

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Michaela Kubánková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Psychosomatický obraz nemoci z pohledu
zdravotnických pracovníků**

Michaela Kubánková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Kubánková**
Osobní číslo: **Z13288**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Psychosomatický obraz nemoci z pohledu zdravotnických pracovníků**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

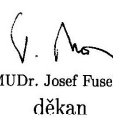
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

1. BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.). Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
2. HONZÁK, Radkin. Jak přežít léčení: veselé čtení o bolestech. 1. české vyd. Praha: Jan Vašut, 2013, 136 s. ISBN 978-80-7236-846-4.
3. IRMIŠ, Felix. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.
4. OREL, Miroslav. Somatoformní poruchy: Když tělo stůně za duši. Psychologie dnes, 2014, roč. 20, č. 9, s. 48-50. ISSN 1212-9607.
5. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. Základní psychosomatická péče. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Evžen Panovský**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 7. 2016

Michaela Kubánková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu práce PhDr. Evženu Panovskému za odborné vedení a rady při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří ochotně spolupracovali při vyplnění rozdaných dotazníků. Poděkování patří také mé rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována tématu psychosomatický obraz nemoci z pohledu zdravotnických pracovníků. Teoretická část zahrnuje témata, jako je psychosomatika, skupiny psychosomatických chorob, časté psychosomatické choroby, příčiny a vznik psychosomatických onemocnění, léčba psychosomatických onemocnění a pohled zdravotníků. Ve výzkumné části jsou uvedena data z dotazníkového šetření. Výsledky jsou zpracované do tabulek a grafů.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychosomatická medicína, psychosomatická onemocnění, zdravotnický pracovníci, stres, rodinná terapie

TITLE

psychosomatic image of disease from the perspective of medical employees

ANNOTATION

Thesis is devoted to Psychosomatic picture of disease from the perspective of health workers. Theoretical part covers topics such as psychosomatic, a group of psychosomatic disorders, frequent psychosomatic diseases, the causes and the emergence of psychosomatic illness, treatment of psychosomatic diseases and health professionals view. The research section provides data from the survey. The results are processed into tables and graphs.

KEYWORDS

psychosomatic medicine , psychosomatic disorders, health workers, stress, family therapy

OBSAH

0	ÚVOD	11
	TEORETICKÁ ČÁST	13
1	PSYCHOSOMATIKA	13
1.1	Historický nástin vývoje psychosomatiky v cizině	13
1.2	Vývoj psychosomatické medicíny v ČR	14
1.3	Nástin výuky psychosomatiky u nás a ve světě	16
2	SKUPINY PSYCHOSOMATICKÝCH CHOROB	18
2.1	Poruchy celkového tělesného schématu	18
2.2	Funkční poruchy	18
2.2.1	Somatoformní poruchy	18
2.2.2	Disociativní poruchy	19
2.3	Psychosomatické poruchy v užším smyslu	19
2.4	Somatopsychické poruchy	19
3	ČASTÉ PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY	20
3.1	Hypertenze – vysoký krevní tlak	20
3.2	Colitis ulcerosa (Ulcerózní kolitida, vředová choroba tlustého střeva)	20
3.3	Diabetes mellitus	21
3.4	Obezita	21
3.5	Bolesti hlavy	22
3.6	Sterilita (neplodnost)	23
3.7	Předčasný porod	23
4	PŘÍČINY A VZNIK PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	24
4.1	Stres jako možný spouštěč onemocnění	24
4.1.1	Stresory	25
4.1.2	Reakce na stres	25
4.1.3	Stres a zdraví	25
4.1.4	Vliv životních událostí na nemoc	26
5	LÉČBA PSYCHOSOMATICKÝCH NEMOCÍ	27
5.1	Psychoterapie	27
5.2	Rodinná terapie	28
6	POHLED ZDRAVOTNÍKŮ	29
7	VÝZKUMNÁ ČÁST	32

7.1	Výzkumné otázky.....	32
7.2	Metodika výzkumu.....	32
7.3	Zkoumaný soubor	33
7.4	Sběr dat.....	33
7.5	Zpracování dat.....	34
8	VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
9	DISKUZE.....	58
10	ZÁVĚR.....	66
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
12	PŘÍLOHY	74

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1	Graf pracovní zařazení respondentů.....	35
Obrázek 2	Graf délka zaměstnání respondentů ve zdravotnictví	36
Obrázek 3	Graf první poznatky o psychosomatické medicíně	37
Obrázek 4	Graf chápání psychosomatické medicíny.....	39
Obrázek 5	Graf zapojení psychosomatického přístupu	40
Obrázek 6	Graf psychosomatická problematika.....	41
Obrázek 7	Graf setkání s psychosomatickým pacientem	42
Obrázek 8	Graf jakým psychosomatickým onemocněním pacient trpěl	43
Obrázek 9	Graf označení pacientů za psychosomatické.....	45
Obrázek 10	Graf otevřenost hovořit s pacientem.....	46
Obrázek 11	Graf zdravotník v roli pacienta	47
Obrázek 12	Graf zájem o osobnost nemocného	48
Obrázek 13	Graf kontakt na jiného odborníka	49
Obrázek 14	Graf propojené systémy	50
Obrázek 15	Graf příčiny uplatňující se na vzniku onemocnění	51
Obrázek 16	Graf stres může vést k onemocnění	53
Obrázek 17	Graf nejzávažnější stresor	54
Obrázek 18	Graf psychosomatická onemocnění	56

SEZNAM ZKRATEK

BMI - Body Mass Index

CSc. – kandidát věd

ČLS - Česká lékařská společnost

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká Republika

EBM – Evidence based medicine – medicína založená na důkazech

FN – fakultní nemocnice

IKEM - Institut Klinické a Experimentální Medicíny

MUDr. – doktor medicíny

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Ph.d. – doktor

„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“

Platón

0 ÚVOD

V této bakalářské práci se zabývám pohledem zdravotnických pracovníků na psychosomatický obraz nemoci. Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že této problematice není věnována dostatečná pozornost. Zajímalo mě, jaký mají zdravotničtí pracovníci pohled na vznik psychosomatických onemocnění a psychosomatiku obecně. V dnešní době žijeme ve spěchu. Neustále se něčím stresujeme, stres se hromadí a mnoho z nás neumí dlouhodobý stres zpracovat. Snad každá nemoc může být u jednoho nemocného pouze somatická a u druhého psychosomatická. Z tohoto důvodu by měli mít zdravotničtí pracovníci o nemocném co nejvíce informací. V získávání těchto informací by se měli zaměřit na somatickou stránku problémů a také na psychiku člověka. Měli by znát prožívání současné situace, přibližnou rodinnou situaci. Měli by mít povědomí také o osobní, sociální a pracovní anamnéze. Snažím se pohlížet na člověka jako na celistvou bytost a neoddělovat jeho tělesné problémy od jeho psychické, sociální či spirituální složky. V praxi jsem si všimla, že mnoho zdravotnických pracovníků pohlíží na člověka jen z biologické stránky. Ostatní stránky pacienta je nezajímají, anebo nemají dostatek času, aby se o ně zajímali. Mnohokrát jsem se setkala s pacientem, který nereagoval na standartní léčbu. Pacient byl nespokojený, obcházel různá zdravotnická pracoviště, žádal různá vyšetření a nikde mu neuměli pomoci. Pacient byl v psychické nepohodě. Mnoho pacientů se poté odvrátilo od klasické medicíny a hledalo pomoc v alternativních možnostech léčby, které vnímají člověka komplexně.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je dělená do šesti kapitol. První kapitola se týká psychosomatiky obecně. Seznamuje nás s pojmem psychosomatika, historickým nástinem vývojem psychosomatiky v cizině a s vývojem psychosomatické medicíny v České republice. Tato kapitola nám dává nástin výuky psychosomatiky u nás a ve světě. Další dvě kapitoly nás seznamují se skupinami psychosomatických chorob a častými psychosomatickými poruchami. Čtvrtá kapitola se věnuje příčinám a vzniku psychosomatických chorob. V páté kapitole zmiňuji léčbu psychosomatických nemocí. Poslední šestá kapitola pojednává o různých pohledech zdravotníků na psychosomatickou problematiku.

Výzkumná část je zaměřena na šetření provedené pomocí dotazníku v oblasti psychosomatiky.

Cíle práce

1. Porovnat aktuální obeznámenost s psychosomatikou jako oborem u zdravotnických pracovníků.
2. Zjistit názor všeobecných sester na téma psychosomatické medicíny.
3. Zjistit názor lékařů na téma psychosomatické medicíny.
4. Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci ochotni hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání.
5. Zjistit, zda lékaři počítají s psychosomatickou koncepcí ve své praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOMATIKA

Název psychosomatika vznikl ze dvou slov, od slova psyche neboli duševno a od slova soma neboli tělesno. Psychosomatika chápe tělesno a duševno jako dva propojené systémy. O propojení těchto systémů se můžeme přesvědčit v každodenních situacích. Každý z nás již někdy pocítil svírání žaludku před důležitou zkouškou, pocení a tachykardii ve vypjaté situaci nebo bolest hlavy při řešení problémů (Poněšický, 2002, s. 11-12).

Biopsychosociální přístup v medicíně, holistická medicína, behaviorální medicína a psychoterapeutická medicína jsou synonyma psychosomatiky. Psychosomatický přístup se snaží chápat člověka s jeho biopsychosociálně-spirituální stránkou. Je kladen důraz na mezioborovou spolupráci lékařů a psychologů (Baštecká, 2009, s. 297, 301).

Naproti tomu vědecká medicína (EBM) je založená na důkazech. Nahlíží na nemocného jako na porouchaný stroj. Věnuje se jen tělu a duše je mimo oblast zájmu. Nejeví zájem o emoce, dokud se neprojeví ve formě patologických extrémů. EBM si neví rady se stavy, kdy si pacient stěžuje na obtíže, bolesti, ale nenajde se žádný patologický nález. Příznaky jsou tedy z vědeckého hlediska nepodložené. Vědecky orientovaný lékař neumí zacházet s pacientovými emocemi. Emoce ovlivňují průběh všech fyziologických i patofyziologických dějů.

Psychosomatická medicína hledá příčiny, které vedly k danému stavu v širších souvislostech. Práce s pacienty je náročnější a je potřeba příslušné vzdělání.

„Nejde přitom o žádnou alternativu k současné vědecké medicíně, nýbrž o rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku“ (Honzák, 2013, s. 34).

Přestože využívá některé postupy používané v psychiatrii, tak psychosomatika není součástí ani odnoží psychiatrie. Naopak by od ní měla být přísně oddělena a být součástí přístupu mnoha lékařů (Honzák, 2014, s. 98).

1.1 Historický nástin vývoje psychosomatiky v cizině

Vztah mezi tělem a duší byl vždy tématem úvah. Ve staré literatuře už z dob Babylonu se můžeme dovědět, že se už kdysi pomýšlelo na vztah mezi suchem v ústech a strachem (Faleide, 2010, str.17).

Německý psychiatr Johann Christian August Heinroth použil jako první v r. 1818 označení psychosomatika při popisu poruch spánku.

Vídeňský neurolog, psychiatr a zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud se zabýval neurózami, které byly doprovázeny tělesnými příznaky a významně ovlivnil vývoj psychosomatiky. *„Psychosomatický („somatizující“) pacient však nebývá ochoten podstupovat pouhou (freudovskou „mluvící“) psychoterapii, neboť bolesti a další příznaky prožívá na úrovni tělesné“* (Baštecká, 2009, s. 298-299).

Proto je spíše s léčebnou psychosomatickou praxí spojen například německý lékař a balneolog Georg Grodeck, který léčil pacienty před druhou světovou válkou ve svém sanatoriu v Baden-Badenu pomocí masáží, diet a psychoanalýzou. V Německu vznikla po válce bohatá síť psychosomatických klinik.

V USA se obor psychosomatická medicína rozšířil za pomoci lékaře Franze Alexandra a Helen Flanders Dunbarové. Ti nazvali časopis Psychosomatic Medicine, který vychází dodnes a vyšel poprvé v roce 1939 (Baštecká, 2009, s. 298-299).

Knihy, jež napsala H. F. Dunbarová, ředitelka psychosomatického výzkumného programu, jsou dodnes klasickými psychosomatickými učebnicemi. V roce 1942 založila American Psychosomatic Society (Americkou psychosomatickou společnost) a několik časopisů.

F. Alexander naznačoval, že psychosomatický pacient neukazuje své emoce a potlačuje je, což vede k nežádoucímu stavu. Vše je, ale zároveň ovlivňováno vlastnostmi konkrétní osoby. Věřil, že opakující se stresové situace mohou u zranitelných lidí s náchylnými orgány zapříčinit vznik onemocnění (Faleide, 2010, s. 23-30).

Od 70. let 20. století se lidé více zajímají o vztahy k rodině a pacienta celého, než jen o biologickou stránku. Americký psychiatr George L. Engel a kanadský psychosomatik a psychiatr Zbigniew J. Lipowski, prosazovali u všech nemocí psychosomatický přístup (Baštecká, 2009, s. 300).

1.2 Vývoj psychosomatické medicíny v ČR

Vývoj psychosomatiky u nás nelze zpočátku řádně sledovat. Do 40. let nebyla psychosomatika rozšířená, existovala jen jako koníček, zájem některých lékařů a psychologů. Pozornost jí věnovali např. Haškovec, Janota, Macek, Vondráček, Roubíček, Zikmund a další. V roce 1975 bylo založeno oddělení pro studium psychosomatiky

Psychiatrické společnosti ČLS a několik psychosomatických lůžkových jednotek (v Třebotově, v Pezinku).

V roce 1982 byla v Praze otevřena postgraduální výuka v psychosomatické a behaviorální medicíně pro lékaře všech klinických oborů a posléze pro klinické psychology (Baštecký, 1993, s. 33-34).

Zatímco v Německu byla základní psychosomatická péče v roce 1984 zavedena do smluvní lékařské péče, tak u nás ještě nedávno někteří aktéři ČLS prohlašovali, že je psychosomatická medicína mrtvá. Ke zpoždění naplňování bio-psycho-sociálního modelu nemoci u nás došlo hlavně proto, že před válkou byla psychosomatika rozvíjena zejména v německy mluvících zemích a po porážení Německa docházelo k odmítání jejich principů medicíny (Chvála, 2008a, s. 39-40).

S psychosomatickým přístupem se může pacient setkat v různých typech ordinací. Jedním z typů je základní psychosomatická péče v ordinaci specialisty s psychosomatickou nástavbou, kde ordinuje psychosomaticky orientovaný odborník v rámci svého oboru. Takovému odborníkovi říkáme např. psychosomatický urolog, neurolog. Praxe psychosomaticky orientovaného lékaře vzdělaného v psychoterapii některého směru může být označena jako ordinace psychoterapeutické medicíny. Pro léčbu závažnějších poruch jsou zřizována specializovaná pracoviště v režimu stacionáře. Pacienti mohou pobývat v celodenním léčebném programu po dobu 6-8 týdnů. Tato péče se nazývá stacionární psychosomatická péče a uplatní se v ní nejvíce týmová spolupráce. Psychosomatický tým je hlavním diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny a není jen součtem odborností jednotlivých členů. V týmu by měl být: somatický lékař, psychiatr, klinický psycholog, fyzioterapeut, psychoterapeut, sociální pracovník a další (O psychosomaticce, 2016).

V České republice aktuálně působí tato pracoviště a lékaři zabývající se psychosomatickými pacienty: Psychosomatická klinika Praha, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Hradec Králové, Centrum komplexní péče Dobřichovice, Centrum komplexní péče Roseta, Centrum komplexní péče Sámova s.r.o. v Praze, Ambulance klinické psychologie Karviná, Dejvické psychoterapeutické centrum, Denní sanatorium Horní Palata, Psychosomatická dermatologie Doc.MUDr. Pánková, CSc., ESET – psychoterapeutická a psychosomatická klinika v Praze, Hnízdo zdraví v Praze, ISIDA – psychosomatická ambulance a stacionář v České Lípě, Středisko komplexní

terapie Liberec, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Jablonci nad Nisou, Psychosomatická ordinace MUDr. Jana Machanderová v Jablonci nad Nisou, Psychosomatická ordinace MUDr. Jiří Šavlík v Praze, PhDr. Helena Franke a MUDr. Míša Ročňová: Psychosomatické konzultace v Praze, MUDr. Petra Petrovská Oddělení dermatologie- psychosomatická medicína v Praze, MUDr. Jindra Friedrichová v Jablonci nad Nisou, MUDr. Aleš Fürst v Jablonci nad Nisou, MUDr. Ivan Vondřich - Ordinace léčby bolesti v Praze a IKEM – ambulance MUDr. Radkína Honzáka, CSc. (Sít' pracovišť, 2015).

1.3 Nástin výuky psychosomatiky u nás a ve světě

„Základní psychosomatická praxe patří do každého medicínského oboru, když už ne do každé ordinace“ (Chvála, 2008b, s. 57).

Psychosomatice se lze naučit stejně jako jiným dovednostem, ale vyžaduje ochotu od lékaře naučit se jak s pacientem mluvit. Lékař musí mít zájem o psychiku pacienta a jeho sociální život. Psychosomatická praxe zahrnuje širokou škálu prostředků pro léčbu pacienta a není stejná jako psychoterapie (Chvála, 2008b, s. 57).

Ve Švýcarsku má psychosomatica poměrně dlouhou tradici. V roce 1988 vznikla Akademie pro psychosomatickou a psychosociální medicínu, která sdružuje lékaře a psychosomatické instituce. Vytvořila výukový program, v němž je možné získat „osvědčení odbornosti“ v psychosomatické medicíně. Tento 360 hodin trvající program je rozdělen na třetiny a zahrnuje teorii, praktické dovednosti a supervizi. Do výukového programu lze počítat i různé kurzy, semináře a výcviky. Uchazeč musí mít jakoukoliv lékařskou atestaci a splnit výukový program. Získané osvědčení platí 5 let a lékař je povinen se dále vzdělávat pomocí dalších kurzů. Převážnými držiteli osvědčení jsou praktičtí lékaři pro dospělé. Psychosomatická terapie zatím nemá tarifní pozici s pojišťovnami. Pojišťovny obvykle proplácí 5 nebo 10 minut jako „rozhovor s pacientem“, ale pokud má lékař toto osvědčení, tak pojišťovny hradí až 60 minut (Masner, 2008, s. 114).

Vzdělání lékařů v ČR je soustředěno převážně na tělesnou složku nemocí. Zdravotníci, kteří se chtějí věnovat psychosomatické medicíně, se musí zaměřit na vzdělávání v psychologické a sociální oblasti. Toto vzdělání je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví. Dne 5. 9. 2013 byl nastavbový obor Psychosomatica přijat vyhláškou MZ

č. 286/2013 a umožňuje do něj zařazení lékařům všech specializací. Cílem vzdělávání v tomto oboru je osvojení potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Očekává se, že se do oboru budou hlásit lékaři, kteří již mají zkušenost s komplexním přístupem a nestačí jim v rámci jejich odborné praxe jen biologický pohled na pacienta. Celková délka přípravy v oboru psychosomatika byla stanovena v minimální délce 36 měsíců. Vzdělávání probíhá pod vedením přiděleného školitele na akreditovaném zařízení a závěrečná zkouška se skládá z části praktické a teoretické. Absolvent musí zvládnout diagnosticky zařadit psychosomatického pacienta, navrhnout terapeutický postup a léčit jej samostatně či za pomoci týmové spolupráce (Vzdělávání, 2015).

V reakci na Vyhlášku o vzdělávání 286/2013 Sb. byla na přelomu roku založena v rámci ČLS založena samostatná odborná společnost Psychosomatické medicíny (Založení společnosti, 2014).

V lednu 2015 měla tato společnost přechodné potíže s členstvím v ČLS JEP. Sjezd delegátů ČLS neodsouhlasil její přijetí do ČLS. Záhy byly tyto potíže napraveny a odborná společnost tak může plnit své úkoly a upevňovat pozici psychosomatiky v českém zdravotnictví (Společnost psychosomatické medicíny ČLS, 2015).

V únoru 2016 rozeslal odbor vědy a lékařských povolání Ministerstva zdravotnictví odborným společnostem ČLS JEP návrh nové vyhlášky o nastavbových oborech specializačního vzdělávání lékařů. V nově navrhovaném seznamu nastavbových oborů již psychosomatika nebyla. Návrh byl sice pro některé nedostatky stažen, ale podceňování psychosomatiky je více než zřejmé. Obsah nastavbového oboru psychosomatika nelze vtěsnat do funkčního kurzu. Vzdělávání v tomto oboru umožňuje kvalitní změnu v porozumění různým poruchám a také v chování lékařů k pacientům. Pacienti jsou více motivováni k adekvátní psychosomatické léčbě, protože lékaři lépe rozpoznávají příčiny jejich onemocnění a nepodrobují pacienta zbytečným vyšetřením (Chvála, 2016, s. 63).

