

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K PACIENTŮM V POJETÍ
VYBRANÝCH VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ**

HOLISTIC APPROACH TO PATIENTS IN THE PERSPECTIVE
OF SELECTED UNIVERSITY STUDENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Monika Navrátilová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Olomouc

2016

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi za odborné vedení, rady, připomínky a vstřícný přístup při zhotovování této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat spolužačce a velmi dobré kamarádce Evě Jendrulkové za podporu, milá slova a oporu, kterou mi byla nejen v průběhu psaní této práce.

Rovněž srdečně děkuji všem respondentům za účast ve výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou prací na téma:
„Komplexní přístup k pacientům v pojetí vybraných vysokoškolských studentů“
vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího
diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Komplexní přístup	9
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Počátky formování komplexního přístupu	10
1.2.1 Multifaktoriální přístup	14
1.2.2 Systémový přístup	20
1.2.3 Biopsychosociální model	22
2 Psychosomatika	25
2.1 Vymezení pojmu psychosomatika	25
2.2 Vybrané koncepce zabývající se vztahem těla a psychiky	27
2.2.1 Psychoanalytická teorie	27
2.2.2 Koncept alexithymie	29
2.2.3 Teorie stresu	30
2.3 Teorie rodiny	33
3 Komplexní přístup v kontextu zdravotnictví	38
3.1 Vývoj komplexního nahlížení na pacienta v rámci České republiky	38
3.2 Role lékaře	41
3.3 Úskalí a problémy při uplatňování komplexního přístupu ve zdravotnictví	42
3.4 Vzdělávání studentů medicíny	44
3.5 Alternativní přístupy ke zdraví	45
3.6 Komplexní přístup v psychologii	46
3.7 Interdisciplinární spolupráce	47
4 Studie	51
VÝZKUMNÁ ČÁST	54
5 Výzkumné cíle	55

5.1	Výzkumný problém.....	55
5.2	Cíle výzkumu	55
5.3	Výzkumné otázky.....	55
6	Popis základního a výběrového souboru	56
6.1	Popis základního souboru	56
6.2	Výběr výzkumného vzorku	56
6.3	Výběrový soubor	57
7	Metodologický rámec výzkumu	59
7.1	Metody sběru dat.....	59
7.2	Etické aspekty výzkumu	60
8	Technický plán výzkumu	61
8.1	Přípravná fáze.....	61
8.2	Fáze sběru dat.....	61
8.3	Fáze zpracování dat.....	62
9	Výsledky studie	63
9.1	Deskripce skupiny studentů všeobecného lékařství	63
9.1.1	Význam komplexního přístupu k pacientům	63
9.1.2	Výhody celostního přístupu	64
9.1.3	Spiritualita.....	65
9.1.4	Psychosociální faktory	66
9.1.5	Psychosomatika	68
9.1.6	Celostní přístup v praxi.....	69
9.1.7	Komplexní přístup ve výuce	71
9.2	Deskripce skupiny studentů psychologie	74
9.2.1	Význam komplexního přístupu k pacientům	74
9.2.2	Výhody celostního přístupu	76
9.2.3	Spiritualita.....	77

9.2.4	Psychosociální faktory	77
9.2.5	Psychosomatika	78
9.2.6	Celostní přístup v praxi.....	78
9.2.7	Komplexní přístup ve výuce	82
9.3	Zodpovězení výzkumných otázek.....	83
10	Diskuze	85
11	Závěry	90
	Souhrn	91
	Seznam použitých zdrojů a literatury	95
	Seznam tabulek a grafů	
	Přílohy	

Úvod

U každého jedince můžeme sledovat několik rovin, které se mohou vzájemně ovlivňovat, neboť složitost lidského organismu netkví pouze v jeho tělesné stavbě, nýbrž i v dalších aspektech. Z tohoto důvodu by bylo mylné člověka posuzovat pouze z hlediska jeho biologické stránky a opomenout například významný podíl faktorů psychických a sociálních. Tento postulát zastává i tzv. bio-psycho-sociální model, reagující na redukci na některou z těchto složek a poukazující na její limity. Celostní nazírání pacienta je však s ohledem na složitost jednotlivých složek v praxi o poznání obtížnější. Patrné je to především v pomáhajících profesích, kde může tento holistický přístup narážet na několik překážek. Nicméně přes všechny překážky umožňuje celostní přístup hlubší uchopení člověka v kontextu jeho života, díky čemuž se může například lékař dozvědět více o jeho somatickém stavu a snáze odhalit zdroj jeho obtíží.

Práci jsem si vybrala z toho důvodu, že vnímám stále větší zájem laické veřejnosti i některých lékařů a jiných odborníků o komplexnější nahlížení na pacienty. Proto jsem se tuto oblast rozhodla zmapovat.

Tato bakalářská práce popisuje v rámci teoretické části východiska komplexního přístupu, jeho podoby a aspekty takového přístupu, i možnosti uplatnění v kontextu zdravotního systému. **Cílem teoretické části** je zmapovat celostní přístup z různých hledisek, nevyjímaje žádné ze složek bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. V závěru práce je uvedeno několik výzkumů, jejichž autoři se touto tematikou taktéž zabývali.

Cílem empirické části je deskripce názorů na komplexní přístup k pacientům u studentů medicíny a psychologie, a zároveň orientační zmapování odlišností mezi těmito skupinami. Přesto, že cílem empirické části je převážně deskripce názorů studentů. Výstupy z této studie mohou pomoci objasnit budoucí směřování a limity komplexního přístupu v praxi, neboť zejména na studentech, jakožto budoucí generaci lékařů a psychologů bude záležet, zda pro něj v praxi bude místo nebo zda bude upozaděn.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Komplexní přístup

V první kapitole se zabýváme vymezením pojmu komplexní přístup, jeho interpretacemi a oblastmi, které zahrnuje.

1.1 Vymezení pojmu

Komplexní, celostní nebo také bio-psycho-sociálně-spirituální přístup, je takovým přístupem k člověku, který na člověka pohlíží celostně, což znamená, že se na něj dívá z pohledu různých oblastí, které spolu interagují a navzájem se ovlivňují (Orel et al., 2012).

Mezi tyto oblasti řadíme tělesné, psychické a sociální aspekty. Připojíme-li k těmto složkám transcendentální rozměr, z původně biopsychosociálního modelu vznikne model bio-psycho-sociálně-spirituální. K těmto dimenzím se přidává ještě časová a prostorová dimenze (Orel & Facová et al., 2010).

Ayers a de Visser (2015, 19) hovoří o celostním přístupu jako o přístupu, kdy se snažíme „*zvažovat biomedicínské faktory, chování spojené s životním stylem, psychologické faktory (např. emoce, symptomy) a faktory sociální.*“

Klímová a Fialová (2015) přidávají k bio-psycho-sociálně-spirituální rovině také faktor energetický, který v kontextu celkového pojmání člověka hraje mezi ostatními aspekty neméně významnou roli. Můžeme si tedy povšimnout, že aspekty, které spadají do celostního nahlížení na člověka se různí v závislosti na pojmání tohoto pojmu různými autory.

Ve 20. století byl zaznamenán velký nárůst integrujícího a holistického přístupu ke zdraví a nemoci, a to především v důsledku vzniku moderní psychiatrie a psychologie. Holistický koncept je dle Lipowského (1986, in Gatchel & Blanchard, 1993) odvozený od řeckého slova „*holos*“.

Pojem **bio-psycho-sociální model** byl poprvé představen Englem v roce 1977, který zdůrazňoval pohlížení na člověka v nemoci s ohledem na všechny aspekty, sociální a psychické složky nevyjímaje (Lipowski, 1986, in Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993)

Komplexní přístup bývá někdy ztotožňován s pojmem **psychosomatika**, přestože je v těchto pojmech patrná jistá odlišnost z hlediska konotativního významu. Avšak například již výše zmiňované autorky Klímová a Fialová (2015, 27) tyto pojmy příliš nerozlišují a dle jejich

názoru psychosomatika „*zohledňuje všech pět aspektů života a nemoci, které jsou ve svém vzájemném působení propojené, na sobě závislé a naprosto neoddělitelné.*“

Orel et al. (2012) naproti tomu podotýká, že z pohledu psychosomatiky je na člověka nahlíženo především v souvislosti s tělesnými a psychickými aspekty, kdežto v rámci celostního přístupu je zohledněno více oblastí, tudíž je vhodnější tyto pojmy neslučovat. Nicméně, komplexní a psychosomatický přístup spolu velmi úzce souvisí. Jak uvádí Chvála (2009, 301): „*Psychosomatický přístup představuje jednu ze snah posuzovat stonajícího člověka v jeho biopsychosociálně- spirituální celistvosti.*“

Dle Baštecké (2009) je možno místo psychosomatiky použít také například pojem biopsychosociální přístup v oblasti lékařství.

Existuje velké množství faktorů, které je možno detailněji zkoumat v rámci celostního přístupu ke člověku a které budou detailněji popsány v části pojednávající o multifaktoriálním přístupu.

V následující části budou stručně popsány počátky komplexního přístupu včetně autorů, kteří se zásadním způsobem zasloužili o zformování tohoto přístupu do takové podoby, v jaké ho vnímáme v dnešní době. Rovněž je si možné v následující kapitole povšimnout, že jisté holistické nahlížení na jedince bylo patrné již v období antiky.

1.2 Počátky formování komplexního přístupu

Autoři Konečná, Slouková a Mardešic (2012) uvádějí, že prvky v dnešní době oblíbeného, celostního přístupu k člověku můžeme spatřit již ve starověkých kulturách, přičemž v oněch dobách byla nemoc často spojována s proviněním se vůči bohům, a tedy chápána jako trest za tento prohřešek. Spolupráce mezi lékaři a věšci (dnes bychom zřejmě použili označení léčitelé), podílejících se na diagnostice a léčbě nemocných pacientů, nebyla výjimečná. Velmi zajímavý pohled na nemoc přinesla čínská medicína, která svou širokou paletou diagnostických a léčebných postupů obohatila nazírání na nemoc a jejíž způsoby léčby jsou v ordinacích některých lékařů úspěšně využívány dodnes. Stěžejním konceptem čínské medicíny je snaha udržet člověka v rovnováze, ať už s jeho životním prostředím, rodinou apod. V případě nerovnovážného stavu projeveného formou nemoci se čínská medicína

pokouší onu rovnováhu pomocí nejrůznějších prostředků obnovit. Současná medicína z těchto prostředků jako vědeckou metodu uznává akupunkturu.¹

Již slavný a též označovaný „otec medicíny“, řecký lékař **Hippokrates** předložil svou teorii o tekutinách, které se nachází v těle každého člověka a ovlivňují nejen jeho temperament, ale také jeho tělesný a psychický stav. Tento jeho postulát byl uznáván až do 17. století, kdy se začaly upřednostňovat tělesné aspekty nemoci před psychickými (Gatchel & Blachard, 1993). Hippokrates se domníval, že nemoc je zapříčiněna nerovnoměrným množstvím tělesných tekutin, tedy k určité dysfunkci v organismu může dojít, je-li některá z těchto tekutin v organismu zastoupena nedostatečně či naopak v nadměrném množství (Konečná, Slouková & Mardešić, 2012).

Hippokratův přístup k člověku lze zcela jistě považovat za celostní, neboť člověka vnímal v interakci s přírodou a poukazoval na to, že je důležité, aby byl lékař před započetím léčby pacienta obeznámen s pacientovou celkovou osobností, temperamentem apod. (Chromý & Honzák et al., 2005). Navíc si on i jeho žáci byli vědomi významu propojenosti člověka s jeho prostředím při léčbě jeho zdravotních obtíží (Konečná, Slouková & Mardešić, 2012).

Za zmínku taktéž stojí učení dalšího významného myslitele, kterým byl **Galénos**. Lidskou bytost dělil na tělesnou a psychickou složku. Přišel dokonce s tvrzením, že nervy uvnitř člověka jsou duté trubičky, uvnitř nichž proudí duch, který je v plynném stavu. Tato v dnešní době zcela irelevantní teorie však měla velký vliv na mnoho slavných myslitelů, kteří neměli odvahu se proti ní postavit či oponovat (Chromý & Honzák et al., 2005). Galénovou zásluhou „(...) *medicína začala uznávat význam anatomické přesnosti jako základ pro pochopení nemoci*“ (Konečná, Slouková & Mardešić, 2012, 17). Z myslitelů, jež ovlivnila právě Galénova teorie, jmenujme například filozofa Descarta (Chromý & Honzák et al., 2005).

Z antických myslitelů bychom neměli opomenout zmínit ještě **Avicennu** (asi 980-1037), lékaře, jenž díky svému arabskému původu obohatil tehdejší medicínské smýšlení o poznatky blízkého Východu. Známe je případ pacienta Avicenny, u něhož by v dnešní době byla nejspíše diagnostikována disociativní porucha. Avicenna však v tehdejší době jako

¹ Autorka této práce nabízí podnět k zamyšlení se nad tím, zdali je možné, že by nějaké způsoby léčby, s tak dlouhou tradicí jakou má čínská medicína, obstál a udržel si své postavení i v 21. století a přesto nebyl efektivní. Navzdory tomu se valná většina léčebných metod tradiční čínské medicíny nesetkává s přijetím ze strany mnohých lékařů a jiných odborníků. Situace v České republice se však začíná pomalu měnit, kdy například fakultní nemocnice Hradec Králové nově nabízí pacientům kombinovanou léčbu v česko – čínském centru tradiční čínské medicíny.

diagnózu uvedl, že pacient je šílený láskou. Jednalo se tehdy o muže mladého věku, který byl ve velmi špatném stavu na lůžku. Avicenna si všiml, že když mladík uslyšel určitá slova či jména, reagovalo na to jeho tělo tak, že se mu zrychlila tepová frekvence. Z tohoto prostého pozorování somatických reakcí, které se projeví díky určitému slovnímu vyjádření, usoudil, že za chabý fyzický stav mladíka může dívka. Při vyslovení jejího jména se mladíkovi tepová frekvence nápadně zrychlila. S příchodem dívky došlo i ke zdárnému uzdravení pacienta (Chromý & Honzák et al., 2005).

Určitý holistický pohled na člověka je patrný také v díle **Platóna**, kdy v dialogu Charmidés vyjadřuje souhlas s názory těch Řeků na léčbu člověka, kteří hlásají, že se lékař nemá zabývat pouze nemocným orgánem, ale uvažovat v širších souvislostech vzhledem k dalším částem těla a neopomíjet ani péči o „duši“. „(...)Mnohé nemoci unikají řeckým lékařům, že se totiž nestarají o celek, o který je třeba pečovat, neboť když ten není v dobrém stavu, že není možno, aby byla v dobrém stavu část.“ (Platón, 2003, 29)

V 16. století se znalosti lékařů týkající se stavby lidského těla značně rozšířily, a to především díky pitvám a s nimi souvisejícími objevy. Důležitým mezníkem v 17. století byl například objev krevního oběhu v lidském těle. Veškeré tyto poznatky, které obohatily svět medicíny, přispěly k tomu, že se pozornost přednostně upínala na somatickou stránku člověka a vyvrcholením tohoto smýšlení se stal takzvaný biologický redukcionismus. Biologický redukcionismus znamená, jak už název napovídá, redukci, která spočívá v upozadění psychických činitelů působících na člověka a s tím související snaha vysvětlovat dění v člověku pouze z pohledu anatomie a fyziologie (Faleide et al., 2010)

S biologickým redukcionismem je spojeno jméno **René Descartes**. Ten otevřel cestu biomedicínskému přístupu, neboť zastával názor, že věci nehmotné náleží duchovním oborům, jako například teologii a filozofii a oproti tomu věci hmotné by měly ležet v centru zájmu vědy jako takové. Lékaři by se tedy měli dle Descarta starat o fyzickou stránku člověka, a ne o jeho duši. Jak uvádí Chromý a Honzák et al. (2005, 17): „*Toto je filozofický základ biomedicínského přístupu, který pro praxi završil pruský patolog Virchow, jenž ve své patologii z r. 1858 postuloval nemoc jako poruchu buněk, tkání, orgánů, z níž vyplývá porucha jejich funkce, která se projevuje nejružnější symptomatologií.*“

Ještě větší míru ztotožnění se s dualistickým pojetím přineslo v 19. století zjištění, že mikroorganismy způsobují určitá onemocnění. Mechanické zákony a fyziologické principy

se staly v rámci vědecky orientované medicíny jedinými akceptovatelnými předpoklady pro vznik onemocnění (Gatchel & Blanchard, 1993).

Descartův filozofický pohled i Virchowovo pojetí nemoci položily základy klasické vědecké medicíny, jejíž náhled na nemoc zůstává zakořeněn v mnohých lékařích dodnes napříč tomu, že se neustále hovoří o tom, že by se v péči o lidskou bytost mělo k člověku přistupovat celostně (Chromý & Honzák et al., 2005).

V 19. století již byl biologicky orientovaný přístup k člověku nedostačující a díky pojmu psychosomatika, který poprvé použil **Johan Christian August Heinroth** (1773) se do centra pozornosti začaly dostávat také psychické aspekty chorob (Chvála, 2009).

Přesun pozornosti na psychické složky ovlivňující zdravotní stav jedince ovlivnily zprávy o onemocněních, na která nebylo možné aplikovat biomedicínský pohled na zdraví a nemoc. K velkým změnám v chápání vlivu psychických faktorů na zdraví člověka došlo především zásluhou psychiatrů a psychoanalyticky orientovaných psychologů. Jejich bádání v této oblasti bylo inspirováno především pracemi významného psychoanalytika **Sigmunda Freuda**, který podrobně popsal případy, ve kterých byly fyzické symptomy zjevně zapříčiněny faktory psychologickými (Gatchel & Blanchard, 1993). V pojetí Sigmunda Freuda se například na hysterii začalo nahlížet jako na psychosomatickou poruchu. Přínos psychoanalýzy k formování psychosomatického myšlení tví především v chápání neuróz. Freud se věnoval zejména neurózám, neboť mnohé se v 20. století projevovaly také na tělesné úrovni člověka. Stěžejní příčinu vzniku neuróz shledával v sexuálnímu pudu člověka (Chvála, 2009) „*Neuróza (podobně jako zapomenutí, přerážení) je výsledkem potlačeného konfliktu mezi infantilním sexuálním přáním a represivními složkami osobnosti, při čemž současně dochází k vytěsnění klíčových událostí do nevědomí*“ Psychoanalýza se následně snažila pomoci tomu, aby si pacient tento konflikt uvědomil a řešil jej na vědomé úrovni. Na Freuda lze tedy jistým způsobem pohlížet jako na prvotního psychosomatického lékaře, neboť v průběhu většiny neuróz se též objevovaly příznaky na tělesné stránce pacientů (Chromý & Honzák et al., 2005, 18).

Nicméně ještě dříve, než Sigmund Freud významně ovlivnil nejen oblast psychoanalýzy svými studiemi o hysterii, se touto tematikou zabývali i jiní autoři. Z těchto autorů byl významný například rakouský lékař, žijící v 18. století, **Franz Mesmer**. Ten zaznamenal mnoho případů hysterických stavů (slepota, hluchota aj.), u kterých biomedicínské vysvětlení těchto symptomů nedávalo smysl a nevedlo k nápravě. Dalším autorem, který se

taktéž zabýval hysterickými stavy, byl francouzský neurolog **Jean Martin Charcot**. Věnoval s především hypnóze a jejímu využití k redukci či úplnému odstranění těchto stavů (Chromý & Honzák et al., 2005, 18).

Za jednoho z prvních takzvaných psychosomatických lékařů bychom mohli kromě S. Freuda též označit **George Groddecka**, který se ve svém zdravotnickém zařízení snažil pacienty léčit pomocí koupelí, masáží, diet apod. (Chromý & Honzák et al., 2005).

Dalšími velmi významnými osobnostmi, kvůli nimž se začal užívat pojem **psychosomatická medicína**, jsou **Franz Alexander** a **Flanders Dunbarová**, psychoanalyticky orientovaní lékaři. Vznik tohoto pojmu velmi ovlivnila psychoanalýza a její rozšíření díky Freudovi v USA. Alexander a Dunbarová se domnívali, že tak jako vznikají neurózy psychického rázu, stejně tak vznikají také neurózy „orgánové“, které se projeví somaticky a lze je tudíž považovat za onemocnění psychosomatická. Tito zakladatelé psychosomatické medicíny také uvedli sedm onemocnění, u kterých se domnívali, že příčina vzniku těchto onemocnění je psychická. „*Byly to hypertenze, hypertyreóza, astma bronchiale, vředová choroba, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida a atopický systém.*“ (Chromý & Honzák et al., 2005, 19).

Tato onemocnění byla vybrána proto, neboť pomocí tehdejšího stavu medicíny nebylo možno určit jejich příčinu a také bylo zřejmé, že pacienti s těmito onemocněními mají potíže taktéž v oblasti psychické a sociální (Chromý & Honzák et al., 2005). Někteří autoři však poukazují na to, že A. Alexandr nezdůrazňoval pouze těchto sedm onemocnění typicky spojovaných s psychickými vlivy participujícími na jejich vzniku, ale repertoár těchto onemocnění byl dle něj podstatně širší (Faleide, Lian & Faleide, 2010).

1.2.1 Multifaktoriální přístup

S ohledem na celostní neboli některými autory (Vymětal, 2003) nazývaný bioekopsychosociální přístup, se setkáváme s přístupem, který na člověka pohlíží z pohledu různých faktorů, dimenzí, tedy vícedimenzně. Tyto dimenze ovlivňují nejen zdraví, ale i nemoc jedince a bylo by mylné na ně pohlížet odděleně, neboť působí ve vzájemné součinnosti. Jednou z těchto dimenzí je biologická dimenze, která se týká biochemických, fyziologických a anatomických ukazatelů, které směřují k nějaké dysfunkci. Příkladem poruchy, která vzniká na základě této biologické dimenze, je porucha látkové výměny (Vymětal, 2003).

Další dimenzí, která je některými autory také v rámci komplexního pohledu na člověka obsažena, je dimenze ekologická, do které můžeme v širším kontextu zahrnout veškeré vlivy prostředí, v němž člověk žije (Vymětal, 2003).

Psychologická dimenze zahrnuje psychické faktory, ať už vrozené či získané, které mohou mít vliv například na rozvoj onemocnění nebo mohou být jeho stěžejní příčinou. Jedním významným činitelem, který v této dimenzi hraje roli, může být stres. Řazený zde mohou být například jím vyvolané poruchy. Psychologické faktory mohou mít vliv na biologické faktory, například na produkci katecholaminů a glukokortikoidů, které zase mohou ovlivnit imunitní systém jedince (Vymětal, 2003). V této dimenzi hrají velmi důležitou roli emoce, kdy například lidé, jejichž emoční stav je spíše pozitivní, se s větší pravděpodobností rychleji uzdraví v porovnání s lidmi, jejichž emoce jsou spíše negativní. Nejen emoce, ale i motivace může v rámci psychologických faktorů zastávat důležitou roli (Sarafino & Smith, 2012).

Dimenzí, která spojuje psychologické faktory s faktory sociálními, je dimenze psychosociální. V neposlední řadě by v rámci komplexního přístupu v medicíně měl být brán zřetel také na sociální dimenzi. V rámci této dimenze je nutné na poruchy nahlížet také z pohledu kulturních a sociálních vlivů, které mohou ovlivňovat například to, jak jedinec na zjištěnou zdravotní poruchu nahlíží a reaguje (Vymětal, 2003).

Výše uvedené dimenze v rámci bio-psycho-sociálního modelu jsou uváděny nejčastěji, nicméně Beran (2010) upozorňuje na mnohdy bohužel opomíjený aspekt, a tím je aspekt evoluční. Dle něj je tento aspekt v celistvém nahlížení na člověka velmi důležitý, neboť chování jedince není modulováno pouze situačními faktory, ale odráží rovněž změny v evolučním neboli fylogenetickém vývoji lidského chování.

Jak výstižně uvádí Poněšický (2002, 29): „*Moderní medicína je celostní, nemocný není jenom orgán, nýbrž celý člověk.*“ V návaznosti na tuto citaci je zřejmé, že komplexní přístup ke člověku z pohledu výše uvedených dimenzí, či faktorů může napomoci lépe porozumět příčinám onemocnění, což může samozřejmě znamenat větší míru ovlivnitelnosti těchto nemocí. V medicíně se prostřídaly různé modely onemocnění, které pokaždé reflektovaly aktuální situaci na poli výzkumného bádání v této oblasti. V devatenáctém století a na počátku století dvacátého byl v popředí model kauzální, který v souvislosti s materialistickým chápáním vzniku nemoci postuloval, že „*(...) každý jev má svou příčinu a ta se vždy uplatňuje*“ (Baštecký et al., 1993, 60).

Ve dvacátém století se zvýšením počtu onemocnění také narůstá počet onemocnění, u kterých je obtížné, ne-li nemožné onu určitou příčinu najít a pojmenovat. Mnohé studie zabývající se faktory, které se podílejí na vzniku například onkologických onemocněních, hovoří o souboru kauzálních faktorů. Zároveň se namísto pojmu příčina začalo mluvit o „*rizikových faktorech*“. Uvědomění si těchto rizikových faktorů je sice posun v chápání etiopatogeneze nemocí, avšak podíl těchto faktorů je u každého jedince odlišný a je také dosti pravděpodobné, že ne všechny faktory nám jsou známy. „*Na základě popsaných zjištění byla formulována **multifaktorová teorie** patogeneze chorob. Opouští monokauzální lineární model a připouští, že ke stejné chorobě mohou různí nemocní dospět odlišným způsobem*“ (Baštecký et al., 1993, 61).

Toto multifaktorové pojmání nemoci upozornilo na významný podíl psychických i sociálních faktorů. O jejich důležitosti vypovídaly četné případy z praxe, avšak potvrzení kauzální souvislosti mezi psychosociálními faktory a určitým onemocněním prokázáno nebylo. Vzájemná interakce různých faktorů podílejících se na vzniku onemocnění ozřejmuje důvody, proč je v zásadě nemožné poukázat na konkrétní faktor, který by byl jedinou příčinou onemocnění, neboť stěžejní je právě jejich součinnost. Navíc u každého jedince se tyto činitele mohou projevit v různé míře, přičemž u někoho psychosociální rizikové faktory mohou být evidentní, kdežto u jiného nikoli (Baštecký et al., 1993).

1.2.1.1 Spirituální složka

Někteří autoři (Danzer, 2001; Klímová & Fialová, 2015) v rámci komplexního přístupu uvádějí také spirituální složku. Autorka této práce se rovněž přiklání k tomu, že spirituální komponenta by měla být zahrnuta do komplexního přístupu k pacientům.

Říčan (2009, 379) popisuje odlišnost původního pojmu spiritualita v teologickém pojetí jako působení Ducha svatého uvnitř jedince, od vnímání spirituality z pohledu psychologie, kde „*lze tento pojem definovat jako prožitkové jádro náboženství, případně jako odpovídající složku osobnosti a také jako její individuální charakteristiku.*“

Zároveň uvádí, že i v rámci psychologie došlo ke změně ve vnímání pojmu spirituality v tom smyslu, že tento pojem nemusí nutně souviset s náboženstvím, ale že i u člověka nehlásícího se k žádné církvi můžeme hovořit o spiritualitě.

„*Spiritualita je tou složkou osobnosti, která umožňuje vnímání řádu světa, struktury světa a zákonitostí a prožití světa jako smysluplného*“ (Vojtíšek, Dušek & Motl, 2012, 22).

Klímová a Fialová (2015, 123) definují spiritualitu spíše s ohledem na transcendentní zkušenost, která se našimi smysly či rozumem uchopuje stěží. Jedna z jejich definic spirituality zní takto: „*Spiritualita není nic jiného, než tendence znovu najít spojení s nadřazenými principy a jejich konejšivou náruč.*“

Irmíš (2015) shledává spirituální složku důležitou při průběhu nemoci a připomíná, že **bio-psycho-socio-spirituální** vztahy člověka ve vzájemné interakci velmi ovlivňují. Zároveň hovoří z hlediska vztahu lékař – pacient o tom, že lékař se může pacientovi například při časově náročných situacích odcizit, což může být také mimo jiné následkem opírání se pouze o tzv. objektivní vyšetřovací metody. Tuto situaci dle něj může zlepšit právě spiritualita, která dodá vztahu lékař – pacient humánnější náboj a podpoří lepší dorozumění mezi oběma aktéry. K tomuto názoru se přiklání i Koutecký (2014), který sice vnímá výhody technického pokroku na poli medicíny, avšak na druhé straně také zhoršení, které se týká mravnosti a spirituality. Hovoří o nedostatku péče o pacientovu duši ze strany lékařů, přičemž pacient je často v období nemoci sužován úzkostí a obavami, které by neměly být opomíjeny. Dle jeho slov je na jedné straně nárůst nespočetného množství nových vyšetřovacích metod, kterým však schází lidská komponenta, jež je tak důležitá, čímž dochází na straně druhé k upozadění důležitosti vztahů ve prospěch nových technologií. O důležitosti vztahu lékaře a pacienta hovořil již Irmíš (2015). Koutecký (2014) shledává v utváření tohoto vztahu velký význam doteku, jako prostředku utvoření vztahu. V doteku spatřuje spirituální význam.

Susa (2008) také považuje duchovní či spirituální stránku člověka za důležitou při interakci s pacientem. Zdůrazňuje význam pochopení a uchopení pacientovy víry, obav i strachů, jejichž zbavení se napomáhá především vzniku vztahu lékaře a pacienta založeném na vzájemné důvěře. Komplexní přístup k pacientům je v jeho knize *Tělo a duše ve zdraví a nemoci* evidentní, dokládají to i jeho názory na vzájemné ovlivňování tělesných, duševních i duchovních stránek člověka. V této souvislosti také hovoří o tzv. „medicíně souvislostí.“

Ke spiritualitě v kontextu zdravotnictví se vyjadřuje i mediálně známý lékař Jan Hnízdl (2014, 64), který tvrdí, že: „*bez spirituality nelze dělat psychosomatickou medicínu, bez spirituality nelze dělat žádnou medicínu, bez spirituality nelze zdravě žít.*“ Přičemž spiritualitu taktéž neztotožňuje s členstvím v církvi, ale chápe ji jako způsob myšlení.

