naše osobní, vnitřní mystická cesta vedoucí k pochopení smyslu bytí. Obvykle je vnímána jako prostředek pro poznání života a jeho smyslu. Tento článek velice zajímavě pojednává o tom, že dříve měli všichni svou osobní spiritualitu, ale začali se sdružovat, a tím vlastně vznikala různá náboženství, která postupem času vytlačila osobní spiritualitu a začala ji nahrazovat nejrůznějšími rituály. Na druhou stranu se ale v náboženských skupinách stále vyskytuje mnoho lidí, kteří mají svou určitou spiritualitu a niterný život (Náboženství a spiritualita, nedat.).

Náboženství je zde potom definováno jako organizované, **skupinové vztahování se** k vlastnímu nitru, které ale mnohdy u nábožensky založených lidí chybí. Tací jsou obvykle věřícími z jiných důvodů, než je hledání duchovní cesty. Oním důvodem může být například

společenské postavení nebo blízký vztah k někomu věřícímu (Náboženství a spiritualita, nedat.).

Dalších definic a názorů na spiritualitu a náboženství je skutečně mnoho. **Obecně se shodují** na tom, že náboženství je organizované, má hierarchické uspořádání, určité rituály a svého vůdce, kterého následuje, a spiritualita oproti tomu klade důraz právě na individuální cestu za poznáním a primární je pro ni následování svého nitra.

## **1.2. Formování komplexního přístupu a jeho hlavní představitelé**

Počátky komplexního přístupu lze spatřit již v dobách antického Řecka u filosofa **Platona**, který se během léčby jednoho problému zabýval vzájemnými vlivy různých částí těla a zároveň vlivem duševního stavu. Upozorňoval, že pokud léčíme určitou část těla, neměli bychom opomíjet ani ty další (Faleide, Lian, Faleide 2010).

Další významné myšlenky a pozorování patřily arabskému lékaři **Avicennovi**, který u somaticky nemocných pacientů sledoval vliv psychiky a také druhých lidí. Jeho slavný Kánon lékařství se stal až do 17. století významnou učebnicí medicíny (Chromý, Honzák a kol., 2005).

Dle Chromého, Honzáka a kol. (2005) pohlížel v antickém Řecku na člověka celostně také **Hippokrates**, který je označován jako „otec medicíny“. Z lékařství vymanil veškeré nadpřirozeno, a proto byl označován také jako zakladatel racionálního lékařství. Pracoval s dualitou těla a duše, ale u nemocného bral zároveň ohledy na jeho osobnost, životosprávu a také na vliv přírody, jelikož nepochyboval o jejím vlivu na člověka ani o její léčebné síle a člověka považoval za její součást. Až jeho nástupce **Galénos** striktně rozdělil člověka na tělo a duši. Své žáky vedl ke stejné péči jako o tělo, tak také o duši, ale opět na principu dualismu, který není v souladu s komplexním přístupem jakožto propojení těla a duše.

Hippokratovo pojetí se uplatňovalo až do 17. století do nástupu nové somaticky koncipované teorie, ve které byla psychologická stránka naprosto potlačena a propojení psychicky s tělem se začalo považovat za nevědecké. Medicína se začala věnovat pouze tělu

a nastal tzv. **biologický redukcionismus**, který říká, že k pochopení toho, co se v člověku děje, potřebujeme znát pouze biologické fenomény. Toto pojetí přinesl do tehdejší společnosti filosof René Descartes, který silně ovlivnil další generace lékařů až do 20. století, kdy se začala formovat psychologie jako samostatná disciplína (Faleide, Lian, Faleide 2010).

Descartes dokonce doporučoval lékařům, aby přistupovali k člověku jako k rozumnému **stroji bez duše**, kterou by měli ponechali filosofům a teologům. Tato myšlenka se stala základem biomedicínského přístupu, kterou v 19. století ukotvil pruský patolog Virchow svými patologickými nálezy porušených buněk, tkání a orgánů, ze kterých vyvodil poruchu jejich funkce. Tyto dvě myšlenky společně se Sydenhamovým klasifikačním systémem symptomů, syndromů a chorobných jednotek, ze kterých utváří somatické závěry nemocí, se staly **základem vědecké medicíny**, které **dodnes přetrvávají** v názorech některých lékařů navzdory těm, které upozorňují na nutnost vnímat člověka celostně (Chromý, Honzák a kol., 2005).

V Antice byla velice zohledňována individualita každého člověka, která během **nástupu standardizovaných léčebných postupů** v 19. století silně vymizela a ztratila na významu (Danzer, 2010).

V období romantismu se poprvé setkáváme s pojmem **psychosomatika**, který jako první použil lékař Heinroth ve své Učebnici poruch duševního života. Tímto pojmem se na počátku 20. století kriticky zaobíral Otto Fenichel, jeden z prvních žáků Sigmunda Freuda, který tvrdil, že je každé tělesné onemocnění ovlivněné psychikou a naprosto každé onemocnění lze tedy označit za psychosomatické (Danzer, 2010).

Na přelomu 19. a 20. století, došlo k oddělení somatické medicíny od netělesné medicíny duše – **psychologie**. Mezi nejproslulejší psychology patřil Sigmund Freud, který při svém studiu neuróz pozoroval, že většina tohoto psychického stavu, jakožto potlačeného konfliktu, je zároveň doprovázena somatickými příznaky. Již tohoto slavného psychologa tedy lze označit za psychosomaticky přístupujícího. Při cestě do USA se na základě jeho psychoanalytické teorie zrodila psychosomatická medicína ve spolupráci s Flanders

Dubanovou a Franzem Alexandrem, kteří ji stavěli na hypotéze, že k neurózám vznikají souběžně i orgánové projevy (Chromý, Honzák a kol., 2005).

Následně, v 70. a 80. letech minulého století, vznikla řada nových publikací, které povzbuzovaly lidi k tomu, aby dělali vše pro své zdraví – aby zdravě jedli, měli dostatek pohybu, osvojili si pozitivní myšlení apod. V povědomí stálo, že má člověk své **zdraví ve svých rukách**, a pokud bude dělat vše, co je zdravotně správně, nic mu nehrozí. Vliv sociálního i kulturního prostředí tato doba zcela zanedbávala. Nemoci byly brány jako důsledek špatné péče člověka o své zdraví, špatná rozhodnutí a špatné návyky (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

### **1.3. Současné postavení komplexního přístupu**

Medicína byla původně obor, který se zabýval všemi onemocněními a až od 19. století začaly v medicíně vznikat jednotlivé specializace dle typu onemocnění (Raudenská, Javůrková, 2011).

Až ve druhé polovině 20. století vnesli do vědy novou myšlenku v podobě systémové teorie Ludwig von Bertalanfy a Geoffrey Bateson. Ta říká, že každý jev či jsoucno je možné považovat za samostatný systém, ve kterém existují další subsystémy. Nastane-li v jednom z nich změna, daný subsystém následně ovlivní i všechny další. Začalo tedy sledování člověka ve zdraví i nemoci, a nejen pozorování choroby, která je během nemoci v našem organismu. Tuto teorii dále zpracoval do psychosomatického přístupu Psychiatr Engels a následně také psychiatr Lipowski. Oba autoři chtěli odlišit současné pojetí psychosomatiky od jejího staršího pojetí, a proto ji označili za **biopsychosociální přístup** (Chromý, Honzák a kol., 2005).

Od 60. let začalo vznikat mnoho psychosomaticky orientovaných klinik po celé Evropě. Některé z nich opět zanikly, některé přetrvaly dodnes, nicméně zde vzrostla spousta odborníků na tuto problematiku, kteří působí na klasických somatických zařízeních a tento přístup zde praktikují a integrují. Nyní se biopsychosociální přístup nejvíce uplatňuje v tzv.

**konzultační psychiatrii a psychologii**, která již byla v USA v psychiatrii uznána dokonce za samostatný obor, který má širší pracovní zadání, než uplatňují klasičtí psychiatři (Chromý, Honzák a kol., 2005).

Současná psychosomatická medicína propojuje psychoanalýzu s behaviorální medicínou, psychologií zdraví a alternativní medicínou. Od roku 2013 je u nás zařazena jako **samostatná lékařská specializace** (Baštecká, Mach a kol, 2015).

Nynější postavení klasického medicínského modelu považuje nemocného za oběť nepříznivých okolností, kdy je člověk určitou nemocí zasažen, a jeho správný přístup k nemoci je poslechnout rady a doporučení svého lékaře. Novodobá medicínská filosofie zbavuje pacienty odpovědnosti za svůj stav a remise jejich nemoci je závislá pouze na kvalitě jejich lékaře. Jedná se o pasivní postoj pacientů k nemoci, přestože by jim jistá míra odpovědnosti za svůj stav mohla být prospěšná. **Současný biomedicínský model**, který je nejrozšířenější, často vidí na pacientovi jen jeho nemocný orgán nebo část těla a jeho životní situace, pocity nebo myšlenky jsou mnohdy přehlíženy. A pokud jsou přehlíženy, nemoc může o to déle v lidském těle přebývat (Faleide, Lian, Faleide, 2010).



## 2. Zdraví a nemoc

Jelikož se ve své práci zabývám komplexním přístupem v medicínském prostředí, považuji za vhodné věnovat se také definici zdraví a nemoci v souvislosti s tímto přístupem a také jejich vlivem na život člověka. V neposlední řadě zmiňuji individuální prožívání nemoci v podobě autoplastického obrazu nemoci.

### 2.1. Vymezení pojmu zdraví

Slovo „zdraví“ původně v latině, řečtině a také v dalších jazycích znamenalo „**celek**“ (Křivohlavý, 2009).

Můžeme pozorovat, že právě takové **pojetí zdraví** v posledních desetiletích opět zaznamenává návrat, a to v podobě komplexního či celostního přístupu, který chápe zdraví jako širší hledisko zahrnující mnoho oblastí našeho života.

Křivohlavý (2009, 40) definuje zdraví jako: „*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje **dosahovat optimální kvality života** a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

Dnešní nejznámější definice **Světové zdravotnické organizace** z roku 1946 zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo neduhu*“ (Baštecká, Mach a kol., 2015, 41).

Křivohlavý (2009) také uvádí, že zdraví může dále být **prostředek pro dosažení cíle nebo cíl samotný**. Pokud máme nějaký cíl, kterého chceme dosáhnout nebo za kterým jdeme, je zdraví jistě důležitým prostředkem. Ať už chceme uběhnout maraton, dosáhnout povýšení v práci, dokončit studium, jít s přáteli do kina nebo cokoliv jiného, zdraví je něco, bez čeho bychom naše plány nemohli zrealizovat. Jsou ale situace, kdy je být zdrav cílem samotným, a tou bývá nemoc.

V souladu s touto myšlenkou vydala WHO v roce 1984 upravenou definici zdraví:

*Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života (Zacharová, 2017, 18).*

Nicméně zdraví není definitivní stav. Jedná se o **dynamický proces**, který se v určitých životních obdobích mění s ohledem reakce organismu na prostředí, kterému se vystavujeme (Zacharová, 2017).

Danzer (2010) obrací **pozornost k filosofii** a upozorňuje, že její znalost by měla být pro oblast medicíny a psychologii základem, jelikož se právě skrze ni dostaneme k původním otázkám, kdo je to vlastně pacient a člověk jako takový. K rozhodnutí o nemocném či zdravém člověku soudobá společnost usuzuje především na základě statistických norem a hlubšími otázkami, jestli vůbec zdraví jako ideální stav člověka existuje, popřípadě za jakých podmínek a jakými způsoby, se zabývá jen velmi málo. Filosofie v tomto ohledu poskytuje mnoho zajímavých myšlenek a pohledů na zdraví a nemoc člověka v souvislosti s jeho náladami, které mění pohled na svět, orientací na budoucnost, zájmem o svět, vztahy s druhými lidmi, touhou tvořit, rozvíjet se a mnoho dalšími faktory.

Moore (2010) dále upozorňuje, že dnešní lékařská věda vzhledem ke kladenému důrazu na anatomii, dělení člověka na jednotlivé soustavy nebo patologii, tímto přístupem oslabuje **pojetí těla jakou součástí osobnosti**.

## **2.2. Vymezení pojmu nemoc**

Nemoc oproti zdraví **přináší potíže**, protože narušuje náš obvyklý způsob života, a tím může docházet k neuspokojování mnoha potřeb. Vyžaduje také jistou míru adaptace na tuto novou situaci, a může být tudíž velmi náročná.

Být zdravý je žádoucím stavem, ovšem ne vždy v něm setrváváme. Opačný stav, kdy došlo k **poruše zdraví**, nazýváme nemoc (Zacharová, 2017).

Stejně jako zdraví, na které začalo být v posledních desetiletích nahlíženo celostně, je i na nemoc nahlíženo **v bio-psycho-sociálním kontextu**. Během nemoci prožíváme subjektivní pocit narušení tělesného nebo duševního zdraví, které se promítá do všech každodenních záležitostí jedince (Baštecká, Mach a kol., 2015).

Staňková (1997, 4) definuje nemoc jako: „*osobní vztah, ve kterém se osoba **necítí být zdráva**. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě*“. Chorobou je míněn stav, který se dá diagnostikovat podle obecných příznaků, které jsou odchýlené od normy.

Vokurka a Hugo (1994) definují nemoc jako stav organismu, který vzniká působením vnějších či vnitřních okolností **narušující jeho rovnováhu** a správné fungování.

V souvislosti s komplexním přístupem, který se snaží pozměnit a rozšířit starší myšlenky o oddělitelnosti nemoci jako somatickém problému od dalších složek člověka, poukazuje americký psychosomatik Reiser na **zastínění pacienta** konstruktem nemoci, kde se nemoc stává přednější než pacient a medicína se opírá často pouze o objektivní biomedicínský nález (Chromý, K., Honzák R. a kol., 2005).

### **2.3. Autoplastický obraz nemoci**

Každý člověk prožívá nemoc subjektivně. Hovoříme-li o tzv. autoplastickém obrazu nemoci, jedná se právě o **individuální prožívání nemoci**, kterému bychom se při práci s pacienty měli vždy alespoň snažit porozumět. Každý člověk má jiný práh bolesti, jiné salutoprotektivní činitele, jinou sociální oporu a mnoho dalších proměnných, které mají na celkový stav pacienta veliký vliv.

Také velmi známá teze „neléčíme nemoc, ale pacienta“ říká, že máme u každého pacienta brát **ohled na jeho individualitu** (Vondráček, Dobiáš a kol., 1969).

Kohoutek (nedat.) uvádí, že autoplastický obraz nemoci má několik podstatných složek:

- Senzitivní neboli **percepční složka** představuje vnímání bolesti a obtíží.

- Emocionální, citová či **afektivní složka** se týká prožívaných emocí při zdravotních potížích, jakými může být strach z nemoci nebo naopak naděje na uzdravení. Tato složka pacientovi během uzdravování intenzivně napomáhá nebo škodí.
- **Složka volní** zahrnuje schopnost odolávat nemoci, jinak řečeno snášenlivost utrpení, a dále pacientovu ukázněnost při vyšetřování a léčbě.
- Racionální, kognitivní či **informativní složka** je založena na znalostech pacienta o jeho nemoci a na stupni objektivity při jejím hodnocení. Opírá se také o pacientovy představy o nemoci.

Prolínání a **vzájemná souvislost** všech složek je zde velice podstatná. Žádná nepůsobí samostatně a můžeme tedy říci, že je i tato koncepce autoplastického obrazu nemoci v souladu s komplexním přístupem k člověku (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

### 3. Praktický lékař a jeho pacienti

V této kapitole se věnuji charakteristice povolání a vzdělání praktického lékaře, komunikaci lékaře s pacientem a pacientovu vnímání nemoci, které má značný vliv na jeho přístup k léčbě i lékaři, a to v propojení s komplexním přístupem.

#### 3.1. Charakteristika profese praktického lékaře

**Praktický lékař** je někdo, kdo je tu pro nás při prvních náznacích potíží, někdo, na koho se můžeme vždy obrátit a zároveň by měl být tím, kdo nám bude ze všech lékařů nejvíce ochotný naslouchat.

**Zabývá se především** diagnostikou a léčbou nemoci svých pacientů, prevencí jejího vzniku, rehabilitační a posudkovou činností, upevňování a podporování tělesného i duševního zdraví včetně zvyšování jejich zdatnosti, a v neposlední řadě může provádět i výzkumnou či pedagogickou činnost (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Poskytuje pacientům odbornou péči jak v ordinaci, tak i přímo u nemocných doma, je-li to nezbytné. Cílem jeho práce je integrace psychických, somatických i sociálních faktorů, které na pacienta působí a jsou nezbytné pro stanovení diagnózy a následnou léčbu. Praktický lékař je tedy **lékař klinický i existenciální**, jelikož se zaměřuje na život, bytí a existenci člověka, nejen na jeho nemoc (Válková, 2007).

Praktický lékař má **všeobecné zaměření**. Nezaměřuje se na určitou věkovou kategorii, sociální postavení, rasu, víru ani na specifické zdravotní problémy. Měl by být otevřený všem kategoriím problémů souvisejících se zdravím svých pacientů s ohledem na faktory, které na ně působí, a prostředí, ve kterém se pohybují (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Všeobecný praktický lékař je unikátní v tom, že je ze všech lékařů **člověku nejbliže** a zároveň nejvíce naplňuje pojem „zdravotní péče“ jak z odborného hlediska, tak z hlediska lidského. Je pro své pacienty primárním kontaktem se zdravotními službami, rádcem a koordinátorem, který zajišťuje také jejich předání specializovanému lékaři, je-li to

zapotřebí. Protože je jeho vztah s pacienty založen na dlouhodobé spolupráci, jelikož o ně pečuje značnou část jejich života, dobrý praktický lékař je schopen svého pacienta vnímat citlivě a v rámci svých možností rozumí jeho situaci a zdravotnímu stavu. Měl by to být právě on, kdo bere zároveň ohled na individuální rozdíly mezi pacienty (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Praktický lékař má za úkol péči o nemocného jako o celého člověka, což se lze dočíst v mnoha lékařských učebnicích. Svým pacientům by měl **poskytovat komplexní péči** s respektováním bio-psycho-sociálního modelu lidského zdraví, a tím pádem vnímat své pacienty i v kontextu jejich rodiny, sociálního a kulturního prostředí. Křivohlavý (2002) ale poukazuje na to, že je komplexní pojetí člověka v praxi všech lékařů problematické. **Nadřazenost somatologie** nad studiem psychologických problémů je evidentní a je tomu dáno také tím, že je kupříkladu psychologie obor, se kterým lékař není tak důkladně obeznámen. V nejhorším případě proto může tuto lidskou stránku během své praxe naprosto přehlížet, čehož si pacient obvykle povšimne. Následně může lékaři přestat sdělovat své subjektivní pocity, ale jeho obraz o tom, že má dobrého lékaře, to silně poškodí. Mnoho lékařů se tedy zaměří čistě na organickou stránku pacienta a je tomu tak přesto, že je dnes prokázán vztah i nejméně opomíjené spirituální dimenze člověka k jeho zdravotnímu stavu, a dokonce i k činnosti imunitního systému, který je velmi podstatný.