Nelékařští zdravotničtí pracovníci se mohou v oblasti psychosomatiky vzdělávat na různých vzdělávacích akcích, které jsou nejčastěji určené pro všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, zdravotně sociální pracovníky, ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Akce bývají zařazené do systému celoživotního vzdělávání. Účastníci si vzdělávací akci hradí a jejich účast bývá ohodnocena body (Poznáte psychosomatického pacienta?, 2016).

2 SKUPINY PSYCHOSOMATICKÝCH CHOROB

Rozlišujeme čtyři hlavní skupiny psychosomatických chorob: poruchy celkového tělesného schématu, funkční poruchy, psychosomatické poruchy v užším smyslu a somatopsychické poruchy (Morschitzky, 2012, s. 17).

2.1 Poruchy celkového tělesného schématu

Jsou to tělesné potíže u zdravých lidí, které jsou psychicky nebo psychosociálně podmíněné. Nejsou považované za nemoc. Nevznikají chronické poruchy, změny tkání ani poruchy orgánů. Nejběžnější potíže jsou bolesti hlavy a žaludeční obtíže. Subjektivní způsob vnímání může poruchy celkového tělesného schématu změnit ve funkční nebo somatoformní poruchy. Tyto tělesné obtíže se mohou objevit u depresivních poruch, které jsou reakcí na nějaký zážitek (Morschitzky, 2012, s. 17).

2.2 Funkční poruchy

Jsou to neorganické poruchy, kdy dochází k poškození tělesných funkcí. Jsou považované za nemoc a podílejí se na nich hlavně psychické příčiny. Obvykle spočívají v poruše autonomního nervového systému. Příznaky těchto poruch jsou: bušení srdce, problémy s dýcháním, zažívací problémy a nadměrné pocení. Může být poškozen volní nervový systém a poté může mít pacient problémy s řečí, pohybem, zrakem a sluchem. Funkční poruchy dělíme na somatoformní poruchy a disociativní poruchy (Morschitzky, 2012, s. 17-18).

2.2.1 Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy jsou tělesné příznaky neorganických příčin. Dříve se tyto poruchy nazývaly „tělesné funkční poruchy psychického původu“. Tyto poruchy vypadají jako by měly tělesný původ, ale bývají spoluzapříčiněné psychicky nebo psychosociálně. Základní příčinou bývá stres – tělesné a duševní přetěžování. Lidé se somatoformními obtížemi mají nejdelší trvání příznaků a častěji navštěvují lékaře. Poruchy se často stávají chronickými a trvají několik let. Tito pacienti bývají často hodnoceni jako hypochondři a odmítají promluvit si o možných psychických příčinách (Morschitzky, 2012, s. 18-21).

2.2.2 Disociativní poruchy

Dochází k úplnému nebo částečnému rozkladu bezprostředního vnímání, kontroly pohybů, vzpomínek na minulost a vlastní identity. Bývají vyvolané traumatickými zážitky a narušenými mezilidskými vztahy (Morschitzky, 2012, s. 22).

2.3 Psychosomatické poruchy v užším smyslu

Těmito poruchami rozumíme veškerá poškození orgánů a poruchy tělesných funkcí, které jsou vyvolané nebo posilované psychickými a psychosociálními faktory. Vyžadují dvojí diagnózu: jednu pro organickou poruchu a druhou pro psychologickou. Typickými příklady jsou nemoci jako asthma bronchiale, ekzém, žaludeční a střevní vředová choroba a dermatitis (Morschitzky, 2012, s. 17,23).

2.4 Somatopsychické poruchy

U těchto poruch je primární tělesné onemocnění s psychosociálními následky. Čím chroničtější je choroba, tím více vystupují psychické a psychosociální aspekty. Typickými somatopsychickými poruchami jsou: rakovina, AIDS, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, epilepsie, mozková onemocnění, poranění a operace hlavy, nemoci štítné žlázy a různé bolestivé poruchy. Je velmi důležité zlepšit kvalitu života a zabránit zhoršení onemocnění. Pacienti mají často strach ze smrti, sníženou duševní a tělesnou výkonnost, pocit nízké vlastní hodnoty a nejistotu budoucích plánů (Morschitzky, 2012, s. 17, 24-25).

3 ČASTÉ PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY

V této části se budu podrobněji zabývat nejčastěji se vyskytujícími psychosomatickými poruchami.

3.1 Hypertenze – vysoký krevní tlak

Opakované nebo trvalé zvýšení krevního tlaku nad 140/90 označujeme jako hypertenzi. Je to časté onemocnění s rizikem výskytu kardiovaskulárních a mozkových komplikací. Rozdělujeme primární a sekundární hypertenzi. Primární hypertenzí trpí většina pacientů a její příčina je neznámá. Sekundární hypertenzí, která má odstranitelnou příčinu, trpí pouhých 10 % pacientů. Příčinou může být chronické onemocnění ledvin, onemocnění nadledvin s nadměrným vylučováním hormonů nebo vrozené zúžení aorty. Mnoho let se nemusí hypertenze projevovat nebo mohou být nespecifické příznaky jako např. bolest hlavy (Arteriální hypertenze, 2009).

K hypertenzi mívají sklon osobnosti potlačující agrese. Projevují se bezkonfliktně a mají sklony k perfekcionismu. Obávají se, že ztratí nějakou klíčovou osobu a nevyjadřují pocity zloby, nenávisti a závisti. Přizpůsobují se a nevytváří si prostor pro vlastní rozhodnutí. Často byli v dětství vychovávaní autoritativně. Pacienti často vnímají lékaře jako autoritu, předepisování léků jako omezování lékařem a proto mohou být neochotní užívat léky. Lékaři ovšem říkají, že léky berou pravidelně a proto se kvůli domnělé neúčinnosti léku nasazují léky další. (Tress, 2008, s. 106-108).

3.2 Colitis ulcerosa (Ulcerózní kolitida, vředová choroba tlustého střeva)

Klinický obraz nemoci je velmi různorodý. Nemoc se projevuje zácpou střídající se s průjmy s krví či hlenem, bolestí podbříšku a konečníku, úbytkem na váze, horečkou a nechutenstvím. Onemocnění je podmíněno více příčinami a spolupodmíněné geneticky a psychosomaticky. Nemoc mohou vyvolat situace jako odchod z rodičovského domu, přestěhování, úmrtí blízkého člověka nebo rozchod s partnerem. Při akutních projevech onemocnění může pacient trpět depresemi a úzkostí (Tress, 2008, s. 122-126).

Pacient s ulcerózní kolitidou se obává osamělosti vyplývající z budování vlastního postavení vůči druhým. Krev a hlen jsou prastaré symboly znamenající život a ztrácí je ten, kdo se bojí sám sebe prosazovat a vést svůj život. Nevědomě prostřednictvím střeva

obětuje symboly svého života a pomůže mu jen poznání, že musí být odpovědný sám k sobě (Dethlefsen, 2011, s.148).

3.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus neboli cukrovka je název pro několik onemocnění projevujících se zvýšenou hladinou cukru v krvi. Hormon inzulín se podílí na regulaci hladiny cukru v krvi a umožňuje cukru z krve vstoupit do buněk, kde je využíván jako zdroj energie. Když splní svoji roli, je rozložen. Inzulín tvoří β -buňky slinivky břišní. Po jídle uvolní slinivka více inzulínu, protože se zvyšuje hladina cukru v krvi. Rozlišujeme několik typů diabetu: diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu, diabetes v těhotenství a ostatní specifické typy. Za všechny tyto typy může nedostatečné působení inzulínu v cílových buňkách a zvýšení cukru v krvi. (Co je diabetes?, 2014).

Není zcela objasněné, zda má emocionální krize vliv na látkovou výměnu, ale v každém případě se může změnit chování pacienta pod vlivem psychosociálního zatížení. Někteří pacienti nejsou schopni přijmout své chronické onemocnění. Stydí se za něj, nechťejí se lišit od zdravých lidí, odlišovat se v jídle a regulují špatně svůj krevní cukr. U diabetiků se obvykle kryje nevhodné chování s depresemi. Depresivní diabetici bývají obézní, kouří a mají horší kvalitu života. Diabetici mývají strach z injekčních stříkaček, jehel a nízké hladiny cukru v krvi, tedy hypoglykémie. Vyskytují se sebevražedné pokusy, kdy dochází k předávkování inzulínem (Tress, 2008, s. 129-132).

3.4 Obezita

Obezita je nadměrné hromadění tuku v těle. Míra obezity se udává stanovením množství tělesného tuku nebo hodnotou BMI. Norma tělesného tuku u ženy je 25 % a u muže 30 %. BMI nad 30 znamená obezitu. Hlavními příčinami obezity je dědičná predispozice a vliv životního prostředí. Další příčinou může být jiné onemocnění, jako např. nefunkční štítná žláza, omezení pohybu, stres a některé léky (Co je obezita a jak se stanoví, 2016).

Mnoho obézních pacientů sní vše, co jim je nabídnuto. Nejsou schopni rozlišovat mezi hladem a sytostí. Narušený příjem potravy mohou vyvolat různé situace: rozchody, úmrtí v rodině, konflikty na pracovišti a v osobním životě. Obézní lidé často pocházejí z rodin, kde se vše točí kolem jídla. Jídlo je náhradou za chybějící mateřskou péči a díky němu se vypořádávají s depresivními pocity. Zvýšený příjem potravy může sloužit i jako

odškodnění za utrpené bolesti a zklamání nebo k vytěsnění sexuálních obav či přání. Obezitou se lidé mohou stát neatraktivními pro své partnery. Pacienti s obezitou mohou své tělo vnímat jako odporné a mít narušené sociální chování.

Většina pacientů léčbu svého onemocnění vůbec nezahájí, a pokud ano, tak je velkým problémem, že lékař ani pacient často neberou tuto nemoc vážně. Pacient se nechce bavit o jídle a popírá zvýšený příjem potravy. Lékař očekává, že pacient může zhubnout jednoduše na základě vůle. Dochází tedy k zesilování pocitů ponížení a deprese (Tress, 2008, s. 144-146).

3.5 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou v dnešní době velmi rozšířené. Psychosomatika je významná u třech forem bolestí hlavy: psychogenních bolestí hlavy u depresivních obtíží, bolestí hlavy způsobovaných napětím a u vaskulárních bolestí hlavy jako je např. migréna.

U bolestí hlavy způsobovaných migrénou trpí pacient pulzujícími bolestmi hlavy, přecitlivělostí na světlo, nevolností a zvracením. Tito pacienti jsou popisováni jako ctižádostiví a urážliví, se sklonem k perfekcionismu. Spouštěčem migrény může být např. požadavek na osamostatnění nebo uvolňující situace jako je konec týdne či začátek dovolené.

Vystřelující bolest od krční páteře a ze zátylku do oblasti čela je u bolestí hlavy způsobovaných napětím. Těmto pacientům jsou připisovány rysy skryté nepřátelskosti. Jsou úzkostliví a depresivní. Věří, že musí něco potlačovat a nejsou schopni přiměřeným způsobem vyjádřit své pocity.

Pacienti mají strach z organické příčiny a žádají po lékaři opakovaně diagnostická vyšetření. Nejprve musí dojít k vyloučení diagnóz jako je např. nádor na mozku a poté by měli být rozlišeny případné spouštěče bolesti hlavy. Měly by být sledovány pracovní, spací a stravovací návyky a regulovány možné spouštěče. Při přetrvání obtíží by měla následovat psychoterapie (Tress, 2008, s. 187 - 189).

3.6 Sterilita (neplodnost)

O sterilitě mluvíme, pokud neschopnost oplodnění při pravidelném nechráněném pohlavním styku páru trvá déle než 2 roky. Příčiny neplodnosti mohou být na straně ženy i muže. Příčinou ženské sterility může být např. hormonální porucha nebo onemocnění pohlavních orgánů. Některé poruchy způsobují absolutní neplodnost a jiné mohou být léčeny. Příčinou mužské sterility může být poškození varlat, hormonální porucha nebo nedostatečná tvorba životaschopných spermií. Úspěšně lze odstranit pouze některé příčiny (Vokurka, 2008, s. 433).

Mnoho sterilních párů si myslí, že příchod dítěte změni vše k lepšímu. Dítě má často dávat smysl vlastnímu životu nebo oživit špatné partnerství. Je zajímavé jim položit otázku: „*K čemu potřebujete dítě?*“ Na počátku sterility, před oplodněním in vitro, by měla být nejdříve provedena psychodiagnostika a psychoterapie. Pacientky mohou mít nevědomý strach z těhotenství a porodu. Vysoké počty potratů, předčasných porodů dokládají, jak silný může být nevědomý strach při vědomé touze po dítěti (Tress, 2008, s. 206 - 207).

3.7 Předčasný porod

Fyziologické těhotenství trvá 40 týdnů. O předčasném porodu mluvíme tehdy, pokud k němu dojde před ukončeným 37. týdnem. Čím dříve přichází dítě na tento svět, tím hůře pro něj. Základní podmínkou přežití je schopnost plic samostatně dýchat. V ČR je životaschopnost plodu stanovena na 24. týden těhotenství (Přišlo na svět příliš brzy, 2016).

Předčasný porod může být vyvolán několika příčinami a je označován za děj patologický. Příčiny předčasného porodu se dělí na přímé, nepřímé a neznámé. Mezi přímé příčiny patří infekce, abnormality dělohy a plodu. Nepřímou příčinou mohou být vlivy zevního prostředí (Pařízek, 2012, s. 60).

V těhotenství se probouzejí obavy a negativní emoce, které mají různé somatické následky. Setkáváme se s poruchou ženskosti a mateřství, zesíleným odmítáním ženských funkcí, tedy těhotenstvím a kojením. Tento stav mohou vysvětlovat zkušenosti pacientky s vlastní matkou a rodinou. Nevědomý konflikt mezi touhou po dítěti a odmítáním stavu těhotenství může vést až ke zvýšené připravenosti k děložním stahům a k předčasnému porodu (Tress, 2008, s. 209).

4 PŘÍČINY A VZNIK PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Příčinnou psychosomatických onemocnění je to, co odporuje zdravému psychickému životu. Psychosomatická nemoc je reakce, pokus o řešení nezvládnutého stresu a konfliktu, který ovlivňuje psychiku. Záleží hlavně na způsobu, jak se stresem zacházíme, než na jeho kvantitě. To závisí hlavně na našich dosavadních zkušenostech a na naší osobnosti. K psychosomatickým onemocněním vede i postoj rezignace, postoj, že vše musím zvládnout sám a přizpůsobování se očekávání okolí. Onemocnění může vzniknout i při potlačení některé ze stránek života (Poněšický, 2011, s. 11, 15, 19-20).

Dalším důvodem vzniku může být potlačování sexuality a agresivity. Extrémní sebedisciplinovanost může vést k tomu, že jsou původní přání člověka vytěsněna z vědomí a nejsou vnímatelné. U psychosomatických pacientů je typické chození po lékařích a odmítání vlastního podílu na onemocnění. Může být ale přítomný i opačný extrém, tedy přecitlivělost na jakýkoliv podnět (Poněšický, 2011, s. 21, 39).

Každý zaujímáme k našemu tělu určitý postoj. K onemocnění jsou náchylnější lidé, kteří vnímají tělo jako objekt výkonnosti a krásy, nebo jako zátěž. Je zajímavé, že méně často onemocní lidé s vyšší inteligencí. Možná proto, že více rozeznají své problémy a řeší je. Méně často onemocní i ženy, které mají vyšší práh bolesti z důvodu možných budoucích porodních bolestí. Ženy mají menší stud za své deprese a úzkosti, zvládají vychovávat děti, domácnost a své povolání, proto tvoří asi 70 % klientely na psychosomatických klinikách (Poněšický, 2011, s. 39, 49).

4.1 Stres jako možný spouštěč onemocnění

Stres nás provází celý náš život. Je to přirozená odpověď těla na určité požadavky. Uvádí do pohybu změny, které nás připravují na fyzické aktivity. Existují dva druhy stresu: negativní a pozitivní. Pozitivní stres se nazývá eustres a je pro nás důležitý. Malé množství stresu je nezbytné, abychom se připravili například na zkoušku nebo soutěž. Negativní stres se nazývá distres. Negativní stres škodí tělu i duši. Ze studie na Univerzitě v Tel Avivu v Izraeli vzešlo, že ženy a muži reagují na negativní stres odlišně. U mužů se zvyšuje riziko depresí, které ohrožují srdce a krevní oběh. Žena má nedostatek spánku, stres blokuje energii a následkem toho se cítí vyčerpaná a může u ní dojít k syndromu

vyhoření. V konečném důsledku může být ohrožen kardiovaskulární systém jako u mužů. Dlouhodobý stres může vyvolat srdeční infarkt, mrtvici a žaludeční vředy. Může být také příčinou tloušťnutí, protože se ve stresové situaci vyplavuje hormon kortizol podporující chuť k jídlu (Huber, 2009, s. 9-10, 23).

4.1.1 Stresory

Stresory jsou vnější nebo vnitřní události spouštějící reakce na stres. Když jsme u zkoušky a cítíme se ve stresu, tak působí zkouška jako vnější stresor. Pokud nevím, zda pomoci příteli, nebo se učit na onu zkoušku, tak mám protichůdná přání a to na mě působí jako vnitřní stresor. Stresory se dají dále dělit dle délky trvání nebo typu, jako např. traumatické stresory (napadení), chronické stresory (péče o nemocnou matku) a každodenní mrzutosti (problémy s dopravou do zaměstnání) (Ayers, 2015, s. 50).

4.1.2 Reakce na stres

Na stresory reagujeme různými způsoby, které nazýváme reakce na stres. Tyto reakce dělíme na reakce fyziologické, kognitivní, afektivní a behaviorální. Je možné, že má člověk silnou tělesnou reakci na stres, ale necítí stres emočně. V roce 1956 přišel kanadský lékař Selye s myšlenkou, že fyziologické reakce na stres lze chápat jako obecný adaptační syndrom dělící se na tři stádia: poplach, rezistence a vyčerpání. Poplach je okamžitá reakce těla připravující nás na útok nebo útěk. Pod pojmem rezistence si můžeme představit stav, kdy se naše tělo snaží stres vyřešit a vrátit se k normálu, ale stres přetrvává a my zůstáváme ve fyziologicky aktivním stavu. Poslední stádium znamená, že pokud stresor nadále působí, tak tělesné vypětí povede k vyčerpání a může způsobit onemocnění nebo smrt (Ayers, 2015, s. 51-52).

4.1.3 Stres a zdraví

Stres vede k většímu výskytu infekčních onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění, pomalejšímu hojení ran a zhoršení autoimunitních stavů, jako je astma, revmatická artritida a zánětlivá onemocnění střev. Dlouhodobý stres může vést k úzkosti, depresi a stresovému vyhoření. Je těžké určit cestu vedoucí mezi stresem a zdravím. Lidé na stres reagují rozdílně. Dva lidé ve stejné situaci jednají jinak. Jeden člověk je ve stresu a druhý ne. Účinek stresu ovlivňuje schopnost situaci zvládat a sociální podpora. Nemoc má zpravidla několik příčin a proto není možné říci, zda je nemoc důsledkem stresu či nikoliv. Míra

přispění stresu ke vzniku nemoci se tedy velmi různí. Vliv může mít i to, že lidé ve stresu často kouří, pijí alkohol a nezdravě se stravují (Ayers, 2015, s. 60-62).

Praktičtí lékaři a různí specialisté se stále častěji setkávají s pacienty, za jejichž obtíže může nezdravý životní styl. Často jsou to odpovědní lidé, kteří si nastavili laťku svých povinností příliš vysoko a snaží se ji za každou cenu zdolat. Stihnou zařídit mnoho věcí najednou, ale je to za cenu dlouhodobě ošizeného spánku a špatného stravování (Honzák, 2013, s. 36).

4.1.4 Vliv životních událostí na nemoc

U zrodu teorie životních událostí stáli úředníci pojišťoven ve Walesu. Všimli si, že vdovy po zavalených hornících jsou častěji nemocné a umírají dříve než stejně staré ženy, které neovdověly a žijí ve stejných podmínkách. Ztráta partnera byla pro ženy závažným stresorem. Toto zjištění vyvolalo mnoho klinických studií, které prokázaly vliv stresových životních událostí na zdravotní stav.

V roce 1967 američtí badatelé Holmes a Rahe sestavili zásadní životní události do tabulky a ke každé z nich přiřadili určitý počet bodů (viz příloha A). Nejvyšší hodnotu přiřadili právě ke ztrátě životního partnera. Do tabulky je například zařazen i příchod dítěte, který je sice radostnou událostí, ale přináší také spoustu nových povinností (Honzák, 2013, s. 37-40).

