

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP LÉKAŘŮ K PACIENTŮM**

**HOLISTIC APPROACH OF MEDICAL DOCTORS TO PATIENTS**



**Diplomová práce**

**obor psychologie, prezenční studium**

Autor: Tereza Petrůjová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc  
2014

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Komplexní přístup lékařů k pacientům“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne..... Podpis.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu své diplomové práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za podnětné rady, připomínky a laskavé vedení.

Poděkování za ochotu, čas a vynaloženou energii patří také všem participantům výzkumu.

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Počátky komplexního přístupu.....</b>	<b>9</b>
1. 1. Vymezení pojmu.....	9
1. 2. Historie komplexního přístupu a hlavní představitelé .....	10
<b>2. Somatopsychická a psychosomatická onemocnění .....</b>	<b>12</b>
2. 1. Somatopsychická onemocnění.....	12
2. 2. Psychosomatické teorie.....	13
2. 2. 1. Psychoanalytická koncepce .....	13
2. 2. 2. Koncepce alexithymie.....	15
2. 2. 3. Koncepce psychického stresu .....	16
2. 2. 4. Teorie rodiny.....	17
2. 2. 5. Psychologicko-psychiatrické souvislosti psychosomatických onemocnění ....	18
<b>3. Předpoklady komplexního přístupu v praxi .....</b>	<b>21</b>
3. 1. Vztah lékaře a pacienta .....	21
3. 2. Předpoklady lékaře pro poskytování celostní péče.....	23
3. 3. Spolupráce .....	24
<b>4. Komplexní péče v kontextu českého zdravotnictví.....</b>	<b>25</b>
4. 1. Vzdělávání lékařů .....	25
4. 2. Systém plateb za zdravotnickou péči.....	26
4. 3. Možnosti celostní péče.....	27
4. 4. Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče.....	28
4. 4. 1. Akupunktura .....	28
4. 4. 2. Homeopatie .....	29
4. 4. 3. Fytoterapie .....	29
4. 4. 4. Reflexní terapie.....	30
<b>5. Postoje odborné veřejnosti k celostní péči.....</b>	<b>31</b>
5. 1. Názory lékařů na celostní medicínu.....	31
5. 2. Reálné postavení celostní péče .....	32
<b>6. Cíle práce .....</b>	<b>35</b>
6. 1. Výzkumný problém .....	35
6. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	35

<b>7. Metodologický rámec výzkumu</b> .....	<b>37</b>
7. 1. Charakteristika výzkumného souboru .....	37
7. 2. Získávání dat.....	38
7. 3. Analýza dat .....	40
7. 4. Etické aspekty výzkumu .....	41
<b>8. Výsledky výzkumu</b> .....	<b>42</b>
8. 1. Deskripce .....	42
8. 2. Odpovědi na výzkumné otázky.....	46
8. 3. Interpretace .....	47
<b>9. Diskuze</b> .....	<b>50</b>
9. 1. Diskuze o metodice.....	50
9. 2. Diskuze o výsledcích .....	51
9. 3. Doporučení pro praxi .....	52
<b>10. Závěry</b> .....	<b>54</b>
<b>11. Souhrn</b> .....	<b>55</b>
<b>Literatura</b> .....	<b>59</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>63</b>

*„Není důležité, jakou nemocí onemocněl určitý člověk,  
ale jaký člověk onemocněl určitou nemocí.“*

***Hippokrates***

## Úvod

Problematika celostního přístupu k člověku se v posledních několika letech stále více dostává do centra zájmu odborné i laické veřejnosti. V médiích se čím dál častěji objevují intenzivní propagátoři komplexní péče z řad lékařů a příbuzných profesí, lidé se více zabývají zdravým životním stylem a v případě nemoci často hledají alternativní způsoby pomoci. Také všeobecně vyhledávají lidštvější a osobnější kontakt, než jaký nabízí současná technicky založená medicína.

Ve své diplomové práci navazuji na postupovou práci a zabývám se tématem komplexního přístupu k pacientovi, přičemž vycházím z teoretického ukotvení potřebnosti takového přístupu, dále pak mapuji důležité předpoklady na straně lékařů a popisuji současné možnosti a situaci v kontextu českého zdravotnictví. V praktické části zpracovávám téma z hlediska lékařů pracujících celostně, zachycuji jejich představu o celostní péči i její praktikování opět s ohledem na organizaci českého zdravotnického systému.

Cílem mé práce je podložit důležitost komplexní péče teorií a dosavadními výzkumnými zjištěními, popsat současnou situaci v České republice s jejími výhodami a limity a v ideálním případě také přispět ke změně společenské praxe.

# **Teoretická část**

# 1. Počátky komplexního přístupu

V první části této kapitoly se zabývám vymezením pojmu komplexní přístup, který rovněž srovnávám s pojmem psychosomatický přístup a popisuji, jak budu s těmito pojmy ve své práci zacházet. Dále mapuji historii vývoje od prvních zárodků komplexního přístupu po dnešní pojetí.

## 1. 1. Vymezení pojmu

Termíny komplexní a psychosomatický přístup bývají v odborné literatuře často používány synonymně, ačkoliv z jejich významů vyplývají určité rozdíly, na které bych na tomto místě ráda poukázala.

Komplexní pohled na člověka vyjadřuje, že člověk je **bio-psycho-sociálně-spirituální systém**, v němž je vše propojeno v jediný celek a vše se navzájem ovlivňuje (Danzer, 2001). Samotný pojem psychosomatika v sobě zahrnuje pouze dva aspekty, a to duši (*psyché*) a tělo (*soma*). Člověka ale stejně tak ovlivňují také mezilidské vztahy a duch, jako určitá přesahová rovina. Pojem „psychosomatický“ rovněž vyvolává dojem duality, toho, že existují také buď jenom psychická či jenom somatická onemocnění, což Fenichel (1945, in Danzer, 2001) vyvrací a tvrdí, že neexistuje somatické onemocnění, jež by nezahrnovalo také psychickou komponentu. Ve stejném duchu se v roce 1992 vyjádřila také Světová zdravotnická organizace, která prohlásila, že výraz „psychosomatický“ není užíván, neboť vyvolává dojem, že psychické faktory nejsou při vzniku somatických onemocnění důležité (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

V kontextu zdravotnictví je tedy podstatou komplexního přístupu to, že na etiopatogenezi, průběhu či udržování každého somatického onemocnění se vždy nějakým způsobem podílí i ostatní složky. Stejně tak u potíží a poruch primárně psychických je v různé míře zasažena i složka tělesná a sociální. Hovořím-li o **psychosomatických poruchách**, zahrnuji do nich poruchy somatoformní, tedy tělesné potíže, které vznikají v reakci na psychosociální stresory, nejsou podloženy dostatečným patologickým nálezem, a které bývají označovány jako poruchy funkční. V širším kontextu lze zahrnout také psychosomatózy, tedy chronická psychosomatická onemocnění, která jsou již provázena též morfologickými patologickými změnami (Poněšický, 2010). Psychosomatické poruchy nicméně v souladu s výše zmíněným pojímám jako určitou oblast, kde je propojení bio-

psycho-sociální složky nejvíce patrné, nelze je nicméně považovat na celou oblast zájmu celostního přístupu k člověku. V jakékoliv lékařské a psychologické intervenci je vždy potřeba myslet a pracovat v širokých souvislostech, aby bylo co nejefektivněji dosaženo žádoucího výsledku.

## 1. 2. Historie komplexního přístupu a hlavní představitelé

Jedním z prvních lidí, kteří se začali zajímat o propojení duše a těla, byl řecký lékař **Hippokratés**. Ten uvedl teorii temperamentu, která říká, že na základě převahy určitého druhu tělesné šťávy (krev, hlen, žluč a černá žluč) lze stanovit citové ladění, emoce, psychickou kondici a také náchylnost ke konkrétním psychickým či tělesným onemocněním. Tělesné stavy doprovází konkrétní psychické projevy. Hippokratés tedy nepředpokládal žádnou dualitu a jeho přístup byl jednoznačně celostní, včetně zahrnutí přírody jako jednoho z činitelů ovlivňujících zdraví člověka (Chromý, Honzák et al., 2005).

Dualitu vnesl do medicíny Hippokratův pokračovatel **Galénos**, který již tělo a duši za jeden celek nepovažoval. Přestože ale vnímal tělo a duši jako dva oddělené celky, nabádal své žáky, aby věnovali oběma stejnou pozornost (Chromý, Honzák et al., 2005).

V 17. století, kdy se začala diferencovat různá vědecká odvětví, se také medicína ucházela o své místo mezi vědami. Avšak duše, jako součást těla, byla stále v kompetenci církve a představovala něco nevědeckého. Francouzský filozof **René Descartes** v té době přišel se svou dualistickou teorií, která předpokládá, že existují dva principy – duchovní a fyzický, které jsou na sobě nezávislé. Předmětem studia medicíny se tedy stalo výlučně lidské tělo jako stroj. Duše, ačkoliv se nacházela v těle, měla zůstat zcela v kompetenci církve a mimo zájem lékařů (Chromý, Honzák et al. 2005). Toto pojetí přetrvalo až do 2. poloviny 19. století, kdy se z filozofie vydělila psychologie jako samostatná věda a začala usilovat o širší náhled na člověka. Ve dvacátém století pak vznikl nový druh dualismu, kdy se některé nemoci začaly klasifikovat jako čistě somatické, zatímco jiné jako psychosomatické. Psychosomatická onemocnění byla tedy taková, která předpokládala určitý individuální psychický konflikt a následkem něj vznik tělesného onemocnění (Faleide, Faleide, & Lian, 2010).

První lékař, který jasně vymezil důležitost vlivu duševních poruch na vznik tělesných obtíží, byl **Sigmund Freud** (Morschitsky & Sator, 2007). Podle Freuda dochází ke vzniku

neurózy na základě nezpracovaných psychických konfliktů, jež jsou vytěsněny do nevědomí. Většina neuróz pak byla ve Freudově době doprovázena somatickými příznaky, které měly být odstraněny přivedením původního konfliktu do vědomí (Chromý, Honzák et al., 2005).

Také další autoři, kteří se jako jedni z prvních zabývali propojením mezi tělem a duší, byli čistě psychoanalyticky orientovaní. Matkou psychosomatiky bývá nazývána lékařka a psychoanalytička **Helena Dunbar**, která oproti Freudovi tvrdila, že tělesný stav ovlivňují nejen neurózy, ale také další psychické konflikty (Faleide et al., 2005). Na ni navázal **Franz Alexander**, otec psychosomatiky, který ve své knize *Psychosomatische Medizin* (1950) popisuje sedm psychosomatických onemocnění a předpokládá, že určitý specifický konflikt vede ke specifickému tělesnému onemocnění. Psychický problém podle něj ovlivňuje aktivitu sympatiku či parasympatiku a na základě toho vznik konkrétních symptomů (Morschitsky & Sator, 2007). Podle Faleida et al. (2010) však v Alexanderově teorii nejde o pouhých oněch sedm onemocnění – teorii je nutno chápat jako model vzniku různých nemocí. Psychický konflikt má podle Alexandra podobu potlačování emocí, k čemuž nás nutí různé sociální situace. Následně se emoce dostávají vegetativním systémem k orgánům, které potom ovlivňují. Způsob, jakým tělo reaguje, je ovšem ovlivněn vlastnostmi a osobností konkrétního člověka.

Mezi 70. a 80. léty 20. století se v USA zrodil opačný extrém oproti čistě biomedicínskému přístupu 17. století. Šlo o to, že každý člověk má své zdraví zcela ve svých rukou a tedy zdraví i nemoc je čistě následkem toho, jak člověk o své zdraví pečuje. Propagovalo se tělesné cvičení, různé diety, pozitivní myšlení, imaginace a podobně, ale absolutně se nepočítalo například s možnými predispozicemi k určitému onemocnění. Tento přístup se týkal primárně tělesných i psychosomatických onemocnění – kdo byl nemocný, mohl si za to sám díky svému nezodpovědnému přístupu (Faleide et al., 2010).

V současnosti je nejvíce uznávaným modelem model multifaktoriální, který zohledňuje jak biologické, tak psychosociální faktory, a příznaky chápe jako výsledek jejich interakce (Faleide et al., 2005), což ve své podstatě demonstruje základní principy celostního pojetí člověka.

## 2. Somatopsychická a psychosomatická onemocnění

V této kapitole se zabývám somatickými onemocněními a jejich psychickými souvislostmi a dále pak teoriemi a možnými příčinami vzniku psychosomatických onemocnění. Ačkoliv název ‚somatopsychická‘ a ‚psychosomatická‘ onemocnění není v tomto směru vypovídající, vznik, rozvoj, průběh a udržování těchto nemocí jsou přirozeně propojeny také se sociálními vztahy a případně přesahovou rovinou.

### 2. 1. Somatopsychická onemocnění

Výraz **somatopsychické onemocnění** označuje primárně tělesné onemocnění a jeho psychické (psychosociální) souvislosti (Poněšický, 2010). V širším kontextu se dá zvažovat již dříve zmíněné, že neexistuje somatické onemocnění, které by nezahrnovalo psychickou komponentu. Každé tělesné onemocnění tedy více či méně ovlivňuje také psychiku pacienta a v souladu s celostním pojetím také jeho sociální vztahy a přesahovou rovinu.

Psychická reakce pacienta na nemoc je dána mnoha faktory, které se vzájemně kombinují. Jedná se o subjektivní utrpení způsobené příznaky nemoci, subjektivní pohled na závažnost, prognózu a důsledky nemoci, osobnost pacienta a jeho schopnost řešit problémy, míru podpory okolí, aktuální životní situaci, způsob terapeutického vedení, předchozí zkušenosti s nemocemi a léčbou, pohled okolí na nemoc a množství stresových událostí v poslední době (Praško, 2010, 41). Reakce na nemoc je pak základně emoční, tělesná a psychologická, která zahrnuje využití obranných mechanismů a strategií zvládnutí (Praško, 2010). Doplnila bych také možné změny v sociálních vztazích (byť i méně významné) a eventuelně v transcendentální rovině.

Kromě psychických potíží a rozlad, které jsou přirozeným doprovodem každého onemocnění, ale nemusí vždy dosahovat klinické závažnosti, se u somaticky nemocných pacientů můžeme setkat také se závažnějšími projevy psychických obtíží. To se týká zejména pacientů s vážnými a chronickými onemocněními. **Chronicky nemocní pacienti** často trpí kognitivními potížemi v podobě nutkavého myšlení na nemoc v různých souvislostech, dále je nemocí ovlivněno jejich sebepojetí, protože se musí identifikovat s něčím novým ve svém životě, co může snižovat jejich pocit vlastní hodnoty a užitečnosti (Křivohlavý, 2002). Pokud onemocnění trvá déle než 12 měsíců, objevuje se u těchto pacientů 2x více psychických poruch než v běžné populaci. Nejčastěji se přitom jedná o

poruchy nálad, úzkostné poruchy a somatoformní poruchy (Härter et al., 2007). Psychickou poruchou jsou ohroženi více mladí lidé než lidé ve věku 45 - 74 let, více ženy než muži. Riziko vzniku psychické poruchy se zvyšuje také s negativními a stresujícími projevy ve zdravotním stavu, které jsou s onemocněním spojeny, a dále s problémy sociálními, vztahovými a materiálními (Verhaak, Heijmans, Peters & Rijken, 2005).

## 2. 2. Psychosomatické teorie

**Psychosomatické poruchy** lze vidět jako komplementární k předchozí skupině poruch. Zatímco somatopsychické poruchy směřují od těla k psychice, psychosomatické poruchy předpokládají primární psychosociální problém, který se následně manifestuje na tělesné úrovni. Existuje několik základních teorií, které různým způsobem vysvětlují, jak ke vzniku psychosomatických onemocnění dochází či jak jsou jednotlivé oblasti propojeny a vzájemně se ovlivňují.

Baštecký (2002) koncepcí rozděluje na **specifické, hraniční a nespecifické**. Do specifických koncepcí spadají dvě teorie, které vychází z psychoanalýzy. Jde o teorii specifických nevědomých konfliktů a teorii specifických změn emocí, kterou popsal Alexander. Do hraničních koncepcí spadají koncepce alexithymie, syndrom hopelessness-helplessness a teorie o operativním myšlení. Nejpočetnější skupinu pak tvoří teorie nespecifické, které zahrnují teorii všeobecného emočního vzrušení, teorii konstituční zranitelnosti, teorii učení orgánové odpovědi, teorii vegetativního učení, hypotézu o stylu chování A, kortikoviscerální koncepci a koncepci životních událostí. Tohoto rozdělení se však ve své práci nedržím a dále uvádím výběr některých psychosomatických koncepcí podrobněji.

Jde **psychoanalytickou koncepcí** jakožto zástupce jednoho z předních psychologických směrů, **alexithymickou koncepcí**, která nabízí teorii somatizace také neurofyziologickou podporu, **koncepci psychického stresu**, protože zohledňuje také osobnost člověka a životní události a **teorii rodiny**, která se na problematiku dívá systémově. V poslední podkapitole popisují **psychologicko-psychiatrické souvislosti** psychosomatických poruch z hlediska diagnostických kategorií, které s tématem souvisejí nejvíce.

### 2. 2. 1. Psychoanalytická koncepce

Psychoanalytická teorie vychází z Freudova topografického modelu lidské psychiky, který zahrnuje složky vědomí, předvědomí a nevědomí. Nevědomí je složka, do které nemáme

žádný přístup a obsahuje pudová přání a vytěsněné zážitky. Řídí se principem slasti. Předvědomí pak chrání vědomí před přívalem pudových přání z nevědomí. Spolu s vědomím se předvědomí řídí principem reality (Freud, 1994).

Teorie psychosomatiky je založena na **mechanismu konverze**, tedy transformace nezpracovaného duševního prožitku v tělesný příznak. Konverze může podle Freuda probíhat dvěma způsoby: buď nezpracovaný zážitek způsobí jakýsi autohypnotický stav, který konverzi umožní, nebo dojde k vytěsnění traumatického zážitku do nevědomí, odkud se následně zážitek ozývá ve formě somatických symptomů. Tento stav Freud nazýval **hysterickou (konverzní) neurózou**. Původní Freudova teorie zněla, že traumatický zážitek je vždy sexuálního charakteru, nejčastěji mluvil o traumatu svedení. Později ale Freud zjistil, že trauma svedení bylo často pouhým produktem bujné fantazie jeho „hysterek“, a proto svou původní tezi pozměnil s tím, že traumatické zážitky vznikají z jakéhokoliv traumatu prožitého v minulosti, pokud si člověk ihned neodžil příslušné emoce. Ty potom našly falešnou inervační cestu a projevíly se na těle. Vzhledem k tomu, že člověk původní trauma nezná, nedokáže si od příznaků ani pomoci – to už je úkolem psychoanalýzy, která se o to snaží pomocí hypnózy či volných asociací (Vacek, 1996).

Nejznámějším příkladem hysterické konverze je **případ Anny O.** Josefa Breuera, který byl později zdokumentován Sigmundem Freudem (1895). Vzhledem k tomu, že mezi případem samotným a jeho sepsáním uběhla poměrně dlouhá doba a sám Breuer žádné zveřejnění případu neplánoval a nedělal si ani příliš kvalitní poznámky, panuje kolem celého příběhu řada nejasností a nesrovnalostí. Anna O., vlastním jménem Bertha Pappenheimová, byla mladá inteligentní dívka ze zámožné rodiny, jež se dlouhou dobu starala o otce umírajícího na tuberkulózu. Po dlouhých týdnech péče začala Bertha trpět záchvaty kašle, proto se rodina obávala, že se tuberkulózou rovněž nakazila. Povoláný lékař Breuer však zjistil, že jde o hysterický kašel a jeho příčiny začal záhy zjišťovat pomocí hypnózy a stavů transu, do kterých se Bertha sama přiváděla. Jedině tak byla schopna odhalit konflikty, které byly vytěsněny do jejího nevědomí, což jí pomáhalo hysterické symptomy zmírnit nebo úplně odstranit. V průběhu času se však její potíže spíše zhoršovaly, neboť se objevovaly stále nové a závažnější symptomy – trpěla halucinacemi, ochrnutím různých částí těla, amnézií, krátkodobou slepotou či hluchotou. Několik měsíců Bertha strávila také v psychiatrickém sanatoriu, avšak její stav se zde opět pouze zhoršil. Závěr její práce s Breuerem je poměrně nejasný, neboť po tom, co se viděli naposled a Breuer ji považoval za vyléčenou, ještě trpěla celou řadou obtíží. Breuer nakonec

nevylučoval ani to, že její nemoc mohla mít skutečně něco společného s tuberkulózou, což nahrává odpůrcům psychoanalýzy. Později byla Bertha velmi aktivní v několika institucích, stala se autorkou divadelních her a povídek, hodně cestovala. O své hysterické neuróze se nikdy nezmínila a údajně byla odpůrkyní psychoanalýzy. I přesto, že Breuer v tomto případě s katarzí vlastně neuspěl, jde o nejznámější případ v psychoanalýze, který Freudovi značně pomohl při formulaci jeho teorií (Vacek, 1996).