Také Raudenská a Javůrková (2011) upozorňují, že převládající dualismus ve zdravotnictví, který dělí nemoci na tělesné a duševní, působí **problémy při aplikaci** komplexního přístupu v praxi, a i při studiu na lékařské fakultě jsou lékaři zaměřeni převážně na somatické problémy, které chápou jako objektivní biomedicínský problém.

Danou problematiku lze zakončit zamyšlením: „*Zdá se, že dnešní lékařství krásně zapadá do věku vědy. Léčíme tělo jako objekt nesouvisející s city, smyslem a duchovní silou. Zacházíme s orgány a částmi těla jako s oddělenými entitami, které nesouvisejí s celkem*“ (Moore, 2010, 18).

### 3.1.1. Vzdělání praktického lékaře

Lékařské vzdělání má velmi dlouhý a **náročný průběh**, a i nadále je pro lékaře důležitá ochota se celý život vzdělávat a sledovat nejnovější výzkumy, stejně jako jejich motivace a vůle při studiu na vysoké škole.

**Vzdělání praktického lékaře** má stejný základ jako všechny další lékařské podobory a tím je šestileté magisterské studium všeobecného lékařství zakončené státní rigorózní zkouškou a udělením titulu MUDr. Po ukončení studia absolventi nastupují do 4leté specializační přípravy a pokud splní závěrečnou atestační zkoušku, stává se z nich všeobecný praktický lékař (Brůha, Prošková, 2011).

Stále je více zdůrazňovaná potřeba studenty medicíny již z počátku studia, kdy jsou ještě schopni vnímat pacienta jako člověka a nejen jako soubor chorob, rozvíjet v **komunikačních dovednostech**. Pro lékaře je důležité nejen dozvědět se od pacienta jeho potíže, ale také se s ním domluvit a dokázat mu naslouchat (Válková, 2007).

Profese praktických i dalších lékařů si dále žádá **celoživotní vzdělávání** pro udržování a doplňování jejich kvalifikace a zároveň kvality jimi poskytované péče. Mají proto povinnost nastoupit po složení atestační zkoušky do celoživotního lékařského vzdělávání, které je obzvláště pro praktické lékaře nezbytné. Je to další období plné požadavků, po kterém je při splnění všech podmínek lékaři udělen Diplom celoživotního vzdělání (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Přesto je nutné podotknout, že je na každém lékaři, jak bude dál **rozvíjet své znalosti** a dovednosti a doplňovat je tak, aby odpovídaly potřebám jeho praxe. Obzvláště praktičtí lékaři vidí denně širokou škálu problémů svých pacientů a sami nejlépe vědí, na kterou oblast by se měli zaměřit (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

### 3.1.2. Práce praktického lékaře s pacientem

Pacienti přicházejí do ordinace praktického lékaře s celým spektrem problémů a symptomů, z nichž je mnoho ovlivněno rodinnými vztahy, pracovními problémy, sociálními podmínkami atd. Komplexní přístup se tudíž stává **základem jejich práce** a čím více budou k pacientům na jeho základě přistupovat, tím z nich budou lepší lékaři.

Neměli by se zabývat jen stanovením diagnózy, ale **celkovým dopadem** na kvalitu života pacientů. Jelikož si o nich vedou zdravotní záznamy, je pro ně kontinuální sledování pacientů snadnější než pro specialisty, které obvykle pacienti navštíví jen několikrát. Mohou díky nim také komplexněji porovnávat zdravotní stav při dalších návštěvách (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Pokud lékař sleduje pouze svůj medicínský zájem, aniž by se pacienta pokusil poznat a navázat s ním bližší vztah, nelze počítat s tím, že bude taková komunikace efektivní. Pokud se ale lékař nevyhýbá lidským starostem, potřebám a přáním svého pacienta, dají se budovat základy **vzájemné důvěry**, jelikož lze předpokládat, že bude pacient otevřenější a ochotnější hovořit o svých potížích (Válková, 2007).

Lékař nicméně musí v první řadě provést **tělesné vyšetření** a již při příchodu pacienta by si měl všimnout jeho celkového vzhledu a stavu. Toto vyšetření by neměl vynechat, ani pokud usoudí, že problém není organického základu. Následně toto vyšetření použije pro porovnání anamnézy získané od pacienta, případně jeho okolí. Při stanovování diagnózy hodnotí závažnost stavu a následně dává pacientovi doporučení. Je také kompetentní pro předepisování léků vhodných pro dané potíže (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Danzer (2010) považuje za hlavní úkol lékaře převedení příznaků a symbolů nemoci pacienta do vhodných vzorců a slov. Jedná se tedy o překlad toho, co mu pacient sdělil a co na něm lékař pozoroval. Všechny tyto existující fenomény by měl rozkrýt a pojmenovat takovou řečí, aby byly srozumitelné pro mezilidský rozhovor s pacientem, a následně by s nimi měl komplexně pracovat. **Umění vyznat se** v pacientových symptomech z něj dělá komplexně uvažujícího a pracujícího lékaře.



### 3.2. Vztah a komunikace lékaře s pacientem

Vše, co na člověka působí a s čím se setkává, působí také na jeho psychiku. Některé situace a setkání na ni působí přímo. Tím je především **kontakt s druhým člověkem**, od kterého přijímáme řadu informací, a vlivem našeho zpracování a hodnocení tohoto kontaktu vzniká určitý duševní stav.

**Konzultaci s lékařem** obvykle předchází pacientovo rozhodování, zdali má lékaře vůbec navštívit. Samotná návštěva praktického lékaře potom obvykle bývá první prezentací pacientových obtíží a lékař by mu měl pomoci rozklíčovat, co oním problémem vlastně je. Takový problém by měl zároveň vnímat v kontextu celého pacientova života a brát v úvahu problém jak z oblasti biologické, psychické tak i sociální, protože takovou komplexní terapii pacient potřebuje a očekává. Je to zároveň velice důležitá konzultace s ohledem na další specialisty, ke kterým může pacienty posílat na specifická vyšetření, uzná-li to za vhodné (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Vztah lékaře a pacienta je podstatný v tom, že se mezi nimi vytváří **prostor pro veškerý kontakt** a péči. Pokud zpočátku pacient není příliš ochotný mluvit o citlivějších tématech, může to být jeho domněnkami, že se to nehodí, anebo že to lékaře nebude zajímat. Je úkolem lékaře přimět pacienta ke spolupráci. Někteří pacienti dokonce nemusejí být vůbec zvyklí o svých potížích hovořit a mohou proto mít problém je správně vyjádřit. Lékař by měl takovým pacientům pomoci porozumět sobě samým, tedy podnitit je přemýšlet o sobě a uvědomovat si, co prožívají, což mu zároveň pomůže při zjišťování anamnézy a následně i při určování diagnózy (Vymětal, 2003).

Podstatný je také způsob konzultace a styl komunikace s pacientem, který je dán zejména citlivostí lékaře a jeho **komunikačními dovednostmi**, ať už verbálními či neverbálními. Pokud lékař dokáže vytvořit během konzultace s pacientem přívětivé prostředí, může mu zároveň pomoci zbavit se stresu a více se při popisování obtíží otevřít. To dále napomáhá lepšímu vyjádření jeho problému. Lékař by měl poznat, jakou pomoc jeho pacient potřebuje a jak mu ji může nabídnout (Seifert, Beneš, Býma a kol., 2013).

Jak uvádí Frankl (2015, 195): „*Sdělené utrpení je utrpení sdílené*“.

Při vedení rozhovoru lékařem je hlavní zásadou, aby postupoval pomalu, obezřetně, empaticky a nedirektivně, čímž zároveň navodí psychoterapeutickou atmosféru, ve které se více dozví a lépe a celistvěji porozumí pacientově životnímu příběhu. Tento partnerský, **na pacienta orientovaný model** je opět podstatný pro komplexní přístup k pacientovi, jelikož takto orientovaný lékař zohledňuje všechny aspekty pacientova života – biologický, sociální i psychologický (Vymětal, 2003).

Jak píše Vymětal (2003, 111): „*medicína bez psychologie přestává být **medicínou lidské bytosti***“.

Lékař by měl kromě umění mluvit s pacientem dokázat také naslouchat. Jako hlavní faktor, který ovlivňuje toto umění mluvit s pacientem, se ukázal **opravdový zájem** o druhého člověka. Mnoho pacientů, kteří přicházejí do lékařovi ordinace, mají z rozhovoru obavy nebo úzkost, kvůli kterým může docházet k těžkostem během pacientova sdělování (Křivohlavý, 2002).

Také Fromm (2006, 87) uvádí, že: „*Soustředit se vzhledem k jiným lidem znamená **umění naslouchat***“.

Toto umění naslouchat lékaři **umožní dovědět se co nejvíce** o pacientově životě a tím i vše potřebné i o jeho nemoci (Yalom, 2014).

Pacientova představa o tom, co by mu mohlo být, má značný vliv na vnímání toho, co mu lékař sdělí. Studie Golden a Johnston z roku 1970 prokázala, že třetina pacientů si nepamatovala diagnózu, kterou jim lékař řekl, a dvě třetiny nedokázali zopakovat doporučení, která jim lékař dal. Je proto důležitá **zpětná vazba**, která je ukazatelem, do jaké míry pacient porozuměl tomu, co mu lékař sdělil. Lékař potřebuje vědět, jak na pacienta působí to, co mu předepsal nebo doporučil, a zdali mu to pomáhá či nikoliv. V praxi se ovšem často stává, že lékař kladnou zpětnou vazbu od pacienta nedostane, jelikož vyléčený pacient obvykle nemá důvod se k němu vracet. Oproti tomu negativní zpětnou vazbu dostává podstatně častěji. Pokud se pacientovi od potíží neuleví, k lékaři se vrátí spíše, než když se mu uleví (Křivohlavý, 2002).

Lékař se také může setkat s tím, že pacient vystavený odříkání nebo strádání v důsledku své nemoci může tyto stavy dávat za vinu právě jemu, protože to on mu zakázal kouřit, pít alkohol, jíst nezdravá jídla nebo dělat oblíbený sport. Tyto **pacientovy negativní pocity** mohou vést až k hostilitě nebo nenávisti vůči svému lékaři, kterého tím pádem mohou vnímat jako příliš krutého. Pro lékaře nebude natolik těžké si takového chování povšimnout, jako s ním pracovat. Pacientův postoj k vlastní nemoci je rozhodující a určuje spolupráci s lékařem, na kterém leží, aby ho k dobré spolupráci vedl (Balint, 1999).

Je proto podstatná také **emoční atmosféra**, která může pacientovi pomoci v uvolnění a otevření se. Pacient nemusí vždy chápat obsah slov, ale může vnímat právě emoční atmosféru (Orel, 2015).

Mnoho z lidského prožívání a chování je pod vlivem nevědomí a duševně a mnohdy i somaticky nemocnými se stáváme do té míry, nakolik jsme těmito nevědomými silami ovládnuti. Lékař se v této rovině dostává do **role terapeuta** v momentě, kdy usiluje o interpretaci pacientových skrytých myšlenek a pocitů. Jedná se o náročné momenty, které ovšem mohou vnášet do pacientova nevědomí světlo, čímž může dojít k lepšímu rozklíčování jeho potíží (Yalom, 2005).

### **3.3. Nemoc z pozice pacienta**

Nemocný člověk si svůj stav může do jisté míry užívat anebo ji nenávidět. Nemoc zasahuje velmi významně do oblasti sociálního života, a to má na **pocity z nemoci** veliký vliv. Nemocný bývá obvykle více šetřen a obecně se mu dostává více pozornosti ze všech stran. V tomto případě je to v určitém smyslu příjemná situace. Opačná situace ovšem nastává, pokud pacienta jeho okolí nebo on sám sebe považuje za přítěž nebo se dokonce kvůli své nemoci cítí odpudivě.

V případě, kdy nemocný ze svého stavu do jisté míry profituje, hovoříme o sekundárním **zisku z nemoci**. Primárním ziskem může být uvolnění tlaku v bio-psycho-socio-spirituálním systému, díky čemuž může následně dojít k vytvoření nové rovnováhy, kterou může být

kupříkladu odsunutí hádek z partnerem, jelikož je nynější nemoc prioritnějším stavem. Všechny tyto zisky ovšem probíhají na nevědomé úrovni a není proto na místě za to nemocného odsuzovat (Orel a kol., 2012).

Pacient obvykle přichází k lékaři v té fázi, kdy usoudí, že už si sám není schopen se svými zdravotními potížemi poradit a ohlíží se po někom, kdo by mu dokázal pomoci. Přichází k němu s určitým očekáváním, které se netýká pouze stanovení diagnózy a poskytnutí medicínské terapie, ale zároveň vyhledává člověka, který by mu poskytl sociální oporu, který by ho jako člověka přijal, vyslechl, a porozuměl mu. Do rukou lékaře tak **vkládá svou důvěru**, které by si měl lékař vážit (Křivohlavý, 2002).

U různě nemocných lidí se setkáváme s bolestí, která leží na **pomezí fyziologie a psychologie**. Je proto na místě ji označit za multidimenzionální fenomén, a i v tomto jevu je tedy nutné nahlížet na nemocného prožívajícího bolest v kontextu komplexního přístupu (Křivohlavý, 2002).

Jak uvádí Moore (2010, 231): „*Nemoc je v první řadě **zkušeností duše a ducha**, jež se odehrává v těle.*“

## **Výzkumná část**

## 4. Výzkumné cíle

Tato kapitola pojednává o výzkumném problému této práce včetně cílů výzkumu a výzkumných otázek.

### 4.1. Výzkumný problém

Výzkumný problém vyplývá z vymezení komplexního přístupu včetně jeho formování i současného postavení, definování zdraví a nemoci v souvislosti s tímto přístupem včetně individuální prožívání nemoci, a v neposlední řadě charakteristiky povolání a vzdělání praktického lékaře a komunikace lékaře s pacientem v souvislosti s komplexním přístupem.

Výzkum je v souladu s teoretickou částí zaměřen na **uplatnění a pojmání** komplexního přístupu praktickými lékaři pro dospělé ve vztahu k pacientům. Cílem výzkumu je **doplnit teoretické informace** o praktické poznatky praktických lékařů o tom, jak je komplexní přístup v praxi pojmán a nakolik je jeho realizace možná.

### 4.2. Cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem bylo **zmapovat a popsat**, jak praktičtí lékaři chápou význam komplexního přístupu k pacientům, nakolik je možné jej realizovat včetně popisu cesty, která k praktickému lékařství vede, a jak lékaři svou práci celkově vnímají. Cílem byla zároveň **deskripce rozdílů** v názorech na tuto výzkumnou oblast mezi jednotlivými lékaři.

### 4.3. Výzkumné otázky

V závislosti na cílech výzkumu byly stanoveny následující **výzkumné otázky**:

- 1) Jak praktičtí lékaři vnímají náročnost a požadavky svého zaměstnání?
- 2) Jak praktičtí lékaři pojmají komplexní přístup k pacientům?

3) Jaké možnosti mají praktičtí lékaři při práci s pacienty, kteří mají psychické problémy?

## 5. Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole popisují výzkumný soubor, metody sběru dat, etické aspekty výzkumu a přístup, který byl použit při realizaci a analýze výzkumu. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen **kvalitativní přístup**, který dle Miovskeho (2006) umožňuje zmapovat obtížně kvantifikovatelné či zcela nekvantifikovatelné, jedinečné či neopakovatelné fenomény v souvislosti s jejich kontextuálností, procesuálností a dynamičností a umožňuje zároveň hlubší pochopení dané problematiky ve všech možných rozměrech a v jejich vzájemných souvislostech, a je tedy pro tento výzkum vhodný.

### 5.1. Charakteristika výzkumného souboru

Tento výzkum byl zaměřen na **praktické lékaře pro dospělé** v České republice. Výběr výzkumného vzorku sestával z kombinace **metod sněhové koule, samovýběrového souboru, příležitostného a záměrného (účelového) výběru**. Uvedené metody doporučuje například Miovský (2006).

Východiskem výzkumu bylo, že může k pacientům přistupovat komplexně každý praktický lékař dle svého uvážení, proto při výběru výzkumného souboru nebyla kladena podmínka, aby lékař uvedl, že k pacientům na základě komplexního přístupu striktně přistupuje. Do vzorku byli zahrnuti pouze **atestovaní lékaři**, což značí již několikaletou zkušenost ve svém oboru a tím i hlubší poznatky.

Výzkumný vzorek zahrnuje 10 lékařů, z toho 6 mužů a 4 ženy z města Prahy a Olomouce. Tato města byla vybrána, jelikož se v obou autorka pravidelně pohybuje, a měla tudíž možnost v nich výzkum realizovat. Údaje jsou podrobněji rozpracovány z tabulce č. 1 uvedené níže.