5 LÉČBA PSYCHOSOMATICKÝCH NEMOCÍ

Psychosomatická léčba má čtyři fáze. Nejdříve se musí psychosomatický pacient naučit rozumět svým problémům. Druhý krok vede k využití schopností ke změnám. Poté musí pacient změnit svůj život a své životní postoje. Čtvrtý krok léčby znamená učinit ve svém životě taková opatření, která vedou ke zlepšení kvality života pacienta a k jeho vyléčení (Morschitzky, 2012, s. 26).

Lékaři a psychologové věnující se psychosomaticce používají různé léčebné přístupy. Využívá se psychofarmakologie s nižším dávkováním, psychoterapie, rodinná terapie, masáže, přírodní a alternativní léčba, hypnóza, výživa a pohybová léčba. Důležitá je empatie a přijetí nemocného s celým jeho životním příběhem. V nemocnici dostává řada pacientů, kteří pláčou z beznaděje, injekce na uklidnění. Injekce, ale problém nevyřeší (Irmiš, 2014, s. 77).

Pokud se volí farmakologická léčba, je třeba omezit léky nevhodné pro dlouhodobé užívání. Mezi takové léky patří například anxiolytika, protože na ně může vzniknout návyk (Orel, 2014, s. 48-50).

5.1 Psychoterapie

Na rozdíl od pacientů s primárně psychickými nemocemi mají psychosomatictí pacienti menší motivaci k psychoterapii. U pacientů, kteří se rozhodují, zda podstoupí psychoterapii, hraje velkou roli: míra jejich trápení, subjektivní pojetí onemocnění, příčiny nemoci a naděje na uzdravení. Léčba vychází z podrobného rozboru pacientova chování a jeho problémů (Morschitzky, 2012, s. 26).

V případě psychoterapeutické léčby platí, že by terapeutická sezení neměla být realizována „podle potřeby“. Měla by být vždy předem naplánována na určité termíny, abychom napomáhali co největší samostatnosti pacienta (Orel, 2014, s. 48-50).

Psychoterapie obsahuje různé součásti podle okolností a individuálních potřeb. Důležitou částí je vyjasnění cílů terapie. Je nutné dát si realistické a dosažitelné cíle. Velké cíle se dělí na menší, aby si pacient připadal často úspěšný a měl stále naději na další pozitivní změny (Morschitzky, 2012, s. 26-27).

5.2 Rodinná terapie

Rodinná terapie je psychoterapie zaměřená na rodinu. Tato terapie vychází z myšlenky, že pokud má dojít u jedince ke změně, tak musí dojít ke změně systému (komunikace, sdílení problémů...). Jednotkou léčení jsou všechny vztahy, kterých je jedinec zúčastněn. Někdy je ovšem terapii fyzicky přítomen jako jediný z rodiny. Terapeut musí být neutrální. Vytváří hypotézy o sporech probíhajících v rodině a ty ověřuje (Rodinná terapie, 2016).

Rodinná terapie se často doporučuje k léčbě psychosomatických poruch. Obtíže se často zhoršují nebo zlepšují současně se změnami v rodině. Cílem je pomoci najít rodině cestu a aktivovat sílu rodiny. Nemůže zachránit již rozpadlou rodinu nebo hledat viníka problému. Základní technikou rodinné terapie je rozhovor s rodinou, který je doplněn: výměnou rolí, dramaterapií, dopisy, pohádkami, arteterapií, jazykem členů rodiny a rodinnými příběhy a rituály (Těšínská, 2007).

Tento psychoterapeutický přístup se začal rozvíjet po druhé světové válce a dnes má rodinná terapie různorodá teoretická východiska. Mezi tato východiska můžeme zařadit systematický přístup, narativní přístup, psychosomatický přístup a další přístupy. Všechny tyto přístupy mají společné to, že ve středu zájmu je celá rodina se všemi jejími členy. Za rodinu se považují všichni jedinci, které daná rodina považuje za své členy. V této terapii se někdy pracuje i s partnery dospívajících členů nebo s blízkými přáteli. Rodině lze zlepšit kvalitu života v obtížných situacích jako je například výkon trestu odnětí svobody u některého člena rodiny. Tato terapie je vhodná i pro rodiny s dětmi v pěstounské péči (Co je rodinná terapie a rodinné poradenství, 2016).

Naše současná kultura nemá jasný model rodinného vztahu. Není jasně dáno, jak mají vypadat rodinné role. Klienti v rodinné terapii vychází obvykle z modelů, které zastávali jejich rodiče. Někteří se snaží tyto modely cíleně změnit a jiní na starých rodinných modelech lpí i když tyto modely nevyhovují jejich aktuálním životním podmínkám (Gjuričová, 2009, s. 50).

6 POHLED ZDRAVOTNÍKŮ

Názory na psychosomatickou medicínu se liší. Prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek se 21. 6. 2015 spolu s prezidentem Komory tradiční čínské medicíny MUDr. Jiřím Bílkem zúčastnil debaty v DVtv. DVtv je projekt moderátorské dvojice Martina Veselovského a Daniely Drtinové vysílaný v online deníku Aktuálně.cz. Kubek v této debatě řekl, že pokud má člověk psychosomatické onemocnění, tak mu jinými slovy nic není a může mu pomoci tradiční čínská medicína nebo jakýkoliv jiný šaman. Vědecká medicína dává pacientovi nějakou šanci, ale nevědecká medicína dává jistotu špatného konce (Šéf lékařské komory, 2015).

MUDr. Radkin Honzák, CSc. uvádí, že v psychosomatickém přístupu jde o celý životní styl, který se netýká pouze jednotlivce, ale týká se celé společnosti. Dle něj přijetí biopsychosociálního přístupu znamená přijetí zcela nové kultury. Současná medicína se řídí hesly WHO, ale prakticky nikdo je neprojektuje. Pokud vážený neurochirurg veřejně prohlásí, že psychosomatiku neuznává, protože neviděl, že by psychosomatický přístup vyléčil mozkový nádor, tak je to pro veřejnost kvalitní argument. Veřejnost si, ale neuvědomí, že neurochirurgie neumí vyléčit například lupénku, protože tuto informaci jim nikdo neřekne. Nebezpečím psychosomatického přístupu je zásah do lidských práv. Postmoderní medicína dělá choroby z lidských vad (Honzák, 2014, s. 33-34).

MUDr. David Skorunka, Ph.D. vidí potřebu změny v biotechnologicky rozvinuté medicíně k posílení lidského přístupu a k rozvoji psychosomatického myšlení. Tyto změny musí být provedeny na více úrovních. Rozšiřování perspektivy o psychologický a sociální přístup je podle něj aktuální výzvou. Myslí si, že pro rozvoj psychosomatického přístupu je důležité posilování interdisciplinární a týmové práce. Situaci by mohlo zlepšit vytvoření a rozšiřování sítě psychosomatických pracovišť. Doufá, že lékaři budou vnímat jako součást komplexní zdravotní péče 21. století a ne jako ohrožující nevědeckou alternativu (Skorunka, 2006, s. 357-359).

Podle profesora Stanislava Komárka hraje medicínsko-průmyslový komplex v dnešní době stejnou roli, jakou ve středověku hrála církev. Nejedná se o spasení duší, ale o spasení těl. Ve středověku věřící chodili ke zpovědi a žádný hřích nesměl být zatajen. My dnes chodíme na preventivní prohlídky. Církev ale uměla člověka připravit na smrt. Smrt patří k životu a to si neuvědomujeme. Moderní medicína chápe smrt jako nějakou nehodu. Zdravý pacient je pacient špatně vyšetřený. Psychosomatická medicína se nemůže výrazně

prosadit, protože by došlo k redukci nákladů. Čím více peněz protéká institucí, tím je významnější. Pacienti často sami žádají finančně náročné procedury. Čím je procedura dražší, tím větší je její prestiž (Taněv, 2015).

Lékař-sexuolog, psychoterapeut, rodinný a systemický terapeut MUDr. Vladislav Chvála si myslí, že rozvoj psychosomatické medicíny je pro zdravotnický systém ekonomicky výhodný. Uvádí, že čím více můžeme vyrobit bot, tím levnější může jedna bota být. U lidí je to naopak. Lékař má v ordinaci mnoho pacientů. Čím více pacientů denně má v ordinaci, tím méně se dozví informací. Léčba pacientů trvá déle a proto má v ordinaci pacientů stále více. Podle něj nestačí ale jen zařadit vzdělávání psychosomatiky do vzdělávání zdravotnických pracovníků. Musí být prosazovány jiné podmínky pro poskytování péče, aby byla možnost uplatnit komplexní léčbu alespoň v ordinacích psychosomatické medicíny. Medicína je dnes stále specializovanější a masově poskytovaná. Je potřeba umožnit práci s takovým množstvím pacientů, se kterými je ještě možné se lidsky setkat (Chvála, 2015, s. 89).

Dne 26. 5. 2015 proběhl ve FN Královské Vinohrady seminář s profesorem T. H. Loewem z Lékařské fakulty v Řezně (Regensburgu). Na tomto semináři řekl, že vždy se musíme vyrovnávat s předpoklady, že psychosomatika je otázka víry nebo něco komfortního. Podle něj je třeba, aby se k odpovědným osobám dostala informace, že chybně ošetřený psychosomatický pacient je čtrnáctkrát dražší než pacient běžný. Medicína, která naslouchá (sprechende medizine) je levnější. Psychosomatická medicína není alternativa vedle školní medicíny. Je to jedna a ta samá medicína (Loew, 2015, s. 41-48).

MUDr. Jan Hnízdil je atestovaný internista a rehabilitační lékař. Založil a provozuje pracoviště komplexní psychosomatické medicíny Hnízdo zdraví. Podle Hnízdila se musíme seznámit s životním příběhem člověka, když chceme rozumět jeho nemoci. Nemoc je informace o tom, že člověk ve svém životě někde dělá chybu. Musíme posoudit nejen fyzickou ale také psychickou a sociální stránku člověka. Poté pochopíme, proč onemocněl. Člověk stůně podle toho, jak žije. Pokud se nezmění, tak se nemůže uzdravit. Hnízdil uvádí, že na tomto je komplexní medicína postavena. Psychosomatika tuto problematiku zužuje. Psychosomatika je založená na posouzení duševna a tělesna a vztahů mezi nimi. Hnízdil si myslí, že toto nestačí. Na zdravotní problém se musí nahlížet ve všech životních souvislostech. Mnoho lidí stresuje společenská atmosféra a začnou stonat. Chodí za lékaři do ordinací a chtějí léčit tělesné potíže. Hlavní příčinou jejich problému

jsou společenské podmínky, ve kterých žijí. Tyto podmínky jsou hlavní příčinou jejich problému a ty je třeba léčit. Tvrdí, že za se stonáním občanů v naší zemi může chování našich politiků. Mnozí z nich vytvářejí nebezpečný a nezdravý společenský systém. Zdravý člověk se musí starat o společenské podmínky, ve kterých žije (Bud' se chcete léčit, anebo uzdravit, 2011)

18. 2. 2015 se výbor Psychosomatické společnosti ČLS ohradil proti některým tvrzením MUDr. Hnízдила. Nevoli způsobil článek „Nejcennější léky máme v sobě“, který byl uveřejněn 23. ledna 2015 v časopise Téma 4/2015. Výbor vidí boj tohoto lékaře za prosazení psychosomatického myšlení do české medicíny sice jako potřebný, ale zjednodušování, kterého se dopouští, se jim nelíbí. Značné zjednodušování může vyvolat v odborné společnosti spíše odpor než souhlas. MUDr. Hnízdil prý svým postojem snižuje psychosomatiku na úroveň amatérského léčitelství. Představuje si, že dá pacientovi vysvětlení a je po problému. MUDr. Vladislav Chvála udává, že léčba psychosomatického onemocnění je pěkná dřina. Dřina pro pacienta, celou jeho rodinu a i při respektování bio-psycho-sociální stránky nemají lékaři v rukou zázrak. PhDr. Ludmila Trapková, klinická psycholožka a rodinná terapeutka se nediví tomu, že mnoho pacientů dává přednost lékům a operacím, než aby řešili své vztahy (Chvála, Trapková, Kabát, 2015).

7 VÝZKUMNÁ ČÁST

7.1 Výzkumné otázky

1. Jaký je názor zdravotnických pracovníků na psychosomatickou problematiku?
2. Mají zdravotničtí pracovníci základní teoretické znalosti z oblasti psychosomatiky?
3. Projevují zdravotníci při poskytování péče zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh?
4. Jsou zdravotničtí pracovníci ochotni hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání?
5. Poskytují čeští zdravotníci pacientům spolupráci s jinými odborníky?

7.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce na téma „Psychosomatický obraz nemoci z pohledu zdravotnických pracovníků“ je práce teoreticko-výzkumného charakteru. Zjišťuje pohled zdravotnických pracovníků na psychosomatický obraz nemoci. Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření.

Dotazník je jinými slovy psaný řízený rozhovor. Patří mezi průzkumné metody. Při sestavování dotazníku je důležité určit si přesně hlavní cíl výzkumu a správně sestavit kladené otázky. Otázky by měly být anonymní. Před definitivním rozdělením by měl být proveden pilotní výzkum. Pilotním výzkumem si ověříme, zda jsou kladené otázky pro respondenty srozumitelné. Dotazník umožňuje zkoumat velký počet osob současně. Další výhodou dotazníku je menší časová náročnost (Kohoutek, 2010).

Dotazník je v příloze B. Důvodem této realizace byla velká přehlednost a snadná zpracovatelnost dat od velkého počtu respondentů za krátký časový interval. Dotazníky byly anonymní, aby se zvýšila návratnost vyplněných dotazníků. Nevýhodou této metody je nemožnost zpřesnit otázku při jejím nepochopení. Další nevýhodou byla nutnost distribuce a sběru dotazníků nadřízenými zaměstnanci na pracovištích.

Dotazník byl vypracován na základě stanovených cílů. Je sestaven ze 17 položek. Otázky jsou z velké většiny uzavřené s možností výběru jedné správné odpovědi, u některých je možnost více správných odpovědí. Dalším typem otázek v dotazníku jsou otázky polootevřené pro získání přesnějších informací.

Při stanovení některých otázek do dotazníku jsem se inspirovala bakalářskou prací Zuzany Kantorové na téma: Psychosomatický obraz nemoci z roku 2008. Kantorová se ve své práci zaměřila na zjištění úrovně znalostí o psychosomatické medicíně u respondentů z řad všeobecných sester. Dále jsem se inspirovala diplomovou prací Bc. Ivy Matějkové na téma: Psychosomatika v geriatrické ošetrovatelské péči z roku 2011. Bc. Iva Matějková se ve své práci zaměřila na ověření znalostí všeobecných sester v psychosomatické problematice a na jejich názory.

7.3 Zkoumaný soubor

Pro výzkum psychosomatického obrazu nemoci z pohledu zdravotnických pracovníků jsem zvolila za respondenty lékaře a lékařky pracující v oblastní nemocnici, praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, zdravotnické asistenty a všeobecné sestry v oblastní nemocnici, všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Všichni respondenti pocházejí z Královéhradeckého kraje.

7.4 Sběr dat

Výzkum probíhal v době od 1. 3. 2016 do 1. 5. 2016. Výzkumu předcházela pilotní studie. V rámci pilotní studie byly dotazníky předloženy 5 všeobecným sestrám a 2 praktickým lékařům pro dospělé. Tyto dotazníky byly vyplněny v mé přítomnosti a tato pilotní studie byla použita za účelem zjištění srozumitelnosti položených otázek. Při pilotním výzkumu nebyly zjištěny žádné větší nesrovnalosti a problémy s interpretací otázek. Dotazníky vyplněné v pilotní studii poté nebyly zařazeny do konečného šetření.

Výzkum u zdravotnických asistentů a všeobecných sester byl proveden na základě potvrzení o schválení provedení dotazníkového šetření vybrané nemocnice. Toto povolení poskytla hlavní sestra nemocnice a týkalo se oddělení akutní lůžkové rehabilitace, interního oddělení, dětského oddělení, gynekologicko-porodnického oddělení a chirurgického oddělení. Po získání tohoto povolení byly kontaktovány a seznámeny

s tématem práce a průběhem výzkumu vrchní sestry daných oddělení. Vrchní sestry se vyjádřily k dotazníkům, schválily je a poté jim byl předán předem dohodnutý počet dotazníků, které bylo dané oddělení ochotné vyplnit. Po uplynutí několika týdnů byly vyplněné dotazníky vyzvednuty u vrchních sester. Pro zachování anonymity byly vyplněné dotazníky ukládány do obálky.

O povolení výzkumu u lékařů byl vždy požádán primář daného oddělení a získání dat probíhalo obdobně. Výzkum probíhal u lékařů na oddělení akutní lůžkové rehabilitace, interním oddělení, dětském oddělení, gynekologicko-porodnickém oddělení, chirurgickém oddělení a neurologickém oddělení. Vyplněné dotazníky v obálce byly po uplynutí několika týdnů vyzvednuty u primářů daných oddělení.

V rámci výzkumu u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost byl vždy požádán o povolení vybraný praktický lékař. Lékař musel s výzkumem souhlasit a souhlas musela udělit i sestra u něj v ordinaci. Poté jim byly dotazníky předány ve velké obálce a po několika týdnech byly zalepené obálky vybrány v předem určený den. Tím nedošlo ke ztrátě anonymity u respondentů.

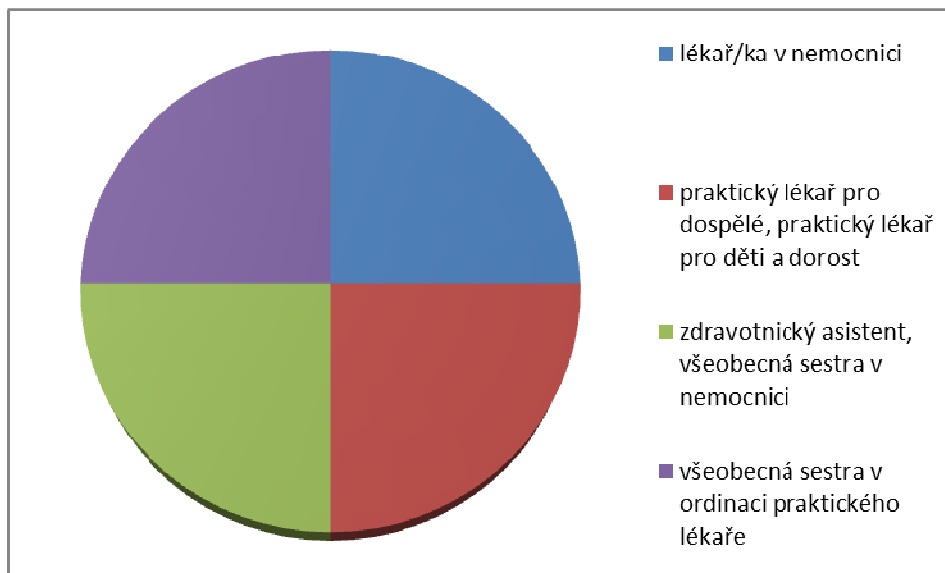
Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků byla návratnost 120 dotazníků (85,7 %). Žádný z vyplněných dotazníků nemusel být vyřazen. Všechny byly použity pro statistické zpracování a analýzu výsledků.

7.5 Zpracování dat

Pro zpracování dat byl použit počítačový program Microsoft Word a Microsoft Excel ze softwarového balíku Microsoft Office 2010. Data získaná z dotazníkového šetření jsou zpracována do grafů s písemným komentářem a také do tabulek (viz příloha C). Zpracovaná data jsou vyjádřena metodou absolutní četnosti (numerický počet odpovědí) a relativní četnosti (vyjádření odpovědí v procentech).