### 2. 2. 2. Koncepce alexithymie

Pojem **alexithymie** pochází z řeckého výrazu *alexithymos*, což je složenina tří slov: a – ne, zápor; lexi – číst a thymos – emoce. Jde tedy o neschopnost rozpoznat a vyjádřit vlastní emoce, což má často za následek, že se tyto emoce projeví na tělesné úrovni (Chromý, Honzák et al., 2005).

Tento psychologický konstrukt představil Peter Sifneos v 70. letech 20. století, a kromě neschopnosti číst vlastní emoce popisuje také další dva znaky alexithymických osob, a to poměrně chudou fantazii a slabou schopnost imaginace, a zaměření na vnější události spíše než na vnitřní prožitky (Sifneos, 1979, in Uher, Bob & Ptáček, 2010). Navazující teorie od Taylora, Bagbye a Parkera (1997, in Uher et al., 2010) říká, že alexithymické osoby jsou schopny prožívat emoce, ale jsou náchylnější k negativním prožitkům, které zároveň nedokáží dobře regulovat. Oproti tomu pocity štěstí, radosti či lásky jsou u nich redukovány.

Značnou podporu **alexithymické hypotéze** dávají novější výzkumy, které ukazují, že se v mozku aktivují stejná centra při prožívání fyzické i psychické bolesti. Konkrétně jde o gyrus cinguli, který se aktivuje při prožívání negativních emocí, a pravý ventrální prefrontální kortex, který naopak negativní emoce, včetně reakce vyvolané bolestí, tlumí (Chromý, Honzák et al., 2005).

Vztah mezi alexithymií a psychosomatickými onemocněními byl zdokumentován řadou studií. Některé z nich například tvrdí, že alexithymie je provázena zvýšenou aktivitou sympatiku, což je spojeno s obdobnými fyziologickými změnami, jaké jsou pozorovány u chronického stresu (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Stejně tak může mít alexithymie vliv na fungování neuroendokrinního systému (Guilbaud, Corcos, Hjalmarsson, Loas & Jeammet, 2003).

### 2. 2. 3. Koncepce psychického stresu

Z klinické praxe je patrné, že osoby trpící psychosomatickými potížemi mají určité společné charakteristiky. Na základě těchto charakteristik lze předpokládat, že se u nich s větší pravděpodobností než u zbytku populace rozvine psychosomatická porucha. Také se předpokládalo, že konkrétní psychologické charakteristiky, sociální zázemí a další okolnosti vedou ke konkrétnímu onemocnění. Byl proveden výzkum, v němž byly nezávislým hodnotitelům předloženy osobní údaje psychosomatických pacientů, na základě kterých měli hodnotitelé určit, kterou chorobou pacient trpí. Výsledky sice nedosáhly statistické významnosti, nicméně shoda byla větší, než kdyby šlo o pouhou náhodu. Weiner k osobnostním vlastnostem přidal také tzv. **faktor X**, tedy biologický prvek, který rovněž napomáhá vzniku onemocnění. Testoval skupinu 120 naprosto zdravých mladých mužů – z těch vybral 20, u nichž byly vybrané osobnostní charakteristiky a X faktor pro vznik vředové choroby nejmarkantnější, a skutečně následně pod vlivem stresu z těchto 20 mužů onemocnělo vředovou chorobou 12, zatímco ze zbylých 100 pouze 4. Weinerův koncept, jenž zahrnuje právě i **stres**, přispěl k vytvoření modelu, který předpokládá, že onemocnění může vzniknout na základě kombinace vrozeného předpokladu (biologického i psychického) a působícího stresu (Chromý, Honzák et al., 2005).

Hans Selye později přispěl názorem, který dnes představuje podstatu stresové hypotézy. Je autorem **teorie obecného adaptačního syndromu (GAS)**, která říká, že stresory biologické i psychosociální mají na organismus stejný vliv a obě skupiny stresorů způsobí reakci, která je ale nespecifická. Reakce na stres probíhá ve třech fázích: v první, poplachové fázi, dochází k mobilizaci organismu k boji nebo útěku. Ve druhé fázi, fázi rezistence, se aktivují mechanismy nutné ke zvládnutí aktuální situace, avšak za cenu snížení jiných, v té době méně důležitých funkcí. Ve třetí fázi dochází k vyčerpání organismu a selhávání systémů řídicích i řízených (Selye, 1966). Wolff přišel s teorií, že každý člověk má určitý reakční vzorec na zátěž, a ten určuje, jakým způsobem se zátěž projeví na těle. Toto později zkoumal Lacey, že ačkoliv u některých lidí se jistá stereotypie objevuje, nelze tuto tendenci zobecnit na všechny a také není stabilní v čase. Wolffova teorie o specifčnosti reakce na stres se tudíž nepotvrdila (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

**Stresová hypotéza** se uplatňuje v **teorii životních událostí**, která říká, že negativní životní události mají vliv na zdraví jedince. Američtí psychologové Holmes a Rahe vytvořili tabulku životních událostí, ve které každé události přisoudili určitý počet bodů. Jakmile člověk za 12 měsíců překročí kritický počet bodů, dostává se do rizikové skupiny a je více ohrožen psychickými poruchami či somatickými onemocněními. Přestože působení stresorů a jejich dopad je značně individuální, má množství získaných bodů poměrně vypovídající hodnotu (Holmes & Rahe, 1967). V jaké míře je daná událost pro konkrétního člověka stresová, je určeno jednak vnější podporou – emoční, instrumentální, informační a hodnotící, a také vnitřním pocitem vlastní kompetence situaci zvládnout (Baštecký et al., 1993).

V rámci prevence existují seberozvojové programy, které kromě rozvoje sebeúcty, vytváření zdravých vztahů a komunikačních dovedností učí člověka také zvládat stres a hněv, což by z hlediska komplexního přístupu mohlo sloužit jako protektivní faktor (Baštecká & Goldmann, 2003).

#### **2. 2. 4. Teorie rodiny**

**Rodina** je základní sociální jednotka, v níž se utváří osobnost každého jedince i vzorce vztahů s okolním světem. Zároveň plní určité funkce, jejichž nedostatečné uspokojování může ovlivnit bio-psycho-sociální fungování rodiny jako celku. Člověk je v každém okamžiku součástí nějakých vztahů, z nichž rodinné patří k nejdůležitějším. Ve vývoji biologických, psychických i sociálních aspektů jedince má rodina nezastupitelnou roli (Baštecký et al., 1993).

*„Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací.“*  
(Vymětal, 2003, 91)

Základní **funkce rodiny** jsou funkce reprodukční, které slouží k udržování lidského druhu, ekonomicko-zajišťovací, jejichž podstatou je poskytnutí jistého materiálního zázemí, socializačně-výchovné, kde jde o poskytnutí vzdělání a potřebných kompetencí pro zařazení do společnosti, a citově-intimní, což znamená vytvoření zázemí, jistoty a pocitu sounáležitosti. Všechny tyto funkce by měly být realizovány současně, a pokud nejsou nebo mezi nimi dochází k nerovnováze, zapříčiňuje to poruchu rodinného soužití (Vymětal, 2003). Je zejména důležité, aby rodina dokázala flexibilně reagovat na přirozené

změny v čase se zachováním **rodinné homeostázy**. Pokud se to nedaří, prostředí rodiny se stává patogenním a vzniká napětí, které můžou někteří jedinci řešit somatizací – to pomáhá homeostázu udržet, neboť rodina svou pozornost obrací k nemocnému a současně ostatní, méně důležité věci, odsouvá do pozadí. To je však na úkor přirozeného vývoje celé rodiny (Baštecký et al., 1993). Zpravidla se psychosomatické potíže vyskytují v rodinách, jejichž členové nejsou zvyklí vyjadřovat své emoce nebo spolu o nich mluvit. To může u dětí vyústit v to, že začnou své potřeby nebo problémy prožívat na tělesné rovině. V rodině to často vyvolává spory na téma, zda je původ příznaků skutečně fyzický či psychický, jak na příznaky reagovat, případně či vinou celá situace vznikla (Gjuričová & Kubička, 2009).

Psychosomatické potíže člena rodiny je nutno řešit s rodinou jako celkem. To vyplývá ze současného systémového pojetí rodiny, které je podobné právě celostnímu přístupu k člověku. Jde o to, že změna v jedné oblasti rodiny vyvolá změny i v dalších oblastech, proto také individuální terapie často nebývá produktivní, neboť nepracuje s celým systémem, všemi souvislostmi a dynamikou (Sobotková, 2001). Cílem rodinné terapie je přivést rodinu k aktivnějšímu přístupu k onemocnění, zlepšení vztahů a komunikace k rodině, což umožní nemocnému vyjadřovat své problémy jinak než somatizací (Gjuričová & Kubička, 2009).

### **2. 2. 5. Psychologicko-psychiatrické souvislosti psychosomatických onemocnění**

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) souvisí s psychosomatikou zejména diagnostické kategorie **F30 - F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)** a **F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**.

Pro **depresivní poruchu** je charakteristická zejména patická nálada, nejčastěji smutek, ztráta potěšení a zájmu o obvyklé činnosti. Toto je provázáno také problémy se spánkem (nejčastěji insomnií), poruchou chuti k jídlu (zpravidla jde o snížení), ztrátou energie (fyzickou i psychickou únavou), psychomotorickou agitovaností či útlumem, obtížným soustředěním a přemýšlením, pocity bezcennosti či viny, myšlenkami na smrt i přímo sebevražednými pokusy, někdy se objevuje také sevření na hrudi (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992). Deprese se vyskytuje u psychosomaticky nemocných ve zvýšené míře, ale uplatňuje se také v patogenezi. Vztah byl zjištěn na základě výzkumů, které prokázaly, že prožívání deprese či smutku ovlivňuje také fyziologickou komponentu. Stejně tak vztah potvrzuje tzv. maskovaná deprese, která se projevuje somatickými symptomy, jež ustupují po léčbě antidepresivy (Baštecký et al., 1993).

Skupina psychiatrických onemocnění neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy zahrnuje potíže spojené s úzkostí, strachem a také somatickými projevy.

**Úzkost** je ve vztahu k psychosomatické hodně zkoumaná, nicméně neuplatňuje se ani tak v patogenezi, jako v upevnění chronicity choroby či zhoršení stavu. Míra úzkosti je tedy velmi důležitá pro průběh léčby (Baštecký et al., 1993). Například **generalizovaná úzkostná porucha** se vyznačuje volně plynoucí úzkostí, jež není vázaná na žádnou konkrétní situaci nebo objekt, nadměrným zaobíráním se starostmi a stresujícími myšlenkami. Je provázena svalovým napětím, roztřeseností, závratěmi, nevolností, bolestmi hlavy, bušením srdce, nadměrným pocením apod. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

**Panická porucha** je charakteristická svým náhlým počátkem, který nesouvisí s žádnými konkrétními okolnostmi, projevuje se bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi, pocity depersonalizace, strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení. Ataky trvají několik minut a jejich průběh a frekvence se nedají předvídat a jsou také individuálně proměnlivé. Člověk se obvykle při atace snaží utéci. Pokud k ní došlo na specifickém místě, může se tomuto místu nebo situaci vyhýbat. Rovněž se objevuje trvalý strach z další ataky (Praško, 2008).

Následkem těžkého stresu nebo životní změny může dojít k rozvinutí maladaptivní reakce v podobě akutní reakce na stres, posttraumatické stresové poruchy či poruchy přizpůsobení, přičemž důležitý je právě fakt, že tyto poruchy jsou přímým následkem traumatické zkušenosti (Praško, 2002).

**Akutní reakce na stres** se obvykle rozvíjí do několika minut po traumatickém zážitku (např. znásilnění, autonehoda...) a mizí do 2-3 dnů. Vliv na rozvinutí akutní reakce na stres má také individuální zranitelnost a schopnost se vyrovnat se stresem, to znamená, že ne u všech lidí vystavených velkému stresu se tato porucha vyskytne. Projevuje se ustrnutím, zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací, může se objevovat hyperaktivita a obvykle také vegetativní příznaky panické úzkosti jako zvýšená tepová frekvence, pocení apod. (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

**Posttraumatická stresová porucha** se může vyvinout v průběhu několika měsíců po traumatické události. Za traumatickou událost je považována událost, která svou závažností

přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a působí traumaticky na většinu lidí. Typické je neodbytné vracení a znovuprožívání stresujícího zážitku v podobě flashbacků, vzpomínek či snů, vyhýbání se situacím či místům, která zážitek připomínají, částečná nebo úplná amnézie na trauma, potíže se spánkem, změněná afektivita, problémy s koncentrací apod. Stejně jako u akutní reakce na stres při vzniku posttraumatické stresové poruchy hrají roli také environmentální faktory, individuální odolnost a biologické predispozice (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

**Poruchy přizpůsobení** vznikají následkem významné životní změny nebo stresové události. Jsou charakteristické změnou emočního prožívání a stavy subjektivní tísně, které zpravidla narušují sociální fungování a výkon. Tyto poruchy se projevují depresivní náladou, úzkostí a obavami jedince, že nemůže zvládnout současnou situaci, plánovat nebo v ní pokračovat. Zpravidla tento stav nastává do měsíce po životní změně nebo stresující události a obvykle netrvá déle než 6 měsíců (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

S traumatizujícími událostmi mohou být spjaty rovněž **dissociativní poruchy**, které jsou charakteristické ztrátou normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládnutím pohybů těla. Vznikají v reakci na silně stresující události, vážné problémy či narušené vztahy, a to často náhle, a trvají několik týdnů až měsíců. Může jít například o poruchy motoriky, citlivosti, o amnézii, křeče, stupor a další. Důležitým faktem zde je, že není přítomna žádná tělesná porucha a příznaky často odpovídají pacientově představě o daném onemocnění, přičemž nerespektují anatomické a fyziologické zákonitosti (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

**Somatoformní poruchy** jsou charakteristické výskytem nejrůznějších tělesných příznaků, které ale nemají žádnou fyziologickou příčinu. Pacient, přestože je opakovaně ujišťován o fyzickém zdraví, opakovaně žádá o další lékařská vyšetření a není přístupný psychologickým interpretacím. Také se často objevuje histriónské chování. Rovněž je narušena pacientova schopnost běžného sociálního a pracovního fungování. Pacient, který takovými potížemi trpí, je nemá pod volní kontrolou, to znamená, že nepodvádí a nevymýšlí si, ačkoliv objektivní fyziologická příčina jeho obtíží neexistuje (Praško, 2002).

### 3. Předpoklady komplexního přístupu v praxi

Uvedla jsem, že celostní pohled na pacienta vychází z vnímání člověka jako komplexního systému, který je zároveň součástí širokého systému sociálních vztahů. Změna jednoho subsystému v člověku pak vyvolá změnu v dalších subsystémech nebo také v systémech vyššího řádu. Stejně tak primární změny ve vyšších systémech se mohou odrazit na změnách subsystémů v člověku. Celostní přístup se tedy zabývá **studiem vztahů** mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi a jejich nejrůznějšími interakcemi (Chromý, Honzák et al., 2005).

Lze říci, že komplexní přístup vychází z pojetí zdraví a nemoci, jak je definovala WHO. Definice zdraví zní, že jde o „stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha, přičemž tento stav je proměnlivý v čase; jde o stav do jisté míry přizpůsobivý, tj. závislý na vrozených i získaných vlastnostech jako je kapacita rezerv, odolnost a tolerance na zátěž“ (Hartl & Hartlová, 2009, 701). Oproti tomu nemoc je v Psychologickém slovníku definována jako „medicínská reakce organismu na infekci, traumatizaci psychickou, akutní či vleklou, na poruchu rovnováhy uvnitř organismu či mezi organismem a prostředím“ (Hartl & Hartlová, 2009, 345).

Celostní přístup k pacientovi implicitně zahrnuje informaci o tom, kdo pacient je (Charlton, 1993). Toto pojetí tedy ze strany lékaře kromě odborných medicínských znalostí vyžaduje schopnost uvažovat v širokých souvislostech a osobní angažovanost v kontaktu s pacientem, díky které je možno ovlivňovat také psychologickou, sociální a spirituální složku. Za důležité při komplexním přístupu tudíž považuji **vztah pacienta a lékaře, charakterové a odborné kompetence lékaře myslet a pracovat komplexně a schopnost spolupráce s dalšími odborníky**. Druhou stranu mince při léčbě přístupy celostní medicíny tvoří samozřejmě pacient, bez jehož aktivní spolupráce není možné efektivně dosahovat léčebných cílů. Tato oblast ale není předmětem mé práce, proto ji nyní zmiňuji pouze okrajově.

#### 3. 1. Vztah lékaře a pacienta

Člověk v životě vytváří mnoho různých vztahů, přičemž právě vztah k lékaři je jedním z nich. Prototypem všech mezilidských vztahů je vztah s matkou v raném dětství (Beran, 2010), tedy tento vztah zakládá také na budoucí důvěře či nedůvěře v lidi a svět. Ukazuje

se, že je-li ve vztahu mezi lékařem a pacientem **důvěra**, je o 45% větší pravděpodobnost, že bude pacient se zdravotnickou péčí spokojen (Dwyer, Liu & Rizzo, 2012).

Michael Balint již v roce 1957, kdy byla poprvé vydána jeho kniha *Lékař, jeho pacient a nemoc*, upozornil na **důležitost vztahu lékaře a pacienta při léčbě**. Tento vztah stavěl na první místo, před vyšetření a medikaci, neboť zjistil, že nerozumí-li si lékař a pacient v tom, co od sebe vzájemně očekávají, dochází ke „zmatení jazyků“, oboustranné nespokojenosti a neúspěchu při léčení (Balint, 1999). Balintovy postuláty jsou v souladu s dnešními východisky všech velkých psychoterapeutických škol, které rovněž považují terapeutický vztah za nezbytnou podmínku úspěšné psychoterapie (Kratochvíl, 2012). Lze tedy vyvodit, že postupujeme-li primárně od těla, duše či sociálních vztahů, lidský faktor sám o sobě hraje vždy podstatnou roli.

Pacient přichází k lékaři s jistými somatickými potížemi a očekává od něj, že mu pomůže se těchto potíží rychle zbavit. Lékař od pacienta na druhé straně v zásadě očekává, že se jeho stav bude postupně zlepšovat až k úplnému uzdravení. V případě, že se zlepšení nebo uzdravení nedaří dosáhnout, lékař může – často nevědomě – pacienta odmítat, obviňovat a hledat chybu v něm (Vymětal, 2003). Balintovské skupiny, které byly pořádány v 50. letech na Tavistocké klinice, se zaměřovaly právě na analýzu reakcí lékaře na pacienta a možné zdroje nesouladu a neúspěchu v léčbě. Nahlédnutí vlastních protipřenosových reakcí bylo považováno za podstatný faktor při nastavení vhodné atmosféry pro léčbu (Balint, 1999).

Rozdíl je však již v základním přístupu lékaře k pacientovi a léčbě. Tradiční paternalistický, na lékaře a nemoc orientovaný model, spočívá v postavení lékaře jako osoby, která vztah vede, je direktivní a očekává pacientovu poslušnost. Mezi lékařem a pacientem není osobní vztah a lékař je orientovaný výlučně na biologickou stránku nemoci, ke které má zcela věcný a racionální přístup. Na druhé straně partnerský, na pacienta orientovaný model, je zaměřený celostně. Je spíše nedirektivní, bere v potaz široké souvislosti, vztahy a subjektivní názor pacienta a společně s ním hledá nejlepší řešení problémů. Lékař zde vystupuje v roli vlídného, lidského odborníka (Vymětal, 2003).

