

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PRÁCE A PRAXE KLINICKÉHO
PSYCHOLOGA NA SOMATICKÉM
ODDĚLENÍ NEMOCNICE**

WORK AND PRACTICE OF CLINICAL PSYCHOLOGICST AT
SOMATIC WARD OF A HOSPITAL



Bakalářská diplomová práce

Autor: Ondřej Machút

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Práce a praxe klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Na prvním místě bych samozřejmě rád poděkoval svému vedoucímu práce, Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. Nejprve za to, že jste vůbec souhlasil s vedením mé práce a pomohl mi vybrat téma a vhodně usměrnit cíle výzkumu. Dále za podnětné připomínky a návrhy v průběhu tvorby práce, díky kterým mě psaní opravdu bavilo a práce obsahuje to, co jsem si představoval. V neposlední řadě bych chtěl vyjádřit svůj veliký vděk za to, že jsem z Vaší pracovny pokaždé odcházel plný elánu, nadšení, optimismu a chuti do další práce, a to i když do odevzdání zbývaly méně než dva týdny a já měl pocit, že potřebuji minimálně další měsíc.

Minimálně stejnou měrou bych chtěl poděkovat Vám, klinickým psychologkám, které jste souhlasily se mnou absolvovat rozhovory na úkor Vašeho vlastního času. Jsou to právě Vaše odpovědi a zkušenosti, které zformovaly celou druhou půlku této práce. Nejde však pouze o data do výzkumu. Rozhovory s Vámi pro mne byly více než příjemným strávením času, velikým zdrojem informací a zkušeností, a především podnětným vhledem do náplně Vaší práce. Navíc, Váš profesionální avšak lidský přístup mne utvrdil v tom, že je to právě klinická psychologie, které bych se rád v budoucím profesním životě věnoval.

Nakonec bych chtěl také poděkovat své mamce a přítelkyni za jejich podporu a trpělivost, s jakou ke mně přistupovaly během psaní této práce, kdy jsem nejednou zanedbával věci, které by se zanedbávat neměly.

Obsah

Úvod	5
Teoretická část	6
1. Klinická psychologie	6
2. Historie klinické psychologie	8
3. Bio-psycho-sociálně-spirituální model	10
3.1 Historie	10
3.2 Biologické faktory	11
3.3 Psychologické faktory	12
3.4 Sociální faktory	13
3.5 Spirituální složka	15
3.6 Aplikace biopsychosociálního přístupu	17
4. Psychické problémy na některých somatických odděleních nemocnice	19
4.1 Interní (vnitřní) lékařství	19
4.2 Gastroenterologie	21
4.3 Gynekologie a porodnictví	22
4.4 Onkologie (psycho-onkologie)	26
4.5 Paliativní péče	29
Výzkumná část	32
5. Výzkumný problém	32
5.1 Cíle práce	32
5.2 Výzkumné otázky	33
6. Metodologický rámec	34
6.1 Metody získávání dat	34
6.2 Výběrový soubor a způsob výběru	35
6.3 Zpracování a analýza dat	36
6.4 Etická stránka výzkumu	37
7. Výsledky	39
7.1 Setkávání s pacienty	39
7.2 Psychologické problémy pacientů	43
7.3 Práce v lékařském a terapeutickém týmu	45
7.4 Prevence proti syndromu vyhoření	50
7.5 Postoj ke smrti	52
7.6 Spokojenost s prací	53
7.7 Zodpovězení výzkumných otázek	54
8. Diskuze	57
9. Závěry	59
Souhrn	62
Seznam použitých zdrojů a literatury	64
Přílohy	67
Seznam příloh	67

Úvod

Každý z nás, kdo neměl to štěstí a dostal se do nemocnice jako pacient, musí uznat, že prostředí nemocnice je v mnoha ohledech nepříjemné, odosobněné prostředí, které v lidech často vyvolává strach, obavy a úzkosti. Doktoři nejdnou proletí pokoje, řeknou několik slov, z nichž většině pacient stejně nerozumí a zase odběhnou. Mezitím se na pokoji střídají sestřičky, které když zrovna nemají svůj den, nebo je předtím doktor či jiný pacient naštvě, také nebývají zrovna přívětivé. Když se k tomu všemu přičte tíha myšlenky na těžkou nemocí, někdy dokonce blízkost smrti, hledali bychom jen těžko pacienta v dobrém psychickém rozpoložení. Právě kvůli těmto problémům začali do nemocničního prostředí pronikat psychologové se svým lidským přístupem, zaměřeným na jedinečnost člověka, který pomáhá pacientům lépe snášet pobyt v nemocnici a osobní či vztahové problémy způsobené nemocí. Tento nelehký, avšak ctihodný úkol, který má na bedrech klinický psycholog, se v mých očích jevil jako vhodná oblast pro zkoumání. Především jsem chtěl zjistit, za jakých okolností se klinický psycholog vůbec se svými klienty, tedy pacienty, setkává, jak spolupracuje s lékaři a jakou roli hrají ostatní kliničtí psychologové z jiných oddělení nemocnice. Z důvodů práce v náročném prostředí a blízkost tématu smrt se k výše napsanému přidaly ještě otázky na syndrom vyhoření a osobní postoj ke smrti. Cílem této práce je tak zmapovat práci klinického psychologa na somatickém oddělení a poté předat tuto zkušenost dál, do povědomí lidí, kteří se nemocničního prostředí bojí, aby věděli, že pokud budou mít zájem, vždy bude v nemocnici někdo, kdo si s nimi rád popovídá a pomůže jim najít cestu, jak se vypořádat s nemocí, pobytem na lůžku, změnou životního stylu, problémy ve vztazích a dalšími otázkami, na které je běžný zdravotnický personál krátký.

Teoretická část

1. Klinická psychologie

Klinická psychologie je obor, který je u nás v České Republice úzce spjatý s lékařstvím, medicínou a nemocnicemi. Je-li klinický psycholog zaměstnancem, pak se s ním ve většině případů setkáme na somatických odděleních nemocnic, v přidružených psychiatrických odděleních v nemocnicích, v ambulantní péči těchto zařízení a v neposlední řadě také v psychiatrických léčebnách. Pracuje-li klinický psycholog takzvaně „na sebe“, pak obvykle vede svou vlastní psychologickou poradnu, přičemž je placený pojišťovnou svých klientů, nebo přímo z jejich peněz, takzvaně na „cash“.

Asociace klinických psychologů České Republiky ve své Konceptci oboru klinické psychologie v českém zdravotnictví, zveřejněném v roce 2000, vymezuje klinickou psychologii jako *„samostatný vědní obor, jehož předmětem je duševní život člověka v biopsychosociálních souvislostech v kontinuu zdraví-nemoc“* (Asociace klinických psychologů, 24. listopadu 2000). Baštecká a Goldmann klinickou psychologii vidí jako *„praktický psychologický obor, (...) který se zabývá jedinečností člověka a jeho duševního života v situacích, které se v naší kultuře spojují s lůžkem (...) a pojímající člověka jako bio-psychosociálně-spirituální jednotu a systém v systémech okolního světa“* (Baštecká & Goldmann, 2001). Plante klinickou psychologii shrnuje definicí poměrně obecnou, která by se dala aplikovat na obor psychologie jako celku: *„Klinická psychologie se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a porozumění psychickým a behaviorálním problémům a poruchám.“* (Plante, 1999), z čehož je zřejmé odlišné zaměření a náplň oboru klinické psychologie v USA, než jak jej známe u nás. Podle docenta Kondáše se pak klinická psychologie jako vědecká disciplína *„zaobírá duševním životem, resp. psychickou regulací chování z hlediska nemoci a disadaptace“* (Kondáš, 1980). Musil a kol. (2006) uvádí zaměření klinické psychologie na *„diagnostiku, terapii, profylaxi a výzkum duševních funkcí, stavů a procesů u osob postižených psychosomatickými, psychickými a spirituálními poruchami a onemocněními a také u osob zdravých v zájmu jejich duševní hygieny“* (Musil a kol., 2006).

Z definic tuzemských (a jednoho Slovenského, svého času též „našeho“ autora) autorů lze tedy soudit, že práce klinického psychologa spočívá především v péči o duševní zdraví nemocného člověka, přičemž bere v potaz jeho jedinečnost a individuální potřeby a dokáže zhodnotit i vliv okolí a sociálních vazeb na jeho současný stav. Ve svém portfoliu má klinický psycholog také provádění diagnostiky, a to nejen klasickým rozhovorem či pozorováním, ale také pomocí rozmanitých psychodiagnostických testových metod. Stejně

tak za sebou musí mít psychoterapeutický výcvik, aby mohl poskytovat vedení a pomoc v terapii, ať už individuální či skupinové. Doplnjuje lékaře a sestřičky, když vedle snahy uzdravit nemoc a postarat se o správný průběh pobytu v nemocnici či léčebně, poskytuje pacientovi psychologickou podporu a oporu, zajímá se o jeho subjektivní potíže, navrhuje řešení a pomáhá aktivizovat jeho vlastní schopnosti k řešení problémů. Dalo by se tedy říci, že vnáší jakousi lidskost do často „sterilního“ lékařského prostředí a stará se tak o „psychosociální“ část komplexního přístupu. Asociace klinických psychologů (24. listopadu 2000) jako další aspekty práce klinického psychologa dodává výcvik studentů, ale i dalších zdravotnických pracovníků, provádění odporných posudků a konsiliární služby. Podle tohoto kolektivu autorů je klinická psychologie taktéž „*zdrojem poznatků a metod pro lékařskou psychologii*“ (Asociace klinických psychologů, 24. listopadu 2000).

2. Historie klinické psychologie

Historie klinické psychologie jako aplikované vědní disciplíny se datuje na konec devatenáctého století, s příchodem psychodiagnostických metod, používaných především pro zkoumání lidí s duševními a vývojovými poruchami. Důležitým milníkem pro vývoj klinické psychologie byl vznik psychologických klinik pro děti a psychologických laboratoří při psychiatrických ústavech pro dospělé. Prvním jménem, spojený s klinickou psychologií byl Lightner Witmer, který v roce 1896 poprvé použil slovo „klinický“, když přednášel na zasedání Americké psychologické asociace o klinické metodě, i když v jeho případě slovo „klinický“ tehdy použil spíše ve smyslu podrobného zaměření na jedinečný případ (prezentoval svou kazuistiku chlapce s řečovými potížemi). Seznámil však také účastníky zasedání o svém plánu zřízení psychologických klinik při školských zařízeních, které by se věnovaly dětem s vývojovými vadami a poruchami učení. V tomto plánu již zmínil propojení práce psychologa s lékařskými poznatky, čímž v podstatě nastínil práci budoucího klinického psychologa. Witmer v témže roce založil psychologickou kliniku zaměřenou na pomoc dětem, zužovaným potížemi jako vady řeči, mentální retardace a poruchy chování, kterou navrhl již na dříve zmiňované konferenci. Psychologie se tak poprvé vymanila z pozice teoretického vědního oboru a našla konečně praktické uplatnění v pomoci dětem s problémy ve školním prospěchu.

Samotný obor klinické psychologie byl vytvořen v rámci APA roku 1907. O deset let později, v roce 1917, byla vytvořena Americká asociace klinických psychologů, nezávislá na APA, která však neměla dlouhého samostatného trvání, neboť se po dvou letech opět stala její součástí. Až v roce 1935 byla klinická psychologie ustanovena jako samostatný obor, na což následující rok navázal Chauncey McKinley Louttit napsáním první učebnice klinické psychologie. V Evropě vznikala obor klinické psychologie prakticky zároveň s tím v Americe, důvodem však byla potřeba intervence a duševní pomoci osobám, které byly zasaženy boji první světové války, ať už přímo jako vojáci, či nepřímo jako jejich rodiny či jiní civilisté. S rozvojem psychoterapeutických směrů v meziválečném období se do možností klinické psychologie dostal další nástroj pomoci potřebným. Po druhé světové válce přišlo další prohlubování možností a kompetencí oboru a jeho čím dál větší propojení s medicínskými službami. (Musil a kol., 2006)

Velkým přínosem pro povědomí o klinické psychologii byly psychodiagnostické testy, prodírající si svou cestu na světlo světa od počátku 20. století. Byly jimi především práce Alfreda Bineta, na obrovském vzorku vyzkoušené testy Army alfa a Army beta a

později věhlasné inteligenční testy Davida Wechslera, které se v různých modifikacích a revizích používají dodnes. S rozvojem diagnostických metod posuzování osobnosti, ať už projektivních (průkopník Herman Rorschach), či dotazníkových (velmi rozšířený MMPI od autorů Hathaway a McKinley) a později i neuropsychologických vyšetření, měli již kliničtí psychologové celou škálu nástrojů ke komplexnímu vyšetření všeho, na co byla medicína krátká. V návaznosti na počátky používání psychofarmak vznikaly sebeposuzovací škály pro psychiatrické pacienty, které měly zajistit podrobné sledování účinků léků na různé symptomy psychiatrických chorob. Psychologické laboratoře, takto vybavené, tak byly součástí nemocnic, psychiatrických léčeben a podobných zařízení, kam byli pacienti posíláni s žádankou o provedení určitého vyšetření, diagnostiky či pozorování, podobně jako se posílali na rentgen či do biolaboratoře se vzorkem krve, celý proces byl tedy dosti odosobněný. Ještě nějakou dobu však mělo trvat, než se klinicko-psychologické laboratoře vymanily z pozice pouhých „posluhovačů“ lékařů a psychiatrů, jejichž úkolem bylo pouze vykonat požadovaný úkon a dále se o pacienta nestarat, a kliničtí psychologové se stali plnohodnotnými členy týmů, starajících se o nemocné. (Heretik a kol., 2007)

3. Bio-psycho-sociálně-spirituální model

Tento model bere člověka jako bytost, na niž působí současně několik faktorů, které se zároveň ovlivňují i mezi sebou a vytvářejí tak komplexní systém činitelů, podílejících se na jeho zdraví, nebo naopak rozvoji nemoci. Jak již tedy název naznačuje, při snaze o pochopení komplexnosti lidského bytí se berou v potaz jak biologické faktory, tedy ty, kterými se primárně zabývá medicína, tak faktory psychologické, jež jsou v kompetenci psychologů. Třetím článkem v komplexním přístupu jsou sociologické faktory, tedy působení společnosti a mezilidských vztahů. Posledním, nejmladším činitelem, který je také nutno brát v potaz, je spiritualita. I ta je nedílnou součástí života mnoha lidí, i když se nemusí nutně jednat o spiritualitu v náboženském smyslu slova. Do této „kolonky“ tak lze zahrnout působení všeho, co zatím nejsme schopni zcela pochopit či uchopit.

3.1 Historie

Historie biopsychosociálního modelu začíná rokem 1977, konkrétně 8. dubna. Tehdy totiž vyšel ve vědeckém časopise *Science* článek George Engela, ve kterém kritizuje dosavadní striktně biomedicínský přístup v psychiatrii.

Biopsychosociální model však zmiňují ve svých člancích již autoři o něco dříve. Grinker (1969) například v článku o modelech léčby psychiatrických pacientů poukazuje na fakt, že místo hádání se odborníků, která část biopsychosociálního modelu je nejlepší, mělo by se spíše přistoupit ke spolupráci a zahrnutí všech tří složek do jedné teorie. V roce 1974 zmiňuje Anne Mosey biopsychosociální model jako základ pro pracovní terapii, alternativní medicínskému modelu, nebo modelu zdraví, využívaných v tehdejší pracovní terapii (Mosey, 1974).

Podle Engela se důvod, proč se v psychiatrii na nemoci nahlíží stejně jako v medicíně, dá nalézt již v počátcích medicíny, kdy většina nových poznatků o fungování lidského těla vycházela ze stále častějších odborných pitev. Jak známo, církve tehdy měla velký vliv a pitvy povolovala pouze za předpokladu, že se bude studovat jen tělo samotné, nikoliv mysl či chování, které bylo spojené s náboženstvím a duší, tedy doménami, čistě v kompetencích církve. Mimoto, základní principy tehdejší vědy byly analytické, tedy rozkládání celku na menší kousky, které lze analyzovat a podle nich zjistit, jak funguje celý systém. Na nemoc se tak pohlíželo jako na poškození některé součástky, přičemž doktor měl za úkol daný díl opravit a zajistit tak opětné fungování celého stroje – lidského těla. „*Vědecký pohled na nemoc tedy začal zaměřením se na analýzu součástí v biologickém (somatickém) procesu, zatímco ignoroval behaviorální a psycho-sociální aspekty*“ (Engel, 1977, 130), píše Engel doslova. Podle něj je tento způsob nahlížení na

nemoc stále hlavním způsobem vědeckého myšlení a praxe i ve dvacátém století. (Engel, 1977)

Engel uvádí nutnost nového modelu přístupu na příkladu pacienta s cukrovkou. Symptomy diabetu jsou všeobecně známé a poměrně snadno diagnostikovatelné. Co už ale podle Engela chybí je pohled na pacienta samotného, tedy jak on svou nemoc prožívá, jak ho omezuje a jak se cítí, přičemž je nutno brát v potaz jak psychologické, tak sociologické a kulturní aspekty, stejně jako mnoho dalších, „mimo-medicínských“ faktorů. Již podle některých dřívějších výzkumů, je podle něj zřejmé, že kulturní a sociální faktory mají významný vliv na nemocnost určité skupiny lidí. (Engel, 1977)

Engel naráží na články Cassela a kol. publikované v letech 1960 a 1961. V první studii sledovali autoři zdraví horalů, kteří byli první z rodiny, kdo se zapojili do průmyslové práce v továrnách a porovnávali je s dělníky ve stejné továrně se stejnými podmínkami i platem, kteří však byli z rodiny, jejichž členové už předtím pracovali v továrně. V druhém případě pak sledovali skupiny, které se nijak nezměnily, ale změnilo se prostředí okolo nich. Sledovali tak obyvatele, kteří se v důsledku urbanizace dostali z vesnice do města. V obou studiích autoři postulovali, že navozený rozpor či nesoulad (angl. incongruity) způsobí zhoršení zdravotního stavu těchto sledovaných skupin. Tento jejich předpoklad se potvrdil při zkoumání dat, ať už brali „zhoršené zdraví“ jakkoliv (nemocenská v práci, návštěvy doktora, domácí léčení apod.), což podpořilo jejich teorii o socio-kulturních vlivech na lidské zdraví. (Cassel et al., 1960 & Cassel et al., 1961)

Engel tak svou kritikou současného stavu psychiatrie a návrhem alternativního směru dal vzniknout novému způsobu nahlížení na lidské prožívání, vznik nemocí a jejich působení na tělo i duši. Především v lékařské praxi, ať už v nemocnicích či v psychiatrických léčebnách se začala čím dál více objevovat snaha o nahlížení na nemocného člověka v kontextu nejen biomedicínském, ale také psychologickém a sociálním.

3.2 Biologické faktory

Hlavním biologickým faktorem, ovlivňujícím lidské tělo a potažmo i chování a prožívání je genetika. Genetický vliv v tom jak vypadáme, jak se chováme a jak myslíme je neoddiskutovatelný již od dob odhalení role DNA v přenosu genetické informace experimentem v roce 1943, který se označuje jako Averyho-MacLeodův-McCartyho experiment a prací Jamese D. Watsona a Francise Cricka. Od té doby se do výzkumu genetické informace člověka investuje mnoho úsilí i finančních prostředků a dnes jsou tak již známy konkrétní části genomů, způsobující některé nemoci. Syndrom fragilního X, Prader-Willi syndrom či Williamsův syndrom, způsobené disfunkcí nebo absencí určitých chromozomů, mají za následek kognitivní, intelektuální i behaviorální změny a poruchy učení (Dykens & Hodapp, 1997 in Plante, 1999). Projevy a práci s dětmi či dospělými, kteří trpí těmito genetickými poruchami, však již nalezneme spíše v okruhu kompetencí psychologie, respektive psychopatologie. Kromě nemocí však mají biologické faktory vliv

na emocionalitu, osobnostní rysy a copingové strategie, uváděné později v psychologických faktorech biopsychosociálního modelu. Nedílnou součástí biologické složky jsou také léčebné metody (především farmakoterapie či elektrokonvulzivní terapie), nebo zobrazovací metody, využívané v psychiatrii. Bez těchto součástí komplexního přístupu bychom si dnes již jen těžko mohli představit fungování psychiatrické či medicínské péče. Mezi biologické pak řadíme i faktory evoluční, které podle mnoha autorů mají významný vliv na lidské chování a tisíce let staré stopy evolučně nejvýhodnějšího chování tak lze nalézt i v dnešní moderní společnosti (Buss, 1994; Fisher, 1992 & Wilson, 1991 in Plante, 1999).

3.3 Psychologické faktory

Působení psychiky na lidské tělo je v popředí zájmu výzkumů již poměrně dlouhou dobu, není tedy divu, že pochody lidské mysli jsou zahrnuty do komplexního modelu zdraví a nemoci. Především pak to, jakým způsobem může mysl ovlivnit fungování těla a tělesných procesů, které jinak považujeme za řízené automaticky, vyvolává otázky, na které biomedicína bez přispění psychologických poznatků bude jen těžko hledat odpovědi. Neméně důležité je však zajímat se také o to, jakým způsobem samotná diagnóza či léčba působí zpětně na lidskou psychiku. Sdělení závažné diagnózy, komplikované chirurgické zákroky, nebo některé náročné způsoby léčby jsou nezanedbatelné faktory, které budou mít neoddiskutovatelný vliv na myšlení a prožívání pacienta, který jimi bude zatížen. Proto by je měl mít na paměti i klinický psycholog. Těmto aspektům somatopsychologie se věnuje následující kapitola této práce, pojednávající o psychologických problémech pacientů v péči somatické medicíny. Jako styčné body mezi klasickou medicínou a psychologií tak kromě klinické psychologie, která stále funguje spíše na bázi „ostrůvků“ psychologického v oceánu medicíny, pracují odborníci v oblastech jako psychosomatika, psychologie zdraví a nemoci a v neposlední řadě také lékařské psychologie. Tyto obory pomáhají přinášet psychologické vědění do oblastí, která se soustředí převážně na „porouchané“ tělo, a rozšiřovat je o poznatky, že bolest na hrudi nemusí být nutně nastupující infarkt myokardu, nýbrž může jít o „zlomené srdce“.

Již před téměř dvěma stoletími, v roce 1818, použil poprvé výraz „psychosomatika“ německý lékař Johann Heinroth, který věřil, že duše je nadřazená tělu, a mnoho somatických nemocí je způsobeno právě vlivem duše, jejími stavy, potažmo náladami člověka. Heinroth byl však osamocenou vlaštovkou a trvalo ještě dlouho, než z jím použitého slova stal způsob, jakým se určují diagnózy, a směr, kterým se následně ubírá léčba. Za zakladatele psychosomatické medicíny je považován Viktor von Weizsäcker,

německý lékař, jehož záměrem bylo přiblížit medicínu člověku, aby tak respektovala jeho individualitu a duševní rozměr. Ten zdůrazňoval, že nemoci se vždy odehrávají mezi lidmi, ne pouze uvnitř jednoho individua. Důležitou součástí Weizsäckerova přístupu je jeho důraz na vztah lékař-pacient, který jen pokud správně funguje, může zajistit úplné vyléčení pacienta na rovině somatické, psychické, ale i sociokulturní (Heretik, 2007). Modernějším průkopníkem psychosomatiky je Franz Alexander, maďarský psychoanalytik, který ve třicátých letech dvacátého století přesídlil do USA. Z jeho koncepce vlivu nevědomých procesů na tělesno je znát psychoanalytické zaměření a výrazy jako „konverzní symptomy“ a „orgánová neuróza“ tak nepřekvapí. Podle Alexandera pak určité psychické konflikty budou vždy způsobovat poruchy specifických orgánů (Alexander, 1954).