**Tabulka 1 – Charakteristika výběrového souboru praktických lékařů**

Respondent	Pohlaví	Věk	Město	Délka praxe	Počet pacientů v péči
1.	muž	33	Praha	4 roky	1 500
2.	žena	47	Praha	18 let	2 000
3.	žena	61	Praha	36 let	2 600
4.	žena	64	Praha	38 let	2 000
5.	muž	55	Olomouc	27 let	1 900
6.	muž	67	Olomouc	29 let	1 300
7.	muž	46	Olomouc	22 let	1 400
8.	muž	31	Olomouc	3 roky	1 700
9.	muž	52	Praha	7 let	2 200
10.	žena	neuveдено	Praha	35 let	neuveдено

## 5.2. Metody sběru dat

Praktičtí lékaři byli osobně oslovení v závislosti na dostupnosti nebo doporučení již oslovených lékařů. Dále byli kontaktováni prostřednictvím e-mailu či telefonu na základě dostupných kontaktů. Lékařům byly vždy stručně sděleny účely výzkumu a témata, která měla být v interview, o které byli požádáni, probrána. Někteří lékaři interview z různých důvodů odmítli, někteří na e-mail nereagovali. Lékaři z Olomouce byli objektivně ochotnější podat rozhovor včetně nabídek jejich časových možností. Celkem bylo do výzkumu zařazeno 10 praktických lékařů.

Při sběru dat byla použita metoda **polostrukturovaného interview**, které dle Ferjenčíka (2000) umožňuje využít výhody strukturovaného i volného interview.

Otázky, na které byl každý respondent dotazován, byly stanoveny před samotným sběrem dat, nicméně způsob a forma odpovědí zůstávala volná a záleželo tak na každém respondentovi, jak danou otázku uchopí.

V úvodu interview byli oslovení lékaři podrobněji informováni o výzkumu a jeho účelu a zároveň měli možnost zeptat se na jakékoli doplňující otázky. Se zapojenými lékaři vždy zároveň proběhl ústní **informovaný souhlas**, který zaručil dobrovolnost účasti ve výzkumu, jejich naprostou anonymitu a možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit. Každý zúčastněný lékař byl předem dotázán, zda-li může být rozhovor nahráván na záznamové zařízení, ze kterého bude dále přepsán a lékař tudíž zcela **anonymizován**. Následně probíhalo samotné interview, jehož délka se průměrně pohybovala kolem 8 minut. Rozhovor nebyl příliš časově náročný, tudíž bylo pro oslovené lékaře o něco méně náročné vyhradit si na něj potřebný čas.

**Otázky pro polostrukturované interview** měly následující znění:

1. Kolik Vám je nyní let?
2. Kde jste studoval/a?
3. Jaké pro Vás to studium bylo?
4. Proč jste si vybral/a právě praktické lékařství?
5. Jaká je délka Vaší praxe?
6. Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?
7. Baví Vás Vaše práce?
8. Jaká vlastně je Vaše práce?
9. Připadá Vám někdy také stresující nebo vyčerpávající?
10. Jaké to pro Vás je, když máte plnou čekárnu?
11. Kolik máte momentálně pacientů?
12. Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?
13. Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?

14. Setkal/a jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?
15. Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?
16. Máte prostor si vyslechnou i jiné než fyziologické problémy pacienta?
17. Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?
18. Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl/a, že mají psychické problémy?
19. Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?
20. Je něco, co byste chtěl/a k tomuto tématu dodat?

Otázky byly stanoveny tak, aby měly co největší informační hodnotu s ohledem na předem stanovené výzkumné otázky. Na počátku položené otázky v polostrukturovaném interview zároveň sloužily pro lepší navázání kontaktu s respondenty. První část rozhovoru (konkrétně otázky 1.–12.) sytí první výzkumnou otázku (Jak praktičtí lékaři vnímají náročnost a požadavky svého zaměstnání?). Druhá část rozhovoru (jmenovitě otázky 13.–17.) se vztahovala ke druhé výzkumné otázce (Jak praktičtí lékaři pojmají komplexní přístup k pacientům?). Konečně třetí část rozhovoru (přesněji otázky 18.–19.) souvisí se třetí výzkumnou otázkou (Jaké možnosti mají praktičtí lékaři při práci s pacienty, kteří mají psychické problémy?).

Všechna interview byla zachycována pomocí **diktafonu**, kromě interview s lékařkou č. 10, která s nahráváním nesouhlasila. Rozhovor byl tedy zapisován ručně. Všechny rozhovory probíhaly před či po ordinačních hodinách lékařů v jejich **ordinacích**, kde bylo ve většině případů klidné prostředí.

Otázky během interview byly obvykle pokládány v uvedeném pořadí, nicméně jejich pořadí se měnilo v závislosti na informacích, které zúčastněný lékař k dané otázce uvedl. Průběžně byly také kladeny doplňující otázky, které rozvíjely či upřesňovaly jejich odpovědi. Otázka č. 8 byla po prvním rozhovoru vyřazena, jelikož oslovení lékaři během svého interview vždy podali dostatečně vyčerpávající odpovědi ohledně jejich pracovní náplně. Otázka č. 20 byla rovněž vyřazena s ohledem na opakující se informace z předešlých otázek. Otázka č. 11 byla

do rozhovoru naopak po prvním interview zařazena, jelikož má důležitou vypovídající hodnotu.

### 5.3. Analýza dat

Audiozáznamy interview byly přepsány co nejpřesněji, aby nedošlo ke ztrátě podstatných informací. Do jejich přepisů však nebyla zahrnuta „slovní vata“ a pauzy, které nemají význam pro dosažení výzkumných účelů. Tato mírná redukce usnadnila následnou analytickou práci s daty. Rozhovor s lékařkou č. 10, který nebyl nahráván, byl rovnou zapisován bez „slovní vaty“ a pauz, nicméně stále co nejpřesněji.

Při analýze interview jsem se držela **interpretativní fenomenologické analýzy** tak, jak ji doporučují Řiháček, Čermák, Hytych a kol. (2013). Tato analýza se jeví jako nejvhodnější pro zpracování dat získaných během tohoto výzkumu. Snaží se o pochopení žité zkušenosti člověka včetně utváření jejího významu. Metoda tedy umožňuje porozumět jednotlivým fenoménům a událostem, se kterými se respondenti setkali.

Interpretativní fenomenologická analýza je dle Řiháčka, Čermáka, Hytycha a kol. (2013) zakotvená ve **fenomenologii**, která zkoumá jedinečnou zkušenost člověka a zároveň zohledňuje výzkumníkovu individuální zkušenost a jeho pohled na svět společně s interakcí s respondenty. Tento přístup úzce souvisí také s **hermeneutikou**. Analýza se opírá o tzv. hermeneutický kruh, kdy se výzkumník snaží pochopit respondentův pohled na dané fenomény a zároveň i cestu, kterou k danému názoru dospěl. Třetím pilířem, o který se interpretativní fenomenologická analýza opírá, je **idiografický přístup**, který se zaměřuje na konkrétní jedince ve specifické události. Analýza se dále zabývá především **formulováním rodících se témat** a vyhledává **souvislosti napříč tématy a jednotlivými případy**, které jsem rovněž využila.

#### 5.4. Etické aspekty výzkumu

Během výzkumu byly dodrženy všechny základní **etické principy pro výzkum s lidmi** podle Americké psychologické asociace, jimiž je respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a důvěrnost informací a rovněž právo od účasti ve výzkumu kdykoliv odstoupit (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000).

Se zapojenými lékaři do výzkumu zároveň vždy proběhl před započítím samotného interview ústní **informovaný souhlas**, který zaručil všechny zmíněné etické principy. Taktéž byl dbán důraz na **citlivé zacházení s údaji** všech zúčastněných lékařů. Informace získané od účastníků během interview byly ze záznamového zařízení přepsány, anonymizovány a nahrávky smazány.

Pro oslovené lékaře z účasti na tomto výzkumu nevyplývala **žádná rizika**, byli důkladně informováni o tématu a účelu výzkumu, o používaných metodách a měli prostor pro jakékoli dotazy, na které vždy dostali pravdivou a celistvou odpověď.

Žádný z oslovených respondentů zapojených do výzkumu nevyjádřil pochybnosti ani přání od výzkumu odstoupit.

## 6. Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou reprezentovány výsledky analýzy dat z výzkumu. Nejprve uvádím odpovědi podle jednotlivých respondentů.

### 6.1. Respondenti

U každého respondenta budou uvedeny jeho odpovědi z interview na stanovené otázky v pořadí, v jaké byly v daném interview pokládány. Konkrétním odpovědím předchází stručné nastínění situace, za které rozhovor probíhal včetně základních informací o lékaři.

#### 6.1.1. Lékař č. 1

Rozhovor s 1. lékařem proběhl 21. 12. 2017 v Praze v jeho ordinaci po ordinčních hodinách, kde bylo velmi klidné prostředí. Rozhovor trval 23 minut. Lékař byl již od prvního oslovení s žádostí o podání interview velmi ochotný a na všechny otázky odpovídal velice obsáhle, přestože měl za sebou náročný den. Lékař studoval na 1. lékařské fakultě v Praze a v době rozhovoru mu bylo 33 let. Ve svém oboru měl 4letou praxi a měl zhruba 1 500 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Lékař vnímal studium jako velmi náročné a chaotické především z toho důvodu, že probírali velké množství látky a nejvíce záleželo na samostudiu. Naopak pociťoval, že měli jen velmi málo praxe. Uvedl, že jsou oba jeho rodiče lékaři, a velmi mu pomáhalo, že měl možnost se jich při studiu doptávat na různé nejasnosti.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Respondent se dlouho nemohl rozmyslet, ve kterém oboru by se chtěl uplatnit. Přestože původně uvažoval o psychiatrii, nastoupil na stáž na vnitřní lékařství, kde se mu zcela nelíbilo, a proto zde absolvované stáže uplatnil pro praktické lékařství, kde je z části zastoupena i psychiatrie, o kterou se zajímal. Dalším podstatným důvodem je pro lékaře také to, že je praktické lékařství komplexnější než jen jeden lékařský obor, což se mu líbí.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Pro lékaře je i s ohledem k jeho věku, jak sám uvedl, náročné si nebrat problémy pacientů osobně, což vnímá jako svou chybu: „*Měl bych být možná víc otupělejší a nebrat si to tolik osobně.*“ Dalším podstatným tématem je samotná snaha tyto problémy řešit komplexně. V praxi je totiž dle lékaře velmi problematické tento přístup uplatnit. Pokud má pacient somatické či psychické trápení, není svůj problém schopen konkrétně popsat a vysvětlit. Další ústřední bod je čekárna. Mnoho pacientů si stěžuje, že čeká příliš dlouho, ať už v jeho ordinaci nebo na vyšetření u specialistů, a je to následně velký stresor i pro lékaře, pokud musí těmto stížnostem od pacientů čelit.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Jak lékař zmínil u předchozí otázky, i zde uvedl, že je to velký stres. V čekárně se dle jeho slov najde vždy pár pacientů, kteří svým netrpělivým chováním jen rozrušují ostatní pacienty. Zároveň mu není jedno, když přijde v jeden okamžik příliš mnoho pacientů a všichni tudíž musejí delší dobu čekat. Naopak je mu to líto, což vidí jako zbytečné s ohledem na své pracovní povinnosti.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Respondent vnímá celou svou práci jako stresující. Dle jeho slov je praktický lékař polopohotovost, jelikož nikdy neví, kdo a s jakým problémem za ním přijde. Ze své práce s lidmi vnímá u pacientů jako výrazný rys úzkostnost, která k němu pacienty přivádí nejčastěji.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Typické chování pacientů je klepání na dveře se slovy, že tam nebudou čekat tak dlouho. Lékaře to rozčiluje, protože pozoruje, že na rozdíl od ostatních lékařů jeho pacienti nemusejí čekat tak dlouho. Opět v tom spatřuje neurotické chování, ale snaží se nad celou touto situací povznést a být profesionální.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Respondent uvedl, že ke své práci pociťuje neutrální vztah. Z rozhovoru bylo ale patrné, že k ní přistupuje vesměs pozitivně.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Lékař vnímá komplexní přístup jako socio-kulturní problém, zejména v posledních letech. Na pacienta se dívá z pohledu jeho domácího zázemí, kultury a celkově jeho sociálního prostředí. Je si vědom toho, že nejde brát jednotlivé lidské složky odděleně, jelikož člověk je celistvá bytost: *„Je to prostě celek. Jste jedna bytost začleněná do nějaké společnosti, tak to nejde vytrhnout“*. Dívat se na pacienta komplexně je podle lékaře rozhodně lepší, nicméně je v praxi velmi složité získat od pacientů celkový, tedy komplexní obraz jejich situace. Někteří pacienti na sebe vše říkat nechtějí a někteří to naopak zveličují. Celý tento proces je pro lékaře ve finále zdržováním, ale přesto se ke svým pacientům snaží komplexně přistupovat: *„Je to vlastně pro mě složitá situace to brát komplexně, ale chci to prostě tak brát.“* Vnímá to jako důležité, zejména u dlouhodobých onemocnění.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Z celkového interview bylo jasně patrné, že se ke svým pacientům lékař komplexně přistupovat snaží, přestože to není jednoduché.



- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Lékař se snaží řešit i ostatní problémy svých pacientů než jen somatické, protože je to podle jeho slov důležité pro to, aby se společně dostali ke správnému cíli. Také uvedl, že na to, aby své pacienty odbyl, je ještě příliš mladý. U jeho starších kolegů pociťuje jistou únavu z nároků tohoto povolání a vnímá, že je pro ně komplexní přístup k pacientovi nad rámec pracovních povinností a mnohdy i sil, také vlivem vysokého počtu pacientů.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Zásadní problém lékař vidí v podobě vysokých počtů pacientů u praktických lékařů. Zdravotnický systém je nastavený tak, aby vše bylo rychlé a levné. Pro komplexní přístup vlastně není mnoho prostoru.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Na vysoké škole nebyl dle lékaře na podobná témata vůbec čas a informace získané během celého studia si měl každý student propojit sám.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Respondent uvedl, že má takových pacientů hodně jako u každého praktického lékaře. Do jeho ordinace chodí zpravidla několik desítek stále stejných pacientů dokola, v čemž opět spatřuje úzkostnost těchto lidí.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Pokud pacienti trpí psychiatrickým onemocněním, lékař to řeší s psychiatry. Pokud se to týká spíše situačních problémů, snaží se to nejprve řešit s psychologem a je-li to třeba, zahájí sám farmakoterapii. Psychiatra v těchto záležitostech kontaktuje, až je-li to nezbytné. Problém je ovšem v tom, že pacienti obvykle nechtějí psychologovi za jeho sezení

platit nebo jim není natolik sympatický, aby k němu nadále chodili. Lékař se tedy často setkává se situací, že pravidelné docházení k psychologovi je v praxi rovněž problematické.

### **6.1.2. Lékařka č. 2**

Interview s 2. lékařkou proběhlo 11. 1. 2018 v Praze opět v její ordinaci po ordinálních hodinách, kde bylo klidné prostředí s občasnými vstupy zdravotní sestry. Rozhovor trval 8 minut. Lékařka byla rovněž velice ochotná a na e-mail s žádostí o podání rozhovoru do několika dnů souhlasně odepsala. Lékařka studovala na 1. lékařské fakultě v Praze a v době rozhovoru jí bylo 47 let. Ve svém oboru měla 18letou praxi a měla kolem 2 000 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Své studium na vysoké škole vnímala jako velmi náročné. Probírané množství látky bylo velké a často bojovala s únavou a nevyspáním.

- **Proč jste si vybrala právě praktické lékařství?**

Lékařka po promoci nastoupila na anesteziologii, kde se jí ovšem nelíbila náplň práce v podobě uspávání pacientů. Díky svému kamarádovi se dostala k informaci, že je příprava na praktického lékaře financovaná a při hlubším zamýšlení se nad tímto oborem usoudila, že je tento obor přesně to, co by se jí líbilo.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Práci s lidmi vnímá jako náročnou, ale přesto se jí její práce líbí.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Jak lékařka nastínila u předchozí otázky, znovu uvedla, že ji její práce baví a dělá ji ráda.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Práce jí v jistých okamžicích připadá velmi stresující. Jako příklad uvedla situaci, kdy má pacient infaustní prognózu, která je pro lékařku vždy náročná, nebo pacienty, jejichž problémy jsou z pohledu medicíny těžce vysvětlitelné. Jako obtěžující vnímá kverulantní pacienty, kteří obvykle chtějí získat pouze nějakou výhodu.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Tyto situace jsou pro lékařku stres, během kterých musí zároveň hlídat, aby neudělala nějakou chybu, kupříkladu v podobě opomenutí. Lékařka ale uvedla, že pokud s pacienty naváže dobrý vztah, lépe tyto situace zvládá, jelikož i pacient je potom ochotný jí občas připomenout, že například na něco zapomněla.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Respondentce vadí kupříkladu pacienti, kteří nejsou k zadržení a nepustí ji ke slovu, které je následně nucena si vzít a pacient se cítí dotčený. Tito pacienti ji obvykle diagnosticky dále neposouvají a přišli se pouze vypovídat, čímž lékařku také nepatřičně zdržují.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Zohlednění těla, duše a ducha, a to zejména z toho důvodu, že neustále přibývá psychosomatických onemocnění. Dále pro lékařku komplexní přístup znamená pátrání po rodinných problémech, zohlednění psychické stránky pacienta a nebrat v potaz pouze jeho tělo.