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka číslo 1: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

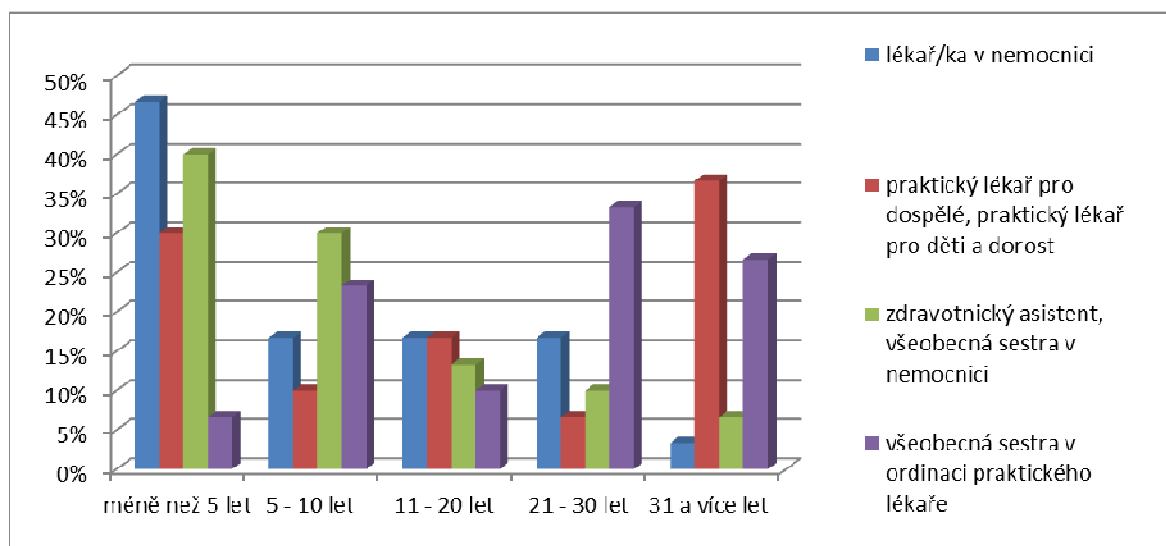


Obrázek 1 Graf pracovní zařazení respondentů

Graf ukazuje, že zastoupení respondentů bylo rovnoměrné. Šetření se zúčastnilo 30 (25 %) lékařů v nemocnici, 30 (25 %) praktických lékařů, 30 (25 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 30 (25 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Šetření se tedy zúčastnilo celkem 120 (100 %) respondentů.

Otázka číslo 2: Jak dlouho jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?



Obrázek 2 Graf délka zaměstnání respondentů ve zdravotnictví

Graf dokumentuje délku zaměstnání respondentů ve zdravotnictví. Z grafu je patrné, že lékaři v nemocnici mají nejméně praxe (zkušeností), zatímco u praktických lékařů je to naopak. Zdravotnické asistenty, všeobecné sestry v nemocnici tvoří také respondenti s kratší dobou trvání praxe. Zdá se, že „nejzkušenější skupinu“ (z hlediska délky praxe) tvoří sestry v ordinaci praktického lékaře.

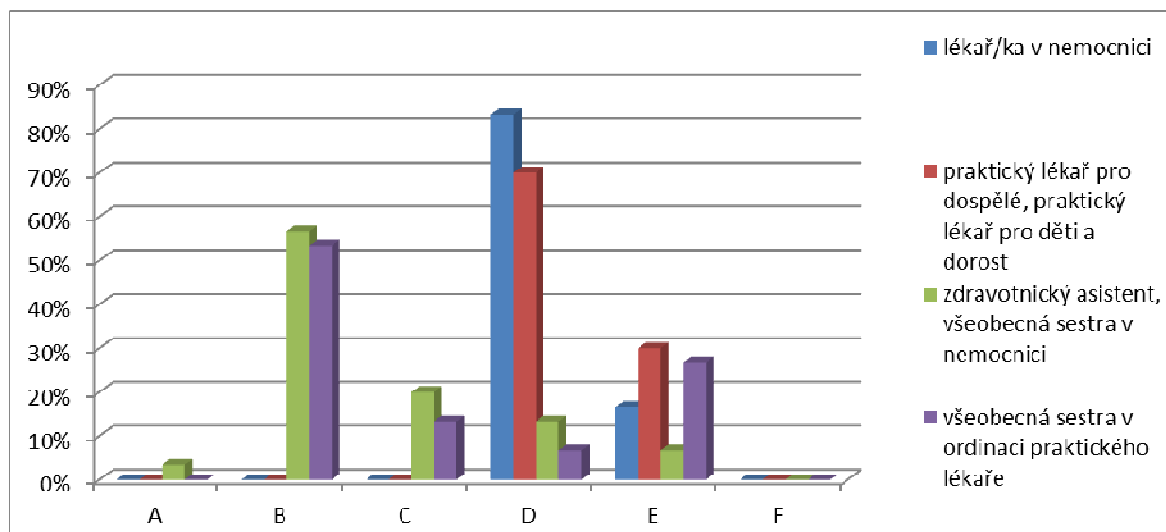
Odpověď *méně než 5 let* zvolilo 14 (47 %) lékařů v nemocnici, 5 (17 %) uvedlo odpověď *5-10 let*, 5 (17 %) uvedlo odpověď *11–20 let*, 5 (17 %) lékařů v nemocnici uvedlo odpověď *21–30 let* a 1 (3 %) lékař v nemocnici uvedl odpověď *31 a více let*.

Odpověď *méně než 5 let* zvolilo 9 (30 %) praktických lékařů, 3 (10 %) uvedli odpověď *5-10 let*, 5 (17 %) praktických lékařů uvedlo odpověď *11–20 let*, 2 (7 %) praktických lékařů uvedli odpověď *21–30 let* a 11 (37 %) praktických lékařů uvedlo odpověď *31 a více let*.

Odpověď *méně než 5 let* zvolilo 12 (40 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici, 9 (30 %) uvedlo odpověď *5-10 let*, 4 (13 %) uvedli odpověď *11–20 let*, 3 (10 %) uvedli odpověď *21–30 let* a 2 (7 %) uvedli odpověď *31 a více let*.

Odpověď *méně než 5 let* zvolily 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře, 7 (23 %) uvedlo odpověď *5-10 let*, 3 (10 %) uvedly odpověď *11–20 let*, 10 (33 %) uvedlo odpověď *21–30 let* a 8 (27 %) uvedlo odpověď *31 a více let*.

Otázka číslo 3: Kde jste poprvé získal/a poznatky o psychosomatické medicíně?



Obrázek 3 Graf první poznatky o psychosomatické medicíně

Legenda graf. 3

- A. na ZŠ
- B. na SŠ
- C. na VOŠ
- D. na VŠ
- E. při dalším vzdělávání (kurzy,...)
- F. nesetkal/a jsem se s ní

Graf ukazuje, kde respondenti poprvé získali poznatky o psychosomatické medicíně.

Odpověď *na ZŠ* zvolil pouze 1 (3 %) zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici.

Odpověď *na SŠ* zvolilo 17 (57 %) zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici a 16 (53 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

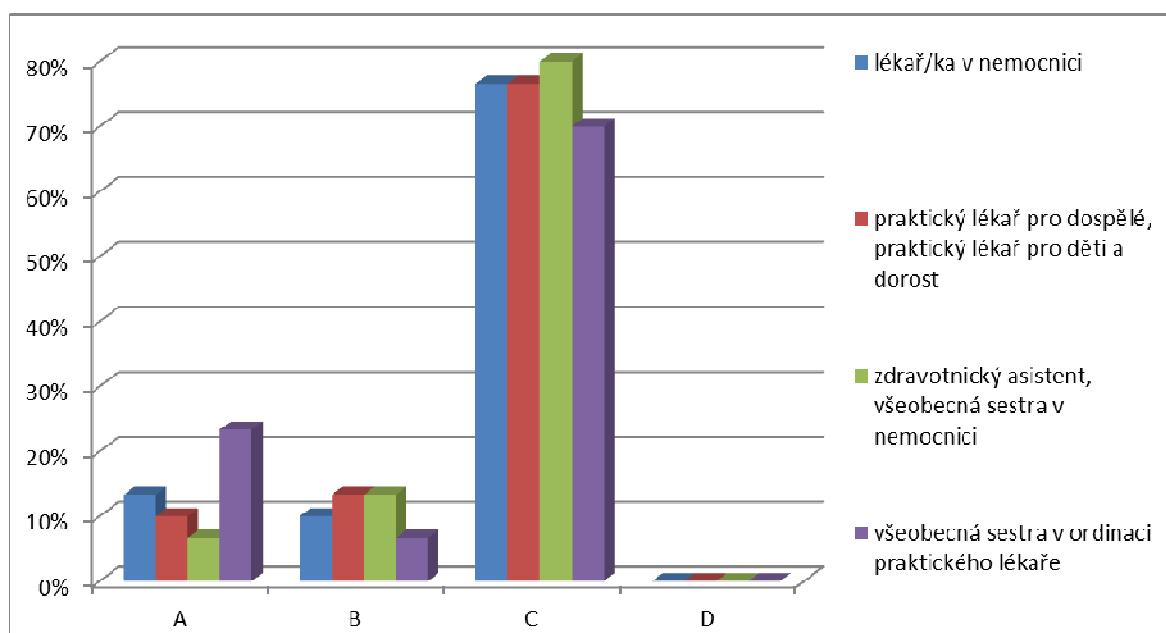
Odpověď *na VOŠ* zvolilo 6 (20 %) zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici a 4 (13 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *na VŠ* zvolilo 25 (83 %) lékařů v nemocnici, 21 (70 %) praktických lékařů, 4 (13 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *při dalším vzdělávání* zvolilo 5 (17 %) lékařů v nemocnici, 9 (30 %) praktických lékařů, 4 (13 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *nesetkal/a jsem se s ní* zůstala nevyužita.

Otázka číslo 4: Psychosomatickou medicínu chápete jako:



Obrázek 4 Graf chápání psychosomatické medicíny

Legenda graf. 4

- A. jeden z lékařských oborů
 B. alternativu k současným uznávaným lékařským oborům
 C. rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku
 D. jinak (uved'te jak):

Graf dokumentuje, jak chápou zdravotničtí pracovníci psychosomatickou medicínu.

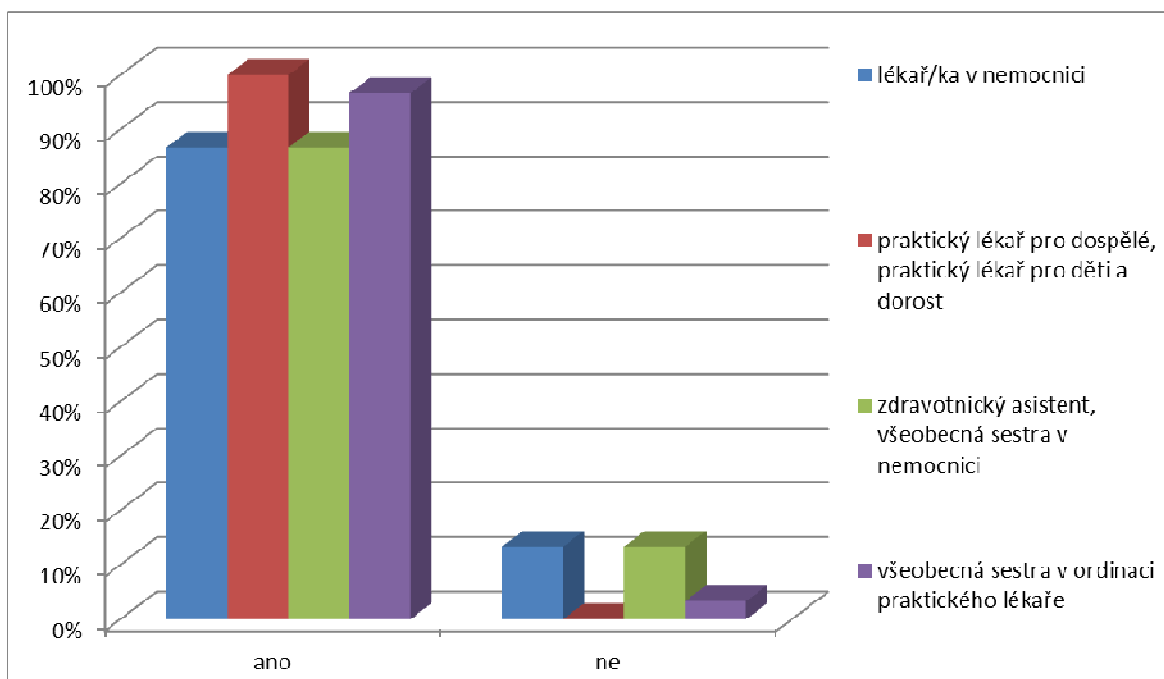
Odpověď *jeden z lékařských oborů* zvolili 4 (13 %) lékaři v nemocnici, 3 (10 %) praktičtí lékaři, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 7 (23 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *alternativu k současným uznávaným lékařským oborům* zvolili 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 4 (13 %) praktičtí lékaři, 4 (13 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku* zvolilo 23 (77 %) lékařů v nemocnici, 23 (77 %) praktických lékařů, 24 (80 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 21 (70 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Možnost *jinak* nevyužil žádný respondent.

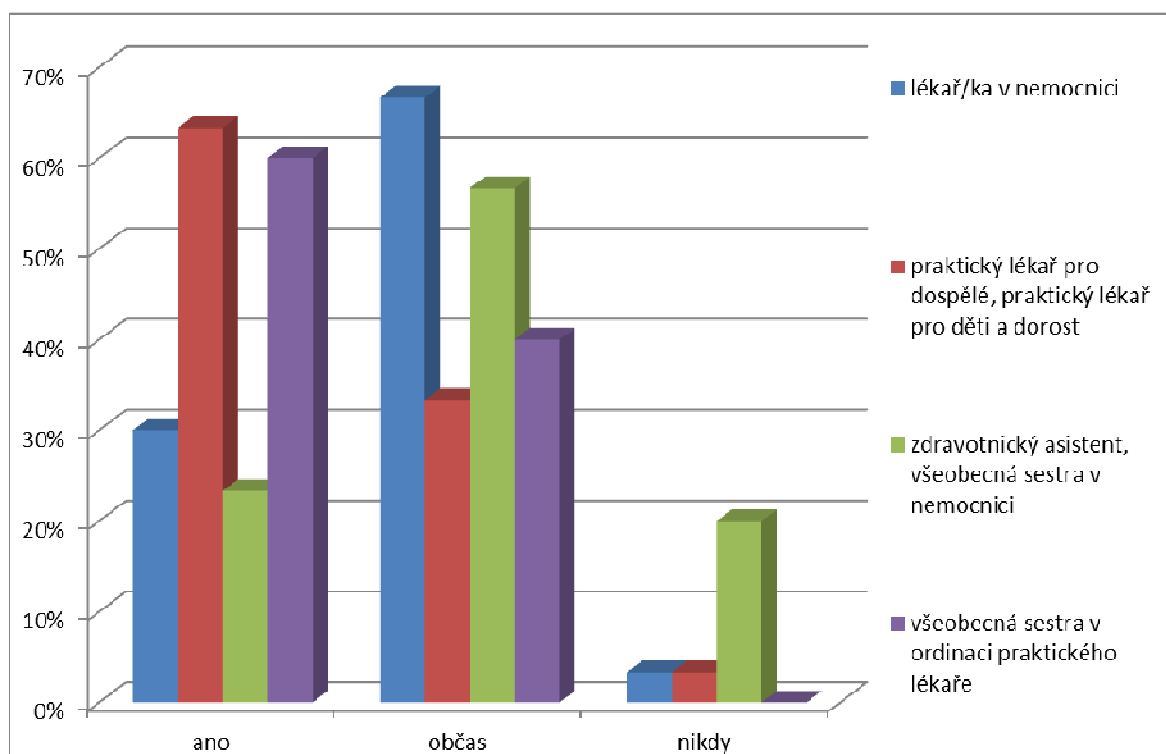
Otázka číslo 5: Myslíte si, že je možné, aby byl do současného systému zdravotnictví zapojován psychosomatický přístup?



Obrázek 5 Graf zapojení psychosomatického přístupu

Graf znázorňuje, že většina respondentů si myslí, že je možné, aby byl do současného systému zdravotnictví zapojován psychosomatický přístup. Odpověď *ano* zvolilo 26 (87 %) lékařů v nemocnici, 26 (87 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici, 29 (97 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře a 30 (100 %) praktických lékařů. Odpověď *ne* zvolili 4 (13 %) lékaři v nemocnici, 4 (13 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici, 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* praktičtí lékaři nevyužili.

Otázka číslo 6: Mluví se na Vašem oddělení (ve Vaší ordinaci) o psychosomatické problematice?



Obrázek 6 Graf psychosomatická problematika

Graf dokumentuje, jak se respondenti vyjadřovali k tomu, zda se na jejich oddělení či v jejich ordinaci mluví o psychosomatické problematice.

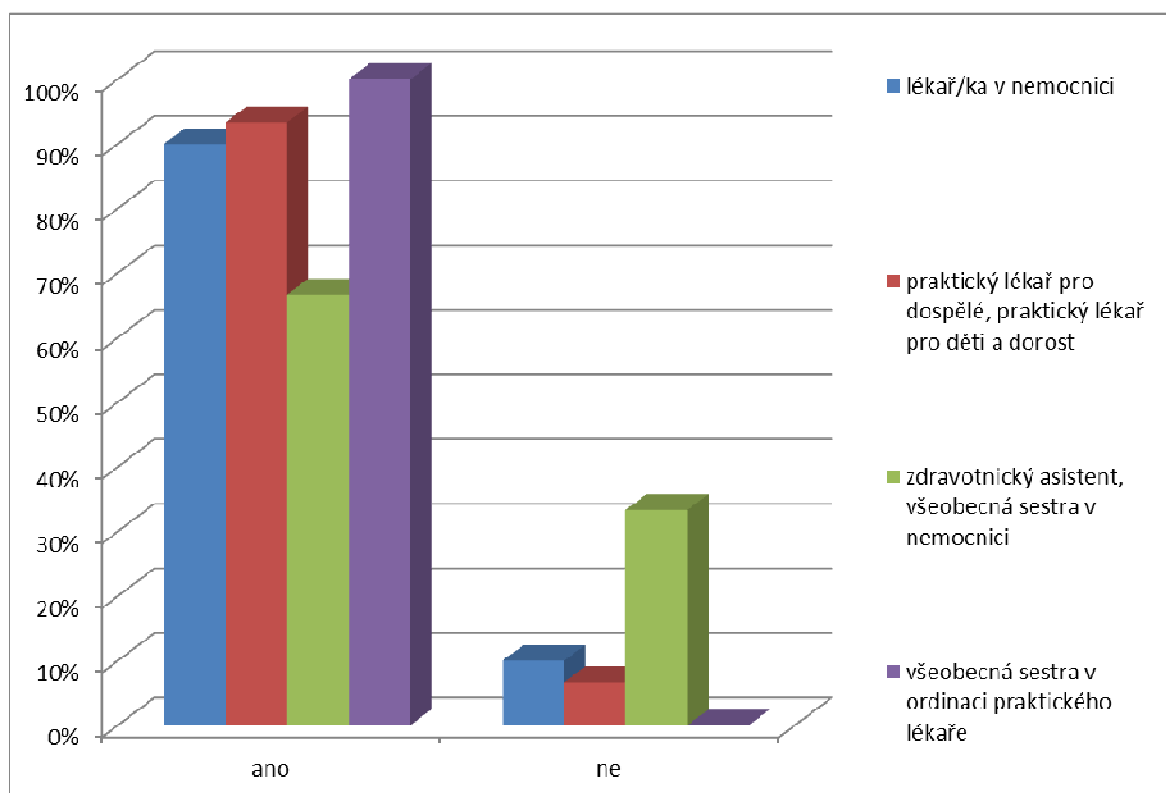
Odpověď *ano* zvolilo 9 (30 %) lékařů v nemocnici, 20 (67 %) uvedlo odpověď *občas* a 1 (3 %) lékař v nemocnici uvedl odpověď *nikdy*.

Odpověď *ano* zvolilo 19 (63 %) praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti, 10 (33 %) uvedlo odpověď *občas* a 1 (3 %) praktický lékař uvedl odpověď *nikdy*.

Odpověď *ano* zvolilo 7 (23 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici, 17 (57 %) uvedlo odpověď *občas* a 6 (20 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici uvedlo odpověď *nikdy*.

Odpověď *ano* zvolilo 18 (60 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře, 12 (40 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře uvedlo odpověď *občas* a odpověď *nikdy* všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře nevyužily.

