

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta Katedra OUSHI

Diplomová práce

2024 Bc. Kristýna Portlová

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta Institut OUSHI

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci

Bc. Kristýna Portlová



Postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi

Diplomová práce

vedoucí práce: MUDr. Michal Kryl

2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 8. 4. 2024



Bc. Kristýna Portlová

## **Poděkování**

Děkuji MUDr. Michalu Krylovi za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Díky patří také respondentům, kteří byli ochotni podělit se o své názory a zkušenosti. Také děkuji celé své rodině, svému partnerovi Patrikovi a přátelům za podporu a trpělivost, které mi projevovali po celou dobu psaní diplomové práce. Nebylo to se mnou jednoduché, ale vy jste vždy stáli při mně a drželi mě nad vodou, bez vás bych to nezvládla.

## Obsah

1 Úvod.....	5
Konceptuální část.....	5
2 Pojem psychosomatika .....	5
2. 1 Vymezení termínu.....	5
2. 2 Právní a etické zakotvení oboru v ČR.....	6
2. 2. 1 Právní zakotvení .....	7
2. 2. 2 Etický kodex Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s.....	7
2. 2. 3 Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče.....	8
2. 3 Psychosomatická péče a vzdělávání v ČR .....	8
2. 3. 1 Koncept péče .....	9
2. 3. 2 Síť ambulantních pracovišť .....	10
2. 3. 3 Vzdělávání v ČR.....	13
2. 3. 4 Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty – Šternberk .....	15
3 Bio-psycho-socio-spirituální model.....	18
3. 1 Biologický aspekt nemoci .....	18
3. 2 Psychologický aspekt nemoci .....	19
3. 3 Sociální aspekt nemoci.....	20
3. 4. Spirituální aspekt nemoci.....	21
4 Zdraví a nemoc člověka .....	24
4. 1 Zdraví .....	24
4. 2 Nemoc .....	26
4. 2. 1 Funkční onemocnění .....	26
4. 2. 2 Somatoformní onemocnění .....	27
4. 2. 3 Somatopsychická onemocnění .....	29
5 Vztah lékaře a pacienta a jejich komunikace.....	30

5. 1 Vztah lékař – pacient.....	30
5. 2. Komunikace mezi lékařem a pacientem .....	32
6 Postoj .....	34
6. 1 Vymezení termínu.....	34
6. 2 Funkce postojů .....	34
6. 3 Postoj a chování .....	35
Výzkumná část.....	37
7 Povaha výzkumu, cíl výzkumu a výzkumná otázka .....	38
7. 1 Kvalitativní výzkum.....	38
7. 2 Cíl výzkumu .....	38
7. 3 Výzkumná otázka.....	38
7. 4 Typ výzkumu – analýza dokumentů .....	39
8 Popis výzkumného souboru .....	41
8. 1 Metoda výběru výzkumného souboru.....	41
8. 2 Kritéria pro výběr respondentů .....	41
8. 3 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
9 Sběr dat .....	43
9. 1 Pilotní rozhovor.....	43
9. 2 Polostrukturovaný rozhovor.....	44
10 Způsob zpracování dat .....	45
10. 1 Transkripce rozhovorů .....	46
10. 2 Analýza dat.....	46
11 Etické aspekty výzkumu .....	47
12 Interpretace dat .....	48
12. 1 Hlavní výzkumná otázka.....	48
12. 2 Dílčí výzkumné otázky .....	50

13 Diskuze .....	65
Závěr .....	67
Bibliografický seznam .....	69
Seznam tabulek .....	73
Seznam zkratek .....	74

# 1 Úvod

Téma psychosomatiky se mě jako studentky aplikované psychoterapie a inovací v sociální práci a zároveň již pracující sociální pracovnice s lidmi se zrakovým postižením, osobně dotýká. V sociální práci se celostní pohled uplatňuje roky. Každý den se ve své práci setkávám s lidmi a jejich životy, ne pouze s případy, ne pouze s problémy, ale s člověkem. Proto věřím, že psychosomatický přístup může být přínosný nejen v lékařství, ale i v sociální práci nebo psychoterapii, a to zejména ve chvíli, kdy všichni spojíme své síly a budeme spolupracovat. Multidisciplinární přístup a komplexní pohled na člověka je dle mého názoru cestou budoucnosti, ve které můžeme najít celostní zdraví.

V moderním lékařství zaujímá psychosomatika stále důležitější místo, a to jak v diagnostice, tak v léčbě různých onemocnění. Tento obor zkoumá spojení nejen mezi psychickými a biologickými faktory, ale zapojuje i sociální a spirituální sféru člověka. To vše ovlivňuje zdraví jedince a přináší nové pohledy na léčbu nemocí. Tato diplomová práce se zabývá konceptem psychosomatiky v kontextu českého zdravotnictví a jejím významem pro práci praktických lékařů. Cílem práce je analyzovat postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi. Získané informace mohou být předmětem debat týkajících se organizace zdravotnických systémů, výuky medicíny a formování vzdělávacích programů pro lékaře obecně.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Konceptuální část je zaměřena na definici pojmu psychosomatika, jeho právní a etické zakotvení v České republice, vzdělávání v oblasti psychosomatické péče, a aplikaci bio-psycho-socio-spirituálního modelu ve zdravotnictví. Druhá část práce se věnuje výzkumu. Jedná se o výzkum kvalitativní, sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s praktickými lékaři.

Vzhledem k neustále rostoucímu zájmu o psychosomatiku a potřebě porozumění jejího významu ve zdravotnické praxi, může mít tato práce potenciál přispět k rozvoji multidisciplinární spolupráce mezi lékaři a psychoterapeuty, identifikovat preference ke způsobu vzdělávání lékařů nebo popsat omezení, která brání praktickým lékařům v plném využití toho přístupu. Tato práce může být považována jako průzkumná a získané výsledky mohou posloužit jako základ pro budoucí výzkumy, které se budou zabývat tímto tématem detailněji.



## Konceptuální část

### 2 Pojem psychosomatika

Úvodní kapitola je věnována pojmu psychosomatika. Tento pojem vysvětluje symbiotický vztah mezi psychickým stavem a somatickým zdravím. Kapitola se věnuje myšlenkovému rámci tohoto pojmu, je zde uvedeno několik definic a představuje, jak psychosomatika poskytuje nový pohled na lidské onemocnění a léčbu, a jakým způsobem se tato perspektiva liší od tradičních přístupů v medicíně. Dále je zde zahrnuta část zabývající se současným stavem psychosomatické péče i možnosti vzdělávání v České republice (ČR).

V úvodu této kapitoly si bych chtěla připomenout perspektivu lidského myšlení, jak ji formuloval významný český lékař, slavný obhájce a popularizátor psychosomatiky Radkin Honzák (2017, s. 10). Jeho koncept lidské mysli vychází z organické přírody, na rozdíl od modelů spojených s technologií, a přirovnává ji k: „... *systemu houby (jedinec) a podhoubí (společné vědomí i nevědomí), ... Líbí se mi původní řazení hub k rostlinám, ale nakonec jejich osamostatnění, a připomíná mi to, že člověk je také zvíře, ale značně osamostatnělé...Lidé jsou jako plodnice vyrostlé za účelem rozmnožování, netušící, co všechno obsahuje a skrývá podhoubí.*“

#### 2. 1 Vymezení termínu

Pojem psychosomatika pochází ze dvou pojmů: „psyché“, odkazující na naši duševní sféru, zahrnující náš vnitřní svět s myšlením, prožíváním a reakcemi na různé situace a životní okolnosti, a „soma“, řecké slovo pro tělo, schránku naší fyzické existence. Psychosomatika tedy zkoumá spojení mezi duševními a fyzickými aspekty, přičemž je nepovažuje za samostatné entity, ale za propojené systémy nebo propojené domény (Poněšický, 2014).

Pro definici tohoto konceptu lze využít dvě interpretace psychosomatiky. Širší perspektiva předpokládá, že člověk v každém momentu svého zdraví či nemoci a v průběhu svého bytí reprezentuje sjednocení psychického a somatického s okolím. Tato interpretace zahrnuje tři klíčové faktory – biologický, psychický a sociální (Baštecký et al., 1993).

Užší pojetí psychosomatiky jednodušeji pohlíží na člověka v kontextu zdraví a nemoci, s důrazem na praktickou klinickou aplikaci. Tato perspektiva se zaměřuje na studium onemocnění, kde psychosomatické faktory výrazně ovlivňují jejich původ a průběh. Nicméně, při tomto přístupu se neopomíjejí individuální aspekty člověka a diferencuje se, zda převažují psychosomatické nebo somatické faktory ve vzniku a průběhu onemocnění u konkrétního jedince (Baštecký et al., 1993).

Pohled psychosomatické medicíny rozhodně není vnímán jako alternativa či konkurence k současné medicíně založené na důkazech a statistikách (Evidence-based medicine, EBM). Namísto toho zdůrazňuje důležitost biologických faktorů, stejně jako obtížně měřitelných sociálních a psychologických aspektů i obtížně vědecky uchopitelných faktorů duchovních (spirituálních). Tímto způsobem se psychosomatický přístup stává doplňkem redukcionistického pohledu na člověka, který jej vnímá jako pouhý biologický objekt. I když může být zařazen do kategorie "doplňkové a alternativní medicíny" (complementary and alternative medicine, CAM), je vnímán spíše jako doplněk než jako alternativa (Honzák, 2017).

## **2. 2 Právní a etické zakotvení oboru v ČR**

Tato kapitola je věnována důkladnému zhodnocení právního a etického rámce, v němž je oblast psychosomatiky v České republice zakotvena. Klíčovým zaměřením analýzy budou dva významné dokumenty, nesoucí zásadní význam pro normativní směřování psychosomatické péče v našem kontextu – Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče a Etický kodex Společnosti psychosomatické medicíny (SPM ČLS JEP).

První část této kapitoly se detailně věnuje obsahu a významu těchto dokumentů, přičemž je zde zdůrazněna jejich klíčová role v utváření standardů a směrnic v oblasti psychosomatiky. Následně se kapitola zaměřuje na aktuální legislativu, která ovlivňuje praktikování psychosomatiky v současném českém právním kontextu. Tato reflexe současné legislativy je nezbytná pro porozumění právním a etickým aspektům v této oblasti a pro podporu kvalitativní péče, respektující práva a důstojnost pacientů.

## **2. 2. 1 Právní zakotvení**

Od roku 2013 je psychosomatika zařazena mezi obory zdravotních služeb, toto udává *vyhláška č. 286/2013 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů* (Sbírka zákonů ČR, 2013).

Dle veřejného práva je psychosomatika považována za nastavbový obor certifikovaných kurzů lékařů podle § 21e zák. č. 95/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů* (Sbírka zákonů ČR, 2004).

*Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů* pak upravuje minimální délku vzdělávání a vymezení oborů specializačního vzdělávání, jejichž absolvování je předpokladem pro zařazení do vzdělávání v nastavbovém oboru, a označení lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí. Psychosomatické vzdělání v nastavbovém oboru vyžaduje minimálně 2 roky. Lékař může být do tohoto programu zařazen, pokud již dokončil základní obor specializačního lékařského vzdělávání, včetně praktického lékařství pro děti a dorost. Některé obory, jako je hygiena a epidemiologie, klinická biochemie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, patologie a soudní lékařství, nejsou zahrnuty, což má své důvody (Sbírka zákonů ČR, 2018).

## **2. 2. 2 Etický kodex Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s.**

Etický kodex Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s. představuje komplexní soubor pravidel, kterými se řídí všichni členové této společnosti. Kodex vytváří jasná pravidla pro práci s psychosomatickými pacienty, slouží k ochraně jejich práv a zároveň stanovuje etické normy pro všechny členy Společnosti. Tento dokument zavazuje všechny členy k respektování etických principů a k přizpůsobení se vysokým standardům poskytované péče.

Hlavní myšlenky etického kodexu se soustředí na ochranu práv pacientů, profesionální povinnosti pracovníků v oblasti psychosomatické medicíny a na vztahy mezi pracovníky. Důraz je kladen na úctu k osobnosti pacienta, zachování profesní nezávislosti a objektivitu a péči o tělesné i duševní zdraví jednotlivce. Způsobilost

pracovníka a jeho odpovědnost za udržování profesní kompetence jsou klíčové prvky, které se reflektují v kodexu.

Vztah mezi pracovníkem a pacientem je považován za vzájemné partnerství s respektem k lidským právům a důstojnosti pacienta. Kodex také zdůrazňuje etické principy v oblasti sdílení informací a mlčenlivosti o pacientovi. V neposlední řadě jsou to i vztahy mezi pracovníky v psychosomatické medicíně, jež staví na vzájemné kolegiálně, úctě a ochotě ke spolupráci. Etický kodex obsahuje mechanismy pro řešení případných nesrovnalostí v profesionálním chování (SPM ČLS JEP, 2019).

### **2. 2. 3 Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče**

Dokument „Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče“ představuje historicky první dokument vytvořený Společností psychosomatické medicíny (SPM) ČLS JEP, z.s.. Tento dokument vznikl v reakci na pozitivní vývoj oboru psychosomatické medicíny v České republice, zejména po schválení kódu lékařského výkonu v oboru psychosomatika (kód č. 09170 – psychosomatická intervence).

První část textu popisuje doporučený pohyb psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče, vyplývající z organizace psychosomatické péče u nás. To je důležité nejen pro zdravotníky, ale i pro zdravotní pojišťovny, aby bylo zřejmé, co se v systému zdravotní péče děje s pacientem, který je indikován k psychosomatické péči a jakí odborníci a jakým způsobem se na ní mohou podílet. Druhá část přibližuje diagnostické kategorie v oblasti psychosomatické medicíny a s ní související diferenciální diagnostiku. Tyto informace jsou stěžejní hlavně pro odborníky z praxe, stejně jako třetí část, jež má odbornější ráz a popisuje základní diagnostické jednotky v oblasti psychosomatiky. V přílohách se nacházejí příklady dotazníkových metod zaměřených na screening psychosomatických poruch (Čech et al., 2023).

### **2. 3 Psychosomatická péče a vzdělávání v ČR**

Kapitola přináší pohled na koncept psychosomatické péče v ČR a je zde zdůrazněn vliv německého modelu v kontrastu s konceptem, který se objevuje v anglosaských zemích. Kapitola mapuje existující síť ambulantních pracovišť specializovaných na psychosomatickou péči a věnuje pozornost akreditovaným vzdělávacím centrům, které přispívají k odbornému rozvoji lékařů a dalších zdravotníků

pracovníků. Zdrojem informací v této kapitole je především 5. verze koncepce oboru psychosomatické medicíny. Kromě toho se zde krátce pojednává o historii již zrušeného pracoviště ve Šternberku, jehož přínos pro psychosomatickou péči v ČR je rovněž zmíněn.

### **2. 3. 1 Koncept péče**

Psychosomatická medicína má odlišné pojetí a zaměření v Severní Americe ve srovnání s Evropou. Koncepce, která se v České republice rozvíjí, je podobná té, která je typická pro Evropu, zejména pro německy mluvící země. V Severní Americe je pojem psychosomatické medicíny spojen především s oborem konzultační psychiatrie (consultation-liaison psychiatrie, C-L psychiatrie), kde specialisté poskytují léčbu duševních poruch pacientům s primární somatickou diagnózou, často na somatických odděleních nebo klinikách (Skorunka, 2023).

Současný koncept psychosomatické medicíny v České republice nám udává Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti JEP. V současné době je psychosomatická medicína považována za samostatný obor, který využívá specifických diagnostických metod a koncepcí, stejně jako jiné medicínské specializace. Podobně jako v obecném praktickém lékařství, i pracovník v psychosomatické medicíně čerpá ze znalostí a metodologie jiných oborů a spolupracuje i mezioborově. Klade však důraz zejména na studium psychosociálních aspektů potíží a možností jejich ovlivnění ve prospěch pacienta (Chvála et al., 2022, s. 1).

Pracovníci s kvalifikací v oblasti psychosomatické medicíny zahrnují lékaře různých klinických disciplín, kteří splnili specifické vzdělávací požadavky, s výjimkou určitých specializací (hygiena a epidemiologie, soudní lékařství a patologie). Tato kvalifikace vyžaduje absolvování nástavbové atestace. Mezi tyto pracovníky patří lékaři, kliničtí psychologové a fyzioterapeuti a psychosomatická medicína je považována za rozšíření jejich původních specializací. Standardní diagnostické a léčebné postupy v jejich původních oblastech se v oboru psychosomatické medicíny nepovažují za součást jejich činnosti. Psychosomatická konzultace nebo intervence pak spojují různé činnosti v této oblasti (Chvála et al., 2022, s. 2).

Základní psychosomatickou péči poskytuje skupina lékařů, kteří dokončili akreditovaný kurz v tomto oboru. Tento kurz rozšiřuje znalosti lékaře a umožňuje jim

organizovat péči o pacienty tak, aby vyčlenili speciální čas v rámci své praxe na potřeby psychosomatických pacientů. Klíčovým nástrojem je strukturovaný rozhovor zaměřený na psychické a sociální aspekty spojené s chronickými obtížemi (Chvála & Trapková, 2020, s. 13-34).

### 2. 3. 2 Síť ambulancí pracovišť

Registrovaná zdravotnická (ať státní nebo nestátní) zařízení, která odpovídají zákonům o zdravotních službách, jsou evidovaná v oficiální databázi poskytovatelů zdravotnických služeb na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). V současné době se jedná o 21 registrovaných subjektů, mezi kterými jsou jak samostatně praktikující lékaři rozmanitých specializací (všeobecné praktické lékařství, psychiatrie, gynekologie, alergologie, neurologie, aj.), tak i různá centra, kliniky a oddělení nemocnic, na kterých lze najít i další profese, které se psychosomatikou zabývají, např. klinický psycholog, fyzioterapeut nebo ergoterapeut.