Ve studii Littlea et al. (2001) bylo zkoumáno, jak pacientem vnímaný lékařův přístup zaměřený na pacienta ovlivňuje výsledek léčby. Faktorovou analýzou bylo identifikováno 5 oblastí, které výstupy z léčby ovlivňují, přičemž každá z těchto oblastí sleduje jiný rozměr léčebného vlivu. Pět oblastí zahrnuje vnímanou komunikaci a partnerství, osobní

vztah, zlepšení zdraví, pozitivní přístup k diagnóze a prognóze a zájem o vliv na pacientův život. Komunikace, partnerství a pozitivní přístup jsou nejsilněji vztaženy ke spokojenosti, pozitivní přístup je dále vztažen ke zlepšení symptomů, a vliv na pacientův život, zlepšení zdraví a pozitivní přístup nejvíce souvisí s posílením zvládnání. Z toho také z druhé strany vyplývá, že není-li lékař zaměřen na pacienta, bude pacient méně spokojený, méně schopný zvládat, bude trpět více symptomy a častěji využívat zdravotnickou péči. Tarrant, Windridge, Boulton, Baker a Freeman (2003) dodávají, že kontinuálnost péče je důležitým aspektem, který pomáhá posilovat důvěru a usnadňuje ve vztahu mezi lékařem a pacientem komunikaci. To ovšem pouze za předpokladu, že je zachována lidskost a individuální přístup lékaře k pacientovi. Ačkoliv pacienti oceňují lidský a individuální přístup v jakémkoliv kontaktu s lékařem, povědomí lékaře o pacientově zázemí, vztazích a aktuálních problémech nabývá větší důležitosti při řešení dlouhodobějších potíží.

### **3. 2. Předpoklady lékaře pro poskytování celostní péče**

Celostní přístup k pacientovi vyžaduje od lékaře oproti technickému přístupu klasické západní medicíny něco navíc, a to jak v oblasti osobnostních vlastností a charakteristik, tak v oblasti finančních a časových investic do dalšího vzdělávání.

Základním předpokladem je podle Berana (2010) kvalitní **schopnost komunikace**, tedy porozumění tomu, co pacient verbálně i neverbálně skutečně sděluje, stejně jako aktivní schopnost s pacientem hovořit. Detailněji zkoumali důležité aspekty komunikace Maguire a Pitceathly (2002), kteří zjistili, že schopnost důkladného probrání veškerých potíží, pacientových názorů na ně, psychosociálních souvislostí a obav a poskytnutí informací a návrhů léčby, o nichž pacient může spolurozhodovat, vede k tomu, že lékaři získají přesnější informace o pacientových potížích, pacientovo psychologické prožívání nemoci je příznivější a je ochotnější k léčbě a lékař samotný pociťuje větší uspokojení z práce a menší stres.

Beran (2010) dále považuje za důležitou **schopnost sebereflexe** a **respekt** k pacientovi. Ten zahrnuje věnování plné pozornosti pacientovi, poskytnutí dostatečného prostoru a vytvoření důvěrné atmosféry při konzultaci. Balint a Balint (1961, in Beran, 2010) uvádějí **empatii**, kterou popisují jako identifikaci s pacientem, na níž ale nutně musí navazovat vystoupení z pacientova prožívání a racionální zhodnocení pacientových emočních prožitků.

Spektrum metod využívaných v rámci celostní medicíny je široké, proto také lékaři mají rozmanité vzdělání a výcviky ([www.holisticmedicine.org](http://www.holisticmedicine.org)). Ukazuje se, že chce-li lékař k pacientovi přistupovat celostně, vzdělávání v psychologii či specifických metodách a investice většího množství času do samotné péče se stává přirozenou součástí procesu (Maha & Shaw, 2007). Stručný přehled nejpoužívanějších metod uvedu v následující kapitole.

### **3. 3. Spolupráce**

Spolupráci uvádím v samostatné podkapitole, protože ačkoliv schopnost spolupráce lze rovněž vnímat jako určitou dovednost a tudíž by mohla být zahrnuta i výše, vnímám ji také jako nezbytnou podmínku, aby mohla komplexní péče v některých kontextech fungovat. Ať už spolupráce probíhá v rámci specifického týmu (v rámci jednoho zařízení) nebo s externími odborníky, je často nezbytná pro dosažení žádoucího efektu léčby.

Hovoříme-li o týmové spolupráci v rámci jednoho zařízení cíleně zaměřeného na komplexní péči, základem pro tuto dovednost je ochota se učit od druhých a na základě znalostí druhých upravovat své vlastní názory a postupy. Léčebný tým vystupuje jako jeden celek, který má stejnou filozofii a snaží se dosahovat jednotných cílů. Oproti klasické léčbě, která je fragmentovaná, vyžaduje celostní péče také zvýšenou investici času, kterého je potřeba ke konzultaci zjištění v rámci týmu a s pacientem a k následnému týmovému vytváření léčebného plánu (Raudenská & Javůrková, 2011). Nejedná se přitom pouze o tým, který se bezprostředně podílí na léčbě pacienta, ale také o pomocný personál, jako například recepční a další osoby, které na kontaktu s pacientem participují. Osobní přístup se zdá být důležitým zejména u osob s komplexnějšími potížemi a chronickými onemocněními (Tarrant et al., 2003).

Spolupráce s externími odborníky vychází z výše zmíněných odborných schopností a schopnosti sebereflexe. Charon (2001) uvádí, že lékař si musí být vědom, kam sahají jeho možnosti a kdy je potřeba využít znalostí jiného odborníka. Jde rovněž o vzájemné obohacení a porozumění důležitosti a přínosnosti znalostí toho druhého. Pouze tak může lékař plně dostát své profesi a přinášet pacientovi maximální prospěch.

## 4. Komplexní péče v kontextu českého zdravotnictví

V této kapitole se zabývám poskytováním komplexní péče v kontextu organizace českého zdravotnického systému. Vycházím z klasického lékařského vzdělání, dále pak popisuji systém plateb pojištěnec za lékařskou péči v České republice, současné možnosti poskytování celostní péče a nejčastěji využívané alternativní metody.

### 4. 1. Vzdělávání lékařů

Beran et al. (2010) uvádí, že lékařské vzdělání je zaměřeno **velmi jednostranně na tělo**, přičemž zcela opomíjí psychiku jako důležitou součást člověka jako celku. Také sociální vztahy, jichž jsme všichni součástí, ale nelze pominout. Tyto vztahy přitom není možné zkoumat v intencích „biologického jazyka“, tedy syntéza dat biologických a psychosociálních je nezbytná (Chvála & Trapková, 2006).

V současné době jsou budoucí lékaři vedeni k vnímání člověka jako těla, k účtě k technologickému pokroku a farmakologickým výzkumům a k obezřetnosti k čemukoliv alternativnímu (Moore, 2010). Naučit budoucí lékaře již během studií **vnímat individualitu** člověka a z ní vycházet, je podle Hořejšího (1998) cesta k vytvoření humánnější péče. Dle mého názoru by to rovněž znamenalo péči celostní, neboť do oblasti zájmu by se kromě technické péče dostaly také mezilidské vztahy. Zollman a Vickers (1999, in Maha & Shaw, 2007) uvádějí, že pregraduální studenti jsou celostnímu uvažování o člověku mnohem otevřenější, než starší praktici, proto by bylo vhodné je tímto směrem vést intenzivněji.

Jako příklad poměrně striktního biologického zaměření lze uvést studijní plán oboru Všeobecné lékařství na Univerzitě Palackého. Během 6-letého studia se v rámci povinných předmětů nabízí pouze nepatrné množství těch, které se nějakým způsobem týkají psychologie, sociální sféry, komunikace s pacientem a etiky. Také povinně volitelné a volitelné předměty zahrnují převážně témata biologického a technického rázu ([www.lf.upol.cz](http://www.lf.upol.cz)).

V mnoha vyspělých evropských zemích a USA má již dlouhou tradici nácvik **komunikace se standardizovaným pacientem**, což je metoda využívaná v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání, díky které se studenti učí efektivní komunikaci s pacientem se současným vytvářením kvalitního vztahu mezi lékařem a pacientem. Rozhovory jsou

realizovány za pomoci herců v roli pacientů a následně hodnoceny vyučujícími a ostatními studenty, včetně poskytování návrhů na zlepšení. Komunikace se standardizovaným pacientem bývá rovněž součástí závěrečných zkoušek (Raudenská & Javůrková, 2011). Metoda aktuálně začala být využívána také v nemocnicích v Jihomoravském kraji. Je dostupná studentům středních zdravotnických škol, pedagogům a zaměstnancům zdravotnických zařízení a probíhá za účasti profesionálních herců a psychologů ([www.fnusa-icrc.org](http://www.fnusa-icrc.org)).

#### **4. 2. Systém plateb za zdravotnickou péči**

Zdravotnická péče je v České republice dominantně financována z veřejného zdravotního pojištění. Mezi další zdroje pak patří například dotace státu či přímé platby pacientů. Zdravotní pojištění spravují zdravotní pojišťovny, které zajišťují tok finančních prostředků získaných od pojištěnců do zdravotnických zařízení (Nahodil, 2006). Povinnost zdravotního pojištění platí pro všechny, kteří mají trvalý pobyt v ČR nebo pracují pro firmu, která má v ČR sídlo (*zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*). Systém je založen na principu solidarity, který má zajistit dostupnou a rovnocennou zdravotní péči pro všechny (Nahodil, 2006).

Základním způsobem úhrady za zdravotní péči praktických lékařů je kapitační platba, která se realizuje na základě počtu registrovaných pacientů. V seznamu výkonů, které spadají do této kategorie, je i „podpůrná psychoterapie prováděná lékařem nepsychiatrem“. Lékaři specialisti jsou hrazeni na základě provedených výkonů, z nichž každý má přidělenou bodovou hodnotu. Body se poté převádí na konkrétní částky na základě dalších kritérií a podle odbornosti lékaře (*Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení*).

V *zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* je vzhledem k alternativním léčebným metodám explicitně uvedena pouze informace o nehrazení akupunktury. V *příloze č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, která uvádí seznam výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou nebo hrazených jenom za určitých podmínek, se nachází i „podpůrná terapie prováděná lékařem nepsychiatrem“. Ta je pojištěnci dostupná jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci. Podle seznamu výkonů dle *Vyhlášky č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot*

*bodů, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení nejsou do úhrad zahrnuty žádné alternativní léčebné metody.*

### **4. 3. Možnosti celostní péče**

Susa (2010) uvádí, že medicína je jenom jedna a celostní pojetí člověka by mělo být její přirozenou součástí. Výše zmíněný systém plateb zdravotních pojišťoven však přispívá spíše k redukci jakékoliv komplexnosti a humánnosti. Specifické používané metody ani psychologický podpůrný rozhovor pojišťovna neproplatí (nebo jen velmi omezeně), stejně jako čas strávený s pacientem nad rámec běžné konzultace (Kvapil, in Žantovský & Žantovská, 2012).

V některých zemích existují centra, která **komplexně zaštitují léčbu** chronických nemocí nebo chronické bolesti. Fungují na principu týmové spolupráce, kdy tým tvoří lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry a další. Jde tedy jednak o identifikaci a léčbu somatických potíží, dále ale také o psychoterapii zacílenou podpůrně, na posílení zvládání a psychosociálních dovedností, snížení tenze a zlepšení využití volného času, o edukaci v oblasti zdraví a nemoci a vytvoření a udržení funkčního životního stylu. Tato léčba probíhá povětšinou ve 2-4 týdenních programech. Problémem je ovšem financování takové péče zdravotními pojišťovnami, neboť je nákladnější než léčba tradiční (Raudenská & Javůrková 2011).

V České republice nabízí podobný program například Centrum komplexní péče Roseta v Praze. Jde o komplexní psychosomatické vyšetření pro pacienty s převahou pohybových obtíží, které zahrnuje vyšetření rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem a psychologem, následnou týmovou konzultaci a vytvoření závěrů o zdravotním stavu pacienta. Toto vyšetření se však realizuje na přímou platbu pacienta ([www.roseta.cz](http://www.roseta.cz)).

Ukazuje se, že ačkoliv prvotně je celostní léčba dražší, je zároveň **efektivnější** a tudíž z dlouhodobého hlediska méně náročná a nákladná pro všechny zúčastněné strany. Studie Ciphera, Fernandez a Clifforda (2011) srovnávala 3 skupiny pacientů: pacienty, kteří podstupovali pouze farmakoterapii, pacienty léčené klasickým (jednostranným) způsobem a pacienty v celostní léčbě. Výsledkem bylo zjištění, že pacienti léčení pouze farmakologicky vykazovali po léčbě snížení funkční kapacity a zdravotnický systém stáli nejvíce peněz, protože rozmanité zdravotnické služby následně vyhledávali opakovaně. Pacienti, kterým nebyla poskytnuta psychologická péče v následujících 10 měsících po

ukončení léčby, vyhledávali lékaře 3x častěji než pacienti z poslední skupiny, která kromě léčby psychofarmaky podstoupila také psychoterapii. Tato skupina rovněž jako jediná vykazovala zvýšení funkční kapacity po léčbě oproti období před léčbou.

Raudenská a Javůrková (2011) uvádí, že pro pacienta samotného je pak úspěchem snížení bolesti a lepší fungování v dalším životě, pro Správu sociálního zabezpečení je to pacientova obnovená schopnost pracovat, pro zdravotní pojišťovnu menší náklady na další péči, neboť pacient již nenavštěvuje tak často lékaře, nepotřebuje být tolik hospitalizován a nevyžaduje tolik medikace, pro lékaře pak úspěchem může být například snížení hladiny opiátů užívaných pacientem.

#### **4. 4. Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče**

Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče zahrnují například využití relaxačních technik, bylinných přípravků, akupunktury, homeopatie, hypnózy, biofeedbacku, úpravu stravy, masáže, vitamínové terapie a další (Eisenberg et al., 1993). V této kapitole popíšu několik z těchto metod podrobněji. Vzhledem k tomu, že nejsou dostupné informace o nejpoužívanějších metodách v České republice a výše zmíněný zdroj je již poměrně zastaralý a navíc se týká americké populace, následující výběr metod je spíše intuitivní. Postupy, které nejčastěji používali lékaři z výzkumného souboru, budou uvedeny ve výzkumné části této práce.

##### **4. 4. 1. Akupunktura**

**Akupunktura** je metoda čínské medicíny, která vznikla již v neolitické době. Teorie akupunktury vychází z existence dvou protikladných polarit *jin* a *jang*, které v sobě každá obsahují zlomek druhé polarit a společně vytvářejí energetickou rovnováhu, která je základem zdraví. Nerovnováha naopak vyjadřuje narušení homeostázy a vznik patologického procesu (Vrána, 1982).

Metoda je založena na aplikaci jehel do určitých bodů na těle, což má vést ke znovuoobnovení energetické rovnováhy v jednotlivých tělesných systémech nemocného a mezi nimi. Nemocný člověk je vnímán jako celek - změna v jednom orgánu vede ke změnám v celém těle (Vrána, 1982). Na rozdíl od západní medicíny, která se snaží o kvantitativní uchopení příznaků, vyzdvihuje čínská medicína **důležitost pocitů a dojmů z celého člověka** (Farquhar, 1994, in Kaptchuk, 2002).

Podle souhrnu studií účinku akupunktury od Kaptchuka (2002) se **efekt u většiny zdravotních potíží ukazuje jako sporný**. Výjimku tvoří bolest zubů a zvracení, kde jsou účinky akupunktury vysoce pozitivní, dále pak rozmanité závislosti a tinitus, kde je naopak spíše neúčinná. Akupunktura se však přesto těší velkému zájmu, neboť bylo prokázáno, že dokáže stimulovat řadu fyziologických pochodů přispívajících k lepšímu zdraví.

#### 4. 4. 2. Homeopatie

Zakladatelem homeopatie je lékař a chemik Samuel Hahnemann, učitel zdravého životního stylu a propagátor humánní péči o duševně nemocné, který před 200 lety při výzkumu léčby malárie objevil základní homeopatický princip „**podobné léčí podobné**“ (Ullman, Reichenberg, 1996, in Zimmerman, 2012). Tento princip vyjadřuje, že stejná látka, která by u zdravé osoby vyvolala určité symptomy, dokáže tyto symptomy také léčit, ovšem pokud je podávána v mnohonásobně nižším množství (Dooley, 1995).

Také homeopatie vnímá člověka jako celek, tedy neléčí symptom, ale pacienta. Bere v úvahu nejenom obtíže, které přímo náleží dané diagnóze, ale také doprovodné individuální symptomy a charakteristiky daného člověka. Lék tak musí být předepsán tak, aby se shodovaly symptomy, které může vyvolat, se symptomy daného pacienta. Jádrem léčby je stimulace vlastních samouzdravných schopností člověka (Dooley, 1995).

Shang et al. (2005) vypracovali souhrn studií, které srovnávaly účinnost homeopatické a klasické léčby. Do analýzy bylo zahrnuto 110 výzkumů, které srovnávaly efekt homeopatické léčby za využití kontrolní skupiny a stejný počet výzkumů, které taktéž za využití kontrolní skupiny hodnotily výsledky konvenční léčby. Ukázalo se, že placebo efekt se projevuje u kontrolních skupin obou typů léčby. Při zahrnutí tohoto faktu do analýzy bylo zjištěno, že efekt homeopatické léčby je oproti konvenční léčbě spíše slabý. Z toho zároveň vyplývá, že **účinky homeopatické léčby jsou výsledkem placebo efektu**.

#### 4. 4. 3. Fytoterapie

**Fytoterapie** je léčba využívající **bylinných preparátů**. Vytváří tak spojení mezi tradiční léčbou bylinami a alopatickou medicínou. Rozdíl mezi homeopatií, která rovněž užívá rostlinných preparátů, a fytoterapií je v podávaném množství. V rámci bylinné terapie se látka podává v množství, které má prokazatelný farmakologický účinek. Oproti klasickým farmakologickým preparátům, které obsahují jednu účinnou látku a slouží k léčbě konkrétních potíží, obsahují bylinné preparáty více látek v menším množství, které se ale

vzájemně doplňují a mohou pak sloužit k léčbě více různých obtíží (Capasso, Gaginella, Grandolini & Izzo, 2003).

Podobně jako u ostatních terapií celostní medicíny je i fytoterapeutická léčba individuální, neřídí se tedy pouze na dominantní symptom, ale i na další příznaky, které nenáležejí přímo dané diagnóze. Sleduje člověka jako celek a podle toho pro něj vybírá vhodnou bylinu či jejich kombinaci. Samotná práce s bylinami je chápána odlišně na základě filozofie v pozadí - může vycházet například z tradiční čínské nebo africké medicíny či z ayurvedy (Heinrich, Barnes, Gibbons & Williamson, 2012).

#### 4. 4. 4. Reflexní terapie

Kořeny reflexní terapie sahají do doby 3000 let př. n. l. Metoda se zrodila v Asii a je založená na tom, že na všech zakončeních lidského těla jsou reflexní plošky, přes které lze ovlivňovat tělesné orgány (Janča, 1996). Toto ovlivňování je založeno na **propojení nervových zakončení v chodidle s dalšími částmi těla**. Účinné faktory jsou jak biologické, tak spirituální. (Lakasing & Lawrence, 2010). Příslušné reflexní body jsou určeny na základě pomyslného rozdělení těla horizontálními a vertikálními liniemi a stejného rozdělení chodidel. Reflexní terapie umožňuje provádět jak diagnostiku, tak terapii. Základní hmat se potom v tempu a intenzitě mění dle individuality daného člověka (Janča, 1996).

Indikace reflexní terapie je široká, nelze ji ovšem jako diagnostickou a léčebnou metodu využívat izolovaně. Vzhledem k relaxačním účinkům je vhodná pro úzkostné a depresivní pacienty, nápomocná může být při léčbě bolestí hlavy, premenstruačního syndromu, obtíží vylučovací soustavy, roztroušené sklerózy i rakoviny (Lakasing & Lawrence, 2010).

Wang, Tsai, Lee, Chang & Yang (2008) provedli metaanalýzu studií účinku reflexologie. Zjistili, že u žádného onemocnění **nebyl prokázán její signifikantní vliv**. Výjimku tvořily obtíže vylučovací soustavy u roztroušené sklerózy, kde byl účinek reflexologie významně pozitivní.