Novinkou roku 2015 v oblasti celostního zkoumání zdraví s příklonem právě ke spirituální a sociální složce je vznik nového doktorského studijního oboru nesoucího název *Sociální a spirituální determinanty zdraví*. Tento zajímavý a jedinečný obor byl otevřen pro studenty

doktorského studia na teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v září roku 2015. Je zaměřen na komplexní pojmání člověka vycházejícího z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu a důraz klade taktéž na mezioborové pojetí faktorů majících vliv na lidské zdraví a nemoc (Mazochová, 2015)

V této části byla pojímána spirituální složka především v souvislosti se vztahem lékaře s pacientem, tedy z pohledu medicíny. Ovšem i v oblasti psychoterapie, především integrativní, je si možné povšimnout zdůraznění spirituality, jako faktoru, který se snaží zakomponovat do celkového pojmání klienta (www.integrativetherapy.com).

1.2.1.2 Energetická složka

O energetické složce v rámci celostního přístupu k pacientům hovoří autorky nové knihy o psychosomatice, Klímová a Fialová (2015). Po přečtení jejich společné publikace je pozornému čtenáři zřejmé, že příliš nerozlišují mezi pojmy psychosomatika a komplexní přístup a píšou-li o přístupu psychosomatickém, mají na mysli přístup celistvý, zahrnující všechny složky člověka, včetně komponenty energetické. Při objasňování energetické součástí člověka používají pojmy meridiány, hologram, čakry, kolektivní nevědomí, morfogenetické pole či bioenergie. Autorky tyto pojmy vysvětlují z pohledu kvantové fyziky a zdůrazňují, že není nutné za těmito názvy hledat nic tajemného, nevysvětlitelného až okultního, ale naopak, že se energetické systémy těla dají již změřit exaktními metodami a jsou předměty výzkumů.

McCraty, Deyhle a Childre (2012) se například zabývají kolektivním vědomím lidí, kteří mohou ovlivnit energetický systém země, a domnívají se, že energetické pole země jedince rovněž ovlivňuje. Výzkumně se také v tomto projektu zaměřují na způsob, jakým výkyvy na geomagnetické úrovni ovlivňují lidské zdraví a chování, což autoři vnímají jako možnost, jak se naučit předvídat tyto vlivy, a tím pádem ovlivnit dopad těchto výkyvů na jedince i celou společnost. Autoři o komplexním energetickém ovlivňování hovoří takto: „ (...) *lidské emoci a vědomí jsou v interakci s informacemi, které jsou zakódované v planetárním energetickém poli, zahrnující i pole geomagnetické, čímž dochází k výměně informací mezi lidmi na podvědomé úrovni, což v důsledku spojuje všechny živé systémy a vede k formování kolektivního nevědomí*“ (McCraty et al., 2012).

Přínosy a vlivy bioelektromagnetické komunikace na lidské fyzické, psychické a emocionální zdraví, se stávají těžištěm výzkumů, které se zaměřují mimo jiné na zkoumání

srdeční soudržnosti (heart coherence) jedince a vyzařováním elektromagnetického signálu do okolí, který může být následně zaznamenán jedincem jiným (McCraty, 2003).

Morris (2010) hovoří o synchronizaci srdečního rytmu mezi jedinci, ke které může za určitých podmínek docházet, a která dle něj může značit takzvanou *biokomunikaci* mezi srdci jednotlivých lidí. Mnoho dalších výzkumů, zabývajících se elektromagnetickým přenosem informací, měřením variability srdeční frekvence a obecně vlivem energetické složky na lidské zdraví, je v případě zájmu možné nalézt například na stránce www.heartmath.com.

V souvislosti s energetickou složkou je v některých publikacích také věnován prostor čínské medicíně, o níž se domníváme, že by zde v porovnání se západní medicínou zmíněná být měla, neboť mnoho autorů vnímá čínskou medicínu jako způsob, který na člověka nahlíží ze širšího hlediska, tedy komplexně (Klímová & Fialová, 2015; Luo, Wang & Liang et al., 2012; Zahourek, 2008).

Jak už bylo zmíněno výše, čínská medicína se malými krůčky dostává i do České republiky, což je vidět například i na spolupráci českých a čínských lékařů v nemocnici v Hradci Králové (www.fnhk.cz/tcm) nebo v ordinacích některých lékařů využívajících diagnostické metody čínské medicíny.

Jiang (2009) se spatřuje rozdíl mezi západními způsoby léčby a tradiční čínskou medicínou (TCM) v tom, že západní medicína je více zaměřena specificky na daný problém, oproti tomu o TCM tvrdí, že je schopna zachytit více detailů a pojmout pacienta v holistickém pojetí. Přiznává sice, že TCM není schopna ve své komplexnosti zachytit detaily, což však v jeho srovnání se západní medicínou může být výhodné, protože západní medicína jde naopak příliš do hloubky problému, a to až natolik detailně, že jí celistvé vnímání uniká.

Hnízdil (2014, 102) se domnívá, že základy čínské medicíny je vhodné znát, avšak zpochybňuje názor, že by se měly praktiky čínské medicíny včlenit do klasického západního zdravotního systému, neboť „*je to jiná tradice, jiná mentalita, jiné životní prostředí, jiný životní styl.*“ Nicméně se nevyhraňuje vůči tradiční čínské medicíně a tvrdí, že účinnost velmi záleží na individuálních zkušenostech jednotlivých pacientů s jejími metodami, a jeli někomu prospěšná v procesu léčby, může být vhodnou alternativou ke klasickým západním vyšetřovacím metodám.

1.2.2 Systémový přístup

Jelikož již výše zmiňovaný bio-psychosociální model, o jehož představení se zasloužil Engel, do jisté míry stojí na základech systémového přístupu (Baštecký et al., 1993), je tato část zacílena právě na tento přístup a objasnění jeho charakteristik.

Baštecký et al. (1993, 62) uvádí, že slovo řeckého původu *systema* „*znamená původně seskupení, sjednocení nebo přímo celek.*“

Jelikož je systémový přístup usazen do kontextu systémové teorie, budou zde ve stručnosti nastíněny některé základní postuláty této teorie. Adler, Herrmann a Köhle et al. (2003) uvádí, že z pohledu systémové teorie je na interakce mezi jevy nahlíženo jako na dynamické procesy uvnitř systému. Tyto jevy mají autonomní vlastnosti, ale neustále s ohledem na propojení se systémy vyššími a tedy nadřazenými, jejichž jsou součástí. Nabízí také zajímavý pohled na systémy jako na výsledek vnímání pozorovatelem, kdy tyto systémy nezůstávají neměnné, ale varíují v závislosti na nahlížení na ně z pozice pozorovatele.

Honzák (1989) pojímá systémový přístup při nahlížení na nemoc a zdraví, jako určitý nástroj, který hovoří o tom, že veškeré jevy jsou dílem nadřazeného systému a zároveň tyto jevy vystupují jako nadřazené systémy vůči jevům menším. Z tohoto pojetí vyplývá, že každý jev existuje vždy jen v rámci nadřazeného systému, a ne osamoceně.

Habr a Vepřek (1986, in Baštecký et al., 1993) nahlízejí na systémový přístup, jako na přístup k jevům, na které je nahlíženo celostně v rámci jim nadřazených i podřazených systémů a ve vzájemných souvislostech s jevy ostatními.

Co se v rámci systémového přístupu kauzálního vztahu týče, je pro tento přístup stěžejní kruhová či cirkulární kauzalita na rozdíl od kauzality lineární (Baštecký et al., 1993).

Pro lepší uchopení komplexního přístupu, o kterém tato práce pojednává, je vhodné si přiblížit koncept Bertalanffyho, který v souvislosti se systémovou teorií hovoří o přístupu mechanistickém a organistickém. Z organistického hlediska pojímá Bertalanffy organismus, jako věc, která je strukturovaná a je tedy nezbytné na zákonitosti organismu pohlížet holisticky, z hlediska multifaktoriálních interakcí a uspořádání částí (Baštecký et al., 1993). Bertalanffy (1937, in Pouvreau & Drack, 2007) považuje organismus za systém s jednotlivými částmi, které jsou uspořádány a plní určitou funkci, přičemž každá z těchto částí a její změny neoddělitelně souvisí a závisí na změnách částí ostatních. Tím pádem se však každá část chová odlišně od chování systému jako celku, a tedy nestačí organismus

posuzovat jen jako souhrn jeho částí, ale nahlížet na něj v celistvém kontextu, v rámci celého systému.

S ohledem na cirkulární kauzalitu, o které byla zmínka výše, hovoří Bertalanffy o tzv. *principu primární aktivity*. Tento princip pojednává o schopnosti sebeřízení jednotlivých struktur systému, mezi kterými dochází k vzájemným interakcím a výměnám informací i s vnějším prostředím. Z tohoto pohledu je možné systém popsat nejen jako samořízený a směřující k určitému cílovému stavu, ale také se schopností uspořádání jednotlivých struktur uvnitř systému, čímž je mu umožněno vyvíjet se od méně rozlišených stavů k více rozlišeným. Vztáhneme-li tento princip do oblasti péče o pacienty, přináší nám nový pohled na pacienta jako na aktivního, majícího vliv na svůj zdravotní vztah, oproti pasivně vnímanému pacientu. Přenesením této vlastnosti a obecně systémového přístupu do oblasti zdravotnictví bude na pacientův stav nahlíženo nejen z pohledu biotechnického přístupu, ale v rámci celkového systému nebudou opomenuty ani faktory psychosociálního rázu. V tomto duchu lze systémový přístup považovat za jakousi základní matici či bázi, na které se může uplatnit právě komplexní přístup k pacientům a který tak umožňuje nové holističtější pojmání člověka (Baštecký et al., 1993).

Luban-Plozza, Pöldinger a Kröger (1992) vidí hlavní přínos systémové teorie v pohledu na léčbu pacientů, na které je vhodnější pohlížet v interakci s ostatními osobami v jejich okolí, než pouze na daného jedince bez ohledu na jeho sociální vazby. Tito autoři přisuzují systémovému přístupu podíl na rozvoji rodinných terapií a novému přístupu k pacientům. Například zdůrazňují změnu v chápání příčin onemocnění pacienta, neboť jádro problému se odklonilo od poukazování na osobnostní profil pacienta či na jeho psychodynamické reakce na minulé události. Došlo zde k posunu vlivem systémového přístupu směrem ke zdůraznění behaviorálních aspektů vzniklých v interakci s ostatními jedinci, především s rodinou.

Systémový přístup otevírá prostor **bio-psycho-sociálnímu modelu** pohlížení na člověka, který bude přiblížen v následující kapitole. Před tím, než zaměříme naši pozornost na konkrétní biopsychosociální model, zakončíme toto pojednání o systémovém přístupu hierarchickým modelem Engela (1980, in Baštecký et al., 1993) vycházejícího právě z této koncepce, na kterém je zjevná provázanost jednotlivých nadřazených i podřazených částí. Zároveň je nutné si v této souvislosti uvědomit, že v případě narušení koheze nadřazených systému tohoto celku, se změna projeví i na úrovních ve sférách nižších.

Beran (2010) v souvislosti s tímto modelem zdůrazňuje propojenost jednotlivých součástí, přičemž člověk, jakožto jedinec uvnitř tohoto systému je somaticky na úrovni nejvyšší (například vzhledem k buňkám v jeho organismu), ale z hlediska společenských struktur naopak na úrovni nejnižší.

1.2.3 Biopsychosociální model

Biopsychosociální model je dle Berana (2010) aplikací systémového přístupu (viz přecházející kapitola), který rozšiřuje pohled na nemoc oproti biomedicínskému modelu, a tím vytváří základnu pro komplexní přístup k pacientům. Baštecká et al. (2009) pojmy biopsychosociální a celostní přístup striktně neodlišuje a je tedy patrná souvislost mezi modelem biopsychosociálním a komplexním přístupem k pacientům, na který je v této práci zaměřena pozornost. Rovněž tak Hozák (1989) pojmy celostní a biopsychosociální přístup uvádí synonymně.

Před popisem **biopsychosociálního přístupu** by zde měly být objasněny charakteristiky biomedicínského přístupu, neboť jak již Beran (2010) podotkl, biopsychosociální model rozšiřuje jeho pohled na nemoc. Podle slov Baštecké a Macha et al. (2015) vychází biomedicínský přístup z dualistického vnímání těla a duše, který byl patrný například u již zmiňovaného Rene Descarta.

Biomedicínský přístup uchopuje nemoc, jako přírodovědecký jev a somatický stav jedince pro něj představuje objekt bádání. „*Zdraví chápe především jako nepřítomnost nemoci*“ (Baštecká & Mach et al., 2015, 193).

Pokud bychom však striktně rozlišovali mezi pojmy *nemoc* a *choroba*, potom by biomedicínský přístup pravděpodobně spíše za zdraví považoval nepřítomnost choroby, tedy nepřítomnost objektivních ukazatelů poukazujících na poškození somatické stránky pacienta. Jak uvádí Fabrega (1972, in Engel, 2012), biomedicínský přístup je typický zejména pro západní společnost, a to nejen jako čistě vědecký přístup, ale lze na něj též nahlížet jako na specificky kulturně podmíněný pohled na nemoc.

Pojem biopsychosociální použil údajně již psychiatr a neurolog Ginker (1963, in Ghaemi, 2009) v padesátých letech minulého století, který zdůrazňoval především biologickou (srov. s Engel, 2012) stránku v protikladu k psychoanalytickému přístupu. Ke zpopularizování pojmu biopsychosociální přístup přispěl především Engel. Jako jeho stěžejní sdělení pro práci s pacienty Baštecká et al. (2003, 213) uvádí to, že: „*všechny tělesné a psychické*

nemoci v sobě zahrnují biologické, psychologické a sociální prvky, kterým musíme věnovat pozornost, cheme-li, aby náš zásah byl účinný.“ Ghaemi (2009) hovoří o úsilí Engela přidat do medicíny psychosociální prvky jako o snaze psychologizovat medicínu. Zároveň dodává, že Engel se zabýval především onemocněními tělesnými a aplikaci biopsychosociálního přístupu na duševní poruchy pouze předpokládal, a to bez toho aniž by se touto domněnkou výzkumně věnoval.

Na nedostačující biomedicínský model upozornil Engel (2012) v sedmdesátých letech minulého století. Tvrdil, že tento model nebere v úvahu psychosociální aspekty zdraví a nemoci, stěžejní jsou pro něj somatické parametry týkající se neurologických a biologických procesů, a že tedy tomuto modelu scházejí další psychosociální proměnné, které jsou s tělesnými parametry člověka v neustálé interakci. Zdůrazňoval však zahrnutí zmíněných proměnných takovým způsobem, aby dosavadní přínos striktně biomedicínského přístupu nezůstal upozaděn a neztratily se uvnitř modelu biopsychosociálního jeho nezpochybnitelné výhody.

Již v dřívějších pracích Engel (1960, in Engel, 2012) poukazoval na nutnost nového medicínského modelu, neboť do biochemických reakcí vstupují také další faktory, jako například aktuálnost nemoci a jeho subjektivní prožívání pacientem, které jsou ovlivněny jak sociálními, psychologickými, tak i kulturními proměnnými, a tudíž je nutno se na všechny tyto faktory dívat z hlediska jejich vzájemných interakcí. Proto zdůrazňuje, aby v lékařské praxi nebyly pouze vyhodnocována laboratorní data a prováděna různá laboratorní měření, ale aby se neopomíjely samotné výpovědi pacientů o své nemoci, což však vyžaduje jisté komunikační dovednosti a správné vedení rozhovorů s pacienty.

Subjektivní prožívání nemoci pacientem se může diametrálně odlišovat od biochemických indikátorů a taktéž sociální a psychologické aspekty mohou tyto ukazatele velmi ovlivnit. Lékař by se měl pokoušet toto subjektivní prožívání ovlivnit a podpořit tak pacientovu víru v uzdravení. Ve striktně biomedicínském modelu však tento přístup zahrnut není, proto je zde prostor na nový model, a to na model biopsychosociální (Engel, 2012).

Grinker (1964, in Ghaemi, 2009), jak již bylo zmíněno výše, zdůrazňoval biologickou složku, snažil se být eklektický oproti psychoanalytickým přístupům. McHugh a Slavney (1998, in Ghaemi, 2009) při srovnání Grinkera a Engela tvrdí, že zatímco Grinker se snažil určitým způsobem o redukci, Engel o jisté rozpínání v rámci jím propagovaného modelu. Tito autoři poukazují na Grinkerův skepticismus vůči biopsychosociálnímu modelu, který

dle něj vlastně ústí v konečném důsledku v přemíru svobody, tedy sice v individuální léčbu pacientů, ale v rámci praxe k tomu, že každý bude lékař bude s pacienty nakládat dle svého uvážení. Myslel tím v zásadě to, že v biopsychosociálním přístupu může někdo upřednostňovat složku biologickou, jiný sociální či psychickou, která je mnohdy protěžována psychoanalytiky pracující s tímto modelem. Kritika tohoto eklektického způsobu dle něj tkví především v tom, že neexistuje nějaký racionální princip, který by určil, kdo se k jaké složce z tohoto modelu přikloní.

Heretik et al. (2007, 99) uvádí v souvislosti s etiologií psychických a psychosomatických poruch právě převládající biopsychosociální přístup při nahlížení na ně, přičemž konceptuální výklad poruch stojí na multifaktoriálním pojmání vzniku těchto poruch. Důsledky přijetí právě biopsychosociálního modelu spatřuje následující:

- při veškerých poruchách hrají roli biologické i psychologické a sociální faktory,
- jejich význam a podíl se při jednotlivých poruchách liší,
- existují také významné interindividuální rozdíly v podílu skupin etiologických faktorů.

Snaha o propojenost biomedicínského a biopsychosociálního přístupu a s ním související i mezioborová spolupráce je potřebná dle autorů Junne a Zipfel (2015, 1) i například v kontextu s tvrzením, že: *„celistvý zázrak lidské existence nemůže být plně pochopen v rámci úzké oblasti jedné či více vědeckých komunit.“*

Biopsychosociální model neznamenal dle některých autorů (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004) posun paradigmatu ve smyslu změn ve vědecké činnosti v oblasti medicíny, ale spíše pomohl k lepšímu využití již existujících poznatků ke většímu prospěchu jednotlivých pacientů.

K přijetí biopsychosociálního modelu WHO došlo již v roce 1977, avšak stále ještě dle některých odborníků efektivně uplatňován není (Společnost psychosomatické medicíny, 2015).

2 Psychosomatika

2.1 Vymezení pojmu psychosomatika

Pojem **psychosomatika** je složen ze dvou slov, sice od slova *psyche* a *soma*. Slovo *psyche*, jinak řečeno duševno, zrcadlí především náš vnitřní postoj k určitým životním událostem. *Soma* naopak znamená tělo. Psychosomatika tedy řeší vztah mezi psychickým a tělesným, přičemž nechápe tyto dva systémy antagonisticky. Psychosomatika chápe duševní i tělesnou složku jako systém navzájem se ovlivňující a kompatibilní (Poněšický, 2002).

Na psychosomatiku je možné nahlížet ze tří různých hledisek, a to z pohledu nejširšího, užšího, či nejužšího pojetí. **Nejširší pojetí** je možné chápat podobně jako komplexní přístup popsáný v předchozí kapitole. V tomto pojetí je kladen důraz na propojení bio-psycho-sociálních složek, které ovlivňují jedince ve zdraví i v nemoci. Tento přístup zahrnuje velké množství faktorů, které je nutno zohlednit v rámci klinické praxe a je nezbytné naučit se rozlišovat důležitost jednotlivých faktorů, které mohou být stěžejními činiteli při vzniku nemoci. Nejširší pojetí psychosomatiky je téměř identické se systémovým přístupem v lékařství. V rámci **užšího náhledu** na psychosomatiku se na jedince v souvislosti s faktory podílející se na jeho zdravotním stavu pohlíží taktéž simplifikovaně. V tomto pojetí je taktéž nutno redukovat faktory uplatňující se ve zdraví a nemoci jedince a v centru zájmu stojí taková somatická onemocnění, na jejichž vzniku a průběhu se zásadním způsobem podílejí psychosociální aspekty. Psychosomatická porucha se však nevztahuje na určité diagnostické kritérium či kategorii. To znamená, že u libovolné diagnózy je možné vystopovat zřejmé psychosociální vlivy, které podstatným způsobem ovlivňují danou chorobu, kdežto u dalšího pacienta se stejnou diagnózou může být vliv psychosociálních faktorů naopak zanedbatelný. V tomto pojetí je tedy možné stejnou somatickou chorobu u jednoho pacienta považovat za výhradně somatickou, kdežto u jiného pacienta za psychosomatickou. Do užšího pojetí psychosomatiky je taktéž možno zahrnout onemocnění, která vznikají na základě nezdravého způsobu života, mezi které můžeme řadit například cévní mozkovou příhodu. **Nejužší pojetí** psychosomatiky se týká takového přístupu, který se zabývá psychosomatickými onemocněními, u kterých se lze domnívat, že psychosociální proměnné hrají zásadní roli při vzniku daného onemocnění. Avšak nahlížení na psychosomatiku z pohledu tohoto přístupu není v dnešní době, především díky rozvoji psychosomatické medicíny, příliš rozšířené (Baštecký et al., 1993).

Kořeny pojmu psychosomatika sahají do začátku 19. století, kdy tento pojem poprvé použil lékař Heiroth roku 1818. Pojem psychosomatika ovšem dával do souvislosti se spánkovými poruchami, neboť se domníval, že tyto poruchy jsou způsobeny vnitřními psychickými stavy. Toto byl však pouze začátek tohoto pojmu, který v průběhu dalšího století prošel určitým vývojem. Psychosomatiku lze nyní chápat jako postoj v rámci medicíny a jako specifickou formu přístupu ke člověku s určitými diagnostickými a terapeutickými možnostmi v rámci léčebného procesu (Danzer, 2001). Dle Hoffmana a Hochapfela (1999, in Heretik & Heretik et al., 2007) se psychosomatika také týká směřováním výzkumu, který zohledňuje psychické i sociální aspekty participující na vzniku či průběhu somatických onemocnění. Rovněž uvádějí další oblast týkající se psychosomatiky, a to způsob léčby, ve kterém jsou uplatňovány psychoterapeutické prostředky.

Přestože pojem psychosomatika byl použit už na začátku devatenáctého století Heinrothem, za zpopularizování tohoto pojmu vděčíme především dvěma autorům, a to Franzi Alexandrovi a Flanders Dunbarové, jejichž zásluhou také nese časopis zabývající se touto tematikou název *Psychosomatic Medicine* (Chromý & Honzák, 2005).

Problematika pojmu psychosomatika tkví v tom, že nabádá k tomu uvažovat nad tělem a duší, jakožto nad dvěma oddělenými entitami. Hlavním úskalí tohoto pojmu je to, že lidé o něm často hovoří jako o jakési další možnosti ke klasické, vědecky zaměřené medicíně (Chromý & Honzák, 2005).

Již od počátku psychosomatického přístupu byla snaha propojit a především najít souvislosti mezi vlivy biologickými, psychologickými a sociálními, jež se uplatňují při vzniku, či průběhu nemoci. Z toho také mimo jiné vyplývá, že oproti takzvané „vědecké“ medicíně, tedy medicíně, která má důkazy podložené příčiny nemoci, je psychosomatický přístup zaměřen více na individualitu jedince než na nemoc, která by měla obecně platný charakter pro všechny jedince. Jedná se o to, že v rámci psychosomatického přístupu se zohledňují ty faktory, které přímo působí na daného jedince v kontextu jeho životní situace (Chromý & Honzák, 2005).

Danzer (2001) upozorňuje na další úskalí pojmu psychosomatika jako takového. Je totiž možné setkat se s různými chybnými interpretacemi tohoto pojmu ze stran odborníků. Mnozí se domnívají, že musí nejprve pečovat o pacientovy psychické strasti, neboť tomuto jeho soužení následně připisují zodpovědnost za jeho fyzické projevy, tedy poruchy projevené na somatické stránce pacienta. Tato možná kauzalita ovšem není plně opodstatněná, neboť by

bylo mylné se domnívat, že je u nemocného člověka problém pouze v psychické nebo naopak pouze v somatické stránce. Je nutné se na nemocného člověka tedy dívat z bio-psycho-sociálního pohledu, kdy se každý aspekt této jednoty na vzniku nemoci podílí. Navíc pojem psychosomatika může taktéž přispívat k nepřesnému třídění nemocí, a to na pouze tělesné nebo pouze psychické a na nemoci, které v sobě obsahují oba tyto faktory, tedy onemocnění psychosomatická.

2.2 Vybrané koncepce zabývající se vztahem těla a psychiky

Na psychosomatiku je možné nahlížet z pohledu různých pojetí, avšak ať již se jedná o nejširší či nejužší výklad psychosomatiky, vždy se hovoří o spojitost mezi tělesem a psychikou, vyjádřeno slovy Freuda, „*záhadným skokem*“ duševních stavů do tělesné roviny a obráceně. Jedinci však také žijí ve vztahových relacích s ostatními jedinci, takže k tomuto duálnímu pojetí se přidává též faktor sociální. Podobnost mezi **psychosomatikou** a **komplexním přístupem** je tedy zcela evidentní (Baštecký et al., 1993).

Heretik & Heretik et al. uvádějí (2007), že se mnoho koncepcí snaží ozřejmit vztah mezi tělem a psychikou, proto některé z nich budou nastíněny i v následujících částech této práce.

2.2.1 Psychoanalytická teorie

Psychoanalýza, jakožto výchozí teoretický koncept dynamických teorií, byla zformulována především díky jejímu hlavnímu představiteli Sigmundu Freudovi. Freud operoval ve svých teoriích s pudovými složkami osobnosti, vytvořil různé modely organizační struktury lidské psychiky, a zejména se pokoušel přijít na to, jakým způsobem se vnitřní svět klienta manifestuje v jeho projevech či somatických příznacích onemocnění (Konečná, Slouková & Mardešić, 2012).

Freud definoval topografický model lidské psychiky, který dle něj obsahuje nevědomí, předvědomí a vědomí. Vědomí je částí tohoto modelu, které funguje na principu reality, a který je přístupný pro jedince na rozdíl od nevědomí. Nevědomí je oproti tomu nepřístupné a jsou v něm obsaženy pudové touhy a zážitky, které byly prostřednictvím obranného mechanismu (vytěsnění) vytěsněny do nevědomí (Freud, 1994). Dalším Freudovým modelem je tzv. model strukturální, zahrnující na sobě poměrně nezávislé složky psychiky, a to id, ego a superego. Nesoulad mezi těmito složkami může, v případě jeho nezpracování vyústit v *intrapsychický konflikt*, který se může projevit v rovině fyzické (Konečná et al., 2012). Toto znázornění intrapsychického konfliktu na somatické úrovni ozřejmuje další

z Freudových pojmů, v tomto případě **konverzi**. Prostřednictvím konverze se Freud snažil vysvětlit poruchy smyslového ústrojí nebo vůlí řízeného svalstva. „Z pohledu psychodynamiky základem konverzního symptomu je symbolizace konfliktů, přání, obav, ale i fantazií do řeči těla, které však pacient nerozumí“ (Heretika & Heretik et al., 2007, 478).

Pro ještě lepší pochopení vztahu mezi psychikou a tělesnem v pojetí Freuda by bylo vhodné zmínit důležitost raných životních zkušeností jedince, konkrétně období od narození do šesti let, kdy dle něj dochází k rozvoji pudových sil. Mnohé poruchy mohou být vysvětleny na základě narušení vývoje v těchto prvních etapách života. S ohledem na psychosomatiku „(...) jsou nejdůležitější první dvě období, kdy se budují definitivnější vzorce fyziologických reakcí“ (Baštecký et al., 1993, 36). Tato tři raná životní období (orální, anální a genitální) mohou do určité míry přetrvávat nebo dojde v průběhu vývoje jedince k jejich „socializaci.“ Nicméně, za určitých krajních okolností může dojít regrese na jednu z těchto vývojových etap (Luban-Plozza, Pöldinger & Kröger, 1992).

Psychoanalýza byla spojena především z bádáním odborníků, kteří byli stejně jako S. Freud židovského původu. Avšak právě tito odborníci, kráčející ve šlépějích psychoanalýzy, vytvářeli nové koncepce, které obohatili nejen prostředí psychosomatiky. Odborníci židovského původu však byli za doby nacismu v Německu pronásledováni či nuceni opustit Evropu. Následky se projeví i na poli psychosomatického bádání či komplexního pojetí nemoci. „S vydáním zákona na ochranu rasy v Německu v roce 1933 se dostalo komplexnější chápání nemoci do sporu s mocí. Napříště neměly být hledány cesty k lepšímu porozumění chronickým nemocem. Všechno nezdravé nemělo být pochopeno, ale vymýceno ve smyslu eugeniky²“ (Trapková & Chvála, 2004, 28).

Důležitý přínos psychoanalýzy, mající souvislost s psychosomatikou, je její upozornění na procesy v nevědomí, které ovlivňují nejen jednání či prožívání, ale mohou mít také vliv na vznik či průběh onemocnění (Slouková & Mardešić, 2012).

Psychodynamické formulace se zdály být spekulativní a jejich teoretické koncepty bylo velice obtížné vědecky ověřit. S teoretickými koncepty a jejich prostředky k ověření přišli H. F. Dunbarová a Franz Alexander, kteří stáli na počátku vzniku klasické psychosomatiky (Faleide et al., 2010).

² Eugenika – termín vyjadřující snahu o tělesné a duševní zlepšení příštích generací lidské společnosti (Hartl & Hartlová, 2010).

2.2.2 Koncept alexithymie

Ve velmi rozsáhlé publikaci Psychosomatische medizin (Adler et al., 2003) na které se podílelo mnoho autorů a která se však v české republice svého překladu doposud nedočkala, uvádí autoři, že ve výzkumech, zaměřujících se na psychosomatiku, tedy na vzájemné vlivy tělesných a psychických aspektů, se objevují dvě hlavní linie. První a novější z nich se zaměřuje na zkoumání vztahu mezi negativními emocemi a zdravotním stavem jedince. Starší, na které je rozvíjen také koncept alexithymie, se snaží přijít na to, zda zdravotní stav nemůže neblaze ovlivňovat omezení ve schopnosti vyjadřovat emoce (Adler et al., 2003).