Psychosomatika a somatopsychika jsou přístupy celostního nazírání na zdraví a nemoc, které bere v potaz působení jiných než somatických faktorů na rozvoj a udržování choroby, nebo naopak vliv choroby na rozvoj psychických obtíží. Staví se proti metodologicko-statistickému nazírání na nemoc, která se určuje podle jakých si norem a standardů, aniž by se bral ohled na jedinečnost každého člověka. Podle Poněšického se psychosomatika *„zabývá vztahy mezi duševním a tělesným, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako spojené nádoby či jako vzájemně propojené systémy“* (Poněšický, 2002, 11). Podle Danzera (2010) je cílem psychosomatiky stát se vědeckým základem a lékařským postojem, aby tak přestala být nutná jako lékařský obor. Stejný autor však také zdůrazňuje, že v psychosomatice nejde o to, aby se prokázalo, že primární vliv na vznik nemocí má jen psychika, ale spíše jde o pochopení *„mnohohrstevné celistvosti člověka“* (Danzer, 2010, 13). Psychosomatika klade důraz na sledování interakce tělesných, duševních a sociálních faktorů. Stejně tak se zaměřuje na proces léčby, ve kterém je v centru zájmu pacient, respektive člověk samotný, spíše než choroba kterou trpí. Můžeme tedy říci, že psychosomatika je ve své podstatě bio-psycho-sociální model a přístup aplikovaný v praxi a zastřešený pod jedním oborem s poměrně lehce zapamatovatelným názvem.

3.4 Sociální faktory

Neméně důležitými faktory, které je nutno brát v potaz pro jejich neoddiskutovatelný vliv na člověka a jeho život jsou ty sociální či sociokulturní. Člověk je již od počátku své existence společenským tvorem, jehož přežití záviselo na příslušnosti k určité skupině a na tom, jak se tato skupina dokázala vypořádat s vnějšími, ale i vnitřními ohrožujícími faktory. I když v dnešní moderní době již není zapotřebí být součástí velké

a silné skupiny proto, aby se odolalo útokům divé zvěře či zneprátelené tlupy a zajistilo se přežití genového fondu, v jistých aspektech každodenního života lze tento model aplikovat i dnes. V průběhu celého života je jednotlivce součástí nějakých skupin, které více či méně definují kým je, jak by se měl chovat, co by měl kupovat a s kým se stýkat a podobně. Vlivy, které jsou primárně v hledáčku sociologů, se právě proto, jakým způsobem ovlivňují myšlení a chování jednotlivce, dostaly do komplexního modelu nahlížení na lidskou bytost.

Takové faktory mohou působit dlouhodobě, jako například kultura či etnická příslušnost, stejně tak mohou být i krátkodobě působící, mezi které lze zahrnout události jako válka, revoluce, vysoká nezaměstnanost či přírodní katastrofa (Heretik, 2007). Carson a kol. uvádí patogenní sociální vlivy, kterým se přikládá největší váha, co se týče špatného působení na člověka. Jsou jimi: nízký socioekonomický status, poruchy způsobené sociálními rolami, předsudky a diskriminace, ekonomické a zaměstnanecké problémy, sociální změny a nejistota (Carson a kol., 1996 in Heretik, 2007). Pamela A. Hays ve stejném roce na základě předchozích psychologických výzkumů dala dohromady devět sociokulturních faktorů, které nejvíce ovlivňují jednotlivce. Její „*adressing model*“ zahrnuje věk a generační vlivy, mentální a/nebo fyzické postižení, náboženství či víra, etnická příslušnost, sociální status, sexuální orientace, dědictví původních obyvatel, národnost a pohlaví (Hays, 1996).

První písmenka anglických názvů těchto vlivů (age, disability, religion, ethnicity, social status, sexual orientation, indigenous heritage, national origin a gender) dávají dohromady akronym *adressing*, bez jednoho „d“ slovíčko *addressing* – oslovovat, připisovat.

Ján Praško (2010) rozděluje sociální faktory podle toho, jakým způsobem na člověka v nemoci působí. Výchova, vliv rodiny a sociálního prostředí v dětství, stejně jako různé traumatizující události v počátcích psychického vývoje dítěte se budou podílet na zranitelnosti dítěte, které může být později méně odolné vůči rozvoji psychické poruše. Závažné a stresující životní události budou i v pozdějším věku mít velký význam a mohou přímo vést k rozvoji psychické poruchy, zejména pak ze spektra poruch přizpůsobení. Jako bezprostřední spouštěče pak Praško uvádí například drobné psychosociální stresory (nepřiměřená kritika, odmítání), sociální vlivy malých skupin (pár, rodina, přátelé) či nedostatečná adaptace na změny v rolích. Podpora nebo naopak odmítnutí rodinou, přijímání v kolektivu a celkové emoční prostředí, ve kterém se po projevení nemoci jedinec nachází, bude mít velký vliv na průběh choroby, ale i dobu léčení. Praško také zmiňuje jev zvaný hospitalismus, což je „*druhotná sociální újma, která se projevuje zhoršením sociální adaptace*“ (Praško, 2010, 92). Jedná se o vliv dlouhodobého pobytu

v psychiatrickém zařízení, které se vyznačuje přílišnou direktivitou personálu, nedostatkem „zdravých“ sociálních kontaktů a stimulujících podnětů, které zhoršují celkovou prognózu pacienta. (Praško, 2010)

Baštecká & Goldmann kapitolu o sociologickém přístupu v klinické psychologii uzavírají větou: „...*zdraví a nemoc jako obecné pojmy neexistují(,) existuje nemocný či zdravý člověk mužského či ženského pohlaví určitého věku, který žije v určité době v dané kultuře v určité rodině a v konkrétních pracovních vztazích, a zdraví pro něj má hodnotu jako prostředek k dosahování jeho cílů*“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 137).

3.5 Spirituální složka

Brady et al. slovy tří různých autorů definuje spiritualitu jako „*subjektivní prožitek, který existuje jak uvnitř, tak mimo tradiční náboženství a je způsobem, kterým lidé vnímají a prožívají svůj život, co se týče nejvyšších hodnot a smyslu, a zahrnuje současný stav mysli a harmonie*“ (Vaughan et al., 1998; Muldoon & King, 1995; Hungelmann, 1985 in Brady et al., 1999, 418).

Spiritualitu tedy podle této citace můžeme chápat jako subjektivní prožívání, stav mysli, a zároveň způsob, jakým člověk chápe život, jeho hodnoty a smysl, které může, ale nemusí být závislé na tradičním náboženském systému.

O rozšíření biopsychosociálního modelu o složku spirituality se postarali svým článkem McKee a Chappel roku 1992. Odlišili v něm spiritualitu od religiozity, provedli průzkum literatury, především lékařské, na téma spiritualita a také navrhli praktické rady pro lékaře. Jejich článek zapůsobil jako odrazový můstek pro mnoho dalších výzkumů a polemik, především se však díky němu přidala spiritualita do tehdejšího tradovaného modelu zdraví a nemoci. (McKee & Chappel, 1992)

Světová zdravotnická organizace jménem skupiny zabývající se zjišťováním kvality života (WHOQOL Group, 1995) o tři roky později zahrnula do svého plánu na dotazník ohledně kvality života také spiritualitu, čímž výrazně napomohla všeobecnému průniku této složky do povědomí širší vědecké ale i laické komunity.

Daniel P. Sulmasy (2002) ve svém obsáhlém článku z roku 2002 zdůrazňuje potřebu onu spiritualitu, již zahrnutou do komplexního modelu, mít opravdu na mysli při každodenní praxi. Podobně jako více než dvacet let před ním Engel, na kterého

mimořádně odkazuje, kritizuje Sulmasy klasické lékařství za neosobní a redukcionistický přístup k pacientům. Stejně tak ale kritizuje všechny kritiky tohoto přístupu za to, že pouze kritizují a poukazují na spirituální složku, místo aby poskytli komplexní filosofické a empirické podklady. Sulmasy se tak ve svém článku snaží právě toto prázdné místo vyplnit. Z jeho úvah především vychází, že člověk je souborem vztahů k sobě samému, ke svému tělu, k ostatním lidem a také k něčemu „vyššímu“, ať je to bůh, příroda, osud, vesmír, nebo cokoli jiného. Nemoc tak může být do určité míry narušení vztahů uvnitř těla – homeostázy. Podle Sulmasyho však nemoc nenaruší pouze vnitřní vztahy, ale také „roztrhává zavedené copingové strategie (a) vyvolá otázky o vztahu daného jedince k transcendentnu“ (Sulmasy, 2002, 26). Je tedy nutné udržovat stálost a harmonii ve všech směrech vztahů a pečovat o homeostázu jak vnější, tak vnitřní.

Sulmasy (2002) dále uvádí rešerši tehdejších výzkumů na téma spirituality ve zdravotnictví, které zjistily, že přes 40% pacientů si přeje, aby se doktoři či jiný ošetřující personál ptali a řešili pacientovy potřeby týkající se spirituality. V kontrastu k tomuto zjištění, výzkumy z „opačné strany“ zjistily, že otázky týkající se spirituality a transcendentna jsou až kdesi na chvostu témat, která se doktoři cítí zodpovědní probírat. V další studii, kterou Sulmasy zmiňuje, se ukázalo, že pouze v jednom procentu případů doktoři odkazují na kaplana, či jinak otevírají spirituální téma. Zároveň si je však vědom, jak složité je vůbec spiritualitu měřit a být si zároveň jistý, že opravdu měřím takový druh spirituality, jaký měřit chci.

Výzkumy na téma spirituality ve zdravotnictví potvrzují její vliv na vnímání a prožívání symptomů nemoci jako bolest a únava (Brady et al., 1999) a nižší výskyt úmrtí spojený se spiritualitou a religiozitou (Comstock & Patridge, 1972; Goldbourt, Yaari & Medalie, 1993), který je však podle kritiků daný především dodržováním zdravějšího životního stylu a vyhýbáním se rizikovým aktivitám jako kouření, abúzus drog a alkoholu či promiskuita, spíše než působením religiozity/spirituality samotné (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003; Sloan, Bagiella & Powell, 1999).

Velice zajímavá je studie Bradyové a jejích kolegů. Ta se zaměřila na pacienty léčené s rakovinou nebo HIV. Každý z jejich vzorku 1610 (!) pacientů vyplnil jeden dotazník ohledně kvality života sestavený z otázek subškál zaměřených na fyzické, funkční, sociální a emoční aspekty osobní pohody (well-being) a dotazník na spiritualitu *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) se subškálami víra (faith) a smysl/vnitřní klid (meaning/peace). Z pacientů, kteří na škále smysl/vnitřní klid skórovali vysoko dvě třetiny pacientů (66,2%) zažívajících vysokou únavu a téměř polovina (47,8%) pacientů s bolestmi uvedla, že si dosti užívají života (enjoy life very much). Oproti tomu nízko skórující na této škále uváděli stejnou odpověď jen v desetíně případů (10,7%) při únavě a ještě o něco méně při bolesti (9,3%). Podobné, avšak o něco nižší výsledky vzešly i při komparaci se škálou „víra“, kdy 37% pacientů

s bolestmi a 41,5% pacientů s únavou uvedlo, že si dosti užívají života, přičemž stejně odpovídalo pouze 8,1 respektive 9,3 procenta pacientů s nízkým skóre „víry“.

Jelikož téměř všechny zde uvedené studie pochází ze Spojených států amerických, pokusil jsem se nalézt podobně zaměřené výzkumy z některé z evropských zemí. Studie Kuycka a jeho kolegů (1999) se zaměřila na praktické lékaře v Nizozemsku. Zajímali se o to, do jaké míry komunikují s pacienty ohledně otázek spirituality a religiozity. Zjistili, že v běžné praxi se spiritualita probírá jen asi v 16% setkání lékaře s pacientem. Jednalo-li se však o situace nějak blízké smrti, jako například letální choroba či žádost o eutanázii, číslo vzrostlo na 79%. Zajímavý je fakt, že více pozornosti věnovali otázkám spirituality praktičtí lékaři vychováni v Protestantských rodinách spíše než lékaři z Katolického prostředí (65% vs. 36%).

Další studie, tentokrát z Německa (Büssing et al., 2009), se zabývala vztahem religiozity/spirituality a aktivním vyrovnáváním se s nemocí u pacientů zdravotnických klinik. Podle jejich výsledků více spirituální pacienti vnímali nemoc jako určitý druh hodnoty (value) a výzvu, zatímco ti méně spirituální viděli v nemoci především nenapravitelnou ztrátu a narušení života. Více spirituální pacienti pak jako copingovou strategii volili svědomitost, zdravý životní styl a pozitivní myšlení častěji, než nespirituální pacienti. Z této studie pak především vyplynulo, že pro 37% pacientů je důležité hovořit s doktorem o spirituálních problémech a potřebách, avšak lékaři často nemají znalosti ani chuť takové problémy se svými pacienty řešit.

Jak je vidět, spiritualita jako složka komplexního pohledu na člověka ve zdraví i nemoci je velice obsáhlým tématem, které se v posledních několika letech stalo velice diskutovaným. Z výzkumů, které jsem prošel a v této podkapitole uvádím je zřejmé, že téma spirituality se do popředí dostává zejména v situacích blízkých smrti, což je oblast, ve které se především pohybují kliničtí psychologové na somatických odděleních, nebo například v ústavech s paliativní péčí. I proto jsem věnoval části o spiritualitě tolik prostoru, jelikož má podle mého názoru v psychologii, a obzvláště v té klinické, své neoddiskutovatelné místo.

3.6 Aplikace biopsychosociálního přístupu

Aplikací bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu se rozumí jeho praktické využití v každodenní praxi klinické psychologie. Teorií na „všechno možné“ je v každé odvětví dost, především jedná-li se o humanitně zaměřené vědy, psychologii nevyjímaje. Pro

praktickou aplikovatelnost a využití komplexního přístupu k člověku ve zdraví i nemoci svědčí především samotná přítomnost psychologů na somatických odděleních nemocnic. V následující kapitole, která se bude zabývat psychickými problémy na některých odděleních nemocnic, nalezneme mnoho důkazů, ve většině případů podložených empirickými výzkumy, které poukazují na praktičnost a použitelnost tohoto přístupu v praxi.

4. Psychické problémy na některých somatických odděleních nemocnice

4.1 Interní (vnitřní) lékařství

Jak uvádí Vymětal (2003) a Praško (2010) jsou u nás nejčastější příčinou hospitalizace na interním oddělení kardiovaskulární choroby. Podle studie pod záštitou Světové zdravotnické organizace, která aktualizovala zastaralou studii z devadesátých let, ischemická choroba srdeční spolu s cévní mozkovou příhodou (která je nejčastěji příčinou dlouhodobého působení vysokého krevního tlaku), budou minimálně do roku 2030 nejčastější příčinou smrti mezi zeměmi s vysokými příjmy a na třetím místě v nejčastějších příčinách pracovní neschopnosti a invalidity celkem (Mathers & Loncar, 2006). Je tedy zřejmé, že kardiovaskulárním onemocněním se věnuje v praxi i výzkumu mnoho pozornosti. I díky rozvoji psychosomatiky a průniku biopsychosociálního modelu do širšího povědomí zdravotníků, se notná část dané pozornosti rozděluje do výzkumu působení vnějších vlivů na vznik a průběh chorob tohoto typu. Výzkumy se též zaměřují na psychické potíže pacientů po prodělání choroby, především těch hospitalizovaných.

Vztah mezi psychickými vlivy a kardiovaskulárními chorobami je obousměrný. Depresivně či úzkostně ladění jedinci jsou náchylnější k rozvoji kardiovaskulárních chorob, na druhé straně, pacienti s touto diagnózou jsou zvýšeně vulnerabilní k rozvoji depresivní či úzkostné poruchy (Praško, 2010). Nejnovější Evropské (Seldenrijk et al., 2015) i Americké (Xiang & An, 2015) longitudinální studie potvrzují, že deprese je významným prediktorem v rozvoji kardiovaskulární choroby. Rizikovým faktorem pro rozvoj srdečních chorob je osobnost typu A, která se vyznačuje rizikovým chováním, orientací na výkon, potlačováním emocí a hektickým životním stylem (Vymětal, 2003). Praško (2010) uvádí, že v prvních šesti měsících po infarktu myokardu se objevuje nejvyšší procento depresivních epizod, úzkostnou poruchu pak lze identifikovat jako významný prediktor opakovaných srdečních příhod. Na konci stejné kapitoly, která obsahuje předešlý text, pak autor také uvádí, že výskytu depresí u pacientů léčených s obtížemi srdce a cév napomáhá fakt, že betablokátory, používané v interní medicíně k léčbě kardiologických nálezů, jsou známé nežádoucími účinky jako indukce depresivních symptomů, únava a sexuální disfunkce.

Vymětal (2003) se dané problematice věnuje dosti podrobně a popisuje konkrétní psychologickou problematiku pacientů léčených pro infarkt myokardu. Podle Vymětala je vysoká úmrtnost na infarkt myokardu daná především masivním popřením příznaků u pacienta s nastupujícími příznaky, aby se tak snížil strach a úzkost ze smrti. Dotyčnému tak vlastně „nic není“ a nemá tedy důvod volat „rychlou“ či navštívit pohotovost. Pokud už

k převezení do nemocnice dojde, pacienti bývají úzkostní, po intenzivní léčbě a odeznění nejhrošších příznaků pak obvykle znovu nastupuje popření nemoci a příznaků. Po několika dnech přicházejí na řadu depresivní ladění a obavy z budoucnosti, které jsou nejintenzivnější po třech až čtyřech dnech pobytu v nemocnici. Vymětal připisuje takové nálady především ohrožení sebepojetí pacienta. U některých pacientů se mohou dostavit projevy agrese a hněvu. Právě kvůli agresivním projevům a obranným mechanismům popření je pak také u těchto pacientů složitá rehabilitace a udržovací léčba, jelikož se často brzy vracejí ke svým škodlivým návykům jako kouření, špatná strava, nedostatek pohybu a podobně.

O tom, jakou zátěží je pro tělo a psychiku člověka tak závažný stav, jakým je infarkt myokardu, svědčí i další výzkumy, zaměřené na rozvoj post-traumatické stresové poruchy u pacientů po infarktu. Obsáhlou rešerši tehdejších zdrojů provedly Spindler & Pedersen (2005), jež zjistily, že rozvoj post-traumatické stresové poruchy lze pozorovat u pacientů po kardiologických problémech s prevalencí mezi 0% až 38%, čistě pro infarkt myokardu se jednalo o hodnoty mezi 0 a 25 procenty.

Extrém z jedné strany spektra, tedy 0% participantů s rozvojem post-traumatické stresové poruchy lze přisuzovat velice malému vzorku (23 pacientů) ve sledované studii. Na druhé straně spektra (38%) je studie pacientů se zástavou srdce a úspěšnou resuscitací, což je jistě mnohem více traumatizující zážitek. Bez těchto dvou extrémních hodnot se tedy výsledky pohybují mezi 3 a 28 procenty, což je o bezmála třetinu menší rozptyl.

Pozdější studie dalších autorů, kteří se zabývali stejným tématem, také prokázaly poměrně velký podíl post-traumatické stresové poruchy u pacientů po infarktu. Konkrétně jde o 32 % v případě studie z Velké Británie (Jones et al., 2007) a 16% studie z Kanady (Roberge et al., 2010). Mezi rizikové faktory, napomáhající rozvoji post-traumatické stresové poruchy po kardiologických obtížích, řadí Spindlerová a Pedersenová (2005) především disociační poruchy, alexithymii, špatné copingové styly, deprese a neuroticismus. Roberge et al. (2010) z podkladů výzkumu určila jako více vulnerabilní ženy, jedince s psychologickou či psychiatrickou historií a míru akutního stresu a deprese. Oba výzkumné týmy shodně zjistily, že svůj podíl má též obava z trvalého poškození zdraví či invalidity a to, jak moc život ohrožující vnímá pacient svůj stav.

Z výše napsaného je zřejmé, jak velkým tématem jsou v současném zdravotnictví nemoci srdce. Pro psychologa je důležité především mít na paměti, jakým způsobem může tak závažné onemocnění změnit dotyčného pohled na svět a svůj život. Subjektivní vnímání nemoci a příznaků, obavy z budoucnosti, špatné copingové styly, depresivní

stavy, to jsou některé z rizikových faktorů, jejichž rozpoznávání a terapie jsou alespoň z větší části v kompetenci klinických psychologů. Je tedy důležité, aby se co nejvíce podíleli na léčbě pacientů ohrožených rozvojem post-traumatické stresové poruchy, a napomáhali tak snižování prevalence této choroby mezi populací pacientů kardiologických oddělení, přičemž je samozřejmě také nutné, aby k tomu dostávali důvěru a prostor od lékařů, vedení nemocnic, ale též od pacientů samotných. V naší kultuře je stále psycholog některými vnímán jako „cvokař“ a konzultace s ním mohou někteří brát jako projev slabosti a vlastní neschopnosti řešit vlastní problémy.

4.2 Gastroenterologie

Jídlo a vše okolo něj je v naší kultuře spojeno s určitými společenskými událostmi, emocemi a chováním. Jídlo se bezesporu stává častým předmětem sporů, zejména v rodině a mezi partnery. Zejména v psychoanalyticky zaměřených teoriích se gastrointestinálního traktu spojují s konflikty, souvisejícími s matkou, neboť právě ji máme od narození nejprve spojenou s jídlem, respektive uspokojováním hladu a zároveň fyzického kontaktu (Heretik, 2007). I v naší mluvě lze nalézt mnoho rčení více či méně spojených s funkcemi trávicího ústrojí: „Chce se mi z toho zvracet!“, „Mám toho plné zuby!“, „Leží mi v žaludku!“ a podobně. Mnoho emocí či nálad máme také spojených s určitými projevy vnitřností, které mají za úkol zpracování potravy. Při strachu či úzkostech se nám svírá žaludek či hrdlo, při zamilovanosti nebo očekávání máme „motýlky“ v žaludku, při nervozitě lze pociťovat nevolnost či nutkání ke stolici. Není tedy divu, že právě nemoci trávicího ústrojí stojí v popředí zájmu psychosomaticky orientovaných lékařů, potažmo klinických psychologů. Již podle jednoho z prvních psychosomatiků, Franze Alexandera, je to právě „břícho“, které je „nejzvůčnější rezonanční deskou emocí“ (Alexander, 1992 in Heretik, 2007, 519).