- **Setkala jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Lékařka se s tímto přístupem na vysoké škole nesešla.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Ano, lékařka se k pacientům snaží přistupovat komplexně, jak zároveň vyplývá z odpovědi k jejímu pojmání komplexního přístupu.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Jelikož musela autorka této práce v čekárně lékařky počkat zhruba 45 minut, než vyšetří poslední pacienty, u této otázky na to upozornila se slovy, že mohla autorka sama vidět, že se potom lékařka dostává do časového presu a je to na úkor jejího osobního života a rodiny. Času tedy moc není a upozornila na fakt, že jí většinu času zabere kódování, hledání diagnóz a sepisování lékařských zpráv.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

*„Určitě by pomohlo, aby nás pojišťovny nesešněrovaly nesmyslnými příkazy nebo opatřeními typu, že musíme dohledat přesně čtyřmístnou diagnózu“.* Tato skutečnost lékařku velmi zdržuje a stresuje. Zdůraznila, že si pochopitelně vždy zapíše informace, které jsou pro ni a pacienta důležité, ale že je většinou nucená zapisovat z forezních důvodů nebo kvůli pojišťovně, zda-li byl daný výkon správně proveden. Čas jí tedy nejvíce ubírají požadavky pojišťoven.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekla, že mají psychické problémy?**

Zdá se, že je to většina pacientů. Lékařka usuzuje, že každý den přijde pouhých 20 % pacientů, kteří mají čistě jen somatické potíže.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Lékařka spolupracuje s psychologkou, jejíž služby ovšem neproplácí pojišťovna, tudíž je pacient limitován svými finančními možnostmi. Pokud je to problém, snaží se pacientovi

doporučit jiného psychologa a je-li to nutné, sama zahazuje farmakoterapii. *„Také se snažím s těmi lidmi lidsky promluvit. To si myslím, že má nezastupitelnou hodnotu.“*

### **6.1.3. Lékařka č. 3**

Se 3. lékařkou jsme se sešly 5. 2. 2018 v Praze v její ordinaci v mezičase, kdy neměla objednané pacienty. Během rozhovoru jsme měly klidné prostředí, přestože jsme se snažily, aby byl rozhovor svižný, jelikož byla lékařka v časovém presu. Rozhovor trval 7 minut a přes pracovní vytížení byla lékařka velice milá a ochotná. Byla kontaktována prostřednictvím e-mailu, na základě kterého mě telefonicky kontaktovala a domluvily jsme se na termínu. Studovala na 1. lékařské fakultě v Praze, v době rozhovoru jí bylo 61 let, ve svém oboru měla 36letou praxi a měla zhruba 2 600 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Každému, kdo chce dělat medicínu, první lékařkou fakultu lékařka doporučuje: *„Lepší studium nemůže být a každému, kdo chce dělat medicínu, tak první lékařskou.“* I přes tato slova vnímala lékařka i značnou náročnost studia.

- **Proč jste si vybrala právě praktické lékařství?**

Z politických důvodů nebylo lékařce v 80. letech nic jiného umožněno.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Podle slov lékařky se dá krásná práce udělat všude, pokud to člověka baví. Svou práci vnímá jako báječnou a medicína je *„nejkrásnější věda na světě, která existuje“*. Má ráda své pacienty a papírování je pro ni jediné negativum.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Práce lékařku velmi baví a uvedla, že kdyby jí její práce nebavila, nedělala by ji.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Respondentka uvedla, že je tomu tak trvalých 24 hodin denně včetně nočních služeb, které při akutních událostech a stavech za dobu své praxe také zažila.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Lékařka to vnímá jako nátlak, nicméně dále uvedla, že zde trvalé objednávací hodiny udělat nelze a nelze se těmto stavům tedy zcela vyhnout. Lékařka má ovšem během týdne vymezené určité hodiny, na které se lze objednat, což v některých situacích usnadňuje chod ordinace a je to lepší i pro některé pacienty. Během klasických ordináčnických hodin má tedy každý pacient tolik času, kolik si jeho zdravotní stav vyžaduje.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Lékařka takové chování v žádném případě nespatřuje. V posledních letech ovšem pozoruje zvýšenou aroganci a agresivitu ve vztahu k internetu, pokud k ní pacienti přicházejí opřeni o informace z tohoto zdroje, kde se mnohdy dostávají k informacím ze zcela zcestných zdrojů a od medicínsky neerudovaných jedinců, které se potom neshodují s jejími lékařskými názory.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Je to všechno od prarodičů po vnoučata, sociální zázemí pacienta, zvířata, která se v jeho blízkosti vyskytují, pracovní podmínky, až po nejrůznější krizové situace. Lékařka to vnímá jako zpovědník o celém životě pacienta.

- **Setkala jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Lékařka studovala v letech 1976–1982 a v těchto letech šlo podle lékařky především o lidský a komplexní přístup k pacientům. Bylo to něco samozřejmého: „*My jsme byli vychováni a vyučováni jako rodinní lékaři*“, tudíž každý problém, který se vyskytl v rodině, se projevil na zdravotním stavu a naopak.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Ze slov lékařky je opět patrné její kladné stanovisko ke komplexnímu přístupu. I zde uvedla, že se k nim komplexně přistupovat snaží a že se její postoj nikdy nezmění.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Prostoru v rámci ordinace je málo, téměř žádný, nicméně pokud lékařka vidí, že je třeba si s pacientem ještě více a do hloubky promluvit nebo řešit jeho potíže, domluví se s ním právě na určené objednací hodiny nebo po pracovní době, aby na to byl dostatečný čas, a to nejdéle do druhého dne. V ordinaci mají přednost akutní stavy a následně vše ostatní.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Lékařce by pomohlo snížení administrativy. Netýká se to pouze pojišťoven, ale i nejrůznějších sociálních hlášení jako je sociální zabezpečení, důchody, lázně a další věci, které bezprostředně nesouvisejí se zdravotním stavem člověka. Jedná se o věci důležité pro úřady jako příspěvek na elektřinu na polohovací postel pro pacienty, povolení pro vykonání určité profese a podobně. Lékařka uvádí, že ve výsledku práce na této administrativě zabírá více času než reálná medicína.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekla, že mají psychické problémy?**

Reálně diagnostikovatelných pacientů doktorka odhaduje na 5 %, ovšem pacientů, kde hraje roli psychosomatika v závislosti na tom, co se děje doma nebo v práci, je podstatně více.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Pokud se jedná o lehce akutní stavy, lékařka se to snaží zvládat v ordinaci, kde to s nimi: *„proberu, problémy se postupně rozmělní a zvládne se to“*. Při závažnějších stavech nastupuje psychoterapie a další potřebná odborná péče. Ovšem než se pacient ke specialistovi dostane, obvykle to trvá příliš dlouho a problém je mnohdy do té doby pryč. Tím pádem to často zůstává na lékařce a její práci s pacienty.

#### **6.1.4. Lékařka č. 4**

Interview proběhlo 8. 2. 2018 v Praze v ordinaci lékařky před začátkem jejích ordinačních hodin. Rozhovor probíhal v klidném prostředí s občasnými vstupy zdravotní sestry. Lékařka byla osobně požádána o interview a ihned mě pozvala dál do své ordinace. Rozhovor trval 8 minut a lékařka byla velmi vstřícná a milá. Studovala na 1. lékařské fakultě v Praze, která se dříve nazývala fakulta všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. V době rozhovoru jí bylo 64 let, ve svém oboru měla 38letou praxi a měla přes 2 000 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Studium lékařka vnímala jako velice náročné a to *„bez diskuze“*.



- **Proč jste si vybrala právě praktické lékařství?**

Rozhodnutí jít na praktické lékařství si lékařka zvolila, jelikož chtěla být blízko Prahy a v oboru praktického lékařství bylo jediné volné místo. Vnímala to jako rozhodnutí z nouze a navíc byl tento obor obecně vnímán jako neatraktivní.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Respondentka se chtěla stát lékařkou již od útlého dětství a nikdy netoužila po jiném povolání. Práci s lidmi na této úrovni si tedy zvolila a uvedla, že toho nikdy nelitovala, přestože původně po tomto lékařském odvětví netoužila.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Již z předešlých odpovědí je patrné, že práce lékařku baví a má ji ráda, což i při této konkrétní otázce potvrdila.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Práci vnímá jako denně stresující. Týká se to převážně situací, kdy není schopná nepřístupnému pacientovi vysvětlit, co je třeba, a on není ochotný připustit, že nemá pravdu. Jako příklad uvedla psychiatrického pacienta, který prohlásí, že přece není blázen. Lékařka podotkla, že již taková věta svědčí o jisté nervové labilitě.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Tyto okamžiky jsou pro lékařku rovněž plné stresu, ale podotýká, že to natolik nevnímá, jelikož do čekárny nevidí. Je to práce sestřičky, která přijde lékařku upozornit, pokud je potřeba zrychlit. Lékařka s úsměvem dodává, že zvládá pracovat rychle, pokud si to situace vyžaduje, tudíž takové problémy zvládají dobře.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Takové situace podle slov lékařky víceméně nenastávají. Opět jsou to situace, které zde zažívá především zdravotní sestra v podobě telefonátů či netrpělivých pacientů v čekárně, ale i ty zvládají bez problémů. Nejedná se o situace, které by lékařku znepokojovaly.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Hlavní výhodu lékařka spatřuje v tom, že pracuje v této ordinaci již 27 let, tudíž své pacienty dobře zná. Přistupovat k pacientům komplexně je pro ni tedy o to snazší a bavit se s nimi o nemedicínských věcech jí nedělá problém. Uvědomuje si, že záleží také na její náladě. Jsou dny, kdy chování pacienta zvládá s humorem snáze a někdy s obtížemi: „*Taky záleží i na mojí náladě. Někdy to zkousnu, někdy to nezkousnu.*“ A pochopitelně i naladění pacienta také udává jistý směr, jakým se bude jejich komunikace ubírat.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Lékařka se k pacientům komplexně přistupovat snaží a uvádí, že to ani jinak nejde. Jak již řekla u předchozí otázky, fakt, že své pacienty zná dlouhodobě, ji komplexní přístup k pacientům značně usnadňuje.

- **Setkala jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Respondentka začala studovat v roce 1974, kdy bylo studium dle jejího názoru stavěno na politické ekonomii a vědeckém komunismu. Během studia neměli etiku a psychoaspektům v rámci přístupu k pacientovi se také nijak zvlášť nevěnovali. Studium bylo nastavené tak, aby se studenti naučili na zkoušku a tím to končilo.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Prostor někdy je a někdy také není. Je to velice proměnlivá situace. Opět se zde ale promítá výhoda dlouhodobého vztahu se svými pacienty. U některých pacientů je lékařka schopná odhadnout, že něco není v pořádku, a to nejen po somatické stránce. Pokud má například nového pacienta s onkologickým onemocněním, pacienti v čekárně musí zkrátka počkat, protože takto náročné diagnózy a situace si žádají svůj čas: „*Já nejsem ta, která mu to sděluje, ale ta, která to s ním sdílí.*“ Z těchto slov je patrné, že to jsou náročné momenty jak pro pacienta, tak pro lékařku, které skutečně nelze uspěchat.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Bez pochyby by pomohlo méně papírování. Také představa pacientů o tom, že přijdou a vše se hned a rychle vyřeší bez čekání, lékařce práci moc neusnadňuje. Podotýká, že prostoru pro pacienty by jistě mělo být více, ale především by mělo být více praktických lékařů, aby byli méně vytížení. Lékařka má denně v ordinaci okolo 35 lidí a času pro každého tím pádem skutečně není mnoho.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekla, že mají psychické problémy?**

Minimálně 5–10 % pacientů a toto číslo stále narůstá.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Pokud je pacient přístupný k léčbě, lékařka to s ním zvládá sama ve své ordinaci. Náročnější pacienty je problematické dostat i k psychiatrovi nebo psychologovi, ke kterým nechtějí jít, nicméně všechny diagnostikované psychózy jsou pod psychiatrickou kontrolou. Dočasné situace vyplývající z aktuální životní situace, u kterých je šance, že se do dohledné doby vyřeší, jsou právě těmi, které lékařka obvykle zvládá sama.

### 6.1.5. Lékař č. 5

S panem doktorem proběhl rozhovor 19. 2. 2018 v Olomouci v jeho ordinaci po ordinačních hodinách. Lékař byl o interview požádán po e-mailu, na který souhlasně odepsal s návrhem termínu. Rozhovor probíhal v naprosto klidném prostředí a trval 5 minut. Lékař studoval na lékařské fakultě v Olomouci, v době rozhovoru mu bylo 55 let, ve svém oboru měl 27letou praxi a měl okolo 1 900 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Studium bylo pro lékaře velmi náročné, nicméně se lékařem stát chtěl, a proto se náročností studia nenechal odradit a studium zvládal bez větších obtíží.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

V roce 1988 bylo náročné si sehnat jakékoliv místo a lékař neměl na výběr z jiných možností: *„Byl jsem rád, že jsem vůbec sehnal nějaké místo.“*

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

*„Je to práce, která má smysl, a samozřejmě je to občas náročné.“* Náročné je to zejména v počtu pacientů, kterých přichází do ordinace několik desítek denně, také v závislosti na dané sezóně. Dále lékař uvádí, že mnohdy musí dělat zbytečné věci, které se týkají administrativy. Pociťuje, že je legislativa nastavená spíše pro velké podniky než pro soukromé menší ordinace.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Lékaře přes uvedené problematické momenty jeho práce baví.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

I u této otázky lékař podotkl, že mají během dne vysoké počty pacientů. Tím se často dostávají do situací, kdy je nutné pospíchat. Lékař se snaží svou práci udělat v daný den s pacienty, kteří přišli, jelikož si je vědom i jejich omezených časových možností. Oproti tomu uvedl jako příklad Anglii, kde je běžné pacientům sdělit, aby přišli až za týden nebo šli v případě nouze na pohotovost.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Jak bylo zmíněno u předchozí otázky, je to náročná situace zejména z časových důvodů, která je zároveň plná stresu.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Rušivého i vyčerpávajícího chování ze strany pacientů pozoruje lékař relativně širokou škálu od klepání na dveře, opakovaných telefonátů, stěžování až po hledání výhod nad ostatními pacienty.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexní přístup vnímá jako hledisko více odborností: „*To znamená, že se nedívám pouze na orgán nebo na systém. Snažím se na člověka dívat z více stran*“.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

K pacientům se lékař komplexně přistupovat snaží a uvádí, že dokonce musí. Dle jeho slov nelze kašlajícímu pacientovi zkontrolovat pouze krk a tím vyšetření ukončit. Musí si pacienta poslechnout, přemýšlet o diferenciálních diagnózách a dívat se na člověka celistvě. Je to jiné než u orgánového specialisty, jakým je například oční oddělení nebo oddělení ORL.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Dle slov respondenta se na vysoké škole s tím to přístupem vůbec nesešel.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Prostoru je každý den jiné množství. Lékař se snaží si ho pro každého pacienta vymezit natolik, nakolik je potřeba.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Pomohl by dvojnásobný počet praktických lékařů a tím menší počet pacientů na praktické lékaře. Snížení počtu pacientů by lékař viděl jako zásadní řešení.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Velmi hrubým odhadem lékař uvádí 30-50 % pacientů.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Lékař se snaží s pacienty, u kterých je to nezbytné, zahájit farmakoterapii a nabídnout služby psychoterapeuta. Snaží se s nimi i nadále pracovat. Výhodu své profese spatřuje v tom, že když přijde pacient nejprve k němu, vyloučí se somatické onemocnění a až následně se uvažuje o návštěvě psychiatra nebo psychologa, což by měl být standardní postup.

### **6.1.6. Lékař č. 6**

S panem doktorem proběhl rozhovor 19. 2. 2018 v Olomouci v jeho ordinaci po ordinčních hodinách. Lékař byl o interview požádán po e-mailu, na který souhlasně odepsal s návrhem termínu. Rozhovor probíhal v klidném prostředí a trval 4 minut. Lékař studoval na lékařské

fakultě v Olomouci, v době rozhovoru mu bylo 67 let, ve svém oboru měl 29 let praxe a měl okolo 1 300 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

V 80. letech vnímal lékař své studium jako velmi náročné.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Praktické lékařství si respondent zvolil, jelikož ho zajímal komplexnější, celistvější pohled na pacienty než jen z hlediska jedné odbornosti, jako je tomu například u očních specialistů

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Lékař se smíchem uváděl, že báječné. Práce s lidmi je náročná, ale přesto má svou práci velmi rád.

- **Baví Vás Vaše práce?**

*„Nejsem člověk, kterýho kdyby něco nebavilo, že by to dělal.“* Jak je patrné i z předchozí otázky, svou práci má rád.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Lékař svou práci v ničem stresující ani vyčerpávající neshledává.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

V této ordinaci řídí chod ordinace, tedy i čekárny, zdravotní sestra, kterou podle slov pana doktora řídí skvěle.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Lékař uvádí, že se jedná o chování pacientů, se kterými si každý lékař musí umět poradit. Nejedná se ovšem o chování, které by ho stresovalo nebo se ho nějak zásadně dotýkalo.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexní přístup respondent vnímá jako celistvý pohled na člověka: „*Nedívám se na něj jenom jako očař nebo diabetolog, nebo internista, chirurg, ale že ho беру prostě celého včetně jeho rodiny, jeho sociálního prostředí a takhle.*“

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Lékař se k pacientům snaží přistupovat komplexně, o čemž svědčí i jeho rozhodnutí, na základě kterého si obor praktického lékařství zvolil.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Podle slov respondenta v 80. letech nebyl komplexní přístup na lékařské fakultě vůbec zmiňován.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

S prostorem je to náročné. Někdy je ho dostatek a někdy naopak nedostatek. Každý den je situace v ordinaci jiná.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Jako většině lékařů je i zde největší zátěž pozorována zejména v administrativě a v práci s ní spojenou, která lékaři nejvíce ubírá čas.



- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Hrubým odhadem lékař uvádí 5 % pacientů.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Na tuto otázku lékař nedokázal odpovědět zcela jednoznačně, což je vzhledem k obecně položené otázce pochopitelné. S některými pacienty dále pracuje v ordinaci sám, některé případy posílá dále k psychologovi či psychiatrovi. Záleží vždy na konkrétním případě.