#### Tabulka č. 1

##### *Seznam pracovišť*

Název	Adresa	Obor
MUDr. Jan Řehák	Rokycanova 2798, 53002 Pardubice	Psychosomatika, všeobecné praktické lékařství
RHEA centrum klinické psychologie a psychosomatiky s.r.o.	Orlí 486/6 60200 Brno	Klinický psycholog
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Psychiatrická klinika, Sexuologický ústav	Ke Karlovu 460/11 12000 Praha 2	Adiktolog, Klinický psycholog, Nutriční terapeut, Sestra pro péči v psychiatrii, sexuologie, psychosomatika, psychosomatika, návykové nemoci, gerontopsychiatrie, dětská

		a dorostová psychiatrie, vnitřní lékařství, psychiatrie
Centrum komplexní péče Roseta s.r.o.	Nezamyslova 1712/13 a 12800 Praha 2	Fyzioterapeut, Klinický psycholog, psychosomatika, rehabilitační a fyzikální medicína, psychiatrie
Centrum komplexní péče Dobřichovice, s.r.o.	Na Vyhlídce 582 25229 Dobřichovice	Fyzioterapeut, Klinický psycholog, psychosomatika, všeobecné praktické lékařství, rehabilitační a fyzikální medicína
PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA s.r.o.	Patočkova 712/3 16900 Praha 6	Fyzioterapeut, Klinický psycholog, psychosomatika, dětská a dorostová psychiatrie, vnitřní lékařství, psychiatrie, chirurgie
MUDr. Jindra Friedrichová	Jáchymovská 385/25 46010 Liberec	Psychosomatika, psychiatrie
MUDr. Jindra Friedrichová	Petra Bezruče 1877/67 46601 Jablonec nad Nisou	Psychosomatika, psychiatrie
UNICARE MEDICAL CENTER s.r.o.	Na Dlouhém lánu 563/11 16000 Praha 6	Dermatovenerologie, dětská a dorostová psychiatrie, gastroenterologie, gynekologie a porodnictví, chirurgie, kardiologie,

		neurologie, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, praktické lékařství pro děti a dorost, psychiatrie, psychosomatika, rehabilitační a fyzikální medicína, urologie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství, zubní lékařství
Psychosomatická ambulance Stárková Libuše MUDr.CSc.	Vídeňská 10/636, 779 00 Olomouc	Psychosomatická medicína, psychiatrie
MUDr. Marcela Prokopová	Čujkovova 3165/40 a 70030 Ostrava	Psychosomatika, všeobecné praktické lékařství
Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci s.r.o.	Jáchymovská 385/25 46010 Liberec	Lékařská psychoterapie, Fyzioterapeut, Klinický psycholog, sexuologie, psychosomatika, psychiatrie
MUDr. Ivana Jirmanová	Socháňova 1221/25 16300 Praha 17	Psychosomatika, pneumologie a ftizeologie
MUDr. Zuzana Lapková	Krčská 1079/59 14000 Praha 4	Fyzioterapeut, psychosomatika, dětská



		pneumologie, alergologie a klinická imunologie
MUDr. Aleš Fůrst	Na Výšině 2205/13 46601 Jablonec nad Nisou	Psychosomatika, psychiatrie
MUDr. Aleš Fůrst	Jáchymovská 385/25 46010 Liberec	Psychosomatika, psychiatrie
Reha Care s.r.o.	Potoky 5145 76001 Zlín	Psychosomatika, rehabilitační a fyzikální medicína
Psychosomatické centrum Praha s.r.o.	Kodaňská 558/25 10100 Praha 5	Lékařská psychoterapie, Klinický psycholog, psychosomatika, psychiatrie
MUDr. František Soukup	Železničářská 1329/85 31200 Plzeň	Klinický psycholog, ergoterapeut, všeobecná sestra, psychosomatika, psychiatrie
MediBra s.r.o.	Kostelní 96/23 70200 Ostrava	Psychosomatika

### 2. 3. 3 Vzdělávání v ČR

Vzdělání v oboru specializace probíhá u subjektů poskytujících zdravotní služby nebo jiných právnických nebo fyzických osob, které získaly oprávnění podle platného zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, a uskutečňuje se jako celodenní průprava při výkonu lékařského povolání. Vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatika má za cíl vybavit absolventy specifickými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi z této oblasti. Absolventi jsou po dokončení tohoto vzdělávání schopni diagnostikovat

pacienty s psychosomatickými onemocněními, navrhnout terapeutické postupy a samostatně či v rámci týmové spolupráce řešit jejich léčbu. Jejich vzdělání zahrnuje široké spektrum oblastí, včetně psychosomatické a behaviorální medicíny, etiky v medicíně a orientace v oblasti výzkumu psychosomatiky. Dále do vzdělání patří znalosti z psychiatrie a psychoterapie včetně sebezkušenosti. Je důležité zdůraznit, že absolvent není automaticky považován za psychoterapeuta, pokud mu nebylo poskytnuto příslušné odborné vzdělání v této oblasti (Vzdělávací program nástavbového oboru PSYCHOSOMATIKA, 2021).

Příkladem takového subjektu, který poskytuje akreditované vzdělávání, je Psychosomatická klinika v Praze v Patočkově ulici 712/3. Participují zde nejen na postgraduálním vzdělávání psychologů v oboru klinická psychologie a na postgraduální výuce lékařů v oboru psychosomatická medicína, ale také realizují přednášky s psychosomatickou problematikou a vedou akreditované kurzy pro pracovníky v pomáhajících profesích. Opomenuta není ani odborná veřejnost, pro kterou poskytují blokovou stáž. (Psychosomatická klinika, b. r.). Akreditované kurzy v nástavbovém oboru psychosomatika pořádá Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ).

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s. uskutečnila v roce 2018 šetření s cílem zdokumentovat současný stav výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR. Osloveny byly lékařské fakulty, dále fakulty, na kterých se studují nelékařské zdravotnické obory, zejména pak fyzioterapie, a kromě toho i fakulty humanitních studií, na kterých se studuje psychologie či pedagogika. Pro účely práce zde budou shrnuty pouze výsledné informace o výuce na lékařských fakultách, a to z důvodu zaměření práce na všeobecné praktické lékaře.

- Psychosomatika není povinným předmětem na žádné z lékařských fakult.
- Na dvou fakultách se vyučuje jako volitelný předmět, buď samostatně nebo spolu s lékařskou psychologií.
- U dalších čtyř fakult je problematika psychosomatiky zmiňována v rámci jiných předmětů, jako je psychologie, lékařská psychologie, psychiatrie apod., avšak velmi stručně.

- Na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně je psychosomatika zvýrazněna tím, že je zahrnuta přímo do názvu ústavu – Ústav psychologie a psychosomatiky (Stackeová, 2018).

### **2. 3. 4 Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty – Šternberk**

V této kapitole se blíže podíváme na to, jak může vypadat takové lůžkové oddělení, které se zabývá psychosomatickými pacienty. Text bude věnován psychosomaticky zaměřenému lůžkovému oddělení v Psychiatrické léčebně (PL) ve Šternberku, které bohužel v současné době již nefunguje, ale lze ho použít jako vhodný příklad. Celá tato kapitola vznikla na základě informací z odborného článku – LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ PRO PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY – SEN NEBO SPRÁVNÁ CESTA? (Kryl, 2022), který byl publikován ve sborníku Psychosomatická medicína 2022–V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie? (Palestra, 2022).

Možno říci, že rozsah terapeutických metod používaných v Psychiatrické léčebně Šternberk byl praktickou realizací bio-psycho-sociálního přístupu v praxi. V době svého zavedení nemělo oddělení v českých veřejných zdravotnických zařízeních obdoby. Toto oddělení se stalo cílem léčby pacientů odesílaných mnoha ambulantních lékařů (nejen psychiatry) a pacientů po celé republice.

#### **Terapeutický program oddělení v PL Šternberk:**

- 1) Komunitní uspořádání:
  - Pravidelná ranní setkání komunity s lékaři, sestrami a psychologem.
  - Otevřený režim s průběžným příjmem nových a propouštěním zaléčených pacientů.
- 2) Psychoterapie:
  - Individuální psychoterapie a skupinová forma s důrazem na integraci psychosociálních souvislostí.
  - Dvě verze skupin s různou intenzitou.
- 3) Relaxace:
  - Autogenní trénink a Jacobsonova svalová relaxace.
- 4) Tělesná terapie:
  - Fyzioterapie, rehabilitace a široké spektrum metod (parafin, elektroterapie, hydroterapie, sonoterapie, masáže).

- Skupinové rehabilitační cvičení s fyzioterapeuty.
- 5) Sportovní terapie:
  - Vedené sportovní terapie na hřišti a v tělocvičně.
- 6) Ergoterapie:
  - Strukturovaná pracovní činnost v ergoterapeutických dílnách a v malířském či arteterapeutickém ateliéru.
- 7) Podpora kognitivních funkcí:
  - Tematické skupiny s účastí studentů psychologie.
- 8) Další terapie:
  - Hudebně pohybová terapie, muzikoterapie, canisterapie a hippoterapie.
  - Duchovní péče s možností účasti na bohoslužbách.

Aktivity byly přizpůsobeny diagnóze, schopnostem a zájmům pacientů. Některé aktivity byly povinné, jiné volitelné.

#### **Farmakoterapie:**

Z hlediska léčby psychofarmaky byla nejvíce používána antidepressiva v široké škále moderních variant. Kromě toho byla často používána atypická antipsychotika (zejména druhé generace), stabilizátory nálady a nebenzodiazepinová anxiolytika. Většinou se dařilo postupně vysazovat léky s návykovými účinky a případně je nahrazovat jinými léky, které byly z hlediska bezpečnosti vhodnější.

#### **Terapeutický tým:**

- Tým zahrnoval odborníky různých oborů (psychiatr, psycholog, internista, rehabilitační lékař, psychoterapeuticky vzdělaná sestra).
- Střídání psychiatrů vyžadovalo jednotu týmu a koherentní léčebný přístup.
- Účast stážistů a praktikujících studentů přispívala k obohacení terapeutického procesu.
- Tým se pravidelně setkával 1x týdně u velké vizity, kde pacienti docházeli do společenské místnosti.
- Spolupráce s terapeuty z jiných pracovišť, jako byly rehabilitační a ergoterapeutické segmenty, zvýšila úplnost a komplexitu péče.
- Komunikace mezi terapeuty byla důležitá a probíhala pravidelně.

**Výsledky:**

Úspěšnost léčby nebyla systematicky sledována, ale bylo zaznamenáno množství ocenění a pozitivní zpětná vazba od veřejnosti i odborníků. Uspořádání 1. ročníku Konference psychosomatické medicíny a účast známých osobností posílily úspěch léčebného programu a tyto konference se konaly pravidelně až do první pandemické vlny v roce 2019 (Kryl, 2022).

### **3 Bio-psycho-socio-spirituální model**

George L. Engel ve druhé polovině 20. století navrhl biopsychosociální model člověka s cílem poskytnout komplexnější perspektivu na lidské zdraví a nemoc. Tento model se snažil překonat omezení jednostranného biomedicínského přístupu tím, že zahrnul biologické, psychologické a sociální faktory ovlivňující zdravotní stav jedince. I přestože byla tato teorie představena již před více než padesáti lety, její implementace v současné medicínské praxi zůstává nedostatečná, což naznačuje, že mnohé z jejích principů nebyly dosud plně realizovány (Beran, 2010).

Biopsychosociální model však, jak uvádí Strassman, Wojtowicz, Luna a Frecska (2010), neposkytuje úplný rámec pro porozumění lidskému zdraví a nemoci, neboť zanedbává spirituální rozměr. V jejich publikaci popisují vliv terapií, které zahrnují duchovní prvky, poukazují na léčebné úspěchy, přičemž se odkazují na antropologické pozorování, orientální popisy a neoficiální západní zprávy. Přidání spirituality do tohoto paradigmatu není záležitostí mystiky; pojmenování biopsychosociospirituální poukazuje na možnost člověka identifikovat se s vyššími úrovněmi reality. Z textu od Raudenské a Javůrkové (2011) vyplývá, že úplné pochopení zdravotního stavu jednotlivce je možné pouze tehdy, pokud jsou lékařem zohledňovány všechny aspekty jeho fungování, včetně biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů.

#### **3. 1 Biologický aspekt nemoci**

V lékařské sféře dominoval po dlouhou dobu konvenční organopatologický nebo také biomedicínský přístup, který považoval jedince za nemocného pouze tehdy, pokud byly prokázány patologické změny tkání nebo byly alespoň předpokládány, ale kvůli nedostatečně pokročilým technologiím nebylo možné tyto změny identifikovat. Důležitost dialogu mezi lékařem a pacientem nebyla řádně oceněna. Z tohoto přístupu vyplývalo, že komunikace o subjektivních prožitcích a pocitech pacientů byla často opomíjena ve prospěch objektivních a měřitelných parametrů (Beran, 2010).

Mezi orgány a tkáněmi v našem těle probíhá na různých úrovních (biochemické, informační a energetické) velmi složitá komunikace a interakce. Jedná se o procesy, které ovlivňující látkovou výměnu a přenos informací mezi buňkami. Tato souhra je klíčová pro správné fungování organismu a každý orgán má v tomto komplexním systému svou

roli. Ze strany klasické medicíny, která se často zaměřuje pouze na symptomy, lze pozorovat nedostatečné uznání tohoto složitého systému komunikace a zohlednění celkové synchronizace tělesných funkcí (Klímová & Fialová, 2015).

Zatímco biologická vrstva organismu je měřitelná a testovatelná z hlediska objektivních parametrů, psychická vrstva je subjektivní a prožívá se individuálně. Biologické systémy však nejsou izolované od psychických a sociálních aspektů, ačkoli jsou tyto jevy tradičně spojovány s lidskou zkušeností. Nedávné výzkumy mikrobiomu ukazují, že i mikroorganismy v těle mohou mít složité vztahy s celkovým fungováním organismu a mohou ovlivňovat i psychické a sociální procesy (Chvála & Trapková, 2020).

Biologické fungování těla souvisí s periferním orgánovým systémem, vegetativními a neuroendokrinními funkcemi a také s centrálním nervovým systémem a jeho subkortikálními strukturami. To znamená, že je spojeno s automatickými procesy, které probíhají mimo vědomí jedince (Raudenská & Javůrková, 2011).

### **3. 2 Psychologický aspekt nemoci**

Jednou z mnoha teorií studujících vliv na zdraví je tzv. teorie bezpečné vztahové vazby. Studie naznačují, že bezpečná vztahová vazba (attachment) může chránit jedince před rozvojem duševních i tělesných onemocnění. Naopak nejisté vztahové vazby mohou zvyšovat riziko vzniku různých psychických problémů. Vztahová vazba formuje naše chování, včetně reakcí na stres a způsobu zvládnání nemocí. Studie rovněž ukazují souvislost mezi stylem vztahové vazby a tím, jak se lidé vyrovnávají se zdravotními problémy a jak hledají pomoc (Bednaříková et al., 2019).

Teorie vztahové vazby zdůrazňuje, že pro zdravý emoční a sociální vývoj dítěte je klíčové, aby v prvních měsících a letech života získalo péči od jedné pečující osoby, která je pro něj stále dostupná a bezpečná. Tato péče mu pomáhá vytvořit si pozitivní vnímání sebe sama, touhu po kontaktu s ostatními a důvěru ve svět kolem sebe. Pokud však dítě nedostane potřebnou emocionální a fyzickou blízkost od pečující osoby, nebo mu není zajištěno psychické a fyzické bezpečí, může to vážně narušit jeho vývoj. Takové dítě se může snažit vyhýbat blízkosti s ostatními lidmi nebo projevovat strach (Levine & Heller, 2019).

Bednaříková, Kašćáková, Zelinková a Tavel (2019) ve svém článku zmiňují vliv vztahové vazby na zdraví a chování pacientů. Z článku lze vyčíst následující charakteristiky pro jednotlivé vztahové vazby:

**Pacienti s vysokou mírou úzkosti (nejistě úzkostní/ambivalentní/zapletení):**

- Pacienti projevují až nutkavé hledání lékařské péče a potřebují pravidelné ujišťování a zvýšenou sociální oporu.

**Pacienti s vysokou mírou vztahové vyhýbavosti (nejistě vyhýbaví):**

- Tito pacienti mají tendenci spoléhat se hlavně na sebe a vyhýbat se vyhledání pomoci, i když by to pro ně mohlo být prospěšné.

**Pacienti s vysokou mírou vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti (ustrašení/dezorganizovaní/s nevyřešeným traumatem):**

- Pacienti se často potýkají s nejistotou a strachem ohledně lékařských záležitostí a zdravotního stavu a mohou vykazovat zdvojené chování, kdy v jednu chvíli vyhledávají pozornost a pomoc, zatímco v jinou chvíli ji odmítají.

**Pacienti s bezpečným vztahovým stylem:**

- Tito pacienti se obvykle dokáží lépe vyrovnat s výzvami spojenými s nemocí a projevují schopnost reálně zhodnotit svou situaci (Bednaříková et al, 2019).

Z výzkumu, který provedli Kašćáková, Petříková, Hašto, Tavel, plyne, že existuje spojitost mezi špatným zacházením v dětství a dlouhodobou úzkostí v dospělosti, stejně jako s výskytem neurotických, stresových a somatoformních poruch. Respondenti, kteří uváděli emoční týrání a zanedbávání, vykazovali vyšší riziko dlouhodobé úzkosti, a to i po zohlednění dalších faktorů. Závěr studie naznačuje, že prostředí a zkušenosti v dětství, zejména ty negativní, mají významný vliv na vznik duševních poruch v dospělosti. To poukazuje na nutnost prevence a zohlednění těchto faktorů při terapeutických intervencích (Kašćáková et al, 2022).

### **3. 3 Sociální aspekt nemoci**

Člověk je bytost, která se pohybuje v sociálním prostředí. Interaguje s ostatními lidmi, komunikuje s nimi a věnuje jim svou pozornost, ať už ve formě rozhovorů, přemýšlení nebo vzpomínek. Tyto mezilidské interakce tvoří důležitou část našich životů



a ovlivňují naše chování, myšlení a emocionální prožívání. Mohou být zdrojem radosti a uspokojení, ale také stresu a nepříjemností (Klímová & Fialová, 2015).

Sociální fungování zahrnuje interakce jedince s rodinou, přáteli, v pracovním prostředí a další důležité mezilidské vztahy. Také zahrnuje aspekty kulturních očekávání a vztah k různým společenským institucím. Sociální prostředí má vliv na to, jak jedinec vnímá a zvládá svou chronickou nemoc, a jak reaguje na lékařské ošetření nebo na diagnózu (Raudenská & Javůrková, 2011).