Přítomnost stresu nebo psychická porucha jsou rizikovými faktory pro vznik peptických vředů, spolu s vysokými skóry neuroticismus (Praško, 2010). Baštecký (1993) dále udává životní situace, které na jedince kladou nároky vyšší, než je o sám zvládnout. Podle něj jsou dále k rozvoji vředů choulostiví jedinci s potřebou závislosti, často nevědomou, tendencí podřizovat se, nechat za sebe rozhodovat jiné a vyhýbat se vlastní zodpovědnosti. Požadavek závažného samostatného rozhodnutí pak vyvolává konflikt a stres. Navenek však takoví lidé mohou paradoxně kompenzovat svoje potřeby závislosti nadměrnou samostatností, výkoností, vůdcovstvím a neochotou přijímat pomoc (Heretik,

2007). Pokusy o identifikaci jednoznačné „vředové osobnosti“ sice selhaly, přesto se však daří popisovat typické znaky jedinců, u kterých propuklo toto onemocnění, jak jsme si uvedli výše.

Mezi funkční poruchy řadíme takové, kdy somatický stav poruchy je již vyléčen, nebo jej nelze nalézt, přesto však potíže přetrvávají. V případě gastroenterologie se mezi takové poruchy řadí zejména zácpa, průjem, dyspepsie či dysfagie a funkční bolesti břicha, mezi nejčastější pak patří syndrom dráždivého tračnicku (SDT) (Praško, 2010). Problémy s funkčním průjmem obvykle potkává osoby, které jsou pod stresem větším, než mohou zvládat, mají pocity selhání, viny, úzkosti a bezmoci, nalézat lze také potlačené emoce (Heretik, 2007). Heretik dále uvádí problémy typické pro jedince se zácpou. Podle něj je to zadržování emocí, nedůvěra, pesimismus, odmítání, deprese a také nemilování. V souvislosti s psychoanalytickými teoriemi může jít podle Denzera (2002) o problémy z dětství, spojené s nečistotou a pocity viny při defekaci, případně odpor matky například při výměně plen, učení na nočník a podobně. Syndrom dráždivého tračnicku je poměrně dobře popsán a pokrytý mnoha výzkumy. V 89% procentech pacientů s SDT byla zjištěna citová karence v dětství z důvodů osiření, chronické choroby některého z rodičů či častých konfliktů v rodině (Baštecký, 1993). Baštecký pak dále postuluje, že pacienti s SDT jsou častěji svobodní, rozvedení nebo odloučení a až v 86% se v jejich anamnéze dala nalézt traumatická životní událost. K podobným závěrům dochází další výzkumy, například Bradley & Douglas (1999), Gaynes & Drossman (1999), nebo Lydiard (2001). Znovu tedy nezbyvá než zdůraznit roli klinického psychologa, který v rámci svých možností zmapuje problémy pacienta na jeho oddělení a zjištěnými informacemi a případnou psychoterapeutickou intervencí napomůže ke správnému léčení symptomů a větší duševní pohodě pacientů s gastrointestinálními obtížemi.

4.3 Gynekologie a porodnictví

Gynekologie a porodnictví jsou velice obsáhlým oborem, který řeší různé problémy od potíží v sexuálním životě, náročné emoční situace spojené se sexualitou nechtěná těhotenství, různé více či méně závažné chirurgické zákroky a podobně. Stejně tak do jejich oblasti zaměření spadají neplodnost, potraty, riziková těhotenství, komplikované porody a další, velice závažné problémy, které významnou měrou zasahují do života ženy a ovlivňují její psychické a potažmo i fyzické rozpoložení. Hladiny hormonů v těle ženy a především jejich kolísání často způsobují výrazné změny nálad, chování, deprese a další

psychické problémy. Jak uvádí Ždímalová (in Heretik, 2007) každá porucha ženských pohlavních orgánů, nebo nemoc, která se jich týká, stejně jako potíže s početím či těhotenstvím se hluboce dotýkají osobnosti ženy a její podstaty a často zasahují i do oblasti sexuálního, rodinného a sociálního života. Je tedy zřejmé, jak významnou roli pak na gynekologických a porodnických odděleních zastává klinický psycholog, který pomáhá zvládat emoční a psychické potíže spojené s výše popsány problémy.

Mezi psychosomatické poruchy v gynekologii se řadí například poruchy menstruačního cyklu, tedy premenstruační syndrom a závažnější premenstruační dysforická porucha. Mezi psychické příčiny takových poruch se podle Heretika (2007) řadí skrytý partnerský nesoulad, narušený postoj k menstruaci či sexuálnímu životu obecně, dlouhodobý stres a v neposlední řadě také poruchové psychické vnímání fyziologických podnětů. Při léčbě je účinná psychoterapie, u lehčích forem stačí podpurný přístup psychologa a edukace pacientky. O psychosomatických příčinách pak může svědčit i fakt, že na placebo léčbu reaguje až 90% pacientek pozitivně (Heretik, 2007).

Spojitosť s psychologickými příčinami se připisuje amenorey a hyperprolaktinémii, které se též řadí mezi poruchy menstruačního cyklu. K etiologii a patogenezi amenorey se vyjadřuje Heretik (2007). Podle něj příčin může být několik. Zejména náchylné jsou psychiatrické pacientky, alkoholičky a ženy léčené elektrošoky či neuroleptiky, častý je také výskyt amenorey u anorektiček a méně často také u sportovkyň z důvodu nízkého procenta tuku v těle a také vysokých energetických výdajů. Amenorea se objevuje jako průvodní jev k dlouhodobé psychické zátěži a stresu, ale i po akutním emočním traumatu. S tím je spojená také takzvaná válečná amenorea, která, jak už název napovídá, se objevuje u žen v době válečného konfliktu. Heretik dále zmiňuje separační amenoreu, kterou trpí 25-30% mladých žen či dívek, které zažívají delší odloučení rodiny. Hyperprolaktinémie se podle Praška (2010) projevuje u žen, které žily v rodině, kde chyběl otec, ať už fakticky či psychologicky, kdy byl například agresivní či alkoholik. Ženy pak často reagují hyperprolaktinemií a amenoreou i na pozdější životní události ve smyslu ztráty, ať už symbolické či faktické. Emoční naladění či psychické strádání ženy má tedy velký vliv také na fyziologické projevy její „ženskosti“.

V české republice je přibližně jedna pětina všech párů neplodných (Praško, 2010). Neplodnost s sebou nese velké těžkosti jak po stránce finanční, jelikož proces umělého oplodnění či asistované reprodukce je velice zdoluhavý a nákladný, tak s tím spojené psychické útrapy a strádání. Praško (2010) uvádí, že pro ženu jsou problémy s neplodností nejbolestivější a nejproblematictější události, která významnou měrou ovlivňuje partnerský

vztah, ale i vztah ženy k sobě samotné, spojený s pocity méněcennosti a viny, ztrátě sebeúcty a zhoršení vztahu k vlastnímu tělu. Podle Praška se u žen s poruchami plodnosti nejčastěji objevují deprese, generalizované úzkostné poruchy, chronický stres a poruchy příjmu potravy. Heretik (2007) postulují, že za sterilitou mohou stát psychogenní faktory. Jedním dechem však dodává, že pro praxi je mnohem důležitější se věnovat psychologickým následkům, které s sebou přináší diagnóza neplodnosti, než řešit její psychogenní původy. Výzkumy toto tvrzení podporují, neboť psychická pohoda (well-being) ženy, především pak předcházení či správná terapie stresu a úzkosti, má při umělém oplodnění veliký vliv na to, jestli u dotyčné ženy bude umělé oplodnění úspěšné (Eugster & Vingerhoets, 1999). Nemožnost otěhotnět je pro ženu bezesporu velkou psychickou zátěží, která se promítne do všech aspektů jejího dosavadního života. Jak dokazuje další výzkum (Domar et al., 2000), psychoterapeutická intervence, ale i obyčejné podpůrné sezení, významně snižují míru stresu u neplodných žen. Je proto nutné, aby kliničtí psychologové byli ženám na gynekologickém oddělení co nejvíce k dispozici a ve spolupráci s ošetřujícími lékaři tak pomáhali eliminovat nežádoucí psychické vlivy na proces umělého oplodnění.

Dalším problémem, který bývá těžkým náporům na psychiku ženy, je období klimakteria, respektive klimakterický syndrom. Každá žena prožívá období klimakteria jinak, jsou však popisovány obtíže, které se vyskytují víceméně u každé ženy v tomto období, avšak s výraznými interindividuálními rozdíly v jejich intenzitě či poměru. Mezi tělesné projevy patří zejména návaly horka, nadměrné pocení, dušnost, bolesti hlavy, kloubů a svalů, problémy s močením, gynekologické problémy a další (Praško, 2010). Podle Heretika (2007) se také zároveň objevují potíže psychického rázu jako deprese, zvýšená citlivost a dráždivost, nervozita, poruchy spánku, zhoršení kognitivních funkcí a podobně, s nimiž jsou spojeny potíže v partnerském, rodinném, ale i pracovním a společenském životě. Postoje a stereotypy moderní doby, které udávají, že s věkem ženy klesá její společenská „hodnota“ pak působí na již tak zatíženou psychiku ženy jako další závaží. Přibližně ve stejnou dobu se mohou objevovat další rodinné a partnerské problémy – druhá manželská krize, syndrom prázdného hnízda, potíže v sexuálním životě spojené s menopauzou a podobně. I zde je tedy nasnadě vyzdvihnout roli psychologa v podpoře psychické a duševní integrity ženy v tak náročném období života.

Přivedení nového člověka na svět je významným milníkem v životě každého páru, ale i případné svobodné matky. Člověk už není zodpovědný pouze sám za sebe a za svůj život, ale přibírá pod svá křídla dítě, které na něm bude po několik let zcela závislé a bude

formováno jeho výchovou, činy a chováním. Pro ženu je celý proces ještě osobnější, jelikož dítě nosí devět měsíců „pod srdcem“ a také skrz porod je s potomkem spojena nejsilnějším poutem – poutem matky. Při těhotenství prochází tělo ženy mnoha hormonálními, tělesnými, psychickými, ale i sociálními změnami, a tak i při normálním průběhu těhotenství je toto období náročné na psychiku. Když se k tomu přidají možné komplikace, ať už více či méně závažné, je osobnost ženy vystavena enormní zátěži.

Těhotenství provázejí také změny v partnerských a rodinných vztazích, kdy se očekávají změny v jejich struktuře, zejména ze strany ženy. Ta očekává, že jí bude věnována zvýšená pozornost a to nejen ze strany manžela. Ženy jsou pak zranitelnější, pokud se jim nedostává dostatečné pozornosti, lehce vznikají pocity odmítnutí, strachu a úzkosti (Heretik, 2007). Většina žen vnímá negativně somatické změny na těle, bojí se ztráty atraktivity pro partnera a ztráty kontroly nad vlastním tělem. Zranitelnější jsou ženy, které byly se svým tělem méně spokojené již před těhotenstvím (Baštecký, 1993). U těhotných žen lze pozorovat stavy, které by se u „normální“ populace pravděpodobně označovaly za patologické, přičemž negativní emoce a stavy převažují nad těmi pozitivními (Heretik, 2007). Častá únava, úzkosti, poruchy spánku, změny v chuti k jídlu, poruchy soustředění, paměti a pozornosti, podrážděnost (Baštecký, 1993) a často také nejistota a ambivalentní pocity k budoucímu dítěti jsou problémy, se kterými se během těhotenství setkává až 90% všech žen (Praško, 2010). Baštecký (1993) popisuje další seskupení obtíží, jež se nazývá benigní těhotenská encefalopatie. Jde o epizody únavnosti, nespavost, dezorientace, zmatenost, zapomnětlivost a potíže se čtením, které se objevují kdykoliv během těhotenství a obvykle se vytráčí stejně rychle, jako nastoupily a zpravidla se zcela upraví po porodu.

Deprese během porodu a po něm je velkým tématem psychosomatické medicíny. Neléčená těžká deprese může potenciálně ohrozit jak život matky, tak život a zdraví jejího dítěte. Deprese během těhotenství se objevuje spíše v lehčí formě a připisuje se hormonálním změnám v těle matky (Baštecký, 1993). Podle Praška (2010) jsou k depresím v těhotenství náchylné zejména prvorodičky, ženy s depresí v anamnéze, bez dobře fungujících sociálních vazeb a s problémy v manželském či partnerském životě. Praško však dodává, že prevalence depresí během těhotenství je stejná, nebo jen o málo větší, než u netěhotných žen v běžné populaci. Mnohem častější jsou poporodní deprese, jejichž lehčí forma je někdy označována jako „poporodní blues“, nebo „maternity blues“. Mohou se však objevit závažnější, velké poporodní deprese, nebo až poporodní psychózy, které vážně ohrožují život matky i dítěte (Praško, 2010). Heretik (2007) uvádí, že první čtyři

týdny po porodu je až 21 krát větší riziko vzniku psychických poruch než u normální populace. Častý je též výskyt anxiety, zejména před porodem. Mezi tři hlavní faktory, stojící podle Heretika za anxietou, jsou obavy z těhotenství a porodu, obavy týkající se nastávající rodičovské role a psychiatrické symptomy úzkosti, konkrétně obsese, obavy a nespavost. Ženy podle něj trpí především strachem z nezvládnutelné bolesti při porodu, komplikací a zranění či smrti jí samotné, ale i novorozence, ze ztráty kontroly při porodu a z konfliktu s porodnickým personálem. S tím spojená tokofobie a panická porucha jsou nejčastějšími úzkostmi v tomto období (Praško, 2010). Baštecký (1993) dále k potížím v těhotenství a po porodu řadí neuroticismus, zejména ve formě konfliktů s okolím a jako poruchu identifikace s ženskou rolí.

Zřejmě nejzávažnějším problémem, který může ženu při těhotenství potkat, je nechtěný potrat. Zpráva o smrti nenarozeného dítěte, které je očekávané a na něž se žena těší, je pro ni velkou ránou na psychiku. Častými projevy žen po takové zprávě jsou agrese, hněv a útoky na okolí, ale také deprese, smutek, truchlení a pláč, objevují se také negativní projevy vůči ostatním těhotným ženám nebo čerstvým matkám (Heretik, 2007). Nehledě na příčiny potratu by mělo být primárním zájmem klinického psychologa co nejšetrněji pečovat o psychické zdraví ženy a ošetřit psychologické následky takové zprávy. Do budoucna je také důležité připravit ženu na další případné těhotenství a snižovat úzkosti, obavy a fobie pramenící z předešlé negativní zkušenosti.

Role ženy a matky je ve společnosti vnímána jako téměř totemická a v některých kulturách až skoro nadpřirozená. Především v moderních společnostech západního světa se však pozornost čím dál více zaměřuje na výkon, pracovní úspěchy a peníze, přičemž tradiční rodinné prostředí a role ustupují do pozadí. Tlak na ženy se neustále zvyšuje, neboť i ony chtějí být samostatné a úspěšné v pracovním životě, přičemž okolí by je raději vidělo doma s dětmi a pečující o domácnosti. Je tedy zřejmé, že nároky na „moderní ženu“ se navyšují a s tím spojený stres, strádání a další potíže ohrožují její fyzické, ale i psychické zdraví.

4.4 Onkologie (psycho-onkologie)

Dalším druhem závažných zdravotních komplikací, které jsou v popředí zájmu lékařské, ale i laické veřejnosti jsou onkologická onemocnění. Podle Praška (2010) je v západním světě přibližně jedno ze čtyř úmrtí způsobeno právě nádorovým onemocněním. I díky preventivním programům a celkové osvětě se daří úmrtnost snižovat, důraz je kladen

především na způsoby včasné identifikace onemocnění a je zřejmá snaha o prolomení bariér strachu z návštěvy odborníka. Téměř v každé ordinaci kožního lékaře, často i praktického, lze nalézt plakát týkající se rozpoznání rakoviny kůže, běžně jsou k vidění různé návody k samovyšetření prsu. V televizi běží „reklamy“ mající za cíl zvýšit povědomí o rakovině děložního čípku či rakovině prsu a zajistit včasnou diagnostiku a léčbu. Zdravotní pojišťovny posílají zvací dopisy k preventivní prohlídce rakoviny prsu, některé alespoň částečně hradí očkování proti rakovině děložního čípku a podobně. Onkologická onemocnění, respektive varování proti nim jsou přítomna všude kolem nás. Je však nad míru jasné, že člověk reaguje jinak na zprávy že „něco takového existuje“, než na sdělení závažné diagnózy, která se už týká jeho samotného.

Jak uvádí Heretik (2007), výzkumníci zabývající se studiem osobnosti pacientů s onkologickým onemocněním identifikovali určitý typ osobnosti, která je náchylná k rozvoji rakoviny, potažmo psychologické charakteristiky, které byly u pacienta přítomné, již před propuknutím onemocnění. Označili je jako chování typu C, nebo osobnost typu C či nádorová osobnost (angl. cancer personality). Pro takového jedince je podle nich typické potlačování úzkosti a hostilita, nevyjadřování emocí, potlačování konfliktů a konformita, dále pak pocity beznaděje, bezmoci a tendence rychle se vzdát. Heretik dále uvádí, že takoví pacienti mají častěji v anamnéze nepříznivé životní události. Baštecký (1993) k tomu přidává faktory jako potlačená či popřená deprese a neprosazující se chování. Stejný autor pak dále uvádí, že také rodinná dynamika má vliv na budoucí rozvoj onkologických onemocnění. Podle Bašteckého jsou to zejména rodiny s „chladným“ emočním prostředím kde chybí těsný emoční vztah s dítětem, autoritářská výchova spojená se striktním dodržováním norem a potlačování emocí, roli hraje také brzká ztráta blízké osoby nebo vztahů k ní. Jak Heretik (2007), tak Baštecký (1993) se však shodují v tom, že nelze s naprostou jistotou identifikovat intrapsychické proměnné, mající jednoznačný kauzální vliv na onkologické onemocnění, jejich souvislosti však bývají označovány za zásadní.

Simonton (1994 in Heretik, 2007) dospěl k závěru, že psychický stres má vliv na bujení rakovinných buněk skrze působení limbického systému. Deprese a zoufalství, pramenící z dlouhodobého stresu budou mít, skrze limbický systém, negativní vliv na fungování hypotalamu a hypofýzy, jež dále působí na imunitní a endokrinní systém a způsobí jejich celkově zhoršenou funkci. Takové prostředí je pak vhodné pro růst rakovinotvorných buněk. Podle Simontona však takový proces může fungovat i opačně. Psychologický zásah vyvolá v člověku naději a kladné očekávání, jež znovu skrze vliv na

limbický systém zvýší aktivitu imunitního systému, který bude odolnější a eventuálně sníží počet zhoubných buněk.

Prozatím je tedy spíše než hledání příčin důležité starat se o následky nádorových onemocnění. Psychologická starostlivost o pacienta s rakovinou je důležitou složkou komplexní péče o hospitalizované, ale i ambulantně docházející na onkologická oddělení. O potřeby této specifické skupiny nemocných se u nás stará obor, který vykrystalizoval ze směrů jako psychosomatika a somatopsychika, bio-psycho-sociálně-spirituálních modelů, lékařské psychologie a dalších styčných ploch psychologie a lékařství. Jedná se o psychoonkologii. Psychoonkologie se tedy stará o psychickou pohodu pacienta, pomáhá ve vyrovnávání se s nemocí, s bolestí a obavami, stará se o kvalitu jeho života, kterou lze z psychologického hlediska ovlivnit.

Mezi nejčastější problémy pacientů na onkologických klinikách zařazuje Heretik (2007) zejména obtíže spojené s vyrovnáváním se se závažnou diagnózou. Proces, který nejnáměji popsala Elizabeth Kübler-Rossová, zahrnuje pocity hněvu, smutku, deprese, ale také viny, agrese a další, s nimiž je potřeba v péči o pacienty počítat. Ti se obávají smrti, bolesti, změny dosavadního života či následků léčby. Schopnost lidí unést sdělení diagnózy i následné náročné léčebné procesy souvisí s mnoha faktory jak na straně léčeného, tak na straně personálu, svou roli hrají také adaptační mechanismy pacienta, jeho sociální prostředí, podpora okolí, spirituální a náboženské postoje, předchozí zkušenosti se ztrátou a mnoho dalších faktorů (Praško, 2010). Často se u onkologicky nemocných lze setkat s obrannými mechanismy popření, které trvají různě dlouhou dobu (Baštecký, 1993). Jak Baštecký dále uvádí, důležité je v takovém případě i způsob sdělení diagnózy. Pokud se lékař sdělování záměrně vyhýbá, neuvádí všechny informace či pacienta jinak uvádí v omyl, popření se může prohloubit a komunikace s takovým pacientem bude o mnoho obtížnější. Podle Heretika (2007) trpí 25-40% onkologických pacientů nějakou psychickou poruchou, přibližně čtvrtina jich strádá pod tíhou deprese a u některým vyléčených pacientů můžeme, podobně jako například u lidí po infarktu či resuscitaci, narazit na příznaky posttraumatické stresové poruchy.

Podíváme-li se na široké spektrum často velice závažných neuropsychiatrických nežádoucích účinků léků, jež se používají při léčbě nádorových onemocnění (jak je přehledně uvádí např. Praško, 2010), musí nám být jasné, jak celkově fyzicky a psychicky náročný je proces léčení pro pacienty, ale také pro jejich blízké a celý personál nemocničního oddělení. Je proto správné, že se v nemocnicích stále více přistupuje k významné spoluúčasti klinických psychologů při takové léčbě. Na míru a kvalitu

poskytované psychologické péče onkologickým pacientům u nás poukazuje i fakt, že zde už téměř deset let funguje psychoonkologická sekce při České onkologické společnosti, která sdružuje klinické psychoonkology, kteří si mohou navzájem vyměňovat zkušenosti a podporovat se, účastnit se sympózií a celkově tak zlepšovat stav psychologické péče na onkologických klinikách.

4.5 Paliativní péče

Téma smrti prochází ve větší či menší míře všemi výše popsanými podkapitolami. Smrt je v klinické psychologii přítomná téměř na všech odděleních nemocnice a je jen otázkou času, kdy se s tímto tématem začínající klinický psycholog na somatickém oddělení setká. Když medicína už nedisponuje prostředky pro efektivní léčbu nemoci, má pacient možnost rozhodnout se pro ukončení kurativní léčby a podstoupit již pouze péči, která bude tišit bolest a zmírňovat následky choroby. Často jsou to právě onkologičtí, respektive hemato-onkologičtí pacienti, kteří se dostanou z klasického lůžkového oddělení do paliativní péče. Tam mají možnost v klidu strávit své poslední dny týdny, někdy i měsíce, beze strachu z dalších lékařských zásahů, z nichž má především chemoterapie destruktivní účinky na lidské tělo a psychický i fyzický „well-being“ nemocného.

Na somatických odděleních nemocnic, respektive v medicínské praxi i teorii, je však smrt viděna jako něco nežádoucího, čemu je potřeba předcházet všemi možnými prostředky, je-li to nutné, i proti vůli léčeného. Pěkně tento pohled vystihla profesorka Haškovcová: „*smrt se nehodí do našeho úspěšného života a je vadou na kráse úspěšné medicíny*“ (Haškovcová, 2000, 21). Úspěch v léčbě je vyzdvihovaný, smrt je vždy vnímána jako neúspěch či selhání a v péči o umírající či nevléčitelně nemocné se pozornost lékařů často zaměřuje pouze na orgán či funkci, které selhávají (Haškovcová, 2000). Každý tento orgán se však nachází v těle živého člověka, kterému taková informace kompletně změní život i náhled na něj. V paliativní péči se na smrt nahlíží jako na přirozenou součást bytí, která přichází, často bez ohledu na vynaložené úsilí k jejímu oddálení.