Současné psychodynamické formulace zaměřené na psychosomatické poruchy se intenzivně zabývají konceptem alexithymie, neboť psychosomatický proces je často právě alexithymií charakterizován (Gatchel & Blanchard, 1993). Podle Procházky (2011, 39) je možné alexithymii vymezit jako určitý nedostatek v usměrnění a uchopení emocí, můžeme ji také chápat jako: „*verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladů emocí do slov.*“

Dle Bašteckého et al. (1993) pojem alexithymie představil poprvé v roce 1972 psychiatr, který působil v Beth Israel Hospital v Bostonu, Peter E. Sifneos. Tímto konceptem se následně zabýval se svými spolupracovníky, z nichž za zmínku stojí především J. C. Nemiah.

Baštecká a Goldmann (2005) uvádějí, že výchozí základnou pro rozvoj alexithymické koncepce byly psychoanalytické teorie. V druhé polovině 20. století bylo od koncepce alexithymie očekáváno, že přispěje k lepšímu porozumění psychosomatickým onemocněním.

Nemiah, Freyberger a Sifneos (1976, in Adler et al., 2003) charakterizují projevy alexithymie takto:

- a) obtíže s identifikací a popisem pocitů,
- b) obtíže s rozlišením mezi pocity a somatickými ukazateli emoční aktivace organismu,
- c) nedostatečně rozvinutá představivost, která se projevuje například chyběním fantazijních představ,
- d) vnějškově orientovaný styl myšlení.

Poněšický (2012, 97) v souvislosti s francouzskou psychosomatickou školou hovoří o jejím pojetí osobnosti „*charakterizované alexithymií*“, u které je především zjevně snižená schopnost emočního prožívání a reagování.

Zjistit, jak alexithymie ovlivňuje zdravotní stav jedince je značně složité, neboť není zřejmý kauzální vztah mezi alexithymií a vznikem onemocnění. Je totiž velmi obtížné vědecky prokázat, zda alexithymie předchází chorobě, nebo zda je až jejím důsledkem v chování. Neurobiologickým modelem alexithymie se také výzkumníci zabývají s ohledem na aktivitu autonomního nervového systému. (Adler et al., 2003).

Některé studie (Rabavilas, 1985, in Adler et al., 2003) hovoří o aktivaci nervového systému u lidí vykazujících alexithymické rysy a domnívají se, že důsledkem nedostatečného emočního uvědomování a reagování dochází u těchto jedinců k neustále zvýšené autonomní nervové aktivitě. Naopak výzkumy, které výrazné změny mezi „alexithymickými“ a „nealexithymickými“ jedinci v aktivaci autonomního nervového systému neprokázaly, hovoří o tom, že by tato snížená aktivita mohla prokazovat sníženou schopnost alexithymických jedinců tyto změny zaznamenat (Adler et al., 2003).

Nicméně o alexithymii se již nehovoří jen v souvislostech s „klasickými psychosomatickými onemocněními“ (viz tzv. chicagská sedma), ale někteří autoři (Taylor, 1997, in Adler et al., 2003) uvažují o roli alexithymie například i v onkologických onemocněních.

U nás a na Slovensku se alexithymii zabývali například Mohapl, Kondáš či Kordačová (Heretik a Heretik et al., 2007)

2.2.3 Teorie stresu

Stres je pojem, který je již v dnešní době běžně užíván. Nicméně teorie stresu je stále aktuálním a nosným tématem, zaměřujeme-li se na souvislosti mezi prožíváním a fyzickými projevy, neboť mnohé z nich ozřejmuje.

Za nestory stresové teorie můžeme považovat W. B. Cannona, H. Selyeho a R. S. Lazaruse (Baštecká & Mach et al., 2015).

S pojmem *stres* je však nejvíce spojeno jméno endokrinologa **H. Selyeho**, neboť právě on onen syndrom stresu popsal a uvedl do povědomí laické veřejnosti. Stres definuje jako „*souhrn všech nespecifických účinků různých činitelů působících na organismus*“ (Selye, 1966, 66).

Účinky stresu je možné pozorovat například jako poškození organismu nebo ve formě adaptačních reakcí organismu, které jsou projevem obrany proti nespecifickým činitelům vyvolávajícím stresovou reakci. Tyto spouštěče označil Selye za tzv. stresory. Těmito

souhrnnými projevy stresu se následně výzkumně zabýval a formuloval pro ně tzv. *generální adaptační syndrom* (GAS). Tento syndrom se projevuje ve třech stádiích, kdy nejprve nastává *poplachová reakce organismu*, následuje *stádium rezistence* (organismus se snaží odolat nežádoucím účinkům stresoru) a poslední fázi popisuje jako *stav vyčerpání a selhání organismu*. Poslední fáze GAS nastává v případě, že organismus se již není schopen ubránit nepříznivým účinkům stresu, například v důsledku jeho dlouhodobého působení na organismus. Odolnost organismu vůči účinkům stresu je do velké míry dána činností nervové a hormonální soustavy, které se snaží regulovat nežádoucí vlivy a udržet v organismu vyrovnané prostředí. Tento rovnovážný stav organismu označil **W. B. Cannon** jako homeostázu (Selye, 1966).

Stresory, které působí na organismus člověka, mohou být jak psychologické, tak fyziologické povahy a ukázalo se, že mají vliv na imunitní odpověď organismu, na který působí. Ovlivňování imunitního systému následkem působení stresorů se uskutečňuje prostřednictvím aktivace hypotalamo-hypofyzární osy. Mnoho výzkumů se snaží objasnit, jakým způsobem ovlivňují tyto stresory imunitní odpověď organismu, neboť mnohá somatická onemocnění jsou právě spojena s nepřiměřenou imunitní reakcí organismu. Vztahem psychosociálních faktorů, neuronální aktivity a imunitních reakcí ke zdraví se zabývá poměrně nový obor **psychoneuroimunologie** (Agarwal & Marshall, 2001).

Významná osobnost, která se rovněž zabývala stresem, byl psycholog **S. Lazarus**. Ten nahlížel na stres z hlediska kognitivního uchopení stresorů jedincem. Domníval se, že stresová situace a následná reakce organismu je značně ovlivněna kognitivním hodnocením jedince, tedy tím, jaký smysl jí člověk přisuzuje a jak dané stresory hodnotí (Klose & Kebza, 2009). Vymětal (2003) upozorňuje na změny reakce imunitního systému v důsledku aktivního či pasivního reagování jedincem na zátěžovou situaci. Uvádí, že na základě experimentálních zjištění je možné usuzovat vliv postoje jedince ke stresu, přičemž pokud se člověk s akutním stresem snaží aktivně vypořádat, dochází ke zvýšené aktivaci imunitních reakcí. Oproti tomu, pokud na jedince stresory působí dlouhodobě, tedy u jedince dochází k vyčerpání a pocitům nedostatečné kontroly nad situací, imunitní reakce organismu vykazují naopak imunitní činnost sníženou.

Důsledky stresu, které se mohou manifestovat ve zdravotním stavu jedince, jsou intenzivně výzkumně zkoumány a diskutovány. Předpokládá se, že narušení funkcí imunitního systému následkem dlouhodobého působení stresorů může vést ke zvýšenému výskytu infekčních

onemocnění. Zvýšená citlivost vůči infekčním patogenům je tedy mnohdy pozorovaná u lidí, kteří byli vystaveni zátěžovým, stresujícím situacím (Brockhaus, 2001). „*Byl doložen negativní vliv stresu téměř na všechny orgánové soustavy, především oběhovou, srdeční, gastrointestinální, endokrinní*“ (Klose & Kebza, 2009, 385).

Zajímavý výzkum poukazující na souvislost stresových situací se zdravotním stavem jedince uskutečnili Cohen, Frank & Doyle et al. (1998), kteří ve svém výzkumu testovali probandy jak metodami psychologickými, tak i lékařskými. V tomto výzkumu nebyla sice ověřena hypotéza, že by stresové události trvající méně nežli měsíc zapříčinily vznik klasického nachlazení způsobeného viry, avšak objevili signifikantní vztah mezi stresory působící na jedince alespoň jeden měsíc a zvýšenou náchylností k nachlazení. Často takovými stresovými událostmi byla ztráta zaměstnání, potíže v rodině, či neshody s přáteli.

Vztah mezi stresovou reakcí organismu a vznikem či průběhem nádorových onemocnění je taktéž předmětem diskuzí, avšak teze, že by osoby před nástupem onemocnění měly za sebou větší množství stresových a zátěžových situací, než osoby bez onkologického nálezu, potvrzena doposud nebyla. Nicméně u nádorových onemocněních se spíše než v souvislosti se stresem hovoří o vztahu k určitému typu osobnosti popisovaného „*potlačováním emocí, především potlačováním zlosti a rezervovaností, stejně jako konformním osobnostním stylem*“ (Tschuschke, 2004, 33).

Pro uchopení stresu v novějším pojetí nežli jak ho popisoval H. Selye, byla uveřejněna **teorie alostázy**. Alostáza má v podstatě společné znaky s homeostázou, avšak působí a řídí děje v organismu celistvěji, ne pouze místně, pojímá tělo i mozek a zpracovává informace i požadavky vnějšího prostředí v širším kontextu dějů. Zároveň také anticipuje možné nároky prostředí, jimž se bude muset přizpůsobit. Ukázkový příklad psychosociálních vlivů je možné si uvést na zvýšeném krevním tlaku, kdy „*hypertenze je nejvýše rozšířena tam, kde dochází k narušení intimních sociálních vazeb zvýšenou soutěživostí a chronickým nabuzením. Ovlivňovat se proto nemá léky, ale snížením nabuzení*“ (Sterling & Eyer, 1988, in Baštecká & Mach et al., 2015, 587).

Následky stresu jsou často dávány do souvislosti s psychosomatickými onemocněními, nebo přesněji psychosomaticky objasňovanými obtížemi, či s onemocněními psychickými s psychosociálními důsledky (Brockhaus, 2001).

Širší kontext nemoci zahrnuje i různé stresové faktory, které jedince ovlivňují, jak před propuknutí choroby, tak i v jejím průběhu. Přičemž dlouhodobé vystavení se stresovým

situacím nemusí mít ze začátku žádnou fyziologickou odezvu, která by se projevila v podobě nemoci, avšak přesto může pomoci k oslabení organismu, který se může stát náhle náchylnějším například vůči virovým či bakteriálním původcům onemocnění. Samozřejmě stres není jediným faktorem, který může takto markantně přispět ke spuštění nemoci, ale v součinnosti s ostatními působícími faktory může hrát velmi významnou roli (Šácha & Šáchová, 2000).

Domníváme se, že uvažování o stresu jako o jednom ze zásadních činitelů ovlivňujících psychický i fyzický stav jedince je stěžejní při snaze o uchopení člověka v komplexním rámci jeho obtíží, neboť působení stresorů se na jeho zdraví může projevit výrazným způsobem.

2.3 Teorie rodiny

Ve snaze nahlížet na člověka komplexně, není možné opomenout téma rodiny. Následující text pojednává o jejím významu.

Rodina je základní sociální útvar, který významným způsobem ovlivňuje jedince z mnoha hledisek, komplexně, tedy **bio-psycho-sociálně**. Je tedy zřejmé, že problémy na úrovni tohoto celku mohou působit na jedincovo chování, avšak problematičtější je zjistit, jakým způsobem k takovým změnám přesně dochází. Nicméně rodinné prostředí nepochybně ovlivňuje jedincův zdravotní stav, například průběh onemocnění. Usuzuje se, že existují některé choroby, v jejichž léčbě hraje rodinné prostředí tak významnou roli, že je nutné na něj stěžejně působit, aby došlo ke zdárné léčbě jedince (Baštecký et al., 1993).

Matějček a Langmeier (1981, 220) pohlíží na rodinu jako na „*společenství, kde se sdílí čas, prostor, úzkost i naděje, kde se soužitím všichni „učí pro život“, kde všichni dávají i přijímají, kde formují svou osobnost a mají možnost zrát k moudrosti – a kde podstatnou složkou všeho je vzájemně sdílená a působená radost.*“

Důležitým pojmem pro definici rodiny je **rodinná identita**, vyjadřující prožitek členů „my jako rodina.“ Mezi **funkce rodiny** můžeme zařadit biologicko – reprodukční, ekonomicko – zabezpečovací, socializačně – výchovnou a emocionální (Sobotková, 2009).

Klasická Freudova psychoanalýza v terapeutickém procesu mezi klientem a terapeutem s pojmy přenos a protipřenos. Na tyto dvě stěžejní projekce však bylo nahlíženo z pohledu psychiky daného jedince, nikoli ze vztahové perspektivy. Freud si sice uvědomoval, že rodina jako taková má na jedince vliv, a rovněž, že nemoc jedince může rodině přinést

i pozitiva – vnímal to však jako komplikaci v terapii a spíše se zasazoval o to, aby rodina do terapeutického procesu vůbec nevstupovala. O důležitosti zapojení rodinných příslušníků se začalo hovořit ve čtyřicátých letech minulého století především díky významným odborníkům v této oblasti, D. Blochovi a V. Satirové. Na vztahy v rodině se začalo pohlížet jako na významného činitele v terapii a zmínění autoři začali pracovat se členy rodiny společně s pacientem. Zúžený pohled, kdy byla v terapii pozornost soustředěna výhradně na jedince, byl tímto rozšířen o vztahovou síť pacienta, ve které se nachází společně s ostatními členy rodiny, a se kterou je v terapii nutné počítat (Gjuričová & Kubička, 2009).

V rodinné terapii se pacient, který do terapie přichází z nějakého důvodu, často označuje jako tzv. **identifikovaný pacient** (IP), neboť toto označení implikuje jistou souvislost jeho symptomů, jak s jeho intrapsychickým stavem, tak se vztahy a děním v rodině. Mnohdy totiž dochází ze strany členů rodiny k označení pacienta jako nemocného, majícího problém, což může evokovat vinu pacienta za své potíže a odklánět pozornost od hledání souvislostí symptomů identifikovaného pacienta s prostředím v jeho rodině (Satir, 2007).

Klasický redukcionisticko-mechanický způsob myšlení, který předpokládá primární příčinu, jež kauzálně ovlivní následek jevu jiného, se objevil i při zkoumání rodin. Rovněž psychoanalytický pohled společně se sociálně psychologickým se ubírali cestou tohoto modelu, když se na základě jejich tezí formovala představa, že rodina zapříčiňuje vznik poruchy identifikovaného pacienta. Později se začal projevovat nesouhlas s tímto kauzálně - lineárním smýšlením, což vyústilo v systémový přístup k rodině (Sobotková, 2007).

Systémový přístup již byl nastíněn v samostatné kapitole této práce (viz. Systémový přístup). Systémový přístup se uplatňuje rovněž při pohledu na rodinu jako na systémovou jednotku. Tento přístup umožňuje vnímání rodiny jako komplexu, ve kterém identifikovaný pacient zaujímá určitou roli a má vliv na fungování celé této jednotky, stejně jako ostatní členové náležící do tohoto celku (Gjuričová & Kubička, 2009). Sobotková (2007) dodává, že v tomto celku hrají důležitou roli i procesy a vztahové relace uvnitř tohoto systému, přičemž při práci s rodinou je nutné na tento komplex nahlížet jako na celek avšak neopomenout samotné jedince v tomto systému a další vnější vlivy, které tento celek mohou významně ovlivňovat.

V rodině dochází k změnám, neboť se neustále vyvíjí a proměňuje, a to například vlivem náročnějších životních období a změn, které přináší. Nicméně, napříč těmito změnám se zachovává rodinná identita a celý tento celek se snaží odolávat zatěžujícím situacím a udržet

psychologickou rovnováhu uvnitř této jednotky. V souvislosti s rovnovážnými mechanismy uvnitř rodiny hovoříme o **rodinné homeostáze**. Při flexibilním reagování rodinného systému vůči změnám se rodina vhodně vyrovnává s nároky prostředí a homeostáza rodiny je zachována. V opačném případě, tedy při rigidním reagování dochází k ohrožení relativně stabilního prostřední uvnitř rodiny, což může vyústit v patologické rodinné klima, kdy například jeden ze členů onemocní. Tento identifikovaný pacient a jeho obtíže se dají interpretovat jako neefektivní způsob řešení rozporů v rodinném prostředí. Na takový nesoulad může identifikovaný jedinec reagovat například funkčními poruchami a porucha takto vzniklá je už jen v omezené míře řešitelná na úrovni daného jedince, ale je nutné do procesu léčby zahrnout i rodinu jakožto celek (Baštecký et al., 1993).

Správné fungování rodiny určují především tyto faktory: **soudržnost, adaptabilita a komunikace**. Soudržnost neznamená pouze pocit sounáležitosti, ale z hlediska tohoto faktoru je neméně důležitá separace a osamostatnění členů. Adaptabilita souvisí s flexibilním reagováním na náročné životní situace při udržení rodinné homeostázy. Způsob komunikace v rodině také modifikuje rodinné prostředí (Sobotková, 2007). Trapková a Chvála (2004, 62) vyzdvihují význam jazyka na formování jednotlivých rodinných systémů. Upozorňují také na funkci nepochopení, které je dle těchto autorů nezbytné pro určení hranic uvnitř systémů, identitu a integraci jednotlivých členů, či celků uvnitř rodiny, popřípadě u větších sociálních uskupení. Rovněž uvádějí, že již výsledky některých výzkumů zkoumající komunikaci v rodinách dokládají, že *„se nemocné rodiny od zdravých odlišují kromě jiného v tom, že se tam častěji opakují rigidní komunikační vzorce.“*

Sobotková (2007) v souvislosti s pojmy zdravá či nezdravá rodina zdůrazňuje časté mylné přesvědčení, že se funkční rodina vyznačuje složením rodiny. Funkčnost rodiny daleko více ovlivňují děje a vzájemné relace uvnitř tohoto celku, nežli kompletní složení rodiny. Bylo by tedy nesprávné tvrdit, že rodiny, ve kterých jeden či více významných členů chybí, jsou méně funkční, než rodiny úplné. Rovněž Bertram (1977, in Adler et al., 2003) podotýká, že některé rodiny si stabilitu udržují i takové situaci, kdy jsou členové odděleni stovkami kilometrů. Hovoří o nové vztahové formě, o tzv. multilokálních vícegeneračních rodinách.

Diskutabilním pojmem se stalo „family health“ neboli rodinné zdraví. Denhamová (1999, in Sobotková, 2007) ve svém výzkumu udává, že toto rodinné zdraví bylo v její studii popisováno v souvislosti s lékařskou péčí a zdravotním stavem. Naneštěstí jsou lékařská

ošetření stále spíše zacílená na konkrétní jednotlivce nežli na komplexní jednotku, jakou je rodina.

Dle Sobotkové (2007, 75) se i přes vývoj rodiny a neustálé přeměny v rodinném prostředí je možné ze strany psychologů přistupovat k rodině **celostně**, a to z hlediska těchto pojetí:

- systémový přístup k rodině (i při poradenské a terapeutické práci s jedním klientem či pacientem vnímat jeho rodinu,
- historický kontext (společenské a historické vlivy společné lidem určité generace, demografické trendy),
- časový a vývojový kontext (vývojový cyklus rodin, zvládání úkolů jednotlivých fází, zvládání rodinných krizí normativních – vývojových – i nenormativních),
- kontext kulturní, etnický a spirituální (multikulturní podoba společnosti, oblast hodnot rodiny a rodinná identita),
- kontext resilience – odolnosti – rodiny (funkčnost rodiny, rozvíjení možností a silných stránek rodiny).

S výše uvedenými přístupy v rámci narativní rodinné terapie pracují i Trapková a Chvála (2004), kteří rovněž zdůrazňují význam práce s rodinným celkem oproti převládajícímu léčebnému působení zaměřeného pouze na jedince. Tito autoři zavádí mimo jiné pojem „*sociální děloha*“, který používají v souvislosti s vývojem rodin a analogicky tento pojem přirovnávají k prenatalnímu vývoji plodu uvnitř těla matky. Spatřují také velký význam jazyku, příběhů a především jejich významům, které jim udělují jednotliví členové rodin. Tyto významy určují také mocenské pozice v tom smyslu, že významy, které jednotliví členové spojují s danou situací, a které jsou ostatními členy uznávané, určují vyšší mocenskou pozici těchto jedinců. Poukazují například na zajímavou skutečnost, že v rodinách častěji onemocní právě děti, tedy jedinci, kteří jsou z hlediska přidělování významů na nižší mocenské pozici, než rodiče. Avšak s nástupem symptomů, pozorovatelných u dítěte, se najednou mocenské vztahy začnou měnit. Následná intervence může tento proces posílit nebo utlumit, a to právě díky uvědomění a ovlivnění těchto mocenských pozic.

Kromě biopsychosociálního modelu, který již byl popsán, můžeme v souvislosti s rodinou hovořit o **biobehaviorálním rodinném modelu** (BBFM), který se více zaměřuje na rodinné prostředí, jeho emocionální klima s využitím systémového přístupu. Na zkoumání tohoto modelu se ve svém výzkumu zaměřili Woods a Denton (2014), kteří zkoumali u rodin kvalitu

jejich rodinného fungování, spokojenost ve vztahu, výskyt úzkostných a depresivních symptomů i fyzické zdraví. Tento výzkum ukázal souvislost mezi rodinným fungováním a výskytem deprese i mezi depresivní symptomatikou a výskytem somatického onemocnění, přičemž vztah mezi rodinným fungováním a somatickým onemocněním signifikantní nebyl. Tento výstup dle autorů poukazuje na výskyt deprese, jako „mediátoru“, který působil mezi těmito dvěma faktory. Podobnou mediátorovou funkci zastával v tomto výzkumu i výskyt úzkosti.

Zda má ještě smysl hovořit například o vyložené **psychosomatických rodinách** (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978), které vykazují některé speciální charakteristiky, zůstává otázkou. Avšak více než zřejmý je fakt, že rodina neodmyslitelně patří do komplexního pojetí člověka a má na jednotlivé členy vliv. A to, ať už jasně pozorovatelný, nebo skrytý.

3 Komplexní přístup v kontextu zdravotnictví

V této kapitole bude nastíněn komplexní přístup ve zdravotnictví a psychologii v České republice, stěžejně zaměřený na lékařskou profesi, na vztah mezi lékařem a pacientem, i na možné překážky, které mohou bio-psycho-sociálnímu nazírání na pacienta bránit.

3.1 Vývoj komplexního nahlížení na pacienta v rámci České republiky

Počátky formování komplexního přístupu byly významně formovány psychoanalýzou, a to především myšlenkami jejího zakladatele S. Freuda na celistvé nazírání na člověka. Nicméně v meziválečném období se myšlenky židovských lékařů neslučovaly s nacistickou ideologií v tehdejší Německu, a tak se v „*roce 1933 dostalo komplexnější chápání nemoci do sporu s mocí*“ (Trapková & Chvála, 2004). Je zřejmé, že situace v Německu ovlivnila i pojmání nemoci v Československu.

Po druhé světové válce bylo odmítnuto filozofické smýšlení Německa a s ním i názory tehdejších odborníků, mezi nimiž byli i významní lékaři poukazující na důležitost psychosociálních aspektů při léčbě člověka. Československu se tedy spíše přiklánělo a bylo ovlivněno **anglosaským typem medicíny**, který byl biomedicínsky orientovaný. Psychosomatická medicína, kterou bychom mohli považovat za konkrétní využití komplexního přístupu v praxi, nebyla nikterak rozvíjená, o čemž svědčí i tento výrok: „*Česká medicína se za padesát let ideologického útlaku prakticky zbavila schopnosti integrovat psychické, sociální a duchovní aspekty stonání*“ (Chvála, in Tress, Krusse, & Ott, 2008, 12).

Upřednostňování biomedicínského přístupu se neodehrávalo pouze na našem území, ale tuto změnu a odchýlení se od psychosomatického uvažování zaznamenala i Světová zdravotnická organizace. V roce 1977 byl odstraněn pojem **psychosomatické onemocnění** z mezinárodní klasifikace nemocí. Důvodem měl být jak nesoulad v chápání pojmu **psychosomatika** v různých zemích, tak tvrzení, že neexistuje onemocnění, na kterém by se neprojevovaly psychické nebo somatické faktory (Trapková & Chvála, 2004).

Od roku 1975 došlo ke změně, neboť byla založena **sekce pro studium psychosomatiky** Psychiatrické společnosti ČLS, kde pracovaly různé skupiny v oblasti psychosomatické medicíny (Chvála, in Tress, Krusse, & Ott, 2008, 12). Další výraznou změnou v oblasti vzdělávání znamenal rok 2013, kdy byl prostřednictvím vyhlášky Ministerstva zdravotnictví (MZ) přijat **nový nastavbový obor Psychosomatika**. Dalším stěžejním datem bylo 20. 5.

2015, neboť v tento den vyšlo ve Věstníku MZ (částka 5) usnesení, kde byly mimo jiné upřesněny podmínky a náplň této nové specializace, o kterou mohou požádat lékaři všech různých oborů (Společnost psychosomatické medicíny, 2015).

Dle Hnízdila (2014) je ustanovení nové lékařské specializace uznáním psychosomatického přístupu, který v holistickém pojetí pohlíží jak na pacientovu chorobu, tak na události v pacientově životě a jejich vzájemné souvislosti. Hrozbu však vnímá v tom, že se noví lékaři „psychosomatici“ budou starat o pacienty, se kterým si striktní biomedicínský přístup neví rady, neboť žádnými objektivními metodami nebyly nalezeny příčiny onemocnění takovýchto pacientů. „*V základech psychosomatického přístupu by měl být vzdělaný každý lékař už během studia na fakultě. Předělávat hotové doktory je pozdě*“ (Hnízdil, 2014, 12).

Psychosomatika jako lékařská nástavba je tedy v legislativě České republiky na začátku své cesty k rozšířené psychosomatické péči, která je zakotvena ve zdravotním systému Německa již od roku 1992. V Německu bylo roku 1993 přijato ustanovení o členění psychosomatické péče v rámci psychosomatické medicíny, které mohou být řešeny v rámci těchto specialistů:

- základní psychosomatická péče v rámci lékaře s nástavbou v oblasti psychosomatiky,
- psychotherapeuticky orientovaná péče somatických lékařů,
- lékařská specializace na psychosomatickou medicínu a psychoterapii – nejvyšší kvalifikace lékaře v této oblasti (Ameloh et al., 2013)

V Německu se rovněž klade velký důraz na **týmovou spolupráci** odborníků z různých oborů v rámci stacionární léčebné péče nejen psychosomatických klinik. V článku z roku 2013 němečtí autoři (Ameloh et al.) srovnávali psychosomatickou péči v zemích střední Evropy a uvádějí, že v České republice a Polsku se psychosomatická společenství postupně zakládají v rámci regionální péče, a že tato péče je čím dál tím více akceptovaná i politickými představiteli daných zemí. S tímto názorem autorka této práce souhlasí a je to evidentní i vzhledem k prosazení nové lékařské specializace v této oblasti.

Co se týče perspektivy psychosomatické medicíny v rámci Evropy, byla v roce 2012 založena **Evropská Asociace Psychosomatické Medicíny** (EAPM), jejíž cíle jsou především zlepšení péče a vědecké činnosti na poli psychosomatiky (Ameloh et al.)

O důležitosti týmové spolupráce hovořili i odborníci z Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci Chvála a Trapková, na odborné konferenci pro lékaře

a psychology nesoucí název *Psychosomatická medicína*. Přednáška těchto autorů se týkala **chápání pojmu bio-psycho-sociální**. Informace, které jsou vzhledem k tématu této práce stěžejní, zde budou ve stručnosti popsány:

- jednotlivé sféry (bio-psycho-sociální) fungují v jiných rovinách a vysílají jiné informace (bio - signály, psycho – významy, socio – komunikace),
- vzájemně se tedy nemohou informovat,
- přesto, že se nemohou informovat, ovlivňovat se mohou, neboť se na sebe mohou díky tzv. koevoluční svázanosti vylad'ovat,
- není podstatné, na kterou úroveň působíme, neboť ovlivněním jedné oblasti, může dojít i k ovlivnění oblastí ostatních, přičemž důležitou roli zde hraje **jazyk a komunikace**,
- problematika poznání **psychosociální roviny** tkví v tom, že ji lze poznat pouze prostřednictvím **vztahu**, na rozdíl od roviny biologické,
- odborníci se koncentrují na jinou část této bio-psycho-sociální jednoty, v důsledku čehož se od sebe často vzdalují,
- „*věda vytváří falešný obraz reality a mocensky ho jako jediný propaguje*“ (osobní sdělení 25. 2. 2016).

Z výše uvedených informací je zřejmé, že **spolupráce** několika **odborníků** je výhodná pro zachycení celkového stavu pacienta, přičemž jednotliví odborníci musí fungovat jako jeden vzájemně komunikující celek jednající v zájmu pacienta. Z **center**, která zásady komplexního přístupu v České republice využívají, jmenujme například Institut rodinné terapie v Liberci (www.lirtaps.cz), Centrum komplexní péče Roseta (www.roseta.cz), Psychosomatickou kliniku Patočkovu (www.psychosomatika.cz), či nestátní zdravotnické zařízení komplexní péče Hnízdo zdraví (hnizdo-zdravi.eu).

Autorka této práce některá tato centra osobně navštívila. V lednu 2016 byla na stáži v ordinaci mediálně známého pana doktora Hnízdila, kde měla tu možnost sledovat jeho práci s pacienty a následně prodiskutovat jednotlivé případy. V rámci komplexní péče o pacienta v ordinaci tohoto lékaře pozorovala především jeho **empatický přístup** k pacientům, důraz na podrobné **sejmutí anamnézy**, **dostatek času** na každého pacienta (hodinový rozhovor i s vyšetřením) a **spolupráci s dalšími odborníky** působícími v tomto centru, kteří jsou například z oblasti psychologie či fyzioterapie. Nicméně tato komplexní péče není v daném zařízení hrazena pojišťovnami (osobní sdělení 6. 2. 2016).

3.2 Role lékaře

Osobnostní charakteristiky lékaře, jeho přístup a angažovanost vůči pacientům a jejich problémům, bezesporu modulují ozdravný proces pacientů.