Sociální aspekty, tedy faktory ve společnosti, které ovlivňují zdraví jednotlivců, nejsou často nepřijímány s dostatečnou vážností. To může být způsobeno tím, že odborníci vnímají tuto oblast jako méně relevantní pro medicínu, politici ji mohou považovat za obtížně ovlivnitelnou, a veřejnost jako zásah do jejich soukromí a svobody volby. Přesto jsou sociální a ekonomické nerovnosti v populaci spojeny se zdravotními problémy. Významný přínos pro pochopení těchto determinantů přinesla kniha "Unhealthy societies" od R. Wilkinsona z roku 1996, kde popsal, jaký vliv má společenská soudržnost, sociální vztahy, důvěra, slušnost a sociální pozice na zdraví (Čeledová & Holčík, 2017). Sir D. Acheson (1998) identifikoval deset faktorů, které mají vliv na zdraví. Jedná se o:

1. Rozdělení příjmů
2. Vzdělání
3. Zaměstnanost
4. Bydlení
5. Bezdomovectví
6. Veřejná bezpečnost
7. Doprava
8. Chování související se zdravím
9. Trendy ve zdravotních rozdílech mezi etnickými menšinami
10. Trendy ve zdravotních rozdílech mezi pohlavími

### **3. 4. Spirituální aspekt nemoci**

Ve vědeckém kontextu se spiritualita chápe jako vnitřní síla nebo dynamický prvek lidské existence, který směřuje k hledání smyslu života, dosažení transcendentního stavu a navázání vztahu s okolním světem. Tento aspekt je často vyjádřen prostřednictvím

víry, tradic, hodnot a rituálů. Na rozdíl od spirituality je religiozita spojena s institucionalizovanými náboženskými společenstvími a zahrnuje hledání smyslu života v rámci určených náboženských doktrín a tradic. Spirituální péče pak zahrnuje identifikaci a respektování spirituálních potřeb pacientů v rámci standardní péče poskytované těžce nemocným jedincům. Tímto způsobem se v péči o nemocné integruje spirituální rozměr jejich života, což může přispět k celkovému zlepšení jejich zdravotního stavu a pohody (Honzák, 2022).

Doktor Radkin Honzák (2022) ve svém článku uvádí studii T. A. Balboniho a spolupracovníků, která se tématem spirituality v medicíně zabývá a přináší metaanalýzu prací na toto téma otištěných od ledna 2000 do dubna 2022. V rámci metaanalýzy bylo identifikováno celkem osm hlavních zjištění souvisejících se závažnými onemocněními, která jsou podložena solidními důkazy. Z tohoto výzkumu vyplývá, že spirituální potřeby jsou pocítovány v širokém spektru případů a jsou obecně rozšířené mezi pacienty s těžkými diagnózami. Zároveň se ukázalo, že pacienti často vyjadřují potřebu poskytování duchovní péče, která však v rámci zdravotnického prostředí není často dostatečně zohledňována nebo nabízena. Tato skutečnost naznačuje nedostatečné porozumění potřebám pacientů ze strany zdravotnického personálu, což může ovlivnit kvalitu poskytované péče. Zároveň výzkum poukazuje na význam spirituality v procesu léčby, kde může hrát roli při důležitých lékařských rozhodnutích. Navzdory tomuto poznání je integrace duchovní péče do léčebných plánů často limitovaná a nepokryté spirituální potřeby jsou spojeny s nižší kvalitou života pacientů. Je důležité zdůraznit, že poskytování duchovní péče je spojeno s lepšími výsledky u pacientů na konci jejich života, což poukazuje na potřebu zohledňování těchto aspektů ve zdravotnické praxi.

Spiritualitu lze také interpretovat jako základní model chování, který směřuje k vyšším principům, jako je jednota, láska a sounáležitost, a tento koncept má univerzální platnost jak v živé, tak i v neživé přírodě. Spiritualita slouží jako motivace pro lidské úsilí, tvorbu a kontinuální existenci, neboť bez ní by lidský život ztratil svůj smysl a účel. Zároveň však spiritualita překračuje hranice současnosti a směřuje k budoucnosti, ačkoli je chápána jako pravzor, který byl již dříve přítomen a ke kterému se lidé stále vrací, aby na něj navázali a hledali v něm inspiraci pro své jednání a životní postoje (Klímová & Fialová, 2015).

V roce 2006 členové Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky ČLS JEP, z.s. vytvořili následující popis spirituální péče: „*Nemoc, event. umírání vedou k naléhavějšímu kladení otázek o smysluplnosti života, platnosti hodnota důvěry v tyto hodnoty. Spirituální péče se týká jakéhokoliv člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky přiměřené zvyklostem klientů*“ (Kalvínská & Opatrný, 2006).

Důležité je zdůraznit, že spirituální péče není nezbytně spojena s náboženskými prvky, což je v kontextu sekularizované společnosti, kde pacienti nemají často přístup k duchovní podpoře, zvláště relevantní. Tato situace může vést k jejich pocitu osamělosti a izolace, zejména v okamžiku, kdy čelí závažným onemocněním nebo umírání, stejně jako jejich blízcí. Poskytnutí příležitosti pacientům hovořit o svých pocitech, zejména o strachu, může přispět k jejich lepšímu zvládnání závažné situace spojené s nemocí nebo umíráním. Tímto způsobem může být zlepšen jejich psychický stav a může to vést k rychlejšímu uzdravení nebo snazšímu smíření se s umíráním a smrtí. Nicméně pacienti často nenavazují aktivně diskuse o těchto tématech, protože mají strach z odmítnutí. Proto je důležité, aby zdravotničtí pracovníci byli připraveni reagovat na otázky a obavy pacientů a uměli jim taktně nabídnout pomoc (Kalvínská, 2008).

## 4 Zdraví a nemoc člověka

Kapitola slouží jako klíčový stavební kámen této práce a pojednává o tom, jak lze chápat a vnímat základní aspekty lidského zdraví a nemoci. Kapitola je zaměřena na různé definice a pohledy na tyto pojmy, které umožní lépe porozumět jejich komplexnosti a významu v kontextu lidského života. Dále se kapitola bude věnovat specifickým konceptům, jako jsou funkční, somatoformní a somatopsychická onemocnění, aby byly rozeznatelné jejich charakteristiky a dopady na individuální i kolektivní zdraví. Cílem této kapitoly je poskytnout čtenářům hlubší vhled do této problematiky a představit klíčové pojmy a perspektivy v oblasti zdraví a nemoci člověka.

Každý člověk bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení, ekonomický nebo sociální status má právo na přístup k nejvyššímu dosažitelnému standardu zdraví (WHO, n.d.).

### 4. 1 Zdraví

Definice pojmu zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Zdraví je stav úplného fyzického, duševního a sociálního blaha, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti.“.

Definice WHO zobrazuje zdraví jako pozitivní hodnotu, která přesahuje pouhou nepřítomnost nemoci. Tato definice zahrnuje nejen fyzické, ale i duševní a sociální aspekty zdraví. Motivační charakter definice zdůrazňuje cíl, ke kterému by měla směřovat péče o zdraví. Naopak nedostatkem této definice je například opomenutí subjektivního stavu illness, který zahrnuje negativní subjektivní pocity člověka, a duchovního zdraví, což omezuje komplexnost pohledu na zdraví a nemoc. V dnešní době je stále větší přesvědčení o nutnosti zahrnutí těchto aspektů do koncepce zdraví a nemoci (Křivohlavý, 2001).

Kontext, ve kterém lidé žijí, hraje klíčovou roli ve vztahu k jejich zdraví. To znamená, že je nepřiměřené obviňovat jednotlivce za jejich špatný zdravotní stav nebo jim přisuzovat zásluhy na dobrém zdravotním stavu. Lidé obvykle nemohou ovlivnit mnoho faktorů, které ovlivňují jejich zdraví. Tyto faktory, které mohou buď člověka učinit zdravým, nebo naopak nemocným, zahrnují aspekty uvedené níže a mnoho dalších. WHO stanovila determinanty zdraví:

- sociální a ekonomické prostředí,
- fyzické prostředí,
- individuální vlastnosti a chování osoby.

Jako příklad dalších faktorů ovlivňujících zdraví populace lze uvést přístup a využívání zdravotnických služeb (WHO, 2017).

Významnou práci v oblasti teorií zdraví představuje monografie od Davida Seedhouse. Tato kniha identifikuje čtyři hlavní skupiny teorií zdraví:

1. Teorie, které konceptualizují zdraví jako stav, kdy je člověku dobře, nazývaný též wellness.
2. Teorie, jež rozumějí zdraví jako fyzickou zdatnost – normální, dobré fungování organismu.
3. Teorie, které považují zdraví za produkt či zboží.
4. Teorie, které interpretují zdraví jako určitou formu síly (Seedhouse, 2001).

Křivohlavý použil rozdílné dělení pro teorie zdraví. Rozdělil teorie zdraví podle toho, zda považují zdraví za prostředek k dosažení určitého cíle, nebo ho vnímají jako cíl samotný – jako konečný stav veškerého úsilí.

a) Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly

- Tento koncept je dobře demonstrován tímto výrokem: “Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.” (Williams, 1983).

b) Zdraví jako metafyzická síla

- Humanisticky orientované teorie vnímají zdraví jako vnitřní sílu jednotlivce. Tato síla může být nazývána různě, ale ve svém jádru představuje schopnost adaptace a vitalitu. Podle těchto teorií není zdraví pouze stav absence nemoci, ale spíše jako faktor umožňující jednotlivci dosahovat svých cílů a plně rozvinout svůj potenciál.

c) Salutogeneze – individuální zdroje zdraví

- Toto pojetí zdůrazňuje celkový pohled jednotlivce na život, včetně vnímání smyslu života, schopnosti řešit úkoly a pochopení životních výzev jako příležitostí.

- d) Zdraví jako schopnost adaptace
  - Zdraví může být chápáno jako schopnost přizpůsobit se okolnímu prostředí, změnit vlastní životní styl a reagovat na výzvy života. Člověk disponuje schopností adaptace na nepříznivé podmínky a pozitivní reakcí na životní situace, což přispívá k udržení a podpoře zdraví.
- e) Zdraví jako schopnost dobrého fungování
  - Zdraví je zde chápáno jako stav, ve kterém jedinec dosahuje optimálního fungování fyzicky i duševně, což mu umožňuje efektivně plnit své sociální role a úkoly. Tento stav zahrnuje schopnost udržet se v dobré kondici a být schopen tělesně i duševně plnit požadavky svého života.
- f) Zdraví jako zboží
  - Základem tohoto přístupu k otázkám zdraví je koncept zdraví jako komodity, kterou lze získat v podobě léků v lékárně nebo lékařských zákroků, případně ji také ztratit.
- g) Zdraví jako ideál
  - Do této kategorie spadá definice zdraví od WHO, která již byla zmíněna výše v textu. (viz str. 24)
- h) Pracovní definice zdraví
  - Zohledňuje nepříznivé stránky, které jsou kritizovány ve vymezení zdraví dle WHO (Křivohlavý, 2001).

## **4. 2 Nemoc**

Pacientovy představy o jeho zdravotním stavu mají vliv na jeho vnímání symptomů a interpretaci jeho zdravotního stavu. To ovlivňuje, jak pacient přistupuje k léčbě a zda ji vůbec vyhledává. Dva hlavní úkoly spočívají v rozpoznání symptomů jako příznaků nemoci a v interpretaci jejich významu. Tato dvojice úkolů ovlivňuje, jak pacient vnímá svoje zdraví a jak reaguje na zdravotní problémy (Křivohlavý, 2002).

### **4. 2. 1 Funkční onemocnění**

Funkční onemocnění představují poruchy, které nevykazují žádné zjevné morfologické projevy organického onemocnění ani zjevné odchylky v laboratorních testech. Tyto poruchy se často vyskytují v trávicím a oběhovém systému, ale mohou postihnout i jiné orgány. Jejich vznik bývá často spojen s psychickými faktory, jako je

neuróza nebo osobnostní charakteristiky jedince, a proto jsou do jejich léčby často zahrnovány psychoterapeutické intervence a v některých případech i psychofarmaka. Při diagnostice je důležité vyloučit organické onemocnění. Typickými příklady funkčních poruch jsou například colon irritable nebo neurocirkulační astenie (*VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK*, 1999).

#### 4. 2. 2 Somatoformní onemocnění

Jedná se o diagnostickou kategorii 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) pod kódem F45. Typickým znakem somatoformního onemocnění jsou dle MKN – 10 opakované stížnosti na somatické symptomy a trvalé požadování lékařského vyšetření, přestože výsledky jsou negativní a lékaři pacienta ujišťují, že potíže nemají organický základ. V případě, že existuje nějaké somatické onemocnění, nedokážeme jím vysvětlit rozsah a povahu obtíží nebo příznaků a nepříjemné pocity a postoj pacienta. Pod tuto kategorii se dále řadí následující diagnózy:

##### Tabulka č. 2

##### *Somatoformní onemocnění – diagnózy*

Kód	Název	Popis
F45.0	Somatizační porucha	Text popisuje hlavní symptomy somatoformní poruchy, která je charakterizována mnoha různými, opakujícími se a často se měnícími tělesnými symptomy, které trvají minimálně dva roky. Většina pacientů má složitou anamnézu s mnoha návštěvami obvodních lékařů i specialistů, kde se prováděly různé testy s negativními výsledky a často zbytečné operace. Tyto symptomy mohou ovlivnit jakoukoli část těla nebo systém. Průběh choroby je dlouhodobý a proměnlivý a často negativně ovlivňuje sociální, rodinné a mezilidské vztahy pacientů.
F45.1	Nediferencovaná somatoformní porucha	Pokud se vyskytují různé a proměnlivé somatoformní obtíže, ačkoli úplný a charakteristický obraz

		somatizační poruchy ještě není zcela jasný, je vhodné zvážit použití této diagnostické kategorie.
F45.2	Hypochondrická porucha	Hlavní charakteristikou je trvalé zaměření pacienta na myšlenky, že trpí jednou nebo více vážnými a rozvíjejícími se tělesnými chorobami, které se projevují trvalými tělesnými obtížemi nebo trvalým zabýváním se svým fyzickým zevnějškem. Často pacienti běžné pocity a jevy interpretují jako neobvyklé a znepokojující. Jejich pozornost je obvykle omezena na jeden až dva orgány nebo tělesné systémy.
F45.3	Somatoformní vegetativní dysfunkce	Symptomy jsou prezentovány pacienty s přesvědčením, že jsou způsobeny tělesnou nemocí, která ovlivňuje převážně nebo zcela vegetativně řízené systémy nebo orgány, jako jsou kardiovaskulární, gastrointestinální, dýchací a urogenitální systém. Tyto symptomy se obvykle dělí na dvě kategorie: první zahrnuje stížnosti založené na objektivních projevech vegetativního podráždění, jako jsou palpitace, pocení, červenání, třes a strach z možné somatické choroby. Druhá kategorie zahrnuje subjektivní stížnosti nespecifické povahy, které se mění a zahrnují prchavé bolesti, pocity pálení, tíže, napětí a pocit naplnění nebo roztažení, jež jsou pacientem spojovány s různými orgány a systémy. Přičemž žádný z nich nenaznačuje, že by šlo o somatickou poruchu konkrétního orgánu nebo systému, na který se tyto symptomy vztahují.
F45.4	Perzistující somatoformní bolestivá porucha	Hlavní znakem je přetrvávající a závažná bolest, která není plně vysvětlitelná fyziologickými procesy nebo somatickými poruchami. Tato bolest se objevuje v souvislosti s emocionálním stresem nebo psychosociálními problémy, které jsou natolik výrazné,



		že mohou být považovány za hlavní příčinné faktory. V důsledku těchto problémů je pozorován zvýšený zájem a podpora, zejména ze strany lékařů nebo jiných osob.
F45. 8	Jiné somatoformní poruchy	Do této kategorie patří různé poruchy pocitů, funkcí a chování. Nejsou způsobeny tělesnou nemocí, nejsou zprostředkovány vegetativním nervstvem a jsou omezeny na konkrétní systém nebo část těla. Tyto poruchy jsou úzce spojeny s psychologickým stresem a stresujícími událostmi.

(Ústav zdravotnických informací a statistik ČR [ÚZIS], 1993)

#### 4. 2. 3 Somatopsychická onemocnění

Somatopsychické choroby jsou onemocnění, která se primárně projevují tělesnými symptomy, avšak mohou mít také vliv na duševní stav a sociální život pacienta. Tyto choroby mohou vyžadovat intenzivní psychické zpracování ze strany pacienta, zejména pokud se jedná o zvládnání onemocnění a jeho důsledků (Morschitzky & Sator, 2015).

Somatopsychická onemocnění zahrnují duševní poruchy, které vznikají jako důsledek primárních tělesných onemocnění, zejména těch dlouhodobých. Například deprese a další duševní poruchy se mohou objevit jako reakce na některá interní onemocnění (Baštecký et al., 1993).

## **5 Vztah lékaře a pacienta a jejich komunikace**

Následující kapitola bude věnována vztahu a komunikaci mezi lékařem a pacientem. Vztah mezi lékařem a pacientem představuje základní pilíř zdravotní péče, jehož kvalita a povaha mohou mít významný vliv na úspěch léčby a celkový zdravotní stav pacienta. Tato kapitola se zaměřuje na důležitost tohoto vztahu v rámci poskytování zdravotní péče.

První část této kapitoly je zaměřená na vztahové modely mezi lékařem a pacientem ovlivňující jejich interakci a dynamiku. Dále bude zmíněno, jakou roli v tomto vztahu hraje lékař a jakou pacient a jak může být tato dynamika ovlivněna různými faktory.

Komunikace mezi lékařem a pacientem je základním prvkem úspěšné léčby a poskytování zdravotní péče. Druhá část této kapitoly se proto věnuje specifikům komunikace v rámci vztahu lékař-pacient. Budou zde prezentovány různé metody a strategie komunikace, které mohou přispět k efektivní interakci a porozumění mezi lékařem a pacientem. Pozornost bude věnována i faktorům ovlivňujícím komunikaci.

### **5. 1 Vztah lékař – pacient**

Mezilidské vztahy a komunikace nás provázejí všemi setkáními v našich životech, avšak v lékařské praxi mají tyto interakce specifické charakteristiky. Lze zde pozorovat spojení mezi jedincem, který vyhledává pomoc kvůli zdravotním a často i psychosociálním obtížím, a tím, kdo tuto pomoc poskytuje (Vymětal, 2003, s. 112).