## 5. Postoje odborné veřejnosti k celostní péči

V této kapitole se zabývám názory lékařů na celostní medicínu, ať už sami komplexní medicínu praktikují či nikoliv. Uzavírám současným postavením celostní péče s ohledem na vše výše zmíněné.

### 5. 1. Názory lékařů na celostní medicínu

V americké populaci se již v roce 1990 objevoval značný zájem o využití alternativních léčebných metod ze strany pacientů. Tehdy tyto metody využil v posledním roce každý třetí dospělý, 72% z nich o tom však neinformovalo svého lékaře (Eisenberg et al., 1993). Tehdejší nastavení odborné veřejnosti však bylo podle článku Murraye a Rubela (1992) značně negativní, tedy to, že se pacienti lékařům nesvěřovali, není až tak překvapivé. Veškerá alternativní péče byla považována za něco nežádoucího, od čeho by měl být pacient odrazen, přičemž možný pozitivní efekt alternativní léčby a to, že polovinu poskytovatelů alternativní péče tvoří lékaři (Cassileth, Edward, Thomas & Brenda, 1984), se nebralo v úvahu. V tomto duchu se vyjadřuje také Moore (2010), který už však alternativní péči hodnotí i z dnešního pohledu a uvádí, že zatímco v roce 1992 byl výraz „alternativní medicína“ pejorativním označením pro šarlatánství různého druhu, dnes mnoho zdravotnických středisek nabízí postupy, které doplňují klasickou léčbu, integrují více složek a léčí celého člověka.

Žantovský a Žantovská (2012) uvádějí 11 rozhovorů s českými lékaři, do nichž zahrnují také téma celostního přístupu a alternativních léčebných postupů. Všichni lékaři, odborníci z různých oborů, uznávají propojenost biologické, psychické a sociální složky a její důležitost při diagnostice a léčbě. S tím se částečně pojí také potřeba dobrých komunikačních schopností, nicméně o vzdělávací programy v této oblasti podle některých z těchto lékařů není příliš zájem. Zde tedy narážíme na určitý rozpor, kdy se zdá, že lékaři na cestě k celostnímu vnímání člověka zatím ušli jenom část cesty. Co se týká využití alternativních metod, většina lékařů je ani nezavrhuje, ani nedoporučuje. Považují však za důležité, aby byly využívány pouze zaběhnuté postupy, nikoliv metody bez jakéhokoliv logického a vědeckého ukotvení, a i zde je na místě opatrnost a konzultace pacientových vedlejších léčebných postupů s ošetřujícím lékařem. Někteří z lékařů uvedli, že sami v minulosti z alternativních postupů využili například akupunkturu nebo metody čínské

medicíny. K homeopatii se většina z nich staví neurčitě a za mechanismus účinku považují spíše placebo efekt než cokoliv jiného.

Kvantitativně téma zkoumali Kanadáné Verhoef a Sutherland (1995). Zjistili, že z 200 dotazovaných lékařů 56% zastává názor, že konvenční medicína může z idejí a metod alternativní medicíny těžit, 54% odkazovalo své pacienty na lékaře využívající alternativní postupy a 16% tyto postupy také praktikovalo. Největší důvěru měli tito lékaři k chiropraxi, akupunktúře a hypnóze, nejmenší naopak k neuropatii, reflexologii a homeopatii.

Kvalitativní výzkum Mahaové a Shawové (2007) zachytil **3 skupiny lékařů**: s pozitivním, negativním a neutrálním přístupem k celostní a alternativní medicíně. Pozitivní vztah měli lékaři, kteří sami pracovali holisticky, protože viděli, že tak mohou pacientům lépe pomoci nebo protože měli negativní zkušenost s klasickou medicínou. Celostní přístup pak u nich přirozeně vedl k zájmu o další vzdělávání a k větší časové investici do práce s pacientem. Negativní přístup měli ti, kteří byli skeptičtí a podezíraví k různým nepodloženým postupům, které jejich pacienti často v zoufalství vyhledali, a měli strach, že by tak pacienti mohli být poškozeni. Neutrálně se ke komplexní a alternativní péči stavěli lékaři, kteří měli o metodách dle svého názoru málo informací a měli dojem, že by bylo potřeba dalších výzkumů účinnosti rozmanitých alternativních postupů. Nedostatek důkazů a tvrdých dat o účinnosti používaných metod se přitom zdál být hlavním důvodem nedůvěry lékařů v alternativní metody.

## **5. 2. Reálné postavení celostní péče**

Podle Hořejšího (1998) byla medicína od dob Hippokratových až do 17. století ve své podstatě celostní. Veškeré nemoci považovala za nerovnováhu 4 tělesných šťáv, a protože jednotlivé nemoci nebyly jednoznačně ohraničeny, medicína se zaměřovala na jednotlivce jako celek, a tak ho také léčila. Teprve postupně vznikla kategorizace symptomů na patognomické, které vystihovaly příznaky typické pro dané onemocnění, a idiosynkratické, které se vyskytovaly pouze u daného pacienta. Idiosynkratické byly přitom upozadřovány, a již zde začalo být důležitější, co mají pacienti společného, než v čem se liší, a tedy omezila se i důležitost vnímání nemoci samotným pacientem. Postupně sílily tendence více se zaměřovat na objektivně změřitelná data, zatímco data subjektivní, zprostředkovatelná

pouze pacientem samotným, se ještě více opomíjela. Stejná tendence je patrná i ve způsobech léčby.

Chvála a Trapková (2006) vidí problém přeorientování se na systemický pohled na člověka ve **ztrátě současných jistot lékařů**, které jsou založeny právě na exaktních principech a moderních technologiích. Do popředí by se dostal mezilidský kontakt a lékařova schopnost komplexního uvažování, technologie a farmaceutický průmysl by ustoupily do pozadí. Současné tržní nastavení medicíny je ale s přístupem zaměřeným na pacienta do značné míry nekompatibilní (Hořejší, 1998). Johnstone (1997, in Donley, 1998) nabízí myšlenku, že klíčem k celostní péči je také návrat lékařů k autentickým hodnotám a uvědomění si původního smyslu a poslání bytí lékařem, tedy pomoc druhým.

Přístup k celostní medicíně není pouze záležitostí lékařů, ale také pacientů, kteří systém zdravotnické péče a uvažování dotvářejí (Chvála & Trapková, 2006). Svým dílem přispívají také pojišťovny, které by podle Mahaové a Shawové (2007) potřebovaly více důkazů o účinnosti alternativních léčebných metod, aby byly ochotny ji hradit. Jak jsem však již uvedla u jednotlivých metod v předcházející kapitole, jejich účinnost je pro většinu zdravotních obtíží spíše nespecifická a pokusy prokázat opak jsou spíše snahou zkreslit výsledky dosavadních zjištění. Příkladem může být tzv. švýcarská zpráva, která je podle Shawa (2012) pouhou snahou dezinterpretovat dřívější zjištění za ignorace informací odporujících přesvědčením autorů. Dle mého názoru by se však pojišťovny měly zabývat také pozitivním vlivem většího zájmu lékaře na průběh a výsledky léčby a tedy potřebnou větší časovou dotací. Tento pozitivní vliv je již zdokumentován řadou studií (srov. Little et al., 2001; Cipher et al., 2011).

Všechny výše zmíněné složky a jejich charakteristiky v procesu léčby hrají významnou roli, a pokud jedna z nich přispívá svým dílem nedostatečně, ovlivní to celý výsledný efekt. Princip celostního přístupu tedy z nejširšího hlediska spočívá ve **fungování jednotlivých podílejících se prvků jako celku**.

# **Výzkumná část**

## 6. Cíle práce

### 6. 1. Výzkumný problém

V teoretické části práce byla uvedena a podložena důležitost celostního pohledu lékaře na pacienta, dále informace o organizaci českého zdravotnického systému a to, jak tento způsob organizace může komplexní přístup k člověku podporovat nebo mu naopak bránit, byly představeny názory a postoje lékařů k celostní péči a její současné zakotvení.

Teoreticky bylo o tématu napsáno již mnoho, výzkumů na rozmanitá témata týkající se komplexního přístupu k člověku bylo uskutečněno nespočetně. Cílem této práce však je spíše zjistit podobu české praxe, a to nejen izolovaně se zaměřením na celostní přístup samotný, ale také v kontextu klasické západní medicíny a systému plateb za zdravotnickou péči.

Výzkum je v souladu s tím zaměřen na podobu celostní péče u praktikujících lékařů, jejich motivaci pracovat jinak než běžným západním technicky zaměřeným způsobem, jejich postavení mezi lékaři pracujícími klasicky a na kompatibilitu celostního přístupu s naším zdravotnickým systémem. Záměrem výzkumu je tak doplnit teoretické informace zkušenostmi a pozorováním lékařů s přímou zkušeností z praxe a poskytnout obraz o současném fungování a možnostech komplexní péče o pacienta.

Původním tématem a záměrem práce bylo srovnání komplexního přístupu k pacientům u lékařů a psychologů. Vzhledem k tomu, že se však téma v průběhu sběru dat ukázalo jako příliš rozsáhlé, byla teoretická i praktická část redukována a zaměřena pouze na lékaře, u nichž se postupně objevilo několik nosných oblastí. Rozšíření o vzorek psychologů bude tématem dalšího výzkumu.

### 6. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

V souladu s výše zmíněným byl stanoven následující **cíl výzkumu**:

Zmapovat a popsat strukturu komplexní péče a postavení a možnosti praktikujících lékařů v kontextu českého zdravotnického systému.

**Výzkumné otázky** byly na základě cíle výzkumu stanoveny následující:

- 1) Jak v pojetí českých lékařů vypadá celostní péče o pacienta?
- 2) Jaké výhody a nevýhody přináší komplexnímu přístupu český zdravotnický systém?
- 3) Jaké má celostní medicína postavení v kontextu medicíny jako celku?

## 7. Metodologický rámec výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen **kvalitativní přístup**, který umožňuje zachytit jevy v širším kontextu, stejně jako jejich procesualnost a dynamičnost. Tímto způsobem lze také uchopit vlastnosti, které jsou jenom obtížně kvantifikovatelné či nekvantifikovatelné (Miovský, 2006).

### 7. 1. Charakteristika výzkumného souboru

Při výběru výzkumného vzorku byly kombinovány metody **záměrného (účelového) výběru, příležitostného výběru** a metoda **sněhové koule** (Miovský, 2006). Základním kritériem zařazení do výzkumného vzorku bylo, aby lékař uváděl, že přistupuje k pacientům celostně. Tato informace byla ve většině případů získána z internetových stránek daných lékařů, případně na základě doporučení, která poskytli lékaři, s nimiž byl rozhovor již uskutečněn. Při výběru nebyla rozhodující základní specializace lékaře, neboť výzkumné otázky byly navrženy tak, aby nebyly specializací ovlivněny. Východiskem bylo, že komplexně může uvažovat jakýkoliv lékař jakékoliv specializace, a ačkoliv problematika může být v jednotlivých oborech různá, celostní myšlení by mělo v každém případě zahrnovat člověka jako celek. Stejně tak byli do vzorku zahrnuti jak lékaři pracující v soukromých ambulancích, tak lékaři pracující ve větších zdravotnických zařízeních. Cílem bylo komplexnější uchopení celé problematiky, protože pohledy lékařů pracujících soukromě a ve větších týmech mohou být v některých bodech rozdílné. Do vzorku byli zahrnuti pouze atestovaní lékaři, což předpokládá několikaletou zkušenost v oboru a tím také možnost zachycení určitého osobního i společenského vývoje. Vzorek zahrnuje 8 lékařů, z toho 4 ženy a 4 muže, zastoupené specializace jsou psychiatr, pediatr, neurolog, rehabilitační lékař, praktický lékař a gynekolog, 6 z těchto lékařů pracuje v soukromých ambulancích, 2 pracují ve větších zdravotnických zařízeních. Největší je zastoupení lékařů z Moravskoslezského a Olomouckého kraje, po jednom jsou zastoupení lékaři z Libereckého kraje a Prahy. Údaje jsou podrobněji rozepsány v tabulce uvedené níže.

	pohlaví	specializace	pracoviště	město
1	žena	psychiatr	soukromá ambulance	Ostrava
2	žena	pediatr	soukromá ambulance	Olomouc
3	žena	neurolog	soukromá ambulance	Olomouc
4	žena	rehabilitační lékař	soukromá ambulance	Mohelnice
5	muž	praktický lékař	soukromá ambulance	Ostrava
6	muž	praktický lékař	soukromá ambulance	Mohelnice
7	muž	gynekolog	větší zdravotnické zařízení	Liberec
8	muž	rehabilitační lékař	větší zdravotnické zařízení	Praha

## 7. 2. Získávání dat

Lékaři byli základně vyhledávání prostřednictvím internetu a vybírání na základě údajů, které uváděli na vlastních webových stránkách nebo které byly dohledatelné na jiných místech. Následně proběhl nejdříve e-mailový kontakt, ve kterém bylo lékařům sděleno téma výzkumu, jeho účel a cíl, dílčí témata, která by v rámci rozhovorů měla být probrána a nakonec žádost o interview. Několik lékařů rozhovor z různých důvodů odmítlo, několik na e-mail nereagovalo. S většinou lékařů ochotných k rozhovoru následně proběhl ještě telefonický kontakt k upřesnění informací a dohodnutí místa a času rozhovoru. Někteří lékaři po rozhovoru poskytli kontakty na další lékaře pracující celostně - tito byli poté kontaktováni přímo.

V úvodu rozhovoru byly lékařům zopakovány informace o výzkumu a jeho účelu, dostali možnost se zeptat na doplňující otázky a byl s nimi podepsán informovaný souhlas, který zaručil dobrovolnost účasti ve výzkumu. Byli dotázáni, zda pro ně není problém zaznamenávání rozhovoru na záznamové zařízení. Následně se přistoupilo k samotnému rozhovoru, jehož délka se nejčastěji pohybovala kolem 30 minut.

Byla využita metoda **polostrukturovaného rozhovoru**, který umožňuje zkombinovat výhody rozhovoru strukturovaného i nestrukturovaného. Jsou definovány základní okruhy a minimum otázek, které by měly být zodpovězeny, tato metoda však umožňuje také pokládání doplňujících otázek, které se zdají smysluplné, a poskytuje dotazovanému širší možnosti vyjádření (Miovský, 2006). Protože cílem kvalitativního výzkumu je zachytit zkoumaný jev v celé jeho šíři, tato metoda se jevila jako nejvhodnější, neboť umožnila kladení doplňujících otázek, které se mnohdy ukázaly jako významné při komplexním porozumění problematice. Samotným participantům metoda umožnila sdělit také doplňující informace, na které se otázky nedotazovaly přímo.

Otázky k rozhovoru byly základně rozděleny do 4 skupin odpovídajících jednotlivým výzkumným otázkám:

**Ad 1)**

- 1) Co si představujete pod pojmem komplexní/celostní péče?
- 2) Když k Vám přijde nový pacient, co všechno o něm zjišťujete?
- 3) Používáte nějaké specifické metody, o kterých byste řekl/a, že vyjadřují komplexnost Vašeho přístupu?
- 4) Je nějaká oblast, na kterou kladete větší či menší důraz?
- 5) Jaké jsou podle Vás důležité předpoklady na straně lékaře, aby dokázal myslet a pracovat komplexně?
- 6) Narážíte na nějaké vlastní limity při poskytování celostní péče?
- 7) Domníváte se, že máte větší úspěšnost než lékaři, kteří nepracují komplexně? Proč si to myslíte?

**Ad 2)**

- 8) Vnímáte nějaké limity v poskytování komplexní péče, které jsou zapříčiněny organizací zdravotnického systému?
- 9) Je ve zdravotnickém systému také něco, co komplexní péči podporuje?

**Ad 3)**

- 10) Vnímáte v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku ve zdraví a nemoci?
- 11) Jak vnímáte postavení celostní medicíny v kontextu medicíny jako celku,

respektive jak si myslíte, že na ni nahlíží lékaři pracující klasicky biologicky?

- 12) Jak by se podle Vás dalo pomoci rozšíření informací o člověku jakožto bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě mezi laickou veřejností? Co mohou udělat samotní lékaři pracující celostně?

V prvním rozhovoru byly položeny všechny otázky ve výše uvedeném pořadí, postupně se však ukazovalo, že některé z nich nepřinášejí novou informaci či na ně lékaři odpovídají spontánně v rámci jiných otázek. Sada otázek byla tedy postupně každému lékaři přizpůsobována podle toho, co zmiňoval, stejně jako jejich pořadí v případech, kdy se k určitému okruhu došlo při probírání jiného dílčího tématu. Průběžně byly kladeny doplňující otázky, které rozvíjely či zpřesňovaly výpovědi lékařů.

Základně lze říci, že otázky 1) Co si představujete pod pojmem komplexní/celostní péče? a 2) Když k Vám přijde nový pacient, co všechno o něm zjišťujete? se ve většině případů sloučily do jediné otázky. Otázky 4) Je nějaká oblast, na kterou kladete větší či menší důraz? a 6) Narážíte na nějaké vlastní limity při poskytování celostní péče? se ukázaly jako nic neříkající. Otázka 10) Vnímáte v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku ve zdraví a nemoci? se postupně rozpadla do dvou podotázek, kdy lékaři hovořili jednak o změnách ve společnosti, jednak u sebe samotných.

Veškeré rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře. Počáteční zdrženlivost a opatrnost lékařů byla postupně nahrazena větší otevřeností a ochotou sdělit maximum informací. S několika lékaři pokračoval neformální rozhovor o tématu i po vypnutí záznamového zařízení. Všechny rozhovory byly tudíž shledány validními pro následnou analýzu.

### 7. 3. Analýza dat

Audiozáznamy rozhovorů byly přepsány co nejpřesněji tak, aby nedošlo ke ztrátě důležitých informací. Do přepisu nebyly zahrnuty pauzy a „slovní vata“, neboť pro dosažení účelu výzkumu by jejich zahrnutí nemělo žádný význam. Tato mírná redukce usnadnila následnou analytickou práci s daty. Při analýze bylo využito **metody vytváření trsů**, kdy byly výroky seskupovány do obecnějších kategorií, **metody zachycení vzorců (gestaltů)**, která umožnila nalézt obecnější vzorce a principy, **metody prostého výčtu**, která zachytila četnost některých názorů účastníků a **metody vyhledávání a**

**vyznačování vztahů**, která umožnila uchopení souvislostí a procesualnosti (Miovský, 2006).

#### **7. 4. Etické aspekty výzkumu**

Při výzkumu byly dodrženy základní **etické principy pro výzkum s lidmi** podle Americké psychologické asociace. Jde o respekt a úctu k účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a důvěrnost informací a právo kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000). Z účasti na výzkumu pro lékaře nevyplývaly žádné výhody ani rizika, byli důkladně informováni o tématu výzkumu, jeho účelu a používaných metodách, měli možnost se na cokoliv zeptat a dostat na své otázky pravdivou a úplnou odpověď. Lékaři souhlasili, aby byly jimi poskytnuté informace zveřejněny i v souvislosti s jejich jménem. Všechny tyto informace, včetně práva kdykoliv odstoupit od účasti na výzkumu, byly uvedeny v **informovaném souhlasu**, který byl lékaři podepsán před započítím rozhovoru. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 4. Vzhledem k redukci původního tématu jde o informovaný souhlas, který byl určen také pro psychology. Redukce tématu však nepředstavuje etický problém, neboť s daty bude naloženo způsobem, o jakém byli participanté informováni.

## 8. Výsledky výzkumu

V následujícím textu budou uvedeny výsledky výše popsaného výzkumu. Výsledky budou předloženy nejdříve deskriptivně s uvedením četností některých výroků participujících lékařů. Četnost označují čísla v závorkách. Následně budou výsledky zasazeny do kontextu jednotlivých výzkumných otázek a budou nabídnuty vzájemné souvislosti.

