

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**



**Role vztahu lékaře a pacienta  
v průběhu pacientova chronického onemocnění**

*Bakalářská práce*

Autor: Iva Kratochvílová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Praha 2013

*Čestné prohlášení*

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. 1. 2013

.....

Iva Kratochvílová

### *Poděkování*

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Evě Richterové, za rady, odborné vedení a připomínky, její ochotu a čas, které mi věnovala při konzultacích této práce. Dále mé poděkování patří všem zúčastněným pacientům za jejich spolupráci, vstřícnost a čas. A v neposlední řadě děkuji svým blízkým za podporu a podněty a také všem zaměstnancům Psychosomatické kliniky na Praze 6 za odbornou inspiraci a motivaci.

## **Bibliografie**

KRATOCHVÍLOVÁ, Iva. *Role vztahu lékaře a pacienta v průběhu pacientova chronického onemocnění*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Richterová.

## **Anotace**

Bakalářské práce „Role vztahu lékaře a pacienta v průběhu pacientova chronického onemocnění“ tematizuje chronické onemocnění pacienta v kontextu psychosociálních vlivů, zejména ve vztahu k autoritě lékaře, a způsob, jakým si pacient uvědomuje vliv této interakce na svůj psychický a zároveň zdravotní stav. Výzkum se zaměřuje na to, jakým způsobem lékař působí na pacienta v rámci jejich časté interakce v průběhu chronické nemoci pacienta.

## **Annotation**

The Bachelor Theses „The role of the relationship between doctor and his patient in the development of the patient's chronic illness“ deals with patient's chronic illness in the context of psychosocial factors, particularly in relation to the authority of a doctor. And it also draws on the manner how the patient is aware of the impact of this interaction on his psychological condition and his health. The research focuses on the influence a doctor has on a patient in their frequent interaction during the patient's chronic illness.

## **Klíčová slova**

lékař, pacient, interakce, chronická nemoc, psychosomatický přístup

## **Key words**

doctor, patient, interaction, chronic illness, psychosomatic approach

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Pacient a jeho nemoc .....</b>	<b>10</b>
1.1. Psychika nemocného .....	10
1.1.1. Vyrovnávání se s diagnózou .....	11
1.2. Chronické onemocnění v psychologickém kontextu .....	12
1.2.1. Dopady chronického onemocnění .....	14
1.3. Vliv psychiky na zdravotní stav .....	15
1.3.1. Stresová hypotéza a teorie životních událostí .....	17
1.3.2. Somatoformní poruchy .....	19
<b>2. Význam interpersonální interakce pro nemocného .....</b>	<b>21</b>
2.1. Očekávání pacienta a lékaře .....	22
2.2. Vztah lékaře a pacienta .....	23
2.2.1. Principy komunikace ve vztahu lékaře a pacienta .....	24
2.2.2. Paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem .....	25
2.2.3. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem .....	25
<b>3. Specifika současné medicíny .....</b>	<b>27</b>
3.1. Kompetence lékařů .....	27
3.2. Modely komplexního lékařského přístupu .....	28
3.2.1. Psychologický přístup lékaře k pacientovi .....	29
3.2.2. Psychosomatický přístup k nemoci .....	31
3.3. Role lékaře .....	32
3.3.1. Porozumění pacientovi .....	32
3.3.2. Interakce pacienta s lékařem .....	34
<b>4. Teoretická východiska výzkumu .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Metodologie .....</b>	<b>38</b>
5.1. Cíl výzkumu .....	38
5.2. Výzkumná strategie a výzkumná otázka .....	38
5.3. Výběr vzorku a prostředí výzkumu .....	39
5.4. Technika sběru dat .....	41
5.5. Analýza a interpretace získaných dat .....	43
5.5.1. Role lékaře z pohledu pacienta .....	44
5.5.2. Průběh návštěv u lékaře .....	46

5.5.3.	Další oblasti zájmu lékaře.....	49
5.5.4.	Pacientův zájem a očekávání .....	51
5.5.5.	Vliv návštěv u lékaře na pacienta .....	53
5.5.6.	Kvalita vztahu lékaře a pacienta .....	54
5.5.7.	Představa pacientů o ideálním lékařském přístupu.....	55
5.6.	Shrnutí a diskuze .....	58
	<b>Závěr .....</b>	<b>63</b>
	<b>Použité zdroje.....</b>	<b>65</b>
	Seznam literatury .....	65
	Internetové zdroje .....	67
	<b>Přílohy .....</b>	<b>69</b>
	Příloha č. 1 – Polostrukturované rozhovory .....	69
	Příloha č. 2 – Audionahrávky polostrukturovaných rozhovorů.....	93

# Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Role vztahu lékaře a pacienta v průběhu pacientova chronického onemocnění“. Na toto téma mě přivedl zájem o celostní přístup v medicíně a poté i studium literatury, která se věnuje psychosomatické medicíně, celostnímu přístupu k pacientovi a lékařské psychologii, která se snaží definovat ideální zacházení s pacientem a s jeho nemocí. Zajímalo mě tedy, jak se na danou problematiku dívá sám pacient, jakým způsobem vnímá lékaře jako osobu a jeho roli v situaci, kdy vyhledává lékařskou pomoc. Inspirací pro provedení empirického výzkumu, který je součástí práce, se stala otázka, zda pacient v lékaři vidí kromě medicínského odborníka také osobu, která mu může být nápomocná i v širším kontextu jeho onemocnění. Tedy zda pacient lékaře vidí jako člověka, který lépe porozumí např. dopadům onemocnění na lidskou psychiku, na sféru sociálních vztahů, pracovní oblast aj. a která má na něj v průběhu onemocnění nějaký vliv.

Obecně se dá říci, že vývoj euro-americké klasické medicíny zaznamenal od přelomu 19. a 20. století příklon k pevně a ortodoxně biologicko-mechanistickému, přírodovědnému přístupu v léčbě pacientů. Postupně ale bylo z kazuistik některých pacientů patrné, že v tomto pojetí do jisté míry něco schází. Tuto „chybějící část“ podle mého názoru výstižně definoval MUDr. Jiří Šavlík, CSc. jako „lidský rozměr medicíny, tj. kromě klasických disciplín anatomicko-fyziologických“, je žádoucí také „přístup spočívající v porozumění, vcítění a filosoficko-antropologickém pojetí člověka jako osoby“.<sup>1</sup> Celostní pojetí medicíny neboli psychosomatická medicína se snaží o vědecko-teoretickou integraci přírodovědného přístupu s hermeneutickým pojetím humanitních věd. Existuje ve své oficiální podobě od dvacátých let dvacátého století a prodělala bouřlivý vývoj spočívající v řadě dílčích úspěchů v integraci biologického a chápajícího přístupu.

U nás v České republice však tento vědecko-teoretický problém není legislativně dořešen a psychosomatika neboli celostní přístup v medicíně je tak stále okrajovým zaměřením hrstky lékařů a studium psychosomatiky skutečně není integrální součástí postgraduálního vzdělávání a veškeré medicíny. Dalo by se tedy říci, že přístup k pacientovi leží plně v rukou jednotlivých lékařů a je spíše na jejich uvážení, do jaké míry při výkonu své profese – tedy léčbě tělesných dysfunkcí – zohlední i vedlejší

---

<sup>1</sup> Šavlík, J.: *O základním vzdělání v psychosomatice v SRN. Otevřený dopis těm, jichž se to týká.* [Online na <http://psychosomatika.xf.cz/>], cit. 27. 6. 2012.

faktory psychosociálního charakteru. Ve své práci se z tohoto důvodu věnuji části této problematiky, a sice interakci lékaře a pacienta, jejich vztahu a prvkům, které by mohly mít případný vliv na pacienta a průběh jeho nemoci.

Teoretická část práce mapuje problematiku psychiky nemocného, interakce lékaře s pacientem při výkonu zdravotnické péče a typy této péče. Konkrétně se práce nejprve věnuje změnám v psychice pacienta v průběhu onemocnění, pacientovu prožívání a komunikaci s okolím, zejména s lékařem. Dále pak tematizuje změny v psychice pacienta během chronického onemocnění, které je definováno, a jsou nastíněny jeho možné dopady na různé oblasti pacientova života (somatickou, sociální a psychickou), pacientovo očekávání, prožívání a interakce s lékařem. Zohledněna jsou teoretická východiska uplatnění psychologického aspektu v rámci této interakce a jeho význam.

Empirický výzkum, který jsem provedla, zkoumá problematiku role interakce lékaře a pacienta v rámci průběhu pacientova chronického onemocnění. Snaží se popsat pacientem uvědomovaný vliv lékaře v průběhu časté interakce v rámci chronického onemocnění. Šetření je realizováno na skupině informátorů, kteří jsou pacienty ve Zdravotnickém středisku ve Františkových Lázních, pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem praktické části práce je popsat, jaký význam může mít interakce s lékařem pro pacienta a jaký má lékař na pacienta vliv, případně jestli (a jak) tento vliv působí na průběh pacientova chronického onemocnění.



## TEORETICKÁ ČÁST

# 1. Pacient a jeho nemoc

Nemoc lidského těla je sama o sobě nejen funkční poruchou, ale také psychosociálním fenoménem, který vstupuje do lidského života z určitých důvodů. Zároveň ho nějakým způsobem ovlivňuje, většinou negativně, ale v některých případech i pozitivně (př. sociální sblížení členů rodiny).<sup>2</sup>

Závažné somatické onemocnění, které člověka proměňuje v pacienta, se většinou stává jednou z největších životních zátěží. Významně mění situaci, ve které se člověk nachází, a to ho nutí zaujímat ke své chorobě nějaký postoj. Tento postoj se vytváří na základě míry ztrát a nepříznivých změn, které s sebou onemocnění přináší, a projevuje se ve třech základních oblastech lidského života – somatické, psychické a sociální. Na druhé straně řada tělesných obtíží a onemocnění může být ovlivněna a někdy i vyvolána psychikou člověka a cesta k jejich vyléčení může vyžadovat kromě somatické léčby také nutnost zpětně vypátrat kořeny psychosociálních konfliktních spouštěčů.<sup>3</sup>

## 1.1. Psychika nemocného

Vágnerová píše o nemoci člověka jako o odchylce sociální identity, která člověku přináší mnoho změn v rovině somatické, sociální, psychické, kognitivní a emoční. V tomto procesu změn se člověk stává pacientem a čelí mnoha novým situacím. Každá společnost vytváří převládající postoje k projevům, které se jeví jako chorobné, a tím formuje postoje k nositelům nemocí – pacientům. Postoj člověka k vlastní nemoci může mít vliv na změny jeho vlastní identity. Míra identifikace s nemocí se pak odráží v chování a prožívání člověka přijímajícího roli nemocného.<sup>4</sup>

V naší společnosti je somatická nemoc uznávána jako sociální status, který s sebou přináší převážně strasti, ale také určité výhody. Komárek toto popisuje pojmem „vyvinění“ (exkulpace) z určitých situací, povinností či rolí, které přichází se sociálním uznáním statusu nemoci. Pacientovi se tak automaticky dostává omluvy i politování. Na pracovišti je tento fenomén zřejmý, v rodinném prostředí může ale také fungovat jako prostředek více či méně nevědomého ovládnání, získání „funkce nemocného“ v rámci

---

<sup>2</sup> Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

<sup>3</sup> Tamtéž.

<sup>4</sup> Tamtéž.

členů rodiny. Pojetí nemoci jako zdroje interpersonální moci či jako „statussymbolu“ je také formou, jak se člověk vědomě i nevědomě přizpůsobuje svému změněnému stavu.<sup>5</sup>

Velkou změnou pro nemocného může být také stav osamění, který s sebou nemoc někdy přináší. Prožívání nemoci je novou, silně subjektivní a individuální cestou v životě člověka, kde se často (tedy zejména u chronických a nevléčitelných nemocí) jedná o změnu definitivní, bez možnosti plného návratu k původnímu stavu a způsobu života. Ani blízcí nemohou být společníky nemocného v jeho každodenním subjektivním prožívání fyzických a psychických stavů.<sup>6</sup>

### 1.1.1. Vyrovnávání se s diagnózou

Změněný somatický stav člověka s sebou přináší i změny psychické v individuálním prožívání, myšlení a chování nemocného. Nemoc může působit jako silný „stresor“<sup>7</sup>, představuje zátěž, se kterou se člověk musí vyrovnávat. Toto zvládnutí nastalé zátěžové situace (tzv. coping) vyvolává individuálně různé obranné reakce, které se projevují taktéž v rovině prožívání, způsobu uvažování a chování nemocného.

Vágnerová zmiňuje fáze zpracování zátěže závažným onemocněním podle Kübler-Rossově<sup>8</sup>:

1. *Fáze šoku a popření* – Tato fáze přichází bezprostředně po zjištění diagnózy. Člověk se ocitá v ohrožení a jeho prvotní reakcí je popření dané skutečnosti, jelikož je takto možné odložit přijetí negativní a ohrožující skutečnosti. Smyslem tohoto psychického stavu je tedy poskytnutí člověku čas a oddech od velmi nepříznivé skutečnosti.
2. *Fáze postupného přijetí skutečnosti* – Postupné přijímání závažné životní situace nastává po počáteční fázi bagatelizace a popírání zřejmých příznaků nemoci. Člověk je tak již nucen reagovat na existující zátěž v podobě změn povahy a hodnot jeho dosavadního života. Ohrožení kvality dosavadní existence vede nemocného k přehodnocování a reakcím, které se různí dle jeho osobnostních vlastností a zkušeností, jeho hodnot a cílů před onemocněním apod. Často se v této fázi objevují dva typy obranných mechanismů – útok a únik. Útok je

<sup>5</sup> Komárek, S.: *Spasení těla - Moc, nemoc a psychosomatika*.

<sup>6</sup> Stein, M.: *The lonely patient: how we experience illness*, New York: William Morrow, 2007.

<sup>7</sup> „Činitel vnějšího prostředí vyvolávající v organizmu stav stresu či stresovou reakci; mezi nejvýznamnější patří mj. konflikty a traumatické životní události.“ (Hartl P., Hartlová H.: *Psychologický slovník*, Portál, Praha, 2000, str. 569)

<sup>8</sup> Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, str. 57-8.

aktivní obranou využívající agrese např. ve formě odporu vůči léčbě, či vůči pomoci blízkých. Únikové reakce jsou velmi variabilní, mohou být aktivní (př. únik do pracovní či zájmové aktivity) i pasivní (př. únik do fantazie). Součástí této fáze jsou také různé přechodné reakce, které jsou dílčími součástmi adaptace – hněv, deprese či smutek.

3. *Fáze smíření se s chorobou a jejími důsledky* – Tato fáze je stádiem smíření se s neměnným stavem, který nemoc přináší. Nemocný svou nemoc akceptuje a bere ji v úvahu ve svém jednání i prožívání. U některých nemocných někdy ani ke smíření nedojde.

## **1.2. Chronické onemocnění v psychologickém kontextu**

Hartl a Hartlová definují chronicitu nemoci jako „*vleklou, dlouhodobou přítomnost nemoci, přičemž každá chronická nemoc, i somatická, má negativní vliv na psychiku nemocného. Chronická nemoc vykazuje trvalou přítomnost příznaků, neprojevují se ale tak prudce jako akutní.*“<sup>9</sup>

Chronická nemoc je tedy porucha zdraví, která trvá dlouho, někdy celoživotně a zpravidla se nespolehlivě určuje její začátek či konec. Prognóza bývá nejistá, a i když má proces určitou dynamiku, typický je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Vyznačuje se závažnými důsledky pro své nositele i pro okolí a zvláštnostmi somatickými (biologickými a medicínskými v úzkém slova smyslu), psychologickými a sociálními.

Život chronicky nemocného pacienta bývá zpravidla určitým způsobem omezený, zužuje se možnost volit hodnoty v životě, nemoc jej do značné míry determinuje. Také vztah pracovníků ve zdravotnických zařízeních k chronicky nemocným vykazuje nemalé zvláštnosti. Jejich úkolem je mimo jiné pomoci pacientovi k reálnému hodnocení vlastní situace, k využívání opravdových možností, které má.<sup>10</sup>

Podle Raudenská a Javůrkové se každé chronické onemocnění jako subjektivní děj pojí s určitým chováním jedince, jeho postoji, myšlením a specifickým typem psychických reakcí nemocného. Průběh chronického onemocnění popisují ve čtyřech následujících fázích:

---

<sup>9</sup> Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*, str. 217.

<sup>10</sup> Pacovský, V.: *O stárnutí a stáří*.

1. *Krise* – tato fáze přichází s počátkem projevů nemoci, kdy se člověk obvykle intenzivně zabývá hledáním úlevy u lékaře či v léčích nebo i hledáním spirituální útěchy. Vyrovnává se s různými reakcemi blízkých a v popředí jeho zájmu stojí hlavně neodkladné řešení symptomů či bolesti.
2. *Stabilizace* – v této fázi se plně projevuje většina symptomů, člověk je tedy zcela obeznámen s povahou svého onemocnění. Ve snaze pokračovat v dosavadním způsobu života je konfrontován s nezdary, „relapsem“<sup>11</sup>, selháním, rozrušením. Vše směřuje ke stabilizaci člověka v nové životní situaci a restrukturalizaci jeho životního stylu.
3. *Rozhodnutí* – v prožívání člověka se formuje cesta k uvědomění si chronicity nemoci a symptomů. Opakovaný *relaps* vede k postupnému přijetí nenávratnosti původního stavu. Cílem je dospění k rozhodnutí nalézt svou novou identitu, styl života či životní filosofii.
4. *Integrace* – v poslední fázi jde především o integrování *relapsů* a nové stability s jeho původní identitou *já*. Náplní je soustředění se na nalezení konkrétních cílů, a sice odpovídajícího pracovního zařazení, pokud je to možné, opětovného začlenění nebo vytvoření nové sítě sociálních vztahů (přátelé, spolupracovníci, rodina) a integrace nemoci do spirituálního a filozofického rámce jedince.<sup>12</sup>

Samozřejmě tento průběh je spíše modelový. Pacienti obvykle těmito fázemi procházejí individuálně různou rychlostí a nemusí vždy dojít až k dosažení toho, aby člověku bylo dobře, i přes nevléčitelnost či nezlepšování nemoci.

Klasifikace fází psychického průběhu chronického onemocnění podle Raudenské a Javůrkové se podobá klasifikaci fází vyrovnávání se s vážnou diagnózou podle Kübler-Ross. Ta od Raudenské a Javůrkové blíže definuje i fázi integrace dlouhodobě nemocného pacienta zpět do „normálního“ života se všemi změnami, které musí v průběhu onemocnění učinit, včetně změn sebe samého. Můžeme zde tedy lépe pochopit složitost procesu, v jehož průběhu chronicky nemocný pacient navštěvuje lékaře, který je v tomto procesu pravděpodobně významným činitelem.

Na rozdíl od akutně nemocných pacientů, chronicky nemocní pacienti prožívají jiným způsobem i vztah k lékaři. Chronická nemoc mění pohled na lékaře. Rychlé

---

<sup>11</sup> „*Recidiva, zvrát, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby.*“ (Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*, str. 504.)

<sup>12</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, str. 62-3.

uzdravení, které pacient podvědomě očekával, nepřichází, ztrácí se tak primární optimistická důvěra v lékařovy schopnosti a možnosti. Pacient mnohdy nespolupracuje či nedodrží navrženou léčbu, někdy se i obrací k alternativním, až paramedicínským praktikám. Z toho mohou pramenit vzájemné neshody mezi lékařem a pacientem.<sup>13</sup>

Současně je však i lékař v situaci, když léčí chronicky nemocného pacienta, vystaven určitým dalším požadavkům, které u akutních nemocí nenabývají tolik na významu. Komunikace lékaře s chronicky nemocným pacientem je častěji rozšířena o emocionální aspekt. Pacient se v důsledku dlouhodobějšího prožívání své nemoci dostává do emocionálně náročných situací a stavů, jeho reakce mohou být různé (např. emoční labilita, vztek, deprese apod.) a lékař by na ně měl adekvátně reagovat. Rozmanitost symptomů chronických onemocnění také způsobuje, že lékař musí podrobněji a srozumitelněji pacientovi zprostředkovat informace o jeho stavu, instrukce o dalším postupu ve zdravotnickém zařízení i u pacienta doma.<sup>14</sup>

Dnešní autoři, např. Javůrková, Raudenská navrhuji tzv. *bio-psycho-sociální model léčby*, který se přiklání ke komplexnosti pohledu na pacientovy potíže, snaží se pacienta a jeho nemoc vidět v kontextu biologickém, psychologickém a sociálním, jež následná léčba zohledňuje jako relevantní aspekty působící na člověka v nemoci.<sup>15</sup>

### 1.2.1. Dopady chronického onemocnění

Chronická onemocnění jsou charakteristická svým dlouhodobým průběhem, liší se v intenzitě a množství projevů. Podle toho, do jaké míry nemoc ovlivňuje a zasahuje do běhu pacientova života, objevuje se řada problémů nejen fyzických, ale i psychických a sociálních, které se dotýkají nejen pacienta, ale i jeho okolí. Dlouhodobá nemoc je tedy náročnou životní situací, která je pro pacienty stresující. Stres se pak stává, který často způsobuje změny v pacientově prožívání, chování i vztazích k druhým lidem.<sup>16</sup>

Studie chronických onemocnění (např. chronické bolesti)<sup>17</sup> ukazují, že v důsledku vícero dlouhodobých a intenzivních potíží, které jsou pro chronicky nemocného pacienta specifické, je třeba zohledňovat fyzické i psychické změny a stavy. Množství

---

<sup>13</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*.

<sup>14</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

<sup>15</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

<sup>16</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*.

<sup>17</sup> National institute of healthcare (US), [online <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749707/?tool=pmcentrez>], cit. 12. 5. 2012.

fyzických potíží v průběhu chronické nemoci je doprovázeno řadou psychických těžkostí. Podle Křivohlavého se jedná převážně o kognitivní problémy (např. zapomínání, poruchy pozornosti) a negativní emocionální zážitky (strach z nějaké události, zlost na okolí, pocity stísněnosti či úzkosti v nějakém prostředí atd.<sup>18</sup>

Dopady chronického onemocnění mohou být tedy různé. Záleží na řadě faktorů, a sice na vážnosti onemocnění, na rozsahu omezení, které nemoc v životě pacienta způsobuje, na osobnostních rysech pacienta a také na kvalitě psychosociální podpory a zdravotní péče. Rozsah dopadů onemocnění a jejich uvědomění se u každého pacienta liší, je tak pravděpodobné, že na rozdíl od požadavku na standardní kvalitu medicínské péče se požadavek na péči psychosociální bude lišit pacient od pacienta. Psychické reakce pacienta na nemoc, které popisuje Kübler-Rossová (viz kapitola *1.1.1. Vyrovnávání se s diagnózou*) mají u každého pacienta různý průběh, délku a hloubku prožitku daného stavu.

Vedle psychických dopadů nemoci na člověka se vyskytují i sociální dopady, které se pojí například se změnou životosprávy, změnou životního stylu či filosofie nebo s omezeními kvůli tělesným či psychickým projevům nemoci. Člověk v nemoci se mění, mohou se měnit jeho hodnoty a činnosti, s čímž se může pojít i změna sociálních kontaktů (získání či ztráta), která může zpětně pacienta ovlivňovat. Biologické dopady nemoci na zdraví člověka jsou tedy doprovázeny dalšími, výše zmíněnými dopady a celkově utvářejí novou životní situaci člověka, který se stal pacientem. Lékař je v tomto ohledu prvním a zásadním odborníkem, kterého člověk trpící symptomy vyhledává, mohl by tak být odborníkem nápomocným s celou škálou potíží, se kterými k němu pacient přichází. V případě chronicky nemocného pacienta by tato role lékaře mohla být významnější, protože pacient přichází opakovaně a jeho obtíže a celkový stav se vyvíjejí.<sup>19</sup>

### **1.3. Vliv psychiky na zdravotní stav**

Mezi psychickou a somatickou složkou člověka existuje velmi těsné spojení, jedná se o dvě součásti jednoho celku – organismu, které spojuje regulace nervovou soustavou, zejména vegetativní, a endokrinním aparátem. Výkyvy a odchylky, které vzejdou primárně z jedné z těchto složek, v důsledku zákonitě ovlivňují i druhou. Vztah

---

<sup>18</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*.

<sup>19</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

mezi somatickou a psychickou složkou je zcela přirozený a nenápadný, ale může nabývat i patologických forem. Zátěžové situace a stres s nimi spojený vyvolávají prostřednictvím změn emočního vyladění změny tělesného stavu. Nezládnutá a dlouhodoběji trvající psychická zátěž pak tímto způsobem může ovlivňovat fyziologické funkce a podle individuálních dispozic člověka způsobovat tělesné potíže.<sup>20</sup>

Jednu z psychologických teorií, proč tělo reaguje na psychickou zátěž, předkládá Poněšický, který vychází z empiricky ověřené souvislosti mnoha psychoterapeutů, a sice že existuje souvislost mezi úzkostí, psychosomatickými poruchami a depresivním zhroucením. Lidé totiž zvládají určité situace, se kterými se setkali a které se naučili řešit v souladu sami se sebou. Důležitá je kromě samotného zvládnutí určité situace také jeho forma – tedy to, že situaci vyřešíme v souladu s vlastní představou o sobě, o svých schopnostech a zodpovědnosti. Stává se tedy, že určité situace a reakce na ně jsou v rozporu s danou *sebe představou* člověka, což vyvolává úzkost, a tudíž jsou některé pocity potlačovány.<sup>21</sup>

Negativní pocity, jako je např. nenávisť, agrese, zloba apod., mají ale důležitou „signální funkci“. Díky nim situace vyhodnocujeme a vnímáme, takže jejich potlačení či absence může být pro člověka nepříznivá. Na nezvládnutí situace obvykle reagujeme úzkostí, kterou Poněšický také řadí mezi psycho-somatické jevy a považuje ji za afekt spojený s tělesnou reakcí na těžko řešitelnou situaci (tělesné napětí, bušení srdce, zvýšený krevní tlak, celková aktivace organismu). Snaha o přiměřenou reakci a zachování vlastního *sebeobrazu* pak vede k vnitřnímu napětí. Nereagování na zátěžovou situaci a vnitřní tenze pak v dlouhodobějším horizontu událostí vede k zástupné tělesné reakci. Za předpokladu, že tělo je původně součástí nás, našeho *já*, je reakce těla spontánnější a přirozenější než reakce psychická, která podléhá vlivu okolního světa a je formována výchovnými vlivy.<sup>22</sup>

Působení psychických procesů na tělesný a zdravotní stav bylo často zkoumáno v souvislosti se stresem. Mnoho výzkumů se věnuje patologickému vlivu stresových situací a reakcí na zdraví člověka – na udržování či prohlubování symptomů různých nemocí.

Například psycholog Sheldon Cohen z Carnegie Mellon University (USA) zkoumal vztah mezi stresem a nemocemi. Cohenova stať v *Journal of the American*

---

<sup>20</sup> Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

<sup>21</sup> Poněšický, J.: *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*.

<sup>22</sup> Poněšický, J.: *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*.