Významným autorem, který se zabýval propojeností nejen psychických a tělesných aspektů, byl von Weizsäcker. Ten zformuloval tzv. „*ekvivalenční princip*“. Tento princip postuluje, že tělesní a psychičtí činitelé, jsou na stejné úrovni, tudíž mezi nimi neexistuje klasický kauzální vztah příčiny a následku. Neustálá manifestace psychiky v rovině tělesné a naopak je proces, díky kterému si von Weizsäcker uvědomil, jak se mohou životní události jedince projevit v jeho somatickém stavu, a jak tento stav může ovlivnit jeho psychické naladění. Rovněž velmi zdůrazňuje vztah mezi lékařem a pacientem, který je dle něj stěžejním faktorem při diagnostice a terapii. Tvrdí toto: „*aby lékař mohl dospět k bio-psycho-sociální diagnóze, musí se dostat s pacientem do takového kontaktu, který mu umožní zažít ho v jeho reálných projevech*“ (in Heretik & Heretik et al, 2007, 477).

Další teorii navazující na von Weizsäckerovu koncepci uvedl Uexküll (1981, in Heretik & Heretik et al., 2007), když hovořil o „situačním kruhu“. Živé systémy dle něj nereagují mechanicky, ale navzájem spolu komunikují díky znakům, kterým jsou přiřazeny významy, z čehož vyplývá, že stav zdraví není jistý, ale musí být neustále nastolován.

Připustíme-li, že významy ovlivňují stavy živých organismů, nelze opomenout významy, které lékař připisuje zdravotnímu stavu pacienta, a jak tyto významy mohou ovlivnit průběh léčby. Vztah mezi lékařem a pacientem je vždy asymetrický, přičemž postoj lékaře k pacientovi značně ovlivňují dva stěžejní modely, sice na nemoc orientovaný a na pacienta orientovaný. Prvý z nich je také jinak nazýván **paternalistickým** a vyjadřuje ryze expertní postoj lékaře k pacientovi, zaměřený na objektivní ukazatele onemocnění. Oproti tomu model **partnerský** zrcadlí lépe celostní péči o pacienta, neboť v rámci tohoto přístupu vnímá lékař pacienta jako celistvou bytost, kterou ovlivňují mimo jiné například i vztahové sítě ve kterých se nachází. Lepší kooperace mezi lékařem a pacientem a zachycení biopsychosociální roviny pacienta je oproti modelu paternalistickému evidentní. Nicméně, v České republice zaujímá paternalistický přístup ještě stále dominantní postavení (Vymětal, 2003)

Také psychoanalytik Lichtman (2010) poukazuje na to, že v dnešní době se ve zdravotnictví ošetřující personál více zaměřuje na znalost konkrétních ukazatelů značících chorobu, což

ústí v upřednostňování testových metod k objasnění patologie před naslouchání danému pacientovi.

Otázkou však zůstává, jak onu „lidskou“ složku lékařské péče do zdravotnictví více integrovat. Křížová (2006) uvádí, že již od počátku lékařství se od lékařů očekávala na jedné straně především lékařská odbornost a znalost, a na straně druhé neméně podstatné vystupování lékaře a jeho přístup k pacientovi. Domnívá se, že spojení těchto dvou komponent je nejideálnější stav, ke kterému by lékaři měli směřovat, avšak v praxi je častěji upřednostňovaná složka odborná, tedy expertní.

Křížová (2006, 50) taktéž připomíná pokus Světové zdravotnické organizace z roku 1968 o vytvoření pracovních norem „*emočního prožívání a reagování*.“ Dále uvádí, že i například profesor Charvát se snažil zahrnout **psychosociální aspekty** do lékařské praxe tak, aby nebyly upřednostňovány před biologickými.

3.3 Úskalí a problémy při uplatňování komplexního přístupu ve zdravotnictví

Uplatňování celostního přístupu k pacientům ze strany lékařů a jiných zdravotních pracovníků naráží na některé překážky.

Jak uvádí Orel et al. (2012), často není chybou jen lékařů, že se nesnaží připustit si možné souvislosti, které mohou ovlivňovat pacientův zdravotní stav, ale také někteří pacienti si mnohdy nechtějí přiznat, že by například tělesné příznaky nemoci mohly být ovlivněny jejich emočním rozpoložením apod. Na druhou stranu pacienti také očekávají odborný přístup lékařů ke svému zdraví, a velmi se spoléhají na nejmodernější metody a postupy léčby, které jsou stěžejně zaměřeny na somatickou stránku jedince. Je tedy otázkou, zda jsou pacienti celostnímu přístupu otevření a nepovažují to za méně účinný způsob léčby oproti léčbě medikamenty a pomocí moderních přístrojů.

Trapková a Chvála (2004) uvádějí, že **psychosociálními souvislostmi** se lékař zabývat může, avšak často si sami pacienti nepřipouštějí tyto možné proměnné, které by mohly mít vliv na jejich somatický stav. Překážkou v uplatňování komplexního přístupu může být tedy upřednostňování čistě biologicky vysvětlitelných příčin onemocnění samotnými pacienty. K tomuto názoru se vyjadřuje i Sandersová (1996), která uvádí, že řada pacientů považuje psychologické faktory za méně závažné, než fyzické a často se u nich projevuje **nedůvěra v lékaře**, který se jim tyto možné psychosociální souvislosti snaží objasnit. Autorka této práce se domnívá, že s tímto názorem může rovněž souviset dnešní životní styl, kdy si

pacient mnohdy ani nechce připustit, že by jeho onemocnění mohly ovlivňovat například vztahy v rodině, neboť je pro něj společensky i časově přijatelnější variantou léčit se medikamenty, než uvažovat o své chorobě v komplexnějším rámci.

Můžeme se kupříkladu setkat s takovými názory, že dnešní medicína je tzv. „mlčící“, kdy dochází k tomu, že lékař tolik nenaslouchá pacientovi, ale spíše se zaměřuje na výsledky nejmodernějších přístrojů. Na rozdíl od toho medicína tzv. „mluvící“ je charakteristická interakcí lékaře s pacientem. V návaznosti na rozvoj moderních diagnostických přístrojů se můžeme setkat s určitým paradoxem, kdy pacienti pohlíží na svou nemoc objektivně a důvěřují spíše výsledkům z vyšetření než člověku, a tudíž se opomíjí význam interpretace a subjektivního prožívání nemoci (Vymětal, 2003).

Rovněž Danzer (2001, 50) se zamýšlí nad **technickými inovacemi** ve zdravotnictví, které nepřinášejí jen evidentní výhody a zkvalitnění lékařské péče. Poukazuje na jisté odklonění pozornosti pacientů od svých postižených orgánů a nahlížení na ně jako na strukturální celek, který je poškozen a vyžaduje „opravu“. Uvádí, že *„pacienti nám spíše nabízejí veřejné a zveřejnitelné, skleněné a technicistní srdce, které my, jako lékaři činní v kardiologii ochotně akceptujeme a naším medicínským přístupem v podstatě upevňujeme.“*

Další faktor participující na omezení využití komplexního přístupu k pacientů v praxi, je náročný **vzdělávací systém lékařů** (Danzer, 2001). Na lékařských fakultách jsou medicíni orientováni spíše na práci s tělesnými obtížemi budoucích pacientů a celostní přístup bývá spíše upozaděn, nebo je považován za okrajový přístup (Orel et al., 2012). Také Hnízdl (2014, 104) pociťuje jisté nedostatky ve vzdělání lékařů, neboť při vzpomínce na svá studia na medicínu poukazuje na velké množství informací, které se musel při studiu naučit, avšak *„to nejdůležitější, porozumět nemoci, pochopit, jak souvisí s životem člověka“* ho studium medicíny nenaučilo.

Dalším problematickým faktorem je ten, že budoucí lékaři se nemusí cítit dostatečně kompetentní ve využívání holistického přístupu k pacientům. Navíc takové nazírání mnohdy není ani v jejich časových možnostech, a proto může nastat situace, že v léčbě bude zohledněna pouze tělesná stránka jedince (Orel et al., 2012).

Hnízdl (2014) upozorňuje na **nedostatek finančních prostředků**, jež jsou dle něj jednou příčin krize ve zdravotnictví, neboť v důsledku toho je nesnadné se o pacienty starat komplexně a vyhradit si na ně potřebný čas.

Čas je také možnou překážkou, která může lékaři znesnadňovat zaměření své pozornosti i na psychosociální faktory a události v pacientově životě a vnímat ho tak v širším kontextu jeho životního příběhu. Beran (2010) však uvádí, že nevnímá stěžejní problém v časových možnostech lékařů. Spíše upozorňuje na opomíjení významu přítomnosti chápajícího lékaře, který vnímá pacienta jako člověka a snaží se mu porozumět. Domnívá se také, že těmito schopnostem se musí lékaři učit, ač tyto dovednosti můžeme považovat za samozřejmé.

Z výše uvedených poznatků, které mohou mít vliv na ne/uplatňování holistického nazírání na pacienty, by se daly zdůraznit především tyto proměnné: **vzdělávací systém** budoucích lékařů zaměřený na somatické parametry, **komunikace** mezi lékařem a pacientem, odcizení pacienta od svých somatických problémů v souvislosti s **technologickým pokrokem** ve zdravotnictví a omezený **čas** na jednotlivé pacienty. Rovněž se domnívám, že důležitým faktorem by mohlo být **ohodnocení lékařů** za toto holistické nahlížení, které v porovnání s biomedicínským přístupem je časově náročnější.

3.4 Vzdelávání studentů medicíny

Studijní obor všeobecné lékařství je koncipován jako prezenční, jednooborové studium. Studium je šestileté, završené státní rigorózní zkouškou, po jejímž úspěšném absolvování získá student titul MUDr.

Podíváme-li se na studium medicíny v českém prostředí, nelze mnoho namítat proti tvrzení Berana (2010, 21), že „*psychice člověka se mnoho pozornosti nevěnuje, a tak je studentovi lidská bytost prezentována skoro tak, jako by se mělo jednat o nějaký mluvící preparát.*“

Feuersteinová (2014) se ve výzkumné části své bakalářské diplomové práce zabývala názory českých lékařů na psychosomatický přístup v České republice a na základě analýzy kvalitativních dat mimo jiné poukázala na neuspokojivé začlenění psychologických předmětů do studia medicíny. Obdobná zjištění přinesla i studie Petrůjové (2015).

Nicméně ve výuce na lékařských fakultách dochází v posledních letech ke změnám, díky nimž dochází k většímu zahrnutí a zdůraznění psychosociálních faktorů v rámci studia. Takto to alespoň vnímá autorka této práce a důkazem toho jsou následující příklady.

Na konferenci v roce 2014 hovořila paní doktorka Strobachová z Druhé lékařské fakulty Univerzity Karlovy o realizaci přednášek z oblasti psychosomatiky, které se uskutečnily pro studenty pregraduálního studia a byly integrovány velmi úspěšně. Stejně tak se hovořilo o možnostech a způsobech výuky takového předmětu (www.psychosom.cz).

Podobné změny se dějí rovněž na půdě Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Na konferenci Psychosomatické medicíny hovořil ředitel Fakultní nemocnice v Olomouci o novém volitelném předmětu, který by měl prostřednictvím různých přístupů (čínská medicína, ajurvédská medicína apod.) rozšířit studentům pohled na zdraví a nemoc (osobní sdělení, 15. 2. 2016). Domníváme se, že tento předmět by mohl velmi napomoci k integraci holistického nazírání na pacienty. Dne 24. února roku 2016 byla také zveřejněna informace, že vznikl nový volitelný předmět nesoucí název Základy tradiční čínské medicíny, který je primárně určen studentům Fakulty zdravotnických věd, ale bude přístupný i studentům medicíny po absolvování třetího ročníku (Mazochová, 2016).

Z toho je patrné, že začíná být už i na lékařských fakultách pomalu nahrazován striktně biomedicínský přístup přístupem komplexnějším, který nepodceňuje důležitost psychosociálních faktorů a mnohdy se i nebrání odlišným naukám a přístupům, ze kterých je přinejmenším možné se lecčemu přiučit. Avšak o tom, jakým způsobem začlenit alternativní přístupy ke zdraví, zda do západní medicíny a komplexního přístupu vůbec patří, bude pojednáno v textu následujícím.

3.5 Alternativní přístupy ke zdraví

Zda můžeme různé alternativní přístupy považovat za holistický přístup k pacientům, je otázkou. Heřt (2011) poznamenává, že zastánci a propagátoři alternativní medicíny mnohdy uvádějí, že na rozdíl od klasických lékařů dokáží pacienta vnímat v souvislosti s jeho okolím a dalšími faktory. Nicméně rovněž podotýká, že tuto zásadu zastávají i lékaři tradiční medicíny, avšak v praxi záleží zejména na tom, zda je v časových možnostech lékaře tento přístup aplikovat.

Havelka, Lučanin a Lučanin (2009) se domnívají, že vzestup alternativních přístupů byl podmíněn nespokojeností pacientů s přístupem klasické západní medicíny. V dnešní době se už však na některé alternativní metody nenahlíží jako na protiklad klasické medicíny, ale spíše jako na dva přístupy, které se mohou vzájemně doplňovat a přispívat ke kvalitnější celostní péči o pacienta.

Petrůjová (2015) uvádí některé vybrané alternativní metody, s nimiž se můžeme setkat v České republice a které jsou rovněž některými lékaři v praxi využívány. Těmito metodami jsou například: akupunktura, homeopatie, fototerapie, ajurvéda.

Zájem ze strany pacientů o **doplňkové alternativní metody** (CAM) a integrativní přístup v medicíně dle Kliglera et al. (2012) roste, což také přináší zvýšené nároky na lékaře, kteří se rozhodují, jaká metoda bude nejúčinnější pro konkrétního pacienta. Tito autoři se ve svém výzkumu zabývali chronicky nemocnými pacienty, kteří na alternativní a doplňkové metody (např. jóga, dietní opatření) reagovali pozitivně a rovněž těmi, u kterých výsledné zlepšení nebylo tak patrné. Mezi těmito dvěma skupinami odhalili některé charakteristiky, na základě kterých je možné usuzovat, jak bude pacient reagovat na tuto celostní péči. Pozitivně reagující pacienti (responders) se například pokládali za „nezávislé“, změny vnímali jako výzvy a přikládali hlubší význam CAM intervencím. Tento poslední bod se zdá být velice zajímavým. Nelze opomenout možnou souvislost s výsledným zlepšením zdravotního stavu pacienta a jeho postojem a významům, které připisuje alternativním metodám. Výzkum Kliglera et al. (2012) se zabýval pacienty s astmatem. Další přehled alternativních terapií a jejich účinku na onemocnění diabetes mellitus 2. typu poskytují autoři Redmer, Longmier a Wedel (2013), kteří porovnávají i efektivitu různých typů diet majících vliv na onemocnění. Ti také do integrativního přístupu ke zdraví zahrnují akupunkturu, akupresuru, masážní/energetickou terapii a podobně.

Přestože celostní zdravotní péče zahrnující alternativní přístupy může být velice přínosná a účinná nezávisle na projevené důvěře či skepticismu pacienta, domníváme se, že důraz by neměl být kladen pouze na výběr daných metod, ale rovněž na motivaci pacienta a jeho přístup k těmto praktikám.

3.6 Komplexní přístup v psychologii

Komplexní přístup nachází své místo nejen ve zdravotnictví, ale taktéž v oblasti psychologie. Existuje však mnoho různých přístupů, které určitým aspektům klienta věnují více pozornosti a z tohoto pohledu se snaží poskytnout adekvátní pomoc a léčbu jeho obtíží. Přestože tyto jednotlivé teoretické přístupy stojí na určitých osvědčených postupech, není vždy prospěšné, zaměřuje-li se psycholog pouze na dané postupy a předpokládá, že se dají použít v každé situaci a na každého klienta. Každý přístup je jedinečný a má své výhody, avšak pro kvalitní léčbu obtíží je zapotřebí být otevřený i vůči jiným postupům a nepřehlédnout další možnosti, které nabízí odlišné přístupy. Ačkoli může být integrace různých technik a postupů z těchto přístupů prospěšná, i přesto existuje mnoho odpůrců domnívajících se, že tyto jedinečné přístupy sloučit nelze (Plante, 2001).

Jak uvádí Chromý a Honzák (2005, 27), nejčastěji se můžeme setkat s komplexním přístupem v rámci tzv. **liaison (konzultační) psychiatrie či psychologie**. Začátkem druhé poloviny 20. století bylo možné sledovat vznik a nárůst klinik, které se zabývaly psychosomatikou. Tato zařízení se zabývala psychosomatickými onemocněními, tak jak je pojímali Alexander a Dunbarová, ale taktéž funkčními onemocněními, jejichž příznaky nebylo možné organicky vysvětlit (tzv. MUS medically unexplained symptoms). Tyto psychosomatické kliniky ovšem postupem času zanikaly. Vyškolilo se však v nich mnoho odborníků, kteří následně začali pracovat jako liaison psychologové či psychiatři v obvyklých somaticky zaměřených klinikách, jež toto začlenění umožňovaly.

Ukázalo se, že dle Levitanova výzkumu přináší liaison psychiatrie snížení ekonomických výdajů za pacienta. Studie se zabývala pacienty, kteří byli po zlomenině krčku v péči liaison psychiatrů. Ukázalo se, že po této intervenci bylo zkráceno období hospitalizace až o 12 dní, což současně pro samotného pacienta znamená výrazně nižší finanční náklady na léčbu. Dalším důsledkem této intervence také bylo, že bylo velkému množství z těchto pacientů umožněno vrátit se ze zdravotnického zařízení přímo domů bez nutnosti setrvání v zařízeních s pečovatelskou službou (Chromý & Honzák et al., 2005).

Nároky kladené na liaison psychiatra jsou značné a jeho pole působnosti zahrnuje více aspektů ve srovnání s běžným psychiatrem bez tohoto zaměření. „*Někteří v této souvislosti hovoří o „ekumenické psychiatrii“, která by měla zahrnovat znalosti diagnostiky, farmakoterapie, několika typů psychoterapie včetně rodinné a také schopnosti edukační a do jisté míry i prvky manažerské*“ (Chromý & Honzák et al., 2005, 27)

Podobně vysoké nároky mohou být kladeny i na liaison psychologa. Domníváme se však, že tyto nároky mohou být zmírněny lepší spoluprací jednotlivých specialistů mezi sebou, a to zejména lepší kooperací v rámci interdisciplinárního týmu.

3.7 Interdisciplinární spolupráce

Spolupráce odborníků nejrůznějších profesí (lékař, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut apod.) je jedním z důležitých předpokladů umožňujících uplatnění celostní péče. Všichni členové týmu se snaží co nejlépe využít své poznatky při léčbě pacientů. Celosvětově existuje již mnoho center, které výhod interdisciplinární spolupráce využívají; jsou jimi především centra pro léčbu bolesti. Není zřejmě mnoho pochyb o výhodách multidisciplinárních týmů v léčbě pacientů. Obtížným krokem je však nalezení finančních

prostředků pro tento typ péče, neboť zdravotní pojišťovny si neví rady s tím, jak ji zařadit do schématu klasické zdravotní péče (Raudenská & Javůrková, 2011).

Finanční prostředky však nejsou jediným omezujícím faktorem, který znesnadňuje vznik a rozvoj interdisciplinárních týmů. Součástí těchto týmů bývají zpravidla psychologové, kteří zajišťují péči především o psychickou stránku pacienta. Jak ale poznamenávají Pomerantz, Corson a Detzer (2009), integrace těchto odborníků do interdisciplinárního týmu není vždy jednoduchá, neboť psychologové často nemají předchozí zkušenosti s prací v týmu, mohou pociťovat ztrátu autonomie apod. Dle Johnson (2013) má na tuto ztíženou integraci vliv především biomedicínský přístup, jehož vlivem byla psychologie poměrně vydělena z celkové péče o zdraví a psychologové se jak vědecky, tak pracovně zaměřovali výhradně na zkoumání psychiky ve svých pracovnách. Spolupráce s ostatními například lékařskými pracovníky byla spíše výjimkou. Johnson (2013) se domnívá, že na tuto spíše sólovou dráhu byli připravováni již studenti psychologie, což má často za následek to, že se samotní psychologové necítí být dostatečně připraveni pracovat v rámci týmu, který funguje v souladu s biopsychosociálním modelem, a naopak častěji preferují individuální způsob práce.

Pomerantz et al. (2009) tvrdí, že psychologie je mnohdy oproti medicíně považována za méně vědeckou disciplínu, což může v psycholozích vyvolávat nepříjemné pocity, pokud se s takovým nahlížením na jejich profesi setkají právě v rámci spolupráce s ostatními odborníky. Z tohoto pohledu vnímá Pomerantz et al. (2009) potřebu větší integrace psychologů a psychiatrů do interdisciplinárních týmů, a to i v rámci **interdisciplinárních výzkumů**. Domnívá se, že větší zakotvení těchto specialistů do mezioborových týmů umožní nejen lepší péči o pacienty, ale také pomůže změnit hierarchický systém kooperace jednotlivých odborníků, neboť tyto týmy jsou většinou vedeny lékaři, kteří často v rámci týmu zaujímají výhradní postavení. Totéž uvádí i Blount (2003) a zdůrazňuje význam spolupráce lékařů s psychology, kteří v pracovním prostředí s psychology mohou probírat i psychosociální otázky pacientů, a uvědomit si tak důležitost i jiných možností léčby pacienta, než těch čistě biologicky zaměřených.

Nutná je však rovnocenná kooperace všech jednotlivců týmu, neboť předpokladem pro úspěšnou práci týmu jako celku je především dobrá komunikace mezi členy. Psychologové v rámci tohoto týmu již dle Johnsona (2013) nezodpovídají jen za psychický stav člověka, ale pracují na jeho celkovém zdraví společně s ostatními členy týmu.

Předpokladem úspěšné interdisciplinární péče je podle slov Blounta (2003) koncept takzvané péče integrativní, která má různé podoby, avšak stěžejní pro ni je sloučení psychologické a lékařské intervence. Neoddělování těchto přístupů má velký vliv na přijetí daných intervencí pacientem, ať už trpí onemocněním somatickým, či psychosomatickým. Pokud je například pacient přesvědčen, že je jeho choroba založena pouze na somatickém základu, je pro něj méně přijatelné přijmout oddělené způsoby léčby a bude preferovat pravděpodobně pouze čistě „lékařský přístup“. Z toho důvodu je vhodnější zahrnout jak somatický, tak psychologický způsob léčby do celkového léčebného plánu již od počátku.

Ve svém výzkumu se autoři Moser, Plante, Leleiko a Lobato (2014) zabývali integrací psychologické péče do prostředí pediatrické gastroenterologické kliniky. Uvádějí, že realizace takové integrativní péče je zásadní pro nové pojetí zdravotní péče, které se více přibližuje biopsychosociálnímu modelu zdraví. Ukázalo se, že jak ze strany pediatriků, tak ze strany samotných pacientů je o tuto péči zájem, nicméně lékaři často zpochybňují finanční a logistickou realizovatelnost takových mezioborových projektů. Tento výzkum byl zaměřen nejen na popis integrativní péče, ale rovněž na financování a řízení takové mezioborové spolupráce. Výstupy z tohoto výzkumu ukazují, jak může být tento model z hlediska financí realizovatelný po vkladu určité investice do tohoto způsobu péče.

Z dlouhodobého hlediska je finanční stránka této péče naopak spíše výhodou. Blount (2003) mezi další **výhody** této péče řadí dále lepší dostupnost psychologických služeb, větší spokojenost pacientů s lékařskou péčí i samotného zdravotního personálu, zlepšení spolupráce pacientů v rámci lékařských výkonů a v neposlední řadě zlepšení celkového stavu pacientů.

V této oblasti je poměrně aktuální studie Frankela et al. (2014), kteří se zabývali účinkem komplexní péče o pacienty při sloučení medicínského i psychologického přístupu. Důležitou roli v této komplexní péči hrál psychiatr, neboť jemu byla svěřena vedoucí pozice v rámci interdisciplinárního týmu. Pacienti, u nichž předchozí léčba nebyla minimálně dvakrát úspěšná, byli zkoumáni v ambulancích praktických lékařů po dobu osmnácti měsíců. V důsledku této péče došlo u nejméně 2 ze 4 pacientů k trvalým změnám. Důležité změny se týkaly například snížení využití lékařských zákroků a akutních návštěv lékaře, redukce závažnosti symptomů, lepší kvality života pacientů. Tato studie tím poukázala na výhody a účinnost takového komplexního způsobu péče o pacienty.

V České republice zásady mezioborové spolupráce uplatňují například tato centra: *Centrum rodinné terapie v Liberci* (www.lirtaps.cz), *Centrum komplexní péče Roseta* (www.roseta.cz), *Psychosomatická klinika Patočková* (www.psychosomatika.cz), či nestátní zdravotnické zařízení komplexní péče *Hnízdo zdraví* (hnizdo-zdravi.eu).

4 Studie

Studií zabývajících se touto tematikou je poměrně dost. Některé jsou zaměřeny na studenty, avšak převážné množství těchto studií se zaměřuje na jedince pracující v oblasti zdravotnictví – především na lékaře. Jelikož je výzkumná část této práce zacílena na studenty, budou v této části zmíněny zejména výzkumy věnující se této skupině.

Astin, Goddard a Forys (2005) zkoumali u studentů medicíny a lékařů pomocí kvalitativní metody ohniskových skupin možná úskalí při začleňování psychosociálních témat do péče o pacienty. Některými z možných příčin, proč respondenti považují psychosociální faktory jako nepříliš významné, se ukázala být jejich nedostatečná podloženost důkazy o účincích, dále pak nedostatečné vzdělání v této oblasti a v důsledku toho i pocit nekompetentnosti zabývat se souvislostmi mezi psychikou a tělesným stavem. Dále se ukázalo, že participantů stav pacienta spíše vnímají buď jako somatický, nebo jako psychický – jinými slovy, že jim činí obtíže vnímat stav jedince v psychicko-tělesné souvztažnosti. Mnozí respondenti se také domnívají, že samotní pacienti by o psychosociální témata neprojevovali zájem.

Podobný výzkumný záměr můžeme vysledovat z další studie z roku 2008, ve které se však autoři zaměřili pouze na názory a postoje studentů medicíny. Byl jim předložen dotazník, v němž měli vyjádřit svůj postoj k psychosociálním faktorům a možnostem aplikace psychologicky zaměřených metod v klinické praxi (mind-body). Většina studentů se opět domnívala, že vzdělání a praxe v této oblasti jsou nedostatečné, nicméně ani zájem o prohloubení praktických dovedností u studentů nebyl příliš patrný. Zajímavé byly odlišnosti mezi muži a ženami. Ženy byly více přesvědčeny o užitečnosti psychosociálních faktorů. Větší otevřenost k psychosociálním faktorům ovlivňuje vnímání užitečnosti praxe v této oblasti, osobní zkušenost či využití tohoto typu péče samotnými jedinci (Astin, Sierpina & Forys et al., 2008)

Další, o něco starší výzkum byl také zacílen na studenty, avšak ne výhradně na studenty medicíny. Cílem bylo zachytit prostřednictvím dotazníku postoje a názory studentů medicíny a sociálních věd vůči komplementárním a alternativním způsobům léčby (CAM). Hypotéza výzkumníků byla následující: studenti medicíny budou oproti ostatním studentům více skeptičtí, budou více prosazovat tradiční léčebné metody. Výsledky studie však ukazují, že tento předpoklad se zcela nenaplnil, přestože se nějaké odlišnosti mezi skupinami vyskytly. Studenti medicíny kupříkladu méněkrát projevíli souhlas s tvrzením, že konvenční medicína má na pacienty mnohdy škodlivý efekt. Studenti medicíny rovněž častěji

preferovali ověřené doplňkové metody, mezi něž patří například fyzioterapie, před diskutabilními metodami – kupříkladu jógou. Výpovědi obou skupin participantů však v zásadě směřovaly k biopsychosociálnímu chápání zdraví a nemoci. Většina studentů se domnívala, že psychický stav ovlivňuje fyzické zdraví a projevíli také skeptičnost vůči konzumaci medikamentů. Nesouhlasný postoj zaujímali k tvrzení, že léčba, která není vědecky podložena, je méně účinná, avšak zdůrazňovali, že by tyto alternativní metody měly být vědecky ověřeny. Většina studentů také uváděla, že lékaři využívající ve své praxi alternativní a doplňkové metody léčby jsou více empatičtí, naslouchající, citliví a lépe dokáží pacientovi objasnit léčbu (Yardley & Furnham, 1999).

Jiná studie rovněž zjišťovala názory studentů medicíny na alternativní a komplementární léčbu spolu s léčbou integrativní (CAIM). Integrativní zahrnuje jak CAM, tak klasické způsoby léčby západní medicíny. Z výsledků této studie vyplývá převážně pozitivní názor na integrativní způsoby léčby. Až 77% studentů se domnívá, že pacienti z léčby více profitují, je-li jejich lékař obeznámen také s alternativními metodami, než když je zaměřen pouze na klasické léčebné metody. Domnívají se také, že sloučení komplementárních a alternativních metod s klasickými by bylo efektivnější než zaměření na konvenční způsoby nebo oddělené praktikování CAM. Studenti považují principy CAIM za správné, avšak nejsou zcela přesvědčeni, o tom, že by měly být zahrnuty do klasické péče o pacienty. Důvodem je nedostatek důkazů a ověřených faktů těchto metod. Studenti nicméně souhlasí s bio-psycho-spirituální propojenosti a uvádějí, že by měly být všechny tyto faktory v rámci léčby zohledněny (Abbot, Hui, Hays et al., 2011).

V českém prostředí se výzkumně komplexnímu přístupu věnovala například Horáková (2015). Ve své práci se zabývá užíváním a především odlišnostmi v pojmech psychosomatika a celostní medicína, jejichž správné užití je dle zmiňované autorky pro praxi velmi důležité. Především s ohledem na vznik nové lékařské specializace autorka upozorňuje na nutnost tyto pojmy od sebe odlišovat, neboť jejich zaměňování může vést například k takovým názorům, že psychosomatika spadá do oblasti léčitelů a celostní medicína do oblasti lékařů. Taková záměna pojmů může mít závažné důsledky. Ve výzkumné části autorka pomocí dotazníkového šetření zkoumala názory u 454 respondentů na komplexní přístup v léčbě, psychosomatiku a celostní medicínu. 73% respondentů si důležitost komplexního přístupu uvědomuje; u svých lékařů se s ním nicméně alespoň v nějaké míře setkala pouze čtvrtina dotázaných. Dvě procenta respondentů takový přístup ze strany lékaře nikdy nezažila. Další poněkud znepokojivé zjištění se týká nevědomosti

64% respondentů o vzniku nového lékařského oboru v oblasti psychosomatiky. Z výzkumu také vyplývá chápání komplexního přístupu respondenty jako zohledňování všech složek (bio-psycho-socio-spirituální), dostatečný individuální přístup lékaře a jako mezioborová spolupráce mezi lékaři. Dokonce i spirituální složka je respondenty považována za významnou. 20% participantů se domnívá, že do komplexního přístupu spadají rovněž alternativní léčebné postupy.