### 8. 1. Deskripce

**Komplexní přístup** pro lékaře znamená zejména nahlížení na člověka jako na bio-psycho-sociální celek (7), v rámci čehož i na samotné tělo se pohlíží jako komplex, nikoliv jako na izolované orgány (1). Zejména jde o zhodnocení a zahrnutí stavu psychiky, rodinných, společenských a pracovních vztahů, životního stylu (tzn. způsobu stravování, pohybové aktivity, denního režimu apod.) a vlivu dřívějších zkušeností a zážitků na současný stav (2). Roli může hrát také spirituální složka člověka (1). Důležitou zmiňovanou charakteristikou celostního přístupu k člověku je jeho individualita (5), tedy přizpůsobení diagnostiky i léčby konkrétnímu pacientovi, nikoliv strojové aplikování stejných postupů u všech pacientů. Komplexní přístup může být vnímán i jako soubor všemožných metod, které mohou vést k uzdravování (1). Z širšího hlediska komplexnost vyjadřuje schopnost spolupráce, ať už v rámci specifického týmu (2) nebo s externími odborníky z lékařských i nelékařských profesí (2).

**Způsob práce** pochopitelně vychází z výše zmíněného. Veškerá činnost se odvíjí od očekávání pacienta a jeho ochoty spolupracovat. Všichni lékaři (8) uvádí, že celostní přístup nabídnou a jsou připraveni jej použít, ne každý pacient má však zájem této nabídky využít a ne každý pacient, který nabídky využije, je následně ochoten skutečně spolupracovat. Téměř všichni lékaři (7) různými způsoby vyjádřili, že jde o obor, v němž má aktivita samotného pacienta nezastupitelnou roli. Lékař je poté v roli poradce nebo průvodce, který pomáhá hledat možné zdroje potíží a možnou cestu z nich, ovšem iniciativa a zodpovědnost pacienta je klíčová: „...a ten doktor vás potlačí, ale to hlavní musíte udělat vy. Je to medicína se spoluúčastí.“, „Já jsem jenom ten průvodce, kterej ho převede třeba přes to tíživější období, ale jestli se bude vracet a jak často se bude vracet, to už záleží na něm.“. Většina lékařů (6) využívá při své práci také tradiční léčebné postupy jako různá vyšetření a laboratorní testy, rozdíl oproti klasické západní medicíně je v širším náhledu na pacienta, poskytnutí většího časového rámce a většinou také nabídnutí

alternativních léčebných postupů. Lékaři, kteří tradiční medicínu nevyužívají (2) ji nezavrhují a to, zda ji pacienti využijí, ponechávají na jejich vlastní zodpovědnosti. Týmová složka celostního přístupu vyjadřuje jednak schopnost pracovat s ostatními členy konkrétního týmu daného zařízení, jednak také schopnost odeslat pacienta k odborníkům z jiných profesí, zdá-li se to být opodstatněné: „*Já se snažím jakoby znát co nejlépe způsob práce tady všech... a pak samozřejmě máme síť spolupracujících lékařů... nabídnul jsem odkazy na sociální pomoc, mediátory a takový.*“

Jako základní používanou **metodu** uvedli všichni lékaři rozhovor či otázky (8), dva lékaři uvedli také intuici (2). Spektrum nabízených alternativních metod je velmi široké a mezi lékaři jsou značné rozdíly v počtu metod, které nabízejí. Někteří lékaři považují za svůj hlavní a jediný nástroj rozhovor (2), lékaři s nejširším spektrem uváděli alternativních metod i více než deset. Největší zastoupení zaujímal homeopatie (4), akupunktura (4), biorezonance (4), masáže (3) a využití bylinných přípravků (3). Z dalších metod byly zmíněny reflexní terapie (2) a dietetika (2), hydro colon terapie, plynové injekce, taping, moxa, akupresura, fyziologická regulační medicína a práce s dechem (vše 1). Výběr metody přizpůsobují lékaři konkrétnímu pacientovi: „*Je stěžejní toho člověka vidět, vyšetřit ho, udělat z toho nějaký závěr a použít potom léčbu, která bude pro něho vhodná.*“ Někteří lékaři (5) ovšem explicitně uvedli, že finální výběr metody ponechávají na zodpovědnosti pacienta a opět zde vystupují v roli průvodce, který pouze nabízí, co nabídnout může.

Za důležité **vlastnosti** lékaře celostní medicíny považují účastníci zejména upřímný zájem pracovat komplexně (6) a kontinuální vzdělávání (5). Významný je pro ně také rozvoj v oblasti sebereflexe (4), kvalitní schopnost komunikace (3), časové investice (3), finanční investice (2) a schopnost spolupráce (2). Z obecnějších charakteristik lékaři zmínili co nejširší zorné pole, zralost, znalost sociální oblasti, otevřenost, pokoru a zkušenosti (vše 1).

**Úspěšnost léčby** v případě, kdy je k pacientovi přistupováno komplexně, je podle většiny lékařů (7) jednoznačně vyšší než v případě, kdy se pracuje výlučně biologicky. Zbylý lékař uvedl, že se k úspěšnosti léčby není schopen vyjádřit. O větší úspěšnosti jsou lékaři přesvědčeni na základě zpětné vazby pacientů: „*Začínají k nám chodit pacienti, kteří prošli už klasickou medicínu, specialisty, rehabilitaci... a pomohli jsme jim třeba až my.*“ Jak naznačuje citovaný výrok, nejčastěji pacienti uvádějí množství lékařů a vyšetření,

kterými již bezvýsledně prošli, než se dočkali úspěšného vyléčení. Dále pacienti na přístupu lékařů nejvíce oceňují vyšší časovou dotaci, důvěrnou atmosféru a to, že jim lékař naslouchá a skutečně se o ně zajímá, tedy tyto faktory lze považovat při procesu léčení za důležité.

Lékaři se vesměs shodují, že organizace českého zdravotnického systému přináší komplexní péči celou řadu nevýhod, ale jen málo výhod. Na otázku výhod reagovali někteří lékaři jednoznačným „nic!“ (3), dále odpověď rozvedli až na opakovanou výzvu, a to pouze jmenováním dalších nevýhod. Zbylí lékaři formulovali výhody jen velmi obtížně nebo rovněž jmenovali pouze další nevýhody.

Mezi nejčastěji zmiňované **nevýhody** patří čas (5), neboť množství pacientů, kterým jsou ordinace zatíženy, často znemožňuje hlubší sondu do jejich problematiky. S faktorem času souvisí tlak na výkon a množství formálních požadavků na vyplňování rozmanitých dokumentů, podepisování informovaných souhlasů apod. (4): „*Neustále nějaké papíry, informovaný souhlas na každou věc... tak toho člověka spíše odvádí od té práce, než aby to přivádělo.*“. Za problematiku považují lékaři již lékařské vzdělání, které je podle nich jednostranně orientované na tělo (3), z čehož pramení pozdější pouze biologické nastavení zdravotnických pracovníků (4): „*Vyjdou z té medicíny a teď si myslí, jak budou dělat ortopedii, řezat koleno, ale proč to koleno někoho bolí, tak to tam prostě vůbec není zavzato.*“. Toto nastavení připisují také tomu, že medicína disponuje množstvím prostředků k tělesnému léčení, díky čemuž je psycho-sociální složka vytlačována (4). Celé zdravotnictví je podle lékařů velmi rozdrobené (3) a dochází k obrovskému toku finančních prostředků do úzkých oborů (4). Pacient tak podstoupí mnoho nákladných vyšetření, ale člověk jako celek uniká - také proto, že lékaři nejsou schopni nebo ochotni spolupracovat (5). Problematické je také neproplácení alternativních léčebných metod pojišťovny (4), stejně jako času potřebného k důkladnému poznání pacienta a ke komunikaci s dalšími odborníky (2): „*Spousta práce jakoby přesčas, v podstatě mimopracovní, a to nikdo nezaplatí.*“. Všichni praktičtí lékaři, kteří se výzkumu zúčastnili (4), tento problém řeší oddělenou pracovní dobou nad běžný rámec.

**Výhody** organizace zdravotnického systému pro komplexní péči, které lékaři uváděli, byly spíše vágní či bylo sporné, zda je lze považovat za skutečné výhody a případně pro kterou ze zúčastněných stran. Jeden lékař uvedl jako výhodu nefunkčnost zdravotnického systému, která následně pacienty přivede do ordinace celostní péče (1), což umožňuje

lékařům zvýšit finanční profit (2). Z obecnějších výhod zaznělo množství peněz, které v kombinaci se zoufalstvím nad pacienty, které se nedaří vyléčit, vede k hledání cest, jak by se i těmto lidem dalo pomoci (1). Jednu z možností aktuálně nabízí vznik nové lékařské specializace v psychosomatické medicíně (1).

Své **postavení** v kontextu medicíny jako celku vnímají celostní lékaři různě, ale převažuje pocit, že klasičtí lékaři se staví ke komplexní medicíně spíše negativně. Nápadně často zazněla slova jako šarlatánství, čarodějnictví či podvod (5), dále pranýřování, hanění či zlehčování. Z druhé strany někdy celostní lékaři pociťují ze strany klasických lékařů ocenění (3) či respekt (1). Polovina participantů (4) odlišila 2 skupiny lékařů - ty, kteří se k nim staví negativně a ty, kteří jejich práci uznávají. Tři participanté uvedli, že ze strany klasických lékařů vnímají pouze negativní reakce (3), pouze jeden lékař uvedl, že vnímá reakce pouze pozitivní (1). Hanění komplexního přístupu podle celostních lékařů pramení z neznalosti oboru a nedostatku informací (5), který si lékaři nesou již od školy: *Ta neznalost psychosomatické problematiky je strašlivá v tý medicíně. Takže opravdu pak vznikají nepřátelský prostory, protože si to pletou s nějakým čarodějnictvím.*“

Cesta lékařů ke komplexnímu myšlení je záležitostí osobního i profesního **vývoje**. Lékaři udávali zkušenost s vlastní nemocí nebo nemocí v rodině, kdy je neúspěch klasické léčby přiměl k hledání jiných postupů, osobnostní zranění a frustraci nad fungováním zdravotnického systému a jeho nedostatečnou schopností pacienta vyléčit. Několik lékařů spontánně vyjádřilo, že ačkoliv je tento způsob práce náročnější, výsledky stojí za vynaložené úsilí a kompenzují také negativní postoje lékařů pracujících čistě biologicky. Všichni lékaři (8) uvedli, že pociťují vzrůstající zájem zejména mladých lidí o své zdraví, stejně jako jejich aktivnější účast na léčbě. Na druhé straně je však stále mnoho pacientů, kteří chtějí instantní řešení problémů ve formě léků. Jedna lékařka vyjádřila poměr pacientů, kteří mají a nemají zájem o celostnější přístup v poměru 40:60%. Jeden lékař pak vyslovil názor, že zájem o problematiku komplexního přístupu se ve společnosti objevuje cyklicky.

V otázce možností dalšího **rozvoje** celostního myšlení v široké populaci jsou lékaři poměrně skeptičtí a nejednotní. Někteří z nich uvádějí možnost šíření skrze média, jiní naopak tvrdí, že tato cesta není funkční, protože tyto informace hledá teprve člověk, který je celostnímu přístupu již nakloněn a takový člověk si zároveň svůj způsob vždy najde. Jde také o otázku následné popularity, která nemusí být vždy ku prospěchu samotné léčbě:

„...ty lidi choděj za tím věhlasem a vlastně nejsou potom v nějakým reálným kontaktu.“. Jako schůdnější cesta se participantům jeví vzdělávání dalších lékařů, ideálně již pregraduálně, kteří by pak celostní smýšlení o člověku předávali i svým pacientům. „Je zbytečné, že se něčemu říká celostní medicína něčemu moderní medicína - je to jedna medicína.“

## **8. 2. Odpovědi na výzkumné otázky**

### **1) Jak v pojetí českých lékařů vypadá celostní péče o pacienta?**

Komplexní přístup k pacientovi v pojetí lékařů představuje nahlížení na člověka jako na bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek a jedinečnou bytost, někteří lékaři shledávají důležitým faktorem také týmovou spolupráci s dalšími odborníky. Celostní přístup k pacientovi se odvíjí od přání pacienta a jeho ochoty spolupracovat, která je při tomto způsobu léčby esenciální. Lékař k pacientovi přistupuje nedirektivně a považuje jej za rovnocenného partnera v procesu léčby. Klasická péče *lege artis* zpravidla není z léčby vyčleňována, lékař však nabízí oproti tradičnímu západnímu způsobu léčby více času na pacienta, skutečný zájem o jeho potíže na všech úrovních a většinou také využití alternativních léčebných metod. Základním nástrojem lékařů jsou otázky a rozhovor s pacientem, dále využívají množství rozmanitých postupů, nejčastěji jde o homeopatii, akupunkturu, biorezonanci, využití bylinných přípravků a masáže. Většina lékařů zastává názor, že hlavním požadavkem na lékaře celostní medicíny je upřímný zájem o obor a pacienta, který pak přirozeně vede k finančním a časovým investicím do dalšího vzdělávání a práce na sobě. Na základě zpětné vazby pacientů a vlastní zkušenosti s tradičními léčebnými postupy je většina lékařů přesvědčena, že celostní práce s pacientem přináší v procesu léčby lepší výsledky než jednostranný biologicky zaměřený způsob léčby.

### **2) Jaké výhody a nevýhody přináší komplexnímu přístupu český zdravotnický systém?**

Obecně se lékařům mnohem snadněji formulovaly nevýhody zdravotnického systému pro poskytování komplexní péče než jeho výhody. Zmíněné výhody pak mnohdy sporně představují skutečné výhody. Lékaři mezi nevýhodami uváděli zejména množství formálních požadavků a tlak na výkon, které brání bližšímu kontaktu s pacientem a možnosti jej lépe poznat. Významně zatěžujícím faktorem je také současné technické

založení medicíny, které lékaře již od vysoké školy směřuje pouze biologickým směrem, což v kombinaci s množstvím biologických prostředků k léčbě, kterými medicína disponuje, lékaře odvádí od psycho-sociálně-(spirituálních) složek člověka. Rozdrobenost a stále větší specializace v medicíně člověka dále rozděluje, místo aby jej pojala jako celek, kde všechno se vším souvisí. Nepodporování komplexní péče pojišťovnamí je dalším významným faktorem, který od celostního pohledu na člověka spíše odvádí a nutí lékaře, kteří takto chtějí pracovat hledat cesty, jak celostní péči realizovat.

Z výhod byla uvedena nefunkčnost zdravotnického systému a jeho neschopnost vyléčit některé pacienty, což vede k hledání nových cest a řešení. Výsledkem může být například poměrně nedávný vznik specializace v psychosomatické medicíně. Pro samotné lékaře představuje nefunkčnost systému příliv zoufalých pacientů a tím možnost zvýšení vlastního zisku.

### **3) Jaké má celostní medicína postavení v kontextu medicíny jako celku?**

Celostní medicína si v průběhu posledních let celkově buduje pevnější postavení a více se dostává do povědomí lékařů i laické veřejnosti. Přesto však celostní lékaři udávají, že ze strany klasických lékařů jsou vnímáni spíše negativně. Toto negativní pojetí připisují celostní lékaři nevědomosti a neznalosti toho, o čem obor je a jak pracuje. Přátelštější pohled mají lékaři, kteří o oboru něco vědí, znají jeho možnosti a v případě potřeby je dokáží využít. Příklon k celostní medicíně je patrnější u mladších lékařů. Celostní přístup k léčbě pacientů je často výsledkem nespokojenosti s nefunkčností léčby tradičními způsoby, případně osobní zkušeností či osobnostním zráním.

Lékaři se shodují, že další šíření informací o principech celostní medicíny je potřebné a žádoucí. Spekulativní je však šíření prostřednictvím médií, neboť informací je mnoho a často jsou zjednodušené či protichůdné, což ve výsledku nepomáhá ani kvalitní informovanosti, ani reputaci oboru. Jako nejvhodnější se tak jeví cesta vzdělávání samotných lékařů, kteří by pak věděli, co může obor přinést a kdy je vhodné celostního přístupu k člověku využít.

## **8. 3. Interpretace**

Zjištěné výsledky vypovídají o následujících důležitých skutečnostech:

**1) Český zdravotnický systém a nastavení zdravotnických pracovníků komplexní péči spíše potlačuje.**

Lékař musí být k celostní práci silně motivován, neboť téměř vše, co český zdravotnický systém nabízí, jde spíše proti celostní péči. Jde zejména o celkově malou informovanost, biologické zaměření lékařské obce a její podezíravé postoje vůči komplexní péči, rozdrobenou organizaci zdravotnictví a neproplácení celostních postupů zdravotními pojišťovnami.

**2) Nedostatečné lékařské vzdělání v psycho-sociální oblasti lékaře nutí věnovat se výlučně tělu, neboť jde o jedinou oblast, pro kterou jsou vybaveni znalostmi i nástroji.**

Zejména na začátku profesní kariéry, kdy lékaři chybí zkušenosti, je nucen opírat se o nástroje, které mu byly poskytnuty. Stejně tak lékaři přirozeně myslí způsobem, který jim byl předkládán po celou dobu studia. Jak naznačují výsledky výzkumu, vymanit se z tohoto stereotypu předpokládá osobnostní zrání a profesní zkušenost s nedostatečností biologicky zaměřené péče.

**3) Význam celostní péče potvrzuje pozitivní zpětná vazba pacientů a ochota lékařů tímto způsobem pracovat, ačkoliv jde o práci všech ohledech náročnější.**

Pokud by lékaři nebyli přesvědčeni a neměli zpětnou vazbu o tom, že svým pacientům celostní péčí dokáží pomoci lépe než striktně biologickým přístupem, stěží by byli motivováni v tomto náročném způsobu práce pokračovat. Nabízí se motivace finanční, ta se nicméně u lékařů zdála být spíše okrajová, jako důležitější se z výpovědí jevila celková filozofie přístupu k pacientům.

**4) Čas se ukazuje být pro celostní péči jedním z klíčových faktorů.**

Výsledky naznačují, že častou překážkou komplexnější práce s pacientem je nemožnost věnovat mu více času vzhledem k množství pacientů, kteří do ordinace přicházejí. Bez času není možné vybudovat mezi lékařem a pacientem důvěru, není možná hlubší sonda do jeho potíží ani aplikace některých léčebných metod.

### **5) Ordinaci celostní péče je často nutné oddělit od běžné praxe.**

Potřeba většího množství času na pacienta nutí lékaře celostní péči oddělovat od běžných ordinálních hodin. Uvádějí, že ačkoliv se snaží o komplexnější pohled u každého pacienta, někdy to kvůli vytížení ordinací není možné. Možnost se nabízí právě ve vytvoření oddělené pracovní doby, kde se výkony zároveň realizují na přímou platbu pacientů. Jiné uspořádání nabízejí zařízení, která cíleně ošetří menší množství pacientů, jejichž péče je hrazena ze zdravotního pojištění.

### **6) Neschopnost systému vyléčit všechny pacienty podporuje komplexní péči.**

V případě, že by se klasickou medicínou dařilo vyléčit všechny pacienty, nebyla by potřeba hledat další cesty. Vnímání toho, že funkčnost biologické léčby je limitovaná, podporuje rozvíjení pohledu na člověka v širších souvislostech.

### **7) Pro další rozvoj komplexní péče se zdá být zásadní informovanost.**

Nedostatek informací je dle výsledků výzkumu problémem jak zdravotnických pracovníků, tak laické veřejnosti. Zajištění přílivu kvalitních informací oběma skupinám by mohlo přispět ke změně náhledu na člověka směrem k celostnějšímu pojetí a tím i k rozvoji oboru.

## 9. Diskuze

V následujícím textu budou diskutovány možné chyby v metodice a možné zdroje zkreslení výsledků výzkumu. Výsledky budou dále rozvedeny a srovnány s dosavadními výzkumnými zjištěními. Následně budou navržena některá doporučení pro praxi.

### 9. 1. Diskuze o metodice

Při výzkumu byl využit kvalitativní přístup, který se zdál nejvhodnější pro popis zkoumaného fenoménu v celé jeho šíři.

Hlavním nedostatkem může být určitá nejednotnost výzkumného vzorku. Lékaři zahrnutí do studie měli různé specializace a rovněž jejich pracovní zázemí bylo rozdílné. Toto nebylo při plánování výzkumu považováno za problém, neboť základním východiskem a kritériem byla komplexnost přístupu k pacientům, která ačkoliv se může jednat o rozdílnou zdravotní problematiku, vychází ze stejných principů. Při zpracování výsledků se nicméně ukázalo, že v některých výzkumných otázkách hrála jak specializace, tak pracoviště roli. Praktičtí lékaři, kteří jsou hrazeni kapitačně, se potýkají s jinými problémy než lékaři ostatních specializací, kteří jsou hrazeni za jednotlivé výkony. Stejně tak lékaři pracující v soukromých ambulancích pojmají péči jinak a používají jiné nástroje než lékaři, kteří pracují ve větším zdravotnickém zařízení v týmu odborníků. Z druhé strany tato rozmanitost výzkumného souboru umožnila zachytit širší spektrum možných uspořádání a způsobů práce a poskytla kompletnější obraz o struktuře komplexní péče v České republice. Jako žádoucí se však vzhledem k rozmanitosti jeví zahrnutí většího množství lékařů do výzkumného vzorku.