Vztah lékaře a pacienta představuje spojení založené na pozitivním emocionálním propojení. Klíčovým prvkem pro jeho vznik je podpora ze strany lékaře, společné úsilí při řešení obtíží a respektování pacienta jako partnera. Když je vztah založen na důvěře, autenticitě, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, může pacient nalézt odvahu sdělit své pocity a obavy ohledně svého onemocnění. Vytvoření takového vztahu ovlivňují různé faktory, jako je podobnost mezi lékařem a pacientem, přitažlivost lékaře pro pacienta, vzájemná sympatie či antipatie, očekávání ohledně rolí, projevování empatie a autenticity, přenos a protipřenos a vytváření "terapeutického spojení" (Kratochvíl, 2006).

Na vztah těchto dvou subjektů lze nahlížet i z hlediska rolí, které jsou jim obecně přisuzovány. Povolání lékaře je celosvětově vnímáno jako prestižní a je pozitivně

hodnoceno. Před několika desítkami let byl lékař vnímán jako někdo s až nadpřirozenými schopnostmi, v dnešní době lze zaznamenat změnu ve střízlivějším vnímání této role. Lidé mají od lékařů především očekávání dominance, rozhodnosti a aktivního přístupu, rovněž však touží po pochopení a osobním zájmu ze strany lékaře. Předpokládají, že lékař bude jednat rychle a efektivně a minimalizuje bolest. Tato očekávání kombinují jak racionální, tak iracionální prvky, přičemž iracionální očekávání jsou zejména v situacích, kdy se pacient cítí skutečně špatně nebo když má vážné zdravotní problémy. Role pacienta je historicky spojena s pasivitou a podřízeností, což odráží latinský původ slova "patientia", což znamená trpělivost a vytrvalost, schopnost snášet a je spojené s tradičním pojetím pasivity. Nicméně v moderní době je tato pasivita odmítána a zdůrazňuje se aktivní účast pacienta, s cílem spolupracovat s lékařem na dosažení uzdravení. Pacientova role také zahrnuje očekávání určité pozitivní sociální reakce, jako soucit, snížené nároky na plnění běžných povinností (domácích i pracovních) a obdarovávání. Zde lze spatřit kořeny výhod, které jsou nazývány sekundárním ziskem z nemoci, ty mohou přispět k prodloužení trvání onemocnění nebo následnému získání invalidního důchodu. Existuje i třetí úroveň, tu lze identifikovat jako terciární zisk z nemoci, který se týká příbuzných pacienta – například matka má nemocné dítě, v práci je nespokojená, necítí se tam příjemně, z toho důvodu může upřednostňovat možnost, zůstat doma s dítětem, i když by měla zajištěné hlídání (Vymětal, 2006, s.113).

Praktičtí lékaři zauímají ve zdravotním systému strategickou pozici, která jim umožňuje budovat a udržovat dlouhodobé vztahy s pacienty. Jejich role spočívá v poskytování komplexní péče, která zahrnuje prevenci, diagnostiku a léčbu, s důrazem na udržení zdraví a kvality života jednotlivce. Tato kontinuita péče přispívá k tomu, aby pacienti mohli stárnout ve zdraví, zůstat co nejdéle v domácím prostředí a zůstat aktivní a zapojení do společnosti. Praktičtí lékaři jsou schopni rozpoznat potřeby svých pacientů a případně je efektivně orientovat ke specializované péči, zajistit koordinaci péče a sledování vývoje jejich zdravotního stavu.

Vztah mezi praktickým lékařem a pacientem se vyznačuje několika klíčovými charakteristikami:

- pacient má svobodu výběru svého praktického lékaře a může dlouhodobě využívat jeho zdravotnické služby, což poskytuje blízkost lékaře pacientovi z hlediska místní dostupnosti a dalších faktorů,

- praktický lékař poskytuje dlouhodobou a soustavnou péči pacientům a má možnost ovlivňovat jejich životní styl a situaci jejich rodin,
- zájem praktického lékaře je zaměřen na prevenci nemocí a minimalizaci rizik, se kterými se pacienti a jejich rodiny mohou setkat,
- přístup praktického lékaře k pacientům je holistický, tj. bere v úvahu jejich biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby,
- poskytování péče praktickým lékařem se odehrává v prostředí, které je pacientovi buď blízké nebo vlastní (Ptáček & Bartůněk, 2015).

## **5. 2. Komunikace mezi lékařem a pacientem**

Abychom došli k pochopení klíčové role komunikace mezi lékařem a pacientem, je potřeba podívat se na důležité prvky, které ji ovlivňují. Tento text se tedy bude zabývat komunikačními dovednostmi a způsoby chování lékařů při komunikaci s pacienty a také účelem, který komunikace v lékařském prostředí má.

Pacienti obvykle nedostávají od svých lékařů tolik informací, kolik by si přáli, zatímco lékaři často nadhodnocují čas, který věnují poskytování informací a odpovídání na otázky pacientů. Je důležité, aby informace poskytované pacientům refletovaly jejich individuální potřeby a schopnosti. Lékaři by měli dbát na srozumitelnost svého vyjadřování a způsob předávání informací. Je důležité ověřit, zda pacient správně chápe informace, které mu jsou sdělovány, a zohlednit vliv emocí na jeho schopnost absorbovat a zapamatovat si tyto informace (Ayers & De Visser, 2015).

V lékařské praxi komunikace mezi lékařem a pacientem ovlivňuje průběh léčby a vztah mezi oběma stranami. Lékař obvykle zaujímá dominantní roli v komunikačním procesu, přičemž řídí průběh rozhovoru a často určuje téma diskuse. Pacient se pak často podřizuje a přizpůsobuje lékařově iniciativě. Důležitost komunikace spočívá nejen ve výměně slovních informací, ale i v neverbálních signálech, jako je řeč těla, mimika a intonace hlasu. Tyto neverbální prvky mohou mít velký vliv na porozumění sdělení a vyjádření emocionálního stavu. Lékař by měl být schopen interpretovat tyto signály a vhodně reagovat na potřeby pacienta. Komunikace není pouze jednosměrný proces, ale zahrnuje i aktivní zapojení pacienta. Aktivní účast pacienta v komunikaci může ovlivnit průběh léčby a její úspěšnost (Vymětal, 2003).

Jedním z účelů komunikace mezi lékařem a pacientem je vytvoření vzájemného, až terapeutického, vztahu. Partnerský přístup mezi lékařem a pacientem je klíčovým faktorem, který přispívá k vyšší míře spokojenosti pacientů. Paralelně s psychoterapií je terapeutický vztah považován za kritický prvek pro úspěch léčby. Zásady Rogersova „na klienta zaměřeného“ přístupu, i když původně vyvinutého pro psychoterapii, lze aplikovat i na interakci mezi lékařem a pacientem. Lékaři by měli aktivně naslouchat pacientům a vytvářet prostředí plné respektu a empatie, kde pacienti cítí porozumění a jsou vyslyšeni. Je nezbytné, aby lékaři nejen identifikovali zdravotní problémy pacientů, ale také se snažili porozumět jejich perspektivě a citlivě na ni reagovali. Tento přístup má potenciál výrazně zlepšit spolupráci mezi lékařem a pacientem a posílit účinnost léčebných intervencí (Ayers & De Visser, 2015).

Honzák (2017) udává, že při vstupu do terapeutického vztahu je důležité identifikovat u našeho partnera pozitivní prvky, které nás zaujmou. Tato situace může být obtížná, zejména pokud náš pohled zakrývají negativní emoce. Jedním z účinných přístupů k překonání této výzvy je nalézání pozitivních aspektů našeho protějšku a jejich následné ocenění. Amy Cuddy (2012) ve své TED talk zmínila, že se nám při interakci s novými lidmi rychle formuje dojem o dvou hlavních vlastnostech: vřelosti a kompetenci. I když mnozí z nás kladou důraz na svou odbornost a schopnosti jako klíčové při navazování nových vztahů, je to většinou vřelost, která má největší vliv na první dojem, který zanecháváme.

Komunikační dovednosti a prvky chování, které vedou k řadě lepších výsledků u pacienta, můžeme rozdělit na verbální a neverbální. Mezi ty verbální patří empatické dotazování a vhodná reakce na pacienta, spolu s jasným a srozumitelným vysvětlením informací. Dále je patrné, že neverbální projevy, jako je otevřený tělesný postoj nebo přikyvování a delší čas konzultace, přispívají k lepšímu porozumění a vytváření důvěry mezi lékařem a pacientem. Zdůrazňuje se rovněž význam přátelského a zdvořilého přístupu ze strany lékaře, který má vliv na atmosféru terapeutického setkání a celkově na spokojenost pacienta s poskytovanou péčí. Respekt a empatie ze strany lékaře jsou klíčové pro vytváření důvěryhodného a podpůrného prostředí, které napomáhá efektivnímu sdílení informací a úspěšnému průběhu léčby (Ayers & De Visser, 2015).

## 6 Postoj

Tato diplomová práce je zaměřena na postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi. Pro účely této výzkumné části práce je tedy potřeba vymezit termín postoj a definovat jeho dílčí komponenty.

### 6. 1 Vymezení termínu

Postoj je termín používaný v psychologii a slouží k popisu obecného nebo individuálního vnímání člověka vůči určité skutečnosti. Projevuje se ve způsobu, jak člověk hodnotí danou skutečnost, a následně ovlivňuje jeho chování, které může být motivováno tímto hodnocením (Vymětal, 2003). Postoj lze chápat jako předvídatelnou reakci jedince na události a situace v jeho okolí, skládající se ze tří složek.

- Rozumová složka postoje: Postoj umíme rozumově zdůvodnit, zohledňuje logické argumenty a úvahy.
- Citová složka postoje: Ovlivňována emocemi a osobními zkušenostmi, často je těžké ji racionálně popsat.
- Iracionální složka postoje: Neuvědomovaná a rozumově nepodložená část postoje, která může být motivována předsudky nebo stereotypy (Kopecká, 2012).

Postoj je někdy spojován s chováním, stejně jako tomu je ve Velkém sociologickém slovníku – postoj je: „relativně ustálený sklon jedince chovat se v určité situaci určitým způsobem, případně reagovat pozitivně nebo negativně na podněty s takovou situací spjaté. Postoj vyjadřuje souvislost psychických stavů a vnějších objektů či tříd objektů orientace.“ (Petrušek et al., 1996, s.813).

Postoje se mění během života. Některé revidujeme na základě nových zkušeností, zatímco jiné zůstávají pevně zakotvené, i přes veškeré racionální argumenty (Kopecká, 2012).

### 6. 2 Funkce postojů

Tomu, jaké funkce plní naše postoje se věnovalo hned několik autorů. Katz v roce 1960 popsal dvě základní funkce, a to poznávací a instrumentální. Eagly a Chaiken poté v roce 1998 přidali další tři, a to funkci výrazu hodnot, funkci sociální adjustace a funkc

sebeobrannou (ego-defenziva). Všechny zmíněné funkce postoje jsou popsány v následujícím textu:

- Funkce poznávací: Postoje pomáhají organizovat a interpretovat zkušenosti jedince.
- Funkce instrumentální: Postoje slouží k maximalizaci zisků a minimalizaci ztrát.
- Funkce výrazu hodnot: Postoje jsou prostředkem, skrze který jedinec vyjadřuje své hodnoty.
- Funkce sociální adjustace: Postoje ovlivňují vztahy jedince k ostatním lidem.
- Funkce sebeobranná (ego-defenziva): Postoje pomáhají udržovat stabilitu a integritu sebeobrazu jedince. Představují obranný mechanismus, který pomáhá jedinci čelit hrozbám z prostředí a zvládat konflikty či náročné životní situace (Výrost et al., 2019).

### 6. 3 Postoj a chování

Chování je zjevným výstupem lidské psychiky a zahrnuje veškeré aktivity spojené s interakcí jedince s jeho prostředím. Z psychologické perspektivy se rozlišují tři hlavní formy chování: **instinktivní chování**, které je přirozené, jedná se o vrozené způsoby jednání, které zajišťují přežití a jsou u každého živočišného druhu specifické; **zautomatizované úkony**, což jsou činnosti, které se opakovaným prováděním automatizují, umožňují je vykonávat bez vědomého úsilí; **rozumové chování**, které lze definovat jako schopnost posuzovat situace, analyzovat je a jednat podle rozumových úvah – závisí na intelektuálním a emocionálním vývoji jedince (Kopecká, 2011).

I když může docházet k rozporům mezi postoji a následným jednáním, existuje mezi nimi určitá shoda. Postoje obecně korespondují s chováním, které je vhodné a adekvátní v dané situaci. To naznačuje, že postoje jsou spojeny s určitou připraveností k jednání (konativní připravenost), která se projevuje v souladu s aktuálními situačními podmínkami (Nakonečný, 2009). Tato informace ukazuje na vztah mezi postoji a chováním a naznačuje, že postoj může být důležitým faktorem ovlivňujícím to, jak jedinec reaguje v různých situacích.

Chování jedince může být ovlivněno jak osobními, tak situačními faktory, tyto faktory mají potom vliv na soulad/nesoulad mezi chováním a postojem. Osobní faktory

zahrnují vlastnosti jedince, jako jsou intelektové a verbální schopnosti nebo sociální dovednosti. Situační faktory pak zahrnují okolnosti a podmínky, ve kterých se jedinec nachází, jako jsou společenské normy, přítomnost dalších osob nebo specifčnost objektu, ke kterému je postoj vázán (Výrost et al., 2019).

Nesoulad mezi postoji a chováním lze popsat například pomocí Teorie odůvodněného jednání. Teorie odůvodněného jednání, vypracovaná Ajzenem a Fishbeinem, se snaží vysvětlit vztah mezi postoji a chováním jedince. Podle této teorie se jedinec rozhoduje, jak se chovat, na základě působení normativního tlaku z okolí. Tento tlak může být buď vnější (sociální normy) nebo vnitřní (osobní postoje). Výsledkem je formování postojů k vlastnímu chování, které vznikají v procesu rozhodování mezi těmito vnějšími a vnitřními tlaky. Tento postoj může být buď pozitivní nebo negativní a je formován subjektivními normami, které vyjadřují sociální očekávání a tlak na jedince ve smyslu určitého chování. Teorie odůvodněného jednání tedy klade důraz na interakci mezi osobními postoji a vnějšími normami při formování chování jedince (Ajzen & Madden, 1986).



## Výzkumná část

Konceptuální části byla věnována vysvětlení klíčových pojmů a teorií, které jsou důležité pro část výzkumnou. Výzkumná část je věnována podrobnému popisu zvolených výzkumných metod, včetně typu výzkumu, výběru vzorku, sběru, analýz a interpretaci dat a stanovení cíle výzkumu. Následuje analýza a interpretace dat a prezentace získaných výsledků kvalitativní studie, která zkoumá postoje lékařů k psychosomatickému přístupu a dalším tématům spojeným s touto problematikou.

Studium postojů praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich každodenní praxi má klíčový význam v kontextu celkového zdravotnického systému. Bio-psycho-socio-spirituální aspekty zdraví a nemoci zahrnují důležitý a často podceňovaný faktor ve vyhodnocování, diagnostice a léčbě různých onemocnění. Postoje lékařů k těmto aspektům mohou mít významný dopad na kvalitu péče, patientskou spokojenost a výsledky léčby. Přestože se psychosomatika stala zákonem uznávanou nastavbovou atestací a psychosomatický přístup se více integruje do moderní medicíny, je stále důležité porozumět postojům lékařů k tomuto konceptu, jejich vnímání a přístupu k němu. Zjištění postojů a přesvědčení praktických lékařů může poskytnout důležitý vhled do toho, jak efektivně se tyto aspekty promítají do jejich klinické praxe a jakým způsobem mohou být ovlivněny dalším vzděláváním a podporou.

## **7 Povaha výzkumu, cíl výzkumu a výzkumná otázka**

### **7.1 Kvalitativní výzkum**

S ohledem na téma a účely studie byl vybrán kvalitativní výzkumný přístup. Tento přístup je charakterizován jako idiografický, kontextuální, dynamický a reflexivní. Používá se k popisu, analýze a interpretaci skutečnosti pomocí kvalitativních metod (Miovský, 2006). Kvalitativní přístup výzkumu se zaměřuje na subjektivní aspekty zkoumaného problému, které respondenti považují za důležité. Tímto způsobem získaná data umožňují interpretaci sociální reality, odhalení významu daného jevu a formulaci nových hypotéz či teorií (Disman, 2021).

### **7.2 Cíl výzkumu**

Tato práce si klade za hlavní cíl zmapovat postoje praktických lékařů k psychosomatické problematice a nalézt odpovědi na dílčí výzkumné otázky jako např. zda praktické lékaře láká se v tomto oboru vzdělávat, jakým způsobem zahrnují psychosomatický přístup do diagnostiky nebo zda existují omezení, která jim brání psychosomatický přístup využívat.

Nabyté informace mohou být předmětem debat týkajících se organizace zdravotnických systémů, výuky medicíny a formování vzdělávacích programů pro lékaře obecně.

### **7.3 Výzkumná otázka**

Hlavní výzkumná otázka (HVO) se zaměřuje na rozumovou složku postoje praktických lékařů. Předpokládáme, že se objeví tři kategorie postojů: kladný, negativní a nevyhraněný. Hlavní výzkumná otázka zní:

**HVO: Jaký je postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi?**

Hlavní výzkumná otázka je dále upřesněna v dílčích výzkumných otázkách (DVO).

Otázka, která se zabývá tím, jak praktičtí lékaři chápou samotný pojem "psychosomatika" a jaký obraz si vytvářejí o této disciplíně:

**DVO 1: Jaká je jejich mentální reprezentace termínu psychosomatika?**

Otázka zaměřující se na to, jak lékaři hodnotí a zařazují psychosomatiku do rámce klasické medicíny a jak ji vnímají v kontextu ostatních lékařských disciplín:

**DVO 2: Jak vnímají místo psychosomatiky v rámci klasické medicíny?**

Otázka zabývající se tím, zda praktičtí lékaři zohledňují psychosociální faktory při stanovování diagnóz:

**DVO 3: Berou při diagnostice v úvahu psychosociální faktory?**

Otázka mapující konkrétní způsoby, jak praktičtí lékaři integrují psychosomatický přístup do své klinické praxe a jakým způsobem ho aplikují při péči o pacienty:

**DVO 4: Jak se použití psychosomatického přístupu projevuje v jejich praxi v přístupu k pacientům?**

Otázka, která zkoumá, jak praktičtí lékaři vnímají a zvládají setkání s pacienty, jejichž obtíže nejsou pouze somatického původu:

**DVO 5: Jaké je pro ně setkání s psychosomatickým pacientem (pacientem, jehož obtíže nemají pouze somatický základ)?**

Otázka zaměřující se na identifikaci případných překážek nebo omezení, které mohou praktickým lékařům bránit v efektivním využívání psychosomatického přístupu:

**DVO 6: Jsou nějaká omezení, která jim brání ve využití psychosomatického přístupu?**

Otázka, která mapuje zájem praktických lékařů o další vzdělávání v oblasti psychosomatické medicíny:

**DVO 7: Láká praktické lékaře více se v psychosomatickém přístupu vzdělávat?**

## **7. 4 Typ výzkumu – analýza dokumentů**

V kontextu kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda analýzy dokumentů, což je výzkumný přístup, který se zaměřuje na detailní zkoumání existujících materiálů nebo materiálů, které vznikly v průběhu interakce mezi účastníky výzkumu a výzkumníkem. Tento přístup zahrnuje důkladnou analýzu dokumentů s cílem co nejkomplexněji interpretovat data v souvislosti s výzkumnými otázkami (Miovský, 2006).