Výzkum Feuersteinové (2014) byl zacílen na české lékaře, od kterých tato autorka získávala informace prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Do výzkumu bylo zahrnuto 8 lékařů různých specializací. Cílů výzkumů bylo několik, nicméně pro tuto práci jsou významné dva výstupy ze studie Feuersteinové. Jsou jimi vnímané bariéry znesnadňující uplatňování komplexního přístupu v praxi a aplikace celostního přístupu do kontextu českého zdravotního systému. Za největší překážky byly pokládány pregraduální výuka studentů medicíny, nedostatečná mezioborová spolupráce, přístup samotných pacientů a časové i finanční nároky na tento typ péče. Lepší aplikaci celostního přístupu do kontextu českého zdravotnictví vnímají respondenti především v řešení těchto překážek.

Podobná zjištění, s jakými přišla Feuersteinová (2014), přinesl rovněž aktuální výzkum Petrůjové (2015). Výzkumný soubor tvořili lékaři a psychologové, v každé skupině po deseti respondentech. Výstupy z tohoto výzkumu, kromě již zjištěných výsledků Feuersteinové, poukazovaly například i na rozdíly v chápání celostního přístupu mezi skupinami respondentů. *„Zatímco pro lékaře celostní péče často znamená využití alternativních léčebných metod, u psychologů jde spíše o způsob přemýšlení o klientovi“* (Petrůjová, 2015, 63).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumné cíle

Následující kapitola pojednává o výzkumné oblasti, včetně výzkumného problému a cílech výzkumu.

5.1 Výzkumný problém

Tento výzkum se koncentruje na studenty výše zmíněných oborů a jejich vnímání celostního přístupu k pacientům a dalších dílčích aspektů, které s tímto přístupem úzce souvisejí. Výzkum se snaží zachytit možné rozdíly či podobnosti v pohledu na komplexní přístup k pacientům u těchto dvou skupin respondentů.

5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zejména **zmapovat**, jaký je pohled studentů medicíny a psychologie na holistický přístup k pacientům, jaké jsou jejich zkušenosti s tímto přístupem a jaké mají názory na jeho uplatňování v praxi.

Cílem byla rovněž **deskripce rozdílů** v názorech na danou oblast z pohledu těchto dvou skupin.

5.3 Výzkumné otázky

V závislosti na cílech výzkumu byly určeny tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je rozdíl v pojetí komplexního přístupu k pacientům u studentů medicíny a psychologie?
2. Jaké jsou názory vybraných vysokoškolských studentů na uplatňování komplexního přístupu v praxi dnešních lékařů a psychologů?
3. Jak je povědomí vybraných vysokoškolských studentů o komplexním přístupu k pacientům v souvislosti s výukou na příslušných fakultách?

6 Popis základního a výběrového souboru

V této části budou popsány charakteristiky základního i výběrového souboru náležící do tohoto výzkumu.

6.1 Popis základního souboru

Tento výzkum je zacílen na studenty všeobecného lékařství a psychologie v rámci Univerzity Palackého v Olomouci. Toto zúžení základního souboru, do kterého náleží pouze studenti ze zvolené vysoké školy, umožňuje lepší uchopení a práci s pojmem komplexní přístup. Jelikož studenti procházejí stejnou výukou, zamezuje se tím možnost jeho odlišného chápání z důvodu rozdílného výukového systému.

Základní soubor výzkumu se nachází ve věkovém pásmu 19-25 let, které dle Langmeira a Křejičřivě (2006, 168) náleží do vývojové etapy **časná dospělost**. Tato etapa se vyznačuje různými charakteristikami, z nichž tito autoři uvádějí například „*produktivní orientaci, upřesnění osobních cílů, předběžná volba povolání a postupné získání odpovědnosti*.“

Domnívám se, že vzhledem k zmiňovaným charakteristikám dané kohorty je přínosné zmapovat názory a postoje právě této skupiny, neboť mohou zásadním způsobem ovlivnit budoucí profesní orientaci a směřování, a to ať už směrem k efektivnějšímu biomedicínskému přístupu, či naopak ke komplexnějšímu pojmání pacientů. Tento názor doplňuje i tvrzení Langmeiera a Křejičřivě (2006), kteří uvádějí, že cílem této vývojové etapy je nalezení nějakého určitého záměru, který bude realizován později, tím se rozumí v následující vývojové etapě.

6.2 Výběr výzkumného vzorku

Před výběrem respondentů byla stanovena kritéria výběru. Mezi jedno z kritérií patřila vybraná vysoká škola Univerzita Palackého v Olomouci. Při výběru dané vysoké školy byla zohledněna dostupnost k účastníkům výzkumu. Bylo v úvahu začlenit do výzkumu také studenty z jiných vysokých škol, které umožňují studovat psychologii či všeobecné lékařství. Vzhledem k nesourodosti vyučovaných předmětů, které by mohly ovlivnit výsledky tohoto výzkumu, jsme se však rozhodli zahrnout pouze jednu vybranou instituci, na níž je možné studovat oba zmiňované obory.

Další definovanou podmínkou byl ročník vysokoškolského studia participantů. Zvolen byl třetí ročník u obou skupin participantů. Před výběrem daného ročníku, z nějž byli participant

do výzkumu vybírání, byl zvažován výběr ročníku tak, aby byl pro obě skupiny ekvivalentní a aby výstupy z tohoto výzkumu měly co největší informační hodnotu.

Třetí ročník z hlediska studia medicíny znamená střed studia a poslední rok převážně teoretické výuky. Z hlediska studia psychologie je třetí ročník závěrem bakalářského studijního programu, po němž je možné pokračovat ve studiu v magisterském navazujícím programu. V něm už se student více specializuje na konkrétní oblast svého zájmu, popřípadě již nastupuje do vybraného psychoterapeutického výcviku. Vzhledem k pozdějšímu užšímu zaměření studentů obou skupin byl po důkladném zvážení vybrán třetí ročník, který se nachází na hranici mezi dosavadně získanými převážně teoretickými znalostmi a nadcházejícím, více prakticky zaměřeným studiem, které je už proměnlivější a přizpůsobivější profesním zájmům dotyčného studenta.

Další podmínkou byl stejný počet účastníků v obou skupinách respondentů a vyvážený počet mužů a žen v každé skupině.

Způsob výběru výzkumného vzorku sestával z kombinace těchto metod výběru: samovýběru, záměrného výběru i výběru metodou sněhové koule (Miovský, 2006). Jedním z dalších kritérií bylo, aby účastníci výzkumu byli vzhledem k jejich zamýšlenému profesnímu směřování heterogenní skupinou; to znamená, aby například skupina studentů medicíny nebyla složena pouze z jedinců, kteří se zajímají především o obor psychiatrie, neboť by výsledky výzkumu mohly být touto skutečností výrazně zkreslené. Dalším záměrem bylo zamezit vzniku takové skupiny studentů psychologie, jejichž vyhraněnou oblastí zájmu by byla klinická psychologie; popřípadě, aby byla tato skutečnost reflektovaná v práci s daty a ve výstupech z kvalitativní analýzy. Toto zvolené kritérium souviselo s předpokladem, že uplatňování komplexního přístupu, případně komplexnější pojmání pacientů, je možné nezávisle na preferované specializaci, ačkoli některé specializace (psychiatrie, klinická psychologie) mohou vykazovat větší zájem o psychosociální aspekty vzhledem k náplni daného oboru.

6.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvořilo 8 studentů všeobecného lékařství a 8 studentů jednooborové psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Všichni studenti v době výzkumu navštěvovali třetí ročník studia. Vzorek studentů medicíny sestával ze čtyř mužů a čtyř žen, rovněž tak tomu bylo i ve vzorku studentů psychologie.

Studenti výběrového souboru byli dotazováni na věk i na oblast jejich zájmu, například na specializaci, ve které by se chtěli uplatnit. Je zřejmé, že tato otázka byla pouze orientační a sloužila k tomu, aby poskytla hrubý přehled o tom, o co se respondent zajímá a v jaké oblasti by se chtěl pravděpodobně realizovat. V tabulce je tato preference uvedena ve sloupci s názvem Zaměření.

Tabulka 1 - charakteristika výběrového souboru studentů medicíny

respondent	pohlaví	věk	zaměření
1	muž	21	interní lékařství
2	muž	23	radiologie, chirurgie
3	muž	22	kardiologie
4	muž	22	kardiologie, chirurgie
5	žena	22	plicní
6	žena	22	psychiatrie
7	žena	22	gynekologie
8	žena	22	revmatologie

Studenti psychologie byli rovněž dotazováni na věk a potenciální oblast jejich budoucího profesního uplatnění. V tabulce je tato informace zanesena ve sloupci nazvaném Zaměření.

Tabulka 2 - charakteristika výběrového souboru studentů psychologie

respondent	pohlaví	věk	zaměření
1	muž	21	klinická psychologie
2	muž	25	poradenství
3	muž	22	klinická/dopravní p.
4	muž	21	psychologie práce
5	žena	21	klinická psychologie
6	žena	21	sociální práce
7	žena	22	neví
8	žena	22	expresivní terapie

7 Metodologický rámec výzkumu

Tato kapitola pojednává o metodologickém ukotvení, formě sběru dat a přístupu, který byl využit při realizaci a analýze výzkumu. Vzhledem ke zvolenému tématu, byl zvolen **kvalitativní přístup**, který umožňuje zachycení širších souvislostí a hlubší uchopení dané problematiky. Kvalitativní přístup byl zvolen rovněž z toho důvodu, že s jeho pomocí bude získáno větší množství dat, což přispěje ke zkvalitnění zobrazení výstupů této práce.

7.1 Metody sběru dat

Interview

Metodou, která byla využita při sběru dat, bylo polostrukturované interview. Polostrukturované interview umožňuje zachytit strukturu dotazování tak, aby byly zodpovězeny veškeré konkrétní otázky saturující vytyčené otázky výzkumné. Zároveň tento typ interview výzkumníkovi umožňuje doptávat se na otázky, které mohou vyvstat až v průběhu vedení rozhovoru, a které tak mohou přispět k lepšímu uchopení problematiky v širších souvislostech. Toto interview se tedy snaží překonat nevýhody jak strukturovaného, tak nestrukturovaného interview (Miovský, 2006).

Konkrétní otázky byly v následujícím znění:

1. Co si představujete pod pojmem komplexní, tedy celostní přístup k pacientovi?
2. Kde jste se s tímto pojmem setkali?
3. Co jste se o tomto přístupu dozvěděli z pohledu psychologie/medicíny?
4. Jaké shledáváte výhody komplexního přístupu k pacientům?
5. Vnímáte nějaký rozdíl mezi komplexním přístupem a psychosomatikou?
6. Domníváte se, že může pacientův somatický stav souviset se vztahy v jeho rodině či širším okolí?
7. Co si myslíte o uplatňování komplexního přístupu v praxi dnešních lékařů a psychologů?
8. Jak si myslíte, že by měl komplexní přístup k pacientům v rámci Vašeho oboru konkrétně vypadat?
9. Myslíte si, že může mít na pacienta nějaký vliv, pokud by na něj nebylo nahlíženo komplexně?
10. V jakém ročníku jste se poprvé dozvěděli o komplexním přístupu?

11. Jakým způsobem změnilo studium Vašeho oboru Váš přístup ke člověku?
12. Uvítali byste více informací o komplexním přístupu v rámci Vašeho oboru?

Konkrétní otázky byly vybrány tak, aby poskytly co největší informační hodnotu vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám. Otázky 1 - 6 se vztahují k první výzkumné otázce, otázky 7-9 sytí druhou výzkumnou otázkou. Zbývající otázky souvisí s poslední výzkumnou otázkou.

V průběhu rozhovorů byly pořizovány poznámky. Interview bylo zachyceno pomocí diktafonu.

7.2 Etické aspekty výzkumu

Při provedení výzkumu byl dbán velký důraz na citlivé zacházení s údaji od účastníků výzkumu. Anonymita účastníků byla zachována. Před samotnou realizací jednotlivých interview byli participanté obeznámeni o účelu i průběhu výzkumu, jak ústně, tak prostřednictvím tištěné verze **informace o výzkumu**, která jim byla předána a ponechána pro vlastní potřebu. Respondenti rovněž podepsali **informovaný souhlas** s účastí ve výzkumu. Oba tyto dokumenty jsou součástí příloh této práce. Dalším dokumentem byl **záznamový arch pro osobní údaje**, do kterého byly zaneseny základní demografické údaje získané od účastníků. Participanté byli informováni o možnosti kdykoli z výzkumu odstoupit. Informace, získané od účastníků v průběhu interview, byly uloženy na externím disku. Dokumenty uložené na tomto disku byly zabezpečeny proti zneužití, a zpřístupněny pouze autorce a vedoucímu této bakalářské práce.

8 Technický plán výzkumu

8.1 Přípravná fáze

Předpokladem pro uskutečnění tohoto výzkumu byla rešerše příslušné literatury k tématu této práce. Na základě orientace v dané problematice byl definován výzkumný problém a výzkumné cíle. V září roku 2015 byla uskutečněna **pilotní studie**, které se zúčastnili 4 jedinci, z nichž dvě byly studentky psychologie, zbylé dvě studentky medicíny. Cílem pilotní studie bylo zjistit, zda byly otázky správně zvoleny a zda přispívají k hlubšímu vhledu do daného tématu. Po jednotlivých interview byla s účastnicemi pilotní studie vedena diskuze týkající se jejich návrhů a postřehů, které by mohly přispět ke zkvalitnění výstupů z výzkumu. Některé z otázek byly následně konkrétněji definovány, aby nedocházelo ke zkreslení odpovědí v důsledku odlišného chápání otázek. Pilotní studie rovněž přispěla k orientačnímu zjištění trvání interview, které se pohybovalo v rozmezí 30 až 45 minut.

8.2 Fáze sběru dat

Po přípravné fázi byl zahájen proces sběru dat, který probíhal v období od října do prosince roku 2015. Cílová skupina byla informována prostřednictvím e-mailu o tématu výzkumu a o možnosti zapojení. Jelikož ve třetím ročníku oboru Psychologie Univerzity Palackého v Olomouci bylo převážné zastoupení žen a pouze šest mužů, kteří se navíc do výzkumu po prvním informačním e-mailu nepřihlásili, byli osobně kontaktováni. Čtyři z těchto studentů nakonec s účastí souhlasili, a byli tedy zahrnuti do výzkumu. Stejný nepoměr mezi jedinci, kteří se chtěli podílet na výzkumu, se vyskytl i u studentů třetího ročníku studentů medicíny Univerzity Palackého v Olomouci. Při něm se do výzkumu přihlásilo větší množství žen. Prostřednictvím využití metody výběru sněhové koule či záměrného výběru byli nakonec do výzkumu zapojeni i muži z tohoto ročníku.

Po provedení osmi interview z každé skupiny bylo dle autorky této práce dosaženo saturace a nová témata, která by mohla dané téma obohatit, se již v rozhovorech neobjevovala. Z tohoto důvodu byl počet členů v každé skupině ustanoven na 8 lidí, přičemž v každé skupině byl poměr mužů a žen rovnoměrně zastoupen.

Před uskutečněním jednotlivých rozhovorů byl respondentům ještě jednou podrobněji vysvětlen cíl studie, možnosti ukončení výzkumu kdykoli v průběhu studie a byly také zodpovězeny případné otázky. Respondenti obdrželi vytištěné informace o výzkumu, které

si mohli ponechat a podepsali informovaný souhlas. Délka jednotlivých rozhovorů byla individuální, přičemž nejkratší rozhovor trval 26 minut a nejdelší 1h 25 minut. Průměrná délka rozhovorů byla vyšší u studentů medicíny. Po ukončení jednotlivých interview rozhovor ve většině případů pokračoval neformálním způsobem - účastníci se často doptávali a chtěli se o daném tématu dozvědět více. V rámci této neformální diskuze byly účastníkům poskytnuty veškeré doplňující informace a předán kontakt v případě zájmu o výstupy z tohoto výzkumu.

8.3 Fáze zpracování dat

Data byla zpracovávána v období od prosince 2015 do března 2016. Nejprve byly rozhovory doslovně přepsány. Po transkripci následovala redukce prvního řádků a jednotlivá témata vyskytující se v rozhovorech byla přehledně vyznačena. Z jednotlivých témat byly následně vyčleněny jednotlivé kategorie, kterým byly přiřazeny příslušné kódy. Konkrétní výpovědi účastníků byly přiřazovány k těmto kódům. Při fázi kódování byla autorka inspirována publikací Miovského (2006), který v souvislosti se zpracováním kvalitativním dat hovoří o **metodě vytváření trsů**, jež byla vedle dalších způsobů vyhodnocení (**metody prostého výčtu, metody zachycení vzorců**) využita i v tomto výzkumu.

9 Výsledky studie

V následující kapitole jsou prezentovány výsledky analýzy dat z výzkumu. Jsou zde popsána jednotlivá témata a kategorie, přičemž u některých z nich jsou uvedeny konkrétní výpovědi respondentů. Obě skupiny respondentů včetně jejich výpovědí jsou uvedeny nejprve zvlášť a následně porovnávány. Pro názornější zobrazení četnosti jednotlivých výpovědí, jsou v textu v závorce tyto údaje uvedeny.

9.1 Deskripce skupiny studentů všeobecného lékařství

9.1.1 Význam komplexního přístupu k pacientům

Stěžejní otázkou tohoto výzkumu bylo zjistit, co si jednotliví respondenti představují pod souslovím „komplexní přístup k pacientům“. Dle vybraných studentů všeobecného lékařství spadá pod pojem komplexní přístup zejména vnímání pacienta v **širších souvislostech** (7), „*neredukovat pacienta na soubor biologických poznatků.*“ Jedna z dalších výpovědí zněla takto: „*No, komplexní pro mě znamená celkový, že se na toho pacienta díváme jako na celého člověka, ne jenom na tu jednu diagnózu, ale že řešíme, jaké má další potíže, co třeba řeší zrovna nějak v tom životě, jakým životem žije, že to asi všechno ovlivní potom ten celkový jeho stav.*“ V rámci těchto širších souvislostí byly uváděny především psychické a sociální faktory, ale také spirituální oblast. Zmiňovány byly také následky, které může přinést nějaké somatické onemocnění. Podle slov jedné z respondentek by se měl odborník v rámci komplexního přístupu zabývat „*(...)všemi aspekty toho pacienta. Nejen jak kdyby tím onemocněním, ale i těmi důsledky pro toho pacienta, jak to ovlivní jeho život a tak dál.*“

Četné odpovědi respondentů na otázku, co pro ně komplexní přístup k pacientům znamená, se týkaly **přístupu** odborníka (především lékaře) **k pacientovi** (4). Několikrát bylo zdůrazněno, že by se měl lékař v rámci komplexního přístupu o pacienta zajímat a vytvořit si s pacientem **důvěrný vztah** (3). Důraz byl kladen také na schopnosti a **vystupování lékaře** (3) vůči pacientovi, který by správně měl pacienta motivovat ke spolupráci a považovat jej za rovnocenného partnera ve vzájemném dialogu, jehož hlavním tématem je pacientovo zdraví. Velice výstižně tyto kategorie shrnuje následující výpověď respondenta: „*No, tak jednak je to přístup k pacientovi, potom důvěra, jak v pacienta, tak aby pacient měl důvěru v toho ošetřujícího lékaře, potom nějak celkově to vystupování, to znamená: pacient přijde do ordinace, někdy prostě do nemocnice a prostě lékař ho začne vyšetřovat, odebírá anamnézu, fyzikální vyšetření, prostě všechny ty procedury, co jsou dané a taky určitě je tam*

nějaký...takový možná mentorský přístup, že pacient se obrací na lékaře o radu, doktor by ho měl vyslyšet, pomoci mu, říct mu, jestli ho čeká nějaká operace nebo nějaký výkon. Že prostě doktor je roven pacientovi a pacient je roven...Prostě takový ten rovnovážný stav.“

U všech respondentů (8) byl kladen důraz na vztah mezi lékařem a pacientem. Tento vztah by měl pacientovi poskytnout bezpečný prostor, ve kterém mu bude umožněno se svěřit i s jinými než jen somatickými obtížemi. Chybí-li důvěra v lékaře, je i při sebevětší snaze nesnadné zjistit o pacientovi více informací například z osobního života, které by nějakým způsobem mohly determinovat jeho zdravotní stav. Zřejmě i z těchto důvodů chápali někteří respondenti komplexní přístup k pacientům především jako vstřícné a laskavé vystupování lékaře vůči pacientovi. Předpokladem takového vstřícného přístupu jsou však mimo jiné dobré komunikační dovednosti lékaře. Jak důležitou roli hraje v rámci komplexního přístupu k pacientovi **komunikace** ze strany lékaře a jak může pacientovi pomoci, ilustruje následující výpověď jednoho z respondentů: *„(...)komplexní přístup je i o tom určit samotnou diagnózu. Ale já sám bych sám považoval za to nejdůležitější, co se týká toho přístupu dokázat ho přesvědčit o tom, že ta léčba je úspěšná a teda aktivizovat ho, aby se o to zajímal a teda, aby to chtěl.“*

9.1.2 Výhody celostního přístupu

Zajímavým ukazatelem dokreslujícím postoje a názory respondentů na celostní přístup je jejich povědomí o výhodách takového přístupu. Výhody jsou vnímány především ve **zkvalitnění péče** (4) o pacienta a **zvýšení úspěšnosti léčby** (3), popřípadě nalezení příčin onemocnění. Tyto faktory mají samozřejmě i finanční dopady na zdravotní péči, které mohou být dlouhodobějšího charakteru. Respondent pozoruje výhody v následujících faktorech: *„Větší úspěšnost léčby, protože pacient je víc přesvědčený o správnosti toho léčení, víc věří, tím pádem má i psychickou motivaci, tím pádem i tam funguje ta (odmlčení)...To samotné přesvědčení teda, obyčejné přesvědčení, že teda bude to úspěšné, dopadne to dobře a já bych se tam hlavně zaměřil na tu úspěšnost léčby a zvýšení kvality zdravotní péče, tím menší čerpání finančních prostředků a jejich využití na jiných případech, které jsou složitější a teda vyžadují o mnoho více pozornosti a víc prostředků, ať už finančních nebo nefinančních, to už je jedno.“* Další z respondentů se také ztotožňuje s tvrzením, že díky komplexnímu přístupu je možné pacientům poskytnout kvalitnější péči; na druhou stranu nicméně připouští také některá omezení na straně pacienta. *„Vzalo by to asi mnohem víc času, mnohem víc mluvení s pacientem. Taky nevím, jestli by o to každý pacient stál. Protože prostě čeká od lékaře, že mu dá nějaké prášky, že ho zbaví bolesti, že*

mu pomůže, ale ne to, aby se zajímali nějak víc o to vnitřní, třeba o tu spirituální stránku. Myslím si, že pacienti nejsou moc zvyklí tohle to řešit v nemocnici a pokud, tak spíš těžce nemocní pacienti, pacienti umírající.“

Další výhodou komplexního přístupu je rovněž **lepší pocit** (2) z procesu léčby jak ze strany lékaře, tak ze strany pacienta. Lékař získá více informací od pacienta, jejichž znalost může léčbu usnadnit či dokonce napomoci ke zjištění příčin onemocnění. Pacient zase pociťuje větší pozornost ze strany lékaře a vnímá ho jako osobu, která mu rozumí a zajímá se o něj. „*Výhody? Tak určitě to je lepší pocit pro pacienta, když přichází do nemocnice nebo do nějakého zdravotnického zařízení, tak ne že se tam těší, protože, kdo by se těšil do nemocnice, ale že to nebere tak jako katastrofálně, že: „Oni se mě zas na něco budou ptát, budou mi dělat vyšetření a budou koulet očima a tak,“ ale víš prostě, víc osobní.“*

9.1.3 Spiritualita

V rámci bio-psycho-sociálního přístupu se někdy hovoří i o stránce spirituální, kterou někteří do péče o pacienta zahrnují a jiní ji ponechávají stranou. Názorové odlišnosti se projevily i ve skupině studentů všeobecného lékařství. Někteří se domnívají, že spirituální stránka do komplexního přístupu patří (4) a měla by jí být věnována pozornost. Jiní respondenti se domnívají, že spirituální stránka tam nepatří vůbec (2) a zbytek respondentů se domnívá, že by spirituální složka do modelu komplexní péče naopak zahrnuta být měla, avšak za určitých podmínek.

Vyskytují se však odlišnosti v pojmání spirituální či transcendentální roviny pacienta. Respondenti, kteří se domnívají, že spirituální stránka pacienta by v rámci celostní péče měla být zohledněna, považují za spirituální například přístup k životu. Domnívají se, že by i tato složka zahrnuta být měla. Ta dle jejich tvrzení spadá i do psychologické oblasti, o kterou by se měl lékař rovněž zajímat, popřípadě odeslat pacienta k jinému odborníkovi. Zajímavý názor na spirituální složku podává jeden z respondentů následovně: „*Spirituální. Třeba určitě, co se týká nějaké relaxace, tak umět si i odpočinout, dát nějaký oddych tomu tělu, nějakou rovnováhu. A co se týká nějakého filozofického založení, jako náboženství, tak to na to se asi až tak nedostane.“* Časový aspekt byl také hojně zmiňován. Ačkoli někteří respondenti přikládají spirituální stránce důležitost, jsou zároveň přesvědčeni o tom, že omezené časové možnosti lékařů neumožňují plně se této stránce věnovat. V této souvislosti poukazují (3) na možnost návštěvy **kaplana** v nemocnici, se kterým by lékaři měli spolupracovat, neboť spirituální oblast spadá právě pod jeho kompetenci. Z prostředí

fakultní nemocnice v Olomouci respondent uvádí toto: „*Vím, že třeba ve fakultní nemocnici je kaple a že ji pacienti využívají a myslím si, že je to dobře. Hodně důležité u toho pacienta je zajistit nějakou psychickou pohodu, aby se třeba smířil s tou nemocí, aby s ní aktivně bojoval, aby to nevzdal. Takže třeba pokud je nějak duchovně založený a může to pomoci v té léčbě, tak určitě to využít.*“ Ne všichni jsou nakloněni zohlednění spirituální složky pacienta, neboť se domnívají, že do zdravotního prostřední nepatří. Tento názor však může mít původ v nesprávném uchopení pojmu spiritualita, neboť pojetí spirituální složky některých respondentů se blíží spíše pojmu religiozita. Toto tvrzení dokládá následující výpověď: „*Já osobně, co se týká zdravotnictví a teda celkově odborných věcí bych žádné náboženství, žádné víry, žádné modly nebo případně nějaké jiné takové spirituální podněty, popřípadě nějaké takové podobné věci moc do zdravotnictví netahal, protože to je... Ani ne že osobní, ale já bych spíš zůstal v rovině odborné, takže bych se ptal na tu anamnézu samotný psychický stav pacienta, v jakém je stavu.*“

9.1.4 Psychosociální faktory

Mezi dotazovanými respondenty se nevyskytl nikdo, kdo by se zásadami komplexního přístupu k pacientům nesouhlasil či kdo by takto nechtěl přistupovat ke svým budoucím pacientům. Uplatňování celostního přístupu k pacientům nacházejí v důkladném sejmutí **anamnézy** (4), ve které by se měl lékař také zabývat vztahy pacienta s jeho rodinou, stresovými událostmi v jeho životě a dalšími psychosociálními proměnnými. „*(...) Bylo by dobré do té klasické anamnézy, kterou děláme s pacientem zapojit i nějakou otázku na to, co se teďka děje u něho v životě, v rodině, co řeší, jestli třeba nemá nějaké velké stresy, jestli není v nějaké situaci, která by byla pro něho psychicky vypjatá třeba, neztratil někoho blízkého. Bylo by dobré, kdyby byl třeba schopen se ho i zeptat na takové věci osobnější, ale zas v nějaké míře, ne úplně šťourat do soukromí. A kdyby se odhalilo něco, kde by mohl být problém, tak to řešit dál.*“ Sběr anamnézy je dle respondentů jedním z důležitých prostředků, jak o pacientovi získat co nejvíce relevantních informací v souvislosti s jeho potížemi. Názor jednoho z respondentů byl takový, že důkladný sběr anamnézy pro něj vlastně znamená komplexní přístup k pacientovi. Nicméně mimo snímání anamnézy byl zdůrazněn rovněž **lidský přístup lékaře** (3), který vnímají jako zásadní při uplatňování celostního přístupu. Pacient by se měl cítit být lékařem přijímán, ať už přichází s jakýmkoli problémem. Tyto dva hlavní faktory se v interview často opakovaly s tím, že pokud lékař s pacientem bude vřele komunikovat, získá více informací i z psychosociální oblasti pacientova života, které si posléze může spojit s jeho somatickými obtížemi. Ohledně míry vlivu vlastního

psychosociálního prostředí na stav pacienta se názory respondentů samozřejmě různí. „Je taková teorie, že samotné životní prostředí a teda prostředí v jakém žijeme, se podílí nějakými deseti až patnácti procenty na zdravotním stavu pacienta. Já bych řekl, že méně, já bych řekl tak...samotné rodinné vztahy by se na tom podíleli tak pět, maximálně deset procent.“ Další názor na propojenost a možné souvislosti psychických a sociálních faktorů se somatickým stavem jedince vystihuje toto tvrzení jednoho z respondentů: „(...) Myslím si, že tam existuje nějaká posloupnost, kde bychom na jejím začátku mohli vidět nějaké právě příčiny psychické a sociální.“

Studenti (6) se však necítí kompetentní řešit psychickou stránku pacienta, nezdá se jim, že by mohli být v budoucnu schopni s pacientem řešit jinou nežli somatickou stránku. Z tohoto pohledu vnímají jako důležitou **mezioborovou spolupráci**, a to především s psychology, jejichž práce tkví v zabývání se psychikou daného jedince. Pro lékaře je důležité zmapování problému, zachycení všech možných souvislostí v rámci anamnézy a popřípadě doporučit pacientovi návštěvu psychologa, se kterým by si o psychosociálních aspektech mohl hlouběji pohovořit. Konkrétní příklad řešení takové situace vystihuje následující tvrzení respondenta: „Že bych třeba zjistila jako doktor, že může být nějaký problém u toho pacienta s psychikou a pak bych mu doporučila, aby si zašel za psychologem, aby se s ním mohl pobavit ještě o těchle věcech, jestli to třeba nemůže souviset s tím, co jsme řešili.“ Mezi nejčastější důvody, proč by se lékař měl zabývat hlavně somatickým stavem pacienta, patří omezené časové možnosti lékaře a nedostatečné vzdělání v této oblasti (komunikace s pacientem apod.). Záleží také na konkrétních obtížích pacienta. Dva respondenti se vyjádřili v tom smyslu, že spolupráci s psychologem považují za vhodnou, nicméně v některých případech by měl být lékař natolik kompetentní, aby si s pacientem poradil sám – především s ohledem na správnou komunikaci. „Tak, já myslím, že to záleží. Jako když je ten lékař jako praktik, tak si myslím, že to asi tak řešit nebude, protože mu tam budou chodit lidi, kteří budou mít nějaký problém, a on je potom prostě doporučí k nějakým specialistům. Ale v okamžiku, kdy ten pacient je opravdu prostě jako nějaký nemocný, ve smyslu toho, že nevím, má třeba opravdu nějaký to nádorový onemocnění, tak si myslím, že ten lékař musí brát prostě ohled na všechny tady tyto složky a musí vědět, jak s tím pacientem komunikovat.“ Jiný příklad mezioborové spolupráce a zajištění komplexní péče v prostředí několika specialistů je následující: „Právě ten komplexní přístup...Asi si myslím, že by měl být zajištěn několika specialisty. Lékař, to by mohla být ta biologická, zdravotní stránka, psycholog, který by mohl zajišťovat péči o tu duševní stránku člověka a nevím, jestli by zvládl i tu spirituální stránku, ale myslím si, že

v nemocnici ve fakultce je třeba kaple, tam i nějaký pracovník, který je absolventem Cyrilometodějské fakulty. “

Spolupráce v rámci celostního přístupu s ostatními specialisty je vnímána jako kooperace především s psychology, popřípadě kaplany. **Psychologové** jsou vnímáni jako odborníci na psychickou stránku člověka, kteří mohou být v této oblasti lékařům nápomocni, neboť vědí, jak v těžkých životních situacích s pacientem komunikovat a jak s ním řešit problémy na této rovině. Psychologové mohou být také dle názorů některých studentů (3) vnímáni jako ti, kteří by primárně měli na člověka nahlížet celostně, neboť se to od nich z povahy jejich zaměstnání očekává. „*A u těch psychologů si myslím, že je to ještě čtyřicet pětkrát důležitější, ten přístup toho celého člověka. “* Případně: „*Myslím si, že by se to mělo i uplatňovat se to víc u psychologů. Protože tam většinou přijde pacient s nějakým psychickým problémem, tím pádem on musí zjišťovat tou komunikací, protože tam nemá žádnou jinou, jako prostředky na to, jak by zjistil, co člověka trápí, s čím přišel, jaký jsou ty příčiny. “* Psycholog je také vnímán jako osoba, na kterou se lékař může obrátit, pokud si nebude vědět rady (1), lépe řečeno, pokud na somatické stránce pacienta nebude zjištěna žádná odchylka od normy. V takovém případě se obrací na psychologa v naději, že odhalí zdroj jeho obtíží v jiné nežli tělesné oblasti. Psychologové se zaměřují na rozdíl od lékaře výhradně na psychiku (2) a do tělesné stránky by zasahovat neměli (1). Jeden respondent se však domnívá, že psychické i somatické stránce pacienta by se měli věnovat oba specialisté, tedy jak lékař, tak pacient, ale každý více té stránce, na niž je zaměřený. Vzájemná spolupráce by následně případné názorové odlišnosti spojila do jednoho celku.