Poskytované služby se tak především zaměřují na to, aby se člověku z tohoto světa odcházelo co nejlépe, vyrovnaně, v uklidňujících prostředí a také bez bolesti. Jak uvádí Kupka (2014), paliativní péče si klade za cíl zlepšit kvalitu života umírajícího, přičemž se stará o jeho tělesné, duševní, sociální, ale i spirituální potřeby. Heretik (2007) na toto téma píše, že paliativní péče přidává do medicíny duchovní a sociální aspekty, pochopení, soucit a lidskou účast na utrpení. Z medicínského hlediska se snaží o léčbu symptomů nemoci,

především o co nejúčinnější tišení bolesti. Zároveň v popředí stojí snaha, aby se jejími nežádoucími účinky zdravotní stav pacienta ještě nezhoršil (Kupka, 2014).

V následujícím odstavci popíši nejčastější formy paliativní péče, tak jak je ve své knize popisuje Kupka (2014).

Jednou z forem paliativní péče, která je u nás poměrně častá, je hospic. V hospicích jsou přímo vybaveni pro péči o staré a dlouhodobě nemocné, kteří se o sebe nemohou sami postarat. Běžnou součástí hospiců jsou tak polohovatelná lůžka, mobilní vany a dávkovače léků, jednorázové pomůcky, ale především maximálně proškolení zaměstnanci, kteří poskytují nejen lékařskou péči, ale také psychologickou podporu a lidské porozumění. Dalším důležitým aspektem jsou neomezené návštěvy pro lidi v hospicové péči, jež mohou své blízké i ošetřovat, pokud o to projeví zájem. Stejně středisko pak obvykle poskytuje také stacionární péči, kde se o dotyčného starají přes den, nebo po určitou dobu, načež si jej znovu vyzvednou jeho blízcí či opatrovníci. Taková péče je vhodná, zejména pokud rodina nemá psychickou či praktickou kapacitu se o nemocného starat, či se naopak stará, ale potřebují si na nějakou dobu odpočinout. V neposlední řadě se o umírajícího může rodina či jiní blízcí starat přímo doma. Pracovníci různých agentur či přímo z hospice mohou pravidelně za dotyčným dojíždět a poskytovat rady a proškolení těm, kteří se o něho starají. V takovém případě se mluví o *home help*. Pokud je umírající doma, ale celý čas se o něho starají profesionálové, jedná se o *home care*. Již po první světové válce se u nás začaly objevovat zařízení, které se primárně zaměřovaly na péči o staré a dlouhodobě nemocné lidi. V léčebnách dlouhodobě nemocných je tedy poskytována specializovaná lůžková péče pro pacienty, u nichž se předpokládá délka pobytu více než tři měsíce. Tato forma péče o specifické pacienty u nás spadá do oboru geriatric.

Paliativní péče, zejména pak její domácí forma, se v mnohém velmi podobá způsobu, jakým se se smrtí a umíráním vyrovnávaly generace rodin předtím, než se rozšířila centralizovaná zdravotní péče a docházelo k obrovským pokrokům v medicíně. Pro tyto rodiny bylo zcela běžné, že nemocní či staří byli ubytováni doma, starala se o ně celá rodina a společně jej doprovázeli až k okamžiku smrti. Takové doprovázení bylo příjemnější nejen pro umírajícího, ale i pro jeho nejbližší, kteří s ním mohli trávit poslední společný čas. Jak píše Kupka, „*pokud pochopíme a přijmeme smrt jako součást života, potom ji ve chvíli, kdy skutečně přijde, budeme čelit snadněji*“ (Kupka, 2014, 13). I proto bylo pro blízké umírajícího, kteří o něj do poslední chvíle pečovali a trávili s ním čas, snadnější vytvořit si svůj obraz smrti a umírání, který by jim posléze měl pomoci vyrovnat

se s vlastní smrtelností. Tento proces je ale narušen, když se umírání přesouvá do neosobního „sterilního“ prostředí nemocnice. Blízcí netráví čas u lůžka umírajícího, nemocniční prostředí je jim nepříjemné a tak péči o něj nechávají na jiné. V dnešní době je tak smrt často vnímána pouze jako špatná, děsivá, nemluví se o ní a bývá tabuizovaná. I celý proces péče o zemřelého se přesunul na jiné instituce, pohřeb často bývá pouze rychlým, symbolickým aktem spíše než plnohodnotným rozloučením s blízkým člověkem, proces truchlení v širším sociálním kontextu je vnímán jako nevhodný či nepřipustný (Kupka, 2014). Není se pak čemu divit, že pro mnoho lidí je téma smrti těžko uchopitelné a mnohokrát se o něm nechtějí vůbec bavit, nejlépe na něj ani myslet. Paliativní péče se snaží mimo jiné tuto bariéru prolomit a udělat umírání důstojnějším a osobnějším pro umírajícího, ale také jeho blízké.

Výzkumná část

5. Výzkumný problém

V literatuře je popsáno poměrně mnoho o klinické psychologii. Historie i cíle jsou známy a je nepravděpodobné, že bych ve své práci objevil něco nového. Jelikož je klinická psychologie obor, kterému bych se v budoucnosti chtěl věnovat, vybral jsem si právě proto práci, která shrne původ, cíle a směřování současné klinické psychologie nejen v České republice.

Otázky, které pro mě stran klinické psychologie vyvstávaly, byly zaměřené především na praktickou stránku práce klinických psychologů. Jelikož jsem měl možnost dostat se do kontaktu s klinickými psycholožkami v nemocnici, respektive na jejich somatických odděleních, rozhodl jsem se zaměřit svou práci právě tímto směrem. Zbývalo rozhodnout, co zkoumat. Nabízela se možnost rozhovorů jak s pacienty, tak s klinickými psychology, přičemž by výstupem byl v podstatě popis práce z pohledu psychologa tak komplexní zpětná vazba od pacientů. Problém by nastal v případě, kdyby bylo potřeba zpětně dohledávat pacienty, kteří psychologickou péčí při léčení podstoupili, výzkum by se tak zaměřil pouze na právě hospitalizované, což by jej dosti zúžilo. Rozhodl jsem se tedy zahrnout otázky o zpětné vazbě přímo do rozhovoru s klinickými psycholožkami. Dále bylo záměrem výzkumu zjistit, jak vůbec probíhá kontakt klinického psychologa s pacientem. Kdy se s ním poprvé setká, jak si vytipuje potenciálního klienta, kdy a jak vzniká zakázka a jaké problémy spolu nejčastěji řeší.

Do popředí zájmu bylo též nutné zahrnout, jakým způsobem na práci psychologa v nemocnici pohlíží lékaři. Jejich pohled na léčení nemocí je totiž dosti odlišný a někteří mohou psychologii vnímat jako pavědu či něco zbytečného, zejména v medicínském prostředí. Na základě doporučení klinické psycholožky, se kterou jsem byl od počátku vytváření výzkumného záměru v kontaktu, zvolil jsem opět zpětnou vazbu od lékařů zahrnout do otázek k rozhovoru s psychology, zejména kvůli pracovnímu a tedy i časovému vytížení somatických lékařů.

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem mé práce je celkově zmapovat práci klinického psychologa na somatických odděleních nemocnice. Mezi dílčí cíle pak patří především to, zjistit za jakých okolností se psycholog s klientem setkává, jak, ale také kde takový kontakt probíhá a jaké problémy a témata vyvstávají na povrch. Dále se výzkum zaměřuje na pozici klinického

psychologa v nemocničním prostředí, zejména co se týče práce v kolektivu lékařů a sester, ale i ve způsobu spolupráce s ostatními psychology na jiných odděleních. Jelikož se při práci klinického psychologa častěji objevuje téma smrti, zejména na odděleních, kde se léčí závažné a často letální choroby, mezi dílčí cíle výzkumu patří i postoj klinického psychologa ke smrti. V neposlední řadě výzkum mapuje spokojenost s prací klinického psychologa, překážky, se kterými se při výkonu práce setkávají a také, jakým způsobem se chrání proti syndromu vyhoření. Jelikož při každém rozhovoru s klinickými psychology, které jsem absolvoval ještě před započítím samotného výzkumu, přišla řeč na diskutovanou atestaci, rozhodl jsem i otázku na toto téma zahrnout do výzkumné části. Cílem je zmapovat důležitost a praktičnost atestace pro práci psychologa. Na základě poslední kapitoly teoretické části práce bude dalším cílem propojení

Následující výzkumné otázky poslouží jako prostředek k naplnění cílů výzkumu:

5.2 Výzkumné otázky

- 1. Jaká je náplň práce psychologa na somatickém oddělení nemocnice? (Hlavní výzkumná otázka)*
- 2. Za jakých okolností se klinický psycholog setkává se svými klienty, jak probíhá první kontakt a jaká jsou hlavní témata těchto setkání?*
- 3. Vnímají lékaři klinické psychology jako rovnocenné členy léčebného týmu?*
- 4. Jakou mají kliničtí psychologové zpětnou vazbu od lékařů a pacientů ke svojí práci?*
- 5. Jakým způsobem se kliničtí psychologové chrání proti syndromu vyhoření?*
- 6. Jaký postoj mají kliničtí psychologové k tématu smrti?*

Nyní přistoupím k popisu použitých metod.

6. Metodologický rámec

Jelikož se o klinickou psychologii zajímám a v budoucnu bych se rád ve svém profesním zaměření ubíral právě tímto směrem, zvolil jsem kvalitativní formu výzkumu. Osobní rozhovory s klinickými psychology mi poskytnou lepší vhled do jejich práce a rozdílů ve fungování na různých odděleních, stejně jako způsob jejich spolupráce s lékaři a celkové klima na oddělení. Osobní rozhovor vnímám jako veliký přínos i pro rozšíření znalostí o oboru, ve kterém bych se rád realizoval. Klinické psycholožky (mými respondenty byly pouze ženy), se kterými jsem realizoval rozhovory, byly vstřícné a otevřené diskuzi i po skončení interview a mohl jsem tak sledovat rozdíly v chodu odlišných oddělení, stejně jako společné znaky.

6.1 Metody získávání dat

Metodou sběru dat byl zvolený polostrukturovaný (strukturovaný?) rozhovor (příloha 4). Rozhovor obsahuje 24 otázek. Z těchto 24 otázek se osm otázek se věnuje okolnostem setkávání s klienty, šest otázek mapuje práci v lékařském a terapeutickém týmu, po jedné otázce je věnováno překážkám při práci na oddělení, syndromu vyhoření a tématu smrti. V závěru se nachází otázky ohledně spokojenosti s prací a její přínos. Úplně první otázka slouží pro pozdější identifikaci oddělení, zbývající otázky jsou spíše doplňujícího charakteru, poslední otázka pak nechává prostor pro případné doplňující informace ze strany respondenta, otázky a podobně.

Zde je nutno podotknout, že otázky, které tvoří rozhovor, byly v původní verzi poněkud odlišné (příloha 3). První bylo naplánované setkání klinickou psycholožkou, která sloužila jako prostředník mezi mnou a jejími kolegyněmi, ale také primářkou oddělení klinické psychologie. Po konzultaci s mým „kontaktem“ a její kolegyní s pracovny, jsme společně otázky pro rozhovor museli poupravit, jelikož otázky odrážely mé nedostatečné znalosti z oblasti praktického fungování klinického psychologa. Bylo tedy nutné věnovat prostor, původně zamýšlený pro realizaci prvního interview, úpravě otázek. Tato úprava zahrnovala především odstranění některých nevhodných či zbytečných otázek a doplnění dalších, které budou dotazovat to, co se má objevit v mé práci. Tato úprava se ukázala jako klíčová. Ze všech rozhovorů bylo patrné, že otázky jsou zvolené dobře, jelikož respondenti snadněji uváděli informace, které byly pro mou práci přínosné a odpovídají na zvolené výzkumné otázky. Jedna z respondentek dokonce volbu otázek pochválila s tím, že jsem „s těmi otázkami docela vystihl podstatu věcí, které tady člověk řeší...“ (Valérie,

onkologická klinika), což pro mne bylo důkazem, že konzultace s povolanou osobou před samotnou realizací rozhovorů byla opravdu důležitá a v jistém směru i nutná.

Ke sběru dat se přistoupilo vždy po telefonickém rozhovoru, při kterém jsem uvedl zaměření práce, garanci anonymity a přibližnou dobu, nutnou pro realizaci rozhovoru. Všechna setkání se konala přelomu února a března 2015, poslední byl z časových důvodů respondentky uskutečněn až 20. března 2015. Při osobním setkání jsem podrobněji popsal zaměření své práce, její cíl, znovu jsem zopakoval garanci anonymity a zodpověděl případné dotazy. Informovaný souhlas byl pouze ve formě slovní domluvy, později jsem se rozhodl pro dodatečné potvrzení i v jeho písemné formě (příloha 5), stvrzené podpisem respondenta. Samotné rozhovory trvaly od dvaceti do čtyřiceti čtyř minut, v závislosti na objemu informací od respondentů, respektive tedy na délkách odpovědí na jednotlivé otázky. U poslední respondentky jsme se po domluvě rozhodli, že jí po rozhovoru přepeču transkripci, jelikož by se jí podle slov lépe odpovídalo slovně a mohla by tak případně doplnit další informace dodatečně. Záznam byl proveden pomocí mobilního telefonu s aplikací určenou speciálně pro nahrávání rozhovorů, kterou jsem měl již dříve odzkoušenou. Všem respondentům jsem poděkoval za účast a vstřícnost při domluvě termínu pro rozhovor a znovu zopakoval možnost mne kdykoliv kontaktovat pro další informace.

6.2 Výběrový soubor a způsob výběru

Výběrový soubor byl tvořen pěti klinickými psychologkami na různých somatických odděleních jedné nemocnice. Všechny respondentky byly ženy. Jelikož věk nebyl pro mou práci důležitý, ze slušnosti jsem se na něj neptal. Respondentky se výzkumu zúčastnily dobrovolně a měly možnost z výzkumu kdykoli odstoupit. Podmínkou výběru účastníků byla pouze ochota uskutečnit rozhovor a udělat si čas v nabitém programu.

Kvalitativní design výzkumu umožňoval volnější výběr souboru, který nemusel být náhodný či pravděpodobnostní. Výběr proběhl metodou prostého záměrného výběru. Bylo nutné sehnat kontakt na alespoň jednoho klinického psychologa, který by byl ochotný převzít roli prostředníka, domluvit se s vedením oddělení, v tomto případě požádat primářku oddělení klinické psychologie o souhlas s provedením rozhovorů, spojit se s kolegy a zjistit, zdali by byli ochotní rozhovory podstoupit. Tento kontakt se mi podařilo sehnat přes maminku přítelkyně, která pracuje jako sestra na jednom z interních oddělení a s jednou klinickou psychologkou se setkává. Přes ní jsem tedy získal přístup mezi klinické psychology v nemocnici. Po domluvě s primářkou oddělení klinické psychologie, které záleželo zejména na anonymitě a diskrétnosti vůči interním informacím,

došlo ke kontaktování kolegů „mojí“ psycholožky, ze kterých sedm souhlasilo s účastí ve výzkumu. Celkový výběr tedy proběhl kombinací prostého záměrného výběru a samovýběru, jelikož se psycholožky po informaci od jejich kolegyně samy přihlásily. Diskutovat by se dalo také o stopách metody výběru sněhové koule. Při pozdějším telefonickém kontaktu dvě klinické psycholožky účast s omluvou odmítly, obě z časových důvodů. K mortalitě při samotném výzkumu nedošlo, žádná z pěti klinických psycholožek ani později neodstoupila z výzkumu, ani nepožádala o neuvedení některých informací, snad i díky zajištěné anonymitě nejen osobní, ale i ve vztahu k instituci, v tomto případě nemocnici. Při uvedení konkrétní nemocnice, kde výzkum probíhal, by totiž nebylo nijak složité dohledat si jména konkrétních psychologů na oddělení, která se ve výzkumu objevují.

6.3 Zpracování a analýza dat

Co nejdříve po skončení interview při osobní schůzce byly zvukové záznamy rozhovorů transkribovány a smazány. Přepisy měly rozsah od 1884 do 3970 slov, přepis prvního rozhovoru je uveden jako příloha č. 6 této bakalářské diplomové práce. Transkribovanému rozhovoru byl přidělen kód skládající se ze změněného křestního jména respondentky a názvu hlavního oddělení, na kterém pracuje, aby bylo možné rozlišit psychologické problémy a témata, řešená s pacienty na daných odděleních.

Data z rozhovorů jsem analyzoval za pomoci třech různých metod. Jednalo se o metodu vytváření trsů, metodu zachycení vzorců („gestaltů“) a v neposlední řadě metodu kontrastů a srovnávání dle Miovského (2006). Z této publikace budu vycházet při popsání jednotlivých metod kvalitativní analýzy:

Metoda vytváření trsů slouží k seskupení informací, respektive výroků, do určitých skupin (trsů), které vznikají na základě podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Takovým způsobem vznikají obecnější kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je spojené s určitými opakujícími se vzorci či znaky, společnými pro tento „trs“. V praxi to znamená, že ve výrocích osob (respondentů) hledáme takové pasáže, které se týkají námi vybraného, úzce ohraničeného tématu. Podobně lze ve výrocích hledat například pasáže spojené s určitým místem, časem, aktivitou, osobami a další. Tato metoda mi umožnila seskupit výroky respondentek do skupin podle výzkumných otázek, aby se s nimi snadněji pracovalo při aplikaci dalších způsobů analýzy a práci s výsledky.

Metodou zachycení vzorců, neboli „gestaltů“, se rozumí vyhledávání určitých opakujících se vzorců nebo témat, která se v datech objevují, abychom je následně

zaznamenávali. Metoda zachycení vzorců se tak snaží o seskupení určitých často se vyskytujících vzorců či jevů, které odpovídají zaznamenaných jevům vázaným na určité téma, případně také místo, čas či osobu. Nová data jsou vkládána do těchto vytvořených skupin a výzkumník tak prohlubuje svou představu a znalost o zkoumaném fenoménu. Při kompletaci těchto skupin je nutné do výsledné formy zahrnovat jak údaje, které zkoumaný fenomén podporují, tak ty, které dosavadním informacím mohou odporovat. Tímto způsobem jsem mohl v rozhovorech například objevit a popsat nejčastější témata objevující se při práci se somaticky nemocnými pacienty, či identifikovat překážky, které se při práci klinických psychologek na jejich odděleních nejčastěji objevují.

Poslední použitý způsob analýzy kvalitativních dat, metoda kontrastů a srovnávání, odlišuje dvě velmi podobné kategorie, které jsou však v určitých ohledech rozdílné. Takto jsem objevil při otázce týkající se syndromu vyhoření podobnosti v odpovědích respondentek, stejně jako individuální rozdíly ve způsobu prevence proti tomuto ohrožujícímu stavu.

Výsledky analýzy jsou uvedeny v 7. kapitole, ještě předtím bych však rád věnoval část práce otázkám etiky při výzkumu, které nesmí být opomenuty.

6.4 Etická stránka výzkumu

Veškeré výstupy z rozhovorů, ať už zvukový záznam, který byl nicméně vymazán ihned po transkripci, či samotný přepis interview, byly vedeny v anonymní formě, respektive označeny kódy, ze kterých nelze vyčíst žádné údaje o respondentovi. Vzhledem k tomu, že anonymita a neuvádění názvu instituce byly podmínkami k realizaci rozhovorů ze strany primářky oddělení klinické psychologie, neuvádím ani tuto informaci nikde ve své práci. Ve výčtu otázek se pravděpodobně neobjevují žádné, které by se daly považovat za osobní. Na druhou stranu, kvůli otázce ohledně smrti, která by mohla být vnímána jako citlivé téma, jsem se rozhodl před samotným rozhovorem zdůraznit, že respondent nemusí odpovídat, pokud se mu některé otázky budou zdát příliš „na tělo“. Tuto informaci jsem poté zopakoval i před danou otázkou, která se tématu smrti věnovala.

Ačkoli jsem se snažil zajistit maximální možnou míru anonymity, nemohu ovlivnit, zdali si klinické psychologky mezi sebou neřekly, která se rozhovoru zúčastnila a jaké byly její odpovědi. Předpokládám však, že respondentky tak jednaly po vlastním uvážení možných následků a tak by tato možnost neměla negativně ovlivnit etickou stránku výzkumu. Pokud tedy respondentky nevěděly o účasti některé z kolegyně ve výzkumu, ode mě tuto informaci v žádném případě neobdržely. Pokud jsem při setkání nějakým

způsobem odkazoval na jinou osobu, používal jsem univerzální formulaci „kolegyně“. Ženský rod jsem si mohl dovolit, jelikož mezi více než dvanácti klinickými psychology v dané nemocnici je pouze minimální zastoupení mužů. Pokud by se mého šetření zúčastnil muž, což se nestalo, referovat na něho jako na „kolegu“ už by tedy významně zúžilo případnou identifikaci.

Všechny respondentky souhlasily s účastí ve výzkumu, souhlas byl zajištěn ústní formou, dodatečně jsem se rozhodl pro rozeslání informovaného souhlasu jednotlivým respondentkám, který ujišťoval o anonymitě, užití výsledků pouze v této práci, smazání zvukových záznamů a možnost odstoupit z výzkumu. Současně obsahoval kontakt na mou osobu.

V následující kapitole budu pojednávat o výsledcích výzkumu.

7. Výsledky

7.1 Setkávání s pacienty

Všechny respondentky uváděly, že v případě ambulantních pacientů se s pacienty setkávají v jejich pracovnách. V případě hospitalizovaných pacientů pak záleží na jejich zdravotním stavu. Pokud to tedy jejich stav dovolí, vždy je úsilí konzultaci provést v soukromí pracovny. U pacientů upoutaných na lůžko se setkání odehrávají přímo na pokojích.

Z administrativních důvodů musí vždy každý pacient, který se dostane do péče klinického psychologa, mít žádanku od ošetřujícího lékaře, v případě ambulantních pacientů od praktického lékaře nebo psychiatra, v případě gynekologicko-porodnického oddělení může psychologickou konzultaci doporučit gynekolog pacientky. Tři respondentky uvedly, že se účastní ranního „sezení“, kde si lékaři předávají službu, aby se dozvěděly o nových pacientech, případně problémech těch stávajících. Tři respondentky uvedly, že se snaží chodit alespoň jednou týdně s lékaři na velkou vizitu. Jedna respondentka uvedla, že je to přínosné i v tom smyslu, že lékaři si často až při vizitě, když vidí psychologa, uvědomí, že od něj potřebovali nějakou pomoc. Z rozhovorů vyplynulo, že existují tři hlavní cesty, jak se klinický psycholog dostane ke svému klientovi. Jedna cesta je doporučení zdravotnických pracovníků, druhá je doporučení od známých nebo rodiny. Nejčastějším způsobem vytypování pacientů je osobní „výběr“ při účasti na ranním sezení, vizitě či při obchůzkách po oddělení. Všechny respondentky nicméně uvedly, že pravidelně navštěvují všechny pacienty, kteří jsou na jejich odděleních, aby zjistily, zdali některý nepotřebuje pomoc. Klinická psycholožka z plicní kliniky uvedla, že automaticky chodí za pacienty s diagnózou cystické fibrózy a sarkoidózy. Samozřejmostí jsou krizové intervence, které jsou součástí práce klinického psychologa na jakémkoli oddělení. Aktivně si pomoc psychologa vyžádá menší procento pacientů, jedná se především o ambulantní pacienty a pacienty, kteří se již v péči psychologa či psychiatra nacházeli a mají s ním zkušenosti. Dále jsou to pacienti, kteří mají strategie vyhledávání sociální opory. Respondentka s gynekologicko-porodnické kliniky uvedla, že si její přítomnost ve většině případů vyžádají pacientky po předčasném porodu, kdy se u miminka objevil nějaký zdravotní problém, pak také dlouhodobě hospitalizované a onkologické pacientky. Jelikož mají ambulantní psychologové v soukromých ordinacích dlouhé čekací doby, lidé se často obrací na klinické psychology v nemocnicích, kde je péče

dostupnější a také vždy hrazená pojišťovnou. Je to však menšina, zejména kvůli strachu z kontaktu s psychologem, který by mohl odkrýt věci či pocity, ze kterých má klient obavy a nechce si je připouštět. Respondentky připustili, že malé procento pacientů, kteří by aktivně vyhledávali jejich pomoc, bude převážně způsobeno tím, že pravidelně navštěvují všechny pokoje a pacienti tedy vědí, že stačí počkat a pomoc přijde k nim.