### **6.1.7. Lékař č. 7**

Interview se uskutečnilo 20. 2. 2018 v Olomouci v ordinaci pana doktora po jeho ordinčních hodinách. Lékař byl o interview požádán prostřednictvím e-mailu, na který souhlasně odepsal s návrhem termínů. Interview probíhalo v naprosto klidném prostředí a lékař byl velmi otevřený a vstřícný. Rozhovor trval 6 minut. Lékař studoval na lékařské fakultě v Hradci Králové, která spadá pod Univerzitu Karlovu. V době rozhovoru mu bylo 46 let, ve svém oboru měl 22letou praxi a měl okolo 1 400 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Lékař upozorňuje, že je hradecká škola proslulá tím, že je velmi náročná a od studentů je mnoho vyžadováno. Nejen praktická cvičení ale i přednášky byly povinné a pouze omluvená a domluvená neúčast byla studentům tolerována. Lékař tamější vysokoškolský režim vnímal jako velmi přísný.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Původně se chtěl lékař angažovat v interním lékařství, ale nakonec se dostal k praktickému lékařství, které z tohoto oboru silně vychází. Lékař uvádí, že jeho ubírání se k praktickému lékařství zkrátka z tehdejší situace vyplynulo.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Lékař usuzuje, že má každá práce svá pro a proti. Se svými rozmanitými pracovními zkušenostmi je ve své ordinaci praktického lékaře, kde nyní působí 4 roky, spokojený. Původně pracoval u vojenských služeb, a to několik let, během kterých pracoval s mladými zdravými lidmi, kde se ovšem vyskytovala spousta úrazů. Následně pracoval na urgentním příjmu v nemocnici, kde byla opět naprosto jiná skladba pacientů.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Jak již lékař zmínil, svou práci má rád a ve své ordinaci je jako praktický lékař spokojený.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Svou práci spatřuje především psychicky vyčerpávající hlavně ve dnech, kdy přijde hodně pacientů a je tedy více práce. Denně má ve své ordinaci několik desítek pacientů, nicméně jejich počet je proměnlivý.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

S ohledem na to, že lékař pracoval na urgentním příjmu, je zvyklý, že vše probíhá velmi rychle. Nemá rád, když je plná čekárna a snaží se, aby pacienti moc dlouho nečekali.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Nejčastější fráze pacientů jsou s jejich prosbami, že potřebují „jenom něco“, což lékaře vyrušuje. Dalším rušivým elementem jsou telefonáty, a to zejména ty, během kterých chtějí pacienti akutně řešit své potíže během doby, kdy má lékař ordinační hodiny a plnou čekárnu pacientů.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexí přístup je lékařem vnímán jako široké pojetí pacienta, které nebude zaměřeno pouze na určitou část těla. Jako příklad uvedl pacienta s bolestí v krku, u kterého se přesto nelze zaměřit pouze na krk. Vždy je nutné s pacientem pracovat celistvě a díky tomu i lépe pracovat s jeho problémy. Za důležité považuje si s pacienty také dostatečně promluvit.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Dříve bylo běžné, že kupříkladu i chirurgové vyšetřovali pacienty jako internisté, a to znamená, že prováděli komplexní somatické vyšetření. V dnešní době je podle slov lékaře vše více uspěchané, včetně vyšetření pacientů.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Jelikož pan doktor funguje jistým způsobem i jako rodinný lékař a má tedy ve své péči i některé rodiny po generace, má dobrý přehled i o rodinných anamnézách a celkovém sociálním zázemí svých pacientů. Komplexně se tedy podle svého mínění k pacientům přistupovat snaží.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Potřebný čas lékař většinou má, pokud není čekárna naprosto plná. Přesto ale nemůže pacienta odbýt a vždy mu musí věnovat alespoň chvíli, během které ho vyslechne: „Prostě

*alespoň tu chvilku ho musíte vyslechnout. Protože ti lidi se potom fakt uklidní, uvolní, a i k tomu problému, jak jste říkala komplexně, se dopracujete líp.“*

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

S prostorem respondent zásadní problémy nemívá. Upozorňuje, že pochopitelně nemůže s každým mluvit hodinu, jelikož by nic nestihl. Je důležité dokázat odhadnout čas, který může každému věnovat.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Lékař odhaduje pacienty s psychickými problémy na 5-10 % z celkového počtu.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Pokud pacientovy potíže zvládá sám, daný problém s ním rozebere a není-li lepší řešení, zahajuje i farmakoterapii. Pokud lékař pociťuje, že pacient potřebuje častější a přímější intervence, posílá ho podle typu problému k psychologovi či psychiatrovi: *„Pokud fakt není zbytí, tak toho člověka posílám.“*

### **6.1.8. Lékař č. 8**

Rozhovor proběhl 21. 2. 2018 v Olomouci v lékařově ordinaci před jeho ordinačními hodinami. Respondent byl o interview požádán prostřednictvím e-mailu, na který souhlasně odepsal s návrhem termínu. Rozhovor probíhal v klidném prostředí a lékař byl velmi milý a vstřícný. Interview trvalo 7 minut. Lékař studoval na 3. lékařské fakultě v Praze, v době rozhovoru mu bylo 31 let, ve svém oboru působil 3 roky a měl okolo 1 700 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Na 3. lékařské fakultě je oproti ostatním lékařským fakultám specifický americký studijní model. Studenti jsou vyučováni modulově podle jednotlivých orgánových soustav oproti klasickým studijním programům, které jsou rozděleny na jednotlivé předměty. Měli méně zkoušek, ale o to byly náročnější a obsáhlejší. Lékaři některé zkoušky připadaly na hraně lidských sil se na ně připravit. Domnívá se ovšem, že výchozí znalosti všech lékařských fakult jsou srovnatelné.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Lékaři vyhovuje rozmanitost tohoto oboru, ve kterém se setkává s velkým množstvím diagnóz a nezabývá se pouze specifickou oblastí. Dále uvádí, že s lidmi pracuje rád a vyhovuje mu, že si pracovní dobu může nastavit tak, jak potřebuje.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

S pacienty pracuje lékař rád, přestože je to mnohdy náročné. S většinou pacientů vychází dobře a podotýká, že je má jako jejich lékař rád. Pochopitelně se v jeho ordinaci také vyskytují pacienti, kteří si na vše stěžují nebo bývají nepříjemní a práce s nimi je tudíž náročnější.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Jak již lékař několikrát zmínil, jeho práce ho baví a s lidmi pracuje velmi rád.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Z počátku svou práci vnímal jako stresor, zejména okamžiky, kdy byla plná čekárna nebo musel řešit mnoho věcí v jeden moment, obzvláště ty komplikovanější. Nyní už se necítí být ničím výrazně stresován.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

V návaznosti na předchozí otázku respondent uvedl, že už ho nátlak plné čekárny nevyvádí z míry. Z počátku pociťoval špatné svědomí, že musejí pacienti čekat, ale věří, že podstatnější je kvalitní péče: „*Věřím, že to hlavní kritérium je kvalitní péče a to vyžaduje čas. A od toho se potom člověk musí odpíchnout.*“

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Pokud není dodržována elementární slušnost a pacienti neadekvátně klepají na dveře ordinace, lékař to vnímá jako silně rušivé a nevhodné. Nejvíce mu vadí účelové jednání pacientů kupříkladu v podobě bezdůvodného prodlužování pracovních neschopenek.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexní přístup pojímá jako propojení somatických a psychických problémů, které jdou ruku v ruce. Jako další výhodu praktických lékařů vnímá fakt, že zná své pacienty dlouhodobě. To lékaři umožňuje lepší přístup ke komplexnějším informacím o pacientech. Je si zároveň vědom toho, že u něj pacienti mnohdy hledají oporu i v nemedicínské oblasti.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Přestože je na 3. lékařské fakultě do studia dobře zakomponována i psychologie a psychiatrie, v této rovině se během studia s komplexním přístupem neseťkal. Nebyl kladen důraz na propojení psychiky a somatiky.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

„*Ten osvědčený přístup podle mě je ten, že bych na pacienty měl mít čas a věnovat a věnovat se jim komplexně. Řešit jejich fyzické, potažmo i často psychické problémy. To jde ruku v ruce.*“ Komplexní přístup vnímá jako ten, kterého by se měl jako praktický lékař držet a snaží se tedy na jeho základě k pacientům přistupovat.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Času lékař dle svých slov nemá tolik, kolik by potřeboval. Každého pacienta obvykle vyřeší za 5-10 minut, což nevnímá jako ideální, ale pokud pacient potřebuje další intervenci, odkáže ho dále kupříkladu k psychoterapeutovi.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Více prostoru by jistě umožnilo méně administrativy. Lékaře to velmi zatěžuje: „*To je prostě tragédie ta administrativa. To fakt člověka zatěžuje. Je to nepříjemný, mě to nebaví a je toho hodně.*“

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Pacientů s úzkostí, depresivním laděním a podobnými problémy má lékař podle jeho názoru mnoho. Odhaduje to na 20 % pacientů.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Lékař pacienty rád odkazuje dál, kde na ně bude více času a prostoru pro jejich trápení, je-li to zapotřebí. Týká se to zejména odkazování na psychology a psychoterapeuty, jejichž služby doporučuje raději než předčasné zahajování farmakoterapie.

### **6.1.9. Lékař č. 9**

Interview proběhlo 23. 2. 2018 v Praze v lékařově ordinaci po odchodu posledního pacienta. Respondent byl o interview požádán prostřednictvím telefonátu. S interview souhlasil a navrhl termín jeho uskutečnění. Rozhovor probíhal v klidném prostředí s občasnými vstupy zdravotní sestry a trval 8 minut. Lékař studoval na 1. lékařské fakultě v

Praze, v době rozhovoru mu bylo 52 let, ve svém oboru působil 7 let a měl okolo 2 200 zaregistrovaných pacientů.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Studium na 1. lékařské fakultě vnímal respondent jako náročné. Probírané látky bylo velké množství a vyučující rovněž vyžadovali hodně široké znalosti u zkoušek.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Lékař nejprve pracoval jako chirurg a poté šel pracovat k rychlé záchranné službě. Toto zaměstnání shledával jako velice náročné a vyčerpávající, a to i po psychické stránce. Uvažoval o jiném zaměstnání, jelikož si neuměl představit v tomto zaměstnání pracovat i do vyšších let. Jako další lékařské zaměření si proto vybral praktické lékařství, jelikož je to velmi široký obor, lékaři připadá zajímavý a ve srovnání se záchrannou službou méně náročný. Další pozitivum je pro lékaře jeho předešlá praxe na chirurgii a v urgentní medicíně, jelikož zde lze získané znalosti dobře uplatnit.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

S lidmi je pro lékaře obtížné pracovat. Mnoho pacientů nedodrží to, na čem se s lékařem domluvili nebo nesledují ordinační hodiny a lékaři často vyčítají, že se mu nemohli dovolat v době, kdy neordinoval. Uvádí ale, že se to týká pouze menšiny pacientů.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Jak respondent uvedl u předchozí otázky, nejvíce problematické jsou situace, kdy pacienti nesledují ordinační hodiny a zatěžují ordinaci telefonáty nebo nedodrží, na čem byli s lékařem domluveni. Často se to týká ukončování pracovní neschopnosti, se kterou je nutné k lékaři dojít. Pokud je pacienti zpět nenosí, musí je lékař ukončovat sám, což ho stojí spoustu telefonátů a času.



- **Baví Vás Vaše práce?**

Lékař uvádí, že mu jeho práce připadá zajímavá a po všech stránkách ho baví.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Jako zátěžovou situaci shledává, pokud přijde do jeho ordinace několik neobjednaných pacientů ve stejný moment. V této ordinaci jsou pacienti objednávaní na určitý čas. Bez objednání jsou zde v mezičase, než přijde další objednaný pacient, ošetřeny pouze akutnější případy.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Čekárnu a chod celé ordinace má zde na starost zdravotní sestra. Objednává pacienty a čekárna má tedy relativně plynulý příchod a odchod pacientů. Denně tuto ordinaci navštíví zhruba 40 pacientů. Čekárna bývá plná pouze ve výjimečných obdobích, kupříkladu pokud nastane epidemie, během které pacienti chodí hromadně.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexní přístup pro lékaře znamená především hlídání lékových interakcí. Jelikož k praktickému lékaři chodí pacienti i od jiných specialistů, kteří jim také předepisují léky, lékař následně, je-li to potřeba, dávky léků upravuje podle potřeb a stavu pacienta. Dále pro něj komplexní přístup k pacientovi představuje i předepisování lázní pacientů jako rehabilitační péči.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Jak lékař uvedl během odpovědi na jeho pojmání komplexního přístupu, pacientům se snaží hlídat lékové interakce, dávat dohromady diagnózy, a právě i zmíněné léky od různých specialistů. V tomto pojetí se k pacientům snaží přistupovat celostně.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Podle slov lékaře komplexní přístup k pacientovi na vysoké škole jistě zmínili. Dodává, že zejména u praktických lékařů je to nezbytné: *„Tady se vám sejdou diagnózy od specialistů, takže vy jim to tady dáváte dohromady.“*

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

S prostorem v této ordinaci lékař problémy nemá, jelikož je zde nastavený objednávací systém pacientů.

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo více?**

Z předešlé otázky vyplývá, že lékař s prostorem pro pacienty problémy nemá. Díky objednávacímu systému pacientů, který má na starost zdravotní sestra, má na každého pacienta dostatečný čas a neshledává tudíž časové problémy.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Psychiatricky diagnostikovatelných pacientů lékař uvádí okolo 30-40 jedinců z celkového počtu. Tito pacienti jsou také pod psychiatrickým dohledem.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Má-li pacient problémy, lékař je odesílá na psychiatrii k psychologickému pohovoru. Ten si pacienty vyzpovídá a dle svého uvážení je posílá dále k psychologovi: *„Kdyby to bylo nějaký hraniční, tak stejně psychiatr si je vyzpovídá a pošle je třeba k psychologovi, takže my to píšeme takhle přes psychiatra na psychologa.“* Medikaci lékař zahajuje sám, pokud si to zdravotní stav pacienta žádá.

### **6.1.10. Lékařka č. 10**

Rozhovor s lékařkou se uskutečnil 26. 2. 2018 v Praze v její ordinaci po ordinačních hodinách. Lékařka byla telefonicky požádána o interview, se kterým po dlouhém váhání souhlasila. Z chování a slov lékařky bylo patrné, že nechce poskytovat žádné informace, odpovídala velmi stručně a rozhovor neprobíhal v příliš přátelské atmosféře. Nahrávání na diktafon mi rovněž nebylo umožněno. Rozhovor byl tedy zapisován ručně na papír. Lékařka studovala na 1. lékařské fakultě v Praze, svůj věk odmítla uvést, ve svém oboru působila 35 let a hrubý počet zaregistrovaných pacientů rovněž nesdělila.

- **Jaké pro Vás bylo studium na vysoké škole?**

Lékařka studium vnímala jako nelehké.

- **Proč jste si vybral právě praktické lékařství?**

Paní doktorka uvedla, že se vždy chtěla uplatnit jako praktická lékařka.

- **Jaké pro Vás je pracovat s lidmi?**

Lékařka s lidmi pracuje ráda a neshledává žádné závažně problematické momenty.

- **Baví Vás Vaše práce?**

Práce lékařku stále baví a znovu uvedla, že s pacienty pracuje ráda.

- **Připadá Vám Vaše práce někdy také stresující nebo vyčerpávající?**

Jelikož má lékařka na práci s pacienty málo času vlivem jejich vysokého počtu, shledává svou práci v těchto časově stísněných momentech stresující a náročnou.

- **Jaké pro Vás je, když máte plnou čekárnu?**

Respondentka vnímá plnou čekárnu jako vysoce stresující.

- **Jsou nějaké typické fráze nebo chování pacientů, které Vás jakkoliv vyčerpává či vyrušuje?**

Za časově náročné a rušivé lékařka považuje zejména telefonáty, které narušují ordinaci, nebo e-maily, které musí vyřizovat.

- **Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?**

Komplexní přístup lékařka pojímá jako zkontrolování celého pacienta. Měla by vědět o všem, co se pacienta týká a na vše kolem něj se soustředit.

- **Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně?**

Lékařka uvedla, že se k pacientům přistupovat komplexně snaží.

- **Setkal jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole?**

Na vysoké škole se s komplexním přístupem nesešla. Uvádí, že si není vědoma toho, že by bylo ve škole něco takového zmíněno.

- **Máte prostor si vyslechnout i jiné než fyziologické problémy pacienta?**

Dostatek prostoru je pro lékařku problematický: „*Moc se ho nedostává, ale snažím se každého vyslechnout.*“

- **Co by pomohlo, aby toho prostoru bylo víc?**

Lékařka si není vědoma něčeho, co by jí s prostorem pomohlo. Zmínila, že nad tím nikdy neuvažovala.

- **Kolik Vašich pacientů byste odhadem řekl, že mají psychické problémy?**

Paní doktorka odpověděla, že si netroufá říci, jakého množství pacientů se tato problematika týká.

- **Co jim můžete nabídnout, pokud předpokládáte vliv psychiky? Je na to vůbec čas nebo je doporučíte jinam?**

Lékařka své pacienty dle konkrétní situace doporučuje k psychologovi či psychiatrovi, pokud jsou k tomu ochotní. Často se setkává s tím, že tyto specialisty navštíví pacienti sami.

## **6.2. Shrnutí výpovědí respondentů**

V této kapitole se věnuji shrnutí a vzájemnému srovnání výpovědí respondentů.

### **1) Studium na lékařské fakultě**

Studium na lékařské fakultě vnímali všichni lékaři, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, jako **náročné**. Polovina respondentů uvedla, že se potýkali s **velkým množstvím probírané látky**. Zúčastněný lékař, který studoval na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, podotkl, že některé zkoušky vnímal jako na hraně lidských sil a možností se na ně dostatečně připravit. Respondent, který promoval na lékařské fakultě v Hradci Králové, která rovněž spadá pod Univerzitu Karlovu, zmínil, že měli nastolený velmi přísný režim, co se docházky a absencí týče. Další oslovená lékařka uvedla, že přes velmi náročné studium ho zároveň vnímala jako báječné a dodala, že lepší studium nemůže být.

## 2) Volba praktického lékařství

Volba praktického lékařství měla **rozmanité důvody**. Nejvíce zúčastněných lékařů uvedlo, že toto rozhodnutí **vyplývalo z tehdejší situace**. Jednalo se o cesty přes jiné obory, kde se necítili zcela spokojeni nebo o doporučení jejich známých. Tři oslovení lékaři uvedli, že se praktickému lékařství **chtěli věnovat od počátku** a další tři zmínili, že **neměli jinou možnost**, a to převážně z politických důvodů během 80. let nebo kvůli obsazeným místům v jiných lékařských oborech.

## 3) Práce s pacienty

Práci s lidmi většina oslovených lékařů vnímá jako pozitivní, jelikož **s pacienty pracují rádi**. Pro některé respondenty to bývá **mnohdy i náročné**, zejména pokud se jedná o časově vytížené situace, nereálné požadavky pacientů nebo nedodržování lékařova doporučení. Jeden respondent podotkl, že je to práce, která má smysl, přestože je náročná. Další respondent uvedl, že je pro něj náročné nebrat si problémy pacientů příliš k srdci, což ho silně zatěžuje.