9.1.5 Psychosomatika

V rozhovorech se studenty se objevil vedle pojmu komplexní přístup také pojem psychosomatika. Jelikož bychom mohli zaměňovat pojmy psychosomatický a komplexní přístup, nabízí se otázka, zda studenti mezi psychosomatikou a komplexním přístupem vnímají vůbec nějaký rozdíl. Ukázalo se, že pojem psychosomatika je vnímán jako **konkrétnější pojem** (7), který znázorňuje vztah pouze mezi psychickou a tělesnou stránkou. Tento vztah je povětšinou chápán jako ryze **kauzální** (6), tedy že se psychický stav jedince promítá do stavu fyzického. „*Psychosomatika pro mě znamená přímo to, že nemoc vychází z psychických příčin, že ten základ je psychika. “* Psychosomatika tedy na rozdíl od pojmu komplexní přístup nezahrnuje i ostatní složky, jakými je spiritualita či sociální stránka člověka, ale týká se pouze tělesna a duševní roviny. Názorně vystihuje rozdíl mezi těmito

tento názor respondenta: „*Psychosomatika pro mě je, že pacientova psychická stránka ovlivňuje tu somatickou a ten komplexní přístup k pacientovi je pro mě péče o pacienta v nějakém místě, někde v nemocnici.*“ Jeden respondent nicméně vypověděl, že tyto pojmy se, dle jeho názoru, od sebe nijak zvlášť významově neliší. Tento názor vycházel především z přesvědčení, že psychika a tělesná stránka mají na pacienta ze všech složek největší vliv, což byl názor, který se objevoval ve více rozhovorech s respondenty. O vzniku nového specializačního oboru v oblasti psychosomatiky nevěděl žádný z obou skupin respondentů.

9.1.6 Celostní přístup v praxi

Uplatňování celostního přístupu v praxi se zdá být **nedostatečné** (7), avšak několik respondentů podotýká, že se situace začíná pomalu měnit a do budoucna by se celostní přístup měl stát běžnějším, nežli tomu bylo dříve. Mezi hlavní faktory, jenž respondenti považují za důležité při rozhodování o uplatňování celostního přístupu, jsou tyto: věk lékaře a tedy i případné předchozí vzdělání, obor a osobnost lékaře. „*Je uplatňovaný málo. Nejvíc je to ještě u starší generace, která byla učena na jiných základech, a teda hlavně po tom roce osmdesát devět se to začalo měnit. Ale podle mého názoru se to mění pomalu. My už to budeme brát jinak, naše generace lékařů to už bude brát jinak, ale ti kteří jsou tu ještě stále, tak stále to není tam, kde by to mělo být.*“ Zmiňované bylo také osobnostní nastavení lékaře (2). Lékař musí být přístupný takovému nahlížení na pacienta a především je potřebný zájem a snaha pomoci pacientovi, ať už je příčina pacientových obtíží v jakékoli oblasti. Vzbudit zájem o celostní nahlížení na pacienta je však zapotřebí již na lékařských fakultách, kde k tomu budou studenti motivováni a vedeni. Následující tvrzení respondenta poukazuje na tyto nedostatky: „*Je fakt, že oni nás to učí, abychom k tomu tak nějak šli, ale takovým dost blbým způsobem, takže nejsem si jistá, že ve většině lidí to tak nějak jako utkví. Já jsem takovej strašně naivní a idealistický člověk, takže si myslím, že je to normální, že by se tak člověk měl k tomu pacientovi chovat, z hlediska celé té osobnosti, ale myslím si, že dost lidí to tak nedělá.*“ Na důležitost osobnostních preferencí, které lékaře směřují k holistickému vnímání pacienta, poukazuje další respondent: „*(...) jsou nějakí lidé, kteří si řeknou, že už na to ani nemají čas, že oni na to kašlou, že oni mají jinou práci a potom jsou lidi, kteří už jsou prostě povahou takoví, jednoduše mají svoji povahu a mají svoje vnímání světa a prostě půjdou po svém.*“

Nicméně **omezení**, která brání především lékařům v celostním přístupu, vyjmenovávají studenti medicíny hned několik. V uplatňování komplexního přístupu lékařů vůči pacientům

brání zejména omezené **časové možnosti** (8). Lékaři mají na jednotlivé pacienty nedostatek času, což se pak projeví i v jejich přístupu k pacientům. „Čas. Já si myslím, že ti doktoři mají občas těch pacientů jako moc, nemají na ně čas a myslím si, že často bývají jakoby zatěžováni dokumentama, který musí řešit a papírováním a tak, a potom ten čas na ty pacienty občas ani nezbyvá.“ Popřípadě: *Myslím si, že lékaři z časových důvodů na to nemají, aspoň co jsem zažil já, tak prostě někam letí, něco řeší a pak letí zase někam jinam. Někteří, se kterými jsem se setkal, tak byli takoví smutní lidé, měli strašně moc práce.*“

Dalším značně limitujícím faktorem je **nedostatek finančních prostředků** (3). Zdravotní zařízení jsou omezena financemi, které nemohou investovat například do psychologů, kteří by se v rámci celostní péče mohli starat o psychickou stránku pacientů, a tak společně s lékaři přispívat k uplatňování zásad celostního přístupu – alespoň co se mezioborové spolupráce týče. „Tak asi by bylo dobrý, kdyby třeba nemocnice měly více personálu, ale na to nejsou prachy, na to nejsou doktoři. A myslím si, že dost těch věcí jako je nereálných a musí to začít asi od toho doktora nebo tak, ale dost věcí by šlo asi napravit z nějakého toho vyššího vedení typu ministerstvo, ale nevidím to jako úplně reálný.“ Zároveň nejsou ani samotní lékaři dostatečně finančně motivováni, aby mohli s každým pacientem diskutovat o jeho vztazích v rodině a dalších proměnných, které nelze získat s pomocí laboratorních vyšetření. „(...) Když vezmeme lékaře s komplexním přístupem a teda kvazi běžného lékaře, tak tam je jako problém, jak to zohlednit v těch vynaložených financích. Ale to mi nevíme, jak to určit, protože některý ten pacient může být takový, druhý takový, že toto by mohlo vést k určité diskriminaci samotných lékařů mezi sebou a teda tím pádem by ta kolegiálnita nebyla až taková, jaká by měla být. Motivace není žádná. Pokud to bude dělat tak, nebo onak, stále dostane ten stejný plat.“ S nedostatečným finančním ohodnocením je samozřejmě spojená i nižší **angažovanost lékařů** (4) přistupovat takovým způsobem k pacientům. Jako další ze zmiňovaných limitujících faktorů se v rozhovorech objevoval samotný **zájem pacientů** (3). Někteří pacienti ani o takový přístup nestojí, spoléhají na moderní vyšetřovací metody, které jako jediné jsou s to nalézt příčinu jejich obtíží. Možné psychosociální souvislosti s jejich somatickým stavem si často nechtějí připustit, nebo je alespoň nechtějí řešit. Starší pacienti jsou ochotnější (2) a přístupnější k takovému zacházení nežli mladší pacienti. „(...)starší pacienti mají v podstatě víc zájem o větší komunikaci s tím doktorem než v podstatě s tím, s čím přišli.“

Pokud by celostní přístup nebyl ve vztahu k pacientům uplatňován, řekněme, že by byl nahrazen striktně biomedicínským přístupem, mohlo by to mít za následek **zanedbání péče**

(3) o pacienta. Nepodchytily by se všechny faktory podílející se na vzniku onemocnění, tudíž by se mohla léčba nepřiměřeně dlouho prodlužovat, neboť by se s pacientem například řešila jen jedna z příčin, která se na vzniku jeho onemocnění podílí jen minimálně. „(...) *léčba by mohla probíhat chronicky, když by třeba mohla být vyřešená rychleji. Nebo by se tomu pacientovi nemuselo ulevit až tak, pokud by to mělo třeba i ten psychický základ a léčilo by se to jenom somaticky čistě, tak by se mu třeba ulevilo, tak by se to hodně spravilo, ale nemusela by být úplně vyřešená, mohla by se třeba znovu objevit nebo pokračovat, ale v nějaké jiné podobě.*“ Dalším z následků by byla rovněž **menší účinnost samotné léčby** (2) pacienta, což samozřejmě souvisí s předchozím faktorem. Léčba by nebyla tak účinná, neboť by nebyla zacílena na stěžejní příčinu pacientových obtíží. V jiném případě by se jednalo pouze o léčbu jako takovou, přičemž ze zřetele by se dostal samotný pacient a střed zájmu by se přenesl z pacienta na samotnou léčbu. Tento názor vystihuje tvrzení jednoho ze studentů: „*Jak někteří říkají, že medicína by pomáhala lidem, tak vlastně by asi nepomáhali těm lidem, ale pomáhali by spíš té léčbě jako samotné. Že dobře, vyléčili by tu nemoc, ale toho pacienta, to už by je nějak více nezajímalo, spíš by mi to pak připadalo jako že stroje, no. Postavené na technice jakože: „Přijď, vyšetřím tě, ošetřím tě a odejdi a další.“ Tak jakoby pásová výroba furt...takové neosobní strašně. Já si myslím, že medicína je hlavně o tom porozumět a prostě vyléčit pacienta a nějak mu rozumět jako celku.*“ Jiným, méně závažnějším důsledkem, by bylo odbytí pacienta (1), který by mohl mít pocit, že je mu věnována nedostatečná péče, což může mít samozřejmě neblahý dopad na vztah mezi lékařem a pacientem.

9.1.7 Komplexní přístup ve výuce

Vzhledem k tomu, že výzkumným souborem jsou vysokoškolští studenti, byly v průběhu interview často zmiňovány některé předměty, v nichž se studenti s komplexním přístupem mohou setkat. Jeden respondent v rozhovoru uvedl, že se s tímto pojmem setkal již před studiem medicíny, neboť se o toto téma z vlastního zájmu zajímal. Zbývající respondenti uvedli, že se s tímto pojmem setkali v některých z předmětů v průběhu studia, avšak pouze zběžně. Těmito předměty byla klinická propedeutika (2), sociální lékařství (2) a psychologie (1). Někteří studenti tvrdí, že se o daném tématu občas některý vyučující zmíní, avšak nedokáží to přiřadit ke konkrétnímu vyučovanému předmětu.

Co se však týká konkrétního způsobu předávání informací z této oblasti, nepanuje již taková nejednotnost názorů. Většina studentů (7) se domnívá, že získané **informace** z této oblasti

buď nejsou dostatečné, nebo **způsob podávání** informací není adekvátní. Je tím míněno především to, že prezentované informace nejsou zacílené na praxi, ale jsou postaveny spíše na teoretických základech.

„(...) aby to nebylo jenom takové povídání. Aby o tom třeba povídal někdo, kdo tu praxi zná a dovedl posoudit, co všechno je možné v té praxi udělat a co už ne. Často mi přišlo, že na těch hodinách etiky, co už jsme měli, že se tak už vzdalují od té praxe. Takže, když jsme jim třeba říkali, jaké jsou ty problémy, že jsou hodně dlouhé objednací doby a hodně pacientů, tím pádem doktor musí hodně lidí vyšetřit za ten den a má na ně strašně málo času, takže to vnímáme jako problém a zajímalo by nás, jak by se to dalo řešit, tak nám nebyli schopni odpovědět, protože to jsou teoretici, že, to nejsou lidi z praxe. Tak, bylo by dobré, kdyby se tomu věnovalo víc a kdyby se tomu věnoval i někdo, kdo se tím zabývá, kdo by nám řekl, jak to v praxi chodí, jak to udělat.“

„A jako myslím si, že i hraje roli to, že ti co to učí, nejsou doktoři, oni jsou... To je jako docent, doktor, milion titulů z nějaké jako sociologie, teologie a z takových oborů, ale nejsou jako doktoři. A když třeba přijde nějaký doktor přednášet, že třeba jednou za měsíc chodí nějaký doktor a přednáší on, tak je to zajímavé, protože to jak kdyby stáhne na tu praxi a ví, o čem to má jako říkat. No tak to je mnohem lepší než když někdo tam vykládá jenom nějaký zákony a takový. Lidi, co jenom dělají nějaký výzkumy v nemocnicích, nějaký statistiky a takhle.“

Další výpověď respondenta prozrazuje jeho zájem o prohloubení znalostí v této oblasti, ale pouze za určitých podmínek týkajících se formy a způsobu takové výuky. *„Jako kdyby to opravdu byla přednáška od někoho, kdo opravdu jakoby vykonává tu profesi, opravdu je jako doktor a je na nějakém oddělení, kde se prostě setkává jako s těma lidma, tak potom si myslím, že by to určitě bylo k něčemu, že by si z toho každý něco odnesl, ale třeba bych to neviděla jako nějakou hodinu, která by byla každý týden, ale nevím třeba jednou, dvakrát za semestr.“*

Objevily se názory, že jsou studenti v rámci výuky vedeni spíše směrem k **biomedicínskému přístupu k pacientům** (2) a že pozornost věnovaná psychologickým či sociálním souvislostem se somatickým zdravím či komunikace s pacientem není dostatečná. Ke vzdělávacímu systému se jeden z respondentů vyjádřil následovně: *„Já si myslím taky hodně, no, že dělá ten vzdělávací systém prostě, že to taky hodně dělá. Že hodně nám třeba říkal jeden profesor: „No, až vystudujete, pak budete vážení, autorita jo...“, jak*

to všichni říkají a rádi to používají, to vždycky rostu u toho. „Tak strašně jako na Vás budou vzhlízet, vy jste ti, kteří musíte pomáhat a tak.“ Což je všechno krásné, ale potom jako člověk šest roků studuje medicínu a k tomu se jako ani moc nedostane de facto. Tam v tom jak kdyby není vůbec ten prostor, který by tam měl být. Vlastně mechanicky se pořád něco učí, memorovat se a já nevím co všechno a potom někteří, jako všechno ví, třeba dejme tomu na zkoušení nebo něco, prostě všechno ví, diagnózy, klinické projevy, všechno, jak se odebírá anamnéza a pak přijde k pacientovi a jako čučí do blba a neví, co s tím. Tam prostě není moc ten důraz na to, i ten osobní prostor pro ty studenty, že jako tam moc...Záleží, jak kde, no. Ale že tam prostě moc není na to. Člověk chodí po klinikách, po stážích, jde k pacientovi, vyšetří ho, odebere anamnézu a to je všechno a už se dívá na hodinky, už zas začíná další hodina, takže už zas musí....“ O důrazu na biomedicínský přístup svědčí také tato výstižná výpověď studenta: „Je to asi tím, že jsme k tomu vedeni, v té škole fakt řešíme hlavně ty orgány, hlavně to, co se v nich děje dobře, špatně. Ten systém nás takhle formuje už od začátku, že to je to důležité, čím se máme zabývat a ještě něco jsem k tomu chtěl říct. No, že jsem slyšel z úst i lékařů takovou okřídlenou větičku, že pacient vám je schopen a ochoten prominout chybu v diagnostice, špatnou terapii, ale co potom neodpouští je ten přístup, nezáměr nebo chybu v té lidské stránce toho kontaktu tam to bývá problém a to bývá jedna z nejčastějších příčin, možná i vůbec nejčastější příčina potom třeba u soudu lékař pacient, které probíhají. Takže, je to, je to věc, která je hodna pozornosti, je to citlivá věc a tak si říkám, že i u nás ve škole by na to měl být kladen důraz větší, než je.“

Co se však propojování souvislostí v **anamnéze** týká, respondenti (2) uvádějí, že jsou k tomu v rámci výuky nabádání dostatečně. V jedné výpovědi byla také dokonce zmínka o úspoře finančních prostředků, pokud se sejme kvalitní anamnéza. Ta může například poukázat na některé stresové faktory, které mohly dané somatické onemocnění ovlivnit.

„(...) už se na toho pacienta dívá trochu jinak, ne jen jako, že prostě člověk má vyložené nohy...No, že prostě: „Ukažte se, odebereme krev“, ale například neustále, i na té samostatné klinické propedeutice, i teď na interně, neustále se nám omývá anamnéza plus fyzikální vyšetření, protože jednak to přináší úsporu peněz samotných, protože z té anamnézy se dají zjistit informace, které by člověk možná zjistil z něčeho jiného, teda by se tam opět promítly finance, takže ono je to hlavně o tom.“

Objevil se rovněž názor (3), že se komplexnějšímu nazírání na pacienta nedá naučit ve škole, nýbrž je potřeba, aby k tomu měl člověk **sklony** a nenutil sám sebe k přístupu, který mu není

vlastní. „Ale hlavně si myslím, že je to v člověku už tak zakotvené, že když prostě někdo vyloženě nechce a nebaví ho to, tak se to prostě nenaučí, i kdyby...I kdyby na těch sezeních seděl od rána do večera každý den, sedm dní v týdnu, takže...“ Rovněž byla vyzdvihována důležitost **osobní zkušenosti**, což souvisí s výše uvedeným tvrzením, že by studenti spíše přivítali výklad od někoho, kdo působí v praxi a neodvolává se na teoretické poznatky. Takový přednášející posluchače přirozeně více zaujme a díky vlastním zkušenostem může výklad obohatit. Někteří studenti se totiž domnívají, že v případě zavedení nového, čistě teoreticky zaměřeného předmětu, v němž by se rozebíral psychosomatický přístup k pacientům, by jej mohli začít považovat za nepotřebný a nedůležitý oproti jiným předmětům a jeho návštěvnost by byla malá. „Si myslím taky hodně, že to dělají nebo že to dělá osobní zkušenost, že když do...To je zajímavé, že u hodně doktorů třeba jako ten komplexní přístup jako neuznává, ale potom třeba v rodině se stane, že jeho blízký onemocní, buď nějakou nevyléčitelnou nemocí nebo onkologická diagnóza nebo já nevím a už se to v něm prostě jaksi tak zlomí, tak na to začne nahlížet jinak. Že hlavně hraje tu roli ta osobní zkušenost, jakože...“ Nebo: „Myslím si, že spíš by to dopadlo jako předmět, který by byl téma studentama branej, jako předmět, kterej je zbytečnej, kterej je navíc, kterej jim jako brání od studia těch důležitějších, těžších předmětů, od kterých se opravdu vyhazuje.“

9.2 Deskripce skupiny studentů psychologie

9.2.1 Význam komplexního přístupu k pacientům

Pro studenty psychologie znamená komplexní přístup k pacientovi zohledňování více složek, tedy uchopení pacienta v **širších souvislostech** (8). Jmenovány byly všechny tři hlavní složky, tedy biologická, psychická i sociální. Někteří respondenti kladli důraz i na složku spirituální. Výpovědi respondentů nebyly nijak významně odlišné. Vyzdvihován byl názor, že člověka nelze redukovat jen na soubor biologických ukazatelů, ale že významnou složku hrají i vztahy v jeho životě a obecně jeho psychický stav. Některé z odpovědí zněly takto: „Tak pod tím si představím přístup, který bere člověka ve všech jeho souvislostech. Jakoby, že se snaží zohledňovat jeho psychiku a jeho tělesno i jeho spiritualitu, i jeho nějaký sociální kontext.“ Případně: „(...) že bychom klienta prostě měli brát v komplexním duchu, to znamená vzít v potaz jeho biologickou část, jeho sociální část, jeho spirituální část a jeho psychologickou část. Vzít ho jako jeden velkej komplex a ne se jenom čistě zaměřovat na to biologické, ne jen na to psychologické, na to sociální. Je samozřejmý, že aji při diagnostice, co si takhle myslím, že aji při diagnostice, aji při léčbě budou nějaké části postiženy více,

nějaké méně, tím pádem se budeme na něco zaměřovat více, na něco méně, ale musíme brát v potaz i ostatní věci.“

Význam komplexního přístupu se studentům pojí především s **lékařskou profesí** (2). Tyto asociace byly v určité míře patrné u všech respondentů. Jako důvod bylo například udáváno, že nedostatky týkající se komplexní péče jsou výrazné především v rámci tohoto oboru. Studenti se domnívají, že právě v oblasti medicíny je možné se častěji setkat s případy, kdy dochází k upořádání komplexního přístupu a kdy lékaře zajímají primárně, mnohdy výhradně, výsledky laboratorních vyšetření. Pravděpodobně i z tohoto důvodu se studentům pojí komplexní přístup k pacientům především s lékařskou profesí, neboť vnímají nedostatky jeho uplatňování právě v této oblasti. Zde je názor na význam komplexního přístupu v pojetí dalšího z respondentů: *„(...) pokud vezmeme pacienta, z toho medicínského hlediska, tak na něj nenahlížíme jenom jako na to maso, které se tamhle zašije, tamhle poupraví, tamhle se šoupne lék, tamhle se to namaže, ale vidíme pacienta jako celkovou osobnost, člověka v celém rozměru, jak v tom biologickém, tak v tom sociálním, tak v tom psychologickém.“* Oproti tomu u **psychologů** (5) jsou zásady komplexního přístupu více uplatňovány. Péče o člověka z hlediska všech jeho aspektů je u psychologů považována za více samozřejmou, což je dle studentů také zapříčiněno odlišným vzděláváním psychologů oproti studentům medicíny. Důležitost uplatňování komplexního přístupu u psychologů zmiňuje několik respondentů: *„Jo, že právě my bysme to měli brát v potaz, hodně. Myslím si, že i lékaři by to měli taky hodně brát v potaz, což si myslím, že oni dost často neberou. Záleží jak kdo, ale dost často se lékař zaměřuje čistě jenom na to biologický: vyřešit, přeléčit práškama, dát kapačku, páchnout injekci. Jo a to psychologické znevýhodnění, popřípadě nějaké sociální znevýhodnění, nebo jestli to má nějakou možnost zasáhnout do toho přesahu, tak to už, co jsem se setkal tak doktoři víceméně neřeší. Někdo jo, někdo ne, záleží, jak je lékař bych řekl humanisticky naladěnej. (smích) Jo ale pro psychology, myslím si, že je to důležitá nebo v podstatě snad nejdůležitější komponenta pro psychologa, že musí o člověku uvažovat jako o celistvé bytosti, která se skládá ne jenom z biologické části, ale i z těch ostatních.“* Kritika přístupu byla znatelná ve všech rozhovorech se studenty psychologie. K současnému stavu se jeden z respondentů vyjádřil takto: *„Tak v rámci jako současného stavu zdravotnictví je to z pohledu psychologů kritizovaný, ten současnej stav, že je hodně takovej materiální, což jakoby chápu, protože i pro ty doktory to musí být strašně těžký, když se tam chodí, jakoby furt pracujou přes čas, peníze taky nic moc a furt jim tam chodí nový a nový lidi a určitě se musí nějak oni emočně*

bránit a vnímat to, že když k tomu přistupují jako tělo-stroj, tak je to jejich určitá forma obrany a je těžký jim to vyčítat za něco, ale z druhé strany toho pacienta to musí být strašně těžký pro něj. Je to určitě podhodnocený, jako v dnešním systému v zdravotnictví u nás, protože, já si myslím, že je kvalitní, tak tady to si myslím, že se hodně podhodnocuje. Že není čas a nejsou na to peníze.“

V rámci definování pojmu celostní přístup k pacientům byla rovněž často zmiňovaná **mezioborová spolupráce** (6), jejíž fungování bylo podrobena kritice. Toto téma bude podrobněji popsáno níže.

9.2.2 Výhody celostního přístupu

Výhody celostního přístupu jsou studenty vnímány především z hlediska **příčin** (5). A to v tom smyslu, že pokud je zohledněno více faktorů ovlivňujících onemocnění, je snazší dopátrat se pravděpodobné příčiny problému, než kdyby zůstal některý faktor opomenutý. Tento názor taktéž souvisí s nalezením **více možných řešení** (1) problému. Budou-li se například zvažovat i psychosociální souvislosti v rámci somatického onemocnění, naskytá se více případných řešení, nežli například medikace. S těmito názory samozřejmě souvisí i studenty hojně kritizovaný přístup lékařů k pacientům, který se stále více zaměřuje somaticky a hledá léčbu symptomů. Největší výhodu celostního přístupu k pacientům studenti nepochybně spatřují v **úspěšnější léčbě** (6) pacienta. *„No, jakmile je přístup komplexní, tak je mnohem složitější, aby nám unikla nějaká skutečná příčina problému, který aktuálně řešíme. Podle mě je důležitá ta komplexnost v tom, abychom se zorientovali v problému a správně pojmenovali příčiny a následky, protože si myslím, že právě u diagnóz, jak už zdravotních, tak psychických, je často zaměněna příčina a následku.“* Za jednu z dalších výhod celostního přístupu k pacientům byl zmíněn **lepší vztah** (1) lékaře či psychologa s pacientem.

Oproti tomu důsledky čistě somaticky zaměřeného přístupu popsal jeden z participantů takto: *„No, z toho podle mě vzniká nejvíce problémů, které jsou dneska aktuální, a to je to, že nám chodí, já nevím třeba jsem četl nějaké čísla, že kole čtyřiceti procent lidí, kteří chodí do nemocnice, mají právě psychosomatické problémy, jen že tím, že oni si pořád myslí, že je to fyziologického původu, tak berou čas doktorům, zdravotnickému personálu, stojí to zbytečně moc peněz je vyšetřit a tady tohle vlastně celý systém zhoršuje. Jo, jako samotný systém zdravotnický, co se týče jako z pohledu organizace jako ministerstva zdravotnictví je podle mě špatně nastavený, a to je podle mě důležité řešit na prvním místě, ale určitě ti lidé,*

kterí nejsou v tomto vzdělání a vlastně stěžují tu práci těm lidem, ti to jako taky zhoršují ten systém, že jo.“

9.2.3 Spiritualita

V rámci celostního přístupu k pacientům zmiňují studenti biologickou, psychickou, sociální a rovněž i spirituální složku (7). Spiritualitu chápou jako přesahovou rovinu člověka a především jako postoj k transcendentálnímu. Spirituální složka by se dle některých respondentů měla zcela jistě **zahrnout** (5) a zohledňovat při práci s pacientem, nebo by se jí alespoň mělo věnovat více pozornosti, než tomu bylo doposud. Takto například pojímá spirituální složku jeden z respondentů: *„Myslím si, že pod tím myslím to, jaký má člověk postoj k tomu nadpřirozenu, tak to ho hodně ovlivňuje, zároveň i jakoby to, v co věří. Každý věří v něco jiného, takže... Ale spíš to myslím v tom smyslu, že tam je ten spirituální aspekt, který ho ovlivňuje. Ale tím, že třeba já jsem věřící, tak to беру tak, že každého v nějakém smyslu ovlivňuje to duchovní, nějaký třeba jeho vztah k Bohu.“* Jeden z respondentů **vyzdvihuje** nedostatky právě v této oblasti, neboť se domnívá, že zatímco na vzájemné interakce psychické a fyzické stránky se již pomalu pozornost obrací, význam složky spirituální naopak dosud není v péči o pacienty dostatečně zohledňován. Pouze jeden respondent se vyjádřil v tom smyslu, že spiritualita se ho osobně netýká, nicméně dokáže si představit, že v životě některých lidí může hrát důležitou roli.