*Medical Association (JAMA)* byla založena na výzkumu zadaném Institutem medicíny (The Institute of Medicine) s cílem přezkoumat tvrzení, zda stres ovlivňuje většinu chorob. V článku autor zohledňuje behaviorální a biologické mechanismy, kterými stres přispívá k onemocnění, a zvažuje výsledky studií, které zkoumaly, zda stres hraje roli u vzniku deprese, kardiovaskulárních chorob, HIV/AIDS a rakoviny. Tyto studie ukazují, že stres hraje roli při vzniku nebo zhoršení deprese a kardiovaskulárních onemocnění a urychluje progresi HIV/AIDS. Hlavním zájmem výzkumníků bylo, jak konkrétně stres působí a přispívá k nemoci. Cohen popsal dva možné způsoby. Jeden zohledňuje lidské chování – lidé pod stresem trpí nespavostí a není u nich příliš pravděpodobný sklon k udržování fyzické kondice, osvojují si špatné stravovací návyky, více kouří a nedodržují medicínskou léčbu. Vedle toho stres také spouští odezvu endokrinního systému těla, který produkuje hormony, jež ovlivňují různé další biologické soustavy včetně imunitního systému. „*Vlivy stresu na regulaci imunitních a zánětlivých procesů mají potenciál ovlivnit depresi, infekční, autoimunitní onemocnění, ischemickou chorobu srdeční a alespoň některé (například virové) druhy rakoviny,*“<sup>23</sup>

Dále například americký vědec a spisovatel Henry Dreher v knize s názvem *Jednota těla a mysli: Nová vize ve vědě a medicíně mysli a těla (Mind-Body Unity: A New Vision for Mind-Body Science and Medicine)* popisuje koncept lidského organismu jakožto psychosomatického systému majícího původ v neuropeptidech a receptorech. Kniha poskytuje nová data o klinické významnosti interakcí neuropeptidových receptorů pro různé lidské nemoci a nabízí nové důkazy o tom, že emoce jsou propojujícím faktorem mezi tělem a myslí. Zahrnuje také data ukazující, že kroky podniknuté k propojení těla a mysli, které usnadňují vyjádření emocí, mohou vést k fyziologickému léčení.<sup>24</sup>

### **1.3.1. Stresová hypotéza a teorie životních událostí**

Psycholog Weiner se zabýval problematikou stresu v rámci psychosomatické koncepce. Vytvořil hypotézu, že určití fyzicky disponovaní jedinci mohou pod vlivem stresu reagovat rozvojem psychosomatického onemocnění. Tuto hypotézu testoval následovně: „*Vybral skupinu „superzdravých“ mladých mužů – branců zařazených pro jejich vynikající zdravotní stva do vojenského výcviku v paradesantní jednotce. U všech*

<sup>23</sup> COHEN, S.: *Stress Contributes To Range Of Chronic Diseases, Review Shows*. [online na <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/10/071009164122.htm>], cit. 18. 6. 2012.

<sup>24</sup> Přelož. a ref. z: Dreher, Henry: *Mind-Body Unity: A New Vision for Mind-Body Science and Medicine*. Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins University Press, 2004.

120 branců provedl vyšetření zaměřené na psychologické charakteristiky typické pro vředovou chorobu a vyšetření koncentrací pepsinogenu v séru. Průnik nejvyšších výsledků obou sledovaných ukazatelů se koncentroval do skupiny celkem 20 osob.<sup>25</sup>

Weiner předpokládal, že stresové vlivy u této skupiny budou vyvolávat vředovou chorobu. Jeho předpoklad se naplnil, jelikož z vybraných dvacet ohrožených mužů dvanáct onemocnělo, zatímco z ostatní sto mužů jen čtyři.<sup>26</sup>

Weiner vycházel z psychosomatických předpokladů vlivu stresu na lidské zdraví, ale i ostatní vědci, kteří se zabývali stresovými reakcemi, docházeli k závěrům, že stres patologicky ovlivňuje lidské zdraví, je-li stresem psychická zátěž. Například Selye, který formuloval *teorii nespecifického adaptačního syndromu*, byť neempiricky, zjistil, že psychosociální stresory působí na lidský organismus stejně jako ty biologické. Selye popsal stresovou reakci ve střech fázích, a to fázi poplachu (reakce organismu na nějakou hrozbu – vyplavení adrenalinu, zvýšení fyziologické aktivity, dlouhodobé funkce a procesy jsou potlačeny, je omezena činnost imunitního systému, celková mobilizace organismu k obraně), rezistenci (pohotovost organismu trvá, hormony stresu jsou stále vylučovány), vyčerpání (nastává při dlouhodobém působení stresu, protistresové rezervy organismu jsou vyčerpány). Podle Seleyho je ve fázi vyčerpání zvýšené riziko onemocnění.<sup>27</sup>

Stres je tudíž ochranou reakcí organismu při biologickém ohrožení. Spouští-li ji ale psychosociální faktory, dlouhodobě vyčerpávají organismus, jelikož tělo reaguje stresovou reakcí, ta ale není kompenzována fyzickou námahou a odbouráním metabolitů stresu. Řada fyziologických a patofyziologických procesů probíhajících v průběhu stresu v klinické rovině znamenají příčinu řady funkčních až životu nebezpečných obtíží.<sup>28</sup>

V kontextu chronického onemocnění tedy stres či jiné podobné emocionální stavy mohou v lidském organismu vyvolávat stav, který napomáhá vzniku, udržování či zhoršení chronického onemocnění. Psychika pacienta je tedy spolu s poruchami organismu významnou entitou, která různým způsobem může ovlivňovat pacientův zdravotní stav.

Za zmínku zde také stojí *teorie životních událostí*, která je klinickým důkazem stresové hypotézy. Dokázala totiž, že stresová zátěž znamená reálné ohrožení

---

<sup>25</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*, str. 20 – 21.

<sup>26</sup> Tamtéž.

<sup>27</sup> Kassin, P.: *Psychologie*.

<sup>28</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*.

zdravotního stavu člověka. Tato teorie vznikla v 50. letech díky waleským úředníkům zdravotních pojišťoven, kteří zaznamenali, že vdovy po zavalených hornících mají větší množství zdravotních problémů, závažnějších a často život ohrožujících, než náhodně vybraná jiná skupina žen, které prošly jinými životními událostmi. Následovala vlna klinickým výzkumů na toto téma, až američtí psychologové Holmes a Rahe sestavili tzv. *inventář životních událostí*, kde každé životní události byla přiřazena bodová hodnota od 100 do 11 podle závažnosti. Množství bodů nasbíraných podle událostí během posledního roku od dne testování pak ukazuje velikost pravděpodobnosti vzniku psychické nebo fyzické nemoci u testovaného. Bodová hodnota sice není univerzálně platná, souvisí však s některými patofyziologickými parametry více než subjektivní výpovědi pacientu o prožívání distresu.<sup>29</sup>

### 1.3.2. Somatoformní poruchy

Zvláštní kategorií implikující vliv psychiky na lidské zdraví jsou tzv. somatoformní poruchy. Definice somatoformních poruch je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí, jejich různé druhy však mají společné charakteristiky, a sice „organicky nevysvětlené (nebo nedostatečně vysvětlené) tělesné potíže, pacientova nepřístupnost psychologickým interpretacím a časté „histrionské chování“.<sup>30</sup>

Organicky nevysvětlitelné příznaky vznikají procesem somatizace, neboli „tendencí prožívat a vyjadřovat psychické obtíže tělesnými příznaky“.<sup>31</sup> Vznik somatoformních poruch v dospělosti je v klinické praxi zkoumán. U části klientů zřejmě ani nevznikají náhle v dospělosti, ale navazují na různé nevysvětlené příznaky v dětství či v období adolescence, které nepříznivě ovlivňují rodinný život a tudíž formují psychiku pacienta.<sup>32</sup>

Výklad etiopatogeneze somatizace a somatoformních poruch se různí již od konce 19. století. Z nichž můžeme uvést například Freudovu a Breuerovu teorii *konverze*, která vysvětluje tělesné příznaky jako vyjádření nevědomých potlačených traumatických vzpomínek, jež byly odsunuty do zapomenuté oblasti nevědomí. Negativní afekt se pak projeví v rovině tělesné. Termín somatizace pak vznikl jako obdoba termínu konverze v 60. letech 20. století (Lipowski).<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*.

<sup>30</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*, str. 30.

<sup>31</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*, str. 41.

<sup>32</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*.

<sup>33</sup> Tamtéž.



## 2. Význam interpersonální interakce pro nemocného

Sociálně definované prostředí neboli lidé kolem pacienta jsou jedním z faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu pacientova života. Křivohlavý popisuje roli sociálních kontaktů, která pro pacienty nabývá na významu. Nemoc je pro pacienta určitou sociální izolací, kdy je ponechán sám sobě, svým myšlenkám a starostem. Vzrůstá četnost situací, kdy člověku není dobře a potřebuje někoho, komu by se mohl svěřit či vypovídat ze svých tíživých myšlenek. Tato potřeba sdělovat a sdílet mění svou intenzitu, ale může v průběhu nemoci dospět k velké naléhavosti, která u blízkých, příbuzných a přátel vyžaduje mj. schopnost tyto stavy identifikovat podle projevů nemocného a schopnost na ně empaticky reagovat.<sup>34</sup>

Vedle sociální opory pacientova „původního“ prostředí Křivohlavý tematizuje význam tzv. „terapeutické aliance“ a existenci „sociálního vzoru“<sup>35</sup>. Jedná se o vztahy, které vznikají s příchodem člověka do zdravotnického prostředí, které ho zde provázejí a mohou mít pro něj a vývoj jeho nemoci zásadní význam. Sociálním vzorem pro pacienta mohou být pacienti mající stejné potíže. Mohou mu být příkladem, který napovídá vývoj jeho vlastního stavu za několik dní či týdnů. Nemusí se jednat o vědomé úvahy pacienta tímto směrem, nicméně se setkání s dalšími pacienty v člověku někde zobrazí. Situace, kdy pacient vidí jiného pacienta, který má mnohé zdárně za sebou, nebo naopak, je dalším ovlivňujícím faktorem. Terapeutickou aliancí Křivohlavý označuje dobrý přátelský vztah lékaře a pacienta. Jedná se o druh spojenectví vznikající nejprve při sdělení diagnózy, následujícím doprovázením v nemoci, dále tím, že je lékař pacientovi k dispozici, a vytvořením vzájemné důvěry. Terapeutická aliance je tak popsána jako ideální případ vztahu lékaře a pacienta, který je pro pacienta vzpruhou a který má moc působit v pacientových těžkých chvílích.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Křivohlavý, J.: *Vážně nemocný mezi námi: rady nemocným*.

<sup>35</sup> Křivohlavý, J.: *Vážně nemocný mezi námi: rady nemocným*, str. 74-76.

<sup>36</sup> Křivohlavý, J.: *Vážně nemocný mezi námi: rady nemocným*.

## 2.1. Očekávání pacienta a lékaře

Vztah mezi lékařem a pacientem je také do značné míry určován očekáváním, které do něj přináší obě strany. Avšak vzhledem k tomu, že nositelem nemoci je pacient, jeho očekávání jsou z psychologického hlediska pro vývoj jeho stavu primární. Pacientova očekávání totiž obsahují jeho představu o jeho zdravotním stavu a předjímají průběh celé léčby. Janáčková a Weiss třídí oboustranné očekávání následovně:<sup>37</sup>

**Tabulka 1: Očekávání lékaře a pacienta**

<i>Pacient od lékaře očekává</i>	<i>Lékař od pacienta očekává</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Zvýšený zájem o svou osobu</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Podřídivost</i></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Rychlé zmírnění, odstranění symptomů (např. bolesti)</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Vděčnost</i></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Respektování lékařského tajemství</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Zlepšení pacientova zdravotního stavu až do uzdravení</i></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Podporu</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Spolupráci</i></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Že ho bude o všem důležitém informovat</i></li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Profesionalitu</i></li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Lidskost</i></li></ul>	

Křivohlavý popisuje příchod pacienta k lékaři a jeho očekávání jako „hledání člověka“<sup>38</sup>, který vyslechne, co má pacient na srdci a co ho trápí. Kromě somatického vyšetření, určení diagnózy a příslušné terapie pacient tedy očekává i jakousi *sociální oporu*, která se zakládá na vzájemné obousměrné důvěře mezi lékařem a pacientem. Křivohlavý tento jev nazývá *prejným prosociálním postojem*<sup>39</sup>, který předpokládá lékařovu ochotu pomoci pacientovi nejen somaticky, ale v širší jeho osobních problémů. Pacient obvykle přichází k lékaři s vlastní představou o tom, co mu je a jak to asi ovlivní jeho život, čeká od lékaře potvrzení. Pacientův postoj k jeho nemoci je psychologicky významný a je na lékaři, aby se pokusil právě tyto postoje a představy odhalit podobně, jako pátrá po somatických příznacích, neboť obojí může hrát roli ve zdárném uzdravování pacienta.<sup>40</sup>

<sup>37</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*, str. 65.

<sup>38</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 59.

<sup>39</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 60.

<sup>40</sup> Tamtéž.

Podle Křivohlavého pacient očekává daleko více než jen obdržení receptu – nechce ve skutečnosti být jen dalším případem, ale čeká lidské přijetí, přičemž vědomě i nevědomě zaznamenává jako každý člověk toto přijetí z mnoha různých vnějších podnětů. Mnoho neverbálních projevů poměrně záhy prozradí atmosféru, do které je pacient přijímán. Pravý či předstíraný zájem, tón hlasu, výraz obličeje, gesta a postoje lékařů i zdravotních sester působí v emocionální rovině na pacienta. V rámci toho pacient očekává od lékaře pomoc při hledání příčin jeho zdravotního stavu. Podle toho, jakým způsobem je lékař schopen pacientovi podat uspokojivou odpověď, je ovlivňováno pacientovo hodnocení lékaře. Tyto prvky pak v dalším průběhu léčby utvářejí vztah pacienta k lékaři. S tímto vztahem se pak v průběhu léčby mění i pacientova představa a postoj k nemoci. Pacient psychicky reaguje na změny svého zdravotního vztahu, mění se jeho postoje, a i na to by lékař měl reagovat.<sup>41</sup>

Obzvláště pro chronicky nemocné pacienty znamená každá návštěva lékaře nejen profesionální, ale také osobní kontakt, který především z pacientova dlouhodobějšího hlediska nabývá emocionálního významu. Pacient často vkládá naděje do další návštěvy lékaře, čeká vedle prohlídky i „povzbuzení, posílení naděje a sílu k dalšímu boji s nemocí.“<sup>42</sup> Biomedicínská stránka léčby je tedy provázána se stránkou *humánní*. Je to očekávání, které sám terapeutický přístup klade na lékaře skrze lidský kontakt s pacientem.<sup>43</sup>

## **2.2. Vztah lékaře a pacienta**

Moderní medicína dosáhla v současné době po vědecké a technické stránce svého vrcholu a dalo by se říci, že se ho snaží stále dokonce překonávat. Avšak odborné a technické znalosti patrně nejsou samostatnou zárukou kvalitní zdravotní péče či kvalitního průběhu pacientovy léčby. Existují výzkumy, podle kterých dobrá komunikace mezi lékařem a pacientem odkazuje jak k vyšší spokojenosti pacienta a jeho schopnosti dodržovat danou medikaci a léčebný režim, tak i k lepším klinickým výsledkům.<sup>44</sup> Z toho vyplývá, že značnou úlohu zde může nést psychologický aspekt práce lékařů a zdravotníků, tedy jejich vztah k pacientům.

---

<sup>41</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*.

<sup>42</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 61.

<sup>43</sup> Tamtéž.

<sup>44</sup> Institute of healthcare communication: *Evaluation and research*. [online na <http://healthcarecomm.org/wp-content/uploads/2011/05/Tongue-2005-.pdf>], cit. 5. 8. 2012.

Podle Balinta je ve všeobecné praxi právě lékař sám nejčastějším používaným léčebným prostředkem. Vedle předepisovaných léků podle něj hraje roli jak způsob, jakým lékař s pacientem komunikuje, tak celá atmosféra této interakce. Toto pojetí vychází z předpokladu, že psychické a emocionální procesy člověka jsou zpravidla doprovázeny různými tělesnými pocity a počitky, a to implikuje souvislost mezi tělesnou a duševní stránkou člověka, kterou by medicína v případě zájmu o pacientovo uzdravení měla reflektovat i ve svém přístupu.<sup>45</sup>

V této části práce se tedy pokusím poukázat na význam komplexní péče o pacienta a význam vztahu mezi lékařem a pacientem, jakožto psychologického prostředku a součásti léčby pacienta, který tak nebude redukován na objekt, jehož dílčí součástí je v průběhu nemoci nutno „opravit“.

### **2.2.1. Principy komunikace ve vztahu lékaře a pacienta**

Ve vztahu mezi lékařem a pacientem hraje kromě osobnosti pacienta také roli osobnost lékaře. Možný psychologický vliv na pacienta klade nároky na lékařovu osobnost a umění komunikace. „Každý lékař by měl znát své sklony k určitému jednání i chování a tendence, jež se u něj projevují při posuzování druhých lidí. Toto zásadní sebezpoznání mu pak ulehčuje práci při vytváření vztahu k pacientovi a napomáhá u něj eventuálnímu vyvarování se možných chyb.“<sup>46</sup>

Komunikační dovednosti lékaře, tedy jeho promluvy i neverbální působení jsou v terapeutické a pomáhající komunikaci zásadní, jelikož mohou mít (a zpravidla mívají) vliv na psychické zdraví a celkovou pohodu pacienta. Míru, jakou lékař přikládá významu symptomů a situacím v průběhu léčby, kladené otázky apod., totiž pomáhají konstruovat význam nemoci a potíží v mysli pacientů.<sup>47</sup>

U lékaře je tedy nezbytná značná míra znalosti sebe sama. V rámci psychoterapeutického působení na pacienta je podmínkou kvalitní lékařské terapie množství zkušeností s vlastními reakcemi v interakci s lidmi i pacienty. Lékař by měl umět rozpoznávat a zvládat vlastní úzkostné stavy, touhu uplatnit se či mít moc nad druhými lidmi. Tyto znalosti o sobě samém by mu měly umožnit přirozeně komunikovat a zůstat sám sebou.<sup>48</sup> Zároveň je ale „předpokladem všech psychických

---

<sup>45</sup> Balint, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*.

<sup>46</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*, str. 66.

<sup>47</sup> Vybíral, Z.: *Psychologie komunikace*.

<sup>48</sup> Vybíral, Z.: *Psychologie komunikace*.



terapií velká míra trpělivosti, klidu a jakési štědrosti ve vztahu k pacientovi...<sup>49</sup> Komunikace pomáhajícího je navíc také pacientem podrobena detailnějšímu zkoumání, než si může terapeut, v tomto případě lékař, uvědomovat. Obzvláště schopnosti empatie, autentičnosti, upřímnosti a opravdovosti lékaře jsou pacientem očekávány a zkoušeny.<sup>50</sup>

### 2.2.2. Paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem

Janáčková a Weiss rozlišují dva typy vztahu mezi lékařem a pacienta. První typ definovali jako *paternalistický*. Jedná se o vztah, kde lékař jednoznačně dominuje a staví se do role takřka rodičovské. Tím je posilována vztahová nerovnost, která bývá zdrojem vztahových problémů mezi lékařem a pacientem. Lékař se v tomto typu vztahu projevuje direktivně a očekává pacientovu poslušnost, poskytuje pacientovi nezbytné informace, radí mu, dává příkazy a zákazy, doporučuje. Paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem je také spojen s přístupem orientovaným na pacientovu nemoc. Celková problematika člověka, kterého lékař léčí, pak ustupuje do pozadí, jelikož cílem tohoto přístupu je věcnost bez osobního zaujetí.<sup>51</sup>

V tomto přístupu je tak z pacienta snímána zodpovědnost za jeho léčbu, často staví pacienta do pozice bezmocného objektu, který čeká na instrukce a péči výhradně z vnějšku. Záleží pak na osobnosti pacienta, jakým způsobem tuto roli přijme a zda bude léčba dostačující vzhledem k jeho situaci.<sup>52</sup>

### 2.2.3. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem

Místo klasického paternalistického vztahu lze ale v medicínské praxi navázat i jiný typ vztahu lékaře a pacienta, a sice vztah založený na spolupráci a vzájemném respektu. Tento tzv. *partnerský* vztah mezi lékařem a pacientem je prvkem na pacienta orientovaného přístupu. Účelem takového typu vztahu je vytvoření osobního pouta, které lékaři umožní lépe s pacientem pracovat, naslouchat mu a díky odhalení subjektivní stránky nemoci stanovit přílehavější diagnózu a následný léčebný postup.<sup>53</sup>

Tento vztah čerpá z pacientovy znalosti své nemoci a umožňuje mu aktivní účast na jeho uzdravování. Výsledkem je lepší spolupráce obou stran a snazší dosažení

---

<sup>49</sup> Vybíral, Z.: *Psychologie komunikace*, str. 260.

<sup>50</sup> Vybíral, Z.: *Psychologie komunikace*.

<sup>51</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*.

<sup>52</sup> Tamtéž.

<sup>53</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*.

lepšího výsledku léčby. Lékař v průběhu léčby volí spíše nedirektivní přístup a snaží se o co nevyšší empatii, přátelský přístup, vysvětlení termínů a situací v léčbě, neměl by chybět ani zájem o rodinu a jiné pacientovy psychosociální vazby relevantní pro současný pacientův stav.<sup>54</sup>

„Proti lékaři-technikovi, který zůstává objektivní, stojí tedy lékař, jenž se pustí do *terapeutického rozhovoru*<sup>55</sup>. Pro něj není chladná odměřenost ani žádoucí, ani nutná. S vnitřní účastí musí vyšetřit pacientovy problémy, sice musí stále cvičit sebekontrolu, ale takto se ztotožní s účastníkem rozhovoru, aby mu mohl co nejvíce porozumět a pochopit ho. Jedná se přibližně o totéž, co psychoanalýza popsala pod názvem „přenos“. Chápala pod tím jak pocity, které přenáší pacient na lékaře, tak pocity, které přenáší lékař na pacienta. Psychické ovlivnění druhého člověka je zřejmě možné jen, když dotyčný přijímá působení toho, že je k němu někdo vlídný a sympatizuje s ním. ... Zprostředkování pochopení se v psychoterapii a v lékařské vědě vůbec váže na to, že mezi „učitelem“ a „žákem“ převažuje velmi dobrý důvěrný vztah. Je to asi jedna ze zásluh hlubinné psychologie, že nám darovala pravidla vedení lékařského rozhovoru, která nám umožnila mluvit o vědomých i nevědomých psychických faktorech a zbavovat se tak vlivu nepochopených obav a nutkání.“<sup>56</sup>

Tento způsob porozumění lze ale aplikovat v plné šíři až po podstoupení hlubinně-psychologické analýzy vlastního charakteru, v procesu vlastního zrání. V budoucnu je tedy možné, že tento přístup by před lékaře kladl nutnost podstoupit vlastní systematické poznávání pomocí psychoterapie.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*.

<sup>55</sup> Zde mám na mysli nedirektivní psychoterapeutický rozhovor, který může poskytovat lékař, který získal psychoterapeutickou kvalifikaci nebo pracuje pod supervizí – např. Skála (1989) jej popisuje jako „*vysoce humánní a účinný způsob pomoci psychologickými prostředky*“ (Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*, str. 38-40.) a popisuje jeho účinek a indikaci.

<sup>56</sup> Přeloženo z: Rattner, J.: *Psychosomatische medizine heute : Seelische Ursachen körperlicher Erkrankungen*. Taschenbuch, Fischer, Frankfurt am Main, 1979, str. 56-7.

<sup>57</sup> Tamtéž.

### 3. Specifika současné medicíny

Vývoj v poválečné Evropě vedl k řadě systémových změn, mj. k tendencím formulovat etické zásady ve společnosti. Důraz byl kladen na rovnost, lidská práva a svobody, což se promítlo také do vztahu mezi lékařem a pacientem. Partnerský charakter vztahu mezi lékařem a pacientem je i přes občanskou rovnost specifický určitou dominancí lékaře vyplývající z jeho specializovaného vzdělání. Začala se zdůrazňovat pacientova aktivní účast na jeho léčbě. S rozvojem vzdělanosti po druhé světové válce se pacient také postupně stal recipientem lékařových rad a doporučení, kterým dokáže alespoň částečně porozumět, aktivně je reflektovat, přijmout je či odmítnout. Praktická medicína, tedy i přístup lékařů k pacientům, je do značné míry formován rozvojem vědy a techniky. Profesionální péče se často od léčby v rámci dvojice pacient-lékař posouvá do dimenzí týmové a vysoce specializované péče o nemocného. Moderní vědecká medicína tak nabízí velmi efektivní léčbu v rámci široké nabídky diagnostických a léčebných metod. Tyto účinné zásahy a pomoc nemocným si také vyžádaly rozsáhlé změny v celém systému zdravotnictví.<sup>58</sup>

Vznikla velká zdravotnická zařízení vybavená specializovanými odděleními s poměrně vysokými náklady na jejich vytvoření a provoz. Na léčbě pacienta se kromě zdravotních pracovníků (lékařů, specialistů, zdravotních sester) začaly zprostředkovaně podílet také týmy dalších odborníků (biologové, chemici, fyzikové, ale i etici atd.). Moderní medicína je tak díky pokroku schopna pomoci i lidem, u kterých by to dříve nebylo myslitelné, zároveň však s sebou přináší novou problematiku tzv. dehumanizované medicíny, kde pacient v rozsáhlé struktuře zdravotnických zařízení přichází o rovinu osobního vztahu ke svému ošetřujícímu lékaři. Současná tendence ke zlepšování zdravotnické péče tedy stojí před otázkou integrace původního diadyckého ošetřování a technizované medicíny a s tím spojené systémové změny.<sup>59</sup>

#### 3.1. Kompetence lékařů

Od lékaře se očekávají kompetence v oblasti somatické, jsou kladeny vysoké nároky na jeho odbornost, schopnost rychlé, ale hlavně přesné diagnózy, což vede k vysoké specializaci lékařů. Z toho vyplývá, že pro dobrý výkon lékařské profese je

---

<sup>58</sup> Haškovcová, H.: *Práva pacientů*.

<sup>59</sup> Tamtéž.

nutná možnost plně se soustředit na svůj úkol, což může vést k tomu, že v rámci svého léčebného záměru lékaři opomíjejí pacienta jako takového a soustředí se výhradně na jeho somatický problém.<sup>60</sup>

Z hlediska pacienta, na jehož problém existuje přímý léčebný proces, který dojde až výsledku uzdravení či alespoň zmírnění příznaků, je tato lékařova role dostačující. Úskalí tohoto přístupu se projevuje zejména u problematických pacientů či pacientů s psychosomatickým onemocněním. V prvním případě jsou nárokovány dobré komunikační schopnosti lékaře, v druhém vedle toho také značná míra empatické reflexe, která lékaři umožní dojít k přiléhavé diagnóze a vhodnému postupu v léčbě.<sup>61</sup>

### **3.2. Modely komplexního lékařského přístupu**

Honzák uvádí výčet toho, co by měl lékař dle Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu obsáhnout ve svém přístupu:<sup>62</sup>

1. *Objasnit důvod pacientovy návštěvy*
2. *Shromáždit anamnestické údaje*
3. *Navrhnout řešení*
4. *Strukturovat rozhovor*
5. *Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu*
6. *Zvládnout komunikační dovednosti*

Janáčková a Weiss před to na první místo komunikace v lékařské péči kladou porozumění a vcítění. Proces empatie je vyjadřován verbálně i neverbálně, přičemž to, co sdělujeme, bývá druhým přijímáno a zpracováváno nevědomě. Dobrý lékař se pozná podle efektivní komunikace, která zahrnuje empatický přístup, naslouchání a nepřerušování toho, co chce pacient sdělit. Takový lékař umožňuje pacientovi vyjádřit své mínění a pochybnosti a nečiní rychlé, neuvážené závěry.<sup>63</sup>

Podle Janáčkové a Weisse by měla komunikace mezi lékařem a pacientem v průběhu návštěvy ideálně probíhat v následujících šesti krocích:<sup>64</sup>

1. *Dosažení spolupráce*
2. *Stanovení priority terapeutické práce*

---

<sup>60</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*.

<sup>61</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

<sup>62</sup> Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*, str. 17-20.

<sup>63</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*.

<sup>64</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*, str. 71.

3. *Vytvoření pocitu bezpečí a jistoty*
4. *Zabezpečení informovanosti pacienta*
5. *Dohoda o způsobu léčby*
6. *Ukončení návštěvy*

U každého bodu samozřejmě záleží, jakým způsobem je daného cíle dosaženo. Janáčková a Weiss dále zpracovávají konkrétní návod k vedení sezení s pacientem<sup>65</sup>, včetně konkrétních vhodných větných formulací v daných fázích vyšetření. Vzhledem k nemedicínskému charakteru mé práce je ale neuvádím.

### **3.2.1. Psychologický přístup lékaře k pacientovi**

„Psychologický přístup lékaře k pacientovi spočívá v cíleném používání vlivu vztahu mezi lékařem a pacientem, podpůrné psychoterapii, komunikačních dovednostech a posílení aktivní účasti pacienta na léčbě.“<sup>66</sup>

Tento přístup je součástí konceptu „medicíny orientované na pacienta“,<sup>67</sup> který si klade za cíl pomocí terapeutického zacházení s pacientem zlepšovat pacientův somatický stav a zároveň pozitivně určit komplexní diagnózu pacienta v kontextu jeho psychosociální situace. Tento koncept popisuje Skála jako naplnění nejzákladnějšího poslání lékařství. Cílem je celostní porozumění pacientovi na základě vědeckých poznatků, technické vyspělosti a odborných dovedností lékařů a zdravotníků v rámci léčby, která by měla probíhat jako „vědecká racionální terapie“.<sup>68</sup> Tento celostní terapeutický přístup klade tedy nároky na lékařovu schopnost terapeutické komunikace s pacientem.