Tento výzkumný přístup zachovává originální obsah rozhovorů, který poskytuje možnost klasifikovat různé přístupy lékařů k problematice psychosomatiky. Tato metoda

umožňuje důkladnou analýzu obsahu rozhovorů, což přispívá k hlubšímu porozumění postojů praktických lékařů k psychosomatickým tématům.

## **8 Popis výzkumného souboru**

Aby bylo možné přesně identifikovat respondenty potřebné pro danou studii, je nutné, aby byl výzkumný soubor jasně určen. Tito respondenti musí být vybráni určitou metodou výběru. U kvalitativního výzkumu se obvykle používají nepravděpodobnostní metody výběru, které by měly být přizpůsobeny cílům výzkumu tak, aby buď získaly kompletní údaje nebo alespoň pokryly charakteristiky cílového souboru (Miovský, 2006).

### **8. 1 Metoda výběru výzkumného souboru**

Pro výběr účastníků výzkumu byla použita metoda prostého záměrného výběru. Praktičtí lékaři, kteří splňovali kritérium výběru vzorku, byli přímo oslovení a měli možnost rozhodnout se, zda se do výzkumu zapojí či nikoli.

Dva lékaři byli osloveni na základě doporučení vedoucího diplomové práce MUDr. Kryla, přičemž jeden z nich účast ve výzkumu potvrdil. Následně byl prostřednictvím e-mailu osloven náhodný vzorek praktických lékařů, kteří splňovali daná kritéria. Tímto způsobem byli identifikováni další tři respondenti. Jeden z lékařů byl vybrán za pomoci metody sněhové koule, která umožňuje identifikovat další potenciální respondenty na základě doporučení předešlých účastníků.

### **8. 2 Kritéria pro výběr respondentů**

Hlavním faktorem pro výběr účastníků bylo zaměstnání jako praktický lékař, který aktivně působí jako lékař v České republice. S ohledem na to, že cílem výzkumu je zkoumat postoje praktických lékařů k psychosomatickému přístupu, bylo nezbytné stanovit výzkumný soubor podle tohoto kritéria. Kde lékař pracuje, nebylo při výběru respondentů důležité.

Délka praxe nebyla pro účely výzkumu stanovena. Kritérium absolvované atestace zajistilo, že délka praxe bude postačující k získání většího množství zkušeností a znalostí v oboru praktického lékařství.

### **8. 3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor zahrnuje pět praktických lékařů z různých měst na území České republiky. Skupina pěti účastníků byla vybrána s ohledem na primární cíl

výzkumu, kterým bylo detailně zmapovat postoje lékařů k dané problematice. Jednalo se o tři ženy a dva muže. Jeden účastník byl vybrán jako účastník pilotního rozhovoru, který nebyl zahrnut do následné analýzy. Další informace jsou k dispozici v kapitole nazvané Pilotní rozhovor. Během zkoumání byla možnost dalšího náboru účastníků zvažena, avšak vzorek, který byl zmíněn, byl nakonec považován za dostatečný pro získání postojů dotčených osob na téma probírané v této studii. Celkem bylo osloveno 10 praktických lékařů, z nichž 5 se kvůli pracovnímu vytížení nebo aktuální dovolené rozhodlo nezúčastnit. Všichni účastníci byli praktičtí lékaři, kteří se stále aktivně věnují svému povolání, jeden měl úspěšně splněnou atestaci v oboru psychosomatika.

### **Tabulka č. 3**

*Popis výzkumného souboru*

Respondent	Pohlaví	Atestace	Délka rozhovoru (v minutách)
A (VM)	Žena	1999	30:35
B (R)	Žena	1998	41:11
C (Pce V)	Muž	1998	50:21
D (B)	Žena	1999	30:58
E (Přel)	Muž	1972	30:28

## 9 Sběr dat

Během měsíců února a března byl prováděn sběr dat k výzkumu. Respondenti byli předem informováni e-mailem o povaze výzkumu, cílech, zpracování dat a anonymitě během celého procesu. Při osobním setkání za účelem rozhovoru respondenti souhlasili se zpracováním dat a poskytli informovaný souhlas ústní formou.

Data byla získána prostřednictvím polo-strukturovaných hloubkových rozhovorů. Tento přístup umožňuje otevřený dialog a poskytuje možnost získat názory a zkušenosti odborníků, přičemž se zároveň efektivně využívá čas těchto vysoce vytížených profesionálů. Pro každý rozhovor byly sestaveny tematické okruhy otázek, na které mohli respondenti reagovat. Pořadí otázek nebylo pevně stanoveno, ale byly identifikovány klíčové oblasti, které nebylo vhodné opomenout. Místo konání rozhovoru bylo přizpůsobeno potřebám jednotlivých lékařů a mohlo se jednat buď o jejich ordinaci nebo jiné veřejné místo podle individuální dohody. Průměrná délka jednoho rozhovoru činila přibližně 40 minut a probíhala záznamem pomocí diktafonu.

Při osobním kontaktu byli respondenti opětovně seznámeni s charakterem výzkumu, jeho cíli a byli dotázáni na délku praxe a specializaci. Dále bylo všem respondentům sděleno, že jejich účast je anonymní, rozhovory budou nahrávány na diktafon a doslovně přepsány, přičemž budou použity pouze pro účely výzkumu. V dalším kroku respondenti ústně potvrdili svůj informovaný souhlas a následně započal samotný rozhovor. Na základě reakcí respondentů se případně formulovaly další otázky, které rozvíjely diskuzi. Současně bylo každému z účastníků umožněno sdělit jakékoliv náměty, myšlenky, zkušenosti nebo dodatky týkající se zkoumaného tématu.

### 9. 1 Pilotní rozhovor

Před začátkem hlavního sběru dat proběhl jeden pilotní rozhovor, který byl ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Osobou, s níž rozhovor probíhal, byla praktická lékařka, která má za sebou 48 let praxe, ale již 3 měsíce neordinuje a odešla do důchodu. Cílem bylo ověřit, zda předem připravené otázky jsou jasné, srozumitelné a relevantní pro probíhající výzkum. Dále se sledovalo, zda tyto otázky pokrývají všechny klíčové oblasti výzkumu a zda nebylo opomenuto žádné důležité téma. Po provedení pilotního

rozhovoru byly otázky revidovány a upraveny tak, aby byly vhodné pro použití při samotném výzkumu a odpovídaly potřebám respondentů.

## **9. 2 Polostrukturovaný rozhovor**

Následující část obsahuje specifické oblasti spolu s ilustrativními otázkami:

### **Mentální reprezentace pojmu psychosomatika**

- Co se Vám vybaví, když se řekne psychosomatika?
- Jak si představujete psychosomatický přístup v lékařství?
- Je psychosomatika součástí Vaší specializace?
- Do jaké míry je psychosomatika podle Vás součástí dnešní medicíny?

### **Přítomnost psychosociálních faktorů ve vzniku onemocnění**

- Podílí se podle Vás psychika a sociální sféra na vzniku onemocnění?
- Pokud ano, jak, jakým způsobem?
- Měl/a jste za svou praxi možnost setkat se s pacientem, u kterého onemocnění zapříčinily psychosociální faktory?
- Můžete tento případ popsat?
- Má pro Vás psychika a sociální sféra význam při diagnostice pacienta?
- Bylo by pro medicínu přínosné, kdyby byl pacient více informován o možných vlivech psychosociálních faktorů na nemoc?

### **Využití psychosomatického přístupu v léčbě**

- Je podle Vás do léčby nemoci vždy nutné zahrnout práci s psychikou?
- Jakým způsobem komunikujete s pacienty?
- Jak ve Vaší praxi pracujete s psychikou pacienta během léčby?
- Využíváte spolupráce s psychologem či psychiatrem při léčbě pacientů?
- Pokud ano, jak?

### **Postoj k psychosomatickému přístupu v rámci medicíny**

- Má podle Vás psychosomatika své místo mezi medicínskými obory?
- Je psychosomatický přístup podle Vás nápomocný ve Vaší praxi?
- Pokud ano, v čem může být tento přístup užitečný?



### **Setkání s psychosomatickým pacientem**

- Jaké pro Vás setkání je?
- Jak probíhá diagnostika takového pacienta?
- Jak reagují pacienti z pohledu ošetřujícího lékaře na sdělení, že je jejich onemocnění psychosomatické?
- Jaká jsou nejčastější psychosomatická onemocnění, se kterými se setkáváte?
- Jak probíhá léčba takového pacienta s psychosomatickým onemocněním?

### **Omezení v aplikaci psychosomatiky**

- Zahrnovalo vaše studium medicíny předměty s psychologickou nebo psychosomatickou tematikou?
- Je podle Vás psychosomatika jako obor zanedbáván? Jestli ano, proč tomu tak je?
- Co vnímáte jako největší omezení v praktickém uplatnění psychosomatiky?

### **Vzdělávání**

- Máte zájem se v psychosomatice vzdělávat?
- Víte kde a jak?

## **10 Způsob zpracování dat**

Data byla získána pomocí metody **polostrukturovaného rozhovoru**, jednou z metod typickou pro kvalitativní výzkum. Následně byla tato data zpracována induktivním přístupem. Indukce v tomto kontextu znamená, že se výzkum nezaměřuje na ověřování nebo vyvrácení předem stanovených hypotéz, ale spíše na identifikaci nových teorií nebo kategorií, které vycházejí z pozorování pravidelností a vzorů v datech. Tyto nové teorie či kategorie nejsou obecně platné a nelze je generalizovat na celou populaci. Cílem tohoto přístupu je porozumění procesům a zákonitostem, které se v datech objevují, a nikoli jejich ověření či vyvrácení (Disman, 2021).

## 10. 1 Transkripce rozhovorů

Rozhovory s účastníky byly nahrány na diktafon poté, co podepsali informovaný souhlas. Zvukové záznamy byly později přepsány do písemné podoby. Každému respondentovi bylo přiděleno písmeno pro zachování anonymity. Přepisování probíhalo pomocí umělé inteligence, konkrétně aplikace nazvané Transkriptor, která převádí mluvené slovo na text. Následně byl přepis zkontrolován a případné chyby, jako jsou nesprávně zachycená slova nebo špatný zápis číslovek, byly opraveny.

## 10. 2 Analýza dat

Analýza dat byla provedena pomocí otevřeného kódování, které spadá do metod zakotvené teorie – grounded theory (Strauss & Corbin, 1999). Poté následovala kategorizace získaných pojmů. Kategorie, které vznikly jsou:

- Psychosomatika
- Postoj
- Diagnostika
- Psychosomatický pacient
- Psychosociální faktory
- Studium/vzdělání
- Omezení

Kromě nejčastějších odpovědí jsou také uvedeny ty, které se vymykaly obvyklému schématu a byly považovány za zajímavé či netypické.

## 11 Etické aspekty výzkumu

Před samotným průběhem výzkumu byl s každým respondentem projednán a podepsán písemný informovaný souhlas, kterým se potvrzovala dobrovolnost účasti a právo respondentů kdykoli odstoupit. Respondenti byli informováni o záznamu rozhovoru na diktafon a následném přepisu, jakož i o použití získaných dat pouze pro účely diplomové práce. Byla zajištěna anonymita respondentů a měli možnost vynechat otázky, které by jim byly nepříjemné nebo příliš osobní. Jména respondentů byla anonymizována. Po ukončení rozhovoru byla účastníkům nabídnuta možnost získat zpracovaná data v podobě diplomové práce, někteří tuto nabídku využili. Celkové ukončení bylo spíše neformální, účastníci měli příležitost k případnému dalšímu doplnění informací k výzkumu.

## 12 Interpretace dat

### 12.1 Hlavní výzkumná otázka

**HVO: Jaký je postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi?**

Oproti předpokladu nebyly naplněny všechny tři kategorie postojů, tedy kategorie kladný, negativní a nevyhraněný postoj. Získány byly postoje pouze v kategorii kladné a nevyhraněné, negativní postoje se nevyskytly. Hlavní výzkumná otázka je dále doplněna dílčími výzkumnými otázkami, které výsledky dokreslují a podrobněji popisují získané postoje lékařů k jednotlivým oblastem, které s psychosomatikou souvisí. Nyní se budeme věnovat popisu získaných dat a vzniklých kategorií.

#### **Postoj kladný**

Všichni respondenti souhlasí s vlivem psychosociální faktorů na vznik a průběh onemocnění a důležitostí komplexního pohledu na pacienta. U čtyř respondentů se objevil vyloženě kladný postoj k psychosomatické problematice.

Tento pozitivní postoj lékařů k psychosomatické problematice lze zdůvodnit pomocí několika faktorů. Ukazuje se, že tito lékaři jsou aktivní ve svém zájmu o vzdělávání v oblasti psychosomatiky, což signalizuje jejich snahu porozumět vztahu mezi psychickými a somatickými faktory při diagnostice a léčbě pacientů. Například Respondent B zmiňuje účast na kurzech týkajících se léčby traumatu, což naznačuje otevřenost novým přístupům a technikám v oblasti duševního zdraví. Tito lékaři nejsou pasivní, ale aktivně vyhledávají možnosti školení a seminářů, aby zlepšili své znalosti a dovednosti v psychosomatické péči. Dále Respondent C zdůrazňuje důležitost sebezkušenostního výcviku a vlastních zkušeností při práci s pacienty.

Tito lékaři jsou ochotni investovat svůj čas a úsilí do zdokonalování svých dovedností a porozumění v oblasti psychosomatiky. Jejich pozitivní postoj a snaha o další vzdělávání naznačují otevřenost a ochotu přijmout psychosomatický přístup jako součást své praxe a poskytnout tak pacientům komplexní péči, která zohledňuje nejen fyzické, ale i psychické aspekty jejich zdraví. Tento přístup je zásadní pro dynamický vývoj oboru a zlepšení péče poskytované pacientům.

## **Postoj nevyhraněný**

Postoj k vlivu psychosociálních faktorů na vznik a průběh onemocnění je u tohoto respondenta kladný. V jeho praxi se objevují prvky psychosomatického přístupu, ale i prvky obezřetnosti k využívání tohoto přístupu. Z analýzy vyplynulo, že respondent vidí i značná omezení a rizika v diagnostice. To lze pozorovat na této příkladové odpovědi.

Respondent A: „*A ono i tím, že to jako kdyby se člověk s tím potkával jako s angínou tak tak by to bylo jako jak se to opakuje, tak to člověk už jako má i namluvené i všechno, ale ono to zase až tak častý není. Mám pocit teda, že x krát se nám stalo, že jsme si mysleli, že tomu člověku nic není, že ho posíláte všude, a nakonec to fakt něco bylo. Jo, jako je to fakt jak taková spleťtá síť. Jo že, že člověk furt jako pochybuje i v tomhleto. Jestli fakt je to ta psychosomatika, jestli to není nějaké vzácné onemocnění, no. A že vy, když mu řeknete, že je to něco psychosomatického, tak vlastně utnete to, že za tím může fakt něco ještě být. Jo že, že vám může přestat i důvěřovat, tak proto je to takové, že pochybujete. Fakt je to jenom psychosomatika, nebo je to něco vzácného a co vzácného, protože toho je strašně moc.*“

## **Postoj negativní**

Během výzkumu se neobjevil žádný vyloženě negativní postoj lékaře k problematice psychosomatiky v jeho praxi. Tato skutečnost může být dle mého názoru zapříčiněna několika faktory. Prvním faktorem může být nízký počet respondentů v důsledku čehož se nemusel negativní názor objevit. Druhým důvodem, proč se negativní názor neobjevil, může být změna celkového postoje odborné veřejnosti k psychosomatické problematice. Tuto skutečnost je nutné ověřit pomocí kvantitativního typu studie na větším vzorku respondentů. Faktor délky praxe mohl být též určujícím pro chybějící negativní názor. Všichni respondenti mají více než 20 let od atestace, jejich praktické, dlouholeté zkušenosti v oboru mohou mít vliv na jejich přístup k pacientům. Zmíněné faktory (počet respondentů a délka praxe), mohou být zároveň považovány za limity výzkumu, proto budou více rozvedeny v kapitole 13 Diskuze.

## 12. 2 Dílčí výzkumné otázky

### DVO1: Jaká je jejich mentální reprezentace termínu psychosomatika?

Všichni respondenti hovoří o psychosomatice jako o propojení psychické a tělesné složky člověka. Někteří respondenti se ztotožňují s pojmem duše, jiní s pojmem emoce nebo obecným pojmem psychický stav.

Část respondentů zdůrazňuje důležitost přístupu k pacientovi jako ke komplexní bytosti, která není redukována pouze na fyzické tělo, ale zahrnuje i duševní a emocionální složku – termín spojují s celostním přístupem.

Respondent B: *„Tak jako asi líp uchopený koncept medicíny bych řekla, že je tam, je tam kladený důraz na to, že vlastně i ty somatické potíže můžou souviset jako s psychickým stavem pacienta. Což se normálně jako teďka v klasické medicíně neděje, takže pro mě jakoby určitě lepší uchopení i toho, i tý osoby pacienta, že nemusím prostě ho řešit jako stroj, ale jako celostně. No celostní pojetí, no.“*

Výpovědi respondentů zahrnují přesvědčení, že emoční potíže mohou ovlivnit tělesné zdraví a naopak.