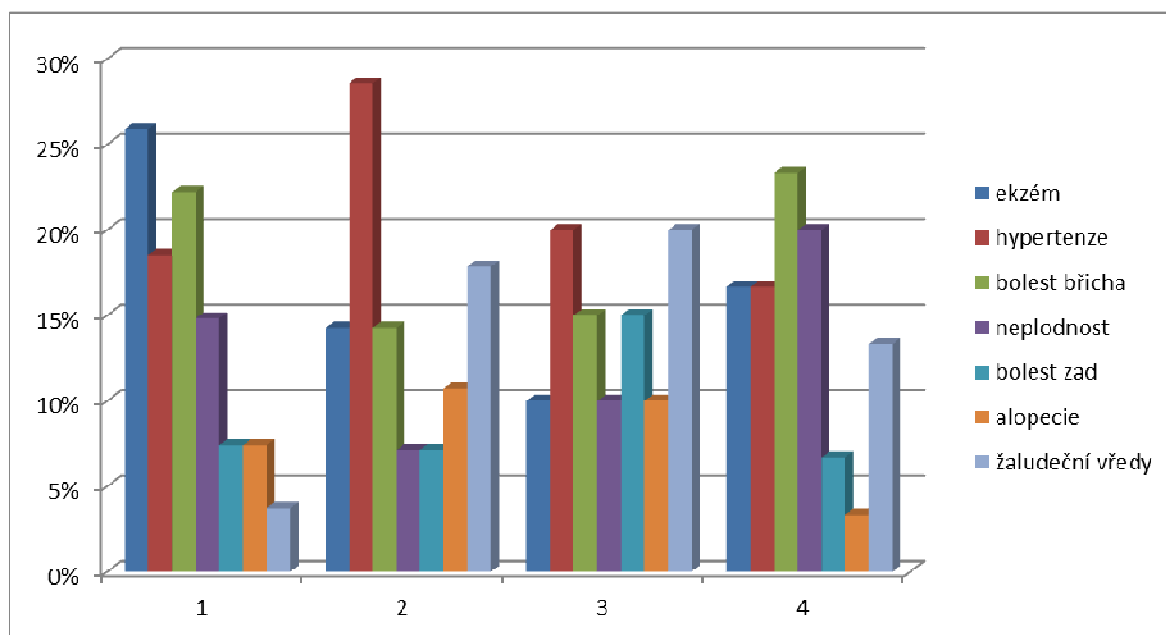
Otázka číslo 7: Setkal/a jste se již s pacientem, který trpěl psychosomatickým onemocněním?



Obrázek 7 Graf setkání s psychosomatickým pacientem

Graf znázorňuje, že většina respondentů se již setkala s pacientem, který trpěl psychosomatickým onemocněním. Odpověď *ano* zvolilo 27 (90 %) lékařů v nemocnici, 28 (93 %) praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, 20 (67 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a všech 30 (100 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* zvolili 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 10 (33 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici. Odpověď *ne* všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře nevyužily.

Pokud jste odpověděl/ a ano: Jakým psychosomatickým onemocněním trpěl?



Obrázek 8 Graf jakým psychosomatickým onemocněním pacient trpěl

Legenda graf. 8

1. lékař/ka v nemocnici
2. praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost
3. zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici
4. všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře

Graf dokumentuje jakým psychosomatickým onemocněním trpěl pacient se kterým se setkal zdravotnický pracovník. Tuto otázku zodpověděli pouze ti, co na otázku číslo 7 odpověděli *ano*.

Na tuto otázku odpovědělo 27 (100 %) lékařů v nemocnici. 7 (26 %) lékařů v nemocnici odpovědělo na otázku odpovědí *ekzém*. Odpověď *hypertenze* uvedlo 5 (19 %) lékařů v nemocnici. Odpověď *bolest břicha* uvedlo 6 (22 %) lékařů v nemocnici. Odpověď *neplodnost* uvedli 4 (15 %) lékaři v nemocnici. Odpověď *bolest zad* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici. Odpověď *alopecie* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici a odpověď *žaludeční vředy* uvedl 1 (4 %) lékař v nemocnici.

Na tuto otázku odpovědělo 28 (100 %) praktických lékařů. 4 (14 %) praktičtí lékaři odpověděli na otázku odpovědí *ekzém*. Odpověď *hypertenze* uvedlo 8 (29 %) praktických

lékařů. Odpověď *bolest břicha* uvedli 4 (14 %) praktičtí lékaři. Odpověď *neplodnost* uvedli 2 (7 %) praktičtí lékaři. Odpověď *bolest zad* uvedli 2 (7 %) praktičtí lékaři. Odpověď *alopecie* uvedly 3 (11 %) praktičtí lékaři a odpověď *žaludeční vředy* uvedlo 5 (18 %) praktických lékařů.

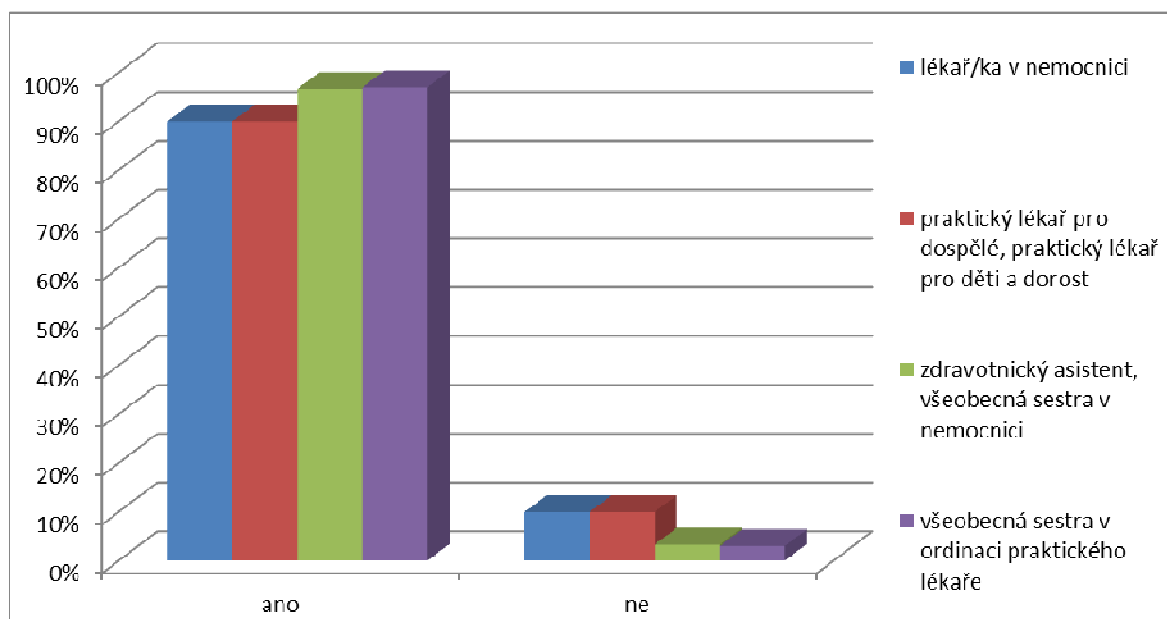
Na tuto otázku odpovědělo 20 (100 %) zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici. Zdravotnický asistenti, všeobecné sestry odpovídali na otázku následovně:

2 (10 %) odpověděli na otázku odpovědí *ekzém*. Odpověď *hypertenze* uvedli 4 (20 %), odpověď *bolest břicha* uvedli 3 (15 %), odpověď *neplodnost* uvedli 2 (10 %), odpověď *bolest zad* uvedli 3 (15 %), odpověď *alopecie* uvedli 2 (10 %) a odpověď *žaludeční vředy* uvedli 4 (20 %) praktičtí lékaři.

Na tuto otázku odpovědělo 30 (100 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

5 (17 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře odpovědělo na otázku odpovědí *ekzém* a 5 (17 %) odpovědělo odpovědí *hypertenze*. Odpověď *bolest břicha* uvedlo 7 (23 %), odpověď *neplodnost* uvedlo 6 (20 %), odpověď *bolest zad* uvedly 2 (7 %), odpověď *alopecie* uvedla 1 (3 %) a odpověď *žaludeční vředy* uvedly 4 (13 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

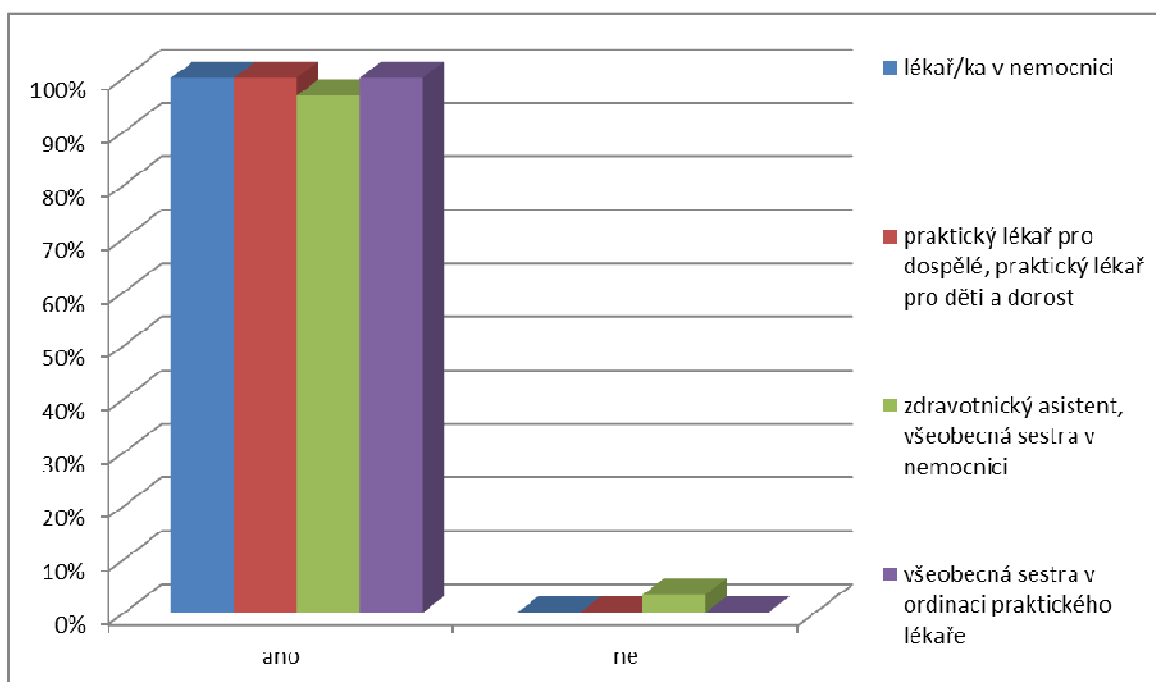
Otázka číslo 8: Má podle Vás smysl označovat některé pacienty za psychosomatické?



Obrázek 9 Graf označení pacientů za psychosomatické

Graf dokumentuje, že si většina respondentů myslí, že má smysl označovat některé pacienty za psychosomatické. Odpověď *ano* zvolilo 27 (90 %) lékařů v nemocnici, 27 (90 %) praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, 29 (97 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 29 (97 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* zvolili 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 3 (10 %) praktičtí lékaři, 1 (3 %) zdravotnický asistent a všeobecná sestra v nemocnici a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

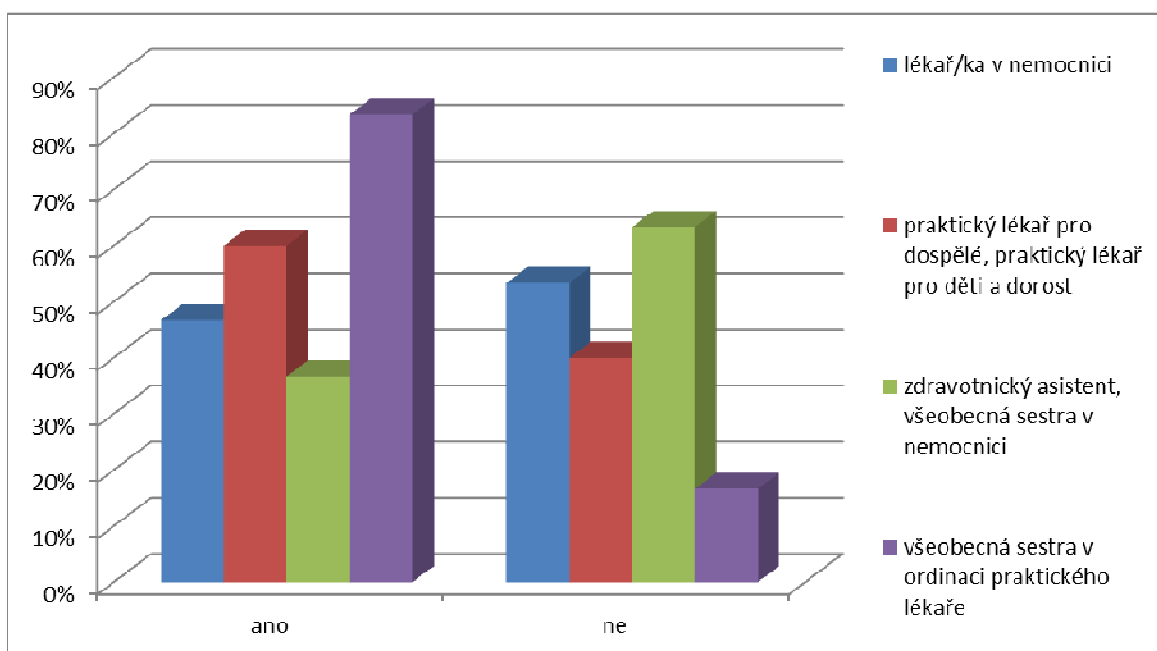
Otázka číslo 9: Jste otevřený/á hovořit s pacientem, který o to stojí, o psychosomatických aspektech jeho stonání (nemoci)?



Obrázek 10 Graf otevřenost hovořit s pacientem

Graf dokumentuje otevřenost zdravotnických pracovníků hovořit s pacientem, který o to stojí, o psychosomatických aspektech jeho stonání. Většina respondentů je otevřená s pacientem hovořit. Odpověď *ano* zvolilo 30 (100 %) lékařů v nemocnici, 30 (100 %) praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, 29 (97 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a všech 30 (100 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* zvolil pouze 1 (3 %) zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici. Ostatní respondenti tuto položku nevyužili.

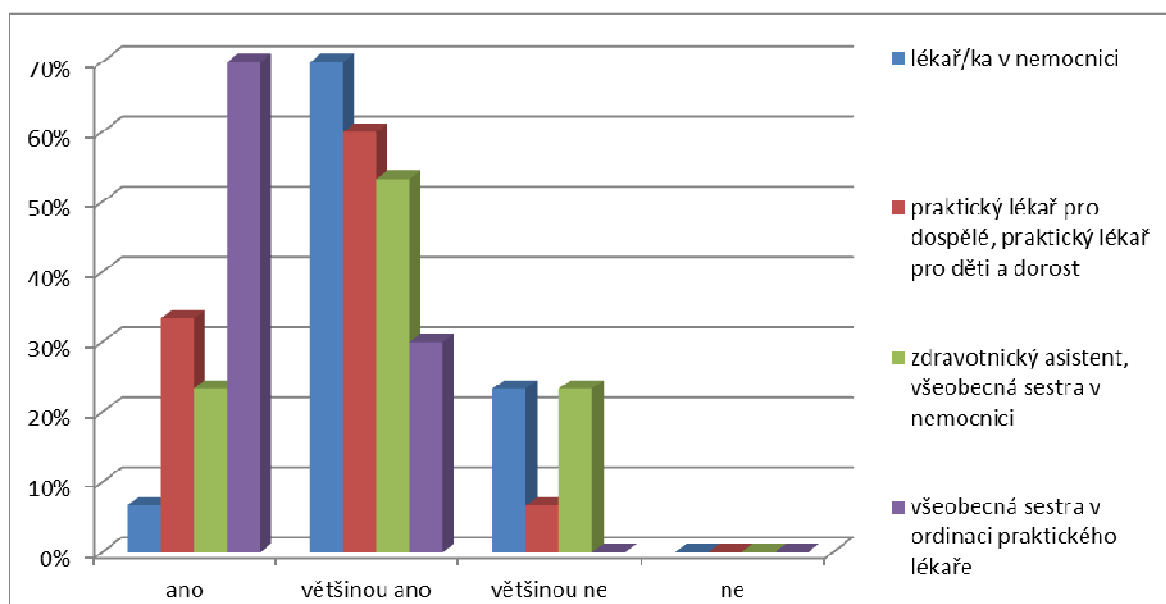
Otázka číslo 10: Pokud byste byl/a v roli pacienta, stál/a byste o to, aby se zdravotnický personál zajímal případně také o Vaše osobní problémy?



Obrázek 11 Graf zdravotník v roli pacienta

Graf udává kolik z dotázaných by v roli pacienta stálo o to, aby se zdravotnický personál zajímal také o jejich osobní problémy. Odpověď *ano* zvolilo 14 (47 %) lékařů v nemocnici, 18 (60 %) praktických lékařů, 11 (37 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 25 (83 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* zvolilo 16 (53 %) lékařů v nemocnici, 12 (40 %) praktických lékařů, 19 (63 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 5 (17 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Otázka číslo 11: Domníváte se, že při poskytování zdravotní péče projevujete zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh?



Obrázek 12 Graf zájem o osobnost nemocného

Graf znázorňuje zájem zdravotnických pracovníků o osobnost nemocného a jeho životní příběh.

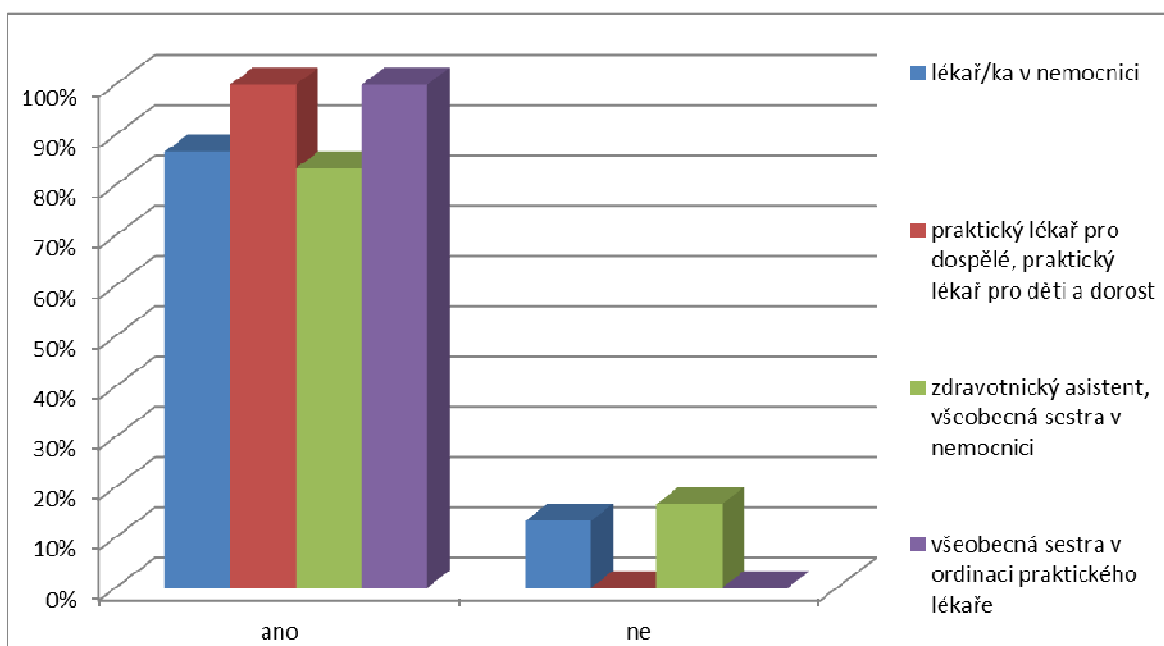
Odpověď *ano* zvolili 2 (7 %) lékaři v nemocnici, 10 (33 %) praktických lékařů, 7 (23 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 21 (70 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *většinou ano* zvolilo 21 (70 %) lékařů v nemocnici, 18 (60 %) praktických lékařů, 16 (53 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 9 (30 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *většinou ne* zvolilo 7 (23 %) lékařů v nemocnici, 2 (7 %) praktických lékařů, 7 (23 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici. Tuto odpověď všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře nevyužily.

Odpověď *ne* nevyužil žádný respondent.