Klinický psycholog obvykle nebývá přítomen u sdělování závažné diagnózy. Je to velice intimní záležitost, při které jsou většinou účastni pouze ošetřující lékař a pacient, případně nejbližší rodina. Práce klinického psychologa v těchto případech spočívá především v následném ošetření následků sdělení závažné diagnózy, ať už u pacienta samotného, či u jeho blízkých. Někdy si přítomnost psychologa vyžádají mladší, méně zkušené lékaři, ale je to spíše výjimkou. V popisu práce klinického psychologa je také nabízet psychologickou pomoc příbuzným hospitalizovaných, ale někdy také ambulantních pacientů. Často jde právě o krizovou intervenci u příbuzných smrtelně nemocných pacientů po sdělení diagnózy, či po úmrtí pacienta. Psychologové tedy jsou připraveni nabídnout své služby i příbuzným jejich klientů z nemocnice, jedná se však spíše o formu poradenské spolupráce. Cítí-li psycholog, že by spolupráce měla být intenzivnější, například formou psychoterapie, většinou odkazuje na ambulantního psychologa či psychiatra.

Mezi hlavní překážky, které omezují klinického psychologa při vykonávání jeho práce, patří zejména prostory. Dvě respondentky, které sdílí jednu místnost, uvedly právě nedostatečné soukromí jako hlavní problém, který je při práci omezuje. V podobném duchu však odpovídaly i zbylé psychologičky. Zejména při práci s lůžkovými pacienty, kteří bývají na pokojích minimálně po dvou, je složité zajistit soukromí a tedy i bezpečí klienta. Ačkoli pacienti na pokojích často sdílí všechny informace, příběhy a trápení, za přítomnosti někoho cizího se člověk pravděpodobně psychologovi neotevře stejně, jako v bezpečném prostředí pracovny. Psycholog se také musí podřizovat chodu oddělení, na kterém pracuje. Pokud pacient v době konzultací potřebuje podstoupit nějaké vyšetření nebo zákrok, psychologická péče se odsouvá na druhou kolej. Stejně tak se na pokojích velice často objevují sestřičky, které také musí plnit své povinnosti, a narušují tak intimní rozhovor mezi klientem a psychologem. Dalším problémem, který zasahuje do práce klinického psychologa v nemocnici, kde byl proveden tento výzkum, je nedostatek testových metod. Testové metody mají kliničtí psychologové společné, když tedy potřebují některou použít, musí „obíhat“ ostatní oddělení a metody si navzájem půjčovat.

Kliničtí psychologové se příliš nese setkávají s předsudky ze strany pacientů. Pokud už se nějaké objeví, bývají častější u starších lidí, kteří si mohou plést psychologa

s psychiatrem, respektive v nich nevidí rozdíl. Takoví lidé se pak mohou obávat, že pokud je jim nabídnuta psychologická péče, znamená to, že jsou blázni. Klinický psycholog pak musí při prvním setkání takové předsudky či stereotypy odbourávat, aby mohl navázat kvalitní psychoterapeutický vztah. Dalším problémem je, že se pacienti bojí návštěvy psychologa z důvodu nastaveného zrcadla, které je tam bude čekat. Někteří si nechtějí připustit své problémy, bojí se o nich mluvit, obávají se, že vyvstanou na povrch věci, které jim budou nepříjemné, objevují se obranné mechanismy popření a racionalizace. Mohou mít též strach, že přestanou ovládat své emoce, začnou plakat a podobně. Jedna z respondentek tento trend vystihla větou:

„...kolikrát ti pacienti, kteří mají problém zpracovat či přijmout fakt své nemoci, tak mají strach, že u psychologa by byli konfrontováni se svými obavami(,) tihle pacienti se pak chovají odmítavě.“ (Martina, Plicní a kardiologická klinika)

Pokud se jedná o klienty, kteří pracují přímo v nemocnici, ti se obávají, že by se mohli jejich údaje, respektive data ze setkání s psychologem či výsledky testových metod dostat k nadřízeným, nebo i kolegům. V jejich případech pak kliničtí psychologové přijímají zvláštní opatření, aby se jejich citlivé údaje nedostaly do nepovolaných rukou.

„...spíš jde o otázky typu: „na co psycholog, stejně mi nepomůže, já si musím poradit sama...“ spíš to spočívá v nedůvěře k pomoci.“

(Lenka, gynekologicko-porodnická klinika)

V případech takových předsudků, stereotypů, ale i obav a úzkostí, jaké například ilustruje citace výše, je tedy na uvážení konkrétního psychologa, jakým způsobem a zdali vůbec péči poskytovat. Všechny respondentky však uvedly, že se v takových případech nevzdávají a pokud vidí nebo cítí, že dotyčný pomoc opravdu potřebuje, tak opatrně po malých krůčcích postupují a zbavují pacienta strachu, aby mu mohli po navázání terapeutického vztahu opravdu pomoci. Ve většině případů tak negativní hodnocení ze strany pacientů odpadá po prvním setkání s klinickým psychologem.

„Třeba se mi stalo, že mi paní řekla, že ten náš rozhovor nejdříve obřečela, ale po nějaké době zjistila, že jí to vlastně pomohlo.“ (Valérie, onkologická klinika)

Předchozí citace spojuje předsudky, obavy a stereotypy od pacientů s dalším tématem, zpětnou vazbou, kterou kliničtí psychologové od pacientů během své práce dostávají. Stává se, že klinický psycholog ke své práci zpětnou vazbu nedostane, jelikož pacienta propustí domů, než stihne proběhnout například nějaké rekapitulační setkání. Pokud se však zpětnou vazbu podaří dostat, všechny respondentky uvedly, že je pozitivní.

Na druhou stranu, psychologická péče v nemocnici není povinná, takže pokud o ní nestojí nebo nemá dobré zkušenosti, nemusí se do dalšího kontaktu s psychologem dostat a zpětnou vazbu tak nedá. Jak ale respondentky dodávají: „z toho, že máme práce dost, je vidět, že je (zpětná vazba) dobrá“ (Klára, plicní klinika a interna). Pacienti také píšou poděkování, někdy se přijdou ukázat, dochází-li ambulantně do nemocnice, pošlou email s tím, jak se jim daří a podobně. Jako pozitivní zpětnou vazbu vnímá jedna psycholožka také to, pokud jí příbuzní zesnulého pacienta pošlou jeho parte. Celkově se tedy respondentky nesetkávají s negativní zpětnou vazbou od pacientů, které mají nebo měly v péči.

V poslední fázi části rozhovoru, která se týkala setkávání s pacienty, jsem se ptal, jak práce klinického psychologa pomáhá lékaři a pacientovi. V této části se tedy pokusím zmapovat odpovědi, které se týkají přínosu pro pacienty. Každá respondentka odpověděla, že hlavním přínosem pro pacienta je mediace vztahu s lékařem. Pacienti se někdy bojí lékařů na něco doptávat, některé věci se ostýchají sdělit a podobně. Klinický psycholog navazuje s pacientem intimnější vztah, který není založen na autoritativní a podřízené pozici jako v případě lékař-pacient. Pacienti si tedy v takovém vztahu dovolí více povědět, odbourávají se některá tabu a pobyt v nemocnici se tak pro ně stává příjemnější. Nejde však pouze o subjektivní pocity pacientů, jak udávají odpovědi respondentek:

„Od pacientů často získáváme informace, které lékaři nesdělí, a jsou to kolikrát závažné informace, které pomohou dále během léčby...“

(Martina, plicní a kardiologická klinika)

„...když se pak (pacient) dostane do nějaké psychické pohody a i ta komunikace s lékařem je lepší, tak pak i ta léčba je efektivnější.“

(Valérie, onkologická klinika)

V těchto případech už se tedy nejedná pouze o subjektivní citění a prožívání pacientů, či spekulace v rovině teorií ze strany klinických psychologů, ale jasné, doložitelné výsledky a přínosy jejich práce s klienty. Fráze, která se objevila v nějaké modifikaci ve všech rozhovorech, je „obrušování hran“. Ať už přímo či nepřímo je použily všechny respondentky a reflektuje dění na klinikách a náplň jejich práce. Jak jsem již psal výše, pacient se často bojí lékaře, ctí ho jako autoritu, a některé informace si tak nechává raději pro sebe. Psycholog pak působí jako „mazadlo“ a pomáhá žádoucímu průběhu komunikace mezi zdravotníky a pacientem. Například u sdělování závažných diagnóz pak pomůže následná návštěva psychologa, který může zjistit, co si pacient zapamatoval, respektive opakováním toho nejdůležitějšího zajistit správné pochopení situace. Právě

opakování informace a zajištění pochopení ze strany pacienta najdeme v každé příručce o sdělování závažných diagnóz. Jelikož lékař nemůže mít čas ani kapacitu vždy toto pravidlo zajistit, je důležitá intervence klinického psychologa.

7.2 Psychologické problémy pacientů

Psychologické problémy, které kliničtí psychologové musí na svých odděleních s pacienty řešit, jsou poměrně rozmanité, přesto lze ve všech výpovědích nalézt opakující se vzorce. Na každém oddělení se psycholožky musí potýkat se strachem ze smrti ze strany pacientů. Tři respondentky pracují alespoň částečně na onkologickém, respektive hemato-onkologickém oddělení. Zde jsou obavy ze smrtelné nemoci a konce života nejintenzivnější. Často s pacienty řeší, proč právě oni onemocněli, co udělali špatně, pacienti mají vztek na všechny okolo, na nemoc, ale někdy také na sebe. Na těchto odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti s letálními chorobami, se psycholožky setkávají s problémy korespondujícími s poznatky Elizabeth Kübler-Rossové. Pacienti v terminální nebo preterminální fázi nemoci si procházejí stádium vyrovnávání se se smrtí či smrtelnou chorobou. Úlohou klinického psychologa je v takovém případě pacienta všemi fázemi doprovázet a poskytovat pomoc tam, kde je to potřebné. S vyrovnáváním se se smrtí, respektive smrtelným onemocněním, souvisí také péče o rodinu a blízké pacienta. Jak jsem uváděl výše, jedná-li se o krizovou intervenci, klinický psycholog je k dispozici a připraven potřebnou péči poskytnout. Dlouhodobější terapie se pak spíše přesouvají do rukou ambulantních psychologů, jelikož není v možnostech klinického psychologa stíhat ve své pracovní době záležitosti svého oddělení, a ještě mít v terapii několik příbuzných pacientů, tak aby oběma skupinám poskytoval maximální pozornost a péči.

Další druh problémů, které do terapeutického vztahu pacienti přináší, se pohybuje spíše v rovině poradenské. Těžce nemocní, umírající, ale i dlouhodobě hospitalizovaní pacienti často řeší existenciální otázky praktického typu. Jedná se například o finanční záležitosti, někteří mají hypotéky či půjčky a v případě dlouhodobé hospitalizace nebudou schopni splácet své závazky. Zejména jedná-li se o muže či ženu, kteří jsou v pozici „živitele“ rodiny, je tento problém o to větší a závažnější. Mohou se také objevit problémy stran péče o děti či jiné blízké osoby, kterou už nemusí zvládat. Ačkoliv se pacienti v takových případech odkazují na sociální sestry, jsou to právě kliničtí psychologové, kteří fungují jako první kontakt. Téma samo o sobě jsou také rodina a rodinné vztahy

v podobném smyslu, jako jej řeší také „nenemocní“ pacienti. Vzhledem k tomu, že na odděleních je psycholog k dispozici, pacienti využívají možnosti poradenství, ačkoliv v běžném životě by je třeba vůbec nenapadlo se o podobnou pomoc zajímat. U umírajících pacientů je snaha o vyřešení konfliktů v rodině naléhavější zejména kvůli snaze odcházet s uzavřenými a vyřešenými záležitostmi a zanechat tak po sobě alespoň nějaký „pořádek“.

Zvládání nemoci ve smyslu změny současného stavu, normalizace stavu, snaha o pochopení co se vlastně s jeho tělem děje jsou další témata práce s pacientem. Pro každého je důležité vyrovnat se s tím, že se s nemocí zásadně mění jeho styl života. Někteří však pochopitelně toto nesou velice těžce. Zejména u lidí, kteří před nemocí žili aktivním a plným životem, může být taková změna zdrcující a pravděpodobně významně ovlivní jejich prožívání a cítění.

„Člověk, když najednou onemocní, tak některým přestanou fungovat ty klasické adaptační mechanismy, které byl člověk zvyklý používat, a jeho to může vydesit.“

(Valérie, onkologická klinika)

Náhled na nemoc a to, jakým způsobem ji pacient vnímá a zda si je vůbec vědom všech aspektů své choroby je další věc, kterou se klinický psycholog snaží zjistit a případně ošetřit či usměrnit správným směrem. Po sdělení diagnózy se u lidí též často stává, že se začnou stahovat ze sociálních kontaktů. Bývá pro ně těžké, než se sami u sebe s tímto tématem vyrovnají, potkávat se s lidmi ze širšího okolí. Může to být z důvodu, že nechtějí, aby se o jejich nemoci vědělo, nechtějí být viděni slabí a ve špatném stavu. Psycholog tak musí řešit, jakým způsobem má pacient sdělit diagnózu svému okolí, blízkým, ale také například svému dítěti. V takovém případě je důležitá suportivní terapie, spíše než odkrývající. Pro další může být těžké pozitivně myslet. Od svého okolí slýchají, že musí myslet pozitivně a mít kladný náhled, aby nezhoršovali průběh nemoci a podporovali léčbu. Myslet pozitivně, když vědí, co „mají uvnitř“, je bezesporu mnohem těžší, než je na první pohled zřejmé pro lidi bez podobné zkušenosti. Pacienti tak potřebují čas a pomoc, aby se něčemu takovému mohli naučit a prakticky pozitivní myšlení aplikovat.

Zvláštnosti v psychologických problémech lze nalézt na gynekologicko-porodnickém oddělení. Témata, která zde psycholog s pacienty musí řešit, vycházejí přímo ze specifík daného oddělení. Pacientky tohoto oddělení také zažívají strach, je však poněkud odlišný než u pacientů jiných oddělení. Obavy pacientek se týkají porodu a věcí s ním spojených. Mohou se obávat různých komplikací před a při porodu, stejně jako po

něm. Jak je silné mateřské pouto, tak silné jsou obavy z onemocnění dítěte, vrozených i vývojových vad, předčasného porodu a dalších problémů. Naopak ženy, kterým se dlouhodobě nedaří otěhotnět, zažívají obavy z neplodnosti, z toho že nebudou nikdy mít své děti. Jsou vnitřně konfrontovány se svou rolí matky a vlastní ženskostí, které nemožností otěhotnět pochopitelně trpí. Z psychologického hlediska se tedy jedná zejména o úzkosti, deprese a někdy také post-traumatická stresová porucha, například po komplikovaném porodu, sdělení diagnózy o úmrtí dítěte a podobně. Od jedné respondentky jsem se také dozvěděl, že klinické psychologičky často řeší domácí násilí. Ženy, které jsou v nemocnici hospitalizovány, přičemž nemusí jít pouze o gynekologicko-porodnické oddělení, se často poprvé dostanou k psychologické péči a přijmou tak pomoc, kterou by „venku“ pravděpodobně nikdy nevyhledaly. Při delším pobytu a kvalitním terapeutickém vztahu se odbourají zábrany a ženy začnou o svých problémech doma hovořit.

„Spousta žen viděla poprvé psychologa, že ho tedy nemusela vyhledávat, většinou přišel za nimi, a povolily se ty stavidla.“ (Romana, hemato-onkologická klinika)

Jak je zřejmé z předchozího textu, psychologické problémy pacientů na popsáných somatických odděleních se poněkud liší od toho, co je uvedeno v poslední kapitole teoretické části této práce. Dle mého názoru je toto způsobeno zejména kvalitativním přístupem při výzkumu, kdy jsem se zajímal o subjektivní názor konkrétní klinické psychologičky na problémy jejích pacientů. Z výzkumu tak vyplynulo, že problémy, které pacienti na klinikách s psychologem řeší, se v mnohém podobají tomu, na bychom narazili i u poradenských psychologů, pokud nebereme v potaz témata týkající se onemocnění, umírání a smrti. Pro statistické potvrzení, zdali se v nemocnici, ve které byl tento výzkum proveden, objevují stejné psychologické problémy hospitalizovaných pacientů, jako v teoretickém východisku práce, by bylo potřeba shromáždit velký objem dat, především z anamnéz všech pacientů, popřípadě zpráv psychologů či psychiatrů. K takovým citlivým datům bych s největší pravděpodobností nezískal přístup, ale je to dle mého názoru návrh pro rozšíření této práce v budoucnu, či téma pro výzkum zcela nový. Na druhou stranu je diskutabilní, jaký praktický přínos by měl výzkum, který by potvrdil či vyvrátil otázku, zda jsou v této nemocnici pacienti se stejnými psychickými problémy jako pacienti v nemocnicích zahrnutých ve vzorku výše zmiňovaných autorů či výzkumů.

7.3 Práce v lékařském a terapeutickém týmu

Z výsledků výzkumu se dá vyvodit, že lékaři si za tu dobu, co je klinická psychologie v nemocnici rozšířená a běžná, na její fungování zvykli. Respondentky

uváděly, že se v lékařském prostředí občas cítí osaměle. Ačkoliv je v nemocnici téměř na každém oddělení klinický psycholog, často bývá na daném oddělení jediný, navíc v „uklizené“ pracovně někde daleko od všeho dění. Toto je například zajímavý fakt, kterého jsem si v průběhu návštěv klinických psychologek všiml. Pracovny klinického psychologa bývají situovány v nejvyšších patrech budovy, nebo naopak v patře pod zemí, na konci chodby, nebo v jednom případě prakticky na půdě. Nutno však dodat, že zrovna pracovna „na půdě“ byla pravděpodobně ze všech na nejpříjemnějším místě s krásným výhledem a také působila nejtulněji. Takovéto situování pracoven klinických psychologů „někam mimo“ však dává smysl v kontextu soukromí a bezpečí pro pacienty. Kdyby místnost, kam si klinický psycholog vede svého klienta, byla takřkajíc „všem na očích“, u pacientů by mohlo takové umístění vyvolávat obavy, že je někdo u dveří uvidí a „budou kolovat řeči“. Na druhou stranu, být mimo dění může v některých psychologizích vyvolávat pocit osamění a ostrčení, který se může klidně promítnout do jejich působení v týmu pracovníků na daném oddělení. S tímto problémem jsem se však u svých respondentek neseťkal. Všechny přiznávaly občasné pocity osamění, jedním dechem však dodávaly, že mají kvalitní přátelské, ale také profesionální vztahy s lékaři i sestřičkami na jejich oddělení, které brání případnému prohloubení oněch negativních pocitů. Pomáhá také neformální setkávání s kolegy psychology z jiných oddělení nemocnice, při kterém se lze svěřit s případnými problémy či otázkami člověku, který má na tyto věci stejné, nebo velice podobné nazírání.

Co se týče rovnocennosti v lékařském týmu, s výpovědí psychologek se dá usuzovat, že velkou roli hraje především přístup samotného člověka. Pokud se klinický psycholog brzy po svém nástupu a „rozkoukání se“ zařadí do lékařského týmu a sám sebe bude považovat za lékařům rovného, s největší pravděpodobností ho i většina doktorů bude jako jim rovného vnímat a brát. Pokud by však klinický psycholog měl nějaký problém s náhledem na svojí práci a její pozici v lékařském prostředí, může se stát, že sám sebe bude vnímat spíše jako pomocný personál, v jistém smyslu podřízený lékařům, a bude mít v budoucnu s touto pozicí problémy. Někdy se však může stát, že jsou na oddělení doktoři, kteří psychologii vnímají jako pseudovědu a podle toho také nahlíží na klinické psychology. Dvě respondentky vypovídaly, že mají na oddělení doktory, kteří jim třeba za celou dobu jejich působení na klinice neposlali ani jediného pacienta, přičemž si nemyslí, že by to nepotřebovali.

„Dokonce mi to i jedna lékařka, a ta byla z těch mladších, řekla, že prostě té psychologii nerozumí a že jí vlastně bere jako pavědu.“ (Valérie, onkologická klinika)

Podle všeho se tak klinický psycholog musí vnitřně, ale i navenek s takovým přístupem vyrovnávat. Na druhou stranu, i podle respondentek je stále více lékařů, kteří mají o psychologii povědomí, začíná se dostávat i do učebních osnov mediků, někteří již „hotoví“ lékaři ji třeba dálkově studují. Pozitivní přístup k psychologii tak již převažuje nad tím negativním a sami lékaři vidí, že aplikace bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu v medicínském prostředí opravdu má smysl a opodstatnění.

Samotní lékaři tedy z větší části berou klinické psychology jako sobě rovné a jejich přínos do komplexní péče o pacienty vnímají jako kvalitní a potřebný. Od lékařů bývá zpětná vazba také častější, jelikož jsou na oddělení stále a s psychology spolupracují téměř na každém případě. Vesměs je to pozitivní zpětná vazba, až na několik výjimek, uvedených výše. Lékařům také vyhovuje, že mohou na klinického psychologa přesunout část práce, na kterou sami nemají čas ani kapacitu, jelikož mají pacientů mnoho a k tomu ještě další kvanta práce, především administrativní. Psycholog jim tak může pomoci určité věci rozklíčovat a posuzovat z jiného hlediska, za což jsou lékaři vděční. Když poté psycholog probere co zjistil z ošetřujícím lékařem, mohou společně vymyslet nějaká opatření či doporučení. Taková zdravá spolupráce je znakem dobrého vztahu, který se pak projeví i ve výsledné péči o pacienty. Tím, že psychologům lékaři znovu zavolají s dalším případem, respektive pacientem, je znamení, že o jejich práci stojí a je pro ně důležitá.