## 4) Vztah k práci

Co se týče vztahu ke své práci, devět z deseti zúčastněných lékařů uvedlo, že je jejich **práce baví**. Pouze jeden respondent uvedl, že ke své práci pociťuje spíše neutrální vztah.

## 5) Pracovní stres a vyčerpání

Za zdroj stresu a vyčerpání v práci byla nejčastěji označena **plná čekárna**, která souvisí s menším prostorem pro pacienty a pro práci lékaře obecně. Významným vyčerpávajícím faktorem je pro mnoho z oslovených lékařů také **administrativa**, která jim ubírá hodně času a mnohdy i energie. Jako další náročné situace vnímají oslovování lékaři různé pacienty

například s infaustními prognózami, kverulantní pacienty nebo pacienty, se kterými je problematické se na něčem domluvit. Dva zúčastnění lékaři dokonce uvedli, že za stresující považují **celou svou práci**. Další dva oslovení lékaři uvedli, že v práci nic stresujícím ani vyčerpávajícím neshledávají.

## 6) Plná čekárna pacientů

Mnoho z oslovených lékařů z plné čekárny **pocituje stres**. Někteří respondenti tyto situace vnímají jako nátlak, některým je líto, že musejí pacienti v těchto situacích déle čekat a snaží se svou práci urychlit. Jak ale několik zúčastněných lékařů upozornilo, žádného **pacienta nelze odbýt** a každému je nutné dát potřebný čas. Oslovení lékaři, u kterých má chod ordinace a čekárny na starost zdravotní setra, jsou touto problematikou méně zatíženi. Jeden respondent, ke kterému se s výjimkou akutních zdravotních stavů pacienti objednávají, uvádí, že problémy s plnou čekárnou mívá zcela výjimečně.

## 7) Vyčerpávající a rušivé chování pacientů

Jako vyčerpávající či rušivé chování pacientů bývají nejčastěji vnímány **telefonáty a klepání na dveře**. Oslovení lékaři zmiňovali u některých pacientů také **deficit elementární lidské slušnosti**, netrpělivost, účelové chování, nedodržování domluveného postupu nebo žádosti typu „*chci jenom*“. Tři respondenti uvedli, že ze strany pacientů nemají pocit žádného nevhodného chování.

## 8) Pojímání komplexního přístupu

Komplexní přístup k pacientovi pojímá každý oslovený lékař poněkud odlišně, ale společný názor spočívá především v **zohlednění všeho, co se pacienta jakkoli dotýká** a pokud přijde pacient s bolestí v určité části těla, **nezaměřovat se izolovaně na daný orgán**, ale brát

člověka celistvě. Pro některé lékaře to znamená řešit pacientovy fyzické a psychické potíže a **nezabývat se pouze tělem**. Někteří respondenti uváděli jako důležitý krok pro uplatnění komplexního přístupu možnost **promluvit si s pacientem** o všem, co ho tíží či ovlivňuje, a to kupříkladu o pracovních podmínkách, krizových situacích, rodinném či sociokulturním zázemí a podobně. Jeden oslovený lékař uvedl, že komplexnímu přístupu rozumí především jako skládání jednotlivých diagnóz a medikamentů od specialistů do celistvého obrazu pacienta společně s hlídáním lékových interakcí. Celkově z rozhovorů se zúčastněnými lékaři vyplynulo, že alespoň u praktického lékaře **nelze na pacienta pohlížet jinak než celistvě**.

## 9) Komplexní přístup na vysoké škole

Komplexní přístup během studia na univerzitách jako takový podle většiny oslovených lékařů **zdůrazněn nebyl**. Jeden respondent svou odpověď doplnil o tvrzení, že k nutnosti přistupovat k pacientovi komplexně měl každý **student dospět sám**. Pouze jedna oslovená lékařka, která studovala v 80. letech, uvedla, že k tomu byli na škole vyučováni. Další zúčastněný lékař znovu zdůraznil, že je zejména u praktických lékařů nutné dávat dohromady diagnózy pacientů od všech specialistů, tudíž nelze na pacienta pohlížet jinak než celistvě, na což bylo dle jeho slov upozorňováno i během studia. V této odpovědi se silně promítlo **odlišné pojmání komplexního přístupu**. I z hlediska doby, ve které studium probíhalo, jsem se setkávala s odlišnými názory.

## 10) Snaha přistupovat k pacientům komplexně

Komplexní přístup k pacientům či alespoň **snahu o něj uvedli všichni** zúčastnění lékaři. Jeden respondent přes to, že se k pacientům snaží přistupovat celistvě, uvedl, že na hlubší komplexní přístup k pacientovi **není dostatečný prostor** téměř u žádného lékaře.



### 11) Prostor pro nesomatické problémy pacienta

Prostoru pro jiné než fyziologické problémy pacienta pociťuje většina oslovených lékařů **nedostatek** zejména vlivem **vysokého počtu pacientů**. Několik zúčastněných lékařů přesto uvedlo, že ať je v čekárně jakékoliv množství pacientů, **nelze pacienta v ordinaci nikdy odbýt**. Někteří oslovení lékaři jsou ochotní se s pacienty, na jejichž trápení usoudí, že je potřeba více času, domluvit na jiný vhodnější čas nebo se je snaží odkázat na odborníky, u kterých bude více potřebného prostoru.

### 12) Více prostoru pro pacienty

Získání většího prostoru pro pacienty by nejvíce oslovených lékařů nalézalo, pokud by byli **méně zatíženi administrativou**, méně tlačeni do sociálních hlášení a měli **méně pacientů**. Dva respondenti zmínili, že by pomohlo **lépe nastavit celý zdravotnický systém**. Jedna oslovená lékařka uvedla, že nad tím nikdy nepřemýšlela a nenapadlo ji, co by jí s tímto problémem pomohlo. Další dva respondenti uvedli, že s prostorem pro pacienty problém nemají. Jednalo se o jednoho lékaře, který má každý den objednávací hodiny, které mu alespoň částečně pomáhají lépe rozvrhnout dostatečný čas pro pacienty. Další zúčastněná lékařka by viděla jako zásadní časovou úlevu **zbavit pacienty nereálných požadavků**, jakými bývá kupříkladu okamžitý výpis z jejich lékařské dokumentace.

### 13) Množství pacientů s psychickými problémy

Počet pacientů s vlivem psychiky **vnímají zúčastnění lékaři velmi odlišně**. Důvod spatřuji ve velmi široce položené otázce, kterou každý lékař uchoпил jinak. Psychiatricky diagnostikovatelných pacientů uvedla polovina oslovených lékařů v rozmezí 5-10 %. Jedna respondentka si množství těchto pacientů netroufala odhadnout. Další dva respondenti uvedli, že jich bude mnoho, co se týče úzkostí a dalších situačních problémů. Jedna oslovená

lékařka vliv psychiky spatřuje u většiny pacientů, které odhadla na 80 %, další lékař mezi 30-50 % a další v rozmezí 20 %.

#### **14) Práce s pacienty s psychickými problémy**

Práci s pacienty s psychickými problémy zvládá většina oslovených lékařů **ve své ordinaci** sama bez pomoci specialistů, pokud jsou k tomu pacienti ochotní, ale pokud je specialistů zapotřebí, pacienty k nim obvykle odkazují. Někteří zúčastnění praktičtí lékaři zvládají problematiku psychické stavu pacientů s pomocí farmakoterapie a někteří se nejprve snaží obejít bez medikamentů. Jedna oslovená lékařka uvedla, že jsou také pacienti, kteří navštíví psychologa či psychiatra i na základě svého vlastního uvážení.

### **6.3. Zodpovězení výzkumných otázek**

V této části práce zodpovídám stanovené výzkumné otázky pro tuto práci.

#### **1. Jak praktičtí lékaři vnímají náročnost a požadavky svého zaměstnání?**

Již samotné studium na lékařské fakultě vnímali respondenti jako velmi náročné, chaotické a množství probírané látky považovali za velice rozsáhlé. Co se týče práce s pacienty, většina oslovených lékařů uvedla, že s nimi pracuje ráda, přestože je to mnohdy také náročné. Jedná se zejména o zátěžové situace, jakými je kupříkladu plná čekárna nebo ne zcela vhodné chování pacientů v podobě klepání, telefonátů nebo podobného rušivého jednání. Za další velkou zátěž považují respondenti také administrativu, která zabírá spoustu potřebného času pro práci s pacienty. Přes všechny náročné okamžiky mají z celkového hlediska oslovení lékaři svou práci rádi a jejich profesi je baví. K praktickému lékařství je dovedly různé životní okamžiky v podobě obsazených míst v jiných oborech, politických situací nebo další shody okolností. Někteří zúčastnění lékaři ovšem uváděli, že se v tomto oboru chtěli vždy uplatnit.

## **2. Jak praktičtí lékaři pojmají komplexní přístup k pacientům?**

Celostní přístup vnímají zúčastnění lékaři poněkud odlišně, nicméně z jejich interview vyvstávala mnohá podobná stanoviska. Komplexní přístup k pacientům spatřují zejména v zohlednění sociokulturní situace pacientů, jejich rodiny, sociálního zázemí, krizových situací, psychického rozpoložení, zohlednění pracovních podmínek nebo hlídání lékových interakcí. Za podstatné považují dívat se na pacienty z hlediska více odborností, nikoliv jako jednotliví orgánoví specialisté. Z rozhovorů dále vyplynulo, že jinak než komplexně ke svým pacientům praktičtí lékaři přistupovat ani nemohou. Všichni oslovení lékaři uvedli, že se ke svým pacientům celostně přistupovat snaží, přestože pociťují, že mají dostatečného prostoru pro všechny pacienty obvykle jen velmi málo. Hlavní východisko z tohoto problému spatřují ve snížení administrativní zátěže ze strany pojišťoven a dalších sociálních hlášení, případně v nižších počtech pacientů. Na vysoké škole, přestože sami zúčastnění lékaři spatřují komplexní přístup k pacientům jako důležitý, nebyl ve své základní podobě zmíněn.

## **3. Jaké možnosti mají při práci s pacienty, kteří mají psychické problémy?**

Jak sami oslovení lékaři uvedli, v jejich ordinacích se vyskytuje spousta pacientů s psychickými problémy, přestože se procentuální odhad u každého lékaře liší. Většina zúčastněných lékařů se snaží psychické problémy pacientů zvládat ve své ordinaci, promluvit si s nimi a v případě nutnosti nasazují i potřebnou farmakologickou léčbu. Vyžaduje-li si to jejich stav, doporučují pacienty podle potřeby dále k psychologům či psychiatrům.

## 7. Diskuze

V následujícím textu budou propojeny výsledky této práce s poznatky z teoretické části a v neposlední řadě budou diskutovány také výsledky výzkumu a doporučení pro praktické využití či budoucí výzkumy. Zároveň budou prodiskutovány možné zdroje chyb, limity a úskalí během práce na tomto výzkumu.

Autorka této bakalářské diplomové práce se snažila zmapovat pojetí a postoj praktických lékařů v České republice ke komplexnímu přístupu. Během výzkumu se setkala s různými pojetími celostního přístupu, nicméně z uskutečněných interview vyplynulo, že se všichni zúčastnění lékaři snaží dívat na pacienty z hlediska více odborností, nikoliv jako jednotliví orgánoví specialisté. Z rozhovorů dále vyplynulo, že jinak než komplexně ke svým pacientům praktičtí lékaři přistupovat ani nemohou, jelikož se jedná o základní postoj ke své práci i k pacientům. Všichni oslovení lékaři také uvedli, že se ke svým pacientům na základě tohoto modelu přistupovat snaží, přestože pociťují, že mají dostatečného prostoru pro pacienty jen velmi málo. Nedostatek času zároveň souvisí s nízkou možností terapeutické práce s pacienty a malým prostorem s nimi dostatečně promluvit. Hlavní východisko z tohoto problému oslovení spatřují lékaři ve snížení administrativní zátěže ze strany pojišťoven a dalších sociálních hlášení, případně v nižších počtech pacientů.

Tato zjištění jsou v souladu s tvrzením Seiferta, Beneše, Býmy a kol. (2013), kteří uvádí, že právě praktičtí lékaři se mají zabývat celkovým dopadem na kvalitu života pacientů a také Válková (2007) uvádí jako hlavní cíl práce praktických lékařů integraci psychických, somatických i sociálních faktorů.

Autorka se dále snažila zmapovat a popsat, jak praktičtí lékaři vnímají náročnost a požadavky svého zaměstnání. Co se týče samotného studia na lékařské fakultě, přestože sami zúčastnění lékaři spatřují komplexní přístup k pacientům jako důležitý, nebyl v této podobě na univerzitách zmíněn, o čemž svědčí i výrok Raudenské a Javůrkové (2011), že převládající dualismus ve zdravotnictví, který dělí nemoci na tělesné a duševní, působí problémy při aplikaci komplexního přístupu v praxi. Při studiu na lékařské fakultě jsou lékaři skutečně zaměřeni převážně na somatické problémy.

Také Křivohlavý (2002) poukazuje na problematické komplexní pojetí člověka v praxi všech lékařů vzhledem k nadřazenosti somatologie nad studiem psychologických problémů. Je tomu dáno také tím, že je například psychologie obor, se kterým lékař není natolik důkladně obeznámen. I toto tvrzení zúčastnění lékaři potvrdili. Dále sami respondenti uvedli, že se v jejich ordinacích vyskytuje mnoho pacientů s psychickými problémy, se kterými se ve svých ordinacích snaží pracovat. Psychologický náhled na situace a stavy pacientům je pro ně tedy důležitý a měli by disponovat i jistými znalostmi také v tomto směru.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že zúčastnění lékaři studium na lékařské fakultě vnímali jako velmi náročné a s ohledem na další nároky na jejich postgraduální vzdělání lze jejich pracovní vyčerpání, únavu nebo částečnou neochotu do jisté míry pochopit. Jak již autorka mínila, oslovení lékaři jsou dále silně vytíženi sociálními hlášeními a další administrativní činnostmi, která jim na vysoké škole zpravidla vysvětlena vůbec nebyla, zabírá jim spoustu času a respondenti ji shledávají jako velmi vyčerpávající. Z výzkumu také vyplynulo, že je ze všech zmíněných důvodů pro praktické lékaře unavující a mnohdy i nad jejich časové možnosti zabývat se pacienty komplexně, přestože se o to svým způsobem snaží, a přesto, že je to nezbytné.

Tyto názory jsou ve shodě s tvrzením Orla a kol. (2012), který uvádí, že komplexní přístup chybí v mnoha různých lékařských oborech, jelikož lékařům jejich specializace postupem času bere ochotu podívat se na věci i z jiného úhlu nebo se zaměřit na spojitosti i s jinými věcmi.

Velmi pozitivním faktorem během práce na výzkumu byla spousta praktických lékařů, kteří byli ochotných zúčastnit se výzkumu, zejména respondenti z Olomouce, a většina rozhovorů probíhala v přátelském duchu. S ohledem na nízkou časovou náročnost interview pro ně obvykle nebyl problém si potřebný čas vymezit. Respondenti byli z měst Olomouce a Prahy, jelikož se v obou městech pravidelně pohybují.

Ve většině případech autorka čekala v čekárnách lékařů na rozhovor okolo 45 minut i přesto, že byli na interview domluveni na určitý čas, jelikož se jim jejich pracovní doba

vlivem vysokého počtu pacientů obvykle značně protáhla. Tato skutečnost byla limitující, nicméně měla autorka zároveň možnost pozorovat chování pacientů v čekárnách, které bylo velmi přínosné. S ohledem na výpovědi lékařů, co se týče obtěžujícího nebo rušivého jednání pacientů, může potvrdit, že mnoho pacientů chodilo na dveře ordinace neustále klepat či něco požadovat, a také během interview zvonil některým lékařům velmi často telefon a museli vyřizovat nejrůznější záležitosti. Je patrné, že lékaři jsou pracovním skutečně velmi vytížení.

Přes veškerou snahu do hloubky zmapovat názory respondentů byl výzkum konfrontován s různými limitujícími faktory a možnými zdroji chyb, které mohly mít vliv na výsledky studie. Jedná se zejména o výběr respondentů, který se týkal pouze měst Prahy a Olomouce. Také s ohledem na velikost výzkumného souboru nelze výsledky této studie zobecnit na celou populaci. Limitujícím faktorem byl také malý rozsah dotazů vlivem pouhého jednorázového setkání. Přesto se autorka domnívá, že získání těchto kvalitativních dat může lépe přiblížit chápání a uplatňování komplexního přístupu praktickými lékaři, což může významně ovlivnit obecné nebo celkové uplatňování tohoto přístupu v praxi.

Výzkum mohl být dále ovlivněn autorky malou zkušeností s realizací výzkumu, která se mohla projevit při sběru dat nebo jejich analýze. Interview nicméně probíhala vždy v ordinacích praktických lékařů, kde bylo vždy téměř stejné prostředí a podmínky pro interview, a díky použití záznamového zařízení, které autorce nebylo umožněno použít pouze u jednoho rozhovoru, zachytila i skutečně velmi obsáhlé odpovědi respondentů.

Různá snaha o uplatňování komplexního přístupu je patrná navzdory nulové informovanosti o tomto přístupu během studia na lékařských fakultách a nedostatku času v ordinacích lékařů, nicméně je jeho uplatňování ve své pravé podobě tak, jak uvádí Orel a kol. (2012), stále nedostatečné a je třeba s touto problematikou více pracovat. Hlavní východisko z této situace se dle výzkumu jeví ve snížení počtů pacientů pro praktické lékaře nebo snížení administrativní zátěže zejména ze strany pojišťoven a správy sociálního zabezpečení. Bylo by také vhodné přehodnotit celkové nastavení zdravotnického systému a jeho požadavků pro praktické lékaře.

Tato práce svým mapováním unikátně rozvíjí pohled na pojmání komplexního přístupu praktickými lékaři v České republice včetně možností jeho uplatňování při práci s pacienty. Dozvědět se více o pojmání a uplatňování celostního přístupu u praktických lékařů je dle názoru autorky velmi důležité, ať už pro lepší práci s pacienty nebo dostatečné vzdělávání na lékařských fakultách i v dalších než somatických oblastech.