Cílem psychologického přístupu lékaře k pacientovi je porozumění individualitě pacienta. Porozumění pacientovi, pomoc v adaptaci na nemoc a při řešení problematických situací vzbuzují u pacienta důvěru a zakládají dobrý vztah mezi lékařem a pacientem. Pozitivní a emoční vazba mezi lékařem a pacientem založená na empatii a projevech osobního zájmu lékaře o pacientovo prožívání nemoci utváří tento vztah, jehož kvalita může hrát důležitou roli zejména u chronicky nemocných, kde ovlivňuje kvalitu spolupráce a efekt léčby.<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*, str. 72-75. (ale i další – Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*; Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*)

<sup>66</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, str. 81.

<sup>67</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*, Avicenum, str. 41.

<sup>68</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*, Avicenum, str. 41.

<sup>69</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

Z psychologického přístupu vyplývá, že v lékařské praxi není léčena pouze abstraktní nemoc, ale nemocný člověk, přičemž je úkolem právě lékaře mu porozumět a zvolit vhodný postup léčebné terapie. Zde Skála navazuje na teoretická východiska Michaela Balinta. Shodují se, že nemoc člověka je mnohem širším psychosociálním fenoménem v jeho životě než jen somatickým nálezem. Nemoc vedle tělesných omezení přináší ovlivnění osobních lidských svazků, omezení v profesní oblasti, obavy o budoucnost a mění i pacientovo sebehodnocení a sebepojetí. S tím vším pacient přichází k lékaři. Pole, které může lékař terapeuticky ovlivnit, je tedy mnohem širší nežli pouze somatické.<sup>70</sup>

V tomto duchu se Balint snažil školit skupiny lékařů, kteří by si tak mohli osvojit terapeutický přístup k pacientům. Kroky k uskutečňování léčby orientované na pacienta definoval následovně:<sup>71</sup>

1. *Naučit lékaře naslouchat a všimat si všech slovních i neslovních projevů pacientů.*
2. *Zahrnout tyto projevy a postřehy do diagnózy.*
3. *Léčit celého pacienta, tj. i ty ostatní projevy nemoci, které se netýkají výhradně organických příznaků.*
4. *Používat sebe, svou osobu, jako významný léčebný činitel, jako „lék“.*

Cílem tohoto přístupu je získat ucelený pohled na nemoc a její postavení v životě pacienta. Na základě toho pak mohou být doplňovány souvislosti mezi pacientovým životem a jeho nemocí, a tedy zvolena odpovídající léčebná péče. Pohled na nemocného člověka v různých dimenzích totiž může poskytovat zdroje k větší jistotě a srozumitelnosti v diagnostice i v odborném přístupu k pacientovi. Novým typem diagnózy by tedy měla být diagnóza komplexní, která odhalí skutečnou nemoc člověka (podle Balinta tzv. „patologii člověka jako celku“<sup>72</sup>), nikoli pouze nemocný orgán. Takto rozšířená diagnostika nemocí integrovaná do klasických lékařských postupů tak může zprostředkovat nové obzory léčby somatických nemocí s méně zjevnými příčinami, chronickým průběhem či psychogenním základem. Zároveň tak bude možné vyvarovat se mylných diagnóz či irelevantní léčbě, která je sice zaměřena na symptomy

---

<sup>70</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi, Avicenum.*

<sup>71</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi, Avicenum*, str. 41-42.

<sup>72</sup> Balint, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*, str. 17.

pacientovy nemoci, nikoli ale na skutečné potíže pacienta, které nejsou v somatické rozpoznatelné.<sup>73</sup>

### 3.2.2. Psychosomatický přístup k nemoci

Psychosomatický pohled na nemoc zohledňuje nejen biologické a psychosociální působení různých faktorů na pacienta v průběhu nemoci, ale také psychosociální vlivy, které vedly k jejímu vzniku. Role lékaře v tomto přístupu spočívá v dohledání těchto vlivů, upozornění na ně a aplikování vhodného postupu komplexní léčby.

V současnosti je možné na psychosomatiku nazírat ze dvou perspektiv. Morschitzky a Sator uvádějí, že „psychosomatika je neoborový základní postoj a pohled na diagnostiku a terapii onemocnění, při kterých se berou v úvahu stejnou měrou faktory tělesné, duševní i psychosociální. V tomto smyslu je psychosomatika interdisciplinárním konceptem. Nespočívá tedy v tom, že by určité onemocnění považovala za „psychosomatické“, a ty by tvořily obsah psychosomatického odboru. Psychosomatické aspekty mohou mít svůj význam při nejružnějších tělesných poruchách, kterými se zabývají lékařské odbory.“<sup>74</sup>

Na druhé straně autoři psychosomatiku vymezují také jako „samostatný klinický obor a směr výzkumu. Jeho jádrem je zkoumání a léčba vzájemného působení těla a duše při určitých onemocněních. V tomto smyslu tvoří psychosomatický pohled na onemocnění a odpovídající terapie samostatný lékařský obor, který se praktikuje na příslušných odděleních nemocnice, na univerzitních klinikách i na speciálních psychosomatických klinikách.“<sup>75</sup>

Psychosomatický model medicíny vychází z jiné modelové sekvence v psychogenezi než klasická medicína. Tento sled poškození je definován v pořadí, kde výchozím prvkem je psychické trauma, které je následované poruchou funkce, jež ústí ve výsledném orgánovém poškození.<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Balint, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*.

<sup>74</sup> Morschitzky, H., Sator, S.: *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*, str. 15.

<sup>75</sup> PRAXE: Turčeková L.: *Psychosomatika v dermatologii* [online na [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=2096](http://www.psychosom.cz/?page_id=2096)], cit. 19. 6. 2012.

<sup>76</sup> Chromý, K., Honzák, R. a kol.: *Somatizace a funkční poruchy*.

### **3.3. Role lékaře**

Role lékaře z hlediska stávající na nemoc orientované medicíny je definována jeho odborností. Lékař jakožto vysoce vzdělaný člověk v oblasti lidského zdraví je veden k selektivnímu vnímání a přístupu v kontaktu se svými pacienty. Jeho odbornost vyžaduje selekci právě těch informací, které v nosologickém rámci vytvoří správnou diagnózu. Skála se snaží poukázat na to, že zastánci celostní medicíny (tedy té, která se orientuje na pacienta, nikoli pouze na nemoc) samozřejmě nechtějí, aby šla tato odborná role lékaře stranou. Cílem je pouze změnit celkový rámec pohledu na pacienta. Navrhuje intelektuální přeorientování a zároveň změnu postoje k celkovému problému. Role lékaře by tak byla rozšířena z porozumění v rámci somatické nosologie na porozumění celkové.<sup>77</sup>

#### **3.3.1. Porozumění pacientovi**

Za předpokladu, že do kompetence lékaře spadá širší porozumění pacientovu zdravotnímu stavu vedle pouhého zjišťování somatických dysfunkcí, vyvstává otázka po způsobu, jakým by měl lékař umět svým pacientům naslouchat.

Balint na první místo klade dovednost lékaře primárně neupřednostňovat vlastní představy o příčinách a povaze nemoci před informacemi získanými od pacientů. Zásadní je nepřetvářet a nepřizpůsobovat stížnosti pacientů vlastním představám. Lékař by měl postupovat podle tradiční medicínou daných metod rozhovoru s pacientem, vedle toho je však důležité, aby se soustředil i na ne tak jasně vymezenou oblast, kde se mu dostává řady informací doplňujících – na celkový obraz pacientovy situace. Řadu informací lze vysoudit a objevit až teprve z pacientovy anamnézy. Balint dokonce dodává, že „to, co chybí, lze považovat přinejmenším za stejně důležité jako to, co bylo řečeno.“ Taková opomenutí ze strany pacienta také ukazují na význam lékařovy všímavosti, schopnosti vcítit se do situace, ve které se pacient nalézá, a obecné schopnosti dedukce souvislostí.<sup>78</sup>

Skála uvádí k této problematice zajímavý příklad, který ilustruje dobré terapeutické schopnosti lékaře zakládající se na ochotě naslouchat a schopnosti chápat pacientovy symptomy v širších kontextech jeho životní situace:

---

<sup>77</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*.

<sup>78</sup> Balint, M. via Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*.



„K neurologovi, který měl psychotherapeutickou zkušenost, přišla mladší žena trpící úpornými migrénami. Během prvního vyšetření se ukázalo, že pacientka v krátkém intervalu vystřídala několik partnerů, ale ani jeden vztah nebyl úspěšný a trvalý. Vždy byla muži opuštěna, což nesla, jak sama říkala, bez známek slabosti. Lékař pacientku poslouchal a uvědomil si, že dotyčná žena ani při líčení těch nejnejpříjemnějších partnerských problémů nedala najevo jakoukoliv zlost na dotyčné muže. „Opomenula“ je kritizovat; pokud projevila nespokojenost, tak jedině se sebou. Lékař svůj poznatek mladé ženě sdělil a dodal, že on osobně by alespoň polovinu neúspěchu připsal na konto jejím partnerům, kteří ji – jak bylo zřejmé – spíše zneužívali, než poskytovali příslib trvalého a rovnocenného vztahu. Tento objev vnesl do etiologie její migrény rozhodující světlo. Pacientka potlačovala z důvodu malé sebedůvěry zlost a vztek na to, jak s ní bylo jednáno. Záchvaty migrény se v důsledku tohoto přístupu a z něj vyplývajícího poznání signifikantně zmenšily.“<sup>79</sup>

Porozumění pacientovi má tedy podle Skály dvě složky, a sice rozumění intelektuální a emoční. Rozumění intelektuální spočívá ve schopnosti vyhodnotit okolnosti pacientovy nemoci. Jedná se o povšimnutí si daných kontextů, souvisejících faktorů, o hledání souvislostí, které je důležité pro určování diagnóz. Vedle toho probíhá i porozumění emoční, které je formou vcítění se do situace pacienta a do podmínek, kterým byl vystaven, přičemž je možné z toho odvodit na první pohled ne zcela zřejmé vlivy na pacientův zdravotní či psychický stav. Obě tyto formy naslouchání pacientovi naplňují koncepci soustředující se na pacienta jako celek, která dle Skály přináší „zcela nový druh porozumění – nový informační kanál – který má diagnostickou a kurativní hodnotu.“<sup>80</sup>

Na tomto místě je ale třeba dodat, že není úkolem lékaře přebírat roli psychologa a diagnostikovat pacientovu osobnost. Přístup medicíny orientované na pacienta se snaží o to, aby lékař i při poměrně krátkém vyšetření uměl s pacientem pracovat i v rovině emoční, uměl se „naladit“ na vlnu vzájemné komunikace. Tohoto emočního vyladění vzájemné komunikace lékař dosáhne koncentrovaným nasloucháním všemu, co se pacient snaží sdělit, přijímáním pacienta bez předsudků jako osobu sobě rovnou, s respektem a přirozenou úctou bez ohledu na věk, postavení, rasu, profesi pacienta apod.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Tamtéž, str. 47.

<sup>80</sup> Skála, J. a kol.: *Psychotherapie v medicínské praxi*, str. 48-49.

<sup>81</sup> Skála, J. a kol.: *Psychotherapie v medicínské praxi*.

Nahlédnutí do osudu pacienta přiblíží lékaři další dimenzi, rovinu mezilidských vztahů. S tímto je spojené i určité riziko, které spočívá v částečném přebírání váhy sdílených informací o údělu pacienta, čemuž se lidé (tedy i lékaři) často brání. Ale podle E. Balintové<sup>82</sup> je toto dočasné zbavení pacienta jeho emoční přetíženosti přínosné v celkové terapii pacienta. Je to moment, kdy si pacient může vytvořit nový úhel pohledu na své problémy, může mu to pomoci vytvořit si nový postoj k nemoci, emocionálně si odpočine, má možnost zmobilizovat psychické i fyzické síly. Léčebným činitelem se zde tedy stává lékařovo přijetí pacientova způsobu prožívání své nemoci a nesnázi a jeho lidská účast v této situaci.<sup>83</sup>

### 3.3.2. Interakce pacienta s lékařem

Křivohlavý rozlišuje dvě roviny interakce pacienta s lékařem, rovinu *profesionální* a *psychosociální* („humanitní“).<sup>84</sup> V rámci klasické somatické medicíny je interakce nahlížena z ryze profesionálního hlediska. Ale mezi lékařem a pacientem se může odehrávat mnohem více než učebnicově a biomedicínsky odvoditelná interakce. Tu se snaží obsáhnout psychosociální hledisko. Jakmile totiž pacient vstoupí do ordinace, vytváří se určitá „sociálně-psychologická atmosféra,“<sup>85</sup> kterou utvářejí předchozí zážitky lékaře i pacienta, jejich zkušenost a očekávání. Jejich setkání je aktivizováno určitou mírou základní důvěry ze strany pacienta. Obvykle důvěřuje v ochotu lékaře mu pomoci, v jeho schopnosti i kompetence. Následnou interakcí se pak rozvíjí určitá kvalita vztahu, tzv. raport, který označuje „vzájemné psychické přiblížení se obou partnerů“<sup>86</sup>. Normální (tzn. psychicky zdraví) pacienti jsou tohoto přiblížení schopni a často ho vyhledávají. Pacient kromě vyslechnutí a porozumění jeho potížím také žádá určitou „sociální oporu“ ve své situaci. Ze strany lékaře je v této rovině patrná snaha představit si rozsah pacientova strádání, poznávat ho a zamýšlet se, jak a do jaké míry mu bude moci pomoci. Jejich představy o pacientově strádání se ale mohou poměrně lišit.<sup>87</sup>

---

<sup>82</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*, str. 50

<sup>83</sup> Tamtéž.

<sup>84</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 63.

<sup>85</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 63.

<sup>86</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 64.

<sup>87</sup> Tamtéž.

## 4. Teoretická východiska výzkumu

Koncept a praxe psychosomatické medicíny naznačuje, že role lékaře je dvojího charakteru – biologicky zaměřená a psychologická. Praktická část této bakalářské práce se v návaznosti na tuto myšlenku bude zabývat zkoumáním váhy lékařské role obecně v prožívání chronicky nemocného pacienta. Pro vystavění výzkumu a formulaci výzkumných otázek jsem vyšla z následujících teoretických základů, které uvádím i výše v teoretické části a stručně shrnuji ty, na které ideově přímo navazují ve výzkumu.

Předpokládám, že biologické dopady nemoci na zdraví člověka jsou tedy doprovázeny dalšími, výše zmíněnými dopady a celkově utvářejí novou životní situaci člověka, který se stal pacientem. Lékař je v tomto ohledu prvním a zásadním odborníkem, kterého člověk trpící symptomy vyhledává, mohl by tak být odborníkem nápomocným s celou škálou potíží, se kterými k němu pacient přichází. V případě chronicky nemocného pacienta by tato role lékaře mohla být významnější, protože pacient přichází opakovaně a jeho obtíže a celkový stav se vyvíjejí.<sup>88</sup>

Odborníci se shodují, že nemoc člověka je mnohem širším psychosociálním fenoménem v jeho životě než jen somatickým nálezem. Nemoc vedle tělesných omezení přináší ovlivnění osobních lidských svazků, omezení v profesní oblasti, obavy o budoucnost a mění i pacientovo sebehodnocení a sebepojetí. S tím vším pacient přichází k lékaři. Pole, které může lékař terapeuticky ovlivnit, je tedy mnohem širší nežli pouze somatické.<sup>89</sup>

Cílem psychologického přístupu lékaře k pacientovi je porozumění individualitě pacienta. Porozumění pacientovi, pomoc v adaptaci na nemoc a při řešení problematických situací vzbuzují u pacienta důvěru a zakládají dobrý vztah mezi lékařem a pacientem. Pozitivní a emoční vazba mezi lékařem a pacientem založená na empatii a projevech osobního zájmu lékaře o pacientovo prožívání nemoci utváří tento vztah, jehož kvalita může hrát důležitou roli zejména u chronicky nemocných, kde ovlivňuje kvalitu spolupráce a efekt léčby.<sup>90</sup>

Obzvláště pro chronicky nemocné pacienty znamená každá návštěva lékaře nejen profesionální, ale také osobní kontakt, který především z pacientova dlouhodobějšího

---

<sup>88</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

<sup>89</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi, Avicenum*.

<sup>90</sup> Raudenská, J., Javůrková, A.: *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.

hlediska nabývá emocionálního významu. Pacient často vkládá naděje do další návštěvy lékaře, čeká vedle prohlídky i „*povzbuzení, posílení naděje a sílu k dalšímu boji s nemocí.*“<sup>91</sup> Biomedicínská stránka léčby je tedy provázána se stránkou *humánní*. Je to očekávání, které sám terapeutický přístup klade na lékaře skrze lidský kontakt s pacientem.<sup>92</sup>

Za předpokladu, že do kompetence lékaře spadá širší porozumění pacientovu zdravotnímu stavu vedle pouhého zjišťování somatických dysfunkcí, vyvstává otázka po způsobu, jakým by měl lékař umět svým pacientům naslouchat. Přístup medicíny orientované na pacienta se snaží o to, aby lékař i při poměrně krátkém vyšetření uměl s pacientem pracovat i v rovině emoční, uměl se „naladit“ na vlnu vzájemné komunikace. Tohoto emočního vyladění vzájemné komunikace lékař dosáhne koncentrovaným nasloucháním všemu, co se pacient snaží sdělit, přijímáním pacienta bez předsudků jako osobu sobě rovnou, s respektem a přirozenou úctou.

Nahlédnutí do osudu pacienta přiblíží lékaři další dimenzi, rovinu mezilidských vztahů. S tímto je spojené i určité riziko, které spočívá v částečném přebírání váhy sdílených informací o údělu pacienta, čemuž se lidé (tedy i lékaři) často brání. Ale podle E. Balintové<sup>93</sup> je toto dočasné zbavení pacienta jeho emoční přetíženosti přínosné v celkové terapii pacienta. Je to moment, kdy si pacient může vytvořit nový úhel pohledu na své problémy, může mu to pomoci vytvořit si nový postoj k nemoci, emocionálně si odpočine, má možnost zmobilizovat psychické i fyzické síly. Léčebným činitelem se zde tedy stává lékařovo přijetí pacientova způsobu prožívání své nemoci a nesnázi a jeho lidská účast v této situaci.<sup>94</sup>

Výchozím předpokladem pro mou práci tedy bude, že lékař je člověkem, jehož odbornost může přesahovat biomedicínské kompetence, které má. Je odborníkem, který svou autoritou a dobrou interakcí s pacientem může působit pozitivně na psychiku nejen dlouhodobě nemocných pacientů. Cílem praktické části práce pak bude zjistit, jak tuto roli nahlíží sám chronicky nemocný pacient a jaký význam jí v průběhu svých potíží přisuzuje či jak jí nevědomě vnímá.

---

<sup>91</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, str. 61.

<sup>92</sup> Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*.

<sup>93</sup> Skála, J. a kol.: *Psychoterapie v medicínské praxi*, str. 50

<sup>94</sup> Tamtéž.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5. Metodologie

### 5.1. Cíl výzkumu

Tématem výzkumu je „Role vztahu lékaře a pacienta v průběhu pacientova chronického onemocnění“. Výzkumným cílem je zjistit, jaký význam má interakce s lékařem pro pacienta a jak se dopady této interakce projevují v jednotlivých oblastech jeho života. Dále pak bude cílem zkoumat, jestli (a jak) tento vliv působí na průběh pacientova chronického onemocnění.

### 5.2. Výzkumná strategie a výzkumná otázka

Pro tento výzkum je použita kvalitativní výzkumná strategie, jelikož je pro téma klíčové získat výklad zkoumaných jevů z pohledu účastníků v přirozeném prostředí. V tomto případě se jedná o výklad role vztahu pacienta a lékaře u pacientů s chronickým onemocněním, kteří dochází do konkrétního zdravotnického zařízení. Předmětem výzkumu je porozumění člověku v určité sociální situaci, tedy chronicky nemocným pacientům, kteří v rámci pravidelných návštěv u lékaře mohou různým způsobem prožívat dopady nemoci na svůj život.

Cílem je sběr kvalitativních dat, pomocí kterých je rozkrýváno, jestli a jak je toto prožívání pacienta ovlivněno osobou či osobami lékařů, které pravidelně navštěvuje. Zaznamenány jsou jejich subjektivní názory, pocity a zkušenosti, díky nimž by poté mělo být možné formulovat nová teoretická porozumění.

Výzkumným problémem tohoto projektu je zjistit, jaký význam má pro pacienta jeho interakce s lékařem, její možný psychologický vliv na pacienta a případně na průběh pacientova chronického onemocnění. Zkoumám tedy roli vztahu lékaře a pacienta v rámci pacientova chronického onemocnění. Hlavní výzkumnou otázkou tedy je – *Jakou roli hraje vztah lékaře a pacienta v průběhu pacientova chronického onemocnění?* Výzkumný problém se snaží rozkrýt další výzkumné otázky:

- *Jaká jsou očekávání pacienta týkající se interakce mezi ním a lékařem? – Ve kterých aspektech se tato očekávání shodují/rozcházejí s realitou?*
- *Tematizuje pacient přístup lékaře jako faktor ovlivňující jeho zdravotní stav?*

### 5.3. Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Výběr vzorku v rámci zvolené výzkumné strategie je koncipován tak, aby vzorek reprezentoval „populaci problému“<sup>95</sup>. Pro tento kvalitativní výzkum představují vzorek pacienti mající chronické zdravotní potíže, tedy ti, kteří kvůli svému onemocnění delší dobu (půl roku a více) docházejí k lékaři a jejich onemocnění je součástí každodenního života.

Aby bylo možné výzkum provést v rámci rozsahu bakalářské práce, zvolila jsem konkrétní prostředí, které vymezuje skupinu pacientů, kteří by se mohli stát informátory. Jako prostředí provedení výzkumu jsem vybrala Zdravotnické středisko ve Františkových Lázních, a to z důvodu známosti prostředí a tedy lepší komunikace s tamějším zdravotnickým personálem, který mi dovolil provádět výzkum v čekárně pacientů. Dále jsem zde předpokládala, vzhledem k lázeňskému prostředí a vzhledem k tomu, že zde ordinuje více lékařů na jednom místě, vyšší zastoupení chronicky nemocných pacientů.

Základním kritériem pro výběr vzorku tedy byla chronicita nemoci pacienta, protože takový pacient dlouhodobě dochází k lékaři, a lze předpokládat, že má v této oblasti mnoho zkušeností. Navíc v delším časovém horizontu se spíše vyvine vztah lékaře a pacienta, jehož vliv je předmětem výzkumu. Jako metodu výběru vzorku jsem tedy zvolila „účelový výběr“<sup>96</sup>.

Vzhledem k tomu, že zdravotnický personál na středisku mi nesměl poskytnout žádné informace o zdravotním stavu pacientů, postupovala jsem následovně. V čekárně jsem oslovovala jednotlivé pacienty. Můj výzkum trval dva týdny, nejprve jsem takto v čekárně v průběhu 3 dnů oslovovala všechny příchozí pacienty. S těmi, kteří měli čas a chuť se výzkumu zúčastnit, jsem si domluvila čas a místo rozhovoru, který se pak v následujícím týdnu uskutečnil buď v parku, u pacienta doma či v práci. Po provedení transkripce prvních rozhovorů jsem se na základě odpovědí informátora snažila na potřebné věci doptat, to se však podařilo jen u 3 informátorů, ostatní již neměli zájem se k odpovědím vracet.

Při získávání informátorů jsem krátce představila sebe a obecně účel a téma výzkumu. Uvedla jsem, že zkoumám vztah lékaře a pacienta z psychologického

---

<sup>95</sup> Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, str. 304.

<sup>96</sup> „Účelový výběr je založený pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat. Jeho závěry takřka nikdy nelze příliš zobecnit. Výzkumník musí jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje.“ (Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, str. 112-113.)

hlediska, přičemž jsem se snažila nijak nenaznačovat, že mě zajímá vliv lékaře na jejich onemocnění, aby nedošlo k sugestivnímu ovlivnění výzkumu.

V případě, že pacient reagoval pozitivně a byl ochoten sdělit povahu své nemoci a účastnit se výzkumu, stal se jedním z informátorů. Takto jsem získala pro provedení výzkumu 10 informátorů. Poté jsem informátora seznámila se způsobem zpracování případných dat (anonymita) a s tím, že hledám pro svůj výzkum chronicky nemocné pacienty dlouhodobě docházející k lékaři. Dále jsem je požádala o možnost nahrání našeho rozhovoru na diktafon, s čímž všichni souhlasili.

Ostatní oslovení pacienti uváděli jako důvod neúčasti na výzkumu nedostatek času, neochotu mluvit o svých zdravotních obtížích či různé obavy z neporozumění otázkám apod., což je vzhledem k osobní povaze problému pochopitelné a z mé strany to bylo očekáváno.

Popis charakteristik souboru informátorů uvádím v následující tabulce:

**Tabulka 2: Charakteristiky souboru informátorů**

	Pohlaví	Věk	Oblast řešených potíží	Délka onemocnění
1.	Žena	60 let	Kardiologie, endokrinologie	3 roky
2.	Žena	85 let	Kardiologie	10 let
3.	Muž	93 let	kardiologie	15 let
4.	Žena	65 let	Léčba varixů	7 let
5.	Žena	57 let	Gastroenterologie	1,5 roku
6.	Muž	66 let	Diabetologie, kardiologie	35 let
7.	Žena	37 let	Onkologie	1,5 roku
8.	Žena	58 let	Chronické onemocnění (nespecifikováno)	15 let
9.	Žena	63 let	Revmatologie, hematologie, urologie, neurologie	11 let
10.	Muž	65 let	Kardiologie	5 let

Soubor informátorů-pacientů je tedy poměrně různorodý, zejména v oblasti typu chronických obtíží, avšak věkově se jedná o skupinu spíše starších lidí (průměrných věk skupiny je 64,9 let). Doba onemocnění u mého vzorku je průměrně 10,4 roku. Mým



cílem ale není porovnávat pacienty mezi sebou, či vztahovat jejich věk k délce doby onemocnění nebo typ onemocnění k jejich věku. Tyto údaje slouží spíše k účelu kontextuálnímu, tedy k uvědomění si toho, že variabilita pacientů je obecným faktem, ze kterého je třeba vycházet i při dedukci obecnějších rysů kvalitní lékařské péče a kontaktu s pacientem.

#### **5.4. Technika sběru dat**

Sběr dat jsem realizovala pomocí polostrukturovaných rozhovorů – měla jsem připravené otázky, jejichž formulaci či pořadí bylo možné podle situace a potřeby měnit či doplňovat. Okruhy otázek jsem měla předem připravené a formulované, ale v případě, že se rozhovor stočil k souvisejícímu tématu, nechala jsem respondenty v klidu hovořit, abych zbytečně nenarušovala plynulost rozhovoru a tok úvah informátorů. Navíc možnost doptat se pacienta na zmíněné jevy, situace, zkušenosti či pocity byla pro mou bakalářskou práci stěžejní, jelikož se tak rozšířila možnost zjištění subjektivních významů, které jsou pro kvalitativní analýzu a interpretaci dat zásadním přínosem.

Tuto techniku rozhovoru jsem použila proto, že záměrem výzkumu je získat data, jako jsou informace o názorech, postojích, přáních, porozumění člověka určité situaci či pocitům atd. Hodí se tedy použití tohoto zprostředkovaného a interaktivního procesu sběru dat. Interaktivnost rozhovoru s sebou přináší také trochu rozporuplné jevy, jelikož aktivní vstup výzkumníka do situace otvírá mnohé možnosti, výzkumník tím ale zároveň může vědomě, i nevědomě ovlivňovat množství a typ informací, které mu je informátor, tedy pacient, ochoten poskytnout.

Získaná data navíc mají zprostředkovaný charakter, takže mohou být ovlivněna i z druhé strany, tedy ze strany informátora (jeho specifickými záměry, schopností introspekce, jazykovými schopnostmi a dovednostmi). Je třeba mít stále na vědomí možnost určité míry „zakódovanosti“ informací, která probíhá již při snaze informátora verbalizovat své myšlenky, pocity či názory, dále pak při přenosu a v neposlední řadě při přijetí sdělené informace výzkumníkem.<sup>97</sup>

Polostrukturovaný rozhovor vyžadoval zvýšenou aktivitu výzkumníka. Měla jsem tedy předem připravené okruhy otázek (viz níže). Částečné vedení rozhovoru se hodí vzhledem k tématu, které má více dílčích úrovní (vztah pacienta k lékaři, prožívání

---

<sup>97</sup> Ferjenčík, J.: *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*.

chronické nemoci a zpětná vazba vztahu s lékařem na pacientovo prožívání). Volnost odpovědi v rozhovoru je pak žádoucí kvůli tomu, aby měl informátor možnost tematizovat své názory a pocity v libovolném rozsahu v závislosti na velikosti významu, který jim sám přikládá.

Během rozhovorů jsem se snažila přistupovat k informátorům citlivě, s porozuměním a respektem, protože si myslím, že to vážnost a citlivost problematiky jejich zdravotního stavu vyžadovala. Na kvalitu rozhovoru také může mít vliv místo jeho realizace, proto jsem se snažila přizpůsobit přáním respondentů. Někteří měli zájem rozhovor provést mimo prostředí Zdravotnického střediska, tudíž část rozhovorů byla provedena např. na smluveném místě v parku, u informátorů doma či v zaměstnání, což jsem považovala za vhodné i s ohledem na to, aby měli potřebný klid, možnost soustředění a pocit pohody.

Otázky jsou formulovány tematicky v návaznosti na výzkumné otázky tak, aby se snažily odhalit subjektivní význam toho, čím pacient prochází, jaký tomu sám přikládá význam, a případně co na něj má v rámci návštěv u lékaře v průběhu jeho chronického onemocnění vliv a jaký. Konkrétní znění otázek předkládám zde:

#### **Otázky pro informátory:**

- Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?
- V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsal/a roli, kterou pro Vás hrají?
- Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře. Na co se lékař zaměřuje?
- Zajímá lékaře, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?
- Dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i jinak než jen o Vašem zdravotním stavu – např. o dopadech projevů Vašeho onemocnění na různé životní situace či vztahy? Měl/a byste o to zájem? Jaký by to pro Vás mělo význam? Co by Vám vyhovovalo s lékařem probírat?
- Jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní? – Co to způsobuje? Jak si to (případné změny) vysvětlujete? Jak reagujete na případné dojmy?
- Jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měnil se nějak v průběhu Vašeho onemocnění? Jak?

- Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byl/a spokojený/á? Co by takový přístup ulehčil? Jaký by to mělo význam pro Vás?

## **5.5. Analýza a interpretace získaných dat**

Na začátku výzkumu je třeba si uvědomit, že při zvolené kvalitativní strategii je shromažďování a analýza dat vzájemně úzce provázanými procesy. Provádění polostrukturovaných rozhovorů jsem tedy doprovázela jejich postupnou transkripcí z audio nahrávek do textových dokumentů, kde uvádím také pohlaví informátora, věk a četnost návštěv u lékaře, popř. délku doby onemocnění, a dále základní informace o průběhu rozhovoru, času, místa, doby trvání. Technikou přepisu je tedy zvolena „doslovná transkripce“<sup>98</sup>. I přes časovou náročnost považuji tento postup za vhodný pro co nejpřesnější analýzu a vyhodnocení jednotlivých výpovědí v rozhovorech. V případě výrazného odchýlení se informátorovy odpovědi od tématu otázky jsem některá informátorem zmiňovaná témata zpracovala technikou shrnujícího protokolu. Jsou tak shrnuty případné výpovědi týkající se výhradně anamnézy pacienta, jelikož vzhledem k otázkám jsou součástí výpovědi o pacientových pocitech a názorech v rámci vztahu s lékařem.

Metodu analýzy jsem započala konstrukcí kategoriálních systémů. Přepsané rozhovory jsem nejprve analyzovala pomocí označování a kategorizování *pojmu* na základě témat, která vplynula z položených otázek informátorům v polostrukturovaných rozhovorech. Zjišťovala jsem podobnosti a rozdíly výpovědí, které jsem rozebrala na jednotlivé samostatné části a pečlivě prostudovala.

Proces probíhal kvalitativně, tedy průběžně se získáváním nových rozhovorů, tříbením formulací otázek a vyhledáváním dalších informátorů. A později jsem potřebná data získala dodatečným položením otázek informátorům, se kterými už jsem rozhovor provedla a jejichž výpovědi jsem již zpracovávala na základě poznatků teoretické části práce. Během toho jsem brala v úvahu nové kategorie dat a zkoumala svůj vlastní přístup i cizí (teoretické zakotvení v literatuře a dosavadních výzkumech), z čehož jsem pak vyvodila nové závěry či vztáhla zjištěné k již existujícím tezím. Výsledkem tohoto procesu je vytvoření obecných pojmů na základě společných, či rozdílných prvků výpovědí informátorů, na jejich základě pak vytvoření jednotlivých kategorií, které pak

---

<sup>98</sup> Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*.

v rámci tématu a teoretického pozadí výzkumu interpretuji - jednalo se tedy o *otevřené kódování*.

Dále v práci analyzuji následující vzniklé kategorie: *role lékaře z pohledu pacienta, průběh návštěv u lékaře, další oblasti zájmu lékaře, pacientův zájem a očekávání, kvalita vztahu lékaře a pacienta, představa pacientů o ideálním lékařském přístupu*.

### **5.5.1. Role lékaře z pohledu pacienta**

Tato kategorie zahrnuje pacientův vlastní popis a představu role lékaře v jeho životě a onemocnění. Role lékaře se, vzhledem k obecnosti tohoto pojmu, dala vyvozovat spíše z pacientovy reflexe a jeho pohledu na lékaře či jeho první asociace s osobou lékaře a vlastní komplexní zkušenosti.

Většinou informátoři zařazovali lékaře jako důležité odborníky, z jejichž odborného názoru a zkušeností mají dobrý pocit. Celkově se ve většině výpovědí pojila důvěra v odbornost s předpokladem doktorova dobrého úmyslu pomoci a z toho plynoucí pozitivní význam pro pacientův život.

Např. I5: *„Důležitou, velice důležitou. Dávám na doporučení různých kolegyně, kamarádek. Nejdou bez nějakého, že bych trošku nevěděla, kdo to je. Jsou to důležití odborníci, bez kterých se asi nikdo z nás neobejde. Věřím prostě ve spolehlivost, a že lečí a opravdu to myslí dobře s pacientem,“*

nebo I4: *„No stoprocentně ho beru jako důležitého člověka pro mě, protože po odborné stránce mi prostě řekne svůj názor.“*

Význam důvěry a dobrého úmyslu lékaře je pacienty brán jako cosi bazálního ve vztahu k lékařům obecně. Pozitivně působí na pacientovu psychiku v tom smyslu, že se pacienti neaktivují pocity strachu či napětí. Podle tohoto kritéria jsou lékaři posuzováni a pacientem vybíráni, což nasvědčuje tomu, že jeho pozitivní role a odborné působení nějakým způsobem stabilizuje pacientovu psychiku.

Na druhou stranu některé informátorky zde zmiňovaly lékařskou roli pro ně jako problematickou. Jedna z nich popsala roli lékaře jako nadřazenou, diktující autoritu, která stojí spíše proti pacientovi a nespolupracuje. Z toho pro ni plynuly nepříjemné pocity během komunikace, zátěž k nemoci, která by se měla řešit místo toho, aby se pacientka soustředila na proces vedoucí ke zlepšování zdravotního stavu. Zbytečný boj

o převahu a správnost postupu, nekompromisnost v komunikaci s pacientem pacienta vyčerpávají. Role lékaře také může tedy spočívat ve vytváření zátěže pro pacienta.

I7: *„Nevím, jak bych to nazvala. Určitě ne jako spolupracovníky, to určitě ne. V takovém tom nadřazeném postoji proti pacientům. Spíš jako autoritu, která má něco diktovat – vyloženě.“*

Další informátorka vyjádřila nespokojenost s úzce orientovanou rolí lékaře, který řeší pouze somatický problém. Představovala by si roli mající širší působnost, lékaře, který by volil komplexní přístup k pacientovi. Význam zde příkládá hlavně zlepšení přístupu sama k sobě skrze lékařův komplexní přístup. Ve stáří někdo může prožívat toto vyrovnávání se s vlastní zranitelností a chronicitou nemoci, doktor může pomoci s pocitem zbytečnosti léčby pacientů ve vysokém věku. Není zde myšlena přehnaná péče, ale péče komplexní, rozhovor, vysvětlení a praktické rady týkající se pacientových potíží v každodenním životě.

I3: *„...Myslím si, že by se měla moje lékařka víc zajímat o toho člověka, ne vždycky jen o tu konkrétní nemoc, ale trochu jako o celek, že jo.“*

Role lékaře může spočívat i v psychologii zvládnání vypjatějších situací v rámci pacientovy nemoci. Jeden z informátorů pak popsal roli lékaře na své anamnéze, kdy v situaci před těžkou operací zmiňoval, že značnou roli vidí i v přístupu k pacientovi s ohledem na jeho celkový stav. Lékařovo chování zde přímo ovlivnilo pacientův emocionální stav.

I6: *...představil se a řekl, že mě on bude operovat a zeptal se „Jak se cítíte? Nebojíte se?“ – já jsem řekl „Nevím, o co jde, tak ne že bych se těšil, ale zatím strach nemám.“ No a ráno jsem jel no. Jsem jel na stůl a strach jsem tam dostal, když mě přivazovali nohy na tom operačním sále, tak jsem si říkal, hergot, teď už neuteču (smích). No a tak jsem byl na sále, já nevím, asi 6 hodin...“*

T: *„A ovlivnilo vás nějak to, že se vás lékař zeptal, jak se cítíte?“*

I6: *„No mě to ovlivnilo docela příznivě, protože jsem s tím nepočítal, že jo, že řeknou „Tak a teďko jedem, jo?“ A on mě takhle připravil na to takovou – i tím svým vystupováním i tím, jak vypadal, tak jsem si říkal, že to vypadá dobře. Spíš takový přátelštějším tónem se mnou navázal takový kontakt. Tak jsem si říkal, to snad bude dobré...“*

Významy, které informátoři spojují s rolí lékaře, se pojí hlavně s tím, jak na ně celkově působí komunikace s lékařem. Lékař má v jejich očích jako odborník

samozřejmě nezastupitelnou roli a návštěva lékaře se obvykle pojí s konkrétním vyladěním pacientovy psychiky a má tak podle dotázaných pacientů moc působit na chování i psychiku pacienta. U informátorů bylo z odpovědí patrné, že role lékaře je díky jeho odbornosti významná, ani jeden z nich však sám netematizoval jeho roli ve vztahu ke svému pojetí nemoci či pojetí sebe sama a ke své psychice v průběhu onemocnění.

Teoreticky se lékařova odbornost a moc pojí s rolí psychologickou, kdy autorita lékaře významně ovlivňuje psychiku pacienta – z odpovědí pacientů to však přímo nevyplývá. Spíše by bylo možné interpretovat výpovědi pacientů nepřímo tak, že lékař jako osoba ovlivňuje jejich dlouhodobé i chvilkové nálady, které pak pacient zpracovává a vztahuje k nim kvalitu svého prožívání v nemoci.

### 5.5.2. Průběh návštěv u lékaře

Další kategorie se vztahuje k tomu, jak pacient vnímá běžné prohlídky u lékaře, na které pravidelně chodí. Prostor je dán záměrně popisu průběhu návštěvy, přičemž se při interpretaci zaměřuji jak na popis obvyklého průběhu, tak i na klady a nedostatky, které pacient subjektivně pociťuje. Tyto totiž pacienta mohou ovlivňovat v průběhu jeho chronického onemocnění.

Všichni pacienti popsali průběh návštěv jako vyhovující somatickou prohlídku vzhledem k charakteru jejich zdravotních potíží. Avšak většina z nich měla i různé připomínky k tomu, co jim v kontaktu s lékařem chybí po praktické i psychologické stránce. Ty představím na následujících příkladech.

Pacienti popisující návštěvu u lékaře všichni zmiňovali somatické zaměření lékaře, které probíhá zhruba v krocích – prohlídka, rozhovor o somatických změnách či problémech, předepsání léků či určení dalších instrukcí. Např. I2: „... *tak normálně tam přijdu, ono je tam celkem málo pacientů. Do 8 hodin tam musím být, aby se mohl poslat ten výsledek do laboratoře. Přijdu tam, odebere mi krev, pak jdu k paní doktorce. Paní doktorka se mě zeptá, jak se mám, jestli je něco nového, předepíše mi další prášky a tím to skončilo. A během dne mi zatelefonuje, jak vysoký je ten „Quick“ a řekne mi datum, kdy mám přijít znovu, a jak ty prášky mám užívat dál. A to se opakuje pořád...*“

Vedle klasického průběhu návštěvy téměř všichni informátoři uváděli i faktory, které jim vadí či vyhovují zřejmě v závislosti na tom, jaký význam jim přiřkládají. Mezi pozitivně působícími bylo zmíněno např. uvítání pacienta pozdravem a podáním ruky –

I1: „Když tam přijdu, tak se mi představí, podá mi ruku, to je milé, a pak se mě zeptá, jak se cítím. Změří mi tlak...“; pečlivý přístup k pacientovu případu – I6: „Takže teďko tak jednou za týden k té doktorce chodím a ona je velice pečlivá a opravdu se stará o mě úplně suprově, tam má v počítači všechny moje údaje a třeba no „už je to dva roky, co jste dostal nové boty, tak teďko už napíšeme další“, jo takže velice pečlivá.“; nebo také možnost s lékařem řešit otázky prevence a dodržování režimu v rámci podmínek onemocnění – I6.: „No tak v první řadě musím vyjmenovat tu diabetoložku, která je fakt pečlivá. Přijdu, ukažte mi nohy, protože sleduje nohy, jaké mám žíly, jaká chodidla. Pak se podívá, ptá se, jakou provádím prevenci. Prohlédne mě, a eventuelně, když je to po delší době třeba po půl roce, tak si nechá udělat laborku. Takže už přijdu, a už mám laborku. Takže ona se mě fakticky pečlivě věnuje. „Tohle to nosíte? A máte diabetické boty?“ A tohle všechno je úplně super. Ona prostě, to je vzácný jev. Ta její péče je úplně na nejvyšší úrovni, která může být. Taky je vyhlášená, že je nejlepší. Ale když někdo zlobí a nedodržuje režim, tak dovede být zlejší, i to jsem slyšel. A ono to asi nejde jinak, já to celkem chápu a cením si toho.“

Mezi negativními prvky, které v průběhu návštěv vyvstávají, informátoři zmiňovali rozptýlení lékaře nutností zaznamenávat údaje do počítače, z čehož plyne neosobní kontakt s pacientem v průběhu rozhovoru – I5: „A jediné, co mi u těch lékařů vadí, je, že to není takový ten kontakt osobní. Je to, že jo, oni to musí zanášet do počítače hlavně a vy mluvíte, jo. Takže, tam je hlavně počítač, lékař a pacient, který nemá kvůli tomu počítači ten kontakt takový s tím lékařem, ale zrovna tak lékař s pacientem jako to bývalo tedy před hodně lety zpátky. Tohle to tam chybí určitě... No, rozptyluje, a tím pádem, že jo, do toho počítače nebude zanášet věci, na které by se jenom osobně mezi řečí dostali.“. Dále pak jedna z informátorek hovořila o své špatné zkušenosti s nekomunikativností lékařů, kteří na otázky odpovídali pouze nekonkrétně s nezájmem o pacientku jako takovou, což vzhledem k charakteru jejího onemocnění (onkologické) je nasnadě interpretovat jako faktor negativně působící na pacientčinu psychiku a vyrovnávání se s onemocněním. Vedle toho se pacientka nesečkala ani se snahou lékařů odkázat ji na jiný druh odborné pomoci u psychologů či psychiatrů. – I7: „Takže jenom vlastně jako ovce chodíte, ale není tam žádný přístup osobní. Když se na něco zeptáte, nedostanete odpověď konkrétní, to v žádném případě. Když chcete jinou alternativu, okamžitě jste osočená z toho, že oni vědí všechno nejlíp a nic jiného není, že oni vám dávají to nejlepší, co je. No a tak to funguje. Nebo aspoň takové mám já zkušenosti... Já když jsem řekla, že bych potřebovala pomoc po psychické stránce, tak to

mi řekli, že nejsem ani první, ani poslední, ale nenabídli mi poradu psychologa, psychiatra, to mi vůbec nikdo nenabídl za celou dobu vlastně.“

Nebo I1: „Vždy se zeptá, jak se cítím. Porovná krevní obraz a vždycky mi řekne, jestli se to zlepšilo nebo zhoršilo. Po psychické stránce se myslím neptají. Myslím, že je to nějak moc nezajímá. Spíš je zajímavá krevní obraz, jak to vypadá, jestli se to nějak změnilo, jestli se zvýšil cholesterol nebo snížil, jestli jsou hormony štítné žlázy v normě. Tak spíš tohle je zajímavá.“

Jako nepříjemný a zneklidňující faktor informátoři uvedli také dlouhé čekání v čekárně u lékařů specialistů, kteří mají více pacientů, a často je jich objednáno více najednou na daný čas. I10: „Působí to (čekání) na mě samozřejmě nepříjemně, protože... Takhle, já si vezmu s sebou většinou něco na čtení, takže ten čas nepromarním, ale tam se na to čtení člověk ani moc nesoustředí, ani to není moc pohodlné, ani tam není moc dobře vidět, protože je tam šero, jo. Tak tam každý jen tak nervózně kouká.“

Pozitivní a negativní faktory průběhu návštěv shrnuje následující tabulka.

**Tabulka 3: Průběh návštěv u lékaře**

Podkategorie – Pozitivní prvky	Podkategorie – Negativní prvky
Pozdrav a podání ruky	Důraz na věk pacienta
Celková pečlivost	Neosobní kontakt v důsledku užití PC
Rady pro prevenci a dodržování režimu v nemoci	Málo času
	Nekonkrétní zodpovídání otázek, nekomunikativnost
	Nezájem o psychickou stránku
	Dlouhé čekání v čekárně

Informátoři většinou zároveň s pojmenováním toho, co se v průběhu návštěv u lékařů děje a co jim tam případně schází, netematizovali význam toho, jak na ně takové zacházení působí či co by pro ně znamenalo případné zlepšení. Kvalitu těchto prvků návštěvy u lékaře významově nespojovali s vlivem na svůj zdravotní stav.



### 5.5.3. Další oblasti zájmu lékaře

Vedle vyšetření somatického stavu pacienta se v interakci mezi lékařem a pacientem mohou objevit i jiné prvky. V závislosti na tom, jak širokou chce mít lékař představu o stavu pacienta a okolnostech jeho potíží, může se u pacienta věnovat i jiným věcem, např. se může zeptat, zda mu pacient chce sdělit i něco jiného, co mu dělá starosti, nebo s čím si neví rady. Může zjišťovat celkové dopady onemocnění na pacientův život a v rámci svých kompetencí poskytnout pacientovi pomoc nebo mu poradit s vyhledáním dalších odborníků.

Většina informátorů se nesetkala s tím, že by lékaře zajímalo i to, jak je nemoc ovlivňuje v různých oblastech jejich života. Jako důvod uváděli převážně to, že to lékaře zřejmě vzhledem k jeho medicínské kompetenci nezajímá a není na to v průběhu lékařské prohlídky čas. Např. I8: *„Řekla bych, že asi moc ne, že asi na to nemají moc čas, aby jako probírali nějaké se mnou moje starosti, nebo jestli mi to nějak ovlivňuje.“* nebo II: *„No, to si nemyslím. Vždy se zeptá, jak se cítím. Porovná krevní obraz a vždycky mi řekne, jestli se to zlepšilo nebo zhoršilo. Po psychické stránce se neptají. Myslím, že je to nějak moc nezajímá. Spíš je zajímavá krevní obraz, jak to vypadá, jestli se to nějak změnilo, jestli se zvýšil cholesterol nebo snížil, jestli jsou hormony štítné žlázy v normě. Tak spíš tohle je zajímavá.“*

Pouze jedna z informátorek se setkala s tím, že i na její iniciativu a zájem o radu i v jiných oblastech jejího života, na které má onemocnění vliv, lékař projevil nezájem a neochotu spolupracovat, což sama popisuje jako faktor, který na ni působil v průběhu léčby velmi negativně a znepokojivě. I7: *„Já když jsem řekla, že bych potřebovala pomoc po psychické stránce, tak to mi řekli, že nejsem ani první, ani poslední, ale nenabídli mi poradu psychologa, psychiatra, to mi vůbec nikdo nenabídl za celou dobu vlastně. Vůbec. Doma třeba nebo jak bych to měla vysvětlit rodině. Dětem! Jo, protože nejhorší je to s dětmi. To vůbec se nikdo nezajímá, to nemám zkušenost, a že jsem prošla teďko, co jsem vlastně mohla i v [několika velkých městech] – vůbec nikdo.“* – *„No špatný [vliv]. Jako psychicky nemám důvěru vůbec v nikoho, co se týče doktorů. Ta důvěra je tam na hodně špatné úrovni no.“*

Vedle toho jeden informátor naopak výslovně zmínil, že má dojem, že na něj chronicita jeho nemoci nějakým způsobem nemá vliv a na otázku o dalším zájmu lékaře

přímo odpovídal: I10: „*To ne, já ani jsem si nestěžoval. Já si myslím, že to na mě ani nějak nedopadá.*“

Zbylí informátoři uvedli, že dopady nemoci na svůj život s lékařem někdy řešili, pouze ve dvou případech na to ale zavedl řeč přímo lékař. V jednom případě se jednalo o iniciativu lékaře poskytovat pacientovi komplexní péči, kterou ilustruje následující výpověď pacienta – I6: „*Kdežto tady ona se věnuje jednotlivému pacientovi, jak potřebuje. Když vidí, že ten pacient spolupracuje, tak se to cítí vzájemně, že si pomáhají vzájemně, že od ní cítím pomoc, proto se jí také svěřím a nemám obavy, naopak vím, že ona mě pomůže. Nemusím se ani ptát a cítím od ní, že stojí o to, aby mi pomohla a abychom spolupracovali.*“ V druhém případě pacientka zmínila, že lékař měl zájem o její psychickou stránku zejména v akutní začáteční fázi její nemoci. I10: „*No psychiku ze začátku v té akutní části té nemoci tak samozřejmě ano, ale teď je to taková rutinní prohlídka.*“

Také informátoři zmínili, že pokud mají oni sami zájem a lékař by s nimi potřebné věci řešil. I2: „*Já myslím, že kdybychom to navodili, tak že by se s námi bavili, ale sám s tím nepřijdu... No, kdybych o to měl zájem, tak to navodím, ...protože je to i můj zájem, že jo.*“ a I8: „*Já se o to pokouším v tom svém problému, s tou gastrokopií, jak chodím, tak se pokusím komunikovat i o jiných věcech, protože jako je to důležité, si myslím. Že je to stresové a tak, ať to ten lékař ví, že prostě ten člověk není úplně v pohodě, proto to má vyvolané třeba tím a tím. Nemusí to být něco odborného úplně.*“

Zaměření se lékaře i na jiné aspekty jejich života než jen onemocnění podle některých informátorů působí příznivě na jejich psychické rozpoložení. Např. jedna informátorka uvedla, že si myslí, že by jí rozhovor o jejích pocitech uklidnil, což by mělo prý i vliv na zdravotní stav. I1: „*Dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i o pocitech?*“ I: „*Ano, to určitě. Myslím, že by to bylo hodně důležité.*“ T: „*Jaký by to mělo pro vás význam? Jak by to na vás působilo?*“ II: „*Myslím, že bych se hodně zklidnila.*“ Také bylo uvedeno, že by na pacienta pozitivně působil, pocit z toho, že se nic nezanedbá, ve smyslu probrání všech různých okolností a příčin onemocnění. I3: „*Měla bych lepší pocit, že se nic nezanedbá, že to není jen všechno tím, že jsme tak staří. Byla bych klidnější a bylo by to milé.*“

Avšak je třeba zmínit, že pro pacienty, kteří se u lékaře s otázkami po dopadech jejich nemoci na různé oblasti jejich života nikdy nesetkali, je obtížné nahlédnout nějak význam širšího zájmu lékaře o jejich osobu pro ně samotné, pro jejich pocit či zdravotní stav.

**Tabulka 4: Další zaměření lékaře**

Další zaměření lékařské prohlídky (zájem o další oblasti pacientova života)	
ANO	NE
Důvody	
Zájem pacienta	Nezájem lékaře
Vysvětlení dalších okolností nemoci	Nezájem pacienta
Akutní fáze nemoci	Nedostatek času
	Neochota, i přes zájem pacienta

#### 5.5.4. Pacientův zájem a očekávání

Tato kategorie zahrnuje především to, jestli informátoři subjektivně pociťují zájem o to hovořit s lékařem i o jiných aspektech svého onemocnění, např. o dopadech jeho projevů na různé životní situace či vztahy. Podle jejich očekávání se dá usuzovat na faktory, které na ně v průběhu onemocnění působí příznivě a které nepříznivě.

Ti pacienti, kteří vyjádřili zájem o hlubší rozhovor s lékařem než jen o fyzických obtížích, i dokonce sami uváděli důvody, proč to tak pociťují a co by to pro ně znamenalo za přínos. Ale jen někteří přímo vědomě spojovali tento přínos se zlepšením svého celkového stavu v průběhu nemoci.

Např. T: „...dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i o pocitech?“

I1: „Ano, to určitě. Myslím, že by to bylo hodně důležité.“

T: „Jaký by to mělo pro vás význam? Jak by to na vás působilo?“

I1: „Myslím, že bych se hodně zklidnila.“

T: „Měla byste tedy kvůli těmto pozitivním dopadům (uklidnění) zájem o rozhovor širšího charakteru?“

I1: „*Určitě by se měl lékař zeptat také na... měl by zjišťovat příčin, třeba proč jsem onemocněla právě štítnou žlázou. Já jsem si vždy myslela, že jsem v té době, kdy jsem onemocněla, měla psychické problémy. Tak jsem si myslela, že se mi tak celý zdravotní stav naboural. Tohle by asi... Já jsem to i lékaři říkala, že jsem v té době měla psychické problémy, jestli to také nevzniklo tím.*“

Nebo např. I5: „*No byla bych pro, aby byli lékaři takoví osobnější k tomu pacientovi, individuálnější přístup, to by bylo supr.*“

T: „*Mohla byste mi tedy popsat ten subjektivní význam pro vás, toho že by s vámi řešil i ty jiné příčiny? Jaký vliv by to mělo?*“

I5: „*No asi bych si byla taková jistější... Ne, ten zájem by mě už podpořil, jo. Takový ten přístup, že má zájem i o jiné věci nejenom... že ten zájem dá strašně moc tomu pacientovi, když cítí, že nejenom opravdu „šup šup rychle, běžící pás“ že jo.*“

Význam komplexní promluvy lékaře s pacientem informátoři odůvodňovali následujícími přínosnými stavy a emocemi, které z toho pro ně plynou:

- zklidnění
- zájem o osobu pacienta vzbuzuje důvěru a podpoří pozitivní sebepojetí pacienta
- pocit smysluplnosti při zjišťování hlubších příčin tělesných potíží (v životosprávě, v psychice, v sociální situaci)
- možnost podílet se na uzdravování, když lékař respektuje pacientovy nápady a názory v průběhu léčby (možnost diskuze a vysvětlení)
- komplexní zhodnocení zdravotního stavu s ohledem na věk

Dá se tedy říct, že ke spokojenosti čeká pacient od lékaře mnohé. Pole psychologického působení lékaře na pacienta je tedy poměrně široké a je na lékaři, jak využije tento potenciál k léčbě či naopak.

Někomu také vyhovuje zběžnost setkání s lékařem, kdy se lékař zabývá prostě vyšetřením somatického stavu pacienta. Někteří pacienti komunikaci s lékařem nepřikládají důležitost a dopady nemoci na vlastní psychiku si neuvědomují či zásadně nepocítují a zřejmě spíše odsouvají problematiku nemoci a s ní spojená omezení do nevědomí či si ji radši zpracovávají individuálně sami pro sebe. Praktické řešení fyzického problému dostupnými medicínskými prostředky je pro ně ideální volbou.

Např. I10: „*Ale no tak jako já nejsem nikdy proti nějaké diskusi... No takže mě to nechybí, ale nejsem proti tomu. Jako jsou třeba doktoři, kteří zkoumají pochopitelně jako třeba můj obvodní lékař. Tak ten protože...ten musí vlastně srovnávat různé jiné aspekty způsobu života a pracovního vytížení a tak, aby věděl, jak může člověk k nějakým neduhům dospět. Ale ten úzký specialista je kardiolog, takže ten nic jiného nezkoumá.*“

Otázkou je, proč na někoho pozitivně působí komplexní přístup lékaře a na někoho ne. Zřejmě to souvisí s typem onemocnění, pacientovými nevědomými i vědomými potřebami, s navykým způsobem řešení problémů obecně a celkově s osobností konkrétního pacienta. Informátoři tedy tematizovali pozitivní vliv rozšířené komunikace s lékařem, pozitivní ale spíše ve smyslu psychologickém, nikoli ve vztahu ke zdravotnímu stavu.

### **5.5.5. Vliv návštěv u lékaře na pacienta**

Návštěva lékaře je pro chronicky nemocného pacienta poměrně pravidelnou a běžnou událostí v životě, avšak i tak se jedná o situaci, která má svůj potenciál vzbuzovat v člověku určité pocity, které se pak dají terapeuticky interpretovat jako působící na pacientovo celkové prožívání v průběhu onemocnění. Pocity pacienta před návštěvou lékaře také pak mohou být prvkem, který lékař může s pacientem zpracovat během návštěvy a pomoci tak pacientovi zvládat emocionální výkyvy, což například u pacientů s hypertenzí může být důležité k neprohlubování symptomů.

Např. I1: „*No určitě bych k tomu lékaři šla s klidem, nebyla bych nervózní a celé by to probíhalo úplně jinak, protože už třeba jenom, když tam jdu, tak třeba se mi zvýší tlak a...tak asi takhle.*“

Větší část informátorů vyjádřila do jisté míry z psychického hlediska propojenost návštěvy lékaře s nepříjemným emocionálním naladěním. Nervozita, nekonkrétní špatný pocit, strach, otrávenost z dlouhého čekání v čekárnách byly zmíněny jako pocity často předcházející návštěvě u lékaře. Význam těchto emocí však byl pacienty popisován spíše jako krátkodobá záležitost, kdy emoce jako nervozita apod. odezní převážně s dosaženými výsledky vyšetření. Jedním informátorem byl zmíněn i pozitivní vliv lékaře v tomto případě.

Např. I6: „*No určitě, určitě, protože je to takové, když člověk má důvěru v toho lékaře tak tam jde otevřenější. Už tam jdu s tím, že od ní můžu čekat dobrou odpověď*“

*nebo uspokojivou, že mi řekne, jak reaguju na některé věci. Ona mi sama vysvětlí možné příčiny a nezapomene připomenout, jak to může být, co se pak může stát. A právě velice mě bedlivě sleduje s tou nohou. Byl jsem tam v úterý a ve středu ráno už jsem jel v půl šesté do Plzně na tu kliniku. Velice rychle to zařídila. Dneska jsem právě u ní byl a dal jsem jí ty výsledky, tak jsem jí poděkoval, že jsem rád, že mě takhle rychle vybavila a ona říkala, že je také ráda. To je vidět, že je tam něco navíc. Takový osobní vztah, že si řekneme o těch dětech, já jsem jí přines fotku naší Evičky, když byla malá, a já tak jsme si popovídali o těch dětech... už takové víc osobní to je. Tam taky je ta důvěra znát, že se nemusím obávat něčeho, že by mi neřekla, jak to je.“ – T: „A jaká myslíte, že je vazba mezi tou pozitivní zkušeností s lékařem a vaším onemocněním? Pozorujete něco takového?“ – I6: „No asi bych s tou nemocí neuměl, nechci říkat bojovat, ale brát jí pořád. To člověk musí pořád brát v úvahu, že je tady tahle věc, tak někdy si i říkám, já ta kdyby mě viděla, ale... No říkám, tam je rozhodující ten vzájemný vztah a pak už se to léčí podstatně lépe.“*

Vedle toho část informátorů sdělila opačný pohled, a sice že z návštěvy u lékaře stres nepocítují, nepřístupují k tomu jako k problému. Což zřejmě naznačuje, že se pro ně ani toto nestává předmětem řešení při návštěvě u lékaře.

Např. I9: *„Úplně dobře, jako já jsem na to už tak strašně zvyklá, že mě to vůbec nepřijde. Takže jako když jdu asi do krámu, žádný problém.“*

Vliv návštěv u lékaře informátoři také tematizovali jako působení na jejich psychickou stránku, vazbu na průběh jejich onemocnění však explicitně nevyjádřili, až na jednu informátorku, která se domnívala, že tato vazba existuje, kdy její pocity z návštěvy u lékaře mají vliv i na její zdravotní problém.

### **5.5.6. Kvalita vztahu lékaře a pacienta**

Podle teorie může být vztah s lékařem jedním z léčebných prostředků v celkové terapii pacienta. U většiny informátorů se však tento průběh v odpovědích neprojevil. Z odpovědí je patrná jen velmi slabá reflexe vztahu jako takového. U části informátorů to je dáno hlavně tím, že v průběhu onemocnění vystřídali lékařů několik a vnímají ho spíše jako instituci, ke které emocionální vazbu nepocítují.

V odpovědích se ale také, v souvislosti s kvalitou tohoto vztahu, objevil důležitý fenomén, a sice důvěra, která se od prvotního oficiálního vztahu/kontaktu liší a časem se mění – vytváří se či ztrácí. Jeden pacient popsal vztah ke své lékařce jako stěžejní

z toho důvodu, že postupně se na základě jejího přístupu vytvořila přátelská vazba, která umožňuje upřímný rozhovor, prostor pro rady a zorientování se ve svém zdravotním stavu.

I5: „*Asi byl ze začátku takový oficiálnější a teď postupně už nacházíme k sobě takový přátelštější vztah, že už jako se známe lépe a navštěvuji odborníka vlastně 15 let, takže už se známe docela dobře, takže...*“ – T: „*A ulehčuje to nějak?*“ – I5: „*Určitě, ulehčuje tím, že se navzájem respektujeme a bereme se tak jako to..., tak si myslím, že je to v pohodě, že to ulehčuje teď už.*“

Naopak neurčitý nebo spíše negativní vztah k lékaři vede pacienta k obavám, co s ním bude. Důvody byly zmíněny různé – např. přísnost lékaře, nekompromisnost, vysoká formalita, neobeznámenost s lékařovou povahou, časté střídání lékařů. Vedle těchto stojí také pacienti, kteří potřebu vytváření vztahu k lékaři v rámci častějšího kontaktu s nimi nemají. Je u nich totiž podobné to, že neposuzují, jaký vliv by na ně tento terapeutický vztah v průběhu onemocnění měl.

Stabilita a delší doba setkávání se stejným lékařem je tedy pro kvalitu vztahu mezi lékařem a pacientem podmínkou. Pokud se toto podaří, může jít o jakési zázemí důvěry a opory pro pacienta, které může působit podpůrně, a tedy možná i terapeuticky.

### **5.5.7. Představa pacientů o ideálním lékařském přístupu**

Všichni informátoři na otázku po ideálu podoby lékařské péče měli určité návrhy ke zlepšení a to nezávisle na tom, do jaké míry byli schopni nahlížet to, jak sami vliv lékařské péče, zájmu či nezájmu ze strany lékaře o jejich osobu pocítují.

Jejich představa se týká jednak organizačních věcí u lékaře, tedy že by lékař mohl mít lépe časově rozvrhnuté objednávky, aby tam pacienti nemuseli čekat příliš dlouho a také, že by měl mít na jednotlivého pacienta vyhrazeno více času, aby nedocházelo pouze ke strohému rychlému kontaktu zpoza počítače. Význam pacienti vidí v ulehčení kontaktu obecně a v částečné psychické úlevě s pocitem nervozity před návštěvou. V rovině psychologické uváděli nároky tyto:

- více komunikace o pocitech
- více soucitu a ohleduplnosti v kontextu pacientova věku
- více osobního a společenského neverbálního kontaktu – podání ruky, úsměv, oční kontakt, vyprovázení z ordinace a podobně
- méně profesního cynismu a lhostejnosti

- individuální a osobní přístup ke každému pacientovi
- přátelský přístup k navázání důvěry a možnosti se svěřit
- psychologické schopnosti doktora
- přizpůsobení výkladu informací konkrétnímu pacientovi
- zájem pacienta obecně

V souvislosti s těmito ideálními představami někteří informátoři konstatovali, že by určitý zájem o jejich osobu měl povzbuzující vliv po psychické stránce, ale nějak nezvažovali další terapeutické dopady takového vlivu.

Např. T: *„Myslíte, že by vám to něco ulehčilo? Jaký by to pro vás mělo význam tahle komunikace?“*

I5: *„Takový povzbudivý. Povzbuzení, že je ten zájem. Je to hezčí přístup, tedy pro mě by byl. Než jen pozdravit od stolu s tím, že „povídejte, povídejte“ a přitom se většinou ten lékař věnuje počítači.“*

Nebo např. T: *„Kdyby se to tedy zlepšilo, ta komunikace, mělo by to pro vás význam třeba i v souvislosti s vlivem na váš zdravotní stav?“*

I7: *„No hlavně na psychiku, protože vy vlastně nevíte... oni mi neřekli – no řeknou prostě a vy nevíte, jestli je to smrtelné, jestli se to dá vyléčit nebo nedá vyléčit, nebo jak se k tomu máte postavit, třeba kolik máte času, to vám taky nikdo neřekne nebo ani aby mi řekli, jak máte srozumět tu rodinu a takovýhle. Informace vlastně s rodinou to vůbec neprobíhá, ta komunikace tam není, to je prostě striktně zaškatulkované, nebo já nevím, jak oni to mají, ale prostě...“*

Informátoři tedy s touto představou spojovali i vlastní hypotetickou změnu psychického stavu, pouze jedna zmínila i vliv na stav tělesný a zdravotní.

Např. I1: *„...A víc té komunikace trošku. Ptát se pacienta, jaké má ještě jiné pocity nejenom třeba...“* – T: *„Co by takový přístup ulehčil? Jak by vám to pomohlo?“*  
- I1: *„No určitě bych k tomu lékaři šla s klidem, nebyla bych nervózní a celé by to probíhalo úplně jinak, protože už třeba jenom, když tam tu, tak třeba se mi zvýší tlak a...tak asi takhle.“*

Fakt, že takto pacienti vnímají určitý deficit v lékařské péči, poukazuje na to, že jim chybí jakási nadstandardní forma kontaktu. Někteří tento deficit spojují s vlastním prožíváním a někteří ne, zřejmě v závislosti na vícero faktorech, například na závažnosti a intenzitě příznaků nemoci, na schopnosti sebereflexe a introspekce.



Vliv role lékaře v léčebném procesu pacienta je tedy na základě odpovědí mých informátorů spíše neuvědomovaný anebo nepodstatný. Otázkou zůstává, zda právě toto není charakteristickou vlastností pacientů s chronickým onemocněním, a sice že zatím nenahlížíjí své potíže v širším kontextu bio-psycho-sociální povahy svého života.

## **5.6. Shrnutí a diskuze**

V této kapitole shrnuji interpretace jednotlivých kategorií analýzy a jednotlivé závěry jsou zpracovány tak, aby odpovídaly na výzkumné otázky.

První kategorie „role lékaře z pohledu pacienta“ ukázala, že role lékaře je z hlediska pacienta ztělesněna lékařovou odborností a zkušenostmi. V tomto se očekávání pacientů se shoduje s jejich zážitky. Význam role lékaře jimi ale nebyl příliš dobře specifikován, subjektivně ho vyjadřují buď neutrálně, nebo jako zprostředkující „dobrý pocit“. Byl však zmíněn i psychologický význam role lékaře, zejména ve formě příznivě působící spolupráce a uklidnění pacienta v rámci jeho zdravotního stavu. Informátoři tedy nepocítují přímý dopad lékařova přístupu na jejich zdravotní obtíže, ale cítí vliv v rovině psychické.

Ve druhé kategorii o průběhu návštěv u lékaře se ukázalo, že pacienti spojují svou spokojenost s průběhem lékařské prohlídky hlavně s kvalitou somatického vyšetření. Uvádějí klady a zápory, které ale významově nespojují se svou psychikou, ani s vlivem na jejich zdravotní stav. Za kladně působící jevy v rámci návštěvy u lékaře uváděli například pozdrav a podání ruky, celkovou pečlivost lékaře, rady v prevenci a dodržování režimu v nemoci. Naopak jako nepříjemně působící uváděli důraz na věk pacienta, do jehož kontextu se automaticky zasazují zdravotní symptomy, neosobní kontakt v důsledku užití počítače, málo času na pacienta, nekonkrétní zodpovídání otázek, nekomunikativnost, nezájem o psychickou stránku nebo dlouhé čekání v čekárně.

Kategorie týkající se dalších oblastí zájmu lékaře, kam spadá to, zda pacient s lékařem může řešit i dopady svého onemocnění na psychiku a další jiné oblasti svého života, ukázala, že takto pojatá lékařská péče se vyskytuje spíše zřídka. Vliv zájmu lékaře o dopady chronického onemocnění na pacientovu psychiku či život nás významově zavádějí spíše k průběhu návštěv u lékaře. Pacienti se s komplexním zaměřením lékaře buď nesetkali, nebo nastínili různé situace jako například nezájem lékaře nebo nedostatek času rozebírat i dopady onemocnění obecně. V případě, že se pacienti setkali se zájmem lékaře i o jejich psychickou stránku a se snahou lékaře o komplexní přístup k pacientovi, se u dotázaných pacientů potvrdil vliv těchto jevů po psychické stránce, což ale sami významově nespojovali s vlivem na jejich zdravotní stav. Teoretický předpoklad, že tento psychologický vliv pak i zpětně ovlivňuje pacientův tělesný stav, zmínila jedna z informátorek s tím, že psychické napětí, které

zažívá u lékaře a obavy spojené s výsledky negativně ovlivňují její zdravotní symptomy. Lékař by tedy v tomto ohledu mohl hrát roli v tom, že může pomoci pacientovi takovéto pocity zpracovávat po psychické stránce.

Čtvrtá kategorie plynoucí z odpovědí informátorů je „pacientův zájem a očekávání“. Otázky na toto téma byly kladeny v reálné, případně i hypotetické rovině. Informátoři mají za to, že komplexní přístup lékaře k pacientovi by na ně měl pozitivní vliv, jedna z informátorek ho spojila se zlepšením svého zdravotního stavu. Jinak se jednalo spíše o význam pro zlepšení psychického stavu či nálady pacienta (uklidnění, pocit spolupráce a zájmu). Vedle toho ale také stojí pacienti, kteří o probírání dopadů své nemoci zájem nemají a lékařův zájem neočekávají. Naopak zájem pacienta o psychoterapeutickou pomoc lékaře či jeho komplexní přístup ke stavu pacienta, který se setká s vyloženým nezájmem a nekompromisností lékaře, má samozřejmě negativní vliv na psychiku pacienta. Takto způsobený negativní psychický stav pacientka ale také přímo nespojila se zhoršením jejího zdravotního stavu.

Pátá kategorie zjišťující vliv návštěv u lékaře na pacienta ukázala, že podle informátorů mezi negativní vlivy na psychiku pacienta patří především nervozita nebo strach z výsledků vyšetření. Ty ale jsou záležitostí spíše krátkodobou a pacienti je neakcentují jako dlouhodobě stresující a mající na ně vliv po zdravotní stránce. Někteří pacienti tyto pocity ani nezmiňují a vliv návštěv popisují jako neutrální. Pouze jedna pacientka přikládá význam negativním pocitům před návštěvou a dává je do spojitosti se zhoršením svého zdravotního stavu.

Šesté téma kvality vztahu lékaře a pacienta nastínilo, že dobrý vztah pacienta k lékaři se u pacientů vyskytuje spíše formálně, osobní vztah většinou nepopisují. Někteří tematizovali jako důležitou složku dobrého vztahu lékaře a pacienta důvěru k lékaři a jeho zájem. Obě působí pozitivně a podpůrně. Se zlepšením zdravotního stavu to však informátoři nepojí. Vedle toho někteří pacienti si možného „vztahu“ nevšímají, tudíž ho v osobní rovině vůbec nezmiňují nebo ho ani nevnímají jako žádoucí.

Sedmá kategorie týkající se představy pacientů o ideálním lékařském přístupu zjistila, že pacienti mají ideální představy o psychoterapeutickém či rozšířeném zájmu lékaře pacienta, v čemž by viděli možný významný vliv na psychickou stránku, ale nespojují si to explicitně s tím, že by jim to pomohlo i po stránce zdravotní. Někteří pacienti v dosavadní poskytované péči nic nepostrádají, výhrady měli spíše jen k praktické stránce týkající se systému zacházení s pacienty.

Výzkumná část mé bakalářské práce se zaměřila na výzkum role lékaře v průběhu pacientova chronického onemocnění z pacientova hlediska. Očekávání pacientů týkající se interakce mezi nimi a lékaři jsou poměrně vysoká, kladou nároky na formální stránku kontaktu (dobrá organizace objednávek pacientů, příjemné vystupování, osobní přístup v kombinaci s vysokou odborností a podobně), jen někteří ale očekávají od lékaře více než somatický přístup, a jen někteří by si ho hypoteticky přáli.

Z teoretických předpokladů se také potvrdilo, že pacienti, kteří se setkali nebo by se chtěli setkat u lékaře s psychologickým přístupem, očekávají snahu o porozumění jejich individualitě. Ze snahy o porozumění pacientovi, pomoc v adaptaci na nemoc a při řešení problematických situací pacienti potvrdili, že se u nich vytváří důvěra, která může být základem či začátkem dobrého vztahu mezi nimi a lékařem. Pozitivní a emoční vazba mezi lékařem a pacientem založená na empatii a projevech osobního zájmu lékaře by podle pacientů měla význam pro jejich psychický stav v průběhu jejich onemocnění. Vytvoření tohoto vztahu pacienti spojovali s kvalitou spolupráce s lékařem, nikoli ale s výsledným efektem léčby.

Význam vztahu lékaře a pacienta vyplynul také z ideální představy pacientů o lékařské péči, kde pacienti tematizovali roli i psychologických aspektů komunikace lékaře s pacientem. Když ale pacienti popisovali stávající vztah či kontakt se svým lékařem, jen málo z nich vnímalo působení tohoto vztahu na jejich osobu ať už v jakémkoli smyslu. Takto pacienti tematizovali i problematiku toho, že ideálním představám o lékařské péči předchází spíše praktická otázka ve zdravotnictví, jak realizovat terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem při množství pacientů na jedné straně, a při množství specialistů a změnách praktických lékařů na straně druhé.

Dílčí cíl praktické části práce se také zaměřoval na vliv psychiky pacienta na jeho zdravotní stav. To se ukázalo zřejmě jako příliš složitá psychologická problematika, jelikož si svou osobní interakci s lékařem téměř všichni dávají do souvislosti se svým psychickým stavem v průběhu onemocnění, vazbu psychiky na zdravotní stav však už netematizují. Tento jev pravděpodobně vysvětluje i teoretický předpoklad, že somatizace je nevědomý proces a pacient se vyznačuje právě tím, že tento jev vědomě nenahlíží nebo nahlíží jen jeho část.

Role lékaře a míra jeho pomoci je do značné míry omezena ze dvou stran – ze strany možností lékaře i pacienta. Práce tuto problematiku nahlíží ze strany pacienta, a sice jak by si on péči představoval, jak na ni reaguje, jak ji vnímá a jaký jí přikládá ve svém životě význam. Výsledky výzkumu tohoto typu tedy závisejí na schopnosti

informátora nahlížet tyto jevy ve svém životě a jeho umění o nich mluvit a alespoň částečně je subjektivně interpretovat výzkumníkovi. Do jisté míry je tím výzkum omezen, protože jsem se ve většině případů setkala s tím, že verbalizace pocitů a názorů je pro pacienty obtížná. Nebyli většinou zvyklí přemýšlet o lékařské péči v psychologické rovině, tedy hlavně v rovině toho, jak oni sami sebe vztahují k lékaři a co si z interakce s ním odnášejí. To do jisté míry omezilo možnosti kvalitativního přístupu výzkumu, jenž si kladl za cíl interpretovat převážně subjektivní významy, které v problematice informátoři vidí.

Jedním z předpokladů, které byly nepřímo zkoumány, bylo také to, že dlouhodobá nemoc je zřejmě náročnou životní situací, která u pacientů vyvolává stres, jenž se stává činitelem působícím změny v pacientově prožívání, chování i vztazích k druhým lidem. Toto se potvrdilo poněkud nejednoznačně. Pacienti uváděli nepříjemné pocity spojené s jejich chronickými obtížemi, nicméně jako stresující faktory uváděli na prvním místě nejen nemoc samotnou, ale také situace a dění, které se pojí s léčbou a s projevy nemoci, jako např. časté návštěvy u lékařů, které neprobíhají podle jejich představ, nepříjemná nebo nedostatečná komunikace s lékaři, strach z nové diagnózy či obava z komunikace s rodinou ohledně diagnózy. Z toho tedy vyplývá další zjištění práce, že chronické onemocnění je sociální situací, která má potenciál působící na psychiku pacienta v dlouhodobějším horizontu. Kromě toho ale také byli pacienti, jež tento vliv na sobě nepozorovali a ve výzkumu uváděli, že dopady jejich onemocnění na jejich život kromě po somatické stránce řešit nepotřebují.

Pro zkoumání problematiky role lékaře v interakci s chronicky nemocnými pacienty je třeba zdůraznit, že záleží také na osobnosti pacienta, nahlížení jeho vlastních problémů a jejich závažnosti, na jeho schopnosti komunikace a vystupování. Výzkumný vzorek, který není zacílen na konkrétní formu těchto charakteristik, pak zprostředkuje data obecného charakteru, ze kterých je obtížné vytvořit jednoznačné závěry. Variabilita lidských osobností a symptomů navíc přispívá k variabilitě dopadů chronické nemoci na pacientův život. Je tedy velmi individuální, jaký názor má konkrétní pacient na lékařovu pomoc či její ideální formu. Do jisté míry je to právě tato individualita potřeb, se kterou by mohl lékař terapeuticky pracovat.

Ve výzkumu také figurovala otázka etická týkající se pohybu výzkumníka ve zdravotnickém prostředí, a sice nakládání s citlivými údaji, přístup k informátorům jakožto pacientům se zdravotními problémy a manipulace se sebranými daty.

Podle *Etického kodexu České lékařské komory* či *Etického kodexu lékárníka*<sup>99</sup> není dovolené spolupracovat přímo se zdravotníky při výběru vzorku pro tento výzkum, proto byla nutná má vlastní iniciativa jakožto výzkumníka, abych sama našla způsob, jak pacienty oslovit a požádat o spolupráci.

Na tento jev navazovaly další aspekty, jako je důraz na schopnost vést rozhovor s lidmi, kteří trpí dlouhodobým onemocněním, na empatii a schopnost vycítit, kdy například rozhovor přerušit v zájmu pacientovy duševní pohody atp. Mě jako výzkumníka setkání s pacienty informátory velice obohatila, snažila jsem se vést rozhovor bez sugestivních náznaků, snažila jsem se, aby pacient co nejméně rozvíjel jakési stížnosti na lékaře obecně a abychom spíše přistoupili k hledání subjektivních významů, co který jev v pacientovi vyvolává. Ve všech případech jsem se snažila také nenarušovat pacientovo soukromí otázkami, které nejsou relevantní pro výzkum. Na četnost návštěv u lékaře a délku doby onemocnění jsem se ptala pouze v obecné rovině, nikoli na nemoc samotnou či konkrétní lékaře.

Nicméně i tak se obsah rozhovoru stočil k citlivým údajům o zdravotním stavu pacienta, se kterými nakládám anonymně a také jsem o tom informátory předem ujistila.

---

<sup>99</sup> Haškovcová, H.: *Lékařská etika*, str. 78-84.

## Závěr

Výzkumná část práce došla k tomu, že pacienti vnímají význam interakce s lékařem v rovině psychické. Dopady této interakce se tedy podle pacientů projevují hlavně v oblasti subjektivního prožívání, nálad a sebepojetí pacienta. Dále z výzkumu vyplynulo, že tento vliv lékaře na psychický stav pacienta podle informátorů dále nepůsobí na průběh jejich chronického onemocnění.

Očekávání pacienta týkající se interakce mezi ním a lékařem se projevila jako představa o ideální komunikaci. Pacienti formulovali ideální lékařský přístup jako ten, který aplikuje i psychologické aspekty komunikace a osobního přístupu k pacientům, přičemž kladli důraz na verbální i neverbální složku komunikace.

Ukázalo se, že se pacienti liší zkušenostmi s lékaři, ochotou hovořit o svých problémech souvisejících s nemocí, potřebou sdělovat či sdílet informace s lékařem, možnostmi navázat s lékařem vůbec nějaký vztah, tím méně terapeutického charakteru. V tomto smyslu je také poměrně variabilní jejich stávající vnímání role lékaře, která by obnášela i terapeutický vliv na jejich psychický či zdravotní stav.

V případě, že se představa o ideálním přístupu lékaře shoduje s reálnou situací, má to na základě případů několika informátorů pozitivní dopady na psychiku. Akcentovány byly hlavně stresující vlivy spojené s návštěvou u lékaře a také důvěra k lékaři, která je stěžejní pro otevřenou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Z výzkumu tedy vyplynulo, že pacienti pocítují nedostatek komunikace, aby se mohli vůbec dozvědět, jakou roli by pro ně vztah k lékaři mohl hrát a jaký význam by to pro jejich život a průběh chronického onemocnění mělo.

Dále pak bylo cílem zkoumat, jestli (a jak) vliv interakce s lékařem působí na průběh pacientova chronického onemocnění. Výzkum ukázal, že pacienti často přístup lékaře spojují se svým psychickým stavem, ale zdravotní stránku s ním nepropojují. Pouze v jednom případě pacientka vyjádřila názor, že vliv interakce s lékařem, který má vliv na její vnitřní prožívání, se i dále pojí s vývojem její nemoci, což by pak jako celek mohlo být předmětem řešení v terapeutickém vztahu s lékařem.

Tento výzkum se celkově snažil tematizovat léčebný vliv interakce lékaře a pacienta na pacientův celkový stav, který je popisován v odborné literatuře a se kterým mají někteří lékaři, hlavně ti zahraniční, prokazatelné pozitivní výsledky. Avšak výzkum v této bakalářské práci narazil na to, že v České republice je celostní přístup lékařů k pacientům stále ještě okrajovou záležitostí, která je chápána spíše jako

nadstandard nebo dokonce alternativa k běžným medicínským postupům. Ve skutečnosti ale snaha integrovat psychoterapeutické postupy s těmi medicínskými není alternativou, ale spíše žádoucím prvkem v dnešní, nejen české, technizované medicíně. I výzkum v této práci poukazuje na to, že aby mohl být zkoumán kurativní vliv lékaře i po jiných stránkách než somatických, musí mu nejprve být dán prostor pro terapeutické působení v rámci vztahu lékař-pacient.

Péče, která akcentuje integraci medicínských a psychoterapeutických postupů, se většinou nazývá psychosomatická, a u nás v České republice je realizována na některých samostatných pracovištích – klinikách a centrech. Avšak i s přibývajícím praxí je tento přístup jen okrajově vyučován na lékařských fakultách a odborné literatury z českého prostředí je zatím poměrně málo. Tato bakalářská práce se pokusila propojit teoretické myšlenky týkající se této problematiky a podpořit reflexi zaběhnuté medicínské praxe i interdisciplinárního úhlu pohledu.



# Použité zdroje

## Seznam literatury

1. BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Vyd. 1. české. Praha : Grada Publishing, 1999. 336 s. ISBN 80-7169-734-6.
2. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000, 255 s. ISBN 80-717-8367-6.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha : Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov : Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
6. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. . Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
7. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. A KOLEKTIV. *Somatizace a funkční poruchy*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005, 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
8. JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
9. KASSIN, Saul M. *Psychologie*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Břejlová, Veronika Sobotková, Helena Šolcová. Brno : Computer Press, 2007, xxiii, 771 s. ISBN 978-802-5117-163.
10. KOMÁREK, Stanislav. *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika*. Vyd. 1. Praha : Mladá fronta, 2005. 152 s. ISBN 80-204-1287-5.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rady nemocným: Vážně nemocný mezi námi*. Vyd. 1. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.

13. MORSCHITZKY, H. a S. SATOR. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007.
14. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha : Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
15. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha : TRITON, 2002. 113 s. ISBN 80-7254-216-8.
16. RATTNER, Josef. *Psychosomatische medizine heute : Seelische Ursachen körperlicher Erkrankungen*. Taschenbuch. Frankfurt am Main : Fischer, 1979, 223 s. ISBN 3-596-26369-7.
17. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2011, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
18. SKÁLA, Jaroslav, et al. *Psychoterapie v medicínské praxi*. Vyd. 1. Praha : Avicenum, 1989. 152 s. ISBN 08-015-89.
19. STEIN, Michael. *The lonely patient: how we experience illness*. 1st ed. New York : William Morrow, c2007, 222 s. ISBN 978-006-0847-951.
20. STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Brno : Sdružení Podané ruce, 1999, 196 s. ISBN 80-85834-60-x.
21. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
23. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-717-8998-4.

## Internetové zdroje

1. JANÁČKOVÁ, Laura. *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámeček komunikace*. Medical tribune cz: Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 2009, 01. 11. 2009 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15445>
2. Institute of healthcare communication: *Evaluation and research*. [online]. [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://healthcarecomm.org/training/evaluation-research/>
3. ROTER, Debra a Judith A HALL. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. 2nd ed. Westport, Conn.: Praeger, 2006, 238 s. ISBN 978-027-5990-145. Dostupné z: <http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=25987614>
4. COHEN, Sheldon. *Stress Contributes To Range Of Chronic Diseases, Review Shows*. [online]. Oct. 9, 2007 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/10/071009164122.htm>
5. *PRAXE: Turčeková L.: Psychosomatika v dermatologii* [online]. [cit. 2012-06-19]. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=2096](http://www.psychosom.cz/?page_id=2096)
6. ŠAVLÍK, Jiří a Jan HNÍZDIL. *O základním vzdělání v psychosomatice v SRN: Otevřený dopis těm, jichž se to týká*. In: *Psychosomatika v léčebné praxi* [online]. 2004 [cit. 2012-06-26]. Dostupné z: <http://psychosomatika.xf.cz/>
7. PRINZ, Jiří. *Člověka je třeba vidět komplexně – MUDr. Jiří Šavlík, CSc. Vademecum zdraví* [online]. 2006, 20. 9. 2007 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://vademecum-zdravi.cz/cloveka-je-treba-videt-komplexne/>
8. *Paternalistický přístup lékaře k pacientovi patří do minulosti?. Zdravotnické noviny* [online]. 25.02.12 [cit. 2012-05-31]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/infoservis-vzp/aktualne/paternalisticky-pristup-lekare-k-pacientovi-patri-do-minulosti>
9. ČERNÝ, Miroslav. *Specifika interakce mezi lékařem a pacientem: [Particularities of Doctor-Patient Interaction]*. In: *PHILOLOGICA.NET: An Online Journal of Modern Philology* [online]. 2009-04-13 [cit. 2012-06-05]. ISSN 1214-5505. Dostupné z: <http://philologica.net/studia/20090413140000.htm>

10. Doctor–patient relationship. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2012, 9 October 2012 at 17:32. [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Doctor-patient\\_relationship](http://en.wikipedia.org/wiki/Doctor-patient_relationship)

# Přílohy

## Příloha č. 1 – Polostrukturované rozhovory

### Rozhovor 1

- Informátor – žena – 60 let
  - Pravidelné návštěvy lékařů (kardiologie, endokrinologie)
- 

Tazatel/ka: „*Jak často docházíte k lékaři? Dlouhodobě či krátkodobě?*“

Informátor/ka 1: „*K lékaři docházím dvakrát do roka, na kardiologii a k doktoru internistovi se štítnou žlázou.*“

T: „*Už několik let?*“

I1: „*Chodím asi 3 roky.*“

T: „*V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsal/a roli, kterou pro Vás hrají? – z hlediska důležitosti. Jak vnímáte jejich osobu?*“

I1: „*Já myslím, že to jsou zkušené lékaři a mám dobrý pocit, když k nim jdu. Myslím si, že jsou zkušené, nebo jak to myslíte?*“

T: „*Je role lékaře založená na odbornosti?*“

I1: „*Jo, to určitě jo. Ve své profesi jsou to odborníci.*“

T: „*Jak byste popsala průběh té návštěvy? Na co se lékař hlavně zaměřuje? Jak to probíhá od návštěvy až do konce?*“

I1: „*Když tam přijdu, tak se mi představí, podá mi ruku a pak se mě zeptá, jak se cítím. Změří mi tlak. Zeptá se, jak se cítím. Jo a vždy než k němu jdu, tak jdu na krev, aby věděl, jaký mám cholesterol. A jinak návštěva probíhá v pořádku.*“

T: „*Ptá se, jak se cítíte hlavně po tělesné stránce?*“

I1: „*Ano, ano, to se vždycky ptá.*“

T: „*Zaměřil se někdy lékař také na dopady vaší nemoci na vaši psychiku, pocty, mezilidské vztahy nebo něco podobného?*“

I1: „*No, to si nemyslím. Vždy se zeptá, jak se cítím. Porovná krevní obraz a vždycky mi řekne, jestli se to zlepšilo nebo zhoršilo. Po psychické stránce se myslím neptají. Myslím, že je to nějak moc nezajímá. Spíš je zajímavá krevní obraz, jak to vypadá, jestli se to nějak změnilo, jestli se zvýšil cholesterol nebo snížil, jestli jsou hormony štítné žlázy v normě. Tak spíš tohle je zajímavá.*“

T: „*Dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i o pocitech?*“

I1: „*Ano, to určitě. Myslím, že by to bylo hodně důležité.*“

T: „*Jaký by to mělo pro vás význam? Jak by to na vás působilo?*“

I1: „*Myslím, že bych se hodně zklidnila.*“

T: „*Mělo by zklidnění, myslíte, vliv i na váš zdravotní stav?*“

I1: „*Určitě ano.*“

T: „Měla byste tedy kvůli těmto pozitivním dopadům (uklidnění) zájem o rozhovor širšího charakteru?“

I1: „Určitě by se měl lékař zeptat také na... měl by zjišťovat příčin, třeba proč jsem onemocněla právě štítnou žlázou. Já jsem si vždy myslela, že jsem v té době, kdy jsem onemocněla, měla psychické problémy. Tak jsem si myslela, že se mi tak celý zdravotní stav naboural. Tohle by asi... Já jsem to i lékaři říkala, že jsem v té době měla psychické problémy, jestli to také nevzniklo tím.“

T: „Bylo by vám tedy příjemné, kdybyste mohli probrat i jiné příčiny než jen...“

I1: „... nebo třeba jsem měla zvýšený cukr a lékař už mi chtěl nasadit léky na snížení a já jsem mu řekla, že ještě zkusím bylinky. Také jsem v té době měla zmiňované psychické problémy a on říkal: „Ne, to musíme už nasadit dietu.“, já jsem přesto zkusila bylinky nasadit a za půl roku jsem šla znova na krev a už byl cukr prostě v normálu. Takže tam byl ten psychický problém, protože mi umřela maminka. A po bylinkách to bylo v pořádku. Takže oni okamžitě – lékař okamžitě nasadí léky a třeba ani léky nejsou potřeba.“

T: „Přišlo by vám tedy vhodné probírat s lékařem i psychické problémy?“

I1: „Určitě, já jsem se ho na to i ptala. Některý lékař třeba řekne: „Ano, je to možné, že to můžete mít z psychiky.“ Některý lékař ale udělá „obličej“ a moc se tím nechce zabývat. A vůbec třeba nepřipustí, že by to mohlo být psychikou.“

T: „Dále by mě zajímalo, jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní?“

I1: „No před návštěvou hrozně. To jsem nervózní. A vždycky, když jdu od lékaře, tak jsem vždycky klidná. Vždycky, když je to v pořádku, tak to jsem klidná, zase na půl roku...“

T: „Co způsobuje vaši nervozitu?“

I1: „Strach, jak dopadnou výsledky (testy). To mám vždycky strach, aby se to nezhoršilo. A to čekání (v ordinaci předem) také.“

T: „A dojmy z komunikace s lékařem, myslíte, že vliv mají?“

I1: „To ani ne, lékaři se chovají dobře. Nemůžu říci, že by byli nějakí arogantní, nebo že by nevyslechli. To ne, s tím mám dobrou zkušenost.“

T: „Jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měnil se nějak v průběhu Vašeho onemocnění?“

I1: „Vztah mám dobrý a nezměnil se. Furt je stejný v dobrém slova smyslu.“

T: „Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byl/a spokojená s průběhem ošetření?“

I1: „No, abych byla úplně spokojená, tak by lékař měl brát pacienty na ten čas, na který si je objedná, a ne tam prostě čekat třeba 3 hodiny. To se mi vůbec nelíbí. A víc té komunikace trošku. Ptát se pacienta, jaké má ještě jiné pocity nejenom třeba...“

T: „Co by takový přístup ulehčil? Jaký by vám to pomohlo?“

I1: „No určitě bych k tomu lékaři šla s klidem, nebyla bych nervózní a celé by to probíhalo úplně jinak, protože už třeba jenom, když tam tu, tak třeba se mi zvýší tlak a...tak asi takhle.“

## Rozhovor 2 - 3

- 2 informátoři – žena - 85 let, muž - 93 let
  - Pravidelné návštěvy kardiologie a praktického lékaře
- 

T: „Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“

I2: „Jednou za pět týdnů k praktickému lékaři, jednou za půl roku k odbornému lékaři na EKG a echo, a pravidelné návštěvy zubaře.“

I3: „Pravidelně chodím k praktickému lékaři jednou za dva měsíce, provede mi EKG a změření krevního tlaku. S tím se zpravidla spokojí, protože užívám léky a tlak se drží ve vynikající úrovni, takže paní doktorka je s tím poměrně spokojená, ale už se moc nezajímá o bolesti v zádech a o těžké nohy. To, mám takový dojem, že to přičítá, že to automaticky přichází s věkem, že to stárí už je takové. Lékaři mají takovou tendenci po těch 50 letech, po 60 letech a tím spíš po 80 letech říkat: „Co chcete vlastně? To už je degenerace, jedna kostry, jedna svalů.“

T: „Vyhovovalo by vám, kdyby k tomu lékař přistupoval jinak? Více se zajímal?“

I3: „Mám dojem, že by se neměli spokojit jenom s tím vyšetřením krevního tlaku, že by se měli eventuelně zeptat a zajímat se o to, jestli je to opravdu degenerace taková, že se s tím nedá nic dělat.“

T: „V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, vnímáte roli lékaře? Jak na vás působí obecně?“

I3: „Já myslím, že moje lékařka na mě působí příznivě, že má zájem svou práci dělat dobře.“

I2: „My chodíme k té samé lékařce, takže je to totéž. Myslím si, že by se měla víc zajímat o toho člověka, ne vždycky jen o tu konkrétní nemoc, ale trochu jako o celek, že jo.“

I3: „Vidět člověka jako celek trochu víc.“

T: „Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře. Na co se lékař zaměřuje? Jak se prohlídka odvíjí?“

I2: „Když chodím na „quick“ jednou za pět týdnů, tak normálně tam přijdu, ono je tam celkem málo pacientů. Do 8 hodin tam musím být, aby se mohl poslat ten výsledek do laboratoře. Přijdu tam, odebere mi krev, pak jdu k paní doktorce. Paní doktorka se mě zeptá, jak se mám, jestli je něco nového, předepíše mi další prášky a tím to skončilo. A během dne mi zatelefonuje, jak vysoký je ten „quick“ a řekne mi datum, kdy mám přijít znovu, a jak ty prášky mám užívat dál. A to se opakuje pořád.“

I3: „A to se mění.“

I2: „No nemění. To záleží na tom, jak vysoký mám „quick“.“

I3: „No jasně, podle toho.“

T: „Když se tedy lékařka ptá „co je nového?“, ptá se pouze na zdravotní stav?“

I2: „Ano, na zdravotní stav.“

T: „Zajímá vašeho lékaře, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?“

I2: „Ani ne. Na to nemají ani čas, ani zájem, myslím.“

T: „*Vy s tím také nemáte zkušenost?*“

I3: „*Víte, já mám takovou zkušenost, že ti lékaři, když vidí ten krevní tlak a je dobrý, je vynikající, tak říkají: „A kolik vám vlastně je?“ (smích) Takže je zajímavá prostě, jak to, že jsem tak starý.*“

T: „*Takže je zajímavá jen kontext stáří..*“

T: „*A dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i jinak než jen o Vašem zdravotním stavu? – např. o dopadech projevů Vašeho onemocnění na různé životní situace či vztahy.*“

I3: „*Já myslím, že kdybychom to navodili, tak že by se s námi bavili, ale sám s tím nepříjdu.*“

T: „*Měl byste o to zájem?*“

I3: „*No, kdybych o to měl zájem, tak to navodím.*“

T: „*Kdyby s tím, ale přišel sám lékař?*“

I3: „*No to bych pochopitelně..., protože je to i můj zájem, že jo.*“

T: „*Co by Vám nejvíce vyhovovalo s lékařem probírat?*“

I3: „*No..probírat tak, aby viděl toho člověka jako celého člověk, ne jenom tu konkrétní nemoc, na kterou jsou zaměřené ty léky, kterých výsledky sleduje, čili to by bylo jaksi třeba zlepšit. Ten celistvý pohled na člověka, protože zejména v téhle ekonomické situaci, ve které jsou lidi a kteří do toho zdraví musí povinně teď prakticky investovat poměrně dost peněz a mají jich čím dál méně, tak v tom bude možná i trochu úloha lékařů, aby tyhle věci viděli z takového celospolečenského hlediska tak, jak dopadají na ty lidi.*“

T: „*A jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní?*“

I2: „*Nemění, člověk je nervózní předtím a potom také, jak to dopadne.*“

T: „*Co to způsobuje? Je to jen nervozita z výsledků?*“

I2: „*Spíš psychicky, že člověk je nervózní, že tam musí jít, že musí ráno dřív vstávat o 2 hodiny, a jak tam dojde, tak o to se spíš jedná. Jinak zdravotně ne, to je spíš psychická stránka, aspoň u mě.*“

T: „*A souvisí to i nějak s osobou lékaře?*“

I2: „*Ne ne, paní doktorka je opravdu vstřícná a milá, tam není žádný důvod být nervózní.*“

I3: „*Ano, ona má přátelský postoj.*“

I2: „*A sestra také, ta je také vstřícná a milá.*“

T: „*Jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měnil se nějak od počátku Vašeho onemocnění? Že jste třeba na začátku měli nějaký dojem a pak se to změnilo?*“

I2: „*Ne ne, naprosto ne.*“

I2: „*Ne, nemění se to.*“

I2: „*On se tam měnil lékař. (jmenuje lékaře, kteří se na středisku měnili) My chodíme asi ke třetí z nich.*“

I3: „*Víte, každý z nich je jiný...*“



I2: „No ano...“

T: „Takže lékaře střídáte?“

I2: „No my chodíme pořád do toho samého střediska, jen tam se ti lékaři měnili. Oni si nás předávají. Jak nastoupil nový lékař, tak jsme se dostali k němu.“

T: „A ještě bych se chtěla zeptat, ak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byli co nejspokojenější? Jestli byste mi to mohli nějak shrnout.“

I3: „Je to otázka jeho času. To není tak jednoduché, protože...“

T: „Takže by měl mít více času a méně pacientů teoreticky?“

I3: „Mě předepisuje asi 6 léků, tak to vše chvíli trvá pochopitelně, to měření tlaku. Tak si myslím, že jeho čas je prakticky naplněn a když se domnívá, že už toho ví dost, tak.. Ale když člověk přijde s něčím, tak se o to zajímá, to ne, že by to jako přecházel nebo tak. Ale jak říkám, myslím, a to bude prakticky asi objektivní, že u nás jako mnoho věcí předpokládá, že je tím věkem...“

T:....

I2: „No aby nepřistupovali tak – „no vy jste starý, s vámi už se stejně nedá nic dělat.“

I3: „... nebo moc už se nedá dělat...“

I2: „... moc už se nedá změnit...“

I3: „Já mam takovou tabulku těch léků, kterou jsem si vypracoval na začátku, takže jí vyjmenuju ty léky, ona to posoudí, jestli to tak může být a napíše mi je a tím to je prakticky vyřízené. No a jak říkám, když vědí, že ten krevní tlak je dobrý, tak jsou celkem spokojení a myslí, že to hlavní je prakticky vyřízené.. Ona je to tak pravda, je to to hlavní, že jo. Jenomže člověk má pak ještě třeba někdy bolesti v těhle kostech a někdy je ta bolest úporná, tak jsem to říkal paní doktorce a ona říkala: „To je artróza“ a tím to skončilo. No neřeknu, tak – předepíšu vám, když máte tu bolest, tak si vzít tento lék. Ono to stejně samo odezní, oni to asi vědí.“

T: „Ano, chápu. A jaký by větší a komplexnější zájem lékaře o vás měl pro vás význam?“

I3: „Ovšem je otázka, co on je prakticky schopen s ohledem na tu nemoc, nebo bolest, co je schopen s tím dělat. Může navrhnout něco kladného nebo říct, že se s tím nedá nic dělat.“

T: „A jak to na vás působí, když lékař řekne, že „ano, to je stáří, s tím se nedá nic dělat“?“

I3: „No smírím se s tím.“

I2: „Co může člověk dělat, že jo.“

I3: „Jednak také pořád existuje spousta takových doplňků zdravotnických, doplňky potravin a ty ve své reklamě tak krásně vystihují všechny ty bolesti a trable, co lidé mají, takže... A člověk je takovým nabídkám přístupný, tak si je opravdu kupuju všelijaké z nich (jmenuje jednotlivé přípravky), protože se domnívám, že to nemůže uškodit. Asi to neškodí, když jsme tak staří.“

(zmínka o ceně těchto podpůrných výrobků na závěr)

#### **Rozhovor 4 – nedokončený**

- Informátor – žena - 65 let
  - Pravidelné návštěvy s křečovými žilami, 7 let jednou za 3 měsíce
- 

T: *„Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“*

I4: *„No potíže mám akorát se žilami a chodím si jednou za 3 měsíce vždycky pro prášky a na kontrolu, kde mi měří tlak.“*

T: *„V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsal/a roli, kterou pro Vás hrají? Jak ho vnímáte jako osobu?“*

I4: *„No stoprocentně ho beru jako důležitého člověka pro mě, protože po odborné stránce mi prostě řekne svůj názor.“*

T: *„Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře. Na co se lékař zaměřuje?“*

I4: *„No když tam přijdu, tak mi sestřička změří tlak a pak mi a pak mě přeřadí k panu doktorovi, zapíše si to a po tom se mnou hovoří, jak se cítím.“*

T: *„Na co se tedy u toho zaměřuje?“*

I4: *„Spíš na tu nemoc, jestli mi ty prášky dělají dobře, jestli mi je má vyměnit, nebo jestli mi vyhovuje prostě tenhle způsob léčby. Doporučil mi teda také operaci, že jo, ale zatím jsem na to nepřistoupila.“*

T: *„Zajímá se váš lékař také, jak Vás vaše potíže ovlivňují i v normálním životě? (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?“*

I4: *„Ne.“*

T: *„Dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i jinak než jen o Vašem zdravotním stavu? – např. o dopadech projevů Vašeho onemocnění na různé životní situace či vztahy. Měl byste o to zájem?“*

I4: *„Ne, určitě ne.“*

T: *„Co by Vám tedy vyhovovalo s lékařem probírat? Schází vám tam něco.“*

I4: *„No říkám, že se mě ptá, jak mi prášky prostě vyhovují, jestli mi dělají dobře, jestli třeba nemám nějaké psychické potíže. No ale zatím teda jsem s tím spokojená, s tou léčbou, co mám.“*

T: *„Jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře?“*

I4: *„Špatně.“*

T: *„Co to způsobuje? Jak si to vysvětlujete?“*

I4: (rozrušená, emotivní reakce) *„Nevím.“*

T: *„Můžeme to, když tak přerušit... Ano?“ (přerušeno nahrávání)*

T: *„Jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měnil se nějak v průběhu Vašeho onemocnění?“*

I4: *„No tohle už je můj třetí lékař, co tam je u nás. Takže ten je zatím teda nový, takže s ním nějaké velké zkušenosti taky nemám. A s těmi předešlými lékaři – ty byli celkem dobří.“*

T: „Takže se to nějak neměnilo, protože se tam střídali?“

I4: „Ne, zůstala jsem při stejných práscích, co mi předepsal ten původní, protože mi opravdu dělaly dobře, ta kombinace těch tří druhů prášků (na tlak, na cholesterol a ...).“

T: „A ten přístup lékaře či lékařky k Vám, Vám vyhovoval? Nebo jak byste to popsala?“

I4: „No vyhovoval...musela jsem se přizpůsobit lékaři, že jo, protože byl takový i docela přísný.“

T: „Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byl/a spokojený/á?“

I4: „Nevím, myslím, že každý tam jde s nějakým problémem...Pacient je takový no... jdete tam s nemocí prostě, jste...“ (požádání o přerušeni nahrávky)

## **Rozhovor 5**

- Informátor – žena - 57 let
  - Gastroenterologie
- 

T: „Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“

I5: „Přibližně rok a půl mám problémy se žaludkem, žáhou. Spojené je to opravdu od žaludku až po krk, stavy takové nepříjemné po různých jídlech, nedá se určit, že by to bylo třeba jenom po sladkém nebo jenom po masném, ale problémy přetrvávají rok a půl, takže jsem navštívila tady obvodního lékaře s tím, že tedy nevím, jak to řešit. Dostala jsem doporučení k odborné paní doktorce na gastroenterologii. Takže jsem tam poprvé přišla, řešily se veškeré problémy nejenom tohohle, ale veškeré – že se léčím s vysokým tlakem, co všechno mám za sebou a došlo se k tomuhle zásadnímu problému, kvůli kterému jsem tam přišla. To znamená, že si mě paní doktorka vyšetřila, zjistila problém, zjistila i pozitivní věci, že není fůra věcí poškozená, že se teď nemusím znepokojovat a začalo se to řešit léky. Bylo mi řečeno, že léky se můžou brát dlouhodobě, že jsou i pacienti na nich léta, dlouhodobá záležitost a neškodí nikde. Nebo potom, kdyby nebylo vyhnutí, tak je i možná lehká operace, podle toho problému. Jmenuj se to reflux jícnu. No takže tam prostě jsem spokojená, tam není žádný problém. Vyšetření to bylo nepříjemné, ale docházím na pravidelné kontroly a probíhá to pod lékovou léčbou úplně bez problémů.“

T: „Mohla byste mi tedy popsat roli, kterou pro Vás lékaři hrají obecně?“

I5: „Důležitou, velice důležitou. Dávám na doporučení různých kolegyň, kamarádek. Nejdu bez nějakého, že bych trošku nevěděla, kdo to je. Jsou to důležití odborníci, bez kterých se asi nikdo z nás neobejde. Věřím prostě ve spolehlivost, a že lečí a opravdu to myslí dobře s pacientem.“

T: „Jak byste popsala tuto „informovanost“ o tom, kdo to je (za lékaře) jako faktor? Jak to na vás působí?“

I5: „No, uklidní mě to a jdu s důvěrou. Odbourá to veškeré pochyby, strach. Jsem si tak v ten moment jistější, když vím nebo od někoho slyším: „Jo tam jsem byla/byl. Je to pozitivní, dobrý. Zkus to tam.“ A jdu klidná, věřím takto v dobré odborné lékaře.“

T: „Vy už jste částečně popsala, jak probíhá návštěva u vašeho lékaře, tak jestli byste mi to mohla ucelit? Na co se lékař zaměřuje?“

I5: „Lékař se většinou zaměřuje i na věci, které nejsou úplně...netykají se toho problému, ale co mi tam vadí je ten přístup k tomu počítači hlavně a ne k osobě hlavní. A myslím si, že ze zkušenosti třeba se svou maminkou, které mám, že to už je mnoho let zpátky, byl ten kontakt mezi lékařem a pacientem takový ne vysloveně zaměřený na ten daný problém, ale zajímali se i o osobní věci, což bylo krásné. A tím pádem se mi zdá, že mohli lépe léčit, když věděli tu rodinnou problematiku i třeba z okolí toho pacienta, co ho třeba vyvede z míry nebo..., no to teď už není. A jediné, co mi u těch lékařů vadí, je, že to není takový ten kontakt osobní. Je to, že jo, oni to musí zanášet do počítače hlavně a vy mluvíte, jo. Takže, tam je hlavně počítač, lékař a pacient, který nemá kvůli tomu počítači ten kontakt takový s tím lékařem, ale zrovna tak lékař s pacientem jako to bývalo tedy před hodně lety zpátky. Tohle to tam chybí určitě.“

T: „Takže to na vás působí, jako že to lékaře rozptyluje?“

I5: „No, rozptyluje, a tím pádem, že jo, do toho počítače nebude zanášet věci, na které by se jenom osobně mezi řečí dostali. Tam opravdu on potřebuje jen tu odbornost a ne žádné soukromé věci, které by třeba pacient lékaři rád sdělil, že si myslí, že to i má vliv na ty choroby, že jo. Protože, co je vyvolává... Hlavně si to ten pacient způsobil něčím takovým, co vůbec není ani lékařsky posuzovatelné. A tady by právě bylo dobré, kdyby ten kontakt byl osobnější, zajímali se víc i o to soukromí, ale já to nevidím tak, že by to v téhle době počítačové šlo... Ale bylo to, mohlo by s to někde v nějakých oborech třeba ještě vrátit, ne všude, ale někde jo. Třeba u některých specialistů ano, ať u srdcařů, nebo podle toho s čím má problém někde, tak by to možná šlo... Já se o to pokusím v tom svém problému, s tou gastrokopií, jak chodím, tak se pokusím komunikovat i o jiných věcech, protože jako je to důležité, si myslím. Že je stresové a tak, ať to ten lékař ví, že prostě ten člověk není úplně v pohodě, proto to má vyvolané třeba tím a tím. Nemusí to být něco odborného úplně.“

T: „Tak přemýšlím, v téhle odpovědi jste obsáhla i další otázky. Takže byste byla ráda, kdyby...?“

I5: „No byla bych pro, aby byli lékaři takoví osobnější k tomu pacientovi, individuálnější přístup, to by bylo supr.“

T: „Mohla byste mi tedy popsat ten subjektivní význam pro vás, toho že by s vámi řešil i ty jiné příčiny? Jaký vliv by to mělo?“

I5: „No asi bych si byla taková jistější... Ne, ten zájem by mě už podpořil, jo. Takový ten přístup, že má zájem i o jiné věci nejenom... že ten zájem dá strašně moc tomu pacientovi, když cítí, že nejenom opravdu „šup šup rychle, běžící pás“ že jo.“

T: „Jaký máte vztah ke svému lékaři teď a jak se měnil?“

I5: „No samozřejmě že, když se mi měnil obvodní lékař po nějakých letech, tak vzhledem k mému věku už je to také – mladý člověk jinak a já jinak, by měl zkušenosti pochopitelně. Takže když se mi měnil prostě obvodní lékař, tak to je jasný, že poprvé taková ta počáteční obava – říkala jsem si, že ta doktorka bude mladá, pak jsem i viděla, že je opravdu mladá a nebude zřejmě mít zkušenosti velké, tak jak to bude probíhat, jestli u ní zůstat, nebo přejít k někomu jinému. A také bylo znát, že to není typická Češka, že měla přízvuk trochu jiný... No že je to prostě asi zřejmě původem cizinka, tak jsem si říkala – ježiš, jak si budeme rozumět, to bude... jak to bude probíhat, ale ukázalo se, že tam problém žádný nebyl. Je bezvadná, chodím k ní dodneška, k té stejné obvodní lékařce.“

T: „*Jak se většinou cítíte před návštěvou a po návštěvě u lékaře?*“

I5: „*Samozřejmě, že je trošku strach, jestli nebude nějaký nový problém, nebo jestli bude všechno v pořádku, to je normální a většinou pozitivně odcházím, protože se to většinou u toho lékaře dobře vyřeší. Bez problémů, nevím o žádném... Naštěstí nepatřím k těm, kdo měl nějaký velký problém u lékaře. Kromě toho, že to je také taková úředničina, to je pravda...“*

T: „*A jak třeba reagujete, na nějaké špatné dojmy? (př. Špatné komunikace kvůli počítači)*“

I5: „*Já myslím, že mě to ani nijak neovlivňuje, že už zase myslím na jiné věci a šup šup od toho problému, který tam eventuelně třeba... nebo od té věci, která mi tam vadila šup šup pryč a nezabývat se tím nějak moc. Prostě hlavně, že člověk docílí u lékaře toho, že se prostě řeší ten zásadní problém. Každému by třeba nebylo příjemné ty osobní věci a takhle rozebírat, to je můj názor čistě...“*

T: „*Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byla spokojená?*“

I5: „*No tak to by bylo krásné, kdyby pan doktor nebo paní doktorka při příchodu pacienta vyskočila od stolu a přivítala podáním ruky, pozdravením, chvilku komunikací bez nějakých papírů hrozných (což považuju za takový nešvar – papíry, počítače). Prostě chvilku probrat věci osobně proti sobě a pak tedy se věnovat tomu, že to musí zanést samozřejmě do počítače, napsat recepty a tak.“*

T: „*A ukončení?*“

I5: „*Taky to samé – rozloučit se pěkně, vyprovodit ke dveřím klidně i. U pár lékařů jsem se s tím setkala, ale je to fakt ojedinělé, takové to – vyprovází vás, podá vám ruku, usměje se – prostě ten přístup takový lidštější. Hodně to bývá strohé často, ne všude to je fakt, ale i co slyším, nejen z osobní zkušenosti, i co člověk slyší jinde, tak tam hraje ta osobnost roli...“*

T: „*Myslíte, že by vám to něco ulehčilo? Jaký by to pro vás mělo význam tahle komunikace?*“

I5: „*Takový povzbudivý. Povzbuzení, že je ten zájem. Je to hezcí přístup, tedy pro mě by byl. Než jen pozdravit od stolu s tím, že „povídejte, povídejte“ a přitom se většinou ten lékař věnuje počítači.“*

## **Rozhovor 6**

- Informátor – muž - 66 let
  - Pravidelné návštěvy diabetologie, kardiologie a další
- 

T: „*Máte zdravotní potíže dlouhodobě?*“

I6: „*No, už takových 20 let. Jsem diabetik... Došlo k tomu tak, že jsem to podceňoval, no a pak začaly komplikace, až jsem se dostal na inzulin. Takže teď jsem na inzulinu, přidaly se k tomu nějaké choroby, že jo, srdce začalo zlobit. To bylo v takovém 75. roce, to už jsem začínal mít problémy, a protože jsem to podceňoval (příklad o namáhavé procházce s manželkou) – říkal jsem si, že to musím zvládnout i po těch potížích. Nebyl to infarkt, ale když tam nějaké potíže byly, tak to byla arytmie, protože pak mi zjistili, že mám VPV syndrom, což nevím, co dneska je, že se na to prý neumírá, ale budiž, je to*

taková věc. Takže několikrát jsem byl v nemocnici s tím, narovnal se to, pak v 77. po pohřbu matky vlastně jsem dostal infarkt a druhý den po tom pohřbu jsem šel ještě s příbuznými do města a udělalo se mi tam blbě, a bylo to dost takové, že už jsem cítil, že to chce víc nějak tak jako hlídat. No a tak jsem šel naproti do lázeňského domu, kde mi dali nitrák a říkali – pomalinku domů a kdyby náhodou, tak hned sanitku. No tak samozřejmě doma se mi zase přitížilo, přijela žena z práce, já jsem jí říkal, aby se nezdržela, aby přijela hned. Nechtěl jsem dělat divadlo a volat sanitku, tak mě tam odvezla, na internu no a tam už to bylo takové dramatické trošku, protože ten doktor, který mě přijímal, tak mě chvíli vyšetřoval a pak ženě říkal „připravte se na nejhorsí, to nevypadá k žití, protože to je mladý člověk“, to bylo v jednatřiceti, že jo. No ale povedlo se to, že se to zachránilo. Takové ty rodinné komplikace k tomu, které prostě... Asi to srdce bylo dost odolné, protože v té nemocnici, kde jsem byl 3 neděle, jsem se těšil na děti hlavně, až přijdu domů, bude pohoda a všechno se dá dohromady. Tak mě pustili nějak v sobotu, a když jsme večer seděli u večere, já ještě takový rozklepaný, když jsem chodil po bytě, jsem se musel furt někde opírat, tak žena mi stejně říkala „víš, já si stejně myslím, že to simuluješ“, tak jsem se nadechl a říkám „dik no“. Poprvé jsem si připustil myšlenku, že bych ji zbil, fakticky to, ale protože jsem na to neměl fyzicky, tak jsem to nechal. Nakonec jsem rád, že k tomu nedošlo, protože pak byly i jiné příležitosti...“

T: „To si vás asi jen dobírala, ne?“

I6: „No to bylo smrtelně vážně, bohužel. Následoval pak tichý týden, kdy se mnou nemluvila a nestarala se, jestli mám něco k jídlu. A schválně takové třískání dveřmi, vyloženě se v tom vyžívala.“

T: „A myslíte, že takhle špatně reagovala na vaše zdravotní potíže?“

I6: „Asi jo, ona to vnímala jako, že simuluju, prostě nebrala to jako důležitou věc. Protože pak jsem byl 3,5 roku v invalidním důchodu částečném, kdy jsem chodil na 6 hodin do práce jako skladník, protože pak jsem se dal dohromady. Při tom jsem také vymaloval byt, chodil jsem na zahrádku. Tak všechno se jako snažil a pak jsem začal zase dělat. No a pak došlo k tomu, že jsme se rozvedli, protože uváděla pořád takové věci, děti do toho tahala, syna mladšího na psychiatrii – že on je špatný z toho našeho vztahu, přitom ona byla vyloženě hysterka. Dokonce když už jako to vrcholilo, tak zařídila vyšetřování u dětského psychiatra. Jednou tam byla, dvakrát tam byla a potřetí už se mi to nezdálo, tak jsem říkal, hele já tam s ním sjeďu. Tak jsem tam jel, známý nás vzal do Chebu. Tak jsme k němu přišli (psychiatrovi), on se ptal „Tak co, Láďo? Jak je?“ a on říkal „Jo jo, žádné problémy“, „Tak počkej na chodbě“. Tak se ptal mě potom, jak to u nás chodí. Tak jsem mu tak během pár minut naznačil, jak to u nás vypadá, jaký je tam stav (popis toho, co mu psychiatr poradil do manželství)...

T: „Takže zkušenosti s lékaři máte hojné i se všemi peripetemi. A jak nyní chodíte často k lékaři?“

I6: „No, protože chodím ke kardiologovi a k diabetoložce, tak chodím, zhruba se dá říct, jednou za dva měsíce. Navíc teď mám problémy i s nohou. Takže teďko tak jednou za týden k té doktorce chodím a ona je velice pečlivá a opravdu se stará o mě úplně suprově, tam má v počítači všechny moje údaje a třeba no „už je to dva roky, co jste dostal nové boty, tak teďko už napíšeme další“, jo takže velice pečlivá. Já jí taky trošku jako vycházím vstříc, abychom vycházeli. No prostě nemůžu si jí vynachválit. Ona mě také občas pochválí, že jsem dobrý... (smích), to víte, ješitný chlap.“

T: „Jakože dodržíte všechny pokyny?“

I6: „No, že se snažím a tak. No první vlastně takovou zkušenost jsem získal na té interně, to jsem byl takový vyplašený, protože jsem tam byl dlouho. Tam to bylo úplně jinak než teď, to byly vizity, velká a malá denně, přišel primář. No dneska už není tolik času, aby se těm pacientům věnovalo, je to slabší a slabší. Člověk přijde, tedy ten doktor, podívá se, dobré dobré, to jsou takové rychlovky, že člověk se ani nestačí zeptat. Prostě proběhne a hotovo. No a pak další zkušenost jsem měl, když jsem pracoval v lázních, tak tady to jsem měl problémy s krční páteří a se zády. Tak jsem přišel za doktorem a řekl mu to. Třeba jsem měl takové motanice, nešel jsem dobře a on mě vzal a teď prostě mě napravoval ten krk a obratle do sebe zaskakovaly, to byla jak, když sypou brambory. Ale dal mě dohromady a já jsem šel úplně lehce. To byla asi z toho mého ježdění, věčně za tím volantem, věčně jsem seděl, takže to bylo tímhle tím.“

T: „Jak byste popsal roli, kterou pro Vás hrají? Jak je vnímáte ve svém životě?“

I6: „No už jsem také rozlišil odborníky, třeba funkcí, kterou mají... Třeba jsem byl u okresního kardiologa, ten mi dělal vyšetření, SONO, EKG, říkal, že je to dobré, líbí se mu to a je to dobré, no a za pět dnů jsem dostal infarkt, dost takový blbý i tím svým projevem, že mě odvezli do Chebu a tam mě – měl jsem při tom i arytmií – tak mě tam nahodili, jsem se probudil, kolem plno bílých plášťů a říkali mi, že teďko pojedeme do Varů. Tak mě vezli do Varů na tu koronárku, tam mi udělali vyšetření. Tam jsem byl týden, tak po tom týdnu mi řekli, že mě pustí domů a za takové 2 3 měsíce vám zavolají, že jsme vám udělali všechna vyšetření – plic a prostě vše, co je k tomu potřeba – a zavolají si vás tam a půjdete na operaci. Pátý den už mi volali, že v pondělí už mám nastoupit 11. září 2006. Pro mě přijela sanitka, přijel jsem tam. Vyšetřování a tak to bylo úplně na jiné úrovni než Cheb, daleko jiné. Večer přišel takový pan doktor, říkal, že je doktor – červenou mikinu takovou opravnou, džíny, plášť za ním takhle vlál – představil se a řekl, že mě on bude operovat a zeptal se „Jak se cítíte? Nebojíte se?“ – já jsem řekl „Nevím, o co jde, tak ne že bych se těšil, ale zatím strach nemám.“ No a ráno jsem jel no. Jsem jel na stůl a strach jsem tam dostal, když mě přivazovali nohy na tom operačním sále, tak jsem si říkal, hergot, teď už neuteču (smích). No a tak jsem byl na sále, já nevím, asi 6 hodin...“

T: „A ovlivnilo vás nějak to, že se vás lékař zeptal, jak se cítíte?“

I6: „No mě to ovlivnilo docela příznivě, protože jsem s tím nepočítal, že jo, že řeknou „Tak a teďko jedem, jo?“ A on mě takhle připravil na to takovou – i tím svým vystupováním i tím, jak vypadal, tak jsem si říkal, že to vypadá dobře. Spíš takový přátelštějším tónem se mnou navázal takový kontakt. Tak jsem si říkal, to snad bude dobré. Potom ta operace byla těžká, že jo. Protože to už jsem měl dost cukrovku, tak k tomu se muselo přihlížet, tak to bylo složité, opravdu to byla makačka, protože mi brali i štěp z nohy, tady odsud až po stehno. Na to srdce, protože mi dělali 4 bypassy. No a potom ta péče, už na tom sále jsem byl po operaci, ležel jsem, byl jsem samé hadičky tady a tady a prostě všechno. A ty sestry, jak tam kolem mě běhaly, a jedna měla kukaň a hlídala mi EKG. No a jenom jsem se blbě pohnul, lehl na kabel a už to začalo, přiběhla sestra „Co je, co je? Jak je vám?“ Tak se podíval, že to je kabel. No takže ta péče tam byla ohromná. Protože to byly sestry, které měly vysoké školy. To fakt už člověk cítil, že to je na vyšší úrovni. To byla sestra, která se starala jenom o pacienta. Ne jako tady v Chebu, že sestra, když nikdo nebyl na úklid, tak to prostě ojela tím mokrým hadrem, utírala prach a prostě všechno. Tam třeba i byly všude gumové rukavice, když k vám přišel zdravotník, tak prostě v rukavicích. To člověk získá takovou sebejistotu, protože si řekne, že tady už je ta péče na veliké úrovni. Potom ty rehabilitace a tak. Z toho jsem byl mile překvapený, že se poskytuje až takováhle péče no.“

T: „Ano, tak asi pokročíme...“

I6: „Jo jdeme dál, já toho moc nakecám, vidíte? (smích)“

T: „To nevadí. V průběhu se také určitě něco objeví... (smích) Tak teď bych vás poprosila, kdybyste zkusil popsat, jak probíhá návštěva u nějakého Vašeho lékaře třeba u toho obvodního nebo některého, který je pro vás zásadní? A na co se obvykle zaměřuje?“

I6: „No tak v první řadě musím vyjmenovat tu diabetoložku, která je fakt pečlivá. Přijdu, ukažte mi nohy, protože sleduje nohy, jaké mám žíly, jaká chodidla. Pak se podívá, ptá se, jakou provádím prevenci. Prohlédne mě, a eventuelně, když je to po delší době třeba po půl roce, tak si nechá udělat laborku. Takže už přijdu, a už mám laborku. Takže ona se mě fakticky pečlivě věnuje. „Tohle to nosíte? A máte diabetické boty?“ A tohle všechno je úplně super. Ona prostě, to je vzácný jev. Ta její péče je úplně na nejvyšší úrovni, která může být. Taky je vyhlášena, že je nejlepší. Ale když někdo zlobí a nedodrží režim, tak dovede být zlejší, i to jsem slyšel. A ono to asi nejde jinak, já to celkem chápu, cením si toho, že jsou, jako třeba já, takový lajdáci, kteří to podceňují nebo nedodrží tu dietu tak. Já neříkám, že jsem svatý, to nejde, někdy člověk když vidí tu dietu, tak to nejde... (popis omezeného diabetického jídelníčku). Člověk si udělá takový režim, že uzná, že to jde. Sladké věci jsem vyloučil, když jako jsem je měl rád. Teď už si řeknu – nejde to a hotovo.“

T: „To musí být těžké, to si nedovedu představit.“

I6: „No taky někdy zobnu, to víte, že jo. To by bylo až nápadné takhle. Protože vzhledem k tomu, že člověk fakticky někdy zjistí, že to tělo si o to řekne a musí se mu trošku vyhovět.“

T: „Zajímá lékaře, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?“

I6: „Protože jsem byl mezi lékaři, taky jsem jezdil na říditelství v lázních. Já jsem mezi nimi byl, tak jsem dost jako pochytíl a právě a pro takové srovnání – lázeňský lékař a lékař z toho Homolky, když srovnávám, tak to je něco úplně jiného. Lázeňští lékaři jsou sice hodní, všechno pomůžou, ale to vyplývá z praxe, kterou mají. Tady vlastně přijde pacient, který už je připravený, má vyšetření ze všech možných míst a ten doktor jen dělá. Jsou tam limity procedur, kde pacient může dostat jen ty a ty procedury a dost. Jako v mém případě, když jsem byl po tom infarktu tady jako ambulant, tak jsem zjistil, že nějaké dvě těžké procedury, jako uhličitou koupel a masáž, že to bylo moc na mě, že když jsem se nasnídal, tak to bylo pro mě velké zatížení. Tak jsem věděl, že tohle nemůžu nebo jsem se nějak s lékařem domluvil a chodilo to dobře. Díky tomu, že jsem byl právě u toho doktora (jméno), který mě fakt opečovával už dlouhá léta předtím, tak jsme se znali takhle, tak že mi dost pomáhal no.“

T: „A ptal se vás někdy, jak ta nemoc působí na vás jako na člověka?“

I6: „No takhle, ono to bylo spíš tak, že jsme navodili na tohle to řeč tak, že já jsem mu řekl, jaké mám pocity a on mi vysvětlovat proč, jaké příčiny. Takže jsme se nakonec dobrali k tomu, že jako moc se hlídat jako hypochondr, ne že nejsem, já se hlídám, ale už si umím některé věci vysvětlit. Říkám si no jo bolí mě hlava, motá se mi hlava, no tak už si to vysvětlím, no jo to je od toho a prostě nechám to být. A když je mi špatně, když mě bolí na hrudi nebo ta hrudní kost, a když se pohnu třeba a ta bolest ustoupí, tak je to jasné, že to je páteř. Takže tím jsem se jako dost vycvičil, že si musím některé věci jako sám nechat vysvětlit, nesmí se to podcenit. Protože také se mi stalo, že jsem byl taky s nějakými problémy u doktorky, a předtím jsem vlastně měl problémy se srdcem – no



*tak jsem se radši synem nechal odvést rovnou ke kardiologovi – a ona mě potom za to vynadala: „Jak to že jste to bez mého...?“ a já říkám: „Paní doktorko, to chtělo, stejně byste mě tam poslala, tak jsem nechtěl ztrácet čas. No člověk si musí udělat pořádek v tom, že člověk už nějak odhadne, co může a co nemůže, že jo.“*

*T: „Dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i jinak než jen o Vašem zdravotním stavu – např. o dopadech projevů Vašeho onemocnění na váš život?“*

*I6: „No, když jsem měl ty problémy doma, tak jsme to probírali, protože první příznaky vlastně infarktu jsem měl a byl jsem na vyšetření u mladé lékařky po fakultě. Tak mě vyšetřila a ptala se mě „A co, jak to máte u vás doma?“ a já říkám „No tak takhle, takovýhle to...“ a ona říká „To je příčina. Vaše rodinné problémy.“ Tak mě poslala do Chebu na vyšetření, to bylo...tam se točilo jen EKG, neměli ještě SONO, to bylo takové trošku no... Takže ta byla první, která mi nasadila myšlenku, že to může být všechno příčinou toho. Což já jsem normálně, jak říkám, fyzicky se nešetřil, ne nešetřil, ale prostě dělala jsem na zahradě a všechny práce, které byly potřeba doma, s dětmi jsem chodil ven na kole a tak, jak to šlo no.“*

*T: „A když to zmínila, mělo to pro vás nějaký význam?“*

*I6: „Ono to bylo asi tak, že já jsem to ani tak moc nevnímal, že je taková. A vždycky jsem si říkal, vždyť ono se to může srovnat. V první řadě tam byly děti. Jsem si říkal, že nemůžu nic jiného než se soustředit na ty děti, protože to byl smysl života, že jo, protože ten mladší se narodil s atopickým ekzémem, tak tomu jsme museli věnovat trošku větší péči. I z jiné strany to nebylo tak patřičné, jak by potřeboval, protože tenkrát se to léčilo mastičkami, různé kortikoidy a takovýhle blbosti. A tak jsme jednou byli v Radlicích u jedné báby, možná jste to slyšela, to byla taková léčitelka, která dělala vyšetření podle moči, a jezdilo se k ní na objednání, byla to taková lidová léčitelka prostořeká, ale přitom uměla pomoci. Tak nám tenkrát dala takový asi dva pytle takového čaje, a že to má manželka klukovi vařit a dávat mu ty čaje. No a tam jsem to slyšel poprvé, že to je vnitřní záležitost, vnitřních orgánů ten atopický ekzém nejenom z prostředí, ve kterém žijeme, ale že tam je příčina tohohle. A o tomhle jsem se přesvědčil, když se narodila vnoučata. Malá Evička měla po tátovi ten ekzém a kluk také a její maminka, ta se do toho úplně zažrala, ta to bere velice důsledně, takže v jídle, drží ji jako celiatičku, takže žádná moučná jídla a fakt je na ni příšná.“*

*T: „A pomáhá to?“*

*I6: „Pomáhá, je čistá a krásná. To měla pořad, ta potní místa. A když přestala kojit, tak i vyloučila mléčné výrobky, to bylo podstatné asi. Takže jí dávala..., věnovala se jí i tak, že ji koupala v bylinkách třeba březovou kůru nebo tak, což bylo účinné. Dostala ji z toho, protože ze začátku to bylo strašné, škrábala si to do krve, to se museli dávat ponožky na noc na ruce, aby se neškrábal, ale stejně... No tak to bylo takové středem toho našeho života - vlastně byly ty děti, tomu jsem podřizoval vše. Jsem si říkal, že se nemůžeme rozvést, protože nemůžeme ty děti opustit a tak no.“*

*T: „Co by Vám vyhovovalo nejvíce s lékařem probírat? Jak byste si představoval ten rozhovor?“*

*I6: „No já bych si to představoval právě s tím, kdo mě ošetřuje – takže když jsem byl právě u toho doktora, který už věděl, jak na tom jsem, co a jak, tak se mě zeptal a já jsem mu zase svým způsobem odpovídal. I když tam byly nějaké otázky, tak aby ve mně nevzbudil nějaké lekání, takže už se ptal tak jako dobře. A zase pani doktorka ta diabetoložka, ta zase spíš prevenci a vysvětlovala, proč všechno a jak co působí a jak co*

*mám dělat a co můžu. Jo, jak se chovat v té cukrovce, že se to dá uhlídat. Dá se to, dá, tam musí člověk, řekl bych, mít trochu strach. Když vidíte u některých lidí ty následky a znala jste je předtím, jak se ty lidi vyjadřovali k té nemoci a pak je najednou vidíte, že je na vozíku, že nemá jednu nohu, že skoro nevidí a to je šok. To vás jako silně postraší, to je potřeba taky někdy, aby člověk dostal respekt před tou nemocí. No a když mluvím s tou doktorkou, ta je fakticky velice pečlivá a vysvětlí mi, proč to a to dělat, brát ty a ty léky a tak, co dělají a jak působí, ne jen že „Tady to budete brát a hotovo.“, ale ona mi k tomu řekne i co a jak no.“ (o zařazení do výzkumného projektu)*

T: *„A takhle, když vás tedy pěkně informuje a ta návštěva proběhne takhle, tak jak to na vás působí? Jaký to má pro vás vnitřní význam?“*

I6: *„To je právě ten vnitřní pocit, že k ní jdu a nemám vůbec žádné..tak jako abych kličkoval nebo něco, protože bych řekl, že je mezi námi úplná důvěra, tak se jí ptám otevřeně. Ptám se jí na věci, které nevím, jestli bych si troufnul u někoho. To právě to vyplývá z toho, že když se někoho zeptáte a on vám to nějak tak odsekne nebo řekne „A to je dobré.“, tak ona vám tady hnedka vysvětlí, že co je příčinou tohoto stavu a proč ty léky a na co se to bere takže...“*

T: *„Jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní?“*

I6: *„No tak před tou návštěvou, když jdu, tak vím, že tam budu dlouho čekat, ale to už jsem si zvykl. Když jdu na osmou hodinu, tak jsem rád, když vypadnu v deset. Ale to si říkám, že už tak přijde, záleží kde. U té diabetoložky, tam se těším, protože vím, že to bude to, co očekávám od toho. Že mi ta doktorka řekne, jak jsem na tom, řekne „Nevím, proč sem chodíte, vždyť jste zdravý.“, tak to je takové hezké, víte. To je právě důsledek toho, že tam je ta vzájemná důvěra, že si prostě řekneme na rovinu. Ona mi řekne, co a já jí taky řeknu jaké problémy a příčiny, nesmí se nic zatajovat, že jo, musí se říct všechno, a ona mi všechno i vysvětlí takže...“*

T: *„Takže vás i jakoby motivuje k dalšímu...?“*

I6: *„No určitě, určitě, protože je to takové, když člověk má důvěru v toho lékaře tak tam jde otevřenější. Už tam jdu s tím, že od ní můžu čekat dobrou odpověď nebo uspokojivou, že mi řekne, jak reaguju na některé věci. Ona mi sama vysvětlí možné příčiny a nezapomene připomenout, jak to může být, co se pak může stát. A právě velice mě bedlivě sleduje s tou nohou. Byl jsem tam v úterý a ve středu ráno už jsem jel v půl šesté do Plzně na tu kliniku. Velice rychle to zařídila. Dneska jsem právě u ní byl a dal jsem jí ty výsledky, tak jsem jí poděkoval, že jsem rád, že mě takhle rychle vybavila a ona říkala, že je také ráda. To je vidět, že je tam něco navíc. Takový osobní vztah, že si řekneme o těch dětech, já jsem jí přines fotku naší Evičky, když byla malá, a je tak jsem si popovídali o těch dětech... už takové víc osobní to je. Tam taky je ta důvěra znát, že se nemusím obávat něčeho, že by mi neřekla, jak to je.“*

T: *„A jaká myslíte, že je vazba mezi tou pozitivní zkušeností s lékařem a vašim onemocněním? Pozorujete něco takového? (Že kdyby třeba měla jiný přístup, tak že byste to prožíval jinak?)“*

I6: *„No asi bych s tou nemocí neuměl, nechci říkat bojovat, ale brát jí pořád. To člověk musí pořád brát v úvahu, že je tady tahle věc, tak někdy si i říkám, je ta kdyby mě viděla, ale... No říkám, tam je rozhodující ten vzájemný vztah a pak už se to léčí podstatně lépe.“*

T: *„A měnil se nějak ten vztah v průběhu? Jaké byly vaše počáteční a pozdější dojmy?“*

I6: „No tak na začátku jsem byl s diabetem léčený prášky, chodil jsem k doktorovi do Chebu na starou polikliniku, tam byla vždycky fronta, vzal nás pět, vše odškrtnal a odpoledne přišli, řekli nám výsledky a dobré. Kdežto tady ona se věnuje jednotlivému pacientovi, jak potřebuje. Když vidí, že ten pacient spolupracuje, tak se to cítí vzájemně, že si pomáhají vzájemně, že od ní cítím pomoc, proto se jí také svěřím a nemám obavy, naopak vím, že ona mě pomůže. Nemusím se ani ptát a cítím od ní, že stojí o to, aby mi pomohla a abychom spolupracovali. Nemusíme si říkat vše, proto ta vzájemnost je taková důležitá. Proto vyzdvihuje jenom tuhle doktorku, protože ta je fakt v tomhle tom špica.“

T: „A u ostatních lékařů máte nějakou negativní zkušenost, kde vás to třeba špatně ovlivnilo nebo nějak jinak ovlivnilo...?“

I6: „No to vám řeknu poslední zkušenost – to jsem měl jít na vyšetření střev u zase jiného doktora, tak jsem tam přijel večer byl režim nejíst nepít, a ráno se čekalo, až přijdu na řadu a měl jsem vše připravené, doktor předtím zakroužkoval EKG, no ale pak mi řekli, že potřebuju i SONO, tak mi řekl, no vidíte to by vás tam stejně nevzali, tak mi udělal SONO a řekl mi, že mi pak dají před tím antibiotika. No a když mě tam vezli, tak mi je měli dát a nic, tak jsem se ptal a oni se divili, pak je tam neměli a hledali je, sice je chvíli, pak mi to teda udělali, nebylo to nijak hrozné, bolest nebo tak, ale byl jsem z toho takový rozčilovaný. A když jsem tam nastoupil, sebrali mi všechny léky i inzuliny a říkali, že mi to budou dávat. No dobře říkám, občas něco dali občas ne. V pondělí po tom zákroku jsem měl problémy po narkóze – žaludek, zimnice. (další popis pobytu v nemocnici) Měl jsem pak pocit, že bych měl dostat něco najíst, tak jsem řekl sestře, a dostal jsem pak rohlík. No a pak, když mě pustili, tak jsem přijel domů a změřil si cukr a měl jsem skoro 27, tak jsem volal té kardioložce, a ona říkala, až hned zítra přijedu „To víte, to jsou chirurgové, ty o té diabetologii moc neví“.“

T: „Takže se asi zaměřili jen na ten svůj problém...“

I6: „No ano, to je zřejmě tak, každý obor si hlídá svoje, protože když jsem byl po operaci na té Homolce, tak pečlivě se o mě starali, to nemůžu nic jiného říct, ale pak přišel nějaký kardiolog na vizitu a říká: „Pijete?“, a já: „No piju“, „No a kolik?“, „No musím těch pět litrů za den.“, „Cože? Ježišmarja.“, „No musím, to víte, když spočítají, kolik vypiju a kolik dávám do džbánu.“ No tak se tam hned rozběhl za těma kardiologem a chirurgem, tak se tam nějak dohadovali. Ale pil jsem, a pak už jsem nemohl vodu ani čaj, tak mi tam nosili dia-pivo, ty dvě sestřičky... (popis komplikací) no tak jsem vlastně 3 neděle nemohl ani jíst, byl jsem přecpaný těmi antibiotiky a nemohl jsem nic jíst, shodil jsem tam asi 18 kilo, zaplatpánbůh za ně, že jo, to není špatné. Ale jo to bylo dobře, protože to srdce mělo méně práce. No tak jsem pak po týdnu, kdy mě pustili, teprve jedl. Tak právě chci říct to, že tady si každý hlídá svůj obor, že jo. Ten kardiolog ví, co může to srdce a ten potřebuje, aby to všechno běhalo, ty cévy byly zapojené a vyzkoušet to na větší zátěž a výkon toho srdce, aby se to jako rozjelo.“

T: „A jak to tenkrát na vás působil tenhle přístup?“

I6: „Bylo mi to takové divné, ale říkal jsem si, že oni asi vědí, co... Já jsem tu ránu měl otevřenou 3 týdny. To bylo jen zašité, protože ta kost je zdrátovaná, ale nebylo to čisté, tak mi tam dali takovou hadičku a odsávání hnisu a to jsem měl 3 neděle. Musel jsem cvičit a i s tím chodit, pak jsem byl i na vozíku, jezdil jsem s tím i dolů do bufetu na kafe, ale jíst se nedalo...“

T: „A když tam přišla nějaká vizita, tak starali se, jak se tam s tím cítíte?“

I6: „No když jsem si postěžoval, jo, tak dobrý dobrý, ten který mě operoval, tak tam nebyl dlouho ty tři neděle tam nebyl a tak jsem mu říkal, že už jsem ho tam dlouho neviděl, a on že byl v Americe v Los Angels, tak jsme se pak zasmáli. No já jsem to bral tak, že co řekne doktor, tak to já musím splnit. Když mi řeknou, že musím toho tolik vypít, tak k tomu mají asi nějaký důvod. Ten srdcař mi také potom řekl, že to velké množství, těch pět litrů, že je moc, no ale to...to jsou takové odborné věci, které si musí vysvětlit oni a nebudou mě přece říkat, co můžu nebo jak já mám, nebo podle toho..to by se asi nedalo že jo, to by byla taková partyzánština potom...“

T: „No jo, musí se to vše dodržovat...“

I6: „No no, být hodný a cukr jsem měl, tak jsem nejedl jablka a to no...“

T: „Tak jo, to by bylo asi všechno ode mě, tak vám děkuji.“

## Rozhovor 7

- Informátor – žena – 37 let
  - Onkologie, rok a půl
- 

T: „Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“

I7: „Zdravotní potíže mám od roku 2011. A teď k lékaři docházím v krizových situacích, když už nevím, kudy kam. Co nejmíň.“

T: „Dalo by se tedy říci, že v průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři?“

I7: „Ano.“

T: „A jak byste popsala roli, kterou pro Vás hrají ve vašem onemocnění (jako osoby)?“

I7: „Nevím, jak bych to nazvala. Určitě ne jako spolupracovníky, to určitě ne. V takovém tom nadřazeném postoji proti pacientům.“

T: „Tedy jako autoritu, která...“

I7: „...má něco diktovat – vyloženě“

T: „A jaký to mělo na vás vliv?“

I7: „No špatný. Jako psychicky nemám důvěru vůbec v nikoho, co se týče doktorů. Ta důvěra je tam na hodně špatné úrovni no.“

T: „Zkusila byste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře? Na co se lékař zaměřuje? Jak s Vámi komunikuje?“

I7: „No většinou mi říká...vlastně mě vyšetří, protože jsem po onkologické léčbě. Ta probíhala jen striktně – dojděte na krev, na chemoterapii, na kontrolu. Takže jenom vlastně jako ovce chodíte, ale není tam žádný přístup osobní. Když se na něco zeptáte, nedostanete odpověď konkrétní, to v žádném případě. Když chcete jinou alternativu, okamžitě jste osočená z toho, že oni ví všechno nejlíp a nic jiného není, že oni vám dávají to nejlepší, co je. No a tak to funguje. Nebo aspoň takové mám já zkušenosti.“

T: „Takže máte zkušenosti, že se zaměřují jen na tělesnou stránku?“

I7: „*Hmm. Já když jsem řekla, že bych potřebovala pomoc po psychické stránce, tak to mi řekli, že nejsem ani první, ani poslední, ale nenabídli mi poradu psychologa, psychiatra, to mi vůbec nikdo nenabídl za celou dobu vlastně.*“

T: „*Takže se lékař nezajímal, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?*“

I7: „*To vůbec. Doma třeba nebo jak bych to měla vysvětlit rodině. Dětem! Jo, protože nejhorší je to s dětmi. To vůbec se nikdo nezajímá, to nemám zkušenost, a že jsem prošla teďko, co jsem vlastně mohla i v Plzni a ve Varech – vůbec nikdo.*“

T: „*A dovedete si představit, že by s Vámi lékař takhle mluvil nebo byste to radši nechala na jiných odbornících?*“

I7: „*No nevím...*“

T: „*Jako že by s vámi lékař řešil i ty psychické dopady.*“

I7: „*No to určitě, to jsem očekávala. A pak jsem skončila tady v lékárně.*“

T: „*Takže byste o to měla zájem i u toho lékaře?*“

I7: „*Hmm.*“

T: „*A jaký by to pro Vás mělo význam?*“

I7: „*Význam takový, že bychom se i spolu mohli dohodnout. Já vám to řeknu takhle, chtěla bych hledat příčinu, oni ne. Oni léčí důsledek, příčinu z nich nikdo nehledá a tak to prostě funguje.*“

T: „*A vyhovovalo by vám tedy tohle s lékařem probírat, až do těch příčin?*“

I7: „*No, to určitě.*“

T: „*Jak se většinou cítíte před tou návštěvou?*“

I7: „*Strach mám.*“

T: „*A po té návštěvě? Nějak se to mění?*“

I7: „*Podle toho, co mi dělali, ale po psychické stránce to bylo špatné třeba na té chemoterapii, teďka 14 dnů, než ze mě zase trochu ty léky vyprchaly, tak to třeba ten týden bylo dobré, pak mi zase dali dávku a zase 14 dnů špatné. No jako na houpačce.*“

T: „*A co to způsobilo? Výsledky nebo lékař nebo?*“

I7: „*Ne, tak chemoterapie. Ale mě to, jako někomu je špatně po zdravotní stránce, ale mě bylo špatně po zdravotní stránce, ale spíš mě to napadalo psychicky. A to mi tvrdili, že nemůže být, ale u mě to tak bylo tedy. To můžu říct, prošla jsem tím, mám 6 chemoterapií za sebou, tak můžu zodpovědně říct, že tedy mě opravdu cvakalo pořádně.*“

T: „*To jak je to neprobádané...*“

I7: „*Oni to nemají vyzkoušené vlastně na subjektivních pocitech lidí a o psychiku se nikdo... Je zajímavá, abyste nezvracela a abyste neměla..., samozřejmě, když to do vás naperou, tak oni vám píchnou spoustu injekcí na to, abyste neměla alergické reakce. Prostě to tělo se s tím nějak nesrovná, ale jak to prožíváte psychicky, to nikoho nezajímá. Ani když mi vlastně uřízli prso, tak vůbec nikdo.*“

T: „*A mohla byste mi popsat, jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měnil se nějak v průběhu?*“

I7: „Jo, teď se změnil vztah k lékaři. Teď si umím už říct, co bych chtěla a nechtěla tedy. První dojem z něj nebyl takový, to jsem měla... Ale dneska už jako si mu řeknu, že si to rozmyslím, i když tedy mi vyhrožuje, že by to mělo probíhat rychle a že jiná alternativa jako není, ale to je právě, co mu nevěřím no.“

T: „A ještě jedna otázka - Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byla co nejspokojenější?“

I7: „Určitě chápavější. Oni mají... já vím, že jsou – jak se to říká – profesionální cynismus mají, ale to, aby se snažili eliminovat na co nejmenší míru teda. Já vím, že to musí být hrozné se neustále setkávat s nemocnými lidmi, ale oni si tu práci vybrali, tak si myslím, že se taky k tomu musí tak postavit no. A ne lhostejnost – oni vás berou jako číslo, jo jako rodné číslo a ne jako osobu, že máte doma děti, že máte strach.“

T: „Takže hlavně komunikaci by měli zlepšit?“

I7: „Hm hm, když operátor měl vlastně operaci, že mi vezme prso, tak nepřišel mě ani pozdravit na sál, asi jsem ani nevěděla, jestli tam je.“

T: „Aspoň tedy to působení by měli...“

I7: „Úplně – aspoň teda s těmi, co já jsem se setkala. Vlastně, pardon, teda ještě teď jsem si vzpomněla, že jeden lékař – je to primář nebo docent v Plzni na onkologii, tak ten jediný, měl takový přístup, že – oni neví. On mi na férovku řekl, že když jsem odmítla ozařování, a ony mi tedy ty doktorky, které plašily, co jsem si to vymyslela, že to takhle nefunguje, tak mě poslaly za tím docentem, za tím šéfem tam a on říkal, že oni stejně nemůžou říct, jestli mi to pomůže nebo ublíží a že to je na mě. To byl jediný doktor, který mi řekl, ať si to rozhodnu. Tak já jsem si to rozhodla, obvolávali mě a snažil se mě nalanařit zpátky, teď mi teda vyhrožují znovu, ale zatím odolávám.“

T: „Kdyby se to tedy zlepšilo, ta komunikace, mělo by to pro vás význam třeba i v souvislosti s vlivem na váš zdravotní stav?“

I7: „No hlavně na psychiku, protože vy vlastně nevíte... oni mi neřekli – no řeknou prostě a vy nevíte, jestli je to smrtelné, jestli se to dá vyléčit nebo nedá vyléčit, nebo jak se k tomu máte postavit, třeba kolik máte času, to vám taky nikdo neřekne nebo ani aby mi řekli, jak máte srozmět tu rodinu a takovýhle. Informace vlastně s rodinou to vůbec neprobíhá, ta komunikace tam není, to je prostě striktně zaškatulkované, nebo já nevím, jak oni to mají, ale prostě...“

T: „Jako že jedou jen po té diagnostické stránce?“

I7: „No ano tak...“

T: „Děkuji vám, to by bylo zatím všechno.“

I7: „Nemáte zač.“

## **Rozhovor 8**

- Informátor – žena – 58 let
  - Chronické onemocnění (nespecifikováno) – 15 let
- 

T: „Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“

I8: „Ano, léčím se s chronickými chorobami. Mám jich několik a docházím k praktickému lékaři a k odborníkům. K praktickému chodím tak jednou do roka a k odborníkům tak jednou do měsíce.“

T: „V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsala roli, kterou pro Vás hrají?“

I8: „Vzhledem k tomu, že celý život jsem dělala ve zdravotnictví, tak je vnímám docela pozitivně. Žádný strach z lékaře nemám a docela i k nim mám důvěru, protože jsem se vždycky setkávala s odborníky a věřila jsem jim vždycky, takže jako z tohoto důvodu nemám z nich žádný strach nebo...mám z nich dobrý pocit.“

T: „Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře?“

I8: „Tak nejdřív vlastně se seznámím se sestrou, sestra mi změří tlak, vyndá kartu a vše připraví pro lékaře a u paní doktorky vlastně probíhá základní prohlídka. No a seznámí se s mými potížemi, jestli se něco zlepšilo, zhoršilo a podle toho zareaguje a napíše léky.“

T: „A na co se lékař zaměřuje? Tedy na nové zdravotní problémy?“

I8: „Taky, když jsou problémy, tak řeší, řeší samozřejmě. Když se něco vy-to, tak mě samozřejmě posílá i jako k dalším odborníkům nebo i na nějaké vyšetření laboratorní nebo rentgenové.“

T: „A liší se nějak ta návštěva u praktického lékaře od těch odborných? V přístupu nebo zaměření?“

I8: „V mém případě ano, protože praktický lékař není nebo bere to lehčí formou, bych řekla. U odborníků já jsem víc spokojená. Tam vlastně k praktickému lékaři si chodím pouze třeba, když potřebuju napsat léky nebo když potřebuju jít k odborníkovi, tak nejprve musím k praktickému, tak z toho důvodu, ale jinak moc nevyužívám praktického lékaře.“

T: „Zajímá lékaře, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?“

I8: „Řekla bych, že asi moc ne, že asi na to nemají moc čas, aby jako probírali nějaké se mnou moje starosti, nebo jestli mi to nějak ovlivňuje.“

T: „A dovedete si představit, že byste toto probírali? Měla byste o to zájem?“

I8: „Možná bych...ano, někdy to je asi dobré, ale jako zatím jsem to ještě nezkusila.“

T: „A proč? Měla jste pocit, že na to není čas?“

I8: „No, měla jsem pocit, že na to není čas, protože u těch odborníků je neustále plno, takže myslím, že mají přesně stanovený čas na toho jednoho pacienta, takže jako asi není čas.“

T: „A kdyby tedy byl, tak co by vám vyhovovalo nejvíc s ním probrat? – obecně za další vlivy nebo...“

I8: „Jsem spokojená. Já myslím, že ono to ovlivňuje, ale já si myslím, že ten pohovor asi s tím lékařem, nevím, jestli by mi to pomohlo nebo ne, jo, nevím.“

T: „Jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní?“

I8: „Nijak nejsem stresovaná, normálně, říkám, chodím k lékařům ráda...teda ne ráda, ale tím, že mě to nějak nevadí.“

T: „Takže žádné změny, že by třeba...“

I8: „*Ne, ne.*“

T: „*A jak byste popsala ten vztah k lékaři? Byl ze začátku jiný, nebo je furt stejný?*“

I8: „*Asi byl ze začátku takový oficiálnější a teď postupně už nacházíme k sobě takový přátelštější vztah, že už jako se známe lépe a navštěvuji odborníka vlastně 15 let, takže už se známe docela dobře, takže...*“

T: „*A ulehčuje to nějak?*“

I8: „*Určitě, ulehčuje tím, že se navzájem respektujeme a bereme se tak jako to, tak si myslím, že je to v pohodě, že to ulehčuje teď už.*“

T: „*Tu komunikaci a váš pocit?*“

I8: „*Ano přesně.*“

T: „*Jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byl/a spokojená?*“

I8: „*To opravdu nevím. Jako nemůžu takhle říct, protože..určitě..nevím. Asi by se měl chovat přátelsky, tak aby člověk k němu našel tu důvěru se mu svěřit i s nějakými důvěrnými informacemi. Že asi to někdy hraje roli, že lidi – nemyslím, zrovna v mém případě jo, ale že někdy lidi zanedbají plno věcí tím, že nejsou schopni se důvěrně třeba svěřit tomu lékaři a je to i o tom přístupu jako jeho určitě k tomu pacientovi.*“

T: „*A pro vás by to nemělo význam, kdyby se nějak zajímal nebo prostě ta komunikace byla jiná?*“

I8: „*Asi nevím, asi ne, asi by to nebyl nějaký problém. Jaká já se docela i svěřím, když potřebuju, tak se jako svěřím.*“

T: „*Takže je to spíš na vás, než že byste od lékaře něco čekala?*“

I8: „*Ano, ano tak.*“

T: „*Tak jo, tak vám moc děkuji.*“

## **Rozhovor 9**

- Informátor – žena – 63
  - Revmatologie, hematologie, urologie
- 

T: „*Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?*“

I9: „*No tak zdravotní potíže mám hodně dlouho, protože mám několik jako zdravotních problémů, a sice mozková mrtvice, revmatoidní artritida, problémy mám také s močovým měchýřem, takže jsem na urologii taky, a ředí mi krev, takže jsem na hematologii, takže dá se říct, že u doktora na kontrolách jsem minimálně třikrát do měsíce.*“

T: „*V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsala roli, kterou pro Vás hrají? (jako osoby)*“

I9: „*No tak samozřejmě jsou důležití pro mě a obecně zatím mám s nimi dobré zkušenosti.*“

T: „*Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře. Na co se lékař zaměřuje?*“

I9: „*No tak, když chodím na neurologii, tak často mi dělají CTčko nebo mi zkouší různé prvky, jestli prostě dobře vládnu rukama, nohama atd. No a pak pravidelně chodím na*



*krevní testy (Quick) – to znamená kontrolu hustoty krve a protože ji mám kolísavou, někdy příliš hustou, někdy příliš nízkou, takže chodím na ty kontroly někdy i každý týden.“*

T: *„A ten lékař se zaměřuje konkrétně?“*

I9: *„Vyloženě na ten quick no, ten hematolog tedy. Revmatolog ten samozřejmě tak jako – čas od času mi dělají krevní testy na všechno možné z hlediska revmatologa, pak z hlediska neurologa. Prostě každý chce své.“*

T: *„A zajímá lékaře, jak Vás nemoc ovlivňuje v různých oblastech Vašeho života (například v mezilidských vztazích, v práci, v psychické oblasti atd.)?“*

I9: *„No psychiku ze začátku v té akutní části té nemoci tak samozřejmě ano, ale teď je to taková rutinní prohlídka.“*

T: *„Aha, takže ze začátku ano. A dovedete si představit, že by s Vámi lékař mluvil i třeba praktický lékař o dopadech projevů Vašeho onemocnění na vás jako na člověka?“*

I9: *„No tak, víte, ono už na to není nějak...já chodím hodně k těm specializovaným lékařům a k praktickému chodím velmi málo, protože jsem zvaná, jak říkám, k neurologovi, hematologie, urologie, a revmatologii jsem říkala, takže málokdy bývám u toho praktického lékaře.“*

T: *„A měla byste o to zájem o tento druh komunikace, který se nezaměřuje jen na tu nemoc?“*

I9: *„No, to určitě.“*

T: *„Jaký by to pro Vás mělo význam nebo dopady? Jak byste to vnímala?“*

I9: *„No, těžko říct, protože já jako mám problémy s tím, že trošku jako jsem, jak bych to řekla, nervově nejsem na tom úplně samozřejmě dobře, ale to má také své důvody, takže o tom vím, takže na to mi také dávají nějaké léky, takže tak nějak celé to není potřeba.“*

T: *„A jak se většinou cítíte před těmi návštěvami lékaře a po nich?“*

I9: *„Úplně dobře, jako já jsem na to už tak strašně zvyklá, že mě to vůbec nepřijde. Takže jako když jdu asi do krámu, žádný problém.“*

T: *„A jak byste popsala svůj vztah k lékaři nyní a měnil se nějak v průběhu?“*

I9: *„No, jak říkám, celkem jako se všemi lékaři, se kterými jsem přišla do styku, jsem měla dobrý vztah i tak jako všechno. Ale jediné, co mě odradilo, že jsem změnila neurologa, a to sice ne kvůli lékaři, ale kvůli sestřím.“*

T: *„A kvůli čemu?“*

I9: *„No protože byly nepříjemné velice. Když jsem tam jednou přišla jako hodně stálý pacient, protože já vlastně už mám (kolik je to let) od roku 2001 – to jsem měla první mrtvici a pak jsem měla každý rok jednu, takže vlastně tam chodím dvanáct let, no jedenáct let tak zhruba. No a přišla jsem tam, že jsem měla potíže, že jsem se nemohla narovnat a oni říkali, že nemají čas a že mě nevezmou, ať jdu nejdřív k obvodákovi, ať mi něco píchne. Prostě nevzali mě, no tak jsem se rozčílila. Říkám, no tak když mě je to tak obtěžuje, přesto že tam nebyl vůbec nikdo. Kdyby tam byla nějaká fronta nebo něco, tak to pochopím, ale tam nebyl vůbec nikdo. Sice ta neuroložka, co mě má pod palcem, tak ta tam samozřejmě náhodou nebyla, ale byla tam jiná, tak by klidně šlo píchnout mi nějakou injekci na utišení, abych se mohla narovnat. Mě nevzali, tak jsem se naštvála a šla jsem k jiné. No a tam zase sestra je velice sympatická, vstřícná, takže kvůli tomu no,*

*ale ne kvůli té doktorce. Doktorka tam na té neurologii byla bezvadná v nemocnici. Tak jsem přešla k soukromému no.“*

T: *„No a tam už to probíhá?“*

I9: *„Tam to probíhá dobře.“*

T: *„Jak by měl lékař a třeba i sestry vystupovat a komunikovat, abyste byla co nejspokojenější? Jestli máte nějakou představu o tom, třeba když tam přijdete, tak jak by se měl chovat nebo?“*

I9: *„No tak, říkám, mám štěstí, takže většinou se chovají slušně, naprosto fajn, ale mám i jinou zkušenost, kvůli které jsem přešla, takže byly prostě velice nepříjemné, otrávené, měla jste pocit, že je obtěžujete, asi tak v tom smyslu.“*

T: *„A působilo to na vás tedy negativně?“*

I9: *„No vždyť logicky.“*

T: *„No, tak...“*

I9: *„No, ne že by mě to vzalo nějak, že bych z toho byla nešťastná, to jako ne, protože jsem si říkala, že když ne tady, tak půjdu k druhému. Ale říkám, ty si odepíšou takhle spousty pacientů, protože jsem se dozvěděla, že vlastně kdokoli tam přijde, tak jsou stejné. Měly plnou pusy, věčně něco žvýkaly, takže když s vámi mluvily, tak furt něco pojídaly jo. No ta vrchní sestra to bylo strašné. Bych řekla, že je to spíš nebavilo, nebo otrávené byly, nebo chtěly mít málo práce, nebo já prostě nevím. Takže i takoví jsou, ale naštěstí teda jich je málo.“*

## **Rozhovor 10**

- Informátor – muž – 65 let
  - Kardiologie
- 

T: *„Máte zdravotní potíže dlouhodobě? Jak často chodíte k lékaři?“*

I10: *„No takže ke kardiologovi chodím za poslední 4 nebo 5 let pravidelně tak jednou za půl roku na kontrolu.“*

T: *„V průběhu Vašeho onemocnění se setkáváte často s lékaři, jak byste popsal/a roli, kterou pro Vás hrají?“*

I10: *„No tak myslím si, že to je samozřejmě důležité chodit. Tím, jak se zlepšila možnost diagnózy, pochopitelně se i modernizují způsoby léčení, to asi má význam pro zdraví člověka, a jak je v osvětě neustále připomínáno, co se přijde včas, tak se to pochopitelně lépe léčí, než to, co se prošvihne, a přijde se pozdě. Takže si myslím, že tohohle toho důvodu je důležité chodit včas k lékaři. No a potom pochopitelně záleží na tom, jestli ten lékař to má zorganizované, jak sám si vypracuje pracovní postup, protože třeba k doktorovi (jmenuje) jsem vždycky pozvaný na jednu hodinu a na jednu hodinu jsou tam pozvaní všichni, které ten den bude prohlížet, to znamená že jsme mu tam všichni k dispozici a podle toho, jak to rychle u koho odsýpá, tak se dostanete na řadu za půl, za jednu nebo také za dvě hodiny. Jo a pak jsou doktoři, kteří to dělají tak, že si zvou třeba po půl hodinách, nebo dovede odhadnout, kolik času bude na pacienta potřebovat, takže tam to potom je...“*

T: *„A jak to vnímáte tohle čekání? Působí to na vás nějak?“*

I10: „Působí to na mě samozřejmě nepříjemně, protože... Takhle, já si vezmu s sebou většinou něco na čtení, takže ten čas nepromarním, ale tam se na to čtení člověk ani moc nesoustředí, ani to není moc pohodlné, ani tam není moc dobře vidět, protože je tam šero, jo. Ale pro lidi, kteří nechtou nebo si nepouštějí zrovna třeba – tam chodí sami starší lidé – takže ti nejsou zvyklí mít na uších sluchátka, aby si to aspoň zkrátily posloucháním něčeho. (smích) Tak tam každý jen tak kouká.“

T: „Zkuste popsat, jak probíhá návštěva u Vašeho lékaře. Na co se lékař zaměřuje?“

I10: „No tak ten lékař se zaměřuje, že mě dělá tzv. echo, že mě na nějakém přístroji pod gelem ultrazvukem zkoumá srdce a hlásí sestře. Protože mě se nějakým způsobem zvětšuje myslím levá komora a to septum mezi komorami se ztlušťuje a z toho důvodu on si myslí, že vzniká ta arytmie, tak sleduje, jakým způsobem se to vyvíjí. Jestli se to zase ještě ztlušťuje, nebo, jo takže vyšetřením na tom přístroji zjišťuje, jestli se anatomie toho srdce mění.“

T: „Zajímá lékaře i něco jiného? Třeba dopady vaší nemoc na vás – například na psychiku, vztahy, nebo prostě cokoli jiného?“

I10: „To ne, já ani jsem si nestěžoval. Já si myslím, že to na mě ani nějak nedopadá.“

T: „Takže si nedovedete si představit, že byste se s lékařem bavili o jiných dopadech, než jen zdravotních?“

I10: „Ne.“

T: „A neměl byste o to zájem?“

I10: „Ale no tak jako já nejsem nikdy proti nějaké diskusi... No takže mě to nechybí, ale nejsem proti tomu. Jako jsou třeba doktoři, kteří zkoumají pochopitelně jako třeba můj obvodní lékař. Tak ten protože...ten musí vlastně srovnávat různé jiné aspekty způsobu života a pracovního vytížení a tak, aby věděl, jak může člověk k nějakým neduhům dospět. Ale ten úzký specialista je kardiolog, takže ten nic jiného nezkoumá.“

T: „A ten praktický lékaře se tedy zajímá o to širší spektrum?“

I10: „Nó.“

T: „A s tím máte dobrou zkušenost?“

I10: „Jo.“

T: „A jak se většinou cítíte před návštěvou lékaře a po ní?“

I10: „Nemám s tím žádné problémy. Beru to jako takhle...myslím, že jediný doktor, u kterého se před návštěvou necítím dobře, je zubař. Ale jiní doktoři mě nevadí.“

T: „Jaký máte vztah ke svému lékaři nyní? Měl jste třeba ze začátku nějaký dojem a pak se změnil?“

I10: „No k obvodnímu doktorovi jsem se dostal tak, že jsem ho zdědil po jeho mamince, protože s jeho maminkou, která byla taky praktická lékařka, se znám, protože jsme spolu chodili na gympl. No a když potom jsem, přestože bydlím ve Františkových Lázních, ale v Chebu jsem pracoval, tak jsem si zvolil lékaře v Chebu, protože jsem musel z Chebu dojíždět vlastně do Františkových Lázní, jelikož se k doktorovi chodí většinou v pracovní době že jo. Po pracovní době žádný doktor neordinuje, takže jsem chodil k té doktorce, ta už je teď taky v důchodu a její syn po ní převzal praxi, takže já jsem k němu přešel. Takže...no a žádný jiný vztah spolu neudržíme, že bychom třeba spolu chodili sportovat nebo...“(smích)

T: „*Já jsem spíš myslela, jestli třeba ze začátku se nemusela prolomit nějaká bariéra, nebo něco takového...*“

I10: „*Ne ne.*“

T: „*Třeba v tom, co byste s ním třeba chtěl probírat, jestli jste se třeba nějak před ním neostýchal nebo něco podobného?*“

I10: „*Ne ne, já jsem neměl zatím žádné choroby, kvůli kterým bych se musel ostýchat (smích).*“

T: „*Tak on to každý může vnímat jinak, že jo, třeba i angínu, může někdo vnímat jako různé ohrožení nebo něco podobného. No a jak by měl lékař vystupovat a komunikovat, abyste byl co nejspokojenější?*“

I10: „*No, doktor by měl být především, každý doktor by měl být trochu psycholog, aby poznal vlastně, s jakým člověkem má co do činění, jinak asi může něco vysvětlovat, nebo lépe řečeno každý doktor by asi měl vysvětlit pacientovi, o co se jedná, co ho čeká a co bude dělat, proč to bude dělat a jaký to má výsledek nebo důsledek. No a protože pochopitelně jsou lidé různě chápaví i různě vzdělaní, tak to nemůže každému vysvětlovat stejně, takže by měl asi reagovat na to, s kým zrovna má co do činění.*“

T: „*A ještě něco? Jakou třeba s tímhle máte vy zkušenost? S tou informovaností.*“

I10: „*Zatím co jsem dokonce i v nemocnici, když mě přijímali při tom prvním vlastně záchvatu té arytmie, tak tam se mnou jednali tak, že mi vysvětlili, o co se jedná, co se mnou budou dělat, proč to budou dělat, jakým způsobem. Tenkrát se jim nedařilo tu arytmiu zrušit, tak mě takovými těmi elektrodami v narkóze elektrošokem nějakým ten rytmus upravili a od té doby to bylo dobré. No a taky mě řekli, proč to dělají, že se to ani nemusí povést, takže by potom následovalo nějaké operační řešení. No a tak já se na to většinou i zeptám, když jako potřebuju něco vědět.*“

I10: „*Tak jo, já vám moc děkuji, to by bylo zatím všechno.*“

T: „*Není zač.*“

## ***Příloha č. 2 – Audionahrávky polostrukturovaných rozhovorů***

- viz přiložené CD