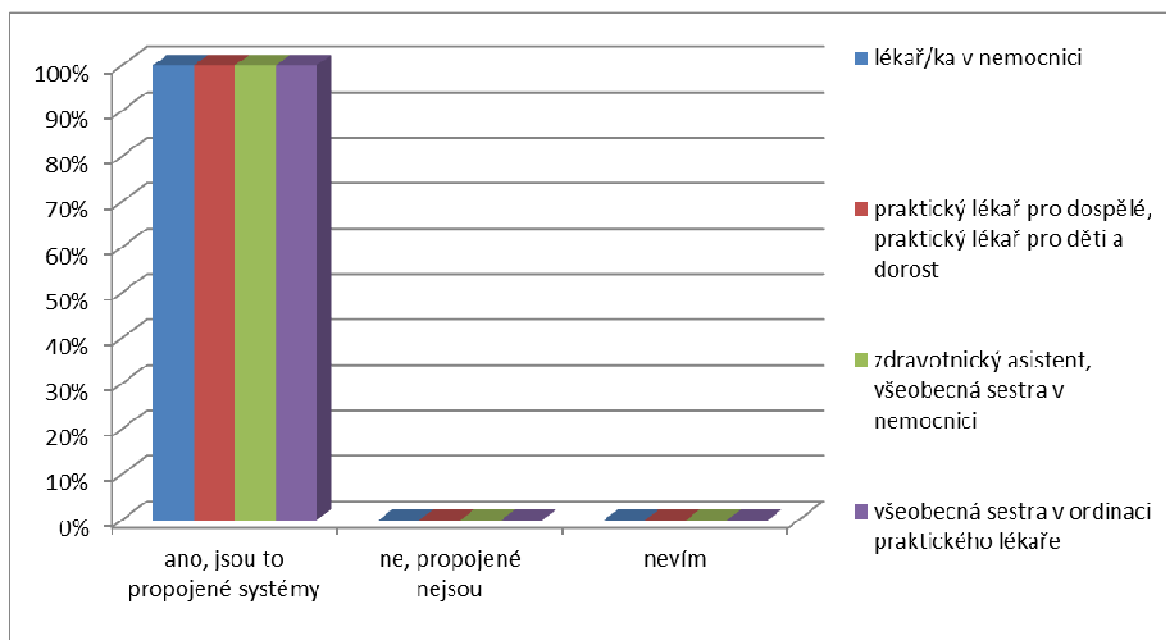
Otázka číslo 12: Poskytujete v případě potřeby svým pacientům doporučení k intervenci nebo kontakt na jiného odborníka (psychoterapeuta, sociálního pracovníka)?



Obrázek 13 Graf kontakt na jiného odborníka

Graf znázorňuje, že většina respondentů poskytuje v případě potřeby pacientům kontakt na jiného odborníka. Odpověď *ano* zvolilo 26 (87 %) lékařů v nemocnici, 30 (100 %) praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, 25 (83 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a všech 30 (100 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odpověď *ne* zvolili 4 (13 %) lékaři v nemocnici a 5 (17 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici. Praktičtí lékaři a sestry u nich v ordinaci tuto odpověď neudali.

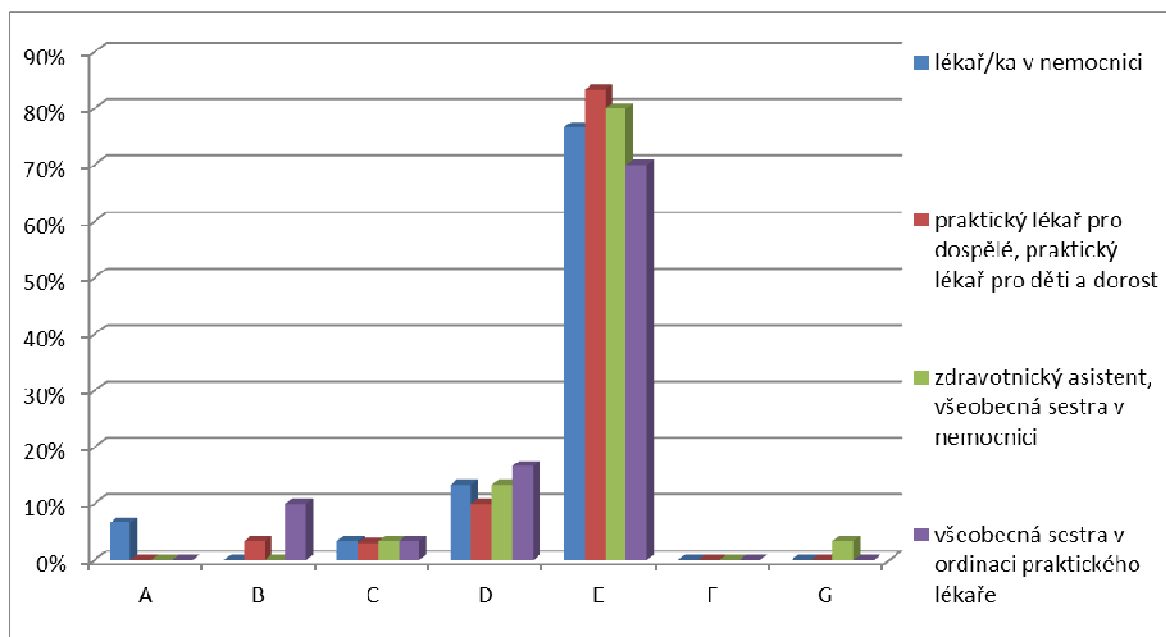
Otázka číslo 13: Myslíte si, že duševno a tělesno jsou dva propojené systémy?



Obrázek 14 Graf propojené systémy

Graf ukazuje názor respondentů, zda si myslí, že tělesno a duševno jsou dva propojené systémy. Všichni respondenti odpověděli *ano, jsou to propojené systémy*. Odpověď *ne, propojené nejsou* a *nevím* respondenti nevyužili.

Otázka číslo 14: Jaké příčiny se mohou uplatňovat na vzniku psychosomatických onemocnění? (otázka s možností více odpovědí)



Obrázek 15 Graf příčiny uplatňující se na vzniku onemocnění

Legenda graf. 15

- A. potlačování sexuality a emotivity
- B. extrémní sebedisciplinovanost
- C. postoj, že musím vše zvládnout sám
- D. dlouhodobý stres s dopadem na psychoneuroimunologii a vegetativní systém
- E. všechny z výše uvedených odpovědí
- F. žádná z výše uvedených odpovědí
- G. nevím

Graf dokumentuje příčiny uplatňující se na vzniku psychosomatických onemocnění z pohledu zdravotnického pracovníka. Tato otázka je s možností více odpovědí, ale všichni respondenti uvedli vždy pouze jednu odpověď. Správnou odpovědí je odpověď *všechny z výše uvedených odpovědí*. Většina zdravotnických pracovníků odpověděla správně.

Odpověď *potlačování sexuality a emotivity* využili 2 (7 %) lékaři v nemocnici.

Odpověď *extrémní sebedisciplinovanost* uvedl 1 (3 %) praktický lékař a 3 (10 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *postoj, že musím vše zvládnout sám* uvedl 1 (3 %) lékař v nemocnici, 1 (3 %) praktický lékař, 1 (3 %) zdravotnický asistent a všeobecná sestra v nemocnici a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

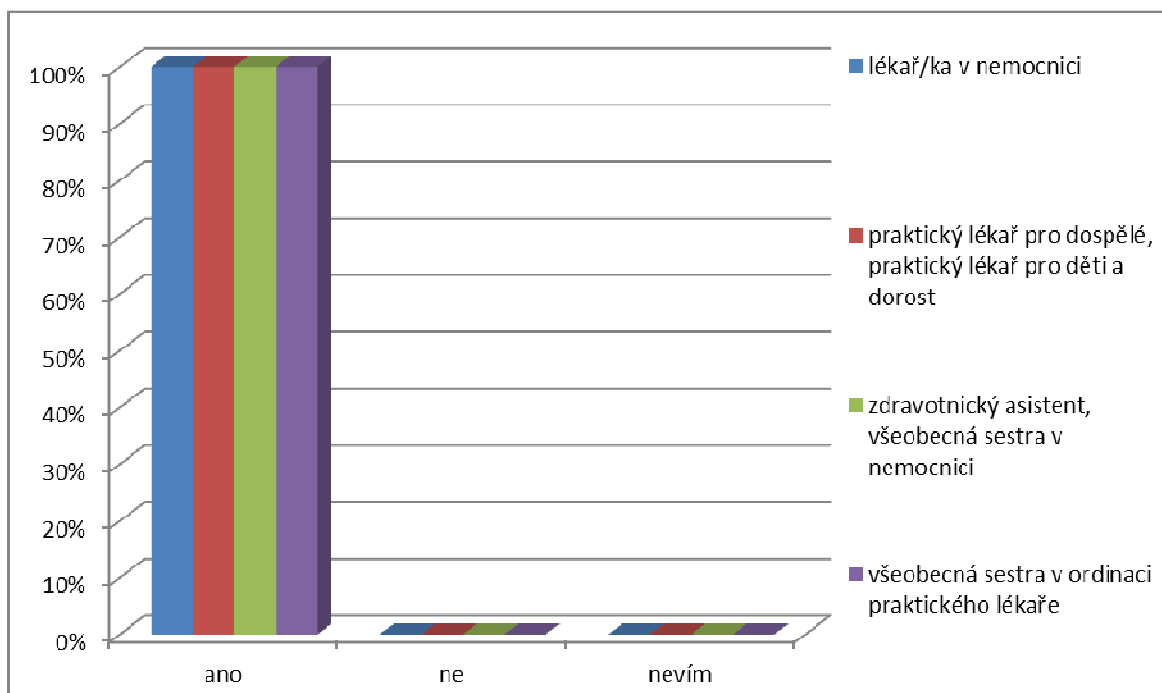
Odpověď *dlouhodobý stres s dopadem na psychoneuroimunologii a vegetativní systém* uvedli 4 (13 %) lékaři v nemocnici, 3 (10 %) praktičtí lékaři, 4 (13 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 5 (17 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Správnou odpověď *všechny z výše uvedených odpovědí* využilo 23 (77 %) lékařů v nemocnici, 25 (83 %) praktických lékařů, 24 (80 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 21 (70 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *žádná z výše uvedených odpovědí* nevyužil žádný respondent.

Odpověď *nevím* využil 1 (3 %) zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici.

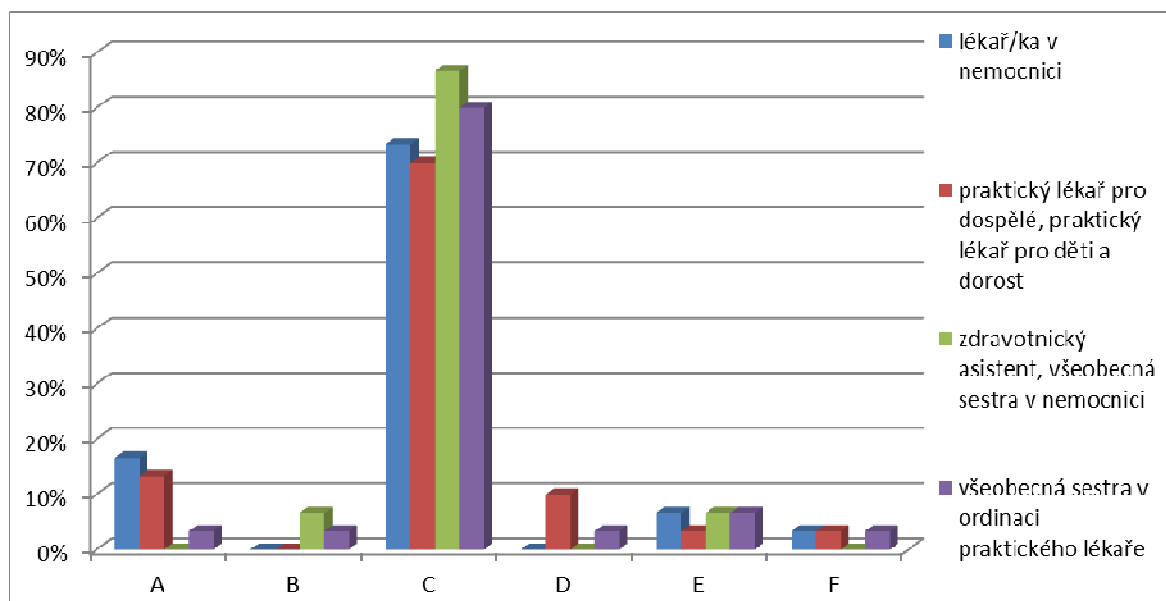
Otázka číslo 15: Myslíte si, že stres a osobní problémy (např. problémy v práci, úmrtí blízké osoby atd.) mohou vést k onemocnění?



Obrázek 16 Graf stres může vést k onemocnění

Graf ukazuje názor respondentů, zda si myslí, že stres a osobní problémy mohou vést k onemocnění. Všichni respondenti si myslí, že *ano*. Odpověď *ne* a *nevím* respondenti nevyužili.

Otázka číslo 16: O které z uvedených životních událostí si myslíte, že je považována za nejzávažnější stresor?



Obrázek 17 Graf nejzávažnější stresor

Legenda graf. 17

- A. rozvod
- B. úraz
- C. úmrtí partnera
- D. odchod do důchodu
- E. změna finančního stavu
- F. přírůstek nového člena rodiny

Graf znázorňuje o jaké životní události si zdravotnický pracovníci myslí, že je považována za nejzávažnější stresor. Američtí badatelé Holmes a Rahe sestavili tabulku zásadních životních událostí a za nejzávažnější stresor dle nich je považováno úmrtí partnera (Honzák, 2013, s. 37-40)

Odpověď *rozvod* uvedlo 5 (17 %) lékařů v nemocnici, 4 (13 %) praktičtí lékaři a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *úraz* uvedli 2 (7 %) zdravotničtí asistenti, všeobecné sestry v nemocnici a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

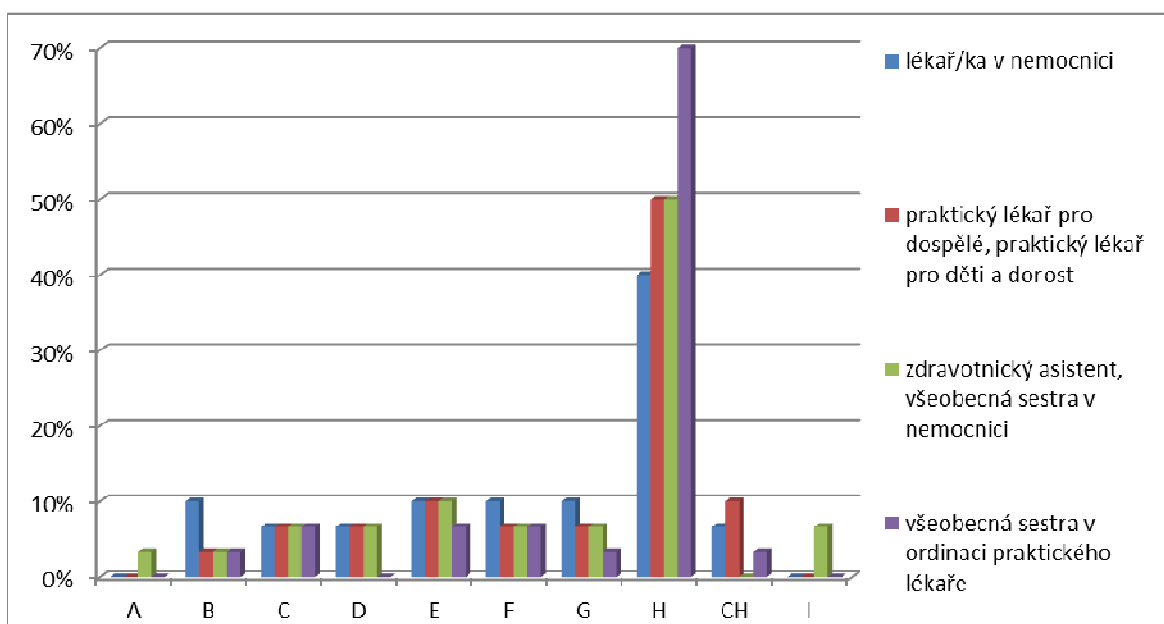
Odpověď *úmrtí partnera* uvedlo 22 (73 %) lékařů v nemocnici, 21 (70 %) praktických lékařů, 26 (87 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 24 (80 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *odchod do důchodu* uvedli 3 (10 %) praktičtí lékaři a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *změna finančního stavu* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici, 1 (3 %) praktický lékař, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *přírůstek nového člena rodiny* uvedl 1 (3 %) lékař v nemocnici, 1 (3 %) praktický lékař a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Otázka číslo 17: Které z uvedených onemocnění se řadí k psychosomatickým onemocněním?



Obrázek 18 Graf psychosomatická onemocnění

Legenda graf. 18

- A. diabetes mellitus
- B. hypertenze
- C. neplodnost
- D. vředová choroba tlustého střeva
- E. ekzém
- F. rakovina
- G. asthma bronchiale
- H. všechny z výše uvedených odpovědí
- CH. žádná z výše uvedených odpovědí
- I. nevím

Graf dokumentuje znalost psychosomatických onemocnění. Za správnou odpověď je považována odpověď *všechny z výše uvedených odpovědí*.

Odpověď *diabetes mellitus* uvedl 1 (3 %) zdravotnický asistent, všeobecná sestra.

Odpověď *hypertenze* uvedli 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 1 (3 %) praktický lékař, 1 (3 %) zdravotnický asistent a všeobecná sestra v nemocnici a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *neplodnost* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *vředová choroba tlustého střeva* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti, všeobecné sestry v nemocnici.

Odpověď *ekzém* uvedli 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 3 (10 %) praktičtí lékaři, 3 (10 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *rakovina* uvedli 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 2 (7 %) všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *asthma bronchiale* uvedli 3 (10 %) lékaři v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 2 (7 %) zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Správnou odpověď *všechny z výše uvedených odpovědí* uvedlo 12 (40 %) lékařů v nemocnici, 15 (50 %) praktických lékařů, 15 (50 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 21 (70 %) všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *žádná z výše uvedených odpovědí* uvedli 2 (7 %) lékaři v nemocnici, 3 (10 %) praktičtí lékaři a 1 (3 %) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře.

Odpověď *nevím* uvedli 2 (7 %) zdravotničtí asistenti, všeobecné sestry v nemocnici.

9 DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1:

Jaký je názor zdravotnických pracovníků na psychosomatickou problematiku?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly z dotazníku otázky č. 4, 5 a 8.

Otázka č. 4 ukázala, že 70 – 80% dotazovaných zdravotnických pracovníků chápe psychosomatickou medicínu jako rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku. Zatímco přibližně 10 % zdravotnických pracovníků pokládá psychosomatickou medicínu jako alternativu k současným uznávaným lékařským oborům. S tímto pohledem nesouhlasí Honzák (2013), který udává, že psychosomatická medicína není alternativa k současné vědecké medicíně a chápe psychosomatickou medicínu stejně většina respondentů výzkumu. Považuje psychosomatickou medicínu jako rozšíření stávajícího problému na zdravotní problematiku. Druhou častou odpovědí bylo, že ji respondenti chápou jako jeden z lékařských oborů. Tuto odpověď zvolilo 13 % lékařů v nemocnici, 10 % praktických lékařů, 7 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 23 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Jak vidno, není tady jednotné stanovisko. Nástavbový obor Psychosomatika byl přijat vyhláškou MZ č. 286/2013 dne 5. 9. 2013. V nově navrhovaném seznamu nástavbových oborů v únoru 2016 se tento obor nevyskytoval. Návrh byl, ale pro nedostatky stažen. Je vidět, že tato problematika je stále podceňována o čemž svědčí i názor prezidenta České lékařské komory MUDr. Milana Kubka, který řekl, že pokud má člověk psychosomatické onemocnění tak mu vůbec nic není.

Otázka č. 5 se zaměřovala na názor, zda si respondenti myslí, že je možné do současného systému zdravotnictví zapojovat psychosomatický přístup. Většina respondentů si myslí, že to možné je. Souhlasí 87 % lékařů v nemocnici, 87 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici, 97 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře a 100 % praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost

Otázka č. 8 ukázala, že si většina respondentů myslí, že má smysl označovat některé pacienty za psychosomatické. Opověď zvolilo 90 % lékařů v nemocnici, 90 % praktických lékařů, 97 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 97 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Názor respondentů na psychosomatickou problematiku by se dal vnímat jako kladný. Skorunka (2006) doufá, že lékaři budou psychosomatiku vnímat jako součást komplexní zdravotní péče 21. století a ne jako ohrožující nevědeckou alternativu. Výzkum ukazuje, že většina respondentů si myslí, že je možné zapojení psychosomatického přístupu a že má smysl označovat psychosomatické pacienty. Minimum respondentů považuje psychosomatickou medicínu jako alternativu.

Výzkumná otázka č. 2:

Mají zdravotničtí pracovníci základní teoretické znalosti z oblasti psychosomatiky?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly z dotazníku otázky č. 13, 14, 15, 16 a 17.

Otázka č. 13 ukázala, že si všichni respondenti myslí, že tělesno a duševno jsou dva propojené systémy. Poněšický (2002) ve své publikaci uvádí, že o propojení těchto systémů se můžeme přesvědčit v každodenních situacích. Každý jsme již alespoň jednou v životě pocítili svírání žaludku před důležitou zkouškou nebo bolest hlavy při řešení problémů.

Otázka č. 14 ukazuje, že většina respondentů zná příčiny, které se mohou uplatňovat na vzniku psychosomatických onemocnění. Podle Poněšického (2011) mezi tyto příčiny patří potlačování sexuality a emotivity. Další příčinou může být extrémní sebedisciplinovanost, která může vytěsnit původní přání člověka z vědomí. Poněšický dále uvádí, že k psychosomatickým onemocněním vede i postoj, že vše musím zvládnout sám. Psychosomatická nemoc je podle něj pokus o řešení nezvládnutého stresu, který ovlivňuje psychiku. Všechny tyto příčiny označilo správně 77 % lékařů v nemocnici, 83 % praktických lékařů, 80 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 70 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Jeden zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici využil odpověď nevím.