„Od lékařů dostáváme zpětnou vazbu také tím, že nám poděkují, že pracujeme jako tým a společně se dobereme nějakému řešení.“ (Martina, plicní a kardiologická klinika)

„Ti lékaři vám dávají najevo, že čekají na ten výsledek, protože je to posune někam dál.“ (Klára, plicní a interní klinika)

V kontrastu s tím, při práci se mohou objevovat určité problémy při konfliktu pohledů psychologa a somatického lékaře. Lékaři si často nejsou vědomi, že nemusí úplně chápat a rozumět tomu, jak vlastně probíhá psychoterapie a vůbec jaká je dynamika terapeutického vztahu. Do něho mohou během budování vstupovat různé věci týkající se vztahů, obrany, přenosy a další faktory, které bývají nepochopené ze strany klasické medicíny. Lékaři tak mohou i terapii vnímat svým „práškovým“ přístupem, v tom smyslu, že prášek buď funguje, nebo ne, a stejně tedy musí fungovat i psychoterapie. Tento pohled je však přinejmenším omezený a nereflektuje praktické fungování vztahů psychoterapeut-pacient.

„...když vy mu (lékaři) s tím pacientem nějak pomůžete, nebo vidí, že to (dobře) probíhá, tak je ten doktor rád. Jenomže ne vždycky to jde tak ideálně...“

(Valérie, onkologická klinika)

Jak již bylo naznačeno v předchozím textu, hlavním přínosem klinického psychologa pro lékaře je jakási mediace jeho vztahu s pacientem. Pacienti vidí doktora jako autoritu, „přízrak“ v bílém plášti, který jednou za čas přijde, řekne jim několik věcí, kterým nemusí vůbec rozumět a zase zmizí. A někdy v mezičase je léčí nebo vyléčí. Někteří pacienti se tak mohou obávat lékaře oslovit, doptat se když něčemu nerozumí, nebo případně s něčím nesouhlasit. Za takové konstelace může vznikat, a často také vzniká, řada nedorozumění a komplikací. Klinický psycholog v průběhu setkávání s pacientem s ním naváže intimnější vztah, který poslouží jako lepší podklad pro iniciativu nemocného. V takovém vztahu se objevují informace, které mohou hrát klíčovou roli v léčbě dotyčného. Lékař může mít na nějaké psychické či psychosomatické potíže podezření, ale často nemá čas a v podstatě ani vzdělání, aby si mohl s pacientem „sednou“, rozpovídat ho a postupně se dobrat výsledku. Právě v takových situacích předávají pacienti do rukou klinického psychologa, který má toto v popisu práce a měl by na to být nejlépe kvalifikovaný.

„I ti echt somatičtí lékaři, kteří tu psychologii moc neberou, tak to říkají, že když je ten pacient vyhozený, nesvůj, tak se vždycky objeví víc těch nežádoucích účinků“

(Valérie, onkologická klinika)

Lékaři se také po určité době mohou dostat do jakési rutiny, stereotypu, a vykládají stále dokola stejné věci, jako je pověděli už stokrát předtím, a nemusí si ani všimnout, že pacient tomu neporozuměl, nebo že je jeho případ něčím výjimečný. Když se například pacient začne z nějakého důvodu psychicky hroutit, lékař ví, že mu může zprostředkovat odbornou pomoc a bude tak o něj postaráno také z hlediska psychické rovnováhy. Pro samotné lékaře je pak mnohem snadnější s takovými pacienty komunikovat. Někdy se může stávat, že doktoři chtějí klinické psychology použít jako nějaký nástroj, aby přemluvili pacienta k podstoupení léčby, se kterou nesouhlasí. Takový přístup samozřejmě není na místě, neboť je prací psychologa aby zmapoval pacientovy důvody pro a proti, případně mu poradil či uvedl nějaké jiné možnosti, přičemž však musí respektovat jeho autonomii a svobodné rozhodnutí. Je dobré, když může pacientovo rozhodnutí lékaři přetlumočit spolu se všemi důvody, proč se právě tak rozhodl. Je jasné, že lékař bude v první řadě prosazovat léčbu za každou cenu, zprostředkování pacientova prožívání skrze psychologa mu však může pomoci jeho situaci lépe pochopit a třeba i vidět v jiném světle.

Na otázku „Jak se cítíte v terapeutickém týmu“ byly odpovědi poněkud rozpačité. Ač jsem původně měl o kolektivu psychologů, pracujících společně poněkud idealizované představy, rozhovory s klinickými psycholožkami ukázaly, že se jedná o pracovní kolektiv jako každý jiný. I v kolektivu klinických psychologů, ze kterého byl vzorek tohoto výzkumu, se tak tvoří rozmanité skupinky, přičemž jedni se nebaví s druhými, druzí se třetími a tak dále. V podstatě jde o věc, kterou lze nalézt prakticky v každém kolektivu od mateřské školky, přes pracovní kolektiv až do domova důchodců. Nejde tak o nic zvláštního a věřím, že podobnou konstelaci bych našel i v jiných nemocnicích. Na druhou stranu, podle výpovědí respondentek spolu v kolektivu dobře vycházejí co se týče zastupitelnosti, výše zmiňovaného půjčování testových metod a dalších, formálních věcech. Pokud si lidé jak se říká „nesednou“, což se může stát kdykoli a kdekoli, dle mého názoru je důležité tento osobní postoj nevnášet i do profesních vztahů, aby nenarušoval chod oddělení, a byla tak zajištěna stále stejně kvalitní péče o pacienty, jak je tomu v nemocnici z tohoto výzkumu.

Co se týče sezení, skupin či supervizních setkání, situace je také poněkud komplikovaná. Vzhledem k ne zcela nejlepším vztahům mezi klinickými psychology, jsou nemocnicí organizovaná setkání, konající se jednou za tři měsíce, spíše formálního charakteru. Na těchto setkáních se řeší především provozní věci, týkající se chodu oddělení klinické psychologie, nejedná se však o žádné supervize či něco podobného. V rámci předatestační přípravy mají kliničtí psychologové povinná supervizní setkání jednou za čtrnáct dní. Jedná se o kazuistické semináře pro psychology nejen z dané nemocnice, ale i z okolí. Po atestaci se však taková setkání stávají víceméně dobrovolná. Každá účastnice výzkumu uvedla, že mají své vlastní formy setkání s kolegy, se kterými mají dobré vztahy. Jedná se tedy především o jakousi formu Balintovských skupin, která je tedy ve vedení jednotlivců, jež se jí zúčastní. Tato setkání jsou však nad rámec povinností klinického psychologa a každý se jich tedy účastní pro svůj vlastní rozvoj a převážně ve svém volném čase. Pro všechny jsou však tyto skupiny velkým přínosem, stejně jako supervize. Objeví-li se při práci klinického psychologa nějaké složité či těžké případy, dělají si navzájem intervize a takové případy konzultují. Klinická psycholožka z hemato-onkologického oddělení mi sdělila, že spolu s kolegy založili asi sedm let zpátky psycho-onkologickou sekci při České onkologické společnosti, v rámci které mají jednou za dva až tři měsíce společná setkání, kde dělají různé aktivity, včetně supervizních setkání a Balintovských skupin. Jak je tedy zřejmé, kliničtí psychologové v nemocnici z tohoto výzkumu nemají žádné povinné skupiny, kde by mohli ventilovat své problémy s pacienty. Jsou však natolik

zkušením, aby věděli, že podobná forma řešení problémů je pro psychologa, obzvláště pro toho klinického, velice důležitá, a vlastními silami se tak snaží tento nedostatek napravit.

Obecně se při takových setkáních řeší hlavně problémy s pacienty. Pokud se objeví nějaký vnitřní, nebo i vnější konflikt, konzultace s kolegy či se supervizorem pomáhají tyto konflikty řešit. Může se jednat o pacienty, se kterými se psycholog vnitřně identifikuje, připomenou mu někoho blízkého, nebo se v průběhu terapie objeví nějaký vztahový problém. Stává se, že si psycholog už neví rady jak dál, nevidí žádnou pozitivní cestu vpřed. Mohou se také objevit potíže se stanovováním a udržováním hranic. Je dobré si při práci uvědomit, v jaké fázi vztahu s pacientem jsem a případně identifikovat, když se vztah přehoupne z profesionální roviny do té přátelské či kamarádké.

„Někdy řešíme to rozhraní, kdy ty osudy se vás dotknou víc, tak si uvědomit ty svoje hranice, za jakých podmínek už za ně nejít a kdy naopak jít.“

(Romana, hemato-onkologická klinika)

V takové chvíli je nutná kvalitní sebereflexe a rozhodnutí, zdali ještě psycholog může takovému pacientovi v té profesní rovině pomoci, nebo jej bude muset předat do rukou některého z kolegů nebo kolegyně. Jedna z respondentek uvedla, že se při setkáních s kolegy navzájem trénují v administraci a vyhodnocování Rorschachova testu, což je jistě také zajímavá informace. V neposlední řadě jsou na programu kazuistiky, kde se následně řeší například podobné problémy ostatních, jak určitou situaci nejlépe řešit a další. Mimo profesní záležitosti se pak při setkáních samozřejmě také řeší problémy na pracovišti, jiné kolegové a osobní věci, ale vždy v menší míře a spíše okrajově. Podle jedné psychologičky jsou též častým tématem jejich setkání určitá beznaděj ve vztahu k oficiálním organizacím, které nedostatečně ohodnocují jejich práci, jak z hlediska finančního, tak i dalších pohledů. Někteří kliničtí psychologové se setkávají s nedostatkem uznání od lékařů a musí se tak s tímto problémem vyrovnávat. Postoj některých lékařů pak shrnula touto větou:

„Často to sklouzne do té pozice: „my víme, že tam jste, ale dokud všechno funguje, tak vás nepochválíme“, ale pak když třeba vypadnete na dovolenou, tak si všichni uvědomí, jak moc jim chybíte.“

(Romana, hemato-onkologická klinika)

7.4 Prevence proti syndromu vyhoření

Různé příručky jsou plné informací, co to syndrom vyhoření je, koho nejvíce ohrožuje a jak se proti němu chránit. Na doporučení klinické psychologičky, se kterou jsem měl první schůzku, jsem se rozhodl zařadit otázku ohledně syndromu vyhoření do výzkumu. Žádné překvapení se nekonalo a formy prevence proti syndromu vyhoření, které

uváděly respondentky mého výzkumu, v podstatě korespondují s těmi všeobecně známými. Hlavním tématem, které se objevovalo napříč všemi pěti rozhovory, je kvalitní osobní život i mimo práci. Dostatek kontaktu s přáteli, fungující rodinné vztahy, děti, zájmy a koníčky, to vše pomáhá uvolňovat stres z práce přijít na jiné myšlenky a „nehořet“. Stejně tak podle nich funguje nějaká forma fyzické aktivity, relaxace, cvičení či práce. Pomáhá také rozmanitost práce. Ani jedna z respondentek nemá na starosti pouze jednu kliniku a tak se různí jak typy pacientů, tak jejich potíže.

Od jedné z účastnic jsem se dozvěděl, že pokud na jejich hemato-onkologické klinice řeknu nahlas sousloví syndrom vyhoření, naskáčí všem pupínky. Pokud totiž na jejich pracoviště přijde nějaký externí psycholog, je to právě toto téma, které má potřebu nejvíce přetřásat. Dodává však, že ačkoliv se říká, že na oddělení tohoto typu nevydrží nikdo z personálu déle než pět let, u nich naopak není téměř nikdo, kdo by tam byl méně, než let patnáct.

„...tady vyhoří každý, ale to neznamená, že musí odejít.“

(Romana, hemato-onkologická klinika)

Podle respondentky z onkologické kliniky hodně pomáhají supervize, ve kterých může zpracovat hněv či jiné negativní emoce vůči jejím pacientům. K tomu ještě dodává, že podle ní psychologové nejsou až tolik vyhořením ohrožení, neboť jsou zvyklí pečovat o svůj psychologický „well-being“, mají možnost supervizí a přínosných konzultací s kolegy, zkrátka více na toto téma upírají pozornost. Další odpovědi již jsou jedinečné takové, jaké jsou. Byla by podle mého názoru škoda je parafrázovat, uvádím tedy od každé z respondentek alespoň jednu odpověď pro ilustraci:

„...snažím se nenosit si tu práci domů, (...) myslím, že jsem to už naučila, udělat si tu bariéru „práce“ a nechat to tady.“

(Klára, plicní a interní klinika)

„Já si pomáhám třeba tím, že maluju, to mi pomáhá hodně.“

(Martina, plicní a kardiologická klinika)

„Další věc, která vám pomáhá, je zvyšování odbornosti. Já vždycky když jedu na nějaký kurz, kde se vzdělávám, tak z toho mám lepší pocit, že do sebe vstřebávám nějaké další informace.“

(Valérie, onkologická klinika)

„...to hlavní je mít kvalitní život i za branami špitálu. (...) Takže rodina, děti, to vás alespoň i něco jiného zdravě rozčílí.“

(Romana, hemato-onkologická klinika)

„Pro mě je to setkání s rodinou, přáteli, kontakt s druhými lidmi mimo nemocniční prostředí. A hlavně fyzická práce, to je asi pro mě nejdůležitější.“

(Lenka, gynekologicko-porodnické oddělení)

7.5 Postoj ke smrti

Postoj ke smrti je v podstatě u každého člověka jiný, a ač se z kvalitativního výzkumu dají vyzorovat drobné rozdíly či zvláštnosti, vzorek pěti lidí je pro účel jakékoliv generalizace opravdu nedostatečný. Mým záměrem tedy bylo spíše orientačně zjistit, jaký přístup k tématu smrti mají mnou vyzpovídané klinické psycholožky.

„Já si myslím, že člověk si musí udělat takový vztah, aby neplakal nad každým pacientem...“

(Klára, plicní a interní klinika)

Podle všeho pro respondentky z tohoto výzkumu není problém s pacienty o smrti hovořit, pokud si to sami přejí. Ačkoliv se někdy uvádí, že aby někdo mohl o smrti s umírajícím mluvit, musí mít nejdříve toto téma sám u sebe srovnané a vyřešené, klinické psycholožky, které jsem měl možnost vyzpovídat, tento náhled vyvrací. Až na jednu výjimku uváděly, že ačkoliv téma smrti nemají pro sebe zcela vyřešené, a třeba se i smrti bojí, neznamená to, že by o tomto tématu s pacienty nemohly mluvit, nebo že by jim nemohly nějak pomoci. Otázka vlastní smrtelnosti pravděpodobně není téma, které by se dalo vyřešit a uzavřít během krátké doby. Naopak je to něco, co člověka provází celý jeho život a opravdové a konečné odpovědi se zřejmě dobere, až se sám se smrtí setká. Jak glosovala jedna s psycholožek, měly už několikrát na klinice umírajícího kněze a ani on sám neměl téma smrti uzavřené a vyřešené.

Postoj ke smrti se může vyvíjet spolu s časem stráveným v její blízkosti. Když člověk vyjde školu, je mladý a zdravý, má někdy téměř pocit nesmrtelnosti, pocit, že se nemůže nic stát. Když se poté poprvé setká s umírajícím člověkem, zmocní se ho jakási posvátná hrůza, zdali se s ním vůbec bude mít o čem bavit, čím mu vlastně může pomoci, když sám ještě nic nezažil a má jen minimum zkušeností. Stejně tak přijdou obavy, jestli bude dost silný, aby na sebe případně vzal část břemena, které na sobě musí nést rodina umírajícího člověka. Tyto problémy a otázky by měly s postupem času odpadávat společně s tím, jak klinický psycholog nabírá zkušenosti a má už něco „za sebou“. Jak vypověděla jedna z respondentek, pro vyrovnávání se s častým tématem smrti pomáhá, když člověk věří, že smrtí život daného člověka nekončí. Pomáhá to například odbourávat právě negativní postoj ke smrti, nadměrný strach, ale i zmiňované pocity nespravedlnosti, které alespoň zmírňuje.

Důležité je si vyjasnit hranice a nepouštět se do tak intenzivních vztahů s pacienty, které by pak znamenaly velké emoční vypětí v případě jejich smrti, tak jak to uvádí příklad nad tímto odstavcem. Větší problémy nastávají, pokud sám pacient má své vědomí smrti potlačené, nechce tuto myšlenku přijmout a zkrátka si to nepřipouští. Podle respondentek je pak mnohem těžší s takovým člověkem pracovat a mluvit o umírání. Pro psychologa je pak také náročnější vyrovnávat se s jeho odchodem. Pokud je pacient sám tomuto tématu otevřený, pak je i spolupráce a komunikace s ním mnohem jednodušší. Snadněji se uvolní, často lze pozorovat určitý cynismus a černý humor, který oběma stranám pomáhá s přijetím skutečnosti. Psycholožky také uvádějí, že je pro pacienta kolikrát snadnější mluvit o své smrtelnosti právě s klinickým psychologem, než například s rodinou, která si pochopitelně nepřeje, aby jejich blízký umřel, a tak jsou pro ně i pouhé myšlenky a hovory na toto téma tabu. Samozřejmostí jsou objevující se pocity nespravedlnosti, zejména pokud smrtelná choroba postihne mladého člověka. I pro umírajícího člověka je však maximální péče samozřejmostí, což hezky vyjádřila jedna z respondentek v následující citaci:

„... (smrt) je standartní součástí života a těm lidem se i v této fázi života pořád dá hodně dát.“ (Romana, hemato-onkologická klinika)

7.6 Spokojenost s prací

Odpovědi na tuto otázku mě velice potěšily. Všechny respondentky uvedly, že jsou se svou prací spokojené. Zejména díky rozmanitosti pracovní náplně se nestává, že by je nudila. Tři respondentky uvedly, že každého nového pacienta vnímají jako výzvu. Zejména, pokud má nějaké problémy, se kterými se předtím ještě nesetkaly, o to větší mají motivaci zjistit, o co se jedná. I když se některá témata opakují, každý člověk je jedinečný, a tak si s každým novým pacientem, kterého si vezmou do péče, rozšiřují obzory a doplňují znalosti a zkušenosti. Klinické psycholožky také těší, když vidí nějaký kladný výsledek svojí práce, že je přínosná a opravdu pomáhá. Podle jejich slov je tento proces naplňuje a uspokojuje. Je samozřejmé, že pokud člověka práce baví a vidí výsledky, je mnohem jednodušší si takovou práci užívat a vykonávat co nejlépe. Ačkoli je klinická psychologie náročná, podmíněná dlouhou a frustrující atestací plná otravné administrativy, přesto její pozitiva, zejména vztahující se k práci s lidmi, převažují nad negativy. Jedna z respondentek uvedla, že si po více než patnáctileté praxi v klinické psychologii na hemato-onkologickém oddělení nedokáže představit, že by měla přejít například do poradenské psychologie. Podle jejích slov si *„už nedokáže představit, že by měla jít někam do poradny a řešit třeba hysterický manželky“* (Romana, hemato-onkologická klinika).

Na druhou stranu, na odděleních, kde se léčí smrtelné choroby, se klinický psycholog setká s velkým množstvím utrpení a bolesti, což musí být nutně náročné na psychiku každého člověka, psychologa nevyjímaje. Pro klinické psychology však může být utěšující fakt, že významnou část této bolesti a utrpení, zejména těch psychického rázu, mohou svou iniciativou a zaujetím snižovat či eliminovat. Jak zmínila jedna z respondentek, psycholog má tu výhodu, že o náplni své práce a tom, co se mu děje, více přemýšlí. Už od brzkých let studia přes praxe a výcviky je psycholog veden k sebereflexi, přemýšlení a sledování svého nitra. V náročném pracovním prostředí, kterým práce na somatickém oddělení určitě je, pomáhá toto zaměření na své vlastní psychické pochody vyrovnávat se s těžkostmi a starostmi, potenciálně pak funguje jako prevence proti syndromu vyhoření. Takové přemýšlení spolu se zkušenostmi, které do sebe klinický psycholog skrze své pacienty nasává, fungují jako obrovská mezilidská zkušenosti s velkým přínosem pro osobnost klinického psychologa.

Právě tento aspekt se objevil ve všech odpovědích, které jsem dostal na otázku, co je pro respondentky na práci klinické psycholožky nejpřínosnější. Je to pomáhání lidem, práce s nimi, především pak způsob, jakým tato pomoc pomáhá i samotnému psychologovi v jeho osobnostním rozvoji a náhledu na svět. Setkávají se také se změnou hodnot, kterou takové zaměstnání může přinést.

7.7 Zodpovězení výzkumných otázek

1. Jaká je náplň práce psychologa na somatickém oddělení nemocnice?

Klinický psycholog se stará o psychickou pohodu pacientů, hospitalizovaných na odděleních, na kterých pracuje. Psychologické problémy hospitalizovaných pacientů jsou rozmanité a různí se podle oddělení, na kterém se nachází. Při práci s pacienty spolupracuje s týmem lékařů a sester, aby tak zajistil komplexní péči ve smyslu bio-psycho-sociálně-spirituálního nahlížení na lidskou bytost.

2. Za jakých okolností se klinický psycholog setkává se svými klienty, jak probíhá první kontakt a jaká jsou hlavní témata těchto setkání?

Setkávání s pacienty probíhá buď přímo u lůžka, jedná-li se o hospitalizované pacienty, nebo v pracovně klinického psychologa v případě pacientů ambulantních. Pokud to možnosti nedovolují, lze setkání přesunout do jiné místnosti, kde bude zajištěno co největší bezpečí pacienta. Ke svému pacientovi se klinický psycholog dostane obvykle jednou ze tří možných cest. První je doporučení od ošetřujícího či praktického lékaře nebo sestřiček. Druhou možností je vlastní iniciativa psychologa na základě informací z ranních sezení,

vizity, nebo obchůzek. Poslední formou je vlastní iniciativa pacienta, který sám kontaktuje klinického psychologa, nebo si vyžádá jeho pomoc. V každém případě však klinický psycholog musí pracovat na základě doporučenky od lékaře.

Hlavní témata těchto setkání se různí. Samozřejmě záleží na tom, o které oddělení nemocnice se jedná. Ve výpovědích respondentek jsem však sledoval hlavní témata, která prostupují všemi odděleními bez ohledu na to, s jakými obtížemi je pacient hospitalizován. Jedná se především o problémy spojené se zvládnutím nemoci, hospitalismus a strach ze smrti. Časté jsou obavy ze závažné změny fungování člověka, která je spojená s rozvojem závažné choroby a některými léčebnými procesy. Téměř s každým pacientem musí klinický psycholog řešit praktické problémy spojené s nemocí. Často to bývají problémy stran financí nebo péče o rodinu, problémy ve vztazích a podobně.

3. Vnímají lékaři klinické psychology jako rovnocenné členy léčebného týmu?

Ve většině případů ano. Lze se setkat s výjimkami, kdy lékař nepřijme psychologa jako sobě rovného a podle toho se k němu také chová či mu například neposílá pacienty. S takovým přístupem ze strany lékařů se však klinický psycholog setkává jen zřídka a většinu času se tak cítí být rovnocenný členem týmu, který svým způsobem přispívá ke komplexní péči o pacienty.

4. Jakou mají kliničtí psychologové zpětnou vazbu od lékařů a pacientů ke své práci?

Podle výpovědí respondentek dobrou. Pacienti obvykle dobře přijímají psychologickou péči a jsou za ni vděční. Ačkoli někdy se stane, že je pacient k psychologické péči odmítavý a nedůvěřivý, takovéto pocity však ve většině případů odpadají po prvním kontaktu s ním. Zpětná vazba bývá ve formě slovního poděkování, někdy pacienti posílají poděkování emailem, nebo jinak písemně.