Respondent A: *„Asi to, že člověk jde vlastně celý ten život, přes nějaké emoce. Musí se s mnoha věcmi vyrovnávat, a ne vždycky mu to jde. A ten mozek je asi tak nějak konstruovaný, že když to neumí zpracovat, tak to může projikovat někam do toho těla, jak je to propojené kůra a nižší centra, tak si myslím, že to je tohleto.“*

Respondent D: *„Provázanost mezi složkou tělesnou a duševní a jejich vzájemné ovlivnění v obou směrech. Kdy nerovnováha přináší nemoc nebo úraz.“*

Někteří respondenti vnímají termín "psychosomatika" jako otevřený koncept, který umožňuje širší a komplexnější pohled na zdraví pacientů, včetně vzájemného propojení těla a mysli.

Respondent C: *„(...) takže za mě je psychosomatika vlastně jako pojem otevřený, prostě širšímu náhledu na pacientovo stonání. Když bych to měl nějak sesumarizovat, je to prostě nějaký náhled v širších souvislostech (...) já si obecně myslím, že nejsou nepsychosomatický a psychosomatický pacienti, že to je vlastně způsob, jak jako nazírám. Jo že, že to tělo, psychika, emoce vlastně vytváří jednu nějakou bažinu, prostě symptomů, někdy tělesných, někdy psychických a asi určující je zrovna kam ten pacient směřuje (...)“*

Z těchto odpovědí vyplývá, že v základu se na mentální reprezentaci pojmu psychosomatika respondenti shodují, ale mezi jednotlivými lékaři se objevují drobné nuance.

## **DVO2: Jak vnímají místo psychosomatiky v rámci klasické medicíny?**

Analýza dat poskytla dostatek informací a lze tak konstatovat, že psychosomatika je respondenty vnímána jako důležitá a nedílná součást lékařské péče. Přesto existují rozdílné úrovně povědomí, pochopení a aplikace této problematiky mezi jednotlivými lékaři.

Většina respondentů souhlasí s tím, že psychosomatika má své místo v rámci klasické medicíny. Vidí ji jako důležitý aspekt, který by měl být zahrnut do praxe každého lékaře.

Respondent C: *„(...) Vycházím z takový ty původní myšlenky, vlastně toho jednoho ze zakladatelů, z tvůrců, tady toho psychosomatického podhoubí pana doktora Chvály, tak ten vlastně mluví o tom, že to je přístup, který by měl mít každý lékař. Jo že, že je potřeba to kultivovat v každém doktorovi a pak vlastně ta psychosomatika není jednooborová, ale pak je to součástí vlastně profese každého lékaře, tak o výkonu funkce každého lékaře. Takže myslím si, že se to dost proměnilo. (...)“*

Respondent B: *„Určitě. Patří určitě stoprocentně. Od začátku jsem to tak vnímala a přijde mi jako smutný, že to tak jako není, že prostě já jsem si to tak jako našla sama a spíš mě překvapilo překvapilo, že to tak nemají ostatní. (...) Já si myslím, že by tam měla patřit, ale pokud jí někdo ignoruje, tak se vůbec nic jako neděje, což mě jako je líto, jakože se dá vlastně jako pracovat i bez tohohle aspektu, nebo bez tohohle úhlu jako přemejšlení, tak se tak se dá pracovat jako v medicíně docela dobře, teďka v tu dobu.“*

Oproti tomu zazněl i názor, že psychosomatika do medicíny patří, ovšem ne jako samostatný obor.

Respondent D: *„Rozhodně tam patří, ale ne jako samostatná disciplína. Jo, myslím si, že v podstatě s tím se setkává každý lékař. (...)“*

Někteří respondenti zdůrazňují, že psychosomatika má své kořeny v historii medicíny a že by měla být vnímána jako součást tradiční lékařské péče, která zdůrazňuje důležitost komunikace s pacientem a porozumění celkovému stavu pacienta.

Respondent E: *„Je je. Je součástí medicíny. To už naši předkové věděli, že je potřeba jako s tím pacientem komunikovat. Bohužel... V dnešní moderní medicíně často není tolik času toho lékaře na pacienta, ale naši pacienti, naši lékaři, naši naši předchůdci přeci říkali poslouchej pacienta, říká ti diagnózu. No a oni věděj, proč to, proč to říkají.“*

Během rozhovorů se opakovalo i téma pregraduálního vzdělávání, které by se dotýkalo celostního přístupu, psychologie nebo nácviku komunikace s pacientem. Bylo zjištěno, že i když se některým respondentům dostalo vzdělání v obdobných předmětech, nebyly pro ně příliš velkým přínosem, nebo byly zařazeny z kraje studia a nezanechaly tak velkou stopu.

Respondent E: *„(...) Tak měli jsme psychiatrii pochopitelně, že takhle jsme se toho tkli, ale všechno spíš zaměřený na ty nozologické jednotky a ty na tu diagnostiku jako takovou, že prostě že tkolo se to třeba na začátku, že? Ale spíš to bylo jako k vlastní diagnóze zaměřený hlavně teda.“*

Respondent B: *„Měli jsme psychologii a měli jsme etiku, ale bylo to takový jako...Jako jeden z dalších předmětů, který se tak nějak nespojovali s téma ostatníma jakoby fyzickýma a vlastně to tam ani nikdo po nás jako nechtěl moc. Takže to bylo takový dopočtu, jako že by to bylo fajn mít jakoby v rámci toho vzdělání jako absolvovaný, ale že se tím nemusíme až tak řídit, no.“*

Respondent C: *„Měli...Velmi omezený semináře, to byla lékařská psychologie. Teď si myslím ve 3. ročníku, že to bylo jednosemestrové a v rámci tohohle oboru jsme měli možná 1, 2 komunikace vlastně s pacientama, která byla zaměřená vlastně na nemoc, asi na prožívání té nemoci matně si vybavuju, že tam bylo něco vlastně takovýho jakoby přijetí té nemoci jo takový. Ty klasický scénáře, odmítnutí, obrany jo, takže možná takovej základ vlastně jakoby přijetí diagnózy pacientem, ale nic víc. (...) joo etika samozřejmě lékařská etika, to je supr, ale říkám jeden semestr a vlastně z kraje studia, nebo v tom třetíáku ještě vlastně před téma velkejma klinickejma oborama a pak to člověk všechno jako nějak zahrne, takže dokonce by bylo ještě lepší, ještě výhodnější to tam někde dát jako znovu.“*

Nedostatečné pregraduální vzdělání může být důvodem nejistoty ve využití psychosomatického přístupu. Zvýšení povědomí v této oblasti by lékařům mohlo usnadnit rozhodování, kdy už případ přesahuje jejich kompetence a odstranit obavy z žádosti o pomoc u odborníků.



### **DVO3: Jak se použití psychosomatického přístupu projevuje v jejich praxi v přístupu k pacientům?**

Z odpovědí respondentů lze vyčíst několik společných témat v použití psychosomatického přístupu v praxi. Respondenti zdůrazňují důležitost naslouchání pacientům, klíčovým prvkem je dostatek času věnovaný prozkoumání jejich problémů. Zároveň je patrné, že se lékaři snaží motivovat pacienty ke změně a k lepšímu zvládnání jejich zdravotních obtíží. Klíčové je i uznání potíží pacientů a jejich vyslechnutí, což může vést ke zlepšení jejich emocionálního stavu.

Respondent B: „*A snažím se ho i motivovat nějakým směrem, kam by se mohl jako obrátit, jak by tu nemoc mohl zvládnout jako i jinak a třeba i důkladněji. Takže jak u koho no jako. Snažím, snažím se to tam zakomponovat, jako ráda s tím pracuji, ale ne každéj tomu je otevřenej (...).*“

Respondent E: „*(...) tím, že se ho vyptává a prostě zkusí se s ním prohovorit a tak dále, tak ví, co dalšího s tím souvisí, že třeba jenom ten vlastní problém toho člověka, ale že to prostě může mít komplex problémů, že to prostě jako zabere širší komplex.*“

Respondent D: „*(...) Někdo má třeba lepší empatii k tomu pacientovi nebo tím, že je zná. Já si myslím, že mám prostě lidi ráda. A vím, že je strašně důležitý, je vyslechnout a taky je důležitý je pochválit. Uznat jim ty potíže, jakože to nebagatelizujete. Když jim to uznáte, jak toho mají moc a jak jsou přetíženi a co všechno doma, a co všechno zvládá, tak jim se jako uleví už jenom tím prostým pohovorem. Jo často oni přijdou a řeknou, že když vás vidím, tak mě to přešlo, nebo přijedete na návštěvu k tomu pacientovi a jako vidíte, že se mu ulevilo už jenom to, že ví, že přijdu.*“

Navíc se ukazuje, že mnozí lékaři preferují multidisciplinární přístup, kdy spolupracují s psychologem či psychiatrem, aby lépe porozuměli psychosomatickým aspektům onemocnění a využívají i jiné alternativní metody, aby poskytli pacientům komplexní péči.

Respondent A: „*Pak záleží od toho, jak se k tomu staví pacient. Jestli připouští to, že by to mohlo být psychosomatické, ale že bysme se tady tomu nějak věnovali? Asi ne spíše takový jako pohovor. Co by to mohlo být, co to může, jako kdyby co to vyprovokovalo, jaký je spouštěč a musím říct, že jako hodně používáme psychology. Jo, my tady máme*

*paní doktorku XY, takže když je to takové něco, co neumím pořešit a chce to, aby si fakt ten člověk popovídal, tak posílám k ní.“*

*Respondent B: „No že jim (psychologům a psychiatrům, pozn. tazatelky) někdy i zavolám, sama většinou dávám žádanky. Většinou vím o nějakých jako dobrých, který by se jakoby hodily. Často se ptám třeba na preferenci jako pohlaví, jestli chtějí muže nebo ženu. Je to těžký jakoby najít někoho, ale dá se a tohle mě fakt jakoby zajímá jako takže, takže si tak nějak dělám jako přehled, kdo u nás jako poskytuje, kdo je nejbliž, kdo umí jako nějaký specifický. Je třeba i posílám homeopatce jo jako některý lidi, který prostě na to slyší, takže to vlastně docela mapuju jo, že to vím a využívám tu spolupráci. A psychiatři taky je důležitý jakej to je člověk, takže tam taky jakoby vybírám. Když se mě zeptají, tak jim vyberu, jako že koho bych třeba já navštívila.“*

Rozdíly v odpovědích se týkají hlavně variací v přístupu a zkušenostech jednotlivých lékařů. Někteří zdůrazňují potřebu komplexního pohledu na pacienta, zatímco jiní se více zaměřují na konkrétní techniky a postupy, které mohou aplikovat v praxi.

*Respondent C: „(...) Psychosomatik by neměl hledat konkrétní nemoc, on by měl mít samozřejmě furt někde na pozadí, že vylučuje nějaký závažný stav, ale neměl by jít po jedny diagnóze. Jo, že, když si tohle dáte do hlavy, že hledám třeba hypertenzi nebo hledám já nevím, CHOPN neboli chronickou obstrukční plicní nemoc tak budete myslet úplně jinak, než když budete prostě naslouchat pacienta a budete přemejšlet jak on stoná. A co je vlastně zatím všecko schovaný? Takže už tohle vlastně to základní scestí, že jako musíte začít přemejšlet o tý nemoci trošku jinak. Ne ve smyslu naučených vlastně schémat etiopatogeneze, a tak to prostě úplně mění náhled toho lékaře, a to je hrozně dlouhý proces. (...)“*

*Respondent B: „Jako praktický lékař, mám pocit, že mám větší jako manévrovací prostor, že si můžu dovolit i ty alternativní metody tak nějak jako zakomponovat a můžou si tak nějak odhadnout jako komu jakoby nabídnu a koho pojedou čistě poté somatice, protože to tak chce.“*

Nelze přehlédnout, že všichni respondenti zdůrazňují důležitost psychosomatického přístupu v poskytování kvalitní zdravotní péče. Pro poskytování kvalitní péče o pacienty je zásadní, aby zdravotnický systém podpořil práci na posilování komunikačních dovedností lékařů. Stejně tak důležitá je podpora multidisciplinárního

přístupu a spolupráce mezi různými odborníky v oblasti zdravotnictví i mimo něj. To může vést k efektivnějšímu řešení psychosomatických aspektů onemocnění a k poskytnutí komplexní péče pacientům.

#### **DVO 4: Berou praktičtí lékaři při diagnostice v úvahu psychosociální faktory?**

Při analýze této výzkumné otázky vznikly podkategorie k usnadnění orientace v získaných odpovědích – psychosociální faktory, diagnostický rozhovor a příklady konkrétních pacientů.

Všichni respondenti ve svých výpovědích zdůrazňují důležitost psychosociálních faktorů při diagnostice. Tyto faktory mohou dle lékařů ovlivnit nebo přispět ke vzniku a průběhu onemocnění.

Respondent B: *„Já si myslím, že to je úplně zásadní, že to vlastně jako tou psychikou to začíná. A že pozoruju třeba u jednoho typu onemocnění, že to postihuje jako podobně orientovaný lidi, podobně smýšlející, podobně jakoby se chovající sami k sobě nebo k okolí. A že to je, že se to jakoby hodně svádí na to, že vlastně ta psychika se změní vlivem toho onemocnění, ale já to tam vidím opačně jakoby že vlastně to onemocnění vychází z toho, jak ten člověk jakoby se k sobě chová, že to je úplně jakoby zásadní, že málokterý onemocnění nevychází jako z psychickéjch pochodů.“*

Respondent C: *„(...) když se mi pacient vlastně jako začne horšit v těch jeho symptomech kardiovaskulárních nebo gastrointestinálních, tak asi můžu předpokládat, že s tou jeho psychikou není něco v pořádku, jo že, že tam je nějaký propad emoční, nějaká subdepresivita nebo nějaká nenadálá příhoda. Něco, co se udá a ten pacient vlastně najednou jakoby stoná víc v tom svém ranečku těch symptomů, takže to je takový to, co se dá pozorovat, docela dobře, (...) docela dobře nám třeba pomáhá ta rodinná anamnéza, když vidíte, že se tam třeba marodí přes to srdíčko, tak se dá předpokládat, že vlastně emočně to bude padat víc do toho kardiovaskuláru a dá se předpokládat, že nějaký psychický nepohodlí se vlastně odrazí v tomhlectom. Což jako docela dobrý model, třeba hypertenze, kterou mám docela rád, že tam to je vidět krásně že, pacient v nějaký frustraci, v nepohodě, afektu prostě najednou vytváří ten symptom. Jo, a to je takový jednoduchý pojítka.“*

O psychických faktorech se lékaři vyjadřovali častěji a snáz, pouze někteří zmínili i konkrétní vliv sociálních faktorů.

Respondent D: „Mohlo by to být třeba mě napadá pacientka, která je inteligentní, pocházela z takových velmi chudých, neutěšených poměrů. Oba rodiče alkoholici, dva sourozenci, bratr skončil v kriminále velmi brzo a ona studovala gymnázium. A studovala celkem úspěšně, ale pak nějak jako přestala chodit a všichni jsme se snažili. Soused ji platil stipendium od naproti. Začala chodit za školu, učitelka volala mně, ať to nějak omluvím, aby to prostě prošlo. Všichni se snažili učitelé, ředitel, soused, doktor a stejně k maturitě nedošla. Potom umřel otec. Následně matka dostala mrtvici, skončila ve vigilním kómatu úplně v ústavu, takže ona asi ve svých 18 letech nastoupila do skladu a živila tu mladší sestru a snažila se, aby aspoň ona dodělala nějakou střední školu a v tom skladu, při té své konstituci 50 kilové, si odrovnala plotýnky, vyhřezlá plotna. Takže tady vlastně ta sociální složka možná částečně i ta psychická, kdy ona neměla na výběr a musela začít v podstatě fungovat jako živitel a šla na těžkou práci nepřiměřenou její konstituci tak taky jí to dohnalo a pak potratila. Potratila první nebo nepotratila, porodila předčasně. Dítě se nevyvíjelo dva roky nějak skomíralo v ústavu, pak zemřelo a teď byla rizikově těhotná, po dalších třeba deseti letech a miminko, takže teď se to snad vyvíjí k lepšímu, má vysoký krevní tlak to má teda ale jako dáno částečně geneticky. Ale myslím si, že i ty stresy se na tom podepsaly.“

Existuje rozdíl v přístupu k dotazování pacientů na jejich psychosociální situaci. Někteří se snaží otevřeně diskutovat o emocionálních tématech, zatímco jiní spoléhají na detailní anamnézu a vnímání pacientů.

Respondent B: „Jako snažím se ho poznat, jeho osobnost. Snažím se poznat jako jeho tendence, třeba pro mě je to důležitý, třeba i jak bude spolupracovat s tou léčbou. Takže jako jak je hodně přístupnej. Toto už při tom rozhovoru poznám jako jak hodně do hloubky a jak hodně jako je otevřenej tomu našemu rozhovoru nebo těm informacím. (...) Ptám se právě na rodinný příslušníky, tam často vyvstanou i ty vztahy, jaký k sobě mají. Třeba vůbec o sobě nevědí, nebo děti se mně už neozvaly 20 let jo že, že prostě pak vidím, jaký má vazby, vlastně jako k tomu svému okolí. No ono fakt stačí úplně jednoduchý otázky, aby se člověk tak nějak jako dozvěděl od těch, jak přemejšlí ten druhej, jaký má vlastně vazby. No to tam je to hodně o těch vztazích. A pokud má vztahy k druhejm, tak je předpoklad, že má i vztah sám k sobě, takže to tam bude jako tak nějak korespondovat.“

Respondent E: „Vzít anamnézu pochopitelně, že na prvním místě, (...) že prostě třeba pokud možno teda jí vzít zevrubně, teda aby jako člověk měl ten první náhled no a potom

*vlastně vyšetření, že to vyšetření se vším všudy no pak. Jako třeba já, tak jsem měl tady docela slušně vybavenou ordinaci dodnes, jakožto praktický lékař, včetně EKG, včetně laboratorních přístrojů čili já jsem velice mnoho mohl získat přímo na místě. No a pokud jsem si nebyl jist... rentgeny, jsem neměl teda, tak jsem musel poslat pochopitelně přímo už specialistovi, který má k tomu další ještě možnosti. Takže to je postupnej proces. Jako některé věci se řeší hned pochopitelně, lehčí angíny jo takovýhle věci, že jo, ale některý věci prostě vyžadujou trošku větší rozpětí. Rozšíření těch možností, který má pak ten lékař.“*

Někteří respondenti diskutují o aktivním řešení psychosociálních faktorů, zatímco jiní poukazují na nutnost odkazování pacientů na specializované terapeuty či psychologickou pomoc.