Problematické může být také vyhledávání lékařů celostní medicíny prostřednictvím internetu. Jde o lékaře, kteří svůj celostní přístup nějakým způsobem propagují, nelze ale říci, zda není další skupina lékařů, která považuje komplexnost přístupu za samozřejmost a nijak jej nevyzdvihuje. Tato skupina by také mohla v některých bodech vykazovat lehce odlišné charakteristiky než lékaři, kteří se do výzkumu zapojili.

Dalším možným zdrojem zkreslení je nezkušenost autorky s podobným typem výzkumu, což ústilo při sběru dat v nedostatečné vyhodnocení důležitosti některých informací a tudíž nedostatečné pokládání doplňujících otázek, které by některé jevy mohly vysvětlit ještě

komplexněji. Limitovaná může být také schopnost analytické práce s daty, a tedy výsledky a jejich interpretace nemusí být zcela vyčerpávající.

## 9. 2. Diskuze o výsledcích

Komplexní přístup k člověku je v zahraniční literatuře často rozdělován na dvě různá pojetí. Může jít o tzv. na osobu zaměřený přístup, kde hraje roli zejména lidský faktor, dále tzv. komplementární a alternativní medicínu, která se zabývá také využitím alternativních léčebných metod. V pojetí českých lékařů šlo ve většině případů o využití druhého typu přístupu, který slučuje jak léčebné působení mezilidského kontaktu, tak využití komplementárních léčebných postupů. Někteří lékaři zdůrazňovali také faktor spolupráce, který při komplexní péči považují za jeden z klíčových. Ukázalo se, že většina lékařů při své práci používá také tradiční postupy *lege artis*, direktivita je nicméně všeobecně nižší než při paternalistickém způsobu léčby. Větší zodpovědnost je ponechána na pacientovi, a to již při volbě celostního přístupu k léčbě a dále při samotném procesu léčby. To může být důvodem, proč mnoho pacientů celostní péči odmítá a preferuje bezpracný postup v podobě užití léků, ačkoliv to nemusí přinášet optimální či dlouhodobé výsledky.

Největší prostor se nabízí pro diskusi nad uspořádáním českého zdravotnického systému, který se zdá obecně komplexní péči spíše odporovat než podporovat. V první řadě jde o lékařské vzdělání, které navzdory zjevné důležitosti celostní péče o člověka stále obrací svou pozornost pouze k biologické stránce věci a k využití moderních technologií. Jak uvádí například Raudenská a Javůrková (2011), v mnoha zemích se již dlouhou dobu pracuje na nácviku komunikace s tzv. standardizovaným pacientem, což je v České republice aktuálně teprve čerstvě se rozvíjející záležitost, která však zatím není dostupná pregraduálně. Ne však pouze komunikace, ale také vedení k vnímání člověka jako celku se všemi jeho psycho-sociálními problémy, by bylo u studentů medicíny žádoucí. Větší informovanost by umožnila lékařům minimálně vědět, co může komplexní péče nabídnout. Podle lékařů participujících na výzkumu jde zároveň o jednu z nejnositelnějších cest, jak informace o člověku jako bio-psycho-sociálně-spirituálním celku předat také laické veřejnosti.

Rozdrobenost péče a tlak na výkon lékařům rovněž znemožňuje se na člověka podívat z širšího hlediska. Výzkumy přitom naznačují, že širší pohled na některé pacienty vede k tomu, že následně mnohem méně vyhledávají lékaře a navíc se zvýší jejich funkční

kapacita (Cipher, Fernandez & Clifforda, 2011). S tím souvisí také neproplácení celostní péče pojišťovny. Někteří náročnější pacienti, které se nedaří uzdravit běžnými způsoby, jsou schopni a ochotni si komplexní péči uhradit sami, někteří však tuto možnost nemají. Tito pacienti se potom v koloběhu zdravotnického systému pohybují déle nebo opakovaně. Je potom možné, že tato péče pojišťovny paradoxně finančně zatěžuje více, než by je zatížila péče celostní, která by mohla být efektivnější. Jde nicméně o spekulativní tvrzení, v němž by bylo žádoucí realizovat další výzkumy.

V otázce přístupu k alternativní léčbě se postoje klasických lékařů zjištěné v rozhovorech Žantovského a Žantovské (2012) a postoje vnímané celostními lékaři mírně rozcházejí. Zdá se, že zatímco lékaři vypovídají spíše o neutrálním postoji až uznávání alternativních léčebných postupů, jsou-li poskytovány odborně, lékaři z výzkumného souboru pocítují a uvádějí spíše opačné tendence. Tato rozdílnost může být dána tím, že klasičtí lékaři skutečně alespoň racionálně přijímají důležitost komplexní péče, nezačleňují ji však do své práce a tudíž mají celostní lékaři pocit odtaznění a nespolupráce.

Cesta lékařů ke komplexní medicíně se shoduje s výsledky Mahaové a Shawové (2007), které zjistily, že celostní přístup k člověku je nejčastěji výsledkem negativní zkušenosti s klasickou medicínou a snahy pacientovi více pomoci. Další vzdělání a finanční a časové investice, které účastníci výzkumu často zmiňovali jako základní charakteristiky celostního lékaře, jsou podle výzkumu Mahaové a Shawové přirozenou součástí procesu.

Přínos výzkumu spočívá zejména ve zmapování oblasti, která dle zjištění autorky v České republice dříve zmapována nebyla. Zjištění z velké části korespondují se známými poznatky zjištěnými zahraničními výzkumy, jedinečný je pohled celostních lékařů na náš zdravotnický systém a zmapování, s čím se musí lékaři pracující komplexně potýkat. Podobně je unikátní zjištění, jak celostní lékaři vnímají své postavení v kontextu medicíny jako celku a jejich návrhy, jak komplexnější myšlení zapracovat do širší lékařské veřejnosti.

### **9. 3. Doporučení pro praxi**

V praxi by bylo ideální začlenit komplexní vnímání člověka do pregraduálního vzdělávání lékařů, a to ve formě, kdy by nešlo pouze o racionální informaci, ale kdy by se budoucí lékaři naučili komplexně skutečně myslet. Jde zároveň o cestu, jak by se informace ve srozumitelné a konzistentní formě mohly dostat k široké veřejnosti.

Z hlediska zdravotních pojišťoven by bylo vhodné udělat průzkum, který by porovnal efektivnost léčby klasickými způsoby a celostním způsobem. S tím souvisí také potřeba vytvoření profilu „psychosomatického“ pacienta, tedy člověka, který je pro komplexní péči vhodný a který z ní bude schopen těžit. Je totiž z druhé strany jednoznačné, že jsou také pacienti, který i ryze biologický přístup dokáže bez problémů vyléčit. Smyslem je najít střední cestu ve smyslu zajištění co nejlepšího zdraví pro lidi za čerpání co nejmenšího množství finančních prostředků. Komplexní péče přitom může znamenat využití jednoho odborníka, který bude schopen širšího pohledu nebo zastřešení více odborníků, kteří budou schopni pracovat jako tým.

## 10. Závěry

Komplexní přístup českých lékařů spočívá v diagnostice a léčbě, která zohledňuje člověka jako bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek. Hojně je využito alternativních léčebných metod a spolupráce s dalšími odborníky z lékařských i nelékařských oborů. Celostní medicína se nevyklučuje s tradičními západními léčebnými postupy.

V České republice nejsou pro komplexní péči přátelské podmínky. Důvodem je zejména zdravotnické vzdělání zaměřené jednostranně na tělo, rozdrobenost zdravotnického systému ve směru stále větší specializace a nespolečné odborníků, tlak na výkon a neproplácení komplexní péče zdravotními pojišťovnami. Celostní práce tak vyžaduje od lékařů značné osobní investice a vysokou motivaci.

Nedostatečná informovanost lékařů ústí v jejich časté negativní postoje k celostní medicíně. Vývoj k celostnějšímu myšlení je patrný, je však potřeba dalšího vzdělávání odborné i laické veřejnosti za účelem porozumění, v čem může být komplexní přístup prospěšný.

Zjištění korespondují s výsledky zahraničních výzkumů. Unikátní je posouzení komplexní péče v kontextu českého zdravotnického systému a postavení celostních lékařů v lékařské obci.

## 11. Souhrn

Komplexní přístup vychází z náhledu na člověka jako na bio-psycho-sociálně-spirituální systém, v němž změna v jedné oblasti ovlivní všechny ostatní. Pojem bývá užíván synonymně s pojmem „psychosomatika“, se kterým je ovšem v práci naloženo odlišně a pojmem psychosomatické poruchy je chápán primární psychický problém, který se odrazil na tělesné úrovni. Komplexní přístup oproti tomu zahrnuje obousměrné propojení mezi všemi složkami.

Vývoj komplexního přístupu vychází od Hippokrata, který zcela přirozeně propojoval tělesná i psychická onemocnění a charakteristiky s převahou některého ze čtyř druhů tělesných šťáv. Jeho pokračovatel Galénos již tělo a duši odděloval, oběma však připisoval stejný význam. V 17. století René Descartes se svým dualistickým principem duši z medicíny zcela vydělil. Tělo patřilo medicíně, duše církvi. Až se vznikem psychologie ve 2. polovině 19. století se začalo usilovat o opětovné sloučení těchto dvou principů. Důležitou roli hrál Sigmund Freud, který popsal propojení mezi vytěsněnými psychickými konflikty a tělesnými příznaky. Významná je také teorie vzniku psychosomatických onemocnění od Franze Alexandra. V 70. a 80. letech 20. století byla aktuální teorie, že zodpovědnost za nemoc i zdraví je výlučně osobní - šlo tak o jiný extrém, kdy nebyly zahrnuty žádné další proměnné. Aktuálně je uznáván celostní model, který nahlíží na člověka v širokém kontextu souvislostí a vztahů.

Somatopsychická onemocnění představují primární tělesné onemocnění s jeho psychosociálními následky. Z pohledu komplexního přístupu lze takto označit každé onemocnění. Míra, ve které nemoc ovlivní psychický stav a sociální vztahy je různá a je dána mnoha faktory. Obecně je tento vliv větší u chronicky nemocných pacientů, u nichž se ve 2x větší míře objevují poruchy nálad, úzkostné poruchy a somatoformní poruchy.

Komplementární k předchozí skupině jsou poruchy psychosomatické, kde je primární vliv psychický. Způsob, jakým dochází k manifestaci psychických potíží na tělesné rovině, vysvětluje několik teorií, které bývají rozdělovány na specifické, hraniční a nespecifické. Psychoanalytická teorie pracuje s mechanismem konverze, tedy převedením nezpracovaného duševního prožitku do tělesného příznaku. Alexithymická teorie dává propojení mezi tělem a duší také fyziologickou podporu, kdy v mozku dochází k aktivaci stejných center při fyzické a psychické bolesti. Stresová hypotéza vychází z propojení

osobnostních charakteristik a působícího stresu, které mohou vést ke vzniku psychosomatické poruchy. Teorie rodiny pak vnímá vznik psychosomatické poruchy v kontextu rodinného systému jako základní sociální jednotky. Z psychických poruch s psychosomatikou souvisejí zejména poruchy nálad a neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.

Aby mohl lékař pracovat komplexně, musí mít schopnost navázat s pacientem vztah, což vychází již z postulátů Balinta (1957), který považoval vzájemné porozumění za základní léčebný prostředek. Výzkumy ukazují, že důvěra a zájem lékaře o pacienta významně ovlivňují výsledek léčby. Důležité jsou také určité osobnostní charakteristiky a schopnost lékaře spolupracovat s dalšími odborníky.

České lékařské vzdělání je zaměřeno poměrně jednostranně na tělo a budoucí lékaři nejsou vedeni k vnímání důležitosti psycho-sociálních složek. Technická medicína odsouvá člověka jako celek do pozadí. Návuk komunikace se standardizovaným pacientem, který je v mnoha zemích běžný, se u nás teprve začíná rozvíjet, a to zatím pouze postgraduálně. Praktičtí lékaři jsou zdravotními pojišťovнами hrazeni kapitačně, specialisti dle výkonů. Nejsou hrazeny žádné alternativní metody, „podpurná terapie prováděná lékařem nepsychiatrem“ je hrazena pouze omezeně.

V zahraničí existují centra zaštiťující komplexní léčbu chronických nemocí. Ukazuje se, že tato léčba je primárně nákladnější, ale ve výsledku efektivnější a z dlouhodobého hlediska levnější, neboť se díky ní zvyšuje celkové zdraví a funkční kapacity pacienta.

V rámci celostní péče jsou často využívány alternativní léčebné metody. V práci je z širokého spektra metod podrobněji rozvedena akupunktura, která pracuje s vpichováním jehliček a ovlivňováním energetických drah, homeopatie, která pracuje s podáváním přípravků vyvolávajících symptomy daného pacienta, ovšem v minimálním množství, což vede ke stimulaci samoúdržavných schopností. Dále fytotherapie, která pracuje s bylinnými přípravky a reflexní terapie, která ovlivňuje energetické dráhy prostřednictvím masáže chodidel. Všechny metody pracují s individualitou pacienta, u žádné nebyla jednoznačně prokázána účinnost.

Od původního jednoznačného odmítání celostní péče se společnost posunula k jejímu alespoň racionálnímu přijímání. Čeští lékaři pracující klasicky hovoří o důležitosti zahrnutí

všech součástí, alternativní metody respektují, jsou-li aplikovány odborně. Podobné výsledky nabízejí zahraniční výzkumy.

Reálně se celostní péči zdá bránit technické zaměření medicíny, jejíž opuštění by vedlo ke ztrátě jistot lékařů, nedostatečná osvěta pro laickou veřejnost a nedostatečné množství výzkumů, které by důležitost celostního přístupu podporovaly.

V návaznosti na výše zmíněné byl proveden výzkum, jehož cílem bylo zmapovat a popsat strukturu komplexní péče a postavení a možnosti praktikujících lékařů v kontextu českého zdravotnického systému.

Výzkum byl realizován na vzorku 8 lékařů pracujících celostně, byl zvolen kvalitativní přístup. Tito lékaři měli odlišné specializace i pracovní zázemí. Lékaři byli vybíráni prostřednictvím záměrného a příležitostného výběru a metodou sněhové koule, následně byli kontaktováni e-mailem či telefonicky. Sběr dat probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů. Všichni lékaři podepsali informovaný souhlas s rozhovorem a byla dodržena základní etická pravidla dle Americké psychologické asociace. Rozhovory byly následně transkribovány a analyzovány metodami vytváření trsů, zachycení vzorců, prostého výčtu a vyhledávání a vyznačování vztahů.

Výsledky ukázaly, že komplexní přístup pro lékaře vyjadřuje zejména náhled na člověka jako na bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek, využití alternativních léčebných metod a spolupráci s dalšími odborníky. Přístup se nevylučuje s tradičními léčebnými postupy, lékař je však méně direktivní a větší odpovědnost je kladena na pacienta. Nejčastěji využívané alternativní metody jsou homeopatie, akupunktura, biorezonance, využití bylinných přípravků a masáže.

Český zdravotnický systém klade komplexní péči do cesty množství překážek. Zejména jde o nedostatečný čas na pacienta v důsledku tlaku na výkon a formálních požadavků. Biologicky zaměřená medicína nedává budoucím lékařům mnoho možností integrovat do myšlení také psycho-sociální složky, rozdrobenost lékařských oborů dělí na člověka na části, místo aby tyto části syntetizovala. Pojišťovny celostní péči neproplácí.

Své postavení v kontextu medicíny jako celku vnímají celostní lékaři spíše jako podřadné, ze strany klasických lékařů pociťují nejčastěji opovržení. Toto připisují jejich neznalosti a nedostatku informací o tom, co může celostní medicína nabídnout. Jako nejvhodnější cestu k rozvoji celostního myšlení tak tito lékaři vnímají komplexnější pregraduální vzdělávání.

Poznatky by se pak od lékařů šířily také k pacientům, čímž by i laická veřejnost získávala komplexnější představu o člověku a jeho fungování ve zdraví i v nemoci.

Komplexní přístup vyžaduje od lékařů vzhledem k výše zmíněnému silnou motivovanost a řadu osobních investic. Na základě zpětné vazby pacientů a vědomí, že jim takto dokáží lépe pomoci, jim však tento způsob práce stojí za vynaložené úsilí.

Ačkoliv komplexní péče zatím nemá na poli medicíny převažující postavení, její místo se upevňuje a důležitost celostního pohledu na člověka nabývá stále většího významu. Důvodem může být také zoufalství nad pacienty, které se nedaří klasickými způsoby vyléčit.

Výsledky výzkumu ve smyslu podstaty celostní péče odpovídají dřívějším zahraničním zjištěním. Unikátní jsou ve zmapování pohledu celostních lékařů na český zdravotnický systém a jejich vnímání svého postavení v kontextu medicíny jako celku. Pro praxi je doporučena změna vzdělávání lékařů ve směru větší komplexnosti a další výzkumy v této oblasti, které by pomohly optimalizovat zdravotnickou péči ve smyslu maximálního zdraví a minimálních nákladů.

## Literatura

- 1) Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.
- 2) Baštecká, B., & Goldmann, P. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- 3) Baštecký, J. (2002). *Od psychosomatické k behaviorální medicíně*. In Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- 4) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- 5) Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- 6) Capasso, F., Gaginella, T., Grandolini, G., & Izzo, A. (2003). *Phytotherapy: A Quick Reference to Herbal Medicine*. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- 7) Cassileth, B., Edward, L., Thomas, S., & Brenda, B. (1984). Contemporary Unorthodox Treatments in Cancer Medicine. *Annals of Internal Medicine*. Získáno 25. května 2014 z <http://annals.org/>
- 8) CIPHER, D., Fernandez, E., & Clifford, A. (2001). Cost-Effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of Three Treatment Groups. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 8, 237 - 244. Získáno 12. června 2014 z <http://www.springer.com/medicine/journal/10880>
- 9) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 10) Donley, R. (1998). The Alternative Health Care Revolution. *Nursing Economics*, 16(6), 298-302. Získáno 5. května 2014 z <http://www.nursingconomics.net/>
- 11) Dooley, T. (1996). *Homeopathy: Beyond Flat Earth Medicine*. San Diego: Timing Publications.
- 12) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- 13) Dwyer, D., Liu, H., & Rizzo, J. (2012). Does Patient Trust Promote Better Care? *Applied Economics*, 44, 2283-2295. doi: 10.1080/00036846.2011.564139
- 14) Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D., & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252. Získáno 18. května 2014 z <http://www.nejm.org/>
- 15) Faleide, A., Faleide, E., & Lian, L. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.