9.2.4 Psychosociální faktory

Kritika biomedicínského přístupu k pacientům se v rozhovorech se studenty psychologie mnohokrát opakovala. S tím samozřejmě úzce souvisí nedostatky v zaobírání se psychosociálním pozadím pacientova onemocnění. Zlepšení této situace vidí studenti především v lepší **spolupráci** (7) jednotlivých specialistů mezi sebou. Mezioborová spolupráce mezi lékaři a psychology není dostatečná (5), a to především na straně lékařů. Ti dle studentů s psychology příliš nespolupracují a ani pacienty častokrát na psychologa neodkází. Jeden respondent dokonce hovoří spíše o patrné rivalitě mezi těmito odborníky než o spolupráci. *„Doktoři podle mě nechcují přiznat kredity těm psychologům, jo, oni si chtějí pořád držet to, že se zdravím jsme tady my, jako s tím vám pomůžu, a když se doma hádáte a jste ochotní to přiznat, tak jděte za psychologem, což je podle mě velice nezdravý přístup.“* Nebo příklad stigmatizace psychologie jako takové: *„Mně tam chybí ten prostor od těch doktorů pořád, jakože fakt, že oni nás se snaží pořád tlačit na tu druhou kolej a držet si svůj prim a je to hodně o těch pojišťovnách, o těch penězích a takhle, ale podle mě je ve*

společnosti důležité změnit názor na psychologii a dát jim trošku větší pole působnosti.“ Studenti v souvislosti s lékaři uvádějí, že nejprve je u pacienta nutné vyloučit somatické příčiny a teprve potom lze zvažovat faktory další. Nicméně dochází k situacím, kdy se tyto další proměnné do úvahy o celkovém stavu pacienta nezahrnou. Pak může nastat respondenty popisovaná situace, že se „léčí“ pouze zjevné tělesné symptomy pacienta, ale k uzdravení jako takovému nedochází. Řešením této situace by mohla být právě účinnější kooperace mezi jednotlivými specialisty, neboť zohlednění všech aspektů se příliš neslučuje s časovými možnostmi jednotlivých odborníků.

Respondenti se vyjadřovali zejména ke spolupráci mezi lékaři a psychology. Jeden respondent upřednostňoval potřebu větší spolupráce lékařů s kaplany, neboť se domníval, že péči o spirituální rovinu pacienta není věnována dostatečná pozornost.

9.2.5 Psychosomatika

Úzkou provázanost pojmů psychosomatika a komplexní přístup k pacientům dokládají výpovědi jednotlivých respondentů. Tyto pojmy jsou vnímány jako významově velmi **podobné** (2). Na psychosomatiku je však nahlíženo jako na poněkud **konkrétnější pojem** (5), který v sobě zahrnuje pouze psychickou a somatickou složku. Psychosomatika je v tomto pojetí některými vnímána v souvislosti s onemocněním (2), a to především v takovém případě, kdy tělesný stav jedince odráží stav psychický. Jeden respondent si pojem psychosomatika dává do spojitosti se somatizací. Objevila se také odpověď (1), že psychosomatiku respondent vnímá z pohledu konkrétního pacienta potýkající se s určitou chorobou, kdežto komplexní přístup je pro něj přístup lékaře orientovaný na pacienta. Následující výpověď reflektuje jak významovou blízkost pojmů, tak jejich odlišnost: *„Takhle, je možný to vnímat buď jako synonyma nebo jako to, že psychosomatika je čistě ta interakce mezi psychikou a tělesnem, bez toho, bez toho třeba spirituálního přesahu, bez toho sociálního přesahu.“*

9.2.6 Celostní přístup v praxi

Co se uplatňování komplexního přístupu v praxi lékařů a psychologů týče, vnímají studenti značné **nedostatky** především na straně **lékařů**. V rámci praxe psychologů je celostní přístup k pacientům považován téměř za samozřejmost a v mnoha oblastech je také uplatňován. *„Když přijdeš za psychologem, tak si dáváš střípky dohromady ze všech možnejch koutů, a to si myslím, že je více méně definice toho celostního přístupu. Spojit víc*

věcí dohromady a udělat si názor při exploraci toho problému. Ale já si myslím, že v psychologii to funguje.“ Anamnéza (3) byla často zmiňovaná jako významná pomůcka v rukou psychologa, díky níž může na pacienta pohlížet komplexněji a propojovat si získané informace. Lékaři samozřejmě pracují s anamnézou, ale dle respondentů jsou zaměřeni stěžejně na somatickou stránku pacienta a zásady celostního přístupu **neuplatňují** (8). Situace je dle jednoho z respondentů lepší, než tomu bylo dříve, ale biomedicínský přístup k pacientům je v lékařích stále ještě silně zakořeněn.

Důvodů, které brání v uplatňování celostního přístupu, jmenují studenti několik. Jedním ze stěžujících faktorů jsou samotní **pacienti** (5) v ordinacích lékařů, neboť si nechtějí připustit, že by jejich fyzický stav mohl mít jakoukoli spojitost s jejich vztahy, psychickým stavem apod. Možné řešení nabízí následující výpověď: „(...) *možná tomu nejsou tak přístupní. Možná jako, ale to záleží na tom, aby jim to někdo vysvětlil, že prostě by jim to postupně vysvětlil, že jako, aby se nad tím zamysleli, že jako může...Protože když já to vidím sama na sobě a já jsem tomu sama nebyla přístupná, tak je fakt těžký to potom říct nějakému člověku, kterej se v tom vůbec nepohybuje, jako: „Máte to z toho a z toho.“ Ale podle mě jiná jako překážka není. To je jenom o tom chtít, jako kdyby ochota jako přístupnost lékařů, jako k odborné veřejnosti, aby to používali, a tím pádem, když se to rozšíří a bude to jako kdyby bráno, jako samozřejmost, tak podle mě tam není prostě žádná překážka, proč by to nemohlo fungovat.*“

S tím také souvisí další úskalí, které může celostnímu přístupu bránit v užívání v praxi, a tím je obava z **alternativního** a neodborného **přístupu** k pacientům (2), neboť pokud by se lékař začal příliš zajímat o pacientův život namísto opírání se o exaktní výsledky laboratorních vyšetření, mohlo by to v pacientovi vzbudit nedůvěru v daného lékaře. Jeden respondent poznamenal, že je rovněž důležité, aby se komplexní přístup udržel v odborné rovině a aby se nezvedla „*lavina proti jakoby normální medicíně*“, kdy se pacienti budou mylně domnívat, že za veškerá jejich onemocnění jsou zodpovědné pouze psychosociální faktory a lékařů téměř není třeba. Další výpověď respondenta vykresluje jeho pojetí pojmu komplexní přístup a možnou záměnu onoho pojmu: „*Jak ho vnímám já a jak se mi líbí je takovej, že se prostě zajímáš o to, o ty sociální faktory, společenské faktory, jak se ten člověk má, jak se mu daří v práci, v osobním životě a jak je se sebou spokojenej, jak plánuje další do budoucna. A když je něco špatně, tak přemýšlíš o tom, jestli to nemohlo ovlivnit to tělo, ale pak si myslím, že se to někdy jakoby hodně plete s nějakým šarlatánstvím a že pak už jakoby si to ti lidi motaj a dávají jim nějaký čajíky a takový věci a že prostě nějak a čakry*

a takový věci a to už pro mě není komplexní přístup.“ Nutno podotknout, že tyto obavy respondentů jsou úzce spjaty s jejich osobními zkušenostmi, ať už vlastními, nebo z blízkého okolí. Uvádíme na ukázkou jednu z výpovědí těch respondentů: *„(...) řešil s několika doktory, pak jsem byl i v nemocnici a pořád se právě na to dívali odděleně. Jako jsem byl, ty větší problémy byly se žaludkem a bylo to tam tak, že se řešil pořád žaludek, nic jiného se neřešilo a vlastně se mi to i několikrát opakovalo, až mě to vlastně donutilo se na to začít dívat jinak. Vlastně i ten jejich špatný přístup mě donutil, abych se na to zkusil dívat jinak, protože jsem věděl, že to vyloženě asi žaludkem nebude.“*

Další překážku vidí studenti ve **vzdělávání lékařů** (4). Domnívají se, že studenti medicíny nejsou k takovému komplexnímu chápání pacientů na lékařských fakultách vedeni, tedy že se jim tento pohled na pacienta v takové míře nenabízí, a orientují se spíše směrem biomedicínským. Navíc uvádějí, že psychologické předměty jsou studenty medicíny jen velmi zřídka navštěvované a ne příliš vyhledávané. Ačkoli jsou tyto domněnky postaveny pouze na nepřímých zkušenostech z respondentova okolí, o nedostatečné výuce jakožto brzdícím faktoru v uplatňování komplexního přístupu jsou dotázaní přesvědčeni. Jeden z respondentů měl osobní zkušenost s ročním studiem na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Další úskalí spatřují studenti v omezených **časových možnostech** (3) lékařů, v rámci kterých se zabývají primárně somatickými příčinami. V důsledku to následně může vést ke značné redukci pacienta na souhrn tělesných faktorů. Z tohoto důvodu studenti zdůrazňují význam **spolupráce** (2) mezi lékaři a psychology. V současné době spolu tito odborníci příliš nespolupracují, nebo alespoň ze strany lékařů není o pomoc a kooperaci s psychologem takový zájem. *„(...) psychologové to uplatňují víc s tím, že oni vlastně jakoby nějak musí, že jako spolupracovat s tou psychiatrií a tak. Jako, že pro ně je to, mě přijde, že oni jsou s těmi lékaři svázání víc, než lékaři jsou svázáni s psychology. Jo, že oni na to nějak více dbají, ale v tom smyslu, protože jako ten obor psychologie je pořád brán často jako taková pavěda, takže oni pořád jakoby mají asi větší respekt k tomu biomedicínskému přístupu.“* Jiný respondent zase upozorňuje na jistou **rivalitu mezi lékaři a psychology**, zejména ze strany lékařů. Ta může pramenit z nedostatku zkušeností práce v týmu společně s psychology či z určité nevědomosti lékařů o možnostech ovlivnění člověka psychologickými prostředky.

Jako další negativní proměnnou identifikovali studenti nepříliš velký **zájem lékařů** (2) zajímat se o jinou než tělesnou stránku pacienta. Ve výpovědích bylo uváděno, že lékaři tomuto přístupu nejsou otevření: *„to se zmiňuje i, už v knihách jsem to viděl psaný, že prostě*

konzervativní lékaři, kteří... Já neříkám, že jsou všichni takoví, že je jich hodně, že je jich málo, jo, ale určitě takoví jsou, protože jsem to četl v hodně publikacích, že jsou doktoři, kteří se čistě striktně zabývají jenom fyzickým stavem a ničím jiným.“ Nejen nezájem lékařů, ale i neznalost tohoto přístupu k pacientům může dle výpovědí respondentů ztěžovat jeho uplatňování v praxi. Jeden respondent rovněž poznamenal, že se domnívá, že příčina je nejspíše už někde na úrovni fungování ministerstva zdravotnictví.

Velká dávka kritiky současného přístupu lékařů ze strany studentů byla téměř u všech respondentů (5) ovlivněna jejich **zkušenostmi s lékaři**. Většinou se v rozhovorech objevovaly stížnosti na lékaře, které u nich či jejich blízkých zajímaly pouze tělesné známky jejich onemocnění, ale už nevěnovali bližší pozornost kontextu jejich života, ani jim nebyla doporučena intervence psychologa, popřípadě jiného nelékařského specialisty.

Co se uplatňování komplexního přístupu u **psychologů** týká, jsou názory studentů vesměs pozitivní. Domnívají se, že se psychologové přinejmenším snaží takto k pacientům přistupovat a přibližovat se tomuto modelu péče o pacienty. Na druhou stranu se též domnívají (3), že je velmi důležité, aby psychologové byli alespoň v nějaké míře obeznámeni s tělesnými procesy, které mohou ovlivňovat psychický stav jedince, tedy aby měly nějaké základní znalosti z oblasti medicíny a dokázaly tyto poznatky propojovat. Neboť „*spousta věcí nebo spousta psychických problémů, může být způsobena somaticky. Stačí malá dysfunkce štítné žlázy a už tady máme depresi, že jo. (...) tohle je to hlavní, jakoby znát možné příčiny v té, v té medicíně.*“ To je dle názoru jiného respondenta důležité proto, aby psycholog neuvažoval pouze v rovině psychosociálních příčin onemocnění, nýbrž aby jeho zorné pole bylo širší. Riziko totiž vnímá v tom, že pokud by psycholog ustrnul pouze v řešení psychických příčin, mohly by mu uniknout jiné, například somatické proměnné pacientova onemocnění. Otevřenost vůči jiným přístupům k pacientovi či ke zdraví obecně je zde na místě.

Doporučení studentům pro praxi se týká především větší spolupráce mezi lékaři a psychology, ale také respekt ze strany jednoho specialisty k druhému. Avšak nejedná se čistě pouze o respekt, ale i o vědomí hranic svého vlastního oboru a svých prostředků, tedy jak daný specialista může být nápomocen svým pacientům a co je naopak vhodnější přenechat jinému odborníkovi. Uvědomění si komplexnosti člověka a jej ovlivňujících faktorů je jedním ze základních předpokladů, aby tato spolupráce mohla být úspěšná

9.2.7 Komplexní přístup ve výuce

Někteří z respondentů (3) již o celostním přístupu k pacientům uvažovali či o něj projevíli zájem ještě před začátkem studia psychologie. Jeden respondent uvádí, že o psychosomatice jakožto komplexním přístupem již nějaké kusé informace měl.

Všichni studenti (8) však uvádí, že ucelené informace o komplexním přístupu získali až na katedře Psychologie Univerzity Palackého, tedy v rámci vysokoškolského studia. Velmi oceňují, že se jim v rámci studia tento koncept nabízí a že jsou nabádáni k takovému zacházení s pacienty. Výuka je však dle některých výpovědí příliš **teoreticky zaměřená**, proto studenti doporučují integrovat do výuky i praktické prvky, aby si mohli lépe představit, jak celostní přístup zakomponovat do jejich budoucí praxe. „*Nemám z toho pocit, že bych získal nějaké praktické zkušenosti (...)*“ S tím také souvisí další připomínka jiného participanta, který se domnívá, že studenti nejsou v průběhu studia nijak vedeni k tomu, aby s lékaři spolupracovali a že tato dovednost **práce v týmu** s jinými odborníky není v rámci výuky teoreticky ani prakticky rozvíjena.

Studenti jsou s teoretickou informovaností o komplexním přístupu v rámci studia spokojeni, domnívají se však, že pociťují nedostatky (2) co se tělesné stránky pacientů týká. Ocenili by více informací v oblasti **fyzilogie**.

Fyziologické vzdělávání je vítané, avšak výuka by se měla držet v odborné rovině (1). Jeden participant uvádí, že laická veřejnost je dostatečně informovaná, což se však nedá říci o lékařích. Většina respondentů se domnívá, že apelovat by se mělo především na zlepšení povědomí o komplexním přístupu u studentů medicíny a lékařů.

Jeden z respondentů navrhl, že ke větší budoucí spolupráci mezi lékaři a psychology by mohlo pomoci vytvoření předmětu, který by navštěvovali studenti psychologie i medicíny současně: „*(...)že by seděli vedle sebe prostě. Ze začátku by ti lidi nechápali, o čem se baví ti druzí a naopak a třeba jako časem...že by si přišli jako bližší ve třídě nebo takhle.*“ Toto sloučení obou skupin studentů by mohlo přinést pozitivní efekt v tom smyslu, že by se studenti jednoho oboru prohloubili znalosti z oboru druhého a zjistili, jak si mohou být v budoucnu nápomocni.

9.3 Zodpovězení výzkumných otázek

1. Jaký je rozdíl v pojetí komplexního přístupu k pacientům u studentů medicíny a psychologie?

Analýzou rozhovorů se ukázalo, že jedním z hlavních rozdílů mezi oběma skupinami respondentů v chápání celostního přístupu k pacientům je ten, že studenti medicíny se spíše zaměřují na komunikaci a vztah lékaře k pacientům, kdežto studenti psychologie více jmenují jednotlivé složky bio-psycho-sociálního modelu a zaměřují se na propojování souvislostí. Studenty psychologie nebyla komunikace do celostního přístupu k pacientům zahrnuta, zatímco u studentů medicíny byla komunikace lékaře s pacientem ústředním tématem.

2. Jaké jsou názory vybraných vysokoškolských studentů na uplatňování komplexního přístupu v praxi dnešních lékařů a psychologů?

Názory respondentů na uplatňování komplexního přístupu v praxi jsou vesměs negativní. Obě skupiny respondentů se shodují v tom, že především ze strany lékařů není celostní přístup stále ještě uplatňován v takové míře, v jaké by uplatňován být měl, nicméně oproti minulým dobám dochází ke zlepšení. Největší překážky, které brání tomuto přístupu, shledávají studenti v omezených časových možnostech lékařů, nedostatečné spolupráci lékařů s psychology (případně s kaplany) a v samotných pacientech, kteří tomuto přístupu nejsou častokrát nakloněni. Další významnou překážkou se ukázalo být vzdělávání v oblasti psychologie především u studentů medicíny. Na nedostatky v této oblasti upozorňují obě skupiny respondentů.

3. Jaké je povědomí vybraných vysokoškolských studentů o komplexním přístupu k pacientům v souvislosti s výukou na příslušných fakultách?

Studenti uvádějí, že informace o komplexním přístupu získali převážně z výuky na svých domovských fakultách. Studenti medicíny uvádějí, že výuka jim přinesla částečné seznámení se s celostním přístupem, nicméně se domnívají, že ne v dostatečném množství a že biomedicínský pohled na pacienta v rámci vyučovaných předmětů stále převažuje. Přednášky jsou dle studentů zaměřené značně teoreticky, přičemž přednášející vnáší do výuky málo či vůbec žádné zkušenosti a příklady z vlastní praxe. Studenti medicíny se shodují v tom, že by uvítali větší informovanost o daném tématu, avšak budou-li přednášky koncipovány stejně jako doposud, nepovede to dle jejich

názoru ke změně. Navrhují zahrnout do výuky více prakticky zaměřených předmětů, jejichž vyučující mají lékařské vzdělání a využívají principy takového přístupu ve vlastní praxi. Také studenti psychologie uvádějí, že teoretických informací týkajících se celostního přístupu k pacientům obdrželi v rámci studia vesměs dostatečné množství, a přesto pocítují nedostatky na straně praktických dovedností. Rovněž poukazují na znalostní deficit v oblasti spolupráce s dalšími odborníky, jakožto prostředku uplatňování komplexní péče o pacienty.

10 Diskuze

V diskuzi se věnujeme možným zdrojům chyb a úskalím, se kterými jsme se v průběhu práce potýkali. Zároveň propojujeme výsledky z poznatky a výzkumy uvedenými v teoretické části a diskutujeme o možném dopadu získaných poznatků pro budoucí výzkum, či praktické využití.

Celostní přístup k pacientům reflektuje člověka v jeho bio-psycho-sociální celistvosti. Oproti přístupu biomedicínskému neredukuje jedince na souhrn biologických faktorů, ale vnímá ho zasazeného do kontextu jeho života, v rámci jeho vztahů a zohledňuje také jeho subjektivní pocity, které se například s jeho onemocněním pojí. Zda však takový přístup bude v praxi uplatňován, nezávisí pouze na lékařích, či psychologích, ale také na jejich následovnicích, tedy studentech. Jejich názory a postoje týkající se této problematiky mohou značně ovlivnit využívání komplexního přístupu v praxi, ostatně psychosomatické smýšlení obecně. Z těchto důvodů považujeme za přínosné, zabývat se studenty a výzkumně analyzovat jejich názory na celostní pojmání člověka.

Přesto, že jsme se snažili do hloubky zmapovat názory respondentů, byl výzkum konfrontován s různými limitujícími faktory a možnými zdroji chyb, kvůli kterým mohly být výstupy studie ovlivněny. Prvním takovým faktorem mohl představovat samotný výběr respondentů. Samovýběr je metodou výběru respondentů, která s sebou nese riziko, že se do výzkumu přihlásí respondenti, které téma osobně zajímá, což může výsledky studie ovlivnit. Nicméně ve výzkumu byla použita i metoda sněhové koule a metoda záměrného výběru, neboť se pomocí metody samovýběru do studie přihlásily pouze ženy. Z celkem osmi respondentů v každé skupině byl zahrnut stejný počet mužů i žen. Kombinace i jiných metod výběru může rizika samovýběru pomoci redukovat, nicméně vědomí rizika zkreslení výsledků vlivem toho způsobu výběru je na místě.

K dalším limitujícím faktorům můžeme řadit výběr respondentů pouze na Univerzitě Palackého v Olomouci. Do další studie doporučujeme zahrnout i studenty medicíny a psychologie z jiných univerzit, nicméně zde je nutné zohlednit rozdílná kurikula, která by mohla jednotlivé výpovědi ovlivnit. Výběr třetího ročníku rovněž nemusel být ideální volbou, avšak studie byla cílena na názory studentů a střed studia byl zvolen jako adekvátní, neboť pro studenty medicíny je to přelomový ročník mezi spíše teoretickou a praktickou

výukou. Pro studenty psychologie znamená třetí ročník také přelomový rok, neboť ukončují bakalářské studium.

Dalším problémem, se kterým se bylo nutné vypořádat, byly konkrétní otázky interview, neboť měly saturovat otázky výzkumné a především měly být pro respondenty jednoznačně srozumitelné. Z tohoto důvodu byla provedena pilotní studie na celkem čtyřech respondentech (dva respondenti z každé skupiny), díky níž došlo k menším úpravám znění konkrétních otázek interview. Tyto úpravy byly posléze zpětně konzultovány s participanty z pilotní studie. Zasluhou pilotní studie byla také zjištěna orientační délka trvání rozhovorů, která se pohybovala v rozmezí 30 až 45 minut.

Vzhledem k velikosti výběrového souboru není možné výsledky zobecňovat na celou populaci. Přesto se domníváme, že získání těchto kvalitativních dat může lépe přiblížit chápání celostního přístupu pacientů studenty, což může významně ovlivnit uplatňování bio-psycho-sociálně spirituálního modelu v praxi. Získávání dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů bylo i přes časovou náročnost zvoleno z důvodu hlubšího vhledu do této problematiky.

Již po sběru dat se objevila zajímavá skutečnost a to taková, že na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci má vzniknout nový volitelný předmět, který se má právě na komplexní nazírání a léčbu pacienta zaměřovat. V rámci tohoto předmětu by měly být představeny i metody, které do klasické západní medicíny doposud integrovány nejsou a v rámci nichž jsou pacient i jeho nemoc uchopováni odlišným způsobem. Nicméně s tímto konceptem nebyli respondenti v průběhu výzkumu obeznámeni, tím pádem by se to v jejich výpovědích nemělo projevit. Přesto je na této fakultě pozorovatelný nárůst zájmu o celostní přístup ke člověku, který se mimo jiné projevuje i ve vzniku nového předmětu.³

Nyní se budeme věnovat výsledkům studie. Cílem této studie bylo především zmapování názorů a postojů studentů vybraných oborů týkající se celostního přístupu k pacientům. Dále byly kvalitativně analyzovány odlišnosti v odpovědích mezi skupinami. Jsme si však vědomi toho, že tyto odlišnosti jsou vzhledem k nízkému počtu respondentů velmi orientační. Názory na komplexní přístup k pacientům byly u obou skupin pozitivní, což se však nedá říci o jeho uplatňování v praxi. Studenti medicíny vnímají komplexní přístup především

³ Patrný příklon biopsychosociálnímu modelu v rámci lékařské fakulty UP byl viděn také v proslovu ředitele Fakultní nemocnice v Olomouci MUDr. Romana Havlíka, Ph.D., který zahajoval konferenci Psychosomatické medicíny v únoru roku 2016 a hovořil zde o perspektivách psychosomatiky.

s ohledem na pacienta, na interakci mezi lékařem a pacientem. Kladen byl důraz na správnou komunikaci, i na vztah pacienta s lékařem. Jedna respondentka uvádí, že by měl lékař reflektovat například pacientovy obavy ze zdravotního zařízení, léčby, či nějakého zákroku. Asociace studentů medicíny spojených s komplexním přístupem se v několika případech týkaly lidského přístupu k pacientovi, který by měl být spíše v partnerské rovině nežli v rovině expertní – viz paternalistický přístup. Oběma skupinami byla rovněž v rámci chápání komplexního přístupu zmiňována mezioborová spolupráce jednotlivých specialistů a vnímání člověka v širších souvislostech. Studenti psychologie spojovali komplexní přístup k pacientům zejména s definicí bio-psycho-sociálního přístupu, kdy uváděli, že všechny tyto složky by se měly v rámci péče o pacienta zohledňovat. Srovnáme-li vnímání komplexního přístupu studentů medicíny a psychologie s výzkumem Petrůjové (2015) na lékařích a psychologích, je zde patrná odlišnost. Zatímco Petrůjová uvádí, že mezi psychology je komplexní přístup spojován se zaměřením na pacienta, studenti psychologie komplexní přístup uchopují především jako několik faktorů, které je nutné v léčbě zohledňovat. Oproti tomu studenti medicíny se více zaměřují na komunikaci s pacientem a jeho potřeby, hovoří-li o komplexním přístupu. Domníváme se, že toto drobně odlišné chápání významu komplexního přístupu může být do jisté míry ovlivněno tím, že studenti psychologie správnou komunikaci s pacientem vnímají jako samozřejmou součást jejich budoucího povolání, kdežto deficity vnímají na straně redukce pacienta na jednu ze jmenovaných složek. Jinak tomu může být u studentů medicíny, kteří v souvislosti s celostním přístupem zdůrazňují právě komunikaci mezi lékařem a pacientem, což může být způsobeno jejich vnímáním nedostatečných dovedností v této oblasti. Petrůjová (2015) také ve své práci uvedla, že lékaři komplexní přístup vnímají ve spojitosti s využíváním alternativních léčebných metod. Toto zjištění nekorresponduje s názory studentů medicíny. Alternativní způsoby léčby v rozhovorech téměř zmiňovány nebyly, pouze v některých případech (zejména u studentů psychologie) bylo studenty upozorňováno na praktiky neoborníků a léčitelů, kteří mohou pacientům uškodit i přes to, že deklarují celostní přístup.

Dále nás zajímaly názory studentů na uplatňování komplexního přístupu v praxi dnešních lékařů a psychologů. Zejména v otázce lékařů zaznívaly převážně negativní odpovědi. Většina studentů se domnívá, že stále ještě převažuje biomedicínský přístup a lékaři často pacienta nevnímají v širších souvislostech s jeho okolím apod. Nicméně domnívají se, že dochází ke zlepšení. Jejich převážně negativní názory na uplatňování komplexního přístupu v praxi lékařů pramení zejména z jejich osobních zkušeností s lékaři, neboť téměř žádný

z respondentů se s takovým přístupem nesetkal. Takové zkušenosti uvádějí i respondenti ve výzkumu Horákové (2015). Ze 454 respondentů uvedlo 73%, že sledává komplexní přístup k pacientům jako důležitý, nicméně v praxi se s ním setkala pouze čtvrtina z nich a dvě procenta lidí nikdy ve svém životě. Předpokládáme tedy, že i negativní zkušenosti studentů v tomto výzkumu mohly mít nějaký vliv na jimi vnímané uplatňování celostního přístupu v praxi lékařů. Co se psychologické praxe týká, zejména studenti psychologie opětovně uváděli, že je více uplatňován nežli u lékařů, což je dle jejich názoru dáno především odlišným vzděláním.

Velmi diskutovaným tématem v průběhu rozhovorů se staly překážky v uplatňování komplexního přístupu v praxi, a to zejména v praxi lékařů. Obě skupiny respondentů se domnívají, že pregraduální vzdělání lékařů je převážně biomedicínsky orientováno, což je participanty považováno za jednu z největších překážek. Srovnáme-li toto zjištění s výzkumem Astina et al. (2008), výsledky jsou shodné. Také v tomto výzkumu byli studenti medicíny vybízeni k vyjádření svého postoje k uplatnění psychosociálních faktorů v klinické praxi. I studenti tohoto výzkumu uvádějí, že vzdělání v této oblasti nebylo dostačující, avšak zájem o prohloubení znalostí tak značný nebyl. Nicméně v našem výzkumu studenti projevili zájem o získání více informací z této oblasti⁴. Studenti medicíny poukazovali na způsob výuky takových předmětů, které by dle nich měly být více prakticky orientované a především by je měli vyučovat ti vyučující, kteří v praxi takto k pacientům přistupují a mohou tak své zkušenosti sdílet. Zdůrazňují neefektivitu teoreticky vyučovaných předmětů v této oblasti. Studenti psychologie se také domnívají, že výuka studentů medicíny nesměruje k bio-psycho-sociálnímu modelu zdraví a nemoci, ale je spíše biologicky orientovaná. V rámci výuky psychologie nabývají domů, že celostní pohled na pacienta je zde nabízen, nicméně někteří studenti uvádějí, že nejsou vedeni ke spolupráci s lékaři, což může uplatňování komplexního přístupu v praxi ztěžovat. Mezi další překážky studenti řadili nedostatek času, finanční možnosti, neochotu pacientů zabývat se do hloubky svým zdravotním stavem. Tento výzkum považujeme za velmi přínosný a domníváme se, že v obdobných výzkumech by mělo být i nadále pokračováno.