Repondent C: *„(...) rozhodnutí pro toho psychosomatika jakoby lékaře, kdy vlastně přemejšlí, jestli s tím pacientem může pokračovat dál, jestli může poskytovat takzvanou psychosomatickou terapii anebo, jestli už to je situace, která vyžaduje psychoterapii jako klasickou, jo tam se bez toho specialisty neobejdete a jak říkám, jsou to situace, kdy otvíráte už nějaký další dveře. (...)“*

Nejen pro zajímavost, ale zejména pro dokreslení toho, jakým způsobem probíhá diagnostika a práce s pacientem, přikládám konkrétní případ popsany lékařem.

Respondent B: *„(...) mám padesátiletýho inženýra, kterej je perfekcionista totálně tvrděj sám k sobě, ale i k okolí, což vim zase jako od jeho bejvalý rodiny. Tamto už popisuje jako tyranii, ale já mám pocit, že on je tyran jako i sám k sobě a už 3 roky se léčí s diabetem, kterej se nedalo moc dostat pod kontrolou, nejdřív jako s tím nespolupracoval, že si prostě nějak nasadil i léky a on se už neozval prostě vysadil. Prostě léky mu došly, takže prostě bylo pro něj důležitější nějak vydržet to pracovní, jako to tempo. My při jakékoliv návštěvě tak jako sklouzneme do pracovního rozhovoru, jak je prostě z nich jako rozčílenej, že nedělají všichni to, co maj a že ho to ubíjí, že prostě musí furt hlídat, protože je asi nějakěj vedoucí jako bych řekla jako nějakýho projektu, nebo nějakýho oddělení. A vlastně až když jsme ted'ka nasadili jako fakt plnou palbu prášků a fakt jsem mu pohrozila. Ono už tak jako i s tím viděním má problémy, jako že přestane vidět, prostě přestane cítit nohy. Oni ho už brněj, protože fakt to měl jakoby strašně rozházený. Říkala jsem, že půjde k diabetologovi, to řekl, že nemá čas, že prostě radši zůstane u nás, protože u nás si povídáme tak jako osobně, takže jako chtěl zůstat jako by u nás. Já mu říkala, jo, ale*

*prostě už máte jen jednu jedinou kontrolu za 6 týdnů. Prostě to nabere, tady vám dávám léky, prostě víc, víc to nejde. No tak to se jakoby chytnul, ale zase si nechal dojít léky na tlak a prostě měsíc neužíval, protože se mu to nezdůraznilo, že je má užívat. No, takže je takovej jako orientovanej na výkon, orientovanej na to jako aby všechno v práci ladilo, totálně jakoby nevidí sám sebe. A je to tam takový spojený. On je z dvojčat, maminku mají jako v Praze nemocnou. On se o ní jakoby většinou stará a vadí mu to, že se o ní musí starat, protože ten druhý brácha se moc jako nestará. Ještě mají, myslím, že 1 bratra, no, a tak tam ta cukrovka potom jakože člověk nevidí sám sebe, neumí si jako ten život vychutnat, tak o tom si myslím, že přesně ten rys z toho, že protože jinak jako je bych řekla sportovec docela jako štíhlejší. Doteďka mu nic nebylo, ale prostě ta cukrovka mu tak jako ukázala, jak se k sobě chová. A on i tak není schopnej, prostě si to uvědomit, zastavit se, takže prostě tam jsem zvolila trošku jako drsnější způsob vedení rozhovoru, aby si uvědomil, že prostě jako nerada pacienty straším, ale když prostě vidím, že totálně nespolupracují, tak jim řeknu ty nejhorší jako možnosti. A to je to jediný, co se lekne, protože když nebude vidět, tak nebude moct vést ty projekty“*

Zkušenosti respondentů naznačují, že léčba často vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje jak léčbu v biologické oblasti, tak i podporu pacienta v oblasti psychosociálních obtíží. Celkově lze konstatovat, že v diagnostice a léčbě se stále více uznává význam integrace psychosociálních faktorů. Nicméně různorodost přístupů ukazuje, že existuje prostor pro další diskusi a výzkum v této oblasti.

#### **DVO 5: Jaké je pro praktické lékaře setkání s psychosomatickým pacientem (pacientem, jehož obtíže nemají pouze somatický základ?)**

Z hlediska psychosomatiky je důležité, aby lékař přistupoval ke každému pacientovi individuálně a byl ve svém přístupu flexibilní. Zjištěné poznatky naznačují, že setkání s psychosomatickými pacienty představuje pro praktické lékaře výzvu, která vyžaduje citlivý přístup. Zároveň ukazují na důležitost otevřené komunikace mezi lékařem a pacientem, stejně jako na potřebu postupného budování důvěry a porozumění.

Někteří respondenti zdůrazňují, že péče o psychosomatické pacienty vyžaduje dlouhodobější přístup a spolupráci. Změna životního stylu a emočního přístupu jsou klíčové pro úspěšné zvládnání obtíží.

Respondent A: „No většinou je to těžký, protože když se ví, co mu je a dají se tabletky, takže se to pořeší, ale tohleto je i na delší dobu. A to bych řekla, že i ten pacient sám musí

*na tom pracovat, což jako je problém. Jo, protože ten životní styl je taky, že prostě přijdu domu, sednu si, nehýbu se, nedělají se ty endorfiny s tím sportem nebo nějakým pohybem (...)*“

*Respondent B: „(...) Že vlastně jakoby tu zodpovědnost nechávám i na nich. A nemyslím si, že jsem jedinej, kdo jim může pomoci a když jim to nepomůže, tak že za to můžu já, že? Prostě, že tam je určitý faktor, který jsou oni schopný jako do velký míry ovlivnit a jako když se jim to jako opakuje (...).“*

Část respondentů uvádí, že někteří pacienti potřebují čas a opakovaný kontakt, než přijmou psychosomatický pohled na své obtíže.

*Respondent C: „(...) vlastně ten opakovaný kontakt s pacientem, to vnímám... nějak se proměňuje ten pacient i vy se vlastně nějak posouváte. (...)*“

*Respondent A: „(...) často to chce nějaký čas. Aby se s tím oni i ztotožnili.“*

Respondenti se liší v názoru na to, jak moc jsou pacienti otevření k psychosomatické interpretaci svých obtíží. Někteří pacienti hledají pomoc a jsou otevření k řešení problémů, zatímco jiní mohou být rezistentní nebo potřebují více času k přijetí psychosomatického pohledu.

*Respondent B: „(...) Většinou už ti, co na to reagují kladně, tak už si něco takového hledají a jsou tomu přístupný. Nemyslím si, že bych jako nějaký významný procento jako by se prolomilo anebo o tom nevím. Anebo mi to řeknou třeba až zpětně. Když si o tom začali jako jinak přemýšlet, když jsem jim to řekla. Takže jako na to reagují podle svého nastavení momentálně, na co mají kapacitu jako (...)*“

*Respondent C: „(...) některý už jsou jakoby otevřený díky tomu, že to je takový profláknutý, více se o tom mluví, tak to je dobře, protože dřív to tak nebejvalo, dřív vlastně člověk lékař s psychosomatickým nějakým vzděláním, náhledem, musel těm pacientům vysvětlovat, o co vlastně jde. A teď už je to tak, že ty lidi už se jakoby otvírají trošku jinak k tomu nazírání, takže je to nepřekvapí, jo líp se s nimi pracuje (...)*“

*Respondent C: „(...) pacienti, se kterým si vlastně nikdo neví rady a ani vlastně psychosomaticky vzdělaní lékaři a který nějakým způsobem si možná chrání ten svůj symptom, pěstují si ho. A pak je vlastně otázka, jak se k tenhletem pacientům přiblížit jo? A vlastně celý to je o tom, že jenom hodnotíte, jestli to pro něj tak obtěžující a chce se z*

*toho skutečně zbavit jo, nebo se jedná o jeho nějaký kontakt a vlastně mu to vyhovuje ten scénář tak, jak to je. (...)*“

Přijetí psychosomatických obtíží se dle respondentů liší i na základě pohlaví.

Respondent A: *„Myslím si, že ty ženy to jsou schopné více jako akceptovat, protože často si o tom načtou anebo i přijdou samy s tím, že jestli to nemůže mít z té hlavy nakonec jo, a když takhle samy přijdou, tak většinou jako jsou ústřetové k tomu, abysme to nějak řešili. Ty chlapi, to je horší si myslím, no jsou takový političtější jsou paličatější, no v tomhleto a hlavně, aby měli jít k psychologovi, nebo si připustit, že prostě zatím se schovává něco jiného, než že by to byly bolesti břicha jako ze žlučníku, nebo něco tak to je potom problém.“*

Aktivní zapojení pacientů do jejich léčby a přijetí zodpovědnosti za jejich vlastní zdravotní stav jsou klíčové pro úspěch v péči o psychosomatické pacienty. Pravidelná reflexe poskytované péče a větší povědomí o psychosomatickém přístupu mohou přispět ke zlepšení péče o psychosomatické pacienty v praxi praktických lékařů.

#### **DVO 6: Jsou nějaká omezení, která jim brání ve využití psychosomatického přístupu?**

Odpovědi respondentů na výzkumnou otázku, týkající se omezení využití psychosomatického přístupu, vykazují několik společných a zároveň rozdílných prvků.

Všichni respondenti se shodují na tom, že nedostatek času a velké množství pacientů je hlavním omezením. Dále pak zmiňují nedostatek personálu, potřebu výuky psychosomatického přístupu již v rámci pregraduálního studia ovlivňující jejich jistotu v tomto přístupu a v neposlední řadě jejich psychické rozpoložení. Jedna respondentka zmínila neadekvátní odměnu za vynaložené úsilí.

Respondent D: *„(...) Není to nijak honorováno. Chybí nám k tomu výkon jo nějaký. (...) Adekvátní odměna za to vynaložené úsilí, protože my pracujeme... většinu výkonu máme v kapitační platbě, to znamená, že to nijak zvlášť neúčtujeme. (...)*“

Respondenti zmiňují, že krátký časový rámec pro jednu konzultaci může omezit schopnost lékařů věnovat se psychosomatickým aspektům.

Respondent A: *„Omezení jsou určitě časová no, že prostě člověk, jako když tam sedí 20 lidí a prostě tam je už taková nervozita, která se přenáší na sestřičku. Ten člověk tady sedí a chce si povídat, tak je to jako těžké.“*



Respondent B: „*No čas (...) To ono, když máte 25 lidí v čekárně, tak jako prostě nemůžu. A víte, že ten člověk by potřeboval a že by to na to i slyšel Tak prostě já už pak nemám kapacitu jakoby si ho vzít odpoledne. (...)*“

Respondent C: „*Já myslím, že jediný omezení pro jakéhokoliv lékaře je vždycky čas. Jo, to je taková ta, když třeba vidíte a víte, že pak na pacienta má 10/ 15 minut a vy cítíte, že to jako nezvládnete během tý jedny konzultace, jo? (...)*“

Respondent E: „*No tento přístup si myslím, že vyžaduje určitý čas. Ano? A ne vždy toho času pro to má dost, takže si myslím, že by možná bylo vhodnější, kdyby se zapracovalo víc času do této sféry. (...) když máte plnou čekárnu a když to bude to období třeba nějaké epidemie, tak holt není tolik času na to, musíte trochu se ohnout. (...)*“

Někteří respondenti zdůrazňují potřebu lepšího vzdělávání lékařů v oblasti psychosomatiky, zejména v rámci pregraduálního vzdělání.

Respondent C: „*(...) ti mladí se k tomu vlastně musejí vycvičit. Jo, bylo by právě super, kdyby to psychosomatický základní vzdělání, oni měli už na té fakultě jo? Protože pak by je to možná tolik nepřekvapilo, ale v momentě, kdy má jenom ten biologické výcvik a musel se naučit ty choroby diagnostikovat myslet na ně, tak je trochu jako nešťastný hnedka jít do nějakýho jinýho širokýho, jo nepřipravený, protože to naopak může vlastně vést do situace, kdy skutečně se něco prosvihne a oni si pak z toho žádný ponaučení pozitivní nevezmou. (...)*“

Nedostatkem personálních zdrojů byla myšlena především nedostatečná kapacita specialistů, jejich přetíženost, a to zejména psychologů a psychiatrů.

Respondent B: „*(...) no nejsou lidi, je jich strašně málo a psychologů jako čím dál míň a nevím, jak to bude do budoucna no že. (...) Je to náročný i pro ty psychology.*

Respondent A: „*(...) ty psychiatři jsou teď velký problém. (...) Problém časově určitě, nedá se nikam toho pacienta většinou poslat, to je fakt velký problém. Pokud není akutní, že ho prostě sbalí a odveze si ho rodina do města xy na akutní ambulanci, i to jako z tý akutní ambulance volají: Jako proč přišli a proč se nehlásil? Tak to je fakt jako velký problém, no. (...)*“

Respondenti také zmiňují psychologické aspekty jako je únava, vyčerpání a nedostatek motivace, které mohou ovlivnit schopnost lékařů uplatňovat psychosomatický přístup nebo také nedostatku jistoty v přístupu k psychosomatickým případům. Obávají

se, že diagnostika psychosomatických onemocnění může být obtížná a nejistá, což může vést k nedorozuměním a nedostatečné léčbě.

Respondent C: „(...) *jakoby taková jako chuť jo jako, se musím přiznat někdy nemáme chuť. Vždycky se v tom nějak rejpat, jsme vyčerpaní, nebo máme svý nějaké bolístky, tak jsme jako rádi, když můžeme být třeba jenom v tom obecným doktorským.* “

Závěrem lze říci, že existující neřešená omezení využití psychosomatického přístupu v lékařské praxi způsobuje převážně nedostatek času, personálních zdrojů lékařů, a nenabytá jistota v diagnostice. Všechny faktory ovlivňují schopnost lékařů adekvátně reagovat na psychosomatické aspekty zdravotních problémů jejich pacientů.

Řešení jsou známá, avšak bez aktivního zapojení lékařů, finanční podpory státního zdravotnického systému a kvalitnějšího pregraduálního vzdělání, bude zlepšení komplexní péče takřka nereálné.

#### **DVO 7: Láká praktické lékaře více se v psychosomatickém přístupu vzdělávat?**

Analýza rozhovorů ukázala, že nedostatek času, zájem o psychosomatické aspekty zdraví a hodnota zkušeností z praxe jsou klíčovými faktory ovlivňujícími rozhodnutí praktických lékařů ohledně jejich účasti na vzdělávacích aktivitách v oblasti psychosomatiky. Všichni respondenti se tématu této otázky ve svých odpovědích dotkli, pouze jeden se nechtěl k otázce vyjádřit, chce brzy odejít do důchodu, a tak pro něj nemá další vzdělávání už takový význam.

Nedostatek času je klíčovým faktorem omezujícím možnost zapojit se do rozsáhlejšího vzdělávání v oblasti psychosomatiky. Nedostatek času ovlivňuje preferenci krátkých a efektivních forem vzdělávání, které lze snadno začlenit do pracovního harmonogramu.

Respondent A: „*Jenom bysme potřebovali víc jako lidi, nebo možná i víc školení jako k tomu jo, protože ono teď je taková rychlá doba. A dejme tomu, když já se mám se nějak jako vzdělávat, tak mě podstatně více vyhovuje, když mám někde jenom nějaký seminář za 15 minut nebo nějakou přednášku úplně jenom základní věci, co si mám pamatovat než prostě, abych seděla někde celý den, protože prostě na to není čas o? Protože když se mě tady i ptají reprezentanti, jaké bysme chtěli přednášky, tak říkám, jo, fajn online, ale ať to prostě není... i půl hodina se mi někdy zdá hodně, když si jenom chci odskočit a 20 minut*

*něco poslouchat, jo, to by bylo takové ideálně takové nějaké jenom body, co si člověk rychle zapamatuje. Ale jako hned jako do tý praxe dát.“*

Respondent D: *„(...) No ono by mě to jako ani nenapadlo, že bych se měla vzdělávat v tom dál. Jistě by mě to zajímalo, ale jako nemám na to čas opravdu ne.“*

Dva respondenti zmínili svou potřebu se v této oblasti vzdělávat a důležitost porozumění vlivu psychické složky na tělesné onemocnění. Považují psychosomatiku za klíčový aspekt lékařské péče a hledají možnosti dalšího vzdělávání v této oblasti, aby mohli lépe porozumět pacientům a léčit je. Od jednoho vzešlo i přímé doporučení, v jaké oblasti se vzdělávat.

Respondent B: *„Jako není to vyloženě jako vzdělávání z toho oficiálního ranku, ale určitě jsem jako spousta kurzů, který se týkají duše a který se týkají toho, jak jako náš psychické stav jako dopadá na tu duši, tak si myslím, že jsem jich docela dost jako absolvovala, abych si v tom právě udělala jasno.“*

Respondent B: *„(...) teďka jako chodím na kurz léčby traumatu, což mi přijde jakoby takový základní a takový prostě bazál jakože. Že v podstatě, pokud si budem řešit ty traumata, tak jakoby si snížíme plochu těch bolavých míst, kterými nás může někdo zasáhnout, nebo můžeme sami sebe jakoby zdevastovat, když to o nich nevíme. Takže vlastně jakoby zmapovat si svoje traumata.“*

Respondent C: *„Určitě bych každému doktorovi, který třeba chce trošku jako přemýšlet jinak o symptomech, o těch nemocech, tak bych doporučil časovou osu. Vlastně práce s časovou osou, což je vlastně způsob nazírání na to psychosociální, co se udává vlastně v pacientově minulosti. A tak to je asi za mě kurz číslo 1, kterej si myslím, že by člověk měl, jaksí projít. Tak z těch vlastně, asi nejkomfortnějších je skutečně ta základní psychosomatická péče jo, dostat takovej kuchařkovej instantní náhled, jak vlastně ty jednotlivé specializace s tím pracujou a je tam vlastně i část sebezkušenostní součástí tohoto kurzu.“*

Respondent C: *„(...) Dneska kromě toho základního kurzu, tak jsou samozřejmě různý semináře, který organizuje třeba ta společnost psychosomatické medicíny, platforma lékařů psychosomatiků. Jo, takže dají se najít vlastně jako nějaký už věci, které pro člověka, který nechce mít nějaký hlubší vzdělání, ale jenom něco chce poslechnout, jak pracují jiní doktoři, pak je to taky supr.“*

Respondenti také zdůrazňují hodnotu získávání zkušeností z praxe a sebezkušenostního vzdělávání. Preferují předávání zkušeností od zkušenějších kolegů nebo získávání osobních zkušeností přímo z lékařské praxe.