Pro budoucí výzkumy v této oblasti by autorka považovala za vhodné zaměřit se také na praktické lékaře pro děti a dorost, jelikož se jedná o další zcela neprobádanou oblast, nebo rozšířit chápání komplexního přístupu lékařů o názory pacientů, což se v tomto výzkumu přes počáteční pokus nepodařilo s ohledem na nízkou návratnost dotazníků od pacientů a nízkou spolupráci s některými lékaři. Další zajímavý a přínosný výzkum by autorka viděla ve srovnání pojetí komplexního přístupu u praktických lékařů v České Republice a v zahraničí.

## 8. Závěry

Závěrem výzkumu této bakalářské diplomové práce vycházející z analýzy polostrukturovaných rozhovorů u 10 praktických lékařů je v první řadě pojmání komplexního přístupu praktických lékařů jako zohlednění sociokulturního ukotvení pacientů, dále jejich rodiny, sociálního zázemí, krizových situací, psychického rozpoložení, zohlednění pracovních podmínek nebo také hlídání lékových interakcí. Za podstatné považují dívat se na pacienty z hlediska více odborností, nikoliv jako jednotliví orgánoví specialisté. Na vysoké škole, přestože sami oslovení lékaři spatřují komplexní přístup k pacientům jako důležitý, nebyl ve své podobě zmíněn.

Oslovení praktičtí lékaři se ke svým pacientům celostně přistupovat snaží, přestože pociťují, že pro ně mají jen velmi málo prostoru. Nedostatek času zároveň souvisí s nízkou možností terapeutické práce s pacienty a malým prostorem s nimi dostatečně promluvit. Za hlavní možné východisko z tohoto problému považují snížení administrativní zátěže ze strany pojišťoven a dalších sociálních hlášení, případně ve snížení počtu pacientů.

Náročnou situací pro zúčastněné praktické lékaře bývá nejčastěji plná čekárna nebo nevhodné chování pacientů. Za další velkou zátěž považují již zmíněnou administrativu, která zabírá spoustu potřebného času. Přes všechny náročné okamžiky mají z celkového hlediska oslovení lékaři svou práci rádi a jejich profese je baví. K praktickému lékařství je dovedly různé životní okamžiky v podobě obsazených míst v jiných oborech, politických situací nebo další shody okolností. Někteří zúčastnění lékaři ovšem uváděli, že se v tomto oboru chtěli vždy uplatnit.

Z výzkumu dále vyplynulo, že se v ordinacích oslovených praktických lékařů vyskytuje mnoho pacientů s psychickými problémy. Zúčastnění lékaři se snaží psychické problémy pacientů zvládat ve svých ordinacích a vyžaduje-li si to jejich stav, doporučují pacienty dále k psychologickému či psychiatrickému pohovoru.

Různá snaha o uplatňování komplexního přístupu je patrná navzdory nulové informovanosti o tomto přístupu během studia na lékařských fakultách a nedostatku času



v ordinacích lékařů, nicméně je jeho uplatňování ve své pravé podobě stále nedostatečné a je třeba s touto problematikou více pracovat. Hlavní východisko z této situace se dle výzkumu jeví ve snížení počtů pacientů pro praktické lékaře nebo snížení administrativní zátěže zejména ze strany pojišťoven či správy sociálního zabezpečení. Bylo by také vhodné přehodnotit celkové nastavení zdravotnického systému a jeho požadavků pro praktické lékaře.

Zjištění korespondují s odbornou literaturou uvedenou v teoretické části. Tato práce svým mapováním unikátně rozvíjí pohled na pojmání komplexního přístupu praktickými lékaři v České republice včetně možností jeho uplatňování při práci s pacienty.

## Souhrn

Předložená bakalářská diplomová práce se zabývá komplexním, celostním či také bio-psycho-socio-spirituálním přístupem, který se zaměřuje na člověka jako na celistvou bytost. Bere v potaz všechny vlivy a aspekty života, které se na něm podepisují a projevují. V tomto přístupu se díváme na člověka ve čtyřech základních rovinách, které na sebe vzájemně působí a jsou neoddělitelně provázané. Jedná se o rovinu somatickou, psychickou, vztahovou a přesahovou.

Počátky komplexního přístupu lze spatřit již v dobách antického Řecka u filosofa Platona, který se během léčby pacientových problémů zabýval vzájemnými vlivy různých částí těla a zároveň zohledňoval jeho duševní stav. V této době významně ovlivnil pohled na člověka také Hippokrates, který jako první přinesl myšlenky o dualitě těla a duše.

Toto pojetí se uplatňovalo až do 17. století do nástupu nové somaticky koncipované teorie tzv. biologického redukcionismu, ve které se propojení psychicky s tělem začalo považovat za nevědecké. Tento model je v současnosti nejrozšířenější a často vidí na pacientovi jen jeho nemocný orgán nebo část těla a jeho životní situace, pocity nebo myšlenky jsou mnohdy přehlíženy. Toto pojetí přinesl do společnosti René Descartes, který silně ovlivnil další generace lékařů až do 20. století, kdy se začala formovat psychologie jako samostatná disciplína.

Mezi nejproslulejší psychology patřil Sigmund Freud, který při svém studiu neuróz pozoroval, že většina tohoto psychického stavu je zároveň doprovázena somatickými příznaky. Následně začalo od 60. let vznikat mnoho psychosomaticky orientovaných klinik po celé Evropě.

Teoretická část předložené práce se dále zabývá pojetím zdraví a nemoci, ve kterých se potřeba komplexního přístupu silně odráží. Zdraví ve svém původním významu znamenalo celek a stejně jako na něj začalo být v posledních desetiletích nahlíženo opět celostně, je i na nemoc nahlíženo v bio-psycho-sociálním kontextu. V této části práce je dále upozorněno na autoplastický obraz nemoci jakožto na individuální prožívání nemoci.

Práce se dále věnuje charakteristice praktického lékaře, který má všeobecné zaměření, měl by být otevřený všem kategoriím problémů svých pacientů souvisejících se zdravím a ohlížet se také na faktory, které na ně působí, a prostředí, ve kterém se pohybují. Cílem jeho práce je integrace psychických, somatických i sociálních faktorů, které na pacienta působí a jsou nezbytné pro stanovení správné diagnózy a následnou léčbu.

Převládající dualismus ve zdravotnictví, který dělí nemoci na tělesné a duševní, působí problémy při aplikaci komplexního přístupu v praxi, a i při studiu na lékařské fakultě jsou lékaři zaměřeni převážně na somatické problémy, které chápou jako objektivní biomedicínský problém. Komplexní přístup ovšem není v rozporu se současnou biologickou medicínou. Je brán jako její podstatné rozšíření a doplnění, které přispívá k lepšímu fungování léčebných postupů.

V návaznosti na tyto myšlenky byl realizován výzkum, jehož hlavním cílem bylo zmapovat a popsat, jak praktičtí lékaři v České republice chápou význam komplexního přístupu k pacientům a nakolik je možné jej realizovat včetně popisu cesty, která k praktickému lékařství vede, a jak lékaři svou práci celkově vnímají.

Výzkumný vzorek zahrnoval 10 lékařů, z toho 4 ženy a 6 mužů, z města Prahy a Olomouce. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl jako metodologický rámec zvolen kvalitativní přístup a při sběru dat byla použita metoda polostrukturovaného interview. Během výzkumu byly dodrženy všechny základní etické principy pro výzkum s lidmi podle Americké psychologické asociace.

Praktičtí lékaři byli osobně oslovováni v závislosti na dostupnosti nebo doporučení již oslovených lékařů a dále byli kontaktováni prostřednictvím e-mailu či telefonu na základě dostupných kontaktů. Většina interview byla zachycována pomocí diktafonu a záznamy byly následně co nejpřesněji přepsány. Při analýze interview se autorka této práce opírala o interpretativní fenomenologickou analýzu, která se jeví jako nejvhodnější pro zpracování dat získaných během tohoto výzkumu.

Výsledky výzkumu ukázaly, že komplexní přístup pojmají oslovení praktičtí lékaři jako zohlednění sociokulturního ukotvení pacientů, dále jejich rodiny, sociálního zázemí,

krizových situací, psychického rozpoložení, zohlednění pracovních podmínek nebo také hlídání lékových interakcí. Za podstatné považují dívat se na pacienty z hlediska více odborností, nikoliv jako jednotliví orgánoví specialisté. Na vysoké škole, přestože sami zúčastnění lékaři spatřují komplexní přístup k pacientům jako důležitý, nebyl ve své podobě zmíněn.

Zúčastnění praktičtí lékaři se ke svým pacientům celostně přistupovat snaží, přestože pociťují, že pro ně mají jen velmi málo prostoru. Nedostatek času zároveň souvisí s nízkou možností terapeutické práce s pacienty a malým prostorem s nimi dostatečně promluvit. Za hlavní možné východisko z tohoto problému respondenti považují snížení administrativní zátěže ze strany pojišťoven a dalších sociálních hlášení, případně ve snížení počtu pacientů.

Náročnou situací pro oslovené praktické lékaře bývá nejčastěji plná čekárna nebo nevhodné chování pacientů. Za další velkou zátěž považují již zmíněnou administrativu, která zabírá spoustu potřebného času. Přes všechny náročné okamžiky mají z celkového hlediska zúčastnění lékaři svou práci rádi a jejich profese je baví. K praktickému lékařství je dovedly různé životní okamžiky v podobě obsazených míst v jiných oborech, politických situací nebo další shody okolností. Někteří oslovení lékaři ovšem uváděli, že se v tomto oboru chtěli vždy uplatnit.

Z výzkumu dále vyplynulo, že se v ordinacích zúčastněných praktických lékařů vyskytuje mnoho pacientů s psychickými problémy. Oslovení lékaři se snaží psychické problémy pacientů zvládat ve svých ordinacích a vyžaduje-li si to jejich stav, doporučují pacienty dále k psychologickému či psychiatrickému pohovoru.

Různá snaha o uplatňování komplexního přístupu je patrná navzdory nulové informovanosti o tomto přístupu během studia na lékařských fakultách a nedostatku času v ordinacích lékařů, nicméně je jeho uplatňování ve své pravé podobě stále nedostatečné a je třeba s tou problematikou více pracovat. Hlavní východisko z této situace se dle výzkumu jeví ve snížení počtů pacientů pro praktické lékaře nebo snížení administrativní zátěže zejména ze strany pojišťoven a správy sociálního zabezpečení. Bylo by také vhodné

přehodnotit celkové nastavení zdravotnického systému a jeho požadavků pro praktické lékaře.

Tato práce svým mapováním unikátně rozvíjí pohled na pojmání komplexního přístupu praktickými lékaři v České republice včetně možností jeho uplatňování při práci s pacienty. Dozvědět se více o pojmání a uplatňování celostního přístupu u praktických lékařů je dle názoru autorky velmi důležité, ať už pro lepší práci s pacienty nebo dostatečné vzdělávání na lékařských fakultách i v dalších než somatických oblastech.

Pro budoucí výzkumy v této oblasti by autorka považovala za vhodné zaměřit se také na lékaře pro děti a dorost, jelikož se jedná o další zcela neprobádanou oblast, nebo rozšířit chápání komplexního přístupu lékařů o názory pacientů, což se v tomto výzkumu přes počáteční pokus nepodařilo s ohledem na nízkou návratnost dotazníků od pacientů a nízkou spolupráci s některými lékaři. Další zajímavý a přínosný výzkum by autorka této práce viděla ve srovnání pojetí komplexního přístupu u praktických lékařů v České Republice a v zahraničí.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.
- 2) Baštecká, B., Mach, J. a kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- 3) Brůha, D., Prošková, E. (2011). *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- 4) Danzer, G. (2010). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 5) Faleide, A. O., Lian, L. B., Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
- 6) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 7) Frankl, V. E. (2015). *Lékařská péče o duši*. Brno: Nakladatelství Cesta.
- 8) Fromm, E. (2006). *Umění milovat*. Praha: Český klub.
- 9) Grof, S. (2004). *Psychologie budoucnosti*. Praha: Perla.
- 10) Chromý, K., Honzák R. a kol. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- 11) Kohoutek, R. (nedat.) *Autoplastický obraz nemoci*. Získáno 26. září 2017 z  
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/autoplasticky-obraz-nemoci>
- 12) Křivohlavý, J. (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- 13) Křivohlavý, J. (2009) *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 14) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 15) Moody, R. A., Perry, P. (2005). *Světlo po životě*. Praha: Eminent.
- 16) Moore, T. (2010). *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál.
- 17) Náboženství a spiritualita. (nedat.). *Střední cesta*. Získáno 17. 10. 2016 z  
<http://www.strednicesta.cz/nabozenstvi-a-spiritualita>
- 18) Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 19) Orel, M. (2015). *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Praha: Portál.
- 20) Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 21) Rahner, K., Vorglimler, H. (2009). *Teologický slovník*. Praha: Vyšehrad.
- 22) Raudenská, J., Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

- 23) Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů*. Brno: Masarykova univerzita.
- 24) Seifert, B., Beneš, V., Býma, S. a kol. (2013). *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén.
- 25) Válková, L. a kol. (2007). *Praktické lékařství*. Praha: Karolinum.
- 26) Vondráček, V., Dobiáš, J. a kol. (1969). *Lékařská psychologie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- 27) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 28) Yalom, I. D. (2005). *Každý den o trochu blíž*. Praha: Portál.
- 29) Yalom, I. D. (2014). *Máma a smysl života*. Praha: Portál.
- 30) Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada.
- 31) Zacharová, E., Hermanová M., Šrámková J. (2007) *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada.

## **Seznam tabulek a grafů**

Tabulka č. 1: Charakteristika výběrového souboru praktických lékařů



## **Přílohy**

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 2: Anglický abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 3: Ukázka výzkumného rozhovoru

## **Příloha č. 1**

### **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů

**Autor práce:** Nikol Kuchtová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD

**Počet stran a znaků:** 87/126 977

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 31

#### **Abstrakt:**

Komplexní přístup k pacientům je u praktických lékařů nezbytný, jelikož cílem jejich práce je integrace všech faktorů, které na člověka působí. Zároveň je celostní přístup k pacientům nezbytný pro stanovení správné diagnózy a následnou léčbu.

Hlavním cílem výzkumu proto bylo zmapovat a popsat, jak praktičtí lékaři pojmají komplexní přístup k pacientům a nakolik je možné jej realizovat. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup v podobě polostrukturovaného interview. Do výzkumu bylo zahrnuto 10 praktických lékařů, z toho 6 mužů a 4 ženy, pomocí metody sněhové koule, samovýběrového souboru, příležitostného a záměrného výběru.

Při analýze získaných dat se autorka opírala o interpretativní fenomenologickou analýzu. Z výzkumu vyplynulo, že komplexní přístup pojmají oslovení praktičtí lékaři jako zohlednění sociokulturního ukotvení pacientů, jejich rodiny, sociálního zázemí, krizových situací, psychiky, pracovních podmínek nebo hlídání lékových interakcí. Za podstatné považují dívat se na pacienty z hlediska více odborností. Ke svým pacientům se celostně přistupovat snaží, přestože pociťují, že pro ně mají jen velmi málo prostoru. Různá snaha o uplatňování komplexního přístupu je patrná, nicméně je jeho uplatňování ve své pravé podobě stále nedostatečné a je třeba s tou problematikou více pracovat.

**Klíčová slova:** komplexní přístup, zdraví, praktický lékař, vzdělání lékařů, pacienti

## **Příloha č. 2**

### **Abstract of thesis**

**Title:** Holistic approach in the perspective of general practitioners

**Author:** Nikol Kuchtová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD

**Number of pages and characters:** 87/126 977

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 31

#### **Abstract:**

Holistic approach in the perspective of general practitioners is necessary for their work. The aim of their work is to integrate all the factors that affect humans. At the same time, a holistic approach to patients is needed to be established by right diagnosis and treatment.

Therefore, the main objective of the research was to map and described how general prastitioners take a holistic approach to patients and how much can be implemented. A qualitative approach in the form of a semi-structured interview was chosen for the research. In the research participated 10 general practitioners, including 6 men and 4 women, using the snowball method, sampling, casual and deliberate selection.

Analytical phenomenological analysis was used to analyze the obtained data. Research has shown that a holistic approach is taken by asked general practitioners to take into account the socio-cultural situation of patients, their families, social background, crisis situations, psyche, working conditions or drug interactions. They considered it essential to look at patients in terms of more expertise. They try to have holistic approach to their patients, even though they feel very little space for that. Different endeavors to apply the holistic approach are obvious, however, its implementation in its right form is still insufficient, and more work needs to be done with this issue.

**Key words:** holistic approach, health, general practitioner, education of doctors, patients

## Příloha č. 3

**Lékař č. 1, interview ze dne 21. 12. 2017**

**V:** Tak já se Vás nejdřív zeptám, kolik Vám je let?

**R:** *Mně je 33.*

**V:** A studoval jste kde?

**R:** *Na první lékařské fakultě.*

**V:** Tady v Praze?

**R:** *V Praze, ano.*

**V:** A jaké pro Vás to studium bylo? Jak Vy jste to vnímal? Myslím náročnost, a tak nějak celkově, jestli byste to mohl trochu popsat?