- 16) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- 17) Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- 18) Gjuríčová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie - systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- 19) Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2003). Is There a Psychoneuroimmunological Pathway Between Alexithymia and Immunity? Immune and Physiological Correlates of Alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57(7), 292-295. doi: 10.1016/S0753-3322(03)00085-4
- 20) Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 21) Heinrich, M., Barnes, J., Gibbons, S., & Williamson, E. (2012). *Fundamentals of Pharmacognosy and Phytotherapy*. Londýn: Elsevier.
- 22) Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213 - 218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- 23) Hořejší (1998). *Moc a nemoc medicíny*. Praha: Makropulos.
- 24) Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. (2007). Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354 - 360. doi: 10.1159/000107563
- 25) Charlton, B. (1993). Holistic Medicine or the Humane Doctor? *British Journal of General Practice*, 43, 475-477. Získáno 7. června 2014 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/261/>
- 26) Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model of Empathy, Reflection, Profession and Trust. *The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897
- 27) Chromý, K., & Honzák R. et al. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- 28) Chvála, V., & Trapková, L. (2006). Proč se medicína brání systemické teorii. In Růžička (Ed.). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
- 29) Janča, J. (1996). *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. Praha: Eminent.
- 30) Kaptchuk, T. (2002). Acupuncture: Theory, Efficacy and Practice. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 374-383. Získáno 23. května 2014 z <http://annals.org/>
- 31) Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- 32) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

- 33) Lakasing, E., & Lawrence, D. (2010). When to Use Reflexology. *Primary Health Care*, 20(1), 16-19. Získáno 5. června 2014 z <http://rcnpublishing.com/journal/phc>
- 34) Larsen, J., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia. A Review of Neurobiological Studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533 - 541. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00466-X
- 35) Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... Payne, S. (2001). Primary Care. Preferences of Patients for Patient Centered Approach to Consultation: Observational Study. *British Medical Journal*, 322, 468-472. Získáno 8. června 2014 z <http://www.bmj.com/>
- 36) Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key Communication Skills and How to Acquire Them. *British Medical Journal*, 325, 697 - 700. Získáno 8. června 2014 z <http://www.bmj.com/>
- 37) Maha, N., & Shaw, A. (2007). Academic Doctors' Views of Complementary and Alternative Medicine and Its Role Within the NHS: an Exploratory Qualitative Study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:17. doi: 10.1186/1472-6882-7-17
- 38) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 39) Moore, T. (2010). *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál.
- 40) Morschitzki, H. & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.
- 41) Murray, R., & Rubel, A. (1992). Physicians and Healers - Unwitting Partners in Health Care. *The New England Journal of Medicine*.
- 42) Nahodil, F. (2003). *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Vysoká škola finanční a správní.
- 43) Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- 44) Praško, J. (2002). *Somatoformní poruchy. Úzkostné poruchy*. In Höschl, Libiger, Švestka (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 45) Praško, J. (Ed.). (2008). *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál.
- 46) Praško, J. (Ed.). (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 47) Raudenská, J. & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- 48) Růžička, J. (2006). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
- 49) Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.

- 50) Shang, A., Huwiler-Müntener, K., Nartey, L., Jüni, P., Dörig, S., Sterne, J., ... Egger, M. (2005). Are the Clinical Effects of Homeopathy Placebo Effects? Comparative Study of Placebo-controlled Trials of Homeopathy and Allopathy. *Lancet*, 366, 726-732. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67177-2
- 51) Shaw, D. (2012). The Swiss Report On Homeopathy: A Case Study of Research Misconduct. *Swiss Medical Weekly*, 142. doi: 10.4414/smw.2012.13594
- 52) Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 53) Susa, Z. (2010). *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Středokluky: SUSA.
- 54) Světová zdravotnická organizace (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 55) Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R., & Freeman, G. (2003). He Treats You as a Person, Not Just Like a Number. How Important is Personal Care in General Practice? *British Medical Journal*, 326, 1310-1312. Získáno 8. června 2014 z <http://www.bmj.com/>
- 56) Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 5, 496-504. Získáno 20. dubna 2014 z <http://cspych.psu.cas.cz/index2.html>
- 57) Vacek, J. (1996). *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta.
- 58) Verhaak, P., Heijmans, M., Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic Disease and Mental Disorder. *Social Science & Medicine*, 60, 789 - 797. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.012
- 59) Verhoef, M., & Sutherland, L. (1995). Alternative Medicine and General Practitioners. Opinions and Behaviour. *Canadian Family Physician*, 41, 1005-1011. Získáno 10. června 2014 z <http://www.cfp.ca/>
- 60) Vrána, J. (1982). *Stručné základy klasické akupunktury*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 61) Vyhláška č. 428/2013 Sb. ze dne 23. prosince 2013 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. In *Sbírka zákonů*. 23. 12. 2013.
- 62) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 63) Wang, M., Tsai, P., Lee, P., Chang, W., & Yang Ch. (2008). The Efficacy of Reflexology: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 512-520. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04606.x
- 64) Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů*. 7. 3. 1997.

- 65) Zimmerman, K. (2012). Basics of Homeopathy: Treatment Options in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 21-25. Získáno 30. května 2014 z <http://www.icea.org/content/international-journal-childbirth-education>
- 66) Žantovská, I., & Žantovský, P. (2012). *Hovory o zdraví... s jedenáctkou špičkových českých lékařů*. Řitka: ČAS.
- 67) American Holistic Medical Association. (nedat.). *Training and licensing*. Získáno z <http://www.holisticmedicine.org/content.asp?pl=30&sl=2&contentid=77>
- 68) Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. (nedat.). *Simulační výuka komunikačních dovedností*. Získáno z <http://www.fnusa-icrc.org/cs/pilire/vzdelavani/simulacni-vyuka-komunikacnich-dovednosti/>
- 69) Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. (2013). *Studijní plány/sylaby*. Získáno z <http://www.lf.upol.cz/skupiny/studentum/magistersky-program/studijni-planysylaby/>
- 70) Centrum komplexní péče Roseta. (nedat.). *Komplexní psychosomatické vyšetření*. Získáno z <http://www.roseta.cz/specialni-programy/komplexni-psychosomaticke-vysetreni/>

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 4: Vzor informovaného souhlasu

Příloha č. 5: Ukázka výzkumného rozhovoru

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
PETRŮJOVÁ Tereza	Bruntálská 1252/100, Krnov	F100025

#### TÉMA ČESKY:

Komplexní přístup k pacientům u lékařů a psychologů

#### NÁZEV ANGLICKY:

Complex approach to patients by doctors and psychologists

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. dodržení zásad uvedených v nových normách pro vypracování diplomových prací
2. studium relevantní literatury z oblasti komplexního přístupu, psychologie zdraví a nemoci, lékařské psychologie, psychologické práce se somatickým a psychosomatickým pacientem, zdravotnického systému
3. cílem diplomové práce je zachycení struktury myšlení a práce komplexně pracujících lékařů a psychologů, zjištění jejich názorů na komplexní péči v ČR
4. předpokládaná struktura teoretické části:
  - vymezení komplexního přístupu a historie vývoje k dnešnímu pojetí
  - zdraví a nemoc z hlediska komplexního přístupu
  - specifika komplexního přístupu u somatických a somatoformních onemocnění, u funkčních poruch - diagnostika a léčba ze strany lékaře, psychologa
  - specifické charakteristiky pacienta u somatických, somatoformních a funkčních poruch
  - vztah pacienta a lékaře, terapeutický vztah
  - zdravotnický systém v ČR a nová specializace v psychosomatické medicíně
5. předpokládaná struktura praktické části:
  - cíle výzkumu (zjistit strukturu komplexního uvažování u lékařů a psychologů; zjistit na jaké naráží hranice ze strany systému, pacientů, osobní hranice; zjistit názory na novou specializaci v psychosomatické medicíně)
  - výzkumné otázky
  - použité metody (polostrukturovaný rozhovor, pozorování)
  - metody zpracování dat (kvalitativní analýza)
  - zkoumaný soubor (lékaři a psychologové zabývající se komplexním přístupem; záměrný výběr)
  - výsledky práce a jejich interpretace

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.
- Danzer, G. (2001). Psychosomatika. Praha: Portál.
- Faleide A., Faleide E., & Lian L. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada.
- Chromý K., Honzák R., et al. (2005). Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (1998). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- Poněšický, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
- Praško, J. et al. (2010). Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Růžička, J. (2006). Psychosomatický přístup k člověku. Praha: Triton.
- Sandersová, D. (1996). Counselling for Psychosomatic Problems. London: SAGE

# Abstrakt diplomové práce

**Název práce:** Komplexní přístup lékařů k pacientům

**Autor práce:** Tereza Petrůjová

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 63/119 148

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 70

**Abstrakt:** Celostní přístup lékařů k pacientům je důležitým předpokladem pro dosahování optimálních léčebných výsledků. Cílem výzkumu bylo zjistit strukturu celostní péče u českých lékařů s ohledem na organizaci českého zdravotnického systému. Byl zvolen kvalitativní výzkumný postup, do vzorku bylo zahrnuto 8 lékařů pracujících celostně. Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru. Celostní péče pro lékaře znamená zahrnutí bio-psycho-sociálně-(spirituální) složky člověka do diagnostiky a léčby, využití alternativních léčebných metod a spolupráci s dalšími odborníky. Český zdravotnický systém přináší komplexní péči překážky v podobě jednostranného lékařského vzdělání, neinformovanosti lékařské veřejnosti o možném přínosu oboru a neproplácení péče pojišťovny. Celostní medicína si své postavení postupně buduje a upevňuje, žádoucí je rozšiřování informací o potenciálu komplexního přístupu u odborné i laické veřejnosti. Doporučené jsou další výzkumy s cílem maximalizace zdraví za minimalizace finančních nákladů.

**Klíčová slova:** celostní medicína, český zdravotnický systém, vzdělávání lékařů, zdraví

## **Abstract of thesis**

**Title:** Holistic approach of medical doctors to patients

**Author:** Tereza Petružiová

**Supervisor:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 63/119 148

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 70

**Abstract:** Holistic approach of medical doctors to patients is an important precondition for reaching optimal results of treatment. The goal of this research was to determine the structure of a holistic care provided by czech doctors concerning the organization of czech health care system. Qualitative research design was chosen, 8 holistically working doctors were engaged. Data obtaining was realized by semi-structured interview. Holistic health care includes bio-psycho-social-(spiritual) parts of human in diagnostics and treatment, using alternative treating methods and a cooperation with other professionals. Czech health care system brings hindrances to holistic care in a way of limited doctors education in psycho-social area, lack of information of holistic care advantages and not supporting the care by the insurance companies. Holistic care has been building and strengthening its position in medical care, spreading the information of its potential is though still needed. Other researches aimed on maximalizing public health and minimalizing costs are recommended.

**Key words:** holistic medicine, czech health care system, doctors education, health

## **Informovaný souhlas**

Pro výzkumný projekt: *Komplexní přístup k pacientům u lékařů a psychologů*

Řešitelé projektu: *Tereza Petrůjová (pod vedením PhDr. Mgr. Romana Procházky, Ph.D.)*

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zmapovat pojetí komplexního přístupu k pacientům u lékařů a psychologů, kteří se tímto tématem zabývají, jejich názory na potřebné předpoklady na straně lékařů/psychologů a pacientů a názory na toto téma v kontextu našeho zdravotnického systému. Výzkum bude realizován formou polostrukturovaného rozhovoru s následným kvalitativním zpracováním získaných dat. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádné výhody ani rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka výzkumu mne informovala o jeho podstatě a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být publikovány i ve spojení s mým jménem.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na mé případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumu: Tereza Petrůjová

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

## **Lékařka č. 2, pediatr, rozhovor ze dne 24. 1. 2014**

**V:** Tak já jsem se o Vás dočetla, že poskytujete nějakou celostní, komplexní péči, takže by mě zajímalo, co si pod tím pojmem vlastně představujete - nějaká celostní, komplexní medicína.

**R:** Takže chtěla byste po mě slyšet nějakou formulaci nebo definici celostní medicíny.

**V:** Zkuste. Někakou Vaši.

**R:** No, tak jak to říkám pacientům dejme tomu bych Vám to mohla říct. Já celostní medicínu vnímám jako komplex vyšetření a následných ošetření pacienta, které vedou k úzdavě organismu jako celku, které vnímají pacienta jako celý organismus, nejenom jako nějakou jednu jeho část, a nedílnou součástí samozřejmě, nebo ne nedílnou součástí, ale berou člověka ze všech aspektů, jednak z tělesných aspektů, z duševního a z duchovního aspektu zkrátka, takže se snažím pojmout jako tyhle ty aspekty nějak komplexně, dívat se jak na psychický stav člověka, tak na tělesný stav člověka, na duševní stav člověka, ptám se, co lidi jedí, jak se hýbou, jaký mají tělesný režim, co je trápí. Z toho udělám nějaký závěr a vyvodím dejme tomu nějaká další opatření, takže asi takhle. Takže snažím se vnímat člověka jako celek, vyslechnout ho jako celek, který opravdu zahrnuje ty aspekty, které jsem tady vyjmenovala a snažím se ho jako celou ryzí osobnost léčit. Takhle, asi takhle. Snažím se o to spousta let a je to proces, i pro mě třeba. Takže asi tak vám to můžu říct, jestli to v kostce vůbec jde.

**V:** Určitě. A takhle přistupujete ke každému pacientovi nebo je to nějakým způsobem na vyžádání, když prostě ti lidi sem přijdou a říkají, že mají zájem o komplexní péči nebo...?

**R:** Já jsem normální klasický pediatr, takže valnou většinu svého času dělám normální pediatrii, ale i při té normální pediatrii, která vnímá člověka jako v podstatě jenom z jedné strany, jakoby z toho tělesného aspektu, tak i tady při této normální ordinaci se snažím používat, jako trošku že se snažím vnímat to dítě jako součást rodiny, ve vztahu k matce, k otci, k sourozencům a jeho tělesný stav a duševní určitě spolu souvisí. Takže dělám i tu pediatrii možná trochu jinak než ostatní, ale nicméně je to normální pediatrie. A potom mám další část činnosti, kterou teda nazývám tou celostní medicínou a to je na vyžádání a je to placená záležitost, kterou mi ti lidi hradí jako bokem, protože s tím strávím spousta času, tak tak. Takže je to na vyžádání a lidi se objednávají, máme na to objednávkový systém, tak tak asi.

**V:** To by mě zajímalo třeba v rámci té pediatrie, na kolik jsou tomu přístupní rodiče, když třeba zjišťujete něco, co je pro ně takové neobvyklé?

**R:** Někteří na to neslyší vůbec, si řeknou, že to je blbost, když jim třeba řeknu, že mají jinak jíst nebo že jejich dítě má špatný režim, že jsou přetěžované děti a tak podobně, tak někdo to jako nevnímá a chce klasickou západní léčbu, ale řekla bych, že v poslední době hodně přibývá těch rodičů, kteří na tohleto se aspoň snaží trochu slyšet a snaží se pro to dítě udělat trochu víc, než jim dát pilulky nebo kapky na kašel. Takže asi tak, takže řekla bych, jestli to mám nějak procentuálně vyjádřit, tak dejme tomu 60% jich na to neslyší a 40% si nechá něco říct, asi tak.

**V:** Tak to už zní docela dobře nebo ne?

**R:** Jo, ale pokud na takové té dlouhodobé úrovni, kdy ti lidi jsou schopni spolupracovat a fakt to má vést k zlepšení zdravotního stavu jak těch dětí, tak dospělých, tak to procento asi nebude tak velký. Jo, je to, ale řekla bych že, navíc mám takové složení té ordinace, že lidi vědí, že tady tohleto dělám, a tak jich tam hodně chodí, co mají tady o toto zájem, takže si o to rovnou řeknou, když se tady registrují, že by chtěli, abych jim třeba dávala homeopatika nebo abych jim dávala byliny, ale říkám, mám i velký

procento toho, co na to vůbec neslyší. Takže se snažím to nějak, já už samozřejmě vím, kteří ti lidi to chtějí a kteří to nechcú, tak to nějak si už tipnu a nebo se jich zeptám. Ale v podstatě je to asi tak těch 60:40%, bych řekla, že to tak můžu zhruba říct. Používám často akupunkturu během ordinace, dělám to jako x-krát za den, i během té normální ordinace, jakoby ty alternativní procesy třeba nebo postupy.

**V:** Takže akupunkturu a ještě nějaké další metody máte, které...

**R:** Dělám spoustu, spoustu věcí, dělám ušní akupunkturu, dělám celkovou, celotělovou akupunkturu, dělám taoistickou akupunkturu, to je taková nějaká už jakoby na hodně psychické úrovni akupunktura, potom dělám, používám spoustu bylin v souladu s tou čínskou medicínou, děláme fyzioterapeutické zásahy, tzn. používám třeba různé druhy masáží, masáží čínských, různých odblokování bolestivých bloků, tzn. v tady tom je to v rámci fyzioterapie s celostním náhledem, že se nestaráme jenom o nohu, ale díváme se na celý pohybový aparát třeba toho dotyčného, byliny jsem říkala a pak používám homeopatika, to mě ještě napadá. Laser, biorezonanci, ledasco. Jako máme toho hodně, používám fyziologickou regulační medicínu, to je teď třeba nově, to nevím, jestli to znáte.

**V:** To neznám.

**R:** To je taková nějaká dejme tomu vylepšená homeopatie. Je to nějaká metoda známá, z Itálie, tam to vypracovala řada lékařů a je to podle mě hodně hodně efektivní způsob léčby a taky je to celostní léčba. Takže asi tyhle co jsem vyjmenovala, tak jenom v kostce, takže děláme tady spoustu věcí, nedělám to jenom sama, mám i zaměstnaný nějaký lidi, kteří mi s tím pomáhají, protože to sama nestíhám.

**V:** Ano, to je opravdu velká spousta věcí teda.

**R:** Říkám, že se hodně snažím o to, abych to nějak pojmulu jakoby opravdu komplexně, protože každému pacientovi sedí něco jiného a o tom to právě je, že není univerzální léčba, která by pasovala na jedince každého, prostě nic není univerzálního a musí se to vyladit prostě podle toho, jak ten člověk vypadá. A je stěžejní toho člověka vidět, vyšetřit ho, udělat z toho nějaký závěr a použít potom léčbu, která bude pro něho vhodná. A o to se tady celou dobu snažím, aby to tak nějak bylo. Ještě jsem určitě zapoměla říct, že používáme velkou, velkou část dělám jako dietetiky. Jo, že se věnuju v podstatě úpravě stravy, což je podle mě jeden z největších problémů tady té populace, že se strašně špatně stravujeme. Tak tak.

**V:** Myslíte si, že třeba díky tomu máte větší úspěšnost než lékaři, kteří nepracují takhle komplexně?

**R:** Jako úspěšnost ve vyléčení? To bezesporu. Jako když ti lidi spolupracují, trochu jako naslouchají a jsou schopni udělat komplex opatření, který fakt zahrnuje režimový opatření třeba úpravy dětem, já nevím, spánkový režim, zátěžový režim stran školy, kroužků, děcka jsou v dnešní době strašně přetížená a jestliže upraví stravu, jestliže si řeknou, že nebudou jíst doma určitý druh potravin, který těm dětem vadí a fakt to prostě udělají, to už máme 3 aspekty, nebo 2 - máme psychiku, to jsme si říkali, to je úprava režimu a takové té psychické pohody doma v rodině, úprava té potravy, to je další „P“ a potom ještě říkám pohybová úprava, to je velmi důležité, protože často děti třeba sedí u počítače celé dny a pokud se trošičku lidi do toho dají, že jsou schopni zabezpečit tu psychickou pohodu, potravinovou změnu a pohybovou změnu u toho dítěte a já jim trošičku pomůžu v tom, že jim řeknu, jak to mají dělat, jako já jsem takovej ten, že je v podstatě nasměřuju, co by bylo pro ně dobře. A jestliže ti lidi spolupracují, tak bych řekla, že máme velký procento úspěchu. Asi tak nějak komplexně by se to dalo říct.

**V:** Co se týká zdravotnického systému, myslíte, že tam je něco, co tu komplexní péči podporuje?

**R:** Jako zdravotní systém tady...?

**V:** Náš český zdravotnický systém.

**R:** Ne. Myslím, že je všechno proti. Ta medicína je podle mého názoru velmi rozdrobená, je specialista na každou, pomalu na pravou ruku a na levou ruku, mě to přijde opravdu od sebe strašně odtrhaný, specialistů je strašný kvantum, nespolupracují spolu a ten člověk jako ten celek prostě uniká úplně někam pryč. A že by se někdo ve zdravotnictví, třeba ve fakultní nemocnici zabýval tím, jestli je člověku špatně po těle nebo jestli se v noci vyspí nebo jestli nepláče celý den, tak to nikoho nezajímá. Je to, je to prostě smutný. Takže řekla bych, že ten systém toho zdravotnictví je tady velmi roztržštěný, nekoordinovaný a nevede to podle mě jako k úzdavě člověka, je tam utopených spousta peněz úplně zbytečně a vidím to jako velmi špatně, ale to je tak asi všechno, co s tím nadělám. Já se snažím to dělat trochu jinak, no. A je to, myslím si, že je to fakt poznat, k čemu jsem dospěla za 23 let práce, já pracuju 23 roků a říkám si, že opravdu když vidím, kolik lidí obejdou specialistů, každé udělá celou řadu vyšetření, za to se utratí spousta peněz, pak terapeutický opatření, léky se spolu perou, nikoho to nezajímá dohromady, je to roztržštěný. Takže nevnímám jakoby činnost státu tak, nebo toho zdravotnického systému tak, aby vnímali toho pacienta tak jako osobnost, která žije teď, tady v nějaké době, v nějakém prostředí, jí určitou stravu a tak dál. To prostě tady tak nefunguje a myslím si, že to asi ani není v moci tady toho systému, aby to nějak udělal a je to roztržštěný a myslím si, že to je i předimenzovaný v mnoha, jako to zdravotnictví.