Respondent C: „(...) jako minimum je tam prostě nějaký sebezkušenostní výcvik absolvování kurzu základní psychosomatická péče, což je vlastně součástí i té specializace potom. Takže vlastně se to překrývá, to vzdělání si myslím ale, že není až tak podstatný pro jakoby výkon, výkon toho zaměření tý psychosomatiky.“

Respondent D: „(...) vlastně předáním zkušeností od třeba od maminky, která je taky praktická lékařka a dál sbíráním té osobní zkušenosti je nenahraditelné. To jako můžete si načíst co chcete, ale stejně prostě zkušenosti mluví za vše. (...)“

Z analýzy vyplynulo, že nedostatek času je hlavním faktorem, který brání praktickým lékařům v účasti na rozsáhlejší vzdělávání v oblasti psychosomatiky. Lékaři preferují krátké a efektivní formy vzdělávání, které lze snadno začlenit do pracovního harmonogramu. I přes zmíněné překážky existuje zájem o psychosomatiku a někteří lékaři hledají možnosti dalšího vzdělávání v této oblasti, zejména prostřednictvím kurzů a seminářů zaměřených na praktickou aplikaci a získávání zkušeností přímo z lékařské praxe.

Přínosem pro profesní rozvoj praktických lékařů by mohla být podpora sebezkušenostního vzdělávání a zaměření se na výměnu zkušeností mezi kolegy.

## 13 Diskuze

Výzkumná studie byla provedena kvalitativní formou, za použití polostrukturovaného rozhovoru, kterého se účastnilo 5 respondentů, atestovaných praktických lékařů. Cílem výzkumné studie bylo zhodnotit postoje praktických lékařů k psychosomatické problematice a zodpovědět dílčí výzkumné otázky.

Vzhledem k zvolené metodologii nelze generalizovat výsledky studie na celou populaci, je vhodné na ně nahlížet jako na konkrétní příklady, které umožňují vhled do praktického procesu práce s pacientem. Tento přístup může pomoci k odhalení otázek a souvislostí, které by pouze z teoretického pohledu na problematiku nebyly zřejmé.

V rámci výzkumu postojů praktických lékařů k psychosomatické problematice se nepotvrdila přítomnost všech tří očekávaných kategorií postojů, tedy kladného, negativního a nevyhraněného. Výsledky naznačují, že lékaři vyjadřovali své postoje převážně v kategoriích kladných a nevyhraněných, zatímco negativní postoje nebyly zaznamenány. Kladné postojové spektrum vykazovalo jednotný souhlas s významem psychosociálních faktorů na vznik a průběh onemocnění a s důležitostí komplexního přístupu k pacientům. Respondenti projevovali aktivní zájem o vzdělávání v oblasti psychosomatiky a otevřenost novým přístupům a technikám v léčbě. Nevyhraněný postoj zahrnoval prvky obezřetnosti a výhrad, zejména co se týče diagnostiky, avšak všechny respondenty spojovala snaha pochopit vztah mezi psychickými a somatickými faktory v péči o pacienty. Negativní postoj k psychosomatické problematice se v průběhu výzkumu neobjevil.

Dílčí výzkumné otázky se zaměřovaly na mentální reprezentace termínu psychosomatika, místo psychosomatiky v rámci klasické medicíny, použití psychosomatického přístupu praxi, diagnostiku, setkání s psychosomatickým pacientem, omezení v použití psychosomatického přístupu a vzdělávání. Zde uvádím pouze shrnutí výsledků, podrobný popis se nachází v kapitole 12 Interpretace dat.

Respondenti se v základu shodovali na mentální reprezentaci pojmu psychosomatika, byly však patrné drobné nuance v interpretaci mezi jednotlivými lékaři.

Výsledky taktéž ukázaly, že respondenti vnímají psychosomatiku jako důležitou a nedílnou součást lékařské péče, zdůrazňovali důležitost naslouchání pacientům a jejich

motivaci ke změně, což naznačuje potřebu citlivého a komplexního přístupu k jejich zdravotním obtížím.

Bylo zjištěno, že setkání s psychosomatickými pacienty představuje pro lékaře výzvu, vyžadující otevřenou komunikaci a postupné budování důvěry a porozumění. Integrace psychosociálních faktorů v diagnostice a léčbě má pro ně velký význam, existuje však různorodost přístupů, což ukazuje na potřebu další diskuse a výzkumu v této oblasti.

Nedostatek času, personálu a vzdělání v oblasti psychosomatiky byly identifikovány jako nejvýraznější omezení, která brání lékařům ve využívání tohoto přístupu. Nedostatek času je také hlavním faktorem bránícím lékařům v účasti na rozsáhlejších vzdělávání v oblasti psychosomatiky, přesto existuje zájem o další vzdělávání formou krátkých a efektivních kurzů a seminářů.

Výsledky analýzy rozhovorů naznačily, že pro efektivní začlenění psychosomatického přístupu do českého zdravotnictví je nezbytné rozšířit pregraduální vzdělávání lékařů o témata týkající se psychosociálních aspektů zdraví. Tímto způsobem lze podpořit aplikaci psychosomatického přístupu v praxi. Tato analýza je v souladu s dřívější výzkumnou studií provedenou Petružovou a Procházkou (2014), která identifikovala, že jedním z hlavních omezení v uplatnění psychosomatického přístupu je přílišný důraz na somatické aspekty, a to zejména v kontextu lékařského vzdělávání.

V rámci reflexe slabin výzkumu bylo zjištěno následující. Zastoupení respondentů ve výzkumu nebylo rovnoměrné z hlediska délky praxe, to mohlo ovlivnit interpretaci výsledků, zejména pokud jde o otázky, které se týkaly výuky na VŠ, kterou respondenti absolvovali. Situace v rámci pregraduálního studia se od té doby změnila, dokazuje to i zmíněná studie v kapitole 2. 3. 3 Vzdělávání v ČR. U kvalitativních studií je obvykle doporučováno provádět sběr dat ve více osobách, avšak vzhledem k charakteru diplomové práce nebyla realizace tohoto postupu proveditelná. Jelikož výzkum realizovala pouze jedna osoba, mohla se projevit nezkušenost tazatele, což může mít vliv na způsob, jakým byly otázky formulovány. Dalším faktorem, který mohl výzkum ovlivnit, byla příprava respondentů na interview. Vzhledem k tomu, že bylo téma výzkumu předem známé, mohli si respondenti připravit své odpovědi nebo se seznámit s problematikou, což může ovlivnit jejich reakce a odpovědi.

## Závěr

Práce byla zaměřená postoje praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi. Cílem bylo získat autentické výpovědi lékařů k této problematice. V konceptuální části jsou shrnuty poznatky o současném stavu psychosomatiky v České republice, etickém a právním zakotvení oboru, vzdělávání v tomto oboru, ale také jsou zde uvedeny informace o bio-psycho-socio-spirituálním konceptu nebo o vztahu lékaře a pacienta. Výzkumná část se věnuje postojům praktických lékařů k psychosomatické problematice a v dílčích výzkumných otázkách jsou rozvedeny témata jako diagnostika, setkání s pacientem, omezení přístupu nebo vzdělávání. Výzkumná práce je kvalitativního charakteru, data pro výzkumnou část byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a následně došlo k analýze a interpretaci těchto dat.

Ze získaných výsledků, které jsou popsány v kapitole 12 Interpretace dat a shrnuty v diskuzi, lze vysledovat možnosti pro další výzkum a návaznost na využití v praxi. Bylo například zjištěno, že lékaři projevují motivaci ke vzdělávání v oblasti psychosomatiky, ale překážkou jim je nedostatek času. V rámci postgraduálního vzdělávání by proto bylo vhodné zařadit krátké, výstižné semináře, které by byly provázány s praktickými nácviky dovedností, tak aby časová náročnost vyhovovala již tak naplněnému programu praktických lékařů.

Zařazení předmětů s tematikou psychologie, komunikace nebo celostního přístupu do pregraduálního studia jako povinných, by mohlo přispět k rozšíření povědomí o psychosomatické tematice a její legitimnosti mezi medicínskými obory. Psychosomatické smýšlení je potřeba provázat se všemi obory medicíny, jen tak dojde k integraci psychosomatického přístupu v medicíně.

Zjištěna byla také potřeba spolupráce s dalšími odborníky a dostupnosti kapacit v oblasti práce s psychickou a sociální sférou. Současný stav přeplněných kapacit psychologů, psychoterapeutů, ale i psychiatrů je neutěšený. Věřím, že snaha o reformu psychiatrie a příliv čerstvě vystudovaných specialistů jsou klíčem ke zlepšení situace. Vznik psychosomatických klinik a multidisciplinárních týmů by také mohl přispět ke zlepšení situace.

Z analýzy byla zjištěna důležitost postoje pacienta k jeho zdravotnímu stavu a vliv vztahu lékař – pacient na průběh celé léčby. Pacienti by měli přijímat zodpovědnost za

svůj zdravotní stav a na léčbě aktivně spolupracovat s lékařem. Zajímavou oblastí dalšího výzkumu by proto mohl být pohled pacientů, na práci praktických lékařů, na to jaká mají pacienti od nich očekávání nebo jaký přístup pacienti preferují.

Výsledky získané ve výzkumné části práce, ale i poznatky shrnuté v části konceptuální mohou pomoci sociálním pracovníkům posílit jejich pracovní postupy, zlepšit péči poskytovanou klientům a přispět tak k celkovému zlepšení jejich kvality života.

Povědomí o pozitivním postoji lékařů k psychosociálním aspektům zdraví mohou podpořit vytváření multidisciplinárních týmů, ve kterých spolupracují lékaři, sociální pracovníci a další odborníci lékařských i nelékařských profesí. Tato spolupráce umožňuje komplexní péči, která reflektuje různorodé potřeby klientů a přispívá k celkovému zlepšení jejich zdravotního stavu a sociální situace.

Na základě zjištěných postojů lékařů mohou sociální pracovníci aktivně podporovat edukaci a osvětu veřejnosti ohledně psychosomatického přístupu ke zdraví. Informovaná veřejnost může lépe porozumět vztahu mezi tělesnými a duševními faktory při vzniku a léčbě nemocí, což může vést k redukci stigma spojeného s psychickými obtížemi a ke zvýšení poptávky po komplexní péči.

Pozitivní postoj lékařů k psychosomatické problematice může motivovat sociální pracovníky k podpoře klientů v péči o své celkové zdraví a pohodu. Podpora sebepečce, která zahrnuje jak fyzickou, tak duševní stránku zdraví, může vést k lepšímu zvládnání stresu, prevenci onemocnění a celkově k vyšší kvalitě života klientů.

Vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumu by bylo vhodné navázat na získané výsledky výzkumem kvantitativním. Ten by mohl potvrdit nebo vyvrátit získané informace o postojích praktických lékařů a mohli bychom tak získat ucelený pohled na celou problematiku.



## Bibliografický seznam

- Acheson, S. D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*.  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265503/ih.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf)
- Ayers, S., & De Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně* (přeložil Helena HARTLOVÁ). Grada Publishing.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada. .
- Bednaříková, H., Kaščáková, N., Zelinková, Z., & Tavel, P. (2019). *Teória vzťahovej väzby a nešpecifické zápalové ochorenia čreva*. *Československá psychologie, LXIII*(2), 226-238. <https://www.proquest.com/docview/2283282353?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Grada.
- Cuddy, A. *Your body language may shape who you are*. Retrieved February 23, 2024, from [https://www.ted.com/talks/amy\\_cuddy\\_your\\_body\\_language\\_may\\_shape\\_who\\_you\\_are](https://www.ted.com/talks/amy_cuddy_your_body_language_may_shape_who_you_are)
- Čech, P., Kryl, M., & Stackeová, D. (2023). Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče. *Časopis Lékařů Českých, 6*(162), 238-247.
- Čeledová, L., & Holčík, J. (2017). *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- ČESKO. Vyhláška č. 152/2018 Sb., o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů – znění od 1. 1. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 8. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-152#f6245714>
- ČESKO. Vyhláška č. 286/2013 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb. - znění od 2. 10. 2013. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 8. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-286#f5072174>
- ČESKO. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře,

- zubního lékaře a farmaceuta – znění od 1. 1. 2024. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 8. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95#f2511904>
- Disman, M. (2021). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (Páté, nezměněné vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Etický kodex*. (2019). Etický kodex: Etický kodex Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s. Retrieved January 31, 2024, from <https://www.psychosomatika-cls.cz/pro-odborniky/etika/>
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Vyšehrad.
- Honzák, R. (2023). Spiritualita v medicíně. *Psychosom*, XXI(3-4), 121. <https://www.psychosom.cz/840-veda-2-3-2022>
- Chvála, V., & Trapková, L. (2020). Nástroje psychosomatické léčby. In *Psychosomatická medicína 2020*. Palestra. [https://www.lirtaps.cz/nastroje-psychosomaticke-lecby/#\\_ftn1](https://www.lirtaps.cz/nastroje-psychosomaticke-lecby/#_ftn1)
- Chvála, V., Stackeová, D., Šimek, J., Beran, J., Skorunka, D., Holub, D. (2022). Psychosomatická medicína – koncepce oboru. Vydala Společnost psychosomatické medicíny ČLS J.E.P.
- Kalvínská, E. (2008). Spirituální péče ve zdravotnictví. *Praktický lékař*, 2008(9), 522-524. <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2008-9/spiritualni-pece-ve-zdravotnictvi-182>
- Kalvínská, E., & Opatrný, A. (2006). *Zaměření sekce*. Retrieved March 3, 2024, from <http://jep.cls.cz/program.html>
- Klímová, J., & Fialová, M. (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Progressive consulting.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie* (5., přeprac. vyd). Portál.
- Kryl, M. (2022). Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty - sen nebo správná cesta? *Psychosomatická medicína 2022 – V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie?*, 19-34. [https://psychosomatika-konference.cz/wp-content/uploads/2022/06/Psychosomaticka\\_medicina\\_2022\\_-\\_V\\_cem\\_se\\_prolinaji\\_psychosomatika\\_a\\_psychoterapie.pdf](https://psychosomatika-konference.cz/wp-content/uploads/2022/06/Psychosomaticka_medicina_2022_-_V_cem_se_prolinaji_psychosomatika_a_psychoterapie.pdf)

- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
- Kaščáková, N., Petříková, M., Hašto, J., & Tavel, P. (2022). Dlhodobá úzkosť a klinicky diagnostikované poruchy: súvislosti s traumatizáciou v detstve a neistou vzťahovou väzbou v dospelosti. *Česká a slovenská psychiatrie : časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti*, 118(5), 189-197.  
[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2022\\_5\\_189\\_197.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2022_5_189_197.pdf)
- Levine, A., & Heller, R. (2019). *Citové pouto: teorie attachmentu v partnerských vztazích : poznejte svůj typ citového pouta a najděte lásku* (přeložil Jana KOVAŘOVICOVÁ, přeložil Michal STRENG). Synergie.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky [MZ ČR]. (2021). *Vzdělávací program nástavbového oboru PSYCHOSOMATIKA*. Vestník-MZ\_5-2021. Retrieved February 16, 2024, from <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/02/Vzdělávací-program-nástavbového-oboru-PSYCHOSOMATIKA.pdf>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2015). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky* (Vydání třetí, přeložil Petr BABKA). Portál.
- Petrůjová, T., & Procházka, R. (2014). Komplexní přístup lékařů k pacientům. *Psychosom*, 12(3), 212-219.
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (2., dopl. vyd). Triton. *Psychosomatická klinika*. Vzdělávání. Retrieved February 16, 2024, from <https://psychosomatika.cz/pro-odbornou-verejnost/hlavni-informace/>
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Grada Publishing.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Grada.
- Seedhouse, D. (2001). Health: The Foundations for Achievement. In *Health: The Foundations for Achievement* (2nd ed., p. 164). John Wiley.

- Skorunka, D. (2023). Kudy vede cesta do evropské psychosomatické medicíny? *Psychosom*, XXI(3-4), 168-179. <https://www.psychosom.cz/854-politika-3-2022>
- Stackeová, D. (2018). Zpráva o současném stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR. *Psychosom*, 2018(4). <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2018/693-politika>
- Strassman, R. (2010). *Vnitřní cesty do vnějšího vesmíru: cesty do jiných světů prostřednictvím psychedelik a dalších spirituálních technik*. Dybbuk.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Ústav zdravotnických informací a statistik ČR [ÚZIS]. (1993). *MKN - 10*. MKN - 10. Retrieved February 28, 2024, from <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F45>
- Velký lékařský slovník*. (1999). Retrieved March 2, 2024, from <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/funkcni-porucha-2>
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- World health organization. *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. Retrieved February 24, 2024, from <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
- World health organization [WHO]. (2017). *Determinants of health*. WHO. Retrieved February 25, 2024, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 na str. 10

Tabulka č. 2 na str. 27

Tabulka č. 3 na str. 42

## **Seznam zkratek**

C – L psychiatry – Consultation-liaison psychiatry (konzultační psychiatrie)

CAM – complementary and alternative medicine

ČR – Česká republik

EBM – evidence based medicine

IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

PL – psychiatrická léčebna

SPM ČLS JEP, z.s. – Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti

Jana Evangelisty Purkyně

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

## **Přílohy**

Příloha č. 1 Vzor informovaného souhlasu účastníka výzkumu

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta

### **Informovaný souhlas účastníka výzkumu**

Student: **Bc. Kristýna Portlová**

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Michal Kryl**

Institut sociálního zdraví

Téma diplomové práce: Postoj praktických lékařů k psychosomatické problematice v jejich praxi

Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně informován/a o účelu, cíli a metodách výzkumu a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Byl/a jsem poučen/a, že:

- data získaná z monitorovaného rozhovoru budou zpracována a využita výhradně pro účely tohoto výzkumu,
- pokud dojde ke změnám nebo zjištění závažných skutečností, které by mohly mít vliv na mou osobu, budu o tomto bezodkladně informován/a,
- svůj souhlas s účastí ve výzkumu mohu kdykoliv bez udání důvodu odvolat a odstoupit od své účasti ve výzkumu.

Prohlašuji, že se výzkumu účastním na základě vlastního dobrovolného rozhodnutí a bez nároku na odměnu či jinou náhradu.

Potvrzuji, že jsem převzal/a stejnopis podepsaného dokumentu Informovaný souhlas účastníka výzkumu.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu .....

Podpis účastníka výzkumu .....