Otázka č. 15 ukázala, že všech 120 respondentů si myslí, že stres a osobní problémy mohou vést k onemocnění. U této otázky jsem se inspirovala Kantorovou (2008), která napsala bakalářskou práci na téma: Psychosomatický obraz nemoci. Na podobnou otázku odpovídaly všeobecné sestry z onkologie a sestry z jiných oddělení. Z jejího výzkumu vyplynulo, že 40 (91 %) respondentů z onkologie a 38 (86 %) respondentů z jiných oddělení si myslí, že psychická nerovnováha může vyústit v somatickou nemoc.

Celkem 4 (9 %) respondenti v jejím výzkumu odpověděli, že psychická nerovnováha nemůže vyústit v somatickou nemoc. Odpověď nevím zvolilo celkem 6 (13,6 %) osob.

Otázka č. 16 ukazuje, že nejvíce respondentů považuje za nejzávažnější stresor úmrtí partnera. Tuto odpověď uvedlo 73 % lékařů v nemocnici, 70 % praktických lékařů, 87 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 80 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. U této otázky jsem vycházela z teorie životních událostí a tabulky, kterou dle Honzáka (2013) sestavili američtí badatelé Holmes a Rahe. V této tabulce je za nejvíce stresující považováno právě úmrtí pacienta. Zajímalo mě, jestli se názor zdravotnických pracovníků bude shodovat. Výsledek výzkumu tedy ukazuje, že většina respondentů má shodný názor.

Druhou nejčastější odpovědí byl rozvod. Dle badatelů je to druhý nejzávažnější stresor a má hodnotu 73 bodů. Rozvod považuje za nejzávažnější stresor 17 % lékařů v nemocnici, 13 % praktických lékařů a 3 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Je zajímavé, že odpověď odchod do důchodu uvedlo 10 % praktických lékařů a 3 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Odchod do důchodu má v tabulce hodnotu 45 bodů. S výsledkem výzkumu může souviset otázka č. 2, která se týká délky praxe ve zdravotnictví. Délku praxe 31 a více let uvedlo 37 % praktických lékařů a 27 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Tuto délku poté uvedla pouze 3 % lékařů v nemocnici a 7 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici.

Délku praxe 21–30 let uvedlo 7 % praktických lékařů a 33 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Tuto délku uvedlo 17 % lékařů v nemocnici a 10 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici.

Otázka č. 17 ukazuje, že 40 % lékařů v nemocnici, 50 % praktických lékařů, 50 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 70 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře ví, která onemocnění se mohou řadit mezi psychosomatické. Tress (2008) ve své publikaci uvádí, že mezi psychosomatická onemocnění můžeme zařadit: hypertenzi, vředovou chorobu tlustého střeva, sterilitu a diabetes mellitus. Morschitzky (2012) ve své publikaci uvádí, že mezi psychosomatická onemocnění můžeme zařadit nemoci jako asthma bronchiale, ekzém a rakovinu. 7 % lékařů v nemocnici, 10 % praktických lékařů a 3 % všeobecných sester si myslí, že žádné z těchto onemocnění se nemůže řadit k psychosomatickým onemocněním. Odpověď nevím uvedlo 7 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester. U této otázky

jsem se inspirovala Bc. Ivou Matějkovou (2011), která napsala diplomovou práci na téma: Psychosomatika v geriatrické ošetrovatelské péči. Na podobnou otázku odpovídaly všeobecné sestry. Z jejího výzkumu vyplynulo, že většina všeobecných sester ví, která onemocnění se mohou řadit mezi psychosomatická onemocnění. Z výzkumů se dá vyvodit, že většina zdravotnických pracovníků má základní teoretické znalosti z oblasti psychosomatiky.

Výzkumná otázka č. 3:

Projevují zdravotníci při poskytování péče zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahovala v dotazníku otázka č. 11.

Otázka č. 11 ukázala, že většina zdravotníků projevuje při poskytování péče zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh. Odpověď většinou ne zvolilo 7 (23 %) lékařů v nemocnici, 2 (7 %) praktičtí lékaři, 7 (23 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici. Tuto odpověď všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře nevyužily. Odpověď ne využil žádný respondent. U této otázky jsem se inspirovala Matějkovou (2011), které ve výzkumu vyšlo, že většina všeobecných sester projevuje zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh. Odpověď většinou ne uvedly 3 (3 %) sestry ze 110 respondentů. Odpověď ne také nevyužil žádný respondent. Domnívám se, že odpověď většinou ne byla volena spíše z důvodu velké vytíženosti zdravotníků a ne kvůli vyloženému nezájmu vůči pacientově osobnosti. Ze zkušenosti vím, že v nemocnici je nedostatek lékařů, zdravotnických asistentů i všeobecných sester. Neustále přibývají dokumenty, které musí personál vyplnit. Mnoho zdravotníků se věnuje pacientům, jak nejlépe může a poté zůstává v práci na neplacený přesčas, aby vyplnili všechnu dokumentaci. Chvála (2015) udává, že musí být prosazovány jiné podmínky pro poskytování péče, aby byla možnost uplatnit komplexní léčbu. Medicína je dnes stále specializovanější a masově poskytovaná. V ordinacích u praktických lékařů a v nemocnicích je velké množství pacientů. Je potřeba umožnit práci s takovým množstvím pacientů, se kterými je ještě možné se lidsky setkat.

Výzkumná otázka č. 4:

Jsou zdravotničtí pracovníci ochotni hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání?

K výzkumné otázce č. 4 se vztahovala v dotazníku otázka č. 9.

Tato otázka ukázala, že většina respondentů je otevřená s pacientem hovořit. Odpověď ne zvolil pouze 1 (3 %) zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici. Ostatní respondenti tuto položku nevyužili a zvolili, že jsou ochotni s pacientem hovořit o psychosomatických aspektech jeho stonání. Hnízdil (2011) si myslí, že pokud chceme rozumět nemoci člověka, tak se musíme seznámit s jeho životním příběhem. Musíme posoudit nejen fyzickou ale také psychickou a sociální stránku člověka. Poté pochopíme, proč onemocněl. Na zdravotní problém se musí nahlížet ve všech životních souvislostech.

Pro zajímavost jsem do dotazníku zařadila otázku č. 10. Zajímalo mě, zda by zdravotníci v roli pacienta stáli o to, aby se zdravotnický personál zajímal o jejich osobní problémy.

V roli pacienta by 47 % lékařů v nemocnici, 60 % praktických lékařů, 37 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 83 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře stálo o to, aby se zdravotnický personál zajímal o jejich osobní problémy. V roli pacienta by 53 % lékařů v nemocnici, 40 % praktických lékařů, 63 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 17 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře nechtělo, aby se zdravotnický personál zajímal o jejich osobní problémy. S těmito výsledky může souviset názor Honzáka (2014), že nebezpečím psychosomatického přístupu je zásah do lidských práv. Domnívám se, že si stále mnoho lidí myslí, že psychosomatika je součástí psychiatrie. Stydí se za své pocity a nejsou schopni je vyjádřit. Mají pocit, že „do toho lékařům nic není“. Honzák (2014) uvádí, že by psychosomatická medicína měla být přísně oddělena od psychiatrie a měla by být součástí přístupu mnoha lékařů.

Výzkumná otázka č. 5:

Poskytují čeští zdravotníci pacientům spolupráci s jinými odborníky?

K výzkumné otázce č. 5 se vztahovala v dotazníku otázka č. 12

Otázka č. 12 ukázala, že většina respondentů poskytuje v případě potřeby pacientům kontakt na jiného odborníka. Pouze 4 (13 %) lékaři v nemocnici a 5 (17 %) zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici uvedlo, že v případě potřeby svým pacientům neposkytuje kontakt na jiného odborníka. U této otázky jsem se inspiroval Matějkovou (2011), které ve výzkumu vyšlo, že většina respondentů se domnívá, že pacientům v případě potřeby kontakt na jiného odborníka poskytuje. V jejím výzkumu 14 (13 %) ze 110 respondentů z řad všeobecných sester odpovědělo, že tuto pomoc neposkytuje.

V dotazníku byla **otázka č. 1** identifikační. Zjišťovala jsem pracovní zařazení respondentů (viz. obrázek 1)

Otázka č. 3 byla do dotazníku zařazena pro zajímavost. Zajímalo mě, kde zdravotničtí pracovníci získali poprvé poznatky o psychosomatické medicíně. Z výzkumu vychází, že nejvíce respondentů získalo první poznatky na VŠ. Na VŠ získalo poznatky 83 % lékařů v nemocnici, 70 % praktických lékařů, 13 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 7 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že získali poznatky na SŠ. Tuto odpověď zvolilo 57 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici a 53 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.

Z vlastní zkušenosti vím, že jsme se na SŠ v rámci studia zdravotnického asistenta učili o biopsychosociálním přístupu v medicíně. Vyučující nám o tomto přístupu říkali v rámci předmětu Ošetrovatelství a v rámci předmětu Psychologie. Myslím si, že mnoho respondentů, kteří získali poprvé poznatky na SŠ, získali tyto poznatky právě v rámci studia těchto předmětů. Na VŠ jsme se o psychosomatice učili v rámci předmětu psychologie zdravotnická v 5 a v 6 semestru. Domnívám se, že vždy záleží na vyučujícím různých předmětů, zda se o psychosomatickém přístupu zmíní. Hodně důležitý je také způsob podání sdělovaných informací.

Odpověď na VŠ udalo dle mě nejvíce respondentů proto, že se ke studiu medicíny nejspíše rozhodly po studiu na střední škole, která se nevěnovala zdravotnictví. Neměli tudíž předtím mnoho možností, kde se s touto problematikou setkat.

Dále byla do dotazníku pro zajímavost zařazena otázka č. 6 a 7.

V otázce č. 6 mě zajímalo, zda se na oddělení či v ordinaci, kde respondenti pracují, mluví o psychosomatické problematice. 30 % lékařů v nemocnici, 63 % praktických lékařů, 23 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 60 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře uvedlo, že se na jejich pracovišti o psychosomatické problematice mluví. 67 % lékařů v nemocnici, 33 % praktických lékařů, 57 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a 40 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře uvedlo, že se o psychosomatické problematice na jejich pracovišti mluví občas. 3 % lékařů v nemocnici, 3 % praktických lékařů, 20 % zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici uvedlo, že na jejich pracovišti se o psychosomatické problematice nemluví. Tuto odpověď všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře nevyužily. Z vlastní zkušenosti vím, že na některých odděleních se o psychosomatických onemocněních mluví. V nemocnicích jsou lékaři, kteří se o tuto problematiku zajímají a snaží se pacientům pomoci psychosomatickým přístupem. Na druhou stranu jsem se setkala i s lékaři, kteří pacienta vyslechnou s nezájmem a poté mu předepíší Neurol 0,25mg. Tím je dle nich pacientův problém vyřešen. Souhlasím s tvrzením Skorunky (2006), že by situaci mohlo zlepšit vytvoření a rozšiřování sítě psychosomatických pracovišť. V České republice sice již aktuálně působí několik pracovišť a lékařů zabývajících se psychosomatickými pacienty, ale dle mě je takových pracovišť stále málo, obzvlášť pokud to srovnáme s počtem ostatních pracovišť zabývajících se vědeckou medicínou. Skorunka (2006) dále udává, že pro rozvoj psychosomatického přístupu je důležité posilování interdisciplinární a týmové práce. Nezbyvá mi než souhlasit. Lékař v nemocnici přijde do kontaktu s pacientem nejčastěji při vizitě, zatímco sestra přichází do kontaktu s pacientem téměř celý den. Mnohdy má sestra s pacientem lepší vztah a pacient se jí svěřil s mnohým. Samozřejmě, vždy záleží na vzájemných sympatiích a přístupu toho druhého. Sestra nebo jiný nelékařský zdravotnický pracovník poté může podat lékaři důležité informace. Pokud bude mít sestra s lékařem špatnou spolupráci, tak se tyto informace nemusí dostat k lékaři včas.

V otázce č. 7 mě zajímalo, zda se již zdravotnický pracovník setkal s pacientem, který trpěl psychosomatickým onemocněním. Výzkum ukázal, že většina respondentů se již s takovým pacientem setkala. Respondenti z řad všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře odpověděli všechny, že již takového pacienta potkali. 10% lékařů v nemocnici, 7 % praktických lékařů a 33 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici

odpovědělo, že s takovým pacientem nepřišli do styku. Nejsm si jistá, zda jsem se setkala s pacientem, který trpěl psychosomatickým onemocněním. Myslím si ale, že ano. Znáám dívku trpící roztroušenou sklerózou ve velmi mladém věku a dle mě může za vznik jejích obtíží dlouhodobý nezvládnutý stres.

Otázka č. 7 zahrnuje podotázku týkající se pouze respondentů, kteří odpověděli, že se s pacientem trpícím psychosomatickým onemocněním již setkali. Zajímalo mě, kterým psychosomatickým onemocněním pacient trpěl. Respondenti uvedli: ekzém, hypertenze, bolest břicha, neplodnost, bolest zad, alopecie a žaludeční vředy. Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že pacient trpěl hypertenzí. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že pacient trpěl bolestí břicha.

10 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou znalostí a názorů zdravotnických pracovníků o psychosomatické problematice. Výzkum proběhl formou anonymního dotazníkového šetření u lékařů v nemocnici, praktických lékařů pro děti a dorost, praktických lékařů pro dospělé, zdravotnických asistentů a všeobecných sester v nemocnici a všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Šetření bylo provedeno na základě předem stanovených cílů a výzkumných otázek. Celkem se mého výzkumu zúčastnilo 120 osob. Zastoupení respondentů bylo rovnoměrné. Návratnost dotazníků byla 120 ze 140 rozdaných (85,7 %). Žádný z vyplněných dotazníků nemusel být vyřazen. Všechny tedy byly použity pro statistické zpracování a analýzu výsledků. Práce sledovala pět cílů:

1. Porovnat aktuální obeznámenost s psychosomatikou jako oborem u zdravotnických pracovníků.
2. Zjistit názor všeobecných sester na téma psychosomatické medicíny.
3. Zjistit názor lékařů na téma psychosomatické medicíny.
4. Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci ochotni hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání.
5. Zjistit, zda lékaři počítají s psychosomatickou koncepcí ve své praxi.

Cíl číslo 1 byl splněn.

Zpracované výsledky šetření poukazují na to, že znalosti zdravotnických pracovníků jsou na celkem uspokojivé úrovni. Výsledky naznačují, že většina respondentů zná příčiny, které se mohou uplatňovat na vzniku psychosomatických onemocnění a mnoho z nich ví, která onemocnění se mohou řadit mezi psychosomatické. Všichni respondenti si myslí, že stres a osobní problémy mohou vést k onemocnění. Výsledky šetření ukazují, že nejlépe znají příčiny psychosomatického onemocnění praktičtí lékaři a poté zdravotničtí asistenti, všeobecné sestry v nemocnici. V praxi se praktický lékař setkává s celou šíří nemocí. V porovnání se specialistou v nemocnici zná pacienta komplexněji. Nejzávažnější stresor správně označili nejvíce zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry v nemocnici. Rozeznat, která onemocnění se mohou řadit mezi psychosomatické, zvládly nejlépe všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. Nejhůře zvládli rozeznat psychosomatická onemocnění lékaři v nemocnici.

Cíl číslo 2 byl splněn.

Výsledky šetření ukazují, že většina všeobecných sester chápe psychosomatickou medicínu jako rozšíření stávajícího pohledu na psychosomatickou problematiku. Minimum

všeobecných považuje psychosomatickou medicínu jako alternativu. Téměř všechny všeobecné sestry si myslí, že je možné zapojení psychosomatického přístupu do současného systému zdravotnictví. Dle nich má smysl označovat některé pacienty za psychosomatické. Názor všeobecných sester na psychosomatickou problematiku se dá vnímat jako kladný.

Cíl číslo 3 byl splněn.

Zpracované výsledky šetření ukazují, že většina lékařů v nemocnici a praktických lékařů chápe psychosomatickou medicínu jako rozšíření stávajícího pohledu na psychosomatickou problematiku. V tomto názoru se shodují s všeobecnými sestrami. Minimum lékařů považuje psychosomatickou medicínu za jeden z lékařských oborů nebo za alternativu k současným uznávaným lékařským oborům. 87 % lékařů v nemocnici a všech 100 % praktických lékařů si myslí, že je možné do současného systému zdravotnictví zapojovat psychosomatický přístup. Tento názor sdílí s většinou všeobecných sester. Většina lékařů si myslí, že má smysl označovat pacienty za psychosomatické. Tento názor se také shoduje s většinou všeobecných sester. Názor lékařů se dá na základě získaných odpovědí považovat za kladný.

Cíl číslo 4 byl splněn.

Výzkum ukázal, že všichni lékaři jsou ochotni hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání. Zajímavé, ale je, že v roli pacienta by 53 % lékařů v nemocnici a 40 % praktických lékařů nechtělo hovořit o psychosomatických aspektech svého stonání. Praktičtí lékaři mají větší zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh. Všechny všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře jsou ochotné hovořit s pacientem o psychosomatických aspektech jeho stonání. Pouze 1 (3 %) respondent ze skupiny zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici nebyl ochotný o tom hovořit s pacientem. V roli pacienta by 63 % zdravotnických asistentů, všeobecných sester v nemocnici a 17 % všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře nechtělo hovořit o psychosomatických aspektech svého stonání. Všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře mají větší zájem o osobnost nemocného.

Cíl číslo 5 byl splněn

Na základě informací získaných z výzkumu a zodpovězených v předchozích dvou cílech bych řekla, že lékaři s psychosomatickou koncepcí ve své praxi počítají. Názor na psychosomatickou problematiku mají kladný. Jsou ochotni hovořit s pacientem

o psychosomatických aspektech jeho stonání a většina z nich má zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh.

Díky práci na tomto tématu jsem měla možnost dozvědět se více o psychosomatickém přístupu k nemoci člověka. Dozvěděla jsem se, jak je psychosomatika rozšířená ve světě a začala jsem si uvědomovat rozdíly ve vnímání psychosomatiky v České Republice. Zájem o psychosomatický přístup je v posledních letech více patrný. O zájmu široké zdravotnické veřejnosti může svědčit 16. konference psychosomatické medicíny, která proběhla ve dnech 9. – 11. 6. 2016 v Liberci. Setkalo se okolo 300 odborníků, kteří vyslechli 48 odborných sdělení o psychosomatice v klinických oborech. Myslím si, že je důležité, aby si psychosomatický přístup úspěšně razil cestu do podvědomí českého zdravotnictví (podobně jako tomu je např. v Německu). Navrhovala bych, že by mohlo pomoci více školení ze strany zaměstnavatele, nejen zdravotnického, ale také ošetrovatelského personálu v oblasti této problematiky. Poté by mohli být ve zdravotnických zařízeních přednášky o této problematice pro laickou veřejnost, aby se informace dostali k těm, kteří tyto informace nejvíce potřebují. Dobré by bylo, kdyby zdravotní pojišťovny začaly proplácet úkony spojené s psychosomatikou. Psychosomatictí pacienti by plnili ordinace psychosomatických pracovišť. Lékaři v nemocnicích a praktičtí lékaři by měli méně pacientů, kterým by se mohli lépe věnovat. Profesor T. H. Loew (2015) říká, že chybně ošetřený psychosomatický pacient je čtrnáctkrát dražší než pacient běžný. Tímto by se ekonomice ČR ulevilo a myslím si, že by ve zdravotnických zařízeních panovala lepší atmosféra a mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky by mohly panovat lepší vztahy. Tato práce mi přinesla mnoho odpovědí, ale zároveň vyvstalo mnoho otázek: „Jsou instituce připraveny nést náklady, které přijdou s rozvojem psychosomatických pracovišť?“, „Převzou pacienti odpovědnost za své zdraví do vlastních rukou?“, „Je v našem zdravotnictví věnováno dost pozornosti výzkumu v tomto směru?“, „Jak zamezit zásahu do lidských práv?“, „ Jak zabránit snižování psychosomatiky na úroveň léčitelství?“

11 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Arteriální hypertenze, 2009. *IKEM* [online]. c2009 [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/arterialni-hypertenze/>

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 552 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-80-247-5230-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.), 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK, 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 363 s. ISBN 80-716-9031-7.