Účastnice výzkumu vypovídaly, že lékaři jsou obecně vděční za přínos klinického psychologa péči o pacienty. Klinický psycholog pomáhá odhalovat citové, emoční či vztahové potíže, které si pacient před lékařem může nechávat pro sebe. Takové informace jsou kolikrát klíčové pro určení diagnózy a správné léčení. Tohoto přínosu jsou si vědomi i sami lékaři a tak je i zpětná vazba od nich převážně pozitivní.

5. Jakým způsobem se kliničtí psychologové chrání proti syndromu vyhoření?

Jak odpovídaly respondentky, dostatečnou ochranou proti syndromu vyhoření je již samotná náplň práce klinického psychologa. Rozmanitost práce na různých somatických odděleních pomáhá proti stereotypu. Všechny dále vypověděly, že důležité je mít kvalitní a fungující život a vztahy i mimo práci.

6. *Jaký postoj mají kliničtí psychologové k tématu smrti?*

Smrt je téma, které většina lidí řeší po celý život a jen malá hrstka jich má to štěstí, že se jim podaří jej vyřešit. Kliničtí psychologové v tomto nejsou výjimkou. Účastnice vypovídaly, že ačkoli samy nemají téma své vlastní smrtelnosti nějak vyřešené, nebo uzavřené, nebrání jim to v tom, aby mohly o smrti se svými pacienty mluvit. Pacientům v preterminální či terminální fázi tak lze být v otázkách smrti nápomocný, stejně jako jejich rodině, aniž by člověk musel rozklíčovat náročné filosofické a existencionální otázky. Na druhou stranu, čím déle je klinický psycholog v praxi a čím více se s tématem smrti setkává, je pak pro něho snadnější toto téma uchopit.

8. Diskuze

Ve své práci jsem si stanovil za cíl prozkoumat práci klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice a za použití rozhovorů lépe pochopit náplň a hlavně smysl jejich práce. Přínos jejich práce jsem chtěl hodnotit zejména ve vztahu k pacientům, ale také ke zdravotnickému personálu.

Jedno z hlavních omezení, které vyvstává na povrch při zpětném hodnocení mé práce, je velikost a složení vzorku. Jelikož jsem provedl pouze pět rozhovorů, přičemž respondentky byly pouze ženy, navíc z jedné nemocnice, generalizace na celou populaci klinických psychologů může být diskutabilní. Na druhou stranu, náplň práce klinického psychologa by měla být stejná, bez ohledu na město, ve kterém se nemocnice nachází. Stejně tak budou zřejmě psychologové fungovat stejně na různých somatických odděleních, lišit se budou spíše témata, která budou do setkání vnášet pacienti. Tento problém jsem se snažil minimalizovat tím, že pro každý rozhovor jsem si vybral klinickou psycholožku z jiného oddělení. První dvě respondentky sice obě sdílely plicní oddělení, lišila se však ta další, na která docházely. Abych se tedy vrátil k problému generalizace, ze svého (nutno dodat že omezeného) pohledu si moc nedokáži představit, jak dalece se může lišit náplň práce klinického psychologa v různých nemocnicích. Pacienti na onkologické klinice budou s největší pravděpodobností tížit stejné psychologické problémy, ať budou hospitalizováni ve Fakultní nemocnici v Brně, nebo v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. V čem spíše nalezneme rozdíly ve fungování klinického psychologa, budou dle mého názoru praktické záležitosti chodu nemocnice. Když v tomto výzkumu respondentky uváděly, že mají problémy s prostorem, je možné, že v jiné nemocnici mají všichni kliničtí psychologové svou vlastní místnost, nebo nějakou „erární“, kam mohou v případě potřeby s pacienty jít. Další rozdíly bychom mohli sledovat v otázce týkající se supervizních setkání a skupin, které si respondentky z tohoto výzkumu musí organizovat samy, pokud nejsou v předatestační přípravě. Dovedu si představit, že v jiné nemocnici mají například jednou za měsíc kliničtí psychologové supervizní setkání, Balintovské skupiny, nebo něco podobného. Určitě by však i u nich záleželo, jaké vztahy spolu psychologové na pracovišti mají. Se mnou vyzpovídanými psycholožkami jsme se shodli, že vzhledem k tomu, že jejich vzájemné vztahy s kolegy psychology v nemocnici nejsou z těch nejlepších, zřejmě i taková setkání by se brzy proměnily v pouhé formality, kde by se četly kazuistiky, ale neřešily by se žádné důležité problémy a konflikty jednotlivých psychologů, čímž by setkávání ztrácela význam. Stejně jako jsou různé pracovní kolektivy v jiné práci, ani

kolektiv klinických psychologů v nemocnici není výjimkou. Je tak možné, že v jiné nemocnici se sejde báječný kolektiv a setkání tak jsou přínosná a mají smysl. Jelikož je vše v rovině spekulací, nebylo by možná od věci rozeslat alespoň malý dotazník ohledně vztahů na pracovišti a supervizních či intervizích setkání alespoň do pěti větších nemocnic pro srovnání. Návrh takových dotazníků by však byla nejspíš dosti malá, ale je to možný návrh pro případný budoucí výzkum, který by mohl téma této práce rozšířit na několik různých nemocnic.

Jako další zdroj chyb, který se musí brát v potaz vzhledem ke kvalitativní formě výzkumu, může být rozdílná interpretace otázek ze strany respondentek, tak následná špatná interpretace odpovědí ze strany výzkumníka. I když jsem se při rozhovorech případné nejasnosti dovysvětloval, případně korigovat směr odpovědi, pokud šla jiným směrem, než na co se ptala otázka, nelze vyloučit, že respondenty mohly v některých případech odpovídat na něco jiného, než na co jsem se já ptal. Stejně tak jsem to byl já, kdo transkripce kódoval, a tedy vybíral to důležité. Výsledky jsou tak mou interpretací toho, co respondenty vypovídaly, určité chyby se tak samozřejmě mohou vyskytnout.

Jedním z hlavních záměrů mé práce bylo také porovnat psychologické problémy pacientů na somatických odděleních, tak jak jsou uvedené v literatuře, s tím, co se dozvím od klinických psychologek během rozhovorů. Ukázalo se však, že je to přinejmenším problematické. Psycholožky pochopitelně nemají přístup ke statistickým datům, na kterých pravděpodobně zakládají své poznatky autoři jako Heretik (2007), Praško (2010), Basštecký (1993) a další, v teoretické části zmiňovaní autoři. Pro opravdu komplexní srovnání by bylo zřejmě nutné přijít s novým výzkumem, který by se zaměřil pouze na tento aspekt práce klinického psychologa, a který by pravděpodobně zahrnoval studii záznamů pacientů, což by představovalo problém z hlediska citlivosti osobních údajů. Na druhou stranu, díky osobnějším kontaktu během rozhovoru jsem se dozvěděl spíše o praktické stránce práce klinického psychologa, než abych později pouze srovnával kvantitativní data v tabulkách a grafech. Měl jsem možnost dozvědět se, jaké jsou každodenní problémy pacientů na somatických odděleních, co je trápí a co jim překáží. Některé příklady a příběhy, které mi respondenty vyprávěly, jsou pro mne mnohem přínosnější, než kdybych věděl, že v této nemocnici mají například více úzkostí a méně depresí. Vzhledem k tomu, že bych se v budoucnu chtěl profilovat tímto směrem, jsem uvítal takové příspěvky a zkušenosti s „otevřenou náručí“. Přesto si myslím, že právě v tomto směru má tento výzkum nedostatky a případné další studie by mohly směřovat tímto směrem. Čím více poznání o psychologických problémech hospitalizovaných

pacientů se dostane do povědomí, tím lépe a efektivněji se pak takovým pacientům dá pomoci.

K otázce ohledně tématu smrti mě až u posledních dvou respondentek napadlo, zeptat se, zdali se jejich vztah ke smrti a umírání změnil za dobu, co pracují jako klinické psychologičky. Podle mého názoru je to škoda, protože by odpověď na tuto otázku mohla do určité míry obohatit výsledky týkající se postoje ke smrti. Právě toto téma by se také dalo rozvinout v dalších výzkumech. Doplnit rozhovory s klinickými psychology dotazníkem na postoje ke smrti by bylo záhodné, zejména pokud by se stejné dotazníky daly k vyplnění psychologům například ve školství či poradenství, nebo například v pracovní psychologii. Bylo by zajímavé sledovat, jaké rozdíly se v postoji ke smrti objevují mezi klinickými psychology, případně psychology v paliativní péči, a psychology v ostatních odvětvích tohoto oboru.

Co se týče rozhovorů, z mého pohledu probíhaly opravdu dobře. Všechny psychologičky byly velice ochotné odpovídat na všechny otázky, i když u některých jim mohlo připadat, že jsou příliš „na tělo“. Na druhou stranu jsem se snažil otázky koncipovat tak, aby takové pocity nevyvolávaly. Snad jen otázka ohledně přístupu k tématu smrti mohla být vnímána jako citlivá, respondentkám jsem však opakoval, že na ni odpovídat nemusí. Vzhledem k vyčerpávajícím odpovědím si ale myslím, že psychologičky ani s touto odpovědí problém neměly. Rozhovory byly přínosné i v tom, že po skončení samotného interview se psychologičky často rozpovídaly o dalších aspektech chodu oddělení, osobních vztazích s kolegy, atestaci různých nesmyslných nařízeních od pojišťoven a podobně. Většinou šlo o informace, které by se do této práce nehodily, nebo jsem je nechtěl uvádět s ohledem na osobní ražení takových informací, anonymitu a další problémy zejména etického rázu. Tyto informace však obohatily mě samotného a můj náhled na práci klinického psychologa, ze kterého se právě i díky těmto rozhovorům stal vhled.

Je těžké navrhnout změny, které by práci klinického psychologa mohli ještě zlepšit a přiblížit všem, kteří ji potřebují. Každá nemocnice má nějaký svůj určitý chod, kterému se psycholog ve zdravotnictví bude muset přizpůsobit. Selský rozum napovídá, že lékařské úkony a vyšetření by opravdu měly mít přednost před rozhovorem s pacientem. Co však podle mého názoru je v možnostech nemocnice respektive jejího vedení, je zajistit, aby každý psycholog měl místnost pro sebe, kde může zajistit bezpečí a soukromí pacienta. Stejně tak zajistit dostatek klinických psychologů, aby měl dostatek času a kapacity na všechny pacienty, kteří mohou jeho péči potřebovat. Zrovna v nemocnici, kde jsem realizoval tento výzkum, je podle mého tento aspekt ošetřen velice dobře. I když psychologové nemají pouze jedno oddělení, mají vše rozvržené tak, aby se dostalo péče

všem, kteří ji mohou vyžadovat. Velké tlaky lze též pozorovat ze strany pojišťoven, které chtějí mít vše podložené několika papíry a potvrzeními a přidávají tak administrativní práci, ubírající čas, který by se dal lépe využít s pacienty. Je však jasné, že pojišťovna chce vědět, za co přesně jdou do nemocnice její peníze a jak jsou tyto zdroje využívány. Otázkou je také finanční ohodnocení, jež se stalo tématem při každém rozhovoru. Kliničtí psychologové, zejména pokud pracují na somatických odděleních, kde se léčí smrtelně nemocné choroby, případně pokud působí v paliativní péči, jsou pod neustálým psychickým tlakem. Spolu s nutnou pětiletou atestací, kurzem psychologa ve zdravotnictví a dalšími povinnými účastmi je otázkou, zdali jsou tomu úměrné také platové podmínky (podle výpovědí respondentek nejsou), tím spíše v kontrastu s psychology z oblasti manažerské psychologie a psychologie práce. Je však jasné, že státní zaměstnanci, placení v podstatě z peněz pojišťoven, budou mít výplatní pásku chudší, než psychologové v soukromém sektoru kde peníze často „tečou proudem“. Finanční ohodnocení je však čistě subjektivní věc, záleží na jaký standart je každý člověk zvyklý. S odpovědí „mohli by víc platit“ bych se tak pravděpodobně setkal u rozhovoru s kýmkoli, kdekoli, na jakékoli pozici. Otázka do jaké míry vyšší finanční ohodnocení ovlivní péči o pacienta, pro mě osobně rozhodně není na místě. Psychologii a zejména klinickou psychologii člověk musí dělat z přesvědčení a odhodlání pomáhat a zlepšovat medicínskou péči.

9. Závěry

V této práci byly na vzorku 5 respondentů zjištěny tyto skutečnosti:

- Klinický psycholog při své práci spolupracuje s týmem zdravotnických pracovníků, aby společně zajistili komplexní péči o pacienta v bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu.
- Své pacienty, hospitalizované i ambulantní, si vytypovává na základě doporučení od lékaře nebo sester, na základě vlastního uvážení při obchůzkách či vizitě, nebo si jej pacient sám vyžádá, psychologickou pomoc nabízí také příbuzným pacientů.
- Hlavní omezení, se kterými se při výkonu své práce setkává, jsou prostory, kde nemůže zajistit maximální bezpečí a intimitu pacienta, spolu s omezeními plynoucími z fungování oddělení, jako jsou vyšetření, lékařské úkony, vizity a podobně.
- Pacienti někdy mívají předsudky a stereotypy ve vztahu k psychologům, které však obvykle opadají po prvním setkání.
- Lékařský tým obvykle přijímá klinického psychologa jako sobě rovného, konzultuje s ním případy, které to vyžadují, a je si vědom jeho přínosů pro péči o pacienta.
- Klinickým psychologům se daří získávat od lékařů i pacientů zpětnou vazbu, která je převážně kladná.
- Proti syndromu vyhoření se klinické psycholožky chrání různými způsoby, mezi které patří fyzická aktivita, malování, relaxace a cvičení.
- Jako nejdůležitější faktor ochrany proti syndromu vyhoření, který je pravděpodobně klíčový, jsou fungující a uspokojivé rodinné a partnerské vztahy mimo profesní život.
- Klinické psycholožky nemají problém mluvit s pacienty o smrti, ačkoliv nemusí mít vyřešené téma vlastní smrtelnosti.

Souhrn

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodl popsat práci klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice. Klinická psychologie je praktický obor, který se zabývá duševním životem člověka, kterého vnímá jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost, v situacích, které jsou spojeny s pobytem na lůžku (Baštecká & Goldmann, 2001). Teoretickou část jsem uvedl stručným představením klinické psychologie, načež jsem popsal historii klinické psychologie a způsob, jakým se psychologická péče stala součástí komplexní péče o hospitalizovaného pacienta v nemocnici. V další kapitole jsem pojednával o bio-psycho-sociálně-spirituálním přístupu v klinické psychologii. Nejprve jsem uvedl historii používání tohoto modelu, poté jsem představil jednotlivé složky, jejichž vliv na lidské tělo ve zdraví i nemoci jsem podpořil uvedením výzkumných studií. V poslední části teoretického východiska jsem popsal psychologické problémy pacientů na některých somatických odděleních nemocnice, abych tak ilustroval, s jakými problémy se podle literatury klinický psycholog při své práci nejčastěji setkává. Na závěr jsem ještě věnoval podkapitolu paliativní péči a tématu smrti, které rovněž do práce klinického psychologa zasahují, zejména pokud funguje na některém z oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s potenciálně letálními chorobami.

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat fungování klinického psychologa v nemocnici, kde a za jakých okolností se nejčastěji setkává se svými klienty, jimiž jsou v tomto případě pacienti nemocnice. Dále jsem chtěl prozkoumat některé další aspekty práce klinického psychologa, mezi něž patří zejména práce v lékařském a terapeutickém týmu, zpětná vazba od pacientů i lékařů, syndrom vyhoření a postoj k tématu smrti. Na podkladě těchto dílčích otázek jsem formuloval výzkumné otázky.

Pro získání komplexních dat, ze kterých bych mohl nejlépe popsat fungování klinického psychologa na somatických odděleních, jsem se rozhodl použít kvalitativní formu výzkumu. Při kompletaci výsledků jsem tak vycházel z výpovědí pěti respondentů, jimiž bylo pět klinických psycholožek z různých oddělení stejné nemocnice, ze kterých dvě měly desetiletou praxi a zbylé tři více jak patnáctiletou. Všechny tak měly dostatečnou zkušenost, abych jejich výpovědi mohl považovat za odrážející zkušenost. Výběr participantů proběhl kombinací metod prostého záměrného výběru a sněhové koule, respektive samovýběru. S každou z respondentek jsem vedl polostrukturované interview. Získaná data jsem analyzoval pomocí metody vytváření trsů, metody zachycení vzorců

(„gestaltů“) a také za užití metody kontrastů a srovnávání, tak jak je ve své publikaci uvádí Miovský (2006).

Klinický psycholog ve své práci především doplňuje lékařský tým. Jelikož doktoři nemají čas ani kapacitu s každým pacientem probírat vztahové a emoční problémy, stará se o duševní stránku člověka klinický psycholog. Podle všech respondentek tato práce pomáhá při celostní léčbě pacientů a často rozhovor s psychologem přinese důležité informace, které mohou být klíčové také pro lékaře. Klinický psycholog tak rozklíčuje skryté informace stran depresí, strachu z nemoci, nepochopení diagnózy, úzkosti, vztahové problémy, hospitalismus a další. Jak jsme si uvedli v teoretické části této práce, konkrétně v kapitole o bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu, toto všechno jsou aspekty, které mohou při nedostatečném ošetření u pacienta negativně ovlivňovat průběh nemoci, či intervenovat s léčebným postupem. Dále pomáhá pacientům před těžkým rozhodnutím, například ohledně podstoupení náročné léčby, po sdělení diagnózy může zmapovat, do jaké míry ji pacient pochopil. Dalším aspektem práce klinického psychologa je poskytování poradenských služeb jak pro hospitalizované pacienty, tak pro ambulantně docházející. Pomoc je nabízena také příbuzným pacientů.

Podle výpovědí respondentek patří mezi nejčastější psychologické problémy pacientů na somatických odděleních zejména obtíže spojené se zvládnutím nemoci, případně u pacientů v preterminální a terminální fázi to bývá strach ze smrti. Podle odpovědí ve výzkumu je zřejmé, že u pacientů po sdělení závažné diagnózy probíhají fáze vyrovnávání se s tímto těžkým sdělením v korespondenci s fázemi podle Kübler-Rossové. Díky klinickému psychologovi mají pacienti možnost o svých problémech s někým důvěrně hovořit, aniž by museli ještě více zatěžovat své blízké. Závažná nemoc také významně mění dosavadní způsob života, což je pro mnoho lidí velká zátěž na psychiku. Pro velkou část pacientů je přítomnost klinického psychologa první možností, jak se dostat k psychologické pomoci. Klinické psychologičky vypověděly, že se jim často do péče dostávají ženy pod vlivem domácího násilí, které při hospitalizaci kvůli jinému problému mají možnost pohovořit o svých potížích „doma“, aniž by musely psychologa aktivně vyhledávat.

Výsledky ukázaly, že lékaři ve většině případů vnímají klinické psychology jako rovnocenné členy týmu. Podle psychologek je však důležité, jak k tomuto tématu přistupuje sám klinický psycholog a jestli se vnitřně cítí být roven lékařům. Pokud sám nemá toto téma vyřešené, často se ocitne v bludné kruhu nepochopení práce ze strany lékařů a vlastních pochybností. Lékaři jsou si však vědomi přínosu, jakým pro péči o

pacienty klinický psycholog je, a tak jej berou jako nezbytnou součást týmu, který se o jejich léčbu stará. Stejně tak i ze zpětné vazby od doktorů lze usuzovat, že jsou rádi, že jim někdo alespoň částečně ulehčuje práci a stará se o duševní pohodu pacientů. Respondentky se někdy setkávají s negativním postojem ze strany pacientů, který však obvykle odpadá po prvním kontaktu. Pacienti jsou poté vděční za pomoc, kterou mohou u psychologa nalézt, a tak i zpětná vazba od nich se nese v pozitivním duchu.

Mezi respondentkami lze nalézt různé formy ochrany proti syndromu vyhoření. Všechny se však shodly na tom, že proti syndromu vyhoření je chrání především kvalitní osobní život mimo nemocnici. Odpovědi dále zahrnovaly věci jako malování, fyzická práce, relaxace a cvičení či například trávení času s dětmi. Důležitým aspektem ochrany proti syndromu vyhoření jsou také supervize či jiná setkání s možností ventilace pracovních problémů. Klinický psycholog se při své práci často setkává se smrtí. Respondentkám nedělá problémy o smrti a umírání s pacienty hovořit, i když samy nemají toto téma uzavřené či vyřešené. Nebojí se s pacientem otevřeně mluvit o tomto tématu a cítí se být oporou jak pro něj, tak pro jeho blízké.

Ačkoli jsem z rozhovorů získal všechny potřebné informace, zejména kvůli malému vzorku je otázka, do jaké míry se výsledky dají generalizovat na celou populaci klinických psychologů. Zkreslení také mohlo způsobit, že se vzorek skládal pouze z klinických psycholožek, a tak výsledky postrádají mužský pohled na problematiku. Podobný problém mohla způsobit tvorba otázek, stejně jako má interpretace výsledků.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Alexander, F. (1954). The Psychosomatic Approach In Medical Therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2(3-4), 92-108.
2. Asociace klinických psychologů České republiky. (24. listopadu 2000). *Koncepce oboru klinické psychologie v českém zdravotnictví*. Získáno z <http://www.akp.wz.cz/koncepce.htm> dne 5.2.2015
3. Baštecká, B & Goldmann, P.(2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
4. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada
5. Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology. *Psycho-oncology*, 8(5), 417-428.
6. Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H., Grünther, R., Ostermann, T., Neugebauer, E., & Matthiessen, P. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, 10(2), 327-339.
7. Cassel, J., & Tyroler, H. A. (1961). Epidemiological studies of culture change: I. Health status and recency of industrialization. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 3(1), 25-33.
8. Cassel, J., Patrick, R., & Jenkins, D. (1960). Epidemiological Analysis of the Health Implications of Culture Change: A Conceptual model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 84(17), 938-949.
9. Comstock, G., & Patridge, K. (1972). Church Attendance and Health. *Journal of Chronic Diseases*, 25(12), 665-672.
10. Danzer, G. (2010). *Psychosomatika*. Praha: Portál
11. Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The Impact of Group Psychological Interventions on Distress in Infertile Women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.
12. Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136
13. Eugster, A. & Vingerhoets, A. (1999). Psychological Aspects of In Vitro Fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, 48(5), 575-589.
14. Gaynes, B., & Drossman, D. (1999). The Role of Psychosocial Factors in Irritable Bowel Syndrome. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 13(3), 437-452.
15. Goldbourt, U., Yaari, S., & Medalie, J. (1993) Factors Predictive of Long-term Coronary Heart Disease Mortality Among 10 059 Male Israeli Civil Servants and Municipal Employees. *Cardiology*, 82(2-3), 100-121
16. Grinker, R. (1969). Emerging Concepts of Mental Illness and Models of Treatment: The medical point of view. *American Journal of Insanity*, 125(7), 865-869.
17. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén
18. Hays, P. (1996). Addressing the complexities of culture and gender in counselling. *Journal Of Counselling And Development*, 74(4), 332-338.
19. Heretik, A. & Heretik jr., A. (2007). *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof
20. Jones, R., Chung, M., Berger, Z. & Campbell, J. (2007). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice. *British Journal of General Practice*, 57(543), 808-810.
21. Kondáš, O. (1980). *Klinická psychologie*. (Vyd. 2). Martin: Osveta.
22. Krivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. (Vyd. 3). Praha: Portál.
23. Kupka, M. (2014). *Psychociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.