**R:** *Bylo to náročný, ano. Bylo to velmi náročný, lehce chaotický trošku.*

**V:** Chaotický v čem?

**R:** *Chaotický to bylo, že toho bylo hodně a že vlastně jako... Ta praxe tam unikala a spíš šlo o to samostudium, který teda je důležitý, ale kdybych neměl rodiče taky doktory a nemohl se jich v klidu zeptat, tak si teda nedovedu moc představit některý situace. Bylo by to velmi složitý.*

**V:** A to praktické lékařství jste si vybral z jakého důvodu?

**R:** *No, to je složitý důvod. Tak nějak jsem se dlouho nemohl rozmyslet, který ten obor bych chtěl. Chtěl jsem být psychiatr, a to mi všichni, právě ti rodiče, vymluvili. Tak jsem si říkal, že na tom praktickém lékařství je to spolková psychiatrie, tak že to vezmu takhle zeširoka, tak proto. Nakonec jsem si vybral praktika, protože jsem dělal na interně, na interně se mi to úplně nelíbilo, tak jsem ty interní stáže využil na toho praktika, aby to bylo jako takový komplexnější, než jenom jeden směr – to se mi právě moc nelíbí, já to mám radši komplexnější.*

**V:** A praxe Vaši – tu máte momentálně jak dlouhou?

**R:** *Na praktika jsem šel 2013, takže to jsou 4 roky.*

**V:** Jaké to pro Vás zatím je pracovat s lidmi? Jak to zvládáte?

**R:** *No, tak možná zbytečně tím, jak jsem mladej, tak si to asi ještě nedokážu nevíť úplně s sebou domů ten problém, což si myslím, že je trošku má chyba, že bych měl být možná víc otupělejší, jako mí starší kolegové – nebrat si to tolik osobně. Takže zatím to vnímám možná zbytečně osobně a zbytečně prostě... Když to chci řešit komplexně, tak se většinou nikam nedopracuju, protože všichni to trošku jako nedokážou v té situaci, když vás něco trápí, bolí, tak to nedokážou popsat úplně opravdu konkrétně, protože mají trošku, přece jenom, tou bolestí nebo nějakým problémem, trošku to myšlení zastřený. Takže zaprvé vám to konkrétně nevysvětlí, ty situace, který byste chtěla z toho komplexního hlediska, ty si prostě buď nepamatují nebo je to složitý z nich anamnesticky získat, a pak ještě všichni v té čekárně musejí čekat, a to je teďka tady aktuální můj problém. I když já si myslím, že teda moji pacienti čekají fakt velmi krátce. Ze všech mých kolegů, co znám, tak asi nejmíň, a stejně je to problém prostě. Takže jako poprat se s tím stresem, že pořád poslouchám, proč na něco čekáme, proč na magnetickou rezonanci čekáme dva měsíce a proč na specialistu čekáme tři měsíce, no tak to teďka je můj aktuální... Otázka číslo jedna, co tady celou dobu řeším. Ne zdravotní stav, ale že někde furt někdo čeká. U jiných specialistů a na jiný vyšetření.*

**V:** Takže to zdržuje potom i vás?

**R:** *Takže to prostě zdržuje i mě. Takže aktuálně sem z toho trošku rozkoncentrovanej.*

**V:** Já tady mám potom tu otázku taky, takže k tomu rovnou skočím. Když je ta plná čekárna, tak potom je to pro vás stres, že ti pacienti jsou už nepříjemní nebo v čem to teda je ta plná čekárna?

**R:** *Jo jo přesně. Pro mě je to trošku stres. Jako většina z nich jsou rozumní lidi, takže vždycky se najde jeden dva v té čekárně, který to prostě úplně nechápu a který prostě zbytečně pak rozrušují ostatní, a i mě, zbytečně prostě. Přitom tam nikdy nečekají zas tak dlouho u mě. Takže je to stresující, ano. Je to stresující... Pro mě je to ještě trošku stresující. Ne nějak*

*zásadně – už sem si na to samozřejmě zvyknul, protože jinak se to dělat nedá, ale je to pro mě stresující. Protože já taky nechci, aby ti lidi čekali. Mě to je vlastně zbytečně ještě líto, což je blbost. To je moje hloupost. Mně to nemá bejt líto, mně to má bejt jedno, abych se z toho nezbláznil do budoucna. Mně to jedno úplně není no. Takže tak.*

**V:** Kromě teda stresu, když tam máte narváno, když ti lidé musejí čekat, tak je tam ještě něco v té práci velký stresor pro Vás?

**R:** *No tak jako celý je to stresující. Tak v podstatě ten praktik je taková polo-pohotovost. Tak já nikdy nevím, kdo mi přijde. Teď já nevím, jelikož člověka opravdu, si myslím, hodně často dovede k praktikovi hlavně úzkost, se bojím, protože jsem tady prostě na ráně, protože může ten člověk přijít kdykoliv, takže prostě ta úzkost je tady fakt znát, a teď já úplně nedokážu z jednoho kontaktu poznat, jestli fakt na začátku byla úzkost nebo je úzkost opravdu z nějakého problému? Těžká otázka. Chápu, že většinou je to úzkost o nějakém problému, ale myslím, že v jedné třetině, možná i v polovině případů, je to hlavně úzkost, co sem ty lidi dovede. Hlavně úzkostný stav prostě. Nadměrná úzkost. Patologická úzkost, jo? Takže, stresuje mě to... Nebo mě to ani nestresuje, já si to v klidu vyšetřím – myslím, že já to ještě právě dělám tak nějak poctivě. Ti mí kolegové právě, už jak trošku vyhoří časem, všichni, tak už neposílají na všechna ta vyšetření, nedělají to právě tak jako komplexně a tak ze široka. Ono to totiž nejde dělat tak ze široka, ono to chce nějakou zlatou střední cestu. A tu zlatou střední cestu někdy nalézt s pacientama, se kterýma je horší domluva, je prostě složitý. Tak to je asi tak v kostce řečeno.*

**V:** A co se týče pacientů, tak jsou tam některé typické fráze nebo chování, které třeba už i Vás vytáčí nebo vyčerpává?

**R:** *Tak typicky je to tak, že právě tady všichni klepaj na dveře, kde je napsáno „Neklepat“ a říkají mi, že tady nebudou čekat dvě hodiny, což tady nikdy nikdo nečekal. Tak to mě fakt vytáčí, protože tady prostě nikdo, myslím, dvě hodiny ještě nečekal, takže takhle. A fakt jako, jsou to takoví neurotici... To je právě neuróza, jsou to neurotici právě. Nic jim většinou není závažného, naopak. Pán, který tady má nádor, v klidu čeká a je rád, že si s ním někdo popovídá. A vždycky to jsou lidi, kterým není nic prostě. Pokaždý. Nikdy jim není nic těm*

*neurotikům, jsou to jenom prostě neurotici. Prostě nemoc dnešní doby. No, tak to mě vytáčí, ale zbytečně. Měl bych se nad tím povznést a být profesionál. Já se snažím.*

**V:** A Vás ta práce teda baví nebo jak to máte?

**R:** *Asi k tomu mám neutrální vztah.*

**V:** Dobře. A komplexní přístup jako ten pojem nebo to, co by to mělo být, tak pro Vás to představuje co?

**R:** *No tak já to mám na tom svojem internetu napsáno, že je to vlastně takový jako sociokulturní problém, kromě té nemoci. Takže trošku, jelikož přece jenom jsme taky už multikulturní, tak jako musím to trošku brát i z toho pohledu toho zázemí, toho domácího zázemí, toho kulturního zázemí, toho prostě sociálna. Nejde brát asi jenom to zdraví zvlášť, duši zvlášť, prostě rodinu zvlášť. Je to prostě celek. Jste jedna bytost začleněná do nějak společnosti, tak to nejde vytrhnout, prostě teďka hypertenze – vysokej tlak vytrhneme a teď na to dáme prášek. Ano, abych se nezbláznil, musím to tak trošku dělat. Jiná cesta je bohužel právě dost složitá, ale myslím si, že správně to není a že je lepší se nad tím zamyslet trošku komplexněji v tom kontextu. Ale ten kontext právě získat z těch lidí, je strašně složitý. Někdo to nechce říkat, někdo zase to zbytečně zveličuje... Je to složitý prostě. Složitý. Vlastně pro mě je to zdržování. Měl bych být ten praktik, co napíše antibiotika všem a na shledanou. Je to vlastně pro mě složitá situace to brát komplexně, ale chci to prostě tak brát. Protože myslím, že to je důležité. A pak se z leckterých nemocí, který tady deset let někdo léčí, může totiž objevit úplně jiná nemoc. A není to, že by ten druhý doktor byl špatný, jenom na to nemá kapacitu to řešit komplexně, což já chápu. Na to podle mě nemá kapacitu skoro nikdo. Je to totiž fakt složitý. Takže teď jde o to, kdo co bere jako komplexnost. Bere komplexnost to, že je pošlu na všechny komplexní vyšetření, jakože laboratoř, rentgen atd. anebo bere komplexnost, že je pošle na všechna ta vyšetření, a ještě se zeptá, jak je to doma, ještě se zeptá, kde bydlí, ještě se zeptá, odkud pochází. To je taky o té komplexnosti, kdo co jak bere, i co to vlastně je ta komplexnost.*

**V:** Vy jste tam potom zmínil i ten prostor pro to, takže jak je to u Vás s tím prostorem pro jiné než fyziologické problémy? Vy jste teda říkal, že toho času je asi málo...?

**R:** *No já to prostě řeším. Když to vidím, že to je potřeba, tak to řeším, protože jinak se prostě k tomu zdárnému konci nedostaneme, když to nebudeme řešit. A jako pak jenom odpálkovat: „Tady máte prášek a už mě to nezajímá“... Ještě jsem na to asi moc mladej, nejspíš.*

**V:** A co vy máte zkušenost s jinými kolegy, tak myslíte, že oni po tom komplexním přístupu moc nejdou?

**R:** *Ne. Myslím si, že ti mí starší kolegové vůbec ne, protože ti prostě už jsou na to unavení. Je to pro ně už unavující, už je to prostě nad míru něčeho, že změřím tlak, je vysokej, dám prášek... Už je nad míru to prostě nějak zásadněji řešit, jako co se týče u praktiků, protože mají narvanou tu čekárnu. Protože dle systému musejí mít narvanou čekárnu, aby se uživilí se sestřičkou. Takže to je vlastně taková systémová trošku chyba, což ale zdravotnický systém nejde nastavit asi nikde na světě, takže ono to jako... Nedávám to nikomu za vinu. Myslím si, že u starších kolegů je to hodně nekomplexní teda, ale nechci nikomu křivdit, jak kteří, samozřejmě jsou i výjimky. Čím mladší, tím mi přijde trošku komplexnější ten přístup, mi teda přijde osobně. Ale taky jsou výjimky. Taky zase právě je to pro některý mladý lidi tak stresující, že to chtějí brát jakože nekomplexně a prostě tak, jak jsme se to naučili v těch doporučených postupech pro praktiky.*

**V:** S tím souvisí i další otázka – na vysoké škole komplexní přístup... Bylo tam něco takového nebo vůbec?

**R:** *Ne to vůbec. Na to nebyl vůbec čas. Tam jste si to měla spojit sama. Je to vysoká škola. Tam to není úplně gymnázium, kde vás vedou za ruku, aby vám to došlo. Tam vám to mělo dojít samotnému, ale že by vás na to konkrétně někdo nějak upozorňoval nebo vás nějak k tomu vedl, to ne. Ale tak bystřejšímu to prostě došlo, že to musí být komplexnější a že se to pak celý spojí dohromady to studium, nebo mělo by to tak být, jinak ta medicína stojí pak trošku za nic. Ale že by tam někdo jako konkrétně řešil u praktika něco komplexního – to nikdy.*

**V:** A potom třeba když jsem byl v atestaci přímo na praktického lékaře, tam to taky vůbec nebylo?



**R:** *Tam na mě nikdo neměl čas. Tam jsem prostě někde postával, nikdo mi pořádně nic neukázal, když jsem se aktivně na něco nezeptal, tak to bylo „Jděte radši domů, než abychom se s váma zdržovali“, protože zase jsem tam byl navíc. Takže jsem tam byl vždycky navíc. Vždycky prostě zbytečně navíc. Překážel jsem většinou. Jako všichni jsme tam většinou překáželi. Takže kdybych neměl svoji školitelku potom teda, se kterou jsem byl v té ordinaci denně, tak potom už jsme si tam nějaký vztah našli, abych tam nepřekážel. Potom už jo u té školitelky, protože na praktika musíte mít takzvaného svého školitele jiného praktika. Tak k tomu, když si nenajdete vztah, no tak je to průšvih prostě. Tak se fakt nenaučíte nic. A k těm dílčím různým dalším stážím jako je ORL, ortopedie atd., no tak tam jste navíc, pokud to není fakt někdo normální. Takže je to i pro ty lidi navíc, a protože mají zase tu čekárnu narvanou, a ještě do toho musejí řešit vás atd... Takže od 2. ledna tady budu mít dvě medičky najednou, protože mají zrovna stáže. Takže tady budu mít dvě medičky, tak jsem na to zvědavěj, co tady... Jako mně to teda vůbec nevadí. Já si myslím, že musíme ty informace předat, a to je další věc. Mně přišlo, že skoro záměrně třeba v Motole na té interně mi ty informace nechtěli předat. Možná už jsem měl navíc nad některýma už malý... Nevím, jak to nazvat slušně. Už prostě ten po tý škole, a teď oni se báli, aby je tam někdo náhodou nepřerostl, a takový ty žabomyší války, aby náhodou tam ze mě někdy nebyl nějaký důležitý pán prostě, takže podle mě mi to nechtěli předat ty informace, si myslím. Není to žádná paranoia, nechtěli. Nikdo o to neměl zájem. Proč by mi měl někdo předávat nějaký informace. A to mi přijde úplně zcestný, protože prostě to zdraví a ta výuka, to je to, co tu civilizaci někam posunuje a to, co prostě naše děti pak budou muset nějak pojmout. A o mě se taky pak někdo bude muset starat nějaký doktor a učit moje děti nějaký učitel. A pokud to nebudeme předávat dál a dál jako nějakou tradici, tak budeme zpátky na stromech a budeme mít všichni zabudovaný IPhony, čipy v hlavě a bude to za nás řešit teda přístroj. A pak budeme ovce teda. A já ovce být nechci. Takže to mě jenom trošku mrzí, že mi tam ty informace nechtěli moc předávat, což bylo tristní. Ani žádným mým kolegům. To není můj subjektivní dojem, to byl dojem více lidí. A je to samozřejmě strašně individuální. Jsou kliniky, kde se o mediky starají jako nadstandardně. To je prostě strašně individuální.*

**V:** Odhadem, řekl byste, že je tady hodně lidí, co mají psychické problémy?

**R:** *Určitě jich je tady hodně. U každého praktika. Vždyť právě říkám – na začátku právě je ta úzkost a teď jde o to, že dost často ne z toho problému aktuálního ale dlouhodobá, která sem přivádí prostě... Jako mně se tady v podstatě točí dokola 100 lidí stejných. Mám tady 1500 lidí nebo kolik a dokola furt řeším, dokola, 10 pořad stejných lidí, kteří vím, že přijdou před Vánoce určitě. Fakt, to je tutovka, jo? V Klidu jako. Furt dokola.*

**V:** Takže vy tady máte momentálně okolo 1500 pacientů?

**R:** *Tak nějak no. To jako když máte míň, tak to prostě nejde mít, kvůli systému.*

**V:** A když tady teda máte ty pacienty, co to úplně nezvládají psychicky, tak vy je potom posíláte dál nebo je máte v péči nebo to řešíte s psychologem, psychiatrem? Jak to je?

**R:** *Tak podle toho, co to znamená nezvládají. Pokud opravdu mají nějakou očividně psychiatrickou nemoc – bludy, halucinace, podobný věci, tak to řeším s psychiatrem. Pokud jsou to jenom nějaký rodinný problémy nebo nějaký situační úzkosti nebo deprese, no tak se spíš snažím to řešit nejdřív s psychologem než s psychiatrem a nasadím ty prášky, antidepresiva na nějaký podobný věci, na začátku klidně i já. Takže toho psychiatra vyhledám u takových těch situačních záležitostí až na poslední chvíli. Nejdřív je chci dostat k psychologovi. A to je kámen úrazu. Protože tam všichni přijdou a pak si poslechnu: „Chtěl 500. Hm, to nedám. Vždyť platím pojištění, že jo. Proč?“ Tak, a pak říkali: „Jo, nebyla mi sympatická. Přišel sem tam jednou a pak už jsem tam nikdy nepřišel.“ Tak asi tak 75 % mých pacientů, nevím, jestli na to mám smůlu, mi řeknou tyhle dvě věci. Že buď mi nebyl sympatickej, že už tam nikdy nejdou, anebo že to stálo 500 a že proč.*

**V:** Tady není státní psycholog?

**R:** *Je tady, myslím, ale všichni si prý z motivačních důvodů za to většinou nechají zaplatit. Tady to jsou státní. To oni si to vyúčtují i nechají zaplatit, jestli jsem to správně pochopil. A pak jsou teda ti fakt soukromí a ti si to nechají jenom zaplatit. Je tady myslí jedna paní na pojišťovnu a jedna si to nechá platit, ale přesně nevím.*

**V:** Zas ale pacienti, kdyby chtěli, tak mohou jít i nějak jinam k psychologovi, že?

**R:** *Mohou, přesně tak. Jasně, je to to, že tam nikdo nechce většinou, protože každý je zdravý a nikdo si to nedokáže... Jako málo kdo si to dokáže připustit, že má nějaký problém psychický nebo mírnou depresi. Nebo nechci říct psychický problém, prostě standartní situační problém.*

**V:** Tak jo, to je všechno, takže já moc děkuju, a jestli Vás k tomu ještě něco napadá?

**R:** *No to, co sem vám tak na začátku řekl. Že je to prostě složitá situace to brát komplexně, je můj názor. Já myslím, že to je jediná možnost, jak to brát, abychom se dobrali ke správnému cíli. Sice je teda několik cest k cíli, vždycky. Tady to je podle mě ta správná, ale je to prostě složitý. Je to složitý, a hlavně ten systém nám to podle mě neumožňuje to brát komplexně. Ten systém je nastavený ne na to, to brát komplexně, ale rychle, a hlavně prostě co nejlevněji. Já tady mám různý takový informace, třeba co sem se tady musel odkud kam přeregistrovat od jedné pojišťovny nejmenované, protože když mi přišel takový papír, který nesmím nikomu říct... No prostě zkráceně řečeno, že kdybych nikoho neléčil, nikoho nikam neposílal, nenapsal žádný prášky, že mi za to dají až nějaký koruny navíc... No tak jsem se šel odhlásit od té pojišťovny.*

**V:** Aha. Takže ta z toho má potom co přesně?

**R:** *Ta z toho má to, že to potom nemusí platit. Že nechám ty lidi napospas osudu, holýma rukama tady něco vymyslím a ona potom nemá žádné náklady. Peníze jí zůstanou. Ale jak si to vůbec může nějaká pojišťovna dovolit...*

**V:** Aha. Jinak za mě je to vše a já teda ještě jednou moc děkuju za rozhovor a za Váš čas.

**R:** *No to nemáte vůbec zač.*