Bud' se chcete léčit, anebo uzdravit. Je to vaše volba, 2011. *Vitalia.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/bud-se-chnete-lecit-anebo-uzdravit/>

Co je diabetes?, 2014. *Diabetická asociace ČR* [online]. c2014 [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: <http://www.diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/>

Co je obezita a jak se stanoví, 2016. *Obezita.cz* [online]. c2016 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/index.php?pg=definice>

Co je rodinná terapie a rodinné poradenství, 2016. *Šance Dětem* [online]. Aktualizováno 17.5.2016 [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/problemy-v-rodine/rodinna-terapie/co-je-rodinna-terapie-a-rodinne-poradenstvi.shtml>

DETHLEFSEN, Thorwald a Rüdiger DAHLKE, 2011. *Nemoc jako cesta*. Praha: Triton. 290 s. ISBN 978-80-7387-449-0.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA, 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7.

HONZÁK, Radkin a Vladislav CHVÁLA, 2014. Psychosomatická medicína. *Psychosom* [online]. Roč. 2014, č. 2 [cit. 2016-02-14], s. 97-107. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3263

HONZÁK, Radkin, 2013. Vstoupí konečně psychosomatika do oficiální medicíny?. *Lékařské listy*, 2013, roč. 2013, č. 4, s. 33-34. ISSN 1805-2355.

HONZÁK, Radkin, 2013. *Jak přežít léčení: veselé čtení o bolestech*. Praha: Vašut. 136 s. ISBN 978-80-7236-846-4.

HONZÁK, Radkin, 2014. Proč to psychosomatika (a nejen ona) nebude mít snadné. *Lékařské listy*. Roč. 2014, č. 2, s. 33-34.

HUBER, Johannes, Hademar BANKHOFER a Elisabeth HEWSON, 2009. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada. 117 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2486-7.

CHVÁLA, Vladislav, 2008a. Tress W., Kruse J., Ott J: Základní psychosomatická péče [recenze]. *Psychosom* [online]. Roč. 6, č. 1 [cit. 2016-02-14], s. 39-46. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2008_1.pdf

CHVÁLA, Vladislav, 2008b. Psychosomatická praxe. *Psychosom* [online]. Roč. 6, č. 2 [cit. 2016-02-14], s. 56-57. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2008_2.pdf

CHVÁLA, Vladislav, 2015. Daleká je cesta... *Psychosom* [online]. Roč. 2015, č. 2 [cit. 2016-02-14], s. 89. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3764

CHVÁLA, Vladislav, 2016. Petice na obranu nástavbového oboru psychosomatická medicína. *Psychosom* [online]. Roč. 2016, č. 1-2 [cit. 2016-02-14], s. 63. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=4399

CHVÁLA, Vladislav, Ludmila TRAPKOVÁ a Jaromír KABÁT, 2015. Výbor Psychosomatické společnosti ČLS se ohrazuje proti tvrzením MUDr. Hnízdila: tisková zpráva výboru SPM ČLS JEP. *Psychosom* [online]. 2015 [cit. 2016-07-11]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3792

IRMIŠ, Felix, 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén. 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.

- KANTOROVÁ, Zuzana. *Psychosomatický obraz nemoci*. Brno, 2008. 102 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná.
- KOHOUTEK, Rudolf, 2010. Dotazník jako průzkumná metoda. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 10. února 2010 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>
- LOEW, T. H., 2015. Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum. *Psychosom* [online]. Roč. 2015, č. 3 [cit. 2016-02-14], s. 41-48. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3886
- MASNER, Ondřej, 2008. Jak to dělají jinde? *Psychosom* [online]. Roč. 6, č. 3 [cit. 2016-02-14], s. 114. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2008_3.pdf
- MATĚJKOVÁ, Iva. *Psychosomatika v geriatrické ošetrovatelské péči*. Brno, 2011. 125 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
- MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR, 2012. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Vyd. 2. Praha: Portál. 181 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0310-0.
- O psychosomatice, 2016. *Společnost psychosomatické medicíny ČLS* [online]. Publikováno 1.2.2015. Poslední aktualizace 18.5.2016 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=733
- OREL, Miroslav, 2014. Somatoformní poruchy: Když tělo stůně za duši. *Psychologie dnes*. Roč. 20, č. 9, s. 48-50. ISSN 1212-9607.
- PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
- PONĚŠICKÝ, Jan, 2002. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton. 113 s. Psychologická setkávání. ISBN 80-725-4216-8.
- PONĚŠICKÝ, Jan, 2011. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Praha: Triton. 116 s. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-518-3.

Poznáte psychosomatického pacienta?, 2016. *Florence* [online]. 2016 [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/vzdelavani/kalendar-akci/poznate-psychosomatickeho-pacienta/>

Přišlo na svět příliš brzy, 2016. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/2029-0-Prislo-na-svet-prilis-brzy.html>

Rodinná terapie, 2016. *Centrum sociálních služeb Praha* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/24846-rodinna-terapie>

Síť pracovišť, 2015. *Společnost psychosomatické medicíny ČLS* [online]. Publikováno 23.6.2015. Poslední aktualizace 25.9.2016 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=1087#11/50.0906/14.3852

SKORUNKA, David, 2006. Psychosomatika - medicína zaměřená na lidské příběhy. *Praktický lékař*. Roč. 86, č. 6, s. 357-359. ISSN 0032-6739.

SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS, 2015. *Výroční zpráva* [online]. Publikováno 29.3.2015. Naposledy aktualizováno 21.6.2015 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=810

Šéf lékařské komory: Čínská medicína? Kozí bobky a nesmysly, 2015. In: *DVTV* [online]. Zveřejněno 21. 06. 2015 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/sef-lekarske-komory-cinska-medicina-kozi-bobky-a-nesmysly/r~eaa9329c169011e59d310025900fea04/>

TANĚV, Pavel, 2015. Profesor Komárek: Klasická medicína s námi jedná jako s přerostlými dětmi. *Vitalia.cz* [online]. 16.9.2015 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/profesor-komarek-klasicka-medicina-s-nami-jedna-jako-s-prerostlymi-detmi/>

TĚŠÍNSKÁ, Zuzana, 2007. Co je to rodinná terapie? *Psychoterapie* [online]. Naposledy uloženo 2007-09-24 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://rodinna-terapie.kvalitne.cz/psychoterapie/>

TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT, 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2008. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

Vzdělávání, 2015. *Společnost psychosomatické medicíny ČLS* [online]. Publikováno 17.5.2015. Poslední aktualizace 20.10.2015 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=877

Založení společnosti. *Společnost psychosomatické medicíny ČLS* [online]. Publikováno 8.1.2014. Naposledy aktualizováno 9.1.2014 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=2

12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Inventář životních událostí</i>	75
Příloha B – <i>Dotazník</i>	76
Příloha C – <i>Data získaná z dotazníkového šetření</i>	80

Příloha A – Inventář životních událostí

Inventář životních událostí (Holmes a Rahe)

V následujícím dotazníku vyplňte poctivě, co z uvedených událostí se vám přihodilo během posledních 12 měsíců. Nezapomeňte při tom na Vánoce ani na dovolenou. Pak sečtěte všechny body, které k prožitým událostem náležejí. Jestliže je součet vyšší než 250, jste ve skupině ohrožené, přesahuje-li 350 bodů, měli byste vyhledat odbornou (psychoterapeutickou, psychologickou nebo i psychiatrickou pomoc; jde o to, jak se cítíte vyčerpaní a pomoci potřební).

Je pochopitelné, že bodová hodnota není univerzálně platná a že osobnostní vlastnosti a sociální okolnosti mají vliv na dopad zátěžové situace. Na druhé straně poslední výzkumy ukazují, že hodnoty inventáře životních událostí korelují s některými patofyziologickými parametry těsněji než subjektivní výpověď o prožívaném distresu pacientů.

<input type="radio"/> Úmrtí partnera	100	<input type="radio"/> Konflikty s tchánem/tchyní/ /zetěm/snachou	29
<input type="radio"/> Rozvod	73	<input type="radio"/> Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
<input type="radio"/> Rozvrat manželství	65	<input type="radio"/> Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
<input type="radio"/> Uvěznění	63	<input type="radio"/> Vstup do školy nebo její ukončení	26
<input type="radio"/> Úmrtí blízkého člena rodiny	63	<input type="radio"/> Změna životních podmínek	25
<input type="radio"/> Úraz nebo vážné onemocnění	53	<input type="radio"/> Změna životních zvyklostí	24
<input type="radio"/> Sňatek	50	<input type="radio"/> Problémy a konflikty se šéfem	23
<input type="radio"/> Ztráta zaměstnání	47	<input type="radio"/> Změna pracovní doby nebo podmínek	20
<input type="radio"/> Usmíření nebo přebudování manželství	45	<input type="radio"/> Změna bydliště	20
<input type="radio"/> Odchod do důchodu	45	<input type="radio"/> Změna školy	20
<input type="radio"/> Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	<input type="radio"/> Změna církve nebo politické strany	19
<input type="radio"/> Těhotenství	40	<input type="radio"/> Změna sociálních aktivit	18
<input type="radio"/> Sexuální potíže	39	<input type="radio"/> Půjčka menší než průměrný roční plat	17
<input type="radio"/> Přírůstek nového člena rodiny	39	<input type="radio"/> Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
<input type="radio"/> Změna zaměstnání	39	<input type="radio"/> Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí)	15
<input type="radio"/> Změna finančního stavu	38	<input type="radio"/> Změna stravovacích zvyklostí	15
<input type="radio"/> Úmrtí blízkého přítele	37	<input type="radio"/> Dovolená	13
<input type="radio"/> Přeřazení na jinou práci	36	<input type="radio"/> Vánoce	12
<input type="radio"/> Závažné neshody s partnerem	35	<input type="radio"/> Přestupek a jeho projednání	11
<input type="radio"/> Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31		
<input type="radio"/> Splatnost půjčky	30		
<input type="radio"/> Změna odpovědnosti v zaměstnání	29		
<input type="radio"/> Syn nebo dcera opouští domov	29		

Zdroj: HONZÁK, R. *Jak přežít léčení: veselé čtení o bolestech*. Praha: Vašut, 2013, s. 39. ISBN 978-80-7236-846-4.

Příloha B – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Kubánková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Psychosomatický obraz nemoci z pohledu zdravotnických pracovníků“.

Dotazník je zcela anonymní a výsledná data budou použita pouze pro účely výzkumu. Viditelně prosím označte u všech otázek pouze jednu odpověď, pokud v zadání není uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za pomoc a čas strávený nad tímto dotazníkem.

1. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) lékař/ka v nemocnici
- b) praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost
- c) zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici
- d) všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

2. Jak dlouho jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 a více let

3. Kde jste poprvé získal/a poznatky o psychosomatické medicíně?

- a) na ZŠ
- b) na SŠ
- c) na VOŠ
- d) na VŠ
- e) při dalším vzdělávání (kurzy,...)
- f) nesetkal/a jsem se s ní

4. Psychosomatickou medicínu chápete jako:

- a) jeden z lékařských oborů
- b) alternativu k současným uznávaným lékařským oborům
- c) rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku
- d) jinak (uved'te jak):

5. Myslíte si, že je možné, aby byl do současného systému zdravotnictví zapojován psychosomatický přístup?

- a) ano
- b) ne

6. Mluví se na Vašem oddělení (ve Vaší ordinaci) o psychosomatické problematice?

- a) ano
- b) občas
- c) nikdy

7. Setkal/a jste se již s pacientem, který trpěl psychosomatickým onemocněním?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/ a ano: Jakým psychosomatickým onemocněním trpěl?

.....

8. Má podle Vás smysl označovat některé pacienty za psychosomatické?

- a) ano
- b) ne

9. Jste otevřený/á hovořit s pacientem, který o to stojí, o psychosomatických aspektech jeho stonání (nemoci)?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud byste byl/a v roli pacienta, stál/a byste o to, aby se zdravotnický personál zajímal případně také o Vaše osobní problémy?

- a) ano
- b) ne

11. Domníváte se, že při poskytování zdravotní péče projevujete zájem o osobnost nemocného a jeho životní příběh?

- a) ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne

12. Poskytujete v případě potřeby svým pacientům doporučení k intervenci nebo kontakt na jiného odborníka (psychoterapeuta, sociálního pracovníka)?

- a) ano
- b) ne

13. Myslíte si, že duševno a tělesno jsou dva propojené systémy?

- a) ano, jsou to propojené systémy
- b) ne, propojené nejsou
- c) nevím

14. Jaké příčiny se mohou uplatňovat na vzniku psychosomatických onemocnění? (Je možné označit více odpovědí)

- a) potlačování sexuality a emotivity
- b) extrémní sebedisciplinovanost
- c) postoj, že musím vše zvládnout sám
- d) dlouhodobý stres s dopadem na psychoneuroimunologii a vegetativní systém
- e) všechny z výše uvedených odpovědí
- f) žádná z výše uvedených odpovědí
- g) nevím

15. Myslíte si, že stres a osobní problémy (např. problémy v práci, úmrtí blízké osoby atd.) mohou vést k onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. O které z uvedených životních událostí si myslíte, že je považována za nejzávažnější stresor?

- a) rozvod
- b) úraz
- c) úmrtí partnera
- d) odchod do důchodu
- e) změna finančního stavu
- f) přírůstek nového člena rodiny

17. Které z uvedených onemocnění se řadí k psychosomatickým onemocněním?

- a) diabetes mellitus
- b) hypertenze
- c) neplodnost
- d) vředová choroba tlustého střeva
- e) ekzém
- f) rakovina
- g) asthma bronchiale
- h) všechny z výše uvedených odpovědí
- ch) žádná z výše uvedených odpovědí
- i) nevím

Děkuji za spolupráci!

Příloha C – Data získaná z dotazníkového šetření

Tabulka 1	Pracovní zařazení respondentů.....	80
Tabulka 2	Délka zaměstnání respondentů ve zdravotnictví.....	81
Tabulka 3	První poznatky o psychosomatické medicíně	82
Tabulka 4	Chápání psychosomatické medicíny	83
Tabulka 5	Zapojení psychosomatického přístupu.....	84
Tabulka 6	Psychosomatická problematika.....	84
Tabulka 7	Setkání s psychosomatickým pacientem.....	85
Tabulka 8	Jakým psychosomatickým onemocněním pacient trpěl.....	85
Tabulka 9	Označení pacientů za psychosomatické	86
Tabulka 10	Otevřenost hovořit s pacientem.....	86
Tabulka 11	Zdravotník v roli pacienta	87

Tabulka 1 Pracovní zařazení respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost
lékař/ka v nemocnici	30	25 %
praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost	30	25 %
zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici	30	25 %
všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	30	25 %
CELKEM	120	100 %

Tabulka 2 Délka zaměstnání respondentů ve zdravotnictví

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 5 let	14	47 %	9	30 %	12	40 %	2	7 %
5 - 10 let	5	17 %	3	10 %	9	30 %	7	23 %
11 - 20 let	5	17 %	5	17 %	4	13 %	3	10 %
21 - 30 let	5	17 %	2	7 %	3	10 %	10	33 %
31 a více let	1	3 %	11	37 %	2	7 %	8	27 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 3 První poznatky o psychosomatické medicíně

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
A	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
B	0	0 %	0	0 %	17	57 %	16	53 %
C	0	0 %	0	0 %	6	20 %	4	13 %
D	25	83 %	21	70 %	4	13 %	2	7 %
E	5	17 %	9	30 %	2	7 %	8	27 %
F	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Legenda tabulka. 3

- A.** na ZŠ
- B.** na SŠ
- C.** na VOŠ
- D.** na VŠ
- E.** při dalším vzdělávání (kurzy,...)
- F.** nesetkal/a jsem se s ní

Tabulka 4 Chápání psychosomatické medicíny

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
A	4	13 %	3	10 %	2	7 %	7	23 %
B	3	10 %	4	13 %	4	13 %	2	7 %
C	23	77 %	23	77 %	24	80 %	21	70 %
D	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Legenda tabulka. 4

- A.** jeden z lékařských oborů
- B.** alternativu k současným uznávaným lékařským oborům
- C.** rozšíření stávajícího pohledu na zdravotní problematiku
- D.** jinak (uved'te jak):

Tabulka 5 Zapojení psychosomatického přístupu

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	26	87 %	30	100 %	26	87 %	29	97 %
ne	4	13 %	0	0 %	4	13 %	1	3 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 6 Psychosomatická problematika

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	9	30 %	19	63 %	7	23 %	18	60 %
občas	20	67 %	10	33 %	17	57 %	12	40 %
nikdy	1	3 %	1	3 %	6	20 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 7 Setkání s psychosomatickým pacientem

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	27	90 %	28	93 %	20	67 %	30	100 %
ne	3	10 %	2	7 %	10	33 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 8 Jakým psychosomatickým onemocněním pacient trpěl

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ekzém	7	26 %	4	14 %	2	10 %	5	17 %
hypertenze	5	19 %	8	29 %	4	20 %	5	17 %
bolest břicha	6	22 %	4	14 %	3	15 %	7	23 %
neplodnost	4	15 %	2	7 %	2	10 %	6	20 %
bolest zad	2	7 %	2	7 %	3	15 %	2	7 %
alopecie	2	7 %	3	11 %	2	10 %	1	3 %
žaludeční vředy	1	4 %	5	18 %	4	20 %	4	13 %
CELKEM	27	100 %	28	100 %	20	100 %	30	100 %

Tabulka 9 Označení pacientů za psychosomatické

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	27	90 %	27	90 %	29	97 %	29	97 %
ne	3	10 %	3	10 %	1	3 %	1	3 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 10 Otevřenost hovořit s pacientem

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	30	100 %	30	100 %	29	97 %	30	100 %
ne	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 11 Zdravotník v roli pacienta

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	14	47 %	18	60 %	11	37 %	25	83 %
ne	16	53 %	12	40 %	19	63 %	5	17 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 12 Zájem o osobnost nemocného

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	2	7 %	10	33 %	7	23 %	21	70 %
většinou ano	21	70 %	18	60 %	16	53 %	9	30 %
většinou ne	7	23 %	2	7 %	7	23 %	0	0 %
ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 13 Kontakt na jiného odborníka

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	26	87 %	30	100 %	25	83 %	30	100 %
ne	4	13 %	0	0 %	5	17 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 14 Propojené systémy

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano, jsou to propojené systémy	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %
ne, propojené nejsou	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 15 Příčiny uplatňující se na vzniku onemocnění

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
A	2	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
B	0	0 %	1	3 %	0	0 %	3	10 %
C	1	3 %	1	3 %	1	3 %	1	3 %
D	4	13 %	3	10 %	4	13 %	5	17 %
E	23	77 %	25	83 %	24	80 %	21	70 %
F	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
G	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Legenda tabulka. 15

- A.** potlačování sexuality a emotivity
- B.** extrémní sebedisciplinovanost
- C.** postoj, že musím vše zvládnout sám
- D.** dlouhodobý stres s dopadem na psychoneuroimunologii a vegetativní systém
- E.** všechny z výše uvedených odpovědí
- F.** žádná z výše uvedených odpovědí
- G.** nevím

Tabulka 16 Stres může vést k onemocnění

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %
ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Tabulka 17 Nejzávažnější stresor

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
A	5	17 %	4	13 %	0	0 %	1	3 %
B	0	0 %	0	0 %	2	7 %	1	3 %
C	22	73 %	21	70 %	26	87 %	24	80 %
D	0	0 %	3	10 %	0	0 %	1	3 %
E	2	7 %	1	3 %	2	7 %	2	7 %
F	1	3 %	1	3 %	0	0 %	1	3 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Legenda tabulka. 17

- A.** rozvod
- B.** úraz
- C.** úmrtí partnera
- D.** odchod do důchodu
- E.** změna finančního stavu
- F.** přírůstek nového člena rodiny

Tabulka 18 Psychosomatická onemocnění

	lékař/ka v nemocnici		praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost		zdravotnický asistent, všeobecná sestra v nemocnici		všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
A	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
B	3	10 %	1	3 %	1	3 %	1	3 %
C	2	7 %	2	7 %	2	7 %	2	7 %
D	2	7 %	2	7 %	2	7 %	0	0 %
E	3	10 %	3	10 %	3	10 %	2	7 %
F	3	10 %	2	7 %	2	7 %	2	7 %
G	3	10 %	2	7 %	2	7 %	1	3 %
H	12	40 %	15	50 %	15	50 %	21	70 %
CH	2	7 %	3	10 %	0	0 %	1	3 %
I	0	0 %	0	0 %	2	7 %	0	0 %
CELKEM	30	100 %	30	100 %	30	100 %	30	100 %

Legenda tabulka. 18

- A.** diabetes mellitus
- B.** hypertenze
- C.** neplodnost
- D.** vředová choroba tlustého střeva
- E.** ekzém
- F.** rakovina
- G.** asthma bronchiale
- H.** všechny z výše uvedených odpovědí
- CH.** žádná z výše uvedených odpovědí
- I.** nevím