**V:** Ještě něco Vás napadá takového čím je ta komplexní péče ze strany toho zdravotnického systému limitovaná?

**R:** Čím je to limitovaný ze systému jakoby té západní medicíny? Já si myslím, že ti doktoři jednak o nějakém komplexním přístupu k pacientovi nic neví, nejsou v tom vzdělání jako, já si myslím, že už je to od školy. Máte tam specializovaný obory a aspoň za doby, kdy jsem chodila na medicínu nebo i co vím, co chodí studenti, tak oni nemají jakoby tady tenhle pohled, nejsou k tomu vedeni. Takže si myslím, že vyjdou z té medicíny a teď si myslí, jak budou dělat ortopedii, řezat koleno, ale pro to koleno někoho bolí nebo tak, to tam prostě vůbec není zavzato. Já mám tady akreditovaný pracoviště a chodí mě sem studenti, chodí mě sem po škole doktoři, kteří se tady vzdělávají, oni nemají páru o tom, co to je jako pracovat s lidma jakoby s živýma bytostma. Je to podle mě hodně odtržený, už od školy, takže ono to od toho pramení. Ti doktoři o tom nic nevědí, ale ani nejsou vedeni k tomu, že by byli přístupni nějakým informacím jako ze strany té celostní medicíny. Já si myslím, že možná, že se to třeba změní, teď už na Hradci Králové mají otevřít nějakou kliniku čínské medicíny, což je samozřejmě celostní medicína, takže on se možná ten úhel pohledu změní, že se to třeba časem, ale to bude trvat generaci dvě, než se tadyto třeba spraví. Oni vyjdou z té medicíny, studenti, kteří nemají podle mě vůbec páru o tom, že je potřeba toho pacienta vidět jako nějakou bytost, která tady žije v nějakým, ovlivňuje nás prostředí, ovlivňuje nás potrava, nejsou k tomu vedeni a celý ten systém, stresový způsob života, spousta zvrácených věcí, jak lidi žijí, a tak si myslím, že to je ale obraz dnešní doby, no. Nevím, jak to vnímáte vy, ale já to tak cítím, no, že to tak dlouho nemůže vydržet.

**V:** Ano, když jsem mluvila o tom s nějakými lékaři, a to ani nebyli lékaři, kteří pracují komplexně, ale taky říkali to, že absolutně se na té škole nenaučili ani to, jak komunikovat s tím pacientem, natož tak nějaký doopravdy celostní pohled.

**R:** Je to smutný, protože mě tady chodí hodně lidí i s nádoroma a s vážnýma diagnózami, že jsou, že z fakultní nemocnice nebo já nevím odkud odešli s tím, že už jim nikdo není schopen nijak pomoci a já si tady s nima hodinu sednu a mluvím s nima a oni říkají, že to za celou dobu nikdo neudělal. Jako, je to špatný, no, ono ti doktoři jsou zahrnuti spoustou práce, spoustou papírů, spoustou pacientů, ta

péče se drolí a nikoho v podstatě nezajímá, jak tomu pacientovi opravdu je, nemá čas to řešit. A oni když přijdou sem, oni mají vymezenou hodinu se mnou a já s nima mluvím, tak spouště z nich tečou slzy, že vůbec se mohli s někým pobavit. Jako je to, je to ale tak.

**V:** Takže je to v tom zdravotnickém systému i o tom nedostatku času?

**R:** Určitě, je to určitě o nedostatku času, že nemáte v té, v tom normálním provozu nemáte čas na to, abyste se tomu pacientovi věnovali. Já nevím, dneska jsme měli ráno 47 lidí a vemte si, že na to mám 4 hodiny, tak si to spočtete, kolik toho je. A to se ještě snažím hodně, abych to nějakým způsobem neodbyla, ale ono to nejde, takže na tu normální pediatrii, když si to vezmete, tak já ošetřím, někdy jich bývá třeba i 55, ale to je takový běžný číslo, 40 je normálka za 4,5 hodiny práce, tak si vemte, co můžete s těma lidma navykládat, to nejde. A to si myslím, že je stejně tak ve fakultní nemocnici a všude. Další aspekt, co si myslím, že je důležitý, je fakt nad tím přemýšlet, že ti lidi chodí opakovaně a s banalitama, kdyby tady to odpadlo, kdyby to zdravotnictví se trochu zpoplatnilo, tak by to nebylo. Když by měli dávat 50,- Kč, tak by si to rozmysleli, jestli přijdou 4x za týden s rýmou. Takže asi v tomto duchu na jedné straně je to předimenzovaný a těm lidem, kterým skutečně něco je, tak na ně potom není čas. Takže mě za to dopoledne přijde 47 lidí a 10 z nich je nemocných. To je obraz, to je reálná pediatrie, tady toto.

**V:** To taky nejste první, kdo mi tohle říká... Sice jsem o tom ještě nemluvila s žádným pediatrem, ale je to stejné asi.

**R:** Je to stejné, podle mého názoru kdyby se to zdravotnictví zpoplatnilo, nějakou symbolickou částkou, tak odpadne to. Jo, protože občas žasnu, s čím jsou lidi schopni sedět v té čekárně, kde sedí 30 lidí a sednou si tam s těma bacilama a čekají, nevím prostě, občas fakt žasnu nad tím, takže to je taky tou, to je taky zvrácenost toho zdravotnického systému, že lidi mají pocit, že všechno bude zadarmo a že jim to spadne do klína, že spolknou pilulku a budou zdraví, ale tak to není. Jo, tady je ten naučený ten západní systém, spolkneme prášek, bude nám dobře, ale ten život nebo ta moje praxe mě naučila, že to tak nefunguje.

**V:** Jaké si myslíte, že jsou důležité předpoklady na straně lékaře, aby dokázal pracovat komplexně?

**R:** Musí do toho dát spoustu svého času, je to jediné o tom, že toho doktora to musí zajímat, musí chtít o tom něco vědět, jo chtít, to je myslím to správné slovo, že vás to zajímá, že chcete a musíte do toho investovat spoustu osobního volna, času, cest a peněz. To jako mimo jiné, protože já jsem třeba studovala v Praze 5 let tu čínskou medicínu, do toho spoustu dalších nějakých nastavbových věcí, když jenom spočítám ty cesty do té Prahy a placení té školy, tak mě to stálo obrovský finanční prostředky, ale říkám, nebýt toho zájmu, tak bych to nezrealizovala, takže asi mě to zajímalo vždycky, takže tak.

**V:** Stálo Vám to za to.

**R:** To nevím, já jsem si přidělala práci určitě. Protože jinak bych dělala tu normální pediatrii a psát kapky na kašel je jednodušší.

**V:** No to jo, ale asi by Vás to tolik nenaplňovalo jako tahle práce.

**R:** Ne, to je právě to, že potom když něco chcete a ono vás to zajímá, tak Vás to i naplňuje a nějak Vám to možná tu energii vrátí. Jo, ale je to, pracuju hodně, pracuju 12 hodin denně, kromě pátku. Ještě v sobotu a v neděli tak budu dělat papíry, takže asi tak, je to opravdu velká osobní investice si myslím, časová hlavně.

**V:** Narážíte třeba na nějaké limity při poskytování této péče, které vychází například z Vaší osobnosti nebo znalostí?

**R:** Limity, myslíte, že narážím na nějaký odpor, že to třeba někdo nechce nebo...?

**V:** Ne ne, já spíš myslím nějaké Vaše osobní limity, jestli máte pocit, že Vám v tom něco chybí, abyste to mohla dělat úplně tak, jak byste chtěla.

**R:** No čas. Tak určitě čas a taky ta osobní kapacita, není možný dělat od nevidím do nevidím, já se potom musím taky někde dobít, že to není o tom, že můžete dělat nonstop, to nejde.

**V:** Dvanáct hodin denně už zní dost drsně.

**R:** No, je to tak ale, je to pondělí až čtvrtek, je to opravdu 12 hodin denně, v pátek končím trochu dřív, ale většinou mám ještě nějakou službu v nemocnici o víkendu a ty papíry, to je nekonečný, že, takže tak asi no. A musím spoustu věcí dodělat jako třeba když mám ty pacienty na tu celostní medicínu, tak třeba musím během víkendu zkompletovat nějak tu diagnózu a udělat nějaký plán, takže na to potřebuju úplnej klid, potřebuju u toho sedět sama, aby mně do toho tady nezvonily telefony a tak podobně, takže to dělám o víkendech, takže je to v podstatě fakt ta časová investice hlavně. Co je limitující pro ty pacienty si myslím, že jsou občas peníze, protože není to zadarmo, ta medicína, a určitě pro hodně lidí je limitující to, že nejsou schopni akceptovat změnu způsobu života třeba.

**V:** Hmm, takže oni si sem přijdou pro nějakou komplexní péči, ale stejně se jim to...

**R:** Ano, Vy jim dáte, že máte návrh opatření a, b, c, d, e, f, většinou jim dám fakt jako nějakých 5 východisek a oni mi řeknou to nejde..., ale..., to nejde, protože... Pokud to nejde tak, tak potom jim není pomoci. Jo, protože je to, myslím si, že kdysi nám říkal nějaký profesor na té čínské medicíně, že jsme nastoupili v životě na nějaký schody, který jedou v metru dolů. Většinou ten zdravotní stav ubíhá jako že to někam jede. Jo, dostanete, že máte třeba, já nevím, zánět tlustýho střeva, tak máte problém a jede to a Vy se musíte na těch schodech otočit a přeběhnout to a pokud to neuděláte... a ten doktor vás potlačí, ale to hlavní musíte udělat Vy, je to, je to medicína se spoluúčastí. Asi tak, no.

**V:** Vnímáte v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku, jednak ve společnosti celkově a jednak třeba u Vás osobně?

**R:** Jako k člověku jako k pacientovi? Jestli jsem změnila postoj?

**V:** Ano, vnímání člověka. Vy jste mluvila o tom, že ten systém je nastavený tak, že člověk se naučí na to koukat jenom tím jedním směrem. Takže mě zajímá, jak ten vývoj probíhal u Vás.

**R:** No, já jsem během, jednak mám sama 3 děti, které byly taky nemocné a jednak během toho procesu, kdy jsem vlastně chodila do ordinace a léčila jsem ty děti, tak jsem viděla, že to prostě nefunguje, že jsem v určitých momentech úplně v koncích s kapkama na kašel a s kapkama do nosu. To bylo vidět, že prostě tam ten limit můj končí, já už jsem nebyla schopná těm dětem dál pomoci, ani svým dětem doma. Tak jsem si říkala „kristepane, tak co s tím“, děcka byly vyšetřeny od hlavy k patě, všechny testy negativní, tak co teď. Začala jsem se pít tak nějak po jiných možnostech, vždycky jsem k tomu inklinovala, velmi brzy jsem si udělala ten homeopatický kurz, to snad asi 3-4 roky po škole a potom jsme měli to 3. dítě, a to bylo v jednom kuse nemocný. Jsem si říkala „proboha proč to je?“. Bylo to proto, že jsem lítala furt do práce od toho dítěte, že jsem nebyla ani chvíli doma, že jsem furt měla nějaký chuťvy, prostě jsem neměla čas se těm vlastním dětem věnovat a pak jsem zjistila, pak jsem dospěla tedy k nějakým těm čínským, takže jsem zkusila na tom svém dítěti nějaký

byliny, i na sobě, protože jsem taky byla v jednom kuse nemocná, tady z té ordinace, že to bylo, v podstatě tady jste vystavená v jednom kuse nějakému útoku bacilů a negativních emocí, co tady na Vás ti lidi celý den, to na Vás dávají, tak se musíte bránit nějak. Já jsem byla v jednom kuse nemocná. Měla jsem třeba 10 let v kuse zánět nosních dutin, já nevím, co bych všechno vyjmenovala, byla jsem úplně na hadry, tak jsem si říkala co s tím. Tak Vám řeknu dvě věci teďka, který mě fakt přesvědčily o tom, že to funguje. Vzala jsem si jednak nějaký byliny, který jsem si říkala, že to je na pendrek, to nemůže fungovat, ale jedla jsem to a najednou jsem zjistila, že tu rýmu nemám. A to stejný bylo u dcery moje nebo dejme tomu u mého syna, a ten měl taky furt nějaký problém, až akupunkturou ho jedna moje kolegyně uzdravila, takže jsem si říkala „aha, ono na tom asi něco bude“, a pak jsem zjistila, že je strašně důležitý se hýbat a mě přešly veškeré, já mám astma diagnostikované kdysi dávno a já jsem začala běhat a uběhnu půlmaraton celkem bez potíží a zjistila jsem, že ono je asi něco na těch opatřeních, jak těch potravinových, tak těch pohybových, tak prostě těch pomocných, té pomoci těch bylin a tak podobně, něco na tom bude. Takže v dnešní době jsme na tom tak, že se prostě doma neléčíme žádnýma práškama, pokud, samozřejmě jsou situace, kdy je to nutný, ale že se snažím to dělat velmi střízlivě a držíme se na těch bylinkách a ono to jde, pokud člověk jenom trošičku se fakt chce hýbat a dělá pro sebe něco pro to tělo jako komplex. Jo, takže v podstatě manžel býval taky nemocný, míval vysoký tlak a spoustu problémů, cholesterol a tak dál a ono se to opravdu dá tou stravou, běhá taky, jsme se fakt tady tímhle tím spravili. Můžu říct, že to každému můžu dát osobní příklad, protože jsem si to zažila na vlastní rodině i na sobě a na těch pacientech, když vidím, tady jsem měla paní astmatickou, která mě tady donese za rok kytku a řekne, že je bez astmatických léků a že uběhla půlmaraton, tak se smějeme a padneme si do náručí, že, takže ono je to o tom. Že opravdu jsem zjistila, že to prostě funguje, to o té osobní zkušenosti a určitě se změnil i pohled na toho pacienta, že se snažím být strašně moc empatická. Jestli jste se ptala tady na to, jestli se mně změnil pohled nebo jakoby způsob vyšetřování jo, tak je tam ta empatie, jo, takže o to se snažím, jako abych se do toho pacienta vcítila, jak mu asi je blbě a co všechno na něho působí a tím, když se do toho vžijete, tak mu dokážete líp pomoci.

**V:** Vidíte nějaký posun i ve společnosti, v tomhle?

**R:** Já si myslím, že se to mění teďka poslední dobou, ale že to bude trvat. Spousta lidí je naučených opravdu tak, že si přejou ten prášek a už aby měli po problému, ale ono opravdu to tak není úplně jednoduchý. Ale myslím si, že se to trošičku, dejme tomu, má tendenci měnit. Potom jsou zase různý další extrém, jo, že se tady nachází lidi, kteří nechcú děti očkovat, kteří nechcú vůbec nic a bojkotujú veškerý pilulky a tak dál, takže ono je to potřeba najít nějakou takovou správnou bilanci a proto si myslím, že je dobře, že třeba jsem normální doktor vzdělaný v té západní medicíně, že snad se dá vychytat nějaká taková ta, kdy ještě můžeme bylinkama, kdy můžeme akupunkturou a kdy už fakt třeba se musí dát ty antibiotika nebo třeba i kortikoid. Jako taky používám normální medicínu, ale říkám, že je potřeba to tak nějak vycítit, kdy ještě můžu a kdy už ne. No asi tak no, takže se to snažím spolu jako nějak kombinovat. Vždycky si říkám, používám různý vyšetřovací metody, abych jako, abych fakt něco nezanedbala. Je to i zodpovědnost moje, když třeba si dovolím léčit angínu bez antibiotik, tak musím vědět, co dělám.

**V:** Jak si myslíte, že se na Vás jakožto na lékařku celostní medicíny dívají ostatní lékaři, kteří pracují striktně biologicky nebo takovým tím tradičním západním způsobem?

**R:** Já myslím, že mě tady spousta lidí nemá rádo a nechápe to. Vůbec. To je tak všechno.

**V:** Protože vás považují za nějakou šarlatánku nebo...?

**R:** Jo, jo, jo, že čaruju. Oni řeknou něco takovýho, protože o tom nic neví. Já jsem zjistila, že spousta lidí vás odsoudí, protože o tom nic neví. Jo, mě to stálo spoustu úsilí, než jsem byla vůbec schopná proniknout do těch podstat těch alternativních směrů a oni mají tradici 5000 let, ta západní medicína tady není ani z desetiny tak dlouho, takže v podstatě když se nad tím zamyslím, tak je to, ty systémy mají hlubokou logiku a člověk je musí pochopit, a že vás někdo odsoudí, že děláte něco, nějaký šarlatánský praktiky, tak je to proto, že o tom nic neví. Takže říkám, pro spoustu pediatrů nebo kolegů jsem... ale mě to je jedno, je to můj názor, je to moje cesta, každý si jde, jak považuje za vhodný a já to cítím tady takhle a je mě to teda celkem jedno, co si o tom myslí.

**V:** Cítíte to takhle a taky máte ty výsledky, že jo.

**R:** Cítím to takhle, pár let to třeba nebylo příjemný, ale teď už jsem se s tím srovnala, že jestli mají nějaký prostě výhrady k tomu, tak je to jejich názor a já ho respektuju a nikomu ho nevnucuju a ti lidi sem chodí sami, já nikde nechodím s transparentem, abych to nějakým způsobem vnucovala, asi tak no.

**V:** Tady je asi důležité, jak to pomůže tomu pacientovi a ne jak se na to dívají kolegové.

**R:** No, přesně tak, tady jde o ten výsledek a já když ten výsledek vidím a cítím, že je těm lidem líp, tak je to pro mě takový... si řeknete tak ano, to je správně. Jo, že to je, já nevím, jestli mi rozumíte, ale že si prostě řeknu ano, je to dobře tady ta cesta. A samozřejmě, že může mít spoustu lidí nebo kolegů úplně odlišný názory a můžou si myslet, ale já říkám, já je neberu a oni, jako každé si děláme svoje. Já jsem přesvědčená tady o tomto, takže se snažím takhle.

**V:** Jak si myslíte, že by se daly tyto informace o člověku jakožto bio-psycho-sociálně-spirituálním celku rozšířit, přiblížit laické veřejnosti?

**R:** Nevím, to je zas, já si myslím, že lidi o tom málo ví a ty informace, je internet, máte spoustu vjemů, relací v televizi a v rádiu, těch médií je kupa, knížek kupa a nikdo se v tom nevyzná a lidi potom neví, co mají dělat. Vůbec neví, co mají dělat. Jde o to, aby si z toho vytáhli to správný, protože na internetu máte spoustu informací vytržených z kontextu, který nejsou podložený jakoby ničím rozumným, takže oni si něco přečtou a teď neví jak s tou informací naložit a mnohdy dělají potom ještě další chyby nebo se zbytečně vystraší a tak dál. Já myslím, že cesta je, ale zas je to pak o investicích těch lidí, kteří té celostní medicíně nebo tady té problematice rozumí tak, aby to byli prostě někde schopni prezentovat. Aby se to nějak dostalo ven. Mě už tady nabádalo spousta lidí, ať chodím někde dělat nějakou přednášku, ale já na to nemám čas, nejde to. Ale je to podle mě jedině tak, že člověk bude někde ty svoje názory prezentovat a že se to takhle dozví víc lidí. Ale naráží to na ten, já si myslím, že hodně lidí, co dělá třeba něco podobného jak já, tak určitě jsou časově vytížení, že na to není prostě prostor. Ale teď jsem si říkala, že teď napíšu kuchařku tady pro ty maminy mladý, co neví, jak má uvařit kašičku. Víte, že tady třeba spoustu času se zabýváme vařením, že ony neví. Je všechno instantní. Tak teď jsem si říkala, že třeba napíšu o víkendu, jestli se k tomu dostanu, že napíšu úplně jednoduchou kuchařku. Je to o tom prostě ty názory umět prezentovat a umět to nějak předat, ale je to časová problematika, vždycky.

**V:** Tak to je ode mě asi všechno, nevím, jestli máte ještě něco, co byste k tomu chtěla dodat, co vás napadá?

**R:** Ne, ne.

**R:** Dobře, tak v tom případě vám děkuju.