24. Kuyck, W., de Wit, N., & Kuyvenhoven, M. (2000). Do Doctors Pay Attention to the Religious Beliefs of Their Patients? A Survey amongst Dutch GPs. *Family Practice*, 17(3), 230–232.
25. Lydiard, R. (2001) Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, and Depression: What are the links? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8), 38-45.
26. Mathers, C. & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), e442.
doi:10.1371/journal.pmed.0030442
27. McKee D., Chappel J., (1992) Spirituality and Medical Practice. *The Journal of Family Practice*, 35(2), 205-208.
28. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
29. Mosey, A. (1974). An Alternative: The biopsychosocial model. *American Journal of Occupational Therapy*, 28(3), 137-140.
30. Musil, J. (2006). *Přehled klinické psychologie a psychiatrie pros tudující teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
31. Plante, T. G. (1999). *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada.
32. Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
33. Powell, L., Shahabi, L., & Thoresen, C. (2003). Religion and Spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.
34. Praško, J. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
35. Roberge, M., Dupuis, G., & Marchand, A. (2010). Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: Prevalence and risk factors. *Canadian Journal of Cardiology*, 26(5), 170-175.
36. Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N., Wieman, I., Schaik, D., & Penninx, B. (2015). Depression, Anxiety and 6-year Risk of Cardiovascular Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 123-129.
37. Sloan, R., Bagiella, E., Towell, T. (1999) Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 353(9153), 664-667.
38. Spindler, H. & Pedersen, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder in the Wake of Heart Disease: Prevalence, Risk Factors, and Future Research Directions. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 715-723.
39. Sulmasy, D. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(3), 24-33.
40. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. (Vyd. 3). Praha: Portál.
41. WHOQOL Group. (1995). The WHO Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position Paper From the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
42. Xiang, X. & An, R. (2015). Depression and onset of cardiovascular disease in the US middle-aged and older adults. *Aging and Mental Health*. (v tisku, dostupné z www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84921781586&origin=inward&txGid=DFAF72610ABE340159BA2AB0D524CD4E.aXczxbyuHHiXgaIW6Ho7g%3a1) doi:10.1080/13607863.2014.1003281

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Podklad pro zadání bakalářské diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha 3: Původní otázky k rozhovoru

Příloha 4: Otázky k rozhovoru

Příloha 5: Formulář informovaného souhlasu

Příloha 6: Ukázka transkripce rozhovoru

Příloha 1: Podklad pro zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MACHŮT Ondřej	Kmochova 11, Olomouc	F121095

TÉMA ČESKY:

Práce a praxe klinického psychologa na somatických odděleních nemocnice.

NÁZEV ANGLICKY:

Work and Practice of Clinical Psychologist at Somatic Ward of a Hospital.

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Základem pro vypracování bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie v Olomouci (Kolařík, M., a kol, 2012).
2. Studium relevantní české a zahraniční literatury zabývající se danou tématikou.
3. Zpracování teoretické části zaměřené na Klinickou psychologii a práci klinických psychologů.
4. Příprava kvalitativního výzkumu, vytvoření struktury rozhovoru, zajištění vzorku a zajištění informovaného souhlasu.
5. Realizace výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů s klinickými psychology pracujícími na různých somatických odděleních téže nemocnice.
6. Analýza rozhovorů a interpretace výsledků.
7. Závěr a souhrn.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecká a kol. Klinická psychologie v praxi. Portál, 2001.
Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 1993.
Kratochvíl, S. Základy psychoterapie. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Práce a praxe klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice

Autor práce: Ondřej Machút

Vedoucí práce:Mgr. Martin Kupka, PhD.

Počet stran a znaků: 67 stran, 155 184 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 42

Abstrakt: Klinický psycholog pracující na somatickém oddělení se stará o hospitalizované a ambulantní pacienty ve smyslu bio-psycho-sociálně-spirituálního „well-being“. Cílem této studie bylo zmapovat takovou práci a praxi klinického psychologa. V teoretické části se tato práce zabývá historií klinické psychologie, bio-psycho-sociálně-spirituální přístupem a psychologickými problémy pacientů hospitalizovaných na somatických odděleních. Tento výzkum zahrnoval pět klinických psycholožek z jedné nemocnice. Použitý byl polostrukturovaný rozhovor jehož zaměření byly především otázky na pacienty, doktory, syndrom vyhoření a přístup ke smrti. Výsledky byly získány kódováním transkribovaných rozhovorů. Obecně účastnice zdůrazňovaly dobrou spolupráci s doktory a pozitivní zpětnou vazbu k jejich práci od pacientů. Dále uvedly jejich vlastní copingové strategie ochrany proti syndromu vyhoření a vyjádřily postoj ke smrti a umírání. Některé z otázek, které vyvstaly, by měly být dále zkoumány.

Klíčová slova: Klinická psychologie, somatická oddělení, syndrom vyhoření, smrt, umírání

Abstract of thesis

Title: Work and praxis of a clinical psychologist at a somatic ward of a hospital

Author: Ondřej Machút

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Number of pages and characters: 65 pages, 155 184 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 42

Abstract: Clinical psychologist working at a somatic ward takes care of hospitalised and out-patients in terms of biopsychosocial-spiritual well-being. Aim of this study was to investigate such work and praxis of a clinical psychologist. In theoretical part this study went through history of clinical psychology, biopsychosocial-spiritual approach and psychological issues of patients hospitalised at somatic ward. This study involved 5 clinical psychologist (all women) from one hospital. Semi-structured interview was carried out with main focus being questions about patients, doctors, burnout syndrome and attitude to death. Results were obtained by coding the transcripts. Overall participants emphasized good cooperation with doctors and favourable feedback from patients about their work. Furthermore, they proposed their own coping mechanisms against burnout syndrome and expressed their attitude to death and dying. Some of the questions that have had risen should be investigated further.

Key words: Clinical psychology, somatic ward, burnout syndrome, death, dying

Příloha 3: Původní otázky k rozhovoru

Na jakém oddělení nemocnice pracujete jako Klinická psycholožka?

Jak dlouho už zde pracujete?

Máte i svou soukromou praxi?

Kde se nejčastěji setkáváte se svými klienty-pacienty?

Býváte přítomna u sdělování závažných diagnóz pacientům?

Absolvujete pravidelné obchůzky či vizity?

Jaká jsou nejčastější témata, respektive psychologické problémy, které řešíte s pacienty na Vašem oddělení?

Nabízíte psychologickou pomoc také příbuzným hospitalizovaných?

Setkáváte se s nějakými předsudky nebo nepřátelstvím ze strany pacientů?

Jaká část pacientů aktivně vyhledá, nebo si vyžádá Vaši pomoc?

Spolupracujete nějakým způsobem s oddělením Klinické pastorační péče ve Vaší nemocnici?

Jakým způsobem tato spolupráce funguje?

Necítíte se mezi lékaři v prostředí nemocnice osamělí?

Míváte nějaké pravidelné skupiny s kolegy psychology z jiných oddělení nemocnice?

Jak probíhají taková sezení a jaká témata nejčastěji vyvstávají na povrch?

Ve svém oboru se pravděpodobně častěji setkáváte se smrtí. Jak se s tímto tématem vyrovnáváte?

Jaký je Váš osobní postoj ke smrti?

Jak jste vnímala svou atestaci, jaká byla její nejnáročnější část?

Zaznamenala jste nějaký osobní posun během atestace?

Jste spokojená s náplní svojí práce?

Co je na práci Klinické psycholožky pro Vás nejpřínosnější?

Příloha 4: Otázky k rozhovoru

Na jakém oddělení nemocnice pracujete jako Klinická psycholožka?

Jak dlouho už zde pracujete?

Kde se nejčastěji setkáváte se svými pacienty?

Jak probíhá první kontakt?

Absolvujete pravidelné obchůzky či vizity?

Býváte přítomna u sdělování závažných diagnóz pacientům?

Nabízíte psychologickou pomoc také příbuzným hospitalizovaných?

Jaká jsou nejčastější témata, respektive psychologické problémy, které řešíte s pacienty na Vašem oddělení?

Jaká část pacientů aktivně vyhledá, nebo si vyžádá Vaši pomoc?

Setkáváte se s nějakými předsudky nebo nepřátelstvím ze strany pacientů, či jsou naopak za Vaši práci vděční?

Setkáváte se s nějakými překážkami „technického“ či „praktického“ rázu při běžném fungování?

Necítíte se mezi lékaři v prostředí nemocnice osamělí?

Vnímají Vás jako rovnocenného člena týmu?

Působíte jako prostředník mezi pacientem a lékařem, jak, nebo čím, podle Vás Vaše práce pomáhá oběma?

Jak se Vy cítíte v terapeutickém týmu?

Míváte nějaké pravidelné skupiny s kolegy psychology z jiných oddělení nemocnice?

Jaká témata nejčastěji vyvstávají na povrch při takových sezeních?

Syndrom vyhoření je ve Vašem oboru velký „strašák“, jakým způsobem se proti němu chráníte?

(Ve svém oboru se pravděpodobně častěji setkáváte se smrtí. Jak se s tímto tématem vyrovnáváte?)

(Jaký je Váš osobní postoj ke smrti?)

Jak jste vnímala svou atestaci, jaká byla pro Vás její nejpřínosnější část?

Jste spokojená s náplní svojí práce?

Co je na práci Klinické psycholožky pro Vás nejpřínosnější?

Je na Vaší práci naopak něco, co vám vadí, či Vás trápí?

Je ještě něco, na co jsme zapomněli?

Příloha 5: Formulář informovaného souhlasu

Informovaný souhlas

Instituce: Katedra Psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Předmět výzkumu bakalářské diplomové práce: Práce a praxe klinického psychologa na somatických odděleních nemocnice

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Výzkumník: Ondřej Machút

Kontakt: omachut@seznam.cz, tel.: 732 526 482

Cílem této studie je zmapovat práci klinického psychologa na somatickém oddělení nemocnice. Data budou získána na základě rozhovoru, který bude nahráván. Záznam rozhovoru bude uložen jen po nezbytně nutnou dobu pod určitým kódem a poté smazán. Vše bude použito výhradně pro potřeby této bakalářské diplomové práce. Údaje o Vás se nedostanou k žádné třetí osobě. Z výzkumu můžete kdykoli v průběhu odstoupit a odmítnout tím použití a zpracování Vašich dat. S případnými dotazy mě můžete kdykoliv kontaktovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu.

V

. 2015

Podpis: _____

Příloha 6: Ukázka transkripce rozhovoru

Rozhovor 1: Klára, plicní a interní klinika

Na jakých odděleních pracujete jako klinická psycholožka?

Pracuji na část úvazku na plicní klinice a druhou polovinu mám na III. interně a na ambulanci bolesti.

Jak dlouho už pracujete jako klinická psycholožka?

Na těchto odděleních asi patnáct let a předtím jsem byla ještě rok na hemato-onkologické klinice.

Kde se nejčastěji setkáváte se svými pacienty?

Já bych řekla, že je to tak půl na půl, buď je to u nich na pokoji, nebo chodí jako ambulantí za mnou ke mně do pracovny.

Jak probíhá první kontakt?

Pacienti jsou vždycky doporučení od lékaře. Buď přijdou oni ke mně, nebo já navštívím je. Představím se, vysvětlím jim proč jsem přišla, a domluvíme se na nějaké zakázce.

Takže spíše ošetřující lékař doporučí Vám, že některý z pacientů by mohl potřebovat Vaši pomoc nebo konzultaci?

Vzácně se stane, že někdo už je tak informovaný, byl například už předtím u psychologa, nebo mu to někdo poradil, že si požádá sám.

Býváte přítomna u sdělování závažných diagnóz?

Nejsem. Vzácně, protože pracuji s onkologickými pacienty, tak vzácně o to požádají takoví ti hodně mladí lékaři, kteří si moc nevěří, a nebo tam kde se očekává, že budou nějaké komplikace, třeba že ten člověk je nějaký citlivější, nebo problematický, ale většinou to funguje tak, že lékař sdělí diagnózu a já tam za nějakou dobu potom jdu, abych ošetřila jak to ten člověk zvládá.

Absolvujete nějaké pravidelné obchůzky nebo vizity společně s lékaři?

Snažím se chodit na vizity přímo s lékaři.

Setkáváte se s nějakými překážkami „technického“ či „praktického“ rázu při běžném fungování?

Já bych řekla nejvíc asi prostor, jsme dvě s kolegyní v jedné místnosti, takže asi tohle, ale jinak nic.

Jaká jsou nejčastější témata, respektive psychologické problémy, které řešíte s pacienty na Vašem oddělení?

Tak je to různé, podle toho, kde ti pacienti jsou. Na onkologických odděleních jsou to samozřejmě otázky týkající se nemoci, zvládnání nemoci, strach ze smrti. Všeobecně to bývá rodina, rodinné vztahy, tak jak to mají i jiní, „nenemocní“ pacienti. Potom to bývá často požadavek od lékařů, co se týče spolupráce s lékaři, která je nějaká narušená. Potom to bývá zvládnání hospitalizace, hospitalismus. V diagnostice to bývají kognitivní funkce, deprese bývají nejčastější. U ambulantních pacientů to bývají úzkostné stavy, fobie a nespavost.

Jaká část pacientů aktivně vyhledá, nebo si vyžádá Vaši pomoc?

Rozhodně menší část, více jsou to ti lidé, kteří chodí ambulantně, že třeba zavolají, nebo napíší mail na nemocnici. Ale nebývá to cíleně na mě, spíše hledají nějakou psychologickou pomoc a ambulantní psychologové mají hrozně dlouhé čekací doby. Z těch lůžkových to bývají spíše ti, za kterými jsem již chodila, nebo už někdy byli u psychologa, a nebo že jim to někdo poradil.

Setkáváte se s nějakými předsudky nebo nepřátelstvím ze strany pacientů, či jsou naopak za Vaši práci vděční?

Bývalo to horší, já bych řekla, že s dobou se to zlepšuje, ten náhled na psychology a na psychologickou péči, ale někdy tam přecijen bývá spíše než předsudky taková opatrnost, pokud je to třeba pacient, klient, který tady pracuje v nemocnici, tak toho zajímá, kam všude se dostanou výsledky, kdo to bude číst a tak děláme taková zvláštní opatření, aby se k tomu nikdo nedostal. A jinak už bych řekla, že skoro ne.

Jakou máte od lékařů a klientů zpětnou vazbu během své práce?

S těmi klienty to bývá paradoxně někdy horší, protože když tady leží, tak člověk nemůže zasahovat do toho, jak dlouho tady leží, takže se často stane, že nám je prostě propustí a tu zpětnou vazbu nemáme vůbec, což i nás mrzí, ale nemůžeme to nijak ovlivnit. Lepší to bývá od těch lékařů, protože já se snažím vždycky, když mě za někým pošlou, tak pak zase s tím lékařem probrat na co jsem přišla, nějaká opatření, doporučení, takže bych řekla, že od těch lékařů mám víc zpětné vazby.

A rozhodně je to dobrá zpětná vazba. My však nejsme péče, nebo služba, která by byla nějak povinná, takže v podstatě když s vámi nejsou spokojeni, tak už si vás nevolají. Takže z toho, že máme práce dost je vidět, že asi dobrá. :)

Nabízíte psychologickou pomoc také příbuzným hospitalizovaných?

Často se ukazuje, že právě ti příbuzní bývají největší problém, takže buď v rámci rodinné psychoterapie, ale to spíš tak okrajově, ale vždycky když jdu za klientem, tak mu nabízím, že totéž co je pro něj, tak lze i pro rodinu. Je fajn, když se nám povede sejít přímo tady, často to realizujeme tak, že jde pacient ambulantně na nějakou kontrolu a přijede s ním ta rodina, nebývá to široká rodina, třeba manžel/manželka, nebo dcera. Teď zrovna mám jednu paní, se kterou chodí dvě dcery a ještě chtějí přijít s manželem.

Necítíte se mezi lékaři v prostředí nemocnice osamělí? Vnímají Vás jako rovnocenného člena týmu?

Já myslím, že to záleží na dvou věcech, jednak na tom, jak my sami se k tomu postavíme. Pokud přijdeme s tím, že se cítíme jako člen týmu a vřadíme se k těm lékařům a ne k sestřám a účastníme se těch sezení a vizit, tak nás začnou brát jako sobě rovné. Druhá věc je ta, že i ti lékaři začínají mít širší pojem o psychologii, spousta z nich studuje psychologii a hlavně ti mladší vidí, že jim to pomáhá. A vidí, že mají čím dál tím méně času na pacienty kvůli papírování a my jim můžeme přinést leckteré informace a pomoci jim s něčím, na co by vlastně neměli čas. A musím říct, že už často uznávají, že umíme něco co oni ne. Navíc to souvisí i s všeobecným trendem, že ta psychologie je teď prostě v módě.

Jak se Vy cítíte v terapeutickém týmu?

To je horší, řekla bych. :) Nevím proč, ale v podstatě máme takovou skupinu čtyř, možná pěti kolegů, se kterými se stýkáme, probíráme svoje problémy, ale že bychom dobře fungovali jako oddělení, to ne. Řekla bych, že se lépe cítím tady, než když mám jít třeba na schůzi naši (psychologů).

Působíte jako prostředník mezi pacientem a lékařem, jak, nebo čím, podle Vás Vaše práce pomáhá oběma?

Já myslím, že je to jednak o tom čase, jelikož lékař nemá tolik času a taky je to o té rutině, nebo stereotypu, že ti lékaři pořád vykládají ty stejné věci a už si ani nevšimnou, ale to se stává i nám, že už ti lidi tomu neporozumí a na druhou stranu zase ti klienti se třeba bojí na něco zeptat, protože přecijen je to pan doktor a my když si k nim sedneme, nebo si je odvedeme někam bokem, tak přecijen mají takový důvěrnější vztah, nebo možná je to lepší prostředí, je to klidnější. Vždycky je lepší, když to ten člověk slyší dvakrát, nebo víckrát a my přímo jako cíleně nabízíme, ať se ptají, nebo jestli něco chtějí vysvětlit, takže často ten vztah zprostředkujeme. Oni ti lékaři vlastně v popisu své práce, respektive na to nemají prostor, zajímat se třeba jestli s tím člověkem se zrovna něco neděje, co prožívá, jakou má rodinou situaci, to už je asi naše práce.

Míváte nějaké pravidelné skupiny, sezení či supervize s kolegy psychology z jiných oddělení nemocnice?

My máme v podstatě dobrovolné s těma kolegyněmi, se kterýma se stýkáme a potom jenom asi jednou za tři měsíce míváme schůze celého oddělení psychologie kde se ale spíše řeší provozní záležitosti.

Jaká témata nejčastěji vystávají na povrch při takových sezeních?

Probíráme pacienty, se kterými si nevíme rady, děláme třeba Rorschachy, dáváme si zpětnou vazbu, dále řešíme konflikty a problémy třeba na pracovišti, ale i osobní věci :))

Syndrom vyhoření je ve Vašem oboru velký „strašák“, jakým způsobem se proti němu chráníte?

Pro mě je hodně důležité, že mám takovou pestrou tu práci, že mám jen část onkologických pacientů, k tomu mám tu ambulanci, spánkovou laboratoř, ambulanci bolesti. Každý ten klient je jiný a potom to že dělám ještě jiné věci, že učím, občas mám nějakou přednášku, a snažím se si nenosit tu práci domů. Nechat to prostě tady, myslím si, že jsem se to už naučila, udělat si tu bariéru práce a nechat to tady.

Mohla byste mi povědět něco bližšího k Vaší práci ve spánkové laboratoři?

Náplní práce psychologa jsou lidé, kteří přicházejí s insomnií, tak rozvažujeme, depresi a jinými příčinami, z těchto lidí se poté často rekrutují i ambulantní pacienti, kteří chodí dál. Potom tam bývají různé panické stavy, které jsou spojené s nočním probouzením, lapáním po dechu, což také bývají potenciální další klienti. Potom jsou to lidé, kteří mají syndrom spánkové abnoe, který diagnostikujeme. Jiní mají často problém, že nepřijmou ten přístroj, nemohou s ním spát, takže ti pak také docházejí na psychoterapie.

Ve svém oboru se pravděpodobně častěji setkáváte se smrtí. Jak se s tímto tématem vyrovnáváte? Jaký je Váš osobní postoj ke smrti?

Já myslím, že člověk si musí udělat takový vztah, aby neplakal nad každým pacientem, asi jsem oplakala jednu nebo dvě pacientu, hned ze začátku, se kterými jsem měla intenzivní vztah a teď už si na to dávám pozor, už nejdu do tak intenzivního vztahu a trochu člověk se stane cynickým, jak to pomáhá, černý humor a tak. I ti lékaři to takhle řeší. Svoji smrtelnost, nebo můj vztah ke smrti, tak to zatím neřeším. Mně se zdá, že je to hodně dlouho a zatím to neřeším.

Jak jste vnímala svou atestaci, jaká byla pro Vás její nejpřínosnější část?

Já jsem se jí strašně bála, jako my všichni. Snažila jsem se jí odkládat, jak jen to šlo, ale nakonec mě k ní dokopalo to, že se měnily podmínky a zhoršovaly se. Tak jsem do toho prostě šla a dneska vidím, že strašně odvázně, protože jsem z diagnostiky nevěděla skoro nic a měla jsem štěstí, že jsem ji udělala, ale že by to mělo nějaký přínos nevím, nemohu říct, že by to pro mě byl nějaký přínos. Psychoterapeutický výcvik dělám až teďka. Dělám KBT a jsem s ním spokojená. Myslím si, že tady pro naše somatické pacienty je to ideální.

Jste spokojená s náplní svojí práce?

Jsem. Můžu říct i po těch letech, že mě to baví, to co dělám. Těším se, když mi někdo zavolá, nebo napíše, tak se těším, co to bude, s čím přijde, když o tom třeba ještě nic nevím, nebo někdy je to i na té interně taková detektivka. Člověk si připadá jak Sherlock Holmes. Ti lékaři vám dávají najevo, že čekají na ten výsledek, protože je to posune někam dál. Mně to baví.

Co je na práci Klinické psycholožky pro Vás nejpřínosnější?

Pro mě je důležité to, že pomáhám lidem, že pracuji s lidmi a že mi to dává takový pocit, že jsem užitečná.

Je na Vaší práci naopak něco, co vám vadí, či Vás trápí?

Mohli bychom mít více peněz. To asi uslyšíte často. Mně by se třeba líbilo, kdybychom měli nějakou volnější pracovní dobu, že by tu jednou člověk zůstal déle, pak by třeba přišel na později. Ale jinak k samotné náplni práce já jsem si ji vlastně vytvořila sama, protože jsem dostala za úkol si vyhledat pacienty, takže co jsem si našla, to mám.

Je ještě něco, na co jsme zapomněli?

Když to vezmu úplně na začátek, když člověk přijde ze školy a já jsem se třeba cítila úplně nepřipravená, protože tahle oblast psychologie se tam skoro vůbec neučí, takže to mi chybělo. Potom to, co už ale je teďka lepší, že když jsem přišla, tak jsme neměli žádného školitele, nebo lektora, všechno jsme si musely projít samy.