Výzkum, který rovněž koresponduje s našimi zjištěními, je výzkum Feuersteinové (2015), která se zabývala názory lékařů na psychosomatický přístup. Kromě nedostatků

⁴ Studenti medicíny projevovali zájem především o větší informovanost z oblasti psychosociálních faktorů a komunikačních dovedností, kdežto někteří studenti psychologie měli zájem o prohloubení biologických znalostí.

v pregraduálním vzdělávání lékařů a mezioborové spolupráci, shledávali respondenti v tomto výzkumu problém v uplatňování komplexního přístupu na straně pacientů. Samotný přístup pacientů se dle výsledků této práce se zdál být významným faktorem mající vliv na uplatňování celostního přístupu.

Dozvědět se více o vnímání důležitosti komplexního přístupu k pacientům u studentů nejen lékařských oborů je dle našeho názoru zásadní, neboť u lékařů je mnohdy těžké jejich způsob práce s pacientem měnit, ale studenti neustále formují své názory a mohou mít tedy v důsledku velký vliv na samotné uplatňování těchto zásad ve své budoucí praxi. Pro budoucí výzkumy v této oblasti by bylo vhodné se zaměřit třeba i na studenty fyzioterapie, kteří také s propojeností těla a mysli pracují a zároveň často figurují v rámci interdisciplinárních týmů v centrech celostní péče.⁵ Zkvalitnění výzkumu by rovněž prospělo zvýšení počtu participantů a především zahrnutí participantů i z jiných krajů a vysokých škol. Výzkum by se také mohl zabývat srovnáním názorů studentů medicíny v České republice a v Německu, neboť tam má jak psychosomatika, tak i s ní spojený komplexní přístup dlouhodobější tradici. V prostředí české psychosomatické scény, kterou reprezentuje zejména známá dvojice MUDr. Vlastimil Chvála a PhDr. Ludmila Trapková se hojně diskutuje inspirace psychosomatické výuky německým prostředím. Proto se domníváme, že i tento mezistátně zaměřený výzkum by mohl přinést zajímavá zjištění.

⁵ viz například Centrum komplexní péče Roseta v Praze

11 Závěry

Bakalářská práce přináší zmapování celostního přístupu jak v rovině teoretické, tak výzkumné. V teoretické části této práce byl nastíněn vývoj celostního nazírání na člověka, který je úzce spojen se systémovým přístupem. Rovněž byl zmíněn pojem psychosomatika, neboť ta se někdy uvádí jako synonymum celostního přístupu, avšak v této práci bylo s oběma pojmy zacházeno spíše odlišně. V další části teoretické části jsme se věnovali komplexnímu přístupu v kontextu zdravotnictví a následně studiím, které se touto tematikou rovněž zabývají.

Empirická část této práce byla zaměřena na studenty medicíny a psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, kteří byli v době výzkumu ve třetím ročníku studia. Cílem výzkumu bylo především zmapovat názory respondentů na celostní přístup k pacientům a pokusit se najít odlišnosti v pojmání psychosomatického přístupu mezi jednotlivými skupinami respondentů.

Výsledky výzkumu poukazují na drobně odlišné pojmání komplexního přístupu studentů medicíny a psychologie, kdy studenti medicíny s celostním přístupem spojovali zejména komunikaci mezi lékařem a pacientem, kdežto studenti psychologie se zaměřovali více na složky bio-psycho-sociálního modelu a upozorňovali na potřebu zahrnutí všech těchto složek (i složky spirituální) do péče o pacienta. Velmi ostré kritice ze strany obou skupin respondentů bylo podrobena vzdělání studentů medicíny, které je dle názorů participantů biomedicínsky orientováno a velmi okrajově se zabývá psychosociálními faktory. V práci také bylo poukázáno na nevelké uplatňování komplexního přístupu v především v praxi dnešních lékařů. Zdůrazňována byla také potřeba větší spolupráce mezi jednotlivými odborníky.

Výsledky této práce poukázaly na studenty vnímané nedostatky v oblasti celostní péče o pacienta, přičemž jednotlivé skupiny respondentů spatřují nedostatky na jiných místech a zdůrazňují odlišné způsoby řešení. Nicméně obě skupiny respondentů se shodují v tom, že by uvítali v rámci výuky více prakticky laděných přednášek či seminářů, které by jim více přiblížily tento přístup k pacientům.

Souhrn

Za celostní přístup je možné považovat takový přístup ke člověku, díky němuž můžeme člověka uchopit z různých úhlů pohledů. Jedinec je v rámci celostního přístupu vnímán jako bio-psycho-sociálně-spirituální entita, což v praxi znamená, že všechny tyto jednotlivé složky by měly být při interakci s jedincem zohledněny. Nejmarkantněji se potřeba celostního přístupu k člověku projevuje u pacientů, tedy jedinců s nějakou patologií, neboť přístup lékařů k pacientům je nezdědka kdy podrobován kritice. Tato kritika pochází jak z řad samotných pacientů, tak i některých lékařů.

Základy celostního přístupu jsou spjaty se systémovým uchopováním reality. Systémový přístup stojí zejména na základech cirkulární kauzality, přičemž jednotlivé systémy jsou relativně autonomní, nicméně zaujímají vůči sobě nějaký vztah. Systémové nahlížení na člověka je dle autorů Luban-Plozza, Pöldinger a Kröger (1992) důležité zejména při léčbě, neboť člověk je zasazen do určitého společenského kontextu, interaguje s ostatními jedinci a tyto všechny vztahové relace spolupůsobí a ovlivňují jeho aktuální zdravotní stav. Proto je nutné člověka pojímat komplexně a brát v potaz i jeho sociální vazby. Nejzásadnější roli v rámci sociální sféry jedince hraje rodina. O jejím významu v rámci celostní péče hovoří zejména Trapková a Chvála (2004).

V teoretické části se rovněž zabýváme formováním komplexního přístupu a uvádíme několik významných osobností. Jednou z těchto osobností je například starověký lékař Hippokrates, u kterého si můžeme povšimnout celostního nahlížení na pacienty. V počátcích komplexního přístupu stála také psychoanalýza, jejíž postuláty byly zformovány zejména jejím hlavním představitelem Sigmundem Freudem. Kromě psychoanalytické teorie se zabýváme také konceptem alexithymie, neboť i v rámci této teorie nacházíme propojenost mezi psychickou a somatickou stránkou.

Další část teoretického ukotvení celostního přístupu informuje o jeho vývoji v rámci České republiky. Její dlouhotrvající biomedicínsky orientované směřování ovlivněné anglosaským typem medicíny znesnadňovalo rozšíření celostního pohledu na pacienta. Srovnáme-li například psychosomatický přístup s okolními státy (především s Německem a Rakouskem), komplexní nazírání na pacienta u nás není ještě tolik rozšířené. Patrné je to i vzhledem ke vzniku nového specializačního oboru Psychosomatika, jehož podmínky a náplň oboru vyšly ve Věstníku až v roce 2015 (Společnost psychosomatické medicíny, 2015). Aktuálnost tématu je zjevná. V České Republice rovněž někteří mediálně známí lékaři aktivně vystupují

a zdůrazňují důležitost komplexního přístupu. Jedním z nich je i doktor Hnízdil, v jehož centru komplexní péče byla na stáži i autorka této práce, aby se mohla informovat o způsobech jeho uplatňování v praxi.

Celostní přístup je spojován často s lékařskou profesí. Pacienti od lékařů stále více v rámci komplexního přístupu očekávají vřelost, pochopení a naslouchání jejich obtížím. Je-li však lékař zaměřený čistě somaticky a nezohledňuje-li i ostatní faktory může dojít k dehumanizované percepci pacienta. Z tohoto hlediska je v rámci komplexního přístupu důležitý vztah mezi pacientem a daným specialistou. Nicméně existuje několik překážek znesnadňujících celostní přístup, a tím může být i vzdělání lékařů, do něhož dle Berana (2010) nejsou v dostatečné míře začleněny psychosociální faktory. V průběhu psaní této práce však došlo ke změně, co se týká výuky na LF Univerzity Palackého, neboť pan ředitel fakultní nemocnice na konferenci Psychosomatické medicíny hovořil o vzniku nového předmětu věnujícímu se právě komplexnímu přístupu k pacientům. Tento nový předmět se týká i respondentů v tomto výzkumu.

S komplexním přístupem k pacientům bývají někdy spojovány alternativní způsoby léčby a interdisciplinární spolupráce několika odborníků. Psychologové bývají nedílnou součástí těchto mezioborových týmů.

Studií věnujících se problematice celostního přístupu je několik. Někdy se od sebe liší jak z hlediska pojmání komplexního přístupu, tak z hlediska cílové populace. Aktuální výzkumy z českého prostředí realizovaly například Feuersteinová (2014), Horáková (2015) a Petružiová (2015).

Ve výzkumné části jsme si kladli za cíl zmapovat názory vybraných vysokoškolských studentů na komplexní přístup k pacientům. Vybranými studenty byli studenti třetích ročníků medicíny a psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. V obou skupinách byl stejný počet respondentů (8). V jednotlivých skupinách byl přesný podíl mužů i žen. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných interview. Kvalitativní design byl zvolen z důvodu hlubšího zachycení výzkumné oblasti. Rozhovory byly doslovně přepsány a kvalitativně analyzovány. Participanti byli o výzkumu dostatečně informováni, podepsali listinu Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a z etického hlediska byly rovněž veškeré zásady dodrženy.

Z výzkumu vyplývají drobné odlišnosti v pojmání komplexního přístupu k pacientům. Studenti psychologie ho vnímají jako přístup k člověku, který zahrnuje všechny roviny bio-

psycho-sociálně-spirituálního modelu, kdežto studenti medicíny mají s komplexním přístupem k pacientům více spojené komunikační dovednosti lékaře či vztah mezi lékařem a pacientem. Co se spirituální složky týče, je většina studentů psychologie přesvědčena, že by v rámci celostního přístupu k pacientovi měla být zohledněna, avšak taková shoda názorů zdaleka nepanuje u studentů medicíny.

Dle názorů respondentů není komplexní přístup k pacientům uplatňován, a to zejména ze strany lékařů. Podle slov studentů psychologie se v rámci praxe psychologů celostní přístup k pacientům převážně uplatňuje, a to zejména z toho důvodu, že jsou k tomu psychologové narozdíl od lékařů již za dob studií vedeni. **Překážky v uplatňování komplexního přístupu** shledávají studenti zejména v omezených časových možnostech lékařů, nedostatečné spolupráci mezi lékaři a psychology (případně kaplany) a samotných pacientech, neboť ti mnohdy nejsou ochotni si připustit jiný, nežli čistě somatický pohled na svou chorobu.

Další významnou překážku komplikující uplatňování komplexního přístupu shledávají obě skupiny respondentů ve vzdělávání studentů medicíny, což koresponduje i se zjištěními Petrůjové (2015) a Feuersteinové (2015). Studenti psychologie se domnívají, že předměty s psychologickou tematikou nejsou studenty medicíny oblíbeny, ani hojně navštěvovány a studenti jsou tedy více směřováni k biomedicínskému přístupu. Samotní studenti medicíny se domnívají, že předmětů s psychologickou tematikou je poměrně dostatečné množství, nicméně nevyhovující je dle nich způsob a forma výuky, čímž mají na mysli čistě teoreticky zaměřenou výuku bez kazuistik odborníků, kteří celostní přístup ve své praxi uplatňují. Studenti psychologie jsou s množstvím informací, které v rámci studia o celostním přístupu získali spokojeni, oceňují, že se jim tento způsob nazírání na pacienty nabízí. Přesto se domnívají, že nejsou vedeni k práci v týmu s lékaři, což považují za nedostatek, neboť díky interdisciplinární spolupráci je možné pacienta zachytit v kontextu se všemi bio-psycho-sociálně-spirituálními aspekty.

Studenti psychologie rovněž v rámci celostního přístupu zdůrazňují důležitost vnímání hranic a možností jednotlivých oborů, což může napomoci lepší spolupráci. S velmi zajímavým nápadem přišel jeden respondent, který navrhuje vytvořit pro studenty psychologie alespoň jeden společný předmět. Díky tomuto předmětu by se mohli lépe poznat, zjistit možnosti a oblasti, ve kterých by jim mohl být spolužák z jiného oboru v budoucnu nápomocen. Domníváme se, že uskutečnění této myšlenky by velmi pomohlo

lepší spolupráci mezi jednotlivými odborníky, kteří by se setkávali a obohacovali již v době vysokoškolského studia.

Přínos tohoto výzkumu spatřujeme ve zmapování pojetí celostního přístupu u studentů psychologie a medicíny, jež považujeme za velmi významné aktéry v rámci psychosomatického přístupu, neboť zejména na jejich stanoviscích vůči tomuto přístupu záleží, zda bude později v jejich praxi uplatňován. Zároveň bylo upozorněno na způsob vzdělávání studentů medicíny, na kterém je možné v různých ohledech zapracovat.

Možnosti zlepšení uplatňování komplexního přístupu k pacientům spatřujeme především ve větší informovanosti laické veřejnosti a uzpůsobení vzdělávání studentů medicíny a psychologie takovým způsobem, aby u nich vzbudilo zájem o tento přístup a naučili se vzájemně více spolupracovat.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Abbott, R., Hui, K., Hays, R. D., Mandel, J., Goldstein, M., Winegarden, B., ... Brunton, L. (2011). Medical student attitudes toward complementary, alternative and integrative medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 1–14. doi:10.1093/ecam/nep195
- 2) Adler, R. H., Herrmann, J. M., Köhle, K., Langewitz, W., Shonecke, O. W., Uexküll, T. von, & Wesiack, W. (2003). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6.vyd) München, Jena: Urban & Fisher.
- 3) Agarwal, S., & Marshall, G. (2001). Stress effects on immunity and its application to clinical immunology. *Clinical & Experimental Allergy*, 31(1), 25–31. doi: 10.1111/j.1365-2222.2001.01005.x
- 4) Ameloh, K., Berberich, G., Lahmann, C., Niedermeier, & N., Pfaffinger, I. (2013). *Psychosomatische Versorgung in Deutschland – Vorbild für Europa*. Získáno 14. 12. 2015 z <http://dgpm-bayern.de/?p=569>.
- 5) Astin, J. A., Goddard, T. G., & Forys, K. (2005). Barriers to the integration of mind-body medicine: Perceptions of physicians, residents, and medical students. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 1(4), 278–283. doi:10.1016/j.explore.2005.04.014
- 6) Astin, J. A., Sierpina, V. S., Forys, K., & Clarridge, B. (2008). Integration of the Biopsychosocial model: Perspectives of medical students and residents. *Academic Medicine*, 83(1), 20–27. doi:10.1097/acm.0b013e31815c61b0
- 7) Ayers, S., de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- 8) Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- 9) Baštecká, B. (Ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- 10) Baštecká, B., & Goldmann, P. (2005). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 11) Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- 12) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada Avicenum.
- 13) Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- 14) Blount, A. (2003). Integrated Primary Care: Organizing the Evidence. *Families, Systems, & Health*, 21(2), 121-133. doi:10.1037/1091-7527.21.2.121

- 15) Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals Of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi:10.1370/afm.245
- 16) Brockhaus, F. A. (2001). *Der Brockhaus Psychologie. Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. Mannheim: F. A. Brockhaus.
- 17) Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M., Jr. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17(3), 214–223. Získáno 2. prosince 2016 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=f3fe2d2a-cace-4fd3-b5e3-cc03578b5988%40sessionmgr115&hid=107>
- 18) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 19) Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. doi:10.1521/pdps.2012.40.3.377
- 20) Faleide, A., Lian, L., Faleide, E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- 21) Feuersteinová, J. (2014). *Psychosomatický přístup v českém zdravotnictví*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 22) Frankel, S. A., Bourgeois, J. A., Xiong, G., McCarron, R., Han, J., & Erdberg, P. (2014). The medical-psychiatric coordinating Physician – Led model: *Team-based treatment for complex patients*. *Psychosomatics*, 55(4), 333–342. doi:10.1016/j.psych.2013.12.014
- 23) Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- 24) Gatchel, R., & Blanchard, E. (1993). *Psychophysiological disorders: Research and clinical applications*. American Psychological Association.
- 25) Ghaemi, S. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859
- 26) Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- 27) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 28) Havelka, M., Lučanin, J. D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial Model -- The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310. Získáno 13. prosince 2015 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19408642>

- 29) Heretik, A., & Heretik jr, A. et al. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- 30) Heřt, J. (2011). *Alternativní medicína a léčitelství*. Praha: Věra Nosková.
- 31) Hnízdl, J. (2014). *Zaříkavač nemocí: Chcete se léčit nebo uzdravit?* Praha: Lidové noviny.
- 32) Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
- 33) Horáková, D. (2015). *Celostní medicína jako fenomén dnešní doby* (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.
- 34) Chromý, K., & Honzák, R. et al. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- 35) Chvála, V. (2009). Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. In B. Baštecká (Ed.), *Psychosomatika* (297-301). Praha: Portál.
- 36) Jiang, W. (2009). Therapeutic wisdom in traditional Chinese medicine: a perspective from modern science. *Discovery Medicine*, 5(29), 455-461. doi:10.1016/j.tips.2005.09.006
- 37) Johnson, S. (2013). Increasing psychology's role in health research and health care. *The American Psychologist*, 68(5), 311-321. doi:10.1037/a0033591
- 38) Junne, F., & Zipfel, S. (2015). Research prospects in BioPsychoSocial medicine: New year reflections on the 'Cross-Boarder Dialogue' paradigm. *Biopsychosocial Medicine*, 9 doi:10.1186/s13030-015-0038-0
- 39) Kligler, B., McKee, M. D., Sackett, E., Levenson, H., Kenney, J., & Karasz, A. (2012). An integrative medicine approach to asthma: who responds?. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 18(10), 939-945. doi:10.1089/acm.2011.0540
- 40) Klímová, J., & Fialová, M. (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje*. Praha: Progressive consulting, v.o.s.
- 41) Klose, J., Kebza, V. (2009). Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. In B. Baštecká (Ed.), *Stres – reakce na zátěž* (382-387). Praha: Portál.
- 42) Koutecký, J. (2014). *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně - PODĚKOVÁNÍ – prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.* Získáno 12. 12. 2015 z <http://www.cls.cz/aktualne/podekovani-prof-mudr-josef-koutecky-drsc-1004>
- 43) Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

- 44) Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Grada.
- 45) Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., & Kröger, F. (1992). *Psychosomatic Disorders in General Practise*. Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- 46) Luo, G., Wang, Y., Liang, Q., & Liu, Q. (2012). *Systems biology for traditional Chinese medicine*. United States: Wiley, John & Sons.
- 47) Matějček, Z., & Langmeier, J. (1981). *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon.
- 48) Mazochová, V. (2015). *Na nový doktorský obor Sociální a spirituální determinanty zdraví se lze hlásit do konce května*. Žurnál online. Získáno 12. 12. 2015 z <http://www.zurnal.upol.cz/nc/cmtf/zprava/news/3528/>
- 49) Mazochová, V. (2016). *Základy čínské medicíny rozšíří nabídku předmětů fakulty zdravotnických věd*. Žurnál online. Získáno 25. ledna 2016 z <http://www.zurnal.upol.cz/fzv/zprava/clanek/zaklady-cinske-mediciny-rozsiri-nabidku-predmetu-fakulty-zdravotnickych-ved/>
- 50) McCraty, R. (2003). The energetic heart: Bioelectromagnetic interactions within and between people. *Boulder Creek, Calif*, 1. Získáno 11. prosince 2015 z <https://www.heartmath.org/resources/downloads/the-energetic-heart/>
- 51) McCraty, R., Deyhle, A., & Childre, D. (2012). The global coherence initiative: Creating a coherent planetary standing wave. *Global Advances in Health and Medicine*, 1(1), 64–77. Získáno 11. prosince 2015 z <https://www.heartmath.org/research/research-library/basic/gci-creating-a-coherent-planetary-standing-wave/>
- 52) Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Familia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harward University Press.
- 53) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- 54) Morris, S. (2010). Achieving collective coherence: group effects on heart rate variability, coherence and heart rhythm synchronization. *Altern Ther Health Med*, 16(4), 62-72. Získáno 11. prosince 2015 z <https://www.heartmath.org/research/research-library/energetics/achieving-collective-coherence-group-effects-on-heart-rate-variability-coherence-hrvc/>
- 55) Moser, N. L., Plante, W. A., LeLeiko, N. S., & Lobato, D. J. (2014). Integrating behavioral health services into pediatric gastroenterology: A model of an integrated

- health care program. *Clinical Practice In Pediatric Psychology*, 2(1), 1-12. doi:10.1037/cpp0000046
- 56) Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 57) Orel, M., & Facová, V. et al. (2010). *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing.
- 58) Petružiová, T. (2015). *Celostní přístup lékařů a psychologů k pacientům*. (Rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 59) Plante, T., G. (2001). *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- 60) Platón. (2003). *Theagés; Charmidés; Lachés; Lysis; Euthydémós; Prótagoras; Gorgias; Menón; Hippias Větší; Hippias Menší; Ión; Menexenos*. Praha: Oikoymenh.
- 61) Pomerantz, A., Corson, J., & Detzer, M. (2009). The challenge of integrated care for mental health: leaving the 50 minute hour and other sacred things. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 16(1), 40-46. doi:10.1007/s10880-009-9147-x
- 62) Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- 63) Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie* (3.vyd). Praha: Triton.
- 64) Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- 65) Redmer, J., Longmier, E., & Wedel, P. (2013). Targeting diabetes: the benefits of an integrative approach. *The Journal Of Family Practice*, 62(7), 337-344. Získáno 4. ledna 2016 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f3fe2d2a-cace-4fd3-b5e3-cc03578b5988%40sessionmgr115&hid=107>
- 66) Říčan, P. (2009) Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. In B. Baštecká (Ed.), *Spiritualita v psychologii* (379-381). Praha: Portál.
- 67) Sanders, D. (1996). *Counselling for psychosomatic problems*. London: Sage Publications.
- 68) Sarafino, E., & Smith, T. (2012). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. Hoboken. N. J.: John Wiley & Sons.
- 69) Satir, V. (2007). *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál.
- 70) Selye, H. (1966). *Život a stress*. Bratislava: Obzor.

- 71) Sobotková, I. (2009). Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. In B. Baštecká (Ed.), *Rodina* (318-320). Praha: Portál.
- 72) Společnost psychosomatické medicíny ČLS. (2015). INFORMACE PRO ZDRAVOTNÍKY I PACIENTY. Získáno 1. 12.201 Z <http://www.psychosomatika-cls.cz/wp-content/uploads/2015/02/Psychosomatika-info.pdf>
- 73) Susa, Z. (2008). *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Brno: Facta Medica.
- 74) Šácha, P., & Šáchová, P. (2000). *Celostní medicína*. Chrudim: PORS B2 s.r.o. Chrudim.
- 75) Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- 76) Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- 77) Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál
- 78) Vojtíšek, Z., Dušek, P., & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- 79) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 80) Woods, S., & Denton, W. (2014). The biobehavioral family model as a framework for examining the connections between family relationships, mental, and physical health for adult primary care patients. *Families, Systems, & Health*, 32(2), 235-240. doi:10.1037/fsh0000034
- 81) Yardley, L., & Furnham, A. (1999). Attitudes of medical and nonmedical students toward orthodox and complementary therapies: is scientific evidence taken into account?. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 5 (3), 293-295. doi:10.1089/acm.1999.5.293.
- 82) Zahourek, R. P. (2008). Integrative Holism in psychiatric-mental health nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(10), 31-37. doi: 10.3928/02793695-20081001-13

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného souboru studentů medicíny

Tabulka č. 2: Charakteristika výzkumného souboru studentů psychologie

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Formulář pro zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 3: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 4: Informace o výzkumu

Příloha č. 5: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Příloha č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
NAVRÁTILOVÁ Monika	Ovesná 2, Olomouc	F14706

TÉMA ČESKY:

Komplexní přístup k pacientům v pojetí vybraných vysokoškolských studentů

TÉMA ANGLICKY:

Holistic approach to patients in the perspective of selected university students

VEDOUcí PRÁCE:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Práce se zabývá pojetím komplexního přístupu u vysokoškolských studentů a následným porovnáním jejich názorů na danou problematiku. Zkoumaným souborem budou studenti třetího ročníku všeobecného lékařství a psychologie. Hlavním cílem bakalářské práce je zachytit postoje vysokoškolských studentů ke komplexnímu přístupu, porovnat rozdíly v pohledu na komplexní přístup mezi studenty všeobecného lékařství a psychologie a zmapovat jejich dosavadní znalosti z této oblasti. V teoretické části budou vymezeny charakteristiky komplexního přístupu, kořeny komplexního přístupu, nahlížení na nemoc a zdraví z pohledu tohoto přístupu a další. Použitými metodami v praktické části budou polostrukturované interview a pozorování. Data budou zpracována pomocí kvalitativní analýzy. Následně budou popsány výstupy, které z daného výzkumu vyplnou.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Baštecká, B., et al. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
Baštecká, B., Mach, J., et al. (2015) Klinická psychologie. Praha: Portál.
Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.
Beran, J. (1996). Psychoterapeutický přístup v klinické praxi. Praha: Nakladatelství a vydavatelství H&H.
Chromý K., Honzák R., et al. (2005). Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada.
Falcide A., Falcide E., & Lian L. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada.
Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
Mastiliaková, D. (1999). Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
Poněšický, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton.
Tress, W., Kruse, J. & Ott, J. (2008). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.
Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Komplexní přístup k pacientům v pojetí vybraných vysokoškolských studentů

Autor práce: Monika Navrátilová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Počet stran a znaků: 100 s. (214 634)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 82

Abstrakt (800–1200 zn.): Komplexní přístup k pacientům vychází z chápání jedince jako bio-psycho-sociálně-spirituální entity. Díky celostnímu přístupu je možné pacienta uchopit v širším kontextu jeho života a lépe tak posoudit příčiny jedincova zdravotního stavu a indikovat léčbu. Důležitost celostního nazírání na pacienty je žádoucí zejména ze strany lékařů a psychologů.

Cílem této studie bylo zmapovat názory na komplexního přístup k pacientům vybraných studentů medicíny a psychologie. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 16 respondentů (8 respondentů v každé skupině – z toho 4 ženy a 4 muži). Byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Data byla získána pomocí polostrukturovaného interview.

Z výsledků vyplývá, že studenti pojmají komplexní přístup jako vnímání jedince z více úhlů pohledů. Komplexní přístup je rovněž asociován se vztahem mezi lékařem a pacientem a dobrými komunikačními dovednostmi lékaře. Překážky komplikující uplatňování komplexního přístupu v praxi shledávají studenti zejména ve vzdělání, nedostatečné mezioborové spolupráci a neochotě pacientů zabývat se více do hloubky psychosociálními faktory. Přínosem výzkumu jsou návrhy změn, které mohou umožnit lepší integraci celostního přístupu do praxe.

Klíčová slova: komplexní přístup k pacientům, celostní přístup, psychosomatika, studenti medicíny a psychologie, vztah lékař – pacient

Příloha č. 3

Abstract of thesis

Title: Holistic approach to patients in the perspective of selected university students

Author: Monika Navrátilová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Number of pages and characters: 100 p. (214 634)

Number of appendices: 5

Number of references: 82

Abstract (800–1200 characters): Holistic approach to patients works on the assumption which perceives an individual as a bio-psycho-social-spiritual entity. Holistic approach enables to view a patient in the wider context of his or her life so to the causes of the individual's disease can be better diagnosed and an appropriate treatment indicated.

The aim of this study was to investigate opinions of selected medical and psychology students on the topic holistic approach to patients. There were 16 respondents who took part in this study (8 respondents in each group – 4 men and 4 women). Qualitative design was chosen. The data were gained by using semi structured interviews.

The findings of this study show that students regard the holistic approach as perceiving patients from different perspectives. Holistic approach is also associated with physician-patient relationship and good communication skills of the physician. Obstacles, which complicate the use of the holistic approach to patient in practice are mainly seen in education, insufficient interdisciplinary cooperation and unwillingness of patients to address psychosocial issues. The contribution of this study are suggestions which could help to integrate the holistic approach into the health care system.

Key words: holistic approach to patients, psychosomatics, students of medicine and psychology, physician – patient relationship

Příloha č. 4



Informace o výzkumu

Komplexní přístup a psychosomatika v pojetí vybraných vysokoškolských studentů

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o pomoc s kvalitativním výzkumem zabývajícím se Komplexním přístupem a psychosomatikou. Studuji jednooborovou Psychologii na Univerzitě Palackého v Olomouci a tento výzkum realizuji v rámci méj bakalářské práce.

Tento výzkum se zabývá komparací názorů vysokoškolských studentů z různých oborů na holistické pojetí člověka a psychosomatiku.

Výzkumná část se skládá z rozhovoru, kdy Vám bude položeno několik otázek, na které můžete otevřeně odpovědět. Rozhovor bude trvat zhruba 30-45 minut. V průběhu rozhovoru bude pořizován audiozáznam z důvodu následného zpracování výsledků výzkumu a zpětného ověření Vašich výpovědí.

Anonymita při zveřejňování výsledků bude zajištěna. Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná a máte možnost rozhovor kdykoli v průběhu ukončit či požádat o úplné vyřazení z výzkumu.

V případě jakýchkoli dotazů mě neváhejte kontaktovat.

Velice si vážím Vaší účasti na tomto výzkumu.

Za autory výzkumu Monika Navrátilová

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel

miroslav.orel@upol.cz

Realizace výzkumu a sběr dat:

Monika Navrátilová

monika.navratilova.m@gmail.com

Příloha č. 5

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická Fakulta

Katedra Psychologie

Vyjádření informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu

Potvrzuji, že jsem obdržel/a a seznámil/a se s průvodní dopisem, týkající se výzkumné studie, který poskytuje informace o výzkumu realizovaném v rámci bakalářské práce na katedře Psychologie FF UP.

Potvrzuji, že souhlasím s účastí ve výzkumu za podmínek, které jsou uvedeny v průvodním dopise Informace o výzkumu, který mi byl ponechán pro vlastní potřebu. Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto dostatečné množství informací o podmínkách výzkumu. Také souhlasím s pořizováním audiozáznamu v průběhu rozhovoru.

Beru na vědomí, že účast ve výzkumu je dobrovolná.

Jméno účastníka výzkumu:

Dne:

Podpis:

